

Specialrapport 2012

- specialanalyse på sundhedsområdet

Kommunernes sundhedsudgifter set i lyset af opgaveoverdragelse og finansieringsmæssig omstrukturering ved kommunalreformen i 2007.



Indholdsfortegnelse

1	Indledning	3
1.1	Rapportens formål	4
1.2	Metode og datagrundlag	4
1.3	Afgrænsning	5
1.4	Arbejdsgruppen	5
2	Konklusioner og anbefalinger	7
2.1	Sygdomsmønstre og baggrundsfaktorer	7
2.2	Hvad giver mest sundhed for pengene?.....	9
3	Overordnet beskrivelse af sundhedsområdet	11
3.1	Indledning.....	11
3.2	Aktivitetsbestemt medfinansiering af regionale sundhedsydelser	11
3.3	Nye regler fra 1. januar 2012.....	12
3.4	Sundhedsfremme og forebyggelse	14
3.5	Færdigbehandlede patienter	15
3.6	Incitament til forebyggelse	15
4	Baggrundsfaktorer for efterspørgsel af sundhedsydelser	17
4.1	Indledning.....	17
4.2	Benchmarking af forbruget til kommunal medfinansiering af sundhedsområdet .	17
4.3	Demografi, sundhed og socioøkonomiske forhold	19
4.4	Delkonklusion - baggrundsfaktorer	24
5	Forbrug af regionale sundhedsydelser.....	25
5.1	Indledning.....	25
5.2	Kommunal medfinansiering - somatik og sygesikring	25
5.3	Stationær somatik	27
5.4	Ambulant somatik	34

5.5	Sygesikringsområdet	36
5.6	Delkonklusion – somatik og sygesikring.....	39
5.7	Kommunal medfinansiering til det psykiatriske område	39
5.8	Akutte overflytninger.....	42
6	Det kommunale sundhedsudbud – udvalgte temaer	46
6.1	Indledning.....	46
6.2	Færdigbehandlede patienter	46
6.3	Vederlagsfri fysioterapi.....	49
6.4	Forløbsprogrammer til kronisk syge.....	60
7	Effektmåling og vurdering af indsatser	65
7.1	Indledning.....	65
7.2	Effektmåling: Formål og muligheder.....	65
7.3	Hvor kan vi forvente økonomisk effekt af patientrettet forebyggelse?.....	68
7.4	Vanskeligheder og udfordringer forbundet med effektmåling	71
7.5	Fremtidige effektdata på det kommunale sundhedsområde	72
8	Appendiks – konklusionsskema for udvalgte temaer	75

1 Indledning

Gentofte, Gladsaxe, Greve, Helsingør, Hillerød og Høje-Taastrup Kommuner har siden 2001¹ samarbejdet om at benchmarke kommunernes virksomhed.

Der er hvert år blevet udarbejdet en generel Nøgletalsrapport samt en specialrapport (benchmarkinganalyse) af et særligt udvalgt område.

Formålet med kommunesamarbejdet er at give den politiske ledelse i de deltagende kommuner et koncentreret overblik over den enkelte kommunes udgifts- og serviceniveau på de store fagområder.

I Nøgletalsrapporten sammenlignes kommunernes nøgletal for serviceniveau og ressourceindsats. I Specialrapporten fokuseres herefter på et specifikt udvalgt emne eller fagområde, som varierer fra år til år. I modsætning til Nøgletalsrapporten, som koncentrerer sig om de mere generelle udviklingstræk indenfor fagområderne, går Specialrapporten således mere i dybden med det udvalgte emne.

Nærværende rapport udgør specialrapporten for 2012 og omhandler sundhedsområdet.

Med Kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne en større del af opgaverne i det samlede sundhedsvæsen. Kommunerne fik ansvaret for en række nye opgaver indenfor genoptræning og borgerrettet forebyggelse samt sundhedsfremme. Samtidig blev der vedtaget en ny finansieringsreform for sundhedssektoren, der medførte, at kommunerne fremover skulle være med til at finansiere de regionale sundhedsudgifter gennem den aktivitetsbestemte medfinansieringsordning.

Kommunerne har nu varetaget disse nye opgaver fagligt og finansieringsmæssigt i godt fem år.

De seks involverede kommuner har siden overtagelsen haft indtryk af en stadig stigning i såvel udgifts- som aktivitetsniveau på de omfattede områder og finder generelt, at disse har været vanskeligt styrbare, ligesom de fylder stadig mere i de kommunale budgetter.

Kommunaldirektørerne for kommunerne i benchmarkingsamarbejdet besluttede derfor, på deres møde den 10. maj 2011 at gennemføre en specialanalyse på sundhedsområdet. Emnet for denne specialrapport skulle være kommunernes sundhedsudgifter set i lyset af opgaveoverdragelse og finansieringsmæssig omstrukturering ved kommunalreformen i 2007.

Rapporten ønskedes konkret udarbejdet med følgende to hovedtemaer:

- A. Analyse og beskrivelse af eksisterende data på hovedområder
- B. Udvikling af model for effektmålinger

Og der formuleredes følgende tre emneområder:

¹ Gentofte og Hillerød kommuner dog siden 2007

1. Økonomiske incitamentsstrukturer og organisering
2. Sammenligning af sundhedsdata for de seks kommuner
3. Effektmålinger og vurderinger af indsatser

I projektkommissoriet konkretiseres de indholdsmæssige krav til specialrapportens tre emneområder, på følgende måde²:

Økonomiske incitamentsstrukturer og organisering

En generel og kort beskrivelse af de økonomiske styringsmekanismer på sundhedsområdet, herunder hvordan finansieringen på området er (hel eller delvis kommunal finansiering), kommunernes mulighed for at påvirke udgiftsniveau mv. samt de enkelte kommuners organisering på de forskellige områder (BUM-model, rammestyring mv.).

Sammenligning af sundhedsdata for de seks kommuner

Kommunernes udgifter til finansiering af sundhedsområdet præsenteres overordnet, sammenlignes kortfattet og kommenteres. Hovedvægten lægges i præsentation af eksisterende data. Hvad angår beskrivelsen af de kommunale tilbud afgrænses denne til at gælde indsatsen for personer over 18 år på området for patientrettet forebyggelse.

Effektmålinger og vurderinger af indsatser

Det drøftes og belyses, hvad der skal til for at udvikle metoder, der kan måle effekterne af forskellige typer indsatser på sundhedsområdet indenfor voksenområdet. Udgangspunktet er den patientrettede forebyggelse.

Arbejdet med specialrapporten igangsættes december 2011 og afsluttes medio maj 2012 med en rapport, som drøftes på kommunaldirektørmødet den 8. juni 2012.

1.1 Rapportens formål

Det er rapportens hovedformål, at de enkelte kommunalbestyrelser skal kunne vurdere deres ressourceanvendelse og praksis på sundhedsområdet i forhold til de fem andre benchmarkingkommuner. I rapporten sammenlignes serviceniveau og udgiftsniveau indenfor udvalgte aktivitetsområder, og der overvejes muligheder og perspektiver med hensyn til at kunne kvantificere og opgøre effekter af kommunernes forskellige forebyggelsesindsatser mv.

I rapporten gives ikke færdige konklusioner eller handlingsanvisninger i forhold til kommunernes fremtidige politikker, i stedet udpeges områder og problemstillinger, som de enkelte kommuner kan lade sig inspirere af og arbejde videre med.

1.2 Metode og datagrundlag

Rapporten er udarbejdet på baggrund af følgende metode:

- Dataindsamling i deltagende kommuner og offentligt tilgængelige kilder.

² Arbejdsgruppen fik adgang til at fravælge enkelte indholdsdele, såfremt det blev anset for nødvendigt eller hensigtsmæssigt. Således indgår afsnittet om organisering f.eks. ikke i rapporten.

- Arbejdsgrupperne har udarbejdet spørgeskemaer bl.a. om forbrugsniveau og organisering mv. til internt brug.

Specialrapporten dækker perioden efter Kommunalreformen. Konkret analyseres årrækken 2008 – 2011. Da dataindsamling og registreringsmetoder i 2007 skulle tilpasses den nye aktivitetsbestemte afregningsmodel, er data for dette år ufuldstændige og derfor ikke egnede til at indgå i en tidsserie. Af denne årsag udelades data for 2007 af analysen.

Foruden egen dataindsamling er der indhentet data m.v. fra forskellige offentlige kilder herunder primært KØS databasen, E-Sundhed og Danmarks Statistik.

1.3 Afgrænsning

Rapporten omhandler de kommunale sundhedsudgifter vedrørende opgaver overtaget eller påbegyndt på baggrund af kommunalreformen i 2007.

Disse opgaver omfatter

1. Betalingsordning vedr. medfinansiering af regionale sundhedsudgifter til somatik, psykiatri og praksissektor på aktivitetsbestemt basis.
2. Betaling af udgifter vedr. borgernes brug af vederlagsfri fysioterapi
3. Udgifter til opgaver vedr. sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse herunder
 - a. Patientforløbsprogrammer: KOL
 - b. Patientforløbsprogrammer: Type-2 diabetes
4. Udgifter til færdigbehandlede patienter

1.4 Arbejdsgruppen

Specialrapporten er udarbejdet af nedenstående deltagere fra de seks kommuner:

Michael Metzsch, Hillerød Kommune
 Karsten Brandt Rasmussen, Hillerød Kommune
 Tine Pantan, Helsingør Kommune
 Jesper Holmboe, Gentofte Kommune
 Signe Bertelsen, Gentofte Kommune
 Birgitte Bonnevie, Greve Kommune
 Hanne Lisbeth Larsen, Greve Kommune
 Hanne Vejbæk, Gladsaxe Kommune
 Annemette Bundgaard, Gladsaxe Kommune
 Peter Lindstrøm Larsen, Høje-Taastrup Kommune
 Dorthe Christiansen, Høje-Taastrup Kommune
 Lena Olsen, Høje-Taastrup Kommune
 Bjørn Rønnow, Høje-Taastrup Kommune
 Søren Kaiser, Høje-Taastrup Kommune

Arbejdsgruppen består af fagpersoner indenfor sundhedsområdet samt af generalister ansat i økonomi- eller fagforvaltning. Arbejdsgruppen har endvidere organiseret sig i tre delarbejdsgrupper.

Hver delarbejdsgruppe ledes af en tovholder udpeget af styregruppen. Tovholderen har været ansvarlig for fremdriften i gruppens arbejde, udarbejdelse af arbejdsgruppens delrapport samt ledelse af arbejdsgruppens møder.

Tovholder for delafsnit 1: Økonomi og finansiering: Greve og Høje-Taastrup Kommuner.

Tovholder for delafsnit 2: Benchmarking af sundhedsdata: Hillerød og Helsingør kommuner.

Tovholder for delafsnit 3: Effektmåling af sundhedsdata: Gentofte og Gladsaxe kommuner.

Høje-Taastrup Kommune har været projektleder på det samlede arbejde med Specialrapporten.

2 Konklusioner og anbefalinger

Hensigten med denne rapport, er at besvare to spørgsmål. Det ene spørgsmål er, om vi kan sige noget om sundheds- og sygdomsmønstre i de 6 kommuner, der indgår i benchmarkingsamarbejdet³ og hvad der ligger bag disse mønstre. Det andet spørgsmål er, om vi kan sige noget om, hvad der virker og ikke virker, med henblik på at bedre borgernes helbred og dermed nedbringe de af kommunernes udgifter, der følger af borgernes sygdomstilstand.

Baggrunden for disse spørgsmål er, at kommunerne, i forbindelse med strukturreformen i 2007, blev pålagt et medansvar for at finansiere Regionernes sundhedsudgifter.

Grundtanken var her, at kommunerne skulle gives et økonomisk incitament til at udvikle metoder til forebyggelse og derigennem medvirke til at nedbringe borgernes forbrug af sundhedsydelse. Fra 1. januar 2012 blev incitamentet styrket, idet det faste grundbidrag afskaffes, og det aktivitetsbestemte bidrag forhøjes tilsvarende.

Det er derfor naturligt, at den enkelte kommune spørger sig selv om, hvilke sundheds- og sygdomsmønstre der udspiller sig – og ikke mindst hvilke tiltag der virker, så kommunerne kan etablere tilbud, der fremmer borgernes sundhed og nedbringer kommunens udgifter til medfinansiering af sundhedsudgifter.

2.1 Sygdomsmønstre og baggrundsfaktorer

Med henblik på at skabe et overblik, er der opstillet et konklusionsskema med udvalgte af rapportens konklusioner i appendiks på side 75.

I skemaet er indskrevet benchmarkingkommunernes indbyrdes placering i forhold til de analyserede delområder. Det fremgår, at der ikke er et entydigt mønster mellem de seks kommuner. Således har hver kommune områder hvor den er "bedst" placeret og ligeledes har hver kommune – undtagen Gladsaxe Kommune – områder, hvor den er "dårligst" placeret

Gentofte Kommunes befolkning er først og fremmest karakteriseret ved en stor andel af ældre og særligt meget gamle borgere (+85 år), der generelt har et stort forbrug af sundhedsydelse. I analysen af sundhedsfaktorer ses desuden, at Gentofte er den kommune, der har det største problematiske alkoholforbrug. Indbyggerne i Gentofte Kommune er i den højeste socialklasse, borgerne er mindst overvægtige, i bedst fysisk form og har flest venner. Gentofte Kommune har samtidigt de laveste udgifter til aldersstandardiserede sygehusindlæggelser og det mindste antal gennemsnitlige lægebesøg.

En undersøgelse foretaget af DSI i 2008⁴, konkluderer, at omkring 50 % af forskellene i, hvem der henvises til sygehusbehandling, kan henføres til forskel i alder, køn og socioøkonomiske forhold.

³ Gentofte, Gladsaxe, Greve, Helsingør, Hillerød og Høje-Taastrup

⁴ Dansk Sundhedsinstitut (DSI), 2008, Analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis.

Iagttagelserne hos Gentofte hænger godt sammen med denne undersøgelses resultat, da kommunens "pæne placering" i mange analyser skal ses i lyset af, at betydningen af kommunens relativt ældre befolkning i de fleste analyser er ophævet, fordi der anvendes aldersstandardisering⁵.

Høje-Taastrup Kommune er til gengæld udfordret af, at forholdsvis mange borgere tilhører den laveste socialgruppe. Samtidigt er der flest overvægtige, i dårligst fysisk form og kommunen scorer dårligst på sociale faktorer som samvær med venner og familie.

Høje-Taastrup har de største aldersstandardiserede udgifter til sygehusbehandling – såvel ved indlæggelser som ambulante behandling samt det største antal psykiatriske udskrivelser. Indbyggerne har det mindste antal speciallægebesøg, hvilket kan hænge sammen med, at ambulante sygehusbesøg og speciallægebesøg substituerer hinanden.

Greve Kommune har de laveste udgifter til medfinansiering af sygehusindlæggelser, de laveste udgifter til sygesikringsområdet og de laveste antal psykiatriske udskrivelser (alle aldersstandardiserede). Mest betydningsfulde kendetegn er, at gennemsnitsalderen stiger med 25% fra 2008 til 2011.

Helsingør Kommune har de største udgifter til sygehusindlæggelser samt de største udgifter - og antal besøg – til almenpraktiserende læger og speciallæger. Kommunen har det mindste forbrug af ambulante sygehusbesøg, hvilket igen bekræfter sammenhængen mellem speciallægebesøg og ambulante sygehusbesøg. Helsingør Kommune har derudover de største udgifter til vederlagsfri fysioterapi pr. indbygger.

Hillerød Kommune udskiller sig med flest psykiatriske ambulante sygehusbesøg. Derudover er Hillerød den eneste kommune, der oplever en stigning i antal færdigbehandlede patienter samt den største stigning i udgifter til vederlagsfri fysioterapi.

Gladsaxe Kommune skiller sig ud i analysen, ved ikke at ligge "dårligst" på nogen af de udvalgte analysepunkter. Kommunen har en forholdsvis "ung" befolkning og har lave og faldende gennemsnitsudgifter til vederlagsfri fysioterapi.

Det fremgår, at benchmarkingkommunerne står over for forskellige udfordringer. Det er ikke tanken, at nærværende rapport skal give konkrete forslag til nye tiltag i de enkelte kommuner. Rapporten kan derimod være en inspirationskilde til drøftelserne mellem politikere og fagfolk, og disse drøftelser kan give anledning til nye initiativer eller justeringer af de nuværende tilbud. Det er i den forbindelse oplagt at fokusere på de områder, hvor kommunerne har det fulde finansieringsansvar, f.eks. den vederlagsfri fysioterapi samt udgifter til færdigbehandlede patienter. I forhold til den vederlagsfri fysioterapi gælder, at benchmarkingkommunerne alle har oplevet en stigning i udgifterne samtidig med, at alle

⁵ Aldersstandardisering er en teknik hvor aldersforskelle neutraliseres, med henblik på at kunne analysere ikke-aldersbetingede forskelle. Se mere om aldersstandardisering på side 26.

kommunerne ligger markant over lovgivningens limiteringsbestemmelse⁶. Det indikerer, at det er behov for en tæt dialog – kommuner og praktiserende læger imellem.

På medfinansieringsområdet bør overflytninger nævnes. Med hospitalsplanerne samles en lang række specialer på færre enheder. Det giver regionerne mulighed for at optimere driften og dermed opnå en mere effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. Samlingen af specialer medfører, at mange borgere overflyttes mellem hospitalerne. I Region Hovedstaden betragtes en overflytning fra et sygehus til et andet – rent medfinansieringsmæssigt - som en nyindlæggelse. Det gør den ikke i Region Sjælland. Forskellen medfører, at kommunerne i Region Hovedstaden har større udgifter til medfinansiering, som følge af et større antal indlæggelser. Med forbehold for at medfinansieringssystemet er komplekst, ville det give god mening at undersøge muligheden for, at Region Hovedstaden indfører samme registreringspraksis som Region Sjælland.

2.2 Hvad giver mest sundhed for pengene?

Med Sundhedsloven har kommunerne fået hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne. Afsættet er, at kommunerne er tæt på borgerne og dermed tænkes at være bedre i stand til at prioritere denne del af sundhedsindsatsen.

En forudsætning for at kommunerne kan træffe bevidste valg er, at såvel omkostninger som gevinst, f.eks. målt som kommunens sparede udgifter, ved et påtænkt tiltag kan estimeres nogenlunde eksakt. Hovedproblemet er her, at særligt gevinsten er meget vanskelig at opgøre.

Lad det være sagt med det samme – det er ikke i regi af nærværende rapport, lykkedes at opstille en generel effektmodel til vurdering af gevinster af kommunernes sundhedstiltag.

Kompleksiteten i en gevinstvurdering er illustreret i Case 1 på side 66, der handler om, hvad effekten er af et kommunalt forløbsprogram for en 51-årig type-2 diabetiker: Udfordringerne er mange og består bl.a. i, hvordan der følges op på patienten resten af dennes levetid, og dels hvordan effekten af netop kommunens forløbsprogram isoleres i forhold til øvrige forhold, der har betydning for patientens sygdomsudvikling.

Københavns Kommune offentliggjorde i 2011 en undersøgelse, der viste at en kroniker i gennemsnit udløser en kommunal merudgift på 26.000 kr. om året sammenlignet med øvrige borgere. Den største merudgift var til kommunale omsorgs- og sundhedsydelse (bl.a. hjemmepleje) og den mindste følgeudgift var til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Men undersøgelsen omfatter ikke måling af effekter ved behandling og deraf sparede udgifter.

⁶ I lovgivningen er der fastsat et maksimalt antal behandlinger for både individuel og holdbaseret vederlagsfri fysioterapi. Disse kan fraviges under særlige omstændigheder. Se mere om limiteringsbestemmelsen på side 58.

Konklusionen er, at kommunerne hver for sig, er alt for små til at der kan foretages egentlige effektvurderinger. Det gælder også for de seks benchmarkingkommuner i fællesskab – ud fra en kompetence og ressourcevurdering.

Kommuner bør i stedet bakke op om et styrket samarbejde i regi af KL eller Sundhedsstyrelsen, f.eks. i form af et videnscenter. Et tværkommunalt samarbejde vil ikke alene kunne understøtte fælles metoder til at vurdere nye kommunale tiltag på sundhedsområdet (f.eks. i form af fælles standarder for business case modeller), men vil kunne drive en proces frem mod en systematiseret erfarings- og dataindsamling fra landets kommuner. Hvis det arbejde lykkes, vil det formentligt på længere sigt være muligt at gennemføre egentlige effektvurderinger som grundlag for prioritering mellem nye eller eksisterende sundhedstilbud.

Kommunerne vil – indtil da - i høj grad fortsat være henvist til, at tilrettelægge udbuddet af sundhedsydelser på gode lokalt udviklede business cases, baseret på forventede virkninger af indsatserne, uden at der kan forventes mere eksakte tal for de forventede gevinster.

3 Overordnet beskrivelse af sundhedsområdet

3.1 Indledning

I forbindelse med Kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne en række ansvarsområder på sundhedsområdet fra de tidligere amter, og fik dermed en større rolle end hidtil på dette område.

Kommunerne overtog hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i forhold til borgerne⁷, samt det samlede ansvar for al genoptræning, bortset fra den der foregår under hospitalsindlæggelse. Endvidere indførtes kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter. Sammenholdt med kommunernes nye sundhedsopgaver til forebyggelse og genoptræning, var formålet med medfinansieringsordningen at give kommunerne økonomiske incitamenter til at forestå en effektiv forebyggelsesindsats overfor kommunens borgere.

I det følgende beskrives overordnet de områder, der efterfølgende behandles i rapporten.

3.2 Aktivitetsbestemt medfinansiering af regionale sundhedsydelser

Den kommunale medfinansieringsordning blev indført med henblik på en yderligere tilskyndelse til en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, for at give et mere synligt incitament til at investere i og samarbejde om sammenhængende patientforløb, og ikke mindst for at understøtte et forpligtende samarbejde mellem regionerne og kommunerne.

Ordningen bestod til og med 2011 af et generelt grundbidrag pr. indbygger i kommunen, samt af et aktivitetsbestemt bidrag hvorefter kommunen betalte et vist beløb pr. ydelse, som leveredes af det regionale sundhedsvæsen til kommunens borgere. Grundbidraget dækker 7 pct. af regionernes udgifter og udgjorde i 2011 1.214 kr. pr. indbygger.

Medfinansieringsbetalingen omfatter både ydelser fra det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen samt ydelser fra de privatpraktiserende sundhedspersoner under sygesikringen. Fra 2012 ændres ordningen således, at grundbidraget bortfalder, og det aktivitetsbestemte bidrag tilsvarende forhøjes.

Takstbetalingen i 2011 for de enkelte ydelser i medfinansieringsordningen opgøres med baggrund i DRG-taksterne hhv. DAGS-taksterne, som det fremgår i nedenstående tabel.

⁷ Kommunerne overtog ligeledes ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrug samt de specialiserede tandplejetilbud. Disse behandles dog ikke nærmere her.

Tabel 3.1. Takster og betalingslofter for aktivitetsbestemt medfinansiering (2011)

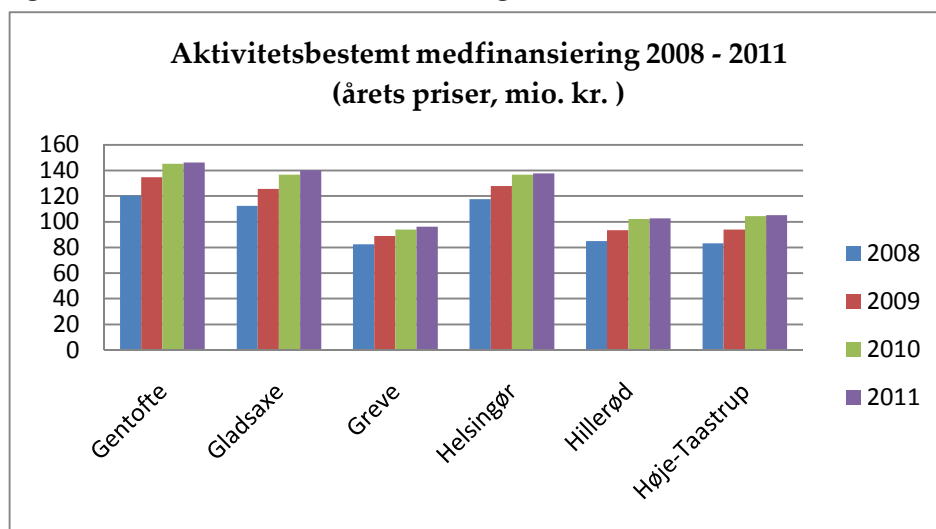
Behandlingsydelse	Medfinansiering	Betalingsloft
For stationær behandling på somatisk sygehus	30 pct. af DRG-takst	4.973 kr. pr. indlæggelse
For ambulat besøg på somatisk sygehus	30 pct. af DAGS-takst	332 kr. pr. besøg
For stationær behandling på psykiatrisk sygehus	60 pct. af sengedagstakst	7.954 kr. pr. indlæggelse
For ambulat besøg på psykiatrisk sygehus	30 pct. af besøgstakst	-
Speciallægebehandling	30 pct. af honorar	332 kr. pr. ydelse

Kilde: Danske Regioner 2011

Den kommunale medfinansieringsandel beregnes som en andel af DRG- respektiv DAGS-taksten for den pågældende behandling, op til et betalingsloft som fastlægger den maksimale betaling pr. behandling.

Kommunernes samlede betaling af aktivitetsbestemt medfinansiering udgør sammen med grundbidraget indtil 2011 ca. 18 pct. af regionernes samlede aftalte finansieringsgrundlag.

I Figur 3.1 nedenfor ses benchmarkingkommunernes udgiftsudvikling i perioden. Der er variation kommunerne i mellem, men samlet set er alle steget mellem 15 til 23 pct. i perioden 2008 – 2011.

Figur 3.1. Kommunal medfinansiering 2008 – 2011

Kilde: eSundhed

Note: Regnskabstal for Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering eksklusive grundtilskud, i 2011 priser

3.3 Nye regler fra 1. januar 2012

Den 1. januar 2012 træder en ny ordning vedr. den kommunale medfinansiering i kraft. I den nye ordning øges den kommunale medfinansiering samtidig med at det kommunale grundbidrag bortfalder. Den samlede kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet forbliver på uændret niveau og er beregnet til at være udgiftsneutralt for kommunerne

under ét. Formålet med omlægningen hvor den samlede udgift gøres afhængig af den faktiske aktivitet, er yderligere at øge kommunernes incitament til at iværksætte forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger.

Omlægningen sker i praksis ved en forøgelse af førnævnte lofter for den maksimale betaling samt af medfinansieringsprocenten på det somatiske område (sygehuse ekskl. psykiatri), som er det område hvor potentialet for effekter af en forøgelse af medfinansieringen vurderes at være størst.

Tabel 3.2. Takster og betalingslofter i ny ordning (2012)

Behandlingsydelse		Betalingsloft
For stationær behandling på somatisk sygehus	34 pct. af DRG-taksten	14.025 kr. pr. indlæggelse
For ambulant besøg på somatisk sygehus	34 pct. af DAGS-taksten	1.387 kr. pr. besøg

Kilde: Danske Regioner 2011

Som det ses øges loftet for betalingen pr. stationær behandling fra 4.973 kr. til 14.025 kr. og for ambulante behandlinger fra 332 kr. til 1.387 kr. Medfinansieringsprocenten pr. behandling øges i alt fra 30 pct. til 34 pct. Den aktivitetsbestemte medfinansiering på det psykiatriske område og i praksissektoren fastholdes uændret, idet der ikke på samme måde som for det somatiske område, vurderes at være positive effekter af en øget kommunal medfinansiering på disse områder.

Ændringerne i den aktivitetsbestemte medfinansieringsordning, er tilrettelagt således, at de vil have betydelig effekt for kommunernes betaling for de ældre medicinske patienter. Med omlægningen øges således den andel af den kommunale medfinansiering, der er rettet mod ældre medicinske patienter med ca. 0,9 mia. kr. hvilket svarer til en forøgelse på omtrent 89 pct.⁸

De ældre medicinske patienter har forholdsvis høj indlæggelseshyppighed og – varighed, hvorfor forebyggelsestiltag, akutbehandling og ændrede plejetiltag fra kommunernes side rettet netop mod denne gruppe, tænkes at ville kunne reducere de kommunale indlæggelsesudgifter og dermed de samlede sundhedsudgifter.

Den her beskrevne omlægning af betalingsordningen for aktivitetsbestemt medfinansiering af regionale sundhedsudgifter, kan indebære nogle nye udfordringer for kommunerne i forhold til budgetlægning og prognostisering af forbrug.

Det følger, at da loftet for betaling, som beskrevet er øget i forhold til den underliggende DRG-takst, hhv. DAGS-takst, så vil fremover et større antal behandlinger blive afregnet ved "faktisk" udgift. Dette betyder, at forbrugets sammensætning af faktiske behandlinger i den

⁸ Forslag om ændring af lov om regionernes finansiering, p. 6

enkelte kommune kan få større betydning for den samlede udgift, hvilket vil skulle afspejle sig i de opfølgingsmetodikker, der anvendes i kommunerne.

Hvordan den nye ordning konkret vil påvirke udgiftsudviklingen i kommunerne er imidlertid endnu for tidligt at sige med sikkerhed.

3.4 Sundhedsfremme og forebyggelse

Ved kommunalreformen overtog kommunerne som før nævnt en række opgaver vedr. den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Borgerrettet forebyggelse er indsatser, der skal bidrage til, at raske borgere ikke bliver syge, og patientrettet forebyggelse er indsatser, der skal sikre, at eksisterende sygdomme ikke forværres, hos borgere med kroniske lidelser.

Den patientrettede forebyggelsesindsats omfatter bredt set hele genoptræningsområdet samt rehabiliterende projekter rettet mod kroniske lidelser (KOL og Type-2 Diabetes m.fl.)

Den borgerrettede forebyggelsesindsats vedrører mere generelle tiltag for at øge borgernes sundhedstilstand. Her kan være tale om rådgivning af udvalgte målgrupper i form af rygestopkurser, vægtstopkurser, specielle motionshold, kurser om håndtering af sygdom m.m. Sundhedsfremmende indsatser skal ændre borgernes handlemønstre i en sundere retning og kan bl.a. udgøres af motiverende udendørsfaciliteter og lettere adgang til det såkaldt "sunde valg" (at tage trappen i stedet for elevatoren, gå eller cykle i stedet for biltransport, frugt i stedet for slik, vand i stedet for sodavand osv.).

I forbindelse med at få udbredt information om kommunernes sundhedstilbud har Sundhed.dk oprettet et websted for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (SOFT), hvortil kommunerne indberetter tilbud. Sundhed.dk er det offentlige sundhedsvæsen på nettet og er et samarbejde mellem stat, regioner og kommuner. Målgruppen for SOFT er praktiserende læger og borgere, der her let kan finde oplysninger om de tilbud, der findes i kommunen.

Visionen er at skabe en direkte adgang til sundhedsvæsenet for borgere samt et oversigtsbillede, der bl.a. gør det muligt for praktiserende læger at henvise til forskellige tilbud i forskellige kommuner. Der har været en række udfordringer med opdateringsmulighederne på SOFT-portalen, der medfører, at portalen på nuværende tidspunkt ikke giver et retvisende billede af hvilke tilbud, de forskellige kommuner har. Sundhed.dk lancerede i januar 2012 et nyt design på hjemmesiden, og der indføres i forlængelse heraf i løbet af 2012 en række nye opdateringsmuligheder for kommunerne. Det forventes derfor, at SOFT-portalen i løbet af 2012 vil blive opdateret med en lang række af de kommunale tilbud og dermed på sigt tegne et retvisende billede af kommunernes sundhedstilbud."

3.4.1 Vederlagsfri fysioterapi

Tilbud om vederlagsfri fysioterapeutisk behandling hos praktiserende fysioterapeuter til personer med svært fysisk handicap blev indført i 1989. Kommunerne overtog myndigheds- og finansieringsansvaret i august 2008, og samtidig udvidedes tilbuddets målgruppe, således at den tillige omfatter personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Den vederlagsfri fysioterapi kan ydes som individuel træning og som holdtræning. Begge dele ydes i varierende omfang af privatpraktiserende fysioterapeuter og i kommunale regi.

Siden ordningens start i 1989 har det været forudsat, at en væsentlig del af den vederlagsfri fysioterapibehandling skulle foregå på hold, som alt andet lige er en billigere træningsform pr. patient end individuel træning.

Serviceniveauet vedr. vederlagsfri fysioterapi er i alt væsentligt fastlagt centralt. Det er endvidere læger, der henviser til ydelsen, og borgeren kan frit vælge, hvor han/hun ønsker at modtage behandlingen (herunder hos kommunal udbyder eller hos privatpraktiserende fysioterapeut).

Disse omstændigheder indebærer at kommunerne ikke umiddelbart har så store muligheder for at påvirke udgiftsudviklingen udover de muligheder, der ligger i at forsøge at gøre de kommunale træningscentre mere attraktive for borgerne/brugerne.

3.5 Færdigbehandlede patienter

Et udgiftsområde, som ikke er nyt, men som hænger sammen med kommunens varetagelse af plejeopgaven og effektiviteten, hvormed opgaverne afvikles, er dagsbetalingen for ventende færdigbehandlede somatiske patienter. En kommune vil kunne bidrage til afkortningen af antal færdigbehandlede liggedage ved at forbedre og skærpe procedurer vedr. hjemtagelse af plejekrævende patienter.

Udgiftsudviklingen i forhold til færdigbehandlede patienter indgår derfor også i denne undersøgelse.

3.6 Incitament til forebyggelse

Formålet med indførelsen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet var at give kommunerne økonomiske incitament til i højere grad at bidrage til at begrænse borgernes behov for behandling i det regionale sundhedsvæsen. Tanken bag ordningen er således, at den enkelte kommune vil kunne reducere sine medfinansieringsudgifter, såfremt den er i stand til at nedbringe borgernes behov for og brug af regionale sundhedsydelser.

Den bagvedliggende præmis for ordningen er dermed, at der består et kommunalt forebyggelsespotentiale, som kommunerne kan udnytte ved at iværksætte forskellige målrettede forebyggelsesforanstaltninger. Man skal være opmærksom på, at gevinster heraf skal sættes ind i et samfundsøkonomisk perspektiv, da der kan gå mange år inden disse opnås og ikke nødvendigvis i sundhedsbudgettet, men inden for andre områder fx sygedagpenge. Den økonomiske kassetænkning er derfor uhensigtsmæssig, når det drejer sig om forebyggelse.

Det bør dog bemærkes, at kommunerne har begrænsede muligheder for at påvirke omfanget af forbruget af sundhedsydelser og dermed størrelsen af den aktivitetsbestemte medfinansiering. Det er læger på sygehuse og i almen praksis, der visiterer til indlæggelse og behandling, og kommunerne er ikke myndighed på dette område og kan derfor ikke styre behandlingsomfanget. Som sådan er borgernes forbrug af sundhedsydelser og aktiviteten i sundhedsvæsenet som helhed ikke underlagt kommunale styringsmekanismer.

Det vil i et senere afsnit blive gennemgået, hvordan bedømmelsen af den sundhedsøkonomiske effekt af et forebyggelsestiltag bør anlægges bredt i forhold til de samlede afledte effekter på kommunens forskellige udgiftsområder. Baggrunden er, at virkningen af et sygdomsforebyggende tiltag ikke blot er et spørgsmål om den isolerede virkning af udgiften her og nu og den tilsvarende undgåede medfinansieringsbetaling, men i stedet bør betragtes bredt og i et længerevarende tidsperspektiv i forhold til kommunens mange udgiftsområder.

Betalingen til den aktivitetsbestemte medfinansiering bør dog virke i retning af at skærpe kommunernes orientering mod at effektivisere allerede eksisterende ordninger og forbedre samspil mellem forskellige enheder i den enkelte kommune.

Mere overordnet bør det give incitament til at tænke sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne ind så effektivt som muligt på tværs af kommunernes opgaveområder, således at unødige indlæggelser mv. forebygges, og borgerens træk på sundhedsvæsenets ydelser begrænses i muligt omfang.

4 Baggrundsfaktorer for efterspørgsel af sundhedsydelse

4.1 Indledning

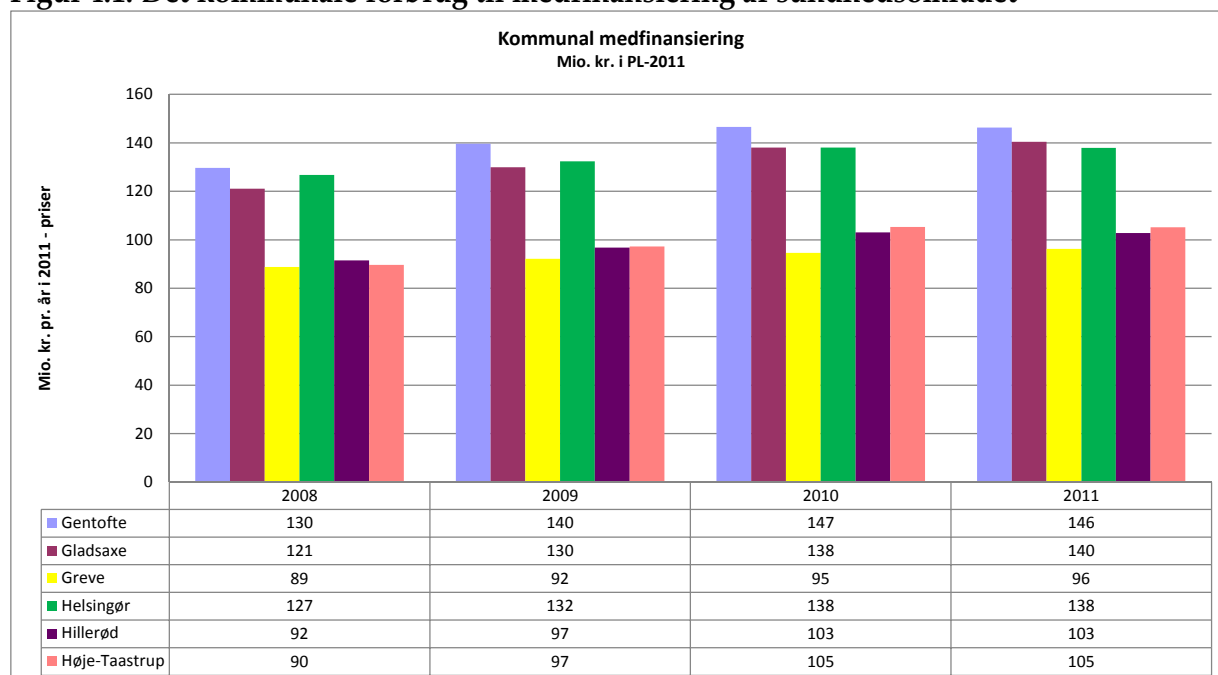
I dette afsnit ser vi på de karakteristika, som kendetegner benchmarkingkommunernes borgere. De udvalgte karakteristika har betydning for efterspørgslen af sundhedsydelse, og dermed de faktorer som har betydning for udgiften til medfinansiering.

I benchmarkingafsnittet søges at vise kommunernes indbyrdes forbrug af udvalgte sundhedsudgifter. Hver kommune sammenlignes i årene 2008 – 2011.

4.2 Benchmarking af forbruget til kommunal medfinansiering af sundhedsområdet

Som indledning til analysen gennemgås nedenfor de samlede udgifter til kommunal medfinansiering for benchmarkingkommunerne. Det fremgår først og fremmest, at der er betydelige udgifter forbundet med kommunernes medfinansiering – benchmarkingkommunerne brugte samlet 625 mio. kr. i 2011. Variationen i forbruget skal ses i sammenhæng med kommunernes størrelse, alderssammensætning, socioøkonomiske faktorer mv. Udgiftsniveauet har generelt været stigende i perioden om end, der ses en opbremsning fra 2010 til 2011.

Figur 4.1. Det kommunale forbrug til medfinansiering af sundhedsområdet



Kilde E-Sundhed, 2012

Note: Regnskabstal, eksklusive grundtilskud, i 2011-priser.

Dette kapitel omhandler de faktorer der påvirker forbruget af sundhedsydelse og dermed kommunernes udgifter til medfinansiering.

Med udgangspunkt i, at de praktiserende læger er borgernes primære indgang til sundhedsfaglig behandling, gennemførte Dansk Sundheds Institut (DSI) en analyse af

henvisningsmønsteret hos de praktiserende læger i 2008⁹. Analysen havde til formål at afdække de variationer, der er mellem hospitalernes ydelser og borgernes (og derved kommunernes) forbrug af sundhedsydelser på landsplan. DSI undersøgte betydningen af henholdsvis forskelle blandt patienterne (patientkarakteristika), forskelle i organiseringen af almen praksis (praksiskarakteristika) samt adgangen til speciallæger og sygehuse (udbudsfaktorer).

Analysen gav følgende hovedresultater:

- Patientkarakteristika:
 - Omkring 50 % af variationen i henvisningspraksis kan forklares med alder, køn og socioøkonomiske forhold: Højere alder medfører flere henvisninger. Kvinder får oftere henvisninger end mænd. Borgere med høj indkomst og/eller en længere uddannelse får oftere henvisning til speciallæge, mens borgere med en kortere uddannelse og/eller lavere indkomst oftere får henvisning til sygehuse.
- Praksiskarakteristika:
 - Omkring 2 % af variationen i henvisningspraksis tilskrives forskelle i organisering m.v. i almen praksis, som dermed ikke i sig selv ser ud til at bidrage til forskelle i henvisningsmønsteret. Det har således ikke den store betydning for henvisningspraksis, i hvilket omfang praksis gør brug af sygeplejersker, bioanalytikere, sekretærer eller andre faggrupper.
- Udbudsfaktorer:
 - Analysen viser, at 20 % af variationen i henvisningspraksis kan forklares med nærheden af speciallæger og sygehuse. Hvis der er et sygehus i kommunen, henvises der mere end 25 % flere borgere til sygehusbehandling sammenlignet med øvrige kommuner. Hvis antallet af speciallæger stiger med 1 pr. 10.000 indbyggere i kommunen, kan man forvente, at antallet af henvisninger til speciallæger vil stige med 10 %.
 - Det konstateres videre, at der eksisterer en substitutionseffekt¹⁰ mellem speciallæger og sygehuse. Nærheden til et sygehus har den stærkeste substitutionseffekt: Ligger der et sygehus i kommunen, henvises der 63 færre patienter til speciallæge pr. 1.000 tilmeldte i almen praksis.
- Øvrige forhold:

⁹ Dansk Sundhedsinstitut (DSI), 2008, Analyse af henvisningsmønsteret i dansk almen praksis.

¹⁰ Behandling hos en speciallæge kan i nogen grad erstatte behandling på sygehus.

- Af den resterende del af variationerne i henvisningspraksis kan 15 % af speciallægenes og 37 % af sygehushenvisningerne tilskrives ikke nærmere præciserede regionale forhold. Det konstateres derfor, at der kan være tale om forskelle i forhold til lokal organisering af praksissektoren eller geografiske forskelle i "lokale traditioner".

Det fremgår, at forhold der karakteriserer patienterne, spiller den mest afgørende rolle for lægenes henvisningsmønstre. I det følgende ses derfor nærmere på relevante kendetegn hos borgerne i benchmarkingkommunerne.

4.3 Demografi, sundhed og socioøkonomiske forhold

Sundhed og sygelighed er ikke ligeligt fordelt i befolkningen. En lang række demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd. En stor del af forklaringen på de forskelle i forbruget af sundhedsydelse, der kan iagttages mellem kommunerne, kan henføres til disse forhold.

For at få et overblik over hvad der kendetegner den enkelte benchmarkingkommune, er der i denne rapport udvalgt forskellige parametre, fra den landsdækkende undersøgelse Sundhedsprofil2010¹¹. Populationen i denne undersøgelse udgør et repræsentativt udsnit af borgere i den enkelte kommune over 16 år.

Det er ikke alle forskelle, der kan forklares ud fra de demografiske og socioøkonomiske forhold. Andre faktorer, der kan spille ind, er udbuddet af læger og speciallæger og henvisningspraksis hos disse. Desuden er hospitalspraksis samt forskelle i regional organisering og praksis også en betydningsfuld faktor, da fem af benchmarkingkommunerne hører til Region Hovedstaden og 1 til Region Sjælland (Greve Kommune).

Ud over at socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes generelle sundhedstilstand og sundhedsadfærd, spiller såvel det fysiske helbred som det psykiske helbred samt sociale relationer ind på den enkeltes helbredstilstand.

4.3.1 Demografi

Det er almindeligt anerkendt og understøttet i denne rapport, at befolkningens forbrug af sundhedsydelse især er påvirket af alderssammensætningen. Generelt er det sådan, at jo ældre befolkningen er, jo højere er sundhedsforbruget. Ser man på tværs af de 6 benchmarkingkommuner, tegner de 65+ årige sig for 37 % af forbruget til medfinansiering (2010). Aldersgruppen udgør dog kun 17 % af befolkningen. Man kan derfor sige, at de 65+ årige har en udgiftstyngede til kommunal medfinansiering, der er dobbelt så stor pr. individ, sammenholdt med den øvrige befolkning.

¹¹ www.sundhedsprofil2010.dk

Table 4.1. Benchmarkingkommunernes indbyggertal og aldersfordeling

Aldersinterval	Gentofte	Gladsaxe	Greve	Helsingør	Hillerød	Høje-Taastrup	I alt
0 - 4 år	6,1%	6,6%	5,5%	5,0%	5,8%	6,5%	5,9%
5 - 64 år	75,7%	77,2%	76,3%	74,8%	77,4%	77,7%	76,4%
65 - 84 år	15,0%	13,7%	17,1%	18,1%	15,0%	14,5%	15,5%
85 + år	3,2%	2,6%	1,1%	2,1%	1,8%	1,3%	2,1%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Antal indb.	72.814	65.303	47.942	61.493	48.203	48.081	343.836

Kilde: Danmarks Statistik, 2012, FOLK 1 pr. januar 2012

Af tabellen ovenfor fremgår det, at Gentofte Kommune har en forholdsvis stor borgerandel, indenfor aldersklassen 85+. Til sammenligning har både Greve og Høje-Taastrup kommuner forholdsvis "unge" ældrebefolkninger. Endvidere er Høje-Taastrup Kommune "begunstiget" af en forholdsvis lille befolkningsandel i aldersklassen 65-84 år.

For Greve og Helsingør kommuner ses en noget større befolkningsandel i aldersklassen 65-84 år. Denne vil naturligvis med tiden påvirke andelen af meget gamle personer i de to kommuner.

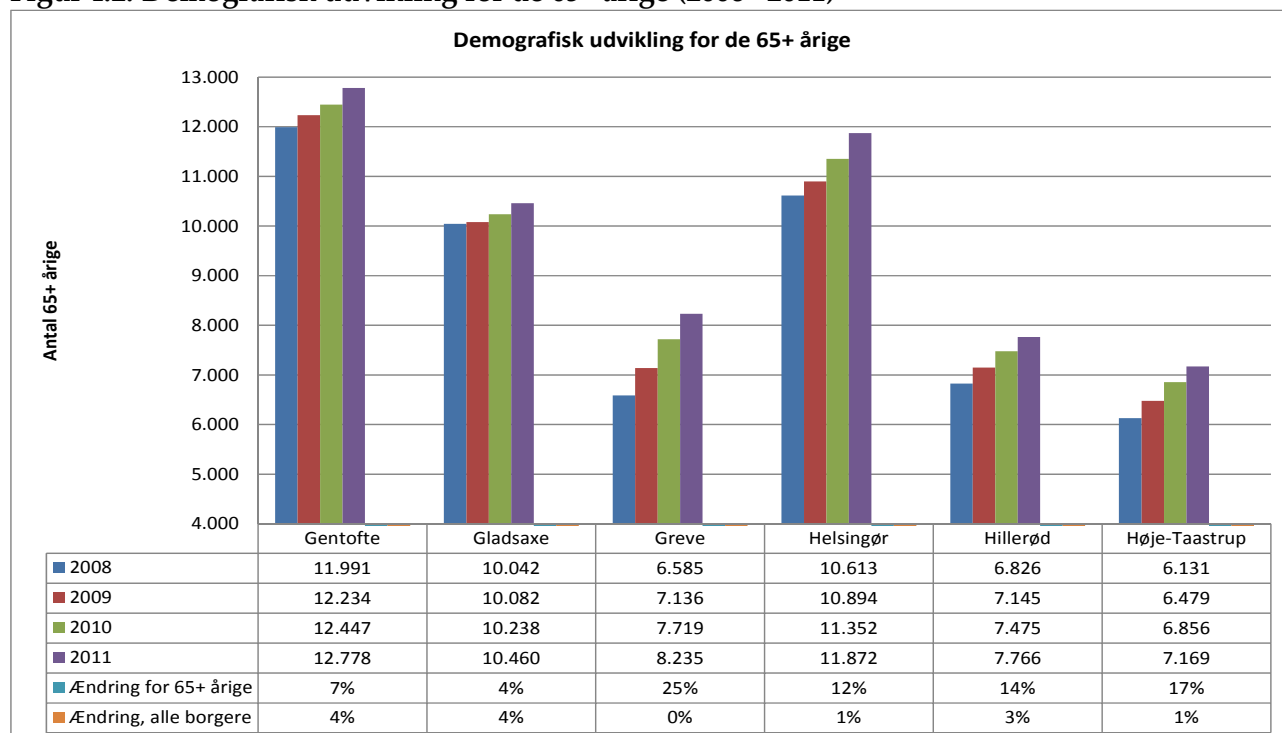
Det bør endelig bemærkes, at Gladsaxe og Høje-Taastrup har en relativt stor andel 0-4 årige borgere. Denne aldersgruppe er også kendetegnet ved relativt store sundhedsudgifter.

Med den stærke sammenhæng mellem alder og forbrug af sundhedsydelser, giver det nogen særlige udfordringer og måske et fingerpeg om, hvor kræfterne bør lægges.

Derudover er det sandsynligt, at forebyggelse rettet mod gruppen af 65-84 årige, vil have betydning for behovet for sundhedsydelser, når gruppen bliver ældre.

Forholdet mellem alder og forbrug af sundhedsydelser er vist senere i dette afsnit, f.eks. i Figur 5.3 på side 29. Figuren viser, at kommunernes udgifter til sygehusindlæggelser pr. borger begynder at stige fra 40-50 års alderen, og at kommunernes udgifter til borgerne i kategorien 85+ år er fire gange så høje som udgifterne til kategorien af 45-49 årige.

Figur 4.2. Demografisk udvikling for de 65+ årige (2008 –2011)



Kilde: Danmarks Statistik, 2012, FOLK 1

Figur 4.2 viser antallet og udviklingen i antallet af 65+ årige sammenholdt med den samlede befolkning. Antal og variation er anderledes for alle øvrige aldersgrupper. Det fremgår, at aldersgruppen er voksende i alle benchmarkingkommunerne, hvilket i sig selv antagelig vil bidrage til stigende sundhedsudgifter i fremtiden. Det fremgår også, at der er forskelle på kommunernes demografiske forskydninger fra 2008 til 2011. Det mest iøjnefaldende eksempel er Greve Kommune, der har et uændret befolkningsgrundlag og en stigning i 65+ årige på 25 %. Ændringer i den størrelsesorden stiller store krav til den samlede kapacitet af sundhedsydelser, og dermed kommunens økonomi.

Som det blev nævnt i indledningen, spiller socioøkonomiske forhold også en rolle for forbruget af sundhedsydelser. Dette belyses i det følgende afsnit.

4.3.2 Socioøkonomiske forhold

Socioøkonomiske forhold har betydning for forbruget af sundhedsydelser; lav social status og dårligt helbred følges ad. Ligeledes kan etnicitet have en betydning. Man har eksempelvis erfaret, at ikke-vestlige borgere kan have en anderledes adfærd i fht. at opsøge egen læge og kan være genetisk disponerede for visse sygdomme (bl.a. diabetes)¹² i højere grad end etnisk danske borgere¹³. I Tabel 4.2 er borgerne i benchmarkingkommunerne fordelt på socialgrupper, etnisk tilhørsforhold og aldersgruppe.

¹² (Ugeskrift for læger 169/25, 2432,18. Juni 2007).

¹³ Statens Institut for Folkesundhed konkluderer til eksempel i en rapport fra 2007, at indvandrere fra Asien, Mellemøsten og store dele af Afrika har to til tre gange højere risiko for at udvikle diabetes og

Tabel 4.2. Socioøkonomiske forhold

	Socialgruppe (1-4)	Ikke-vestlige borgere i %*	Ikke i erhverv eller udd. (<65 år) (%)*	Gennemsnitlig indtægt (i kr.)	Borgere >65 år (%)
Gentofte	1	6	15	395.000	18
Gladsaxe	3	7	17	268.000	16
Greve	2	8	18	297.000	18
Helsingør	3	7	21	277.000	20
Hillerød	1	5	16	297.000	17
Høje-Taastrup	4	14	20	267.000	18

Note: Greves socialgruppe er tilpasset de øvrige kommuners, da socialgrupper i udgangspunktet er defineret i forhold til den region kommunen tilhører.

Kilde: Sundhedsprofil 2010 (*procentandel af +16-årige i kommunen)

Socialklassificeringen er beregnet ud fra uddannelsesniveau, hvor mange borgere, der er udenfor arbejdsmarkedet og gennemsnitlig indkomst i kommunen. Tabel 4.2 viser, at Gentofte og Hillerød kommuner er bedre stillet - rent socioøkonomisk - mens Høje-Taastrup er dårligere stillet end de øvrige benchmarkkommuner.

I forlængelse af spørgsmålet om socialt tilhørsforhold, er det naturligt at se på den betydning borgernes adfærd har for deres sundhed, idet det er sandsynligt, at der er en sammenhæng mellem disse to forhold.

4.3.3 Sundhedsadfærd og indikatorer

Den individuelle sundhedsadfærd kan have indflydelse på forbruget af sundhedsydelser.

Tabel 4.3. Udvalgte sundhedsindikatorer

	Rygning	Alkohol		Vægt	Selvurderet fysisk form
	Andel daglige rygere	Højrisiko grænse (14/21)	Problematiske alkohol- forbrug*	Andel overvægtige (BMI>25)	Mindre god el. dårlig fysisk form
Gentofte	16,2	14,4	20,8	33,1	20,3
Gladsaxe	18,9	12,4	17,0	44,8	23,5
Greve	19,5	12,8	15,4	47,8	22,8
Helsingør	22,0	12,5	16,5	45,5	23,3
Hillerød	17,3	10,1	17,1	41,3	22,1
Høje-Taastrup	22,1	11,7	13,9	51,0	28,7

*Problematiske alkoholforbrug: overskrider højrisikogrænse (14/21) eller rusdrikkeri (>5 genstande ved en enkelt lejlighed) eller tegn på alkoholafhængighed (klassifikation efter CAGE-C).

Kilde: Sundhedsprofil 2010, aldersstandardiseret (procentandel af +16-årige i kommunen)

Andelen af dagligrygere udgør i fire af kommunerne ca. 1/5 af befolkningen og kun Gentofte og Hillerød har lavere andel. I forhold til alkoholforbrug ses omvendt Gentofte Kommunes borgere, at have den mest problematiske adfærd. 14,4% af Gentofte Kommunes borgere har et forbrug af alkohol, der ligger over højrisikogrænsen, og 20,8% ligger indenfor kategorien

at de endvidere udvikler sygdommen 10-15 år tidligere end etnisk danske borgere. Baggrunden herfor antages primært at være genetisk disposition. (Kilde: Folkesundhedsrapporten 2007, p 151.)

”Problematiske alkoholforbrug”. De øvrige kommuner ligger noget lavere. Høje-Taastrup Kommune har til sammenligning det laveste forbrug.

I alle seks kommuner er andelen af ”overvægtige” personer (opgjort som BMI>25, forholdsvis højt, Gentofte og Høje-Taastrup kommuner ligger i hver sin ende med hhv. 33,1% og 51%.

4.3.4 Sociale faktorer

Sociale faktorer kan virke forstærkende på sygdomsforekomst og -udvikling. Ensomme personer kan derfor have en øget kontakt med sundhedsvæsenet, dels på grund af øget sygelighed, dels på grund af at denne kontakt til tider er den eneste kontakt med omverdenen, som disse personer har. Omvendt kan sygdom også lede til, at det sociale netværk forsvinder.

Der er derfor en del af forbruget til sundhedsydelser, der har en social årsag.

Tabel 4.4. Sociale faktorerers indflydelse på helbred og sundhedsadfærd

Sociale faktorer	Træffer ikke familie (%)	Ser ingen venner (%)	Uønsket Alene (%)	Ingen at tale problemer med (%)
Gentofte	7,2	4,5	4,9	3,5
Gladsaxe	8,0	7,5	6,3	4,9
Greve	7,5	6,6	5,1	3,6
Helsingør	6,1	6,7	5,7	3,6
Hillerød	6,1	6,7	5,5	4,1
Høje-Taastrup	8,9	10,2	5,8	4,8

Kilde: Sundhedsprofil 2010, aldersstandardiseret (procentandel af +16-årige i kommunen)

Høje-Taastrup og Gladsaxe er de kommuner, der har flest borgere med svag social kontakt. Med de ovenfor nævnte problemstillinger, der kan være aktuelle for disse borgere, kan det betyde, at en del af sundhedsudgifterne er forklaret ud fra dette.

Udover de ovennævnte faktorer, der direkte kan lede til forbrug af sundhedsydelser, spiller henvisningsmønstret fra de praktiserende læger en betydelig rolle.

4.3.5 Kroniske sygdomme

Borgere med kroniske sygdomme, har hyppige kontakter med sundhedsvæsenet og har derfor stor betydning for kommunernes udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Der er udarbejdet såkaldte forløbsprogrammer for sygdommene KOL, diabetes, hjertesygdomme, kræft og på hjerneskadeområdet. Et forløbsprogram sigter på at opnå en ensartet høj kvalitet og patientsikkerhed i indsatsen i hele forløbet samt en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Forløbsprogrammet opstiller minimumsindsatser, som alle kan følge. Programmet indeholder opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering af den kroniske sygdom.

Tabel 4.5. Andel borgere med udvalgte kroniske sygdomme (alle tal i procent)

Udvalgte sygdomme	KOL	Type 1 og 2 diabetes	Hjertesygdomme	Kræft	Psykisk lidelse	Ryg sygdomme	Gigt (slid+led)	Højt blodtryk
Gentofte	3,0	3,4	2,6	2,6	15,1	11,3	21,5	16,1
Gladsaxe	4,3	4,6	3,2	2,5	17,4	14,1	25,3	17,8
Greve	4,3	5,4	2,8	2,8	15,2	14,4	26,2	20,3
Helsingør	6,2	4,0	3,3	2,6	18,1	15,8	27,1	17,5
Hillerød	3,5	3,9	2,4	2,1	16,1	11,7	23,1	15,1
Høje-Taastrup	4,8	6,4	3,3	3,2	15,2	14,0	27,4	19,7

Kilde: Sundhedsprofil2010, aldersstandardiseret (procentandel af +16-årige i kommunen)

Helsingør har den største andel af borgere med KOL, psykiske lidelser, gigt og ryg sygdomme. Greve og Høje-Taastrup har flest borgere med diabetes og for højt blodtryk. Begge sygdomme er relateret til overvægt, som disse kommuner også har den højeste forekomst af (se Tabel 4.3).

Kommunerne kan via forløbsprogrammer og patientskoler og lignende indsatser, bidrage til at borgere med disse kroniske sygdomme får øget deres viden omkring sygdommen og reguleringen heraf. Sådanne indsatser kan medvirke til, at risikoen for en række følgesygdomme, så som hjertekarsygdomme, hjerneblødninger, nyre- og øjensygdomme og amputationer, der alle medfører dyr sygehusbehandling, nedsættes.

4.4 Delkonklusion - baggrundsfaktorer

En kommunes alderssammensætning er en af de mest afgørende faktorer for forbruget af sundhedsydelse. Gentofte Kommune har, med den største gruppe af borgere over 84 år, en stor udfordring med hensyn til aldersbetingede sundhedsefterspørgsel. Høje-Taastrup og Greve kommuner har relativt unge befolkninger, men Greve Kommune er kendetegnet ved den største stigning i gennemsnitsalderen i de senere år. Høje-Taastrup er blandt de kommuner i benchmarksamarbejdet, der er mest udfordret på sundhedsområdet; kommunen ligger i den laveste socialgruppe, har stor andel borgere med kroniske sygdomme, mange er socialt isoleret - alle faktorer der påvirker borgernes sundhed og dermed forbruget af sundhedsydelse. Desuden er der mange borgere i Høje-Taastrup med ikke-vestlig baggrund, og mange af disse er disponeret for specielt diabetes¹⁴. Gentofte kommune, der ligger i socialgruppe 1, har færrest borgere med risikabel sundhedsadfærd og kroniske sygdomme. Dog har borgerne her et stort alkoholindtag. De øvrige kommuner har forskellige udfordringer, der med fordel kunne laves indsatser for at imødegå.

¹⁴ (Ugeskrift for læger 169/25, 2432,18. Juni 2007).

5 Forbrug af regionale sundhedsydelse

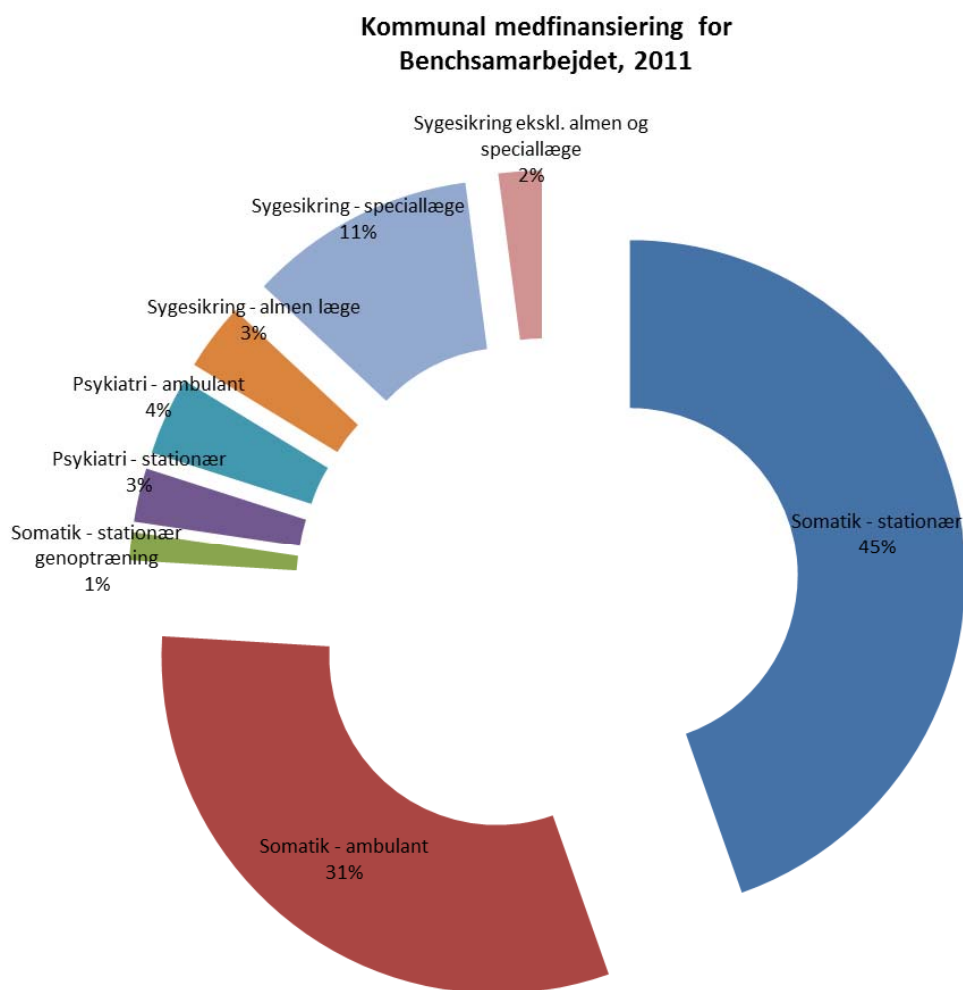
5.1 Indledning

Efter at have set på betydningen af demografi, socioøkonomi m.m som faktorer, der udløser sundhedsbehandling, rettes fokus nu mod det faktiske forbrug af sundhedsydelser på medfinansieringsområdet, som omhandler stationær og ambulans somatik samt psykiatri. Det er interessant, fordi de regionale sundhedsydelser lægger beslag på hovedparten af benchmarkingkommunernes samlede sundhedsudgifter. Det er samtidig det område, hvor kommunerne har vanskeligst ved at påvirke udgifterne. I gennemgangen af ambulans- og stationær somatik, sygesikringsområdet, psykiatri samt overflytninger påpeges en række opmærksomhedspunkter, hvor benchmarkingkommunerne med fordel kan analysere nærmere.

5.2 Kommunal medfinansiering - somatik og sygesikring

Figur 5.1 viser fordelingen af den kommunale medfinansiering til sundhedsområdet for de 6 benchmarkingkommuner.

Figur 5.1. Procentvis fordeling af kommunal medfinansiering, 2010



Kilde: E-Sundhed, 2012

De to store områder stationær- og ambulans somatik¹⁵, er den del af sundhedsydelse der udføres på hospitalerne. Borgere der modtager stationær behandling er indlagt på hospital. Ved ambulante behandlinger møder borgeren op på ambulatorium e. lign. og modtager en kortvarig behandling eller undersøgelse. De to "hospitalsområder" udgør langt den største del af medfinansieringen svarende til i alt 76%.

Sygesikringsområderne set under ét svarer til 16% af forbruget. Heraf er udgiften til speciallæger den mest markante med en samlet medfinansiering på 11%. De almene læger udgør 3 %

Den kommunale medfinansiering til de psykiatriske områder udgør i alt ca. 7%.

5.2.1 Særligt om aldersstandardisering

I analyser af kommunernes forbrug af sundhedsydelser kommer man, på grund af den stærke aldersafhængighed, let til at analysere forskellene i kommunernes alderssammensætning. For at imødegå dette, foretager man normalt en såkaldt aldersstandardisering ved analyser af sundhedsdata. Det gælder også for denne benchmarkinganalyse, i det omfang det er relevant og muligt.

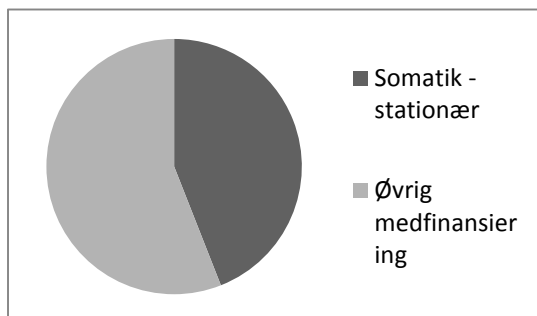
En aldersstandardisering medfører, at forskelle i forbrug ikke længere skyldes alderssammensætningen i kommunerne, men andre forhold. Dermed sikres, at de indbyrdes forskelle mellem kommunerne kan sammenlignes - upåvirket af forskellene i aldersfordelingerne. Den aldersstandardiserede indeksering viser således, hvor meget den kommunale medfinansiering i en given kommune afviger fra gennemsnittet.

Det er vigtigt at understrege, at der også kunne være gode argumenter for ikke at aldersstandardisere, da en aldersstandardisering jo er med til at kamuflere de faktiske udfordringer, kommunerne står overfor. I sidste ende er det et fagligt valg, hvilken metode man vælger. For at imødegå problemerne ved aldersstandardisering, vil der også blive præsenteret ikke-aldersstandardiserede tal i rapporten.

I de følgende afsnit dykkes der længere ned i flere af de nævnte delområder, således at kommunernes indbyrdes forskelligheder kan sammenlignes.

¹⁵ Det somatiske område dækker sygehusbehandling eksklusiv psykiatri. Stationær behandling indebærer indlæggelse - i modsætning til ambulans behandling.

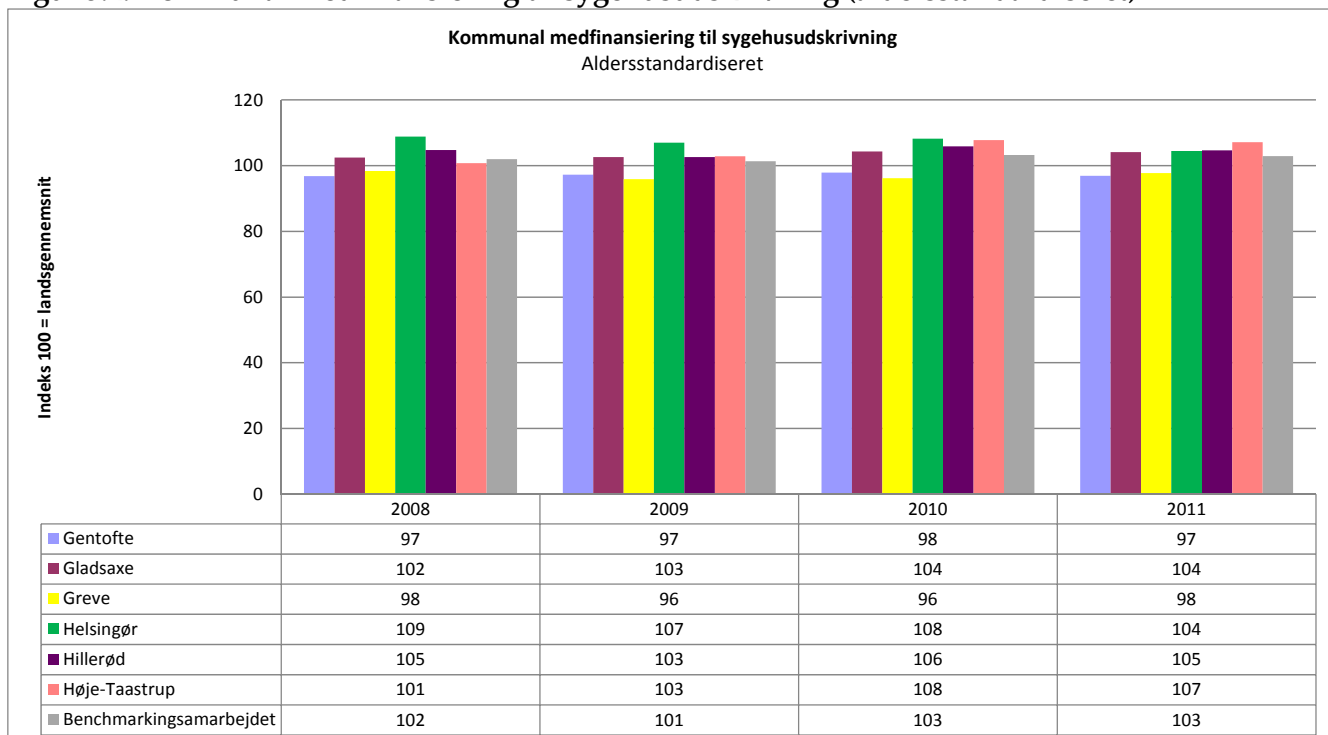
5.3 Stationær somatik



Den stationære somatik forbruger 45 % af den samlede kommunale medfinansiering.

Stationær somatik dækker over den sygehusbehandling (eksklusive psykiatri) der foregår under indlæggelse

Figur 5.2. Kommunal medfinansiering til sygehusudskrivning (alderstandardiseret)



Kilde: eSundhed 2012

Note: Regnskabstal for Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering eksklusive grundtilskud, i faste priser

Figur 5.2 sammenligner kommunernes alderstandardiserede forbrug til sygehusudskrivninger. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit.

Gentofte Kommune har, efter alderstandardisering, det laveste forbrug svarende til 3% under landsgennemsnit. Helsingør Kommune havde modsat et forbrug, der er 7% højere end landsgennemsnittet i perioden 2008-2010.

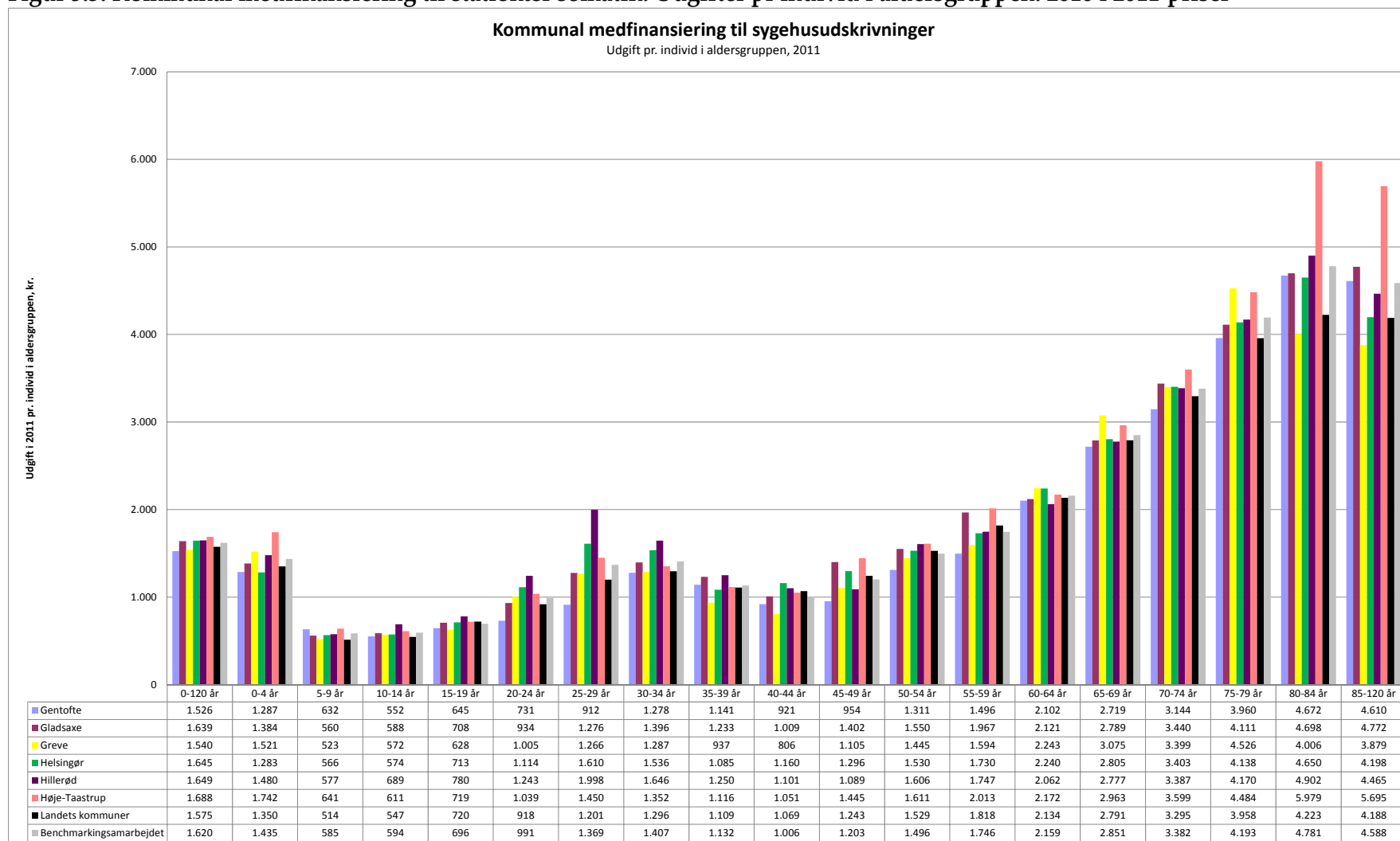
De 6 kommuners indekserede forbrug er forholdsvis konstant sammenlignet med landets øvrige kommuner på tværs af årene. Der kan i gennemsnit dog spores en svag stigning. Det betyder, at de 6 kommuner har øget deres forbrug med 1 % i forhold til resten af landet. Høje-Taastrup Kommune adskiller sig fra de øvrige kommuner med en stigning i forbruget på 6%, på tværs af årene og relativt til landets øvrige kommuner.

For at forstå variationerne yderligere ses der i det følgende nærmere på de enkelte aldersgruppers forbrug.

I Figur 5.3 er forbruget til stationær somatik vist som udgift til kommunal medfinansiering pr. 1.000 indbyggere i de forskellige aldersklasser pr. kommune. Der er en generel tendens til, at jo ældre man bliver, jo flere sygehusydelser modtager man.

Der er en tendens til, at spredningen i forbruget blandt de 6 kommuner øges op gennem aldersklasserne. Jfr. afsnit om henvisningspraksis, skal forskellighederne i graden af behandling søges i en række forhold herunder objektive forskelle mellem befolkningernes behov for medicinsk og kirurgisk behandling.

Figur 5.3. Kommunal medfinansiering til stationær somatik. Udgifter pr individ i aldersgruppen. 2010 i 2011-priser



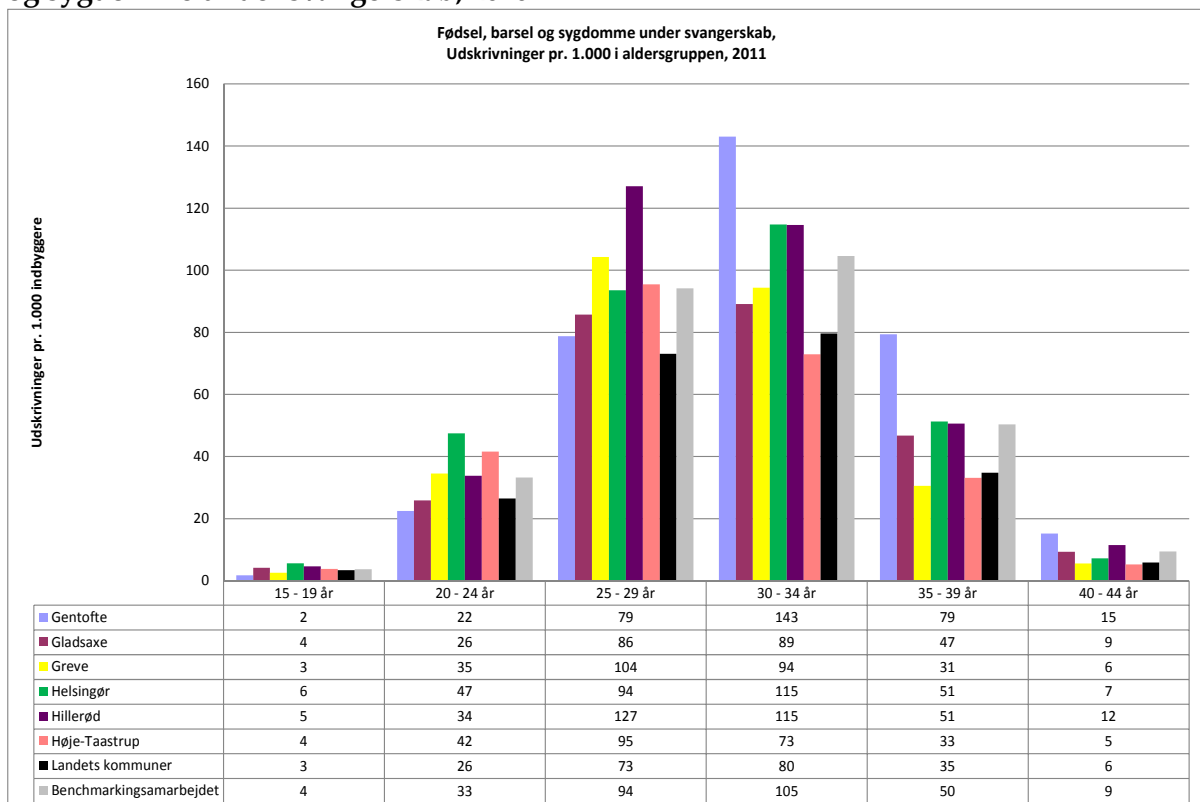
Kilde: eSundhed, 2012

Note: Note: Regnskabstal for Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering eksklusive grundtilskud, i 2011 priser

Forbrugsstigningen, der ses i aldersklasserne 20-40 år, er relateret primært til svangerskab og fødsel. I Figur 5.4 er et udsnit af de somatiske behandlinger på sygehus omhandlende udelukkende diagnosegruppen vedr. fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab.

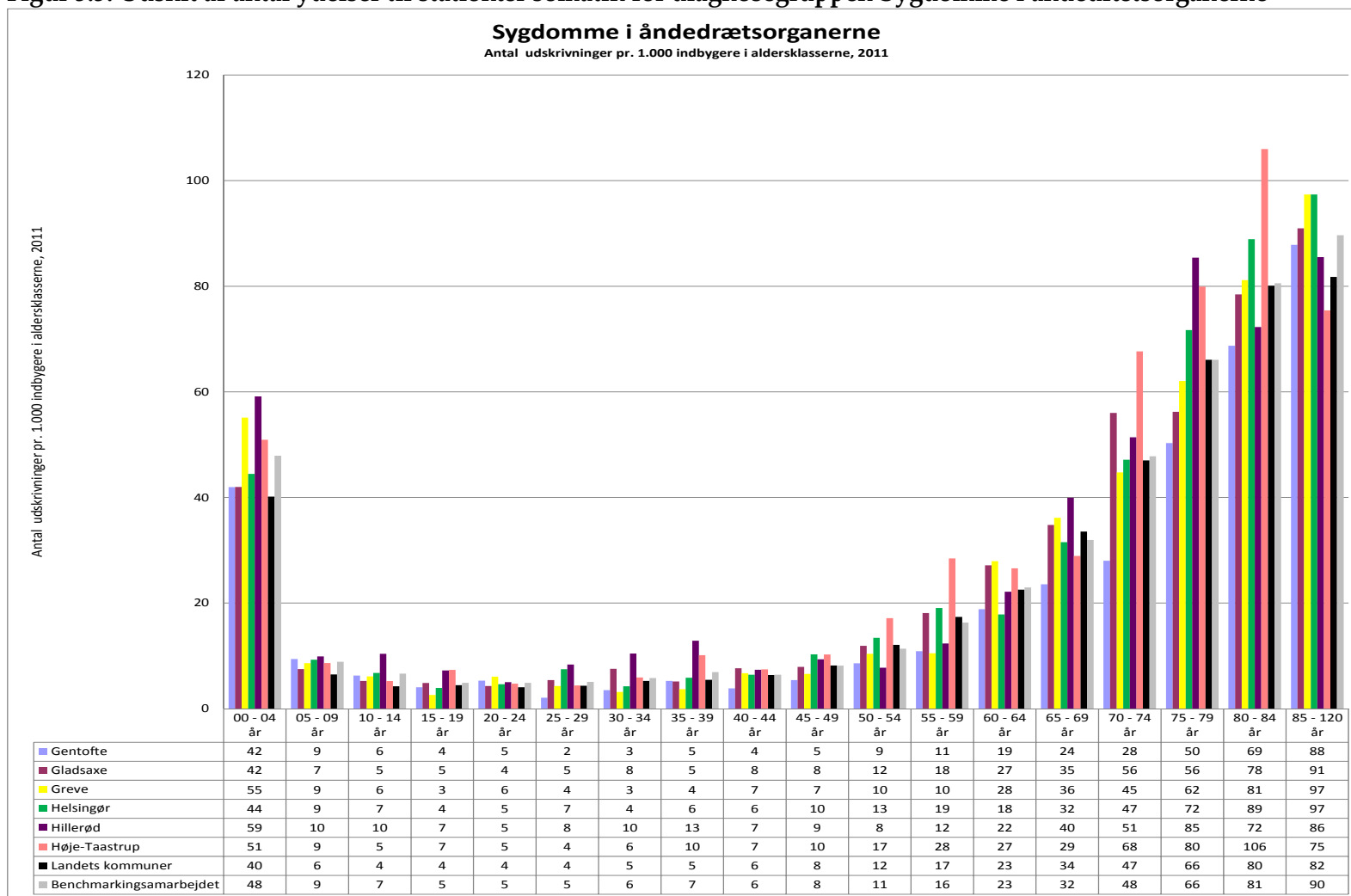
Det ses endvidere, at borgere i aldersgruppen 30-34 år fra Gentofte Kommune får ca. dobbelt så mange ydelser sammenlignet med borgere fra Høje-Taastrup Kommune. Det virker ikke sandsynligt, at det objektive behandlingsbehov kan have en variation af den størrelse i den aldersgruppe, men det kan ikke udelukkes ud fra den tilgængelige information. Generelt ligger de 6 kommuner betydeligt over gennemsnittet på landsplan. I betragtning af, at den valgte diagnosegruppe udgør 7,4 % af de 6 kommuners totale antal indlæggelser, kan emnet med fordel behandles mere indgående i de enkelte kommuner. Data udgør dog et forholdsvist beskedent grundlag og skal fortolkes med forbehold.

Figur 5.4. Udsnit af antal ydelser til stationær somatik for diagnosegruppen Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab, 2010



Kilde: eSundhed , 2012

Figur 5.5. Udsnit af antal ydelser til stationær somatik for diagnosegruppen Sygdomme i åndedrætsorganerne



Kilde: eSundhed , 2012

Figur 5.5 viser antal ydelser vedr. sygdomme i åndedrætsorganerne og udgør 9,1 % af samtlige stationære somatiske ydelser. Der er betydelige forskelle mellem kommunerne i de fleste aldersklasser, men omfanget af ydelser i aldersklasserne 0-4 år samt 70+ årige har den største betydning for kommunernes medfinansiering. Igen er datagrundlaget dog forholdsvist beskedent og skal derfor fortolkes med forbehold.

For de 0-4 åriges forbrug er der markante forskelle. Kommunerne Greve og Høje-Taastrup har et forbrug, der svarer til forbruget på landsplan. De øvrige kommuner ligger betydeligt over landgennemsnittet, ført an af Hillerød Kommune, der har et forbrug, der er ca. 48 % højere end landgennemsnittet. Det vurderes som sandsynligt, at det er et område kommunerne kan påvirke gennem dialog med forældre og almen praksis.

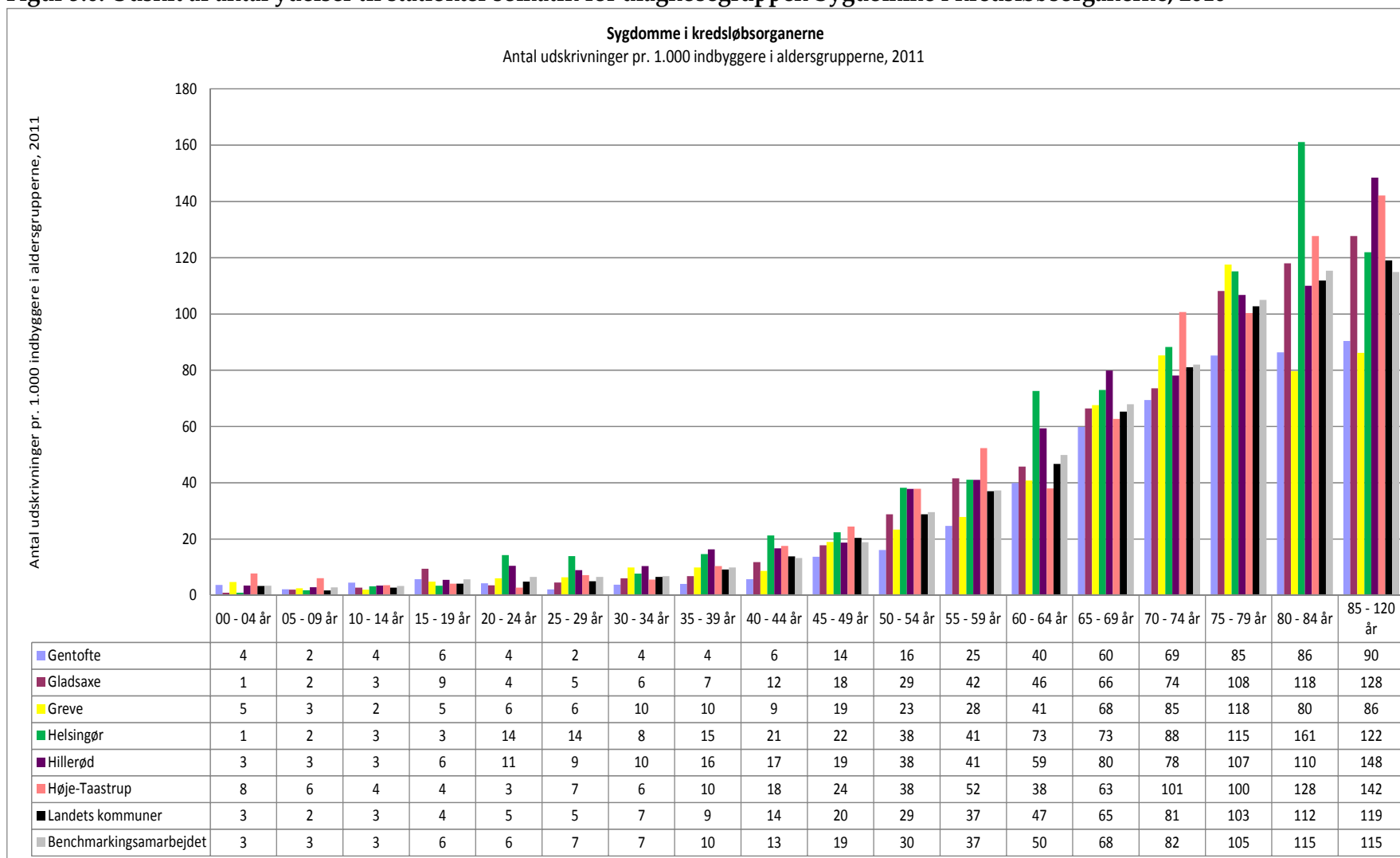
I grupperne over 70 år ses der op gennem aldersklasserne en stigende variation, kommunerne i mellem. I aldersgruppen 80-84 år har borgerne fra Høje-Taastrup kommune et forbrug, der er ca. 150 % højere end borgerne i Gentofte Kommune.

Figur 5.6 viser antal ydelser vedr. sygdomme i kredsløbsorganerne¹⁶ og udgør 12,4 % af samtlige stationære somatiske ydelser i 2011. På linje med de forrige figurer ses et stigende forbrug op i gennem aldersklasserne. Variationen mellem kommunernes forbrug er specielt udtalt i de ældste aldersklasser. Gennemsnittet for de 6 kommuner er ca. i samme størrelse som landgennemsnittet. Kommunerne Helsingør, Hillerød og Høje-Taastrup ligger dog markant højere i den ældre aldersgruppe.

Data udgør dog et forholdsvist beskedent grundlag og skal fortolkes med varsomhed.

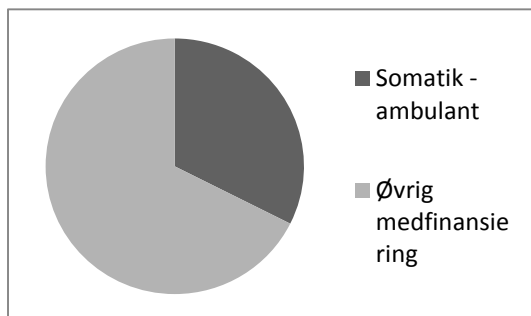
¹⁶ Kredsløbsorganerne omfatter hjertet og blodkarrene. Sygdomme i kredsløbsorganerne kunne være blodprop eller hjerteklapfejl.

Figur 5.6. Udsnit af antal ydelser til stationær somatik for diagnosegruppen Sygdomme i kredsløbsorganerne, 2010



Kilde:

5.4 Ambulant somatik

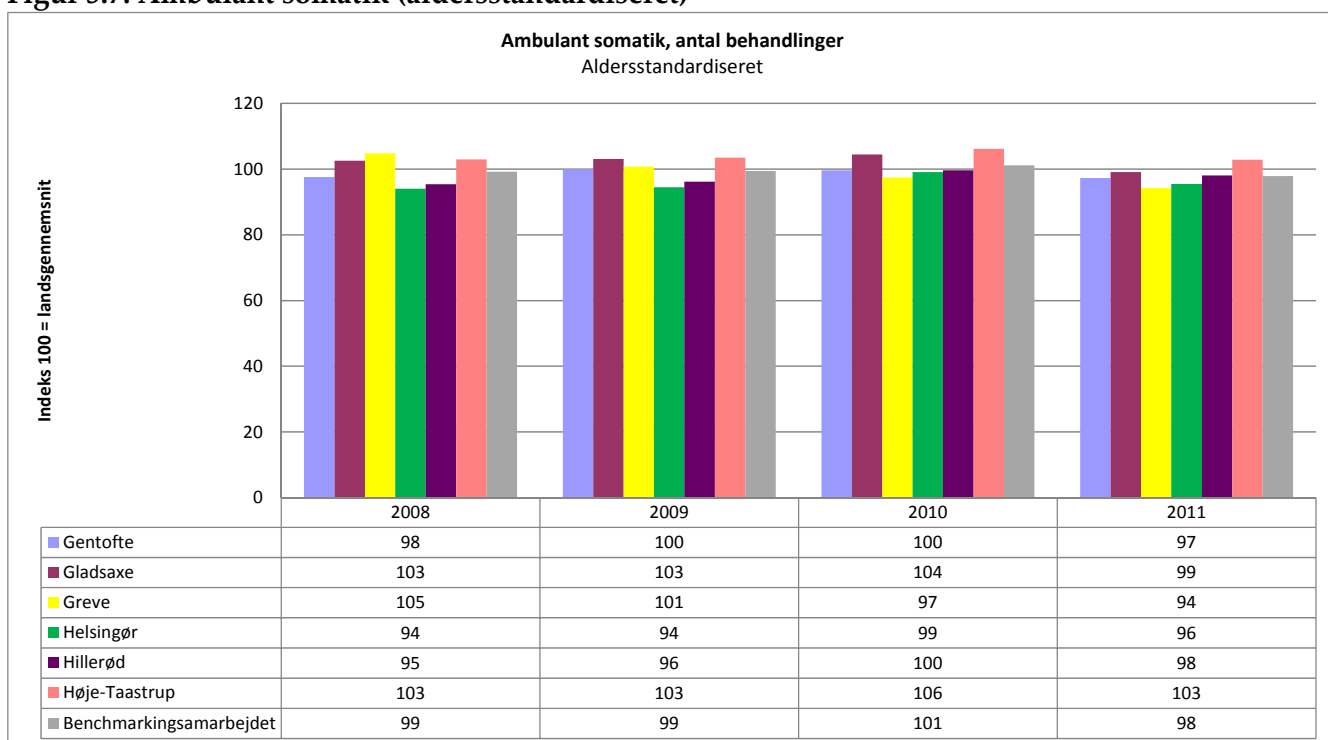


Den ambulante somatik forbruger 31 % af den samlede kommunale medfinansiering.

Ambulant - dvs. behandling der ikke kræver indlæggelse.

Somatik – behandling af lidelser vedr. legemet.

Figur 5.7. Ambulant somatik (alderstandardiseret)



Kilde: eSundhed , 2012

Diagnoserne under ambulant somatik svarer til, hvad der findes under den stationære somatik. Forskellen består i, hvorvidt patienterne er indlagt, eller behandlingen foregår kortvarigt i eksempelvis ambulatorium.

Figur 5.7 sammenligner kommunernes alderstandardiserede forbrug opgjort som antal ydelser til ambulant sygehusbehandling. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit. De 6 kommuner har på tværs af årene et forbrug, der svarer til landsgennemsnittet. Helsingør Kommune har et forbrug, der er 4 % under det landsgennemsnitlige forbrug. Høje-Taastrup Kommune befinder sig i den anden ende, med et forbrug, der er 4 % højere end landsgennemsnittet. Der dog en vis variation mellem årene.

Forbruget skal dog ses i sammenhæng med forbruget til privatpraktiserende speciallæger, da speciallægernes ydelser på udvalgte områder svarer til hospitalernes ambulante tilbud.

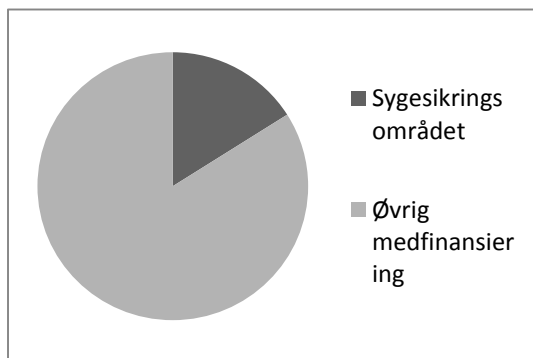
Der må derfor forventes at være en vis substitution fra ambulant behandling til speciallægebehandling.

Hillerød har, på trods af at den er sygehuskommune, ikke et markant større forbrug end de øvrige benchmarkingkommuner. Iagttagelsen fra afsnit 4.2 på side 17 omkring sammenhængen mellem hospitalsnærhed og -benyttelse ses ikke umiddelbart her.

På landsplan er der en tendens til, at de stationære behandlinger overgår til ambulante behandling på grund af økonomiske og sundhedsfaglige fordele. Denne tendens ses dog ikke umiddelbart af data vedr. det storkøbenhavnske område, som benchmarkingkommunerne tilhører. I det storkøbenhavnske område er der et stort udbud af privatpraktiserende speciallæger, der substituerer regionernes ambulante tilbud. Det medfører, at det samlede forbrug af ambulante ydelser og speciallægeydelser er markant højere blandt de 6 benchmarkingkommuner sammenlignet med landstallene (se Figur 5.10 på side 38).

Som tidligere beskrevet i afsnit om henvisningspraksis har udbuddet af speciallæger stor indflydelse på de henvisninger, som de almen praktiserende læger står for.

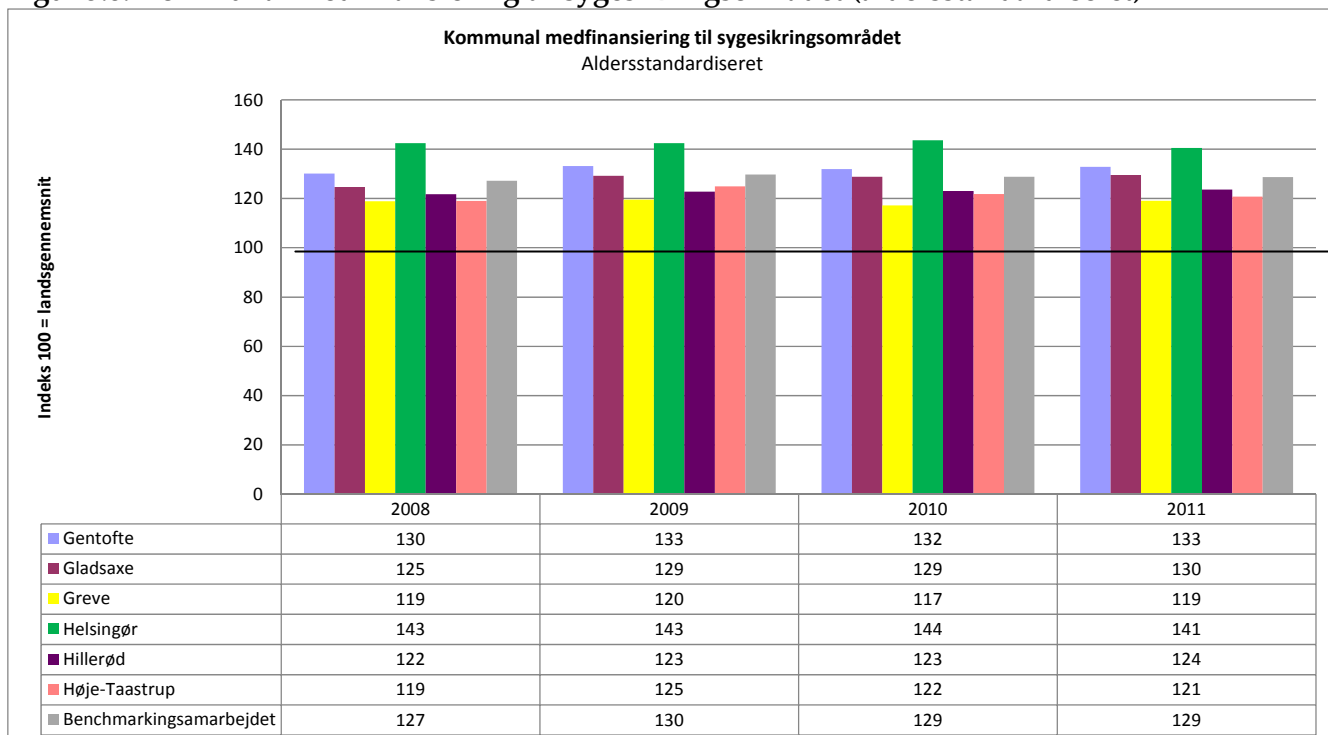
5.5 Sygesikringsområdet



Sygesikringsområdet udgør 16 % af benchmarkingkommunernes forbrug til medfinansiering.

Behandlingstyper der hører til området er: Speciallæge, almen læge, fysioterapi, kiropraktik, psykologhjælp, fodterapi og tandlæge.

Figur 5.8. Kommunal medfinansiering til sygesikringsområdet (aldersstandardiseret)



Kilde: eSundhed , 2012

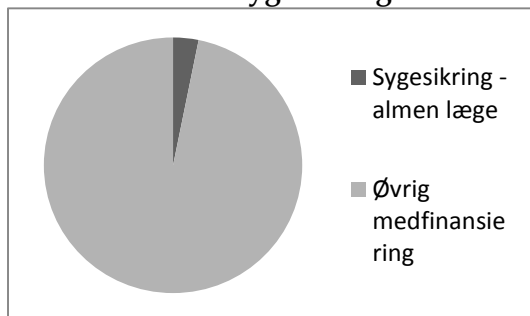
Note: Regnskabstal for Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering eksklusive grundtilskud, i faste priser

Figur 5.8 sammenligner kommunernes aldersstandardiserede forbrug til medfinansiering af sygehusudskrivinger. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit. Alle kommunerne i benchmarksamarbejdet har gennem årene haft et forbrug, der ligger markant over landsgennemsnittet.

Greve Kommune har på tværs af årene det mindste forbrug, blandt benchmarkingkommunerne, 10 % under de øvrige kommunernes gennemsnit. Helsingør Kommunes forbrug har været 13 % højere end gennemsnittet blandt de 6 kommuner.

Der ses i det følgende nærmere på forbruget til almen læge samt speciallæge. De to behandlingstyper er de to største grupper indenfor sygesikringsområdet.

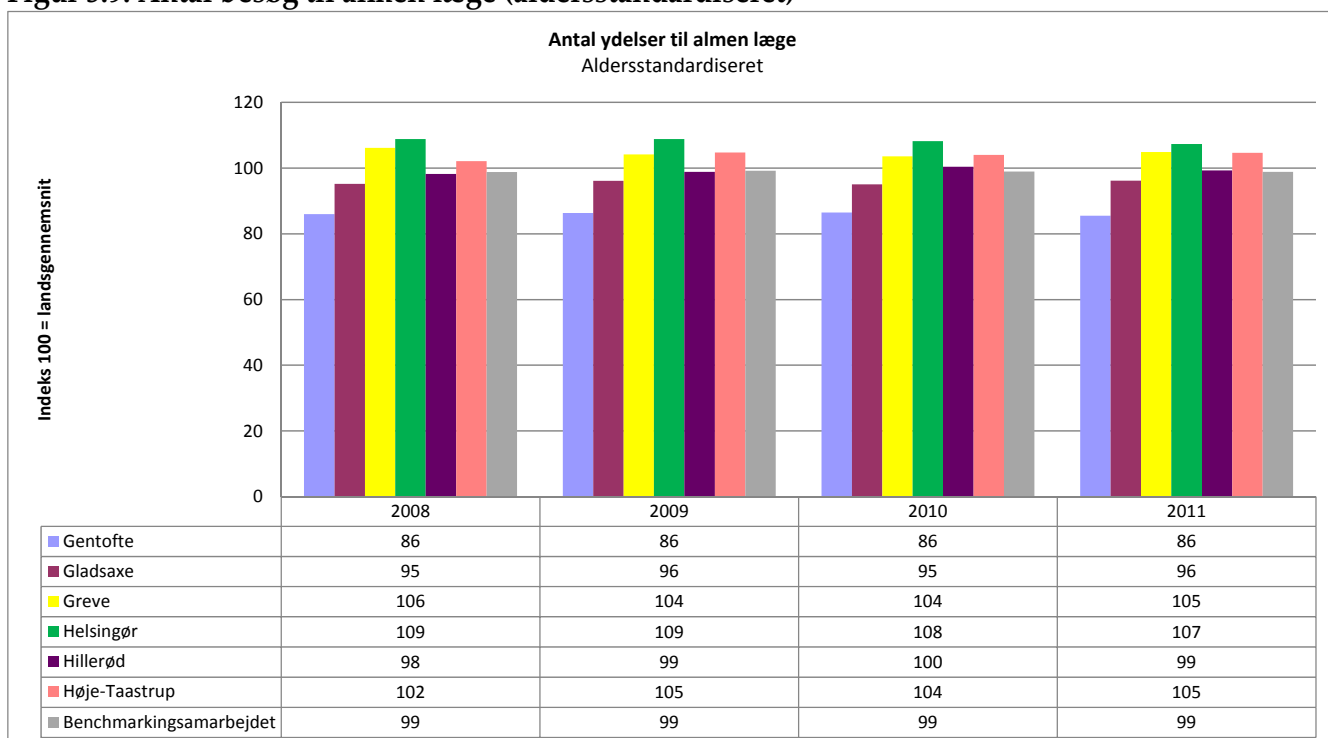
5.5.1 Udsnit af sygesikringsområdet: Almen læge



Udgifterne til almen læge udgør 3 % af benchmarkingkommunernes forbrug til medfinansiering.

Almen læge eller almen praksis er det helt centrale udgangspunkt i vores sundhedssystem. Den løbende behandling og opfølgning samt videreformidling til det øvrige sundhedssystem foregår hos den almene læge.

Figur 5.9. Antal besøg til almen læge (alderstandardiseret)



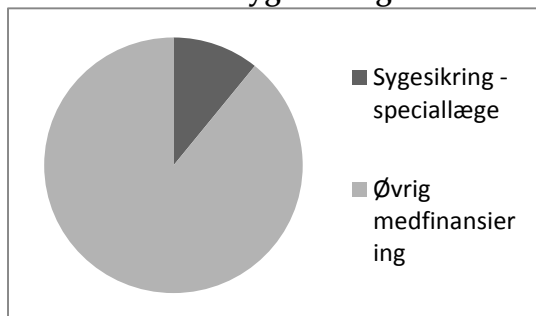
Kilde: eSundhed , 2012

Figur 5.9 sammenligner kommunernes alderstandardiserede forbrug opgjort som antal besøg til almen læge. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit. De 6 kommuner har på tværs af årene et forbrug der ligger 1 % under landsgennemsnittet. Der ses dog store variationer kommunerne i mellem.

Gentofte Kommune har gennem alle årene haft det mindste forbrug, blandt benchmarkingkommunerne, 13 % under de øvrige kommuners gennemsnit. Helsingør Kommunes forbrug har været 9 % højere end gennemsnittet for benchmarkingkommunerne, tæt forfulgt af Greve og Høje-Taastrup.

Det er ikke muligt at koble ydelsestype til den enkelte kontakt til almen læge. Dermed kan der ikke umiddelbart analyseres på årsag til forbruget. Det er tidligere sandsynliggjort at de socioøkonomiske forhold har en afgørende indflydelse på bl.a. forbruget af almen læge, jfr. kapitel 4.

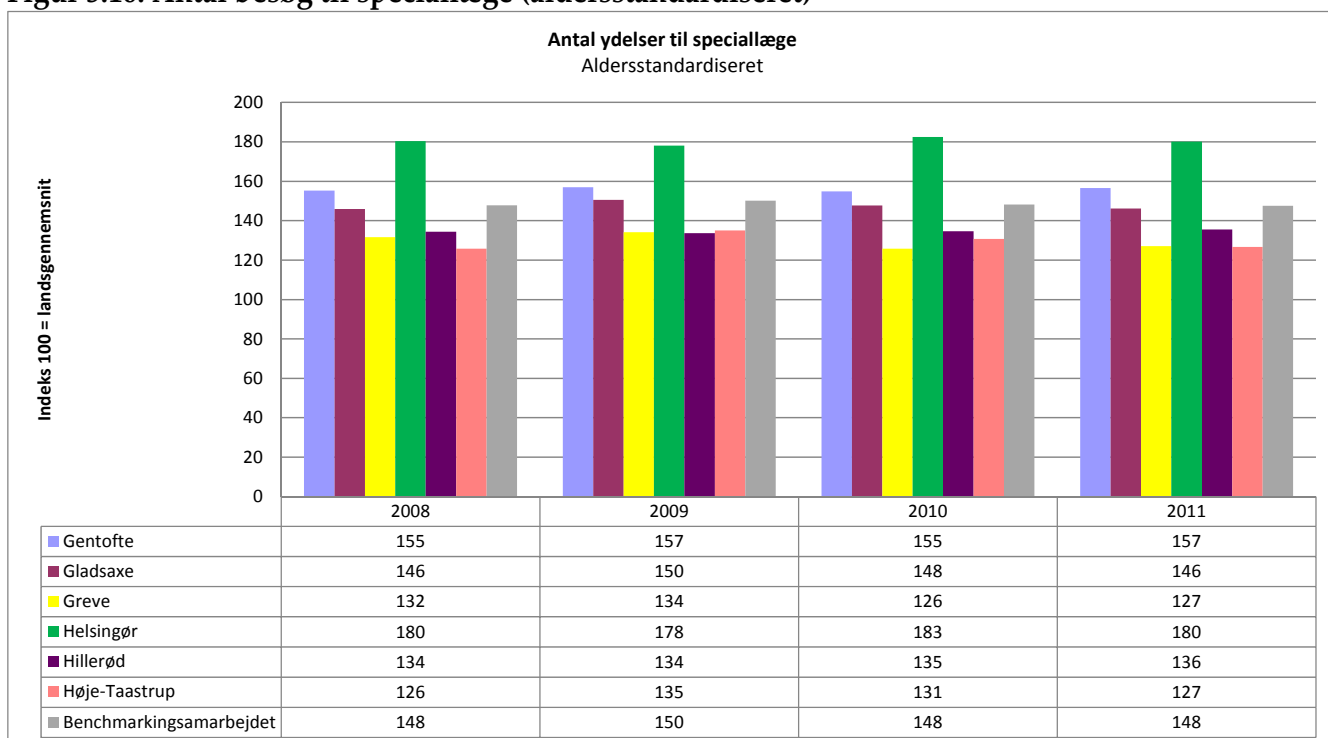
5.5.2 Udsnit af sygesikringsområdet: Speciallæge



Udgifterne til speciallæge udgør 11 % af benchmarkingkommunernes forbrug til medfinansiering.

Speciallæger udfører kompleks sundhedsfaglig behandling indenfor et af specialeområderne, gynækologi og obstetrik.

Figur 5.10. Antal besøg til speciallæge (alderstandardiseret)



Kilde: eSundhed , 2012

Figur 5.10 sammenligner kommunernes alderstandardiserede forbrug opgjort som antal besøg til speciallæge. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit. Borgerne i de 6 kommuner har gennemsnitligt forbrug, der er 48 % over landsgennemsnittet.

Greve og Høje-Taastrup Kommuner har på tværs af årene det mindste forbrug blandt benchmarkingkommunerne, ca. 30 % over landsgennemsnittet. Helsingør Kommunes forbrug på tværs af årene er 80 % højere end landsgennemsnittet. Greve og Høje-Taastrup benytter et relativt stort antal ambulante somatiske ydelser (se Figur 5.7 på side 34), mens Helsingør har et relativt lavt forbrug. Dette understøtter hypotesen om, at ambulante sygehusbesøg og speciallægebesøg i et vist omfang substituerer hinanden. Hillerød falder dog udenfor dette mønster, da der her både er et relativt lille forbrug af speciallæger og ambulante sygehusbehandling – sammenlignet med de øvrige benchmarkingkommuner.

Udviklingen i forbruget blandt benchmarkingkommunerne er neutralt over årene sammenlignet med landsgennemsnittet.

En væsentlig årsag til det høje forbrug, vurderes at være et langt højere udbud af speciallæger, såvel mellem kommunerne samt ved sammenligning til landsgennemsnittet. Forbruget af ydelsen til speciallæge substituerer i høj grad forbruget til ambulante sygehusbehandling. Det beskrevne høje forbrug til privatpraktiserende speciallæge der ses for Helsingør Kommune, afspejler den substitution der går fra ambulante sygehusbehandling til behandling hos speciallæger.

5.6 Delkonklusion – somatik og sygesikring

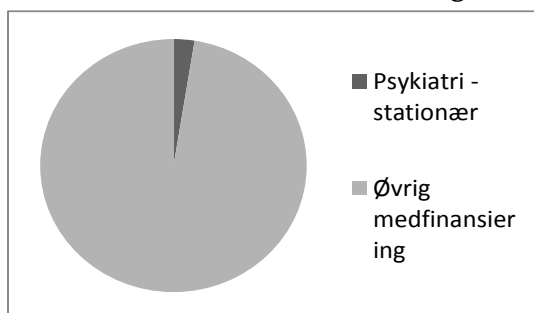
Indenfor det økonomisk største område af kommunal medfinansiering, stationær somatik er der 10% forskel i det aldersstandardiserede forbrug mellem den kommune der mindste forbrug pr. indbygger (Gentofte Kommune) sammenlignet med den kommune, der har det største forbrug pr. indbygger (Høje-Taastrup Kommune) i 2011.

Ser man nærmere på forbruget til stationær somatik opgjort pr. aldersgruppe, bliver forskellene betydeligt større. Man skal være opmærksom på, at tabeller m.v. der fordeler data på flere undergrupper, bliver mere sårbare overfor tilfældige udsving i befolkningens sygdomsmønstre. Ved udvælgelse af sygdomsgrupper som sygdomme i åndedrætsorganerne, kan der igen spores en betydelig variation mellem kommunerne.

Der er fundet klare tegn i datamaterialet på den substitution, der finder sted mellem hospitalernes udbud af ambulante ydelser og mellem de private speciallæger. Når man sammenholder benchmarkingkommunernes samlede forbrug af ambulante ydelser og speciallægeydelser, befinder forbruget over landsgennemsnittet. Forbruget af de ambulante ydelser placerer kommunerne på eller lige under landsgennemsnittet. Benchmarkingkommunernes forbrug af speciallægeydelser er forholdsvist forskelligt mellem kommunerne, men altid markant over landsgennemsnittet.

Forbruget af almen læge placerer benchmarkingkommunerne ca. 1 % under landsgennemsnittet. Data viser, at der er tale om betydelige variationer mellem kommunerne. Afstanden fra kommune med mindste forbrug til kommune med det største forbrug er på 21 %, sammenlignet med landsgennemsnittet i 2011.

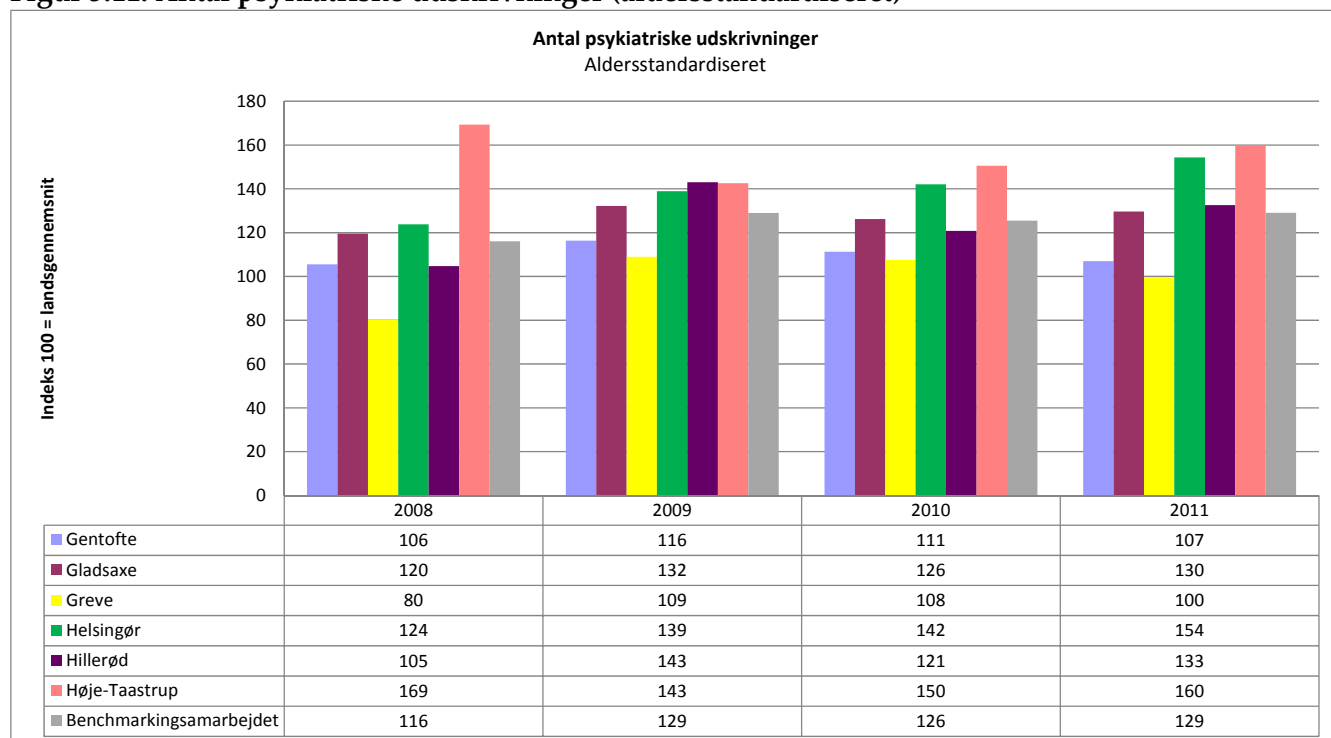
5.7 Kommunal medfinansiering til det psykiatriske område



Stationær psykiatri udgør 3 % af medfinansieringen.

Den kommunale medfinansiering omfatter de regionale behandlingspsykiatriske tilbud. De tilbud omfatter dels undersøgelse og behandling (indlæggelser) på psykiatriske hospitaler m.v. og dels distriktskykiatrien, der giver ambulante psykiatriske behandling.

Figur 5.11. Antal psykiatriske udskrivinger (aldersstandardiseret)



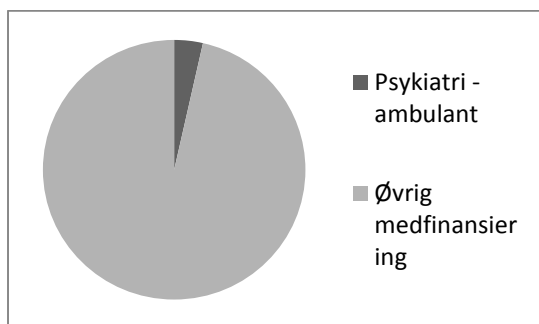
Kilde: eSundhed , 2012

Figur 5.11 sammenligner antallet af kommunernes aldersstandardiserede psykiatriske udskrivinger. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit. Det fremgår, at der er betydelig variation mellem benchmarkingkommunerne. Greve Kommune har det mindste forbrug på niveau med landsgennemsnittet, mens de øvrige benchmarkingkommuner ligger betydeligt over landsgennemsnittet. Høje-Taastrup Kommune har i det største forbrug blandt benchmarkingkommunerne.

Udviklingen i antallet af psykiatriske udskrivinger blandt benchmarkingkommunerne er generelt neutral, men der ses en svag tendens til stigning. De 6 benchmarkingkommuner ligger, med undtagelse af Greve Kommune, alle over landsgennemsnittet svarende til 37% i 2011.

Når patienten er udskrevet fra psykiatrisk hospital, er det kommunerne, der varetager de opfølgende og vedligeholdende indsatser. Denne indsats, der omfatter alle former for sociale tilbud til sindslidende, betegnes som socialpsykiatri – men omfatter ikke behandling. Den samlede indsats overfor sindslidende er derfor kendetegnet ved, at den ofte omfatter både lægelig behandling i behandlingspsykiatrien og kommunale socialpsykiatriske indsatser. Endvidere har kommunerne mulighed for at hæve den samlede indsats ved at relatere indsatser på arbejdsmarkedsområdet og undervisningsområdet.

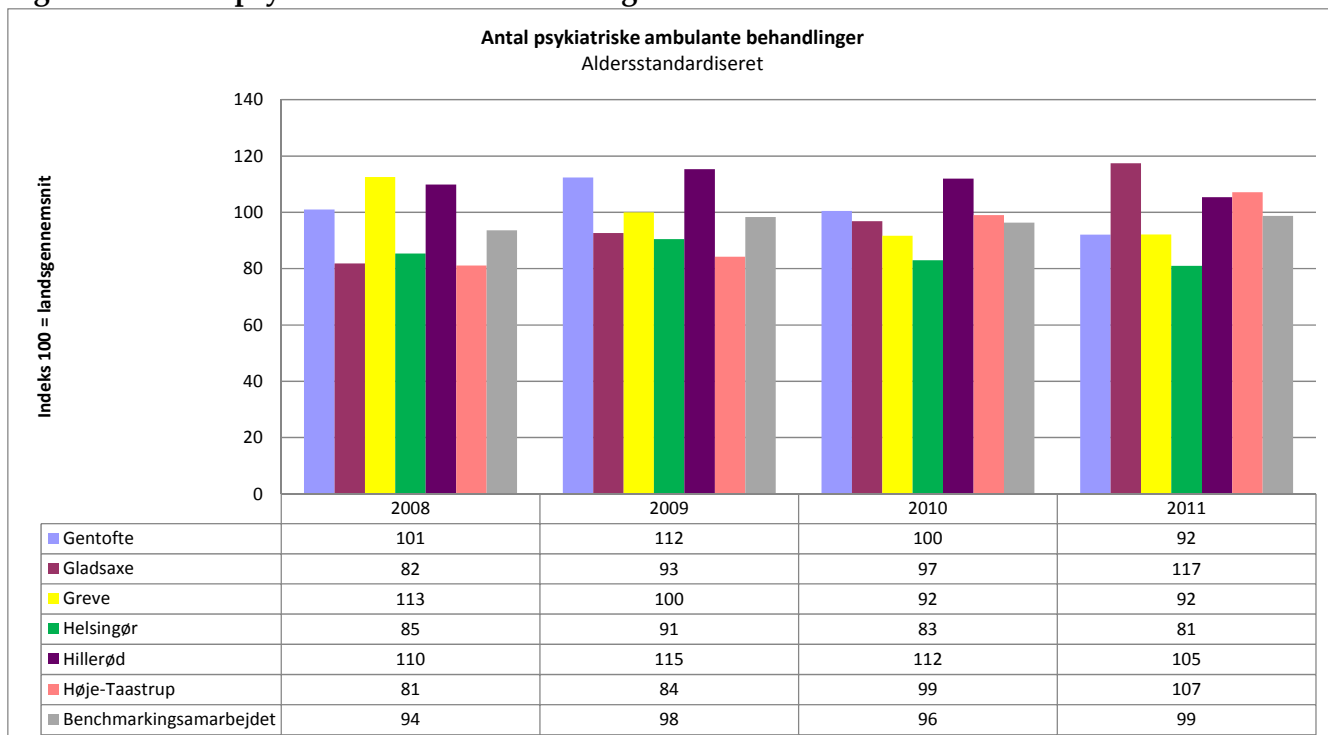
Priserne på stationær psykiatrisk behandling er ikke omfattet af de øvrige ændringer af priserne på den kommunale medfinansiering. Kommunerne skal betale 60 % af en sengedagstakst dog maks. 8.113 kr. pr. udskriving. Kommunerne har dermed et incitament til at støtte patienten, således at forebyggelige indlæggelser undgås.



Ambulant psykiatri udgør 4 % af medfinansieringen.

Den kommunale medfinansiering omfatter de regionale behandlingspsykiatriske tilbud. De tilbud omfatter dels undersøgelse og behandling (indlæggelser) på psykiatriske hospitaler m.v. og dels distriktskykiatrien, der giver ambulante psykiatriske behandling.

Figur 5.12. Antal psykiatriske ambulante besøg



Kilde: eSundhed, 2012

Figur 5.12 sammenligner det indekserede antal ambulante psykiatriske besøg. Indeks 100 svarer til danske kommuners gennemsnit. I 2011 havde Helsingør Kommune det mindste forbrug, blandt benchmarkingkommunerne, 18 % under de øvrige kommuners gennemsnit. Gladsaxe Kommunes forbrug var 18 % højere end gennemsnittet.

På tværs af årene ligger benchmarkingkommunerne ca. 3 % under landsgennemsnittet. Det er bemærkelsesværdigt, at antallet af de ambulante psykiatriske besøg ligger under landsgennemsnittet, samt at de stationære udskrivelser ligger markant højere end landsgennemsnittet. Det er muligt, at der i det storkøbenhavnske område er en tendens til, at borgerne i højere grad henvises til stationær behandling frem for ambulante behandling sammenlignet med landets øvrige kommuner. Som det fremgår af Figur 5.11 og Figur 5.12 er der dog betydelige variationer mellem benchmarkingkommunerne.

5.7.1 Delkonklusion – det psykiatriske område

Det ses ovenfor, at der er store variationer i forbruget blandt benchmarkingkommunerne til både ambulante- og stationære psykiatriske behandling. De stationære psykiatriske

behandlinger ligger betydeligt over landsgennemsnittet, mens forbruget af ambulante psykiatriske behandlinger ligger under landsgennemsnittet.

Antallet af psykiatriske behandlinger indenfor begge hovedområder af psykiatrien er betydeligt mindre end antallet af behandlinger på det somatiske område og data vedr. det psykiatriske område er derfor mere usikre. Man skal derfor være meget varsom med at konkludere på den baggrund. Det er dog påfaldende, at Greve gennem alle årene har det absolut laveste forbrug af stationær psykiatri, hvor kommuner som Helsingør og Høje-Taastrup har det højeste forbrug.

Indenfor ydelser på det ambulante psykiatriske områder har Hillerød Kommune i gennemsnit det højeste forbrug. Det er muligt, at der er kommuner hvor borgerne henvises særligt ofte til stationær psykiatrisk behandling. Da baggrund og økonomiske konsekvenser vurderes at være meget forskellige mellem benchmarkkommunerne anbefales det, at de kommuner, der har et forbrug der adskiller sig markant fra landsgennemsnittet iværksætter yderligere undersøgelser af egne forhold.

5.8 Akutte overflytninger

Kommunerne medfinansierer overflytninger som sygehusudskrivninger i forhold til DRG afregningen for indlæggelsesdiagnose.

En indlæggelse defineres som en overflytning såfremt udskrivningsdato på Hospital A er lig indlæggelsesdato på Hospital B.

Med implementering af Regionernes Hospitals- og Psykiatriplanlægning sker der samlet set en øget specialisering:

Hospitalsplanen skal skabe grundlag for en optimeret drift og en effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. Samling af funktioner på færre enheder skal samlet set give driftsbesparelser, ligesom de afledte administrative og ledelsesmæssige forenklinger vil frigøre ressourcer til klinisk arbejde.

Med hospitalsplanen samles en lang række specialer på færre enheder. Den nye specialefordeling er et udtryk for den nye inddeling i bæredygtige planlægningsområder og arbejdsdeling mellem områdehospital og nærhospital samt et ønske om generelt at samle specialerne på færre enheder for at sikre en høj og ensartet kvalitet.

Kilde: Region Hovedstadens hospitalsplan for 2007

Det ønskelige er altså, set fra en kommunal synsvinkel, at patienterne med det samme visiteres til rette speciale. Den nye specialefordeling medfører mange overflytninger af borgere mellem hospitalerne.

Nedenstående tabel viser de akutte overflytninger i 2010 fordelt på regioner.

Tabel 5.1. Akutte overflytninger i 2010 fordelt på regioner

Sygehusregion	Overflytninger	Antal sygehus-udskrivninger	Andelen af overflytninger ift. sygehus-udskrivninger i %
Region Nordjylland	3.403	106.645	3,2
Region Midtjylland	9.888	250.163	4,0
Region Syddanmark	6.107	232.167	2,6
Region Hovedstaden	11.948	394.590	3,0
Region Sjælland*	0	159.839	0,0
I alt	31.346	1.143.404	2,7

Kilde: Region Hovedstadens opgørelse til den administrative styregruppe pr. 28. november 2011

*: Region Sjælland har organiseret sig med ét sygehusnummer omfattende al sygehusaktivitet i regionen, hvorfor overflytninger i DRG-mæssig og afregningsmæssig forstand pr. definition ikke kan forekomme. Kommunerne i Region Sjælland får dermed ingen ekstraudgifter til medfinansiering som følge af overflytninger.

Den samlede medfinansiering af stationær somatik udgjorde 4,9 mia. kr. i 2010. Ved 1,1 mio. udskrivninger er den beregnede gennemsnitlige medfinansiering pr. udskrivning på 4.296 kr.

Medfinansieringen af akutte overflytninger, udgør i 2010 på baggrund af den beregnede gennemsnitsmedfinansieringsudgift pr. udskrivning, 135 mio. kr. på landsplan. For Region Hovedstaden er andelen 51 mio. kr.

I samarbejdet med Region Hovedstaden har kommunerne ønsket at få en opgørelse over akutte overflytninger mellem hospitalerne hvert halvår. Regionen har udarbejdet en kommuneopdelt opgørelse over de akutte overflytninger mellem hospitalerne som en del af regionens ledelsesinformation.

Med opgørelsen som udgangspunkt fremkommer nedenstående tabel for benchmarkingkommunerne.

Der ses på 1. halvår af henholdsvis 2010 og 2011.

Tabel 5.2. Andel af akutte overflytninger

Kommune	1. halvår af 2010			1. halvår af 2011		
	Overflytninger	Indlæggelser/udskrivninger	Overflytningsandel i %	Overflytninger	Indlæggelser/udskrivninger	Overflytningsandel i %
Gentofte	249	8.106	3,1	290	7.700	3,8
Gladsaxe	166	7.592	2,2	145	7.685	1,9
Greve*	0		0	0		0
Helsingør**	187	8.243	2,3	166	7.859	2,1
Hillerød**	130	6.595	2	134	6.388	2,1
Høje-Taastrup	174	5.714	3	250	5.538	4,5

Kilde: Region Hovedstadens opgørelse til Følgegruppen for økonomi og aktivitet pr 14. oktober 2011

*For Greve er der ikke vist nogen overflytninger da Region Sjælland har organiseret sig med ét sygehusnummer omfattende al sygehusaktivitet i regionen, hvorfor overflytninger – i DRG-mæssig og afregningsmæssig forstand – pr. definition ikke kan forekomme.

**Overflytning mellem hospitalerne i Nordsjælland (Hillerød, Frederikssund og Helsingør hospitaler) vises ikke, da disse er indenfor samme sygehusnummer, og derfor ikke medfører kommunal afregning.

I ovenstående opgørelse fremgår det, at andelen af overflytninger for Hillerød i 2010 er på niveau med 2011. For Gladsaxe og Helsingør er andelen af overflytninger faldet. Dette kan skyldes, at der er kommet flere specialer på optagelseshospitalet i 2011. For Gentofte er andelen af overflytninger steget. Dette kan ligeledes skyldes, at der er flyttet rundt på specialerne på hospitalerne. Andelen af overflytninger for Høje-Taastrup er steget betydeligt, dette kan skyldes ændringerne for Glostrup og Hvidovre hospitaler.

Den økonomiske konsekvens af overflytningerne for 2011 er beregnet i nedenstående tabel. Der er i beregningen brugt overflytningsandelen fra endelig opgørelse udarbejdet af Region Hovedstaden den 27. februar 2012.

Tabel 5.3. Beregnet økonomisk konsekvens af akutte overflytninger for år 2011

Kommune	Medfinansiering af somatiske udskrivninger i mio. kr.	Overflytningsdel 2011	Medfinansiering til overflytninger i mio. kr.
Gentofte	60,0	4,7%	2,8
Gladsaxe	62,5	2,6%	1,6
Greve	42,9	0,0%	0,0
Helsingør	63,5	3,3%	2,1
Hillerød	48,4	3,2%	1,5
Høje-Taastrup	47,7	4,9%	2,3
I alt			10,4

Kilde: Region Hovedstaden og egne beregninger.

Samlet medfinansierer benchmarkkommunerne i Region Hovedstaden ca. 10,4 mio. kr. i 2011 for akutte overflytninger. Benchmarkkommunen i Region Sjælland har ikke udgifter til medfinansiering af overflytninger.

Ovenstående opgørelse er alene for de akutte overflytninger.

Kommunerne medfinansierer også de elektive (planlagte) overflytninger som sygehusudskrivinger i forhold til DRG afregningen for indlæggelses diagnose. Region Hovedstadens ledelses information, vil først i 2012 indeholde en opgørelse af de elektive overførsler.

Omlægningen af den kommunale medfinansieringsordning fra 1. januar 2012, vil øge den aktivitetsbestemte medfinansieringsandel i fht. ovennævnte.

Sundhedsstyrelsen har under E-sundhed en facilitet, der omregner 2011 aktiviteten til afregning i 2012 niveau.

I nedenstående tabel, er det den omregnede aktivitet, der er lagt til grund for beregningen.

Tabel 5.4. Beregnet økonomisk konsekvens af akutte overflytninger for år 2011 efter omlægningen af den aktivitetsbestemte medfinansiering

Kommune	Medfinansiering af somatiske udskrivinger i mio. kr.	Overflytningsdel 2011	Medfinansiering til overflytninger i mio. kr.
Gentofte	105,2	4,7%	4,9
Gladsaxe	106,9	2,6%	2,8
Greve	73,5	0,0%	0,0
Helsingør	106,6	3,3%	3,5
Hillerød	79,5	3,2%	2,5
Høje-Taastrup	80,9	4,9%	4,0
I alt			17,7

Kilde: Region Hovedstaden og egne beregninger.

Samlet kan benchmarkingkommunerne i Region Hovedstaden forvente at skulle medfinansiere omkring 17,7 mio. kr. i 2012, ved samme aktivitet som der har været i 2011, for akutte overflytninger.

Benchmarkingkommunen i Region Sjælland har ikke udgifter til medfinansiering af overflytninger.

5.8.1 Delkonklusion - Overflytninger

Med hospitalsplanerne samles en lang række specialer på færre enheder. Det giver regionerne et grundlag for at optimere drift og dermed opnå en mere effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. Ved samlingen af specialer overflyttes mange borgere mellem hospitalerne. Kommunerne betaler for borgerens akutte og elektive overflytning mellem hospitalerne, som en del af medfinansieringen. De 5 Benchmarkingkommuner i Region Hovedstaden kan derfor forvente at skulle medfinansiere omkring 17,7 mio. kr. i 2012 til akutte overflytninger. Benchmarkingkommunen i Region Sjælland har ikke udgifter til medfinansiering af akutte overflytninger, da Region Sjælland har organiseret sig med ét sygehusnummer omfattende al sygehusaktivitet i regionen.

6 Det kommunale sundhedsudbud – udvalgte temaer

6.1 Indledning

I kapitel 5 blev benchmarkingkommunernes forbrug af de regionale sundhedstilbud analyseret.

Nærværende afsnit omhandler tre områder indenfor det kommunale sundhedsområde – henholdsvis vederlagsfri fysioterapi, færdigbehandlede patienter og hospice samt forløbsprogrammer for kronikere.

Disse områder er interessante af flere årsager. For det første har kommunen det fulde finansieringsansvar i modsætning til kommunernes ansvar for medfinansiering af de regionale sundhedstilbud, der er behandlet i det forrige afsnit.

For det andet er en af hovedtankerne bag medfinansieringsordningen, at der kan være en sammenhæng mellem et veltilrettelagte kommunalt sundhedstilbud og det efterfølgende behov for regionale sundhedsydelser.

Udover de nævnte områder, der er belyst i rapporten, omfatter det kommunale ansvar for sundhedsydelser også:

- Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning
- Kommunal tandpleje (børne- og omsorgstandpleje)
- Kommunal sundhedstjeneste (f.eks. sundhedsplejen)
- Generel sundhedsfremme og forebyggelse og en række mindre opgaver (f.eks. begravelseshjælp)

Hvilke områder indgår i dette kapitel (og hvilke der ikke gør) er valgt ud fra en kombination af emner, der konkret er efterspurgt i kommissoriet for rapporten¹⁷ samt tilgængelighed af data.

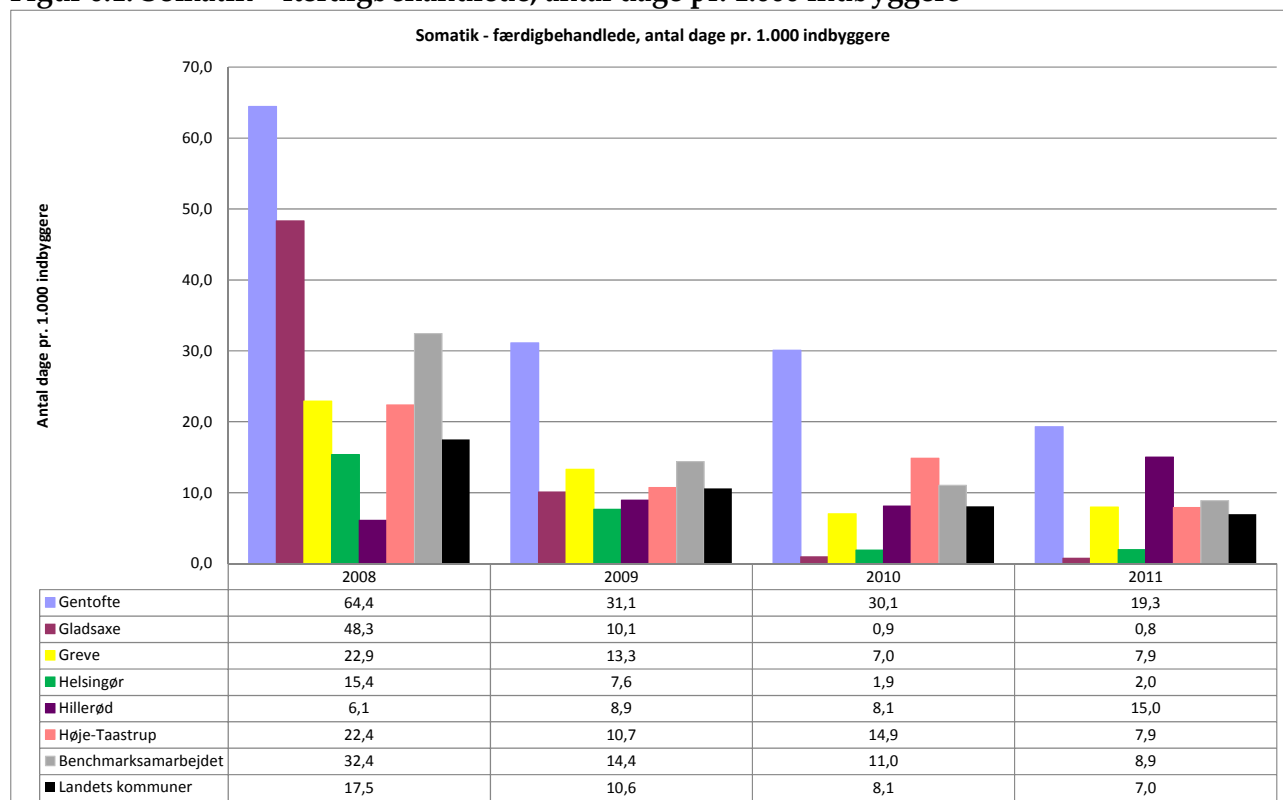
Et godt eksempel på et område, hvor der består en betydelig påvirkningsmulighed i forhold til sundhedsudgifterne er betalingen for ventende færdigbehandlede patienter. Her bærer kommunerne den fulde udgift, ligesom kommunerne har ansvaret for at sikre at borgerne kan komme hjem.

6.2 Færdigbehandlede patienter

Kommunerne kan bidrage til afkortningen af antal færdigbehandlede liggedage, ved at forbedre og skærpe procedurer vedr. hjemtagelse af plejekrævende patienter. Det kræver en god og rettidig information fra hospitalerne. Kommunerne betaler en dagsbetaling (2011 med 1.834,- kr. pr. dag) for ventende færdigbehandlede somatiske patienter.

¹⁷ I kommissoriet er foreslået en række konkrete temaer.

Figur 6.1. Somatik – færdigbehandlede, antal dage pr. 1.000 indbyggere



Kilde: eSundhed, 2012

Antallet af færdigbehandlede liggedage er på landsplan faldet fra 2008 til 2011 med 11 dage pr. 1.000 indbyggere. For benchmarkingkommunerne samlet har der i samme periode været et fald på 24 betalingsdage.

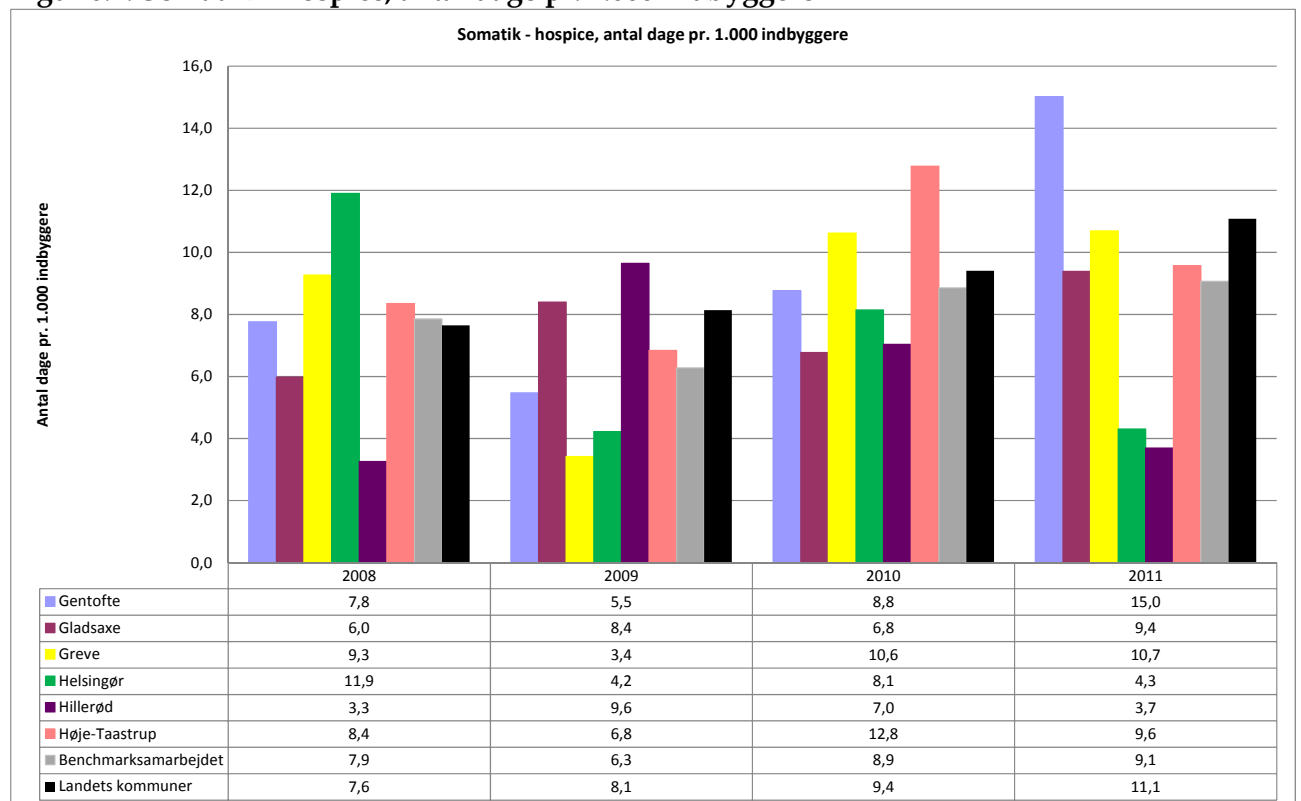
Gentofte og Gladsaxe kommuner har haft de største fald med henholdsvis 45 dage og 48 dage. Gentofte har for at nedsætte betalingsdagene optimeret kapaciteten af aflastningspladser og fremskudt visitationen og taget borgere hjem på alle tidspunkter af døgnet. Gladsaxe har udvidet kapaciteten af rehabiliterings- og genoptræningspladser, etableret tæt dialog med hospitalerne således at borgerne kan hjemtages straks efter færdigmeldingen. Greve, Helsingør og Høje-Taastrup har alle nedbragt deres betalingsdage med 13 og 15 dage pr. 1.000 indbygger. Greve ændrede i 2008 aflastningspladser til at være dobbeltstuer i stedet for enestuer.

I 2011 har Greve og Høje-Taastrup 8 betalingsdage pr. 1.000 indbygger. Helsingør har 2 betalingsdage pr. 1.000 indbygger. Hillerød Kommune har som den eneste af kommunerne en stigning i betalingsdagene på 9 dage over perioden. Dette kan skyldes, at kommunen har lukket nogle aflastningspladser som følge af bygningsmæssige problemer. Antallet af akut- og aflastningspladser samt god kommunikation med hospitalerne er en væsentlig faktor til nedbringelse af betaling for færdigbehandlede borgere.

6.2.1 Somatik - hospice

Borgere med sygdomme i terminalstadiet kan selv vælge, hvor de vil tilbringe deres sidste levetid. Hospiceophold er et alternativ til at blive på hospitalet eller at være hjemme i eget

Figur 6.2. Somatik – hospice, antal dage pr. 1.000 indbyggere



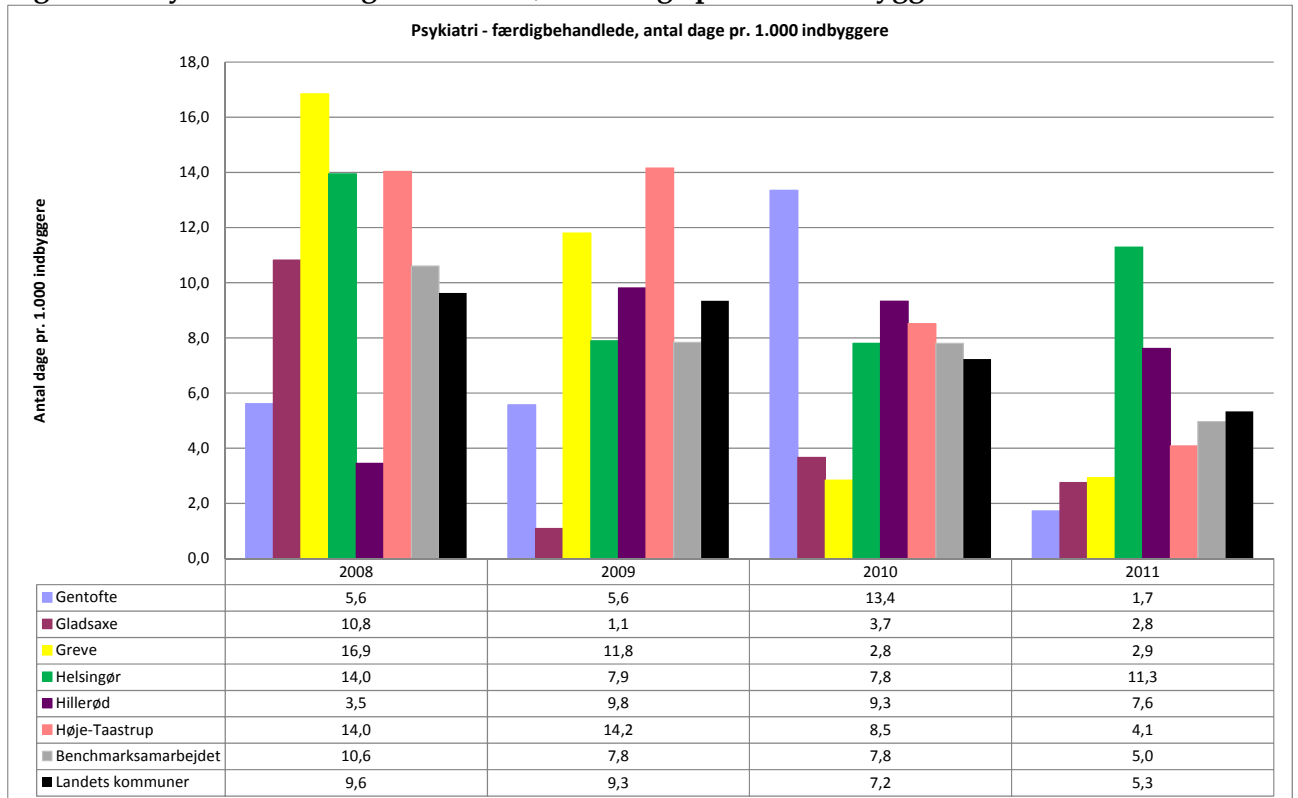
Kilde: eSundhed, 2012

Antallet af opholdsdage på hospice er på landsplan steget i perioden fra 2008 til 2011. Det samme gør sig gældende for benchmarkkommunerne samlet set. Der er stor variation kommunerne imellem samt en stor variation mellem årene i opholdsdage på hospice. Det er et område, hvor planlægning kan være vanskelig; det er umuligt at forudsige hvor mange terminale borgere, der er i kommunen det enkelte år, og som ønsker at benytte hospice. Analysen er følsom overfor tilfældige udsving, da procenterne dækker over et relativt lavt antal opholdsdage. Kommunerne har forskellige alternative tilbud til de terminale borgere, så som aflastningspladser, akutpladser, akutteam og hjælp fra kommunens hjemmepleje.

6.2.2 Psykiatri - færdigbehandlede patienter

Kommunerne kan bidrage til afkortningen af antal psykiatriske færdigbehandlede liggedage, ved at forbedre og skærpe tilbud til borgeren efter udskrivning. Det kræver en god og rettidig information fra de psykiatriske hospitaler samt god kommunikation i mellem kommunernes egne afdelinger. Kommunerne betaler en dagsbetaling (2011 med 1.834,- kr. pr. dag) for ventende færdigbehandlede psykiatriske patienter.

Figur 6.3. Psykiatri – færdigbehandlede, antal dage pr. 1.000 indbyggere



Kilde: eSundhed, 2012

Antallet af færdigbehandlede psykiatriske liggedage er på landsplan faldet i perioden fra 2008 til 2011. Det samme gør sig gældende for benchmarkingkommunerne samlet set.

For benchmarkingkommunerne er der stor variation i kommunernes færdigbehandlede liggedage. Det gælder både kommunerne i mellem og mellem årene i den enkelte kommune. Set over perioden 2008 til 2011 er det Helsingør og Høje-Taastrup kommune der har flest liggedage pr. 1.000 indbygger.

6.2.3 Delkonklusion – færdigbehandlede patienter

Antallet af akut og aflastningspladser samt god og rettidig kommunikation med hospitalerne er en væsentlig faktor til nedbringelse af betaling for færdigbehandlede borgere. Ved at forbedre og skærpe procedurer vedr. hjemtagelse af plejekrævende patienter, kan kommunerne bidrage til afkortningen af antal færdigbehandlede liggedage.

6.3 Vederlagsfri fysioterapi

Dette afsnit sætter fokus på udviklingen i udgifter, patienter og behandlinger indenfor vederlagsfri fysioterapi.

Den vederlagsfrie fysioterapi tildeles efter Sundhedsloven til borgere med svært fysisk handicap eller progressiv sygdom efter henvisning fra egen læge. Ydelsen har til formål at forbedre og vedligeholde eller forhale forringelse af fysiske funktioner. Borgeren har frit valg, idet den vederlagsfrie fysioterapi både kan ydes i praksissektoren (praktiserende fysioterapeuter) og i tilbud, der er oprettet i kommunalt regi som henholdsvis individuel eller holdbaseret træning. Personkredsen for den vederlagsfrie fysioterapi er afgrænset til

fire diagnosegrupper, og ydelsen er således ikke at sidestille med den fysioterapi, som kommuner eksempelvis kan bevillige til genoptræning efter Serviceloven.

Den vederlagsfrie fysioterapi er et af de områder, hvor kommunerne har det fulde finansieringsansvar. Det er samtidig et område, hvor det må anses for muligt at påvirke udgiftsniveauet igennem dialog med praktiserende læger, fysioterapeuter i praksissektoren og eventuelle kommunale tilbud.

Kommunerne overtog opgaven pr. 1. august 2008, men da der ikke findes helårsdata for udgifter og behandlinger i opstartsåret, baseres analysen på data for årene 2009-2011.

Der er blandt kommunerne forskel på hvorvidt, og i hvilken grad, der leveres vederlagsfri fysioterapi i eget regi. Dette giver en række datamæssige udfordringer i forhold til sammenligning, da det kun er udgifter, behandlinger og patienter i praksissektoren, der er systematisk og ensartet opgjort. Sammenligningen baserer sig derfor kun på data for vederlagsfri fysioterapi leveret i praksissektoren, idet der indledningsvist vises, hvor stor en andel af udgifterne, der i hver kommune vedrører vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi. Ridefysioterapi og udgifter til Øfeldt Behandlingscentre (godkendt behandlingsinstitution udenfor regionalt regi) er heller ikke medtaget, da der heller ikke her foreligger sammenlignelige data for udgifter og aktiviteter på tværs af de seks kommuner¹⁸. Denne afgrænsning betyder konkret, at nøgletalssammenligningen for kommunerne vedrører mellem 90-95 pct. af kommunernes samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi.

6.3.1 Nøgletal for vederlagsfri fysioterapi i de seks kommuner

De samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi beløber sig på landsplan til knapt 0,7 mia. kr. i 2011, og i benchmarkingkommunerne udgør udgifterne på området 4,2-9,6 mio. kr. i 2011.

¹⁸ Der er forskellig praksis for registreringen af udgifter og behandlinger vedrørende Øfeldt Behandlingscentre idet opgørelserne ikke findes i Region Hovedstaden, mens Region Sjælland laver opgørelserne. Da udgifterne til Øfeldt Behandlingscentre udgør over 30 pct. af de samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi i Greve Kommune, er data vedr. Øfeldt Behandlingscentre medtaget for Greve, men ikke for de øvrige kommuner i sammenligningen. Det vurderes ikke at forringe sammenligningens validitet væsentligt, idet udgifter til Øfeldt Behandlingscentre i de øvrige kommuner udgør ca. 5-7 pct.

Tabel 6.1. Samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren (årets priser, mio. kr.)

	2009	2010	2011
Gentofte Kommune	8,17	8,28	9,03
Gladsaxe Kommune	5,71	5,43	5,82
Greve Kommune	4,24	4,51	5,10
Helsingør Kommune	8,59	8,87	9,63
Hillerød Kommune	5,83	6,31	7,06
Høje-Taastrup Kommune	5,06	5,56	5,83
Landsplan	606,62	638,09	690,05

Note: Eksklusive udgifter til kommunal vederlagsfri fysioterapi, ridefysioterapi og Øfelt Behandlingscentrene (med undtagelse af Greve, jfr. fodnote 14).

Kilde: Tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland

Som nævnt indledningsvist er der forskel på, i hvilken grad de enkelte kommuner har etableret vederlagsfri fysioterapi i eget regi. Ser man på udgifterne til vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi, er det således kun Gentofte Kommune, der hele perioden igennem har udgifter til kommunal vederlagsfri fysioterapi svarende til 9-10 pct. af de udgifter, kommunen har til praksissektoren. Høje-Taastrup Kommune har i 2010 og 2011 hhv. udgifter på 3 og 7 pct. af de samlede udgifter i praksissektoren og Greve Kommune har i 2010 og 2011 udgifter, der svarer til 1 pct. af udgifterne til praksissektoren. Gladsaxe Kommune har i 2011 udgifter svarende til 4 pct. Hverken Hillerød eller Helsingør kommuner har etableret kommunal vederlagsfri fysioterapi.

Tabel 6.2. Andelen af vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi

	2009	2010	2011
Gentofte Kommune	9%	10%	9%
Gladsaxe Kommune	-	-	4%
Helsingør Kommune	-	-	-
Hillerød Kommune	-	-	-
Høje-Taastrup Kommune	-	3%	7%
Greve	-	1%	1%

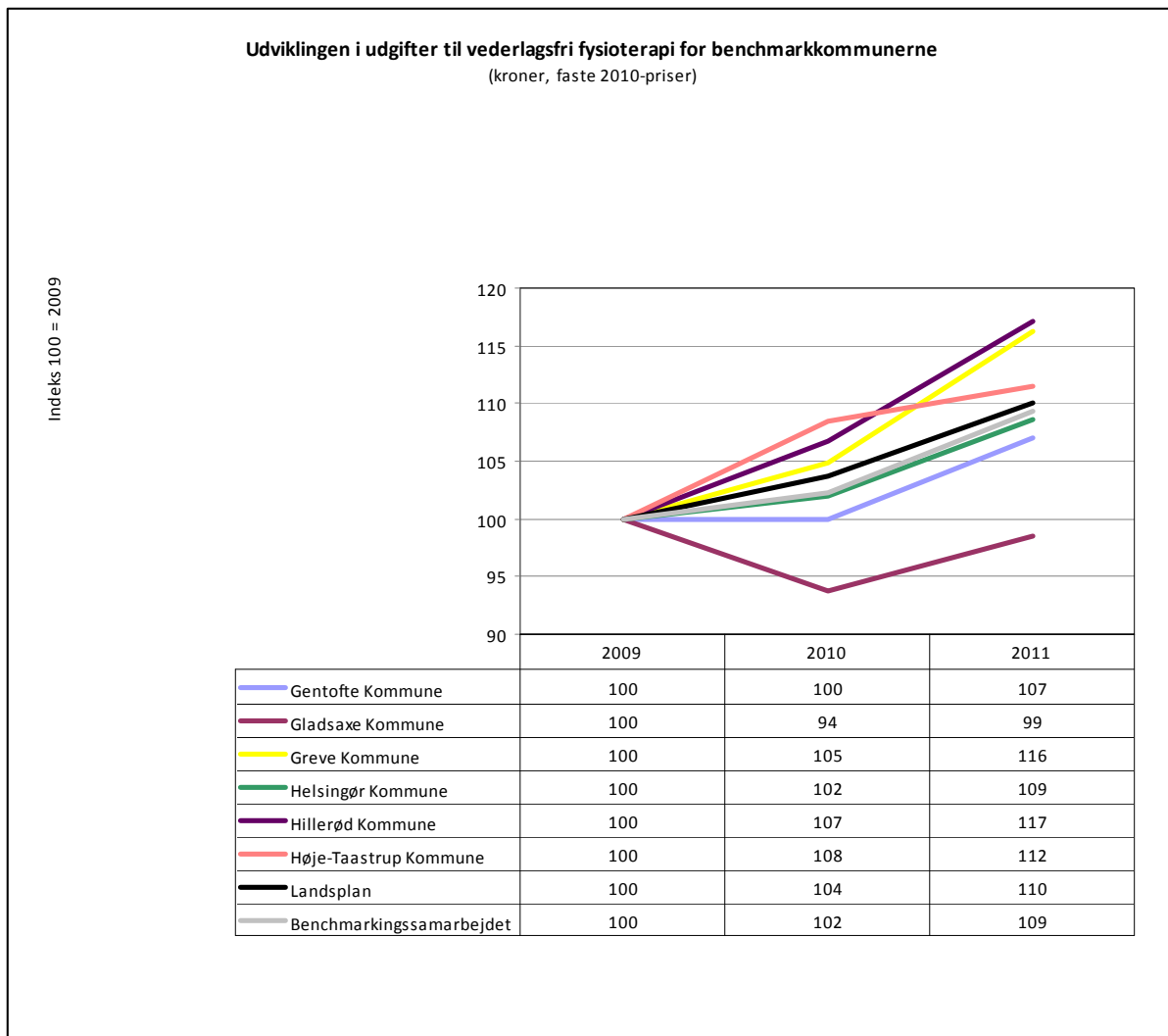
Kilde: De seks sammenligningskommuner

Denne forskel er væsentlig, idet etablering af kommunale tilbud kan være med til at forklare udgifter og aktiviteter i praksissektoren, som data i den videre analyse vedrører.

6.3.2 Udgiftsudviklingen i de seks kommuner

Udviklingen i udgifterne til vederlagsfri fysioterapi har på landsplan været stigende i hele perioden fra 2009-2011. Samme tendens gør sig gældende i fem ud af seks sammenligningskommuner og Greve, Hillerød og Høje-Taastrup kommuner har haft en kraftigere vækst end landsplan og gennemsnittet for benchmarkingkommunerne. Gentofte og Helsingør har henholdsvis ingen eller meget svag vækst i udgifterne fra 2009-2010, efterfulgt af stigende udgifter på 7 pct. point fra 2010-2011. Gladsaxe kommune er den eneste af de seks kommuner, der har haft et fald i udgifterne.

Figur 6.4. Udviklingen i udgifter til vederlagsfri fysioterapi for benchmarkkommunerne (kroner – indeks)

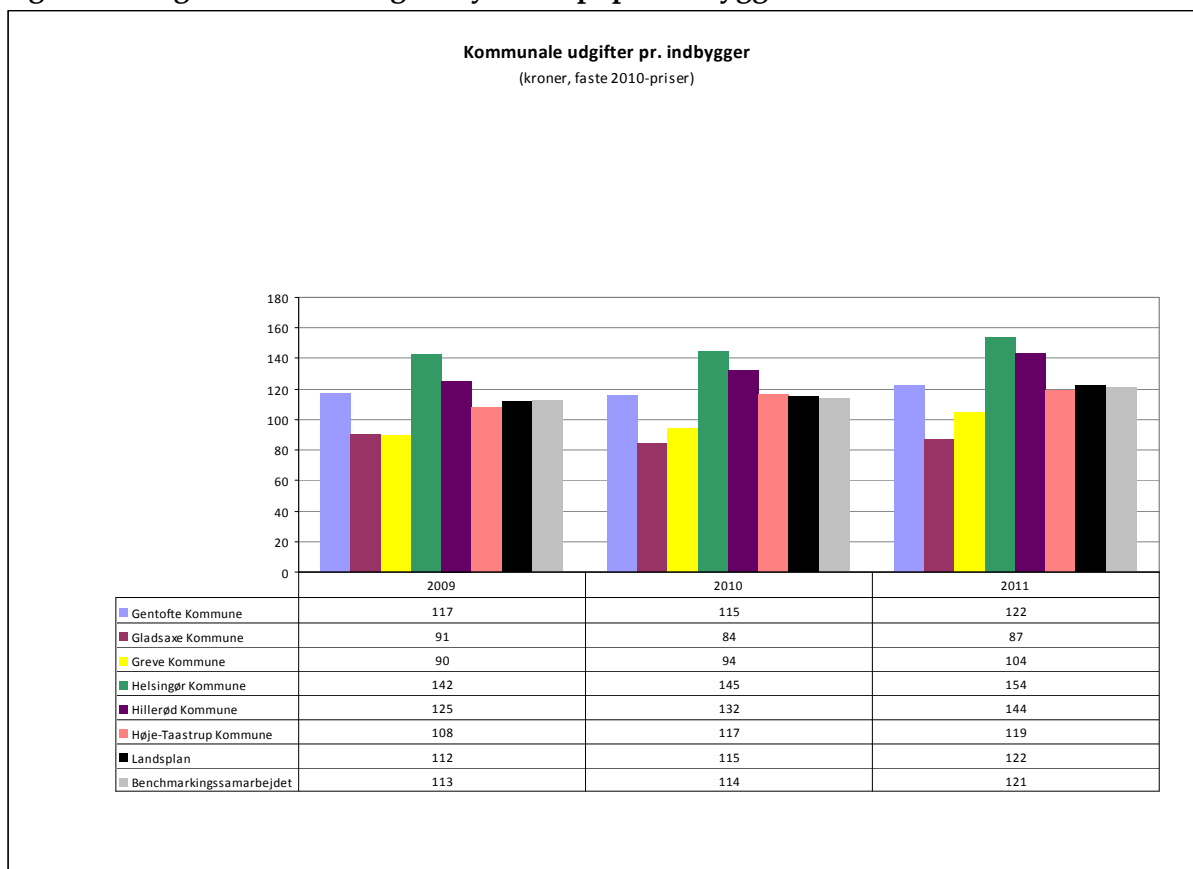


Kilde: Tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland

Ser man på udgiftsniveauet pr. indbygger for vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren i benchmarkkommunerne, er tendensen anderledes (se Figur 6.5 herunder). Her har Greve og Gladsaxe kommuner i alle tre år et markant lavere udgiftsniveau pr. indbygger end både landsgennemsnittet og de øvrige sammenligningskommuner. Gentofte og Høje-Taastrup kommuner ligger i 2011 omtrent på niveau med landsgennemsnittet, mens Hillerød og Helsingør kommuner har udgifter der er hhv. ca. 18 og 26 pct. højere pr. indbygger end landsgennemsnittet.

Endvidere er det vigtigt at hæfte sig ved, at forskellen mellem de højeste og laveste udgiftsniveauer øges i perioden, idet både Greve og Gladsaxe kommuners udgiftsniveau er henholdsvis faldende eller på et stabilt, lavt niveau i alle tre år, mens Helsingør og Hillerød kommuner stiger fra 2009-2011.

Figur 6.5. Udgifter til vederlagsfri fysioterapi pr. indbygger (kroner)

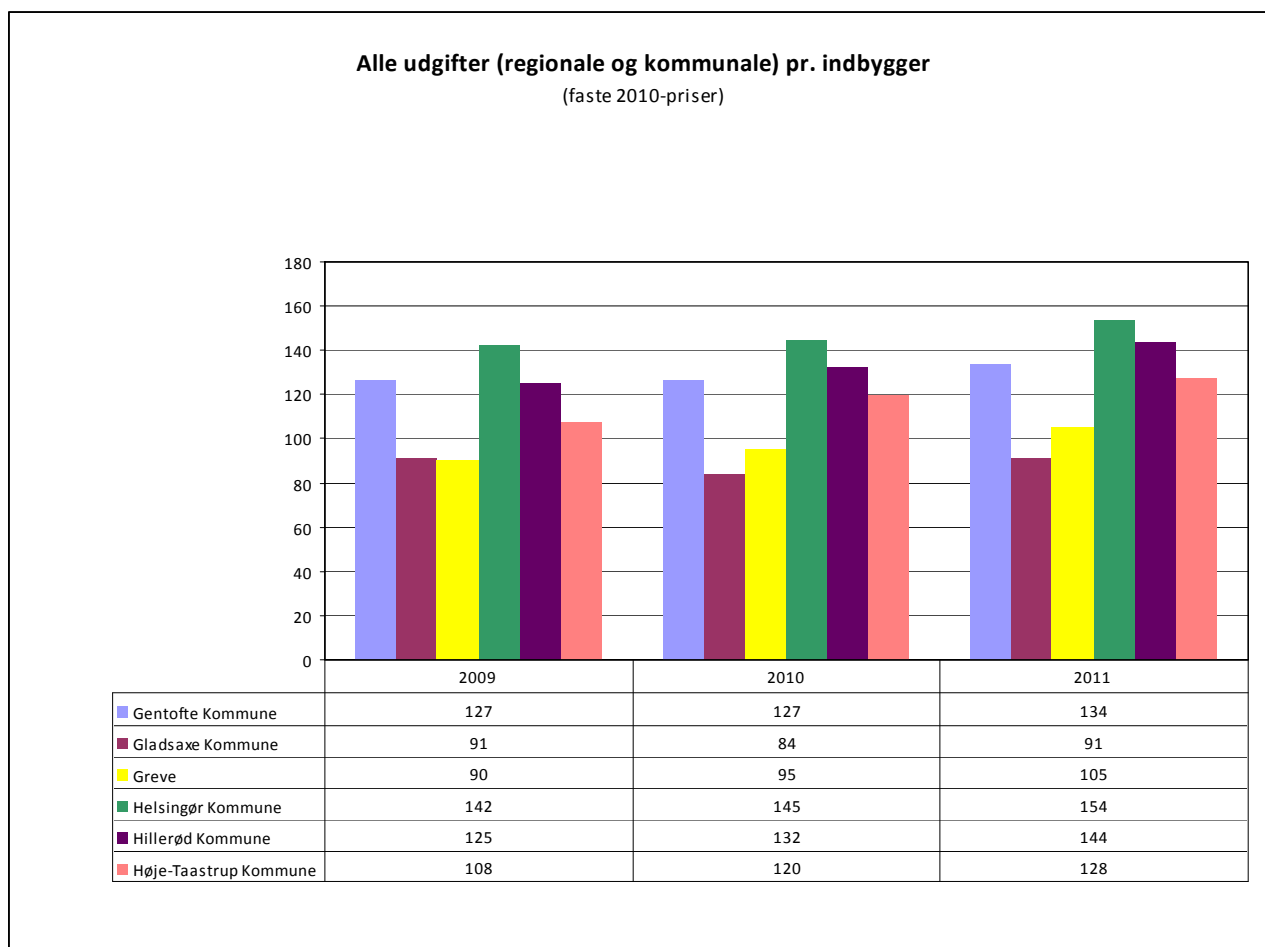


Kilde: tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland samt Danmarks Statistik

Udgiftsniveauet pr. indbygger er naturligvis påvirket af, i hvilken grad kommunerne har udgifter til vederlagsfri fysioterapi i eget regi. I denne sammenhæng er det særligt interessant, at Hillerød eller Helsingør, der har det absolut højeste udgiftsniveau i gruppen, ikke har etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi i eget regi.

Ser vi på kommunernes samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren og i kommunalt regi under ét, ændres billedet imidlertid ikke (se Figur 6.6 herunder). Uanset udgifter til kommunal vederlagsfri fysioterapi i de øvrige kommuner, er Hillerød og Helsingør kommuner fortsat de to kommuner, med det højeste udgiftsniveau pr. indbygger, ligesom Greve og Gladsaxe kommuner fortsat de kommuner, der ligger med det markant laveste udgiftsniveau når de kommunale og regionale udgifter ses under et.

Figur 6.6. Regionale og kommunale udgifter til vederlagsfri fysioterapi pr. indbygger (kroner)



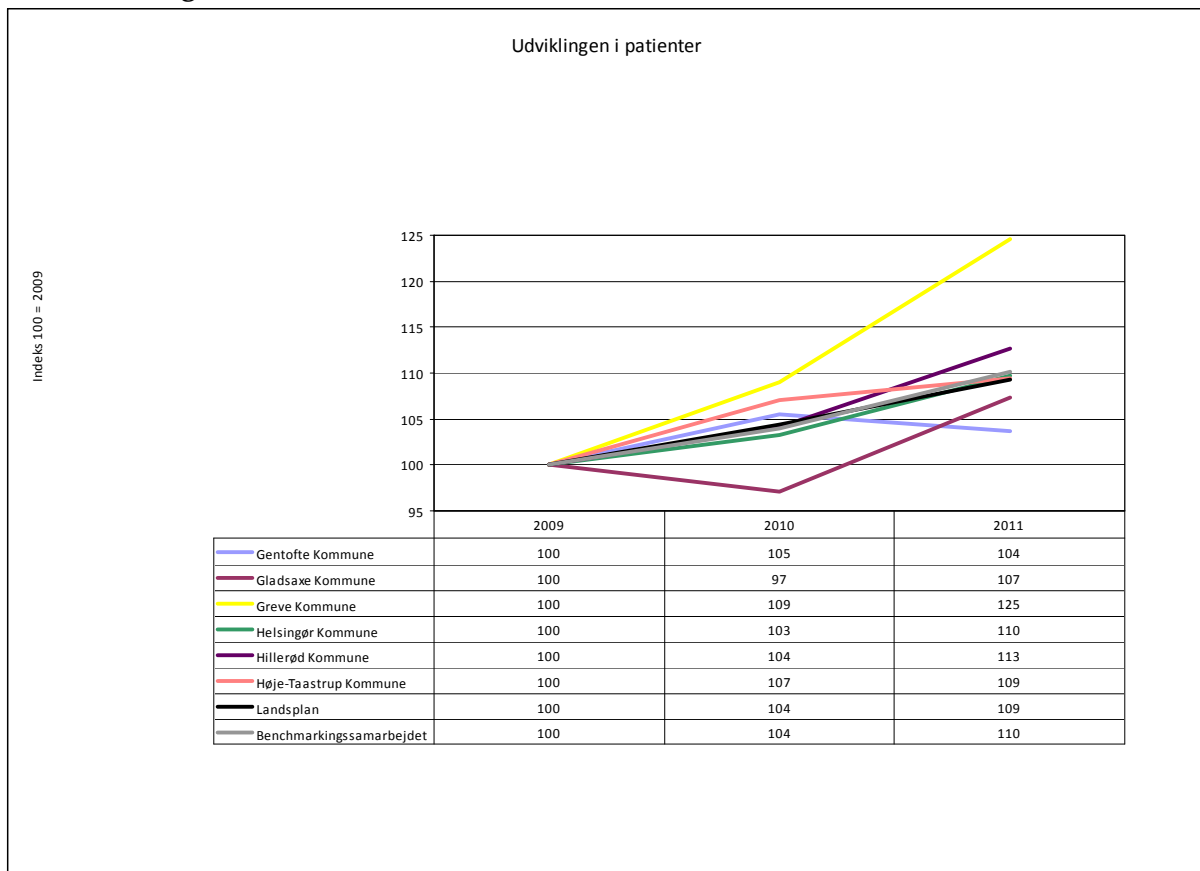
Kilde: Tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland samt de seks kommuner

6.3.3 Udviklingen i patienter og behandlinger i de seks kommuner

En væsentlig forklaring på udgiftsudviklingen i benchmarkingkommunerne er udviklingen i antallet af patienter i samme periode. Det generelle billede er, at fem ud af seks sammenligningskommuner har haft et øget antal patienter i hele perioden (jfr. Figur 6.7). Kun Gladsaxe Kommune har et reduceret antal patienter fra 2009-2010 – for derefter at stige igen fra 2010-2011. Væksten i patienter i de 6 kommuner ligger omtrent på niveau med udviklingen på landsplan, dog har Greve Kommune en noget kraftigere stigning, idet patientantallet fra 2009-2011 øges med 25 pct.

Der ses en sammenhæng imellem væksten i patienter og væksten i udgifter, idet de kommuner, der har haft den kraftigste stigning i antallet af patienter (Greve og Hillerød kommuner), også er de kommuner, som har haft de største stigninger i udgifterne. Omvendt ses det, at Gladsaxe og Gentofte kommuner, der har haft henholdsvis fald og lav vækst i patientantallet, også har oplevet svag vækst i udgifterne (jfr. Figur 6.4 og Figur 6.7).

Figur 6.7. Udviklingen i patienter til vederlagsfri fysioterapi for benchmarkingkommunerne (antal, indeks)



Kilde: tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland

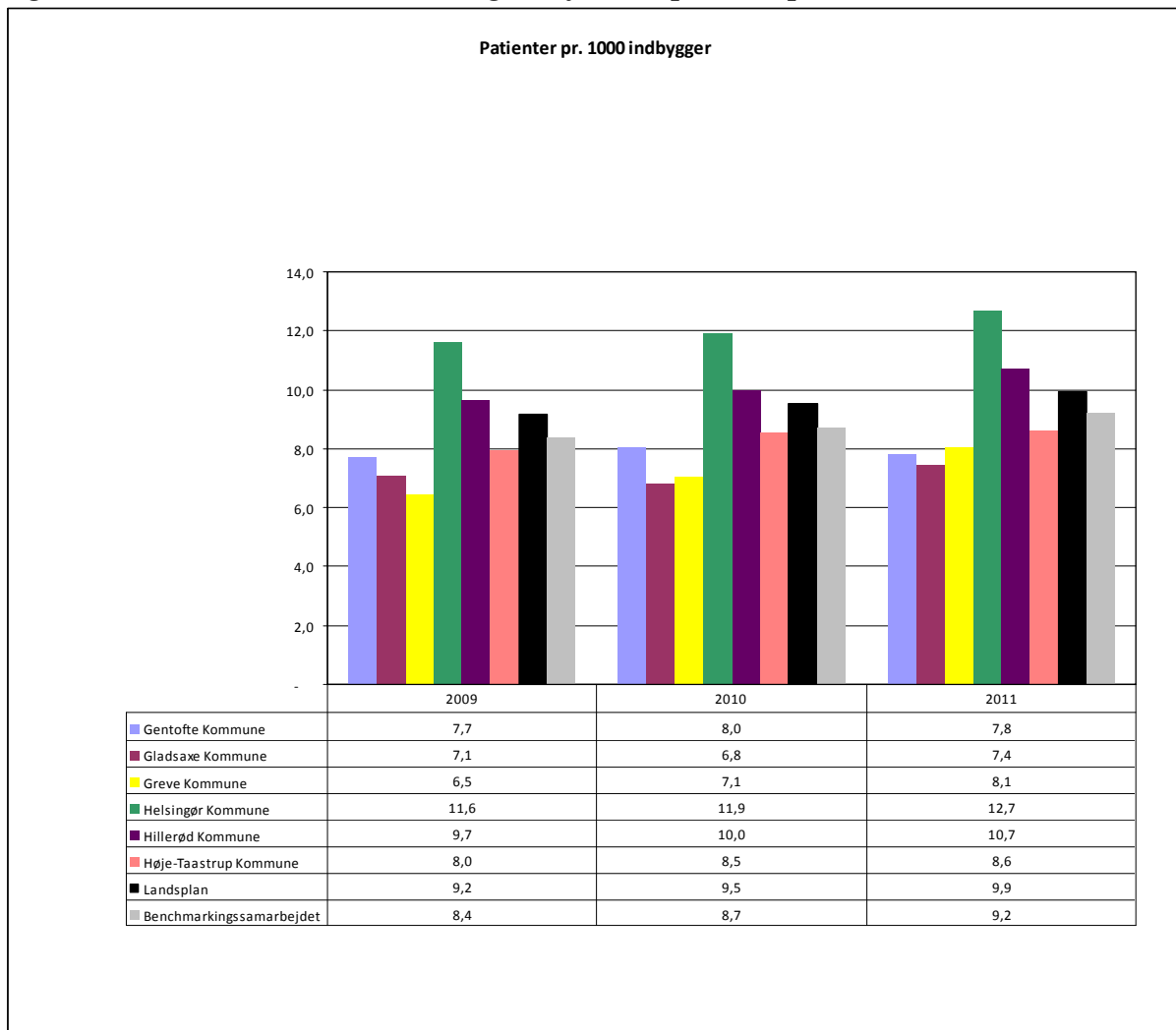
En anden faktor, der er væsentlig for at forklare udviklingen i kommunernes udgifter til vederlagsfri fysioterapi, er den andel af befolkningen, der er henvist til behandlinger – forstået som 'patienttætheden'. Patienttætheden kan medvirke til at forklare, hvorfor én kommune har et højere udgiftsniveau pr. borger end en anden. Patienttætheden kan både være et udtryk for sundhedsprofilen i en given kommune, men også afspejle henvisningsmønstre og forekomsten af fysioterapeuter mv.

Ser vi på patienttætheden for benchmarkingkommunerne, viser Figur 6.8 herunder, at kun to ud af seks af benchmarkingkommunerne har en højere patienttæthed end landsplan. Hillerød og Helsingør kommuner har den højeste patienttæthed i gruppen, og begge kommuner ligger højere end landsgennemsnittet og gennemsnittet for de seks kommuner i hele perioden. Det er samtidig disse to kommuner, der har det højeste udgiftsniveau i gruppen (jfr. Figur 6.5).

Omvendt ses det, at Greve, Gentofte, Gladsaxe og Høje-Taastrup kommuner har en patienttæthed, der er lavere end landsplan og gennemsnittet for gruppen. For både Gladsaxe og Greve kommuner synes den relativt lave patienttæthed at forklare det meget lave reelle udgiftsniveau, som begge kommuner har igennem hele perioden i forhold til landsplan og gruppen (jfr. Figur 6.5). For Gentofte og Høje-Taastrup kommuner kan den lave patienttæthed, sammenholdt med et udgiftsniveau pr. indbygger på niveau med

landsgennemsnittet, indikere, at de personer, der får vederlagsfri fysioterapi, får relativt flere/dyrere behandlinger. Dette belyses yderligere i det følgende.

Figur 6.8. Patienttætheden til vederlagsfri fysioterapi (antal patienter)

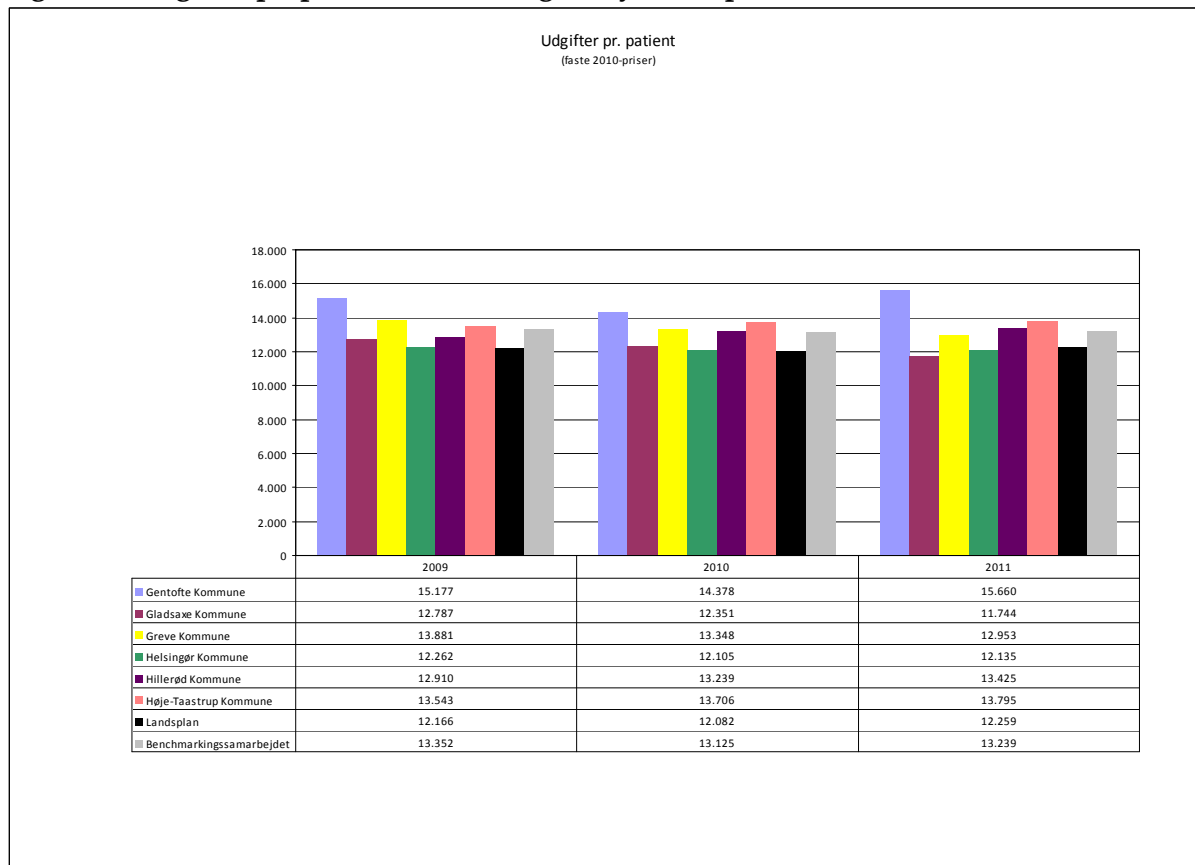


Kilde: Tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Region Sjælland samt Danmarks Statistik

Indtil nu har sammenligningen af kommunernes udgiftsniveau fokuseret på 'hvor mange' patienter, der henvises. Her er billedet entydigt, at Helsingør og Hillerød kommuner i perioden fra 2009-2011 har det højeste udgiftsniveau pr. borger, en kraftig stigning i antallet af patienter og den højeste patienttæthed. Samtidig er Gladsaxe og Greve de kommuner, med lavest udgiftsniveau i perioden, lavest patienttæthed og for Gladsaxe kommune også faldende antal patienter.

Det er imidlertid også væsentligt at se på 'hvor meget' de enkelte patienter bliver henvist til, når kommunernes udgiftsniveau for den vederlagsfrie fysioterapi undersøges. Dette kan blandt andet illustreres ved at se på udgifter pr. patient og antallet af behandlinger pr. patient i kommunerne.

Figur 6.9. Udgifter pr. patient til vederlagsfri fysioterapi (kroner)

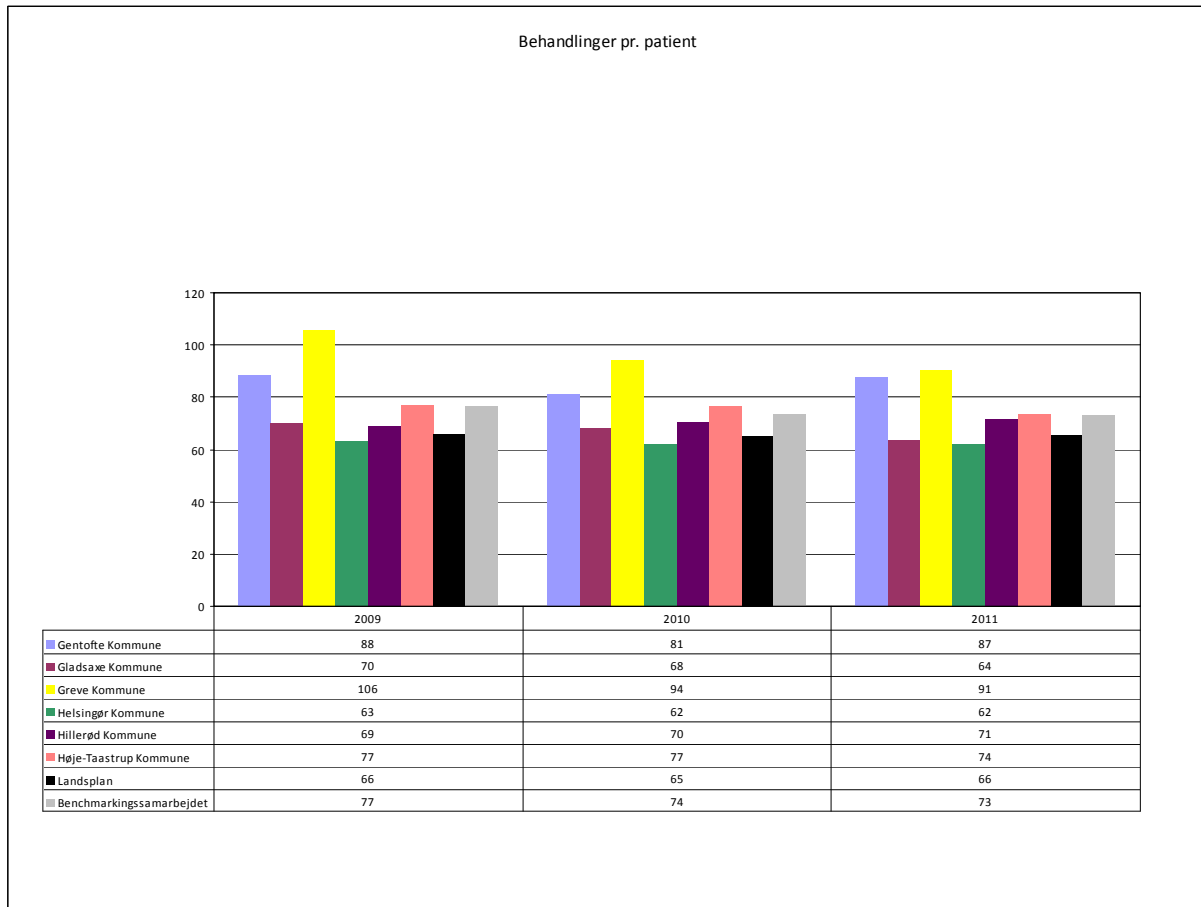


Kilde: Tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland

Som det ses af Figur 6.9 herover, har fire ud af seks af benchmarkingkommunerne (Gentofte, Greve, Hillerød og Høje-Taastrup kommuner) et udgiftsniveau pr. patient, der ligger højere end landsgennemsnittet. For Hillerød kommune tyder meget på, at den høje udgift pr. patient kombineret med en høj patienttæthed og en relativt kraftig udvikling i antallet af patienter kan forklare, at kommunen har et udgiftsniveau pr. borger, der ligger over landsgennemsnittet. For Gentofte, Greve og Høje-Taastrup kommuner kan det høje udgiftsniveau pr. patient forklare, hvorfor begge kommuner – på trods af en lav patienttæthed – har et samlet udgiftsniveau, der ligger gennemsnitligt i forhold til gruppen.

I den anden ende af spektret findes Gladsaxe Kommune, der har det laveste udgiftsniveau pr. patient i gruppen, og ligger væsentligt lavere end niveauet på landsplan og benchmarkingkommunerne. For Gladsaxe Kommune er dette, sammen med den lave patienttæthed, og svagt stigende antal patienter i perioden, en væsentlig forklaring på, kommunen har det laveste samlede udgiftsniveau i 2010 og 2011.

Figur 6.10. Behandlinger pr. patient til vederlagsfri fysioterapi (antal behandlinger)



Kilde: tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland

Når vi ser på antallet af behandlinger, som patienterne i gennemsnit får i benchmarkingkommunerne, er der også interessante tendenser at finde. Figur 6.10 herover viser, at patienterne i benchmarkingkommunerne generelt modtager flere behandlinger end det er tilfældet på landsplan. Patienter i Gladsaxe og Helsingør kommuner får det laveste antal behandlinger pr. patient, mens patienter i Gentofte og Greve kommuner får markant flere behandlinger pr. patient end gennemsnittet på landsplan og i gruppen.

Når vi ser på sammenhængen mellem udgifter pr. patient og behandlinger pr. patient, er der en sammenhæng, således at kommuner med få behandlinger pr. patient (Gladsaxe og Helsingør) også er de kommuner med relativt lavere udgifter pr. patient, mens kommuner med relativt flere behandlinger pr. patient (Gentofte, Hillerød og Høje-Taastrup) også er de kommuner med højere udgifter pr. patient. Greve Kommune udgør imidlertid en undtagelse, idet kommunen ligger omtrent gennemsnitligt hvad angår udgifter pr. patient, men med det allerhøjeste antal behandlinger pr. patient (Figur 6.10). Der er ikke datamæssig dækning for at gå dybere i forklaringen af sammenhængen mellem udgifter og antal behandlinger, men det kan skyldes flere faktorer, herunder blandt andet om behandlingerne fortrinsvist ydes på hold eller ved individuel træning og til hvilke diagnosegrupper.

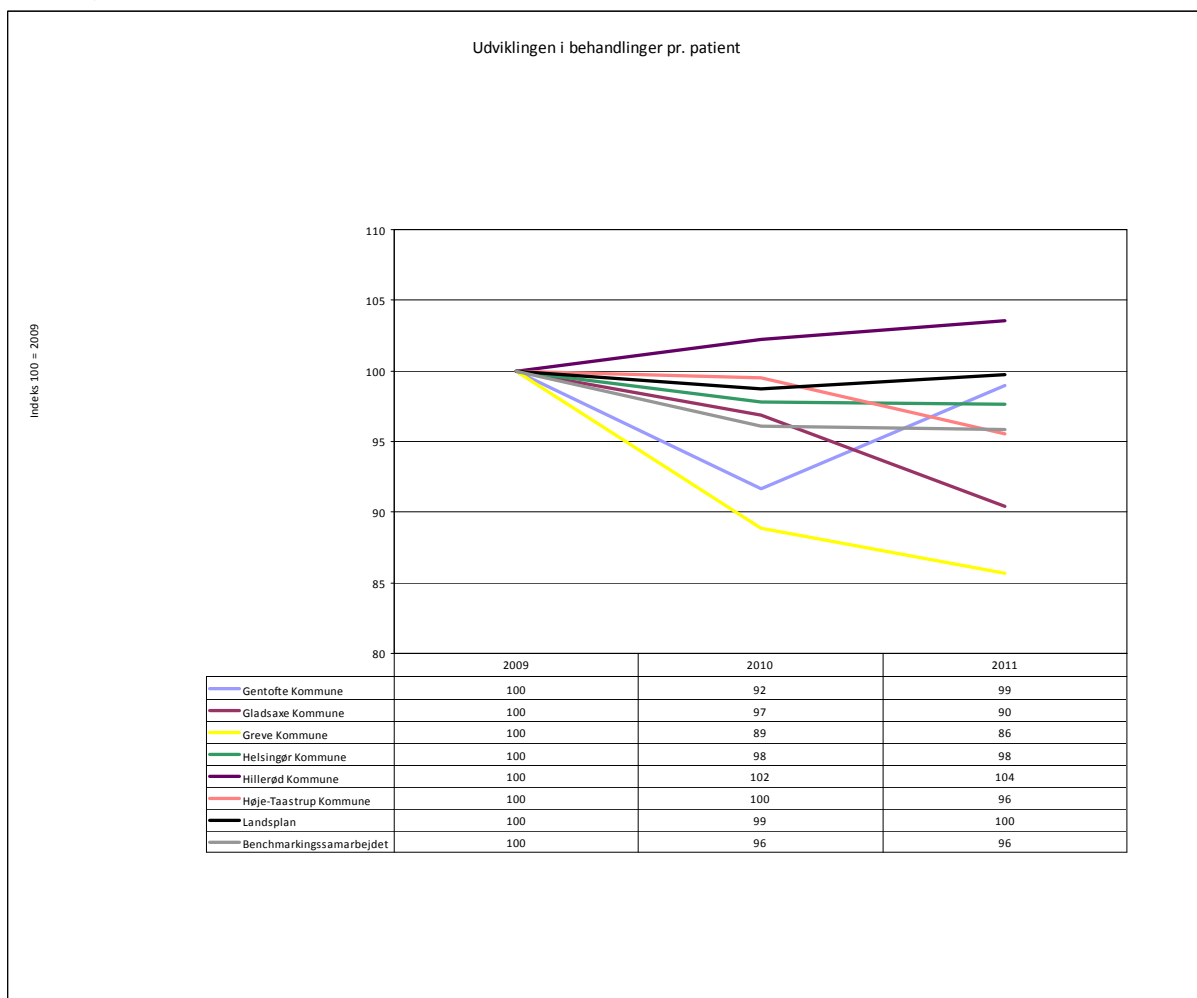
Generelt er det dog vigtigt at hæfte sig ved, at der i lovgivningen er fastsat limiteringsbestemmelser for både individuel og holdbaseret vederlagsfri fysioterapi. For den individuelle behandling tilsiger bestemmelsen, at der maksimalt kan ydes 20 individuelle

behandlinger pr. henviste person pr. år, idet denne dog kan fraviges, 1) hvis patienter med svært fysisk handicap har behov for mere end 20 individuelle behandlinger, eller 2) hvis patienter med progressiv sygdom har behov for individuel behandling. For den holdbaserede behandling tilsiger bestemmelsen, at der kan ydes 1 behandling pr. uge pr. henviste person.

Det har ikke været muligt at skaffe data for fordelingen af individuelle og holdbaserede behandlinger på kommuneniveau, men på samlet niveau i Region Hovedstaden leveres 90 pct. at behandlingerne som individuel behandling. Det betyder med andre ord, at antallet af behandlinger pr. patient jfr. Figur 6.10 ovenfor, hovedsageligt vedrører individuelle behandlinger, og viser dermed, at limiteringsbestemmelsen på 20 behandlinger pr. henvisning fraviges i vidt omfang i de seks kommuner.

Denne tendens er imidlertid svagt aftagende, når vi ser på udviklingen i antallet af behandlinger pr. patient fra 2009-2011. Således har kun Hillerød Kommune haft en stigning i antallet af behandlinger pr. patient, mens de øvrige fem kommuner i gruppen har haft et fald på mellem 1 og 15 pct. Imidlertid ændrer det dog ikke ved tendensen til markante fravigelser fra limiteringsbestemmelsen, som blev vist ovenfor.

Figur 6.11. Udviklingen i behandlinger pr. patient til vederlagsfri fysioterapi (antal, indeks)



Kilde: tværkommunalt sekretariat i Region Hovedstaden og Sjælland

6.3.4 Delkonklusion - Vederlagsfri fysioterapi

De samlede udgifter til vederlagsfri fysioterapi beløber sig på landsplan til knapt 0,7 mia. kr. i 2011, og i benchmarkingkommunerne udgør udgifterne på området 4,2-9,6 mio. kr. i 2011. Kommunernes udgifter vedrører primært udgifter til praksissektoren, men for fire ud af seks kommuner i gruppen, er der også oprettet tilbud om vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi, svarende til mellem 1-9 pct. af udgifterne til praksissektoren i 2011. I sammenligningen indgår imidlertid kun data for praksissektoren.

I perioden fra 2009-2011 er kommunernes udgifter til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren steget og for Greve, Hillerød og Høje-Taastrup er væksten i udgifter kraftigere end på landsplan. Omvendt er Gladsaxe Kommune den eneste af de seks kommuner med faldende udgifter i perioden. I samme periode har alle kommuner i sammenligningsgruppen erfaret stigninger i antallet af patienter, dog med undtagelse af Gladsaxe Kommune, der har oplevet et fald i antallet af patienter fra 2009-2010.

Ser man på udgiftsniveauet pr. borger i kommunerne, er det generelt højere i gruppen end på landsplan. Hillerød og Helsingør kommuner har det højeste udgiftsniveau pr. borger, mens Gladsaxe og Greve Kommune har et markant lavere udgiftsniveau end de øvrige kommuner i gruppen og landsplan.

Ser man på hvor mange, der rent faktisk modtager vederlagsfri fysioterapi, ligger patienttætheden generelt lavere i benchmarkingkommunerne end landsplan, hvilket indikerer, at det generelt høje udgiftsniveau i gruppen må forklares med, at de patienter, der får behandlinger, får relativt flere eller dyrere behandlinger end gennemsnitligt på landsplan. Samtidig ses der også en tæt sammenhæng mellem udgiftsniveau og patienttæthed således, at de kommuner, der har et højt udgiftsniveau pr. indbygger (Helsingør og Hillerød), også har en patienttæthed, der er højere end landsplan og sammenligningsgruppen. Omvendt har de kommuner, med et lavt udgiftsniveau pr. indbygger (Gladsaxe og Greve) en lavere patienttæthed end landsplan.

Ser man på udgiften pr. patient ligger den højere end landsgennemsnittet for fire ud af seks kommuner i gruppen, ligesom fem kommuner i gruppen har et højere antal behandlinger pr. patient end landsgennemsnittet. Der er generelt en sammenhæng mellem antallet af behandlinger pr. patient og udgiftsniveauet pr. patient i benchmarkingkommunerne, men denne er dog ikke helt entydig i alle kommuner, idet behandlingerne både kan ydes individuelt og holdbaseret og ligeledes variere i indhold. Det kan imidlertid konstateres, at alle kommuner i gruppen ligger markant over den limiteringsbestemmelse, der er i lovgivningen, på maksimalt 20 behandlinger pr. henvisning pr. år. Det skyldes, at de praktiserende fysioterapeuter i udstrakt grad anvender såkaldte undtagelsesredegørelser, der efter egen læges godkendelse udløser flere årlige behandlinger.

6.4 Forløbsprogrammer til kronisk syge

Sundhedsstyrelsen har udviklet en model for forløbsprogrammer for kroniske sygdomme i 2008, som indgår i kommunernes og regionernes sundhedsaftaler. Med en kronisk sygdom forstår man en sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Programmerne er blevet udviklet løbende for forskellige kroniske sygdomme (diabetes,

Forløbsprogrammerne sigter på at opnå en ensartet høj kvalitet og patientsikkerhed i indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Et forløbsprogram opstiller minimumsstandarder - som alle kan følge - inden for opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering af en given (kronisk) sygdom.

Tanken bag forløbsprogrammer er, at det formodes, at når patienten får viden om og færdigheder i at behandle og handle optimalt i forhold til sin sygdom, vil behovet for professionel hjælp blive reduceret, samtidig med at progression i sygdommen kan udskydes. Borgeren skulle således gerne være mere selvhjulpne i længere tid, og få færre følgesygdomme med deraf følgende færre kontakter til sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammer går på tværs af sektorer og involverer alle relevante fagpersoner. De omfatter et rehabiliterende tilbud¹⁹, der er bredere end et genoptræningstilbud. Opgavefordelingen må foretages med udgangspunkt i lokale forhold; grad af ekspertise i henholdsvis primær- og sekundærsektoren, herunder tilbuddet i kommunalt regi.

Ved planlægning af, hvor og af hvem de enkelte tilbud skal gives, skal der tilstræbes at den sundhedsfaglige indsats ikke foregår på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlings- og omkostningsmæssigt nødvendigt for at sikre en indsats af høj kvalitet. (LEON – laveste effektive omkostningsniveau.)

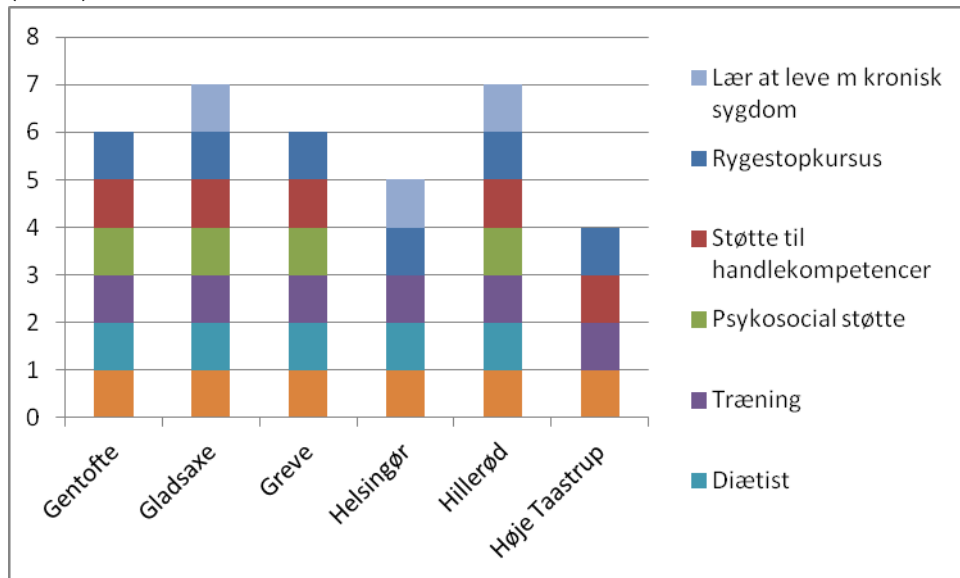
Borgere, der ikke kan tilbydes at indgå i et forløbsprogram men som har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, kan få dette tilbudt ifølge sundhedsloven²⁰.

Herunder er der i figurer vist hvilke tilbud benchmarkingkommunerne har i forløbsprogrammer for borgere med henholdsvis diagnoserne KOL og Diabetes. Nederst er vist en figur med det fagpersonale, der varetager opgaverne i forløbsprogrammerne.

¹⁹ Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet i Danmark, MarselisborgCenteret 2004).

²⁰ "§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jfr. § 84 om genoptræningsplaner."

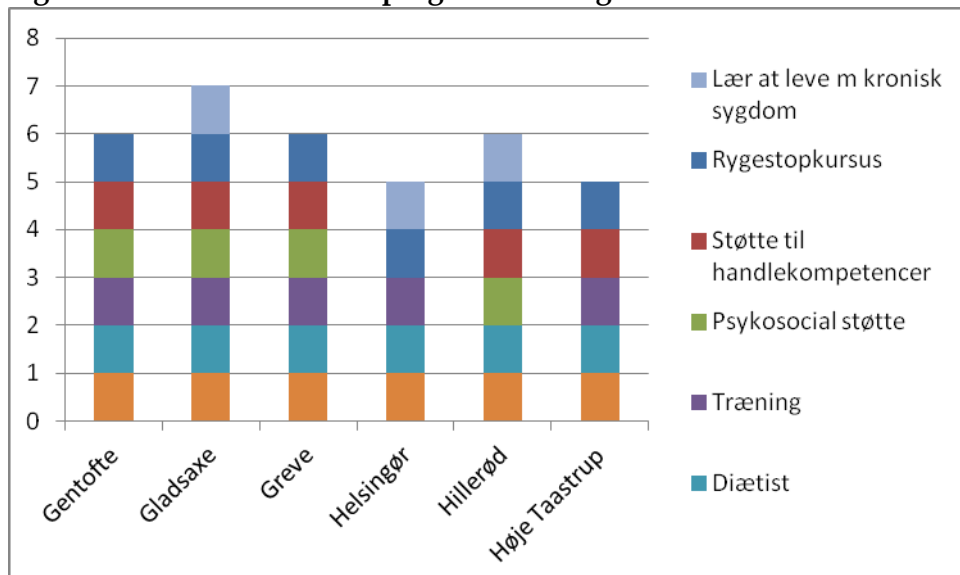
Figur 6.12. Indhold i forløbsprogram for borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)



Kilde: Oplyst af relevante fagpersoner i benchmarkingkommunerne.

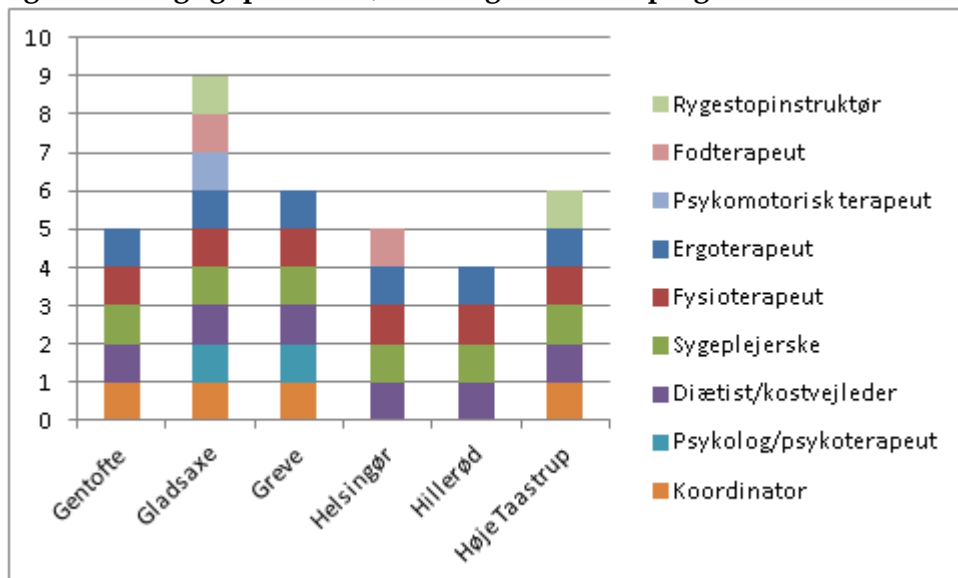
Deltagelse i et rygestopkursus kan enten foregå i et tilbud knyttet til forløbsprogrammet eller ved deltagelse i de ordinære rygestopkurser, som nogle kommuner tilbyder. Gladsaxe og Greve har ansat personale til at varetage den psykosociale støtte, mens den i de øvrige kommuner foregår ved forskelligt personale i forbindelse med anden vejledning. Lær at leve med kronisk sygdom, som Gladsaxe og Hillerød tilbyder, er et specielt patientuddannelsesprogram udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning, hvor frivillige instruktører uddannes i at undervise i det at leve med en kronisk sygdom. Kostvejledningen i kommunerne varetages af enten diætist eller en kostvejer.

Figur 6.13. Indhold i forløbsprogram for borgere med Diabetes



Høje-Taastrup og Gladsaxe har udover kostvejledning til patienter og pårørende ved diætist også et praktisk madlavningskursus.

Figur 6.14. Fagligt personale, der indgår i forløbsprogrammerne



Der er ikke specificeret, hvor mange medarbejdere der er i hver faggruppe. Det kan være forskelligt i kommunerne også afhængig af kommunestørrelse. Der kan være personale, der er udpeget specifikt til borgere, der indgår i forløbsprogrammet, eller hele personalegruppen (fysioterapeuter) deltager i opgaven. I Hillerød og Helsingør er der ikke en koordinator, men rollen varetages af det øvrige personale. To kommuner har rygestopinstruktører i programmet, i de øvrige kommuner deltager borgerne i kommunens ordinære rygestoptilbud.

Udover det viste personale har Helsingør Kommune også en læge og en afspændingspædagog tilkøbt programmet, mens Hillerød Kommune har en læge knyttet til diabetesforløbet.

6.4.1 KOL patienters sygehuskontakt

KL (marts 2012) har udsendt en opgørelse over sygehuskontakter for patienter med KOL. Sammenholder man denne med andelen af borgere med KOL i kommunerne (Sundhedsprofil2010) ses tydelige forskelle på hvor mange borgere, der har KOL, og hvor mange af disse der har sygehuskontakt.

Tabel 6.3. Andel borgere med KOL og sygehuskontakter for +65-årige med diagnosen KOL

Kommune	KOL	Sygehuskontakt pr. 1000 borgere i %
Gentofte	3,0	5,5
Gladsaxe	4,3	4,0
Greve	4,3	5,1
Helsingør	6,2	7,0
Hillerød	3,5	8,5
Høje-Taastrup	4,8	5,5

Note: Tal for KOL er aldersstandardiserede

Kilde: Sundhedsprofil 2010 samt KL's kommunebenchmarking 2011

Hillerød har mange sygehuskontakter i forhold til andelen af borgere med KOL. Dette kan ikke udelukkende forklares ved nærhedsprincippet i forhold til at have et hospital, da Gentofte også har et hospital, men forholdsvis færre sygehuskontakter end Hillerød. Helsingør og Høje-Taastrup har flest borgere med KOL, men et relativt lavere antal sygehuskontakter end Hillerød og Gentofte. Gladsaxe og Greve har samme andel borgere med KOL, men Greve har relativt flere sygehuskontakter.

Forklaringer skal måske søges i kapitlet om baggrundsfaktorer som socioøkonomi, demografi, henvisningspraksis – men det må også antages (som KL gør), at kommunernes sundheds- og forebyggelsestilbud kan spille ind.

6.4.2 Delkonklusion - Forløbsprogrammer til kronisk syge

De tilbud til borgerne, der indgår i forløbsprogrammerne er stort set identiske for de seks kommuner, og indeholder de tilbud, der kan forventes til den specifikke sygdom. Gladsaxe har flest tilbud og flest personalegrupper tilknyttet. Sygehuskontakter og andel af borgere (+65 årige) med KOL, viser som tidligere, at de kommuner, der har et sygehus (Gentofte, Helsingør og Hillerød), har flest sygehus kontakter. Kommunerne bør fokusere på tæt dialog med praksissektoren samt profilering af kommunens tilbud.

7 Effektmåling og vurdering af indsatser

7.1 Indledning

Kommunerne har med Sundhedsloven fået hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne i deres nærmiljøer. Det giver mening, fordi nærheden giver gode muligheder for at påvirke og følge borgernes sundhed ud fra et forebyggende sigte. I KL's og kommunernes nye udspil "Det nære sundhedsvæsen" lægges der da også op til, at der i højere grad er brug for at satse på en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi. KL understreger, at det handler om langt mere end borgerrettet forebyggelse, idet det stigende antal ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme aktualiserer behovet for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. Det handler således i høj grad også om patientrettet forebyggelse.

Samtidig er der enighed om, at sundhedsindsatsen i kommunerne skal fokuseres der, hvor den har størst effekt. Spørgsmålet om, hvordan sundhedsvæsenet skal indrettes, så vi får mest sundhed for pengene, er med de givne økonomiske rammevilkår mere aktuelt end nogensinde før. Mest sundhed for pengene, dvs. en omkostningseffektiv indsats, kræver styring og viden om indsatsers effekt. En viden som i dag er begrænset, og som kræver, at kommunerne i højere grad end i dag systematisk dokumenterer deres indsats i det nære sundhedsvæsen. En sådan systematisk dokumentation kræver dog en række overvejelser, og at der afsættes ressourcer til egentlig effektmåling allerede inden, en given indsats etableres.

7.2 Effektmåling: Formål og muligheder

Viden om effekten af indsatser på sundhedsområdet er en væsentlig forudsætning for bevidst at kunne vælge de mest virkningsfulde og omkostningseffektive alternativer. Formålet med effektmåling er at tilvejebringe denne viden. Gennem systematiske sammenligninger af effekter af indsatser, vil man kunne skabe det nødvendige beslutnings- og prioriteringsgrundlag for fremtidige valg af indsatser.

Der findes i dag en lang række eksempler på kommunale sundhedsindsatser. Det er indsatser, der antages at øge borgernes sundhed og nedbringe borgernes behov for at blive indlagt på sygehus, og som antages at have effekter på de sundhedsrelaterede udgifter på bl.a. beskæftigelses-, ældre- og socialområdet. Etablering af sådanne indsatser baseres ofte på beregninger af omkostninger til en given indsats set i forhold til antagelser om et forventet - men ikke på forhånd kendt - gevinstpotentiale i form af kvalitetsmæssige og/eller økonomiske effekter. Disse "business cases" er således typisk baseret på en række antagelser om effekt, idet der i dag ikke eksisterer et samlet overblik og et evidensbaseret grundlag for, hvilke indsatser der virker, hvilket KL også peger på i sit udspil om det nære sundhedsvæsen.

Mange kommuner har dog etableret forskellige kommunale og regionale fora for udveksling af erfaringer, og KL arbejder også på at indhente og videreformidle gode eksempler. KL anbefaler i øvrigt i udspillet, at der oprettes et videnscenter vedrørende forebyggende og nære sundhedsløsninger, hvor kommunerne kan henvende sig og få viden om forskningsresultater, kliniske retningslinjer og standarder samt best practice på givne områder. I forskningsverdenen er der også spredte opsamlings og evalueringer af indsatserne, og en række kommuner har udarbejdet egne evalueringer af sundhedsindsatser

eller foretaget sådanne med hjælp fra andre. Dokumentation og evaluering er dog meget forskelligartet, også inden for samme type af indsatser, og der er kun i begrænset omfang tale om egentlige effektmålinger.

I det efterfølgende er opstillet en case, som illustrerer hvilke antagelser om økonomisk effekt, der evt. kan ligge bag etablering af en sundhedsindsats. Ikke-prissatte effekter som eksempelvis øget livskvalitet er ikke beskrevet, selv om de også er en betydelig faktor i overvejelsen om igangsættelse af en given indsats. Casen illustrerer endvidere, at eventuelle besparelser i forbindelse med sundhedsindsatser kan være langsigtede.

Case 1: Borger med type-2-diabetes

51-årig mand, Andreas, erhvervsaktiv har netop gennem en konsultation hos sin praktiserende læge fundet ud af, at han har type-2-diabetes. Andreas ryger dagligt 12 cigaretter, er overvægtig og bruger det meste af sin fritid på sofaen, men han har endnu ikke nogen særlige komplikationer pga. sygdommen. Andreas deltager i et kommunalt forløbsprogram for borgere med type-2-diabetes og lægger efterfølgende sin livsstil om, idet han begynder at spise sundere og cykle en aften hver anden aften. Andreas begynder også at gå til årlige undersøgelser hos sin læge, så de sammen kan holde styr på, at sygdommen ikke forværres. Som 53-årig starter han også med at gå til kontrol hos en øjenlæge hvert andet år for at holde øje med, at der ikke kommer væskeansamlinger på nethinden. For kommunen har det kostet ca. 5.000 kr. for Andreas deltagelse i forløbsprogrammet, og de årlige kontroller hos lægen koster omkring 300 kr., og de efterfølgende årlige kontroller hos øjenlægen knap 1.400 kr. Samlet koster interventionen altså over en 20-årig periode knap 27.500 kr. Den eventuelle økonomiske effekt af indsatsen kommer imidlertid et pænt stykke ude i fremtiden. Fordi Andreas har ændret sin livsstil, udvikler hans type-2-diabetes sig ikke på den måde, den ellers ville have gjort. Det kan betyde, at Andreas ikke som 63-årig og igen som 66-årig skal behandles af den kommunale hjemmesygepleje, fordi han har fået nogle ubehagelige sår, han ikke kan komme af med. Andreas skal eventuelt ikke som 67-årig opereres for grøn stær, og som 70-årig igennem en længere hospitalsindlæggelse pga. nyresvigt, og som 71-årig have amputeret den ene fod pga. svært beskadigede nerver. Disse interventioner ville have kostet kommunen samlet set omkring 40.000 kr. Det betyder lettere forsimplet, at kommunen opnår en "besparelse" på ca. 13.500 kr. i et 20-årigt perspektiv, og at "investeringen i Andreas" først har tjent sig selv ind efter 20 år.

Muligheden for at benchmarke sundhedsindsatser både i og på tværs af kommuner er således også begrænset. Kommunerne får i dag udarbejdet benchmark-rapporter, der viser centrale nøgletal i forhold til sygehusforbruget. Men det er vanskeligt at gennemskue, hvad eventuelle ændringer i sygehusforbruget er udtryk for. Ændringer kan skyldes forhold uden for kommunernes ansvarsområde, fx omlægnings og aktivitetsudvikling i sygehusvæsenet. KL peger på, at der i dag mangler et bedre grundlag for at kunne stille skarpt på effekten og kvaliteten af behandlingen og for at vurdere, om der er behov for ændringer i den kommunale indsats som følge heraf.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har i en nyligt publiceret litteraturgennemgang konstateret, at der i litteraturen om forebyggelse af indlæggelser for de sidste 30 år ikke findes mange valide studier af effekter i primærsektoren. Det begrundes med, at kommunerne ikke har haft økonomiske incitament til at foretage den slags ressourcetrækkende evalueringer før kommunalreformen, og at der ikke i primærsektoren er den samme tradition som i sygehusvæsenet for evalueringsstudier, samt at der ikke er samme tradition for at publicere resultater i kommunale sammenhænge.

7.2.1 Indsatser igangsat i benchmark-kommunerne på baggrund af antagelser om effekt
I det efterfølgende præsenteres fire cases, som beskriver sundhedsindsatser, der er igangsat i nogle af benchmark-kommunerne på baggrund af antagelser om en forventet effekt.

Case 2: Samarbejde med KropDanmark på sygedagpengeområdet

Gentofte Kommune har etableret et samarbejde med virksomheden KropDanmark, der bl.a. tilbyder afklarende forløb og socialfaglig service til Jobcentre. Gentofte Kommune henviser således en 58-årig kvinde til et otte ugers forløb i KropDanmark. Kvinden er sygemeldt fra sit faste job på grund af angst og stressreaktion og modtager derfor sygedagpenge. Forløbet består af vejledning med fokus på afklaring af tilbagevendende til arbejdsmarkedet, individuelt tilrettelagt fysioterapeutisk træning, gruppetræning og arbejdsmarkedsrettet coaching med bidrag fra kostvejleder, fysioterapeut og socialrådgiver. Forløbet suppleres med et fem ugers coaching-forløb. Indsatsen er igangsat på baggrund af antagelsen om, at en bred og intensiv indsats vil føre til raskmelding af kvinden. Efter endt forløb i KropDanmark er kvinden klar til at genindtræde på arbejdsmarkedet.

Case 3: Hurtig hjemtagning af færdigbehandlede borgere

Gladsaxe Kommune har i 2010 udvidet sine rehabiliterings- og genoptræningsafdelinger, så der i dag rådes over 80 pladser. Samtidig har kommunen etableret en tæt dialog med hospitalerne omkring udskrivning af borgere, og der er derfor i dag fuldt overblik over eksisterende og fremtidige pladser, når der er henvendelser fra hospitaler. Det har betydet, at Gladsaxe Kommune kan hjemtage borgerne i det øjeblik, de færdigmeldes fra hospitalet. Hvis en borger eksempelvis færdigmeldes fredag, og der lægges op til udskrivning mandag, så modtager kommunen hellere borgeren fredag, hvorved betaling for ekstra liggedage undgås. Indsatsen er igangsat på baggrund af antagelsen om, at det vil have en positiv effekt på antal færdigbehandlede sengedage. I afsnit 6.2 på side 48 ses fra 2010 et kraftigt fald i Gladsaxe Kommunes forbrug af sengedage for færdigbehandlede patienter; Gladsaxe har "kun" 0,8 færdigbehandlede sengedage pr. 1000 indbyggere i 2011 sammenlignet med 8,9 dage, som er gennemsnittet for benchmarkkommunerne.

Case 4: Opsporing af borgere med alkoholmisbrug

Høje-Taastrup Kommune har uddannet kommunens medarbejdere, som har borgerkontakt, til at kunne opspore og motivere borgere med et alkoholmisbrug og motivere dem til at tage kontakt til kommunens misbrugskonsulent. Indsatsen er igangsat på baggrund af antagelsen om, at den vil bidrage til at borgere med et alkoholmisbrug og deres pårørende ved kommunens hjælp kan få en forbedret livskvalitet. En af kommunens medarbejdere får således motiveret en familiefar på 30 år med svære alkoholproblemer til at søge hjælp. Faren har meget sygefravær, og der er mistrivsel i familien. Det er antagelsen, at indsatsen foruden at hjælpe faren ud af sit misbrug, vil forhindre, at faren bliver arbejdsløs og bidrage til, at familien bliver bedre fungerende. Børnenes trivsel og deres chance for at få en god uddannelse øges, og deres risiko for selv at udvikle misbrug mindskes. Faren vil desuden få en sundere livsstil og opnå flere leveår og flere leveår uden sygdom.

Case 5: Visiteret motionstilbud til borgere med særlige behov

Greve Kommune har siden 2004 haft tilbud om visiteret motion. Tilbuddet foregår i samarbejde med to idrætsforeninger. Indsatsen henvender sig til borgere, der ikke formår at udnytte de almene udbudte motionsaktiviteter i kommunen, og borgere, som ikke selv har overskud til at handle aktivt på at ændre egen situation. Det kan eksempelvis være borgere, der har deltaget i et kommunalt genoptræningsforløb, men hvor der er behov for en ekstra indsats efterfølgende eller borgere, der har særligt behov for støtte til at komme ud af fysisk inaktivitet. Efter deltagelse i et eller to på hinanden følgende forløb skal borgeren fortsætte med træning i lignende almene motionstilbud. Indsatsen er igangsat på baggrund af antagelsen om, at den vil have en positiv effekt på borgernes funktionsniveau og dermed bl.a. udsætte hjemmehjælpen og -plejen. Borgerens funktionsniveau testes ved start og afslutning af forløb samt seks måneder efter. Resultaterne viser, at alle borgere, der gennemfører et forløb, forbedrer deres funktionsniveau, og at borgere, der fortsætter i almene idrættstilbud, efterfølgende stabiliserer eller fortsætter med at øge deres funktionsniveau.

7.3 Hvor kan vi forvente økonomisk effekt af patientrettet forebyggelse?

Københavns Kommune offentliggjorde i 2011 en undersøgelse af sundhedsudgifter til borgere med kroniske sygdomme i Københavns Kommune. Undersøgelsen har fokus på fire kroniske sygdomme: Diabetes, hjertekarsygdomme, KOL og kræft. Den afdækker hvilke sundhedsudgifter, der er forbundet med borgere med disse diagnoser og sammenligner dem med en gruppe bestående af borgere uden kroniske sygdomme samt borgere med andre kroniske sygdomme end de fire udvalgte. I undersøgelsen indgår 417.338 borgere, der var 18 år eller derover og bosat i Københavns Kommune den 1. januar 2007. 11 % af borgerne havde én eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme, mens omkring 89 % af borgerne ikke havde nogen af de udvalgte sygdomme.

Undersøgelsen viser, at borgere med én eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme har en gennemsnitlig kommunal merudgift på 26.000 kr. om året i forhold til borgere i

sammenligningsgruppen (borgere uden en af de udvalgte kroniske sygdomme). Den gennemsnitlige kommunale merudgift er fordelt på kommunale sundheds- og omsorgsydelser (15.000 kr.), overførselsindkomster (8.400 kr.) og medfinansiering af regionale sundhedsydelser (2.600 kr.). De største kommunale merudgifter er kommunale udgifter til hjemmehjælp, plejehjem, dagtilbud m.v.

I Tabel 7.1 er antallet af borgere med én af de fire kroniske sygdomme i benchmarkingkommunerne estimeret for at give et overblik over, hvor mange borgere det drejer sig om, der potentielt har en merudgift for kommunen.

Tabel 7.1. Antal borgere med de fire kroniske sygdomme i benchmarkingkommunerne

	Diabetes	Hjertekarsygdom	KOL	Kræft
Gentofte	1957	1497	1727	1497
Gladsaxe	2393	1665	2237	1301
Greve	2052	1064	1634	1064
Helsingør	1979	1633	3068	1287
Hillerød	1472	906	1321	793
Høje-Taastrup	2436	1256	1827	1218

Note: På baggrund af data fra databasen for Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er forekomsten af type-2-diabetes, hjertekarsygdomme, KOL og kræft beregnet for borgere 16+ årige. Tallene i tabellen er fremkommet ved at sammenholde estimaterne med de seks kommuners indbyggertal af 16+ årige pr. 4. kvartal 2011.

Kilde: www.statistikbanken.dk, FOLK 1.

Tallene præsenteret i den omtalte undersøgelse indikerer, at det største besparelsespotentiale i forhold til at igangsætte patientrettede forebyggelsesindsatser findes i de traditionelle kommunale ydelser. Over halvdelen af de merudgifter, som kronisk syge borgere med de udvalgte sygdomme har sammenlignet med andre borgere, anvendes til kommunale sundheds- og omsorgsydelser. Det betyder altså, at det største besparelsespotentiale befinder sig i de kommunale hjemmehjælpsydelser og i at reducere kronisk syge borgeres behov for at komme på plejehjem. Indsatser, der har til hensigt at gøre de kronisk syge borgere mere selvhjulpne, kan altså have stor betydning for den kommunale økonomi. Det samme gælder besparelser i overførselsindkomster som sygedagpenge, hvis det lykkes at få erhvervsaktive kronisk syge borgere hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet.

Med den ændrede kommunale medfinansiering, der gælder fra 1. januar 2012 (se afsnit 3.3 på side 12), vil det ovenfor nævnte billede være det samme. Når grundbidraget pr. borger ikke længere skal betales, medfører det, at merudgifterne til kronisk syge borgere vil stige sammenlignet med borgere, der ikke er i kontakt med det regionale sundhedsvæsen. Med de øgede takster vil merudgifterne til medfinansiering af regionale sundhedsydelser formentlig blive omkring tre gange større, men de vil stadig kun udgøre omkring en tredjedel af de samlede merudgifter til kommunale sundheds- og omsorgsydelser.

Ved fremadrettet at tage udgangspunkt i det ovenfor beskrevne kommunaløkonomiske helhedsperspektiv, hvor der ikke kun ses på besparelser i forhold til medfinansieringen, ved evaluering af patientrettede forebyggelsesindsatser, kan en række af misfortolkningerne vedr. besparelsesmuligheder på medfinansieringsudgifterne imødegås. En af disse er henvisningen til den såkaldte "stærkasseseffekt", hvor det hævdes, at

forebyggelsesforanstaltninger er urentable, idet andre borgere blot vil optage den sparede behandlingskapacitet i sygehusvæsenet. Ifølge denne tese opnår en kommune isoleret set kun en besparelse ved en forebygget indlæggelse, såfremt indlæggelsen ikke erstattes af en anden borger i stedet. Argumentet baserer sig imidlertid, som det ses, på en fejlagtig præmis, idet der kan være besparelser at hente i forhold til eksempelvis kommunale hjemmehjælpsydelse.

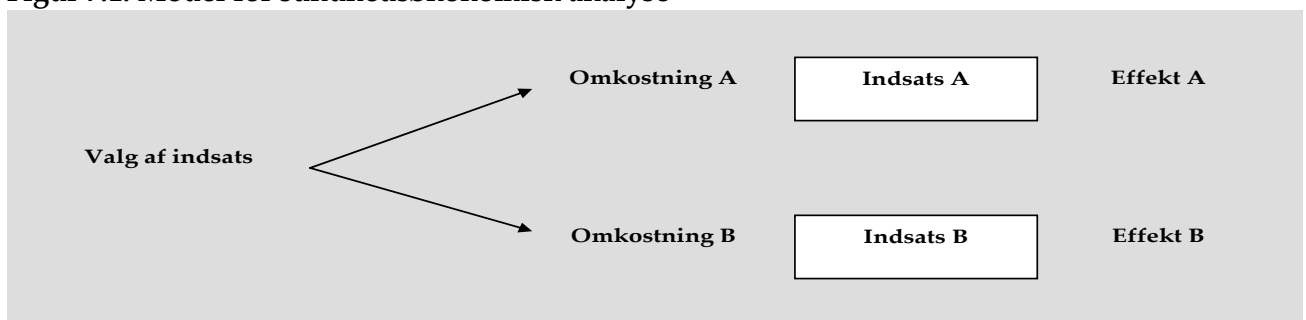
7.3.1 Effektmåling og sundhedsøkonomiske analyser

For at kunne måle effekten af indsatser på sundhedsområdet er det nødvendigt at gøre sig en række overvejelser. Det er først og fremmest afgørende at gøre sig klart, hvad man vil måle og hvorfor, idet det er afgørende for valget af analysemetode. Det antages i de efterfølgende afsnit, at målet er at kunne evaluere på effekten af de kommunale sundhedsindsatser med henblik på at kunne vælge de indsatser, som virker bedst set i forhold til omkostningen.

Sundhedsøkonomisk evaluering er en relevant metodisk tilgang i forhold til at vurdere den økonomiske gevinst ved en given indsats. Formålet med sundhedsøkonomisk evaluering er at tilvejebringe systematiske sammenligninger af sundhedsprogrammernes omkostninger og effekter, således at der kan træffes informerede valg mellem alternative behandlingsmåder – eller i en kommunal kontekst; sundhedsindsatser. Det betyder ikke, at de økonomiske overvejelser omkring sundhedsindsatser er det eneste væsentlige, men viden om omkostningen ved en indsats er en afgørende del af ligningen, når formålet er at prioritere rigtigt. I sidste ende vil det dog være en politisk beslutning, om der skal afsættes flere ressourcer til opnåelse af en øget effekt eller omvendt, om en besparelse kan opveje et tab i effekt. En sundhedsøkonomisk analyse kan alene bidrage til grundlaget for en beslutning, idet der kan være andre overordnede hensyn til etik og samfundsnormer, der gør, at man ikke altid bør vælge den økonomisk mest effektive løsning.

For at kunne gennemføre sundhedsøkonomiske analyser er det nødvendigt at kende både omkostninger (antal aktiviteter og udgifter) og effekter ved en given indsats.

Figur 7.1. Model for sundhedsøkonomisk analyse



Kilde: Alban, A et. al (1999). "Sundhedsøkonomi: Principper og perspektiver", DSI Institut for Sundhedsvæsen

Omkostningerne til de kommunale sundhedsindsatser er kendte. Effekterne af indsatserne kan derimod være vanskelige at identificere og ikke mindst isolere. Flere kommuner arbejder i dag med effektmålinger af indsatser på sundhedsområdet. Kommunernes måling af effekter synes i dag at variere i både form og indhold, og der er ofte tale om måling af økonomi og aktiviteter (hvor mange penge bruges på hvor mange borgere) og kun i begrænset omfang egentlig måling af effekt. Det understreger behovet for at se på

muligheden for at etablere modeller for egentlig effektmåling af de kommunale sundhedsindsatser, som med henblik på benchmark-analyser på tværs tager hensyn til kommunernes forskelligartede demografi og rammebetingelser.

Kommunerne kan dog ikke løse opgaven alene, idet egentlig effektmåling bl.a. forudsætter, at der tages højde for behandling samt omlægninger og prioriteringer i sygehusvæsenet. KL peger i den sammenhæng på, at målsætninger for forebyggelse og måltal for effekten af forebyggelsesindsatser ikke indgår i årlige opfølgninger og ikke honoreres som en del af de aftalte rammer på sundhedsområdet. Der er derfor behov for, at man også i sygehusvæsenet drejer fokus fra aktiviteter, dvs. kvantitet og produktivitet, hen mod analyser af effekt af behandlingen.

7.4 Vanskeligheder og udfordringer forbundet med effektmåling

Som det fremgår af de forrige afsnit foretages der i dag kun i begrænset omfang egentlig effektmåling af kommunernes sundhedsindsatser. Det skyldes bl.a., at effektmåling er en vanskelig opgave forbundet med mange hypoteser og forudsætninger. I det efterfølgende beskrives kort nogle af de udfordringer, kommunerne står overfor i forbindelse med effektmåling.

Ved tilrettelæggelse af effektmåling er det væsentligt, at man forholder sig til, at indsatserne foregår i en kompleks virkelighed, hvor mange faktorer har betydning for den indsats, der ydes, og derfor også for en eventuel opnået effekt. Det vil sige, at eksempelvis andre kommunale, regionale og nationale indsatser også kan have en indflydelse på en opnået effekt. For at kunne påvise egentlige årsags-virkningssammenhænge kræves kontrollerede studier. Det er vanskeligt for kommuner at gennemføre, og der er derfor oftest i stedet fokus på at sandsynliggøre, at en eventuel effekt kan tilskrives den konkrete kommunale indsats.

I forbindelse med effektmåling skal alle faktorer, der har relevans for den kommunale økonomi, medregnes. Det kræver fuldt overblik over afledte effekter af den gennemførte indsats – hvilket kan være lidt af en udfordring. Som det fremgår af afsnit 7.2, er det ikke kun i forhold til medfinansieringen, at en effekt kan indtræffe – snarere tværtimod. I forhold til borgere med kronisk sygdom, befinder de største besparelspotentialer sig eksempelvis i hjemmehjælpsydelser og i at reducere borgernes behov for at komme på plejehjem. Samtidig kan sundhedsindsatser også have en effekt på andre områder end sundhedsområdet. Eksempelvis kan patientrettede forebyggelsesindsatser også føre til en besparelse på sygedagpengeområdet, hvis det lykkes at få borgerne hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet.

Effektmåling af sundhedsindsatser vanskeliggøres af, at der ofte vil være tale om langsigtede effekter. I den borgerrettede forebyggelse vil der ofte være en stor tidsforskydning fra et tiltag igangsættes, til en økonomisk effekt viser sig. Der kan således gå lang tid fra en indsats for sund mad og bevægelse i en børnehave viser sig i form af mindre overvægt og færre diabetesforekomster blandt midaldrende borgere. I forhold til den patientrettede forebyggelse vil tidshorisonten dog på flere områder være relativ kort. Et godt rehabiliteringsforløb i forhold til eksempelvis KOL eller diabetes kan forebygge mange genindlæggelser og betyde, at borgerne bliver mindre plejekrævende i forhold til hjemmepleje og hjemmesygepleje. Omvendt kan tidshorisonten også være relativ lang, fx i forbindelse med indsatser, hvis formål er at udskyde senkomplikationer i forbindelse med

diabetes. Det vil sige, at den økonomiske effekt eventuelt ikke umiddelbart synes at være særlig stor, men at der på længere sigt vil blive tale om et besparelspotentiale.

Effektmåling på sundhedsområdet kompliceres yderligere af præmisserne for tidlig opsporing, som der er fokus på i forbindelse med patientrettet forebyggelse. I den forbindelse skal det overvejes, om meromkostningen ved at finde flere borgere med en given sygdom opvejes af en sparet omkostning ved at finde dem tidligere, således at progression og komplikationer undgås eller udsættes.

Kommunerne står også overfor den udfordring, at der ofte ikke er tilstrækkeligt med data i en enkelt kommune til at foretage en egentlig effektmåling af en indsats. En god effektmåling kræver, at der er nok data, det vil sige, at der er nok borgere, som modtager en given indsats. "Nok" afhænger af den specifikke problemstilling, men den generelle metodiske regel er, at jo flere borgere jo større sikkerhed er der for, at resultatet af effektmålingen er reel og ikke et resultat af statistisk usikkerhed. En måde at komme omkring denne problematik kunne være ved, at flere kommuner slog sig sammen og "delte" data i forbindelse med effektmålingen af en specifik indsats, eller at kommunerne bruger hinanden som kontrolkommune. Det fordrer dog, at der tages højde for kommunernes forskellige demografiske sammensætning, og at der søges en ensretning i måden, data indsamles på. Som eksempel kan nævnes, at der i forbindelse med forløbsprogrammerne benyttes forskellige effektmål og metoder til dataindsamling i benchmark-kommunerne. For at opnå større datagrundlag som udgangspunkt for vurdering af effekt kræves derfor, at der kommunerne i mellem træffes beslutning om at ensrette brugen af effektmål og metoder til dataindsamling. Ved sammenlægning af kommunale data skal det desuden sikres, at indhold og udførelse af den specifikke indsats er stort set identisk.

7.5 Fremtidige effektdata på det kommunale sundhedsområde

Data om effekter af forskellige indsatser på det kommunale sundhedsområde findes endnu kun i begrænset omfang. En væsentlig årsag hertil er, at det kun i ringe grad er muligt at sammenstille regionale og kommunale sundhedsdata.

7.5.1 Kommunernes nuværende dataopsamling og -adgang

Kommunerne opsamler og indberetter i dag en række data i henhold til regeringen og KL's aftale om national dokumentation på det kommunale sundhedsområde og opsamler i øvrigt i varierende omfang en række data i de kommunale elektroniske omsorgsjournaler (EOJ). Der er dog hovedsageligt tale om økonomi- og aktivitetsdata og kun i meget begrænset omfang data, der omhandler kommunernes indsatser vedrørende patientrettet forebyggelse, som eksempelvis patientskoler, sygepleje m.m.

Siden strukturreformen trådte i kraft 1. januar 2007 har Sundhedsstyrelsen via E-Sundhed formidlet opgørelserne af den kommunale medfinansiering samt den bagvedliggende aktivitet. E-sundhed stiller på ikke-individbaseret niveau information til rådighed om den aktivitet på sygehuse mv., der ligger til grund for de månedlige kommunale betalinger af medfinansiering. Kommunerne kan herfra indhente standardrapporter eller selv modellere aggregerede rapporter på baggrund af regionale og kommunale sundhedsdata. Der er alene tale om en overordnet præsentation af økonomi- og aktivitetstal.

Herudover er der etableret adgang til grunddata, som samkøres med data fra andre kilder i Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

7.5.2 Kommunaløkonomisk sundhedsinformationsgrundlag (KØS)

KØS er et datavarehus, som indeholder både regionale og kommunale data. KØS blev etableret i maj 2009 og blev i november 2010 udvidet med en brugergrænseflade med fjernadgang, der muliggør, at kommunale analytikere kan arbejde med KØS fra egen arbejdsplads i kommunen. Med den nye brugergrænseflade er det muligt at indlæse CPR-numre på grupper af borgere og få oplysninger retur om disse gruppers forbrug af regionale sundhedsydelser. Kommunerne har dermed adgang til at lave analyser på helt specifikke populationer ned til et minimum af 10 CPR-numre, men ikke enkelte individer, dannet af kommunen selv.

Kommunerne kan via KØS indhente udtræk af data om regionale og kommunale udgifter og den bagvedliggende aktivitet på sundhedsområdet på dimensioner som fx diagnosegrupper, alder, køn eller hospitaler helt ned på afdelingsniveau. Kommunerne kan derimod ikke få oplysninger om hvilke borgere, der har været indlagt med en bestemt diagnose, for derefter at identificere disse borgere i de kommunale systemer.

Muligheder for udtræk af data med henblik på vurdering af effekter af forskellige indsatser, fx patientrettede forebyggelse, er således fortsat begrænsede.

7.5.3 Fremtidige muligheder i KØS

Det indgår i økonomiaftalen for 2011, at kommunerne skal have adgang til individdata via KØS. Adgangen til individdata forudsatte en lovændring, som blev vedtaget ved Lov nr. 605 af 14/06/2011. Der er dog endnu ikke fastsat regler for, hvordan kommunerne kan indhente og behandle disse oplysninger, og der arbejdes fortsat på at etablere de nødvendige juridiske forhold og det tekniske setup. Herudover udestår der en konkretisering af, hvordan adgang til individdata via KØS skal foregå i praksis.

Det er i øvrigt aftalt, at brugergrænsefladen løbende skal udvides med nye dataområder, herunder DREAM-data (Beskæftigelsesministeriets arbejdsmarkedsregister) og udvalgte data fra de kommunale EOJ-systemer. Det vil gøre det muligt dels at analysere grunddata afgrænset til specifikke populationer (fx en given gruppe KOL-borgere, der har gennemgået et kommunalt kronikerforløb) og dels at følge borgere gennem flere systemer. Disse udvidelser er endnu ikke realiseret.

KL understreger i udspillet om det nære sundhedsvæsen, at der er behov for at sætte turbo på udviklingen af kommunernes adgang til individbaserede data og analysemulighederne af sundheds- og omsorgsdata samt sammenkædning til DREAM-data. Der peges i øvrigt i udspillet på vigtigheden af, at samkøring af data muliggøres på en enkel og lettilgængelig måde, så der ikke skal anvendes unødige mange ressourcer på at foretage analyserne. Ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse forventes DREAM-data implementeret i KØS i løbet af foråret 2012, mens EOJ-data implementeres i efteråret 2012.

7.5.4 Andre tværsektorielle effektmålingstiltag

Fremadrettet bør der i øvrigt være fokus på mulighederne i en kommende tværsektoriel rehabiliteringsdatabase, som forventes etableret i regi af Region Hovedstaden i løbet af 2012

I løbet af vinteren har Københavns Kommune og Hillerød Kommune i samarbejde med Region Hovedstaden forsøgt at analysere hvilke økonomiske effekter, der er forbundet med borgeres deltagelse i forløbsprogrammerne for KOL og type-2-diabetes. Analysen bygger både på data fra Københavns Kommune, der har haft tilbud om begge forløbsprogrammer i en årrække, og for Hillerød Kommune, der har haft begge tilbud fra 2010. Analysen har været yderst kompliceret og konklusionerne er ikke entydige, hvilket bl.a. skyldes, at der ikke er arbejdet med kontrolgrupper. Det er bl.a. derfor vanskeligt at vurdere, hvorvidt en stigning i forbruget af kommunale ydelser efter deltagelse i KOL-forløbsprogrammet er udtryk for en manglende økonomisk effekt, eller om der under alle omstændigheder ville have været en stigning, men at en sådan pga. forløbsprogrammet er begrænset, og der dermed er en positiv økonomisk effekt. Dog indikerer data, at der indenfor en relativ kort tidshorisont er en positiv økonomisk effekt grundet færre indlæggelser, når borgere har deltaget i forløbsprogrammet for KOL. Hvad angår deltagelsen i forløbsprogrammet for type-2-diabetes er der ikke umiddelbart nogle økonomiske effekter på kort sigt. Det skyldes, at de borgere, der får tilbuddet, er nydiagnosticerede og relativt unge, og derved generelt har et yderst begrænset forbrug af ydelser. Manglende behandling af deres kroniske sygdom vil desuden også først medføre komplikationer indenfor en årrække. Fagligt vurderes der at være en positiv økonomisk effekt, hvis der ses på et længere tidsperspektiv dvs. over 10 år. Da analysearbejdet altså ikke giver nogle entydige svar, er det aftalt mellem parterne, at der udarbejdes et notat om arbejdet og dets resultater, der fremlægges for den administrative styregruppe i Region Hovedstaden den 22. juni. Notatet er endnu ikke udarbejdet.

De regionale sundhedsprofiler er også en kilde til data om udviklingen i befolkningens sundhedsadfærd og generelle helbred på tværs af kommunerne både i og uden for den enkelte region. Sundhedsprofilerne har et bredt fokus på befolkningens sundhedstilstand, herunder på de såkaldte KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion). Der er også fokus på kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme, type-2-diabetes, kroniske lungesygdomme (KOL og astma), muskelskeletsygdomme (gigt, ryg sygdomme og knogleskørhed), psykiske sygdomme (forbigående og vedvarende), hovedpine og allergi. Sundhedsprofilundersøgelsen giver på sigt mulighed for at se på udviklingen over tid for en række sundhedsindikatorer på både regionalt og kommunalt niveau. Der er dog tale om en relativt overordnet statistisk analyse kombineret med en spørgeskema-undersøgelse. Der må derfor generelt tages forbehold for de årsagssammenhænge, der beskrives, og særligt i forhold til den patientrettede forebyggelse vil det være vanskeligt at isolere effekten af kommunale forebyggende indsatser fra øvrige nationale, regionale og/eller kommunale rammevilkår og indsatser.

8 Appendiks – konklusionsskema for udvalgte temaer

	Gentofte	Gladsaxe	Greve	Helsingør	Hillerød	Høje-Taastrup
Udviklingen i udgifter til medfinansiering	Stiger fra 2008-2010	Stiger fra 2008-2011	Stiger fra 2008-2011	Stiger fra 2008-2010	Stiger fra 2008-2010	Stiger fra 2008-2010
Alder	Største gruppe 85+ årige			Størst gruppe 65-84 årige		
Aldersudvikling, mål som relativ stigning i pct. for aldersgruppen 65+ år fra 2008 til 2011.	Næstmindste ældning (7%)	Mindste ældning (4%).	Størst og meget betydelig ældning (25%).			Næststørste ældning (17%).
Social klassificering	Bedste socialgruppe				Bedste socialgruppe	Laveste socialgruppe
Sundhedsadfærd: Andel daglige rygere	Mindste andel (16,2%)					Største andel (22,1%)
Sundhedsadfærd: Problematisk alkoholforbrug, andel 16+ årige	Største andel (20,8 %)					Mindste andel (13,9%)
Sundhedsadfærd: Overvægt, andel 16+ årige	Laveste andel (33,1%)					Største andel (51,0%)
Sundhedsadfærd: Selvvurderet dårlig fysisk form, andel 16+ årige	Bedste form (20,3%)					Dårligste form (28,7%)
Sociale faktorer: Træffer ikke familie, andel 16+ årige				Laveste andel (6,1%)	Laveste andel (6,1%)	Største andel (8,9%)
Sociale faktorer: ser ingen venner, andel 16+ årige	Laveste andel (4,5%)					Største andel (10,2%)

	Gentofte	Gladsaxe	Greve	Helsingør	Hillerød	Høje-Taastrup
Aldersstandardiseret medfinansiering til stationær somatik.	Laveste udgifter i 2008 og 2011.		Laveste udgifter i 2009-2010.	Største udgifter i 2008-2010.		Største udgifter i 2011 og største stigning i perioden.
Aldersstandardiseret medfinansiering til ambulant somatik.				Mindste gennemsnitlige udgifter i perioden 2008-2011.		Største gennemsnitlige udgifter i perioden 2008-2011.
Aldersstandardiseret medfinansiering til sygesikringsområdet.			Laveste gennemsnitlige udgifter i perioden 2008-2011.	Største gennemsnitlige udgifter i perioden 2008-2011.		
Aldersstandardiserede antal besøg hos almen læge	Mindste gennemsnitlige antal besøg i perioden 2008-2011.			Største gennemsnitlige antal besøg i perioden 2008-2011.		
Aldersstandardiserede antal besøg hos speciallæge				Største gennemsnitlige antal besøg i perioden 2008-2011.		Mindste gennemsnitlige antal besøg i perioden 2008-2011.

	Gentofte	Gladsaxe	Greve	Helsingør	Hillerød	Høje-Taastrup
Aldersstandardiserede antal psykiatriske udskrivninger			Mindste gennemsnitlige antal udskrivninger i perioden 2008-2011.			Største gennemsnitlige antal udskrivninger i perioden 2008-2011.
Aldersstandardiserede antal psykiatriske ambulante besøg				Mindste gennemsnitlige antal besøg i perioden 2008-2011.	Største gennemsnitlige antal besøg i perioden 2008-2011.	
Akutte overflytninger, økonomisk konsekvens	Største udgifter		Ingen udgifter			
Somatik: Antal færdigbehandlede patienter pr. indbygger i perioden 2008-2011		Største fald			Eneste stigning	
Udvikling i udgifter til vederlagsfri fysioterapi i perioden 2009-2011		Største fald			Største stigning	
Udgifter pr. indbygger til vederlagsfri fysioterapi 2009-2011		Mindste udgifter		Største udgifter		
Udviklingen i antal patienter til vederlagsfri fysioterapi	Mindste stigning		Største stigning			
Forløbsprogrammer til kronisk syge		Flest tilbud				