

11. DECEMBER 2019

Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom



Resumé

Analysen ser på voksne borgere i Danmark med kroniske sygdomme, og har særlig fokus på hvor hyppigt, de går til egen læge og speciallæge samt hvor ofte, de er på hospitalet.

Kronisk sygdom dækker i analysen over kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma.

Hovedresultater

- › Næsten alle borgere med kroniske sygdomme har årligt kontakt til almen praksis.
- › Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ser i gennemsnit egen læge to gange om måneden. Det er næsten tre gange mere end borgere uden kroniske sygdomme.
- › Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har dobbelt så mange sengedage på sygehuset som borgere uden kroniske sygdomme.
- › Størstedelen af ambulante besøg og sengedage for borgere med KOL er ikke KOL-relaterede.
- › De 10 pct. borgere med KOL, der står for de højeste hospitalsudgifter, står for omkring halvdelen af de beregnede somatiske hospitalsudgifter for borgere med KOL.

Boks 1: Kronisk sygdom

Kronisk sygdom omfatter i denne analyse:

- 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 september 2018, hvor personer med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre. Personer indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Det vil sige, at personer, der hverken har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller har indløst medicin mod deres sygdom ikke indgår i opgørelsen. Antallet af patienter med de udvalgte kroniske sygdomme kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser. I denne opgørelse er der alene fokus på de udvalgte kroniske sygdomme.

En person med KOL kan ikke indgå i populationen af personer med astma. Der vurderes KOL at være årsagen til behandling. Tilsvarende kan en person med type 2-diabetes ikke indgå i populationen af personer med type 1-diabetes.

Analysen omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Personerne skal samtidig have bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2017.

Der er i analysen også set særskilt på gruppen af borgere kun med KOL. Her er der set på borgernes KOL-relaterede kontakter og KOL-relaterede følgesygdomme. KOL-relaterede kontakter er defineret som kontakter på somatiske hospitalsafdelinger med aktionsdiagnosen kronisk obstruktiv lungesygdom, lungebetændelse samt respirationsinsufficiens med kronisk obstruktiv lungesygdom som bi-diagnose.

KOL-relaterede følgesygdomme omfatter hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, søvnapnø, ekstrem afmagring (kakeksi), knogleskørhed, angst og depression. Sameksisterende sygdom beskriver situationen med samtidig lungekræft.

Boks 2: Kontakter og udgifter i sundhedsvæsenet

I analysen ses der på borgere, der har modtaget behandling hos egen læge samt på somatiske hospitalsafdelinger på offentlige hospitaler eller private hospitaler, der er offentligt betalt.

Kontakter til hospitalssektoren omfatter det somatiske hospitalsvæsen og er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Kontakterne dækker indlæggelser og ambulante besøg på offentlige og private sygehuse, hvor behandlingen er offentligt betalt. Kontakter til egen læge (alment praktiserende læger) er baseret på oplysninger om afregnede bruttohonorarer for ydelser fra Sygesikringsregisteret.

Individbaserede udgifter forbundet med indlæggelser og ambulante besøg på somatiske afdelinger i sundhedsvæsenet er opgjort som **produktionsværdien** baseret på afregnede takster for Diagnose Relateret Gruppering (DRG-takster) ved indlæggelser og Dansk Ambulant Grupperings System (DAGS-takster) ved ambulante besøg.

Produktionsværdien er beregnet som **landsgennemsnitlige udgifter** for behandling af patienter, og er dermed ikke udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Det vil sige, at en given kontakt på sygehuset reelt kan have højere eller lavere udgifter forbundet med patientbehandlingen, end der bliver afregnet i produktionsværdi.

Der ses på somatiske hospitalsudgifter, da de udgør størstedelen af de samlede regionale sundhedsudgifter for borgere med KOL¹.

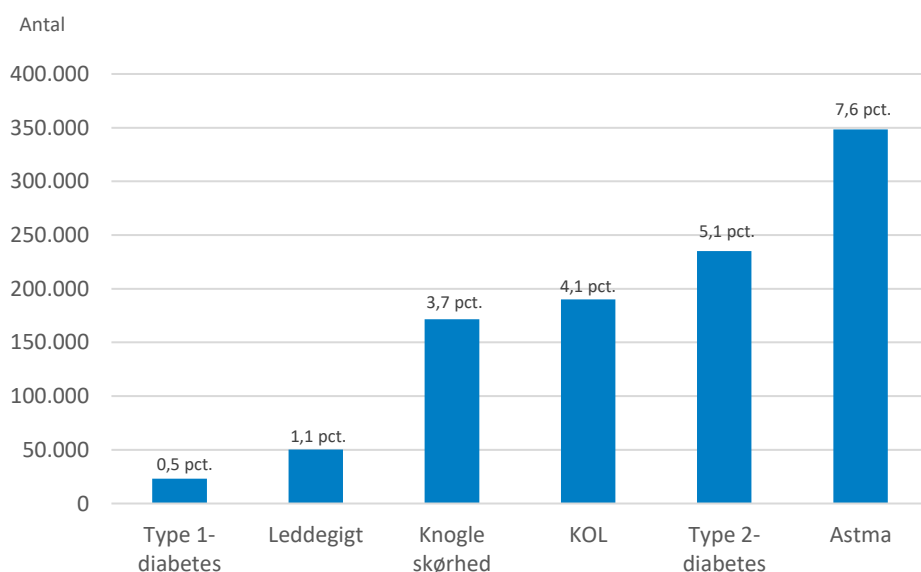
¹ Sundhedsdatastyrelsen (2018). *Profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017.*

Hver femte voksne borger har mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme

I 2017 har godt hver femte voksne borger i Danmark mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Det svarer til ca. 892.800 borgere.

Næsten 8 pct. af den voksne danske befolkning har astma, svarende til ca. 348.500 borgere, *jf.* Figur 1. Dermed er det den af de udvalgte kroniske sygdomme, som flest voksne danskere lever med. Type 1-diabetes og leddegigt er derimod de mindst udbredte kroniske sygdomme blandt de udvalgte. Omkring 4 pct. af den voksne danske befolkning har KOL, hvilket svarer til ca. 190.000 borgere.

Figur 1 Antal voksne borgere med og uden udvalgte kroniske sygdomme, opdelt på kroniske sygdomme, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, 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. 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.

Borgere uden kroniske sygdomme er divideret med 10 for at indgå i figuren.

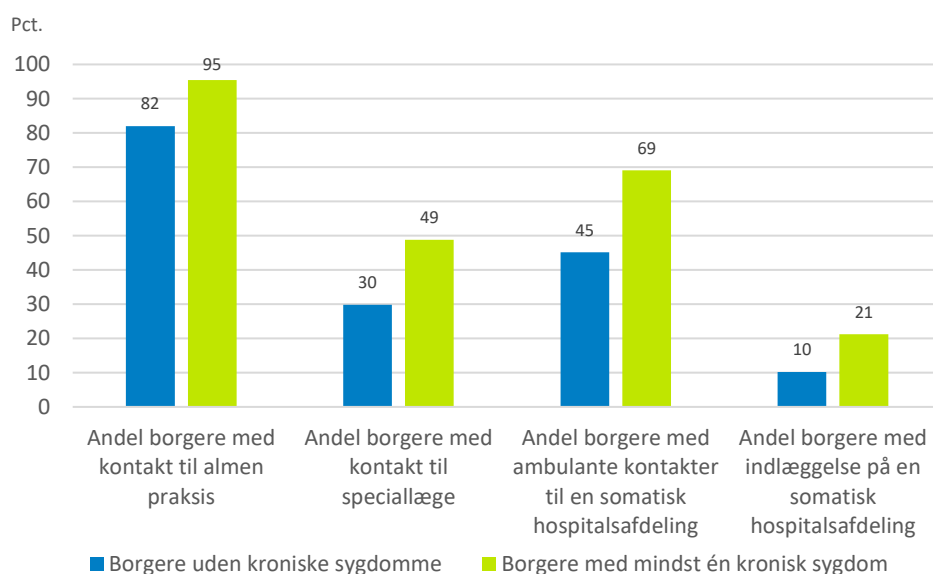
Næsten alle borgere med kroniske sygdomme har kontakt til almen praksis

Næsten alle borgere med kronisk sygdom har kontakt til egen læge i løbet af 2017, *jf.* Figur 2. Tilsvarende gælder det godt 80 pct. af borgerne uden kroniske sygdomme. Knap halvdelen af borgerne med mindst én kronisk sygdom har kontakt til en speciallæge. Det gælder 30 pct. af borgerne uden de udvalgte kroniske sygdomme.

Ca. 70 pct. af borgerne med mindst én kronisk sygdom har en ambulant kontakt til en somatisk hospitalsafdeling, mens det gælder 45 pct. af borgerne uden kroniske sygdomme.

Omkring 20 pct. af borgerne med mindst én kronisk sygdom er indlagt i løbet af 2017. Dermed er andelen dobbelt så stor som for borgere uden kroniske sygdomme, hvor 10 pct. er indlagt i løbet af 2017.

Figur 2 Andel voksne borgere med kontakt til sundhedsvæsenet, pct., 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

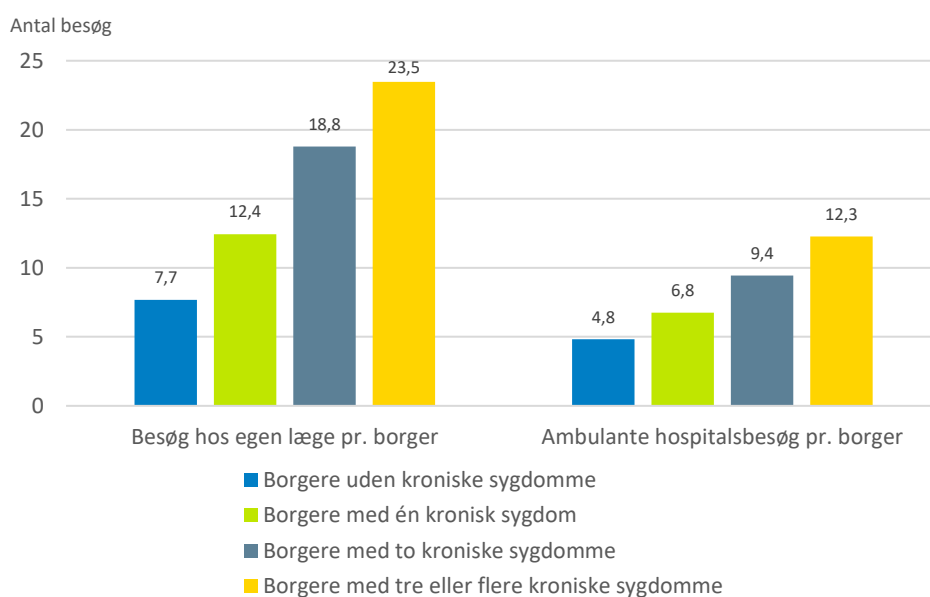
Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med 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.

Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme ser egen læge to gange om måneden

Borgere uden de udvalgte kroniske sygdomme har i gennemsnit kontakt til egen læge otte gange i 2017, *jf.* Figur 3. Borgere med én kronisk sygdom har kontakt til egen læge næsten dobbelt så mange gange på et år. Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme har i gennemsnit kontakt til egen læge 23 gange i 2017. Det svarer til næsten to gange om måneden.

De ambulante hospitalsbesøg stiger ligeledes med antallet af kroniske sygdomme. Borgere uden kroniske sygdomme har i gennemsnit fem ambulante besøg på en somatisk hospitalsafdeling, mens det tilsvarende er tolv gange for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Figur 3 Antal besøg i sundhedsvæsenet pr. borger med kontakt, opdelt på antallet af de udvalgte kroniske sygdomme, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

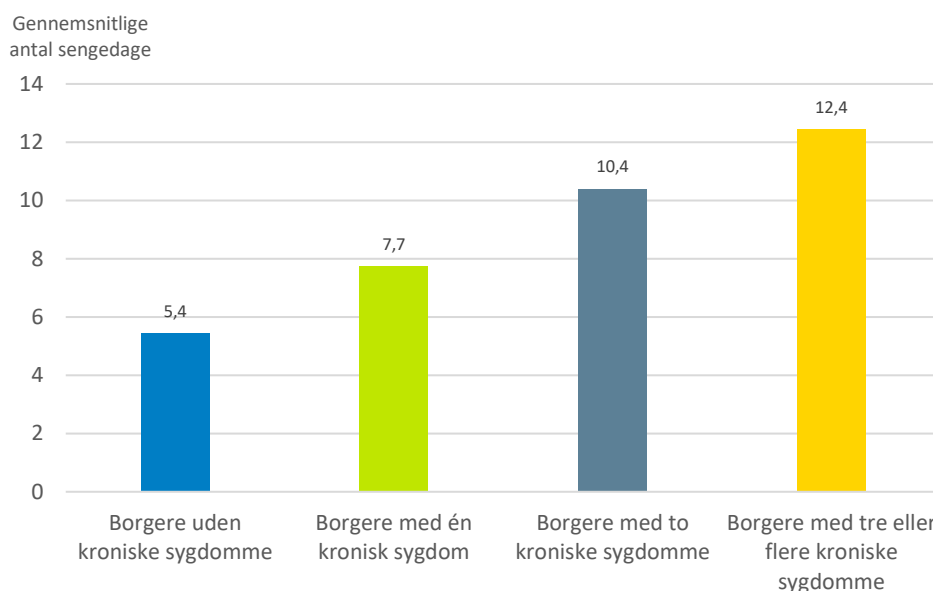
Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Ambulante besøg er på somatiske hospitalsafdelinger. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. RUKS er 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.

Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er indlagt tolv dage på et år

Borgere uden en af de udvalgte kroniske sygdomme, der er indlagt, er i gennemsnit indlagt godt fem dage i 2017, jf. Figur 4. Borgere med én kronisk sygdom, der er indlagt, er gennemsnitligt indlagt knap otte dage.

Borgere med tre eller flere kroniske sygdomme, der er indlagt, er gennemsnitligt indlagt dobbelt så længe som borgere uden kroniske sygdomme.

Figur 4 Antal sengedage på en somatisk hospitalsafdeling pr. borger med en indlæggelse, opdelt på antallet af de udvalgte kroniske sygdomme, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, 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. 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.

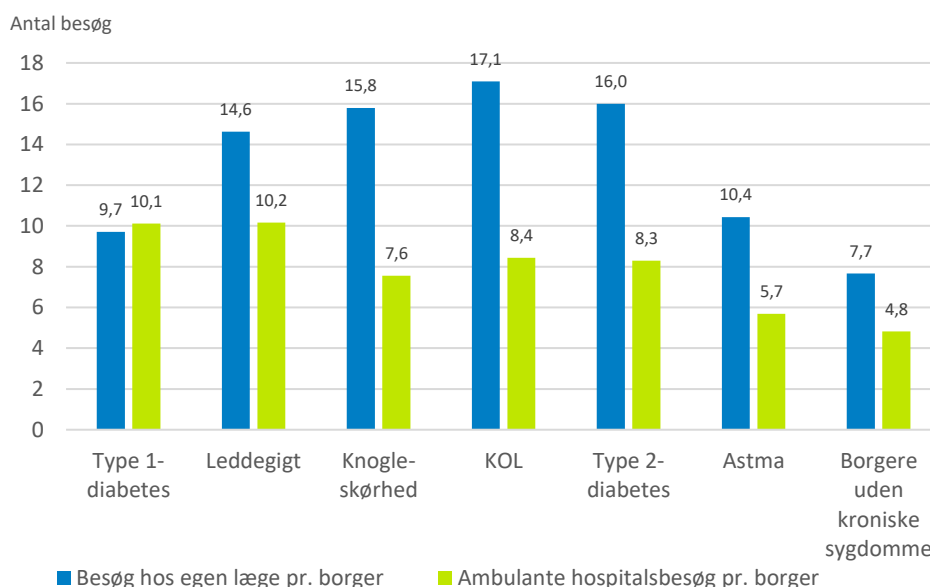
Borgere med KOL ser egen læge hyppigst

Sammenlignes der på tværs af sygdommene, har borgere med hhv. KOL, type 2-diabetes og knogleskørhed i gennemsnit flest kontakter til egen læge, *jf.* Figur 5. Borgere med hhv. type 1-diabetes og astma har gennemsnitligt færrest.

I gennemsnit har borgere med type 1-diabetes og leddegigt flest ambulante besøg på somatiske hospitalsafdelinger. Borgere med astma har færrest.

Borgere med astma har stort set samme antal ambulante besøg som borgere uden kroniske sygdomme.

Figur 5 Antal besøg i sundhedsvæsenet pr. borger med kontakt, opdelt på kroniske sygdomme, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

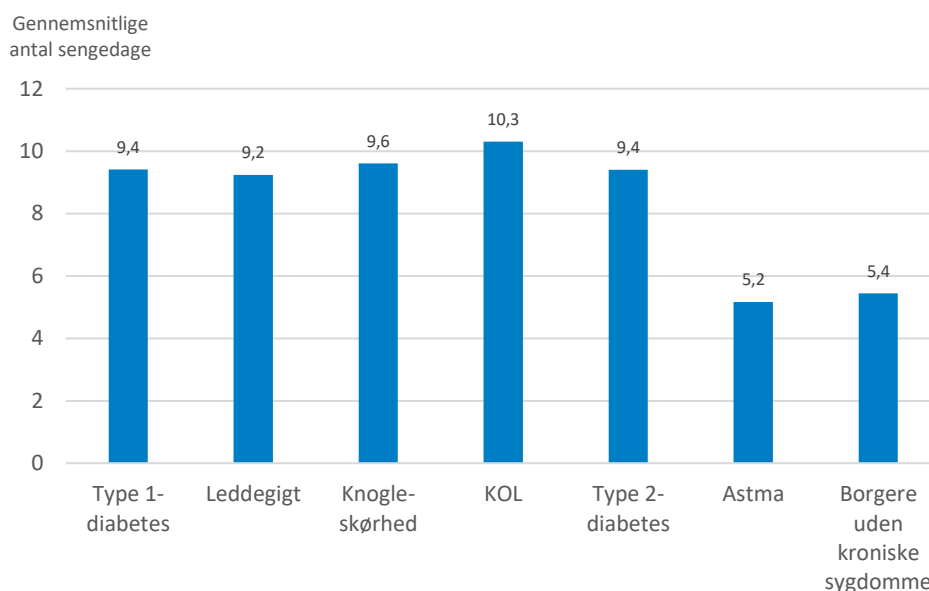
Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme og som har haft kontakt til hhv. egen læge og ambulante hospitalsbesøg. Ambulante besøg er på somatiske hospitalsafdelinger. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. 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.

Borgere med kroniske sygdomme er i gennemsnit indlagt ti dage om året

Der er ikke stor variation i gennemsnitligt antal sengedage på tværs af de kroniske sygdomme, når der ses bort fra borgere med astma, *jf.* Figur 6.

Borgere med astma er i gennemsnit indlagt fem dage i 2017, mens borgere med de resterende kroniske sygdomme gennemsnitligt er indlagt omkring ti dage. Borgere med astma har gennemsnitligt lige så mange sengedage som borgere uden de udvalgte kroniske sygdomme.

Figur 6 Antal sengedage på en somatisk hospitalsafdeling pr. borger med indlæggelse, opdelt på kroniske sygdomme, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme og som har haft en indlæggelse på en somatisk hospitalsafdeling. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. 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.

Størstedelen af ambulante besøg for borgere med KOL er ikke relateret til sygdommen

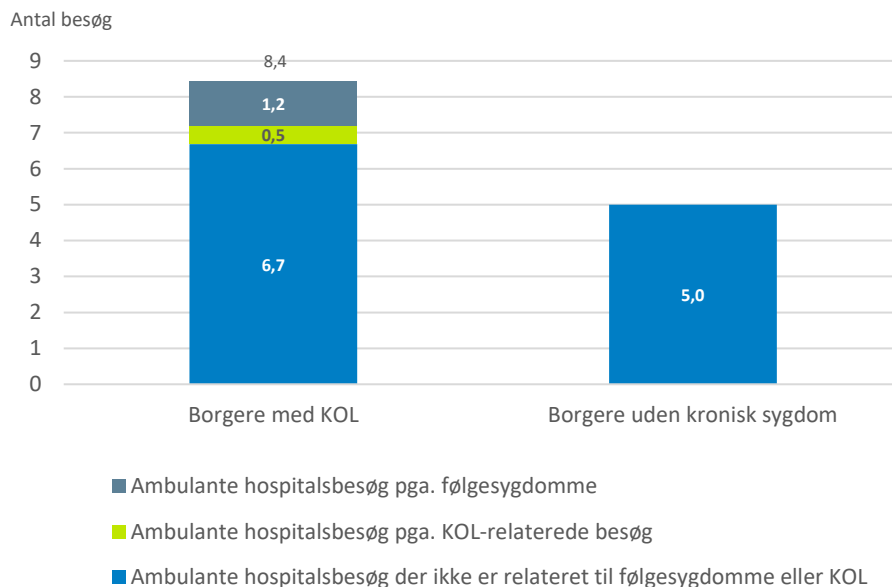
I gennemsnitligt har borgere med KOL otte ambulante besøg på somatiske hospitalsafdelinger, mens borgere uden kroniske sygdomme i gennemsnit har fem besøg i 2017, *jf.* Figur 7.

Borgere med KOL har også flere ambulante besøg end borgere uden kroniske sygdomme, når der ses bort fra besøg, der er direkte relateret til KOL.

Når man fratrækker KOL-relaterede besøg og ambulante besøg pga. følgesygdomme/sameksisterende sygdom har borgere med KOL syv ambulante besøg pr. borger. Følgesygdomme er blandt andet hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, angst og depression. Sameksisterende sygdom er lungekræft.

Fokuserer man på borgerne, der kun har KOL og ingen andre kroniske sygdomme ses, at de også har flere ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. I 2017 har borgere som kun har KOL, i gennemsnit seks ambulante hospitalsbesøg, *jf.* Bilagsfigur 1, mens det er fem ambulante hospitalsbesøg for borgere uden kronisk sygdom.

Figur 7 Antal ambulante besøg på en somatisk hospitalsafdeling pr. borger med et ambulante besøg, for borgere med KOL og borgere uden kronisk sygdom, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde kronisk obstruktiv lungesygdom og som har haft ambulante hospitalsbesøg. 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.

KOL-relaterede besøg er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44), lungebetændelse (DJ13-DJ18) og respirationsinsufficiens (DJ96) med kronisk obstruktiv lungesygdom som bi-diagnose.

Følgesygdomme er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kardiovaskulær sygdom (DI10-15, DI20-52, DI60-79), diabetes (DE11, DE888C), obstruktiv søvnapnø (DG4732), kakeksi (DR649), osteoporose (DM80-82), angst (DF40-41), depression (DF32-33) og tobaksrelaterede sygdomme (DC34).

Størstedelen af sengedagene for borgere med KOL er ikke relateret til sygdommen

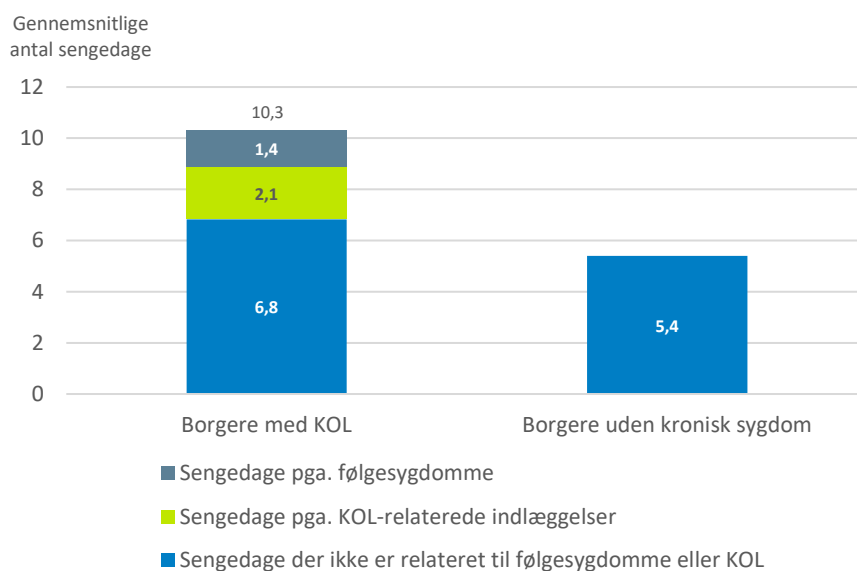
I gennemsnit har borgere med KOL ti sengedage, mens borgere uden udvalgte kroniske sygdomme gennemsnitligt har fem sengedage på somatiske hospitalsafdelinger i 2017, *jf.* Figur 8.

Borgere med KOL har fortsat flere sengedage end borgere uden kroniske sygdomme, når der ses bort fra de sengedage, der er relateret til KOL.

Når man ser bort fra KOL-relaterede indlæggelser og indlæggelser pga. følgesygdomme/sameksisterende sygdom er borgere med KOL i gennemsnit indlagt syv sengedage.

Fokuserer man på borgerne, der kun har KOL og ingen andre udvalgte kroniske sygdomme ses, at de i gennemsnit også har et højere antal sengedage sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. I 2017 har borgere som kun har KOL, i gennemsnit ni sengedage *jf.* Bilagsfigur 2, mens det er ca. fem sengedage for borgere uden kronisk sygdom.

Figur 8 Antal sengedage på en somatisk hospitalsafdeling pr. borger med indlæggelse, for borgere med KOL og borgere uden kronisk sygdom, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde kronisk obstruktiv lungesygdom. 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.

KOL-relaterede besøg er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44), lungebetændelse (DJ13-DJ18) og respirationsinsufficiens (DJ96) med kronisk obstruktiv lungesygdom som bi-diagnose.

Følgesygdomme er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kardiovaskulær sygdom (DI10-15, DI20-52, DI60-79), diabetes (DE11, DE888C), obstruktiv søvnapnø (DG4732), kakeksi (DR649), osteoporose (DM80-82), angst (DF40-41), depression (DF32-33) og tobaksrelaterede sygdomme (DC34).

15.000 borgere står for halvdelen af hospitalsudgifterne for borgere med KOL

Somatiske hospitalsudgifter udgør størstedelen af de samlede regionale sundhedsudgifter for borgere med KOL².

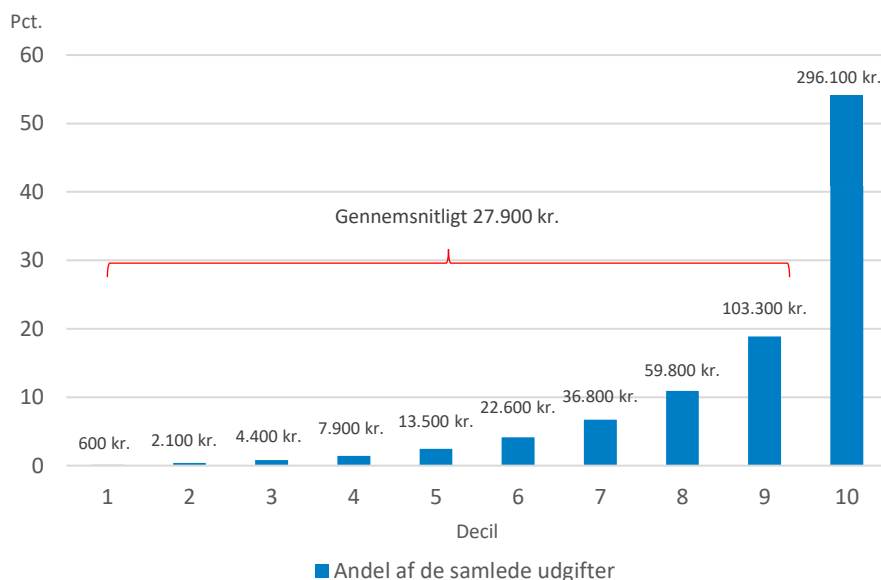
De samlede beregnede hospitalsudgifter for borgere med KOL udgør omkring 13 pct. af de samlede udgifter til somatiske hospitalsafdelinger for alle borgere med kontakt i 2017. Se Boks 2 for definition af udgifter.

De 10 pct. borgere med KOL, der står for de højeste hospitalsudgifter, udgør godt 15.000 personer. De står for godt halvdelen af de beregnede hospitalsudgifter vedrørende borgere med KOL, jf. Figur 9.

De patienter med KOL, der står for de højeste beregnede udgifter, står i gennemsnit for 296.100 kr. pr. patient i 2017. Det er 11 gange mere end gennemsnittet for de øvrige 90 pct. af borgere med KOL, der har hospitalskontakt. De står i gennemsnit for udgifter på 27.900 kr.

² Sundhedsdatastyrelsen (2018). *Sygelighed og kontakt til sundhedsvæsenet*.

Figur 9 Fordeling af gennemsnitlige udgifter til somatiske hospitalsafdelinger pr. borger med KOL med kontakt, pct., 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og kontakt til en somatisk hospitalsafdeling. 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. Individbaserede udgifter forbundet med indlæggelser og ambulante besøg på somatiske afdelinger i hospitalsvæsenet er opgjort som produktionsværdien baseret på afregnede takster for Diagnose Relateret Gruppering (DRG-takster) ved indlæggelser og Dansk Ambulant Grupperings System (DAGS-takster) ved ambulante besøg. Produktionsværdien er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, og er dermed ikke udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Det vil sige, at en given kontakt på sygehuset reelt kan have højere eller lavere udgifter forbundet med patientbehandlingen, end der bliver afregnet i produktionsværdi.

De gennemsnitlige beregnede hospitalsudgifter for borgere med KOL, der har kontakt til somatiske hospitalsafdelinger, er højere end for den generelle befolkning med kontakt til sundhedsvæsenet².

Analysen *Profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017*³ viser, at de 10 pct. patienter, der står for de højeste regionale sundhedsudgifter i 2017, i gennemsnit har modtaget behandling for 112.400 kr. pr. patient. Det bemærkes, at de regionale sundhedsudgifter inkluderer udgifter til praksissektoren og psykiatriske hospitalsafdelinger, og ikke kun somatiske hospitalsafdelinger, som i denne analyse.

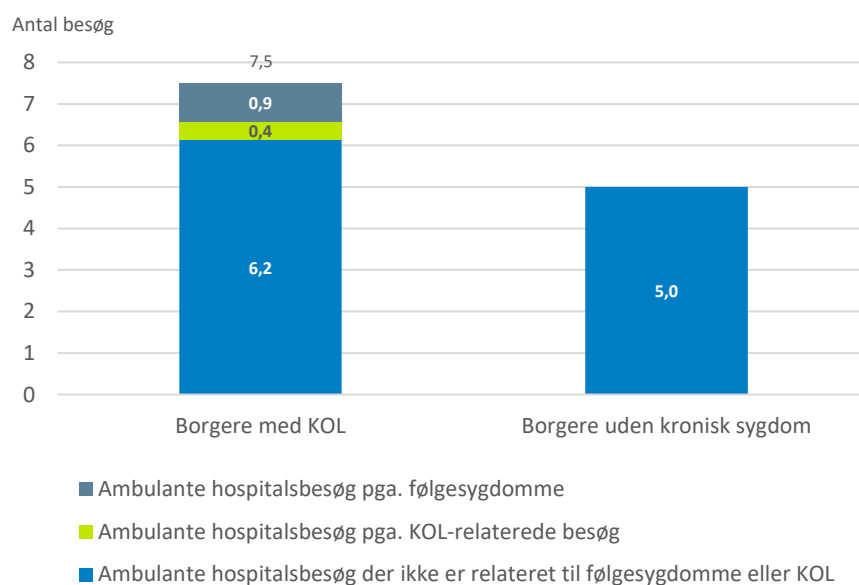
Variationen i gennemsnitlige udgifter er mindre blandt borgere med KOL, der har kontakt til somatiske hospitalsafdelinger end blandt den generelle befolkning med kontakt til sundhedsvæsenet².

³ Sundhedsdatastyrelsen (2018). *Profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017*.

Bilag 1.

Fratrækkes de KOL-relaterede besøg og besøg grundet følgesygdomme/sameksisterende sygdom, har borgere kun med KOL gennemsnitligt seks ambulante besøg.

Bilagsfigur 1 Antal ambulante besøg på en somatisk hospitalsafdeling pr. borger med et ambulante besøg, for borgere med KOL uden andre af de udvalgte kroniske sygdomme og borgere uden kronisk sygdom, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

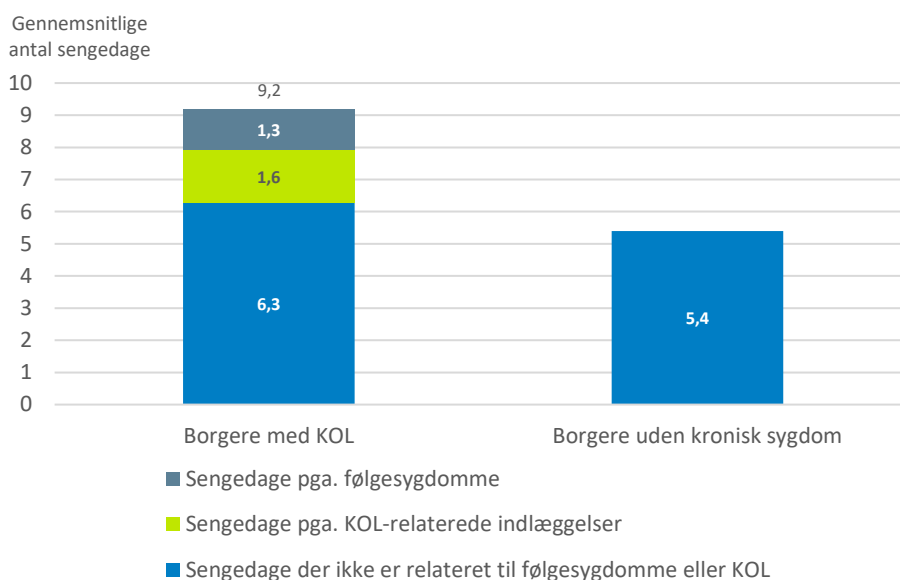
Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde kronisk obstruktiv lungesygdom og ingen af de andre udvalgte kroniske sygdomme. RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

KOL-relaterede kontakter er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44), lungebetændelse (DJ13-DJ18) og respirationsinsufficiens (DJ96) med kronisk obstruktiv lungesygdom som bi-diagnose.

Følgesygdomme er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kardiovaskulær sygdom (DI10-15, DI20-52, DI60-79), diabetes (DE11, DE888C), obstruktiv søvnapnø (DG4732), kakeksi (DR649), osteoporose (DM80-82), angst (DF40-41), depression (DF32-33) og tobaksrelaterede sygdomme (DC34).

Fratrækkes de KOL-relaterede indlæggelser og indlæggelser grundet følgesygdomme, har borgere kun med KOL gennemsnitligt seks sengedage.

Bilagsfigur 2 Antal sengedage på en somatisk hospitalsafdeling pr. borger med indlæggelse, for borgere med KOL uden andre af de udvalgte kroniske sygdomme og borgere uden kronisk sygdom, 2017



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS), Landspatientregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter personer på 18 år og derover, som ved indgangen til 2017 havde kronisk obstruktiv lungesygdom og ingen af de andre udvalgte kroniske sygdomme. 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.

KOL-relaterede kontakter er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kronisk obstruktiv lungesygdom (DJ44), lungebetændelse (DJ13-DJ18) og respirationsinsufficiens (DJ96) med kronisk obstruktiv lungesygdom som bi-diagnose.

Følgesygdomme er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: kardiovaskulær sygdom (DI10-15, DI20-52, DI60-79), diabetes (DE11, DE888C), obstruktiv søvnapnø (DG4732), kakeksi (DR649), osteoporose (DM80-82), angst (DF40-41), depression (DF32-33) og tobaksrelaterede sygdomme (DC34).