

Sundhedsanalyser, Lægemiddelstatistik og Sundhedsdataprogrammet  
November 2016

# Danskernes brug af sundhedsvæsenet

## Indledning

Det regionale sundhedsvæsen består af forskellige aktører, hvor de største er den almene praktiserende læge, den privatpraktiserende speciallæge og sygehuset, der behandler borgerne på forskellige specialiseringsniveauer. Grænsen mellem de forskellige niveauer er ikke altid entydigt den samme på tværs af landet og kan være et udtryk for forskellige måder at organisere det regionale sundhedsvæsen på eller forskelle i udbuddet og efterspørgsel for de forskellige specialiseringsniveauer. Disse faktorer kan have betydning for, hvor den enkelte borger bliver behandlet og dermed ensartethed i behandling på tværs af landet.

Denne analyse belyser, hvordan det regionale sundhedsvæsen<sup>1</sup> bliver brugt på tværs af landet – hvor borgerne behandles – og hvordan det har ændret sig det seneste tiår. Fokus er på, hvor specialiseret form for kontakt borgerne har med det regionale sundhedsvæsen, dvs. om de kun er i kontakt med almen praktiserende læge eller om de har mere specialiseret form for kontakt til fx sygehuset. Kontakten med sundhedsvæsenet omfatter indlæggelser, ambulante kontakter på sygehuset, kontakter til den privatpraktiserende speciallæge samt kontakter til den alment praktiserende læge, og siger noget om specialiseringsgrad<sup>2</sup>.

Ved at identificere regionale forskelle skabes der bl.a. synlighed om forskelle i aktiviteten og økonomi, hvilket kan give bedre mulighed for at planlægge og organisere sundhedsvæsenet. Der er fokus på, at behandling så vidt muligt foregår på det laveste specialiseringsniveau og/eller lavest effektive omkostnings- og omsorgsniveau.

## Hovedresultater

- Godt 45 pct. af befolkningen har i 2015 været på sygehuset, enten indlagt eller ambulat.
- Kontaktmønstret er forskelligt på tværs af landet. Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden behandler i højere grad borgerne på sygehuset sammenlignet med Region Nordjylland og Region Midtjylland. I Region Midtjylland og Region Nordjylland bliver en større andel borgere til gengæld behandlet hos den alment praktiserende læge.
- For Region Sjælland og Region Syddanmark, to regioner med flere geografiske og demografiske ligheder, ses der også en forskel i borgernes kontaktmønstre. I Region Sjælland indlægges borgerne i højere grad end i Region Syddanmark, hvor borgerne i stedet behandles ambulat. Til gengæld er borgerne i Region Syddanmark hyppigere i kontakt med det regionale sundhedsvæsen.
- Kontaktmønstret afspejles også i udgiftsniveauet, hvor Region Hovedstaden har den største andel borgere, som behandles på sygehuset. Regionen har også det gennemsnitlige højeste udgiftsniveau pr. borger.
- Fra 2005 til 2015 er der sket en stigning i andelen af borgere, som behandles på sygehuset. I 2005 blev én ud af tre borgere behandlet på sygehuset, mens godt 45 pct. blev behandlet på sygehuset i 2015.

---

<sup>1</sup> Fokus er på sygehusdelen og den lægelige del af praksissektoren, hvorved den øvrige del af praksissektoren, så som fysioterapi, kiropraktik mv. ikke indgår i analysen. Fsva. sygehusdelen er fokus på somatikken, og psykiatrien medtages ikke.

<sup>2</sup> Det forudsættes således, at de mest specialiserede ydelser foretages som indlæggelser, dernæst som ambulat behandling på sygehus, som behandling hos privatpraktiserende speciallæge og endeligt mindst specialiseret hos alment praktiserende læge. Denne kategorisering kan ikke siges altid at være gældende, men anvendes som rettesnor.

### **Boks 1. Brugen af det regionale sundhedsvæsen belyses via fem kontaktgrupper**

Det regionale sundhedsvæsen dækker i denne analyse over det somatiske sygehusvæsen samt almen praksis og privatpraktiserende speciallæge. Behandlingen hos disse aktører kan i højere eller mindre grad substituere hinanden. Det psykiatriske sygehusvæsen og øvrige praksis såsom fysioterapi, kiropraktik mv. er ikke omfattet.

For at få et overordnet billede af danskernes brug af det regionale sundhedsvæsen i 2015, og hvordan forbrugsmønstret har ændret sig over tid, er hver dansker grupperet i forhold til, hvilken form for kontakt denne har haft med de nævnte dele af sundhedsvæsenet. Inddelingen i grupper kan illustrere specialiseringsgraden af borgernes kontaktmønstre, og når der ses på tværs af landet, kan inddelingen samtidig sige noget generelt om forskellighed i indretningen af det regionale sundhedsvæsen.

Den kontakt, som forventes generelt at indeholde den højeste specialiseringsgrad i behandlingen (og som kan antages indebære den største ressourcemæssige belastning), afgør, hvilken kontaktgruppe en borger tilhører. Den enkelte borger kan kun "tælle med" i én af grupperne. Følgende fem grupper anvendes:

- A) Indlagt
- B) Ambulant
- C) Speciallæge
- D) Almen praksis
- E) Ingen kontakt

Udgangspunktet er, at indlæggelser er den mest specialiserede kontakt, herefter ambulante kontakter osv. Det betyder, at borgere, som har været indlagt bliver placeret i gruppen "A) Indlagt", uanset hvilke kontakter borgerne yderligere har haft i sundhedsvæsenet. Tilsvarende placeres borgere, som har haft en ambulant kontakt men ikke har været indlagt, i gruppen "B) Ambulant" og så fremdeles.

Det betyder dog ikke, at borgere placeret i gruppen "A) Indlagt" ikke har haft andre kontakter med sundhedsvæsenet. En stor del af de borgere, der har været indlagt har også ambulante kontakter på sygehus og/eller kontakter med en privatpraktiserende speciallæge og egen læge. Placering i grupperne er som nævnt alene et udtryk for, hvilket specialiseringsniveau borgeren behandles på.

Anm.: Rangordningen af grupperne, hvor A) forventes at være den mest specialiserede kontaktform og D) er den mindst specialiserede.

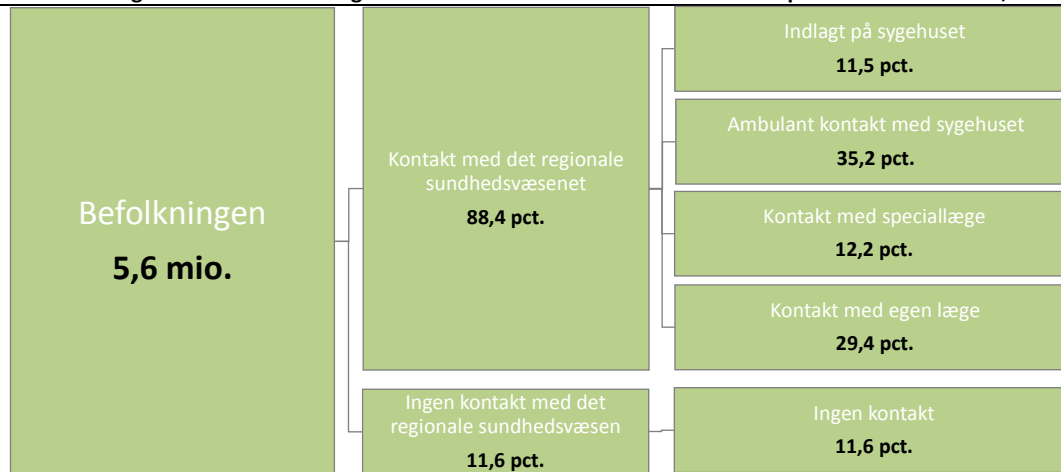
### **Godt 45 pct. af befolkningen har i 2015 været på sygehuset**

I 2015 har 11,6 pct. af den danske befolkning slet ingen kontakt til det regionale sundhedsvæsen, og knap 30 pct. af befolkningen har alene haft kontakt til alment praktiserende læge i løbet af året.

12,2 pct. af befolkningen har haft kontakt med en privatpraktiserende speciallæge som den mest specialiserede kontaktform. 35,2 pct. har haft en ambulant kontakt med et sygehus som den mest specialiserede kontaktform, mens 11,5 pct. af befolkningen har været indlagt på et sygehus i løbet af 2015, jf. figur 1.

Således var 46,7 pct. af befolkningen i kontakt med sygehusvæsenet enten i form af en indlæggelser og/eller i form af en ambulant kontakt, mens godt halvdelen af befolkningen (53,3 pct.) alene var i kontakt med en privatpraktiserende speciallæge, egen læge eller slet ikke havde kontakt til den nævnte del af det regionale sundhedsvæsen.

**Figur 1. Befolkningens kontakt til det regionale sundhedsvæsen fordelt efter mest specialiserede kontakt, 2015 (pct.)**



Kilde: Det grupperede Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.  
Anm.: Den enkelte borger kan kun indgå i én af kontaktgrupperne, den mest specialiserede.

## Mindre variation i befolkningens generelle sundhedstilstand på tværs af landet

Borgernes sundhedstilstand har betydning for, hvor ofte de er i kontakt med sundhedsvæsenet, og hvilket specialiseringsniveau de behandles på. Der ses en mindre variation i befolkningens generelle sundhedstilstand på tværs af de fem regioner, *jf. figur 2*. Sundhedstilstanden (eller sygeligheden) måles her ved Charlsons komorbiditetsindeks, *jf. boks 2*.

Borgere med bopæl i Region Nordjylland scorer gennemsnitligt en smule lavere på indekset end de andre regioner<sup>3</sup>. Borgere i Region Hovedstaden og Syddanmark scorer gennemsnitligt højest på indekset. Det ser dog ud til at være en begrænset variation i borgernes sundhedstilstand (sygelighed) på tværs af regionerne.

Den mindre forskel i borgernes generelle sundhedstilstand (sygelighed) på tværs af regionerne indikerer ikke umiddelbart, at der bør være større forskelle i borgernes kontaktmønstre på tværs af landet.

### Boks 2. Beskrivelse af Charlsons komorbiditetsindeks

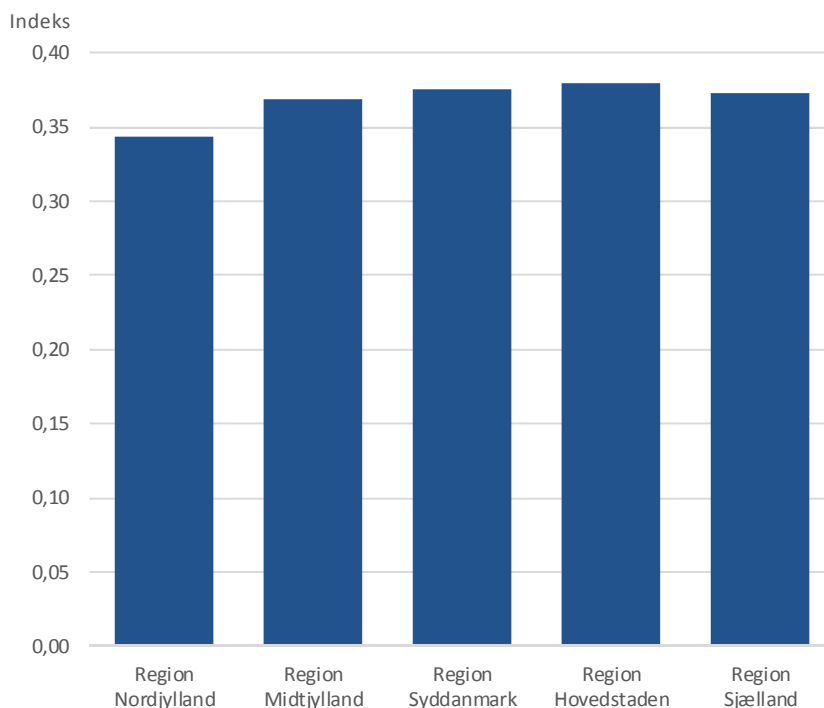
Charlsons komorbiditetsindeks er et internationalt anerkendt klassifikationsindeks, der anvender forskellige sygdomme i beregningen af en borgers komorbiditet.<sup>4</sup> Sygdommene får tildelt en værdi i forhold til sygdommens betydning for en borgers overlevelse. Ved at lægge de forskellige værdier sammen opnås en samlet score for borgernes sygelighed. Det er den gennemsnitlige score for hver region, som er vist i figur 2. En højere score vil alt andet lige betyde, at borgerne er tynget af flere og/eller sværere sygdomme.

En score på 0 er dog ikke ensbetydende med, at borgerne ikke fejler noget. Borgerne kan sagtens have andre sygdomme, som kræver behandling. Charlsons komorbiditetsindeks blev udviklet til at forudsige etårs dødelighed, og inkluderet alene 19 sygdomsgrupper.

<sup>3</sup> Beregningen af indekset sker bl.a. på baggrund af oplysninger om borgernes kontakt med sygehuset for en femårige periode. Scoren kan således været påvirket af dette forhold.

<sup>4</sup> Se en nærmere beskrivelse af Charlsons komorbiditetsindeks i bilag 2.

**Figur 2. Sygelighed målt ved gennemsnitlig Charlsons komorbiditetsindeks (CCI), fordelt efter region**



Kilde: Det grupperede Landspatientsregisteret, de reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiseret. CCI-indekset er beregnet for en femårig periode (2011-2015). Det er borgerens bopæls region, som opgøres.

### Øst- og Syddanmark behandler flest borgere på sygehuset, Nord- og Midtjylland færrest

Borgerne øst for Storebælt bliver i højere grad indlagt sammenlignet med borgere i den øvrige del af landet. Den største andel borgere, som indlægges skal findes i Region Hovedstaden og Region Sjælland (hhv. 12,7 pct. og 11,5 pct.), *jf. tabel 1*. Vest for Storebælt er det omkring 10 pct., som indlægges på sygehuset.

**Tabel 1. Befolkningen fordelt efter den mest specialiserede kontaktgruppe og region, 2015 (pct.)**

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
A) Indlagt	9,8	10,4	10,6	12,7	11,5
B) Ambulant	34,8	34,0	38,5	34,7	35,2
C) Speciallæge	11,1	11,3	9,8	15,2	12,2
D) Almen praksis	32,4	32,7	30,1	25,4	29,4
E) Ingen kontakt	11,9	11,6	11,1	12,0	11,6
I alt	100	100	100	100	100

Kilde: Det grupperede Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiseret. Tal for hele landet kan ses i figur 1. Det er borgerens bopæls region, som opgøres.

Sammenlignet med resten af landet er borgerne i Region Syddanmark i højere grad i ambulant kontakt med sygehuset (38,5 pct.), og færre borgere er indlagt eller i kontakt med privatpraktiserende speciallæger.

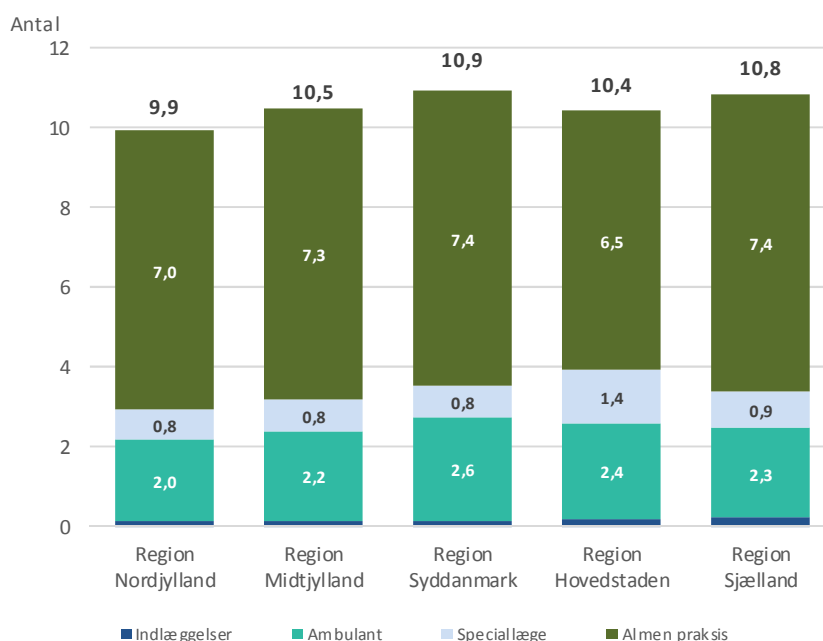
En større andel borgere i Region Hovedstaden er i kontakt med privatpraktiserende speciallæger sammenholdt med de øvrige regioner. Hele 15,2 pct. af borgerne i Region Hovedstaden

har været i kontakt med en privatpraktiserende speciallæge, mens 25,4 pct. alene har været i kontakt med deres alment praktiserende læge. Det betyder, at Region Hovedstaden er den region, hvor færrest borgere sammenlagt kun har været i kontakt med enten egen læge eller slet ikke været i kontakt med den nævnte del af det regionale sundhedsvæsen (i alt 37,4 pct.).

Borgerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland er i højere grad kun i kontakt med den alment praktiserende læge sammenlignet med i de øvrige regioner. Borgerne i de to regioner er dermed også i mindre grad i kontakt med sygehuset, sammenlignet med de øvrige regioner.

Samlet set behandler Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden i højere grad borgerne på sygehuset (indlæggelser og ambulante kontakter) sammenlignet med Region Nordjylland og Region Midtjylland, *jf. tabel 1*. Region Nordjylland er desuden den region, hvor borgerne i gennemsnit har færrest kontakter med det regionale sundhedsvæsen, mens borgerne i Region Syddanmark har flest kontakter, *jf. figur 3*.

**Figur 3. Gennemsnitlige antal kontakter pr. borger, fordelt efter region, 2015**



Kilde: Det grupperede Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiseret. Det er borgerens bopæls region, som opgøres.

Forskellen i borgernes kontaktmønster på tværs af landet kan afspejle forskellige strukturelle forhold heriblandt organiseringen af sundhedsvæsenet, udbuddet af sundhedsydelser og efterspørgsel efter ydelser.

### Samme geografiske og demografiske betingelser og alligevel forskellige i kontaktmønstre

Udover borgernes sundhedstilstand (sygelighed) kan der være andre faktorer, som kan påvirke borgernes efterspørgsel i sundhedsvæsenet. Region Sjælland og Region Syddanmark har flere geografiske og demografiske lighedspunkter, men alligevel findes der en forskel i borgernes kontaktmønstre.

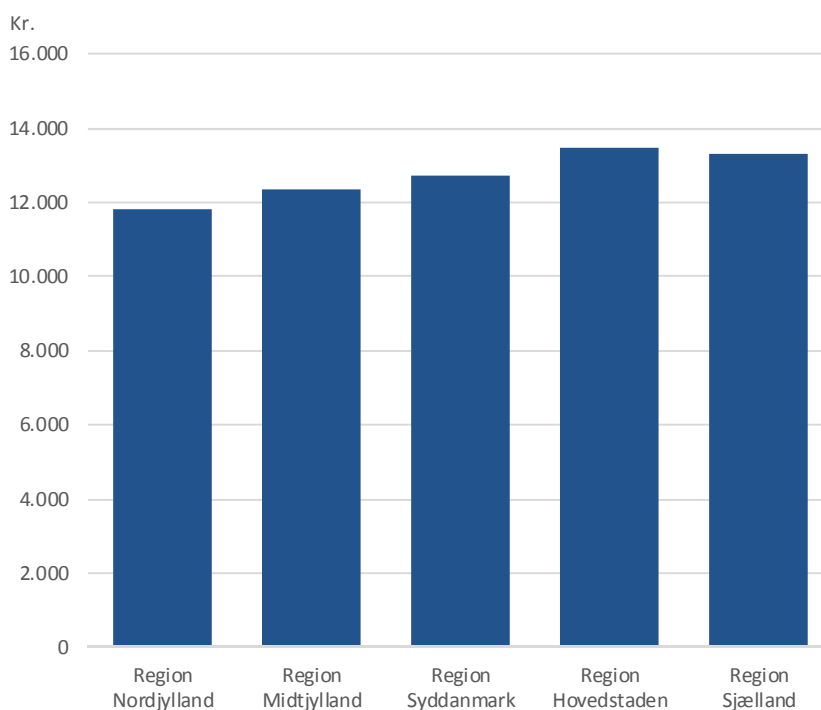
Lighedspunkterne er bl.a. befolkningstætheden i regionen, uddannelsesniveau, ledighedsgraden og det generelle socioøkonomiske indeks<sup>5</sup>, jf. bilagstabel B.1. Borgerne i Region Sjælland og Region Syddanmark har også omtrent samme sygelighedsniveau (figur 2).

I Region Sjælland bliver borgerne imidlertid indlagt i højere grad end i Region Syddanmark, hvor borgerne i højere grad bliver behandlet ambulante.

Samlet set er borgerne i Region Syddanmark til gengæld hyppigere i kontakt med det regionale sundhedsvæsen (se figur 3). Det gælder både ambulante kontakter og besøg hos egen læge.

Forskellene i befolkningernes kontaktmønstre i de to regioner afspejles også i de to regioners samlede udgifter til behandling på sygehuset, speciallæge praksis og almen praksis.<sup>6</sup> Region Sjælland, som i højere grad indlægger borgerne (behandler på et højere specialiseringsniveau) har også samlet set højere udgifter til behandling sammenholdt med Region Syddanmark, jf. figur 4.

**Figur 4. Gennemsnitlige udgifter samlet til behandling på sygehuset, speciallæge praksis og almen praksis pr. borger fordelt efter region, 2015 (kr.)**



Kilde: Det grupperede Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiseret. Det er borgerens bopæls region, som opgøres.

<sup>5</sup> Det socioøkonomiske indeks måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen, Social- og Indenrigsministeriet.

<sup>6</sup> Se boks 4 for definition af udgifter.

## Flest udgifter til behandling i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er de samlede udgifter pr. borger til behandling på sygehuset, speciallæge praksis og almen praksis ca. 13.500 kr. pr. borger. Det er ca. 1.500 kr. mere end i Region Nordjylland, som har de laveste udgifter, *jf. figur 4*.

### **Boks 4. Udgifter samlet til behandling på sygehuset, speciallæge praksis og almen praksis**

**Udgifter** er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling samt bruttohonorarer ved behandling hos privatpraktiserende speciallæger og almen praksis. Det bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, hvorfor der i teknisk forstand ikke er tale om udgifter.

I Region Nordjylland behandles borgerne i mindre grad på sygehuset (se tabel 1), hvilket umiddelbart ses at slå igennem på de gennemsnitlige udgifter (se figur 4). Kontaktmønstret på tværs af landet kan således også ses i udgiftsniveaue.

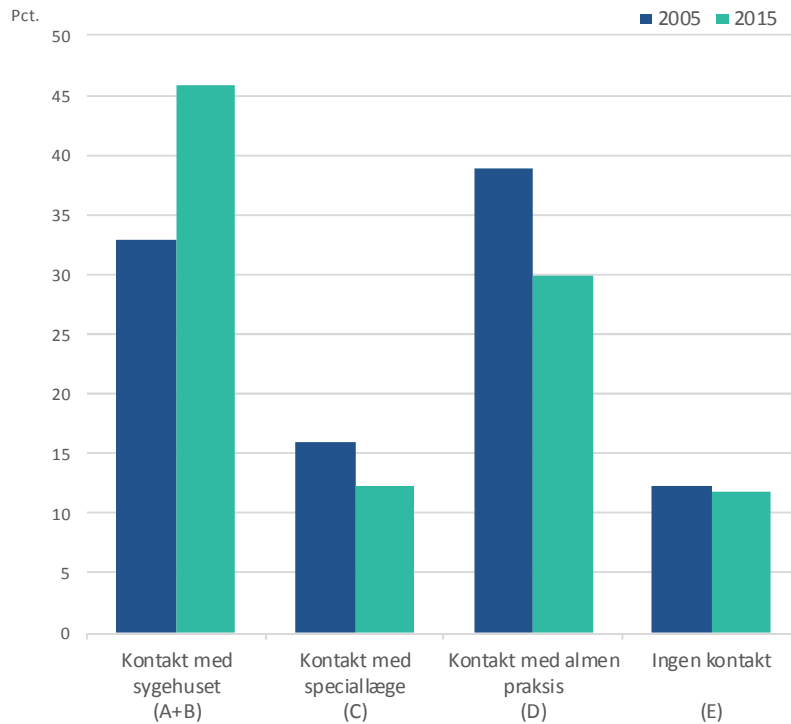
## Flere behandles på sygehuset i dag end tidligere

Fra 2005 til 2015 er der sket en stigning i andelen af borgere, som behandles på sygehuset (gruppe A+B), *jf. figur 5*. I 2005 blev én ud af tre borgere behandlet på sygehuset, mens det i 2015 var næsten hver anden borger (godt 45 pct.), som blev behandlet på sygehuset.

Da en borger kun kan tælle med i én af grupperne, modsvares denne stigning af et fald i gruppen, som ser den privatpraktiserende speciallæge på det 'højeste specialiseringsniveau' og gruppen, som alene har kontakt til den alment praktiserende læge. Borgere, som slet ingen kontakt har haft til den nævnte del af det regionale sundhedsvæsen, er stort set uændret fra 2005 til 2015.



**Figur 5. Andel borgere i kontakt med sundhedsvæsenet fordelt efter mest specialiserede kontakt, 2005 og 2015 (pct.)**



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Det grupperede Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret.  
Anm.: Kontakt med sygehuset dækker over alle kontakter til det somatiske sygehuse. Dette omfatter i 2005 indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg. For at kunne sammenligne 2005 og 2015 afviger opgørelsen for 2015 fra de øvrige opgørelser i analysen (figur 1-2 og tabel 1), da behandlinger på private sygehuse, hvor det offentlige betaler, ikke er inkluderet i denne opgørelse. 2015-tallene er desuden køns- og aldersstandardiseret med 2005, som referencepopulation.

Selvom gruppen, der ”højest” er i kontakt med alment praktiserende læge, er blevet mindre, betyder det ikke nødvendigvis, at borgerne er mindre i kontakt med egen læge.

Den større andel af borgere, som behandles på sygehuset i 2015 i forhold til 2005 kan bl.a. afspejle ændrede behandlingsmønstre og udbud af sundhedsydelser, fx tilbud om kræftscreening, pakkeforløb mv., generelt øget teknologisk fremdrift og stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser blandt befolkningen. Dette er dog ikke undersøgt nærmere i denne undersøgelse.

## Bilag 1

**Tabel B.1. Udvalgte geografiske og demografiske forhold for de fem regioner, 2014**

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
<b>Geografiske</b>					
Antal indbygger, i 1.000*	582	1.282	1.205	1.767	819
Andel kommuner med en befolkningstæthed større end gennemsnittet på 130 indb. pr. km <sup>2</sup> , i pct.**	9	11	27	97	29
<b>Demografiske</b>					
Ledighedsprocent*	5,4	4,5	5,1	5,5	5,2
Andel af indbygger med grundskole som højst gennemført uddannelse, i pct.*	31	28	31	23	32
Andel kommuner med socioøkonomiskindeks over 1, i pct.**	36	21	41	52	41

Kilde:

\*<http://www.regioner.dk/om+regionerne/statistik+opdateret+dec+2015>.

\*\* Egne beregninger pba. Social- og Indenrigsministeriets kommunale nøgletal.

Anm. Socioøkonomiskindeks: Nøgletallet måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som f.eks. 'Antal 20-59-årige uden beskæftigelse' og 'Antal psykiatriske patienter'. Den præcise definition kan findes i Social- og Indenrigsministeriets publikation 'Kommunal Udligning og Generelle Tilskud 2008', side 40. 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.

## Bilag 2

### Identifikation af populationen

Population omfatter som udgangspunkt alle borgere i Danmark, som havde bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2015. Når der sammenlignes med tal for 2005, vil 2005-populationen omfatte alle borgere, som havde bopæl i en dansk kommune pr. 1. januar 2005.

Kontakt med sundhedsvæsenet inddrages i fem kontaktgrupper:

- A) Indlagt
- B) Ambulant
- C) Speciallæge
- D) Almen praksis
- E) Ingen kontakt

Det er den kontakt, som forventes at indebære den mest specialiserede behandling, som afgør, hvilken gruppe en borger tilhører. Det vil sige, at personer, der har været indlagt, placeres i gruppen "A) Indlagt" uanset hvilke kontakter personerne yderligere har haft i sundhedsvæsenet. Tilsvarende placeres personer, som har haft en ambulant kontakt, men som ikke har været indlagt, i gruppen "B) Ambulant" og så fremdeles. Det er således kun muligt, at indgå i én af gruppen.

Det betyder dog ikke, at personer placeret i gruppe "A) Indlagt" ikke har haft andre kontakter med sundhedsvæsenet. Eksempelvis vil en stor del af de personer, der har været indlagt også have en eller flere ambulante kontakter, kontakter hos speciallægen og kontakter hos sin egen alment praktiserende læge.

Kontakt omfatter ikke aktiviteter, der foregår i det psykiatriske sygehusvæsen eller den øvrige del af praksissektoren.

### Beskrivelse af kontaktdefinitioner

#### Praksissektoren

Aktivitet i praksissektoren er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. Aktiviteten opgøres som antal kontakter. En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Opgørelserne omfatter kontakter, der er afregnet i 2015 inden for det enkelte praksisområdet.

Aktiviteten i praksissektoren er afgrænset til registreringer hvoraf der kan identificeres bopælsregion, køn og alder for borgeren. Aktiviteten er ikke afgrænset på baggrund af sygesikringsgruppe.

Antal kontakter er afgrænset således, at der medtages maksimalt fem af samme ydelseskode fra én afregningslinje. For modregnede negative ydelser, minusydelser, medtages tilsvarende kun ned til et antal på minus 5 ydelser. Antal kontaktydelser mindre end minus 5 og højere end plus 5 justeres til hhv. minus 5 og 5. Fx afgrænses et kontaktydelsesantal på minus 10 til minus 5.

For praksissektoren indgår kontakt til almen praksis inklusiv vagtlæge samt kontakt til speciallæger.

#### *Almen praksis*

Omfatter afregnede ydelser, der er vurderet at udgøre en særskilt kontakt mellem borger og behandler i almen praksis og hos vagtlæger i dagstid og vagttid.

Kontakt til almen praksissektoren inddeles i fysiske kontakter samt telefon- og e-mailkonsultationer. De fysiske kontakter udgøres af almindelige konsultationer, andre specifikke ydelser, der er vurderet at udgøre et særskilt fysisk fremmøde (fx helbredsundersøgelser af gravide og børneundersøgelser) samt sygebesøg.

#### *Speciallægepraksis*

Omfatter afregnede ydelser hos privat praktiserende speciallæger, der er vurderet at udgøre en særskilt kontakt inden for specialerne anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermatologi-venerologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, kirurgi, neurologi, øjenlægehjælp, ortopædkirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri og børnepsykiatri.

Inden for specialet diagnostisk radiologi er der ingen decideret konsultationsydelseskode, men alene ydelser, fx røntgen af hånd/håndled. På baggrund heraf tæller en patients ydelser hos samme yder i samme uge som én kontakt, idet ydelserne antages at være foretaget ved samme kontakt.

Inden for specialerne kirurgi, neurologi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi, øjenlægehjælp, og ørelægehjælp er der særydelser, der ikke honoreres sammen med en konsultationsydelse. På baggrund heraf er disse særydelser vurderet at udgøre en kontakt, og der er maksimalt medtaget én særydelseskontakt per patient hos samme yder i samme afregningsuge.

#### *Øvrige praksis*

Der medtages ikke aktivitet afregnet i øvrig praksis. Således indgår borgernes kontakt inden for fysioterapi, kiropraktik, fodterapi, tandlæge- og tandplejebehandling, optræning Teddy Øfeldt og psykologhjælp ikke.

#### Sygehusaktivitet

Sygehusaktivitet baseres på Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Sygehusaktivitet inkluderer somatik, der er offentligt finansieret. Raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderes fra opgørelserne.

#### *Indlæggelser (somatik)*

Ved en indlæggelse forstås en tidsmæssigt sammenhængende indlæggelse på et sengeafsnit på samme sygehus. Overflytninger mellem sygehusafdelinger på samme sygehus regnes så-

ledes som én sygehusindlæggelse. Indlæggelser ses som tidsmæssigt sammenhængende, såfremt afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse finder sted på samme dato.

På somatiske sygehuse opgøres antallet sygehusudskrivinger, og opgørelsesåret bestemmes ud fra udskrivningstidspunktet.

#### *Ambulante kontakter (somatik)*

Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse.

For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulante besøg pr. dag pr. afdeling. En patient kan godt have besøg på mere end én afdeling samme dag, hvorved der reelt kan indgå flere besøg pr. dag.

I opgørelsen for 2005 indgår der tal for fremmøde på en skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2015 indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

### **Beskrivelse af sundhedsudgifter**

#### Sygehusudgifter

Sygehusudgifterne er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet).

Regionale sundhedsudgifter omfatter udgifter til sygehusbehandling (somatisk). Det bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, hvorfor der i teknisk forstand ikke er tale om regionale udgifter. DRG-produktionsværdien er opgjort vha. taksterne i DRG-systemet, som omfatter gennemsnitsomkostninger for forskellige behandlinger. Disse er baseret på regnskabs- og aktivitetsoplysninger på danske sygehuse, og anvendes i en lang række sammenhænge til bl.a. afregning af sygehusbehandlinger.

#### Ydelseshonorar almen praksis og speciallægepraksis

Omfatter bruttohonorar for samtlige almen praksis ydelser og ydelser i speciallægepraksis (dvs. både ydelser, der udgør en kontakt og tillægsydelser) afregnet i 2015, jf. Sygesikringsregisteret. Ydelseshonoraret er afgrænset til almen praksis i dagtid og speciallæge praksis for borgere med en gyldig dansk bopælsregion på behandlingstidspunktet samt oplysning om køn og alder.

### **Beskrivelse af Charlsons komorbiditetsindeks**

Komorbiditet angiver tilstedeværelse af en eller flere helbredsproblemer. Charlsons komorbiditetsindeks er et internationalt anerkendt klassifikationsindeks, der inkluderer 19 forskellige udvalgte sygdomme og lidelser, som har betydning for borgerens overlevelse. Sygdoms sværhedsgrad er udtrykt ved en værdi fra 1 til 6. Ved at lægge de forskellige værdier sammen kan man opnå en samlet score for borgernes sygelighed. Det er denne gennemsnitlige score

for hver region og kontaktgruppe, som er beregnet. I analysen anvendes Charlsons komorbiditetsindeks til måling af borgernes sygelighed.

I beregningen af Charlsons komorbiditetsindeks er alle diagnosekoder (aktions- eller bidiagnoser), der er registreret på sygehuset i perioden 2011 til 2015 anvendt. Det gælder både indlæggelser og ambulante kontakter. Desuden anvendes informationer om, hvorvidt borgerne har en blandt udvalgte kroniske sygdomme fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

#### Datakilder

Det DRG-grupperede Landspatientregister 10. marts versionen året efter samt reviderede (marts 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

**Tabel B.2. Charlsons Comorbiditets Indeks, herunder sygdomsgrupper og vægte, samt supplement fra RUKS.**

Gruppe	Vægt	Sygdomsgruppe	SKS-koder fra LPR	Fra RUKS
1	1	Myocardieinfarkt (blodprop i hjertet)	DI21*-DI23*	
2	1	Hjerteinsufficiens	DI50*, DI110*, DI130*, DI132*	Hjertesvigt
3	1	Perifer arterial sygdom (forsnævring af arterier)	DI70*-DI74*, DI77*	
4	1	Cerebrovaskulær sygdom (blodkarssygdomme i hjernen)	DI60*-DI69*, DG45*, DG46*	
5	1	Demens	DF00*-DF03*, DF051*, DG30*	Demens
6	1	Lungesygdomme	DJ40*-DJ47*, DJ60*-DJ67*, DJ684*, DJ701*, DJ703*, DJ841*, DJ920*, DJ961*, DJ982*, DJ983*	KOL Asthma
7	1	Bindevævssygdom (gigtssygdomme)	DM05*, DM06*, DM08*, DM09*, DM30*-DM36*, DD86*	Leddegigt
8	1	Ulcussygdom (mavesår)	DK221*, DK25*-DK28*	
9	1	Lever sygdom i let grad	DB18*, DK700*-DK703*, DK709*, DK71*, DK73*, DK74*, DK760*	
10	1	Diabetes uden komplikationer	DE100*, DE101*, DE109*, DE110*, DE111*, DE119*	Diabetes I Diabetes II
11	2	Hemiplegi (lammelse i den ene side af kroppen)	DG81*, DG82*	
12	2	Moderat eller svær nyresygdom	DI12*, DI13*, DN00*-DN05*, DN07*, DN11*, DN14*, DN17*-DN19*, DQ61*	
13	2	Diabetes med komplikationer	DE102*-DE108*, DE112*-DE118*	
14	2	Anden ikke-metastatisk malign sygdom (solid tumor – kræft, der ikke har spredt sig)	DC00*-DC75*	
15	2	Leukæmi (blodkræft)	DC91*-DC95*	
16	2	Malignt lymfom eller myelomatose (lymfe- eller knoglemarvskræft)	DC81*-DC85*, DC88*, DC90*, DC96*	
17	3	Moderat eller svær lever sygdom	DB150*, DB160*, DB162*, DB190*, DK704*, DK72*, DK766*, DI85*	
18	6	Anden metastatisk malign sygdom (solid tumor – kræft, der har spredt sig)	DC76*-DC80*	
19	6	AIDS	DB21*-DB24*	

Kilde: The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients, Thygesen et al. BMC Medical Research Methodology 2011 modificeret (egne tilføjelser i parentes).

Anm.: \* Betyder inkl. alle underkoder.