

Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats

MAJ 2015

KL
Danske Regioner
Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Finansministeriet

Indledning

Med kommunalreformen fik kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Samtidig blev den kommunale medfinansiering indført med henblik på en yderligere tilskyndelse til effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats for at give et mere synligt incitament til at investere i sammenhængende patientforløb, og for at understøtte det forpligtende samarbejde mellem regionerne og kommunerne.

I den kvantitative afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater belyses områder, der kan have relation til kommunernes forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. Opbygning er således:

Kapitel 1: Udviklingen i befolkningens sundhedstilstand

Kapitel 2: Udvikling i det kommunale forbrug i det regionale sygehusvæsen

Kapitel 3: Udviklingen i de kommunale forebyggelsesresultater

I kapitel 3 fokuseres der primært på den ældre del af befolkningen, mens kapitel 1 og 2 fokuserer bredt på hele befolkningen.

Kapitel 1 - Udvikling i sundhedstilstand

1.1 Indledning

I nærværende kapitel belyses udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, og om der er tendenser, der kan være relateret til den kommunale forebyggelsesindsats. Der ses bredt på udviklingen i relevante indikatorer for folkesundheden og udviklingen i det kommunale sundhedspersonale.

1.2 Opsummering:

- Flere danskere lider af én eller flere kroniske sygdomme, såsom fx diabetes, KOL eller leddegigt.
- Færre danskere ryger og færre drikker mere end højrisikogrænsen for alkoholindtag end for tre år siden.
- Flere danskere spiser usundt, er overvægtige og dyrker for lidt motion.

1.3 Sundhedspersonale i kommunerne

Antallet af autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne er i perioden 2007 til juni 2014 steget med i alt 31 pct. Det er især antallet af fys-/ergoterapeuter og SOSU-assistenten, der er steget i perioden. Antallet af ledere er faldet med 8 pct., jf. tabel 1.1. I samme periode er antallet af samtlige ansatte i kommunerne faldet med ca. 4 pct.

Derudover oplyser KL, at personalesammensætningen er steget fra ca. 47 pct. til ca. 53 pct. autoriseret sundhedspersonale fra maj 2007 til maj 2014, mens ikke-uddannet personale er faldet fra 11 pct. til 6 pct. i samme periode.

Tabel 1.1

Udvikling i autoriseret sundhedspersonale i kommunerne, 2007-juni 2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Juni - 2014	Ændring 2007- juni 2014, pct.
Fys-/ergoterapeuter	4.910	5.464	5.904	6.225	6.336	6.601	7.039	7.608	55
Sygeplejersker	7.764	7.561	7.680	7.816	8.009	8.242	8.546	8.996	16
Sundhedsplejersker	1.506	1.545	1.564	1.574	1.566	1.568	1.568	1.584	5
SOSU-assistenten	14.805	14.934	15.724	16.618	17.834	19.096	20.209	21.544	46
Ledere	4.110	4.252	4.280	4.210	4.037	3.887	3.805	3.766	-8
I alt	33.095	33.755	35.152	36.443	37.782	39.394	41.166	43.499	31

Anm.: Autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere omfatter ikke de gamle grupper af social- og sundhedspersonale (da disse grupper ikke er autoriserede). Socialpædagoger, omsorgsmedhjælpere mv. er ikke medtaget i nogle af kategorierne selvom nogle medarbejdere på sundhedsområdet har en sådan grunduddannelse. Tal for 2008 er på baggrund af 3. kvartal, da maj var påvirket af strejke.

Kilde: FLD-data

1.4 Udvikling i sundhedstilstand

Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Således har kommunerne det formelle ansvar for at skabe rammer for en sund levevis og etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne. Kommunerne har også ansvaret for al den patientrettede forebyggelse, der ikke foregår på sygehuse og hos praktiserende læger.

Den patientrettede forebyggelse, der foregår på sygehuset og i praktissektoren er regionernes ansvar. Således har regionerne ansvaret for at forebygge, at en sygdom ikke udvikler sig yderligere samt at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer på sygehuset og hos de praktiserende læger.

Udviklingen i danskernes sundhedstilstand har betydning for livskvaliteten og den forventede levetid. Samtidig har udviklingen i sundhedstilstanden også betydning for efterspørgslen af ydelser i sundhedsvæsenet.

I nedenstående afsnit er formålet at kortlægge udviklingen i danskernes sundhedstilstand. Ændringer i perioden kan have relation til den borgerrettede og patientrettede kommunale forebyggelsesindsats, jf. ovenfor, og indsatser der i øvrigt iværksættes for at styrke folkesundheden, fx statslig regulering (afgifter, forbud, påbud m.m.).

I beskrivelsen af danskernes sundhedstilstand ses på udviklingen i middellevetid, forekomsten af store folkesygdomme (som KOL og diabetes) og sundhedsadfærden dvs. KRAM-faktorerne. Der ses således kun på et afgrænset sæt af indikatorer med relevans for sammenhængen mellem danskernes sundhedstilstand og den kommunale forebyggelsesindsats.

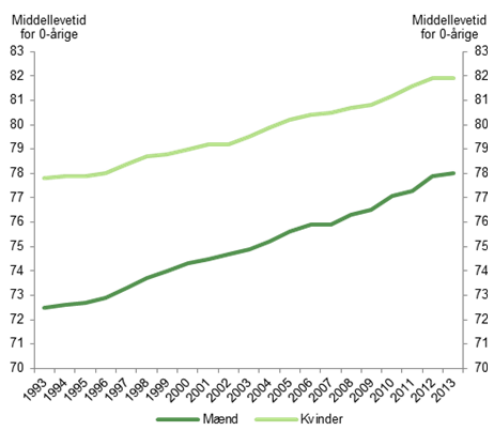
Middellevetid

Et typisk mål til at belyse befolkningens sundhedstilstand er middellevetiden, som udtrykker det antal år en nyfødt kan forventes at få leve.

Siden 2003 er danske mænd og kvinders middellevetid steget med hhv. 3 og 2 år. I 2003 kunne mænd og kvinder i gennemsnit forvente at leve hhv. 75 og 80 år, mens de i 2013 forventes at leve hhv. 78 og 82 år, jf. figur 1.1. Væksten i middellevetid har stort set været konstant sammenlignet med den forudgående 10-års periode fra 1993 til 2003.

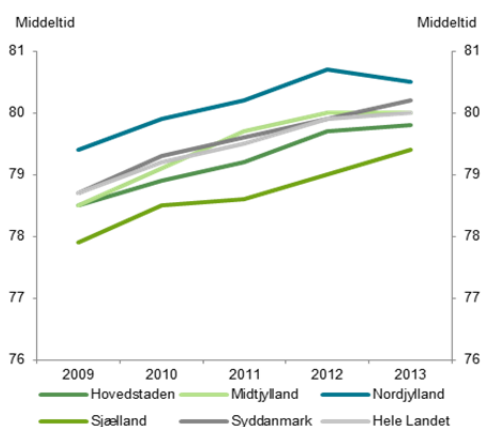
Middellevetiden varierer landet over, og i nogle regioner er der højere gennemsnitlig middellevetid end i andre. Dog har udviklingen i middellevetiden for perioden 2009 til 2013 stort set været ens for samtlige regioner. I gennemsnit har regionerne oplevet en vækst på knap 2 pct., jf. figur 1.2.

Figur 1.1: Middellevetid over tid, fordelt på køn 1993-2013



Kilde: Danmark Statistik

Figur 1.2: Middellevetid fordelt på regioner, 2009-2013



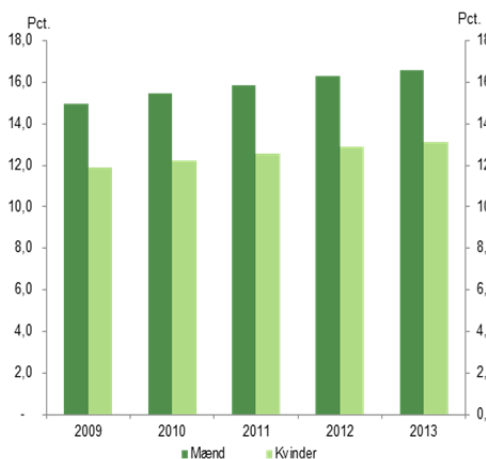
Kilde: Statens Serum Institut

Kroniske sygdomme

Flere danskere lider af én eller flere kroniske sygdomme, såsom fx diabetes, KOL eller leddegigt. Siden 2009 er andelen af kronikere i Danmark steget markant. Antallet af kronikere udgør knap 15 pct. for mænd i 2009, mens tallet i 2013 er 16,6 pct. Tilsvarende for kvinder er antallet af kronikkere 11,9 pct. i 2009 og 13,1 pct. i 2013 *jf. figur 1.3*

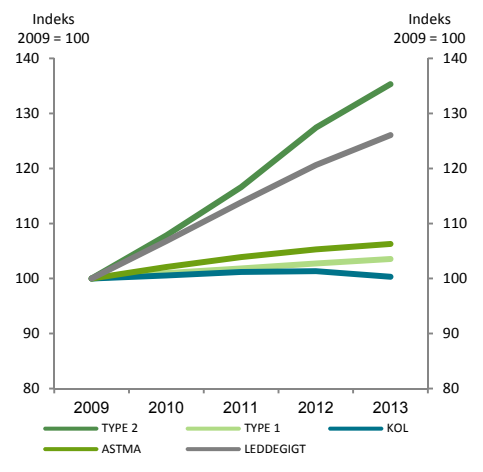
Det er særligt antallet af diabetikere og personer med leddegigt, der har oplevet den største stigning i perioden 2009-2013, *jf. figur 1.4*¹.

Figur 1.3: Andelen af indbyggere med en eller flere kroniske sygdomme fordelt på køn, pct., 2009-2013



Kilde: Statens Serum Institut

Figur 1.4: Udviklingen i forskellige kroniske sygdomme, indeks 2009=100, 2009-2013



Kilde: Statens Serum Institut/RUKS

¹ Stigningen kan både skyldes at flere faktisk har fået sygdommen, men også at relativt flere personer med sygdommen diagnosticeres/registreres.

Boks 1.1

Eksempler på konkrete patientrettede forebyggelsesinitiativer

I flere kommuner findes eksempler på initiativer der er rettet mod det stigende kronikerpres.

Aalborg Kommune har siden 2007 opnået positive resultater af rehabiliteringstilbud specielt rettet mod de kroniske sygdomme KOL, diabetes, hjertekar sygdomme og kræft. Tilbuddet er baseret på sygdomsspecifikke forløb på mellem 8 og 10 uger.

Kolding Kommune har siden 2010 i samarbejde med Kolding Sygehus arbejdet med socialt differentierede diabetesforløb, der vist gode resultater i forhold til forbedret livskvalitet og helbred for kommunens type 2 diabetikere.

Vejle Kommune har etableret et 8-ugers træningstilbud til borgere med kroniske sygdomme; KOL, hjertekarsygdom, diabetes type 2 og osteoporose. Resultaterne viser, at den aktive indsats for borgere med kroniske sygdomme i de fleste tilfælde øger deltagernes funktionsniveau, og holder deres motionsvaner ved lige.

Esbjerg kommune har udviklet sin helt egen model: "Esbjerg-modellen" for i højere grad at sætte borgeren i fokus og kunne understøtte behovsafdekning, differentiering, koordination og fælles tilgang på tværs af fagligheder.

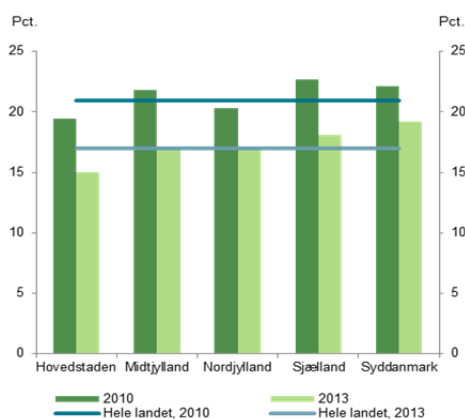
Kilde: Casekatalog indsamlet af KL. Se mere på <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-nare-sundhedsvasen/Kommunale-eksempler/>

Rygning

Færre danskere ryger end for tre år siden. Andelen af dagligrygere er på landsplan faldet fra ca. 21 pct. i 2010 til 17 pct. i 2013. Hertil er den største fald i pct. været i Region Hovedstaden, som over perioden har den laveste andel, jf. figur 1.5.

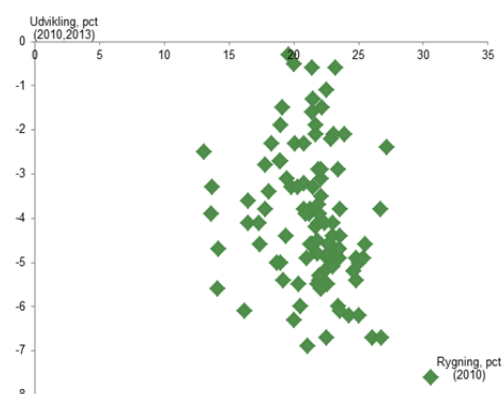
Alle kommuner har oplevet et fald i perioden 2010 til 2013 i andelen af dagligrygere. Der er dog relativ stor forskel blandt kommunerne, eksempelvis har Vejle Kommune oplevet et fald på 0,2 pct, mens Lolland Kommune har oplevet et fald på 7,6 pct., jf. figur 1.6.

Figur 1.5: Andelen af personer over 16 år, der ryger dagligt, fordelt på region, pct, 2010-2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.6: Andelen af personer over 16 år, der ryger dagligt, fordelt på kommuner, pct, 2010-2013

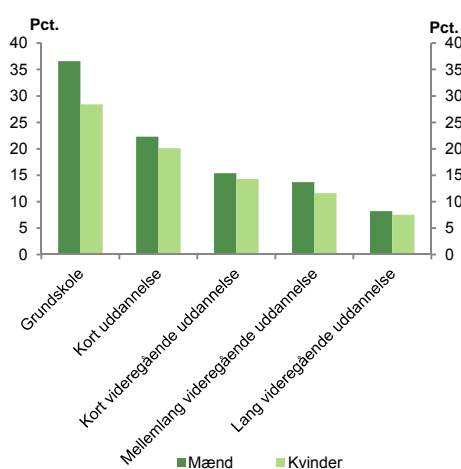


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Flere mænd end kvinder ryger dagligt. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Knap 37 pct. og 28 pct. af hhv. mænd og kvinder med grundskolen som højest gennemførte uddannelsesniveau ryger dagligt, mens tallet for begge køn med en lang videregående uddannelse er knap 8 pct., *jf. figur 1.7.*

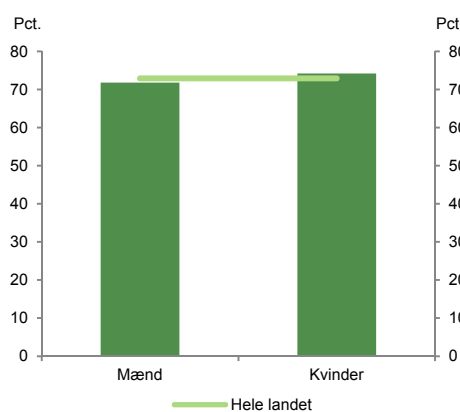
Tre ud af fire dagligrygerne angiver, at de ønsker at stoppe med at ryge. Andelen af mænd, der gerne vil holde op med at ryge er 71,8 pct., mens andelen blandt kvinder er 74,2 pct., *jf. figur 1.8.*

Figur 1.7: Andelen af mænd og kvinder (25 år eller derover) der ryger dagligt, fordelt efter uddannelse,



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Tabel 1.8: Andel, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge, blandt dagligrygere, fordelt på køn, 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

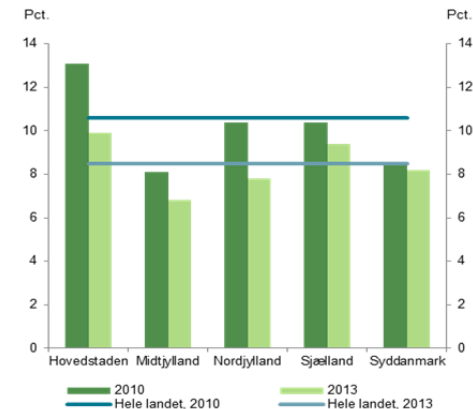
Alkohol

Danskerne alkoholforbrug falder. I 2010 drak 11 pct. af danskerne over højrisikogrænsen, dvs. mere end 21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder, mens tallet faldt til knap 8 pct. i 2013 *jf. figur 1.9.* Det er specielt Region Hovedstaden og Region Nordjylland, der har oplevet et markant fald på hhv. 3,2 og 2,6 procentpoint i andelen af danskere, der drikker over højrisikogrænsen.

Knap 9 kommuner har i perioden 2010 til 2013 oplevet en stigning i danskerne gennemsnitlige alkoholindtag. Esbjerg og Halsnæs Kommune er de kommuner, der har oplevet den største stigning med hhv. ca. 1,1 og 0,9 pct. i andelen af personer, der drikker over højrisikogrænsen.

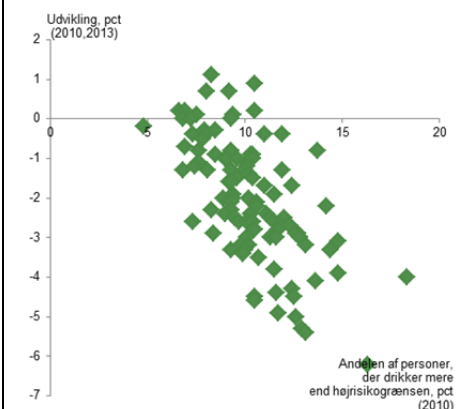
Størstedelen af kommunerne har dog i gennemsnit oplevet en forbedring. Frederiksberg og Odder Kommune har det største procentvise fald i andelen af personer, der drikker over højrisikogrænsen på hhv. ca. 6,2 og 5,4 pct., *jf. figur 1.10.*

Figur 1.9: Andelen af personer over 16 år, der drikker mere end højrisikogrænsen, fordelt på region, pct., 2010-2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.10: Andelen af personer over 16 år, der drikker mere end højrisikogrænsen, fordelt på kommuner, pct., 2010-2013

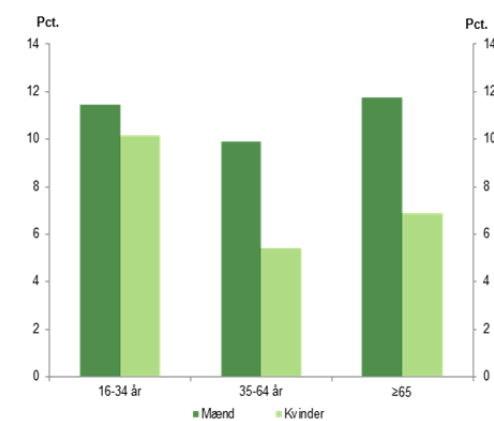


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Mænd overskrider uanset alder i langt højere grad end kvinder højrisikogrænsen for alkoholindtag. I gennemsnit overskrider 10,3 pct. af mændene og 6,8 pct. af kvinderne højrisikogrænsen. For kvinderne, er det specielt i aldersgruppen 16-34 år, mens det for mændenes vedkommende er i alderen 65+, *jf. figur 1.11.*

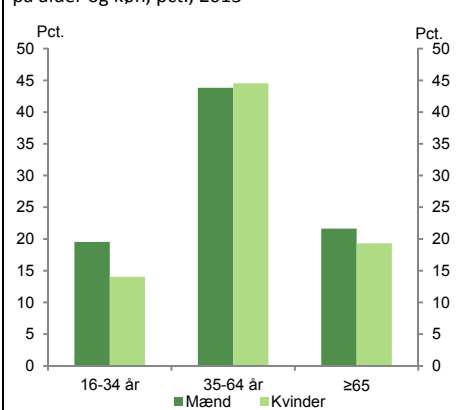
Andelen af personer, der overskrider højrisikogrænsen, og som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug er lavest for mænd og kvinder i alderen 16-34 år og højest for mænd og kvinder i aldersgruppen 35-64 år, *jf. figur 1.12.*

Figur 1.11: Andelen af personer fordelt på aldersgrupper og køn, som overskrider højrisikogrænse, fordelt på alder og køn, pct., 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.12: Andelen af personer som angiver, de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug blandt personer, der overskrider højrisikogrænse, fordelt på alder og køn, pct., 2013



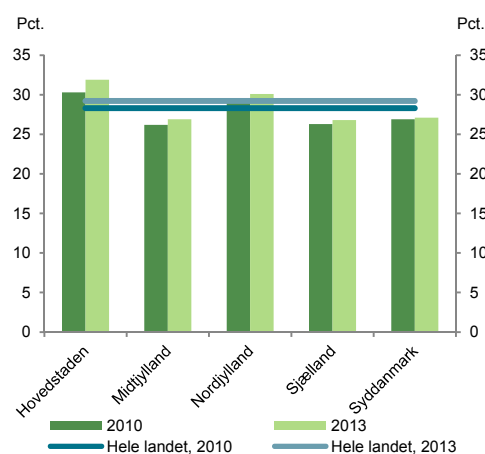
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Fysisk aktivitet

I forhold til landsgennemsnittet er andelen af personer med moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden større i Region Hovedstaden og Region Nordjylland sammenlignet med resten af landet. I perioden 2010 til 2013 har Region Hovedstaden også oplevet den største udvikling i andelen af personer med moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden, *jf. figur 1.13.*

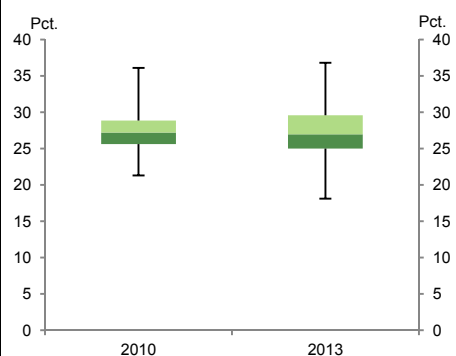
Der er en relativ stor spredning mellem kommunerne ift. andelen af personer med moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden, og forskellen blandt kommuner er steget yderligere i perioden fra 2010 til 2013, *jf. figur 1.14.*

Figur 1.13: Andelen af personer med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, fordelt på regioner, pct., 2010-2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.14: Spredning i andelen af personer med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, fordelt på kommuner, pct., 2010-2013

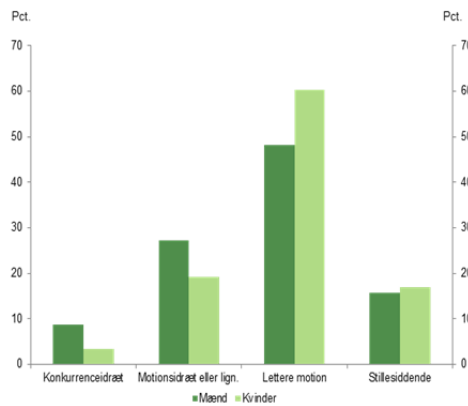


Anm.: Boksplot angiver minimum, 2. kvartil, median, 3. kvartil og maksimum.
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Flere mænd end kvinder dyrker konkurrenceidræt og motionsidræt eller lignende, mens flere kvinder end mænd dyrker lettere motion. Andelen af mænd og kvinder, der ikke dyrker motion i fritiden er stort set ens (knap 16 pct.), *jf. figur 1.15.*

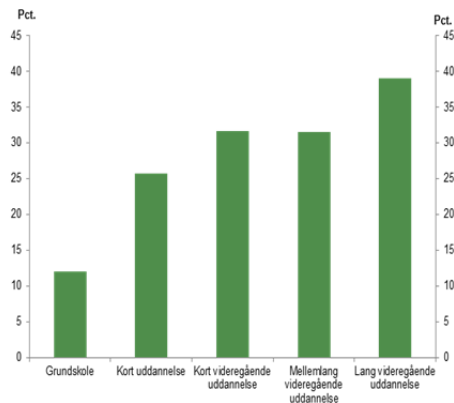
Set ift. uddannelsesniveau er der langt flere med en lang videregående uddannelse (39 pct.), som dyrker moderat eller hård fysisk aktivitet sammenlignet med personer med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau (12,1 pct.), *jf. figur 1.16.*

Figur 1.15: Fysisk aktivitet i fritiden, fordelt på kvinder og mænd, pct., 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.16: Andelen af moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden svarende til mindst fire timer om ugen, fordelt efter uddannelse, pct., 2013



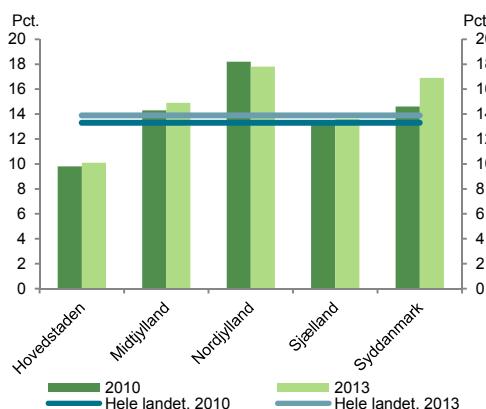
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Kost

Andelen af personer med et "usundt kostmønster"² er i perioden 2010 til 2013 overordnet set uændret. På regionalt niveau har Region Nordjylland og Region Sjælland oplevet et fald i udviklingen af personer med usunde kostmønstre, mens specielt Region Syddanmark har oplevet en stigning, jf. figur 1.17.

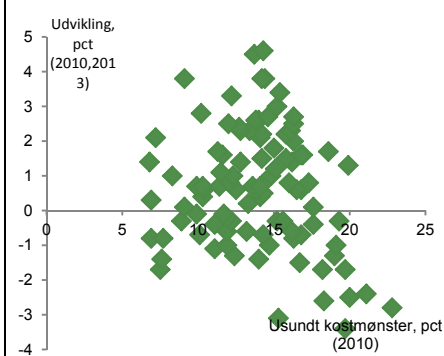
Blandt kommunerne har omtrent to ud af tre oplevet en stigning i andelen af personer med usundt kostmønster i 2013 sammenlignet med i 2010, jf. figur 1.18.

Figur 1.17: Andelen af personer med usundt kostmønster, fordelt på regioner, pct., 2010-2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.18: Andelen af personer med usundt kostmønster, fordelt på kommuner, 2010-2013



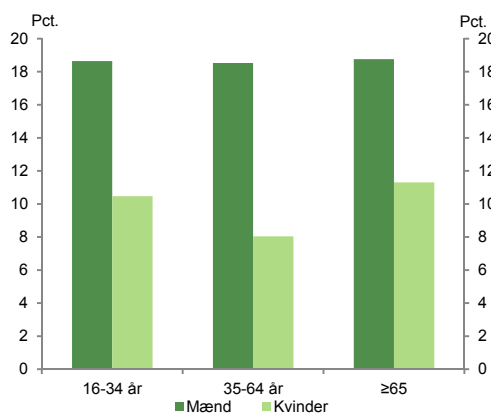
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

² Det vil sige et lavt indtag af frugt, grønt, fisk og et højt indhold af mættet fedt i kosten

Flere mænd end kvinder har, uanset alder, generelt et usundt kostmønster. Andelen af mænd med et usundt kostmønster er stort set ens i alle aldersgrupper (knap 19 pct.), mens der er langt færre kvinder i alderen 35-64 (ca. 8 pct.) med et usundt kostmønster sammenlignet med aldersgrupperne 16-34 år og 65+ (hhv. knap 11 pct. og godt 11 pct.), *jf. figur 1.19.*

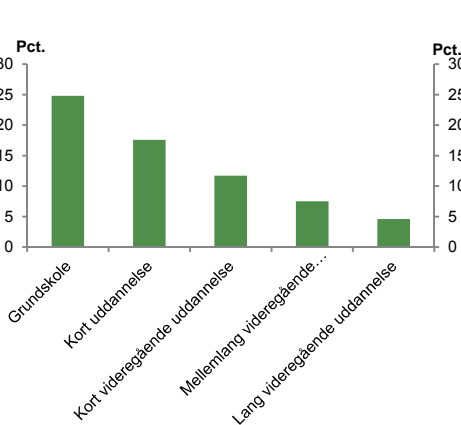
Andelen af personer med usundt kostmønster er størst blandt personer med grundskole, som højeste gennemførte uddannelsesniveau (25 pct.) og lavest blandt personer med en lang videregående uddannelse (5 pct.), *jf. figur 1.20.* Figur 1.20 viser ligeledes en tendens til at andelen af personer med usundt kostmønster falder desto længere uddannelse personen har.

Figur 1.19: Andel af personer med et usundt kostmønster, fordelt på køn og alder, pct., 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.20: Andel af personer med et usundt kostmønster, fordelt på uddannelse, pct., 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

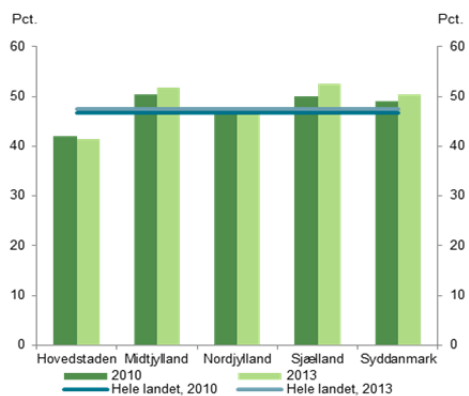
Overvægtige

Flere danskere er moderat til svært overvægtige, dvs. har en BMI på 25 eller derover. Siden 2010 er andelen af overvægtige i befolkningen på landsplan stort set uændret.

På regionalt niveau har fire regioner dog oplevet en stigning i andelen af overvægtige, mens kun Region Hovedstaden har oplevet et fald. Andelen af overvægtige i Region Hovedstaden er i 2013 ca. 41 pct., mens andelen i Region Sjælland er 53 pct., *jf. figur 1.21.*

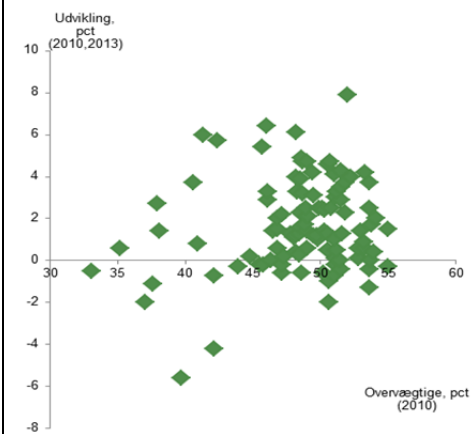
Der er en relativ stor spredning mellem kommunerne ift. andelen af overvægtige, og forskellen blandt kommuner er yderligere steget i perioden fra 2010 til 2013. Knap 80 pct. af kommunerne har en større andel af overvægtige i 2013 sammenlignet med 2010, *jf. figur 1.22.*

Figur 1.21: Moderat til svært overvægtige, fordelt på region, pct., 2010-2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.22: Spredning i moderat til svært overvægtige, fordelt på kommune, pct., 2010-2013

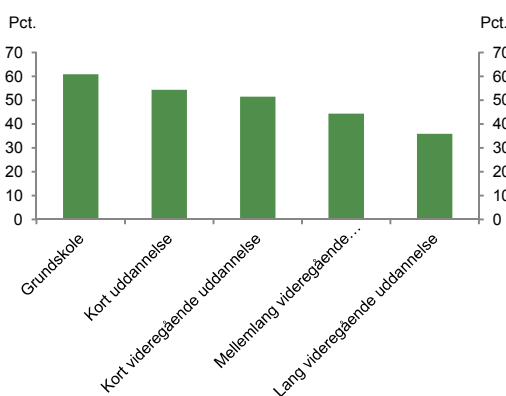


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Der er klar sammenhæng mellem højeste gennemførte uddannelsesniveau og andelen af svært overvægtige. Andelen er størst blandt personer med grundskole, som højeste gennemførte uddannelsesniveau (60,9 pct.) og lavest blandt personer med en lang videregående uddannelse (35,9 pct.), *jf. figur 1.23.*

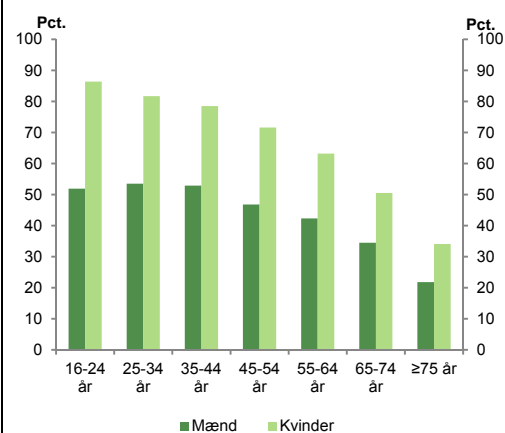
For svært overvægtige personer (BMI>30) er det i langt højere grad kvinder, der har et ønske om at tabe sig sammenlignet med mændene. Både blandt mænd og kvinder falder andelen, der gerne vil tabe sig med alderen, *jf. figur 1.24.*

Figur 1.23: Andelen af personer der er moderat eller svært overvægtige (BMI≥25) fordelt på uddannelsesniveau, pct., 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Figur 1.24: Andelen af svært overvægtige mænd og kvinder der gerne vil tabe sig, pct., 2013



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen

Boks 1.2

Monitorering af kommunernes implementering af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er et vidensbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Anbefalingerne bygger på den aktuelt bedste viden om, hvilke indsatser, der virker og kan bidrage til at understøtte en systematisk indsats af høj kvalitet i kommunerne.

I alt er der udgivet 11 forebyggelsespakker inden for emnerne; tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og hygiejne. De første ni pakker blev lanceret i 2012 og de sidste to i 2013. Tilsammen indeholder pakkerne over 300 anbefalinger på hhv. et grundniveau og et udviklingsniveau. For pakkerne om tobak og fysisk aktivitet svarer langt størstedelen af kommunerne, at de enten i 'høj grad/helt' eller 'i nogen grad' allerede lever op til anbefalingerne. For pakkerne alkohol, mad og måltider og mental sundhed vurderer næsten 3 ud af fire kommuner, at de allerede lever 'helt' eller 'i nogen grad' op til anbefalingerne, mens dette gælder for 65 pct. for pakken om seksuel sundhed og overvægt, 61 pct. for stoffer, 58 pct. for hygiejne, 51 pct. for indeklime i skoler og 44 pct. for pakken om solbeskyttelse. Kommunernes implementering af forebyggelsespakkerne belyses overordnet set i spørgeskemaundersøgelsen ved at spørge til, i hvilken grad kommunerne vurderer, at deres indsats lever op til anbefalingerne i hver af de første ni pakker.

En mindre andel af kommunerne lever allerede helt op til anbefalingerne i de øvrige pakker.

Kilde: KL's center for forebyggelse i praksis og Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed

Kapitel 2 – Udvikling i sygehusforbrug

2.1 Indledning

I nærværende kapitel belyses den kommunale aktivitet i det regionale sygehusvæsen. Der ses på udviklingen i relevante indikatorer for forbruget på sygehusene og ændringer i perioden, der kan have relation til den kommunale forebyggelsesindsats.

Der ses bl.a. på udviklingen i sundhedsudgifter, kontakter til sygehusvæsenet herunder, indlæggelser, ambulante besøg samt færdigbehandlingsdage.

2.2. Opsummering

- Antallet af indlæggelser har på landsplan været stabilt i perioden 2009 til 2013. Dette gælder også for indikatoren "indlæggelser per tusinde indbyggere". Der er dog store forskelle i regionerne. Hvor Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark har oplevet et fald i antallet af indlæggelser per tusind indbyggere, har Region Hovedstaden og Region Sjælland modsat oplevet en stigning i perioden. Der er ligeledes forskelle imellem kommunerne i forhold til indlæggelser per tusind indbyggere.
- Antallet af ambulante besøg stiger både på landsplan og i alle regioner fra 2009 til 2013. Det samme gør sig gældende for "ambulante besøg per tusinde indbyggere". Region Syddanmark ligger markant højere end de fire andre regioner både i vækst og i antallet af ambulante besøg per tusind indbyggere.
- Antallet af færdigbehandlingsdage er faldende for alle regioner i perioden 2009 til 2013. Region Hovedstaden ligger markant højere sammenlignet med de andre regioner med knap 18 færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere i 2013. Øvrige regioner ligger på omtrent samme niveau på knap 2 færdigbehandlingsdage i 2013.

2.3 Sundhedsudgifter

Med mere end 150 mia. kr. udgør udgifterne på sundhedsområdet samlet en væsentlig del af de offentlige udgifter. Samtidig bliver en af de største udfordringer for sundhedsvæsenet i de kommende år at skabe mere og bedre sundhed i en situation med pres på de offentlige udgifter. Dette udgiftspres skyldes dels den demografiske udvikling og ændringer i sygdomsbilledet, samt dels et pres fra den teknologiske udvikling og den stadig stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser.

Størstedelen af de offentlige sundhedsudgifter afholdes af regionerne. De regionale sundhedsudgifter udgjorde knap 73 pct. i 2013, svarende til 112,6 mia. kr. Siden 2009 er de regionale udgifter til sundhed steget med ca. 2 mia. kr. Kommunernes udgifter, der i denne opgørelse også indeholder udgifter til plejehjem og hjemmesygepleje, har siden 2009 været forholdsvis konstante og udgjorde 38,8 mia. kr. i 2013³, jf. tabel 2.1. Den kommunale medfinansiering var i 2013 19,2 mia. kr.

³ Kommunernes udgifter til borgerrettet forebyggelse er typisk ikke indeholdt i konti på sundhed – men på andre fagområder (folkeskole, dagtilbud, infrastruktur, vej og park mm.).

Tabel 2.1**Offentligt forbrug på sundhed**

Mia kr. PL-2015	2009	2010	2011	2012	2013
Stat	1,5	1,4	1,2	1,2	1,0
Region	110,6	110,1	109,3	112,5	112,6
Kommune	39,3	39,1	38,4	38,8	38,8
I alt	151,3	150,7	149	152,5	152,4

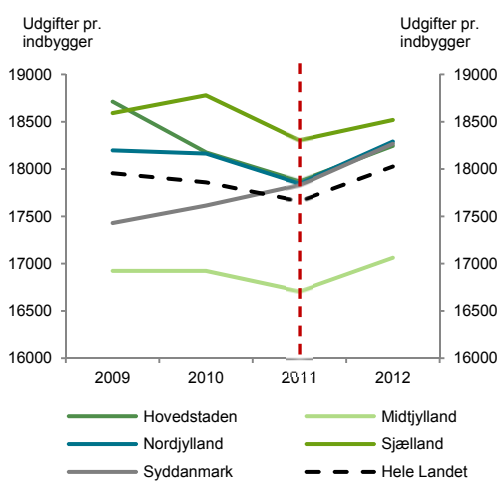
Anm.: Offentlig forbrug omfatter aflønning af ansatte, forbrug af fast realkapital, forbrug i produktion, andre produktionsskatter og andre produktionssubsidier (netto), sociale ydelser i naturallier og salg af varer og tjenesteydelser.

Kilde: Danmarks Statistik

I 2012 var de samlede regionale sundhedsudgifter pr. indbygger knap 18.000 kr., mens de kommunale sundhedsudgifter udgjorde ca. 1.800 kr. pr. indbygger, *jf. figur 2.1 og 2.2*⁴. Den kommunale udgift pr. indbygger er eksklusiv udgifter til kommunal medfinansiering.

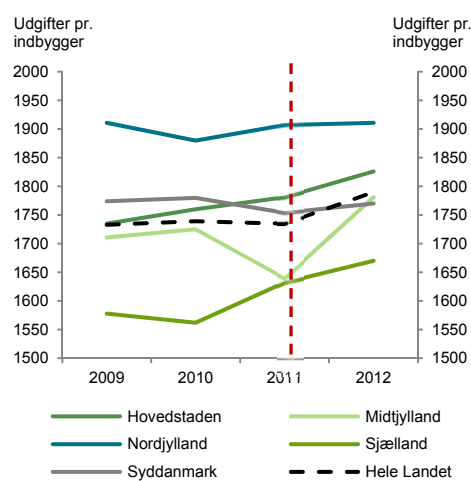
Der er en vis variation i sundhedsudgifter mellem regionerne. I 2013 varierer udgifterne fra ca. 17.000 kr. pr. indbygger i Region Midtjylland til ca. 18.500 kr. i Region Sjælland. Udviklingsmæssigt har Region Syddanmark i perioden 2009-2012 oplevet den største stigning i sundhedsudgifter per indbygger med ca. 5 pct., *jf. figur 2.1*.

Figur 2.1: Regionale sundhedsudgifter pr. indbyggere fordelt på regioner og landsplan, 2009-2012



Anm.: Regionale sundhedsudgifter opgøres som regionernes nettodriftsudgifter på sundhedsområdet, som de fremgår af de årlige regionale regnskaber.
Kilde: Danmark Statistik

Figur 2.2: Kommunale sundhedsudgifter pr. indbyggere fordelt på regioner og landsplan, 2009-2012



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

⁴De kommunale og regionale udgifter per indbygger er baseret på regnskabstal og er derfor ikke sammenlignelige med tal opgivet i tabel 2.1 der er opgjort på baggrund af det offentlige forbrug.

2.4 Unikke patienter

Fra 2009 til 2013 er antallet af unikke patienter i det danske sygehusvæsen steget fra ca. 2,3 til 2,4 mio. patienter svarende til en vækst på ca. 5,4 pct. i perioden. Væksten kan tilskrives stigninger i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens Region Nordjylland og Region Sjælland har ligget stabilt i forhold til i antallet af unikke patienter, *jf. tabel 2.2*.

Tabel 2.2

Udvikling i antal unikke patienter, mio. patienter, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Region Nordjylland	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	-0,8	-0,2
Region Midtjylland	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	12,6	2,4
Region Syddanmark	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	8,7	1,7
Region Hovedstaden	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	2,4	0,5
Region Sjælland	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0
Hele landet	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	5,4	1,1

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

2.5 Indlæggelser

Siden 2009 har antallet af indlæggelser på danske sygehuse ligget stabilt omkring 1,1 mio. Der er derimod relativ stor forskel på udviklingen i regionerne, hvor Region Hovedstaden og Region Sjælland har oplevet stigninger på hhv. ca. 9 og 7 pct., mens de tre andre regioner har oplevet et fald, *jf. tabel 2.3*.

Tabel 2.3

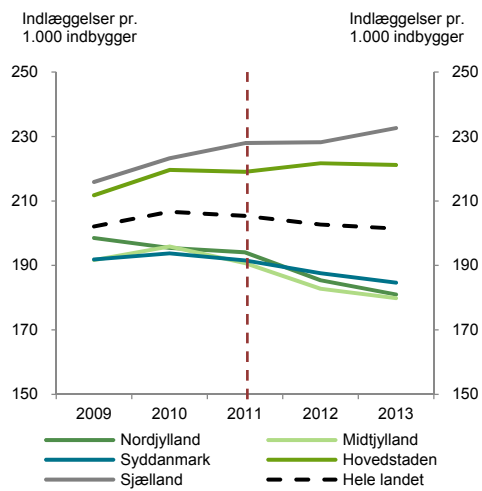
Antal indlæggelser, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Region Nordjylland	115.200	113.300	112.500	107.500	105.000	-8,9	-1,8
Region Midtjylland	239.200	245.700	240.500	231.500	228.900	-4,3	-0,9
Region Syddanmark	230.200	232.600	230.000	225.300	221.900	-3,6	-0,7
Region Hovedstaden	352.000	369.000	372.100	380.100	383.000	8,8	1,7
Region Sjælland	177.300	183.200	186.900	186.600	189.900	7,1	1,4
Hele landet	1.113.800	1.143.600	1.142.000	1.131.100	1.128.700	1,3	0,3

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

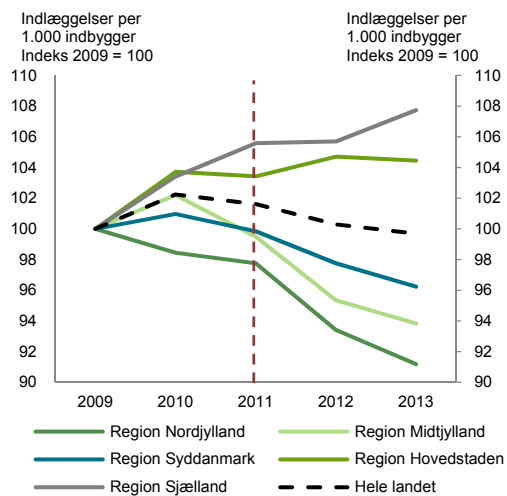
Ses der på indlæggelser per tusinde indbyggere har udviklingen på landsplan være stabil omkring 200 indlæggelser per tusinde indbyggere i perioden. Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger over landsgennemsnittet med hhv. 221 og 233 indlæggelser per tusind indbyggere. De tre andre regioner ligger under landsgennemsnittet med omkring 180 indlæggelser per tusinde indbyggere, *jf. figur 2.3*. Samme billede viser sig, når der ses på væksten i indlæggelser per tusinde indbyggere. Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger højest med en stigning på hhv. 8 og 4 pct. De tre andre regioner har haft negativ vækst med det største fald i Region Nordjylland på 9 pct. i perioden, *jf. figur 2.4*.

Figur 2.3: Udvikling i antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 2.4: Indeks for udvikling i antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, fordelt på regioner, 2009-2013

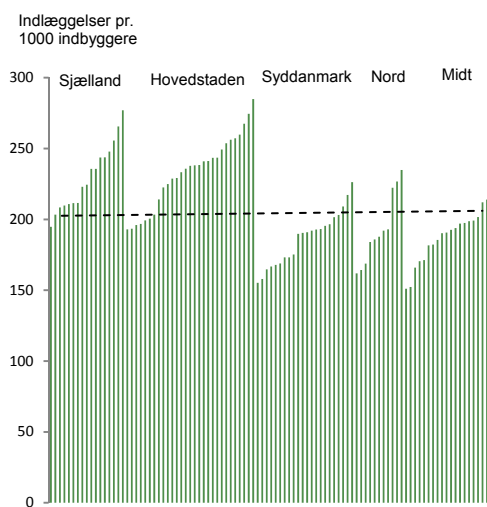


Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Kommuner med flere indlæggelser per tusinde indbyggere end landsgennemsnittet ligger hovedsageligt i Region Sjælland og Region Hovedstaden, mens de fleste kommuner i Region Syddanmark og Region Nordjylland har færre indlæggelser end landsgennemsnittet. Der er en betydelig variation mellem kommunerne i de enkelte regioner, *jf. figur 2.5*. For alle regioner er forskellen mellem den kommune med flest og færrest indlæggelser pr. indbygger næsten 90 pct. Forskellen inden for regionerne ligger på ca. 40-50 pct.

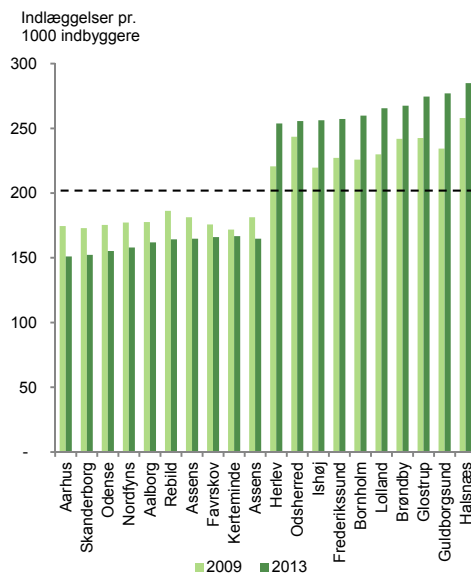
De 10 kommuner med det laveste antal indlæggelser per tusinde indbyggere ligger fra ca. 150 til 165 indlæggelser per tusinde indbyggere. De 10 kommuner med det højeste antal indlæggelser per tusinde indbyggere ligger fra ca. 250 til 285, *jf. figur 2.6*. Det bemærkes, at de kommuner der ligger lavest alle er faldet siden 2009 og de kommuner der ligger højest alle er steget siden 2009. I den højeste andel er 6 ud af de 10 kommuner fra Region Hovedstaden og i den laveste andel er 5 ud af de 10 kommuner fra Region Syddanmark.

Figur 2.5: Indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, fordelt på kommuner og regioner, 2013



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 2.6: Antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, fordelt på kommuner, 2009-2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Boks 2.1

Eksempler på initiativer med henblik på nedbringelse af u hensigtsmæssige indlæggelser i kommuner og regioner

I flere kommuner findes eksempler på initiativer for at nedbringe antallet af indlæggelser.

I Horsens Kommune betyder en omlægning til akutplejepladser samt investeringer i en udskrivningskoordinator på sygehuset, at borgerne får en bedre overgang fra sygehuset samt færre indlæggelsesdage. De foreløbige evalueringer viser, at borgerne er positive omkring udskrivningsforløbet. Samtidig medvirker initiativerne til, at det er lykkedes at reducere antallet af sengedage til færdigbehandlede og dermed kommunens udgifter.

I Københavns Kommune er der etableret en akutplejeenhed, der forebygger indlæggelser og sikrer opfølgende indsats i udskrivningsforløbet. Akutplejeenheden er et tilbud om et midlertidigt døgnophold. Tilbuddet har to formål. For det første at fungere som forebyggende foranstaltning, da praktiserende læger kan henvise hjemmeboende ældre borgere med faldende funktionsniveau. Dermed undgås en indlæggelse, da borgere i risiko for forværring og behov for indlæggelse i stedet kan få et tilbud på akutplejeenheden. For det andet at sikre en opfølgende indsats for færdigbehandlede borgere på hospitalet, som har brug for sygepleje og/eller omsorg døgnet rundt. Det letter udskrivningsforløbet.

Eksempler på regionale forebyggelsesinitiativer:

Geriatrisk udgående team

Hospitalsenheden Horsens har etableret et udgående geriatrisk team, der udreder og behandler ældre mennesker med flere sygdomme. Teamet har stor kontaktoverflade i forhold til kommune, praktiserende læger og hjemmepleje. Det udgående team er skabt efter aftale med de omkringliggende kommuner i området.

Ud fra en vurdering af, at en indlæggelse er til stor belastning for de skrøbelige geriatriske patienter, er der opstået et behov for en udgående funktion. Dette initiativ har dermed til formål at forkorte og undgå indlæggelser for disse patienter.

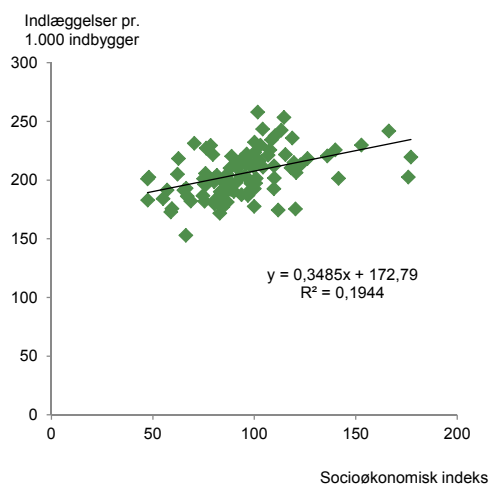
Den palliative indsats

Regionerne har de senere år oprettet palliative indsatser på det basale niveau. Eksempelvis har Region Syddanmark i marts 2014 etableret en palliativ specialrådgivning til basisniveauet (den symptomlindende og sammenhængsskabende behandling), hvor bagvagter på sygehusenes stamafdelinger og lægevagten for patienter i eget hjem telefonisk har mulighed for at kontakte en palliativ speciallæge for rådgivning. Det basale palliative niveau i Region Midtjylland har siden september haft døgndækkende adgang til det specialiserede palliative niveau – den palliative døgnvagt. Derudover har Region Sjælland i oktober 2014 oprettet en tværsektoriel palliationsgruppe, der yder telefonisk rådgivning til det basale niveau. Desuden indgår palliation som et særligt område i Region Sjællands sundhedsaftaler med kommunerne for 2015-2018.

Kilde: Casekatalog indsamlet af KL og Danske Regioner. Se mere om kommunernes tiltag på <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-nare-sundhedsvasen/Kommunale-eksempler/>

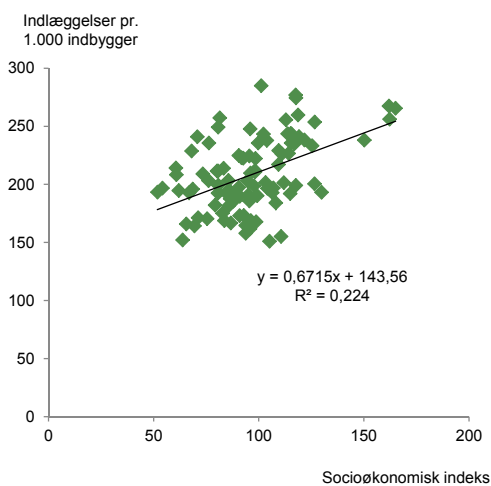
For at undersøge, om omfanget af indlæggelser i kommunerne kan forklares af sociale forhold, opstilles et simpelt udtryk for sammenhængen mellem variation i genindlæggelser og kommunernes sociale indeks⁵. Heraf fremgår en indikation af, at det sammenvejede sociale indeks kun i begrænset omfang kan forklare variationen i indlæggelse per tusinde indbyggere i 2009 og 2013, jf. figur 2.7 og figur 2.8.

Figur 2.7: Samvarition mellem indlæggelser pr. 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, fordelt på kommuner, 2009



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2009 og 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

Figur 2.8: Samvarition mellem indlæggelser pr. 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2009 og 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

⁵ Bemærk det socioøkonomisk indeks er opgjort generelt, og kan nuanceres med henblik på at fange yderligere forklaringsfaktorer. Dette er relevant at arbejde videre med i andre analyser mv., herunder fx i det årlige indikatorarbejde.

2.6 Ambulante besøg

På landsplan er antallet af ambulante besøg steget med ca. 1,3 mio., svarende til en stigning på 14,8 pct. i perioden 2009-2013. Alle regioner har haft en stigning i perioden, hvor Region Midtjylland og Region Syddanmark har bidraget mest til den samlede udvikling med hhv. ca. 21 og ca. 25 pct., *jf. tabel 2.4*.

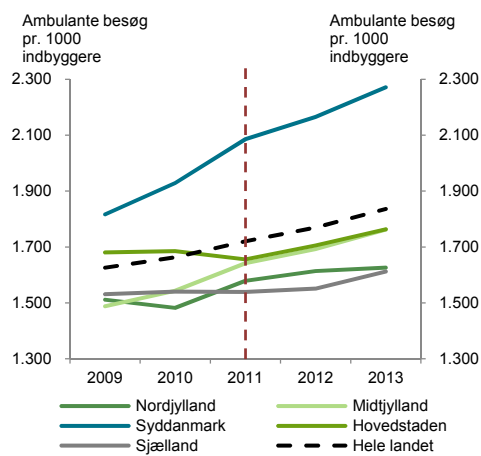
	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Region Nordjylland	877.300	858.900	915.400	936.000	943.600	7,6	1,5
Region Midtjylland	1.856.300	1.935.100	2.070.500	2.143.600	2.242.300	20,8	3,9
Region Syddanmark	2.179.000	2.314.900	2.504.200	2.601.500	2.729.200	25,2	4,6
Region Hovedstaden	2.792.500	2.830.700	2.813.800	2.924.200	3.054.500	9,4	1,8
Region Sjælland	1.257.100	1.263.700	1.261.400	1.268.600	1.316.100	4,7	0,9
Hele landet	8.962.100	9.203.400	9.565.400	9.873.700	10.285.700	14,8	2,8

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

Alle regioner har ligeledes haft en stigende udvikling, når der ses på ambulante besøg per tusinde indbyggere. Samlet set giver dette en stigning fra 2009 til 2013 på ca. 200 ambulante besøg per tusinde indbyggere, svarende til en vækst på ca. 15 pct. på landsplan.

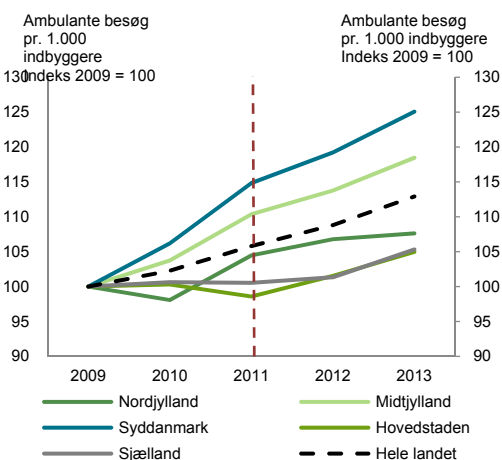
Region Syddanmark ligger med ca. 2.270 ambulante besøg per tusinde indbyggere markant højere end de andre regioner, der ligger mellem 1.600 og 1.800 ambulante besøg per tusinde indbyggere, *jf. figur 2.9*. I forhold til vækst har Region Syddanmark og Region Midtjylland haft den største vækst på hhv. ca. 25 og 20 pct., *jf. figur 2.10*. De andre tre regioner har haft en vækst på 5-8 pct.

Figur 2.9: Udvikling i antal ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 2.10: Indeks for udvikling i antal ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere, fordelt på regioner, 2009-2013

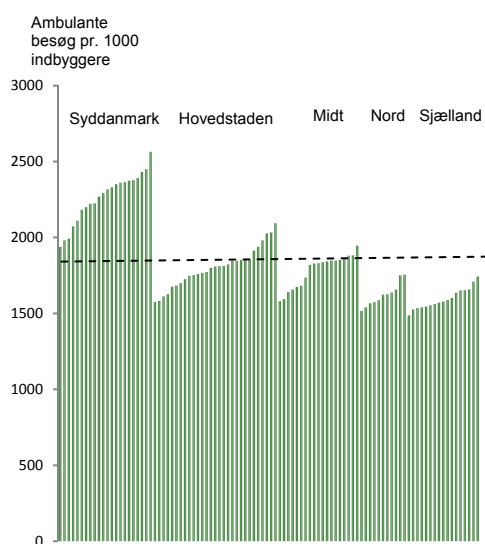


Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Samtlige kommuner i Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet i forhold til ambulante besøg per tusinde indbyggere, *jf. figur 2.11*. De resterende kommuner ligger under landsgennemsnitte på nær 7 kommuner i Region Hovedstaden og 1 kommune i Region Midtjylland. Forskellen på antal ambulante besøg mellem laveste og højeste kommune på landsplan er ca. 70 pct. I Region Syddanmark og Region Hovedstaden er forskellen mellem laveste og højeste kommune ca. 30 pct. I de tre andre regioner er forskellen mellem kommunerne mellem 15-17 pct.

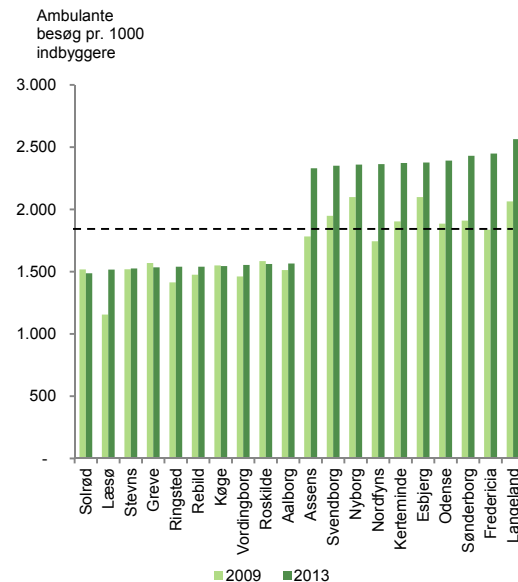
De 10 kommuner med det laveste antal ambulante besøg per tusinde indbyggere ligger omkring 1.500 ambulante besøg. De 10 kommuner med det højeste antal ambulante besøg per tusinde indbyggere ligger mellem ca. 2.300 og 2.500, *jf. figur 2.12*. Det bemærkes, at de kommuner der ligger lavest, ikke har ændret sig bemærkelsesværdigt siden 2009. Derimod er de kommuner der ligger højest alle steget markant siden 2009. I den højeste andel er alle 10 kommuner fra Region Syddanmark og i den laveste andel er 7 ud af de 10 fra Region Sjælland.

Figur 2.11: Ambulante besøg pr. 1.000 indbygger, fordelt på kommuner og regioner, 2013



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

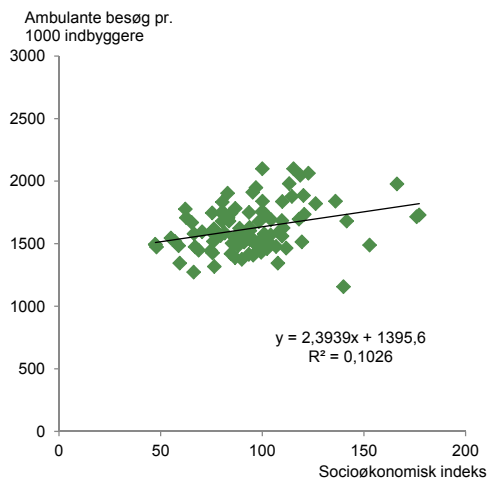
Figur 2.12: Antal ambulante besøg pr. 1.000 indbygger, fordelt på kommuner, 2009-2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

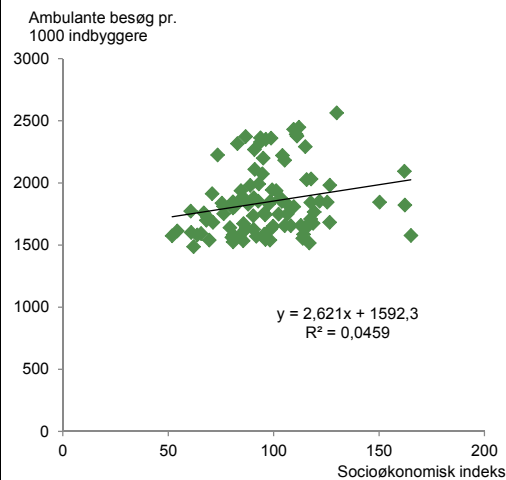
Et simpelt udtryk for sammenhængen mellem variationen i ambulante besøg og det sociale indeks i kommunerne ses i figur 2.13 og 2.14. Heraf fremgår en indikation af, at det sammenvejede sociale indeks kun i begrænset omfang kan forklare variationen i ambulante besøg per tusinde indbyggere i 2009 og 2013.

Figur 2.13: Samvarition mellem ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, fordelt på kommuner, 2009



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2009 og 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

Figur 2.14: Samvarition mellem ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2009 og 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

2.7 Færdigbehandlingsdage

Færdigbehandlingsdage er ikke omfattet af den kommunale medfinansiering, men er ikke desto mindre et relevant område i sammenspillet mellem kommuner og regioner, idet færdigbehandlingsdage siger noget om kommunernes opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Derfor fremstilles udviklingen på området i nedenstående. Færdigbehandlingsdage er opgjort som antallet af dage somatiske patienter (eksl. hospice) er indlagt efter de er blevet vurderet færdigbehandlet. Dvs. sengedage der potentielt kunne være blevet udnyttet til nye eller andre indlæggelser.

I 2013 var der samlet 38.000 færdigbehandlingsdage på landsplan. Udviklingen i alle regioner er faldende fra 2009 til 2013 og er i alt faldet med 34 pct. i perioden. Region Midtjylland har haft det største fald på ca. 74 pct. og Region Hovedstaden har haft det mindste fald på 19 pct., *jf. tabel 2.5.*

Tabel 2.5

Udvikling i færdigbehandlingsdage, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Region Nordjylland	3.000	2.000	2.300	2.500	1.100	-62	-21
Region Midtjylland	6.500	3.700	2.300	2.000	1.700	-74	-28
Region Syddanmark	5.900	3.700	1.900	2.000	2.500	-58	-19
Region Hovedstaden	37.700	31.700	29.000	29.500	30.700	-19	-5
Region Sjælland	5.200	3.600	3.300	3.500	2.300	-56	-19
Hele landet	58.400	44.700	38.800	39.500	38.400	-34	-10

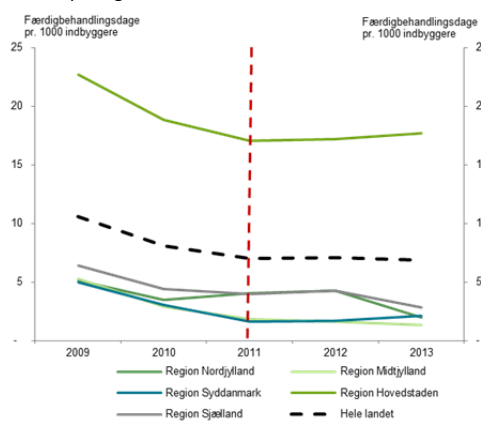
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

Opgøres færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere ses en markant forskel blandt regionerne. Færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere er på landsplan faldet fra 11

til 7 dage fra 2009 til 2013, *jf. figur 2.15*. Specielt Region Hovedstaden ligger markant højere sammenlignet med andre regioner med knap 18 færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere i 2013. Øvrige regioner ligger på omtrent samme niveau på knap 2 færdigbehandlingsdage i 2013 *jf. figur 2.15*.

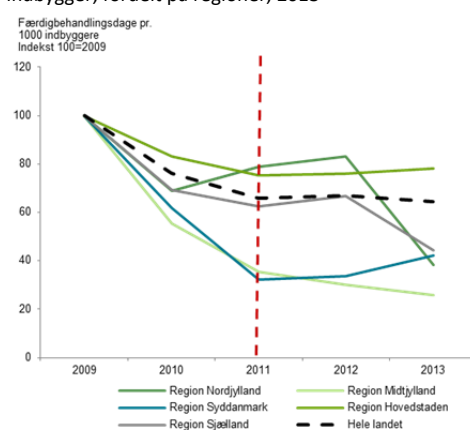
Antal færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere har samlet set været aftagende for alle regioner fra 2009-2013. Fra 2011 er antallet dog steget lidt for Region Syddanmark og Region Hovedstaden, *jf. figur 2.16*.

Figur 2.15: Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbygger, fordelt på regioner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

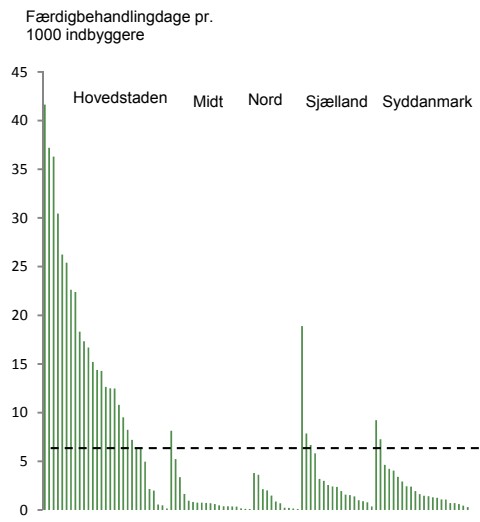
Figur 2.16: Indeks for færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbygger, fordelt på regioner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

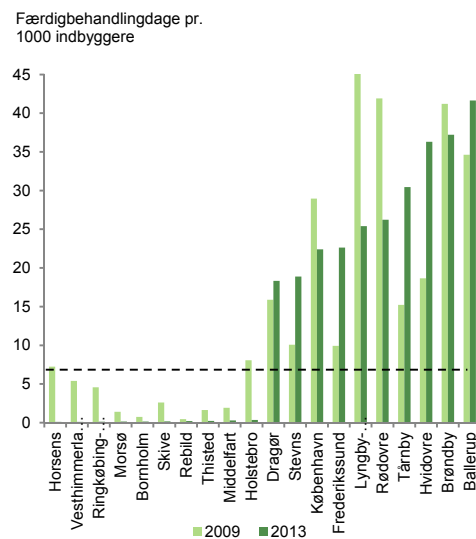
Grundet bl.a. det høje antal færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere i Region Hovedstaden er der stor spredning blandt kommunerne på landsplan, *jf. figur 2.17*. Også internt i Region Hovedstaden er der store forskelle, hvor antallet af færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere spænder fra under 1 til over 41 dage. De 10 kommuner med lavest antal færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere ligger alle tæt på nul, mens de 10 kommuner med det højeste antal alle ligger i Region Hovedstaden og spænder fra ca. 18 til 41 færdigbehandlingsdage per tusinde indbyggere, *jf. figur 2.18*.

Figur 2.17: Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere, fordelt på kommuner, 2013



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 2.18: Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indbyggere, fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Kapitel 3 – Udvikling i forebyggelsesresultater

3.1 Indledning

I kommunerne ligger en stor del af forebyggelses-, trænings-, rehabiliterings- og plejeindsatsen hos den ældre del af befolkningen, og det er således relevant at se nærmere på udviklingen for ældre over 65 år. I nedenstående belyses udvikling og status af resultater af den kommunale forebyggelsesindsats hos ældre på baggrund af en række udvalgte indikatorer på tværs af landet. Der ses på genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte korttidsindlæggelser for +65-årige⁶.

Formålet er at undersøge, om der er forekommet ændringer i perioden i forhold til udvikling og varians.

3.2 Opsummering

- Antallet af genindlæggelser er samlet set steget, mens genindlæggelser per tusinde +65-årige er faldet i perioden 2009-2013. I samme periode er antallet er +65-årige steget. Dette kan give en vis indikation af, at de kommunale forebyggelses-, trænings- og plejeindsatser i 2009-2013 har haft en positiv effekt i forhold til genindlæggelser. Der er dog fortsat variation mellem regioner og kommuner.
- På samme vis er antallet af forebyggelige indlæggelser samlet set steget, mens forebyggelige indlæggelser per tusind +65-årige er faldet fra 2009-2013. Det kan ligeledes give en vis indikation af, at de kommunale forebyggelses- og plejeindsatser har haft en positiv effekt. Der er også her fortsat variationer mellem regioner og kommuner.
- Antallet af akutte korttidsindlæggelser er samlet set steget, mens udviklingen for akutte korttidsindlæggelser per tusind +65-årige er konstant. Dette kan evt. indikere, at forebyggelsesindsatser kan have en vis effekt på de akutte korttidsindlæggelser, men ikke nødvendigvis i så høj grad som for indikatorerne for genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. Der er store regionale og kommunale forskelligheder i akutte korttidsindlæggelser.

⁶ Forebyggelsesresultater i den restende del af befolkningen (aldersopdelt) kan ligeledes være interessant og kan derfor være relevant at arbejde videre med i andre analyser mv., herunder fx i det årlige indikatorarbejde.

3.3 Udvikling i den ældre del af befolkningen

Antallet af ældre over 65 år er generelt steget i perioden 2009 til 2013. I 2013 var der således ca. 1 mio. +65-årige, hvilket svarer til en stigning på ca. 14 pct. siden 2009, *jf. tabel 3.1.*

Tabel 3.1
Udvikling i antal ældre +65 år

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct.	Gns. årlig ædring, pct.
Region Nordjylland	99.000	101.000	105.000	108.000	112.000	13,1	3,1
Region Midtjylland	186.000	193.000	200.000	208.000	215.000	15,6	3,7
Region Syddanmark	202.000	207.000	214.000	222.000	229.000	13,4	3,2
Region Hovedstaden	249.000	254.000	264.000	273.000	281.000	12,9	3,1
Region Sjælland	140.000	145.000	151.000	157.000	164.000	17,1	4,0
Hele landet	875.000	901.000	934.000	968.000	1.000.000	14,3	3,4

Kilde: Danmarks Statistik

3.4 Modtagere af kommunale pleje- og omsorgsydelser

I nedenstående afsnit referes til relevante uddrag fra rapporten "Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser", hvor bl.a. udvalgte borgergruppers forbrug af sundhedsydelser i det regionale sundhedsvæsen blev analyseret.

Forebyggelsespotentialet ved den enkelte kommunale kontakt med borgeren varierer alt efter typen af indsats (indenfor og på tværs af områder) og intensiteten af indsatsen. Det må forventes, at kontaktflader ved genoptræning og rehabilitering, sygepleje, sundhedspleje for nyfødte, pleje- og omsorgsydelser til ældre på plejecenter, i hjemmepleje og på sociale tilbud tilsiger et væsentligt større forebyggelsespotentialer end fx beskæftigelsesindsatsen i forhold til kontanthjælpsmodtagere eller udbetaling af førtidspension gør.

På ældreområdet vil forebyggelsespotentialer i forbindelse med personlig pleje fra hjemmeplejen alt andet lige være større end for borgere, der alene får praktisk hjælp til rengøring mv., idet disse i hovedreglen er mere selvhjulpne. Tilsvarende er det sundhedsfaglige fokus i forbindelse med hjemmesygeplejedydelser større end ved pleje og omsorgsydelser i hjemmeplejen. Samme forskel gør sig gældende for borgere i sociale tilbud, idet mulighederne for at forebygge alt andet lige vil være større på døgntilbud end dagtilbud, i og med der er tale om mere intensiv kontakt.

I nedenstående fokuseres på de borgere, der modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, afgrænset til beboere på plejecentre, modtagere af personlig pleje og/eller praktisk bistand i eget hjem samt modtagere af kommunale hjemmesygeplejedydelser. Som beskrevet ovenfor er forebyggelsespotentialer blandt disse modtagergrupper varierende og afhænger af typen af indsats og intensiteten i den kommunale indsats.

Blandt personer på 65 år eller derover bor omkring 3,1 pct. på plejecenter, omkring 9,2 pct. modtager personlig pleje i eget hjem, mens yderligere 9,6 pct. modtager praktisk bistand i eget hjem i de 10 udvalgte kommuner i tabel 3.2. De tilsvarende grupper har et forbrug af regionale sundhedsydelser svarende til hhv. 3,8, 20,5 og 13,2 pct. af de samlede udgifter til personer på 65 år eller derover.

Tabel 3.2

Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser for +65-årige - 10 udvalgte kommuner, 2010

	Antal personer i gruppen	Andel af alle +65-årige, pct.	Regionale sundhedsudgifter, mio. kr*	Andel af samlede udgifter for +65-årige, pct.
Alle +65-årige	118.150	100	2.944	100
Borgere på plejecentre	3.634	3,1	112	3,8
Modtagere af personlig pleje i eget hjem	10.824	9,2	603	20,5
Modtagere af praktisk pleje i eget hjem	11.400	9,6	388	13,2
Øvrige +65-årige	92.292	78,1	1.841	62,5

Anm.: Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odde, Viborg og Aalborg Kommuner. *Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

Kilde: Rapporten "Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, 2013

For modtagere på 65 år eller derover er de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling ca. 31.000 kr. pr. beboer på kommunale plejecentre, godt 55.000 kr. pr. modtager af personlig pleje i eget hjem og ca. 34.000 kr. pr. modtager af praktisk bistand i eget hjem, *jf. tabel 3.3*. Til sammenligning er udgiften 20.000 kr. for personer på 65 år eller derover, som ikke modtager varig kommunal pleje. Det er bemærkelsesværdigt, at forbruget af regionale sundhedsydelser næsten er det dobbelte blandt modtagere af personlig pleje i eget hjem i forhold til beboere på plejecentre. Som udgangspunkt må det vurderes, at borgere der er i stand til at klare sig i eget hjem, har et højere funktionsniveau, større egenomsorgskapacitet, bredere socialt netværk mv. end personer på plejecentre, hvorfor deres forbrug af sundheds- og plejeydelser – alt andet lige – må forventes at være mindre. Det markant lavere forbrug af regionale sundhedsydelser blandt beboere på plejecentre, hvor personalet har en tæt løbende kontakt med borgeren, indikerer derfor, at de kommunale pleje- og omsorgsindsatser har betydning for forbruget af regionale sundhedsydelser.

Tabel 3.3

Regionalt sundhedsforbrug blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser for +65-årige, 10 udvalgte kommuner, 2010

	Regionale sundhedsudgifter pr. person, kr*	Andel med indlæggelser pr. år på sygehus, pct.	Andel med kontakt til sygehus, pct.	Antal indlæggelser pr. 1000 indbygger	Antal ambulante besøg pr. 1000 indbygger	Antal kontakter hos almen læge pr. 1000 indbygger
Alle +65-årige	24.917	21	57	377	2.258	12.529
Borgere på plejecentre	30.760	33	59	604	1.535	22.292
Modtagere af personlig pleje i eget hjem	55.740	46	74	1.017	3.576	21.645
Modtagere af praktisk pleje i eget hjem	34.000	29	66	541	3.060	16.173
Øvrige +65-årige	19.950	16	54	272	2.033	10.625

Anm.: Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odde, Viborg og Aalborg Kommuner. *Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

Kilde: Rapporten "Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, 2013

Sammensætningen af det regionale sundhedsforbrug fremgår ligeledes af tabel 3.3. Det ses, at der i alle tre modtagergrupper er betydeligt flere personer, der indlægges eller har kontakt til sygehus i øvrigt. Det fremgår endvidere, at flere modtagere af personlig pleje indlægges og har kontakt med sygehus, end det er tilfældet for beboere på plejecentre eller for personer, der alene modtager praktisk hjælp i eget hjem. Endvidere har modtagere af personlig pleje to gange flere indlæggelser og omkring 2½ gange flere ambulante besøg end beboere på plejecentre. Endelig er det bemærkelsesværdigt at antallet af ambulante besøg er lavere blandt plejecenterbeboere end hos den del af den ældre befolkning, der ikke modtager varige pleje- og omsorgsydelser. Derimod er antallet af kontakter hos almen praktiserende læge forholdsvist ensartet blandt beboere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem (ca. 22 kontakter pr. år), mens det er noget lavere blandt modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (ca. 16 kontakter pr. år) og den ældre befolkning generelt (ca. 10 kontakter pr. år).

3.5 Genindlæggelser for +65-årige

Genindlæggelser kan anvendes som indikator for at synliggøre udviklingen og potentialer for den kommunale forebyggelsesindsats. Genindlæggelser kan dog også skyldes andre forhold, og indikatoren skal derfor anvendes varsomt i relation til den kommunale medfinansiering. En genindlæggelse er defineret som en ny akut kontakt indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den seneste indlæggelse, *jf. boks 3.1*.

Boks 3.1

Definition af genindlæggelser

En genindlæggelse er defineret som en akut indlæggelse, der finder sted tidligst 4 timer og senest 30 dage efter forrige udskrivning. Indlæggelsen må ikke være som følge af henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit. Patienten må ikke i forbindelse med indlæggelsen have en kræft eller ulykkesdiagnose.

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

Genindlæggelser er ikke nødvendigvis et udtryk for uhensigtsmæssigt forløb eller kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. Genindlæggelser kan derimod skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Kilde: Forebyggelse af indlæggelser, Synlige resultater, 2014

Genindlæggelse kan afspejle en uhensigtsmæssig indlæggelse, hvis der er tale om en indlæggelse, der kunne have været undgået gennem en effektiv indsats i enten kommunen eller samarbejdet mellem region og kommune. Fx ved at sikre den rette opfølgning, medicinering eller pleje i patientens kommune eller god koordination mellem kommune og region i forbindelse med udskrivning af en patient.

Udviklingen og variationen i indikatorer for genindlæggelser er derfor interessant, eftersom disse med forsigtighed kan give et vist billede af om forebyggelse- og plejeindsatser i kommunerne og samarbejdet på tværs af regioner og kommuner er forbedret.

Det samlede antal genindlæggelser har været stabilt omkring 81.000 indlæggelser i perioden 2009-2013. Den stabile udvikling skyldes, at den yngre del af befolkning i mindre grad bliver genindlagt og opvejer dermed stigninger i aldersgrupperne over 65 år. Dele af disse stigninger kan forklares af at der i perioden er kommet flere +65-årige, *jf. tabel 3.1*. Antallet af genindlæggelser blandt 0-17 årige og 18-64 årige er således faldet med hhv. 12 pct. og 5 pct. i perioden, mens grupperne 65-74 år, 75-84 år og +85 år er steget, *jf. tabel 3.4*.

Tabel 3.4**Udvikling i genindlæggelser fordelt på aldersgrupper**

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct.	Gns. årlig ædring, pct.
0-17 år	12.700	13.400	13.200	12.700	11.100	-11,9	-2,5
18-64 år	31.700	30.400	30.400	30.000	30.000	-5,3	-1,1
65-74 år	14.400	14.700	14.800	15.100	15.800	9,8	1,9
75-84 år	14.800	14.600	14.500	14.900	15.600	5,4	1,1
85+	7.700	8.000	7.800	8.500	8.700	12,9	2,5
I alt	81.200	81.100	80.600	81.100	81.200	0,0	0,0

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

Boks 3.2**Definition af genindlæggelsesfrekvens for +65-årige**

Genindlæggelsesfrekvensen for +65-årige er defineret som antallet af genindlæggelser i forhold til antallet af genindlæggelser i aldersgruppen.

$$\text{Genindlæggelsesfrekvens} = \frac{\text{Genindlæggelser +65-årige}}{\text{Indlæggelser +65-årige}}$$

Udviklingen i genindlæggelsesfrekvensen giver altså et billede af om patienterne i højere eller lavere grad bliver genindlagt i forhold til hvor mange der bliver indlagt og kan dermed give en indikation af om forebyggelse- og plejeindsatserne er blevet forværret eller forbedret.

Kilde: Forebyggelse af indlæggelser, Synlige resultater, 2014

Genindlæggelsesfrekvensen, dvs. genindlæggelsen i forhold til indlæggelser i aldersgruppen, jf. boks 2, for +65-årige er fra 2009 til 2013 faldet fra 9,5 pct. til 9,2 pct. Udviklingen af genindlæggelsesfrekvensen er faldende i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Region Sjælland har haft en markant stigning fra 2012 til 2013, hvor genindlæggelsesfrekvensen steg fra 8,2 pct. til 9,6 pct., jf. tabel 3.5.

Tabel 3.5**Genindlæggelsesfrekvens for +65-årige og fordelt på regioner, 2009-2013, pct.**

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013
Region Hovedstaden	9,5	9,4	9,3	9,2	8,8	-0,7
Region Midtjylland	9,1	9,2	7,9	8,1	8,3	-0,8
Region Nordjylland	8,5	8,7	9,1	9,5	8,9	0,4
Region Sjælland	8,8	8,2	8,1	8,2	9,6	0,8
Region Syddanmark	10,8	10,4	10,5	11,1	10,3	-0,5
Hele landet	9,5	9,3	9,0	9,2	9,2	-0,3

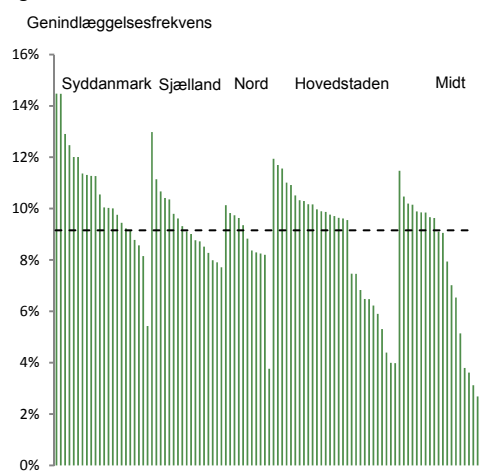
Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen for +65-årige er defineret som antallet af genindlæggelser i forhold til antallet af genindlæggelser i aldersgruppen.

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningsstatistik, Danmarks Statistik

Der er stor spredning i genindlæggelsesfrekvensen blandt kommunerne. Den kommune med højest genindlæggelsesfrekvens har således en genindlæggelsesfrekvens, der er mere end 5 gange så høj som den kommune med lavest genindlæggelsesfrekvens, *jf. figur 3.1*. Også internt i regionerne er der stor spredning mellem kommunerne, hvor de kommuner med højest genindlæggelsesfrekvensen er mellem 1,5 og 4 gange større end de laveste.

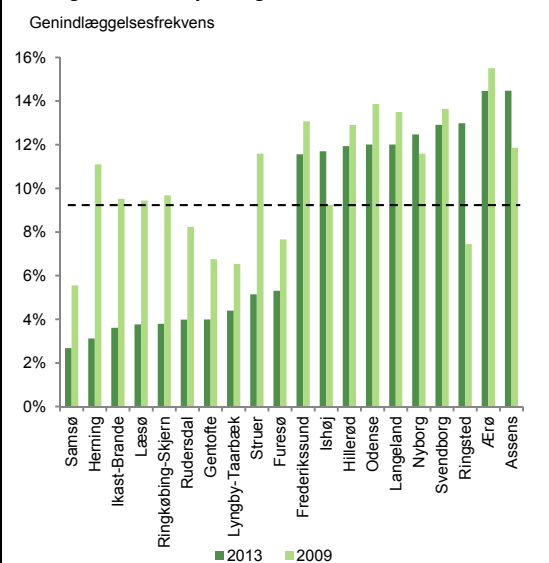
De 10 kommuner med højest genindlæggelsesfrekvens er på fra 12 til 15 pct., hvorimod de 10 kommuner med lavest genindlæggelsesfrekvens er på 2 til 5 pct., *jf. figur 3.2*. Af de kommuner der ligger lavt er Herning, Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern kommune, som er faldet med 6-8 pct. fra 2009 til 2013. Det bemærkes, at genindlæggelsesfrekvensen i 6 ud af 10 af de kommuner med de højeste frekvenser er faldet siden 2009.

Figur 3.1: Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på regioner og kommuner, 2013



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

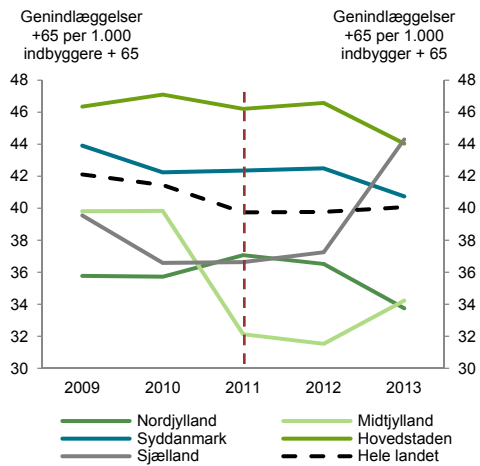
Figur 3.2: Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

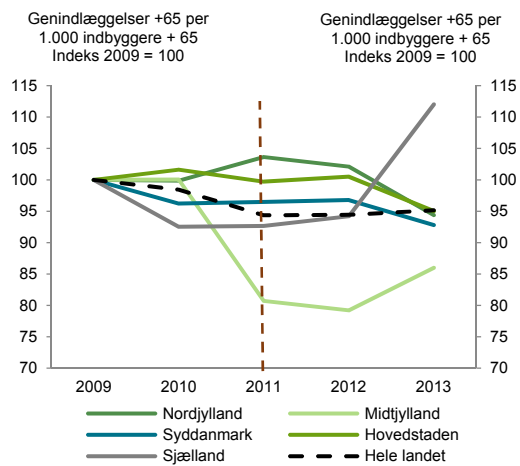
Opgøres genindlæggelser per tusinde indbyggere blandt +65-årige, viser der sig en nedadgående trend. På landsplan er antallet af genindlæggelser per tusinde +65-årige således faldet fra ca. 42 til ca. 40, svarende til et fald på ca. 5 pct., *jf. figur 3.3*. Der er relativ stor spredning regionerne imellem, hvor Region Midtjylland med ca. 34 genindlæggelser per tusinde +65-årige ligger lavest og Region Hovedstaden med ca. 44. genindlæggelser per tusinde +65-årige ligger højest, *jf. figur 3.3*. Region Sjælland har en bemærkelsesværdig stigning fra 2012 til 2013, hvor antal genindlæggelser per tusinde +65-årige stiger fra 37 til 44.

Figur 3.3: Udvikling i antal genindlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

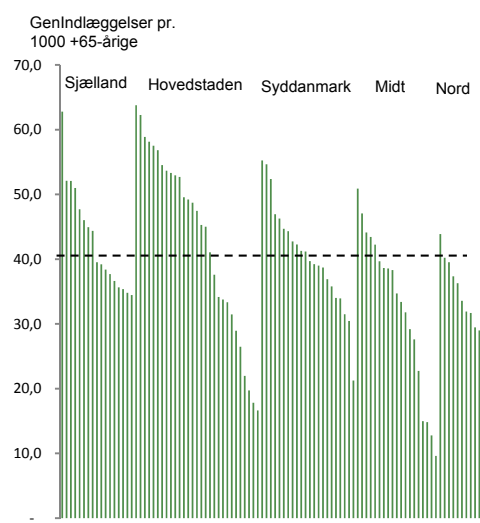
Figur 3.4 Indeks for udvikling i antal genindlæggelser pr. 1000 +65-årige, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

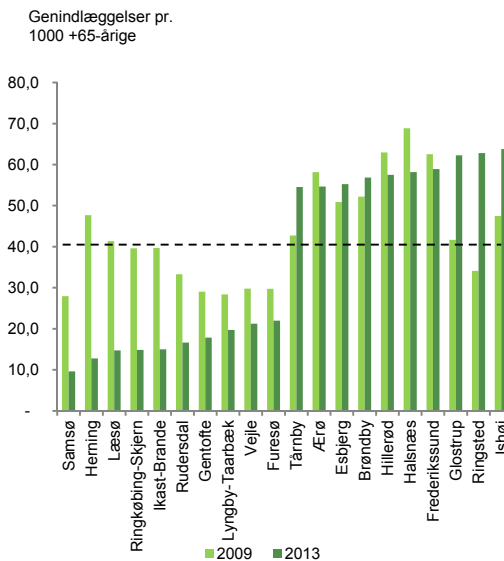
Der er stor spredning i kommunerne i forhold til genindlæggelser per tusinde +65-årige, idet der er mere end 6 gange forskel på de kommuner, der ligger højest og lavest. Også internt i regionerne er der relativt store forskelle, jf. figur 3.5. De 10 kommuner med færrest genindlæggelser i 2013 ligger på mellem 10 og 20 genindlæggelser per tusinde +65-årige. De 10 kommuner med flest genindlæggelser ligger mellem 55 og 65 genindlæggelser per tusinde +65-årige, hvor 8 ud af 10 er fra Region Hovedstaden, jf. figur 3.6.

Figur 3.5: Genindlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på kommuner, 2013



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.6: Genindlæggelser per 1000 +65-årige, fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

De kommuner, der har oplevet de største fald og stigninger, ses i nedenstående tabel 3.6. Horsens og Odder kommuner har den største procentvise stigning med hhv. ca. 100 og 145 pct. Herning, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande har det store procentvise fald på hhv. ca. 73, 63 og 62 pct.

Tabel 3.6

Kommuner med største fald og stigning i genindlæggelser per 1000 +65-årige

	2009	2013	Fald	Fald i pct.		2009	2013	Stigning	Stigning i pct.
Herning	47,7	12,8	-34,9	-73,2	Ringsted	34,1	62,8	28,7	84,1
Struer	54,8	22,8	-32,1	-58,5	Horsens	25,4	50,9	25,5	100,5
Læsø	41,4	14,7	-26,6	-64,4	Odder	16,2	39,7	23,5	145,4
Egedal	51,3	26,5	-24,8	-48,4	Glostrup	41,7	62,3	20,6	49,5
Ringkøbing-Skjern	39,6	14,8	-24,7	-62,5	Ishøj	47,5	63,8	16,3	34,3
Ikast-Brande	39,7	15	-24,7	-62,3	Næstved	29,4	44,4	15,0	51,2
Lemvig	53,8	29,2	-24,7	-45,8	Hedensted	20,4	34,7	14,3	69,8
Samsø	27,9	9,6	-18,3	-65,6	Albertslund	37,3	49,6	12,2	32,7
Holstebro	45,5	27,6	-17,8	-39,3	Tårnby	42,7	54,5	11,8	27,6
Vesthimmerlands	49,5	31,9	-17,6	-35,6	Guldborgsund	41,0	52,1	11,1	27,0

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Boks 3.4

Eksempler på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

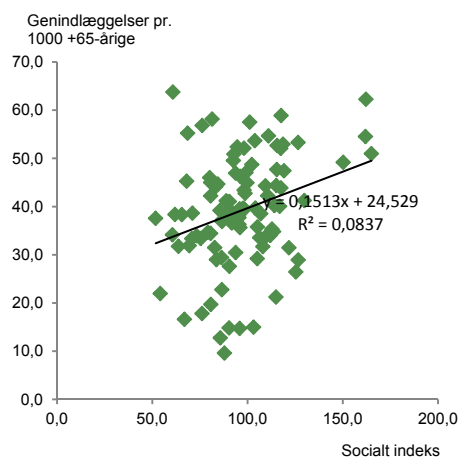
I Ringkøbing-Skjern Kommune har opfølgende hjemmebesøg givet positive resultater. Borgerne oplever færre genindlæggelser. Det giver større livskvalitet og tryghed. Resultatet giver også udslag på bundlinjen. Initiativet går på, at skrøbelige ældre medicinske patienter besøges efter udskrivelsen, af deres praktiserende læge og hjemmesygeplejersken. Under besøget bliver det afklaret, hvilke behov borgeren har, og hvordan borgerne kan opnå samme funktionsniveau som før indlæggelsen. På baggrund af informationerne fra besøget bliver der tilrettelagt et forløb for borgeren. Forløbet tager afsæt i borgens specifikke behov.

Aalborg Kommune har konstateret, at de har en stor udfordring ved en stigende ældrebefolkning og en ændret praksis på sygehuset. Det betyder, at der vil være stor gevinst ved at sætte gang i initiativer, som reducerer antallet af indlæggelser/genindlæggelser og reducerer forbruget af plejeydelser. Udfordringen er dog, at det ikke altid er den forvaltning, som rent faktisk kan gøre noget ved udfordringerne, der indhøster gevinsten ved initiativet. På denne baggrund har Aalborg Kommune udarbejdet en ny budgetmodel, der tilsiger at gevinsten ved initiativet også tilfalder den forvaltning, som har igangsat det. Dette er uagtet, at besparelsen initialt ender et andet sted i kommunekassen. Forvaltningerne har inden initiativet iværksættes aftalt, hvordan gevinsten fordeles mellem kommunekassen og den enkelte forvaltning.

Kilde: Casekatalog indsamlet af KL. Se mere om kommunale tiltag på <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-nare-sundhedsvasen/Kommunale-eksempler/>

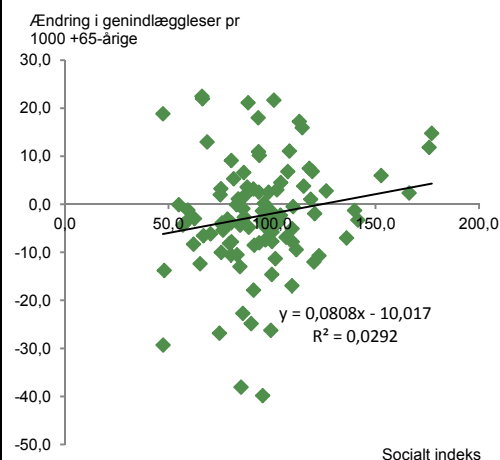
Kun i begrænset omfang kan det sammenvejede sociale indeks forklare variation i antal og ændring fra 2009 til 2013 i genindlæggelser per tusinde +65-årige, jf. figur 3.7 og 3.8. Variationen i de sociale indeks kan således kun forklarer ca. 8 pct. af variationen i genindlæggelser i kommunerne og forklarer stort set ikke forskelle i ændringerne fra 2009 til 2013. Disse sammenhænge skal dog fortolkes varsomt, da der er tale om et meget simpelt setup, og det sociale indeks repræsenterer hele befolkningen i kommunerne og ikke kun de +65-årige.

Figur 3.7: Samvariation mellem genindlæggelser pr. 1.000 +65-årige og socialt indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og Kommunal udligning og generelle tilskud 2009 og 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

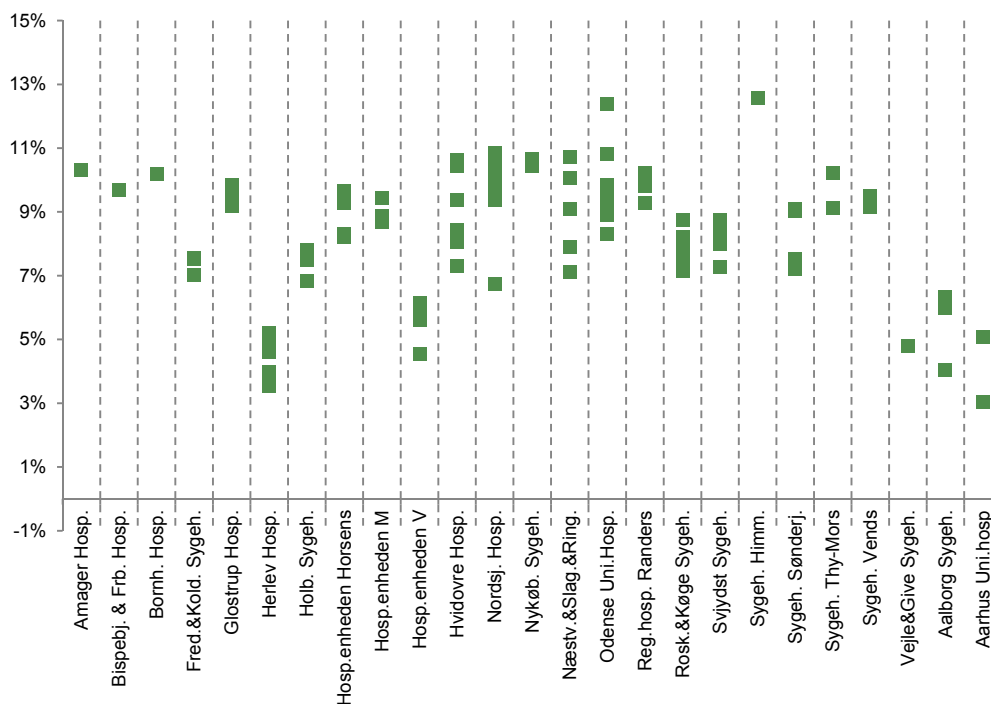
Figur 3.8: Samvariation mellem ændring i genindlæggelser pr. 1.000 +65-årige fra 2009 til 2013 og socialt indeks, fordelt på kommuner 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og Kommunal udligning og generelle tilskud 2009 og 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

Kommunernes genindlæggelsesfrekvens på primærsygehus varierer relativt meget mellem sygehusene, dvs. fra 2 pct. til 13. pct., *jf. figur 3.9*. Definitionen af primærsygehus ses i boks 3.5. Eksempelvis er Glostrup Hospital primærsygehus for Albertslund, Glostrup og Høje-Taastrup Kommune i forhold til genindlæggelser. Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital og Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehus har nogle af de største forskelle, der ligger mellem 7 pct. til 14 pct.

Figur 3.9: Variation i kommunernes genindlæggelsesfrekvens på primær sygehus, 2013



Anm.: Figuren viser kommunernes genindlæggelsesfrekvens til primærsygehus. Eksempelvis er Glostrup hospital primærsygehus for Albertslund, Glostrup og Høje-Taastrup kommune i forhold til genindlæggelser.

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

Boks 3.5

Definition af primærsygehus

En kommunes "primærsygehus" er defineret som det sygehus, kommunens borgere anvender mest, med henblik på den pågældende indlæggelsestype. Eksempelvis gælder der for genindlæggelser, at primærsygehuset for pågældende kommune, er det sygehus, hvor størstedelen af kommunens genindlæggelser finder sted.

I figur 3.9, 3.16, 3.23 er kommunerne fordelt på, hvilket primærsygehus de bruger. Kommunerne er markeret ved prikker overfor deres primærsygehus, hvilket altså betyder at de bruger det pågældende sygehus mest for den specifikke indlæggelsestype*.

Jo længere afstand der er mellem kommunerne (prikkerne), jo større er forskellen i den pågældende indlæggelsestype. Forskelle i indlæggelsestyperne kan indikere, at der er forskelle i den kommunale forebyggelsesindsats eller sygehus-specifikke forhold.

*Anm.: Metoden afviger fra metoden anvendt i Effektiv kommunal forebyggelse (april 2013), hvor primærsygehuset defineres som det sygehus kommunens borgere anvender mest ud fra den samlede aktivitet (ambulant og stationær) opgjort i produktionsværdi.

Kilde: Forebyggelse af indlæggelser, Synlige resultater, 2014

3.6 Forebyggelige indlæggelser for +65-årige

Forebyggelige indlæggelser omfatter indlæggelser med diagnoser, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale i det nære sundhedsvæsen i forhold til at forebygge disse sammenlignet med øvrige indlæggelser, *jf. boks 3.6*. Diagnoserne omfatter relativt få diagnoser, men har stadig en væsentlig tyngde (ca. 15 pct.) i forhold til alle indlæggelser. Forskelle i forebyggelige indlæggelser mellem regioner kan skyldes forskelle i registreringspraksis, men kan også skyldes forskelle i indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Diagnoseafgrænsningen er særligt udviklet til ældre borgere, og der er således også tale om de typer af indlæggelser, som netop de kommunale forebyggelses og plejeindsatser sandsynligvis medvirker til at forhindre. Der ses derfor særligt på udvikling og varians i forebyggelige indlæggelser for aldersgruppen +65-årige.

Boks 3.6

Definition af forebyggelige indlæggelser +65-årige

Forebyggelige indlæggelser for +65-årige er defineret som indlæggelser i aldersgruppen 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende 9 diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdomme, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og tryksår.

Forebyggelige indlæggelser kan derfor betegnes som indlæggelser, der sandsynligvis vil kunne forhindres gennem en effektiv forebyggelse og plejeindsats.

Kilde: Forebyggelse af indlæggelser, Synlige resultater, 2014

Samlet set er antallet af forebyggelige indlæggelser steget med ca. 6 pct. i perioden 2009 til 2014. Aldersgruppen fra 74-84 år har dog oplevet et lille fald, *jf. tabel 3.7*.

Tabel 3.7

Udvikling i forebyggelige indlæggelser fordelt på aldersgrupper

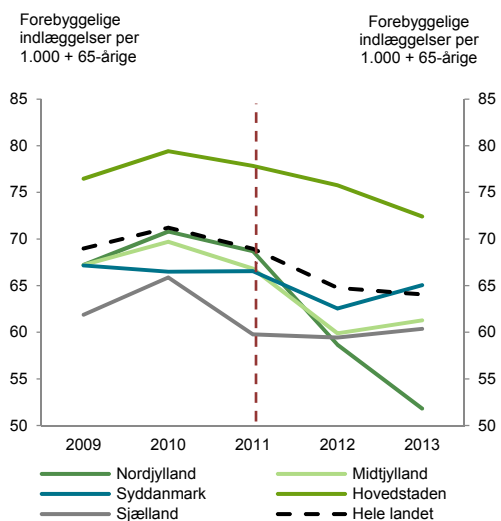
	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct	Gns. årlig ændring, pct.
65-74 år	19.200	21.300	22.000	21.400	21.800	13,0	2,5
75-84 år	24.400	25.200	25.100	23.900	24.400	-0,3	-0,1
85+	16.700	17.700	17.300	17.400	17.900	7,3	1,4
I alt	60.400	64.200	64.400	62.700	64.100	6,1	1,2

Anm.:

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

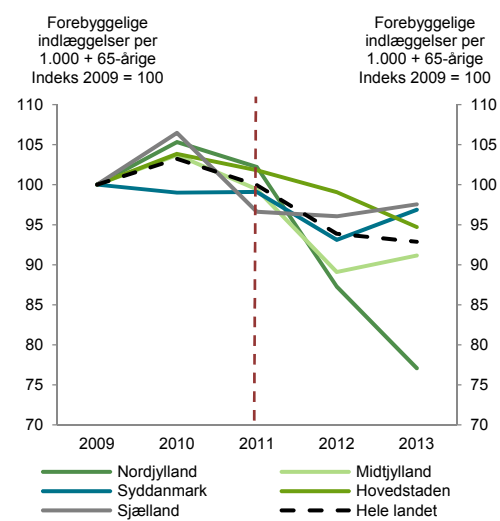
I modsætning til stigningen i de samlede forebyggelige indlæggelser falder antallet af forebyggelige indlæggelser per tusinde +65-årige fra ca. 69 til ca. 64 indlæggelser, *jf. figur 3.10*. Antallet af forebyggelige indlæggelser per tusinde +65-årige falder i alle fem regioner, hvor Region Nordjylland har det størst fald på ca. 23 pct., *jf. figur 3.11*.

Figur 3.10: Udvikling i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.11: Indeks for udvikling i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 +65-årige, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Forskelle i kommunerne spænder fra ca. 30 til 90 forebyggelige indlæggelser per tusinde +65-årige. I regionerne er der størst forskel mellem kommunerne i Region Hovedstaden, der spænder fra ca. 40 til 90 forebyggelige indlæggelser per tusinde +65-årige, jf. figur 3.12. Det bemærkes, at der er en tendens til, at de relative fald i regionerne er større efter 2011, jf. figur 3.11.

7 ud af de 10 kommuner, der ligger højest i forhold til forebyggelige indlæggelser i 2013 er fra Region Hovedstaden, mens 6 ud af 10 i den laveste del er fra Region Nordjylland, jf. figur 3.13.

Boks 3.7

Eksempler på forebyggelsesindsatser i kommunerne

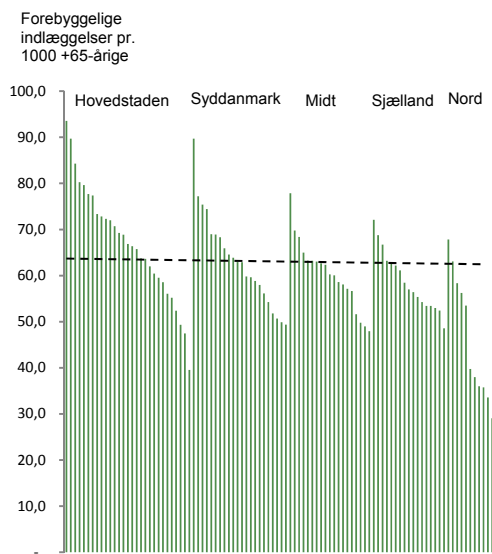
I flere kommuner findes eksempler på initiativer der er rettet mod uheldsmæssige indlæggelser.

Roskilde Kommune har med projektet "Hold hjulet i gang" i samarbejde med geriatrisk team på Roskilde Sygehus skabt et mere sammenhængende forløb for bl.a. de ældre medicinske patienter. Og samtidig har de undgået en række uheldsmæssige indlæggelser.

Københavns Kommune har i 2014 igangsat udviklingsprojektet "Tidlige Tegn" der er målrettet personalet på plejecentre. Formålet med værktøjet er primært at reducere antallet af indlæggelser i forhold til de forebyggelige diagnoser. Værktøjet har fokus på: Lyt, observer, reflekter og reager.

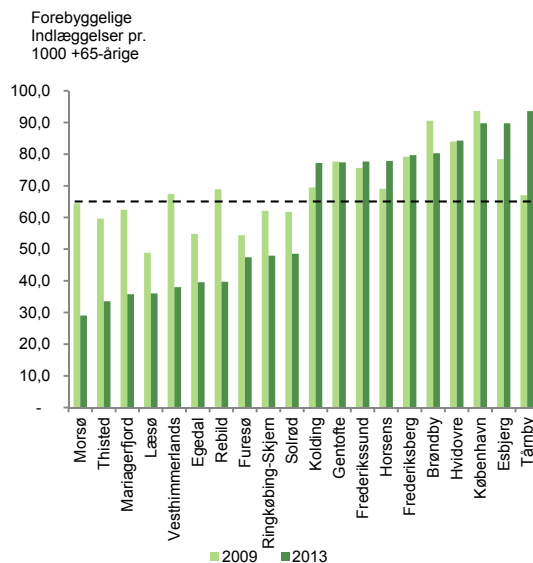
Kilde: Casekatalog indsamlet af KL. Se mere om kommunale tiltag på <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-nare-sundhedsvasen/Kommunale-eksempler/>

Figur 3.12: Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på regioner og kommuner, 2013



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.13: Forebyggelige indlæggelser per. 1.000 +65-årige fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Anm: Stiplet linje angiver landsgennemsnit, 2013
 Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

De kommuner, der har oplevet de største fald og stigninger, ses i nedenstående tabel 3.8. Odsherred og Holbæk kommune har de største procentvise stigninger med hhv. ca. 56 og 53 pct. Morsø og Thisted kommune har det største procentvise fald på hhv. ca. 55 og 44 pct.

Tabel 3.8

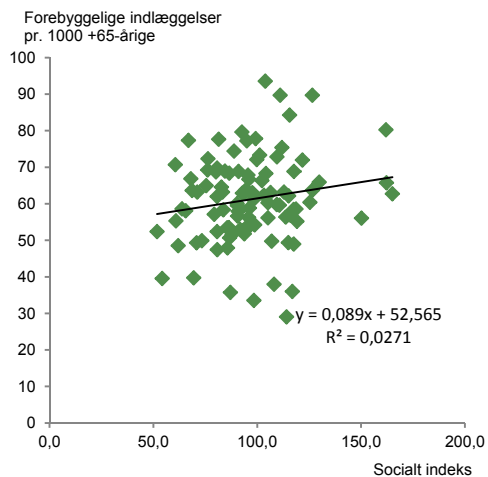
Kommuner med størst fald og stigning i forebyggelige indlæggelser per 1000 +65-årige

	2009	2013	Fald	Fald i pct.		2009	2013	Stigning	Stigning i pct.
Morsø	64,5	29	-35,4	-55	Tårnby	67,1	93,6	26,5	39,5
Samsø	80,8	49	-31,8	-39,4	Holbæk	47,2	72,1	25,0	52,9
Vesthimmerlands	67,5	38	-29,5	-43,7	Dragør	46,8	70,7	23,9	51,0
Rebild	68,9	39,7	-29,2	-42,3	Odsherred	40,6	63,2	22,6	55,7
Mariagerfjord	62,5	35,7	-26,7	-42,8	Kalundborg	50,3	62,2	11,9	23,6
Thisted	59,6	33,6	-26	-43,7	Esbjerg	78,4	89,7	11,3	14,4
Jammerbugt	75,7	53,5	-22,2	-29,3	Faaborg-Midtfyn	48,4	58,0	9,6	19,8
Nordfyns	71,2	51,8	-19,4	-27,2	Horsens	69,1	77,9	8,8	12,7
Tønder	68,3	49,4	-18,9	-27,7	Odder	54,9	63,2	8,3	15,2
Lemvig	74,3	56,6	-17,7	-23,8	Varde	61,0	69,0	8,0	13,1

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

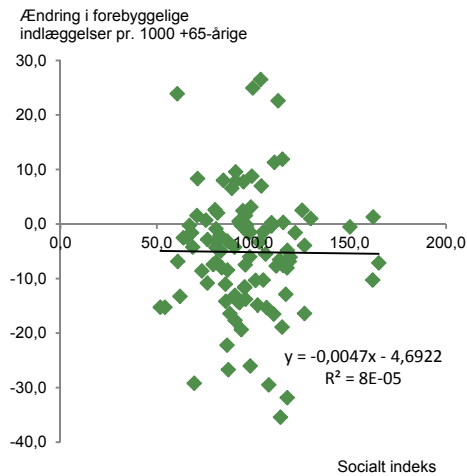
Når der ses på den simple sammenhæng mellem variation i antal og ændringer fra 2009 til 2013 i forebyggelige genindlæggelser per tusinde +65-årige og det sociale indeks er der stort set ingen forklaringskraft, jf. figur 3.14 og 3.15. Der er altså umiddelbart ikke nogen indikation af sammenhæng mellem, hvor "tung" befolkningen er, og hvordan kommunerne klarer sig i forhold til at nedbringe forebyggelige indlæggelser af +65-årige. Dette resultat skal dog tolkes varsomt, da der er tale om et meget simpelt setup, bl.a. fordi det sociale indeks repræsenterer hele befolkningen i kommunerne og ikke kun de +65-årige.

Figur 3.14: Samvariation mellem forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 +65-årige og socialt indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik Institut og Kommunal udligning og generelle tilskud 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet.

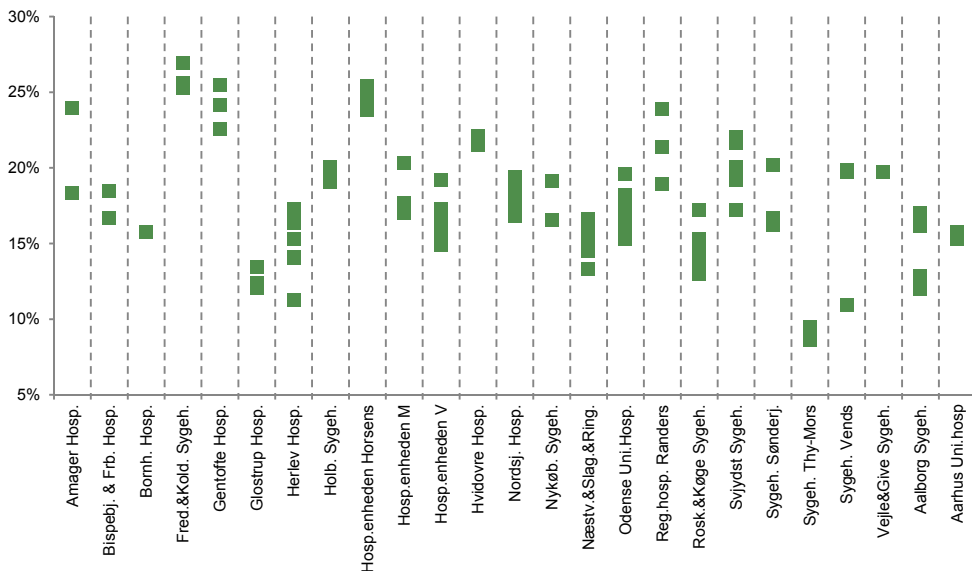
Figur 3.15: Samvariation mellem forskel i akutte genindlæggelser pr. 1.000 +65-årige fra 2009 til 2013 og socialt indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet.

Andelen af forebyggelige indlæggelser i forhold til indlæggelser på primærsygehus varierer relativt meget mellem sygehusene (fra 9 pct. til 27. pct.), jf. figur 3.16. Definitionen af primærsygehus ses i boks 3.5. Blandt hospitaleterne med størst intern variation er Herlev Hospital, med forskelle fra 11 til 17 pct.

Figur 3.16: Variation i kommunernes forebyggelige indlæggelser i forhold til indlæggelser på primærsygehus, 2013



Anm.: Figuren viser kommunernes forebyggelige indlæggelser i forhold til indlæggelser på primærsygehus. Eksemplevis er Gentofte hospital primærsygehus for Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommune i forhold til forebyggelige indlæggelser.

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

3.7 Akutte korttidsindlæggelser for +65-årige

Akutte korttidsindlæggelser på et døgn eller mindre kan afspejle en u hensigtsmæssig indlæggelse i den forstand, at der kan være tale om en forebyggelsesindsats, som alternativt kunne have været løst ved en mere effektiv forebyggelse i kommunalt regi, jf. boks 3.8. Akutte korttidsindlæggelser kan dog have andre årsager end den kommunale forebyggelsesindsats, hvorfor denne indikator skal anvendes med varsomhed. Eksempelvis kan forskelle skyldes forskelle i registreringspraksis.

Boks 3.8

Definition af akutte korttidsindlæggelser

Akutte korttidsindlæggelser er defineret som en akut indlæggelse på en medicinsk afdeling, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelsen eller dagen efter indlæggelsen (én overnatning).

Akutte korttidsindlæggelser kan derfor betegnes som indlæggelser, der sandsynligvis kunne forhindres gennem en effektiv forebyggelses- og plejeindsats.

Kilde: Forebyggelse af indlæggelser, Synlige resultater, 2014

Samlet set er antallet af akutte korttidsindlæggelser steget med ca. 14.000, svarende til en vækst på 9 pct. fra 2009 til 2013. Det er kun for aldersgruppen 0-17 år at antallet af akutte korttidsindlæggelser er faldet i perioden. Aldersgruppen 65-74 har bidraget mest til den samlede vækst med en stigning på ca. 22 pct., jf. tabel 3.9.

Tabel 3.9

Udvikling i akutte korttidsindlæggelser fordelt på aldersgrupper

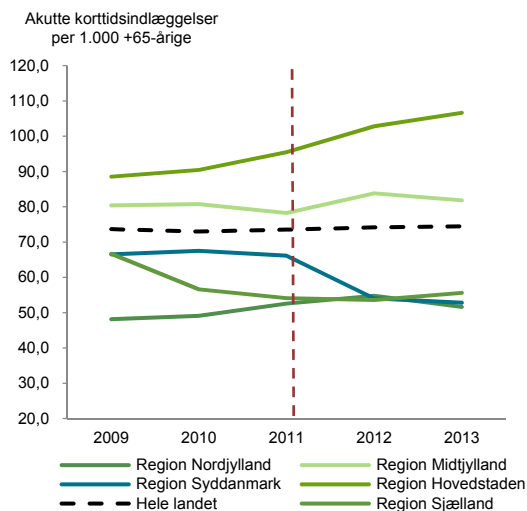
	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring fra 2009-2013, pct	Gns. årlig ændring, pct.
0-17 år	3.000	3.000	2.900	2.800	2.400	-19,8	-4,3
18-64 år	91.900	92.500	93.900	96.200	96.800	5,4	1
65-74 år	29.600	30.800	32.600	34.400	36.100	21,9	4
75-84 år	23.800	23.600	24.300	25.200	25.900	9,0	1,7
85+	11.200	11.400	11.800	12.300	12.500	12,2	2,3
I alt	159.400	161.200	165.400	170.700	173.700	9,0	1,7

Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut

Udviklingen i akutte korttidsindlæggelser per tusinde +65-årige har stort set været stabil på ca. 70 indlæggelser.

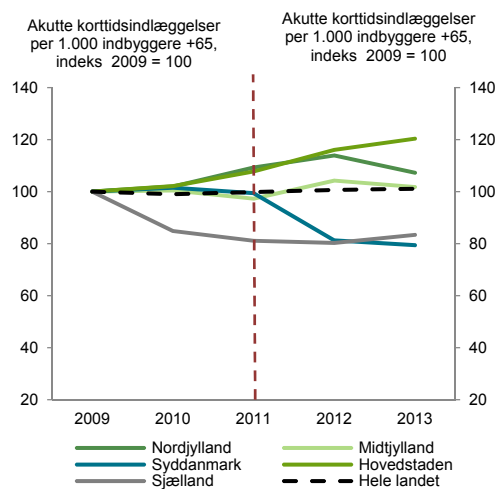
Der relativ stor spredning mellem regionerne. Region Hovedstaden ligger højest med ca. 106 akutte korttidsindlæggelser per tusinde +65-årige, hvor Region Sjælland ligger lavest med ca. 50 akutte korttidsindlæggelser, jf. figur 3.17. Ligeledes har Region Hovedstaden oplevet den højeste procentvise stigning med ca. 20 pct. Region Syddanmark har oplevet det største procentvise fald med ca. 21. pct., jf. figur 3.18.

Figur 3.17: Udvikling i antal akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på regioner, 2009-2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.18: Indeks for udvikling i antal akutte korttidsindlæggelser pr. 1000 +65-årige, fordelt på regioner, 2009-2013

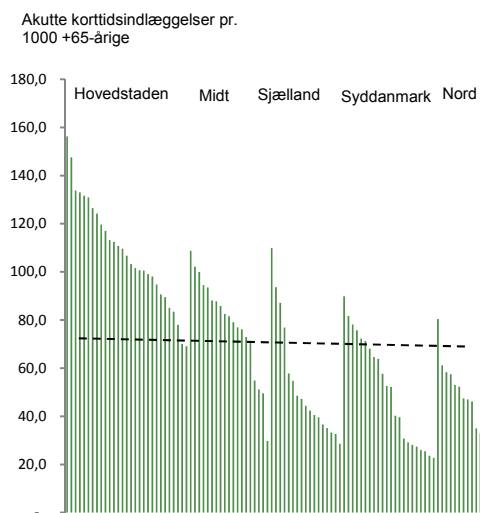


Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Forskelle i akutte korttidsindlæggelser per tusinde +65-årige spænder fra ca. 20 til 160 i kommunerne. Internt i regionerne er der store forskelle mellem kommunerne, hvor de kommuner med flest akutte korttidsindlæggelser har 2-4 gange flere end kommunerne med færrest, *jf. figur 3.19*.

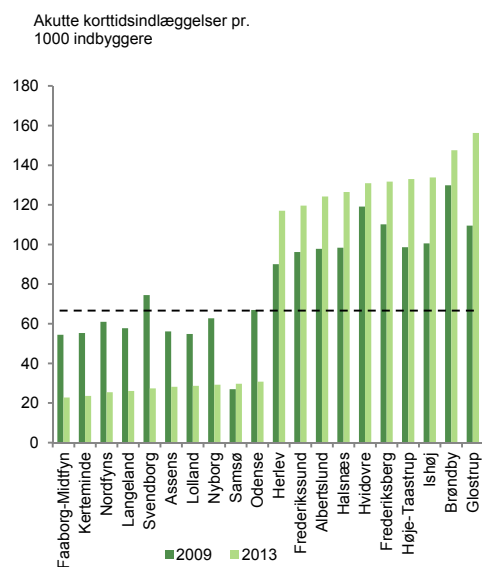
Alle 10 kommuner, der ligger højest i forhold til akutte korttidsindlæggelser i 2013, er fra Region Hovedstaden, mens 8 ud af 10 i den laveste del er fra Region Syddanmark, *jf. figur 3.20*.

Figur 3.19: Akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 +65-årige, fordelt på kommuner og regioner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 3.20: Akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 +65-årige fordelt på kommuner, 2009 og 2013 – 10 højeste og 10 laveste



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

De kommuner med størst fald og stigning fra 2009 til 2013 ses i nedenstående tabel 3.10. Dragør og Tårnby kommune er blandt de kommuner med store procentvise stigninger med hhv. ca. 119 og 97 pct. Svendborg, Nordfyns og Faaborg-Midtfyns kommune har det største procentvise fald på hhv. ca. 63, 58 og 58 pct. Det bemærkes, at 7 ud af 10 kommuner med største fald er fra Region Syddanmark, mens 7 ud af de 10 kommuner med størst stigning er fra Region Hovedstaden.

Tabel 3.10

Kommuner med størst fald og stigning i akutte genindlæggelser per 1000 +65-årige

	2009	2013	Fald	Fald i pct.		2009	2013	Stigning	Stigning i pct.
Svendborg	74,4	27,4	-47	-63,2	Ærø	6,5	63,9	57,3	879,2
Odense	66,9	30,7	-36,2	-54,1	Glostrup	109,5	156,3	46,8	42,8
Nordfyns	60,9	25,5	-35,5	-58,2	Dragør	32,0	70,1	38,1	119,2
Herning	90,1	54,9	-35,2	-39	Høje-Taastrup	98,6	133,0	34,4	34,8
Nyborg	62,8	29,2	-33,6	-53,5	Tårnby	35,1	69,1	34,0	96,9
Ikast-Brande	82	49,6	-32,4	-39,5	Ishøj	100,5	133,8	33,3	33,1
Morsø	65,2	32,9	-32,3	-49,6	Randers	66,7	99,9	33,2	49,9
Kerteminde	55,3	23,6	-31,7	-57,3	Bornholm	48,7	78,0	29,3	60,1
Langeland	57,7	26	-31,7	-54,9	Odder	57,4	85,9	28,5	49,6
Faaborg-Midtfyn	54,4	22,8	-31,6	-58,1	Halsnæs	98,3	126,5	28,2	28,6

Kilde: Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik

Boks 3.9

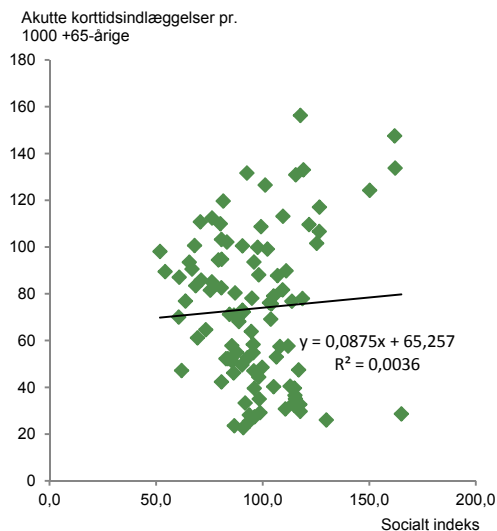
Eksempel på forebyggelsesindsatser i Viborg kommune

Viborg Kommune konstaterede for et år siden, at 25 pct. af de borgere, som indlægges, udskrives efter 24 timer. Disse korttidsindlæggelser besluttede socialudvalget, at der skulle gøres noget ved. Kommunen vedtog derfor en plan for forebyggelsen af disse indlæggelser i oktober 2010. En vigtig brik i planen er bl.a. oprettelse af et akutteam og en række akutpladser. Her sikrer et sygeplejefagligt beredskab, at en del af de borgere, der ellers skulle på sygehuset for behandling, i stedet kan behandles i eget hjem.

Kilde: Casekatalog indsamlet af KL. Se mere om kommunale tiltag på <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/De-nare-sundhedsvasen/Kommunale-eksempler/>

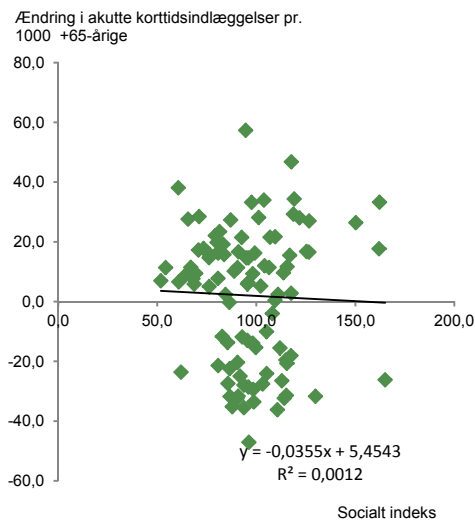
Når der ses på den simple samvariation mellem variation i antal og ændringer fra 2009 til 2013 i akutte korttidsindlæggelser per tusinde +65-årige og det sociale indeks, er der stort set ingen forklaringsgrad, jf. figur 3.21 og 3.22. Der er altså umiddelbart ikke nogen indikation af en sammenhæng mellem hvor "tung" befolkningen er, og hvordan kommunerne klare sig i forhold til at nedbringe akutte korttidsindlæggelser af +65-årige. Disse sammenhænge skal dog fortolkes varsomt, da de sociale indeks repræsenterer hele befolkningen i kommunerne og ikke kun de +65-årige.

Figur 3.21: Samvariation mellem akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 +65-årige og socialt indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

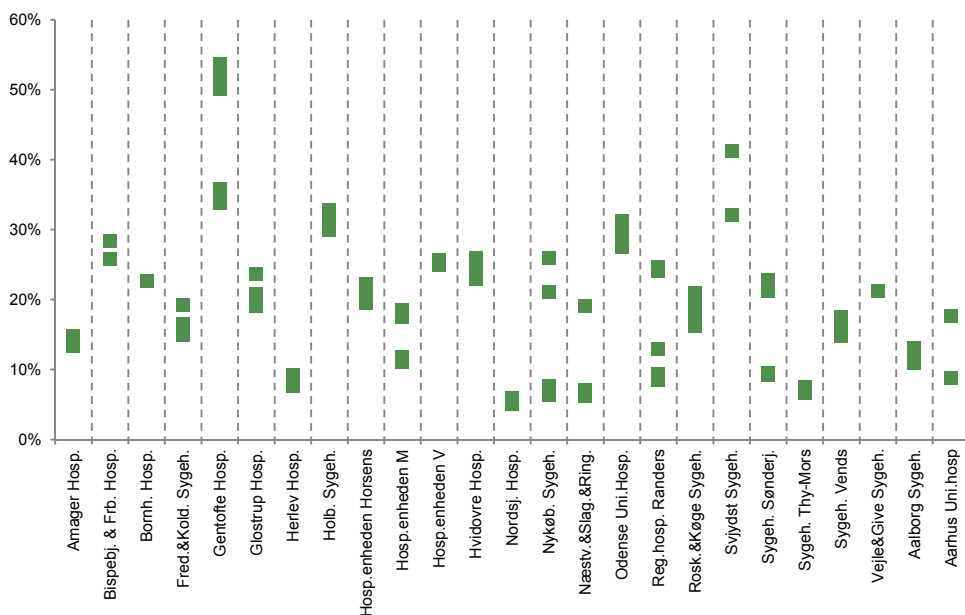
Figur 3.22: Samvariation mellem forskel akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 +65-årige fra 2009 til 2013 og socialt indeks, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut og befolkningstal, Danmarks Statistik og Kommunal udligning og generelle tilskud 2013, Økonomi og Indenrigsministeriet

Andelen af akutte korttidsindlæggelser i forhold til indlæggelser på primærsygehus varierer meget mellem sygehusene fra 5 til 54. pct., jf. figur 3.23. Eksempelvis er Amager Hospital primærsygehus for Dragør og Tårnby kommune i forhold til akutte korttidsindlæggelser. Gentofte Hospital, Nykøbing Sygehus og Randers Hospital er blandt de sygehuse med størst interne forskelle.

Figur 3.23: Variation i andel af akutte korttidsindlæggelser i forhold til indlæggelser på primærsygehus, 2013



Anm.: Figuren viser kommunernes forebyggelige indlæggelser på primærsygehus. Eksempelvis er Amager hospital primærsygehus for Dragør og Tårnby kommune i forhold til akutte korttidsindlæggelser.
Kilde: DRG-grupperet LPR, Statens Serum Institut