

11. december 2018

# Profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017

Fire patientprofiler identificeret ud fra kontakter til det regionale sundhedsvæsen i 2010-2016



**SUNDHEDSDATA-  
STYRELSEN**

## Resumé

Langt de fleste borgere i Danmark har årligt kontakt med sundhedsvæsenet. Kontakterne går på tværs af sektorer, og kontaktmønsteret varierer i befolkningen. Nogle patienter har et stort behov for behandling, som tiltager igennem længere tid. Andre patienter oplever et behov for behandling i en kortere periode.

Analysen sætter fokus på de 10 pct. af patienterne, som står for de højeste udgifter i sundhedsvæsenet i 2017. Formålet er, at få et bedre kendskab til deres forløb i sundhedsvæsenet frem til, at de er blandt de patienter, der står for de højeste udgifter.

Til dette anvendes en forløbsanalyse, som er en deskriptiv analyseteknik, der er drevet af data. Forløbsanalysen inddeler patienterne i profiler på baggrund af ligheder og forskelle mellem deres kontaktmønstre i perioden 2010-2016. Kontaktmønsteret afspejler udviklingen i kontakter i både hospitals- og praksissektoren. Profilerne giver et billede af, hvor forskelligartede forløb, der findes blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter.

Analysens resultater viser, at der er stor variation i kontaktmønsteret for patienterne, der er blandt de 10 pct. Den viden kan bidrage til diskussionen af indsatser med henblik på tidligere forebyggelse rettet mod patienter med tiltagende kontakt.

Metoden og resultaterne uddybes i Fire profiler af patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2018). *Fire profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017.*

## Hovedresultater

- Omkring en halv mio. patienter er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. De står for 71 pct. af de beregnede regionale udgifter til hospitals- og praksissektoren. Det svarer til 60 mia. kr. af udgifterne på godt 84 mia. kr. i 2017.
- De 10 pct. patienter, der står for de højeste udgifter, har i gennemsnit modtaget behandling for 112.400 kr. pr. patient. Det er 22 gange mere end de gennemsnitlige udgifter på 5.160 kr. om året for de øvrige 90 pct. borgere med kontakt til sundhedsvæsenet.
- Analysen viser, at der er fire typiske forløb frem til, at patienterne bliver blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. De er kendetegnet ved:
  - *Den ellers raske borger* udgør 31.000 personer (6 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter. De er i gennemsnit 42 år. Profilen er kendetegnet ved ingen eller få kontakter i 2010-2016. Syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
  - *Borgeren med færre kontakter* udgør 225.000 personer (43 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter. De er i gennemsnit 53 år. Profilen er kendetegnet ved at have 1-5 kontakter pr. kvartal i 2010-2016. Syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
  - *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* udgør 230.000 personer (43 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter. Kendetegnet for profilen er, at de har seks eller flere kontakter pr. kvartal i 2010-2016. Antallet er tiltagende gennem perioden. Knap halvdelen har mindst én af seks kroniske sygdomme, og mere end hver tiende har to eller flere. Profilen er i gennemsnit 62 år, og fire ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
  - *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*, som udgør 35.000 personer (7 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter, er kendetegnet ved at have 16 eller flere kontakter pr. kvartal i 2010-2016. Seks ud af ti har mindst én af seks kroniske sygdomme, og over en fjerdedel har to eller flere. Profilen er i gennemsnit 63 år. Knap en ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
- Lidt under halvdelen har haft begrænset kontakt med hospitals- og praksissektoren, indtil de har haft brug for behandling i 2017.

- Den anden halvdel har haft hyppigere og tiltagende kontakt gennem perioden 2010-2016. Her har en stor andel også en eller flere kroniske sygdomme.

## Boks 1: Udgifter og kontakter til sundhedsvæsenet

Analysen ser på individbaserede udgifter til borgere, der har modtaget behandling på somatiske eller psykiatriske hospitalsafdelinger på offentlige hospitaler eller private hospitaler, der er offentligt finansieret, samt udgifter til kontakter i praksissektoren.

**Individbaserede udgifter** forbundet med indlæggelser og ambulante besøg på **somatiske afdelinger** i hospitalsvæsenet er opgjøret som produktionsværdien på baggrund af DRG-takster (diagnoserelaterede grupper). Produktionsværdien er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, og er dermed ikke udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Brugen af DRG-takster er dog det bedste estimat for udgifter på individniveau.

Udgifter til behandling på **psykiatriske afdelinger** kan kun skønsmæssigt opgøres på individniveau ved at benytte besøgs- og sengedagstakster. Besøgs- og sengedagstakster afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til det psykiatriske sygehusvæsen for den enkelte kontakt. Udgifter til psykiatriske sygehuse opgjøret ved besøgs- og sengedagstakster er undervurderet ift. de tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse. Udgifter til retspsykiatrisk behandling indgår.

I 2017 udgør besøgstaksten 1.815 kr. og sengedagstaksten udgør 3.628 kr.<sup>2</sup> Brugen af disse takster giver mulighed for at kunne vægte ressourceforbruget ved ambulante besøg og indlæggelser således, at de kan sammenlignes for at finde patienterne med de højeste psykiatriske udgifter. Denne vægtning skal ses som et skøn.

Udgifter i **praksissektoren** er baseret på oplysninger om afregnede bruttohonorarer for ydelser fra Sygesikringsregisteret.

I opgørelser af **udgifter pr. patient** refereres til summen af udgifter divideret med den relevante population.

De samlede beregnede offentlige udgifter til det regionale sundhedsvæsen udgør godt 84 mia. kr. ifølge ovennævnte metode. Regionernes faktiske driftsudgifter til sundhedsvæsenet udgør godt 109,6 mia. kr. i 2017 ifølge Danmarks Statistik<sup>3</sup>.

**Kontakter** til *hospitalssektoren* omfatter *somatiske og psykiatriske hospitalsvæsen* og er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Kontakterne dækker indlæggelser og ambulante besøg på offentlige og private sygehuse. Kontakter til *praksissektoren* (alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige) er baseret på oplysninger om afregnede bruttohonorarer for ydelser fra Sygesikringsregisteret.

## Boks 2: Population og afgrænsning

De patienter, der fokuseres på i analyse, er de 10 pct., blandt borgerne med kontakt til sundhedsvæsenet, der står for de højeste udgifter i 2017. Sundhedsvæsenet omfatter i denne analyse hospitals- og praksissektoren. Kommunale pleje- og omsorgskontakter er ikke inkluderet.

Populationerne er afgrænset til borgere med gyldig dansk bopælskommune pr. 1. januar 2017. Borgere med en udenlandsk eller ukendt dansk bopæl indgår ikke i opgørelserne. Borgere, som ikke har haft kontakt med sundhedsvæsenet i 2017 indgår heller ikke i opgørelserne.

<sup>2</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2017). *Takstsystem – Vejledning*.

<sup>3</sup> [Statistikbanken.dk](http://statistikbanken.dk). REGR11: Regionernes regnskaber efter dranst (driftskonto), hovedkonto (sundhed), region (hele landet), art (i alt (netto)) og tid (2017) (besøgt: december 2018).

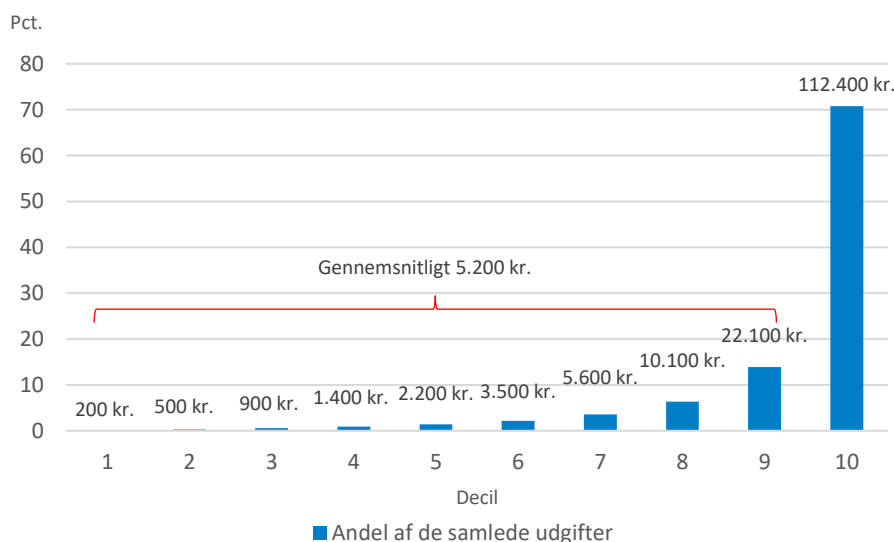
## Befolkningens brug af sundhedsvæsenet

Langt de fleste borgere i Danmark har kontakt til det regionale sundhedsvæsen. Det kan være i form af kontakt til praksissektoren hos alment praktiserende læger, speciallæger og en række øvrige specialer som fx fysioterapi. Det kan også være indlæggelser eller besøg i det somatiske eller psykiatriske hospitalsvæsen. Således har 92 pct. været i kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af 2017. De samlede beregnede offentlige udgifter til det regionale sundhedsvæsen udgør godt 84 mia. kr., *jf.* Boks 1. Analysen ser nærmere på de 10 pct., der står for de højeste udgifter.

### De 10 pct. patienter, der står for de højeste udgifter

De 10 pct. patienter, der står for de højeste udgifter i 2017, står for ca. 71 pct. af de samlede beregnede udgifter til sundhedsvæsenet, *jf.* Figur 1. Dermed står godt en halv mio. borgere for udgifter til sundhedsvæsenet på knap 60 mia. kr. Det vil sige, at de gennemsnitlige årlige beregnede udgifter for de patienter, der står for de højeste udgifter, er på ca. 112.400 kr. pr. patient. Det er 22 gange mere end de gennemsnitlige beregnede udgifter på 5.200 kr. om året for de øvrige 90 pct. af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet.

Figur 1 Fordelingen af gennemsnitlige udgifter pr. borger med kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på deciler, 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene er afrundet til nærmeste hundrede. Se Boks 1 og Boks 2 for en definition af populationer og udgifter. Figuren omfatter borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2017.

I 2010 stod de 10 pct., der står for de højeste udgifter det år, for 72 pct. af de beregnede regionale udgifter. Her stod de 1 pct. også for ca. 27 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Der er dermed tale om en stabil tendens.

## Kontaktmønstre i sundhedsvæsenet

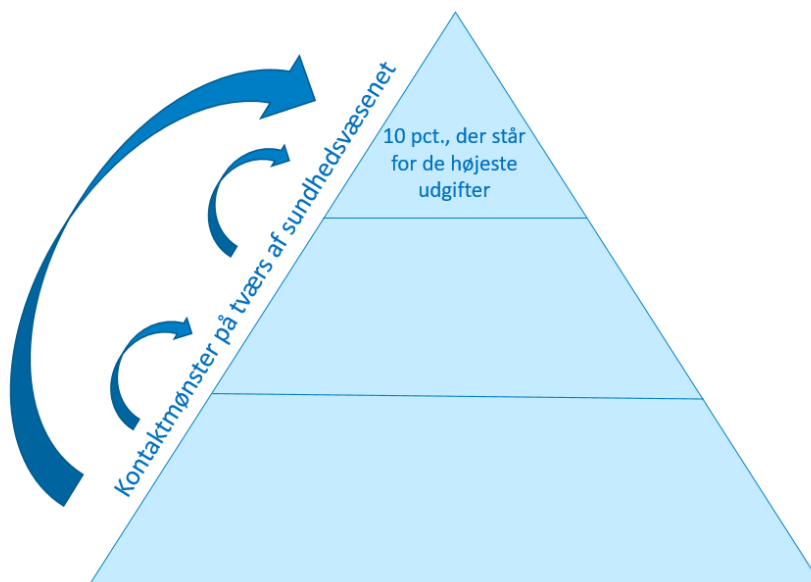
Analysen skal give et billede af hvilket kontaktmønster, der karakteriserer de forskellige grupper af patienter, der er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. Baggrunden for tilgangen er, at forløbet kan være et pejlemærke for deres fremtidige kontaktmønster i sundhedsvæsenet.

Nogle patienter har et kontaktmønster, der afspejler et stort behov for behandling, der tiltager gradvist igennem længere tid. Det vil sige, at antallet af kontakter stiger gradvist. Det medfører stigende udgifter i sundhedsvæsenet, som det er illustreret med de små pile i Figur 2.

Andre patienter oplever et pludseligt opstået behov for behandling i en kortere periode. De går fra at have ingen eller meget lidt kontakt med sundhedsvæsenet til at have komplicerede og udgiftstunge kontakter inden for kortere tid. I Figur 2 er et sådan forløb illustreret med den store pil, der springer fra pyramidens base til toppen.

Ved at sammenligne patienternes kontaktmønstre er det muligt at vurdere, hvor forskellige deres forløb er.

Figur 2 Kontaktmønstre på tværs af sundhedsvæsenet



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

For at sammenligne patienternes kontaktmønstre i perioden 2010-2016, ser analysen på antallet af kontakter til praksis- og hospitalssektoren. Analysen viser, hvordan antallet af kontakter udvikler sig fra kvartal til kvartal. Antallet af kontakter pr. kvartal er grupperet i intervallerne 0, 1-5, 6-10, 11-15, 16-30 og 31+ kontakter.

## Boks 3: Metode

Forløbsanalysen fokuserer på de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017, som inddeles i fire grupper. De fire grupper er dannet ved at sammenligne patienternes forløb i sundhedsvæsenet frem til, at de står for de højeste udgifter i 2017. Forløb dækker over patienternes kontakter til hospitals- og praksissektoren i alle kvartaler i perioden 2010-2016.

Antallet af kontakter er inddelt i intervaller for at kunne sammenligne to patienters forløb.

Selve forløbsanalysen<sup>4</sup> består af to trin. Det første trin er at finde ligheder eller forskelle mellem patienternes forløb. Til det formål anvendes *optimal matching*. I det andet trin bruges disse ligheder eller forskelle til at danne patientprofiler ved hjælp af en klyngeanalyse.

Hver patient starter i sin egen gruppe og bliver så parret med den patient, hvis forløb, patientens eget forløb minder mest om. Dette fortsætter til der kun er én gruppe, der indeholder hele populationen.

Fx vil to patienter, der begge har nul eller 1-5 kontakter pr. kvartal i 2010-2016, blive tildelt samme gruppe, før de vil blive parret med en patient, der har over 16 kontakter i hele perioden.

---

<sup>4</sup> Abbott, A., & Tsay, A. (2000). Sequence analysis and optimal matching methods in sociology: Review and prospect. *Sociological methods & research*, 29(1), 3-33.



## Fordeling af populationen på profiler

Baseret på kontaktmønsteret frem til, at patienterne står for de højeste udgifter i 2017, inddeles patienterne i fire grupper, *jf.* Boks 3. Grupperne er navngivet efter den dominerede patientprofil i gruppen for perioden 2010-2016.

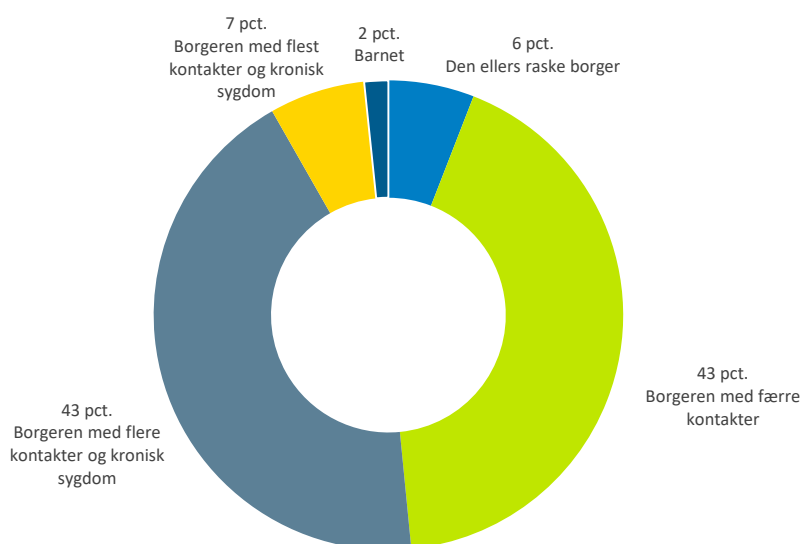
Børn yngre end 6 år pr. 1. januar 2017 udgør en særskilt gruppe. Det skyldes, at de givet deres alder ikke har haft mulighed for at have kontakt i hele perioden 2010-2016. Dermed fås fem grupper, der udgør de typiske forløb frem til, at patienterne er blandt de 10 pct.

Patientprofilerne er:

- > *Den ellers raske borger*
- > *Borgeren med færre kontakter*
- > *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*
- > *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*
- > *Barnet*

Analysen viser, at *Borgeren med færre kontakter* og *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* hver udgør 43 pct. af patienterne, der står for de højeste udgifter, *jf.* Figur 3. *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* udgør 7 pct., mens *Den ellers raske borger* udgør 6 pct. af populationen. *Barnet* udgør 2 pct. af den samlede population og beskrives ikke nærmere.

Figur 3 Fordeling af populationen på de fem patientprofiler



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene er afrundede.

## Boks 4: Arbejdsmarkedstilknytning

Borgerens **arbejdsmarkedstilknytning** er defineret som det indkomstgrundlag, der har været det dominerende for borgeren i 2017. Indkomstgrundlaget kan både være i form af en lønindkomst eller en offentlig ydelse, som fx kontanthjælp. Opgørelsen af arbejdsmarkedstilknytning er afgrænset til borgere i den erhvervsaktive alder, hvilket omfatter de 16-64-årige.

Arbejdsmarkedstilknytningen inddeles i følgende grupper:

- Til rådighed for det ordinære arbejdsmarked
  - Beskæftigede/uddannelsessøgende
  - Ledige (*dagpenge og kontanthjælp (arbejdsmarkedssparate)*)
- Uden for det ordinære arbejdsmarked
  - Midlertidigt uden for det ordinære arbejdsmarked (*ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere, fleksjob, for-revalidering og revalidering, sygedagpenge*)
  - Varigt uden for det ordinære arbejdsmarked (*førtidspension og efterløn*)

## Boks 5: Udvalgte kroniske sygdomme

I analysen opgøres, hvor stor en andel af de enkelte patientprofiler, der har en eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme. Patienter med en eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme omfatter borgere, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme.

Kronisk sygdom dækker i denne analyse over:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Type 1-diabetes
- Type 2-diabetes
- Astma

Det bemærkes, at patienter med kronisk sygdom er opgjort på baggrund af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) i august 2017, hvor patienter med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre. Borgere indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Det vil sige, borgere, der hverken har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom, ikke indgår opgørelsen. Antallet af patienter med de udvalgte kroniske sygdomme kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser.

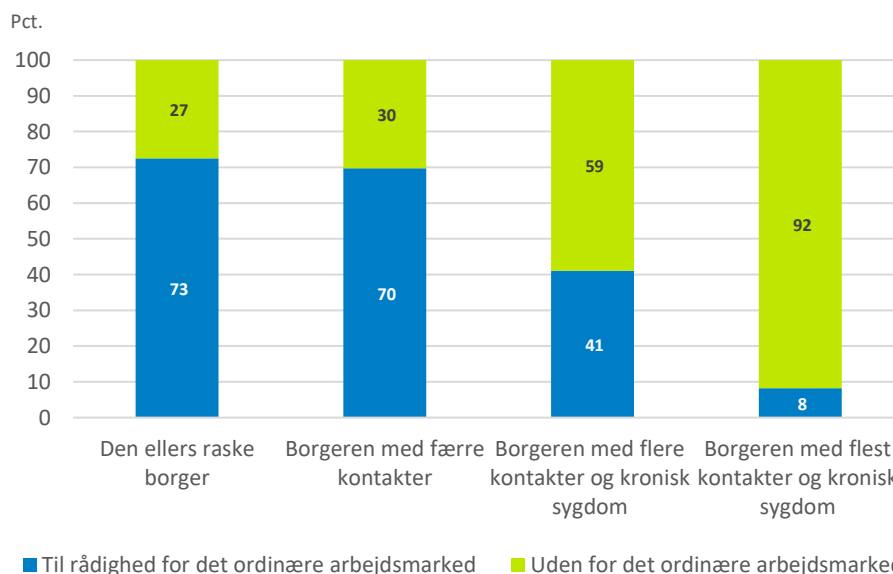
## Tilknytning til arbejdsmarkedet i profilerne

Ud over kontaktmønsteret i perioden 2010-2016 undersøges det, om profilerne adskiller sig fra hinanden i forhold til arbejdsmarkedstilknytning (se Boks 4).

Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, dvs. 16-64 år, varierer på tværs af patientprofilerne. Denne variation skyldes i høj grad aldersforskelle mellem patientprofilerne. Der er fx 21 års forskel i gennemsnitsalderen i profilen *Den ellers raske borger*, som er 42 år, og *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*, som er 63 år.

Tilknytningen til arbejdsmarked for borgere i den erhvervsaktive alder varierer betydeligt på tværs af patientprofilerne, jf. Figur 4. Når en borger er til rådighed for det ordinære arbejdsmarked vil det sige, at borgeren enten er i beskæftigelse, under uddannelse eller jobsøgende. Når en borger er uden for det ordinære arbejdsmarked vil det sige, at borgeren enten er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsstyrken, jf. Boks 4.

Figur 4 Andel borgere i den erhvervsaktive alder med tilknytning til arbejdsmarkedet fordelt efter patientprofiler, 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen samt Beskæftigelsesministeriets løbsdatabase DREAM.

Note: Arbejdsmarkedstilknytningen er defineret ud fra det indkomstgrundlag, som har været det dominerende for borgeren i 2017. Borgere i den erhvervsaktive alder dækker over borgere på 16-64 år.

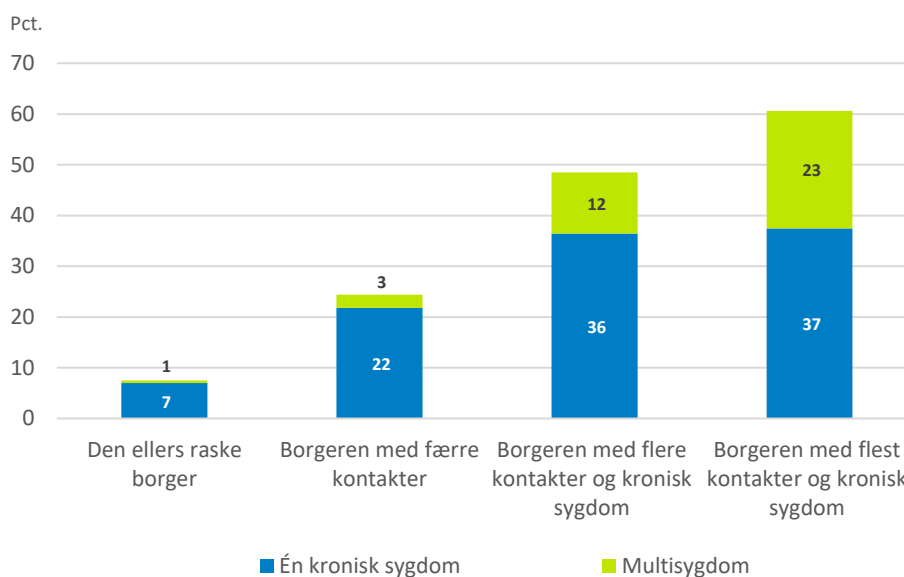
## Udvalgte kroniske sygdomme i profilerne

Analysen ser også på, om andelen af borgere med udvalgte kroniske sygdomme adskiller sig fra hinanden i profilerne (se Boks 5).

De udvalgte kroniske sygdomme er: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Når en borger har mindst to af de udvalgte kroniske sygdomme, defineres det som multisygdom. Borgere, som ikke har en af de udvalgte kroniske sygdomme, kan godt have andre (kroniske) sygdomme.

Der er stor forskel på andelen af patienter med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme på tværs af de fire patientprofiler, jf. Figur 5. Andelen af borgere med mindst én kronisk sygdom er otte gange højere for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* sammenlignet med *Den eller raske borger*. Seks ud af ti patienter i profilen *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* har mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme.

Figur 5 Andel borgere med udvalgte kroniske sygdomme fordelt efter patientprofiler, opgjort pr. 1. januar 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret samt Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2017) (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

Figuren omfatter borgere, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma.

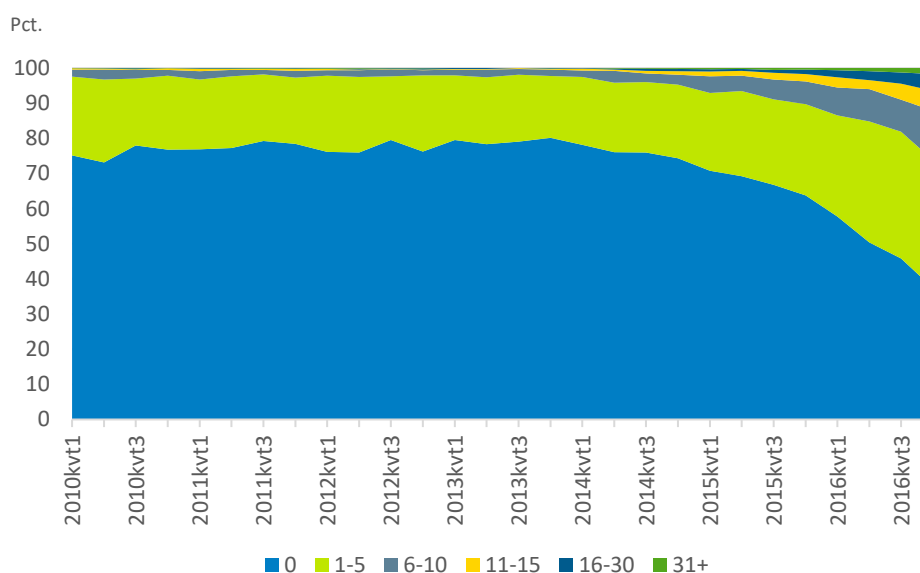
## Beskrivelse af de fire patientprofiler

I det følgende beskrives fordelingen af køn, gennemsnitsalder, tilknytning til arbejdsmarkedet samt andel med de udvalgte kroniske sygdomme og andre hyppige diagnoser opdelt efter de enkelte patientprofiler.

### Den ellers raske borger

Den første profil består af ca. 31.000 personer med lidt eller ingen kontakt til sundhedsvæsenet i perioden 2010-2016, *jf.* Figur 6. I hvert kvartal frem til 4. kvartal 2014 har otte ud af ti borgere ingen kontakter til sundhedsvæsenet. Derefter falder andelen med nul kontakter pr. kvartal.

Figur 6 Fordeling mellem antal kontakter, Den ellers raske borger, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Profilen er den eneste af de fire profiler, hvor der er en overvægt af mænd. Gennemsnitsalderen for profilen er 42 år. Tre ud af fire er i den erhvervsaktive alder, dvs. 16-64 år. Heraf er syv ud af ti stadig til rådighed for det ordinære arbejdsmarked, *jf.* Figur 4.

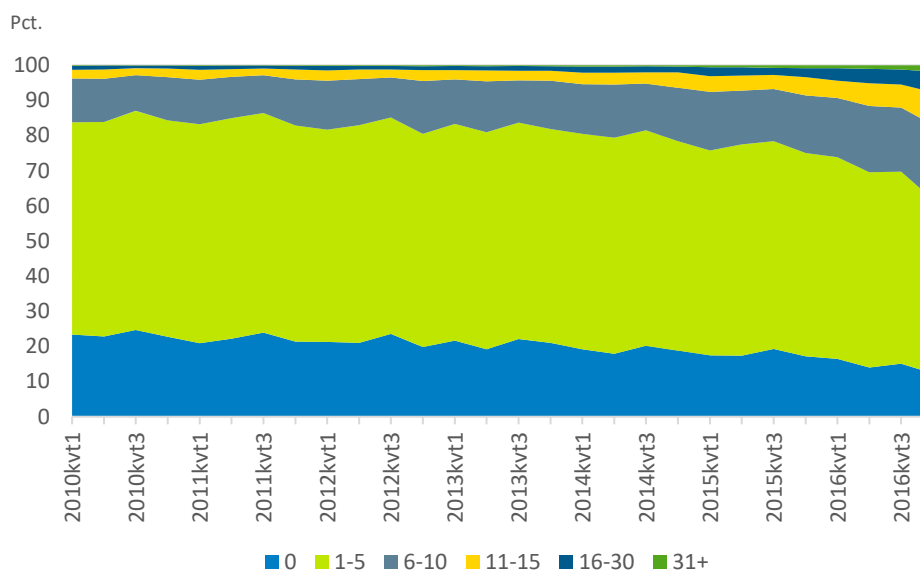
*Den ellers raske borger* kan opdeles i tre typer baseret på diagnoser, køn og alder i 2017:

- Lidt over halvdelen er mænd, som har bl.a. kontakt til sundhedsvæsenet grundet frakturer, forhøjet blodtryk og hjerteproblemer. Gennemsnitsalderen for mændene er 47 år.
- En fjerdedel af profilen er kvinder, der bl.a. har kontakt til sundhedsvæsenet grundet brystkræft og frakturer. Deres gennemsnitsalder er 46 år.
- En femtedel er kvinder omkring de 30 år, som har kontakt til sundhedsvæsenet i 2017 i forbindelse med graviditet og fødsler.

## Borgeren med færre kontakter

Profilen består af ca. 225.000 personer. Størstedelen, svarende til to tredjedele, har 1-5 kontakter i hvert kvartal, dvs. i gennemsnit under to om måneden, i perioden 2010-2016, *jf.* Figur 7.

Figur 7 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med færre kontakter, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Borgeren er i gennemsnit 53 år. Seks ud af ti i profilen er i den erhvervsaktive alder. Som hos *Den ellers raske borger*, så er syv ud af ti i den erhvervsaktive alder stadig til rådighed for det ordinære arbejdsmarked, *jf.* Figur 4.

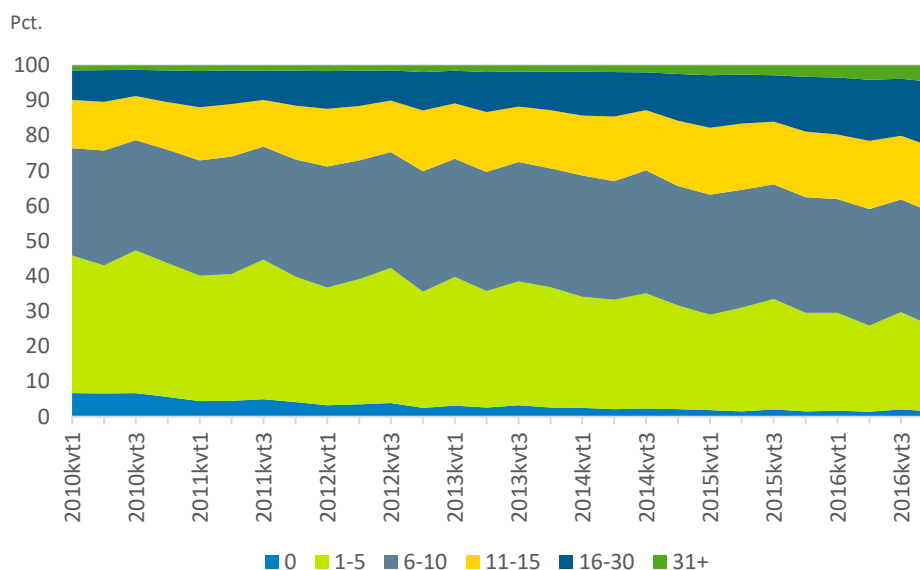
*Borgeren med færre kontakter* kan deles op i tre typer baseret på diagnoser, køn og alder i 2017:

- Lidt under halvdelen er mænd, der i gennemsnit er 59 år. De har bl.a. kontakter i forbindelse med kræftbehandling, hjerteproblemer og type 2-diabetes.
- Fire ud af ti i gruppen er kvinder, som bl.a. har kontakter grundet forhøjet blodtryk, brystkræft, KOL og knogleskørhed. De har en gennemsnitsalder på 57 år.
- De yngre kvinder med en gennemsnitsalder på 30 år, der har kontakt til sundhedsvæsenet grundet graviditet og fødsler. Denne type udgør 14 pct. af gruppen.

## Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom

Profilen består af ca. 230.000 personer. Over halvdelen har mindst seks kontakter pr. kvartal gennem perioden 2010-2016, *jf.* Figur 8. Det svarer i gennemsnit til to kontakter om måneden.

Figur 8 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Gennemsnitsalderen for *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* er 62 år. Under halvdelen af profilen er i den erhvervsaktive alder. Heraf er fire ud af ti til rådighed for det ordinære arbejdsmarked, *jf.* Figur 4. Det er en væsentlig mindre andel end hos *Den ellers raske borger* og *Borgeren med færre kontakter*, hvor syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.

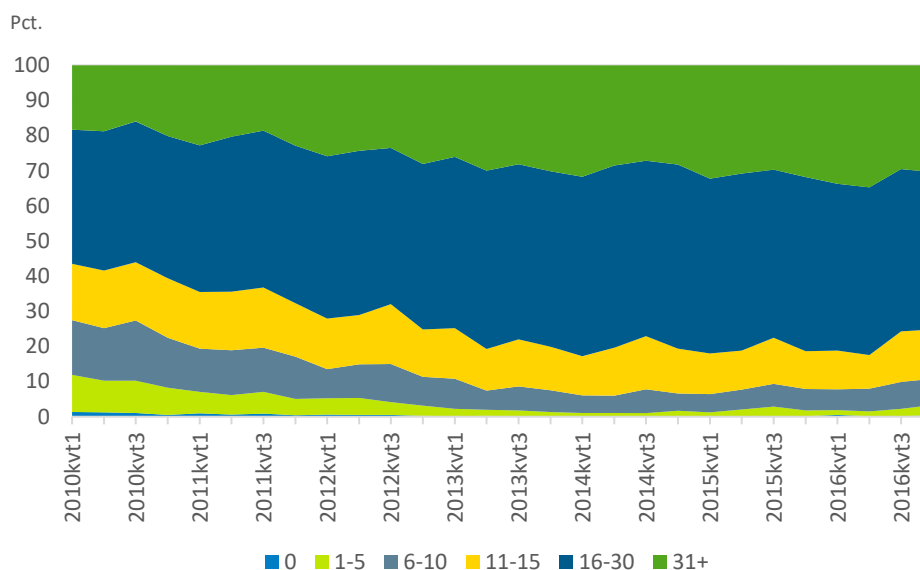
Næsten halvdelen af profilen *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* har mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme, mens mere end hver tiende har to eller flere, *jf.* Figur 5. Heraf er type 2-diabetes, KOL og knogleskørhed de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Hver syvende borger har type 2-diabetes, og samme andel har KOL. Hver ottende har knogleskørhed.

Profilen har derudover bl.a. kontakt til sundhedsvæsenet i 2017 i forbindelse med en forhøjet blodtryk, hjerteproblemer samt overvægt og fedme.

## Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom

Profilen består af ca. 35.000 personer. Over halvdelen har 16 eller flere kontakter til sundhedsvæsenet pr. kvartal i perioden 2010-2016, *jf.* Figur 9. Det svarer i gennemsnit til mere end fem kontakter om måneden.

Figur 9 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Gennemsnitsalderen for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* er 63 år. Under halvdelen af profilen er i den erhvervsaktive alder. Heraf er mindre end hver tiende til rådighed for det ordinære arbejdsmarked, *jf.* Figur 4. Dermed har profilen den mindste andel borgere i den erhvervsaktive alder, som er til rådighed for arbejdsmarkedet.

Seks ud af ti patienter i profilen *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* har mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme, mens næsten hver fjerde har to eller flere, *jf.* Figur 5. Heraf er knogleskørhed, KOL og type 2-diabetes de hyppigst forekommende. Næsten hver femte har knogleskørhed, og lige så mange har KOL. Hver sjette har type 2-diabetes.

Profilen har derudover bl.a. kontakt til sundhedsvæsenet i 2017 i forbindelse med hjerteproblemer, multipel sklerose, slidgigt, Parkinsons sygdom, epilepsi og skizofreni.

Hver sjette borger i profilen har kontakt til psykiatrien i 2017. Dermed har *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* den største andel patienter med kontakter i psykiatrien sammenlignet med de andre profiler.

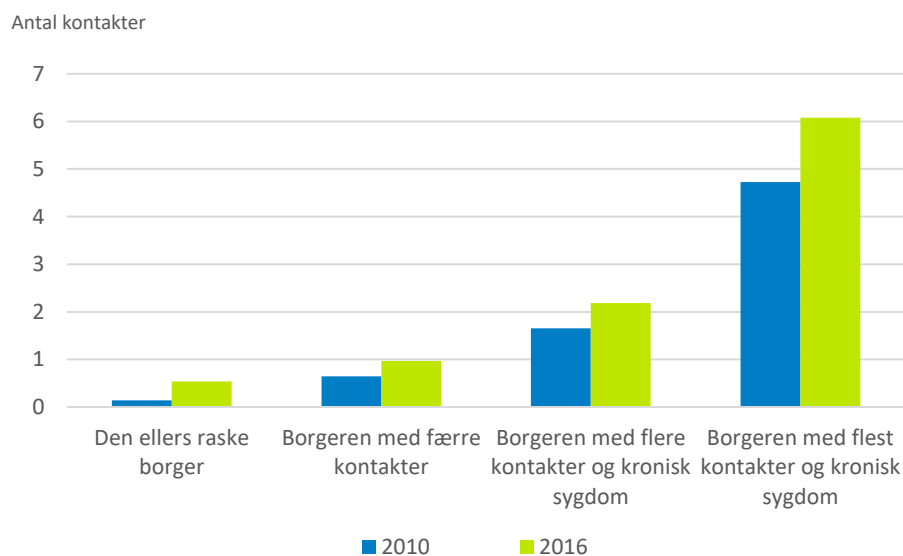


## Kontakter på tværs af sundhedsvæsenet i profilerne

Resultaterne viser, at der er stor variation i kontaktmønstrene for de fire patientprofiler. Niveaueet for antallet af kontakter pr. patient er højest for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* på tværs af sundhedsvæsenet igennem hele perioden.

Den største forskel mellem patientprofilerne findes i kontakter i praksissektoren. Her har *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* i gennemsnit seks kontakter pr. måned i 2016, jf. Figur 10. Det er langt hyppigere end *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, der i gennemsnit har to kontakter pr. måned i 2016. Til sammenligning har *Den ellers raske borger* i gennemsnit en kontakt med praksissektoren hver anden måned, mens *Borgeren med færre kontakter* har en kontakt med praksissektoren pr. måned i 2016.

Figur 10 Gennemsnitligt antal kontakter i praksissektoren pr. måned fordelt på de fire patientprofiler, 2010 og 2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Allerede i 2010 er der stor variation mellem de fire patientprofiler. Her har *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* i gennemsnit fem kontakter pr. måned, jf. Figur 10. Det er langt hyppigere end *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, der i gennemsnit har lige under to kontakter pr. måned i 2010. Til sammenligning har *Den ellers raske borger* i gennemsnit to kontakter til praksissektoren i løbet af hele året, mens *Borgeren med færre kontakter* i gennemsnit har en kontakt til praksissektoren hver anden måned i 2010.

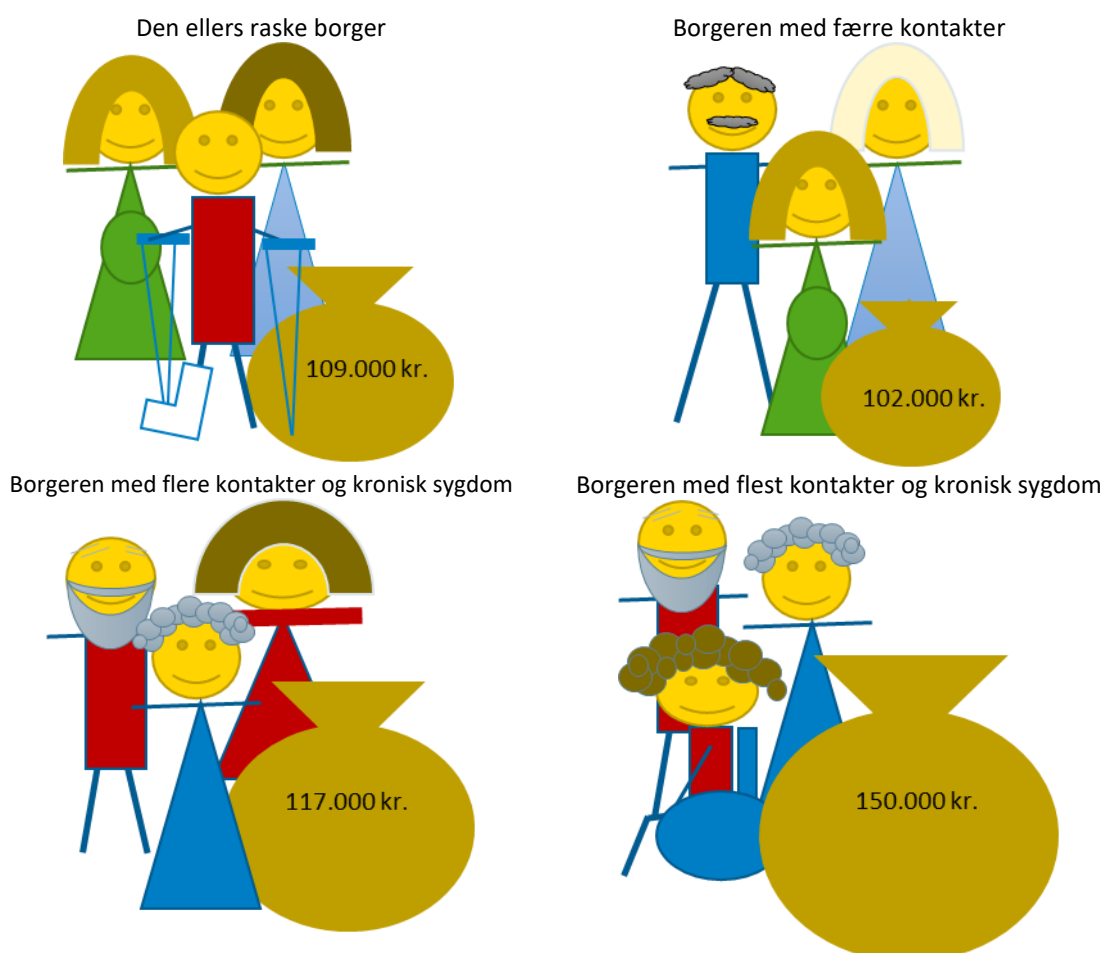
Den samme rangorden findes i antallet af somatiske og psykiatriske hospitalskontakter. Her har *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* i gennemsnit en og to somatiske kontakter pr. måned samt en kontakt hver anden måned i psykiatrien i hhv. 2010 og 2016. De resterende patientprofiler har stort set ingen kontakter i psykiatrien i 2010 og 2016.

## Forskelle i sundhedsudgifter

Variationen i kontaktmønstrene afspejles også i patientprofilernes gennemsnitlige udgifter til sundhedsvæsenet i 2017. *Borgeren med færre kontakter* er den patientprofil, der har de laveste gennemsnitlige udgifter pr. person. *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* har de højeste gennemsnitlige udgifter.

Forskelle i udgifter og karakteristika for de fire patientprofiler er illustreret i Figur 11.

Figur 11 Overblik over de fire patientprofiler



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.