

Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger

Februar 2023



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

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

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

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	8
3 Metode og afgrænsning	9
3.1 Population og tidsperiode	9
3.2 Indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger.....	10
3.3 Benchmarking med kontrol for ældres baggrundskarakteristika.....	12
4 Landsplan	14
4.1 Udviklingen i ældres indlæggelser på medicinske afdelinger.....	15
4.2 Øvrige udviklingstendenser.....	18
4.3 Hvem er den ældre medicinske patient?	25
5 Forskelle på tværs af landet	28
5.1 Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre.....	28
5.2 Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger med kontrol for ældres baggrundskarakteristika.....	36
5.3 Betydning af baggrundskarakteristika og perspektiver på den geografiske variation..	40
6 Indsatser i primærsektoren før og efter indlæggelse.....	46
6.1 Almen praksis.....	48
6.2 Kommunal sygepleje.....	51
6.3 Variation på tværs af diagnoser	54

1 Ledelsesresumé

Antallet af ældre over 64 år er steget 38 pct. fra 2008 til 2021 og vil fortsætte med at stige i fremtiden, hvilket øger behovet for sundhedsydelse. Der har igennem mange år været fokus på ældre medicinske patienter¹, som er en gruppe af skrøbelige ældre, der ofte har behov for behandling i sundhedsvæsenet herunder på medicinske afdelinger. Det har været med til at understrege behovet for omstilling fra behandling og pleje i sygehussektoren til primærsektoren.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har tidligere på året udgivet analysen "Kommunal sygepleje til ældre", hvor fokus var på kapacitet og omfang af sygepleje blandt ældre i kommunerne. I nærværende analyse undersøger vi ældres indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger. I analysen vises den geografiske variation i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på de medicinske afdelinger, ligesom der også er fokus på udviklingen i indlæggelsesaktivitet.

Analysen har flere formål. For det første har analysen til formål at skabe viden, der giver den enkelte region, kommune og sundhedsklynge viden om indlæggelsesaktiviteten for deres ældre borgere, og herunder også mulighed for at sammenligne sig med andre. Det gør vi bl.a. ved at vise udvikling og variation i indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger på tværs af geografiske områder. Da der på tværs af landet kan være stor variation i ældres livsvilkår, tages der i analysen højde for, at ældre kan have forskelligt socioøkonomisk og helbredsmæssigt udgangspunkt. Det gode behandlingsforløb handler ud over de rette indsatser i den enkelte sektor også om dialog på tværs af sektorerne. Det er derfor relevant at se analysen på henholdsvis regionsniveau, sundhedsklynge niveau og kommunalt niveau i sammenhæng.

For det andet har analysen også til formål at være med til at understøtte dialogen mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger i forhold til samarbejdet om de ældre medicinske patienter. Den ældre medicinske patients behandlingsforløb er ikke kun regionernes ansvar. Der arbejdes både i almen praksis og i kommunalt regi med indsatser i forhold til opsporing og forebyggelse af helbredsforværring, samt pleje, behandling og opfølgning, når indlæggelse ikke længere er nødvendigt. Derfor undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem, hvor mange indlæggelsesdage, de ældre har på medicinske afdelinger, og kommunale og regionale forhold som fx kapacitet og organisering. Endelig vises kontaktmønstret i almen praksis og den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse samt variationen i dette på tværs af landet.

Udover selve rapporten er der udarbejdet følgende bilag. Bilag 1: "Sådan placerer din region sig", bilag 2 "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 3 "Sådan placerer din sundhedsklynge sig" indeholder centrale figurer fra rapporten præsenteret for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 4 "Regionsspecifikke nøgletal", bilag 5 "Kommunespecifikke nøgletal" og bilag 6 "Sundhedsklynge specifikke nøgletal" kan man finde de væsentligste tal fra rapporten for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I Bilag 7: "Metode" er metoden bag analysen præsenteret.

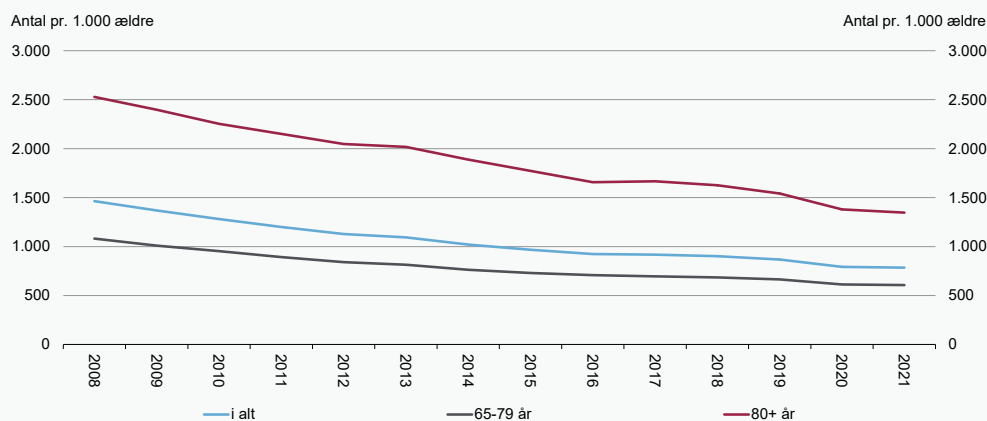
¹ I denne analyse sætter vi lighedstegn mellem den ældre medicinske patient og ældre med indlæggelse på medicinsk afdeling. Det ligger fint i tråd med Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning af den ældre medicinske patient, se evt. "Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje" (2016). Dog skal man være opmærksom på, at vi har modificeret afgrænsningen af medicinske indlæggelser en smule, se også kapitel 3 og bilag 7.

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre er næsten halveret siden 2008

Siden 2008 er antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre faldet med 46 pct., så der i 2021 var 784 indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, jf. figur 1.1. En meget markant udvikling, som ses både blandt de 65-79-årige og de 80+ årige. De 80+ årige er dog mere indlagt end de 65-79-årige og har gennem hele perioden mere end dobbelt så mange indlæggelsesdage.

Figur 1.1

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2008-2021



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Faldet i indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre sker samtidig med, at en lidt større andel af ældre er diagnosticeret med alvorlig sygdom. Det ser altså ikke umiddelbart ud til at være et generelt bedre helbred i ældregruppen, der kan forklare den faldende indlæggelsesaktivitet. Samtidig med at vi næsten ser en halvering i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, konstateres en let stigende tendens (fra 12,0 pct. i 2008 til 13,3 pct. i 2021) i andelen af medicinske indlæggelser for ældre, hvor der efterfølgende finder en akut genindlæggelse sted. Opgør vi i stedet antallet af akutte genindlæggelser efter medicinsk indlæggelse pr. 1.000 ældre er der et lille fald fra 2008 til 2021.

Ældre modtager mere behandling ambulant og har mere kontakt med almen praksis

Samtidig med faldet i indlæggelsesaktiviteten har der været en stigning i den ambulante aktivitet på de medicinske afdelinger. Tilsvarende ses en tendens til, at kontakten til praksissektoren er øget. Ligeledes vi også ser, at ældre i mindre grad er indlagt på sygehuset, når de er færdigbehandlede sammenlignet med tidligere, hvilket kan indikere, at kommunerne er hurtigere til at hente ældre hjem².

Det samlede billede kan altså tyde på, at noget af den pleje og behandling, der tidligere foregik under indlæggelse, nu finder sted ambulant eller foregår i primærsektoren. Vi ved da også, at

² I nyere data ses der umiddelbart en stigning i antal færdigbehandlingsdage i 2021. Det kan ikke udelukkes, at sygeplejerskestrejken have betydning for stigningen fra 2020 til 2021, da det kan være problematisk for strejkeramte kommuner at hente borgere hjem til fortsat behandling i kommunalt regi. Herudover kan det ikke udelukkes, at overgangen til LPR3 kan have betydning for de foregående års tal, ligesom der kan være andre ting på spil fx i forhold til COVID-19. På trods af denne stigning i antallet af færdigbehandlingsdage i 2021 ser vi dog ikke en stigning i antallet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Vi ser samtidig, at den gennemsnitlige indlæggelsestid fra 2020 til 2021 er stort set uændret.

samtidig med faldet i indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, så har kommunerne oprustet med akutfunktioner, som bl.a. har til formål at overtage noget af den behandling og pleje, der tidligere foregik på sygehuset.

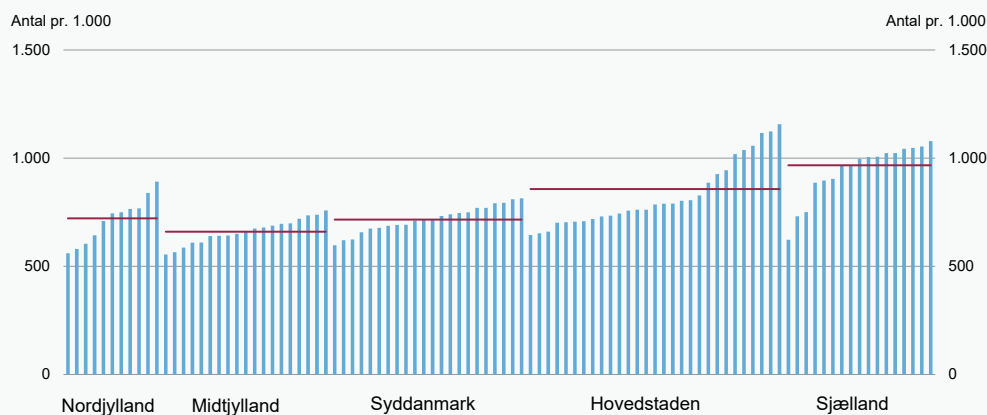
En anden del af forklaringen på det markante fald i indlæggelsesaktiviteten kan dog også være, at ældre modtager mindre behandling end tidligere, eller at man i højere grad lykkes med at forebygge indlæggelser. Det kan vi ikke vide på baggrund af denne analyse.

Ældre vest for Storebælt har markant færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger

Der er også stor geografisk variation i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre både på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Fx var der i Region Sjælland 46 pct. flere indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre i 2021 end i Region Midtjylland. Samtidig er der også en del variation inden for de enkelte sundhedsklynger og regioner, se bl.a. figur 1.2.

Figur 1.2

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommunalt niveau inddelt efter regioner, 2021



Anm.: De røde linjer viser det regionale antal gennemsnitlige indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Stadig store forskelle når der tages højde for ældres socioøkonomi og generelle helbred

Noget af den geografiske variation kan forklares af forskelle i ældres baggrundskarakteristika, men der er stadig store forskelle, efter der er taget højde for disse forskelle. Fx er der i den sundhedsklynge, hvor ældre har færrest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet, 22 pct. færre indlæggelsesdage end forventet, jf. tabel 1.1. Mens der er 24 pct. flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet i den sundhedsklynge, hvor der er flest. Også efter kontrol for ældres baggrundskarakteristika har ældre vest for Storebælt generelt færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet, mens ældre øst for Storebælt har flere end forventet.

Det geografiske mønster er meget stabilt på tværs af de fem aktivitetsår, der indgår i analysen (2017-2021). Så selv i årene med COVID-19 ligner resultaterne i benchmarkinganalysen dem i de andre år. I hovedrapporten og bilagene kan man også finde resultaterne for de andre år på regions- og kommuneniveau. For sundhedsklyngerne viser vi udelukkende resultaterne for det seneste år, da klyngerne er en ny konstruktion.

Tabel 1.1

Forskelle i indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, 2021

	Regioner ¹	Kommuner ²	Sundhedsklynger ³
Faktiske antal indlæggelsesdage	----- Antal pr. 1.000 ældre -----		
Færrest	660	555	610
Flest	967	1.157	1.048
Justeret for ældres baggrundskarakteristika	----- Pct. -----		
Færrest (ift. forventet)	-8	-30	-22
Flest (ift. forventet)	15	47	24

Anm.: 1) Regionen med henholdsvis færrest og flest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2) Kommunen med henholdsvis færrest og flest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Hverken minimum eller maksimum udgøres af Ø-kommuner, 3) Sundhedsklyngen med henholdsvis færrest og flest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Sammenhæng til kapacitet og overdragelse

I en række simple sammenhængsanalyser, som der ikke kan drages konklusioner omkring kausalitet og årsagssammenhænge på baggrund af, findes en tendens til, at i de kommuner, hvor der er relativt mange sygeplejersker ansat på sundheds- og ældreområdet, har de ældre færre indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre end forventet. Vi finder ikke det samme i forhold til antallet af social- og sundhedsassistenter³. Til gengæld ses en tendens til, at i de kommuner, hvor der i højere grad sker overdragelse af udførelsen af sygeplejeindsatser til social- og sundhedsassistenter, har ældre færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet.

Endelig ser vi på regionsniveau en tendens til, at i regioner med relativt mange medicinske sengepladser pr. 1.000 ældre, har ældre flere medicinske indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre end forventet.

Under halvdelen af ældre er i kontakt med almen praksis ugen før akut indlæggelse

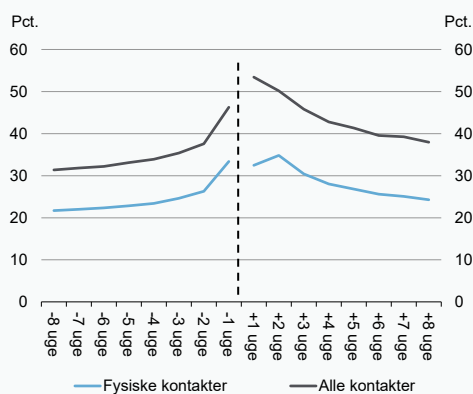
Vi har set på kontaktmønstrene i almen praksis og hjemmesygeplejen før og efter ældres akutte medicinske indlæggelser⁴. Under halvdelen af ældre, der bliver indlagt akut på medicinsk afdeling, er i kontakt med den praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, jf. figur 1.3. Omvendt er der altså over halvdelen, der ikke har kontakt med den praktiserende læge den sidste uge inden den akutte indlæggelse. Omkring hver tredje har en fysisk kontakt (dvs. en kontakt som ikke er en e-mail- eller telefonkonsultation) den sidste uge inden indlæggelse. Ses der på kontakten med den kommunale sygepleje, er det knap hver tredje ældre, der er i kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden den akutte indlæggelse.

³ Resultaterne vedrørende sammenhæng til antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal ses i lyset af, at vi ikke har adgang til personaledata for private leverandører.

⁴ De akutte indlæggelser udgør over 80 pct. af indlæggelserne på medicinske afdelinger. De bagvedliggende årsager til akutte og planlagte indlæggelser kan være ret forskellige, og da de akutte indlæggelser udgør langt den største del af indlæggelserne, fokuseres der i denne del kun på de akutte indlæggelser.

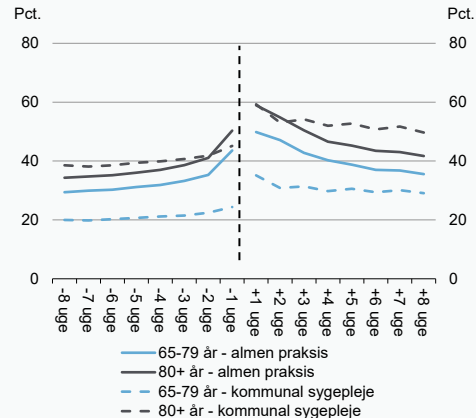
Figur 1.3

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på kontakttyper, 2021



Figur 1.4

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den alment praktiserende læge og den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på aldersgrupper, 2021



Anm.: I figurerne viser den stiplede linje indlæggelsen. I opgørelsen af kontaktmønstrene beregnet i forhold til den kommunale sygepleje indgår 89 kommuner. De resterende 9 kommuner har enten ikke indberettet eller godkendt data, eller data lever ikke op til de valideringskrav, vi har opstillet i analysen, se også bilag 7 Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det kan fx i et forebyggelsesperspektiv være relevant at se på kontaktmønstrene i almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje opgjort for forskellige diagnoser. Når vi ser på kontaktmønstrene for ni udvalgte diagnosegrupper, ser vi, at under hver tredje ældre, der indlægges akut på medicinsk afdeling med diagnoserne apopleksi (blodprop i hjernen) og akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet), er i kontakt med den praktiserende læge i ugen op til indlæggelse. Det er ikke i sig selv overraskende, da disse sygdomme er kendetegnet ved at være ekstremt akutte. Men selv for diagnoser som blærebetændelse og dehydrering, som ofte kan forebygges blandt ældre, er det kun omkring 55 pct., der har kontakt med den alment praktiserende læge i ugen op til den akutte indlæggelse. Det samme mønster ses i forhold til den kommunale sygepleje.

Der er forskel på kontaktmønstrene på tværs af aldersgrupper. Mest markant er det i den kommunale sygepleje, hvor andelen af de 80+ årige, der modtager sygeplejeindsatser før og efter den akutte indlæggelse, er næsten dobbelt så høj som andelen af de 65-79-årige, jf. figur 1.4.

Der er også geografiske forskelle i kontaktmønstrene – særligt i kontakten til den kommunale sygepleje. Fx er det for kommunerne i Region Midtjylland over halvdelen af ældre, der har kontakt til den kommunale sygepleje i ugen efter akut medicinsk indlæggelse, mens det er under 40 pct. i kommunerne i Region Hovedstaden.

Flere er i kontakt med primærsektoren efter den akutte indlæggelse end før indlæggelsen

Kontaktmønstrene i almen praksis og den kommunale sygepleje omkring den akutte medicinske indlæggelse tegner et generelt billede af, at andelen af ældre, der er i kontakt med primærsektoren stiger op til indlæggelse, og andelen, der modtager indsatser af den alment praktiserende læge eller i den kommunale sygepleje, er større et godt stykke tid efter indlæggelsen end før indlæggelsen, jf. figur 1.3 og 1.4. Det kan indikere, at den helbredsforværring, der har ført til den akutte indlæggelse, betyder et øget behov for indsatser i primærsektoren et godt stykke tid efter udskrivning i hvert fald på et overordnet niveau.

2 Indledning

Der har igennem længere tid været fokus på indsatsen i forhold til ældre medicinske patienter, som er en gruppe af skrøbelige borgere, der ofte har behov for en særlig indsats i sundhedsvæsenet. I takt med at antallet af ældre er steget, og i de kommende år fortsætter med at stige, er der vedvarende fokus på at flytte behandling fra sygehussektoren ud i almen praksis og kommunerne.

I Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har vi tidligere på året udgivet analysen "Kommunal sygepleje til ældre". I nærværende analyse undersøger vi ældres indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger.

Analysen har flere formål. For det første har analysen til formål at skabe viden, der giver den enkelte region, kommune og sundhedsklynge viden om indlæggelsesaktiviteten for deres ældre borgere, og herunder også mulighed for at sammenligne sig med andre. Det gør vi bl.a. ved at vise udvikling og variation i indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger på tværs af geografiske områder. Og da der på tværs af landet kan være stor variation i ældres livsvilkår, tages der i analysen højde for, at ældre kan have forskelligt socioøkonomisk og helbredsmæssigt udgangspunkt. Analysen kan derfor være et udgangspunkt i forhold til dialog om, hvorvidt behandlingsforløbet for den ældre medicinske patient på tværs af sektorer kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt. Det er derfor relevant at se analysen på henholdsvis regionsniveau, sundhedsklyngeniveau og kommunalt niveau i sammenhæng.

For det andet har analysen også til formål at være med til at understøtte dialogen mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger i forhold til samarbejdet om de ældre medicinske patienter. Den ældre medicinske patients behandlingsforløb er et fælles ansvar mellem sygehus, almen praksis og kommune. Derfor undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem, hvor mange indlæggelsesdage de ældre har på medicinske afdelinger og kommunale og regionale forhold som fx kapacitet og organisering. Endelig vises kontaktmønstret i almen praksis og den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse samt variationen i dette på tværs af landet.

I **kapitel 3** præsenteres den anvendte metode kort. En mere fyldestgørende beskrivelse af rapportens metode kan læses i Bilag 7 Metode. I **kapitel 4** ser vi nærmere på niveauet og udviklingen i ældres aktivitet på de medicinske afdelinger på landsplan. I **kapitel 5** er der fokus på den geografiske variation på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, også når der er taget højde for forskel i ældres baggrundskarakteristika. Endelig ser vi i **kapitel 6** på kontaktmønstrene før og efter indlæggelse i almen praksis og den kommunale sygepleje.

I bilag 1-6 kan man desuden se udvalgte resultater på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau.

3 Metode og afgrænsning

I dette kapitel beskrives de mest centrale afgrænsninger og definitioner, som anvendes i analysen. I kapitlet er der fokus på analysens population, analyseperioden, de anvendte indikatorer og benchmarkingmetoden. I bilag 7 Metode er der en uddybende gennemgang af analysens metode.

3.1 Population og tidsperiode

Population

I analysen ser vi på ældres indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger. Ældre defineres i rapporten, som personer, der primo et givent år er 65 år eller ældre. I nogle af analyserne deles ældre op i to mindre aldersgrupper: De yngre ældre som omfatter de 65-79-årige, og de ældste ældre som omfatter de personer, der er 80 år eller ældre primo aktivitetsåret⁵.

Data

Ældres indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger tager udgangspunkt i registreringer i Landspatientregistret (LPR). Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger, indberetter sygehusene en række oplysninger til LPR, der administreres af Sundhedsdatastyrelsen.

Tidsperiode

I denne analyse undersøger vi udviklingen og niveauet i ældres indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Udviklingen fra 2008 til 2021 vises. Over perioden har der været ændringer, som dels har påvirket aktiviteten i sygehusvæsenet, men som også har betydet ændringer i registreringspraksis. Fx er de fælles akutmodtagelser etableret, ligesom registreringen af skadestuekontakter blev erstattet af akutte ambulante kontakter i 2014⁶. I starten af 2012 åbnede akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden, og i perioden 2016-2018 blev Sundhedsplatformen implementeret i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvilket også kan have betydning for registreringerne i de regioner. Ændringer i afdelingsspecialerne kan også have betydning for den opgjorte aktivitet. Fx blev LPR-specialet "Akut medicin" (som er en del af gruppen af medicinske specialer⁷) oprettet registreringsmæssigt i LPR i 2013. Skiftet fra LPR2 til LPR3 i begyndelsen af 2019 har også medført databrud i sygehusdata. Databruddet ser dog ud til at være mindre i forhold til den stationære aktivitet på de medicinske afdelinger. Senest har COVID-19 og sygeplejerskestrejken påvirket især den planlagte aktivitet på sygehusene. Langt størstedelen af indlæggelserne på de medicinske afdelinger er dog akutte, og aflysninger af planlagt aktivitet, har derfor påvirket området i mindre grad, sammenlignet med fx det kirurgiske område.

Selvom der har været ændringer i løbet af perioden, har vi valgt at se på udviklingen i antallet af indlæggelsesdage og indlæggelser i hele perioden 2008-2021. Det gør vi, fordi det er tydeligt, at selvom der kan være udsving i enkelte år i forhold til niveauet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger, så er den overordnede trend meget klar. For god ordens skyld perspektiver vi også en gang imellem til 2019, dvs. før COVID-19 og sygeplejerskestrejken.

⁵ I benchmarkinganalysen i kapitel 5 tager vi højde også for alder. Her er aldersinddelingen mere forfinet og lavet på 5-årsintervaller i stedet for inddelingen i 65-79-årige og 80+-årige, som vi gør i de deskriptive analyser.

⁶ Vejledning i udtræk fra Landspatientregistret", Sundhedsdatastyrelsen (2022)

⁷ "Analyse af de medicinske afdelinger", Sundhedsdatastyrelsen (2019)

Når vi ser på variationen i niveauet af indlæggelsesdage på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger tager vi udgangspunkt i 2021. Det gør vi for at tilvejebringe de mest aktuelle tal. Vi undersøger dog også variationen på tværs af landet for tidligere år (før COVID-19 og sygeplejerskestrejken), og som det vil fremgå, er resultaterne og de geografiske mønstre i benchmarkinganalysen meget stabile på tværs af årene. I forhold til de overordnede konklusioner har det derfor ikke betydning, hvilket af årene vi ser på.

I rapporten er der enkelte steder fokus på udviklingen i den ambulante kontakt. Data om ambulante aktivitet, som har været til rådighed i denne analyse, er desværre ikke komplet for årene før 2014, så derfor ser vi i denne del på 2014 og frem. Samtidig betyder databrudet i forbindelse med overgangen til LPR3 i 2019, at der er et markant fald i antallet af ambulante ophold på medicinske afdelinger, som vurderes at være forbundet med dette skifte frem for en reel aktivitetsændring. Samlet set betyder det, at hovedfokus i delen om ambulante aktivitet er perioden 2014-2018.

3.2 Indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger

Indlæggelsesdage som hovedindikator

I analysen undersøger vi indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger blandt ældre. Formålet med analysen er at se, hvor meget ældre er indlagt på medicinske afdelinger nu sammenlignet med tidligere, og i hvilken grad det varierer på tværs af landet. Vores hovedindikator er antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Vi benytter indlæggelsesdage som hovedindikator, fordi vi vurderer, at det mere præcist beskriver aktiviteten og brugen af ressourcer end antallet af indlæggelser, som ellers er en ofte benyttet indikator. Det skyldes, at indlæggelsestiden for den enkelte indlæggelse kan variere en del. Der ses desuden en markant udvikling i den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt ældre på de medicinske afdelinger (se også kapitel 4). En indlæggelse i 2021 vil derfor ikke være sammenlignelig med en indlæggelse i 2008. Der kan dog også være forskel på brugen af ressourcer ved en indlæggelsesdag i starten af indlæggelsesforløbet end i slutningen af forløbet. Vi vurderer dog på baggrund af de nævnte forhold samt dialog med eksterne aktører, at antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre mere præcist indfanger brugen af ressourcer i forhold til at sammenligne aktiviteten over tid og på tværs af geografiske områder.

Antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger benyttes dog også som indikator enkelte steder i rapporten. Primært i kapitel 4, hvor vi ser på udvikling over tid, men også steder, hvor det giver god mening at nuancere resultaterne.

Over analyseperioden er der en stor stigning i antallet af ældre. Vores hovedfokus er derfor på antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, da en stigning i det absolutte antal indlæggelsesdage både kan skyldes, at ældre generelt er indlagt mere, men også kan skyldes, at der er kommet flere ældre. Vi viser dog også udviklingen i det absolutte antal indlæggelser og indlæggelsesdage.

En indlæggelse er defineret som et sygehusophold på 12 timer eller derover. Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder. Definitionen benyttes også af Sundhedsdatastyrelsen⁸. Antallet af indlæggelsesdage beregnes som antallet af døgn fra første

⁸ "Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål", Sundhedsdatastyrelsen (2021)

kontakt til udskrivning. Indlægges og udskrives patienten samme dag, tæller det som 1 sengedag, såfremt der er mere end 12 timer mellem indlæggelses- og udskrivningstidspunkt.

Ambulante ophold er derfor sygehuskontakter af under 12 timers varighed. Vi har i denne analyse valgt at fokusere på fysiske ophold på sygehuset. Det skyldes, at vi i analysen ser på ambulante ophold i forhold til omstilling fra indlæggelsesaktivitet til ambulante aktiviteter. Vi har derfor vurderet, at fysiske ophold er mest relevante at se på til dette formål.

Afgrænsning af medicinske afdelinger

I analysen ser vi på indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger. Når aktiviteten på de medicinske afdelinger opgøres, tages der udgangspunkt i afgrænsningen benyttet af Sundhedsdatastyrelsen. Her afgrænses medicinske afdelinger til at omfatte afdelinger med specialerne 1-28 og 39⁹.

Vi har valgt at se bort fra den aktivitet, der kan knyttes direkte til kræftforløb og har derfor frasorteret kontakter med aktionsdiagnoser, der indgår i Cancerregistret, se også bilag 7 Metode for de specifikke diagnoser. Kontakter med disse diagnoser indgår ikke i opgørelsen, fordi fokus er på indlæggelsesaktiviteten, der kan knyttes til den ældre medicinske patient og ikke til kræftbehandlingen på de medicinske afdelinger¹⁰. Det betyder, at hvis en kræftpatient indlægges til kræftbehandling, så indgår indlæggelsen ikke i opgørelsen. Indlægges den samme patient dog for at blive behandlet for en blærebetændelse, så indgår indlæggelsen i opgørelsen af medicinske indlæggelser.

Der kan også være en problematik omkring, at specialerne afgrænses forskelligt på afdelingsniveau på tværs af regionerne. Det betyder bl.a., at der kan være noget skadestueaktivitet og kirurgisk aktivitet, som ikke anses som medicinsk aktivitet i afgrænsningen. For at gøre aktiviteten mere sammenlignelig er følgende kontakter – efter dialog med registreringskyndige i de enkelte regioner – frasorteret:

- Aktivitet med skadesdiagnoser (DT* og DU*-diagnoser) som aktionsdiagnoser.
- Akut aktivitet med kontaktårsagerne 2, 3, 4, 6 og 7 i LPR2 og ALCC02, ALCC03, ALCC04, ALCC05, ALCC70 og ALCC80 i LPR3 (ulykker, vold m.m.)
- Kontakter, hvor der er kirurgisk aktivitet (kontakter hvor der er registreret K*-procedurer (operationskoder)), dog undtaget KU*- og KT*-koder, som kan være en del af diagnosticeringen på medicinske afdelinger.

Da analysens resultater og konklusioner kan være følsomme over for den specifikke afgrænsning af de medicinske indlæggelser, er der lavet følsomhedsanalyser i forhold til resultaterne, når afgrænsningen af de medicinske indlæggelser ændres. Det er bl.a. blevet undersøgt, om det er sådan, at i de regioner, hvor ældre har mange medicinske indlæggelsesdage, der har de relativt få indlæggelsesdage på andre specialer og omvendt. En sådan sammenhæng har vi ikke kunne finde. Se evt. mere i bilag 7 Metode.

⁹ "Analyse af de medicinske afdelinger", Sundhedsdatastyrelsen (2019)

¹⁰ Her lægger vi os op af tidligere definition, hvor man også i identifikationen af den ældre medicinske patient, har set bort fra patienter udelukkende med indlæggelser med en cancerdiagnose som aktionsdiagnose ("Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje", Sundhedsdatastyrelsen (2016))

Diagnosespecifikke opgørelser

Når vi i kapitel 4 og 5 laver opgørelser på specifikke diagnoser, så er det med udgangspunkt i kontakternes aktionsdiagnoser (se de specifikke diagnoser i bilag 7 Metode). I en indlæggelse kan der indgå flere kontakter. Er der på én af kontakterne på de medicinske afdelinger registreret én af de specifikke aktionsdiagnoser, indgår hele den medicinske indlæggelse i opgørelsen. Det betyder også, at der kan være indlæggelser, der indgår i flere opgørelser på diagnoseniveau, hvis der er flere afdelingsudskrivninger i sygehusopholdet, hvor der er registreret forskellige aktionsdiagnoser, som indgår i flere diagnosegrupper.

3.3 Benchmarking med kontrol for ældres baggrundskarakteristika

Nogle af de geografiske forskelle i hvor mange indlæggelsesdage ældre har på de medicinske afdelinger, skyldes forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre i forhold til demografi, socioøkonomi og helbred. Det er faktorer, som i denne kontekst anses som forhold, det er svært for kommune, alment praktiserende læge, region m.fl. at påvirke på kort og mellemlang sigt, og som har vist sig at have betydning for, hvor meget ældre er indlagt. For at korrigere for dette har vi udarbejdet en statistisk model, hvor der tages højde for forskelle i ældres baggrundskarakteristika.

I benchmarkinganalysen vises variationen på tværs af landet, når der tages højde for ældres baggrundskarakteristika. Resultaterne vises på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau. Det gode behandlingsforløb handler ud over de rette indsatser i den enkelte sektor også om dialog på tværs af sektorerne, og de forskellige aktører har på forskellig vis mulighed for at påvirke omfanget af indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger. Det betyder også, at de hver især har indflydelse på, hvordan omfanget af indlæggelsesdage ser ud for et geografisk område. Det er derfor relevant at se analyserne på henholdsvis regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau i sammenhæng. De alment praktiserende læger er organiseret i kvalitetsklynger, der i overvejende grad følger kommunegrænserne.

Ved at tage højde for disse forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre bliver sammenligningen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger mere retvisende. I bilag 7 Metode kan man finde de konkrete variable (og deres operationalisering), der er taget højde for i analysen.

I denne analyse er fokus på at tage højde for forskelle i populationen af ældre på tværs af landet og betydningen af den ældres bagvedliggende sundhedstilstand og socioøkonomi for antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Det kan ikke afvises, at der er andre forhold som fx forskel i rekrutteringsudfordringer, der kan have betydning, men det er ikke denne slags forhold, der er i fokus i denne analyse. Det kan desuden heller ikke udelukkes, at kommuner og regioner kan iværksætte tiltag, der forbedrer deres rekrutteringsmuligheder.

Vi anvender en Poisson-regressionsmodel til at tage højde for forskelle i ældres baggrundskarakteristika. En Poisson-regressionsmodel er velegnet til at håndtere heltalsfordelinger, hvor mange observationer har værdien 0 (personer, der ikke er indlagt) og andre – men få – har meget høje værdier (personer, der har mange indlæggelsesdage i løbet af året). I bilag 7 Metode er valget af regressionsmodel begrundet yderligere, ligesom den statistiske model er beskrevet nærmere.

På baggrund af regressionsmodellen estimeres det forventede antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger på individniveau, når der tages højde for den enkeltes demografi, socioøkonomi og helbred. Herefter aggregeres det forventede antal indlæggelsesdage op til regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau. Ældres faktiske og forventede antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau benyttes herefter til at beregne en benchmarkingindikator for hver region, kommune og sundhedsklynge.

Benchmarkingindikatoren er beregnet på følgende måde:

$$BI = \frac{\text{faktisk antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre}}{\text{forventet antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre}} * 100$$

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

I boks 3.1 fremgår det, hvordan benchmarkingindikatoren konkret skal fortolkes.

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- *Benchmarkingindikator mindre end 100:* Antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger er i kommunen/regionen/sundhedsklyngen lavere, end man kunne forvente på baggrund af de ældres baggrundskarakteristika. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på 90 for en kommune, at antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger for kommunen er 10 procent lavere, end man kunne forvente på baggrund af sammensætningen af gruppen af ældre i kommunen.
- *Benchmarkingindikatoren er lig 100:* Antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger er i kommunen/regionen/sundhedsklyngen lig med det forventede niveau.
- *Benchmarkingindikatoren større end 100:* Antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger er i kommunen/regionen/sundhedsklyngen højere, end man kunne forvente på baggrund af de ældres baggrundskarakteristika. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på 110 for en kommune, at antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger for kommunen er 10 procent højere, end man kunne forvente på baggrund af sammensætningen af gruppen af ældre i kommunen.

Opmærksomhedspunkter

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, der er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af regionerne, kommunerne og sundhedsklyngerne. Ved rangering af kommunerne er de derfor inddelt i kvintiler, således at der kun skelnes mellem kommuner, som ligger i den femtedel med færrest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet, den femtedel med næstfærrest indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre osv. Tilsvarende er sundhedsklyngerne ved rangering af disse inddelt i kvartiler.

Meknikken ved en statistisk model gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om størrelsen på det generelle niveau af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Man kan således ikke konkludere, at i de områder, hvor antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre er mindre end det forventede, ikke potentielt kan mindske antallet af indlæggelsesdage yderligere. Det forventede niveau angiver alene, hvor mange indlæggelsesdage på medicinske afdelinger ældre ville have, når der med udgangspunkt i landsgennemsnittet tages højde for de ældres demografi, socioøkonomi og helbred m.m. i det specifikke område.

4 Landsplan

I dette kapitel er der fokus på ældres indlæggelsesaktivitet på de medicinske afdelinger på landsplan. Formålet med kapitlet er at undersøge indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger på landsplan samt udviklingen over tid i, hvor meget ældre er indlagt. Det er også en del af formålet at dykke ned i, hvad der kan ligge bag udviklingen, samt hvad der kendetegner den ældre medicinske patient nu i forhold til tidligere.

Ældre omfatter i denne analyse 65+ årige. Vores hovedfokus er på antallet af indlæggelsesdage, men der skeles også til antallet af indlæggelser. Vi ser på hele perioden fra 2008 og frem til og med 2021.

I bilag 1-6 finder du de mest centrale nøgletal for din kommune, region og sundhedsklynge.

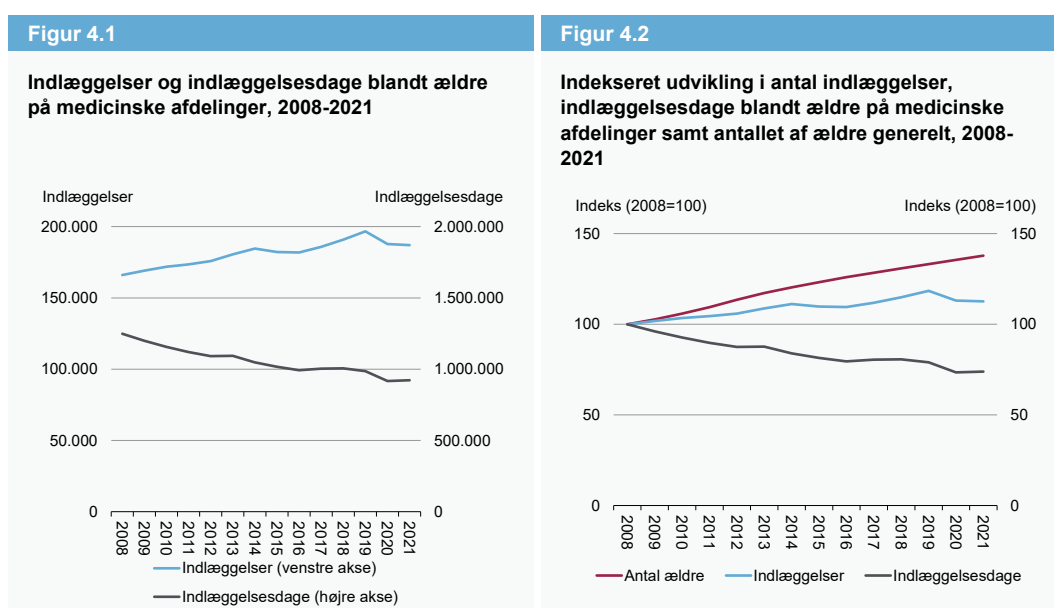
4 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er generelt færre indlæggelser og færre indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på de medicinske afdelinger nu end tidligere. Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre er næsten halveret fra 2008 til 2021, så der i 2021 var 784. Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 80+årige er igennem hele perioden mere end det dobbelte af antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 65-79-årige.
 - Faldet i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre sker samtidig med, at en lidt større andel af ældre er diagnosticeret med alvorlig sygdom. Det ser altså ikke umiddelbart ud til at være et mindre behandlingsbehov, der er skyld i den faldende indlæggelsesaktivitet.
 - Samtidig med faldet i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre er der ændringer på andre områder i sundhedsvæsenet, som kan have betydning for udviklingen i indlæggelsesaktiviteten. Fx er antallet af ambulante ophold på medicinske afdelinger steget i perioden. Det ses også, at ældre er mere i fysisk kontakt med den alment praktiserende læge og de praktiserende speciallæger nu end tidligere. Og endelig ser vi, at ældre har færre somatiske færdigbehandlingsdage nu end tidligere, hvilket kan indikere, at kommunerne er blevet hurtigere til at hente ældre hjem. Vi kan dog ikke sige, i hvilken grad udviklingen på de andre områder kan forklare hele faldet i indlæggelsesaktiviteten, da det også er en mulighed, at ældre i mindre grad modtager indsats i sundhedsvæsenet generelt nu sammenlignet med tidligere, eller at man i højere grad lykkes med at forebygge indlæggelser.
 - Antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre er næsten halveret fra 2008 til 2021. Over den samme 14-årige periode er andelen af medicinske indlæggelser for ældre, der efterfølges af en akut genindlæggelse steget lidt fra omkring 12,0 pct. til 13,3 pct. Opgør vi i stedet antallet af akutte genindlæggelser efter medicinsk indlæggelse pr. 1.000 ældre, er der et lille fald fra 2008 til 2021.
-

4.1 Udviklingen i ældres indlæggelser på medicinske afdelinger

Når vi ser på det absolutte antal af indlæggelser på medicinske afdelinger blandt ældre, var der 187.000 indlæggelser i 2021, jf. figur 4.1. Niveaulet er steget med 13 pct. siden 2008. Ser vi kun på perioden frem til 2019 var stigningen 18 pct., jf. figur 4.2, og COVID-19 må antages at spille ind i forhold til faldet fra 2019 og frem.

Vi ser dog også, at selvom der siden 2008 har været en stigning i det samlede antal af medicinske indlæggelser, så er det samlede antal indlæggelsesdage faldet markant. I 2008 var ældre indlagt 1,25 mio. dage på de medicinske afdelinger, jf. figur 4.1. Det tal var i 2021 faldet til godt 920.000 dage. Et fald svarende til 26 pct., jf. figur 4.2. Faldet i det samlede antal indlæggelsesdage er sket samtidig med, at der har været en stor stigning i antallet af ældre. Fra 2008 til 2021 er antallet af 65+ årige således steget med 38 pct.



Anm.: Se opmærksomhedspunkter omkring den valgte tidsperiode i kapitel 3.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

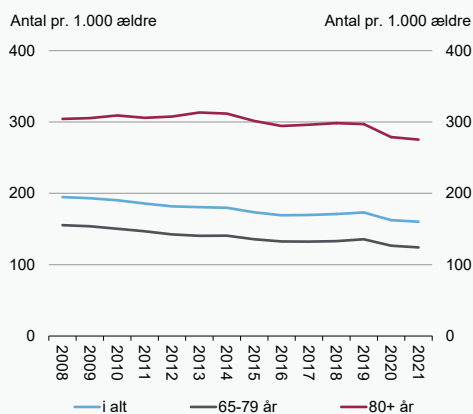
Vi så ovenfor, at antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger er steget. Men sættes antal indlæggelser i forhold til antal ældre, så er der faktisk sket et fald i antallet af indlæggelser pr. 1.000 ældre fra 2008 og frem, jf. figur 4.3.

Inden for gruppen af ældre er der forskel på, hvor meget man er indlagt. I 2021 var der blandt de yngste ældre (65-79-årige) 124 indlæggelser pr. 1.000 ældre, mens der var 271 blandt de 80+ årige, og det er generelt for hele perioden, at de 80+ årige har flere indlæggelser end de 65-79-årige.

Selvom de 65-79-årige også i 2008 havde færre indlæggelser end de 80+ årige, er antallet af indlæggelser pr. 1.000 ældre faldet mere i den yngste aldersgruppe. Fra 2008 til 2021 er antallet af indlæggelser pr. 1.000 ældre faldet med 20 pct. for de 65-79-årige mod 11 pct. i aldersgruppen 80+ år, jf. figur 4.4. Ser vi på udviklingen frem til 2019, er faldet noget mindre i begge aldersgrupper. Fra 2008 til 2019 falder antallet af indlæggelser pr. 1.000 ældre 13 pct. for de 65-79-årige og 2 pct. for de 80+ årige.

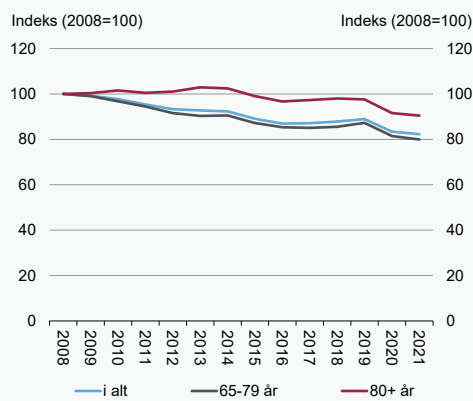
Figur 4.3

Antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2008-2021



Figur 4.4

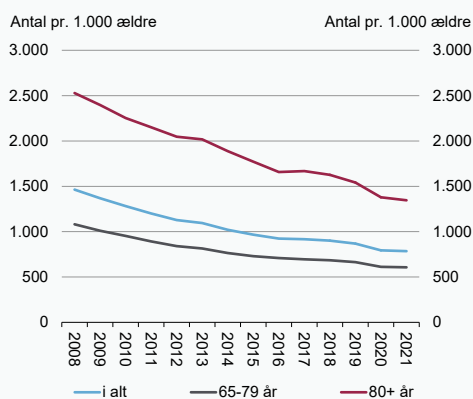
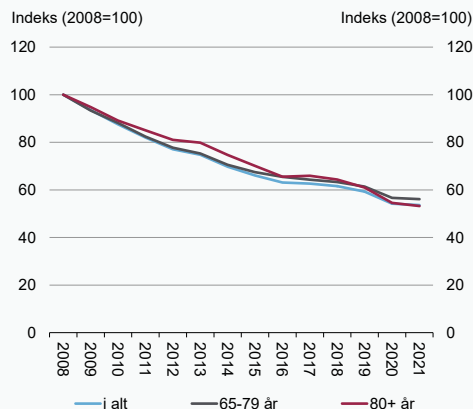
Indekseret udvikling i antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2008-2021 (indeks = 2008)



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Antallet af indlæggelser viser dog ikke hele billedet af indlæggelsesaktiviteten. En indlæggelse kan variere i længde, og derfor er det i høj grad også relevant at have fokus på varigheden her opgjort i antal indlæggelsesdage. I sidste ende vurderer vi, at antallet af indlæggelsesdage mere præcist fortæller noget om aktiviteten og brugen af ressourcer på de medicinske afdelinger. På den baggrund har vi valgt nedenfor og i resten af rapporten at have hovedfokus på antallet af indlæggelsesdage, se også kapitel 3 i forhold til indikatorvalg.

Der var et markant fald i antallet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger fra 2008 og frem. I 2008 var der godt 1.460 indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre. Det er næsten halveret til godt 780 dage i 2021 (og omkring 870 dage i 2019), jf. figur 4.5. Også her ser vi, 80+ årige har flere indlæggelsesdage end 65-79-årige igennem hele analyseperioden (mere end dobbelt så mange). Til gengæld er udviklingen i antal indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre modsat antallet af indlæggelser ensartet for de to aldersgrupper, jf. figur 4.6.

Figur 4.5**Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2008-2021****Figur 4.6****Indekseret udvikling i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2008-2021 (indeks, 2008=100)**

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Se også de centrale nøgletal for de enkelte kommuner, regioner og sundhedsklynger i bilag 1-6.

Udvalgte diagnoser

I dette afsnit ser vi på udviklingen for ni udvalgte diagnoser, der fylder en del i indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger. Formålet er at bevæge os fra et overordnet niveau til et mere detaljeret niveau for at undersøge, om udviklingen sker bredt på tværs af diagnoser, eller om der er nogle diagnoser, der ser ud til at drive den.

Vores hovedfokus er på antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, men for at nuancere resultaterne skeles også her til udviklingen i forhold til antallet af indlæggelser pr. 1.000 ældre. De ni udvalgte diagnoser ses i boks 4.1.

Boks 4.1

Udvalgte diagnoser

En stor del af ældre bliver indlagt på medicinske afdelinger med uspecifikke diagnoser, som kan dække over forskellige tilstande. Vi har i denne analyse valgt at se på udviklingen i ni af de specifikke diagnoser, der fylder mest på medicinske afdelinger. Det drejer sig om følgende diagnoser:

Lungebetændelse, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), dehydrering, blærebetændelse, blodforgiftning, hjertesvigt, apopleksi m.m., akut myokardieinfarkt og atrieflimren/-flagren.

Det kan ikke udelukkes, at der over tid er ændringer i registreringspraksis, hvilket man skal have in mente, når man tolker på udviklingen i forekomsten af diagnoserne.

Anm.: Diagnoseafgrænsningen er kvalificeret via eksisterende afgrænsninger i definitionen af forebyggelige indlæggelser, algoritmen for registret for udvalgte kroniske sygdomme og svære lidelser (RUKS), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og sundhed.dk. De specifikke diagnoser kan ses i bilag 7 Metode.

Når vi undersøger udviklingen fra 2008 til 2021, ser vi, at det generelle billede gælder på tværs af de ni udvalgte diagnoser: Der et betydeligt fald i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre over tid. Antallet af indlæggelsesdage med akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) er faldet med hele 71 pct., mens faldet i forhold til diagnosen blærebetændelse er på 12 pct. i perioden, jf. tabel 4.1.

Ser vi på antallet af indlæggelser, er der forskellige tendenser. Her er det for tre ud af de ni diagnoser, hvor der har været en stigning i antallet af indlæggelser fra 2008 til 2021, mens antallet af indlæggelser pr. 1.000 ældre er faldet for resten af diagnoserne. Vi ser altså, at tendensen til et faldende antal indlæggelsesdage gælder generelt på tværs af diagnoser, mens det er mindre entydigt, når vi ser på antallet af indlæggelser. For tre af de ni diagnosegrupper er der altså et fald i det samlede antal indlæggelsesdage på trods af, at antallet af indlæggelser er vokset. For disse tre diagnoser skyldes faldet i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre altså udelukkende en reduktion i indlæggelsesvarigheden.

Udgangspunktet er her indlæggelsesaktiviteten i 2008 og 2021. Men også hvis vi ser på udviklingen i forhold til 2019, er tendensen den samme.

Man skal her være opmærksom på, at noget af udviklingen inden for de enkelte diagnosegrupper kan være påvirket af ændringer i registreringspraksis over tid.

Tabel 4.1

Antallet af indlæggelser og indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2008 og 2021

	Indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre			Indlæggelser pr. 1.000 ældre		
	2008	2021	Udvikling (pct.)	2008	2021	Udvikling (pct.)
I alt	1.463	784	-46	195	159	-18
<i>Lungebetændelse</i>	164	95	-42	17	15	-14
<i>KOL</i>	90	36	-58	12	8	-36
<i>Dehydrering</i>	53	22	-59	6	4	-30
<i>Blærebetændelse</i>	31	27	-12	4	5	40
<i>Blodforgiftning</i>	54	38	-30	5	5	14
<i>Hjertesvigt</i>	63	35	-44	7	6	-19
<i>Apopleksi</i>	133	73	-45	9	8	-8
<i>Akut myokardieinfarkt</i>	54	16	-71	6	3	-45
<i>Atrieflimren/-flagren</i>	54	36	-34	10	10	2

Anm.: Der er inkluderet indlæggelser, hvor diagnoserne optræder som aktionsdiagnoser i en del eller hele den medicinske indlæggelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I bilag 4 kan man også se antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på diagnosniveau for 2008, 2019 og 2021.

4.2 Øvrige udviklingstendenser

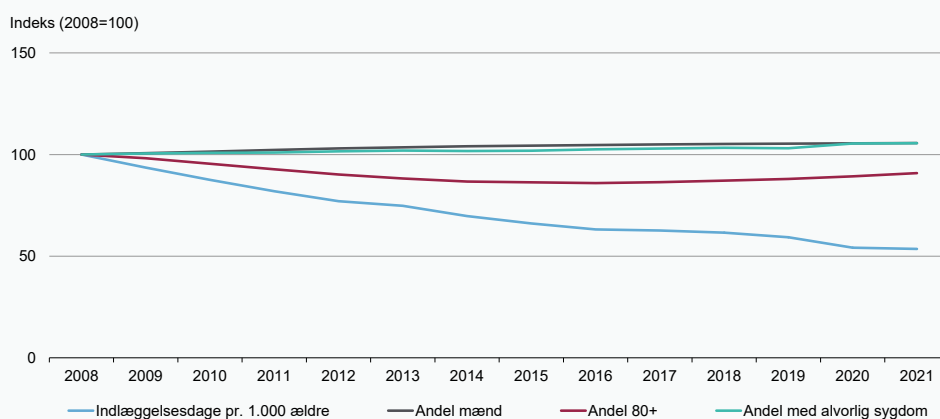
Sammensætning af gruppen af ældre

Én af de faktorer, der kan være med til at forklare, at ældre har færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end tidligere, er, hvis der har været en ændret sammensætning af ældregruppen, herunder i forhold til andelen af ældre med alvorlig sygdom, andelen af mænd og andelen af 80+ årige. Nedenfor ser vi derfor i figur 4.7 på sammensætningen af gruppen af 65+ årige over tid.

Andelen af ældre diagnosticeret med en alvorlig sygdom¹¹ er faktisk steget fra 2008 til 2021 med omkring 5,5 pct. Der er altså ikke på denne baggrund nogle indikationer af, at behovet for behandling i sundhedsvæsenet er faldet blandt ældre.

Figur 4.7

Indekseret udvikling i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, samt den andelen af ældre med alvorlig sygdom, gennemsnitsalderen og andelen af mænd i gruppen, 2008-2021



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der er helt generelt en tendens til, at mænd er indlagt mere end kvinder¹², og vi har derfor også set på udviklingen i kønssammensætningen af gruppen af ældre. Der har i perioden været en udvikling imod, at mænd udgør en større andel af gruppen af ældre, så den kønsmæssige sammensætning kan altså heller ikke umiddelbart forklare faldet i indlæggelsesdage – snarere tværtimod.

Fra 2008 til 2021 ser vi, at andelen af 80+ årige udgør en mindre del af ældregruppen (og 65-79-årige dermed udgør en større del), hvilket kan være med til at forklare noget af faldet i indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre. Ovenfor så vi dog også, at antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre var faldet for både de 65-79-årige og de 80+-årige. Ændringer i alderssammensætningen kan derfor ikke være den eneste forklaring på, at antal indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre er faldet.

Gennemsnitlig indlæggelsestid

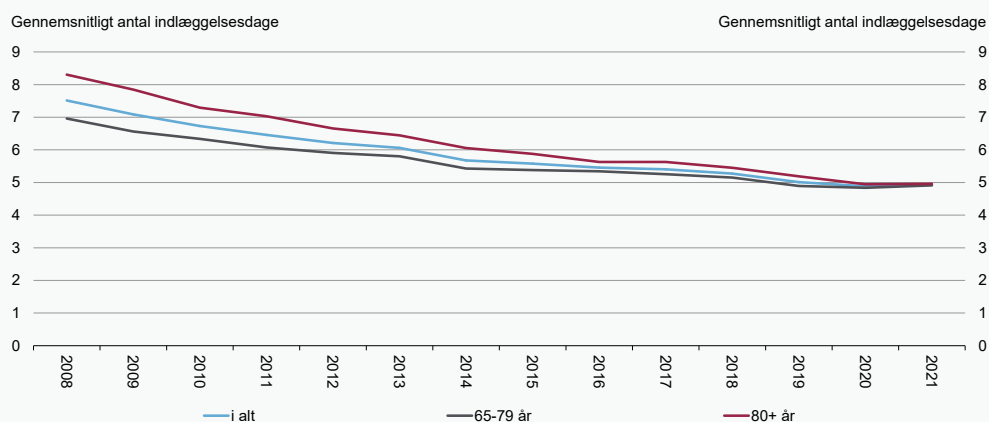
I figur 4.8 ser vi, at den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt ældre på de medicinske afdelinger er faldet fra 7,5 dage i 2008 til 4,9 dage i 2021. Ældre bliver ved indlæggelse på en medicinsk afdeling altså udskrevet end del hurtigere end tidligere, hvilket er en del af forklaringen på faldet i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre. Især blandt de ældste (80+ år) er der i denne periode sket noget i forhold til indlæggelsestiden. Her er der tale om et fald på 40 pct. i den gennemsnitlige indlæggelsestid. Og hvor 80+ årige tidligere i gennemsnit var indlagt 1-2 dage mere end 65-79-årige, er den gennemsnitlige indlæggelsestid nu den samme på tværs af de to grupper.

¹¹ Alvorlig sygdom er her defineret som sygdomme, der indgår i Charlsons komorbiditetsindeks (CCI).

¹² Se fx "Sundhed og trivsel i kønsperspektiv", Statens Institut for Folkesundhed (2014); "Sygehusbenyttelse 2016", Danmarks Statistik (2017)

Figur 4.8

Udviklingen i den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed på medicinske afdelinger, 2008-2021



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Udviklingen i lyset af omstillingsdagsordenen

Den demografiske udvikling med flere ældre påvirker behovet for flere ydelser i sundhedsvæsenet. Omstilling fra behandling på sygehuset til behandling i praksissektoren og kommunen er derfor i dette lys blevet endnu mere relevant. I dette afsnit undersøger vi udviklingen i forhold til kontakten i primærsektoren samt den ambulante medicinske aktivitet. I boks 4.2 beskriver vi kort de forbehold, resultaterne skal læses i lyset af.

Boks 4.2

Omstilling i sundhedsvæsenet

Der har igennem flere år været fokus på omstilling af sundhedsvæsenet, så behandlingen flyttes tættere på borgeren - fra sygehusene og ud til kommunerne og praksissektoren – men også i forhold til, at man nu modtager behandling ambulant på sygehuset, som man tidligere modtog under indlæggelse.

I denne del forsøger vi at se lidt nærmere på udviklingen i kontakten i de andre sektorer og på det ambulante område. Tanken er at få en idé om, hvorvidt der samtidig med faldet i indlæggelsesaktivitet har været en stigning i aktiviteten andre steder i sundhedsvæsenet, hvilket kan indikere, at opgaverne i højere grad løses ambulant eller i primærsektoren.

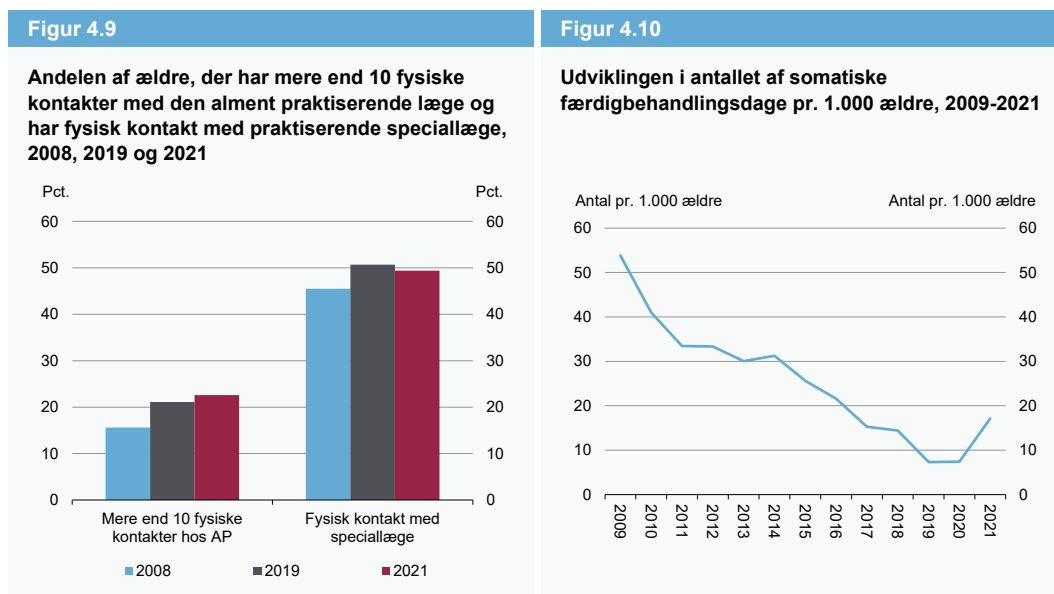
Det er dog ikke entydigt, hvorvidt en samtidig stigning i aktiviteten på andre områder er ensbetydende med omstilling. Der kan være forskellige ting på spil. Der kan både være tale om bevidst omstilling, hvor behandling flyttes ud fra sygehusene til praksissektoren og kommunerne, eller hvor man omlægger behandlinger fra at foregå under indlæggelse til at foregå ambulante. Men når en større andel af ældre er diagnosticeret med alvorlig sygdom (jf. figur 4.7), så er det ikke entydigt, hvorvidt en aktivitetsstigning på andre områder (udelukkende) er udtryk for omstilling i sundhedsvæsenet, eller om det (også) handler om en stigning i den allerede eksisterende aktivitet.

I dette afsnit ser vi på trods af forbeholdene nærmere på den samtidige udvikling i ældres kontaktmønstre på andre områder i sundhedsvæsenet end i forhold til indlæggelse på medicinsk afdeling. Resultaterne skal ses i lyset af de ovenfor nævnte forbehold.

I figur 4.9 ser vi, at der fra 2008 til 2021 har været en stigning i både andelen af ældre med mere end 10 fysiske kontakter¹³ hos den alment praktiserende læge og andelen, der har kontakt med en

¹³ Vi vælger her at se på fysiske kontakter, da vi ser på kontakten til almen praksis i et omstillingsperspektiv og så vidt muligt vil afgrænse til aktivitet, der kan træde i stedet for indlæggelse. Her vurderer vi, at fysisk kontakt er mest relevant.

praktiserende speciallæge. Det kan være et udtryk for, at noget af aktiviteten, der tidligere lå på de medicinske afdelinger nu er flyttet til praksissektoren.



Anm.: I figur 4.10 er antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre for 2009-2021 opgjort. Opgørelsen er baseret på egne beregninger baseret på opgørelser fra Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen. Vi har ikke inkluderet data for året 2008, da antallet af færdigbehandlingsdage i dette år var særligt højt, formodentlig grundet sygeplejerskestrejken i 2008.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

En anden mulig årsag til, at antallet af indlæggelsesdage er faldet, kan være, at kommunerne hurtigere hjemtager patienterne end tidligere. Færdigbehandlingsdage defineres som dage, hvor patienten vurderes klar til udskrivning, men fortsat opholder sig på sygehuset. En patient er færdigbehandlet, når behandlingen er afsluttet, eller det ikke er en forudsætning for den videre behandling, at patienten er indlagt¹⁴. Ser vi på udviklingen i antallet af somatiske færdigbehandlingsdage i gruppen af ældre, ser vi da også et betydeligt fald i perioden, jf. figur 4.10. Fra 2009 til 2021 er antallet færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse faldet fra 54 dage pr. 1.000 ældre til 17.

Vi ser dog, at antallet af færdigbehandlingsdage stiger i 2021, så det ligger tættere på niveauet i 2018 end på niveauet i 2020. Det kan der formentligt være mange grunde til. Dels kan sygeplejerskestrejken have betydning for stigningen fra 2020 til 2021, da det kan være problematisk for strejkeramte kommuner at hente borgere hjem til fortsat behandling i kommunalt regi. Dels kan det heller ikke udelukkes at skiftet fra LPR2 til LPR3 kan have betydning for faldet fra 2018 til 2019, ligesom der kan være andre ting på spil fx i forhold til COVID-19. Men selv, hvis vi fokuserer på udviklingen i medicinske indlæggelsesdage og færdigbehandlingsdage blandt ældre i perioden 2009-2018, så ser vi, at hvor antallet af færdigbehandlingsdage er faldet med 40 dage pr. 1.000 ældre i perioden, så er antallet af medicinske indlæggelsesdage faldet med 467 dage pr. 1.000 ældre, jf. tabel 4.2. Faldet i indlæggelsesdage kan altså ikke alene forklares af en reduktion i antallet af færdigbehandlingsdage. Men det kan være et eksempel på en generel udvikling og omstilling, hvor der er kommet mere opmærksomhed på at begrænse antallet af indlæggelser,

¹⁴ Vejledning til indberetning til LPR3, v. 1.2., Sundhedsdatastyrelsen

reducere varigheden af indlæggelserne og mere fokus på, at patienterne hurtigere hjemtages til pleje og behandling i kommunen.

Tabel 4.2

Ændringer i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger og somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre, 2009-2018

Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre			Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre		
2009	2018	Ændring	2009	2018	Ændring
1.369	902	-467	54	14	-40

Anm.: Opgørelsen er baseret på egne beregninger baseret på opgørelser fra Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det er også værd at nævne, at på trods af stigningen i antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre fra 2020 til 2021, så ser vi ikke en stigning i antallet af indlæggelsesdage på medicinske pr. 1.000 ældre, og samtidig viser opgørelser, at den gennemsnitlige indlæggelsestid fra 2020 til 2021 er stort set uændret (jf. figur 4.8).

Forholdet mellem indlæggelser og ambulante ophold

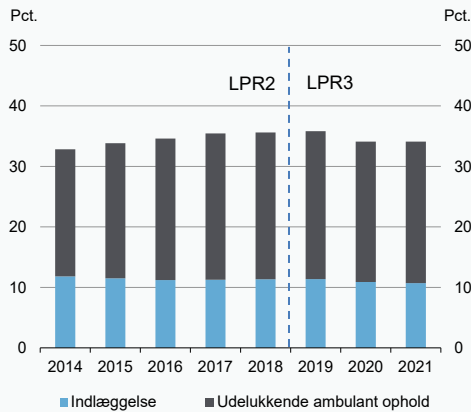
En del af omstillingen på sundhedsområdet handler også om omlægning fra stationær til ambulante aktivitet, og det er derfor også relevant at se på udviklingen i den ambulante aktivitet¹⁵. Data om ambulante aktivitet, som vi har haft til rådighed i denne analyse, er desværre ikke komplette for årene før 2014, så derfor er der i denne del fokus på 2014 og frem. Samtidig overgik man til et nyt Landspatientregister i 2019 (LPR3), og der var i den forbindelse et markant fald i antallet af ambulante ophold, som vurderes at være forbundet med dette skifte frem for en reel aktivitetsændring. Samlet set betyder det, at hovedfokus i denne del er på perioden 2014-2018.

Når vi ser på udviklingen i andelen af ældre, der har fysisk kontakt (både ambulante ophold og indlæggelser) med de medicinske afdelinger i løbet af et år, ses en stigning fra 32,8 pct. i 2014 til 35,6 pct. i 2018. I samme periode har der været et mindre fald på 0,6 pct. point i andelen af ældre, der er indlagt i løbet af et givent år. Det er derfor den ambulante kontakt, der har drevet stigningen i kontakten med de medicinske afdelinger blandt ældre: Andelen af ældre, der udelukkende har ambulante kontakt på en medicinsk afdeling er steget fra 21,0 pct. i 2014 til omkring 24,3 pct. i 2018, jf. figur 4.11.

¹⁵ Ambulante ophold defineres i denne analyse som fysiske kontakter af under 12 timers varighed. Afgrænsningen af ambulante ophold og indlæggelser er baseret på model benyttet af Sundhedsdatastyrelsen. Se også kapitel 3 for afgrænsning af ambulante ophold

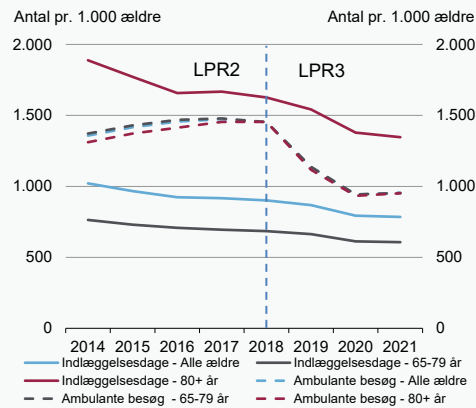
Figur 4.11

Andelen af de 65+ årige der har kontakt på medicinsk afdeling opgjort på indlæggelse eller udelukkende ambulante kontakt, 2014-2021



Figur 4.12

Aktiviteten på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2014-2021



Anm.: I teksten er der fokus på perioden 2014-2018, da der er databrud i den ambulante aktivitet efter skiftet fra LPR2 til LPR3. Vi har i opgørelsen af ambulante ophold taget udgangspunkt i ophold med fysiske fremmøde.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Når vi alene ser på 2014-2018 og altså inden overgangen til LPR3, kan det konstateres, at antallet af ambulante ophold på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre er steget i perioden. Udviklingen i ambulante ophold ser dermed ud til i nogen grad at modsvare faldet i antallet af indlæggelsesdage, jf. figur 4.12. Der har altså over perioden været en ændring i aktiviteten fra færre langvarige ophold – i form af indlæggelser – til flere korte ambulante ophold.

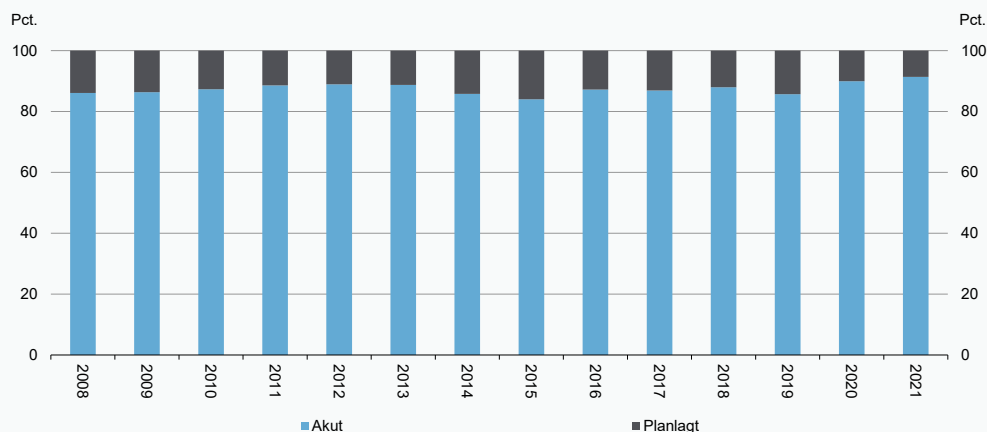
Her er det vigtigt at huske, at omstilling i denne sammenhæng kan være flere ting. Dels kan der være tale om en systematisk omlægning, hvor man helt bevidst flytter specifikke behandlinger og aktiviteter fra at foregå under indlæggelse til at foregå under et ambulante besøg på et ambulatorium.

Men der kan også være tale om, at i og med den generelle varighed af kontakterne er reduceret, så kan kontakter, der tidligere var over 12 timer lange og derfor indgik i opgørelsen som en indlæggelse, nu være forkortet i en sådan grad, at de varer mindre end 12 timer, og derfor nu indgår som ambulante ophold¹⁶. Dvs. her kan omstilling fra indlæggelse til ambulante aktivitet i vores opgørelse handle mere om reduktion i varigheden af kontakten end om en systematisk omlægning af kontakter fra at foregå på en sengeafdeling til at foregå på et ambulatorie.

Akutte indlæggelser og genindlæggelser

Langt de fleste af ældres medicinske indlæggelser starter akut. I perioden 2008 til 2019 er det kun omkring hver syvende indlæggelse, der er planlagt, jf. figur 4.13. Andelen er ret stabil, men i 2020 og 2021, hvor COVID-19 har påvirket især den planlagte aktivitet på de medicinske afdelinger, er det kun omkring hver 10. indlæggelse, der er planlagt. Det ligger fint i tråd med, at der i forbindelse med COVID-19 og sygeplejerskestrejken har været aflysning og udsættelse af især planlagt aktivitet.

¹⁶ Se indlæggelsesdefinitionen beskrevet i kapitel 3.

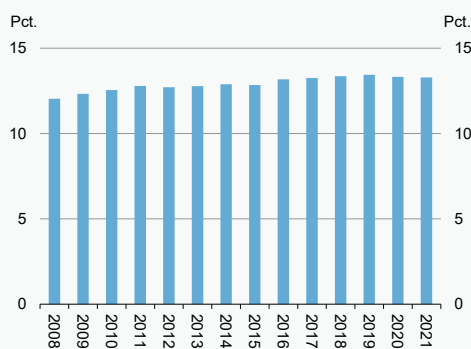
Figur 4.13**Andelen af ældres indlæggelser på medicinske afdelinger, der starter henholdsvis som akut eller planlagt kontakt, 2008-2021**

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I perioden 2008 til 2021 er der en let stigende tendens i andelen af medicinske indlæggelser, hvor der er en akut genindlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivning – fra 12,0 pct. i 2008 til omkring 13,3 pct. i 2021, jf. figur 4.14. Denne stigning skal ses i lyset af, at der i samme periode næsten er sket en halvering i antallet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. En baggrundsanalyse viser dog også, at hvis vi i stedet opgør antallet af akutte genindlæggelser efter medicinsk indlæggelse pr. 1.000 ældre, er antallet af genindlæggelser en smule mindre i 2021 end i 2008. Opsummeret betyder det, at for alle ældre falder antallet af indlæggelser og antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger (jf. figur 4.3 og 4.5), samt den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed (jf. figur 4.8) fra 2008 til 2021. Samtidig ser vi, at en lidt større andel af indlæggelserne efterfølges af en medicinsk genindlæggelse, men at det overordnede antal akutte genindlæggelser på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre falder en smule fra 2008 til 2021 (fra 23 akutte genindlæggelser pr. 1.000 ældre i 2008 til 21 i 2021).

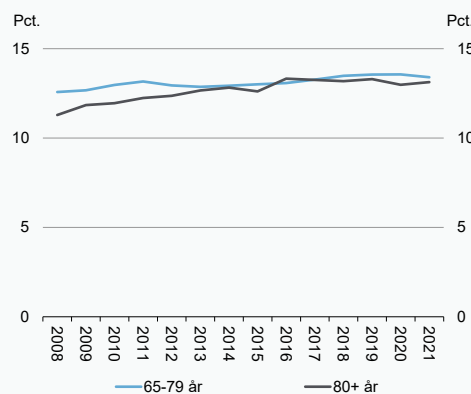
Figur 4.14

Andelen af indlæggelser på medicinske afdelinger, der efterfølges af en akut genindlæggelse senest 30 dage efter indlæggelsen, 2008-2021.



Figur 4.15

Andelen af indlæggelser på medicinske afdelinger, der efterfølges af en akut genindlæggelse senest 30 dage efter indlæggelsen aldersfordelt, 2008-2021.



Anm.: Beregning af genindlæggelser tager udgangspunkt i Sundhedsdatastyrelsens algoritme til beregning af akutte somatiske genindlæggelser til de nationale sundhedsindikatorer, men modificeret i forhold til mulighederne i denne analyse af de medicinske indlæggelser.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

På tværs af de to aldersgrupper ses også en stigende tendens, jf. figur 4.15. Dog er stigningen i andelen af akutte genindlæggelser efter medicinsk indlæggelse mindst blandt de 65-79-årige (fra 12,6 pct. i 2008 til 13,4 pct. i 2021) og størst blandt de 80+ årige (fra 11,3 pct. i 2008 til 13,1 pct. i 2021). En baggrundsanalyse viser desuden, at opgør vi det i stedet som antal akutte genindlæggelser pr. 1.000 ældre inden for de to aldersintervaller kan vi se, at det er faldet for de 65-79 årige og steget for de 80+ årige i perioden.

4.3 Hvem er den ældre medicinske patient?

I dette afsnit ser vi kort på, hvem det er, der bliver indlagt på de medicinske afdelinger, og om det har ændret sig over tid. Fokus er på ændringer i forhold til demografi og socioøkonomi samt helbredsstatus. Desuden er der også fokus på, i hvor høj grad den ældre modtager kommunale og regionale indsatser i indlæggelsesåret. Igen er udover 2008 både 2019 og 2021 med, så der både er det nyeste år før og under COVID-19.

I forhold til demografi og socioøkonomi ligner den ældre medicinske patient i 2019 og 2021 i høj grad den ældre medicinske patient i 2008. Det mest iøjnefaldende er, at en større andel af ældre medicinske patienter i dag har en højere uddannelse end grundskole i forhold til tidligere, jf. tabel 4.3¹⁷. Det afspejler imidlertid også den generelle udvikling i gruppen af ældre.

Vender vi blikket mod helbredstilstanden hos den ældre medicinske patient, ser vi, at billedet er forholdsvis uændret i forhold til andelen, der lider af en kronisk sygdom, alvorlig sygdom eller er polyfarmacipatienter. Fx er andelen af de ældre med indlæggelse på medicinsk afdelinger, der lider af en kronisk sygdom kun steget fra 61 pct. i 2008 til 63 pct. i 2021, mens andelen af de ældre, der er polyfarmacipatienter, er fuldstændig uændret over perioden.

¹⁷ Andelen af mænd og andelen af ældre over 80 år er ikke de samme i tabel 4.3 som i figur 4.4. Da vi opgør andelen for ældre med indlæggelser på medicinske afdelinger i aktivitetsåret i tabellen, mens det er for alle ældre i figur 4.4.

I forhold til kontakt med den alment praktiserende læge kan det konstateres, at det i 2008 var 30 pct. af ældre medicinske patienter, der havde mere end 10 fysiske kontakter i almen praksis i indlæggelsesåret, mens det i 2019 og 2021 var henholdsvis 40 pct. og 45 pct.

Ser vi på de kommunale indsatser i forhold til ældre indlagt på medicinsk afdeling, har det ikke været muligt at se på udviklingen. Det skyldes, at data enten ikke eksisterer eller er meget mangelfuldt, når man går tilbage til 2008. I 2021 er det mere end hver anden ældre med indlæggelse på en medicinsk afdeling, der også modtog hjælp i den kommunale sygepleje i indlæggelsesåret. Ca. hver tredje modtog hjemmepleje i form af personlig pleje, og også omkring hver tredje modtog praktisk hjælp. Endelig er 1 ud af 10 ældre medicinske patienter plejehjemsbeboere i indlæggelsesåret.

Tabel 4.3
Profil af den ældre medicinske patient, 2008, 2019 og 2021

	2008	2019	2021
Demografi og socioøkonomi			
Mænd	46 pct.	50 pct.	51 pct.
80+ år	42 pct.	40 pct.	41 pct.
Højeste uddannelse er grundskole	57 pct.	43 pct.	41 pct.
Ikke-samboende med partner	52 pct.	49 pct.	49 pct.
Enke/enkemand ¹	2 pct.	2 pct.	2 pct.
Formue under medianformuen for ældre	60 pct.	56 pct.	56 pct.
Helbredstilstand			
Kronikere	61 pct.	64 pct.	63 pct.
Psyisk sygdom	14 pct.	15 pct.	14 pct.
Alvorlig sygdom ²	71 pct.	73 pct.	73 pct.
Polyfarmaci	47 pct.	47 pct.	47 pct.
Regionale indsatser			
Mere end 10 årlige besøg hos AP (pct.)	30 pct.	40 pct.	45 pct.
Kontakt med speciallæge (pct.)	45 pct.	48 pct.	45 pct.
Kommunale indsatser			
Modtager personlig pleje (hjemmepleje) ³	-	32 pct.	33 pct.
Modtager praktisk hjælp (hjemmepleje) ³	-	33 pct.	34 pct.
Modtagere af kommunal sygepleje samlet (pct.) ⁴	-	50 pct.	57 pct.
Modtagere af vedligeholdelsestræning (pct.) ⁵	-	13 pct.	14 pct.
Bor på plejehjem (pct.) ⁶	-	11 pct.	12 pct.

Anm.: 1) Den ældre medicinske patient indgår som enke/enkemand, hvis vedkommende har mistet sin partner året før aktivitetåret. 2) Den ældre indgår i andelen, der har en alvorlig sygdom, hvis man har en værdi på Charlsons komorbiditetsindeks (CCI) der er større end 0. 3) Ikke alle kommuner indgår i opgørelsen af praktisk hjælp og personlig pleje. I 2019 indgår 84 kommuner og i 2021 91. Praktisk hjælp med et tidsforbrug på 1 minut er ikke inkluderet i opgørelsen, da det ofte dækker over 0-tidsydelse som madservice. 4) Der indgår 83 kommuner i opgørelsen af andelen, der modtager hjemmesygepleje i 2019 og 91 i 2021. Derudover er plejehjemsbeboere frasorteret, se bilag 7 Metode 5) Der indgår 82 kommuner i opgørelsen i andelen, der modtager vedligeholdelsestræning i 2019 og 93 i 2021. 6) Andelen der bor på plejehjem er beregnet på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens register over plejehjemsbeboere baseret på plejehjemsoversigten.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I kapitel 6 ser vi på kontakten til den praktiserende læge og den kommunale sygepleje i tiden op til og i tiden efter akutte medicinske indlæggelser.

5 Forskelle på tværs af landet

I kapitel 5 ser vi på forskelle i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Formålet er at undersøge variationen i de faktiske tal, men også at rette fokus på forskelle på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, når der tages højde for forskelle i ældres baggrundskarakteristika.

I kapitlet vises også, hvilke karakteristika hos ældre, der har betydning for, hvor mange medicinske indlæggelsesdage de ældre har, samt sammenhæng mellem antallet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger og kommunale og regionale forhold som fx kapacitet. I denne del er formålet at blive klogere på det tværsektorielle behandlingsforløb.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er stor forskel mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger i forhold til, hvor meget ældre er indlagt på medicinske afdelinger. Ældre i Region Hovedstaden og Region Sjælland har generelt flere indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre end ældre i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark. I de 10 kommuner, hvor ældre har flest indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger, har de næsten dobbelt så mange indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, som i de 10 kommuner med færrest indlæggelsesdage
- Der er stadig store forskelle mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger, når der tages højde for ældres socioøkonomi og helbred. Der er samtidig stærk sammenhæng mellem de enkelte kommuner og regioners benchmarkingindikator over perioden 2017 til 2021. Det betyder, at på tværs af årene er det generelt de samme kommuner og regioner, hvor ældre har henholdsvis flere og færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger, end man kunne forvente ud fra deres baggrundskarakteristika.
- I en række simple sammenhængsanalyser, som der ikke kan drages konklusioner omkring kausalitet og årsagssammenhænge på baggrund af, findes bl.a. en tendens til, at de kommuner, hvor der er relativt mange sygeplejersker ansat på sundheds- og ældreområdet, har ældre færre indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre end forventet. Omvendt ser vi en tendens til, at i regioner, hvor der er relativt mange medicinske sengepladser pr. 1.000 ældre, er der flere indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre end forventet.

5.1 Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre

I nærværende afsnit ser vi på den geografiske variation i det faktiske antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre. Variationen vises på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Læs mere om tolkningen af resultaterne i boks 5.1.

Boks 5.1

Tolkningen af variationen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger

Den ældre medicinske patients behandlingsforløb er et fælles ansvar på tværs af sygehus, kommune, og den alment praktiserende læge. I denne analyse vises variationen i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. De alment praktiserende læger er organiserede i kvalitetsklynger, der i det store og hele følger kommunegrænserne.

Det gode behandlingsforløb handler ud over de rette indsatser i den enkelte sektor også om dialog på tværs af sektorerne, og de forskellige aktører har på forskellig vis mulighed for at påvirke omfanget af indlæggelsesaktiviteten på de medicinske afdelinger. Det betyder også, at de hver især har indflydelse på, hvordan omfanget af indlæggelsesdage ser ud for et geografisk område. Fx arbejder kommuner og de alment praktiserende læger med at forebygge helbredsforværringer, der kan resultere i en indlæggelse, ligesom man arbejder på at sikre en god dialog i forhold til, at kommuner i samarbejde med den alment praktiserende læge kan hjemtage patienter, der ellers ville have behov for fortsat indlæggelse på sygehuset. Ansvar for den ældre medicinske patients behandlingsforløb er altså delt mellem sygehus, den praktiserende læge og bopælskommunen. Analysens resultater på tværs af bopælsregion, bopælskommune og sundhedsklynge skal derfor ses i sammenhæng. Det kan skabe grundlag for videre lokale drøftelser¹⁸.

Regional variation

På tværs af regionerne er der en del variation i, hvor meget ældre er indlagt på medicinske afdelinger. I 2021 havde ældre i regionerne øst for Storebælt flere indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger end ældre i regionerne vest for Storebælt. Fx varierede antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre fra 660 i Region Midtjylland til 967 i Region Sjælland, jf. figur 5.1¹⁹. COVID-19 og sygeplejerskestrejken kan have indflydelse på indlæggelsesaktiviteten i 2021, men også når udgangspunktet er 2019, er det regionerne øst for Storebælt, hvor ældre har mange indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger, mens de har færre i regionerne vest for Storebælt.

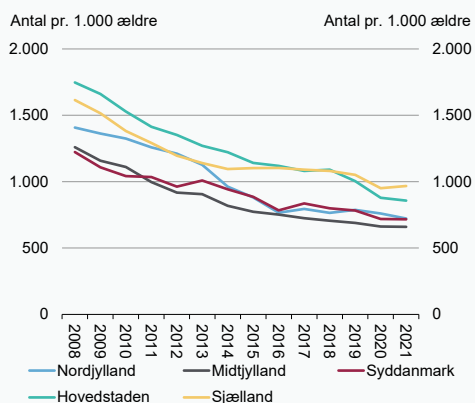
Som på landsplan har der også i alle regioner været en markant reduktion i antallet af indlæggelsesdage fra 2008 og frem, jf. figur 5.2. Se de regionsfordelte antal af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre igennem hele perioden 2008-2021 i bilag 1 og 4.

¹⁸ Vi er opmærksomme på, at der kan være forskelle på specialisering på tværs af sygehusene, og de behandlinger patienterne modtager, men her tager vi udgangspunkt i borgeren inden for et geografisk område, ligesom vi har fokus på medicinske indlæggelser blandt ældre generelt og dermed en bred gruppe af behandlinger.

¹⁹ Som beskrevet i kapitel 3 kan der være forskelle i, hvordan regionerne bruger de medicinske specialer. Vi har forsøgt så vidt muligt at tage højde for, at afdelinger med et medicinsk speciale i nogle regioner potentielt kan omfatte "ikke-medicinsk" aktivitet, som ikke indgår i specialeafgrænsningen i andre regioner. Vi har desuden lavet følsomhedsanalyser i forhold til afgrænsningen. Fx har vi set på forskelle på tværs af regionerne, når vi opgør den medicinske aktivitet på samme måde som i Sundhedsdatastyrelsen. Det ændrer ikke konklusionerne. Læs mere i bilag 7 Metode.

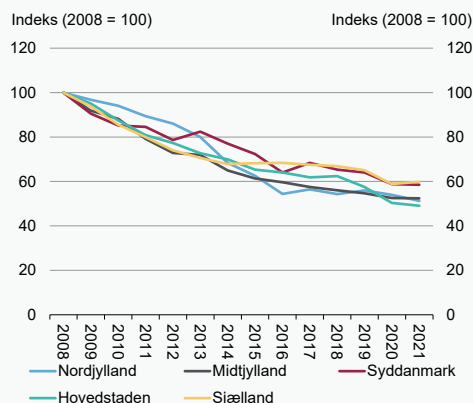
Figur 5.1

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på regionsniveau, 2008-2021



Figur 5.2

Indekseret udvikling i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på regionsniveau, 2008-2021



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Udvalgte diagnoser

Ligesom i landsplansafsnittet er der også her fokus på udviklingen i antal indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre for ni udvalgte diagnosegrupper. I boks 4.1 i afsnit 4.1 kan man se mere om de udvalgte diagnoser. For de enkelte diagnosegrupper er der betydelig variation i antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på tværs af regionerne. Fx er der i 2021 i Region Nordjylland 59 indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre med diagnosen lungebetændelse, mens det er det dobbelte i Region Sjælland., jf. tabel 5.1.

Variationen mellem regionerne kan skyldes forskelle i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbene i de enkelte regioner, både i forhold til indsatsen på sygehusene, men også i forhold til kommunens og den alment praktiserende læges indsats i forhold til den ældre før og efter indlæggelse. Noget af variationen kan dog også skyldes forskelle i sammensætningen af ældre på tværs af regionerne, ligesom det ikke kan udelukkes, at der er forskel i registreringspraksis på tværs af sygehuse og regioner.

Ældre har færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger i 2021 end i 2008. En udvikling, der går igen i alle regioner i forhold til samtlige diagnosegrupper (lige med undtagelse af apopleksi i Region Nordjylland og blærebetændelse i Region Sjælland). Se også opgørelsen for 2019 i bilag 4.

Tabel 5.1
Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på regionalt niveau, 2008 og 2021

		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Landsplan
Lungebetændelse	2008	160	108	156	195	208	164
	2021	59	75	100	107	118	95
	Ændring (pct.)	-63	-30	-36	-45	-42	-42
KOL	2008	107	79	77	93	109	90
	2021	27	36	30	41	55	38
	Ændring (pct.)	-75	-55	-61	-56	-50	-58
Dehydrering	2008	53	23	41	81	60	53
	2021	13	9	21	23	45	22
	Ændring (pct.)	-76	-62	-48	-72	-25	-59
Blærebetændelse	2008	30	26	24	41	30	31
	2021	14	16	24	36	41	27
	Ændring (pct.)	-53	-39	-2	-11	36	-12
Blodforgiftning	2008	35	33	64	70	56	54
	2021	25	32	30	44	55	38
	Ændring (pct.)	-36	-2	-53	-37	-1	-30
Hjertesvigt	2008	49	44	50	84	79	63
	2021	22	29	33	35	55	35
	Ændring (pct.)	-56	-34	-34	-58	-31	-44
Apopleksi	2008	73	139	110	149	168	133
	2021	114	75	54	64	85	73
	Ændring (pct.)	57	-46	-51	-57	-49	-45
Akut myokardieinfarkt	2008	40	55	40	61	69	54
	2021	5	15	13	17	27	16
	Ændring (pct.)	-87	-73	-67	-73	-61	-71
Atrieflimren/-flagren	2008	45	48	41	66	68	54
	2021	29	25	32	41	53	36
	Ændring (pct.)	-35	-48	-24	-38	-22	-34
Alle diagnoser	2008	1.408	1.260	1.223	1.747	1.615	1.463
	2021	722	660	716	857	967	784
	Ændring (pct.)	-49	-48	-41	-51	-40	-46

Anm.: Der er inkluderet indlæggelser, hvor diagnoserne optræder som aktionsdiagnoser i en del eller hele den medicinske indlæggelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Forholdet mellem indlæggelser og ambulante ophold

Ligesom på landsplan kan det også på regionalt niveau være relevant at kaste et blik på udviklingen i den ambulante aktivitet. Igen er der på grund af databrud i den ambulante aktivitet fokus på perioden 2014 til 2018. Fra 2014 og frem til 2018 er antallet af ambulante ophold på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre steget i alle regioner, jf. tabel 5.2. I Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland ligner udviklingen den på landsplan med en stigning på

omkring 7 pct., mens antallet af ambulante ophold pr. 1.000 ældre i Region Nordjylland er steget med 21 pct.²⁰.

Tabel 5.2

Antallet af indlæggelsesdage og ambulante ophold på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på regionsniveau, 2014 og 2018

	Indlæggelsesdage			Ambulante ophold		
	2014	2018	Forskel (pct.)	2014	2018	Forskel (pct.)
I alt	1.021	902	-12	1.358	1.453	7
Nordjylland	962	765	-21	1.011	1.225	21
Midtjylland	818	706	-14	1.203	1.300	8
Syddanmark	943	799	-15	1.615	1.727	7
Hovedstaden	1.222	1.090	-11	1.538	1.577	3
Sjælland	1.095	1.080	-1	1.131	1.226	8

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Udviklingen i færdigbehandlingsdage

På regionalt niveau ser vi den samme udvikling, som vi ser på landsplan i forhold til færdigbehandlingsdage: Antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre er faldet i alle regioner fra 2009 til 2018²¹. Faldet i antallet af færdigbehandlingsdage kan dog ikke i nogen af regionerne forklare faldet i medicinske indlæggelsesdage. Fx ser vi det største fald i Region Hovedstaden, hvor antallet af færdigbehandlingsdage faldt fra 122 pr. 1.000 ældre i 2009 til 30 dage pr. 1.000 ældre i 2018, jf. tabel 5.3. Der er altså tale om et fald på 90 dage pr. 1.000 ældre, som i en eller anden grad bidrager til udviklingen i antallet af medicinske indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre i regionen²², men langt fra kan tilskrives hele reduktionen på 571 dage.

²⁰ Den ambulante aktivitet på det medicinske område kan være påvirket af organiseringen af vagtlægetjeneste, akuttelefon m.m. Det betyder, at den aktivitet, der i nogle regioner foregår i regi af vagtlægeordningen, kan i andre regioner foregå på sygehuset, hvilket kan være med til at forklare niveauforskelle i den ambulante kontakt på tværs af regionerne.

²¹ Vi fokuserer på udviklingen i denne periode grundet de beskrevne forbehold beskrevet i afsnit 4.2.

²² Opgørelse af færdigbehandlingsdage er ikke afgrænset til medicinske specialer, derfor kan nogle af færdigbehandlingsdagene være tilknyttet ikke-medicinske indlæggelser.

Tabel 5.3

Ændringer i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger og færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre, 2009-2018

	Indlæggelsesdage			Færdigbehandlingsdage		
	2009	2018	Ændring	2009	2018	Ændring
I alt	1.369	902	-467	54	14	-40
Nordjylland	1.362	765	-597	24	5	-19
Midtjylland	1.157	706	-452	28	4	-24
Syddanmark	1.107	799	-308	25	12	-13
Hovedstaden	1.661	1.090	-571	122	30	-90
Sjælland	1.515	1.080	-434	30	12	-18

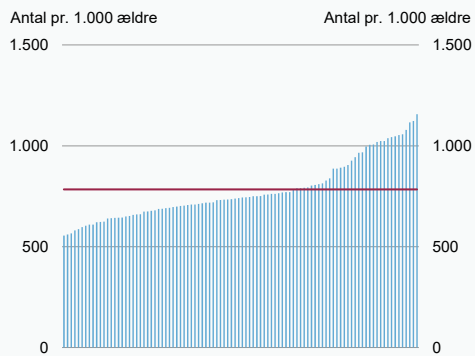
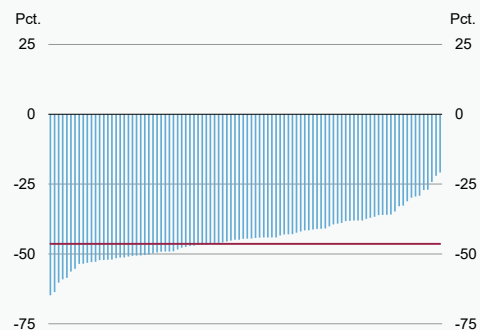
Anm.: Opgørelsen er baseret på egne beregninger baseret på opgørelser fra Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen. Vi har ikke inkluderet data for året 2008, da antallet af færdigbehandlingsdage i dette år var særligt højt, formodentlig grundet sygeplejerskestrejken i 2008.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ligesom på landsplan ser vi også på regionalt niveau stigninger i antallet af færdigbehandlingsdage fra 2020 til 2021 i alle regioner. Som nævnt i kapitel 4 kan der være flere årsager til den generelle stigning. Vi ser dog nogle regionale tendenser, hvor stigningen især er bemærkelsesværdig i Region Nordjylland, men også meget stor i Region Midtjylland og Region Hovedstaden. Nogle af de regionale forskelle må formodes at skyldes sygeplejerskestrejken i sommeren 2021. Fx var både Aalborg Kommune og Københavns Kommune udtaget til strejke. På trods af stigningen i antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre fra 2020 til 2021 ser vi ikke en stigning i antallet af medicinske indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre i nogen af regionerne med undtagelse af Region Sjælland, som er den region, hvor stigningen fra 2020 til 2021 i antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 ældre er lavest.

Kommunal variation

På tværs af kommunerne er der også store forskelle i, hvor meget ældre er indlagt på medicinske afdelinger. I de 10 kommuner, hvor antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre er højest, er der næsten dobbelt så mange indlæggelsesdage som i de 10 kommuner, hvor ældre er indlagt mindst, jf. figur 5.3.

Figur 5.3**Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommunalt niveau 2021****Figur 5.4****Udviklingen i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på kommunalt niveau fra 2008 til 2021**

Anm.: Den røde linje i figurene viser gennemsnittet på landsplan. Samsø Kommune og Ærø Kommune er ikke med i figur 5.4, da de skiller sig væsentligt ud i forhold til udviklingen i de andre kommuner. Man kan se tallene i bilagene.

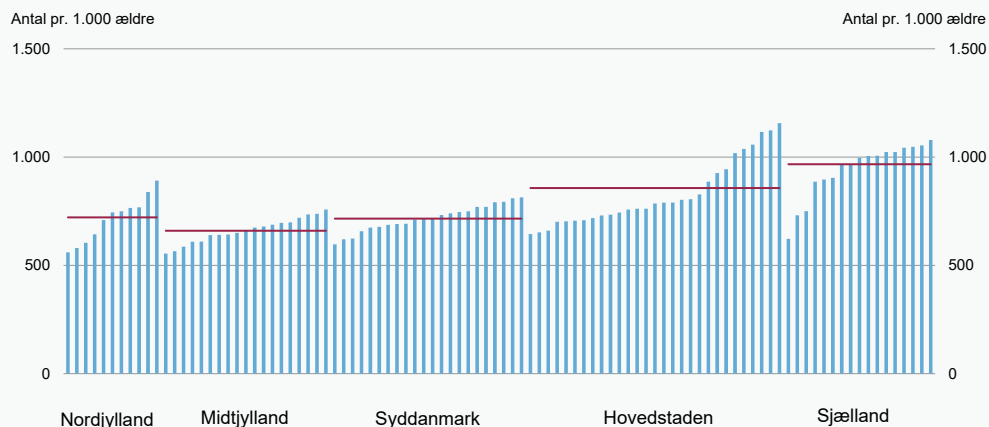
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I figur 5.4 fremgår det, at der i alle kommuner har været et fald antallet af medicinske indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre. I næsten alle kommuner er indlæggelsesdage reduceret med mere end 25 pct. fra 2008 til 2021, og i omkring en fjerdedel af kommunerne er faldet på mere end 50 pct.

Vi så tidligere, at der er forskel i antallet af medicinske indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på tværs af regionerne. I figur 5.5 ser vi dog, at der også inden for regionerne er betydelige forskelle. Selvom der fx i Region Hovedstaden overordnet er en tendens til mange indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre, så er der stor variation på tværs af kommunerne. I Egedal Kommune var der i 2021 lige under 650 indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, mens der i Glostrup Kommune var knap 1.160.

Figur 5.5

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på kommunalt niveau inddelt efter regioner, 2021



Anm.: De røde linjer viser det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på regionsniveau.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ovennævnte resultater er baseret på tallene for 2021. Grundlæggende ville vi se det samme geografiske billede og mønster, hvis vi havde brugt 2019, som udgangspunkt. I bilag 4 og 5 kan du også finde resultaterne for flere år for de enkelte regioner og kommuner.

Variation mellem sundhedsklynger

Fra juli 2022 er samarbejdet mellem kommuner, de alment praktiserende læger og sygehusene blevet formaliseret i sundhedsklyngerne, se mere i boks 5.2. Et af klyngernes fokusområder er ældre medicinske patienter. Derfor har vi også valgt at se på variationen mellem og indenfor sundhedsklyngerne.

Boks 5.2

Sundhedsklynger

Regeringen, Danske Regioner og KL indgik sidste år en aftale om, at der til juli 2022 skulle etableres nye, forpligtende og formaliserede sundhedsklynger omkring hvert af landets 21 akutsygehuse. Det har resulteret i 22 sundhedsklynger – med ca. 4-5 klynger pr. region.

Sundhedsklyngerne skal samarbejde omkring de borgere, som kommune, den alment praktiserende læge og sygehuset er fælles om. I første omgang drejer det sig om:

- Ældre medicinske borgere
- Borgere med kronisk lidelse
- Borgere med psykiske lidelser

Formålet med klyngerne er at sikre sammenhæng i patientforløbet. Det er ambitionen, at mere og mere af den behandlende, forebyggende og rehabiliterende indsats skal foregå i primærsektoren og i hjemmet. Og sundhedsklyngerne skal være med til at drive sammenhængen mellem de forskellige sektorer i behandlingsforløbet.

Der vil både være et politisk og et fagligt niveau. På begge niveauer vil være repræsentanter fra både region/sygehus, kommune og de alment praktiserende læger.

Fem kommuner indgår i 2 klynger. Det drejer sig om Københavns Kommune, Rødovre Kommune, Billund Kommune, Vejen Kommune og Middelfart Kommune. Københavns Kommune er i beregningen af sundhedsklyngetal opdelt, så en del indgår i Klynge Byen (Hovedstaden), mens resten indgår i Klynge Syd (Hovedstaden). For de resterende 4 kommuner gælder det, at de indgår med den samlede aktivitet i begge klynger. Det betyder, at Rødovre Kommune indgår både i Klynge Syd (Hovedstaden) og Klynge Midt (Hovedstaden), Billund og Vejen kommuner indgår både i Lillebælt-klyngen (Syddanmark) og Sydvestjysk klynge (Syddanmark), og endelig indgår Middelfart Kommune både i Fyns-klyngen (Syddanmark) og Lillebælt-klyngen (Syddanmark).

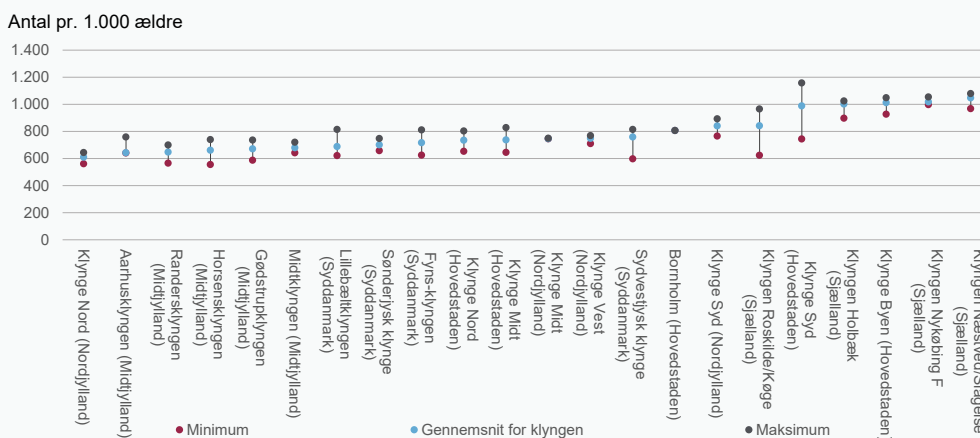
Kilde: Håndbog om sundhedsklynger, KL (2022)

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre varierer fra 610 i Klynge Nord (Nordjylland) til knap 1.050 i klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland), jf. figur 5.6.

I nogle af klyngerne er der dog en del variation mellem kommunerne. I andre er variationen mindre. Her kan det være vigtigt at huske på, at der også er stor forskel på antallet af kommuner, der indgår i de enkelte klynger: Fra én kommune i Bornholm-klyngen til 11 kommuner i Klynge Syd (Hovedstaden).

Figur 5.6

Antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre opgjort på sundhedsklynge-niveau, 2021



Anm.: I figuren er vist det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre indenfor klyngen (blå), samt minimum (rød) og maksimum (sort) antal indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre blandt kommunerne i klyngen. Minimum er antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i kommunen med færrest indlæggelsesdage indenfor sundhedsklyngen. Maksimum er antallet i kommunen med flest.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

5.2 Indlæggelsesdage på medicinske afdelinger med kontrol for ældres baggrundskarakteristika

Nogle af forskellene mellem kommuner og regioner i indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger kan skyldes, at gruppen af ældre kan være mere eller mindre udfordret i forhold til bl.a. socioøkonomiske forhold og helbred på tværs af kommuner og regioner.

I denne del af analysen tages der højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre ved hjælp af en statistisk model. Fx tages der højde for alder, civilstand, køn, forekomsten af alvorlig sygdom hos den ældre, samt den ældres medicinforbrug (se afsnit 5.3 i forhold til en uddybning af betydningen af ældres baggrundskarakteristika). På den baggrund kan vi via en statistisk model beregne det forventede antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i den enkelte region, kommune og sundhedsklynge – givet ældres baggrundskarakteristika i den pågældende region, kommune og sundhedsklynge.

Det forventede antal indlæggelsesdage kan så sammenholdes med det faktiske antal indlæggelsesdage, og på den baggrund beregnes en benchmarkingindikator. I kommuner og regioner, hvor benchmarkingindikatoren er større end 100, har ældre flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet, hvorimod en benchmarkingindikator mindre end 100 betyder, at der er færre indlæggelsesdage, end man kunne forvente ud fra ældres baggrundskarakteristika (se også kapitel 3).

Modellen er baseret på data for årene 2017 til 2021. For god ordens skyld skal det nævnes, at i beregningen af det forventede antal indlæggelsesdage – og dermed benchmarkingindikatoren – tages der udgangspunkt i landsgennemsnittet for de faktiske tal. Der er altså i benchmarkingøvelsen taget højde for, at ældre generelt har været mindre indlagt i 2021 sammenlignet med tidligere år.

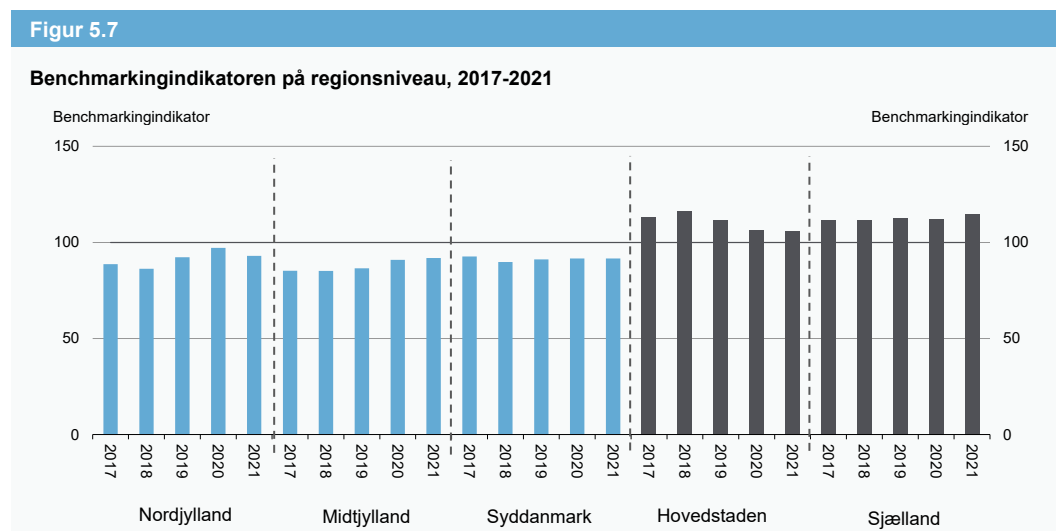
I denne analyse er fokus på at tage højde for forskelle i populationen af ældre på tværs af landet og betydningen af den ældres bagvedliggende sundhedstilstand og socioøkonomi for antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Det kan ikke afvises, at der er andre forhold som fx forskel i rekrutteringsudfordringer, der kan have betydning, men det er ikke denne slags forhold, der er i fokus i denne analyse. Det kan desuden heller ikke udelukkes, at kommuner og regioner kan iværksætte tiltag, der forbedrer deres rekrutteringsmuligheder.

Læs mere om metode, model og benchmarkingindikatoren i kapitel 3 og bilag 7.

Regional variation

Når der tages højde for forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre på tværs af regionerne, ser vi den samme tendens i benchmarkingindikatoren, som i de faktiske tal – ældre i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark har færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet, mens ældre i Region Hovedstaden og Region Sjælland har flere end forventet. Ser vi på resultaterne i 2021 varierer benchmarkingindikatoren fra, at der i Region Midtjylland og Region Syddanmark er 8 pct. færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre end forventet ud fra ældres baggrundskarakteristika, til at der i Region Sjælland er 15 pct. flere medicinske indlæggelsesdage end forventet, jf. figur 5.7.

Mønstret i benchmarkingindikatoren er meget stabilt uafhængigt af, hvilke år vi ser på, jf. figur 5.7. På trods af begivenheder som COVID-19 i 2020 og 2021, sygeplejerskestrejken i 2021 og skiftet fra LPR2 til LPR3 i 2019 er billedet således det samme, når vi ser på tværs af regionerne.



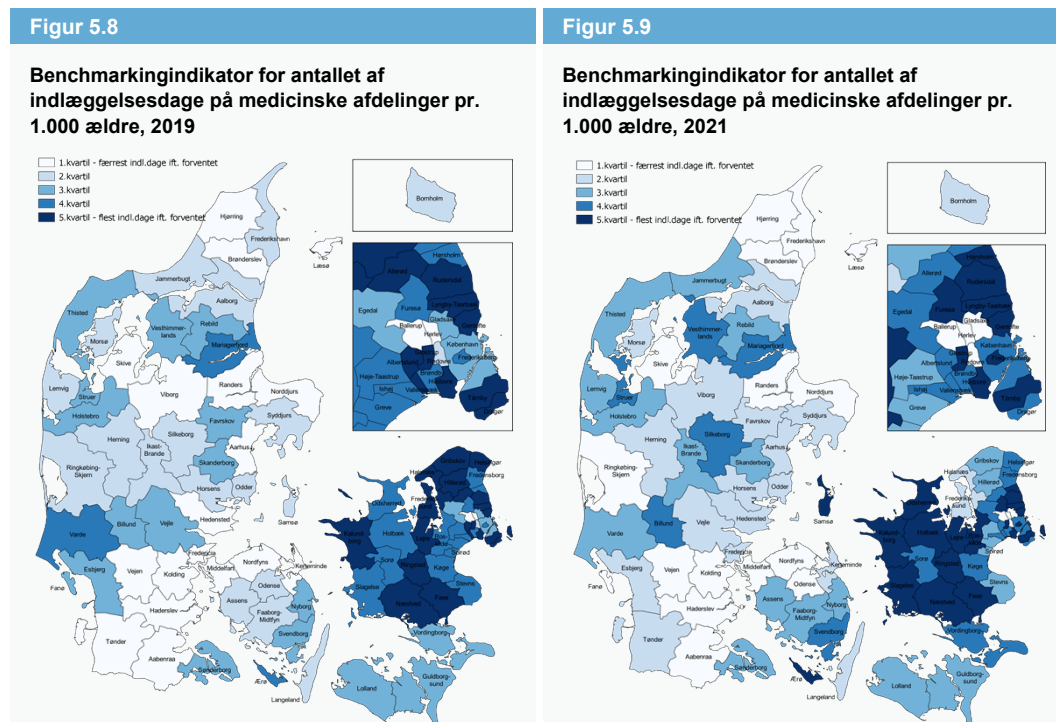
Anm.: Blå søjler betyder, at ældre har færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre end forventet, mens sorte søjler betyder, at der er flere.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Kommunal variation

I figur 5.8 og 5.9 er kommunernes benchmarkingindikator for antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i 2019 og 2021 vist i kvintiler. 1. kvartil er den femtedel af kommunerne, der har det laveste antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens sammensætning af ældre. 5. kvartil er den femtedel af kommunerne, der har det højeste antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens sammensætning af ældre.

Det billede, der tegner sig i Danmarkskortene, lægger sig tæt op ad det mønster, der er på regionsniveau: Ældre i kommunerne øst for Storebælt har generelt flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre end forventet, mens kommunerne vest for Storebælt har færre.



Anm.: 1. kvintil (hvid) dækker over den femtedel af kommunerne, hvor ældre har færrest indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet. 5. kvintil (mørkeblå) dækker omvendt over den femtedel af kommunerne, hvor ældre har flest indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

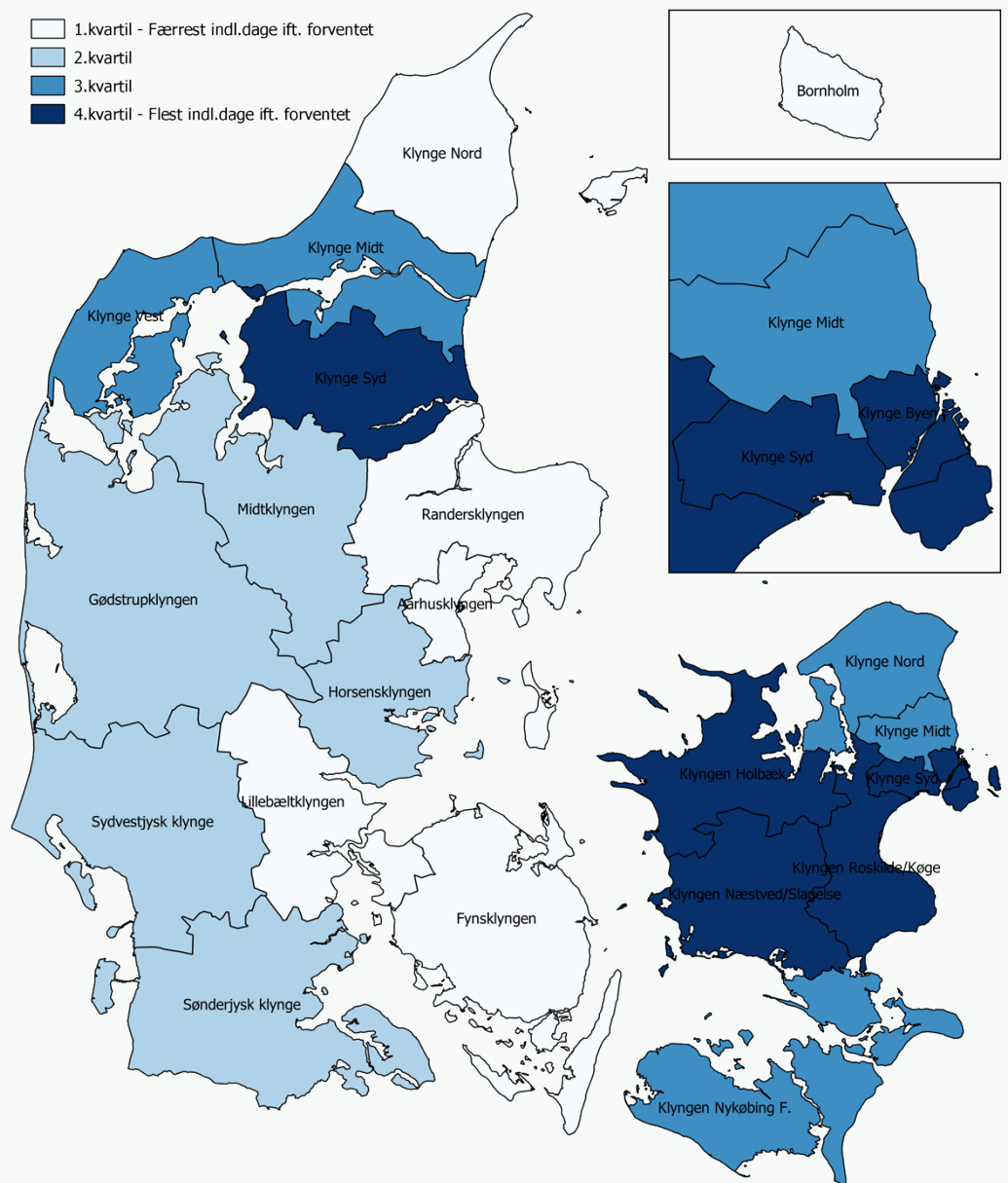
Tages der udgangspunkt i resultaterne i 2021, ser vi, at benchmarkingindikatoren for de 10 kommuner med færrest indlæggelsesdage i forhold til forventet er 78, mens den for de 10 kommuner med flest indlæggelsesdage i forhold til forventet er 129. Det vil sige, at i de 10 kommuner med den laveste og højeste benchmarkingindikator, der har ældre gennemsnitligt henholdsvis 22 pct. færre og 29 pct. flere indlæggelsesdage, end man kunne forvente ud fra ældres baggrundskarakteristika. Dermed viser benchmarkinganalysen, at der stadig er betydelige forskelle mellem kommunerne, når der tages højde for forskelle i kommunernes sammensætning af ældre.

Variation mellem sundhedsklynger

Ser vi på forskellen mellem sundhedsklyngerne, når der er taget højde for ældres baggrundskarakteristika, ses det samme mønster som på kommunalt og regionalt plan: Ældre i sundhedsklyngerne vest for Storebælt har generelt færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet, mens sundhedsklyngerne øst for Storebælt har flere, jf. figur 5.10.

Figur 5.10

Benchmarkingindikator for antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, 2021



Anm.: 1. kvartil (hvid) dækker over den fjerdedel af sundhedsklyngerne, hvor ældre har færrest indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet. 4. kvartil (mørkeblå) dækker omvendt over den fjerdedel af sundhedsklyngerne, hvor ældre har flest indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre i forhold til forventet. I figuren indgår Københavns Kommune visuelt i Klynge Byen, men en del indgår i beregningerne i Klynge Byen (Hovedstaden), mens resten indgår i Klynge Syd (Hovedstaden). Middelfart Kommune indgår visuelt i Lillebælt-klyngen (Syddanmark), Billund Kommune og Vejen Kommune indgår visuelt i Sydvestjysk klynge (Syddanmark) og endelig indgår Rødovre Kommune visuelt i Klynge Midt (Hovedstaden).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Man kan se variationen indenfor klyngerne i figur 5.9. I bilag 1-6 kan man finde de faktiske og forventede værdier for antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau.

Sammenhæng mellem resultaterne for årene 2017-2021

Som man ser på danmarkskortene i figur 5.8 og 5.9, ser det overordnede billede ret ens ud, når vi ser på kommunernes placering i 2019 og 2021.

Ser vi på sammenhængen på tværs af samtlige af de år, der indgår i benchmarkingmodellen, kan man i tabel 5.4 se, at der er stærk positiv sammenhæng mellem kommunernes benchmarkingindikator i alle fem år – dvs. de kommuner, der har flere indlæggelsesdage end forventet i et givent år, har også i overvejende grad flere indlæggelsesdage end forventet i de andre år. Det gælder både i forhold til resultaterne før og efter COVID-19, men også for resultaterne med udgangspunkt i LPR2-data (2017 og 2018) og resultaterne baseret på LPR3-data (2019, 2020 og 2021). Sammenhængene er endnu stærkere, hvis man ser på kommunernes indbyrdes rangering i forhold til benchmarkingindikatoren.

Tabel 5.4

Korrelation mellem kommunernes benchmarkingindikator i årene 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
2017	1				
2018	0,79***	1			
2019	0,78***	0,88***	1		
2020	0,68***	0,80***	0,82***	1	
2021	0,54***	0,76***	0,79***	0,80***	1

Anm.: *** angiver at korrelationen er signifikant på 1 pct. signifikansniveau.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Generelt er sammenhængen aftagende, jo længere tid der er imellem aktivitetsårene, hvilket kan tolkes som et udtryk for, at der trods alt er en forskellig udvikling over tid.

5.3 Betydning af baggrundskarakteristika og perspektiver på den geografiske variation

I denne del undersøger vi, hvad der har betydning for sandsynligheden for antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Vi ser også på sammenhæng til resultaterne i benchmarkinganalysen. I den første del har vi fokus på, hvilke af ældres baggrundskarakteristika, der har betydning for niveauet af indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger. Derefter ser vi på, hvilke kommunale og regionale forhold der ser ud til at hænge sammen med resultatet af benchmarkinganalysen.

Betydningen af ældres baggrundskarakteristika

I boks 5.3 har vi opsummeret, hvordan ældres baggrundskarakteristika påvirker antal indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Det handler både om demografiske og socioøkonomiske forhold, men også om ældres helbredstilstand. For god ordens skyld skal det nævnes, at de betydende baggrundskarakteristika hos ældre, som præsenteres her, indgår i den statistiske model, der blev anvendt i beregning af benchmarkingindikatoren i afsnit 5.2.

Boks 5.3

Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger, 2017-2021

Demografi og socioøkonomi	Den kommunale middellevetid	●	Jo højere middellevetiden er i den kommune, hvor den ældre bor, jo færre indlæggelsesdage har den ældre.	
	Mand	●	Ældre mænd har generelt flere indlæggelsesdage end ældre kvinder	
	Alder	●	Jo ældre personen er, jo flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger har personen ^{1,2} .	
	Samboende med partner	●	Bor den ældre sammen med en partner, er den ældre generelt indlagt mindre, end hvis den ældre bor alene.	
	Enke/enkemand	●	Er den ældre indenfor det sidste år blevet enke/enkemand, har den ældre flere medicinske indlæggelsesdage	
	Formue	●	Jo større formue den ældre har, jo færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger	
	Uddannelse	●	Jo højere uddannelsesniveau, jo færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger	
	Bolig	●	Ældre, der bor i lejebolig, har generelt flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger, end ældre der bor i ejerbolig	
	Herkomst	●	Ældre af ikke-vestlig herkomst har generelt færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end ældre af dansk herkomst. Der er ikke signifikant forskel på ældre af dansk og anden vestlig herkomst.	
	Afstand til nærmeste akutsygehus	●	Jo længere den ældre har til det nærmeste akutsygehus, jo færre indlæggelsesdage har den ældre på medicinske afdelinger	
	Afstand til den alment praktiserende læge	●	Jo længere den ældre har til sin alment praktiserende læge, jo færre indlæggelsesdage har den ældre på medicinske afdelinger	
	Polyfarmaci	●	Har den ældre samtidigt brug af mere end 5 lægemidler, har den ældre også flere indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger	
	Den ældres helbred	Alvorlig sygdom	●	Er den ældre diagnosticeret med en alvorlig sygdom, har den ældre flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Jo alvorligere sygdom, den ældre er diagnosticeret med, jo flere indlæggelsesdage ^{2,3} .
		Interaktion mellem alder og alvorlig sygdom	●	Jo ældre en aldersgruppe vi ser på, jo mindre er forskellen i antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger mellem ældre, der lider af alvorlig sygdom og ældre, der ikke lider af alvorlig sygdom.
Alkoholmisbrug		●	Ældre med et alkoholmisbrug, har flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end andre ældre.	
Psykisk sygdom		●	Ældre med psykisk sygdom har færre indlæggelsesdage end andre	
Afstand til død		●	Ældre, der dør i løbet af aktivitetsåret har mange flere indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger end ældre, der ikke dør i aktivitetsåret. Jo senere på året den ældre dør, jo flere indlæggelsesdage har den ældre.	

Anm.: De medtagne resultater er alle signifikante på 1 pct.s signifikansniveau. ● betyder at der er en positiv sammenhæng til antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. ● betyder, at der er en negativ sammenhæng til antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. 1) Alder er opgjort på 5-års-intervaller. 2) Modellen er også lavet uden interaktionsleddet mellem alder og alvorlig sygdom, og der gælder det, at en højere alder betyder flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger, og jo mere syg, man er, des flere indlæggelsesdage har man. 3) Alvorlig sygdom er målt på baggrund af Charlsons komorbiditetsindeks (CCI), hvor graden af komorbiditet måles. Variablen er inddelt i 4 kategorier CCI = 0 (ingen komorbiditet), CCI = 1 (let komorbiditet), CCI = 2 (middelsvær komorbiditet) og CCI = 3+ (svær komorbiditet). Den fulde model kan ses i bilag 7 Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ikke overraskende forventes ældre med alvorlig sygdom at være mere indlagt på medicinske afdelinger end ældre uden. Analysen viser dog også, at forskellen mellem ældre med alvorlig sygdom og ældre uden alvorlig sygdom mindskes, jo ældre aldersgruppe vi ser på. Det vil sige, at blandt de yngste ældre har det stor betydning, om man har en alvorlig sygdom eller ej for antallet af indlæggelsesdage, mens det for de ældste ældre ser ud til i nogen grad at være andre faktorer, der gør sig gældende.

Det lader altså til, at der er noget skrøbelighed i forhold til de ældste ældre, der ikke opfanges fuldstændig ved at se på forekomsten af alvorlig sygdom og andre helbredsvariable som polyfarmaci, alkoholmisbrug m.m. Bl.a. derfor er der også kontrolleret for, om den ældre dør i aktivitetsåret (afstand til død). Sammenhængen i forhold til denne variabel er da også meget stærk: Ældre, der dør i løbet af aktivitetsåret, er generelt en del mere indlagt på de medicinske afdelinger end ældre, der ikke dør i aktivitetsåret. Afstand til død siger her noget om den ældres helbredsstatus og skrøbelighed. Når ældre er tæt på døden, er de ofte også mere behandlingskrævende end ældre, der først dør langt senere, og er derfor også generelt indlagt meget mere.

Vi ser også, at jo senere på året den ældre dør, des flere dage forventes den ældre at være indlagt på medicinsk afdeling. Det skyldes, at ældre, der dør i aktivitetsåret, men sent på året, i højere grad er eksponeret for at kunne blive indlagt, end de der dør først på året. Afstand til død siger i denne analyse derfor både noget om helbredsstatus og skrøbelighed, men også noget om eksponeringstid.

Af yderligere sammenhænge kan nævnes, at ældre, der er samboende med en partner, generelt har færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end enlige ældre; at ældre med et alkoholmisbrug er mere indlagt end andre, og at ældre, med et højt samtidigt medicinforbrug (polyfarmaci) generelt er mere indlagt end andre.

Betydningen af afstand

Afstanden fra den ældre til det nærmeste akutsygehus og den praktiserende læge har betydning for, hvor meget den ældre er indlagt på medicinske afdelinger: Jo længere afstand, des færre indlæggelsesdage har den ældre. Det kan være et udtryk for, at tilgængelighed spiller en rolle i forhold til indlæggelsesaktiviteten²³. Afstand til akutsygehus og den praktiserende læge indgår som en variabel i modellen. Man kan dog godt diskutere, om ikke den enkelte kommune, sygehus, alment praktiserende læge og region kan arbejde med indsatser, der sikrer, at patienterne i højere grad modtager behandling på det rette specialiseringsniveau uafhængigt af afstanden til sygehuset og den praktiserende læge. Der er dog også lavet en følsomhedsanalyse, hvor der ikke tages højde for den ældres afstand til akutsygehuset og den praktiserende læge. Følsomhedsanalysen viste, at det ikke ændrer analysens overordnede resultater og konklusioner.

I bilag 7 Metode kan man finde alle parameterestimerne.

²³ Et lignende resultat findes i VIVE (2021): Ældres brug af sundheds- og plejeydelser. Her finder man, at faldende urbaniseringsgrad er forbundet med et lavere forbrug af især sundhedsydelser. Heller ikke her kan sammenhængen forklæres ved helbredsmæssige faktorer.

Sammenhængsanalyser

I denne del undersøges det, om der er sammenhæng mellem regionale og kommunale forhold og resultatet i benchmarkinganalysen. Det er vigtigt her at understrege, at vi ser på simple bivariate sammenhænge, samt partielle korrelationer²⁴. Det er ikke muligt på denne baggrund at udtale sig om effekt eller kausalitet og årsagssammenhænge.

Der er altså ikke tale om evidensbaserede effektstudier, og vi kan derfor heller ikke konkludere på, hvilken vej sammenhængen vender. Som eksempel kan nævnes, at vi finder, at i kommuner med et relativt stort antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre, er der en tendens til, at ældre har færre indlæggelsesdage, end man kunne forvente ud fra deres baggrundskarakteristika. Det kan tolkes som et udtryk for, at i et kommunalt sundhedsvæsen med en høj sundhedsfaglig kapacitet, der formår man i højere grad at undgå, at ældre har mange indlæggelsesdage på medicinske afdelinger. Det kan dog også tolkes som et udtryk for, at i de kommuner, hvor tilgængeligheden til indlæggelse på medicinsk afdeling af en eller anden grund er mindre, har man i højere grad været nødt til at opruste i forhold til sygeplejersker end i andre kommuner.

Regionale forhold

Antallet af sengepladser på de medicinske afdelinger har været faldende i de seneste år, jf. figur 5.11. Det gælder alle fem regioner. Men der er stadig forskel på kapaciteten på tværs. I 2021 var der 3,3 medicinske sengepladser pr. 1.000 ældre i Region Nordjylland mod 4,7 i Region Hovedstaden.

Der er da også en tendens til, at i de regioner, hvor der er flere sengepladser på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre, der er der også flere indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre end forventet givet ældres karakteristika, jf. figur 5.12. Indlæggelsesaktiviteten er altså relateret til kapaciteten i sygehusvæsenet, hvilket ikke umiddelbart er overraskende.

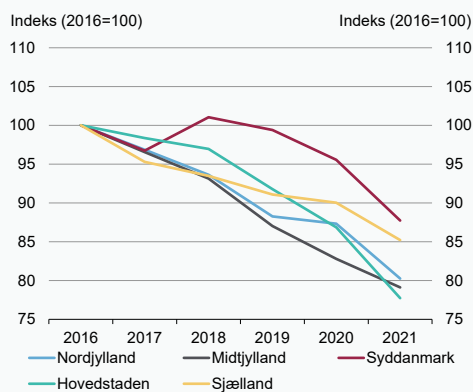
Vi finder derudover de samme resultater for 2019, så resultaterne skyldes ikke særlige forhold omkring COVID-19 eller sygeplejerskestrejken i 2021.

I læsningen af resultaterne skal man være opmærksom på, at der på tværs af regionerne kan være forskelle i specialeplanlægningen, der også kan være med til at forklare forskelle i antallet af sengepladser, ligesom sengepladserne også bruges af yngre patienter med medicinsk indlæggelse.

²⁴ Partielle korrelationer beregnes som korrelationen mellem to variable, hvor man tager højde for andre variable, hvorimod der i en simpel bivariat ikke tages højde for betydningen af andre variable.

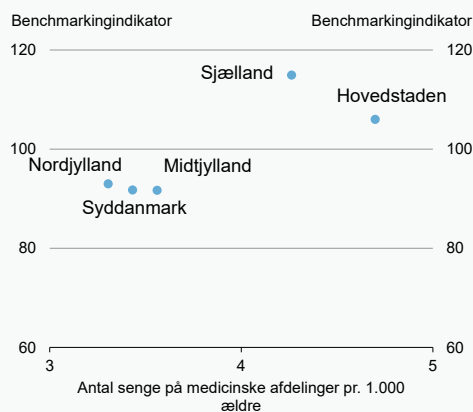
Figur 5.11

Udviklingen i antallet af disponible sengepladser på de medicinske afdelinger, 2016-2021



Figur 5.12

Sammenhængen mellem antallet af disponible sengepladser på de medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre og benchmarkingindikatoren på regionsniveau, 2021



Anm.: Antallet af disponible sengepladser er beregnet som et gennemsnit af de månedlige værdier inden for året. Sengepladserne er opgjort i forhold til antallet af ældre, men er også beregnet til yngre medicinske patienter. Data er hentet fra Sundhedsdatastyrelsens opgørelse over sengepladser og belægning på sygehuse på esundhed.dk. Afgrænsningen er medicinske afdelinger. Disse pladser kan også optages af andre patienter, fx patienter i behandling for en cancerdiagnose eller medicinske patienter i andre aldersgrupper.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Kommunale forhold

Det er her undersøgt, om der er sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren på kommunalt niveau og en række kommunale forhold. Vi har i disse sammenhængsanalyser kontrolleret for kommunernes socioøkonomi og andelen af ældre i kommunen, der er over 80 år. Det betyder, at der "renses" for betydningen af kommunernes socioøkonomi – målt ved det socioøkonomiske indeks – og andelen af 80+ årige, når det undersøges, om der er sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren og disse forhold. Der kan være andre forhold, der spiller ind, og det understreges, at det ikke er muligt på baggrund af denne analyse at lave konklusioner om effekt eller kausalitet²⁵.

I boks 5.4 kan man danne sig et overblik over resultaterne. Her ser vi bl.a., at i de kommuner, hvor der er mange kommunale sygeplejersker pr. 1.000 ældre, og hvor der bevilges relativt mange specialiserede sygeplejeindsatser til ældre, har ældre færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet ud fra ældres baggrundskarakteristika. Det kan skyldes, at man i de kommuner i højere grad formår at holde ældre ude af de medicinske afdelinger. Det kan dog også være et udtryk for, at i kommuner, hvor indlæggelse er mindre tilgængeligt, har man i højere grad været nødt til at opruste i det kommunale sundhedsvæsen. Vi ser ikke nogen sammenhæng mellem antallet af social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, og hvorvidt ældre er indlagt mere eller mindre end forventet på medicinske afdelinger. Her skal man huske, at social- og sundhedsassistenter også løser andre opgaver end de sundhedsfaglige, og de sundhedsfaglige opgaver, de løser, er ofte de mindre specialiserede²⁶, hvilket mudrer sammenhængsanalysen.

²⁵ I beregningen af benchmarkingindikatoren er der taget forbehold for ældres socioøkonomi, helbredstilstand m.m. Vi vælger dog alligevel også at tage højde for kommunens generelle socioøkonomi og andelen af ældre, der er over 80 år, da der ikke er taget højde for dette i beregningen af niveauet af de andre forhold.






²⁶ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2022), "Kommunal sygepleje til ældre"

Vi ser også en tendens til, at i de kommuner, hvor det i mindre grad er sygeplejersker, der varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser (fx medicinadministration og medicindispensering), der har ældre færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet. Så selvom vi ikke finder en sammenhæng mellem hvor mange social- og sundhedsassistenter, man har ansat i kommunen, og hvor meget de ældre er indlagt i forhold til forventet, så ser vi altså en sammenhæng til graden af overdragelse.

Vi finder ikke en sammenhæng mellem, hvorvidt den kommunale sygepleje og hjemmeplejen er integreret, og hvor mange indlæggelsesdage kommunens ældre har på medicinske afdelinger i forhold til forventet.

Boks 5.4

Partielle korrelationer på kommunalt niveau mellem benchmarkingindikatoren og en række udvalgte parametre på sundheds- og ældreområdet, 2021¹

Antallet af kommunale sygeplejersker pr. 1.000 ældre		I kommuner med relativt mange kommunale sygeplejersker, er der en tendens til, at ældre har færre indlæggelsesdage end forventet.
Antallet af social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre		Der er ingen sammenhæng mellem antallet af social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i en kommune, og hvor mange indlæggelsesdage ældre har på medicinske afdelinger i forhold til forventet på baggrund af deres baggrundskarakteristika.
Specialiserede sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre		I kommuner, hvor der er et relativt højt antal af bevillinger til specialiserede sygeplejeindsatser ² , har ældre typisk også færre indlæggelsesdage på de medicinske afdelinger end forventet.
Organisering af hjemmesygeplejen		Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt den kommunale sygepleje og hjemmeplejen er integreret eller ej, og hvorvidt de ældre i kommunen har flere eller færre indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet.
I hvilken grad det er sygeplejersker, der varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser i kommunerne		I kommuner, hvor det i høj grad er sygeplejersker, der varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser ³ , der har ældre flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger end forventet givet ældres baggrundskarakteristika.

Anm.: 1) I alle sammenhænge er der taget højde for socioøkonomisk indeks, samt hvor stor en andel af ældre 80+ udgør. 2) De specialiserede sygeplejeindsatser er afgrænset til dialyse, iltbehandling, intravenøs medicinsk behandling, intravenøs væskebehandling, parenteral ernæring, respirationsbehandling, sekretsugning, subkutan væskebehandling, samt trakeostompleje. De er udvalgt i dialog med KL til Benchmarkingenhedens analyse "Kommunal sygepleje til ældre (2022)". 3) De syv sygeplejeindsatser er medicinadministration, medicindispensering, kompressionsbehandling, sårbehandling, undersøgelse og måling af værdier, anlæggelse og pleje af kateter, samt behandling og pleje af hudproblem. ● angiver, at der er en signifikant negativ partiel korrelationskoefficient på et 5 pct.s signifikansniveau. ● angiver, at der ikke er en signifikant partiel korrelationskoefficient på et 5 pct.s signifikansniveau. ● angiver, at der er en signifikant positiv partiel korrelationskoefficient på et 5 pct.s signifikansniveau. De faktiske korrelationskoefficienter kan ses i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL, Sundhedsdatastyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed og egne beregninger.

Det hører med til billedet, at både sammenhængen mellem antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger og antallet af social- og sundhedsassistenter, samt sammenhængen mellem antallet af indlæggelsesdage på medicinske afdelinger og antallet af kommunalt ansatte sygeplejersker skal ses i lyset af, at vi ikke har adgang til personaledata for private leverandører. Det betyder, at vi ikke har oplysninger vedrørende personalekapaciteten i forhold til fx private vikarer og fritvalgsordningen på hjemmeplejeområdet.

6 Indsatser i primærsektoren før og efter indlæggelse

Det er både politisk og sundhedsfagligt ambitionen, at indsatsen rettet imod den ældre medicinske patient skal hænge sammen på tværs af sygehus, almen praksis og kommune, samt at den ældre modtager behandling på det rette specialiseringsniveau. Det er derfor relevant at se på, i hvor høj grad den ældre er i kontakt med sin alment praktiserende læge og/eller den kommunale sygepleje før og efter udskrivning. De bagvedliggende årsager til akutte og planlagte indlæggelser kan være forskellige, og da de akutte indlæggelser udgør langt den største del af indlæggelserne, fokuseres der i denne del kun på de akutte indlæggelser.

Før indlæggelse kan det være interessant at se på, om den praktiserende læge har set den ældre og haft mulighed for at iværksætte behandling, inden den ældre indlægges akut, og om den kommunale sygepleje har været i kontakt med den ældre i forhold til, om der potentielt kan være iværksat forebyggende tiltag. Der er udelukkende mulighed for at se på indsatserne i forhold til de, der indlægges, da forebyggede indlæggelser ikke kan identificeres i data.

Kontakt med sygeplejen og den alment praktiserende læge efter indlæggelse er interessant i forhold til at se, om behandlingsforløbet fortsættes i primærsektoren fx i form af opfølgning og pleje. For akutte indlæggelser, hvor der ingen kontakt med primærsektoren er efterfølgende, må man antage, at hele behandlingsforløbet har fundet sted i sygehusregi. Her kan man overveje, om noget af opfølgningen, behandlingen og plejen kan flyttes til primærsektoren. Når vi ser på den kommunale sygepleje, er beboere på plejehjem m.m. ikke med, se også boks i afsnit 6.2.

I denne del er der udelukkende et deskriptivt fokus af kontaktmønstrene i primærsektoren før og efter indlæggelse.

4 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Det er lige under halvdelen af ældre, der har kontakt med den praktiserende læge den sidste uge op til akut medicinsk indlæggelse, og omkring hver tredje har en fysisk konsultation²⁷. Omvendt er det så godt halvdelen, der slet ikke er i kontakt med den praktiserende læge den sidste uge før indlæggelsen. Og er fokus på indsatser i den kommunale sygepleje, er andelen endnu mindre. Her er det hver tredje, der modtager en indsats fra den kommunale sygepleje den sidste uge op til den akutte indlæggelse.
- Andelen med kontakt i primærsektoren op til indlæggelse varierer på tværs af diagnoser, men selv for diagnoser som dehydrering og blærebetændelse, som er en del af kategorien af forebyggelige indlæggelser, er det næsten halvdelen af ældre, der ikke er i kontakt med den praktiserende læge ugen inden den akutte indlæggelse og en tilsvarende andel, der ikke er i kontakt med den kommunale sygepleje.
- Efter den akutte medicinske indlæggelse er der en større andel af ældre, der modtager indsatser i primærsektoren end før. Fx er det 44 pct. der modtager en indsats i den kommunale sygepleje i ugen efter indlæggelse mod godt 32 pct. i ugen før. Selv 8 uger efter indlæggelse er andelen, der har kontakt med den alment praktiserende læge eller den kommunale sygepleje, generelt højere end i tiden op til indlæggelse. Det indikerer, at den helbredsforværring, der førte til den akutte indlæggelse, betyder, at i hvert fald en del indlagte ældre i et godt stykke tid efter indlæggelsen har et øget behov for behandling, opfølgning eller pleje i primærsektoren. Det gælder både 65-79-årige og 80+ årige.
- Der er noget geografisk variation i andelen af ældre, der modtager indsatser i den kommunale sygepleje – både når vi ser på regioner, kommuner og sundhedsklynger. Fx er det for kommunerne i Region Midtjylland over halvdelen af ældre, der har kontakt til den kommunale sygepleje i ugen efter akut indlæggelse, mens det er under 40 pct. i kommunerne i Region Hovedstaden. En geografisk variation der ikke findes i samme grad, når der er fokus på kontakten til den alment praktiserende læge.

²⁷ Ved kontakt før akut indlæggelse ser vi ikke på kontakten på indlæggelsesdagen, se boks om afgrænsning nedenfor.

AFGRÆNSNING KONTAKTMØNSTRE I PRIMÆRSEKTOREN

I dette kapitel ser vi på kontakten til almen praksis og den kommunale sygepleje før og efter den ældres akutte medicinske indlæggelse. Vi ser her på andelen af ældre med kontakt til henholdsvis den alment praktiserende læge og sygeplejen i kommunen. Der er altså ikke fokus på fx antallet af kontakter/besøg før og efter indlæggelse, men på hvor stor en andel af indlagte ældre, der er i kontakt med og dermed antages at modtage en indsats i primærsektoren. Vi vælger at gøre det på denne måde, da vi ikke har mulighed for på baggrund af det tilgængelige data at vurdere, i hvilken grad den enkelte kontakt er relevant i forhold til den akutte medicinske indlæggelse.

Når vi ser på kontakt op til akut indlæggelse, medtages ikke kontakt på indlæggelsesdagen, da den vurderes i høj grad at handle om en kontakt, der leder til henvielse til indlæggelse og dermed i mindre grad handler om indsatser i forhold til forebyggelse af indlæggelse.

I denne del kigger vi udelukkende på de akutte indlæggelser. De akutte indlæggelser udgør mere end 80 pct. af medicinske indlæggelser.

Vi ser på indlæggelserne i perioden januar-oktober 2021, da vi skal kunne følge patienterne 8 uger efter indlæggelsen, og vi endnu ikke har data for kommunal sygepleje samt kontakt til den alment praktiserende læge i 2022.

6.1 Almen praksis

I det følgende er der fokus på, i hvor høj grad ældre er i kontakt med sin praktiserende læge i tiden før og efter den akutte medicinske indlæggelse.

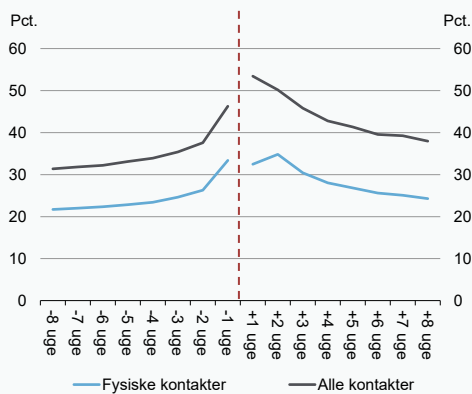
I figur 6.1 ser vi, at andelen af indlagte ældre, der er i kontakt med den praktiserende læge stiger i ugerne op til indlæggelse. I den sidste uge inden den akutte indlæggelse, er det omkring 46 pct. af ældre, der er i kontakt med den alment praktiserende læge (fysisk konsultation eller telefon- og e-mailkonsultation²⁸), og altså over halvdelen af ældre, der ikke er i kontakt med den alment praktiserende læge i ugen op til indlæggelse. I figuren opdeles på al kontakt og fysisk kontakt med den praktiserende læge, og vi ser her, at det kun er omkring hver tredje indlagte ældre, der har en fysisk kontakt hos den praktiserende læge i ugen op til indlæggelse.

I ugen efter den akutte medicinske indlæggelse har lidt over halvdelen af ældre kontakt med den praktiserende læge. Og selvom andelen falder, jo længere på afstand af indlæggelsen man kommer, så er andelen af ældre, der har kontakt med sin alment praktiserende læge selv 8 uger efter indlæggelsen stadig større end før den akutte medicinske indlæggelse (med undtagelse af ugen lige op til indlæggelse). Det kan indikere, at den helbredsforværring, som den akutte indlæggelse er et udtryk for, har betydet, at i hvert fald nogle ældre i et godt stykke tid efter indlæggelsen har et øget behov for behandling hos den alment praktiserende læge. En bidragende årsag til den forøgede kontakt kan være, at andelen med kontakt stiger, fordi man er blevet mere opmærksom på den ældre og derfor også øger indsatsen i almen praksis.

²⁸ Det er ikke muligt at udskille videokonsultationer, så denne indgår i fysisk kontakt.

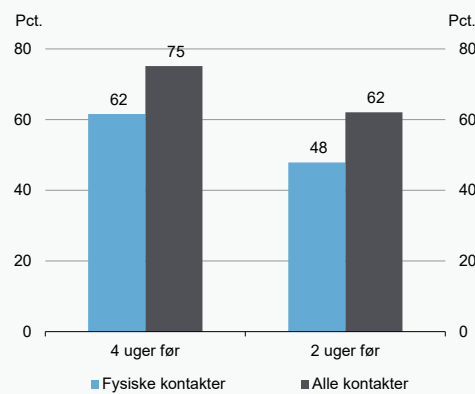
Figur 6.1

Andelen af ældre indlagt akut på medicinske afdelinger, der har kontakt med den alment praktiserende læge før og efter indlæggelsen, 2021



Figur 6.2

Andelen af ældre med akut indlæggelse på medicinske afdelinger, der har kontakt til almen praksis indenfor 4 uger og 2 uger før indlæggelsen, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figur 6.1 symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.1 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen, der har kontakt med den alment praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen, der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

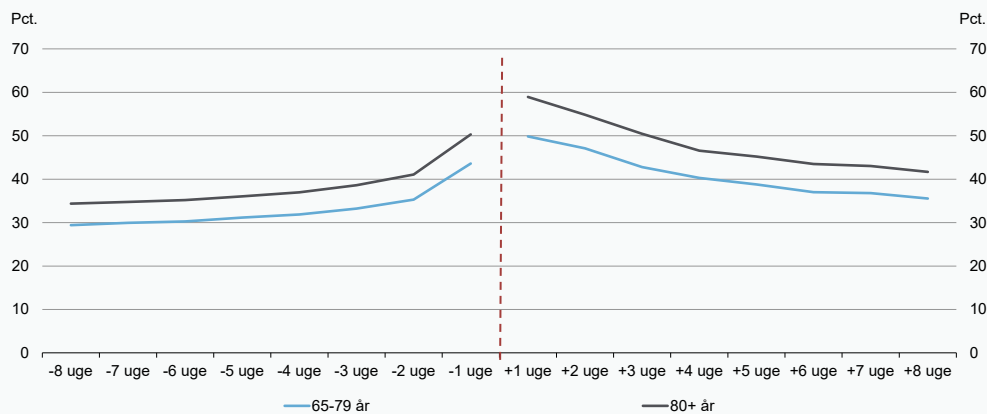
Udvides perioden, hvor der ses på kontakt til den alment praktiserende læge op til den akutte medicinske indlæggelse fra at se på ugebasis til at se på de sidste 2 og 4 uger inden indlæggelse, ser vi, at 62 pct. af ældre har kontakt med den praktiserende læge 2 uger før indlæggelse. Det betyder dog også, at næsten 40 pct. af ældre med en akut medicinsk indlæggelse hverken har haft en fysisk konsultation, en telefonkonsultation eller en e-mail-konsultation i løbet af de sidste 2 uger inden indlæggelsen. Og det er under halvdelen af ældre, der har haft en fysisk konsultation med den praktiserende læge de sidste 14 dage inden den akutte indlæggelse.

I resten af figurerne vedrørende kontakt til den alment praktiserende læge er der fokus på alle kontakter under ét, og der skelnes derfor ikke til, om kontakten er fysisk eller ej.

Andelen af indlagte ældre, der er i kontakt med almen praksis før og efter akut medicinsk indlæggelse, er lidt større blandt de ældste ældre (80+ år) end blandt de yngste ældre (65-79-årige), jf. figur 6.3. Fx er det i ugen efter indlæggelse knap 60 pct. af de 80+ årige, der er i kontakt med sin praktiserende læge, mens det er 50 pct. af de 65-79-årige.

Figur 6.3

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på aldersgrupper, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figuren symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.3 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

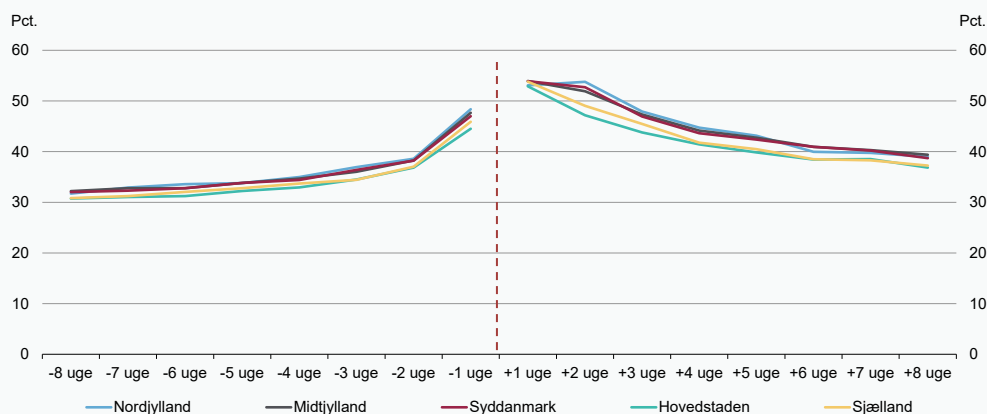
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Variation på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger

I figur 6.4, 6.5 og 6.6 ser vi, at andelen, der har kontakt til den alment praktiserende læge før og efter indlæggelse, varierer relativt lidt på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Fx varierer andelen af ældre, der er i kontakt med den alment praktiserende læge i ugen efter indlæggelse, fra 49 pct. i den tredjedel af kommunerne, hvor færrest er i kontakt til 56 pct. i den tredjedel af kommunerne, hvor flest er i kontakt, jf. figur 6.5.

Figur 6.4

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt til alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse på tværs af regionerne, 2021

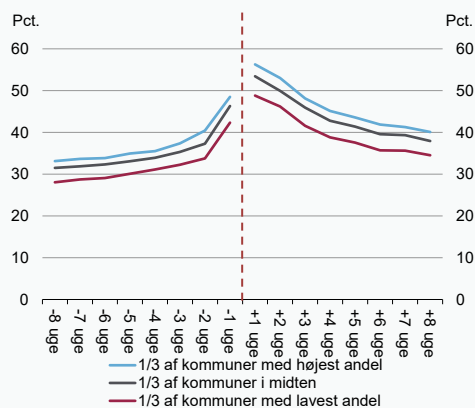


Anm.: Den røde stiplede linje i figurene symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.4 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

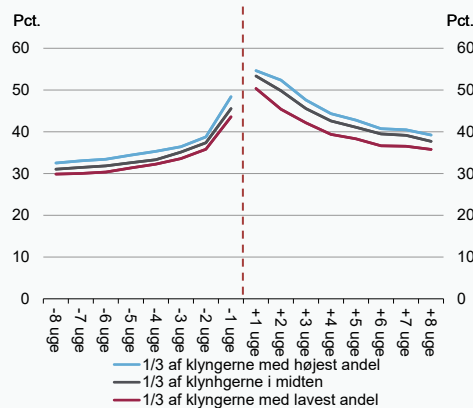
Figur 6.5

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt til alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse på tværs af kommunerne, 2021



Figur 6.6

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt til alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse på tværs af sundhedsklynger, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figurene symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figurene er andelen, der er vist ved "-1 uge", andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Se også andelen af ældre i kontakt med almen praksis før og efter akut medicinsk indlæggelse samlet og opdelt på alder på regions-, kommune- og sundhedsklynge-niveau i bilag 1-6.

6.2 Kommunal sygepleje

I denne del er der fokus på kontakten til den kommunale sygepleje i tiden op til og efter akut medicinske indlæggelse. Den kommunale sygepleje har både en opgave i forhold til opsporing og forebyggelse af helbredsforværring, samt varetagelse af pleje- og behandlingsbehov efter indlæggelse.

DATA

KOMMUNAL SYGEPLEJE

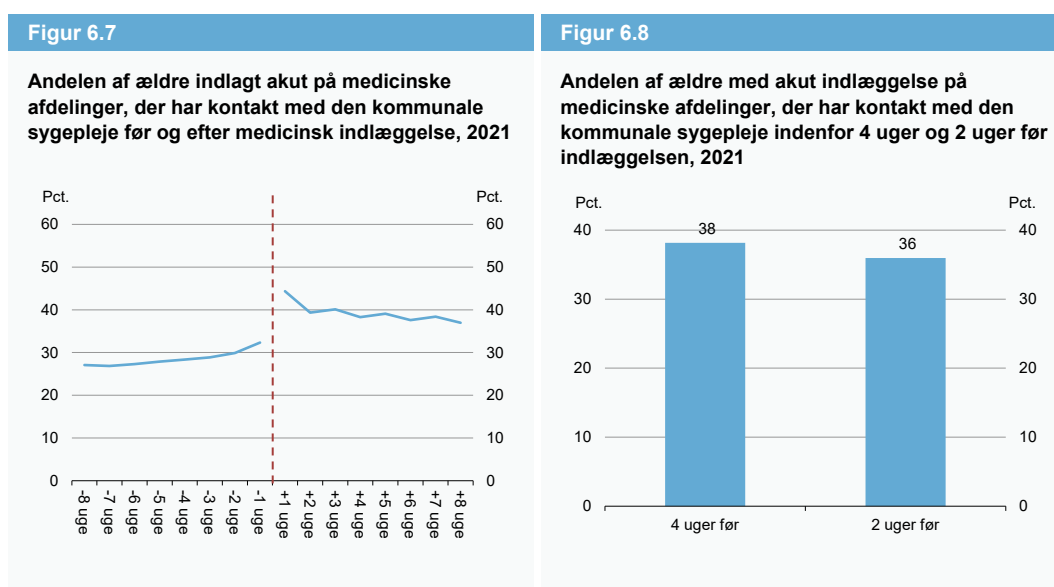
I analysen benyttes data for hjemmesygepleje i eget hjem indberettet af kommunerne til Danmarks Statistik. Mønstre og forskelle i kontakten til den kommunale sygepleje før og efter indlæggelse, kan udover at være udtryk for forskelle i praksis også være påvirket af forskelle i registreringspraksis. Derfor har vi opstillet to krav til sygeplejedata, som skal være med til at sikre en så høj kompletthed i data som muligt (læs mere i bilag 7 metode). Ni kommuners data lever ikke op til kravene og indgår derfor ikke i opgørelserne.

Da nogle kommuner indberetter både hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, på plejehjem/almen bolig, psykiatriske botilbud mv. til Danmarks Statistik, mens andre kommuner udelukkende indberetter hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, har Danmarks Statistik valgt at trække beboere på plejehjem/almen bolig ud af data, så de kun dækker hjemmesygepleje i eget hjem²⁹. Plejehjemsbeboere er derfor frasorteret i opgørelsen.

I data, der ligger til grund for analysen, er det ikke muligt at skelne mellem kontakt med kommunens akutfunktion og resten af den kommunale sygepleje. Kontakt med den kommunale sygepleje behandles

²⁹ Statistikdokumentation for sociale ydelser for ældre 2021, DST

I figur 6.7 ser vi, at andelen af ældre, der er i kontakt med den kommunale sygepleje er let stigende i tiden op til akut medicinsk indlæggelse. I ugen inden indlæggelse er det kun hver tredje ældre, der har kontakt til den kommunale sygepleje. I ugen efter indlæggelse er det godt 45 pct., der har kontakt til sygeplejen. Og som vi også så i forhold til kontakt til almen praksis, er andelen af ældre, der modtager en indsats fra den kommunale sygepleje efter indlæggelsen højere end før indlæggelsen – selv 8 uger efter indlæggelse er der flere af ældre, der modtager en kommunal sygeplejeindsats end ugen før indlæggelse. Igen indikerer det, at den helbredsforværring, der fører til medicinsk indlæggelse, generelt medfører et øget behandlingsbehov i primærsektoren et godt stykke tid efter indlæggelsen.



Anm.: Den røde stiplede linje i figur 6.7 symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.7 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

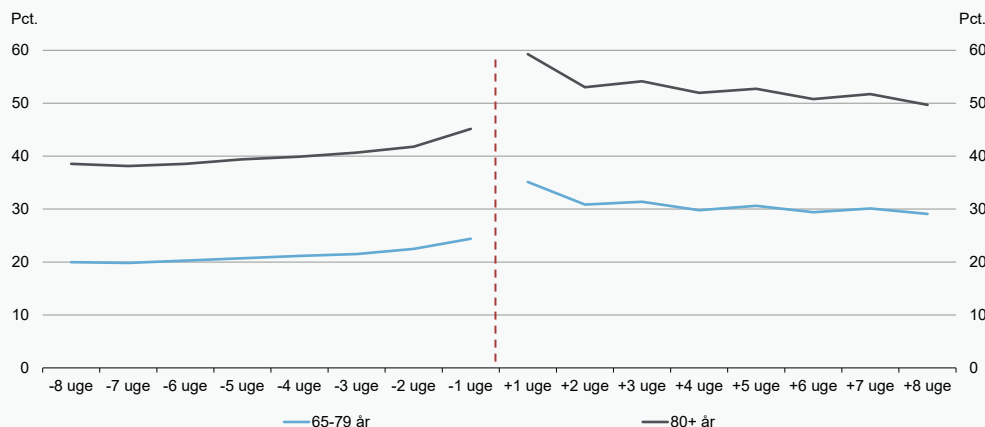
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Udvides perioden, hvor der ses på kontakt til den kommunale sygepleje op til den medicinske indlæggelse, fra at se på ugebasis til at se på de sidste uger inden den akutte medicinske indlæggelse, ser vi, at det er godt hver tredje ældre, der har kontakt med den kommunale sygepleje 2 uger op til den akutte medicinske indlæggelse, og hvor der potentielt kan være iværksat en kommunal forebyggende sygeplejefaglig indsats, jf. figur 6.8. Det betyder omvendt, at den kommunale sygepleje ikke er i kontakt med 64 pct. af ældre inden for de sidste 2 uger inden den akutte indlæggelse.

Der er en klar tendens til, at det er blandt de ældste, hvor flest er i kontakt med den kommunale sygepleje både før og efter den akutte medicinske indlæggelse: Ugen efter indlæggelse er det næsten 60 pct. af de 80+ årige, der modtager en kommunal sygeplejeindsats, mens det er omkring 35 pct. af de 65-79-årige, jf. figur 6.9. En forskel på tværs af aldersgrupper vi kun så i mindre grad, da vi så på kontakten til den alment praktiserende læge.

Figur 6.9

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på aldersgrupper, 2021



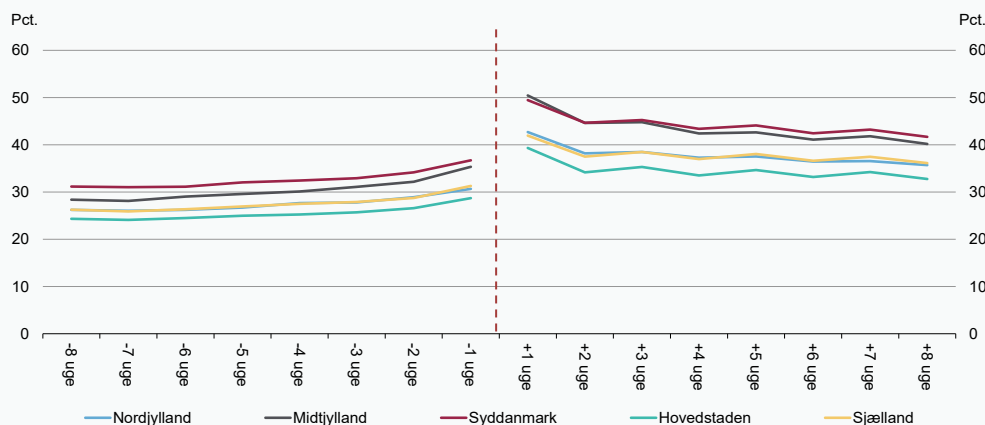
Anm.: Den røde stiplede linje i figuren symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.9 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen, der har kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "1 uge", er andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Variation på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger

Modsat da vi så på kontakten til den alment praktiserende læge, er der en del geografisk variation i andelen af ældre, der modtager indsatser i den kommunale sygepleje før og efter den akutte medicinske indlæggelse. Fx ses i figur 6.10, at det i ugen efter indlæggelsen er over halvdelen af ældre i kommunerne i Region Midtjylland, der modtager en indsats i den kommunale sygepleje, mens det er under 40 pct. i kommunerne i Region Hovedstaden.

Figur 6.10

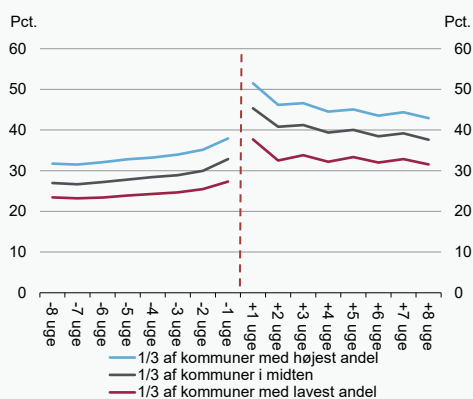
Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på regioner, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figurene symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.10 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen, der har kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "1 uge", er andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

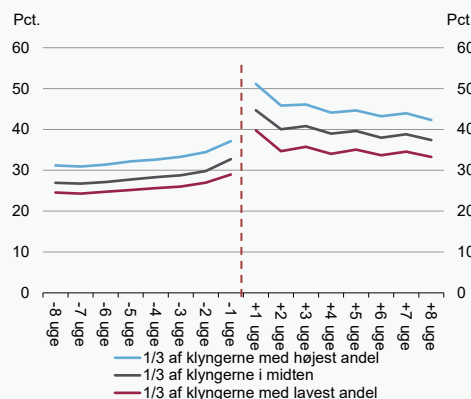
Figur 6.11

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på kommuner, 2021



Figur 6.12

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på sundhedsklynger, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figurerne symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.11 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Også andelen af ældre i kontakt med den kommunale sygepleje før og efter indlæggelse samlet og opdelt på alder samt regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau kan ses i bilag 1-6.

Hverken kontakt med almen praksis eller den kommunale sygepleje

Vi har også set på, hvor stor en andel, der hverken har kontakt med den praktiserende læge eller hjemmesygeplejen op til og efter indlæggelse. Vi har set på, denne andel 4 uger og 2 uger før den akutte indlæggelse. Her finder vi, at hver femte ældre ikke har kontakt med hverken den praktiserende læge eller hjemmesygeplejen 4 uger før indlæggelse, og næsten hver tredje har ikke kontakt med hverken den kommunale sygepleje eller almen praksis indenfor 2 uger før indlæggelse. Andelen ligner de samme, som vi så i forhold til kontakt med den praktiserende læge, hvilket betyder, at meget få af dem, der er i kontakt med den kommunale sygepleje, er ikke i kontakt med den praktiserende læge.

6.3 Variation på tværs af diagnoser

I dette afsnit undersøger vi kontaktmønstrene i primærsektoren før og efter den akutte medicinske indlæggelse på tværs af ni udvalgte diagnoser. De ni udvalgte diagnoser er de samme, som vi så på i kapitel 4 og 5.

Almen praksis

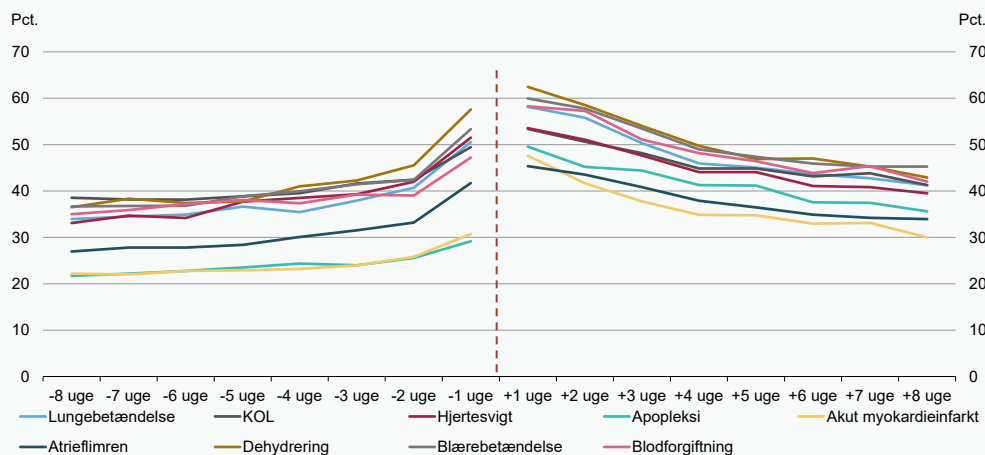
Ser vi på andelen, der er i kontakt med den praktiserende læge før og efter den akutte medicinske indlæggelse, kan vi se, at det varierer en del i forhold til diagnose, jf. figur 6.13. Fx er det for diagnoserne akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) og apopleksi (blodprop i hjernen) under hver tredje, der har kontakt med lægen i ugen op til indlæggelse. Når akut myokardieinfarkt og apopleksi opdages, kræver det akut behandling i sygehusregi, hvilket kan forklare den relativt lille andel, der er i kontakt med den praktiserende læge før indlæggelse.

Tager vi omvendt fat i diagnoserne dehydrering og blærebetændelse, ser vi, at det er omkring 55 pct. af ældre, der er i kontakt med den praktiserende læge i ugen op til akut indlæggelse. Dermed

er det dog også næsten halvdelen, der *ikke* er i kontakt med lægen. Dehydrering og blærebetændelse er en del af kategorien af diagnoser, som formodes at kunne forebygges i hvert fald i nogle tilfælde. Her ser vi altså, at knap hver anden ældre, der bliver indlagt akut med diagnoserne, ikke har været i kontakt med den praktiserende læge i ugen op til indlæggelse.

Figur 6.13

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den alment praktiserende læge før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på diagnoser, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figuren symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.13 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den alment praktiserende læge den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

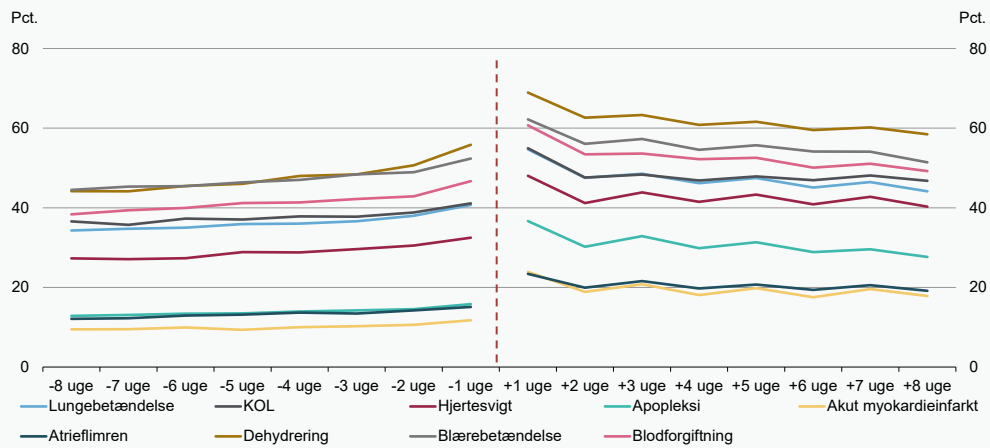
Kommunal sygepleje

Vender vi opmærksomheden mod kontakten til den kommunale sygepleje i tiden før og efter den akutte medicinske indlæggelse, ser vi overordnet det samme mønster som for kontakten til den alment praktiserende læge: Ældre, der indlægges med diagnoser som dehydrering og blærebetændelse, modtager i højere grad indsatser fra den kommunale sygepleje end ældre, der indlægges med fx apopleksi, jf. figur 6.14. Forskellene er dog noget større, end da fokus var på kontakten til almen praksis: Fx er det omkring 55 pct. af ældre, der bliver indlagt akut med dehydrering og blærebetændelse, der er i kontakt med den kommunale sygepleje i ugen op til indlæggelse, mens det kun er omkring 15 pct. af ældre med diagnoserne akut myokardieinfarkt, apopleksi og atrieflimren.

Det er dog også værd at bemærke, at næsten halvdelen af ældre, der indlægges akut med dehydrering og blærebetændelse ikke ser ud til at modtage en indsats i den kommunale sygepleje i ugen op til den akutte indlæggelse. Igen ser der altså ud til at være et potentiale for at øge indsatsen i forhold til at opdage og behandle den helbredsforværring, der i sidste ende medfører en akut indlæggelse.

Figur 6.14

Andelen af indlagte ældre, der har kontakt med den kommunale sygepleje før og efter akut medicinsk indlæggelse opdelt på diagnoser, 2021



Anm.: Den røde stiplede linje i figuren symboliserer den akutte medicinske indlæggelse. I figur 6.14 er andelen, der er vist ved "-1 uge" andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den sidste uge inden indlæggelse, mens andelen der vises ved "+1 uge", er andelen der har kontakt med den kommunale sygepleje den første uge efter udskrivning fra sygehuset osv.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.