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 eksklu-

[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

[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.

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

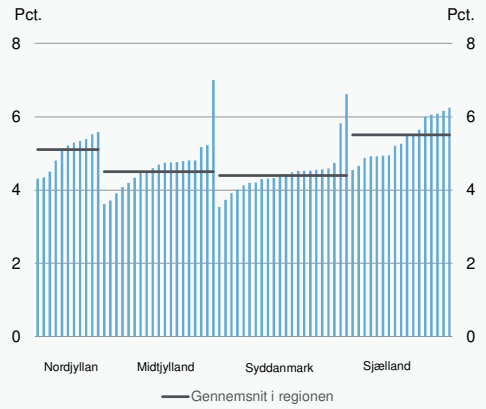
Der er variation både på tværs af og inden for regionerne Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark og Sjælland

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.

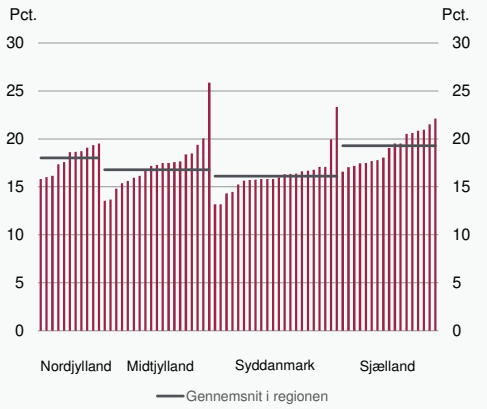
Figur 1.1

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



Figur 1.2

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



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.

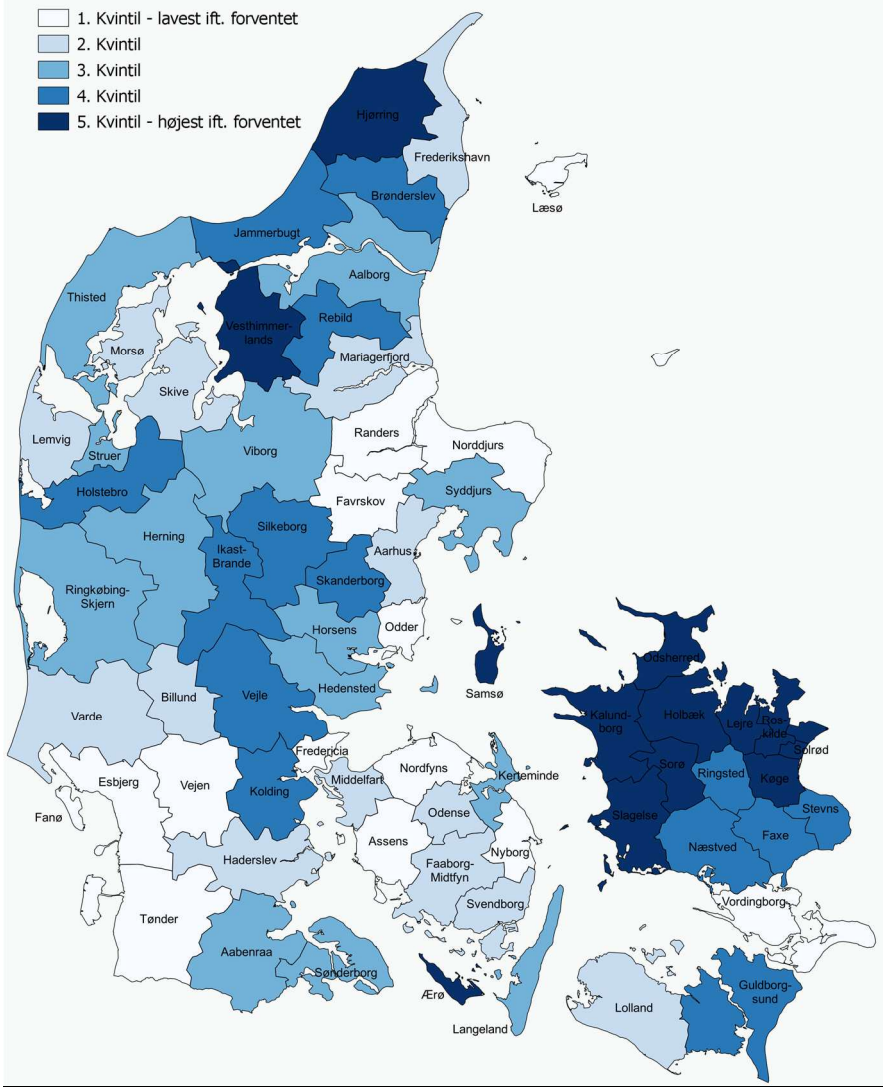
Selv når vi tager højde for forskelle i de akutte patienters baggrundskarakteristika er der fortsat forskelle på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Selvom forskellene er mindre end de, der ses i de faktiske andele, er andelene fortsat lavest i Region Syddanmark og højest i Region Sjælland.

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



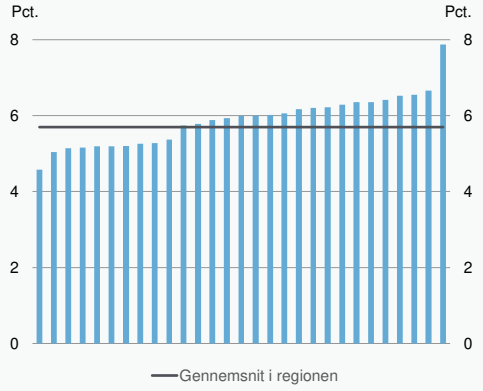
Anm.: Kommunerne er inddelt på et kort over de fire regioner opdelt i kvintiler. Første kvintil repræsenterer den femtedel af kommunerne med den laveste andel hyppige akutte patienter i forhold til det forventede niveau, mens femte kvintil repræsenterer den femtedel af kommunerne med den højeste andel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

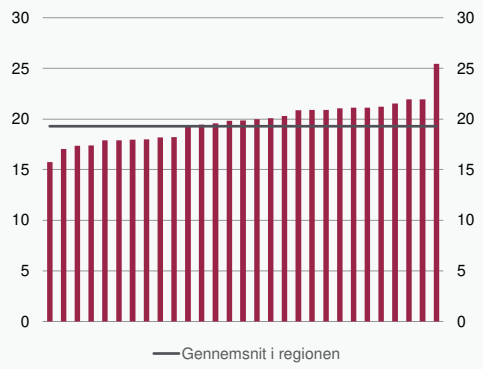
Figur 1.4

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 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 Kvalitetsudviklingsprograms (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:

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

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. eksluderes. 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 Akuttelefonen 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:

$$Benchmarkingindikator = faktisk\ andel\ - forventet\ andel$$

Benchmarkingindikatoren beregnes, ligesom de øvrige resultater, samlet for en poolet 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 poolet 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:

$$Benchmarkingindikator = faktisk\ andel\ - forventet\ andel$$

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 sundhedsklyngeniveau, 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.

Mekanikken 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 sociodemografiske 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 Akuttelefonen 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.

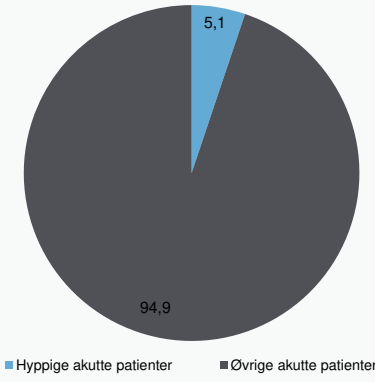
- Hyppige akutte patienter er generelt ældre, sygere og mere socioøkonomisk udfordret end øvrige akutte patienter. Samtidig er det en gruppe, der har en markant højere grad af kontakt med både almen praksis, sygehuse og den kommunale plejesektor. Dette understreger både et behov og potentiale for målrettet 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 datagrundlaget. Det ændrer kun meget lidt på tallene.

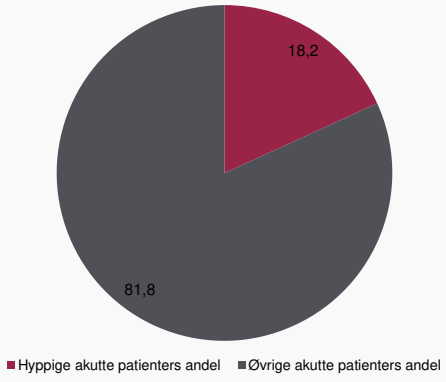
Figur 4.1

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



Figur 4.1

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



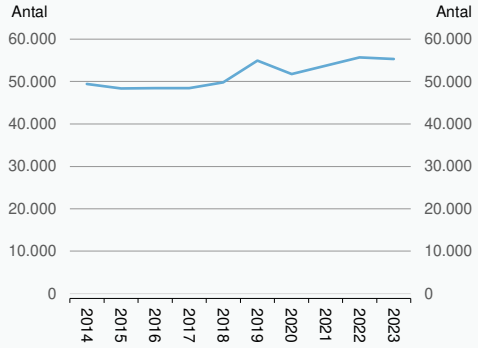
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

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).

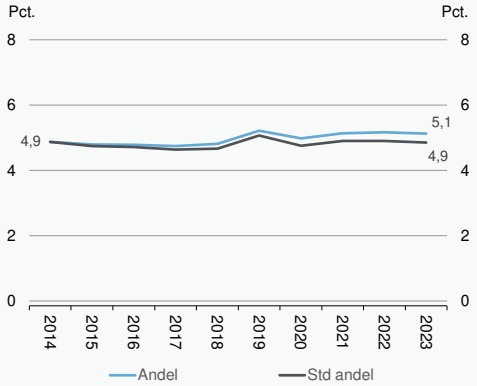
Figur 4.2

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.

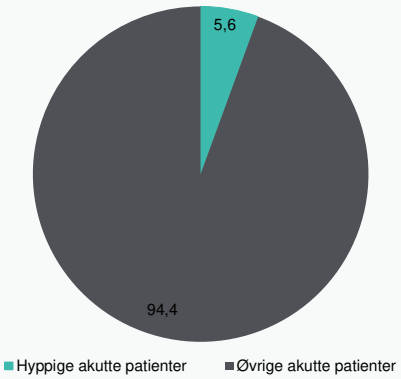
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Boks 4.1

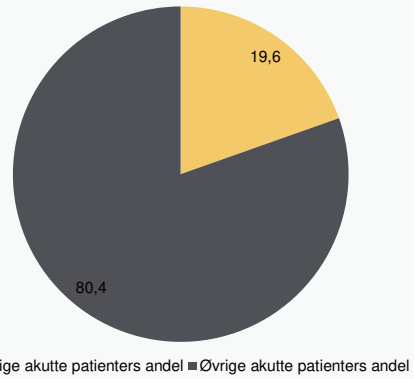
Hyppige akutte patienters akutte sygehusaktivitet, når ophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes

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: Sundhedsdatasstyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

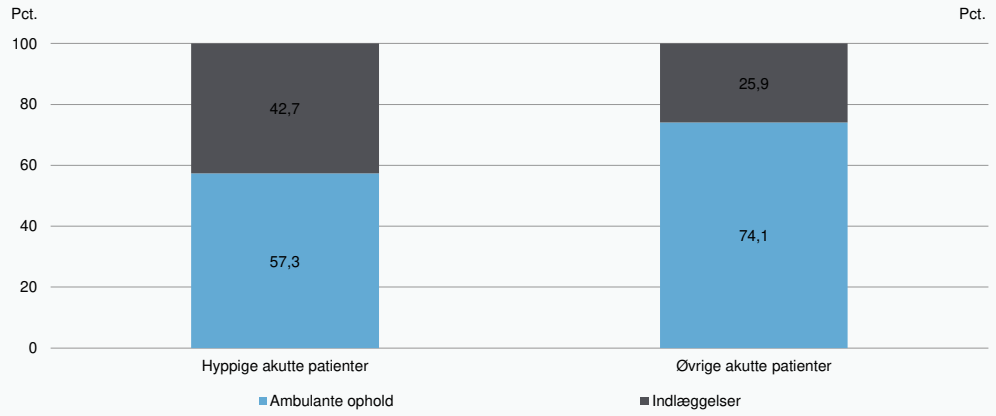
Typen og længden af det akutte sygehusophold

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 kontaktflader 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, senior-pension, fleksjob, res-sourceforløb 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 hjemmesy-gepleje	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. Mønstret 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 halvandet 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.

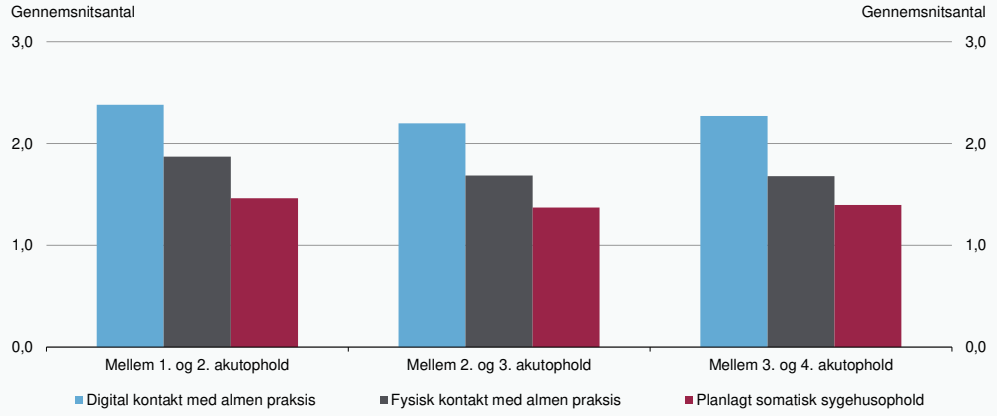
Tabellen viser, at den gennemsnitlige tid mellem hyppige akutte patienters sygehusophold ligger mellem 40 og 48 dage, men der er stor variation. En fjerdedel har et nyt akut ophold inden for en uge, og halvdelen inden for 3-4 uger. Dette understreger, at gennemsnittet dækker over betydelige forskelle 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.

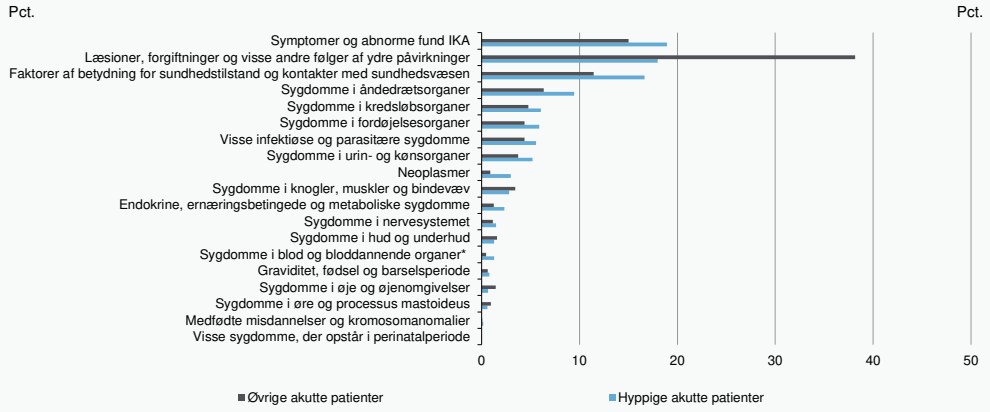
Kategorier af diagnoser

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 ”*Syptomer 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).

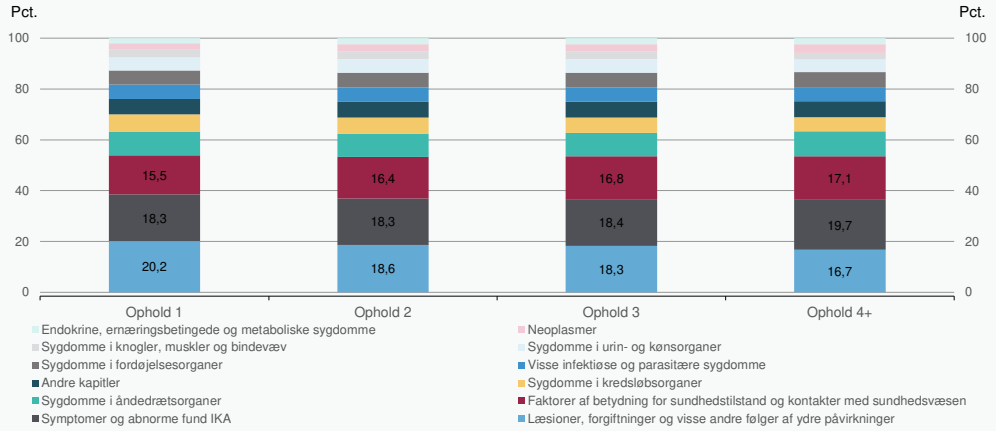
Det er også værd at bemærke, at hyppige akutte patienter relativt oftere modtager næsten alle andre diagnoser fra de resterende diagnosekapitler ved udskrivning sammenlignet med de øvrige akutte patienter.

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 syg-

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 diagnoseniveau, er andelene 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 diagnoseniveau, 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.

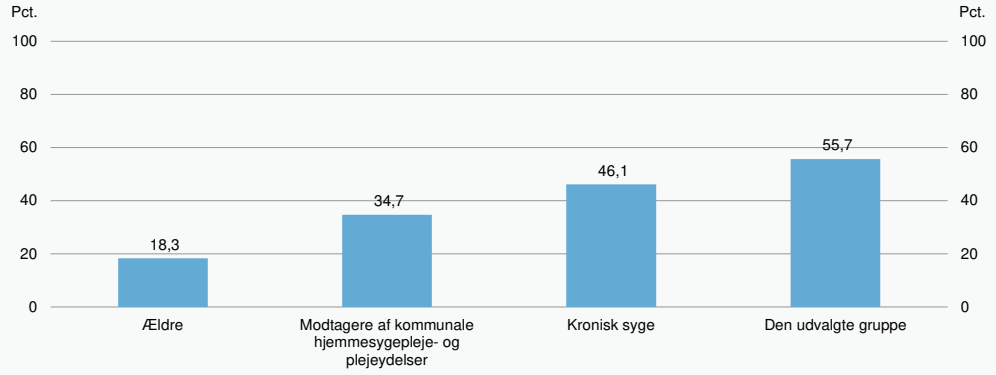
5.1.1 Forløbet for udvalgte grupper af hyppige akutte patienter

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 55,7[27] 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 percen-

[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 sundhedsvæsnet 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 sundhedsvæsen	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 Akuttelefonen 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 registeringen 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 Akuttelefonen 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

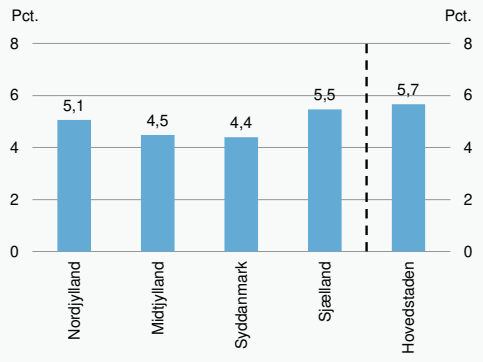
Andelen af hyppige akutte patienter blandt regionernes samlede akutte sygehuspatienter i perioden 2021-2023 varierer i de fire sammenlignelige regioner med omkring 1,1 procentpoint - fra ca. 4,4 pct. i Region Syddanmark til 5,5 pct. i Region Sjælland, jf. figur 6.1.

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.

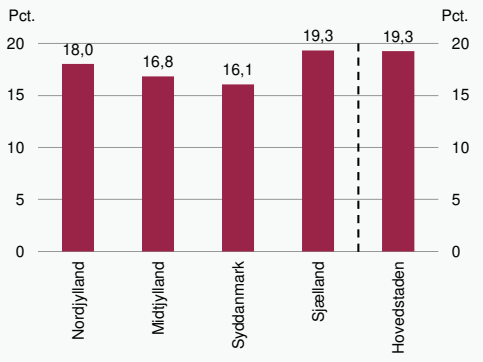
Figur 6.1

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.

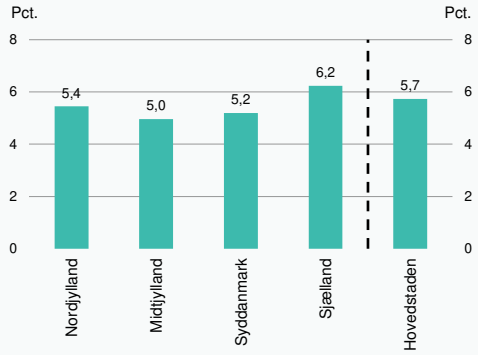
Boks 6.2

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.

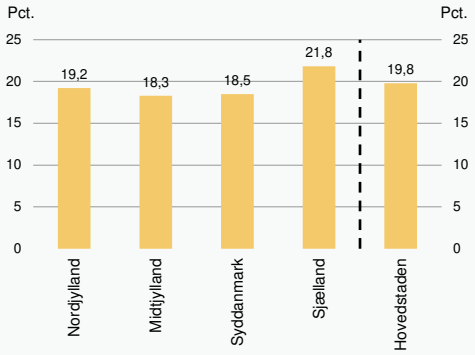
Figur C

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.

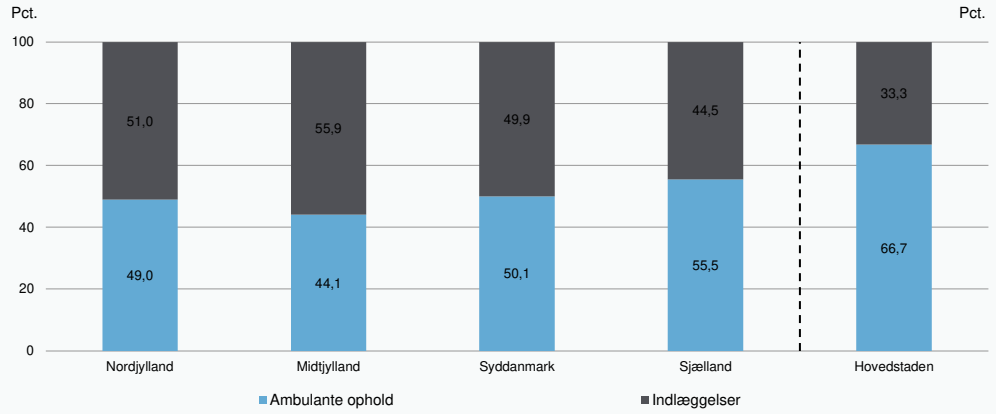
Også når vi ser på andelen af hyppige akutte patienters akutte sygehusophold, der er indlæggelser, er mønstret i de fire sammenlignelige regioner det samme, jf. figur 4.5 (kapitel 4). Således er ca.

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.

Figur 6.3

Fordelingen af kontakttyper blandt hyppige akutte patienter 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.

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, senior-pension, fleksjob, res-sourceforløb 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 hjemmesy-gepleje	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.

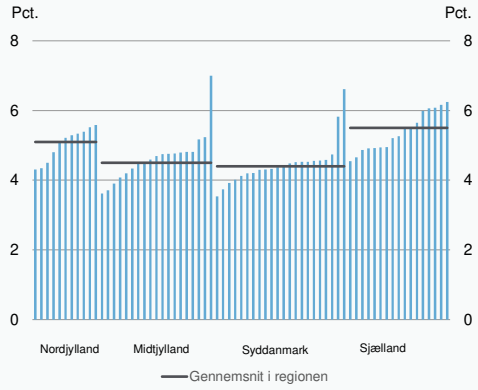
Der er betydelig variation i andelen af hyppige akutte patienter blandt de samlede akutte patienter på tværs af kommunerne, selv når man ser bort fra enkelte kommuner med særligt høje andele, jf.

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 Sjælland.

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 fjerdel af alle akutte sygehusophold.

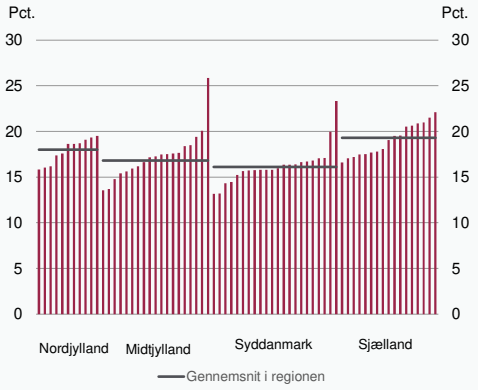
Figur 6.4

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



Figur 6.5

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



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.

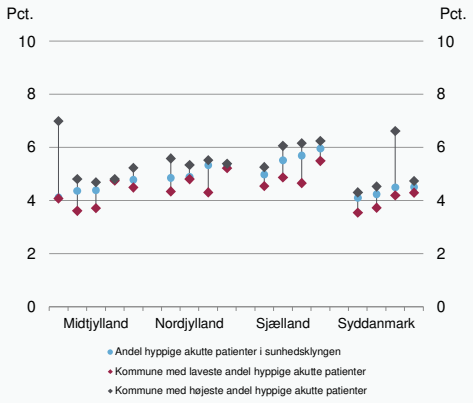
Sundhedsklyngerne i de fire sammenlignelige regioner følger de samme overordnede geografiske tendenser som kommunerne og regionerne, omend variationen naturligt er mindre på tværs af klynger sammenlignet med kommuner.

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 næsthøjest 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.

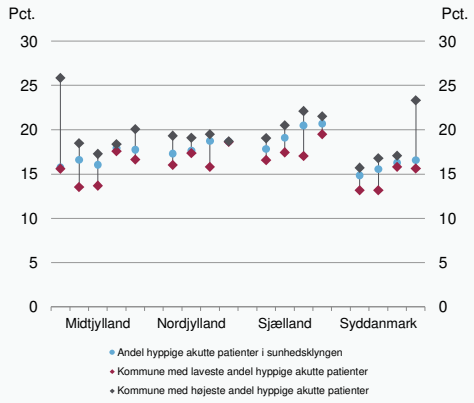
Figur 6.6

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.

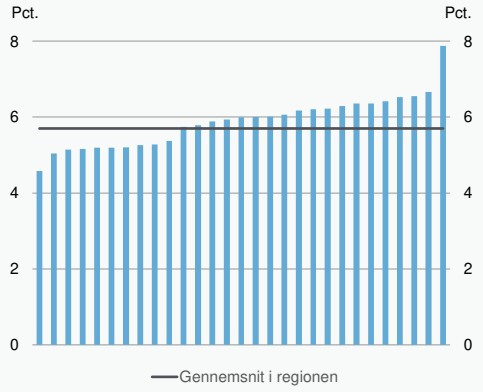
Kommunerne og sundhedsklynger i Region Hovedstaden

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.

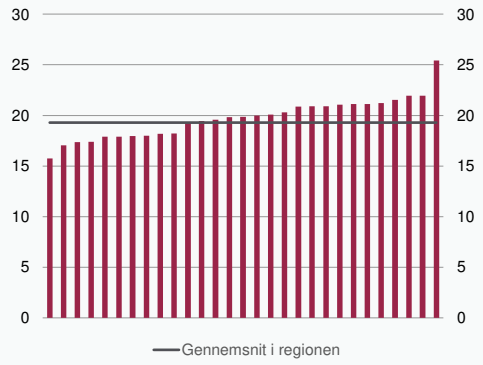
Figur 6.5

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

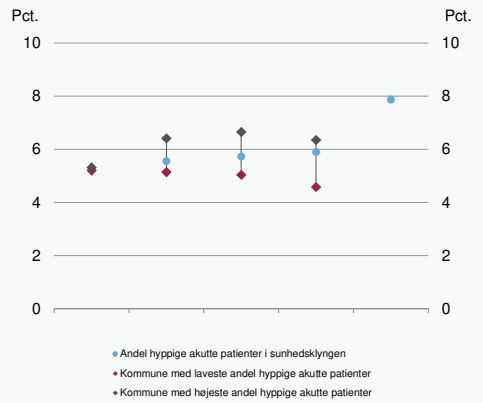


Anm.: De blå søjler i figur 6.8 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe akutte patienter i kommunerne. De røde søjler i figur 6.8 repræsenterer de enkelte kommuner, og andelen af de samlede akutte sygehusophold, der foretages af hyppige akutte 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.

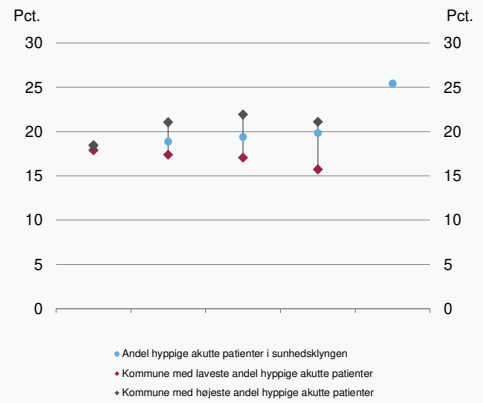
Figur 6.10

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 helbredsmæssige baggrundskarakteristika, 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.

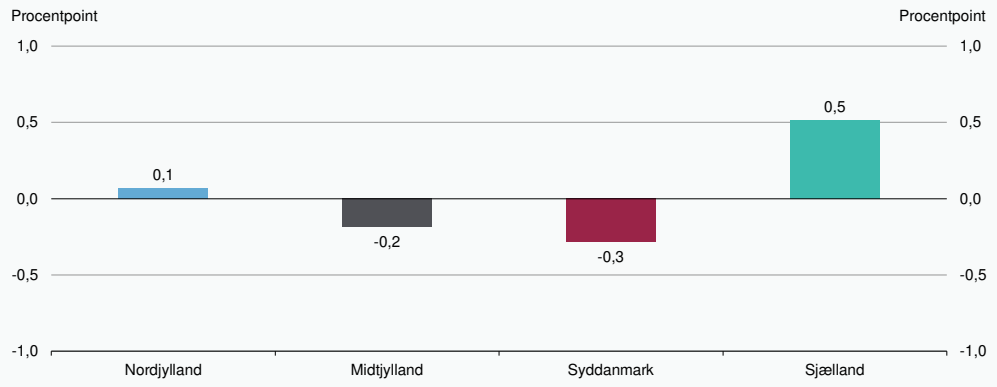
6.2.1 Benchmarking af de fire sammenlignelige regioner

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.

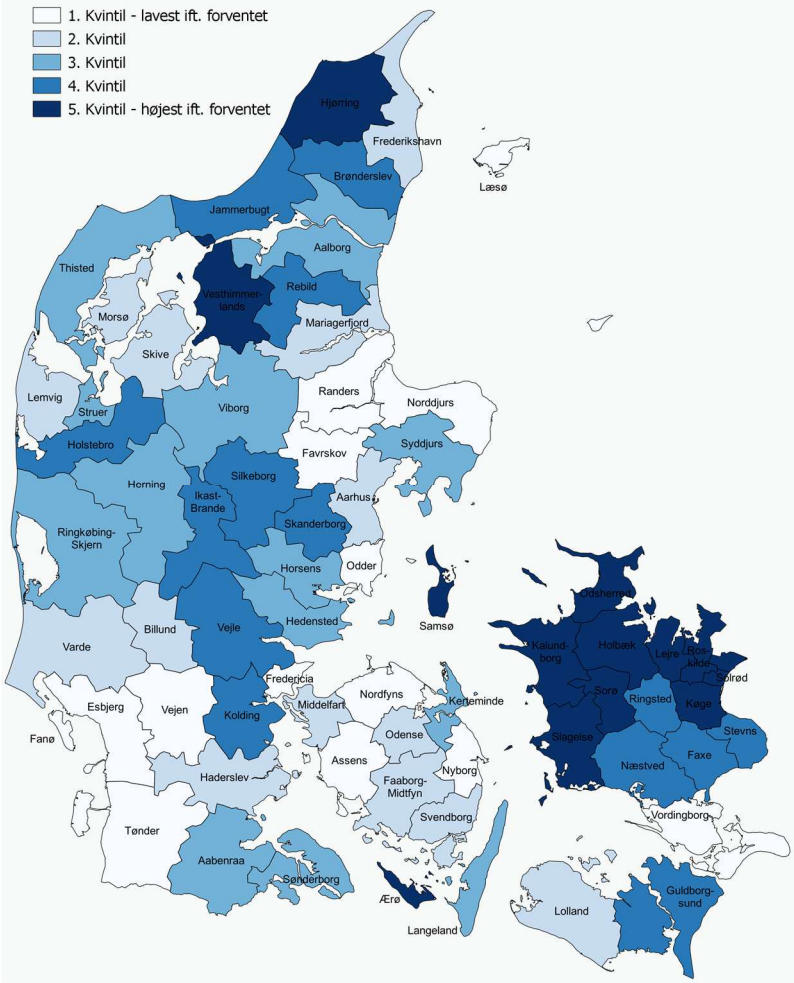
I figur 6.13 illustreres kommunernes benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter på et kort over de fire regioner opdelt i kvintiler. Første

[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.

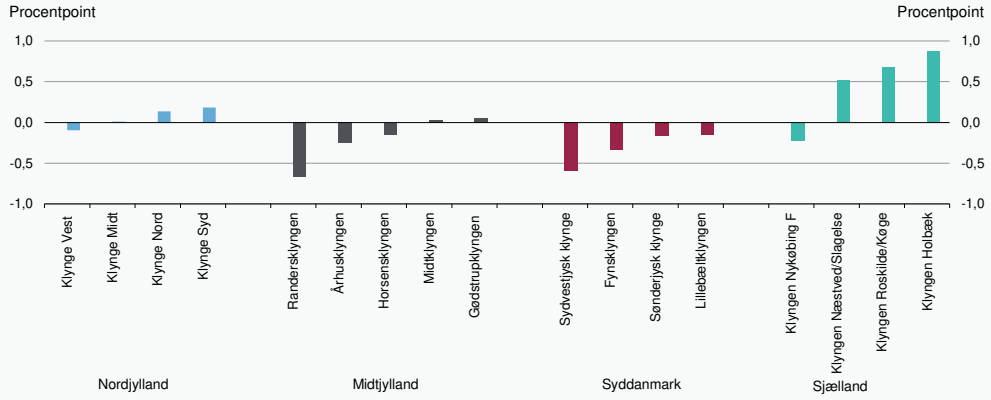
Variation mellem sundhedsklynger fra de fire regioner

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

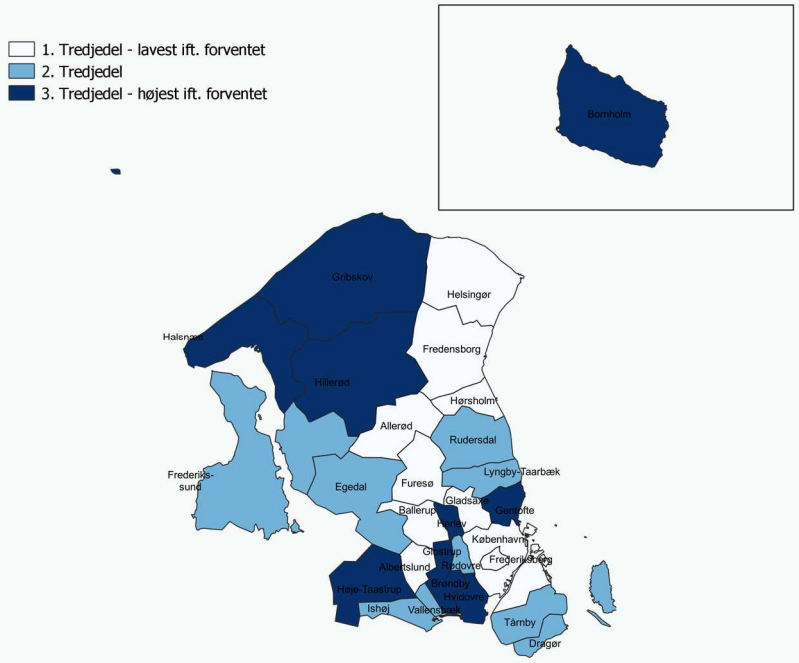
Kommunal variation på tværs af Region Hovedstaden
Der er fortsat kommunale forskelle inden for Region Hovedstaden, når der tages højde for rammevilkår i de enkelte kommuner.

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.

Figur 6.15

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



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

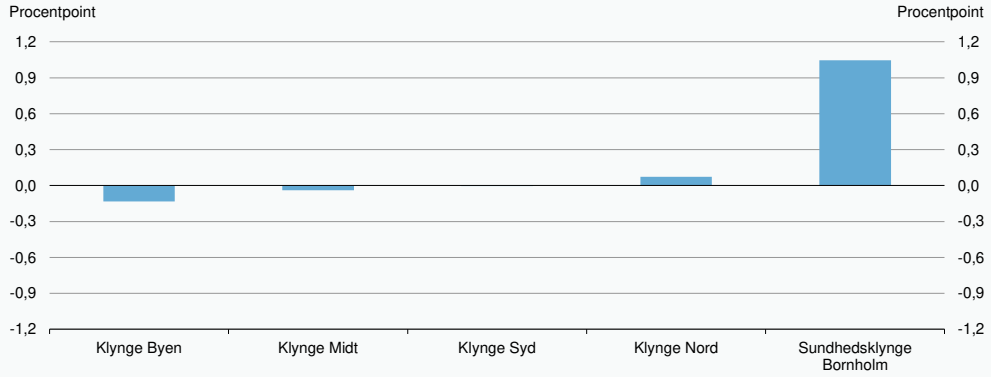
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Variation mellem sundhedsklynger på tværs af Region Hovedstaden

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 sammenhængen 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-personale[36] 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 er kan lede til endelige konklusioner omkring effekt eller kausalitet. Sammenhængene 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.

Bilag 1: Sådan placerer din region sig

Analyse af hyppige akutte patienter

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

Læsevejledning 3
Region Hovedstaden 4
Region Midtjylland 4
Region Nordjylland 4
Region Sjælland 4
Region Syddanmark 4

Læsevejledning

I dette bilag præsenteres seks figurer for hver enkelt region. Opgørelserne er generelt afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Bemærk, at akserne i figurerne kan variere mellem regioner. Data bag de seks figurer findes i bilag 2: ”Regionsspecifikke nøgletal”. For at øge robustheden i resultaterne for hver region og mindske risikoen for tilfældige udsving, er alle resultater baseret på en treårig periode (2021-2023). En undtagelse er udviklingsfiguren (figur 3), der ligeledes af hensyn til robusthed er opgjort på baggrund af tre perioder: 2014-2016, 2017-2020 og 2021-2023.

Figur 5 og 6 viser variationen i benchmarkingindikatoren på tværs af geografi. Benchmarkingindikatoren er forskellen mellem den faktiske og forventede andel af hyppige akutte patienter. Den forventede andel afspejler, hvor stor en andel hyppige akutte patienter vi kan forvente, når der tages højde for lokale rammevilkår. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”.

Særligt om sammenligninger på tværs af regioner af den akutte sygehusaktivitet
På grund af Region Hovedstadens organisering af den regionale akutordning er den ambulante aktivitet og den samlede akutte sygehusaktivitet systematisk højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Som beskrevet i hovedrapporten påvirker dette også andelen af hyppige akutte patienter på landsplan. Derfor sammenlignes Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland ikke direkte med landsgennemsnittet i figurerne, men derimod med gennemsnittet af de tre øvrige regioner. For Region Hovedstaden er der ikke et tilsvarende sammenligningsgrundlag.

Figur 1: Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter
Figuren viser andelen af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter i perioden 2021-2023. Resultatet sammenlignes med det forventede niveau, som er beregnet på baggrund af lokale rammevilkår i regionen.

Figur 2: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for
Figuren viser, hvor stor en andel af den samlede akutte sygehusaktivitet (målt som det samlede antal akutte sygehusophold) der kan tilskrives hyppige akutte patienter i perioden 2021-2023.

Figur 3: Figur 3: Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter
Figuren illustrerer den køns- og aldersstandardiserede andel af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter på tværs af tre perioder. Både disse værdier og de faktiske tal fremgår af bilag 2 ”Regionsspecifikke nøgletal”.

Figur 4: Andel af hyppige akutte patienter i den udvalgte befolkningsgruppe
Figuren viser, hvor stor en andel af de hyppige akutte patienter der har udvalgte kroniske sygdomme, er 80 år eller ældre, eller modtager kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser.

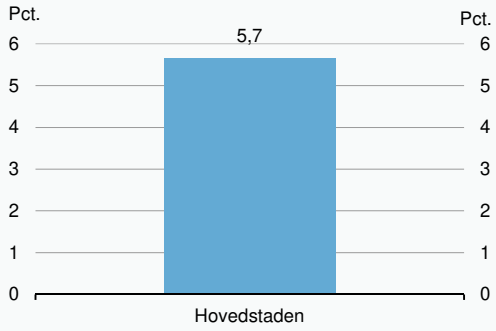
Figur 5: Intern variation i benchmarkingindikatoren på sundhedsklyngeniveau.
Figuren præsenterer benchmarkingindikatoren på tværs af regionens sundhedsklynger.

Figur 6: Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau
Figuren præsenterer benchmarkingindikatoren på tværs af regionens kommuner.

Region Hovedstaden

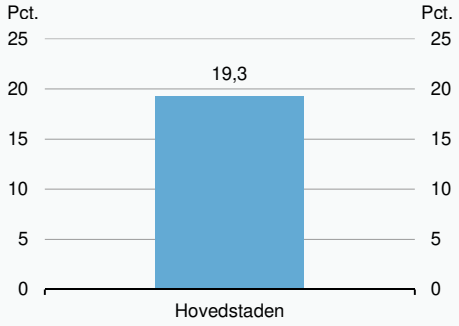
Figur 1

Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Figur 2

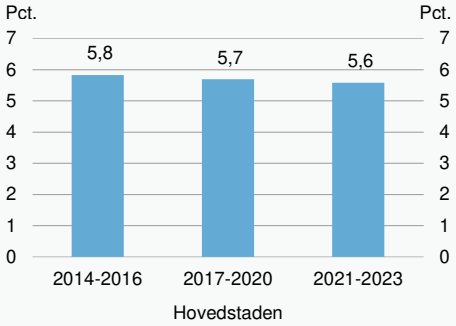
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

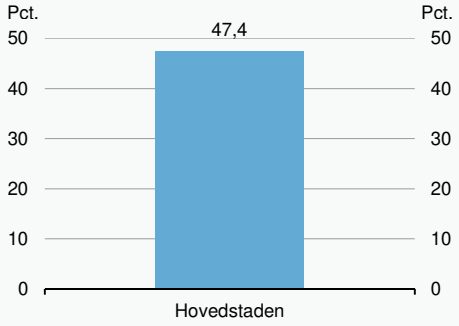
Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023



Figur 4

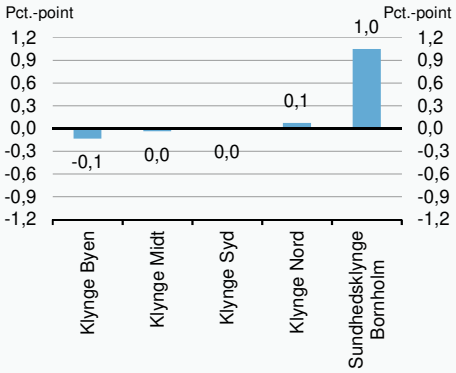
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

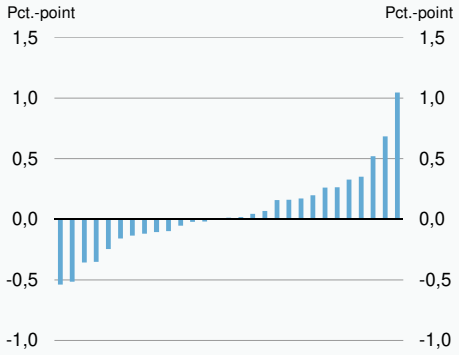
Figur 5

Intern variation i benchmarkingindikatoren på sundhedsklyngeniveau, 2021-2023



Figur 6

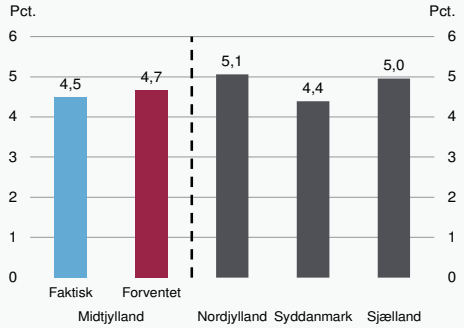
Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

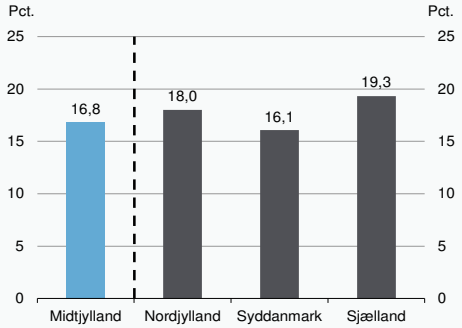
Figur 1

Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Figur 2

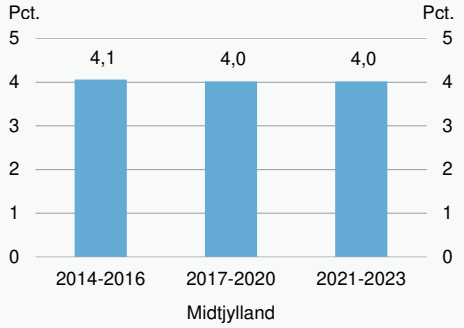
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

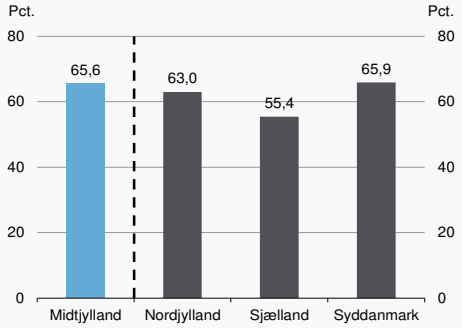
Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023



Figur 4

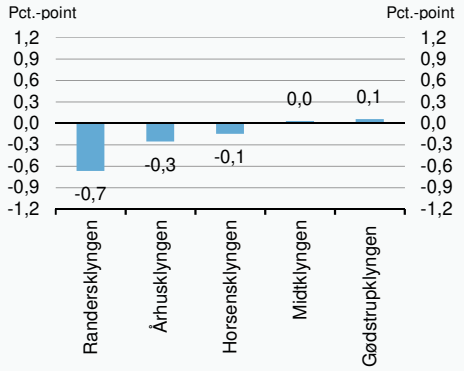
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

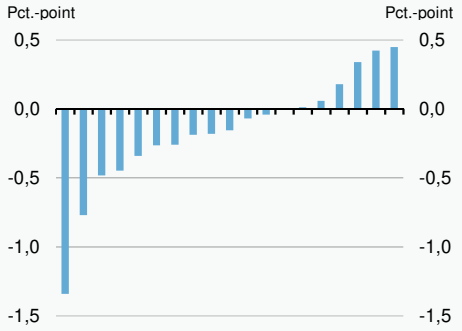
Figur 7

Intern variation i benchmarkingindikatoren på sundhedsklyngeniveau, 2021-2023



Figur 8

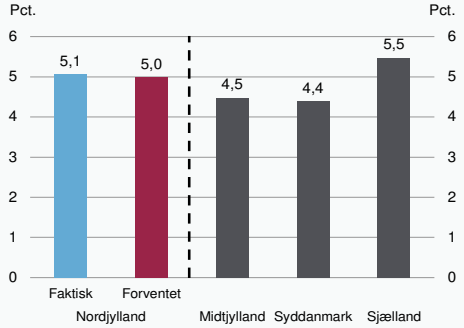
Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

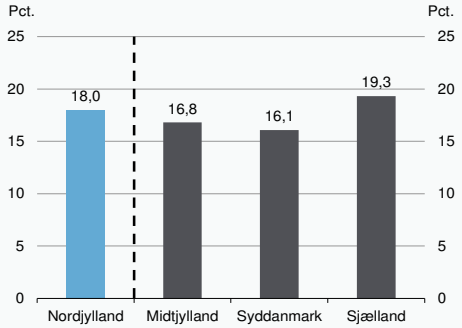
Figur 1

Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Figur 2

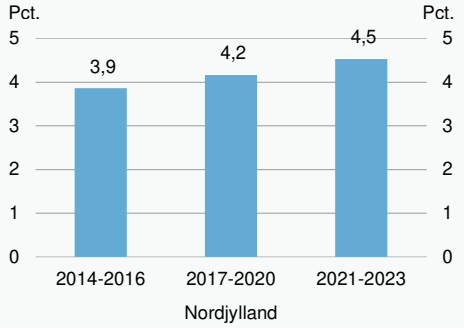
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

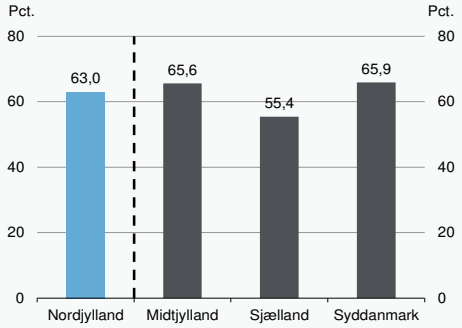
Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023



Figur 9

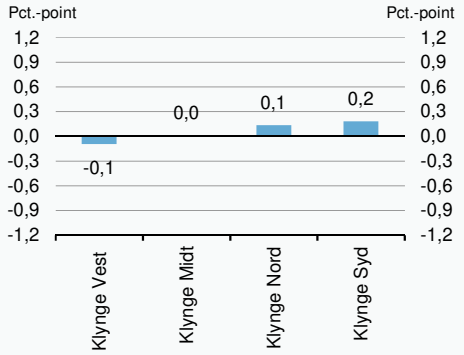
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

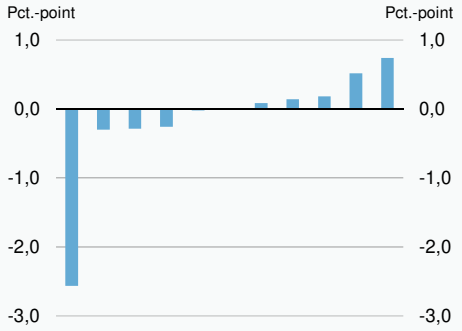
Figur 10

Intern variation i benchmarkingindikatoren på sundhedsklyngeniveau, 2021-2023



Figur 11

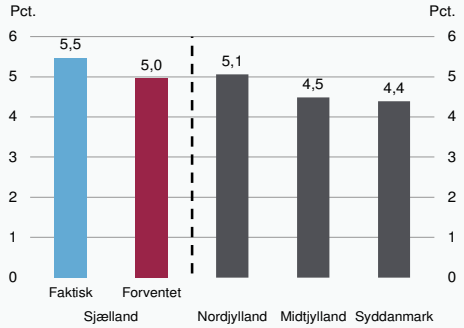
Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

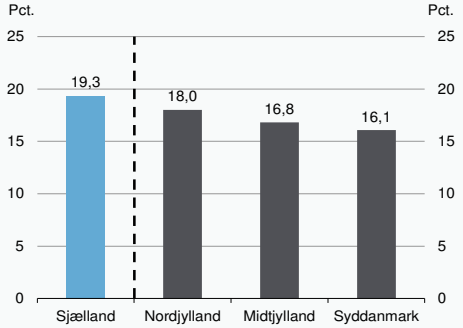
Figur 1

Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Figur 12

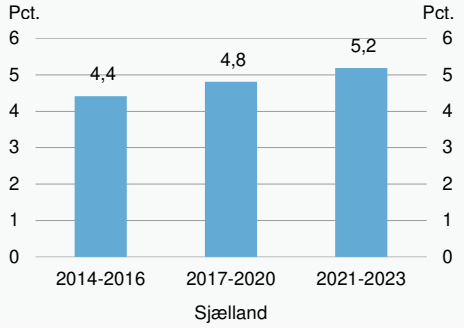
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

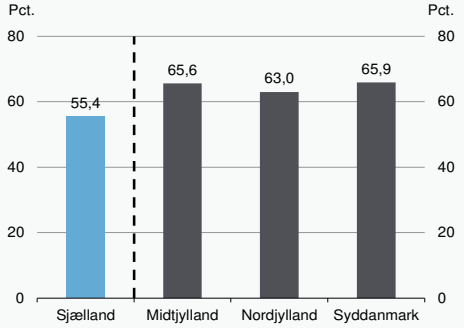
Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023



Figur 4

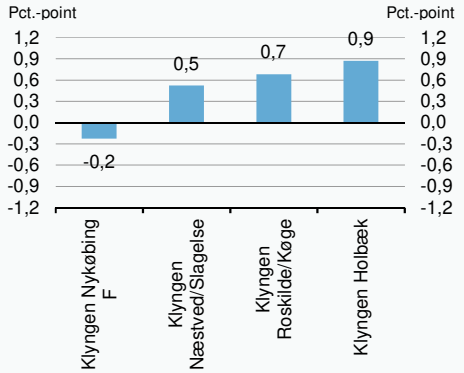
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

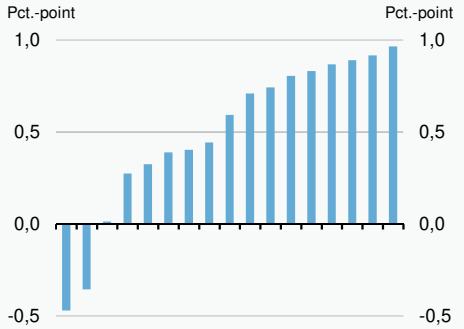
Figur 13

Intern variation i benchmarkingindikatoren på sundhedsklyngeniveau, 2021-2023



Figur 14

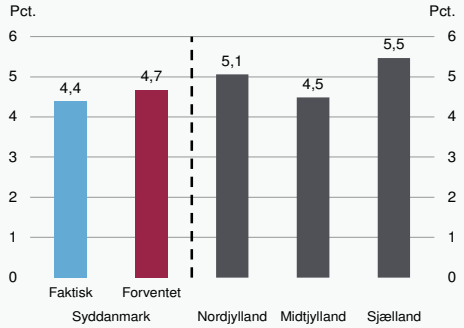
Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

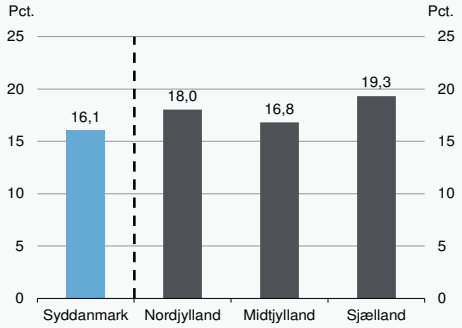
Figur 1

Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Figur 2

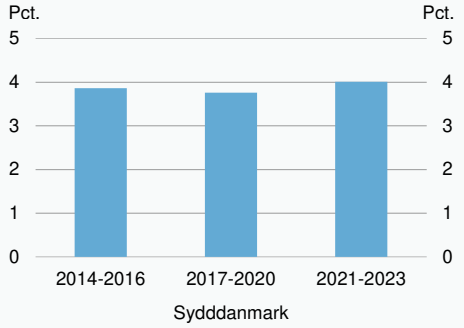
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

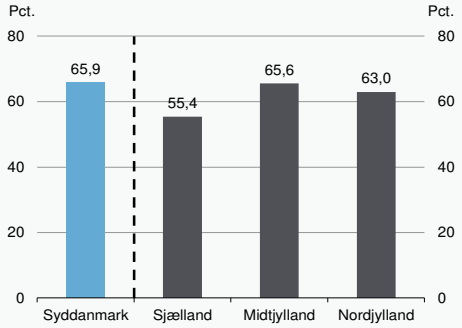
Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023



Figur 4

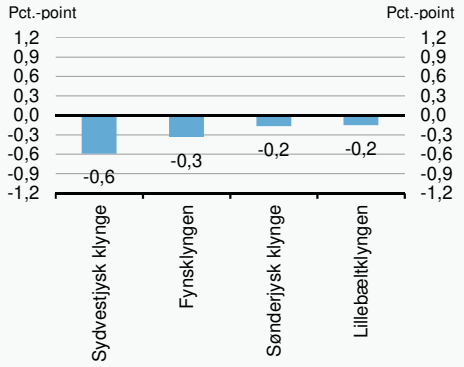
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

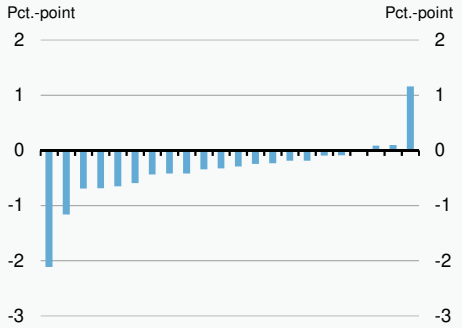
Figur 5

Intern variation i benchmarkingindikatoren på sundhedsklyngeniveau, 2021-2023



Figur 15

Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bilag 2: Sådan placerer din kommune sig

Analyse af hyppige akutte patienter

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

Læsevejledning 5
Albertslund Kommune 6
Allerød Kommune 7
Assens Kommune 8
Ballerup Kommune 9
Billund Kommune 10
Bornholms Kommune 11
Brøndby Kommune 12
Brønderslev Kommune 13
Dragør Kommune 14
Egedal Kommune 15
Esbjerg Kommune 16
Fanø Kommune 17
Favrskov Kommune 18
Faxe Kommune 19
Fredensborg Kommune 20
Fredericia Kommune 21
Frederiksberg Kommune 22
Frederikshavn Kommune 23
Frederikssund Kommune 24
Furesø Kommune 25
Faaborg-Midtfyn Kommune 26
Gentofte Kommune 27
Gladsaxe Kommune 28
Glostrup Kommune 29
Greve Kommune 30
Gribskov Kommune 31
Guldborgsund Kommune 32
Haderslev Kommune 33
Halsnæs Kommune 34
Hedensted Kommune 35
Helsingør Kommune 36
Herlev Kommune 37

Herning Kommune 38
Hillerød Kommune 39
Hjørring Kommune 40
Holbæk Kommune 41
Holstebro Kommune 42
Horsens Kommune 43
Hvidovre Kommune 44
Høje-Taastrup Kommune 45
Hørsholm Kommune 46
Ikast-Brande Kommune 47
Ishøj Kommune 48
Jammerbugt Kommune 49
Kalundborg Kommune 50
Kerteminde Kommune 51
Kolding Kommune 52
Københavns Kommune 53
Køge Kommune 54
Langeland Kommune 55
Lejre Kommune 56
Lemvig Kommune 57
Lolland Kommune 58
Lyngby-Taarbæk Kommune 59
Læsø Kommune 60
Mariagerfjord Kommune 61
Middelfart Kommune 62
Morsø Kommune 63
Norddjurs Kommune 64
Nordfyns Kommune 65
Nyborg Kommune 66
Næstved Kommune 67
Odder Kommune 68
Odense Kommune 69
Odsherred Kommune 70
Randers Kommune 71
Rebild Kommune 72
Ringkøbing-Skjern Kommune 73

Ringsted Kommune 74
Roskilde Kommune 75
Rudersdal Kommune 76
Rødovre Kommune 77
Samsø Kommune 78
Silkeborg Kommune 79
Skanderborg Kommune 80
Skive Kommune 81
Slagelse Kommune 82
Solrød Kommune 83
Sorø Kommune 84
Stevns Kommune 85
Struer Kommune 86
Svendborg Kommune 87
Syddjurs Kommune 88
Sønderborg Kommune 89
Thisted Kommune 90
Tønder Kommune 91
Tårnby Kommune 92
Vallensbæk Kommune 93
Varde Kommune 94
Vejen Kommune 95
Vejle Kommune 96
Vesthimmerlands Kommune 97
Viborg Kommune 98
Vordingborg Kommune 99
Ærø Kommune 100
Aabenraa Kommune 101
Aalborg Kommune 102
Aarhus Kommune 103

Læsevejledning

I dette bilag præsenteres tre figurer for hver enkelt kommune. Opgørelserne er generelt afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Bemærk, at akserne på de forskellige figurer kan variere mellem kommuner. Tallene bag de tre figurer kan findes på tabelform i bilag 5 ”Kommunespecifikke nøgletal”. For at øge robustheden i den enkelte kommunes resultater og mindske sandsynligheden for tilfældigheder, er alle resultater baseret på en treårig periode 2021-2023.

Særligt om sammenligninger af kommuner på tværs af regioner
Region Hovedstadens organisering af den regionale akutordning medfører, at ambulant aktivitet og den samlede akutte sygehusaktivitet systematisk er højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Som beskrevet i hovedrapporten påvirker dette også andelen af hyppige akutte patienter på landsplan. Derfor sammenligner vi i figurerne ikke de kommunale opgørelser om hyppige akutte patienter med landsgennemsnittet, men i stedet med det regionale gennemsnit og gennemsnittet i den lokale sundhedsklynge.

Andelen af hyppige akutte patienter i henholdsvis Region Hovedstaden og i kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark samt Region Sjælland er desuden estimeret ved hjælp af separate statistiske modeller, hvilket er nærmere beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. På den baggrund er niveauerne for kommunerne i Region Hovedstaden og kommunerne fra de øvrige regioner ikke sammenlignelige.

For kommunerne Billund, København, Middelfart, Rødovre og Vejen Kommune gælder det, at kommunerne indgår i flere sundhedsklynger. For Billund Kommune vises resultatet for Lillebæltklyngen (Syddanmark), for Københavns Kommune vises resultatet for Klynge Byen (Hovedstaden), for Middelfart Kommune vises resultatet for Fynsklyngen (Syddanmark), for Rødovre Kommune vises resultatet for Klynge Midt (Hovedstaden) og for Vejen Kommune vises resultatet for Lillebæltklyngen (Syddanmark). Resultaterne for de andre sundhedsklynger kan findes i Bilag 3 og 6.

Figur 1: Andelen af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter
Figuren viser, hvor stor en andel af de akutte patienter i kommunen (2021-2023) der udgøres af hyppige akutte patienter. Denne andel sammenholdes både med det forventede niveau på baggrund af kommunens lokale rammevilkår og med det faktiske niveau i regionen og sundhedsklyngen.

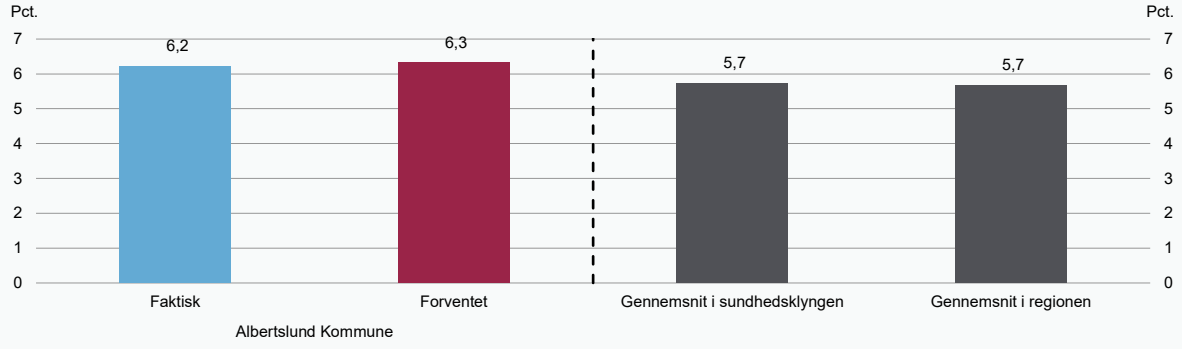
Figur 2: Andelen af den samlede akutte aktivitet, som hyppige akutte patienter står for
Figuren illustrerer, hvor stor en andel af den samlede akutte sygehusaktivitet (det samlede antal akutte sygehusophold) i perioden 2021-2023 der kan tilskrives hyppige akutte patienter. Denne andel sammenlignes med niveauet i regionen og sundhedsklyngen.

Figur 3: Andel af hyppige akutte patienter i den udvalgte befolkningsgruppe
Figuren viser, hvor stor en andel af de hyppige akutte patienter der enten har udvalgte kroniske sygdomme, er 80 år eller ældre eller modtager kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser. Læs mere om denne delpopulation i hovedrapportens kapitel 3.

Albertslund Kommune

Figur 1

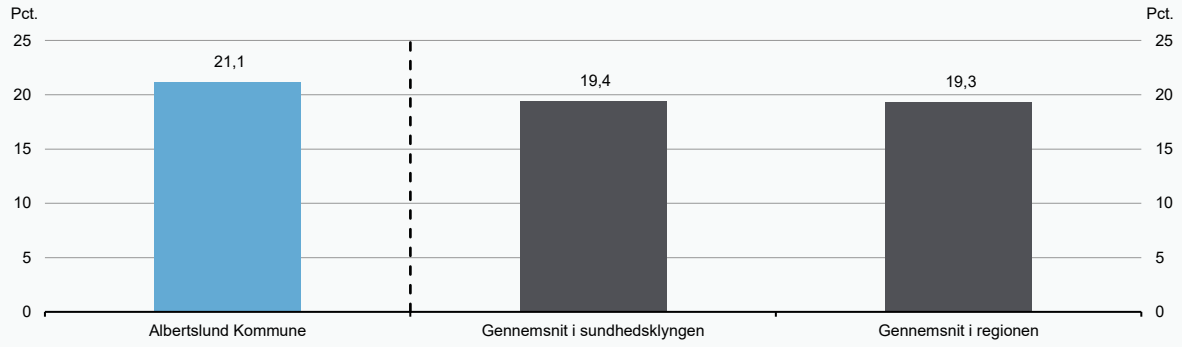
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

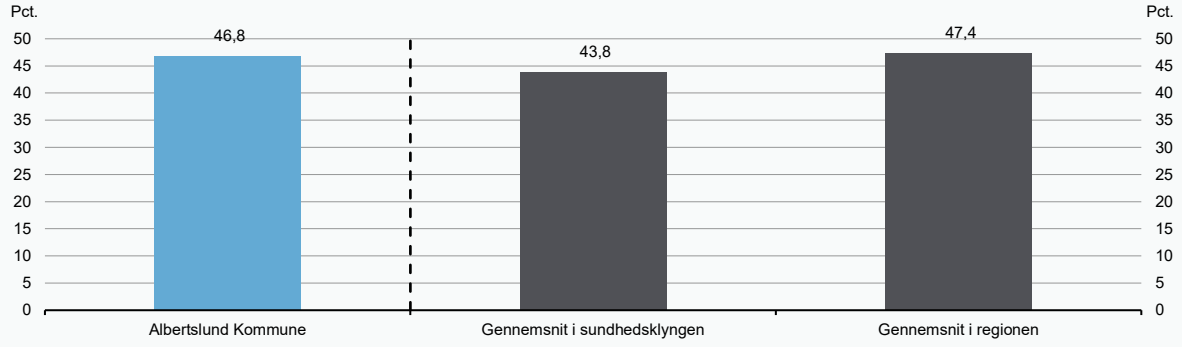
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

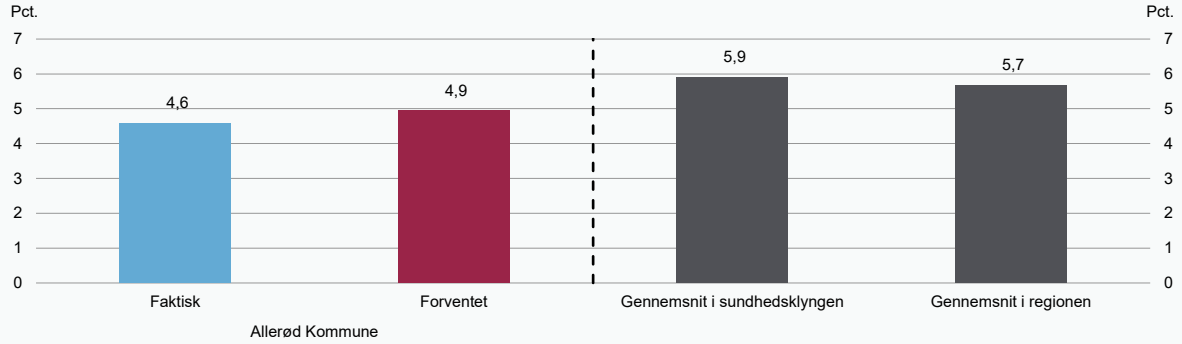


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Allerød Kommune

Figur 1

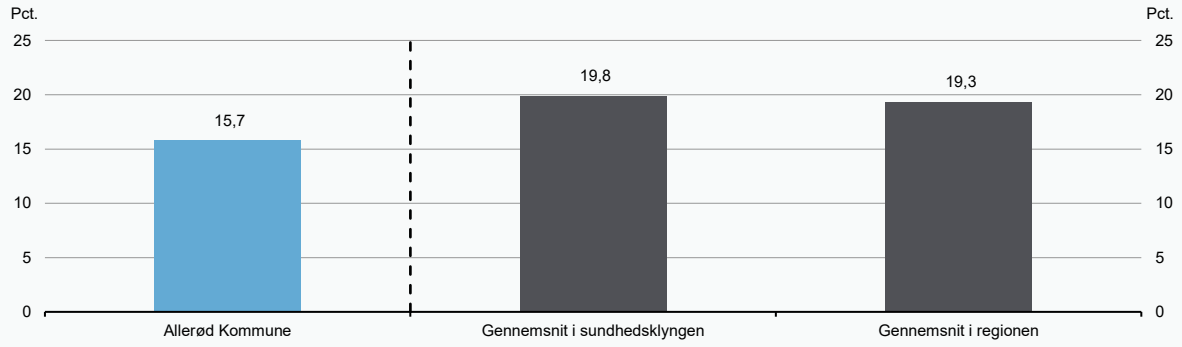
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

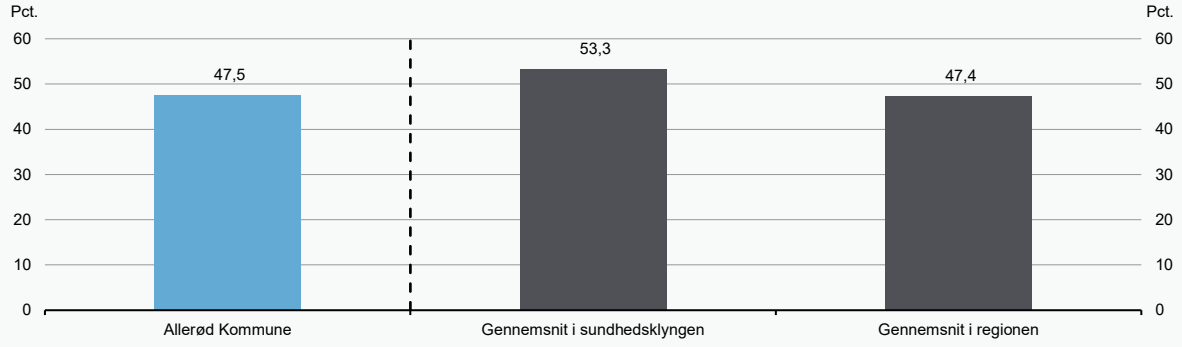
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

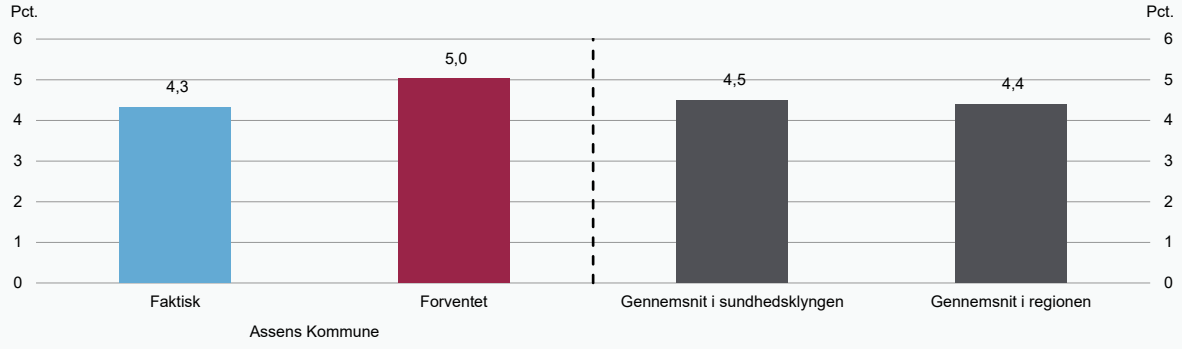


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Assens Kommune

Figur 1

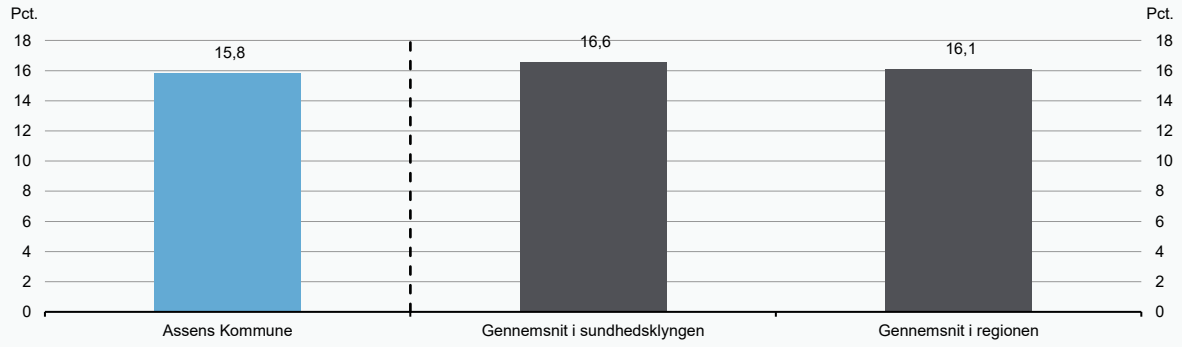
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

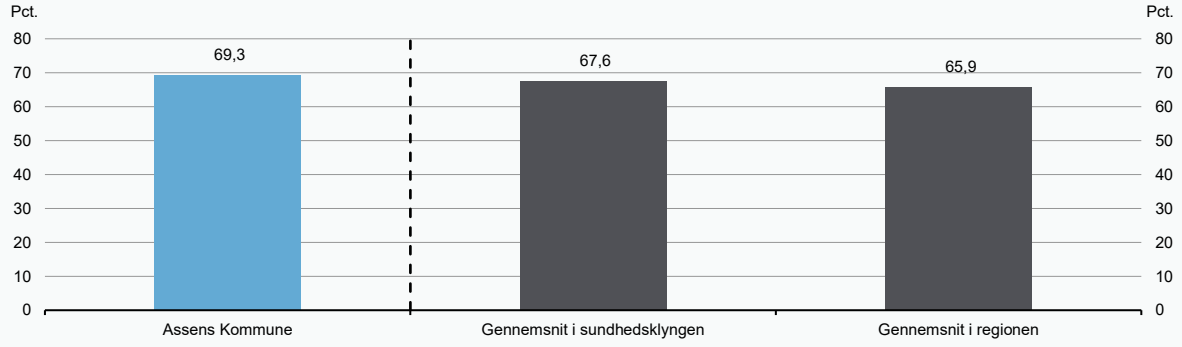
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

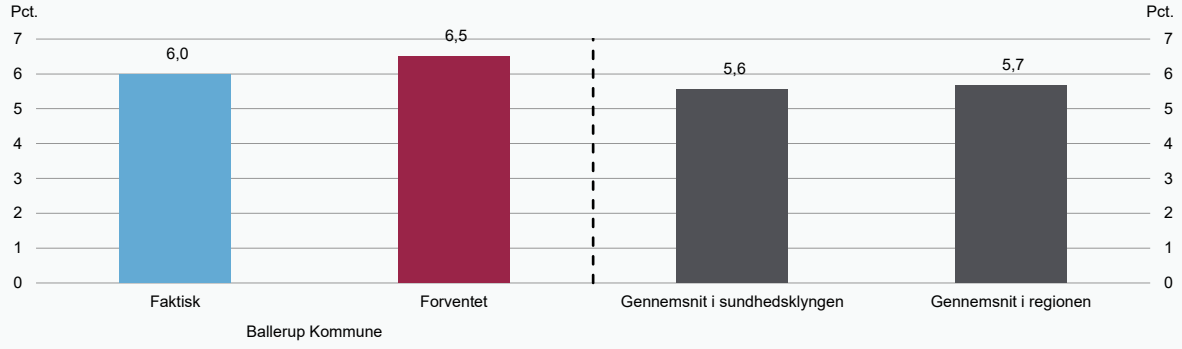


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ballerup Kommune

Figur 1

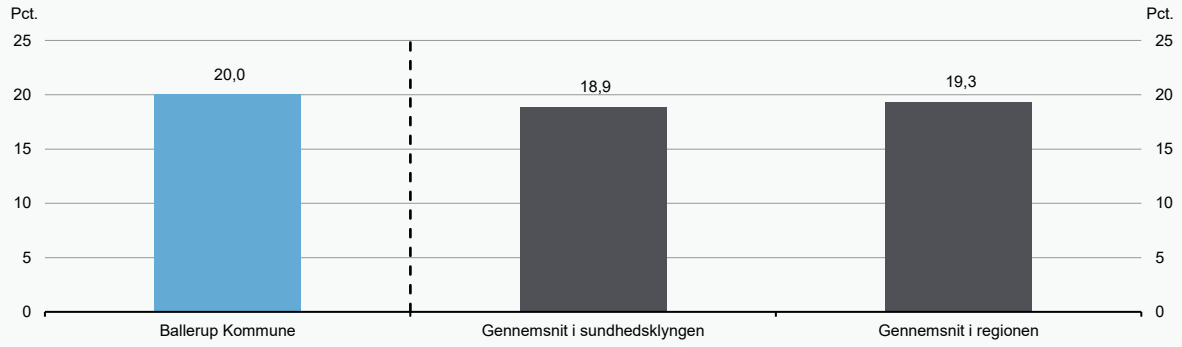
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

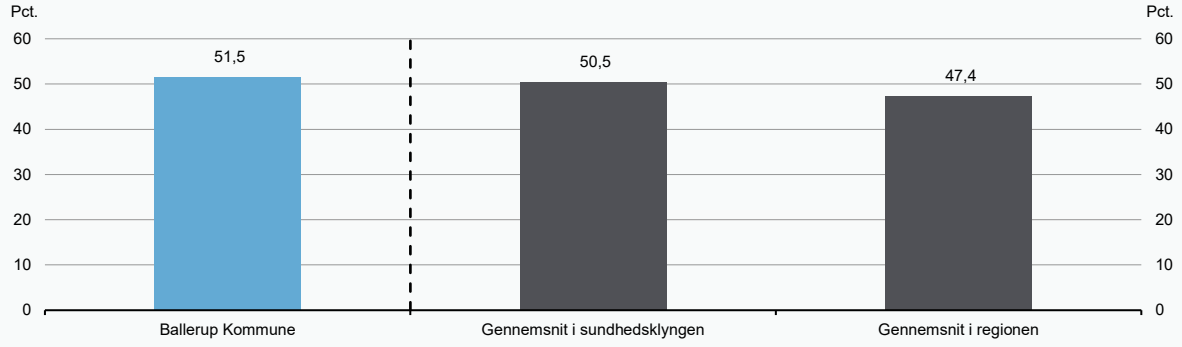
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

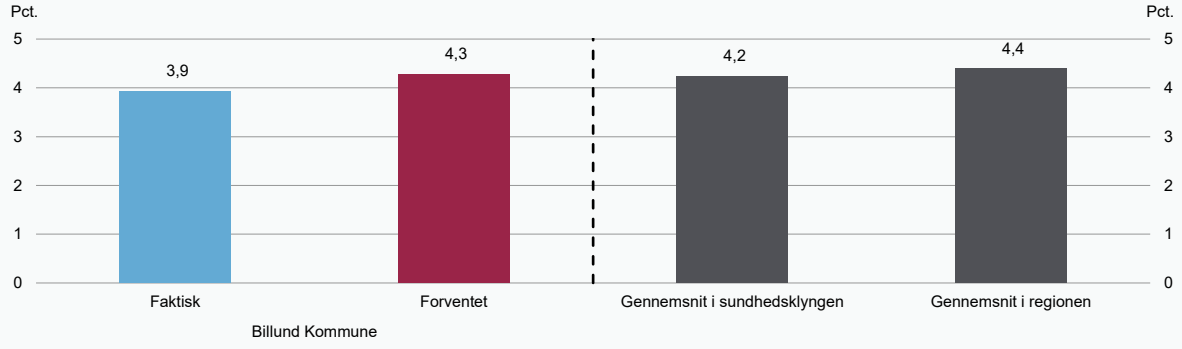


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Billund Kommune

Figur 1

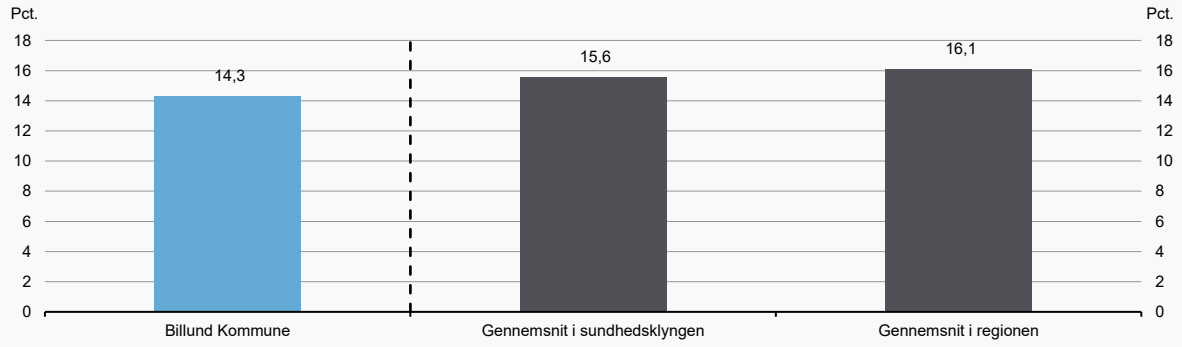
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

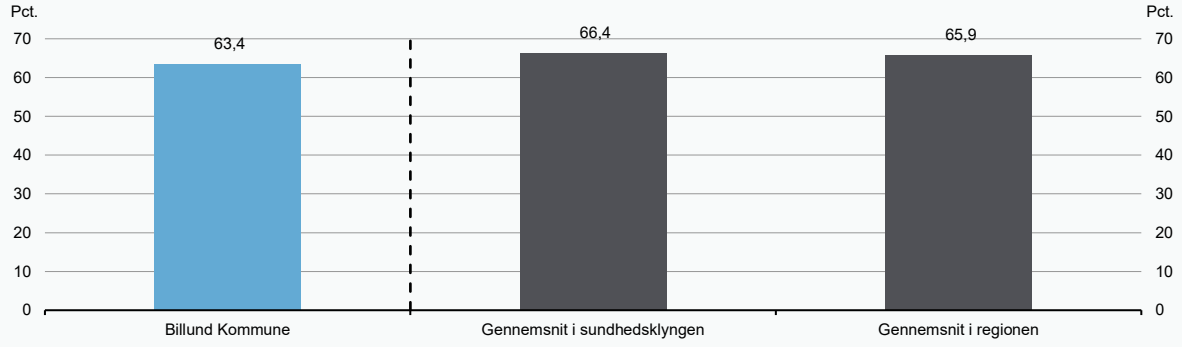
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

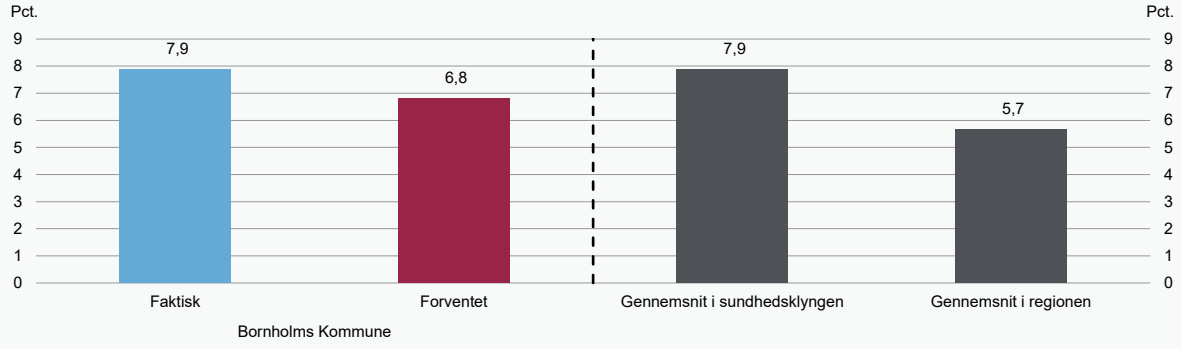


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bornholms Kommune

Figur 1

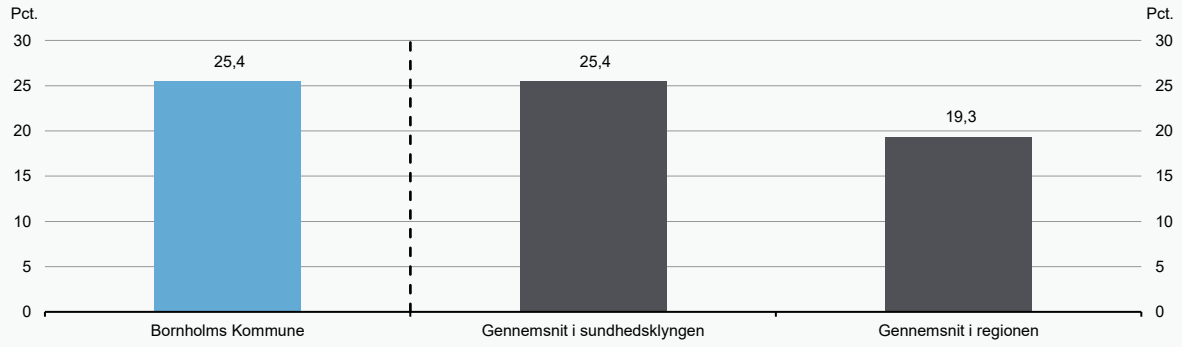
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

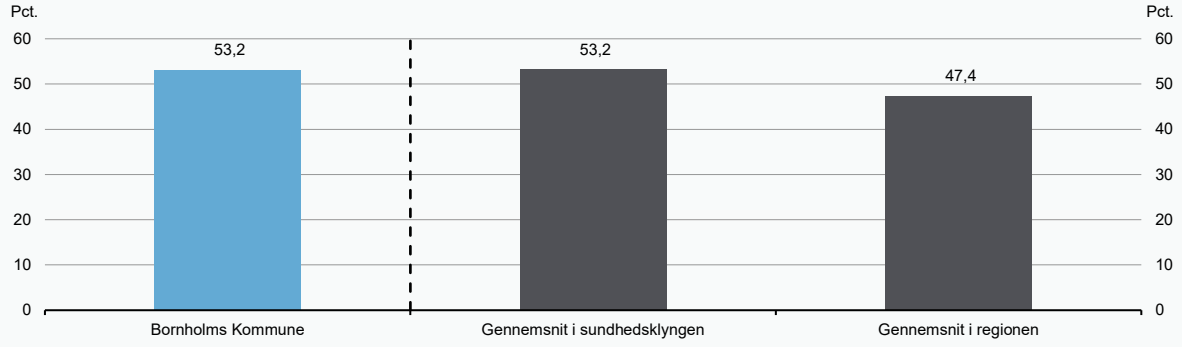
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

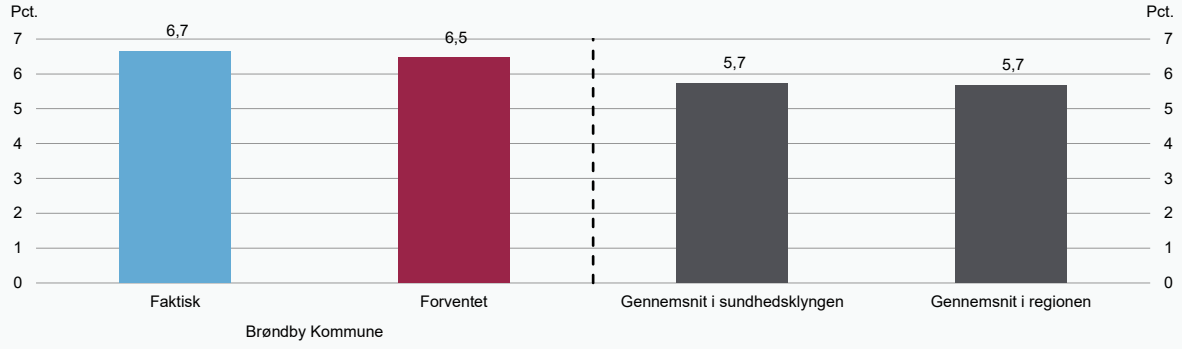


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Brøndby Kommune

Figur 1

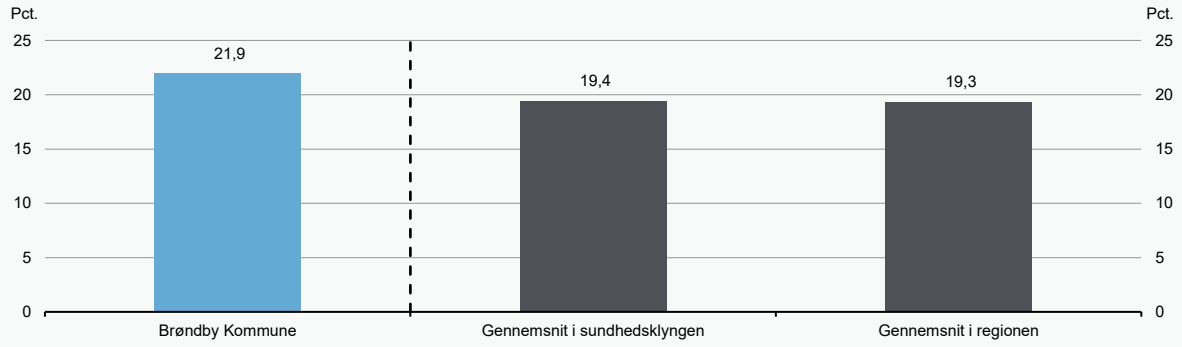
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

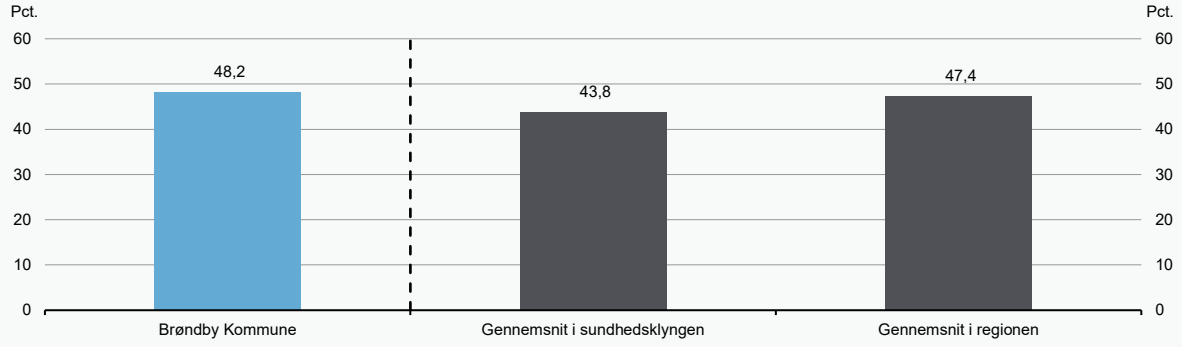
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

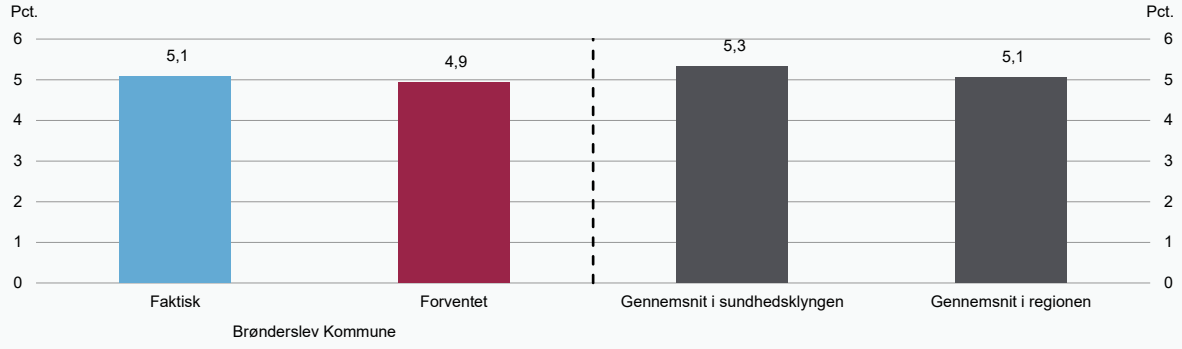


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Brønderslev Kommune

Figur 1

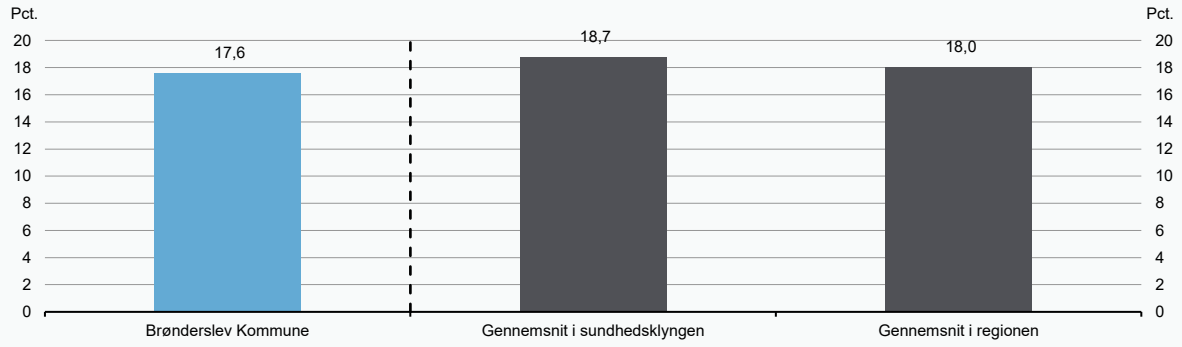
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

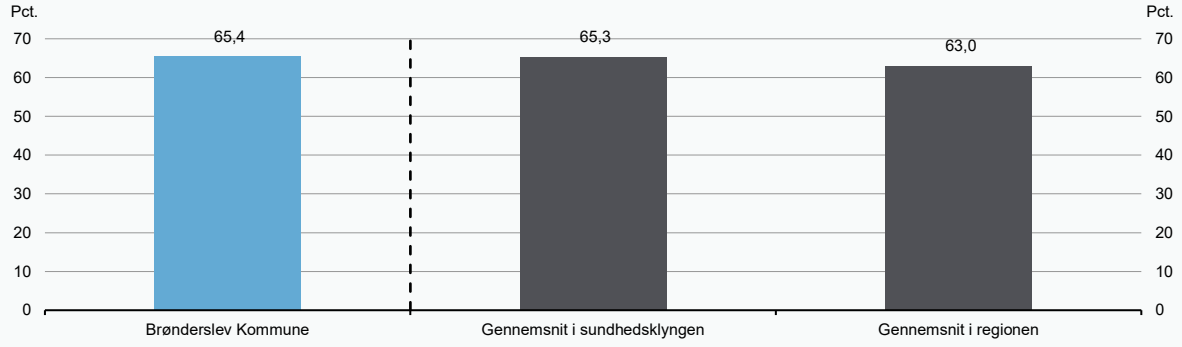
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

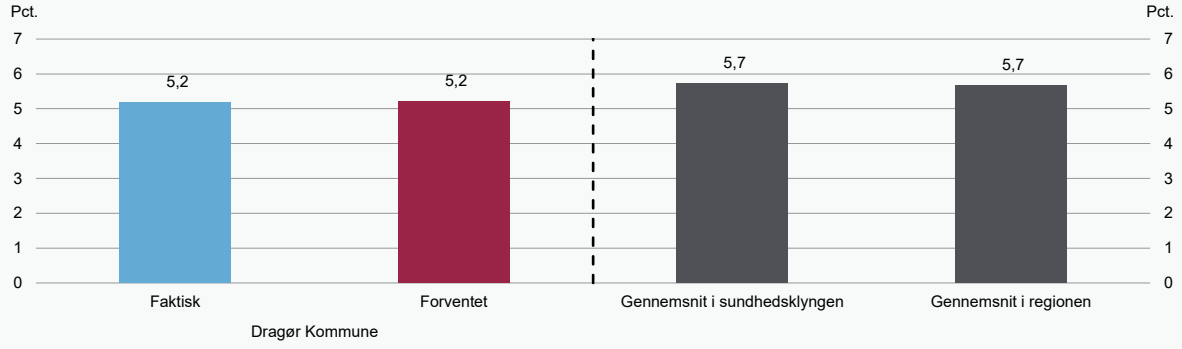


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Dragør Kommune

Figur 1

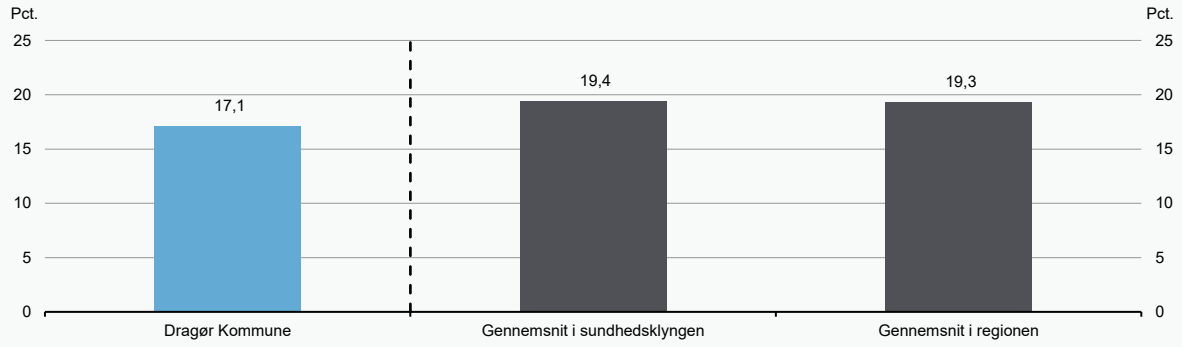
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

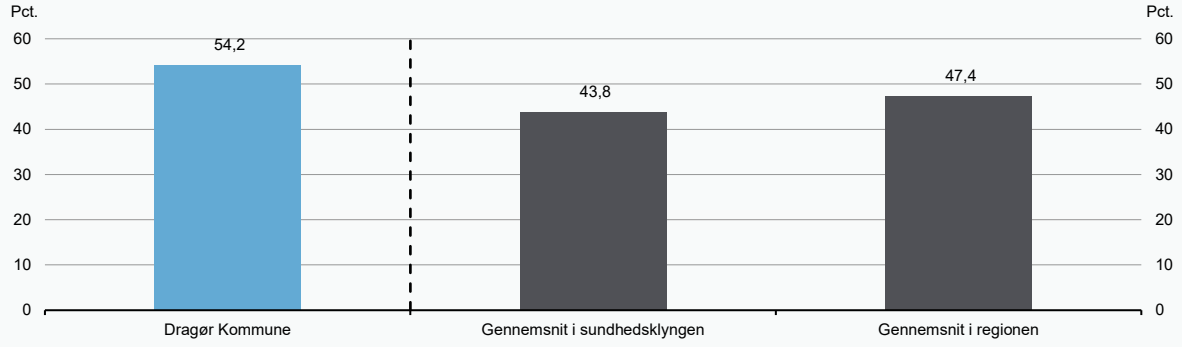
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

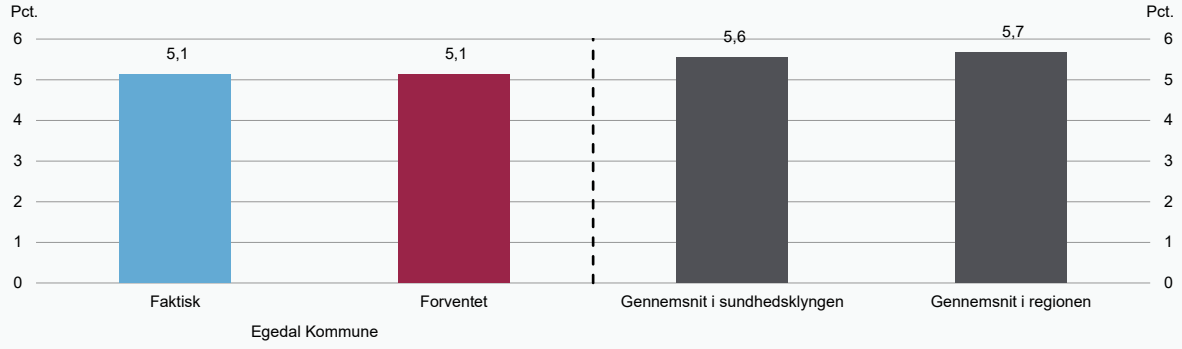


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Egedal Kommune

Figur 1

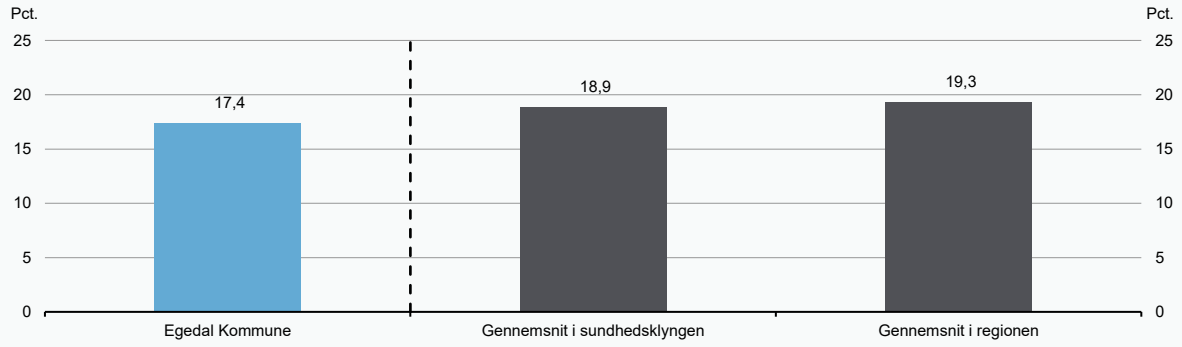
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

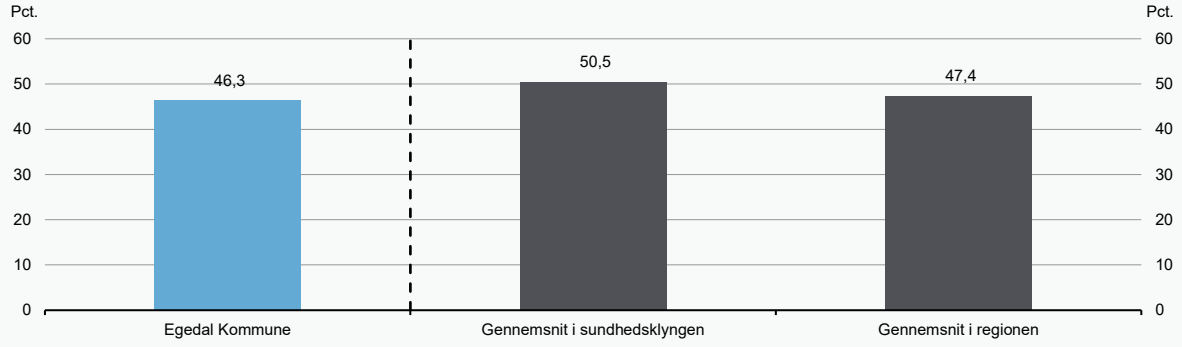
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

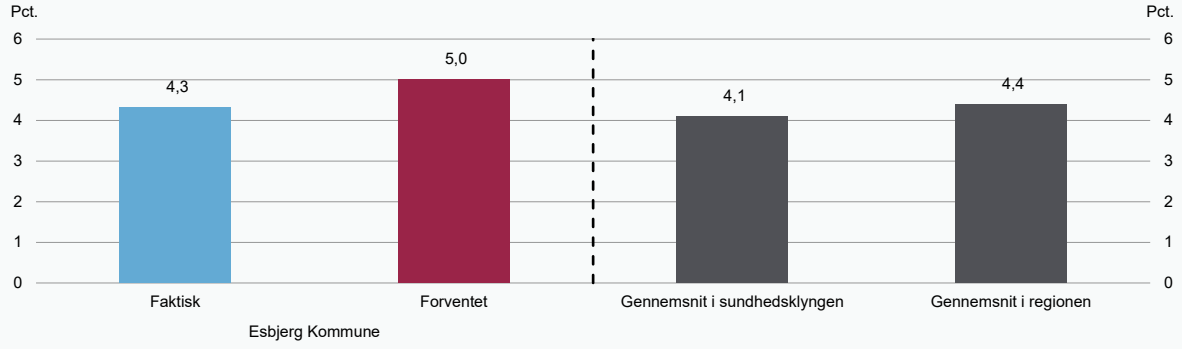


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Esbjerg Kommune

Figur 1

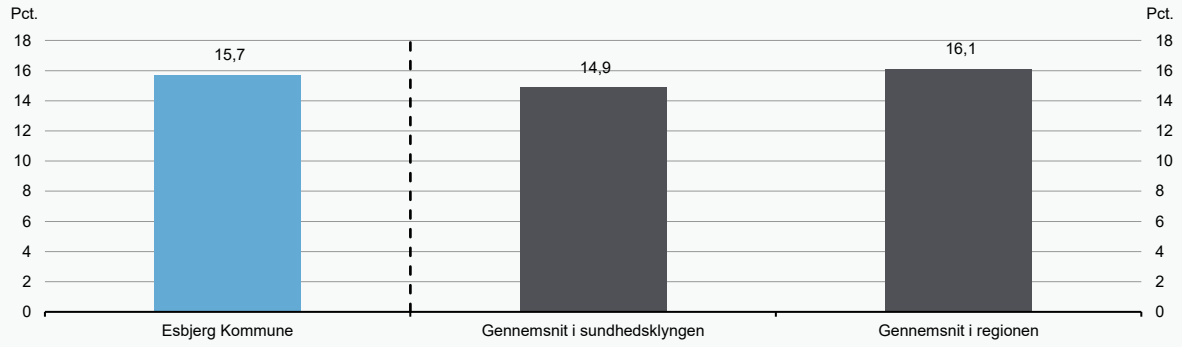
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

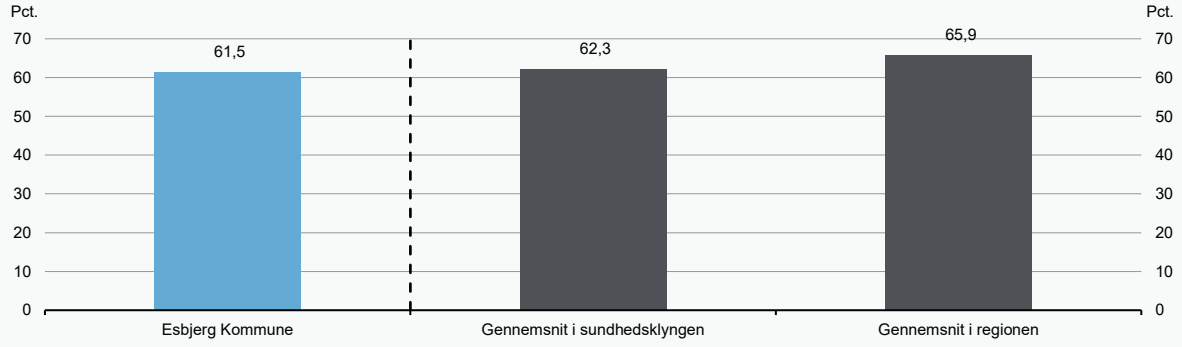
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

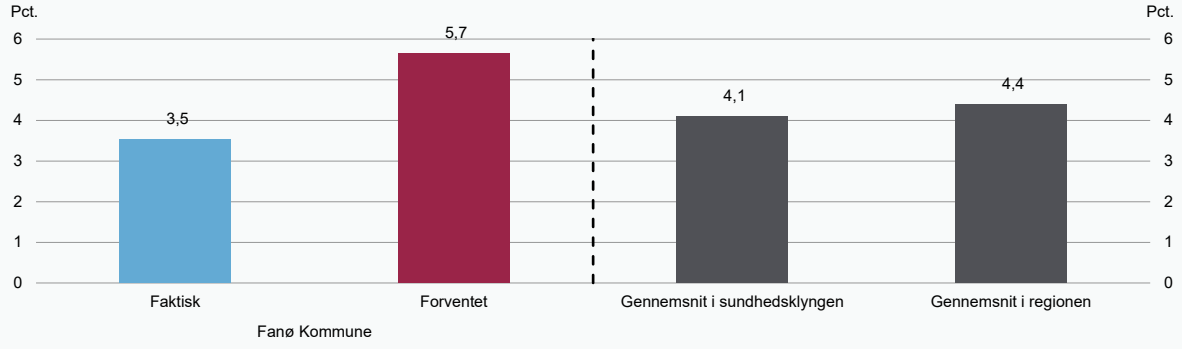


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fanø Kommune

Figur 1

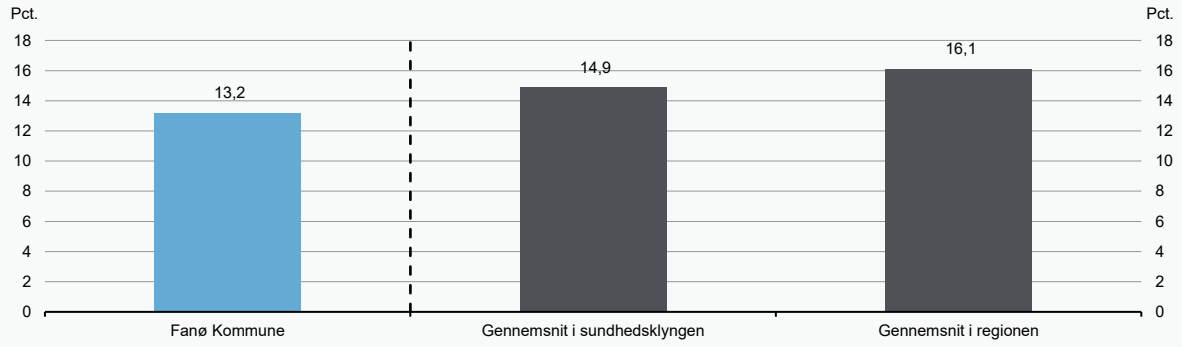
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

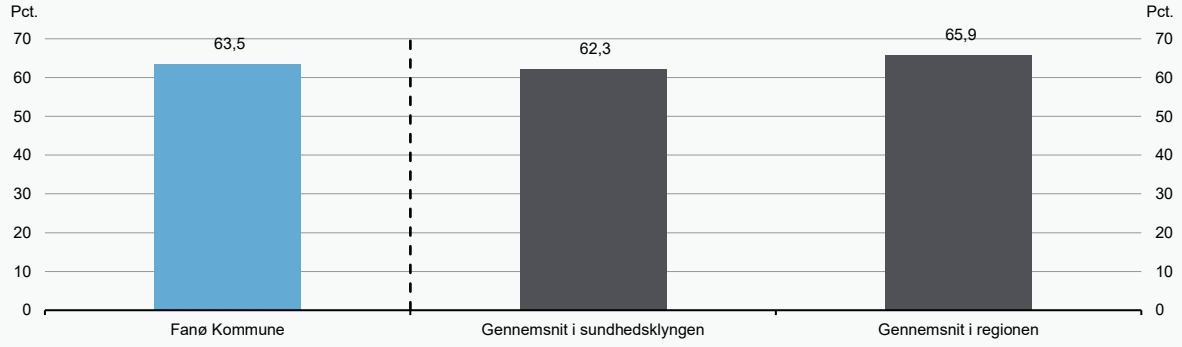
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

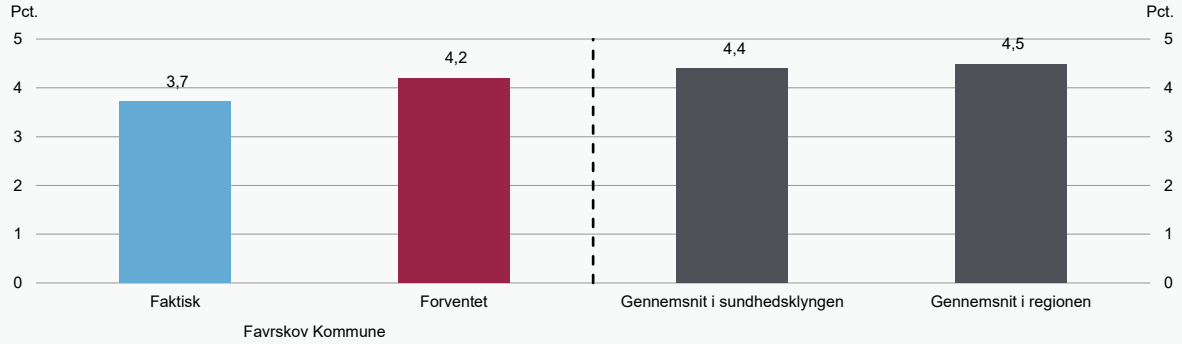


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Favrskov Kommune

Figur 1

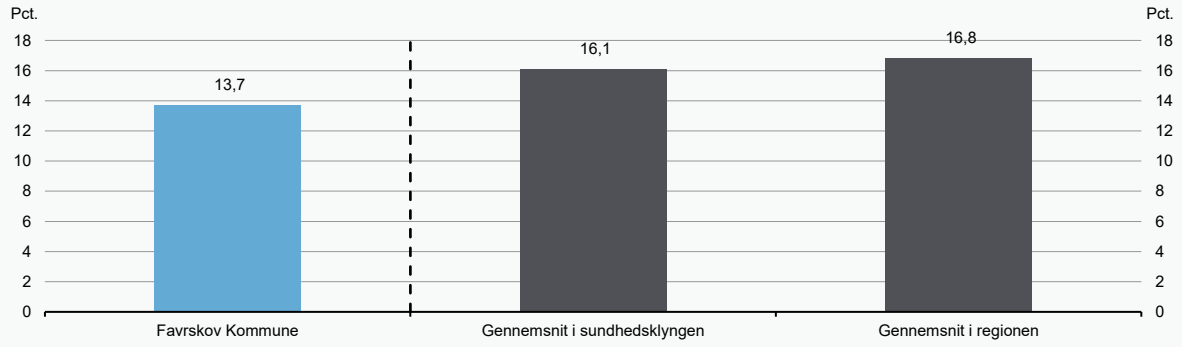
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

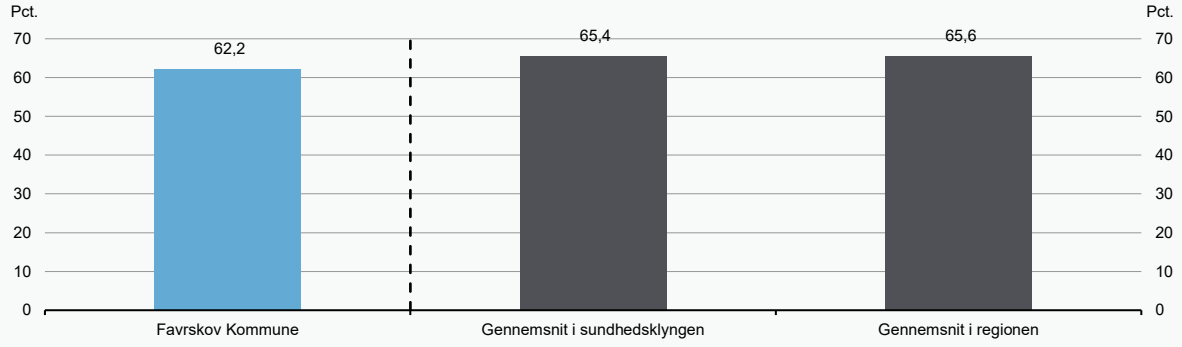
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

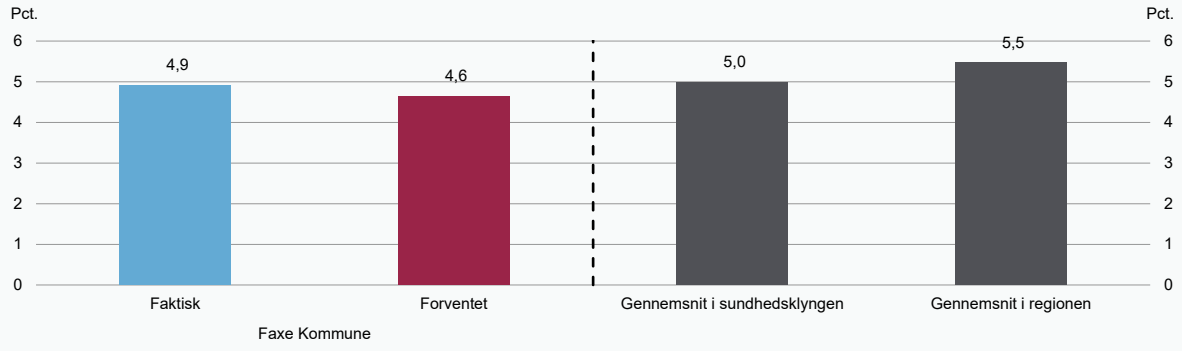


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Faxe Kommune

Figur 1

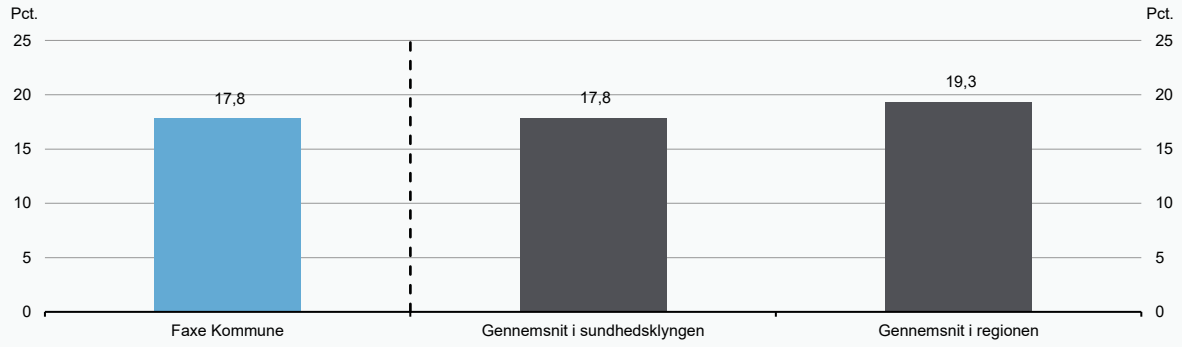
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

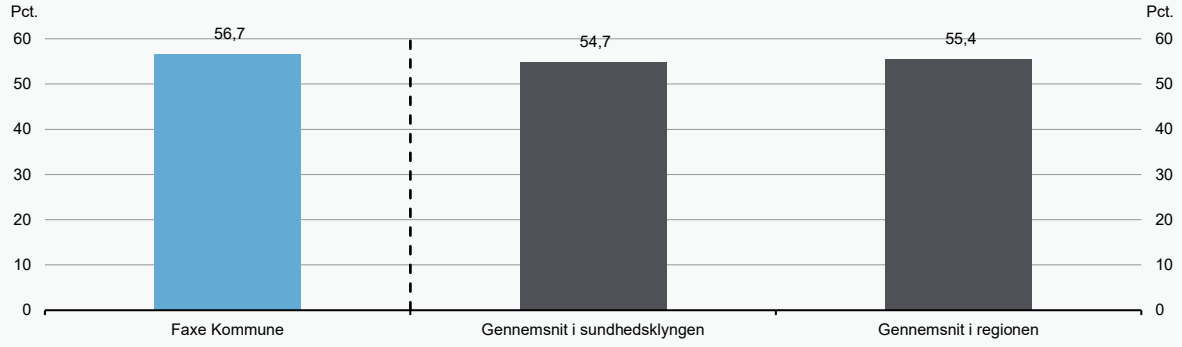
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

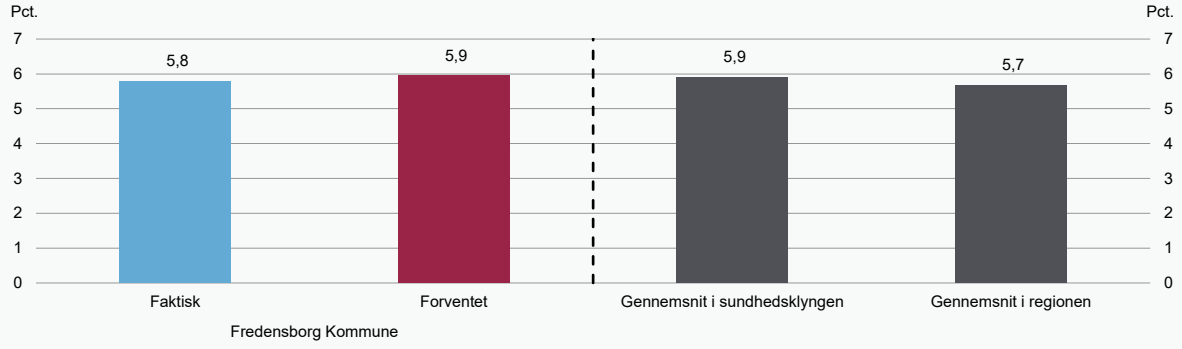


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fredensborg Kommune

Figur 1

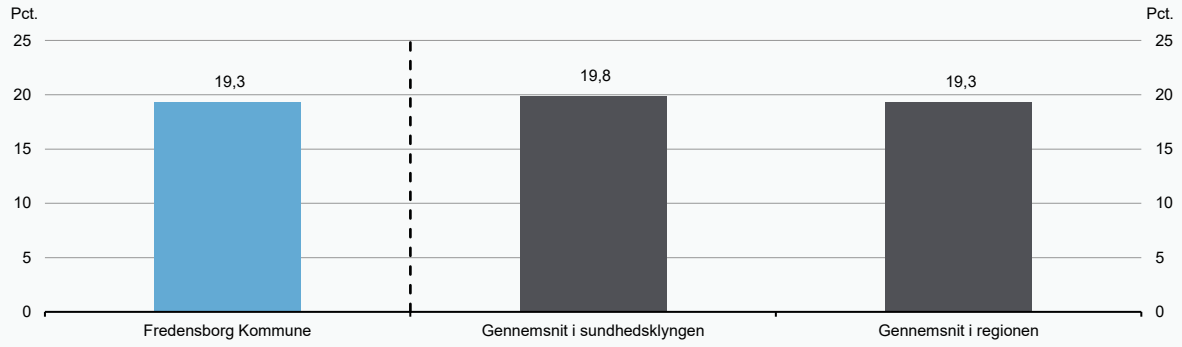
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

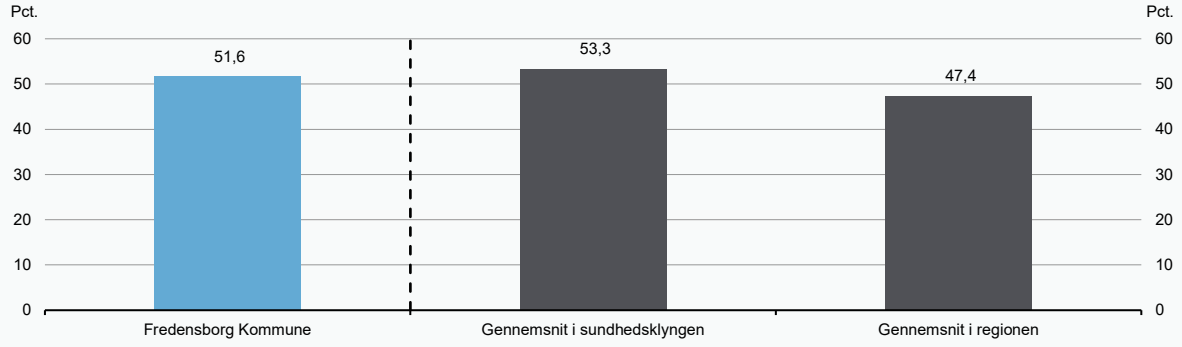
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

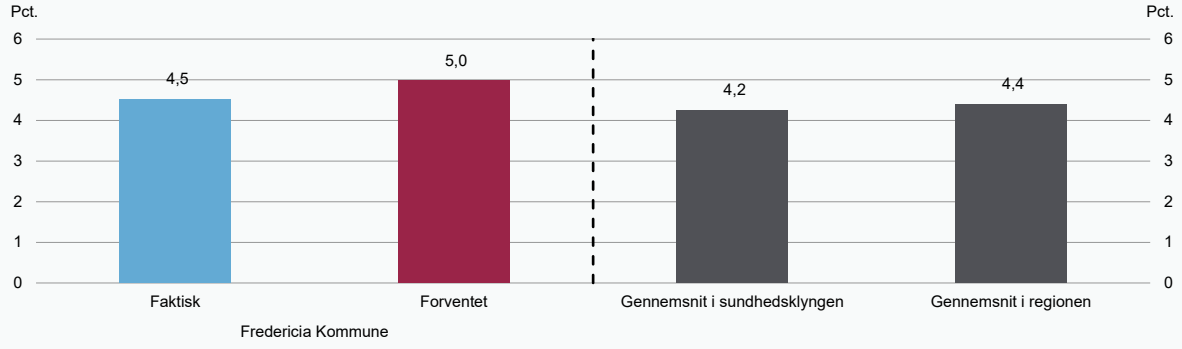


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fredericia Kommune

Figur 1

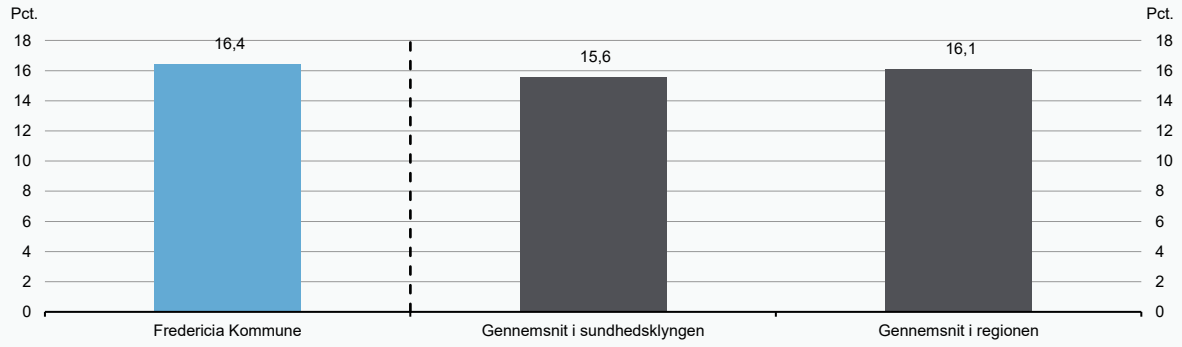
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

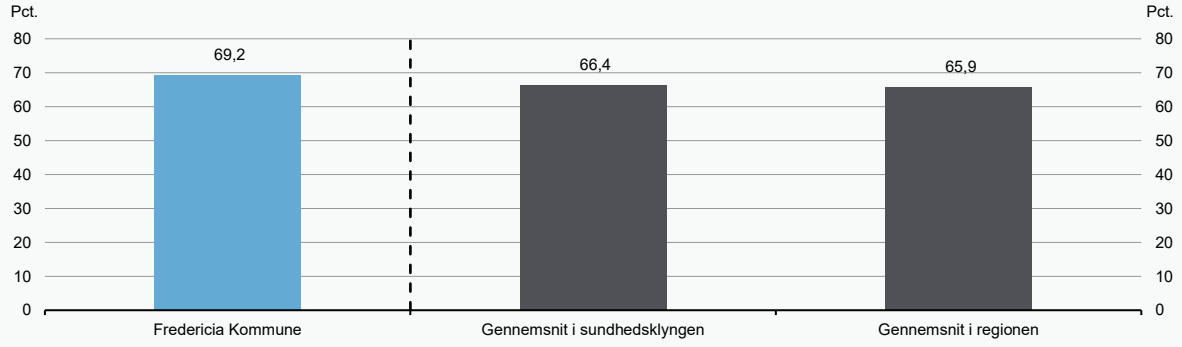
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

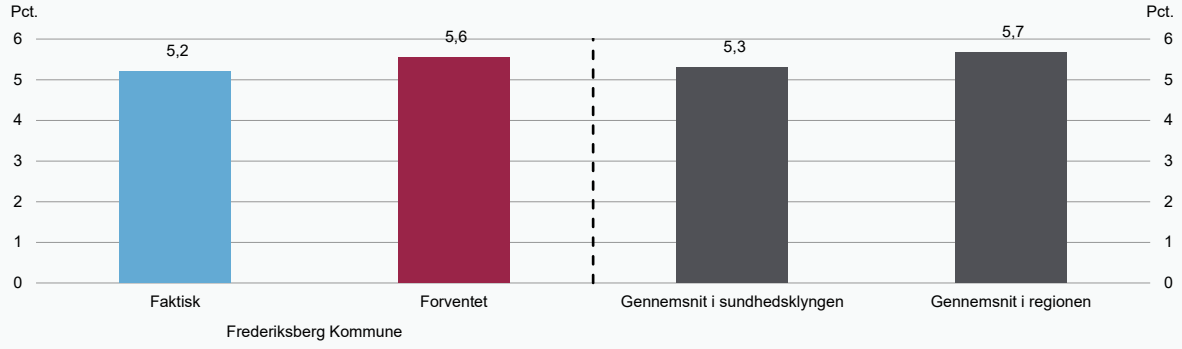


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Frederiksberg Kommune

Figur 1

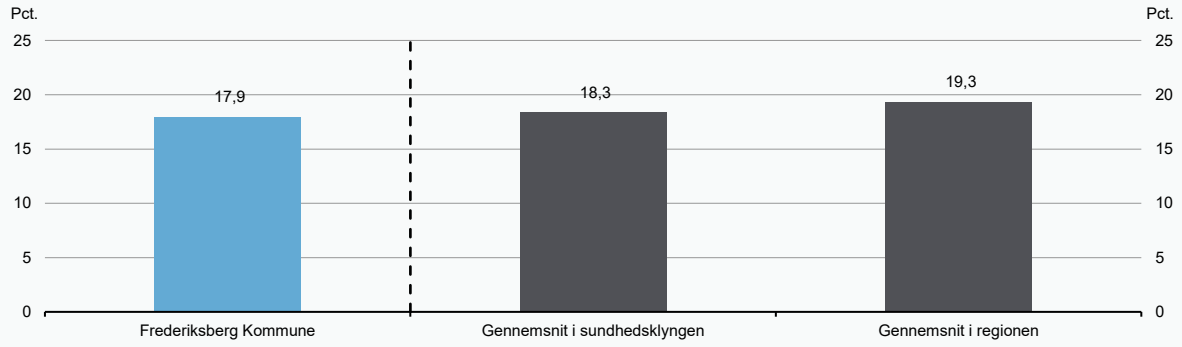
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

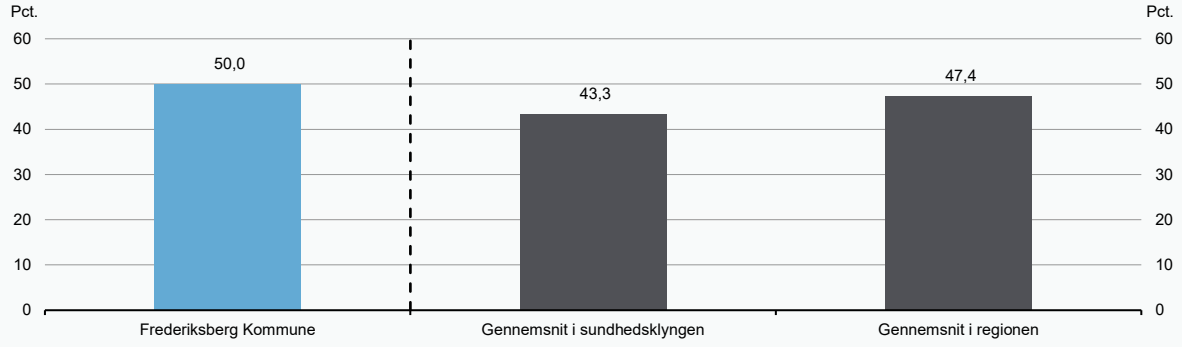
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

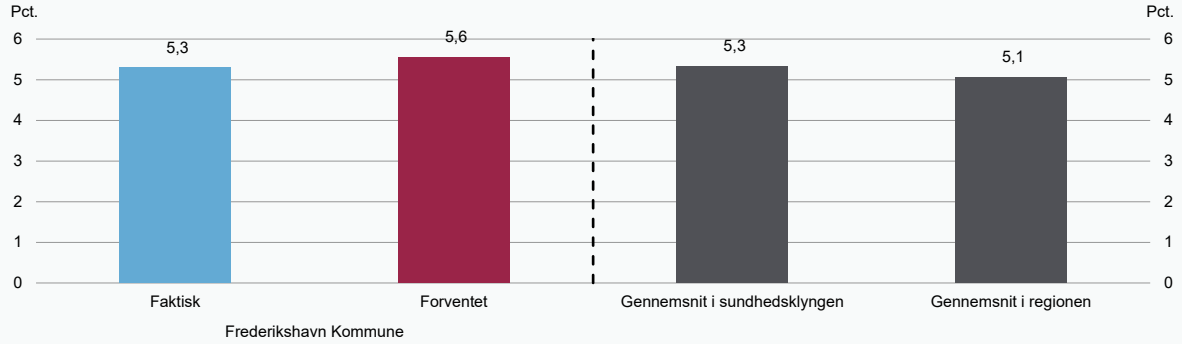


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Frederikshavn Kommune

Figur 1

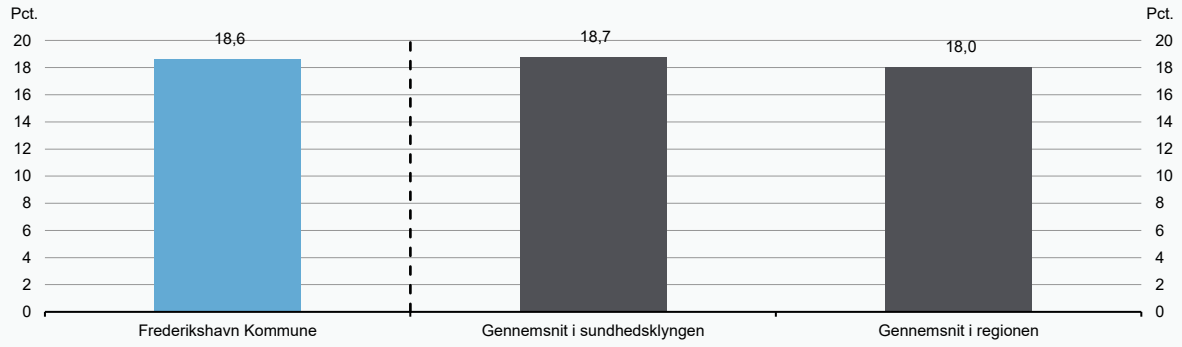
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

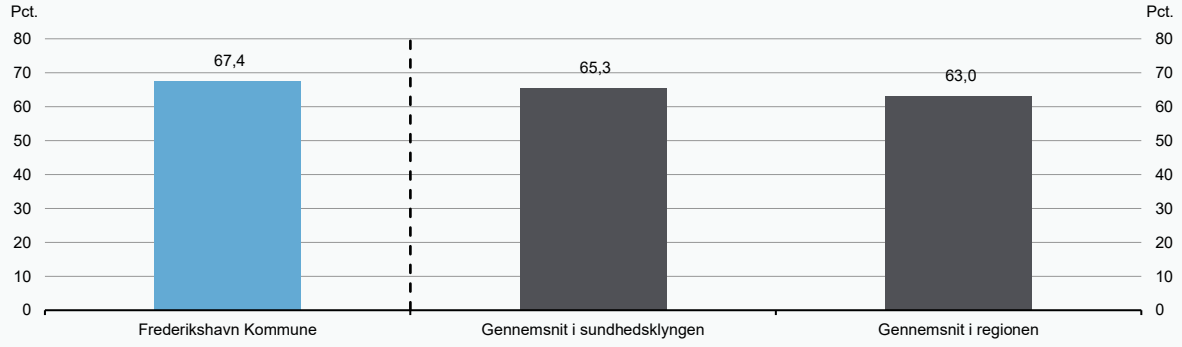
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

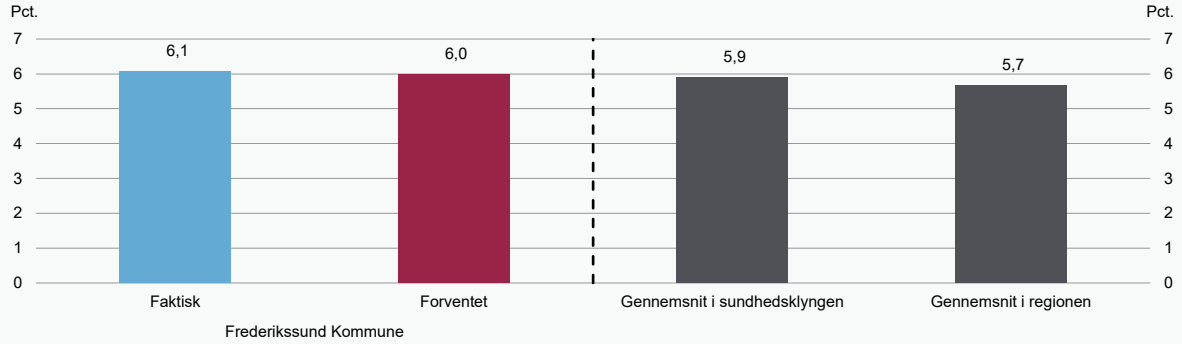


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Frederikssund Kommune

Figur 1

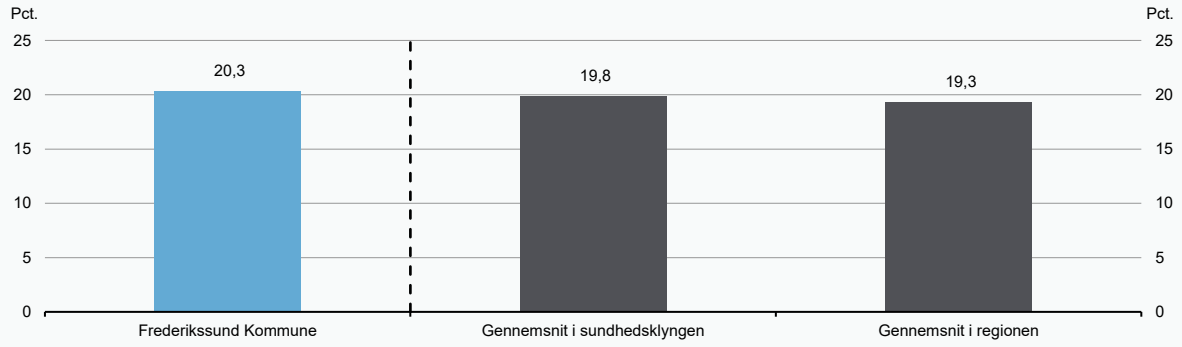
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

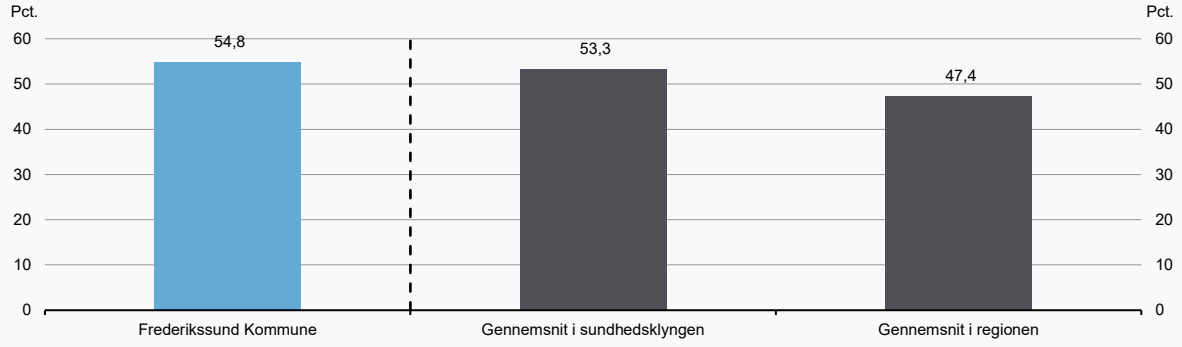
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

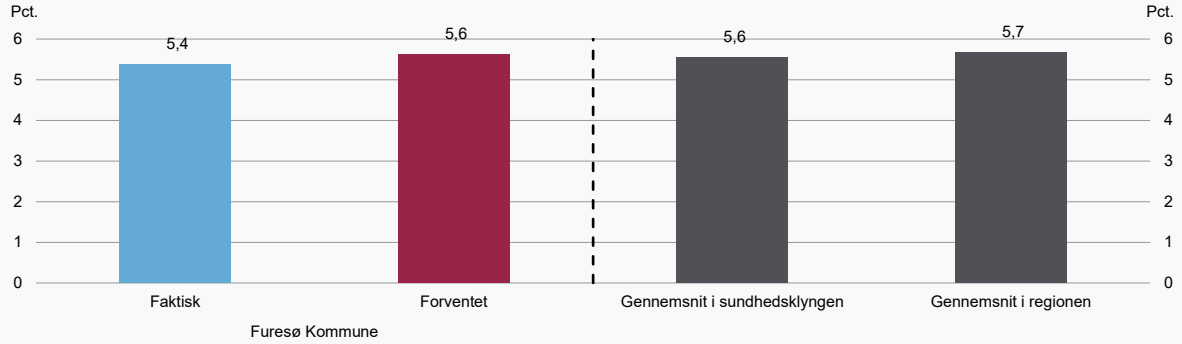


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Furesø Kommune

Figur 1

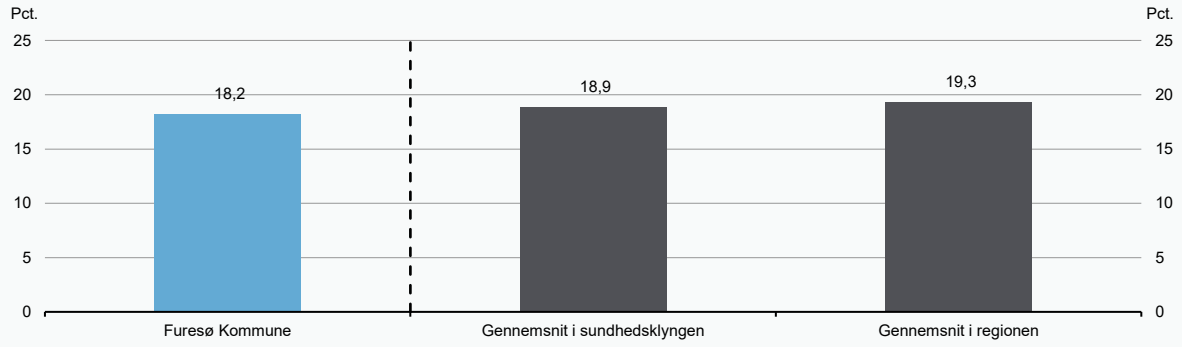
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

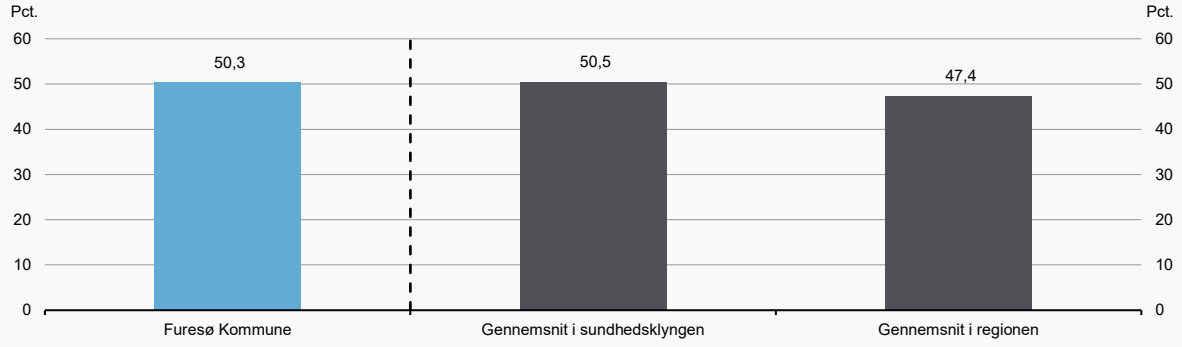
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

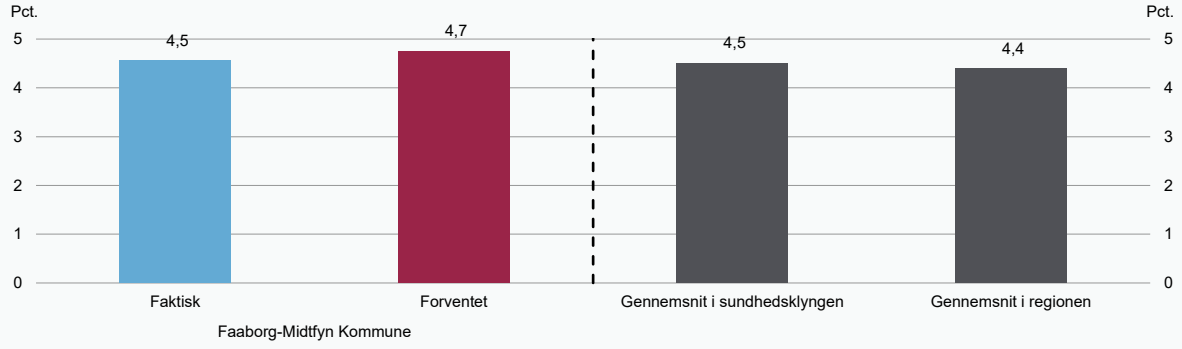


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Faaborg-Midtfyn Kommune

Figur 1

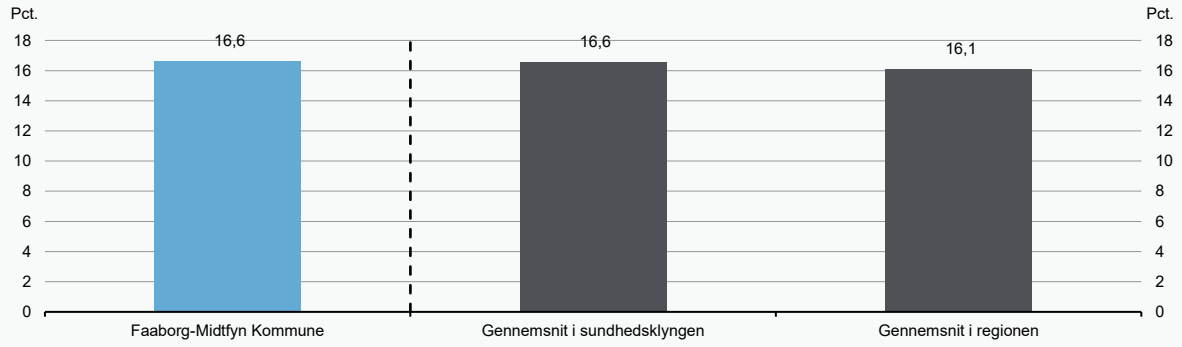
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

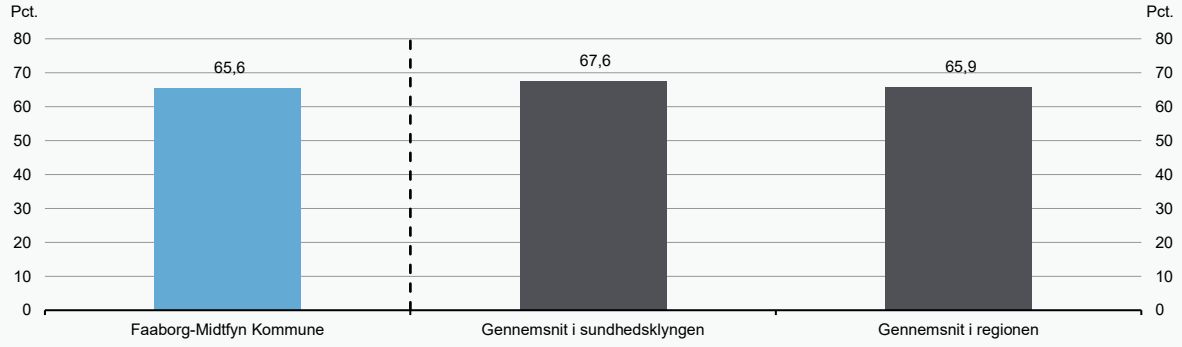
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

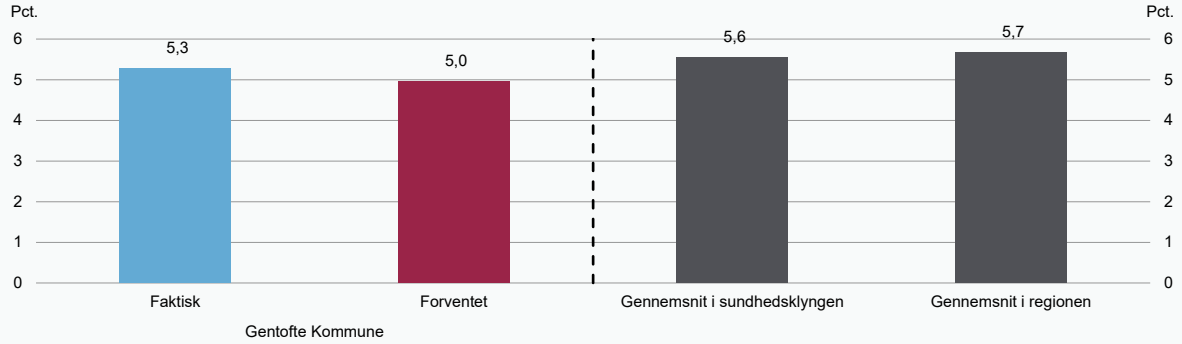


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gentofte Kommune

Figur 1

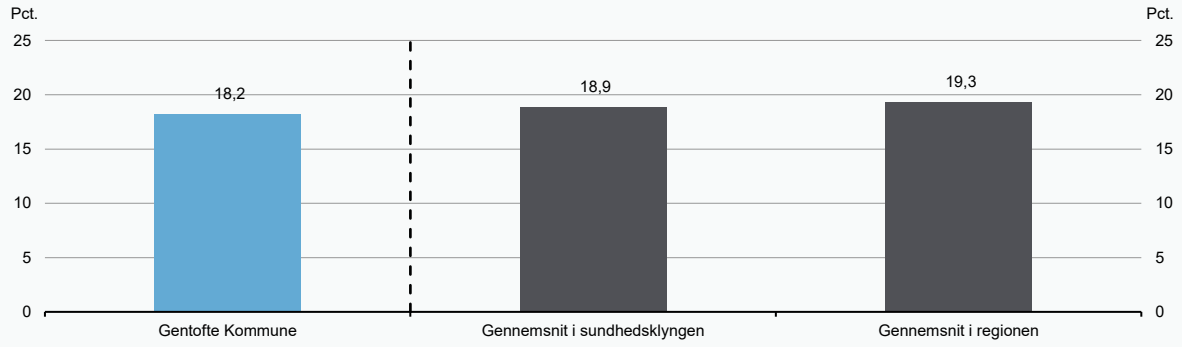
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

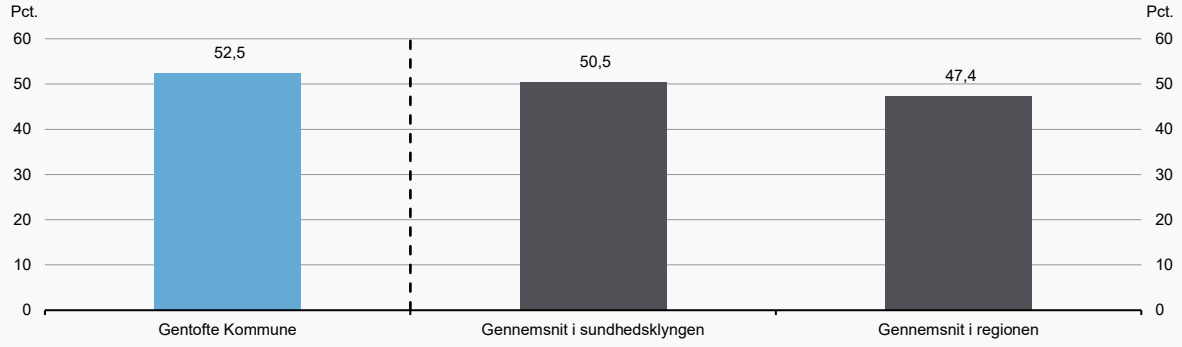
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

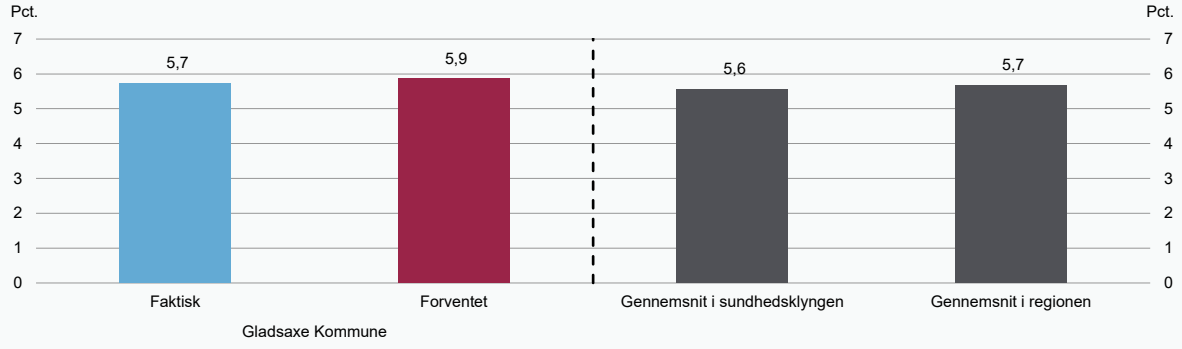


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gladsaxe Kommune

Figur 1

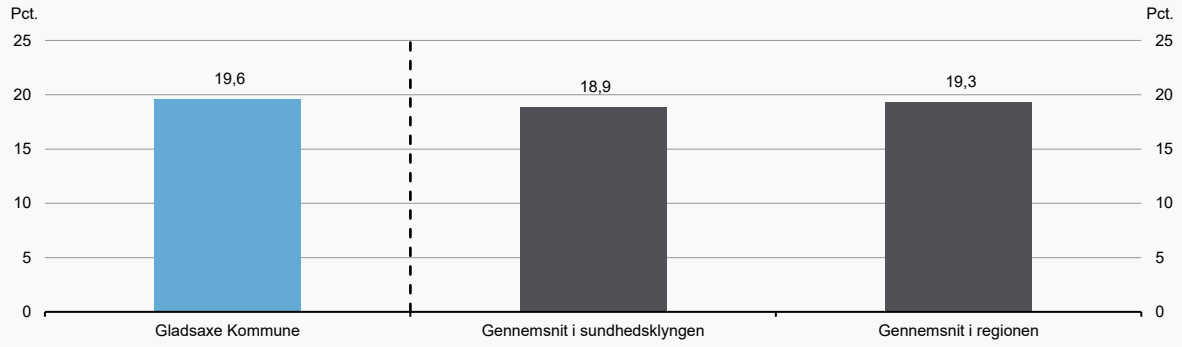
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

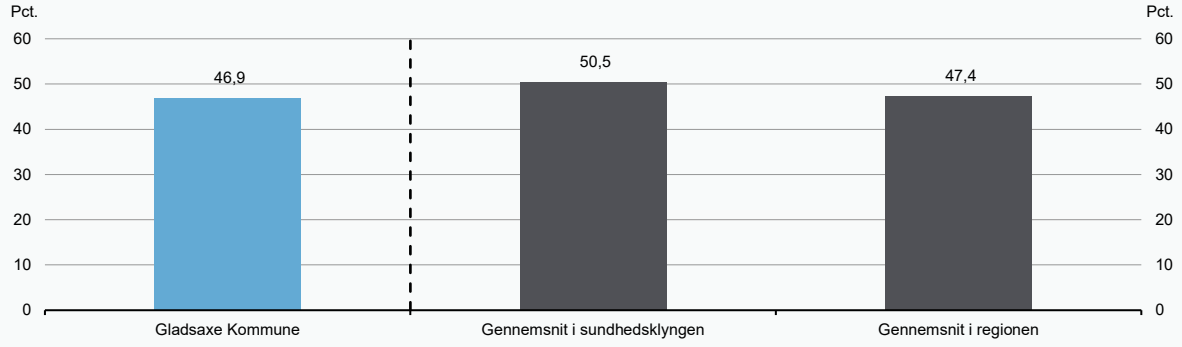
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

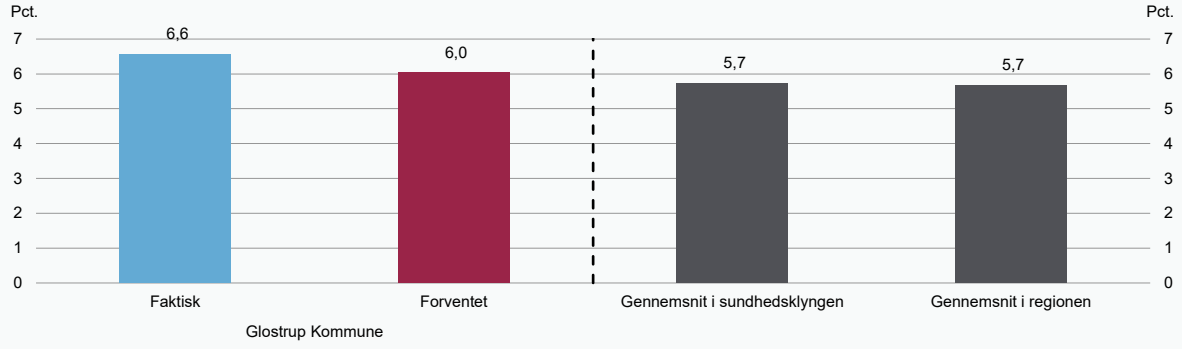


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Glostrup Kommune

Figur 1

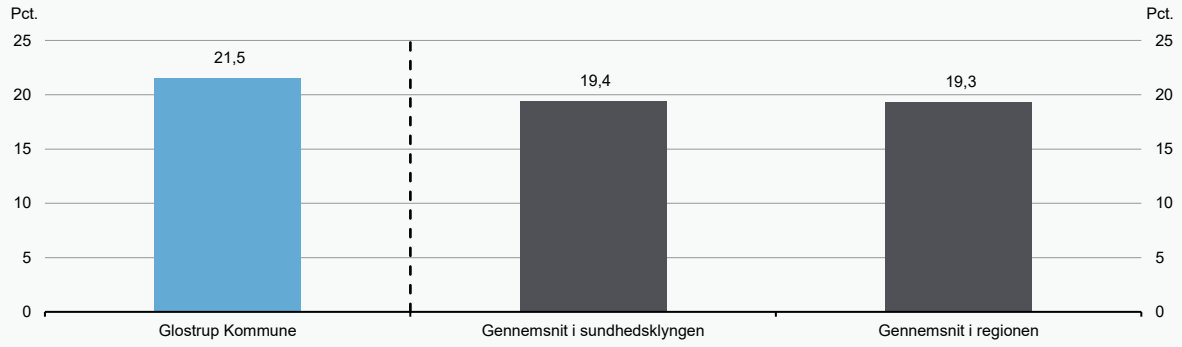
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

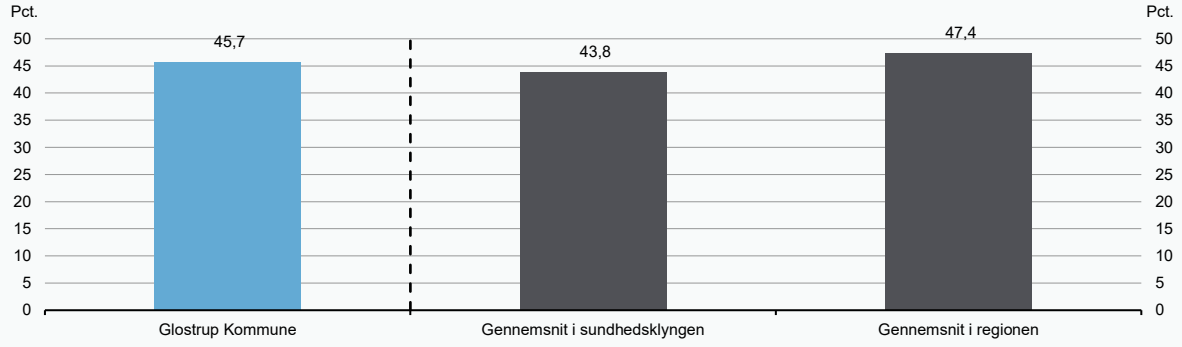
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

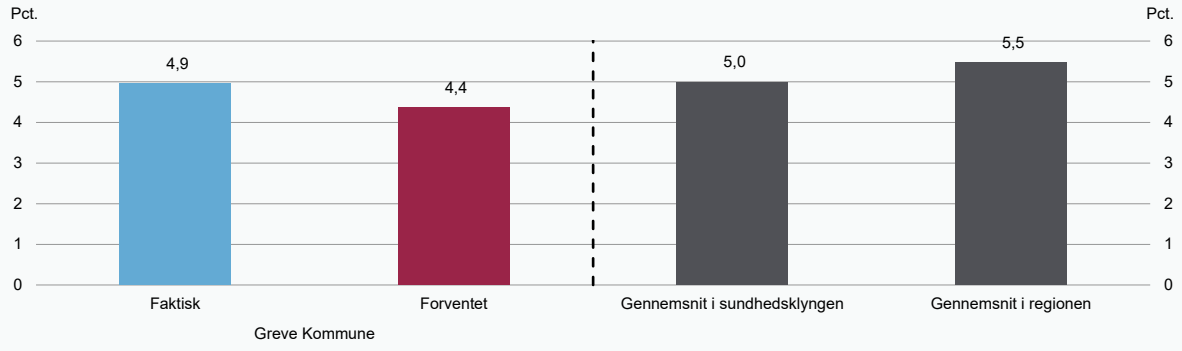


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Greve Kommune

Figur 1

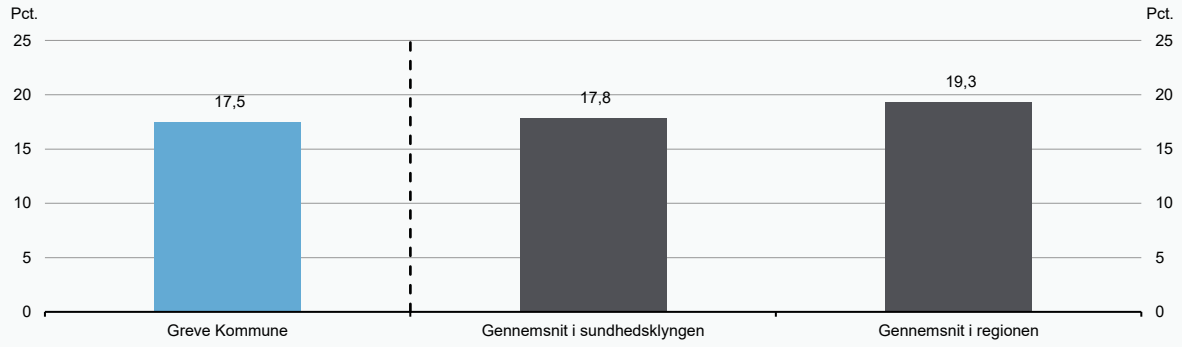
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

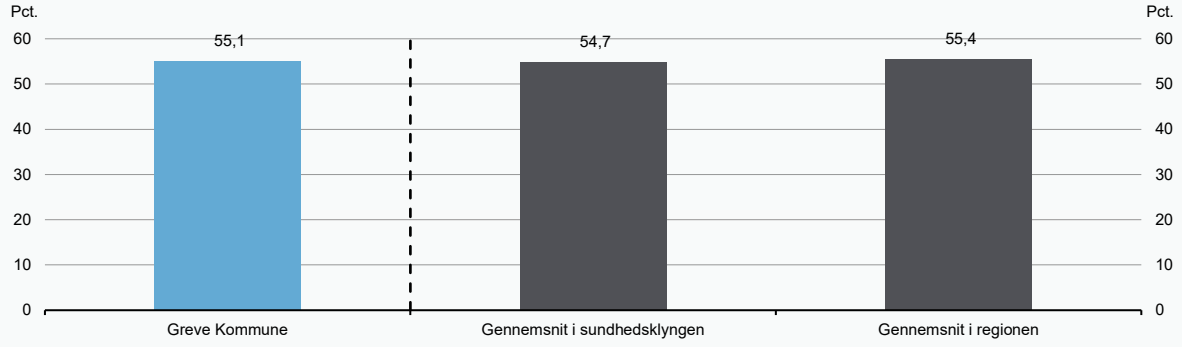
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

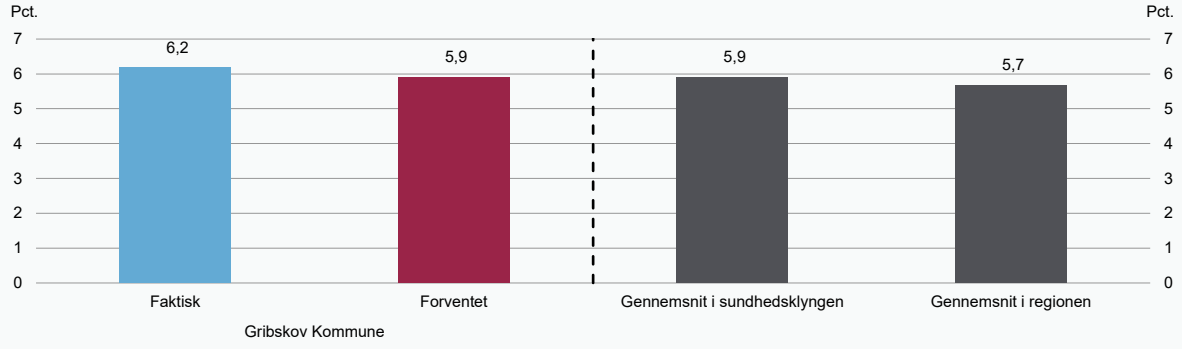


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gribskov Kommune

Figur 1

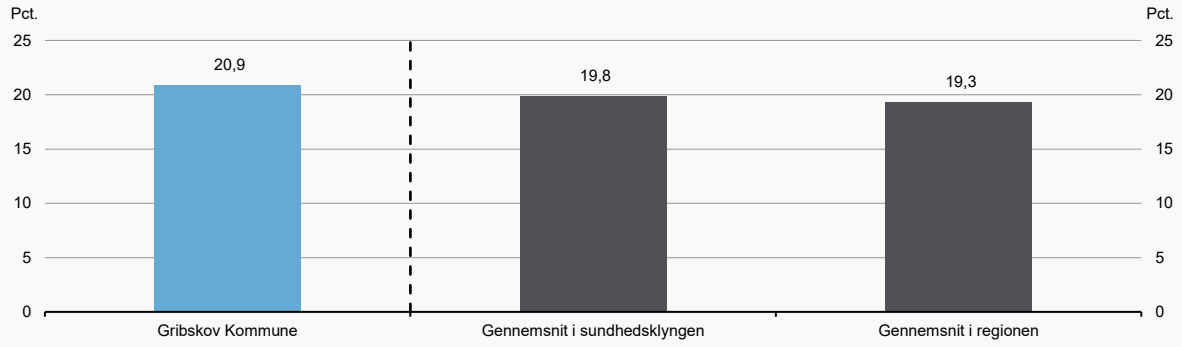
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

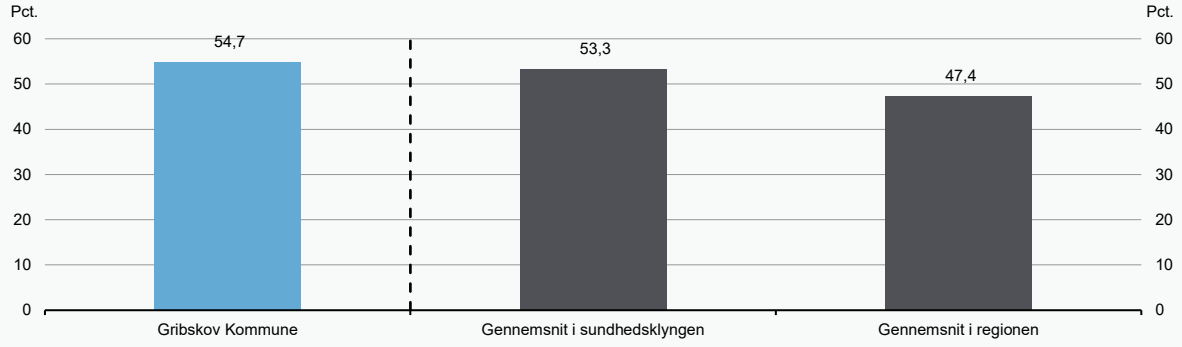
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

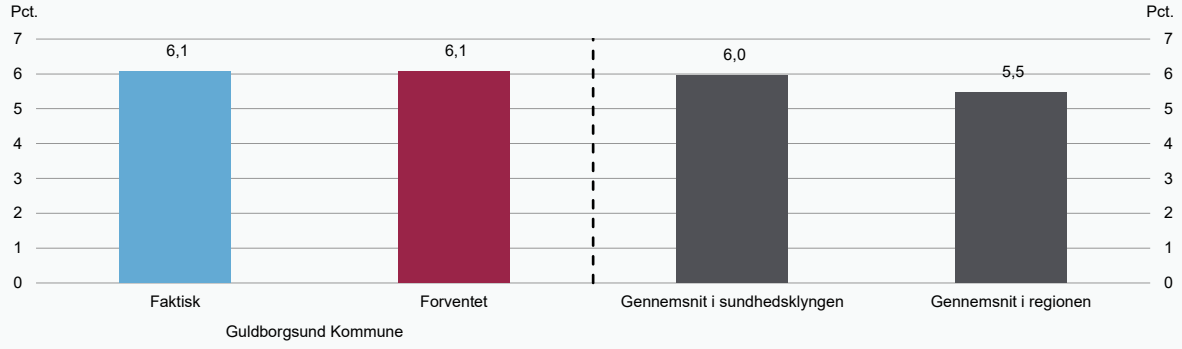


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Guldborgsund Kommune

Figur 1

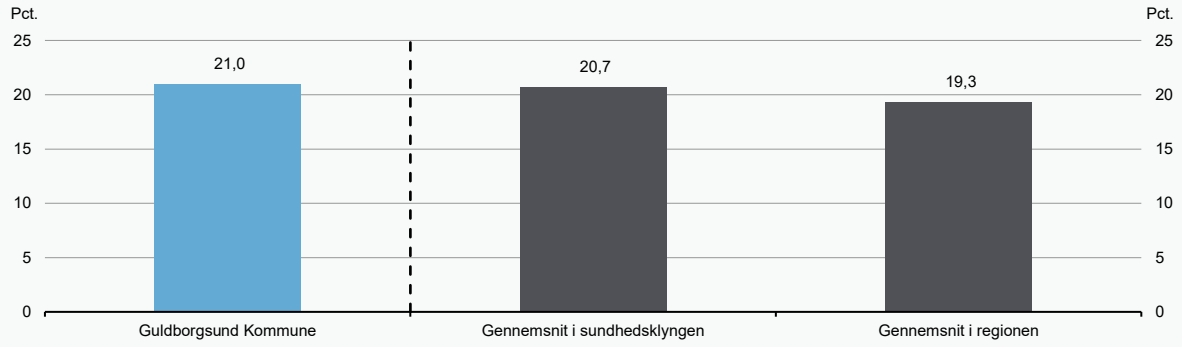
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

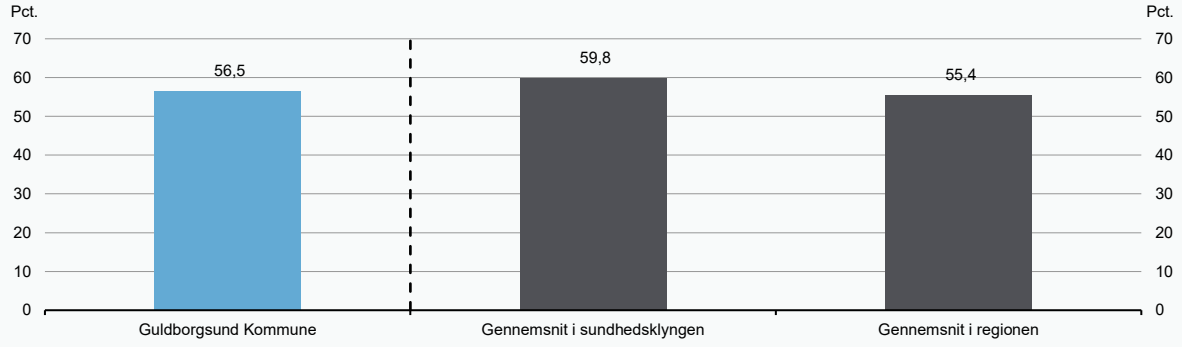
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

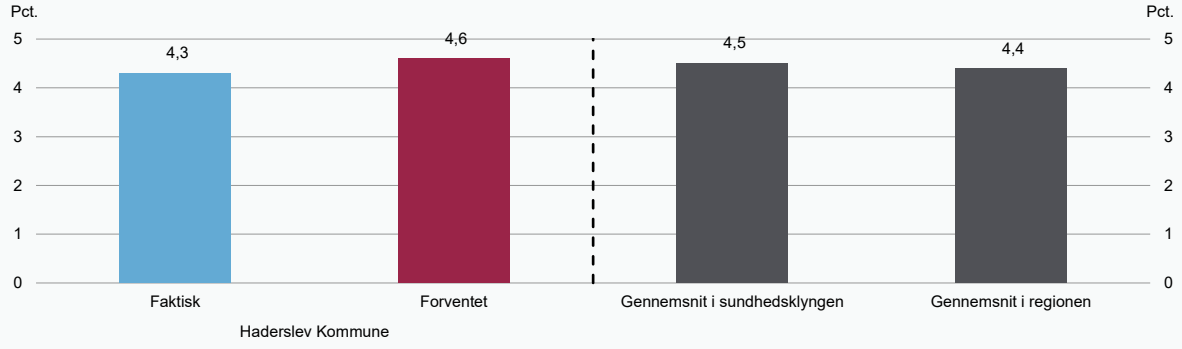


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Haderslev Kommune

Figur 1

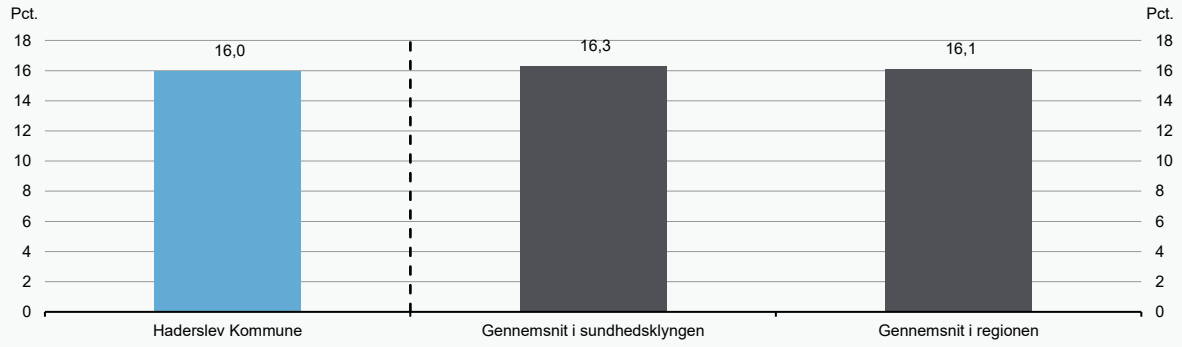
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

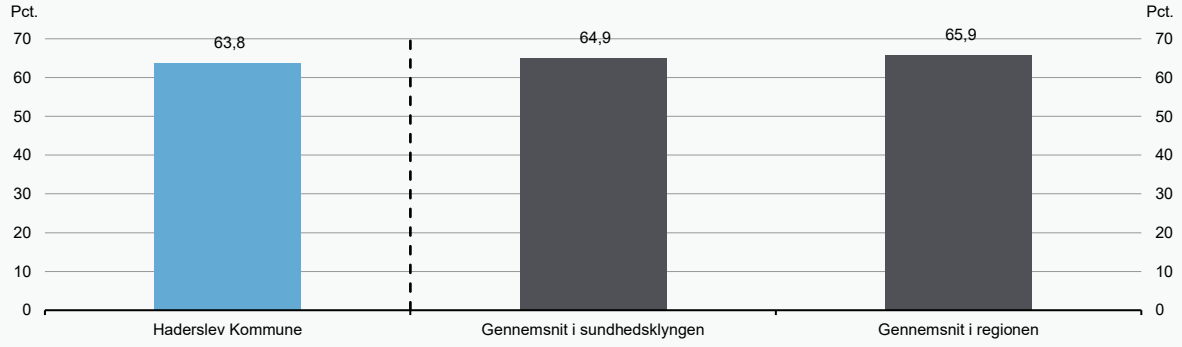
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

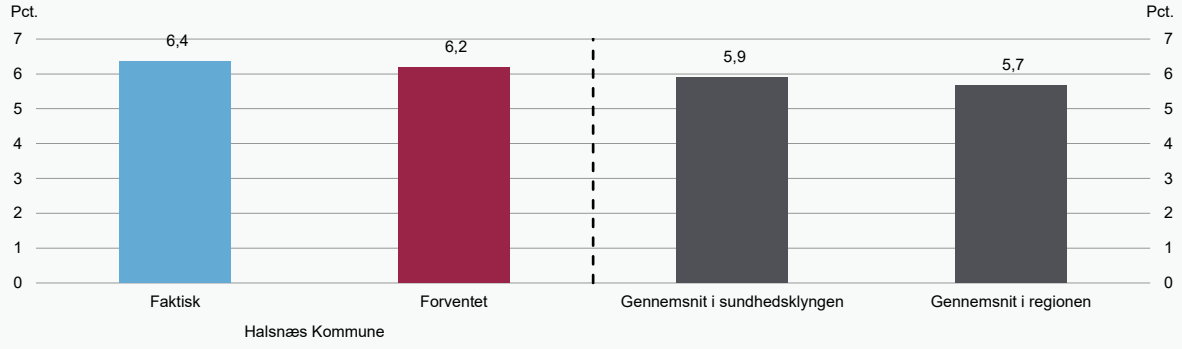


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Halsnæs Kommune

Figur 1

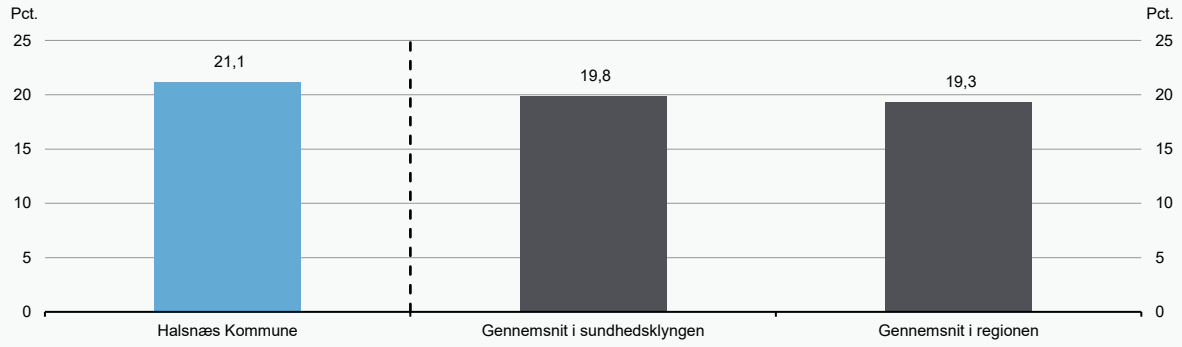
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

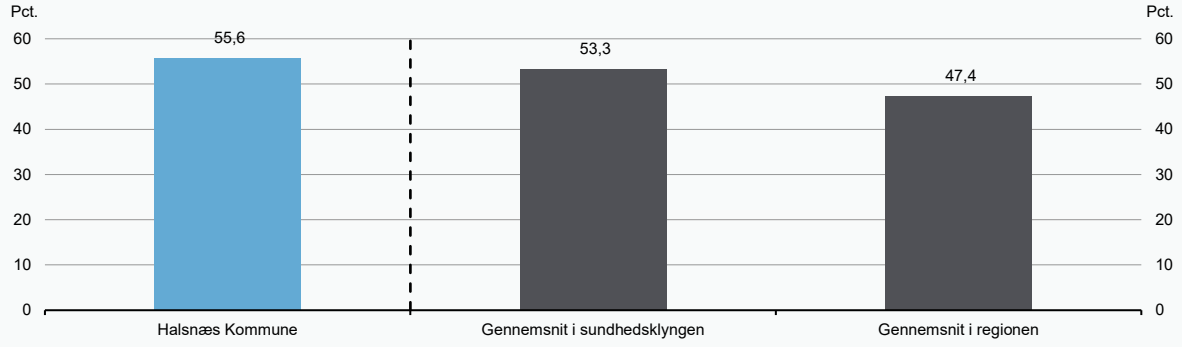
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

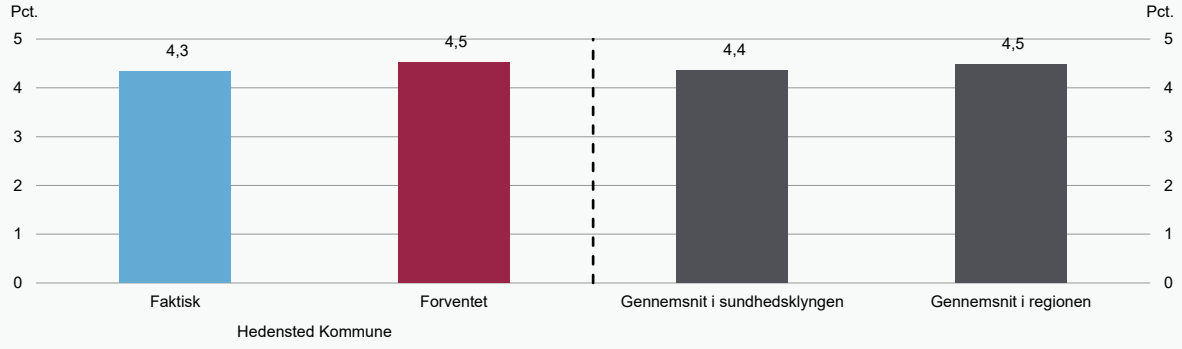


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Hedensted Kommune

Figur 1

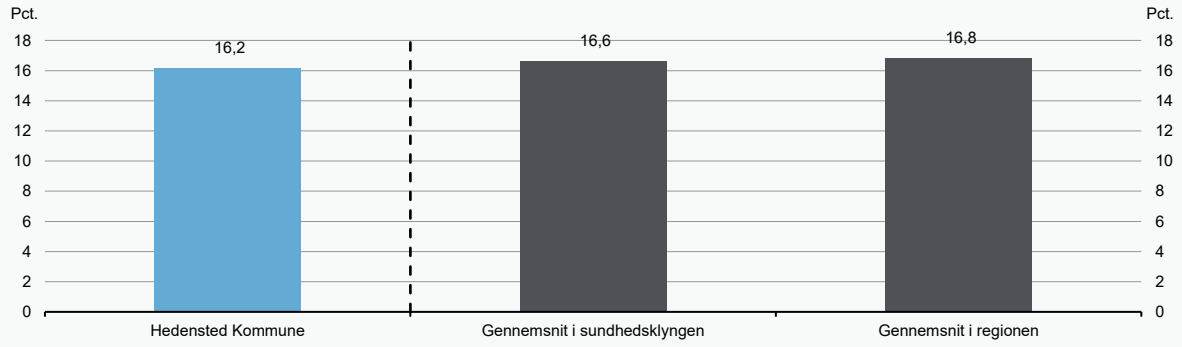
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

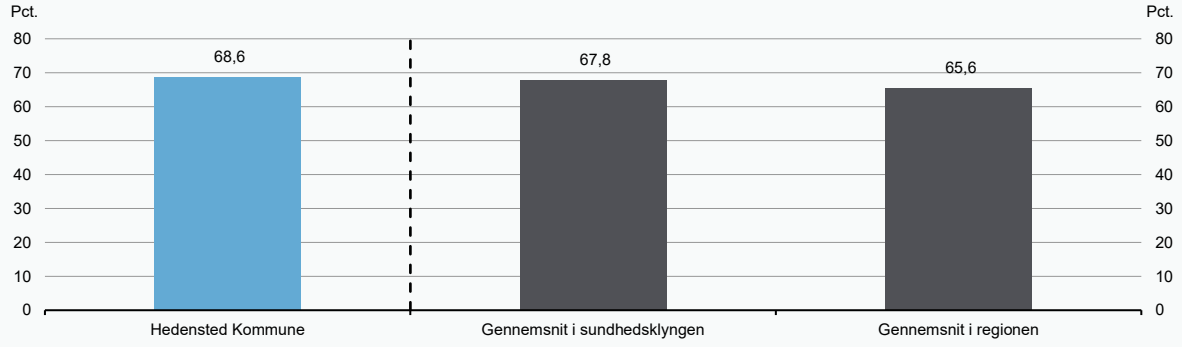
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

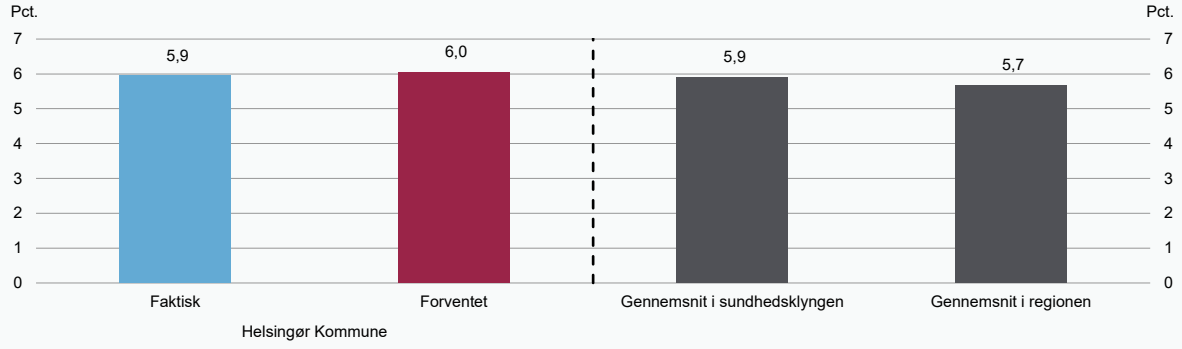


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Helsingør Kommune

Figur 1

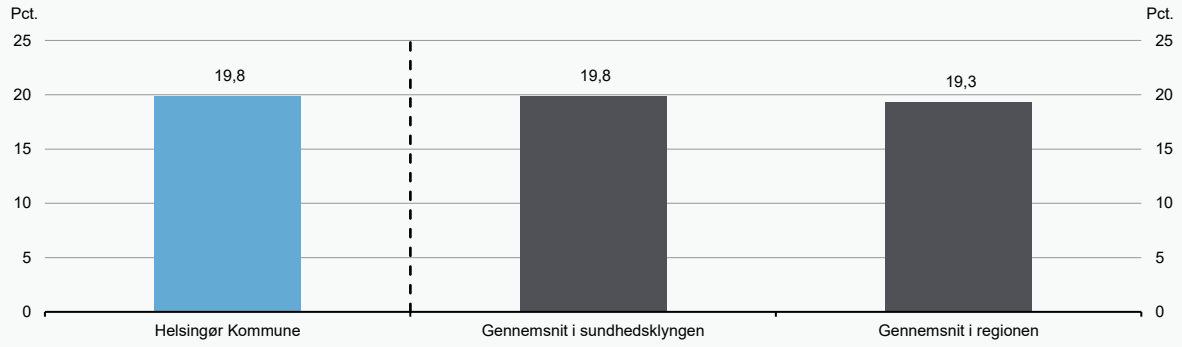
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

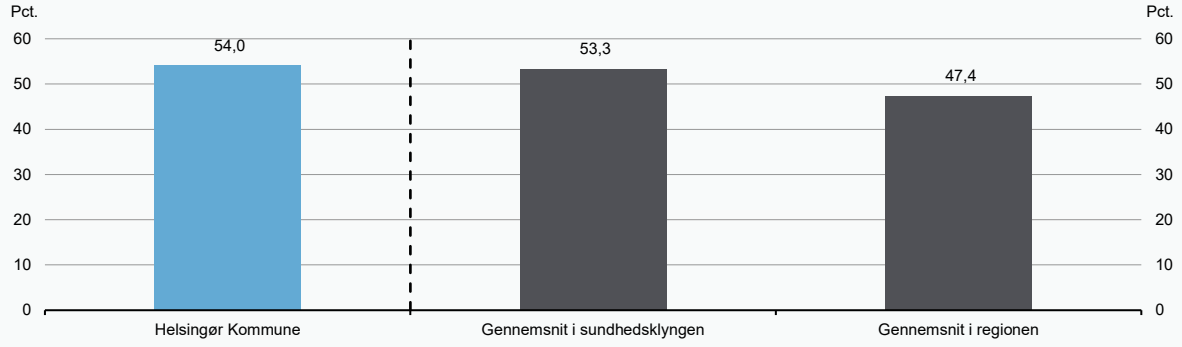
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

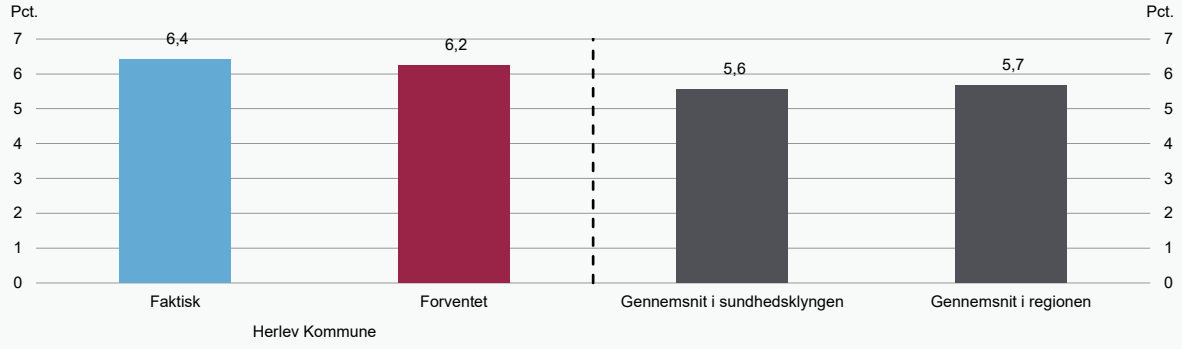


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Herlev Kommune

Figur 1

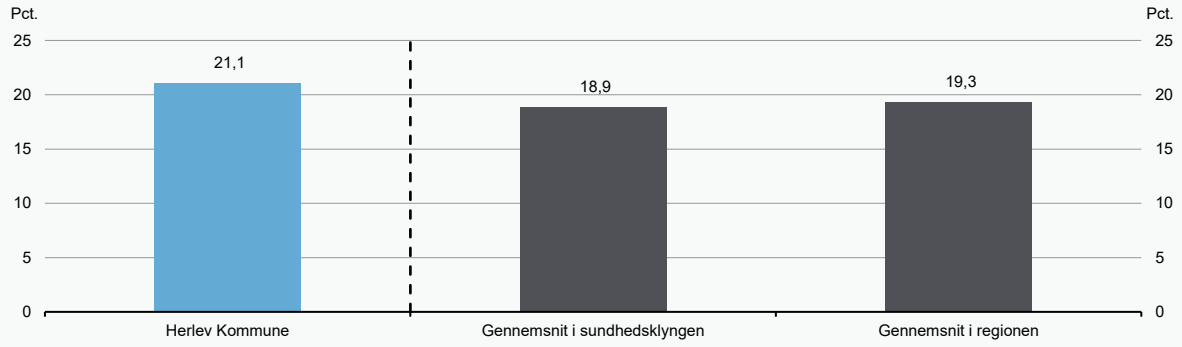
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

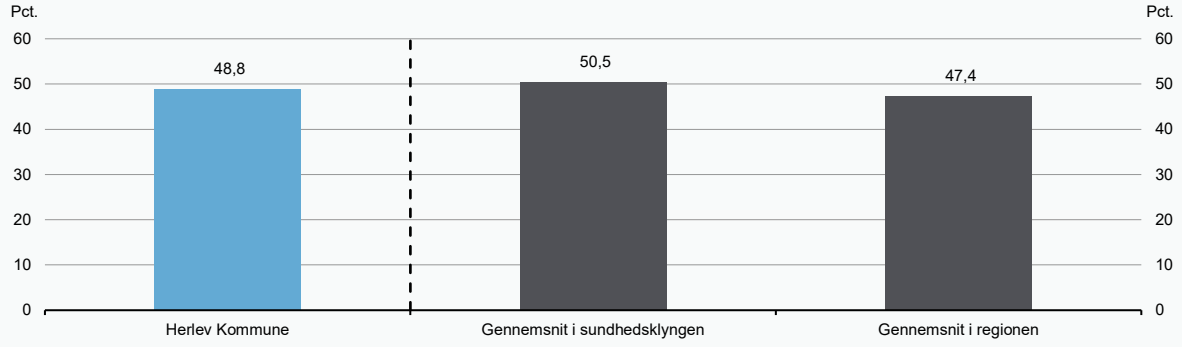
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

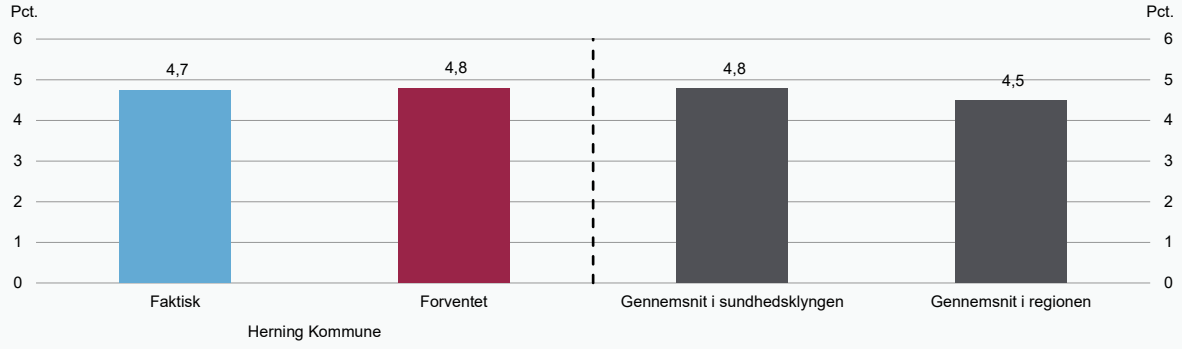


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Herning Kommune

Figur 1

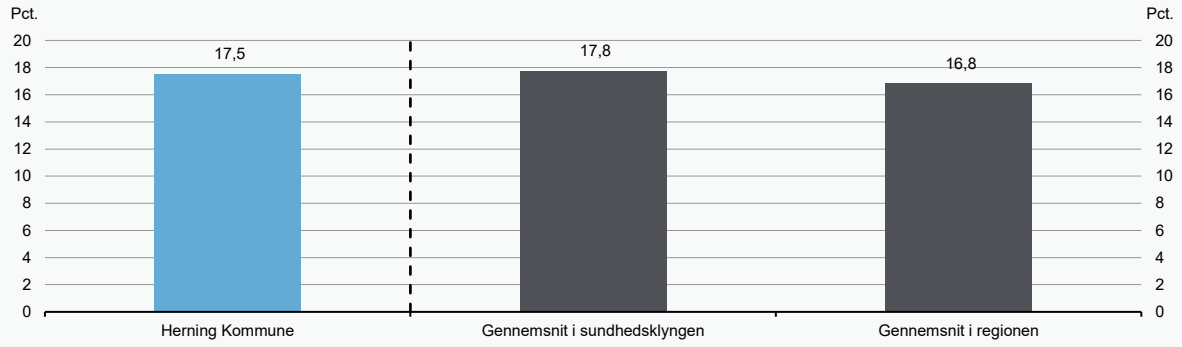
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

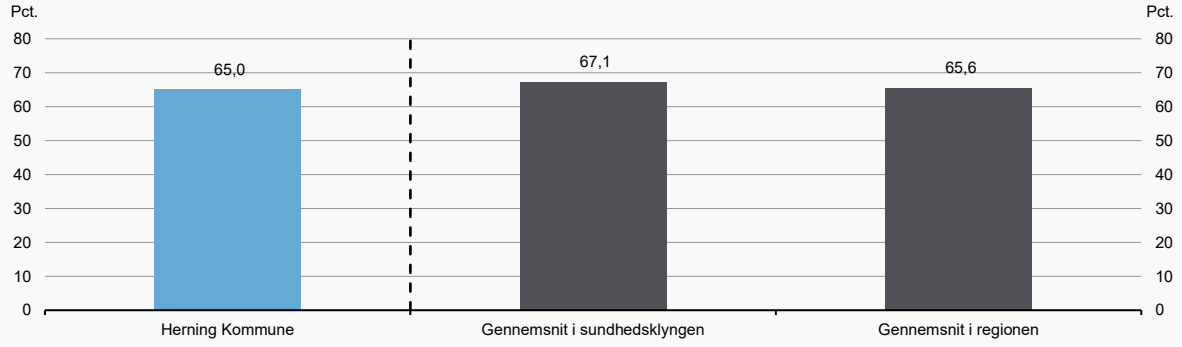
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

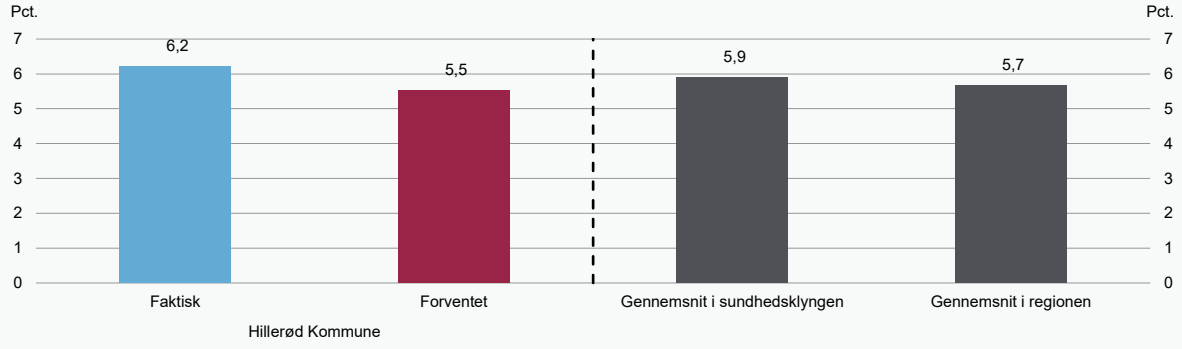


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Hillerød Kommune

Figur 1

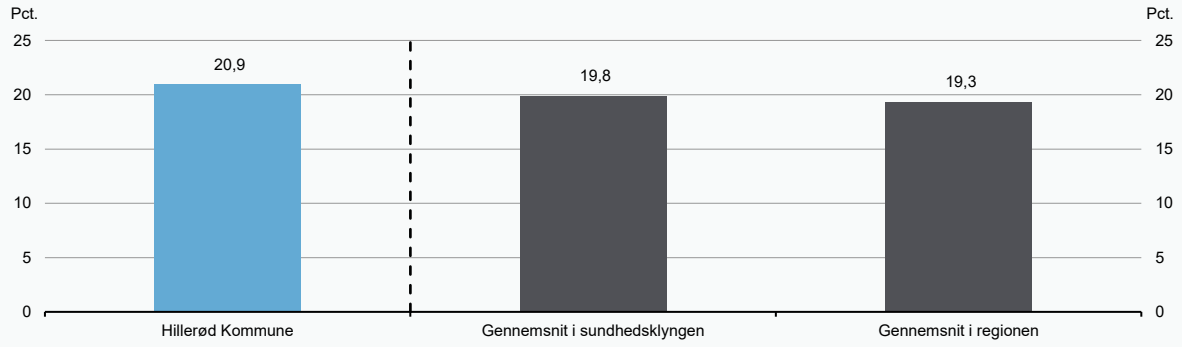
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

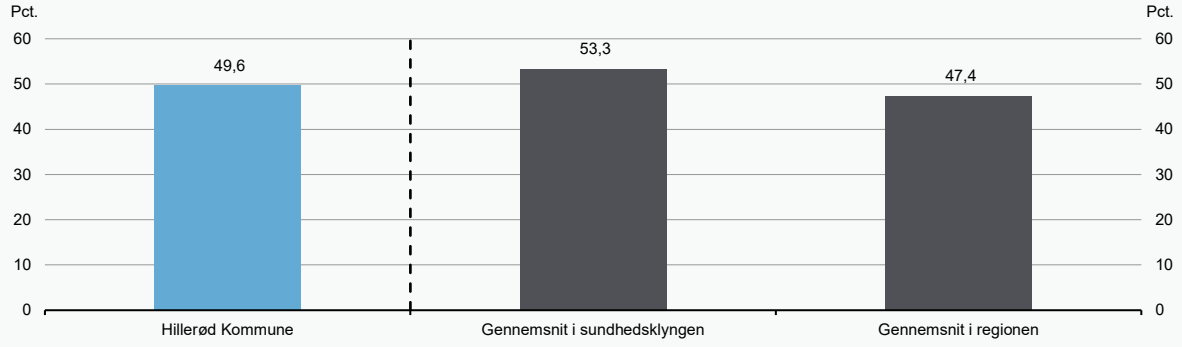
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

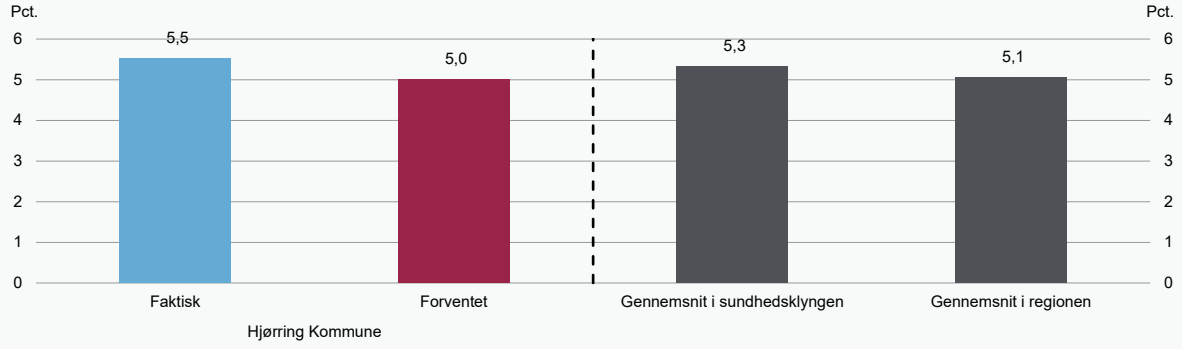


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Hjørring Kommune

Figur 1

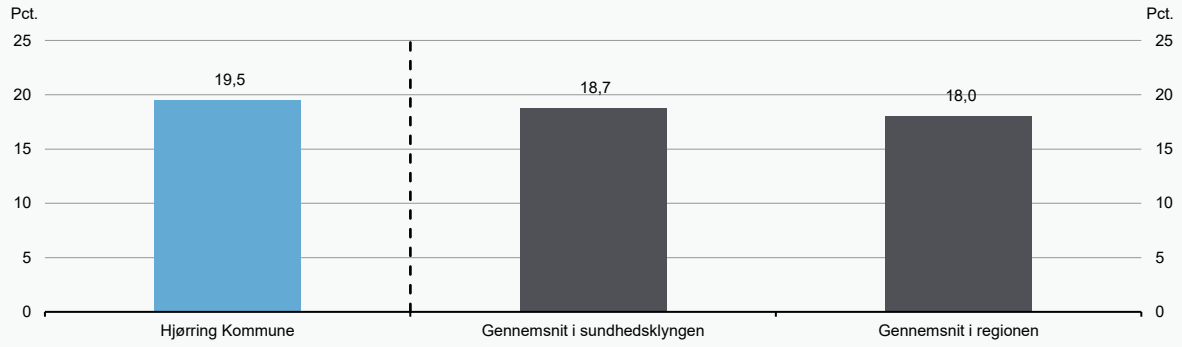
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

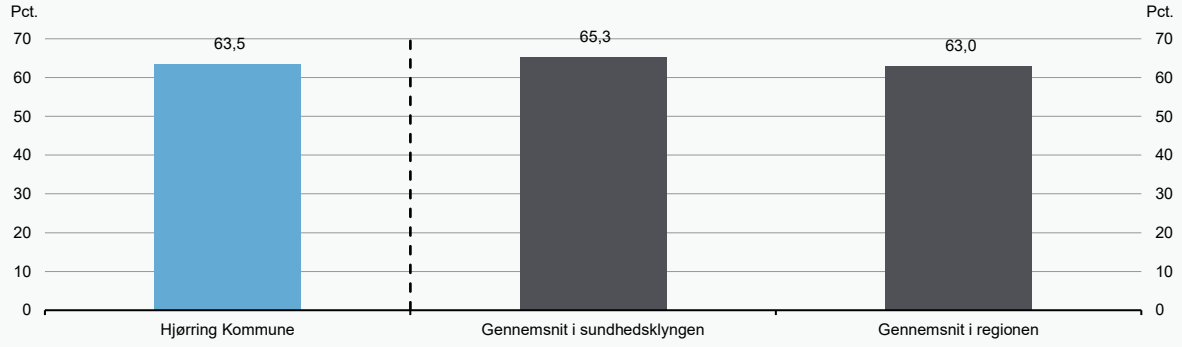
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

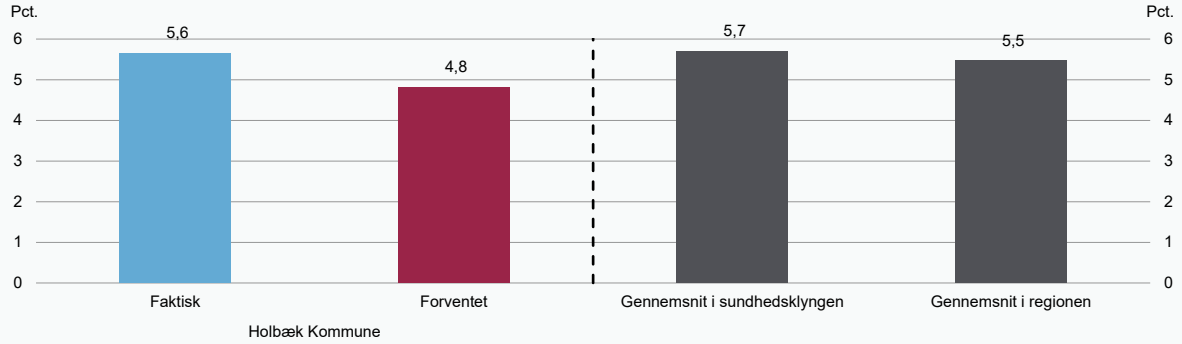


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Holbæk Kommune

Figur 1

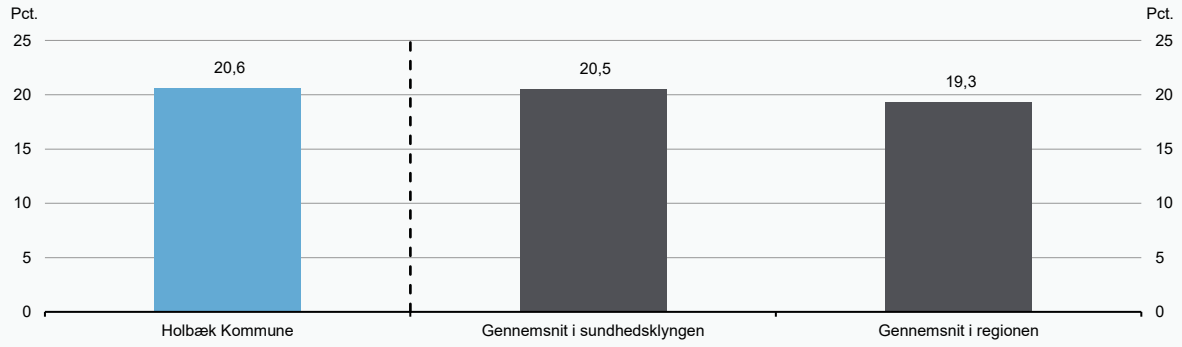
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

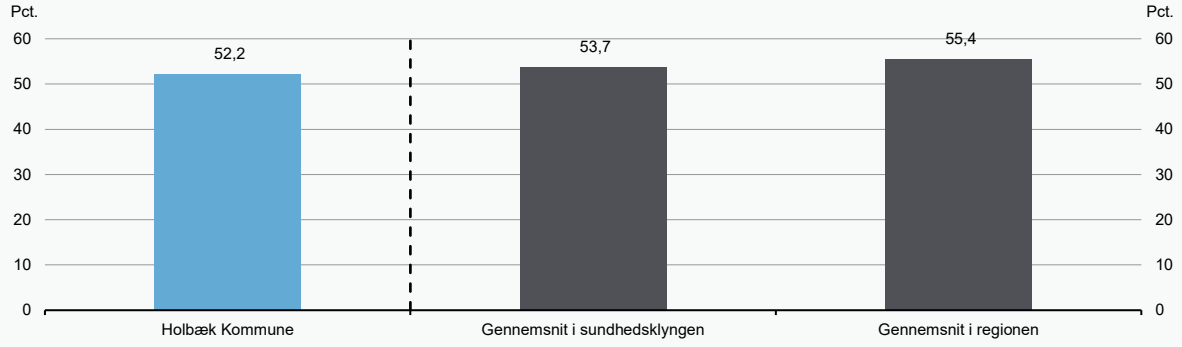
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

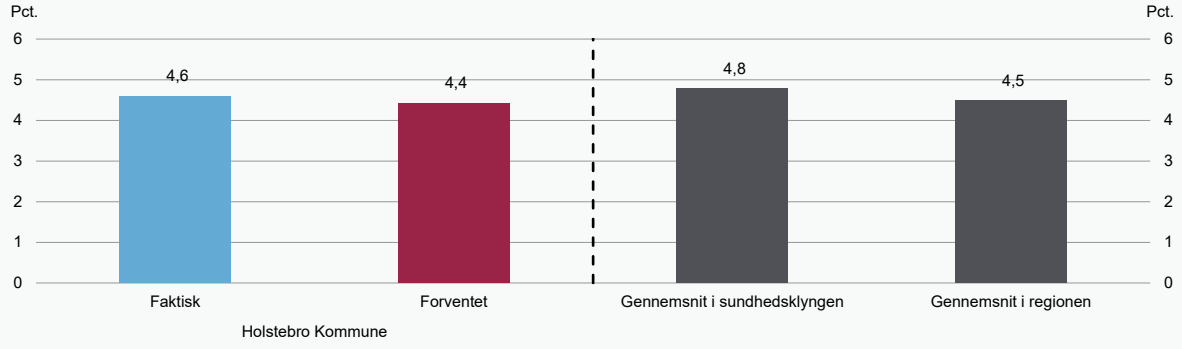


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Holstebro Kommune

Figur 1

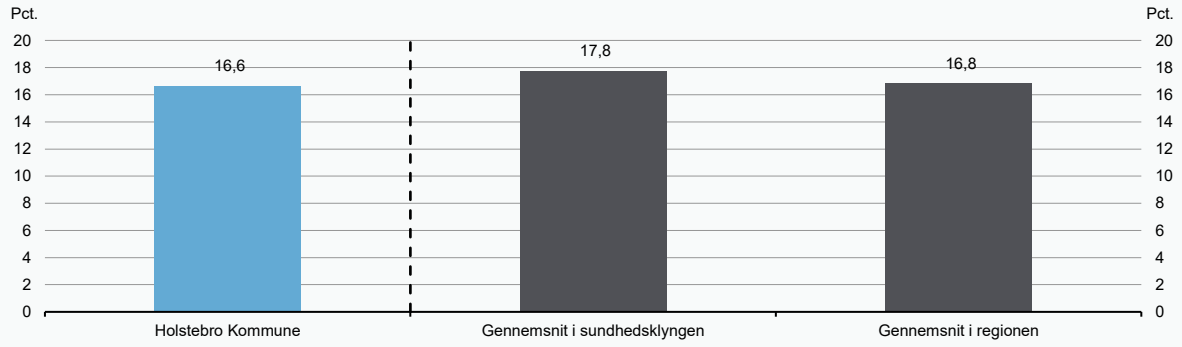
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

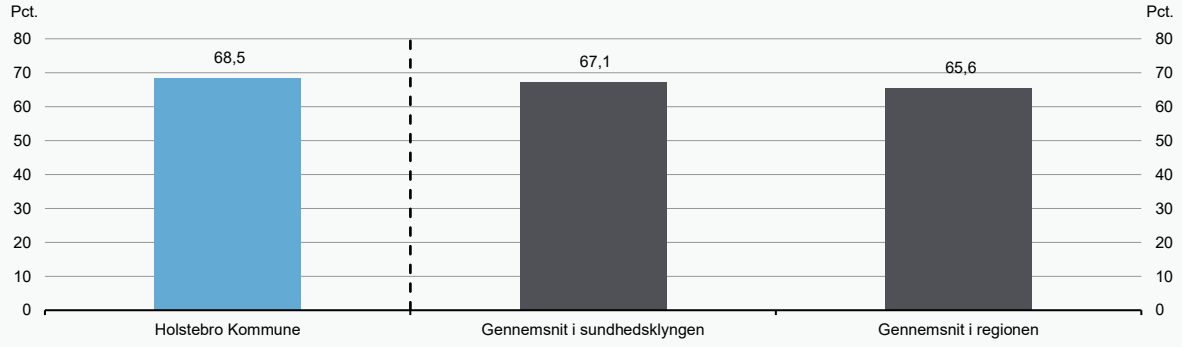
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

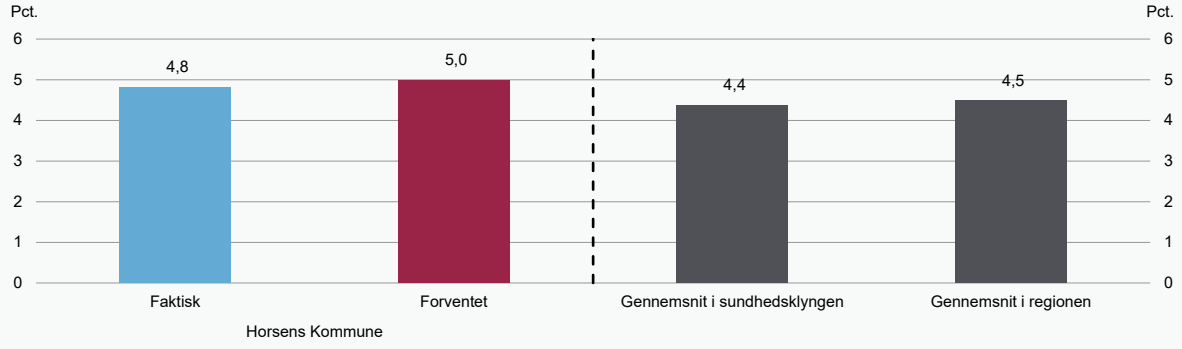


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Horsens Kommune

Figur 1

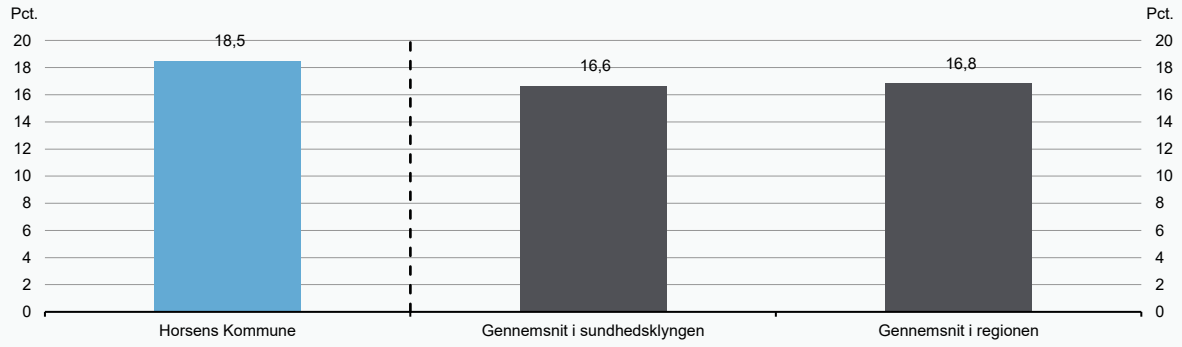
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

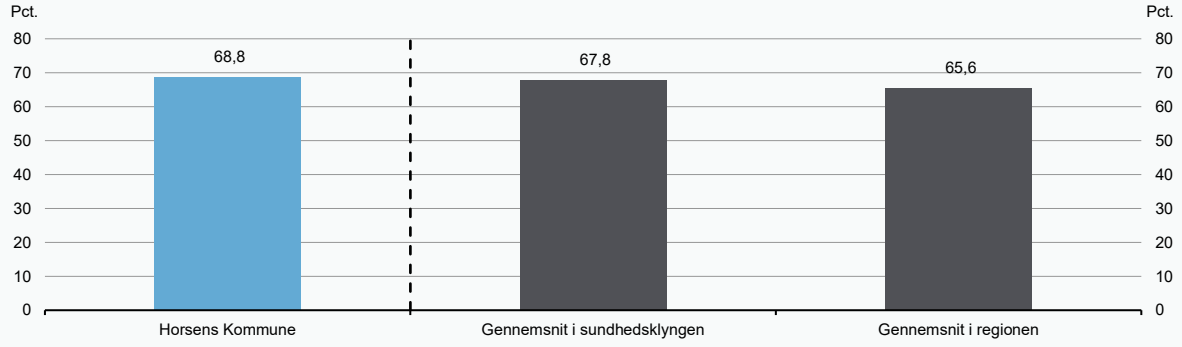
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

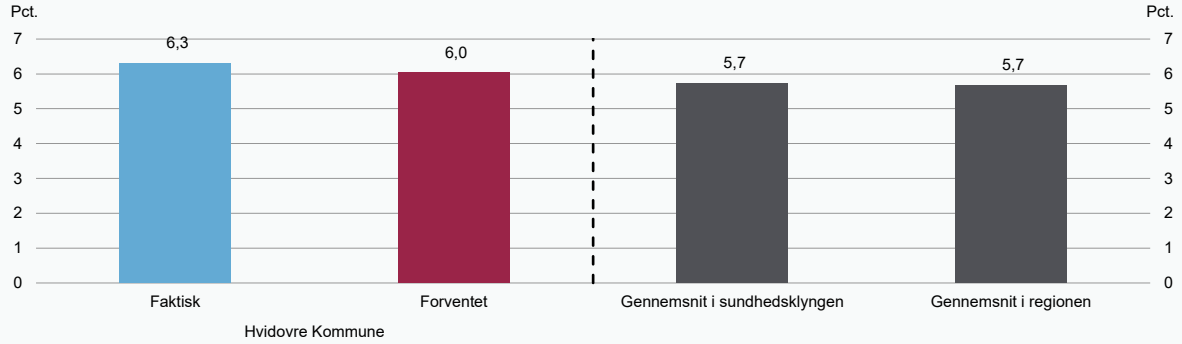


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Hvidovre Kommune

Figur 1

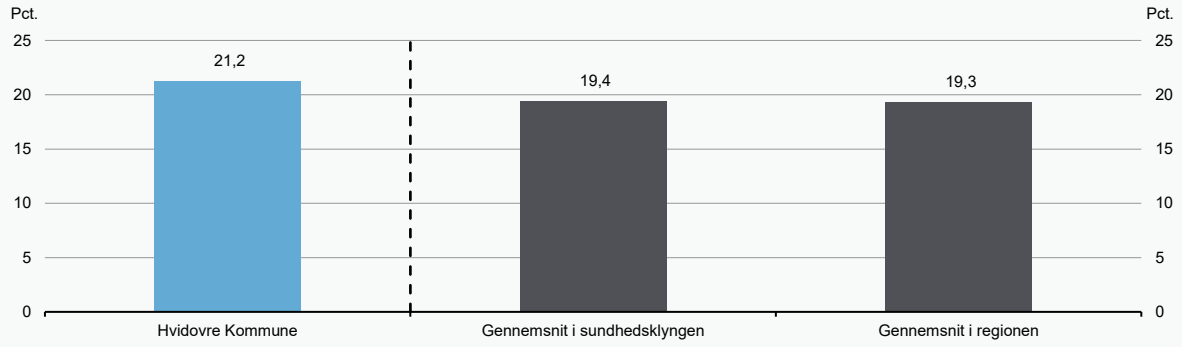
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

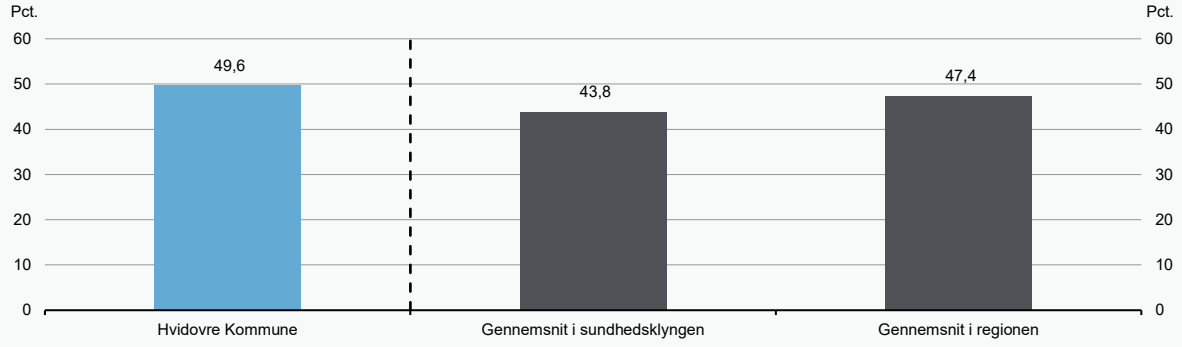
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

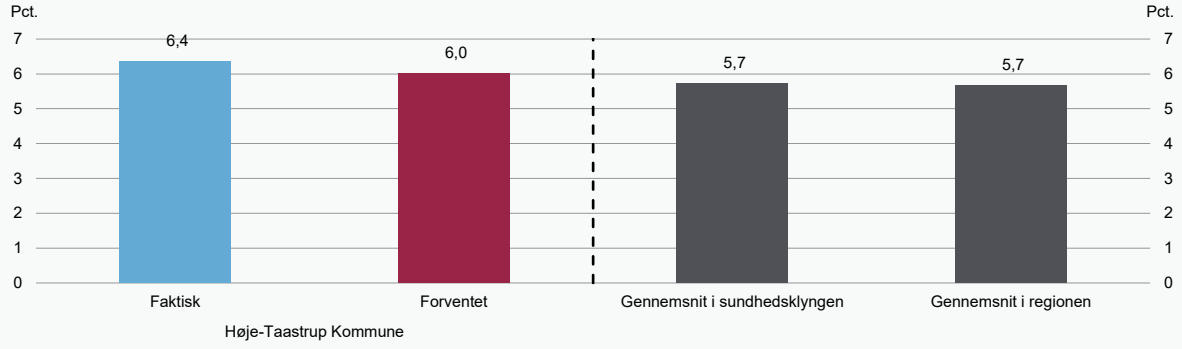


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Høje-Taastrup Kommune

Figur 1

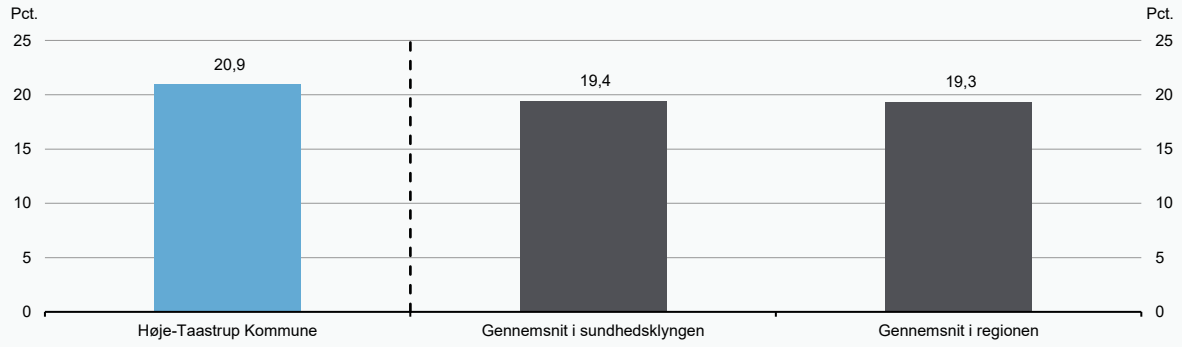
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

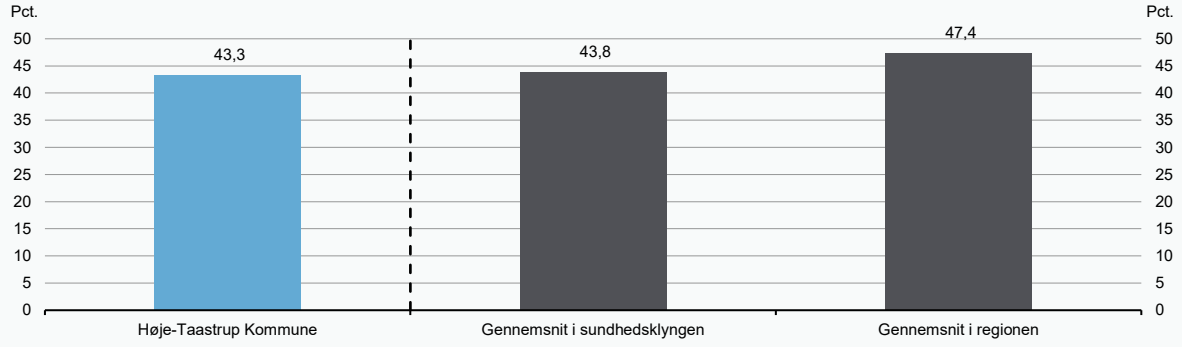
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

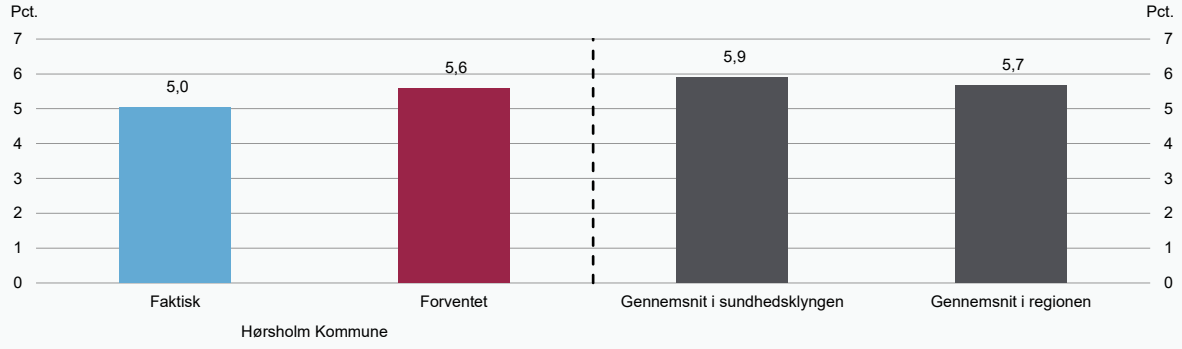


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Hørsholm Kommune

Figur 1

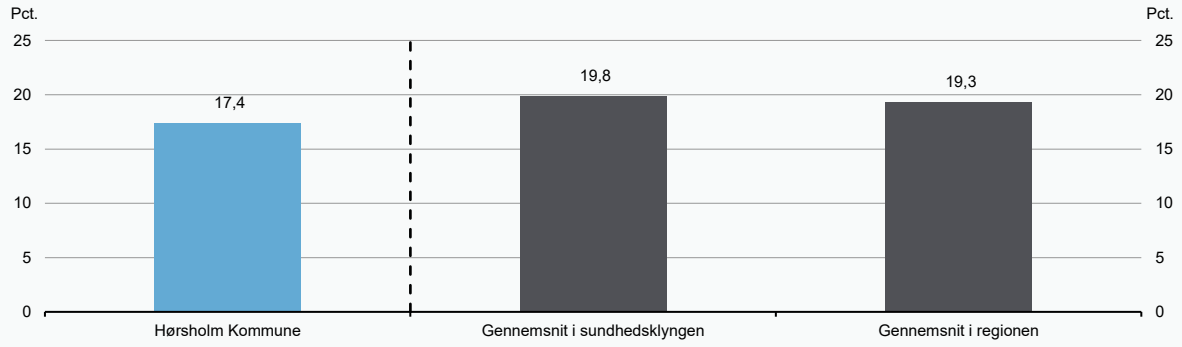
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

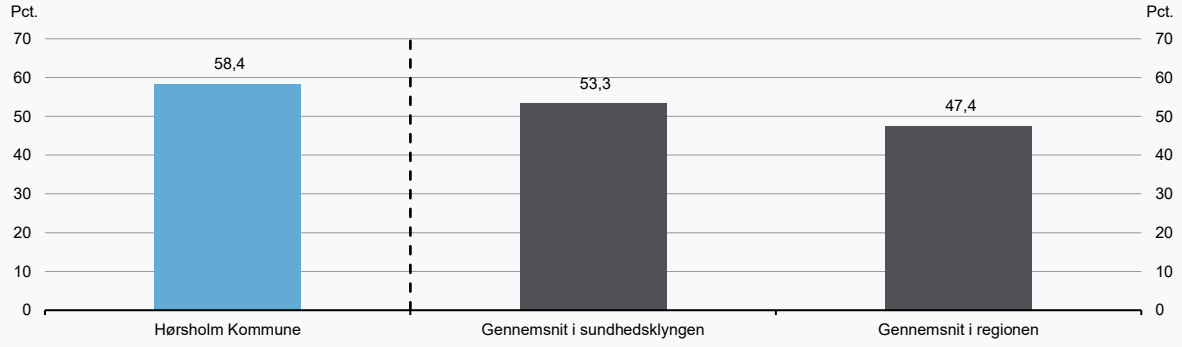
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

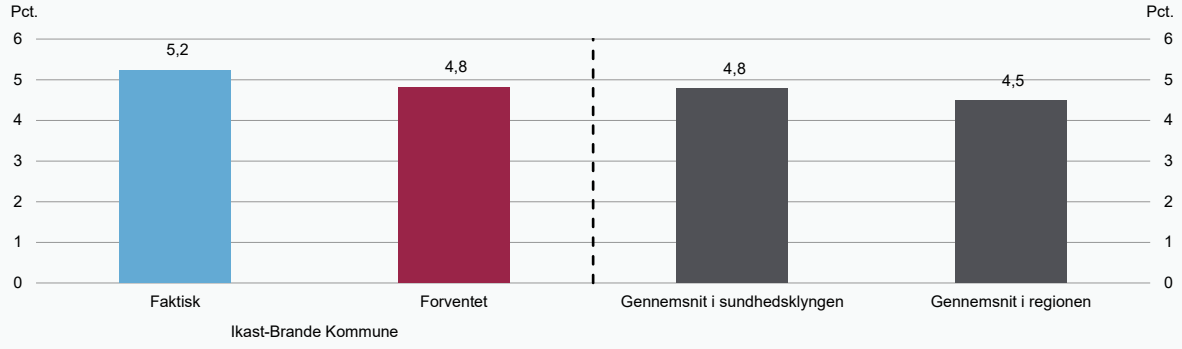


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ikast-Brande Kommune

Figur 1

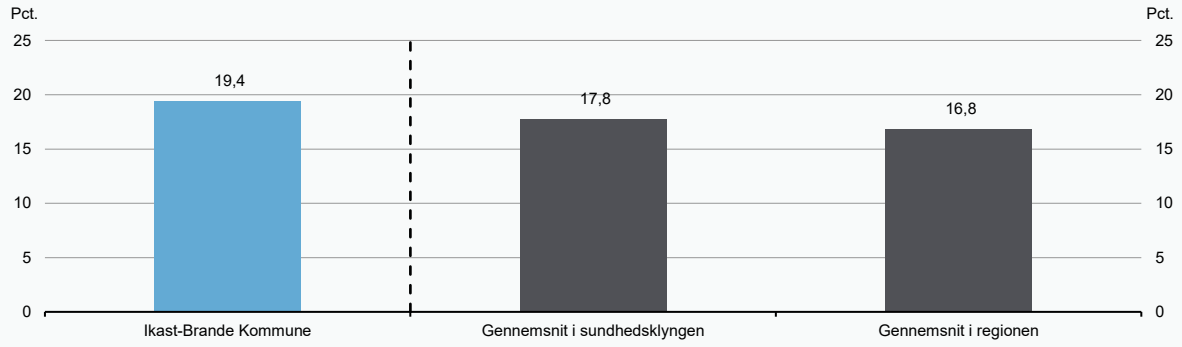
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

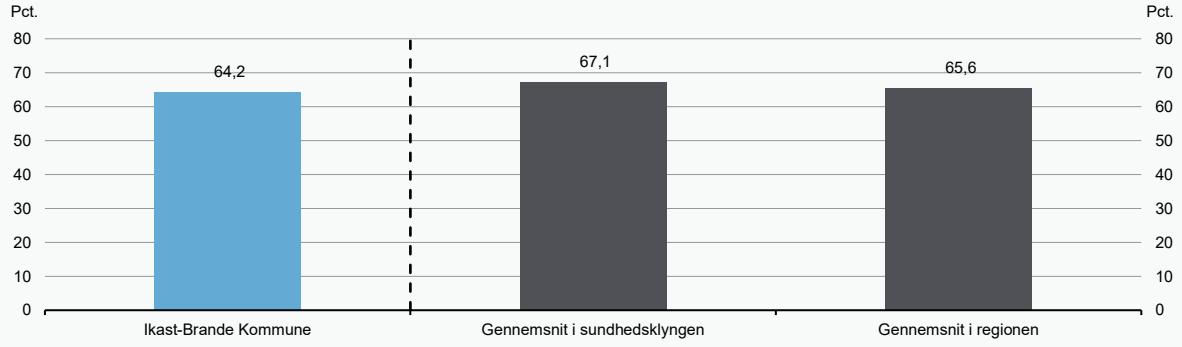
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

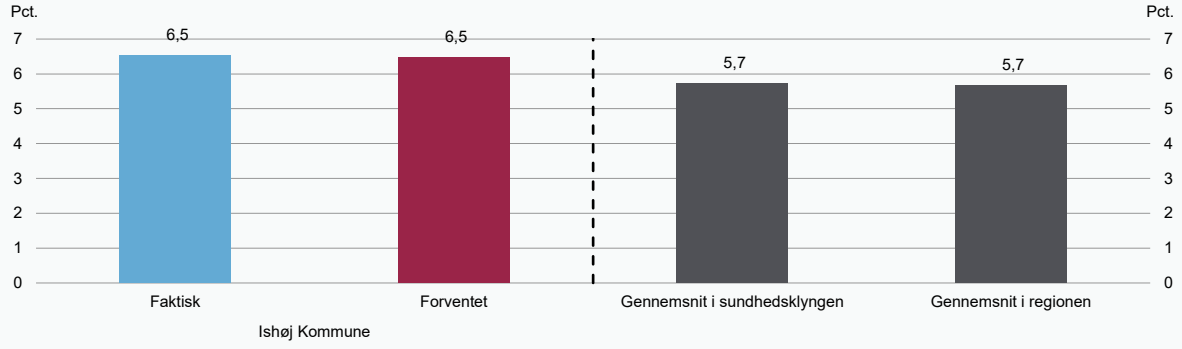


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ishøj Kommune

Figur 1

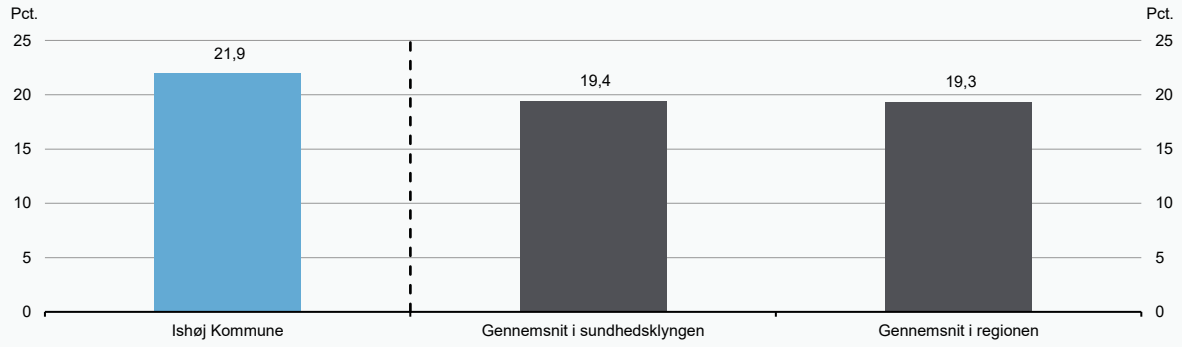
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

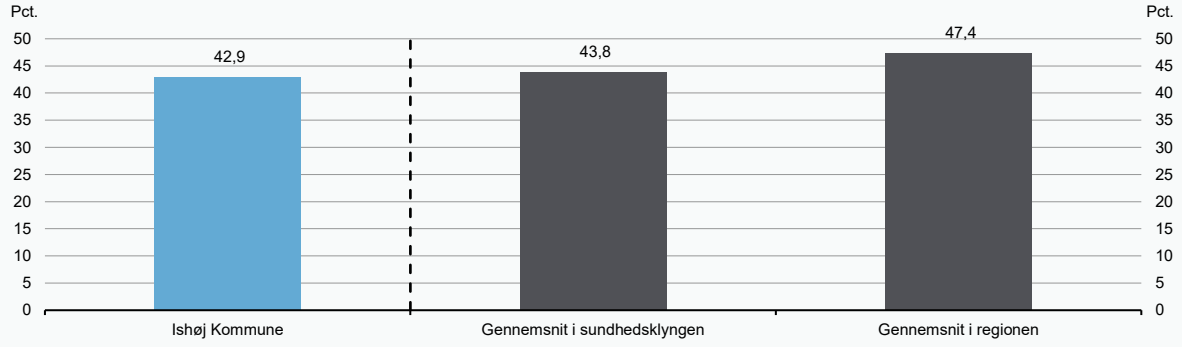
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

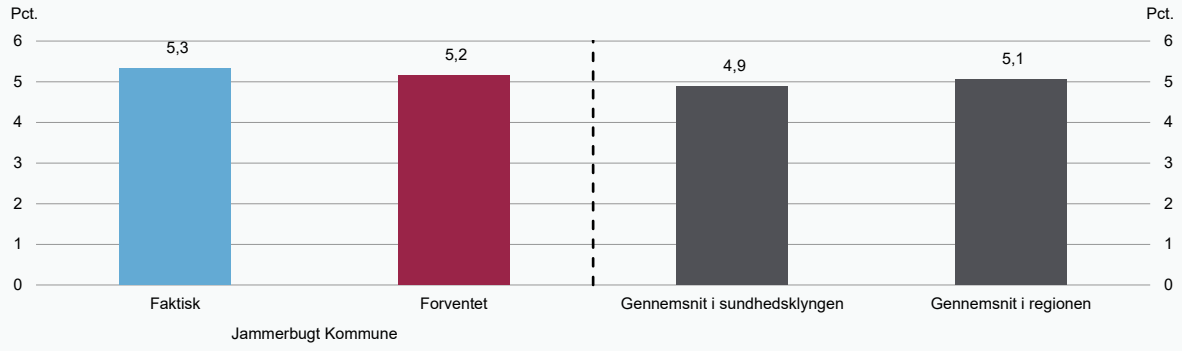


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Jammerbugt Kommune

Figur 1

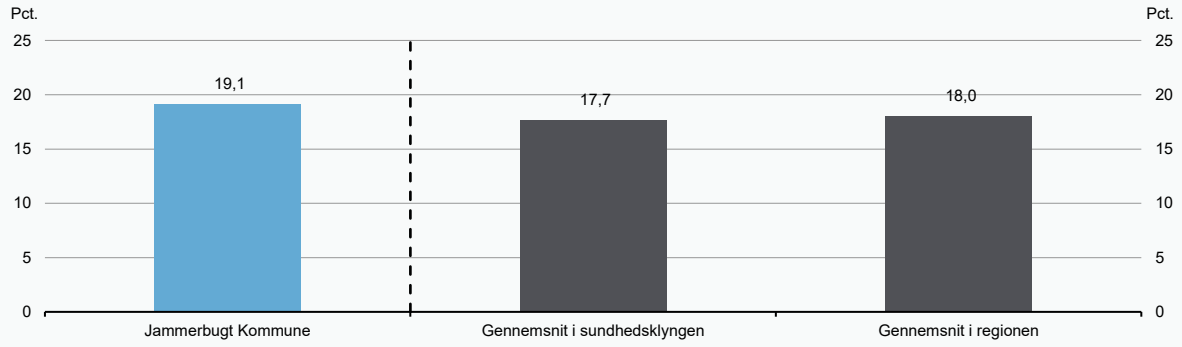
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

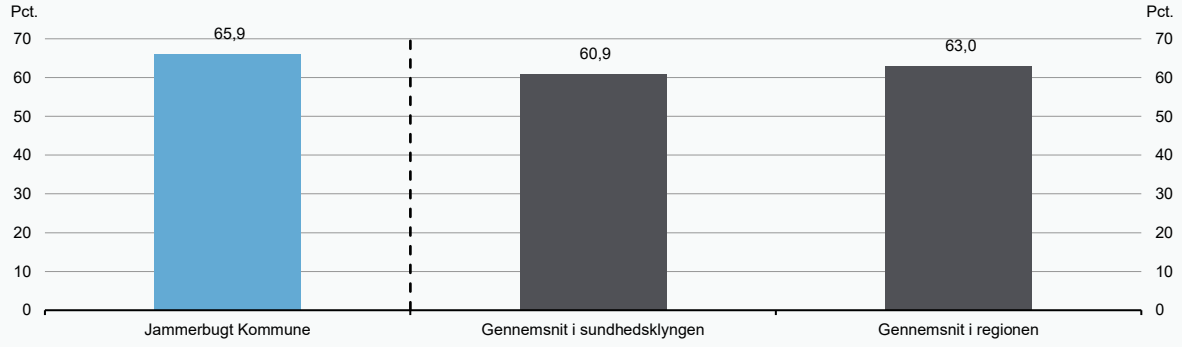
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

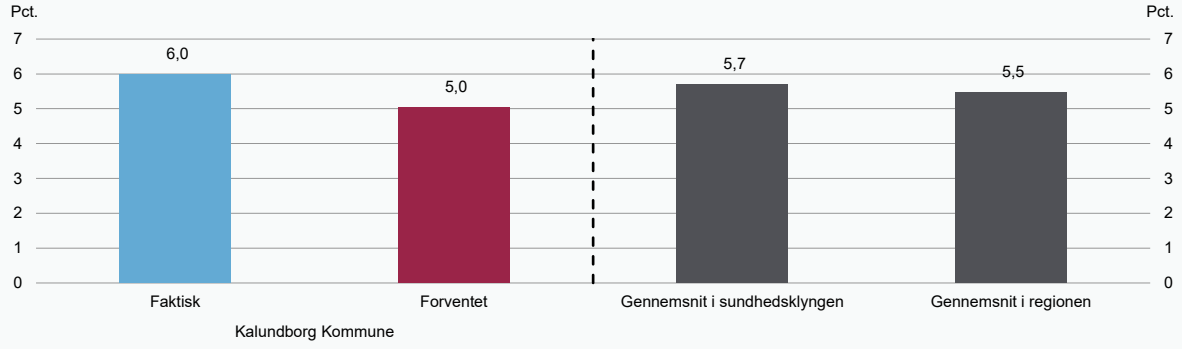


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kalundborg Kommune

Figur 1

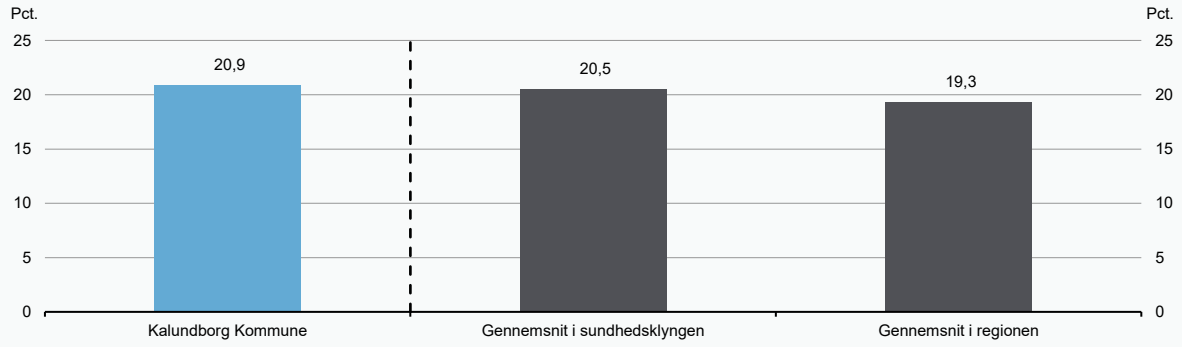
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

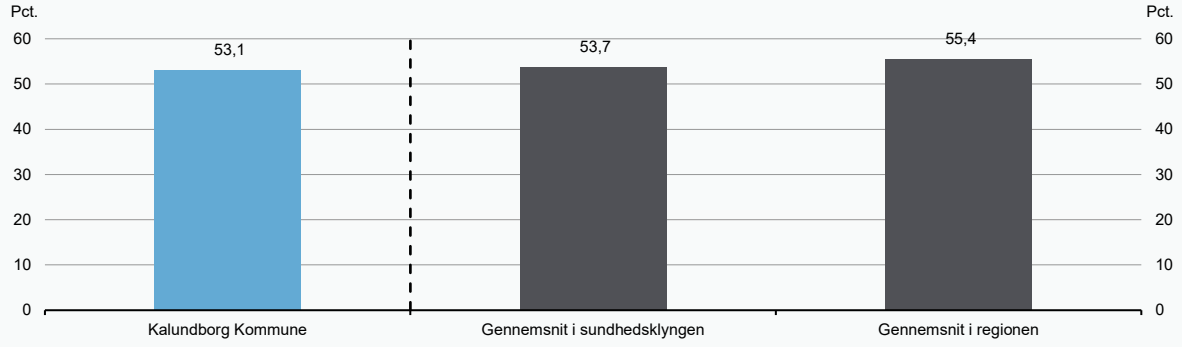
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

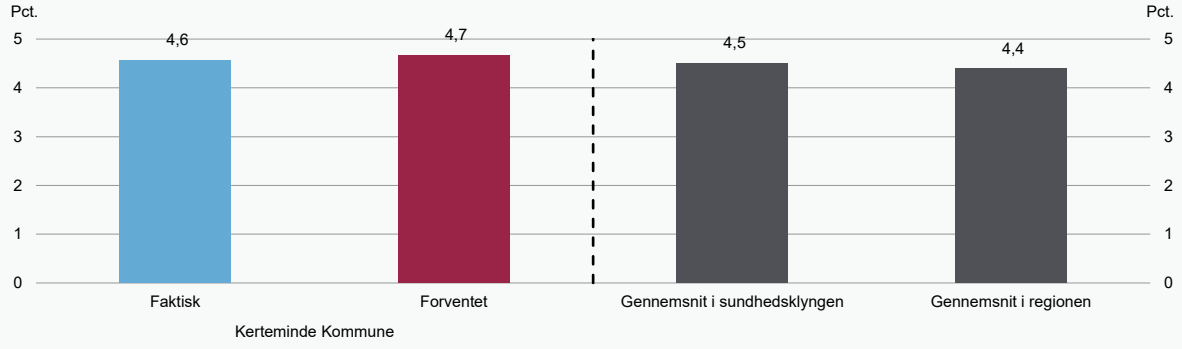


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kerteminde Kommune

Figur 1

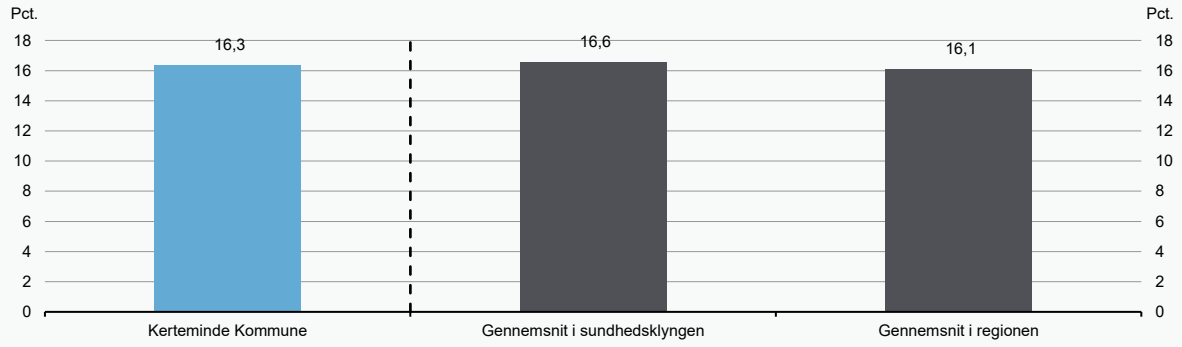
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

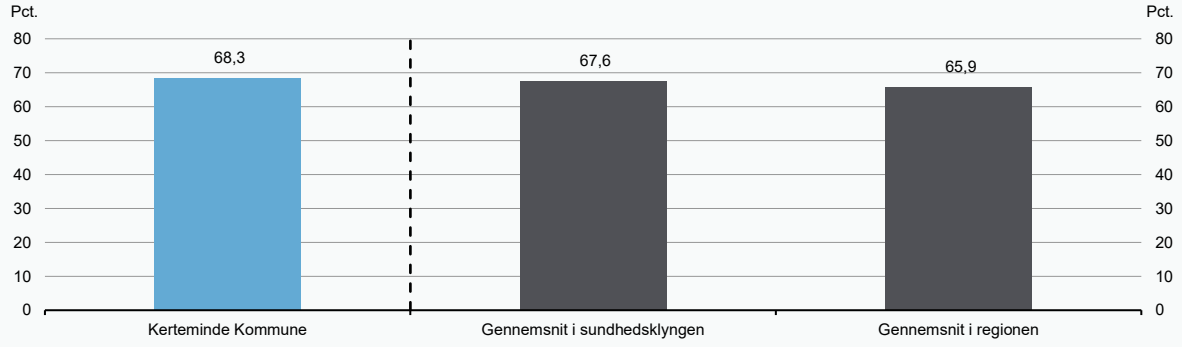
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

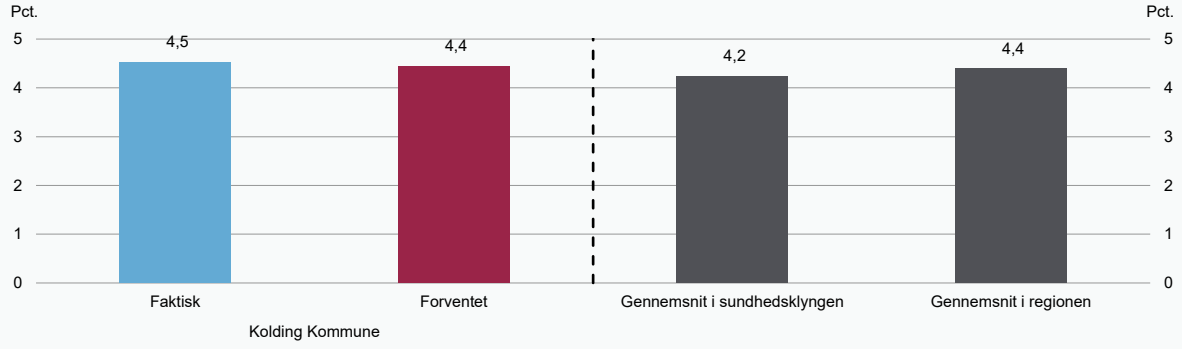


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kolding Kommune

Figur 1

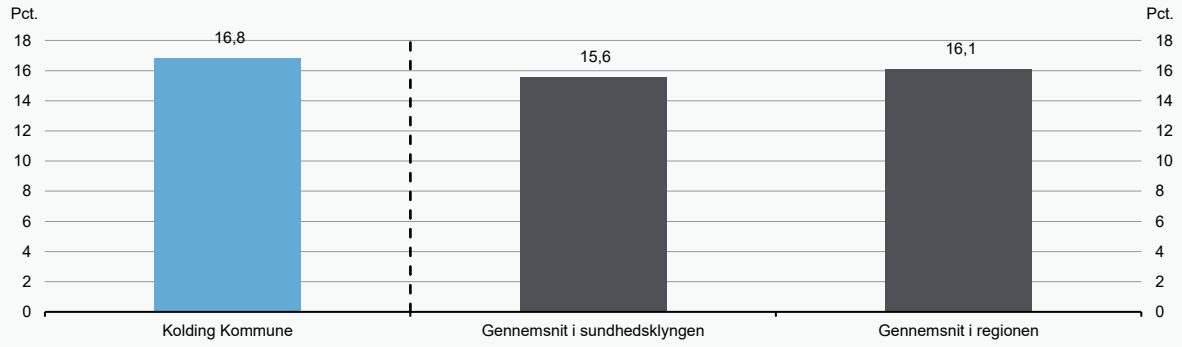
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

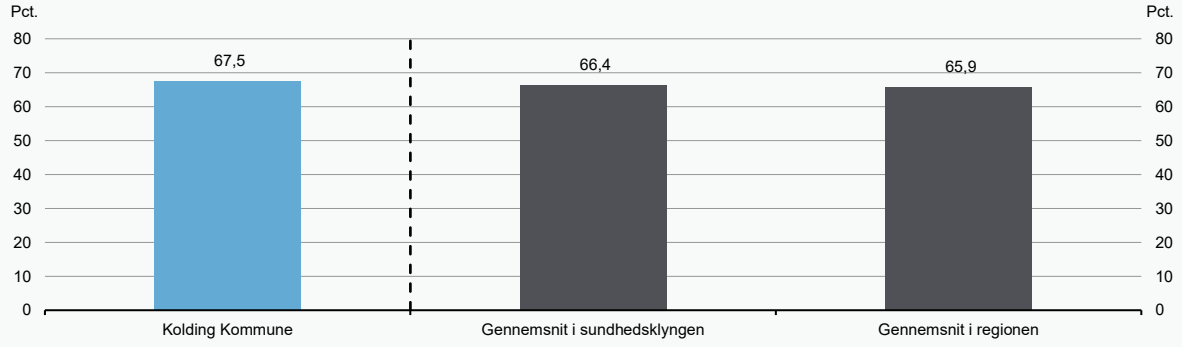
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

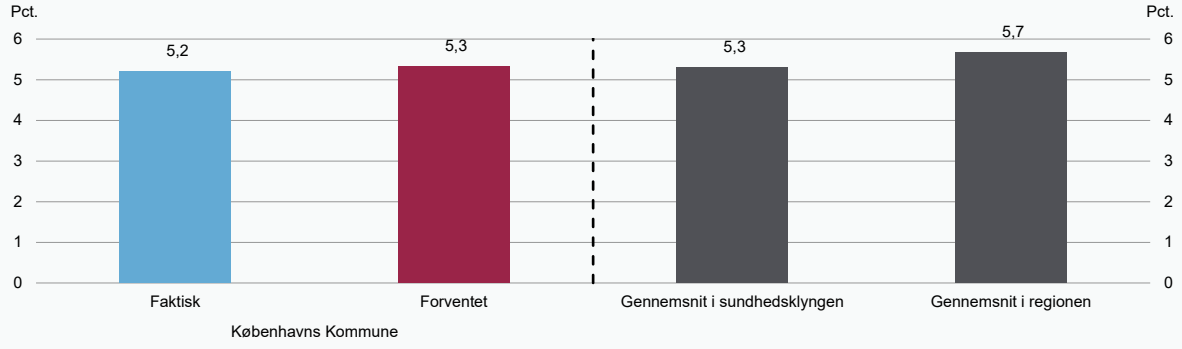


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Københavns Kommune

Figur 1

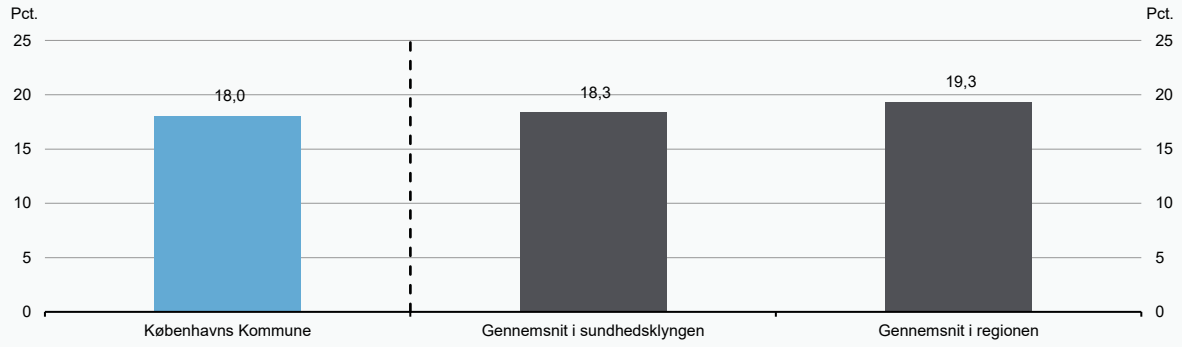
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

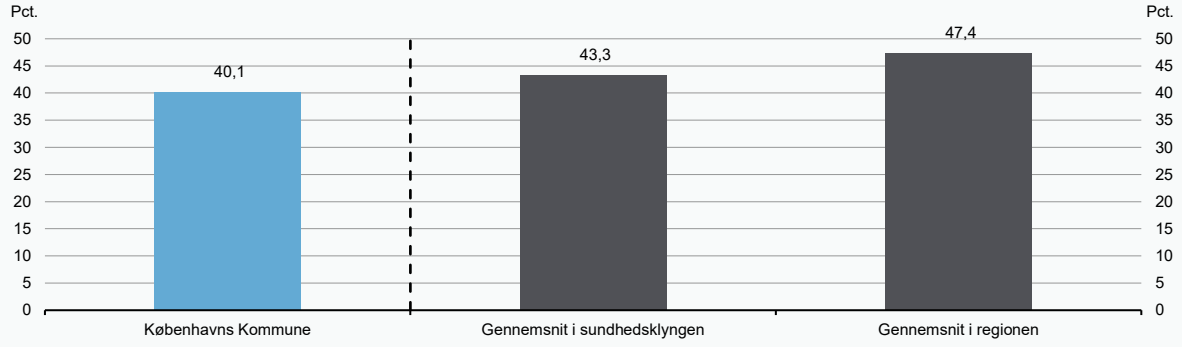
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

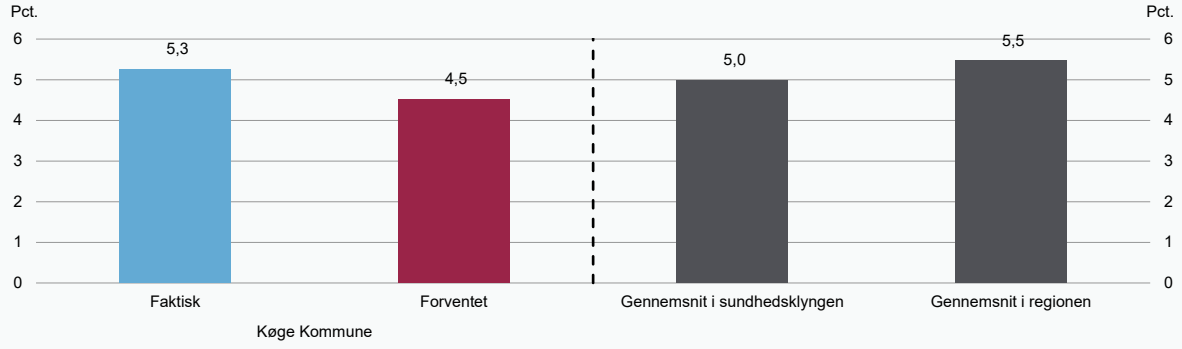


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Køge Kommune

Figur 1

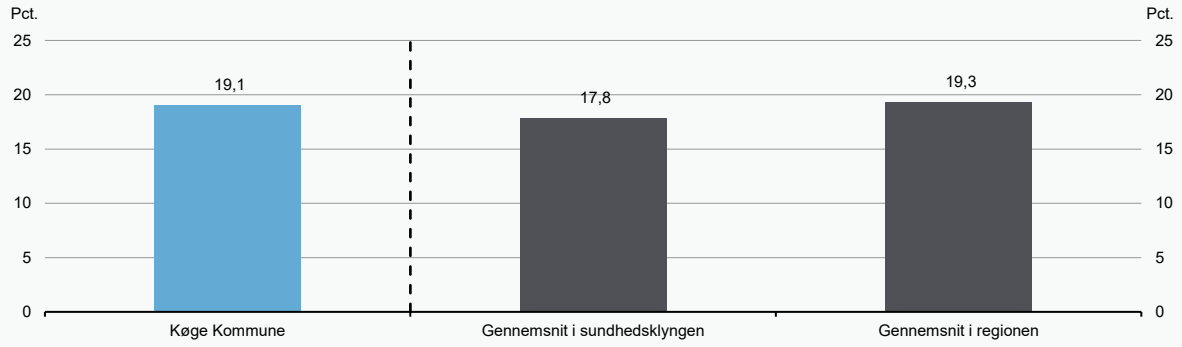
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

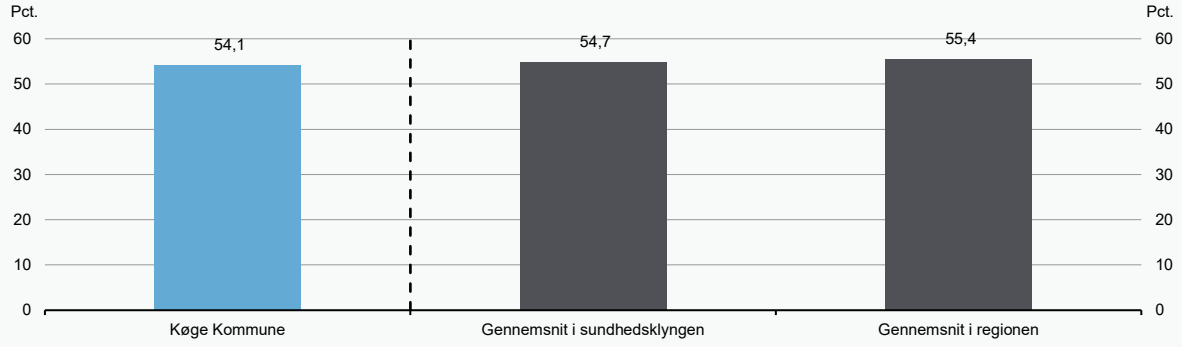
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

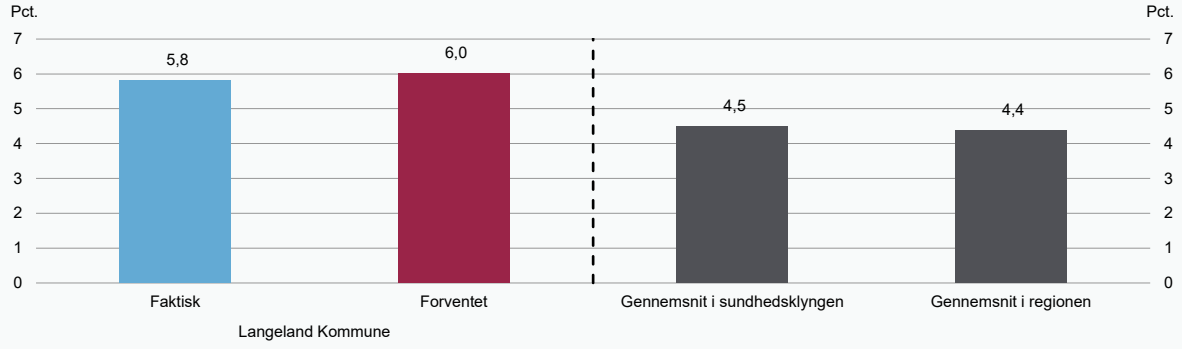


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Langeland Kommune

Figur 1

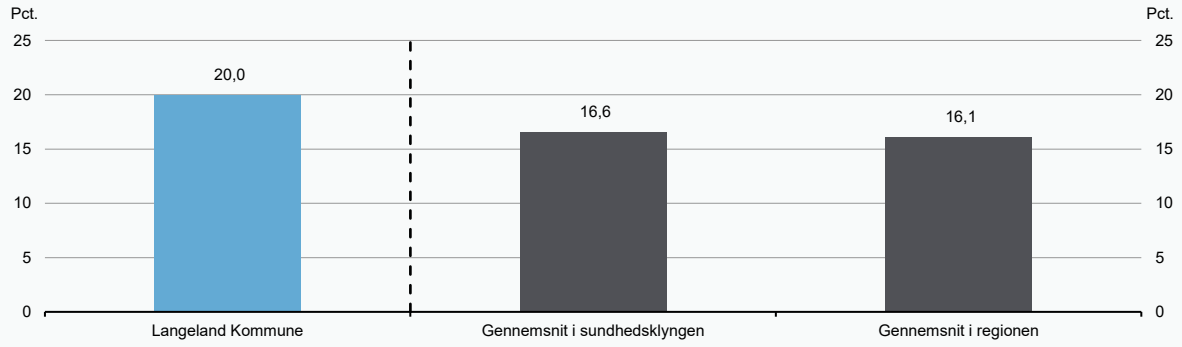
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

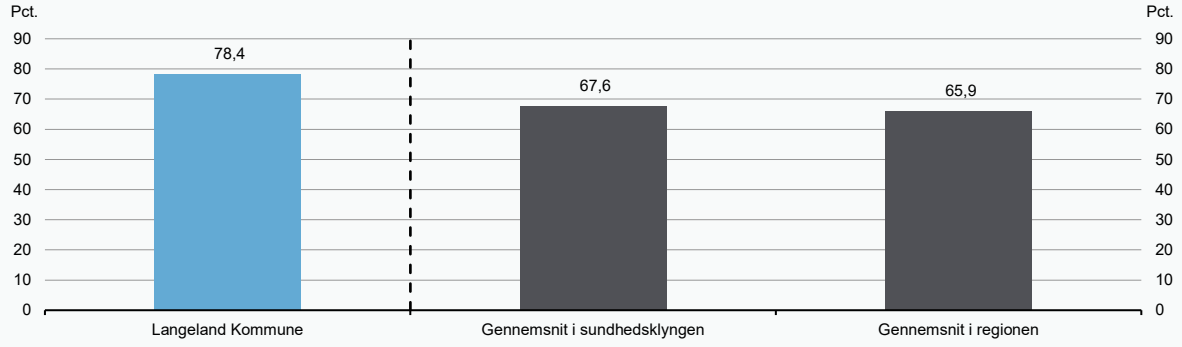
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

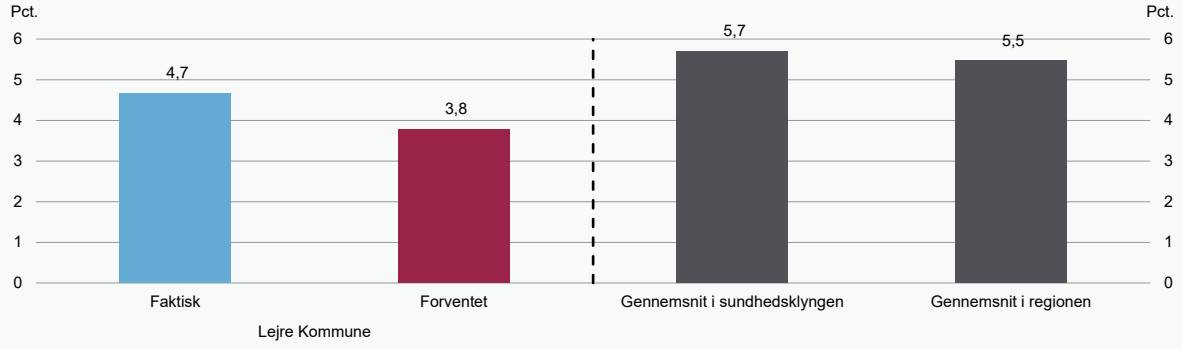


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Lejre Kommune

Figur 1

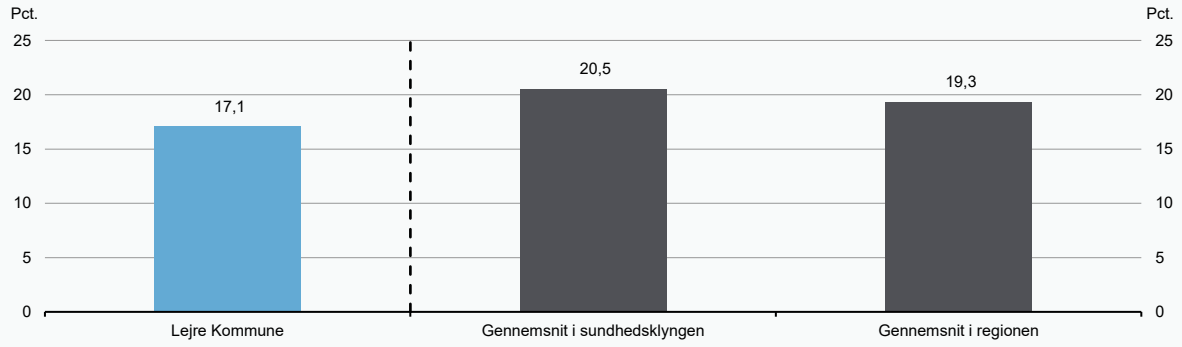
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

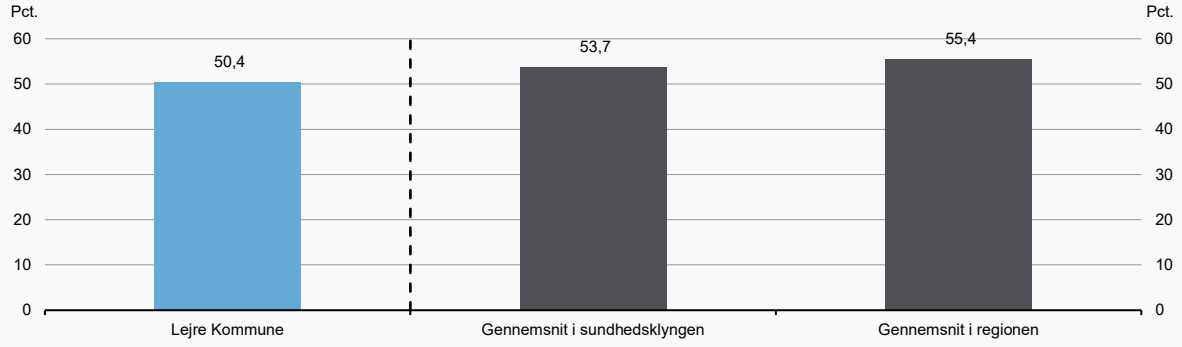
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

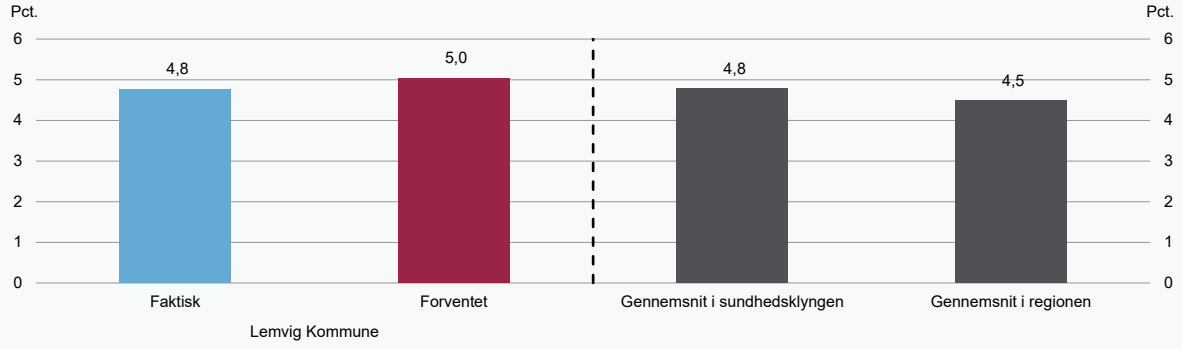


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Lemvig Kommune

Figur 1

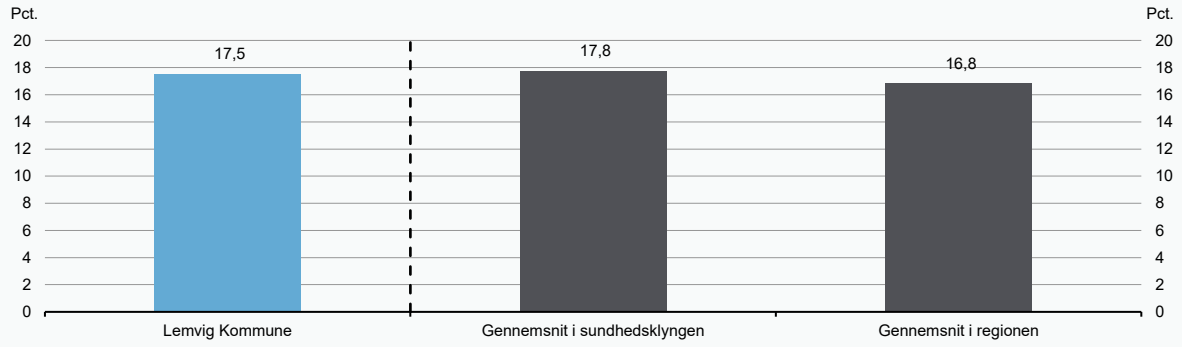
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

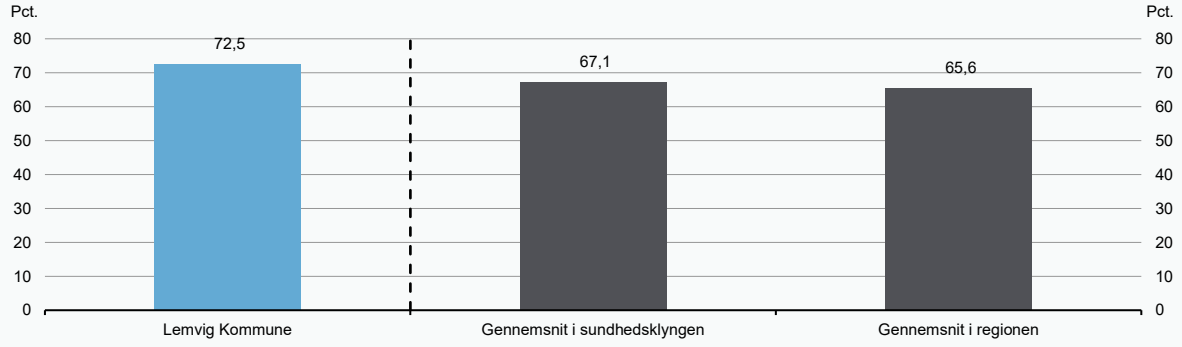
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

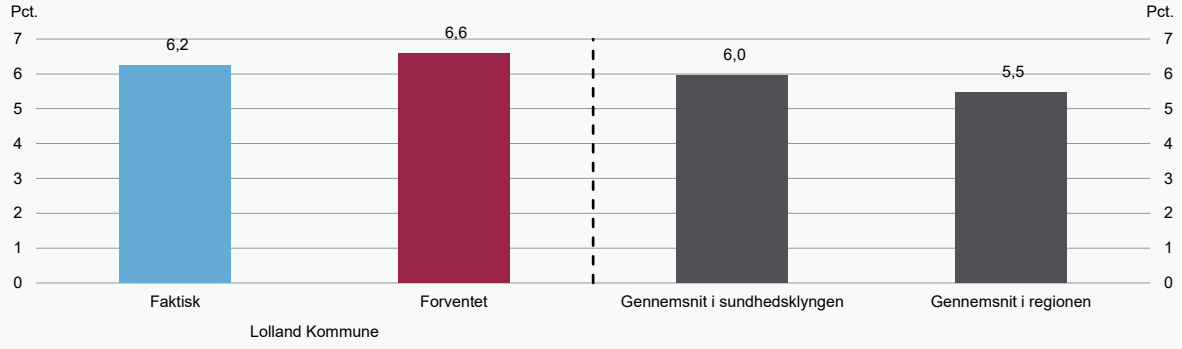


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Lolland Kommune

Figur 1

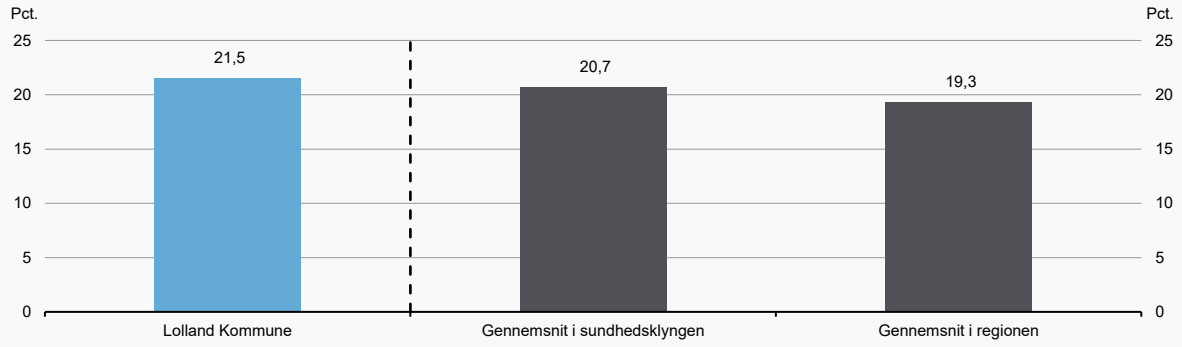
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

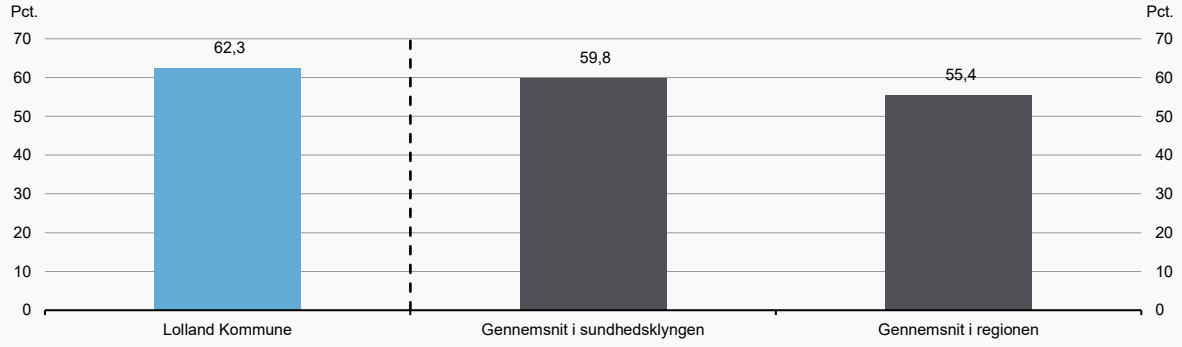
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

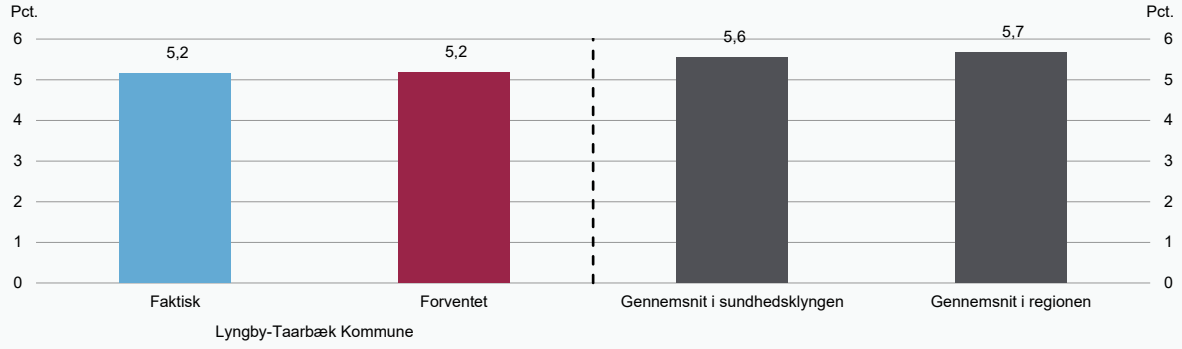


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Lyngby-Taarbæk Kommune

Figur 1

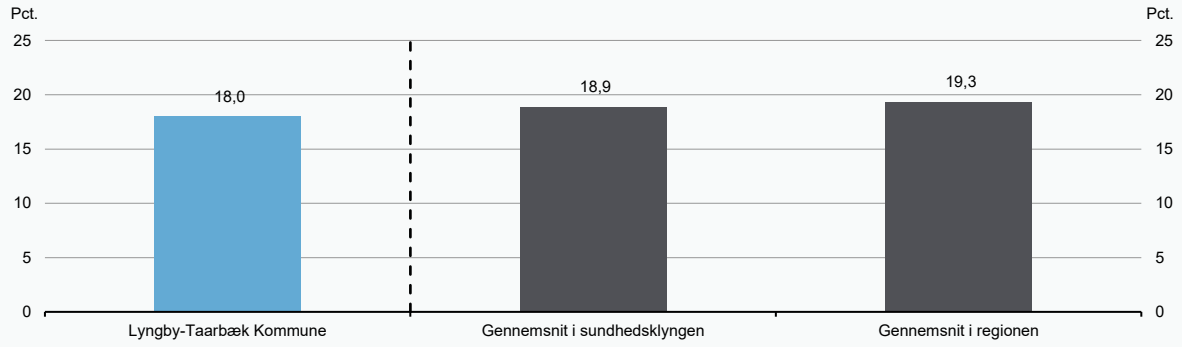
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

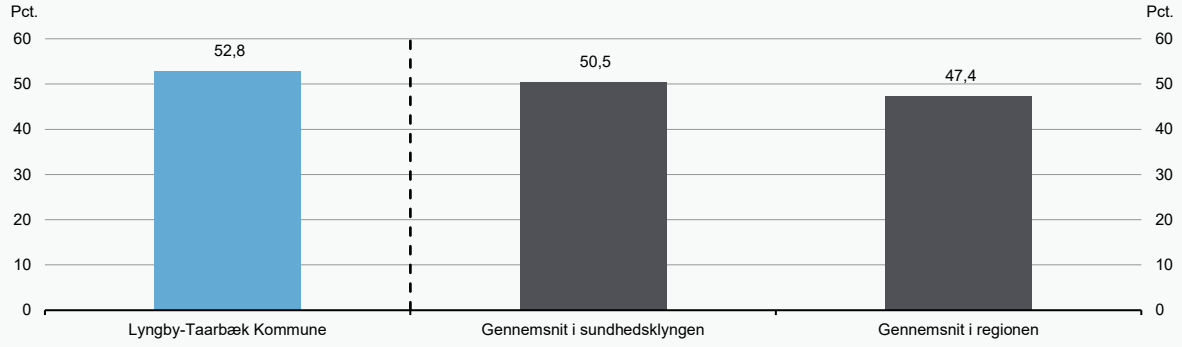
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

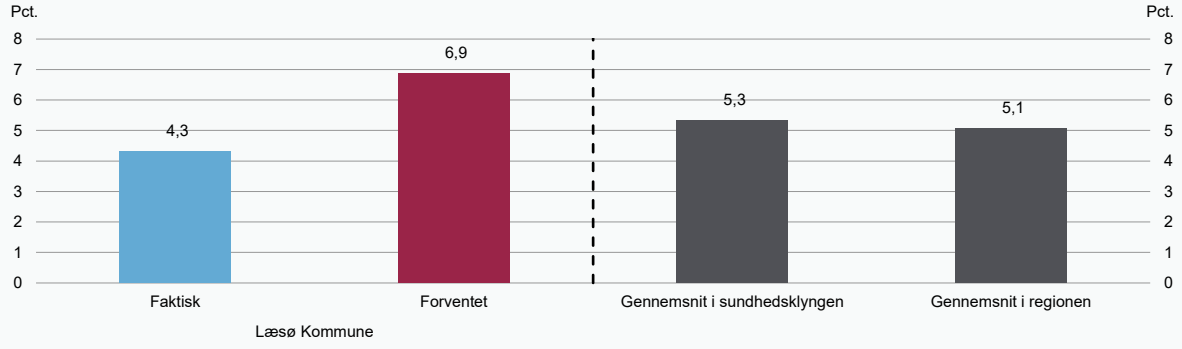


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Læsø Kommune

Figur 1

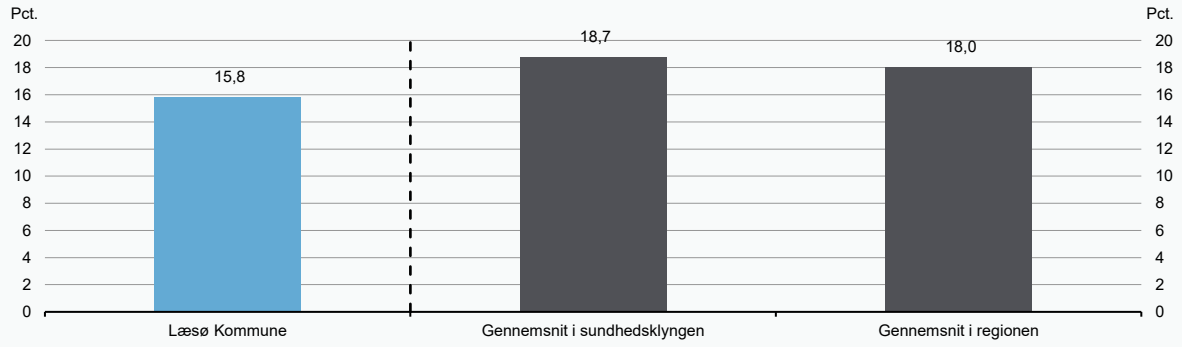
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

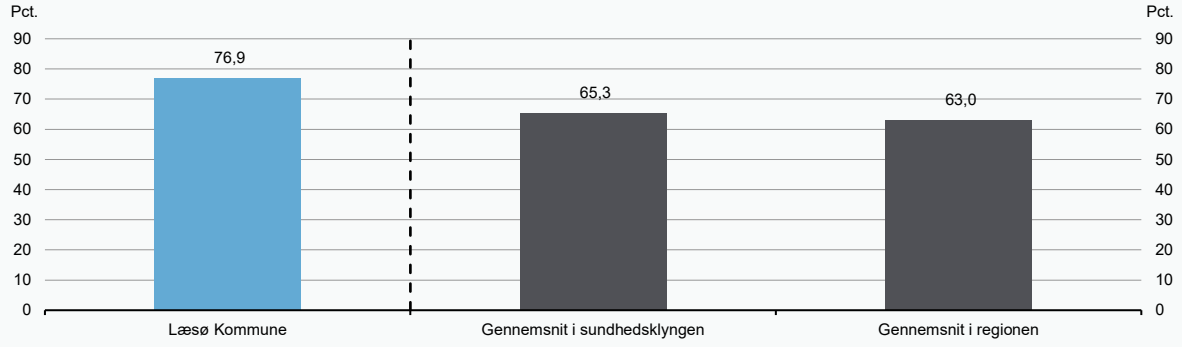
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

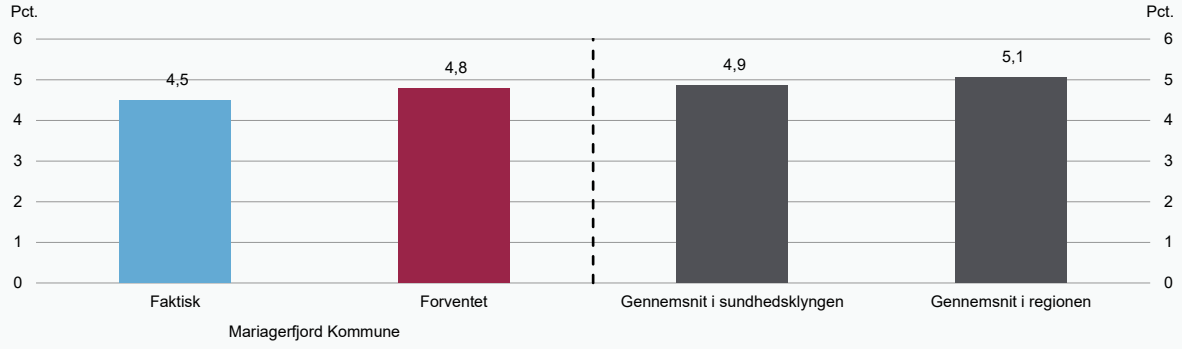


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Mariagerfjord Kommune

Figur 1

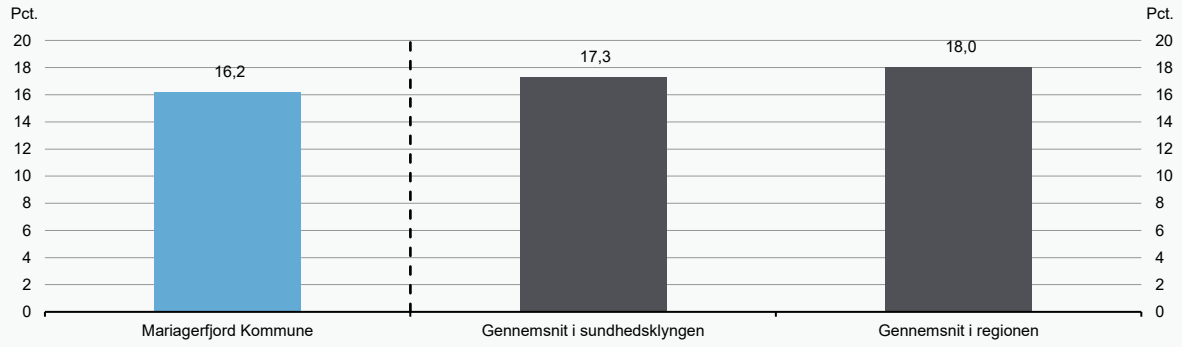
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

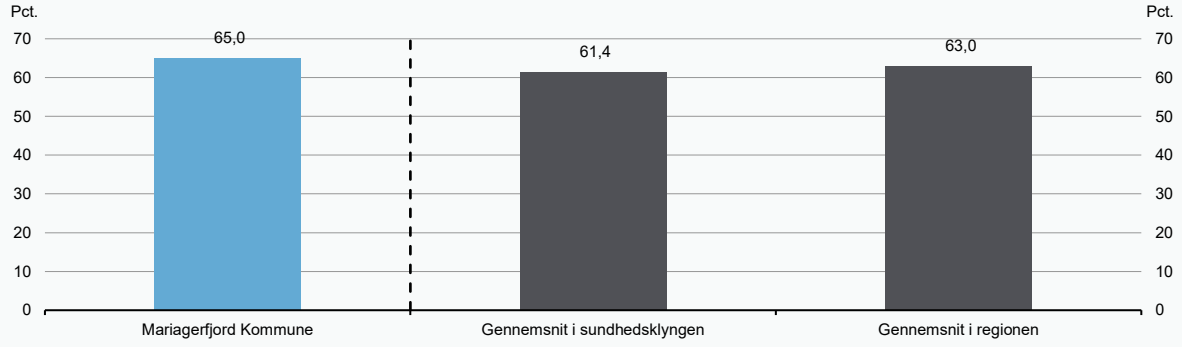
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

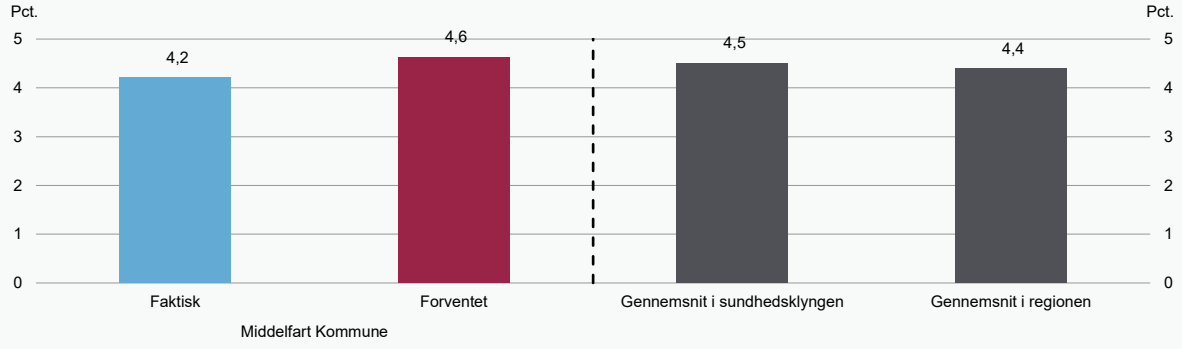


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Middelfart Kommune

Figur 1

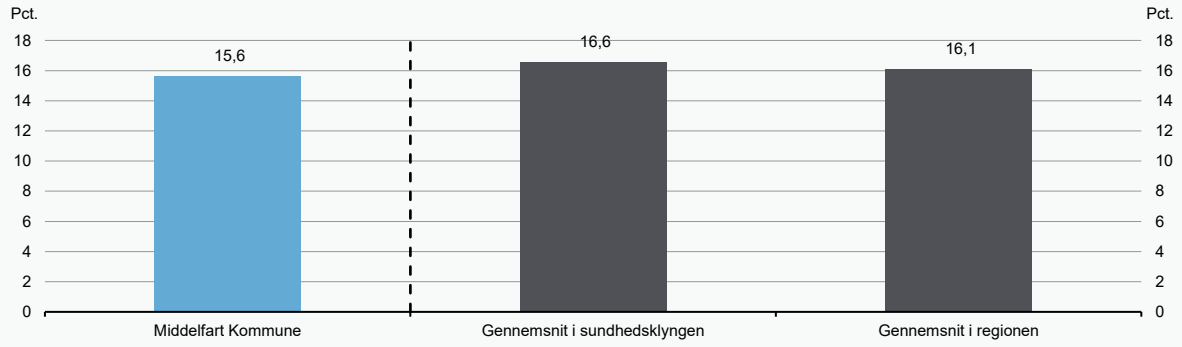
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

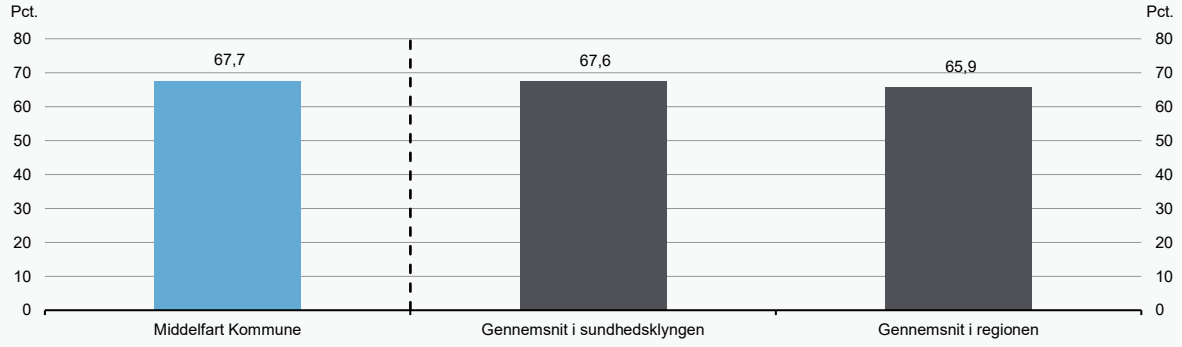
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

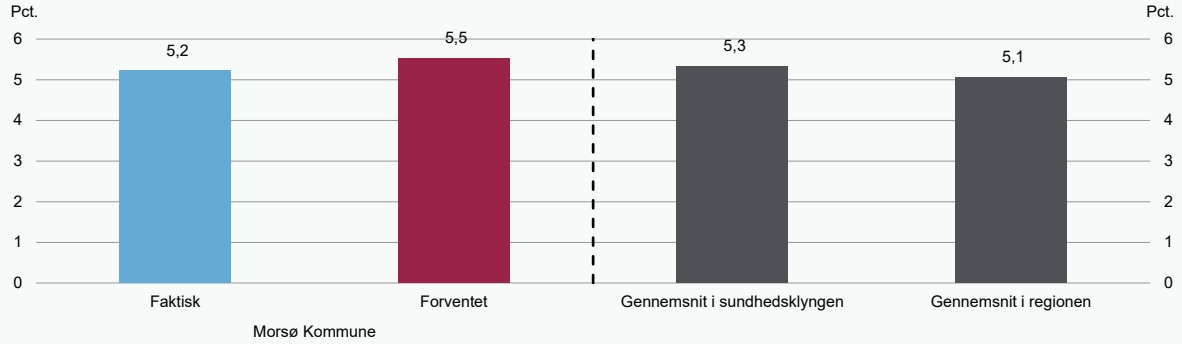


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Morsø Kommune

Figur 1

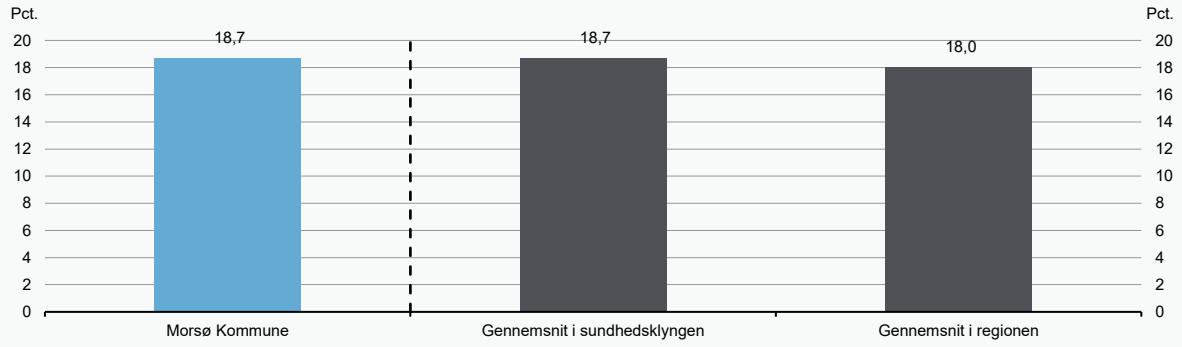
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

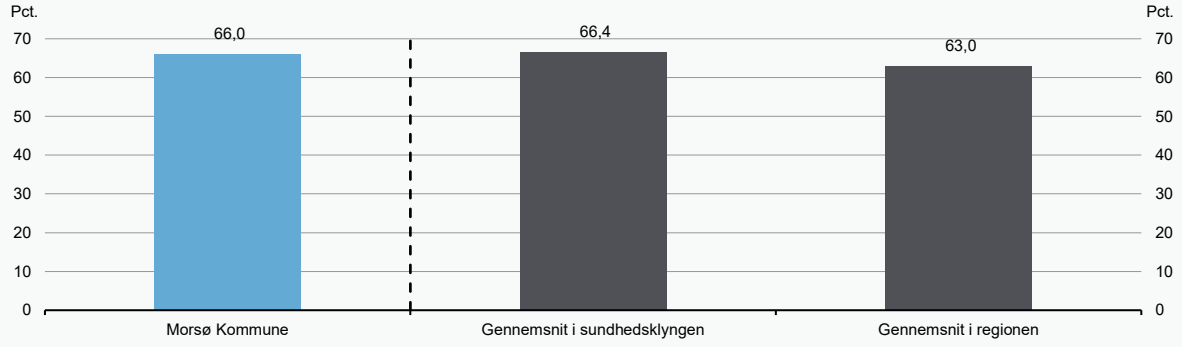
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

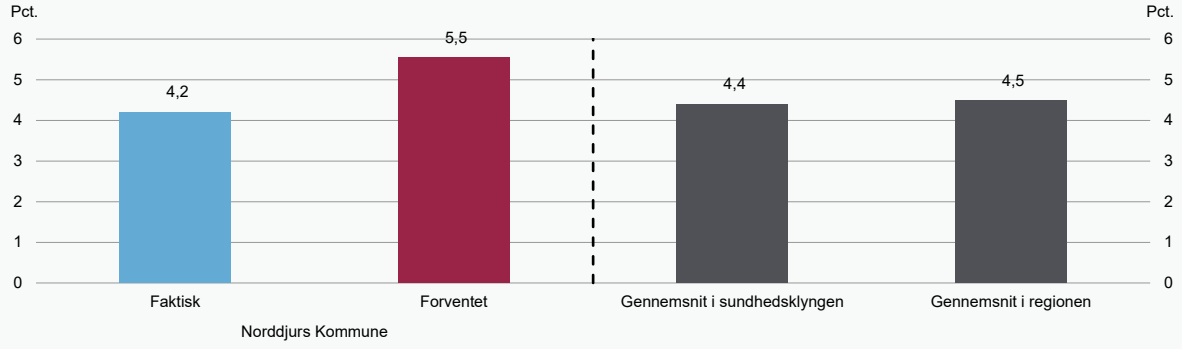


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Norddjurs Kommune

Figur 1

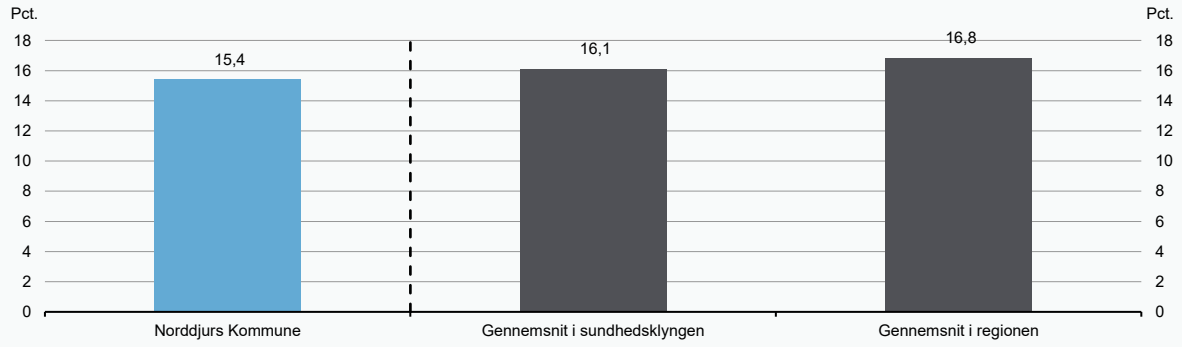
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

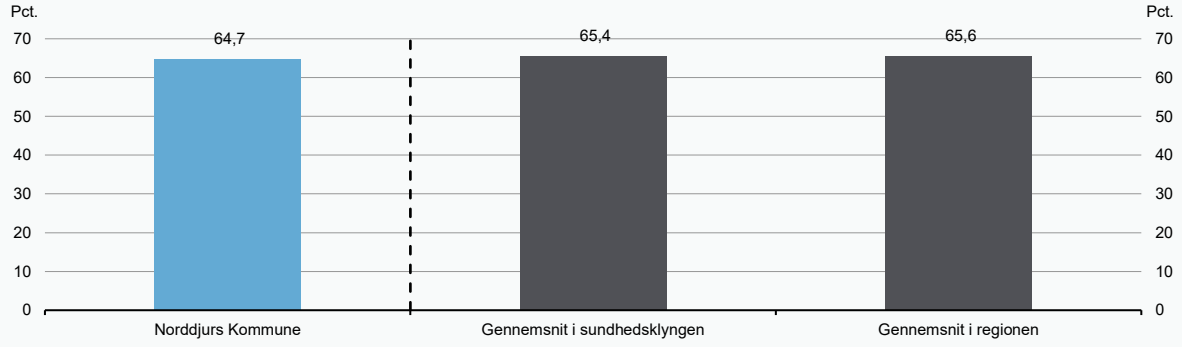
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

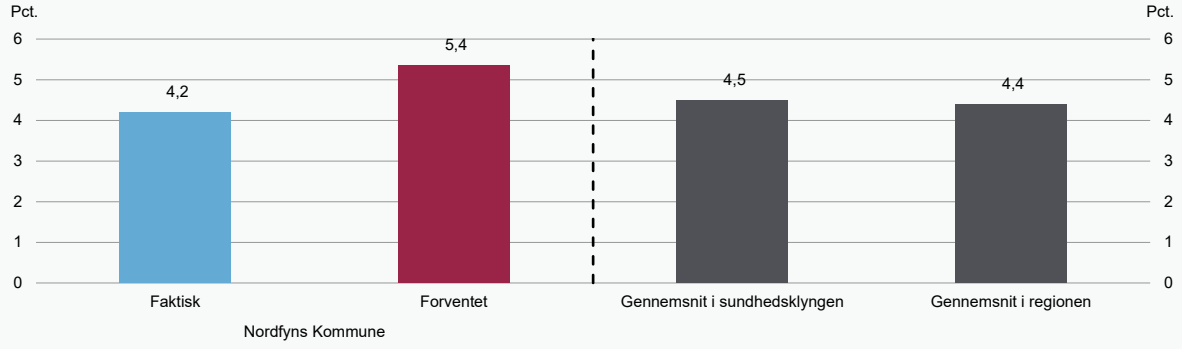


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Nordfyns Kommune

Figur 1

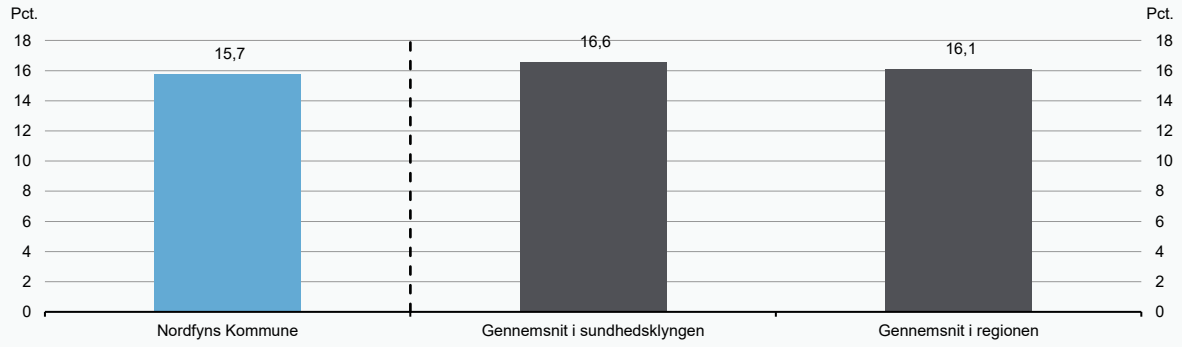
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

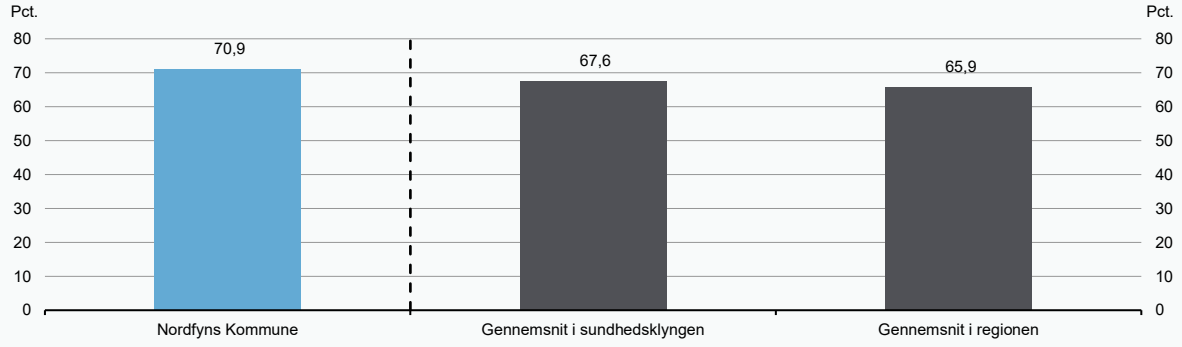
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

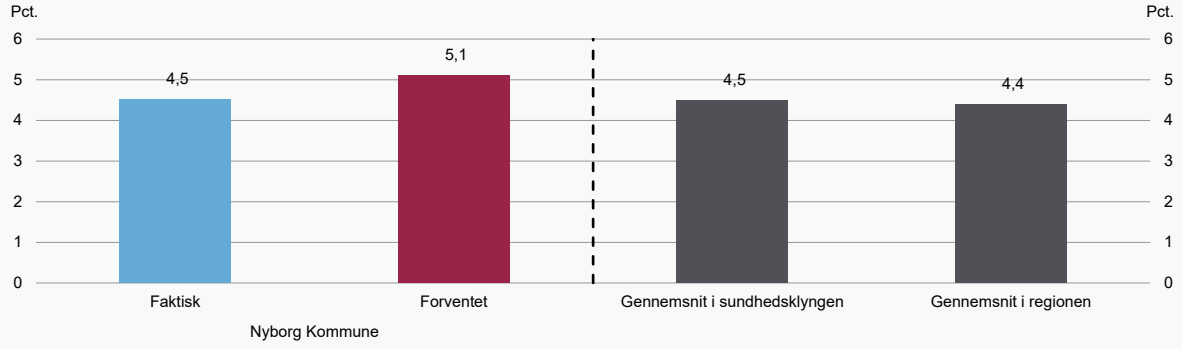


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Nyborg Kommune

Figur 1

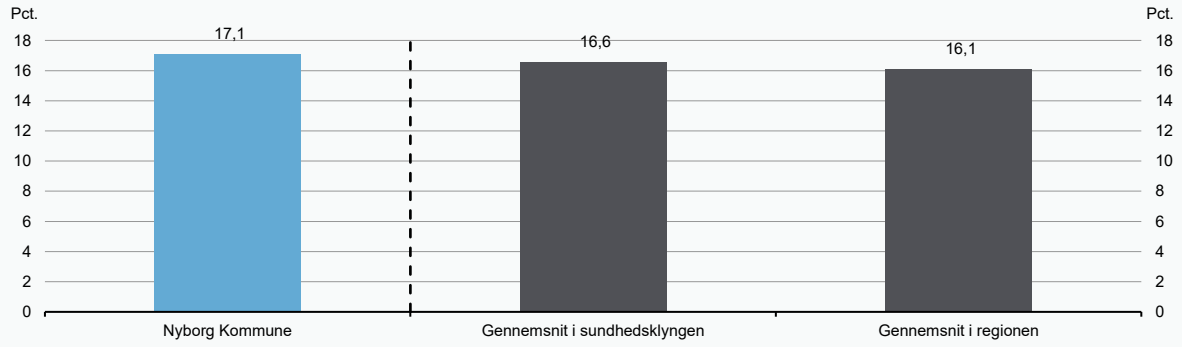
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

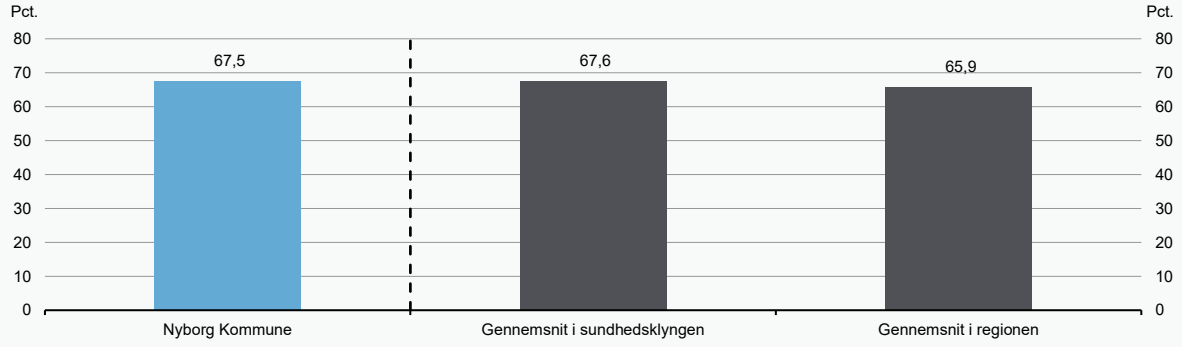
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

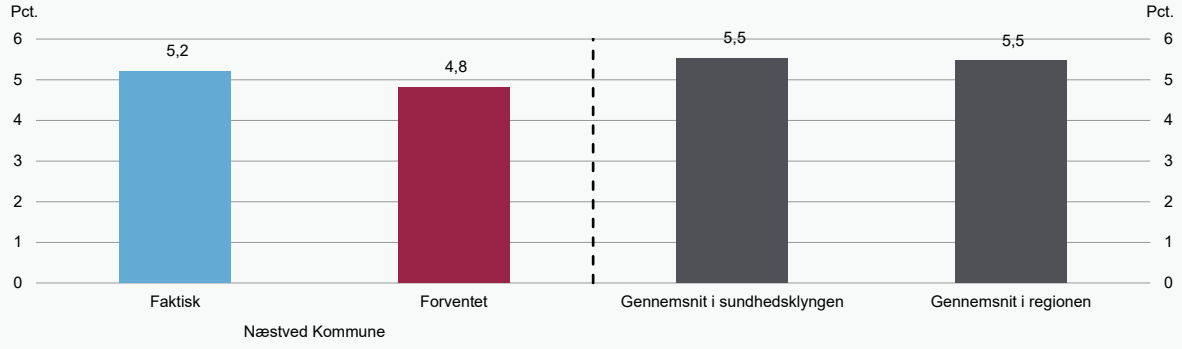


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Næstved Kommune

Figur 1

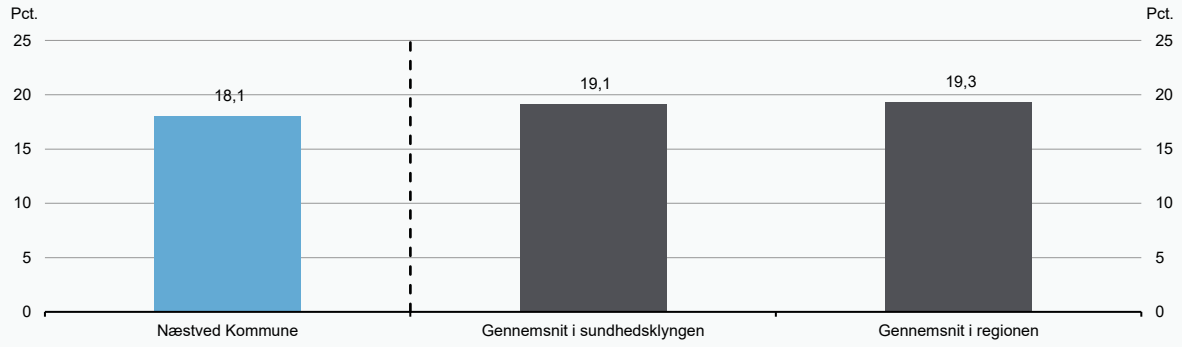
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

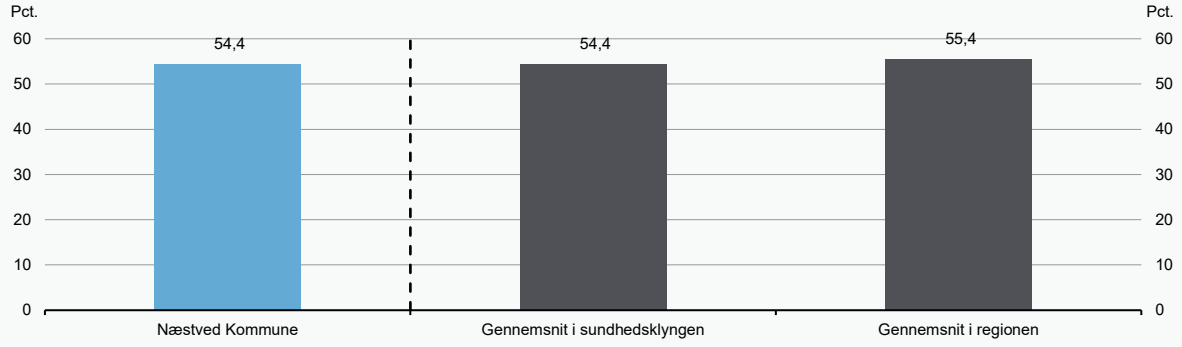
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

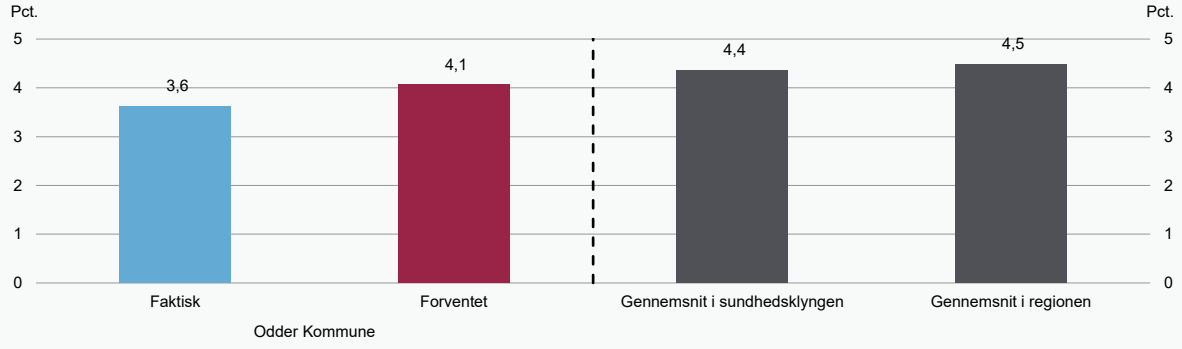


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Odder Kommune

Figur 1

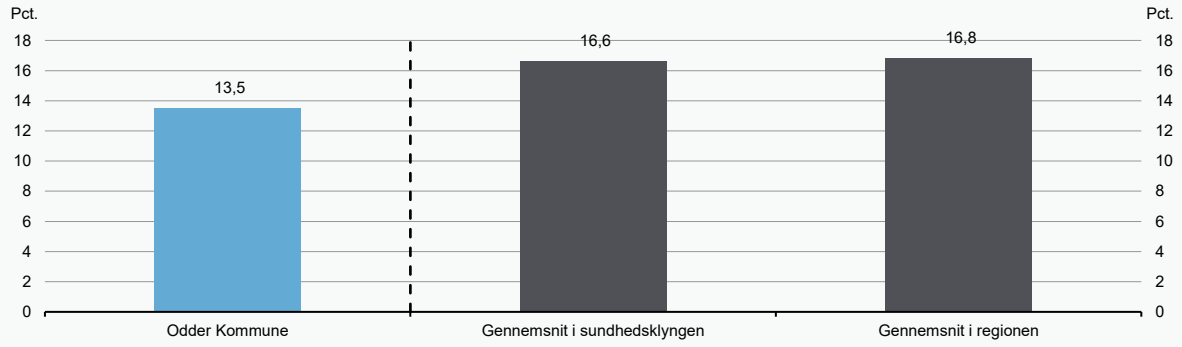
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

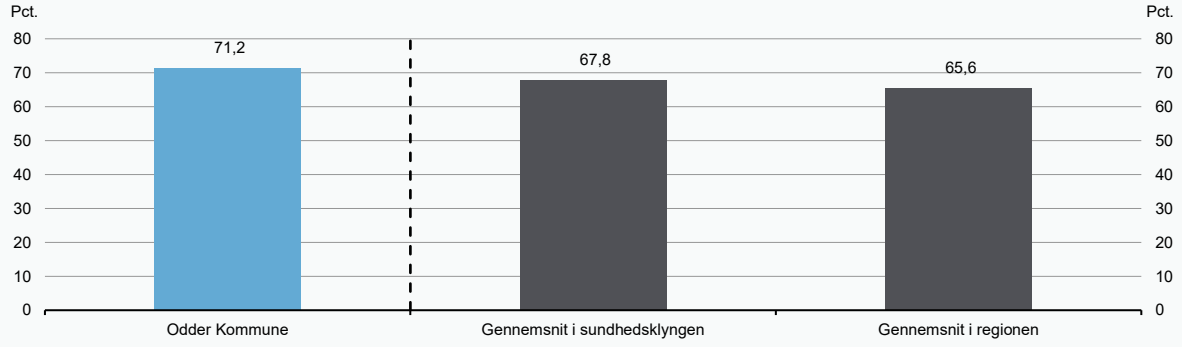
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

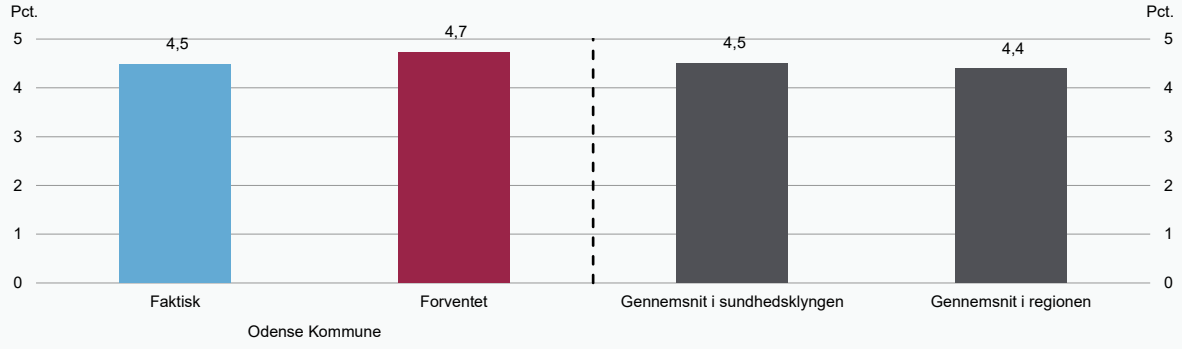


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Odense Kommune

Figur 1

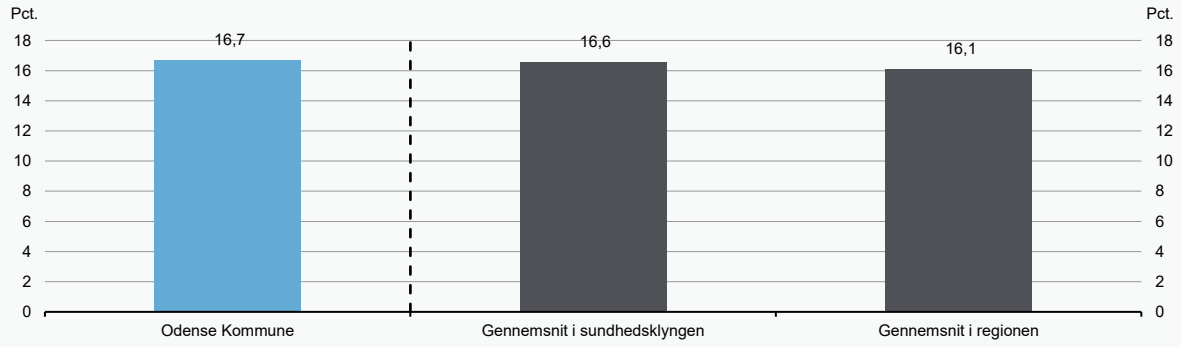
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

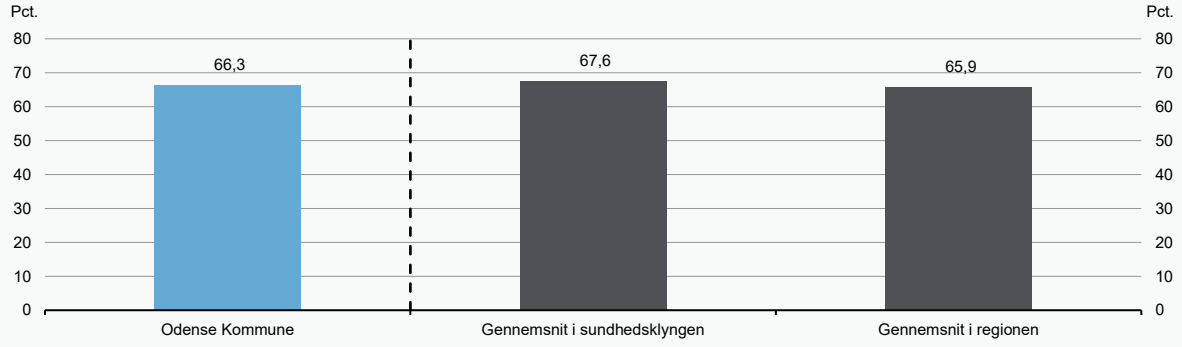
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

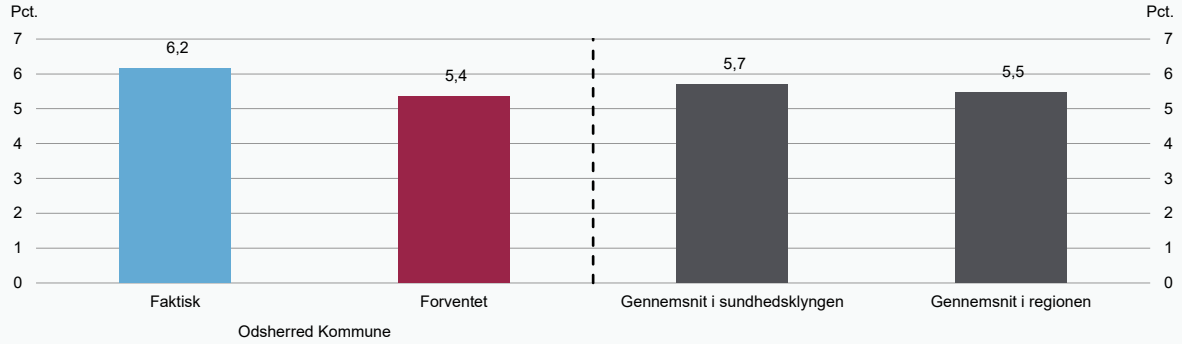


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Odsherred Kommune

Figur 1

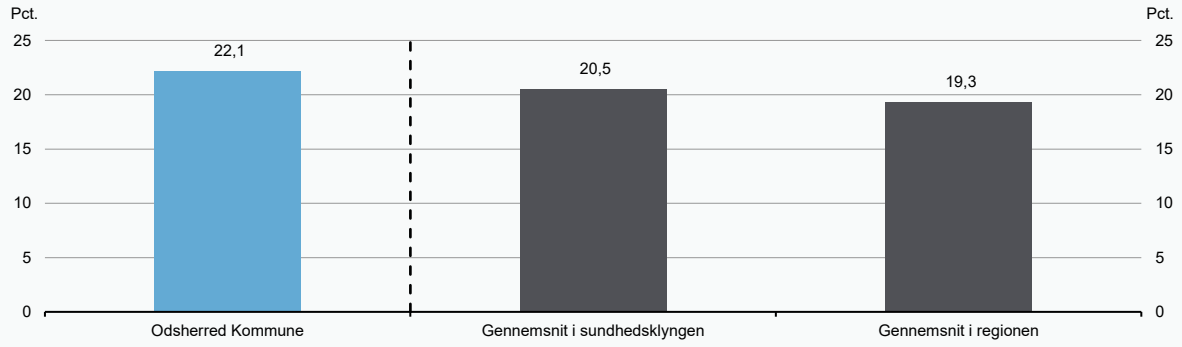
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

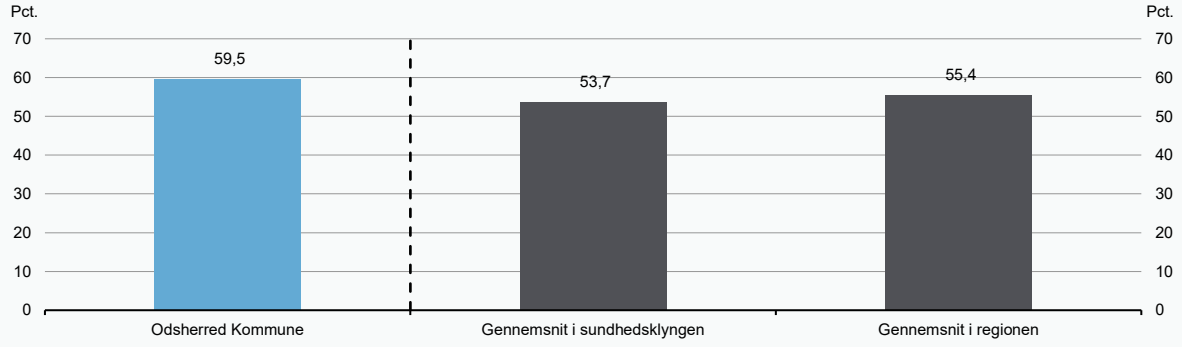
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

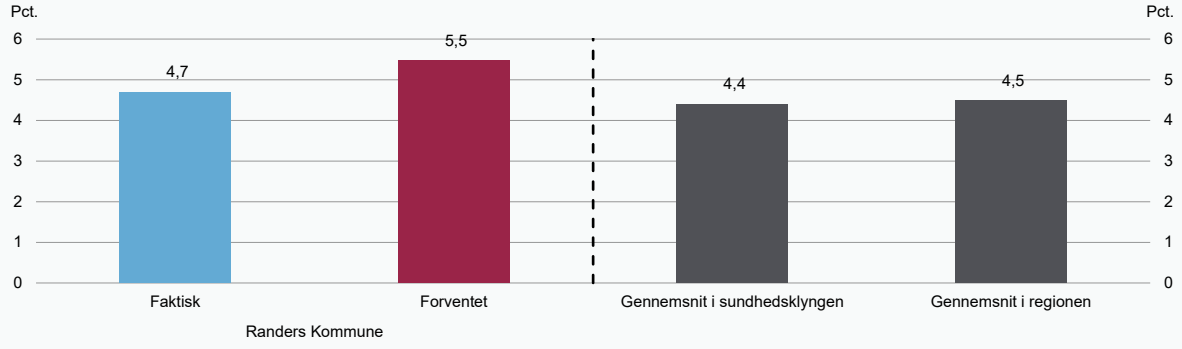


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Randers Kommune

Figur 1

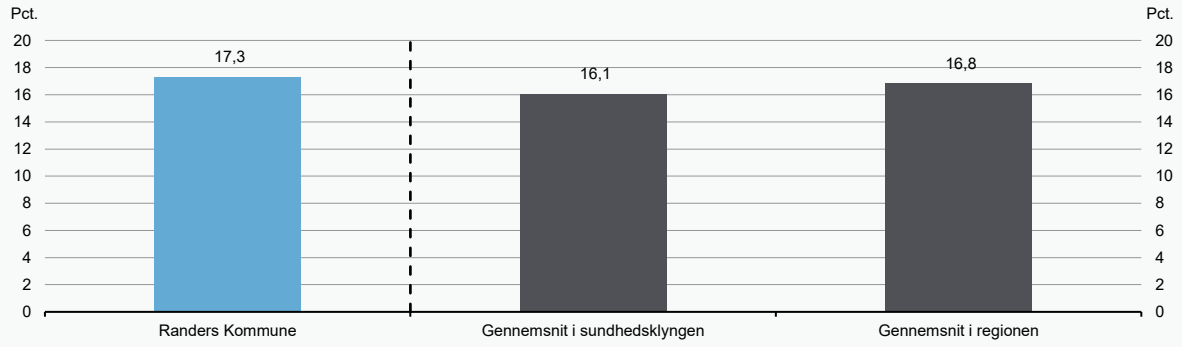
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

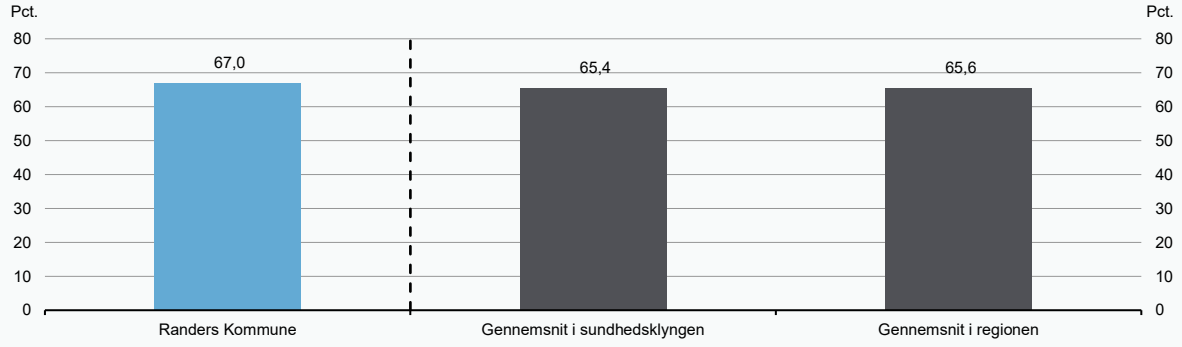
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

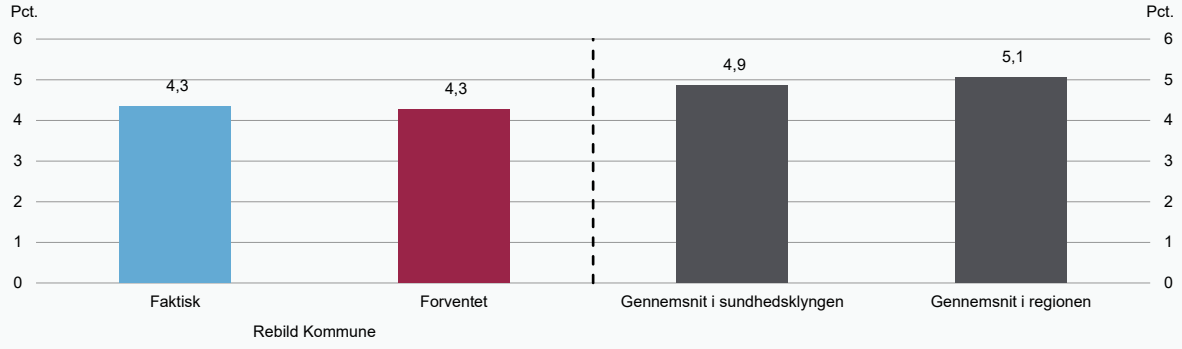


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Rebild Kommune

Figur 1

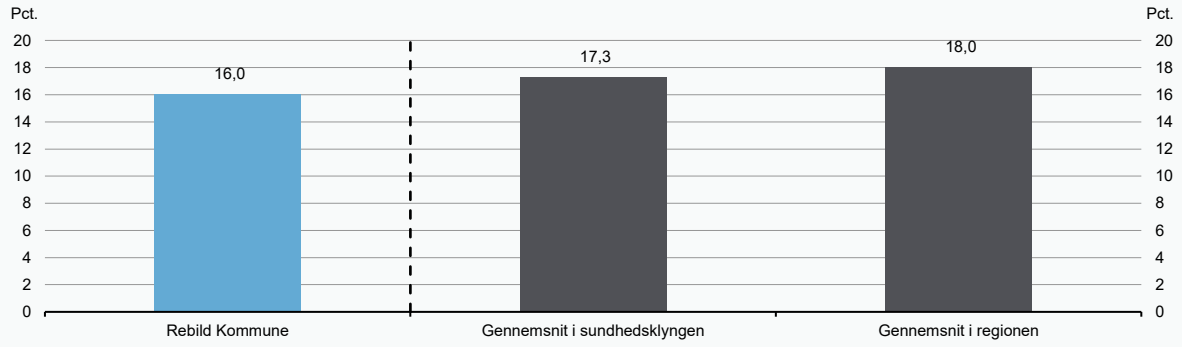
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

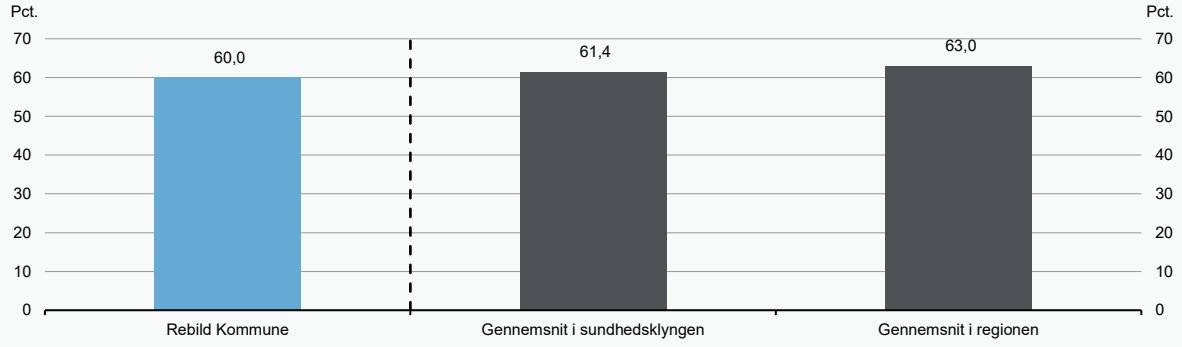
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

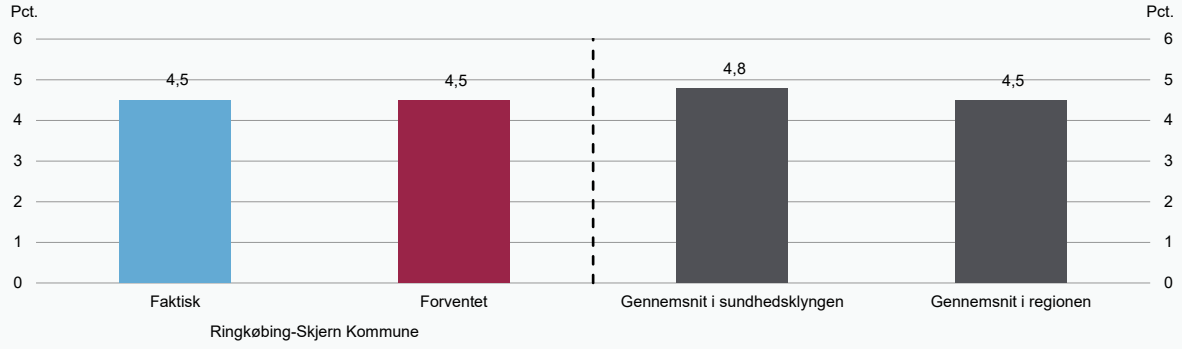


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ringkøbing-Skjern Kommune

Figur 1

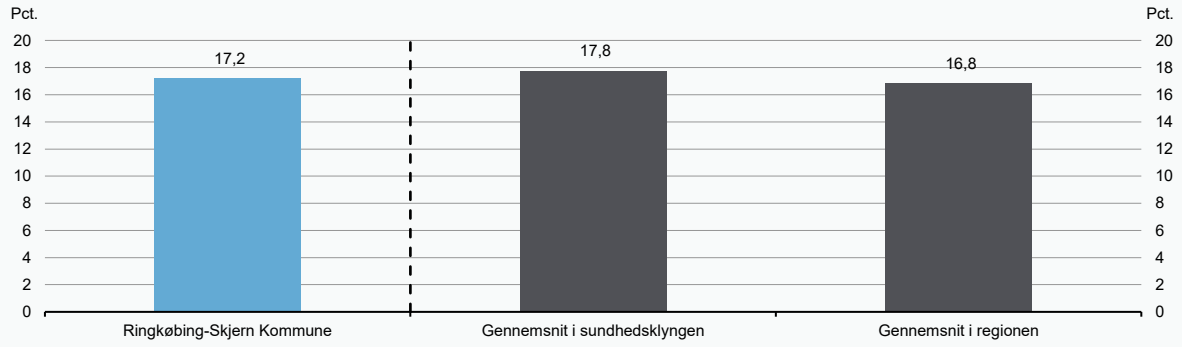
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

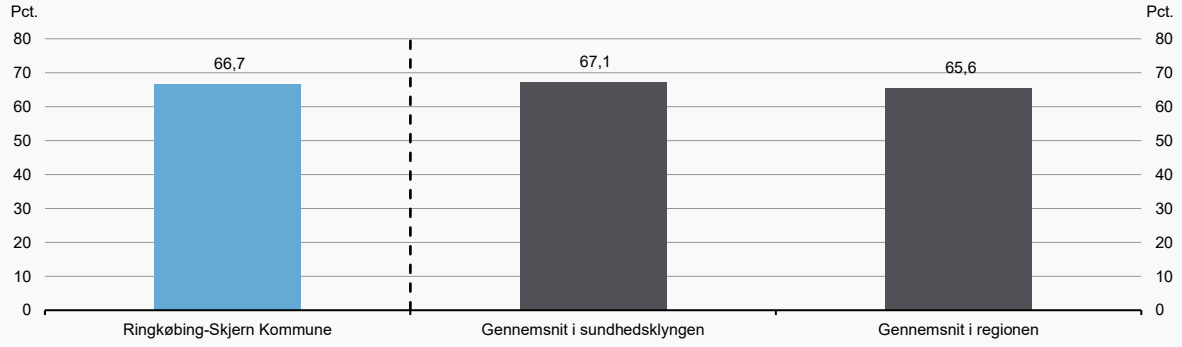
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

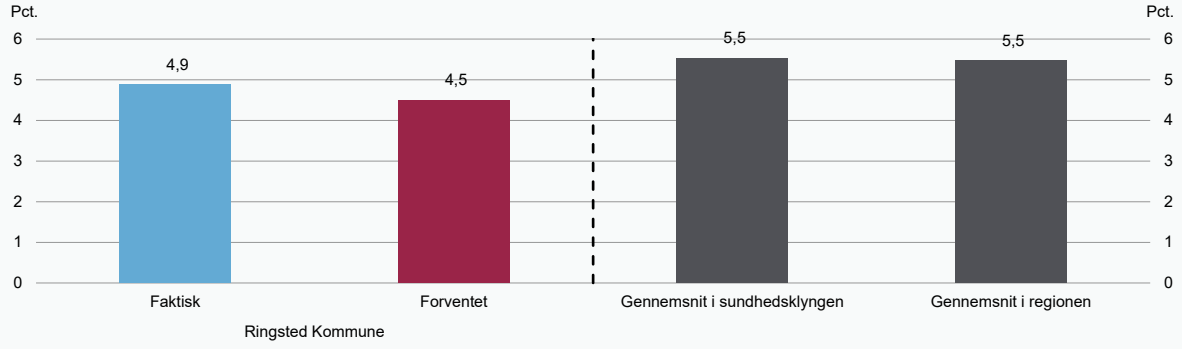


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ringsted Kommune

Figur 1

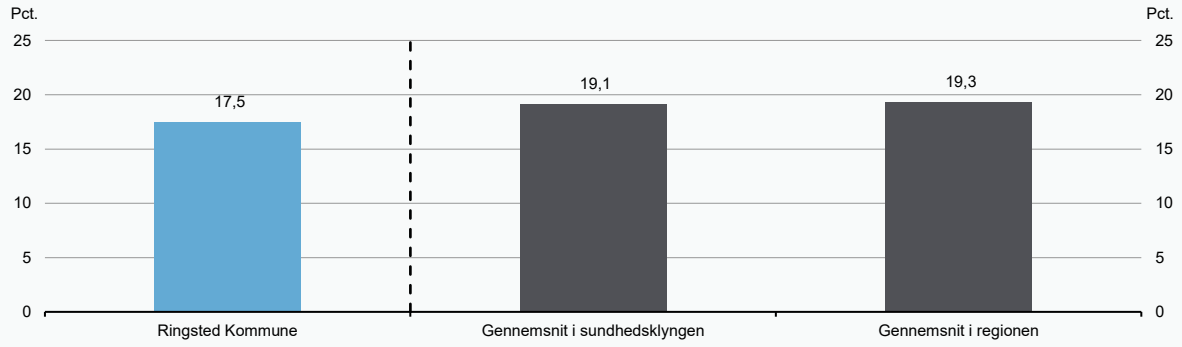
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

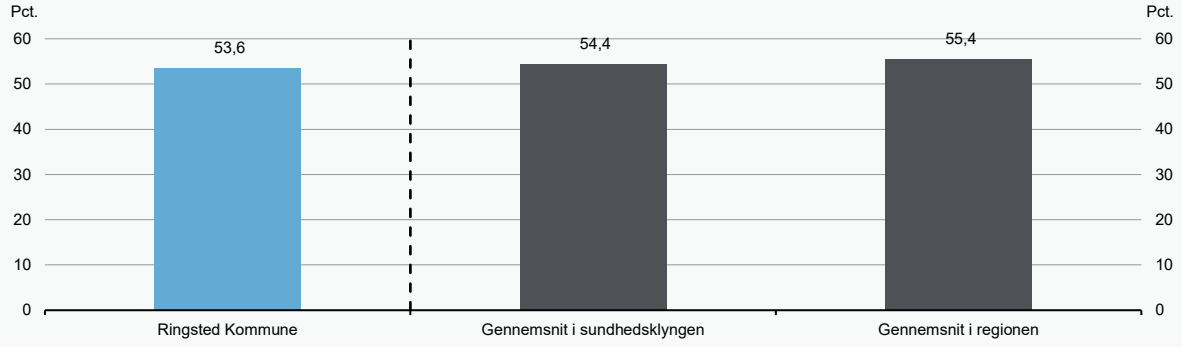
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

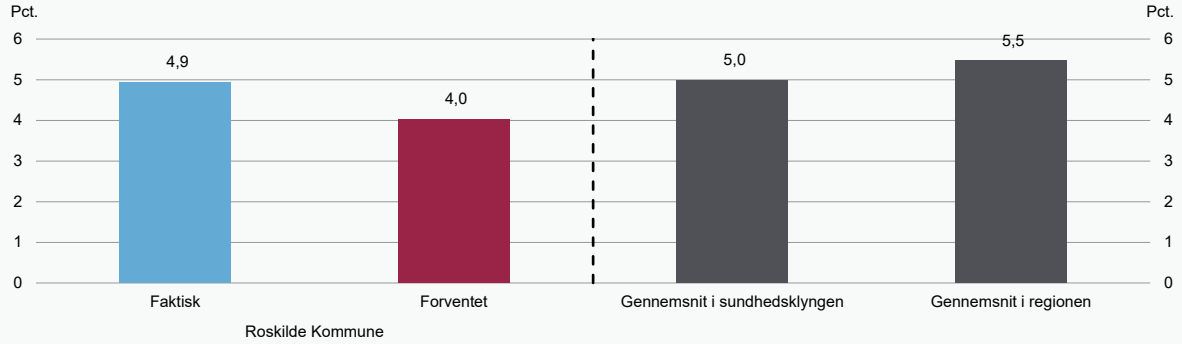


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Roskilde Kommune

Figur 1

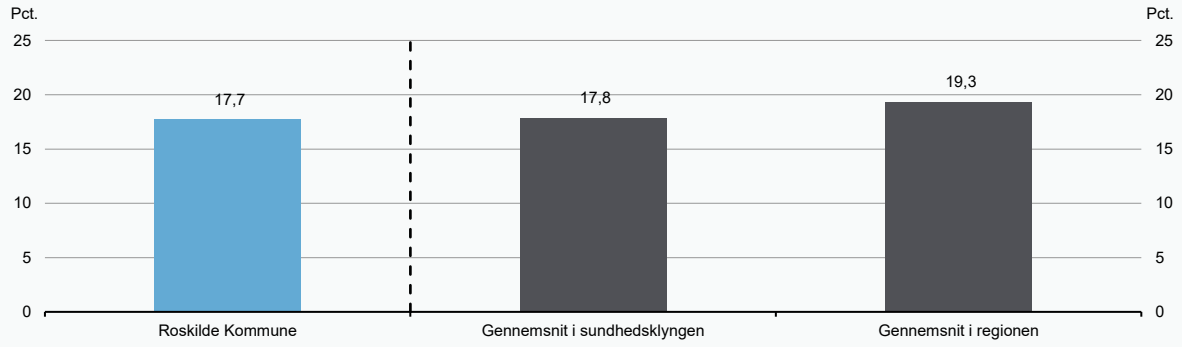
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

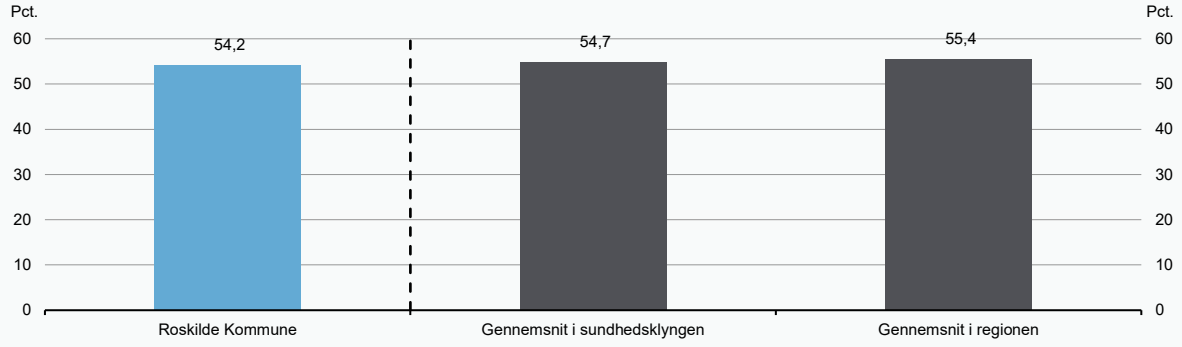
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

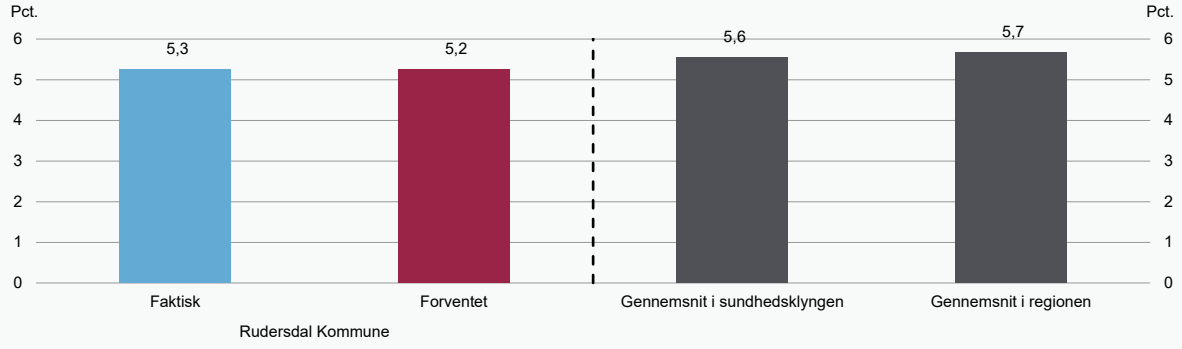


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Rudersdal Kommune

Figur 1

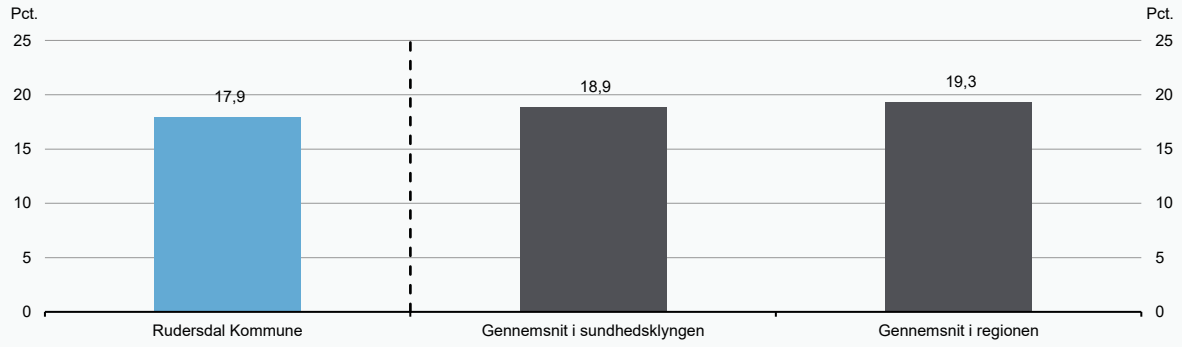
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

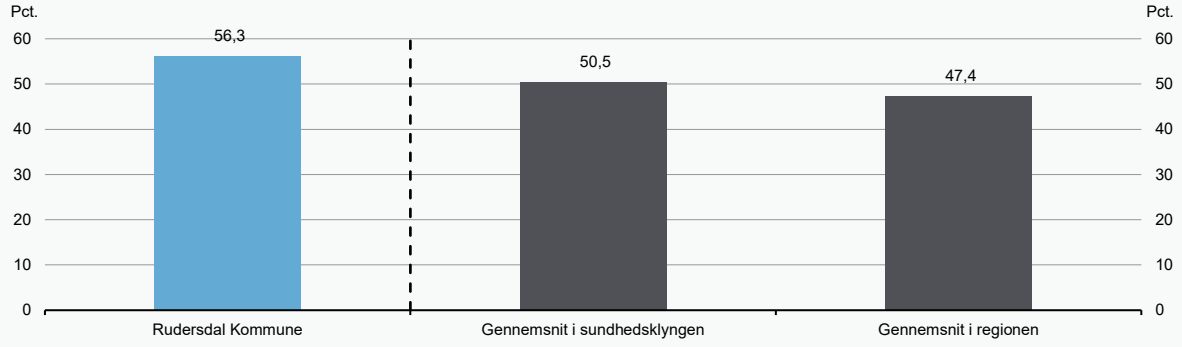
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

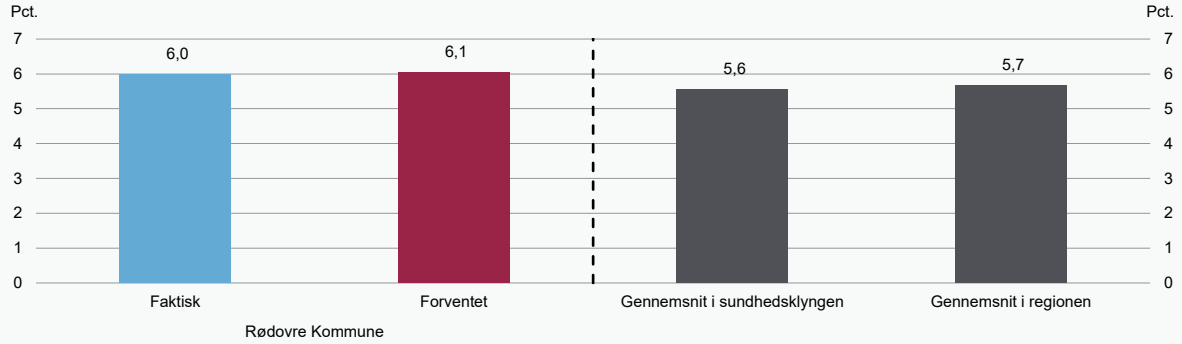


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Rødovre Kommune

Figur 1

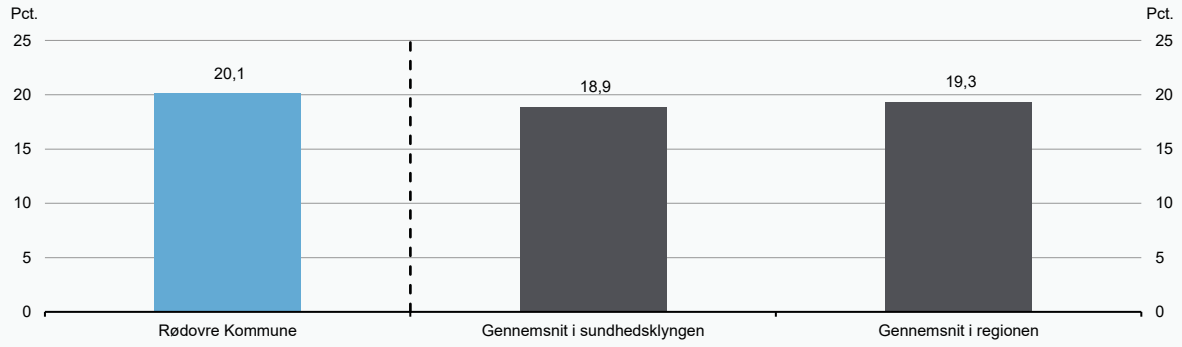
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

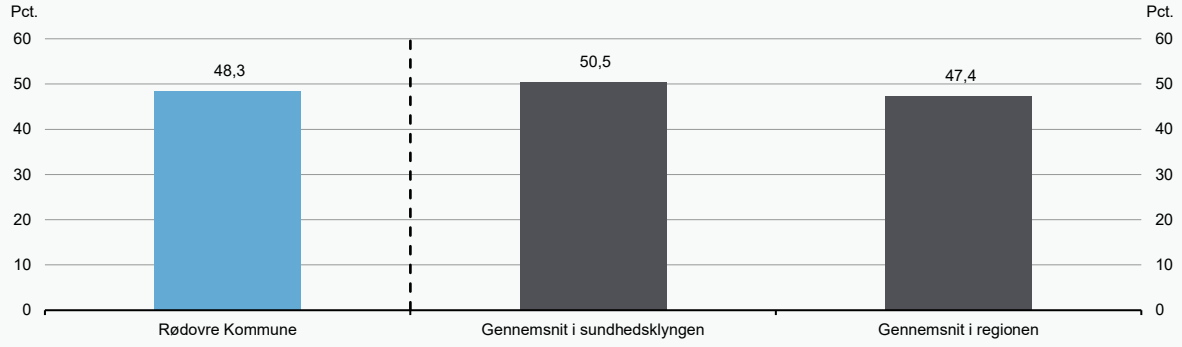
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

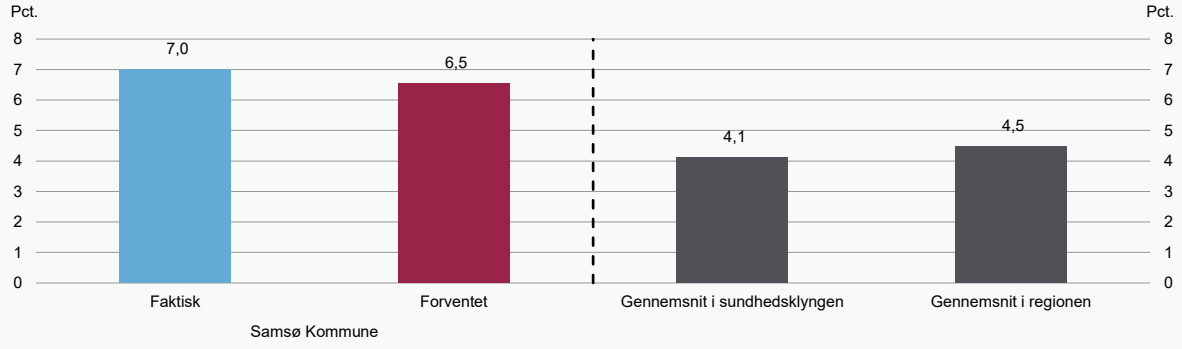


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Samsø Kommune

Figur 1

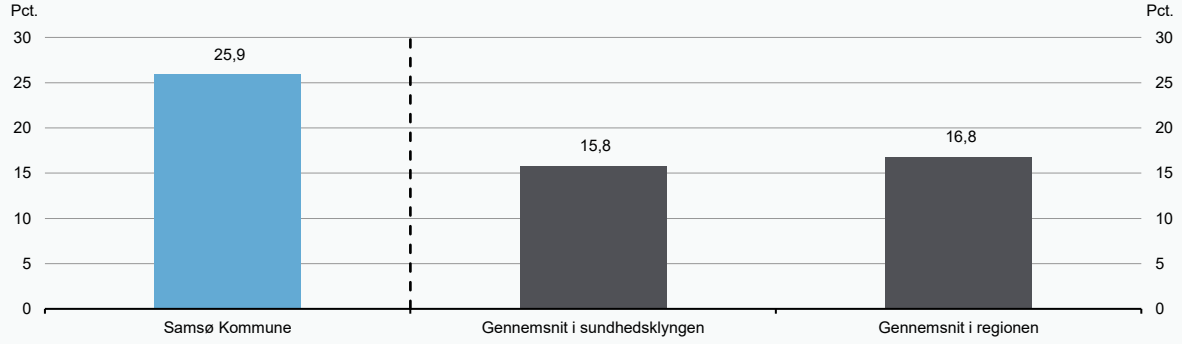
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

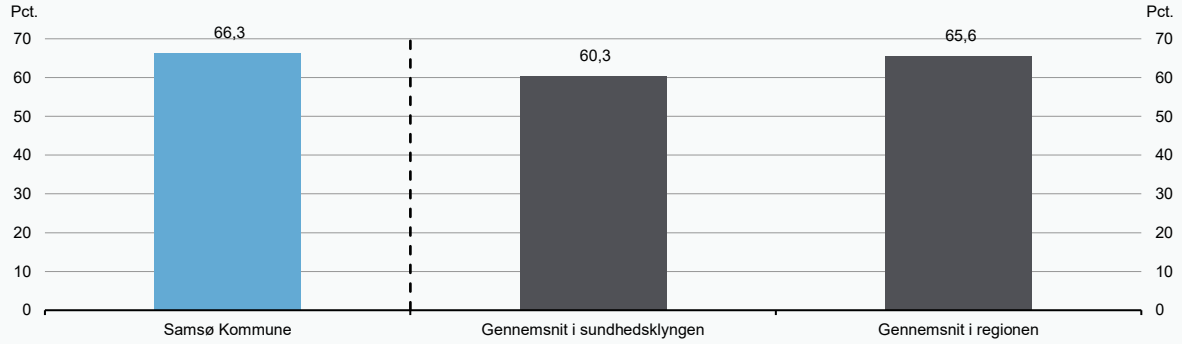
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

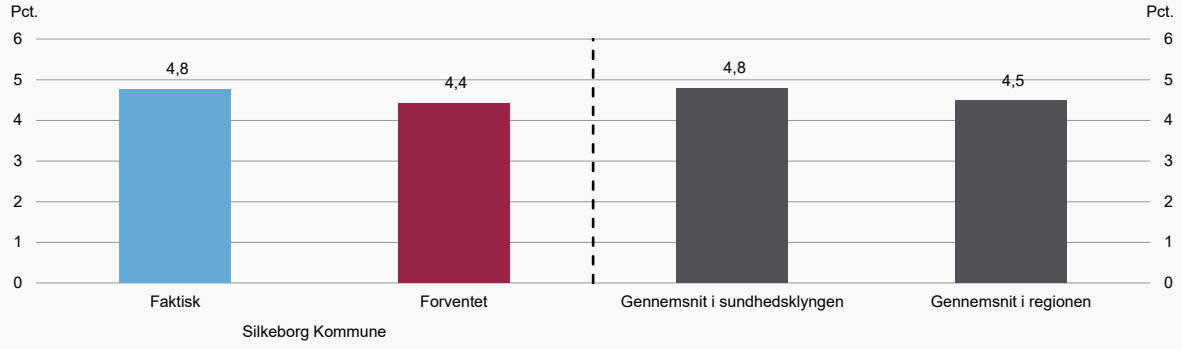


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Silkeborg Kommune

Figur 1

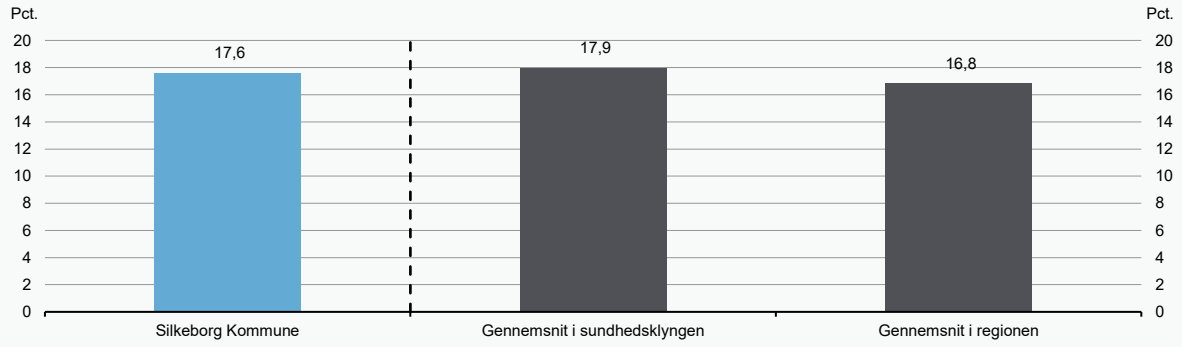
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

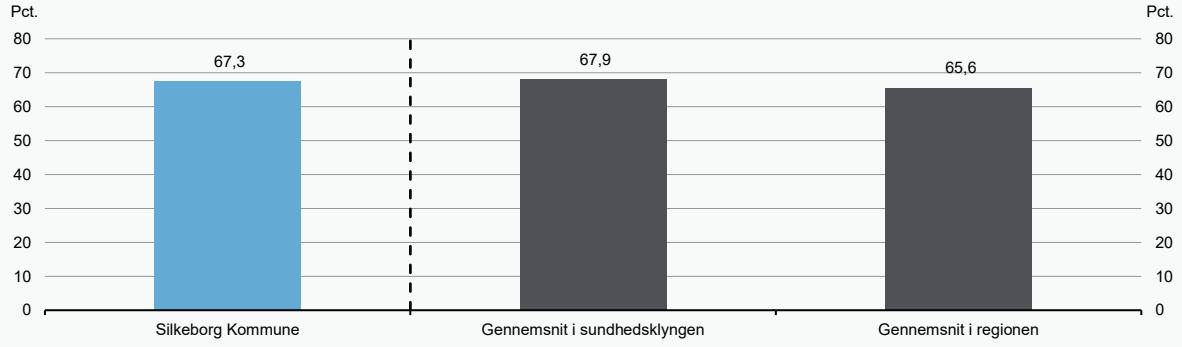
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

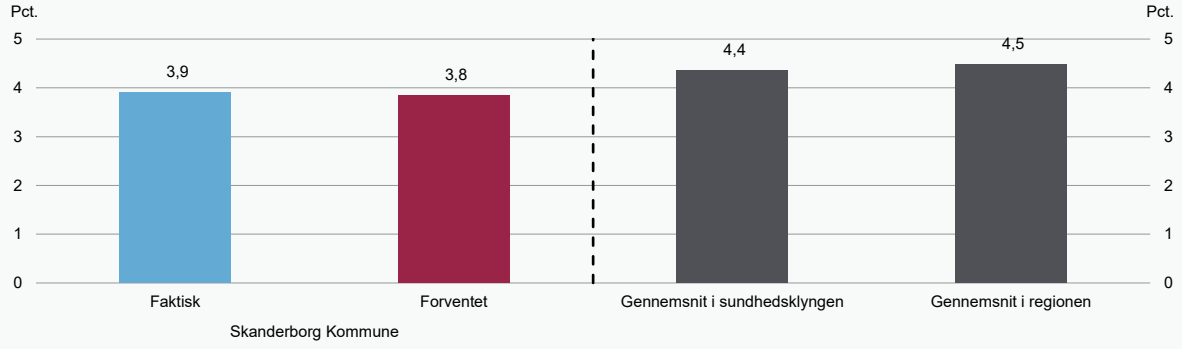


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Skanderborg Kommune

Figur 1

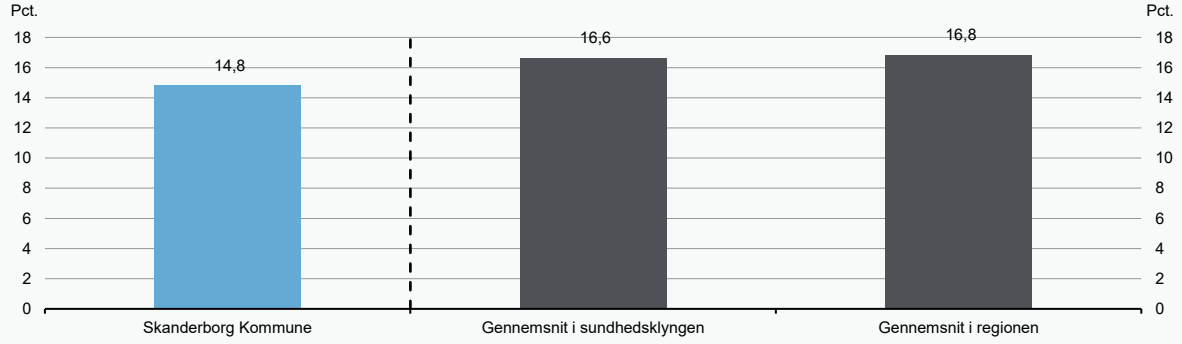
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

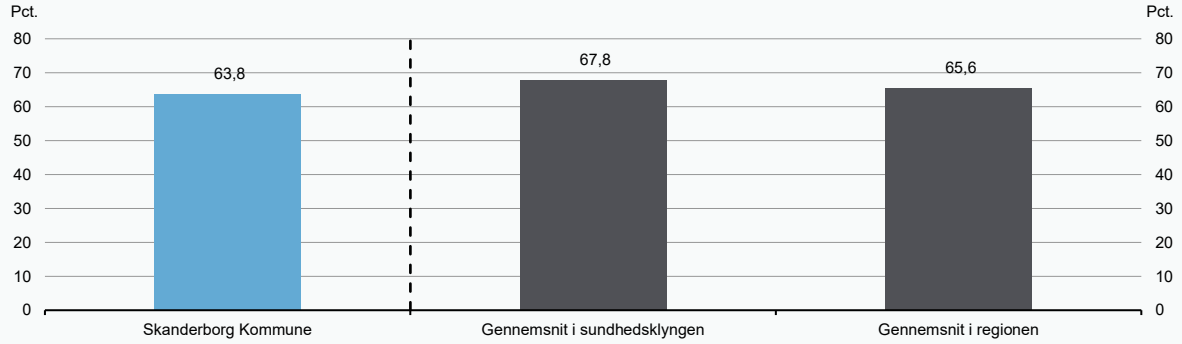
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

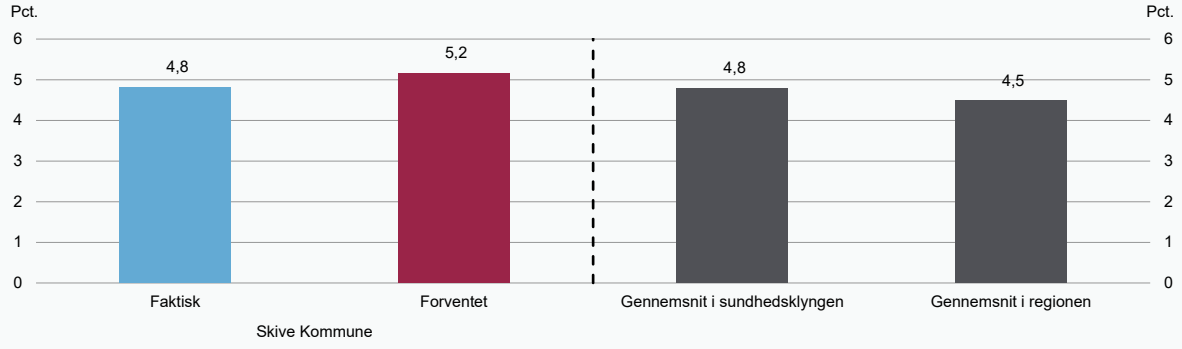


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Skive Kommune

Figur 1

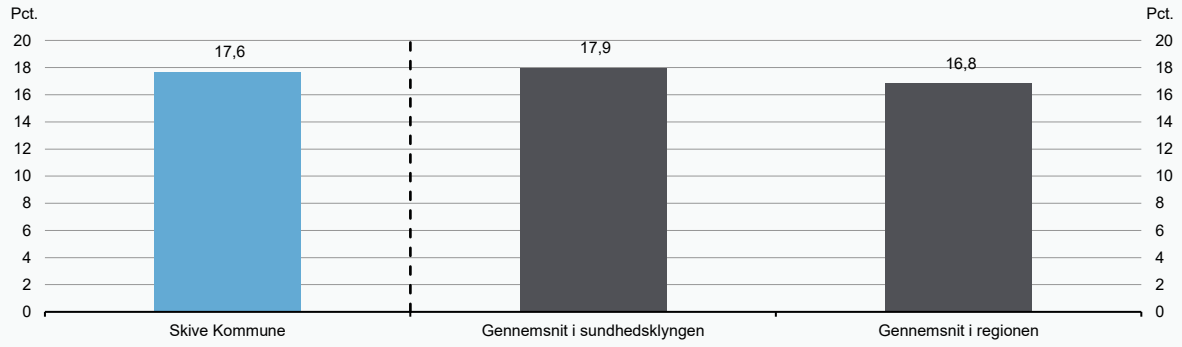
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

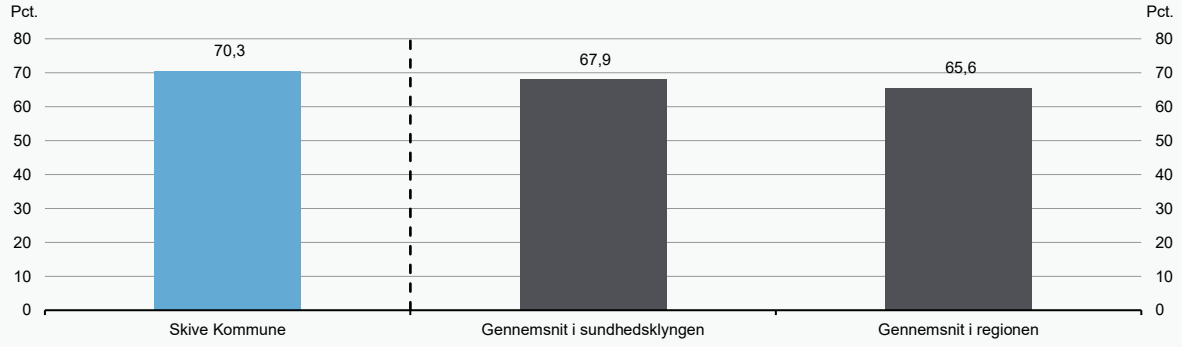
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

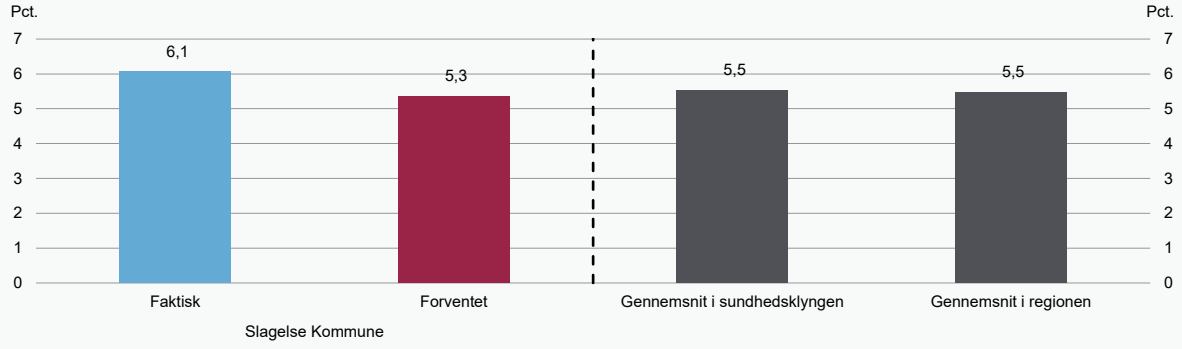


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Slagelse Kommune

Figur 1

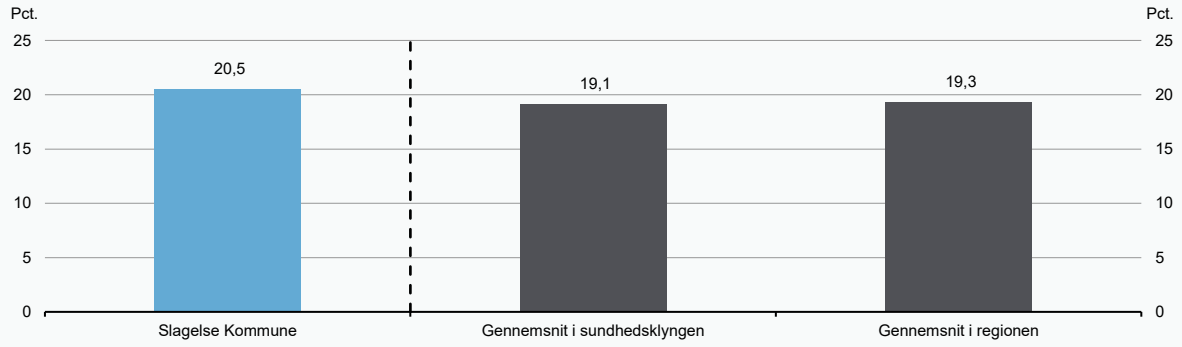
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

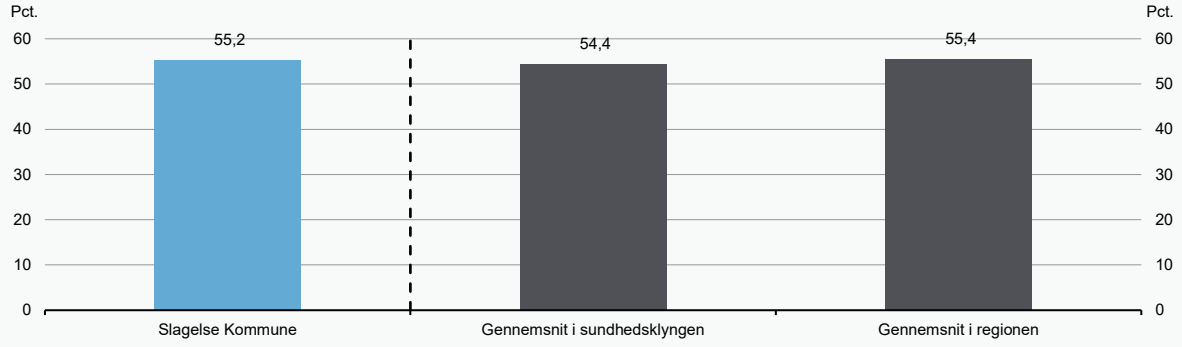
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

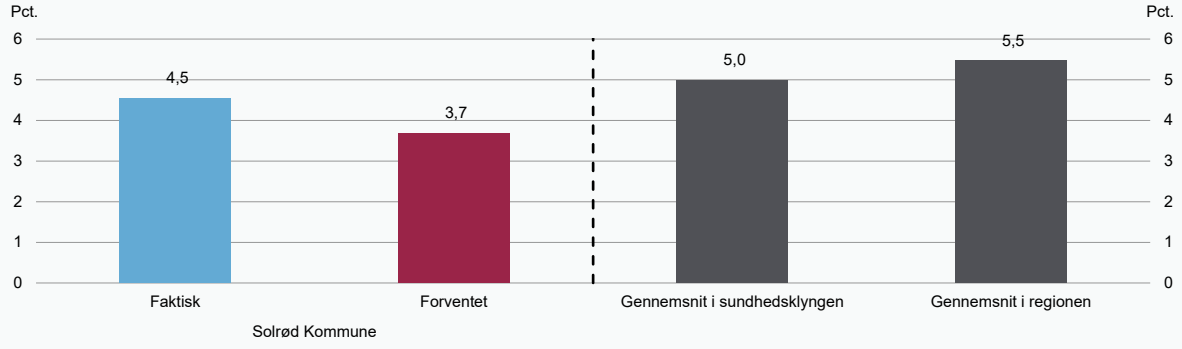


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Solrød Kommune

Figur 1

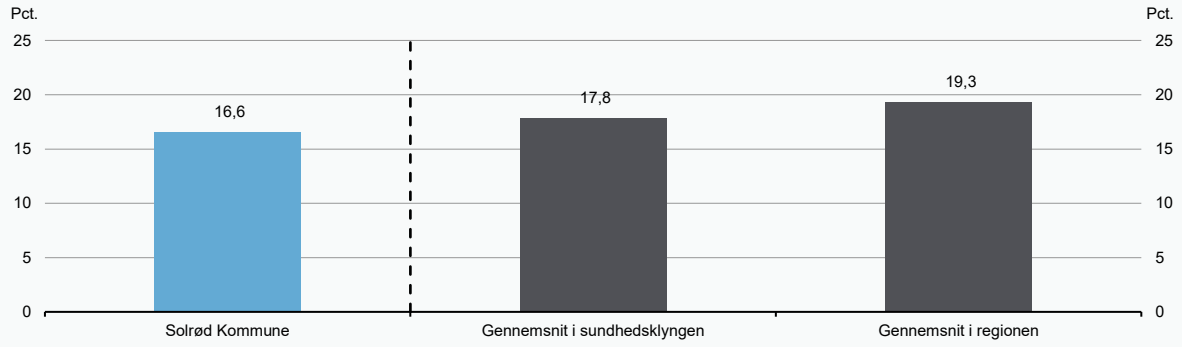
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

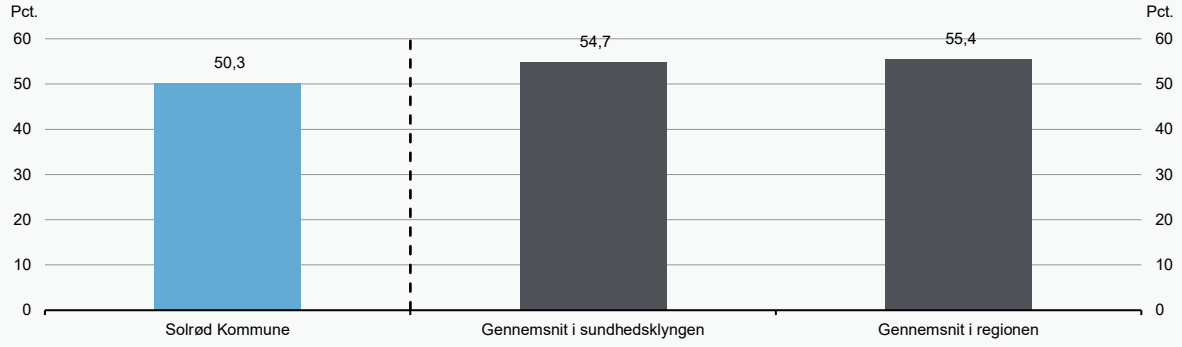
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

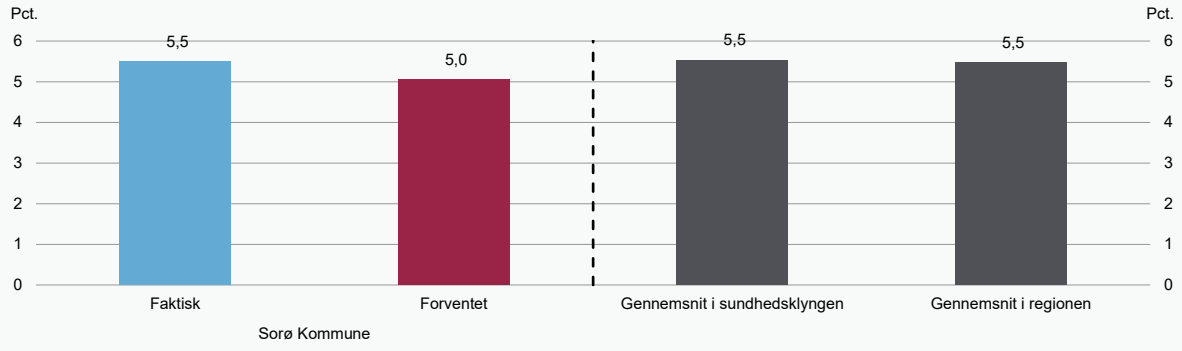


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sorø Kommune

Figur 1

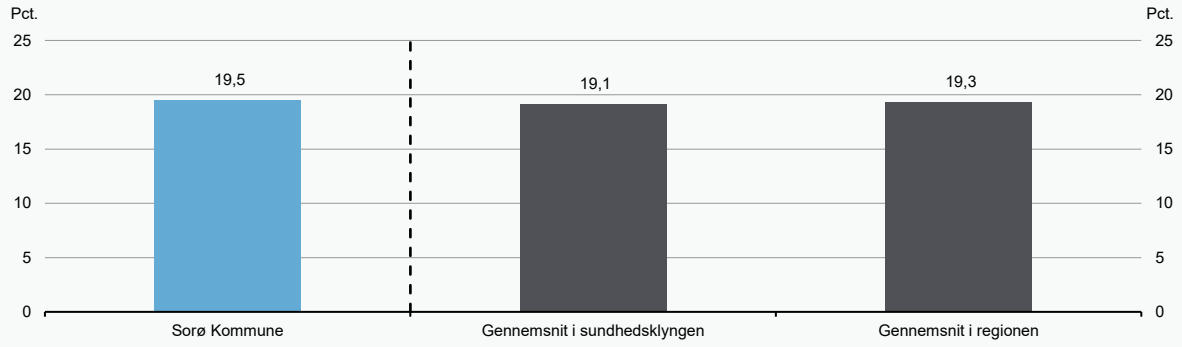
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

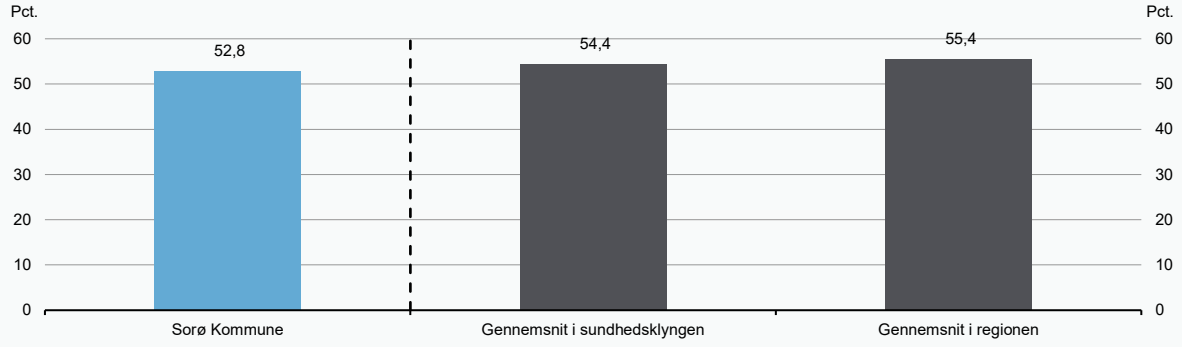
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

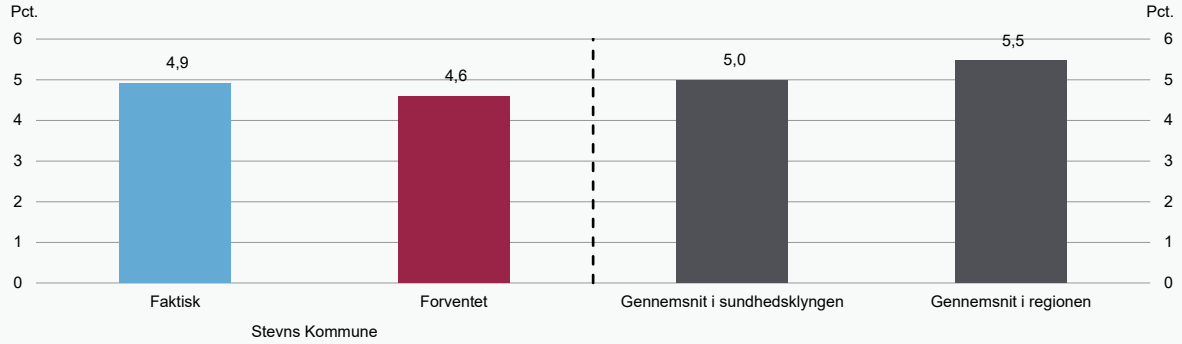


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Stevns Kommune

Figur 1

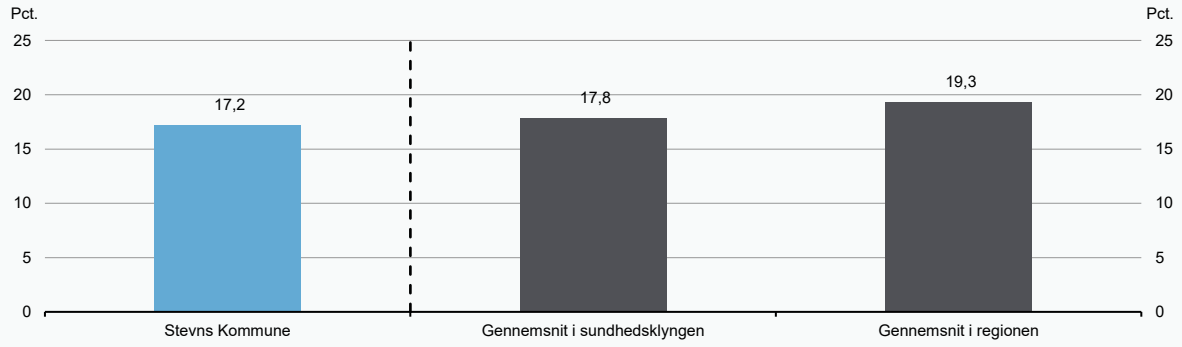
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

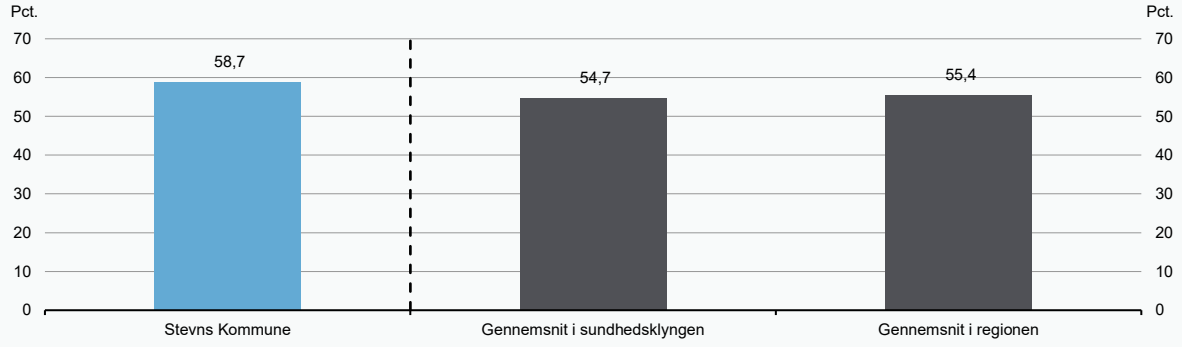
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

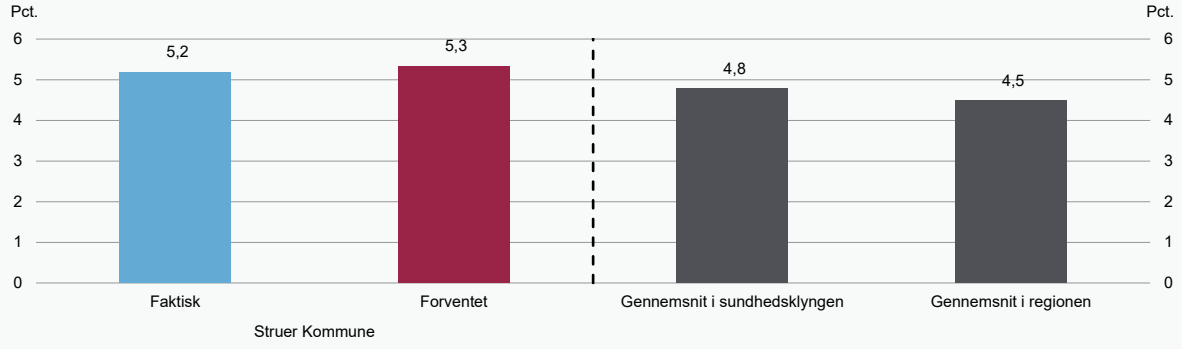


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Struer Kommune

Figur 1

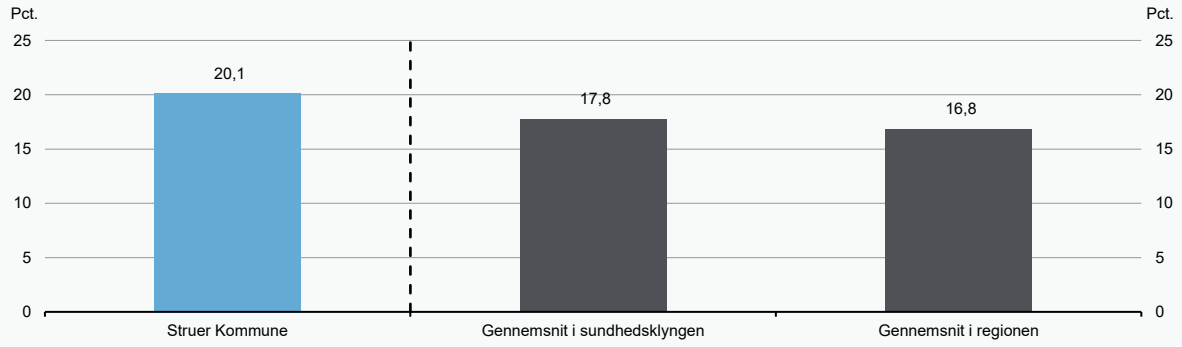
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

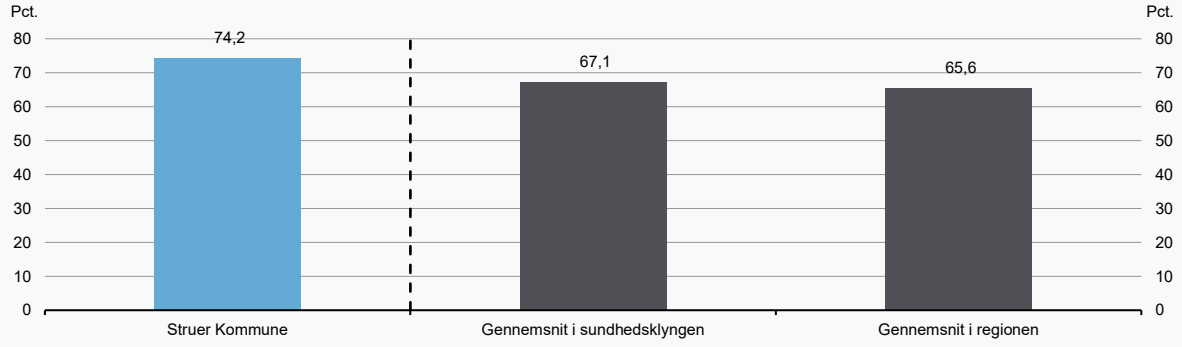
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

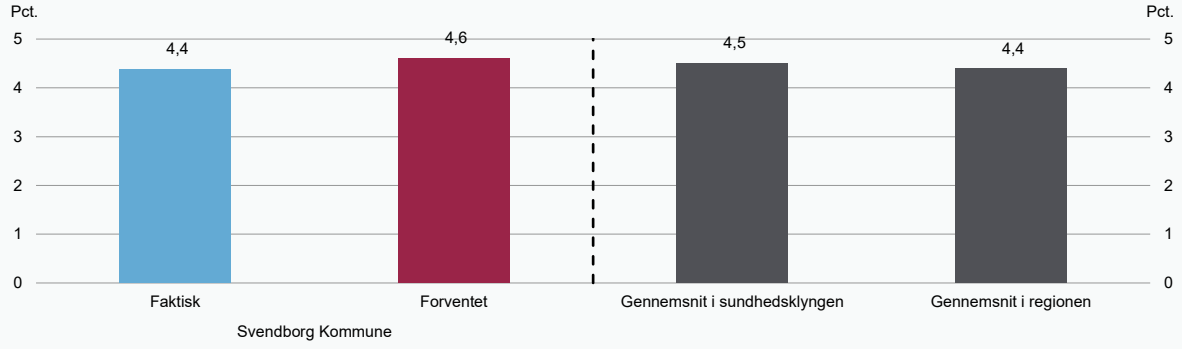


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Svendborg Kommune

Figur 1

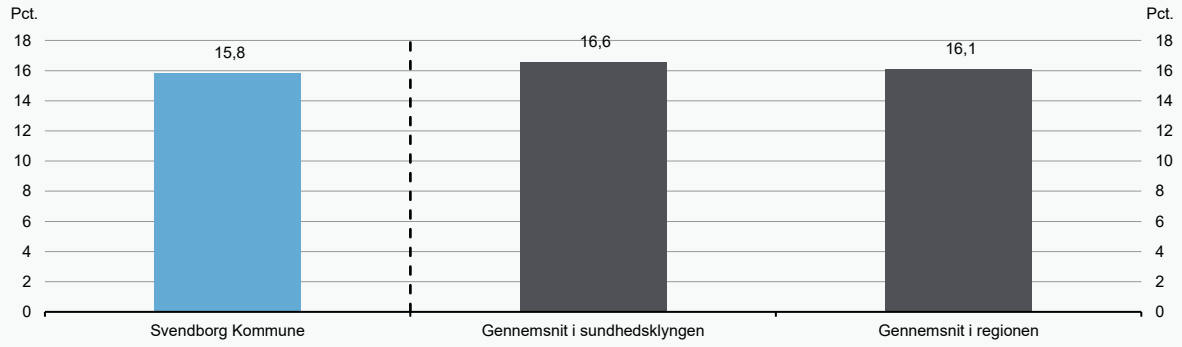
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

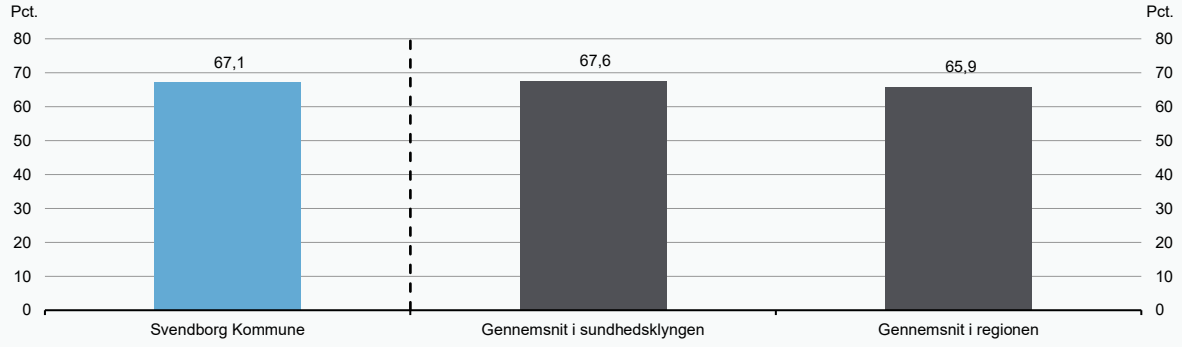
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

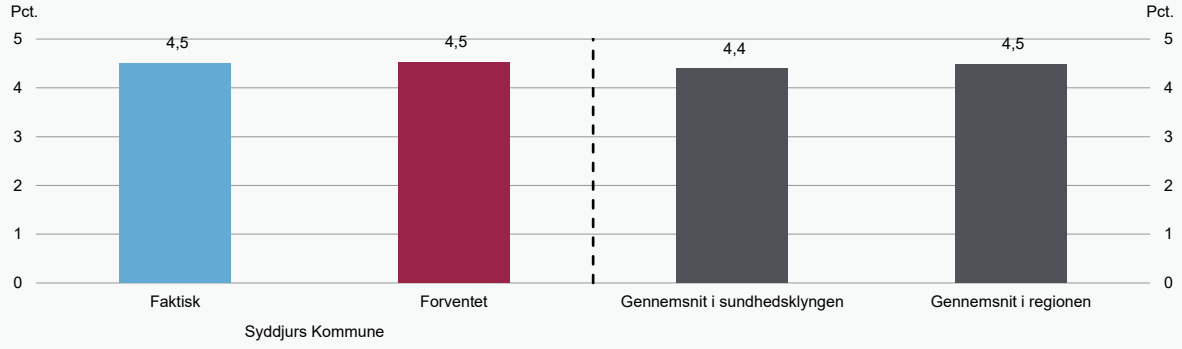


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Syddjurs Kommune

Figur 1

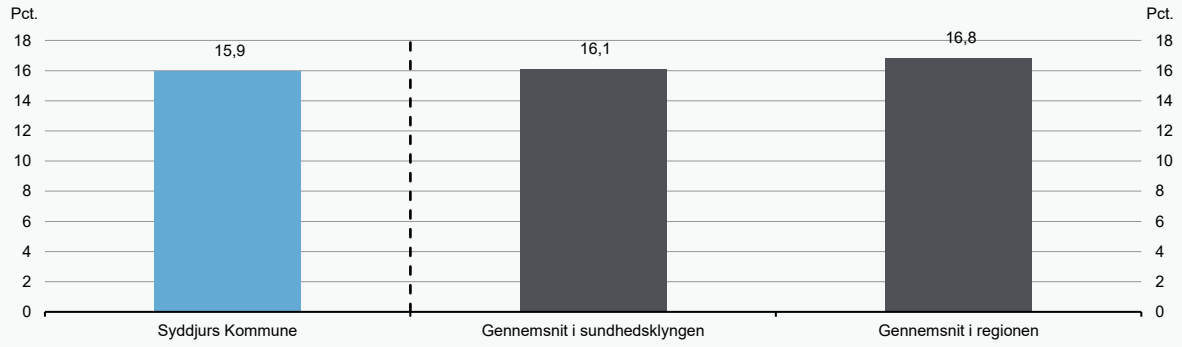
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

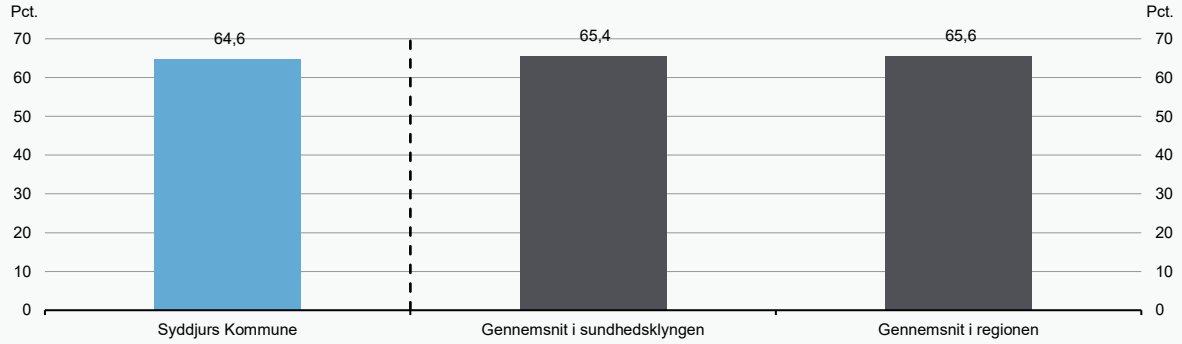
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

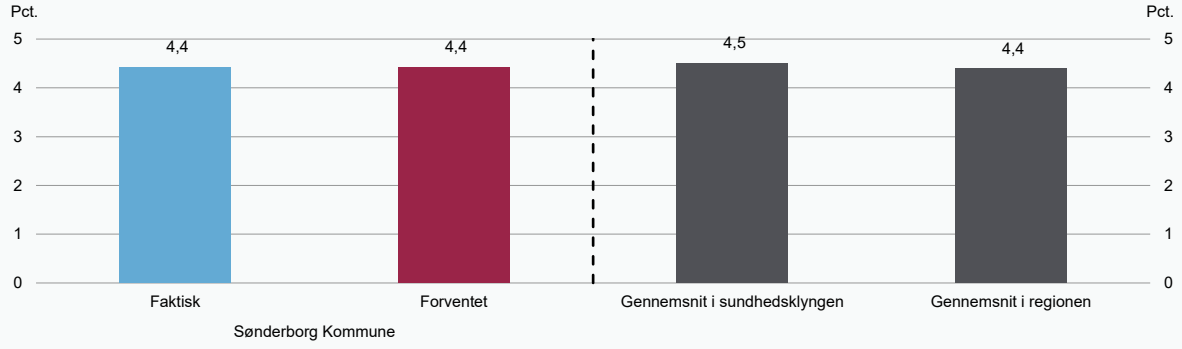


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sønderborg Kommune

Figur 1

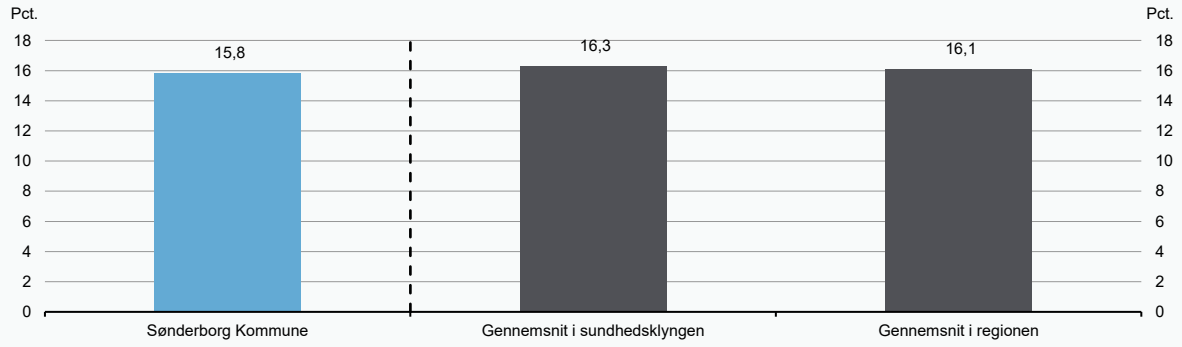
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

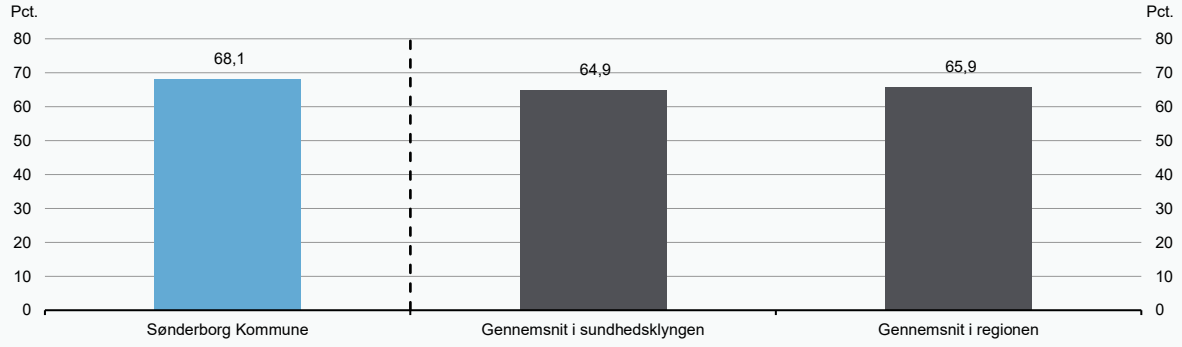
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

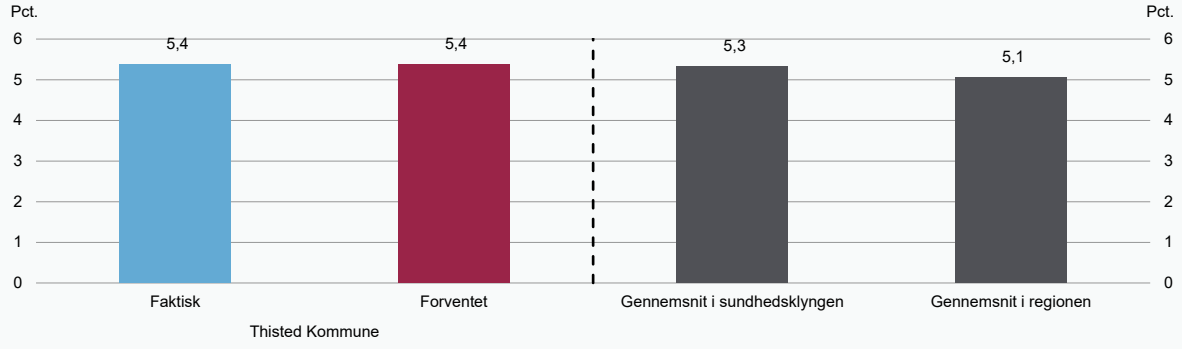


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Thisted Kommune

Figur 1

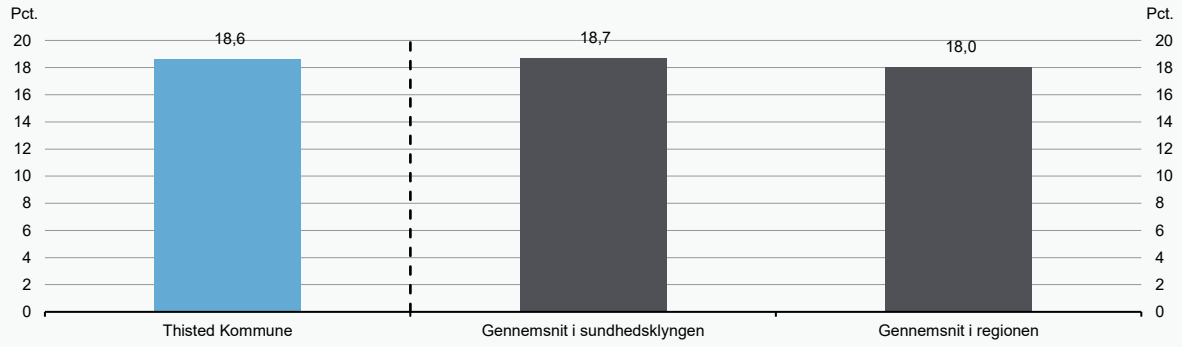
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

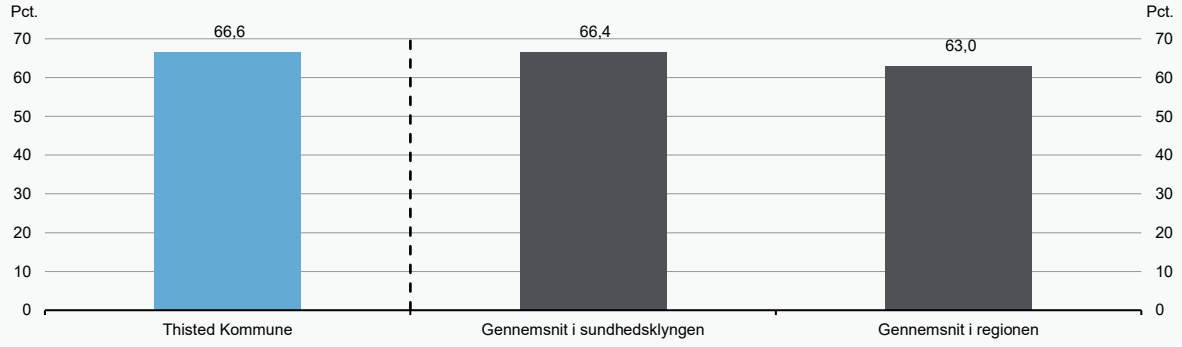
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

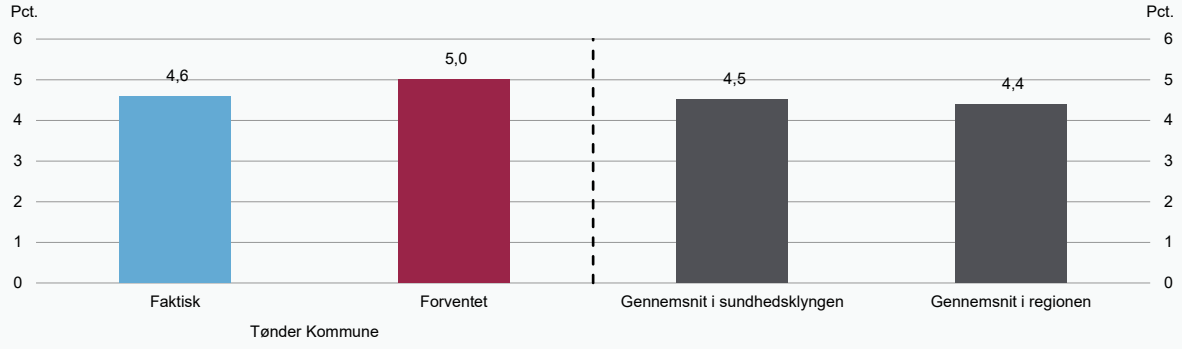


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tønder Kommune

Figur 1

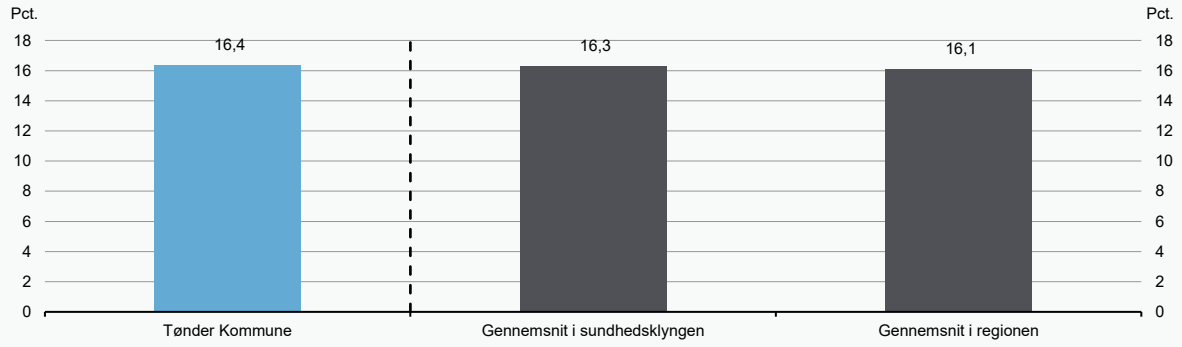
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

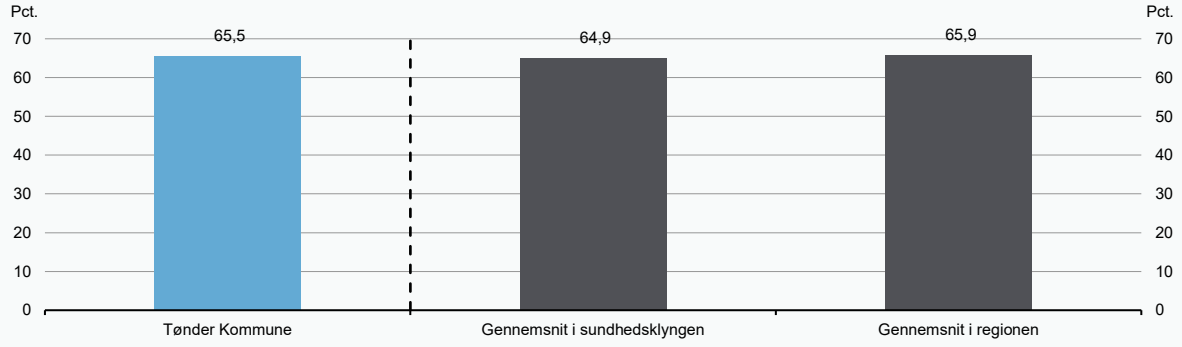
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

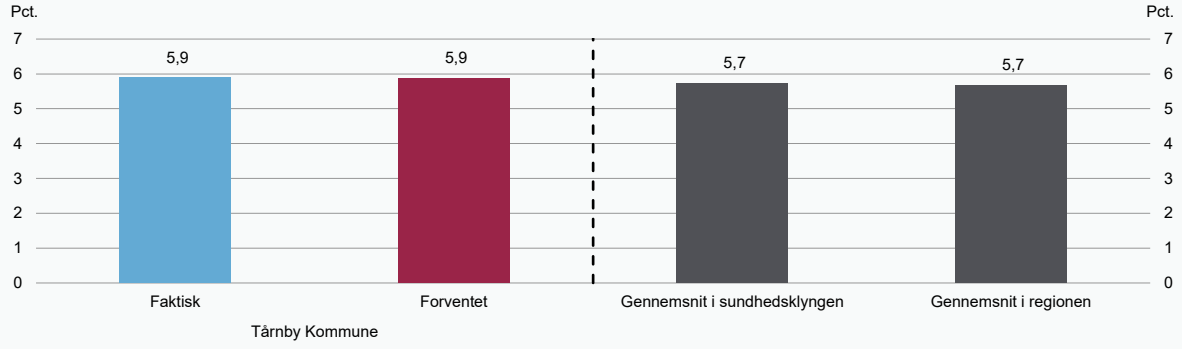


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tårnby Kommune

Figur 1

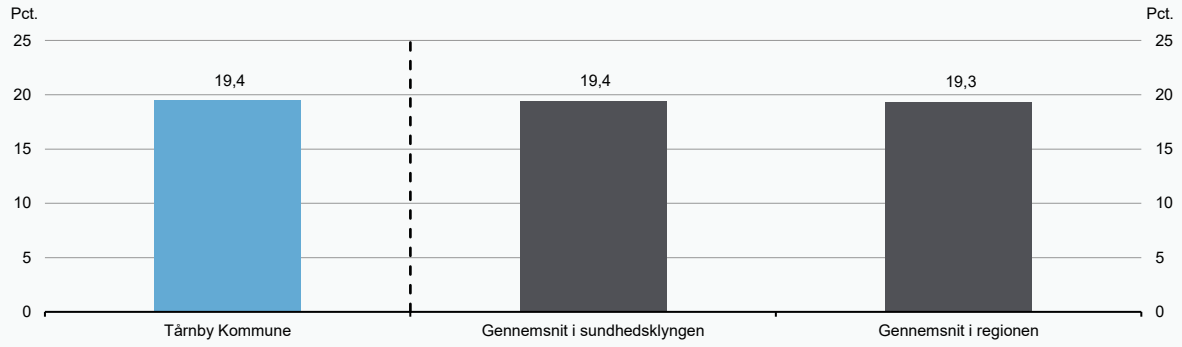
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

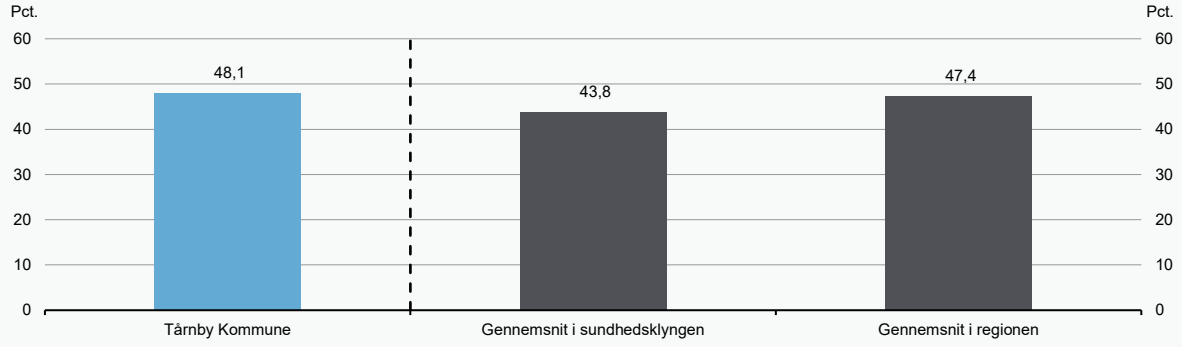
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

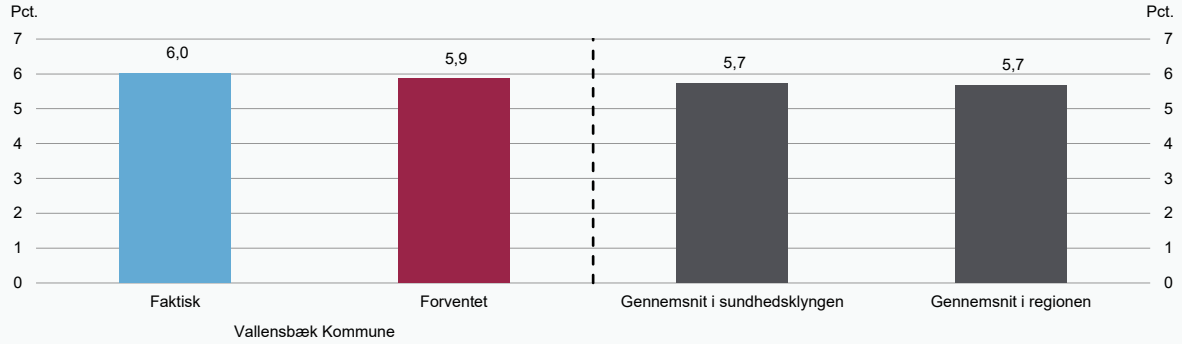


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vallensbæk Kommune

Figur 1

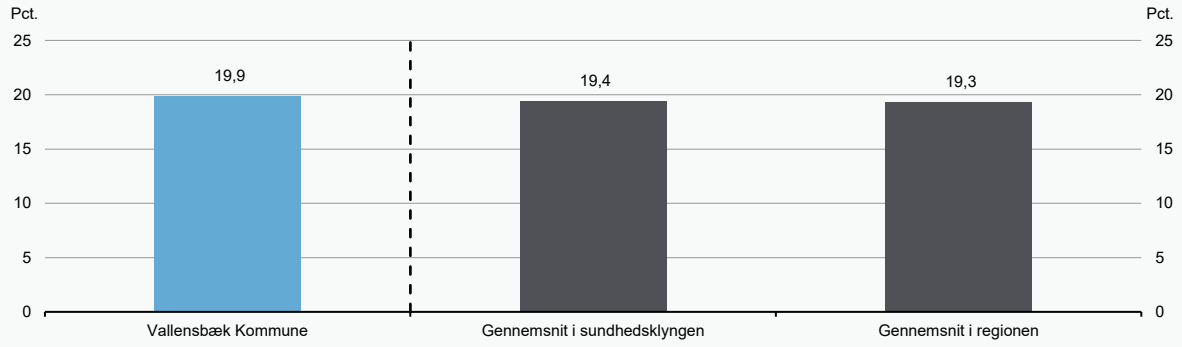
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

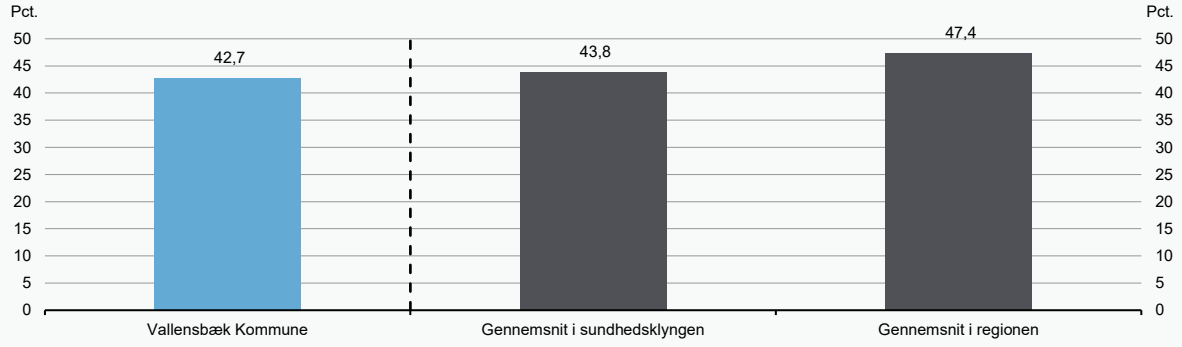
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

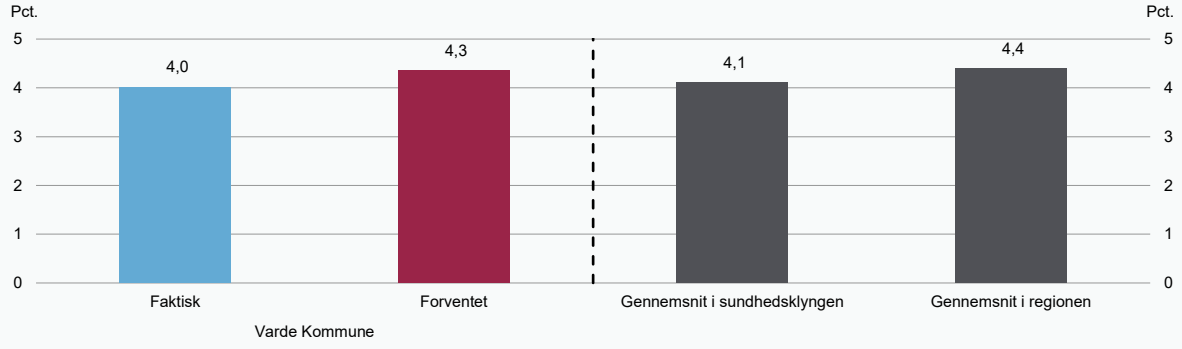


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Varde Kommune

Figur 1

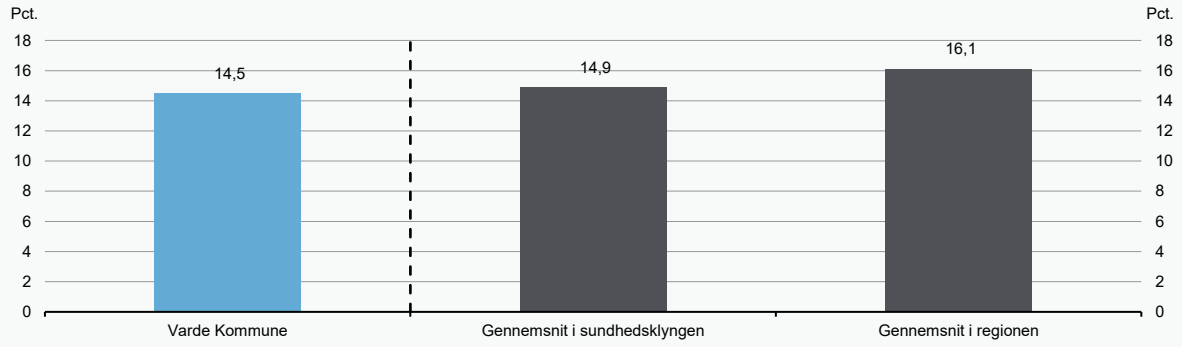
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

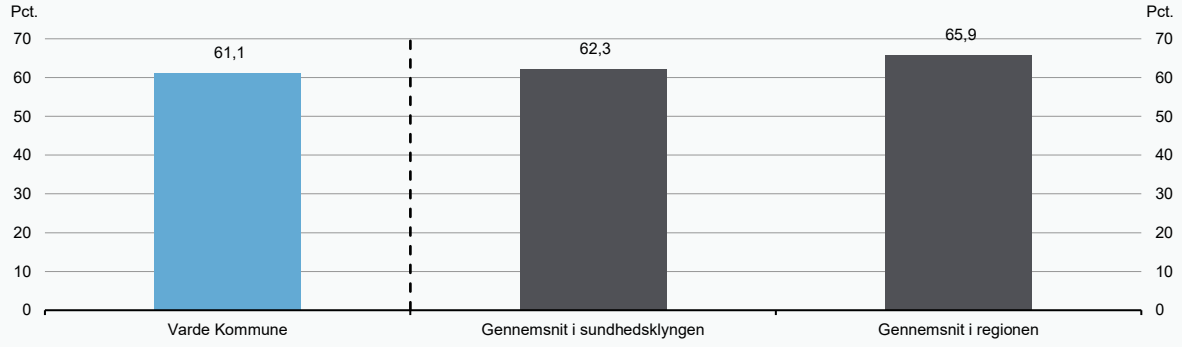
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

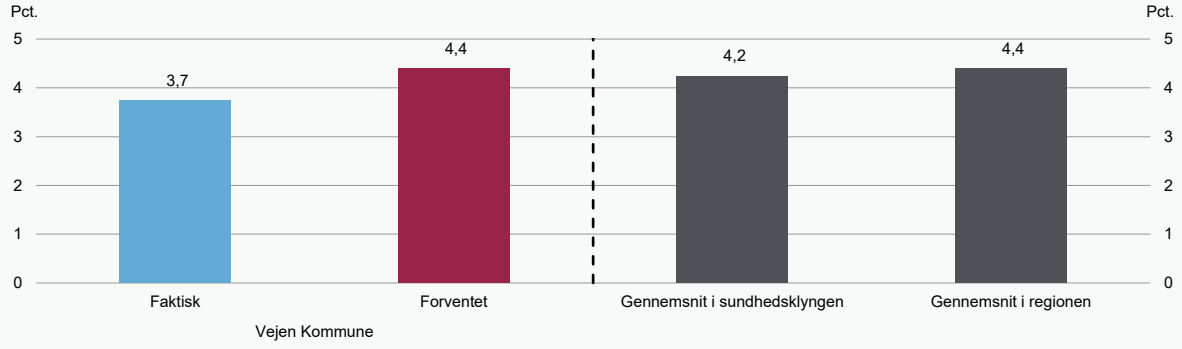


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vejen Kommune

Figur 1

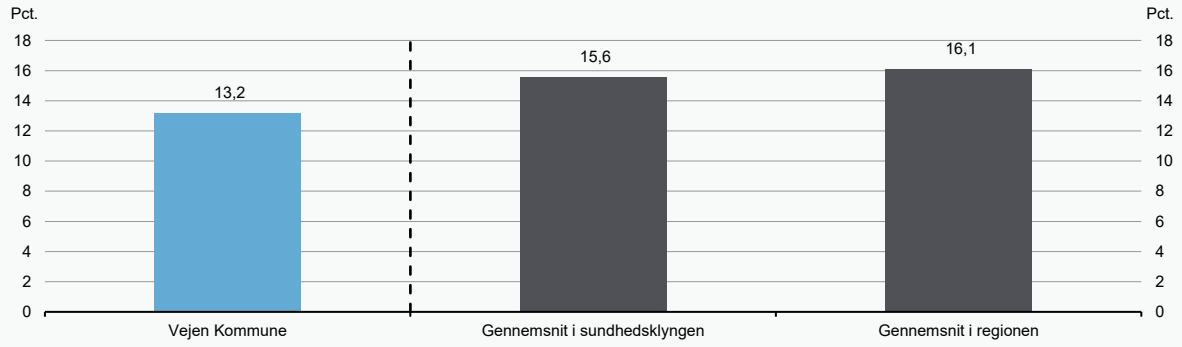
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

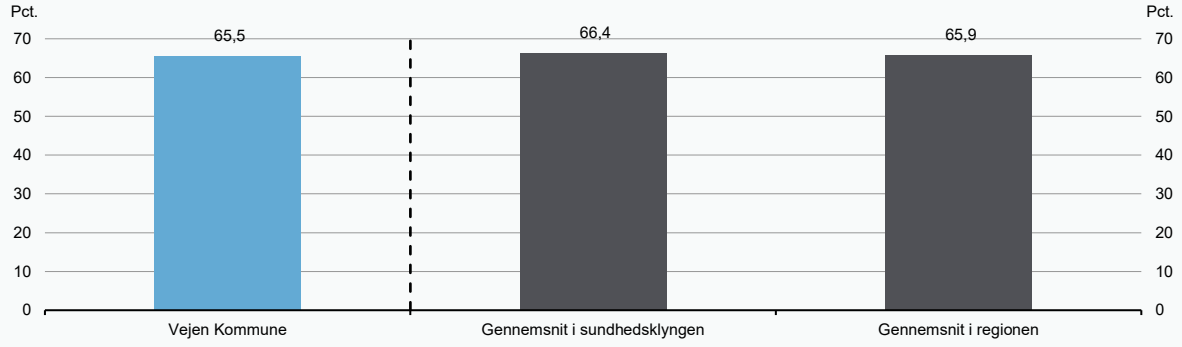
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

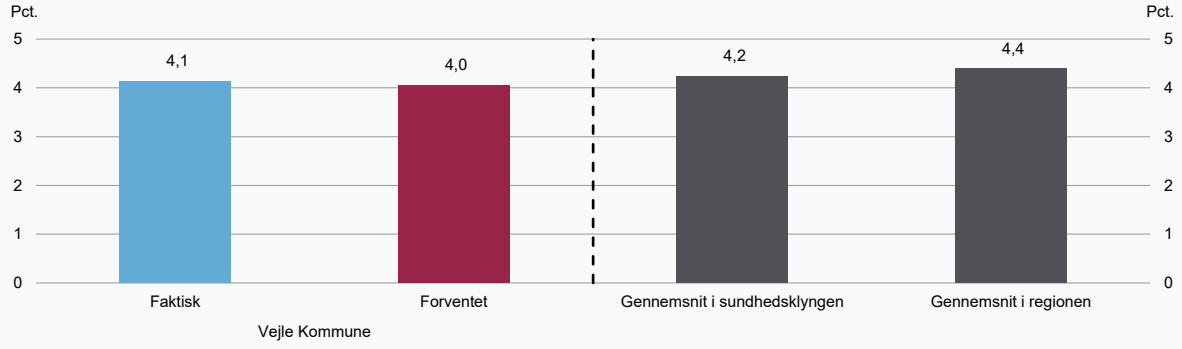


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vejle Kommune

Figur 1

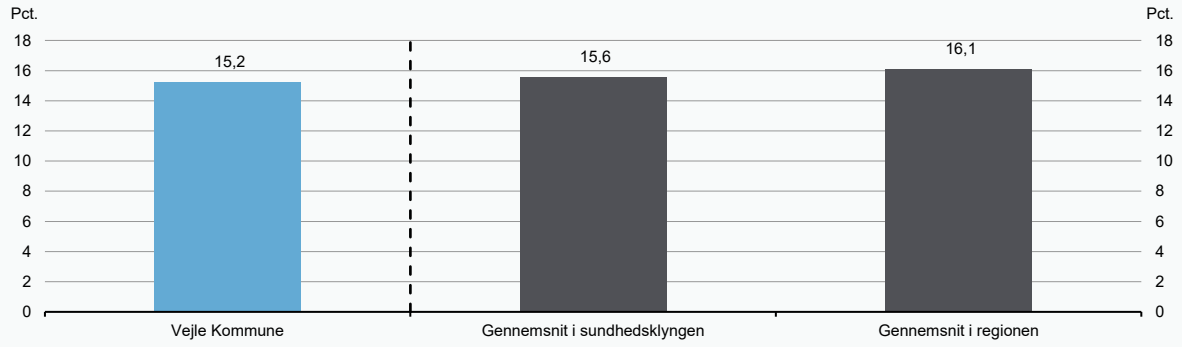
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

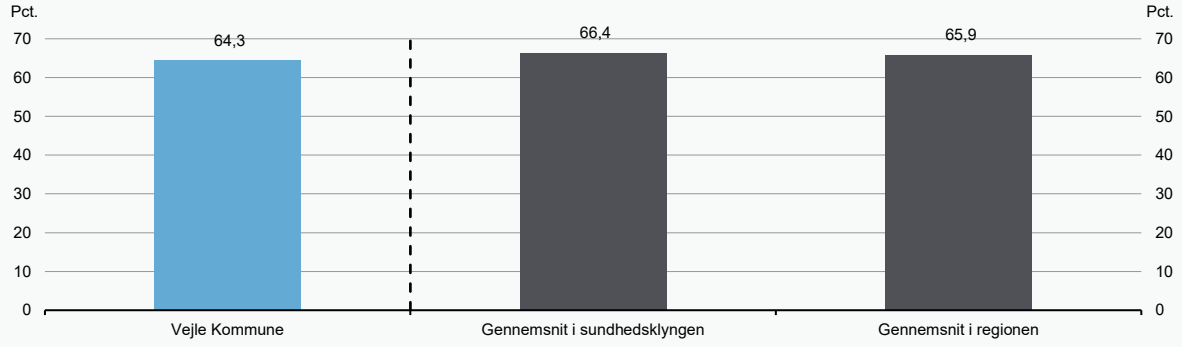
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

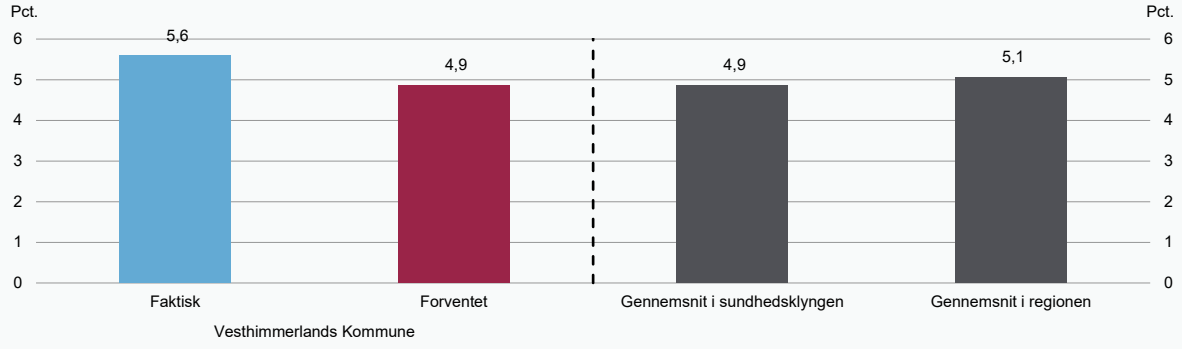


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vesthimmerlands Kommune

Figur 1

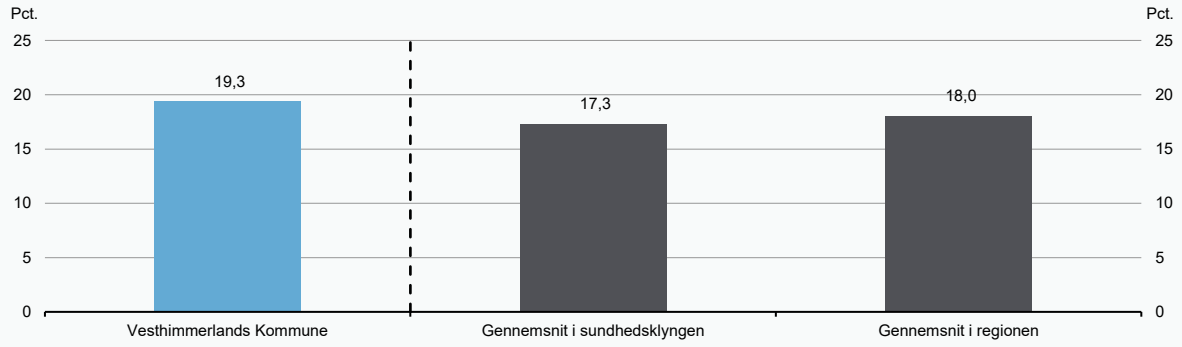
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

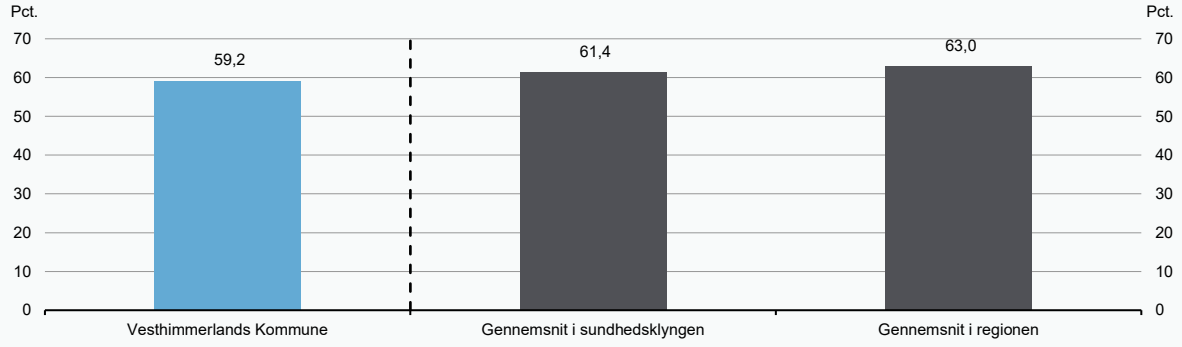
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

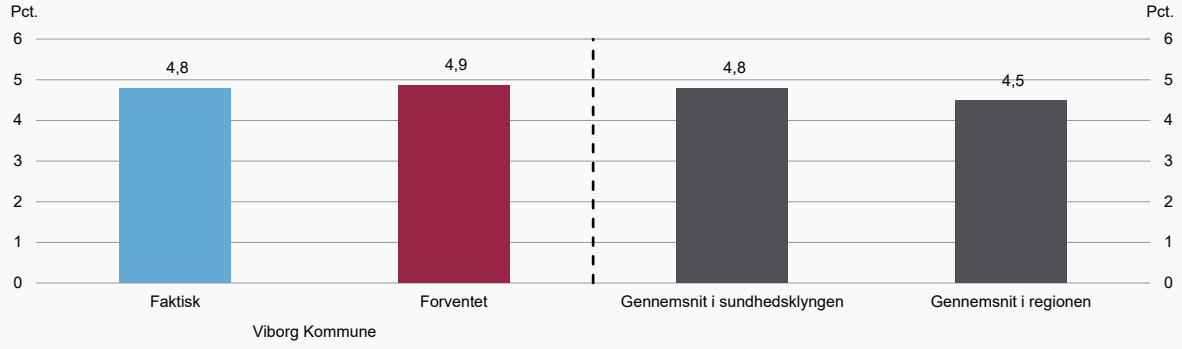


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Viborg Kommune

Figur 1

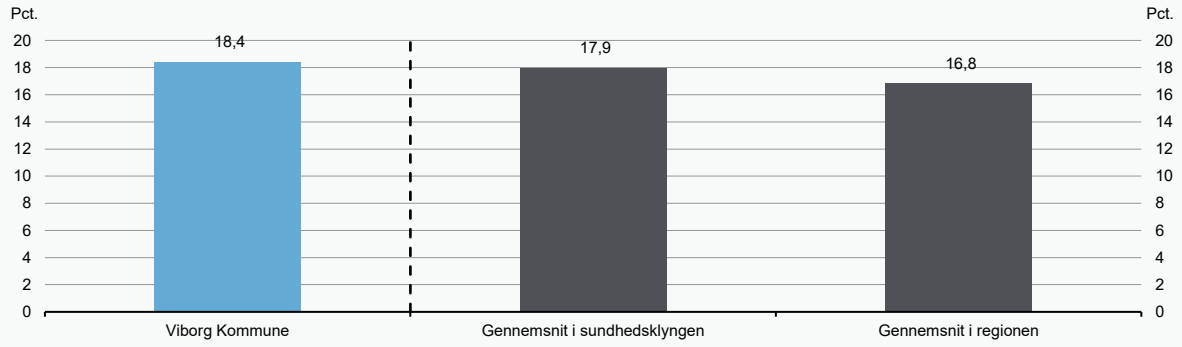
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

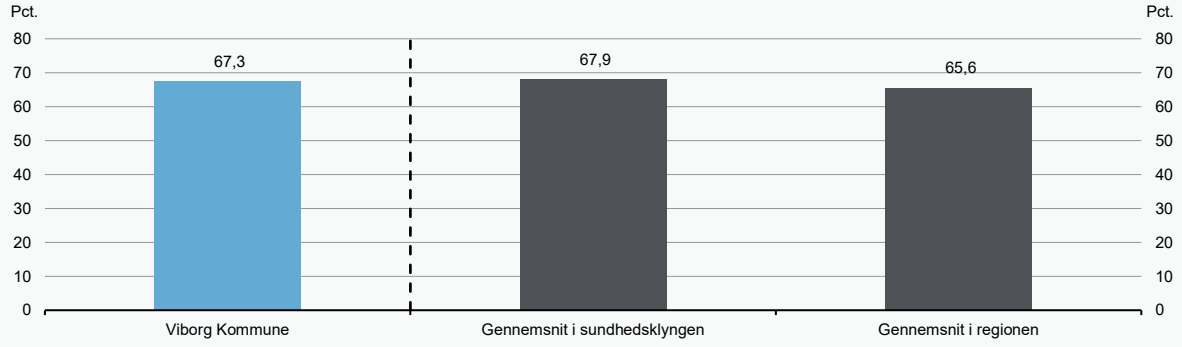
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

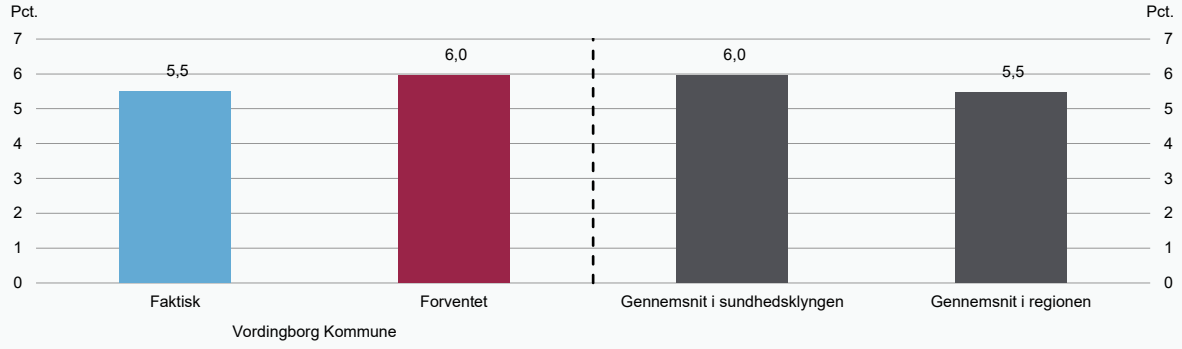


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vordingborg Kommune

Figur 1

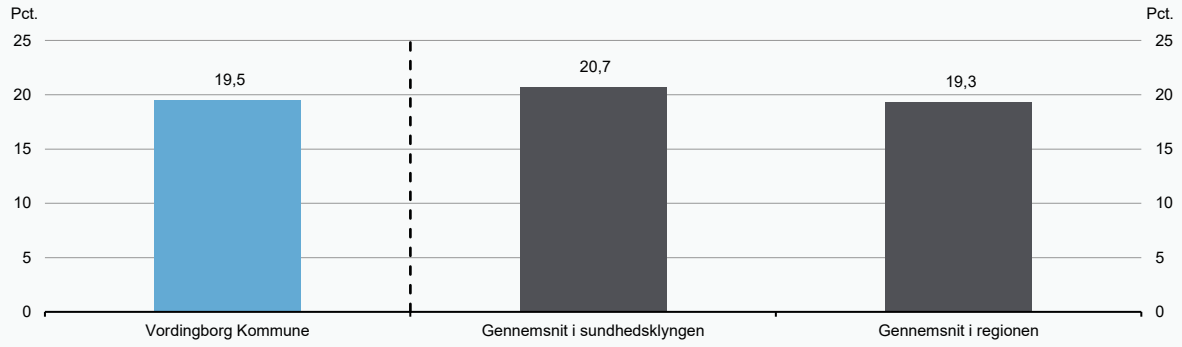
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

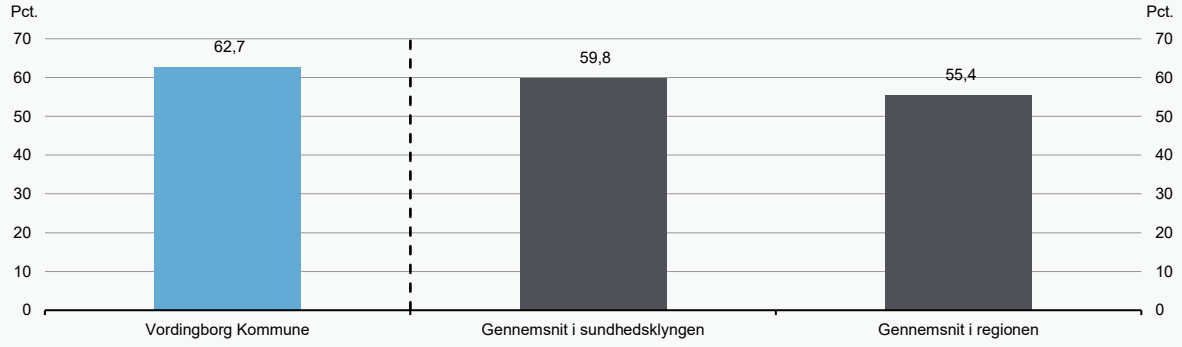
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

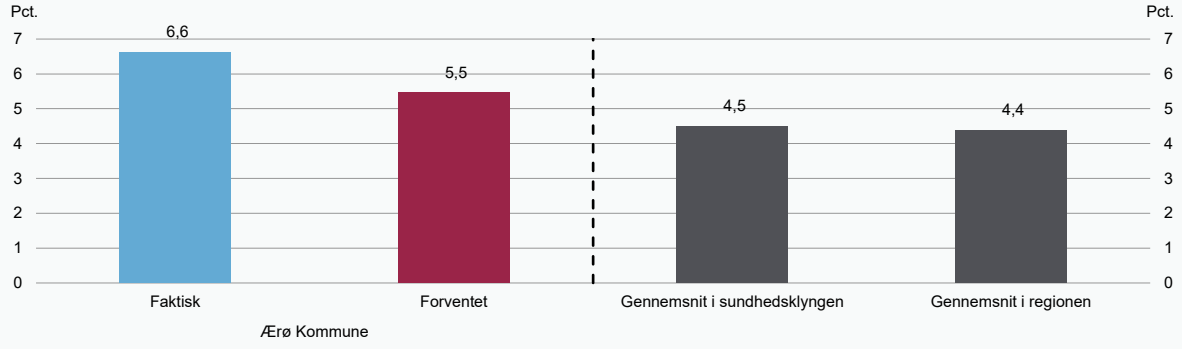


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ærø Kommune

Figur 1

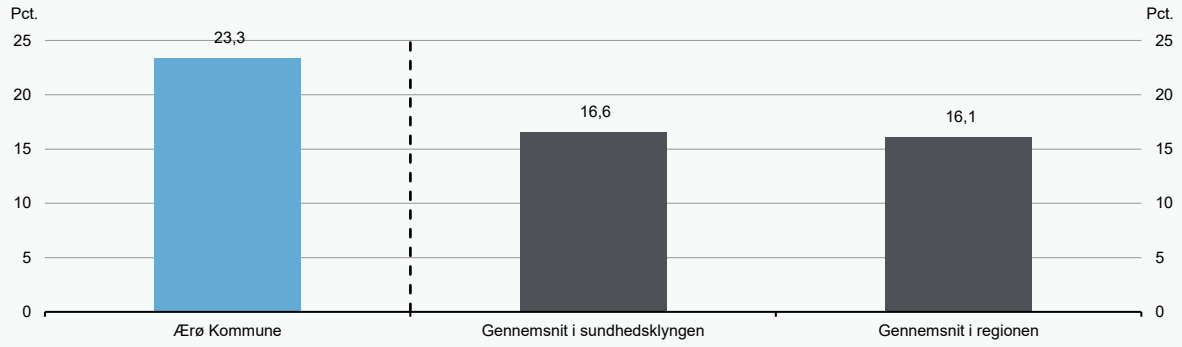
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

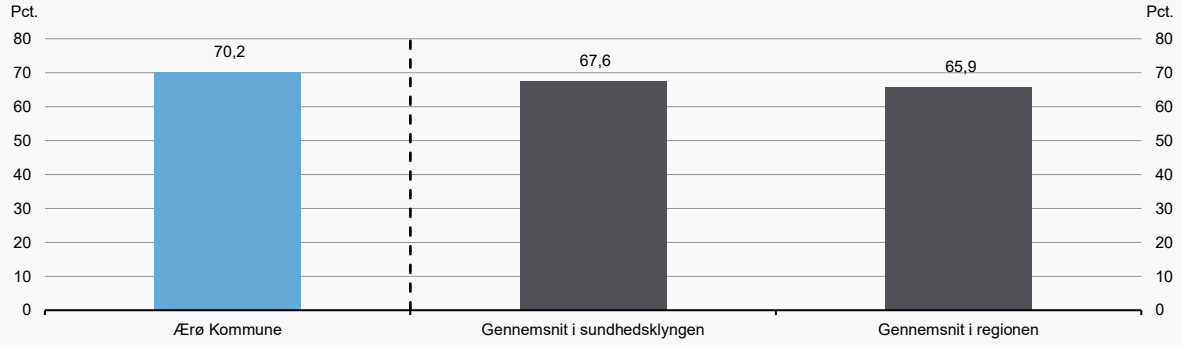
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

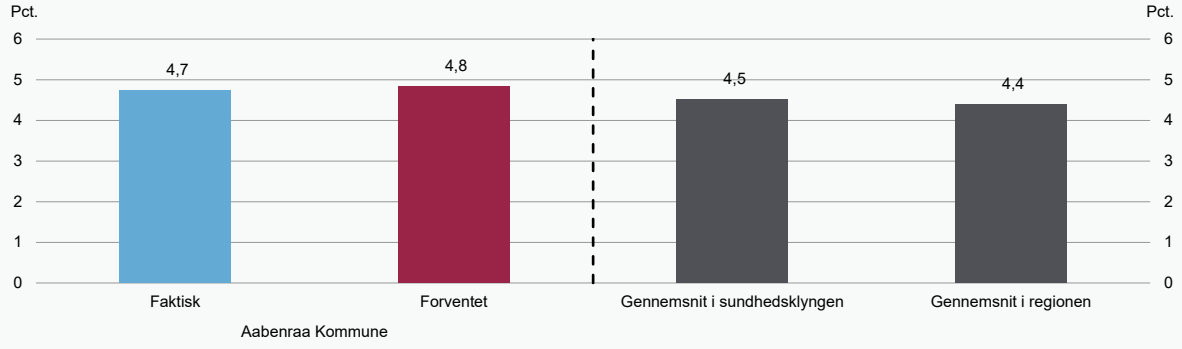


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Aabenraa Kommune

Figur 1

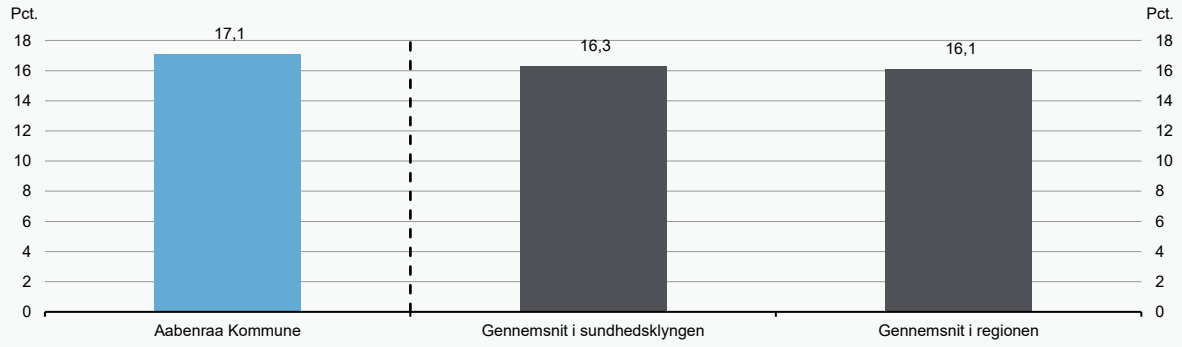
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

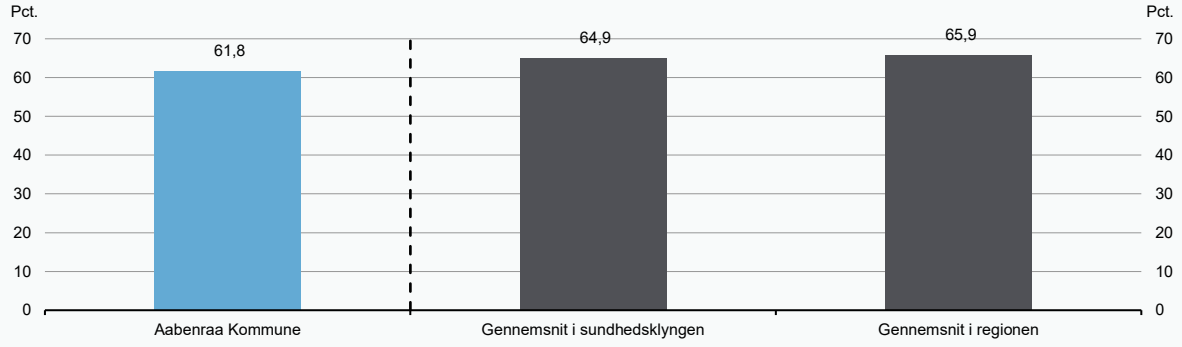
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

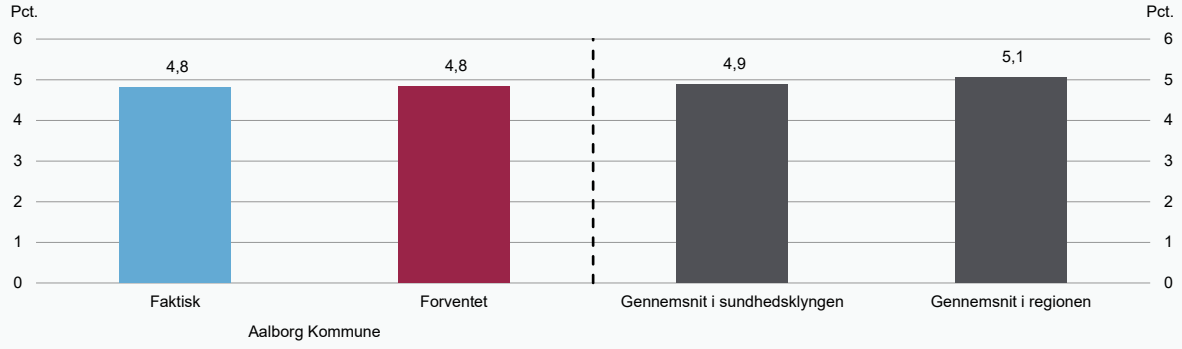


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Aalborg Kommune

Figur 1

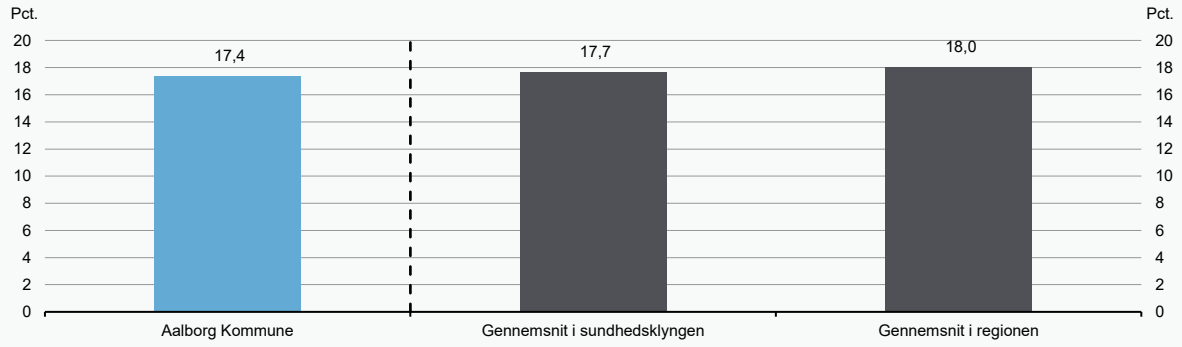
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

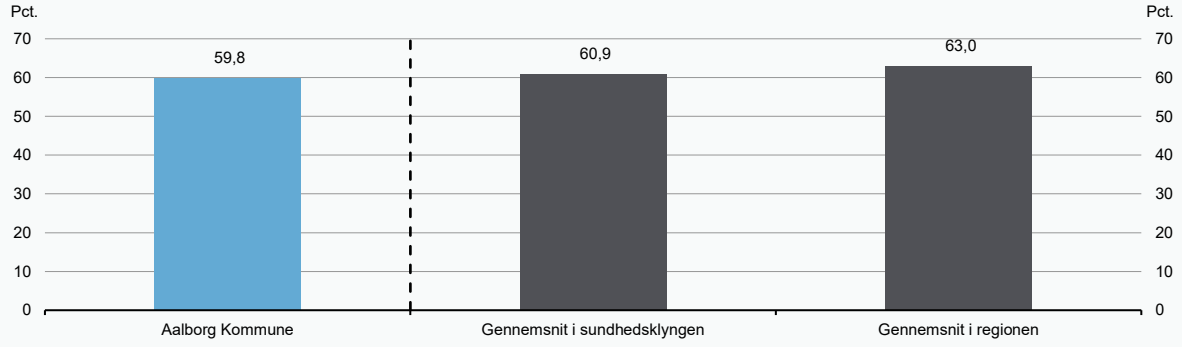
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

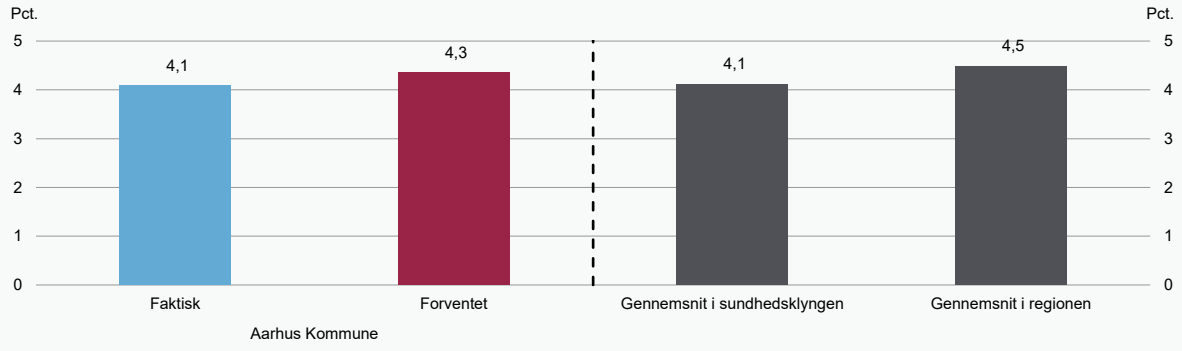


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Aarhus Kommune

Figur 1

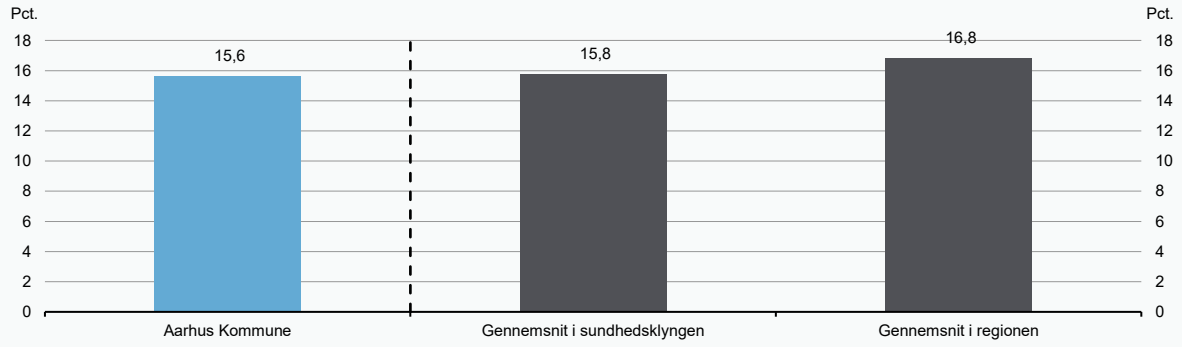
Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2

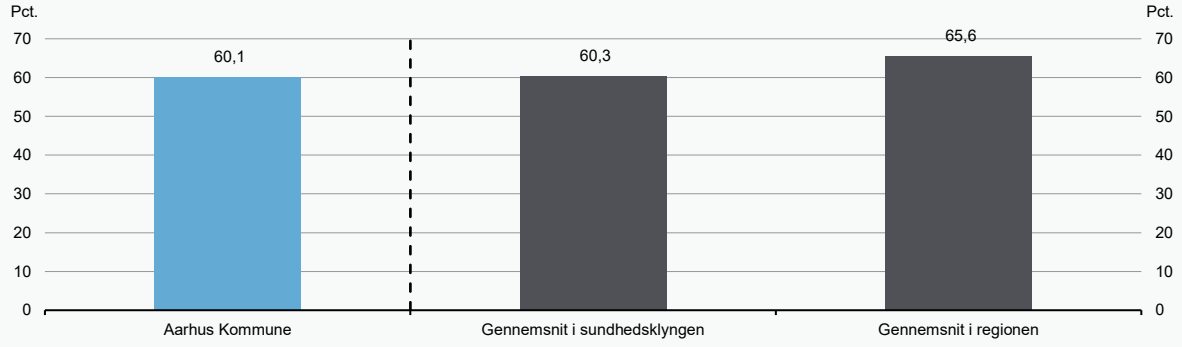
Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Ældre, kronikere eller modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bilag 3: Sådan placerer din sundhedsklynge sig

Analyse af hyppige akutte patienter

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

Læsevejledning 3
Fynsklyngen (Syddanmark) 4
Gødstrupklyngen (Midtjylland) 5
Horsensklyngen (Midtjylland) 6
Klynge Byen (Hovedstaden) 7
Klynge Midt (Hovedstaden) 8
Klynge Midt (Nordjylland) 9
Klynge Nord (Hovedstaden) 10
Klynge Nord (Nordjylland) 11
Klynge Syd (Hovedstaden) 12
Klynge Syd (Nordjylland) 13
Klynge Vest (Nordjylland) 14
Klyngen Holbæk (Sjælland) 15
Klyngen Nykøbing F (Sjælland) 16
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland) 17
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland) 18
Lillebæltklyngen (Syddanmark) 19
Midtklyngen (Midtjylland) 20
Randersklyngen (Midtjylland) 21
Sundhedsklyngen Bornholm (Hovedstaden) 22
Sydvestjysk klynge (Syddanmark) 23
Sønderjysk klynge (Syddanmark) 24
Århusklyngen (Midtjylland) 25

Læsevejledning

I dette bilag præsenteres fire figurer for hver enkelt sundhedsklynge. Opgørelserne er generelt afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Bemærk, at akserne på de forskellige figurer kan variere mellem sundhedsklyngerne. Tallene bag de fire figurer kan findes på tabelform i bilag 3 ”Sundhedsklyngespecifikke nøgletal”. For at øge robustheden i den enkelte sundhedsklynges resultater og mindske sandsynligheden for tilfældigheder, er alle resultater baseret på en treårig periode 2021-2023.

Særligt om sammenligninger af sundhedsklynger på tværs af regioner
Region Hovedstadens organisering af den regionale akutordning medfører, at ambulant aktivitet og den samlede akutte sygehusaktivitet systematisk er højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Da dette også afspejles i landsgennemsnittet, har vi valgt ikke at sammenligne de enkelte sundhedsklynger med landsgennemsnittet, men derimod det regionale gennemsnit.

Andelen af hyppige akutte patienter i henholdsvis Region Hovedstaden og i sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark samt Region Sjælland er desuden estimeret ved hjælp af separate statistiske modeller, hvilket er nærmere beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. På den baggrund er niveauerne for sundhedsklyngerne i Region Hovedstaden og de øvrige regioner ikke sammenlignelige.

Figur 1: Andelen af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter
Figuren viser, hvor stor en andel af de akutte patienter i sundhedsklyngen (2021-2023) der udgøres af hyppige akutte patienter. Denne andel sammenholdes både med det forventede niveau på baggrund af sundhedsklyngens lokale rammevilkår og med det faktiske niveau i regionen.

Figur 2: Andelen af den samlede akutte aktivitet, som hyppige akutte patienter står for
Figuren illustrerer, hvor stor en andel af den samlede akutte sygehusaktivitet (det samlede antal akutte sygehusophold) i perioden 2021-2023 der kan tilskrives hyppige akutte patienter. Denne andel sammenlignes med niveauet i regionen.

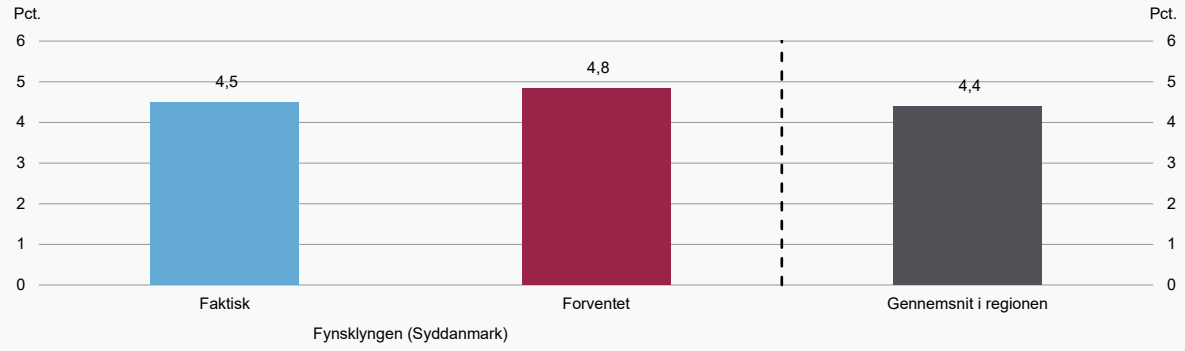
Figur 3: Andel af hyppige akutte patienter i den udvalgte befolkningsgruppe
Figuren viser, hvor stor en andel af de hyppige akutte patienter der enten har udvalgte kroniske sygdomme, er 80 år eller ældre eller modtager kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser. Denne andel sammenlignes med niveauet i regionen. Læs mere om denne delpopulation i hovedrapportens kapitel 3.

Figur 4: Intern variation i benchmarkingindikatoren på kommuneniveau
Figuren præsenterer benchmarkingindikatoren på tværs af kommunerne i sundhedsklyngen. Benchmarkingindikatoren er forskellen mellem den faktiske og forventede andel af hyppige akutte patienter. Den forventede andel afspejler, hvor stor en andel hyppige akutte patienter vi kan forvente, når der tages højde for de givne rammevilkår i kommunen. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”.

Fynsklyngen (Syddanmark)

Figur 1

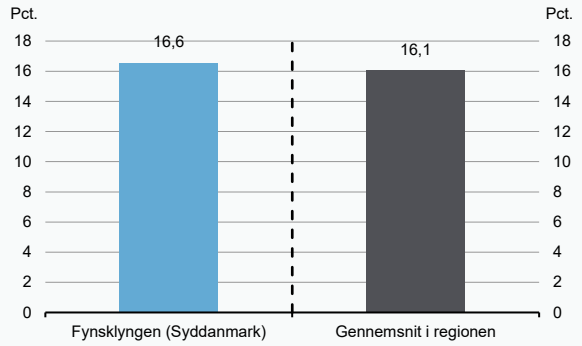
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

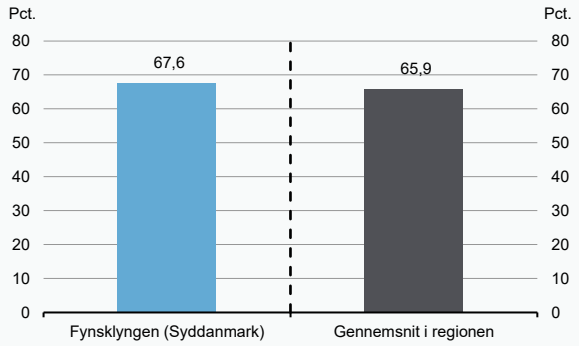
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

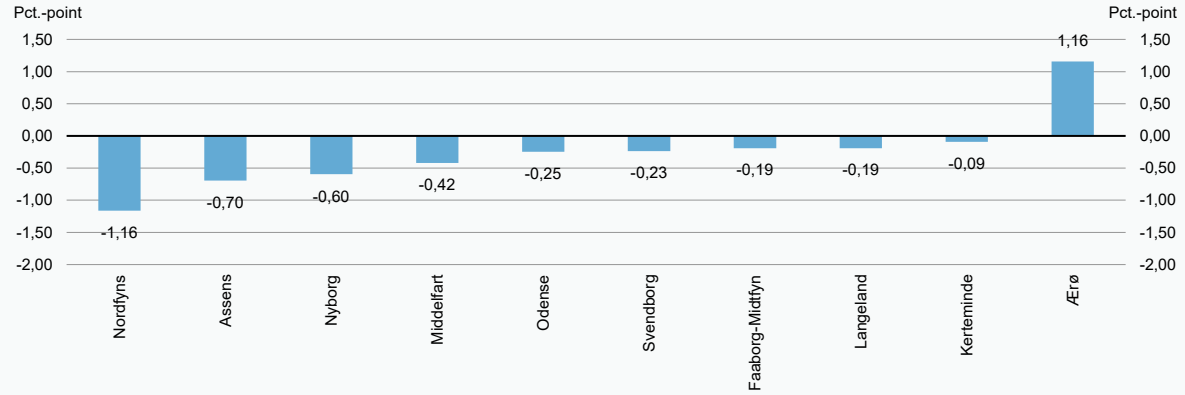
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

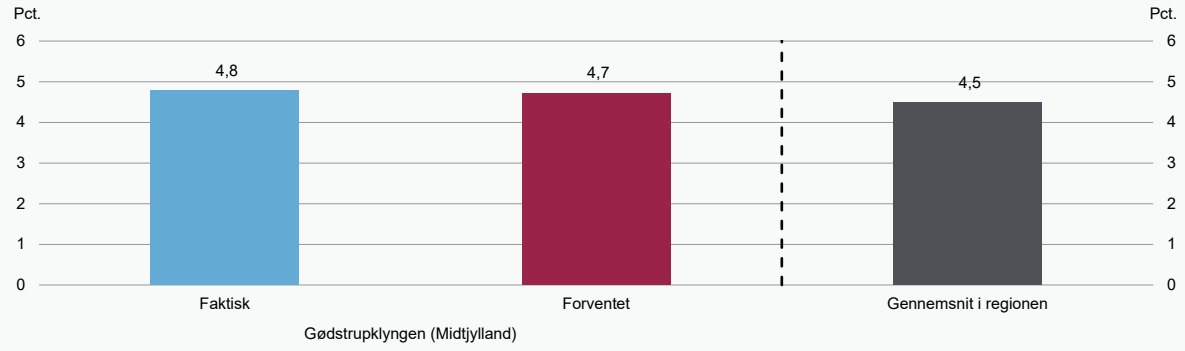


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gødstrupklyngen (Midtjylland)

Figur 1

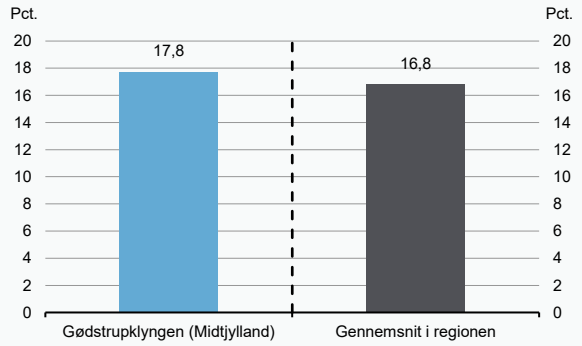
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

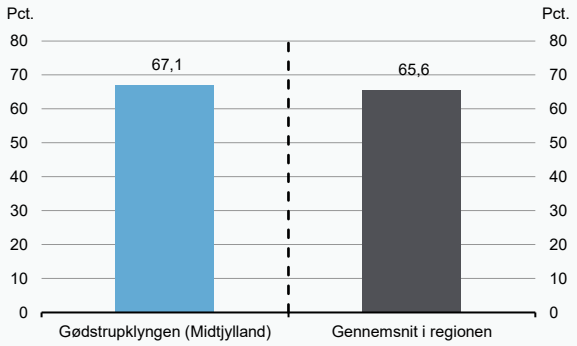
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

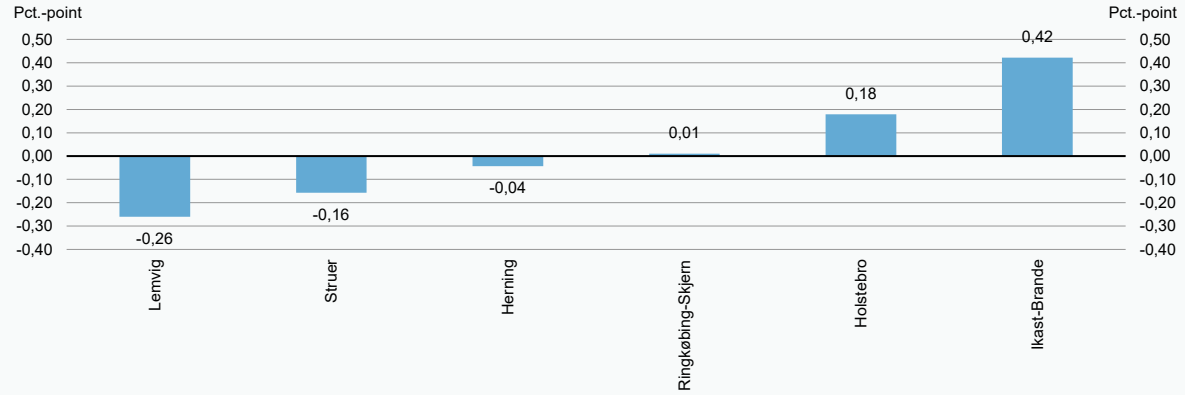
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

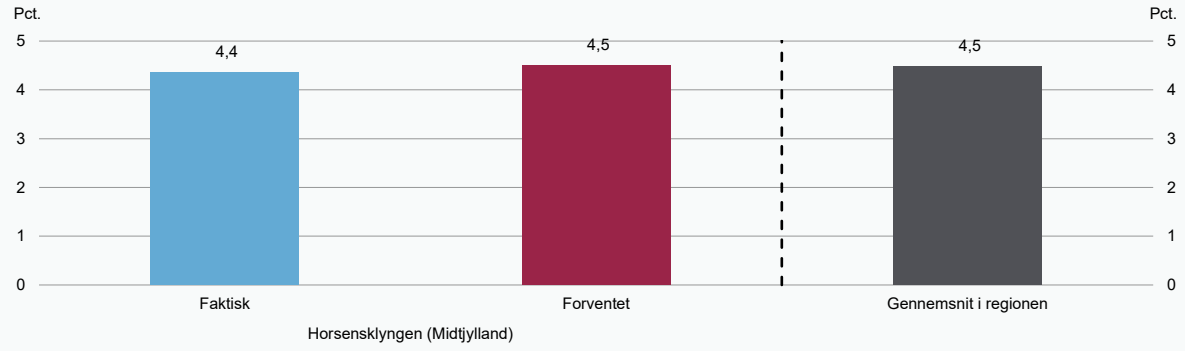


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Horsensklyngen (Midtjylland)

Figur 1

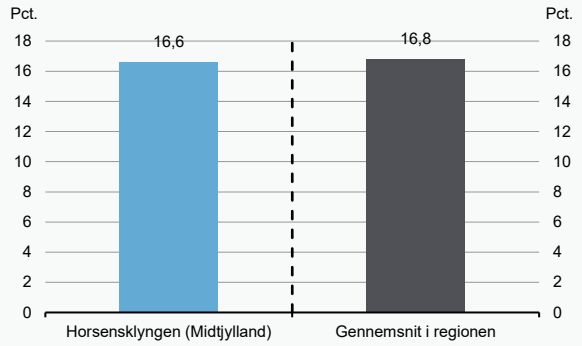
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

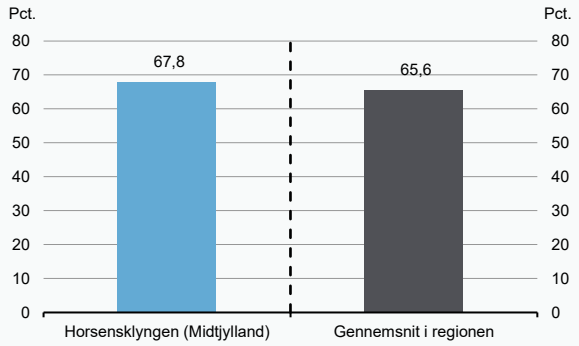
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

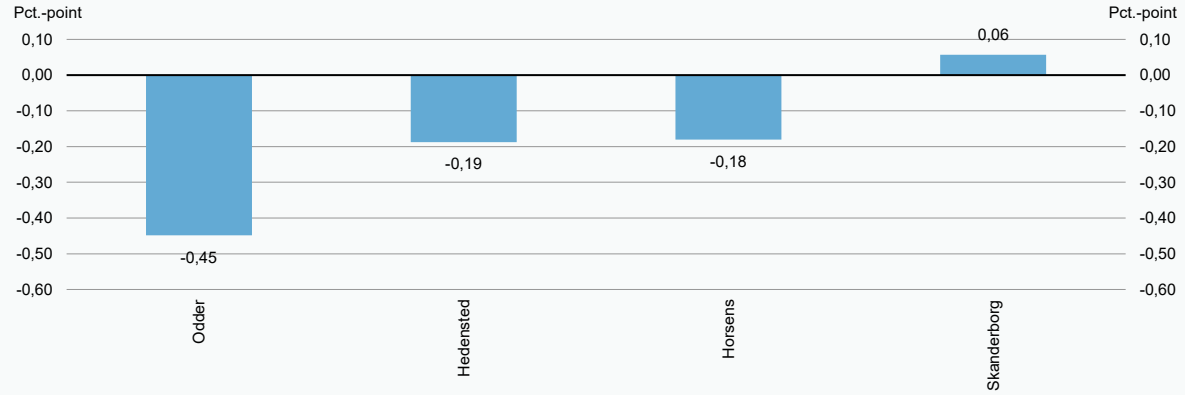
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

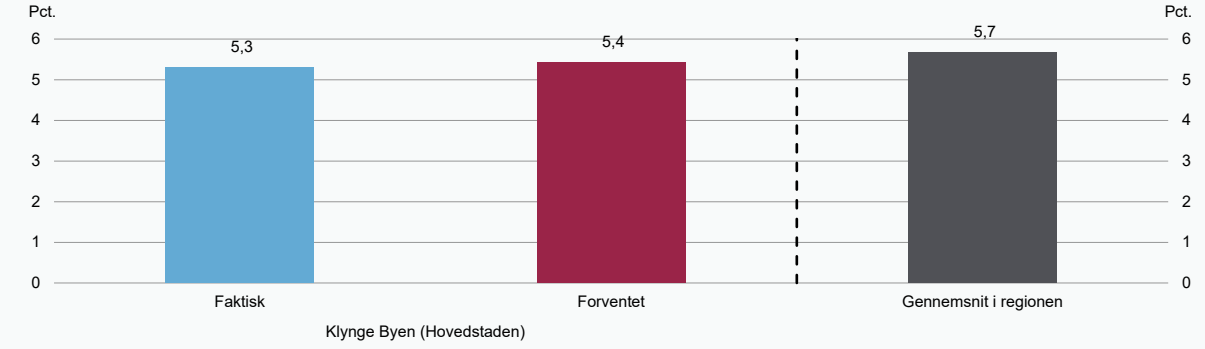


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Byen (Hovedstaden)

Figur 1

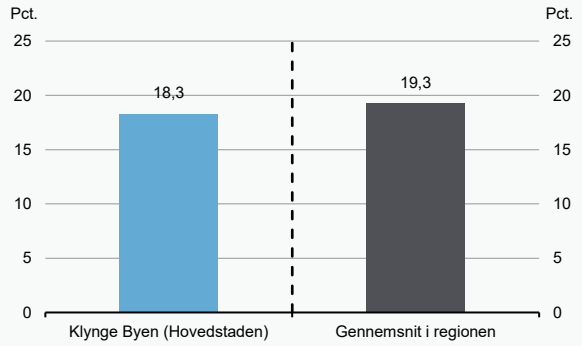
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

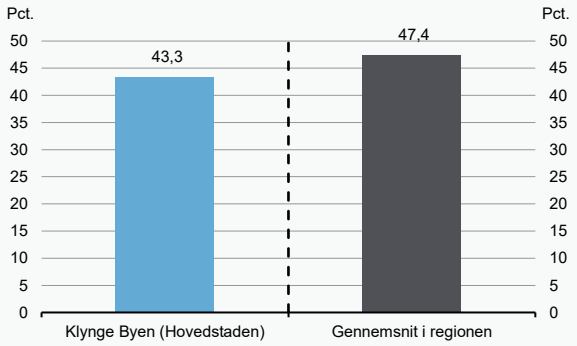
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

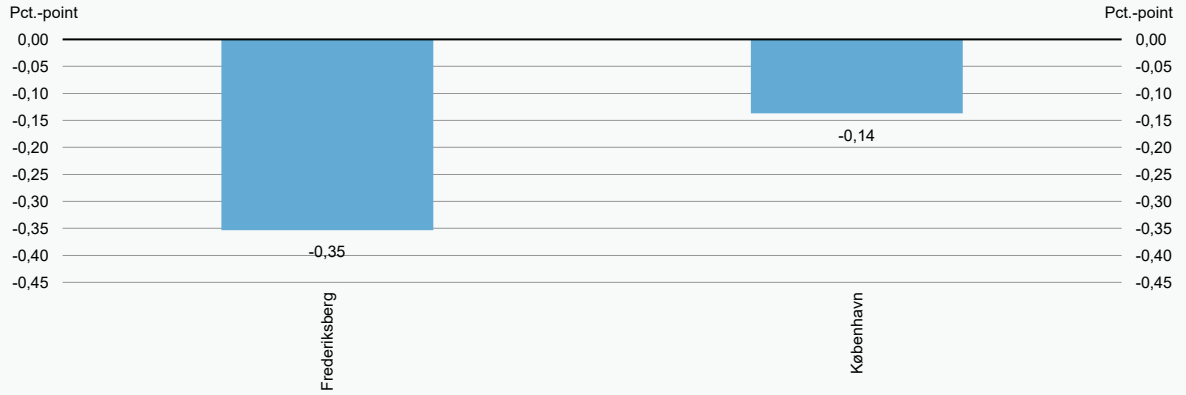
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

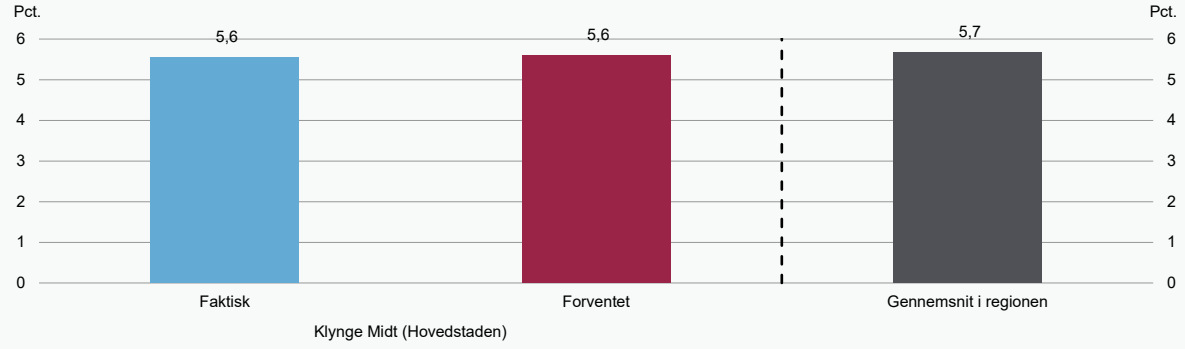


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Midt (Hovedstaden)

Figur 1

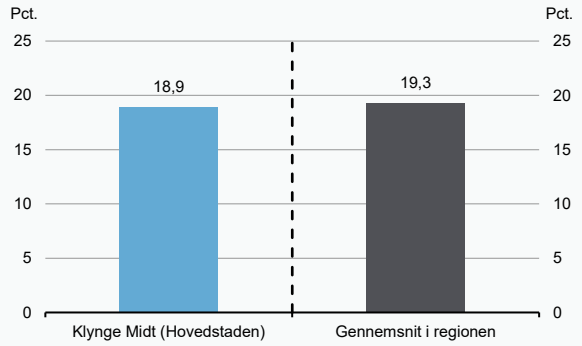
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

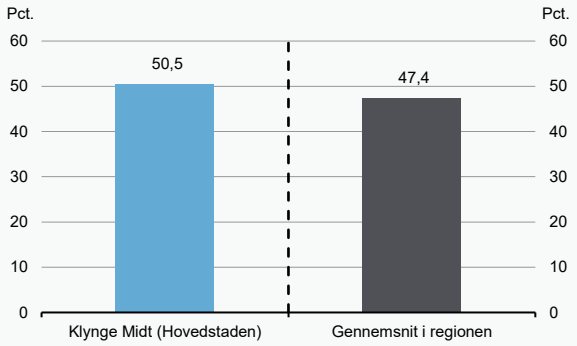
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

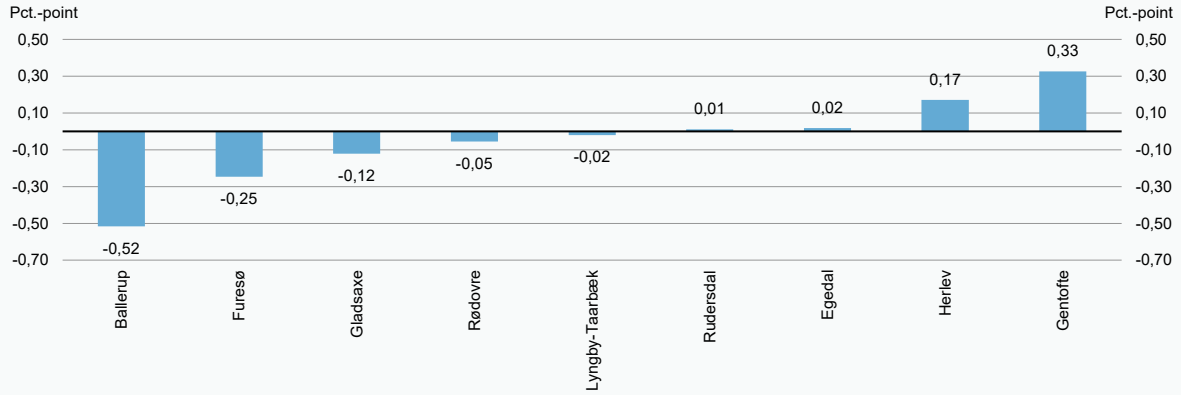
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

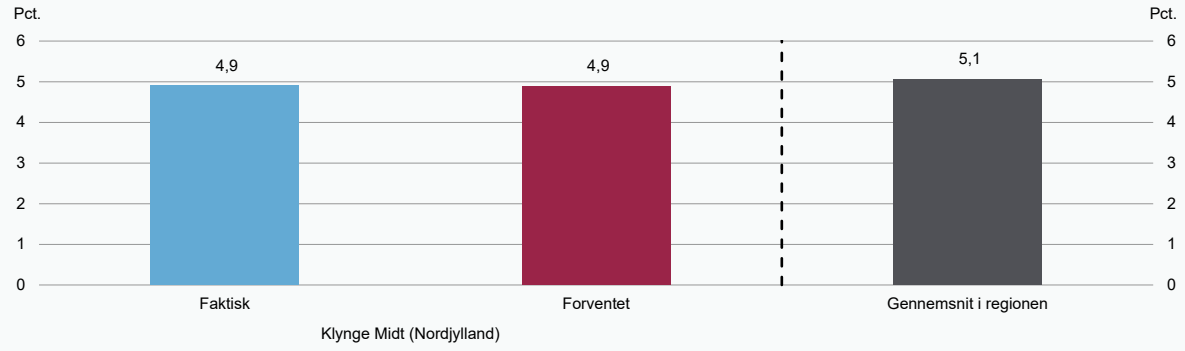


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Midt (Nordjylland)

Figur 1

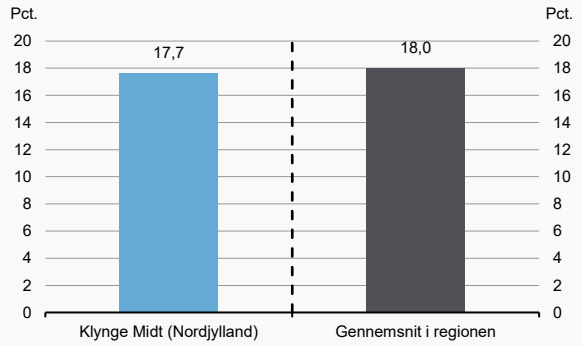
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

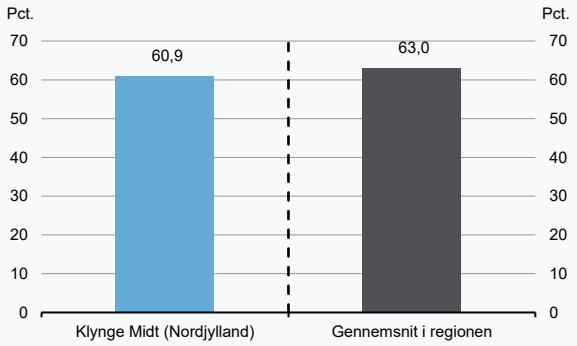
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

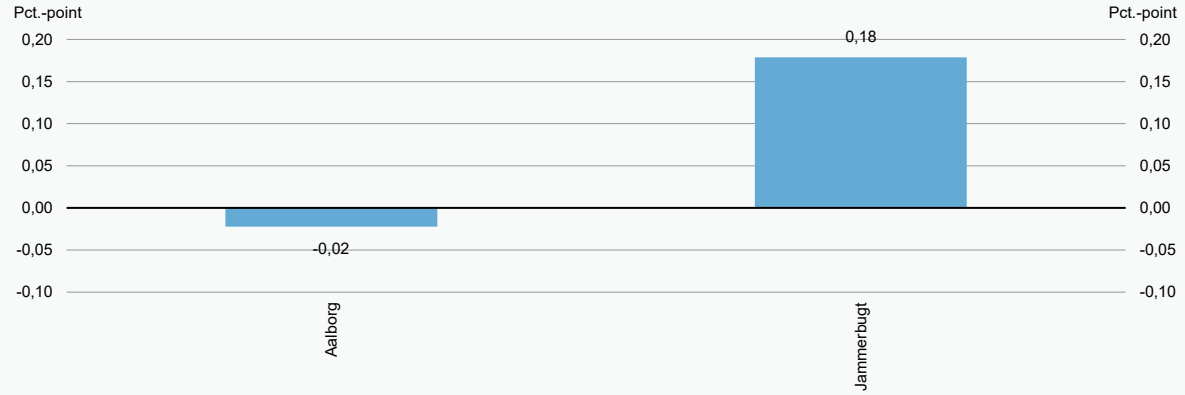
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

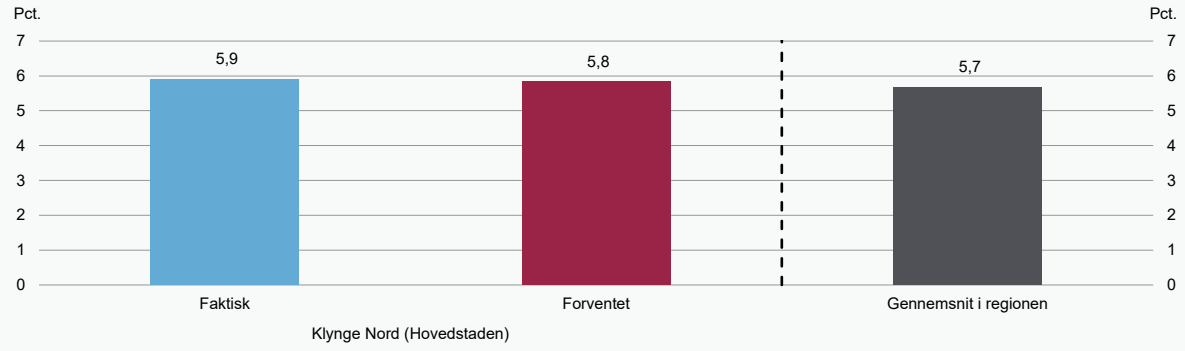


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Nord (Hovedstaden)

Figur 1

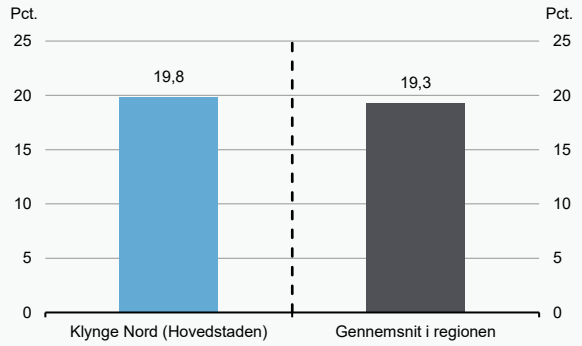
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

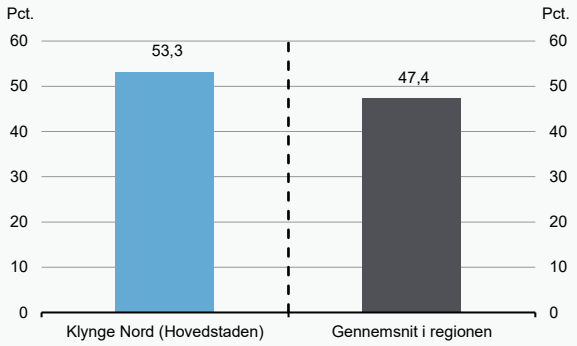
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

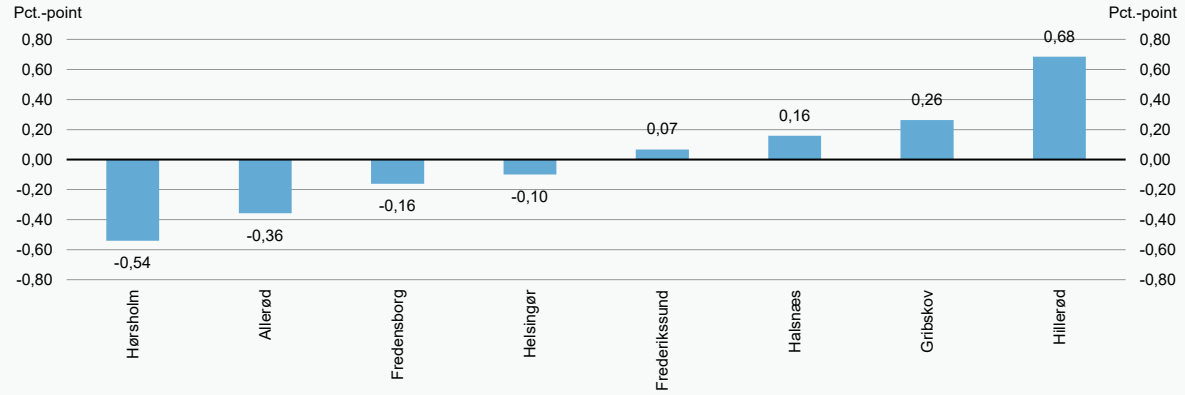
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

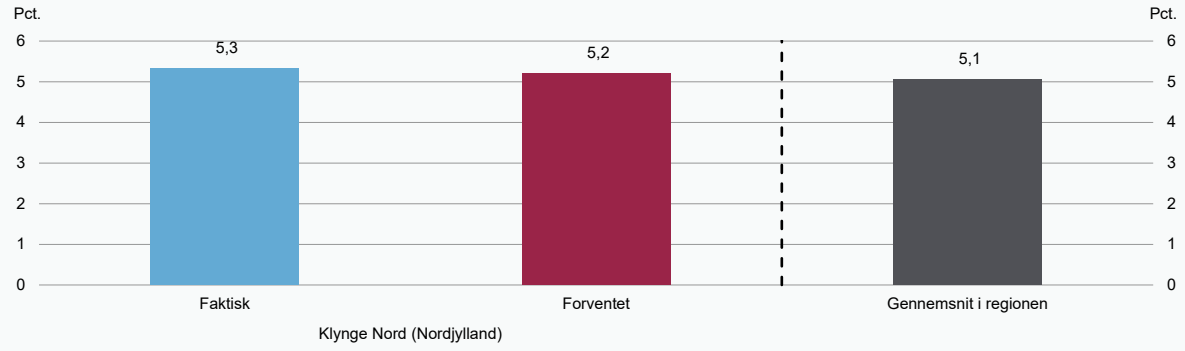


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Nord (Nordjylland)

Figur 1

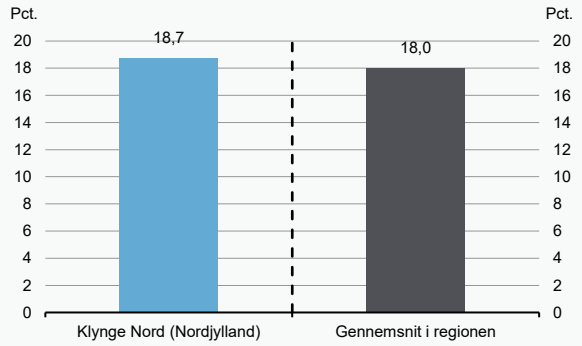
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

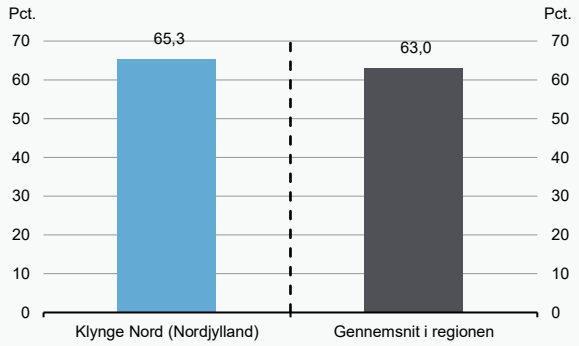
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

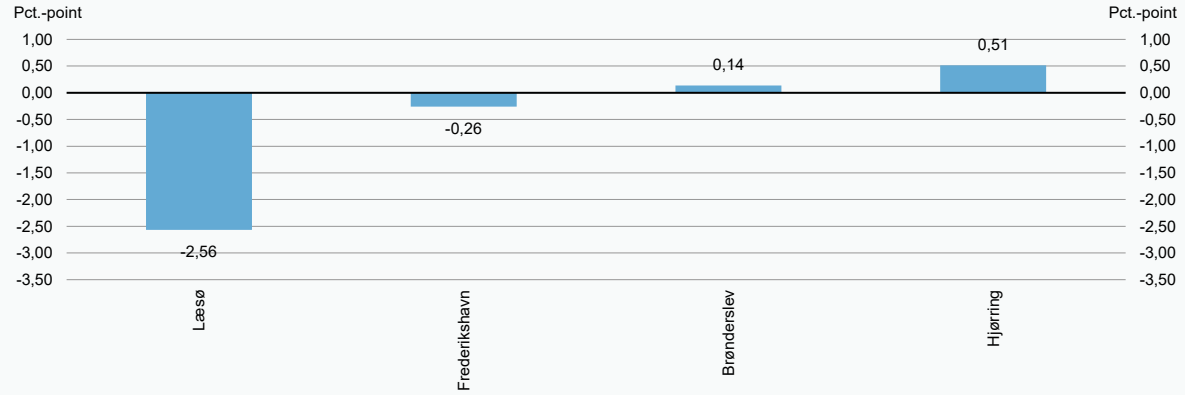
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

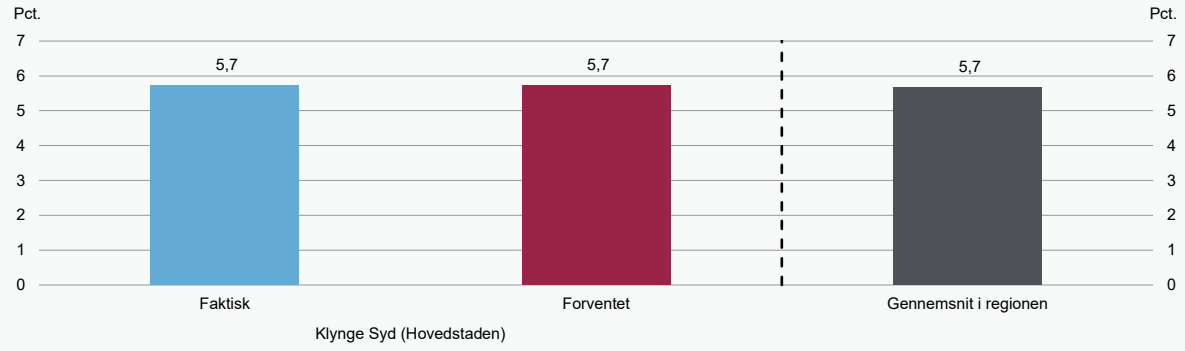


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Syd (Hovedstaden)

Figur 1

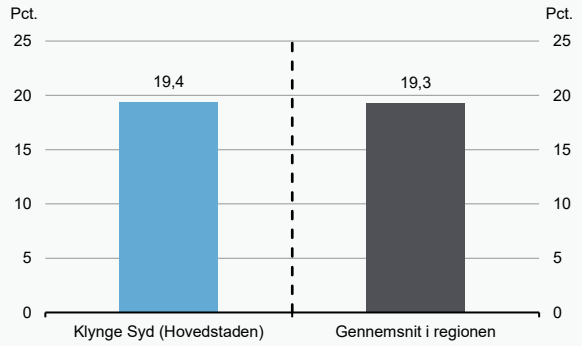
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

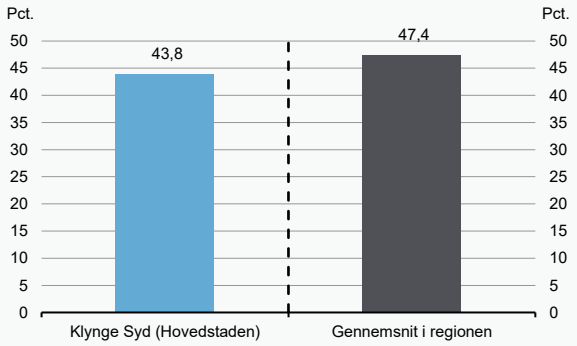
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

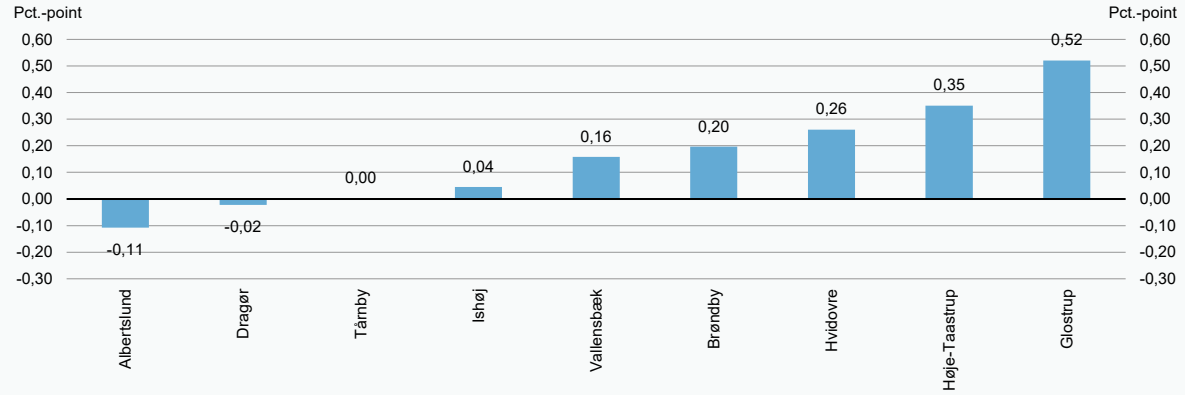
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

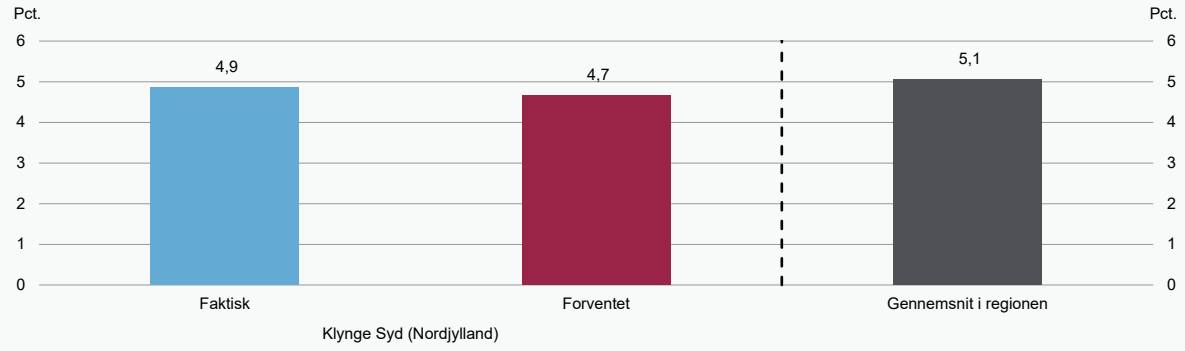


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Syd (Nordjylland)

Figur 1

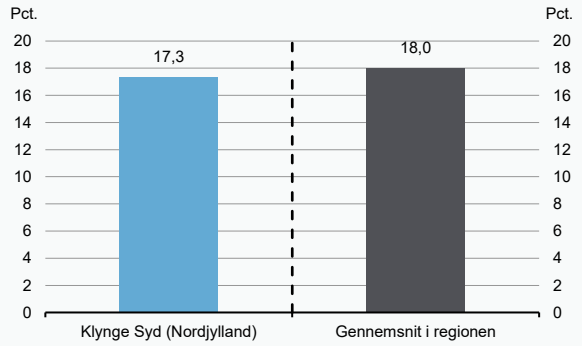
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

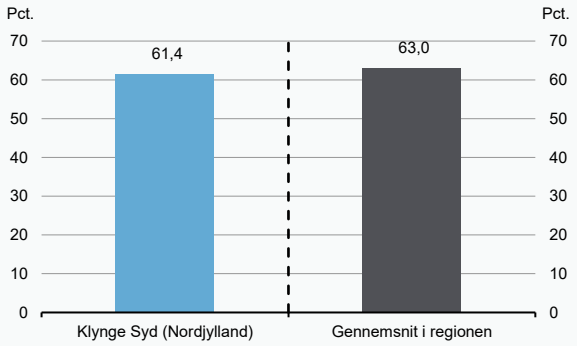
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

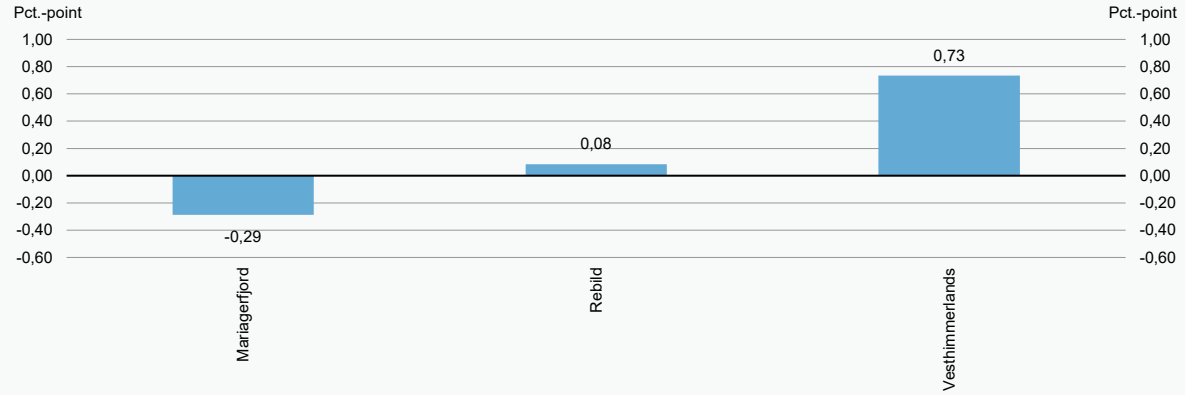
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

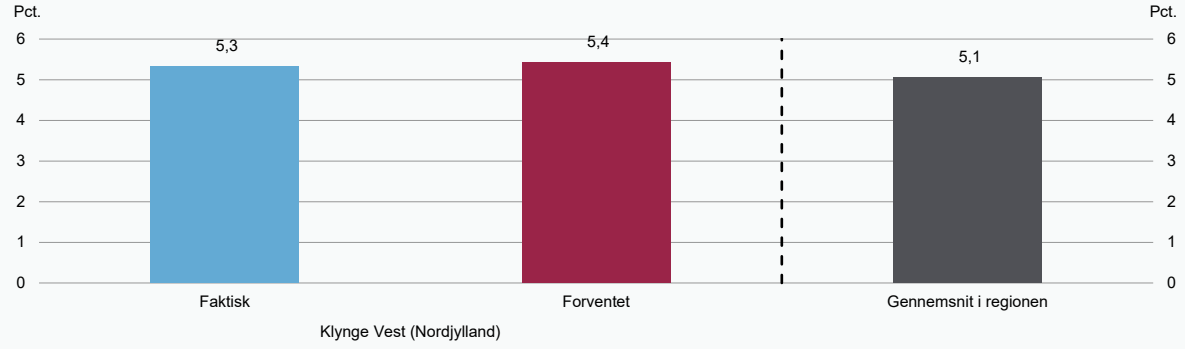


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klynge Vest (Nordjylland)

Figur 1

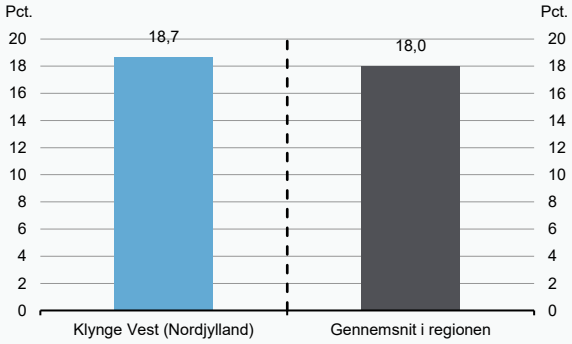
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

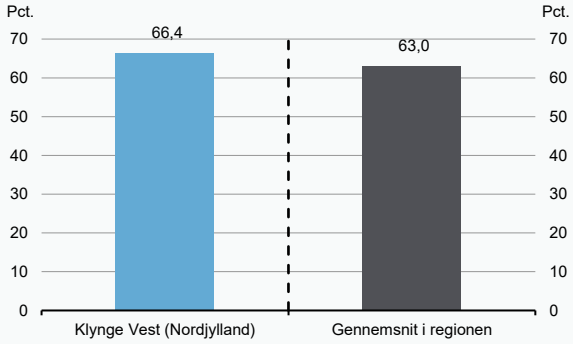
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

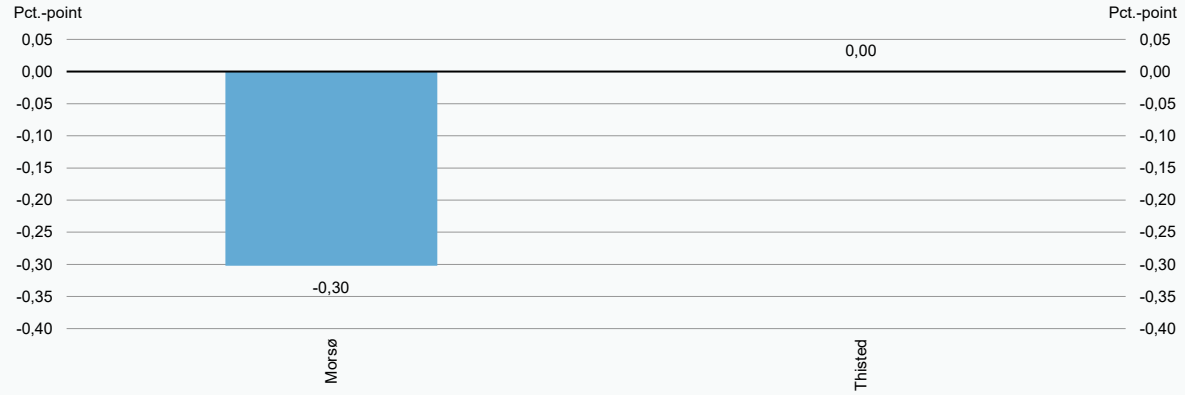
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

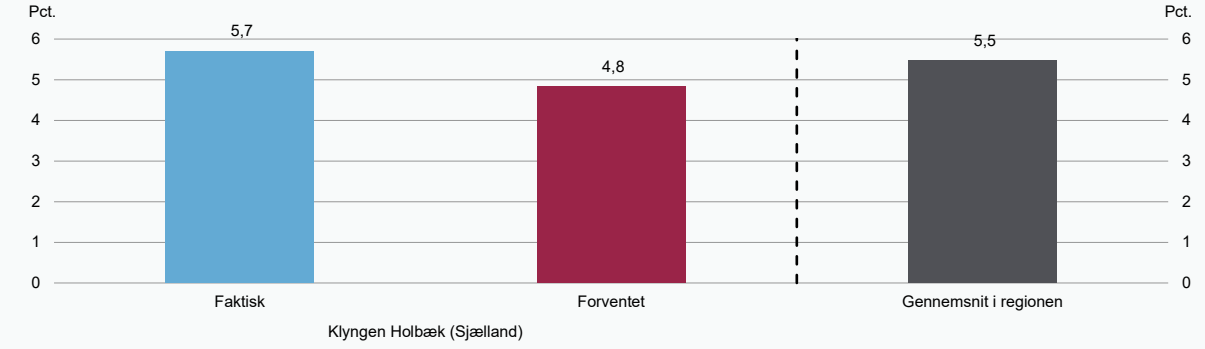


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klyngen Holbæk (Sjælland)

Figur 1

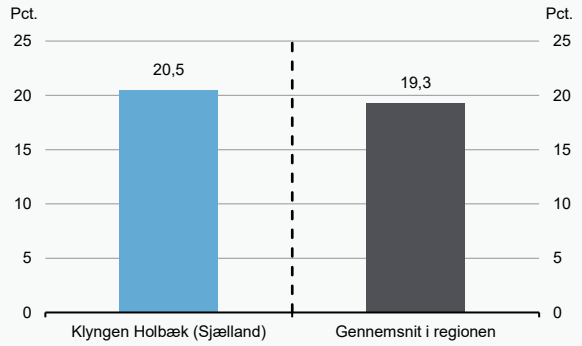
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

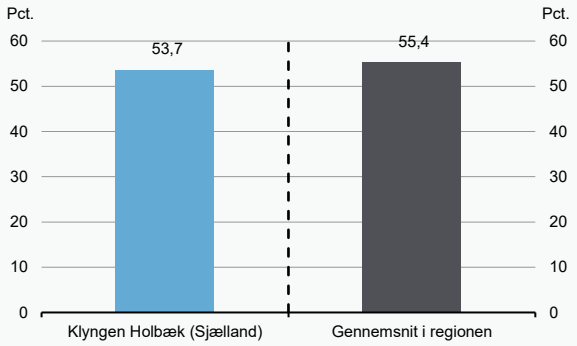
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

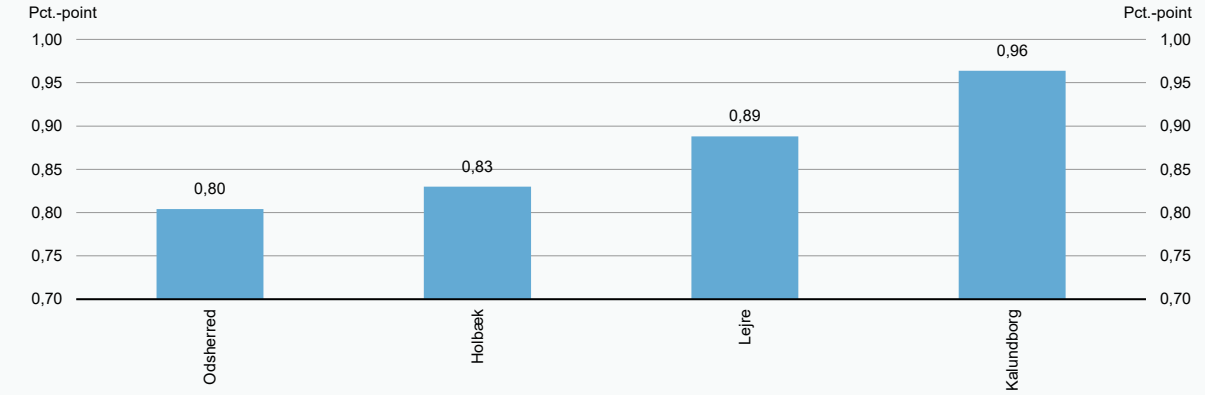
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

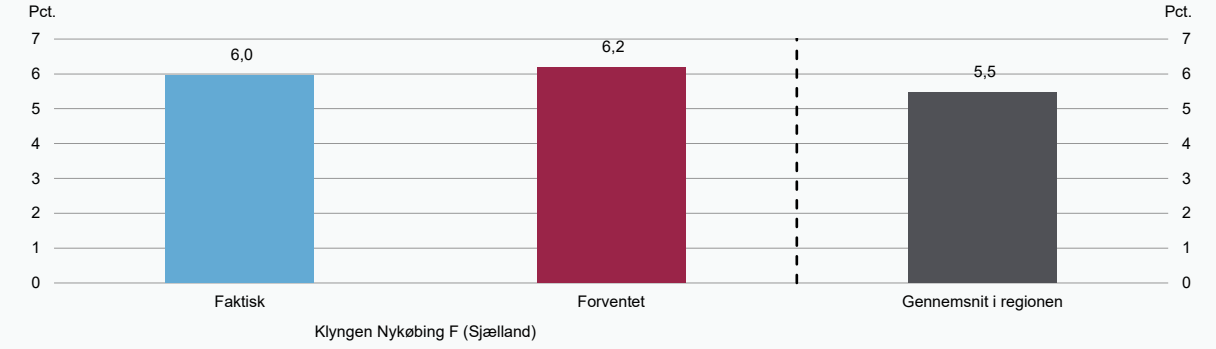


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klyngen Nykøbing F (Sjælland)

Figur 1

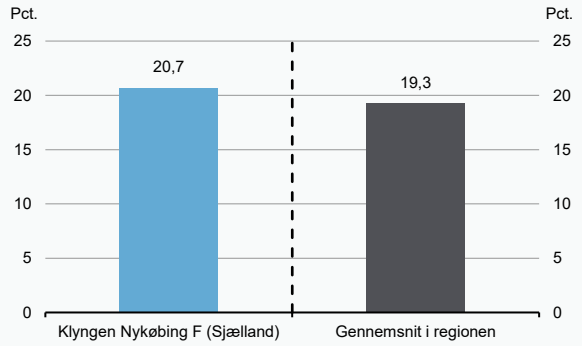
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

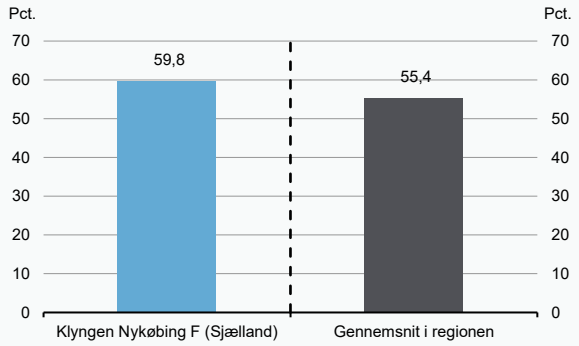
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

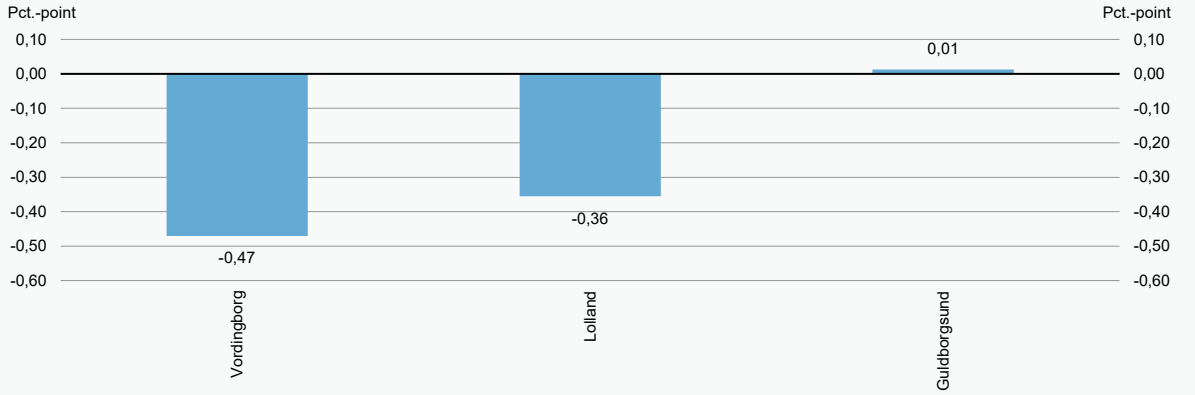
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

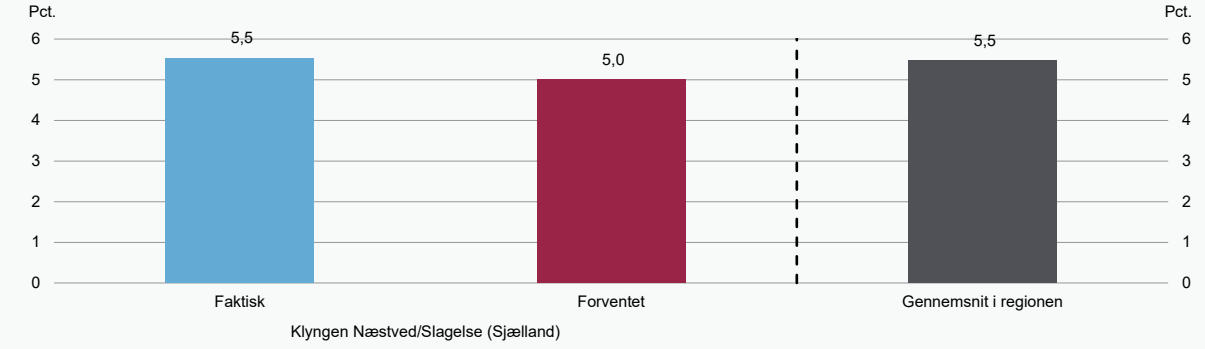


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)

Figur 1

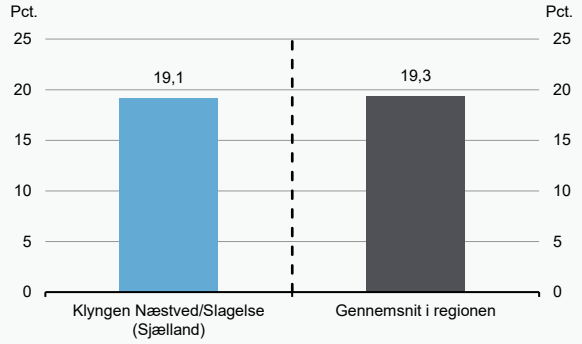
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

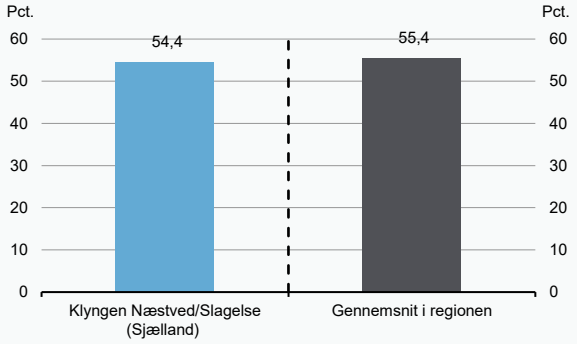
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

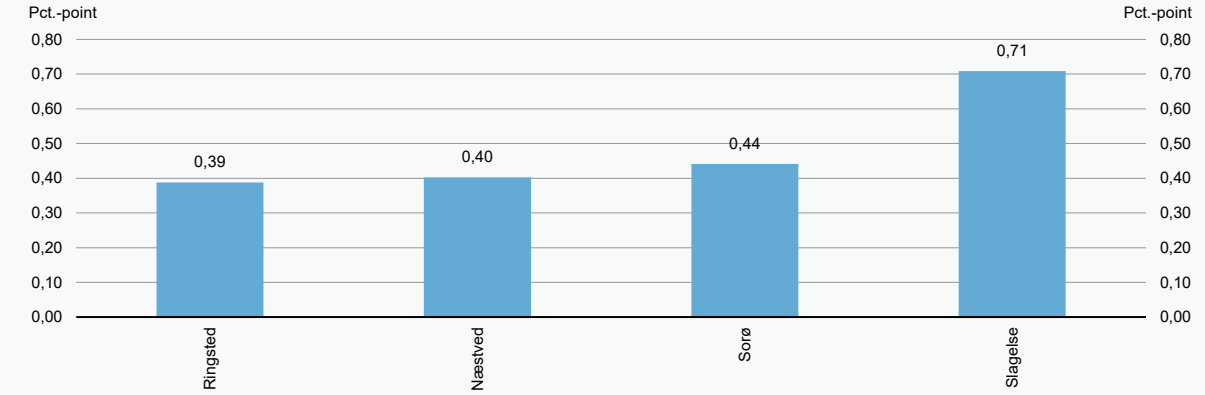
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

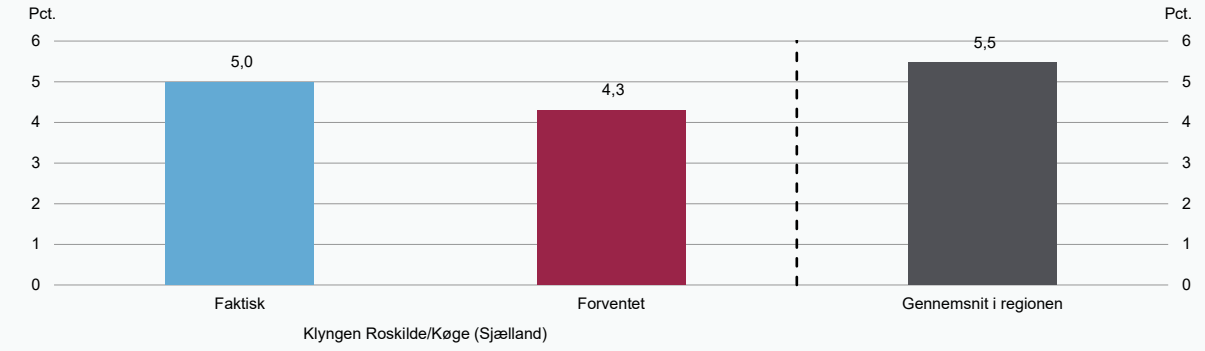


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)

Figur 1

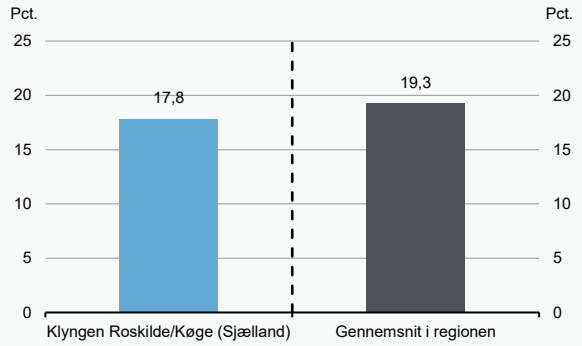
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

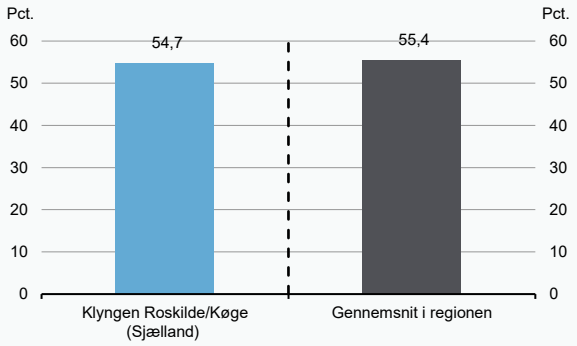
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

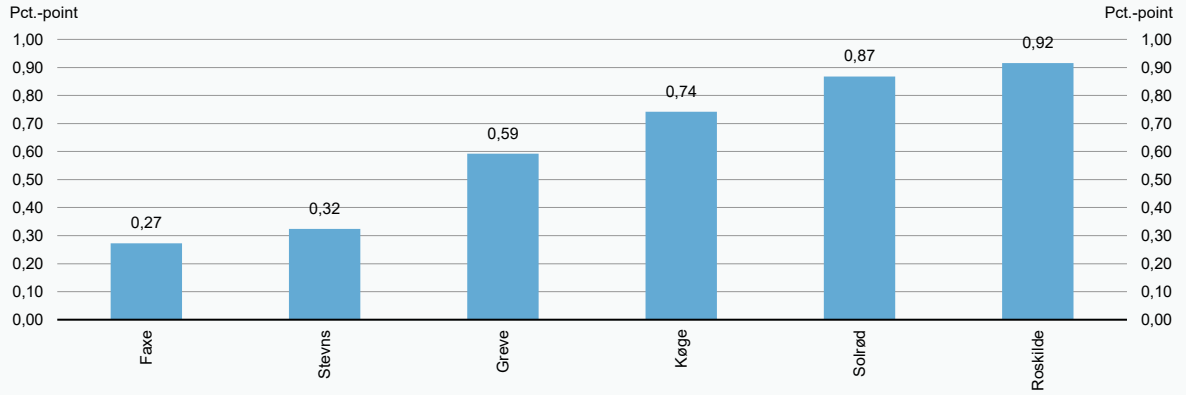
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

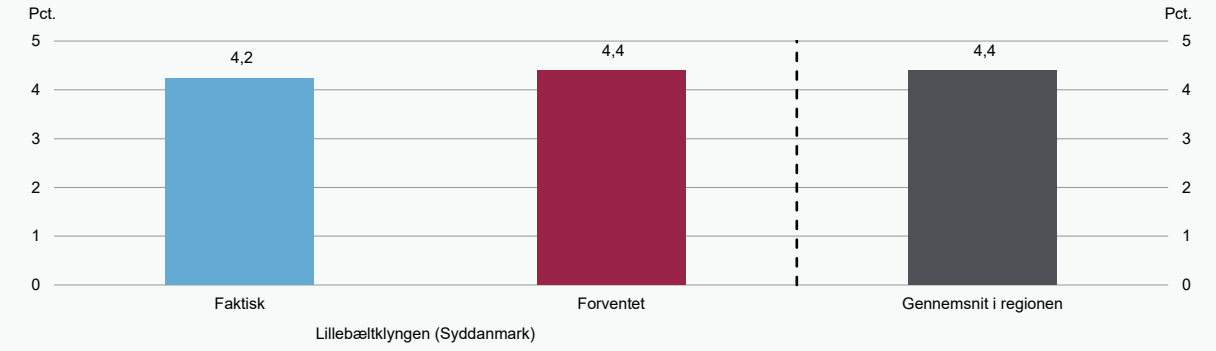


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Lillebæltklyngen (Syddanmark)

Figur 1

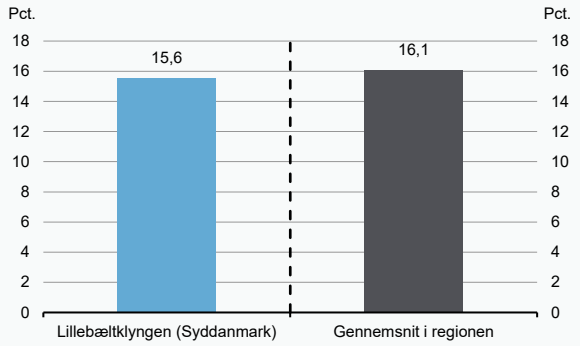
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

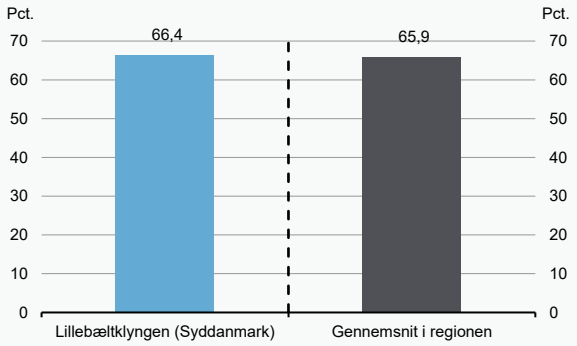
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

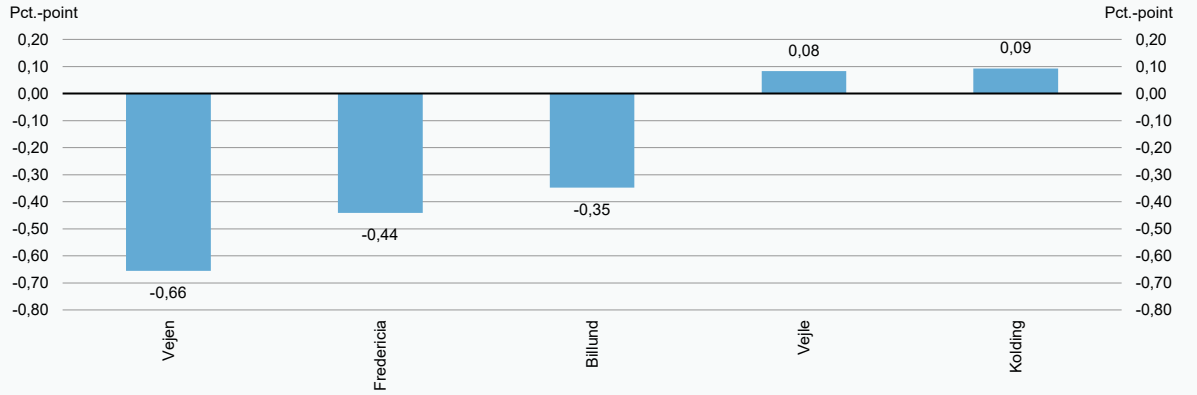
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

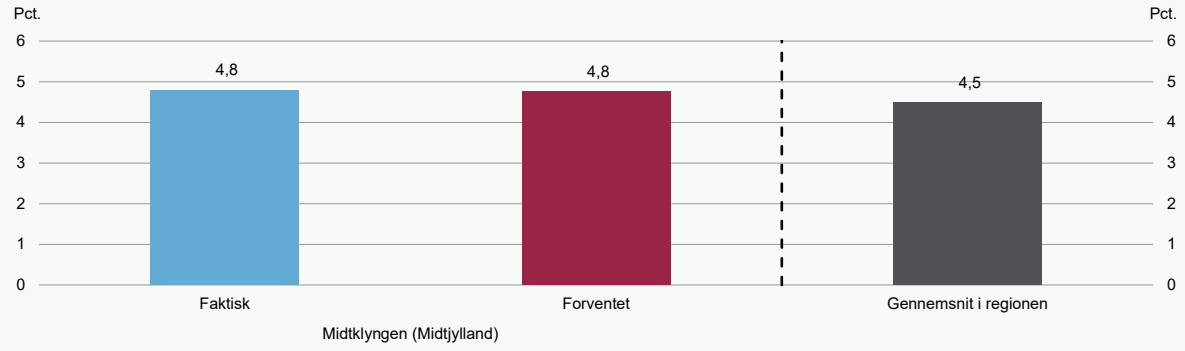


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Midtklyngen (Midtjylland)

Figur 1

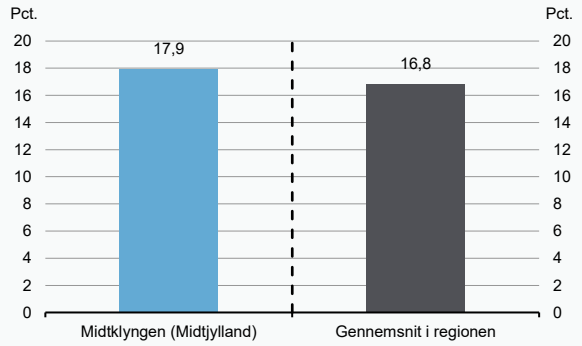
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

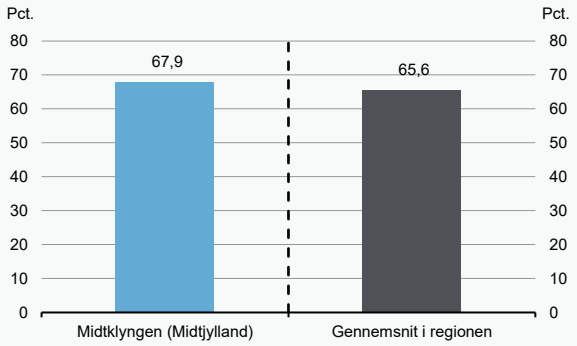
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

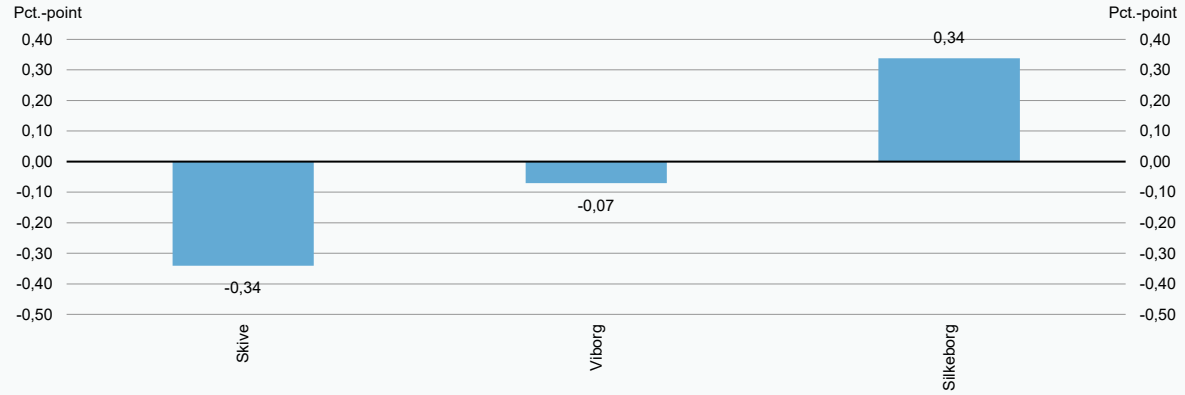
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

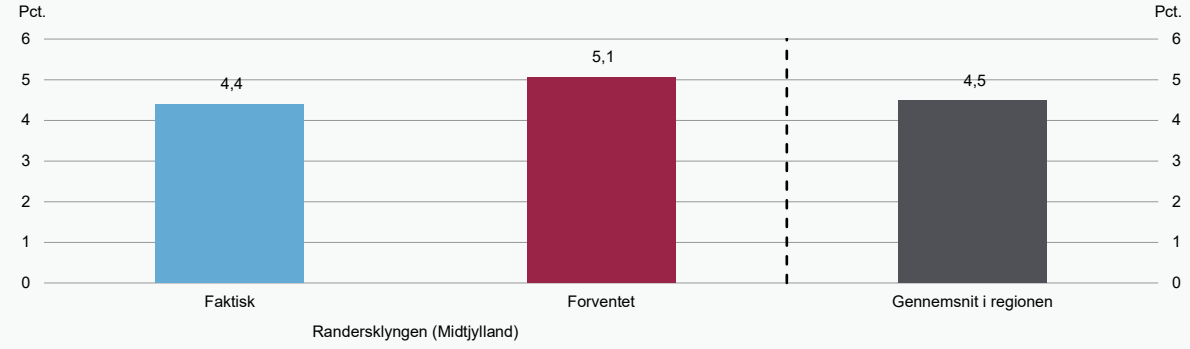


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Randersklyngen (Midtjylland)

Figur 1

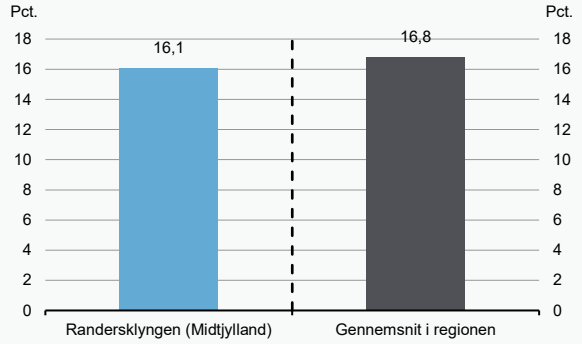
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

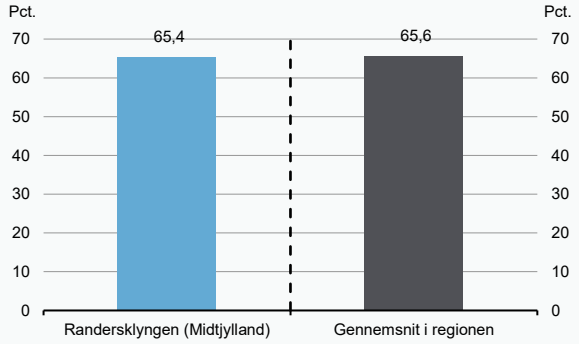
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

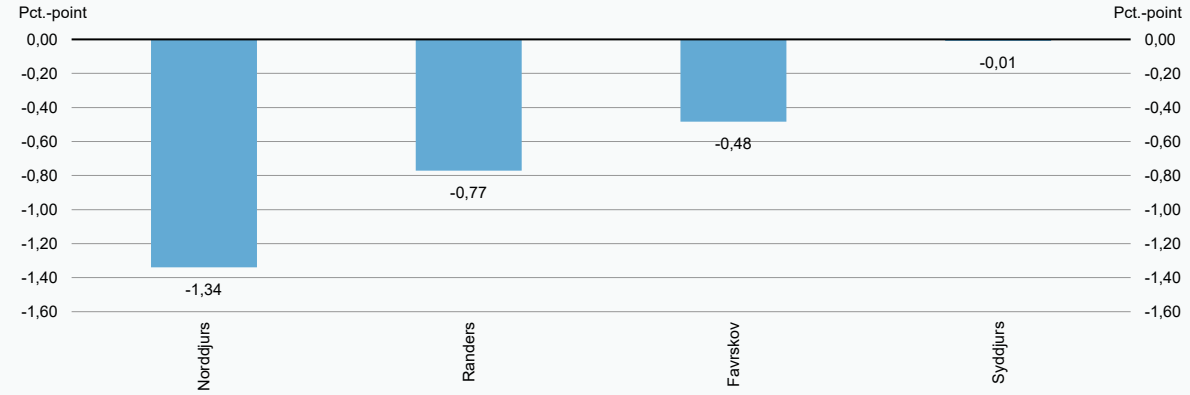
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

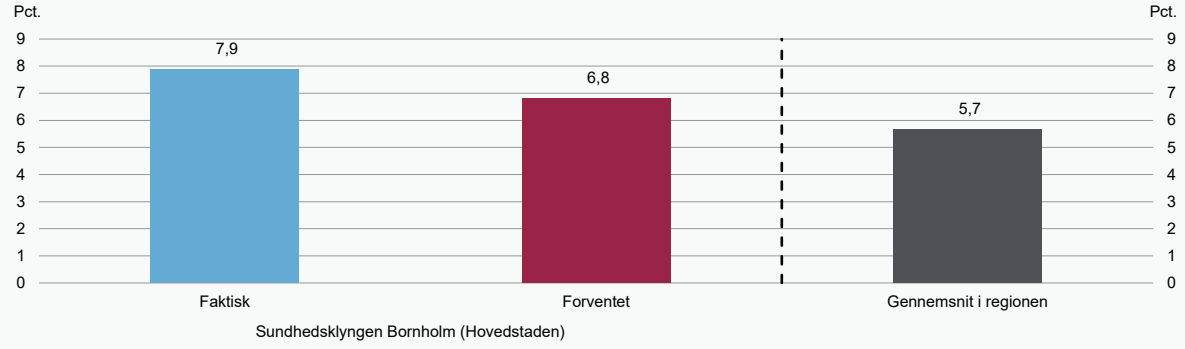


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sundhedsklyngen Bornholm (Hovedstaden)

Figur 1

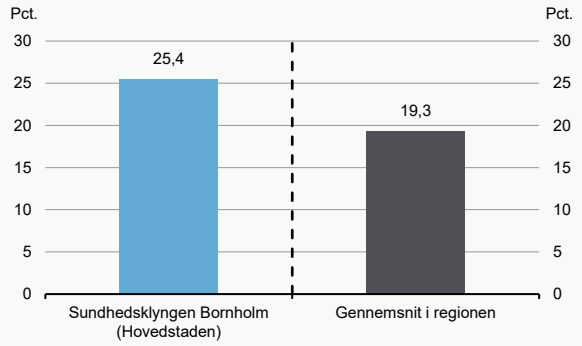
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

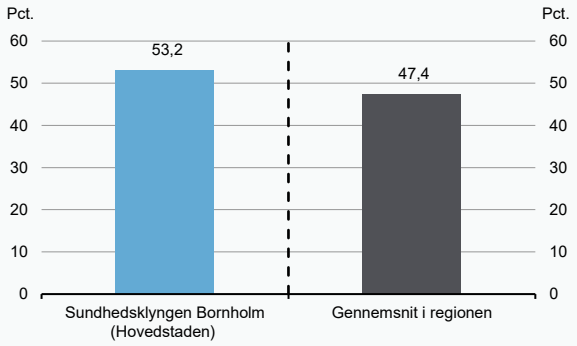
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

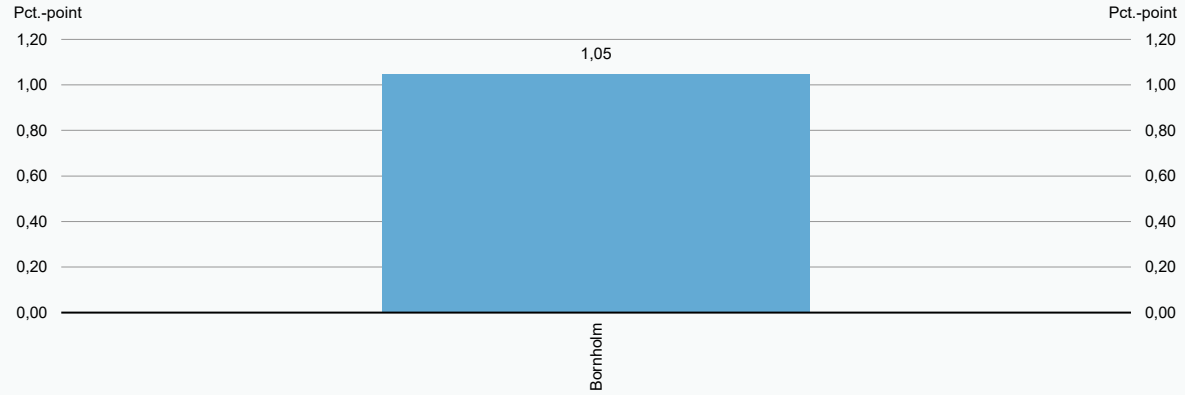
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

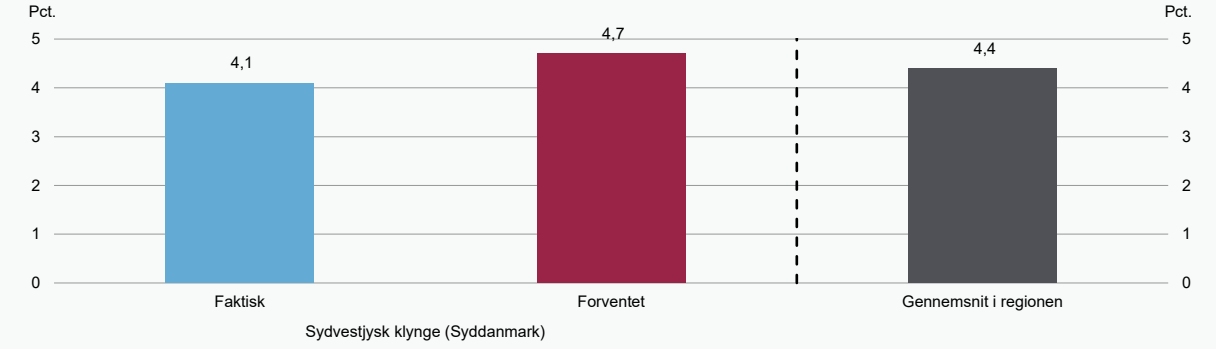


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sydvestjysk klynge (Syddanmark)

Figur 1

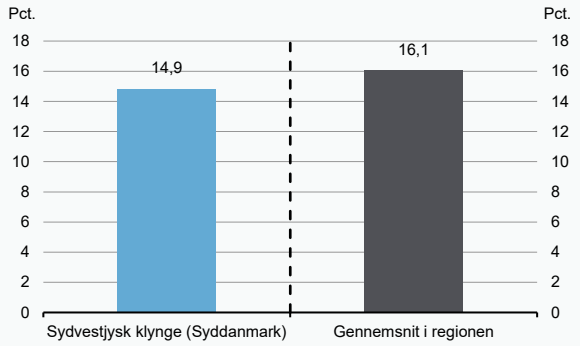
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

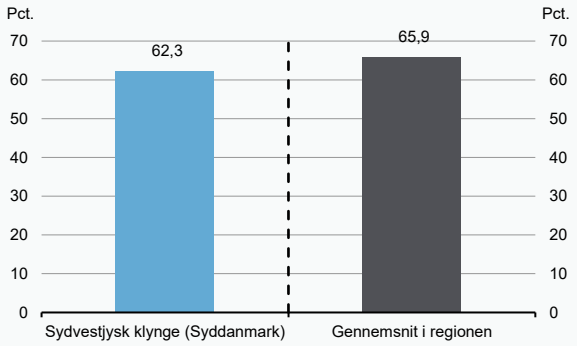
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

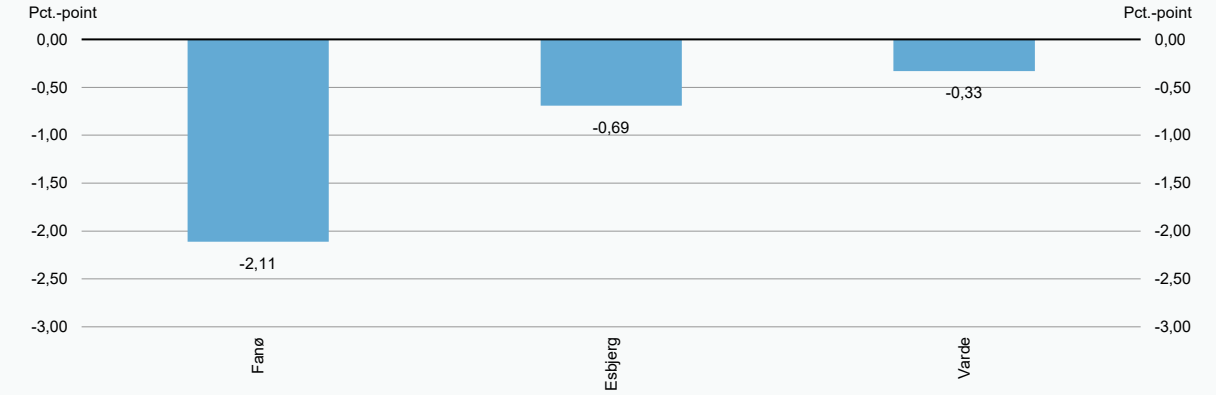
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

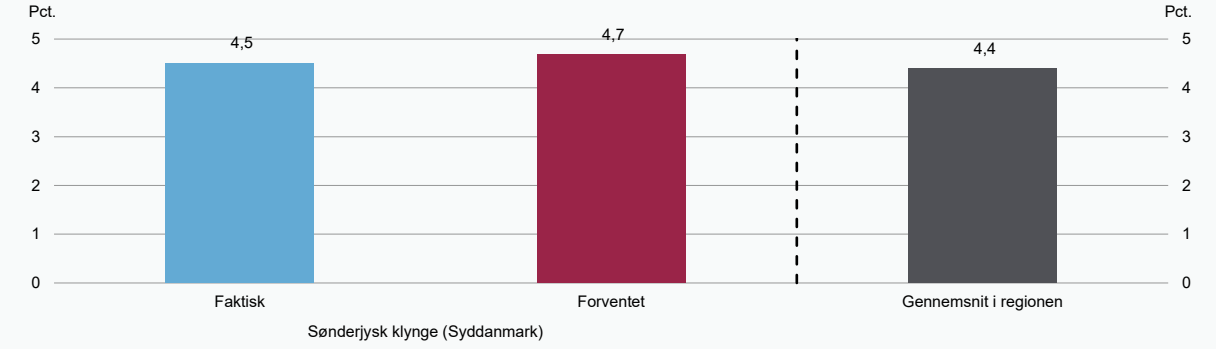


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sønderjysk klynge (Syddanmark)

Figur 1

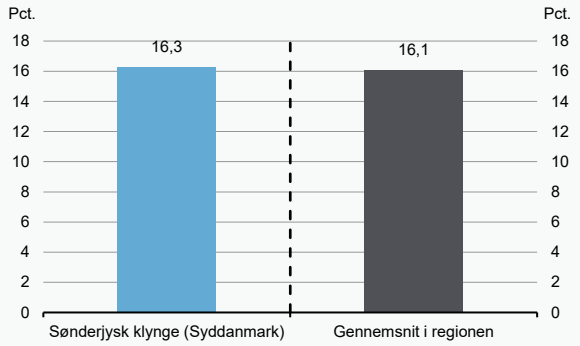
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

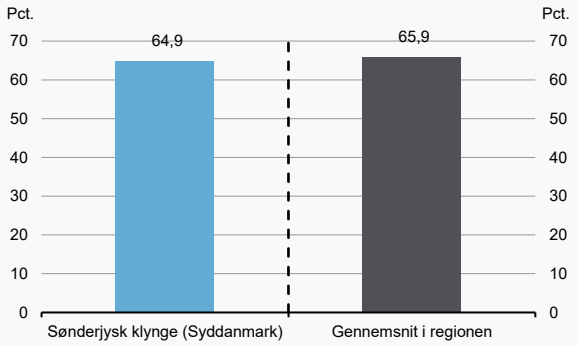
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

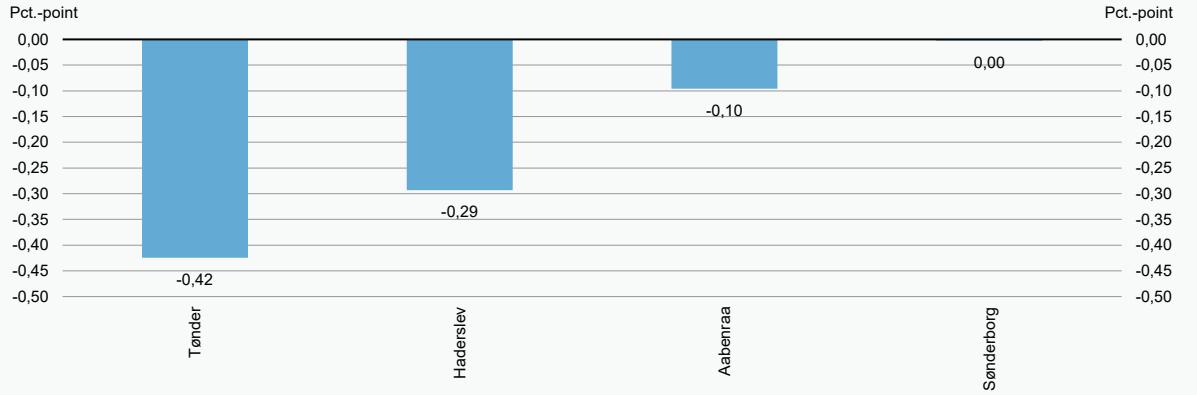
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023

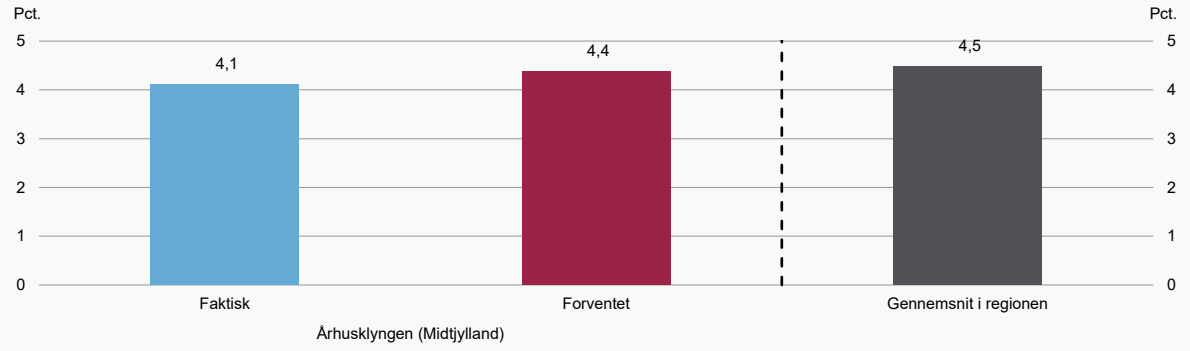


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Århusklyngen (Midtjylland)

Figur 1

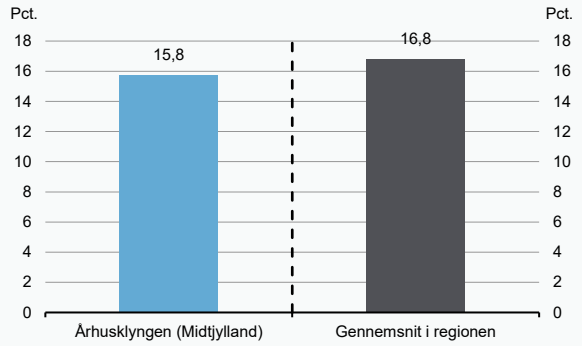
Andelen af hyppige patienter blandt den samlede gruppe akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

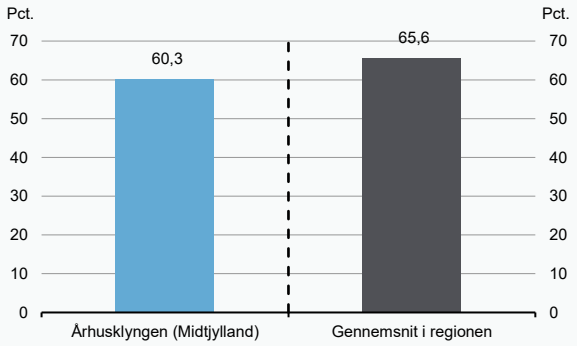
Figur 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023



Figur 3

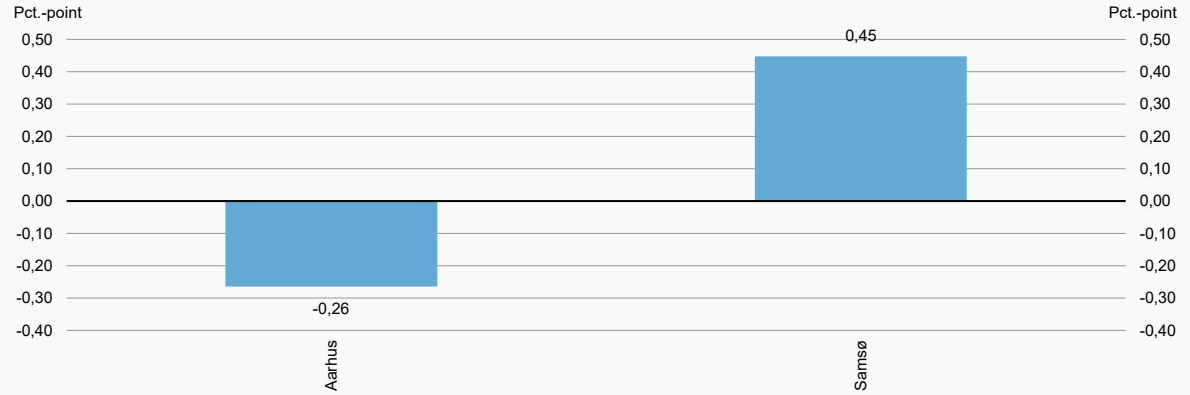
Ældre, kronikere eller modtagere af kommunal hjemmesygepleje- og plejeydelser blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 4

Sundhedsklyngemæssig variation i benchmarkingindikator på kommuneniveau, 2021-2023



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Regionspecifikke nøgletal

Analyse af hyppige akutte patienter

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

Læsevejledning 3

1 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2021-2023 5

2 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023 5

3 Andelen af akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023 6

4 Gennemsnitligt antal akutte sygehusophold pr. år for hyppige akutte patienter, 2021-2023. 6

5 Udvikling i den faktiske andel af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023 7

6 Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023 7

7 Hyppige akutte patienters akutte sygehusophold fordelt på ambulante ophold og indlæggelser 8

8 Hyppige akutte patienters socioøkonomiske- og helbredsmæssige karakteristika 9

9 Faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, når akutte sygehusophold relateret til skader og forgiftninger mm. ekskluderes, 2021-2023 . 11

10 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, når akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes, 2021-2023 12

Læsevejledning

Dette bilag indeholder tabeller med regionsspecifikke nøgletal. Opgørelserne er generelt afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. For at øge robustheden i resultaterne, er alle resultater baseret på en treårig periode 2021-2023. Tabeller der beskriver udvikling over tid er på samme vis baseret på flerårige perioder (2014-2016 til 2021-2023).

Særligt om sammenligninger på tværs af regioner
Region Hovedstadens organisering af den regionale akutordning medfører, at ambulant aktivitet og den samlede akutte sygehusaktivitet systematisk er højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Som beskrevet i hovedrapporten påvirker dette også andelen af hyppige akutte patienter på landsplan. Derfor sammenlignes regionerne i tabellerne ikke med landsgennemsnittet. En nærmere beskrivelse af de metodiske valg og afgrænsninger, som ligger til grund for beregningerne, findes i hovedrapportens kapitel 3 og i bilag 7 ”Metode”.

Tabel 1: Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter
Tabel 1 viser – for Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland – hvor stor en andel af alle akutte patienter der er hyppige akutte patienter i perioden 2021-2023. Denne andel kaldes den faktiske andel. Ved siden af står den forventede andel, som er det niveau, man kan forvente, når der tages hensyn til regionens rammevilkår. Disse andele opgøres i *procent*. I den sidste kolonne findes benchmarkingindikatoren: forskellen mellem den faktiske og den forventede andel målt i *procentpoint*. En positiv værdi betyder, at regionen har flere hyppige akutte patienter end forventet; en negativ værdi betyder færre end forventet. For Region Hovedstaden vises kun den faktiske andel. Regionens andel af hyppige akutte patienter beregnes nemlig i en særskilt regressionsmodel. Hermed undgår vi, at Region Hovedstadens relativt høje aktivitetsniveau påvirker de forventede værdier i de øvrige regioner – og omvendt – jf. den særlige organisering beskrevet ovenfor. En nærmere beskrivelse af implikationerne af, at analyserne udføres på tværs af separate modeller findes i hovedrapportens kapitel 3 og i bilag 7 ”Metode”.

Tabel 2: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for
I tabel 2 præsenteres for hver region andelen af akutte sygehus ophold, som hyppige akutte patienter står for i perioden fra 2021-2023 (opgjort i procent).

Tabel 3: Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser
I tabel 3 præsenteres for hver region andelen af hyppige akutte patienter, som enten er 80 år eller derover, har mindst én registreret kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemme-sygepleje- eller plejeydelser i perioden 2021-2023 (opgjort i procent). Afgrænsningen af denne patientgruppe er beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”.

Tabel 4: Gennemsnitligt antal akutte sygehusophold pr. år for hyppige akutte patienter
I tabel 4 præsenteres for hver region antallet af akutte sygehusophold som den gennemsnitlige hyppige akutte patient har i løbet af et kalenderår i perioden 2021-2023 (opgjort i procent).

Tabel 5: Udvikling i den faktiske andel af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023
I tabel 5 præsenteres for hver region udviklingen i andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe af akutte patienter på tværs af flerårige perioder fra 2014-2016 til 2021-2023 (opgjort i procent).

Tabel 6: Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023
I tabel 6 præsenteres for hver region den køns- og aldersstandardiseret udviklingen i andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe af akutte patienter på tværs af flerårige perioder fra 2014-2016 til 2021-2023. Standardiseringen er baseret på niveauet i 2014 som referenceniveau.

Tabel 7: Hyppige akutte patienters akutte sygehusophold fordelt på ambulante ophold og indlæggelser
I tabel 7 præsenteres for hver region fordelingen af hyppige akutte patienters ophold mellem akut ambulante sygehusophold og akutte indlæggelser fra 2021-2023 (opgjort i procent).

Tabel 8: Hyppige akutte patienters socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika
I tabel 8 præsenteres for hver region en række socioøkonomiske og helbredsrelateret karakteristika for hyppige akutte patienter baseret på perioden 2021-2023 (opgjort i procent). Læs mere om afgrænsningerne af variablene i bilag 7 ”Metode”.

Tabel 9: Faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, når akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes
Tabel 9 viser for hver region, hvor stor en andel af alle akutte patienter der er hyppige akutte patienter i perioden, når aktionsdiagnoser relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes fra datagrundlaget 2021-2023 (opgjort i procent).

Tabel 10: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, når akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes
I tabel 10 præsenteres for hver region andelen af akutte sygehus ophold, som hyppige akutte patienter står for i perioden fra 2021-2023, når aktionsdiagnoser relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes fra datagrundlaget (opgjort i procent).

1 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2021-2023

Tabel 1

Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2021-2023

Region	Andelen af hyppige akutte patienter	Forventede andel hyppige akutte patienter	Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter
Region Nordjylland	5,1	5,0	0,1
Region Midtjylland	4,5	4,7	-0,2
Region Syddanmark	4,4	4,7	-0,3
Region Sjælland	5,5	5,0	0,5
Region Hovedstaden	5,7	I/T	I/T
Landsplan*	5,1	I/T	I/T

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

2 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023

Tabel 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023

Region	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Region Nordjylland	18,0
Region Midtjylland	16,8
Region Syddanmark	16,1
Region Sjælland	19,3
Region Hovedstaden	19,3
Landsplan*	18,2

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

3 Andelen af akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023

Tabel 3

Hyppige akutte patienter fordelt på, hvorvidt de tilhører den udvalgte befolkningsgruppe bestående af Ældre på 80+ år, kronikere og modtagere af kommunal pleje- og hjemmepleje-ydelser, 2021-2023

Region	Hyppige akutte patienter i den udvalgte befolkningsgruppe	Resterende hyppige akutte patienter
Region Nordjylland	59,9	40,1
Region Midtjylland	61,6	38,4
Region Syddanmark	63,1	36,9
Region Sjælland	54,3	45,7
Region Hovedstaden	47,4	52,6
Landsplan*	55,7	44,4

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Gennemsnitligt antal akutte sygehusophold pr. år for hyppige akutte patienter, 2021-2023

Tabel 4

Gennemsnitligt antal akutte sygehusophold pr. hyppig akut patient pr. år, 2021-2023

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

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Udvikling i den faktiske andel af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023

Tabel 5

Udviklingen i andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023

Region	2014-2016	2017-2020	2021-2023
Region Nordjylland	4,1	4,6	5,1
Region Midtjylland	4,3	4,4	4,5
Region Syddanmark	4,0	4,0	4,4
Region Sjælland	4,5	5,0	5,5
Region Hovedstaden	5,7	5,6	5,7
Landsplan*	4,8	4,9	5,1

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7. Bemærk at perioden fra 2017-2020 er baseret på en fireårig og ikke treårig periode. Dette påvirker ikke i sig selv robustheden eller konklusionen omkring udvikling.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6 Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter, 2014-2016 til 2021-2023

Tabel 6

Køns- og aldersstandardiseret udvikling i andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter fra perioden 2014-2016 til 2021-2023

Region	2014-2016	2017-2020	2021-2023
Region Nordjylland	3,9	4,2	4,5
Region Midtjylland	4,1	4,0	4,0
Region Syddanmark	3,9	3,8	4,0
Region Sjælland	4,4	4,8	5,2
Region Hovedstaden	5,8	5,7	5,6
Landsplan*	4,8	4,8	4,9

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7. Bemærk at perioden fra 2017-2020 er baseret på en fireårig og ikke treårig periode. Dette påvirker ikke i sig selv robustheden eller konklusionen omkring udvikling.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

7 Hyppige akutte patienters akutte sygehusophold fordelt på ambulante ophold og indlæggelser

Tabel 7

Fordelingen af kontakttyper blandt hyppige akutte patienter, 2021-2023

Region	Akutte indlæggelser	Akutte ambulante ophold
Region Nordjylland	51,0	49,0
Region Midtjylland	55,9	44,1
Region Syddanmark	49,9	50,1
Region Sjælland	44,5	55,5
Region Hovedstaden	33,3	66,7
*Landsplan**	42,7	57,3

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

8 Hyppige akutte patienters socioøkonomiske- og helbredsmæssige karakteristika

Tabel 8

Hyppige akutte patienters sociodemografiske karakteristika i regionerne, 2021-2023

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	Landsplan*
Aldersgruppe						
0-9 år	5,8	6,5	6,4	6,2	13,5	9,5
10-19 år	5,9	5	6,5	6,8	6,1	6,1
20-29 år	8,9	7	7,7	14,6	13,4	11,4
30-39 år	7,3	5,9	5,6	10,1	12,1	9,4
40-49 år	5,4	6,3	6	5,8	6,1	6
50-59 år	9,7	10	9,2	7,9	8	8,6
60-69 år	14	15,8	13,4	12	9,8	12
70-79 år	22,8	23,2	22,3	19,1	15,3	18,9
80-89 år	16,6	17	18,6	14,4	12,7	14,9
90 år eller ældre	3,6	3,3	4,3	3,1	3,1	3,4
Køn						
Kvinde	50,5	46,7	47,8	55,4	56,2	52,9
Mand	49,5	53,3	52,2	44,6	43,8	47,1
Uddannelse						
Ingen el. uoplyst	9,7	9,8	10,5	9,8	17	13,1
Grundskole	42,6	39,7	42,6	39,4 .	28,2	35,3
Gymnasial- el. erhvervs-uddannelse	32,7	34,7	32,7	34,2	30	32
Kort el. mellemlang videregående uddannelse	12,1	12,3	11,6	13,3	16	14
Lang videregående uddannelse el. Ph.d.	2,8	3,5	2,5	3,2	8,8	5,6
Beskæftigelsesstatus						
Under uddannelse	10,8	10,3	11,3	12,2	18,6	14,5
Beskæftiget	23,9	23,1	21,7	30,4	33,8	28,9
Ledig	4,8	4,2	4,4	5,2	4,6	4,6
Sygedagpenge o. lign.	1,8	1,6	1,3	1,4	1,3	1,4
Førtidspension, seniorpension, fleksjob, ressourceforløb o. lign.	12,1	13,4	12,9	10,9	7,9	10,3
Pension el. efterløn	46,5	47	48,2	39,7	33,3	39,9
Uoplyst	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5	0,4
Ækvivaleret disponibel indkomst						
Maks. 140.000 kr.	8,5	8,8	9,9	9,8	10,5	9,9
140.001 kr. – 200.000 kr.	37,7	33,3	37,8	30,4	24,9	30,2
200.001 kr. – 270.000 kr.	27,8	28,9	28,1	28,5	25,7	27,2
270.001 kr. – 370.000 kr.	17	17,9	16	19,9	20,7	19,1
370.001 kr. – 480.000 kr.	5,7	6,8	5,3	7,8	10,2	8,2
Min, 480.000 kr.	3,2	4,2	2,8	3,6	7,9	5,4

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	Landsplan*
Kommunal pleje						
Modtager af praktisk hjælp	20,6	20,6	20,8	18	15,5	17,9
Modtager af personlig hjælp	16,4	18,3	18,4	16,3 .	12,4	15,2
Modtager af hjemmesy-gepleje	37,5	42,6	41,8	30,1	22,9	31,3
Modtager af Plejebolig	4,5	2,9	3	2,5	2,7	2,9
Psykisk udfordret						
Ja	23,4	23,9	29,3	26,7	24,1	25,3
Sygelighed						
Ingen	37,4	34,9	34,5	43,9	51,5	43,9
Let	21,5	21,8	22,5	21,7	20,8	21,4
Middelsvær	16	16,6	15,6	13,3	10,8	13,3
Høj	25,1	26,7	27,4	21,2	16,9	21,4
Kronisk syg						
Ja	50,4	52,4	53,9	46,1	40,3	46,1
Kronisk sygdom						
Astma	19,7	18,4	18,5	21,9	27,6	22,7
Knogleskørhed	27,4	28	26,9	20	20,8	23,6
Leddegigt	5,7	5,9	5,2	5,6	4,9	5,3
KOL	36,6	36,3	35,4	34,4	30,7	33,7
Type 1 diabetes	3,3	3	2,4	2,8	2,4	2,7
Type 2 diabetes	32,7	30,8	30,6	29,2	26,9	29,1
Skizofreni	2,6	3,2	3,3	4,1	4,1	3,7
Demens	3,6	3,9	7,6	5,5	6,4	5,8
Multisyg	30,9	30,4	30,6	26,4	25,8	28
Kontakter med almen praksis og hospital (opgjort i antal)						
Alment praktiserende læge	19,1	19,8	19,4	17,4	16,2	17,7
Hospitalsophold (soma-tisk)	6,5	7,7	7	5,8	5,2	6,1

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7. Bemærk at perioden fra 2017-2020 er baseret på en fireårig og ikke treårig periode. Dette påvirker ikke i sig selv robustheden eller konklusionen omkring udvikling.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

9 Faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, når akutte sygehusophold relateret til skader og forgiftninger mm. ekskluderes, 2021-2023

Tabel 9

Andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, når akutte sygehusophold relateret til skader og forgiftninger mm. ekskluderes, 2021-2023

Region	Andelen af hyppige akutte patienter
Region Nordjylland	5,4
Region Midtjylland	5,0
Region Syddanmark	5,2
Region Sjælland	6,2
Region Hovedstaden	5,7
Landsplan*	5,6

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7. Skader og 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.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

10 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, når akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger mm. ekskluderes, 2021-2023

Tabel 10

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, når akutte sygehusophold relateret til skader og forgiftninger mm. ekskluderes, 2021-2023

Region	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Region Nordjylland	19,2
Region Midtjylland	18,3
Region Syddanmark	18,5
Region Sjælland	21,8
Region Hovedstaden	19,8
Landsplan*	19,6

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. *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden. Læs mere i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger

Bilag 5: Kommunespecifikke nøgletal

Analyse af hyppige akutte patienter

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

Læsevejledning 3

Tabeller vedrørende kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland 3

Tabeller vedrørende kommuner fra Region Hovedstaden 4

Tabeller vedrørende kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland:

1 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter 5

2 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for 7

3 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser 9

Tabeller vedrørende kommuner fra Region Hovedstaden:

4 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter 11

5 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for 12

6 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser 13

Læsevejledning

Dette bilag indeholder tabeller med kommunespecifikke nøgletal. Opgørelserne er generelt afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. For at øge robustheden i den enkelte kommunes resultater og mindske sandsynligheden for tilfældigheder, er alle resultater baseret på en treårig periode 2021-2023.

Særligt om sammenligninger af kommuner på tværs af regioner
Region Hovedstadens organisering af den regionale akutordning medfører, at ambulant aktivitet og den samlede akutte sygehusaktivitet systematisk er højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Som beskrevet i hovedrapporten påvirker dette også andelen af hyppige akutte patienter på landsplan. Derfor sammenlignes kommunerne i tabellerne ikke med landsgennemsnittet, men med de regionale gennemsnit. For at tydeliggøre, at Region Hovedstadens tal ikke er direkte sammenlignelige med de øvrige regioners, er tabellerne opdelt: Tabel 1-3 dækker kommuner i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland, mens tabel 4-6 omfatter kommunerne i Region Hovedstaden.

Benchmarkingindikatoren
Tabel 1 og 6 viser kommunernes benchmarkingindikator, der udtrykker forskellen i procentpoint mellem den faktiske og den forventede andel af hyppige akutte patienter. Den forventede andel repræsenterer, hvor stor en andel man kan forvente, når der korrigeres for lokale rammevilkår. På grund af de datamæssige forskelle mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner beregnes de forventede værdier – og dermed benchmarkingindikatoren – ved hjælp af separate regressionsmodeller. Det betyder, at heller ikke de forventede værdier eller selve benchmarkingindikatoren fra Region Hovedstaden kan sammenlignes direkte med tilsvarende værdier i de øvrige regioner.

En nærmere beskrivelse af de metodiske valg og afgrænsninger, som ligger til grund for beregningerne, findes i hovedrapportens kapitel 3 og i bilag 7 ”Metode”.

Tabeller vedrørende kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland

Tabel 1: Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter
I tabel 1 præsenteres for hver kommune den faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter i perioden 2021-2023. Ved siden af vises den forventede andel, som angiver, hvor stor en andel man – givet kommunens rammevilkår – kan forvente ville være hyppige akutte patienter. Disse opgøres i *procent*. Benchmarkingindikatoren, som er forskellen mellem den faktiske og den forventede andel opgjort i *procentpoint*, er angivet i den sidste næstsidste kolonne. En positiv værdi betyder, at kommunen har en større andel hyppige akutte patienter end forventet, mens en negativ værdi indikerer en lavere andel end forventet. I den sidste kolonne fremgår regionens placering i hovedrapportens landekort. Tabel 1 indeholder opgørelser for kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i alfabetisk orden.

Tabel 2: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for
I tabel 2 præsenteres for hver kommune andelen af akutte sygehus ophold, som hyppige akutte patienter står for i perioden fra 2021-2023 (opgjort i procent). Tabel 2 indeholder opgørelser for kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i alfabetisk orden.

Tabel 3: Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser
I tabel 3 præsenteres for hver kommune den andelen af hyppige akutte patienter, som enten er 80 år eller derover, har mindst én registreret kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemme-sygepleje- eller plejeydelser i perioden 2021-2023 (opgjort i procent). Afgrænsningen af denne patientgruppe er beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Tabel 3 indeholder opgørelser for kommuner fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i alfabetisk orden.

Tabeller vedrørende kommuner fra Region Hovedstaden

Tabel 4: Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter
I tabel 4 præsenteres for hver kommune den faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter i perioden 2021-2023. Ved siden af vises den forventede andel, som angiver, hvor stor en andel man – givet kommunens rammevilkår – kan forvente ville være hyppige akutte patienter. Disse opgøres i *procent*. Benchmarkingindikatoren, som er forskellen mellem den faktiske og den forventede andel opgjort i *procentpoint*, er angivet i den næstsidste kolonne. En positiv værdi betyder, at kommunen har en større andel hyppige akutte patienter end forventet, mens en negativ værdi indikerer en lavere andel end forventet. I den sidste kolonne fremgår regionens placering i hovedrapportens landekort. Tabel 4 indeholder opgørelser for kommuner fra Region Hovedstaden i alfabetisk orden.

Tabel 5: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for
I tabel 5 præsenteres for hver kommune andelen af akutte sygehus ophold, som hyppige akutte patienter står for i perioden fra 2021-2023 (opgjort i procent). Tabel 5 indeholder opgørelser for kommuner fra Region Hovedstaden i alfabetisk orden.

Tabel 6: Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser
I tabel 6 præsenteres for hver kommune andelen af hyppige akutte patienter, som enten er 80 år eller derover, har mindst én registreret kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemme-sygepleje- eller plejeydelser i perioden 2021-2023 (opgjort i procent). Afgrænsningen af denne patientgruppe er beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Tabel 6 indeholder opgørelser for kommuner fra Region Hovedstaden i alfabetisk orden.

1 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter

Tabel 1

Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2021-2023. Opgørelser for kommuner i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Kommune	Andelen af hyppige akutte patienter	Forventede andel hyppige akutte patienter	Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter	Kvintiler
Assens	4,3	5,0	-0,7	1
Billund	3,9	4,3	-0,3	2
Brønderslev	5,1	4,9	0,1	4
Esbjerg	4,3	5,0	-0,7	1
Fanø	3,5	5,7	-2,1	1
Favrskov	3,7	4,2	-0,5	1
Faxe	4,9	4,6	0,3	4
Fredericia	4,5	5,0	-0,4	1
Frederikshavn	5,3	5,6	-0,3	2
Faaborg-Midtfyn	4,5	4,7	-0,2	2
Greve	4,9	4,4	0,6	5
Guldborgsund	6,1	6,1	0,0	4
Haderslev	4,3	4,6	-0,3	2
Hedensted	4,3	4,5	-0,2	3
Herning	4,7	4,8	0,0	3
Hjørring	5,5	5,0	0,5	5
Holbæk	5,6	4,8	0,8	5
Holstebro	4,6	4,4	0,2	4
Horsens	4,8	5,0	-0,2	3
Ikast-Brande	5,2	4,8	0,4	4
Jammerbugt	5,3	5,2	0,2	4
Kalundborg	6,0	5,0	1,0	5
Kerteminde	4,6	4,7	-0,1	3
Kolding	4,5	4,4	0,1	4
Køge	5,3	4,5	0,7	5
Langeland	5,8	6,0	-0,2	3
Lejre	4,7	3,8	0,9	5
Lemvig	4,8	5,0	-0,3	2
Lolland	6,2	6,6	-0,4	2
Læsø	4,3	6,9	-2,6	1
Mariagerfjord	4,5	4,8	-0,3	2
Middelfart	4,2	4,6	-0,4	2
Morsø	5,2	5,5	-0,3	2
Norddjurs	4,2	5,5	-1,3	1

Kommune	Andelen af hyppige akutte patienter	Forventede andel hyppige akutte patienter	Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter	Kvintiler
Nordfyns	4,2	5,4	-1,2	1
Nyborg	4,5	5,1	-0,6	1
Næstved	5,2	4,8	0,4	4
Odder	3,6	4,1	-0,4	1
Odense	4,5	4,7	-0,2	2
Odsherred	6,2	5,4	0,8	5
Randers	4,7	5,5	-0,8	1
Rebild	4,3	4,3	0,1	4
Ringkøbing-Skjern	4,5	4,5	0	3
Ringsted	4,9	4,5	0,4	4
Roskilde	4,9	4	0,9	5
Samsø	7	6,5	0,4	5
Silkeborg	4,8	4,4	0,3	4
Skanderborg	3,9	3,8	0,1	4
Skive	4,8	5,2	-0,3	2
Slagelse	6,1	5,3	0,7	5
Solrød	4,5	3,7	0,9	5
Sorø	5,5	5	0,4	5
Stevns	4,9	4,6	0,3	4
Struer	5,2	5,3	-0,2	3
Svendborg	4,4	4,6	-0,2	2
Syddjurs	4,5	4,5	0	3
Sønderborg	4,4	4,4	0	3
Thisted	5,4	5,4	0	3
Tønder	4,6	5	-0,4	1
Varde	4	4,3	-0,3	2
Vejen	3,7	4,4	-0,7	1
Vejle	4,1	4	0,1	4
Vesthimmerlands	5,6	4,9	0,7	5
Viborg	4,8	4,9	-0,1	3
Vordingborg	5,5	6	-0,5	1
Ærø	6,6	5,5	1,2	5
Aabenraa	4,7	4,8	-0,1	3
Aalborg	4,8	4,8	0	3
Aarhus	4,1	4,3	-0,3	2
Region Midtjylland	4,5	4,7	-0,2	I/T
Region Nordjylland	5,1	5,0	0,1	I/T
Region Sjælland	5,5	5,0	0,5	I/T
Region Syddanmark	4,4	4,7	-0,3	I/T
*Landsplan**	5,1	I/T	I/T	I/T

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

2 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for

Tabel 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023. Opgørelser for kommuner i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Kommune	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Assens	15,8
Billund	14,3
Brønderslev	17,6
Esbjerg	15,7
Fanø	13,2
Favrskov	13,7
Faxe	17,8
Fredericia	16,4
Frederikshavn	18,6
Faaborg-Midtfyn	16,6
Greve	17,5
Guldborgsund	21,0
Haderslev	16,0
Hedensted	16,2
Herning	17,5
Hjørring	19,5
Holbæk	20,6
Holstebro	16,6
Horsens	18,5
Ikast-Brande	19,4
Jammerbugt	19,1
Kalundborg	20,9
Kerteminde	16,3
Kolding	16,8
Køge	19,1
Langeland	20,0
Lejre	17,1
Lemvig	17,5
Lolland	21,5
Læsø	15,8
Mariagerfjord	16,2
Middelfart	15,6
Morsø	18,7
Norddjurs	15,4
Nordfyns	15,7
Nyborg	17,1
Næstved	18,1

Kommune	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Odder	13,5
Odense	16,7
Odsherred	22,1
Randers	17,3
Rebild	16,0
Ringkøbing-Skjern	17,2
Ringsted	17,5
Roskilde	17,7
Samsø	25,9
Silkeborg	17,6
Skanderborg	14,8
Skive	17,6
Slagelse	20,5
Solrød	16,6
Sorø	19,5
Stevns	17,2
Struer	20,1
Svendborg	15,8
Syddjurs	15,9
Sønderborg	15,8
Thisted	18,6
Tønder	16,4
Varde	14,5
Vejen	13,2
Vejle	15,2
Vesthimmerlands	19,3
Viborg	18,4
Vordingborg	19,5
Ærø	23,3
Aabenraa	17,1
Aalborg	17,4
Aarhus	15,6
Region Midtjylland	16,8
Region Nordjylland	18,0
Region Sjælland	19,3
Region Syddanmark	16,1
*Landsplan**	18,2

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

3 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser

Tabel 3

Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023. Opgørelser for kommuner i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Kommune	Kommuneandel
Assens	69,3
Billund	63,4
Brønderslev	65,4
Esbjerg	61,5
Fanø	63,5
Favrskov	62,2
Faxe	56,7
Fredericia	69,2
Frederikshavn	67,4
Faaborg-Midtfyn	65,6
Greve	55,1
Guldborgsund	56,5
Haderslev	63,8
Hedensted	68,6
Herning	65,0
Hjørring	63,5
Holbæk	52,2
Holstebro	68,5
Horsens	68,8
Ikast-Brande	64,2
Jammerbugt	65,9
Kalundborg	53,1
Kerteminde	68,3
Kolding	67,5
Køge	54,1
Langeland	78,4
Lejre	50,4
Lemvig	72,5
Lolland	62,3
Læsø	76,9
Mariagerfjord	65,0
Middelfart	67,7
Morsø	66,0
Norddjurs	64,7
Nordfyns	70,9

Kommune	Kommuneandel
Nyborg	67,5
Næstved	54,4
Odder	71,2
Odense	66,3
Odsherred	59,5
Randers	67,0
Rebild	60,0
Ringkøbing-Skjern	66,7
Ringsted	53,6
Roskilde	54,2
Samsø	66,3
Silkeborg	67,3
Skanderborg	63,8
Skive	70,3
Slagelse	55,2
Solrød	50,3
Sorø	52,8
Stevns	58,7
Struer	74,2
Svendborg	67,1
Syddjurs	64,6
Sønderborg	68,1
Thisted	66,6
Tønder	65,5
Varde	61,1
Vejen	65,5
Vejle	64,3
Vesthimmerlands	59,2
Viborg	67,3
Vordingborg	62,7
Ærø	70,2
Aabenraa	61,8
Aalborg	59,8
Aarhus	60,1
Region Midtjylland	61,6
Region Nordjylland	59,9
Region Sjælland	54,3
Region Syddanmark	63,1
*Landsplan**	55,7

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter

Tabel 4

Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter. Opgørelser for kommuner i Region Hovedstaden.

Kommune	Andelen af hyppige akutte patienter	Forventede andel hyppige akutte patienter	Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter	Tredjedele
Albertslund	6,2	6,3	-0,1	1
Allerød	4,6	4,9	-0,4	1
Ballerup	6	6,5	-0,5	1
Bornholm	7,9	6,8	1	3
Brøndby	6,7	6,5	0,2	3
Dragør	5,2	5,2	0	2
Egedal	5,1	5,1	0	2
Fredensborg	5,8	5,9	-0,2	1
Frederiksberg	5,2	5,6	-0,4	1
Frederikssund	6,1	6	0,1	2
Furesø	5,4	5,6	-0,2	1
Gentofte	5,3	5	0,3	3
Gladsaxe	5,7	5,9	-0,1	1
Glostrup	6,6	6	0,5	3
Gribskov	6,2	5,9	0,3	3
Halsnæs	6,4	6,2	0,2	3
Helsingør	5,9	6	-0,1	1
Herlev	6,4	6,2	0,2	3
Hillerød	6,2	5,5	0,7	3
Hvidovre	6,3	6	0,3	3
Høje-Taastrup	6,4	6	0,4	3
Hørsholm	5	5,6	-0,5	1
Ishøj	6,5	6,5	0	2
København	5,2	5,3	-0,1	1
Lyngby-Taarbæk	5,2	5,2	0	2
Rudersdal	5,3	5,2	0	2
Rødovre	6	6,1	-0,1	2
Tårnby	5,9	5,9	0	2
Vallensbæk	6	5,9	0,2	2
Region Hovedstaden	5,7	I/T	I/T	I/T
*Landsplan**	5,1	I/T	I/T	I/T

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". *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for

Tabel 5

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023. Opgørelser for kommuner i Region Hovedstaden.

Kommune	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Albertslund	21,1
Allerød	15,7
Ballerup	20,0
Bornholm	25,4
Brøndby	21,9
Dragør	17,1
Egedal	17,4
Fredensborg	19,3
Frederiksberg	17,9
Frederikssund	20,3
Furesø	18,2
Gentofte	18,2
Gladsaxe	19,6
Glostrup	21,5
Gribskov	20,9
Halsnæs	21,1
Helsingør	19,8
Herlev	21,1
Hillerød	20,9
Hvidovre	21,2
Høje-Taastrup	20,9
Hørsholm	17,4
Ishøj	21,9
København	18,0
Lyngby-Taarbæk	18,0
Rudersdal	17,9
Rødovre	20,1
Tårnby	19,4
Vallensbæk	19,9
Region Hovedstaden	19,3
*Landsplan**	18,2

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser

Tabel 6

Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023. Opgørelser for kommuner i Region Hovedstaden.

Kommune	Kommuneandel
Albertslund	46,8
Allerød	47,5
Ballerup	51,5
Bornholm	53,2
Brøndby	48,2
Dragør	54,2
Egedal	46,3
Fredensborg	51,6
Frederiksberg	50,0
Frederikssund	54,8
Furesø	50,3
Gentofte	52,5
Gladsaxe	46,9
Glostrup	45,7
Gribskov	54,7
Halsnæs	55,6
Helsingør	54,0
Herlev	48,8
Hillerød	49,6
Hvidovre	49,6
Høje-Taastrup	43,3
Hørsholm	58,4
Ishøj	42,9
København	40,1
Lyngby-Taarbæk	52,8
Rudersdal	56,3
Rødovre	48,3
Tårnby	48,1
Vallensbæk	42,7
Region Hovedstaden	47,4
*Landsplan**	55,7

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bilag 6: Sundhedsklyngespecifikke nøgletal

Analyse af hyppige akutte patienter

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

Læsevejledning 3

Tabeller vedrørende sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland 3

Tabeller vedrørende sundhedsklynger fra Region Hovedstaden 4

Tabeller vedrørende sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland:

1 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter 5

2 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for 6

3 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser 7

Tabeller vedrørende sundhedsklynger fra Region Hovedstaden:

4 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter 8

5 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for 9

6 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser 10

Læsevejledning

Dette bilag indeholder tabeller med sundhedsklyngespecifikke nøgletal. Opgørelserne er generelt afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere herom i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. For at øge robustheden i de enkelte sundhedsklyngers resultater og mindske sandsynligheden for tilfældigheder, er alle resultater baseret på en treårig periode 2021-2023.

Særligt om sammenligninger af sundhedsklynger på tværs af regioner
Region Hovedstadens organisering af den regionale akutordning medfører, at ambulant aktivitet og den samlede akutte sygehusaktivitet systematisk er højere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Som beskrevet i hovedrapporten påvirker dette også andelen af hyppige akutte patienter på landsplan. Derfor sammenlignes sundhedsklyngerne i tabellerne ikke med landsgennemsnittet. For at tydeliggøre, at Region Hovedstadens tal ikke er direkte sammenlignelige med de øvrige regioners, er tabellerne opdelt: Tabel 1-3 dækker sundhedsklynger i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland, mens tabel 4-6 omfatter sundhedsklynger i Region Hovedstaden.

Benchmarkingindikatoren
Tabel 1 og 6 viser sundhedsklyngernes benchmarkingindikator, der udtrykker forskellen i procentpoint mellem den faktiske og den forventede andel af hyppige akutte patienter. Den forventede andel repræsenterer, hvor stor en andel man kan forvente, når der korrigeres for lokale rammevilkår. På grund af de datamæssige forskelle mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner beregnes de forventede værdier – og dermed benchmarkingindikatoren – ved hjælp af separate regressionsmodeller. Det betyder, at heller ikke de forventede værdier eller selve benchmarkingindikatoren fra Region Hovedstaden kan sammenlignes direkte med tilsvarende værdier i de øvrige regioner.

En nærmere beskrivelse af de metodiske valg og afgrænsninger, som ligger til grund for beregningerne, findes i hovedrapportens kapitel 3 og i bilag 7 ”Metode”.

Tabeller vedrørende sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland

Tabel 1: Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter
I tabel 1 præsenteres for hver sundhedsklynge den faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter i perioden 2021-2023. Ved siden af vises den forventede andel, som angiver, hvor stor en andel man – givet sundhedsklyngens rammevilkår – kan forvente ville være hyppige akutte patienter. Disse opgøres i *procent.* Benchmarkingindikatoren, som er forskellen mellem den faktiske og den forventede andel opgjort i *procentpoint*, er angivet i den sidste kolonne. En positiv værdi betyder, at sundhedsklyngen har en større andel hyppige akutte patienter end forventet, mens en negativ værdi indikerer en lavere andel end forventet. Tabel 1 indeholder opgørelser for sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i alfabetisk orden.

Tabel 2: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for
I tabel 2 præsenteres for hver sundhedsklynge andelen af akutte sygehus ophold, som hyppige akutte patienter står for i perioden fra 2021-2023 (opgjort i procent). Tabel 2 indeholder opgørelser for sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i alfabetisk orden.

Tabel 3: Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser
I tabel 3 præsenteres for hver sundhedsklynge den andelen af hyppige akutte patienter, som enten er 80 år eller derover, har mindst én registreret kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemme-sygepleje- eller plejeydelser i perioden 2021-2023 (opgjort i procent). Afgrænsningen af denne patientgruppe er beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Tabel 3 indeholder opgørelser for sundhedsklynger fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i alfabetisk orden.

Tabeller vedrørende sundhedsklynger fra Region Hovedstaden

Tabel 4: Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter
I tabel 4 præsenteres for hver sundhedsklynge den faktiske andel af hyppige akutte patienter blandt alle akutte patienter i perioden 2021-2023. Ved siden af vises den forventede andel, som angiver, hvor stor en andel man – givet sundhedsklyngens rammevilkår – kan forvente ville være hyppige akutte patienter. Disse opgøres i *procent*. Benchmarkingindikatoren, som er forskellen mellem den faktiske og den forventede andel opgjort i *procentpoint*, er angivet i den sidste kolonne. En positiv værdi betyder, at sundhedsklyngen har en større andel hyppige akutte patienter end forventet, mens en negativ værdi indikerer en lavere andel end forventet. Tabel 4 indeholder opgørelser for sundhedsklynger fra Region Hovedstaden i alfabetisk orden.

Tabel 5: Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for
I tabel 5 præsenteres for hver sundhedsklynge andelen af akutte sygehus ophold, som hyppige akutte patienter står for i perioden fra 2021-2023 (opgjort i procent). Tabel 5 indeholder opgørelser for sundhedsklynger fra Region Hovedstaden i alfabetisk orden.

Tabel 6: Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser
I tabel 6 præsenteres for hver sundhedsklynge andelen af hyppige akutte patienter, som enten er 80 år eller derover, har mindst én registreret kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemme-sygepleje- eller plejeydelser i perioden 2021-2023 (opgjort i procent). Afgrænsningen af denne patientgruppe er beskrevet i hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7 ”Metode”. Tabel 6 indeholder opgørelser for sundhedsklynger fra Region Hovedstaden i alfabetisk orden.

1 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter

Tabel 1

Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2021-2023. Opgørelser for sundhedsklynger i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Sundhedsklynge	Andelen af hyppige akutte patienter	Forventede andel hyppige akutte patienter	Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter
Fynsklyngen (Syddanmark)	4,5	4,8	-0,3
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	4,8	4,7	0,1
Horsensklyngen (Midtjylland)	4,4	4,5	-0,1
Klynge Midt (Nordjylland)	4,9	4,9	0,0
Klynge Nord (Nordjylland)	5,3	5,2	0,1
Klynge Syd (Nordjylland)	4,9	4,7	0,2
Klynge Vest (Nordjylland)	5,3	5,4	-0,1
Klyngen Holbæk (Sjælland)	5,7	4,8	0,9
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	6,0	6,2	-0,2
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	5,5	5,0	0,5
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	5,0	4,3	0,7
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	4,2	4,4	-0,2
Midtklyngen (Midtjylland)	4,8	4,8	0,0
Randersklyngen (Midtjylland)	4,4	5,1	-0,7
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	4,1	4,7	-0,6
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	4,5	4,7	-0,2
Århusklyngen (Midtjylland)	4,1	4,4	-0,3
Region Midtjylland	4,5	4,7	-0,2
Region Nordjylland	5,1	5,0	0,1
Region Sjælland	5,5	5,0	0,5
Region Syddanmark	4,4	4,7	-0,3
*Landsplan**	5,1	I/T	I/T

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

2 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for

Tabel 2

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023. Opgørelser for sundhedsklynger i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Sundhedsklynge	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Fynsklyngen (Syddanmark)	16,6
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	17,8
Horsensklyngen (Midtjylland)	16,6
Klynge Midt (Nordjylland)	17,7
Klynge Nord (Nordjylland)	18,7
Klynge Syd (Nordjylland)	17,3
Klynge Vest (Nordjylland)	18,7
Klyngen Holbæk (Sjælland)	20,5
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	20,7
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	19,1
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	17,8
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	15,6
Midtklyngen (Midtjylland)	17,9
Randersklyngen (Midtjylland)	16,1
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	14,9
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	16,3
Århusklyngen (Midtjylland)	15,8
Region Midtjylland	16,8
Region Nordjylland	18,0
Region Sjælland	19,3
Region Syddanmark	16,1
*Landsplan**	18,2

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

3 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser

Tabel 3

Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023. Opgørelser for sundhedsklynger i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Sundhedsklynge	Sundhedsklyngeandel
Fynsklyngen (Syddanmark)	67,6
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	67,1
Horsensklyngen (Midtjylland)	67,8
Klynge Midt (Nordjylland)	60,9
Klynge Nord (Nordjylland)	65,3
Klynge Syd (Nordjylland)	61,4
Klynge Vest (Nordjylland)	66,4
Klyngen Holbæk (Sjælland)	53,7
Klyngen Nykøbing F (Sjælland)	59,8
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	54,4
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	54,7
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	66,4
Midtklyngen (Midtjylland)	67,9
Randersklyngen (Midtjylland)	65,4
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	62,3
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	64,9
Århusklyngen (Midtjylland)	60,3
Region Midtjylland	61,6
Region Nordjylland	59,9
Region Sjælland	54,3
Region Syddanmark	63,1
*Landsplan**	55,7

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter

Tabel 4

Faktisk og forventet andel samt benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter, 2021-2023. Opgørelser for sundhedsklynger i Region Hovedstaden.

Sundhedsklynge	Andelen af hyppige akutte patienter	Forventede andel hyppige akutte patienter	Benchmarkingindikator for andelen af hyppige akutte patienter
Klynge Byen (Hovedstaden)	5,3	5,4	-0,1
Klynge Midt (Hovedstaden)	5,6	5,6	0,0
Klynge Nord (Hovedstaden)	5,9	5,8	0,1
Klynge Syd (Hovedstaden)	5,7	5,7	0,0
Sundhedsklynge Bornholm (Hovedstaden)	7,9	6,8	1,0
Region Hovedstaden	5,7	I/T	I/T
*Landsplan**	5,1	I/T	I/T

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". *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for

Tabel 5

Andelen af den samlede akutte sygehusaktivitet, som hyppige akutte patienter står for, 2021-2023. Opgørelser for sundhedsklynger i Region Hovedstaden.

Sundhedsklynge	Andelen af den akutte aktivitet som hyppige akutte patienter står for
Klynge Byen (Hovedstaden)	18,3
Klynge Midt (Hovedstaden)	18,9
Klynge Nord (Hovedstaden)	19,8
Klynge Syd (Hovedstaden)	19,4
Sundhedsklynge Bornholm (Hovedstaden)	25,4
Region Hovedstaden	19,3
*Landsplan**	18,2

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6 Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser

Tabel 6

Andelen af hyppige akutte patienter som er ældre, lider af kronisk sygdom eller modtager kommunale hjemmesygepleje- eller plejeydelser, 2021-2023. Opgørelser for sundhedsklynger i Region Hovedstaden.

Sundhedsklynge	Sundhedsklyngeandel
Klynge Byen (Hovedstaden)	43,3
Klynge Midt (Hovedstaden)	50,5
Klynge Nord (Hovedstaden)	53,3
Klynge Syd (Hovedstaden)	43,8
Sundhedsklynge Bornholm (Hovedstaden)	53,2
Region Hovedstaden	47,4
*Landsplan**	55,7

Anm.: *Landsplanstallet påvirkes også af organiseringen af akutområdet i Region Hovedstaden.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bilag 7: Metode

Analyse af hyppige akutte patienter

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 Datakilder 3

2 Afgrænsninger 6

2.1 Population 6

2.2 Hovedindikator 7

2.2.1 Udvalgte grupper af hyppige akutte patienter 7

2.3 Tidsperioder 8

2.3.1 Køns- og aldersstandardisering 9

3 Om Sammenligning af geografiske områder 10

4 Regressionsanalyse og rammevilkår 11

4.1 Rammevilkår 11

4.2 Regressionsresultater 12

5 Benchmarkinganalyse 21

5.1 Etablering og beregning af benchmarkingindikatorerne 21

5.2 Betydningen af anvendelsen af to separate modeller 21

5.3 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking 22

5.4 Robustheden omkring benchmarkingresultaterne 23

5.4.1 Valg af (reference)population 23

5.4.2 Afgrænsning og robusthed af hovedindikatoren 24

5.4.3 Inklusion og eksklusion af skader og forgiftninger med mere 25

5.5 Beregning af sammenhænge mellem benchmarkingindikatorer og kommunalt udbud af sundheds- og plejepersonale 26

1 Datakilder

Analysen baserer sig primært på individdata fra Landspatientregistret (LPR) fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistiks registre. Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger, indberetter sygehusene en række oplysninger til LPR, der administreres af Sundhedsdatastyrelsen.

Da vi i analysen ser på den akutte sygehusaktivitet i perioden 2014-2023 skal det bemærkes, at der i denne periode har været forskellige forhold, som dels har påvirket aktiviteten i sygehusvæsenet ekstraordinært, men som også har medført registreringsændringer i LPR. Det er blandt andet overgangen fra LPR2 til LPR3 i begyndelsen af 2019 der har medført databrud i sygehusdata. Derudover har COVID-19 og sygeplejerskestrejken påvirket sygehusaktiviteten. Begge dele har dog primært haft indflydelse på den planlagte sygehusaktivitet, men det kan ikke udelukkes, at også den akutte sygehusaktivitet har været påvirket af disse faktorer.

Ud over at identificere de hyppige akutte patienter og deres sygehusophold, har vi også anvendt LPR i den del af analysen, der handler om forløbet omkring de akutte sygehusophold. Det er forskellige oplysninger om patienternes sygehusophold der indsamles i LPR, herunder varighed og typen af sygehusopholdet, tidspunktet for ind- og udskrivning og informationer om diagnosegrupper.

Datagrundlaget fra LPR er blevet suppleret med registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Ved at koble aktivitetsdata fra LPR sammen med registrene fra Danmarks Statistik, er det blandet andet muligt i selve benchmarkinganalysen at teste og kontrollere for langt flere rammevilkår på individniveau, end hvis man alene baserede analysen på data fra LPR. Kobling mellem LPR og de øvrige registre fra Danmarks Statistik muliggør også, at vi har kunne segmentere de hyppige akutte patienter i forskellige befolkningsgrupper, og se hvor de adskiller sig fra de øvrige akutte patienter. Ligeledes er det muligt at se på planlagte sygehusophold og kontaktmønstre i almen praksis mellem de enkelte akutte sygehusophold ved at koble sygehusaktivitetsdata fra LPR med Sygesikringsdata fra Sundhedsdatastyrelsen og ældredata fra Danmarks Statistik.

Tabel 1.1 viser de øvrige datakilder og variable, som vi har anvendt i denne analyse. I afsnit 4.1 fremgår de af variablene, der indgår som rammevilkår i regressions- og benchmarkinganalyserne.

Tabel 1.1

Anvendte variable

Variabel	Kilde	Bemærkning
Årstal, alder, køn, herkomst, familietype, Ø-kommune, bopælskommune, sundhedsklynge og region	BEF – DST	Årstal er aktivitetsåret for de akutte sygehusophold. Øvrige variable er opgjort 31. december det forudgående år.
Afstand til død	DOD – DST	Variablen angiver antal kvartaler fra aktivitetsårets start til personen dør. Personer der ikke dør i løbet af opgørelsesperioden får tildelt værdien 0.
Ækvivaleret Indkomst	IND – DST	Opgjort 31. december det forudgående år.
Højest fuldførte uddannelse	UDDF – DST	Opgjort 31. december det forudgående år.
Boligtype	BBRENHED – DST	Opgjort 31. december det forudgående år.
Beskæftigelse	RAS og DREAM databasen	For personer i alderen 0-18 år er der opgjort moderens eller faderens status. For pensionister og efterlønsmodta-

		gere er der opgjort den beskæftigelsesstatus, de havde som 59-årig.
Sociale ydelser	HANDIC, BUFO, BUAF	For børn og unge er der opgjort forebyggende foranstaltninger og anbringelser i løbet af deres liv. For voksne er der opgjort ydelser i Lov om Social Service, som gives til voksne med handicap eller andre udsatte modtaget forudgående år.
Dømt for overtrædelse af straffeloven	KRAF	Afgørelser efter straffeloven inden for 5 forudgående år.
Charlsons Komorbiditetsindeks (CCI)	LPR og RUKS – DST og Sundhedsdatastyrelsen	Se mere herom under denne tabel og i tabel 1.2 for afgræsning af diagnoser.
Kroniske sygdomme:	RUKS - Sundhedsdatastyrelsen	De udvalgte sygdomme er: KOL, type 1-diabetes, type 2-diabetes, astma, demens, knogleskørhed, skizofreni. Diagnoser registreret inden for 10 forudgående år medtages.
Multisygdom	RUKS – Sundhedsdatastyrelsen	Opgjort som mindst 2 af de udvalgte kroniske sygdomme.
Psykisk sygdom	LPR og RUKS – Sundhedsdatastyrelsen	Opgjort som en psykiatrisk diagnose registreret inden for 10 forudgående år. Demens tæller ikke med her da den indgår som selvstændig kronisk sygdom.
Antal kontakter til hhv. almen praksis og praktiserende speciallæger	Sygesikringsregister – Sundhedsdatastyrelsen	Antal kontakter året før.
Modtagere af hjemmesygepleje	AEHJSP - DST	Modtaget hvis personen har modtaget ydelsen inden for 2 forudgående år
Modtagere af praktisk hjælp	AEFV - DST	Modtaget hvis personen har modtaget ydelsen inden for 2 forudgående år
Modtagere af personlig hjælp	AEFV - DST	Modtaget hvis personen har modtaget ydelsen inden for 2 forudgående år
Plejeboligbeboer	AEPB - DST	Modtaget hvis personen har modtaget ydelsen inden for 2 forudgående år
Afstand til nærmeste sygehus	BYSTRB, BEF - DST	Afstand fra den enkelte individs bopælssogn til det nærmeste akutsygehus
Afstand til egen læge	BYSTRB, BEF, YDER – DST og Sundhedsdatastyrelsen	Afstand fra den enkelte individs bopælssogn til det postnummer, der tilhører egen læge
Vilkår i almen praksis, sygelighed	LPR, RUKS, YDER – DST og Sundhedsdatastyrelsen	Se mere herom nedenfor.
Vilkår i almen praksis, psykisk sygdom	LPR, RUKS, YDER – DST og Sundhedsdatastyrelsen	Se mere herom nedenfor.
Vilkår i almen praksis, patientantal	YDER - Sundhedsdatastyrelsen	Se mere herom nedenfor.
Vilkår i almen praksis, andel ældre	BEF, YDER – DST og Sundhedsdatastyrelsen	Se mere herom nedenfor.
Middellevetid	HISBK	Middellevetid for en 0-årig i den enkelte kommune, beregnet på baggrund af en femårig periode.
Kommunalt ansatte sygeplejersker	Personaledata – KRL	Afgrænset til ældreområdet
Kommunalt ansatte SOSU'er	Personaledata – KRL	Afgrænset til sundheds og ældreområdet

Mere om CCI:

Når vi ser på alvorlig sygdom/graden af komorbiditet, er kategorierne værdierne 0, 1, 2 og 3+ i Charlsons komorbiditetsindeks (CCI). CCI er et internationalt klassifikationssystem baseret på vægtede værdier relateret til en række udvalgte sygdomme, som vurderes at påvirke individets helbred negativt. Vægtene afspejler sygdommens sværhedsgrad og kan antage værdier fra 1 til 6. Indekset beregnes som summen af vægtene relateret til de udvalgte sygdomme. Sygdomskategorierne og deres vægte fremgår af tabel 1.4. På baggrund af indekset kan graden af sygelighed klassificeres som ingen sygelighed (CCI = 0), let sygelighed (CCI = 1), middelsvær sygelighed (CCI = 2) og høj sygelighed (CCI = 3+).

Tabel 1.2

Oversigt over sygdomme kategoriseret der indgår i Charlsons komorbiditetsindeks

Sygdomme	Vægt	LPR, ICD10-Kode	RUKS
Blodprop i hjertet	1	DI21-DI23	
Hjerteinsufficiens	1	DI50, DI110, DI130, DI132	
Forsnævring af arterier	1	DI70-DI74 DI77	
Blodkarsygdomme i hjernen	1	DI60-DI69, DG45-DI46	
Demens	1	DF00-DF03, DF051, DG30	Demens
Lungesygdomme	1	DJ40-DJ47, DJ60-DJ67, DJ684, DJ701, DJ703, DJ841, DJ920, DJ961, DJ982, DJ983	KOL, Astma
Gigtsygdomme	1	DM06, DM06, DM08, DM09, DM30, DM31, DM32-DM36, DM86	Leddegigt
Mavesår	1	DK221, DK25-DK28	
Leversygdom i let grad	1	DB18, DK700-DK703, DK709, DK71, DK73, DK74, DK760	
Diabetes uden komplikationer	1	DE100, DE101, DE109, DE110, DE111, DE119	Diabetes. type I, type II
Lammelse i den ene side af kroppen	2	DG81-DG82	
Moderat eller svær nyresygdom	2	DI12-DI14, DN00-DN05. DN07, DN11. DN14, DN17,DN19, DQ61	
Diabetes med komplikationer	2	DE102-DE108, DE112-DE118	
Kræft, der ikke har spredt sig	2	DC00-DC75	
Leukæmi	2	DC91-DC95	
Lymfe- eller knoglemarvskræft	2	DC81-DC85, DC88, DC90, DC96	
Moderat eller svær leversygdom	3	DB150, DB160, DB162, DB190, DK704, DK72,DK766,DI85	
Kræft, der har spredt sig	6	DC76-DC80	
AIDS	6	DB21-DB2	

Mere om vilkår i egen praksis:

Når vi afgrænser en række variable om den enkeltes praktiserende læge, har vi medtaget fire forskellige variable: 1) andel af lægens patientpopulation med alvorlig sygelighed, 2) andel af lægens patientpopulation, der er 80+ år, 3) andel af lægens patientpopulation med psykisk sygdom og 4) antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge i lægens praksis.

2 Afgrænsninger

2.1 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). Et akut sygehusophold defineres som en indlæggelse eller en ambulant sygehuskontakt, der sker uden forudgående planlægning. Borgere med denne type sygehusophold betegnes som akutte patienter i analysen.

Den akutte sygehusaktivitet tager udgangspunkt i registreringer i Landspatientregistret (LPR). Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger, indberetter sygehusene en række oplysninger til LPR, der administreres af Sundhedsdatastyrelsen.

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.[1]
Vi følger også Sundhedsdatastyrelsens definition om afgrænsning af henholdsvis en indlæggelse og et ambulant ophold. En indlæggelse er defineret som et sygehusophold på 12 timer eller derover, mens en ambulant ophold er defineret som et sygehusophold på under 12 timer.

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.[2,3]

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 ydre påvirkninger (herfra kaldet skader, forgiftninger

[1] Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). Beskrivelse af indikatorer – National mål for sundhedsvæsenet.
[2] Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprograms (2023). Databasen for Akutte Hospitalskontakter. Årsrapport 2023.
[3] Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). Beskrivelse af indikatorer – National mål for sundhedsvæsenet.

mm.) ekskluderes fra opgørelsen for at se, hvorvidt konklusionerne ændrer sig. Når denne afgrænsning benyttes, fremgår det tydeligt af teksten.[4]

2.2 Hovedindikator

Hovedindikatoren i denne analyse er andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte sygehuspatienter. Generelt defineres hyppige akutte patienter som borgere, der har haft talrige akutte sygehusophold inden for samme kalenderår. Hovedindikatoren beregnes som følger:

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

I denne analyse er en hyppig akut patient specifikt defineret som en person med minimum fire unikke akutte sygehusophold inden for samme kalenderår. Nogle har dog langt flere og den gennemsnitlige hyppige akutte patient har ca. 5,4 akutte ophold om året.

Selvom der ikke findes en entydig standard for antallet af akutte ophold, der er nødvendige for at blive kategoriseret som hyppig akut patient, er afgrænsningen på fire eller flere akutte ophold den bredest anvendte definition i den internationale forskningslitteratur. I denne litteratur omtales patientgruppen som såkaldte "frequent flyers" eller "frequent users of emergency departments".[5,6,7,8,9]

Hovedindikatoren repræsenterer en specifik delpopulation inden for den samlede population af akutte patienter. De resterende akutte patienter – altså patienter med maksimalt ét, to eller tre akutte sygehusophold inden for samme kalenderår – betegnes gennemgående i denne analyse som øvrige akutte patienter.

2.2.1 Udvalgte grupper af hyppige akutte patienter

Ud over hovedindikatoren – hyppige akutte patienter – fokuserer analysen også på tre centrale delpopulationer inden for denne gruppe. Disse delpopulationer er defineret på baggrund af karakteristika, der ofte er forbundet med en høj sundhedsbelastning og komplekse behandlingsforløb. De tre delpopulationer er:

1. Hyppige akutte patienter, der er ældre
2. Hyppige akutte patienter, der lider af kroniske sygdomme[10]
3. Hyppige akutte patienter, der modtager kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser

---

[4] 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

[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] 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.

[7] 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.

[8] 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.

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

[10] Til og fravalget af de udvalgte kroniske sygdomme er alene baseret på, hvilke sygdomme vi med sikkerhed kan opspore i Sundhedsdatastyrelsens Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Afgrænsningen af de tre delpopulationer fremgår af tabel 2.1.

Tabel 2.1

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 udvalgte kroniske sygdomme: Astma, leddegigt, KOL, type 1 diabetes, type 2 diabetes, skizofreni, demens.
Modtagere af kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser	Hyppige akutte patienter der har modtaget minimum én af følgende kommunale plejeydelser indenfor de to forudgående år: Praktisk hjælp, personlig hjælp, hjemmesygepleje, plejebolig.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

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 kroniske sygdomme eller modtager kommunale hjemmesygepleje- og plejeydelser er væsentligt højere blandt de hyppige akutte patienter end blandt de øvrige akutte patienter. Derfor er der i denne sammenhæng tale om særligt relevante målgrupper.

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

De specifikke registre med datagrundlaget for afgrænsningerne fremgår af afsnit 1 i dette bilag.

2.3 Tidsperioder

Analysen dækker perioden 2014-2023 og inkluderer både årlige opgørelser og analyser baseret på data fra en periode over flere sammenhængene år. Denne tilgang sikrer robuste og sammenligneli-ge resultater ved at reducere påvirkningen fra enkeltindivider, særligt i mindre geografiske enheder som kommuner.

For analyser af udviklingen på landsplan anvendes årlige data fra 2014 til 2023, hvor andelen af hyppige akutte patienter beregnes for hvert kalenderår. I analyser, hvor vi vurderer regionale udvik-lingstendenser, anvendes treårig perioder. Specifikt sammenlignes en tidligere periode (2014-2016) med den seneste tilgængelige periode i registrene (2021-2023) for at identificere ændringer over tid.

For geografiske sammenligninger på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau baseres data på en treårig periode (2021-2023). Dette sikrer en mere robust opgørelse af nøgletal, hvor individer kan optræde flere gange, hvis de i flere kalenderår opfylder kriterierne for at være hyppige akutte patienter.

I analyserne af niveauet for andelen af hyppige akutte patienter blandt den samlede gruppe af akutte patienter og deres forløb i perioden 2021-2023 anvendes de faktiske andele blandt den samlede gruppe af akutte patienter. Når vi undersøger udviklingen over tid, suppleres disse med køns- og aldersstandardiserede andele.

2.3.1 Køns- og aldersstandardisering

Generelt er køn og alder nogle af de faktorer, der har en betydning for befolkningens forbrug af sundhedsydelser, herunder også det akutte sygehusvæsen. Det er sådan, at befolkningens sammensætning med hensyn til køn og alder ændrer sig gradvist over tid, ligesom der er mindre forskelle i køns- og alderssammensætningen på tværs af regioner.

Ved både at opgøre udviklingen i de faktiske og i standardiserede andele sikrer vi, at ændringer i befolkningens demografiske sammensætning ikke fejlagtigt tolkes som reelle ændringer i andelen af hyppige akutte patienter.

I regressions- og benchmarkinganalysen, som beskrives i afsnit 4 og 5 i nærværende bilag, tages der højde for de lokale rammevilkår, der kan påvirke andelen af hyppige akutte patienter. Desuden indgår observationsåret som en faktor, da landsplanstendenser kan have en generel indflydelse på niveauet af hyppige akutte patienter på tværs af årene.

3 Om Sammenligning af geografiske områder

Når man sammenligner den akutte sygehusaktivitet på tværs af landet, er det væsentligt at være opmærksom på forskelle i organiseringen og registrering af akutte sygehusophold.[11] Særligt Region Hovedstaden adskiller sig væsentligt fra de øvrige regioner på dette område. Siden 1. januar 2014 har Region Hovedstaden således visiteret alle akutte telefoniske henvendelser via Akuttelefonen 1813, mens de tidligere vagtlægeklinikker er blevet fuldt integreret og bemandet af akutafdelinger i sygehusregi.

Denne omlægning betyder, at Region Hovedstadens data ikke kun omfatter egentlige akutte sygehusophold, men også registreringer af akutte kontakter, der i andre regioner håndteres af den regionale vagtlægeordning uden for sygehusregi.

Denne forskel i registreringspraksis medfører, at Region Hovedstadens datagrundlag inkluderer patienter, der ikke ville være registreret som akutte patienter i andre regioner. Som følge heraf kan nogle patienter i Region Hovedstaden klassificeres som hyppige akutte patienter på baggrund af kontakter, der ikke ville opfylde kriterierne for samme klassifikation i andre regioner. Omvendt indebærer den øgede samlede aktivitet, at antallet af akutte patienter også er større i Region Hovedstaden, hvilket sandsynligvis mindsker påvirkningen af andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe akutte patienter.

Da det ikke er muligt at frasortere de berørte kontakter fra Region Hovedstaden uden samtidig at ekskludere al akut aktivitet fra regionen, har vi valgt at inkludere alle akutte kontakter fra Region Hovedstaden i analysen. Denne tilgang er i tråd med tidligere analyser af det danske akutområde.[12] Vi gør dog opmærksom på, at denne beslutning kan påvirke analysens resultater, omend vi ikke kan fastslå omfanget af påvirkningen præcist.

Som følge af forskellene i datagrundlaget sammenlignes Region Hovedstadens tal ikke direkte med de øvrige regioners. I stedet fokuserer vi på interne sammenligninger inden for regionen, herunder variationer mellem kommuner og sundhedsklynger samt udviklingen 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 detaljeret beskrivelse af hvordan denne dataforudsætning påvirker benchmarkinganalysen findes i 5.2 nedenfor. Det skal dog bemærkes, at Region Hovedstadens særlige forhold også har en påvirkning på landsplanstallene i analysen.

Det er også værd at bemærke, at Region Sjælland den 1. oktober 2022 overtog driften af vagtlægeordningen. 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 denne organisatoriske ændring.

---

[11] Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Databasen for Akutte Hospitalskontakter - Årsrapport 2023

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

4 Regressionsanalyse og rammevilkår

Benchmarkinganalyserne i hovedrapporten er baseret på logistiske regressionsmodeller, hvor der kontrolleres for lokale rammevilkår. Hovedindikatoren (den afhængige variabel) er - som beskrevet - andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe af akutte patienter i perioden 2021 til 2023. Vi estimerer med andre ord sandsynligheden for, at en akut patient klassificeres som hyppig akut patient.

Fordi modellen omfatter tre kalenderår, kan den samme akutte patient optræde flere gange i datasættet. For at tage højde for denne flergangsregistrering estimeres modellerne med klyngerobuste standardfejl på individniveau, hvilket justerer for korrelation mellem observationer af de samme patienter. Ud over kontrol for rammevilkår og klyngerobuste standardfejl er der inkluderet dummyvariable for de enkelte kalenderår, så effekten af eventuelle årsspecifikke forhold ikke skævvrider estimaterne.

I dette kapitel redegøres der for, hvilke specifikke rammevilkår der indgår i modellen, og derefter præsenteres regressionsresultaterne.

Som beskrevet i afsnit 3.1 i dette bilag og flere steder i hovedrapporten, sammenligner vi ikke resultaterne fra Region Hovedstaden direkte med resultaterne fra de øvrige regioner. Derfor er der opstillet to separate logistiske regressionsmodeller: én for Region Hovedstaden og én for de øvrige regioner. Modellerne anvender dog de samme rammevilkårsvariable. I 5.2 beskrives de nærmere konsekvenser af at opdele populationen i to separate modeller.

4.1 Rammevilkår

Som beskrevet i hovedrapporten kan en del af forskellene i andelen af hyppige akutte patienter på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger skyldes variationer i de akutte patienters baggrundskarakteristika. Selvom alle patienter i analysen har haft mindst ét akut sygehusophold, kan faktorer som alder, køn, helbredstilstand og socioøkonomisk baggrund variere betydeligt fra ét geografisk område til et andet. Disse forskelle kan have indflydelse på sandsynligheden for, at en akut patient klassificeres som hyppig akut patient. For at tage højde for denne variation på tværs af geografiske enheder kontrollerer vi derfor for en række rammevilkår i modellerne.

Rammevilkår defineres som strukturelle forhold, der præger en geografisk enheds muligheder og begrænsninger, og som typisk ikke kan ændres på kort eller mellemlang sigt. Disse forhold kan eksempelvis være demografiske, geografiske eller sundhedsmæssige og påvirker risikoen for, at en borger får et eller flere akutte sygehusophold.

I tabel 4.1 og 4.2 præsenteres de specifikke rammevilkår, der er inkluderet i analysen. Formålet med at inddrage disse rammevilkår er at opnå en mere retvisende vurdering af, hvordan regioner, kommuner og sundhedsklynger klarer sig, når man tager højde for den unikke kontekst, de hver især opererer i. I tabel 1.1 (kapitel 1) fremgår en komplet oversigt over variable anvendt i analysen, herunder bemærkninger og information om, hvilket register de er hentet fra.

4.2 Regressionsresultater

I tabel 4.1 ses regressionsresultaterne for den model, der er baseret på akutte patienter fra Region Hovedstaden. På samme måde præsenteres i tabel 4.2 resultaterne for den model, der omfatter akutte patienter fra de øvrige regioner. Begge tabeller indeholder parameterestimater, standardfejl og marginaleffekter.

Tabel 4.1

Regressionsresultater for akutte patienter fra Region Hovedstaden: Sandsynligheden for at være hyppig akut patient

Variabel	Parameterestimat	Standardfejl	Marginal effekt (pct.point)
Årstal (ref.: 2023)			
År 2021	0,015	0,010	0,001
År 2022	-0,017	0,009	-0,001
Køn (ref.: Kvinde)	-0.052***	0.009	-0,003***
Alder (ref.: 70 til 79 år)			
0 til 9 år	0,855***	0,025	0,052***
10 til 19 år	0,250***	0,027	0,012***
20 til 29 år	0,414***	0,021	0,021***
30 til 39 år	0,456***	0,022	0,024***
40 til 49 år	-0,090***	0,025	-0,004***
50 til 59 år	-0,182***	0,021	-0,007***
60 til 69 år	-0,117***	0,018	-0,005***
80 til 89 år	0,031	0,018	0,001
90+ år	-0,017	0,061	-0,005*
Uddannelse (ref.: Grundskole)			
Uoplyst	-0,019	0,032	-0,001
Gymnasial- el. erhvervsuddannelse	-0,120***	0,012	-0,006***
Kort videregående uddannelse	-0,171***	0,024	-0,009***
Mellemlang videregåen-de uddannelse	-0,125***	0,014	-0,006***
Lang videregående uddannelse	-0,166***	0,017	-0,008***
Beskæftigelsesstatus (ref.: beskæftiget)			
Førtidspension, senior-pension, fleksjob, res-sourceforløb o.l.	0,227***	0,016	0,011***
Ledig	0,211***	0,016	0,011***
Sygedagpenge o.l.	0,162***	0,029	0,008***
Under uddannelse	-0,032	0,024	-0,002
Øvrig beskæftigelse	0,039*	0,018	0,002*
Uoplyst	-0,055	0,060	-0,003
Ækvivaleret Indkomst og formue (ref.: 0 til 140.000 kr.)			
140.001 til 200.000 kr.	0,005	0,016	0,000
200.001 til 270.000 kr.	0,052**	0,017	0,003**
270.001 til 370.000 kr.	0,059**	0,018	0,003**
370.001 til 480.000 kr.	0,010	0,021	0,000
480.001+ kr.	0,005	0,023	0,000
Herkomst (ref.: Dansk)			

Vestlig indvandrer	-0,037	0,023	-0,002
Ikke-vestlig indvandrer	0,060***	0,017	0,003***
Vestlig efterkommer	0,015	0,045	0,001
Ikke-vestlig efterkommer	0,290***	0,019	0,016***
Familietype (ref.: Enlig uden hjemmeboende børn)			
Enlig med hjemmeboende børn	-0,016	0,019	-0,001
Samboende uden hjemmeboende børn	0,190***	0,012	0,010***
Samboende med hjemmeboende børn	-0,051**	0,016	-0,002**
Boligtype (ref.: Ejerbolig)			
Almennyttig bolig	0,126***	0,014	0,006***
Privat andelsboligforening	0,047**	0,017	0,002**
Offentlig udlejning	0,212***	0,033	0,011***
Privat udlejning	0,082***	0,014	0,004***
Anden bolig	0,350**	0,121	0,019*
Uoplyst	0,233***	0,025	0,012***
Sygelighed / CCI (ref.: Ingen)			
Let sygelighed	0,389***	0,016	0,020***
Middelsvær sygelighed	0,607***	0,018	0,034***
Høj sygelighed	0,854***	0,020	0,052***
Dikotome variable for kroniske sygdomme			
Astma (ref.: Ingen)	-0,175***	0,019	-0,009***
Knogleskørhed (ref.: Ingen)	-0,047*	0,022	-0,002*
Leddegigt (ref.: Ingen)	-0,004	0,036	-0,000
KOL (ref.: Ingen)	0,048*	0,020	0,002*
Type I diabetes (ref.: Ingen)	-0,066	0,047	-0,003
Type II diabetes (ref.: Ingen)	-0,236***	0,020	-0,012***
Skizofreni (ref.: Ingen)	-0,002	0,041	-0,000
Demens (ref.: Ingen)	-0,465***	0,033	-0,023***
Multisyg (ref.: ikke multisyg)	0,129***	0,027	0,006***
Psykisk sygdom (ref.: ingen)	0,354***	0,012	0,018***
Afstand til død (ref.: Ingen død)			
1 kvartal	-0,981***	0,059	-0,031***
2 kvartaler	0,619***	0,034	0,038***
3 kvartaler	1,212***	0,029	0,095***
4 kvartaler	1,554***	0,026	0,140***
5 kvartaler	1,278***	0,030	0,103***
6 kvartaler	1,049***	0,035	0,077***
7 kvartaler	0,905***	0,038	0,063***

8 kvartaler	0,753***	0,038	0,049***
Kontakt til praktiserende læge (ref.: 0 kontakter)			
1 til 5 kontakter	0,223***	0,022	0,007***
6 til 10 kontakter	0,624***	0,022	0,023***
Flere end 10 kontakter	1,095***	0,022	0,051***
Kontakt til Speciallæge (ref.: 0 kontakter)			
1 kontakt	0,074***	0,012	0,004***
Flere end 1 kontakter	0,170***	0,010	0,009***
Afstand til alment praktiserende læge (ref.: 25+ km)			
0 til 4.99 km	0,041	0,040	0,002
5 til 9.99 km	0,147***	0,042	0,007***
10 til 24.99 km	0,228***	0,045	0,012***
Afstand til nærmeste sygehus (ref.: 25+ km)			
0 til 4.99 km	0,008	0,023	0,000
5 til 9.99 km	0,006	0,023	0,000
10 til 24.99 km	-0,006	0,022	-0,000
Vilkår i almen praksis, sygelighed (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	-0,112***	0,018	-0,006***
2. kvartil	-0,032*	0,017	-0,002
3. kvartil	-0,020	0,014	-0,001
Vilkår i almen praksis, psykisk sygdom (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	-0,089***	0,015	-0,004***
2. kvartil	-0,034**	0,013	-0,002**
3. kvartil	-0,041***	0,011	-0,002***
Vilkår i almen praksis, patientantal (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	0,022	0,012	0,001
2. kvartil	0,018	0,012	0,001
3. kvartil	-0,033***	0,011	-0,002**
Vilkår i almen praksis, andel ældre (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	0,007	0,018	0,000
2. kvartil	-0,010	0,016	-0,001
3. kvartil	-0,021	0,015	-0,001
Ø-kommune (ref.: ikke Ø-kommune)	-	-	-
Middellevetid i kommune	0,006	0,005	0,000
Modtagere af kommu-nal hjemmesygepleje (ref.: ikke modtager)	0,462***	0,016	0,023***
Modtagere af kommu-	0,128***	0,021	0,006***

nal praktisk hjælp (ref.: ikke modtager)			
Modtagere af personlig hjælp (ref.: ikke modtager)	0,033	0,022	0,002
Plejeboligbeboer (ref.: bor ikke i plejebo-lig)	-0,497***	0,033	-0,003***
Modtager af sociale indsatser som barn (ref.: ingen indsatser)	0,239***	0,018	0,012***
Modtager af sociale indsatser som voksen (ref.: ingen indsatser)	0,182***	0,028	0,009***
Straffet person (ref.: ikke straffet)	0,312***	0,019	0,016***

Anm.: Sammenhængene er vurderet ved følgende tre signifikansniveauer: * angiver $P < 0.05$, ** angiver $P < 0.01$, *** angiver $P < 0.001$

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 4.2

Regressionsresultater for akutte patienter fra de øvrige regioner: Sandsynligheden for at være hyppige akut patient

Variabel	Parameterestimat	Standardfejl	Marginal effekt (pct.point)
Årstal (ref.: 2023)			
År 2021	-0,083***	0,009	-0,004***
År 2022	-0,031***	0,008	-0,001***
Køn (ref.: Kvinde)	0,0325***	0,008	0,001***
Alder (ref.: 70 til 79 år)			
0 til 9 år	0,488***	0,025	0,024***
10 til 19 år	0,241***	0,024	0,011***
20 til 29 år	0,329***	0,020	0,015***
30 til 39 år	0,223***	0,021	0,010***
40 til 49 år	-0,070**	0,022	-0,003**
50 til 59 år	-0,118***	0,017	-0,005***
60 til 69 år	-0,033*	0,014	-0,001*
80 til 89 år	-0,123***	0,013	-0,005***
90+ år	-0,421***	0,048	-0,015***
Uddannelse (ref.: Grundskole)			
Uoplyst	0,053	0,028	0,002
Gymnasial- el. erhvervsuddannelse	-0,075***	0,009	-0,003***
Kort videregående uddannelse	-0,131***	0,022	-0,005***
Mellemlang videregåen-de uddannelse	-0,107***	0,013	-0,005***
Lang videregående uddannelse	-0,101***	0,021	-0,004***
Beskæftigelsesstatus (ref.: beskæftiget)			
Førtidspension, senior-pension, fleksjob, res-sourceforløb o.l.	0,220***	0,012	0,009***
Ledig	0,158***	0,014	0,007***
Sygedagpenge o.l.	0,215***	0,024	0,009***
Under uddannelse	-0,006	0,025	-0,000
Øvrig beskæftigelse	-0,066***	0,015	0,003***
Uoplyst	0,025	0,015	0,001
Ækvivaleret Indkomst og formue (ref.: 0 til 140.000 kr.)			
140.001 til 200.000 kr.	-0,102***	0,015	-0,004***
200.001 til 270.000 kr.	-0,075***	0,016	-0,003***
270.001 til 370.000 kr.	-0,118***	0,018	-0,005***
370.001 til 480.000 kr.	-0,136***	0,022	-0,006***
480.001+ kr.	-0,136***	0,026	-0,006***
Herkomst (ref.: Dansk)			

Vestlig indvandrer	0,017	0,026	0,001
Ikke-vestlig indvandrer	-0,042*	0,021	-0,002*
Vestlig efterkommer	-0,083	0,070	-0,003
Ikke-vestlig efterkommer	0,132***	0,030	0,006***
Familietype (ref.: Enlig uden hjemmeboende børn)			
Enlig med hjemmeboende børn	-0,053**	0,020	-0,002**
Samboende uden hjemmeboende børn	0,118***	0,010	0,005***
Samboende med hjemmeboende børn	-0,059***	0,016	-0,002***
Boligtype (ref.: Ejerbolig)			
Almennyttig bolig	0,071***	0,012	0,003***
Privat andelsboligforening	-0,015	0,021	-0,001
Offentlig udlejning	0,099***	0,025	0,004***
Privat udlejning	0,059***	0,011	0,002***
Anden bolig	0,295**	0,110	0,014*
Uoplyst	0,160***	0,021	0,007***
Sygelighed / CCI (ref.: Ingen)			
Let sygelighed	0,438***	0,013	0,017***
Middelsvær sygelighed	0,753***	0,015	0,034***
Høj sygelighed	1,004***	0,016	0,050***
Dikotome variable for kroniske sygdomme			
Astma (ref.: Ingen)	-0,245***	0,016	-0,010***
Knogleskørhed (ref.: Ingen)	0,002	0,016	0,000
Leddegigt (ref.: Ingen)	-0,043	0,026	-0,002
KOL (ref.: Ingen)	-0,001	0,015	0,000
Type I diabetes (ref.: Ingen)	-0,051	0,036	-0,002
Type II diabetes (ref.: Ingen)	-0,217***	0,015	-0,009***
Skizofreni (ref.: Ingen)	0,063	0,037	0,003
Demens (ref.: Ingen)	-0,574***	0,027	-0,024***
Multisyg (ref.: ikke multisyg)	0,075***	0,020	0,003***
Psykisk sygdom (ref.: ingen)	0,346***	0,010	0,015***
Afstand til død (ref.: Ingen død)			
1 kvartal	-0,862***	0,040	-0,022***
2 kvartaler	0,723***	0,023	0,037***
3 kvartaler	1,328***	0,019	0,089***
4 kvartaler	1,604***	0,018	0,120***
5 kvartaler	1,396***	0,021	0,096***
6 kvartaler	1,087***	0,024	0,065***
7 kvartaler	1,003***	0,026	0,058***

8 kvartaler	0,830***	0,027	0,045***
Kontakt til alment praktiserende læge (ref.: 0 kontakter)			
1 til 5 kontakter	0,301***	0,022	0,008***
6 til 10 kontakter	0,645***	0,022	0,020***
Flere end 10 kontakter	1,043***	0,022	0,038***
Kontakt til Speciallæge (ref.: 0 kontakter)			
1 kontakt	0,040***	0,010	0,002***
Flere end 1 kontakter	0,105***	0,009	0,005***
Afstand til alment praktiserende læge (ref.: 25+ km)			
0 til 4.99 km	-0,151***	0,027	-0,007***
5 til 9.99 km	-0,124***	0,028	-0,006***
10 til 24.99 km	-0,055	0,029	0,003
Afstand til nærmeste sygehus (ref.: 25+ km)			
0 til 4.99 km	0,041***	0,012	0,002***
5 til 9.99 km	0,047***	0,013	0,002***
10 til 24.99 km	0,067***	0,009	0,003***
Vilkår i almen praksis, sygelighed (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	-0,009	0,018	-0,000
2. kvartil	-0,002	0,013	-0,000
3. kvartil	-0,001	0,010	-0,000
Vilkår i almen praksis, psykisk sygdom (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	0,009	0,012	0,000
2. kvartil	0,025*	0,011	0,001*
3. kvartil	0,022*	0,010	0,001*
Vilkår i almen praksis, patientantal (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	-0,008	0,011	-0,000
2. kvartil	-0,039***	0,011	-0,002***
3. kvartil	-0,015	0,011	-0,001
Vilkår i almen praksis, andel ældre (ref.: 4. kvartil)			
1. kvartil	0,031	0,018	0,001
2. kvartil	0,072***	0,012	0,003***
3. kvartil	0,047***	0,011	0,002***
Ø-kommune (ref.: ikke Ø-kommune)	0,144*	0,059	0,006*
Middellevetid i kommune	-0,106***	0,005	-0,004***
Modtagere af kommunal hjemmesygepleje (ref.: ikke modtager)	0,499***	0,012	0,021***

Modtagere af kommunal praktisk hjælp (ref.: ikke modtager)	0,032*	0,015	0,001*
Modtagere af personlig hjælp (ref.: ikke modtager)	0,027	0,016	0,001
Plejeboligbeboer (ref.: bor ikke i plejebolig)	-0,493***	0,028	-0,021***
Modtager af sociale indsatser som barn (ref.: ingen indsatser)	0,327***	0,015	0,014***
Modtager af sociale indsatser som voksen (ref.: ingen indsatser)	0,171***	0,020	0,007***
Straffet person (ref.: ikke straffet)	0,249***	0,017	0,011***

Anm.: Sammenhængene er vurderet ved følgende tre signifikansniveauer: * angiver $P < 0.05$, ** angiver $P < 0.01$, *** angiver $P < 0.001$

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Benchmarkinganalyse

5.1 Etablering og beregning af benchmarkingindikatorerne

Med udgangspunkt i regressionsresultaterne præsenteret i tabel 4.1 for akutte patienter fra Region Hovedstaden og tabel 4.2 for akutte patienter fra de øvrige regioner, estimeres den forventede sandsynlighed for at blive hyppig akut patient for hver enkelt akut patient i den pågældende population i det enkelte år. Herefter aggregeres de forventede sandsynligheder til et samlet gennemsnit på regions-, kommunalt- og sundhedsklyngeniveau for hvert af de tre kalenderår. Dette gennemsnit betegnes som henholdsvis regionens, kommunens eller sundhedsklyngens forventede andel af hyppige akutte patienter, givet de lokale rammevilkår. De faktiske og forventede andele af hyppige akutte patienter anvendes derefter til at beregne en benchmarkingindikator for hver region, kommune og sundhedsklynge. Benchmarkingindikatoren angiver i procentpoint, om en region, kommune eller sundhedsklynge har en højere eller lavere andel af hyppige akutte patienter, end hvad der kan forventes ud fra den lokale sammensætning af den akutte patientpopulation. Benchmarkingindikatoren beregnes ved hjælp af følgende formel:

$$Benchmarkingindikator = faktisk\ andel\ hyppige\ akutte\ patienter\ - forventet\ andel\ hyppige\ akutte\ patienter$$

Benchmarkingindikatoren skaber et forbedret sammenligningsgrundlag på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, idet forskelle i den akutte patientsammensætning til en vis grad er neutraliseret. Boks 5.1 forklarer nærmere, hvordan benchmarkingindikatoren skal fortolkes.

Boks 5.1

Fortolkning af benchmarkingindikatorerne

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, i forhold til 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.

5.2 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 periode, hvilket øger datagrundlaget markant.

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.

Disse konsekvenser betyder også, at benchmarkingindikatorer i kommuner og sundhedsklynger fra Region Hovedstaden ikke kan sammenlignes med benchmarkingindikatorer fra kommuner og sundhedsklynger fra de øvrige regioner.

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.

5.3 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 vil den statistiske usikkerhed være større i områder med lavere indbyggertal og færre observationer. For at reducere denne usikkerhed opgøres benchmarkingindikatoren – ligesom de øvrige resultater – samlet for tre kalenderår fra 2021-2023. Dette mindsker dog ikke fuldstændigt den statistiske usikkerhed, som fortsat skal tages i betragtning ved fortolkningen af analysens resultater.

I hovedrapportens analyse er kommunerne i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland inddelt i kvintiler baseret på benchmarkingindikatoren. Denne inddeling gør det muligt at skelne mellem kommuner i den femtedel med henholdsvis de laveste og højeste andele af hyppige akutte patienter i forhold til det forventede niveau. For Region Hovedstaden, der har færre kommuner, anvendes i stedet en opdeling i tredjedele. Disse inddelinger er valgt for at give en mere overordnet rangering af kommunerne og samtidig understøtte en forsigtig fortolkning, idet der ikke skal lægges for stor vægt på præcise placeringer, jf. bemærkningerne om statistisk usikkerhed.

Derudover bør det nævnes, at det i statistiske analyser, hvor der tages højde for individkarakteristika, sjældent er muligt at inkludere samtlige relevante faktorer på individ-, regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau, som kan påvirke andelen af hyppige akutte patienter, og som ligger uden for regionernes, kommunernes og sundhedsklyngernes kontrol. Dette skyldes primært manglende data om alle forhold, der knytter sig til de enkelte individer eller geografiske områder. Derudover tillader mekanikken i en regressionsmodel ikke, at man drager konklusioner om den ”naturlige” andel af hyppige akutte patienter.

Det betyder, at man ikke kan fastslå, om regioner, kommuner eller sundhedsklynger med de laveste benchmarkingindikatorer (dvs. relativt lave andele af hyppige akutte patienter i forhold til, hvad der kan forventes ud fra lokale rammevilkår) har potentiale til at sænke andelen yderligere. Det anbefales derfor, at regioner, kommuner og sundhedsklynger ikke kun fokuserer på deres relative placering i analysen, men også forholder sig til deres absolutte andele og undersøger, om der er potentiale for forbedringer.

5.4 Robustheden omkring benchmarkingresultaterne

5.4.1 Valg af (reference)population

Under udarbejdelsen af undersøgelsesdesignet var det afgørende at definere, hvordan andelen af hyppige akutte patienter skulle måles. Ud over den valgte metode – andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede gruppe af akutte patienter – kunne en alternativ tilgang have været at beregne andelen af hyppige akutte patienter ud af den samlede befolkning. En mulig udfordring ved at måle andelen blandt akutte patienter er risikoen for selektionsbias. Selektionsbias kan opstå, hvis der er geografiske forskelle i de faktorer, der afgør, hvem der overhovedet bliver akutte patienter. Dette kan påvirke sammenligneligheden af resultaterne på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Problemet opstår eksempelvis, hvis andelen af hyppige akutte patienter blandt akutte patienter i en given region eller kommune er høj (eller lav), alene fordi det er relativt svært (eller let) at blive klassificeret som akut patient i dette område.

For at vurdere, om dette forhold påvirker analysens resultater væsentligt, har vi udført en robusthedsanalyse baseret på en alternativ benchmarkinganalyse. Hvor hovedanalysen benytter en population bestående af akutte patienter, er den alternative benchmarking baseret på en population bestående af hele befolkningen, hvori andelen af hyppige akutte patienter beregnes. Kommunerne er derefter benchmarket på baggrund af denne alternative indikator, og korrelationen mellem resultaterne fra de to metoder er beregnet. Analysen er gennemført på kommuneniveau, da dette geografiske niveau viser den største variation i indikatorværdierne. Resultaterne af robusthedsanalysen fremgår af tabel 5.1. Bemærk at kommuner fra Region Hovedstaden og de øvrige regioner benchmarkes på baggrund af forskellige modeller jf. afsnit 5.2. og kapitel 3.

Tabel 5.1

Korrelation mellem benchmarkingindikatorer fra statistiske modeller baseret på forskellige populationer, 2021-2023

	Geografisk BI model	Alternativ BI model: Baseret på population udgjort af alle indbyggere
Population anvendt i analysen: Udgjort af alle akutte patienter	BI model baseret på kommuner fra de *øvrige regioner*	0,96***
	BI model baseret på kommuner fra *Region Hovedstaden*	0,97***

Anm.: Sammenhængene er statistisk signifikant ved et 0,1 pct. niveau. Sammenhængene er vurderet ved følgende tre signifikansniveauer: * angiver $P < 0.05$, ** angiver $P < 0.01$, *** angiver $P < 0.001$. 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 baggrund af forskellige akutte patientpopulationer, er Region Hovedstadens kommuner og sundhedsklynger og kommuner og sundhedsklynger fra de øvrige regioner benchmarket baseret på separate modeller.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Korrelationen er estimeret ved Pearsons korrelationstest, som måler graden af lineær sammenhæng mellem to kontinuerte variabler. En værdi på 1 indikerer perfekt positiv korrelation, mens -1 angiver perfekt negativ korrelation. En værdi på 0 viser, at der ikke er nogen lineær sammenhæng.

Resultaterne viser en statistisk signifikant korrelation på 0,96 for kommuner i Region Hovedstaden og 0,97 for kommuner fra de øvrige regioner, hvilket indikerer en næsten perfekt positiv sammenhæng mellem benchmarkingresultaterne baseret på de to populationer. Med denne stærke overensstemmelse er der derfor ikke grund til bekymring for, at valget af referencepopulation - alle akutte patienter frem for hele befolkningen – medfører selektionsbias der påvirker resultaterne i benchmarkinganalysen. Vi refererer til denne test i hovedrapporten.

5.4.2 Afgrænsning og robusthed af hovedindikatoren

Som nævnt i afsnit 2.1 findes der ikke en entydig standard for, hvor mange akutte sygehusophold en patient skal have i løbet af et kalenderår for at blive klassificeret som en hyppig akut patient. De fleste internationale studier anvender dog en grænse på fire eller flere akutte sygehusophold pr. kalenderår, og denne definition er ligeledes anvendt i nærværende analyse.

I Hovedrapportens kapitel 6 undersøger vi imidlertid robustheden af denne definition ved at teste, om benchmarkingresultaterne ville ændre sig væsentligt, hvis andre grænseværdier blev anvendt til at klassificere patienter som hyppige akutte patienter. Tre alternative afgrænsninger er blevet anvendt som definitioner af hyppige akutte patienter:

- Tre eller flere akutte sygehusophold
- Seks eller flere akutte sygehusophold
- Otte eller flere akutte sygehusophold

Metoden til at teste disse alternative definitioner følger samme tilgang som beskrevet i afsnit 5.4.1 vedrørende valget af referencepopulation. For hver af de tre grænseværdier beregnes alternative benchmarkingindikatorer ved hjælp af regressionsmodeller med identiske modelspecifikationer og inkluderede rammevilkår som i hovedmodellerne. Derefter beregnes korrelationen mellem kommunernes benchmarkingindikatorer for de forskellige definitioner ved hjælp af Pearsons korrelationstest.

Resultaterne, præsenteret i tabel 5.2, viser meget høje og statistisk signifikante korrelationer, hvilket understreger robustheden af benchmarkinganalyserne på tværs af forskellige definitioner af hyppige akutte patienter.

Tabel 5.2

Korrelation mellem benchmarkingindikatorer fra statistiske modeller baseret på forskellige afgrænsninger af hyppige akutte patienter, 2021-2023

	Geografisk BI model	Alternativ BI model: Baseret på 3+ akutte sygehusophold	Alternativ BI model: Baseret på 6+ akutte sygehusophold	Alternativ BI model: Baseret på 8+ akutte sygehusophold
Definition anvendt i analysen: Baseret på 4+ akutte sygehusophold	BI model baseret på kommuner fra de *øvrige regioner*	0,97***	0,96***	0,86***
	BI model baseret på kommuner fra *Region Hovedstaden*	0,85***	0,85***	0,83***

Anm.: Sammenhængene er statistisk signifikant ved et 0,1 pct. niveau. Sammenhængene er vurderet ved følgende tre signifikansniveauer: * angiver $P < 0.05$, ** angiver $P < 0.01$, *** angiver $P < 0.001$. 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 baggrund af forskellige akutte populationer, er Region Hovedstadens kommuner og sundhedsklynger og kommuner og sundhedsklynger fra de øvrige regioner benchmarket baseret på separate modeller.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.4.3 Inklusion og eksklusion af skader og forgiftninger med mere

Analysen bygger som udgangspunkt på hele den akutte, somatiske aktivitet for at give et fuldstændigt billede af området. Som beskrevet i afsnit 2.1 supplerer vi imidlertid flere steder hovedrapporten med delanalyser, hvor akutte sygehusophold forårsaget af skader, forgiftninger mm. - diagnoser fra kapitel XIX - "Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" [DS00–DT98]) i Sundhedsdatastyrelsens Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande - er udeladt. For at afklare, om denne frasortering påvirker benchmarkingen, har vi beregnet alternative benchmarkingindikatorer, hvor aktionsdiagnoser fra dette kapitel er ekskluderet, mens modelspecifikationer og rammevilkår er identiske med hovedmodellerne. Vi har herefter sammenlignet kommunernes resultater i hoved- og alternativmodellen - endnu ved samme metode – gennem hjælp af Pearsons korrelationstest.

Som vist i tabel 5.3 er korrelationerne meget høje og statistisk signifikante. Det bekræfter, at in- eller eksklusion af akutte ophold relateret til skader, forgiftninger mm. ikke påvirker vurderingen af, om bestemte geografiske områder har en højere eller lavere faktisk andel af hyppige akutte patienter end forventet, når der korrigeres for lokale rammevilkår.

Tabel 5.3

Korrelation mellem benchmarkingindikatorer med og uden akutte sygehusophold relateret til skader, forgiftninger mm., 2021-2023

	Geografisk BI model	Alternativ BI model: Skader, forgiftninger mm. ekskluderes
Tilgang anvendt i analysen: Skader, forgiftninger mm. inkluderes	BI model baseret på kommuner fra de *øvrige regioner*	0,97***
	BI model baseret på kommuner fra *Region Hovedstaden*	0,94***

Anm.: Sammenhængene er statistisk signifikant ved et 0,1 pct. niveau. Sammenhængene er vurderet ved følgende tre signifikansniveauer: * angiver $P < 0.05$, ** angiver $P < 0.01$, *** angiver $P < 0.001$. 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 baggrund af forskellige akutte patientpopulationer, er Region Hovedstadens kommuner og sundhedsklynger og kommuner og sundhedsklynger fra de øvrige regioner benchmarket baseret på separate modeller.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.5 Beregning af sammenhænge mellem benchmarkingindikatorer og kommunalt udbud af sundheds- og plejepersonale

I analysen undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem kommunernes placering i benchmarkinganalysen og udbuddet af kommunalt ansatte sygeplejersker, faglært SOSU-personale og ufaglært SOSU-personale. De tre personalegrupper opgøres som antal ansatte pr. 1.000 indbyggere i kommunen for at tage højde for kommunernes forskellige størrelser. Sammenhængene analyseres ved hjælp af Pearsons korrelationstest, hvor vi i dette tilfælde anvender partiel korrelation. Ved denne tilgang kontrolleres der for socioøkonomiske forskelle på tværs af kommunerne ved hjælp af Indenrigs- og Sundhedsministeriets Socioøkonomiske Indeks. Resultaterne viser en statistisk signifikant moderat negativ sammenhæng mellem antallet af sygeplejersker og faglært SOSU-personale pr. 1.000 indbyggere og benchmarkingindikatoren for kommuner i de fire sammenlignelige regioner, jf. tabel 5.4. Dette indikerer, at kommuner med et højere udbud af disse personalegrupper generelt har en lavere andel hyppige akutte patienter end forventet givet deres rammevilkår. Der er også en svag til moderat negativ sammenhæng mellem antal af ufaglært SOSU-personale pr. 1.000 indbyggere og benchmarkingindikatoren for disse kommuner. Sammenhængen er dog ikke statistisk signifikant.

Tabel 5.4

Partiel korrelation mellem benchmarkingindikatoren i de fire regioner og udbuddet af kommunalt sundheds- og plejepersonale opgjort på kommunalt niveau, 2021-2023.

	Sygeplejersker pr. 1.000 indbygger	Faglært SOSU-personale pr. 1.000 indbygger	Ufaglært SOSU-personale pr. 1.000 indbygger
BI model baseret på kommuner fra de *øvrige regioner*	-0,44***	-0,28*	-0,20

Anm.: Sammenhængene er statistisk signifikant ved et 0,1 pct. niveau og et 5 pct. niveau. Sammenhængene er vurderet ved følgende tre signifikansniveauer: * angiver $P < 0.05$, ** angiver $P < 0.01$, *** angiver $P < 0.001$. Der er tale om partielle korrelationer med kontrol for kommunernes gennemsnitlige socioøkonomiske indeks fra 2021-2023. 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 baggrund af forskellige akutte patientpopulationer, er Region Hovedstadens kommuner ikke medtaget i disse korrelationer.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det er vigtigt at bemærke, at der her er tale om simple sammenhængsanalyser, som ikke kan bruges til at drage endelige konklusioner om årsagssammenhæng eller kausalitet.