

Ledelsesresumé

Analyse af hyppige akutte patienter

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

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.

⁶ 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.

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

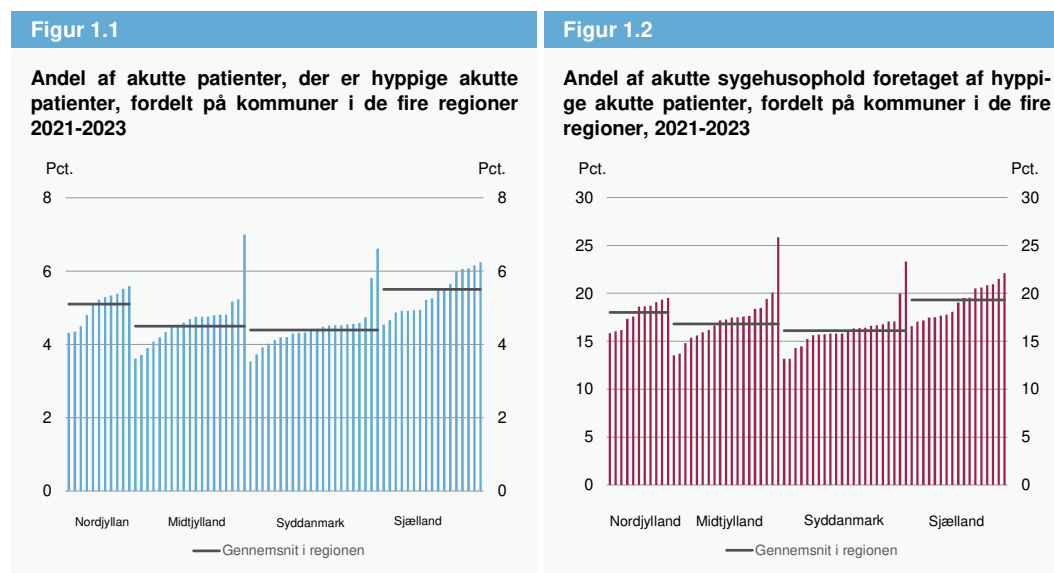
Hyppige akutte patienter er generelt ældre, sygere og mere socioøkonomisk udfordret end øvrige akutte patienter. Samtidig er det en gruppe, der har en markant højere grad af kontakt til sundhedsvæsenet. De er næsten dobbelt så ofte i kontakt med alment praktiserende læger, har mere end 4 gange så mange 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 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 relativt 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 socio-økonomiske og helbredsmaessige 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.

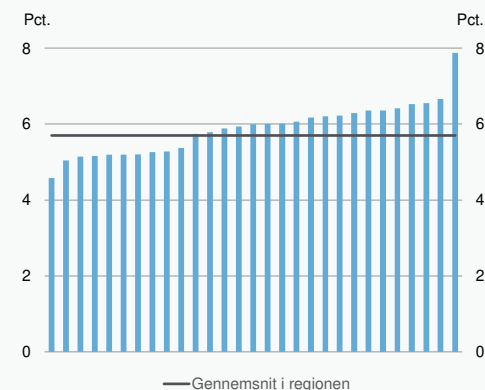
Selv når vi tager højde for forskelle i de akutte patienters baggrundskarakteristika er der fortsat forskelle på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Selvom forskellene er mindre end de, der ses i de faktiske andele, er andelen fortsat lavest i Region Syddanmark og højest i Region Sjælland.

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.

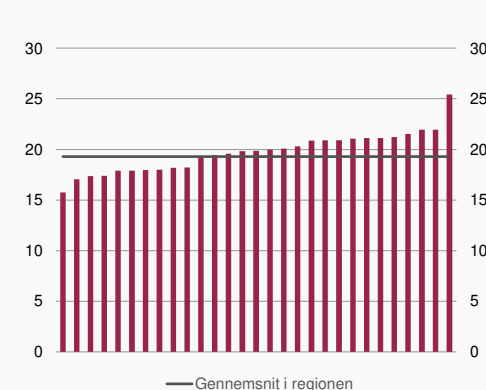
Figur 1.4

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



Figur 1.5

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



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 resultater 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.