

Analyse af hyppige akutte patienter

Maj 2025



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	9
3 Metode	11
3.1 Population.....	11
3.2 Hovedindikator	12
3.2.1 Afgrænsning af andelen af hyppige akutte patienter.....	12
3.2.2 Delpopulationer.....	13
3.3 Tidsperiode, standardisering og pooling af data	13
3.4 Datakilder.....	14
3.5 Om sammenligning af geografiske områder i analysen	14
3.6 Benchmarking med kontrol for rammevilkår.....	15
4 Hyppige akutte patienter på landsplan.....	19
5 Forløbet omkring hyppige akutte patienter	27
5.1.1 Forløbet for udvalgte grupper af hyppige akutte patienter.....	34
6 Geografisk variation blandt hyppige akutte patienter	40
6.1 Del 1: Geografiske variationer i de faktiske tal omkring hyppige akutte patienter	42
6.1.1 Hyppige akutte patienter på tværs af regioner.....	42
6.1.2 Hyppige akutte patienter blandt kommuner og sundhedsklynger.....	49
6.2 Del 2: Geografiske variationer med kontrol for rammevilkår	53
6.2.1 Benchmarking af de fire sammenlignelige regioner.....	54
6.2.2 Benchmarking indenfor Region Hovedstaden	56
6.2.3 Robustheden omkring benchmarkingresultaterne	58
6.2.4 Benchmarkingindikatorens sammenhæng med udvalgte karakteristika for det kommunale sundhedsvæsen.....	59

1 Ledelsesresumé

En aldrende og derfor mere sygdomsbelastet befolkning, kombineret med mangel på sundheds- og plejepersonale lægger et stadigt stigende pres på sundhedsvæsenet. I forlængelse heraf kan der i stigende grad opleves et voksende tryk på kapaciteten i akutafdelingerne på landets sygehuse. Behandling på landets akutafdelinger er af afgørende betydning for mange danskere hver eneste dag. Den meste behandling i sundhedsvæsenet bør dog ikke foregå på akutafdelingerne, som frem for alt er indrettet til tidskritisk og akut behandling, og derfor ikke er det optimale sted til håndtering af mere langsigtede sygdomstilstande. Der kan også være samfundsøkonomiske gevinster ved at styrke forebyggelsen af og reducere antallet af akutte sygehusophold. Samtidig kan det være en fordel for borgerne at undgå akutte sygehusophold, der potentielt kunne have været forebygget eller håndteret i det primære sundhedsvæsen, da disse kan være forbundet med bekymring og ubehag.

I forlængelse af det stigende politiske fokus på at styrke det nære sundhedsvæsen har Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed i 2025 rettet blikket mod den akutte somatiske sygehusaktivitet. I denne rapport retter vi fokus mod en særlig patientgruppe: Hyppige akutte patienter. I tråd med international forskning defineres de som personer med fire eller flere akutte sygehusophold inden for samme kalenderår.^{1,2,3,4,5} Hyppige akutte patienter er en interessant gruppe kendetegnet ved at udgøre en relativt lille andel af de samlede akutte patienter, men samtidig stå for en betydelig del af den akutte sygehusaktivitet – og dermed også en betydelig del af sundhedsvæsenets ressourceforbrug.

I rapporten kortlægger vi forekomsten og omfanget af hyppige akutte patienter på landsplan og belyser geografiske forskelle mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger. Formålet er at give sundhedsvæsenets aktører et bedre indblik i patientgruppen og gennem viden om geografiske forskelle skabe grundlag for lokal dialog om forskelle i praksis, forebyggende indsatser og bidrage til at identificere forbedringspotentialer.

Man kunne overveje at afgrænse analysen til akutte kontakter ved tilstande, der i særlig grad vurderes at kunne forebygges eller håndteres i primærsektoren. Vi har imidlertid valgt at inddrage hele den akutte, somatiske aktivitet for at give et dækkende billede af det akutte område. Selvom en tilstand ikke umiddelbart er forebyggelig eller kan behandles i primærsektoren, er det fortsat relevant at vurdere, om den nuværende organisering af det akutte område er hensigtsmæssig i forhold til at imødekomme det faktiske behov for akut behandling.

Undervejs i analysen perspektiverer vi dog til opgørelser, hvor aktiviteter vedrørende skader, forgiftninger, og visse andre følger af ydre påvirkninger (herfra "skader, forgiftninger mm.") er ekskluderet.

¹ Hansagi, Helen m.fl. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. I: *Annals of emergency medicine*, 37.6, 561-567.

² Sun, Benjamin C. m.fl. (2003). Predictors and outcomes of frequent emergency department users. I: *Academic emergency medicine*, 10, 4, 320-328.

³ Ruger, Jennifer Prah m.fl. (2004). Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. I: *Academic emergency medicine*, 11.12, 1311-1317.

⁴ Milbrett, Pat & Margo Halm (2009). Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. I: *Journal of Emergency Nursing*, 35.3, 191-198.

⁵ Krieg, Cynthia, m.fl. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. I: *BMC health services research*, 16, 1-10.

deret.⁶ Overordnet set ændrer dette ikke ved resultaterne, hverken samlet set eller på tværs af landet. Du kan læse mere om dette i hovedrapporten.

I den forbindelse er det værd at bemærke, at geografiske sammenligninger mellem områder i Region Hovedstaden og de øvrige regioner ikke indgår i analysen. Dette skyldes at registreringen af akut aktivitet i Region Hovedstaden er anderledes på grund af 1813-ordningen, hvilket besværliggør en direkte sammenligning mellem tal fra Region Hovedstaden og de fire andre regioner. Derfor behandles Region Hovedstaden separat, og der analyseres kun internt på tværs af kommuner og sundhedsklynger i regionen. Læs mere om håndteringen af denne datamæssige forskel i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Det kan desuden bemærkes, at vi senere på året vil udgive en anden analyse, hvor vi dels belyser udvikling i den akutte sygehusaktivitet blandt hele befolkningen, og dels sætter særligt fokus på en udvalgt befolkningsgruppe bestående af borgere over 80 år, personer med kroniske sygdomme og modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser.

Hyppige akutte patienter udgør 5 pct. af alle akutte patienter – men de står for 18 pct. af den akutte aktivitet

Overordnet set viser analysen, at hyppige akutte patienter udgør 5,1 pct. af alle akutte patienter på landsplan. Denne forholdsvis lille gruppe står dog for hele 18,2 pct. af samtlige akutte sygehusophold. I gennemsnit har hver af disse patienter 5,4 akutte sygehusophold om året. Når vi ekskluderer akutte ophold relateret til skader, forgiftninger mm. er tallene henholdsvis 5,6 pct. og 19,6 pct.

Over tid ses en mindre stigning i antallet af hyppige akutte patienter på landsplan, når vi betragter perioden fra 2014 til 2023. Ser vi derimod på, hvor stor en andel de udgør af den samlede akutte patientgruppe – og justerer for ændringer over tid i akutte patienters køn og alder – er andelen stabil over tid. Dette betyder, at væksten i antallet af hyppige akutte patienter primært er drevet af en generel vækst i den akutte patientpopulation samt ændringer i køns- og alderssammensætningen blandt de akutte patienter.

Hyppige akutte patienter er generelt en mere udfordret patientgruppe end øvrige akutte patienter

Hyppige akutte patienter er generelt ældre, sygere og mere socioøkonomisk udfordret end øvrige akutte patienter. Samtidig er det en gruppe, der har en markant højere grad af kontakt til sundhedsvæsenet. De er næsten dobbelt så ofte i kontakt med alment praktiserende læger, har mere end 4 gange så mange sygehusbesøg og modtager kommunale plejeindsatser mellem 2 og 3 gange så ofte som øvrige akutte patienter året før aktivitetsåret. Dette vidner om, at der allerede eksisterer et relativt godt kendskab til patientgruppen på tværs af sektorer, hvilket kan indikere, at der er et potentiale for bedre koordination og flere forebyggende indsatser.

Hyppige akutte patienter skiller sig ikke kun ud ved at have flere akutte sygehusophold, men også ved, at deres ophold ofte er længere og mere ressourcekrævende. 42,7 pct. af deres akutte sygehusophold er indlæggelser, mens det samme kun gælder 25,9 pct. for øvrige akutte patienter. I

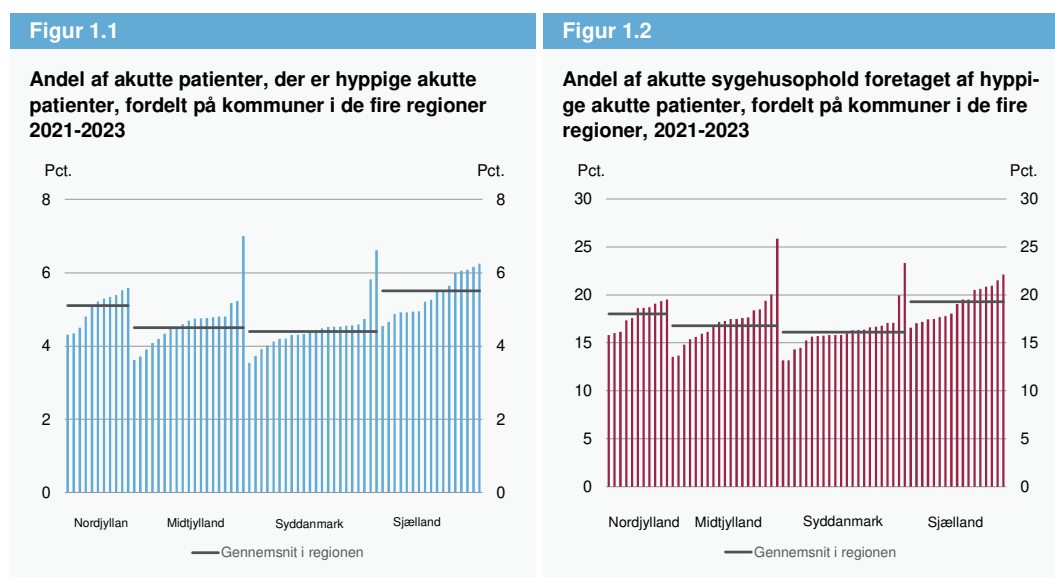
⁶Skader, forgiftninger mm. identificeres ved diagnoser fra kapitel XIX "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98]" i Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande - den danske version af WHO's "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10). klassifikationer mv. findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside: Sundhedsdatastyrelsen.dk.

flere af landets regioner udgør indlæggelser ca. halvdelen af den samlede akutte sygehusaktivitet blandt de hyppige akutte patienter.

Der er variation både på tværs af og inden for regionerne Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark og Sjælland

Region Syddanmark har den laveste andel hyppige akutte patienter med 4,4 pct., mens Region Sjælland har den højeste andel med 5,5 pct. Det samme mønster ses i deres bidrag til den samlede akutte sygehusaktivitet, hvor andelen spænder fra 16,1 pct. i Region Syddanmark til 19,3 pct. i Region Sjælland.

Selvom dette mønster generelt går igen på kommunalt- og sundhedsklyngeniveau er der alligevel relativ store variationer internt i regionerne. Figur 1.1 og 1.2 illustrerer, hvordan de kommunale niveauer adskiller sig fra de regionale gennemsnit og viser den geografiske spredning i forekomsten af hyppige akutte patienter.



Anm.: De blå søjler i figur 1.1 viser den andel hyppige akutte patienter udgør af den samlede gruppe akutte patienter i de enkelte kommuner indenfor hver af de fire regioner. De røde søjler i figur 1.2 viser andelen af det samlede antal akutte kontakter, der kan tilskrives de hyppige akutte patienter i de enkelte kommuner.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er fortsat forskelle på tværs af de fire regioner, når vi tager højde for lokale rammevilkår

En del af forskellene mellem de fire regioner skyldes forskelle i de akutte patienters individuelle socioøkonomiske og helbredsmæssige baggrundskarakteristika. Disse geografiske forskelle i patientgrundlag betegnes som lokale rammevilkår, hvilket henviser til strukturelle forhold, som regioner, kommuner eller sundhedsklynger ikke kan ændre på kort eller mellemlangt sigt. Derfor benchmarker vi andelen af hyppige akutte patienter på tværs af de fire regioner ved hjælp af en statistisk model, der tager højde for disse rammevilkår på individniveau, samt mere strukturelle rammevilkår som afstanden til den praktiserende læge og nærmeste akuthospital. Det sikrer en mere retvisende sammenligning. Læs mere om metoden bag benchmarkinganalysen i kapitel 3.

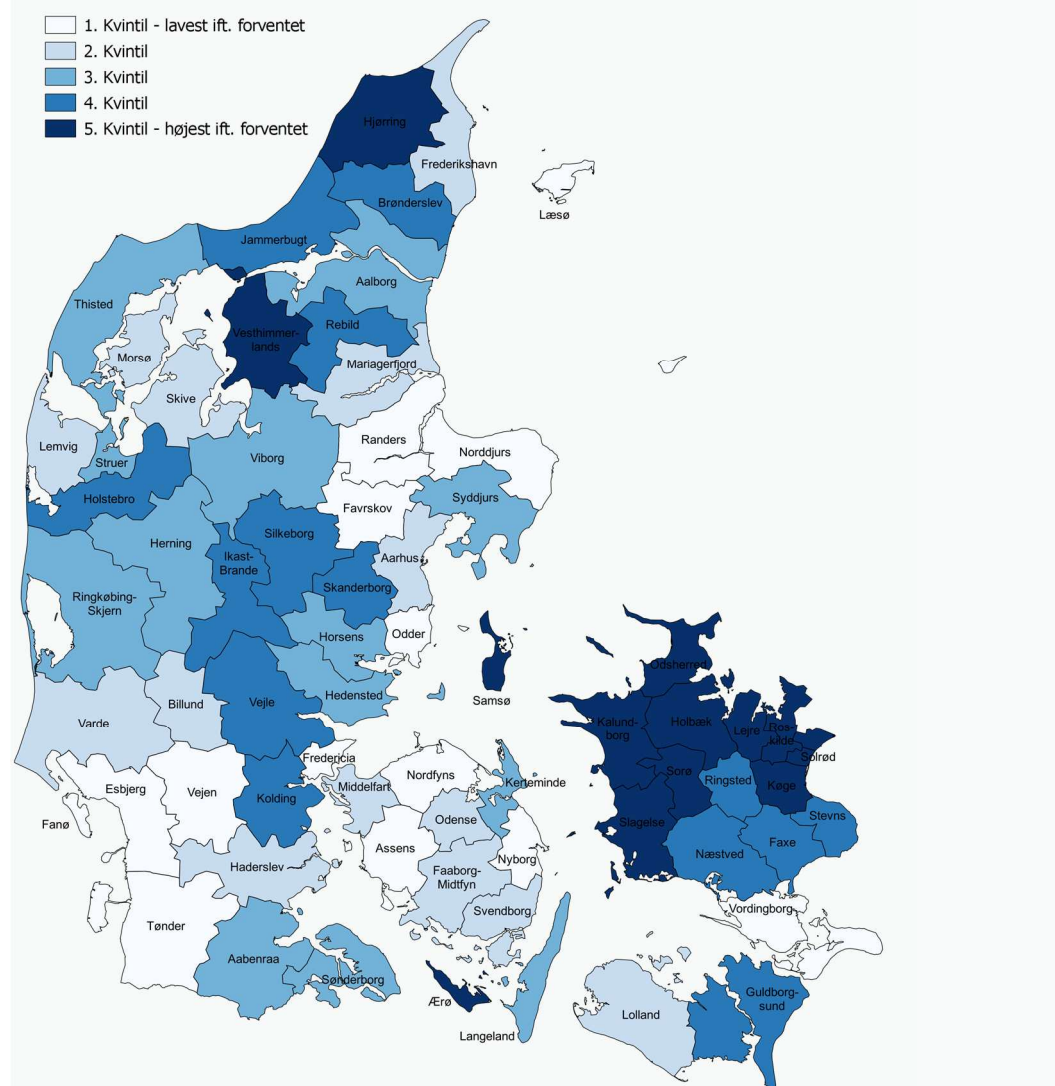
Selv når vi tager højde for forskelle i de akutte patienters baggrundskarakteristika er der fortsat forskelle på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Selvom forskellene er mindre end de, der ses i de faktiske andele, er andelen fortsat lavest i Region Syddanmark og højest i Region Sjælland.

Der er dog også interne variationer inden for hver af de fire regioner, hvilket fremgår af figur 1.3. Her ses det, at mens de overordnede regionale tendenser går igen, findes der kommuner i alle fire regioner, hvor andelen af hyppige akutte patienter både er højere og lavere end man kunne forvente ud fra patienternes baggrundskarakteristika. Dette peger på forskelle i praksis på tværs af geografiske områder og indikerer et potentiale for at reducere andelen af hyppige akutte patienter i alle regioner.

I rapportens bilagsmateriale kan man finde benchmarkingindikatorerne samt andre væsentlige nøgletal for hver enkelt region, sundhedsklynge og kommune.

Figur 1.3

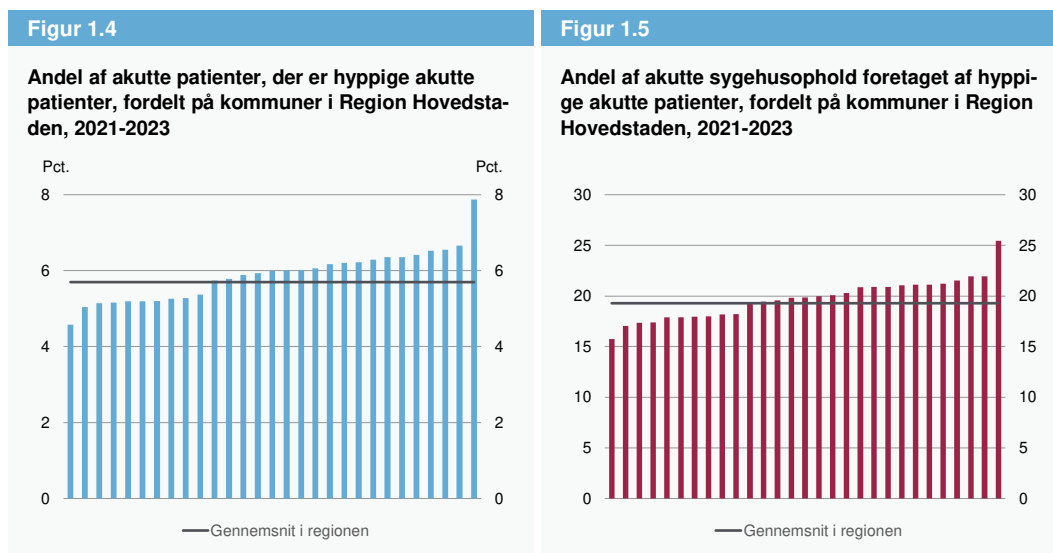
Benchmarkingindikator for andelen af akutte patienter, der er hyppige akutte patienter i kommuner på tværs af de fire sammenlignelige regioner, 2021-2023



Anm.: Kommunerne er inddelt på et kort over de fire regioner opdelt i kvintiler. Første kvintil repræsenterer den femtedel af kommunerne med den laveste andel hyppige akutte patienter i forhold til det forventede niveau, mens femte kvintil repræsenterer den femtedel af kommunerne med den højeste andel relativt til det forventede niveau.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der findes også variation når vi ser indenfor Region Hovedstaden

På grund af 1813-ordningen kan Region Hovedstaden ikke direkte sammenlignes med de øvrige regioner. Det er imidlertid relevant at se på variationer inden for Region Hovedstaden. Det kan i den forbindelse konstateres, at der også er variationer i andelen af hyppige akutte patienter og den andel af den samlede akutte sygehusaktivitet de står for på tværs af kommuner og sundhedsklynger inden for Region Hovedstaden. I figur 1.4 og 1.5 ses de faktiske forskelle på tværs af kommunerne i regionen.



Anm.: De blå søjler i figur 1.4 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe akutte patienter i kommunerne. De røde søjler i figur 1.5 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af de samlede akutte sygehusophold, der foretages af hyppige akutte patienter i kommunerne. I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Som det både fremgår af rapporten og bilagene, er der ligeledes forskelle indenfor Region Hovedstaden i forhold til andelen af hyppige akutte patienter, når der er taget højde for forskelle i de akutte patienters baggrundskarakteristika.

Benchmarkingresultaterne er robuste i forhold til de geografiske forskelle

For at sikre, at vores benchmarking af hyppige akutte patienter giver et retvisende billede af geografiske forskelle, har vi gennemført en række baggrundsanalyser. Her har vi testet, om resultaterne ændrer sig, hvis vi justerer definitionen af hyppige akutte patienter til at omfatte borgere med tre, seks eller otte akutte sygehusophold om året i stedet for fire. Derudover har vi undersøgt, om kommunernes benchmarkingresultater i analysen påvirkes, hvis andelen af hyppige akutte patienter måles i forhold til hele befolkningen snarere end den samlede gruppe af akutte patienter. Afslutningsvis har vi undersøgt om benchmarkingresultaterne ændres, hvis vi frasorterer akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger mm. i datamaterialet. Samtlige test viser, at benchmarkingresultaterne er robuste, hvilket understøtter, at vores tilgang giver et retvisende billede af forskellene i andelen af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

Der er på kommuneniveau en sammenhæng mellem sundheds- og plejepersonale i kommunerne og andelen af hyppige akutte patienter

Analysen viser, at kommuner med relativt flere sygeplejersker og faglært SOSU-personale end andre kommuner har en tendens til en lavere andel af hyppige akutte patienter, end hvad der kunne

forventes ud fra deres rammevilkår. Denne sammenhæng ses ikke for ufaglært SOSU-personale. Det er dog vigtigt at understrege, at der alene er tale om simple sammenhænge, og at vi derfor ikke kan konkludere noget om effekt eller kausalitet.

2 Indledning

I Danmark medfører den demografiske udvikling, at andelen af ældre er stigende. Ældre har større behov for pleje og behandling, og kombineret med strukturelle udfordringer med mangel på sundhedsfaglige medarbejdere og udfordringer med rekruttering, er der et stigende pres på sundhedsvæsenet. I forlængelse heraf kan der i stigende grad opleves et øget pres og en voksende belastning på kapaciteten i akutafdelingerne på landets sygehuse.

Behandling på landets akutafdelinger er af afgørende betydning for mange danskere hver eneste dag. Akutafdelingerne er dog indrettet til tidskritisk og akut behandling, og derfor ikke er det optimale sted til håndtering af ikke-tidskritiske sygdomstilstande. Der kan også være samfundsøkonomiske gevinster ved at reducere antallet af akutte sygehusophold. Samtidig kan det være en fordel for borgerne at undgå akutte sygehusophold, der potentielt kunne have været forebygget eller håndteret i det primære sundhedsvæsen, da disse kan være forbundet med bekymring og ubehag.

Det er nogle af grundene til, at der i de seneste år er kommet stigende politisk fokus på at flytte behandlingen tættere på borgerne, således at flest mulige patienter fremover skal modtage den rette hjælp i det nære sundhedsvæsen frem for på hospitalerne. I den forbindelse er det også relevant at have fokus på den akutte sygehusaktivitet, og herunder også de patienter, der har mange akutte sygehusophold. Men hvordan ser situationen ud i dag i forhold til den akutte aktivitet? Findes der geografiske forskelle i, hvordan og hvor ofte borgerne gør brug af akutafdelingerne? Og hvordan har disse forskelle udviklet sig over tid?

For at besvare disse og flere spørgsmål har Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed i 2025 rettet blikket mod den akutte somatiske sygehusaktivitet, hvor vi blandt andet undersøger, hvilke forskelle og ligheder der er mellem udvalgte patientgrupper på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

I denne rapport er fokus på patienter med mange somatiske akutte sygehusophold, kaldet hyppige akutte patienter. Patientgruppen defineres som patienter med mindst fire akutte somatiske sygehusophold (herfra akutte sygehusophold) inden for samme kalenderår. Hyppige akutte patienter udgør en særlig udfordring, da de – på trods af kun at udgøre en mindre andel af den samlede akutte patientgruppe – står for en betydelig andel af de samlede akutte sygehusophold og dermed også en væsentlig del af det samlede ressourceforbrug.^{7,8,9,10,11}

Formålet med denne rapport er at øge kendskabet til hyppige akutte patienter i Danmark, både gennem analyse af data på landsplan og ved at synliggøre forskelle på tværs af geografi. Sammenligningerne på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger kan give sundhedsvæsenets aktører mulighed for at identificere forbedringspotentialer og forskelle i praksis. Formålet med analysen er således også at tilvejebringe et grundlag for den lokale dialog mellem sundhedsvæsenets aktører om gruppen af akutte patienter med hyppige akutte sygehusophold, herunder om mulighe-

⁷ Hansagi, Helen m.fl. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. I: *Annals of emergency medicine*, 37.6, 561-567.

⁸ Sun, Benjamin C. m.fl. (2003). Predictors and outcomes of frequent emergency department users. I: *Academic emergency medicine*, 10, 4, 320-328.

⁹ Ruger, Jennifer Prah m.fl. (2004). Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. I: *Academic emergency medicine*, 11.12, 1311-1317.

¹⁰ Milbrett, Pat & Margo Halm (2009). Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. I: *Journal of Emergency Nursing*, 35.3, 191-198.

¹¹ Krieg, Cynthia, m.fl. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. I: *BMC health services research*, 16, 1-10.

derne for at tilrettelægge indsatser, der reducere antallet af patienter med mange akutte ophold på sygehusene.

En reduktion i antallet af akutte patienter med hyppige akutte sygehusophold vil alt andet lige medføre ressourcebesparelser i sygehusvæsenet, lette presset på akutafdelingerne og frigive tid for personalet til andre patienter og opgaver. For patienterne selv kan det betyde mindre unødvendigt tidsforbrug, frustration og bekymring, som er forbundet med akutte sygehusophold.

I den forbindelse er det værd at bemærke, at geografiske sammenligninger mellem områder i Region Hovedstaden og de øvrige regioner ikke indgår i analysen. Dette skyldes at registreringen af akut aktivitet i Region Hovedstaden er anderledes på grund af 1813-ordningen, hvilket besværliggør en direkte sammenligning mellem tal fra Region Hovedstaden og de fire andre regioner. Derfor behandles Region Hovedstaden separat, og der analyseres kun internt på tværs af kommuner og sundhedsklynger i regionen. Læs mere om håndteringen af denne datamæssige forskel i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Det kan desuden bemærkes, at vi senere på året udgiver en anden analyse, hvor vi dels belyser udviklingen i den akutte sygehusaktivitet blandt hele befolkningen, og dels sætter særligt fokus på en udvalgt befolkningsgruppe bestående af borgere over 80 år, personer med kroniske sygdomme og modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser.

Læsevejledning

Analysen fortsætter i følgende kapitler:

I kapitel 3 gennemgår vi det metodiske grundlag for analysen, herunder valg af population, hovedindikator, tidsperiode, datagrundlag og statistisk model.

I kapitel 4 beskrives omfanget af hyppige akutte patienter på landsplan. Dette omfatter en gennemgang af, hvor stor en andel af alle akutte patienter der er hyppige, hvor stor en andel af de samlede akutte ophold de står for, samt typen og længden af deres ophold. Det er også i dette kapitel, at vi beskriver hyppige akutte patienter på baggrund af deres socioøkonomi og helbred i relation til de øvrige akutte patienter.

I kapitel 5 undersøger vi kontakt- og diagnosemønstre både op til og mellem hyppige akutte patienters enkelte akutte sygehusophold. Analysen omfatter både den samlede gruppe af hyppige akutte patienter samt undergrupper bestående af ældre, modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser og personer med kronisk sygdom.

I kapitel 6 undersøger vi om der er geografisk variation med hensyn til omfanget af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Udover at sammenligne faktiske nøgletal, indeholder kapitlet også en benchmarkinganalyse af regioner, kommuner og sundhedsklynger, hvor der tages højde for forskelle i lokale rammevilkår.

3 Metode

I dette kapitel gennemgås analysens population, hovedindikator, tidsperiode samt det metodiske grundlag for benchmarkinganalysen og for standardisering af udviklingstal. En mere detaljeret beskrivelse af data og metode findes i bilag 7 "Metode".

3.1 Population

Analysens population omfatter alle borgere, der har haft mindst ét akut sygehusophold i et kalenderår i perioden 2014-2023. Analysen omfatter dermed alle akutte sygehusophold, herunder – men ikke begrænset til – ophold på en af landets 21 fælles akutmodtagelser (FAM).

Generelt kan borgeres sygehusophold bestå af en eller flere sammenhængende sygehuskontakter. Fx kan man under samme ophold af forskellige årsager skulle besøge flere afdelinger på sygehuset, der typisk vil indgå som individuelle kontakter under samme ophold. I denne analyse lægger vi os op ad Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning af, hvorvidt et somatisk sygehusophold er akut, der bl.a. benyttes i De nationale mål for sundhedsvæsenet, hvor der er fokus på akutte genindlæggelser og akutte forebyggelige sygehusophold. Jf. Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning tæller et sygehusophold som et akut sygehusophold, hvis der optræder mindst et akut fysisk fremmøde i sygehusopholdet med samme startdato som startdatoen for hele sygehusopholdet. Endvidere omfatter analysen udelukkende akutte sygehusophold for offentligt finansierede patienter.¹²

Derudover frasorterer vi visse kontakter og ophold i overensstemmelse med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogrammers (RKKP) og Sundhedsdatastyrelsens definitioner af henholdsvis et akut hospitalsforløb og et akut sygehusophold. Det indebærer, at vi har frasorteret fødsler og registreringer af indbragte døde i opgørelsen af de akutte sygehusophold. Da fokus i denne analyse kun er på somatiske sygehusophold har vi også frasorteret akutte sygehusophold der enten er på en psykiatrisk, eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og ophold med en psykiatrisk aktionsdiagnose.^{13,14}

Den akutte somatiske aktivitet kan dække over mange forskellige tilstande. Vi har valgt i denne analyse at se på den samlede aktivitet, da det viser det fulde billede af, hvad den akutte aktivitet dækker over. Og selvom nogle tilstande er mere forebyggelige eller i højere grad kan behandles i primærsektoren (fx hos vagtlægen eller i den kommunale hjemmesygepleje) end andre, så er det stadig relevant at give et samlet billede af det akutte område. Vi har dog flere steder ned igennem rapporten valgt at supplere det samlede billede med delanalyser, hvor akutte sygehusophold der skyldes skader, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (herfra "skader, forgiftninger mm.") ekskluderes fra opgørelsen for at se, hvorvidt konklusionerne ændrer sig. Når denne afgrænsning benyttes, fremgår det tydeligt af teksten.¹⁵

¹² Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). Beskrivelse af indikatorer – National mål for sundhedsvæsenet.

¹³ Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (2023). Databasen for Akutte Hospitalskontakter. Årsrapport 2023.

¹⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). Beskrivelse af indikatorer – National mål for sundhedsvæsenet.

¹⁵ Skader, forgiftninger mm. identificeres ved diagnoser fra kapitel XIX "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98]" i Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande - den danske version af WHO's "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10). klassifikationer mv. findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside: Sundhedsdatastyrelsen.dk

3.2 Hovedindikator

Hovedindikatoren i analysen er andelen af hyppige akutte patienter, det vil sige patienter med fire eller flere akutte sygehusophold inden for samme kalenderår, målt i forhold til den samlede gruppe af patienter med mindst ét akut sygehusophold i det pågældende kalenderår. Indikatoren beregnes således:

$$\frac{\text{Antal hyppige akutte patienter}}{\text{Antal akutte patienter i alt}} * 100$$

En baggrundsanalyse viser, at opgørelsen over et kalenderår – fremfor en alternativ 12-måneders periode – ikke har væsentlig betydning for andelen af hyppige akutte patienter. For at sikre sammenlignelighed, lette formidlingen og følge international praksis (jf. afsnit 3.2.1) anvender vi derfor kalenderåret som afgrænsning.

3.2.1 Afgrænsning af andelen af hyppige akutte patienter

Der findes ikke en entydig standard for, hvor mange akutte sygehusophold en patient skal have i løbet af et tidsrum for at blive betragtet som en hyppig akut patient. Internationale studier benytter dog typisk en afgrænsning på fire eller flere akutte sygehusophold pr. kalenderår, og samme afgrænsning benyttes ligeledes i denne analyserapport.^{16,17,18,19,20}

Det er centralt at undersøge, om valget af denne definition påvirker benchmarkinganalysen. For at teste robustheden af definitionen har vi i en række baggrundsanalyser testet om kommunernes resultater i benchmarkinganalysen ændres, hvis grænsen for hyppige akutte patienter justeres til henholdsvis tre, seks eller otte akutte sygehusophold frem for fire. Resultaterne, som præsenteres i anden del af kapitel 5 og uddybes i bilag 7 "Metode", viser, at der er en stærk statistisk signifikant korrelation mellem kommunernes resultater på tværs af definitionerne. Dette understøtter robustheden af det valgte kriterium. I samme afsnit tester vi hvorvidt resultaterne ændres hvis akutte sygehusophold der skyldes skader, forgiftninger mm. ekskluderes. Også her eksisterer en stærk statistisk signifikant korrelation mellem kommunernes resultater på tværs af inklusion og eksklusion af disse ophold.

Et andet væsentligt metodisk spørgsmål er, om målingen af andelen af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter kan lede til selektionsbias i benchmarkinganalysen. Selektionsbias kan opstå, hvis der er uobserveret geografiske forskelle, der afgør, hvem der i første omgang bliver akutte patienter, som så også kan påvirke andelen af hyppige akutte patienter. For at undersøge dette har vi gennemført en baggrundsanalyse, hvor andelen af hyppige akutte patienter er beregnet i forhold til hele befolkningen frem for udelukkende blandt de akutte patienter. Beregningen er foretaget ved hjælp af samme statistiske modeller som anvendes i hovedanalysen. Disse resultater,

¹⁶ Krieg, Cynthia, m.fl. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. I: *BMC health services research*, 16, 1-10.

¹⁷ Althaus, Fabrice, m.fl. (2011). Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. I: *Annals of emergency medicine*, 58, 1, 41-52.

¹⁸ LaCalle, Eduardo & Elaine Rabin (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. I: *Annals of emergency medicine*, 56, 1, 42-48.

¹⁹ Hoot, Nathan R., & Dominik Aronsky (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. I: *Annals of emergency medicine*, 52, 2, 126-136.

²⁰ Hunt, Kelly A., m.fl. (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. I: *Annals of emergency medicine*, 48, 1, 1-8.

som også genbesøges i anden del af kapitel 5 og uddybes i bilag 7 "Metode", viser, at der er en stærk og statistisk signifikant sammenhæng mellem kommunernes resultater, uanset hvilken referencepopulation der anvendes.

Disse fund er væsentlige, da de demonstrerer, at konklusionerne om forskelle mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger er robuste og generelt ville være de samme, selv hvis definitionen af hyppige akutte patienter eller referencepopulationen var blevet ændret.

3.2.2 Delpopulationer

Udover vores hovedfokus på hyppige akutte patienter ser vi i kapitel 4 nærmere på tre delpopulationer:

1. Hyppige akutte patienter, der er ældre
2. Hyppige akutte patienter, der har kroniske sygdomme
3. Hyppige akutte patienter, der modtager kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser.

Afgrænsningen af de tre delpopulationer fremgår af tabel 3.1.

Tabel 3.1

Afgrænsning af de tre delpopulationer af hyppige akutte patienter

Delpopulation	Afgrænsning
Ældre	Hyppige akutte patienter i alderen 80+ år.
Borgere med kroniske sygdomme	Hyppige akutte patienter, der lider af minimum én af følgende syv udvalgte kroniske sygdomme: Astma, leddegigt, KOL, type 1 diabetes, type 2 diabetes, skizofreni, demens.
Modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser	Hyppige akutte patienter der modtager minimum én af følgende kommunale plejeydelser: Praktisk hjælp, personlig pleje, hjemmesygepleje, plejebolig.

Disse grupper er interessante af flere årsager. For det første er det personer, der ofte modtager indsatser på tværs af flere sektorer (sygehus, praksissektor og i kommunalt regi), hvilket skaber et særligt behov for dialog og samarbejde i forhold til forebyggelse af akutte sygehusophold.

For det andet viser vi i kapitel 4, 5 og 6, at andelen der er ældre, lider af kronisk sygdom eller er kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere er væsentligt højere blandt de hyppige akutte patienter end blandt de øvrige akutte patienter. I bilag 1-6 kan man se opgørelserne over andelen af hyppige akutte patienter, der indgår i mindst én af disse grupper for hver region, kommune og sundhedsklynge.

For det tredje knytter disse delpopulationer sig til Benchmarkingenhedens kommende analyse af akutområdet, hvor antallet af akutte sygehusophold blandt ældre, kronikere og kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere benchmarkes på tværs af landet. At betragte ældre, kronisk syge borgere og hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere særskilt inden for gruppen af hyppige akutte patienter giver således en interessant vinkel, da de således kan "følges" på tværs af de to analyser. Du kan læse om vores kommende rapport på www.benchmark.dk.

3.3 Tidsperiode, standardisering og pooling af data

Generelt opgøres andelen af hyppige akutte patienter samlet for en treårig periode, 2021-2023. Dette gøres for at øge robustheden af vores nøgletal og minimere indflydelsen af enkeltindivider, hvilket blandt andet er relevant i sammenligninger på tværs af kommuner, regioner og sundheds-

klynger. Med henblik på at sikre robuste resultater på landsplan vil en række af nøgletallene på landsplan i denne analyse også være samlet for den treårige periode – dog med undtagelse af udviklingen, som opgøres på årsbasis og over en længere årrække.

I de dele af analysen, der omhandler niveauet af andelen af hyppige akutte patienter og deres forløb, er resultaterne baseret på de faktiske andele af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter. Ved analyser af udviklingen over tid baseres data på både faktiske andele og køns- og aldersstandardiserede andele, så ændringer i befolkningens køns- og alderssammensætning på tværs af årene ikke fejlagtigt tolkes som ændringer i andelen af hyppige akutte patienter over tid. I benchmarkinganalysen, som beskrives i afsnit 3.6 nedenfor, tager vi dog højde for de forskellige lokale rammevilkår der kan påvirke andelen af hyppige akutte patienter på tværs af landet.

3.4 Datakilder

Data om akutte sygehusophold stammer fra Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister (LPR), mens supplerende oplysninger om befolkningens alder, køn, socioøkonomiske forhold og helbred stammer fra registre i Danmarks Statistik. Oplysninger om kommunalt sundheds- og plejepersonale kommer fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. En fuld oversigt over datakilder, registre og variable fremgår af bilag 7 "Metode".

3.5 Om sammenligning af geografiske områder i analysen

Når man sammenligner andelen af hyppige akutte patienter på tværs af landet, er det væsentligt at være opmærksom på forskelle i organiseringen og registrering af akutte sygehusophold.²¹ Som vi løbende vil understrege i denne rapport, er det især vigtigt at forholde sig til forskellene mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner. Siden 1. januar 2014 har Region Hovedstaden således visiteret alle akutte telefoniske henvendelser via Akuttefonen 1813, mens de tidligere vagtlægeklinikker er blevet fuldt integreret og bemandet af akutafdelinger i sygehusregi.

Denne organisatoriske omlægning betyder, at data vedrørende akutte ambulante ophold i Region Hovedstaden ikke kun inkluderer egentlige akutte sygehusophold, men også kontakter, der i andre regioner håndteres af den regionale vagtlægeordning uden for sygehusregi. Dette medfører, at der i Region Hovedstaden optræder akutte patienter, som ikke ville være blevet inkluderet i data i de øvrige regioner. Dermed vil der også være patienter i Region Hovedstaden, der klassificeres som hyppige akutte patienter på baggrund af kontakter, der ikke ville indgå i definitionen af hyppige akutte patienter i andre regioner. Omvendt betyder den højere samlede aktivitet, at antallet af akutte patienter i Region Hovedstaden også er større. Dette indebærer, at andelen af hyppige akutte patienter ud af alle akutte patienter sandsynligvis påvirkes mindre end det samlede antal akutte ophold i regionen.

På trods af disse forskelle er det ikke muligt at frasortere de berørte kontakter fra Region Hovedstaden på en tilfredsstillende måde uden samtidig at ekskludere al akut aktivitet fra regionen. Da vi ønsker at inkludere Region Hovedstaden i analysen, følger vi samme tilgang som tidligere analyser af det danske akutområde og inkluderer alle regionens akutte kontakter.²² Vi gør dog opmærksom

²¹ Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Databasen for Akutte Hospitalskontakter - Årsrapport 2023.

²² Fløjstrup, Marianne, m.fl. (2016). Increasing emergency hospital activity in Denmark, 2005–2016: a nationwide descriptive study. I: *BMJ open*, 10, 2, e031409.

på, at denne beslutning påvirker analysens resultater, omend omfanget af påvirkningen ikke kan fastslås præcist.

Man kunne have overvejet at fokusere på antallet af akutte sygehusophold og vagtlægekonsultationer under ét i denne analyse. Der er dog væsentlige forskelle mellem det akutte sygehusvæsen og vagtlægeordningen. Der er grundlæggende forskelle i funktion – hvor vagtlægeordningen primært er til behandling og rådgivning af patienter med mindre specialiserede tilstande uden behov sygehusbehandling, mens patienter, der kræver mere omfattende undersøgelse, behandling eller indlæggelse, herunder patienter med livstruende tilstande i stedet kommer akut på sygehuset. Der er også forskelle i selve organiseringen af henholdsvis vagtlægeordningen og sygehusene, idet vagtlægen drives af almen praksis, mens sygehusene drives af regionerne. Endelig er der også væsentlige forskelle i data, idet de to ordninger registreres i forskellige registre, og der er forskel på, hvor meget information vi har omkring de enkelte patienters forløb alt efter om patienten havde en vagtlægekonsultation eller en akut sygehuskontakt. Derfor har vi ikke valgt at inkludere vagtlægekonsultationer sammen med akutte sygehusophold i en samlet indikator, men fokuserer primært på det akutte sygehusvæsen.

På denne baggrund har vi valgt ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioners. I stedet fokuserer vi på interne sammenligninger inden for regionen, fx variation mellem kommuner og sundhedsklynger samt udvikling over tid. For de øvrige regioner følger vi Benchmarkingenhedens standardmetode, hvor vi sammenligner både de faktiske tal og de tal, der er justeret for lokale rammevilkår, på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. En nærmere beskrivelse af fremgangsmåden i benchmarkinganalysen findes i afsnit 3.6 nedenfor. Det er værd at bemærke, at man i Region Sjælland også overtog driften af vagtlægeordningen den 1. oktober 2022. Kontakter til den nye regionale vagtlægeordning indgår dog ikke i data for akutte sygehusophold, som det er tilfældet i Region Hovedstaden. Derfor påvirkes den akutte sygehusaktivitet i Region Sjælland ikke på samme måde af den nye regionale vagtlægeordning som i Region Hovedstaden.

3.6 Benchmarking med kontrol for rammevilkår

En del af forskellene i andelen af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger kan skyldes variationer i den akutte patientsammensætning. Selvom alle patienter i analysen har haft mindst ét akut sygehusophold, kan der stadig være væsentlige forskelle i patienternes karakteristika på tværs af geografi.

Når vi i afsnit 6.2 sammenligner regioner, kommuner og sundhedsklynger med hensyn til andelen af hyppige akutte patienter, tager vi derfor højde for de forskelle, der kan tilskrives forskelle i det akutte patientgrundlag. Det omfatter blandt andet patienternes alder, køn, helbred og beskæftigelsesstatus mv. Vi betegner disse geografiske forskelle i det akutte patientgrundlag som rammevilkår, hvilket henviser til strukturelle forhold, som den enkelte region, kommune eller sundhedsklynge ikke umiddelbart kan ændre på kort eller mellemlangt sigt. Ved at korrigere for rammevilkår skaber vi et mere retvisende sammenligningsgrundlag i benchmarkinganalysen.

Beregning af benchmarkingindikatorerne

Sammenhængen mellem rammevilkår og akutte patienters sandsynlighed for at blive klassificeret som hyppige akutte patienter undersøges ved hjælp af regressionsanalyser.

Som tidligere beskrevet er der væsentlige forskelle i det akutte patientgrundlag mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner, hvilket skyldes 1813-ordningen i Region Hovedstaden. Disse forskelle komplicerer sammenligningen mellem Hovedstaden og de øvrige regioner. Derfor baseres analysen på to separate regressionsmodeller: Én model for akutte patienter fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland, og én model for akutte patienter fra Region Hovedstaden.

I begge analyser anvendes en logistisk regressionsmodel, der justerer for forskelle i regioners, kommuners og sundhedsklyngers rammevilkår. Modellernes struktur og de anvendte rammevilkår er identiske i begge modeller. En mere detaljeret beskrivelse af modellerne og de inkluderede rammevilkår kan findes i bilag 7 "Metode", hvor de fulde regressionsresultater også præsenteres.

På baggrund af regressionsresultaterne beregner vi den forventede andel af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe af akutte patienter for hver region, kommune og sundhedsklynge. Den forventede andel afspejler, hvor stor en andel hyppige akutte patienter vi kan forvente, når der tages højde for de givne rammevilkår i det pågældende geografiske område. Ved at sammenholde den forventede andel med den faktiske andel beregnes en benchmarkingindikator. Benchmarkingindikatoren er således forskellen mellem den faktiske andel og den forventede andel af hyppige akutte patienter. Benchmarkingindikatoren beregnes som:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \text{faktisk andel} - \text{forventet andel}$$

Benchmarkingindikatoren beregnes, ligesom de øvrige resultater, samlet for en pool af treårig periode fra 2021-2023. Udover rammevilkår tages der i beregningerne højde for, hvilket kalenderår observationerne stammer fra, da landsdækkende tendenser fra år til år kan påvirke de akutte patienters sandsynlighed for at blive klassificeret som hyppige akutte patienter.

Betydningen af anvendelsen af to separate modeller

Adskillelsen af Region Hovedstaden fra modellen for de øvrige regioner har væsentlige metodiske implikationer for benchmarkinganalysen. Datagrundlaget – som omfatter akutte patienter på landsplan – opdeles i to separate modeller, hvor regressionsanalysen for de øvrige regioner udelukkende baseres på data fra disse regioner, mens analysen for Region Hovedstaden kun baseres på data fra denne region.

Denne opdeling medfører to centrale konsekvenser. For det første reduceres antallet af observationer i hver model sammenlignet med en samlet model, der inkluderer data fra hele landet. Dette vurderes dog ikke som en væsentlig begrænsning, da antallet af akutte patienter i både Region Hovedstaden og de øvrige regioner er tilstrækkeligt stort til at sikre robuste konklusioner. Robustheden styrkes yderligere af det metodiske valg om, at basere analyserne på en treårig pool af periode, hvilket markant øger datagrundlaget. For det andet betyder opdelingen, at det forventede niveau i Region Hovedstaden beregnes alene på baggrund af regionens egne data. Dette resulterer i, at det forventede niveau bliver identisk med det faktiske niveau. Som følge heraf kan der ikke beregnes en benchmarkingindikator for Region Hovedstaden i forhold til de øvrige regioner. Analysen for Region Hovedstaden fokuserer derfor på interne sammenligninger mellem sundhedsklynger og kommuner samt udvikling over tid. Selvom opdelingen i to modeller indebærer visse begrænsninger, sikrer den et mere sammenligneligt datagrundlag inden for hver model. Dette bidrager til en mere retvisende benchmarking af de øvrige regioner og en fokuseret analyse af Region Hovedstaden.

Fortolkning af benchmarkingindikatorerne

I boks 3.1 fremgår det, hvordan man skal fortolke benchmarkingindikatorerne.

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatorerne

Benchmarkingindikatorerne angiver, hvorvidt regionen, kommunen eller sundhedsklyngen har en højere eller lavere andel hyppige akutte patienter, end man kan forvente ud fra regionens, kommunens eller sundhedsklyngens rammevilkår.

Benchmarkingindikatorerne beregnes som forskellen mellem en regions, kommunes eller sundhedsklynges faktiske andel af hyppige akutte patienter og en regions, kommunes eller sundhedsklynges forventede andel af hyppige akutte patienter.

Det vil sige:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \text{faktisk andel} - \text{forventet andel}$$

Benchmarkingindikatoren kan fortolkes på følgende måde:

- Benchmarkingindikator mindre end 0: Regionen, kommunen eller sundhedsklyngen har en lavere andel af hyppige akutte patienter, end hvad der forventes på baggrund af regionens, kommunens eller sundhedsklyngens rammevilkår. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på -0,5 at andelen af hyppige akutte patienter er et halvt procentpoint lavere, end hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkårene.
- Benchmarkingindikator lig 0: Regionens, kommunens eller sundhedsklyngens andel af hyppige akutte patienter svarer til det forventede niveau.
- Benchmarkingindikator større end 0: Regionen, kommunen eller sundhedsklyngen har en højere andel af hyppige akutte patienter, end hvad man kan forvente på baggrund af regionens, kommunens eller sundhedsklyngens rammevilkår. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på 0,5 at andelen af hyppige akutte patienter er et halvt procentpoint højere, end hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkårene.

Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, der er behæftet med statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Alt andet lige er den statistiske usikkerhed i benchmarkingindikatoren større i kommuner med få observationer. Dette imødekommer vi i en vis grad ved at benchmarkingindikatoren – ligesom de øvrige resultater – opgøres samlet for tre kalenderår (2021-2023). Dette ændrer dog ikke på, at analysens resultater fortsat er behæftet med en vis statistisk usikkerhed.

I analysens hovedrapport er kommunerne inddelt i grupper baseret på deres værdier på benchmarkingindikatorerne. Der skelnes således mellem kommuner med den laveste andel hyppige akutte patienter i forhold til forventet, kommuner med en lidt højere andel og så fremdeles op til den gruppe med den højeste andel. Denne inddeling giver et overblik over den relative fordeling af kommunerne og sundhedsklyngerne og bidrager til en mere nuanceret sammenligning. Samtidig sikrer denne fremgangsmåde, at der ikke tolkes for håndfast på de præcise placeringer, jf. ovenfor om den statistiske usikkerhed.

Derudover skal det nævnes, at det i statistiske analyser, hvor man tager højde for individkarakteristika, sjældent er muligt at tage højde for samtlige relevante forhold på individ-, regions- kommune- og sundhedsklyngniveau, som kan have betydning for, om man klassificeres som hyppig akut patient, og som ligger uden for regioner, kommuner og sundhedsklyngers kontrol. Det skyldes først og fremmest, at der ikke er data om alle de forhold, der knytter sig til de enkelte individer eller til geografiske områder.

Meknikken ved en regressionsmodel gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om den "naturlige" andel hyppige akutte patienter blandt patienter med akutte sygehusophold på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Man kan således ikke konkludere, at de regioner, kommuner og sundhedsklynger, der har de laveste benchmarkingindikatorer (dvs. en forholdsvis lav andel i forhold til, hvad man kan forvente på baggrund af regionens, kommunens og sundhedsklyngens rammevilkår) ikke potentielt kan sænke andelen yderligere. Det anbefales derfor, at alle regioner, kommuner og sundhedsklynger udover at forholde sig til, hvordan de klarer sig relativt til andre i analysen, også forholder sig til deres egen andel hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe patienter med akutte sygehusophold.

4 Hyppige akutte patienter på landsplan

I dette kapitel belyser vi omfanget af patienter med fire eller flere akutte sygehusophold inden for samme kalenderår på landsplan. Vi refererer til denne gruppe som hyppige akutte patienter og sammenligner dem løbende med de akutte patienter, der har færre end fire akutte sygehusophold inden for et kalenderår, som vi betegner som øvrige akutte patienter. Kapitlet giver et overblik over antallet af hyppige akutte patienter i Danmark, herunder hvor stor en andel de udgør af den samlede gruppe af akutte sygehuspatienter, og hvorvidt dette har udviklet sig over tid. Vi viser også, hvor mange akutte sygehusophold de hyppige akutte patienter har, samt hvor stor en andel af de samlede akutte sygehusophold de står for.

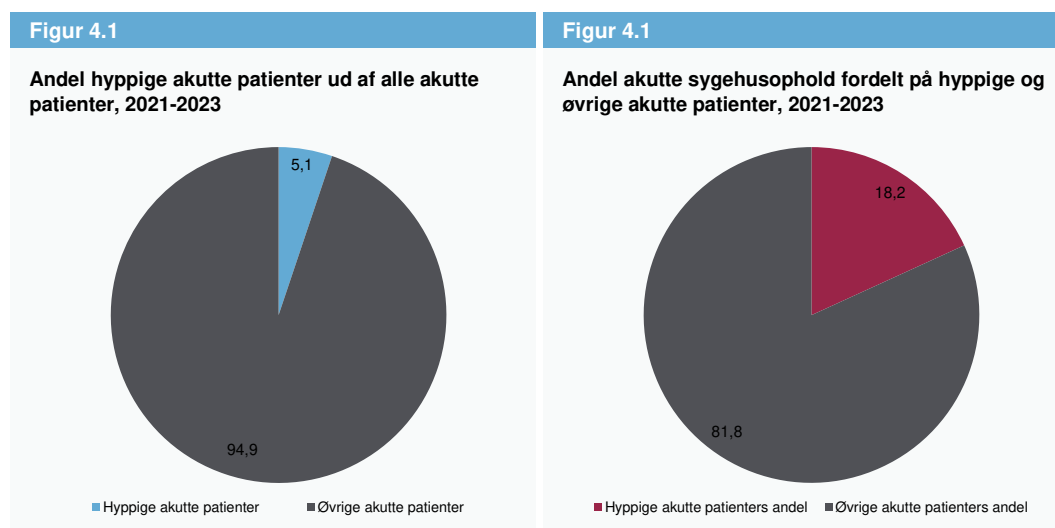
Undervejs i kapitlet ser vi desuden nærmere på varigheden og typen af ophold de to grupper af akutte patienter typisk har på sygehuset. Endelig identificerer og opgør vi de mest centrale socio-demografiske karakteristika, der differentierer de hyppige akutte patienter fra de øvrige akutte patienter.

Det kan bemærkes, at Region Hovedstaden siden 1. januar 2014 har hjemtaget vagtlægeordningen og etableret fælles visitation af alle akutte henvendelser ved Akuttefonen 1813. Dette indebærer, at de akutte ambulante sygehusophold i denne region også omfatter kontakter, som i de andre regioner vil være i vagtlægeordningen uden for sygehusregi. Da disse kontakter ikke kan adskilles i data, er de indeholdt i opgørelserne af de akutte sygehusophold på landsplan. Vi vender tilbage til dette i kapitel 5, hvor fokus er på geografiske forskelle. Implikationerne er beskrevet nærmere i kapitel 3 ovenfor, samt i bilag 7 "Metode".

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Selvom hyppige akutte patienter kun udgør 5,1 pct. af alle akutte patienter, står de for hele 18,2 pct. af de samlede akutte sygehusophold. Med et gennemsnit på 5,4 akutte sygehusophold årligt pr. person og en væsentligt højere andel af opholdene som indlæggelser, optager denne relativt lille patientgruppe en markant andel af sygehusenes akutte kapacitet. Samme tendens gør sig gældende, når vi laver opgørelser, hvor akutte ophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes. Dette understreger behovet for et øget fokus på gruppen af hyppige akutte patienter.
 - Hyppige akutte patienter er generelt ældre, sygere og mere socioøkonomisk udfordret end øvrige akutte patienter. Samtidig er det en gruppe, der har en markant højere grad af kontakt med både almen praksis, sygehuse og den kommunale plejesektor. Dette understreger både et behov og potentiale for målrettet behandling og forebyggelse, samt særlige indsatser rettet mod denne gruppe.
 - Der ses en stigning i det absolutte antal af hyppige akutte patienter over tid på landsplan, når vi betragter perioden fra 2014 til 2023. Når vi imidlertid tager højde for den generelle vækst i den akutte patientpopulation samt ændringer i køns- og alderssammensætningen, forsvinder denne stigning over tid.
-

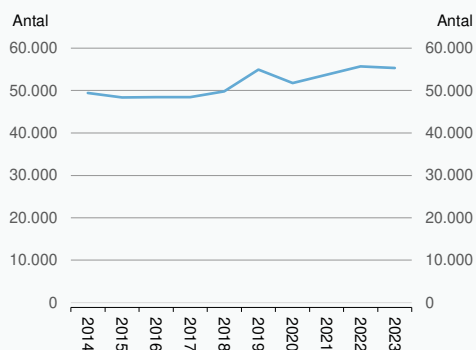
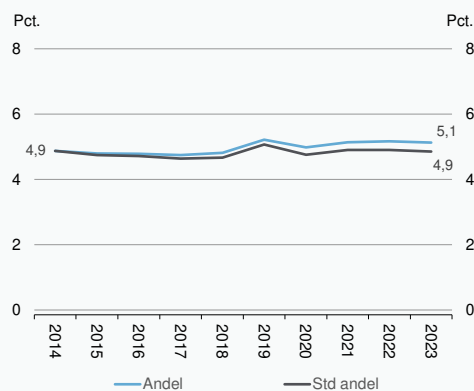
I perioden 2021-2023 blev ca. 54.900 personer årligt kategoriseret som hyppige akutte patienter, hvilket svarer til omkring 5,1 pct. af den samlede gruppe af akutte sygehuspatienter, jf. figur 4.1. Selvom denne gruppe udgjorde en relativt lille del af den samlede akutte patientpopulation, stod de hyppige akutte patienter for knap 300.000 af de årlige akutte sygehusophold. Dette svarer til 18,2 pct. af alle akutte ophold, jf. figur 4.2. I boks 4.1 kan du se andelen af hyppige akutte patienter og deres andel af den samlede akutte sygehusaktivitet når skader, forgiftninger mm. frasorteres i daggrundlaget. Det ændrer kun meget lidt på tallene.



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Omkring halvdelen af de hyppige akutte patienter har præcis fire akutte sygehusophold i løbet af et kalenderår. Herefter falder andelen af patienter i takt med, at antallet af ophold stiger. Gennemsnitligt har de hyppige akutte patienter cirka 5,4 akutte sygehusophold pr. person om året. Til sammenligning har langt størstedelen af de øvrige akutte patienter kun ét akut sygehusophold og i gennemsnit omkring 1,3 ophold årligt.

Når vi anskuer udviklingen i det årlige antal hyppige akutte patienter fra 2014 til 2023, ses en stigning fra omkring 49.400 individer i 2014 til cirka 55.300 i 2023, jf. figur 4.3 Denne vækst har betydet, at andelen af hyppige akutte patienter er vokset fra omkring 4,9 pct. til cirka 5,1 pct. af det samlede antal akutte patienter, jf. figur 4.4 (blå linje). Denne stigning synes dog at kunne tilskrives ændringer i den demografiske udvikling af køns- og alderssammensætningen i perioden. Det ser vi, da andelen af akutte patienter, der er hyppige, er den samme i 2014 som i 2023, når vi køns- og aldersstandardiserer andelen, jf. figur 4.4 (grå linje).

Figur 4.2**Antallet af hyppige akutte patienter, 2014-2023****Figur 4.3****Andel af akutte patienter, der er hyppige, 2014-2023**

Anm.: For at sikre en mere retvisende sammenligning over tid har vi valgt at standardisere tallene for køn og alder via direkte standardisering. Referencepopulationen er akutte patienter på landsplan i 2014.

Den relativt større stigning i frekvens og andele i 2019 er formentlig sammenhængende med det databrud i Landspatientsregisteret, der opstod samme år i forbindelse med Sundhedsdatastyrelsens overgang fra LPR2 til LPR3, hvor data for 2019 er baseret på både LPR2- og LPR3-data.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

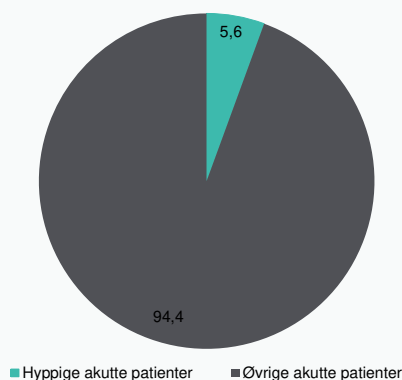
Boks 4.1

Hyppige akutte patienters akutte sygehusaktivitet, når ophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes

Som beskrevet i kapitel 3 kan det være relevant at belyse fordelingen af hyppige akutte patienters aktivitet, når akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger og lignende forhold relateret til visse ydre påvirkninger udelades. Det betyder, at en patient kun kategoriseres som hyppig akut patient, hvis vedkommende har fire eller flere akutte sygehusophold inden for samme kalenderår, foruden akutte ophold relateret til kapitel XIX, "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98]" i Sundhedsdatastyrelsens Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande. Figur A og figur B viser henholdsvis andelen af hyppige akutte patienter samt den andel af den samlede akutte sygehusaktivitet, de står for, når disse ophold ikke medregnes.

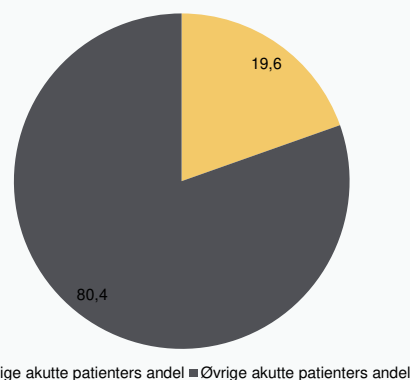
Figur A

Andel hyppige akutte patienter ud af alle akutte patienter, 2021-2023



Figur B

Andel akutte sygehusophold fordelt på hyppige og øvrige akutte patienter, 2021-2023



Figur A illustrerer, at andelen af hyppige akutte patienter under denne afgrænsning er 5,6 pct., hvilket er 0,5 procentpoint højere end når ophold relateret til skader, forgiftninger mm. inkluderes. Figur B viser desuden, at hyppige akutte patienter tegner sig for 19,6 pct. af de samlede akutte sygehusophold, svarende til en stigning på 1,2 procentpoint. Både hyppige akutte patienter og øvrige akutte patienter har omtrent samme gennemsnitlige antal akutte sygehusophold pr. patient, men når skader, forgiftninger mm. frasorteres, fylder hyppige akutte patienter en lidt større andel af den samlede akutte sygehusaktivitet. Overordnet set er konklusionen dog uændret: En lille gruppe patienter står for en markant andel af den samlede aktivitet.

Senere i analysen præsenterer vi fordelingen af hyppige akutte patienter, når ophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes, fordelt på regioner (boks 6.1), hvilket man også kan finde i tabelform i bilag 4. Desuden belyser vi i kapitel 5 om hyppige akutte patienters forløb, hvor stor en andel af deres ophold der resulterer i en udskrivningsdiagnose inden for kapitel XIX, "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger". Afslutningsvis viser vi i afsnit 6.2.3, om ekskluderingen af disse diagnoser påvirker de faktiske og forventede andele af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter, når der tages højde for patienternes individkarakteristika.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

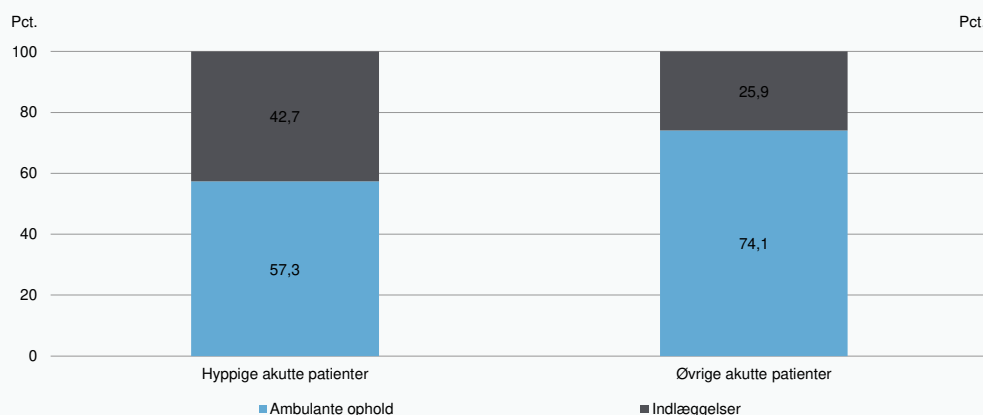
Typen og længden af det akutte sygehusophold

Udover den per definition markante forskel i antallet af akutte sygehusophold mellem hyppige og øvrige akutte patienter er der også forskelle i typen og varigheden af opholdene. Hyppige akutte patienter bruger blandt andet længere tid på deres akutte ophold (ca. 2,2 døgn i gennemsnit) sammenlignet med de øvrige akutte patienter (ca. 1,3 døgn i gennemsnit).

Hyppige akutte patienter bliver da også i højere grad indlagt i forbindelse med deres akutte sygehusophold og har med omkring 42,7 pct. af deres akutte ophold som indlæggelser en væsentligt mere ligelig fordeling mellem ambulante akutte ophold og akutte indlæggelser sammenlignet med øvrige akutte patienter, hvor kun 25,9 pct. af opholdene er indlæggelser, jf. figur 4.5.

Figur 4.4

Fordelingen af akutte sygehusophold blandt hyppige og øvrige akutte patienter, 2021-2023



Anm.: Indlæggelser er afgrænset i overensstemmelse med Sundhedsdatastyrelsens definition, som betegner et ambulant ophold med en varighed over 12 timer som en indlæggelse.
 Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sociodemografisk karakteristik af akutte patienter

Vi har opgjort fordelingen af hyppige akutte patienter og øvrige akutte patienter på en række relevante sociodemografiske karakteristika, som fremgår af tabel 4.1. Patienternes status for de forskellige karakteristika er, med få undtagelser, baseret på registreringer fra slutningen af året forud for aktivitetsåret.²³

Resultaterne i tabel 4.1. viser betydelige forskelle mellem de to grupper af akutte patienter på flere parametre. Med hensyn til klassiske socioøkonomiske karakteristika er hyppige akutte patienter generelt ældre og har en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Fx er omkring 18,3 pct. af de hyppige akutte patienter over 80 år, mens i alt 37,2 pct. er over 70 år. Til sammenligning er ca. 9,2 pct. af de øvrige akutte patienter over 80 år, og i alt 21,0 pct. er over 70 år. Endvidere er under halvdelen af de hyppige akutte patienter i beskæftigelse eller under uddannelse, mens dette gælder for mere end to tredjedele af de øvrige akutte patienter. I forlængelse heraf har hyppige akutte patienter også en lavere indkomst sammenlignet med de øvrige akutte patienter.²⁴ Der er desuden en højere andel af kvinder og personer med lavere uddannelsesniveau blandt hyppige akutte patienter end blandt de øvrige akutte patienter, omend disse forskelle er mindre markante.

Der er også markante forskelle i helbredstilstanden mellem hyppige og øvrige akutte patienter. Graden af sygelighed – som vi definerer på baggrund af Charlsons komorbiditetsindeks (CCI) - er betydeligt højere blandt hyppige akutte patienter.²⁵ Kun omkring 43,9 pct. af dem lider ikke af påviste alvorlige sygdomme, mens dette gælder for ca. 68,2 pct. af de øvrige akutte patienter.²⁶ Endvidere har 21,4 pct. af de hyppige akutte patienter en høj grad af sygelighed, sammenlignet

²³ Variable fra BEF undtaget. Se specifikke nedslagpunkter for samtlige variable i bilag 7 "Metode".

²⁴ Den svagere tilknytning til arbejdsmarkedet hænger naturligvis sammen med, at hyppige akutte patienter generelt er ældre, hvorfor flere er pensioneret. En baggrundsanalyse har dog vist, at der også er store forskelle, når vi kun ser på tværs af personer i den arbejdsdygtige alder.

²⁵ Charlsons komorbiditetsindeks (CCI) er et internationalt klassifikationssystem, der vægter sygelighed på baggrund af forekomst af en række sygdomme, som alle vurderes at have en negativ indvirkning på borgerens helbred.

²⁶ Her forstået som en CCI værdi på 0.

med 6,9 pct. af de øvrige patienter. Desuden er andelen af kronikere højere blandt hyppige akutte patienter (ca. 46,1 pct.) end blandt øvrige akutte patienter (omkring 27,1 pct.).

Endelig modtog de hyppige akutte patienter i væsentligt større omfang kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser og havde mere kontakt med almen praksis samt flere hospitalsophold end de øvrige akutte patienter året før aktivitetsåret. Fx modtog 17,9 pct. af de hyppige akutte patienter praktisk hjælp, og 31,2 pct. modtog hjemmesygepleje, mens disse tal for de øvrige akutte patienter var henholdsvis 6,2 pct. og 10,6 pct. Desuden havde de hyppige akutte patienter i gennemsnit 17,7 kontakter med alment praktiserende læger og 6,1 somatiske sygehusophold i året før aktivitetsåret, mens de øvrige akutte patienter har henholdsvis 9,6 og 1,3 af samme.

Flere af de socioøkonomiske forskelle på hyppige og øvrige akutte patienter hænger sandsynligvis sammen med, at hyppige akutte patienter er ældre og har et dårligere helbred.

Der tegner sig altså et billede af en gruppe af patienter, der er ældre og mere helbredsmæssigt og socioøkonomisk udfordret end de resterende patienter med akutte kontakt, ligesom de ikke bare har flere, men også mere længerevarende akutte sygehusophold. Opgørelserne viser dog også, at de hyppige akutte patienter har en væsentligt højere grad af kontakt med både egen læge, den kommunale pleje og hospitalet. Det er bemærkelsesværdigt, at denne lille patientgruppe med hyppige akutte sygehusophold kan tegne sig for næsten en femtedel af den samlede akutte sygehusaktivitet. Det er særligt bemærkelsesværdigt, når data vedrørende deres kontakthader på tværs af sektorer antyder, at både almen praksis, kommuner og sygehuse har et indgående kendskab til disse patienter. En overvejelse kan derfor være, om nogle af de akutte sygehusophold potentielt kunne forebygges fx ved særlige, målrettede tværsektorielle indsatser rettet mod denne patientgruppe.

Tabel 4.1

Akutte patienters sociodemografiske karakteristika, 2021-2023

	Hyppige akutte patienter	Øvrige akutte patienter
Aldersgruppe		
0-9 år	9,5 pct.	12,2 pct.
10-19 år	6,1 pct.	11,5 pct.
20-29 år	11,4 pct.	12,6 pct.
30-39 år	9,4 pct.	10,8 pct.
40-49 år	6,0 pct.	9,6 pct.
50-59 år	8,6 pct.	11,5 pct.
60-69 år	12,0 pct.	10,6 pct.
70-79 år	18,9 pct.	11,8 pct.
80-89 år	14,9 pct.	7,4 pct.
90 år eller ældre	3,4 pct.	1,8 pct.
Køn		
Kvinde	52,9 pct.	50,3 pct.
Mand	47,1 pct.	49,7 pct.
Uddannelse		
Ingen el. uoplyst	13,1 pct.	17,0 pct.
Grundskole	35,3 pct.	27,7 pct.
Gymnasial- el. erhvervs-uddannelse	32,0 pct.	32,3 pct.
Kort el. mellemlang videregående uddannelse	14,0 pct.	16,0 pct.
Lang videregående uddannelse el. Ph.d.	5,6 pct.	6,9 pct.
Beskæftigelsesstatus		
Under uddannelse	14,5 pct.	21,6 pct.
Beskæftiget	28,9 pct.	45,6 pct.
Ledig	4,6 pct.	3,4 pct.
Sygedagpenge o. lign.	1,4 pct.	0,9 pct.
Førtidspension, seniorpension, fleksjob, ressourceforløb o. lign.	10,3 pct.	4,9 pct.
Pension el. efterløn	39,9 pct.	23,3 pct.
Uoplyst	0,4 pct.	0,2 pct.
Ækvivaleret disponibel indkomst		
Maks. 140.000 kr.	9,9 pct.	9,4 pct.
140.001 kr. – 200.000 kr.	30,2 pct.	21,0 pct.
200.001 kr. – 270.000 kr.	27,2 pct.	24,2 pct.
270.001 kr. – 370.000 kr.	19,1 pct.	24,5 pct.
370.001 kr. – 480.000 kr.	8,2 pct.	12,4 pct.
Min, 480.000 kr.	5,4 pct.	8,6 pct.
Kommunal pleje		

Modtager af praktisk hjælp	17,9 pct.	6,2 pct.
Modtager af personlig hjælp	15,2 pct.	4,9 pct.
Modtager af hjemmesygepleje	31,3 pct.	10,6 pct.
Modtager af Plejebolig	2,9 pct.	1,5 pct.
Psykisk sygdom		
Ja	25,3 pct.	14,0
Sygelighed		
Ingen	43,9 pct.	68,2 pct.
Let	21,4 pct.	18,1 pct.
Middelsvær	13,3 pct.	6,7 pct.
Høj	21,4 pct.	6,9 pct.
Kronisk syg		
Ja	46,1 pct.	27,1 pct.
Kronisk sygdom		
Astma	22,7 pct.	35,0 pct.
Knogleskørhed	23,6 pct.	19,9 pct.
Leddegigt	5,3 pct.	4,6 pct.
KOL	33,7 pct.	22 pct.
Type 1 diabetes	2,7 pct.	2,4 pct.
Type 2 diabetes	29,1 pct.	24,4 pct.
Skizofreni	3,7 pct.	2,4 pct.
Demens	5,8 pct.	5,2 pct.
Multisyg	28,0 pct.	18,2 pct.
Antal kontakter med almen praksis og hospital		
Alment praktiserende læge	17,7	9,6
Hospitalsophold (somatisk)	6,1	1,3

Anm.: Variablerne er opgjort på baggrund af forskellige tidsmæssige nedslagspunkter. Læs mere om specifikke variable i bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Forløbet omkring hyppige akutte patienter

I dette afsnit undersøger vi på landsplan forløbene blandt hyppige akutte patienter med fokus på tidsintervaller, kontaktmønstre i almen praksis, planlagte sygehusophold mellem akutte ophold samt de diagnoser, patienterne modtager ved udskrivning fra akutopholdet. Analysen omfatter både den samlede gruppe af hyppige akutte patienter og tre udvalgte undergrupper. Her er tale om hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller har modtaget kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er stor variation i tiden mellem hyppige akutte patienters akutte ophold. Gennemsnittet ligger mellem 40 og 50 dage, men en fjerdedel har et nyt ophold inden for en uge efter udskrivelse, og halvdelen inden for 3-4 uger. Denne tendens er ensartet, uanset om der ses på perioden mellem første og andet akutte ophold, andet og tredje osv. Mønstrer gør sig gældende både for alle hyppige akutte patienter og for de hyppige akutte patienter der er ældre, lider af kronisk sygdom samt er kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere.
- Hyppige akutte patienter har i gennemsnit knap to fysiske kontakter og to digitale kontakter med alment praktiserende læger og halvdelen planlagt somatisk sygehusophold mellem hver af deres første fire akutte sygehusophold på året. For ældre, kronisk syge og kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere blandt de hyppige akutte patienter er antallet af planlagte sygehusophold det samme, men de har oftere kontakt med almen praksis, typisk ca. to en halv fysiske kontakter og mellem to og fire digitale kontakter mellem hvert akut ophold. Dette vidner om et generelt højt forbrug af sundhedsydelser og understreger, at der er et solidt kendskab til denne patientgruppe på tværs af sundhedsvæsenet.
- Over halvdelen af både hyppige og øvrige akutte patienter udskrives med diagnoser fra de tre største diagnosegrupper: "Symptomer og abnorme fund IKA", "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" samt "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen". Hyppige akutte patienter adskiller sig dog ved sjældnere at blive udskrevet med "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger", mens de oftere har diagnoser fra alle andre diagnosegrupper.

For at opnå en dybere forståelse af hyppige akutte patienters kontaktmønstre og brug af sundhedsydelser har vi analyseret deres forløb op til og mellem de enkelte akutte sygehusophold i kalenderåret. Som et første skridt har vi set på, hvor lang tid der går mellem opholdene. En række tidsrelaterede nøgletal for patienternes første fem akutte sygehusophold fremgår af tabel 5.1.

Tabel 5.1

Tid i antal dage mellem hver af de hyppige akutte patienters første fem akutte sygehusophold

	Gennemsnitstid	1. kvartil	Mediantid	3. kvartil
Tidsrum				
Periode mellem 1. og 2. akutte sygehusophold	48 dage	6 dage	25 dage	69 dage
Periode mellem 2. og 3. akutte sygehusophold	42 dage	5 dage	20 dage	60 dage
Periode mellem 3. og 4. akutte sygehusophold	43 dage	5 dage	20 dage	60 dage

Anm.: 1. kvartil angiver antallet af dage mellem de individuelle akutte sygehusophold, som 25 pct. af de hyppige akutte patienter ikke overstiger. Mediantiden er den midterste værdi, hvor halvdelen af de hyppige akutte patienter ligger under, og halvdelen ligger over. 3. kvartil viser antallet af dage mellem de individuelle akutte sygehusophold, som 75 pct. af de hyppige akutte patienter ikke overstiger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabellen viser, at den gennemsnitlige tid mellem hyppige akutte patienters sygehusophold ligger mellem 40 og 48 dage, men der er stor variation. En fjerdedel har et nyt akut ophold inden for en uge, og halvdelen inden for 3-4 uger. Dette understreger, at gennemsnittet dækker over betydelige forskelle i tidsintervallerne. Samtidig synes der ikke at være nogen særlige forskelle i fordelingen af tidsafstanden mellem opholdene – dvs. uanset om der ses på perioden mellem årets 1. og 2. akutte ophold, 2. og 3., osv.

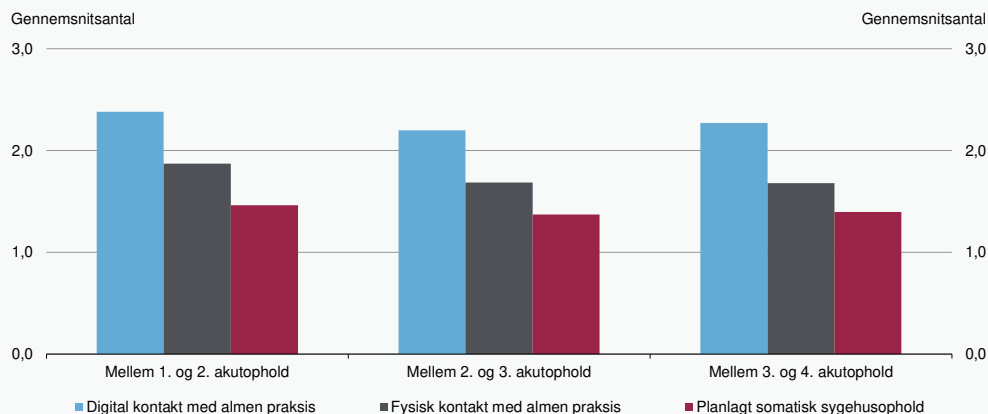
Planlagte sygehusophold og kontakter med almen praksis

Vi har desuden undersøgt de hyppige akutte patienters kontaktmønstre før og mellem deres første fire akutte sygehusophold i kalenderåret, med særligt fokus på kontakter til alment praktiserende læger og planlagt (ikke-akut) somatisk sygehusaktivitet.

Før årets første akutte sygehusophold har vi set nærmere på aktiviteten i ugen op til selve dagen for akutopholdet. Her er den gennemsnitlige kontaktfrekvens til almen praksis under én kontakt, både når vi ser på fysiske kontakter og når vi ser på de kontakter, der ikke er fysiske under ét (fx telefon- og mailkorrespondancer). Ser vi på de planlagte sygehusophold har de hyppige akutte patienter ligeledes under ét ophold. Ser vi på det gennemsnitlige antal kontakter mellem hvert af de akutte sygehusophold, observerer vi stort set samme mønster på tværs af de første fire akutte sygehusophold i kalenderåret: Knap 2 fysiske kontakter med den alment praktiserende læge, knap 2,5 digitale kontakter og ca. 1,5 planlagte sygehusophold mellem hvert akut sygehusophold, jf. figur 5.1.

Figur 5.1

Hyppige akutte patienters planlagte somatiske sygehusophold og kontakter med alment praktiserende læger mellem de første fire akutte sygehusophold, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Opsummerende indikerer tabel 5.1 og figur 5.1 samlet set, at der ikke er væsentlige forskelle i tiden mellem årets første og de senere akutte kontakter.

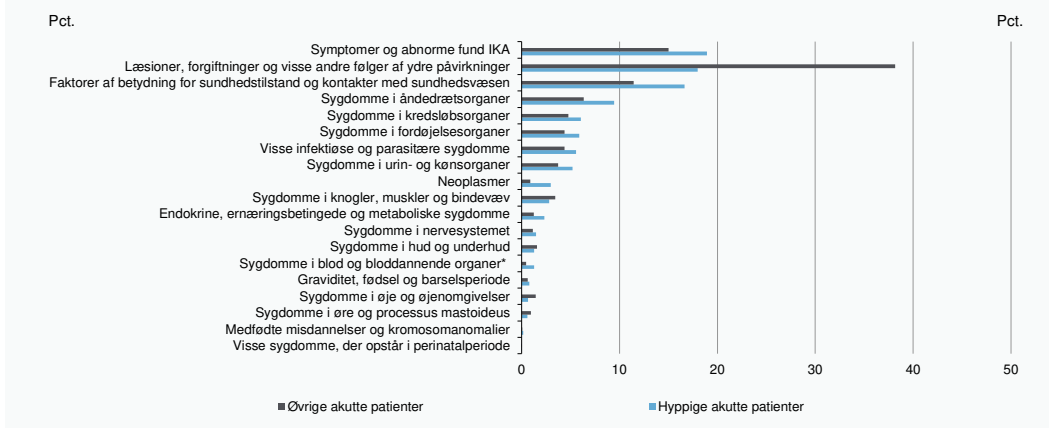
Kategorier af diagnoser

Et andet afgørende punkt i forløbet omkring de hyppige akutte patienters kontakter er, hvilke diagnoser de modtager i forbindelse med afslutningen på deres akutte sygehusophold. For at undersøge dette har vi inddelt de hyppige akutte patienters udskrivningsdiagnoser efter endt akut sygehusophold efter Sundhedsdatastyrelsens danske udgave af World Health Organizations *Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande* (ICD-10), der indeholder koder for diagnoser, symptomer, helbredsproblemer og årsager til patientens kontakt med sundhedsvæsenet.

I figur 5.2 ses en oversigt over udskrivningsdiagnoserne for alle akutte patienter i perioden 2021-2023, rangordnet efter andelen af de hyppige akutte patienters akutte sygehusophold inden for hvert diagnosekapitel, dvs. den øverste kategori i diagnosehierarkiet. Der er således ikke tale om specifikke diagnoser, men snarere bredere grupper af diagnoser, der samler flere beslægtede diagnoser. Figuren viser, at det er de samme overordnede diagnosekapitler, der forekommer hyppigst både ved akutte sygehusophold hos hyppige akutte patienter og øvrige akutte patienter. De tre hyppigste diagnosekapitler for de akutte patienter er i nævnte rækkefølge "Symptomer og abnorme fund IKA", "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" og "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen".

Figur 5.2

Akutte patienters diagnoser fordelt efter diagnostisk kapitel, 2021-2023



Anm.: Ikke klassificeret andetsteds forkortes IKA. Af hensyn til figurens læsevenlighed, er diagnosekapitlet "Sygdomme i blod og bloddannende organer" forkortet. Det fulde navn er "Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Selvom både hyppige og øvrige akutte patienter oftest modtager diagnoser inden for disse tre kapitler, viser figuren, at relativt færre hyppige akutte patienter har akutte sygehusophold på grund af diagnoser i kapitler om "Læsioner, forgiftninger og andre følger af ydre påvirkninger" (ca. 18,0 pct.) sammenlignet med de øvrige akutte patienter (ca. 38,2 pct.). De kommer med andre ord i mindre grad i akut kontakt med sygehuset på baggrund af uheld og skader, men er der på grund af andre tilstande.

Omvendt er en større andel af de hyppige akutte patienters akutte sygehusophold relateret til diagnoser under kapitlet om "Symptomer og abnorme fund IKA" (18,9 pct. mod 15,0 pct. blandt øvrige akutte patienter), samt "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet" (16,6 pct. mod 11,4 pct. blandt øvrige akutte patienter).

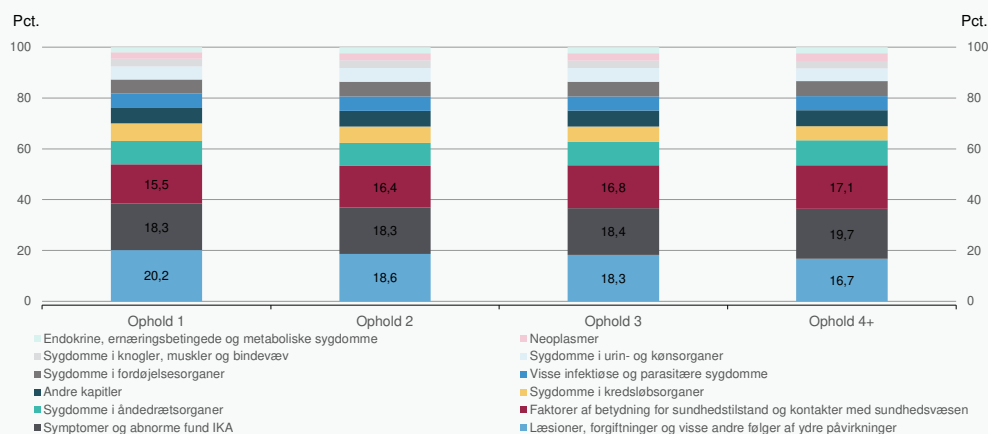
Det er også værd at bemærke, at hyppige akutte patienter relativt oftere modtager næsten alle andre diagnoser fra de resterende diagnosekapitler ved udskrivning sammenlignet med de øvrige akutte patienter.

Vi har også undersøgt, om der er forskelle i, hvilke diagnosekapitler der er mest fremtrædende på tværs af hvert af de første tre akutte sygehusophold og de resterende akutte ophold i løbet af kalenderåret set under ét, jf. figur 5.3.

Vores resultater viser, at de samme diagnosekapitler dominerer på tværs af de akutte sygehusophold, og at fordelingen kun ændrer sig marginalt på tværs af hyppige akutte patienters individuelle akutte sygehusophold. Den mest markante ændring ses ved, at ca. 20,2 pct. af de hyppige patienters første akutte ophold i kalenderåret er relateret til kapitlet om "Læsioner, forgiftninger og andre følger af ydre påvirkninger", hvilket falder til ca. 16,7 pct. ved de efterfølgende akutte ophold fra det fjerde ophold og frem. Omvendt ses en stigning i den relative forekomst af diagnoser relateret til både "Symptomer og abnorme fund IKA", samt "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakt med sundhedsvæsenet", som stiger fra hhv. 18,3 pct. og 15,5 pct. til 19,7 pct. og 17,1 pct.

Figur 5.3

Hyppige akutte patienters udskrivelsesdiagnoser fordelt på diagnosekapitler på tværs af akutte sygehusophold, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Siden disse tre diagnosekapitler er de mest fremtrædende ved gentagne akutte sygehusophold, er det interessant at udforske, i hvilken grad de samme hyppige akutte patienter vender tilbage med diagnoser fra netop disse kapitler. For at belyse dette har vi opgjort, i hvor høj grad de hyppige akutte patienter, der ved deres første akutte sygehusophold i kalenderåret får en diagnose under et af de tre mest almindelige diagnosekapitler, også modtager en diagnose inden for samme kapitel ved deres andet, tredje og resterende akutte ophold. Resultaterne fremgår af tabel 5.2.

Tabellen viser, at en stor del af de hyppige akutte patienter modtager diagnoser fra samme diagnosekapitel på tværs af deres efterfølgende ophold, i lighed med det kapitel, de fik diagnosen fra ved deres første akutte sygehusophold i kalenderåret.

Tabel 5.2

Andel af hyppige akutte patienter, der modtager en diagnose fra samme diagnosekapitel som ved første akutte ophold ved forskellige af de efterfølgende akutte sygehusophold, 2021-2023

Startdiagnose	Ophold 1	Ophold 2	Ophold 3	Ophold 4+
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	100 pct.	48,7 pct.	42,7 pct.	41,0 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	100 pct.	35,4 pct.	31,1 pct.	31,4 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	100 pct.	47,9 pct.	45,2 pct.	42,7 pct.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Diagnosekapitlerne er imidlertid relativt brede og kan omfatte mange forskellige diagnoser. Fx findes både "Kontakt mhp. undersøgelse for alkohol i blodet" og "Anamnese med allergi over for penicillin" under kapitlet "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet". Dette indebærer ikke nødvendigvis, at diagnoserne er relateret til samme underliggende sygdom.

dom eller helbredstilstand hos patienten, og man kan på den baggrund ikke konkludere, at hyppige akutte patienter får den samme diagnose gentagne gange.

Vi har derfor undersøgt de mere konkrete diagnosekategorier, som hyppige akutte patienter oftest får stillet. I tabel 5.3 fremgår de 25 hyppigst forekommende udskrivningsdiagnoser på tværs af alle akutte sygehusophold blandt denne patientgruppe. Her er vi gået et niveau dybere i den hierarkiske diagnoseklassifikation, hvilket muliggør en mere præcis fortolkning af, hvilke tilstande patienterne rent faktisk lider af.

Tabel 5.3

De 25 oftest anvendte diagnosekategorier ved udskrivning blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

Diagnosekapitel	Diagnosekategorier	Andel af de samlede diagnosegrupper
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet i relation til reproduktion	6,7 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse	5,6 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen	5,4 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i kredsløbs- og åndedrætsorganer	5,0 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Almene Symptomer og abnorme fund	4,8 pct.
Sygdomme i kredsløbsorganer	Andre former for hjertesygdom	3,5 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Influenza og lungebetændelse	3,1 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Læsioner af håndled og hånd	2,9 pct.
Sygdomme i urin- og kønsorganer	Andre sygdomme i urinvejene	2,8 pct.
Neoplasmer	Kræftsygdomme	2,8 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling IKA	2,7 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Kroniske sygdomme i nedre luftveje	2,6 pct.
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Andre bakterielle sygdomme	2,5 pct.
Sygdomme i fordøjelsesorganer	Andre tarmsygdomme	2,2 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Hovedlæsioner	2,2 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Akutte infektioner i øvre luftveje	1,9 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på særlige foranstaltninger og behandling	1,6 pct.
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme	Metaboliske sygdomme	1,6 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Læsioner af ankel og fod	1,6 pct.
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Andre virale sygdomme	1,5 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Læsioner af albue og underarm	1,5 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Læsioner af knæ og underben	1,4 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet i relation til andre omstændigheder	1,3 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i urinvejene	1,3 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer med potentiel helbredsrisiko i relation til familiens eller egen anamnese og visse tilstande, som kan påvirke sundhedstilstanden	1,2 pct.

Anm.: Der er ikke tale om specifikke diagnoser men derimod grupper af diagnoser.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det er værd at bemærke, at selvom der heller ikke her er tale om helt specifikke diagnoser på dette diagnostiske niveau udgør ingen enkelt diagnosegruppe mere end ca. 7 pct. af udskrivningsdiagnoserne. Ikke desto mindre kan næsten 70 pct. af alle hyppige akutte patienters udskrivningsdiagnoser alligevel indplaceres i én af disse 25 mest anvendte diagnosegrupper.

Inddelingen omfatter både mere og mindre præcise kategorier, der kan dække tilstande, som kræver et akut sygehusophold, men også tilstande, der potentielt kunne forebygges eller håndteres

uden for det akutte regi. Hvad der præcist indgår i de enkelte diagnosegrupper findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside, nærmere bestemt i SKS-browseren på medinfo.dk.

Tabel 5.3 viser desuden, at de tre hyppigst forekommende diagnosegrupper for hyppige akutte patienter er "Personer i kontakt med sundhedsvæsenet i relation til reproduktion" (ca. 6,7 pct.), "Personer i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse" (5,6 pct.) og "Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen" (5,4 pct.).

Når vi går ned på dette mere specifikke diagnosniveau, er andelen væsentligt lavere end på kapitelniveau, hvilket gør det interessant at undersøge, om de hyppige akutte patienter modtager disse mere specifikke diagnosegrupper flere gange. Det belyses på samme måde som tidligere ved at se på, hvor stor en andel af de hyppige akutte patienter der får en diagnose fra samme diagnosegruppe ved deres efterfølgende ophold, som de fik ved kalenderårets første akutte ophold. Denne mindre delanalyse udføres udelukkende på de tre mest anvendte diagnosegrupper præsenteret i tabel 5.4.

Tabel 5.4

Andel af hyppige akutte patienter, der hvis første diagnose var tilhørende en af de tre oftest anvendte diagnosegrupper, som modtager en diagnose fra samme diagnosegruppe ved forskellige af de efterfølgende akutte sygehusophold, 2021-2023

Startdiagnose	Ophold 1	Ophold 2	Ophold 3	Ophold 4+
Personer i kontakt med sundhedsvæsenet i relation til reproduktion	100 pct.	88,5 pct.	86,3 pct.	76,7 pct.
Personer i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse	100 pct.	15,7 pct.	11,1 pct.	9,7 pct.
Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen	100 pct.	29,3 pct.	23,0 pct.	22,6 pct.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Når man går lidt længere ned på diagnosniveau, bliver billedet mere varieret. For den hyppigste diagnose "Personer i kontakt med sundhedsvæsenet i relation til reproduktion", ser vi at langt de fleste af de efterfølgende kontakter er med samme diagnose. Det handler meget om problemstillinger omkring graviditet. Det kan være et eksempel på et område, hvor det kan være relevant at undersøge, om der er nogle grupper, der er i særlig risiko for hyppige akutte kontakter, og hvor det derfor kan være relevant at lave nogle mere målrettede tilbud, der kan være med til at forebygge denne aktivitet eller imødekomme behovet i et andet regi end akutte kontakter på sygehuset. Omvendt ser vi, at for diagnosen "Personer i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse", er det en noget mindre del af patienterne med hyppig akut kontakt, hvor den næste kontakt er indenfor samme diagnosegruppe. Analyser som den ovenstående i lokalt regi kan være med til at afdække, hvordan mønstrene er lokalt, og give et billede af de akutte forløb der ses på det enkelte sygehus, som man kan arbejde videre med i forsøget på at udarbejde tilbud, som kan imødekomme nogle af de problemstillinger, der er blandt disse patienter med hyppige akutte sygehusophold.

Vi vender nu blikket mod tre centrale grupper af hyppige akutte patienter.

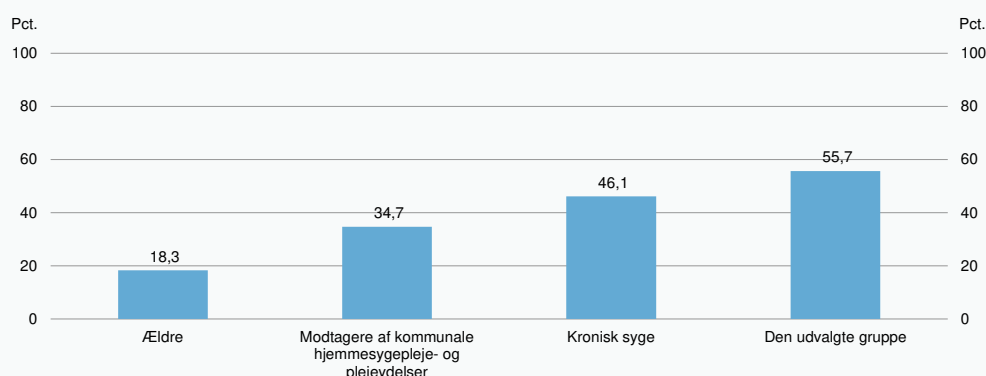
5.1.1 Forløbet for udvalgte grupper af hyppige akutte patienter

Fra den sociodemografiske karakteristik af de hyppige akutte patienter ved vi, at andelen af hyppige akutte patienter, der er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesyge-

pleje- og plejeydelser, er væsentligt højere end blandt de øvrige akutte patienter. Disse grupper er særligt interessante, fordi ansvaret for dem går på tværs af kommuner, almen praksis, sundhedsklynger og regioner. Derfor har vi analyseret disse delpopulationer af hyppige akutte patienter enkeltvis med fokus på deres kontaktmønstre og diagnoser. Andelen som denne udvalgte gruppe – og dens delgrupper – udgør af hyppige akutte patienter fremgår af figur 5.4. I bilag 1-6 findes oversigter over andelen af hyppige akutte patienter i den samlede udvalgte gruppe på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

Figur 5.4

Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom, modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser og indgår i den udvalgte gruppe, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

I denne sammenhæng defineres hyppige akutte patienter der lider af kronisk sygdom som personer, der lider af en af de kroniske sygdomme opgjort i tabel 4.1, såsom astma eller KOL. Til og fravalget af de udvalgte kroniske sygdomme er alene baseret på individer i Sundhedsdatastyrelsens Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS). Ældre defineres som personer i alderen 80+ år, mens kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere er personer, der modtager mindst én af følgende kommunale plejeydelser: praktisk hjælp, personlig pleje, hjemmesygepleje eller plejeboligophold.

Figur 5.4 viser, at 55,7²⁷ pct. af de hyppige akutte patienter minimum tilhører én af disse grupper. Her udgøres den største andel af de hyppige akutte patienter af personer der lider af kroniske sygdomme, dernæst hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere og til sidst ældre. Vi kan dog også se, at der lader til at være et stort overlap grupperne imellem.

For denne udvalgte gruppe viser vores tal, at antallet af dage mellem de enkelte akutte sygehusophold stort set er ens for kronikere, ældre og kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere, og at tallene endvidere næsten ikke adskiller sig fra den samlede gruppe af hyppige akutte patienter vist i tabel 5.1. Dette gælder for både gennemsnitstid, mediantid og de forskellige persen-

²⁷ Når vi frasorterer diagnoser forbundet med skader, forgiftninger mm. ændres dette tal marginalt til 58,3 pct.

tiler.²⁸ Der er altså ikke en indikation af, at forløbene i denne henseende varierer på tværs af forskellige patientgrupper.

Patientgruppernes kontakter i sundhedsvæsenet mellem de fire første akutte sygehusophold

Ligesom vi gjorde i figur 5.1 for hele gruppen af hyppige akutte patienter, har vi undersøgt, hvorvidt og hvor ofte de tre delpopulationer af hyppige akutte patienter har været i kontakt med en alment praktiserende læge eller et sygehus i forbindelse med et planlagt somatisk sygehusophold mellem de første akutte sygehusophold i kalenderåret. Opgørelserne fremgår af tabel 5.5. Ligesom for den samlede gruppe af hyppige akutte patienter, havde de hyppige akutte patienter der var ældre, kronisk syge eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser også under én fysisk og ikke-fysisk kontakt til alment praktiserende læger og under ét planlagt sygehus ophold i gennemsnit i ugen op til og på dagen for deres første akutte sygehusophold på året.

Tabellen viser at de hyppige akutte patienter, der er ældre, gennemsnitligt har ca. 0,5 planlagte ophold færre end både dem, der lider af kronisk sygdom og er kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere, hvis kontaktfrekvens er på omtrent samme gennemsnitlige niveau som hyppige akutte patienter som samlet gruppe. Den viser også at alle tre undergrupper af hyppige akutte patienter har flere kontakter med alment praktiserende læger i perioden mellem deres akutte ophold, end hvad vi så gjaldt for den samlede gruppe hyppige akutte patienter jf. figur 5.1 ovenfor. De ældste adskiller sig fra de andre undergrupper her, da de har flere ikke-fysiske kontakter til lægen.

Tabel 5.5

Ældre, kroniske syge og plejemodtagende hyppige akutte patienters planlagte somatiske sygehusaktivitet og kontakt med alment praktiserende læger i tiden mellem de første fire akutte sygehusophold, 2021-2023

Patientgruppe	Mellem 1. og 2. ophold	Mellem 2. og 3. ophold	Mellem 3. og 4. ophold
Planlagt somatisk sygehusaktivitet			
Ældre	1,2	1,1	1,1
Kronikere	1,6	1,5	1,6
Hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere	1,7	1,6	1,5
Fysisk kontakt med alment praktiserende læge			
Ældre	2,7	2,5	2,5
Kronikere	2,5	2,3	2,3
Hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere	2,6	2,3	2,3
Ikke-fysisk kontakt med alment praktiserende læge			
Ældre	3,5	3,4	3,5
Kronikere	2,8	2,7	2,8
Hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere	3,4	3,2	3,3

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

²⁸ Det er muligt, at den manglende forskel kan skyldes, at definitionen af hyppige akutte patienter, som baserer sig på antallet af kontakter i løbet af et kalenderår, skaber en naturlig grænse for, hvor mange dage der kan gå mellem kontakterne. Derudover kan det også skyldes ensartede mønstre i sundhedssystemets håndtering af disse patienter, fx ensartet visitation, behandling og udskrivelsespraksis på tværs af regioner og kommuner. Der kan også være årstidsvariationer og adgang til sundhedsydelser, som bidrager til, at fordelingen bliver relativt ensartet.

De udvalgte gruppers diagnoser på tværs af de akutte kontakter

Vi har også undersøgt hvilke diagnosekapitler der fylder mest blandt de udvalgte grupper af hyppige akutte patienter, der er ældre, lider af kronisk sygdom eller er kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtagere. Igen ser vi på tværs af deres individuelle diagnoser ved udskrivning fra akutafdelingen og grupperer dem i de respektive diagnosekapitler i ICD-10. Da fordelingen af diagnoser i alle tre grupper stort set var uændret på tværs af deres akutte ophold, præsenterer tabel 5.6 de mest almindelige diagnoseklassificeringer aggregeret på tværs af alle akutte sygehusophold for disse patienter.

Der er ikke væsentlige forskelle mellem grupperne i forhold til, hvilke diagnoser der dominerer. Dog adskiller delpopulationerne sig fra hele gruppen af hyppige akutte patienter, ved at de oftere modtager diagnoser fra kapitler "Sygdomme i åndedræts- og kredsløbsorganer", og relativt sjældnere modtager diagnoser fra kapitlet "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet". En mulig forklaring er, at akutafdelingerne generelt har et bedre kendskab til hyppige akutte patienter der tilhører disse delgrupper sammenlignet med de andre patienter i den samlede gruppe af hyppige akutte sygehuspatienter, hvorfor de lettere kan stille meget specifikke diagnoser. Derudover modtager de en smule sjældnere diagnoser fra kapitlet "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" sammenlignet med den generelle hyppige akutte patient.

Tabel 5.6

Hyppige akutte patienter der er ældre, kronisk syge eller kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelsesmodtageres diagnoser fordelt efter diagnosekapitel på udskrivningsdiagnosen, 2021-2023

Diagnosegruppe	Ældre	Kronisk syge	Hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere
Symptomer og abnorme fund IKA	19,6 pct.	19,8 pct.	19,8 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	16,0 pct.	16,0 pct..	15,9 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet	9,2 pct.	12,3 pct.	10,2 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	11,4 pct.	12,0 pct.	11,9 pct.
Sygdomme i kredsløbsorganer	9,9 pct.	8,2 pct.	7,1 pct.
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	7,3 pct.	6,0 pct.	7,2 pct.
Sygdomme i urin- og kønsorganer	6,8 pct.	5,6 pct.	6,6 pct.
Sygdomme i fordøjelsesorganer	5,9 pct.	6,2 pct.	6,8 pct.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vi har også opgjort de ti hyppigst anvendte diagnosegrupper for hyppige akutte patienter, der er ældre, kronisk syge og modtager hjemmesygepleje- eller plejeydelser. Disse fremgår af tabel 5.7. Heraf fremgår det, at mange af de samme diagnosekategorier, som er udbredt blandt alle hyppige akutte patienter, også fylder blandt disse udvalgte grupper, om end i forskellig indbyrdes rækkefølge. Blandt andet er der en relativt højere forekomst af "Influenza og lungebetændelse", "Andre former for hjertesygdom" og "Andre sygdomme i urinvejene" i de udvalgte grupper sammenlignet med den samlede gruppe af hyppige akutte patienter. Vi ser desuden, at "Symptomer og abnorme

fund i fordøjelsessystemet" og "Almene symptomer og abnorme fund" stadig ligger i top hos de udvalgte grupper, men med en anelse lavere andele end blandt hyppige akutte patienter generelt.

Tabel 5.7

De 10 oftest anvendte diagnosegrupper ved udskrivning blandt hyppige akutte patienter der er ældre, lider af kronisk sygdom og modtager kommunal hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023

Diagnosekapitel	Diagnosegruppe	Andel af de samlede diagnosegrupper
Ældre		
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i kredsløbs- og åndedrætsorganer	6,3 pct.
Sygdomme i kredsløbsorganer	Andre former for hjertesygdom	5,9 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Influenza og lungebetændelse	5,8 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet mhp. undersøgelse	5,7 pct.
Sygdomme i urin- og kønsorganer	Andre sygdomme i urinvejene	5,0 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Almene symptomer og abnorme fund	4,4 pct.
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Andre bakterielle sygdomme	4,4 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Kroniske sygdomme i nedre luftveje	3,1 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling IKA	3,0 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme i fordøjelsessystemet og abdomen	2,9 pct.
Kronisk syge		
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i kredsløbs- og åndedrætsorganer	6,3 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet mhp. undersøgelse	5,6 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen	4,9 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Kroniske sygdomme i nedre luftveje	4,9 pct.
Sygdomme i kredsløbsorganer	Andre former for hjertesygdom	4,9 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Almene symptomer og abnorme fund	4,4 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Influenza og lungebetændelse	4,4 pct.
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Andre bakterielle sygdomme	3,4 pct.
Sygdomme i urin- og kønsorganer	Andre sygdomme i urinvejene	3,3 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling IKA	2,6 pct.
Hjemmesygepleje- eller plejeydelsesmodtagere		
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i kredsløbs- og åndedrætsorganer	5,7 pct.
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	Personer i kontakt med sundhedsvæsenet mhp. undersøgelse	5,6 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Influenza og lungebetændelse	5,0 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Almene symptomer og abnorme fund	4,7 pct.
Symptomer og abnorme fund IKA	Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen	4,4 pct.
Visse infektiøse og parasitære sygdomme	Andre bakterielle sygdomme	4,4 pct.
Sygdomme i åndedrætsorganer	Kroniske sygdomme i nedre luftveje	4,3 pct.
Sygdomme i urin- og kønsorganer	Andre sygdomme i urinvejene	4,2 pct.
Sygdomme i kredsløbsorganer	Andre former for hjertesygdom	3,8 pct.
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Komplikationer til kirurgisk og medicinsk behandling IKA	3,0 pct.

Anm.: Der er ikke tale om specifikke diagnoser men derimod grupper af diagnoser.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6 Geografisk variation blandt hyppige akutte patienter

I dette kapitel undersøger vi forskelle i omfanget af hyppige akutte patienter på tværs af landet i perioden 2021-2023. Som tidligere beskrevet adskiller Region Hovedstaden sig fra de øvrige regioner ved at visitere alle akutte henvendelser via Akuttefonen 1813.^{29,30} Dette betyder, at akutte ambulante ophold i Region Hovedstaden også omfatter akutte kontakter, som i andre regioner ville have været håndteret af den lokale vagtlægeordning uden for sygehusregi. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. I stedet forholder analysen af Region Hovedstadens tal sig primært til interne variationer inden for regionen, herunder udviklingen i andelen af hyppige akutte patienter over tid samt forskelle mellem kommuner og sundhedsklynger. Dette forhold uddybes i boks 6.1.

Boks 6.1

Indflydelsen af registreringen på akutområdet i Region Hovedstaden

Det er vigtigt at bemærke, at både antallet af akutte patienter og akutte ophold på landsplan påvirkes af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Siden 1. januar 2014 er alle akutte telefoniske henvendelser i regionen blevet visiteret via Akuttefonen 1813, hvor de tidligere vagtlægeklinikker blev integreret i og bemandet af akutafdelinger i sygehusregi.

En konsekvens af denne ændring er, at akutte ambulante ophold i Region Hovedstaden også inkluderer akutte kontakter, som i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen uden for sygehusregi. Det betyder også, at der i Region Hovedstaden vil være en gruppe hyppige akutte patienter, som ikke ville være blevet klassificeret som hyppige akutte patienter i de øvrige regioner.

Registreringsmetoden påvirker både tælleren (antallet af hyppige akutte patienter) og nævneren (det samlede antal akutte patienter) i en opadgående retning, hvilket mindsker den samlede indflydelse på andelen af hyppige akutte patienter. Derfor forventes analysens hovedindikator at være mere stabil sammenlignet med andre nøgletal.

Da det ikke er muligt at frasortere disse akutte kontakter på en tilfredsstillende måde, og da vi samtidig ønsker at inkludere al akut aktivitet fra Region Hovedstaden, følger vi samme tilgang som tidligere analyser af det danske akutområde og inkluderer akutte sygehusophold fra Region Hovedstaden i analysen.³¹ Vi gør dog, som i tidligere analyser, opmærksom på, at dette forhold påvirker analysens resultater, omend vi ikke kan fastslå omfanget af denne påvirkning præcist.

Af samme grund sammenlignes andelen af hyppige akutte patienter i Region Hovedstaden ikke direkte med andelen i de øvrige regioner. I stedet håndteres disse analyser separat, hvilket du kan læse mere om i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

På den baggrund refererer vi i det resterende af analysen til Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland som "de fire sammenlignelige regioner". Denne betegnelse henviser udelukkende til sammenligneligheden i registreringen af akutte sygehusophold. Læs mere om håndteringen af denne dataforudsætning i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kapitlet er inddelt i to dele:

Første del undersøger geografiske variationer på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger baseret på de faktiske tal. I denne del tages der ikke højde for forskelle i rammevilkår. Udviklingen over tid på tværs af regionerne analyseres dog både ved faktiske tal og ved køns- og aldersstandardiserede tal, i overensstemmelse med fremgangsmåden i kapitlet om landsplansniveauet. På regionsniveau analyseres flere af de samme nøgletal som i landsplansafsnittet. På kommunal- og

²⁹ Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Databasen for Akutte Hospitalskontakter. Årsrapport 2023.

³⁰ Det er værd at bemærke, at man i Region Sjælland også overtog driften af vagtlægeordningen den 1. oktober 2022. Kontakter til den nye regionale vagtlægeordning indgår dog ikke i data for akutte sygehusophold, som det er tilfældet i Region Hovedstaden. Derfor påvirkes den akutte sygehusaktivitet i Region Sjælland ikke på samme måde af den nye regionale vagtlægeordning som i Region Hovedstaden.

³¹ Fløjstrup, Marianne, m.fl. (2016). Increasing emergency hospital activity in Denmark, 2005–2016: a nationwide descriptive study. I: *BMJ open*, 10, 2, e031409.

sundhedsklyngeniveau fokuserer analysen derimod alene på 1) andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter og 2) andelen af de samlede akutte sygehusophold, som foretages af hyppige akutte patienter. Sagt på en anden måde: Hvor stor en del af de akutte patienter udgør de hyppige akutte patienter, og hvor meget fylder de i det samlede antal akutte sygehusophold.

Anden del af analysen fokuserer på geografiske variationer i andelen af hyppige akutte patienter, når der tages højde for forskelle i rammevilkår. Mere specifikt benchmarkes regioner, kommuner og sundhedsklynger i forhold til, om andelen af hyppige akutte patienter lokalt afviger fra det forventede niveau, baseret på den specifikke sammensætning af den akutte patientpopulation. Læs mere om metoden bag benchmarking i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Dette afsnit inkluderer desuden en vurdering af robustheden af definitionen af hyppige akutte patienter samt en analyse af sammenhængen mellem kommunernes benchmarkingresultater og udbuddet af kommunalt sundheds- og plejepersonale. Dette kan give indblik i, hvorvidt forskelle i den lokale sundhedskapacitet hænger sammen med omfanget af hyppige akutte patienter.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Andelen af hyppige akutte patienter varierer både mellem og inden for de fire sammenlignelige regioner, uanset om vi ser på de faktiske andele eller justerer for forskelle i rammevilkår. Generelt er andelen lavest i Region Syddanmark og højest i Region Sjælland – både før og efter korrektion for rammevilkår. Alle fire regioner rummer dog både kommuner med en lavere andel af hyppige akutte patienter end forventet samt kommuner med en højere andel. Der ses også forskelle på sundhedsklyngeniveau, men variationerne er naturligt mindre end på kommuneniveau da sundhedsklyngerne er sammensat af borgere fra flere kommuner. Når vi ekskluderer akutte ophold relateret til skader, forgiftninger mm., stiger både andelen af hyppige akutte patienter og deres andel af den samlede akutte aktivitet nogle procentpoint. Imidlertid viser resultaterne, at de samme geografiske områder fortsat har henholdsvis høje og lave andele af hyppige akutte patienter, uanset om disse skadesrelaterede ophold medregnes eller ej, når der korrigeres for lokale rammevilkår.
- Andelen af hyppige akutte patienter varierer også mellem kommunerne i Region Hovedstaden, både i de faktiske tal og efter justering for rammevilkår, men uden et tydeligt geografisk mønster. På sundhedsklyngeniveau er variationen mere begrænset og skyldes primært en høj andel af hyppige akutte patienter i Sundhedsklynge Bornholm, der skiller sig ud ved kun at bestå af én kommune.
- Simple sammenhængsanalyser viser tegn på, at kommuner med relativt flere sygeplejersker og faglært SOSU-personale også har en lavere andel af hyppige akutte patienter, end hvad der kunne forventes ud fra deres rammevilkår. Denne sammenhæng ses ikke for ufaglært SOSU-personale. Denne konklusion gælder uanset om vi medregner akutte ophold relateret til skader, forgiftninger mm. Det er dog vigtigt at understrege, at der på baggrund af sammenhængsanalyserne ikke kan konkluderes noget om kausalitet eller effekt.

6.1 Del 1: Geografiske variationer i de faktiske tal omkring hyppige akutte patienter

6.1.1 Hyppige akutte patienter på tværs af regioner

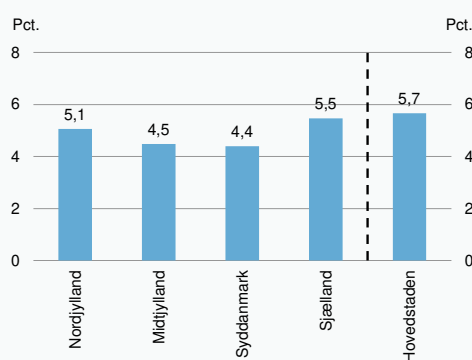
Andelen af hyppige akutte patienter blandt regionernes samlede akutte sygehuspatienter i perioden 2021-2023 varierer i de fire sammenlignelige regioner med omkring 1,1 procentpoint - fra ca. 4,4 pct. i Region Syddanmark til 5,5 pct. i Region Sjælland, jf. figur 6.1.

Vi observerer samme tendens på tværs af regionerne som på landsplan i forhold til, hvor stor en andel af de samlede akutte sygehusophold som hyppige akutte patienter står for – nemlig at de hyppige akutte patienter står for en langt større del af de akutte sygehusophold, end de udgør af den samlede gruppe af akutte patienter. Andelen af akutte sygehusophold, der kan tilskrives de hyppige akutte patienter, varierer fra 16,1 pct. i Region Syddanmark til 19,3 pct. i Region Sjælland, jf. figur 6.2. Hyppige akutte patienter bidrager dermed til en betydelig del af de samlede akutte ophold på tværs af alle fire regioner.

I Region Hovedstaden udgør andelen af hyppige akutte patienter 5,7 pct. Disse patienter bidrager også væsentligt til regionens samlede akutte ophold og står for hele 19,3 pct. de samlede akutte sygehusophold.

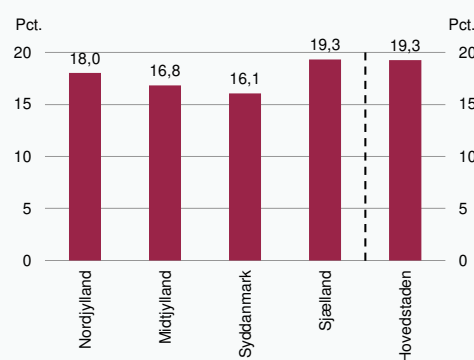
Figur 6.1

Andelen af akutte sygehuspatienter, der er hyppige akutte patienter på tværs af regionerne, 2021-2023



Figur 6.2

Andelen af akutte sygehusophold som hyppige akutte patienter står for på tværs af regionerne, 2021-2023



Anm.: I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

I regioner med en højere andel af hyppige akutte patienter ud af det samlede akutte patientgrundlag udgør disse patienter, ikke overraskende, en større andel af de samlede akutte sygehusophold. Dog er der ikke et én-til-én-forhold mellem andelen af hyppige akutte patienter og andelen af de samlede akutte sygehusophold, de udgør. Der er mindre forskelle på, hvor mange kontakter en hyppig akut patient gennemsnitligt har i løbet af et kalenderår, jf. tabel 6.1. Resultaterne viser, at

hyppige akutte patienter i gennemsnit har flest ophold i Region Midtjylland og færrest i Region Nordjylland og Region Sjælland, selvom forskellene ikke er markante.

I Region Hovedstaden er det gennemsnitlige antal akutte sygehusophold 5,3 pr. hyppig akut patient.

Tabel 6.1

Årlige antal akutte sygehusophold pr. hyppige akut patient i regionerne, 2021-2023

Region	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Antal	5,4	5,6	5,4	5,5	5,3

Anm.: I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Som tidligere beskrevet er vores opgørelser af akutte patienter baseret på alle akutte sygehusophold (foruden fødsler og registreringer af indbragte døde). I boks 6.2 kan du se andelen af hyppige akutte patienter og deres andel af den samlede akutte sygehusaktivitet når skader, forgiftninger mm. frasorteres i datagrundlaget på tværs af regionerne.

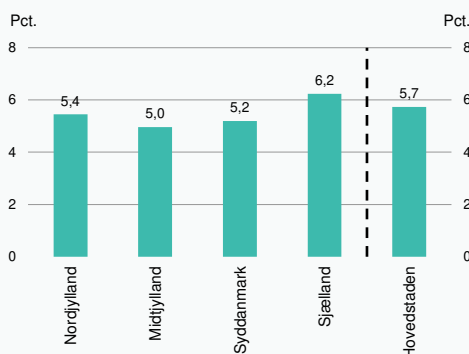
Boks 6.2

Regionale forskelle i hyppige akutte patienters aktivitet, når ophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes

Som tidligere nævnt kan det være relevant at se på, hvor stor en andel af de hyppige akutte patienter samt deres bidrag til den samlede akutte sygehusaktivitet, når ophold relateret til skader, forgiftninger mm. frasorteres. På landsplan viste vi i boks 4.1, at andelen af hyppige akutte patienter og deres andel af aktiviteten stiger en smule under denne afgrænsning. I denne boks præsenterer vi den tilsvarende analyse på regionsniveau: Figur C og figur D viser henholdsvis andelen af hyppige akutte patienter og den andel af den samlede akutte sygehusaktivitet, de står for, når disse ophold ikke medregnes.

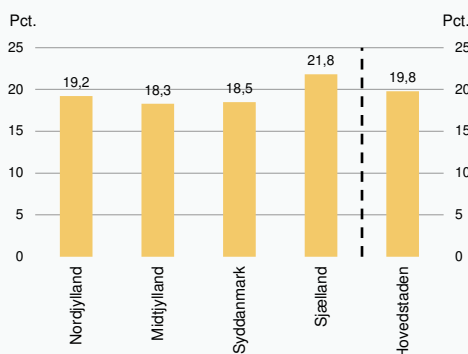
Figur C

Andelen af akutte sygehuspatienter, der er hyppige akutte patienter på tværs af regionerne, når skader, forgiftninger mm. frasorteres 2021-2023



Figur D

Andelen af akutte sygehusophold som hyppige akutte patienter står for på tværs af regionerne, når skader, forgiftninger mm. frasorteres 2021-2023



Figur C illustrerer, at andelen af hyppige akutte patienter varierer med omkring 1,2 procentpoint i de fire sammenlignelige regioner – fra ca. 5,0 pct. i Region Midtjylland til 6,2 pct. i Region Sjælland. Figur D viser desuden, at den tilsvarende andel af de samlede akutte sygehusophold spænder fra 18,3 pct. i Region Midtjylland til 21,8 pct. i Region Sjælland. Når vi ser bort fra ophold relateret til skader, forgiftninger mm., er det således ikke længere Region Syddanmark, men derimod Region Midtjylland, der har den laveste andel af hyppige akutte patienter. Region Sjælland ligger fortsat højest. Tilsvarende er andelen af de samlede akutte sygehusophold blandt de hyppige akutte patienter lavest i Region Midtjylland og højest i Region Sjælland efter frasorteringen.

Region Syddanmark oplever den største stigning i andelen af hyppige akutte patienter (0,8 procentpoint), når disse ophold ekskluderes, mens Region Sjælland ser den største forøgelse af andelen af akutte sygehusophold (ca. 2,5 procentpoint). Overordnet gælder det dog fortsat, at Region Syddanmark og Region Midtjylland har de laveste andele af hyppige akutte patienter, mens Region Sjælland ligger højest.

I Region Hovedstaden ændres andelen af hyppige akutte patienter ikke, når de skadesrelaterede ophold frasorteres, men de hyppige akutte patienters andel af den samlede akutte sygehusaktivitet stiger med 0,5 procentpoint. Dermed er tendensen på tværs af alle regioner fortsat, at hyppige akutte patienter udgør en lille andel af de akutte patienter, men står for en markant andel af den samlede akutte aktivitet. Desuden har patienter i alle regioner omtrent samme gennemsnitlige antal årlige akutte sygehusophold under denne afgrænsning.

Vi vender tilbage til konsekvenserne af at ekskludere disse ophold i afsnit 6.2.3, hvor vi undersøger, om frasortering af disse diagnoser påvirker de faktiske og forventede andele af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter, når der tages højde for patienternes individuelle karakteristika.

Når vi betragter udviklingen i andelen af akutte patienter, der er hyppige fra 2014-2016 til 2021-2023, er der - ligesom på landsplan - forskelle mellem de faktiske andele og de køns- og aldersstandardiserede andele, jf. tabel 6.2. Ser vi på de faktiske andele i de fire sammenlignelige regioner, er andelen af hyppige akutte patienter vokset i alle fire regioner. De køns- og aldersstandardiserede andele viser imidlertid, at en del af denne udvikling kan tilskrives demografiske ændringer i køn og alder. Stigningen er således mindre i Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland, mens andelen faktisk er uændret i Region Midtjylland, når vi tager højde for ændringen i

alders- og kønssammensætningen i de enkelte regioner. Trods dette er væksten fortsat størst i Region Sjælland.

I Region Hovedstaden forbliver andelen af hyppige akutte patienter uændret, når vi ser på de faktiske tal over tid. De køns- og aldersstandardiserede tal viser dog, at andelen af hyppige akutte patienter er faldet over de to perioder.

Tabel 6.2

Ændringer i andelen af akutte patienter, som er hyppige i regionerne, fra perioden 2014-2016 til 2021-2023

Region	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Faktisk ændring (procentpoint)	0,9	0,2	0,4	0,9	0,0
Køns- og aldersstandardiseret ændring (procentpoint)	0,7	0,0	0,1	0,8	-0,2

Anm.: I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Typen og længden af det akutte sygehusophold på tværs af regionerne

Den gennemsnitlige opholdstid for hyppige akutte patienter på tværs af regionerne fremgår af tabel 6.3. I alle regioner bruger hyppige akutte patienter i gennemsnit mellem to og tre døgn pr. akut sygehusophold. Der er dog forskelle mellem regionerne i antallet af timer. Blandt de fire sammenlignelige regioner varierer den gennemsnitlige varighed af de akutte sygehusophold fra ca. 2,8 døgn Region Nordjylland til omkring 2,4 døgn i Region Sjælland.

Opholdstiden er markant lavere i Region Hovedstaden, hvilket sandsynligvis skyldes, at en række af de inkluderede ambulante akutte sygehusophold, som beskrevet, ville være vagtlægekontakter i andre regioner. Disse er gennemsnitligt mindre alvorlige og kortere end almindelige akutte ophold, hvilket trækker gennemsnittet ned i regionen.

I alle regioner er den gennemsnitlige ophold længere for hyppige akutte patienter sammenlignet med regionernes øvrige akutte patienter.

Tabel 6.3

Gennemsnitlig varighed pr. akut sygehusophold for hyppige akutte patienter i regionerne, 2021-2023

Region	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Hyppige akutte patienter	2,8 døgn	2,7 døgn	2,6 døgn	2,4 døgn	1,7 døgn
Øvrige akutte patienter	1,8 døgn	1,6 døgn	1,4 døgn	1,5 døgn	0,9 døgn

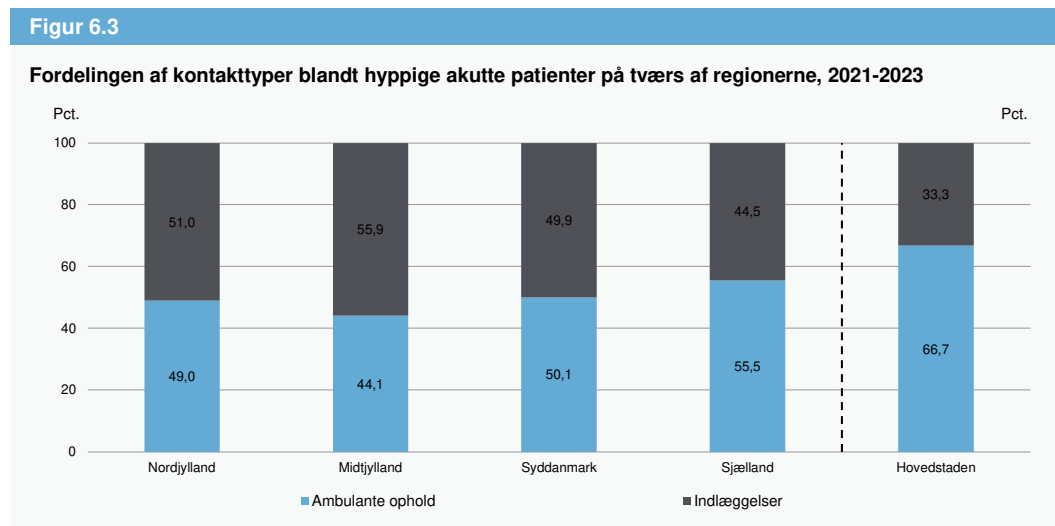
Anm.: I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Også når vi ser på andelen af hyppige akutte patienters akutte sygehusophold, der er indlæggelser, er mønstret i de fire sammenlignelige regioner det samme, jf. figur 4.5 (kapitel 4). Således er ca.

hvert andet af deres akutte sygehusophold indlæggelser. Blandt de fire regioner er andelen højest i Region Midtjylland (ca. 55,9 pct.) og lavest i Region Syddanmark (ca. 50,1 pct.), jf. figur 6.3.

I Region Hovedstaden er andelen af akutte indlæggelser markant lavere (33,3 pct.). Endnu engang skyldes dette sandsynligvis, at 1813-kontakter udgør en del af de akutte ambulante ophold i regionen.



Anm.: I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

En baggrundsanalyse viser at i alle regioner er det gennemsnitlige akutte sygehusophold længere for de hyppige akutte patienter end for de øvrige akutte patienter, og tilsvarende er andelen af akutte indlæggelser væsentligt højere hos regionens hyppige akutte patienter sammenlignet deres øvrige akutte patienter

Sociodemografisk karakteristik af hyppige akutte patienter på tværs af regionerne

Afslutningsvis præsenterer vi i dette underafsnit fordelingen af hyppige akutte patienter på tværs af regionerne, opgjort efter de samme sociodemografiske karakteristika som vi gør i kapitel 4 på landsplan (tabel 4.1). Resultater fremgår af tabel 6.4. Derudover fremgår det, hvor stor en andel af områdets hyppige akutte patienter der lider af kroniske sygdomme, er ældre eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser.

Samlet set afspejler de hyppige akutte patienter i de fire sammenlignelige regioner generelt en relativt udsat socioøkonomisk gruppe. Det meste af dette kan dog sandsynligvis henføres til deres alder og helbredsudfordringer. Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark følger i høj grad dette mønster, mens Region Sjælland har en relativt større andel af yngre og umiddelbart mindre syge og socioøkonomisk mindre udfordrede gruppe af hyppige akutte patienter. Fx udgør de 20-29-årige en mere end dobbelt så stor andel af de hyppige akutte patienter, end de udgør i Region Midtjylland.

I Region Hovedstaden er de hyppige akutte patienter i endnu højere grad yngre, mindre syge og tilhører en mere velstillet socioøkonomisk gruppe sammenlignet med de øvrige regioner. Som

tidligere beskrevet skyldes dette delvist, at Hovedstadens hyppige akutte patienter også omfatter patienter med akutte ophold, der havde været håndteret af vagtlægen i andre regioner.

Tabel 6.4

Hyppige akutte patienters sociodemografiske karakteristika i regionerne, 2021-2023

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovestaden
Aldersgruppe					
0-9 år	5,8 pct.	6,5 pct.	6,4 pct.	6,2 pct.	13,5 pct.
10-19 år	5,9 pct.	5,0 pct.	6,5 pct.	6,8 pct.	6,1 pct.
20-29 år	8,9 pct.	7,0 pct.	7,7 pct.	14,6 pct.	13,4 pct.
30-39 år	7,3 pct.	5,9 pct.	5,6 pct.	10,1 pct.	12,1 pct.
40-49 år	5,4 pct.	6,3 pct.	6,0 pct.	5,8 pct.	6,1 pct.
50-59 år	9,7 pct.	10,0 pct.	9,2 pct.	7,9 pct.	8,0 pct.
60-69 år	14,0 pct.	15,8 pct.	13,4 pct.	12,0 pct.	9,8 pct.
70-79 år	22,8 pct.	23,2 pct.	22,3 pct.	19,1 pct.	15,3 pct.
80-89 år	16,6 pct.	17,0 pct.	18,6 pct.	14,4 pct.	12,7 pct.
90 år eller ældre	3,6 pct.	3,3 pct.	4,3 pct.	3,1 pct.	3,1 pct.
Køn					
Kvinde	50,5 pct.	46,7 pct.	47,8 pct.	55,4 pct.	56,2 pct.
Mand	49,5 pct.	53,3 pct.	52,2 pct.	44,6 pct..	43,8 pct.
Uddannelse					
Ingen el. uoplyst	9,7 pct.	9,8 pct.	10,5 pct.	9,8 pct.	17,0 pct.
Grundskole	42,6 pct.	39,7 pct.	42,6 pct.	39,4 pct..	28,2 pct.
Gymnasial- el. erhvervs-uddannelse	32,7 pct.	34,7 pct.	32,7 pct.	34,2 pct.	30,0 pct.
Kort el. mellemlang videregående uddannelse	12,1 pct.	12,3 pct.	11,6 pct.	13,3 pct.	16,0 pct.
Lang videregående uddannelse el. Ph.d.	2,8 pct.	3,5 pct.	2,5 pct.	3,2 pct.	8,8 pct.
Beskæftigelsesstatus					
Under uddannelse	10,8 pct.	10,3 pct.	11,3 pct.	12,2 pct.	18,6 pct.
Beskæftiget	23,9 pct.	23,1 pct.	21,7 pct.	30,4 pct.	33,8 pct.
Ledig	4,8 pct.	4,2 pct.	4,4 pct.	5,2 pct.	4,6 pct.
Sygedagpenge o. lign.	1,8 pct.	1,6 pct.	1,3 pct.	1,4 pct.	1,3 pct.
Førtidspension, seniorpension, fleksjob, ressourceforløb o. lign.	12,1 pct.	13,4 pct.	12,9 pct.	10,9 pct.	7,9 pct.
Pension el. efterløn	46,5 pct.	47,0 pct.	48,2 pct.	39,7 pct.	33,3 pct.
Uoplyst	0,2 pct.	0,3 pct.	0,3 pct.	0,2 pct.	0,5 pct.
Ækvivaleret disponibel indkomst					
Maks. 140.000 kr.	8,5 pct.	8,8 pct.	9,9 pct.	9,8 pct.	10,5 pct.
140.001 kr. – 200.000 kr.	37,7 pct.	33,3 pct.	37,8 pct.	30,4 pct.	24,9 pct.
200.001 kr. – 270.000 kr.	27,8 pct.	28,9 pct.	28,1 pct.	28,5 pct.	25,7 pct.
270.001 kr. – 370.000 kr.	17,0 pct.	17,9 pct.	16,0 pct.	19,9 pct.	20,7 pct.
370.001 kr. – 480.000 kr.	5,7 pct.	6,8 pct.	5,3 pct.	7,8 pct.	10,2 pct.
Min, 480.000 kr.	3,2 pct.	4,2 pct.	2,8 pct.	3,6 pct.	7,9 pct.
Kommunal pleje					
Modtager af praktisk hjælp	20,6 pct.	20,6 pct.	20,8 pct.	18,0 pct.	15,5 pct.

Modtager af personlig hjælp	16,4 pct.	18,3 pct.	18,4 pct.	16,3 pct..	12,4 pct.
Modtager af hjemmesygepleje	37,5 pct.	42,6 pct.	41,8 pct.	30,1 pct.	22,9 pct.
Modtager af Plejebolig	4,5 pct.	2,9 pct.	3,0 pct.	2,5 pct.	2,7 pct.
Psykisk udfordret					
Ja	23,4 pct.	23,9 pct.	29,3 pct.	26,7 pct.	24,1 pct.
Sygelighed					
Ingen	37,4 pct.	34,9 pct.	34,5 pct.	43,9 pct.	51,5 pct.
Let	21,5 pct.	21,8 pct.	22,5 pct.	21,7 pct.	20,8 pct.
Middelsvær	16,0 pct.	16,6 pct.	15,6 pct.	13,3 pct.	10,8 pct.
Høj	25,1 pct.	26,7 pct.	27,4 pct.	21,2 pct.	16,9 pct.
Kronisk syg					
Ja	50,4 pct.	52,4 pct.	53,9 pct.	46,1 pct.	40,3 pct.
Kronisk sygdom					
Astma	19,7 pct.	18,4 pct.	18,5 pct.	21,9 pct.	27,6 pct.
Knogleskørhed	27,4 pct.	28,0 pct.	26,9 pct.	20,0 pct.	20,8 pct.
Leddegigt	5,7 pct.	5,9 pct.	5,2 pct.	5,6 pct.	4,9 pct.
KOL	36,6 pct.	36,3 pct.	35,4 pct.	34,4 pct.	30,7 pct.
Type 1 diabetes	3,3 pct.	3,0 pct.	2,4 pct.	2,8 pct.	2,4 pct.
Type 2 diabetes	32,7 pct.	30,8 pct.	30,6 pct.	29,2 pct.	26,9 pct.
Skizofreni	2,6 pct.	3,2 pct.	3,3 pct.	4,1 pct.	4,1 pct.
Demens	3,6 pct.	3,9 pct.	7,6 pct.	5,5 pct.	6,4 pct.
Multisyg	30,9 pct.	30,4 pct.	30,6 pct.	26,4 pct.	25,8 pct.
Antal kontakter med almen praksis og hospital					
Alment praktiserende læge	19,1	19,8	19,4	17,4	16,2
Hospitalsophold (somatisk)	6,5	7,7	7,0	5,8	5,2

Anm.: I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6.1.2 Hyppige akutte patienter blandt kommuner og sundhedsklynger

I det følgende belyses variationen i andelen af hyppige akutte patienter på tværs af kommuner og sundhedsklynger. De præcise andele for hver region, kommune og sundhedsklynge kan findes i tabelform i bilag 4-6.

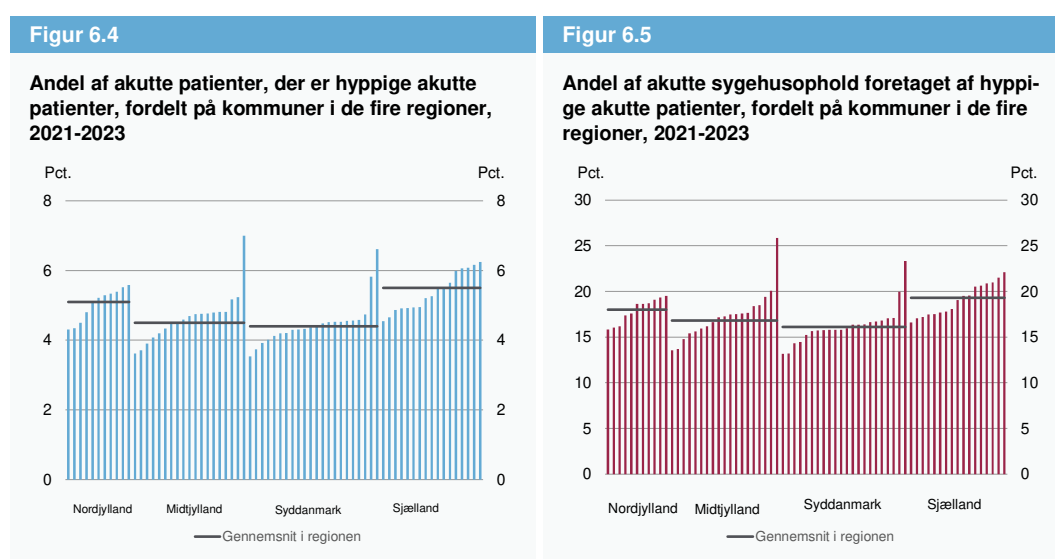
Kommuner og sundhedsklynger i de fire sammenlignelige regioner

I figur 6.4 og figur 6.5 vises henholdsvis andelen af hyppige akutte patienter blandt kommunernes samlede akutte sygehuspatienter og den andel af de samlede akutte sygehusophold, som de står for, i perioden 2021-2023. Opgørelsen er lavet for kommunerne i de fire sammenlignelige regioner.

Der er betydelig variation i andelen af hyppige akutte patienter blandt de samlede akutte patienter på tværs af kommunerne, selv når man ser bort fra enkelte kommuner med særligt høje andele, jf.

figur 6.4. Generelt har kommunerne i Region Sjælland en højere andel af hyppige akutte patienter, men på tværs af alle fire regioner findes både kommuner med høje og lave andele. Ses der fortsat bort fra de tre kommuner med de højeste værdier, findes den største interne variation i Region Midtjylland og Region Syddanmark.

Et identisk mønster gør sig gældende, når vi ser på andelen af akutte sygehusophold, som hyppige akutte patienter står for. Andelen er gennemgående højest i Region Sjælland, mens den største interne variation – når der ses bort fra enkelte kommuner med meget høje værdier – findes i Region Midtjylland og Region Syddanmark, jf. figur 6.5. På tværs af kommunerne ses samme tendens som på regionalt niveau: Hyppige akutte patienter udgør en relativt lille andel af den samlede patientgruppe, men står for en betydelig del af aktiviteten, ca. svarende til mellem en sjettedel og en fjerdedel af alle akutte sygehusophold.



Anm.: De blå søjler i figur 6.4 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe akutte patienter i kommunerne. De røde søjler i figur 6.5 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af de samlede akutte sygehusophold, der foretages af hyppige akutte patienter i kommunerne.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

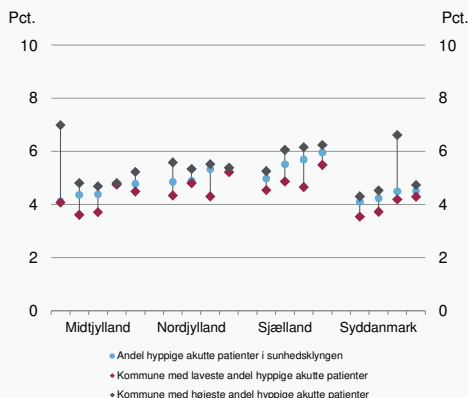
Sundhedsklyngerne i de fire sammenlignelige regioner følger de samme overordnede geografiske tendenser som kommunerne og regionerne, omend variationen naturligt er mindre på tværs af klynger sammenlignet med kommuner.

Igen har sundhedsklynger i Region Sjælland gennemgående de højeste andele af hyppige akutte patienter, jf. figur 6.6. På sundhedsklyngeniveau, bliver det desuden tydeligere, at klynger og kommuner fra Region Nordjylland følger efter som de områder med næsthøjeste andel. Omvendt er andelen typisk lavest i Region Syddanmark. Et næsten identisk mønster ses, når vi ser på, hvor i landet de hyppige akutte patienter står for den største andel af de samlede akutte sygehusophold, jf. figur 6.7.

På tværs af begge figurer ser vi endnu engang, at der findes nogle kommuner med ekstremt høje værdier i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Flere af disse er Ø-kommuner, hvor der gælder særlige forhold. Af samme grund kontrolleres der for dette i benchmarkinganalysen i afsnit 6.2. Derudover er variationen meget ens på tværs af klyngerne.

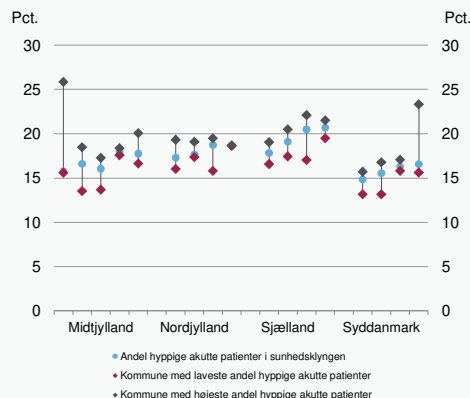
Figur 6.6

Andel af akutte patienter, der er hyppige akutte patienter, fordelt på sundhedsklynger i de fire regioner, 2021-2023



Figur 6.7

Andel af akutte sygehusophold foretaget af hyppige akutte patienter, fordelt på sundhedsklynger i de fire regioner, 2021-2023



Anm.: I klynger uden grå og sorte firkanter, er der ikke variation på kommunalt niveau.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det er logisk at forvente, at de kommuner og sundhedsklynger med en høj andel af hyppige akutte patienter også er de steder, hvor disse patienter bidrager mest til det samlede antal akutte ophold. En baggrundsanalyse bekræfter denne forventning.³²

Sammenfattende viser figurerne, at andelen af hyppige akutte patienter ud af alle akutte patienter samt andelen af den akutte aktivitet, som disse hyppige akutte patienter står for, varierer på tværs af kommuner og sundhedsklynger. Selv når der ses bort fra enkelte kommuner med særligt høje værdier, er der fortsat variation både mellem kommunerne generelt og internt inden for de enkelte sundhedsklynger og regioner.

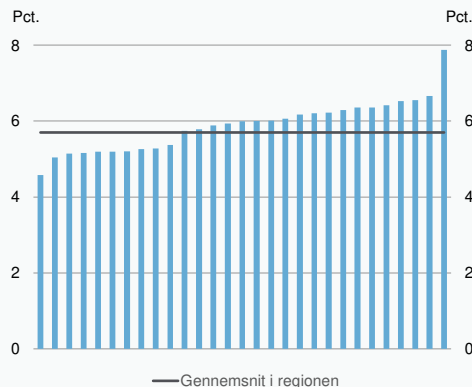
Kommunerne og sundhedsklynger i Region Hovedstaden

Som tidligere beskrevet adskiller Region Hovedstaden sig fra de øvrige regioner i forhold til registreringer af akutte ophold. Det er imidlertid interessant at se på variationen inden for Region Hovedstaden. Figur 6.8 og 6.9 viser, at der er nogen variation mellem kommuner inden for Region Hovedstaden – både i forhold til andelen af hyppige akutte patienter og den andel af de samlede akutte ophold, som disse hyppige akutte patienter står for.

³² For at bekræfte denne sammenhæng har vi i en baggrundsanalyse undersøgt, hvordan de to mål hænger sammen ved at beregne den statistiske korrelation mellem kommunernes værdier. Resultatet viser en korrelation på 98 pct. og en statistisk signifikant sammenhæng ved et 0,1 pct. niveau. Dette betyder, at de kommuner, hvor en større andel af patienterne er hyppige akutte patienter, også er de kommuner, hvor disse patienter står for den største del af de samlede akutte sygehusophold. Sammenhængen er derfor ikke overraskende, men bekræfter, at de to mål afspejler den samme tendens på tværs af kommunerne.

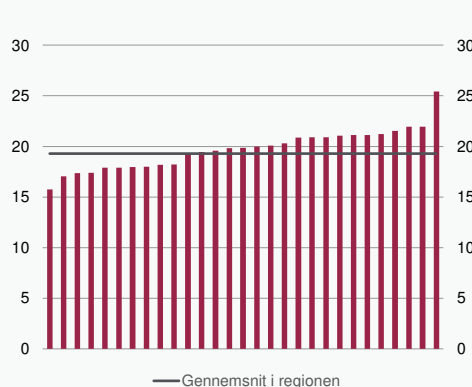
Figur 6.5

Andel af akutte patienter, der er hyppige akutte patienter, fordelt på kommuner i Region Hovedstaden, 2021-2023



Figur 6.6

Andel af akutte sygehusophold foretaget af hyppige akutte patienter, fordelt på kommuner i Region Hovedstaden, 2021-2023



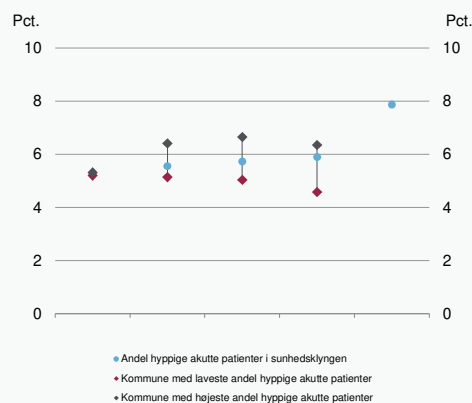
Anm.: De blå søjler i figur 6.8 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe akutte patienter i kommunerne. De røde søjler i figur 6.8 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af de samlede akutte sygehusophold, der foretages af hyppige akutte patienter i kommunerne. I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Når vi ser på sundhedsklyngerne i Region Hovedstaden, varierer både andelen af hyppige akutte patienter og den andel af akutte sygehusophold, de står for, jf. figur 6.10 og figur 6.11. Denne variation skyldes primært en enkelt sundhedsklynge med særligt høje værdier, nemlig Sundhedsklynge Bornholm, der kun består af én kommune og dermed udgør en særlig case. Ser vi bort fra denne, er gennemsnittet på tværs af klyngerne relativt ens. Der er dog fortsat variation internt i sundhedsklyngerne, særligt blandt kommunerne inden for tre af de øvrige klynger.

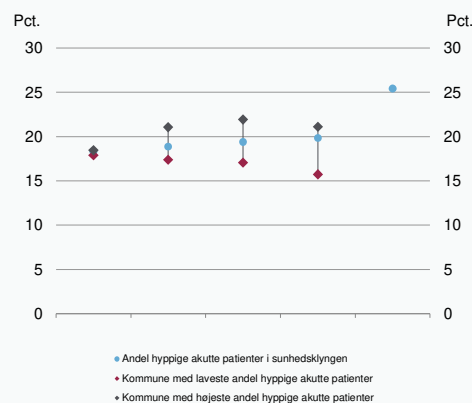
Figur 6.10

Andel af akutte patienter, der er hyppige akutte patienter, fordelt på sundhedsklynger i Region Hovedstaden, 2021-2023



Figur 6.11

Andel af akutte sygehusophold foretaget af hyppige akutte patienter, fordelt på sundhedsklynger i Region Hovedstaden, 2021-2023



Anm.: I klynger uden grå og sorte firkanter, er der ikke variation på kommunalt niveau. I Region Hovedstaden visiteres alle akutte henvendelser via akuttelefonen 1813, hvilket betyder, at regionens akutte ambulante ophold også omfatter kontakter, der i andre regioner håndteres af vagtlægeordningen. På grund af denne forskel anbefales det ikke at sammenligne Region Hovedstadens tal direkte med de øvrige regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

I Region Hovedstaden har vi også testet, om de kommuner, der har høje andele af hyppige akutte patienter, også er de kommuner, hvor disse patienter står for den største del af de samlede akutte sygehusophold. Også her er der tale om de samme kommuner.³³

6.2 Del 2: Geografiske variationer med kontrol for rammevilkår

Forskelle i andelen af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger kan delvist skyldes variationer i de akutte patienters individuelle socioøkonomiske og helbredsrelaterede baggrundskaraktistika, herunder deres alder, køn, civilstand, sygelighed, indkomst og beskæftigelsesstatus mv. De geografiske forskelle i sammensætningen af det akutte patientgrundlag betegner vi lokale rammevilkår, hvilket henviser til strukturelle forhold, som den enkelte region, kommune eller sundhedsklynge ikke kan ændre på kort eller mellemlangt sigt.

I denne del af analysen sammenlignes andelen af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, efter der er taget højde for lokale rammevilkår på individniveau via statistiske modeller. Da der som beskrevet er grundlæggende forskelle mellem den akutte patientpopulation i Region Hovedstaden og de øvrige regioner grundet Region Hovedstadens 1813-ordning, har vi valgt at benchmarke regioner, kommuner og sundhedsklynger fra de fire sammenlignelige regioner og kommuner og sundhedsklynger fra Region Hovedstaden ud fra to separate statistiske modeller.

På baggrund af modellerne har vi estimeret den forventede andel af hyppige akutte patienter i hver region, kommune og sundhedsklynge. Den forventede andel anvender vi til at beregne en såkaldt benchmarkingindikator, som er forskellen mellem et geografisk områdes faktiske andel hyppige akutte patienter og den andel, man kunne forvente på baggrund af lokale rammevilkår.

Benchmarkingindikatorer viser dermed, hvorvidt en region, kommune eller sundhedsklynge har en højere eller lavere andel af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe akutte patienter, end man kunne forvente ud fra lokale rammevilkår. Bemærk dog, at valget om at opdele benchmarkingen af de fire sammenlignelige regioner og Region Hovedstaden indebærer, at der ikke kan beregnes en selvstændig benchmarkingindikator for Region Hovedstaden.

Læs mere om metoden bag benchmarkinganalysen, hvordan benchmarkingindikatoren konkret skal fortolkes, opmærksomhedspunkter ved benchmarking, samt de specifikke anvendte variable og tilhørende parameterestimater i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Særligt om niveauforskelle i denne analyse

Når man tolker på niveauforskelle i benchmarkingindikatorerne på tværs af geografi, er det værd at have in mente, at andelen af hyppige akutte patienter kun udgør en lille del af den samlede akutte patientgruppe på landsplan. Dette kan få geografiske forskelle til at virke meget små. Fx er andelen af hyppige akutte patienter i de fleste kommuner mellem -1 og +1 pct.-point fra kommunens forventede andel. I lyset af at det kun er 5,1 pct. af de akutte patienter, der er hyppige akutte patienter på landsplan, og at disse patienter minimum har fire akutte ophold, og oftest flere i løbet af et år, så er

³³ For at bekræfte at sammenhæng også eksisterer i Region Hovedstaden har vi igen i en separat baggrundsanalyse undersøgt, hvordan de to mål hænger sammen i Region Hovedstaden, ved at beregne den statistiske korrelation mellem kommunernes værdier. Resultatet viser en korrelation på 99 pct. og en statistisk signifikant sammenhæng ved et 0,1 pct. niveau.

det vores vurdering, at selv mindre afvigelser fra den forventede andel kan være af betydning i praksis.

De forventede og faktiske andele af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger findes i bilag 1-6.

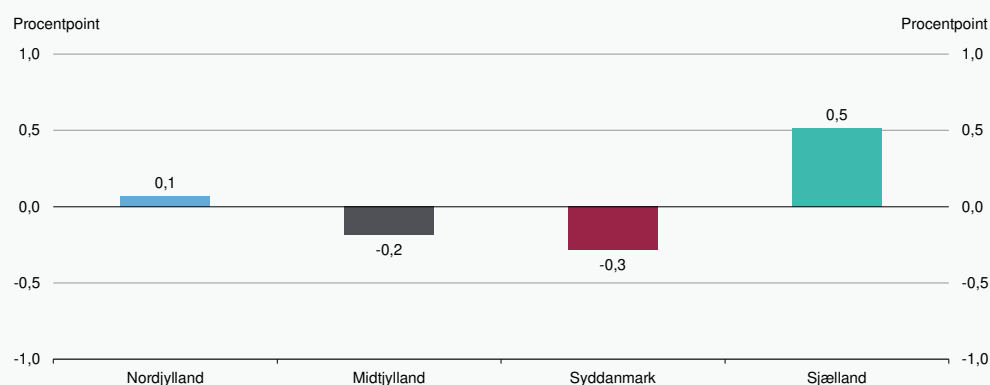
6.2.1 Benchmarking af de fire sammenlignelige regioner

Regional variation mellem de fire regioner

Når vi anskuer de regionale variationer i andelen af akutte patienter, der er hyppige akutte patienter ser vi, at Region Midtjylland og Region Syddanmark har lavere andele, end man kunne forvente baseret på lokale rammevilkår, jf. figur 6.12. I modsætning hertil har Region Nordjylland og Region Sjælland højere andele end forventet. Region Nordjylland ligger dog tættere på deres forventede niveau sammenlignet med Region Sjælland. Samlet set følger den relative fordeling mellem regionernes benchmarkingindikatorer samme tendens som i de faktiske tal, selv når der tages højde for rammevilkår. Dog er forskellene mellem regionerne mindre, når resultaterne justeres for rammevilkårene, sammenlignet med de faktiske tal.³⁴

Figur 6.12

Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter i de fire sammenlignelige regioner, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kommunal variation i de fire regioner

Når det kommer til kommunal variation, er der fortsat forskelle kommunerne imellem, også når der tages højde for de lokale rammevilkår i kommunerne. Overordnet spænder benchmarkingindikatoren på tværs af kommunerne i de fire regioner fra 2,4 procentpoint under det forventede niveau til 1,1 procentpoint over det forventede niveau. Variationen er således på omtrent samme niveau som variationen mellem kommunernes faktiske andele.

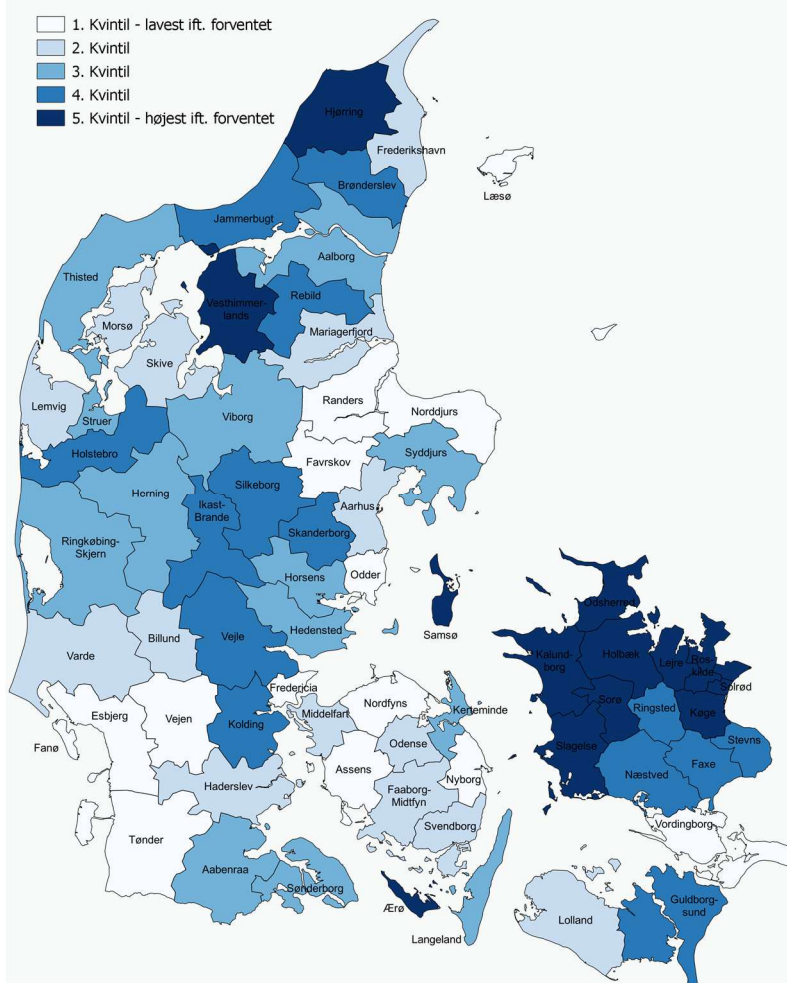
I figur 6.13 illustreres kommunernes benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter på et kort over de fire regioner opdelt i kvintiler. Første

³⁴ Fx er forskellen mellem Region Sjælland og Region Syddanmark 1,1 procentpoint baseret på de faktiske tal, mens forskellen reduceres til 0,8 procentpoint, når benchmarkingniveauerne anvendes.

kvintil repræsenterer den femtedel af kommunerne med den laveste andel hyppige akutte patienter i forhold til det forventede niveau, mens femte kvintil repræsenterer den femtedel af kommunerne med den højeste andel relativt til det forventede niveau. Kortet viser et tydeligt geografisk mønster: Der er en overvægt af kommuner fra Region Sjælland i femte kvintil, hvor 11 ud af 14 kommuner i denne gruppe er beliggende i Region Sjælland. Omvendt findes de fleste kommuner i de lavere kvintiler i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Det skal dog bemærkes, at kommuner fra alle fire regioner er repræsenteret i næsten alle kvintiler, hvilket indikerer en vis spredning på tværs af geografiske områder.

Figur 6.13

Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter på tværs af kommuner fra de fire sammenlignelige regioner, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

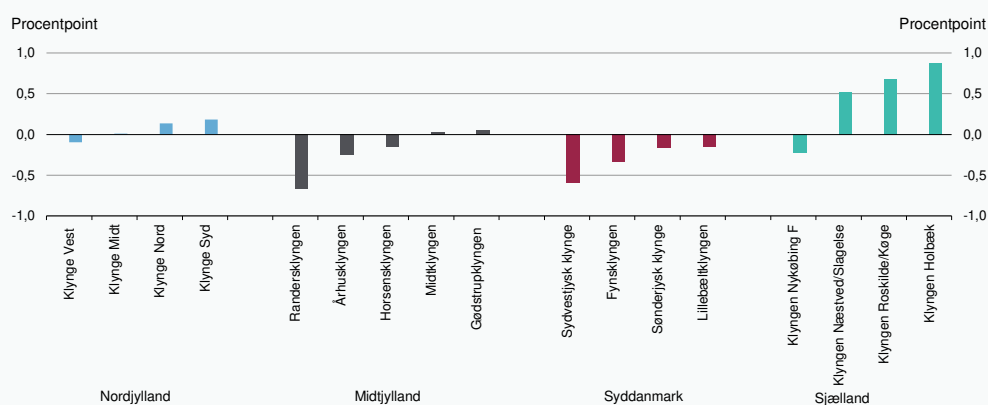
Variation mellem sundhedsklynger fra de fire regioner

Variationen på tværs af sundhedsklynger er naturligt mindre end blandt kommunerne, men der er stadig forskelle, også når der tages højde for den akutte patientsammensætning i de enkelte sundhedsklynger, jf. figur 6.14. Når vi analyserer forskellene mellem sundhedsklyngerne med hensynta-

gen til deres lokale rammevilkår, fremstår et mønster, der minder om det, vi observerer på kommunalt og regionalt niveau: Sundhedsklyngerne i Region Sjælland har generelt højere andele af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter relativt til det forventede niveau. De følges af sundhedsklyngerne i Nordjylland, som dog ligger tættere på deres forventede niveau. Derudover er det værd at bemærke, at samtlige sundhedsklynger i Region Syddanmark har lavere andele af hyppige akutte patienter, end hvad der kunne forventes ud fra deres akutte patientsammensætning.

Figur 6.14

Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter på tværs af sundhedsklynger fra de fire sammenlignelige regioner, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6.2.2 Benchmarking indenfor Region Hovedstaden

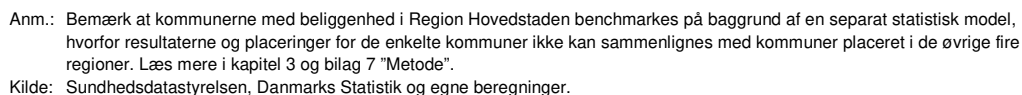
Kommunal variation på tværs af Region Hovedstaden

Der er fortsat kommunale forskelle inden for Region Hovedstaden, når der tages højde for rammevilkår i de enkelte kommuner.

Overordnet spænder benchmarkingindikatoren på tværs af kommunerne fra 0,5 pct.-point under det forventede niveau til 0,9 pct.-point over det forventede niveau. Variationen er således mindre end den variation, vi så i de faktiske andele af hyppige akutte patienter på tværs af kommunerne i regionen.

I figur 6.15 illustreres kommunernes benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter på et kort over Hovedstaden opdelt i tre grupper. Første gruppe repræsenterer den tredjedel af kommunerne med den laveste andel hyppige akutte patienter i forhold til det forventede niveau, mens tredje gruppe repræsenterer den tredjedel af kommunerne med den højeste andel relativt til det forventede niveau.

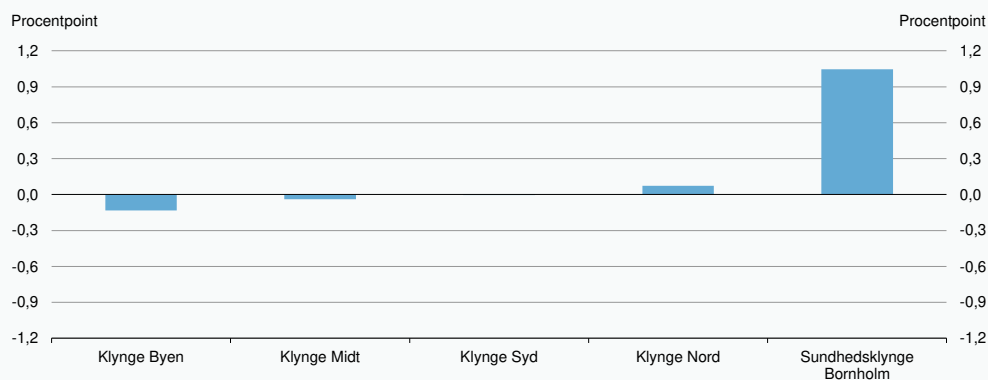
Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter på tværs af kommuner fra Region Hovedstaden, 2021-2023



Selvom der er variation på tværs af sundhedsklynger, når der tages højde for lokale rammevilkår, er variationen meget begrænset. Den største afvigelse findes i Sundhedsklynge Bornholm, jf. figur 6.16. Denne afvigelse er dog påvirket af, at sundhedsklyngens gennemsnit alene er baseret på data fra én kommune. Derfor bør sammenligningen af niveauet med de øvrige sundhedsklynger vurderes med dette forbehold in mente.

Figur 6.16

Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter på tværs af sundhedsklynger i Region Hovedstaden, 2021-2023



Anm.: Bemærk at sundhedsklynger med beliggenhed i Region Hovedstaden benchmarkes på baggrund af en separat statistisk model, hvorfor resultaterne og placeringer for de enkelte sundhedsklynger ikke kan sammenlignes med sundhedsklynger placeret i de øvrige fire regioner. Læs mere i kapitel 3 og bilag 7 "Metode".

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger..

6.2.3 Robustheden omkring benchmarkingresultaterne

For at teste robustheden af vores benchmarkingindikatorer (BI) og analysens resultater, har vi gennemført en række baggrundsanalyser, som undersøger potentielle kilder til usikkerhed og bias i vores resultater. Robusthedsanalyserne er gennemført på kommunalt niveau, da variationen i benchmarkingresultaterne er markant større her end på tværs af regioner og sundhedsklynger.

Først har vi undersøgt, hvordan forskellige definitioner af hyppige akutte patienter påvirker analysens konklusioner. Benchmarkingresultaterne baseret på den oprindelige definition – andelen af patienter med fire eller flere akutte sygehusophold inden for et kalenderår – er blevet sammenlignet med resultater fra alternative statistiske modeller, hvor grænsen for antallet af akutte sygehusophold en patient skal have for at blive klassificeret som værende hyppige akut patienter ændret til henholdsvis:

- Tre eller flere akutte ophold pr. år
- Seks eller flere akutte ophold pr. år
- Otte eller flere akutte ophold pr. år

Vi har beregnet korrelationen (sammenhængen) mellem kommunernes benchmarkingindikatorer fra analysen med den oprindelige definition og resultaterne fra de alternative modeller – både for kommunerne – både i kommuner fra Region Hovedstaden og de øvrige regioner. Denne tilgang viser, hvor ensartede kommunernes resultater er på tværs af modellerne, hvilket giver en vurdering af, hvor robust analysen er over for ændringer i definitionen. Resultaterne af robusthedsanalysen viser, at der er en stærk sammenhæng mellem kommunernes benchmarkingresultater, når man anvender forskellige grænser for, hvornår man betragtes som hyppig akut patient. Dette indikerer, at der er tale om robuste benchmarkingresultater. Resultaterne og en mere detaljeret beskrivelse af metoderne bag denne robusthedsanalyse findes i metodebilaget.

Udover at teste betydningen af forskellige definitioner af hyppige akutte patienter har vi også undersøgt risikoen for selektionsbias forbundet med at måle andelen af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter. Selektionsbias kan opstå, hvis uobserveret geografiske faktorer påvirker, hvem der overhovedet bliver akutte patienter og derfor forvrænger sammenligneligheden af resultaterne på tværs af kommuner, regioner og sundhedsklynger.

For at teste robustheden af analysen har vi beregnet en alternativ statistisk model, hvor andelen af hyppige akutte patienter opgøres i forhold til hele befolkningen frem for kun blandt de akutte patienter. Vi har derefter beregnet sammenhængen mellem kommunernes benchmarkingresultater fra analysen med den oprindelige population og resultaterne fra de alternative modeller – både i kommuner fra Region Hovedstaden og de øvrige regioner. Også her viser resultaterne stærke sammenhænge, hvorfor vi kan afvise at selektionsbias spiller en rolle i analysen.

Afsluttende har vi testet, hvordan resultaterne påvirkes, hvis vi udelader akutte sygehusophold relateret til de flere gange nævnte diagnoser fra kapitel XIX, "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98]" i Sundhedsdatastyrelsens Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande. Konkret har vi beregnet endnu en alternativ model uden disse akutte sygehusophold og dernæst sammenlignet kommunernes benchmarkingresultater fra denne model med dem fra den oprindelige analyse, både indenfor Region Hovedstaden og i de øvrige regioner. Resultaterne afslører meget stærke sammenhænge, hvilket understreger, at inklusionen af skader, forgiftninger mm. i definitionen af en hyppige akut patient ikke forårsager en fejlagtig tolkning af, om bestemte geografiske områder har en højere eller lavere faktisk andel af hyppige akutte patienter end forventet, når der justeres for lokale rammevilkår.³⁵

Sammenfattende står analysen derfor robust over for alle de kilder til bias, vi har identificeret og testet.

6.2.4 Benchmarkingindikatorens sammenhæng med udvalgte karakteristika for det kommunale sundhedsvæsen

Et relevant spørgsmål er, om kapaciteten af kommunalt sundheds- og plejepersonale i den enkelte kommune hænger sammen med hvor stor en andel, hyppige akutte patienter udgør af den samlede gruppe akutte patienter. For at undersøge dette beregner vi sammenhængen mellem kommunernes benchmarkingindikator og antallet af henholdsvis kommunalt ansatte sygeplejersker, faglært og ufaglært SOSU-personale³⁶ pr. 1.000 indbyggere i kommunen. Denne del af analysen er begrænset til kommunerne i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland, da Region Hovedstadens særlige akutte patientpopulation, ikke nødvendigvis er forbundet med samme forventninger til sammenhængen med udbuddet af kommunalt sundheds- og plejepersonale.

Det skal indledningsvis understreges, at disse analyser er simple sammenhængsanalyser, hvorfor resultaterne ikke kan lede til endelige konklusioner omkring effekt eller kausalitet. Sammenhænge udregnes med kontrol for den generelle socioøkonomi i kommunerne.

³⁵ For kommuner i Region Hovedstaden er der tale om en statistisk signifikant sammenhæng på 94 pct. Tilsvarende er der en statistisk signifikant sammenhæng i de fire sammenlignelige regioner på 97 pct.

³⁶ Faglært SOSU-personale omfatter både social- og sundhedsassistenter og uddannede social- og sundhedshjælpere. Ufaglært SOSU-personale omfatter social- og sundhedshjælpere uden uddannelse.

Resultatet viser, at kommuner med flere kommunalt ansatte sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere generelt har en lavere andel af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, end hvad der kunne forventes ud fra kommunens rammevilkår. Derudover viser resultaterne en mindre sammenhæng mellem antallet af faglærte SOSU-ansatte pr. 1.000 indbyggere og en lavere andel af hyppige akutte patienter, relativt til det forventede niveau baseret på rammevilkårene. Der er derimod ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem antallet af ufaglærte SOSU-ansatte pr. 1.000 indbyggere og andelen af hyppige akutte patienter, hvilket indikerer, at der ikke er en systematisk relation mellem disse faktorer. Samtlige konklusioner gælder fortsat hvis skader, forgiftninger mm. frasorteres. Det er med andre ord ikke disse typer af diagnoser der driver sammenhængene. Læs mere om sammenhængsanalyserne metodebilaget.