



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M sum@sum.dk  
W sum.dk

## Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 13-02-2019  
Enhed: SUNDØK  
Sagsbeh.: DEPJJJ  
Sagsnr.: 1901335  
Dok. nr.: 812421

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 18. januar 2019 stillet følgende spørgsmål nr. 418 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 418:

”Vil ministeren oplyse, hvilket fagligt grundlag der ligger til grund for regeringens ambition med sundhedsreformen om, at man kan undgå 500.000 ambulante besøg og 40.000 indlæggelser på sygehuse frem mod 2025, og vil ministeren oplyse, hvilket faglært belæg ligger til grund for denne vurdering?”

Svar:

En central del af regeringens sundhedsreform er ny kvalitetsplan, der skal sætte standarder for faglighed og kvalitet over hele landet og sætte retning for, hvordan mere behandling kan foregå i det nære sundhedsvæsen. Det er nødvendigt for at imødekomme den stigende efterspørgsel fra en ældre befolkning og det øgede antal af mennesker med psykiske lidelser.

For at drive udviklingen, så flere patienter fremover behandles i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene, har regeringen opsat et ambitiøst mål.

*”Flere patienter skal fremover modtage behandling af høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehusene, og flere indlæggelser skal forebygges.*

*Regeringens målsætning er, at patienterne frem mod 2025 skal have 500.000 færre ambulante besøg på sygehuset, fordi flere opgaver kan løses i eller tættere ved hjemmet. Desuden vil regeringen forebygge 40.000 indlæggelser.”*

Målet er, at flere kontroller og behandlinger rykkes ud af sygehusene og kan ske i det nære sundhedsvæsen, og at flere opgaver kan løses med mindre belastning af sygehusenes kapacitet.

Det kan fx være ambulante kontroller, som kan klares, uden at borgeren møder op, ved hjælp af oplysninger udfyldt af borgeren hjemmefra. Dermed frigøres der tid og plads til de mere specialiserede behandlinger på sygehusene. Så den enkelte patient kan modtage en behandling af høj kvalitet i eller tæt på eget hjem. Samtidig skal der være færre indlæggelser bl.a. ved at kommuner og almen praksis i tide forebygger, at en indlæggelse på et sygehus bliver nødvendig.

Målsætningen har afsæt i to afgrænsede områder, hvor der kan være et potentiale for omstilling, enten direkte ved at flytte opgaver ud af sygehusene via ændret opgaveløsning eller ved at styrke forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen mhp. at forebygge og undgå indlæggelser på sygehusene.

- Spor 1: Behandling af kronisk syge borgere, der med en ændret opgaveløsning, kan varetages i primærsektoren i stedet for på sygehuset. Det kan fx være ambulante besøg, som i dag foregår på sygehusene, som kan afløses af indsatser i almen praksis, i kommunalt regi eller håndteres via digitale løsninger. Potentialerne er baseret på Sundhedsstyrelsens foreløbige skøn for ændret opgaveløsning og på udvalgte områder med stor sygdomsbyrde.
- Spor 2: Indlæggelser, som via tidlig og forebyggende indsats kan undgås (uhensigtsmæssige indlæggelser).

Den afgrænsede sygehusaktivitet i spor 1 og spor 2 kan omsættes til et antal ambulante besøg og indlæggelser. Det skønnes, at aktiviteten udgør hhv. 470-560.000 ambulante besøg og 29-44.000 indlæggelser.

#### *Spor 1*

Sundhedsstyrelsen har peget på et potentiale for en ændret opgaveløsning baseret på faglige skøn og vurderinger, *jf. boks 1*. Jeg kan desuden henvise til Sundhedsstyrelsens notat af 22. august 2018, som er oversendt til udvalget den 6. februar 2019.

#### **Boks 1. Sundhedsstyrelsens foreløbige skøn over potentialer for omstilling**

- KOL-patienter (kronisk obstruktiv lungesygdom): Op til 75-80 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter og 20-30 pct. akutte sengedage.
- Patienter med Type-2 diabetes: Op til 75-80 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter.
- Patienter med hjertekarsygdomme: 30-40 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter, og potentiale for at knap 14.000 patienter årligt kan modtage hjerterehabilitering i kommunerne.
- Patienter med muskel-skelet lidelser: 30-40 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter og 10-20 pct. af de akutte indlæggelser.
- Patienter med let til moderate angstlidelser og depression: 25 pct. planlagte ambulante sygehuskontakter. Ca. 25 pct. af kontakter hos praktiserende speciallæge i psykiatri kan varetages i almen praksis eller i psykologregi.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2018)

#### *Spor 2*

Det er vanskeligt at definere og måle en uhensigtsmæssig indlæggelse. Typisk anvendes forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte kortidsindlæggelser som indikatorer for uhensigtsmæssige indlæggelser og i følgende tages der udgangspunkt i disse, *jf. boks 2*.

## **Boks 2. U hensigtsmæssige indlæggelser**

Borgere kan opleve at blive indlagt, hvor indlæggelsen vurderes at kunne være undgået af forskellige grunde. Disse indlæggelser benævnes ofte som uhensigtsmæssige indlæggelser og dækker primært over følgende:

**Forebyggelige indlæggelser** er indlæggelser, der ofte er mulige at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i kommuner og/eller regioner. En forebyggelig indlæggelse betegner en indlæggelse, hvor den primære diagnose tilhører en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

**Akutte genindlæggelser** er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der finder sted senest 30 dage efter seneste udskrivning. Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit, og patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

**Akutte medicinske korttidsindlæggelser** er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der foregår på en medicinsk afdeling, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelsen.

Ikke alle "uhensigtsmæssige indlæggelser" som ovenfor defineret er dog nødvendigvis uhensigtsmæssige. Genindlæggelser kan være velbegrundede, og forebyggelige indlæggelser kan dække over situationer, som ikke nødvendigvis har været forebyggelige.

Det taler for, at et fokus på de ovennævnte grupper vil overvurdere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser. Omvendt kan der være uhensigtsmæssige indlæggelser, som de nævnte indikatorer ikke fanger. Det taler for en undervurdering. Størrelsesordenen heraf er vanskelig at fastsætte præcis, og usikkerheden tilsiger et forsigtigt skøn.

Uhensigtsmæssige indlæggelser har et samlet omfang på ca. 8 mia. kr. årligt, eller omkring 20 pct. af den samlede sygehusaktivitet forbundet med somatiske indlæggelser (opgjort i DRG-værdi), *jf. også Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse*.

En opgørelse af variationer i indlæggelserne opgjort på kommuneniveau indikerer et potentiale for nedbringelse på 9-15 pct., hvis indlæggelserne for alle kommuner bringes på niveau med den kommune, der har det 25ende laveste niveau for indlæggelser henholdsvis det 5te laveste niveau.

Der er endvidere opgjort store forskelle på regionsplan: I Region Syddanmark er der i gennemsnit ca. 48 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre, mens det i Region Hovedstaden er ca. 71 pr. 1000 ældre (Nationale Mål 2018).

En målsætning om reduktion på 10-15 pct. i de uhensigtsmæssige indlæggelser i forhold til i dag svarer til sygehusaktivitet på 0,8-1,2 mia. kr.

### **Beregning af antal kontakter**

De to beskrevne målgrupper vurderes at være et naturligt udgangspunkt for en målsætning om behandlingsomstilling enten ved direkte at flytte opgaver via ændret opgaveløsning eller ved at styrke forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen.

Af tabel 1 fremgår antal indlæggelser og ambulante besøg på de behandlingsområder, Sundhedsstyrelsen peger på i deres faglige skøn og vurderinger, og antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Samlet set giver det 470.000-560.000 ambulante besøg og 29-44.000 indlæggelser. Det bemærkes, at overlap mellem uhensigtsmæssige indlæggelser og indlæggelserne omfattet af Sundhedsstyrelsens vurdering er håndteret ved, at uhensigtsmæssige indlæggelser trukket fra indlæggelserne omfattet af Sundhedsstyrelsens vurdering.

<b>Tabel 1</b>			
<b>Antal kontakter der vurderes at kunne omstilles</b>			
	Antal kontakter	Kontakter der kan omstilles – nedre skøn	Kontakter der kan omstilles – øvre skøn
Ambulante besøg i alt	1.221.941	472.224	561.013
Indlæggelser i alt	284.560	28.976	43.516
Uhensigtsmæssige indlæggelser (10-15 pct.) <sup>1</sup>	278.323	27.832	41.748
- Akutte medicinske korttidsindlæggelser	166.585	16.659	24.988
- Akutte genindlæggelser	80.585	8.059	12.088
- Forebyggelige indlæggelser	64.260	6.426	9.639
Omfattet af Sundhedsstyrelsens vurdering <sup>2</sup>			
<b>KOL</b>			
- Planlagte ambulante besøg (75-80 pct.)	69.996	52.497	55.997
- Akutte indlæggelser (20-30 pct.)	5.202	1.040	1.561
<b>Type 2 diabetes</b>			
- Planlagte ambulante besøg (75-80 pct.)	187.570	140.678	150.056
<b>Hjertekarsygdomme</b>			
- Planlagte ambulante besøg (30-40 pct.)	478.907	143.672	191.563
<b>Muskel-skelet-sygdomme</b>			
- Planlagte ambulante besøg (30-40 pct.)	280.205	84.062	112.082
- Akutte indlæggelser (10-20 pct.)	1.035	104	207
<b>Moderat angst og depression</b>			
- Planlagte ambulante besøg (25 pct.)	205.263	51.316	51.316

Anm.: I parentes er angivet, hvor mange pct. der antages at kunne omstilles. 1) Der er overlap mellem de forskellige uhensigtsmæssige indlæggelser, hvorfor "uhensigtsmæssige indlæggelser" i alt er mindre end de enkelte indlæggelsestyper lagt sammen. 2) Indlæggelser under "omfattet af Sundhedsstyrelsens vurdering" er eksklusiv uhensigtsmæssige indlæggelser. Der er derfor flere indlæggelser for de enkelte patientgrupper, hvis overlappet ikke var regnet med. Det er ikke muligt at beregne overlappet mellem akutte genindlæggelser og indlæggelserne for de enkelte patientgrupper. Det er antaget, at der ca. er dobbelt så mange genindlæggelser som akutte medicinske korttidsindlæggelser. Sundhedsstyrelsens skøn for akutte indlæggelser vedr. KOL relaterer sig til sengedage og ikke antal indlæggelser. Beregningen bygger på en oversættelse af antal sengedage til antal indlæggelser baseret på den gennemsnitlige liggetid for disse indlæggelser.

Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), RUKS-registeret og egne beregninger.

Beregningen er forbundet usikkerhed, jf. også Sundhedsstyrelsens notat, som er oversendt til udvalget. Usikkerhederne er både i opadgående og nedadgående retning.

Det er bl.a. vanskeligt at fastlægge en retvisende liste af behandlinger, som potentielt kan omstilles hhv. forebygges. De to overordnede "spor" opfanger således kun en lille andel af den samlede aktivitet. Der vil således være andre patientgrupper, som har behandlinger, der kan omstilles til det nære sundhedsvæsen, men som ikke vil indgå i beregningen.

Målsætningen om forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser tager udgangspunkt i en sammenligning på tværs af kommuner. Der skal tages forbehold, idet kommunernes rammevilkår er forskellige. Derfor er der anlagt et forsigtigt skøn.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Jakob Jans Johansen