



**Hvem ligger i sengene, bruger ambulatorier  
og akutmodtagelser – hvordan ser  
»en typisk patient ud i 2018« – hvem bruger  
egentlig sygehusvæsenet?**

**Kjeld Møller Pedersen**  
**Syddansk Universitet**  
**Aalborg Universitet**  
kmp@sam.sdu.dk

# Hovedpunkter

1. 2016-tal, indlæggelser og ambulante behandling
2. Mellemlang og lang sigt: Udviklingen
3. Forebyggelse af indlæggelser, flytning af ambulante aktiviteter

# 2016: Overblik

## Indlæggelser:

- Flere kvinder end mænd
- Største aldersgruppe: 70-74 årige, knap 10%
- 55+-årige: Godt 50% af alle indlæggelser
- Største diagnosegrp. Mave-tarmsygdomme: 13%, bevæg.app. :10%
- 76% akut indlagte

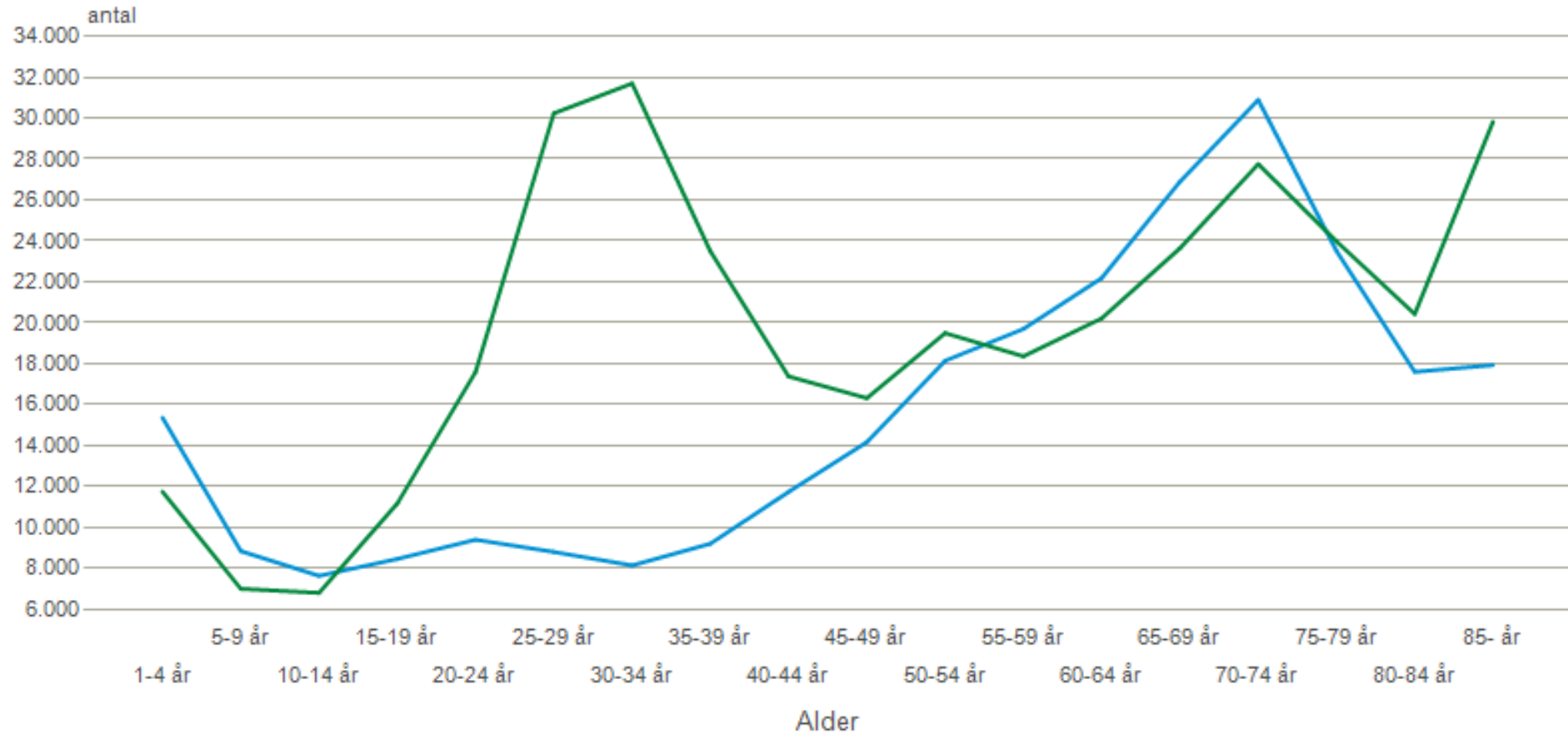
## Ambulante

- Flere kvinder end mænd
- Største aldersgruppe: 70-74 årige, ca. 11%
- To største diag.grp: Bevægeapparat: 14%, urinvej: 8%

# Indlagte patienter

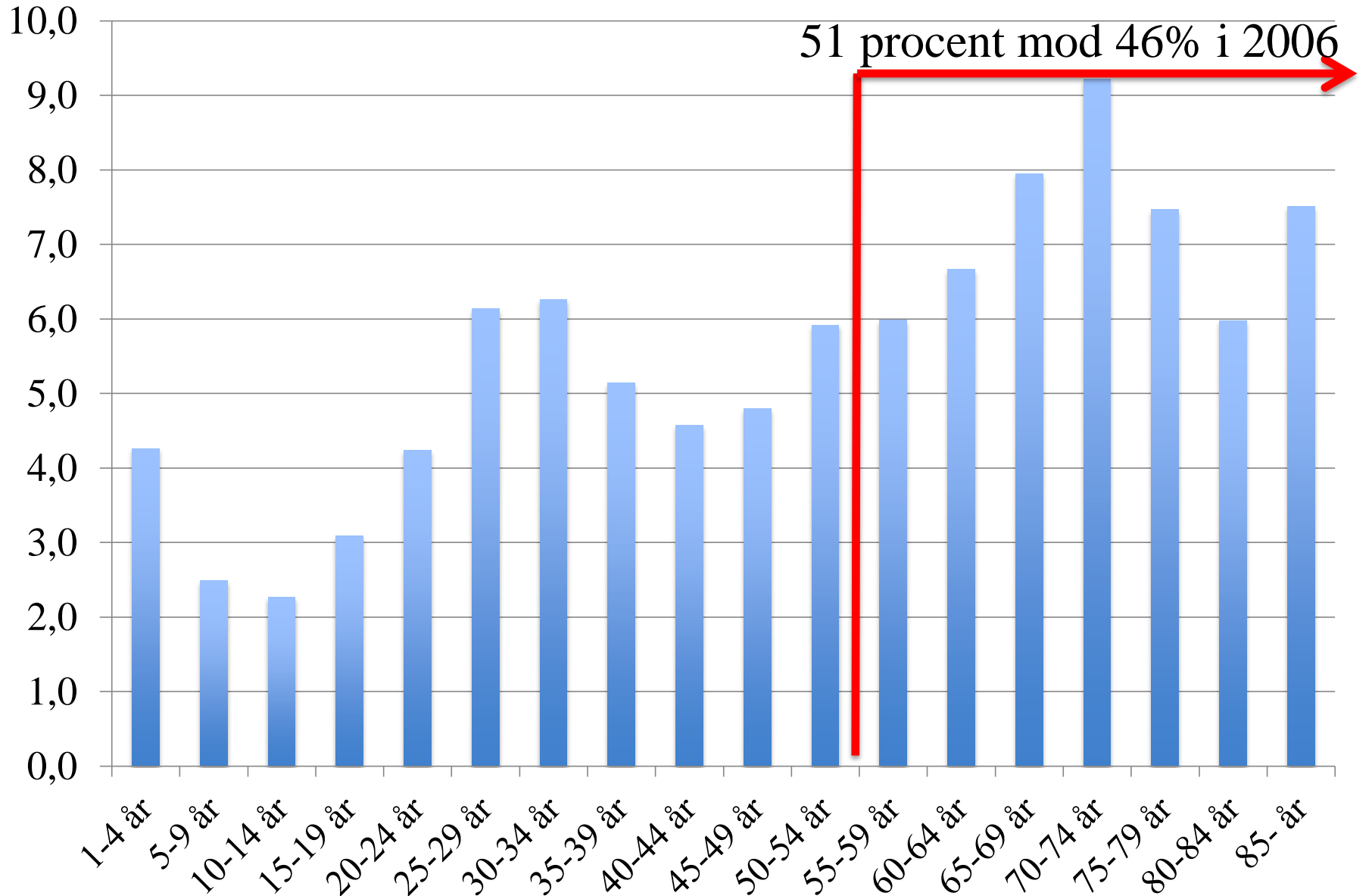
Dominerende diagnose: I ALT | Område: Hele landet | Tid: 2016 | Køn:

— Mænd — Kvinder



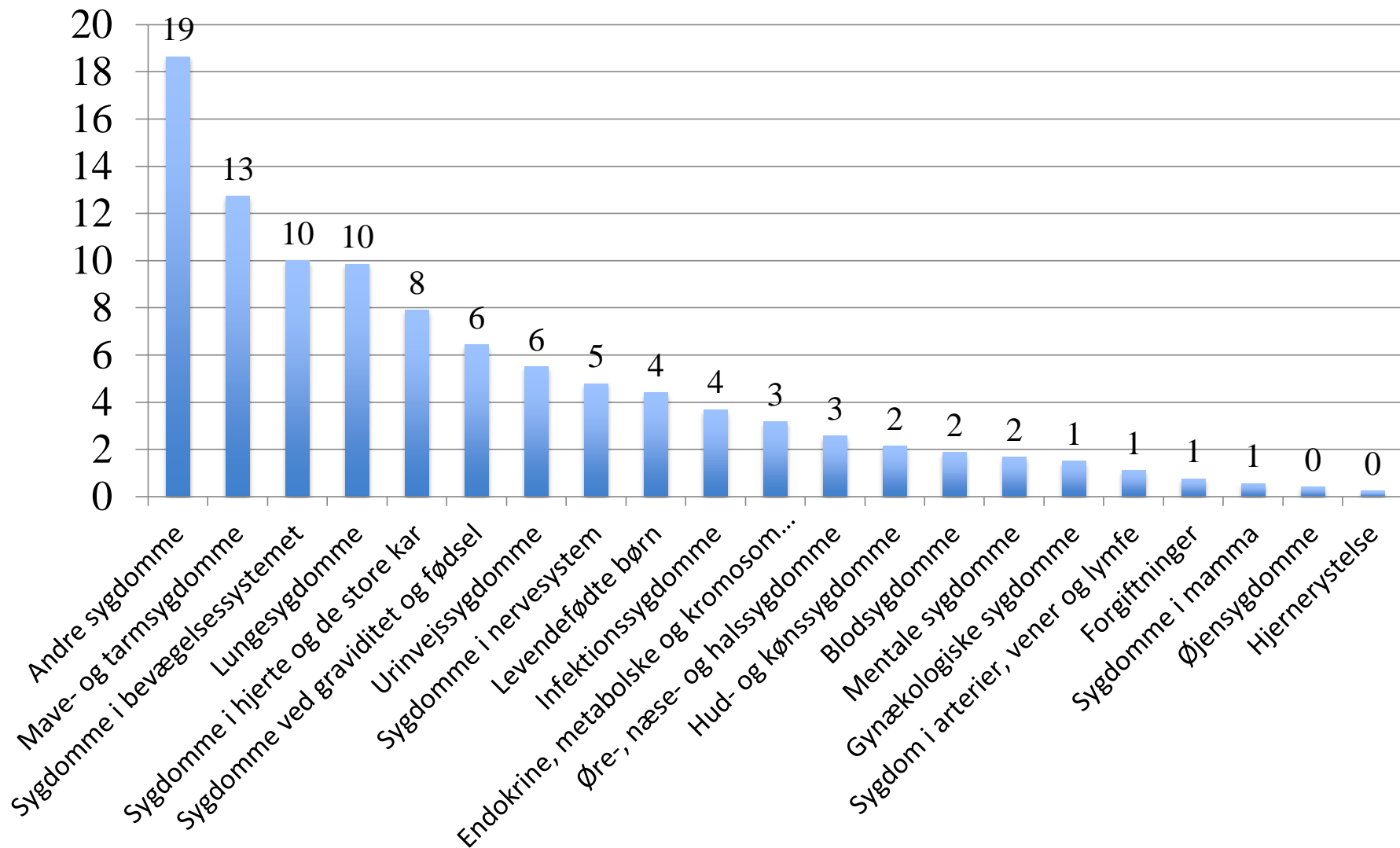
Kilde: [www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkkaar/sundhed/sygehusbenyttelse](http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levevilkkaar/sundhed/sygehusbenyttelse)

# Aldersfordeling, indlæggelser 2016



Kilde: Statistikbanken, tabel Indp01

# %-fordeling, indlæg., 23 diagnoser , 2016



# Ulighed i indlæggelser

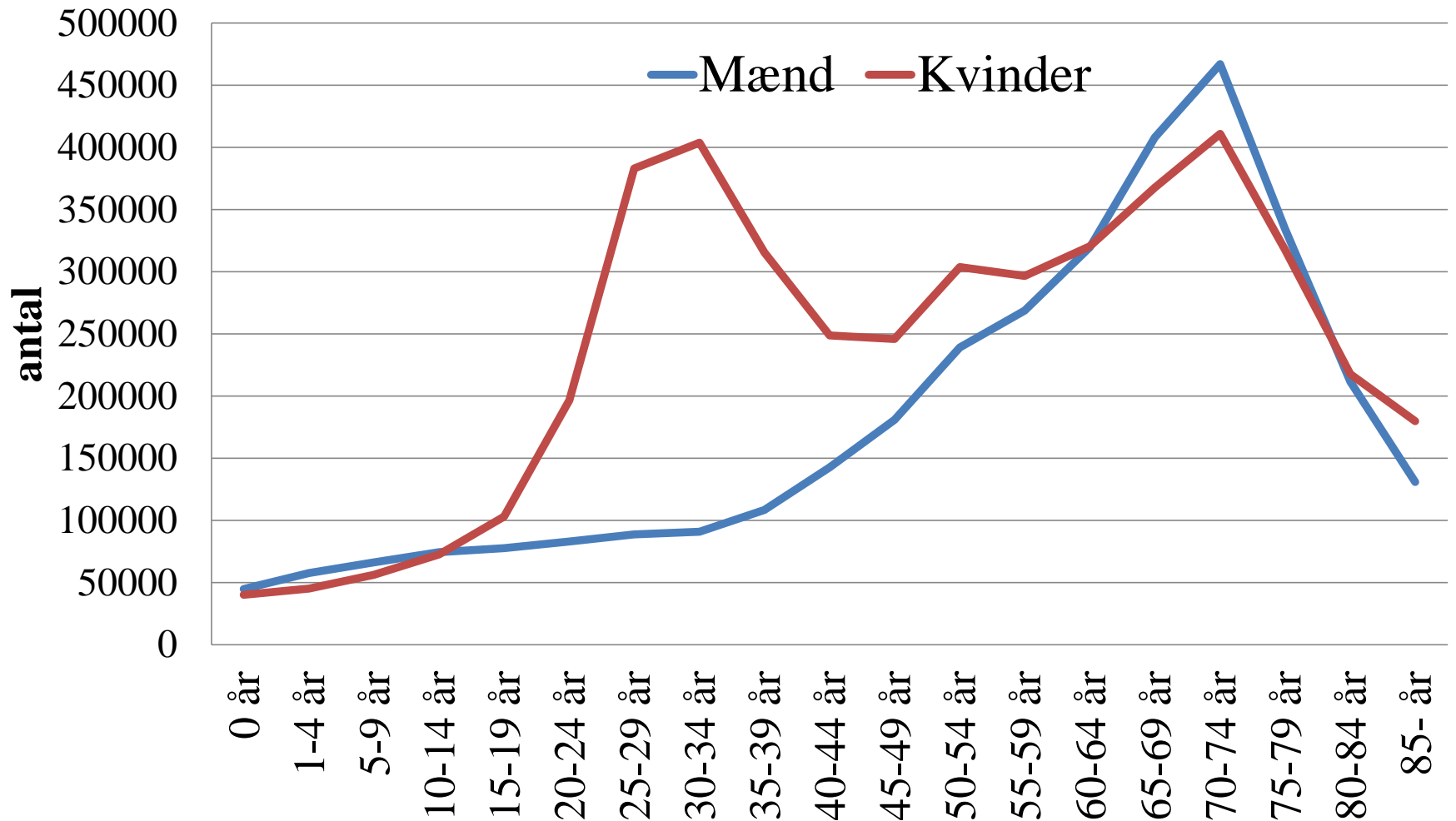
Data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005, og Landspatientregistret fra interviewdato frem til 31. december 2011.

- **Mænd med kort uddannelse** (< 10 år) har 1,31 gange større risiko for indlæggelse sammenlignet med mænd med lang uddannelse.
  - Ca. 60 % af uligheden kan relateres til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og BMI. Mentalt helbred og tidligere indlæggelse bidrager ikke med yderligere forklaring af uligheden.
- **Kvinder med kort uddannelse** har 1,41 gange større risiko for indlæggelse sammenlignet med kvinder med lang uddannelse.
  - Ca. 60 % af uligheden kan relateres til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og BMI. Inddragelse af tidligere indlæggelse øger forklaringsandelen til 70 %. Mentalt helbred bidrager ikke yderligere til reduktion i uligheden.

# **Ambulante behandling 2016**

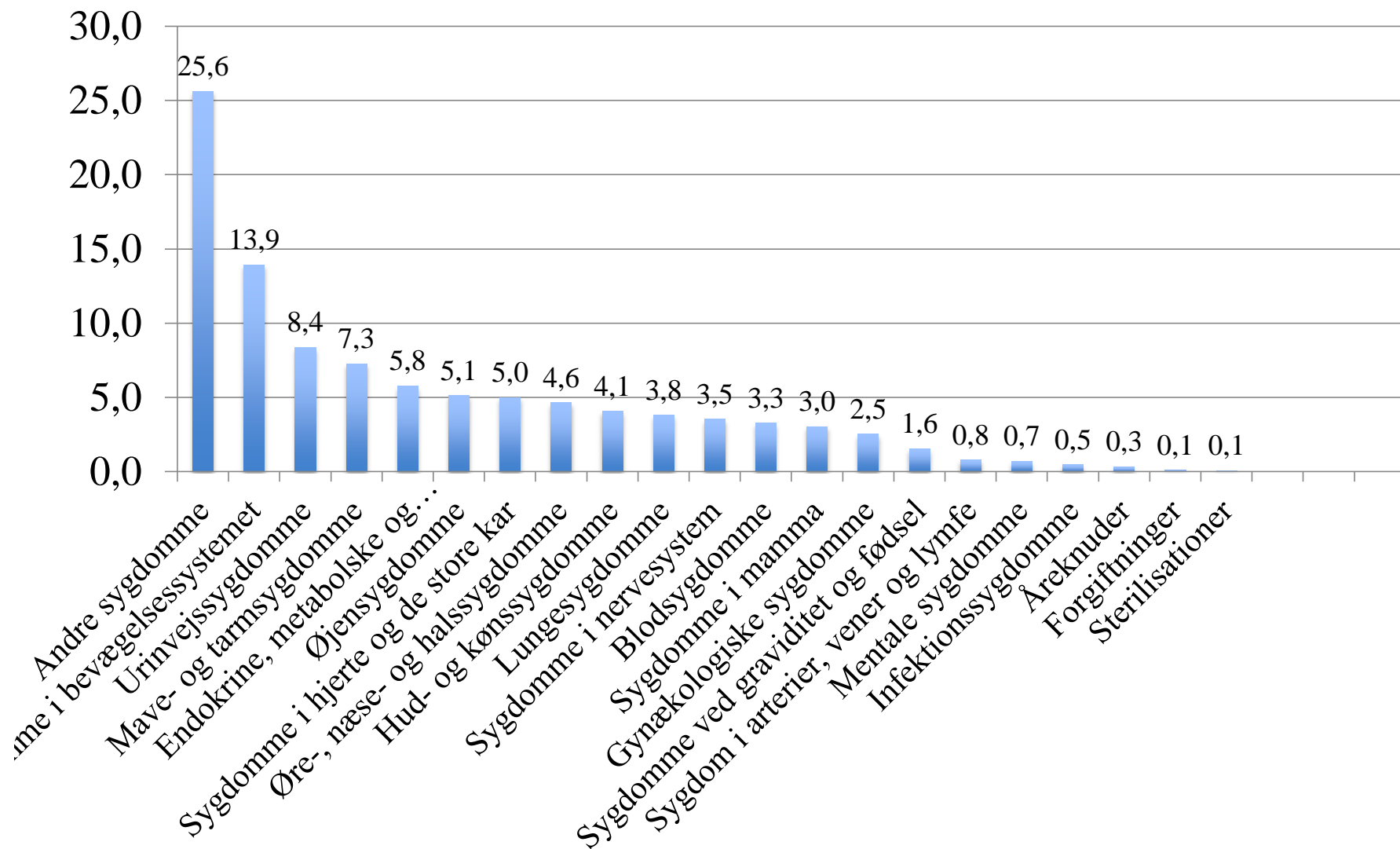


# Ambulante beh., køn - alder, 2016

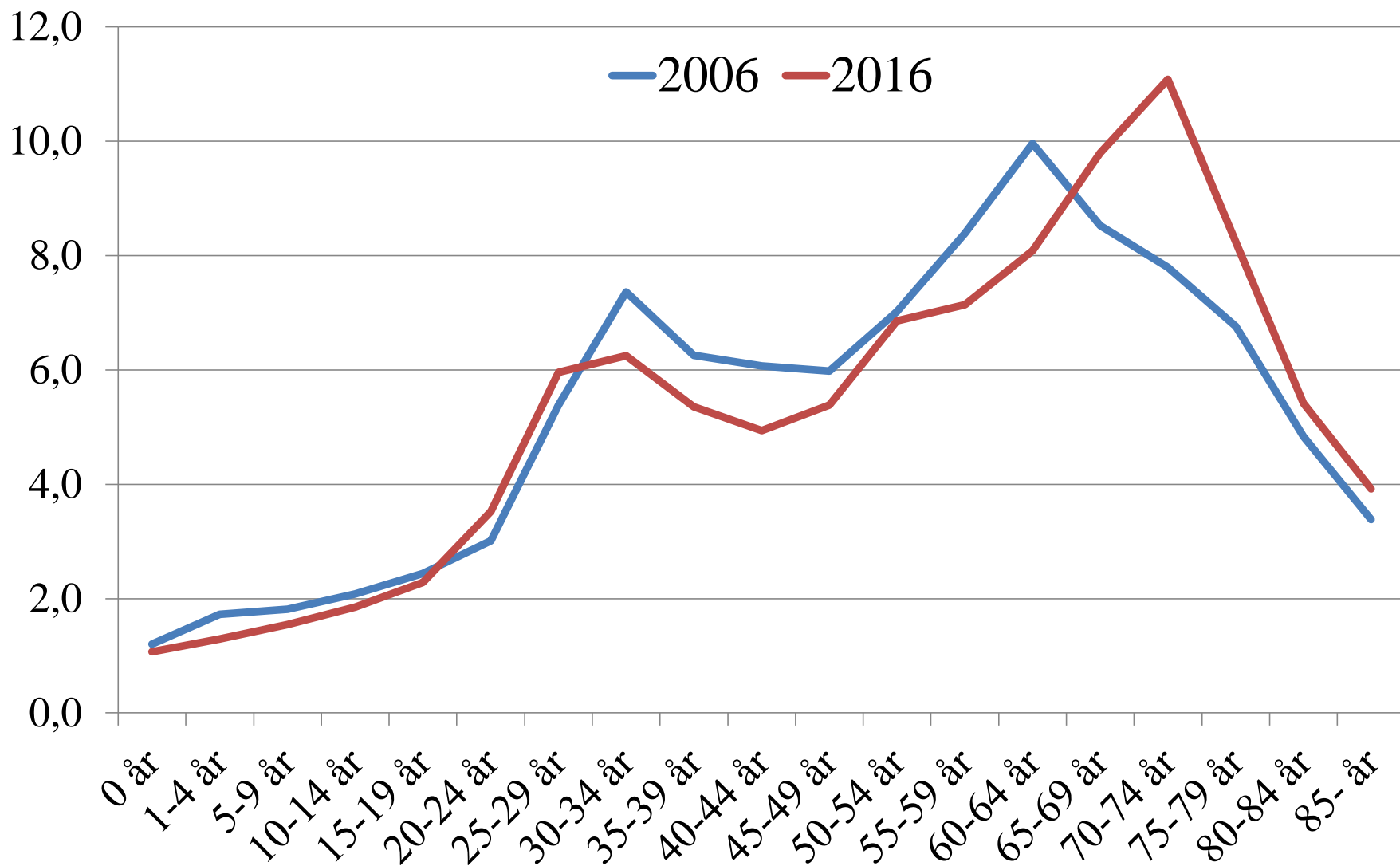


Kilde: Statistikbanken, tabel AMB01

# % 23 ambulante diagnoser, 2016

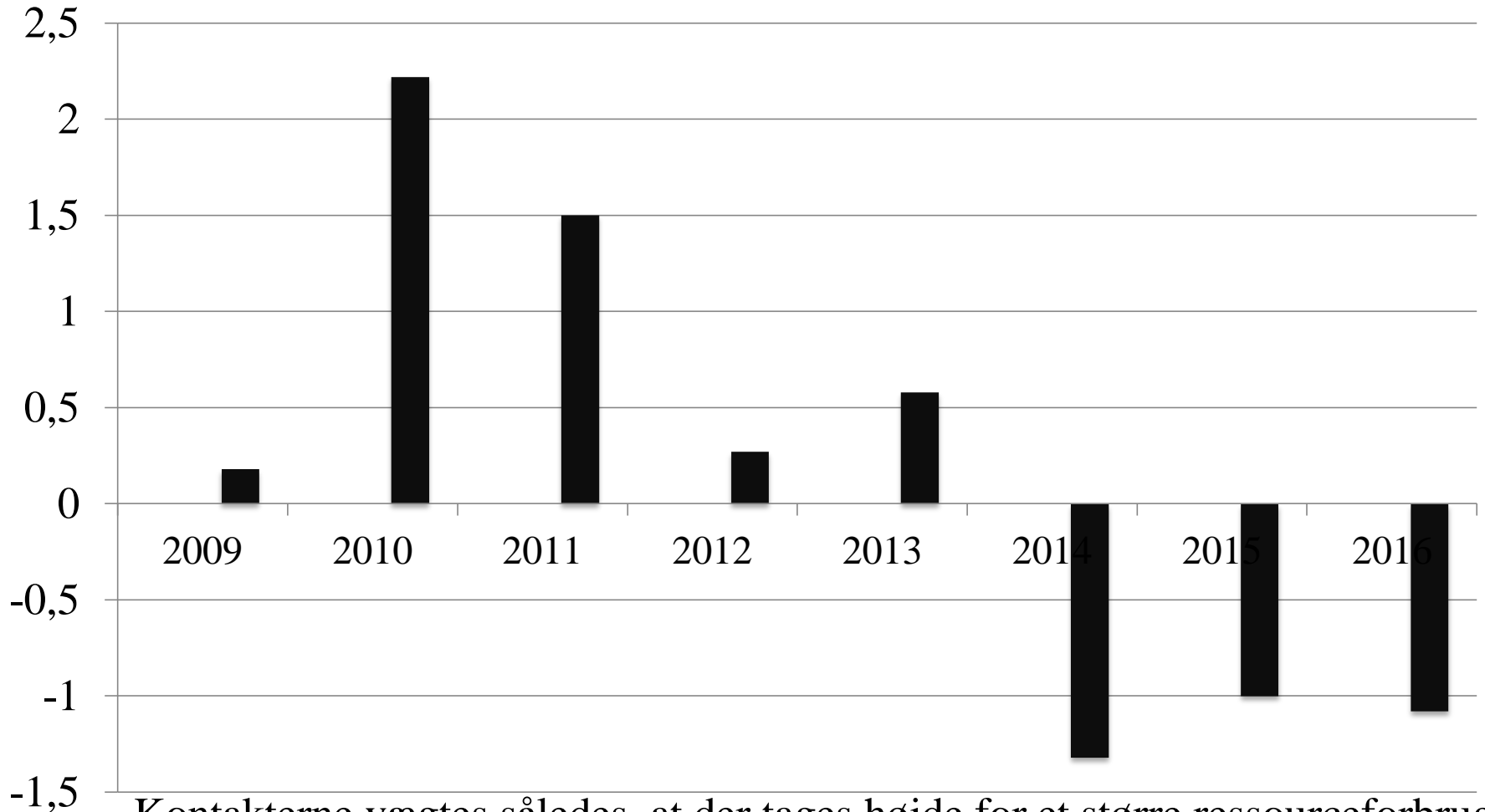


# Ambulante behandlinger 2006 og 2016



**Det mellemlange og lange blik**

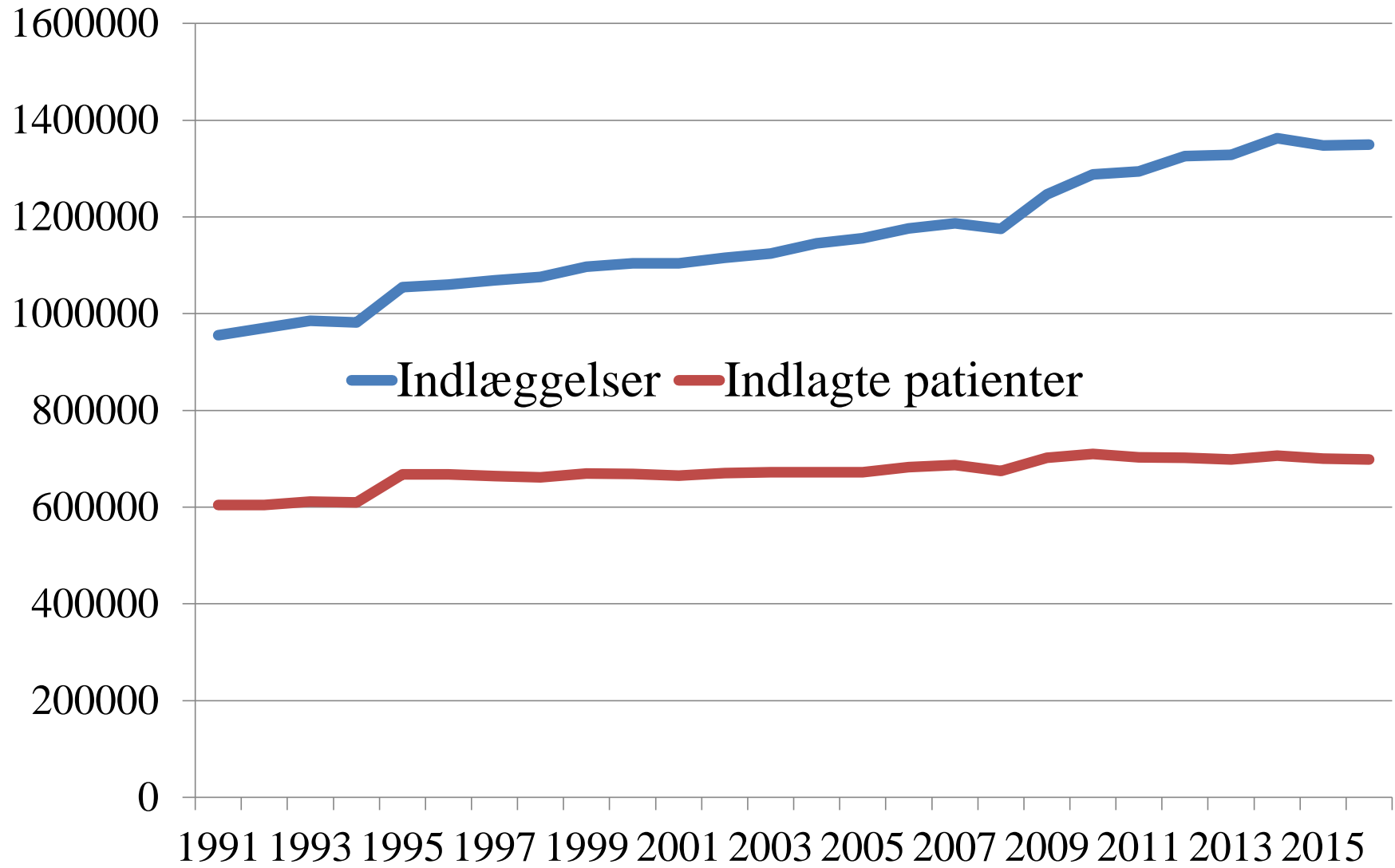
## ■ Årlig udvikling i antal kontakter pr. sygehuspatient i pct.



Kontakterne vægtes således, at der tages højde for et større ressourceforbrug ved indlæggelse end ved ambulante besøg. Tallet er med negativt fortegn, hvis der er sket et fald i gennemsnitligt antal sygehuskontakter pr. patient.

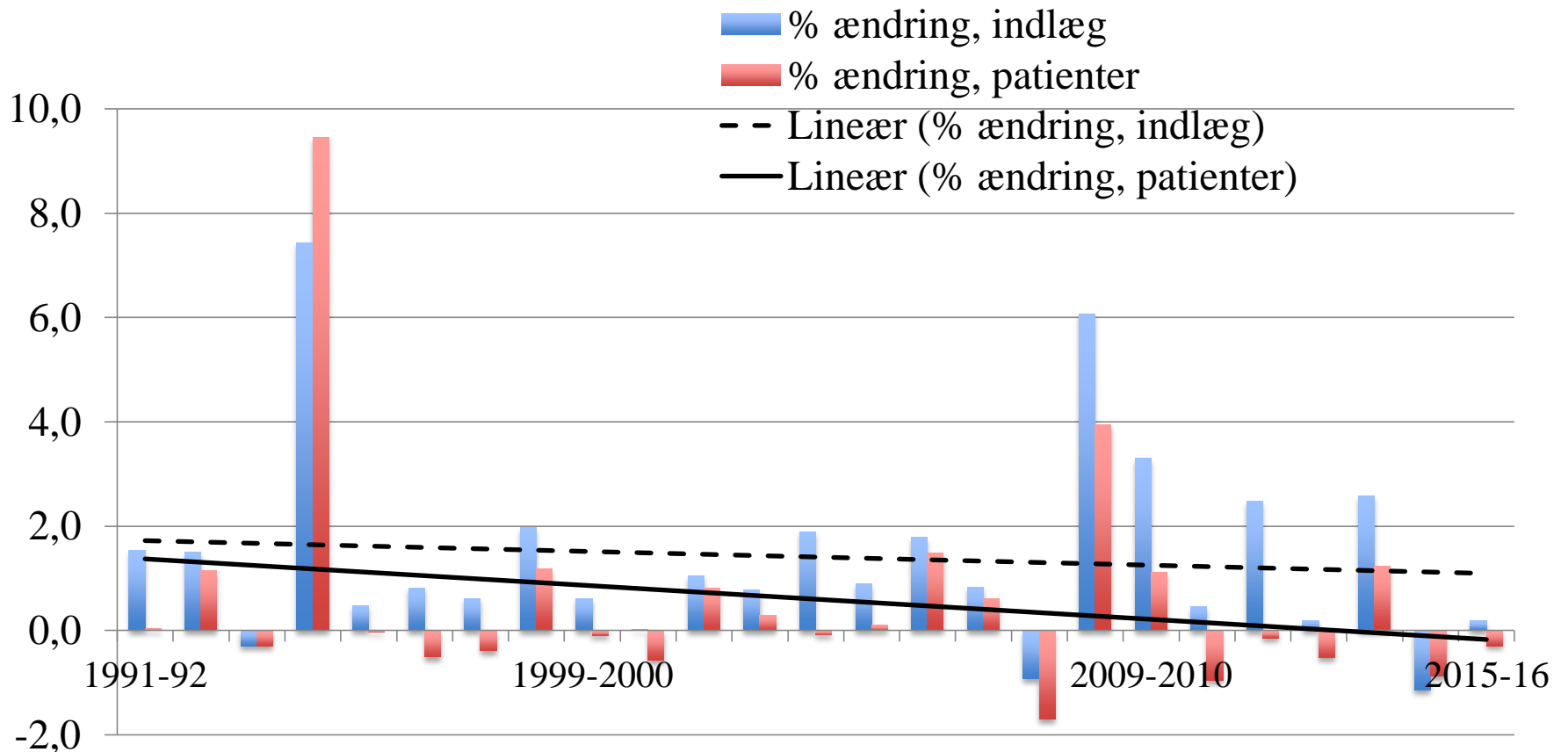
*Kilde: Sundhedsdatastyrelsen*

# Indlæggelser og indlagte patienter 1991 - 2016

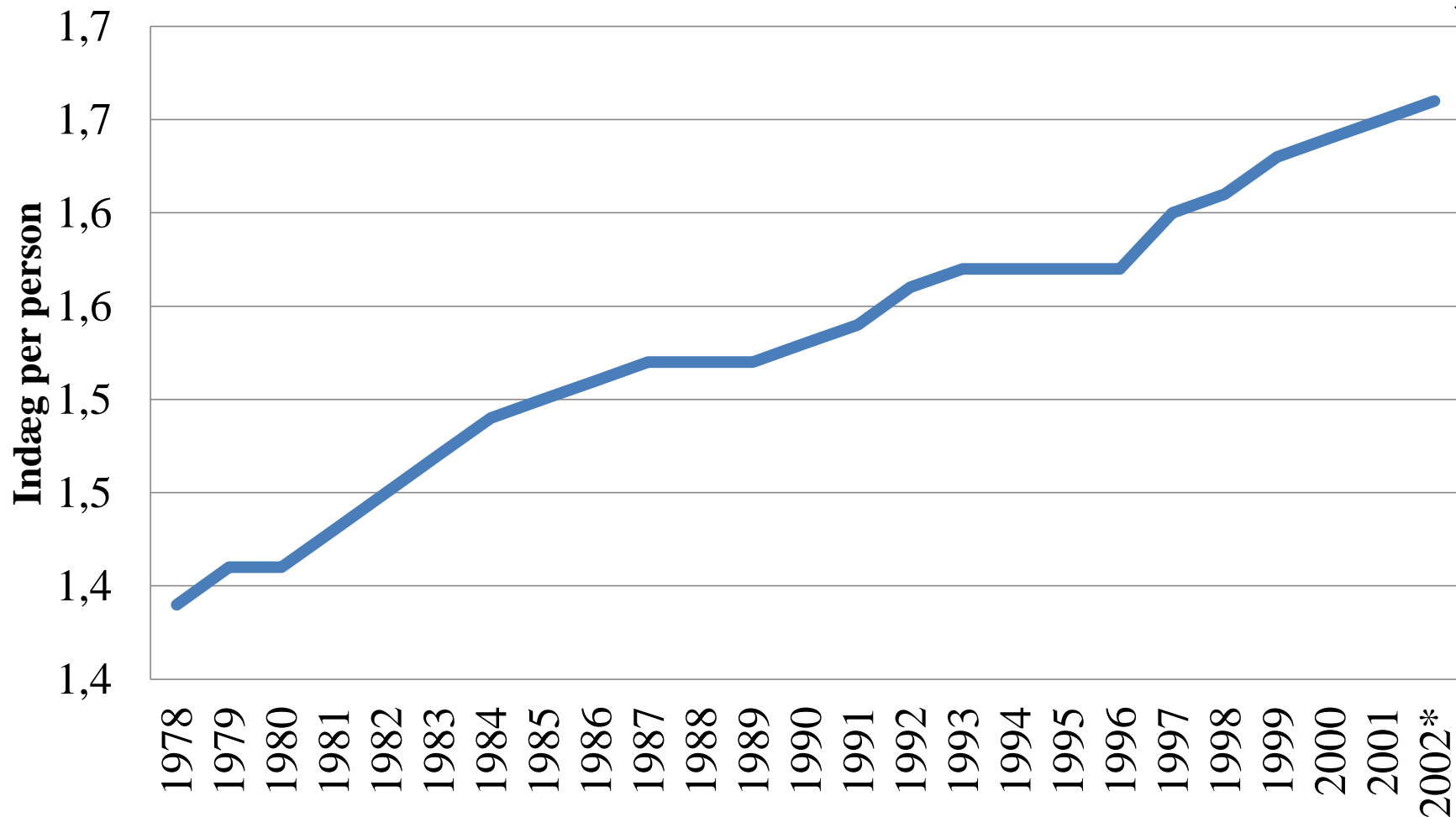


Kilde: Statistikbanken, tabel UD3

# Årlig ændring (%) indlæggelser og patienter 1991-2016 m. regressions-trendlinjer



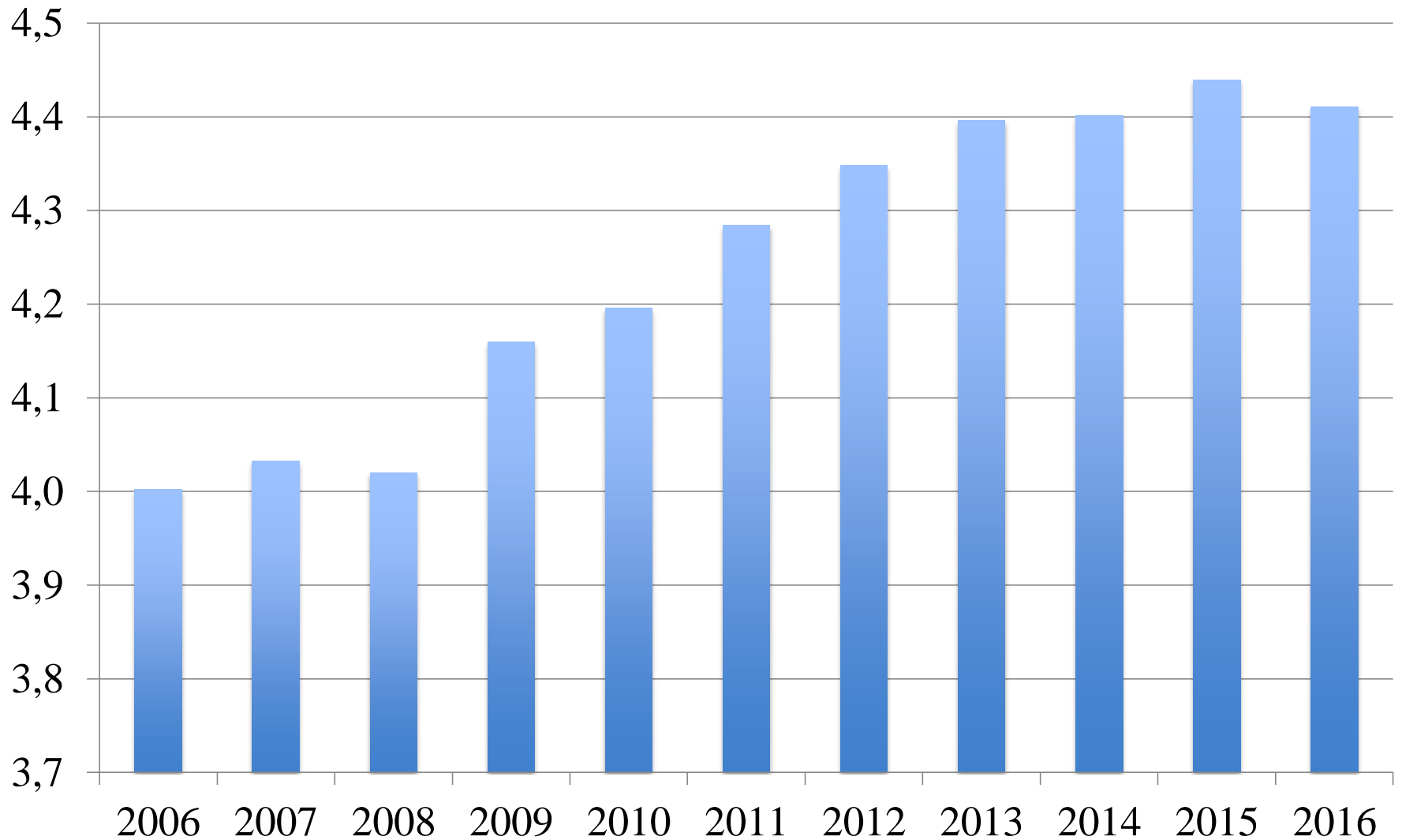
# Indlæggelser per person (genindlæggelser): Fortsat stigende



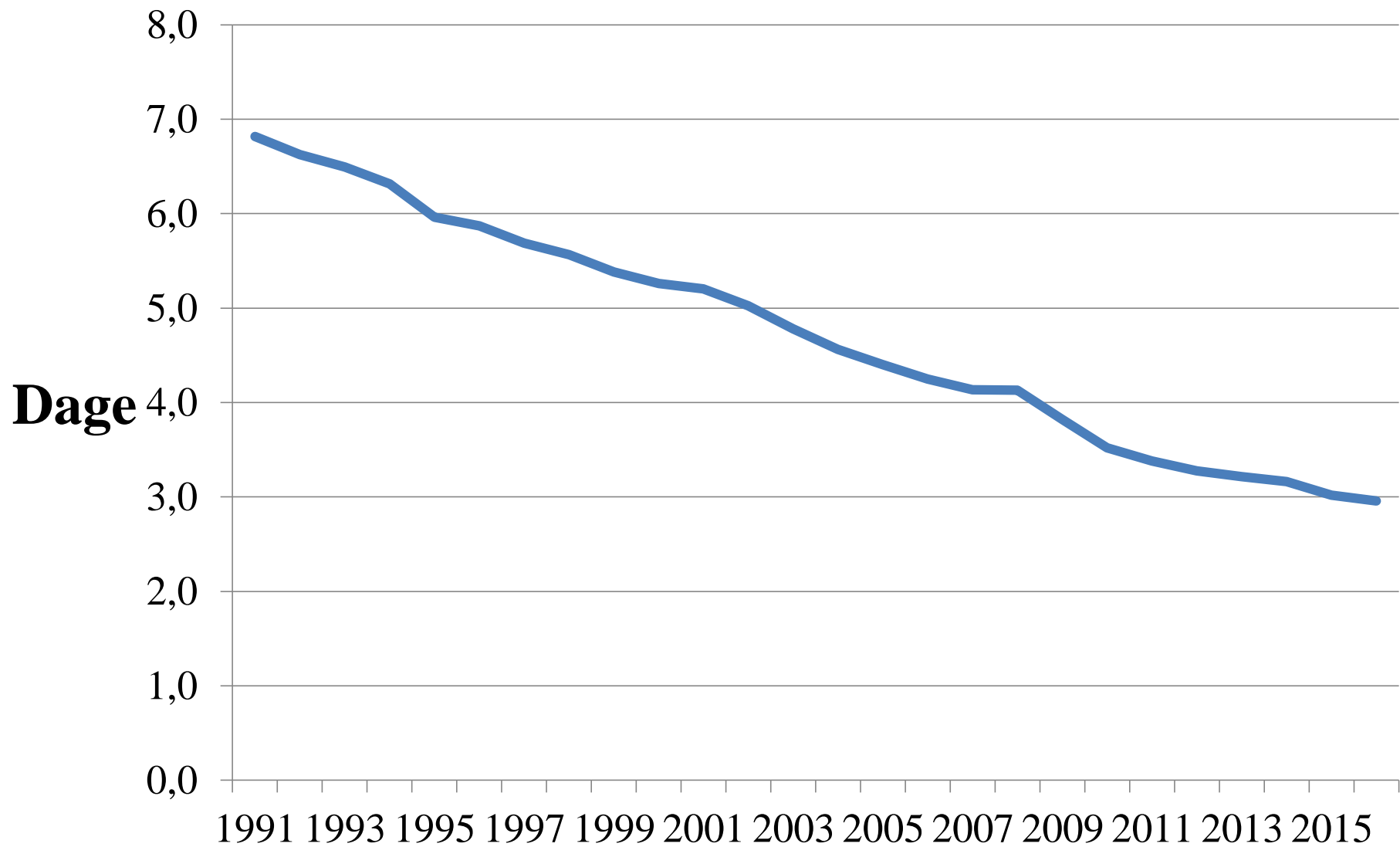
2016: 1,9



# Antal ambulante besøg per patient



# Sengedage per indlæggelse 1991-2016



*Kilde: Statistikbanken, tabel UD3*

# Det er svært at spå ...

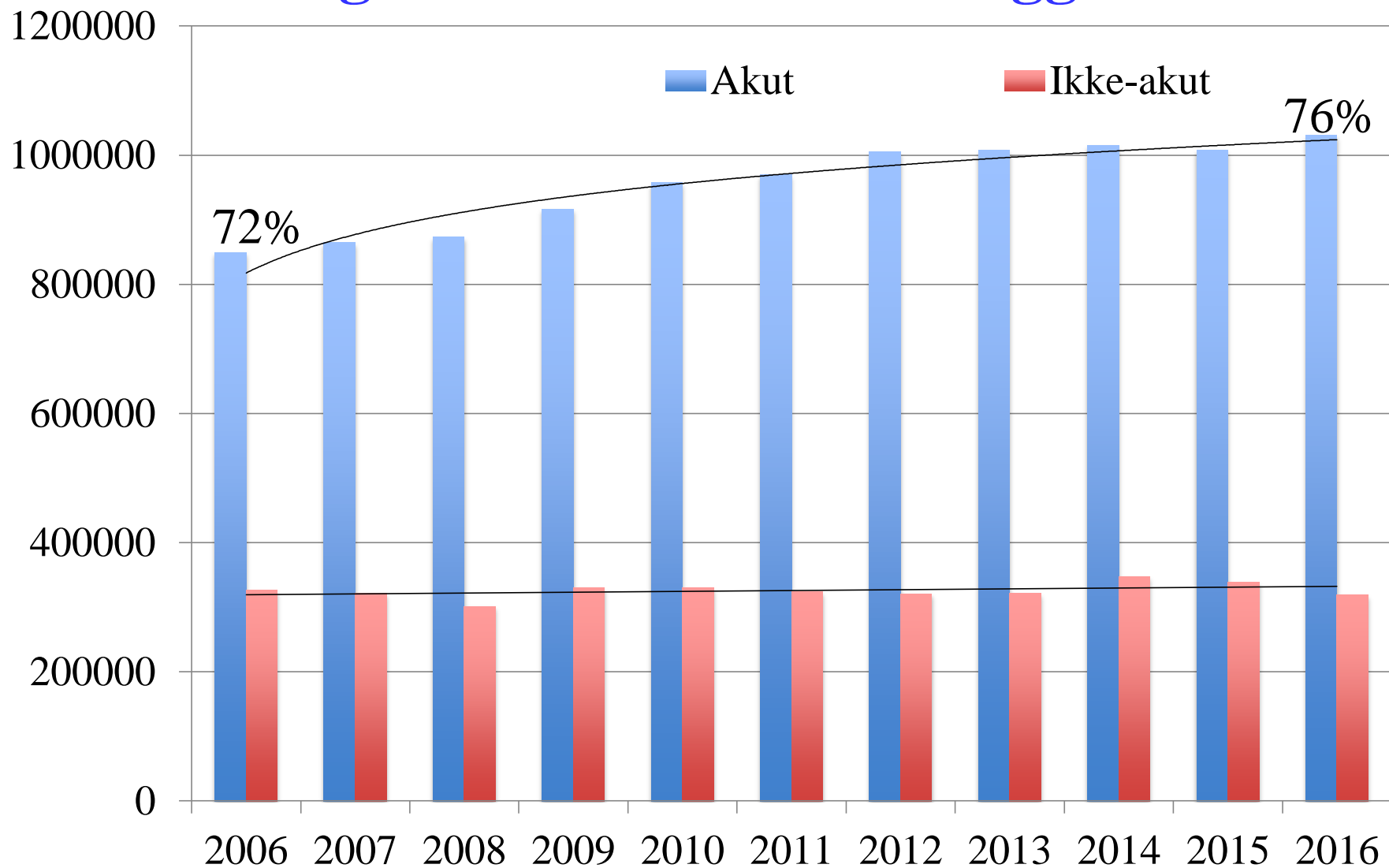
## Indenrigsministerens betænkning om sygehusbehandling 1974:

*”uden en væsentlig indsats af økonomiske ressourcer og/eller uden at få alvorlige lægelige og sociale konsekvenser er det næppe muligt fortsat at reducere liggetiden væsentligt.”*

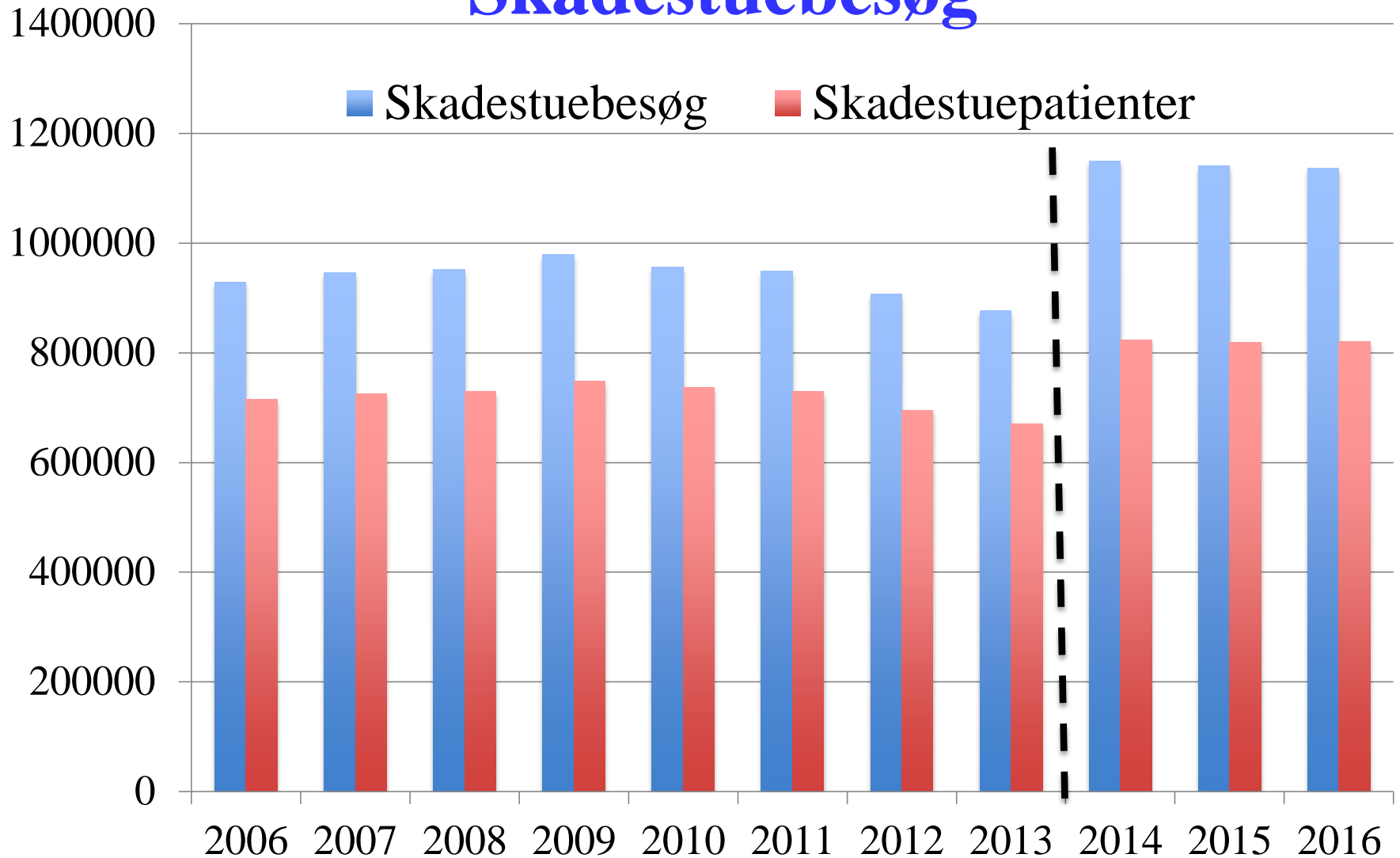
**Citatet er baseret på at liggetiden i 1972 var 11,4 dage**

*Kilde: Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse, 1974*

# Udviklingen i akutte indlæggelser: Stigende andel akut-indlæggelser



# Skadestuebesøg



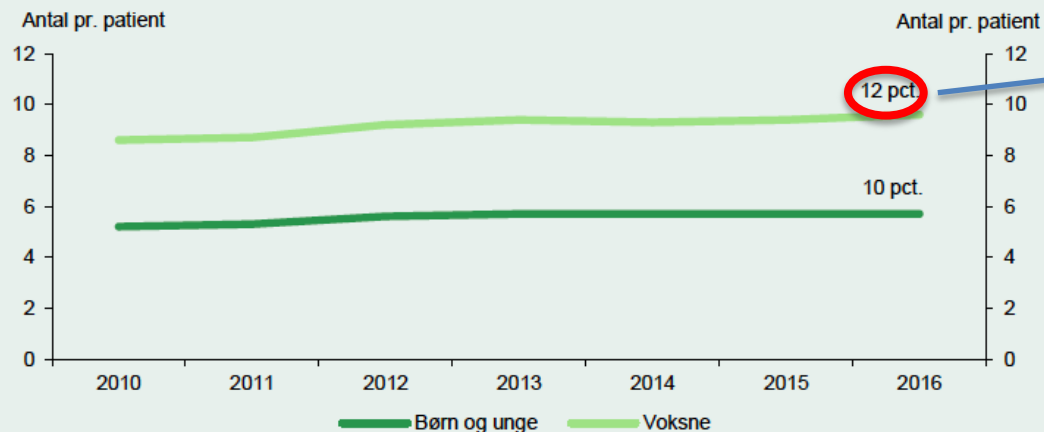
Mellem 2013 og 2014 er der et databrud, idet den hidtidige kategorisering "skadestuepatienter" er ophørt i Landspatientregisteret. Afgrænsningen af skadestuepatienter (og deres besøg) er fra 2014 foretaget ved patienttype lig med ambulans patient og indlæggelses måde lig akut

Kilde: Statistikbanken, tabel Skad03

# Psykiatrien:

Figur 39

Udvikling i antal ambulante besøg, 2010-2016



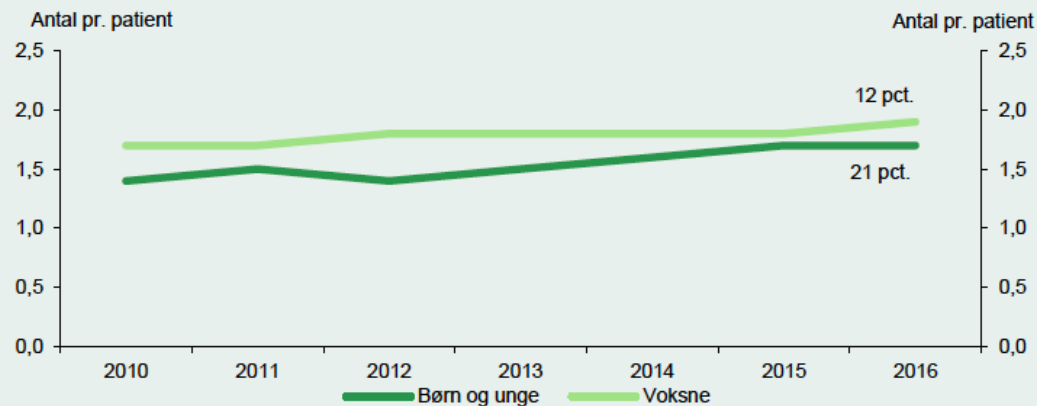
Pct.-stigning  
2010-2016

Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Ved ambulante besøg er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulante stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads.

Kilde: DRG-grupperet LPR-årsopgørelse, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 41

Udvikling i antal indlæggelser pr. patient, 2010-2016



Anm.: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen.

Kilde: DRG-grupperet LPR-årsopgørelse, Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 43**  
**Udvikling i gennemsnitlig indlæggelsestid, 2010-2016**



Anm: Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år og voksne er opgjort som personer, der er 19 år eller derover. Gennemsnitlig indlæggelsestid er beregnet som antal sengedage pr. indlæggelse. Sengedage angiver dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være én sengedag pr. indlæggelse.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen.

# Overgang: 2013

Der var knap 1,2 mio. somatiske indlæggelser i

- 7 pct. var *akutte genindlæggelser*
- 15 pct. var *akutte medicinske korttidsindlæggelser*
- 5,5 pct. var *forebyggelige indlæggelser* blandt ældre (65+).

Under ét kaldet: ”**uhensigtsmæssige indlæggelser**”

Ud af det samlede antal indlæggelser indebar 0,6 pct., at patienten forblev indlagt på sygehuset en eller flere dage efter, at patienten var blevet færdigbehandlet.

”**Forebyggelige indlæggelser blandt ældre 65+)**/  
**uhensigtsmæssige indlæggelser**” har tiltrukket sig stor opmærksomhed i det nære sundhedsvæsen – og monitoreres i forbindelse med sundhedsaftalerne



**Spørgsmål:** Kan det nære sundhedsvæsen  
aflaste sygehusene?

**Og/eller:** Hvad kan sygehusene selv gøre  
for at flytte aktivitet til Det Nære Sundhedsvæsen?

# Anbefaling ...

## Effektiv kommunal forebyggelse

– med fokus på forebyggelse af indlæggelser  
og genindlæggelser

April 2013

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

”At kommunernes forebyggelsesindsats primært fokuserer på de områder, hvor potentialet for at forebygge sygehuskontakter er størst, dvs. særligt indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom...

Kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehusene bør fokuseres herpå”

# 2014



## FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER SYNLIGE RESULTATER

”Der er sket en *stigning* i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere (65+). Samtidig er der sket et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+) pr. 1.000 ældre borgere (65+). Faldet tilskrives, at antallet af 65+-årige i samme periode er steget mere end antallet af indlæggelser for denne gruppe.

Antallet af genindlæggelser og færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere er ... faldet, mens antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere er steget.”

## Men vores viden ...

”Som nævnt ...findes der **ikke meget solid viden om, hvad der virker i forhold til kommunale indsatser for at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser**. Det skyldes dels, at forskningen er meget begrænset, og dels at den kommunale drift og organisation vanskeliggør effektstudier blandt andet fordi, at det kan være svært at isolere effekten af en bestemt indsats, og fordi kommunens serviceniveau kan foreskrive indsatser til alle borgere på et bestemt niveau”.

På baggrund af ovenstående **kan der i nærværende notat ikke peges på en række nye og evidensbaserede indsatser til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, da denne viden ikke findes.**

*Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser. Sundhedsstyrelsen 2017. KMPs fremhævelse*



NOTAT · PROJEKT 3511 · DECEMBER 2011

Dansk Sundhedsinstitut  
Dampfærgevej 27-29  
Postboks 2595  
2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00  
Fax +45 35 29 84 99  
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk



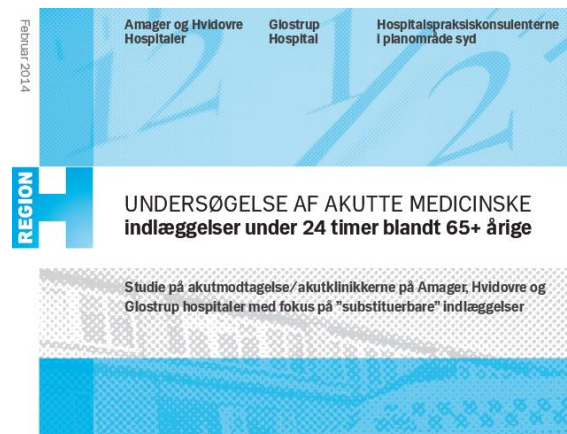
# Nogle af publikationerne ... Mange ord ... men effekt?

## Effektiv kommunal forebyggelse

– med fokus på forebyggelse af indlæggelser  
og genindlæggelser

April 2013

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



Udkast: 15. maj 2014

OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE  
EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS

– en medicinsk teknologivurdering

2007

Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg - Delrapport  
fra Vestklyngen i Region Midtjylland  
DSI 2012

Fokus på forebyggelse af indlæggelse på  
sygehus

KL  
Danske Regioner  
Finansministeriet  
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse



Alle gode kræfter forsøger – men uden stort held

# Fremtidens patienter skal have færre kontakter med sundhedsvæsenet

Patientforløb, hvor patienten kommer til lægen eller på ambulatoriet færre gange end i dag, er et nøglebegreb i fremtidens sundhedsvæsen. Bornholms Hospital er stedet, hvor nye måder afprøves. Det går ikke særligt godt. Det er helt forventeligt, men der er ingen vej udenom, siger sundhedsøkonom.



3 Kommentarer



Bornholms Hospital eksperimenterer med alternative incitamenter til aktivitet, fx værdi, PRO og kvalitet.

Af Anne Steenberger, as@dadl.dk

Bornholms Hospital blev for to år siden udnævnt til forsøgshospital – ikke forsøg på patienter, men på hospitaler – under navnet Bornholms Udviklingshospital. En

# Altinget

8. maj 2018

## Økonomiforhandlinger: Regeringen vil flytte patienter ud af sygehusene

### Nærhedsfinansiering ...

”Nærhedsfinansiering er et nyt begreb, der først er blevet lanceret af sundhedsministeren tirsdag morgen i Altinget. Det skal erstatte den hidtidige aktivitetspulje på 1,4 milliarder, der har været regionernes belønning for at opfylde produktivitetskravet på to procent, som nu er blevet suspenderet.”



## 6. Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis

Parterne er enige om at flytte en del af aktiviteten på sygehusambulatorier vedr. patienter med diagnosticeret diabetes type 2 og KOL til almen praksis, så den overvejende del af den almene behandling og opfølgning i forhold til de to patientgrupper samles i almen praksis. Almen praksis tilføres en samlet mer-økonomi på 151.8 mio. kr. for den nye opgavevaretagelse. Formålet er at styrke almen praksis' ansvar og opgavevaretagelse i forhold til patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL og for patienter, som er diagnosticeret med begge sygdomme.

Parterne vurderer, at der i alt er ca. 38.000 type 2-diabetespatienter med forløb på hospitalerne pt. Af disse aftales det at flytte ca. 25.000 patienter til forløb i almen praksis.

# Indlæggelser ... Indlæggelser ...

## 'forebyggelse' er i stigende grad blevet lig med forebyggelse af indlæggelser'

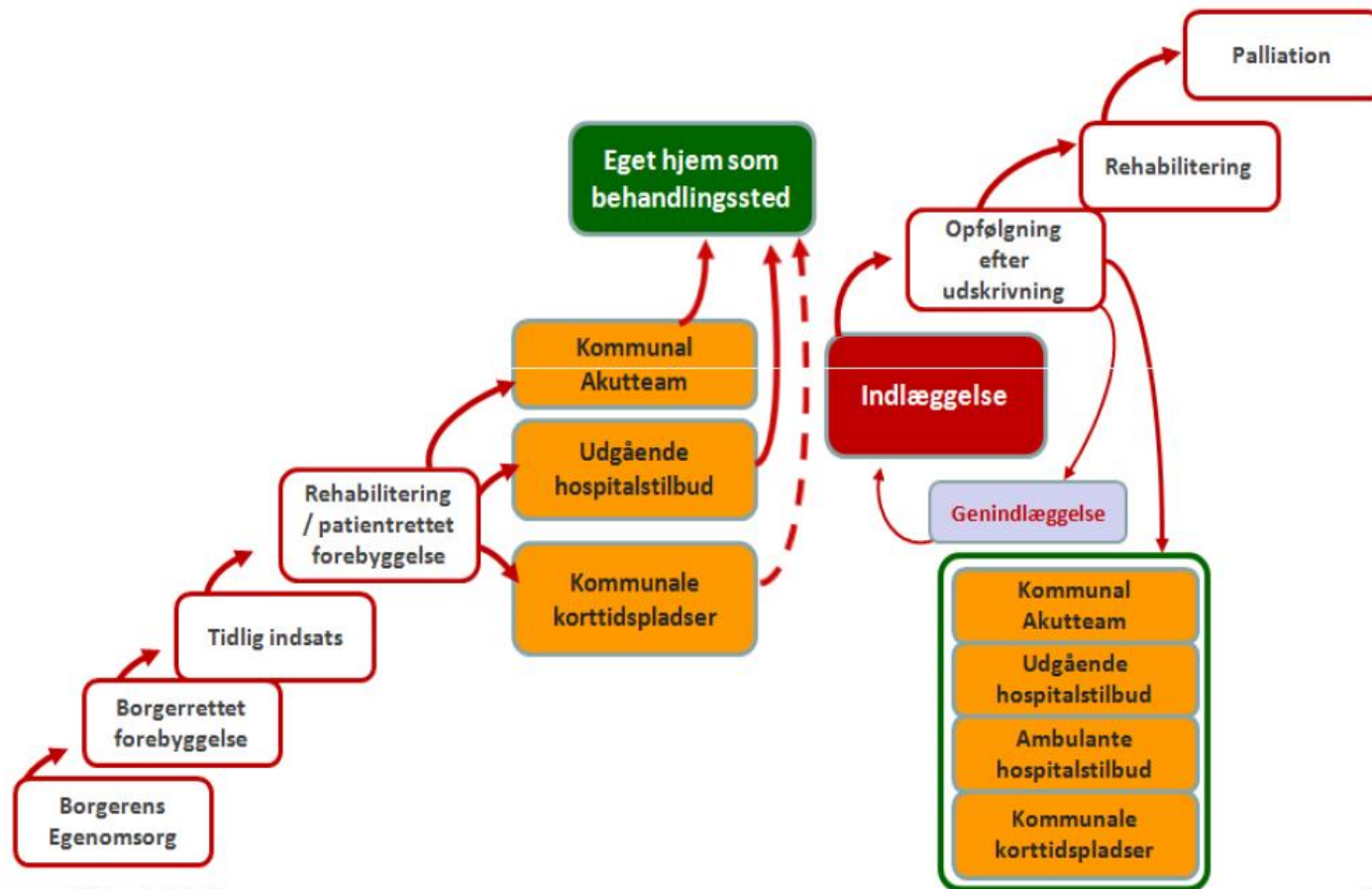
### Økonomi-aftalen for 2014 - 200-300 mio. kr.

I aftalerne for kommunernes og regionernes økonomi for 2014 er regeringen, KL og Danske Regioner enige om mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene

---

**Yderligere 350 mio. kr. i 2015** med henblik på, at der i de fælles sundhedsaftaler opstilles fælles målsætninger inden for følgende mål for



MEN hvor er den alm. praktiserende læge??

# Nærhedsfinansiering

## Boks 2

### Kriterier i den ny nærhedsfinansiering for 2019

Kriterierne i den ny nærhedsfinansiering har primært fokus på den aktivitet der foregår inde på sygehuse. Nærhedsfinansieringen skal dermed understøtte en styrket sammenhæng i sundhedsvæsenet, så borgerne modtager den rette behandling det rette sted. For den enkelte borger kan det betyde at man oftere behand-

## Boks 3

### Kriterier for efterregulering af nærhedsfinansiering

Antal opfyldte mål	Nærhedsfinansiering (andel, der forbliver i regionerne)
0	0 pct.
1	25 pct.
2	50 pct.
3	75 pct.
4+	100 pct.

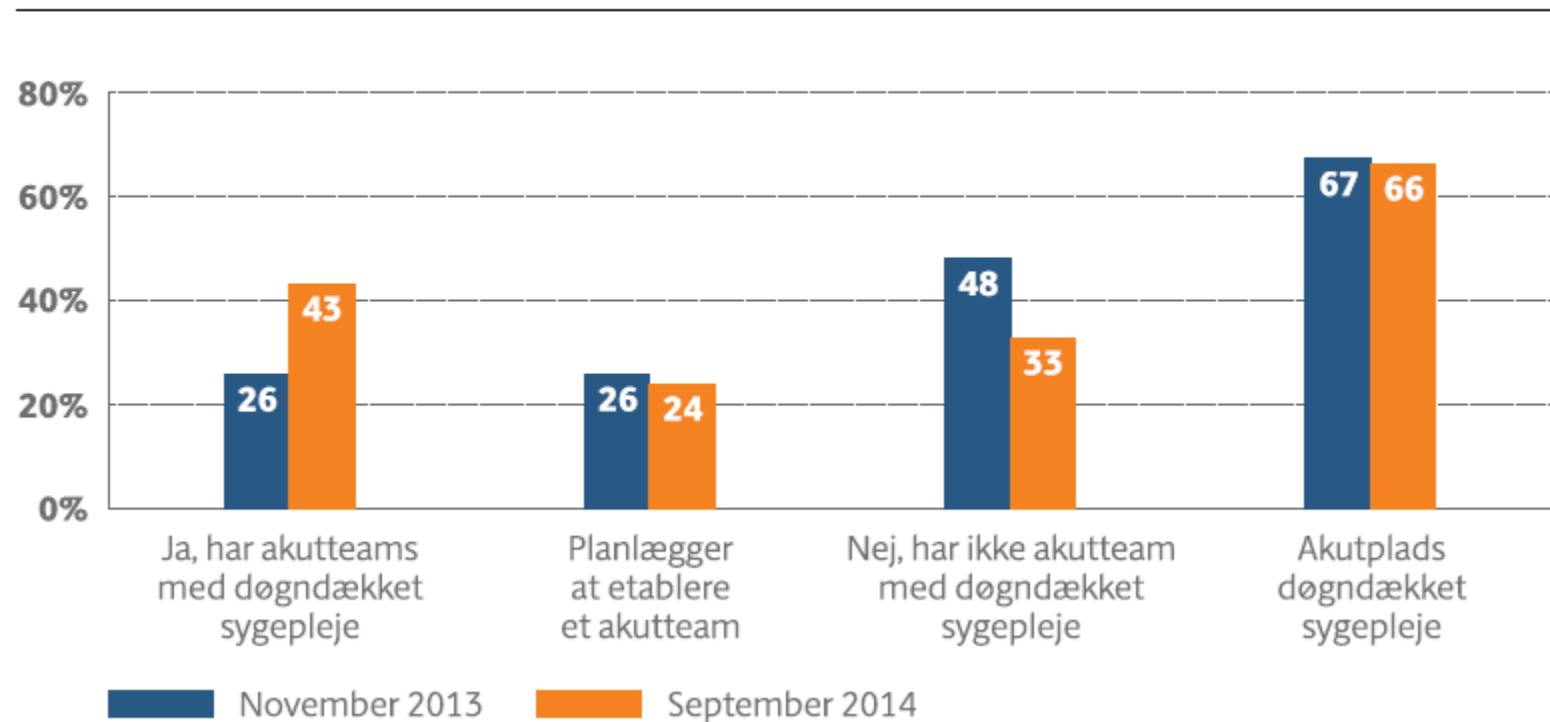
# Endogene – eksogene og blandings-forklaringer

1. Indlæggelser er eksogene (praktiserende læger er afgørende)
2. Genindlæggelser: både eksogen og endogene
3. Ambulante behandlinger er
  - Oftest endogene (opfølgning af indlæggelse, løbende kontrol)
  - Men en del er også eksogene: Henvisninger alm. og speciallæger
4. Kommunerne afgør ikke, om der skal indlægges, det gør den praktiserende læge

# Har den kommunale oprustning af akutfunktioner haft en mærkbar effekt?

Det er der ikke meget, der tyder på

› Figur 4.1. Kommunale akutfunktioner (pct.)



Kilde: KL – Sammen om sundhed, oktober 2015

# Hovedresultater af 2016-analyse af almen praksis

- Der er relativt stor forskel på forekomsten af *uhensigtsmæssige indlæggelser* på tværs af almen praksis - selv når der tages højde for patientsammensætning og statistisk tilfældige variationer. Det gælder særligt for *akutte genindlæggelser*.
  - Der er en betydelig forskel i *genindlæggelsesfrekvensen*. 10 pct. af almen praksis havde en genindlæggelsesfrekvens på under 5,7 pct. for perioden 2012-2014, mens 10 pct. havde en frekvens på over 9,8 pct. (justeret).
- For de *forebyggelige indlæggelser* er forskellen mindre betydelig, men der er fortsat forskel. For 10 pct. af almen praksis var andelen af ældre borgere med en forebyggelig indlæggelse på under 11,2 pct., mens 10 pct. havde en justeret frekvens på over 13,5 pct. (justeret).
  - Der kan ikke påvises nogen sammenhæng mellem udvalgte praksiskarakteristika og forekomsten af uhensigtsmæssige indlæggelser. Der ses således ikke at være nogle af de udvalgte karakteristika, der har særlig positiv indflydelse på forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.