

2015

# INDBLIK I SUNDHEDSVÆSENETS RESULTATER





# Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015

KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015

**Udarbejdet af:** KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

**Copyright:** Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

**Udgivet af:**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Udgave: 1.0

Udgivelsesmåned: Maj 2015

Udgives kun elektronisk - ISBN: 978-87-7601-352-3

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>



# Indholdsfortegnelse

<b>RESUMÉ</b> .....	<b>7</b>
<b>1 INDLEDNING</b> .....	<b>9</b>
1.1 BAGGRUND OG FORMÅL .....	9
1.2 OM INDIKATORERNE .....	10
1.3 LÆSEVEJLEDNING .....	11
<b>2 DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN I NØGLETAL</b> .....	<b>14</b>
<b>3 INDIKATORER OG RESULTATER I OVERBLIK</b> .....	<b>16</b>
3.1 DEN SENESTE UDVIKLING PÅ LANDSPLAN .....	16
3.2 OVERBLIK OVER REGIONALE OG KOMMUNALE FORSKELLE .....	18
<b>4 FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHEDSTILSTAND</b> .....	<b>20</b>
4.1 FOLKESUNDHED .....	21
4.2 FASTHOLDELSE AF SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET .....	34
4.3 FOREBYGGELSE AF UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER .....	36
4.4 PATIENTSIKKERHED.....	47
4.5 KVALITET I SUNDHEDSVÆSENET .....	52
<b>5 PATIENTINDDRAGELSE</b> .....	<b>65</b>
5.1 PATIENTTILFREDSHED .....	66
5.2 VENTETIDER.....	69
5.3 SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN .....	78
<b>6 EFFEKTIVITET OG UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET</b> .....	<b>83</b>
6.1 ET EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN.....	84
6.2 UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET .....	89
<b>7 TEMA: PATIENTSKADER</b> .....	<b>96</b>
7.1 RESUMÉ.....	96
7.2 ERFARINGER MED BRUG AF GLOBAL TRIGGER TOOL .....	98
7.3 DE REGIONALE INDSATSER.....	101
<b>8 TEMA: NYE KRÆFTPATIENTERS FORLØB</b> .....	<b>108</b>
8.1 RESUMÉ.....	108
8.2 NYE TILFÆLDE AF KRÆFT FOR SEKS UDVALGTE KRÆFTFORMER I 2013 .....	109
8.3 KONTAKTER TIL SUNDHEDSVÆSENET FORUD FOR KRÆFTDIAGNOSE .....	111
8.4 ANDEL I PAKKEFORLØB OG ANDEL OVERHOLDTE STANDARDFORLØBSTIDER .....	116

<b>9</b>	<b>TEMA: UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME .....</b>	<b>118</b>
9.1	RESUMÉ.....	118
9.2	FOREKOMSTEN AF DE UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME.....	120
9.3	GEOGRAFI OG FOREKOMSTEN AF UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME .....	123
9.4	FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER FOR PERSONER MED UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME .....	125
9.5	FOREKOMST FORDELT PÅ UDDANNELSE FOR UDVALGTE RYGSYGDOMME OG SLIDGIGT .....	127
9.6	TILKNYTNING TIL ARBEJDSMARKEDET OG FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER FOR PERSONER MED UDVALGTE RYGSYGDOMME .....	129
<b>10</b>	<b>REFERENCER .....</b>	<b>133</b>
	<b>BILAG 1: METODE - INDIKATORER .....</b>	<b>136</b>
	<b>BILAG 2: METODE - TEMA OM NYE KRÆFTPATIENTERS FORLØB .....</b>	<b>141</b>
	DATAGRUNDLAG OG AFGRÆNSNING AF POPULATIONERNE .....	141
	ANVENDTE BETEGNELSER I TEMAKAPITLET .....	142
	<b>BILAG 3: METODE - TEMA OM UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME .....</b>	<b>144</b>
	DATAGRUNDLAG OG AFGRÆNSNING .....	144
	ANVENDTE BETEGNELSER I TEMAKAPITLET .....	145





## RESUMÉ

---

Internationalt vurderes synlighed om resultater at være blandt de væsentligste faktorer til at drive kvalitet og effektivitet på sundhedsområdet – og dermed sikre mere sundhed for pengene.

*Indblik i sundhedsvæsenets resultater* beskriver ud fra en række udvalgte indikatorer udviklingen i sundhedsvæsenets resultater og forskelle i resultater mellem de fem regioner og de 98 kommuner. Rapporten kan bidrage til sammenligning og opfølgning på sundhedsvæsenets resultater – både i staten, regioner og kommuner.

Følgende beskriver hovedtendenserne i årets rapport, der generelt dækker perioden 2009 til 2014:

### Høj patienttilfredshed, også internationalt set

- Patienttilfredsheden, målt som andelen med et virkeligt godt eller godt samlet indtryk, ligger i 2013 på over 90 pct. for både indlagte og ambulante patienter.
- Danmark er et af de lande i Vesteuropa, hvor patienterne er mest tilfredse med behandlingen på sygehuse.

### Stigende produktivitet på sygehuse

- Produktiviteten på sygehuse steg fra 2012 til 2013. Generelt har produktiviteten været stigende siden i 2003, hvilket betyder, at sygehuse løbende har ydet mere behandling for de samme penge.
- Produktivetsniveauet varierer dog regionerne imellem, i 2013 med 10 pct.point. Region Syddanmark og Region Hovedstaden havde den højeste produktivitet, mens Region Nordjylland havde den laveste.

### Små forbedringer eller ingen ændringer i forekomsten af u hensigtsmæssige indlæggelser

- For de u hensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse, der omfatter akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre, akutte medicinske korttidsindlæggelser samt færdigbehandlingsdage på sygehus, er resultaterne i 2014 generelt uændret i forhold til 2013. Et lille fald ses dog for forebyggelige indlæggelser blandt ældre samt psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus.
- Forekomsten af u hensigtsmæssige indlæggelser varierer betydeligt mellem regioner. Region Nordjylland har relativt færrest u hensigtsmæssige indlæggelser i 2014. Region Hovedstaden har flest forebyggelige indlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, mens Region Sjælland har den højeste frekvens af genindlæggelser.
- Blandt kommunerne er der ligeledes forskelle i forekomsten af u hensigtsmæssige indlæggelser, både inden for regioner og på tværs af hele landet. Bl.a. en række fynske kommuner samt Langeland kommune havde få akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2014.

### Regionale forskelle i forekomsten af sygehusinfektioner

- Region Sjælland og Region Nordjylland havde i 2014 den laveste forekomst af sygehuserhvervede bakteriemier (bakterier i blodet og i reglen udtryk for blodforgiftning), mens Region Syddanmark og Region Hovedstaden havde den højeste forekomst.

- Tilsvarende havde Region Midtjylland i 2014 den laveste forekomst af sygehuserhvervet infektion med clostridium difficile, der er den mest almindelige årsag til alvorlig diarré hos indlagte patienter. Region Hovedstaden havde den højeste forekomst.

#### Fortsat faldende kræftdødelighed, men internationalt set er dødeligheden stadig den højeste

- Kræft- og hjertedødelighed har fortsat en faldende tendens. Mens Danmark har en lav hjertedødelighed internationalt set, så er kræftdødeligheden i Danmark den højeste i Vesteuropa.
- Der ses en fortsat positiv udvikling i den 1-årige overlevelse efter kræftdiagnose, hvilket er en tendens, der har gjort sig gældende siden slutningen af 1990'erne. Danmark har fortsat den laveste overlevelse i Norden.

#### Fald i ventetider i sygehusvæsenet, men ventetiderne er fortsat præget af regionale forskelle

- Ventetiderne i det psykiatriske sygehusvæsen er faldet markant fra 2013 til 2014. Det gælder særligt for børn og unge. Faldet er en fortsættelse af en faldende tendens siden 2010 på børne- og ungeområdet. Ventetiden i det psykiatriske sygehusvæsen for voksne er efter stigninger i 2012 og 2013 nu tilbage på samme niveau som i 2011. For ventetiden til operation fortsætter den svagt faldende tendens i 2014.
- Ventetiderne i sygehusvæsenet er også i 2014 præget af forskelle fra region til region. Region Syddanmark har relativt korte ventetider, både til operation og i det psykiatriske sygehusvæsen. Region Nordjylland har de længste ventetider i 2014.

# 1 INDLEDNING

---

## 1.1 BAGGRUND OG FORMÅL

KL, Danske Regioner og regeringen har udvalgt 52 indikatorer, som på forskellig vis belyser sundhedsvæsenets resultater, bl.a. i forhold til kvalitet, effektivitet, patientinddragelse og ventetider.

Denne rapport beskriver resultaterne for de 41 indikatorer, som aktuelt er udviklet. Det gælder såvel udviklingen i resultaterne som forskelle i resultater mellem de ansvarlige for sundhedsvæsenet - de fem regioner og 98 kommuner.

Åbenhed om resultater kan motivere til refleksion over, hvor der kan være mulighed for forbedring, og kan medvirke til et øget ledelsesmæssigt fokus på indsatser, der kan forbedre resultaterne. Systematiske sammenligninger kan desuden bidrage til, at klinikere og administratorer i regioner og kommuner kan identificere, hvem de kan hente inspiration hos for at blive bedre.

Rapporten giver desuden offentligheden adgang til flere oplysninger om det danske sundhedsvæsen. Borgere, patienter og den øvrige offentlighed har et naturligt krav på at få indblik i det offentligt finansierede danske sundhedsvæsenes resultater. Åbenhed om resultater kan desuden stimulere offentlige diskussioner og debatter om sundhedsvæsenet.

Derudover skal rapporten ses i sammenhæng med, at KL, Danske Regioner og regeringen er enige om at øge synligheden om resultater på sundhedsområdet baseret på principper om relevant dokumentation af hele sundhedsvæsenet, åbenhed om resultater og forbedring af indsatser.

Internationale erfaringer viser i den forbindelse, at synlighed om resultater kan være en drivkraft for forbedringer af sundhedsvæsenets indsats til gavn for patienterne. I bl.a. Sverige har man igennem flere år arbejdet med synliggørelse af resultater.

## 1.2 OM INDIKATORERNE

De 52 indikatorer er udvalgt med udgangspunkt i målsætningerne om, at sundhedsvæsenet på en og samme tid skal forbedre befolkningens sundhedstilstand, sikre patientinddragelse og opnå lave udgifter pr. borger<sup>1</sup>, jf. boks 1.

### Boks 1. Oversigt over indikatorer.

FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHED	PATIENTINDDRAGELSE
<p><b>Folkesundhed</b> Middellevetid Borgere med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme Rygere i befolkningen Borgere med højrisikoforbrug af alkohol Overvægtige i befolkningen Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden</p> <p><b>Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet</b> Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet</p> <p><b>Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse</b> Akutte genindlæggelser Forebyggelige indlæggelser blandt ældre Akutte medicinske korttidsindlæggelser Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik) Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)</p> <p><b>Patientsikkerhed</b> Sygehusdødelighed Skader på patienter Sygehusinfektioner (bakteriæmi) Sygehusinfektioner (clostridium difficile)</p> <p><b>Kvalitet i sundhedsvæsenet</b> Funktionsevne efter kommunal genoptræning Reoperation efter diskusprolaps i lænd Reoperation efter diskusprolaps i nakke Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi Indlæggelsestid på sygehuse Brug og overholdelse af kliniske retningslinjer Dødelighed efter behandling for specifikke sygdomme 1-års overlevelse efter kræft, mænd 1-års overlevelse efter kræft, kvinder Kræftdødelighed Hjertedødelighed</p>	<p><b>Patienttilfredshed</b> Patienters samlede indtryk af indlæggelse Patienters samlede indtryk af besøg i ambulatorie</p> <p><b>Ventetider</b> Ventetid til genoptræning i kommuner Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen Ventetid til sygehusoperation Somatiske patienter udredt inden for 30 dage Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage</p> <p><b>Sammenhæng for patienten</b> Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen Rettidigt fremsendte epikriser/udskrivningsbreve</p>
	EFFEKTIVITET OG UDGIFTER
	<p><b>Et effektivt sundhedsvæsen</b> Antal sygehuskontakter pr. patient Behandlingsintensitet Produktivitet på sygehuse Effektiv ressourceanvendelse på sygehuse Effektiv ressourceanvendelse i kommuner<sup>1</sup> Henvisningsmønster i almen praksis Produktivitet i almen praksis</p> <p><b>Udgifter</b> Samlede sundhedsudgifter pr. borger Regionale sundhedsudgifter pr. borger Kommunale sundhedsudgifter pr. borger Sundhedsudgifter pr. ældre Sundhedsudgifter pr. borger med kronisk sygdom</p>
<p><sup>1</sup> Mulighederne for at opføre effektiv ressourceanvendelse på baggrund af eksisterende data skal undersøges, herunder om indikatoren forudsætter yderligere dokumentation. I det omfang parterne mener, der kan findes en relevant, retvisende og ubureaukratisk opgørelsesmetode, er parterne enige om at arbejde videre med indikatoren.</p>	

Formålet med de udvalgte indikatorer er at give et overordnet billede af resultaterne i sundhedsvæsenet. Ambitionen med indikatorerne er ikke at give en komplet beskrivelse af kvaliteten, effektiviteten mv. i alle

<sup>1</sup> Det fremgår af aftale om regionernes økonomi for 2013, at Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sundhedsvæsenet på samme tid skal stræbe efter disse tre overordnede målsætninger.

dele af sundhedsvæsenet. Indikatorerne kan dog være med til at give et fingerpeg om mulige forbedringspotentialer både generelt og i de tilfælde, hvor der er indbyrdes forskelle i resultater mellem regioner eller kommuner.

Målsætningerne er også til en vis grad indbyrdes forbundet, hvorfor delmål, konkrete indsatser og indikatorer kan være vanskelige at henføre entydigt til en af de tre målsætninger. For eksempel er de såkaldte "accelererede patientforløb"<sup>2</sup> udtryk for høj klinisk kvalitet samtidig med, at patienten kommer hurtigere hjem fra sygehuset og hurtigere tilbage i sine normale omgivelser, herunder arbejdsmarked mv. Indsatserne understøtter derved typisk mere end én målsætning.

Klinikerne og administratorerne har forskellige behov for data og dokumentation. Alt andet lige vil efterspørgslen efter data og dokumentation til brug for den nationale styringsdialog mellem politiske beslutningstagere fra regeringen, regionerne og kommunerne adskille sig fra efterspørgslen til den lokale styringsdialog. Denne publikation er primært målrettet den nationale styringsdialog.

De 41 udviklede indikatorer er opgjort på forskellige niveauer. Alle indikatorer opgøres på nationalt niveau og tilsvarende opgøres stort set alle indikatorer også på regionalt niveau. En række af indikatorerne opgøres desuden på kommunalt niveau og et mindre antal kan desuden meningsfuldt opgøres på sygehusniveau. For mere detaljeret beskrivelse af indikatorer og de bagvedliggende tal og tidsserier henvises til bilagsdelen og til [www.eSundhed.dk](http://www.eSundhed.dk). Der henvises derudover til *boks 2* for oversigt over de endnu ikke udviklede indikatorer.

Forskellige opdateringstidspunkter giver variation i hyppigheden for offentliggørelse af indikatorerne.

Hovedparten af indikatorerne opgøres årligt. Indikatorerne relateret til folkesundhed (rygning, alkoholforbrug, overvægt og fysisk aktivitet) opgøres hvert 4. år. De seneste tal er for 2013.

### 1.3 LÆSEVEJLEDNING

*Kapitel 2* beskriver en række centrale nøgletal for det danske sundhedsvæsen, herunder sundhedsvæsenets udgifter, beskæftigelse og aktiviteter.

*Kapitel 3* giver et samlet overblik over resultaterne på baggrund af de udvalgte indikatorer. Det gælder både i forhold til den seneste udvikling i resultaterne på landsplan og i forhold til de enkelte regioners og kommuners resultater.

*Kapitel 4-6* gennemgår mere detaljeret resultaterne og de udvalgte indikatorer på basis af en række figurer. Disse kapitler er struktureret efter de tre målsætninger og de 10 områder under disse målsætninger, jf. *boks 1*.

*Kapitel 7-9* er temakapitler.

Endelig indeholder publikationen en bilagsdel, som bl.a. giver en grundig beskrivelse af de bagvedliggende metoder for opgørelse af indikatorer mv.

---

<sup>2</sup> Accelererede patientforløb er et skånsomt behandlingskoncept, der går ud på at tilrettelægge patientforløb gennem viden om, hvad der virker bedst, så bl.a. behovet for indlæggelse reduceres. Hovedprincippet i accelererede patientforløb er at optimere de forskellige dele af patientbehandlingen både før, under og efter en operation. På den måde mindkes belastningen af patienterne, og det forkorter den tid, de er om at komme til hæfterne.

### 1.3.1 Præsentation og gennemgang af indikatorer

Indikatorerne under de tre målsætninger og 10 områder præsenteres på to sider. Den første side giver en kort introduktion til indikatoren, herunder definition, og kommenterer kort på udviklingen i indikatoren samt på forskelle i indikatoren mellem enheder (regioner, kommuner og lande).

På den næste side præsenteres indikatorerne i figurer. Såfremt det er muligt og relevant præsenteres de på følgende vis:

- Hele landet, udvikling over tid
- Efter region, seneste år, rangordnet
- Efter kommune, seneste år, kommunekort
- Efter sygehus, seneste år, inddelt efter region og sorteret alfabetisk
- Efter land, seneste år, rangordnet ift. de øvrige lande i sammenligningen

Udviklingen i indikatorerne på landsplan vises som udgangspunkt for perioden 2009 til 2014. For nogle indikatorer har det været nødvendigt at afvige fra den valgte opgørelsesperiode, da der ikke er data tilgængelig for alle år, eller fordi en anden opgørelsesperiode vurderes relevant.

Rangordning af de regionale indikatorværdier indebærer, at en placering øverst i diagrammet som udgangspunkt er et bedre resultat end en lavere placering. Alle regionale værdier rangordnes uanset, om regionerne er myndighedsansvarlige for det område, indikatoren vedrører, eller ej.

I figurerne med regionale værdier vises tillige værdien for hele landet. Dette betyder imidlertid ikke, at hele landets værdi er udtryk for en norm eller en målsætning. Værdien for hele landet er som sådan udelukkende en statistisk værdi. Det er dog valgt at vise værdien for hele landet for at give et indtryk af, hvordan den enkelte region ligger i forhold til landet som helhed.

Formålet med den større detaljeringsgrad ved også at præsentere indikatorerne på sygehusniveau, hvor det er muligt og relevant, er dels at pege på den større variation, som synliggøres når resultaterne vises på sygehusniveau, dels at synliggøre, hvordan de enkelte sygehuse bidrager til regionsresultatet. Endelig kan dette bidrage til konkret videndeling mellem sygehuse og afdelinger.

Bl.a. kan forskelle i patientsammensætning mellem sygehuse have stor betydning for forskelle i resultater mellem sygehuse. Resultaterne på sygehusniveau vises ikke rangordnet og kommenteres ikke.

En række indikatorer præsenteres både med de faktiske værdier og med køns- og aldersstandardiserede værdier. Køns- og aldersstandardiseringen korrigerer for de effekter, som forskellig køns- og aldersstruktur har på indikatorværdierne, hvilket forbedrer sammenligningsgrundlaget.

Gennemgangen af de enkelte indikatorer har en beskrivende karakter. Gennemgangen indeholder ikke analyser af årsagerne til indbyrdes forskelle mellem regioner eller kommuner.

Det er klinikerne og administratorerne i sundhedsvæsenet, der har de bedste forudsætninger for at tolke og vurdere egne resultater. Det er således op til den enkelte region eller kommune at vurdere om forskellene er udtryk for forbedringspotentialer eller om de skyldes andre forhold, f.eks. registreringspraksis eller sociale forskelle og forskelle i patienters sygelighed.

For at sikre udbredelse af bedste praksis, så forbedringspotentialer i forhold til kvalitet kan indfries, kan indikatorerne medvirke til en systematisk videndeling på tværs af kommuner og regioner.

Regionerne har ansvaret for at vurdere forbedringspotentialer i sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri, samt praksisområdet dvs. bl.a. privatpraktiserende læger og speciallæger. Regionerne har

også ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som foregår i tilknytning til patientbehandlingen i sygehusvæsenet og i almen praksis, hvor regionerne bl.a. skal samarbejde med kommunerne om indsatsen i forhold til kroniske og langvarigt syge.

Kommunerne har ansvaret for en lang række sundhedsydelse. Det drejer sig bl.a. om den borger- og patientrettede forebyggelse, den brede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, som løbende udvikles for at tage hånd om borgere, der udskrives hurtigere fra sygehusene. Det drejer sig om den specialiserede sygeplejefaglige opfølgning og at sikre en tidlig opsporing af borgere med kroniske sygdomme. Kommunerne har også ansvaret for behandling for alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug. Desuden har kommunerne ansvaret for vederlagsfri fysioterapi.

Arbejdspladser, idrætsforeninger og andre dele af samfundet, som hyppigt er i kontakt med borgerne, har desuden et naturligt medansvar for at skabe rammer for en sund levevis, ligesom borgerne bærer et afgørende ansvar for deres levevis og livstil.

## 2 DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN I NØGLETAL

Sundhedsområdet er det største velfærdsområde i Danmark målt i kroner og ører. I 2013 brugte det offentlige danske sundhedsvæsen over 150 mia. kr. på forebyggelse, behandling, medicin, pleje og omsorg, *jf. tabel 1.*

De fleste af disse, ca. 74 mia. kr., går til sygehusvæsenet, som regionerne har ansvaret for. Derudover går ca. 15 mia. kr. til praksisområdet og ca. 6 mia. kr. til medicintilskud, begge områder, som regionerne også har ansvaret for.

**Tabel 1. Det danske sundhedsvæsen i nøgletal**

<b>Danske nøgletal</b>	
<b>Udgifter, 2013, mia. kr. (2015-pl)</b>	
Samlet offentlig sundhed <sup>1</sup>	153
- Kommuner <sup>1</sup>	39
Regional sundhed <sup>2</sup>	
- Sygehusvæsen	74
- Praksissektoren	15
- Medicintilskud på praksisområdet <sup>3</sup>	6
<b>Sundhedspersonale</b>	
Antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse, 3. kv. 2014	107.828
- heraf læger	15.480
- heraf sygeplejersker	35.952
Antal fuldtidsbeskæftigede praktiserende læger, 2014	3.510
Antal fuldtidsbeskæftigede praktiserende speciallæger, 2014	901
Autoriserede sundhedspersoner i kommunerne <sup>3</sup> , 2014	43.499
<b>Borgernes brug af sygehusvæsenet, praktiserende læger og speciallæger</b>	
Borgere i kontakt med det somatiske sygehusvæsen, 2014 (1.000)	2.671
Borgere i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, 2014 (1.000)	141
Kontakter med praktiserende læger pr. borger, 2014 <sup>4</sup>	6,8
Kontakter med praktiserende speciallæger pr. borger, 2014	1,0

Kilde: Danmarks Statistik, Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og Statens Serum Institut.

<sup>1</sup> Er opgjort som det offentlige forbrug på sundhedsområdet og indeholder visse udgifter til kommunal omsorg og pleje, hvoraf en del afholdes på socialområdet.

<sup>2</sup> Er opgjort som de regionale nettodriftsudgifter til sundhed.

<sup>3</sup> Årets priser.

<sup>3</sup> Tallet omfatter følgende personalegrupper med sundhedsfaglig autorisation: ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, sundhedsplejersker, sosu-assistenten og ledere.

<sup>4</sup> Tallet omfatter både fysiske kontakter i dagtid (almindelige konsultationer, andet fysisk fremmøde i form af forebyggelse, svangerskab, børneundersøgelser, vaccination mv. og sygebesøg) samt email- og tlf.-konsultationer i dagtid.

### Internationale nøgletal

<b>Udgifter, 2012</b>	<b>Danmark</b>	<b>OECD</b>
Sundhedsudgifter, andel af BNP (pct.) <sup>1</sup>	11,0	9,3
Sundhedsudgifter pr. borger, (kr., købekraftsparitet) <sup>1</sup>	27.237	20.198
Sygehusudgifter pr. borger (kr., købekraftsparitet)	12.027	7.191
<b>Sundhedspersonale<sup>2</sup></b>		
Læger pr. 1.000 borgere	3,5	3,2
Sygeplejersker pr. 1.000 borgere	15,4	8,8
<b>Borgernes brug af praktiserende læger og sygehusvæsenet, 2012</b>		
Årlige lægekonsultationer pr. borger <sup>3</sup>	4,7	6,7
Sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere	171,5	155,9

Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014 og OECD Health Statistics 2014.

<sup>1</sup> Opgørelsen af sundhedsudgifterne fra OECD skal tages med et generelt forbehold som følge af bl.a. indregningen af udgifter ved dr. den langsigtede pleje og forebyggelse. Danske Regioner finder, at OECD's opgørelser af sundhedsudgifter som andel af BNP overvurderer udgiftsniveauet, og at data ikke er sammenlignelige på tværs af lande, da opgørelsen indeholder store udgifter til ældrepleje. Danske Regioner vurderer således, at de egentlige sundhedsudgifter i Danmark er væsentligt lavere, *jf. rapporten: "Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?"* [1].

<sup>2</sup> Tallene omfatter læger og sygeplejersker med patientkontakt. Forskellig organisering af sundhedsopgaver og arbejdsdeling mellem sundhedsfaglige kan påvirke sammenligneligheden af tallene mellem lande.

<sup>3</sup> Tal for Danmark er baseret på praktiserende læger og speciallægers konsultationer (ekskl. email og tlf.) og hjemmebesøg.



Omkring 39 mia. kr. (i 2013) går til kommunernes forebyggelse, omsorg og pleje, genoptræning samt misbrugsbehandling.

Sygehusvæsenet er også den del af sundhedsvæsenet, som beskæftiger flest personer. I 2014 var der godt 100.000 beskæftigede på de offentlige sygehuse til at tage sig af de ca 2,5 mio. borgere, som årligt er i kontakt med sygehusvæsenet. Af de beskæftigede var ca. 15.000 læger og 36.000 sygeplejersker.

Der er i alt ca. 3.500 fuldtidsbeskæftigede alment praktiserende læger og 900 fuldtidsbeskæftigede praktiserende speciallæger i Danmark. Hver dansker er i gennemsnit i kontakt med sin praktiserende læge ca. 7 gange årligt og i kontakt med en praktiserende speciallæge 1 gang årligt.

Kommunerne har ca. 43.500 sundhedsansatte til at varetage opgaverne vedrørende forebyggelse, sygepleje mv.

## 3 INDIKATORER OG RESULTATER I OVERBLIK

---

### 3.1 DEN SENESTE UDVIKLING PÅ LANDSPLAN

For størstedelen af de opgjorte indikatorer er resultatet enten forbedret eller uændret i forhold til sidste periode, jf. *boks 2*.

For 16 af de udvalgte indikatorer er resultatet på landsplan forbedret i forhold til sidste opgørelsesperiode (som udgangspunkt 2014 i forhold til 2013). Det gælder bl.a. i forhold til indikatorer, der belyser indsatsen mod kræft- og hjertesygdomme - overlevelse og dødelighed. Desuden gør det sig gældende det for de tre indikatorer for ventetiderne i sygehusvæsenet. Endelig gælder det også for produktiviteten på sygehuse, som fortsætter med at stige.

For 15 af de udvalgte indikatorer er resultatet på landsplan uændret i forhold til sidste periode. Det gælder bl.a. for akutte genindlæggelser, sygehusdødelighed samt for ventetiden til genoptræning i kommuner.

For én indikator, antallet af sygehus erhvervede bakteriemier (i reglen udtryk for blodgiftning), ses en mindre stigning fra 2013 til 2014.

Billedet i den seneste udvikling er stort set det samme som i sidste års rapport om sundhedsvæsenets resultater [2].

Den skønsmæssige angivelse af den senest observerede udvikling i indikatorerne skal dog betragtes med forbehold, jf. anmærkningerne til *boks 2*.

Det bemærkes desuden, at der i forhold til flere af indikatorerne, særligt indikatorer for et effektivt sundhedsvæsen, udestår et udviklingsarbejde, hvilket er angivet med ●.

## Boks 2. Udvikling på landsplan i indikatorer, 2013-2014

FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHED	PATIENTINDDRAGELSE
<b>Folkesundhed</b>	
Middellevetid	↑
Borgere med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme	...
Rygere i befolkningen <sup>1</sup>	↓
Borgere med højrisikoforbrug af alkohol <sup>1</sup>	↓
Overvægtige i befolkningen <sup>1</sup>	↔
Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden <sup>1</sup>	↔
<b>Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet</b>	
●	
<b>Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse</b>	
Akutte genindlæggelser	↔
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre	↓
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	↔
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, somatik	↔
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, psykiatri	↓
<b>Patientsikkerhed</b>	
Sygehusdødelighed	...
Skader på patienter	●
Sygehusinfektioner (bakteriæmier)	↑
Sygehusinfektioner (clostridium difficile)	↔
<b>Kvalitet i sundhedsvæsenet</b>	
Funktionsevne efter kommunal genoptræning	●
Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd	↔
Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke	↓
Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi	↔
Indlæggelsestid på sygehuse	↓
Brug og overholdelse af kliniske retningslinjer	●
Dødelighed efter behandling for specifikke sygdomme	●
1-års overlevelse efter kræft, mænd <sup>2</sup>	↑
1-års overlevelse efter kræft, kvinder <sup>2</sup>	↑
Kræftdødelighed <sup>4</sup>	↓
Hjertedødelighed <sup>4</sup>	↓
<b>Patienttilfredshed</b>	
Patienters samlede indtryk af indlæggelse	↔
Patienters samlede indtryk af besøg i ambulatorie	↔
<b>Ventetider</b>	
Ventetid til genoptræning i kommuner	↔
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen	↓
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen	↓
Ventetid til sygehusoperation	↓
Somatiske patienter udredt inden for 30 dage <sup>3</sup>	...
Udredningsplaner (somatic) udleveret inden for 30 dage <sup>3</sup>	...
<b>Sammenhæng for patienten</b>	
Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge	↔
Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge	↔
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen	↔
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen	↔
Rettidigt fremsendte epikriser/udskrivningsbreve	●
<b>EFFEKTIVITET OG UDGIFTER</b>	
<b>Et effektivt sundhedsvæsen</b>	
Antal sygehuskontakter pr. patient <sup>4</sup>	↓
Behandlingsintensitet	●
Produktivitet på sygehuse	↑
Effektiv ressourceanvendelse på sygehuse	●
Effektiv ressourceanvendelse i kommuner <sup>5</sup>	●
Henvisningsmønster i almen praksis	●
Produktivitet i almen praksis	●
<b>Udgifter pr. borger</b>	
Samlede sundhedsudgifter pr. borger	...
Regionale sundhedsudgifter pr. borger	...
Kommunale sundhedsudgifter pr. borger	...
Sundhedsudgifter pr. ældre	...
Sundhedsudgifter pr. borger med kronisk sygdom	...
<ul style="list-style-type: none"> <li>↑↓ Forbedret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)</li> <li>↑↓ Forværret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)</li> <li>↔ Ingen ændring i forhold til sidste periode</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>... Angivelse af forbedring eller forværring er ikke meningsfuld eller mulig</li> <li>● Indikatoren er under udvikling eller betingelserne for udvikling er aktuelt ikke opfyldt, herunder f.eks. eksistensen af relevante data.</li> </ul>
<p><sup>1</sup> 2010-2013</p> <p><sup>2</sup> 2007-2009 til 2010-2012</p> <p><sup>3</sup> Indikatorer vedrørende overholdelse af udredningsretten bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning. Det er derfor endnu ikke muligt at vurdere udviklingen i indikatorerne.</p> <p><sup>4</sup> ↓ angiver, at væksten i antallet af sygehuskontakter pr. patient er mindre fra 2013 til 2014 end fra 2012 til 2013.</p> <p><sup>5</sup> Mulighederne for at opgøre effektiv ressourceanvendelse på baggrund af eksisterende data skal undersøges, herunder om indikatoren forudsætter yderligere dokumentation. I det omfang parterne mener, der kan findes en relevant, retvisende og ubureaukratisk opgørelsesmetode, er parterne enige om at arbejde videre med indikatoren.</p> <p>Anm.: I forbindelse med måling af udviklingen over tid udgør den seneste udvikling, ændringen fra sidste måling til nyeste måling, alene en mindre del af det samlede billede. Den seneste udvikling afspejler ikke nødvendigvis den overordnede trend, dvs. om udviklingen over en række målinger har en tendens til at være stigende eller faldende.</p> <p>I forbindelse med målinger over tid, kan der desuden forekomme meget små positive eller negative ændringer, der af forskellige grunde ikke indikerer hverken forbedring eller forværring af resultatet. For at tage højde herfor, er der for hver enkelt indikator skønsmæssigt fastlagt kriterier for, hvornår indikatoren tildeles et af de anvendte symboler ↑↓, ↑↓, ↔, jf. bilag 1.</p>	

### 3.2 OVERBLIK OVER REGIONALE OG KOMMUNALE FORSKELLE

De fem regioners og 98 kommunernes værdier for udvalgte indikatorer er sammenfattet i henholdsvis *tabel 2* og *tabel 3*. For regionerne er det angivet, hvordan den enkelte region ligger i forhold til hele landets værdi. Grøn angiver, at regionens værdi er bedre end hele landets værdi ud fra, om en høj eller lav værdi er hensigtsmæssig. Rød angiver, at regionens værdi er dårligere end hele landets værdi, mens grå angiver, at regionens værdi ikke adskiller sig fra hele landets.

For kommunerne er grøn, orange og rød angivet i forhold til, om den enkelte kommune ligger i den øvre del, den midterste del eller den nederste del ud fra, om en høj eller lav værdi på den enkelte indikator er hensigtsmæssig. Kommunerne er sorteret efter placeringerne i de tre grupper på de enkelte indikatorer og derefter alfabetisk.

Formålet er udelukkende på en simpel og overskuelig måde at præsentere de udvalgte indikatorer på regions- og kommuneniveau. Oversigterne er derfor ikke udtryk for en endelig resultatguide eller rangering af regioner og kommuner efter, hvem der klarer sig bedst, hverken samlet set eller i forhold til den enkelte indikator.

Det er op til den enkelte region eller kommune at vurdere, om de konkrete forskelle er udtryk for reelle forbedringspotentialer, eller om de skyldes andre forhold, f.eks. forskelle i registreringspraksis eller forskelle i borgere og patienters sociale status og sygelighed. Det bemærkes desuden, at statistisk usikkerhed, særligt for kommunerne, kan betyde, at forskelle i indikatorværdier mellem enheder ikke er statistisk signifikante.

**Tabel 2. Oversigt over regionernes resultater for udvalgte indikatorer.**

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
<b>Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse</b>						
Akutte genindlæggelser, 2014, pct. af alle indlæggelser	6,4	6,4	7,1	6,4	8,4	6,8
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, 2014, antal pr. 1.000 borgere	52,2	54,4	61,8	72,8	60,5	62,0
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2014, antal pr. 1.000 borgere	18,3	30,9	22,5	43,7	22,3	30,1
<b>Patientsikkerhed</b>						
Sygehusinfektioner (bakteriemier), 2014, antal pr. 10.000 risikodøgn	7,5	8,1	8,9	8,7	7,3	8,3
Sygehusinfektioner (clostridium difficile), 2014, antal pr. 100.000 borgere	57,9	40,9	69,8	108,7	60,7	72,8
<b>Kvalitet i sundhedsvæsenet</b>						
Reoperation efter opr. for diskusprolaps i lænd, 2014, pct. af opr.	4,1	1,7	2,2	2,4	1,1	2,2
Reoperation efter opr. for diskusprolaps i nakke, 2014, pct. af opr.	0	0,9	0	0,4	-	0,4
Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, 2014, andel af dagkirurg opr., pct.	1,4	1,2	1,7	1,2	1,8	1,4
Indlæggelsestid på sygehuse, 2014, dage i gns.	4,2	3,4	3,7	3,5	3,2	3,5
1-års overlevelse efter kræft, mænd, 2010-2012, pct. <sup>1</sup>	69	68	69	68	66	68
1-års overlevelse efter kræft, kvinder, 2010-2012, pct. <sup>1</sup>	70	70	72	72	69	71
<b>Patienttilfredshed</b>						
Patienters indtryk af indlæggelse, 2013, pct. positive <sup>2</sup>	94	94	94	90	91	92
Patienters indtryk af besøg i ambulatorie, 2013, pct. positive <sup>3</sup>	97	97	97	96	96	96
<b>Ventetider</b>						
Ventetid for børn/unge i det psyk. sygehusvæsen, 2014, dage i gns.	42	29	18	38	35	30
Ventetid for voksne i det psyk. sygehusvæsen, 2014, dage i gns.	49	43	23	40	22	35
Ventetid til sygehusoperation, 2014, dage i gns.	63	40	43	53	51	49
Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, 4. kv. 2014, pct.	50	68	61	65	65	62
Udredningsplaner (somatik) inden for 30 dage, 4. kv. 2014, pct.	81	89	56	72	90	74
<b>Sammenhæng for patienten</b>						
Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge, 2013, pct. positive <sup>2</sup>	88	89	87	85	85	87
Tilfredshed med ambulatories orient. af egen læge, 2013, pct. positive <sup>3</sup>	89	87	88	81	87	86
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen, 2013, pct. positive <sup>2</sup>	88	88	88	85	85	87
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen, 2013, pct. positive <sup>3</sup>	93	92	92	88	89	91
<b>Et effektivt sundhedsvæsen</b>						
Udvikling i antal kontakter pr. sygehuspatient, 2014, ændring ift. 2013, pct.	-2,4	0,3	-1,7	-3,6	1,1	-1,4
Produktivtetsniveau på sygehuse, 2013, indeks (hele landet=100)	92	98	102	102	101	100

■ Værdi bedre end hele landets værdi ■ Værdi dårligere end hele landets værdi ■ Værdi afviger ikke fra hele landets værdi

Kilde: Se under afsnittene om de enkelte indikatorer.

Anm.: For nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer, se tabel 2 og afsnittene om de enkelte indikatorer. Statistisk usikkerhed medfører, at forskelle mellem regioner i indikatorværdier kan ligge inden for den statistiske usikkerhed. Akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, akutte medicinske korttidsindlæggelser og akutte genindlæggelser efter dagkirurgi er køns- og aldersstandardiseret.

1 Der er ved angivelse af placering taget hensyn til statistisk usikkerhed.

2 Der er ved angivelse af placering taget hensyn til statistisk usikkerhed og justeret for køn, alder og indlæggelsesform (akut/planlagt). Det betyder, at en region kan få en placering under (over) hele landet, selvom det i tabellen angive ujusterede procenttal er over (under) procenttallet for hele landet.

3 Der er ved angivelse af placering taget hensyn til statistisk usikkerhed og justeret for køn og alder. Det betyder, at en region kan få en placering under (over) hele landet, selvom det i tabellen angive ujusterede procenttal er over (under) procenttallet for hele landet.

Tabel 3. Oversigt over kommunernes resultater for udvalgte indikatorer

	Akutte genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, pct.	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, antal pr. 1.000 ældre	Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere	Somatiske færdigbehandlingsdage, antal pr. 1.000 borgere	Psykiatriske færdigbehandlingsdage, antal pr. 1.000 borgere	Ventetid til genoptræning i kommuner, median, dage
Ringkøbing-Skjern	3,8	40,7	18,9	0,1	0,4	11
Rebild	6,1	42,6	21,0	0,9	0,0	11
Brønderslev	6,2	53,1	16,1	0,4	1,1	16
Favrskov	6,6	54,3	35,3	0,6	0,0	13
Frederikshavn	4,7	61,7	15,8	0,8	1,1	15
Herning	4,2	51,7	18,9	2,2	1,7	11
Lolland	8,6	54,5	10,6	0,7	0,3	13
Skanderborg	6,6	54,0	34,2	0,0	1,4	13
Vesthimmerlands	6,1	37,8	28,4	0,2	0,2	15
Hjørring	4,7	61,9	16,6	0,8	2,8	-
Ikast-Brande	3,9	53,3	19,3	1,2	2,1	14
Langeland	7,9	51,0	8,5	0,4	0,0	-
Morsø	8,9	58,3	9,8	0,2	0,1	13
Sorø	8,5	55,3	14,2	0,3	2,8	12
Struer	4,7	53,3	31,1	0,8	3,5	10
Tønder	5,2	53,7	15,1	1,6	0,3	22
Vejle	4,8	62,4	27,5	0,9	0,1	17
Faaborg-Midtfyn	7,3	50,0	10,3	1,1	0,7	18
Guldborgsund	9,2	57,1	10,8	0,5	0,6	17
Haderslev	6,0	58,3	26,1	3,2	2,4	8
Hedensted	7,1	65,0	39,9	0,1	0,0	12
Kalundborg	7,2	59,7	18,0	2,0	2,3	13
Kerteminde	7,9	51,5	10,4	1,3	0,5	-
Lemvig	4,5	54,8	26,1	3,6	5,0	3
Mariagerford	7,5	36,0	33,9	0,8	2,0	17
Midelfart	5,5	63,6	25,1	0,6	1,1	18
Norddjurs	6,3	43,8	39,0	0,1	1,8	12
Nordfyns	6,1	46,7	11,3	3,2	7,1	16
Ringsted	8,4	60,7	15,7	1,8	0,6	13
Rudersdal	3,2	56,5	31,1	33,4	2,8	12
Skive	8,1	36,6	17,1	0,4	3,1	17
Syddjurs	7,0	50,3	37,0	0,8	5,4	9
Thisted	9,3	61,3	10,3	0,4	2,8	12
Vejen	6,7	61,8	27,9	1,6	0,0	13
Viborg	8,4	38,4	17,5	0,2	5,0	13
Vordingborg	6,3	47,2	32,5	1,4	3,0	11
Furesø	4,4	57,1	37,2	15,5	2,4	7
Hørsholm	6,7	54,1	42,6	3,2	0,0	-
Kolding	4,7	72,2	29,8	0,5	1,1	24
Lejre	7,7	58,7	29,3	1,4	3,5	13
Lyngby-Taarbæk	2,6	62,6	32,7	32,1	3,5	13
Næstved	7,6	60,3	38,9	0,7	2,2	13
Odsherred	5,9	62,3	20,2	2,5	1,5	14
Randers	8,0	55,1	45,7	0,4	1,3	-
Silkeborg	7,9	64,2	33,3	1,0	0,0	13
Stevns	7,9	52,0	11,2	6,6	0,0	-
Varde	8,4	62,7	30,6	1,9	0,9	11
Aabenraa	5,6	55,7	14,0	1,0	5,3	20
Aalborg	5,8	47,8	17,6	3,8	10,4	21
Assens	7,6	60,9	10,8	5,1	3,1	15
Bornholm	6,3	58,9	40,4	0,1	1,6	-
Fredericia	5,3	77,8	31,1	1,7	0,0	28
Gladsaxe	4,2	78,1	44,3	0,7	11,2	10
Holstebro	5,6	64,5	28,5	1,7	6,3	14
Slagelse	10,4	61,1	15,5	0,2	3,7	15
Solrød	8,8	59,6	15,2	6,8	0,8	17
Sønderborg	7,8	59,2	37,3	1,1	1,8	14
Aarhus	5,6	57,0	30,7	4,2	6,4	14
Allerød	7,2	65,5	40,9	10,5	0,0	13
Egedal	4,2	57,5	39,4	43,1	6,3	13
Faxe	8,3	64,2	17,1	5,3	1,7	-
Gentofte	2,6	67,9	31,6	15,6	9,3	11
Greve	7,9	66,6	27,1	2,1	2,2	12
Holbæk	6,6	65,1	21,7	2,3	2,5	14
Horsens	8,5	76,9	51,3	0,3	0,4	14
Jammerbugt	6,2	60,6	16,5	2,1	4,6	32
Køge	8,2	68,6	12,7	2,4	5,6	10
Odense	8,2	57,8	12,6	1,0	1,8	22
Svendborg	8,1	51,0	10,8	1,7	4,6	20
Ballerup	4,1	69,7	45,5	55,2	2,6	-
Billund	7,5	73,1	31,3	4,6	0,0	21
Glostrup	6,5	72,6	64,8	1,6	3,1	14
Nyborg	8,3	53,9	12,8	4,6	6,5	21
Odder	7,0	60,7	38,3	4,8	0,0	19
Vallensbæk	7,1	71,8	55,3	6,2	0,1	14
Dragør	5,6	75,4	20,6	6,7	20,0	24
Gribskov	8,4	71,2	55,2	9,3	2,4	9
Herlev	4,0	75,9	48,2	12,0	5,5	-
Høje-Taastrup	7,4	76,3	59,3	14,9	2,6	-
Ishøj	7,9	93,0	67,8	0,6	13,6	14
Roskilde	8,5	69,4	42,1	1,7	6,8	9
Rødovre	4,3	75,3	47,7	35,0	9,4	16
Tårnby	5,8	83,7	24,8	58,0	25,5	21
Albertslund	6,9	80,8	63,9	21,5	3,5	18
Fredensborg	8,5	64,7	49,8	2,6	6,9	19
Frederiksberg	7,2	66,6	41,5	6,3	2,3	18
Halsnæs	9,9	87,9	65,1	4,1	3,3	14
Helsingør	9,1	72,5	54,0	12,8	7,3	13
Brøndby	7,3	84,7	60,4	46,6	26,0	20
Esbjerg	8,9	86,2	38,6	2,4	4,3	18
Frederikssund	10,1	86,1	63,0	11,6	4,6	14
Hilleroed	9,0	78,5	56,2	14,7	14,0	14
Hvidovre	7,2	82,9	56,4	43,1	6,7	25
København	7,0	81,9	39,8	17,7	14,5	19
Læsø	-	-	-	-	-	9
Ærø	-	-	-	-	-	15
Fanø	-	-	-	-	-	-
Samsø	-	-	-	-	-	-

■ Placering i øvre del ■ Placering i midterste del ■ Placering i nedre del

Kilde: Se under afsnittene om de enkelte indikatorer.

Anm.: For nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer, se tabel 2 og afsnittene om de enkelte indikatorer. Statistisk usikkerhed medfører, at forskelle mellem kommuner i indikatorværdier kan ligge inden for den statistiske usikkerhed. Akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser er køns- og aldersstandardiseret. "-" = kommuner med færre end 10.000 indbyggere eller færre end 20 genoptræningsforløb.

## 4 FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHEDSTILSTAND

Befolkningens sundhedstilstand afspejler såvel borgernes levevis som sundhedsvæsenets evne til at forebygge, behandle og helbrede sygdomme. De generelle samfundsforhold og levevilkår – f.eks. uddannelsesmuligheder, indkomst, boligforhold, arbejdsmiljø og sundhedsvæsenets organisering har betydning for den enkeltes muligheder for at leve sundt. Andre risikofaktorer er knyttet til bl.a. køn, alder og arvelige faktorer.

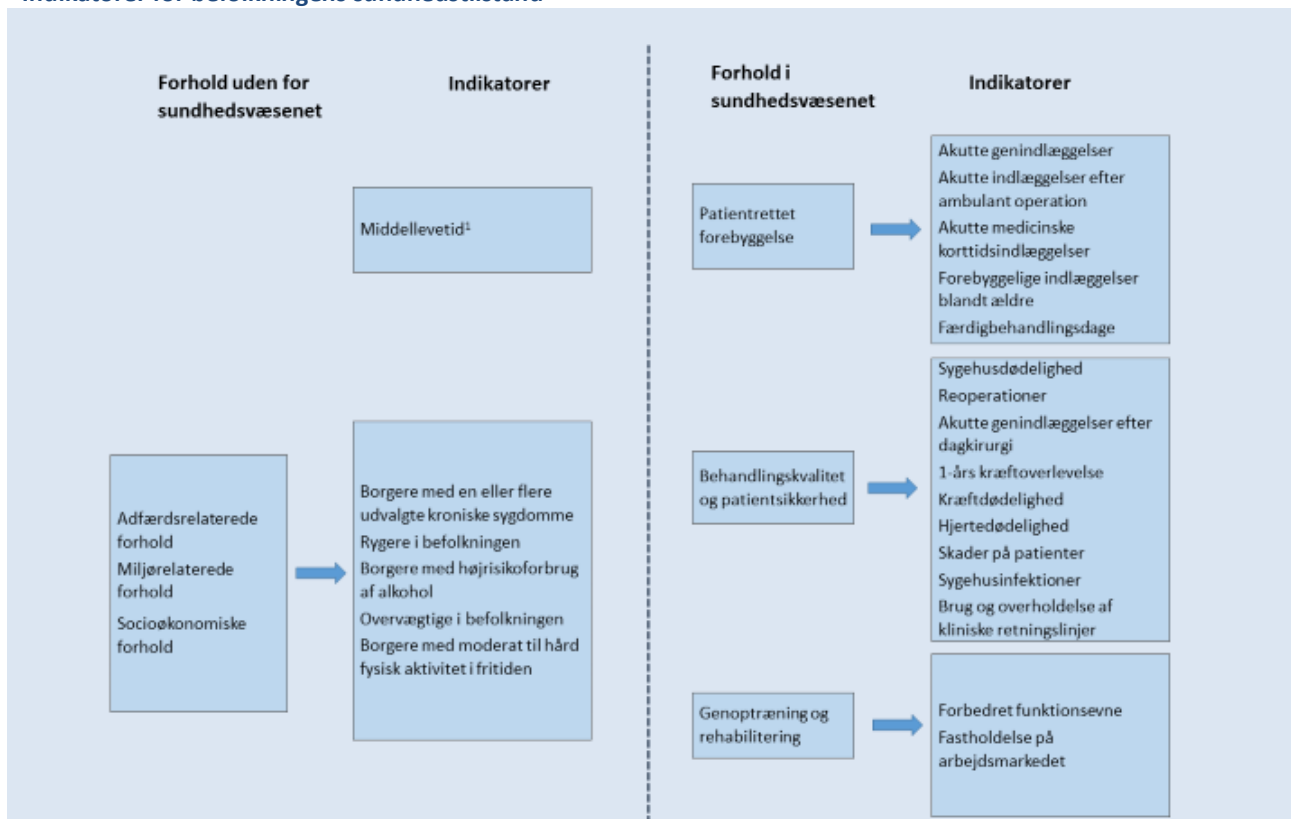
Befolkningens sundhedstilstand påvirkes således af forhold uden for sundhedsvæsenet og af den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet kan forbedre befolkningens sundhedstilstand ved brug af effektive behandlingsmetoder, ny teknologi og medicin samt desuden ved borgerrettet forebyggelse.

Omvendt kan risici, der er forbundet med sundhedsvæsenet, påvirke sundhedstilstanden negativt. Det kan være tilfældet, hvis patienten pådrager sig infektioner under hospitalsindlæggelse, får bivirkninger ved medicinindtag, eller der sker utilsigtede hændelser f.eks. i forbindelse med operationer.

Lavere sygelighed, forbedret funktionsevne og højere livskvalitet kan påvirke sundhedstilstanden positivt. Dette kan f.eks. opnås gennem patientrettet forebyggelse, der medvirker til at nedbringe u hensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene, gennem fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet eller via genoptræning efter sygdomsforløb.

### Indikatorer for befolkningens sundhedstilstand



Anm.: Det bemærkes, at visse af indikatorerne endnu ikke er udviklet.

<sup>1</sup> Middellevetiden afhænger af en lang række faktorer, herunder livsstil, indsatsen i sundhedsvæsenet, miljømæssige forhold samt generelle levevilkår i form af arbejde, arbejdsmiljø, bolig mv.

## 4.1 FOLKESUNDHED

Danskere lever ikke så længe som borgere i de lande, vi normalt sammenligner os med. Det er dokumenteret, at danskernes livsstil og sundhedsadfærd er en væsentlig årsag til dette [3, 4].

Nogle af de centrale livsstilsrelaterede risikofaktorer, som har stor betydning for middellevetiden og udvikling af langvarig og kronisk sygdom er overvægt, fysisk inaktivitet samt særligt rygning og et højt alkoholforbrug.

---

### INDIKATORER

---

- Middellevetid
- Borgere med udvalgte kroniske somatiske sygdomme
- Daglige rygere i befolkningen
- Borgere med højrisikoforbrug af alkohol
- Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden
- Overvægtige i befolkningen



### 4.1.1 Middellevetid

Middellevetiden – det gennemsnitlige antal år en nyfødt kan forventes at leve - er et mål for en befolknings generelle sundhedstilstand og anvendes ofte i internationale sammenligninger.

Middellevetiden i Danmark er fra 2005 til 2014 steget fra 77,9 år til 80,6 år, jf. *figur 1*.

Det betyder, at en nyfødt dansker i 2014 i gennemsnit kan forvente at leve 80,6 år, hvis dødeligheden antages at forblive på det aktuelle niveau. Stigningen i middellevetid fra 2013 til 2014 er på 0,6 år, hvilket er den største år til år-stigning i perioden 2005 til 2014.

Mellem regioner varierer middellevetiden i 2014 med godt et år, fra 79,9 år i Region Sjælland til 81,2 år i Region Midtjylland, jf. *figur 2*.

Der er derudover store forskelle i middellevetiden på tværs af kommuner. I visse kommuner er middellevetiden over 81 år, mens den i andre er under 79 år, jf. *figur 3*. Middellevetiden er højest i de nordsjællandske kommuner.

Internationalt set er den danske middellevetid lav. Blandt 20 vesteuropæiske lande har Danmark den laveste middellevetid i 2012, jf. *figur 4*. I forhold til de øvrige nordiske lande, Sverige, Island, Norge og Finland, er den danske middellevetid mellem 0,5 år og 2,8 år lavere.

#### Middellevetid

##### Mål

Gennemsnitligt antal år en nyfødt kan forventes at leve.

##### Beskrivelse

Middellevetiden for nyfødte (0-årige) er det gennemsnitlige antal år, som nyfødte har udsigt til at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle opgørelsesperiode.

Middellevetiden kan med andre ord opfattes som et indeks for de aktuelle dødeligheder.

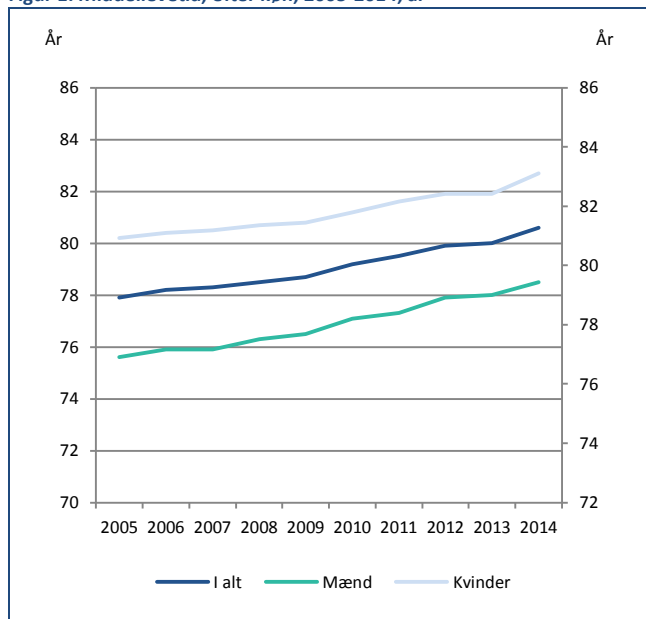
Udviklingen i middellevetiden afspejler udviklingen i de underliggende dødsårsager, herunder udviklingen i de sygdomme, der har størst betydning for befolkningens sundhedstilstand.

For en detaljeret beskrivelse af beregningsmetoden bag middellevetiden henvises til Danmarks Statistik

*Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.*

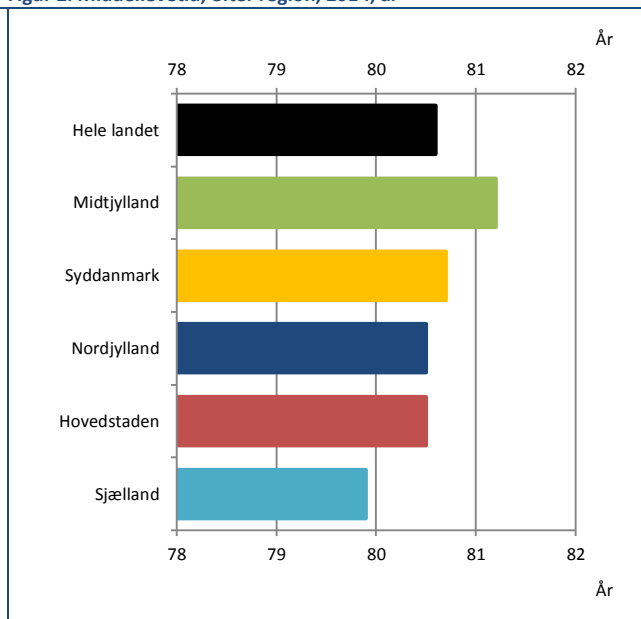


Figur 1. Middellevetid, efter køn, 2005-2014, år



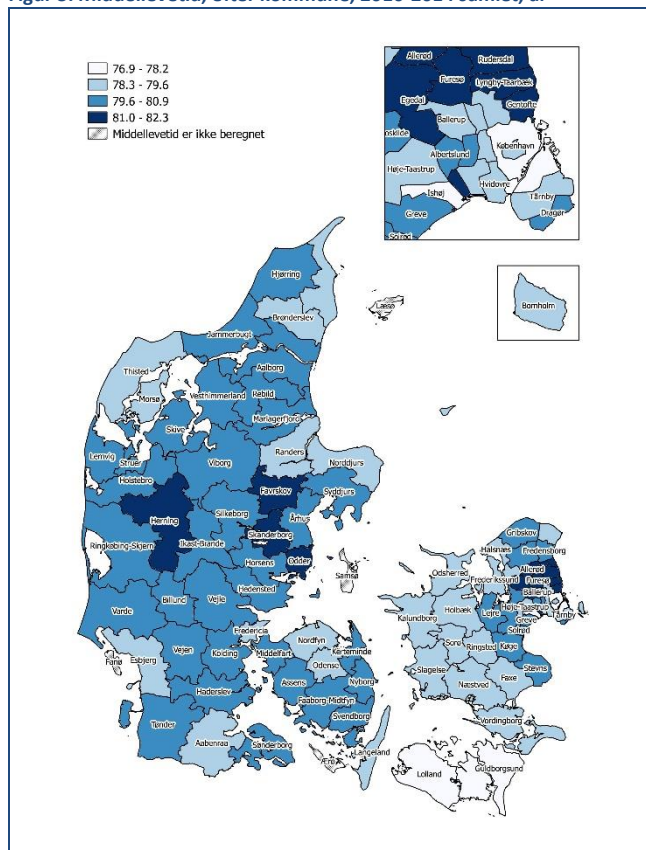
Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.

Figur 2. Middellevetid, efter region, 2014, år



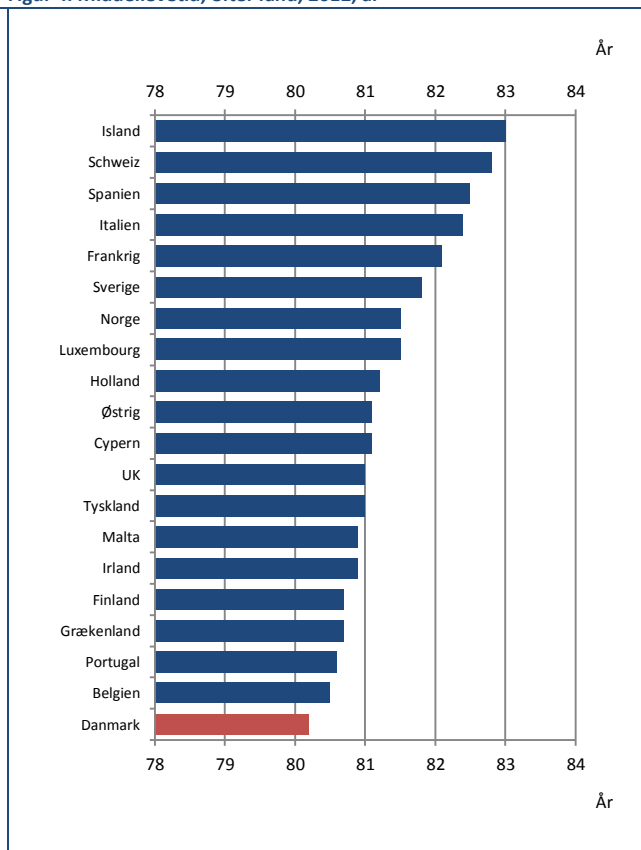
Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.

Figur 3. Middellevetid, efter kommune, 2010-2014 samlet, år



Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.

Figur 4. Middellevetid, efter land, 2012, år



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.

#### 4.1.2 Borgere med udvalgte kroniske somatiske sygdomme

Flere og flere danskere har gennem de seneste år fået diagnosticeret én eller flere kroniske sygdomme som f.eks. diabetes eller KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom).

Antallet af borgere med kronisk sygdom forventes fortsat at stige i de kommende år, bl.a. som følge af forbedrede levevilkår og længere levetid, idet forekomst af kroniske sygdomme stiger med alderen. Samtidig bliver mulighederne for diagnostik og behandling løbende bedre, hvilket betyder, at flere lever længere og bedre med deres kroniske sygdom.

Udviklingen medfører et stigende ressourcepres på sundhedsvæsenet, da borgere med kroniske sygdomme oftere benytter sundhedsvæsenet end andre. Samtidig kræver kroniske sygdomme typisk behandlingsforløb på tværs af sektorgrænser og faggrupper, og kompleksiteten øges yderligere blandt borgere med flere samtidige sygdomme (multisygdom).

Fra 2009 til 2014 er antallet af borgere med én eller flere af syv udvalgte kroniske somatiske sygdomme steget fra ca. 177 pr. 1.000 borgere til ca. 189 pr. 1.000 borgere (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 5*. Det svarer til en stigning på 6,8 pct.

Region Nordjylland har relativt færrest borgere med kroniske sygdomme, i 2014 ca. 185 pr. 1.000 borgere, *jf. figur 6*. I de øvrige regioner lå antallet på ca. 188 til 193 pr. 1.000 borgere.

Bl.a. en række nordsjællandske kommuner, Hørsholm, Rudersdal, Allerød, Gentofte og Furesø, har en lav forekomst af borgere med kroniske sygdomme, *jf. figur 7*. Omvendt er forekomsten høj i mange af kommunerne på den københavnske vestegn.

Internationalt set har Danmark, hvad angår diabetes, en relativt høj forekomst, særligt set i forhold til tre af de andre nordiske lande, *jf. figur 8*.

#### Borgere med udvalgte kroniske somatiske sygdomme

##### Mål

Borgere med en eller flere af udvalgte kroniske somatiske sygdomme pr. 1.000 borgere

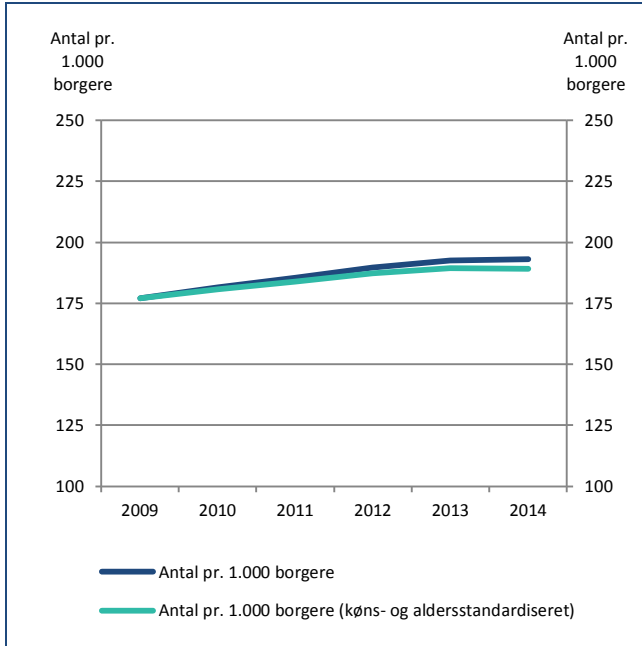
##### Beskrivelse

Følgende syv udvalgte kroniske somatiske sygdomme indgår i opgørelsen:

- Astma
- Type 1 - diabetes
- Type 2 - diabetes
- KOL
- Leddegigt
- Osteoporose
- Hjerteinsufficiens (hjertesvigt)

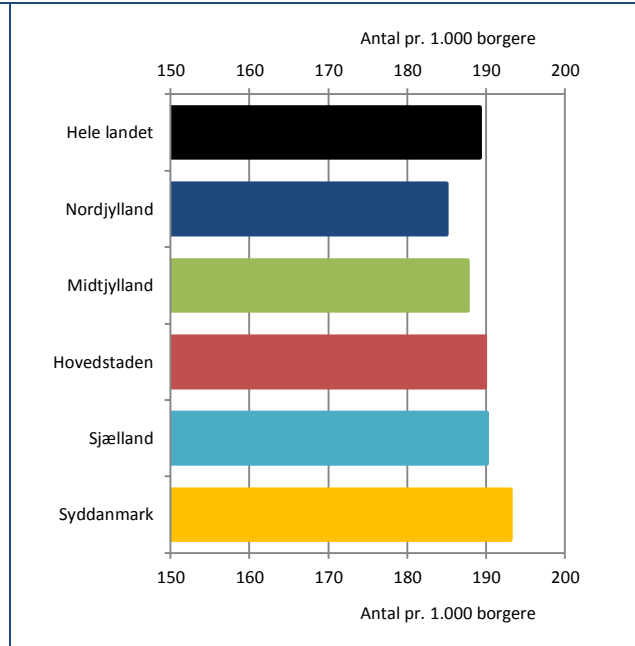
Kilde: Foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.

Figur 5. Borgere med udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2014, antal pr. 1.000 borgere



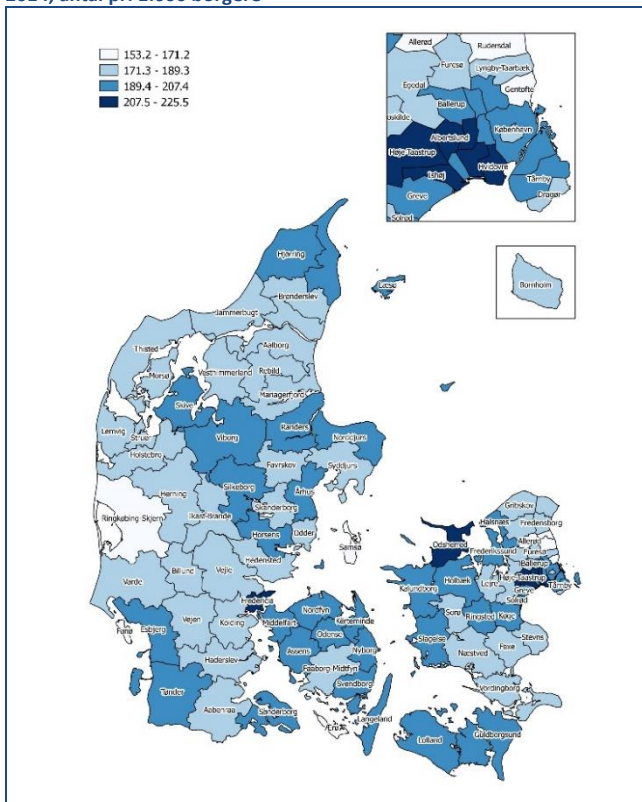
Kilde: Foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS) og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 6. Borgere med udvalgte kroniske sygdomme, efter region, 2014, antal pr. 1.000 borgere



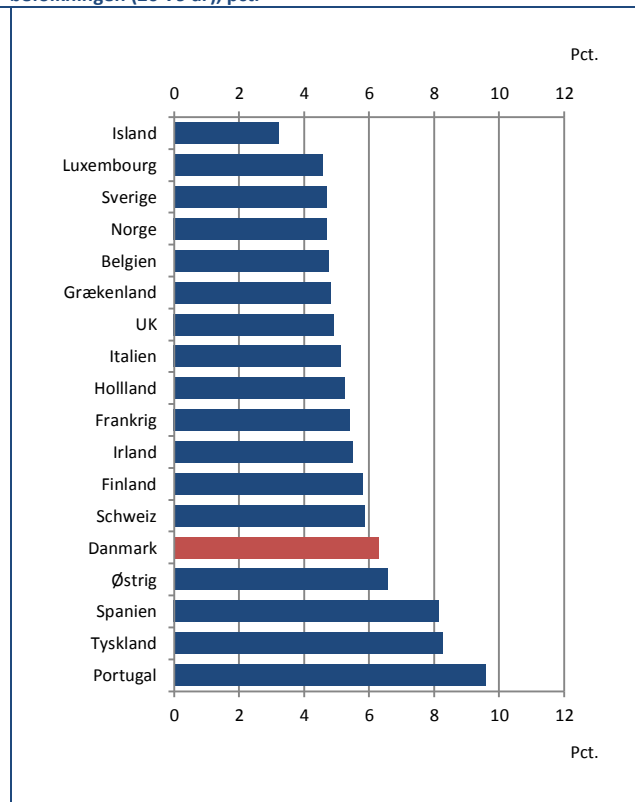
Kilde: Foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS) og CPR, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 7. Borgere med udvalgte kroniske sygdomme, efter kommune, 2014, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS) og CPR, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 8. Borgere (20-79 år) med diabetes, efter land, 2013, andel af befolkningen (20-79 år), pct.



Kilde: International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, 6th edition.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

### 4.1.3 Daglige rygere i befolkningen

Rygere har en øget risiko for udvikling af en lang række sygdomme – både dødelige og ikke-dødelige. Rygning er bl.a. en af de vigtigste medvirkende årsager til hjerte-kar-sygdomme, kræft og alvorlige lunge- og luftvejssygdomme.

Rygning er skyld i ca. 14.000 dødsfald i Danmark i 2010, hvilket svarer til ca. hvert fjerde dødsfald [5].

I 2013 udgjorde andelen af daglige rygere i befolkningen 17 pct, jf. *figur 9*. Det er et fald på ca. 4 pct.point i forhold til 2010.

Region Syddanmark og Region Sjælland har den højeste andel af daglige rygere, henholdsvis ca. 19 pct. og 18 pct., jf. *figur 10*. Andelen er lavest i Region Hovedstaden, hvor den er på 15 pct.

På kommunalt plan varierer andelen fra knapt 9 pct. til ca. 25 pct., jf. *figur 11*. Andelen er lavest i en række af kommunerne nord for København.

Blandt 18 vesteuropæiske lande spænder andelen af daglige rygere fra 13,1 pct. i Sverige til 38,9 pct. i Grækenland, jf. *figur 12*.

#### Daglige rygere i befolkningen

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der ryger dagligt, pct.

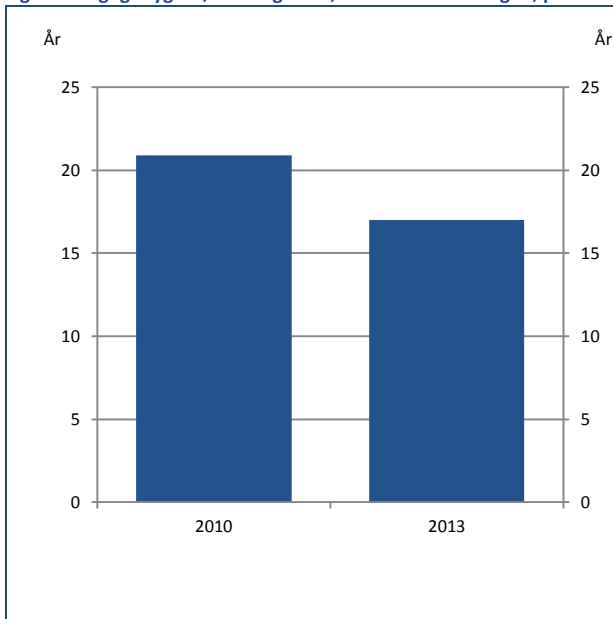
##### Beskrivelse

Andelen af personer, der har svaret "ja, hver dag" til spørgsmålet "Ryger du?" i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af danskernes sundhed med besvarelser fra over 160.000 personer. Undersøgelsen er indtil videre gennemført i 2010 og 2013. Undersøgelsen vil blive gennemført hver 4. år.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

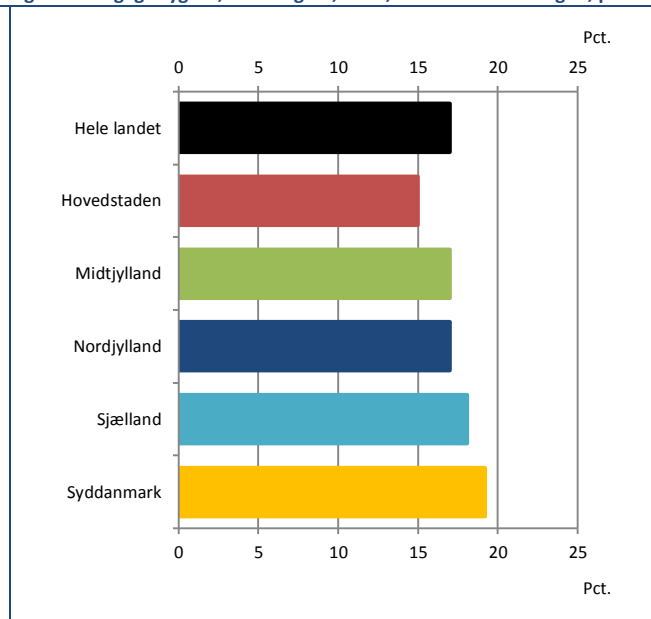
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 9. Daglige rygere, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



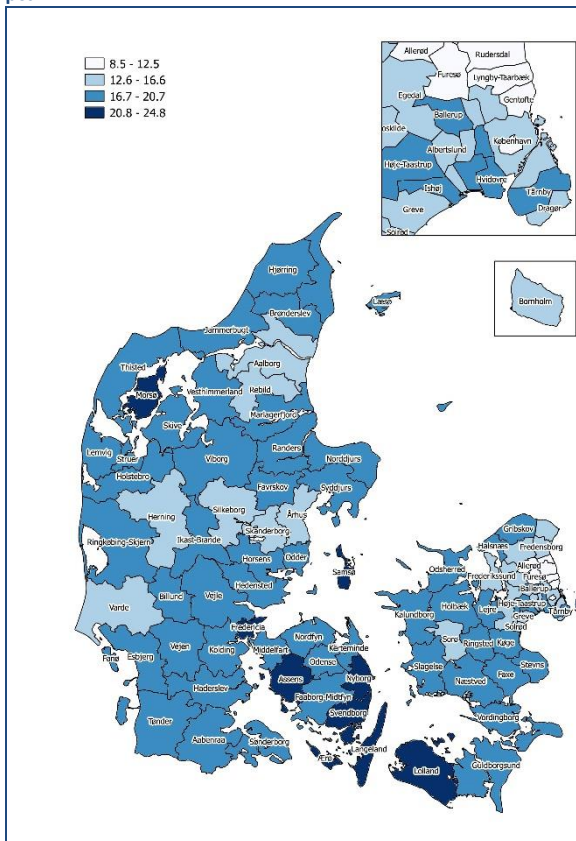
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 10. Daglige rygere, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



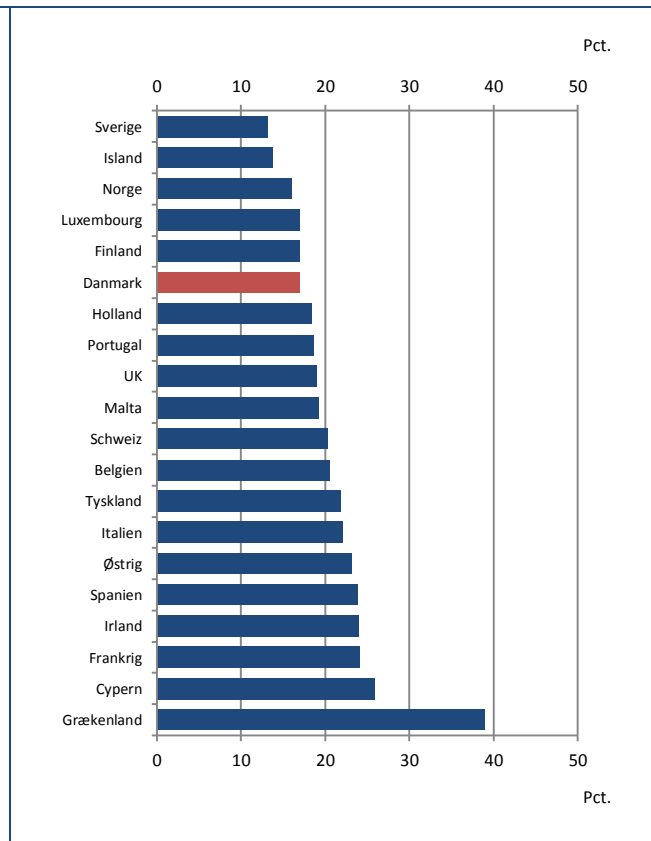
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 11. Daglige rygere, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 12. Daglige rygere, efter land, 2012, andel af befolkningen, pct.



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.

#### 4.1.4 Borgere med højrisikoforbrug af alkohol

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark [6, 7].

Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række lidelser, herunder kræftsygdomme og hjerte-kar-sygdomme [8].

En nyligt offentliggjort undersøgelse har vist, at knapt 4.000 dødsfald i Danmark i 2010 skyldtes alkohol [9]. Det svarer til ca. 7 pct. af alle dødsfald i 2010.

I 2013 udgjorde andelen af borgere med højrisikoforbrug af alkohol 8,5 pct. af den voksne befolkning, jf. figur 13. Det er et fald på ca. 2 pct.point i forhold til 2010.

Region Hovedstaden har med 9,9 pct. den højeste andel borgere med højrisikoforbrug i 2013, mens Region Nordjylland har den laveste, 6,8 pct., jf. figur 14.

Mellem kommuner varierer andelen fra 4,6 pct. til 14,3 pct., jf. figur 15. Vejen, Brønderslev, Jammerbugt og Viborg har de laveste andele, mens Fanø, Ærø, Dragør og København har de højeste andele.

Internationalt set ligger Danmark over OECD-gennemsnittet, hvad angår alkoholforbrug. Alkoholforbruget i Danmark var i 2012 på 9,3 liter pr. borger om året, jf. figur 16. Til sammenligning var alkoholforbruget i de øvrige skandinaviske lande, Norge og Sverige, på henholdsvis 6,2 liter og 7,3 liter pr. borger om året.

#### 4.1.3 Borgere med højrisikoforbrug af alkohol

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der drikker mere end 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder, pct.

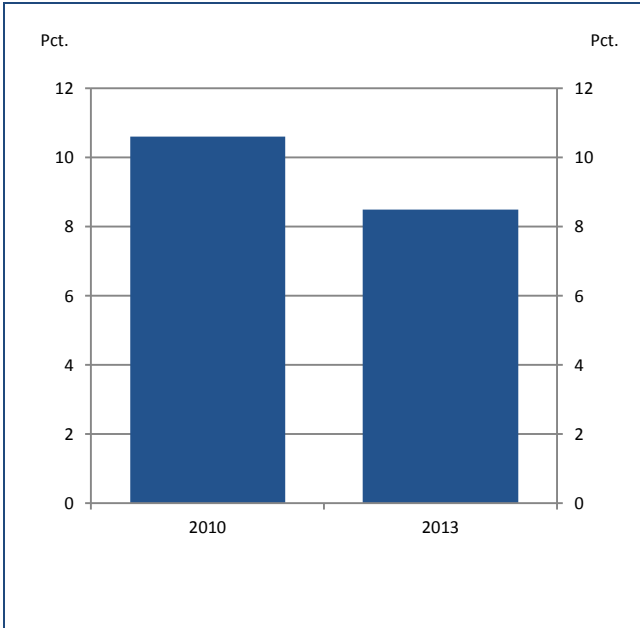
##### Beskrivelse

Andelen af personer, der har angivet henholdsvis over 21 genstande (mænd) og 14 genstande (kvinder) på spørgsmålet "Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?" i Den Nationale Sundhedsprofil. Grænserne er sat ud Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

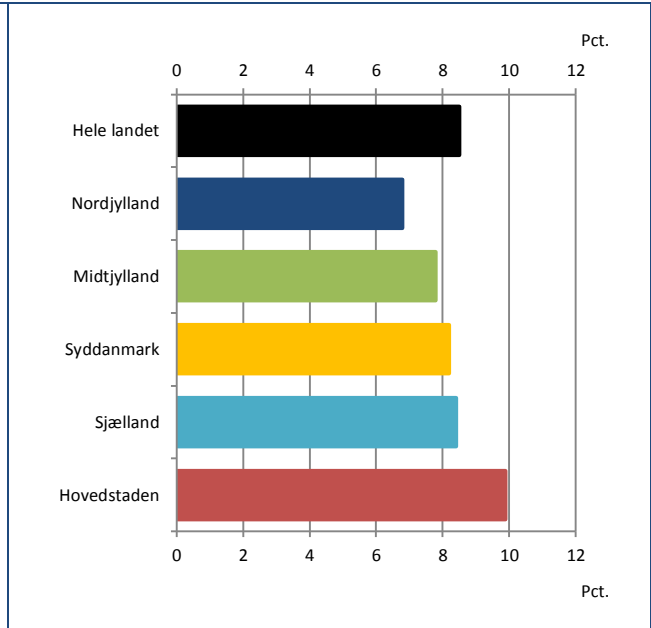
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 13. Borgere med højrisikoforbrug af alkohol, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



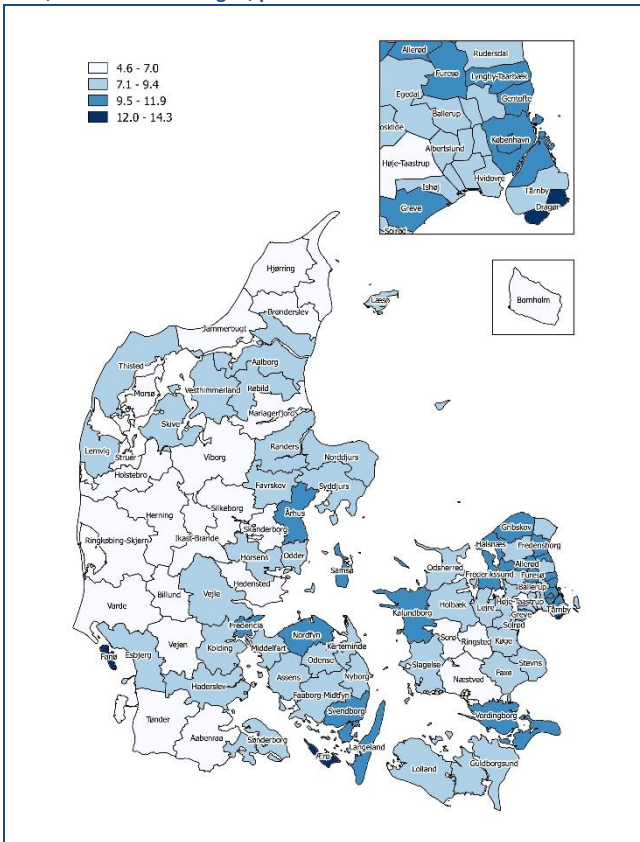
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 14. Borgere med højrisikoforbrug af alkohol, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



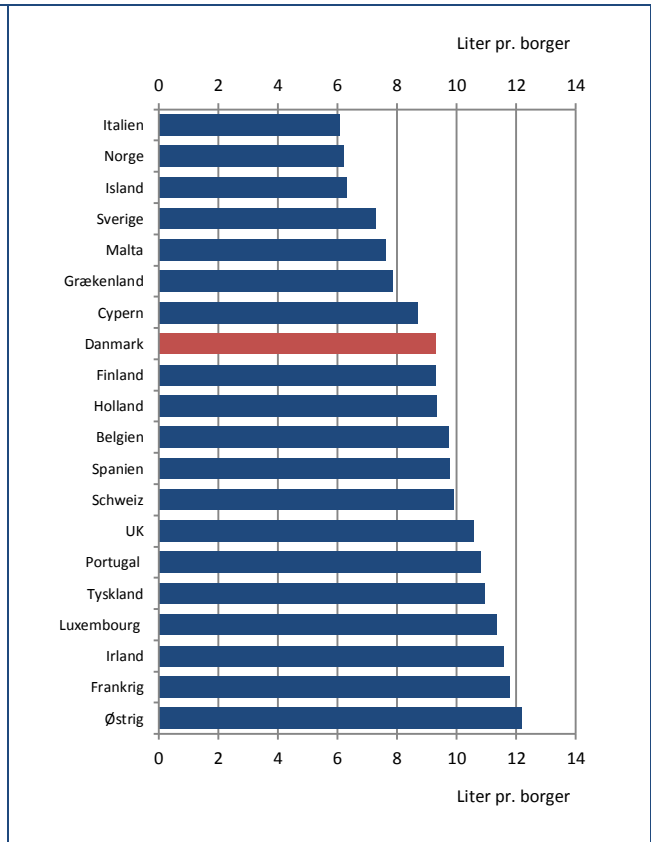
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 15. Borgere med højrisikoforbrug af alkohol, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 16. Alkoholforbrug, efter land, 2012, liter pr. borger



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.

#### 4.1.5 Overvægtige i befolkningen

Overvægt udgør et stort og stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Risikoen for udvikling af alvorlige komplikationer, bl.a. type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse kræftsygdomme, øges med graden af overvægt [10, 11].

Svær overvægt har desuden både personlige og samfundsmæssige omkostninger. På det samfundsmæssige plan har en analyse vist, at svær overvægt hvert år koster det danske samfund op til 14,4 mia. kr. [12].

Andelen af moderat eller svært overvægtige i befolkningen er uændret fra 2010 til 2013. I begge år lå andelen på ca. 47 pct., *jf. figur 17*.

Region Hovedstaden har relativt færrest overvægtige borgere, 41,4 pct., mens Region Sjælland og Region Nordjylland har flest, henholdsvis 52,6 pct. og 51,8 pct., *jf. figur 18*.

Kommunalt set spænder andelen af overvægtige fra 57-60 pct. i Læsø, Tønder og Lolland kommuner til 32-35 pct. i Gentofte, København og Frederiksberg kommuner, *jf. figur 19*.

Danmark hører med 13,4 pct. svært overvægtige til blandt de vesteuropæiske lande med færrest svært overvægtige, *jf. figur 20*. Danmark har dog flere svært overvægtige end de to andre skandinaviske lande.

#### Overvægtige i befolkningen

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der er moderat til svært overvægtige (BMI på 25 eller derover), pct.

##### Beskrivelse

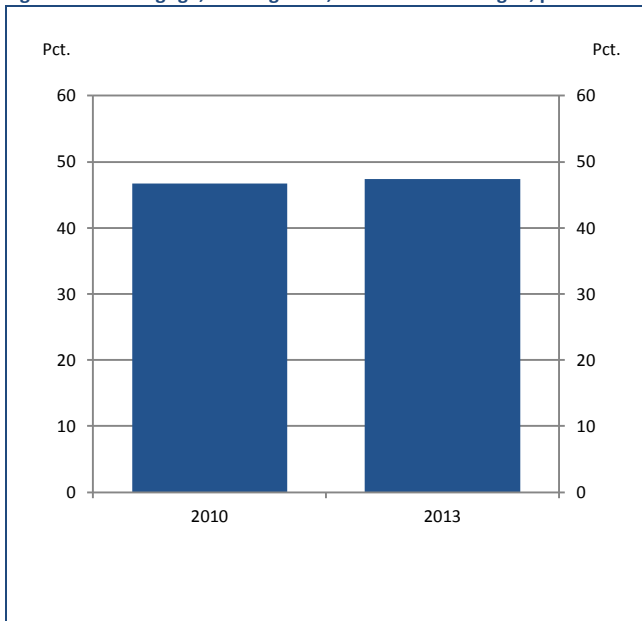
Andelen af personer, der ud fra selvrapporteret højde og vægt har et BMI på 25 eller derover.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

*Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.*

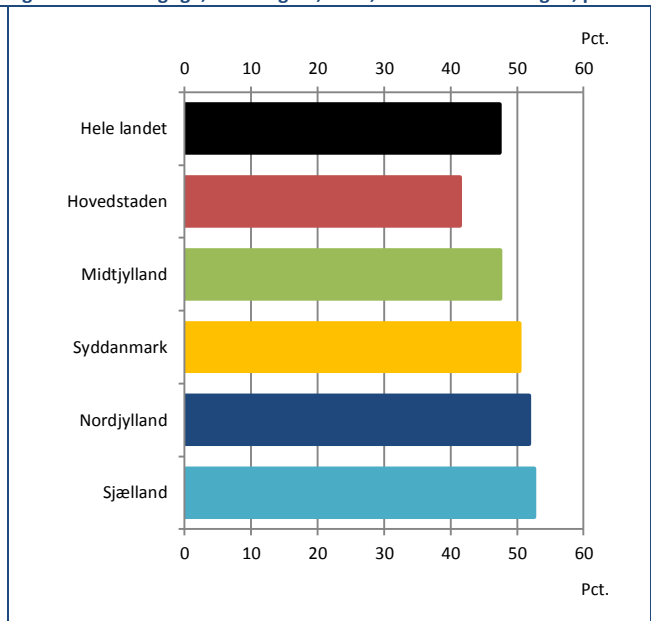


Figur 17. Overvægtige, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



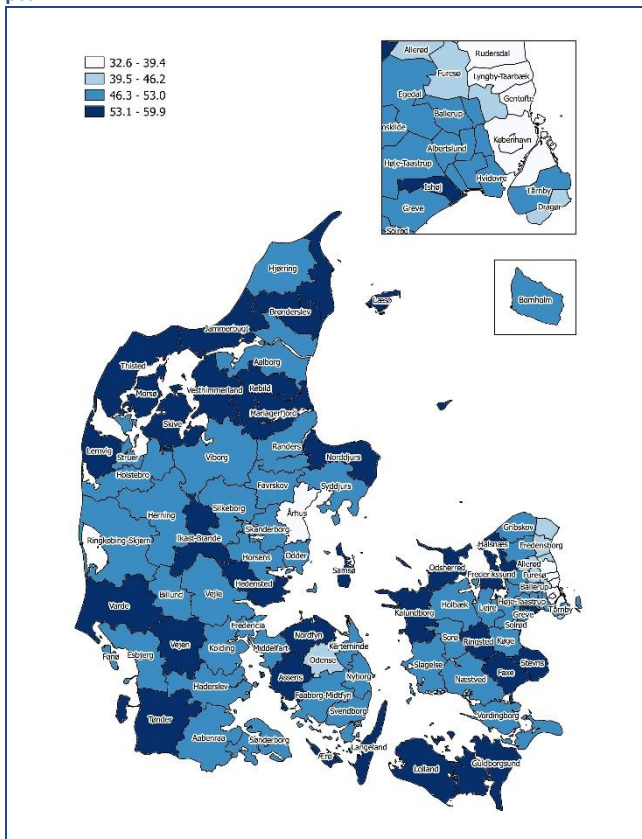
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 18. Overvægtige, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



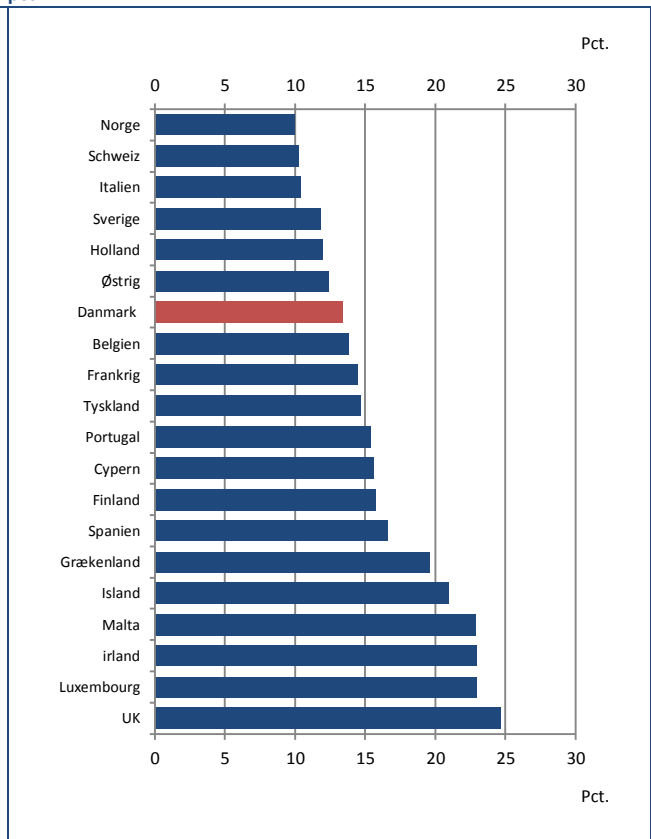
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 19. Overvægtige, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 20. Svært overvægtige, efter land, 2012, andel af befolkningen, pct.



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.

#### 4.1.6 Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden

Fysisk aktivitet omfatter al bevægelse, der øger energiomsætningen, fra idræt, sport og hård motion til hverdagsaktiviteter som leg, havearbejde, en gåtur, cykling som transport eller at tage trappen.

Fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på en række sygdomme, bl.a. hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og tyktarmskræft, samt på for tidlig død [13, 14].

Der er også betydelige gevinster ved, at fysisk inaktive personer bliver fysisk aktive. Det gælder både for den enkelte, men også for samfundet, hvor man kan reducere udgifter til behandling og andre offentlige ydelser. Fysisk inaktivitet er beregnet til at koste sundhedsvæsenet ca. 3,1 mia. kr. om året. De samfundsøkonomiske omkostninger ved fysisk inaktivitet i form af midlertidigt og permanent fravær fra arbejdsmarkedet er beregnet til at koste op til 7,5 mia. kr. [13].

Andelen af borgere, som var moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden, var i 2013 på 29,2 pct., mens den i 2010 var på 28,3 pct., *jf. figur 21*.

Blandt regionerne er andelen højest i Region Hovedstaden, hvor den i 2013 var på 31,9 pct., *jf. figur 22*. Andelen er lavest i Region Sjælland og Region Nordjylland, henholdsvis 26,8 pct. og 26,9 pct.

Kommunalt set varierer andelen fra ca. 18 pct. til ca. 37 pct., *jf. figur 23*. Læsø, Ærø og Langeland kommuner har de laveste andele, mens København, Frederiksberg og Aarhus kommuner har de højeste.

#### Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, pct.

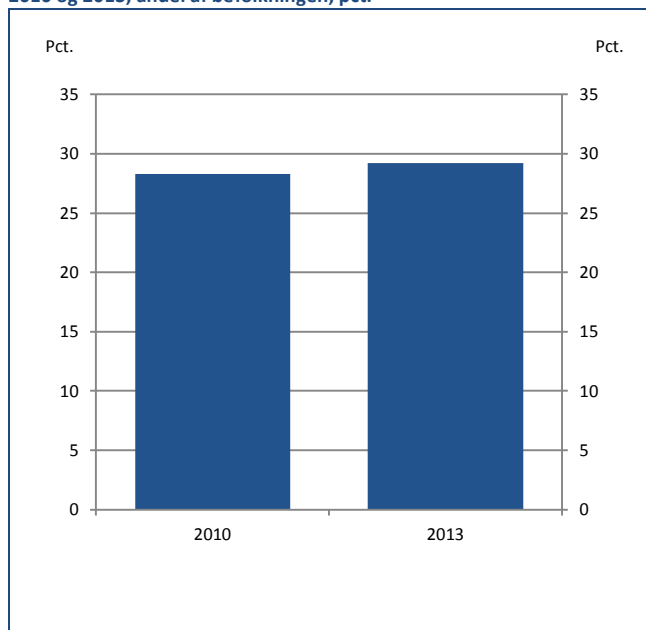
##### Beskrivelse

Andelen der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden af personer, der har svaret, at de dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen, eller træner hårdt eller dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt flere gange om ugen.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

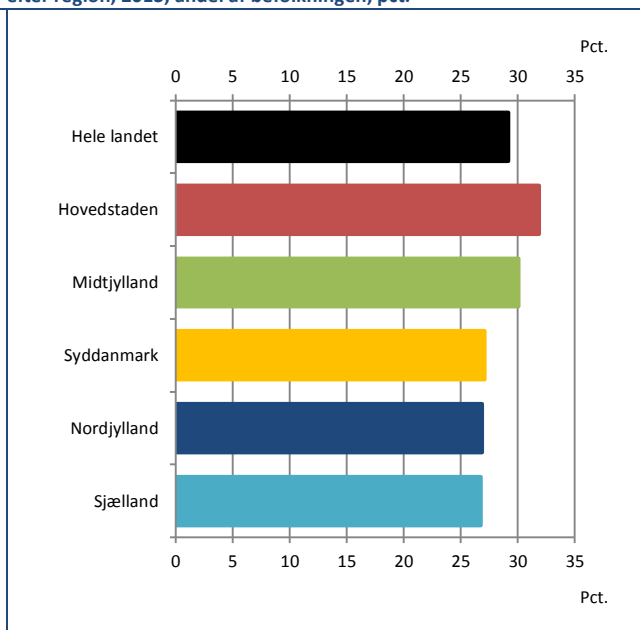
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 21. Borgere, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



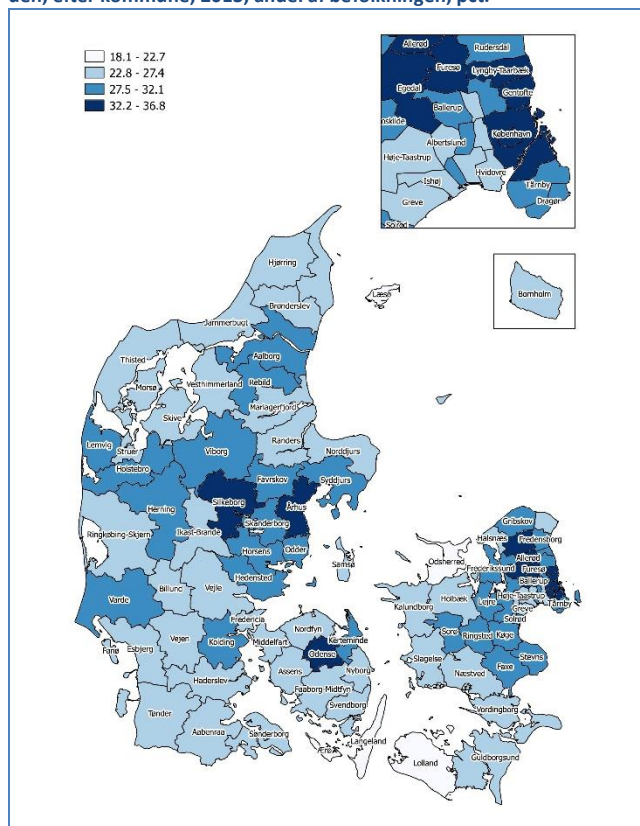
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 22. Borgere, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 23. Borgere, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

## 4.2 FASTHOLDELSE AF SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET

Borgere, som midlertidigt rammes af sygdom eller som lever med en kronisk sygdom, skal så vidt muligt fastholdes på arbejdsmarkedet. Hvis borgere i den erhvervsaktive alder mister deres tilknytning til arbejdsmarkedet på grund af sygdom, kan det både have menneskelige omkostninger for den enkelte og omkostninger for samfundet i form af tabt arbejdskraft og udgifter til offentlig forsørgelse.

Indikatorer vedrørende fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet er under udvikling. Det gælder bl.a. i forhold til registermæssige definitioner af de sygdomsgrupper, der skal indgå. Der henvises dog til *boks 3* for en analyse af arbejdsmarkedstilknytningen for borgere med psykiske lidelser og udvalgte kroniske sygdomme.

---

### INDIKATORER

---

- Under udvikling

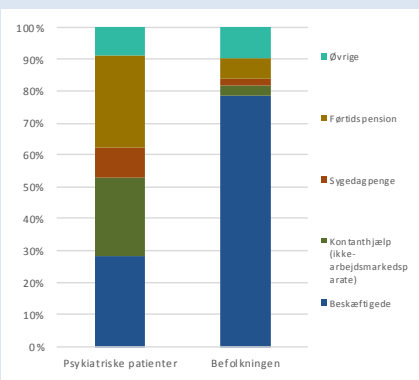


### Boks 3. Arbejdsmarkedstilknytning for personer med forbrug af udvalgte sundhedsydelser.

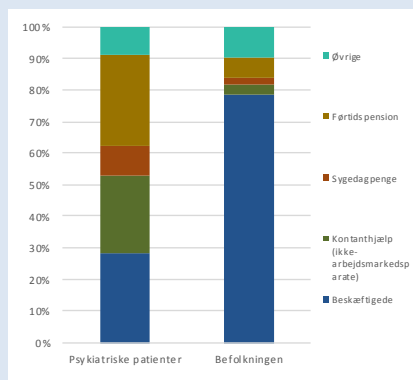
Personer med psykiske lidelser og udvalgte kroniske sygdomme står i langt højere grad midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet i form af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge end resten af befolkningen, jf. analysen *Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning* [38]. Hovedkonklusionerne i analysen er bl.a.:

- Psykiatriske patienter er i langt mindre grad tilknyttet arbejdsmarkedet end resten af befolkningen. Blot tre ud af ti psykiatriske patienter er beskæftigede mod otte ud af ti af befolkningen samlet set, jf. figur a.
- Tilsvarende gælder for personer med udvalgte kroniske sygdomme og skizofreni. Kun for hver anden person i alderen 18-64 år med type 2-diabetes eller leddegigt er i beskæftigelse. Andelen er endnu lavere for de øvrige sygdomsgrupper – omkring 40 pct. for personer med KOL og knogleskørhed og kun under hver tiende med skizofreni, jf. figur b. Mere end 70 pct. af personer med skizofreni er på førtidspension. Tilsvarende er hver fjerde person med leddegigt og diabetes samt over en tredjedel af personer med KOL på førtidspension.
- Relativt store andele af visse arbejdsmarkedsgrupper har indløst en recept på udvalgte lægemiddelgrupper som primært anvendes inden for det psykiske område bl.a. til depression, angst, ADHD og skizofreni. Mellem 40 pct. og 45 pct. af ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere, førtidspensionister og personer på ledighedsydelse behandles med antidepressiv medicin, antipsykotisk medicin, ADHD-medicin eller medicin mod søvnbesvær og akutte angsttilfælde. Til sammenligning er alene ca. 7 pct. af de beskæftigede i behandling med lægemidler fra en af de fire lægemiddelgrupper, jf. figur c.
- Der er en betydelig geografisk variation i andelen af ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, der anvender antidepressiv medicin. Fx er over en tredjedel af de ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere i behandling med antidepressiva i Sønderborg og Tønder kommuner, jf. figur d. Til sammenligning er det hver femte i Hvidovre, København og Brøndby kommune.

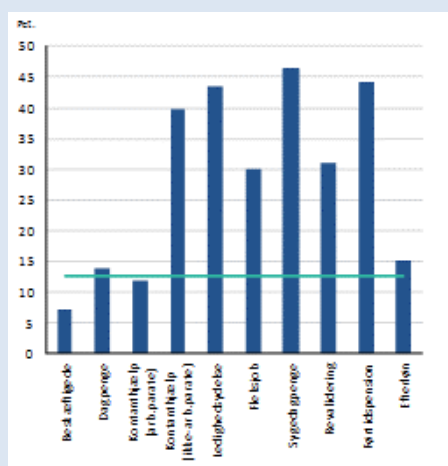
Figur a. Arbejdsmarkedstilknytning, psykiatriske patienter og befolkningen (18-64 år), 2013, pct.



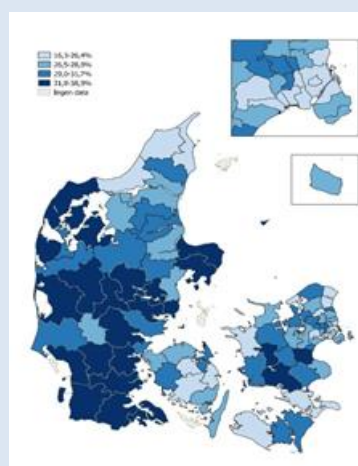
Figur b. Arbejdsmarkedstilknytning, personer med udvalgte kroniske sygdomme og skizofreni (18-64 år), 2013, pct.



Figur c. Arbejdsmarkedstilknytning blandt personer, som har indløst recept på fire udvalgte lægemiddelgrupper som primært anvendes mod psykiske lidelser, 2013, pct.



Figur d. Ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, som har indløst recept (pct.) på antidepressiv medicin, 2013, andel af alle ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.  
Anm.: En psykiatrisk patient er i figur a defineret som en person, der har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen enten i form af skadestuebesøg, ambulant besøg eller indlæggelse.

### 4.3 FOREBYGGELSE AF UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER

Borgere kan opleve uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse. Det er indlæggelser, som af forskellige grunde kunne have været undgået.

Grundlæggende dækker begrebet "uhensigtsmæssige" indlæggelser over tre typer af indlæggelser [15]:

*Forebyggelige indlæggelser*, som er indlæggelser, som det er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i kommuner og/eller regioner. Denne type inkluderer således både indlæggelser og genindlæggelser.

*Forkerte indlæggelser* dækker indlæggelser betinget af ikke-somatiske årsager - det kan eksempelvis være sociale og/eller plejemæssige årsager. Således er der tale om borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling.

*Forlængede indlæggelser* dækker over indlæggelser som ikke længere er klinisk begrundede - borgeren er færdigbehandlet - fordi borgeren ikke kan udskrives. Det kan eksempelvis være patienter, der venter i længere tid på plejehjem eller i kort tid, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive patienten, idet kommunen ikke kan modtage patienten med så kort frist.

Fire indikatorer belyser uhensigtsmæssige indlæggelser. Det skal i den forbindelse bemærkes, at ikke alle indlæggelser og indlæggelsesdage indeholdt i disse indikatorer er uhensigtsmæssige og kan forebygges. Indikatorerne vurderes dog samlet set at være velegnede til at belyse regionernes og kommunernes resultater i forhold til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.

---

#### INDIKATORER

---

- Akutte genindlæggelser
- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
- Akutte medicinske korttidsindlæggelser
- Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)
- Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)



### 4.3.1 Akutte genindlæggelser

Akutte genindlæggelser kan være udtryk for et u hensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og efter indlæggelse.

Genindlæggelser er dog ikke i alle tilfælde undgåelige eller u hensigtsmæssige. Nogle genindlæggelser kan f.eks. være nødvendige som led i et patientforløb i eget hjem eller som led i den sidste livsfase for uhelbredeligt syge patienter [16].

Akutte genindlæggelser, som finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter udskrivning fra sygehus, udgjorde 6,8 pct. af de samlede indlæggelser i 2014 (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 24*. I 2013 var andelen på 6,9 pct.

På regionalt plan varierer andelen af genindlæggelser fra ca. 6 pct. til godt 8 pct. i 2014, *jf. figur 25*, mens den varierer fra ca. 3 pct. til 10 pct. mellem kommuner, *jf. figur 26*.

Blandt kommunerne med relativt færrest akutte genindlæggelser i 2014, ca. 4 pct. eller derunder, er en række storkøbenhavnske kommuner, Lyngby-Taarbæk, Gentofte, Rudersdal, Furesø, Herlev, Ballerup, Egedal, Gladsaxe og Rødovre.

Blandt kommunerne med flest genindlæggelser, knapt 9 pct. eller derover, er Hillerød, Helsingør, Guldborgsund, Thisted, Halsnæs, Frederikssund og Slagelse.

#### Akutte genindlæggelser

##### Mål

Antal genindlæggelser (akut indlæggelse - minimum fire timer og senest 30 dage efter seneste udskrivning) som andel af samlet antal indlæggelser, pct.

##### Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

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

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for første indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

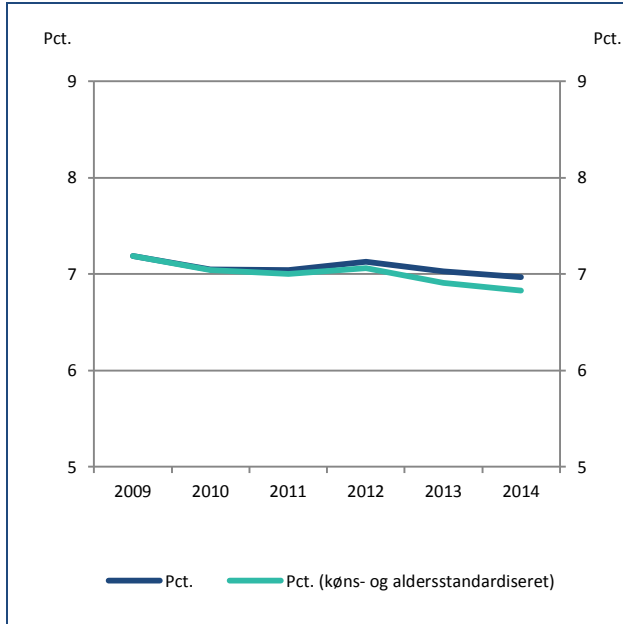
Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

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

For anvendte diagnosekoder i forbindelse med afgrænsning af kræft- og ulykkesdiagnoser, se bilagsdelen.

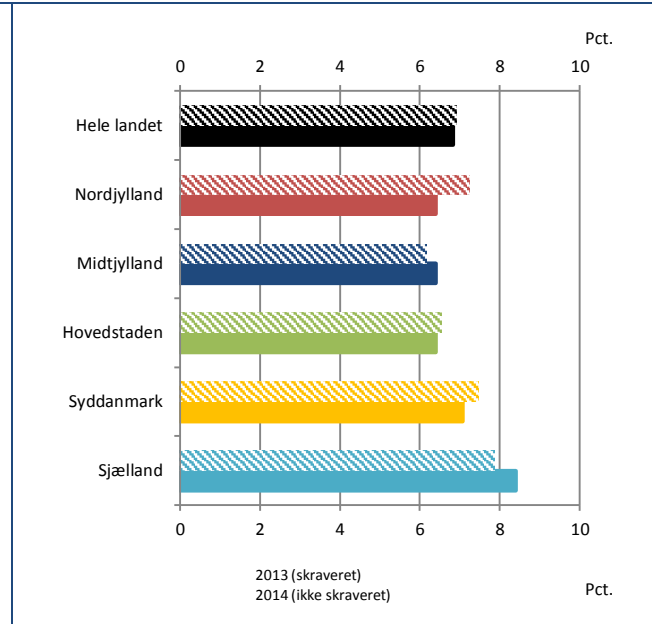
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 24. Akutte genindlæggelser, 2009-2014, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

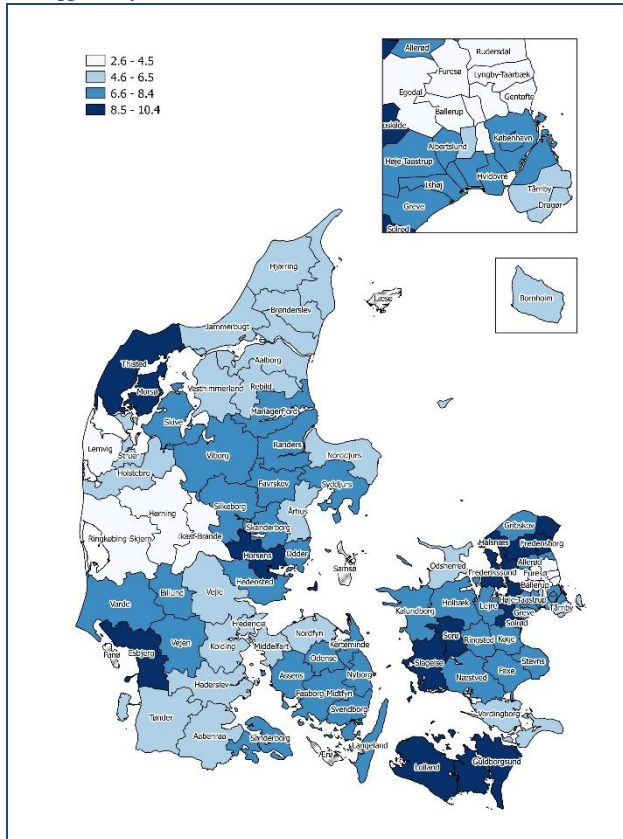
Figur 25. Akutte genindlæggelser, efter region, 2013-2014, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

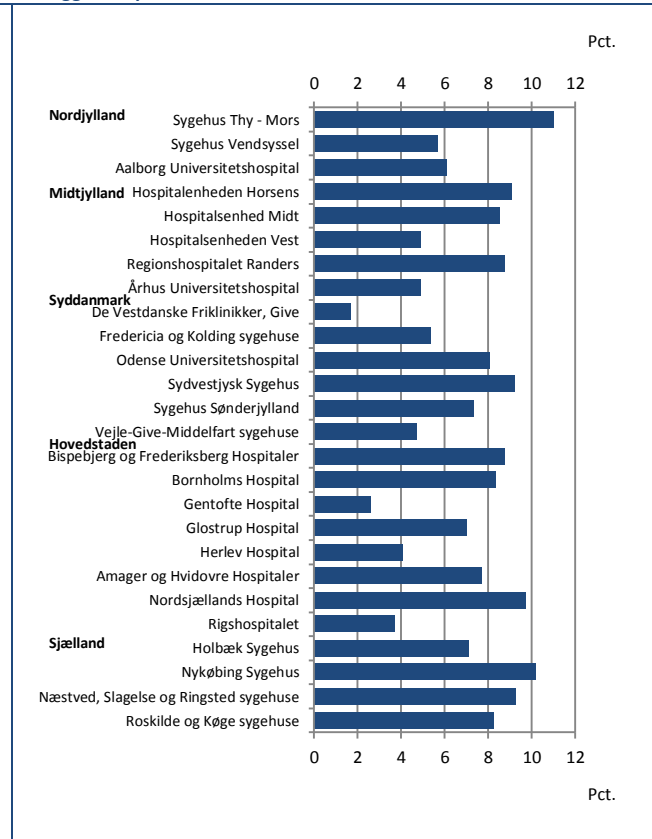
Figur 26. Akutte genindlæggelser, efter kommune, 2014, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 27. Akutte genindlæggelser, efter sygehus, 2014, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.



### 4.3.2 Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

Indikatoren for forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser for visse sygdomme og tilstande blandt ældre, som kommunerne – sammen med regionerne – ofte har gode muligheder for at forebygge.

Det drejer sig bl.a. om indlæggelser som følge af dehydrering, blærebetændelse, brud, ernæringsbetinget blodmangel og tryksår.

Antallet af forebyggelige indlæggelser har i perioden 2009 til 2013 ligget på mellem ca. 62 og 70 indlæggelser pr. 1.000 ældre (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 28*. Fra 2013 til 2014 er antallet faldet fra 65 indlæggelser pr. 1.000 ældre til 62 indlæggelser pr. 1.000 ældre svarende til et fald på knapt 5 pct.

Det laveste antal forebyggelige indlæggelser i 2014 findes i Region Nordjylland med ca. 52 indlæggelser pr. 1.000 ældre, mens det højeste antal findes i Region Hovedstaden, 73 pr. 1.000 ældre, *jf. figur 29*. Særligt i Region Midtjylland er antallet faldet i forholdt til 2013.

På kommuneniveau varierer antallet af forebyggelige indlæggelser fra under 40 indlæggelser til over 80 indlæggelser pr. 1.000 ældre, *jf. figur 30*.

Antallet af forebyggelige indlæggelser er lavest i Mariagerfjord, Skive, Vesthimmerlands og Viborg kommuner, under 40 indlæggelser pr. 1.000 ældre.

I Albertslund, Hvidovre, København, Frederikssund, Tårnby, Brøndby, Esbjerg, Halsnæs og Ishøj kommuner lå antallet af forebyggelige indlæggelser på 81 pr. 1.000 ældre eller derover.

#### Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

##### Mål

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+ år)

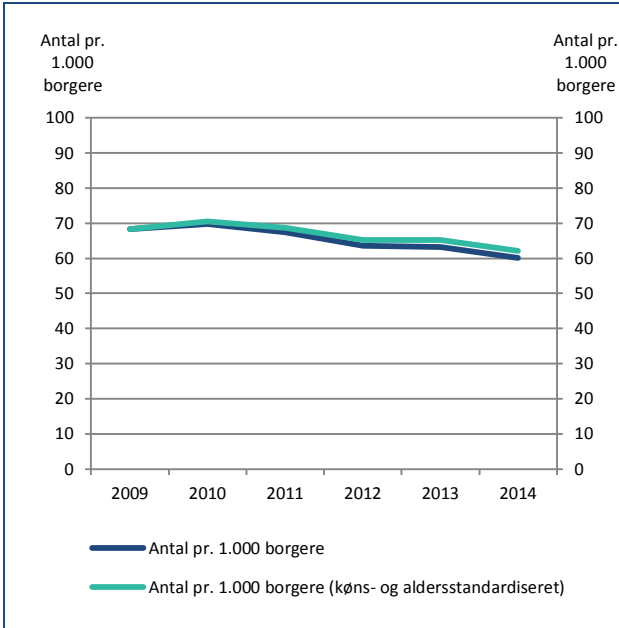
##### Beskrivelse

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og pleje-mæssige forhold og/eller tryksår.

For anvendte diagnosekoder, se bilagsdelen.

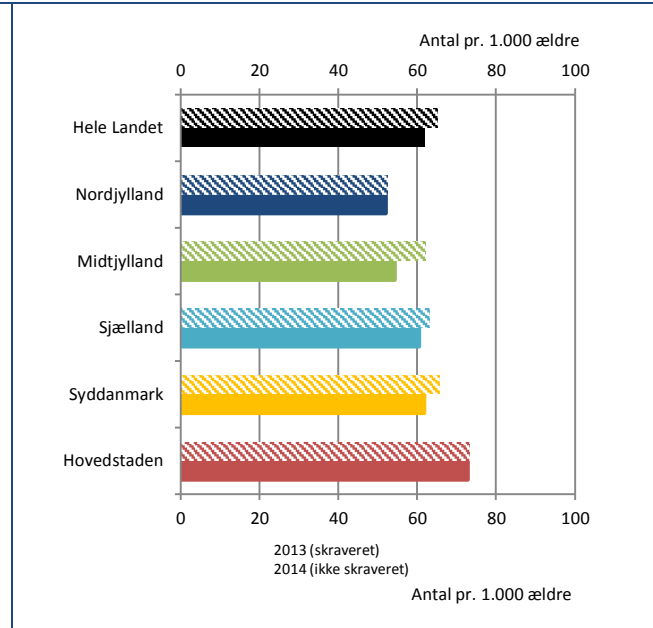
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 28. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, 2009-2014, antal pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

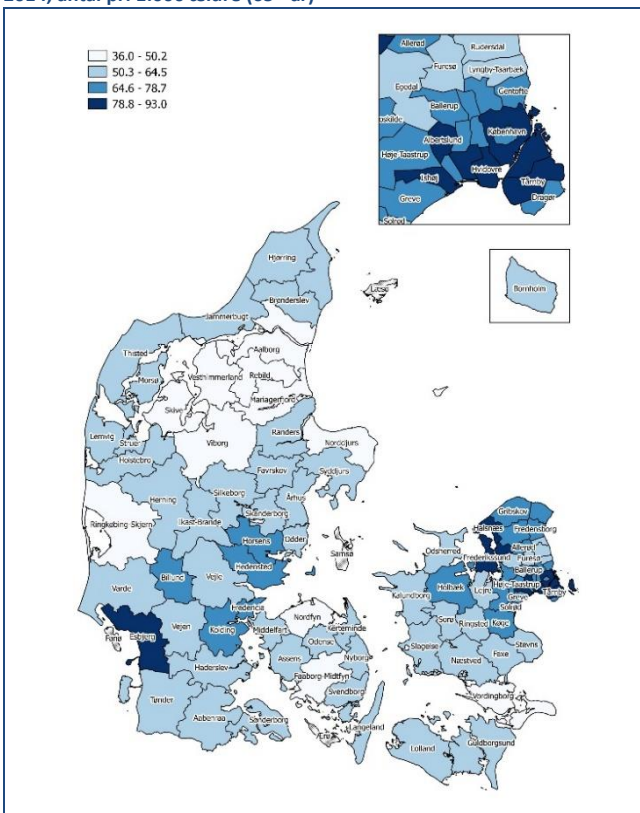
Figur 29. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, efter region, 2014, antal pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 30. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, efter kommune, 2014, antal pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

### 4.3.3 Akutte medicinske korttidsindlæggelser

Akutte medicinske korttidsindlæggelser er uplanlagte og øjeblikkelige indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse.

Analyser har tidligere vist, at disse indlæggelser er særligt udbredte blandt ældre og borgere med kronisk sygdom, samt at ældre borgere ofte har kontakt til kommunen gennem pleje eller praktisk bistand eller kontakt til praktiserende læge kort forud for indlæggelsen [16, 17].

Niveauet for akutte korttidsindlæggelser på medicinske afdelinger er uændret fra 2013 til 2014 og udgør dermed fortsat 30 indlæggelser pr. 1.000 borgere (køns- og alderstandardiseret), *jf. figur 31*.

Region Sjælland og Region Nordjylland havde færrest akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2014, henholdsvis 22 og 18 indlæggelser pr. 1.000 borgere, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden med henholdsvis 31 og 44 indlæggelser pr. 1.000 borgere havde flest, *jf. figur 32*.

Særligt en række kommuner på Fyn og Langeland havde få akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2014. Det gælder Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nordfyns, Assens, Odense, Nyborg, Svendborg og Langeland kommuner, hvor antallet lå på 13 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derunder, *jf. figur 33*. Blandt de 10 kommuner med flest korttidsindlæggelser i 2014, ca. 55 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover, finder man bl.a. en række kommuner på den københavnske vestegn: Vallensbæk, Hvidovre, Glostrup, Albertslund, Ishøj, Brøndby og Høje-Taastrup.

#### Akutte medicinske korttidsindlæggelser

##### Mål

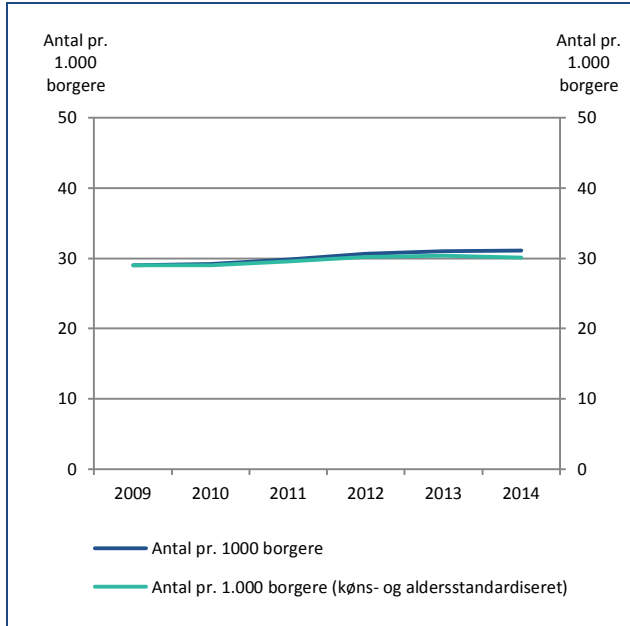
Antal akutte medicinske indlæggelser pr. 1.000 borgere

##### Beskrivelse

En korttidsindlæggelse defineres som en akut, indlæggelse på en afdeling inden for de medicinske specialer, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

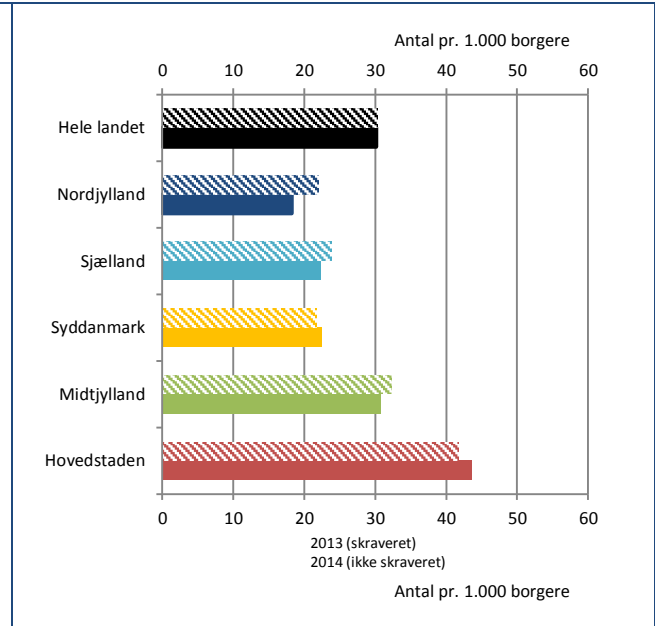
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 31. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2009-2014, antal pr. 1.000 borgere



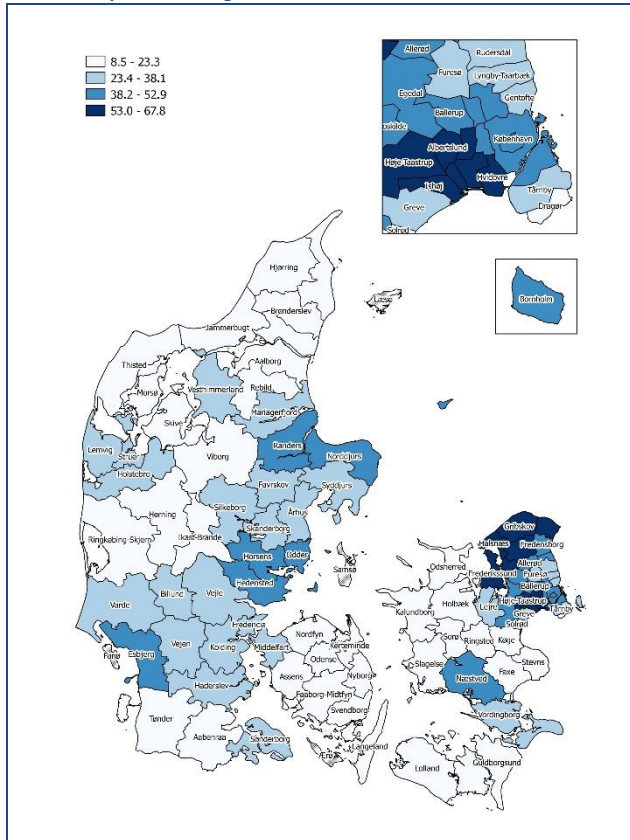
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 32. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter region, 2014, antal pr. 1.000 borgere



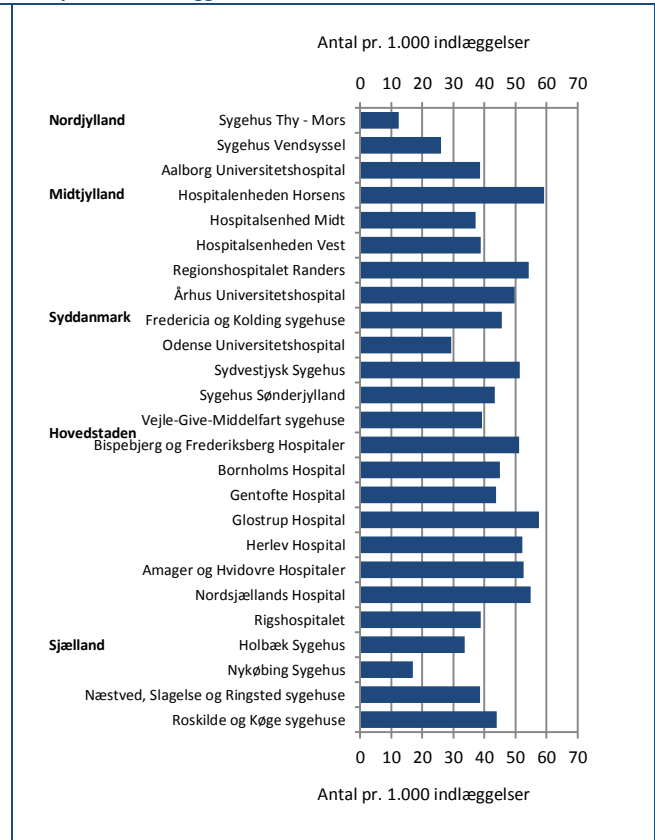
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 33. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter kommune, 2014, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.  
Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 34. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter sygehus, 2014, antal pr. 1.000 indlæggelser



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

#### 4.3.4 Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)

Når en borger er færdigbehandlet på sygehuset, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave af give borgeren et relevant tilbud, f.eks. en plads på et plejehjem.

Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold forlænges indlæggelsen unødigt.

Udviklingen i antallet af dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt på somatiske sygehuse, har siden kommunalreformen i 2007 været nedadgående. I perioden 2011 til 2014 har antallet dog været stort set uændret. I 2014 var antallet ca. 7 dage pr. 1.000 borgere, *jf. figur 35*.

Somatiske færdigbehandlede, der optager en seng på sygehusene, er et fænomen, der primært gør sig gældende i Region Hovedstaden og særligt i en række kommuner i og omkring hovedstadsområdet.

I Region Hovedstaden udgjorde antallet af somatiske færdigbehandlingsdage i 2014 19 dage pr. 1.000 borgere, mens det i de øvrige regioner udgjorde knapt 2 dage pr. 1.000 borgere, *jf. figur 36*.

Egedal, Tårnby, Hvidovre, Brøndby og Ballerup havde flest færdigbehandlingsdage i 2014, *jf. figur 37*. De fire sidstnævnte kommuner havde ligeledes flest færdigbehandlingsdage i 2013.

#### Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)

##### Mål

Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 borgere.

##### Beskrivelse

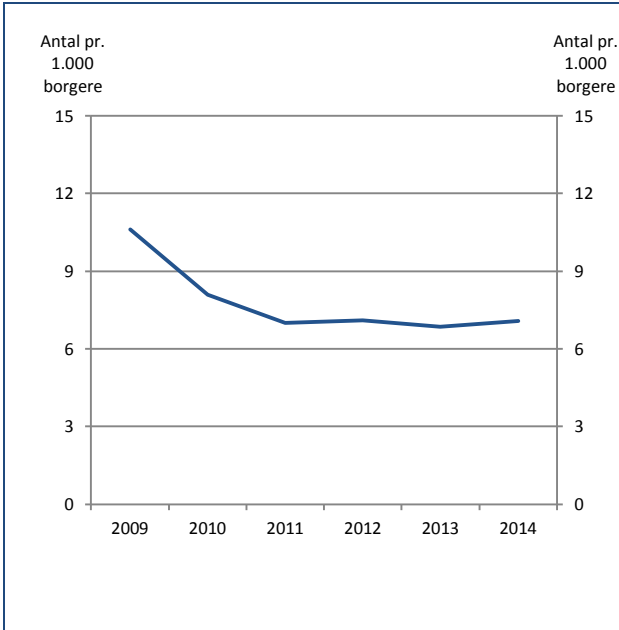
Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0).

Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling.

Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

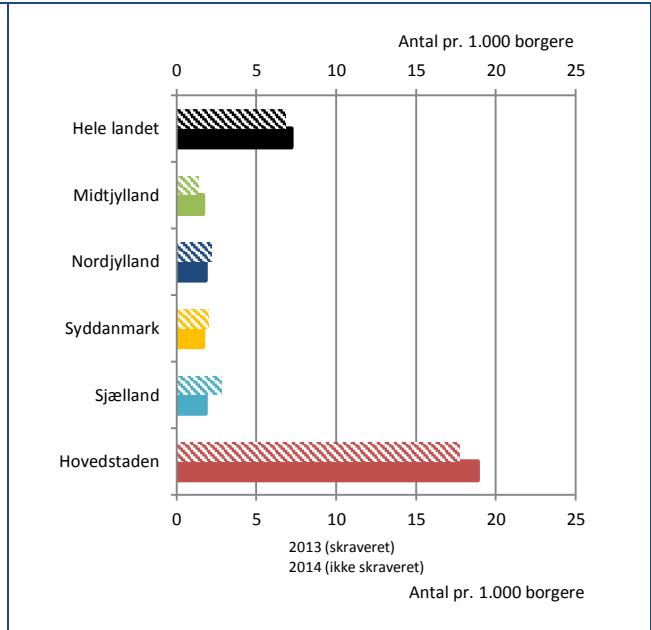
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 35. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, 2009-2014, antal pr. 1.000 borgere



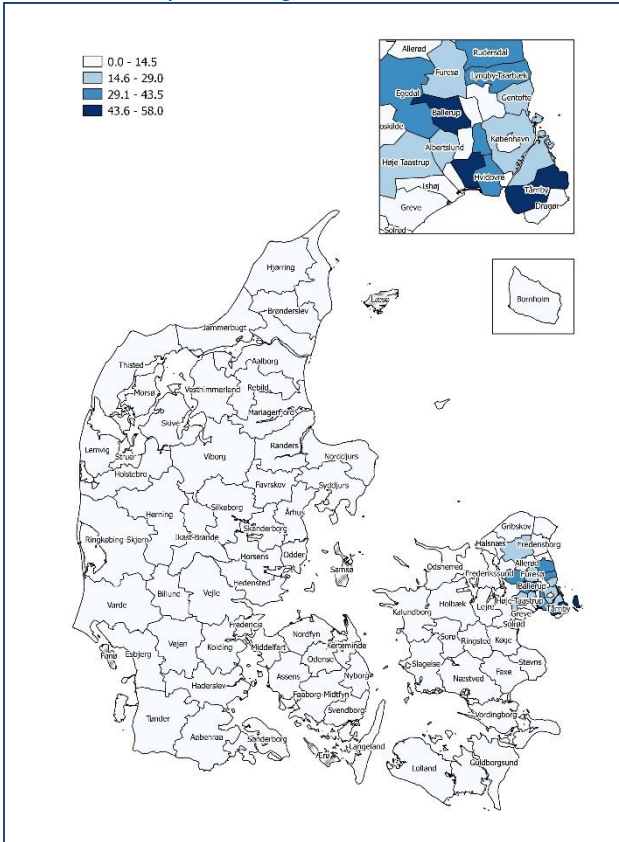
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 36. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter region, 2014, antal pr. 1.000 borgere



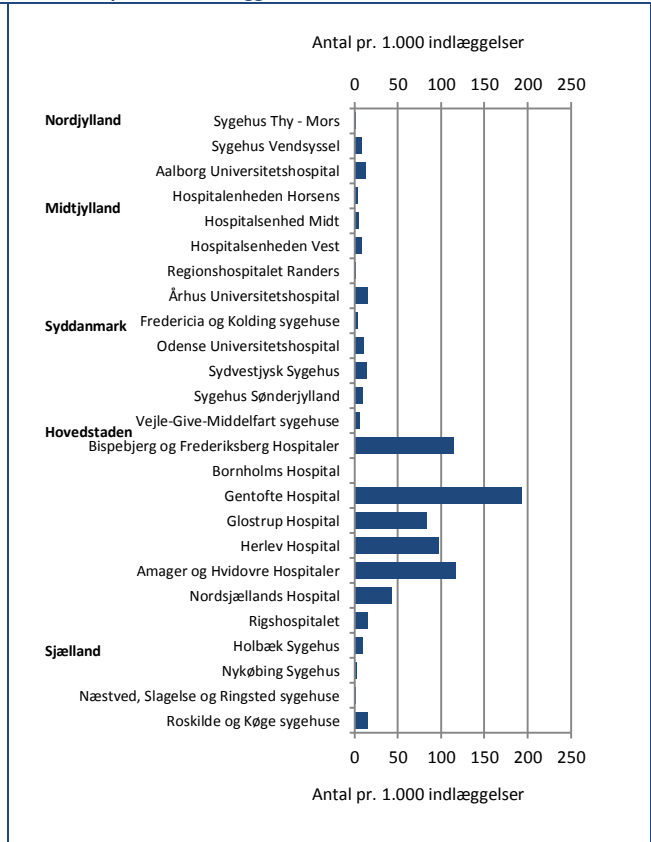
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 37. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter kommune, 2014, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 38. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter sygehus, 2014, antal pr. 1.000 indlæggelser



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

#### 4.3.5 Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)

Når en borger er færdigbehandlet på sygehuset, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave af give borgeren et relevant tilbud, f.eks. en plads på et plejehjem.

Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold forlænges indlæggelsen unødigt.

Antallet af færdigbehandlingsdage i psykiatrien har fulgt udviklingen i somatiske færdigbehandlingsdage, *jf. afsnit 4.3.4.*

Efter et fald fra 2009 til 2011 har antallet været stort set uændret, dog med et lille fald fra 2013 til 2014, *jf. figur 39.* I 2014 udgør antallet 5,0 dage pr. 1.000 borgere.

Også inden for psykiatrien er færdigbehandlede, der optager en seng på sygehusene, et fænomen, der primært gør sig gældende i Region Hovedstaden og særligt i en række kommuner i og omkring Hovedstadsområdet.

I 2014 lå antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere på 9,3 dage i Region Hovedstaden, *jf. figur 40.* I de øvrige regioner lå antallet af dage på mellem 2,1 og 4,9 dage.

København, Hillerød, Dragør, Brøndby og Tårnby havde flest psykiatriske færdigbehandlingsdage i 2014, 14 pr. 1.000 borgere eller derover, *jf. figur 41.*

#### Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)

##### Mål

Antal færdigbehandlingsdage på psykiatriske sygehuse pr. 1.000 borgere.

##### Beskrivelse

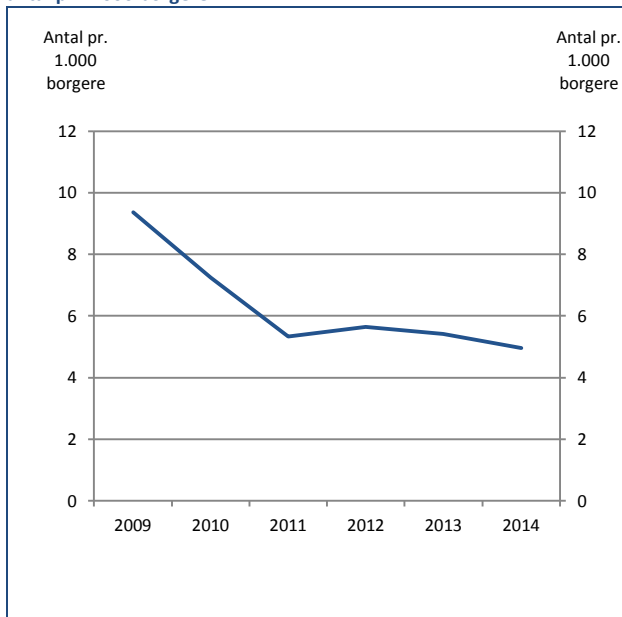
Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0).

Færdigbehandlede patienter er patienter som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling.

Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

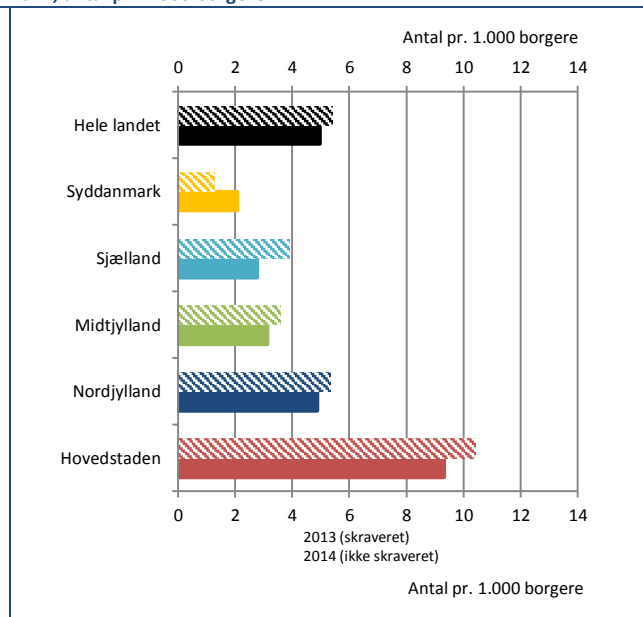
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 39. Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, 2009-2014, antal pr. 1.000 borgere



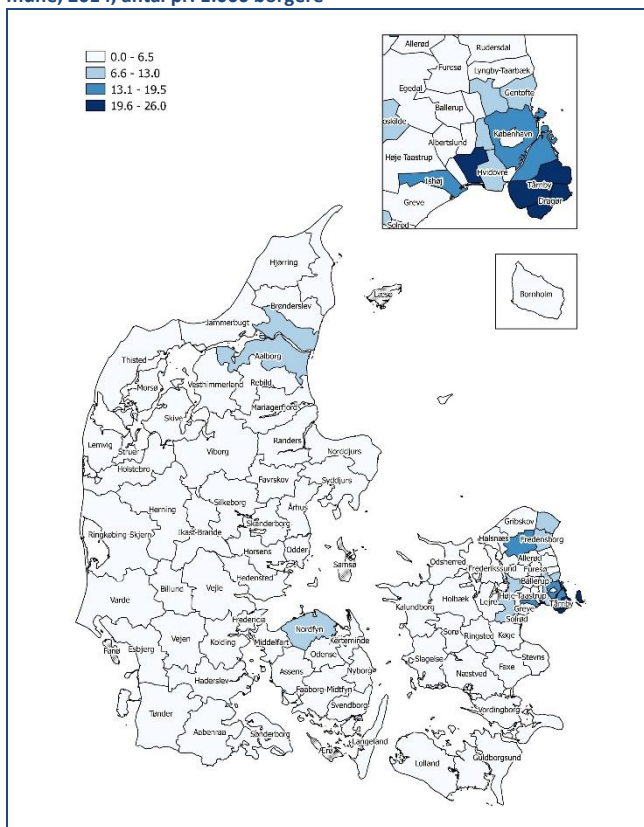
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 40. Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter region, 2014, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 41. Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter kommune, 2014, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.



## 4.4 PATIENTSIKKERHED

Patientsikkerhed er sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme [18].

Sundhedsloven fastsætter, at sundhedspersonale skal rapportere de såkaldte *utilsigtede hændelser*, dvs. hændelser og fejl, som ikke skyldtes patientens sygdom, og som enten forvolder skade eller kunne have forvoldt skade. I 2013 blev der rapporteret ca. 181.000 utilsigtede hændelser [19].

---

### INDIKATORER

---

- Sygehusdødelighed
- Sygehusinfektioner



#### 4.4.1 Sygehusdødelighed

Sygehusdødeligheden, de såkaldte hospitals-standardiserede mortalitetsrater (HSMR), anvendes til at vurdere overdødeligheden på sygehuse samt følge udviklingen over tid.

HSMR er et overordnet mål for dødeligheden efter indlæggelse på de enkelte hospitaler. HSMR influeres således ikke alene af den medicinske behandling, men også af patientsammensætningen og f.eks. organisation af patientforløb, interne ventetider på undersøgelser samt pleje i form af bl.a. ernæring og mobilisering [20]. Dødeligheden er et prioriteret område for hospitalerne at følge, og HSMR er således et af værktøjerne, der anvendes lokalt til at undersøge, hvorvidt der sker ændringer i dødeligheden, som i øvrigt ikke kan forklares umiddelbart og derfor skal undersøges nærmere.

Sygehusdødeligheden på landsplan er fra 2010 til 2014 faldet fra 108 til 97 pct. af den forventede dødelighed (beregnet ud fra dødeligheden i referenceåret 2013), *jf. figur 42*.

En sygehusdødelighed på 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald svarer til det forventede. En sygehusdødelighed på over/under 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald er højere/lavere end det forventede antal.

På regionalt plan er sygehusdødeligheden generelt også faldet, *jf. figur 43a-e*.

Det er som følge af opgørelsesmetoden ikke muligt direkte at sammenligne sygehusdødeligheden på tværs af regioner eller sygehuse.

##### Sygehusdødelighed (HSMR)

###### Mål

Antallet af observerede dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse på sygehus som procent af det forventede antal dødsfald.

###### Beskrivelse

I beregningen indgår patienter, der har en af de diagnoser, der omfatter 80 pct. af alle dødsfald i hele sygehusvæsenet.

I 2013 var der fx i Danmark i alt 78 diagnoser, som var ansvarlige for 80 pct. af alle hospitalsrelaterede dødsfald med sygdomme som lungebetændelse, blodprop i hjertet og visse kræftsygdomme som nogle af de hyppigste.

Alle patienter, der bliver indlagt på et af de fem regioners hospitaler med en af disse diagnoser, indgår i beregningen af sygehusdødelighed.

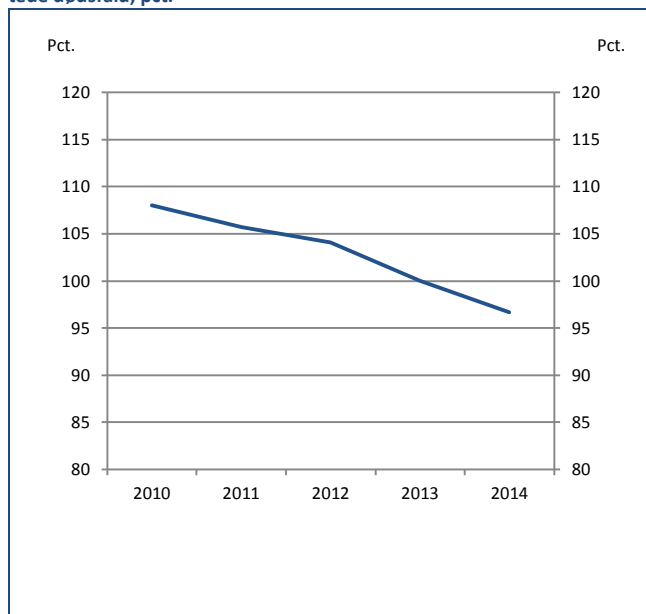
Det faktiske antal dødsfald findes som det antal patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelsen. Det forventede antal dødsfald beregnes ud fra 30-dages dødeligheden blandt alle danske patienter, der blev indlagt med disse 78 diagnoser i et givet år (aktuelt 2013).

I beregningen af det forventede antal dødsfald tages højde for indlæggelseskvartal, alder, køn, indlæggelsesmåde (akut/elektiv), komorbidity, ægteskabelig status, overflytning mellem to regioner, samt hvilken af de udvalgte diagnoser patienterne indlægges med.

En sygehusdødelighed på 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald svarer til det forventede.

*Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Klinisk Epidemiologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital.*

Figur 42. Sygehusdødelighed, 2010-2014, faktiske dødsfald ift. forventede dødsfald, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Klinisk Epidemiologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital.

Anm.: Det forventede antal dødsfald i hvert kvartal er beregnet på baggrund af det faktiske antal dødsfald i forbindelse med indlæggelse i hele landet i 2013. Der er i beregningen korrigeret for patientsammensætningens betydning for antallet af dødsfald.

Figur 43a-e. Sygehusdødelighed, efter region, 2010-2014, faktiske dødsfald ift. forventede dødsfald, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Klinisk Epidemiologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital.

Anm.: Det forventede antal dødsfald i hvert kvartal er beregnet på baggrund af det faktiske antal dødsfald i forbindelse med indlæggelse i hele landet i 2013. Der er i beregningen korrigeret for patientsammensætningens betydning for antallet af dødsfald.

#### 4.4.2 Sygehusinfektioner

Det anslås, at op mod 60.000 patienter årligt får en infektion, mens de er indlagt på sygehuset<sup>3</sup>. Det er først og fremmest et problem for den enkelte patient, som kan få kompliceret og forlænget sit behandlingsforløb. Men det er også et problem for samfundet, fordi det fører til større udgifter for sygehusvæsenet. En engelsk undersøgelse har vist, at sygehusinfektioner øger behandlingsudgifterne med en faktor 3 [21]. I forlængelse heraf fører sygehusinfektioner også til øget forbrug af antibiotika til at behandle infektionerne. Dette kan på længere sigt medføre, at bakterier bliver resistente og dermed sværere at behandle.

Der er udvalgt indikatorer for to typer af infektion, henholdsvis bakteræmi (bakterier i blodet) og infektion med bakterien *clostridium difficile*. Bakteriæmi er i reglen udtryk for blodforgiftning, hvilket er en af de mest alvorlige infektionstyper. På sygehuse kan bakteriæmi bl.a. optræde ved bakteriers spredning fra inficerede sår og ved kirurgiske indgreb. Infektion med *clostridium difficile* (CDI) kan medføre diarré og betændelse i tyk- og endetarmen og ses især hos ældre og kronisk syge patienter, som behandles med antibiotika. CDI er den mest almindelige årsag til alvorlig diarré hos indlagte patienter.

Siden 2010 har der været en svagt stigende tendens i antallet af bakteriæmier pr. 10.000 risikodøgn, jf. figur 44. I 2014 udgør antallet 8,3 infektioner pr. 10.000 risikodøgn. CDI'er erhvervet på sygehuse har efter en stigning fra 2010 til 2011 ligget på nogenlunde samme niveau, mellem ca. 72 og 76 infektioner pr. 100.000 borgere, jf. figur 45.

Der var regionale variationer i forekomsten af de to infektionstyper i 2014. Forekomsten af bakteriæmier var højest i Region Syddanmark og Region Hovedstaden, henholdsvis 8,9 og 8,7 infektioner pr. 10.000 risikodøgn, jf. figur 46. I de øvrige regioner lå forekomsten på mellem 7,3 og 8,1 infektioner pr. 10.000 risikodøgn.

Forekomsten af CDI'er var højest i Region Hovedstaden i 2014, hvor den lå på ca. 109 infektioner pr. 100.000 borgere, jf. figur 47. I de øvrige regioner lå forekomsten på mellem ca. 41 og 70 infektioner pr. 100.000 borgere, lavest i Region Midtjylland.

#### Sygehusinfektioner

##### Mål

Antal bakteriæmier pr. 10.000 risikodøgn

Antal infektioner med *clostridium difficile* pr. 100.000 borgere

##### Beskrivelse

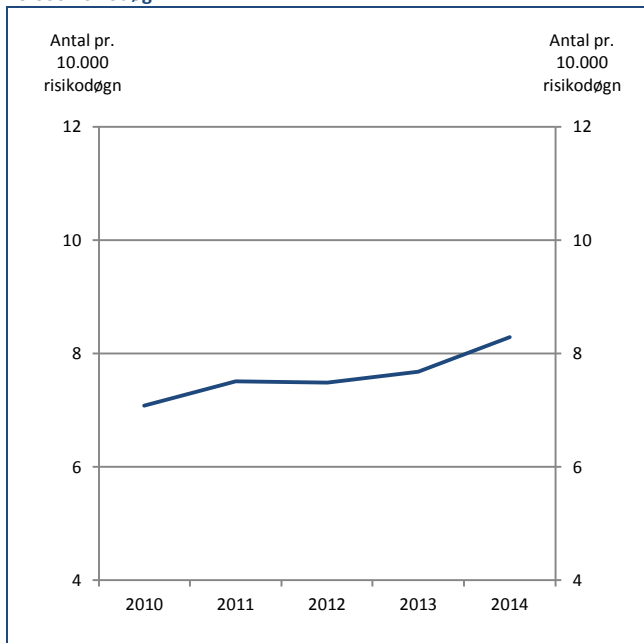
En sygehus erhvervet bakteriæmi er defineret som mindst én positiv bloddyrkning taget mere end 48 timer efter indlæggelsen, men ikke senere end 48 timer efter udskrivelsen. Kun bloddyrkninger, der viste en sygdomsfremkaldende mikroorganisme, er inkluderet i denne definition. Antal risikodøgn tælles fra 48 timer efter indlæggelse indtil 48 timer efter udskrivelse, eller indtil der opstår en bakteriæmi. Dvs. risikodøgn er et mål for summens af patienternes samlede indlæggelsestid, idet der dog kun medtages den del af et indlæggelsesforløb, hvor en infektion vil blive klassificeret som erhvervet på sygehus.

Sygehus erhvervet infektion med *clostridium difficile* (CDI) bliver defineret som en patient med CDI, hvor den positive prøve blev taget 48 timer efter indlæggelsen og op til 4 uger efter udskrivelsen. Desuden inkluderes CDI, hvor en positiv prøve blev taget inden for de første 48 timer af en indlæggelse, og hvor patienten har haft én eller flere kontakter til sygehus i en fire ugers periode inden indlæggelsen.

Kilde: HAIBA (Hospital-Acquired Infections database), Statens Serum Institut.

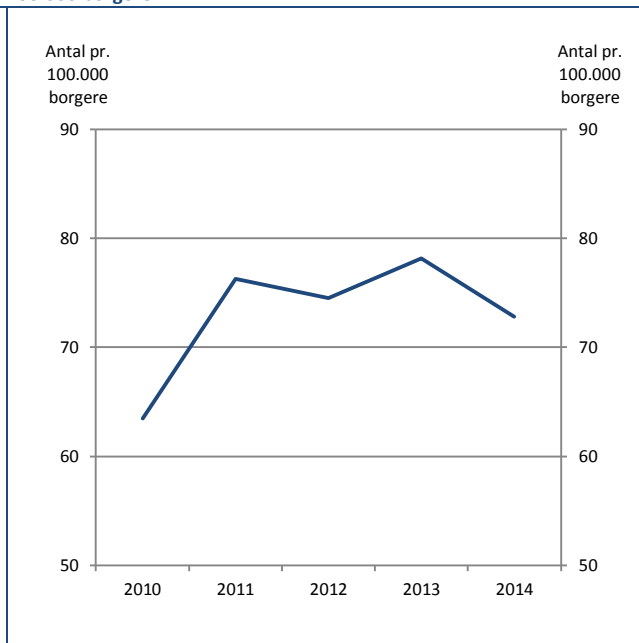
<sup>3</sup> Dette skøn er foretaget med udgangspunkt i Statens Serum Instituts halvårslige prævalensundersøgelser. I undersøgelsen registreres for indlagte patienter på en given dag, om patienten har en infektion, der er opstået i forbindelse med indlæggelsen. På forhånd er udvalgt hvilke afdelinger, der gennemgås. Der anvendes fastlagte definitioner på hver enkelt infektionstype. I alt fire hyppige/alvorlige former for sygehusinfektioner registreres.

Figur 44. Sygehusinfektioner (bakteriæmier), 2010-2014, antal pr. 10.000 risikodøgn



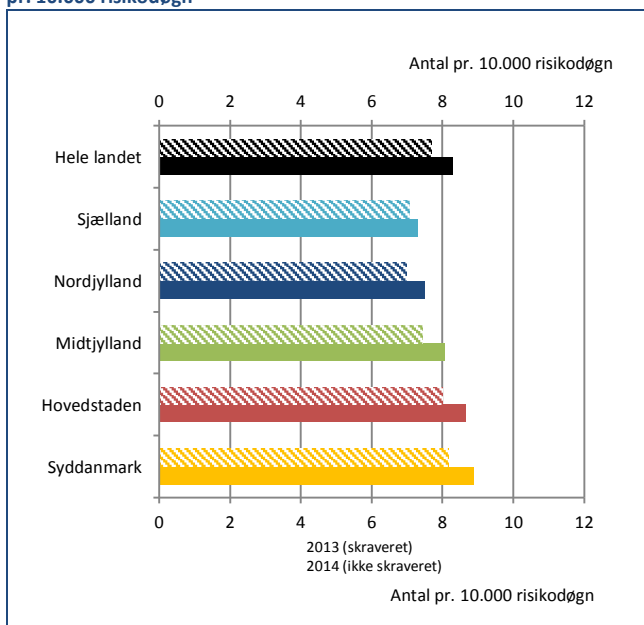
Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 16. april 2015, Statens Serum Institut.

Figur 45. Sygehusinfektioner (clostridium difficile), 2010-2014, antal pr. 100.000 borgere



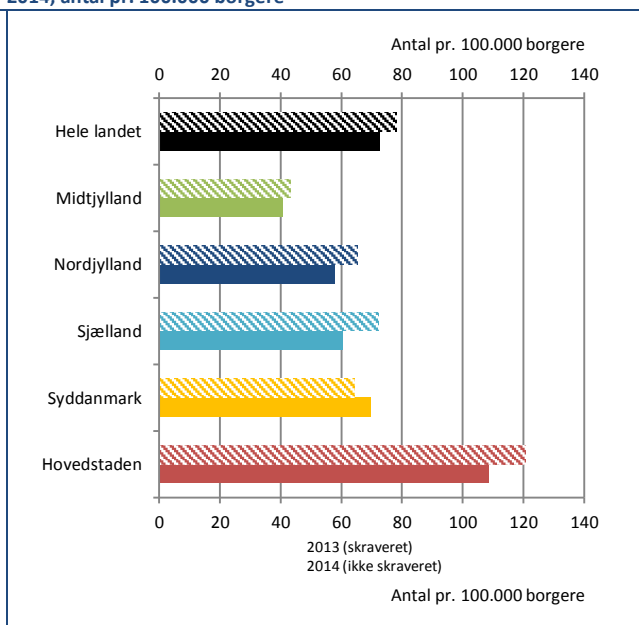
Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 16. april 2015 og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 46. Sygehusinfektioner (bakteriæmier), efter region, 2014, antal pr. 10.000 risikodøgn



Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 16. april 2015, Statens Serum Institut.

Figur 47. Sygehusinfektioner (clostridium difficile), efter region, 2013-2014, antal pr. 100.000 borgere



Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 16. april 2015 og CPR, Statens Serum Institut.

## 4.5 KVALITET I SUNDHEDSVÆSENET

Behandling af høj kvalitet i sundhedsvæsenet skal sikre, at borgeren lever længere og har flere gode leveår. God diagnosticering og behandling af de patienter, der er syge, kan forbedre sundhedstilstanden og dermed bidrage til at forlænge levetiden og nedbringe dødeligheden.

Samtidigt koster dårlig kvalitet. For den enkelte borger, som må døje med komplikationer, skader, genindlæggelse eller indgreb, der ikke er nødvendige. Og for samfundet, som betaler for aktiviteter i sundhedsvæsenet, som ikke skaber sundhed.

---

### INDIKATORER

---

- Reoperation efter operation for diskusprolaps
- Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi
- Indlæggelsestid på sygehuse
- 1-års overlevelse efter kræft
- Kræftdødelighed
- Hjertedødelighed



#### 4.5.1 Reoperation efter operation for diskusprolaps

Reoperation er en traditionel indikator for den kirurgiske behandlingskvalitet. En høj forekomst af patienter, som skal opereres igen, kan være et tegn på, at kvaliteten i forbindelse med den første primære operation kan forbedres. Kvalitetsbrist kan f.eks. være fejl i form af skader på organer, mangelfuld operationsteknik eller mangelfuld hygiejne [22].

En reoperation kan dog i visse tilfælde også være en indkalkuleret risiko, hvor man i samråd med patienten vælger et mindre omfattende indgreb med en forventet øget risiko for reoperation.

Der er udvalgt to lidelser, hvor andelen af reoperationer er opgjort, henholdsvis diskusprolaps i lænd og diskusprolaps i nakke.

Andelen af reoperationer har for operation for diskusprolaps i lænd ligget på ca. 2 til 2,5 pct. i perioden 2009 til 2014, *jf. figur 48*. For operation for diskusprolaps i nakke har andelen af reoperationer ligget på mellem 0,2 pct. og 0,8 pct.

Regionalt varierer andelen af reoperationer for diskusprolaps i lænd mellem 0,7 og 4,1 pct., *jf. figur 49*. For diskusprolaps i nakke varierer andelen fra 0,0 til 0,9 pct., *jf. figur 50*.

#### Reoperation efter operation for diskusprolaps

##### Mål

Andelen af operationer for diskusprolaps i lænd (nakke), der efterfølges af en beslægtet operation inden for 30 (14) dage, pct.

##### Beskrivelse

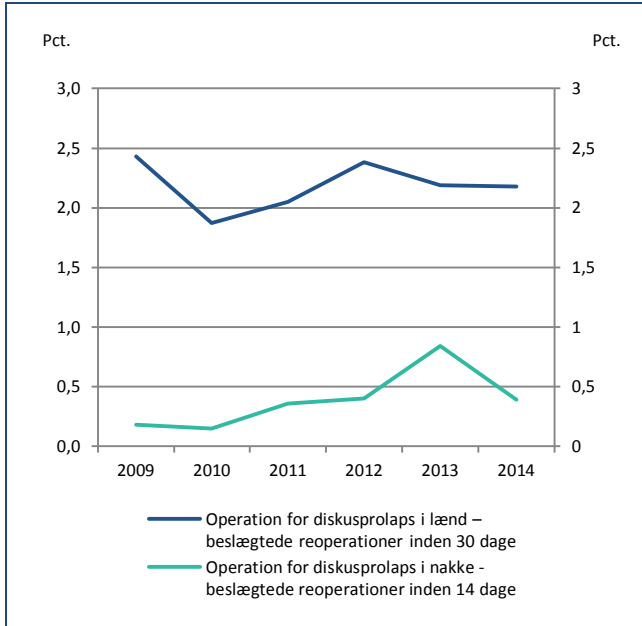
Beslægtede operationer i forhold til lænd omfatter samtlige typer af reoperationer på rygmarv og nerverødder.

Beslægtede operationer i forhold til nakke omfatter samtlige typer af reoperationer på ryg og hals.

For anvendte diagnose- og operationskoder, se bilagsdelen.

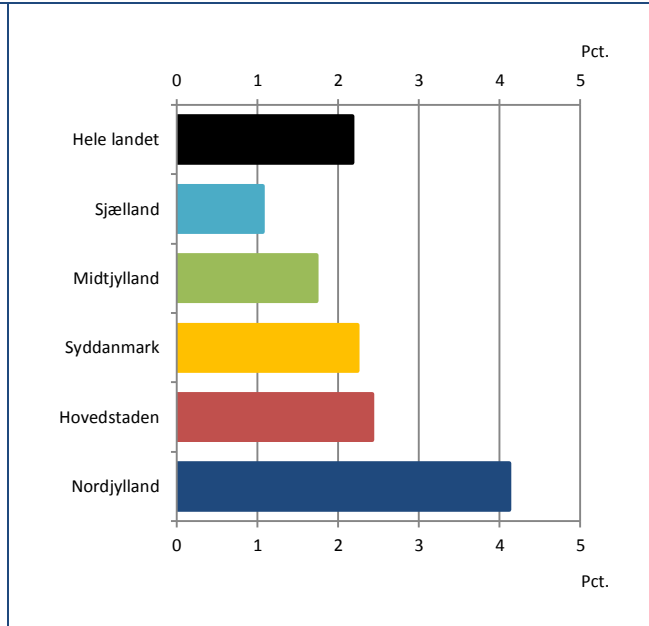
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 48. Reoperationer efter operation for diskusprolaps, 2009-2014, andel af operationer, pct.



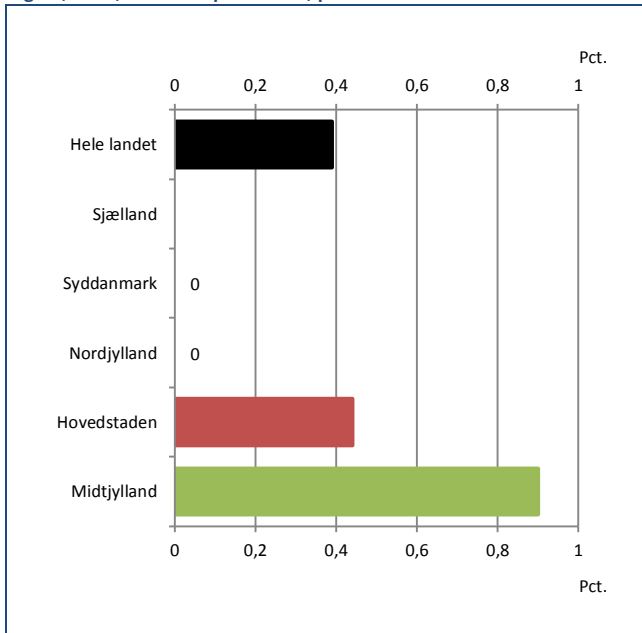
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 49. Reoperationer efter operation for diskusprolaps i lænd, efter region, 2014, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

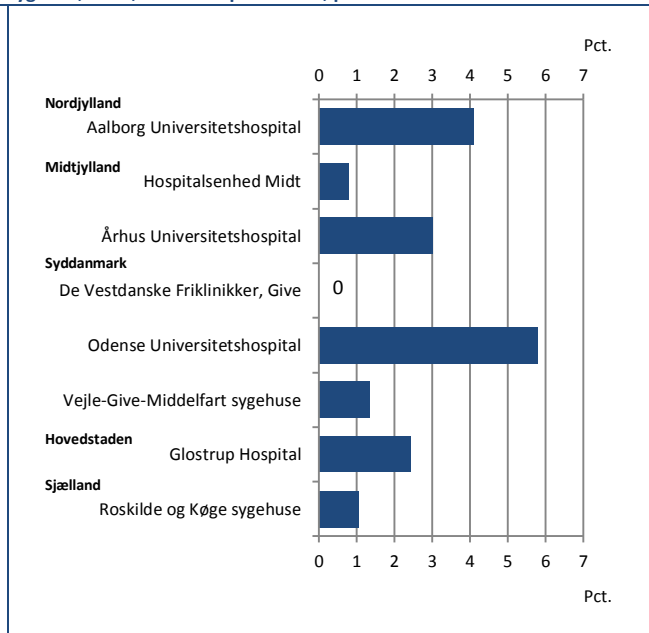
Figur 50. Reoperationer efter operation for diskusprolaps i nakke, efter region, 2014, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Region Sjælland udfører ingen operationer for diskusprolaps i nakke. Det bemærkes, at kun et sygehus i de øvrige regioner udfører operationen.

Figur 51. Reoperationer efter operation for diskusprolaps i lænd, efter sygehus, 2014, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.



#### 4.5.2 Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi

Dagkirurgi er planlagte operationer, som kan udføres, uden at patienten behøver at overnatte på sygehuset. Både i Danmark og internationalt bruges dagkirurgi – i takt med den medicinske og teknologiske udvikling – i stigende grad [23].

Dagkirurgi vil som oftest indebære en række fordele for både patienter og sundhedsvæsenet. For patienterne betyder dagkirurgi, at de hurtigere kan komme hjem og genoptage en hverdag med arbejde og socialt netværk. For sundhedsvæsenet vil det i de fleste tilfælde være billigere at tilbyde en planlagt operation som dagkirurgi frem for som operation med overnatning.

Den løbende omlægning til dagkirurgi medfører et behov for at kunne belyse kvaliteten af og sikkerheden ved den dagkirurgiske behandling. Akutte genindlæggelser, som er sket inden for 30 dage efter dagkirurgi, kan give en indikation heraf. En akut genindlæggelse efter operation kan skyldes uhensigtsmæssige følger af operationen såsom blødninger, sårinfektioner eller andre komplikationer.

Der skal dog tages forbehold for, at ikke alle genindlæggelser er relateret til den dagkirurgiske behandling. Der er derfor behov for mere detaljerede opgørelser, såfremt udvikling og forskelle i genindlæggelsesfrekvenser skal underbygges nærmere [24].

I perioden 2010 til 2014 har andelen af dagkirurgiske behandlinger som efterfølges af en akut genindlæggelse inden 30 dage (genindlæggelsesfrekvensen) ligget på ca. 1,5 pct., *jf. figur 52*.

Regionalt varierer genindlæggelsesfrekvensen i 2014 fra 1,2 pct. i Region Midtjylland til 1,8 pct. i Region Sjælland, *jf. figur 53*.

#### Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi

##### Mål

Andelen af dagkirurgiske behandlinger, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden 30 dage, ud af alle dagkirurgiske behandlinger, pct.

##### Beskrivelse

Dagkirurgiske behandlinger afgrænses til planlagte ambulante operationer og sygehusudskrivninger med planlagte operationer, hvor indlæggelsestiden er under 24 timer. Operationerne er afgrænset til hovedkapitlerne A-Q, "egentlige operationer", som defineret i den fællesnordiske klassifikation for operationer, *NOMESCO Classification of Surgical Procedures*.

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter operations-indlæggelsen eller efter inden for 30 dage efter operationsdatoen (ambulante operationer).
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må ved indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller krav om bestemte relationer mellem den dagkirurgiske behandling og genindlæggelsen i forhold til diagnoser mv.

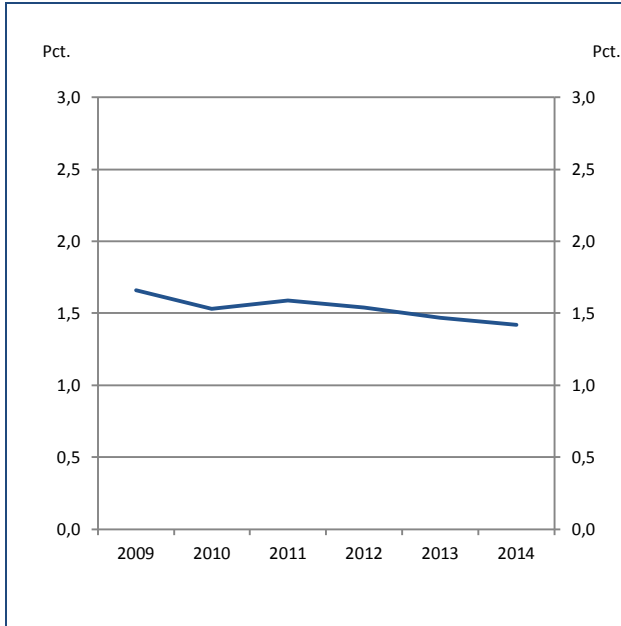
Det sygehus, hvor patienten opereres, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

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

For anvendte diagnosekoder i forbindelse med afgrænsning af kræft- og ulykkesdiagnoser, se bilagsdelen.

*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

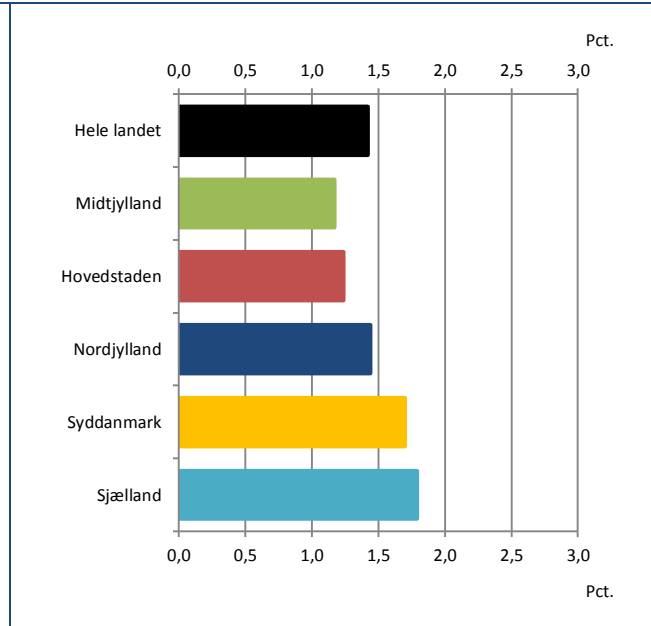
Figur 52. Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, 2009-2014, genindlæggelsesfrekvens, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er opgjort som andelen af dagkirurgiske behandlinger, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage, ud af alle dagkirurgiske behandlinger. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 53. Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, efter region, 2014, genindlæggelsesfrekvens, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er opgjort som andelen af dagkirurgiske behandlinger, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage, ud af alle dagkirurgiske behandlinger. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

### 4.5.3 Indlæggelsestid på sygehuse

Indlæggelsestiden på sygehuse har i mange år været faldende. Denne udvikling afspejler både ændringer i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets samlede behandlingstilbud samt den teknologiske og medicinske udvikling.

For det første er en del af plejen flyttet fra sygehusene til kommunerne, hvor den varetages af bl.a. hjemmesygeplejen, plejecentre, akutteams og sundhedscentre .

For det andet har den løbende udvikling af mere skånsomme behandlingsformer og behandlingskoncepter medført, at mange patienter bliver udskrevet langt hurtigere end tidligere. Af specifikke eksempler herpå kan nævnes kikkertoperationer, brug af ballonudvidelser ved blodprop i hjertet i stedet for den mere omfattende bypass-operation samt ”accelererede patientforløb”<sup>4</sup>.

Fra 2009 til 2014 er den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene faldet fra 4,1 til 3,5 dage, *jf. figur 54*. I 2013 var indlæggelsestiden på 3,6 dage, dvs. indlæggelsestiden i 2014 er 0,1 dag kortere.

Regionalt spænder indlæggelsestiden i 2014 fra 4,2 dage i Region Nordjylland til 3,2 dage i Region Sjælland, *jf. figur 55*. På kommuneniveau spænder den fra 3,0 til 4,4 dage, *jf. figur 57*.

De regionale variationer skal ses i lyset af, at internationalt set er Danmark det vesteuropæiske land, der har den korteste gennemsnitlige indlæggelsestid, *jf. figur 58*.

#### Indlæggelsestid på sygehuse

##### Mål

Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehuse, dage

##### Beskrivelse

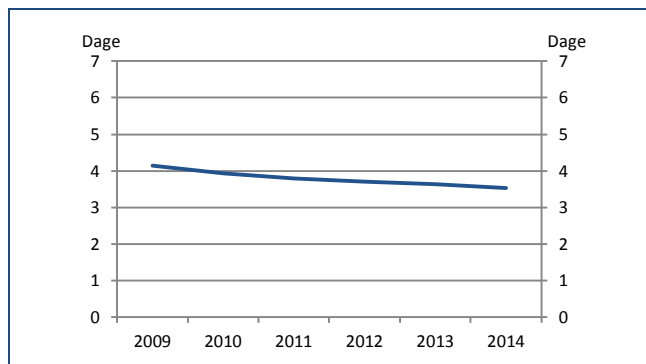
Indlæggelsestid på sygehuse beregnes som det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage for alle somatiske sygehusudskrivinger.

En sygehusudskriving er den sidste udskriving i et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på samme sygehus, hvor der er mindre end 4 timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

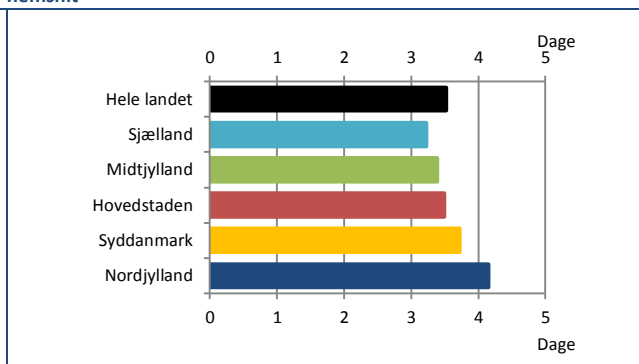
<sup>4</sup> Accelererede patientforløb er et skånsomt behandlingskoncept, der går ud på at tilrettelægge patientforløb gennem viden om, hvad der virker bedst, så bl.a. behovet for indlæggelse reduceres. Hovedprincippet i accelererede patient-forløb er at optimere de forskellige dele af patientbehandlingen både før, under og efter en operation. På den måde mindskes belastningen af patienterne, og det forkorter den tid, de er om at komme til hæfterne.

Figur 54. Indlæggelsestid på sygehuse, 2009-2014, dage i gennemsnit



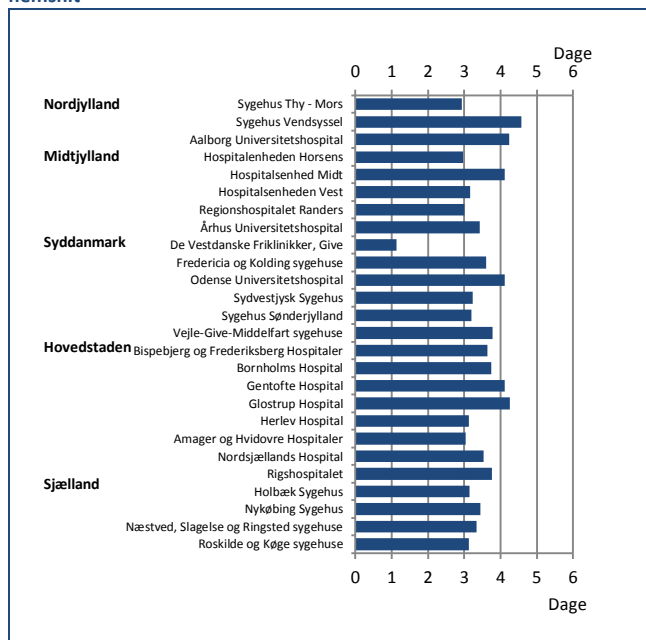
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 55. Indlæggelsestid på sygehuse, efter region, 2014, dage i gennemsnit



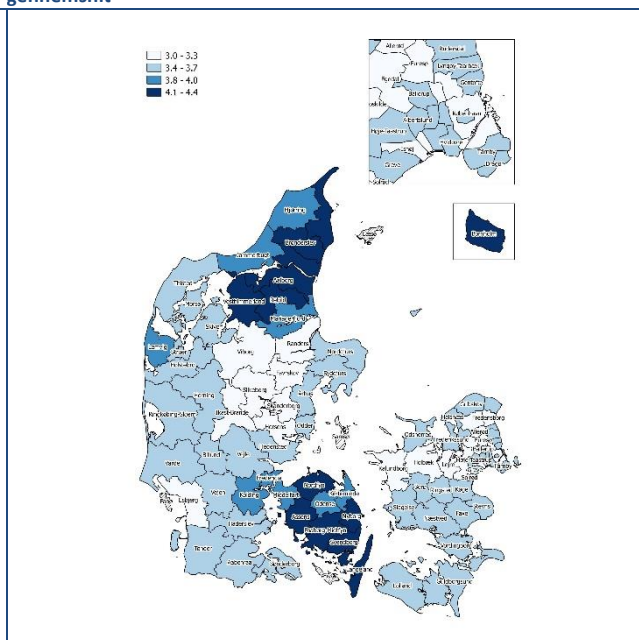
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 56. Indlæggelsestid på sygehuse, efter sygehus, 2014, dage i gennemsnit



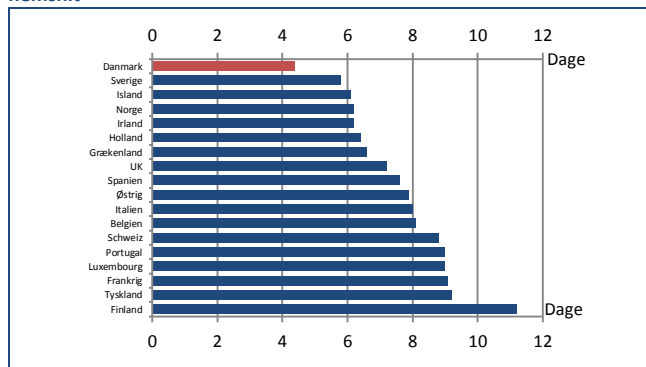
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 57. Indlæggelsestid på sygehuse, efter kommune, 2014, dage i gennemsnit



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

Figur 58. Indlæggelsestid på sygehuse, efter land, 2012, dage i gennemsnit



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.  
Anm.: OECD's definition af indlæggelsestid afviger fra den, der normalt bruges i Danmark. Det giver en lidt højere indlæggelsestid i OECD's opgørelse.

#### 4.5.4 1-års overlevelse efter kræft

I Danmark er antallet af nye kræfttilfælde om året steget fra ca. 22.000-24.000 tilfælde i 1980'erne til i de seneste år at ligge på ca. 37.000 tilfælde.

Korttidsoverlevelsen i form af 1-års overlevelsen efter kræft (overlevelsen ét år efter diagnose) er et overordnet mål for effekten af den samlede indsats i forhold til tidlig opsporing og hurtig behandling af høj kvalitet. Ændringer i 1-års overlevelsen har desuden vist sig at være en god indikator for ændring i den længere 5 års-overlevelse [25].

Den 1-årige kræftoverlevelse i Danmark har siden slutningen af 1990'erne været stigende. I 2010-2012 var overlevelsen på 68 pct. for mænd og 71 pct. for kvinder, *jf. figur 59*. Det er en stigning på henholdsvis 2 og 4 pct.point i forhold til 2007-2009<sup>5</sup>.

Der er mindre regionale forskelle i den samlede 1-års overlevelse blandt både mænd og kvinder i perioden 2010-2012. I Region Sjælland ligger 1- års overlevelsen for mænd på 66 pct., mens den i de øvrige regioner ligger på mellem 68 pct. og 69 pct., *jf. figur 60*.

Blandt kvinder ligger 1-års overlevelsen på 72 pct. i Region Hovedstaden og Region Syddanmark, mens den ligger på mellem 69 pct. og 70 pct. i de øvrige regioner, *jf. figur 61*.

Det bemærkes, at regionale forskelle bl.a. kan afspejle forskelle i livsstil og sygelighed. F.eks. kan tilstedeværelsen af andre sygdomme (komorbiditet) påvirke kræftoverlevelsen negativt [26].

Internationalt set har kræftoverlevelsen i Danmark igennem mange år været lavere end i de øvrige nordiske lande. Kræftoverlevelsen i de øvrige nordiske lande er ligeledes stigende, hvorfor forskellen i overlevelse mellem Danmark og de øvrige nordiske lande ikke er reduceret. I perioden 2009-2012 lå 1-års overlevelsen for danske kvinder på 77 pct., mens den for kvinder i de øvrige nordiske lande lå på 80 til 82 pct., *jf. figur 62*. For mænd lå 1-års overlevelsen 75 pct. i Danmark, mens den i de øvrige lande lå på 76 til 83 pct.<sup>6</sup>

#### 1-års overlevelse efter kræft

##### Mål

Relativ 1-års overlevelse, aldersstandardiseret, pct.

##### Beskrivelse

Relativ 1-års overlevelse beskriver sandsynligheden for at overleve 1 år efter en kræftdiagnose, når der er korrigeret for andre dødsårsager. Personer med en registreret kræftdiagnose ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft og brystkræft (kvinder) indgår i beregningen. Anden hudkræft end modermærkekræft er på standard vis ekskluderet, da den sjældent er dødelig.

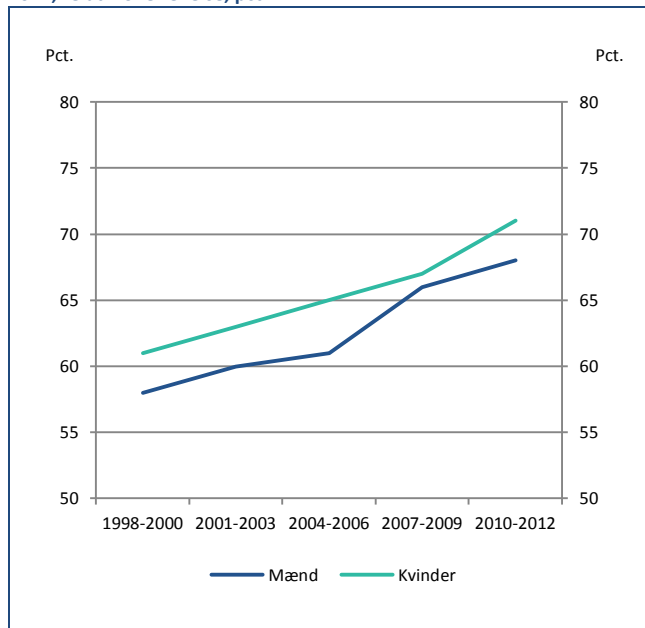
Prostatakræft og brystkræft (kvinder) er ekskluderet, fordi den øgede diagnostiske aktivitet for disse to kræftformer over de senere år (henholdsvis i form af øget brug af PSA-måling samt udrulning af mammografiscreening) med henblik på tidlig opsporing og diagnose kan resultere i en forbedring af den beregnede overlevelse, som ikke er reel. Man taler i den forbindelse om "lead time bias" og "length time bias". "Lead time bias" kan opstå, hvis kræftdiagnosen stilles tidligere i sygdomsforløbet, f.eks. efter indførelse af screening eller anden øget diagnostisk aktivitet. Derved vil den beregnede overlevelse fra diagnostidspunktet, alt andet lige, blive længere, men det samme gælder ikke nødvendigvis livetiden. "Length time bias" kan opstå, fordi screening eller anden øget diagnostisk aktivitet typisk vil finde flere langsomt voksende kræftsvulster end hurtigt voksende. Den beregnede gennemsnitlige overlevelse vil derfor, alt andet lige, stige, fordi der nu vil indgå flere mindre aggressive svulster i beregningen end før.

Kilde: Cancerregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

<sup>5</sup> Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft samt brystkræft (kvinder), *jf. boksen med beskrivelse af indikatorene*.

<sup>6</sup> De nordiske tal er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Databasen NORDCAN, som er kilden til de nordiske tal, indeholder aktuelt ikke et tal for den samlede overlevelse ekskl. både anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft samt brystkræft (kvinder).

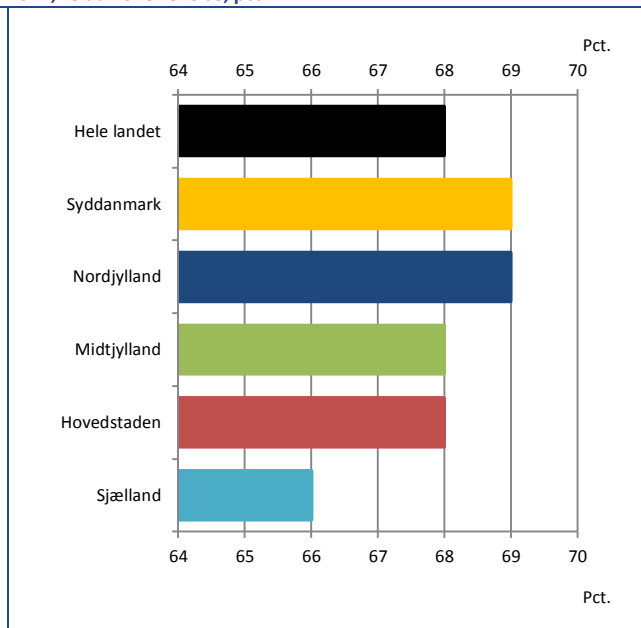
Figur 59. 1-års overlevelse efter kræft, efter køn, 1998-2000 til 2010-2012, relativ overlevelse, pct.



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft samt brystkræft (kvinder). Tallene er aldersstandardiserede.

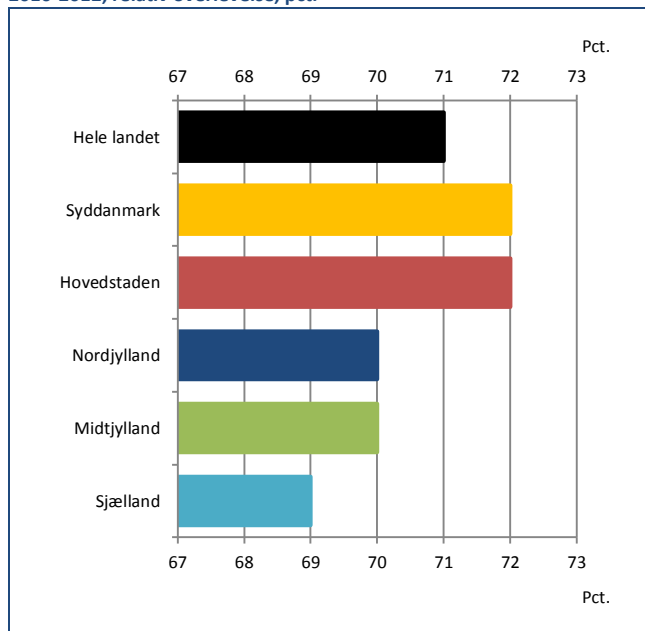
Figur 60. Mænds 1-års overlevelse efter kræft, efter region, 2010-2012, relativ overlevelse, pct.



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft samt brystkræft (kvinder). Tallene er aldersstandardiserede.

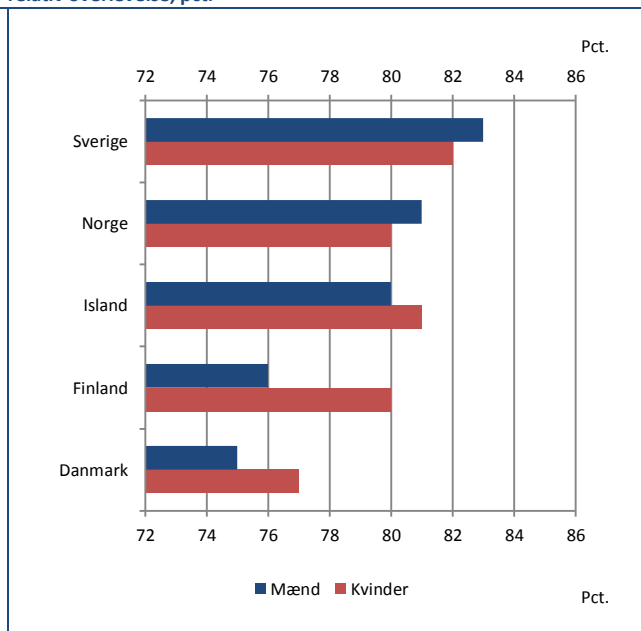
Figur 61. Kvinders 1-års overlevelse efter kræft, efter region, perioden 2010-2012, relativ overlevelse, pct.



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft samt brystkræft (kvinder). Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 62. 1-års overlevelse efter kræft, efter land, perioden 2009-2012, relativ overlevelse, pct.



Kilde: NORDCAN databasen.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Tallene er aldersstandardiserede.

#### 4.5.5 Kræftdødelighed

Udviklingen i kræftdødelighed, dvs. antallet af dødsfald med kræft som tilgrundliggende årsag, hænger både sammen med udviklingen i nye tilfælde af kræft og overlevelsen efter kræftsygdom.

Udviklingen i kræftdødelighed afspejler derfor bla. alderssammensætningen i befolkningen, idet ældre oftere rammes af kræft. Desuden afspejler den ændringer i livsstil, ikke mindst ændringer i ryge- og alkoholvaner. Og endelig afspejler den effekten af indsatsen i sundhedsvæsenet i forhold til forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering [27].

På kræftområdet arbejder kommunerne dels med forebyggende indsatser, eksempelvis alkohol- og tobaksforebyggelse. Desuden tilbyder kommunerne rehabiliteringstilbud til kræfttramte for at støtte borgere til på bedste vis at komme tilbage til dagligdagen og arbejdslivet – både under og efter behandlingen af deres kræftsygdom.

I perioden 2008 til 2013 faldt kræftdødeligheden fra 266 dødsfald pr. 100.000 borgere til 251 (aldersstandardiseret) pr. 100.000 borgere, *jf. figur 63*. Fra 2012 til 2013 faldt antallet med 5 dødsfald pr. 100.000 borgere.

Kræft er dog fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark og var i 2013 årsag til 30 pct. af alle dødsfald.

Region Sjælland har den højeste dødelighed af kræft med 264 dødsfald pr. 100.000 borgere, mens Region Midtjylland har den laveste med 241 dødsfald pr. 100.000 borgere, *jf. figur 64*. Det bemærkes, at regionale forskelle, *jf. ovenstående*, bl.a. kan afspejle forskelle i livsstil foruden indsatsen i det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Internationalt set er Danmark det vesteuropæiske land, der har den højeste kræftdødelighed, *jf. figur 65*. Sverige og Finland er blandt de fire lande med den laveste kræftdødelighed.

#### Kræftdødelighed

##### Mål

Antal kræftdødsfald pr. 100.000 indbyggere, aldersstandardiseret

##### Beskrivelse

Indikatoren opgør antal dødsfald, hvor kræft er vurderet som den tilgrundliggende dødsårsag.

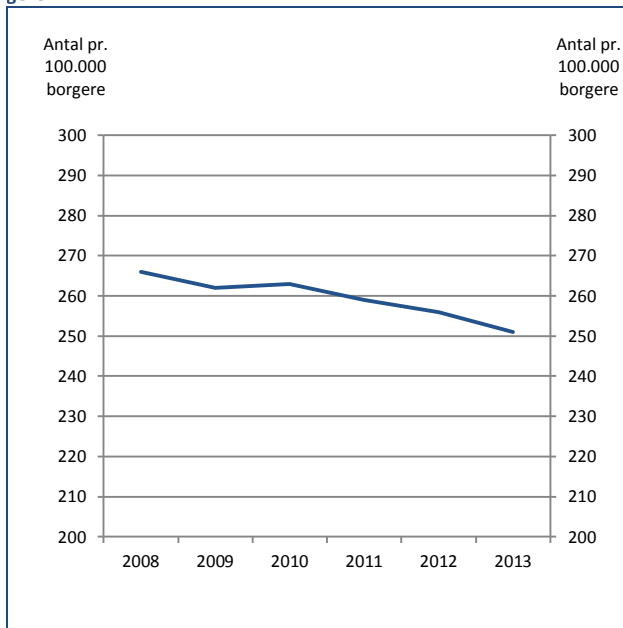
Det er kravet til den læge, der udfylder en dødsattest, at foretage en prioritering af den klinisk set vigtigste eller mest sandsynlige dødsårsag.

I en dødsattest registreres et forløb af lidelser eller hændelser, der fører til døden. Den tilgrundliggende dødsårsag er den lidelse eller hændelse, der starter dette forløb.

*For at tage højde for manglende indberetning af dødsattester er der på baggrund af CPR-data for det reelle antal dødsfald i årene foretaget en opskrivning af tallene.*

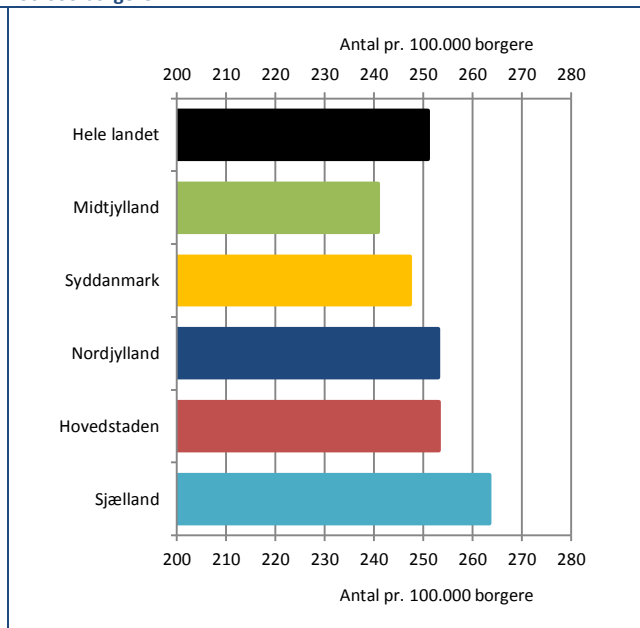
*Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 63. Kræftdødelighed, 2008-2013, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



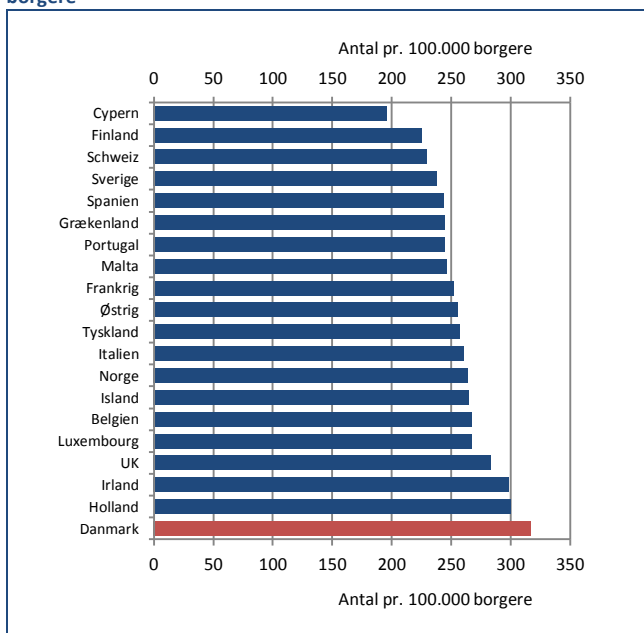
Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 64. Kræftdødelighed, efter region, 2008-2013, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede

Figur 65. Kræftdødelighed, efter land, 2012, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.



#### 4.5.6 Hjertedødelighed

Dødeligheden som følge af hjertesygdomme er faldet markant i Danmark gennem 1990'erne og 00'erne. Hjertesygdomme omfatter bl.a. blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjertesvigt.

Den faldende dødelighed dækker både over et fald i antallet af borgere, der rammes af hjertesygdomme og en stigende overlevelse blandt hjertesyge [28].

I perioden 2008 til 2013 faldt hjertedødeligheden fra 175 dødsfald pr. 100.000 borgere til 136 dødsfald pr. 100.000 borgere (aldersstandardiseret), *jf. figur 66*. Fra 2012 til 2013 faldt antallet af dødsfald pr. 100.000 borgere med 8 dødsfald, fra 144 til 136 dødsfald pr. 100.000 borgere.

Regionalt varierer hjertedødeligheden fra 140 dødsfald pr. 100.000 borgere i Region Sjælland og Region Nordjylland til 133 dødsfald pr. 100.000 borgere i Region Hovedstaden og Region Syddanmark, *jf. figur 67*.

Det markante fald i hjertedødeligheden i Danmark har samtidigt betydet, at Danmark nu er et af de vesteuropæiske lande med den laveste dødelighed (omfatter kun iskæmisk hjertesygdom), *jf. figur 68*.

##### Hjertedødelighed

###### Mål

Antal dødsfald som følge af hjertesygdom pr. 100.000 indbyggere, aldersstandardiseret

###### Beskrivelse

Indikatoren opgør antal dødsfald, hvor hjertesygdom er vurderet som den tilgrundliggende dødsårsag.

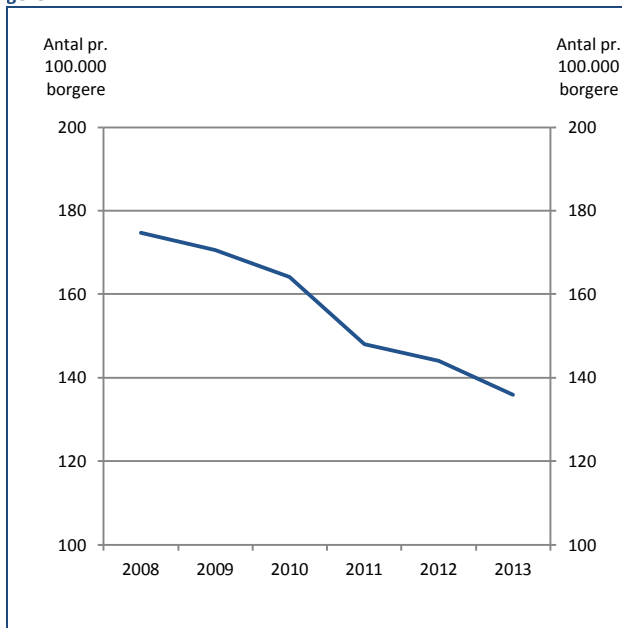
Det er kravet til den læge, der udfylder en dødsattest, at foretage en prioritering af den klinisk set vigtigste eller mest sandsynlige dødsårsag.

I en dødsattest registreres et forløb af lidelser eller hændelser, der fører til døden. Den tilgrundliggende dødsårsag er den lidelse eller hændelse, der starter dette forløb.

*For at tage højde for manglende indberetning af dødsattester er der på baggrund af CPR-data for det reelle antal dødsfald i årene foretaget en opskrivning af tallene.*

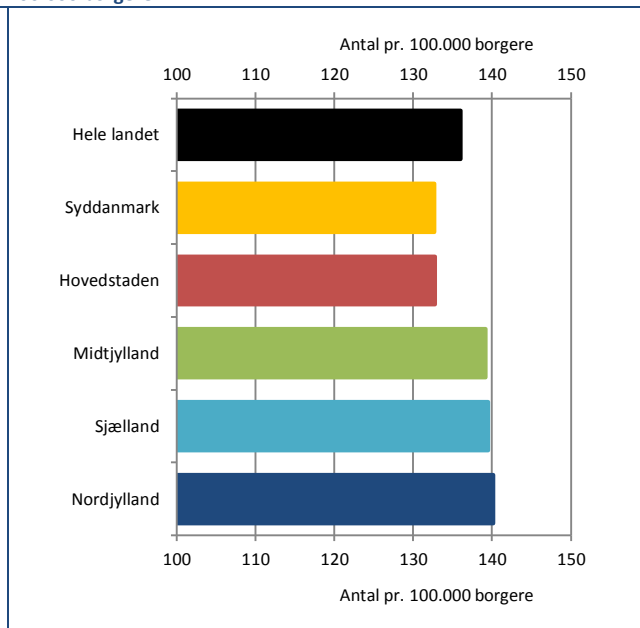
*Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.*

**Figur 66. Hjertedødelighed, 2009-2013, antal dødsfald pr. 100.000 borgere**



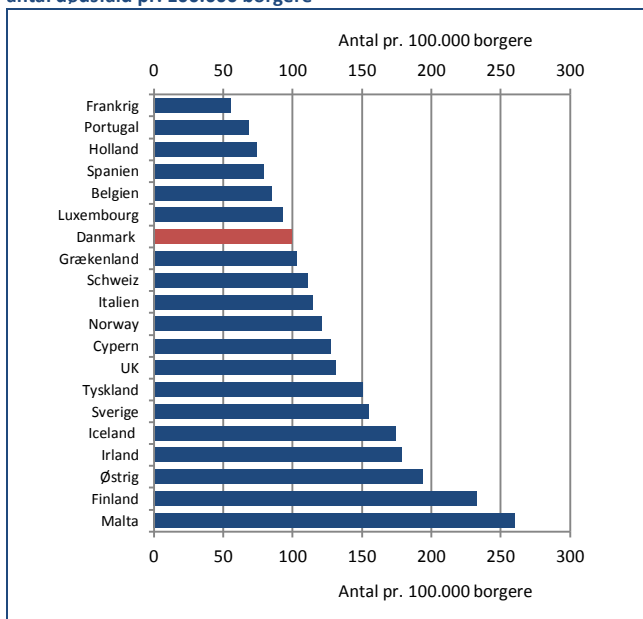
Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

**Figur 67. Hjertedødelighed, efter region, 2013, antal dødsfald pr. 100.000 borgere**



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

**Figur 68. Hjertedødelighed (iskæmisk hjertesygdom), efter land, 2011, antal dødsfald pr. 100.000 borgere**



Kilde: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

## 5 PATIENTINDDRAGELSE

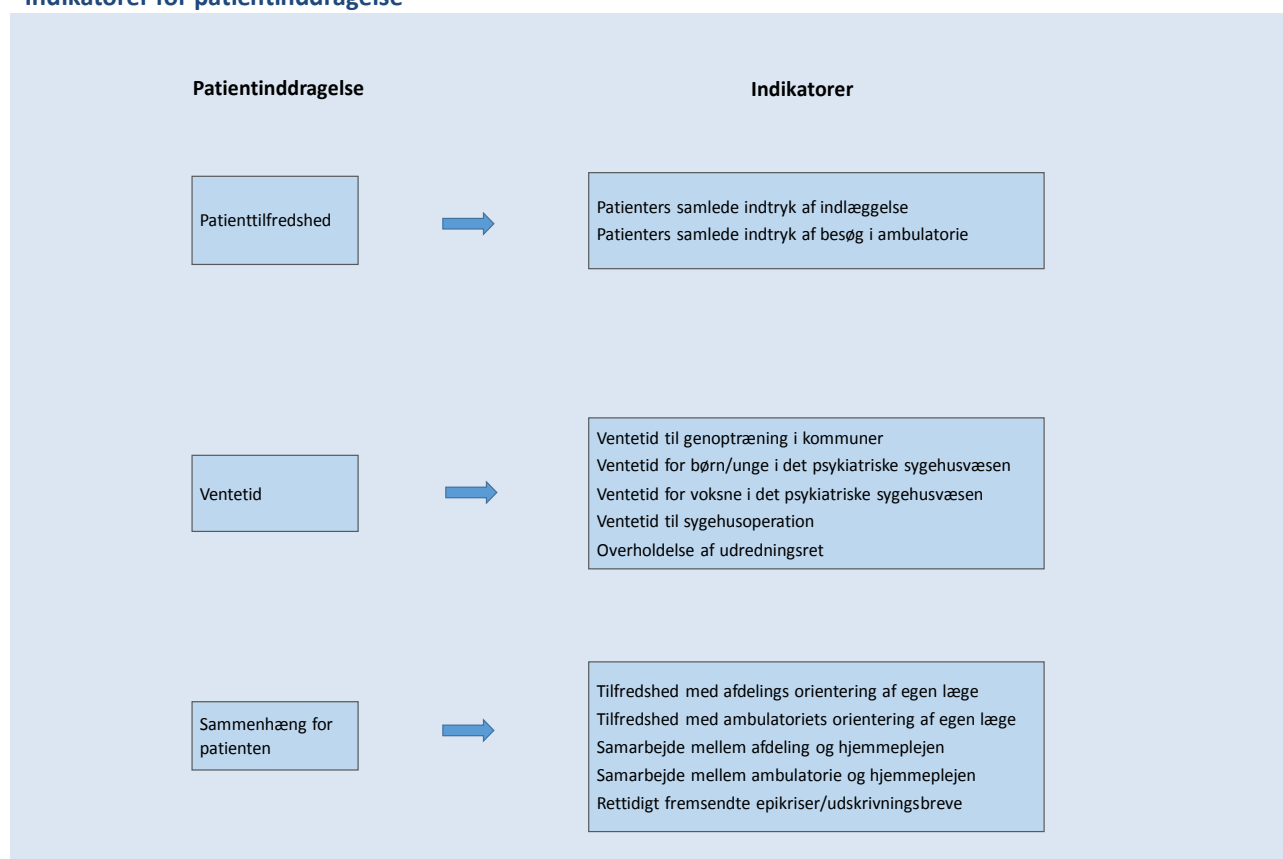
Patientinddragelse handler om at lade borgerne spille hovedrollen i deres eget sygdomsforløb. Det kan ske ved, at borgerne aktivt involveres og får indflydelse på beslutninger om udredning, behandling og egenomsorg. Erfaringer fra andre lande viser, at inddragelse af patienterne i beslutningerne giver større tilfredshed hos patienterne og en mere målrettet og effektiv ressourceanvendelse. Patientinddragelse er derfor en vigtig del af sundhedsvæsenets indsats.

Hvis borgeren er godt forberedt i forhold til forløbet i sundhedsvæsenet – også i de tilfælde, hvor behandlingen går på tværs af sektorer - og føler sig tryk, kan det i sidste ende bl.a. betyde bedre og mere sammenhængende forløb.

En anden vigtig forudsætning for gode sammenhængende forløb er desuden, at der koordineres på tværs af sygehusafdelinger og mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Et andet element i forhold til patientinddragelsen er tilgængeligheden i sundhedsvæsenet i form af ventetider til undersøgelse, behandling og genoptræning samt udredningstiden, dvs. tiden det tager at stille en diagnose.

### Indikatorer for patientinddragelse



Anm.: Det bemærkes, at indikatoren vedrørende rettidigt fremsendt epikriser/udskrivningsbreve endnu ikke er udviklet.

## 5.1 PATIENTTILFREDSHED

Patienternes tilfredshed med behandlingen i sundhedsvæsenet forventes alt andet lige at være påvirket af, om de oplever god service i form af tilstrækkelig information, kort ventetid, behandling af høj kvalitet, hurtig videregivelse af relevant information mellem sundhedspersonalet og gennemsigtighed i forhold til behandlingstilbud, ventetid mv.

Siden 2000 er der regelmæssigt gennemført landsdækkende undersøgelser af patienttilfredsheden i Danmark, hvor der spørges til patienternes egne oplevelser og vurderinger af en række aspekter ved deres besøg eller indlæggelse på et sygehus.

---

### INDIKATORER

---

- Patienters indtryk af indlæggelse og besøg på sygehuse



### 5.1.1 Patienters indtryk af indlæggelse og besøg på sygehuse

En overordnet indikation på patienternes tilfredshed med sygehusene kan fås ved at spørge patienterne om deres samlede indtryk af deres besøg eller indlæggelse på sygehus.

Patienttilfredsheden, målt som andelen med et virkeligt godt eller godt samlet indtryk, har i perioden 2009 til 2013 ligget på ca. 90 pct. for indlagte patienter og på ca. 95 pct. for ambulante patienter, *jf. figur 69*<sup>7</sup>.

Der er en mindre variation mellem regionerne i forhold til det samlede indtryk for indlagte og ambulante patienter, *jf. figur 70*.

Justeres der for forskelle i patientsammensætning mellem regionerne (ikke vist i figuren), er patienterne i Region Nordjylland og Region Midtjylland lidt mere tilfredse end gennemsnittet.

Blandt 10 vesteuropæiske lande er Danmark, sammen med Schweiz, det land, hvor patienterne er mest tilfredse med behandlingen på sygehuse, *jf. figur 72*.

#### Patienters indtryk af indlæggelse og besøg på sygehuse

##### Mål

Andel patienter med virkeligt godt/godt samlet indtryk af indlæggelse/besøg, pct.

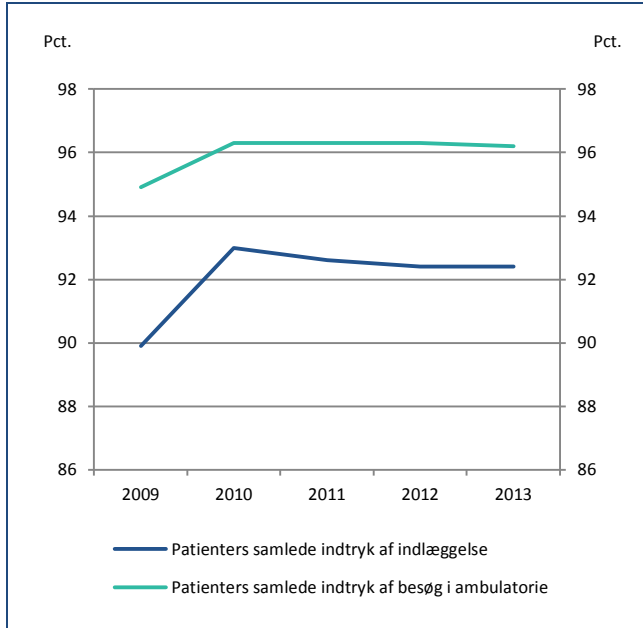
##### Beskrivelse

Andel af indlagte/ambulante patienter, der har svaret "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålene "Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på afdelingen (dit/dine besøg i ambulatorie)?"

*Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.*

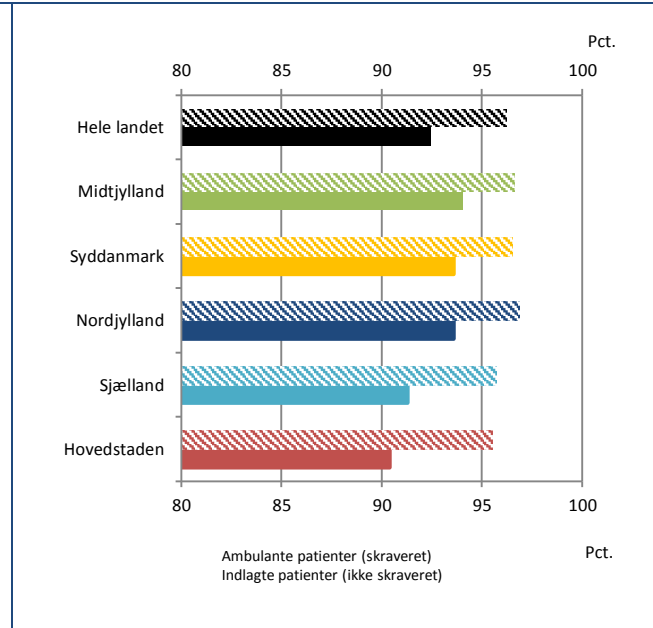
<sup>7</sup> 2014-tal, som er offentliggjort ultimo april 2015, har ikke været mulige at medtage i rapporten.

Figur 69. Patienters samlede indtryk af indlæggelse og ambulant besøg, 2009-2013, andel positive, pct.



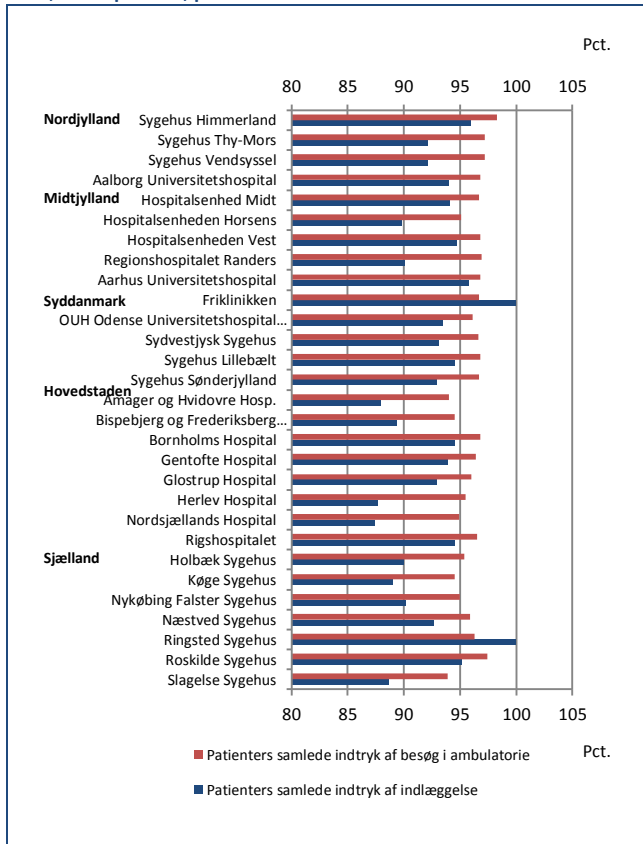
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 70. Patienters samlede indtryk af indlæggelse og ambulant besøg, efter region, 2013, andel positive, pct.



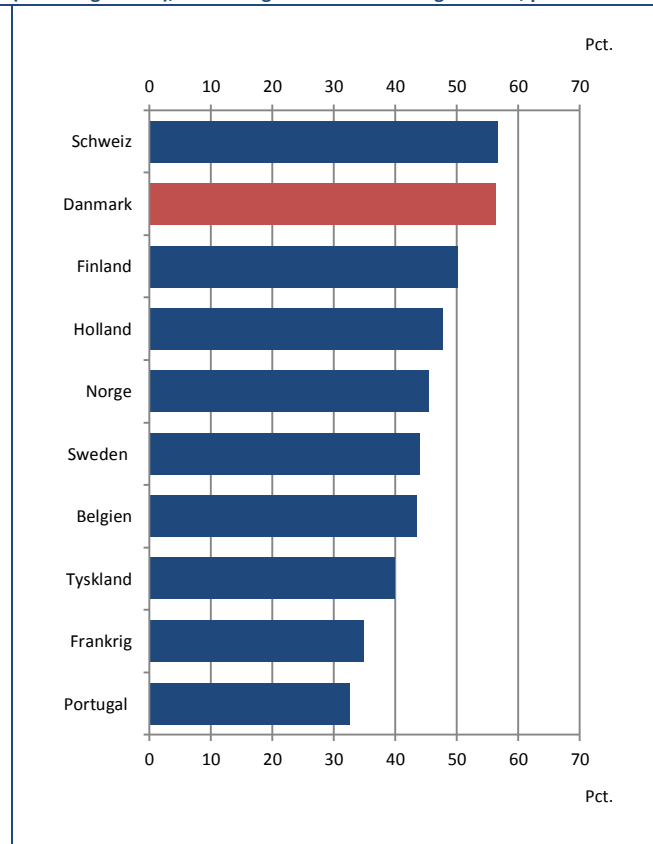
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 71. Patienters samlede indtryk af indlæggelse, efter sygehus, 2013, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 72. Patienters vurdering af behandling på sygehus, 2011-2013 (undersøgelsesår), andel meget eller fuldstændigt tilfreds, pct.



Kilde: The International Social Survey Programme: "Health and Healthcare".  
Anm.: Følgende svarkategorier er anvendt: fuldstændigt tilfreds, meget tilfreds, ret tilfreds, hverken eller, ret utilfreds, meget utilfreds, fuldstændigt utilfreds.

## 5.2 VENTETIDER

Kort ventetid i sundhedsvæsenet er som udgangspunkt godt for borgeren og samfundet som helhed. For borgeren kan det være betryggende at vide, at det er muligt at komme hurtigt til i sundhedsvæsenet og få at vide, hvad man fejler. Længere perioder med ventetid kan desuden i nogle tilfælde påvirke effekten af den sundhedsfaglige indsats negativt [29].

Kort ventetid i sundhedsvæsenet vil, alt andet lige, endvidere have den positive effekt, at den syge hurtigt kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det vil i sidste ende betyde højere arbejdsudbud og beskæftigelse samt lavere udgifter til sygedagpenge mv.

---

### INDIKATORER

---

- Ventetid til genoptræning i kommuner
- Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen
- Ventetid til sygehusoperation
- Udredningsretten for somatiske patienter



### 5.2.1 Ventetid til genoptræning i kommuner

Hvis en borger bliver udskrevet fra et sygehus med behov for genoptræning, skal sygehuset udarbejde en genoptræningsplan, før borgeren udskrives fra sygehuset. Det er i den forbindelse et væsentligt hensyn for patienter med behov for genoptræning, at perioder med nedsat funktionsevne ikke forlænges unødigt på grund af ventetid.

Genoptræningen kan efter udskrivelse fra sygehuset enten foregå på sygehuset (specialiseret genoptræning) eller i kommunen (almen genoptræning). Langt hovedparten af genoptræningen, ca. 80 pct., foregår som almen genoptræning i kommunerne<sup>8</sup>.

Median-ventetiden til almen genoptræning i kommunerne har i perioden 2009 til 2014 ligget på 14 til 17 dage, *jf. figur 73*. Ventetiden synes at være svagt faldende set over hele perioden.

Alt efter bopælsregion er der forskel på borgernes ventetid. Borgere i kommuner i Region Sjælland og Region Midtjylland har en median-ventetid på 13 dage, mens borgere i kommuner i Region Syddanmark og Region Nordjylland har en ventetid på henholdsvis 18 og 17 dage, *jf. figur 74*. I Region Hovedstaden er ventetiden 14 dage.

Der er forskelle i ventetiden mellem kommunerne. Ventetiden varierer fra 3 dage til over 30 dage, *jf. figur 75*. Lemvig, Furesø, Haderslev, Læsø, Gribskov, Syddjurs, Roskilde, Struer, Gladsaxe og Køge kommuner har alle en ventetid på 10 dage eller derunder i 2014.

Det skal bemærkes, at opgørelsen af ventetid til genoptræning baseret på nationale registre er behæftet med en vis usikkerhed [2].

#### Ventetid til genoptræning i kommuner

##### Mål

Median ventetid til genoptræning, dage

##### Beskrivelse

Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almen genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi.

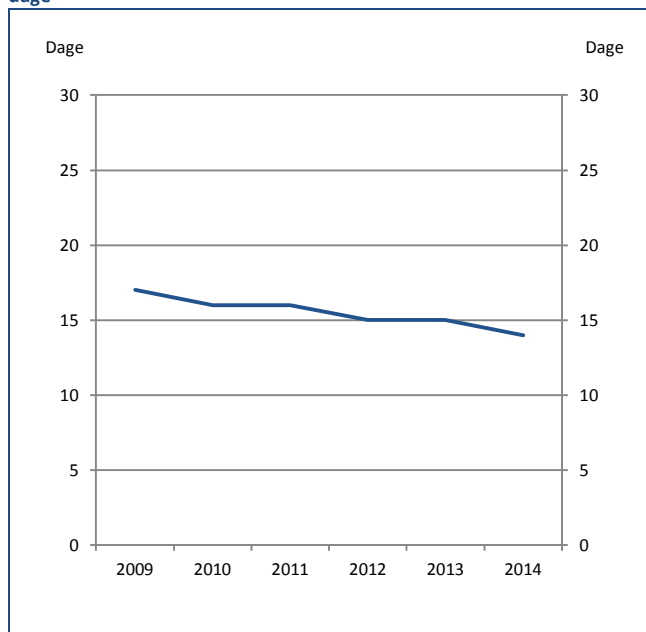
Ventetiden refererer til perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan (GOP) og dato for første genoptræningsydelse indberettet af kommunerne.

*Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.*

<sup>8</sup> Fra 2015 gælder ifølge ny lovgivning følgende niveauer af genoptræning: genoptræning på basalt niveau, genoptræning på avanceret niveau, genoptræning på specialiseret niveau samt endelig genoptræning som del af rehabilitering på specialiseret niveau.

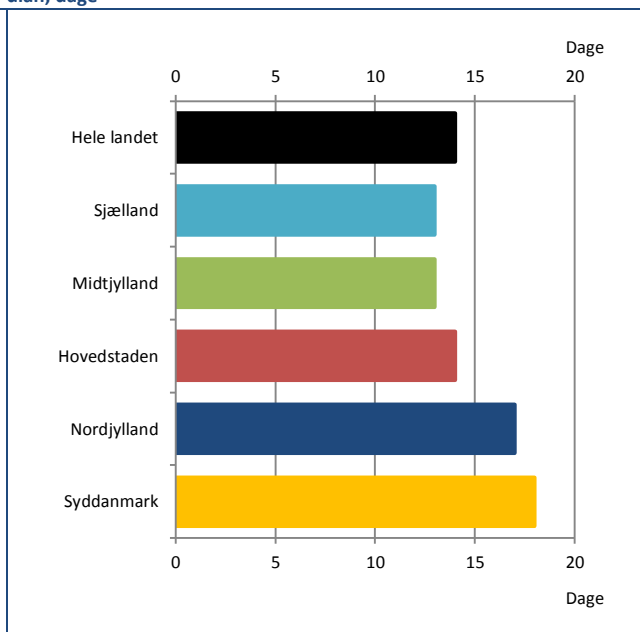


Figur 73. Ventetid til kommunal genoptræning, 2009-2014, median, dage



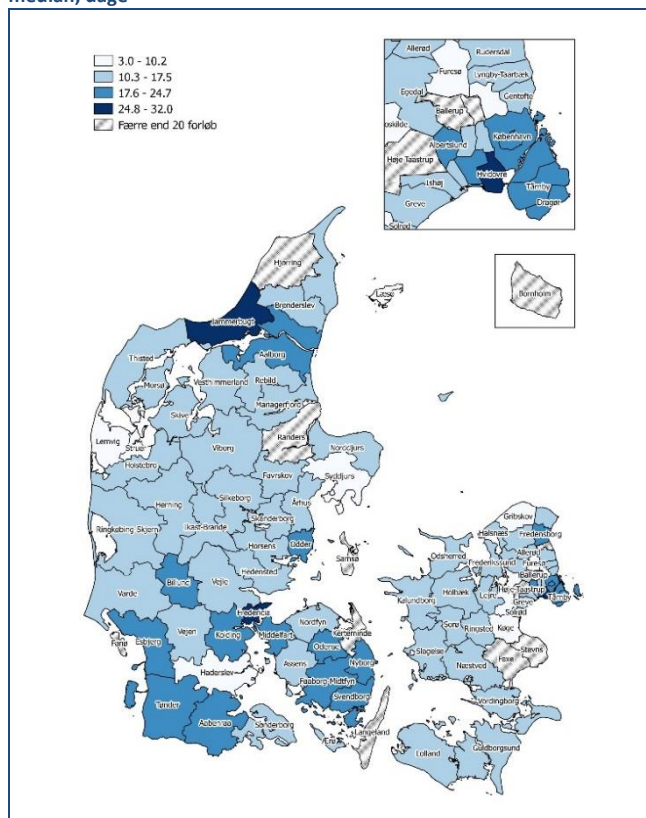
Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.

Figur 74. Ventetid til kommunal genoptræning, efter region, 2014, median, dage



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.

Figur 75. Ventetid til kommunal genoptræning, efter kommune, 2014, median, dage



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.

Anm.: Ventetid for kommuner med færre end 20 genoptræningsforløb er ikke vist på grund af statistisk usikkerhed.

### 5.2.2 Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen

Lang ventetid på undersøgelse og behandling kan gøre psykiatriske patienter mere syge og sværere at behandle. En lang ventetid kan ud over at være en belastning for patient og pårørende også betyde, at patienten får vanskeligere ved at vende tilbage til sin oprindelige hverdag og kan miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Ventetiderne i psykiatrien har udviklet sig forskelligt i perioden 2009 til 2014.

Ventetiden for børn og unge (0-18 år) i psykiatrien har været faldende siden 2010, mens ventetiden for voksne i psykiatrien har været stigende fra 2009 og frem til 2013, *jf. figur 76*. Fra 2013 til 2014 er ventetiden for voksne derimod faldet.

Den gennemsnitlige ventetid til første psykiatriske sygehuskontakt for børn- og unge var i 2014 på 30 dage (median 23 dage), hvilket er et fald på 15 dage eller 33 pct. i forhold til 2013.

Den gennemsnitlige ventetid for voksne i psykiatrien var i 2014 på 35 dage (median 25 dage), hvilket er fald på 8 dage, eller 18 pct. i forhold til 2013.

Region Syddanmark havde med 18 dage den laveste gennemsnitlige ventetid for børn og unge i 2014, *jf. figur 77*. Region Nordjylland havde den længste med 42 dage.

Voksne i psykiatrien ventede i gennemsnit kortest i Region Syddanmark og Region Sjælland i 2014, henholdsvis 23 og 22 dage, *jf. figur 78*. Region Nordjylland havde den længste gennemsnitlige ventetid med 49 dage.

#### Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen

##### Mål

Ventetid til første psykiatriske sygehuskontakt er ventetiden fra henvisning modtaget til første fremmøde (besøg eller indlæggelse).

##### Beskrivelse

Ventetider er beregnet på baggrund af alle elektive afsluttede og uafsluttede indlæggelser på offentlige sygehuse, hvilket vil sige alle indlæggelser, hvor indlæggelsesmåde er planlagt, samt alle ambulante kontakter.

Blandt indlæggelser på private sygehuse og klinikker medtages de elektive kontakter, som enten er markeret som betalt af bopælsregion eller hvor patienten er omfattet af de udvalgte frie sygehusvalg.

Kun første kontakt medtages i hvert psykiatrisk forløb. Det vil sige, at blandt kontakter henvist fra andet sygehus, medtages kun de, hvor henvisningen er sket fra somatisk sygehus. På denne måde frasorteres kontakter, hvor henvisningen kommer fra psykiatriske sygehus-afsnit, dvs. kontakter der må antages at ligge midt i et forløb.

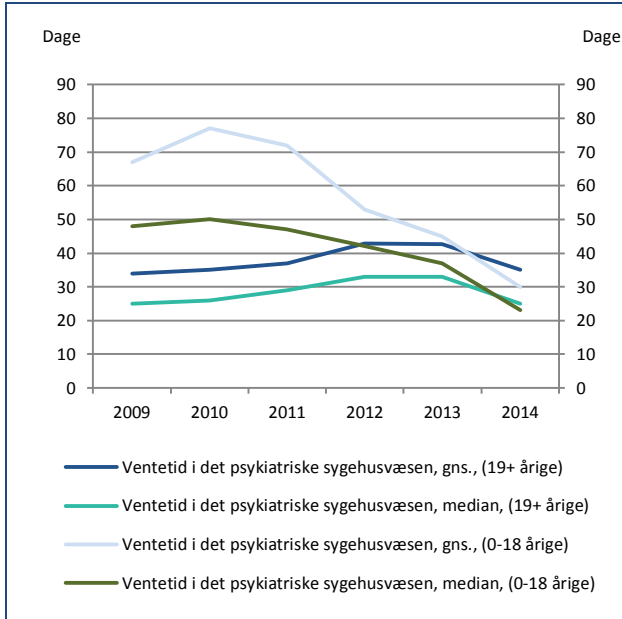
Hvis kontakten er ambulante regnes første besøgsdato som første kontakt, og hvis kontakten er stationær regnes indlæggelsesdatoen som første kontakt.

Ventetid i psykiatrien defineres som summen af aktive venteperioder i perioden fra henvisning modtaget til første fremmøde (besøg eller indlæggelse).

Børn og unge er afgrænset til 0-18 årige, mens voksne er 19+ årige.

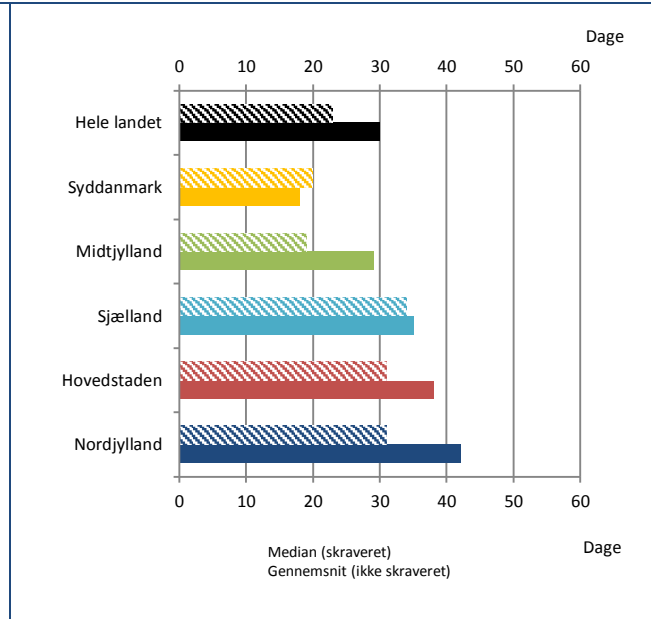
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

Figur 76. Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, 2009-2014, gennemsnit og median, dage



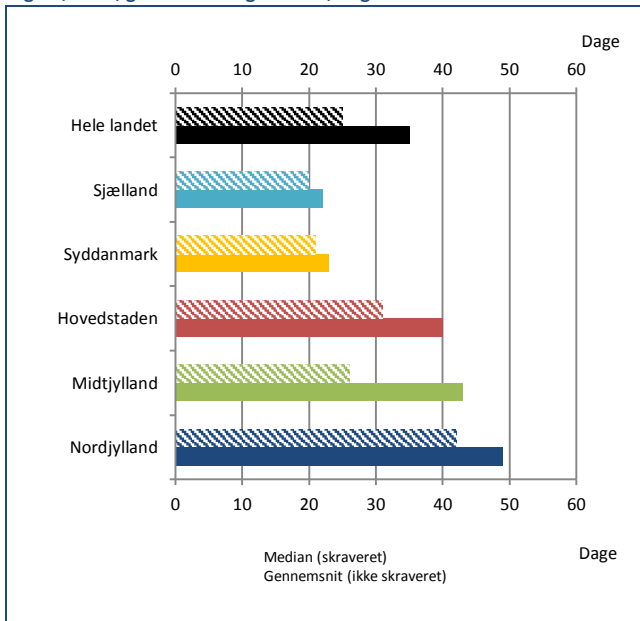
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 77. Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen (0-18 årige), efter region, 2014, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 78. Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen (19+ årige), efter region, 2014, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

### 5.2.3 Ventetid til sygehusoperation

Ventetid til planlagte (ikke-akutte) sygehusoperationer har stor både offentlig og politisk bevågenhed, ikke bare i Danmark, men også i mange andre lande.

OECD gennemførte i 2013 en analyse af ventetidsgarantier og ventetid i 13 OECD-lande [29]. For Danmarks vedkommende peger analysen på, at indførelsen af en række patientrettigheder og ventetidsgarantier i sygehusvæsenet formentligt har medvirket til at nedbringe ventetiderne.

Ventetiden til sygehusoperation har således også været faldende over en længere årrække.

I perioden 2009 til 2014 er den gennemsnitlige ventetid til sygehusoperation faldet fra 67 dage til 49 dage, *jf. figur 79*. Median-ventetiden var i 2014 på 29 dage.

Der er variation mellem regionerne. Region Midtjylland og Region Syddanmark havde med 40 og 43 dage den laveste gennemsnitlige ventetid til sygehusoperation blandt regionerne, mens Region Nordjylland havde den længste med 63 dage, *jf. figur 80*.

Det skal bemærkes, at opgørelse af ventetid til sygehusoperation er kompleks og behæftet med en vis usikkerhed<sup>9</sup>.

#### Ventetid til sygehusoperation

##### Mål

Median ventetid og gennemsnitlig ventetid til sygehusoperation, dage

##### Beskrivelse

Beregningsmetoden tager udgangspunkt i sygehusbehandlingens forskellige faser – fra forundersøgelse, over udredning til den endelige behandlingsindsats.

I dette forløb opstår der tidsperioder med ventetid bl.a. styret af sygdommens karakter. Samtidig kan der være perioder hvor udredning eller behandling afventer patientrelaterede forhold, fx vægttab eller ønske om ferie.

Den tilgrundliggende ventetidsregistrering sonderer på denne måde mellem to faser i et behandlingsforløb: patienten er ventende, patienten er ikke ventende. Der kan ske flere skift herimellem under et behandlingsforløb.

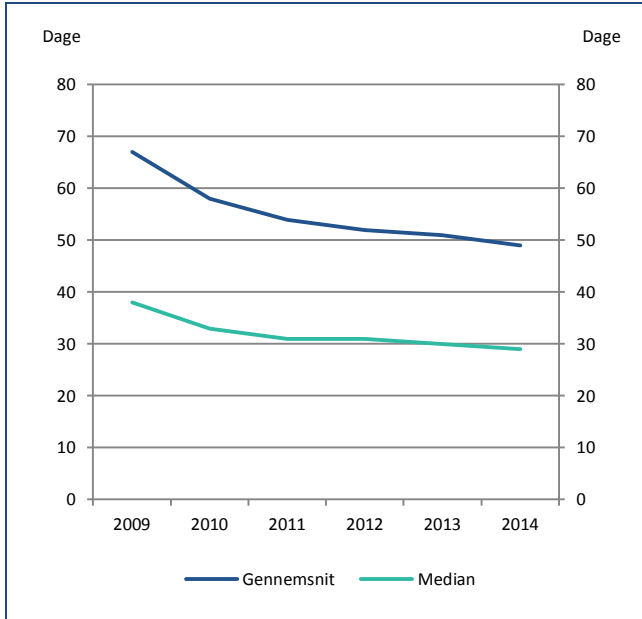
I ventetiden indgår kun perioder, hvor patienten er reelt ventende (aktiv ventetid). Det vil sige, at perioder, hvor patienten er ikke-ventende fra henvisningsdato til startdato (for kontakten hvor den endelige operation finder sted), ikke er medregnet som ventetid.

Ventetiden beregnes herefter, som summen af aktive venteperiode. I beregningen indgår offentligt finansierede patienter opereret på danske sygehuse (offentlige og private).

*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

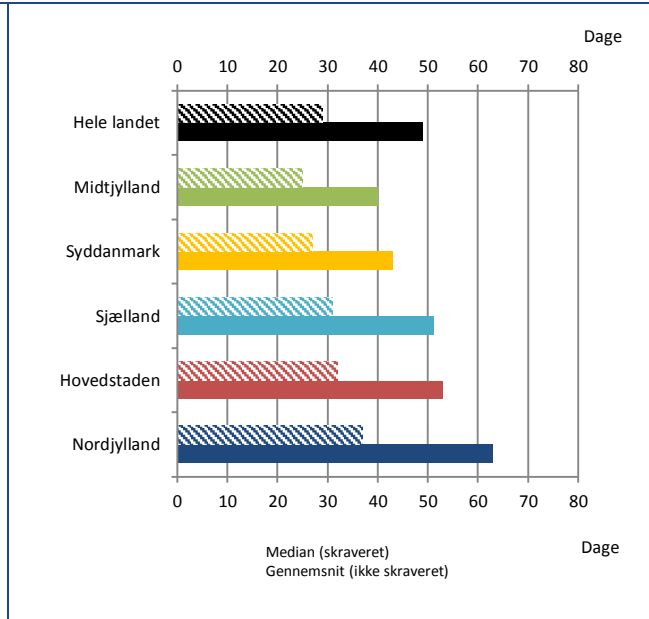
<sup>9</sup> Opgørelsen af ventetid til sygehusoperation baserer sig på registermæssig sammenkobling af et patientforløbs forskellige faser fra henvisning, over udredning og til selve operationen. Ofte vil et sådant forløb involvere kontakt med flere sygehusafdelinger og eventuelt også flere sygehuse. Sammenkobling af disse kontakter til et retvisende patient-forløb, et såkaldt "venteforløb", forudsætter dels, at der ved alle kontakter er foretaget korrekt registrering af, hvor patienten er henvist fra, og hvor patienten henvises til, dels, at det registreres, at der er tale om et "venteforløb".

Figur 79. Ventetid til sygehusoperation, 2009-2014, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 80. Ventetid til sygehusoperation, efter region, 2014, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

#### 5.2.4 Udredningsretten for somatiske patienter

I september 2013 blev der indført en udredningsret for patienter med somatiske (fysiske) sygdomme. Udredningsretten indebærer, at alle patienter, der er henvist til et sygehus, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten have en plan for den videre udredning inden for samme frist.

I 4. kvartal 2014 blev 62 pct. af de somatiske patienter udredt inden for 30 dage., *jf. figur 81.*

Færrest patienter, 50 pct., udredes inden for 30 dage i Region Nordjylland, *jf. figur 82.* I de øvrige regioner ligger andelen på mellem 61 og 68 pct.

74 pct. af de patienter, der modtog en udredningsplan, modtog planen inden for 30 dage i 4. kvartal 2014, *jf. figur 83.*

Andelen, der modtager en udredningsplan inden for 30 dage, varierer fra 56 pct. i Region Syddanmark til 90 pct. i Region Sjælland, *jf. figur 84.*

Det bemærkes, at opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

Monitoreringsmodellen fokuserer endvidere på udredningsforløbets længde og tager dermed ikke højde for, at der ifølge lovens bestemmelser er gyldige grunde til, at udredningsforløb kan overstige 30 dage. F.eks. er det ikke i alle tilfælde fagligt muligt at udrede patienten inden for 30 dage, ligesom patienten selv kan have valgt at blive behandlet på et sygehus med en ventetid over 30 dage.

#### Overholdelse af udredningsretten for somatiske patienter

##### Mål

Andel patienter udredt inden for 30 dage ud af alle udredte patienter, pct.

Andel patienter med en udredningsplan udleveret inden for 30 dage ud af alle patienter med en udredningsplan, pct.

##### Beskrivelse

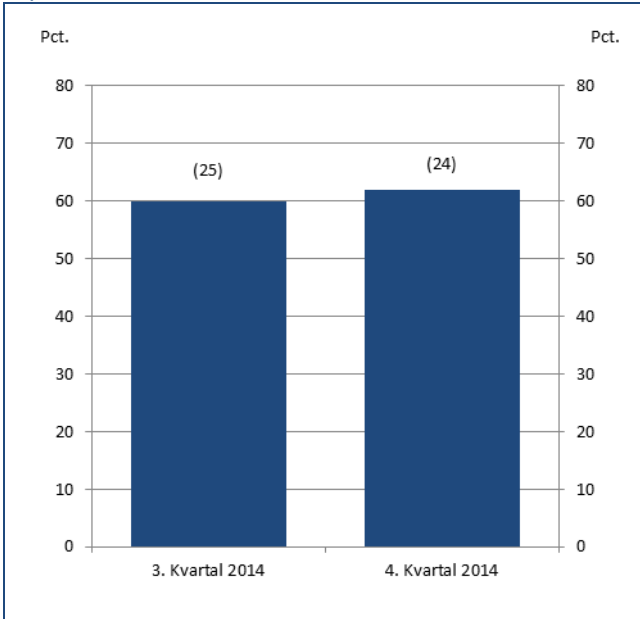
Udredningsforløbets længde beregnes som antal kalenderdage fra henvisningsdato til forløbets slutning (første registrering af klinisk beslutning) fratrukket perioder, hvor patienten ikke kan udredes pga. patientens ferie, behandling for anden sygdom mv.

Andel af udredningsplaner udleveret inden for 30 dage er beregnet på baggrund af antal kalenderdage fra henvisningsdato til dato for udlevering af udredningsplan. Andelen beregnes som andel udredningsplaner udleveret inden for 30 dage ud af det samlede antal udredningsplaner.

Der henvises til <http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/URS/Sider/Udredningsretten.aspx> for yderligere beskrivelse af metoden.

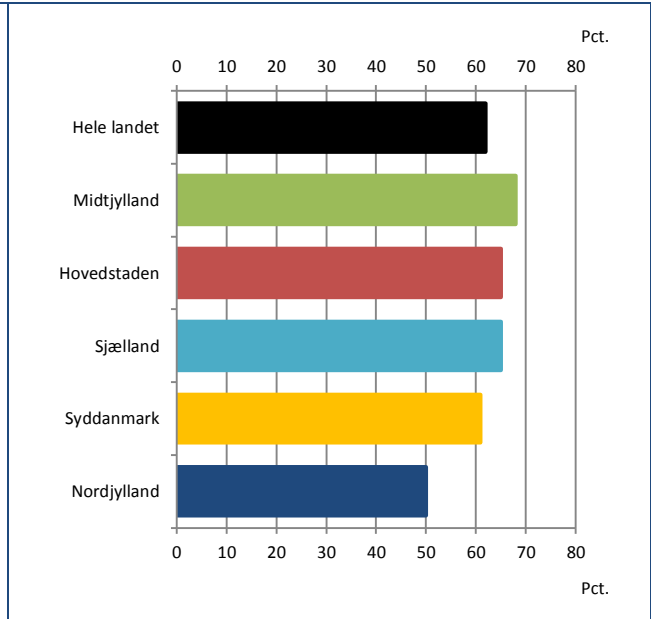
*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.*

**Figur 81. Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, 3.-4. kv. 2014, andel af udredte patienter, pct. (median-udredningstid i dage i parentes)**



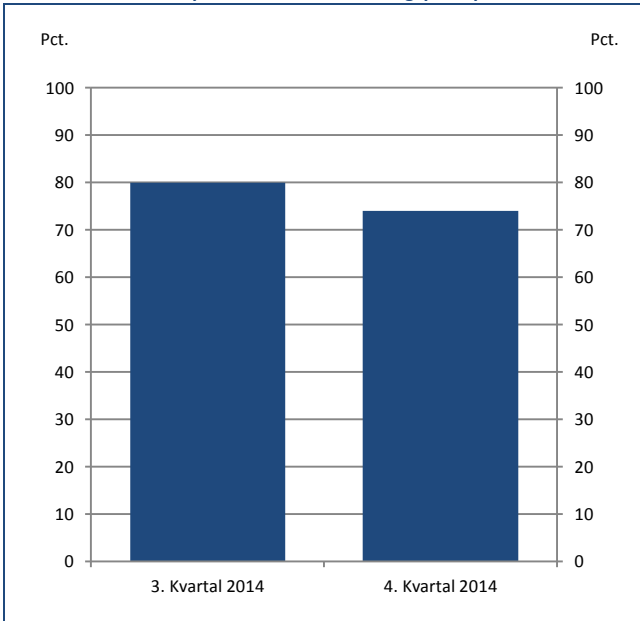
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
 Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning. I 2. kvartal 2014 er der registreret 49.814 udredningsforløb, mens der i 3. kvartal 2014 er registreret 65.397.

**Figur 82. Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, efter region, 4. kv. 2014, andel af udredte patienter, pct.**



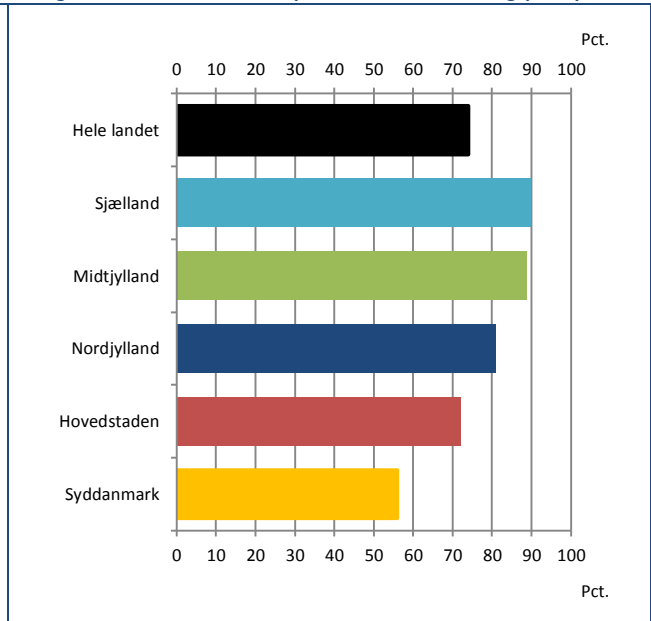
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
 Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

**Figur 83. Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage, 3.-4. kv. 2014, andel af patienter med udredningsplan, pct.**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
 Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

**Figur 84. Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage, efter region, 4. kv. 2014, andel af patienter med udredningsplan, pct.**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
 Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

### 5.3 SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN

Når patienter indgår i et behandlings- eller undersøgelsesforløb indebærer det ofte overgange af forskellig karakter, hvor information om patienten og ansvaret for patienten skal følge med. Det gælder bl.a. overflytninger mellem afdelinger, overflytninger mellem sygehuse og ved nogle forløb overgange fra sygehus til kommunal pleje eller til opfølgning og kontrol hos egen læge .

Et sammenhængende forløb er et forløb, der sikrer, at de mange patientovergange sker uden, at viden om patienten går tabt undervejs i forløbet, og at ansvaret for patienten er klart. Hvis forskellige overgange ikke håndteres rigtigt, kan det både betyde nedsat effektivitet og ringere patientsikkerhed. Desuden vil det formentligt også påvirke patientens oplevelse af forløbet.

Det er derfor et centralt mål for sundhedsvæsenet, at forløbene i sundhedsvæsenet hænger sammen, både organisatorisk og fra patientens synsvinkel.

---

#### INDIKATORER

---

- Tilfredshed med sygehusets orientering af egen læge
- Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og hjemmeplejen





### 5.3.1 Tilfredshed med sygehusets orientering af egen læge

Et vigtigt aspekt af det sammenhængende forløb er, at patientens egen læge får den nødvendige information om patientens indlæggelse eller besøg.

Såfremt de lægefagligt relevante oplysninger ikke videregives, kan den praktiserende læge have svært ved at lave den nødvendige opfølgning og kontrol.

Hovedparten af patienterne på sygehuse er positive i forhold til sygehusets orientering af egen læge.

I 2013 lå andelen af patienter, som vurderede sygehusets orientering af patientens egen læge positivt, på godt 85 pct. for både ambulante og indlagte patienter, *jf. figur 85*.

Der er dog regionale forskelle i vurderingen. Det gælder særligt i forhold til ambulante patienters vurdering af sygehusets orientering af deres egen læge.

I Region Hovedstaden vurderede 81 pct. af patienterne orienteringen af egen læge positivt, mens andelen var 89 pct. i Region Nordjylland, *jf. figur 86*.

2014-tal, som er offentliggjort ultimo april 2015, har ikke været mulige at medtage i rapporten.

#### Tilfredshed med sygehusets orientering af egen læge

##### Mål

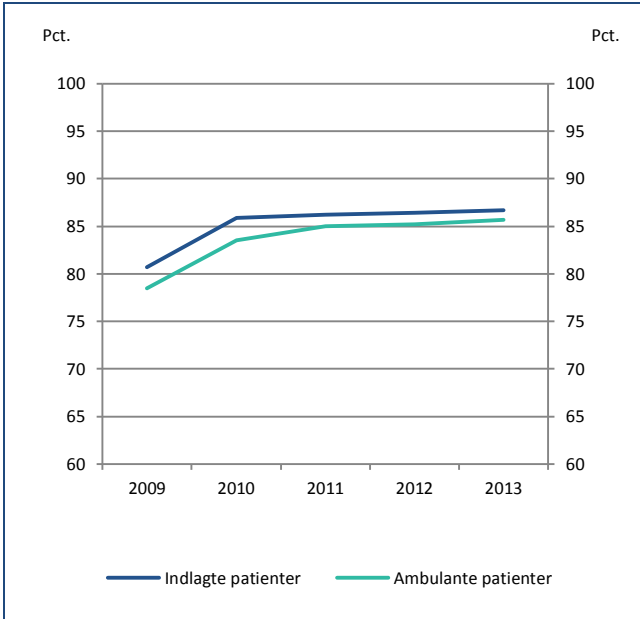
Andel af patienter med virkelige god/god vurdering af sygehusafdelingens/ambulatories orientering af egen praktiserende læge, pct.

##### Beskrivelse

Andel af indlagte/ambulante patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at afdelingen/ambulatoriet har orienteret din praktiserende læge om dit behandlingsforløb?"

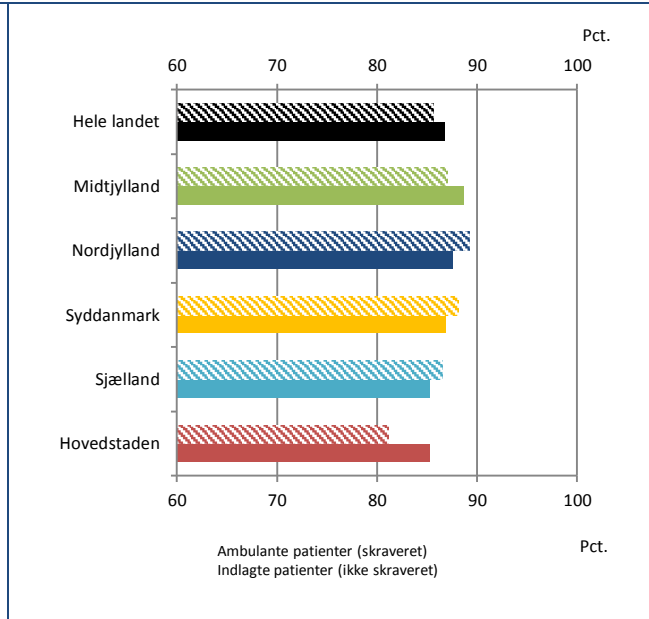
*Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.*

Figur 85. Tilfredshed med sygehusets orientering af egen læge, 2009-2013, andel positive, pct.



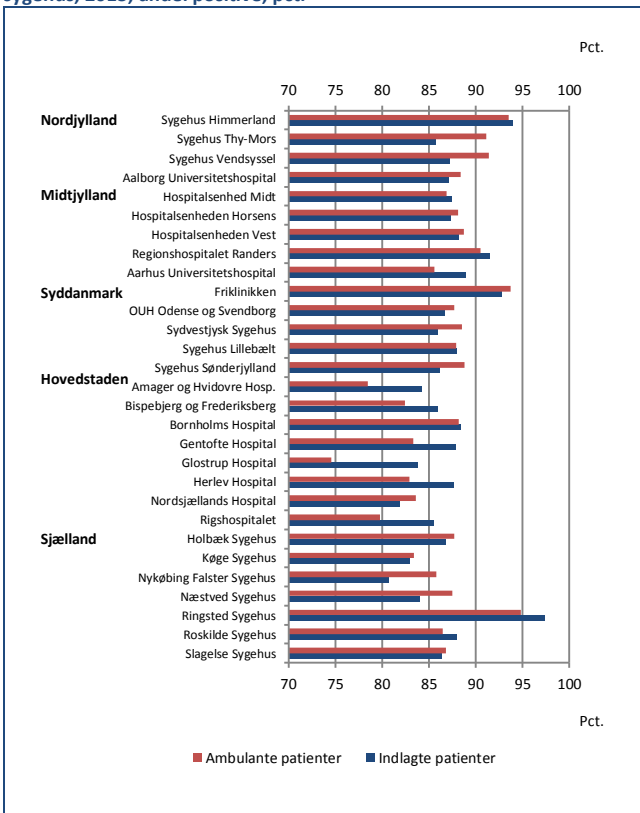
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 86. Tilfredshed med sygehusets orientering af egen læge, efter region, 2013, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 87. Tilfredshed med sygehusets orientering af egen læge, efter sygehus, 2013, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

### 5.3.2 Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og hjemmeplejen

Regioner og kommuner har i fællesskab ansvaret for den patientrettede forebyggelse, som skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, og begrænse eller udskyde komplikationer.

Mange patienter, særligt den store gruppe af ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom, har ofte længere, tværsektorielle og ikke-lineære behandlings- og plejeforløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen.

Derfor er kommuner og regioner afhængige af hinanden i forhold til bl.a. den patientrettede forebyggelse og pleje samt behandling af borgeren i eget hjem.

En vigtig markør for, hvordan samarbejdet mellem regioner og kommuner fungerer, er patienternes oplevelse heraf.

I 2013 lå andelen af patienter, som vurderede samarbejdet mellem sygehuset og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje positivt, på 87 pct. og 91 pct. for henholdsvis indlagte og ambulante patienter, *jf. figur 88*.

Regionalt er der kun mindre forskelle i andelen af positive vurderinger, *jf. figur 89*.

2014-tal, som er offentliggjort ultimo april 2015, har ikke været mulige at medtage i rapporten.

#### Tilfreds med samarbejde mellem sygehus og hjemmeplejen

##### Mål

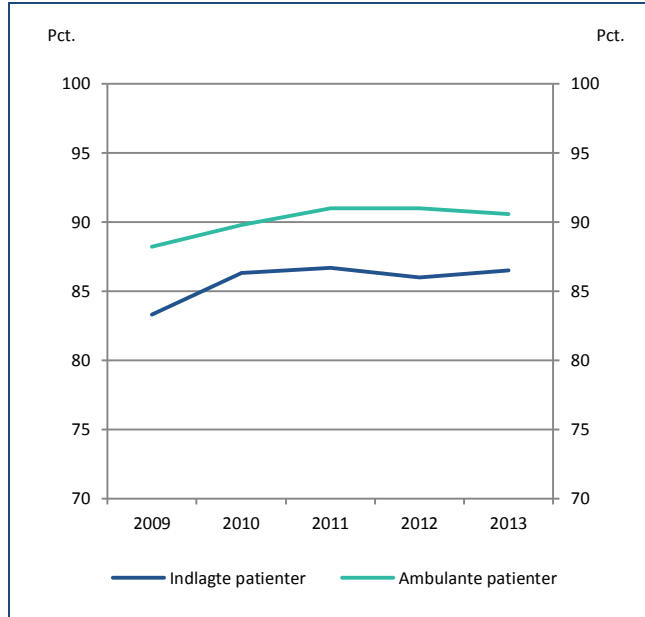
Andel af patienter med virkelig god/god vurdering af afdelings/ambulatories samarbejde med hjemme(syge)pleje, pct.

##### Beskrivelse

Andel af indlagte/ambulante patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?"

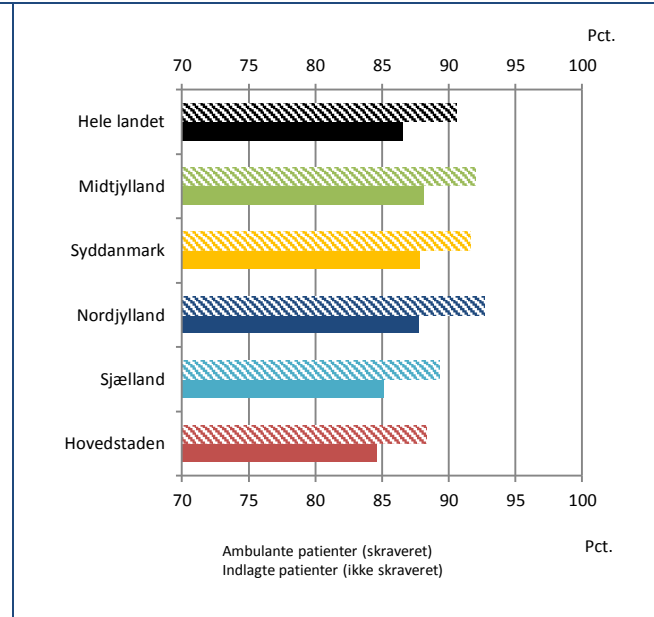
*Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.*

Figur 88. Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og den kommunale pleje, 2009-2013, andel positive, pct.



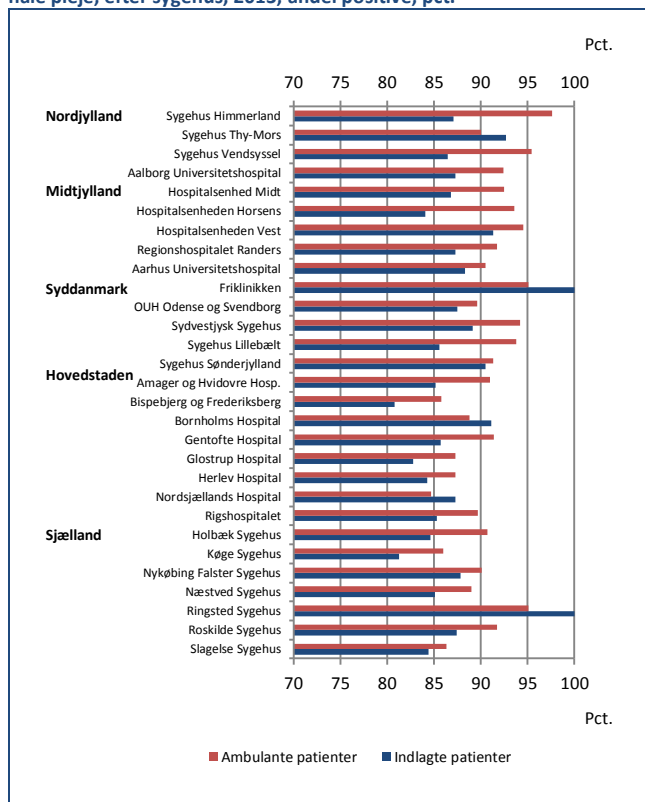
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 89. Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og den kommunale pleje, efter region, 2013, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 90. Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og den kommunale pleje, efter sygehus, 2013, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

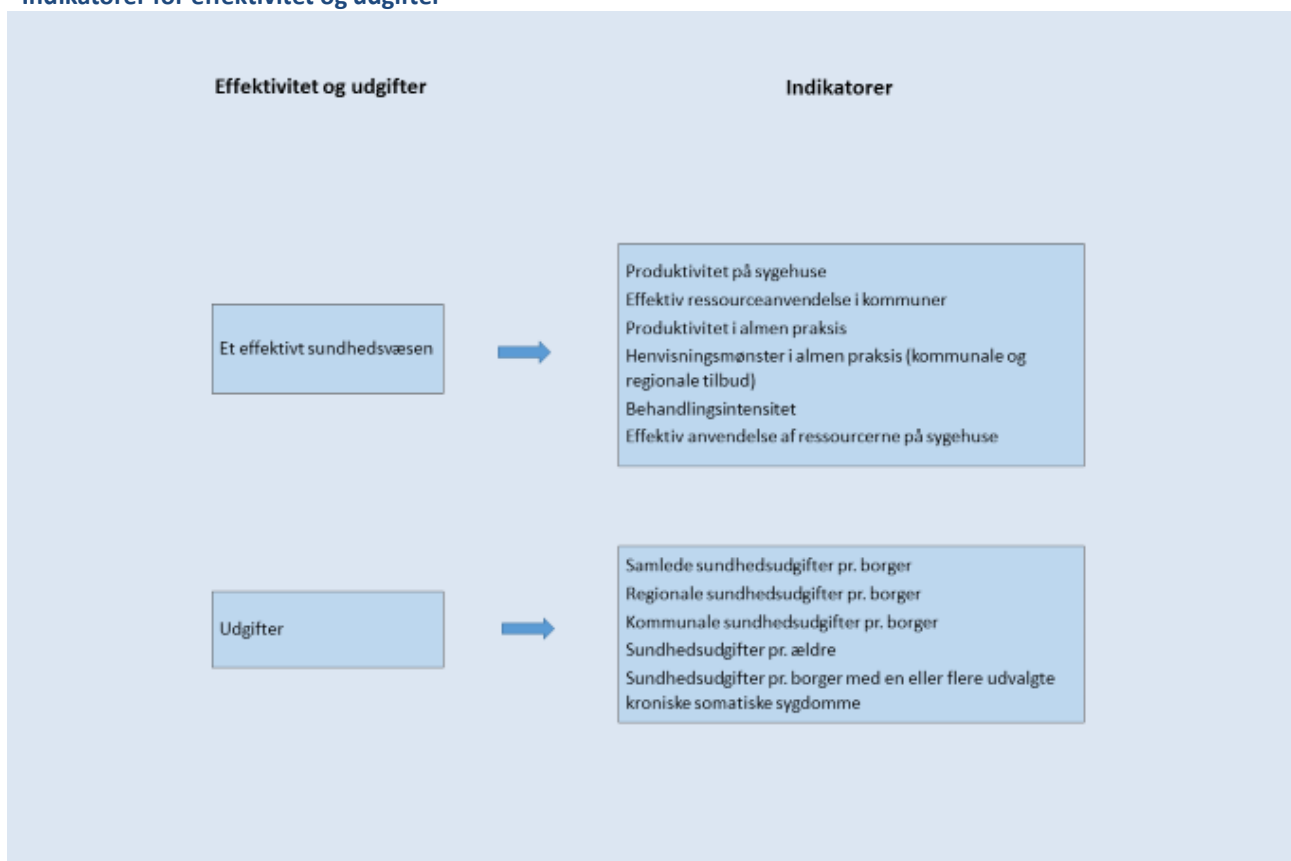
## 6 EFFEKTIVITET OG UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET

En af udfordringerne for sundhedsvæsenet er at skabe mere og bedre sundhed for pengene. Udgifterne på sundhedsområdet udgør på nuværende tidspunkt over en fjerdedel af de samlede offentlige udgifter og spiller dermed en væsentlig rolle i samfundsøkonomien.

Samtidigt er sundhedsudgifterne under pres. Det skyldes bl.a. et stigende antal ældre i befolkningen, ændringer i sygdomsbilledet med bl.a. flere kronisk syge, den teknologiske udvikling og en stadigt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse. Dog bliver udgiftspresset som følge af flere ældre dæmpet af "sund aldring", jf. afsnit 6.2.2.

For at udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet bedst muligt og sikre lave udgifter pr. borger er det derfor vigtigt, at behandlinger gennemføres på et veldokumenteret grundlag, og at behandlingsforløbene er effektive og af høj kvalitet.

### Indikatorer for effektivitet og udgifter



Anm.: Det bemærkes, at visse af indikatorerne endnu ikke er udviklet, hvorfor der forestår et udviklingsarbejde.

## 6.1 ET EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN

Et effektivt sundhedsvæsen forudsætter bl.a., at opgaverne løses på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Det betyder, at behandling, pleje mv. ikke foregår på et højere specialiseringsniveau, end hvad der er fagligt nødvendigt for høj kvalitet af ydelsen.

Hvis der ikke er en hensigtsmæssig arbejdsdeling og samarbejde mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet, kan det medføre en uhensigtsmæssig anvendelse af ressourcer i de tilfælde, hvor patienterne bliver behandlet på et mere specialiseret niveau, end der er behov for.

Det skal bemærkes, at der fortsat udestår et udviklingsarbejde i forhold til indikatorer for et effektivt sundhedsvæsen. Det gælder indikatorer for behandlingsintensitet, effektiv ressourceanvendelse på sygehuse, effektiv ressourceanvendelse i kommuner, henvisningsmønstre i almen praksis samt endelig for produktivitet i almen praksis.

---

### INDIKATORER

---

- Antal sygehuskontakter pr. patient
- Produktivitet på sygehuse



### 6.1.1 Antal sygehuskontakter pr. patient

En analyse har vist, at størstedelen af væksten i sygehusvæsenets aktivitet fra 2005 til 2010 kan forklares med flere sygehuskontakter pr. patient og samtidigt dyrere kontakter [30].

Væksten kan bl.a. henføres til mere og bredere behandling af den enkelte patient [31].

I 2014 var den årlige vækst i antal sygehuskontakter pr. patient på -1,4 pct., *jf. figur 91*. Med andre ord faldt antallet af kontakter pr. patient med 1,4 pct. i forhold til 2013.

På regionalt plan er antallet af sygehuskontakter pr. patient ligeledes faldet i Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Syddanmark i 2014, med mellem 1,7 pct. og 3,6 pct., *jf. figur 92*. I Region Midtjylland og Region Sjælland er antallet derimod steget med henholdsvis 0,3 pct. og 1,1 pct.

#### Antal sygehuskontakter pr. patient

##### Mål

Årlig udvikling i gennemsnitligt antal sygehuskontakter pr. patient, pct.

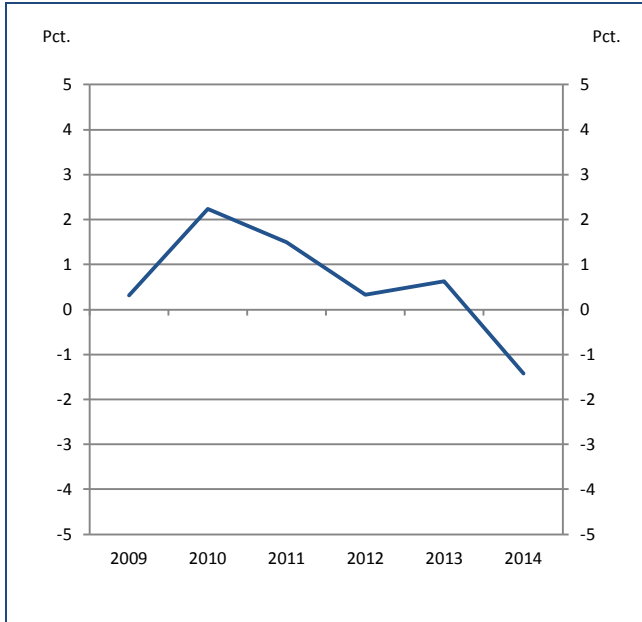
##### Beskrivelse

Sygehuskontakter omfatter indlæggelser og ambulant aktivitet. Kontakterne vægtes således, at der tages højde for et større ressourceforbrug ved indlæggelse end ved ambulante besøg.

Ressourceforbruget måles ved produktionsværdien, der er et mål for værdien af aktiviteten på sygehusene (behandlinger mv.). Patienter er unikke patienter.

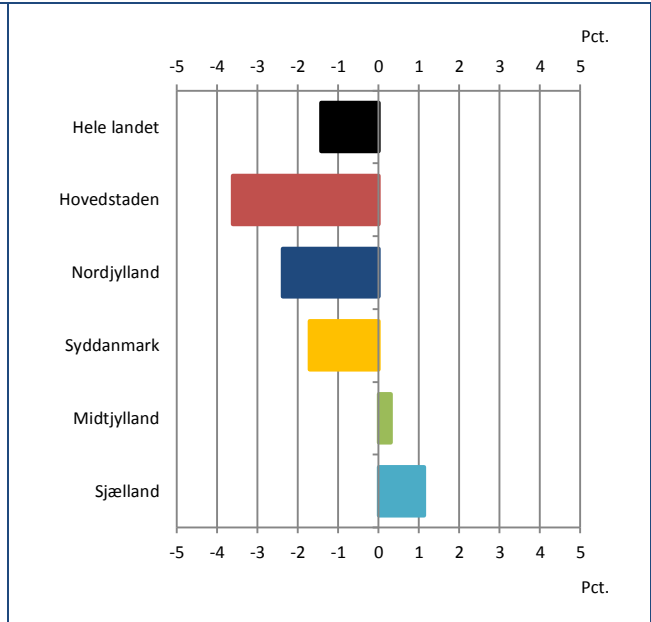
*Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.*

Figur 91. Antal sygehuskontakter pr. patient, 2009-2014, år til år udvikling, pct.



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.

Figur 92. Antal sygehuskontakter pr. patient, efter region, 2014, ændring ift. 2013, pct.



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.



### 6.1.2 Produktivitet på sygehuse

For at understøtte en så effektiv ressourceanvendelse som muligt på sygehusene er der siden 2003 årligt lavet opgørelser af produktiviteten på sygehuse. Produktiviteten måles ved, at aktiviteten på sygehuse (produktionsværdien) sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne aktivitet.

I årene 2003 til 2007 var der på landsplan år for år en positiv udvikling i produktiviteten på landets offentlige sygehuse på 1,9 pct. i gennemsnit. I denne periode har sygehusene med andre ord årligt ydet mere behandling for de samme penge.

Denne udvikling blev brudt i 2008, idet produktiviteten fra 2007 til 2008 faldt med 3,2 pct. En væsentlig årsag til dette produktivitetsfald var konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008.

I perioden 2009 til 2013 er produktiviteten på de offentlige somatiske sygehuse igen steget, med mellem 1,4 pct. og 5,3 pct. årligt, *jf. figur 93*. I 2013 steg produktiviteten med 3,2 pct., hvilket kan henføres til en forholdsvis større stigning i aktiviteten end i udgifterne.

Den gennemsnitlige årlige stigning for perioden 2009 til 2013 var på 3,9 pct., hvilket er over den gennemsnitlige produktivitetsvækst på 2,4 pct. årligt siden 2003.

Produktivitetsniveauet varierer dog regionerne imellem. I 2013 varierer niveauet med 10 pct.point, *jf. figur 94*. Region Syddanmark og Region Hovedstaden har den højeste produktivitet, 2 pct.point over landsgennemsnittet. Region Nordjyllands produktivitet ligger derimod 8 pct.point under landsgennemsnittet.

#### Produktivitet på sygehuse

##### Mål

Årlig udvikling i produktivitet, pct.

Produktivitetsniveau, indeks (hele landet=100)

##### Beskrivelse

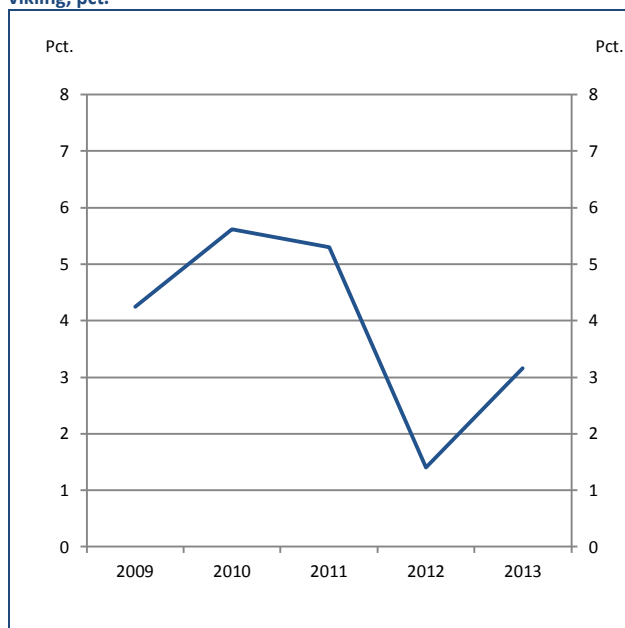
Produktivitetsniveauet opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter målt i forhold til landsgennemsnittet.

Et produktivitetsniveau på 102 svarer således til en produktivitet, der er 2 pct. højere end gennemsnittet for hele landet.

Opgørelserne af produktivitet udarbejdes i et samarbejde mellem regionerne, Danske Regioner, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Forud for offentliggørelsen foregår der et større valideringsarbejde. Det betyder, at der er ca. et år mellem afslutningen af det pågældende opgørelsesår til offentliggørelse.

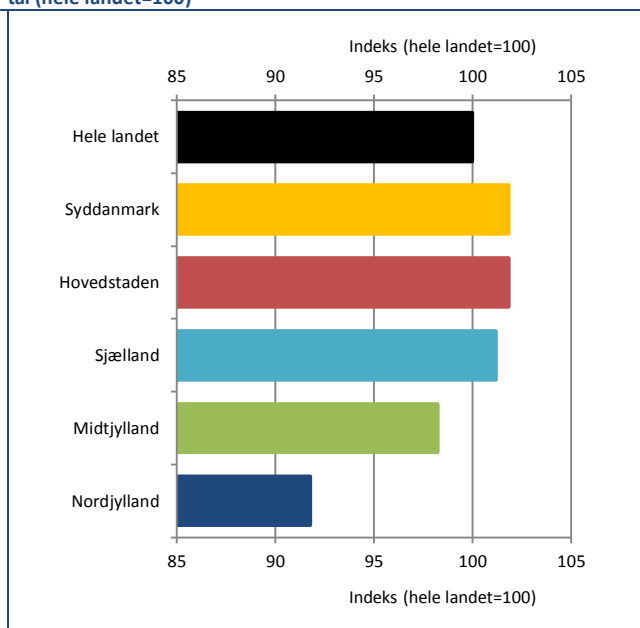
Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.

Figur 93. Produktivitetsudvikling på sygehuse, 2009-2013, år til år udvikling, pct.



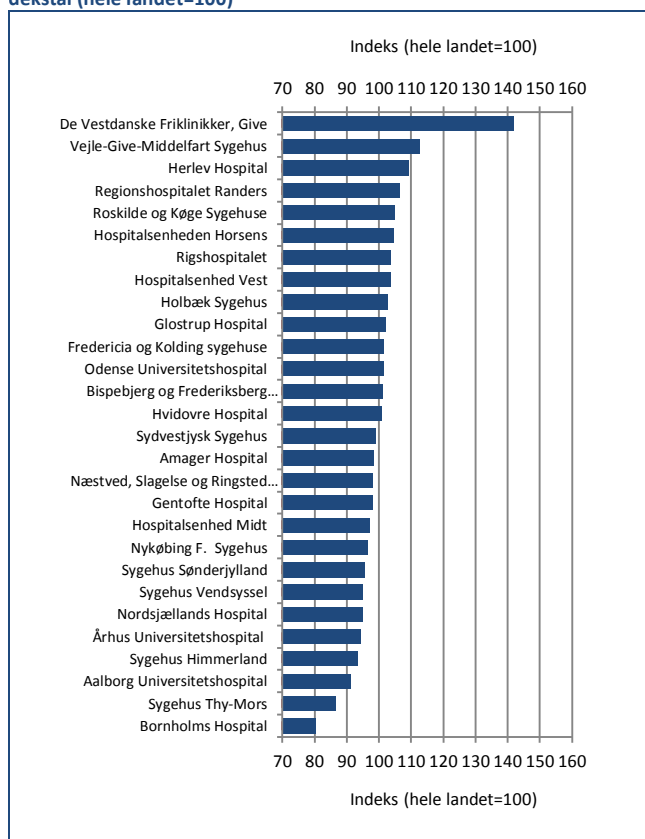
Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.

Figur 94. Produktivetsniveau på sygehuse, efter region, 2013, indekstal (hele landet=100)



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.

Figur 95. Produktivetsniveau på sygehuse, efter sygehus, 2013, indekstal (hele landet=100)



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.

## 6.2 UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET

Siden 2009 har udgifterne til sundhed været relativt konstante. Vækstraterne for udgifter til sundhedsområdet i Danmark har desuden i international sammenhæng været lave set i forhold til gennemsnittet for OECD-lande.

Størstedelen af de offentlige udgifter til sundhed, ca. tre fjerdedele, afholdes af regionerne, mens kommunernes udgifter stort set udgør den resterende fjerdedel<sup>10</sup>.

---

### INDIKATORER

---

- Sundhedsudgifter pr. borger (samlede, regionale og kommunale)
- Regionale sundhedsudgifter pr. ældre
- Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme



---

<sup>10</sup> De offentlige udgifter til sundhed forstås her som det offentlige forbrug på sundhedsområdet, som i 2013 udgjorde 153 mia. kr.

### 6.2.1 Sundhedsudgifter pr. borger

I perioden 2009 til 2013 har de samlede offentlige sundhedsudgifter (det offentlige forbrug på sundhedsområdet) pr. borger ligget på ca. 27.000 kr. (2015-pl), *jf. figur 96*. Dette tal inkluderer bl.a. også udgifter til den kommunale ældrepleje.

De regionale udgifter pr. borger har ligget på omkring 18.000 kr., mens de kommunale sundhedsudgifter har ligget på ca. 1.800 kr. pr. borger.

Medregnes kommunernes medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter<sup>11</sup> udgør de kommunale sundhedsudgifter pr. borger ca. 5.500 kr. i 2013. Det bemærkes i den forbindelse, at ca. 18 pct. af regionernes finansiering af deres sundhedsudgifter i 2013 var finansieret af kommunerne

Regionernes sundhedsudgifter varierer fra ca. 17.000 kr. pr. borger i Region Midtjylland til ca. 19.000 kr. i Region Sjælland, *jf. figur 97*.

Kommunernes sundhedsudgifter eksklusiv medfinansiering varierer fra ca. 1.000 kr. til ca. 3.400 kr. pr. borger, *jf. figur 98*.

Disse udgiftsforskelle mellem regioner og kommuner kan bl.a. afspejle socioøkonomiske forskelle mellem borgerne.

#### Sundhedsudgifter pr. borger

##### Mål

Samlede, regionale og kommunale sundhedsudgifter pr. borger, kr. (2015-pl)

##### Beskrivelse

De samlede sundhedsudgifter opgøres som det offentlige forbrug på sundhedsområdet, som består af summen af følgende komponenter: udgifterne til aflønning af ansatte, salg af varer og tjenester, forbrug i produktionen, andre produktionskatte og –subsidier (netto), sociale overførsler i naturalier og forbruget af fast realkapital. I opgørelsen af de samlede offentlige sundhedsudgifter indgår kommunale udgifter til ældrepleje. Disse indgår ikke i indikatoren for kommunale sundhedsudgifter pr. borger.

De regionale sundhedsudgifter opgøres som regionernes nettodriftsudgifter på sundhedsområdet, som de fremgår af de årlige regionale regnskaber (hovedkonto 1). Disse omfatter primært udgifter til sygehuse, praksissektoren og medicintilskud.

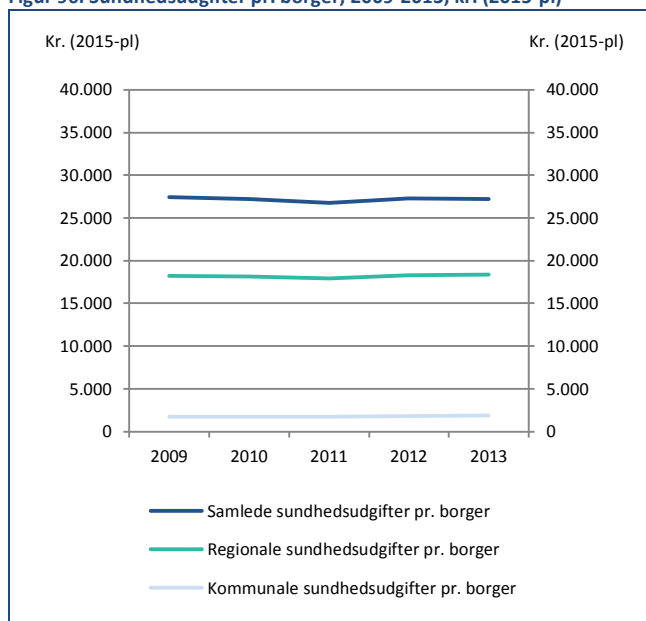
De kommunale sundhedsudgifter opgøres som kommunernes nettodriftsudgifter på sundhedsområdet, som de fremgår af de årlige kommunale regnskaber. Disse omfatter hovedkonto 4 ekskl. kommunal medfinansiering, dvs. træning, fysioterapi, tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedstjenester samt andre sundhedsudgifter. Dertil lægges udgifter til hjemmesygepleje (konto 5.32.004).

Kommunerne afholder endvidere en række sundhedsudgifter, der bliver konteret som en del af ældreplejen. Det kan eksempelvis være forebyggende indsatser. Disse udgifter er ikke medregnet i opgørelsen af de kommunale sundhedsudgifter, da det ikke er muligt at udskille disse fra de øvrige udgifter på ældreområdet.

Kilde: Danmarks Statistik.

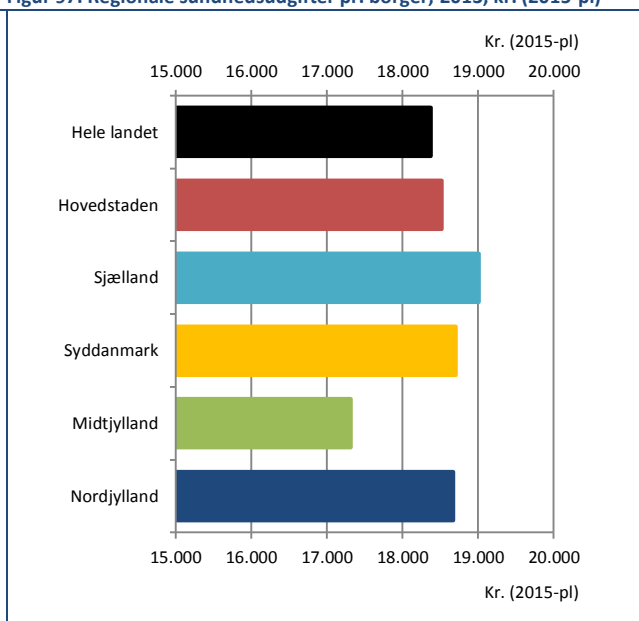
<sup>11</sup> Finansieringen af sundhedsvæsenet er indrettet sådan, at regionerne modtager et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne for behandling af kommunernes borgere på sygehuse og i praksissektoren. I 2013 udgjorde bidraget ca. 18 pct. af regionernes finansiering. Indikatorerne for regionale og kommunale sundhedsudgifter er opgjort ud fra, hvem der har afholdt udgifterne til de konkrete opgaver (undersøgelser, behandling mv.).

Figur 96. Sundhedsudgifter pr. borger, 2009-2013, kr. (2015-pl)



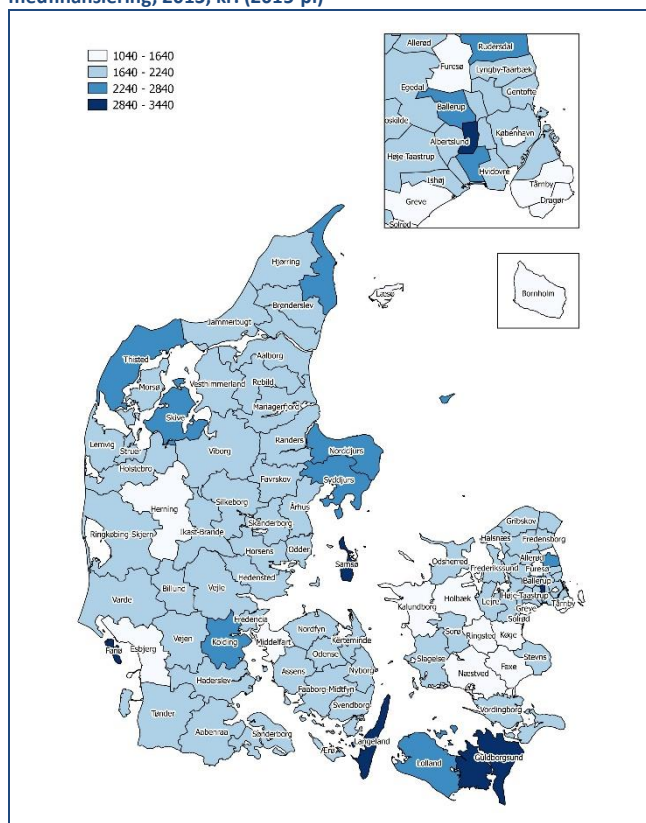
Kilde: Danmarks Statistik.

Figur 97. Regionale sundhedsudgifter pr. borger, 2013, kr. (2015-pl)



Kilde: Danmarks Statistik.

Figur 98. Kommunale sundhedsudgifter pr. borger, ekskl. kommunal medfinansiering, 2013, kr. (2015-pl)



Kilde: Danmarks Statistik.

### 6.2.2 Regionale sundhedsudgifter pr. ældre

Demografiske effekter, der medfører pres på sundhedsudgifterne, kan skyldes alderssammensætningen, men også forlængelse af levetiden. Udgiftspres som følge af alderssammensætningen hænger sammen med, at de store efterkrigsårgange bliver ældre og også forventes at trække mere på sundhedsvæsenet i de kommende år.

Forlængelse af ældres restlevetid vil medføre, at der bliver flere ældre. Fastholdes samtidigt det nuværende niveau for aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person vil det medføre højere sundhedsudgifter. Flere undersøgelser viser imidlertid, at sundhedsudgifter i de sidste leveår (terminaludgifter) ikke afhænger af alder, men af restlevetiden. Når levetiden stiger, vil sundhedsudgifterne dermed udskydes til en højere alder. Udgiftspreset bliver således ikke så stort, som det stigende antal ældre umiddelbart tilsiger. Dette betegnes ofte som "sund aldring" [32].

Regionale sundhedsudgifter til ældre (65+ år) omfatter udgifter til sygehusbehandling, behandling i praksissektoren samt regionernes udgifter til medicintilskud. I perioden 2009 til 2014 er de regionale sundhedsudgifter pr. ældre steget fra ca. 35.600 kr. til ca. 37.600 kr., *jf. figur 99*.

Region Hovedstaden har flest udgifter til sundhed pr. ældre, ca. 42.100 kr., mens Region Nordjylland har færrest, ca. 32.700 kr., *jf. figur 100*.

På kommuneniveau kan der konstateres forskelle i forbruget af det regionale sundhedsvæsen blandt ældre både på tværs af kommuner i hele landet og på tværs af kommuner i de enkelte regioner.

Kommunerne med det højeste forbrug, ca. 40.600 kr. til ca. 46.500 kr. pr. ældre, er koncentreret i Hovedstadsområdet, *jf. figur 101*.

#### Regionale sundhedsudgifter pr. ældre

##### Mål

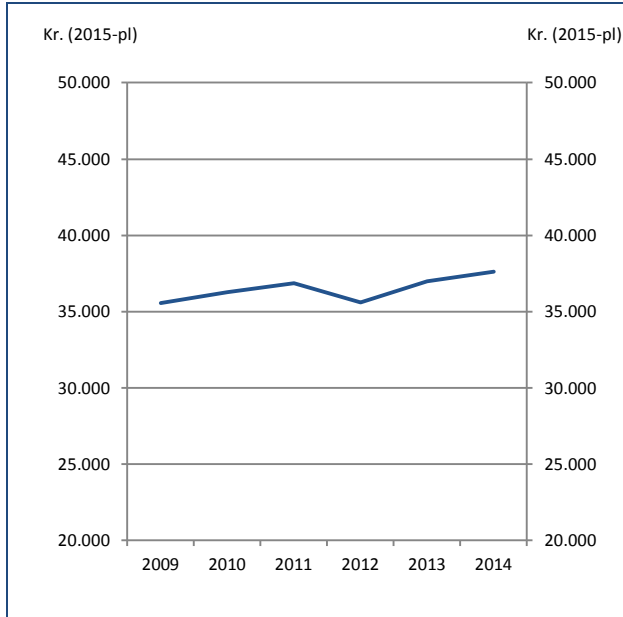
Regionale sundhedsudgifter pr. ældre (65+ år), kr. (2015-pl)

##### Beskrivelse

Opgørelsen omfatter produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af sengedage og besøg i det psykiatriske sygehusvæsen, bruttohonorarer ved behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til receptpligtig medicin.

*Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.*

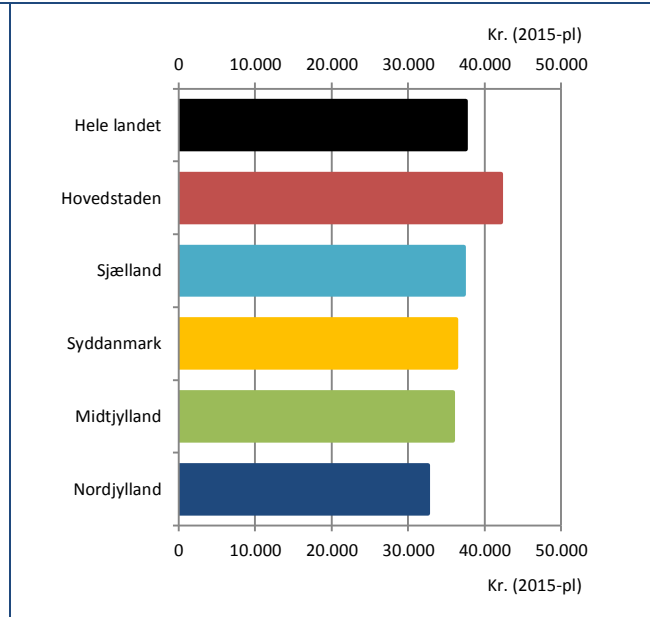
Figur 99. Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, 2009-2014, kr. (2015-pl)



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

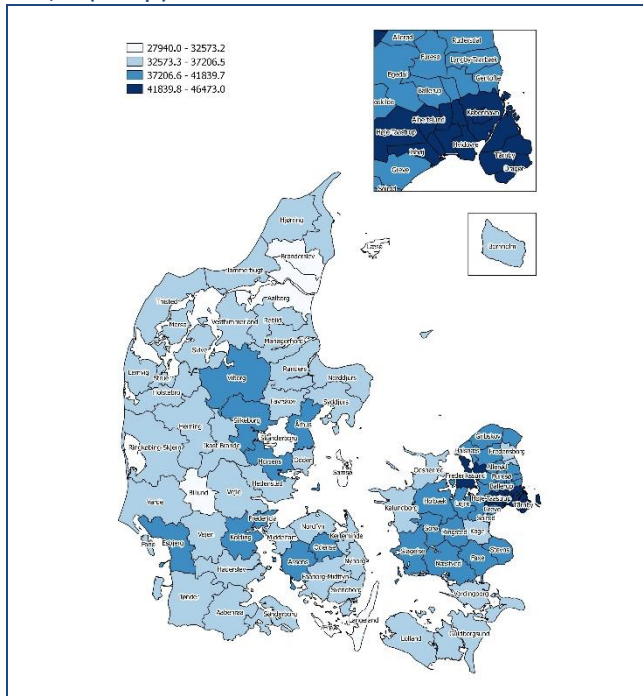
Figur 100. Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, efter region, 2014, kr. (2015-pl)



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 101. Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, efter kommune, 2014, kr. (2015-pl)



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

### 6.2.3 Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme

Flere og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme som f.eks. diabetes og KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), og antallet forventes at stige i de kommende år. Denne gruppe borgere har ofte et vedvarende og særligt ressourcekrævende behov for behandling og pleje.

I 2014 udgjorde de regionale sundhedsudgifter pr. borger med én eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme ca. 39.000 kr., *jf. figur 102*. Det svarer til i alt ca. 34 mia. kr.

Regionale sundhedsudgifter omfatter udgifter til sygehusbehandling, behandling i praksissektoren samt regionernes udgifter til medicintilskud.

På regionalt plan varierede udgifterne pr. borger i gruppen af kroniske syge fra ca. 35.700 kr. i Region Nordjylland til ca. 42.500 kr. i Region Hovedstaden, *jf. figur 103*.

På kommunalt plan varierer udgiftsniveauet pr. borger fra under 33.000 kr. til over 45.000 kr., *jf. figur 104*.

#### Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme

##### Mål

Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, kr. (2015-pl)

##### Beskrivelse

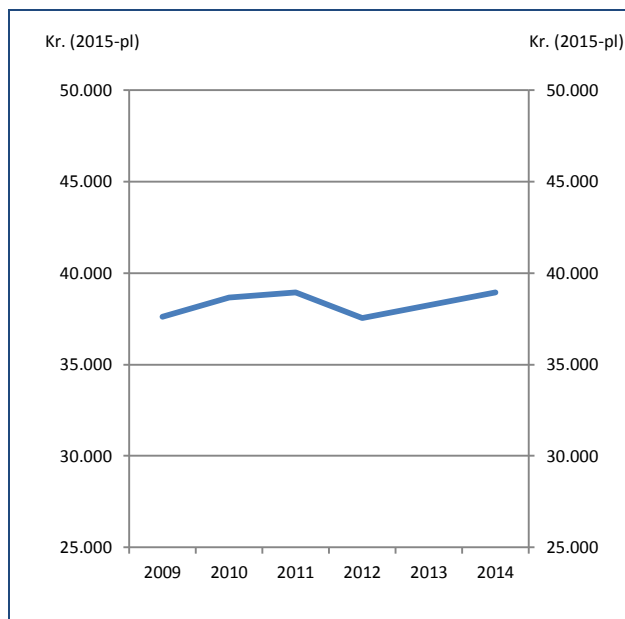
Opgørelsen omfatter produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af sengedage og besøg i det psykiatriske sygehusvæsen, bruttohonorarer ved behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til receptpligtig medicin.

Følgende syv udvalgte kroniske somatiske sygdomme indgår i opgørelsen: astma, type 1 – diabetes, type 2 – diabetes, KOL, leddegigt, osteoporose og hjerteinsufficiens (hjertesvigt).

*Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.*



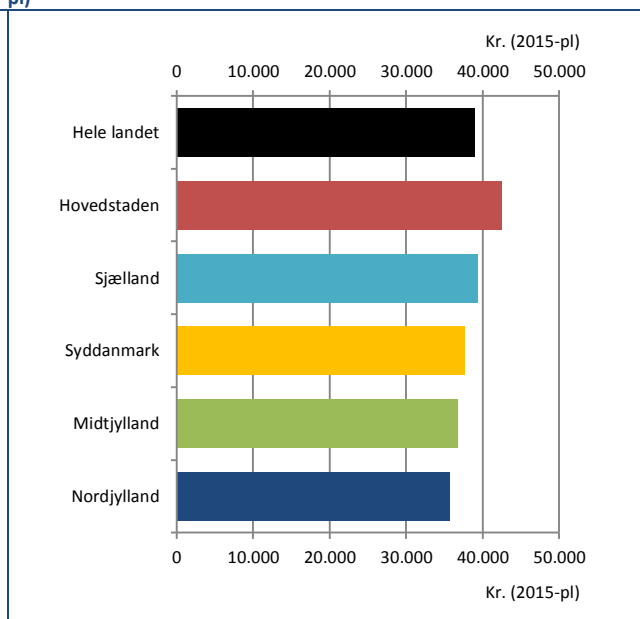
**Figur 102. Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, 2009-2014, kr. (2015-pl)**



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

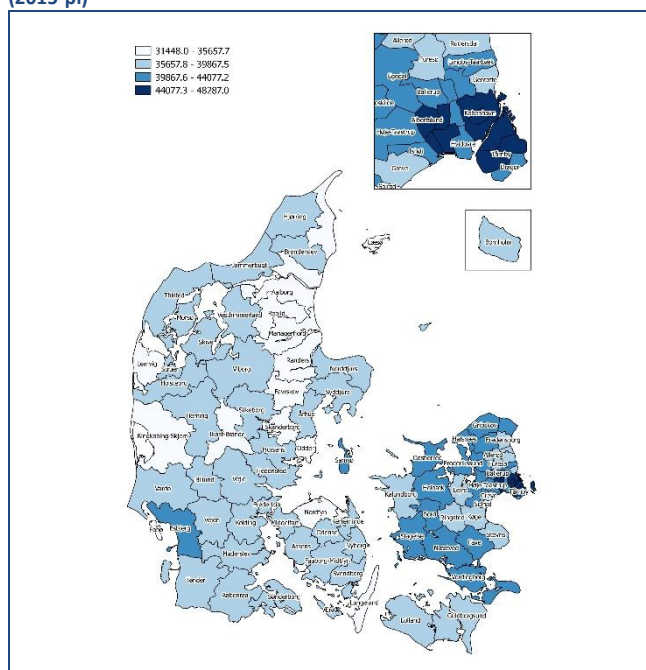
**Figur 103. Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, efter region, 2014, kr. (2015-pl)**



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

**Figur 104. Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, efter kommune, 2014, kr. (2015-pl)**



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

## 7 TEMA: PATIENTSKADER

---

Dette temakapitel belyser de erfaringer, som regionerne har gjort sig med brugen af Global Trigger Tool (GTT), og dernæst kortlægges nogle af de indsatser, der bliver arbejdet med i regionerne for at forbedre kvaliteten og patientsikkerheden for indlagte borgere.

Nedenstående tekst, tal og fakta er udarbejdet af Danske Regioner ud fra materiale og input fra regionerne.

### 7.1 RESUMÉ

- I aftalen for regionernes økonomi for 2013 blev regeringen og Danske Regioner enige om at reducere antallet af patientskader med 20 procent i perioden 2013-2015, og som metode til at måle udviklingen i antallet af patientskader besluttede regionerne at bruge GTT. Det har imidlertid vist sig, at GTT ikke er en valid metode til at afdække det overordnede og egentlige niveau for patientskader. GTT kan derimod være et redskab til at følge udviklingen af skader lokalt.
- For også at understøtte målet om at nedbringe antallet af patientskader med 20 procent fra 2013-2015, iværksatte regionerne tre fællesregionale kvalitetsindsatser (pakker) i 2012. Indsatserne er stort set fuldt ud implementeret i alle regioner. Effekten af de tre fællesregionale kvalitetsindsatser er endnu ikke mulig at fastslå på nationalt niveau, men for eksempel har tryksårspakken i Region Hovedstaden vist et fald i forekomsten af tryksår.
- Projekterne Patientsikkert Sygehus, Sikre fødsler og Sikker Psykiatri er tre andre indsatser, som er implementeret gennem forpligtende lærings- og forbedringsnetværk, der har eksplicit fokus på læring på tværs af sygehuse og regioner. Netop læring på tværs, er et væsentligt element i forhold til spredning af erfaringer og viden om tiltag, der kan medvirke til en reduktion af patientskader.

#### Boks 4. Udfordringer ved at monitorere udviklingen i patientskader

Udfordringerne knytter sig særligt til tre forhold:

Der findes ikke en klar definition på begrebet patientskade, og der findes hverken i Danmark eller internationalt en indikator, der er velegnet til samlet at måle udviklingen i patientskader.

Kvalitets- og patientsikkerhedsgevinster opnås blandt andet ved at ændre kliniske processer/arbejdsgange. Men det tager tid, før effekten af ændrede processer slår igennem på resultatindikatorerne.

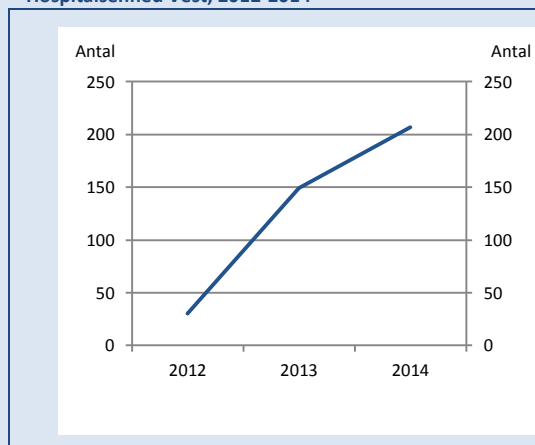
Mange andre forhold end de konkrete indsatser påvirker udvikling af eksempelvis patientskader, eks. ændrede procedurer, ændret patientsammensætning og ændrede behandlingsmetoder. Aggregerede mål er derfor sjældent sammenlignelige på tværs af sygehuse og i endnu mindre grad på tværs af regioner.

Når måling af patientskader aggregeres til nationalt eller regionalt niveau skabes der støj i målingerne, idet udviklingen kan gå i forskellige retninger fra hospital til hospital og fra afdeling til afdeling. En stabil reduktion af patientskader på nationalt eller regionalt niveau vil derfor være vanskelig at konstatere indenfor et kort tidsrum. Måles der på hospitals- eller afdelingsniveau kan der formodentligt kunne spores en lokal udvikling hurtigere. Man skal dog være opmærksom på, at jo mere lokalt man måler, jo færre tilfælde vil målingerne basere sig på, hvilket går udover den statistiske robusthed.

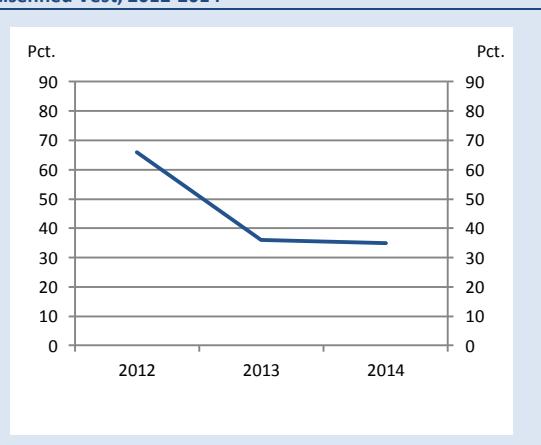
Udover de overordnede problemer med at måle udvikling i patientskader på regionalt og nationalt niveau, er udviklingen i antallet af patientskader ikke en entydig indikator for kvalitet og patientsikkerhed. Udviklingen i patientskader viser antallet af patientskader, der både opdages og registreres. Når der sættes fokus på patientskader, kan der ske det, at der både opdages og registreres flere patientskader, men at patientsikkerheden samtidig forbedres. Nedenstående eksempel fra Hospitalsenhed Vest i Region Midtjylland, illustrerer dette.

Figur 1 og 2 viser, at da der blev sat fokus på septisk chok under indlæggelse på Hospitalsenhed Vest steg antallet af tilfælde markant, fra 29 i 2012 til 209 i 2014. I samme periode faldt andelen af dødsfald dog blandt patienter, der fik septisk chok under indlæggelse. Patientsikkerheden omkring septisk chok blev således forbedret, selvom antallet af opdagede og registrerede tilfælde steg.

Udvikling i antallet af patienter der udvikler septisk chok på Hospitalsenhed Vest, 2012-2014



Andel dødsfald blandt patienter med septisk chok på Hospitalsenhed Vest, 2012-2014



## 7.2 ERFARINGER MED BRUG AF GLOBAL TRIGGER TOOL

I aftalen for regionernes økonomi for 2013 blev regeringen og Danske Regioner enige om at reducere antallet af patientskader med 20 procent i perioden 2013-2015. Som metode til at måle udviklingen i antallet af patientskader besluttede regionerne at bruge Global Trigger Tool (GTT). Det var den metode, der på daværende tidspunkt havde de mest lovende perspektiver.

### Boks 5. Global Trigger Tool - metode

GTT-metoden går ud på at tage journalstikprøver og gennemgå dem for potentielle indikatorer (triggere) på skader. Der gennemgås mindst tyve journaler pr. hospital pr. måned. Monitoreringen af skader over tid rapporteres på sygehusniveau hvert halve år. Monitoreringen rapporteres i form af to indikatorer, antallet af skader pr. 1000 indlæggelsesdage, registreret pr. måned og antal skader fordelt på skadeskategorier, registreret pr. måned.

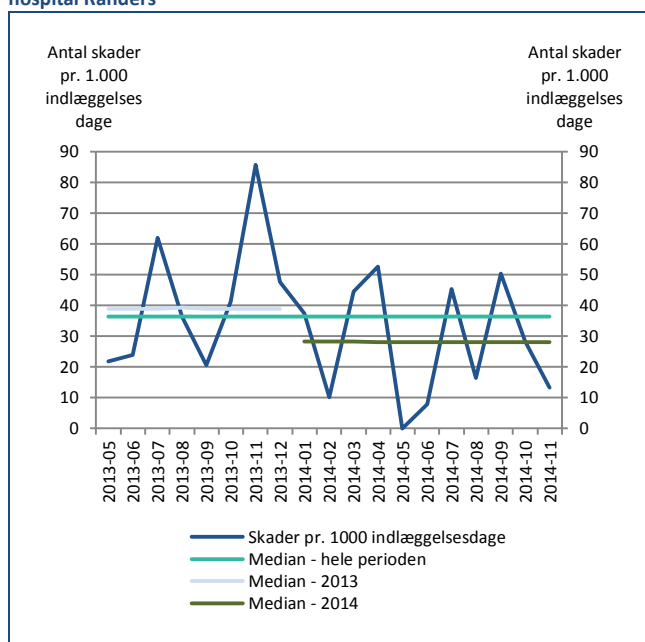
Det har imidlertid vist sig, at GTT ikke er en valid metode til at monitorere udviklingen i det overordnede og egentlige niveau for patientskader. GTT kan derimod være et redskab til at følge udviklingen af skader *lokalt*, betinget af at man konkluderer med stor varsomhed, fordi erfaringen har vist, at der er en række udfordringer forbundet med brug af GTT som skadesindikator.

De væsentligste udfordringer er:

- Jo mere erfaring med at bruge GTT, jo flere skader bliver der fundet i journalerne
- GTT metoden beror på subjektive vurderinger, for eksempel om en komplikation er en skade eller et led i patientens grundlidelse.
- Resultater efter måling med GTT er ikke egnede til aggregering over hospitalsniveau. Dette skyldes, at resultaterne fra de enkelte sygehuse kan være sårbare for forskellige forhold, for eksempel organisatoriske ændringer, ændringer i patientsammensætning, lukning af afdelinger, ændringer i reviewteamet, introduktion af nyt personale, at man begynder at registrere skader, man ikke før har registreret eller lignende. Udsving i resultaterne kan derfor skyldes forhold, der ikke har med patientsikkerhed at gøre. Det er således vigtigt at undersøge udsving nærmere.
- GTT er meget ressourcekrævende at anvende, da det kræver mange mandetimer at fremfinde og behandle det nødvendige journalmateriale. Desuden bliver der ofte anvendt meget erfarne intensivsygeplejersker, som er en efterspurgt ressource i daglig klinisk praksis.
- Den anvendte stikprøvestørrelse er typisk ikke tilstrækkelig til, at man kan generere valide resultater.
- Det er ikke meningsfuldt at aggregere GTT på tværs af regioner. Dette skyldes de samme forhold, som gør, at resultater efter måling med GTT ikke kan aggregeres over sygehusniveau.

Udfordringerne med at anvende GTT viser sig i de afrapporteringer, regionerne har indsendt. Efter fastlæggelse af baseline for skadesniveauet har regionerne afrapporteret to gange, senest i februar 2015 (for andet halvår i 2014). Som det fremgår af *figur 105*, svinger målinger med GTT meget fra måned til måned. Da den anvendte stikprøve er meget lille, er det vanskeligt at fastslå, om der er en statistisk signifikant udvikling i retning af et stabilt reduceret antal patientskader, selvom skadesmedianen har bevæget sig nedad fra 2013 til 2014.

Figur 105. Udvikling i antal patientskader målt med GTT på Regionshospitalet Randers



Grafen fra Regionshospitalet Randers er ganske illustrativ for de resultater, målinger med GTT viser for hospitalerne. Enkelte hospitaler har dog målt et stigende antal patientskader. For alle hospitaler gælder der de samme begrænsninger i forhold til tolkning af resultaterne. Det kan således ikke konkluderes, at der sker en stabil udvikling mod et lavere antal patientskader, selvom skadesmedianerne de fleste steder har bevæget sig nedad fra 2013 til 2014.

#### Boks 6. Internationale erfaringer med Global Trigger Tool

Norge og Sverige har implementeret metoden med måling på nationalt niveau, mens metoden i England ikke er systematisk implementeret men anvendes i et stort omfang. Sverige har nogle steder indført automatisk elektronisk triggersøgning (se boks 7). Men grundlæggende tyder publikationerne på, at man også i udlandet har erfaret, at GTT er meget vanskeligt at anvendes som overordnet målemetode. Heller ikke Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston, som oprindeligt udviklede redskabet, anbefaler at bruge redskabet til at aggregere på tværs.

**Boks 7. Automatiseret Global Trigger Tool (automatiseret triggersøgning)**

Center for Kvalitet i Region Syddanmark har udviklet et it-system til 'Automatisk TriggerSøgning' (ATS) i elektroniske patientjournaler, baseret på analyser af alle kategoriske variable (blodprøver, laboratorietal, diagnoser mv.) og ikke-kategorisk information (fritekster, dvs. indlæggelsesjournaler, løbende journalnotater, epikriser etc.). Det er vigtigt at pointere, at ATS grundlæggende er det samme som GTT rent metodemæssigt. Men der er en række gevinster ved ATS i forhold til administration og statistisk sikkerhed.

Systemet kan ikke identificere alle de triggere, der anvendes i GTT men kun de hyppigst forekommende og oftest associerede med forekomsten af patientskader: ATS formår at genfinde 90 procent af alle skader, ved kun at søge på de 15 hyppigst forekommende triggere (GTT anvender 53 triggere). ATS kan udvikles til at genfinde 100 procent, dvs. det samme som GTT, men 90 procent anses for tilstrækkeligt til at få det nødvendige overblik over skadeforekomst og -udvikling.

Systemet kan betragtes som et effektivt screeningsværktøj, der kan reducere arbejdsbyrden for reviewere, mens arbejdet med at identificere og kategorisere patientskader fortsat skal gøres manuelt.

De it-baserede variabel- og tekstanalyser er betydeligt mere konsistente, sammenlignet med hvad mennesker kan præstere, og langt hurtigere. It-systemet kan håndtere flere tusinde elektroniske journaler i minuttet.

Brugen af systemet kan derfor gøre det muligt, uden en øget samlet arbejdsbyrde, at gennemgå betydeligt flere journaler, end ved brug af GTT. Derved kan man opnå en statistisk set mere robust monitorering af forekomsten af skader.

Ud over at reducere arbejdsbyrden med at fremfinde journaler og få et mere repræsentativt sample af journaler, giver ATS' brugergrænseflade mulighed for at vælge afdeling(er) og tidsperiode(r) helt efter afdelingernes ønske. Det giver en mulighed for læring af skaderne på et helt andet klinisk nært og tidstro niveau end tidligere.

ATS løser dog ikke problemet med at aggregere data til regionalt eller nationalt niveau.

Som nævnt er ATS udviklet i Region Syddanmark, og det er ikke alle regioner, der pt. har IT-systemer, der kan understøtte ATS.

## 7.3 DE REGIONALE INDSATSER

Nedenstående belyser nogle af de indsatser, der bliver arbejdet med i regionerne for at forbedre patientsikkerheden for indlagte borgere. Til eksemplificering af indsatsen er der udvalgt følgende projekter:

- De fællesregionale kvalitetsindsatser
- Patientsikkert Sygehus
- Sikre fødsler
- Sikker Psykiatri

De fællesregionale kvalitetsindsatser er valgt i nærværende kapitel, fordi de skulle medvirke til at realisere målet om at nedbringe antallet af patientskader med 20 pct. fra 2013-2015. De tre andre indsatser er udvalgt, da de alle er implementeret gennem forpligtende lærings- og forbedringsnetværk, der har eksplicit fokus på læring på tværs af sygehuse og regioner. Netop læring på tværs er et væsentligt element, også i forhold til reduktion af patientskader.

Desuden belyses et nyt, fællesregionalt projekt, Patient Blodmanagement, der forventes at forbedre behandlingskvalitet og patientsikkerhed gennem en mere restriktiv transfusionspraksis.

### 7.3.1 De fællesregionale kvalitetsindsatser

Som et resultat af indholdet i økonomiaftalen for 2013, besluttede regionerne, at de tre fællesregionale kvalitetsindsatser skulle understøtte målet om at reducere antallet af skader. Alle hospitaler har siden ultimo 2012/primo 2013 arbejdet med at nedbringe patientskader gennem implementering af anbefalingerne fra følgende pakker:

- Sepsis (blodforgiftning) på intensiv afdelinger
- Kirurgisk tjekliste (Sikker Kirurgi)
- Tryksår (liggesår)

Pakkerne stammer fra Patientsikkert Sygehus, og deres effekt er veldokumenteret i den internationale litteratur. En "pakke" er et mindre antal evidensbaserede handlinger, som udført samlet for en bestemt patientgruppe medfører bedre resultater for patienterne, end hvis elementerne udføres hver for sig.

Arbejdet med anbefalingerne fra de tre pakker er løbende blevet monitoreret på såvel regions- som sygehusniveau. Monitoreringen har omfattet procesmål, med fokus på implementeringsgrad, og resultatmål. Alle pakker er stort set fuldt implementeret i alle regioner, *jf. tabel 4*.

Tabel 4. Implementeringsgrad for de fællesregionale kvalitetsindsatser

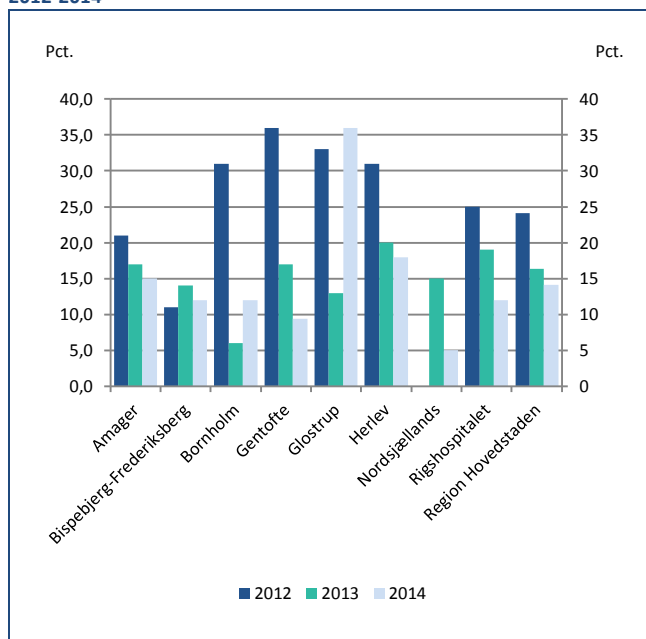
	Sepsis		Kirurgi Tjekliste		Tryksår	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Region Hovedstaden	11 %	61 %	97 %	100 %	100 %	100 %
Region Sjælland	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %	98 %
Region Syddanmark	100 %	100 %	100 %	100 %	88,5 %	100 %
Region Midtjylland	---	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Region Nordjylland	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Anm.: Implementeringsgrad kan ikke sammenlignes med implementeringsgraden i Patientsikkert Sygehus, idet der er anvendt forskellige opfølgelsesmetoder.

For resultatmålene er det kun i nogen grad muligt at konstatere, om implementeringen af pakkerne har medført forbedret kvalitet og patientsikkerhed. Som beskrevet ovenfor får ændrede processer først effekt på resultaterne efter nogen tid. Dette kan være en væsentlig årsag til, at det endnu ikke er muligt at fastslå, om implementeringen af pakkerne har ført til bedre kvalitet og patientsikkerhed.

Kun for tryksårspakken kan der i nogen grad spores resultater. Eksempelvis er der sket et fald i forekomsten af tryksår på de fleste sygehuse i Region Hovedstaden, *jf. figur 106*. På enkelte sygehuse er der dog sket en stigning, og det er ikke alle steder, der er sket et kontinuerligt fald. Det kan derfor endnu ikke fastslås, om der er tale om en stabil reduktion af tryksår alle steder.

Figur 106. Udvikling i tryksår på hospitalerne i Region Hovedstaden, 2012-2014



### 7.3.2 Patientsikkert Sygehus

Projektet Patientsikkert Sygehus blev gennemført med støtte fra TrygFonden på sygehuse i Hillerød, Næstved, Kolding, Horsens og Thy-Mors fra 2010 til 2013. I projektet blev der arbejdet med følgende 12 kliniske pakker på sygehuse:

- AMI-pakken
- Centralt Venekatheter (CVK)-pakken



- Hjerteinsufficiens-pakken
- Højrisiko medicin
- KAD-pakken
- Kirurgi-pakken (Kirurgi Tjekliste)
- Medicin afstemning
- Mobilt Akut System
- PVK-pakken
- Respirator-pakken
- Sepsis-pakken
- Tryksårs-pakken

De 12 pakker var udvalgt, fordi behandlingsresultaterne af pakkerne var veldokumenterede i den internationale litteratur. Projektet blev implementeret gennem forpligtende lærings- og forbedringsnetværk.

I forbindelse med projektet er der sket en omfattende opbygning af kompetencer på de deltagende hospitaler. Over 200 klinikere og sygehusledere har opnået kompetencer i nogle konkrete metoder til forbedringsarbejde, dels på de halvårlige læringsseminarer og dels gennem det praktiske forbedringsarbejde, hvor sygehusene har fået coaching fra danske og internationale eksperter. Desuden har en projektleder fra hver af de fem sygehuse gennemgået en international uddannelse i forbedringsmetodik hos IHI i Boston.

I kølvandet på projektet blev der gennemført en omfattende evaluering [33]. Evalueringen konkluderede bl.a., at:

- Procesindikatorerne for pakkerne nåede på mange afdelinger en all-or-none implementeringsgrad på over 90 %.
- Projektet ikke blev fuldt implementeret, men satte projektet varige spor i sygehusenes drift, idet alle deltagende sygehuse fortsatte implementeringen efter projektperiodens udløb.
- Arbejdet med forbedringsmodellen bidrog til, at der opstod en langt højere faglig stolthed på afdelingerne. Personalets bevidsthed om at "gøre det rigtige" og dermed minimere skadevoldende handlinger overfor patienterne bidrog til større selvsikkerhed i hverdagen.

Projektets mål var at nedbringe dødeligheden med 15 procent og nedbringe patientskader med 30 procent på de deltagende hospitaler. Dødelighed blev målt med HSMR og patientskader med Global Trigger Tool (GTT). Begge metoder viste sig undervejs i projektet vanskeligt anvendelige.

Erfaringen fra Patientsikkert Sygehus (PS) indikerer, at resultatmålene først kan nås, når all-or-none implementeringsgraden er nået op over 95 procent. Og det er arbejdet med at øge implementeringsgraden, der tager tid. Dette nåede de ikke for alle pakker på nogle af sygehusene inden for projektperioden, og det var sandsynligvis en medvirkende årsag til, at evalueringen ikke kunne spore en entydig effekt på patientskader og dødelighed.

Derimod opnåede samtlige fem sygehuse for eksempel mere end en halvering i antallet af sygehus erhvervede tryksår. Dette er dog også sket på andre sygehuse end de deltagende i patientsikkert sygehus, for eksempel på Odense Universitetshospital (OUH), *jf. tabel 5*.

Tabel 5. Prævalensundersøgelse om tryksår på OUHs to matrikler

	Antal patienter eftersat	Antal patienter med tryksår	Prævalens i %
Odense 2012	433	45	10,3 %
Odense 2014	455	71	14,9 %
Odense 2015	528	17	3,2 %
Svendborg 2012	194	24	10,8 %
Svendborg 2014	203	9	4,4 %

Fire af de fem deltagende sygehuse i PS opnåede perioder på over 300 dage mellem CVK-infektioner, og tre af de fem sygehuse opnåede over 300 dage mellem respiratorrelaterede lungebetændelser (VAP). Endvidere er der på alle fem sygehuse opnået et markant fald i antallet af kald til hjertestopholdet i forbindelse med en høj implementeringsgrad for Mobil akutsystempakken.

Efter projektets afslutning har sygehuse besluttet at forsætte arbejdet, således at pakkerne nu er en del af sygehuses almindelige drift. Ligeledes har Region Sjælland og Region Nordjylland besluttet, at PS skal gennemføres på alle sygehuse i de to regioner.

### 7.3.3 Sikre fødsler

Alle landets fødesteder har besluttet at arbejde for at halvere antallet af børn, der fødes med iltmangel. Iltmangel kan i sjældne tilfælde føre til død eller svære handicaps. Det blev ved projektets start i 2012 anslået, at der bliver født 500-700 børn årligt med iltmangel, hvoraf cirka 10 børn får svære handicaps. På baggrund af forskellige analyser blev det vurderet, at nogle af disse børn kunne undgå skade, såfremt alle læger og jordemødre tilknyttet fødeafdelingerne fik en intensiv træning i at overvåge moderens veer og barnets hjertelyd og dermed med større sikkerhed kunne iværksætte kejsersnit i tide.

Sikre fødsler består af et træningsprogram i tolkning af CTG (overvågning af barnets hjerterytmte og moderens veer) samt tre kliniske pakker (Fødselstjeklisten, S-droppakken og Koppakken). Flere end 2.000 jordemødre og læger, som arbejder på en fødegang, har gennemgået træningsprogrammet i tolkning af CTG. Pakkerne er evidensbaserede og støtter sig til eksisterende nationale guidelines. Pakkernes formål er at sikre, at alle kvinder modtager den pleje og behandling, man på forhånd er enige om, er den rette.

De tre pakker fremmer kvalitet og patientsikkerhed ved at understøtte og systematisere personalets kommunikation og opmærksomhed på vigtige oplysninger om den fødendes og barnets tilstand under hele fødslen ved at indføre logiske tjekpunkter i bestemte situationer:

- Tjek-ind ved indlæggelse til vaginal fødsel samt Time-out ved overdragelse af ansvaret for fødslen for eksempel i forbindelse med vagtskifte, nyttilkomne risikofaktorer eller mindst hver fjerde time for at sikre løbende status med videre.
- Før opsætning af og under administration af vestimulerende S-drop, der skal sikre en systematisk sparring af indikation for ve-stimulerende drop og vurdering af progression af fødslen.
- Inden forløsning af barnet med kop, der skal sikre en systematisk og tværfaglig sparring

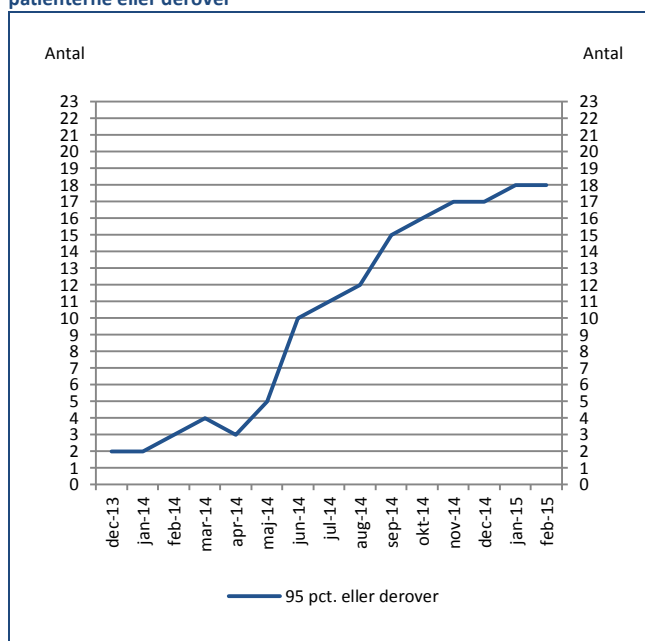
Antagelsen bag Sikre fødsler er, at når træningsprogrammet i CTG og pakkerne ovenfor er implementeret og bliver anvendt all or none på mindst 95 % af fødslerne i en længere periode, vil det give resultater i en

reduktion i andelen af børn født med iltmangel. Der bliver såvel lokalt, regionalt som nationalt fulgt med i, hvordan anvendelsen af pakkerne udvikler sig.

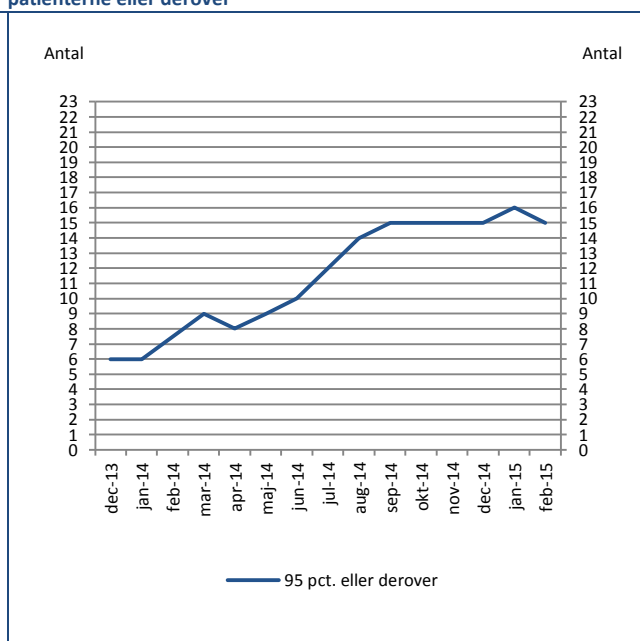
På nuværende tidspunkt kan projektet således kun generere data på opfyldelse af procesmål dvs. implementering af de tre kliniske pakker og gennemførslen af træning i tolkning af CTG. Målet er, at alle fødeafdelinger konsekvent leverer alle elementer i pakkerne til mindst 95 procent af de fødende.

Nedenstående figurer viser opfyldelse af procesmål for indsatser vedrørende time-out og anlæggelse af kop. Målet på det givne procesmål er således nået, når alle 23 fødesteder har nået 95 pct.

Figur 107. Progressionen af implementeringen af time-out, antal af 23 fødeafdelinger, som leverer alle element i klinisk pakke til 95 pct. af patienterne eller derover



Figur 108. Implementering af indsatser om anlæggelse af kop, antal af 23 fødeafdelinger, som leverer alle element i klinisk pakke til 95 pct. af patienterne eller derover



### 7.3.4 Sikker Psykiatri

Regionerne har i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og med støtte fra Trygfonden og Det Obelske Familiefond igangsat patientsikkerhedsprojektet Sikker Psykiatri for perioden 2014-2016. Målet med projektet er at reducere forekomsten af uventede dødsfald (inklusive selvmord) og forekomsten af utilsigtede skader. Målgruppen er stationære og ambulante patienter i voksenpsykiatrien.

Projektet er baseret på at implementere kliniske pakker ved hjælp af forpligtende lærings- og forbedringsnetværk (altså samme metodiske tilgang til kvalitetsarbejde og kvalitetsforbedring, som kendes fra Patient-sikkert Sygehus og Sikre fødsler).

I Sikker Psykiatri arbejder seks psykiatriske enheder fra de fem regioner med at forebygge medicinfejl, tvang og selvmord samt sikre behandling af fysiske sygdomme. Bag Sikker Psykiatri ligger et ønske om, at højne patientsikkerheden på de psykiatriske afdelinger. Det sker både for at sikre et bedre liv for patienter med psykiske sygdomme, og for at gennemsnitslevealderen for personer med psykiske sygdomme skal stige. Gennemsnitslevealderen for psykiatriske patienter er 15-20 år kortere sammenlignet med resten af befolkningen.

Der udarbejdes pakker inden for de fire kliniske indsatsområder:

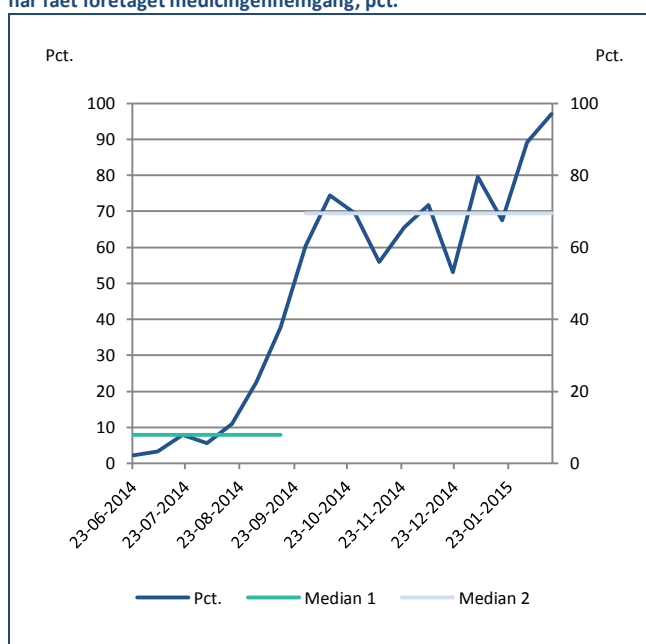
1. Sikker medicinering
2. Somatisk sygdom
3. Selvmordsforebyggelse
4. Reduceret anvendelse af tvang

Der vil desuden blive udarbejdet pakker for to tværgående, organisatoriske indsatser:

1. Inddragelse af patienter og pårørende
2. Forbedringsledelse

Nedenfor ses et eksempel på en procesindikator( medicingennemgang), som er et element i pakken om Sikker medicinering. Eksemplet er fra Psykiatrien i Svendborg, der har tre afsnit med i projektet.

Figur 109. Udvikling på procesindikator vedr. medicingennemgang i Psykiatrien Svendborg, juni 2014-februar 2015, andel af patienter, der har fået foretaget medicingennemgang, pct.



### 7.3.5 Patient Blodmanagement

Danske Regioner opstarter et nyt fællesregionalt projekt med fokus på forbedret og mere restriktiv transfusionspraksis i løbet af 2015. Projektet har titlen Patient Blodmanagement (PBM) og tager udgangspunktet i bedre implementering af evidens på området. Tiltaget vurderes at kunne reducere skader som infektioner og hjerte-lungeproblemer, der kan være livstruende.

Projektet består af i alt tre faser. PBM har kørt i Region Hovedstaden siden 2011, og her er første fase implementeret. De foreløbige resultater er, at regionens blodforbrug er faldet med 28 – 30 pct., og det anslås, at den mere restriktive transfusionspraksis årligt redder 80 menneskeliv alene i Region Hovedstaden. Implementering af de næste to faser forventes at medføre yderligere gevinster i form af bedre patientsikkerhed og reduceret blodforbrug.

### 7.3.6 Læring på tværs af sygehuse og regioner

Det er afgørende for forbedring af kvalitet og patientsikkerhed og hermed reduktion af patientskader, at der uddrages læring af de patientskader, der desværre forekommer. En metode er, at utilsigtede hændelser rapporteres, hvorefter der foretages analyser med henblik på læring i forhold til forebyggelse af lignende

hændelser fremadrettet. En væsentlig del af de rapporterede utilsigtede hændelser er lykkeligvis uden skade på patienten, men de kan dog give god læring til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed, både lokalt, på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner.

En række af de ovennævnte fællesregionale projekter fokuserer ikke kun på lokal læring, men har læring på tværs af enheder, sygehuse og regioner som et specifikt formål. Det drejer sig om projekterne Patientsikkert Sygehus, Sikre fødsler og Sikker Psykiatri.

Den forbedringsmetode, der er anvendt i ovenstående tiltag er en tilgang, hvor læring forstås som en social proces, der sker mellem personer, der kender og har tillid til hinanden. Og som samtidig er understøttet af åbenhed om resultater på tværs.

Konkret sker spredningen af best practice gennem læringsseminarer. På læringsseminarerne deltager repræsentanter fra alle afdelinger/sygehuse, der deltager i projektet. Her sker der en åben erfaringsudveksling på baggrund af opnåede resultater.

Mellem læringsseminarerne sker der lokal læring på den enkelte afdeling. Brugen af tidstro data spiller en afgørende rolle. De tidstro data skabes ved, at den enkelte afdeling hele tiden afprøver initiativer, der har til hensigt at opfylde målsætningerne for projektet. Effekterne heraf registreres kontinuerligt og skaber grundlag for lokal læring.

## 8 TEMA: NYE KRÆFTPATIENTERS FORLØB

Der var 37.075 nye tilfælde af kræft i 2013. Det er et fald på godt 1 pct. i forhold til antallet af registrerede tilfælde i 2012. Samtidig er den aldersstandardiserede kræft dødelighed faldet med 2 pct. fra 2012 til 2013. Kræft er dog stadig den hyppigste dødsårsag i Danmark og i 2013 døde 30 pct. af en kræftsygdom<sup>12</sup>.

Tidlig diagnostik af kræftsygdom kan bl.a. påvirke kræft dødeligheden. Jo hurtigere en diagnose kan stilles og behandling kan påbegyndes, jo større er sandsynligheden for at overleve. Men der kan være flere forsinkelser frem til, at kræftdiagnosen kan stilles. Der kan:

- gå tid fra borgeren erkender, at vedkommende bør søge læge,
- gå tid fra, at borgeren første gang henvender sig til sin alment praktiserende læge, og til lægen får mistanke om kræft,
- være ventetid til diagnostiske undersøgelser, fx billeddiagnostik på sygehuset
- opstå ventetid undervejs, når borgeren starter i et kræftpakkeforløb
- være andre betydende sygdomme, der kan besværliggøre behandlingen af kræftsygdommen.

Dette temakapitel omhandler i hvilket omfang, borgere har kontakt til sundhedsvæsenet i tiden op til en kræftdiagnose, herunder sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Det undersøges yderligere, i hvilken udstrækning borgerens bopælsadresse har betydning for deltagelse i kræftpakkeforløb, og om pakkeforløbene gennemføres inden for de sundhedsfagligt anbefalede standardforløbstider.

Temaet afgrænses til seks udvalgte kræfttyper: lungekræft, brystkræft, hoved- og halskræft, kræft i prostata, kræft i tyk- og endetarm samt modermærkekræft. Disse seks kræfttyper udgjorde 58 pct. af alle nye kræfttilfælde i 2013. Med nye kræfttilfælde menes, at det er første gang borgeren får stillet den pågældende kræftdiagnose, og det er således ikke kræfttilfælde med tilbagefald med samme kræftdiagnose. I metodebilaget findes uddybende beskrivelse af datagrundlag, populationsafgrænsning og anvendte begreber i kapitlet.

### 8.1 RESUMÉ

- I 2013 blev der registreret 21.660 nye kræfttilfælde af de seks kræfttyper: lungekræft, brystkræft, hoved- og halskræft, kræft i prostata, kræft i tyk- og endetarm og modermærkekræft. I populationen af nye kræfttilfælde havde 30 pct. samtidig en anden betydende sygdom, dvs. en anden langvarig sygdom end kræft.
- I gennemsnit besøgte borgerne med nye kræfttilfælde den alment praktiserende læge halvanden gang mere end baggrundsbefolkningen i 2013. De yderligere kontakter lå primært i året op til kræftdiagnosen. Samme tendens ses i populationen af nye kræfttilfælde med samtidig anden betydende sygdom.
- Borgerne med nye kræfttilfælde fik i gennemsnit foretaget godt 5 diagnostiske undersøgelser på et sygehus inden for to år før kræftdiagnosen. De 4 ud af 5 undersøgelser lå op til et år før kræftdiagnosen. De borgere, der samtidig havde anden betydende sygdom, havde gennemsnitligt godt 7 undersøgelser to år før kræftdiagnosen. Til sammenligning fik baggrundsbefolkningen i en to-årig periode foretaget gennemsnitligt godt 2 undersøgelser og knap 4 undersøgelser, når der samtidigt var anden betydende sygdom.

<sup>12</sup> Dødsårsagsregistret 2013, Statens Serum Institut.

- Ud af de 21.660 nye kræfttilfælde i 2013 blev 89 pct., svarende til 19.304 kræfttilfælde, udredt og eventuelt behandlet i regi af kræftpakkeforløb. Andelen var højest i Region Midtjylland og lavest i Region Hovedstaden.
- Andelen af de 19.304 kræfttilfælde, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, var generelt højere i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland end i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Det bemærkes, at der yderligere var forskel mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland og de tre øvrige regioner, når borgeren samtidig havde anden betydende sygdom.

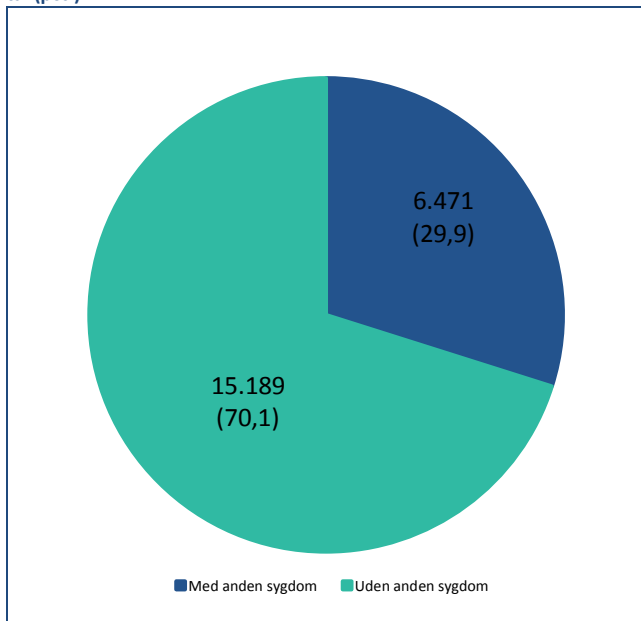
## 8.2 NYE TILFÆLDE AF KRÆFT FOR SEKS UDVALGTE KRÆFTFORMER I 2013

I 2013 blev der registeret 37.075 nye kræfttilfælde<sup>13</sup>. Det samlede antal nye kræfttilfælde i 2013 for kræfttyperne lungekræft, brystkræft, hoved- og halskræft, kræft i prostata, kræft i tyk- og endetarm samt modermærkekræft var 21.660 tilfælde. I ca. 30 pct. af disse kræfttilfælde havde borgeren samtidig en anden betydende sygdom, dvs. en anden langvarig sygdom end kræft, *jf. figur 110*.

Antallet af nye kræfttilfælde varierer på tværs af de seks kræfttyper, *jf. figur 111*.

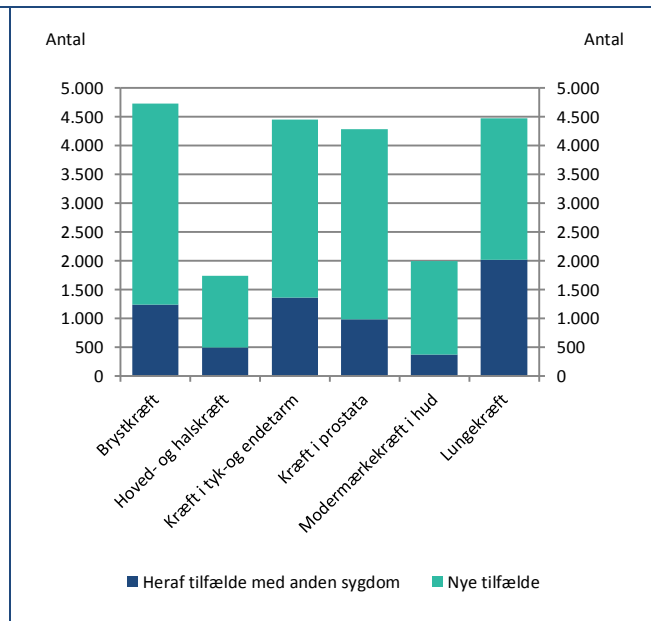
Der er ligeledes forskel på andelen af borgere med anden betydende sygdom på tværs af de seks kræfttyper. Blandt borgere med lungekræft har ca. 45 pct. anden betydende sygdom end kræft, mens andelen af borgere med anden betydende sygdom er ca. 19 pct. blandt borgere med modermærkekræft i hud.

Figur 110. Fordeling af nye kræfttilfælde for de seks kræfttyper uden anden betydende sygdom og med anden betydende sygdom, 2013, antal (pct.)



Kilde: RUKS og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Figur 111. Antal nye kræfttilfælde for hver af de seks kræfttyper, heraf med anden betydende sygdom, 2013.



Kilde: RUKS og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

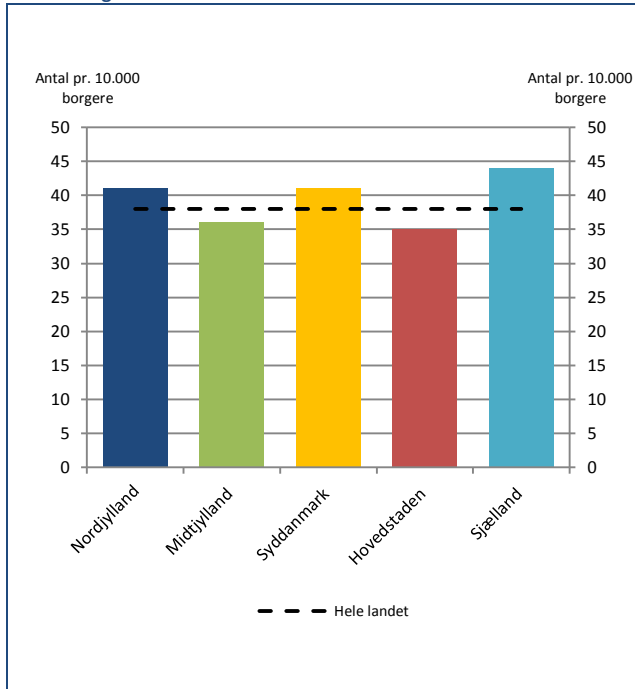
Der er herudover forskel i antallet af nye kræfttilfælde med de pågældende kræfttyper på tværs af regioner og kommuner. Når der tages højde for antal borgere i den enkelte region, er variationen mellem 35 og 44

<sup>13</sup> Cancerregistret 2013, Statens Serum Institut.

nye kræfttilfælde for hver 10.000 borgere i regionen. Generelt er andelen af nye kræfttilfælde lavest i Region Hovedstaden sammenlignet med øvrige regioner, mens andelen af nye kræfttilfælde i Region Sjælland er højst, *jf. figur 112*. Regionsforskellene kan være udtryk for befolkningssammensætningen, fx alderssammensætning mv.

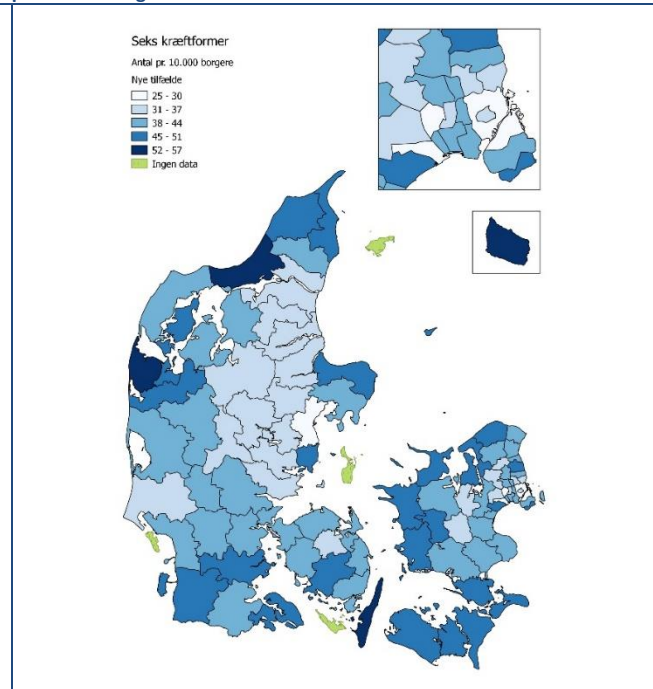
På tværs af kommuner ses, at en række kommuner i Region Midtjylland samt Region Hovedstaden har en lavere andel nye kræfttilfælde end andelen af kræfttilfælde på landsplan, *jf. figur 113*.

**Figur 112.** Antal nye kræfttilfælde samlet for de udvalgte seks kræfttyper i forhold til antallet af borgere, efter bopælsregion, 2013, antal pr. 10.000 borgere



Kilde: RUKS, CPR og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

**Figur 113.** Antal nye kræfttilfælde samlet for de udvalgte seks kræfttyper i forhold til antallet af borgere, efter bopælskommune, 2013, antal pr. 10.000 borgere



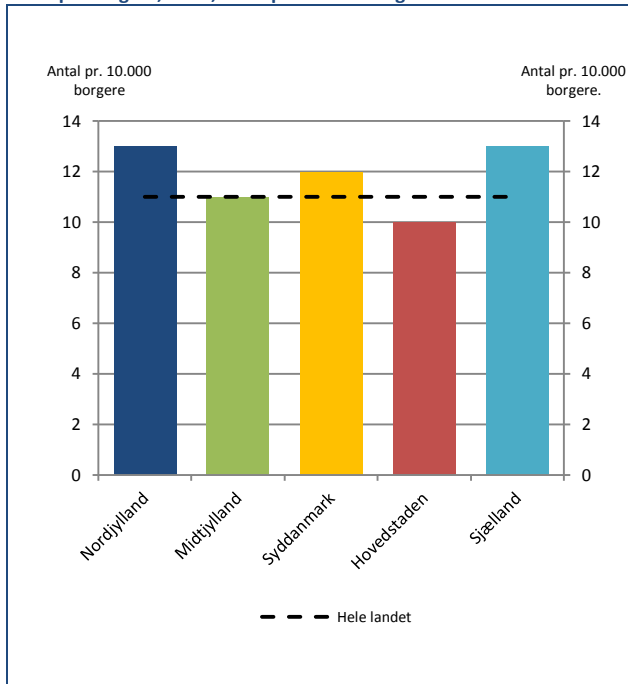
Kilde: RUKS, CPR og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Andelen af nye kræfttilfælde med anden betydende sygdom er forskellig på tværs af regioner og kommuner. Andelen er højest i Region Sjælland og lavest i Region Hovedstaden. Forskelle på tværs af regioner ses også, når der tages højde for antal borgere i regionen. *jf. figur 114*.

På tværs af kommuner ses, at en række kommuner i Region Hovedstaden og Region Midtjylland har en lavere andel nye kræfttilfælde med anden betydende sygdom i forhold til andelen på landsplan, *jf. figur 115*.

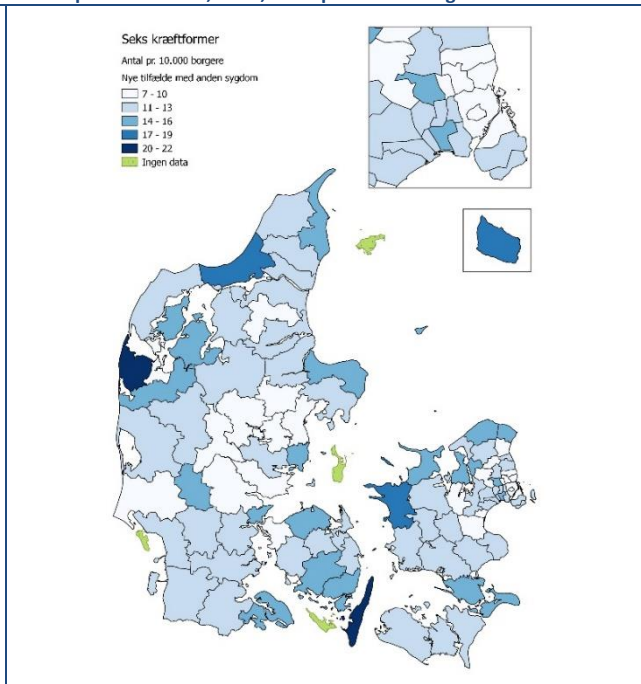


Figur 114. Antal nye kræfttilfælde samlet for de udvalgte seks kræfttyper med anden betydende sygdom i forhold til antallet af borgere, efter bopælsregion, 2013, antal pr. 10.000 borgere



Kilde: RUKS, CPR og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Figur 115. Antal nye kræfttilfælde samlet for de udvalgte seks kræfttyper med anden betydende sygdom i forhold til antallet af borgere, efter bopælskommune, 2013, antal pr. 10.000 borgere



Kilde: RUKS, CPR og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Andelen af borgere med anden betydende sygdom i baggrundsbeholdningen er godt 21 pct., mens den tilsvarende andel er 30 pct. blandt nye kræfttilfælde. Der er således en overrepræsentation af borgere med anden betydende sygdom i populationen af nye kræfttilfælde. Herudover ses en variation på tværs af regioner i populationen af nye kræfttilfælde, som ikke ses i baggrundsbeholdningen. Også her kan befolknings-sammensætningen være en grund til regionsforskellene i populationen af nye kræfttilfælde.

### 8.3 KONTAKTER TIL SUNDHEDSVÆSENET FORUD FOR KRÆFTDIAGNOSE

Det er væsentligt, at borgerne hurtigst muligt bliver udredt og behandlet for deres kræftsygdom. Fra 2008 henvises borgeren videre til pakkeforløb i sygehussektoren, hvis der er opstået begrundet mistanke om kræft.

I tiden op til en kræftdiagnose vil borgeren typisk i større eller mindre grad have kontakt til alment praktiserende læge, speciallæge og/eller vagtlæge. Borgeren vil dernæst blive udredt på sygehus ved hjælp af diagnostiske undersøgelser. I en nyligt offentliggjort artikel er det opgjort, at den alment praktiserende læge er involveret i diagnosticeringen af næsten 75 pct. af nye kræfttilfælde<sup>14</sup>.

I populationen af nye kræfttilfælde har en borger gennemsnitligt 24 kontakter<sup>15</sup> til alment praktiserende læge, heraf godt 13 besøg i to år op til kræftdiagnosen. Til sammenligning har en borger i baggrundsbeholdningen gennemsnitligt ca. 17 kontakter til alment praktiserende læge, heraf 9 besøg i en to-årig periode. Borgere i populationen af nye kræfttilfælde har således halvanden gang flere kontakter til alment praktiserende læge to år inden kræftdiagnosen i forhold til baggrundsbeholdningen, jf. tabel 6.

<sup>14</sup> Jensen, Tørring, Olsen, Overgaard & Vedsted: Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study, *BioMed Central Cancer* 2014, 14:636.

<sup>15</sup> Betegnelsen kontakter dækker over besøg (almindelig konsultation, sygebesøg og andet fysisk fremmøde), telefon- og e-mailkonsultation.

De yderligere kontakter til alment praktiserende læge ligger primært i året op til kræftdiagnosen, *jf. figur 116*. Borgere med nye kræfttilfælde har gennemsnitligt 5 kontakter mere til alment praktiserende læge i forhold til baggrundsbefolkningen i året op til diagnosen.

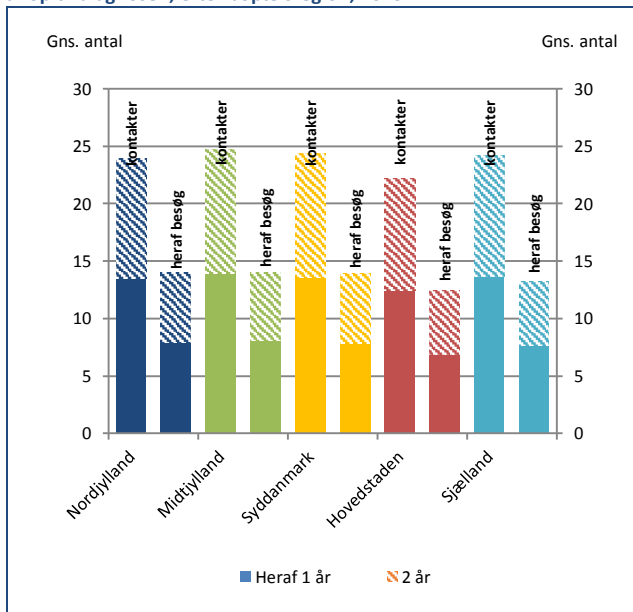
**Tabel 6. Gennemsnitligt antal kontakter og besøg hos alment praktiserende læge op til kræftdiagnose for borgere med nye kræfttilfælde og i tilsvarende periode for borgere i baggrundsbefolkningen, herunder med anden betydende sygdom.**

	Borgere med nye kræfttilfælde (gns. pr. borger)		Borgere i baggrundsbefolkningen (gns. pr. borger)		Borgere med nye kræfttilfælde med anden betydende sygdom (gns. pr. borger)		Borgere i baggrundsbefolkningen med anden betydende sygdom (gns. pr. borger)	
	Antal kontakter	Heraf antal besøg	Antal kontakter	Heraf antal besøg	Antal kontakter	Heraf antal besøg	Antal kontakter	Heraf antal besøg
Op til to år	23,8	13,5	16,6	9,3	34,1	18,5	27,8	14,7
Op til et år	13,3	7,6	8,4	4,6	18,6	10,1	13,9	7,3

Kilde: RUKS, CPR, Sygesikringsregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

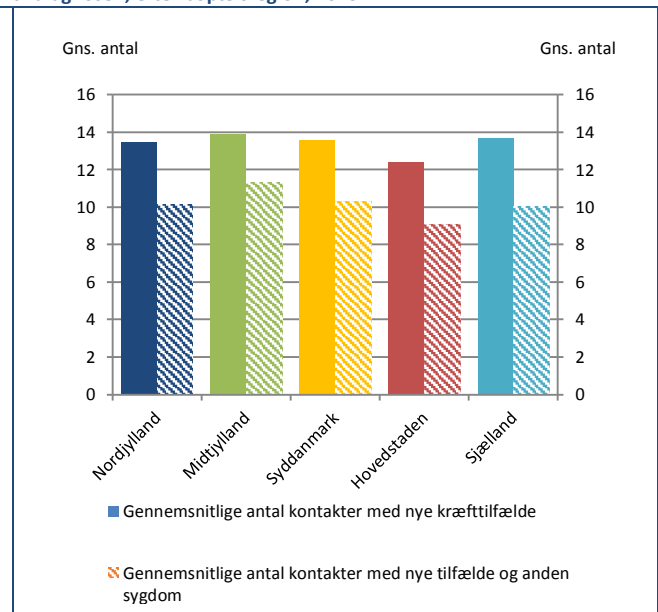
Forholdet mellem antal kontakter til alment praktiserende læge og besøg hos alment praktiserende læge for nye kræfttilfælde et år op til diagnosen stilles er stort set identisk på tværs af regionerne, *jf. figur 116 og figur 117*.

**Figur 116. Gennemsnitlig antal kontakter til almen praktiserende læge samt gennemsnitlig antal besøg hos almen praktiserende læge samlet for nye tilfælde for de udvalgte seks kræfttyper inden hhv. et år og to år op til diagnosen, efter bopælsregion, 2013.**



Kilde: RUKS, Sygesikringsregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

**Figur 117. Gennemsnitlig antal kontakter til almen praktiserende læge samlet for borgere med nye tilfælde af de udvalgte seks kræfttyper samt for nye tilfælde med samtidig anden betydende sygdom et år op til diagnosen, efter bopælsregion, 2013.**

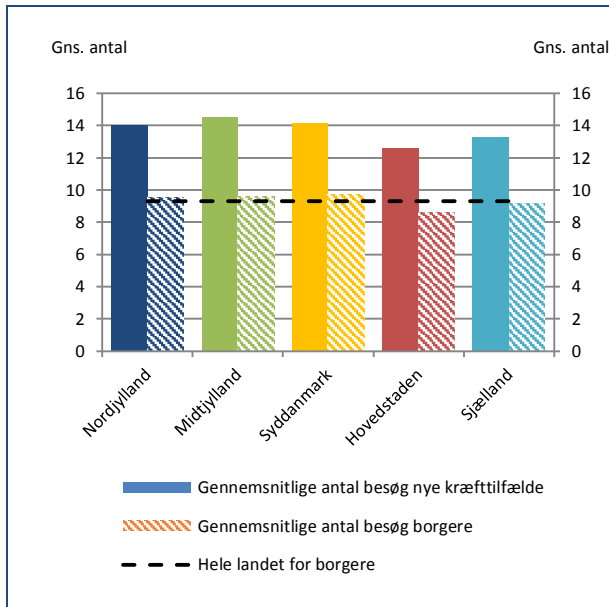


Kilde: RUKS, Sygesikringsregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Forskellene i antal besøg i populationen af nye kræfttilfælde sammenlignet med baggrundsbefolkningen er relativt ens på tværs af regioner. Antallet af besøg pr. borger er lavere i Region Hovedstaden i forhold til øvrige regioner, *jf. figur 118*. Dette kan skyldes det store antal af speciallægepraksiser i Region Hovedstaden, som formentlig varetager ydelser, der i andre regioner varetages i almen praksis.

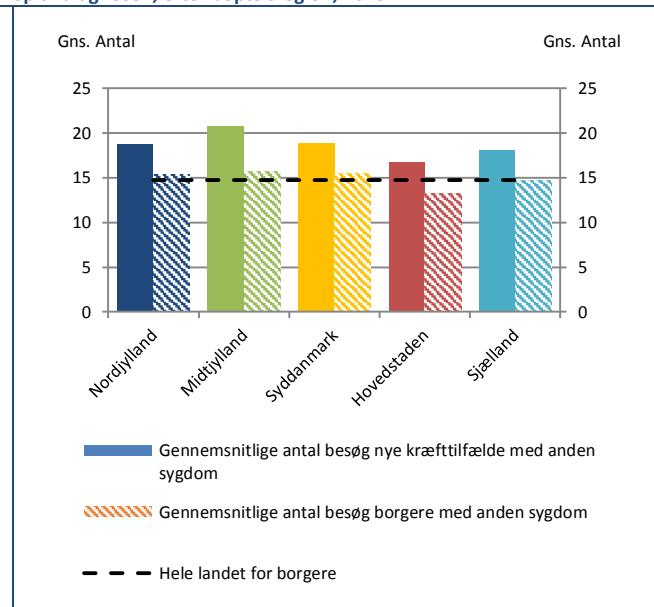
Borgere med nye kræfttilfælde og samtidig anden betydende sygdom har gennemsnitligt flere besøg hos alment praktiserende læge i perioden på to år op til kræftdiagnose end borgere med anden betydende sygdom i baggrundsbefolkningen, *jf. figur 119*.

**Figur 118.** Gennemsnitlig antal besøg hos almen praktiserende læge samlet for nye tilfælde med de udvalgte seks kræfttyper og gennemsnitlig antal besøg hos almen praktiserende læge for borgere to år op til diagnosen, efter bopælsregion, 2013.



Kilde: RUKS, CPR, Sygesikringsregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

**Figur 119.** Gennemsnitlig antal besøg hos almen praktiserende læge samlet for nye tilfælde med de udvalgte seks kræfttyper med samtidig anden betydende sygdom og gennemsnitlig antal besøg hos almen praktiserende læge for borgere med anden betydende sygdom to år op til diagnosen, efter bopælsregion, 2013.



Kilde: RUKS, CPR, Sygesikringsregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

### 8.3.1 Gennemsnitlige antal undersøgelser på sygehus op til to år før kræftdiagnose

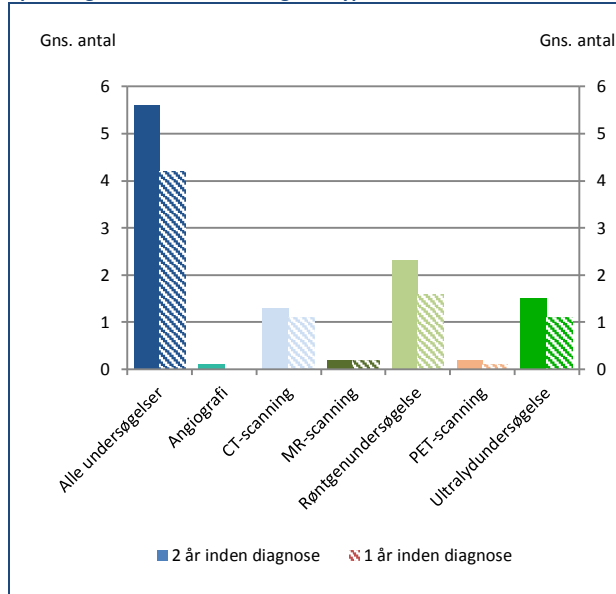
Når der opstår mistanke om, at en borger har en alvorlig sygdom, skal vedkommende umiddelbart udredes, fx henvises til indledende billeddiagnostik. Hvis den indledende udredning ikke har givet en afklaring, henvises borgeren til fortsat udredning på sygehusniveau f.eks. ved hjælp af diagnostiske undersøgelser<sup>16</sup>.

Borgere med nye kræfttilfælde har i en to-årig periode op til kræftdiagnosen i gennemsnit fået foretaget godt 5 diagnostiske undersøgelser på sygehus. Undersøgelserne blev primært foretaget i det nærmeste år op til kræftdiagnosen, hvor 4 ud af de 5 undersøgelser ligger, *jf. figur 120*.

Der er forskel på antallet af de typer af undersøgelser, der blev foretaget hhv. to år og et år op til kræftdiagnosen. I begge år var der flest røntgen- og ultralydsundersøgelser samt CT-scanninger, *jf. figur 120 og figur 121*. Et år op til kræftdiagnosen øges antallet af MR-scanninger og røntgenundersøgelser med omkring 45 pct., mens antallet af CT-scanninger og ultralydsundersøgelser stiger med hhv. godt 20 pct. og 30 pct.

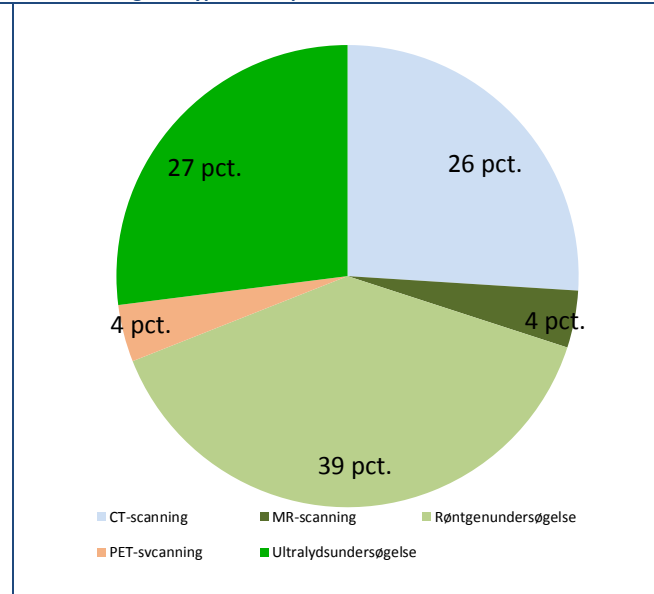
<sup>16</sup> Betegnelsen diagnostiske undersøgelser dækker her angiografi, CT-scanning, MR-scanning, røntgen undersøgelse, PET CT/MR scanning, tumor-scintigrafi, uspecifik isotop, SPECT og ultralyd undersøgelse.

Figur 120. Gennemsnitlig antal undersøgelser samlet for nye tilfælde med de udvalgte seks kræfttyper inden hhv. et år (skraveret) og to år op til diagnosen, efter undersøgelsestype, 2013.



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Figur 121. Fordeling af antallet af undersøgelser på sygehus samlet for nye tilfælde med de udvalgte seks kræfttyper et år op til diagnosen, efter undersøgelsestype, 2013, pct.

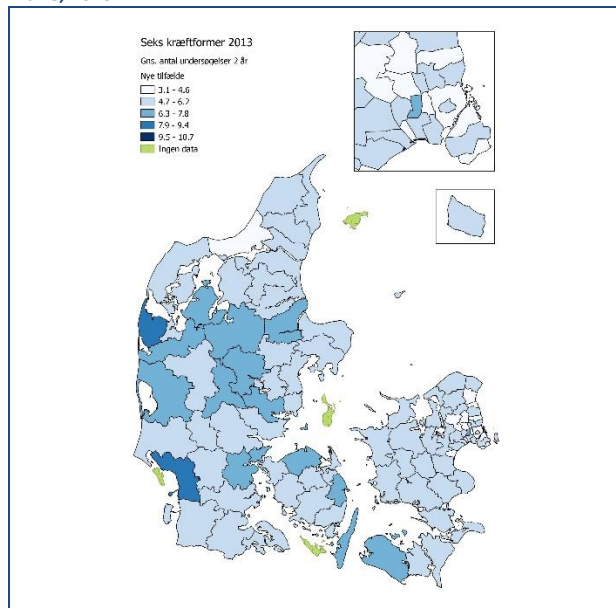


Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Der er variation på tværs af regioner og kommuner i det gennemsnitlige antal undersøgelser to år op til kræftdiagnosen. Det ses, at antallet af undersøgelser pr. borger ligger over landsgennemsnittet i Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens de øvrige regioner ligger under landsgennemsnittet.

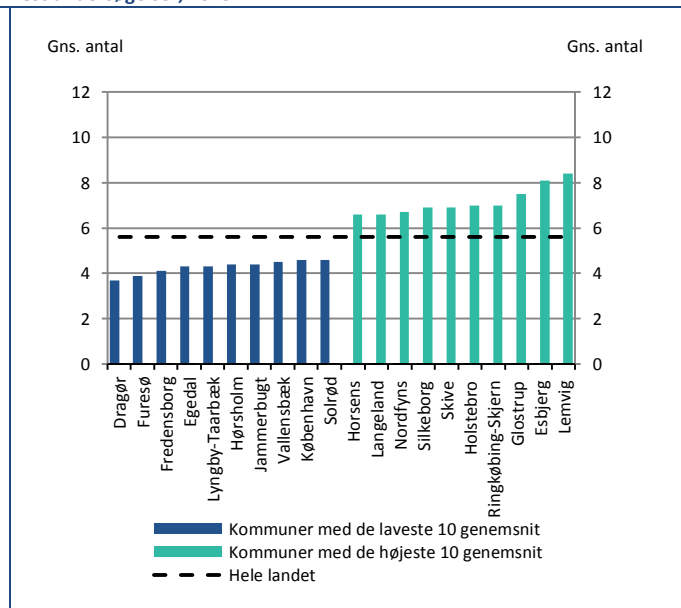
På tværs af kommuner ses, at antallet af undersøgelser er lavere end landsgennemsnittet i en del af kommunerne i Region Hovedstaden, jf. figur 122 og figur 123.

Figur 122. Gennemsnitlig antal undersøgelser for nye kræfttilfælde for alle seks kræfttyper to år op til diagnosen, efter bopælskommune, 2013.



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

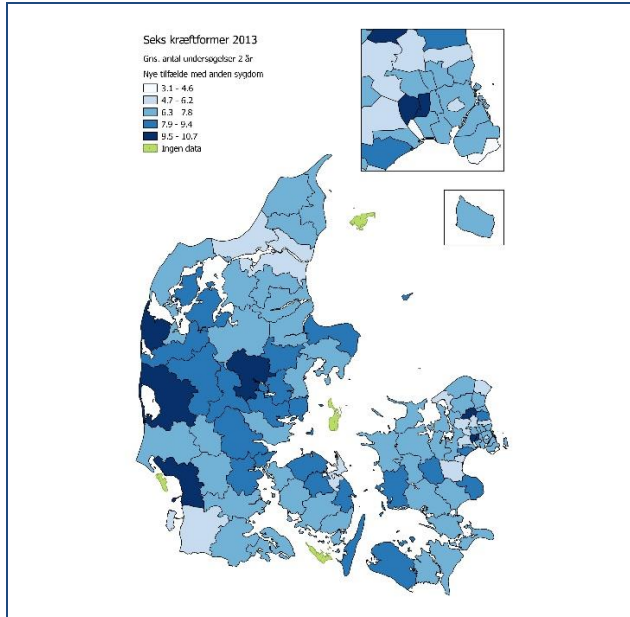
Figur 123. Gennemsnitlig antal undersøgelser for nye kræfttilfælde for alle seks kræfttyper to år op til diagnosen, bopælskommuner med færrest og flest undersøgelser, 2013.



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

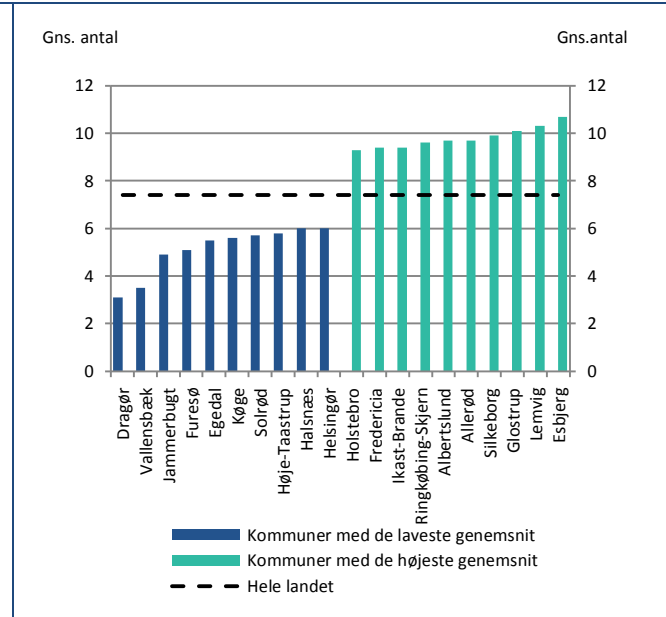
I forhold til borgere med anden betydende sygdom ud over kræft ses en variation på regioner og kommuner. I Region Midtjylland har borgerne et højere gennemsnitligt antal undersøgelser i forhold til de øvrige regioner, og i Region Hovedstaden samt i en række kommuner i Region Hovedstaden har borgerne et lavere gennemsnitligt antal undersøgelser *jf. figur 124*. Det lavere gennemsnitlige antal undersøgelser i Region Hovedstaden kan skyldes det større antal speciallægepraksis i regionen, hvor nogle af undersøgelserne ligeledes kan foretages.

**Figur 124.** Gennemsnitligt antal undersøgelser for nye kræfttilfælde for alle seks kræfttyper med anden betydende sygdom samtidig to år op til diagnosen, efter bopælskommune, 2013.



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

**Figur 125.** Gennemsnitligt antal undersøgelser for nye kræfttilfælde for alle seks kræfttyper med anden betydende sygdom to år op til diagnosen, bopælskommuner med færrest og flest undersøgelser, 2013.



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

## 8.4 ANDEL I PAKKEFORLØB OG ANDEL OVERHOLDTE STANDARDFORLØBSTIDER

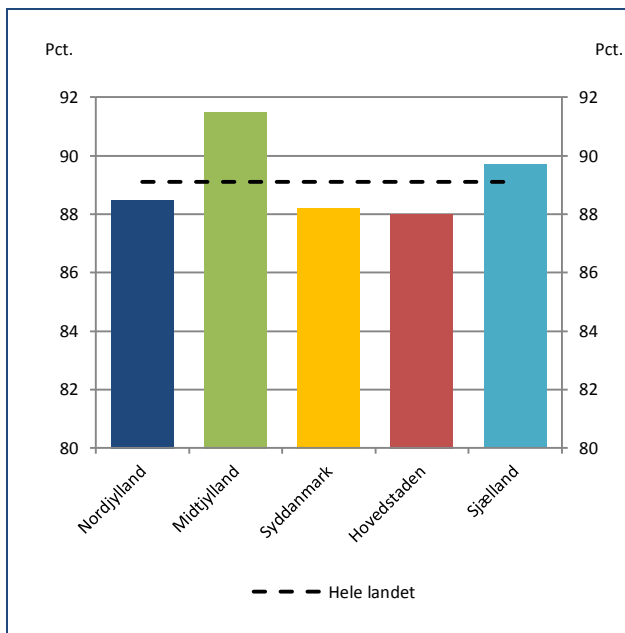
I 2008 blev der indført pakkeforløb på kræftområdet med det formål, at alle patienter oplever et veltilrettelagt, fagligt velfunderet forløb, uden unødigt ventetid under udredning og behandling. Hvert pakkeforløb tilrettelægges individuelt, hvor der tages hensyn til borgerens ønsker og situation, fx anden betydende sygdom. Som udgangspunkt har pakkeforløbene en sundhedsfagligt anbefalet standardforløbstid med tidsangivelser i dage for den enkelte kræfttype med tilhørende behandlingsform.

I 2012 blev der indført en ny registrerings- og monitoreringsmodel for overholdelse af standardforløbstiderne. Monitoreringens resultater blev offentliggjort første gang i maj 2013, og der er siden da sket en forbedring i overholdelsen af de sundhedsfaglige anbefalede tidsfrister. Mens 72 pct. af forløbene overholdt standardforløbstiden i 1. kvartal 2013, var denne andel steget til 82 pct. i 4. kvartal 2014<sup>17</sup>.

Ud af populationen af nye kræfttilfælde for de seks kræftformer var 89 pct. – eller 19.304 kræfttilfælde i et kræftpakkeforløb i 2013. I Region Midtjylland og Region Sjælland var andelen af nye kræfttilfælde i pakkeforløb højere end andelen på landsplan, mens andelen i de øvrige regioner var lavere end på landsplan<sup>18</sup>, jf. figur 126.

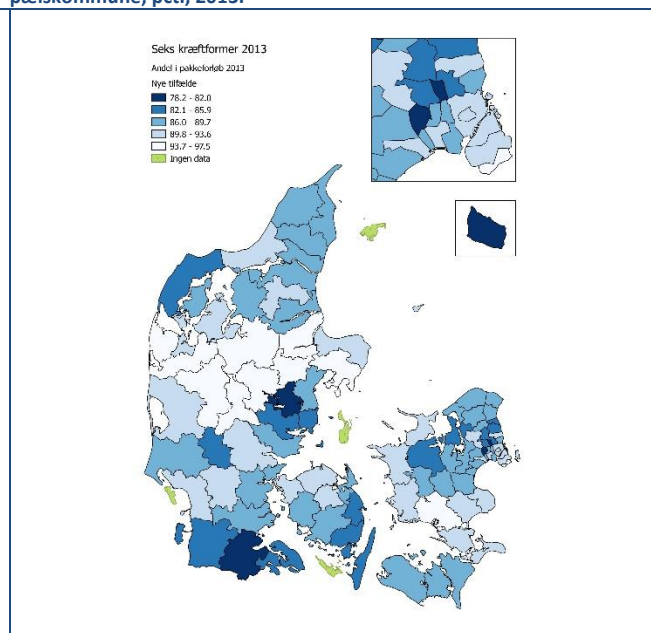
Andelen af nye kræfttilfælde i pakkeforløb var højere i en række kommuner i Region Midtjylland sammenlignet med resten af landet, jf. figur 127.

Figur 126. Andel registrerede i pakkeforløb samlet for de udvalgte seks kræfttyper i forhold til antal incidente, efter bopælsregion, pct., 2013.



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

Figur 127. Andel nye tilfælde registreret i pakkeforløb samlet for de udvalgte seks kræfttyper i forhold til antal incidente borgere, efter bopælskommune, pct., 2013.



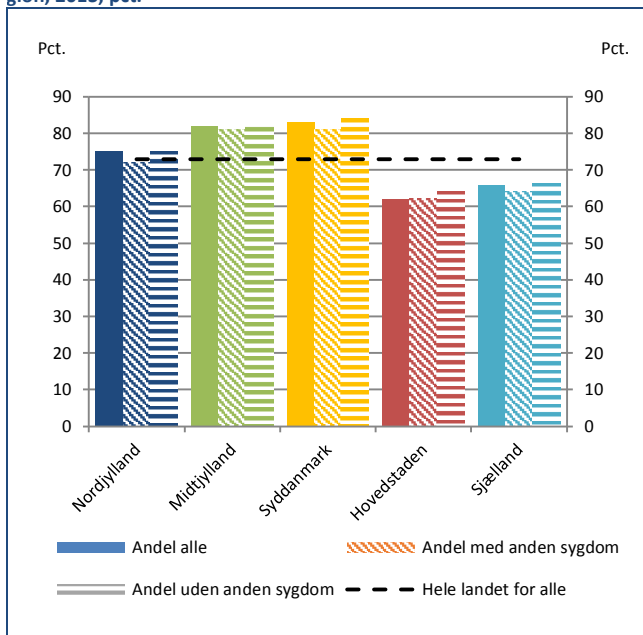
Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut

<sup>17</sup> Opgjort på baggrund af stationære data og viser andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for indikatoren "samlet tid til behandling".

<sup>18</sup> Opgørelserne er ikke umiddelbart sammenlignelige med dem fra monitoreringen af pakkeforløb på kræftområdet, jf. metodebilag.

Blandt kræfttilfældene i de seks pakkeforløb blev 73 pct. gennemført inden for standardforløbstiderne i 2013<sup>19</sup>. Set ift. regionerne er der dog stor variation på andelen af pakkeforløb gennemført inden for standardforløbstiderne, jf. figur 128. Andelen i Region Hovedstaden og Region Sjælland er lavere end på landsplan, mens de øvrige tre regioner har en højere andel. Dette gælder uanset, om borgeren har anden betydende sygdom eller ej.

**Figur 128. Andele pakkeforløb gennemført inden for de definerede standardforløbstider samlet for de udvalgte seks kræfttyper og samlet for tilfælde med eller uden anden betydende sygdom, efter bopælsregion, 2013, pct.**



Kilde: Landspatientregisteret og Cancerregisteret 2013, Statens Serum Institut.

<sup>19</sup> Defineret på samme måde som monitoreringsindikatoren 'samlet tid til behandling'.

## 9 TEMA: UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

Den nationale sundhedsprofil fra 2013 viser, at 35 pct. af den voksne danske befolkning havde en eller flere langvarige sygdomme<sup>20</sup>. Sundhedsprofilerner viser samtidig, at muskel- og skeletsygdomme er blandt de hyppigst forekommende langvarige sygdomme<sup>21</sup>. 19,7 pct. af den voksne befolkning angav at have slidgigt, 13,3 pct. angav, at de havde en diskusprolaps eller andre rygssygdomme, mens den selvrapporterede andel af befolkningen med leddegigt var 6 pct.<sup>22</sup>

Dette tema-kapitel afdækker forekomsten af udvalgte muskel- og skeletsygdomme fordelt på køn, alder, regioner, kommune og forbrug af sundhedsydelser. Endvidere belyser tema-kapitlet sammenhænge mellem slidgigt og udvalgte rygssygdomme, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Til forskel fra opgørelserne i de nationale sundhedsprofiler er indeværende analyse baseret på registeroplysninger, og vil alene derfor afvige fra ovenstående resultater.

Populationen er afgrænset til personer med udvalgte rygssygdomme (diskusprolaps, inflammation i ryghvirvlen, slid i rygsøjlen, smerter og andre sygdomme i ryggen), slidgigt og leddegigt, idet disse er de hyppigste forekomne muskel- og skeletsygdomme<sup>23</sup>. De tre udvalgte sygdomsgrupper kan alle give anledning til et langvarigt forløb i sundhedsvæsenet.

### 9.1 RESUMÉ

- 16 pct. af danskerne over 18 år havde i 2013 én eller flere muskel- og skeletsygdomme. Forekomsten er højest for kvinder og stiger med alderen.
- Geografiske forskelle i forekomsten ses især for personer med leddegigt, hvor andelen er højere end landsgennemsnittet i Region Sjælland.
- Sandsynligheden for at have én af de udvalgte rygssygdomme eller slidgigt er mellem 1,7 og 2,1 gange større for mænd og kvinder med en ikke-kompetencegivende uddannelse i forhold til personer med en lang uddannelse. Sandsynligheden er generelt højere for kvinder end for mænd med samme uddannelsesniveau.
- Personer med udvalgte rygssygdomme er i højere grad på overførselsindkomst (dagpenge, sygedagpenge, førtidspension mv.) end den gennemsnitlige befolkning. Andelen af personer med udvalgte rygssygdomme udgør næsten en fjerdedel af alle personer på førtidspension.
- Personer med udvalgte rygssygdomme, der er i beskæftigelse eller uddannelsessøgende, har i forhold til den gennemsnitlige befolkning flere indlæggelser, flere ambulante besøg, flere kontakter med almen praksis, speciallæge og øvrig praksissektor.

<sup>20</sup> De nationale sundhedsprofiler 2013, Sundhedsstyrelsen.

<sup>21</sup> De nationale sundhedsprofiler 2013, Sundhedsstyrelsen.

<sup>22</sup> Nyhedsbrev: Førtidspension 2014-3, Ankestyrelsen.

<sup>23</sup> Afgrænsning af muskel- og skeletsygdommene tager udgangspunkt i Region Hovedstadens publikation "Forekomster og konsekvenser af muskel-skeletsygdomme i Region Hovedstaden", der er udarbejdet i samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i oktober 2010. Der er i rapporten fokuseret på de sygdomme inden for reumatologien, som kan give anledning til et kronisk eller længerevarende sygdomsforløb: Leddegigt, slidgigt og rygssygdomme.



## Boks 8. Udvalgte muskel- og skeletsygdomme

Muskel- og skeletsygdomme spænder fra kortvarige akutte tilstande til langvarige, kroniske tilstande. Muskel- og skeletsygdomme udgør en forskelligartet gruppe af sygdomme og symptomer relateret til muskler, sener, knogler og led. Ondt i ryggen, nakkehold, slidgigt, osteoporose, fibromyalgi, musearm, piskesmæld og leddegigt er typiske eksempler på muskel- og skeletsygdomme.

Dette tema-kapitel omhandler nedenstående udvalgte muskel- og skeletsygdomme.

### Udvalgte ryggsygdomme

Udvalgte ryggsygdomme omfatter i dette tema diskusprolaps, inflammation i ryghvirvlen, slid i rygsøjlen, smerter og andre sygdomme i ryggen.

#### Diskusprolaps

Rygsøjlen er opbygget af små ryghvirvler, som er adskilt af bruskhvirvler. Bruskskiven, der også bliver kaldt diskusskiven, består af en hård ydre ring med blødt materiale indeni. Over tid bliver diskusskiverne slidte og kan få sprækker, hvor det bløde i midten kan komme ud. Denne tilstand kaldes en diskusprolaps. Diskusprolapsen kan trykke på nerver og give smerter i arme eller ben. 10 pct. af de personer, der lider af en diskusprolaps, har behov for operation. Langt de fleste tilfælde helbreder sig selv.

#### Slidgigt (atrose)

Slidgigt kan ramme ethvert led i kroppen og ses for det meste i nakken, ryggen og hofte- og knæleddene. Årsagen til slidgigt er ukendt, men alder og belastning spiller en væsentlig rolle i udviklingen af slidgigt. Knoglerne i leddet er normalt dækket af brusk. Hos personer med slidgigt er brusken nedbrudt og knoglerne blotlagt. Særligt under belastning vil bevægelser forekomme smertefulde, og der kan opstå betændelsestilstande i leddet.

#### Leddegigt (reumatoid artrit)

Leddegigt er en kronisk betændelsessygdom i kroppens led, som kan medføre hævelse, smerte, stivhed og eventuelt tab af bevægelighed. Forskellige typer af medicin dæmper smerter og begrænser ødelæggelsen af knogler og led.

*Kilde: Sundhed.dk og Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007 Statens Institut for Folkesundhed.*

## 9.2 FOREKOMSTEN AF DE UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

I 2013 havde ca. 440.000 personer over 18 år én eller flere udvalgte ryg sygdomme, mens godt 330.000 personer over 18 år havde slidgigt. Det svarer til henholdsvis 9,9 pct. og 7,5 pct. af den danske befolkning over 18 år. Forekomsten af leddegigt er knap 41.000 personer, svarende til 0,9 pct. af befolkningen over 18 år, *jf. tabel 7.*

**Tabel 7. Antal/andel personer over 18 år med de tre udvalgte muskel- og skeletsygdomme i 2013**

	Befolkning over 18 år i alt	Udvalgte ryg sygdomme	Slidgigt	Leddegigt	Udvalgte muskel- og skeletsygdomme i alt
Antal personer	4.430.912	439.456	333.003	40.566	<b>720.486</b>
Andel i pct.	-	9,9	7,5	0,9	<b>16,3</b>

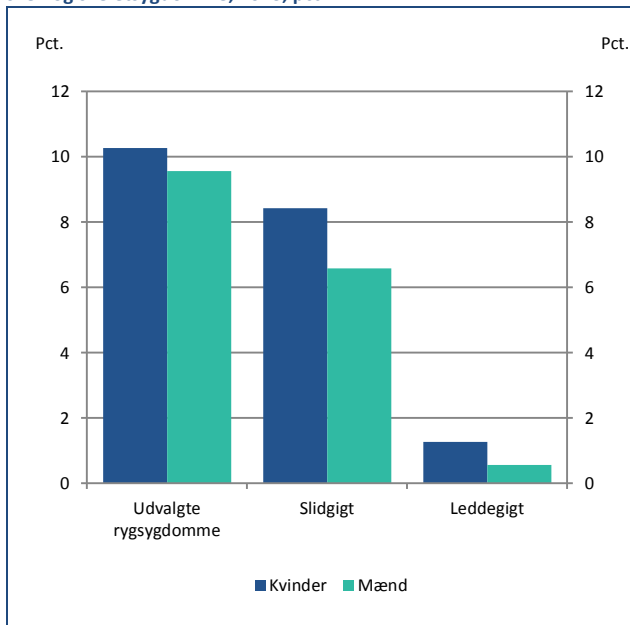
Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolknings-  
tal, Danmarks Statistik.

Anm.: Samme borger kan have en eller flere af de udvalgte kroniske muskel- og skeletsygdomme.

Forekomsten af de udvalgte muskel- og skeletsygdomme er generelt højere for kvinder end for mænd for alle tre sygdomsgrupper, *jf. figur 129.* Den største forskel ses for slidgigt, som forekommer 28 pct. oftere blandt kvinder end mænd.

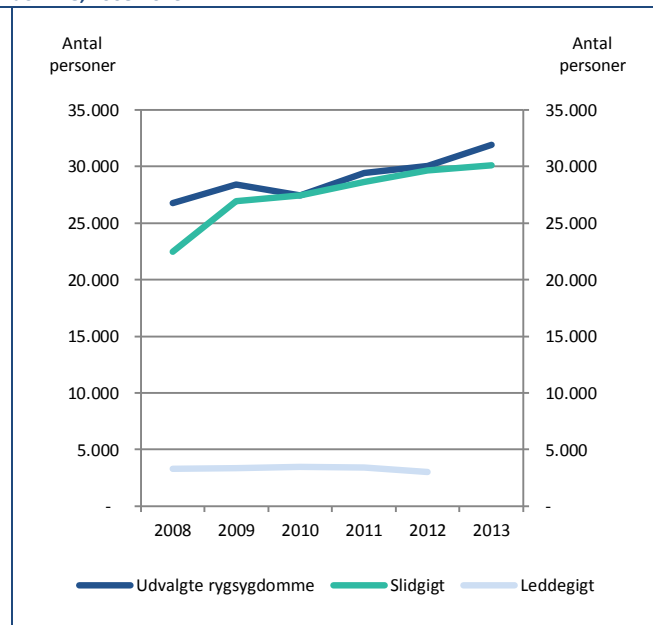
Udviklingen i antal nye tilfælde af udvalgte muskel- og skeletsygdomme har varieret i perioden 2008 til 2013. Den årlige tilgang af personer med leddegigt har været konstant i perioden, mens tilgangen af personer med slidgigt og udvalgte ryg sygdomme har været stigende. I 2008 var den årlige tilgang af personer med slidgigt og udvalgte ryg sygdomme henholdsvis 22.000 personer og 26.000 personer. Fra 2012 til 2013 var tilgangen over 30.000 personer for begge lidelser, *jf. figur 130.*

**Figur 129. Andelen af kvinder og mænd over 18 år med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2013, pct.**



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.

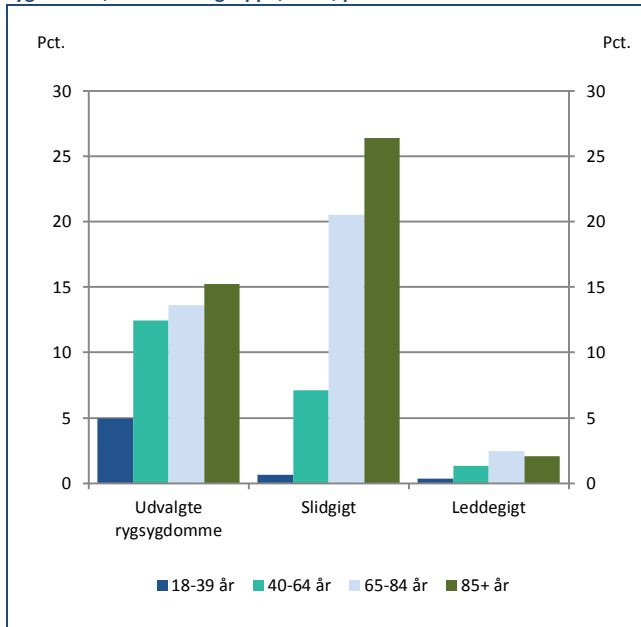
**Figur 130. Antal nye tilfælde med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2008-2013**



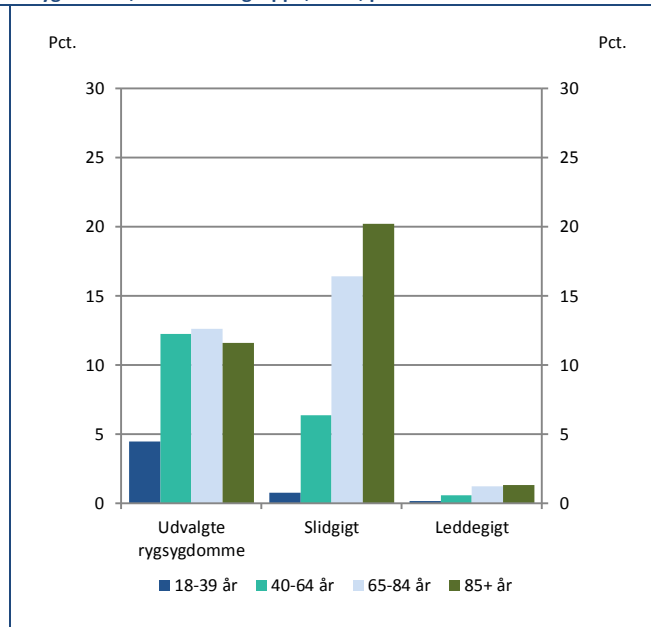
Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.

Forekomsten af de udvalgte muskel- og skeletssygdomme stiger med alderen. Andelen af personer med udvalgte muskel- og skeletssygdomme er således størst i de ældre aldersgrupper. Aldersvariationen er størst for slidgigt, mens den stigende sammenhæng mellem forekomst og alder er mere udtalt for kvinder end for mænd for udvalgte rygssygdomme, jf. figur 131 og figur 132.

Figur 131. Andel af kvinder over 18 år med udvalgte muskel- og skeletssygdomme, efter aldersgruppe, 2013, pct.



Figur 132. Andelen af mænd over 18 år med udvalgte muskel- og skeletssygdomme, efter aldersgruppe, 2013, pct.



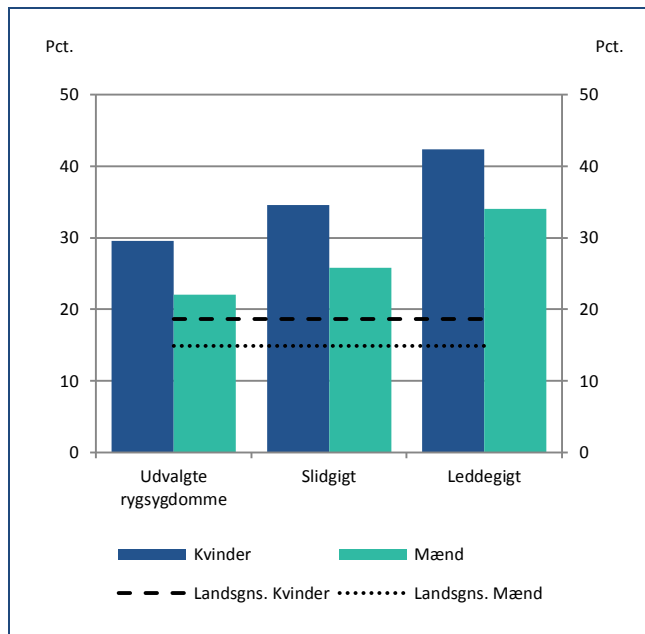
Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.

Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.

Forekomsten af to eller flere udvalgte uafhængige kroniske sygdomme på samme tid (komorbiditet), er størst for kvinder med leddegigt<sup>24</sup>. Over 40 pct. af kvinder med leddegigt har samtidig en eller flere andre udvalgte kroniske sygdomme. Forekomsten af komorbiditet for kvinder med udvalgte rygssygdomme og slidgigt er henholdsvis 29 pct. og 34 pct. For mænd er forekomsten af komorbiditet 34 pct. for leddegigt og henholdsvis 22 pct. og 26 pct. for udvalgte rygssygdomme og slidgigt. Til sammenligning er forekomsten af andre udvalgte kroniske sygdomme på landsplan 19 pct. for kvinder og 15 pct. for mænd, jf. figur 133 og figur 134.

<sup>24</sup> Andre udvalgte kroniske sygdomme omfatter KOL, osteoporose, diabetes type 1 og 2, demens og astma.

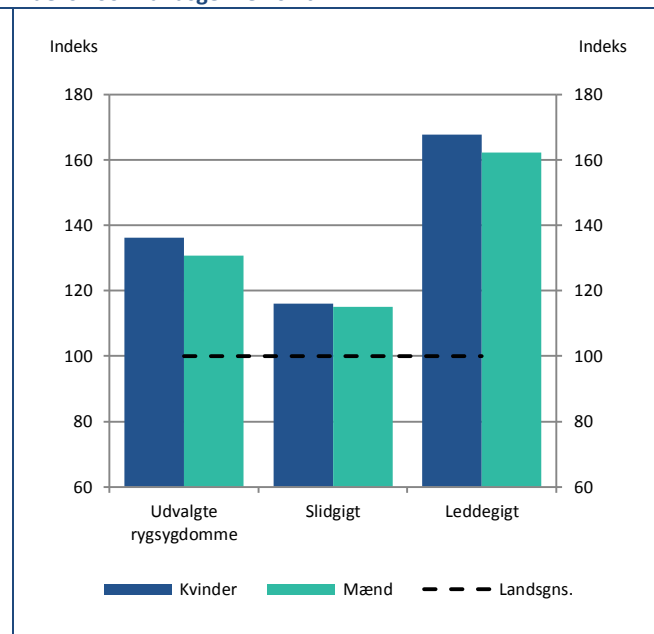
Figur 133. Andelen af komorbiditet for personer med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.  
Anm.: Ikke køns- og alderstandardiseret

Figur 134. Andelen af komorbiditet for personer med udvalgte muskel- og skeletsygdomme i forhold til landsgennemsnittet - korrigeret for køn og alder, 2013.

Indeks 100 = landsgennemsnit

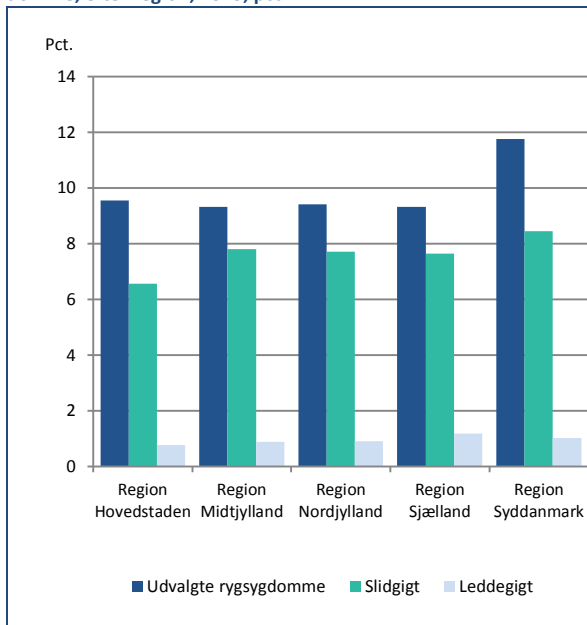


Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.  
Anm.: Køns- og alderstandardiseret

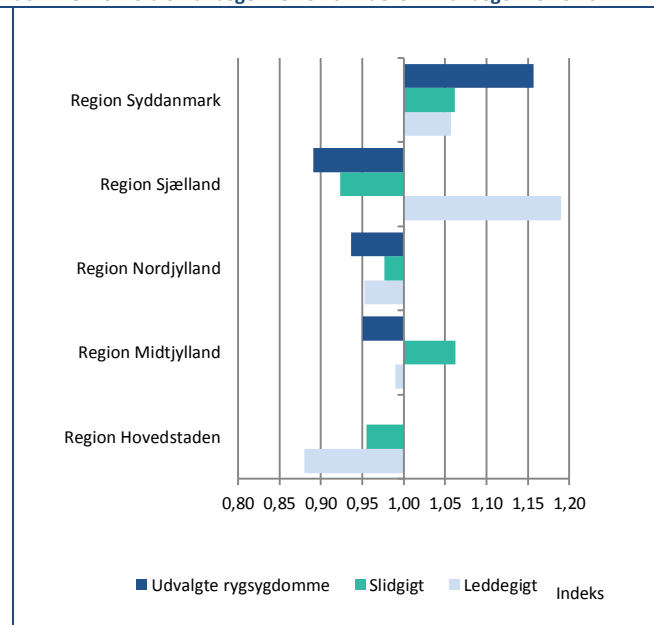
### 9.3 GEOGRAFI OG FOREKOMSTEN AF UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

Ses på forekomsten af udvalgte muskel- og skeletssygdomme i regionerne, er andelen af personer med alle tre typer af muskel- og skeletssygdomme højere i Region Syddanmark end landsgennemsnittet. Andelen af personer i Region Syddanmark med leddegigt og slidgigt er 6 pct. højere end landsgennemsnittet, mens andelen af udvalgte rygssygdomme er 16 pct. højere. I Region Nordjylland og Region Hovedstaden er forekomsten af alle tre muskel- og skeletssygdomme lavere end eller på niveau med landsgennemsnittet. Forekomsten af slidgigt i Region Midtjylland og leddegigt i Region Sjælland ligger over landsgennemsnittet, mens forekomsten af udvalgte rygssygdomme ligger under landsgennemsnittet. *Jf. figur 136.*

Figur 135. Andel af befolkningen med udvalgte muskel- og skeletssygdomme, efter region, 2013, pct.



Figur 136. Den regionale andel af borgere med muskel- og skeletssygdomme i forhold til landsgennemsnit. Indeks 1 = landsgennemsnit



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut, Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

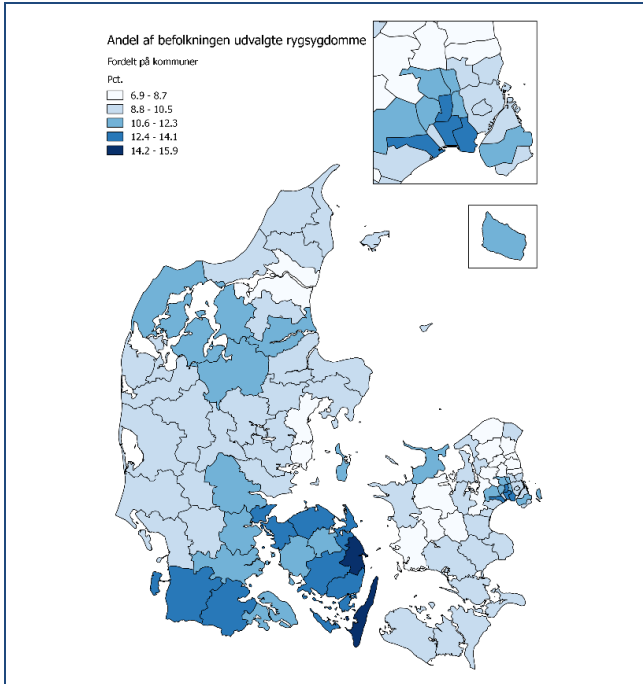
Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut, Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

På tværs af kommuner varierer andelen af personer med muskel- og skeletssygdomme. Andelen af personer med udvalgte rygssygdomme i kommunerne i Region Syddanmark, Region Nordjylland og de vestlige kommuner i Region Hovedstaden er højere end landsgennemsnittet, *jf. figur 137.*

I kommunerne i Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland er forekomsten af slidgigt højere end landsgennemsnittet, mens forekomsten af slidgigt i en stor del af kommunerne i Region Hovedstaden er lavere end landsgennemsnittet, *jf. figur 138.*

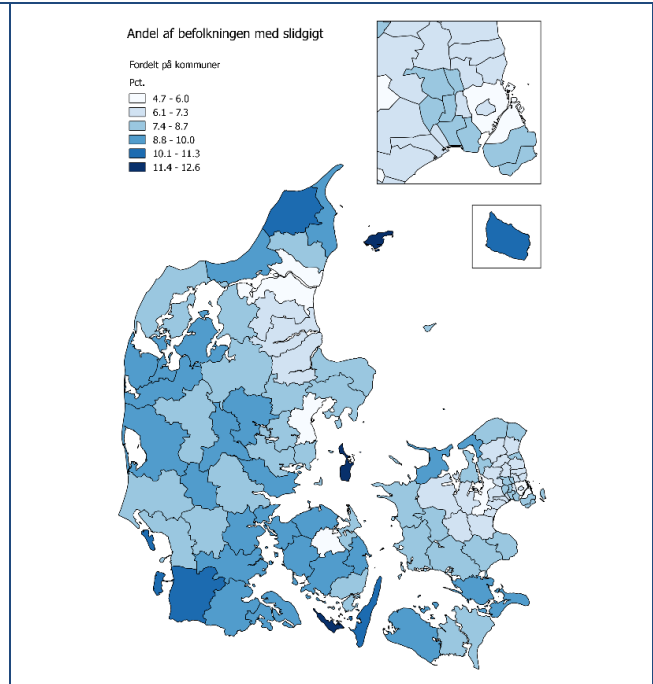
Forekomsten af leddegigt er højere end landsgennemsnittet i kommunerne i Region Sjælland, mens forekomsten af leddegigt i kommunerne i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Hovedstaden er lavere end landsgennemsnittet, *jf. figur 139.*

Figur 137. Andelen af befolkningen med udvalgte rygsgygdomme, efter kommune, 2013, pct.



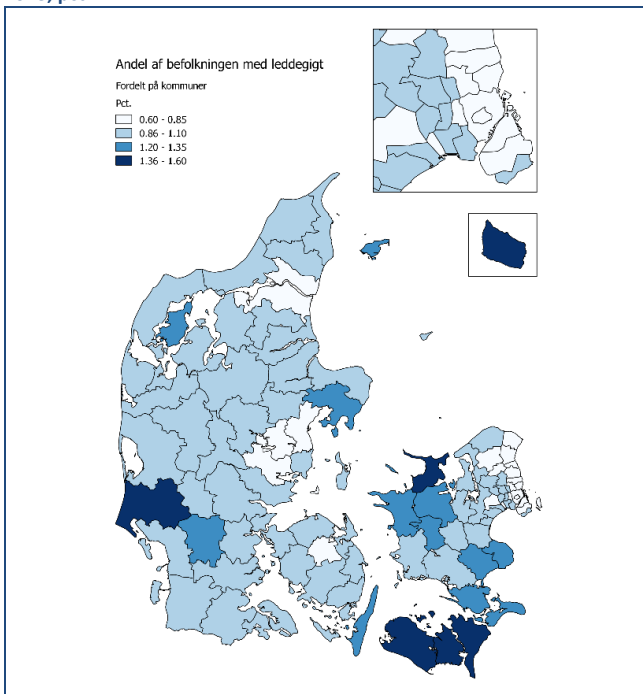
Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.  
Anm.: Ikke køn- og aldersstandardiseret

Figur 138. Andelen af befolkningen med slidgigt, efter kommuner, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS.), Statens Serum Institut.  
Anm.: Ikke køn- og aldersstandardiseret

Figur 139. Andelen af befolkningen med leddegigt, efter kommune, 2013, pct.

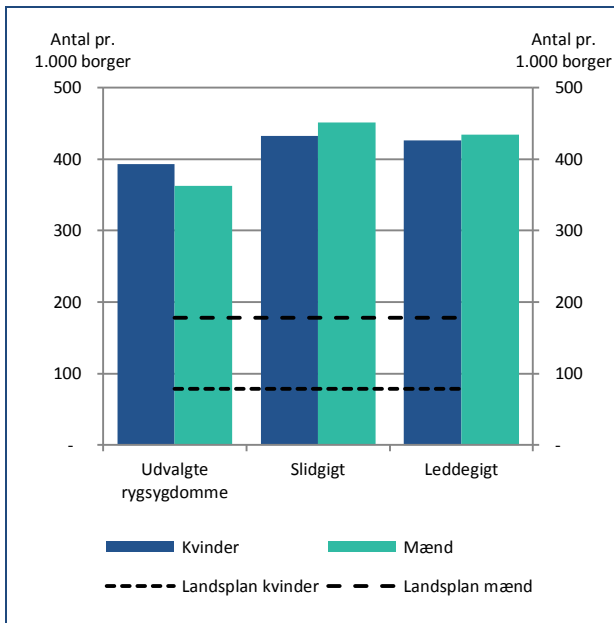


Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut  
Anm.: Ikke køn- og aldersstandardiseret.

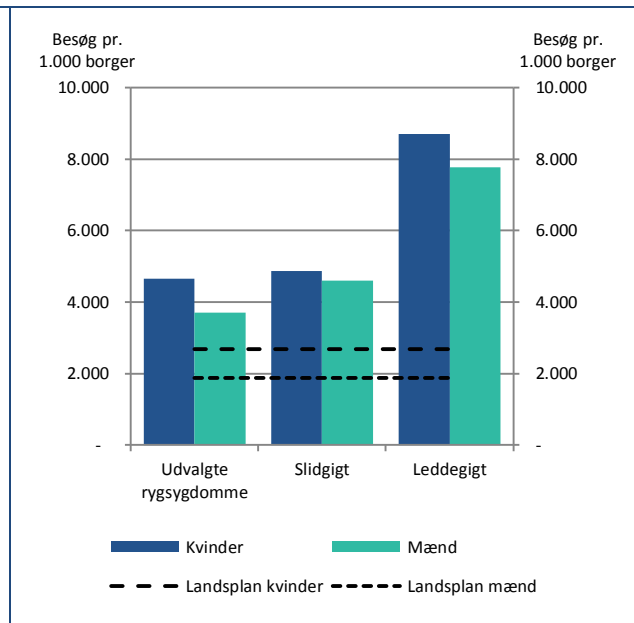
## 9.4 FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER FOR PERSONER MED UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

Personer med udvalgte muskel- og skeletssygdomme har væsentlig flere indlæggelser og ambulante besøg end den gennemsnitlige befolkning. Mænd med slidgigt og leddegigt har flere indlæggelser end kvinder med samme sygdom, mens kvinderne har flere ambulante besøg end mændene for alle tre udvalgte muskel- og skeletssygdomme. For udvalgte rygsygdomme har kvinder flere indlæggelser end mænd, *jf. figur 140 og figur 141.*

Figur 140. Antal indlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på personer med udvalgte muskel- og skeletssygdomme i 2013



Figur 141. Antal ambulante besøg pr. 1.000 borgere, fordelt på personer med udvalgte muskel- og skeletssygdomme, 2013



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.  
Anm.: Ikke køn- og aldersstandardiseret

Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut.  
Anm.: Ikke køn- og aldersstandardiseret

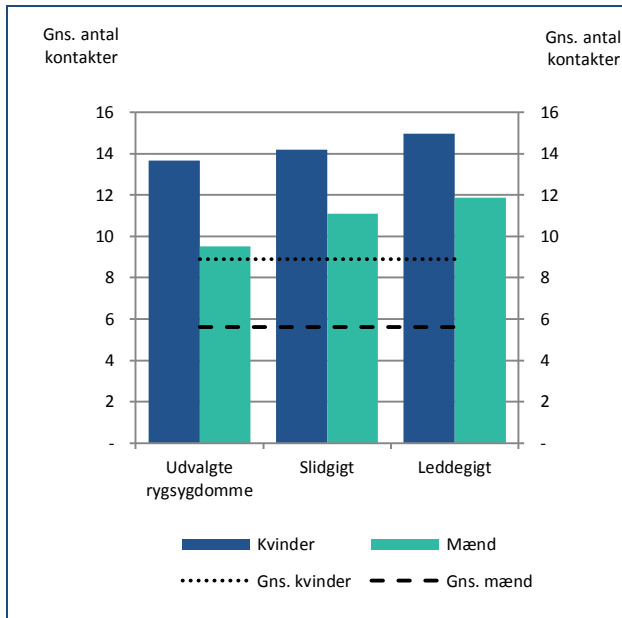
Kvinder med udvalgte rygsygdomme havde i gennemsnit 13 kontakter i almen praksis i 2013, hvilket svarer til 53 pct. flere kontakter end landsgennemsnittet for kvinder. Kvinder med slidgigt og leddegigt havde i gennemsnit henholdsvis 14,2 og 13,7 kontakter, hvilket svarer til 59 og 53 pct. flere kontakter end gennemsnittet i 2013. Mænd med udvalgte rygsygdomme havde ligeledes flere besøg i almen praksis end gennemsnittet. Mænd med udvalgte rygsygdomme og slidgigt havde ca. dobbelt så mange kontakter i almen praksis i forhold til gennemsnittet, *jf. figur 142.*

På landsplan havde kvinder i gennemsnit flere kontakter i 2013 til speciallæge i reumatologi end mænd. I gennemsnit havde kvinder 0,04 kontakter, mens mænd havde 0,02 kontakter i 2013. Kvinder og mænd med udvalgte rygsygdomme og slidgigt havde i gennemsnit mere end dobbelt så mange kontakter sammenlignet med befolkningen på landsplan. Kvinder og mænd med leddegigt havde i gennemsnit ca. 0,5 kontakter, svarende til 12 gange flere kontakter til speciallæge i reumatologi end den gennemsnitlige befolkning i 2013 for kvinder, og 23 gange flere kontakter for mænd, *jf. figur 143.*

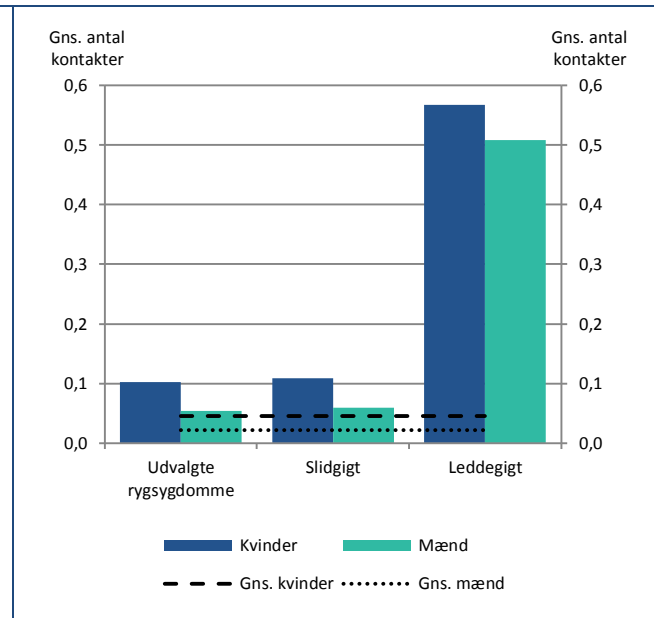
Det gennemsnitlige antal kontakter til øvrig praksis tegner samme billede som kontakter til speciallæge. Både kvinder og mænd med udvalgte rygsygdomme og slidgigt havde mere end dobbelt så mange kontakter i øvrig praksis i 2013 sammenlignet med befolkningen på landsplan. Kvinder med leddegigt havde ca. 11 kontakter

i 2013, mens mændene havde ca. 5 kontakter, hvilket er henholdsvis tre og fire gange flere kontakter end landsgennemsnittet for kvinder og mænd, jf. figur 144.

**Figur 142. Gennemsnitlig antal kontakter i almen praksis, fordelt på personer med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2013**



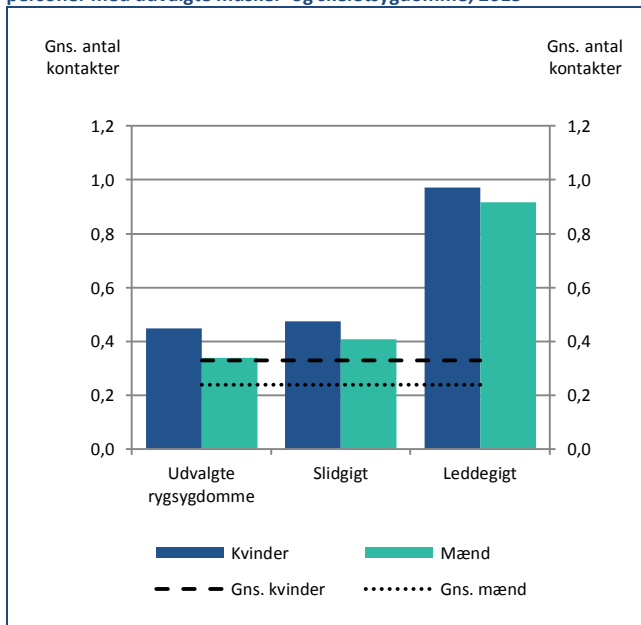
**Figur 143. Gennemsnitlig antal kontakter hos speciallæge i reumatologi, fordelt på personer med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2013**



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut. Samt Sygesikringsregistret  
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut. Samt Sygesikringsregistret  
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

**Figur 144. Gennemsnitlig antal kontakter i øvrig praksis, fordelt på personer med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2013**



Kilde: Landspatientregisteret og borgere med kronisk sygdom ifølge foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Statens Serum Institut. Samt Sygesikringsregistret  
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.



## 9.5 FOREKOMST FORDELT PÅ UDDANNELSE FOR UDVALGTE RYGSYGDOMME OG SLIDGIGT

Uddannelse er, i modsætning til fx arbejdsmarkedstilknytning og personlig indkomst, relativ fast over længere tid. Sammenhængen mellem social position og sygelighed kan dermed beskrives mere entydigt, og uddannelse anvendes i nedenstående opgørelser som indikator for den sociale position i samfundet

Uddannelse er defineret som højeste fuldførte uddannelse pr. 1. oktober 2012<sup>25</sup>. Sammenhængen mellem forekomsten af udvalgte muskel- og skeletsygdomme og social position er opgjort for personer med udvalgte rygpsygdomme og personer med slidgigt<sup>26</sup>.

### Boks 9. Klassificering af uddannelsesniveau

Betegnelse	Højeste fuldførte uddannelse
Ikke-kompetencegivende uddannelse	Grundskole Almengymnasiale uddannelse Erhvervsgymnasial uddannelse
Kort uddannelse	Erhvervsfagligt forløb Kort videregående uddannelse
Mellemlang uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse Bachelor uddannelse
Lang uddannelse	Lang videregående uddannelse Forskeruddannelse

*Kilde: Forebyggelsesregistret, Danmarks Statistik*  
*Anm.: Definitionen er baseret på Danmarks Statistiks klassificering af højest fuldførte uddannelse*

Personer med en ikke-kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, som højeste uddannelsesniveau, har en højere forekomst af udvalgte rygpsygdomme end personer med henholdsvis en mellemlang og lang uddannelse. Omkring 35 pct. af personer med en ikke-kompetencegivende uddannelse, som højeste uddannelsesniveau, har udvalgte rygpsygdomme. Til sammenligning har ca. 5 pct. af personer med en lang uddannelse udvalgte rygpsygdomme, *jf. figur 145*.

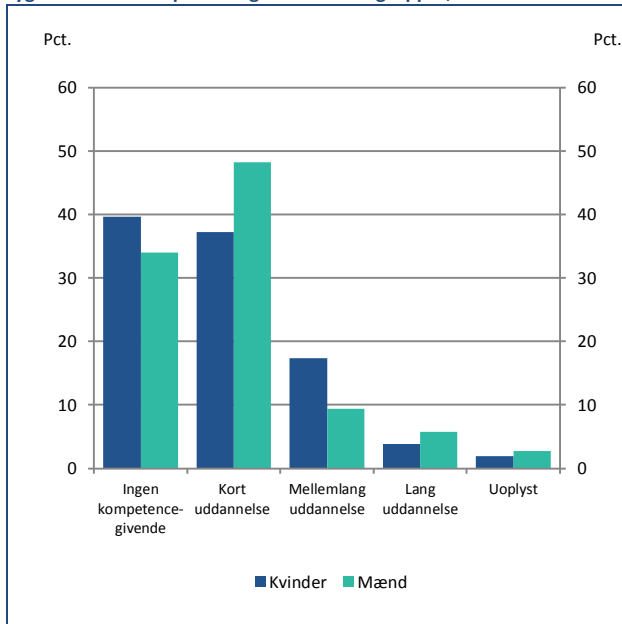
Der er en større andel af mænd end kvinder med korte uddannelser, der har udvalgte rygpsygdomme og slidgigt, mens modsatte tendens ses for personer med mellemlange uddannelser. Dette skal formentlig ses i sammenhæng med de typer af uddannelser, der hører under henholdsvis korte og mellemlange uddannelser og den efterfølgende beskæftigelse, der fx kan indeholde tunge løft.

Andelen af kvinder med udvalgte rygpsygdomme og slidgigt falder med stigende uddannelsesniveau. For mænd ses, at forekomsten af slidgigt og udvalgte rygpsygdomme er størst for de ikke-kompetencegivende uddannelser.

<sup>25</sup> Forebyggelsesregisteret 2014 udgør datagrundlaget for analyserne vedrørende uddannelse. Forebyggelsesregisteret er en samling af en række nationale sundhedsregistre og registre over befolkningens socioøkonomiske forhold, herunder uddannelse, indkomst og erhverv. Forebyggelsesregisteret giver mulighed for at belyse sammenhængen mellem socioøkonomiske forhold og en lang række sundhedsoplysninger. Forebyggelsesregisteret 2014 er opdateret frem til 2012, hvorfor analyserne kun opgøres til og med 2012. Der henvises til Danmarks Statistiks kvalitetsdeklaration for Forebyggelsesregisteret for yderligere oplysninger.

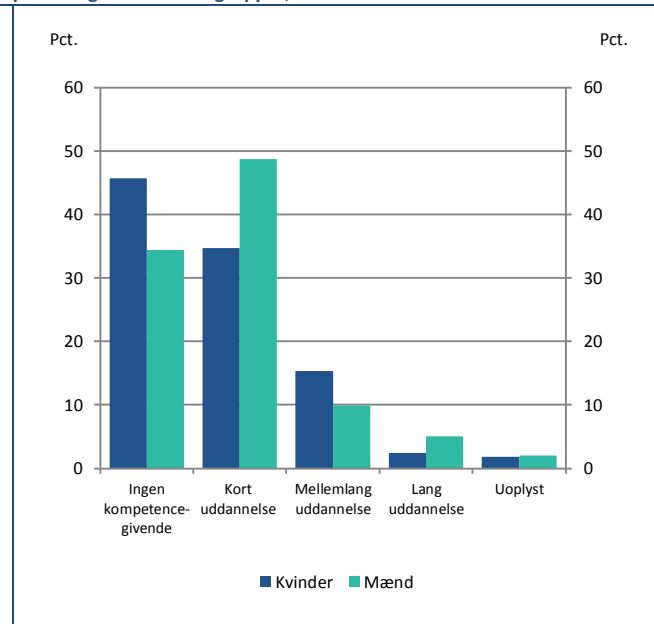
<sup>26</sup> Personer med leddegigt er udeladt, da det ikke er muligt at afgrænse den relevante population på Danmarks Statistiks forskermiljø.

Figur 145. Andel af befolkningen i alderen 30-91 år med udvalgte ryg-sygdomme fordelt på køn og uddannelsesgrupper, 2012



Kilde: Forebyggelsesregistret 2012

Figur 146. Andel af befolkningen i alderen 30-91 år med slidgigt fordelt på køn og uddannelsesgrupper, 2012



Kilde: Forebyggelsesregistret 2012

Sandsynligheden for at være registreret med udvalgte rygssygdomme er ca. dobbelt så stor for personer uden en kompetencegivende uddannelse i forhold til personer med en lang uddannelse. Både for mænd og kvinder med udvalgte rygssygdomme ses en tendens til, at risikoen falder med stigende uddannelsesniveau, jf. tabel 8.

Tabel 8. Overrisiko (odd ratio) for udvalgte rygssygdomme blandt mænd og kvinder i alderen 30-91-år ultimo 2012 fordelt på højeste fuldførte uddannelse i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse

	Mænd 30-91 år		Kvinder 30-91 år	
	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct.	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct.
Ingen kompetencegivende	1,9	[1,87 - 1,96]	2,1	[2,07 - 2,18]
Kort uddannelse	1,7	[1,68 - 1,75]	1,8	[1,78 - 1,87]
Mellemlang uddannelse	1,3	[1,24 - 1,3]	1,6	[1,55 - 1,63]
Lang uddannelse	1,0	ref.	1,0	ref.

Kilde: Forebyggelsesregistret 2012

En tilsvarende tendens ses for slidgigt, hvor sandsynligheden er henholdsvis 1,7 og 1,8 gange større for mænd og kvinder uden en kompetencegivende uddannelse i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse, jf. tabel 9.

Tabel 9. Overrisiko (odd ratio) for slidgigt blandt mænd og kvinder i alderen 30-91 år ultimo 2012 fordelt på højeste fuldførte uddannelse i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-91 år		Kvinder 30-91 år	
	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct.	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct.
Ingen kompetencegivende	1,7	[1,69 - 1,79]	1,8	[1,7 - 1,82]
Kort uddannelse	1,8	[1,76 - 1,86]	1,7	[1,66 - 1,77]
Mellemlang uddannelse	1,4	[1,38 - 1,46]	1,6	[1,59 - 1,7]
Lang uddannelse	1,0	ref.	1,0	ref.

Kilde: Forebyggelsesregistret 2012

## 9.6 TILKNYTNING TIL ARBEJDSMARKEDET OG FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER FOR PERSONER MED UDVALGTE RYGSYGDOMME

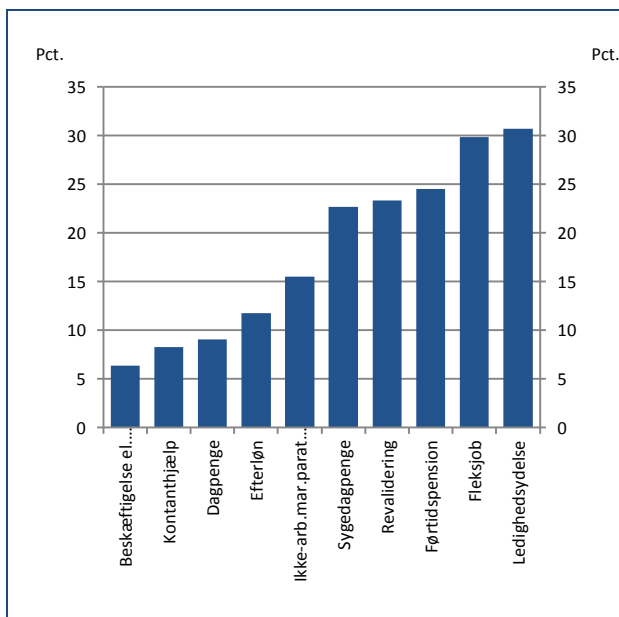
Forekomsten af udvalgte muskel- og skelet sygdomme kan have stor indvirkning på hverdagen og evnen til at deltage aktivt på arbejdsmarkedet. Tilknytningen til arbejdsmarkedet kan derfor være en indikator for sygdommens sværhedsgrad.

I afsnittet belyses alene personer med udvalgte ryg sygdomme, da denne patientgruppe udgør den største andel af den samlede gruppe af personer med muskel- og skelet sygdomme, og samtidig er ca. 70 pct. af personerne med udvalgte ryg sygdomme i den arbejdsdygtige alder.

Personer med udvalgte ryg sygdomme udgør en relativ stor andel af den samlede gruppe af personer på sygedagpenge, revalidering, førtidspension, flexjob og ledighedsydelse, *jf. figur 147*. Andelen af personer med udvalgte ryg sygdomme udgør næsten en fjerdedel af alle personer på førtidspension.

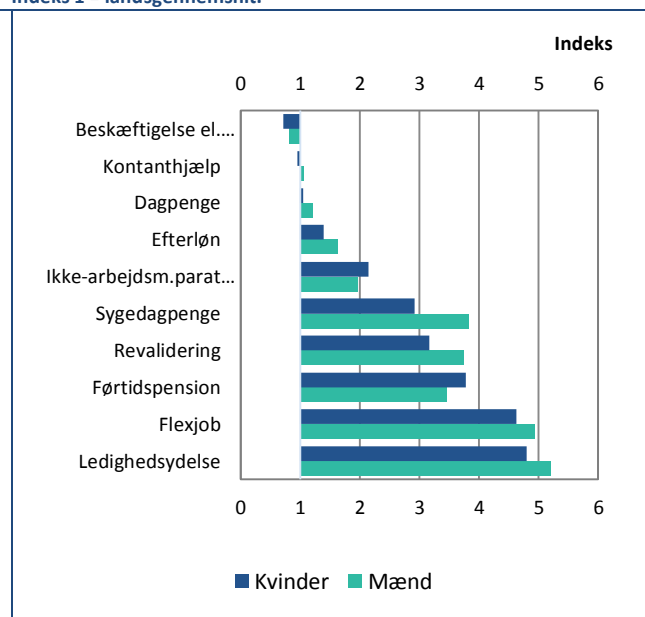
Personer med udvalgte ryg sygdomme er i højere grad på overførselsindkomst (dagpenge, sygedagpenge, førtidspension mv.) end den gennemsnitlige befolkning, når der tages højde for køns- og alderssammenhængen, *jf. figur 148*.

Figur 147. Andelen af arbejdsmarkedsydelse, der blev tildelt personer med udvalgte ryg sygdomme i 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

Figur 148. Andelen af mænd og kvinder med udvalgte ryg sygdomme fordelt på arbejdsmarkedsydelse i forhold til andelen på landsplan. Indeks 1 = landsgennemsnit.



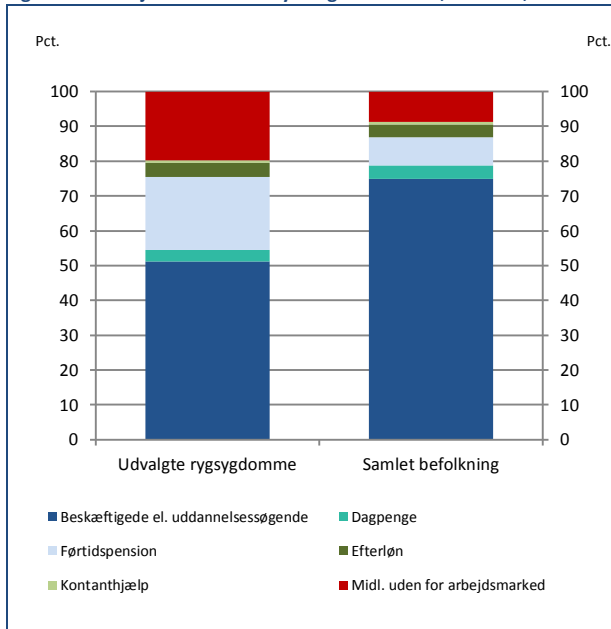
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

Over halvdelen af mænd og kvinder med udvalgte ryg sygdomme er beskæftigede eller uddannelsessøgende. Sammenlignet med den samlede befolkning er 75 pct. af kvinderne og 80 pct. af mændene beskæftigede eller uddannelsessøgende, *jf. figur 149 og figur 150*.

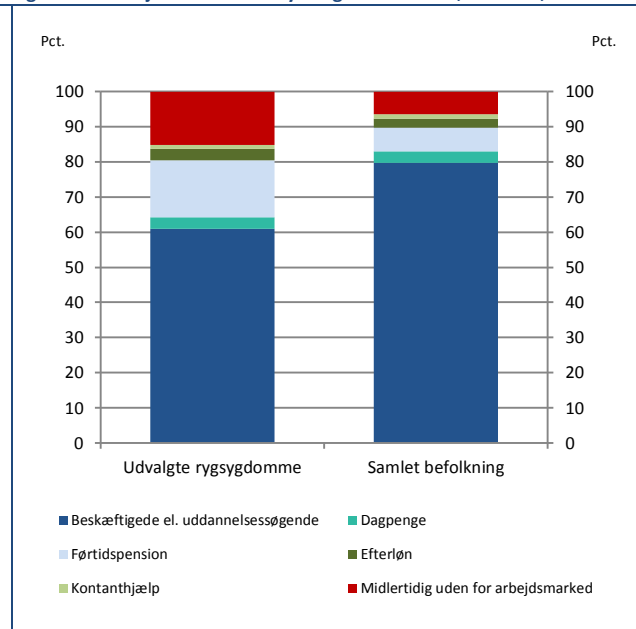
Andelen af kvinder med udvalgte ryg sygdomme på førtidspension er 21 pct. Til sammenligning er 8 pct. af alle kvinder i den tilsvarende aldersgruppe på førtidspension. For mænd med udvalgte ryg sygdomme er andelen af førtidspensionister 16 pct. Den tilsvarende landsandel for mænd er 7 pct., *jf. figur 149 og figur 150*.

Andelen af kvinder og mænd med udvalgte rygsgdomme, som midlertidigt er uden for arbejdsmarked, er henholdsvis 20 pct. og 15 pct. For den samlede befolkning er andelen henholdsvis 9 pct. og 6 pct., *jf. figur 149 og figur 150.*

Figur 149. Arbejdsmarkedstilknytning for kvinder, 18-64 år, 2013



Figur 150. Arbejdsmarkedstilknytningen for mænd, 18-64 år, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

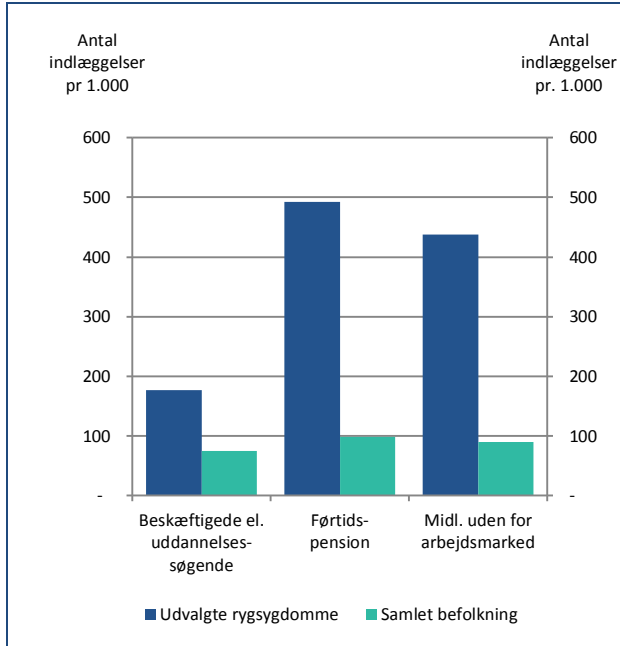
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

Beskæftigede eller uddannelsessøgende med udvalgte rygsgdomme havde 177 indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2013. Til sammenligning havde den gennemsnitlige befolkning med samme arbejdsmarkedstilknytning 75 indlæggelser pr. 1.000 borgere.

Antallet af indlæggelser for førtidspensionister og personer midlertidig uden for arbejdsmarked med udvalgte rygsgdomme var op mod fire gange højere end det gennemsnitlige antal indlæggelser for personer med samme arbejdsmarkedstilknytning. Førtidspensionister med udvalgte sygdomme havde 492 indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2013, mens det gennemsnitlige antal indlæggelser for førtidspensionister var 99 pr. 1.000 borgere. For personer midlertidig uden for arbejdsmarked med udvalgte rygsgdomme var antal indlæggelser 438 pr. 1.000 borgere, mens personer midlertidig uden for arbejdsmarked i gennemsnit havde 90 indlæggelser pr. 1.000 borger i 2013, *jf. figur 151.*

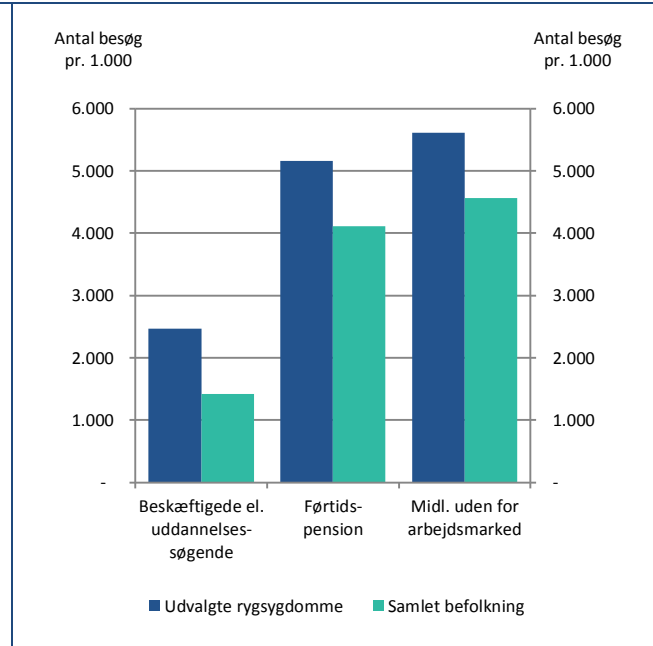
Personer med udvalgte rygsgdomme har flere ambulante besøg, uanset om de er beskæftigede eller uddannelsessøgende, på førtidspension eller midlertidigt uden for arbejdsmarkedet, *jf. figur 152.* Det bemærkes, at antallet af ambulante besøg pr. 1.000 borgere for beskæftigede eller uddannelsessøgende er langt mindre sammenholdt med førtidspensionister og personer midlertidigt uden for arbejdsmarkedet.

Figur 151. Antal indlæggelser pr. 1.000 personer fordelt på arbejdsmarkedstilknytning i 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut. DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

Figur 152. Antal ambulante besøg pr. 1.000 personer fordelt på arbejdsmarkedstilknytning i 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut. DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

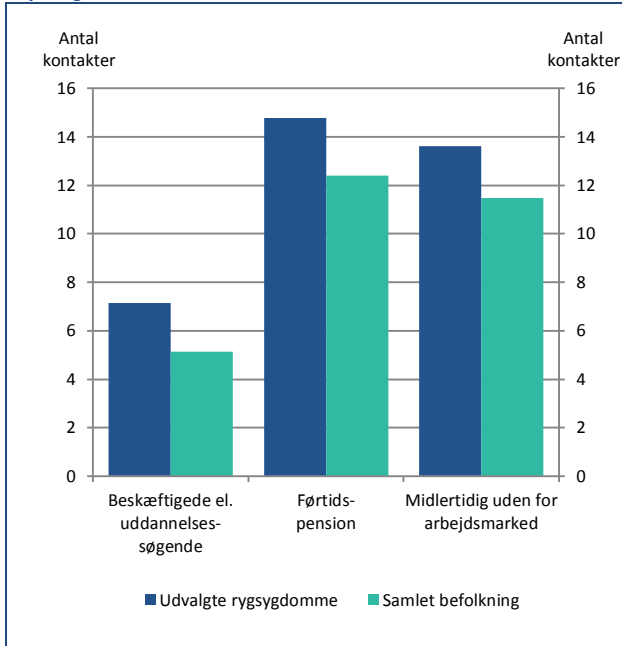
Personer med udvalgte rygsgydomme har flere kontakter i almen praksis end den gennemsnitlige befolkning uanset tilknytning til arbejdsmarkedet opgjort for 2013. Førtidspensionisterne har absolut flest kontakter, mens personer med udvalgte rygsgydomme, der er beskæftigede eller uddannelsessøgende har relativt flest kontakter i almen praksis set i forhold til den gennemsnitlige befolkning med tilsvarende arbejdsmarkedstilknytning, *jf. figur 153*.

I 2013 er det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge i reumatologi højere for personer med udvalgte rygsgydomme i forhold til den gennemsnitlige befolkning uanset tilknytning til arbejdsmarkedet, *jf. figur 154*. For beskæftigede eller uddannelsessøgende er antallet 130 pct. gange højere end den gennemsnitlige befolkning med samme arbejdsmarkedstilknytning, mens førtidspensionister og personer midlertidig uden for arbejdsmarked har henholdsvis ca. 64 pct. og ca. 43 pct. flere kontakter end den gennemsnitlige befolkning med samme arbejdsmarkedstilknytning.

Personer med udvalgte rygsgydomme har generelt flere kontakter i øvrig praksis<sup>27</sup> end den gennemsnitlige befolkning. Personer, der er i beskæftigede eller uddannelsessøgende har dobbelt så mange kontakter i 2013 sammenlignet med den gennemsnitlige befolkning med samme arbejdsmarkedstilknytning. Førtidspensionister med udvalgte rygsgydomme har ca. 10 pct. flere kontakter i 2013 set i forhold til det gennemsnitlige antal kontakter for førtidspensionister, *jf. figur 155*.

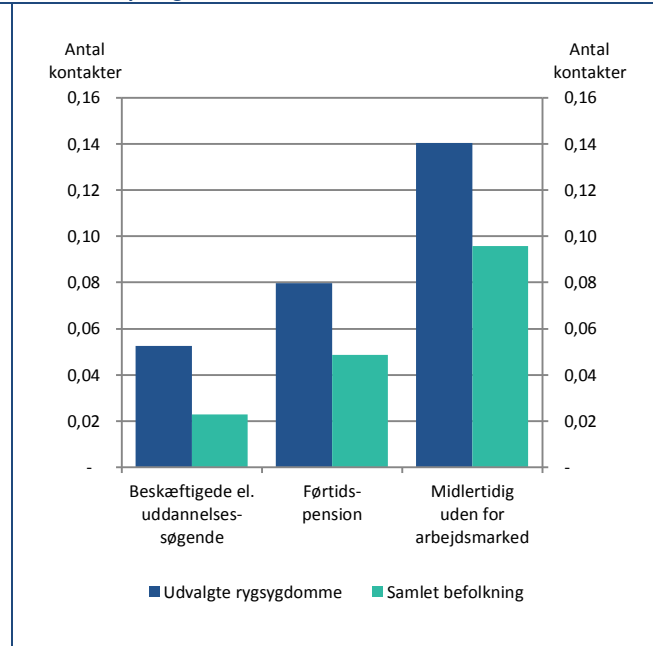
<sup>27</sup> Kontakter til øvrige praksis omfatter kontakter til fysioterapi, kiropraktor, fodbehandling og psykologhjælp.

**Figur 153. Antal gennemsnitlige årlige kontakter i almen praksis for personer med udvalgte rygsygdomme fordelt på arbejdsmarkedstilknøytning i 2013**



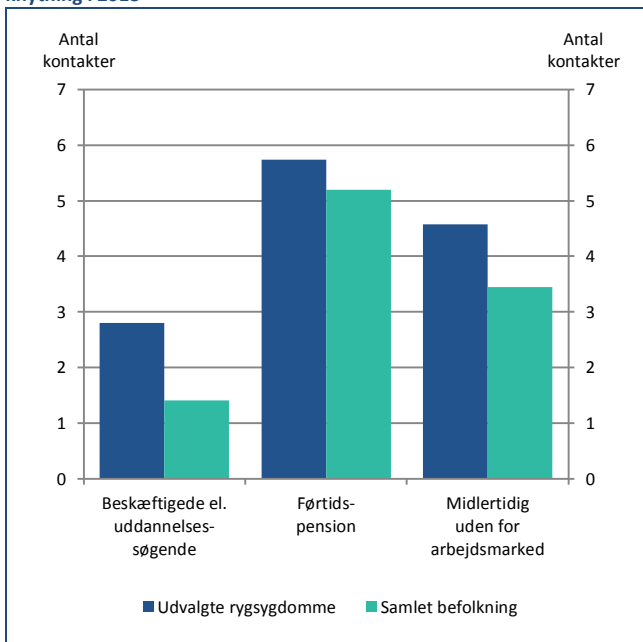
Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregistret, Statens Serum Institut. DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

**Figur 154. Antal gennemsnitlige årlige kontakter ved speciallæge i reumatologi for personer med udvalgte rygsygdomme fordelt på arbejdsmarkedstilknøytning i 2013**



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregistret, Statens Serum Institut. DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

**Figur 155. Antal gennemsnitlige årlige kontakter i øvrige praksis for personer med udvalgte rygsygdomme fordelt på arbejdsmarkedstilknøytning i 2013**



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregistret, Statens Serum Institut. DREAM, Beskæftigelsesministeriet.

## 10 REFERENCER

---

- [1] J. Søggaard, »Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?,« Søggaard Advice, København, 2014.
- [2] KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Indblik i sundhedsvæsenets resultater, 2014,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2014.
- [3] Sundhedsministeriet Middellevetidsudvalg, »Levetiden i Danmark. 2. delrapport,« Sundhedsministeriet, København, 1994.
- [4] K. Juel, »Danskernes dødelighed gennem 100 år,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2004.
- [5] K. Juel, »www.si-folkesundhed.dk,« Statens Institut for Folkesundhed, 2012. [Online]. Available: [http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08\\_2012.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08_2012.aspx).
- [6] Sundhedsstyrelsen, »Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013,« Sundhedsstyrelsen, København, 2014.
- [7] Forebyggelseskommissionen, »Vi kan leve længere og sundere: Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats,« Forebyggelseskommissionen, København, 2009.
- [8] M. Grønbæk, »Alkohol, kap. 17 i Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [9] M. Eliassen, U. Becker, M. Grønbæk, K. Juel og J. Tolstrup, »Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects,« *Eur J Epidemiol.*, pp. 15-26, 29 Januar 2014.
- [10] WHO, »Obesity: preventing and managing the global epidemic,« World Health Organ Tech Rep Ser, 2000.
- [11] O. L. Svendsen, »Overvægt og fedme, kap. 21 i Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [12] Indenrigs- og Sundhedsministeriet, »De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt,« Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København, 2007.
- [13] K. Juel, J. Sørensen og H. Brønnum-Hansen, »Fysisk inaktivitet, kap. 8 i Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2006.
- [14] Sundhedsstyrelsen, »Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling,« Sundhedsstyrelsen, København, 2011.
- [15] S. Vinge, M. S. Buch, J. Kjellberg og P. Kürstein, »Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter,« Dansk Sundhedsinstitut, 2011.

- [16] KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Effektiv kommunal forebyggelse - med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2013.
- [17] KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2014.
- [18] Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner*, København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
- [19] Patientombuddet, »Årsberetning 2013, Dansk Patientsikkerheds Database Del 1.,« Patientombuddet, København, 2014.
- [20] M. Nørgaard og T. Bøjer Rasmussen, *Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR)*, Århus: Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, 2014.
- [21] R. lowman, N. Graves, M. Griffin, J. Roberts, A. Swan, B. Cookson og L. Taylor, »The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed.,« *Journal of Hospital Infections*, pp. 198-209, 2001.
- [22] K. M. Harboe, »Notat om reoperationsrater, Bilag 4 i Ekspertgruppens anbefalinger til videreudvikling af Sundhedskvalitet,« Sundhedsstyrelsen, København, 2008.
- [23] C. Toftgaard, »Day Surgery Activities 2009. International Survey on Ambulatory Surgery,« *Ambulatory Surgery*, pp. 53-63, 2012.
- [24] B. Majholm, J. Engbæk, J. Bartholdy, H. Oerding, P. Ahlburg, A. Ulrik, L. Bill, C. Langfrits og A. Møller, »Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures,« *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, pp. 323-331, 2012.
- [25] H. H. Storm, G. Engholm og T. Hakulinen, »Survival of patients diagnosed with cancer in the Nordic countries up to 1999-2003 followed to the end of 2006. A critical overview of the results.,« *Acta Oncol*, pp. 532-544, 2010.
- [26] H. Sørensen og m.fl., »Volume 5: Supplement 1 Comorbidity and Cancer Survival,« *Journal of Clinical Epidemiology*, pp. 1-74, 2013.
- [27] K. Juel, *Kræftdødeligheden i Danmark*, København: Statens Institut for Folkesundhed, 2009.
- [28] M. Madsen, S. Abildstrøm og S. Rasmussen, »Hjerte-kar-sygdomme, kap. 21 i Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [29] L. Siciliani, M. Borowitz og V. Moran, »Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works,« *OECD Health Policy Studies*, 2013.
- [30] Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet, 2005-2010,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2012.



- [31] Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2013.
- [32] De Økonomiske Råd, »Dansk Økonomi • Efterår 2009,« De Økonomiske Råd, København, 2009.
- [33] COWI, »Evaluering af Patientsikkert Sygehus,« Danske Regioner, København, 2014.
- [34] Sundhedsstyrelsen, » National strategi for psykiatri,« Sundhedsstyrelsen, København, 2009.
- [35] B. Przywara, »Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results,« *European Economy - Economic Papers, European Commission*, 2010.
- [36] L. Kristiansen, O. Ekholm, M. Grønæk og J. S. Tolstrup, »Alkohol i Danmark - Voksnes alkoholvaner og holdning til, 2008,« Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [37] Operation Life, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, *Mortalitetsanalyser – en metode til at identificere indsatsområder for patientsikkerhed*, København: Operation Life, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2008.
- [38] KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning,« KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2015.

## BILAG 1: METODE - INDIKATORER

### Metode for indikatorer baseret på Landspatientregisteret

Indikatorer baseret på Landspatientregisteret (LPR) opgøres som udgangspunkt på baggrund af aktivitet på offentlige sygehuse for borgere med gyldig dansk bopælskommune. Undtaget herfra er indikatorerne for ventetider i sygehusvæsenet og indikatorerne for henholdsvis sundhedsudgifter pr. ældre og pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme. Disse er baseret på al offentligt finansieret aktivitet, herunder offentligt finansieret aktivitet i det private sygehusvæsen. Raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderes fra opgørelserne. Opgørelserne for de enkelte år baseres som udgangspunkt på årsopgørelsen af LPR.

### Køns- og aldersstandardisering

Resultater på lands-, regions- og kommuneniveau er for fire indikatorers vedkommende køns- og aldersstandardiserede ved hjælp af *direkte standardisering*.

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi angiver værdien for en population, såfremt den havde samme køns- og alderssammensætning som de anvendte "standardpopulation", *jf. boks*.

#### Direkte standardisering

Lad  $r_{ijk}$  være værdien for indikator  $k$  i standardiseringskategori  $j$  i populationen  $i$ . Den direkte standardiserede indikatorværdi for populationen  $i$  er da givet ved

$$r_{ik} = \sum_{j=1}^J w_j \times r_{ijk}$$

hvor  $w_j$  er den andel af standardiseringsvariablen, der skal standardiseres til. Der gælder, at

$$\sum_{j=1}^J w_j = 1$$

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi kan dermed benyttes til at sammenligne populationer, som er forskelligt sammensat med hensyn til køn- og aldersfordeling, fordi der justeres for effekten heraf.

Nedenstående tabel viser en oversigt over de indikatorer, der er køns- og aldersstandardiseret og de anvendte standardpopulationer.

### Oversigt over anvendte standardpopulationer i forbindelse med direkte standardisering

Indikator	Standardpopulation
Borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme	Borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, 2009
Akutte genindlæggelser	Indlæggelser i 2009
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år)	Befolkningen, 65+ år, 2009
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	Befolkningen, 2009
1-års overlevelse efter kræft*	International Cancer Survival Standard
Kræftdødelighed*	Befolkningen, 2000
Hjertedødelighed*	Befolkningen, 2000
Regionale sundhedsudgifter pr. ældre (65+ år)	Befolkningen, 65+ år, 2009
Regionale sundhedsudgifter pr. borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme	Borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, 2009

\* Kun aldersstandardiseret.

### Anvendte ICD-10 koder og operationskoder i indikatorer baseret på Landspatientregisteret

#### Akutte genindlæggelser

Såfremt genindlæggelsen er som følge af en kræft- eller ulykkesdiagnose, ekskluderes den fra opgørelsen. Kræft- og ulykkesdiagnoser er afgrænset via følgende ICD-10 diagnosekoder:

- DC\*, DS\*, DX\*, DY\*,
- DT0\*, DT1\*, DT2\*, DT6\*, DT7\*, DT9\*, DT30\*, DT31\*, DT32\*, DT33\*, DT34\*, DT35\*, DT51\*, DT52\*, DT53\*, DT54\*, DT55\*, DT56\*, DT57\*, DT58\*, DT59\*
- DD0\*, DD4\*, DD37\*, DD38\*, DD39\*
- DZ\* dog ikke DZ03\*, DZ42\*, DZ47\*, DZ48\*, DZ54\*, DZ74\*, DZ75\*.

#### Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og pleje-mæssige forhold og/eller tryksår.

Disse er defineret ved følgende ICD-10 diagnosekoder:

Dehydrering: DE869

Forstoppelse: DK590

Nedre luftvejssygdom: DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47

Blærebetændelse: DN30 (undtaget DN303 og DN304)

Gastroenteritis: DA09

Brud: DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92, Ernæringsbetinget anæmi: DD50, DD51, DD52, DD53

Sociale og plejemæssige forhold: DZ59, DZ74, DZ75

Tryksår: DL89

### **Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd**

Operationer for diskusprolaps i lænd er afgrænset via følgende operationskoder:

KABC16: Mikrokirurgisk fjernelse af lumbal diskusprolaps

KABC26: Åben operation for lumbal diskusprolaps

KABC36: Dekompression af lumbal nerverod

KABC56: Dekompression af lumbal spinalkanal og nerverod

Foretaget på patienter med følgende diagnosekode:

DM51: Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver

En potentiel primæroperation tæller kun som primæroperation, hvis den ikke samtidig er reoperation til en anden potentiel primæroperation.

Beslægtede operationer omfatter samtlige typer af operationer på rygmarv og nerverødder.

### **Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke**

Beslægtede operationer omfatter samtlige typer af reoperationer på ryg og hals.

Hvis følgende kriterier om procedure- og diagnosekoder er opfyldt, er der tale om en potentiel primæroperation:

Operationer med en af følgende operationskoder:

KABC10: Mikrokirurgisk fjernelse af cervikal diskusprolaps

KABC20: Åben operation for cervikal diskusprolaps

KABC21: Forreste dekompression af columna cervicalis med indsættelse af intervertebralt fikationsimplantat

KABC30: Dekompression af cervikal nerverod

KABC40: Dekompression af cauda equina

Foretaget på patienter med følgende ICD-10 diagnosekode:

DM50: Sygdomme i halshvirvelsøjlenes båndskiver






## DM472: Anden spondylose med radikulopati

En potentiel primæroperation tæller kun som primæroperation, hvis den ikke samtidig er reoperation til en anden potentiel primæroperation.

Beslægtede reoperationer til diskusprolaps i nakke:

KNAW: Reoperationer efter operation på ryg og hals

### **Kriterier for fastsættelse af symboler for seneste udvikling i indikatorer**

I afsnit 3.1 er symbolerne      anvendt til at angive, om der for de enkelte indikatorer skønnes at være sket en forbedring eller forværring i forhold til sidste opgørelsesperiode.

Af nedenstående fremgår for hver indikator de skønsmæssigt anlagte kriterier, der er anvendt i forbindelse med fastsættelsen af symboler.

Generelt ses på følgende elementer i forbindelse med skønnet:

- Tendens
- Indikatorens skala
- Forbedringspotentiale (hvis der findes et naturligt minimum og/eller maksimum)
- Statistisk usikkerhed

I forhold til forbedringspotentiale kan det bemærkes, at flere af indikatorerne har et naturligt minimum og/eller maksimum. Det gælder bl.a. indikatorer for folkesundhed (f.eks. rygere i befolkningen), indikatorer for u hensigtsmæssige indlæggelser, patienttilfredshed og reoperationer. Alle disse indikatorer har 0 som naturligt minimum, mens nogle (f.eks. indikatorer for patienttilfredshed) ligeledes har 100 (pct.) som naturligt maksimum.

## Kriterier for fastsættelse af symboler for seneste udvikling

	!!	!!	→
<b>Folkesundhed</b>			
Middellevetid	Stigning på 0,3 år eller derover	Fald på 0,3 år eller derunder	Ændring på under 0,3 år
Rygere i befolkningen, pct.	Statistisk signifikant fald på 2,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant stigning på 2,0 pct.point eller derover	Ændring på under 2,0 pct.point
Borgere med højrisikoforbrug af alkohol, pct.	Statistisk signifikant fald på 1,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant stigning på 1,0 pct.point eller derover	Ændring på under 1,0 pct.point
Overvægtige i befolkningen, pct.	Statistisk signifikant fald på 2,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant stigning på 2,0 pct.point eller derover	Ændring på under 2,0 pct.point
Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, pct.	Statistisk signifikant stigning på 2,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant fald på 2,0 pct.point eller derover	Ændring på under 2,0 pct.point
<b>Uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse</b>			
Akutte genindlæggelser inden for 30 dage, pct. af alle indlæggelser	Fald på 0,3 pct.point eller derover	Stigning på 0,3 pct.point eller derover	Ændring på under 0,3 pct.point
Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre	Fald på 3 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover	Stigning på 3 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover	Ændring på under 3 indlæggelser pr. 1.000 ældre
Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere	Fald på 3 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Stigning på 3 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Ændring på under 3 indlæggelser pr. 1.000 borgere
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatisk) pr. 1.000 borgere	Fald på 0,5 dage eller derover	Stigning på 0,5 dage eller derover	Ændring på under 0,5 dage
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri) pr. 1.000 borgere	Fald på 0,5 dage eller derover	Stigning på 0,5 dage eller derover	Ændring på under 0,5 dage
<b>Patientsikkerhed</b>			
Sygehusinfektioner (bakteriemier), 2014, antal pr. 10.000 risikodøgn	Fald på 0,4 pr. 10.000 risikodøgn eller derover	Stigning på 0,4 pr. 10.000 risikodøgn eller derover	Ændring på under 0,4 pr. 10.000 risikodøgn
Sygehusinfektioner (clostridium difficile), 2014, antal pr. 100.000 borgere	Fald på 7 pr. 100.000 borgere eller derover	Stigning på 7 pr. 100.000 borgere eller derover	Ændring på under 7 pr. 100.000
<b>Kvalitet i sundhedsvæsenet</b>			
Indlæggelsestid på sygehuse, dage	Fald på 0,1 dag	Stigning på 0,1 dag eller derover	Ændring på under 0,1 dag
Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, andel af alle dagkirurg. opr., pct.	Fald på 0,3 pct. point eller derover	Stigning på 0,3 pct. point eller derover	Ændring på under 0,3 pct.point
Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd, pct. af alle operationer	Fald på 0,5 pct.point eller derover	Stigning på 0,5 pct.point eller derover	Ændring på under 0,5 pct.point
Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke, pct. af alle operationer	Fald på 0,2 pct.point eller derover	Stigning på 0,5 pct.point eller derover	Fald på under 0,2 pct.point eller stigning på under 0,5 pct.point
1-års overlevelse efter kræft, mænd, relativ overlevelse, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
1-års overlevelse efter kræft, kvinder, relativ overlevelse, pct., pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Kræftdødelighed, antal dødsfald pr. 100.000 borgere	Fald på 5 dødsfald eller derover	Stigning på 5 dødsfald	Ændring på under 5 dødsfald
Hjertedødelighed, antal dødsfald pr. 100.000 borgere	Fald på 4 dødsfald eller derover	Stigning på 4 dødsfald	Ændring på under 4 dødsfald
<b>Patienttilfredshed</b>			
Patients samlede indtryk af indlæggelse, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Patients samlede indtryk af besøg i ambulatorie, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
<b>Ventetider</b>			
Ventetid til genoptræning i kommuner, dage	Fald på 3 dage eller derover	Stigning på 3 dage eller derover	Ændring på under 3 dage
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen, dage i gennemsnit	Fald på 5 dage eller derover	Stigning på 5 dage eller derover	Ændring på under 5 dage
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen, dage i gennemsnit	Fald på 3 dage eller derover	Stigning på 3 dage eller derover	Ændring på under 3 dage
Ventetid til sygehusoperation, dage i gennemsnit	Fald på 2 dage eller derover	Stigning på 2 dage eller derover	Ændring på under 2 dage
<b>Sammenhæng for patienten</b>			
Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen (virkelig god/god), pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen (virkelig god/god), pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
<b>Et effektivt sundhedsvæsen</b>			
Udvikling i antal sygehuskontakter pr. patient	Fald på 0,4 pct.point eller derover	Stigning på 0,4 pct.point eller derover	Ændring på under 0,4 pct.point
Produktiviteten på sygehuse	Produktivitets-stigning på 0,5 pct. eller derover.	Produktivitets-fald på 0,5 pct. eller derover	Produktivitets-ændring på under 0,5 pct.

## BILAG 2: METODE - TEMA OM NYE KRÆFTPATIENTERS FORLØB

### DATAGRUNDLAG OG AFGRÆNSNING AF POPULATIONERNE

#### Nye kræfttilfælde

*Cancerregisteret* er anvendt til dannelse af populationen af nye kræfttilfælde i 2013. Der er afgrænset på diagnosekoder for de seks kræfttyper (tabel 1) med diagnosedato i 2013 og bopæl i Danmark på diagnose-tidspunktet. Diagnosekoderne for hver kræfttype er direkte sammenlignelige med SKS-diagnosekoderne for tilsvarende kræftpakkeforløb med samme kræfttypebetegnelse.

I op til to år før datoen for kræftdiagnosen er der suppleret med oplysninger fra følgende registre:

- *Landspatientregisteret*: oplysninger om diagnostiske undersøgelser på sygehus ved mistanke om alvorlig sygdom samt oplysninger om eventuel registrering i kræftpakkeforløb, *jf. afsnit 2.2.4*
- *Sygesikringsregisteret*: oplysninger om kontakt til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge, *jf. afsnit 2.2.3*
- *Foreløbige udtræksalgoritmer i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS)*: oplysning om eventuel registrering af anden kronisk sygdom, *jf. afsnit 2.2.1*

Tabel 1. Oversigt over diagnosekoder for de seks udvalgte kræfttyper.

Kræfttype	ICD10-kode
Brystkræft	C50*
Hoved - og halskræft	C01* - C14*, C30* - C32*, C73*, C770*, C778*, C779*
Kræft i tyk- og endetarm	C18*, C19*, C20*
Kræft i prostata	C61*
Modermærkekræft i hud	C43*
Lungekræft	C33* - C34*

""\*"" betyder inklusiv underkoder i hierarkiet. ""-"" betyder, at hele intervallet er inkluderet.

Nye kræfttilfælde kan identificeres umiddelbart i *Cancerregisteret*, da alle nye tilfælde af kræft i Danmark skal indberettes hertil. Med nye tilfælde menes, at det er første gang borgeren får stillet den pågældende kræftdiagnose (på ICD10-klassifikationsniveau). *Cancerregisteret* indeholder således ikke oplysning om tilbagefald af kræft med den samme kræftdiagnose.

I populationen af nye kræfttilfælde kan en og samme person indgå med flere kræfttyper, og dermed tælle for flere kræfttilfælde. Et kræfttilfælde i populationen er således den unikke kombination af CPRnr, kræfttype og diagnosedato.

#### Baggrundsbefolkningen

*Det Centrale Personregister* er anvendt til dannelse af baggrundsbefolkningen. Baggrundsbefolkningen udgøres af borgere, som var registreret i live og med bopæl i Danmark per 1. januar 2014 (registeropdatering den 22. januar 2015). Der er desuden afgrænset på alder  $\geq 40$  år.

Baggrundsbefolkningen er afgrænset til 40+ årige for at øge sammenligneligheden med populationen af nye kræfttilfælde, hvor 97 pct. af disse er 40 år eller ældre. Afgrænsningen betyder herudover bl.a., at lægekontakter vedrørende børneundersøgelser, -vaccinationer samt de fleste graviditetsundersøgelser ikke påvirker sammenligningen.

Der er suppleret med oplysninger for 2012 og 2013 fra følgende registre:

- *Landspatientregisteret*: oplysninger om diagnostiske undersøgelser på sygehus ved mistanke om alvorlig sygdom, jf. afsnit 2.2.4
- *Sygesikringsregisteret*: oplysninger om kontakt til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge, jf. afsnit 2.2.3
- *Foreløbige udtræksalgoritmer i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS)*: oplysning om eventuel registrering af anden kronisk sygdom per 1. januar 2013, jf. afsnit 2.2.1

## ANVENDTE BETEGNELSER I TEMAKAPITLET

### Anden betydende sygdom

Borgere med anden betydende sygdom defineres i denne sammenhæng som borgere med anden kronisk sygdom per 1. januar 2013. De udvalgte sygdomsgrupper er defineret som diabetes type 1 og 2, hjerteinsufficiens, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), astma, knogleskørhed, leddegigt, skizofreni og demens. Opførelserne baseres på de foreløbige udtræksalgoritmer i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), herunder forbrug af sundhedsydelse og medicin købt på recept. Registerets afgrænsninger er under udvikling, og der kan komme ændringer i såvel datagrundlag som udtræksalgoritmer, der anvendes til at afgrænse sygdomspopulationer. Valget af de udvalgte kroniske sygdomme baserer sig således på udviklingstakten af RUKS<sup>28</sup>.

### Registrering og monitorering i pakkeforløb

I forbindelse med monitorering af pakkeforløb på kræftområdet blev der oprettet nye koder for specifikke målepunkter, der definerer de enkelte delperioder i pakkeforløbet. Sygehusene har siden 1. oktober 2012 skulle anvende disse nye koder i patientregistreringen. Monitoreringsdata er således baseret på data fra Landspatientregisteret med angivelse af patientens CPRnr, dato for pakkeforløb start og pakkeforløb slut.

Målepunkterne i monitoreringsdata er ikke umiddelbart sammenlignelige med diagnosedatoen i Cancerregisteret. I populationen af nye kræfttilfælde defineres, at kræfttilfældet indgår i pakkeforløb, hvis CPRnr og kræfttype matcher, samt at registreringen af diagnosedatoen ligger inden for tidsvinduet 90 kalenderdage inden pakkeforløb start eller 180 kalenderdage efter pakkeforløb slut.

I temakapitlet fokuseres på målepunkterne 'udredning start' og 'behandling start' samt tidsindikatoren 'samlet tid til behandling'. 'Udredning start' angiver borgerens første fremmøde i relevante afdeling. 'Samlet tid til behandling' angiver tidsperioden fra henvisning til pakkeforløb er modtaget i afdelingen til borgen har modtaget den første behandling for kræftsygdommen.

At standardforløbstiden er opfyldt betyder, at pakkeforløbet er gennemført inden for de sundhedsfagligt anbefalede tidsfrister for den enkelte kræfttype med tilhørende behandlingsform.

### Kontakter til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge

I dette temakapitel kategoriseres en borgers kontakt til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge som følger:

- Fysisk besøg – omfatter almindelig konsultation, sygebesøg og andet fysisk fremmøde
- Telefonkonsultation

<sup>28</sup> Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), som er under udvikling hos Statens Serum Institut, er baseret på nationale registerdata fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret. De tre registre definerer en samlet population af patienter, der baseres på kontakt med sygehusvæsenet og praksissektoren samt på medicinforbrug. På sigt vil RUKS indeholde en række udvalgte langvarige sygdomme.



- E-mailkonsultation

Betegnelsen *kontakter til alment praktiserende læge* rummer således alle de ovenfor nævnte kontakttyper til alment praktiserende læge. Alle kontakter indgår i opgørelserne uanset årsagen hertil. Der indgår således også ydelser, som ikke er relateret til kræftdiagnosen.

Betegnelsen *besøg* rummer alene fysiske besøg.

### Diagnostiske undersøgelser på sygehus

Ved mistanke om alvorlig sygdom henvises borgeren til relevant yderligere udredning på sygehus. De udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehus er kategoriseret som vist i tabel 2. Alle diagnostiske undersøgelser i tabel 2 indgår i opgørelsen uanset årsagen hertil. Der indgår således også undersøgelser, som ikke er relateret til kræftdiagnosen.

Tabel 2. Oversigt over diagnostiske undersøgelser – undersøgelsestype og SKS-koder.

Undersøgelsestype	SKS-kode
Angiografi	UXA*
CT-scanning	UXC*
MR-scanning	UXM*
Røntgen undersøgelse	UXR*, WNCG211XX, WNCGD11*, WNCGD12*, WNCGD13*, WNCGD15*, WNCGDJD*, WNCGS14XX
PET CT/MR scanning, tumorscintigrafi, uspecifik isotop, SPECT	WDTPS*, WDTGD*, WDTGS*, WDTGW*, WDTSS*, WDLPSFAXX, WDTCPXYXX, WEEGS*, WEEGW*, WEES*, WEFGS*, WEFSS*, WEHGS*, WEMGS*, WG4GS26XX, WBGD10C1, WGKGS27XX, WGLGD*, WKBGD19XX, WKBGS19XX, WKBGW19XX, WKBPSFAXX, WKBSS19XX, WLHGS41XX, WM*, WPKG26XX, WQACSXYXX, WRACPXYXX, WRACSXYXX, WDAGS36XX, WDGPSFAXX, WDGPFAXX, WC1PSG4XX, WC2GS12XX, WC2GS15XX, WBCBPXYXX, WCBGS10XX, WCBMPXYXX, WBBGS25XX, WBCGD31XX, WGZGS42XX, WNFGD*, WAHCSXYXX, WEMGS20XX, WEMGS21XX
Ultralyd undersøgelse	UXU*

""\*"" betyder inklusiv underkoder i hierarkiet.

For populationen af nye kræfttilfælde er kontakter til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge samt diagnostiske undersøgelser opgjort hhv. op til to år og op til et år før diagnosedatoen. Denne to-årige periode ligger således individuelt for hvert kræfttilfælde på 730 dage op til den diagnosedatoen. For baggrundsbefolkningen er kontakter og diagnostiske undersøgelser ligeledes opgjort i en to-årig og 1-årig periode. Den to-årige periode er fra 1.1.2012 til 31.12.2013, og den et-årige periode er 1.1.2013 til 31.12.2013.

Der er i opgørelserne ikke korrigeret for populationernes sammensætning i forhold til køn og alder. Sammenligningsgrundlaget er dog søgt forbedret ved at afgrænse baggrundsbefolkningen på 40+ årige.

## BILAG 3: METODE - TEMA OM UDVALGTE MUSKEL- OG SKELETSYG- DOMME

### DATAGRUNDLAG OG AFGRÆNSNING

#### Udvalgte muskel- og skelettsygdomme

Opgørelserne er baseret på registerdata fra Landspatientregistret (LPR). Data er afgrænset til patienter over 18 år i 2013, som er identificeret med en eller flere af de udvalgte muskel- og skelettsygdomme i perioden 1995 til 2013.

Personer med udvalgte rygsygdomme og slidgigt er identificeret i LPR ud fra aktions- og bidiagnoser for perioden 1995 til 2013.

Afgrænsningen af personer med leddegigt er baseret på foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS) fra 2013, der på tilsvarende vis inkluderer personer med de relevante diagnosekode og medicinforbrug for perioden 1995 til 2013.

#### Oversigt over diagnosekoder for de udvalgte muskel- og skelettsygdomme

Muskel- og skelettsygdom	SKS-kode
Udvalgte rygsygdomme	DM45, DM47, DM48, DM50, DM51, DM52, DM53 og DM54
Slidgigt	DM15, DM16, DM17, DM18 og DM19
Leddegigt	RUKS definition - herunder diagnosekoderne DM05 og DM06

Patienter med muskel- og skelettsygdomme, der udelukkende bliver behandlet af den praktiserende læge, kan ikke identificeres ud fra overstående diagnosekoder, og er dermed ikke omfattet af analyserne.

De udvalgte rygsygdomme omfatter ikke inflammatoriske lidelser i ryggen (M46 og M49) og deformerede rygsygdomme. Førstnævnte er som regel kortvarige, mens sidstnævnte er medfødte sygdomme. Udvalgte rygsygdomme omfatter personer med diskusprolaps, rygsmerter, slidgigt og leddegigt i ryggen.

#### Baggrundsbefolkningen

Det Centrale Personregister er anvendt til dannelse af baggrundsbefolkningen. Baggrundsbefolkningen udgøres af borgere, som var registreret i live og med bopæl i Danmark per 1. januar 2014.

Der er suppleret med oplysninger fra følgende registre:

- *Landspatientregisteret*: oplysninger om indlæggelser og ambulante besøg på sygehus for 2013
- *Sygesikringsregisteret*: oplysninger om kontakt til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge for 2013
- *Foreløbige udtræksalgoritmer i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS)*: oplysning om eventuel registrering af anden kronisk sygdom per 1. januar 2013
- *DREAM*: Oplysninger om arbejdsmarkedstilknytning for 2013
- *Forebyggelsesregistret*: Oplysninger om uddannelse for 2012.

## ANVENDTE BETEGNELSER I TEMAKAPITLET

### Anden betydende sygdom

Borgere med anden betydende sygdom defineres i denne sammenhæng som borgere med anden kronisk sygdom per 1. januar 2013. De udvalgte sygdomsgrupper er diabetes type 1 og 2, hjerteinsufficiens, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), astma, knogleskørhed, leddegigt, skizofreni og demens.

Opgørelserne baseres på de foreløbige udtræksalgoritmer i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), herunder forbrug af sundhedsydelser og medicin købt på recept. Registeret er stadig under udvikling, og der kan forekomme ændringer i datagrundlag og afgrænsning af sygdomspopulationer. Valget af de udvalgte kroniske sygdomme baserer sig således på udviklingstakten af RUKS<sup>29</sup>.

### Uddannelsesniveau og forekomst af udvalgte muskel- og skeletsygdomme

Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og forekomsten af udvalgte muskel- og skeletsygdomme er baseret på data fra Forebyggelsesregistret, som tilgås via Danmarks Statistiks forskerordning. Grundet forsinkelser i opdateringen er analyser, der inkluderer oplysninger om uddannelsesniveau, baseret på aktiviteten i sundhedsvæsenet i 2012. Samtidig er denne population afgrænset til personer mellem 30 og 91 år, da personer under 30 år endnu ikke har haft mulighed for at opnå social position i samfundet, mens personer over 91 år ikke er registret med uddannelsessatus i registrene. Sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af leddegigt er ikke medtaget i dette tema, da RUKSs afgrænsning af personer med leddegigt ikke kan tilgås via Danmarks Statistiks forskermiljø.

### Tilknytning til arbejdsmarkedet

Arbejdsmarkedstilknytning er defineret som det indkomstgrundlag, der har været det dominerende for borgeren i 2013. Indkomstgrundlaget kan både være i form af en lønindkomst eller en offentlig ydelse. Tilknytning til arbejdsmarkedet kategoriseres som følger:

- Beskæftigede eller uddannelsessøgende
- Dagpenge
- Kontanthjælp (arbejdsmarkedsparate)
- Midlertidigt uden for det ordinære arbejdsmarked – omfatter kategorierne: kontanthjælp (ikke-arbejdsmarkedsparate), ledighedsydelse, fleksjob, sygedagpenge, revalidering
- Førtidspension
- Efterløn

Det bemærkes, at den anvendte opgørelsesmetode ikke giver mulighed for at konkludere om forekomsten af udvalgte rygsygdomme er en direkte årsag til den enkeltes tilknytning til arbejdsmarkedet. Opgørelserne kan udelukkende beskrive tilstedeværelse af udvalgte rygsygdomme og arbejdsmarkedstilknytningen.

### Kontakter til alment praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge

Kontakter til almen praktiserende læge, speciallæge og vagtlæge er defineret som antallet af fysisk besøg - herunder almindelig konsultation, sygebesøg andet fysisk fremmøde, telefonkonsultation og e-mailkonsultation. Idet alle kontaktformer indgår i opgørelserne uanset årsagen hertil, indgår således også kontakter, som ikke er relateret til muskel- og skeletsygdommen.

<sup>29</sup> Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), som er under udvikling hos Statens Serum Institut, er baseret på nationale registerdata fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret. De tre registre definerer en samlet population af patienter, der baseres på kontakt med sygehusvæsenet og praksissektoren samt på medicinforbrug. På sigt vil RUKS indeholde en række udvalgte langvarige sygdomme.

