

En analyse af ældre medicinske patienters forløb

- på tværs af kommuner og regioner

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Oktober 2009**

1. Indledning og sammenfatning

Af aftalen om finansloven for 2009 fremgår, at der -

” ... vil blive igangsat et arbejde, der skal belyse spørgsmålet om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter, herunder sammenlignede kommuner og regioners indsats på området”.

Af rapporteringen af dette arbejde sker med denne rapport.

Væsentlige konklusioner i rapporten er bl.a.:

- Der er fra 2001 og frem tilført væsentlige ressourcer til sundhedsområdet. Sygehusvæsnet vil i 2010 skønmæssigt få tilført ca. 16 mia. kr. mere end i 2001. Det har i høj grad været til fordel for de medicinske afdelinger.
- Der er sket en betydelig stigning i aktiviteten ikke mindst på det medicinske område. Alene fra 2002 til 2007 er værdien af aktiviteten på medicinske afdelinger øget med 32 pct., mens stigningen på de kirurgiske afdelinger udgjorde 15 pct.
- Fra 2002 til 2008 er antallet af ambulante besøg øget med 26 pct., mens antallet af indlæggelser er øget med 5 pct.
- Der har været en stor stigning i antal ældre medicinske patienter med kun ét ambulat besøg, men. Hovedparten af stigningen i antal ambulante besøg – ca. 2/3 af stigningen - kan tilskrives patienter med 4 eller flere besøg.
- En stigende andel af ældrebefolkningen vurderer deres helbred som godt.
- Udgifterne på sundhedsområdet er fra 2001 til 2008 steget med ca. 25 pct. Kun ca. 1/6 af udgiftsvæksten kan forklares ved befolkningsudviklingen, dvs. flere og ældre borgere. Den væsentligste del af stigningen er således gået til generelle forbedringer på sundhedsområdet.
- Analyserne peger på, at der fortsat er potentiale for en forbedret tilrettelæggelse af indsatsen på sygehusene og i kommunerne:
 - Der er påvist stor variation på tværs af kommuner med hensyn til forekomsten af korte indlæggelser og genindlæggelser. Det indikerer et potentiale for at reducere omfanget af *uhensigtsmæssige indlæggelser*, hvilket bl.a. kan ske via en mere målrettet forebyggelsesindsats i den kommunale ældre- og sundhedspleje.
 - Der er påvist en stor variation på tværs af sygehuse med hensyn til den gennemsnitlige liggetid og forekomsten af lange indlæggelser på 9 dage eller derover for ældre medicinske patienter. Disse typer indlæggelser kan indikere *ineffektive sengedage*, som kunne være undgået bl.a. ved bedre koordination og arbejdstilrettelæggelse på sygehusene.
 - Færdigbehandlede patienter optager ca. 2,5 pct. af den samlede sengekapacitet på de medicinske afdelinger og langt den største del af de færdigbehandlede patienter findes på sygehusene i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Der er på landsplan tale om et væsentligt højere antal end på det kirurgiske område.

De senere år er der gennemført en række konkrete tiltag med henblik på at styrke indsatsen for ikke mindst ældre medicinske patienter.

Med kommunalreformen i 2007 blev der netop lagt vægt på at sikre en klarere ansvarsdeling, for de forskellige myndigheder i sundhedsvæsnet, for at understøtte bedre sammenhæng i indsatsen for bl.a. de ældre medicinske patienter både i forbindelse med indskrivnings- og udskrivningsforløb. Det var bl.a. i dette lys, at der med kommunalreformen blev indført følgende tiltag:

- *Kommunal (aktivitetsafhængig) medfinansiering* af det regionale sundhedsvæsen. Den kommunale medfinansiering skal styrke kommunernes incitament til en forebyggende indsats i forhold til indlæggelser såvel som genindlæggelser.
- *Obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner*. Sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner skal bl.a. være med til at definere ansvarsdelingen i de forskellige dele af de ældre medicinske patienters forløb.
- *Obligatorisk færdigbehandlingstakst* med henblik på, at kommunerne sikrer en hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede patienter.

Hertil kommer en forstærket indsats på en række andre områder, som kan være med til at forbedre behandlingsforløbene for ældre medicinske patienter, *jf. boks 1*.

Boks 1: Bedre behandlingsforløb for ældre medicinske patienter

Der vil blive gennemført en forstærket indsats for kronisk syge i regioner og kommuner. Til dette formål er der afsat i alt 590 mio. kr. fra kvalitetspuljen. Midlerne udmøntes i perioden 2010-2012 og vil i høj grad komme de ældre medicinske patienter til gode.

I forbindelse med aftalen om regionernes økonomi i 2010 blev der afsat 100 mio. kr. til øget intensiv kapacitet.

Regeringen har i 2009 indført pakkeforløb for hjertepatienter, som skal sikre, at patienterne oplever et effektivt og trygt forløb med den rette information undervejs.

Regeringen og Dansk Folkeparti indgik i foråret 2009 aftale om en styrkelse af indsatsen på apopleksiområdet, som bl.a. skal sikre udarbejdelsen af nationale anbefalinger for behandling.

Regeringen har herudover med Sundhedspakke 2009 foreslået fem nye tiltag, der bl.a. skal bidrage til at adressere de skitserede udfordringer og frigøre kapacitet på de medicinske afdelinger:

- *Mere fokuseret meraktivitetspulje*, hvor midlerne i aktivitetspuljen målrettes behandling af flere patienter i stedet for flere behandlinger af de samme patienter.
- *Øget aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering* med henblik på at styrke kommunernes tilskyndelse til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.
- *Færdigbehandlede patienter*. Belyse mulighederne for styrket tilskyndelse for kommunerne til at hjemtage færdigbehandlede patienter.
- *Styring af regionerne på baggrund af resultater*. Der opstilles mål for øget anvendelse af ambulans behandling, kortere indlæggelsestider samt færre genindlæggelser.
- *Skærpet brug af sundhedsaftaler*. Der sættes yderligere fokus på at forebygge unødvendige indlæggelser og at understøtte bedre indlæggelses- og udskrivningsforløb for medicinske patienter. Der skal i foråret 2010 indgås nye sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner.

Resume af rapportens kapitler

I kapitel 2 beskrives, hvilke patienter, der henregnes som ældre medicinske patienter. Konkret afgrænses det til ældre på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt eller i ambulans behandling på en medicinsk afdeling (dog ekskl. kræftpatienter i detailanalyserne fra kapitel 4 og frem). Kapitlet beskriver endvidere, hvordan indlæggelser af ældre medicinske patienter ofte foregår, samt de koordinationsopgaver, der kan knytte sig til indlæggelser, udskrivinger samt forebyggelse af (gen-)indlæggelser. Kapitlet sætter således også fokus på bl.a. regionernes og kommunernes ansvar i forbindelse med ældre medicinske patienter.

Kapitel 3 beskriver de ressourcer, der er tilført til sundhedsområdet, med primær fokus på det medicinske område. Det fremgår bl.a., at sundhedsområdet i 2010 vil råde over mere end 21 mia. kr. ekstra, sammenlignet med 2001. Dette svarer til en udgiftsvækst på 25 pct., hvoraf ca. 4 pct. point kan henføres til den demografiske udvikling, og de resterende ca. 21 pct. point hovedsageligt kan forklares ved generelle forbedringer på sundhedsområdet.

Alene til sygehusvæsenet tilføres der i denne periode skønsmæssigt ekstra ca. 16 mia. kr., hvoraf en væsentlig del er tilført de medicinske afdelinger. Aktiviteten på de medicinske afdelinger er steget med 32 pct. fra 2002 til 2007, mens væksten på de kirurgiske afdelinger var på 15 pct. i samme periode. Endvidere fremgår det, at antallet af speciallæger med medicinsk speciale er øget med 15 pct. siden 2001, og at antallet af speciallæger pr. tilstedeværende patient på de medicinske afdelinger ligeledes er øget, *jf. boks 1.1.*

Der kan således samlet konstateres en væsentlig ressource tilførsel til det medicinske område siden 2001, ligesom det medicinske område generelt har været klart prioriteret (også sammenlignet med det kirurgiske område), *jf. boks 1.1.*

Boks 1.1: Væsentlige resultater i kapitel 3.

- Sundhedsområdet vil i 2010 råde over mere end 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001.
- Sygehusvæsenet vil i 2010 skønsmæssigt få tilført ca. 16 mia. kr. mere end i 2001. Heraf vedrører en væsentlig del de medicinske afdelinger.
- Fra 2001 og frem til 2008 er udgifterne til sundhedsvæsenet steget med 25 pct. Heraf kan den demografiske udvikling forklare en stigning på omkring 4 pct. point, mens den resterende stigning kan henføres til generelle forbedringer på sundhedsområdet.
- Stigningen er sket sideløbende med, at ældrebefolkningens selvoplevede sundhedstilstand er blevet forbedret.
- De gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. indbygger er øget. Det gælder for alle aldersgrupper, herunder gruppen på 65 år eller derover, hvor den gennemsnitlige udgift pr. indbygger er steget med 8 pct. i perioden 2001-2007. Udviklingen er udtryk for et generelt serviceløft i sundhedssektoren.
- Fra 2002 til 2007 er værdien af aktiviteten på de medicinske afdelinger steget med 32 pct., mens stigningen på de kirurgiske afdelinger i samme periode har været godt 15 pct.
- Antallet af speciallæger med et medicinsk speciale er steget med ca. 15 pct. fra 2001 til 200, mens der har været en stigning på 10 pct. i antallet af speciallæger med et kirurgisk speciale.
- På de medicinske afdelinger var der i 2008 ca. 20,2 speciallæger pr. 100 tilstedeværende patienter (hvor én ambulante behandling eller én sengedag tæller som én tilstedeværende patient) mod ca. 18,4 i 2002.

Kapitel 4 beskriver aktivitetsudviklingen på det medicinske område. Det fremgår bl.a., at aktiviteten er øget betragteligt, og at andelen af borgere over 65 år, der i løbet af ét år er i kontakt med en medicinsk sygehusafdeling, er øget fra 22 pct. i 2001 til 26 pct. i 2008, *jf. boks 1.2.*

Det fremgår endvidere af kapitel 4, at antallet af ambulante besøg er øget med mere end en fjerdedel fra 2002 til 2008. Samtidig er der sket et fald i den gennemsnitlige liggetid på 2,3 dage fra 2001 til 2008. Der er tale om tendenser, som også gør sig gældende på det kirurgiske område.

Boks 1.2: Væsentlige resultater i kapitel 4.

- I 2008 var 26 pct. af borgerne på 65 år og derover i kontakt med en medicinsk sygehusafdeling (som ældre medicinsk patient, jf. afsnit 2) mod ca. 22 pct. i 2001.
- Antallet af ældre borgere, der er blevet behandlet på medicinske afdelinger, er øget fra 175.000 i 2001 til 220.000 i 2008 svarende til en forøgelse på mere end en fjerdedel.
- Antallet af ambulante besøg blandt de ældre medicinske patienter er steget fra 600.000 i 2002 til mere end 750.000 i 2008 svarende til en stigning på 26 pct. Der har været en stor stigning i antal ældre medicinske patienter med kun ét ambulante besøg, mens hovedparten af stigningen i antal ambulante besøg – ca. 2/3 af stigningen - kan tilskrives patienter med 4 eller flere besøg.
- Sideløbende med den kraftige stigning i ambulante besøg kan der ikke konstateres en reduktion i antallet af indlæggelser for ældre medicinske patienter. Dette adskiller sig fra udviklingen for kirurgiske patienter.
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt de ældre medicinske patienter er forkløret fra 9,7 dage i 2001 til 7,4 dage i 2008, hvilket skal ses i sammenhæng med den medico-tekniske udvikling og mere effektive behandlingsforløb.
- Antallet af sengedage på de medicinske afdelinger er reduceret fra ca. 3 mio. årlige sengedage i 2001 til knap 2,6 mio. årlige sengedage i 2007 i takt med faldende liggetid.
- Den gennemsnitlige belægningsprocent på de medicinske afdelinger har været nogenlunde konstant fra 2001 og frem og var i 2008 94 pct.
- I 2008 var der gennemsnitligt omkring 200 færdigbehandlede patienter dagligt på de medicinske afdelinger svarende til, at færdigbehandlede patienter her optager ca. 2,5 pct. af sengepladserne. Der er tale om et væsentligt højere antal end på det kirurgiske område.
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid for ældre medicinske patienter er steget svagt fra 1,53 indlæggelser per patient i 2001 til 1,55 i 2008.

I kapitel 5 sættes der yderligere fokus på uhensigtsmæssige indlæggelser ved at belyse variationen på kommuneniveau mht. andelen af helt korte indlæggelser og forekomsten af genindlæggelser. Generelt er det vanskeligt at belyse omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser, da der ikke findes entydige statistiske mål herfor. Det betyder i sig selv, at resultaterne i analyserne i kapitlet må fortolkes med forsigtighed. Analyserne viser bl.a., at der er en betydelig variation på tværs af kommuner mht. andelen af korte indlæggelser af en dags varighed eller mindre, samt variation i forhold til andelen af genindlæggelser.

Den identificerede variation på tværs af kommuner indikerer, at der er et potentiale for en mere målrettet forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser. Det gælder ikke mindst de kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet.

På tværs af kommuner ses der ikke at være nogen sammenhæng mellem den gennemsnitlige liggetid og den gennemsnitlige genindlæggelsesfrekvens på kommuneniveau. Det indikerer, at de relativt korte liggetider generelt ikke øger risikoen for genindlæggelse.

Boks 1.3: Væsentlige resultater i kapitel 5.

- Andelen af korte indlæggelser ud af det samlede antal indlæggelser af ældre medicinske patienter varierer ganske betydeligt på tværs af kommuner, fra knap 20 pct. i Bornholm Kommune til mere end 40 pct. i Horsens Kommune.
- Tilsvarende er der betydelig variation på tværs af kommunerne i andelen af genindlæggelser for 6 udvalgte diagnoser, fra ca. 12 pct. i Skanderborg Kommune til over 24 pct. i Fredensborg Kommune.
- Den betydelige variation i såvel andel af korte indlæggelser som genindlæggelser indikerer et potentiale for at aflaste de medicinske afdelinger for bl.a. akutte indlæggelser bl.a. ved en målrettet forebyggelsesindsats i kommunerne.
- På kommuneniveau er der ikke nogen sammenhæng mellem borgernes gennemsnitlige liggetid og gennemsnitlige genindlæggelsesfrekvens.
- Der er betydelig variation i de gennemsnitlige liggetider på de medicinske afdelinger på hospitalerne. På Århus Universitetshospital, Skejby udgør den gennemsnitlige liggetid ca. 5 dage, mens fire andre sygehuse har en gennemsnitlig liggetid på over 10 dage.
- Derudover er der betydelig variation i andelen af indlæggelser af 9 dages varighed eller mere på de medicinske afdelinger (som kan være en indikation af at indlæggelsen har ineffektive sengedage). På Århus Universitetshospital, Skejby, som har relativt færrest af disse indlæggelser, udgør andelen 16 pct., mens fire sygehuse har en andel på mellem ca. 40 og 90 pct.

Tidligere undersøgelser har peget på, at ca. 30 pct. af sengedagene på medicinske afdelinger er ineffektive¹. På tværs af sygehuse kan der konstateres en betydelig variation med hensyn til den gennemsnitlige liggetid og andelen af indlæggelser af 9 dages varighed eller mere, hvilket kan antyde, at der er et potentiale for at nedbringe antallet af ineffektive sengedage. Opgørelserne tager ikke højde for forskelle på tværs af sygehuse mht. specialer osv., hvorfor forskellene skal tolkes med forsigtighed.

Den store variation på tværs af sygehuse giver anledning til at overveje, om kommunerne via en mere målrettet forebyggelsesindsats kunne forebygge flere medicinske indlæggelser, og om en bedre koordination af patientforløb, mellem regioner og kommuner, vil kunne nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter på de medicinske afdelinger. En mere målrettet indsats her vil kunne forhindre unødvendige indlæggelser af den enkelte medicinske patient og samtidig frigøre kapacitet på de medicinske afdelinger.

Der er afsat 590 mio. kroner fra kvalitetspuljen i perioden 2010-12 til en forstærket indsats overfor kronisk syge i regioner og kommuner. Disse penge vil i høj grad komme ældre medicinske patienter til gode.

Derudover har regeringen i Sundhedspakke 2009 præsenteret fem konkrete initiativer, der samlet adresserer de udfordringer for ældre medicinske patienter, der påpeges i analysen, *jf.* boks 1.4

¹ Ugeskrift for Læger, 2006;168(1):25, *Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger*

Boks 1.4: Fem konkrete initiativer, som kan bidrage til en forbedret indsats for ældre medicinske patienter.

- *Mere fokuseret meraktivitetspulje*, hvor midlerne i aktivitetspuljen målrettes behandling af flere patienter i stedet for flere behandlinger af de samme patienter.
- *Øget aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering* med henblik på at styrke kommunernes tilskyndelse til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.
- *Færdigbehandlede patienter*. Belyse mulighederne for styrket tilskyndelse for kommunerne til at hjemtage færdigbehandlede patienter.
- *Styring af regionerne på baggrund af resultater*. Der opstilles mål for øget anvendelse af ambulante behandling, kortere indlæggelsestider samt færre genindlæggelser. De tre mål understøtter effektive patientforløb og vil blive drøftet med Danske Regioner i økonomiaftalen for 2011.
- *Skærpet brug af sundhedsaftaler*. Der sættes yderligere fokus på at forebygge unødvendige indlæggelser og at understøtte bedre indlæggelses- og udskrivningsforløb for medicinske patienter. Der skal i foråret 2010 indgås nye sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner.

2. Den ældre medicinske patients forløb i den kommunale plejesektor og i sundhedssektoren

Afgrænsning af den ældre medicinske patient

Afgrænsningen af ældre medicinske patienter i dette notat sker med udgangspunkt i gruppen af ældre på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt eller i ambulant behandling på en medicinsk afdeling. Der er således tale om en bred definition, som bl.a. omfatter en del ældre borgere, som bare har haft én enkelt kontakt til en medicinsk afdeling og i øvrigt ikke deler karakteristika med den gruppe af ældre medicinske patienter, som har mere hyppige kontakter.

Tilmed vil der i gruppen findes en række kræftpatienter. Da disse patienters behandlingsmønster adskiller sig fra det, der typisk gør sig gældende for den ældre medicinske patient, vil patienter, der i løbet af året er opereret for kræft ikke indgå i analyserne i kapitel 4 og frem, med mindre andet er angivet.

Boks 2.1: Notatets afgrænsning af den ældre medicinske patient

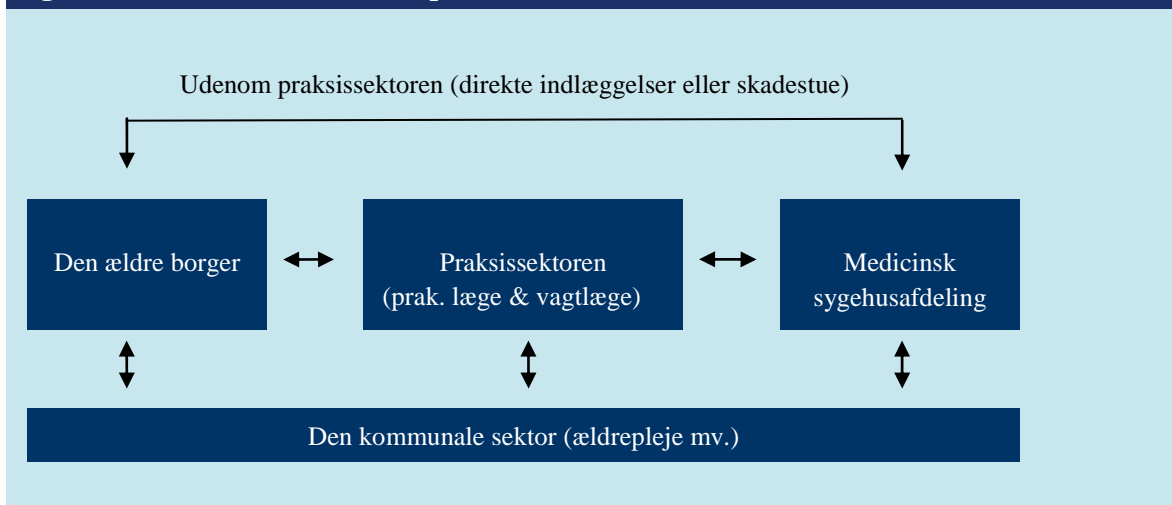
Ældre medicinske patienter afgrænses til personer på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt eller i ambulant behandling på en medicinsk afdeling.

Patienter, som i året er behandlet for kræft, indgår ikke inden for afgrænsningen.

Forløb for ældre medicinske patienter og samarbejdet mellem relevante aktører

Ældre medicinske patienter er en sammensat gruppe og kan dække over patienter med få kontakter til sundhedsvæsenet såvel som mere svækkede patienter med et mere komplekst sygdomsbillede og behov for såvel pleje som sygdomsbehandling. Sidstnævnte gruppe kan have hyppige kontakter til sundhedsvæsenet – praktiserende læger såvel som sygehusene – og modtage kommunale plejetilbud. Det betyder også, at det er vigtigt at sikre sammenhængende og effektive patient- og plejeforløb, der er koordineret på tværs af institutions- og myndighedsgrænser.

Figur 2.1: Den ældre medicinske patients forløb



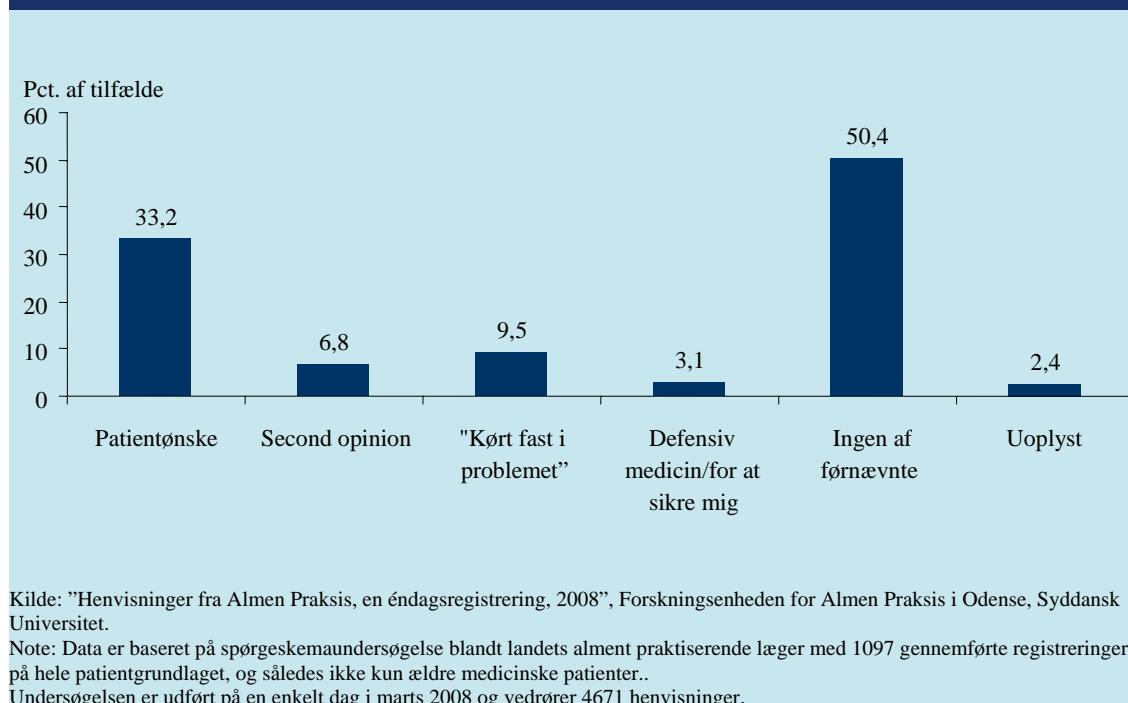
Ca. 85 pct. af de ældre medicinske patienter indlægges akut, dvs. via 112, den praktiserende læge eller vagtlægen. Et forløb for en af disse ældre kan f.eks. starte med, at hjemmehjælpen, pårørende eller pågældende selv kontakter den praktiserende læge eller vagtlægen med symptomer, som kræver akut undersøgelse eller behandling.

I mange tilfælde vil den praktiserende læge eller vagtlægen være i stand til at stille en diagnose og måske ordinere den nødvendige medicin, mens borgeren i andre tilfælde henvises til behandling på sygehus.

Et indskrivningsforløb kan således involvere en række forskellige aktører som f.eks. ældreplejen, familien, den praktiserende læger eller vagtlægen.

Figur 2.2. viser mulige begrundelser for, at den praktiserende læge henviser til et mere specialiseret tilbud.

Figur 2.2: Medvirkende faktorer til henvisninger fra almen praktiserende læge til bl.a. indlæggelse, ambulante behandling, psykolog mv.



I forbindelse med udskrivning af ældre medicinske patienter fra sygehus, er det vigtigt, at der er fastsat rammer for et koordineret samarbejde mellem ældreplejen og sygehusene. Efter endt behandling på sygehuset kan der således være behov for, at kommunens tilbud til patienten justeres, enten på grund af behov for mere hjælp i dagligdagen eller pga. behov for installation af hjælpemidler i den ældre patients bolig. Kommunen vil ofte deltage i udskrivningssamtalerne af disse patienter.

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev der netop lagt vægt på at sikre en klarere ansvarsfordeling for de forskellige myndigheder i sundhedsvæsenet for, at understøtte bedre sammenhæng i indsatsen for bl.a. de ældre medicinske patienter både i forbindelse med indskrivningsforløb og i forbindelse med udskrivningsforløb. Det var blandt andet i dette lys, at der med kommunalreformen blev indført følgende tiltag:

- *Kommunal (aktivitetsafhængig) medfinansiering* af det regionale sundhedsvæsen. Den kommunale medfinansiering skal styrke kommunernes incitament til en forebyggende indsats i forhold til indlæggelser såvel som genindlæggelser.
- *Obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner.* Sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner skal bl.a. være med til at definere ansvarsdelingen i de forskellige dele af de ældre medicinske patienters forløb.
- *Obligatorisk færdigbehandlingstakst* med henblik på at sikre, at kommunerne sikrer en hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede patienter.

Hertil kommer en forstærket indsats på en række andre områder, som kan være med til at forbedre behandlingsforløbene for de ældre medicinske patienter, *jf. boks 2.2*.

Boks 2.2: Bedre behandlingsforløb for ældre medicinske patienter

Der vil blive gennemført en forstærket indsats for kronisk syge i regioner og kommuner. Til dette formål er der afsat i alt 590 mio. kr. fra kvalitetspuljen. Midlerne udmøntes i perioden 2010-2012 og vil i høj grad komme de ældre medicinske patienter til gode.

I forbindelse med aftalen om regionernes økonomi i 2010 blev der afsat 100 mio. kr. til øget intensiv kapacitet.

Regeringen har i 2009 indført pakkeforløb for hjertepatienter, som skal sikre, at patienterne oplever et effektivt og trygt forløb med den rette information undervejs.

Regeringen og Dansk Folkeparti indgik i foråret 2009 aftale om en styrkelse af indsatsen på apopleksiområdet, som bl.a. skal sikre udarbejdelsen af nationale anbefalinger for behandling.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Boks 2.3 præsenterer en række begreber, som i de følgende afsnit vil blive anvendt til at beskrive udviklingen i aktivitet og kapacitet på det medicinske område.

Boks 2.3: Definitioner af centrale begreber

Sengedage: Sengedage defineres som det antal dage, en patient har været indlagt, og udregnes som udskrivningsdatoen fratrukket indskrivningsdatoen. Indlægges og udskrives man inden for samme døgn, tæller dette også for en dag.

Tilstedeværelsesdage: Tilstedeværelsesdage er de dage, hvor patienten er fysisk tilstede på sygehuset. Tilstedeværelsesdage defineres som antallet af sengedage tillagt antallet af dage, hvor patienten har været til ambulant besøg på sygehuset.

Sengepladser: Sundhedsstyrelsen indsamler en gang om året oplysninger hos sygehusene om sygehusenes kapacitet, dvs. antallet af sengepladser. Der indberettes fra sygehusene oplysninger om antallet af normerede sengepladser ved udgangen af pågældende år samt gennemsnitlig disponible sengepladser for året. I dette notat angives det samlede antal normerede sengepladser (7-døgns og 5-døgns).

Belægningsprocent: Belægningsprocenten er et gennemsnitstal for belægningen over et helt år. Belægningsprocenten er forholdet mellem det ydede antal sengedage i året og gennemsnitlig antal disponible sengepladser multipliceret med antal dage i året.

Gennemsnitlig indlæggelsestid: Den gennemsnitlige indlæggelsestid opgøres her som samlet antal sengedage for en given gruppe divideret med antallet af indlæggelser for pågældende gruppe.

Genindlæggelse: En genindlæggelse defineres som en akut indlæggelse, der finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den primære (udløsende) indlæggelse. Genindlæggelser som følge af ulykker (efter udskrivelse) ekskluderes fra opgørelsen, idet de generelt skønnes ikke at have relation til den primære indlæggelse, ligesom genindlæggelser, hvor patienten indskrives med en kræftdiagnose, udelukkes.

Indlæggelseshyppighed: Indlæggelseshyppigheden for en given gruppe udregnes som det samlede antal indlæggelser for patienter i gruppen, divideret med antallet af patienter.

Færdigbehandlet patient: En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Når dette kriterium for en given patient er opfyldt, registreres patienten som færdigbehandlet. Antallet af sengedage for færdigbehandlede patienter udregnes som forskellen i udskrivningsdatoen og datoen for færdigbehandling.

Kilde: Sundhedsstyrelsens "Belægningsprocenter ved offentlige sygehuse 1997-2007" og "Registreringsvejledning, Registrering af færdigbehandlede patienter", samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

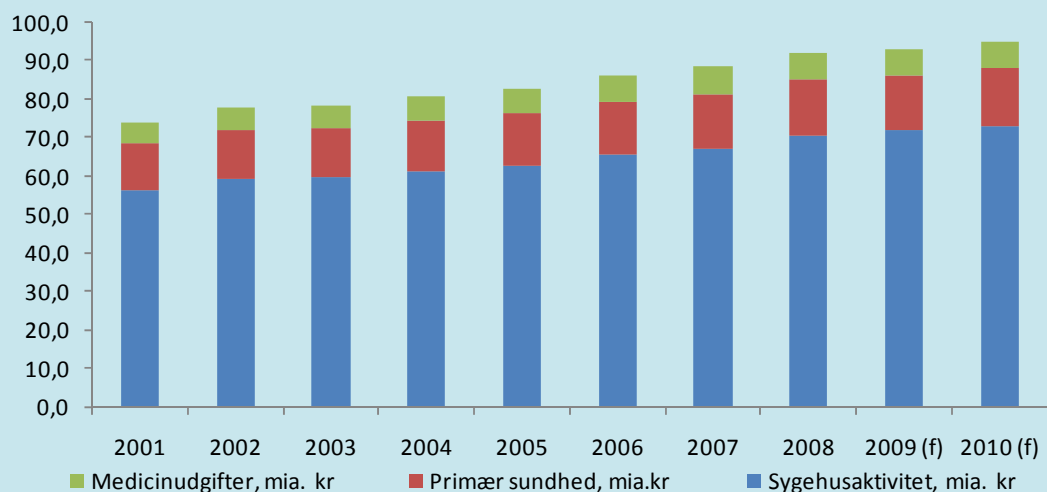
3. Ressourcer til det medicinske område

- Sundhedsområdet vil i 2010 råde over mere end 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001.
- Sygehusvæsenet vil i 2010 skønsmæssigt få tilført ca. 16 mia. kr. mere end i 2001. Heraf vedrører en væsentlig del de medicinske afdelinger.
- Fra 2001 og frem til 2008 er udgifterne til sundhedsvæsenet steget med 25 pct. Heraf kan den demografiske udvikling forklare en stigning på omkring 4 pct. point, mens den resterende stigning kan henføres til generelle forbedringer på sundhedsområdet.
- Stigningen er sket sideløbende med, at ældrebefolkningens selvoplevede sundhedstilstand er blevet forbedret.
- De gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. indbygger er øget. Det gælder for alle aldersgrupper, herunder gruppen på 65 år eller derover, hvor den gennemsnitlige udgift pr. indbygger er steget med 8 pct. i perioden 2001-2007. Udviklingen er udtryk for et generelt serviceløft i sundhedssektoren.
- Fra 2002 til 2007 er værdien af aktiviteten på de medicinske afdelinger steget med 32 pct., mens stigningen på de kirurgiske afdelinger i samme periode har været godt 15 pct.
- Antallet af speciallæger med et medicinsk speciale er steget med ca. 15 pct. fra 2001 til 2007, mens der har været en stigning på 10 pct. i antallet af speciallæger med et kirurgisk speciale.
- På de medicinske afdelinger var der i 2008 ca. 20,2 speciallæger pr. 100 tilstedeværende patienter (hvor én ambulans behandling eller én sengeplads tæller som én tilstedeværende patient) mod ca. 18,4 i 2002.

Sundhedsområdet er et højt prioriteret område. I 2008 blev der således benyttet mere end 92 mia. kr. (2010-priser) på sundhedsområdet, hvilket er en stigning på 18,3 mia. kr. siden 2001, jf. Figur 3.1. Heraf er sygehusvæsenet i 2008 tilført 14 mia. kr. ekstra siden 2001.

I 2009 og 2010 er sundhedsområdet tilført yderligere ressourcer særligt via økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner. I 2010 vil sundhedsområdet derfor råde over mere end 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001, hvoraf ca. 16 mia. kr. skønnes tilført sygehusområdet.

**Figur 3.1: Regionale sundhedsudgifter (mia. kr. 2010-priser), 2001-2010
(2009-2010 er foreløbige tal)**



Kilde: Danmarks Statistiks opgørelse af de kommunale regnskaber.

Note: Inklusiv andel af fællesadministration i 2008, for perioden 2001-2006 inkl. opgaver overført til kommunerne ved kommunalreformen. Tal for primær sektor og sygehusaktivitet er ikke fuldt sammenlignelige før og efter 2007. Medicin er ikke PL-reguleret (f) – foreløbige tal.

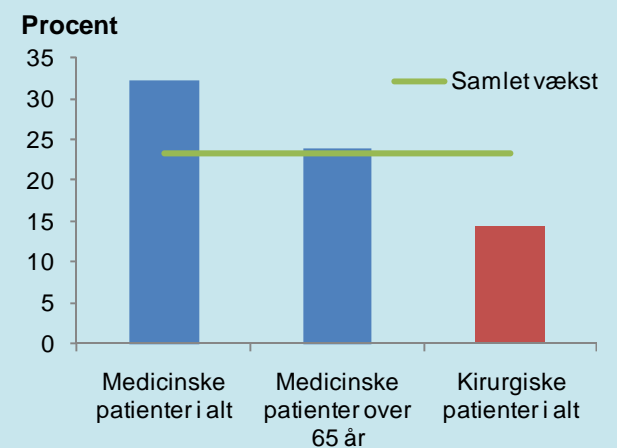
En væsentlig del af de midler, der er tilført sygehusene, er benyttet til at forøge aktiviteten på de medicinske afdelinger, herunder for de ældre medicinske patienter. Fra 2002 til 2007 er aktiviteten på de medicinske afdelinger således steget med næsten 32 pct., mens stigningen på de kirurgiske afdelinger i samme periode har været godt 15 pct., *jf. figur 3.2*².

Forbruget af sundhedsydelser er generelt stigende med alderen. For befolkningen over 65 år var de gennemsnitlige sundhedsudgifter i 2007 over 30.000 kr. (2010-priser) pr. indbygger i 2007. Det er to gange mere end for de 45-64 årige, og næsten fire gange mere end for de 0-44 årige, *jf. figur 3.3*.

De gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. indbygger er øget i perioden 2001 til 2007. Det gælder for alle aldersgrupper, herunder gruppen på 65 år og derover, hvor den gennemsnitlige udgift er steget med 8 pct. i perioden 2001-2007.

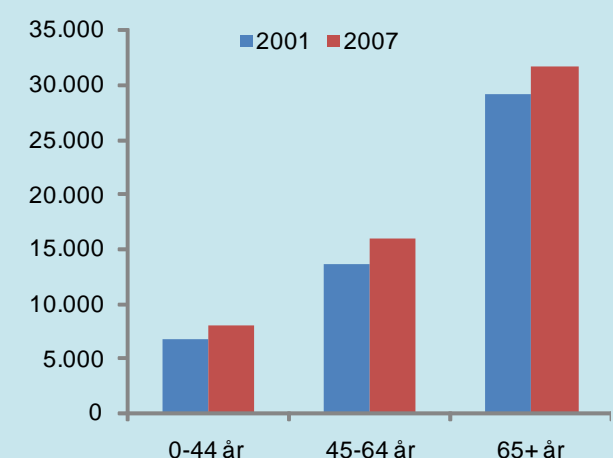
² Sundhedsudgifterne målt på produktionsværdi opgøres for 2007 og ikke 2008 på grund af strejken i sidstnævnte år.

Figur 3.2: Produktionsværdi på somatiske sygehuse, fordelt på afdelingsspeciale. Vækst fra 2002 til 2007.



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
 Anm.: Aktiviteten er opgjort som produktionsværdi. At data er for året 2007 og ikke 2008 er valgt, skyldes strejken i 2008. Strejken betød en forholdsvis lav produktion på kirurgiske afdelinger.

Figur 3.3: Sundhedsudgifter per indbygger i forskellige aldersgrupper (kr. 2010-priser), 2001 og 2007.

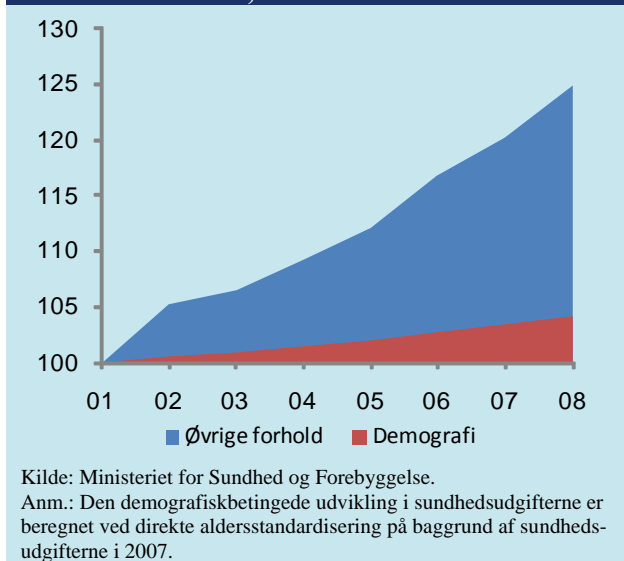


Kilde: Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen.
 Anm.: Udgifterne til sygehusbehandling er opgjort ved årets DRG- og DAGS-takster.

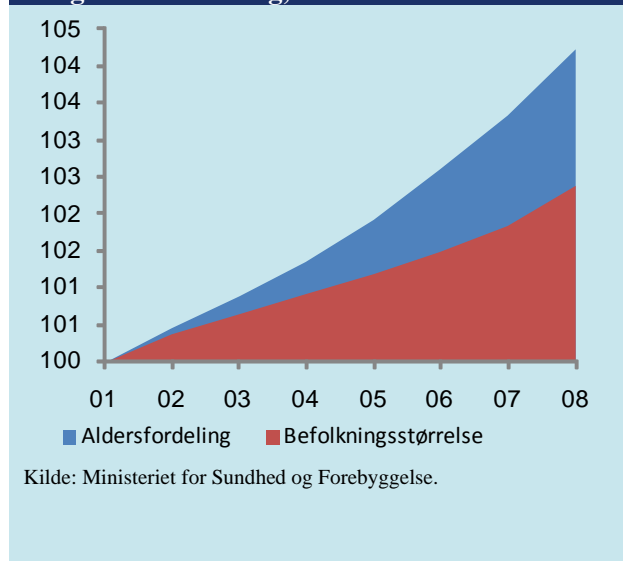
Sundhedsudgifterne er fra 2001 til 2008 steget med ca. 25 pct., *jf. figur 3.1* Dekomponeres udgiftsvæksten på 25 pct. fra dette år og frem til 2008, viser det sig, at godt 4 procent point kan henføres til den demografiske udvikling, dvs. at befolkningen er blevet ældre, og at befolkningen er vokset antalmæssigt. Således kan demografien forklare en udvikling i udgifterne på i størrelsesordenen 0,6 pct. årligt *jf. figur 3.4*.

Dekomponeres den demografiske udvikling på 0,6 pct. årligt yderligere, fremgår det, at den generelle befolkningsvækst forklarer godt 0,3 procentenheder af den årlige vækst i sundhedsudgifterne. De resterende knap 0,3 procentenheder kan henføres til en ændret alderssammensætning, *jf. figur 3.5*

Figur 3.4: Udviklingen i sundhedsudgifter dekomponeret på demografi og øvrige forhold, 2001-2008. Indeks, 2001=100



Figur 3.5: Den demografiskbetingede udvikling i sundhedsudgifterne dekomponeret på størrelse og aldersfordeling, 2001-2008.



Godt 20 pct. point og dermed langt størstedelen af væksten i sundhedsudgifterne fra 2001 til 2008 kan hovedsageligt forklares ved generelle forbedringer på sundhedsområdet bl.a. som følge af den medicinsk-teknologiske udvikling, som har betydet, at stadig flere kan komme i behandling, og at sygdomme kan behandles mere intensivt.

Dette kommer dels til udtryk ved, at stadig flere kommer i behandling og dels ved, at behandlingsintensiteten stiger. Sidstnævnte medfører således også, at sundhedsudgifterne pr. borger på et bestemt alderstrin er stigende, jf. figur 3.3.

Udviklingen skal ses i sammenhæng med, at ældrebefolkningens selvoplevede sundhedstilstand, ved et givet alderstrin, løbende er blevet forbedret. En stigende andel af den ældre befolkning vurderer således, at de har et godt helbred, at de ikke er hæmmede af deres fysiske tilstand samt at de har en god fysisk mobilitet, jf. figur 3.6. Denne udvikling burde isoleret set trække i retning af lavere sundhedsudgifter.

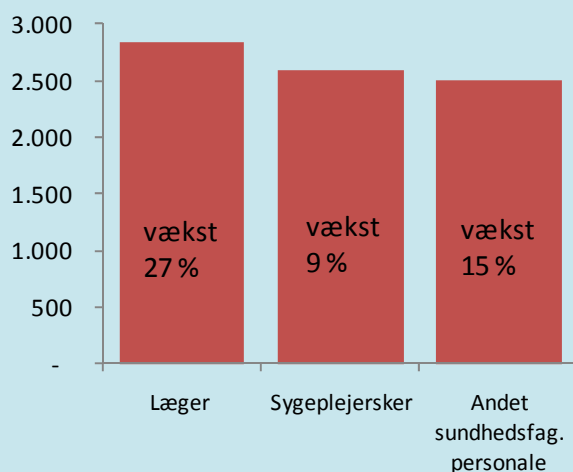
Figur 3.6: Selvvurderet helbred og funktionsniveau, blandt 67 årige eller ældre (65 år for 2005-tal). Andel som føler sig enige i angivne udsagn, opgjort i procent af samlet antal svarpersoner.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, Statens Institut for Folkesundhed

Den generelle ressourcetilførsel til sygehusvæsenet har betydet, at antallet af læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale er udvidet betydeligt. For det offentlige sygehusvæsen generelt, er der siden 2001 tilført ekstra ca. 2800 fuldtidsbeskæftigede læger og ca. 2600 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker, *jf. figur 3.7*. Herudover kommer en stigning i andet sundhedsfagligt personale, som bl.a. dækker over plejepersonale, på 15 pct.

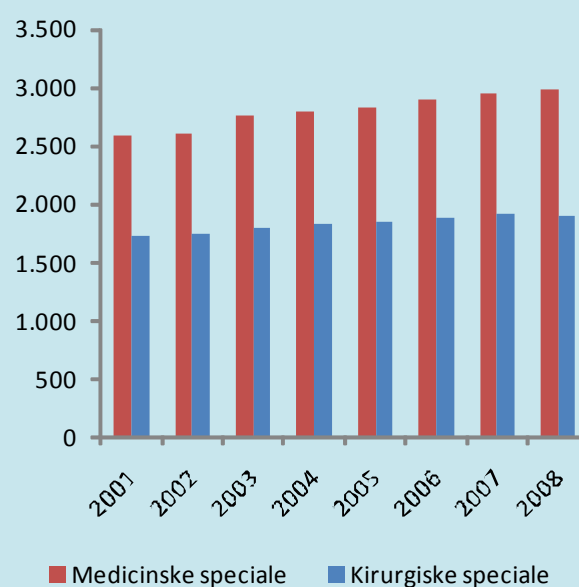
Figur 3.7: Absolut og relativ vækst i fuldtidsbeskæftigede læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale ved offentlige sygehuse, 2001-2008.



Kilde: Årene 2001 til 2002 er baseret på Sundhedsstyrelsens Løn- og Beskæftigelsesregister, mens årene 2003-2008 er baseret på regionernes lønoplysninger fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD).

Note: Opgørelsen er baseret på septembertal.

Figur 3.8: Antal speciallæger ansat ved danske sygehuse, fordelt på speciale.



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Bevægelsesregisteret).

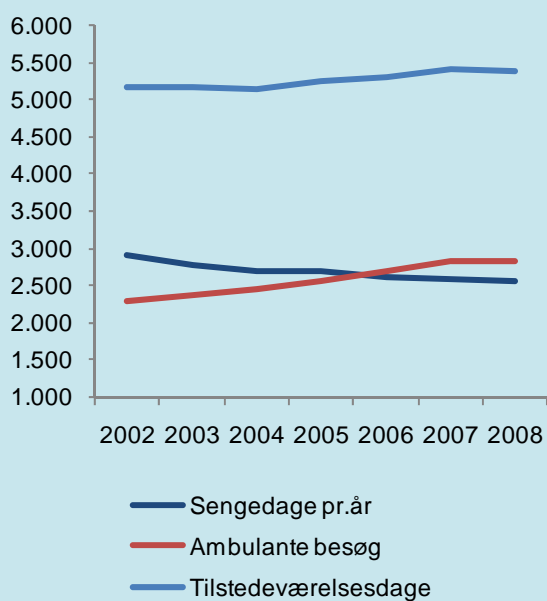
Note: Udover speciallæger udgøres lægestanden på de danske sygehuse også af læger, som endnu ikke har opnået speciale.

Ses der udelukkende på antallet af speciallæger på de danske sygehuse, har der ligeledes været en betydelig vækst siden 2001. Antallet af speciallæger med et medicinsk speciale er steget med ca. 15 pct. siden 2001, mens der har været en stigning på 10 pct. i antallet af speciallæger med et kirurgisk speciale, jf. figur 3.8.

Væksten i antallet af speciallæger har betydet, at der gennemsnitligt er kommet flere speciallæger pr. tilstedeværende patient på de medicinske afdelinger (hvor én ambulante behandling eller én senge-dag tæller som én tilstedeværende patient). Dette til trods for en stigning på 4 pct. i antal tilstedeværende patienter fra 2002 til 2008, jf. figur 3.9³.

På de medicinske afdelinger var der i 2008 ca. 20,2 speciallæger pr. 100 tilstedeværende patienter, mod ca. 18,4 i 2002. Til sammenligning er antallet af speciallæger pr. 100 tilstedeværende patienter på de kirurgiske afdelinger steget fra 14,0 i 2002 til 15,5 i 2008, jf. figur 3.10.

Figur 3.9: Udviklingen i antallet af tilstedeværende patienter samt sengedage og ambulante besøg på medicinske afdelinger, i faktiske tal. 2002-2008.

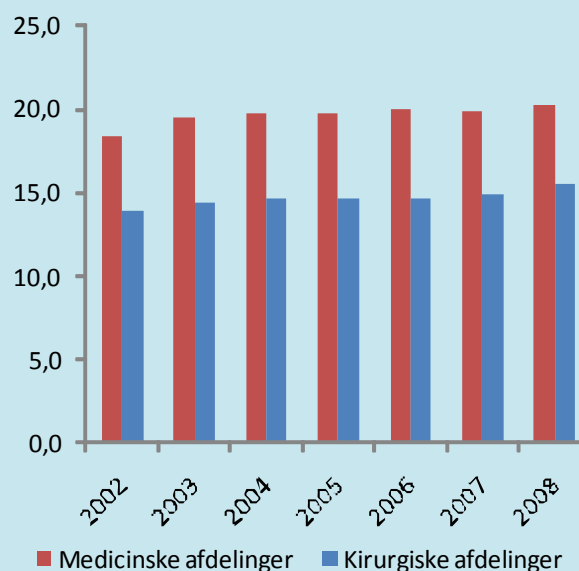


Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Note: Antallet af tilstedeværende patienter er opgjort som det årlige antal tilstedeværelsesdage (se boks 1) divideret med 365.

Grundet databrud for ambulante aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002.

Figur 3.10: Antal speciallæger, hhv. medicinske og kirurgiske, pr. 100 tilstedeværende patienter på hhv. medicinsk og kirurgiske afdelinger.



Kilde: Sundhedsstyrelsen (Bevægelsesregisteret) samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Note: Antallet af tilstedeværende patienter er opgjort, som det årlige antal tilstedeværelsesdage (se boks 1) divideret med 365.

Grundet databrud for ambulante aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002.

Det skal bemærkes, at sammenvejningen kun giver et forsigtigt billede af væksten i antal speciallæger pr. tilstedeværende patient. Det skyldes, at et ambulante besøg er tillagt samme vægt som en senge-dag, selv om et ambulante besøg er billigere end en senge-dag. Hvis senge-dage og ambulante besøg i stedet var blevet vejet sammen med gennemsnitsudgiften pr. senge-dag hhv. pr. ambulante besøg, ville dette have ført til en væsentlig højere vækst i antal speciallæger i forhold til aktiviteten på sygehusene.

³Tilstedeværende patienter er opgjort fra 2002 og ikke 2001 pga. databrud for den ambulante aktivitet

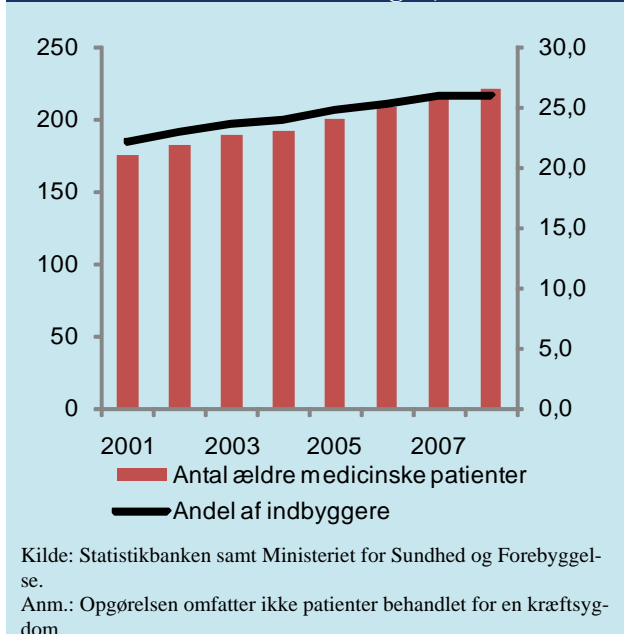
4. Et ændret behandlingsmønster for ældre medicinske patienter

- I 2008 var 26 pct. af borgerne på 65 år og derover i kontakt med en medicinsk sygehusafdeling (som ældre medicinsk patient, jf. afsnit 2) mod ca. 22 pct. i 2001.
- Antallet af ældre borgere, der er blevet behandlet på medicinske afdelinger, er øget fra 175.000 i 2001 til 220.000 i 2008 svarende til en forøgelse på mere end en fjerdedel.
- Antallet af ambulante besøg blandt de ældre medicinske patienter er steget fra 600.000 i 2002 til mere end 750.000 i 2008 svarende til en stigning på 26 pct. Der har været en stor stigning i antal ældre medicinske patienter med kun ét ambulante besøg, mens hovedparten af stigningen i antal ambulante besøg – ca. 2/3 af stigningen - kan tilskrives patienter med 4 eller flere besøg.
- Sideløbende med den kraftige stigning i ambulante besøg kan der ikke konstateres en reduktion i antallet af indlæggelser for ældre medicinske patienter. Dette adskiller sig fra udviklingen for kirurgiske patienter.
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt de ældre medicinske patienter er forkortet fra 9,7 dage i 2001 til 7,4 dage i 2008, hvilket skal ses i sammenhæng med den medico-tekniske udvikling og mere effektive behandlingsforløb.
- Antallet af sengedage på de medicinske afdelinger er reduceret fra ca. 3 mio. årlige sengedage i 2001 til knap 2,6 mio. årlige sengedage i 2007 i takt med faldende liggetid.
- Den gennemsnitlige belægningsprocent på de medicinske afdelinger har været nogenlunde konstant fra 2001 og frem og var i 2008 94 pct.
- I 2008 var der gennemsnitligt omkring 200 færdigbehandlede patienter dagligt på de medicinske afdelinger svarende til, at færdigbehandlede patienter her optager ca. 2,5 pct. af sengepladserne. Der er tale om et væsentligt højere antal end på det kirurgiske område.
- Den gennemsnitlige indlæggelsehyppighed for ældre medicinske patienter er steget svagt fra 1,53 indlæggelser per patient i 2001 til 1,55 i 2008.

Den betydelige ressourcetilførsel til sundhedsvæsenet, og herunder de medicinske afdelinger, har betydet en stigende aktivitet på de medicinske afdelinger og blandt de ældre medicinske patienter.

I 2008 var ca. 26 pct. af borgerne på 65 år og derover i kontakt med en medicinsk sygehusafdeling (som det der i boks 2.1. defineres som en ældre medicinsk patient) mod ca. 22 pct. i 2001. Udviklingen dækker over, at antallet af ældre medicinske patienter er øget fra 175.000 i 2001 til 220.000 i 2008 svarende til en forøgelse på mere end en fjerdedel, *jf. figur 4.1*. I den tilsvarende periode er antallet af indbyggere på 65 år eller derover steget med ca. 60.000, svarende til ca. 8 pct., *jf. figur 4.2*.

Figur 4.1: Antal ældre medicinske patienter, samt deres andel af befolkningen, 2001-2008



Figur 4.2: Befolkningsudviklingen, for personer på 65 år og derover, i tusinde. 2001-2008



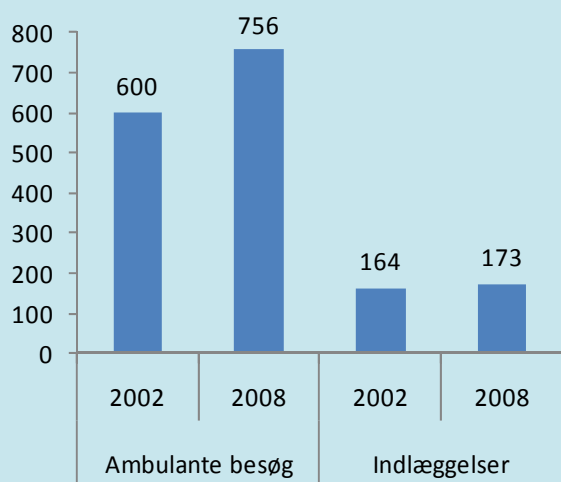
Det stigende antal ældre medicinske patienter afspejler dels, at der har været en stigning i antallet af indlæggelser blandt de ældre medicinske patienter. I 2008 havde de ældre medicinske patienter således ca. 173.000 indlæggelser mod ca. 164.000 i 2002, *jf. figur 4.3*, svarende til en stigning på ca. 6 pct. Det svarer til, at antallet af medicinske indlæggelser pr. indbygger over 65 år har været nogenlunde konstant siden 2001, *jf. figur 4.4*.

Der har været en kraftig vækst i brugen af ambulante behandling blandt de ældre medicinske patienter. Antallet af ambulante besøg blandt de ældre medicinske patienter er således steget fra 600.000 i 2002 til mere end 750.000 i 2008 *jf. figur 4.3*, svarende til en stigning på 26 pct. Det har betydet, at antallet af medicinske ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere over 65 år er steget fra ca. 750 i 2002 til knapt 890 i 2008, *jf. figur 4.4*. Den stigende ambulante behandling følger den generelle udvikling på sundhedsområdet. Her er der fra 2002 til 2008 er sket en stigning i antallet af ambulante besøg på ca. 23 pct.

Tendensen er altså, at der i gennem de seneste år har været en stor udvikling i brugen af ambulante behandling blandt de ældre medicinske patienter. Det er sket samtidig med, at de gennemsnitlige indlæggelsesforløb er blevet kortere, og antallet af indlæggelser pr. ældre er steget svagt.

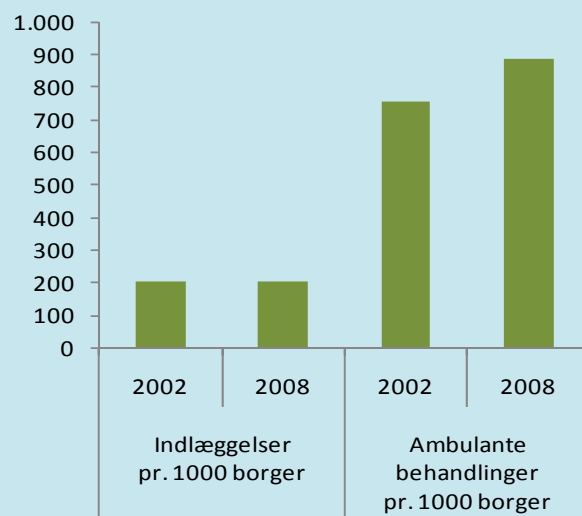
På det kirurgiske har der ligeledes været en kraftig stigning i antallet af ambulante besøg på knapt 17 pct. fra 2002 til 2008. I modsætning til det ældre medicinske område har stigningen i den ambulante behandling imidlertid foregået parallelt med en nedgang på 5 pct. i antallet af indlæggelser i samme periode.

Figur 4.3: Udvikling i antal ambulante besøg og indlæggelser for ældre medicinske patienter. I tusinde. 2002 og 2008



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
 Anm.: Opgørelsen omfatter ikke patienter behandlet for en kræftsygdom. Grundet databrud for ambulant aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002.

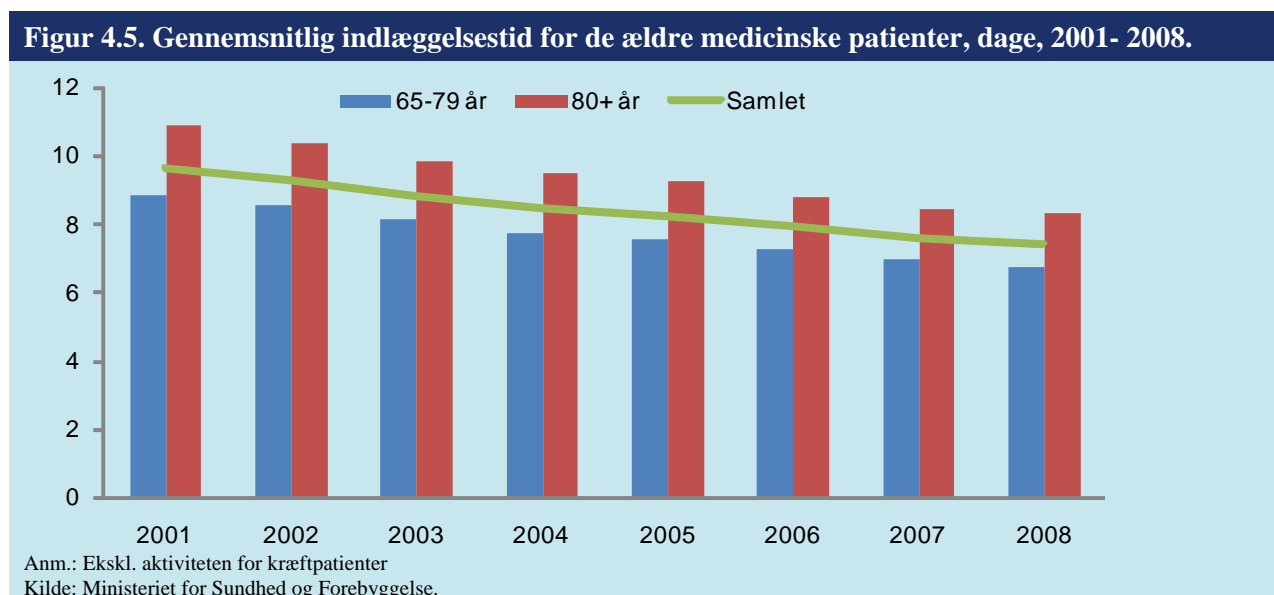
Figur 4.4: Udvikling i antal indlæggelser og ambulante behandlinger for ældre medicinske patienter. Opgjort pr. 1000 borgere i aldersgruppen. 2002 og 2008.



Kilde: Statistikbanken samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
 Anm.: Grundet databrud for ambulant aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002. Opgørelsen indeholder ikke besøg på skadestue. Opgørelsen er ekskl. aktivitet for patienter som i året er behandlet for kræft.

4.1 En kortere indlæggelsestid

Den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt de ældre medicinske patienter er forkortet fra knap 9,7 dage i 2001 til 7,4 dage i 2008, *jf. figur 4.5*. Størst har faldet været blandt de ældste patienter, idet den gennemsnitlige liggetid er faldet med 2,8 dage for gruppen af 65-79 årige og 3,7 dage for medicinske patienter over 80 år. Den gennemsnitlige indlæggelsestid for medicinske patienter over 80 år er dog stadig 1,5 dage længere end for gruppen af 65-79 årige.



Den gennemsnitlige indlæggelsestid dækker over indlæggelser af meget varierende længde. Den typiske indlæggelse (medianen⁴) har således en kortere varighed end den gennemsnitlige. For eksempel var den typiske indlæggelsestid i 2008 hhv. 3 dage for de 65-79 årige og 5 dage for de 80+ årige, mens de tilsvarende gennemsnitlige indlæggelsestider var hhv. 6,7 og 8,4 dage, *jf. figur 4.5*.

Som det fremgår af figur 4.6, skyldes faldet i den gennemsnitlige indlæggelsestid både, at de længste indlæggelser og de typiske indlæggelser er blevet kortere. Den typiske indlæggelse varede i 2001 således 4 dage hos de 65-79 årige, og 6 dage hos de 80+ årige, mens de i 2008 var faldet til hhv. 3 og 5 dage. Tilsvarende varede 5 ud af 100 indlæggelser i 2001 mere end 32 dage hos de 65-79 årige, og mere end 41 dage hos de 80+ årige. De tilsvarende indlæggelsestider var faldet til hhv. 25 og 30 dage i 2008.

⁴ Hvis man sorterer alle indlæggelser efter længde, angiver medianen netop niveauet hvor halvdelen af indlæggelser ligger under og halvdelen over.

Figur 4.6. Gennemsnitlig indlæggelsestid for de ældre medicinske patienter, dage, 2001- 2008.



Note: Boksens nedre kant angiver den nedre kvartil (25 pct. fraktilen), mens den øvre kant angiver den øvre kvartil (75 pct. fraktilen). For eksempel angiver 25 pct. fraktilen, at indlæggelsestiden blandt 25 pct. af indlæggelserne på de medicinske afdelinger er kortere end dette niveau, mens 75 pct. af indlæggelserne er længere. De øvrige fraktiler fortolkes tilsvarende.

Ekskl. aktiviteten for kræftpatienter

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Den faldende indlæggelsestid følger den generelle tendens på sundhedsområdet og er i høj grad udtryk for mere effektive og veltilrettelagte udrednings- og indlæggelsesforløb. Udviklingen er ligeledes et udtryk for, at de ældre medicinske patienters generelle sundhedstilstand og fysiske mobilitet er forbedret (jf. afsnit 2) således, at den specialiserede sygehusbehandling kan afsluttes tidligere, jf. boks 4.1. Dertil kommer, at en stigende forekomst af de meget korte indlæggelser af én enkelt dags varighed bidrager til at trække den gennemsnitlige liggetid for alle patienter under ét ned.

Boks 4.1: Faldende indlæggelsestid

”Sengeleje som behandling har i sig selv ingen dokumenteret effekt på behandlingsresultater.”

Thomas Gjørup formand for Dansk Selskab for Intern Medicin, ”Løft sundhedsindsatsen for de medicinske patienter” oplæg på Ekspert-dage 2009.

”Det traditionelle billede af et sygehus som værende et sted, hvor patienter ligger i senge, indtil de er raske, hører fortiden til og stemmer ikke overens med virkeligheden i dag. Et sygehus leverer primært udredning og behandling på et højt specialiseringsniveau. Men det gøres i højere og højere grad via ambulant virksomhed og meget korte indlæggelser, idet selve sengelejet ikke i sig selv gør mange af de (specielt ældre og medicinske) patienter raske – faktisk tværtimod.”

DSI: ”Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne” (Marts 2007)

”Samlet set er der ikke, på baggrund af de gennemgåede undersøgelser, belæg for at hævde, at udviklingen mod hurtige patientforløb har forøget eller vil forøge de kommunale udgifter.”

DSI, ”Hurtig og Effektiv Behandling på Sygehusene” (September 2008). Rapporten belyser bl.a. accelererede patientforløb for apopleksi-, KOL og geriatriske patienter, med fokus på brugen af behandling i eget hjem, ”følge-hjem”-ordninger, opfølgende hjemmebesøg mv.

4.2 Genindlæggelser og indlæggelseshyppighed

Antallet af genindlæggelser er en central indikator på det ældre medicinske område. En genindlæggelse defineres som en *akut indlæggelse*, der finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den primære (udløsende) indlæggelse, jf. boks 2.3.

Genindlæggelser er i mange tilfælde affødt af uhensigtsmæssigheder i indlæggelsesforløbet for den ældre medicinske patient eller uhensigtsmæssigheder i forbindelse med udskrivningsforløbet fra den seneste indlæggelse. Uhensigtsmæssighederne kunne f.eks. bestå i forkert eller mangelfuld behandling på sygehuset eller uhensigtsmæssigheder i forbindelse med udskrivningsforløbet, herunder mangelfuld koordination mellem sygehus og modtagende kommune, manglende opfølgning, medicinering eller pleje i patientens kommune mv.

Sådanne genindlæggelser må opfattes som unødige, da de kunne have været undgået ved en mere målrettet indsats eller bedre koordination på et lavere specialiseringsniveau. Det kunne eksempelvis være i det tilfælde, hvor en udskrevet ældre medicinsk patient vender tilbage til sit hjem uden de nødvendige forudsætninger for at undgå dehydrering, forkert ernæring mv.

Der fokuseres i afsnittet ikke på det faktiske antal genindlæggelser, men derimod på *genindlæggelseshyppigheden*, dvs. andelen af genindlæggelser ud af det samlede antal indlæggelser.

Da patientens underliggende sygdom og diagnose spiller en meget væsentlig rolle for risikoen for genindlæggelse, opgøres genindlæggelseshyppigheden særskilt for en række forskellige diagnoser. Det er patientens diagnose ved den primære indlæggelse, der er baggrund for inddelingen.

Der er således udelukkende tale om en diagnosemæssig afgrænsning af patienter og ikke om en afgrænsning på afdelingsspeciale, som i de øvrige analyser.

Boks 4.2: Genindlæggelser på det medicinske område

En genindlæggelse defineres som en akut indlæggelse, der finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra den primære (udløsende) indlæggelse. Genindlæggelser som følge af ulykker (efter udskrivelse) ekskluderes fra opgørelsen, idet de generelt skønnes ikke at have relation til den primære indlæggelse, ligesom genindlæggelser, hvor patienten indskrives med en kræftdiagnose, udelukkes.

Genindlæggelseshyppigheden er ikke specifik, idet genindlæggelser medtages, uanset på hvilket sygehus genindlæggelsen finder sted og uanset diagnosen ved genindlæggelse (ekskl. faldulykker og kræft, jf. ovenstående). Genindlæggelseshyppigheden er køns og aldersstandardiseret.

At den benyttede genindlæggelsesindikator er antagelsesbaseret og uspecifik betyder, at genindlæggelserne ikke nødvendigvis er udtryk for uhensigtsmæssige forløb eller kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. En række af genindlæggelserne skyldes derimod forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

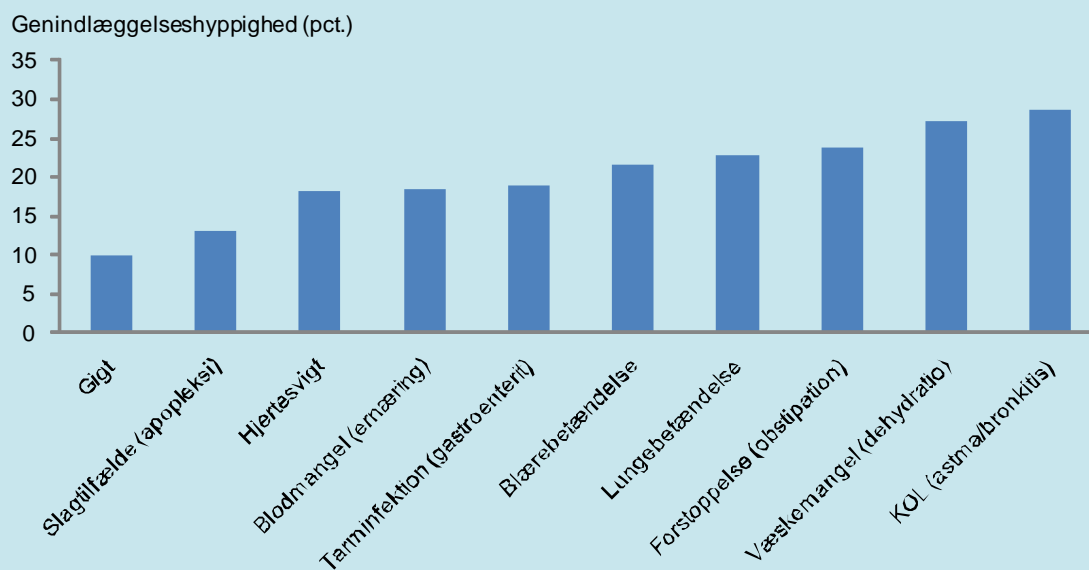
Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008".

Note: Se kilde for yderligere information om opgørelsen.

Det fremgår af *figur 4.7*, at der i 2008 er betydelig forskel på genindlæggelseshyppigheden for ældre medicinske patienter på tværs af diagnoser. Således genindlægges omkring 10 pct. af patienterne, der udskrives efter en indlæggelse for gigt, mens det er tilfældet for næsten 30 pct. af patienter-

ne, der udskrives efter en indlæggelse for KOL. Samlet set er det knapt 20 pct. af patienterne med en af de 10 diagnoser, der efterfølgende genindlægges, *jf. figur 4.7*

Figur 4.7. Genindlæggeshyppighed for patienter på 67 år eller derover, fordelt på udvalgte diagnoser, 2008.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008".

Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. De specifikke diagnosekoder fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation.

Genindlæggelserne er opgjort for diagnoser og ikke på afdelingsspeciale. Aktiviteten medtaget her, er altså ikke kun for ældre medicinske patienter, defineret som angivet i kapitel 2.

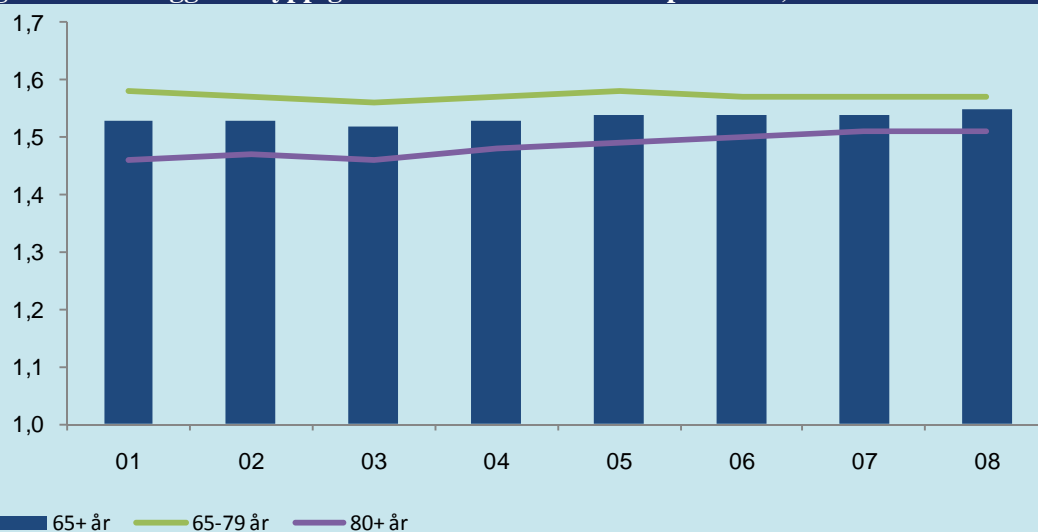
Der medtages her kun patienter på 67 år og derover, hvor afgrænsningen af ældre patienter øvrige steder er 65 år.

Den benyttede genindlæggelsesindikator er kun offentliggjort fra og med 2007, hvorfor det ikke har været muligt at belyse udviklingen i genindlæggeshyppigheden over en længere tidsperiode.

For at få et fingerpeg om udviklingen over en længere tidsperiode opgøres derfor i stedet indlæggeshyppigheden blandt de ældre medicinske patienter. Indlæggeshyppigheden udtrykker det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient og kan være en indikator for udviklingen i genindlæggelser.

Den gennemsnitlige indlæggeshyppighed for ældre medicinske patienter er steget svagt fra 1,53 indlæggelser per patient i 2001 til 1,55 i 2008, *jf. figur 4.8*. Stigningen dækker over en forskellig udvikling inden for ældregruppen. Indlæggeshyppigheden for ældre på 80 år og derover er således øget fra 1,46 i 2001 til 1,51 i 2008, mens den har ligget nogenlunde stabilt over perioden for gruppen af 65-79 årige.

Figur 4.8. Indlæggeshyppighed for ældre medicinske patienter, 1999-2008..



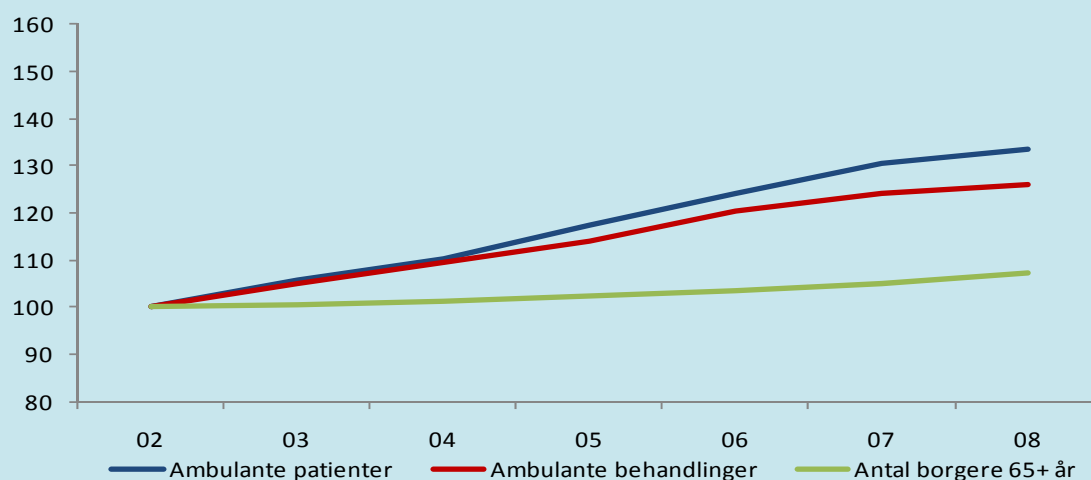
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anm.: Indlæggeshyppigheden er et udtryk for det gennemsnitlige antal indlæggelser hos de patienter, der har været indlagt minimum 1 gang. Ekskl. kræftpatienter og deres aktivitet.

Øget ambulant behandling

Antallet af ældre medicinske patienter med besøg på en medicinsk ambulant afdeling er siden 2002 steget med 34 pct. Dette betyder, at 1/5 af alle ældre på 65 år og derover i 2008 havde ét eller flere besøg på en sådan afdeling, *jf.* figur 4.9. Udviklingen i antallet af ambulante besøg for patientgruppen har med en stigning på 26 pct. været noget mindre, hvilket indikerer et fald i det gennemsnitlige antal ambulante behandlinger pr. behandlet person.

Figur 4.9: Udviklingen i antallet af ældre medicinske patienter med besøg til medicinsk ambulans afdeling, udviklingen i antallet af ambulante behandlinger, samt udviklingen i gruppen af 65+ årige borgere. 2002-2008. Index 2002=100.



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

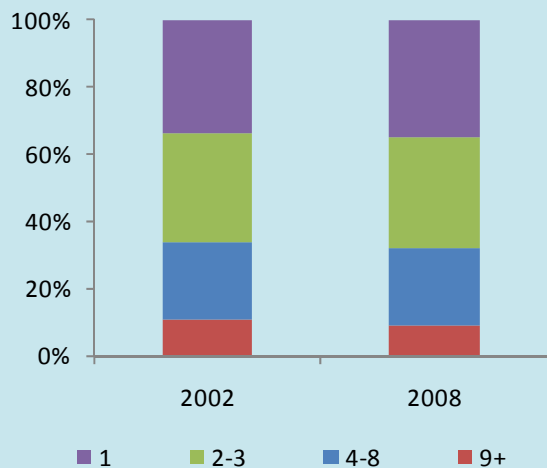
Note: Patienter behandlet for kræft i året samt deres aktivitet er ikke medtaget i opgørelsen. Grundet databrud for ambulans aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002.

Udviklingen i ambulante besøg for ældre medicinske patienter dækker over to forskellige forhold. Målt i antal patienter er der især sket en stor stigning i antallet af patienter med 1-3 besøg, men der har dog også været en stigning i antallet af patienter med 4 eller flere besøg, *jf. figur 4.11*.

Stigningen i antal patienter med 1-3 besøg forklarer imidlertid kun omtrent en tredjedel af den samlede stigning i det samlede antal ambulante besøg fra 2002 til 2008. Hovedparten af stigningen i antal besøg kan således tilskrives patienter med 4 eller flere besøg, som står for ca. 2/3 af stigningen.

Med andre ord er der fra 2002 til 2008 især kommet flere patienter til med relativt få besøg, *jf. figur 4.10*, mens stigningen i den samlede aktivitet især skyldes flere besøg pr. patient i gruppen af patienter med 4 eller flere ambulante besøg i løbet af et år.

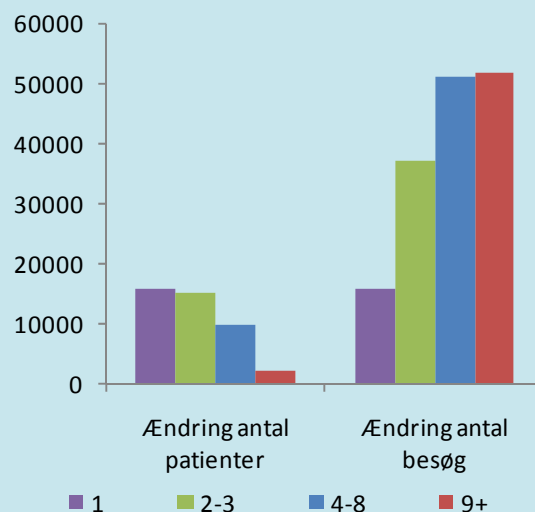
Figur 4.10: Fordelingen af ældre medicinske patienter behandlet ambulant, på patienter med 1, 2-3, 4-8, og 9+ besøg, 2002 og 2008



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Note: Patienter behandlet for kræft i året, samt deres aktivitet er ikke medtaget i opgørelsen. Grundet databrud for ambulant aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002.

Figur 4.11: Ændring i antallet af ældre medicinske patienter behandlet ambulant og ændringen i antallet af ambulante besøg for ældre medicinske patienter, fra 2002 til 2008. Fordelt på antal besøg pr. patient i pågældende år.



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Note: Patienter behandlet for kræft i året, samt deres aktivitet er ikke medtaget i opgørelsen. Grundet databrud for ambulant aktivitet er der ikke medtaget data fra før 2002.

Udviklingen mod øget ambulant behandling for ældre medicinske patienter er i sig selv positiv, i de tilfælde hvor det er mere skånsomt for patienten, og hvor det kan bidrage til at forebygge unødvendige indlæggelser eller reducere liggetiden for denne patientgruppe.

Det kan i den forbindelse bemærkes, at antallet af indlæggelser af ældre medicinske patienter er steget fra 162.000 til 173.000 fra 2001 til 2008. Dette indebærer, at antallet af indlæggelser af ældre medicinske patienter pr. 1000 borgere i samme periode har ligget stabilt på ca. 200. I forhold til antallet af indlæggelser af ældre medicinske patienter ses der således ikke nogen reduktion som følge af øget ambulant aktivitet, sådan som tilfældet var på det kirurgiske område.

I perioden 2001 til 2008 er liggetiden for ældre medicinske patienter faldet fra 9,7 til 7,4 dage. Øget ambulant aktivitet kan være en medvirkende årsag hertil, idet sygehusene bliver mere effektive i brugen af deres sengedage. Man kan f.eks. forestille sig tilfælde, hvor sygehusene ved endt behandling af en patient vælger at sende pågældende hjem med aftale om efterfølgende ambulant besøg, hvor dette kan erstatte en ydelse foretaget i stationært regi.

I det omfang en øget ambulant aktivitet er udtryk for en opsplittning af ambulante besøg, der mere hensigtsmæssigt kunne være udført samme dag, vil vækst i ambulante besøg ikke være hensigtsmæssigt.

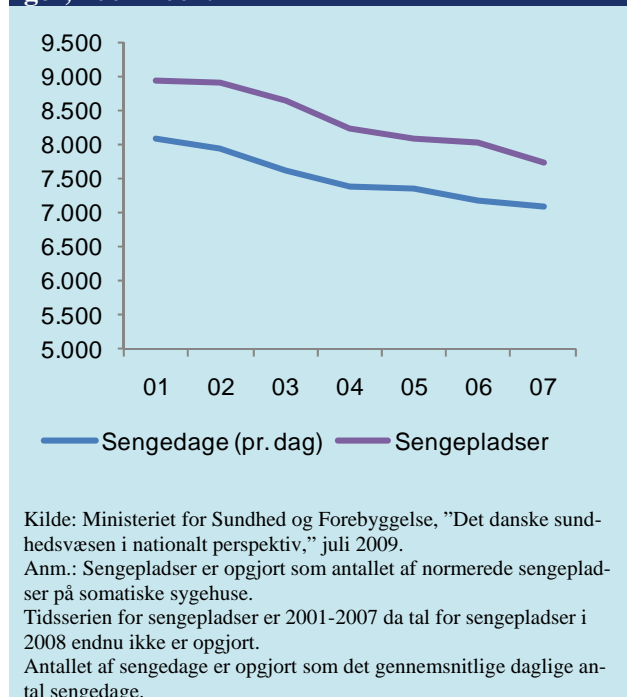
Det er ikke muligt alene på baggrund af analyserne i dette notat at komme med de præcise årsager til den stigende ambulante aktivitet, således er det heller ikke muligt at sige, om der skulle være eventuelle uhensigtsmæssigheder på det ambulante område.

4.3 Færre sengedage og sengepladser

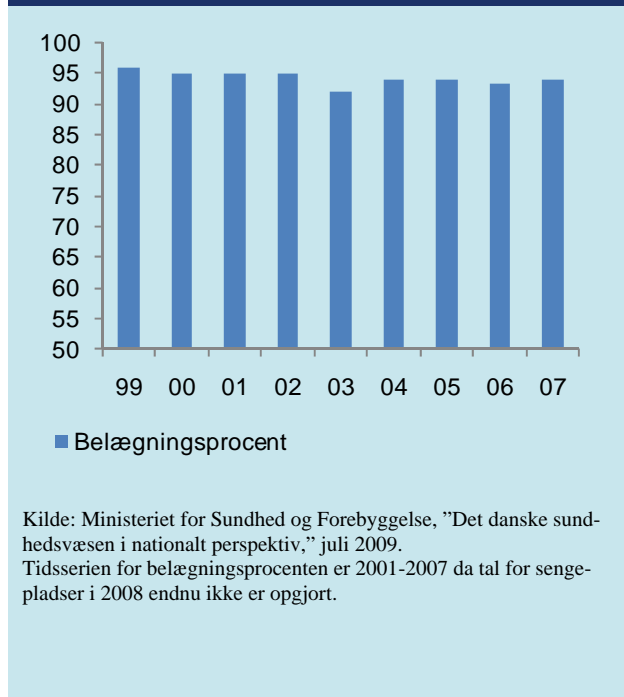
Den faldende indlæggelsestid blandt de medicinske patienter har betydet, at antallet af sengedage på de medicinske afdelinger er reduceret fra næsten 3 mio. årlige sengedage i 2001 til knap 2,6 mio. i 2007. Således er det gennemsnitlige *daglige* antal benyttede senge faldet fra godt 8.100 i 2001 til ca. 7.100 i 2007, *jf. figur 4.12*, svarende til en reduktion på 12 pct.

Sideløbende med reduktionen i antallet af sengedage er antallet af sengepladser blevet reduceret. På de medicinske afdelinger er antallet af sengepladser reduceret fra ca. 8.950 sengepladser i 2001 til ca. 7.750 i 2007, *jf. figur 4.12*, svarende til et fald på ca. 13 pct.

Figur 4.12: Antal sengedage (divideret med 365) og sengepladser på de medicinske afdelinger, 2001-2007.



Figur 4.13: Gennemsnitlig belægningsprocent på de medicinske afdelinger, 2001-2007.



Den parallelle udvikling i antallet af sengepladser og sengedage har betydet, at belægningsprocenten på medicinske afdelinger set under ét har ligget nogenlunde stabilt over de seneste år, således var den på 94 pct. i både 2001 og i 2007. Udviklingen i antallet af sengepladser skal som nævnt også ses i sammenhæng med den stigende ambulante aktivitet på det medicinske område, *jf. også boks 4.3*.

Boks 4.3: Nedlæggelsen af sengepladser

"Ofte fremføres det, at grunden til overbelægning er, at der gennem de senere år er nedlagt medicinske senge. Der er nedlagt medicinske senge, men dette er sket til fordel for øget ambulante behandling og mere accelererede behandlingsforløb. Dette er generelt en positiv udvikling, da det er kendt, at det er bedre for patienterne ikke at være sengeliggende også i forhold til aspekter såsom genoptræning og rehabilitering, ligesom det ressourcemæssigt er mere optimalt, at behandle patienterne ambulante."

Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin, "Inspiration til en fornyet indsats for medicinske patienter – akut indlagte patienter med uhensigtsmæssige behandlingsforløb"

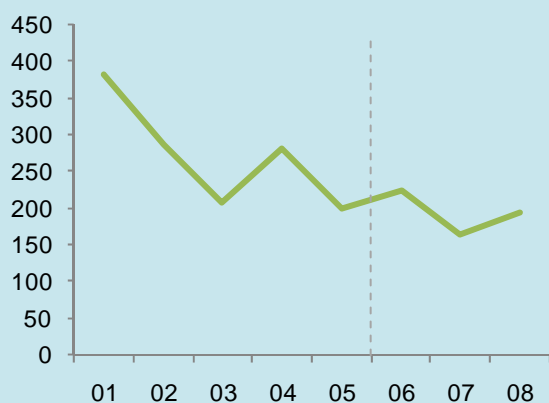
4.4 Færdigbehandlede patienter

Antallet af ventende færdigbehandlede patienter er generelt blevet reduceret. Omkring år 2001 var der dagligt næsten 400 ventende færdigbehandlede patienter. I 2008 var tallet faldet til omkring 200 patienter. Antallet af færdigbehandlede patienter er således næsten halveret i perioden fra 2001 til 2008, jf. figur 4.14.

Antallet af sengedage optaget af færdigbehandlede patienter er betydeligt større på de medicinske afdelinger end på de kirurgiske afdelinger, jf. figur 4.15.

Færdigbehandlede patienter optager ca. 2,5 pct. af den samlede sengekapacitet på de medicinske afdelinger, og dette kunne give anledning til at overveje, om en bedre koordination af patientforløb mellem regioner og kommuner vil kunne nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter på de medicinske afdelinger.

Figur 4.14: Antal ventende færdigbehandlede patienter, 2001-2008.

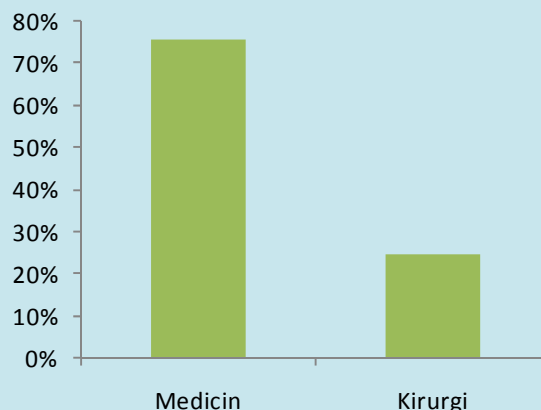


Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anm.: Databrud mellem 2005 og 2006.

Tallene for 1998-2005 er baseret på spørgeskemaundersøgelser blandt sygehusene, mens tallene for 2006-2008 er baseret på Landspatientregistret. Tallet for antal ventende færdigbehandlede patienter i 2006 er udtrykt ved niveauet pr. januar 2007. Alle øvrige tal er opgjort på en af ministeriet angivet dato. Denne dato varierer fra år til år, men er typisk 1. december.

Figur 4.15: Sengedage brugt af ventende færdigbehandlede patienter, fordelt på medicinske og kirurgiske afdelinger. 2008.



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anm.: Antallet af sengedage er opgjort som det gennemsnitlige antal senge pr. dag i perioden, som er optaget af færdigbehandlede patienter.

5. U hensigtsmæssige indlæggelser og ineffektive sengedage

- Andelen af korte indlæggelser ud af det samlede antal indlæggelser af ældre medicinske patienter varierer ganske betydeligt på tværs af kommuner, fra knap 20 pct. i Bornholm Kommune til mere end 40 pct. i Horsens Kommune.
- Tilsvarende er der betydelig variation på tværs af kommunerne i andelen af genindlæggelser for 6 udvalgte diagnoser, fra ca. 12 pct. i Skanderborg Kommune til over 24 pct. i Fredensborg Kommune.
- Den betydelige variation i såvel andel af korte indlæggelser som genindlæggelser indikerer et potentiale for at aflaste de medicinske afdelinger for bl.a. akutte indlæggelser bl.a. ved en målrettet forebyggelsesindsats i kommunerne.
- På kommuneniveau er der ikke nogen sammenhæng mellem borgernes gennemsnitlige liggetid og gennemsnitlige genindlæggelsesfrekvens.
- Der er betydelig variation i de gennemsnitlige liggetider på de medicinske afdelinger på hospitalerne. På Århus Universitetshospital, Skejby udgør den gennemsnitlige liggetid ca. 5 dage, mens fire andre sygehuse har en gennemsnitlig liggetid på over 10 dage.
- Derudover er der betydelig variation i andelen af indlæggelser af 9 dages varighed eller mere på de medicinske afdelinger (som kan være en indikation af at indlæggelsen har ineffektive sengedage). På Århus Universitetshospital, Skejby, som har relativt færrest af disse indlæggelser, udgør andelen 16 pct., mens fire sygehuse har en andel på mellem ca. 40 og 90 pct.

Der er et betydeligt potentiale for at udnytte kapaciteten på de medicinske afdelinger mere effektivt. Det gælder dels i forhold til at undgå unødvendige indlæggelser, dels i forhold til at sikre så effektive indlæggelsesforløb som muligt, når patienten er blevet indlagt.

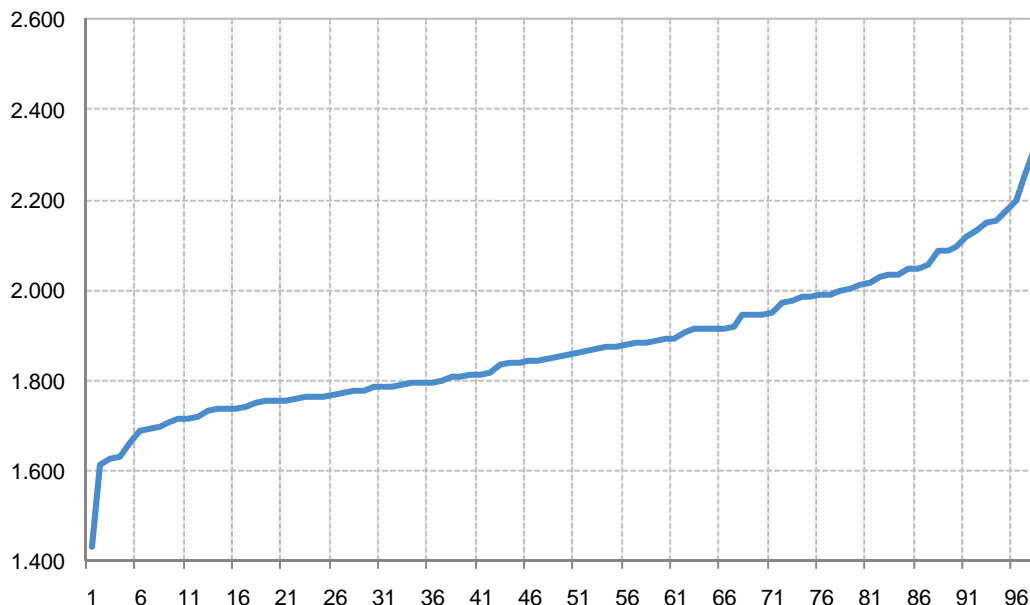
Forskelle i kommunernes samlede udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af sundhedsvæsenet, kan samtidig indikere, at der er et potentiale for, at forbedre kommunernes indsats for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser generelt. Kommunernes udgifter spænder fra 1.431 kr. pr. indbygger til 2.313 kr. pr. indbygger, *jf. figur 5.1*.

Betydningen af forskellene i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være over 400 mio. kr. lavere i 2008, hvis alle kommuner med en højere udgift pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter, standardiseret for køn og alder, bragte deres udgifter ned til dette niveau. Opgørelsen er ikke korrigeret for den eventuelle betydning af forskelle i sociale forhold. En tidligere analyse af forskelle i den kommunale medfinansiering viste dog, at der også korrigeret for sociale forhold fortsat er væsentlige forskelle mellem kommunerne⁵.

⁵ "Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

Figur 5.1: Gennemsnitlig udgift til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering fordelt på kommuner.

Kr. pr. indbygger



Kilde: Sundhedsstyrelsen,

Note: Opgørelsen er køns- og aldersstandardiseret på baggrund af raterne i 2008. Opgørelsen er baseret på kommunernes udgifter til medfinansiering i 2008 og er opregnet forholdsmæssigt til det forventede niveau i 2010 på i alt 10,5 mia. kr.

Den viste variation i figur 5.1 indikerer, at der også for de ældre medicinske patienter kan være variationer på tværs af kommuner. Dette vil blive belyst efterfølgende med udgangspunkt i en række centrale indikatorer for ældre medicinske patienter.

Det er uheldigt for både borgeren og for samfundet, når en borger indlægges på sygehuset med tilstande, som hensigtsmæssigt kunne være forebygget. Der følger en beskrivelse af to typer indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor forebyggelsespotentialet i forhold til at undgå indlæggelse generelt vurderes at være relativt højt. Følgende kan således anses som *uhensigtsmæssige indlæggelser*:

- *Korte indlæggelser på en enkelt dag eller mindre.* Denne type indlæggelse kan være tegn på, at der har været tale om en forebyggelig indlæggelse, som med de nuværende kommunale sundhedsrelaterede ydelser, og med den nuværende viden om uhensigtsmæssige indlæggelser og patientrettet forebyggelse, må anses for forebyggelig i kommunalt regi. Årsagerne til disse indlæggelser kan f.eks. være manglende væske eller ernæring⁶.
- *Genindlæggelser*, som kunne være undgået, bl.a. ved bedre samarbejde omkring udskrivningsforløb, jf. afsnit 4.2, samt en generelt bedre forebyggende indsats.

⁶ "Rapport Vedrørende Bedre Grundlag for Forebyggelsesindsatsen i Kommunerne", KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

Reduktioner i de helt korte indlæggelser og i genindlæggelser kan bidrage til at frigøre kapacitet på de medicinske afdelinger.

En anden form for u hensigtsmæssighed i forbindelse med ældre medicinske patienters forløb, er indlæggelser, hvor opholdet på sygehuset forlænges unødigt, jf. beskrivelsen af *ineffektive sengedage boks 5.1*. De ineffektive sengedage inden færdigbehandling kan tilskrives tilrettelæggelsen internt på sygehusene.

En anden form for ineffektive sengedage kan opstå i de tilfælde, hvor færdigbehandlede patienter ikke hjemtages. Denne problemstilling vedrører koordinationen mellem sygehus og kommune. Ca. 200 af de medicinske sengepladser, svarende til 2,5 pct. af den samlede kapacitet på de medicinske afdelinger, optages som nævnt i kapitel 4 af færdigbehandlede patienter. En hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede patienter kunne således frigøre en betydelig kapacitet på de medicinske afdelinger.

Der findes ikke et samlet mål, som entydigt kan angive, hvorvidt indlæggelsesforløb har været ineffektive. Det er dog muligt at få et vist fingerpeg herom ved hjælp af forskellige indikatorer, jf. *boks 5.1*.

Boks 5.1: Ineffektive sengedage.

Hvis et indlæggelsesforløb forlænges med unødige sengedage, er det selvsagt til gene for den berørte patient, men det betyder også, at der bindes mere kapacitet og flere ressourcer i det enkelte forløb end nødvendigt. Ved at reducere antallet af ineffektive sengedage kan der således frigøres kapacitet og ressourcer, der kan anvendes til en mere målrettet indsats.

En nyere undersøgelse viste, at der ligger et betydeligt potentiale for en forbedret anvendelse af ressourcerne via en reduktion af antallet af ineffektive sengedage. Undersøgelsen viste således, at omkring 30 pct. af sengedagene på medicinske afdelinger er ineffektive:

"I alt blev 738 patienter vurderet. For 32,1 % af dem blev sengedagene vurderet som værende ineffektiv. Der var stor variation mellem de fire medicinske afdelinger (19,2-39,2 %). Årsager til ineffektive sengedage var hyppigst mangel på hensigtsmæssige alternative tilbud (hjemmesygepleje, rehabiliteringsafsnit og social service) og ventetid på diagnostiske procedurer...."

Ugeskrift for Læger, 2006;168(1):25, Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger

I Landspatientregistret registreres aktiviteten på de enkelte dage under en indlæggelse ikke, og det betyder, at antallet af ineffektive sengedage, hvor der hverken af udredning eller behandling, ikke kan opgøres på landsplan.

Indlæggelser af 9 dages varighed eller derover, benyttes her som indikator for indlæggelser der kan have indeholdt u hensigtsmæssige sengedage. 9 dage er ca. ¼ længere end en gennemsnitlig indlæggelse af personer på 65 år og derover og dobbelt så lang tid som gennemsnittet for alle patienter.

Der følger i det kommende afsnit en beskrivelse af indikatorer for variation mellem kommuner i forhold til forekomsten af de unødvendige indlæggelser samt en beskrivelse af indikatorer for variationer for ineffektive sengedage mellem landets sygehuse.

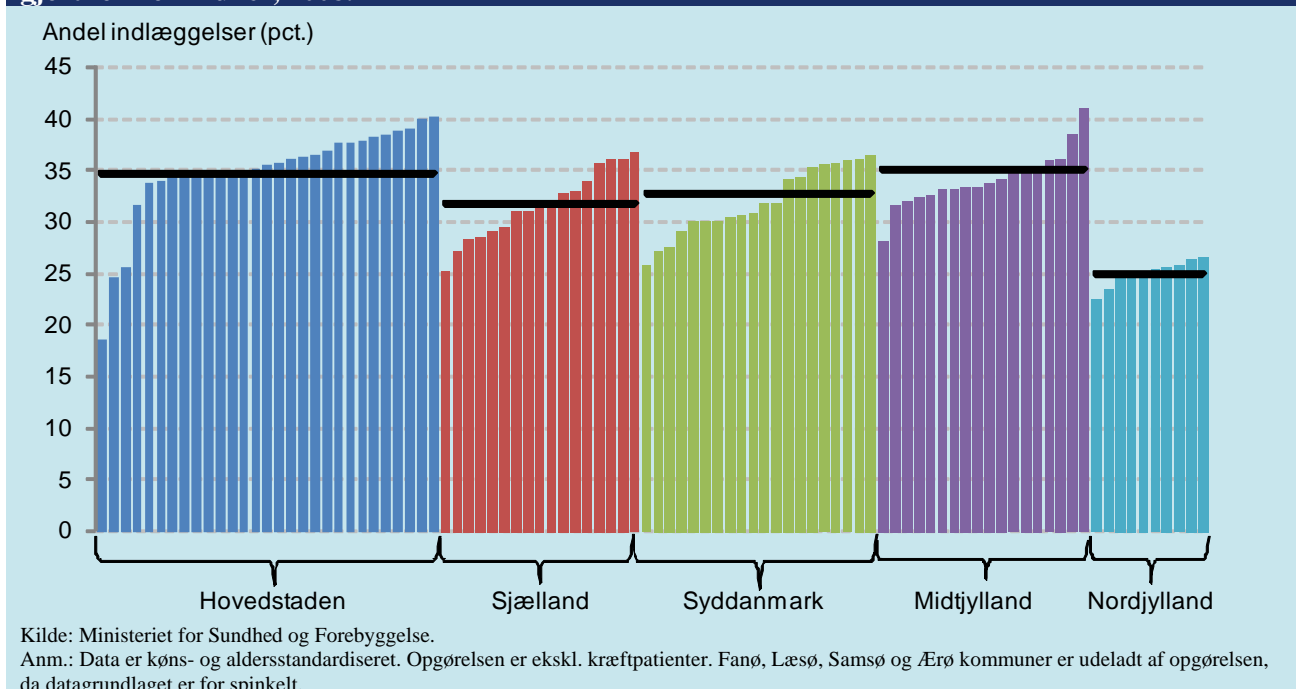
5.1 Korte indlæggelser

Andelen af korte indlæggelser (indlæggelser af maksimal én dags varighed) af ældre medicinske patienter varierer ganske betydeligt på tværs af kommuner fra knap 20 pct. i Bornholm Kommune til mere end 40 pct. i Horsens Kommune, *jf. figur 5.2*.

Kommunerne i Region Nordjylland har, med et spænd på mellem ca. 23 og 27 pct., dels en væsentlig lavere andel af korte indlæggelser og dels en lavere mellemkommunal variation i andelen af korte indlæggelser, sammenlignet med kommunerne i de øvrige regioner. I de øvrige regioner er der et spænd på mellem 10 pct. point og 22 pct. point mellem den kommune i den enkelte region, der har den højeste hhv. laveste andel af korte indlæggelser.

Opgørelsen er standardiseret, hvilket betyder, at der tages højde for demografiske forskelle (køn og alder) på tværs af kommuner. Variationen på tværs af kommunerne indikerer således et klart forbedringspotentiale i mange kommuner i forhold til at nedbringe antallet af de helt korte indlæggelser. Det gælder særligt kommunerne i Region Hovedstaden.

Figur 5.2. Andel ældre medicinske indlæggelser med en indlæggelsestid på 1 dag eller mindre, opgjort for kommuner, 2008.



Cirka 33 pct. af indlæggelserne af ældre medicinske patienter fra Greve kommune er korte indlæggelser, og dette svarer netop til landsgennemsnittet. Til illustration af omfanget af forskellene mellem kommunerne kan nævnes, at i en situation, hvor alle kommuner, med en andel korte indlæggelser der er højere end landsgennemsnittet, nedbragte deres andel til landsgennemsnittet, ville det isoleret set svare til ca. 5.000 færre indlæggelser årligt. Dette kan dog ikke ses som et faktisk forbed-

ringspotentialer, idet de korte indlæggelser på 1 dag eller mindre ikke i alle tilfælde er uhensigtsmæssige eller forebyggelige.

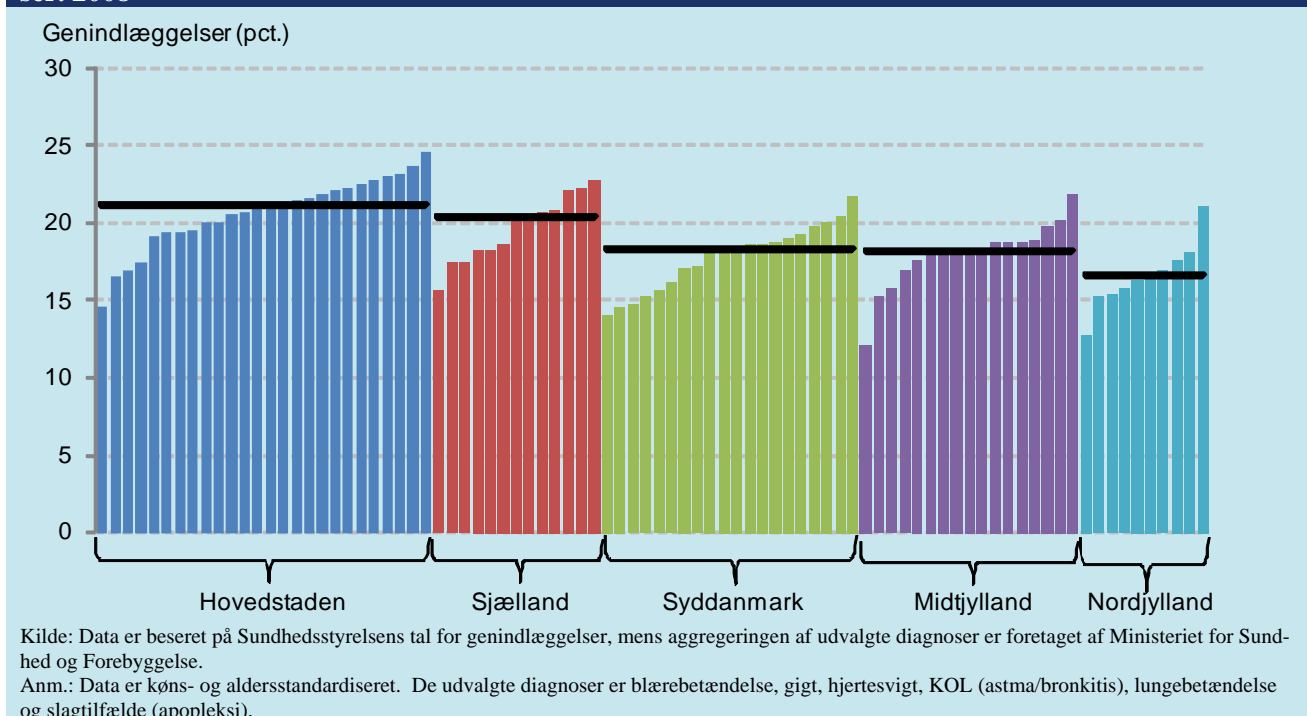
5.2 Genindlæggelser

I dette afsnit sættes der fokus på kommunale og regionale forskelle i genindlæggelsesfrekvenser. Dette sker ved at se på en sammenvejede genindlæggelsesfrekvens for seks udvalgte diagnoser, hvor kommunerne vurderes at have muligheder for at påvirke risikoen for genindlæggelse. Det drejer sig om diagnoserne blærebetændelse, gigt, hjertesvigt, KOL (astma/bronchitis), lungebetændelse og slagtilfælde (apopleksi).

Der er betydelige forskelle på genindlæggelsesfrekvensen på tværs af kommuner. Genindlæggelsesfrekvensen spænder således fra 12,1 pct. i Skanderborg Kommune til 24,6 pct. i Fredensborg Kommune, jf. figur 5.3.

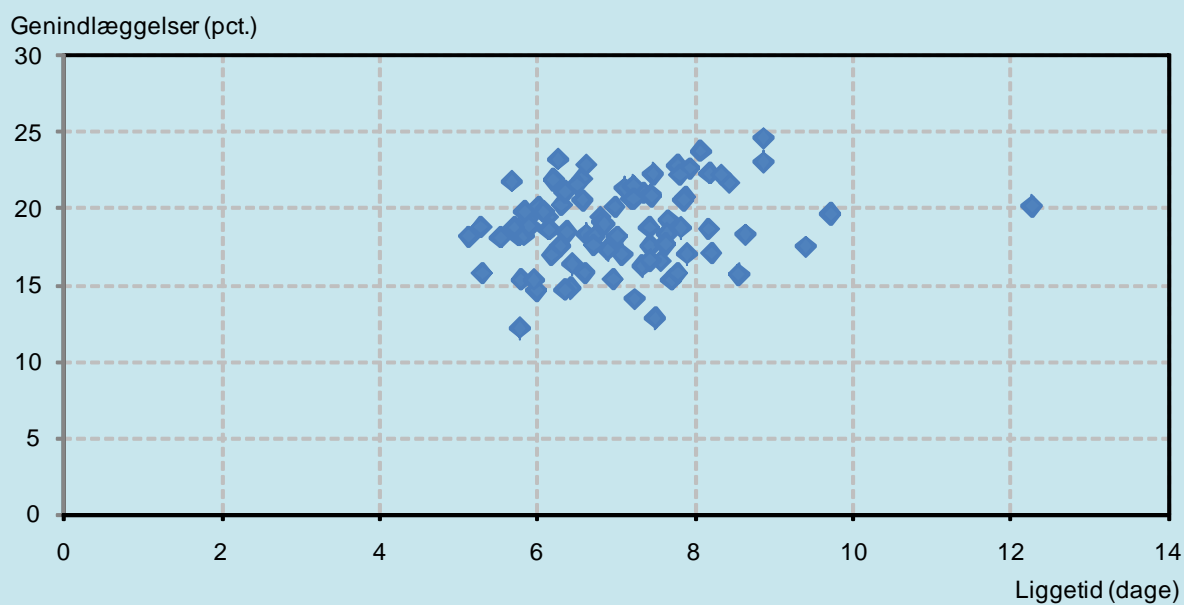
Genindlæggelsesfrekvensen i det østlige Danmark er samtidig højere end i det vestlige Danmark. I Region Sjælland og Region Hovedstaden er genindlæggelsesfrekvensen på mere end 20 pct., mens niveauet er lavere i de tre regioner vest for Storebælt. Næsten alle kommuner i Region Hovedstaden har en genindlæggelsesfrekvens, der ligger over gennemsnittet i Region Nordjylland.

Figur 5.3. Genindlæggelsesfrekvens, opgjort for kommuner, vægtet gennemsnit af 6 udvalgte diagnoser. 2008



Figur 5.4. belyser, om der på kommuneniveau kan konstateres en sammenhæng mellem den gennemsnitlige liggetid for kommunens ældre medicinske patienter og for den gennemsnitlige genindlæggelsesfrekvens for de samme patienter. Det fremgår af figuren, at der på kommuneniveau ikke kan konstateres en sammenhæng.

Figur 5.4. Genindlæggelsehyppighed sammenholdt med gennemsnitlig indlæggelsestid på kommuneniveau. Aggregeret tal, for hver kommune, for 6 udvalgte diagnoser



Kilde: Sundhedsstyrelsen, "Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008" samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. De specifikke diagnosekoder fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation.

Genindlæggelser er opgjort for personer på 67 år og derover. Gennemsnitlig indlæggelsestid er opgjort for ældre medicinske patienter på 65 år og herover.

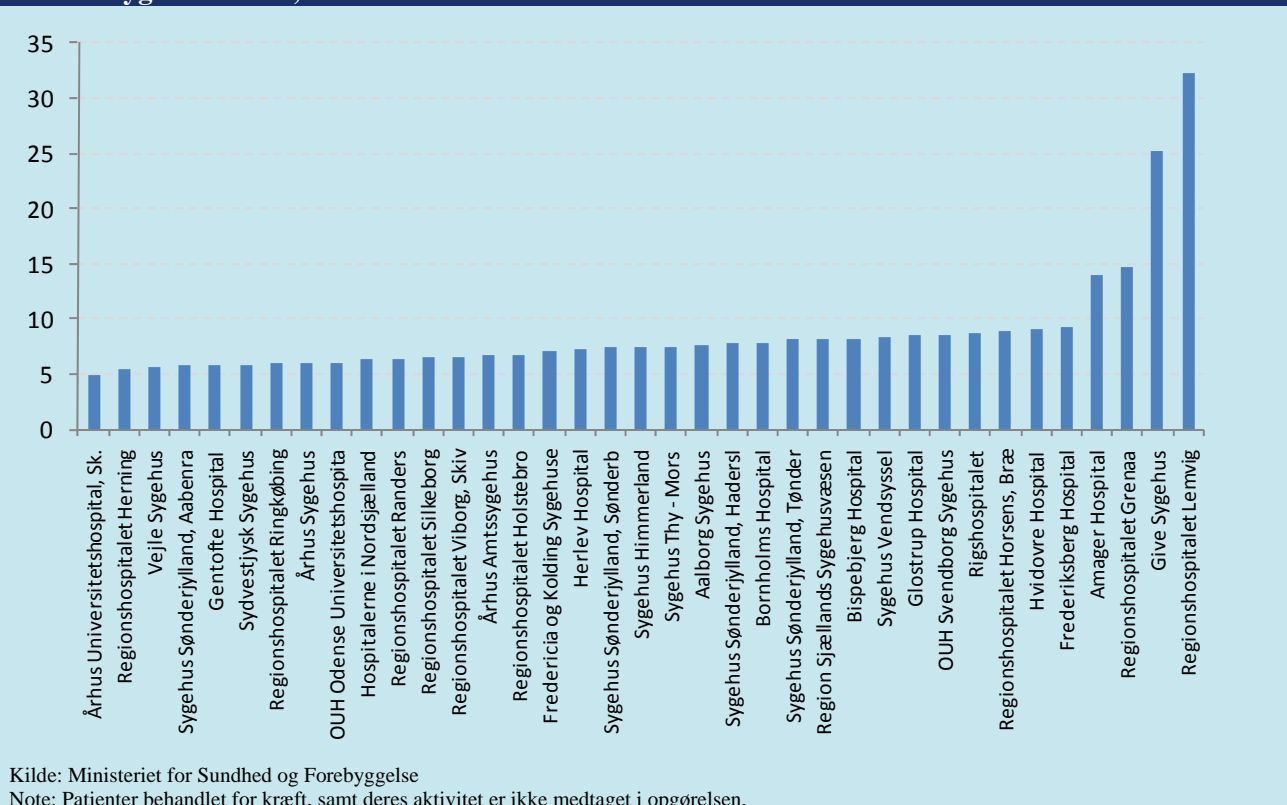
De udvalgte diagnoser er blærebetændelse, gigt, hjertesvigt, KOL (astma/bronkitis), lungebetændelse og slagtilfælde (apopleksi).

5.3 Ineffektive sengedage

Lange gennemsnitlige indlæggelsestider, på et sygehus, kan, som tidligere beskrevet, i en række tilfælde afspejle en stor forekomst af ineffektive sengedage, *jf. boks 5.1*

Den gennemsnitlige liggetid, for en ældre medicinsk patient, var som tidligere nævnt på 7,4 dage i 2008. Dette tal dækker over en betydelig variation fra sygehus til sygehus. På Århus Universitetshospital, Skejby udgør den gennemsnitlige liggetid ca. 5 dage, mens fire andre sygehuse har en gennemsnitlig liggetid på over 10 dage.

Figur 5.5. Gennemsnitlig indlæggelsestid, i dage, på medicinske afdelinger, for ældre medicinske patienter. Sygehusniveau, 2008.

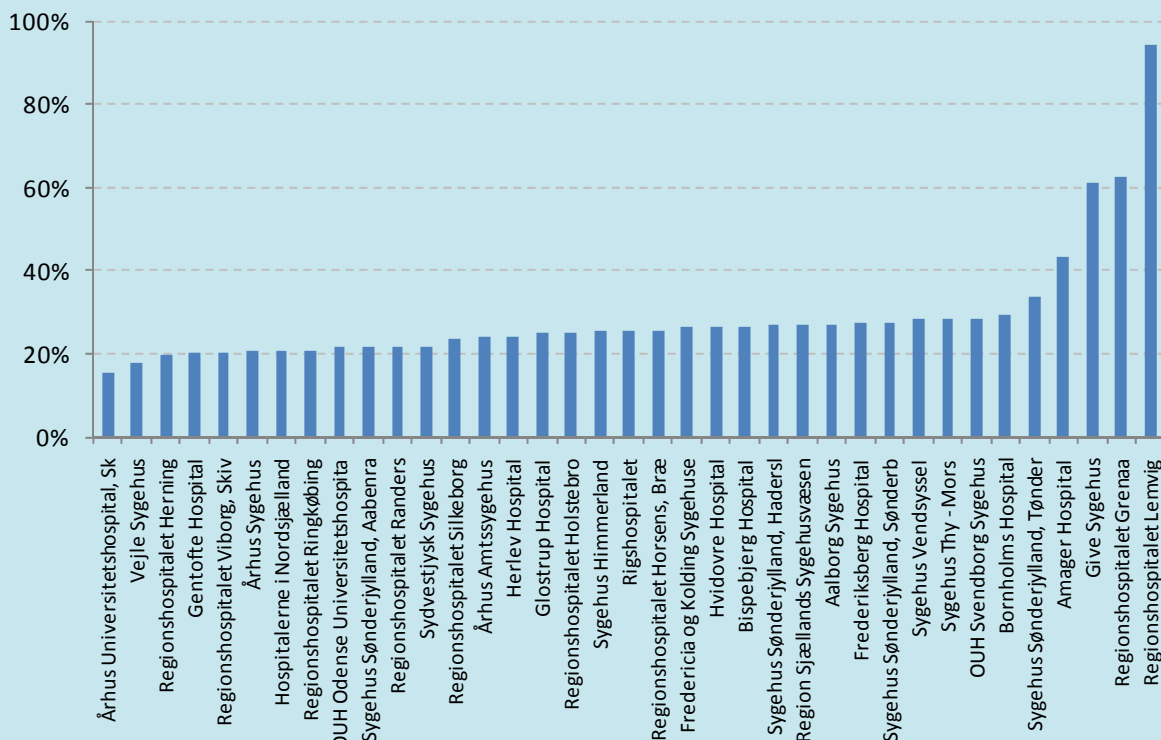


Opgørelsen i figur 5.5 er standardiseret med befolkningssammensætningen (køn og alder), mens der ikke er taget højde for specialesammensætningen på de enkelte sygehuse (hvilket heller ikke er tilfældet for data i figur 5.6 og figur 5.7). Forskellene kan således i visse tilfælde skyldes forskellige specialesammensætninger og ikke alene forskelle i ineffektive sengedage. Som eksempel kan nævnes, at Give Sygehus og Regionshospitalet Lemvig begge, som en væsentlig del af deres aktivitet, har genoptræning af apopleksiramte patienter og derfor har patienter med relativt lange indlæggelser.

Der er ligeledes betydelig variation mellem sygehuse i forhold til, hvor stor en andel af de ældre medicinske patienter, der har indlæggelsesforløb på 9 dage eller mere. Andelen af indlæggelser af ældre medicinske patienter, på 9 dages varighed eller mere, varierer således fra 16 pct. på Århus Universitetshospital, Skejby, til over 90 pct. på Regionshospitalet i Lemvig. På 32 ud af 37 sygehu-

se er andelen af indlæggelser, på 9 dage eller mere, på mindre end 30 pct., mens den på tre sygehuse er over 60 pct., jf. figur 5.6.

Figur 5.6. Andelen af indlæggelser af ældre medicinske patienter, på medicinske afdelinger, med en længde på 9 dage eller flere. Sygehusniveau, 2008.



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Note: Patienter behandlet for kræft samt deres aktivitet er ikke medtaget i opgørelsen.

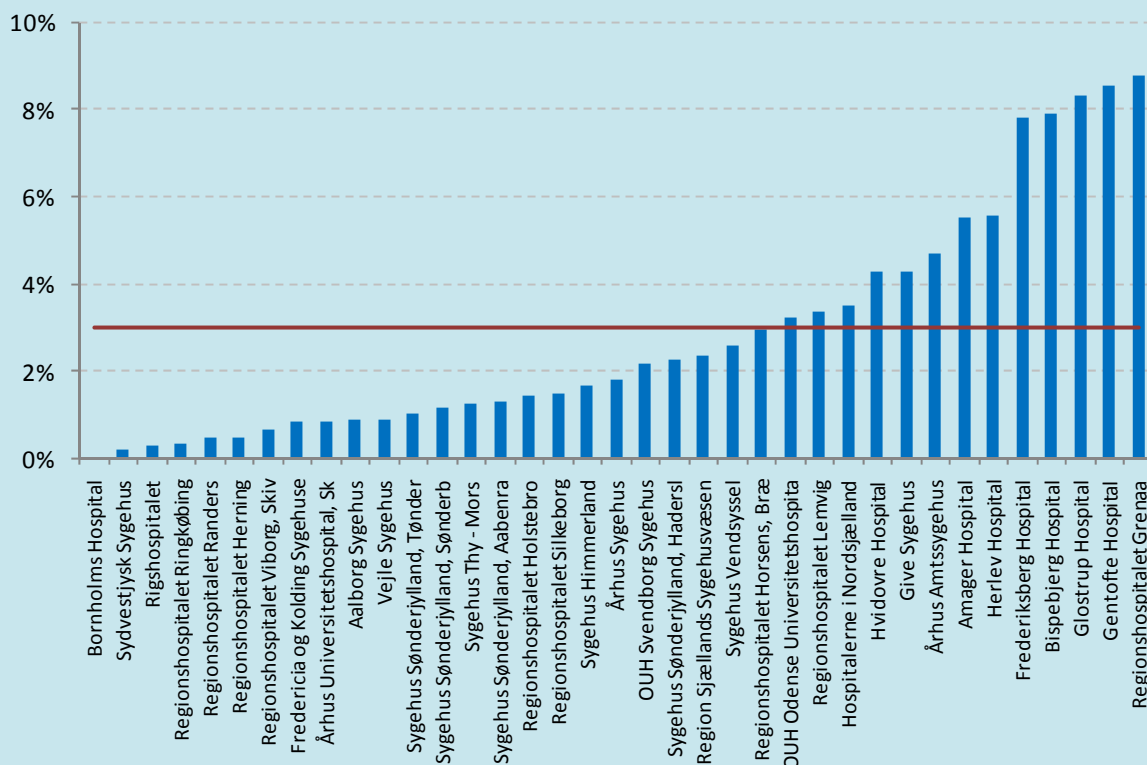
At patienter ikke hjemtages umiddelbart efter endt behandling er én årsag til unødigt lange indlæggelser med ineffektive sengedage. Ineffektive sengedage, som følge af, at færdigbehandlede patienter optager plads på sygehusene, er især et problem på sygehusene i Region Hovedstaden.

I gennemsnit optages 3 pct. af de samlede sengedage på medicinske afdelinger af færdigbehandlede patienter⁷. På 14 sygehuse er andelen højere end 3 pct., og otte af disse 14 ligger i Region Hovedstaden, jf. figur 5.7.

De store variationer tyder på, at der kan være et potentiale for, på landsplan at frigøre sengekapacitet ved et forbedret samarbejde mellem sygehus og kommune omkring hjemtagelsen af færdigbehandlede patienter.

⁷ Det samlede antal sengedage brugt af færdigbehandlede patienter, svarer til ca.2,5 pct. af det samlede antal sengepladser på medicinske afdelinger mod 3 pct. af det samlede antal sengedage (jf. definition af sengepladser og sengedage i Boks 2.3).

Figur 5.7. Sengedage benyttet af færdigbehandlede patienter, samt gennemsnittet på landsplan. Opgjort som andel af samlede antal sengedage. Medicinske afdelinger på sygehusniveau, 2008



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Note: Patienter behandlet for kræft, samt deres aktivitet er ikke medtaget i opgørelsen.

Der er kun medtaget data for sygehuse, hvor data for antallet af færdigbehandlede patienter har været tilgængelig.

6. Initiativer som kan forbedre indsatsen for ældre medicinske patienter

Det kan samlet konkluderes, at der fra 2001 og frem er tilført væsentlige ressourcer til sundhedsområdet, og at der er sket en betydelig stigning i aktiviteten, ikke mindst på det medicinske område. Samtidig vurderer en stigende andel af ældrebefolkningen deres helbred som godt.

En sammenligning på tværs af kommuner viste således stor variation i indikatorer som korte indlæggelser, genindlæggelser, gennemsnitlig liggetid, lange indlæggelser og færdigbehandlede patienter. Korte indlæggelser og genindlæggelser er *uhensigtsmæssige*, såfremt de kunne være undgået ved en mere målrettet forebyggelsesindsats i den kommunale ældre- og sundhedspleje.

Lange indlæggelser kan indikere, at der har været tale om *ineffektive sengedage* under indlæggelsesforløbet, som kunne være blevet undgået bl.a. ved bedre koordination og arbejdstilrettelæggelse på sygehusene. Analyserne viste bl.a. at færdigbehandlede patienter optager 2,5 pct. af sengepladserne på de medicinske afdelinger, og at sen hjemtagning af patienter således kan være årsag til ineffektive sengedage og uhensigtsmæssigt lange indlæggelser.

Analysernes udfald giver anledning til at overveje, om kommunerne, via en mere målrettet forebyggelsesindsats, kunne forebygge flere medicinske indlæggelser, og om en bedre koordination af patientforløb mellem regioner og kommuner vil kunne nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter på de medicinske afdelinger.

Der er afsat 590 mio. kroner, fra kvalitetspuljen til en forstærket indsats overfor kronisk syge i regioner og kommuner, herunder udvikling af forløbsprogrammer og patientundervisning. Disse tiltag vil i høj grad komme ældre medicinske patienter til gode og bidrage til at forhindre unødvendige indlæggelser af den enkelte medicinske patient og frigøre kapacitet på de medicinske afdelinger.

Med Sundhedspakke 2009 sættes der yderligere fokus på en forbedret indsats over for ældre medicinske patienter. De centrale udfordringer i forhold til behandlingen af medicinske patienter er at anvende ressourcerne bedre, dels via bedre tilrettelæggelse af arbejdet på sygehusene, og dels via en bedre tilrettelæggelse af kommunernes indsats i forhold til at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser, samt sikre en effektiv hjemtagning af færdigbehandlede patienter.

Regeringen har i Sundhedspakke 2009 præsenteret en række initiativer, der adresserer de konstaterede udfordringer og bl.a. har til formål:

- at tilskynde sygehusene til at gennemføre ambulante behandlinger af patienterne samme dag, frem for at sprede behandlingerne over flere dage.
- at tilskynde kommunerne til en effektiv plejeindsats, med sigte på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.
- at tilskynde regionerne til at effektivisere indlæggelsesforløbene.
- at tilskynde kommunerne til at nedbringe omfanget af færdigbehandlede patienter, som optager sengepladser på sygehusene.

Sundhedspakke 2009 indeholder således bl.a. følgende initiativer:

- *Mere fokuseret meraktivitetspulje*, hvor midlerne i aktivitetspuljen målrettes behandling af flere patienter i stedet for flere behandlinger af de samme patienter.
- *Øget aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering* med henblik på at styrke kommunernes tilskyndelse til en effektiv plejeindsats med sigte på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.
- *Færdigbehandlede patienter*. Belysning af mulighederne for styrket tilskyndelse til kommunerne til at hjemtage færdigbehandlede patienter.
- *Styring af regionerne på baggrund af resultater*. Der opstilles mål for øget anvendelse af ambulant behandling, kortere indlæggelsestider samt færre genindlæggelser. De tre mål understøtter effektive patientforløb og vil blive drøftet med Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalen for 2011.
- *Skærpet brug af sundhedsaftaler* sætter yderligere fokus på at forebygge unødvendige indlæggelser og at understøtte bedre indlæggelses- og udskrivningsforløb for medicinske patienter. Der skal i foråret 2010 indgås nye sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner.

Disse fem initiativer beskrives nærmere i det følgende.

➤ **Mere fokuseret meraktivitetspulje**

Meraktivitetspuljen har siden indførelsen i 2002 understøttet en styrkelse af aktiviteten og korte ventetider i sygehusvæsenet. De senere år er aktivitetsvæksten i sygehusvæsenet som helhed imidlertid forskudt i retning af, at der gennemføres flere behandlinger af de samme patienter, mens aktivitetsstigningen i mindre grad går til behandling af flere patienter og dermed til afkortning af ventetider.

For at modvirke denne tendens vil regeringen ændre vilkårene for optjening af tilskud fra meraktivitetspuljen, så tilskuddet målrettes behandling af flere patienter. Vilkaerne for meraktivitetspuljen for 2010, er fastlagt i økonomiaftalen for 2010, som også har ligget til grund for regionernes budgetlægning for 2010. Regeringen og Danske Regioner har som led i økonomiaftalen aftalt en nærmere analyse af udviklingen i aktiviteten i sygehusvæsenet. Der fremgår således følgende af Sundhedspakke 2009:

”Det skal ske ved fra 2011 at ændre vilkårene for optjening af aktivitetsmidler, så antallet af behandlede patienter får større vægt i afregningen af sygehusene. Målet er korte og effektive behandlingsforløb for patienterne og færre unødvendige indlæggelser og kontakter med sundhedsvæsenet.”

➤ **Øget aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering**

Før kommunalreformen i 2007 bar kommunerne ikke nogen udgift, når deres borgere blev indlagt på sygehusene. I forhold til de svageste ældre kunne sygehusindlæggelser være en direkte økonomisk fordel for kommunerne, fordi kommunerne herigennem kunne overvælte plejeudgifter på sygehusene.

Med kommunalreformen blev der skabt større og stærkere kommuner og en samling af ansvaret for den borgernære forebyggelse. Samtidig blev den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering indført. Kommunerne betaler således i dag op til 30 pct. af udgifterne til en indlæggelse på somatisk sygehus, dog maksimalt 4.804 kr. (2009-pl) pr. indlæggelse.

I 2010 forventes kommunerne at bidrage med 17,2 mia. kr. til medfinansiering af det kommunale sundhedsvæsen. Ca. 10,5 mia. kr. af kommunernes bidrag er aktivitetsafhængigt og afhænger af de-

res borgeres forbrug af sundhedsydelser, mens de resterende 6,7 mia. kr. udgøres af et fast bidrag pr. indbygger.

Der fremgår ydermere af Sundhedspakke 2009:

”Regeringen vil derfor bygge videre på kommunalreformen og omlægge den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsafhængige medfinansiering øges med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag.”

En forøgelse af den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering vil give kommunerne en større tilskyndelse til at levere en effektiv plejeindsats med sigte på at forebygge unødvendige indlæggelser. Dette vil ikke mindst være til gavn for de ældre medicinske patienter.

Regeringen vil sammen med KL og Danske Regioner analysere mulige ændringer af den kommunale medfinansiering. Analysen er forudsat at foreligge i foråret 2010.

➤ **Færdigbehandlede patienter**

Det fremgår af analyserne i kapitel 4, at færdigbehandlede patienter dagligt optager ca. 200 sengepladser på de medicinske afdelinger, svarende til ca. 2,5 pct. af sengepladserne på de medicinske afdelinger. En nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter kan således give et væsentligt bidrag til at reducere belægningsprocenterne på de medicinske afdelinger og/eller frigøre kapacitet til forbedret behandling.

Kommunerne betaler i dag en færdigbehandlingstakst på 1.771 kr. (PL-09) pr. dag for hver færdigbehandlet patient, der ligger og venter på sygehusene. Færdigbehandlingstaksten skal blandt andet ses i sammenhæng med, at kommunerne ved at undlade at hjemtage færdigbehandlede patienter i visse tilfælde kan aflastes for udgifter til ældrepleje m.v.

Regeringen har i Sundhedspakke 2009 tilkendegivet, at *”Regeringen vil samtidig se på kommunernes incitament til at hjemtage færdigbehandlede patienter.”*

Det fremgår samtidig af sundhedspakken, at formålet er at få kommunerne til at sætte fokus på hjemtagning af færdigbehandlede patienter.

Med sundhedspakken er der således lagt op til at vurdere behovet for en styrkelse af kommunernes incitament til hjemtagning af færdigbehandlede patienter.

➤ **Styring af regionerne på baggrund af resultater.**

Styringen af regionerne og regionernes styring af sygehusene skal ændres for i højere grad at få fokus på de resultater, der giver mere sundhed for pengene. Regeringen vil i samarbejde med Danske Regioner og KL fremover opstille mål for mere effektive patientforløb i form af:

- En øget anvendelse af ambulant behandling
- Kortere indlæggelsestider/accelererede patientforløb
- Færre genindlæggelser.

Det fremgår af Sundhedspakke 2009, at de tre mål skal fastlægges *”ud fra, at alle regioner og sygehuse skal nærme sig bedste praksis på de pågældende områder”*.

De aftalte nationale målsætninger skal de enkelte regioner omsætte til konkrete mål for forbedringer på sygehusene.

➤ **Skærpet brug af sundhedsaftaler**

Med kommunalreformen i 2007 fik regionsråd og kommunalbestyrelser pligt til at indgå sundhedsaftaler for at sikre samordning og sammenhæng om patientforløb, der går eller kan gå på tværs af regioner og kommuner.

Et af de seks obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne er netop indlæggelses- og udskrivningsforløb. Sundhedsaftalerne spiller derfor en væsentlig rolle i forhold til at sikre bedre sammenhæng i ældre medicinske patienters forløb mellem forskellige sektorer og reducere antallet af genindlæggelser.

Boks 6.2: Obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne

1. Indlæggelses- og udskrivningsforløb
2. Træningsområdet
3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler
4. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser
6. Opfølgning på utilsigtede hændelser

Kilde: *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, Sundhedsstyrelsen, august 2009.

På den baggrund indgår det i regeringens Sundhedspakke 2009, at ”Regeringen vil i forbindelse med økonomiforhandlingerne med regioner og kommuner i sommeren 2010 drøfte en skærpet brug af sundhedsaftaler med henblik på at understøtte kommunernes og regionernes samarbejde omkring indsatsen for de medicinske patienter.”

Regeringen vil hermed lægge op til, at der i sundhedsaftalerne skal sættes yderligere fokus på at forebygge unødvendige indlæggelser og at understøtte bedre indlæggelses- og udskrivningsforløb for medicinske patienter.