

Afdelingen for Sundhedsanalyser og Lægemiddelstatistik

13. april 2016

Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje

Formålet med denne analyse er dels at belyse, hvor meget den ældre medicinske patient er i kontakt med sundhedsvæsenet og sammenligne med ældre borgere generelt, og dels at afdække, hvilke kontaktflader der er mellem den ældre medicinske patients aktivitet i den kommunale pleje- og omsorgssektor og den regionale sundhedssektor (almen praksis og sygehuse).

Identificeringen af de hyppigste kontaktflader kan bidrage til at synliggøre, på hvilke områder der kan rettes en særlig indsats over for ældre medicinske patienter med henblik på at skabe mere sammenhængende forløb for denne patientgruppe.

Ældre medicinske patienter defineres i analysen som personer på 65 år og derover (DÆMP 65+ år), som i løbet af 2014 har haft én eller flere medicinske sygehusindlæggelser. Medicinske sygehusindlæggelser defineres som indlæggelser, hvor patienten har været på en medicinsk afdeling i løbet af indlæggelsesforløbet (for nærmere beskrivelse se Bilagsboks 1, Bilag 2). I analysen rettes et særligt fokus på ældre medicinske patienter på 80 år og derover (DÆMP 80+ år).

Den samlede population omfatter borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er ikke medtaget (for nærmere beskrivelse se Bilagsboks 2, Bilag 2).

Hovedresultater

Kontakter og udgifter

- 12 pct. af de i alt ca. 984.000 ældre borgere (65+ år) var indlagt mindst én gang på en medicinsk afdeling i 2014. I alt var der dermed 117.000 ældre medicinske patienter (65+ år) i 2014, hvoraf knap 40.000 var 80+ år.
- Halvdelen af de ældre medicinske patienter modtog kommunale pleje- og omsorgsydelser i form af praktisk bistand, personlig pleje, hjemmesygepleje eller havde bopæl i plejebolig, mens dette gjaldt for ca. en femtedel af ældre borgere generelt (65+ år). 80 pct. af de 80+ årige ældre medicinske patienter modtog kommunale pleje- og omsorgsydelser, mens godt 50 pct. af alle ældre borgere (80+ år) modtog en kommunal ydelse.
- Ældre medicinske patienter havde flere indlæggelser og knap tre gange flere ambulante besøg end ældre borgere generelt (65+ år). Samtidig havde ældre medicinske patienter dobbelt så mange kontakter til almen praksis som ældre borgere generelt.
- De ældre medicinske patienters hyppigere kontakt med henholdsvis sygehus og almen praksis ses også i udgiftsniveaue. De gennemsnitlige udgifter til ældre medicinske patienter (65+ år) for sygehusbehandling og behandling i almen praksis var 120.000 kr. pr. patient, hvilket er fire gange højere end udgifterne til behandling af ældre borger generelt. Udgifterne til ældre medicinske patienter på 80+ år var gennemsnitligt 100.000 kr. pr. patient, svarende til tre gange højere end udgifterne pr. ældre borger generelt (80+ år).

Kontaktflader og sammenhæng

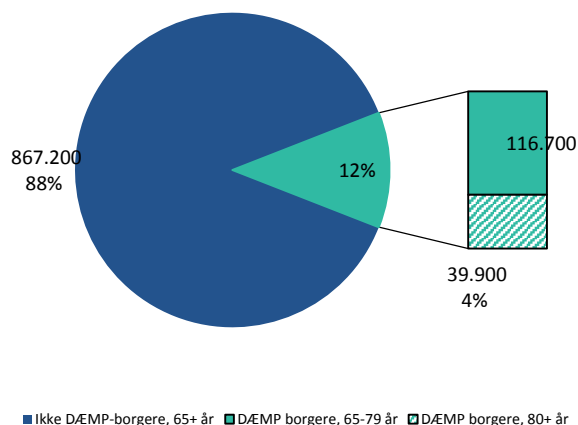
- Ældre medicinske patienter, der modtog kommunale pleje- og omsorgsydelser, havde hyppigere kontakt til sygehus og almen praksis end ældre medicinske patienter, som ikke modtog en kommunal pleje- og omsorgsydelse.
- Blandt de ældre medicinske patienter i eget hjem, har de borgere der modtog hjemmesygepleje betydeligt flere kontakter til sygehus og almen praksis end borgere, som

alene fik praktisk bistand, dvs. hjælp til rengøring o.lign., og de borgere som ikke modtog nogen kommunal ydelse. Samme mønster gælder for ældre borgere generelt (65+ år).

Godt hver 10. ældre borger (65+ år) var indlagt på en medicinsk afdeling i 2014

Af de 984.000 ældre borgere (65+ år) i Danmark i 2014 var ca. 117.000 ældre medicinske patienter, svarende til 12 pct., jf. figur 1¹. Ud af den samlede gruppe af ældre medicinske patienter var en tredjedel (knap 40.000) 80+ år, hvilket svarer til 4 pct. af den samlede gruppe af ældre borgere (65+ år). Endvidere havde over halvdelen af de ældre medicinske patienter (65+ år) én eller flere af udvalgte kroniske sygdomme², jf. figur 2.

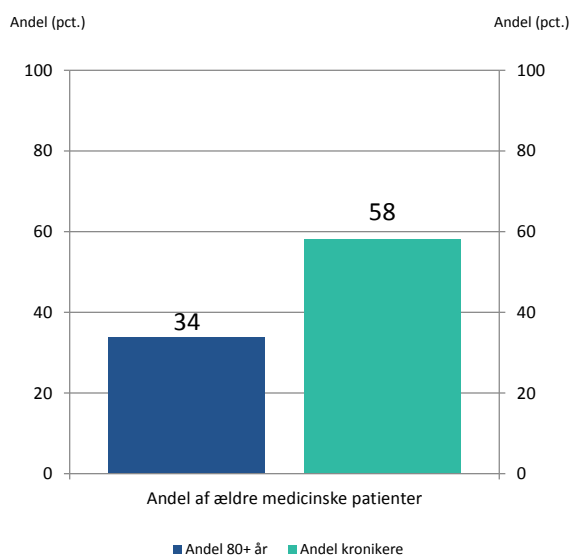
Figur 1. Antal ældre medicinske patienter og andel af alle ældre borgere (65+ år), pct., 2014



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

Anm.: I opgørelsen indgår alle borgere, som pr. 1. januar 2014 var fyldt 65 år. Uddybning af afgrænsning findes i Bilag 1.

Figur 2. Andel af ældre medicinske patienter på 80+ år og andel med en eller flere af udvalgte kroniske sygdomme, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og de pr. marts 2015 reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.

Anm.: I opgørelsen indgår alle borgere, som pr. 1. januar 2014 var fyldt 65 år. Uddybning af afgrænsning findes i Bilag 1.

Borgere kan indgå i begge kategorier. Der indgår alene udvalgte kroniske sygdomme, jf. Bilag 3.

Læsevejledning

Analysen er inddelt i to hovedafsnit.

- (1) Ældre medicinske patienters kontakter med det kommunale og det regionale sundhedsvæsen og udgifterne til behandling
- (2) Sammenhæng mellem sektorerne og kontaktflader

¹ Opgørelserne i de resterende afsnit i analysen er afgrænset til data for de 60 kommuner, som Sundhedsdatastyrelsen på opgørelsestidspunktet har valideret. Ud af de 117.000 ældre medicinske patienter på 65+ år i 2014 var 73.000 bosiddende i de inkluderede kommuner, svarende til 62 pct., mens det gjaldt 607.000 af de ca. 984.000 65+årige på landsplan, svarende til samme andel, jf. Bilagsboks 2, Bilag 2.

² Opgørelsen af ældre medicinske patienter med kronisk sygdom vedrører alene udvalgte kroniske sygdomme, jf. Bilag 3, og patienterne kan således lide af kroniske sygdomme, som ikke er omfattet af denne afgrænsning, hvorved andelen vil være højere.

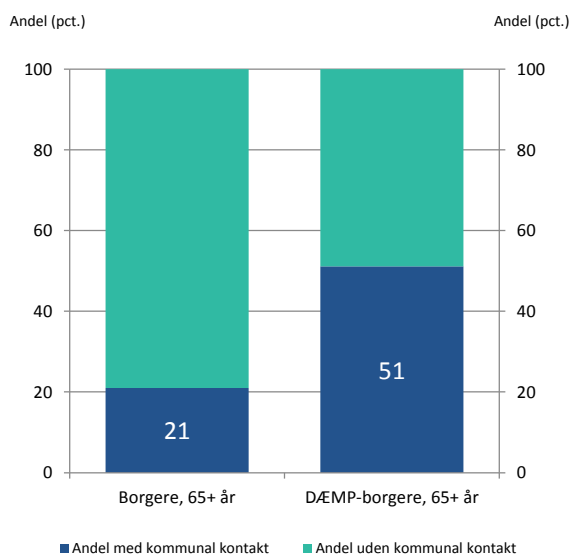
Ældre medicinske patienter havde flere sygehuskontakter og modtog i højere grad kommunale pleje- og omsorgsydelser

Ældre medicinske patienter havde en væsentlig større kontaktflade til sundhedsvæsenet end ældre borgere generelt³. De ældre medicinske patienter (65+ år) var hyppigere indlagt, og havde knap tre gange flere ambulante sygehusbesøg og dobbelt så mange kontakter til almen praksis som ældre borgere generelt. Andelen af ældre medicinske patienter med kontakt til kommunen var samtidig mere end dobbelt så stor som for andelen af ældre borgere generelt.

Halvdelen af de ældre medicinske patienter modtog kommunal pleje- og omsorg⁴

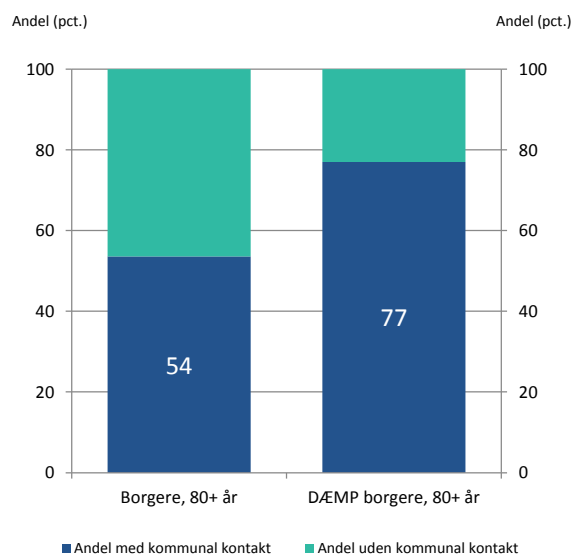
Halvdelen af de ældre medicinske patienter modtog en kommunal pleje- og omsorgsydelse i 2014, mens det samme gjaldt en femtedel af ældre borgere generelt (65+ år), *jf. figur 3*. Samme niveauforskel ses for 80+ år, *jf. figur 4*.

Figur 3. Andel af borgere (65+ år) og ældre medicinske patienter med kommunal kontakt og andel uden kommunal kontakt, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes EOJ-data og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontakttindberetningerne.

Figur 4. Andel af borgere (80+ år) og ældre medicinske patienter (80+ år) med kommunal kontakt og andel uden kommunal kontakt, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes EOJ-data og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontakttindberetningerne.

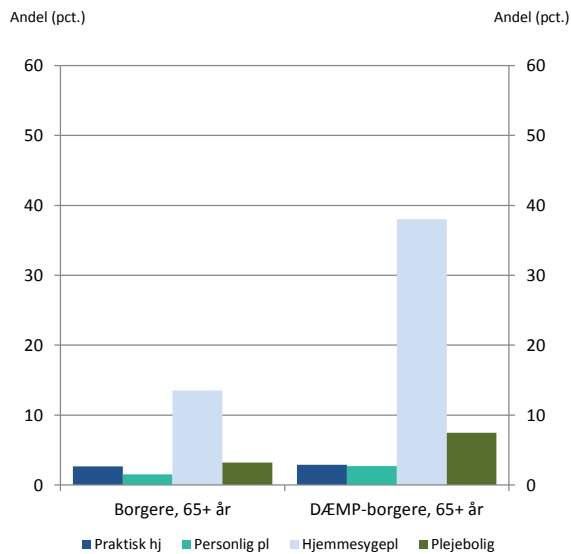
Andelen af ældre medicinske patienter, som havde bopæl i plejebolig eller modtog hjemmesygepleje, er væsentlig højere end for ældre borgere generelt. Knap 40 pct. af de ældre medicinske patienter modtog således hjemmesygepleje og knap 10 pct. boede i plejebolig, *jf. figur 5*.

Blandt de ældre medicinske patienter på 80+ år modtog over halvdelen hjemmesygepleje og 15 pct. havde bopæl i plejebolig, mens en tredjedel af de ældre borgere på 80+ år modtog hjemmesygepleje og 10 pct. havde bopæl i plejebolig, *jf. figur 6*.

³ En del af kontakten udgøres af den medicinske indlæggelse, der definerer den ældre medicinske patient.

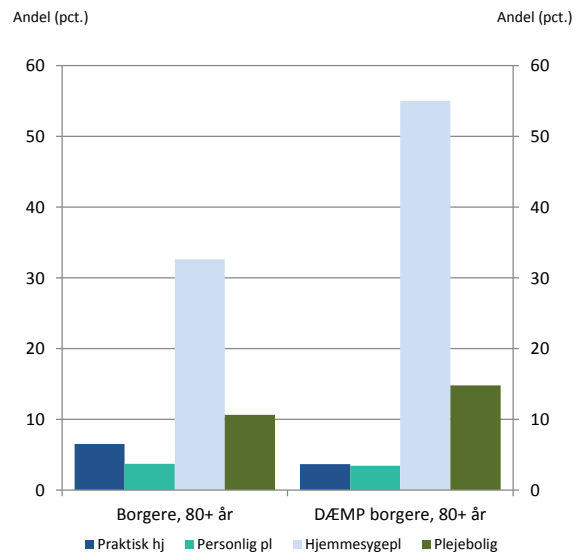
⁴ I opgørelsen indgår følgende kommunale ydelser: plejehjem, hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. Ydelserne er rangordnet, hvor borgerne tildeles den mest intensive kontakt (for uddybning af rangordning og inddeling af borgerne se Bilagsboks 4, Bilag 2).

Figur 5. Fordeling af borgere (65+ år) og ældre medicinske patienter efter den mest intensive kommunale kontaktttype, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes EOJ-data og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Figur 6. Fordeling af borgere (80+ år) og ældre medicinske patienter efter den mest intensive kommunale kontaktttype, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes EOJ-data og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Opgørelsen viser, at ca. halvdelen af de ældre medicinske patienter i 2014 modtog enten hjemmesygepleje eller boede i plejebolig, mens det for gruppen af medicinske patienter på 80+ år var knap 70 pct. En stor del af de ældre medicinske patienter var således både i kontakt med det kommunale og det regionale sundhedsvæsen, og havde dermed et tværsektorielt forbrug af sundhedsydelser og/eller tværsektorielle forløb.

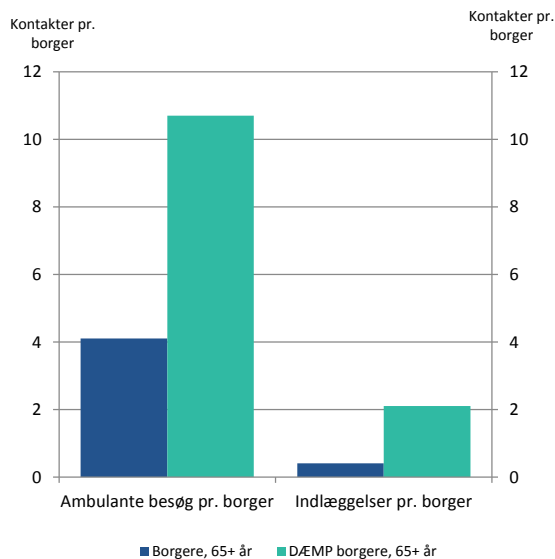
Det bemærkes, at det ikke er analyseret, hvorvidt patienterne havde kontakt med det kommunale sundhedsvæsen før, efter eller både før og efter den medicinske indlæggelse.

Ældre medicinske patienter var i gennemsnittet på sygehuset mere end 10 gange i 2014

Ældre medicinske patienter var i gennemsnit indlagt to gange og havde godt ti ambulante besøg i 2014, hvilket gennemsnitligt er knap tre gange flere ambulante besøg end ældre borgere generelt (65+ år), jf. figur 7.

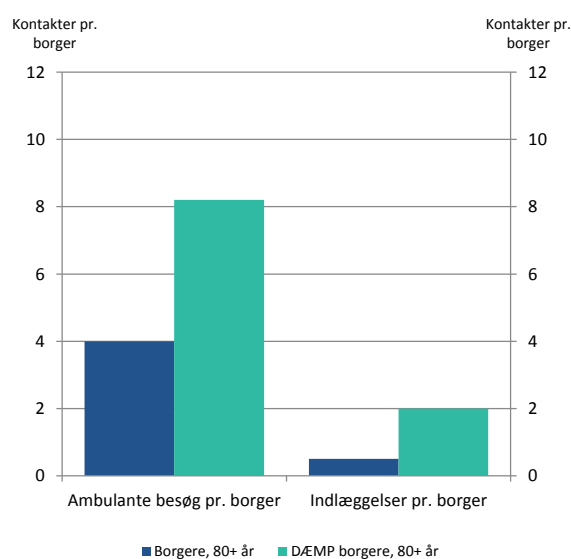
Antallet af ambulante besøg var lidt lavere blandt ældre medicinske patienter på 80+ år i forhold til hele gruppen af ældre medicinske patienter (65+ år), mens der ikke var nogen forskel i antallet indlæggelser pr. borger, jf. figur 7 og figur 8.

Figur 7. Antal somatiske ambulante besøg og somatiske indlæggelser pr. borger 65+ år, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
 Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Figur 8. Antal somatiske ambulante besøg og somatiske indlæggelser pr. borger 80+ år, 2014

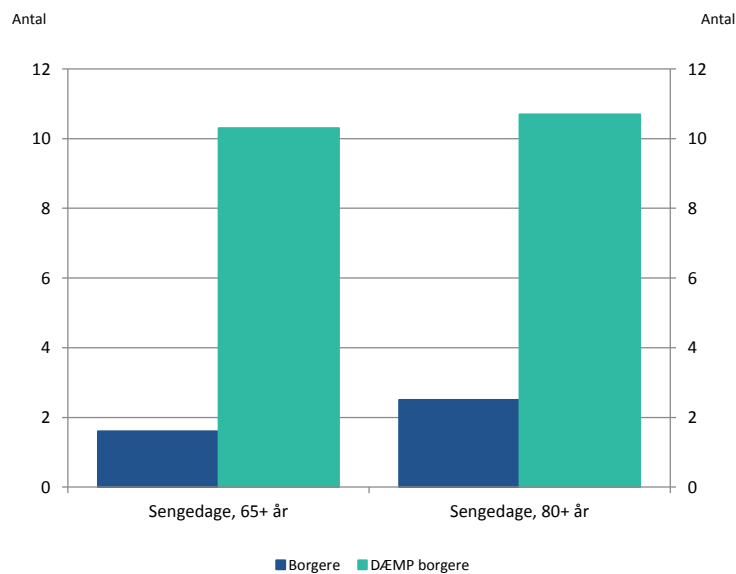


Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
 Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Det lavere antal ambulante besøg for ældre medicinske patienter på 80+ år skal ses i forhold til, at ca. 70 pct. af denne gruppe modtog kommunale pleje- og omsorgsydelser eller havde bopæl på plejebolig (se figur 6), mens det for den samlede gruppe af ældre medicinske patienter (65+ år) var knap 50 pct. (se figur 5). De færre ambulante besøg kan skyldes, at en mindre andel af de 80+ årige er i screeningsforløb eller at visse ambulante besøg forebygges eller erstattes af den kommunale kontakt, der som nævnt er større for denne gruppe.

Ældre medicinske patienter var i gennemsnit indlagt i samlet godt ti dage i hele 2014, mens ældre borgere generelt (65+ år) gennemsnitligt var indlagt i alt knap to dage, jf. figur 9. Forskellen hænger sammen med det højere antal indlæggelser blandt ældre medicinske patienter (se figur 7). Ældre medicinske patienter på 80+ år var i gennemsnit indlagt i knap elleve dage i 2014.

Figur 9. Samlet antal indlæggelsesdage (alle indlæggelser) pr. borger, 2014



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

Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

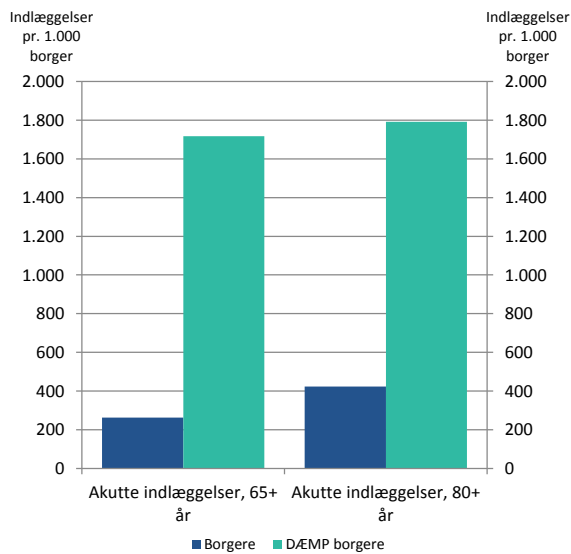
Der ses ikke stor forskel mellem den samlede indlæggelsestid for ældre medicinske patienter på 80+ år i forhold til den samlede gruppe af ældre medicinske patienter. Dette kan skyldes, at terminale patienter, som udgør en tredjedel af medicinske patienter på 80+ år *jf. Bilag 2, Bilagsboks 3*, er frasorteret i opgørelsen. En større andel af ældre medicinske patienter på 80+ år end ældre medicinske patienter (65+ år) modtog intensive kommunale pleje- og omsorgsydelser (se figur 5 og 6), hvilket også kan have betydning for borgernes indlæggelsestid.

Ældre medicinske patienter blev i gennemsnit akut indlagt syv gange hyppigere end ældre borgere generelt

Ældre medicinske patienter havde i gennemsnit knap syv gange flere akutte indlæggelser i 2014 end ældre borgere generelt (65+ år), mens ældre medicinske patienter på 80+ år havde knap 5 gange flere akutte indlæggelser end ældre borgere (80+ år), *jf. figur 10*.

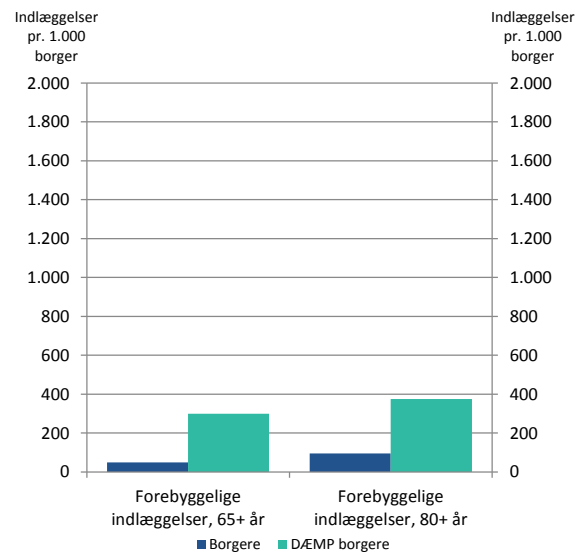
Samme niveauforskel gælder forebyggelige indlæggelser. Blandt ældre medicinske patienter var der i gennemsnit knap 300 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borger (65+ årige) i 2014, mens der var knap 50 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere generelt (65+ år), *jf. figur 11*.

I forhold til hele gruppen af ældre medicinske patienter (65+ år) var ældre medicinske patienter på 80+ år i gennemsnit en smule hyppigere akut indlagt og havde knap en fjerdedel flere forebyggelige indlæggelser pr. borger.

Figur 10. Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borger, 2014

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

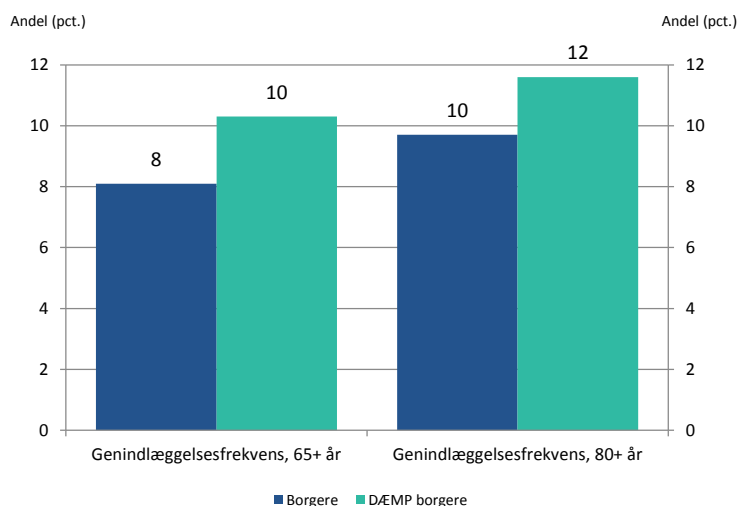
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Figur 11. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borger, 2014

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

Anm.: Antallet af forebyggelige indlæggelser pr. borger er mindre end 0,0 for borgere (65+ år), hvorfor værdien ikke kan ses. Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

En større andel af indlæggelserne blandt ældre medicinske patienter blev efterfulgt af en akut genindlæggelse end hos de ældre borgere generelt (65+ år). Genindlæggelsesfrekvensen for ældre medicinske patienter var således 10 pct., mens den var 8 pct. for ældre generelt, *jf. figur 12*. Genindlæggelsesfrekvensen var højere blandt borgere på 80+ år i forhold til hele gruppen af ældre borgere (65+ år), og var 12 pct. blandt ældre medicinske patienter på 80+ år.

Figur 12. Andel af akutte genindlæggelser, pct., 2014

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

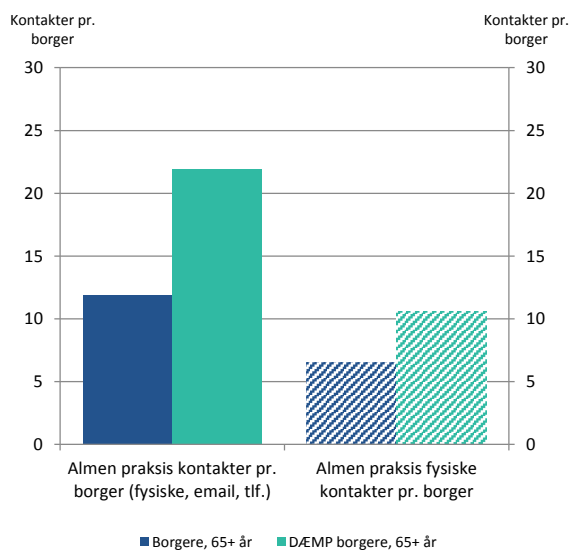
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Ældre medicinske patienter havde i gennemsnit dobbelt så mange kontakter til almen praksis som ældre borgere generelt

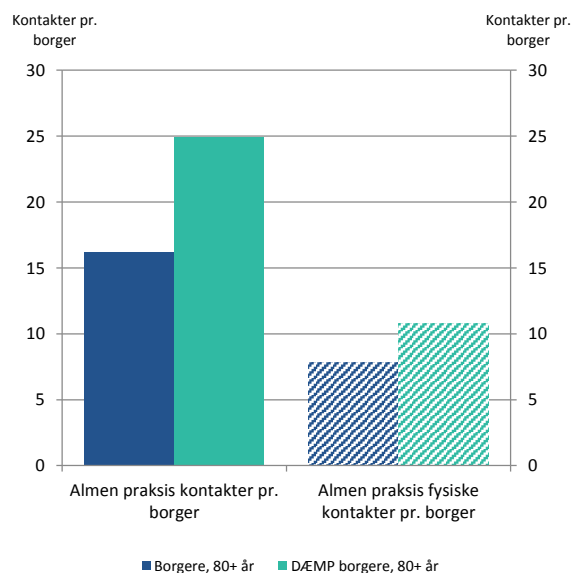
Ældre medicinske patienter var også hyppigere i kontakt med almen praksis end ældre borgere generelt. I gennemsnit havde hver ældre medicinsk patient 22 kontakter inkl. e-mail og telefonkonsultationer til almen praksis i 2014, hvor ældre borgere (65+ år) gennemsnitligt havde 12 kontakter til almen praksis, jf. figur 13.

I forhold til hele gruppen (65+ år) havde de ældste borgere (80+ år) hyppigere kontakt til almen praksis blandt både ældre medicinske patienter og borgere generelt. Ældre medicinske patienter på 80+ år havde i gennemsnit 25 kontakter til almen praksis, mens ældre borgere generelt (80+ år) havde 16 kontakter, jf. figur 14.

Figur 13. Antal almen praksis kontakter, herunder fysiske almen praksis kontakter, pr. borger, 65+ år, 2014



Figur 14. Antal almen praksis kontakter, herunder fysiske almen praksis kontakter, pr. borger, 80+ år, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregistret, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregistret, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

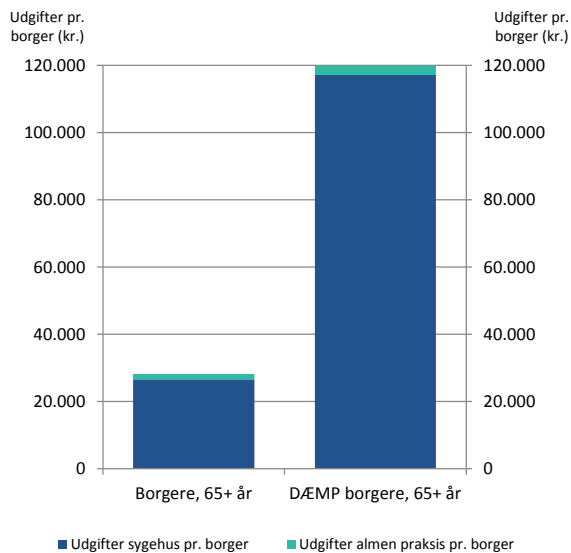
Udgifterne til sygehusbehandling af ældre medicinske patienter var i gennemsnit fire gange højere end udgifterne til behandling af ældre borgere generelt

De ældre medicinske patienters hyppigere kontakt med henholdsvis sygehus og almen praksis ses også i udgiftsniveauet, hvor de gennemsnitlige udgifter til sygehus og almen praksis var fire gange højere for ældre medicinske patienter (65+ år) end ældre borgere generelt, mens udgifterne til ældre medicinske patienter på 80+ år var tre gange højere end til borgere (80+ år) generelt.

De gennemsnitlige udgifter til sygehus og almen praksis pr. ældre medicinsk patient (65+ år) var således 120.000 kr., mens de gennemsnitlige udgifter udgjorde knap 30.000 kr. pr. ældre borger (65+ år) generelt, jf. figur 15. Udgifterne til sygehusbehandling pr. borger var lidt lavere for ældre medicinske patienter på 80+ år end for hele gruppen af ældre medicinske patienter (65+ år), idet

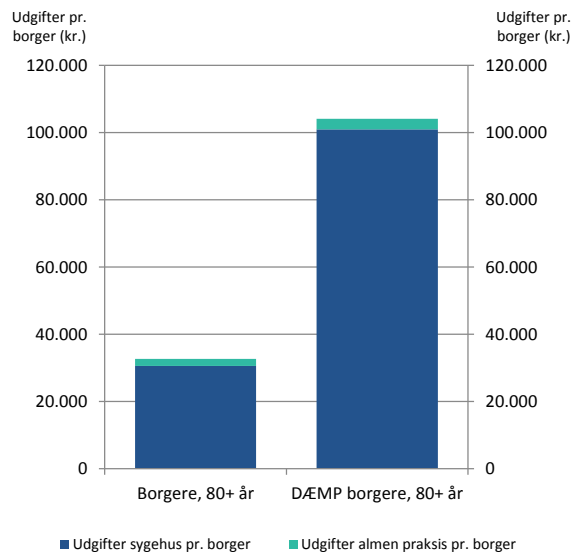
det samlede udgiftsniveau til sygehus og almen praksis pr. medicinsk patient på 80+ år var godt 100.000 kr., jf. figur 16.

Figur 15. Udgifter til sygehusbehandling og behandling i almen praksis pr. borger 65+ år (kr.), 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregistret, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
 Anm.: Udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, mens udgifter til almen praksis opgøres er ydelseshonorar. Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

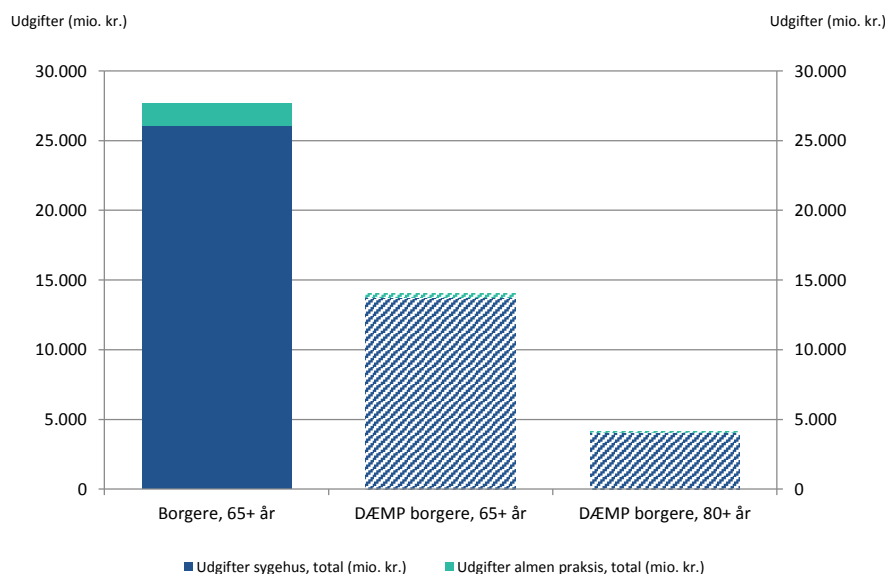
Figur 16. Udgifter til sygehusbehandling og behandling i almen praksis pr. borger 80+ år (kr.), 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregistret, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
 Anm.: Udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, mens udgifter til almen praksis opgøres er ydelseshonorar. Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Halvdelen af de samlede udgifter til behandling på sygehus og i almen praksis for ældre borgere generelt (65+ år) gik til behandling af de ældre medicinske patienter, som udgjorde 12 pct. af gruppen af ældre (se figur 1), jf. figur 17. Udgifterne til behandling af ældre medicinske patienter på 80+ år udgjorde ca. 15 pct. af udgifterne til behandling af de ældre 65+ årige, mens gruppen af 80+ årige ældre medicinske patienter udgjorde ca. 4 pct. af gruppen af ældre (65+ år).

Figur 17. Fordeling af de samlede udgifter til sygehusbehandling og almen praksis, pct., 2014



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

Anm.: Udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, mens udgifter til almen praksis opgøres som ydelsehonorar. I opgørelsen indgår alle borgere, som pr. 1. januar 2014 var fyldt 65 år, hvilket afviger fra de øvrige opgørelser, som er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen på opgørelses tidspunktet har valideret kontaktdberetningerne.

Det bemærkes, at udgifter til medicintilskud, psykiatrisk behandling og speciallægebehandling ikke medregnes, ligesom psykiatrien heller ikke indgår i kontakttanalysen. Var disse indregnet ville de gennemsnitlige såvel som de totale udgifter være højere.

Ældre medicinske patienter ses ofte i både det kommunale og det regionale sundhedsvæsen

Der er væsentlige snitflader mellem sektorerne, hvor den samme patient ofte vil være i kontakt med både det kommunale og det regionale sundhedsvæsen. Dette gælder især de ældre medicinske patienter, hvor det ovenfor ses at antallet af kontakter til sygehus og almen praksis pr. borger er højere end blandt ældre borgere generelt, samtidig med at ca. 50 pct. af ældre medicinske patienter modtog kommunale pleje og omsorgsydelser i 2014 (se figur 3).

I det følgende belyses kontakttfladerne med henblik på at identificere, hvilke områder en indsats for at skabe en sammenhængende behandling af ældre medicinske patienter vil kunne have størst effekt og/eller effekt for flest.

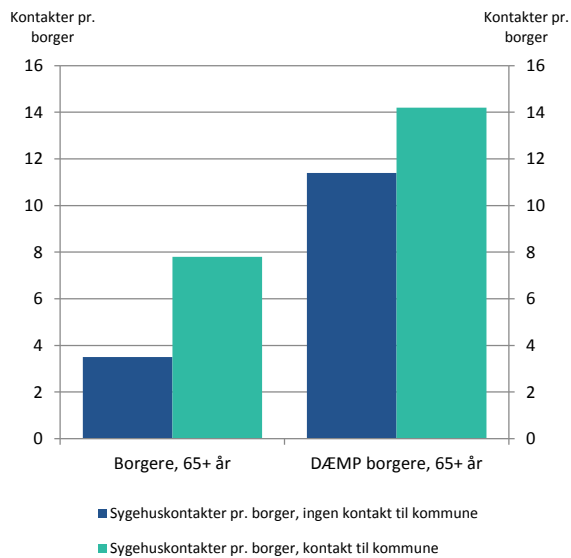
Ældre medicinske patienter i kontakt med kommunen havde hyppigere kontakt til både sygehus og almen praksis end ældre medicinske patienter uden kontakt til kommunen

Ældre medicinske patienter (65+ år), som modtog kommunale pleje og omsorgsydelser, havde i gennemsnit 14 kontakter til sygehus (somatiske indlæggelser og ambulante besøg) og 27 kontakter til almen praksis i 2014, mens ældre medicinske patienter uden kontakt til kommunen havde 11 sygehuskontakter og 17 kontakter til almen praksis, *jf. figur 18 og figur 19*.

Forskellen er den samme blandt ældre borgere generelt (65+ år), hvor ældre borgere i kontakt med kommunen i gennemsnit havde 4 flere sygehuskontakter og 11 flere kontakter til almen praksis end ældre borgere, uden kontakt til kommunen.

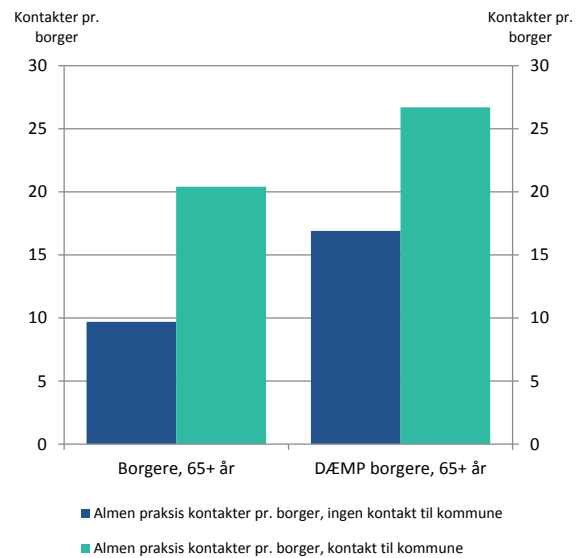
Det højere antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt ældre medicinske patienter, som var i kontakt med kommunen, indikerer, at der er et væsentligt sammenhængspotentiale mellem den kommunale og den regionale sektor.

Figur 18. Sygehuskontakter pr. borger for borgere med kontakt til kommunen og borgere uden kontakt til kommunen, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Figur 19. Almen praksis kontakter pr. borger for borgere med kontakt til kommunen og borgere uden kontakt til kommunen, 2014



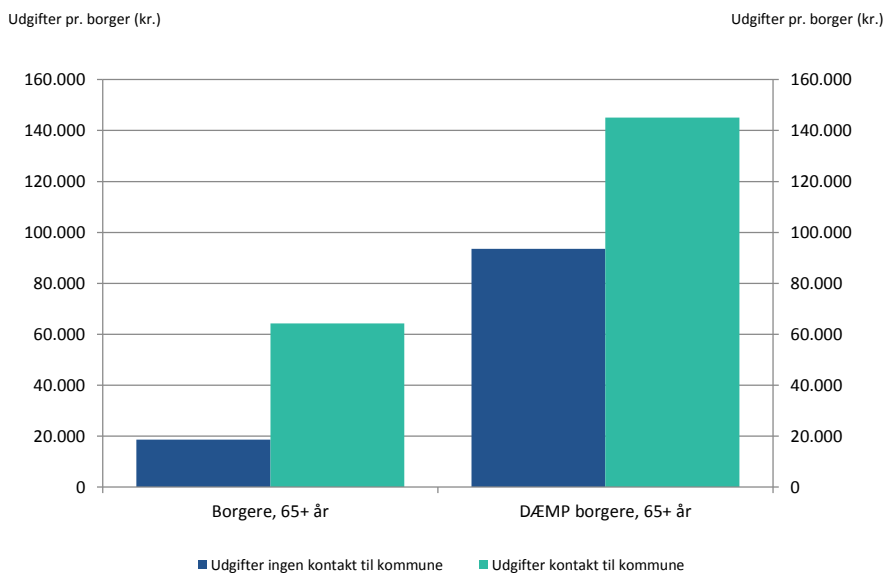
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregistret, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Borgere, som modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, indebærer også de største udgifter til behandling i det regionale sundhedsvæsen

Det højere antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt borgere, der modtog kommunale pleje- og omsorgsydelser, betyder, at de gennemsnitlige udgifter til behandling på sygehus og i almen praksis er højere end borgere uden kontakt til kommune.

Blandt ældre medicinske patienter udgjorde forskellen i de gennemsnitlige udgifter mellem borgere hhv. med og uden kontakt til kommunen godt 50.000 kr., jf. figur 20. Således var udgifterne til sygehusbehandling og almen praksis for ældre medicinske patienter (65+) med kontakt til kommunen gennemsnitligt ca. 145.000 kr. pr. borger, mens den for ældre medicinske patienter, der ikke modtog kommunale pleje og omsorgsydelser var ca. 94.000 kr. (den gennemsnitlige udgift pr. ældre medicinske patient (65+ år) var ca. 120.000 kr., se figur 15.)

Figur 20. Udgifter til sygehusbehandling og behandling i almen praksis pr. borger (kr.), 2014



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

Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Antallet af kontakter til sygehus og almen praksis er højere blandt ældre medicinske patienter, der modtog en mere intensiv kommunale pleje- og omsorgsydelse

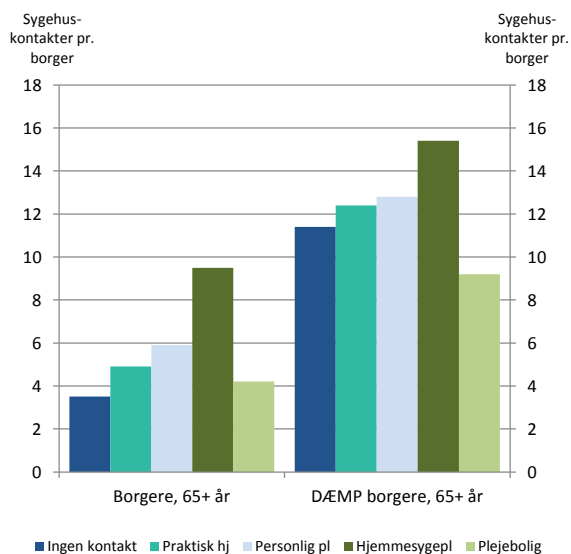
Sammenlignes det gennemsnitlige antal af kontakter til sygehus og almen praksis blandt borgere, der modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, stiger antallet af kontakter med intensiteten af den kommunale ydelse⁵, det gælder både for ældre borgere generelt og for ældre medicinske patienter. Årsagen kan være, at faldende funktionsevne øger borgernes behov for behandling.

Ældre medicinske patienter, der modtog hjemmesygepleje, havde det højeste antal sygehuskontakter gennemsnitligt, jf. figur 21, hvilket kan hænge sammen med, at mange borgere udskrives til eget hjem med behov for hjemmesygepleje efterfølgende. Ældre medicinske patienter med bopæl i plejebolig havde det laveste antal sygehuskontakter.

Det lavere antal sygehuskontakter blandt ældre medicinske patienter med bopæl i plejebolig kan skyldes mindre deltagelse i behandlings- og screeningsforløb, og at sygehuskontakter forebygges eller erstattes af kommunal pleje. En anden mulig årsag kan være frasorteringen af patienter, der døde i løbet af året (se Bilagsboks 2, Bilag 2).

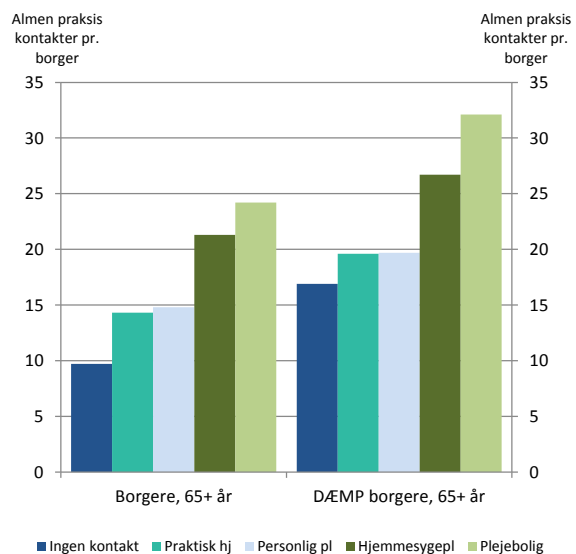
⁵ Se bilagsboks 4, bilag 2, vedrørende intensitet af kommunal kontakt

Figur 21. Sygehuskontakter pr. borger fordelt på borgerens mest intensive kontakt til kommunen, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Figur 22. Almen praksis kontakter pr. borger fordelt på borgerens mest intensive kontakt til kommunen, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregistret, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Ældre medicinske patienter med bopæl i plejebolig havde 32 kontakter til almen praksis, hvilket er knap dobbelt så mange kontakter som ældre medicinske patienter uden kontakt til kommunen, jf. figur 22. Blandt ældre borgere generelt (65+ år) er antallet af almen praksis kontakter ligeledes stigende med intensiteten af den kommunale kontakt, hvor ældre borgere med bopæl i plejebolig har det højeste antal kontakter til almen praksis. Det viser, at der er en stor kontaktflade mellem de to sektorer, hvor især ældre medicinske patienter med bopæl i plejebolig har hyppig kontakt med almen praksis.

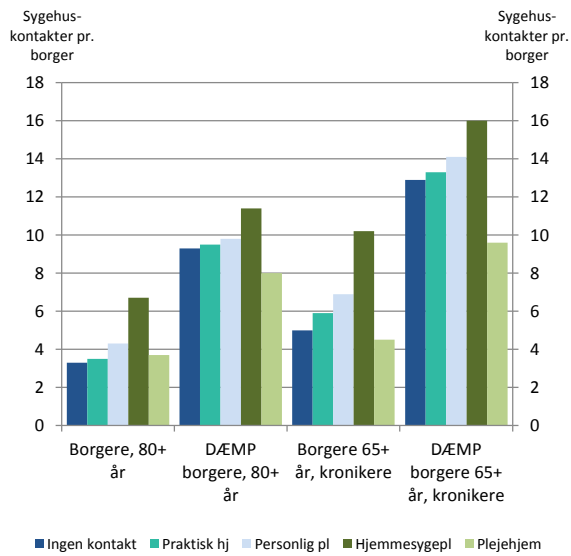
Kontaktmønsteret for borgere på 80+ år er det samme som blandt borgere på 65+ år

Opgørelser af kontakten til sygehus og almen praksis for borgere på 80+ år og borgere med kronisk sygdom viser samme mønster for aktiviteten fordelt efter borgernes mest intensive kommunale kontakt som for hele gruppen af ældre borgere (65+ år).

Antallet af sygehuskontakter er højest blandt borgere, der modtager hjemmesygepleje, hos både borgere på 80+ år og borgere med kronisk sygdom, mens borgere uden kontakt til kommune og borgere i plejebolig har færrest sygehuskontakter, jf. figur 23.

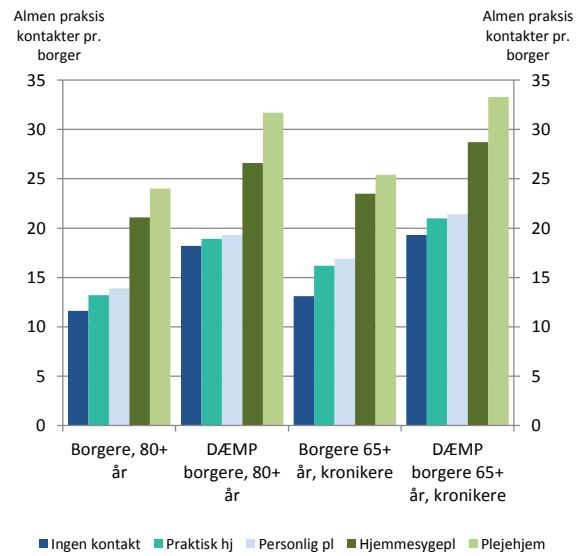
Borgere med bopæl i plejebolig havde flest almen praksis kontakter blandt borgere på 80+ år og borgere med kronisk sygdom, hvor antallet af almen praksis kontakter var omkring halvdelen blandt borgere uden kontakt til kommunen, jf. figur 24.

Figur 23. Sygehuskontakter pr. borger, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og de pr. marts 2015 reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
 Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

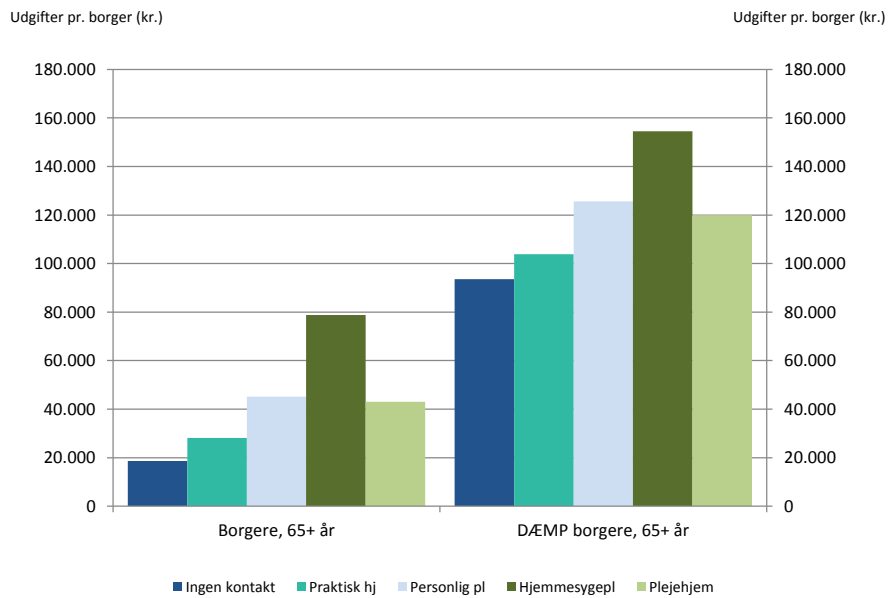
Figur 24. Almen praksis kontakter pr. borger, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregistret og de pr. marts 2015 reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Sundhedsdatastyrelsen og CPR.
 Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Bilag 1. Supplerende opgørelser

Figur B1.1 Udgifter til sygehusbehandling og behandling i almen praksis pr. borger (kr.), 2014



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

Anm.: Opgørelsen er afgrænset til borgere med bopæl i kommuner, hvor Sundhedsdatastyrelsen har valideret kontaktindberetningerne.

Bilag 2. Definitioner og afgrænsninger af data

Bilagsboks 1. Definition af ældre medicinske patienter

Ældre medicinske patienter defineres som personer på 65 år eller ældre, som i løbet af 2014 har haft én eller flere medicinske sygehusindlæggelser med udskrivning i det pågældende år. Medicinske sygehusindlæggelser defineres som indlæggelser, hvor patienten har været på en medicinsk afdeling i løbet af indlæggelsesforløbet. Der kan også indgå ikke-medicinske afdelinger i indlæggelsesforløbet.

Medicinske afdelinger defineres som afdelinger med specialekode 1-20 ekskl. speciale 15 'Akut medicin'. Speciale 15 er siden 2014 blevet brugt på sygehusene til at registrere indlæggelser på akutafdelinger, hvor medicinske indlæggelser kun udgør en andel af indlæggelserne. Det betyder, at både medicinske og ikke-medicinske indlæggelser registreres på speciale 15, *jf. 'Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015'*.

Regionernes brug af speciale 15 varierer, hvor specialekoden primært anvendes i Region Sjælland og Region Midtjylland, mens den ikke bruges i Region Syddanmark. Frasorteringen af speciale 15 har ikke nævneværdig betydning for analysen, hvor resultaterne kun ændres marginalt ved inklusion af speciale 15.

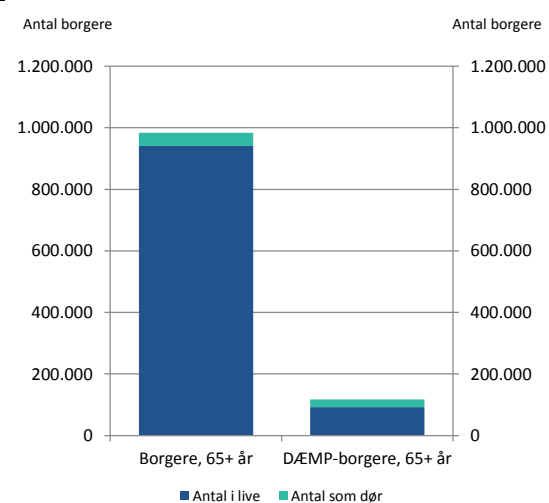
Personer, som udelukkende har haft indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen er kræft (DC ICD-10 koderne), eller hvor sygehusindlæggelsen har fundet sted på onkologisk afdeling tæller ikke med i opgørelsen.

Bilagsboks 2. Afgrænsning af population

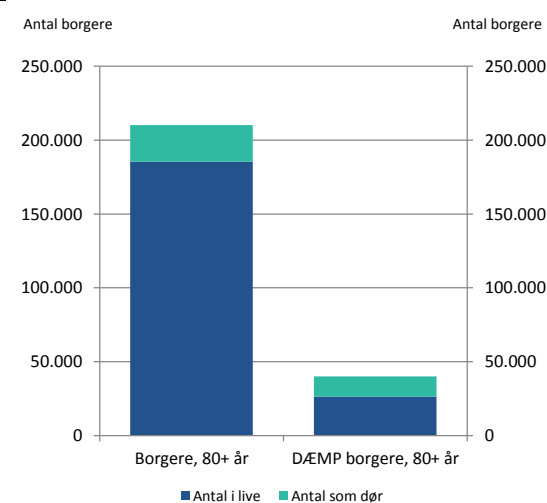
Populationen omfatter borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er ikke medtaget. Formålet med dette er at sikre, at grupperne er sammenlignelige. Terminale patienter* udgør en særlig gruppe, hvis forbrug af sundhedsvæsenet er væsentligt højere end den øvrige befolknings. Set i lyset af denne analyses formål bør disse borgere derfor analyseres særskilt.

Ud af de ca. 984.000 borgere, som var fyldt 65 år pr. 1. januar 2014, var der knap 43.000 som døde i 2014, svarende til godt 4 pct., *jf. figur B2.1*. Til sammenligning døde 24.000 af de ca. 117.000 ældre medicinske patienter i 2014, svarende til 21 pct. Samme niveauforskel mellem borgere generelt og ældre medicinske patienter ses for 80+ år, *jf. figur B2.2*.

Figur B2.1. Antal ældre borgere og antal ældre medicinske patienter, 65+ år, som dør i løbet af året, 2014



Figur B2.2. Antal ældre borgere og antal ældre medicinske patienter, 80+ år, som dør i løbet af året, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes EOI-data og CPR.
Anm.: I opgørelsen indgår alle borgere, som pr. 1. januar 2014 var fyldt 65 år. Uddybning af afgrænsning findes i Bilag 3.

Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen, og CPR.
Anm.: I opgørelsen indgår alle borgere, som pr. 1. januar 2014 var fyldt 65 år. Uddybning af afgrænsning findes i Bilag 3.

Den højere andel af terminale patienter blandt ældre medicinske patienter indikerer, at ældre medicinske patienter udgør en svagere gruppe af borgere end ældre borgere generelt. Frasorteringen af terminale patienter, som ofte er i hyppigere kontakt til sygehus end andre patienter, betyder, at det gennemsnitlige antal kontakter pr. borger bliver lavere i begge grupper. Dette har især betydning for ældre medicinske patienter, hvor en tredjedel af borgerne døde i løbet af året.

* I denne analyse bruges betegnelsen 'terminale patienter' om borgere, der dør i løbet af året.

Bilagsboks 3. Grupper i analysen og geografisk afgrænsning

I figur 1 og figur 2 indgår alle borgere som pr. 1. januar 2014 var fyldt 65 år og havde bopæl i en dansk kommune (udfyldning af afgrænsning findes i Bilag 1). Borgere med kronisk sygdom er identificeret ved hjælp af de pr. marts 2015 reviderede algoritmer til brug for dannelse af RUKS, og har mindst én af de inkluderede kroniske sygdomme.

Opgørelserne i de følgende afsnit er afgrænset til data for kommuner, som Sundhedsdatastyrelsen på opgørelsestidspunktet har valideret (definition af kommunal kontakt og metode til udvælgelse af kommuner findes i Bilag 1). I alt 60 kommuner medtages i analysen.

Ud af de 117.000 ældre medicinske patienter på 65+ år i 2014 var 73.000 bosiddende i de inkluderede kommuner, svarende til 62 pct., mens det gjaldt 607.000 af de ca. 984.000 65+årige på landsplan svarende til samme andel, jf. Bilag 1.

Bilagsboks 4. Kommunal kontakt

De kommunale kontakttyper er rangordnet efter forventet intensitet af pleje- og omsorg, hvor borgerne tildeles den mest intensive kontaktttype, som de har modtaget det aktuelle år.

Rangordning af kontaktttyper:

- 1) Plejebolig
- 2) Hjemmesygepleje
- 3) Personlig pleje
- 4) Praktisk bistand

Kontakttypens intensitet er fastsat ud fra en vurdering af, hvor plejkrævende borgeren er for at modtage den pågældende kontaktttype. Den kommunale kontakt kan derved give en indikation af borgerens funktionsniveau, hvor kontaktttypens intensitet er større, jo lavere borgerens funktionsniveau er.

Bilag 3. Metode

Datakilder

CPR-registeret pr. 2. november 2015.

Landspatientregisteret pr. 10. marts 2015.

Landspatientregisteret (DRG-grupperet), årsopgørelsen 2014 pr. 10. marts 2015.

Sygesikringsregisteret (DRG-grupperet), årsopgørelsen 2014 pr. 10. marts 2015.

De reviderede udtræksalgoritmer (marts 2015) til dannelsen af registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne (EOJ-data).

Kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen (18. januar 2016).

Population

Populationen omfatter alle borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er taget ud.

I opgørelsen indgår kun borgere med bopæl i kommuner, hvor oplysninger om "kommunal kontakt" er valideret af Sundhedsdatastyrelsen (se definition af kommunal kontakt herunder). På opgørelsestidspunktet var i alt 60 kommuner valideret. Sundhedsdatastyrelsen har valideret iht. om kommuner har foretaget indberetninger i alle årets 12 måneder og om antallet af kontakter er faldet med mere end 40 pct. fra 2013 til 2014, hvilket indebærer frasortering. Følgende 38 kommuner er indtil videre ikke inkluderet i opgørelsen:

Allerød, Frederiksberg, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby, Allerød, Rudersdal, Køge, Roskilde, Gribskov, Slagelse, Lejre, Næstved, Guldborgsund, Middelfart, Assens, Kerteminde, Odense, Langeland, Ærø, Billund, Sønderborg, Varde, Horsens, Vejle, Holstebro, Lemvig, Struer, Syddjurs, Norddjurs, Silkeborg, Samsø, Ringkøbing-Skjern, Hedensted, Skive, Brønderslev, Jammerbugt og Hjørring.

Ud af de 117.000 ældre medicinske patienter i 2014 var knap 73.000 borgere bosiddende i kommuner, der indgår i opgørelsen.

Kommunal kontakt

Borgeren er i kontakt med kommunen, hvis borgeren i løbet af 2014 har modtaget én eller flere af følgende pleje- og omsorgsydelser (registreret i Elektronisk OmsorgsJournaldata, EOJ-oplysning):

- Hjemmesygepleje
- Personlig pleje
- Praktisk bistand⁶

eller borgeren i løbet af året har haft bopæl i en kommunal plejebolig (Plejeboligoplysninger).

⁶ Praktisk bistand inkluderer madservice. Det er ikke muligt at adskille madservice fra den øvrige praktiske bistand, da praktisk bistand alene er opgjort i tid. For at frasortere madservice fra praktisk bistand skal en kontakt registreret som praktisk bistand skal være længere end 2 min. for at tælle som en kontakt. Ved at definere madservice som praktisk bistand på 2 minutter eller derunder, skønnes madservice på baggrund af denne definition at udgøre ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren alene modtager praktisk bistand.

Inddeling efter mest (pleje) ”intensive” kommunale kontakt

Borgerne inddeles efter dominerende kommunale kontakt, hvor pleje- og omsorgsydelserne klassificeres således, at modtageren kun tælles med i én af grupperne. Modtagere af flere ydelser henføres først til plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem, jf. Bilagsboks 4.

Forbehold vedr. EOJ-data

For oplysninger om personlig pleje og praktisk bistand anvendes ’leveret tid’. Indberetningerne er i en vis udstrækning mangelfulde som følge af bl.a. manglende indberetning fra særligt de private leverandører. Ca. 50 pct. af borgerne, som udelukkende har modtaget praktisk bistand, har valgt private leverandører (DST tabel AED12). Det indebærer en vis usikkerhed i omfanget af praktisk bistand, særligt for de kommuner, hvor borgerne i højere grad benytter sig af private leverandører. Oplysninger om hjemmesygepleje er tilsvarende mangelfuldt indberettet.

Herudover er der følgende forbehold ved data:

- Besøg af hjemmesygeplejen kan være udført af andre sundhedsfaglige personer end sygeplejersker, såfremt den ’sygeplejefaglige’ opgave er uddelegeret til andre faggrupper.
- Sondringen mellem hjemmesygepleje (efter sundhedsloven) og hjemmepleje (efter serviceloven) i kommunerne kan være tolket forskelligt på tværs af kommunerne.

Den ældre medicinske patient

Ældre medicinske patienter defineres som personer på 65 år eller ældre, som i løbet af 2014 har haft én eller flere medicinske sygehusindlæggelser med udskrivning i det pågældende år.

Medicinske sygehusindlæggelser defineres som indlæggelser, hvor patienten har været på en medicinsk afdeling i løbet af indlæggelsesforløbet. Der kan også indgå ikke-medicinske afdelinger i indlæggelsesforløbet.

Medicinske afdelinger defineres som afdelinger med specialekode 1-20 ekskl. speciale 15. Personer, som udelukkende har haft indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen er kræft (DC ICD-10 koderne), eller hvor sygehusindlæggelsen har fundet sted på onkologisk afdeling tæller ikke med i opgørelsen.

Borgere med kronisk sygdom og demens

Antallet af personer med kronisk sygdom og demens er opgjort på baggrund af de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), hvor personer med kronisk sygdom og demens identificeres vha. nationale sundhedsregistre. Personer indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Dvs. personer, der ikke har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller indlöst medicin mod deres sygdom, ikke indgår i opgørelsen. Personer med de udvalgte kroniske sygdomme og demens kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser.

De udvalgte sygdomme er:

- KOL
- Diabetes type 1
- Diabetes type 2

- Osteoporose
- Leddegigt
- Astma
- Hjertesvigt
- Demens

Det er ikke muligt i algoritmen at have KOL og astma eller type 1 og type 2 diabetes samtidig. Derfor vil en person med KOL ikke kunne indgå i populationen med astma eller omvendt. Tilsvarende gælder for type 1 og type 2 diabetes.

Grupperinger i opgørelserne

Total: alle borgere på 65 år og derover på det relevante niveau

80+ år: borgere på 80 år og derover

Borgere med kronisk sygdom og demens (se definition ovenfor)

Ingen kontakt til kommune: personer der ikke har modtaget en af de fire udvalgte former for kommunal kontakt (se definition ovenfor)

Kontakt: personer der har modtaget mindst én af de fire udvalgte former for kommunal kontakt (se definition ovenfor).

Aktiviteter og udgifter i analyserne

Somatisk sygehusaktivitet

Somatisk sygehusaktivitet er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), hvor alt aktivitet på offentlige sygehuse samt aktivitet på private sygehuse, som er offentlig finansieret, er inkluderet. Raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderes fra opgørelserne.

Ambulant besøg

Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling. En patient kan godt have besøg på mere end én afdeling samme dag, hvorved der reelt kan indgå flere besøg pr. dag. Der indgår tal for fremmøde på en skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Samme definition kan findes i 'Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014'.

Indlæggelse

Ved en indlæggelse forstås en tidsmæssigt sammenhængende indlæggelse på et sengeafsnit på samme sygehus. Overflytninger mellem sygehusafdelinger på samme sygehus regnes således som én sygehusindlæggelse. Indlæggelser ses som tidsmæssigt sammenhængende, såfremt afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse finder sted på samme dato. På somatiske sygehuse opgøres antallet sygehusudskrivninger, og opgørelsesåret bestemmes ud fra udskrivningstidspunktet.

Samme definition kan findes i 'Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014'.

Akutte indlæggelser

Akutte indlæggelser defineres som alle indlæggelser, hvor indlæggelsesmåden er akut.

Forebyggelige indlæggelser

Opgørelsen af forebyggelige indlæggelser er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), hvor alt aktivitet på offentlige sygehuse er inkluderet.

Forebyggelige indlæggelser defineres som indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen på den første indlæggelseskontakt hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Aktionsdiagnosekoder: Dehydrering (DE869), Forstoppelse (DK590), Nedre luftvejssygdom (DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47), Blærebetændelse (DN30, undtaget DN303 og DN304), Gastroenteritis (DA09), Brud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92), Ernæringsbetinget anæmi (DD50, DD51, DD52, DD53), Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74, DZ75), Tryksår (DL89).

Samme definition kan findes i 'Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015'.

Genindlæggelser

Opgørelsen af akutte genindlæggelser er baseret på Landspatientsregisteret, og afgrænset til indlæggelser på offentlige sygehuse.

En somatisk genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- 1) Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse,
- 2) Indlæggelsen starter akut,
- 3) Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit, og
- 4) Patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på (primær-indlæggelsen), tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus. Der tages højde for genindlæggelser på tværs af årsskiftet og sygehuse. Genindlæggelser, der finder sted inden 30. januar, og som efterfølger en indlæggelse i det foregående år, regnes således med som en genindlæggelse i foregående år.

En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end 4 timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

Genindlæggelsesfrekvens opgøres som andelen af indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse (pct.).

Samme definition er anvendt i 'Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015'

Sygehusudgifter

Sygehusudgifterne er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet).

Regionale sygehusudgifter omfatter udgifter til sygehusbehandling (somatisk). Det bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, hvorfor der i teknisk forstand

ikke er tale om regionale udgifter. DRG-produktionsværdien er opgjort vha. taksterne i DRG og DAGS-systemet, som omfatter gennemsnitsomkostninger for forskellige behandlinger. Disse er baseret på regnskabs- og aktivitetsoplysninger på danske sygehuse, og anvendes i en lang række sammenhænge til bl.a. afregning af sygehusbehandlinger.

Aktivitet i almen praksis

Aktiviteten er afgrænset til almen praksis i dagtid for borgere med en gyldig dansk bopælsregion på behandlingstidspunktet samt oplysning om køn og alder. Kontakter til almen praksis dækker over ydelser i Sygesikringsregisteret, der er vurderet at udgøre en kontakt. Kontakt til almen praksis opgøres samlet og opdelt i fysiske kontakter. De fysiske kontakter udgøres af almindelige konsultationer, andre ydelser, der er vurderet at udgøre et fysisk fremmøde (fx vaccinationer) og sygebesøg. Der er maksimalt medtaget fem af samme ydelseskode fra samme afregningslinje.

Samme definitionen af kontakt kan findes i 'Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014'.

Udgifter til almen praksis

Udgifter til almen praksis omfatter bruttohonorar for samtlige almen praksis ydelser (dvs. både ydelser, der udgør en kontakt og tillægsydelser) afregnet i 2014, jf. Sygesikringsregisteret. Ydelseshonoraret er afgrænset til almen praksis i dagtid for borgere med en gyldig dansk bopælsregion på behandlingstidspunktet samt oplysning om køn og alder.