



Fælles Fremtidsbillede 2014

for

Region Syddanmark og de syddanske kommuner

Sundhedsaftalen 2015-2018

Publikationen *Fælles fremtidsbillede 2014 for Region Syddanmark og de syddanske kommuner (Sundhedsaftalen 2015-2018)* kan hentes fra hjemmesiden www.faelleskommunalsundhed.dk og fra www.regionsyddanmark.dk

Udgivelsesdato: Marts 2014



Forord

Ca. 30 % af befolkningen lider i dag af én af de fem mest udbredte kroniske sygdomme, og antallet er stigende. Vi får flere ældre, men færre hænder – også på sundhedsområdet. Selv om vi generelt lever længere og har et bedre helbred, er visse grupper særligt udsatte. Mænd med en sindslidelse har fx udsigt til at dø 20 år før deres jævnaldrende. Vi er derfor tvunget til at sikre mere sundhed for pengene. Det kræver for det første, at vi kortlægger, hvilke særlige udfordringer, vi har i Region Syddanmark, så vi kan bruge midlerne målrettet. Dernæst fordrer det, at vi prioriterer de indsatser, som vi ved er ressourceeffektive. Fx ved vi, at en tidlig indsats og forebyggende hjemmebesøg giver mere sundhed for pengene.

Denne rapport afdækker Region Syddanmark og de syddanske kommuners fælles fremtidsbillede for sundhedsområdet. Det fælles fremtidsbillede skal være et af udgangspunkterne for tilrettelæggelse og systematisk prioritering af tværsektorielle indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018.

I disse år arbejder de regionale og kommunale sundhedsvæsen stadig tættere sammen. Vi taler ikke kun om det sammenhængende sundhedsvæsen, men i mange tilfælde også om det integrerede sundhedsvæsen. Vi taler ikke kun om, at vi skal sikre overgange mellem de tre sektorer og at sundhedsaftaler handler om at sikre, at stafetten afleveres rigtigt i sektorovergangene - vi taler i stigende grad om, at indsatsen i sektorerne sker samkoordineret med det formål, at skabe sømløse forløb. Dette med henblik på at skabe et både bedre og billigere sundhedsvæsen.

Det er derfor også naturligt, at skabe et fælles datagrundlag som udgangspunkt for udviklingen af og prioritering i sundhedsaftalen. Det Administrative Kontaktforum har taget initiativ til udarbejdelsen af fremtidsbilledet, og arbejdet med fremtidsbilledet er foregået i en tværsektoriel arbejdsgruppe på tværs af region og kommuner i Syddanmark. Projektchef Jakob Kjellberg, KORA, har assisteret gruppen og medvirket til fagligt at kvalificere og kvalitetssikre resultatet, som her foreligger i form af nærværende rapport.

Det er vores håb, at denne rapport ikke kun vil finde anvendelse i forbindelse med udarbejdelsen og indgåelsen af sundhedsaftalen for 2015-2018. Vi håber også, at det fælles fremtidsbillede fremover kan anvendes som referenceramme for udviklingen af fremtidige initiativer og projekter i Region Syddanmark.

God læselyst.

Region Syddanmark og de 22 kommuner
15. marts 2014



Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse.....	4
Sammenfatning og konklusion	5
Kendetegn	6
Udfordringer.....	7
Muligheder	10
1 Indledning	12
1.1 Rapportens opbygning	12
2 Demografi	14
2.1 Demografiske forskydninger	14
2.2 Middellevetid	17
2.3 Uddannelse	18
2.4 Beskæftigelse og ledighed.....	19
2.5 Kontanthjælp.....	20
2.6 Sundhedsadfærd	21
2.7 Kroniske sygdomme	24
2.8 Opsamling	25
3 Strukturelle rammer og forhold	27
3.1 Somatik.....	27
3.2 Psykiatri	29
3.3 Praksisområdet	31
3.4 Opsamling	37
4 Aktiviteter og forbrug på overordnet niveau	39
4.1 Somatiske indlæggelser.....	39
4.2 Somatiske genindlæggelser.....	40
4.3 Psykiatri	44
4.4 Praksisområdet	47
4.5 Samlet værdi i somatikken og psykiatrien.....	53
4.6 Opsamling	55
5 Aktivitet og forbrug på diagnoser	58
5.1 Somatiske diagnoser	58
5.2 Psykiatriske diagnoser	64
5.3 Opsamling	66
Bilag A - Definitioner.....	68
Bilag B - Metode	70
Regionale data for sygehusaktivitet	70
Psykiatridata	70
Kommunale data	71



Sammenfatning og konklusion

Nærværende rapport afdækker Region Syddanmark og de syddanske kommuners fælles fremtidsbillede for sundhedsområdet som udgangspunkt for tilrettelæggelse og systematisk prioritering af tværsektorielle indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Det fælles fremtidsbillede er en analyse af særlige syddanske kendetegn, muligheder og udfordringer på sundhedsområdet, jf. kommissoriet for arbejdsgruppen for udarbejdelsen af Fælles Fremtidsbillede. Formålet er at tilvejebringe et validt grundlag for såvel politiske som administrative drøftelser i relation til det tværsektorielle arbejde mellem almen praksis, kommuner og region, som lovgivningsmæssigt varetages i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Et andet formål med rapporten har været, at punktere myter. Rapporten sætter fx et stort spørgsmålstejn ved rigtigheden af et stort antal genindlæggelser i regionen.

Det foreløbige arbejde med sundhedsaftalen for 2015-2018 har resulteret i fem tværsektorielle temaer, der er udsprunget af SKU-konferencen i september 2013 og som Fælles Fremtidsbillede delvist behandler. De fem temaer er rammesættende for udkastet til den politiske vision for den kommende sundhedsaftale og består af:

- Samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis.
- Borger-/patientinddragelse.
- Lighed i sundhed.
- Prioritering.
- Velfærdsteknologi.

I forhold til disse temaer har Fælles Fremtidsbillede fokus på, hvor Syddanmark adskiller sig fra de øvrige regioner ud fra et datadrevet fokus, herunder særligt temaerne samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis, ulighed i sundhed samt prioritering. Analysen har også søgt efter særlige klyngeforklaringer for kommunerne, med henblik på at kunne identificere mønstre for kommunerne. Analysen er primært baseret på data, der er stillet til rådighed af kommuner og region.

I det følgende sammenfattes rapporten under overskrifterne kendetegn, udfordringer og muligheder.



Kendetegn

Det første kendetegn er den strukturmæssige udvikling i det syddanske sundhedsvæsen, som er igangsat. I regionalt regi bygges der i disse år både nye somatiske og psykiatriske sygehuse. Selvom dele af byggerierne først vil stå klar om flere år, vil de strukturelle ændringer, der kommer fx i den fysiske bygningsmasse, allerede før tid kunne ses helt eller delvist realiseret på det organisatoriske plan og i arbejdstilrettelæggelsen i sygehusene. Der foregår desuden en omlægning af akutfunktionerne, således at der på sigt findes fire fælles akutmodtagelser for hele regionen med henblik på at accelerere udredning og diagnostik af patienterne.

Praksisstrukturen ændrer sig også i disse år. Udviklingen går fra færre enkeltmandspraksisser til kompagniskabspraksisser, ligesom et stigende antal praktiserende læger samarbejder på forskellig vis, fx om deling af lokaler og andet praksispersonale. En styrke i forhold til at skabe et fælles fremtidsbillede mellem kommuner og regioner, er således, at der er sket en markant udvikling i retning af større praksisenheder. Udviklingen i retning af større praksisenheder følger tanken fra Praksiskommissionen, hvor de større praksis bidrager til de relativt gode forudsætninger for aktiviteter som opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse mv.

I den kommunale del af sundhedsvæsenet findes allerede hjemmepleje, hjemmesygepleje og genoptræning, samt socialpsykiatri, der spiller sammen med indsatser på det regionale område i de somatiske sygehuse, i behandlingspsykiatrien og med praksisområdet. I disse år arbejder kommunerne også for at etablere forskellige subakutte eller akutte plejeindsatser, der har til formål at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser og sikre rettidig hjemtagning af færdigbehandlede patienter. Kommunerne arbejder også med rehabiliterende indsatser i forhold til beskæftigelsesområdet - ikke mindst i lyset af det generelle reformarbejde og arbejdet med den nye FØP-reform.

Det andet væsentlige kendetegn, er omlægningen fra stationær til ambulante aktivitet i behandlingen i det sekundære sundhedsvæsen. Den stigende ambulante aktivitet kan aflæses i tal for antallet af ambulante besøg på sygehusene, som er steget med 18 % fra 2007 til 2012. Region Syddanmark ligger i 2012 med godt 2.300 ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere øverst i forhold til de øvrige regioner og for hele landet. Regionen ligger med hensyn til udskrivninger på niveau med de to andre jyske regioner, men under landsgennemsnittet. Den syddanske region har, som de øvrige regioner, en strategi om at omlægge til ambulante forbrug. Når man imidlertid ser på Region Midtjylland, hvor der er lige så få indlæggelser, men færre ambulante besøg, er det relevant at sætte spørgsmålstegn ved, om den ambulante strategi over tid reelt har medført en reduktion i antallet af udskrivninger – eller om der blot udbygges ambulante.

I børne- og ungdomspsykiatrien i regionalt regi er der flere patienter pr. 1.000 indbyggere i Region Syddanmark end i de øvrige fire regioner. I Region Syddanmark findes den næsthøjeste rate for ambulante behandling og én af de laveste udskrivningsrater. Det betyder, at børne- og ungdomspsykiatrien i Syddanmark i højere grad end de andre regioner anvender en ambulante strategi. Denne strategi har tilsyneladende ikke ført til flere genindlæggelser, idet genindlæggelsesfrekvensen er den laveste, når der sammenlignes med de andre fire regioner. Når man ser på voksenpsykiatrien gentager billedet fra børne- og ungdomspsykiatrien sig.

Med hensyn til kommunernes indsats på det psykiatriske område peger rapporten på tre kendetegn:



- antallet af anbragte børn, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag,
- antallet af voksne med psykiske vanskeligheder i aktivitets- og beskæftigelsestilbud i dagtiden, og
- antallet af voksne med psykiske vanskeligheder i botilbud.

Opgørelserne peger på dels stor variation kommunerne imellem, når der ses på antallet af anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været den udslagsgivende årsag, dels på forskelle mellem kommunerne og på tværs af de fem regioner.

Et tredje kendetegn er udviklingen i struktur og ydelsesmønstre i almen praksis. Dette er dog et kendetegn, der ikke er særligt syddansk, idet det kan genfindes andre steder i landet, at der samlet set ikke er mangel på læger, men lokale forskelle gør, at der visse steder er problemer med at besætte ydernumrene. Alderssammensætningen ændrer sig desuden på den måde, at der bliver flere yngre og flere ældre læger, mens aldersgruppen 54-63-årige bliver mindre. Ser man på ydelsesudviklingen i almen praksis, er der overordnet en stigning i ydelser i dagtid, hvorimod der har været et fald i vagttiden. Der er betydelig forskel på, hvilke ydelser, der gives til de forskellige aldersgrupper. Besøg aflægges primært hos de ældre aldersgrupper.

Med det givne datagrundlag er der konstateret store kommunale forskelle i forhold til kapacitetsdækning for såvel almen praksis som vederlagsfri fysioterapi. Situationen er kendt på landsplan, og regeringen har i denne forbindelse taget initiativ til nedsættelse af et udvalg, der har til formål at skabe lettere adgang til sammenlignelige data på tværs af regioner for praksissektoren generelt.

Yderligere til dette kommer, at der på praksisområdet også findes praktiserende speciallæger, som også er en del af det samlede billede. De privatpraktiserende speciallægers aktiviteter skal ses i sammenhæng med sygehusenes aktivitet indenfor visse specialer og diagnoseområder. Fx vil operation for grå stær nogle steder foregå på sygehusene, mens det i andre dele af regionen vil foregå i speciallægepraksis. Et andet område er psykiatrien, hvor behandlingspsykiatri og socialpsykiatri skal ses i sammenhæng med tilstedeværelsen af privatpraktiserende psykiatere. Region Syddanmark har relativt få psykiatere, som dog har mange kontakter. Konsekvenserne af dette i forhold til fx anbringelser på det kommunale område kendes ikke. I fem kommuner i Syddanmark ligger antallet af anbringelser pr. 1.000 0-17-årige indbyggere blandt den højeste fjerdedel på landsplan. Der er behov for at se bredere på området.

Udfordringer

Syddanmark har en række udfordringer, som beskrives i fremtidsbilledet og som summeres op i nedenstående. For det første er kommuner, region og praksisområdet udfordret af syddanskernes sundhedstilstand. Den syddanske befolkning ryger mere end landsgennemsnittet og spiser mere usundt end resten af befolkningen. Dog er alkoholindtaget mindre og flere er fysisk aktive. Men der er vis variation mellem kommunerne – særligt i forhold til alkoholforbruget.

Sundhedsvanerne – målt på risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion – er årsager til sygdomme og død, herunder også kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme, kroniske lungesygdomme samt knogleskørhed og leddegigt. For de store grupper af kroniske sygdomme under ét, er der flere perso-



ner med disse sygdomme end i resten af landet, og selvom det stigende antal patienter med kroniske sygdomme er en landsdækkende udfordring, tyder det på, at Syddanmark har en særlig stor udfordring, idet 25 % af borgerne med kronisk sygdom har flere end én kronisk sygdom – de såkaldt multisyge. I forhold til middellevetiden ligger regionen under de fire andre regioners gennemsnit for begge køn.

De kroniske sygdomme er samtidig de diagnosegrupper, hvor der anvendes mest DRG-værdi¹ og hvor der er mest aktivitet i sygehusene. De kroniske sygdomme, der gennemgås i et særskilt afsnit, omfatter hjerteområdet, muskel-skelet-lidelserne, diabetes og kronisk obstruktiv lungelidelse. Hertil kommer kræftområdet. Når data for adfærd ses i sammenhæng med sygdomsmønstre, synes der generelt i regionen at være et behov for, at der gøres en særlig indsats overfor KOL og diabetes – ligesom der er mange slidskader i regionen. Dette kalder på en større forebyggende indsats. Det bør dog påpeges, at problemerne ikke er ligeligt fordelt blandt kommunerne i regionen, hvorfor det fælles fremtidsbillede også er et differentieret fremtidsbillede, hvor der kan anlægges én type indsats i de større byområder med fokus på alkohol, mv. og i andre områder en indsats mod fedme.

En anden udfordring er, at der er relativt mange syddanske borgere i alderen 25-64 år med en erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse. 11 % af de beskæftigede i den private sektor og 42 % af de beskæftigede i den offentlige sektor har en mellemlang videregående uddannelse eller en lang videregående uddannelse, hvilket er lavere end landsgennemsnittet. De unges forventede uddannelsesniveau ligger på landsgennemsnittet med hensyn til andelen med mindst en ungdomsuddannelse. Andelen af piger med en videregående uddannelse forventes at være lidt højere end gennemsnittet for hele landet. 15 år efter grundskolen er der generelt en større andel af fraflyttere end tilflyttere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse i de syddanske kommuner.

En tredje udfordring er, at Syddanmark siden 2009 har haft en stagnerende befolkningstilvækst og nettoutflytning. Udfordringen er, at unge, der søger ud i forbindelse med uddannelse, ikke i tilstrækkelig grad flytter tilbage til Region Syddanmark. Enkelte kommuner adskiller sig dog fra dette billede.

En fjerde udfordring er ulighed i sundhed. Denne udfordring er også kendetegnende for andre regioner og ikke særlig syddansk, men problemstillingen er særlig syddansk i forhold til regionens uddannelsesstruktur. Uligheden viser sig i sundhedsvaner, og ved, at risikoen for indlæggelse er større for personer med en kort uddannelse (mindre end 10 års uddannelse) end for personer med en lang uddannelse (personer med 15 eller flere års uddannelse). Ca. 60 % af uligheden kan relateres til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og overvægt.

Generelt gælder det for de syddanske kommuner med hensyn til demografi og sundhedsadfærd, at de større byområder både har flest i beskæftigelse, det højeste uddannelsesniveau, men også flest langtidsledige. Lidt mere nuanceret er der tendenser til konturerne af tre klynger:

Den første klynge består af kommunerne Fanø, Varde, Billund, Vejen samt trekantsområdet og kommuner inklusiv Middelfart Kommune, hvor der findes en positiv befolkningsvækst, der er god beskæftigelse og lav langtidsledighed og færre kontanthjælpsmodtagere end for regionen samlet set. Sundhedsprofilen er også i

¹ DRG står for "Diagnose Relaterede Grupper" og betegner et system anvendt til gruppering af somatiske stationære patienter. Se i øvrigt Bilag A. Mere konkret er værdi i denne analyse sammensat af DRG-værdien i somatikken og sengetaksværdien i psykiatrien.



den gode ende – dog undtaget Fredericia Kommune, som også med hensyn til middellevetiden ligger lavere end de øvrige kommuner i klyngen.

Den anden klynge består kun af Odense Kommune, der har en god befolkningsudvikling og et godt uddannelsesniveau, men samtidig er en kommune, der tiltrækker en del ledige borgere. Nedlagte industrierhverv har størst konsekvenser for de kortuddannede og denne udvikling trækker tråde ud i store dele af det fynske område.

Endelig består den tredje klynge af kommunerne Tønder, Haderslev, Aabenraa, Sønderborg og Langeland, som alle er kendetegnet ved, at den unge del af befolkningen flytter ud i forbindelse med uddannelse og ikke vender tilbage til disse kommuner efter endt uddannelse. Også i denne klynge giver sundhedsprofilen for befolkningen udfordringer.

På baggrund af ovenstående, består det samlede sæt af syddanske udfordringer for sundhedsområdet af følgende (i uprioriteret rækkefølge):

1. Den syddanske befolkning ryger mere end landsgennemsnittet og spiser mere usundt end resten af befolkningen. Og Syddanmark skiller sig negativt ud på flere felter med betydning for den mentale sundhed og relationelle forhold.
2. Der er ulighed i sundhed. De usunde vaner er ulige fordelt – både kommunerne imellem og i kommunerne i forhold til borgernes uddannelsesbaggrund.
3. Middellevetiden er lavere for begge køn end for øvrige regioner.
4. Der er en særlig udfordring i forhold til patienter med kroniske lidelser, herunder at 25 % af borgerne med kronisk sygdom har flere end én kronisk sygdom.
5. Der er relativt mange syddanske borgere med en erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse.
6. Der er en stagnerende befolkningstilvækst og en lille nettotilflytning. Regionen har tilflytninger til Odense Kommune og trekantsområdet, mens der er fraflytninger i den sydlige del af regionen.
7. Der er forskelle set på kommuneniveau i forhold til kapacitetsdækning for såvel almen praksis som fysioterapi for henholdsvis Odense i forhold til Fanø og Faaborg-Midtfyn i forhold til Langeland.
8. Antallet af forebyggelige genindlæggelser udgør en særskilt problematik for kommunerne og regionen.
9. Der er behov for fremadrettet at sikre, at ADHD bliver et fælles fokusområde for regional og kommunal indsats. Det samme gælder demensområdet og funktionelle lidelser, hvor et sammenhængende behandlingstilbud efterspørges.
10. Der er et behov for i regionen at gøre en større forebyggende indsats i forhold til diagnosegrupperne KOL, diabetes og slidskader, som kan være anlagt forskelligt mellem kommunerne.



Muligheder

Analysen af fremtidsbilledet indeholder også et antal muligheder. En første, nærliggende mulighed er at videreudvikle det allerede velfungerende tværsektorielle samarbejde om borgere og patienter, der krydser sektorgrænser. Data i denne analyse har ikke dokumenteret de tværsektorielle patientforløb, men data har demonstreret grundlaget for, at samarbejdet om alle patienter, men især personer med kroniske sygdomme, kan blive endnu bedre. Der findes i Syddanmark strategier, der er tværsektorielle, fx udviklingsarbejder for telepsykiatri og der er forløbsprogrammer, som har til formål at skabe gode, sammenhængende patientforløb. Disse generelle programmer og strategier vil kunne understøttes af yderligere analyser og samarbejdsprojekter, der tager udgangspunkt i konkrete sygdomme og diagnosegrupper.

Fremtidsbilledet har tydeliggjort behovet for et mere ensartet og mere fælles datalandskab på tværs af de tre sektorer. På visse områder mangler der valide, sammenlignelige data for at billedet af det samlede kommunale-regionale sundhedsvæsen kan tegnes endeligt. Med hensyn til sygehusene findes der tilgængelige data, som også er valide og sammenlignelige på tværs af sygehuse internt i regionen og på tværs af regionerne. Det gælder især for den somatiske del, mens der med hensyn til psykiatrien også findes områder, hvor registreringspraksis er forskellig mellem behandlende enheder. Med hensyn til kommunerne findes der også dokumentation i forskellige økonomistyrings- og omsorgssystemer, men registrerings- og konteringspraksis foregår ikke ensartet på tværs af kommuner. Hvis man for alvor skal lave et fælles billede, bliver man nødt til i højere grad at kunne belyse den kommunale del. Nærværende rapport er primært udarbejdet i et regionalt perspektiv. Region Syddanmark adskiller sig ikke på dette punkt fra andre regioner, men det er alligevel problematisk i forhold til at skabe et fælles fremtidsbillede.

Der vil også være områder, hvor det vil være hensigtsmæssigt, af hensyn til det tværsektorielle sundheds-samarbejde, i fællesskab at oparbejde nye data. Et eksempel på dette, er funktionelle lidelser på det psykiatriske område. Der er også behov for en nærmere kortlægning af gruppen af patienter med kroniske lidelser i forhold til en karakteristik af denne gruppe med hensyn til køn, alder, erhvervstilknytning, mv.

Det er særligt karakteristisk, at området vedrørende de somatiske genindlæggelser har været særdeles svært at kortlægge med entydige og retvisende data. De data, som offentliggøres af Statens Serum Institut og som også er anvendt i Kommunalt Økonomisk Forum, er ikke retvisende, idet de bygger på data, der registreres vidt forskelligt. Dette emne er ikke mindst relevant, eftersom det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis i henhold til økonomiaftalerne for kommuner og region 2014 skal sigte mod færre genindlæggelser samt færre indlæggelser med forebyggelige diagnoser og færre akutte korttidsindlæggelser og færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene. Disse indikatorer er betinget af et velfungerende samarbejde med praktiserende læger og/eller sygehus om gode udskrivningsforløb. Hensigten er at sikre, at indsatser iværksættes, før borgeren får et behandlings- og/eller plejebestand, der nødvendiggør en akut sygehusindlæggelse eller en indsats i et kommunalt tilbud.

En mulighed på baggrund af arbejdet med dette fremtidsbillede, er etableringen af et fælles datagrundlag med dette fremtidsbillede som første version. Det er problematisk, at ikke alle tre sektorer kan fremlægge data, som giver en ensartet beskrivelse af aktiviteter i egen sektor, der kan anvendes til at beskrive sundhedsvæsenet i et sammenhængende og validt fremtidsbillede. Dels kan kommende analyser udbygge afklaringen omkring data på genindlæggelser, dels etablere rammerne for, at kommunerne udarbejder ensarte-



de og systematiske opgørelser, herunder for områderne sygepleje, akutfunktioner og på tilsvarende områder i forhold til psykiatrien, gerne med afsæt i arbejdsmarkedsområdet.

Revisionen af Fælles Fremtidsbillede kan med fordel foretages årligt, parallelt med revisionen af sundhedsaftalen for 2015-2018 samt i forbindelse med dataopdateringer til Sundhedsprofilen.



1 Indledning

Nærværende rapport afdækker Region Syddanmark og de syddanske kommuners fælles fremtidsbillede for sundhedsområdet som udgangspunkt for tilrettelæggelse og systematisk prioritering af tværsektorielle indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Det fælles fremtidsbillede er en analyse af særlige syddanske kendetegn, muligheder og udfordringer på sundhedsområdet. Formålet er at tilvejebringe et validt grundlag for såvel politiske som administrative drøftelser i relation til det tværsektorielle arbejde mellem almen praksis, kommuner og region, som lovgivningsmæssigt varetages i Sundhedsaftalen 2015-2018. Analysen er således en vigtig del af baggrunden for udarbejdelsen af og prioritering af indsatser i Sundhedsaftalen 2015-2018, herunder som grundlag for at drøfte den mest hensigtsmæssige anvendelse af regionens og kommunernes økonomaftalemidler til sundhedsområdet – i hver sektor og tværsektorielt.

Det fælles fremtidsbillede har fokus på, hvor Syddanmark adskiller sig fra de øvrige regioner ud fra et data-drevet fokus. Såfremt regionen samlet set skiller sig ud – i positiv eller i negativ retning i forhold til landsgennemsnittet - så kan der være tale om et særligt syddansk kendetegn, som, hvis ønsket, kan gøres til genstand for en politisk eller administrativ drøftelse på tværs af sektorerne.

Analysen har også søgt efter særlige klyngeforklaringer for kommunerne, med henblik på at kunne identificere mønstre for kommunerne. Som det vil fremgå, synes der at være tale om særlige ø-problemstillinger. Ligeledes er der tendenser til mønstre på tværs af kommuner i Vest- og Sønderjylland, foruden en række karakteristiske mønstre for regionens større byer – særligt Odense og Esbjerg.

Analysen er imidlertid begrænset af mangel på data vedrørende kommunale specifikke forebyggelsesopgaver, sundheds- og plejeopgaver. Det er derfor ikke muligt at give et fuldt og helt billede af aktiviteten i det syddanske sundhedsvæsen. Udfordringen består særligt i, at en væsentlig del af de kommunale ressourcer til den forebyggende indsats er integreret i den almindelige, kommunale opgaveløsning, og som derved er svære at kortlægge. Samtidig opgør kommunerne ikke de kommunale sundhedstilbud efter en entydig systematik, hvilket vanskeliggør en komparativ sammenligning af tilbud, der indeholder markant forskellige indsatser, men som har enslydende navne eller formål. Der er således blinde pletter på datalandskortet. Blinde pletter, som i øvrigt ikke er en særlig syddansk udfordring, men som er gældende for hele landet.

1.1 Rapportens opbygning

Rapporten er bygget op over en tragtmodel, der går fra det mere generelle niveau som strukturen i sundhedsvæsenet og de overordnede karakteristika med hensyn til aktivitet og forbrug til den smalle ende af tragten, hvor der findes beskrivelser af mere specifikke diagnosegrupper. De anvendte datakilder er alle fra



perioden 2007-2012. Rapportens anvendte definitioner findes i Bilag A og rapportens metode er uddybet i Bilag B.

Efter denne indledning følger kapitel 2, der introducerer regionens demografi, herunder den sundhedsmæssige adfærd, med nøgletal for alder, migration, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning.

Kapitel 3 beskriver først de strukturelle rammer i forhold til sygehusenes placering og kapacitet og herefter de kommunale strukturer for akutpladser og behandlingspsykiatri samt praksissektoren.

Kapitel 4 beskriver de systematiske forskelle for regionen i forhold til landsplan relateret til somatisk og psykiatrisk henholdsvis ambulant og stationær samt akut og elektiv aktivitet og forbrug.

I kapitel 5 præsenteres de systematiske forskelle for regionen i forhold til landsplan for somatisk og psykiatrisk aktivitet og forbrug på diagnosegruppeniveau.



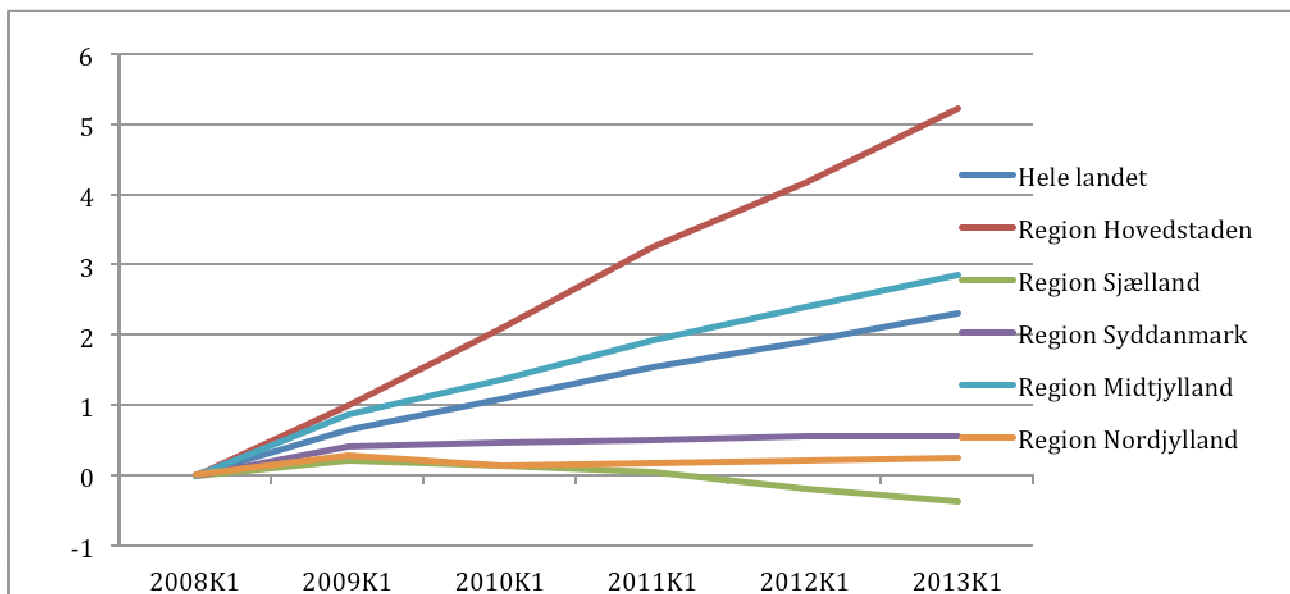
2 Demografi

Dette kapitel har til formål at beskrive de syddanske borgeres demografi og sundhedsadfærd. Disse faktorer spiller en afgørende rolle for udviklingen af sygeligheden i regionen og dermed også for borgernes forbrug af sundhedsydelser. Viden om borgernes sundhedsadfærd udgør derfor et væsentligt afsæt for den primære sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats. I det følgende præsenteres centrale indikatorer for sundhedsadfærden.

2.1 Demografiske forskydninger

I nærværende afsnit behandles alderssammensætningen og udviklingen heri for Region Syddanmark. Generelt viser den regionale befolkningsudvikling, at den primære befolkningstilvækst er sket i regionerne Hovedstaden og Midtjylland, mens befolkningsudviklingen i regionerne Syddanmark, Nordjylland og Sjælland siden 2009 har været stagnerende til faldende, jf. Figur 2.1.

Figur 2.1. Befolkningsudvikling i regionerne pr. 1. januar 2008-2013



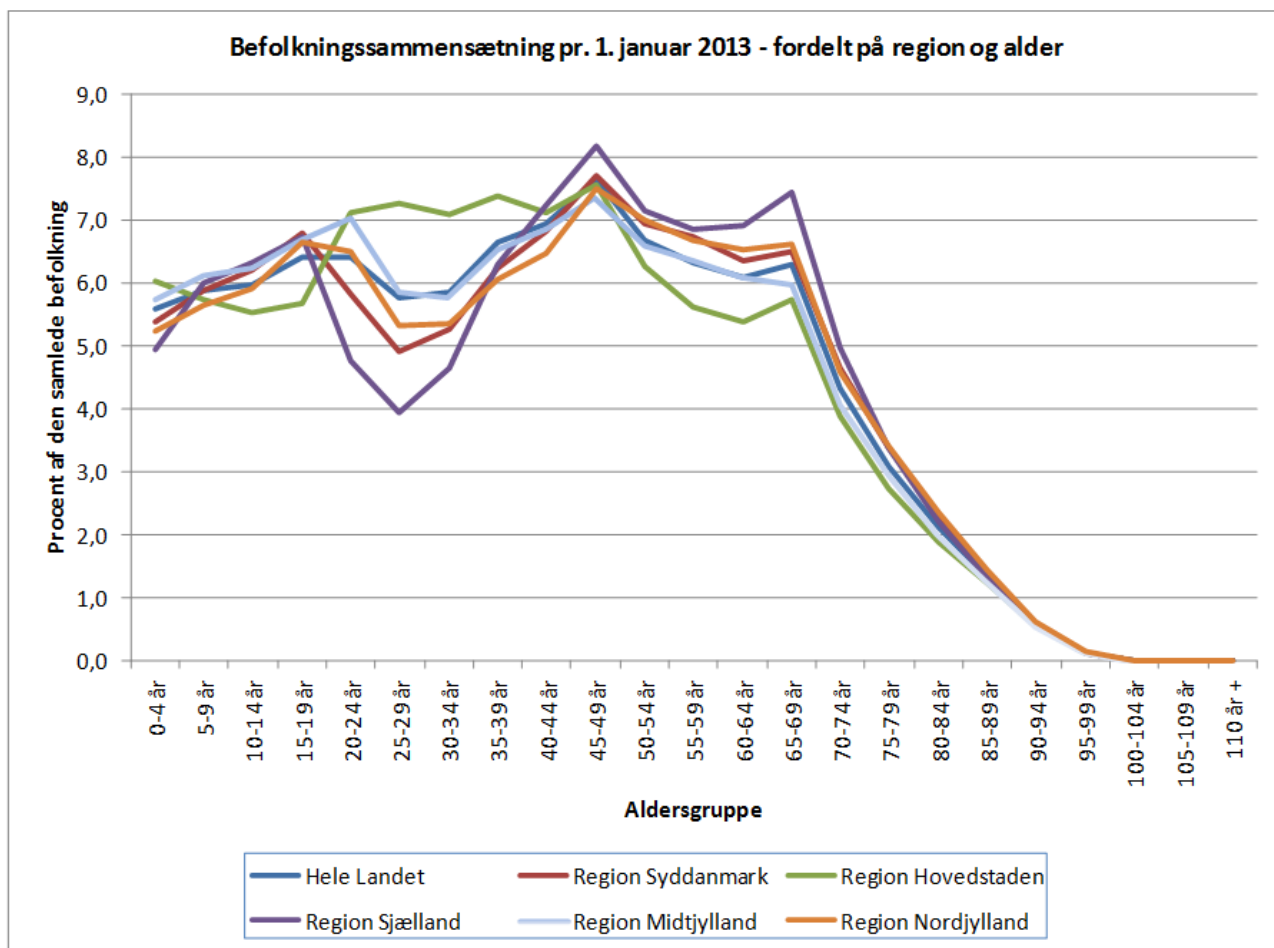
Kilde: Danmarks Statistik.

I forhold til ovenstående regionale tendenser, beskriver Figur 2.2 befolkningssammensætningen i de 5 regioner pr. 1. januar 2013 fordelt på 5-års aldersgrupper sammenlignet med den tilsvarende fordeling for hele landet.



Overordnet set følger kurven for befolkningssammensætningen i Region Syddanmark det samme mønster som kurven på landsplan. Figuren viser, at kurven for Region Syddanmark har tre toppe, hvor den første ses i andelen af 15-19-årige, den næste - og største - i aldersgruppen 45-49-årige og den sidste i aldersgruppen 65-69-årige.

Figur 2.2. Befolkningssammensætning pr. 1. januar 2013 – fordelt på region og alder



Kilde: Danmarks Statistik.

I forhold til hele landet afviger Syddanmark inden for flere aldersgrupper: Region Syddanmark har således en lidt større andel af 10-19-årige, mens andelen af 20-39-årige (og dermed den yngre del af den erhvervsaktive aldersgruppe) er noget lavere end landsgennemsnittet. I forhold til aldersgruppen for 40-49-årige ligger Syddanmark på niveau med landsgennemsnittet. Andelen af de 50-84-årige ligger derimod - ligesom Region Sjælland og Region Nordjylland - højere i Region Syddanmark end for hele landet, hvilket kan forklares ud fra, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland med København og Aarhus trækker landsgennemsnittet ned. En større andel af borgere i aldersgruppen 50-84-årige skaber et potentielt større træk på ydelser i sundhedsvæsenet, hvilket også skal ses i sammenhæng med uddannelsesniveaet.

Alderssammensætningen har stor betydning, da den forventede befolkningsudvikling med et gradvist skift

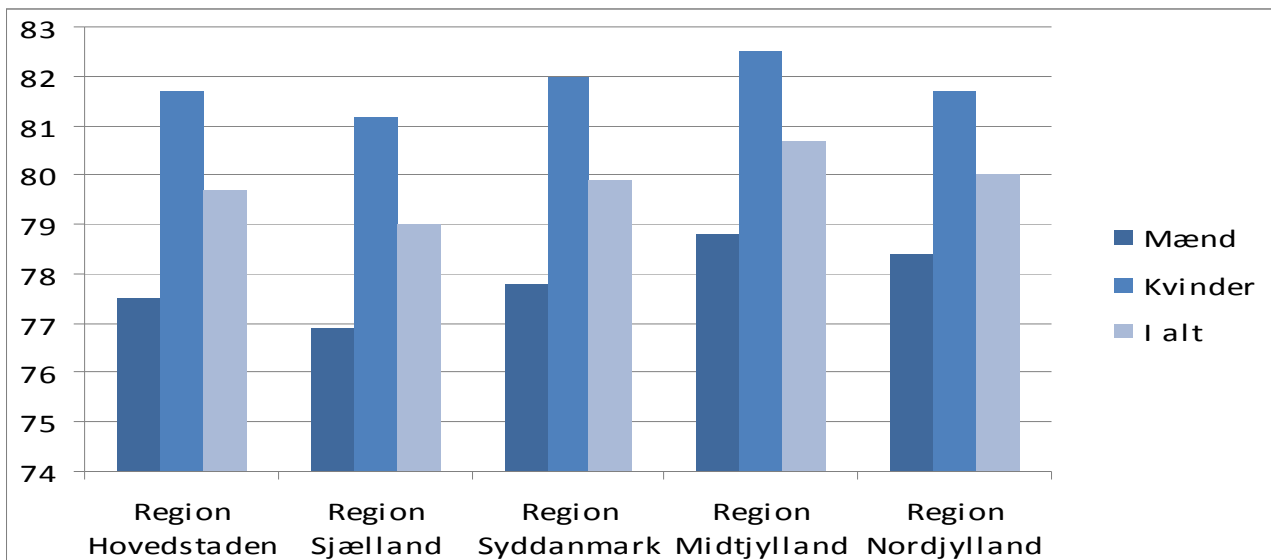


2.2 Middellevetid

Befolkningens livsstil har betydning for, hvilke sygdomme, der opstår og dermed middellevetiden⁶. Den danske befolkning har en historisk høj middellevetid med 77,9 år for mænd og 81,9 år for kvinder⁷, men udviklingen har været mere markant for lande, vi normalt sammenligner os med. Fra 2011 til 2012 er middellevetiden steget med 0,58 år for mænd og 0,25 for kvinder. Stigningen er relativt størst for mænd, hvor forskellen i middellevetid mellem mænd og kvinder er blevet reduceret fra 5,5 år i 1992 til 4,0 år i 2012. Danmark ligger i forhold til OECD-landene under gennemsnittet.⁸ En væsentlig del af forskellen i middellevetid mellem Danmark og Sverige kan blandt andet forklares ved befolkningens rygevaner og alkoholforbrug.⁹

Tallene dækker over store geografiske forskelle, særligt med hensyn til mænds middellevetid. I Figur 2.4 er vist middellevetiden, som den fordeler sig på regionerne og på køn.

Figur 2.4. Middellevetider for 0-årige fordelt på regioner og køn, 2011/2012



Kilde: Danmarks Statistik.

Region Midtjylland har den højeste middellevetid for begge køn på henholdsvis 78,8 år for mænd og 82,5 år for kvinder, hvilket svarer til henholdsvis 0,9 år og 0,7 år højere end landsgennemsnittet. Modsat har Region Sjælland den laveste middellevetid for begge køn med henholdsvis 76,9 år og 81,8 år. Region Syddanmark har en middellevetid for mænd på 77,8 år og 82,0 år for kvinder, hvilket er henholdsvis på niveau med landsgennemsnittet og 0,2 år højere end landsgennemsnittet.

⁶ Jf. definition i bilag B.

⁷ Danmarks Statistik - <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2013/NR076.pdf>

⁸ OECD Health Data, 2012.

⁹ Forebyggelseskommissionen: "Vi kan leve længere og sundere", 2008.

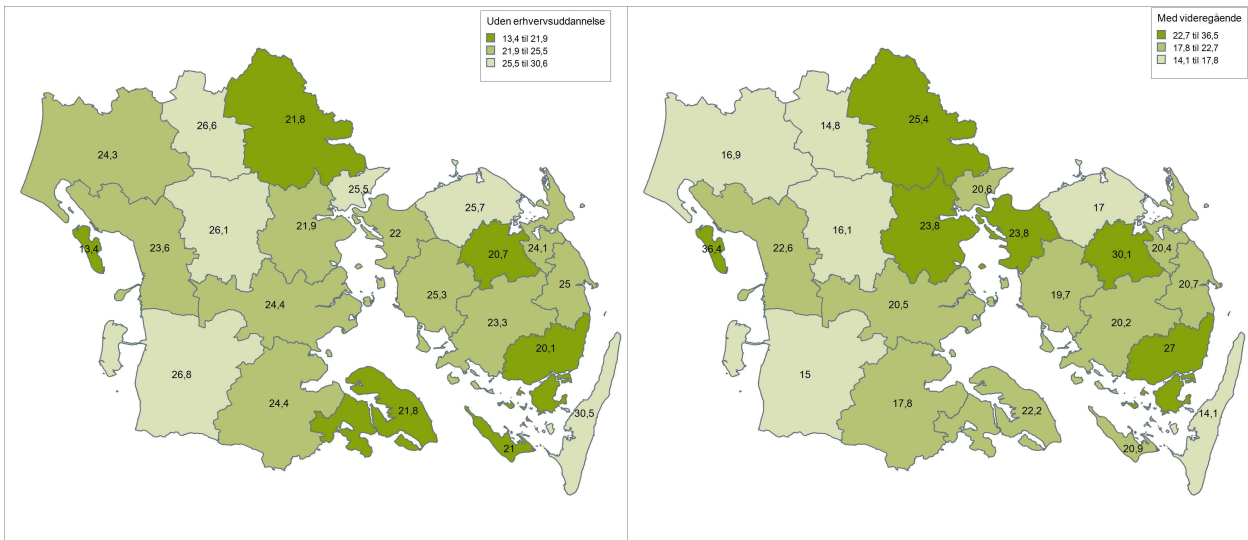


2.3 Uddannelse

Uddannelsesniveaet udgør en kendt bagvedliggende social determinant for den almene sundhedstilstand. Lavt uddannelsesniveau er relateret til såvel højere sygelighed og dødelighed som til flere indlæggelser og besøg hos alment praktiserende læge.

Uddannelsesniveaet i Region Syddanmark opgjort som andele 25-64-årige henholdsvis uden erhvervsuddannelse og med videregående uddannelse i 2012 svarer som helhed til niveauet på landsplan (henholdsvis 20,8 % og 27,1 %) ¹⁰. Niveauet i forhold til uddannelse for de syddanske kommuner ses i figur 2.5.

Figur 2.5. 25-64-årige uden erhvervsuddannelse (til venstre) og 25-64-årige med videregående uddannelse, procent, 2012



Kilde: Danmarks Statistiks Statistikbanken, matricerne BEF1, BEF1A07, FOLK1, HFU1 og KRHFU1.

Andelen af personer med et højere uddannelsesniveau er lavere i Syddanmark (og i Region Sjælland og Region Nordjylland), sammenlignet med Hovedstadsområdet og Midtjylland. Der er dog en tendens til, at niveauet er lidt højere i kommunerne Odense og Fanø end på landsplan. Samtidig var andelen med videregående uddannelse i Langeland, Billund, Varde og Vejen kommuner noget mindre end på landsplan.

Sammenlignet med hele landet, er der relativt mange syddanske borgere i alderen 25-64 år med en erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse. 11 % af de beskæftigede i den private sektor og 42 % af de beskæftigede i den offentlige sektor har en mellemlang videregående uddannelse eller en lang videregående uddannelse, hvilket er lavere end landsgennemsnittet. De unges forventede uddannelsesniveau ligger på landsgennemsnittet med hensyn til andelen med mindst en ungdomsuddannelse. Andelen af piger med en videregående uddannelse forventes at være lidt højere end gennemsnittet for hele landet. 15 år efter grundskolen er der generelt en større andel af fraflyttere end tilflyttere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse i de syddanske kommuner. ¹¹

Uddannelse kan således vise nogle flere nuanceringer af de demografiske forskydninger, ligesom erhverv

¹⁰ Danmarks Statistiks Statistikbanken, matricerne BEF1, BEF1A07, FOLK1, HFU1 og KRHFU1.

¹¹ Kontur Region Syddanmark 2012.



kan vise noget om tendenserne. I Region Syddanmark udgør trekantsområdet et uddannelsesmæssigt kraftcenter, hvor uddannelsesstruktur kan være med til at bestemme, hvilke borgere, der flytter ud af den enkelte kommune, mens erhvervsstrukturen har indflydelse på hvem, der flytter tilbage.

2.4 Beskæftigelse og ledighed

Beskæftigelse og ledighed målt ved arbejdsstyrken¹² har betydning for den generelle sundhedstilstand – og vice versa. Der er velkendt, at både arbejdsløse borgere og ikke-uddannelsessøgende borgere uden for arbejdsstyrken i højere grad oplever langvarige og hæmmende sygdomme end personer i beskæftigelse.

Figur 2.6 viser erhvervsfrekvens og beskæftigelsesfrekvens i 2012. Erhvervsfrekvensen i Syddanmark er den laveste på landsplan (73,7 % mod 74,7 %). Region Hovedstaden har den højeste erhvervsfrekvens på 75,5 %. Regionsgennemsnittet dækker dog over store lokale forskelle, hvor Varde og Vejen kommuner ligger markant over landsgennemsnittet, mens Langeland, Odense og Ærø kommuner ligger lavere relativt til gennemsnittet.

Figur 2.6. Erhvervs- og beskæftigelsesfrekvens for 16-66 årige, 2012

	Region Nord- jylland	Region Midt- jylland	Region Syd- danmark	Region Hoved- staden	Region Sjæl- land	Hele landet
Erhvervsfrekvens	74,1 %	74,9 %	73,7 %	75,5 %	74,6 %	74,7 %
Beskæftigelsesfrekvens	70,6 %	72,0 %	70,2 %	71,8 %	71,2 %	71,3 %

Kilde: Danmarks Statistiks Statistikbanken, matrice RAS110.

I forhold til beskæftigelsesfrekvensen er andelen af beskæftigede mellem 15 og 64 år lavere i Syddanmark end landet som helhed (70,2 % mod 71,3 %). Regionsgennemsnittet dækker igen over store lokale forskelle, hvor Billund, Middelfart, Varde, Vejle og Vejen kommuner ligger markant over landsgennemsnittet, mens Langeland, Odense og Ærø kommuner ligger lavere relativt til gennemsnittet.

Antallet af ledige har i 2010, 2011 og 2012 udgjort ca. 35.000 fuldtidspersoner. Antallet af langtidsledige har stabiliseret sig på ca. 10.000 personer. I 2012 udgjorde antallet af ledige og langtidsledige hhv. 5,9 % og 1,9 % af arbejdsstyrken. Fra 2011-2012 er antallet af langtidsledige faldet i 18 kommuner og steget i fire kommuner, jf. Figur 2.7.

Særligt Fyn og til dels Sønderjylland har høj ledighed, mens den nordlige del af regionen har lavere ledighed. Stigningerne er kraftigst i: Langeland (8,7 %), Haderslev (8,7 %), Billund (4,6 %) og Odense (2,2 %). I 13 kommuner er langtidsledigheden på under 1,5 %: Middelfart, Ærø, Haderslev, Billund, Sønderborg, Tønder, Esbjerg, Fanø, Varde, Vejen, Fredericia, Kolding og Vejle¹³.

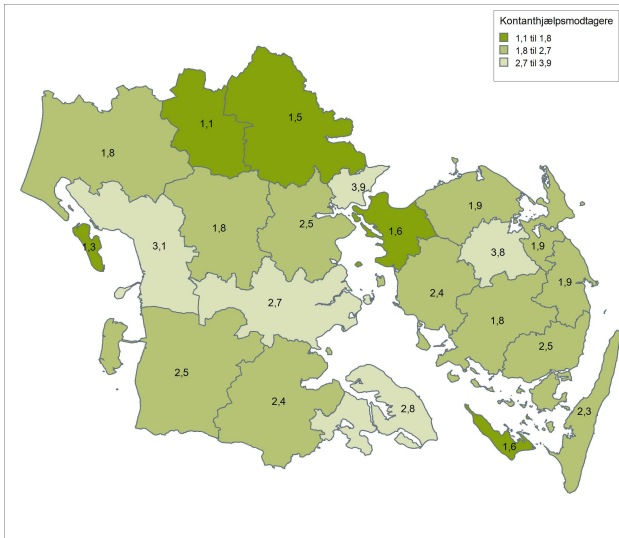
¹² Arbejdsstyrken består af beskæftigede og ledige. De erhvervsaktive er de personer i arbejdsstyrken, der er i arbejde, eller ville være det, hvis de ikke var ledige eller syge i en kortere periode. De beskæftigede er den del af de erhvervsaktive, der er i arbejde. Erhvervsfrekvensen beskriver derfor andelen af arbejdsstyrken, som potentielt set kan være i job, mens beskæftigelsesfrekvensen angiver andelen af de erhvervsaktive, som er i job.

¹³ Analyserapport, Beskæftigelsesregion Syddanmark, 2012.



årige med indbyggertal opgjort pr. 1. januar.

Figur 2.8. Kontanthjælpsmodtagere pr. 100 indbyggere af 17-66 årige fordelt på kommuner, 2012



Kilde: Danmarks Statistiks Statistikbanken, matricerne BEF1, BEF1A07, FOLK1 og KONT3.

Region Syddanmark har en lavere andel kontanthjælpsmodtagere end landsplan (2,2 % mod 2,6 %). Kommunerne Odense, Haderslev, Sønderborg, Esbjerg og Fredericia har en overrepræsentation i andelen af kontanthjælpsmodtagere i forhold til landsplan. Den laveste andel kontanthjælpsmodtagere relativt til landsgennemsnittet findes i kommunerne Billund, Fanø og Vejle.

2.6 Sundhedsadfærd

Sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?" indsamler ved hjælp af spørgeskemaer information om borgernes selvvaluerede helbred, sundhedsvaner, motivation for sundhedsfremme samt helbredsforhold, som ikke kan indhentes i det danske registersystem.¹⁶ Undersøgelsen er blevet efterfulgt af en ny sundhedsprofilundersøgelse i 2013, hvor data offentliggøres i marts 2014.

I beskrivelsen fokuseres på KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion samt på overvægt og mentalt helbred. Disse faktorer anses for at være centrale risikofaktorer for en lang række sygdomstilstande og er blandt de faktorer, som har størst betydning for dødeligheden i Danmark. Rygning anses i dag for at være den risikofaktor, der har størst betydning for dødeligheden i Danmark. I Danmark er rygning medvirkende årsag til knap 14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til hvert fjerde dødsfald blandt mænd og hvert femte dødsfald blandt kvinder. Alkohol er blandt de kendte forebyggelige enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Hvert år er der mindst 3.000 dødsfald i Danmark, der enten har haft alko-

¹⁶ Målgruppen for undersøgelsen er borgere i alderen 16 år eller derover. I alt blev 56.300 borgere i Region Syddanmark inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen i 2010, og 36.396 borgere besvarede spørgeskemaet svarende til en deltagelsesprocent på 64,6.



hol som primær årsag eller medvirkende årsag. Dette svarer til 5 % af alle dødsfald.¹⁷

Af Figur 2.9 fremgår det, at Region Syddanmark er den region, som på tværs af alle KRAM-faktorerne placerer sig relativt dårligst og at Region Hovedstaden placerer sig bedst – selvom forskellene mellem regionerne er relativt begrænsede. Da tallene er køns- og aldersjusterede, er det sandsynligt, at forskelle i det gennemsnitlige uddannelsesnivea på tværs af regioner kan forklare dele af de fundne forskelle.

Figur 2.9. Forekomsten af 6 udvalgte risikofaktorer i de fem regioner i Danmark, køns- og aldersjusteret odds ratio, 2010

	Placering efter den samlede rangsum	Samlede rangsum	Daglig rygning	Overskrider højrisikogrænsen - alkohol	Usundt kostmønster	Dårligt mentalt helbred	Svær overvægt	Stillesiddende fritidsaktiviteter
Region Hovedstaden	1	14	0.87	1.27	0.67	1.03	0.74	0.91
Region Midtjylland	2	15	0.99	0.95	1.03	0.92	0.99	1.06
Region Nordjylland	3	18	0.98	0.81	1.29	0.98	1.13	1.04
Region Sjælland	4	18	1.04	1.03	0.94	1.03	1.12	0.91
Region Syddanmark	5	25	1.14	1.00	1.19	1.05	1.08	1.08

Kilde: Sundhedsprofilen, "Hvordan har du det? 2013".

Note: Grøn markerer regionen med den laveste forekomst og rød markerer de 2 regioner med den højeste forekomst. Regionerne er rangordnet efter samlet rangsum. Rangsummen beregnes på følgende måde: For hver af faktorerne kost, rygning, alkohol, motion, overvægt samt mentalt helbred rangeres regionerne fra den laveste forekomst (rang nr. 1) til den højeste forekomst (rang nr. 5). Dernæst lægges rangplaceringerne for de 6 risikofaktorer sammen for de respektive regioner. Denne sum benævnes en rangsum og kan opfattes som et udtryk for, hvordan en region placerer sig i forhold til de øvrige regioner på tværs af alle de nævnte risikofaktorer.

Figur 2.10 viser forekomster for faktorerne kost, rygning, alkohol, motion, overvægt samt mentalt helbred opgjort for de 22 kommuner i Region Syddanmark. Som det fremgår af figuren, er der en vis variation mellem kommunerne – særligt i forhold til alkoholindtaget.

¹⁷ Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.



Figur 2.10. Forekomsten af 6 udvalgte risikofaktorer i kommunerne i Syddanmark, køns- og aldersjusteret odds ratio, 2013

	Placering efter den samlede rangsum	Samlede rangsum	Daglig rygning	Overskrider højrisikogrænsen - alkohol	Usundt kostmønster	Dårligt mentalt helbred	Svær overvægt	Stillesiddende fritidsaktivitet
Fanø	1	34	0,96	1,88	0,74	0,75	0,78	0,62
Varde	2	37	0,78	0,85	1,08	0,60	1,00	0,87
Vejle	3	48	0,90	0,79	0,93	1,04	0,83	1,06
Billund	4	49	0,89	0,70	1,11	0,92	0,88	1,01
Odense	5	51	0,88	1,08	0,83	1,13	0,92	0,97
Kolding	6	55	0,97	0,85	0,98	1,21	0,88	0,93
Haderslev	7	55	0,95	0,94	1,00	0,99	1,01	0,96
Svendborg	8	58	1,06	1,18	0,85	1,03	0,83	0,91
Esbjerg	9	61	0,98	1,09	1,05	0,96	0,96	0,91
Kerteminde	10	62	0,96	1,07	0,96	0,96	1,04	0,98
Aabenraa	11	65	1,02	0,79	1,04	1,09	1,01	0,96
Sønderborg	12	65	0,88	0,88	1,02	0,88	1,18	1,11
Tønder	13	70	1,02	0,74	1,16	0,78	1,15	0,99
Middelfart	14	75	1,03	1,01	1,05	0,98	0,99	1,10
Nyborg	15	76	1,13	0,89	1,02	1,29	0,83	1,10
Faaborg-Midtfyn	16	77	0,96	1,05	0,91	1,27	1,08	1,12
Vejen	17	81	0,96	0,55	1,12	0,99	1,16	1,13
Nordfyns	18	86	1,02	1,24	1,01	1,04	1,04	1,12
Ærø	19	87	1,29	1,74	0,93	1,09	1,13	0,97
Assens	20	99	1,04	1,13	1,20	0,92	1,11	1,18
Fredericia	21	109	1,13	1,08	1,10	1,32	1,19	1,03
Langeland	22	118	1,38	1,35	1,06	1,15	1,19	1,12

Kilde: Sundhedsprofilen, "Hvordan har du det? 2013".

Note: Grøn markerer kommuner med den laveste forekomst og rød markerer de seks kommuner med den højeste forekomst. Kommunerne er rangordnet efter samlet rangsum. Rangsummen beregnes på følgende måde: For hver af faktorerne kost, rygning, alkohol, motion, overvægt samt mentalt helbred rangeres kommunerne i Region Syddanmark fra den laveste forekomst (rang nr. 1) til den højeste forekomst (rang nr. 22). Dernæst lægges rangplaceringerne for de 6 risikofaktorer sammen for de respektive kommuner. Denne sum benævnes en rangsum og kan opfattes som et udtryk for, hvordan en kommune placerer sig i forhold til de øvrige kommuner på tværs af alle de nævnte risikofaktorer.

I Fanø Kommune ses den højeste andel borgere (18,7 %), som overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag på 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder. Til sammenligning overskrider kun 4,8 % af borgerne i Vejen Kommune denne anbefaling.

Rangeres kommunerne på tværs af alle risikofaktorerne med henblik på at afdække mønstre i de forskelle, som kan konstateres mellem kommunerne, så er det Vejle og Varde kommuner, som placerer sig relativt bedst, mens Langeland, Faaborg-Midtfyn, Fredericia, Tønder, Aabenraa og Ærø kommuner placerer sig dår-



ligst. Særligt skiller Langeland Kommune sig ud. For fire af de seks risikofaktorer ses de højeste forekomster i Langeland Kommune.

Ud over fysisk sundhed, har den mentale sundhed og relationelle forhold betydning for såvel livskvalitet som graden af arbejdsmarkedstilknytning. I Syddanmark føler 13 % sig ofte nervøse eller stressede. Det samme gør sig gældende for 12,5 % af alle danskere. 11,5 % af syddanskerne føler, at problemerne hober sig op, så man ikke kan magte dem - mod 10,9 % på landsplan. Region Syddanmark er den region, hvor den største andel, 7,2 %, aldrig eller næsten aldrig føler, at de har styr på tingene. På landsplan er andelen 6 %.

I tilknytning til den mentale sundhed har Region Syddanmark også en negativ placering på mere relationelle spørgsmål: 6,2 % af syddanskerne er ofte alene, selv om de har lyst til at være sammen med andre – blandt alle danskere er andelen 5,6 %. Og 4,9 % har aldrig eller næsten aldrig nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte – det gælder 4,4 % af danskerne generelt. Syddanmark skiller sig således negativt ud på flere felter med betydning for den mentale sundhed og relationelle forhold.

Nyere nationale undersøgelser har vist, at der for både mænd og kvinder er forskel i risikoen for indlæggelse mellem personer med kort uddannelse (mindre end 10 års uddannelse) og lang uddannelse (personer med 15 eller flere års uddannelse). Mænd med kort uddannelse har 1,31 gange større risiko for indlæggelse sammenlignet med mænd med lang uddannelse. Ca. 60 % af uligheden kan relateres til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og overvægt. Mentalt helbred og tidligere indlæggelse kan ikke yderligere forklare uligheden. Kvinder med kort uddannelse har 1,41 gange større risiko for indlæggelse sammenlignet med kvinder med lang uddannelse. Ca. 60 % af uligheden kan relateres til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og overvægt. Tidligere indlæggelser øger forklaringen af ulighed til 70 %, mens mentalt helbred ikke bidrager yderligere til reduktion af ulighed¹⁸.

2.7 Kroniske sygdomme

Rygning, for meget alkohol, for lidt fysisk aktivitet og dårligt kostmønster er som nævnt i ovenstående afsnit årsager til sygdomme og død, herunder også kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme, kroniske lungesygdomme samt knogleskørhed og leddegigt.

Disse kroniske sygdomme ventes i de kommende år at stige med knap 80 %, afhængigt af effekter fra sund aldring, mindre sygelighed, produktivetsforbedringer som følge af ny teknologi, mv., som kan reducere de aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person¹⁹. Udover denne demografiske effekt fra alderssammensætningen, kan forlængelse af ældres restlevetid i sig selv medføre, at der bliver flere ældre²⁰.

Ifølge Statens Serum Institut lever i dag ca. 1 mio. danskere med kronisk sygdom, som blandt andet skyldes en markant stigning af antal diagnosticerede patienter med kroniske sygdomme, fx en fordobling af antal

¹⁸ Davidsen, Michael, Bjerrum Koch, Mette og Knud Juel: Social ulighed i indlæggelser. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Oktober 2013.

¹⁹ DREAMs befolkningsprognose, 2010.

²⁰ Det Økonomiske Råd, 2009: Dansk Økonomi, efterår 2009.



diabetikere i år 2010 med den største stigning i aldersgruppen 60-69-årige²¹. Af det samlede antal patienter med kroniske sygdomme lider 25 % af multisygdom.

Det stigende antal patienter med kroniske lidelser er en landsdækkende udfordring, men en opgørelse over antallet af patienter med kroniske lidelser pr. 1.000 indbyggere tyder på, at Syddanmark har en særlig stor udfordring, jf. Figur 2.11.

Figur 2.11. Antal patienter med kroniske sygdomme pr. 1.000 indbyggere, 2012

	Region Syddanmark	Hele landet
Diabetes	73,5	65,5
Hjertekarsygdomme	160,3	151,5
Kroniske lungesygdomme	68,0	64,4
Knogleskørhed og leddegigt	33,7	28,9
Psykiske sygdomme	114,4	104,3

Kilde: Kommunale sundhedsindikatorer 2013.

Andelen af personer med kontakt til sygehuset på grund af kronisk sygdom er højere i Syddanmark end på landsplan for alle patientgrupper, målt ved Statens Serum Instituts definition.²² Desuden kan det tilføjes, at der er forskelle i andele af personer med kroniske lidelser mellem kommunerne.

2.8 Opsamling

Ovenstående viser, at Region Syddanmark siden 2009 har haft en stagnerende befolkningstilvækst og nettotilflytning. I forhold til middellevetiden ligger regionen under de fire andre regioners gennemsnit for begge køn.

Sammenlignet med hele landet, er der færre med en erhvervsuddannelse som den højest fuldførte uddannelse. Lidt mere end en tiendedel er beskæftigede i den private sektor og knapt halvdelen i den offentlige sektor har en mellemlang videregående uddannelse eller en lang videregående uddannelse, hvilket er lavere end landsgennemsnittet. De unges forventede uddannelsesniveau ligger på landsgennemsnittet med hensyn til andelen med mindst en ungdomsuddannelse. Andelen af piger med en videregående uddannelse forventes at være lidt højere end gennemsnittet for hele landet. 15 år efter grundskolen er der generelt en større andel af fraflyttere end tilflyttere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse i de syddanske kommuner.

I forhold til den generelle sundhedsadfærd ryger den syddanske befolkning mere end landsgennemsnittet, og spiser mere usundt end resten af befolkningen, mens alkoholindtaget er lavere og flere er fysisk aktive. Der er dog vis variation mellem kommunerne – særligt i forhold til alkoholindtaget.

Rygning, for meget alkohol, for lidt fysisk aktivitet og dårligt kostmønster er årsager til sygdomme og død, herunder også kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme, kroniske lungesygdomme samt knogleskørhed og leddegigt. Ifølge Statens Serum Institut lever i dag ca. 1 mio. danskere med kronisk syg-

²¹ Statens Serum Institut, 2013.

²² Kommunale sundhedsindikatorer, 2013.



dom, som blandt andet skyldes en markant stigning af antal diagnosticerede patienter med kroniske sygdomme, fx en fordobling af antal diabetikere i år 2010 med den største stigning i aldersgruppen 60-69-årige. Af det samlede antal patienter med kroniske sygdomme lider 25 % af multisygdom. Det stigende antal patienter med kroniske sygdomme er en landsdækkende udfordring, men en opgørelse over antallet af patienter med kroniske lidelser pr. 1.000 indbyggere tyder på, at Syddanmark har en særlig stor udfordring. Hvor stor stigningen i udbredelsen af de kroniske sygdomme bliver i de kommende år, afhænger af effekter fra sund aldring, mindre sygelighed, produktivitetsforbedringer som følge af ny teknologi, mv., som kan reducere de aldersfordelte sundhedsudgifter pr. person. Udover denne demografiske effekt fra alderssammensætningen, kan forlængelse af ældres restlevetid i sig selv medføre, at der bliver flere ældre.

Generelt gælder det for de syddanske kommuner med hensyn til demografi og sundhedsadfærd, at de store byområder både har flest i beskæftigelse, det højeste uddannelsesniveau, men også flest langtidsledige. Lidt mere nuanceret er der tendenser til konturerne af tre klynger: Den første klynge består af kommunerne Fanø, Varde, Billund, Vejen samt trekantsområdet inklusiv Middelfart Kommune, hvor der findes en positiv befolkningsvækst, der er god beskæftigelse og lav langtidsledighed og ikke så mange kon-tanthjælpsmodtagere. Sundhedsprofilen er også i den gode ende – dog undtaget Fredericia Kommune, som også med hensyn til middellevetiden ligger lavere end de øvrige kommuner i klyngen.

Den anden klynge består kun af Odense Kommune, der har en god befolkningsudvikling og et godt uddannelsesniveau, men samtidig er en kommune, der tiltrækker en del ledige borgere. Nedlagte industrierhverv har størst konsekvenser for de kortuddannede og denne udvikling trækker tråde ud i store dele af det fynske område.

Endelig består den tredje klynge af kommunerne Tønder, Haderslev, Aabenraa, Sønderborg og Langeland, som alle er kendetegnet ved, at den unge del af befolkningen flytter ud i forbindelse med uddannelse og ikke vender tilbage til disse kommuner efter endt uddannelse. Også i denne klynge giver sundhedsprofilen af befolkningen udfordringer.



3 Strukturelle rammer og forhold

I det foregående kapitel var der fokus på demografiske forhold og på sundhed og sygelighed i den syddanske befolkning, som den primært kan beskrives via sundhedsprofilen. De demografiske forhold og sundhedstilstanden er den virkelighed, som sundhedsvæsenet i Syddanmark skal agere ind i. Derfor beskrives i dette kapitel de strukturelle forhold og rammer for sundhedsvæsenet i Syddanmark.

De strukturelle forhold og rammer handler på det regionale område især om sygehusstrukturen i både somatikken og psykiatrien. Disse beskrives i kapitlet, herunder også de nye sygehusbyggerier. De nye byggerier samler den specialiserede behandling og den akutte behandling på færre enheder, men til gengæld med fælles akutmodtagelser. De nye byggerier vil yderligere understøtte den udvikling, der allerede er i gang med hensyn til omlægning til ambulante behandling.

Afsnittet beskriver også strukturen med hensyn til almen praksis. Også andre dele af praksisområdet er relevant i nærværende sammenhæng, fx speciallægeområdet og det fysioterapeutiske område. En nærmere beskrivelse af de to områder findes i Kapitel 4, hvor der ses på aktivitet på speciallægeområdet og på det fysioterapeutiske område.

Med til billedet af strukturelle rammer og forhold i det syddanske sundhedsvæsen hører også strukturelle forhold og rammer på det kommunale område. Kommuner kan bygge ældre- og plejeboliger eller organisere ældreplejen som hjemmepleje, mens nogle kommuner også opretter akutfunktioner for at man i kommunen kan håndtere de pleje- og behandlingsmæssige udfordringer, udviklingen i det regionale sundhedsvæsen med kortere indlæggelsestider og øget ambulante behandling, stiller kommunerne overfor. Dette stiller igen øgede krav til de nødvendige kompetencer i hjemmesygeplejen og hos hjemmeplejens personale generelt, ligesom der også opstår øgede behov for koordinering på det kommunale sundhedsområde. Endeligt har kommunerne et stort fokus på den borgerrettede forebyggelse blandt andet på børn og ungeområdet og på at omlægge arbejdsmarkedsindsatsen til et mere rehabiliterende fokus.

Imidlertid findes der ikke valide, sammenlignelige data til at beskrive de strukturelle forhold og rammer på det kommunale område. Derfor indeholder dette kapitel ikke en beskrivelse af det kommunale område.

3.1 Somatik

Region Syddanmarks somatiske sygehusvæsen er opdelt i fire sygehusenheder, som hver har sygehuse på matrikler i forskellige byer:

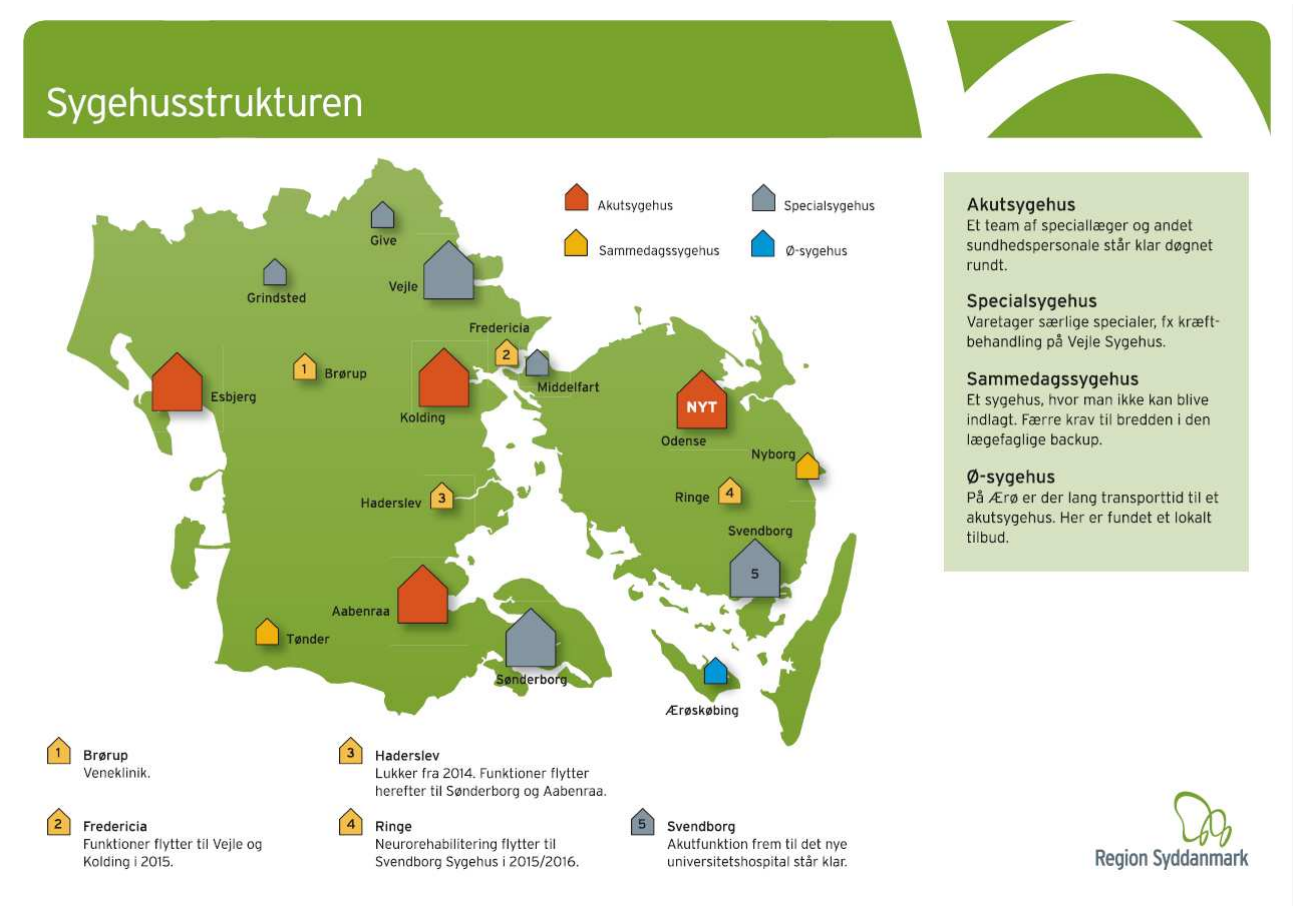
- 1) Odense Universitetshospital Odense og Svendborg, som har sygehuse i Odense, Svendborg, Nyborg, Ringe samt Ærø.
- 2) Sygehus Lillebælt, som har sygehuse i Middelfart, Fredericia, Kolding, Vejle og Give.
- 3) Sydvestjysk Sygehus, som har sygehuse i Esbjerg, Grindsted og Brørup.



4) Sygehus Sønderjylland, som har sygehuse i Sønderborg, Aabenraa, Haderslev og Tønder.²³

Se Figur 3.1 nedenfor, som viser sygehusstrukturen anno 2013.

Figur 3.1. Kort over sygehusvæsenet i Region Syddanmark i 2013



Kilde: Sundhedsplan for Region Syddanmark. December 2013.

Der er skadestuer i Esbjerg, Kolding, Odense, Aabenraa og Svendborg, samt Sønderborg og Vejle. Endvidere er der skadestudier på fire andre matrikler, som er Middelfart, Grindsted, Tønder, Fredericia.²⁴ I 2014 indføres forudgående visitation på alle regionens skadetilbud, og på baggrund af erfaringerne herfra skal den fremtidige skadebehandlingskapacitet vurderes nærmere.

Følges Sundhedsstyrelsens anbefalinger betyder det, at Region Syddanmarks akutfunktioner skal samles på fire sygehuse. Der er fire akutsygehuse i Odense, Esbjerg, Kolding og Aabenraa. I en overgangsfase er der et

²³ Yderligere findes Friklinikken under Region Syddanmark, som er en selvstændig sygehusenhed på Give Sygehus.

²⁴ Der er for nuværende skadestudier på to sygehuse som skal lukke, henholdsvis Fredericia og Haderslev sygehuse. Skadestudiet i Haderslev forudsættes lukket i forbindelse med flytning af aktiviteter til de øvrige matrikler i Sygehus Sønderjylland. Skadestudiet i Fredericia skal vurderes og dens fremtid afklares i forbindelse med vurderingen af skadestudierne på baggrund af indførelsen af forudgående visitation til skadebehandling.



femte akutsygehus i Svendborg, indtil der er bygget et nyt universitetssygehus i Odense. Svendborg Sygehus bliver herefter et specialsygehus med modtagelse af akutte visiterede medicinske patienter samt planlagte behandlinger inden for det kirurgiske område. Fremtidens sygehusstruktur i Region Syddanmark omfatter desuden: Specialsygehuse i Grindsted, Svendborg, Sønderborg og Vejle, sammedagssygehuse i Nyborg og Tønder, Veneklinik i Brørup, Rygcenter i Middelfart og Friklinik i Give, samt Ø-sygehuse på Ærø.

Omlægningen indebærer betydelige investeringer, ikke mindst i de sygehuse, der skal være akutsygehuse, samt til nybygning af et universitetshospital i Odense. Fra den statslige kvalitetsfond har Region Syddanmark fået tilsagn om investeringsrammer på 0,9 mia. kr. til udbygning og modernisering af Kolding Sygehus, 6,3 mia. kr. til et Nyt OUH og 1,25 mia. kr. til udbygning og modernisering af Aabenraa Sygehus. Udover disse større byggeprojekter er det planlagt, at Esbjerg og Svendborg sygehuse udbygges og renoveres. Dele af Sønderborg Sygehus skal ligeledes renoveres.

På de fem (men på sigt fire) akutsygehuse er der oprettet fælles akutmodtagelser (FAM). Formålet med dannelsen af de fælles akutmodtagelser er, at der sættes fart på at gennemføre den nødvendige udredning, så de sundhedsprofessionelle så hurtigt som muligt kan komme i gang med at behandle akutte patienter. Princippet er, at man på sygehusene samler ekspertisen med patienten som omdrejningspunkt, i stedet for at sende akutte patienter fra den ene ekspert til den anden.

For at kompensere for den længere afstand til sygehus, er den præhospitale indsats blevet styrket med lægebiler og akutbiler, som kan sikre en hurtig behandlingsindsats af akut syge eller tilskadekomne overalt i regionen.

De nye sygehusbyggerier skal bidrage til at fremme og understøtte den faglige udvikling på det somatiske område, hvor nogle behandlinger omlægges fra behandling ved indlæggelse til ambulante behandling på sygehusene og hvor andre indlæggelsestider bliver kortere. Mere ambulante behandling og hurtige forløb kræver, at de nødvendige diagnostiske opgaver ikke bliver flaskehalse eller placeres uhensigtsmæssigt og langt fra de enkelte afdelinger. For eksempel skal der være tilstrækkelig røntgenkapacitet og laboratorieresvar ved akut udredning skal være let og hurtigt tilgængelige. Det betyder, at sygehusene har fokus på hurtigere udredning og kortere behandlingsforløb, der er organiseret i såkaldte "pakkeforløb".

3.2 Psykiatri

I Region Syddanmark er det psykiatriske område organiseret som ét psykiatrisygehus med fælles psykiatrilidelse og matrikler fordelt over hele regionen. Regionen er opdelt i fire hovedfunktionsområder i Vestjylland, Sønderjylland, Lillebæltsområdet og Fyn.

Hvert område har både ambulante- og døgnbehandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og gerontopsykiatrien. Der er i alt ni matrikler med i alt 582 døgnpladser i 2013. Disse fordeler sig med 48 sengepladser indenfor børne- og ungdomspsykiatrien og i alt 534 sengepladser i voksenpsykiatrien. I alle hovedfunktionsområder er der også et døgnåbent akuttilbud.

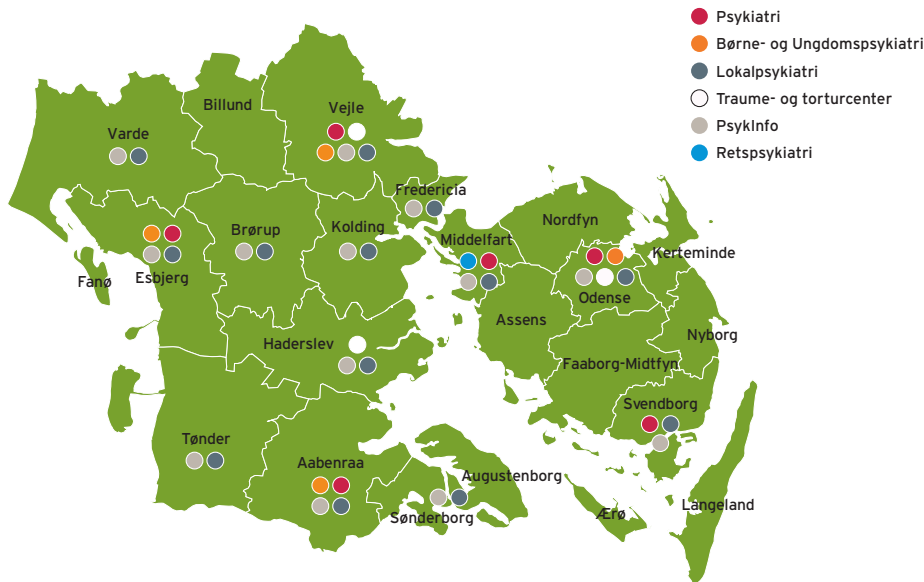
For de voksne patienter er lokalpsykiatrien indgangsporten til den regionale psykiatri. Lokalpsykiatrien indeholder en lang række ambulante tilbud, herunder også en række udadgående tilbud. Lokalpsykiatrien er



placeret 13 steder i regionen.

Frem mod 2020 udvikles psykiatrien i Region Syddanmark, jf. planen *Fremtidens psykiatri* (se Figur 3.2).

Figur 3.2. Kort over psykiatrien i Region Syddanmark, når psykiatriplanen er gennemført



Kilde: Psykiatrien i Syddanmark (<http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm235423>).

Psykiatriplanen medfører, at døgnbehandlingen samles og specialiseres på færre matrikler (fra 9 til 6), samtidig med at den ambulante behandling udbygges decentralt. Også fremadrettet vil der være et døgnåbent akuttilbud i hvert hovedfunktionsområde. Psykiatrien vil på sigt indgå i de fælles akutmodtagelser (FAM) i Aabenraa og Odense, mens der i Esbjerg og Vejle etableres psykiatriske akutmodtagelser (PAM) understøttet af en samarbejdsaftale med somatikken.

Ligesom på det somatiske område, er der igangsat byggerier i psykiatrien. Formålet er at sikre bedre og tidssvarende fysiske rammer for behandlingen, og der er stor fokus på helende arkitektur, herunder døgnrytmelys. Der bygges om og til i Esbjerg, ligesom der er bygget nye rammer for en udvidet og samlet retspsykiatri i Middelfart. Psykiatrien indgår også i Nyt OUH, og der er nye afdelinger på vej i Aabenraa og Vejle. Herudover er der såvel ombygninger som nybyggeri i lokalpsykiatrien. Det samlede anlægsbudget er på 2,2 mia. kr. frem mod 2021, når Nyt OUH forventes færdigt. Region Syddanmark er dermed den region, der har det højeste anlægsbudget på psykiatriområdet.

Figur 3.3 viser, at behandlingspsykiatrien i Syddanmark med hensyn til sengepladser ligger på eller tæt ved gennemsnittet for hele landet.



Figur 3.3. Normerede sengepladser pr. 1.000 indbyggere i psykiatrien, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Børne- og ungdomspsykiatrien	0,09	0,17	0,18	0,22	0,21	0,19
Voksenpsykiatrien	0,57	0,48	0,57	0,82	0,55	0,62

Kilde: Regionale indberetninger i Danske Regioner, Benchmarking af psykiatrien 2012.

Note: Børne- og ungdomspsykiatrien er defineret som børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og tilsvarende er voksenpsykiatri defineret som voksenpsykiatriske afdelinger, som er inklusiv retspsykiatri. Eventuelle 5-døgnsenge er omregnet til 7-døgnsenge.

Region Nordjylland adskiller sig med hensyn til børne- og ungdomspsykiatrien mest fra de øvrige regioner, hvilket også Region Hovedstaden gør på det voksenpsykiatriske område.

Ses på personalegrupperne i behandlingspsykiatrien, viser det sig, at der i Region Syddanmark er flere patienter pr. læge eller psykolog både i børne- og ungepsykiatrien og i voksenpsykiatrien. (Se Figur 3.4 nedenfor.)

Figur 3.4. Personalegrupper ansat i behandlingspsykiatrien fordelt på sygehusregion, 2012

		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Børne- og ungdomspsykiatrien	Patienter pr. læge eller psykolog	32	34	69	39	55	44
	Patienter pr. resterende sundhedspersonale	25	23	37	26	35	29
Voksenpsykiatrien	Patienter pr. læge eller psykolog	57	54	99	50	68	62
	Patienter pr. resterende sundhedspersonale	14	17	25	14	15	16

Kilde: Regionale indberetninger i Danske Regioner, Benchmarking af psykiatrien 2012.

Note: Antal patienter defineret som patienter behandlet på regionens sygehuse. Ved beregning af patienter per læge eller andet sundhedspersonale sammenlignes en organisatorisk fordeling af personale data med en aldersfordeling af patienter. "Resterende sundhedspersonale" er sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger m.fl. Personale der indgår i behandlingen af voksne patienter med spiseforstyrrelse i Region Midtjylland er medtaget under børne- og ungdomspsykiatrien, mens aktiviteten for voksne patienter med spiseforstyrrelse i Region Midtjylland medtages under voksenpsykiatrien.

Dette kan afspejle en økonomisk og politisk lavere prioritering af området eller en rekrutteringsmæssig udfordring. Disse forhold er relevante at belyse nærmere, for at kunne afdække eventuelle konsekvenser i forhold til kvalitet i de psykiatriske tilbud samt anbringelsesmæssige forhold, jf. afsnit 4.3.2.

3.3 Praksisområdet

Praksissektoren består af almen praksis, speciallæger, fysioterapeuter, tandlæger, mv. Praksisområdet er økonomisk styret af overenskomster mellem Danske Regioner og de pågældende organisationer på området. Området er også styret via praksisplaner, som vedtages for de forskellige praksisområder enkeltvis.

Nedenfor gennemgås udvalgte dele af praksisområdet, som især har relevans for det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Det gælder især områderne almen praksis og fysioterapi.

En gennemgang af den del af praksisområdet, der vedrører privatpraktiserende speciallæger, er udeladt i



dette kapitel ud over, at det her skal bemærkes, at de privatpraktiserende speciallæger fortrinsvis placerer sig i de større byer. Der er således flest i Odense, Svendborg, Sønderborg, Aabenraa, Haderslev, Vejle og Esbjerg kommuner. Med hensyn til aktiviteten hos de privatpraktiserende speciallæger vendes der tilbage til dette i Kapitel 4. Aktiviteten skal ses i sammenhæng med fortrinsvis sygehusenes aktivitet indenfor visse specialer og diagnoseområder. Fx vil operation for grå stær nogle steder foregå på sygehusene, mens det i andre dele af regionen vil foregå i speciallægepraksis. Et andet område er psykiatrien, hvor behandlingspsykiatri og socialpsykiatri skal ses i sammenhæng med tilstedeværelsen af privatpraktiserende psykiatere.

3.3.1 Almen praksis

Almen praksis indgår som repræsentant i de lovbestemte sundhedskordinationsudvalg, men det er ikke muligt at indgå aftaler med praksissektoren via disse udvalg. Regioner og kommuner er forpligtet til at beskrive almen praksis' rolle i den kommende sundhedsaftale 2015-2018. Regionerne har ansvaret for at følge op på implementeringen og leveringen af de aftalte ydelser og sikre en effektiv udnyttelse af lægekapaciteten og lægedækning i yderområder. Yderligere skal praksisplanudvalget i den kommende sundhedsaftale udarbejde praksisplaner, der, ud over kapacitetsdækning, også omfatter medicin håndtering og sygebesøg som væsentlige nøgleområder. I det følgende beskrives primært kapacitetsdækningen, idet dette emne er centralt for den kommende sundhedsaftale.

Der var pr. 1. januar 2014 i alt 1.200.738 patienter tilmeldt i alt 788 lægekapaciteter i regionen, hvilket svarede til et gennemsnit på 1.524 patienter²⁵. Se Figur 3.5.

Figur 3.5. Antal kapaciteter og antal sikrede i de syddanske kommuner pr. 1. januar 2014

Praksiskommune	Antal kapaciteter	Antal sikrede tilmeldt praksis	Antal gruppe 1-sikrede i kommunen
Odense	116	198.468	195.385
Fredericia	31	50.814	50.188
Kolding	58	92.791	89.942
Vejle	67	107.082	109.377
Kerteminde	15	23.830	23.632
Nordfyns	19	29.688	28.999
Esbjerg	77	116.017	114.799
Varde	32	51.703	49.938
Svendborg	38	57.557	59.833
Faaborg-Midtfyn	35	52.312	51.015
Nyborg	18	26.804	31.243
Haderslev	35	52.458	55.841
Aabenraa	40	57.553	58.822
Sønderborg	53	76.084	75.133
Middelfart	28	39.495	37.598
Langeland	9	12.565	12.688
Assens	28	38.072	40.974
Tønder	29	39.334	38.242
Vejen	29	39.187	42.620
Billund	22	29.431	26.300
Ærø	6	6.346	6.399
Fanø	3	3.147	3.248
I alt	788	1.200.738	1.200.216

Kilde: Yderregisteret

²⁵ Yderregistret.



Figuren viser antallet pr. januar 2014 af gruppe 1-sikrede i regionens kommuner, samt antallet af kapaciteter. Disse opgørelser ændrer sig løbende, idet praksis ophører, sammenlægges eller oprettes. Som nævnt ovenfor varierer antallet af sikrede pr. praksis ikke meget. Det gør til gengæld antallet af sikrede pr. kapacitet, hvilket afspejler strukturelle forhold. Der er således et udsving fra 1.049 patienter på Fanø til 1.711 patienter i Odense Kommune (ikke gengivet). De færreste sikrede pr. praksis findes især i ø-kommunerne. Øvrige udsving kan forklares med forskelle i praksisstrukturen, idet der i nogle kommuner er flere enkeltmandspraksis end i andre.

Praksisstrukturen i forhold til enkeltmands- og kompagniskabspraksisser er vist i Figur 3.6. I starten af 2014 er der knapt seks ud af 10 praksis kompagnifællesskaber.

Figur 3.6. Praksis fordelt på praksistype i 2008 og 2014

	Opgørelse april 2008		Opgørelse januar 2014	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Enkeltmandspraksis	220	53 %	161	42 %
Kompagniskabspraksis	196	47 %	221	58 %
I alt	416	100 %	383	100 %

Kilde: Yderregisteret.

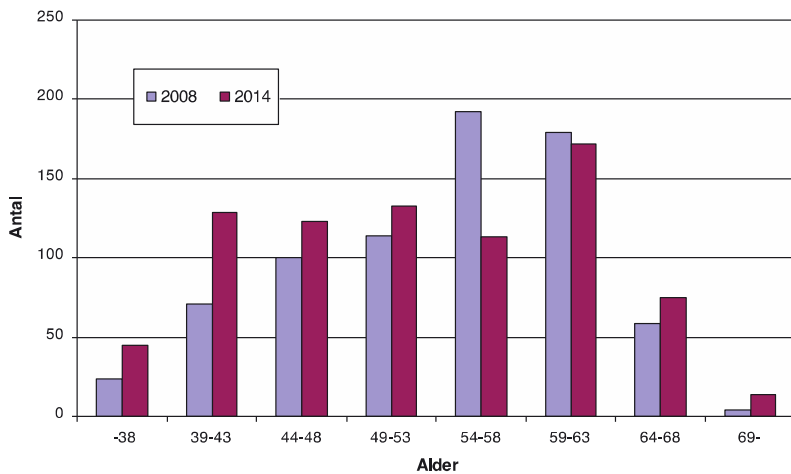
Hertil kommer, at mange praksis er samarbejdspraksis, hvor man indgår i fx lokalefællesskaber, deles om praksisfaciliteter eller deles om praksispersonale. Tages der højde for, at nogle praksis fungerer i samarbejdspraksis, kan det beregnes, at der i regionen findes ca. 345 praksisenheder. Sammenlignet med de øvrige regioner, viser PLO's medlemsundersøgelse, at der i Region Syddanmark er en forholdsvis lille andel af lægerne, der er organiseret som enkeltmandspraksis. Med til billedet af størrelsen af praksis hører, at yderligere – ca. 70 praksis – fungerer i et samarbejde med andre praksis i fælles lokaliteter og med samarbejde om fx praksispersonale. Samlet set er Region Syddanmark en foregangsregion med hensyn til at sikre større og dermed mere bæredygtige praksis, hvilket samtidig skaber gode muligheder for et bredere samarbejde både internt i praksis og mellem almen praksis og sygehuset.²⁶

Regionens praktiserende læger har en stigende gennemsnitsalder, hvilket fremgår af Figur 3.7, som viser aldersfordelingen i henholdsvis 2008 og i 2014 (januar). Delelæger er medtaget.

²⁶ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis, 2008.



Figur 3.7. Aldersfordeling for alment praktiserende læger i Region Syddanmark i 2008 og 2014



Kilde: Yderregisteret.

Konklusionen er, at andelen af yngre læger er steget markant, antallet af 54-63-årige er faldet og antallet af 64+-årige er steget.

Fordeles lægerne på praksistype, fungerer mange af de ældste læger i enkeltmandspraksis²⁷. Målt på fratrædende læger på 58 år og derover, er den gennemsnitlige ophørsalder steget fra 67,4 år i perioden 2002-2006 til 63,7 år i perioden 2007-2010. For perioden 2011-2013 har den gennemsnitlige ophørsalder været 65,1 år.

Det gennemsnitlige antal patienter pr. praksis samt praksis' tilkendegivelser af generelt at kunne og ville tage en del ekstra patienter, peger ikke umiddelbart i retning af lægedækningsmæssige udfordringer i Region Syddanmark. Billedet er imidlertid mere nuanceret, idet lægekapaciteterne er ulige fordelt og nogle områder i regionen har sværere ved at rekruttere nye læger end andre områder.

Målsætningerne for almen praksis i Region Syddanmark omfatter mere generelt:

- Fokus vil fortsat være på at rekruttere et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet og at antallet af ledige ydernumre ikke stiger.
- Fokus vil være på, at lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk, så der er et borgernært tilbud om almen lægehjælp af høj kvalitet og at almen praksis etableres hvor borgerne er.
- Fokus vil være på, at praksisstrukturen fortsat udvikler sig i retning af, at andelen af flerlægepraksis er stigende.

I Region Syddanmark er det således et af fokuspunkterne, at der ønskes større praksis, hvilket samtidig vil medføre færre praksis.

Lægedækningen har også betydning for samspillet mellem kommunernes og sygehusenes sundhedstilbud og mulighederne for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne i praksis. I takt med, at sygehusenes spe-

²⁷ Yderregistret.



cialisering stiger, stiger kravene til almen praksis også.

3.3.2 Fysioterapi

Fysioterapi behandles som et særskilt tema, da det udgør et karakteristisk praksisområde i det tværsektorielle sundhedssamarbejde. I 2008 overtog kommunerne således myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi. Samtidig blev det aftalt, at regionerne fortsat administrerer ordningen med hensyn til bl.a. udbetaling af honorarer, yderadministration, løbende rådgivning og udarbejdelse af statistik. Dette har afstedkommet nye udfordringer for de involverede parter. Den enkelte patient er som hidtil sikret frit valg i forhold til behandling i kommunalt regi eller hos praktiserende fysioterapeut.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet retningslinjer for den vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeut til personer med svært fysisk handicap. Når en patient opfylder kravene for vederlagsfri fysioterapi udskriver den praktiserende læge en henvisning. Denne henvisning giver ret til fysioterapeutisk behandling på hold eller til individuel behandling. Såfremt patienten har behov for mere end 20 individuelle behandlinger inden for et år, skal der udstedes en undtagelsesredegørelse, som underskrives af patienten, fysioterapeuten samt henvisende læge.

Sideløbende hermed kendes den enkelte fysisk handicappede ofte i det kommunale regi og modtager tilbud herfra. Med sådanne to parallelle systemer er der en potentiel risiko for, at behandlingen af den enkelte patient sker ukoordineret mellem den behandlende fysioterapeut og kommunen, samtidig med at der er risiko for unødige dobbelttilbud.

Dette skal endvidere ses i forhold til kommunernes behov for en effektiv ressourceudnyttelse og sikkerhed for den økonomiske udvikling, hvor det i nedenstående afsnit og i kapitel 4 vil fremgå, at kommunerne gennem de seneste år har oplevet en stigning i udgiften til vederlagsfri fysioterapi. Der kan konstateres stigning i både antallet af vederlagsfri patienter og i udgiften pr. patient.

I forhold til fysioterapidækningen, viser det sig, i lighed med kapacitetsdækningen for almen praksis, at der er en meget stor variation i denne målt i antal kapaciteter pr. kommune. Se Figur 3.8.



Figur 3.8. Antal indbyggere pr. kapacitet til fysioterapi, 2012

Kommune	Antal indbyggere pr. kapacitet
Langeland Kommune	2.910
Fanø Kommune	3.251
Ærø Kommune	3.318
Assens Kommune	3.607
Kerteminde Kommune	3.972
Svendborg Kommune	4.337
Sønderborg Kommune	4.348
Vejen Kommune	4.504
Nordfyns Kommune	4.512
Tønder Kommune	4.598
Billund Kommune	4.767
Varde Kommune	4.780
Odense Kommune	4.855
Haderslev Kommune	4.886
Esbjerg Kommune	5.482
Aabenraa Kommune	5.676
Nyborg Kommune	5.725
Kolding Kommune	5.769
Middelfart Kommune	5.795
Vejle Kommune	5.839
Fredericia Kommune	6.692
Faaborg-Midtfyn Kommune	6.885

Kilde: Targit, CSC Datawarehouse.

Der er stor variation kommunerne imellem. Antal indbyggere pr. kapacitet går fra 2.910 borgere i Langeland Kommune til 6.885 i Faaborg-Midtfyn Kommune. Dette kan hænge sammen med den enkelte kommunes udbud af genoptræningstilbud.

Antallet af patienter hos de praktiserende fysioterapeuter har i perioden 2007-2012 været stigende, jf. Figur 3.9.

Figur 3.9. Antallet af borgere i kontakt med fysioterapi, fordelt på speciale, 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Speciale 51 - Almindelig fysioterapi	70.719	73.819	75.009	77.291	78.602	79.925
Speciale 62 - Vederlagsfri fysioterapi	9.900	10.482	11.313	11.785	12.230	12.843
I alt	80.184	83.798	85.763	88.491	90.193	92.068

Kilde: Targit, CSC Datawarehouse.

Som det fremgår af figuren, havde 92.068 borgere i Region Syddanmark i 2012 kontakt med praktiserende fysioterapeuter. På trods af en medfinansieringsgrad på 60 % af honoraret for speciale Almindelig fysioterapi, ses en tydelig stigning i antallet af borgere, som søger hjælp til almindelig fysioterapi. Der er et fald i antallet af patienter i 2007, hvilket kan forklares med Sundhedsstyrelsens præcisering af henvisningskravet dette år for vederlagsfri fysioterapi. Det følgende år indførtes vederlagsfri fysioterapi for progressive lidelser, hvilket kan forklare den efterfølgende stigning i antallet af patienter til speciale Vederlagsfri fysiotera-



pi²⁸.

3.4 Opsamling

Kapitlet har beskrevet de strukturelle rammer og forhold, som gør sig gældende i det syddanske sundhedsvæsen, primært så vidt angår somatik, psykiatri og praksissektoren. Både den regionale somatiske del og den psykiatriske undergår i disse år store forandringer. Der er igangsat store bygge- og anlægsarbejder og der er igangsat en omlægning fra at behandling foregår under indlæggelse til at mere og mere behandling lægges i et ambulante regi.

Desuden er der sket en omlægning af akutfunktionerne, således at der på sigt findes fire fælles akutmodtagelser for hele regionen for at accelerere udredning og diagnostik af patienterne. Samtidig er der sket en oprustning på det præhospitale område med hensyn til lægebiler og akutbiler.

På det behandlingspsykiatriske område bygges der også nyt. Der er også her sket en omlægning til ambulante behandlingsformer. Antallet af sengeplader både på børne- og ungdomsområdet og på voksenområdet er en smule lavere pr. 1.000 indbyggere, når man sammenligner med de andre fire regioner.

Der findes knap 800 kapaciteter på de praktiserende lægers område. Der er samlet set ikke mangel på læger, men forskelle lokalt gør, at der visse steder er problemer med at besætte ydernumrene. Praksisstrukturen ændrer sig desuden i disse år. Det går fra færre enkeltmandspraksisser til kompagniskabspraksisser, ligesom andre praktiserende læger samarbejder på forskellig vis, fx om deling af lokaler og andet praksispersonale. Alderssammensætningen ændrer sig desuden på den måde, at der bliver flere yngre og flere ældre læger, mens aldersgruppen 54-63-årige bliver mindre.

Lægebetjeningen i almen praksis skal ses i samspillet mellem kommunernes og sygehusenes sundhedstilbud og mulighederne for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelse i praksis. I takt med, at sygehusenes specialisering stiger, stiger kravene til almen praksis også. Hvis almen praksis organiserer sig i større enheder, vil de via den rette arbejdstilrettelæggelse og ansættelse af praksispersonale være i stand til at varetage en bred palet af ydelser, herunder kronikerindsatser, akutbehandling af patienter og afslutte de mest almindeligt forekommende lidelser. Derudover viser erfaringerne, at flerlægepraksis (kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis) har lettere ved at rekruttere nye læger. Region Syddanmark er foregangsregion med hensyn til at sikre større og dermed mere bæredygtige praksis, hvilket samtidig skaber gode muligheder for et bredere samarbejde både internt i praksis og mellem almen praksis og sygehuset.

Yderligere til dette kommer, at der på praksisområdet også findes praktiserende speciallæger, som også er en del af det samlede billede. De privatpraktiserende speciallægers aktiviteter skal ses i sammenhæng med fortrinsvis sygehusenes aktivitet indenfor visse specialer og diagnoseområder. Fx vil operation for grå stær nogle steder foregå på sygehusene, mens det i andre dele af regionen vil foregå i speciallægepraksis. Et andet område er psykiatrien, hvor behandlingspsykiatri og socialpsykiatri skal ses sammen med tilstedeværelsen af privatpraktiserende psykiatere.

²⁸ "Praksisplan for fysioterapi – 2001-2014", Region Syddanmark, internt notat, 2012.



I den kommunale del af sundhedsvæsenet findes allerede hjemmepleje, hjemmesygepleje og genoptræning, samt socialpsykiatri, der spiller sammen med indsatser på det regionale område i de somatiske sygehuse, i behandlingspsykiatrien og med praksisområdet. I disse år arbejder kommunerne for at etablere forskellige subakutte eller akutte plejeindsatser, der har til formål, at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser og sikre rettidig hjemtagning af færdigbehandlede patienter i form af akutpladser. En analyse fra KL viser, at næsten 60 % af kommunerne har etableret akutpladser med adgang til sygeplejefaglige kompetencer døgnet rundt og endnu flere har planer om det, og at lidt mere end en tiendedel af kommunerne har etableret akutteam med specialiseret sygepleje.²⁹ Desuden er der i kommunerne indsatser på det borgerrettede forebyggelsesområde.

Imidlertid vurderes det, at der er store kommunale forskelle i disse kommunale ydelser og tilbud. For at analysere dette nærmere, mangler der dog valide og sammenlignelige data på tværs af kommunerne. En valid, sammenlignelig beskrivelse af det kommunale sundhedstilbud mangler, så det er muligt at beskrive samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen, herunder også almen praksis. Et sammenhængende sundhedsvæsen har stor betydning for effektivitet og kvalitet i de samlede borgerforløb, samt for borgerens tilfredshed med den behandling, genoptræning og pleje, som borgerne modtager.

²⁹ *Fakta om et styrket nært sundhedsvæsen*. København 2013: KL.



4 Aktiviteter og forbrug på overordnet niveau

Dette kapitel har fokus på aktiviteter og forbrug på et overordnet niveau i det syddanske sundhedsvæsen. Igen gentages billedet fra Kapitel 3, hvor det viser sig, at valide, sammenlignelige data er relativt let tilgængelige på det regionale somatiske og psykiatriske sygehusvæsens område, samt på praksisområdet. På det kommunale område dokumenteres aktivitet og forbrug i vidt omfang i kommunale systemer, dog således at aktivitet og forbrug registreres og konteres forskelligt mellem kommunerne, så sammenligninger på tværs ikke giver retvisende billeder.

Aktiviteten i sygehusene analyseres ofte ud fra produktionsværdien. Produktionsværdien angiver værdien af udskrivinger og ambulante besøg i sygehussektoren, som er blevet finansieret af det offentlige. Desuden opgøres også antallet af kontakter – enten indlæggelser eller ambulante besøg.

Særligt med økonomiaftalerne for 2014 er der kommet ekstra fokus på området. Der er i økonomiaftalerne for 2014 for henholdsvis kommunerne og regionerne blevet aftalt mål med regeringen om at forebygge indlæggelser, at forebygge genindlæggelser og at forebygge akutte korttidsindlæggelser, samt færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene. Imidlertid er der et særligt problem med data med hensyn til genindlæggelser, idet de tal, der anvendes på nationalt niveau, ikke umiddelbart er genkendelige i Region Syddanmarks opgørelser. Problemstillingerne præsenteres i afsnit 4.2 i dette kapitel.

4.1 Somatiske indlæggelser

Region Syddanmark ligger med hensyn til udskrivinger på niveau med de to andre jyske regioner. I Syddanmark er udskrivningsraten 188 pr. 1.000 indbyggere. Landsgennemsnittet er 203. Med hensyn til ambulante aktivitet ligger Region Syddanmark med godt 2.300 ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere øverst i forhold til de øvrige regioner og for hele landet. Se Figur 4.1 nedenfor.

Figur 4.1. Ambulante besøg samt udskrivinger, antal pr. 1.000 indbyggere, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Udskrivinger	185	183	188	222	237	203
Ambulante besøg	1.720	1.817	2.307	1.842	1.855	1.926

Kilde: eSundhed.

Dette bekræfter billedet i Kapitel 3, som redegjorde for den ambulante strategi, der er gennemført i hele landet, men mest konsekvent i Region Syddanmark. Ved en sammenligning mellem regionerne, fremgår det, at Region Midtjylland har et næsten tilsvarende lavt antal udskrivinger pr. 1.000 indbyggere. Imidlertid har Region Midtjylland et lavere ambulante aktivitetsniveau i forhold til Region Syddanmark. Det er derfor relevant at undersøge, om den ambulante strategi over tid reelt har medført en reduktion i antallet af udskrivinger.



Ses på indlæggelsesmønsteret på tværs af kommuner, svinger indlæggelsesraten fra 156 pr. 1.000 indbyggere i Nordfyns Kommune til 227 i Esbjerg Kommune.

På landsplan gælder det, at ca. 40 % af aktiviteten i sygehusvæsenet udføres ved behandling af akut indlagte patienter og den resterende aktivitet vedrører de ikke-akutte, også kaldet elektive, patienter. Af den samlede aktivitet udføres ca. 45 % på medicinske afdelinger og 45 % på kirurgiske afdelinger, og al anden aktivitet på øvrige afdelinger.³⁰

Den stigende ambulante aktivitet kan aflæses i tal for antallet af ambulante besøg på sygehusene, som er steget med 18 % fra 2007 til 2012 og liggetiderne er i samme periode faldet til 3,8 dage i gennemsnit på landsplan, svarende til et fald på 0,7 dage. Med den stigende aktivitet er fulgt reducerede ventetider. Den gennemsnitlige erfarede ventetid til operation er faldet med 8 dage fra 2007 til 52 dage i 2012. På det psykiatriske område er den tilsvarende erfarede ventetid til psykiatrisk behandling for børn og unge i samme periode faldet med 18 dage til 53 dage i 2012 og tallet er for psykiatrisk behandling for voksne steget med 11 dage til 43 dage i 2012.³¹

Der er samtidig sket en stigning i aktiviteten i sygehusvæsenet på 35 %. Stigningen skyldes i høj grad et stigende antal behandlede patienter (258.000 flere patienter i 2010 end i 2005). Samtidig er de enkelte behandlinger pr. patient blevet dyrere (målt ved den gennemsnitlige behandlingsudgift pr. patient, opgjort ved DRG-systemet).³² Yderligere har der i perioden særligt været prioriteret behandling af kræft- og hjerte-patienter. Samtidig kan udgiftsudviklingen også forklares med et ændret sygdomsbillede, hvor en større patientandel har behov for dyrere behandling samt at antallet af patienter med kroniske sygdomme er steget fra 2005-2010. Denne udvikling er muligjort af en generel produktivitetstigning i sygehusvæsenet, men produktionsniveauet er varierende mellem regionerne.³³

4.2 Somatiske genindlæggelser

Statens Serum Institut offentliggør i eSundhed data om genindlæggelser. Disse tal opgøres både på regions- og på kommuneniveau. Genindlæggelsesfrekvensen ses i Figur 4.2 nedenfor.

Figur 4.2. Frekvensen af forebyggelige genindlæggelser regionsopdelt, 2012

Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
10,7 %	9,4 %	13,5 %	11,2 %	9,5 %	11,0 %

Kilde: eSundhed

Det fremgår af figuren, at genindlæggelsesfrekvensen blandt regionerne er højest i Syddanmark. I Syddanmark er genindlæggelsesfrekvensen 13,5 %, hvor den i gennemsnit for hele landet er på 11 %. Region Sjæl-

³⁰ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, m.fl.: Effektiv styring på sygehusområdet, 2009.

³¹ Statens Serum Institut, Landspatientregistret.

³² Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012: Analyse af aktiviteten 2005-2010.

³³ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Finansministeriet, 2012: Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (VIII delrapport).



land og Midtjylland har her de laveste genindlæggelsesfrekvenser.

Statens Serum Institut har i sin opgørelse fokus på de genindlæggelser, der vurderes at kunne forebygges. Hovedpunkterne i definitionen af forebyggelige genindlæggelser er afgrænsninger aldersmæssigt og i forhold til 13 diagnosegrupper.³⁴ Samme datasæt ligger til grund for en netop offentliggjort publikation fra Kommunalt Økonomisk Forum under KL, som på kommuneniveau placerer Ærø, Langeland, Svendborg, Faaborg-Midtfyn, Assens, Kerteminde, Odense samt Billund i bunden med den højeste genindlæggelsesrate blandt alle 98 danske kommuner.³⁵

Imidlertid er disse tal misvisende, idet der er brugt en uhensigtsmæssig beregningsmetode.³⁶ I beregningen fra Statens Serum Institut fraregnes akutte indlæggelser, hvor henvisning sker enten mellem sygehusafdeling eller sygehusenheder. Denne eksklusion halverer antallet af genindlæggelser i nogle regioner, da registrering af disse henvisninger ikke sker på samme måde i alle sygehuse. Det beror derfor i høj grad på systemtekniske forhold og forretningsgange på de enkelte afdelinger, hvordan henvisning registreres.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2008 en analyse af genindlæggelser hos ældre, der er fyldt 67 år, som medtager henvisninger mellem sygehusafdelinger og sygehusenheder.³⁷ Sundhedsstyrelsens opgørelser stemmer derfor ikke overens med opgørelserne for forebyggelige genindlæggelser fra Statens Serum Institut.

Sundhedsstyrelsens data fra 2008 kan desuden genskabes via eSundhed, hvilket giver mulighed for at opdatere tallene. De opdaterede tal fra eSundhed redegøres der for i nedenstående, hvor tallene foruden diagnoseniveau også findes på både regions- og kommuneniveau.³⁸ Se Figur 4.3 nedenfor.

³⁴ Forebyggelige genindlæggelser, jf. Statens Serum Institut: "Andel patienter på 67 år eller derover, som genindlægges akut (ikke for kræft eller ulykke) inden 30 dage efter udskrivelse med en af 13 diagnosegrupper: hjerneblødning, dehydrering, forstoppelse, lungebetændelse, blærebetændelse, astma/bronkitis (KOL), hjertesvigt, gastroenteritis, brud, ernæringsmæssig anæmi (blodmangel), gigt, sociale og plejemæssige forhold, tryksår. Baseret på LPR. En indlæggelse medtælles kun som genindlæggelse, hvis den sker tidligst dagen efter udskrivningen." Se i øvrigt publikationen *Monitorering af sundhedsaftalerne*, København 2011, Sundhedsstyrelsen, hvor datadefinitionerne, der indgår i eSundhed, beskrives.

³⁵ *Kend din kommune – og styr den. Brug nøgletal i styringen. Hvor ligger din kommune?* København 2014: Kommunalt Økonomisk Forum, KL.

³⁶ Opgørelse af genindlæggelsesrater. Notat af 14. februar 2014, Afdelingen for Sundhedsdokumentation, Region Syddanmark, og Henvisningsmåde ifm. genindlæggelsesrater. Notat af 14. februar 2014, Afdelingen for Sundhedsdokumentation, Region Syddanmark.

³⁷ *Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009; 13 (2).

³⁸ På enkelte punkter har metoden i Sundhedsstyrelsens rapport ikke kunne følges helt. Bl.a. har det ikke været muligt at sortere indlæggelser fra for personer som dør indenfor 30 dage efter udskrivelsen. Der grupperes efter sygdomsdiagnosen ved udskrivningen på den primære indlæggelse. En efterfølgende indlæggelse inden for 30 dage vil være en genindlæggelse uafhængigt af hvilken diagnose den har og på hvilken afdeling, den sker. Det afgrænses dog således at der skal være tale om en akut indlæggelse og genindlæggelsen må heller ikke have en kræftdiagnose eller en ulykkesdiagnose.



Figur 4.3. Genindlæggelsesfrekvens for 67+-årige, 11 diagnosegrupper på regionsniveau, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Hjerneblødning	4,9 %	6,5 %	8,4 %	8,3 %	8,6 %
Dehydrering	12,2 %	16,9 %	19,0 %	19,7 %	17,0 %
Forstoppelse	15,1 %	24,5 %	18,6 %	20,9 %	21,2 %
Lungebetændelse	11,3 %	16,3 %	17,1 %	17,6 %	19,3 %
Blærebetændelse	12,4 %	15,8 %	16,9 %	18,2 %	16,5 %
Astma og bronkitis	21,6 %	22,6 %	25,6 %	24,8 %	28,2 %
Hjertesvigt	8,4 %	11,2 %	11,2 %	16,6 %	14,2 %
Gastroenteritis	13,7 %	17,2 %	19,7 %	18,3 %	16,0 %
Brud	8,3 %	6,7 %	6,7 %	10,5 %	8,3 %
Ernæringsbetinget anæmi	13,7 %	17,3 %	15,5 %	23,4 %	15,7 %
Gigt	5,8 %	6,5 %	6,0 %	9,5 %	6,6 %

Kilde: eSundhed.

Figuren viser, at genindlæggelsesfrekvensen på nær to diagnosegrupper topper i Region Hovedstaden eller Sjælland. Region Syddanmark har den højeste genindlæggelsesfrekvens, når der sammenlignes med de fire andre regioner, vedr. gastroenteritis (mave-tarm-infektioner) med en genindlæggelsesfrekvens på knap 20.

Ses på tallene for kommunerne viser det sig, at der mellem kommunerne er store forskelle. Se Figur 4.4 nedenfor.

Figur 4.4. Genindlæggelsesfrekvens for 67+-årige, 11 diagnosegrupper på kommuneniveau, 2012

	Hjerneblødning	Dehydrering	Forstoppelse	Lungebetændelse	Blærebetændelse	Astma og bronkitis	Hjertesvigt	Brud	Gigt
Middelfart	2,2 %	20,0 %		20,5 %	20,0 %	17,9 %	12,2 %	7,8 %	9,9 %
Assens	6,9 %	12,9 %	6,3 %	6,7 %	10,8 %	28,2 %	9,5 %	3,1 %	5,3 %
Faaborg-Midtfyn	9,0 %	8,3 %	14,3 %	24,6 %	19,2 %	23,5 %	9,2 %	1,3 %	3,9 %
Kerteminde	9,7 %	42,9 %		31,3 %	18,2 %	17,1 %	4,1 %	7,7 %	4,5 %
Nyborg	5,9 %	21,7 %	15,4 %	20,0 %	7,7 %	20,6 %	14,1 %		7,8 %
Odense	8,1 %	16,4 %	14,9 %	14,8 %	16,4 %	28,9 %	12,1 %	5,0 %	4,7 %
Svendborg	10,5 %	12,0 %	12,0 %	10,9 %	12,2 %	21,3 %	11,2 %	4,1 %	3,8 %
Nordfyns	16,0 %	6,3 %			8,7 %	12,5 %	15,4 %	9,5 %	5,7 %
Langeland	11,8 %	40,0 %	20,0 %	22,2 %		13,3 %	6,7 %	4,8 %	2,0 %
Ærø	13,6 %	20,0 %				6,7 %	11,5 %		10,0 %
Haderslev	11,4 %	19,0 %	19,0 %	13,7 %	8,0 %	19,6 %	12,3 %	7,3 %	6,1 %
Billund		28,9 %		13,0 %	43,8 %	31,0 %	11,1 %	16,4 %	8,3 %
Sønderborg	10,5 %	14,5 %	28,1 %	12,8 %	9,4 %	20,9 %	16,3 %	6,4 %	5,2 %
Tønder	10,3 %	20,0 %		23,7 %	9,1 %	23,2 %	6,2 %	4,0 %	1,1 %
Esbjerg	12,8 %	19,4 %	31,0 %	22,1 %	18,0 %	31,1 %	14,5 %	11,2 %	10,5 %
Fanø							11,1 %	7,1 %	9,1 %
Varde	7,3 %	15,9 %	23,8 %	23,8 %	17,9 %	27,1 %	5,0 %	10,2 %	2,4 %
Vejle	2,9 %	10,7 %		7,5 %	18,2 %	28,4 %	11,4 %	6,4 %	8,6 %
Aabenraa	11,4 %	15,0 %	21,4 %	21,7 %	13,2 %	25,7 %	11,9 %	8,1 %	7,2 %
Fredericia	5,4 %	35,4 %	10,5 %	17,2 %	23,7 %	27,3 %	12,1 %	6,5 %	7,0 %
Kolding	3,3 %	15,4 %	19,4 %	13,4 %	13,5 %	27,4 %	8,9 %	7,1 %	5,3 %
Vejle	6,9 %	16,7 %	17,2 %	17,1 %	27,5 %	25,0 %	10,4 %	3,9 %	

Kilde: eSundhed.



De tomme felter viser, at der enten ikke findes indrapporterede tal for kommunen vedr. diagnosegruppen eller at antallet af indlæggelser er meget lavt. Genindlæggelsesfrekvensen kan derfor blive meget høj ved, at der blot er ganske få.

I figuren er de fem kommuner med de laveste genindlæggelsesfrekvenser mærket med grøn, mens de fem med den højeste genindlæggelsesfrekvens er markeret med rød. Derved viser det sig, at det ikke, som i analysen på basis af data fra Statens Serum Institut, er Ærø, Langeland, Svendborg, Faaborg-Midtfyn, Assens, Kerteminde, Odense samt Billund kommuner, der har høje genindlæggelsesrater, men Langeland, Billund og Esbjerg kommuner, der på flest diagnosegrupper har flest genindlæggelser.

Anvendes den beregningsmåde, der indgår i den netop gennemførte analyse³⁹, ses det, at genindlæggelsesraten (hvor raten for hele landet er sat til 100) i Region Syddanmark er 84. Region Nordjylland har en lavere rate end Syddanmark, mens de tre øvrige regioner ligger over. Se Figur 4.5.

Figur 4.5. Genindlæggelsesrater på regionalt niveau, 2012

Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
77	87	84	121	117	100

Kilde: eSundhed.

På kommunalt niveau viser det sig, at Nordfyn, Middelfart, Assens og Fåborg-Midtfyns kommuner har de laveste genindlæggelsesrater, mens kommunerne Esbjerg, Sønderborg, Billund og Fredericia har de højeste. (Indeks 100 er hele landet, mens indekset for Syddanmark er 84.)

Figur 4.6. Alders- og kønsstandiseret index for genindlæggelser i Region Syddanmark, 2012

Kommune	Indeks
Nordfyn	55
Middelfart	66
Assens	69
Fåborg-Midtfyn	71
Odense	72
Kerteminde	72
Nyborg	74
Vejen	76
Vejle	77
Tønder	80
Langeland	81
Ærø	83
Svendborg	84
Kolding	85
Haderslev	85
Varde	85
Åbenrå	88
Fanø	91
Fredericia	93
Billund	96
Sønderborg	98
Esbjerg	125

Kilde: eSundhed.

³⁹ Se referencen i fodnote 36.



På baggrund af ovenstående tilbagestår, at de tal, der publiceres af Statens Serum Institut og også anvendes i Kommunalt Økonomisk Forum i deres publikation, nævnt ovenfor, med stor sandsynlighed er fejlbehæftede. Resultaterne af de to analyser viser ikke de samme resultater, hverken med hensyn til genindlæggelsesfrekvensen på regionalt niveau og når der sammenlignes med de fire andre regioner, eller når der ses på mønstret i genindlæggelsesfrekvenserne på kommuneniveau. Konkluderende fremstår det på denne baggrund usikkert, om der er flere genindlæggelser i Region Syddanmark målt i forhold til hele landet. Under alle omstændigheder dækker tallene over store kommunale forskelle, hvorfor genindlæggelsesområdet oplagt er et fælles tværsektorielt fokusområde.

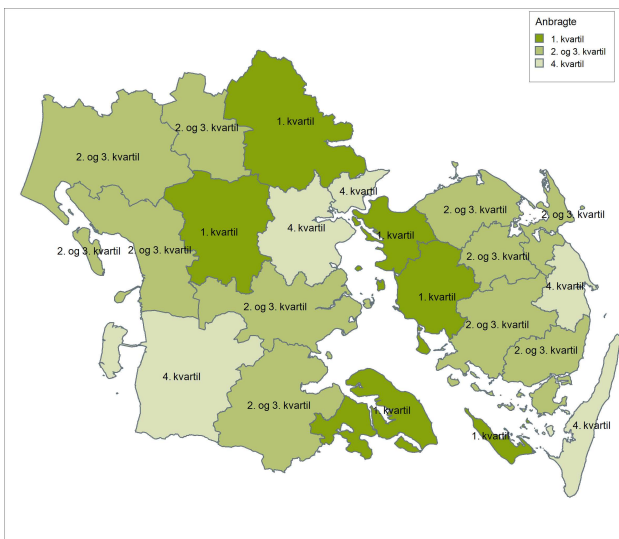
4.3 Psykiatri

I dette afsnit fokuseres på aktivitet og forbrug på det psykiatriske område. Først sættes fokus på kommunernes tilbud. På psykiatriområdet er det også gældende, at der findes sparsomme valide, sammenlignelige kommunale data. Dette er bl.a. konstateret i forbindelse med udarbejdelsen af psykiatriudvalgets rapport⁴⁰, samt en lokalt udarbejdet rapport, der tydeliggjorde det vanskelige ved at indhente oplysninger fra 22 kommuner, både hvad angår tilbagemeldinger, kvalitet og sammenlignelighed.⁴¹

4.3.1 Kommunernes tilbud

I nedenstående Figur 4.7 ses antal anbragte per 1.000 0-17-årige i kommuner, hvor psykiske vanskeligheder har været den udslagsgivende årsag.

Figur 4.7. Antal anbragte per 1.000 0-17-årige i kommuner, hvor psykiske vanskeligheder har været den udslagsgivende årsag, kommunefordeling



Kilde: Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistik i Afrapportering fra arbejdsgruppe 1 under regeringens psykiatriudvalg: "Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1". Oktober 2013.

⁴⁰ Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri: En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Resumé af hovedrapport, 2013.

⁴¹ Se endvidere Bilag B.



Ifølge figuren er der en variation blandt de syddanske kommuner. Det ses, at Tønder, Langeland, Kerteminde, Fredericia og Kolding ligger i den fjerdedel af kommunerne, hvor der er sket flest anbringelser. I den fjerdedel, hvor der er færrest, findes Vejle, Vejen, Sønderborg, Assens og Middelfart, samt Ærø kommuner.

Hvad angår dag- og døgntilbud til voksne med psykiske vanskeligheder, viser nedenstående tabeller de forskelle, der eksisterer mellem kommuner på tværs af de fem regioner, hvad angår antallet af personer på de enkelte tilbud. Figur 4.8 omhandler beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. Tallene for antallet af borgere er opgjort efter opholdskommune.

Figur 4.8. Antal voksne med psykiske vanskeligheder i dagtilbud pr. 1.000 18-64-årige, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Kommuner i Region Hovedstaden	2,1	1,9	1,8	3,5	2,6	24 %
Kommuner i Region Sjælland	1,6	1,7	2,5	2,8	3,0	81 %
Kommuner i Region Syddanmark	3,8	3,0	3,6	3,4	3,5	- 7 %
Kommuner i Region Midtjylland	2,3	2,4	3,1	2,9	2,8	23 %
Kommuner i Region Nordjylland	2,8	3,5	2,8	2,8	3,2	15 %
Hele landet	2,5	2,4	2,7	3,2	2,9	18 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger i Afrapportering fra arbejdsgruppe 1 under regeringens psykiatriudvalg: "Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1". Oktober 2013.

Note: Dagtilbuddene er jf. Servicelovens §§ 103 og 104.

Antallet af personer på dagtilbud er i gennemsnit 2,9 pr. 1.000 indbyggere, hvor kommunerne i Region Hovedstaden står for det laveste antal med 2,6 pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Syddanmark har det højeste antal med 3,5 pr. 1.000 indbyggere. Tallene viser en stor stigning i antallet af borgere fra 2007 til 2011 for især kommunerne i Region Sjælland (på 81 %), hvor udviklingen på landsplan er 18 %. Det er bemærkelsesværdigt, at der i kommunerne i Region Syddanmark er sket et *fald* på 7 % i perioden. Dog er udgangspunktet i 2007 meget højt i Region Syddanmark sammenlignet med de fire andre regioner, og er fortsat på det højeste niveau.

Figur 4.9 viser antallet af personer på døgntilbud (botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108).

Figur 4.9. Antal voksne med psykiske vanskeligheder i døgntilbud pr. 1.000 18-64-årige, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Kommuner i Region Hovedstaden	3,4	3,4	3,3	3,7	3,4	2 %
Kommuner i Region Sjælland	4,0	4,0	4,4	4,2	4,5	14 %
Kommuner i Region Syddanmark	4,3	4,7	5,0	4,6	4,9	14 %
Kommuner i Region Midtjylland	2,6	2,7	2,7	2,7	2,3	- 10 %
Kommuner i Region Nordjylland	3,6	3,7	3,8	3,6	3,2	- 9 %
Hele landet	3,5	3,6	3,7	3,7	3,6	3 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger i Afrapportering fra arbejdsgruppe 1 under regeringens psykiatriudvalg: "Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1". Oktober 2013.

Note: Døgntilbuddene er jf. Servicelovens §§ 107 og 108.

Antallet af personer på døgntilbud er i 2011 i gennemsnit 3,6 pr. 1.000 indbyggere, hvor kommunerne i Region Syddanmark står for det højeste gennemsnitlige antal med 4,9 personer pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Midtjylland har det laveste antal med 2,3 pr. 1.000 indbyggere.

Tallene viser en vækst i antallet af borgere i døgntilbud fra 2007 til 2011 for kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark (begge på 14 %) på trods af, at udgangspunktet i 2007 i forvejen var højt i sammenligning med de øvrige regioner.



4.3.2 Regional behandlingspsykiatri

Nedenfor ses på nøgletal fra de regionale psykiatrier.

Figur 4.10. Aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien, 2012

	Antal patienter, pr. 1.000 indbyggere	Antal ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere	Antal udskrivninger, pr. 1.000 indbyggere	Gennemsnitlig indlæggelsestid i sengedage	Andel genindlæggelser i procent af det samlede antal udskrivninger
Nordjylland	12	80	1,7	14	11,7 %
Midtjylland	18	86	0,9	37	12,8 %
Syddanmark	25	129	1,0	26	10,0 %
Hovedstaden	20	141	1,8	36	13,4 %
Sjælland	23	116	1,7	30	12,1 %
Hele landet	20	116	1,4	31	12,3 %

Kilde: DRG-grupperet Landspatientregister pr. 10. marts 2013 i Danske Regioner, Benchmarking af psykiatrien 2012.

Note: Der indgår kun indlæggelsesforløb, der er afsluttet i 2012.

I børne- og ungdomspsykiatrien er der flere patienter i behandling pr. 1.000 indbyggere i Region Syddanmark end i de øvrige fire regioner. I Region Syddanmark findes den næsthøjeste rate for ambulante behandling og én af de laveste udskrivningsrater, samt den laveste genindlæggelsesfrekvens sammenlignet med de øvrige regioner. Denne udvikling er i overensstemmelse med målene i psykiatriplanen.

Det betyder, at børne- og ungdomspsykiatrien i Syddanmark i højere grad end de andre regioner anvender en ambulante strategi. Denne strategi har tilsyneladende ikke ført til flere genindlæggelser. Det kan hertil tilføjes, at der var 2,3 patienter i psykiatrisk speciallægepraksis pr. 1.000 indbyggere i Region Syddanmark i 2011. I hele landet var tallet 3,2.⁴² Det er usikkert, om forskellen i de ambulante kontakter kan forklare forskellen i forbrug af speciallæge.

Når man ser på voksenpsykiatrien gentager billedet fra børne- og ungdomspsykiatrien sig. Se Figur 4.11.

Figur 4.11. Aktiviteten i voksenpsykiatrien, 2012

	Antal patienter, pr. 1.000 indbyggere	Antal ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere	Antal udskrivninger, pr. 1.000 indbyggere	Gennemsnitlig indlæggelsestid i sengedage	Andel genindlæggelser i procent af det samlede antal udskrivninger
Nordjylland	18	163	6,5	29	14 %
Midtjylland	21	181	8,1	17	22 %
Syddanmark	28	227	9,2	20	19 %
Hovedstaden	23	256	12,1	19	24 %
Sjælland	22	193	8,3	19	21 %
Hele landet	23	241	9,5	19	21 %

Kilde: DRG-grupperet Landspatientregister pr. 10. marts 2013 i Danske Regioner, Benchmarking af psykiatrien 2012.

Note: Der indgår kun indlæggelsesforløb, der er afsluttet i 2012.

Der er fokus på ambulante behandling og lidt færre, der indlægges, samtidig med, at genindlæggelsesprocenten er forholdsvis lav. Desuden har Region Syddanmark næstfærrest voksne i behandling pr. 1.000 ind-

⁴² "Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1" Afrapportering fra arbejdsgruppe 1 under regeringens psykiatriudvalg. Oktober 2013: Side 183.



byggere i speciallægepraksis, med 9,0 mod 13,3 på landsplan.⁴³

Ifølge Danske Regioners psykiatribenchmark for 2012 er der en række karakteristika, der gælder for den syddanske psykiatri sammenlignet med de fire øvrige regioner. Omkostningen pr. behandlet patient er lavest i Psykiatrien i Region Syddanmark sammenlignet med de fire øvrige psykiatrier. Dette skyldes blandt andet en bevidst ambulant strategi, der medfører, at Region Syddanmark har den næsthøjeste andel patienter i ren ambulant behandling og mange borgere i kommunale dag- og døgntilbud med en psykisk lidelse. Konsekvenserne af dette i forhold til anbringelser kendes ikke. I afsnit 4.3.1 blev det imidlertid vist, at antallet af anbringelser pr. 1.000 0-17-årige indbyggere i fem kommuner i Syddanmark er blandt den højeste fjerdedel på landsplan.

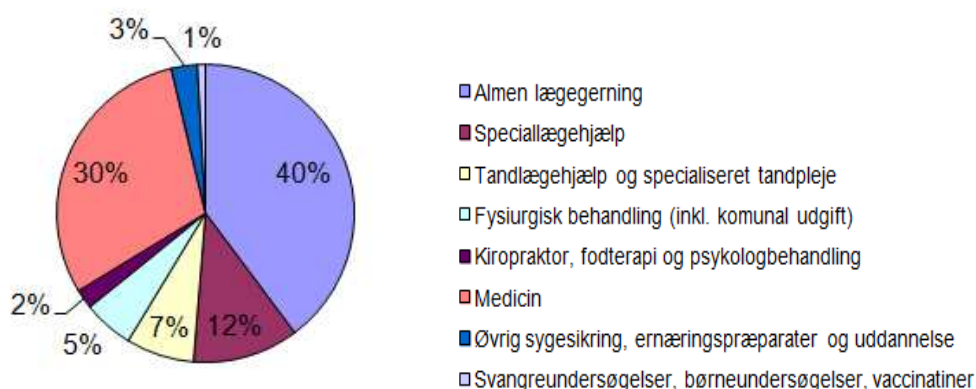
Hertil kommer, at Region Syddanmark pr. januar 2013 havde den største andel patienter i behandling indenfor 8 uger (92 %). Samtidig er Region Syddanmark den region, der afviser færrest henvisninger til psykiatrien. Region Syddanmarks målsætning i forhold til henvisninger, er at give minimum én konsultation inden der tages stilling til det videre forløb (med mindre henvisningerne er decideret fejlbehæftede og kræver genfremsendelse). Region Syddanmark har endelig fremrykket indførelsen af en udredningsret på 4 uger fra 1. september 2015 til 1. januar, for at ligestille somatiske og psykiatriske patienter.

4.4 Praksisområdet

Fordelingen af udgifterne til den samlede praksissektor i 2012 fremgår af

Figur 4.12.

Figur 4.12. Fordeling af Region Syddanmarks samlede udgifter til primærsektoren, 2012 (i procent)



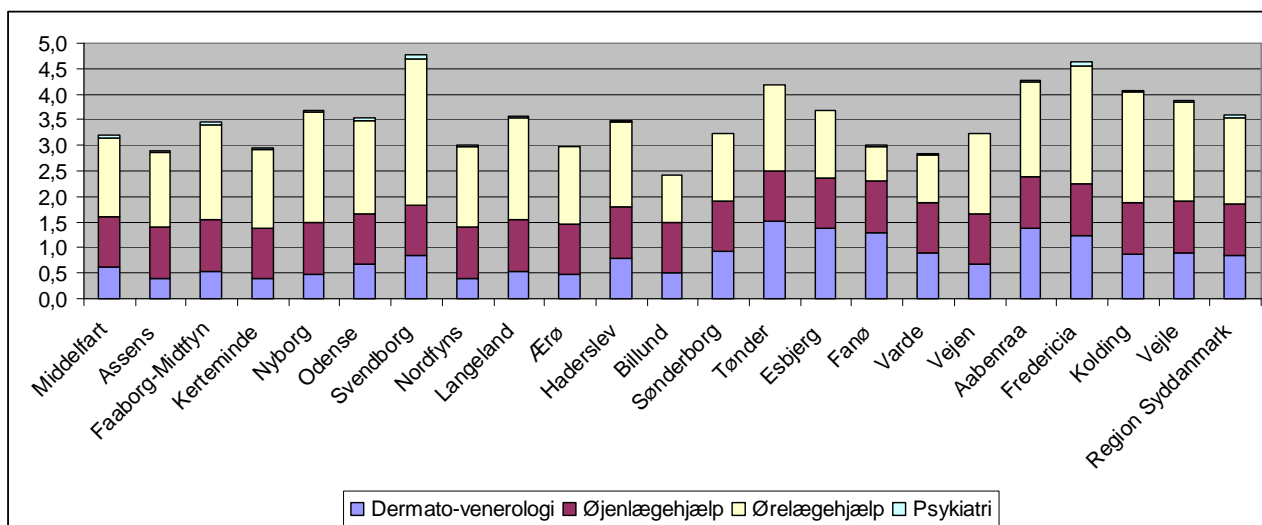
Kilde: Targit, CSC Datawarehouse.

Et detaljeret udsnit af udgifterne til speciallægehjælp i 2012 fordelt på kommuner fremgår af figur 4.13.

⁴³ Ibid.: side 201.



Figur 4.13. Forbrug pr. borger til speciallæger fordelt på kommuner hos speciallæger på udvalgte områder, 2012



Kilde: Targit, CSC Datawarehouse.

4.4.1 Almen praksis

Ser man på ydelsesudviklingen i almen praksis, er der overordnet en stigning i ydelser i dagtid, hvorimod der har været et fald i vagttiden. Dette har været en ønsket udvikling af Samarbejdsudvalget vedr. almen lægegerning, og den ønskes fortsat i de kommende år. Mest markant er dog udviklingen i e-mail konsultationer, der er steget med 325 % i perioden. Dette formodes i nogen grad at have reduceret antallet af telefonkonsultationer samt antallet af almindelige konsultationer.

Figur 4.14. Udviklingen i antal ydelser i almen praksis 2008-2013, Region Syddanmark, 1.000 ydelser

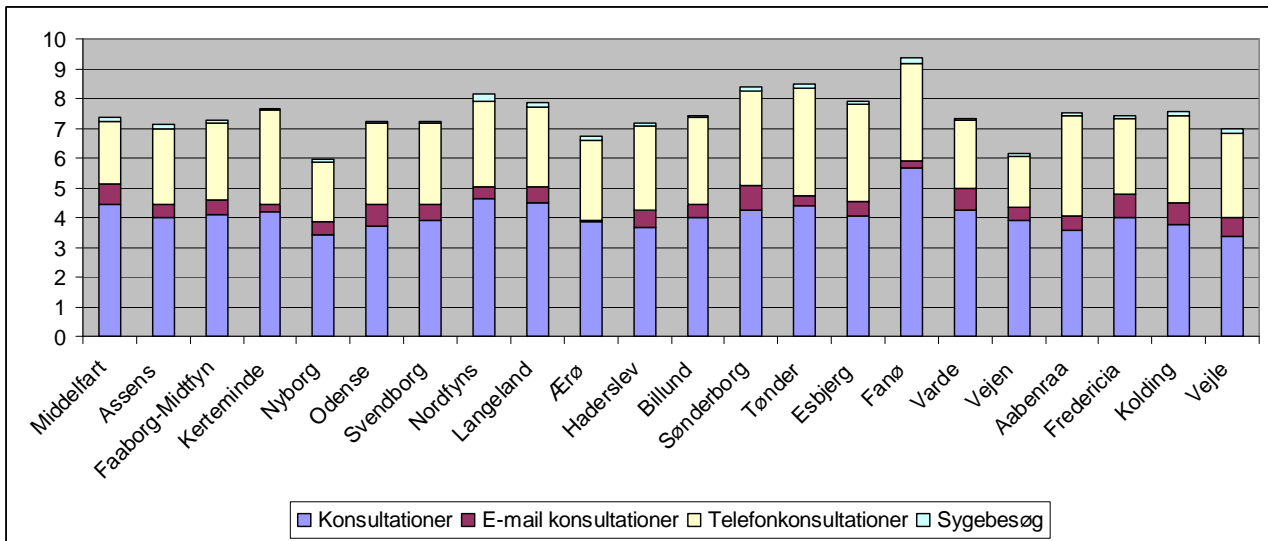
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring 2008-2012 (i %)
Dagtid							
Konsultation	4.222	4.315	4.284	4.542	4.485	4.403	4 %
E-mail konsultation	199	303	421	568	710	845	325%
Forebyggelseskonsultation	253	293	357	200	128	128	-49%
Telefonkonsultation	3.499	3.418	3.314	3.232	3.007	2.720	-22%
Besøg	91	90	84	82	79	80	-12%
Kontakter i alt – dagtid	8.264	8.419	8.461	8.952	8.409	8.176	-1%
Vagttid							
Konsultation	210	198	197	203	209	220	5%
Telefonkonsultation	357	362	346	345	343	338	-5%
Besøg	54	54	52	51	51	51	-6%
Kontakter i alt - vagttid	622	614	595	600	602	609	-2%

Kilde: Sygesikringssystemet.

Tallene i 2012 dækker over en stor mellemkommunal variation, hvilket fremgår af Figur 4.15.



Figur 4.15. Ydelser i almen praksis, kommuneopdelt, i antal pr. indbyggere, 2012

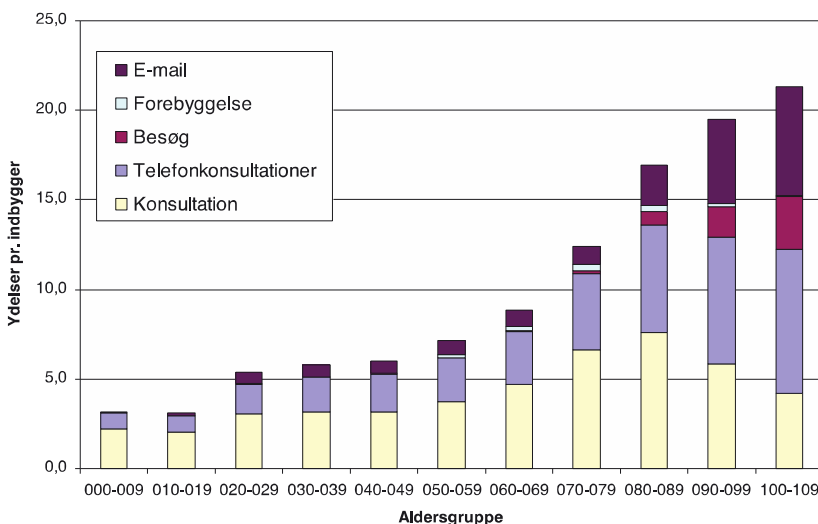


Kilde: Sygesikringssystemet.

Af figuren fremgår det, at Fanø Kommune har en særlig høj andel af almindelige konsultationer, mens Vejle og Nyborg kommuner har en lavere grad af denne type ydelse. Substitueringen over mod e-mail konsultationer er tilsyneladende mest udbredt i Sønderborg og Varde kommuner.

Der er desuden betydelig forskel på, hvilke ydelser, der gives til de forskellige aldersgrupper, hvilket fremgår af Figur 4.16. Figuren viser, at besøgene primært aflægges hos de ældre aldersgrupper. Ligeledes gælder det for e-mailkonsultationerne, som andre undersøgelser har vist, at de i høj grad udveksles med pårørende og plejepersonale.

Figur 4.16. Aldersfordeling af grundydelse, dagtid. Antal ydelser pr. indbygger, 2013



Kilde: Sygesikringssystemet.

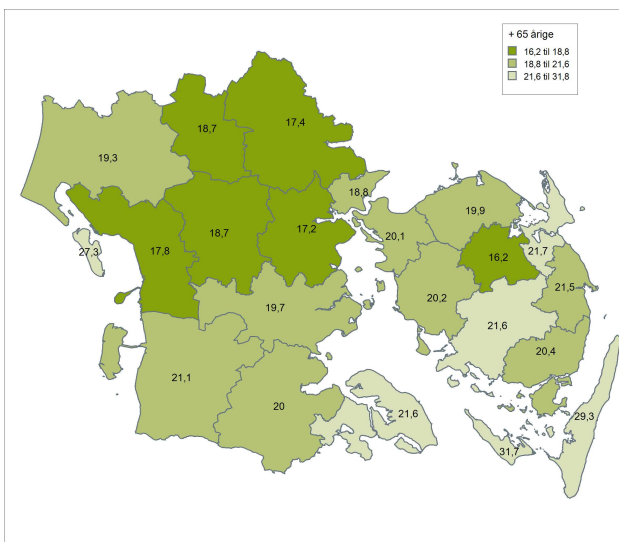


Der er i opgørelsen ikke medtaget samtaleterapi samt børne- og svangreundersøgelser. Der har i perioden 2008-2011 været en stigning fra ca. 66.000 samtaleterapiydelser til knap 80.000 ydelser i 2011. Dette svarer til en stigning på 19 %. Herefter faldt antallet til ca. 69.000 i 2013.

Hvad angår børneundersøgelser, så har det faldende børnetal medført et fald fra ca. 129.000 undersøgelser i 2007 til ca. 114.000 i 2013, hvilket svarer til et fald på ca. 12 %.

Der er samtidig stor kommunal variation i ældrebefolkningens størrelse, hvilket, isoleret set, vil skabe forøget efterspørgsel efter ydelser i almen praksis i kommuner med en relativ stor ældrebefolkning. Andelen af personer 65 år eller derover fremgår af nedenstående Figur 4.17 (jf. også kapitel 2).

Figur 4.17. Andel personer 65 år eller derover i Region Syddanmark, 2012



Kilde: COWI.

Som det fremgår, vil særligt de sønderjyske kommuner samt de sydfynske kommuner og Langeland Kommune forventeligt opleve en stigende efterspørgsel efter praktiserende lægers ydelser.

4.4.2 Fysioterapi

Udviklingen i behandlingsmetoder for den del af fysioterapien, hvor der er et delt opgaveansvar mellem kommuner og region, er gengivet i Figur 4.18.



Figur 4.18. Udvikling i antal ydelser til vederlagsfri fysioterapi fordelt på honorarbærende ydelsesformer, Region Syddanmark, 2012

Vederlagsfri fysioterapi - Ydelsesformer	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1010 - Fysiotera. unders.	6.845	9.847	10.080	10.094	11.503	6.163
1011 - Infor. og vejledning	28.602	34.174	38.574	41.073	49.175	29.001
1012 - Biomeka. bev. terapi	210.712	235.738	248.676	254.510	270.499	172.085
1013 - Neurofysioterapi	112.246	115.343	117.659	117.259	120.877	73.903
1014 - Psykomoto. bev. tera	4.164	3.024	2.891	3.843	3.611	1.345
1015 - ADL-funktionstræn.	46.700	49.472	53.485	58.053	59.513	31.051
1016 - Kompen. behandling	4.357	4.260	5.221	6.179	7.236	3.947
1017 - Lungefysioterapi	2.499	2.280	2.299	2.129	1.924	450
1018 - Ødembehandling	913	852	854	821	932	263
1019 - Manuel behandling	179.362	196.832	201.250	208.058	212.454	142.224
1020 - Apparaturbehandling	48.678	47.111	42.101	35.971	32.643	21.558
I alt	645.078	698.933	723.090	737.990	770.367	481.990

Kilde: Targit, CSC Datawarehouse

Som det fremgår af figuren, har der i perioden 2007-2012 været en løbende ændring i forbruget af ydelser inden for vederlagsfri fysioterapi, således at der er en samlet vækst i antallet af aktive ydelser som fx biomekanisk bevægelsesterapi og ADL funktionstræning samt information og vejledning og en reduktion i antallet af mere passive ydelser som fx apparaturbehandling.

Patienterne henvises oftest for spastisk lammelse, apopleksi, Parkinsons, dissemineret sclerose samt kronisk leddegigt, der tilsammen tegner for 62 % af ydelserne og udgifterne til vederlagsfri fysioterapi i Region Syddanmark⁴⁴. En kommuneopdelt oversigt med fysioterapeutiske tilbud fordelt på diagnosegrupper udsendes hvert år til de syddanske kommuner.

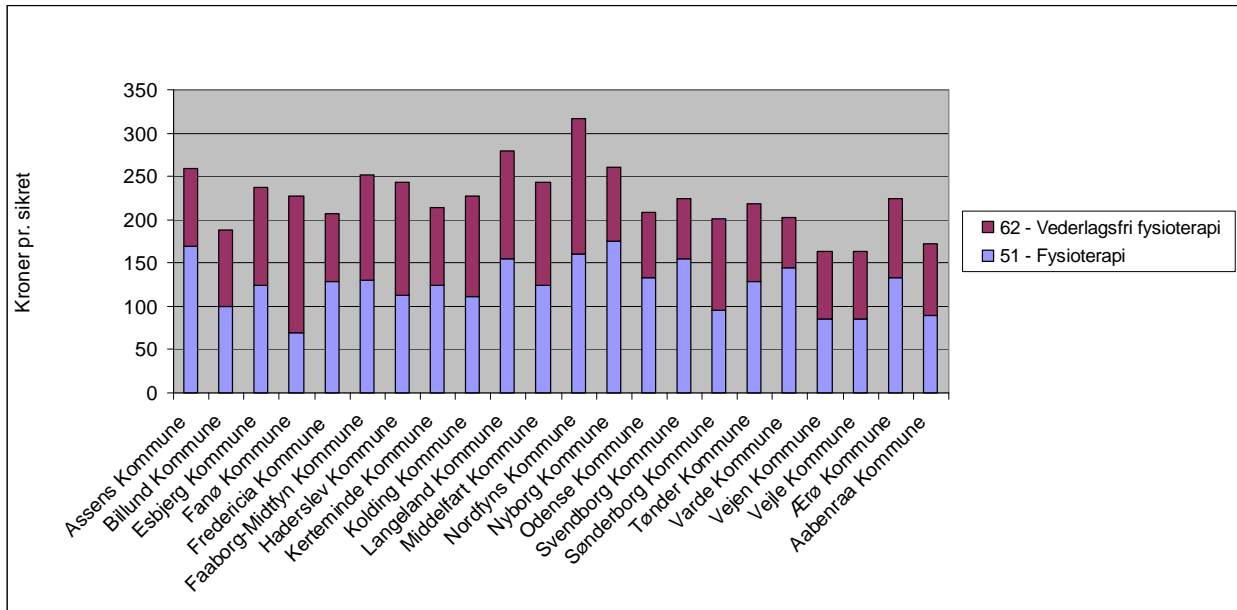
Andre analyser viser de syddanske kommuners udgifter til alt fysioterapi pr. indbygger i 2012 sammenholdt med de tilsvarende udgifter for øvrige regioner. Region Syddanmark har næstfærrest udgifter pr. indbygger, mens Region Hovedstaden afholder færrest udgifter pr. indbygger. Regions Sjællands udgiftsniveau svarer til landsgennemsnittet på 195 kr. pr. indbygger.

Samtidig er der tale om en forholdsvis stor kommunal variation i forhold til borgernes udgiftsfordeling på almindelig og vederlagsfri fysioterapi i 2012, jf. Figur 4.19.

⁴⁴ Praksisplan vedr. fysioterapi 2011-2014, Region Syddanmark, 2011.



Figur 4.19. Udgift til fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi pr. sikret, Region Syddanmark, kommuneopdelte, 2012



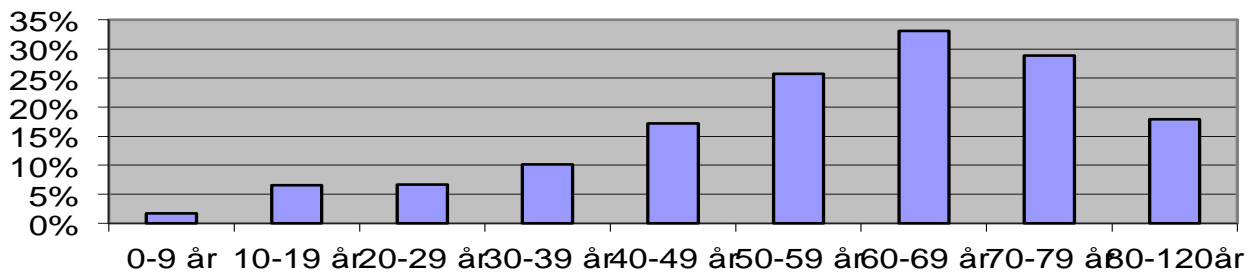
Kilde: Targit, CSC Datawarehouse

Figuren viser, at spredningen i udgifter til de to specialer er store – fra Fanø Kommune med kr. 127 pr. sikret til Assens Kommune med kr. 241 pr. sikret for begge specialer. Gennemsnitsudgiften for begge specialer på regionalt niveau var i 2012 på kr. 149 pr. sikret fordelt med kr. 51 pr. sikret for almindelig fysioterapi og kr. 98 pr. sikret for vederlagsfri fysioterapi.

Yderligere er udviklingen i antallet af vederlagsfri fysioterapeutiske ydelser samlet set steget siden kommunalreformen. Pr. 1. august 2008 blev behandlingstilbuddet udbygget til også at omfatte borgere med progressive sygdomme, hvilket i sig selv har bidraget til et øget antal ydelser. Alle kommuner undtagen Ærø, Fanø og Vejle har i 2012 et højere forbrug af vederlagsfri ydelser end i 2006.

Figur 4.20 viser forbruget af de honorarbærende fysioterapiydelser fordelt på aldersgrupper for Vederlagsfri fysioterapi i 2012.

Figur 4.20. Forbrug af honorarbærende fysioterapiydelser fordelt på aldersgrupper for speciale Vederlagsfri fysioterapi, i procent 2012



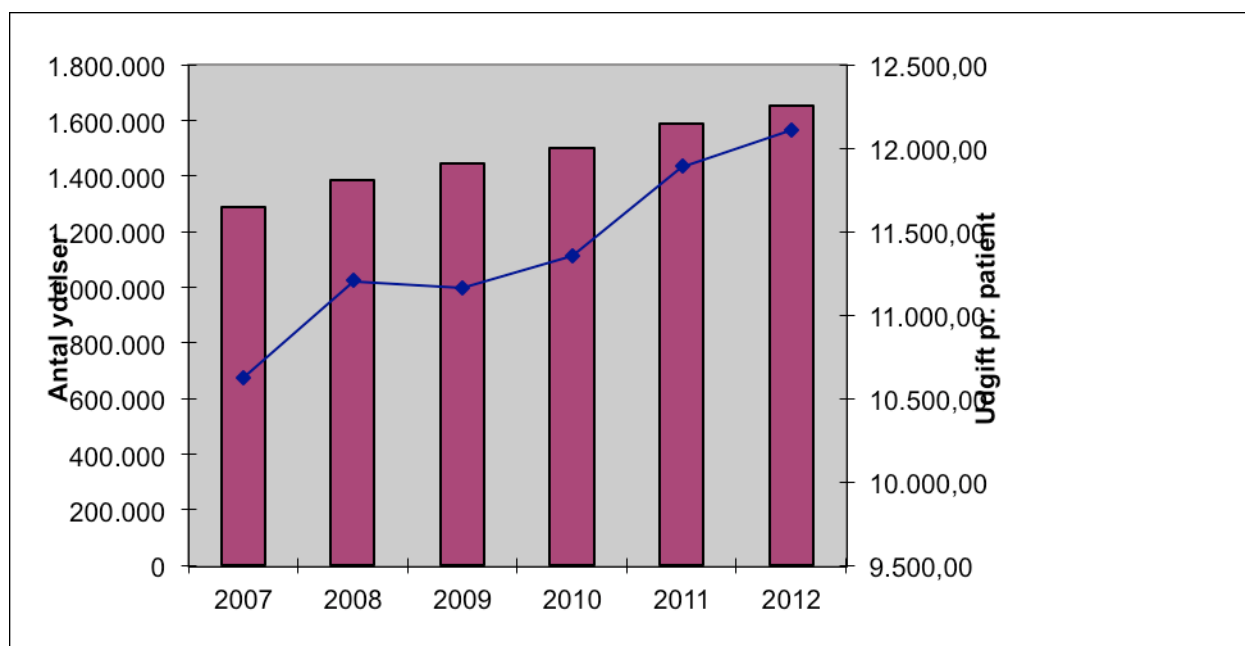
Kilde: Targit, CSC Datawarehouse



Figuren viser, at aldersfordelingen af ydelser for vederlagsfri fysioterapi primært gives til gruppen af 60-69 årige borgere, og mere generelt ses det største forbrug i den ældre del af befolkningen, i lighed med fordelingen af ydelser for almen praksis.

Figur 4.21 viser antal ydelser og udgiften pr. patient til vederlagsfri fysioterapi fra 2007-2012.

Figur 4.21. Antallet af ydelser og udgiften pr. patient til vederlagsfri fysioterapi, 2007-2012 (søjler= antal ydelser, kurve= udgift pr. patient)



Kilde: Targit, CSC Datawarehouse

Der er tilsvarende udviklingen mod flere henviste patienter til speciale Vederlagsfri fysioterapi også et stigende antal ydelser udbudt i perioden, mens udgiftsstigningen pr. patient i faste priser er steget i hele perioden, undtaget perioden 2008-2009.

4.5 Samlet værdi i somatikken og psykiatrien

Til sidst i dette kapitel præsenteres en særlig analyse, der har fokus på at forklare forbrug og aktivitet i sygehusene. Aktivitet og forbrug, dvs. produktionen i sygehusene, måles i sygehusene i DRG-værdi, og omfatter i dette tilfælde produktionen for både somatikken og psykiatrien.⁴⁵

Analysen har til hensigt at afdække, hvorfor sygehusudgifter set på kommuneniveau afviger. En hypotese kunne være, at det er forskelle mellem sygehusenhederne. En anden forklaring kunne være befolkningens aldersmæssige sammensætning, idet vi ved, at flere ældre i en kommune alt andet lige betyder behov for flere sundhedsydelser. En tredje forklaring kunne være uddannelsesniveaulet hos borgerne i kommunerne.

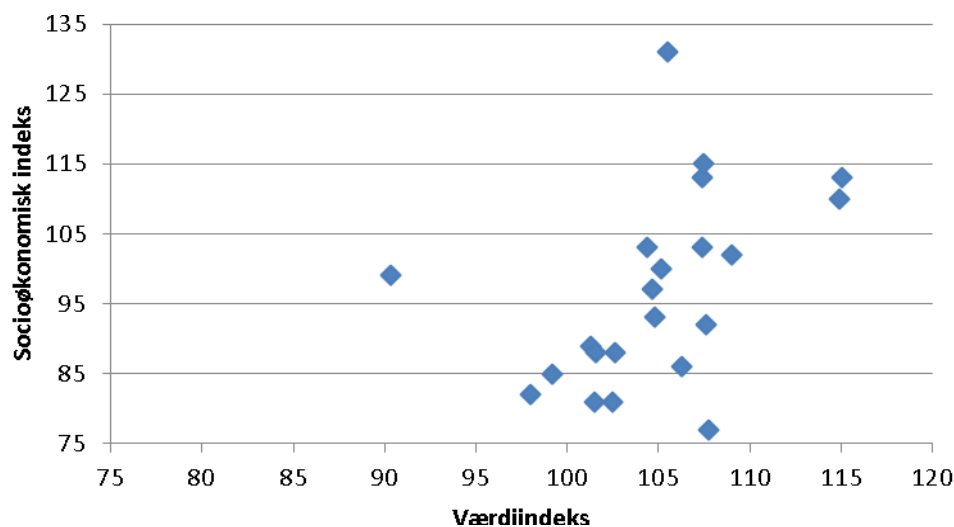
⁴⁵ DRG står for "Diagnose Relaterede Grupper" og betegner et system anvendt til gruppering af somatiske stationære patienter. Se i øvrigt Bilag A. Mere konkret er værdi i denne analyse sammensat af DRG-værdien i somatikken og sengetakstværdien i psykiatrien.



Analysen viser, at det ikke er muligt, at identificere en entydig markør i forhold til værdi, hverken forhold som geografi, demografi, sygehusfællesskab, uddannelsesniveau, mm. Værdi ser med andre ord ikke ud til at kunne stå alene i analysen af forskelle mellem kommunerne.

Derimod ser der ud til at være en sammenhæng mellem det socioøkonomiske indeks og værdiindekset, som er vist i Figur 4.22. Det socioøkonomiske indeks (som står nærmere beskrevet i Bilag A), er et samlet udtryk for betydningen for offentlig økonomi af befolkningens socioøkonomiske forhold, dvs. alder, uddannelsesniveau og jobmæssige situation.

Figur 4.22. Sammenhæng mellem socioøkonomisk indeks og værdiindeks



Kilde: eSundhed

Som det fremgår, ligger punkterne i Figur 4.22 i en sværm om samme akse. Dette tolkes på den måde, at der er en sammenhæng mellem socioøkonomisk indeks og værdiindekset. Dog er der to kommuner, som placerer sig udenfor dette mønster, som er kommunerne Ærø og Langeland. Ærø ligger lavt på begge indekser, mens det, der kendetegner Langeland, er en placering højest på det socioøkonomiske indeks.

En række kommuner ligger over gennemsnittet på indeks 100 på både det socioøkonomiske indeks og værdiindekset. Det er de større bykommuner; Haderslev, Nyborg, Aabenraa, Tønder, Odense, Sønderborg, Esbjerg og Fredericia.

Det betyder altså samlet set, at socioøkonomiske forhold i det mindste for en del af kommunerne kan forklare forskellene i DRG-værdi, når den fordeles på kommunerne. Hvor meget socioøkonomiske forhold kan forklare ses ikke af denne analyse, men i undersøgelsen af medfinansieringen i Esbjerg Kommune, blev det anslået, at socioøkonomien for Esbjerg Kommunes vedkommende kunne forklare 30 % af merforbruget på den aktivitetsbestemte medfinansiering.⁴⁶

⁴⁶ Kommunal medfinansiering i Esbjerg Kommune. Analyse af årsager til Esbjerg Kommunes forbrug af sundhedsydelse. Udarbejdet af en projektgruppe på tværs af Region Syddanmark og Esbjerg Kommune 2013.



I den følgende analyse er der fokus på værdi i somatikken og i psykiatrien fordelt på ambulante kontakter (eller besøg) og udskrivinger med henblik på afdække forskelle mellem regionerne.

Figur 4.23 viser produktionsværdien i somatikken.

Figur 4.23. Regional fordeling af værdi i somatik, DK er indeks 100, køns- og aldersstandardiseret pr. 1.000 indbyggere, 2012

	Samlet værdi	Værdi for besøg	Værdi for udskrivinger
Region Hovedstaden	111	101	117
Region Midtjylland	99	98	96
Region Nordjylland	96	89	94
Region Sjælland	107	95	116
Region Syddanmark	106	121	96

Kilde: eSundhed.

Det ses, at Syddanmark ligger lidt over indekset med hensyn til den samlede værdi, og at det er det ambulante område, som trækker den samlede værdi op. Værdien for udskrivinger ligger under gennemsnittet for alle regionerne. Den ambulante strategi, som anvendes i Region Syddanmark, afspejler sig således i disse tal.

Med hensyn til produktionsværdi i psykiatrien, ses i Figur 4.24 fordelingen på regionsniveau.

Figur 4.24. Regional fordeling af værdi i psykiatri, DK er indeks 100, køns- og aldersstandardiseret pr. 1.000 indbyggere, 2012

	Samlet værdi	Værdi for besøg	Værdi for udskrivinger
Region Hovedstaden	124	117	130
Region Midtjylland	77	81	83
Region Nordjylland	89	77	70
Region Sjælland	93	97	106
Region Syddanmark	100	109	87

Kilde: eSundhed.

Region Syddanmark ligger præcis på landsgennemsnittet med hensyn til den samlede værdi, knap 10 % over, når det gælder ambulante aktivitet, og knap 15 % under på udskrivingerne.

4.6 Opsamling

Det fremgår af kapitel 4, at Region Syddanmark har omlagt en væsentlig del af aktiviteten til ambulante behandling, hvilket er i overensstemmelse med de politiske målsætninger.

Aktiviteten i sygehusene analyseres ofte ud fra produktionsværdien, som angiver værdien af udskrivinger og ambulante besøg. Desuden opgøres også antallet af kontakter – enten indlæggelser eller ambulante besøg.

Region Syddanmark ligger med hensyn til udskrivinger i det somatiske sundhedsvæsen på niveau med de to andre jyske regioner. I Syddanmark er udskrivningsraten 188 pr. 1.000 indbyggere. Landsgennemsnittet er 203. Med hensyn til ambulante aktivitet ligger Region Syddanmark med godt 2.300 ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere øverst i forhold til de øvrige regioner og for hele landet. Dette bekræfter den ambulante strategi, der er gennemført i hele landet, men mest i udpræget grad i Syddanmark. Dog dækker tallene over



store mellemkommunale forskelle, idet indlæggelsesraten svinger fra 156 til 227.

Den stigende ambulante aktivitet kan aflæses i tal for antallet af ambulante besøg på sygehusene, som er steget med 18 % fra 2007 til 2012 og liggetiderne er i samme periode faldet til 3,8 dage i gennemsnit på landsplan, svarende til et fald på 0,7 dage.

Med hensyn til data for genindlæggelser tilbagestår, at de tal, der publiceres af Statens Serum Institut og også anvendes i Kommunalt Økonomisk Forum i deres publikation med stor sandsynlighed er fejlbehæftede. Det er derfor usikkert, om der er flere genindlæggelser i Region Syddanmark målt i forhold til hele landet. Imidlertid dækker tallene over store kommunale forskelle, hvorfor genindlæggelsesområdet oplagt er et fælles tværsektorielt fokusområde.

Særligt med økonomiaftalerne for 2014 er der kommet ekstra fokus på området. Der er blevet aftalt mål mellem regeringen og både kommunerne og regionerne om bl.a. at forebygge indlæggelser, at forebygge genindlæggelser og at forebygge akutte korttidsindlæggelser. Imidlertid er der et særligt problem med data med hensyn til genindlæggelser, idet de tal, der anvendes på nationalt niveau, ikke kan genskabes ud fra regionale data.

For den kommunale del af psykiatrien er der en variation blandt de syddanske kommuner. Hvad angår dag- og døgntilbud til voksne med psykiske vanskeligheder er der forskelle mellem kommuner på tværs af de fem regioner, for antallet af personer på de enkelte tilbud. Antallet af personer på dagtilbud i forhold til beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud er i gennemsnit 2,9 pr. 1.000 indbyggere, hvor kommunerne i Region Hovedstaden står for det laveste antal med 2,6 pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Syddanmark har det højeste antal med 3,5 pr. 1.000 indbyggere. Tallene viser en stor stigning i antallet af borgere fra 2007 til 2011 for især kommunerne i Region Sjælland (på 81 %), hvor udviklingen på landsplan er 18 %, og et fald for kommunerne i Syddanmark.

Antallet af indlæggelser i voksenpsykiatrien i 2007-2011 er for Region Syddanmark faldet med 17,7 %. I Region Nordjylland er antallet af indlæggelser i voksenpsykiatrien steget med næsten 40 % fra 2007 til 2011. I samme periode er antallet af indlæggelser i Midtjylland derimod faldet med ca. 15 %. I gennemsnit er patienterne i voksenpsykiatrien i 2012 indlagt i 19 dage i Region Sjælland, mens patienterne i Region Nordjylland er indlagt i 29 dage, og i Region Syddanmark i 20 dage. Mens indlæggelsestiden gennemsnitligt er faldet med hele 73 % i Sjælland og med 61 % i Hovedstaden, er den blot faldet med 17 % i Nordjylland. I samme region udgør andelen, som bliver genindlagt akut inden der er gået en måned siden udskrivning, 13 %. I de øvrige regioner udgør de genindlagte patienter mellem 19 og 23 % af de samlede indlæggelser. I Region Syddanmark udgør de genindlagte patienter 19 % af de samlede indlæggelser. Sammenlignet med de øvrige regioner, så har de syddanske kommuner et højt antal personer i dagtilbud med beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. Samtidig viser analysen, at Region Syddanmark i perioden 2007-2011 har skabt et fald i antallet af indlæggelser inden for voksenpsykiatrien. Det rejser spørgsmålet om den regionale strategi med færre psykiatriske indlæggelse har betydet et øget kommunalt forbrug af dagtilbud.

Ser man på ydelsesudviklingen i almen praksis, er der overordnet en stigning i ydelser i dagtid, hvorimod der har været et fald i vagttiden. Dette har været en ønsket udvikling, og den ønskes fortsat i de kommende år. Konsultationerne er steget 4 % i dagtiden i perioden 2008-2013 og steget 5 % i vagttiden. Mest markant er dog udviklingen i e-mail konsultationer, der er steget med 325 % i perioden. Dette formodes i nogen



grad at have reduceret antallet af telefonkonsultationer. Der er betydelig forskel på, hvilke ydelser, der gives til de forskellige aldersgrupper. Besøgene aflægges primært hos de ældre aldersgrupper. Ligeledes gælder for e-mailkonsultationerne, som i høj grad udveksles med pårørende og plejepersonale.



5 Aktivitet og forbrug på diagnoser

I dette kapitel beskrives, hvilke sygdomme, der gør sig gældende i det billede af forbruget af det syddanske sundhedsvæsen, som blev beskrevet i kapitel 4. Der er vedrørende somatikken udvalgt syv diagnoser, som både i forhold til DRG-værdi og antal kontakter fylder, kvantitativt set, mens der vedr. psykiatrien gives en mere overordnet beskrivelse af et mindre antal diagnoser. Der kan laves en lignende analyse for psykiatrien, som i dette kapitel er gennemført for somatikken vedkommende. Dette har imidlertid ikke været muligt at foranstalte i forhold til nærværende rapport.

5.1 Somatiske diagnoser

Aktivitet i sygehusene opgøres i DRG-værdi⁴⁷ og i kontakter. Begge dele kan ses i forhold til ambulante besøg og indlæggelser (stationær aktivitet).

Nedenfor beskrives syv diagnosegrupper, hvor der er en betydelig aktivitet i antal kontakter og betydelig økonomi i form af DRG-værdi. Det ses nedenfor, at der er variation mellem regionerne og også mellem kommunerne. En del af forklaringen kan skyldes forskelligt behandlingsmønster mellem sygehusene, men forskellene kan også skyldes, at udredning og behandling foregår forskelligt mellem sygehuse, ligesom det kan være forskelligt i hvilket omfang, at patienter indkaldes til ambulante kontroller. Det er således interessant at få belyst disse forskelle, men ved sammenligning af tallene må man være opmærksom på, at der også kan være andre forhold, som betinger de viste forskelle, fx forskelle i sygdomsmønstre mellem forskellige dele af regionen. I denne analyse er der speciel grund til at være opmærksom på følgende forhold, som kan producere forskelle:

- Registreringsmæssige forskelle, især har det betydning, om diagnosekoderne anvendes på en ensartet måde.
- Overførsler mellem sygehusene. Hvis nogle patienter viderevisiteres til et andet sygehus under behandlingsforløbet, vil det alt andet lige medføre færre kontakter på sygehusene.
- Henvisningspraksis, hvis sygehusene har lette patienter, som andre steder går i praksis, vil det også give færre kontakter pr. patient.

I det følgende analyseres syv diagnosegrupper.⁴⁸ Foruden et stort antal kontakter og høj DRG-værdi, er

⁴⁷ DRG står for "Diagnose Relaterede Grupper" og betegner et system anvendt til gruppering af somatiske stationære patienter. Se i øvrigt Bilag A. Mere konkret er værdi i denne analyse sammensat af DRG-værdien i somatikken og sengetaksværdien i psykiatrien.

⁴⁸ Der er i det følgende søgt at tage højde for registreringsmæssige forskelle ved en "brutto-netto"-analyse. Den består i, at der først ses på antal kontakter og DRG-værdi på den konkrete diagnosegruppe. Dette er nettotallet. Dernæst trækkes data for de konkrete cpr.nr. i netto-analysen, som medtager alle kontakter på de pågældende cpr-numre, herunder også kontakter, der kommer fra andre diagnoser, som patienterne måtte have. Dette er brutto-tallet. Ved at sammenholde de to sæt tal, kan det ses, om



diagnosegrupperne også udvalgt ud fra, at det også er diagnosegrupper, der rummer et potentiale med hensyn til at indgå sundhedsaftaler. Desuden viste en tidligere analyse, at der også kunne spores forskelle mellem sygehusene indenfor diagnosegrupperne.⁴⁹

5.1.1 Brystkræft

Der var i 2012 i Syddanmark knap 50.000 kontakter med diagnosen brystkræft. Langt hovedparten var ambulante kontakter, som også fylder mest værdimæssigt. Der blev samlet set anvendt lidt mere end 300 mio. kr. Se Figur 5.1 nedenfor.

Figur 5.1. Brystkræft, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	36,3	25,6	41,2	50,6	48,9	41,2
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	235	164	255	304	415	271
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	4,8 %	3,5 %	5,1 %	5,5 %	6,2 %	5,0 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	306,1					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	50,3					
DRG-værdi, ambulant i mio. kr.	255,8					
Kontakter, samlet antal	49.564					
Kontakter, stationær antal	1.497					
Kontakter, ambulant antal	48.067					
Antal cpr.nr.	6.465					
Gennemsnitlig antal kontakter	8,0					

Kilde: eSundhed.

Når der sammenlignes med de øvrige regioner ses det, at Region Syddanmark ligger på niveau med landsgennemsnittet. De jyske regioner ligger på eller under landstallet, mens de to sjællandske ligger over gennemsnittet på landsplan.

Ses på kommunerne i Syddanmark, ligger Fanø, Langeland, Kerteminde, Aabenraa, Middelfart, Sønderborg og Haderslev højt, når der ses på andelen af befolkningen pr. 1.000 indbyggere, som har været i kontakt med sygehusvæsenet i 2012. De to sidstnævnte kommuner ligger imidlertid under gennemsnittet, når man ser på værdi og kontakter, i modsætning til de fem førstnævnte ovenfor.

5.1.2 Type 2-diabetes

Den samlede værdi af behandlingen af type 2-diabetes beløb sig i 2012 i Region Syddanmark til 90 mio. kr. og der var lidt mere end 37.000 kontakter. Både hvad angår værdi og antal kontakter er den langt største del ambulant. Se Figur 5.2 nedenfor.

der er registreringsforskelle mellem sygehusene og også mellem regionerne, for hvis der registreres ens, så bør variationen i nettotallene genfindes som en variation i brutto-tallene. I de viste tabeller i dette afsnit, er det alene netto-tallene, der er medtaget.

⁴⁹ Sammenligning af behandlingen indenfor forskellige sygdomsgrupper. Notat af 30. april 2011, Sundhedsdokumentation, Region Syddanmark.



Figur 5.2. Type 2-diabetes, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	21,3	16,9	31,1	30,5	21,3	25,3
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	66	42	75	88	64	69
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	6,4 %	4,8 %	8,6 %	7,3 %	6,1 %	6,7 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	90,1					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	14,0					
DRG-værdi, ambulant i mio. kr.	76,1					
Kontakter, samlet antal	37.353					
Kontakter, stationær antal	465					
Kontakter, ambulant antal	36.888					
Antal cpr.nr.	10.389					
Gennemsnitlig antal kontakter	3,6					

Kilde: eSundhed.

Region Syddanmark har de fleste kontakter pr. 1.000 indbyggere i hele landet. I Syddanmark findes også den største andel af befolkningen, som i løbet af 2012 har været i kontakt med sundhedsvæsenet vedr. diabetes type 2. Hovedstaden ligger højere på værdi, mens Syddanmark ligger over landsgennemsnittet.

Med hensyn til kommunerne i Syddanmark, ligger Svendborg, Nyborg, Langeland og Fredericia kommuner over både regions- og landstallene. Under regionstallet ligger kommunerne Vejen, Varde, Billund og Assens.

5.1.3 Atrieflagren og atrieflimren

Atrieflagren og atrieflimren hører til sygdomme i kredsløbet, sammen med andre diagnoser som hjertesvigt, angina pectoris og kronisk iskæmisk hjertesygdom. Se Figur 5.3.

Figur 5.3. Atrieflagren og atrieflimren, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	15,2	16,3	21,6	23,1	17,6	19,6
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	111	105	110	102	109	106
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	5,9 %	5,5 %	5,5 %	5,1 %	5,5 %	5,4 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	132,5					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	104,7					
DRG-værdi, ambulant i mio. kr.	27,8					
Kontakter, samlet antal	25.985					
Kontakter, stationær antal	4.461					
Kontakter, ambulant antal	21.524					
Antal cpr.nr.	6.655					
Gennemsnitlig antal kontakter	3,9					

Kilde: eSundhed.



I 2012 blev der i Region Syddanmark anvendt 133 mio. kr. på diagnosen. Næsten hele værdien anvendes på indlæggelser, og ud af de godt 26.000 kontakter var de 21.524 ambulante.

De fem regioner ligger på samme niveau, når man ser på samlet DRG-værdi og andel af befolkningen, der har været i kontakt med sygehusvæsenet i løbet af året. Derimod er der variation i antallet af kontakter pr. 1.000 indbyggere. Regionerne Nordjylland, Midtjylland og Sjælland har de færreste kontakter i forhold til befolkningstallet, mens Syddanmark og Hovedstaden ligger over landstallet. Der er med andre ord flere kontakter for de samme ressourcer i de to regioner sammenlignet med de tre andre.

Når der ses på kommunerne er der igen variation. Tallene for Ærø Kommune ligger langt over tallene for den øvrige region, mens der også ses et stort antal kontakter pr. 1.000 indbyggere i Esbjerg, Fanø og Varde. Ses på DRG-værdi ligger foruden de netop nævnte kommuner også Langeland og Nyborg over regionstallet.

5.1.4 Kronisk obstruktiv lungelidelse

Kronisk Obstruktiv Lungelidelse – KOL – er en af de lungerelaterede sygdomme sammen med lungebetændelse, astma og bronkitis. KOL har årsag i rygning og i det fysiske arbejdsmiljø.

I Syddanmark antager DRG-værdien 130 mio. kr. for 2012. To tredjedele af dette beløb kommer fra indlæggelser. Det samme mønster er gældende, når der ses på kontakterne. Her er også størstedelen ambulante kontakter. Se Figur 5.4.

Figur 5.4. Kronisk obstruktiv lungelidelse, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	9,8	10,3	14,1	14,0	9,7	12,1
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	119	94	109	110	103	106
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	4,5 %	3,8 %	4,0 %	4,4 %	3,8 %	4,1 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	130,5					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	97,0					
DRG-værdi, ambulante i mio. kr.	33,4					
Kontakter, samlet antal	16.926					
Kontakter, stationær antal	2.934					
Kontakter, ambulante antal	13.992					
Antal cpr.nr.	4.863					
Gennemsnitlig antal kontakter	3,5					

Kilde: eSundhed.

Variationen regionerne imellem er mindre, når der ses på andelen, der i løbet af et år har været i kontakt med sygehusvæsenet med diagnosen. Anderledes ser det ud, når der ses på forholdet mellem kontakter og værdi. Her skiller Region Sjælland og Region Nordjylland sig ud ved, at der er færre kontakter end landstallet, selvom DRG-værdien pr. 1.000 indbyggere er på samme niveau (Sjælland) eller højere (Nordjylland) end landstallet. Region Syddanmark ligger omkring landstallet med lidt flere kontakter og en lidt højere DRG-værdi.



Med hensyn til kommunerne er billedet noget broget. Esbjerg, Billund, Langeland og Fredericia kommuner ligger højt både hvad angår DRG-værdi, kontakter og andel i befolkningen, der i løbet af 2012 har haft kontakt til sygehuset. Det samme gør Middelfart og Kerteminde kommuner med hensyn til DRG-værdi. Svendborg og Faaborg-Midtfyns kommuner har et højt antal kontakter pr. 1.000 indbyggere. Vejle Kommune ligger i bund med de færreste kontakter og den laveste DRG-værdi pr. 1.000 indbyggere.

5.1.5 Slidgigt i knæ

Inden for muskel-skeletlidelserne er her fokus på slidgigt i knæ. Der tales i faglige kredse om, at slidgigt skal opfattes som en folkesygdom. Slidgigt kan opspores tidligere og anbefalingen er i dag, at der ordineres vægttab og træning, før der opereres.

I Syddanmark udgør den stationære og den ambulante værdi henholdsvis 121 og 30 mio. kr. Med hensyn til kontakter er det også de ambulante kontakter, der udgør den største del af alle kontakter.

Region Syddanmark ligger sammen med Region Hovedstaden tæt på landsgennemsnittet. Lavest ligger Region Nordjylland og Region Midtjylland med hensyn til både antal kontakter og DRG-værdi.

Figur 5.5. Slidgigt i knæ, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	8,8	10,3	11,7	11,5	13,0	11,2
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	104	109	126	114	157	120
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	4,7 %	4,7 %	5,5 %	4,6 %	5,6 %	5,0 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	151,6					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	121,3					
DRG-værdi, ambulante i mio. kr.	30,3					
Kontakter, samlet antal	14.091					
Kontakter, stationær antal	2.001					
Kontakter, ambulante antal	12.090					
Antal cpr.nr.	6.619					
Gennemsnitlig antal kontakter	2,1					

Kilde: eSundhed.

Ærø Kommune skiller sig med hensyn til slidgigt i knæ ud ved at ligge meget højt både med antallet af kontakter, DRG-værdi og andel af befolkningen, der har været i kontakt med sygehusvæsenet. Andre kommuner, der også ligger højt, men ikke så meget som førnævnte, er kommunerne Langeland, Fanø, Tønder, Sønderborg og Nyborg, samt Vejle og Aabenraa.

5.1.6 Skulderlidelser

Skulderlidelser hører også under muskel-skeletlidelserne. Muskel-skeletlidelserne fører mest sygelighed og mistet livskvalitet med sig. Muskel-skeletlidelserne kan være arbejdsforårsagede og har ofte konsekvenser for den enkeltes arbejdsmarkedssituation.



Som det ses af Figur 5.6, udgør den samlede DRG-værdi i alt kr. 75,5 mio. kr. Langt hovedparten er til ambulante aktiviteter. Dette ses også af kontakterne, hvor en forsvindende lille del er stationær aktivitet.

Figur 5.6. Skulderlidelser, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	9,1	13,1	17,0	7,4	10,0	11,3
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	42	53	63	27	40	44
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	5,3 %	6,5 %	7,6 %	3,1 %	4,7 %	5,3 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	75,5					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	6,5					
DRG-værdi, ambulans i mio. kr.	69,0					
Kontakter, samlet antal	20.412					
Kontakter, stationær antal	354					
Kontakter, ambulans antal	20.058					
Antal cpr.nr.	9.191					
Gennemsnitlig antal kontakter	2,2					

Kilde: eSundhed.

I sammenligning med de andre fire regioner ligger Region Syddanmark højest med hensyn til antallet af kontakter, DRG-værdien og andelen i befolkningen, som i 2012 har været i kontakt med sygehus med diagnosen. I bund ligger Hovedstaden på alle tre nævnte parametre. Forskellene mellem regionerne er på dette område meget store.

Der er også variation mellem kommunerne i Syddanmark. Der er således mange kontakter og høj DRG-værdi pr. 1.000 indbyggere i Tønder, Aabenraa, Haderslev kommuner, på Fanø samt i Fredericia Kommune. Kommunerne Odense, Kerteminde og Ærø ligger til gengæld i bunden med de færreste kontakter og den laveste værdi.

5.1.7 Fraktur af albue og underarm

Samlet set anvendes godt 50 mio. kr. årligt på brækkede arme. To tredjedele går til stationær behandling af frakturerne, mens det er omvendt med hensyn til kontakterne, hvor der er flest ambulante. Se Figur 5.7.



Figur 5.7. Fraktur af albue og underarm, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Kontakter, samlet i antal, pr. 1.000 indbyggere	1,7	5,7	8,5	6,2	6,8	6,2
DRG-værdi, samlet i kr. pr. 1.000 indbyggere	33	39	44	38	48	41
Andel af befolkningen med sygehuskontakt i 2012 pr 1.000 indbyggere	1,4 %	2,7 %	3,4 %	2,5 %	3,0 %	2,7 %
Syddanmark						
DRG-værdi, samlet i mio. kr.	53,4					
DRG-værdi, stationær i mio. kr.	37,7					
DRG-værdi, ambulant i mio. kr.	15,7					
Kontakter, samlet antal	10.273					
Kontakter, stationær antal	1.634					
Kontakter, ambulant antal	8.639					
Antal cpr.nr.	4.108					
Gennemsnitlig antal kontakter	2,5					

Kilde: eSundhed.

Region Syddanmark har den højeste andel af befolkningen, som i løbet af 2012 har været i kontakt med sygehuset med en fraktur. Den samlede DRG-værdi ligger på niveau med landstallet, mens antallet af kontakter pr. 1.000 indbyggere er højest, når antallet ses i sammenligning med de andre regioner.

Ses på kommunerne og DRG-værdi pr. 1.000 indbyggere, ligger kommunerne Fredericia, Vejle, Fanø og Ærø højest, mens Nyborg, Aabenraa, Haderslev og Billund ligger i den anden ende af skalaen.

5.2 Psykiatriske diagnoser

Som nævnt i indledningen til dette kapitel, er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at foretage samme analyse på psykiatriens område, som er gennemført ovenfor for somatikken. Det er dog muligt at udpege de fire væsentligste diagnoser for henholdsvis voksenpsykiatriens og børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende. Disse gennemgås nedenfor.

5.2.1 Voksenpsykiatrien

De fire hyppigste diagnoser på voksenpsykiatriens område er skizofreni, organiske lidelser, inkl. symptoma-tiske psykiske lidelser, nervøse og stressrelaterede lidelser og som den fjerde gruppe affektive sindslidelser. Se Figur 5.8.



Figur 5.8. Antal patienter i voksenpsykiatrien pr. 1.000 personer i målgruppen i 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Skizofreni	1,1	3,2	4,5	5,4	4,1	4,3
Organiske, inkl. symptomatiske psykiske lidelser	1,2	2,2	3,9	1,6	1,9	2,4
Nervøse og stressrelaterede lidelser	1,4	3,9	5,4	4,7	5,8	4,7
Affektive sindslidelser	3,6	5,2	6,2	4,4	4,4	4,9

Kilde: DRG-grupperet Landspatientregister pr. 10. marts 2013 og Danmarks Statistik i Danske Regioners Psykiatribenchmark 2012.

Note: Patienter med flere diagnoser er klassificeret efter aktionsdiagnosen på den første kontakt i året.

Tallene udtrykker, hvor mange der i det givne år har været på sygehuset med den givne diagnose. Der er altså ikke nødvendigvis tale om nydiagnosticerede men kan være patienter der har haft diagnosen i mange år. Ligeledes kan der være borgere med diagnosen som ikke i det givne år har været på sygehuset med den diagnose.

Det ses at Region Nordjylland skiller sig ud på alle fire diagnoser ved at have de laveste rater pr. 1.000 indbyggere. På nogle af områderne er tallene endda meget lave, og det kan tages som udtryk for det, der nævntes ovenfor, at der på nogle områder af psykiatrien anvendes forskellige diagnosekodninger.

Der er en vis variation i fordelingen af diagnoser på tværs af regionerne. Der kan være flere mulige forklaringer herpå, herunder varierende sygelighed i befolkningen, forskellig brug af diagnoser på tværs af regionerne og forskelle i organiseringen af indsatsen i den enkelte region.

Region Syddanmark adskiller sig ikke vedr. skizofreni. Det gør regionen derimod, når der er tale om de tre andre diagnoser, hvor regionen i alle tre tilfælde ligger over landstallet. Andelen af voksenpsykiatriske patienter i Region Syddanmark, der bliver diagnosticeret med en affektiv sindslidelse, såsom depression eller maniodepressiv sygdom, er ca. 50 % højere end i Region Nordjylland (3,6 % mod 6,2 % i 2012).

I forhold til organiske lidelser har Region Syddanmark et veludbygget behandlingstilbud til demente. Samtidig kan der være registreringsmæssige forskelligheder regionerne imellem, afhængigt af, om diagnosen registreres i somatik eller psykiatri.

Affektive lidelser kan behandles både i almen praksis, hos den praktiserende psykiater og i den regionale psykiatri. Det er sværhedsgraden og kompleksiteten, der i udgangspunktet afgør, hvor behandlingen sker. I Region Syddanmark er der en forholdsvis lav dækning af privatpraktiserende psykiatere, hvilket kan være forklaringen på, at den regionale psykiatri i Region Syddanmark ser en bredere og større målgruppe i forhold til affektive lidelser end fx Region Hovedstaden.

5.2.2 Børne- og ungdomspsykiatrien

Figur 5.9 nedenfor viser de fire hyppigste diagnoser hos børn og unge i regionerne. De samme forbehold med hensyn til kvaliteten af datamaterialet kan gives vedr. børne- og ungdomspsykiatrien som ved voksenområdet, som er beskrevet ovenfor. Se Figur 5.9.



Figur 5.9. Antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien pr. 1.000 personer i målgruppen, 2012

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Psykiske udviklingsforstyrrelser	2,3	3,5	3,5	3,8	3,5	3,5
Nervøse og stressrelaterede lidelser	1,9	2,5	4,3	2,8	2,6	2,9
Affektive lidelser	0,5	0,5	1,5	1,2	1,1	1,0
Adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen	4,5	9,0	10,7	8,9	11,6	9,3

Kilde: DRG-grupperet Landspatientregister pr. 10. marts 2013 og Danmarks Statistik i Danske Regioners Psykiatribenchmark 2012.

Note: Patienter med flere diagnoser er klassificeret efter aktionsdiagnosen på den første kontakt i året.

Tallene udtrykker, hvor mange der i det givne år har været på sygehuset med den givne diagnose. Der er altså ikke nødvendigvis tale om nydiagnosticerede men kan være patienter der har haft diagnosen i mange år. Ligeledes kan der være borgere med diagnosen som ikke i det givne år har været på sygehuset med den diagnose.

I Region Syddanmark er der jf. Figur 5.9 flere, der får diagnosen nervøse og stressrelaterede lidelser. Det er 4,3 pr. 1.000 indbyggere, hvor dette til sammenligning sker for 2,9 pr. 1.000 indbyggere, når der ses på hele landet. I forhold til affektive lidelser ligger Region Syddanmark 50 % højere, når der sammenlignes med hele landet. Ses på adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen, ligger regionen halvandet procentpoint over landstallet. I sidstnævnte gruppe af diagnoser findes blandt andet diagnosen ADHD. Blandt børn og unge diagnosticeres næsten tre gange så mange i Syddanmark med adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen, som fx ADHD, som i Region Nordjylland (4,5 % mod 10,7 % i 2012).

En af forklaringerne på variationen mellem regionerne, kan være, at regionerne har en forskellig grad af dækning af privatpraktiserende psykiatere. I Region Syddanmark er der en lavere dækning, som betyder, at behandlingspsykiatrien alt andet lige ser en bredere målgruppe, hvilket kan betyde, at der behandles flere med adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser. I forhold til de nervøse og stressrelaterede lidelser har regionen et veludbygget behandlingstilbud til underkategorien de somatoforme tilstande (funktionelle lidelser). Samtidig med kan der være registreringsmæssige forskelligheder i mellem regioner, afhængigt af, om diagnosen registreres i somatik eller psykiatri.

5.3 Opsamling

Kapitel 5 har beskrevet en række diagnosegrupper indenfor både psykiatri og somatik. Som det er fremgået, er de diagnosegrupper, hvor der anvendes mest DRG-værdi og hvor der er mest aktivitet, indenfor de kroniske sygdomme. Det drejer sig om hjerteområdet, muskel-skelet-området, diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse samt kræftområdet. Ses på disse diagnosegrupper på kommunalt niveau, træder der ikke entydige mønstre frem.

Disse sygdomsgrupper – KOL, diabetes, muskel-skelet-sygdomme og hjertesygdom – er områder, hvor der er regionale-kommunale snitflader, hvor der i dag allerede foregår et udbygget samarbejde og hvor der er aftaler og forløbsprogrammer. Det vil derfor være relevant i en fremtidig analyse at foretage nærmere dataanalyser af de variationer, der findes mellem kommuneklyngerne.

Der er ligeledes behov for en nærmere undersøgelse af psykiatriområdet med henblik på at kortlægge



mønstre mellem kommunerne. Data viser, at der stadig er en stor gruppe af borgere, der kræver et fælles samarbejde generelt set, samt at der er enkelte patientgrupper, der skal have et særligt fokus. I forhold til børn og unge med ADHD, er der aktuelt en klinisk retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i høring, som blandt andet peges på, at ADHD blandt børn og unge har været den hurtigst voksende diagnose i perioden 2001-2011, samt at der bør udvikles mere evidens på feltet. Det peger overordnet på, at ADHD fremadrettet bliver et vigtigt fælles fokusområde for en regional og kommunal indsats.

I forhold til organiske lidelser, herunder demens, placerer Region Syddanmark sig relativt højt. Samtidig har Region Syddanmark, jf. det demografiske afsnit, flere ældre borgere end landsgennemsnittet, hvilket alt andet lige vil betyde en øget efterspørgsel på demensbehandling mv. i regionalt regi samt øge efterspørgslen på pleje i kommunerne.

De analyserede data giver et øjebliksbillede af den registrerede aktivitet primært på sygehusene. Region Syddanmark arbejder aktuelt med at kortlægge det fremtidige behandlingsbehov til patientgruppen med funktionelle lidelser. Disse patienter udgør allerede i dag en væsentlig patientgruppe i almen praksis. En funktionel lidelse kan fremtræde på flere forskellige måder, og behandlingsforløbene kan være langstrakte, hvorfor omfanget af lidelsen er vanskeligt at opgøre i patientregistre mv., men en undersøgelse viser, at praktiserende læger vurderer, at de funktionelle symptomer har væsentlig betydning for 10-15 % af henvendelserne blandt voksne i almen praksis. Vurderingen på den baggrund er, at der, udover en opgave med at udvikle et sammenhængende behandlingstilbud, er en kommunal opgave i forhold til at give borgere med funktionelle lidelser hjælp og støtte med henblik på at bevare tilknytning til enten arbejde eller uddannelse.

Generelt har der i dette afsnit ikke været data for kommunale aktiviteter at finde. I forhold til borgere, der rammes af nogle af de sygdomme, som er beskrevet i dette kapitel, fx på områderne hjerte, ryg og lungelidelserne vil det være relevant at se på kommunale data om rehabilitering og genoptræning og data fra plejeområdet. Disse data bør også være tilgængelige via fremtidige analyser, så det er muligt at sammenligne kommuner på tværs.



Bilag A - Definitioner

Der bliver i rapporten brugt nogle udtryk, som for nogle vil kræve en nærmere forklaring. Disse udtryk forklares nedenfor:

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her læge) registreres med centrale data.
Ydernummer:	Et nummer, som tildeles den enkelte praksis i yderregisteret. Et ydernummer er således udtryk for en praksis, for retten til at praktisere.
Lægekapaciteter:	Udtryk for det antal læger, der iht. Overenskomst om almen praksis skal være adgang for (udregnes med udgangspunkt i normtallet, se nedenfor). En praksis med en lægekapacitet på 4 har således adgang til at praktisere med 4 lægekapaciteter – hertil kan komme uddannelseslæger og delelæger (se forklaring på delepraksis nedenfor) men disse tæller ikke med i antallet af kapaciteter.
En sikret (gruppe 1-sikret):	En borger, der er tilmeldt en praksis/praktiserende læge.
Samarbejdspraksis:	Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kom-pagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale.
Normtal:	Det er fastsat i Overenskomst om almen praksis, at der som udgangspunkt skal være en læge for hver 1.600 gruppe 1-sikrede. Normtallet for antal sikrede pr. læge er dermed som udgangspunkt 1.600 gruppe 1-sikrede.
Egen læge:	Den almenpraktiserende læge, borgeren er tilmeldt.
Middellevetid:	Middellevetiden for 0-årige angiver det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt vil leve under den forudsætning, at de nuværende aldersbetingede dødshyppigheder holder sig konstante i fremtiden. Middellevetiden for 0-årige og det alderstrin, som halvdelen af de nyfødte vil opnå, er ikke det samme. Sidstnævnte er næsten tre år højere for både mænd og kvinder. Hverken middellevetiden for 0-årige eller andelene, der opnår bestemte alderstrin, skal dog ses som en forudsigtelse af, hvor længe nyfødte i praksis vil leve. De er begge udregnet under den forudsætning, at dødshyppighe-



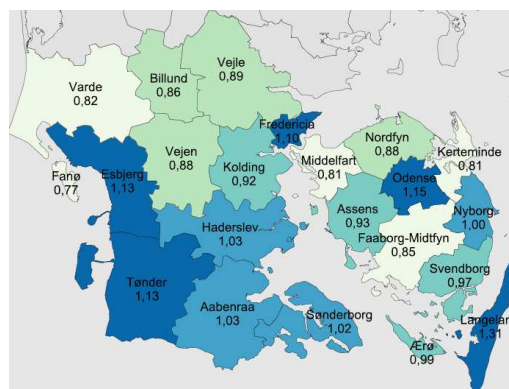
derne holder sig på det nuværende niveau i fremtiden, hvilket naturligvis ikke er en realistisk forudsætning. Dødeligheden har nemlig været faldende gennem mange år, og derfor er der sket en stigning i middellevetiden for 0-årige fra år til år. Fortsætter denne tendens, vil et gennemsnitligt barn født i 2013 blive væsentligt ældre end de middellevetider for 0-årige, som er udregnet på grundlag af dødsfrekvenserne for perioden 2011-2012.

Socioøkonomisk indeks:

Et socioøkonomisk indeks kan give en indikation på nogle af risikogrupperne for udgiftstræk på sundhedsydelse. Indekset måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen, fx "Antal 20-59-årige uden beskæftigelse" og "Antal psykiatriske patienter"⁵⁰. En værdi over 1 betyder, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne, imens en værdi lavere end 1 betyder et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet.

Socioøkonomisk indeks for kommunerne i Region Syddanmark i procent, 2012

(5)	0,77 - 0,85 pct.
(4)	0,86 - 0,91 pct.
(4)	0,92 - 0,99 pct.
(4)	1,00 - 1,09 pct.
(5)	1,10 - 1,31 pct.



Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriets publikationer, "Kommunal udligning og generelle tilskud".

Kommuner, der har et større udgiftsbehov end gennemsnittet af kommunerne, er Langeland, Tønder, Esbjerg, Fredericia, Haderslev, Odense, Tønder, Aabenraa og Sønderborg mens de resterende syddanske kommuner har et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne.

⁵⁰ Den præcise definition kan findes i Økonomi- og Indenrigsministeriets publikation "Kommunal Udligning og Generelle Tilskud 2008", side 40.



Bilag B - Metode

Regionale data for sygehusaktivitet

Aktiviteten på sygehusene indberettes i sygehusenes patientadministrative system. Herfra indberettes data til Landspatientregisteret LPR. Statens Serum Institut udtrækker dataene fra LPR som så grupperes i DRG grupper (Diagnose relaterede grupper) og prifsfastsættes. De DRG grupperede aktivitetsdata lægges over i det nationale datawarehouse eSundhed og danner grundlag for opgørelsen af aktivitetsværdien på sygehusene og den nationale afregning i forhold til kommunerne.

Data for sygehusaktivitet i denne rapport er trukket i eSundhed. Aktivitetsdata på tværs af sygehusene er derfor i udgangspunktet sammenlignelige. Forskelle i registreringspraksis kan dog gøre, at der alt afhængigt af hvilke aktivitetsparametre man kigger på kan være forskelle sygehusene imellem.

I denne rapport er det valgt at identificere patientgrupper ud fra den registrerede aktionsdiagnose på patienterne. Der kan være forskel på, hvilken praksis de forskellige sygehuse/afdelinger har i forhold til registrering af diagnosekoder. Fx kan en patient, der kommer ind på sygehuset med kronisk obstruktiv lunge sygdom KOL, blive registreret med aktionsdiagnosen for KOL, "DJ44". KOL patienter kan have hyppig kontakt med sygehuset som følge af, at de pga. KOL rammes af en række relaterede sygdomme og symptomer. En KOL patient, der kommer ind på sygehuset, kan således fx også blive registreret med en aktionsdiagnose for andre symptomer på luftvejene. Det kan være forskelligt fra læge til læge, om der vælges at bruge KOL som aktionsdiagnose eller en anden aktionsdiagnose, der relaterer sig til de symptomer, der fx er på luftvejene. Når man fx skal identificere besøg på sygehuset for KOL patienter, vil det derfor ikke nødvendigvis være retvisende kun at kigge på besøg med aktionsdiagnosen KOL, idet der kan være anvendt andre aktionsdiagnoser, selvom der er tale om et besøg, der reelt er en følge af, at patienten har KOL.

I rapporten er det derfor valgt at belyse forskellige patientgruppers træk på sygehusvæsenet ud fra to tilgange. Der ses på et netttotal, der viser antallet af kontakter for den pågældende sygdomsgruppe fx KOL, hvor aktionsdiagnosen er "DJ44" KOL. Herudover ses der også på et bruttotal, der viser alle kontakter for de cpr-numre, der på et tidspunkt i det pågældende år har haft aktionsdiagnosen KOL ved et eller flere besøg. Herved fås et mere fuldstændigt og sammenligneligt billede af KOL patienters træk på sygehusvæsenet på tværs af sygehuse. I rapporten vises kun netttotalene.

Psykiatridata

Estimer af forekomsten af psykiske lidelser varierer, hvilket bl.a. er udtryk for, at der er forskellige sværhedsgrader, og at grænsen mellem mentale helbredsproblemer og egentlige psykiske lidelser i nogle tilfæl-



de kan være vanskelig at definere. Desuden varierer opgørelser af psykiske lidelser både i forhold til målgruppen og metoden for opgørelsen.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at hvis man analyserer udviklingen i diagnoser udelukkende ud fra fx data fra landspatientregistret (herefter LPR), vil det give en snæver fortolkning af udviklingen, idet LPR kun indeholder oplysninger om personer, der modtager sygehusbehandling, og ikke om personer, der får behandling i praksissektoren eller støtte i kommunen. Udviklingen målt på diagnosekoder i sygehusvæsenet er således ikke nødvendigvis et udtryk for forekomsten af psykiske lidelser i befolkningen generelt.

Derfor er LPR data nedenfor suppleret med indikatorer for den kommunale aktivitet og behandlingstilbudet ift. privatpraktiserende speciallæger.

Variationen i antallet af patienter med bestemte diagnoser på tværs af regionerne kan være udtryk for varierende karakteristika i befolkningen i regionerne, men det kan også være et udtryk for forskellig brug af diagnoser, hvilket også Danske Regioners benchmarking af området har påpeget. Det kan ligeledes være udtryk for forskelle i organiseringen mellem praksissektor og psykiatri, mellem psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri og endelig mellem pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Herudover kan henvisningspraksis fra PPR være varierende, ligesom øvrige tilbud i den enkelte kommune kan variere.

Kommunale data

Tidligere analyser af de kommunale tilbud på sundhedsområdet, har været forsøgt i en analyse i psykiatrien⁵¹ og i en analyse af kommunale medfinansiering i Esbjerg Kommune⁵². Erfaringerne fra disse rapporter har vist, at det er vanskeligt at indsamle komparativt data fra kommunerne, forstået på den måde, at data om kommunale sundhedstilbud på sundhedsområdet ikke følger en entydig systematik. Man kommer derfor ofte til at sammenligne tilbud, der indeholder vidt forskellige indsatser, på trods af, at de har enslydende navne eller sågar formål.

Arbejdet med psykiatrirapporten tydeliggjorde det vanskelige ved at indhente oplysninger fra 22 kommuner, både hvad angår tilbagemeldinger, kvalitet og sammenlignelighed. Det blev vurderet at en tværgående sammenligning, kun kunne foretages på baggrund af et selvstændigt arbejde med en afdækning af de kommunale sundhedstilbud i kommunerne i Region Syddanmark.

I Esbjerg-rapporten sammenlignede man økonomi, årsværk og kapacitet for fem kommuner i Region Syddanmark. Det var i sig selv en vanskelig proces at indsamle og analysere bidrag fra blot fire sammenligningskommuner. Resultaterne i rapporten afspejler store forskelle mellem kommunerne, der nok i højere grad er udtryk for forskelle i den kommunale organisering, opgørelsesmetoder og kvaliteten af data, end de er et udtryk for sammenlignelige forskelle. Et andet eksempel er Danmarks Statistiks opgørelse af netto-driftsudgifter til hjemmesygepleje årligt, men disse tal viser, at visse kommuner her en nettoudgift på 0 kr. pr. borger, hvilket alt andet lige ikke kan være plausibelt. Ligeledes bliver indikatorer for genoptræning i

⁵¹ Medfinansierings- og aktivitetsrapport af Psykiatrien 2007-2011

⁵² Kommunal Medfinansiering i Esbjerg Kommune – analyser af årsager til Esbjerg Kommunes forbrug af sundhedsydelse, Esbjerg Kommune og Region Syddanmark juni 2013.



Danmarks Statistik ikke længere prioriteret opdateret af Statens Serum Institut, hvormed disse heller ikke er valide til at danne et billede af systematiske sygdomsmønstre i Region Syddanmark og de 22 kommuner.

I en analyse af de sundhedsmæssige udfordringer i Region Syddanmark vil det være yderst relevant at fokusere på aktivitetsniveauet for kommunale ydelser på tværs af kommuner i Syddanmark. Det vil muligvis kunne bidrage til at identificere geografiske områder, der er mere udsatte for borgere med svækket helbred og dermed større behov for kommunale sundhedsydelser. Det kunne dreje sig om antallet og udgiften til ydelser indenfor sygepleje, hjemmepleje, ældre- og plejeboliger og genoptræning.

I praksis er det dog svært at sammenligne tal for disse ydelser på tværs af kommuner, fx antal ældre- og plejeboliger samt belægningsgrad, visiteret syge-, ældrepleje, genoptræninger mv., da de enkelte kommuner påtager sig plejeopgaven på forskellig vis, og derfor vil eventuelle udsving, der konstateres, ikke nødvendigvis kunne henføres til systematiske afvigelser i sundhedstilstande, men muligvis være et udslag af varierende praksis.

Ét eksempel kunne være kommuner, der fokuserer på en rehabiliterende tilgang til ældre borgere for at gøre dem mest muligt selvhjulpne og holde dem længst muligt i eget hjem. Har denne indsats den forventede effekt må det således forventes, at der i pågældende kommuner er relativt få borgere i ældre- og plejeboliger. En rimelig antagelse i et sådant tilfælde vil være, at det reducerede antal borgere i plejeboliger substitueres gennem øget forbrug af syge- og/eller hjemmepleje, for at understøtte borgerens egenmestring.



Yderligere oplysninger

Har du spørgsmål vedr. Fælles Fremtidsbillede, kan du kontakte:

Mads Christian Haugaard, afdelingschef ved Afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark, på tlf. 76631984 1241 / mail: mch@rsyd.dk

eller

Heidi Juul Madsen, sekretariatschef ved Sundhedssekretariatet, Odense Kommune, på tlf. 6551 1317/ mail: hejh@odense.dk