

Simon Feilberg

Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner

Benchmark af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau fra 2007-2014



*Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner – Benchmark
af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og
kommunalt niveau fra 2007-2014*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-957-3
Projekt: 10024

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

Resumé.....	4
1. Indledning og baggrund	6
1.1. Forbehold og afgrænsninger.....	7
2. Data og metode	8
3. Analyse	9
3.1. Udvikling i antal genoptræningsplaner 2007-2014 på nationalt niveau	9
3.2. Udviklingen i de fem regioner	13
3.3. Et øjebliksbillede i 2013: regionale forskelle i visitationen af genoptræningsplaner	14
3.4. Genoptræningsplanernes fordeling på kommuner.....	20
Litteratur.....	26
Bilag 1 Genoptræningsplaner på sygehuse	27

Resumé

Genoptræningsområdet blev i forbindelse med strukturreformen i 2007 reorganiseret væsentligt. Strukturreformen betød i hovedtræk, at kommunerne fik overdraget myndigheds- og finansieringsansvaret for genoptræning efter kontakt med sygehusvæsenet, mens regionerne fik ansvar for visitation til genoptræning samt leverandøransvaret for det specialiserede genoptræningsområde (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004).

Analysen af antallet af genoptræningsplaner viser, at der er stor forskel på antallet af genoptræningsplaner mellem regioner, sygehuse og kommuner. Mellem regionerne er der variation i udviklingen og ikke mindst antallet af genoptræningsplaner, ligesom der er forskel på fordelingen mellem almindelige og specialiserede planer. Forskellene består, når der tages hensyn til det varierende antal sundhedskontakter i de enkelte regioner.

Mellem sygehusene er der ligeledes betydelig variation i, hvor ofte der visiteres en genoptræningsplan. Dette gælder både mellem sygehusene på nationalt plan og mellem sygehusene internt i de fem regioner. Den interne variation mellem regionernes sygehuse er på højde eller lidt under den variation, der ses mellem sygehusene på landsplan. Variationen mellem sygehusene gælder både, når der ses på det samlede antal genoptræningsplaner for alle sygehusbehandlinger, og når der ses på variationen i antallet af genoptræningsplaner inden for udvalgte behandlingsgrupper.

Analysen undersøger variationen i antal genoptræningsplaner inden for tre forskellige behandlingsområder: muskel-skelet-lidelser, neurologi og kardiologi. Fælles for alle tre områder er, at der tale om områder, hvor der generelt bliver visiteret mange genoptræningsplaner pr. kontakt. Analysen viser, at variationen i antallet af genoptræningsplaner pr. kontakt falder, når man analyserer på disse overordnede behandlingsgrupper, men at variationen omvendt stiger betydeligt, når man øger sammenligneligheden yderligere ved at se på antallet af genoptræningsplaner inden for specifikke behandlingsgrupper – de såkaldte DRG-grupper. Inden for den DRG-gruppe, hvor der på landsplan visiteres flest genoptræningsplaner (DRG 0821 alloplastik primær eller mindre revision underekstremitet, store led), er patienternes sandsynlighed for at få visiteret en genoptræningsplan næsten fem gange højere på det sygehus, der visiterer flest genoptræningsplaner, i forhold til det sygehus, der visiterer færrest. Også inden for neurologien og kardiologien stiger variationen, når man går fra at se på antallet af genoptræningsplaner på de overordnede behandlingsgrupper til de mere specifikke DRG-grupper.

På behandlingsområdet muskel-skelet-lidelser har analysen yderligere set på to helt specifikke operationskoder: indsættelse af knæprotese og indsættelse af hofteprotese. Inden for disse helt specifikke behandlingsformer er der ligeledes stor variation i antallet af genoptræningsplaner. For indsættelse af knæprotese er der 4,5 gange større sandsynlighed for at få en genoptræningsplan på det hospital, der udskriver flest genoptræningsplaner, i forhold til det hospital, der udskriver færrest. For indsættelse af hofteprotese er samme sandsynlighed 8 gange højere for det hospital, der udskriver flest genoptræningsplaner i forhold til det, der udskriver færrest.

Analysen har endvidere set på, hvor mange genoptræningsplaner landets 98 kommuner modtager. Og ligesom for regionerne og sygehusene er der også her betydelig variation i antallet af genoptræningsplaner, både i forhold til det samlede antal genoptræningsplaner og i forhold til fordelingen på almindelige og specialiserede genoptræningsplaner. Det er

specielt kommunerne på Fyn, der, efter kontrol for borgernes alder, modtager væsentligt flere genoptræningsplaner end gennemsnittet.

Kommunerne ser ikke ud til at have den store mulighed for at påvirke antallet af de genoptræningsplaner, de modtager. Analysen viser, at der er betydelige lokale tendenser i antallet af genoptræningsplaner, som kommunerne modtager, og disse lokale tendenser ser i væsentlig grad ud til at kunne henføres til, hvilket hospital den enkelte kommune fortrinsvist er tilknyttet.

Analysen forholder sig generelt ikke, til hvad det "rigtige" niveau for genoptræning er. Men forskellene mellem sygehusene – samlet og på de specifikke operationer – er så store, at der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er en tilstrækkelig styring og koordination på genoptræningsområdet. Der er nogle overordnede retningslinjer for visitationen af genoptræningsplaner, men tallene viser, at der fortsat er behov for at udarbejde og implementere sådanne retningslinjer – også i forhold til en vurdering af omkostningseffektiviteten af at visitere borgere til genoptræning.

Ud over variationen i genoptræningsplaner mellem regioner og sygehuse ser analysen også på den generelle udvikling i antallet af genoptræningsplaner fra 2007-2014 på nationalt niveau. Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner er blandt andet interessant, fordi området har en organisering, hvor visitation og finansiering er løsrevet fra hinanden. En sådan organisering er i dag sjælden i den offentlige sektor, da den ofte har medført aktivitets- og udgiftsvækst. Analysen viser, at antallet af genoptræningsplaner er steget betydeligt i perioden fra 2007-2014. I denne periode er antallet af genoptræningsplaner steget med 90 %. Stigningen dækker over en meget stor stigning i antallet af almindelige genoptræningsplaner, hvor den samlede vækst i analyseperioden er på 175 %, mens der er et fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner på samlet 33 %. Stigningen i antallet af genoptræningsplaner skal dog ses i lyset af, at behovet for genoptræning før strukturreformen var relativt underprioriteret, og at der i forbindelse med ny lovgivning blev sat øget fokus på området i erkendelse af et udækket behov. Det er således mindre overraskende, at antallet af genoptræningsplaner stiger betydeligt efter strukturreformen i 2007. Det er mere bemærkelsesværdigt, at væksten i antallet af genoptræningsplaner stort set er uforandret gennem hele analyseperioden fra 2007-2014.

Stigningen i antallet af visiterede genoptræningsplaner kan have sat de kommunale udgifter til området under pres. Således er kommunernes samlede udgifter til genoptræningsområdet steget med næsten 50 % i analyseperioden, dog med det forbehold, at denne udgift også indeholder andet end udgiften til genoptræning efter udskrivning fra sygehus, og at faldet i udgifterne til den specialiserede genoptræning efter behandling på sygehus ikke er indeholdt i dette beløb.

1. Indledning og baggrund

I forbindelse med strukturreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 blev organiseringen af genoptræning efter kontakt med sygehusvæsenet (indlæggelse og ambulant behandling) ændret betydeligt. Hvor genoptræningsområdet tidligere udelukkende havde været et ansvar for amter og sygehuse, blev opgaven nu delt mellem det regionale og det kommunale niveau.

I den nye organisering bliver patienterne visiteret til genoptræning på regionernes sygehuse, hvor borgerne visiteres til henholdsvis specialiseret og/eller almindelig genoptræning. Genoptræningen kan ske under og efter indlæggelse, eller i et efterfølgende ambulant genoptræningsforløb. Den specialiserede genoptræning, hvor genoptræningen kræver lægetilsyn, foregår altid på sygehuset, mens den almindelige ambulante genoptræning er en kommunal opgave. Tabel 1.1 giver en oversigt over typen af genoptræningsplaner i forhold til Sundhedslovens § 120.

Tabel 1.1 Oversigt over organisering af genoptræningsområdet efter strukturreformen

Genoptræning	Genoptræningsplaner i forlængelse af indlæggelse og ambulant forløb	
Type	Specialiseret	Almindelige
Visitation til genoptræning	Region/sygehus	Region/sygehus
Behandlingsansvar	Sygehus	Kommune
Finansiering	100 % kommune	100 % kommune

Strukturreformen betød yderligere, at kommunerne fik et finansieringsansvar for genoptræningsområdet efter behandling på sygehus. Kommunerne skal således finansiere 100 % af udgifterne ved både specialiseret og almindelig genoptræning efter behandling på sygehus. Dette uanset om genoptræningen foregår i kommunalt, privat eller sygehusregi. Reorganiseringen af genoptræningsområdet i forbindelse med strukturreformen betød således, at visitationsansvar og finansieringsansvar blev skilt ad i den forstand, at det er sygehuse, der har visitationsansvaret, mens kommunerne har finansieringsansvaret.

En finansieringsmodel, hvor visitationen er løsrevet fra finansieringen, er relativt sjælden i den offentlige sektor, hvor man generelt har udviklet modeller med adskilt visitations- og finansieringsansvar. Baggrunden er, at sådanne modeller ofte har medført en betydelig aktivitets- og udgiftsvækst.

I forbindelse med Strukturreformen blev der også generelt mere fokus på genoptræningsområdet, dels via nye lovgivning, og dels via en revideret opfattelse af betydningen af træning og genoptræning (Sundhedsstyrelsen 2003).

Derfor er det interessant at analysere udviklingen i antallet og typen af genoptræningsplaner med henblik på at afdække, om der har været aktivitets- og udgiftsvækst inden for området. Det skal endvidere undersøges, om der er forskelle mellem landets sygehuse og kommuner i forhold til antallet og arten af genoptræningsplaner. Analyse spørgsmålne er derfor:

- Hvordan har udviklingen i antallet og typen af genoptræningsplaner været siden strukturreformen i 2007 og frem til 2014?

- Er der forskel på, i hvilket omfang borgere bliver visiteret til genoptræning mellem landets regioner, sygehuse, og kommuner? Denne del af analysen bygger på data fra 2013 og 2014.

1.1. Forbehold og afgrænsninger

Analysens fokus er sygehusenes vurdering og visitation af, hvorvidt en borger har behov for genoptræning efter behandling på sygehus. Dermed er fokus udelukkende på variationen og udviklingen i antallet af udskrevne/visiterede genoptræningsplaner for borgere, der har været i kontakt med sygehusvæsenet. Altså den pågældende regions og sygehusets vurdering og visitation af, hvorvidt en borger har behov for genoptræning. Dette analysefokus har en række styrker men også nogle begrænsninger.

Styrken ved udelukkende at se på antallet af genoptræningsplaner er dels, at efter behandling på sygehus er tildelingen af en genoptræningsplan et klart udtryk for det enkelte sygehus' vurdering af og praksis for, hvorvidt en borger har et genoptræningsbehov. Ved udelukkende at se på antallet af genoptræningsplaner kan man klart afdække en eventuel variation i regionernes/sygehusenes vurdering af borgernes behov for genoptræning.

En anden fordel ved at se på antallet af genoptræningsplaner er, at data på dette område må betragtes som ganske valide, idet kodningen af genoptræningsplanerne er en del af sygehusenes obligatoriske SKS-kodning¹, hvor der generelt er valide data.

Ulempen ved udelukkende at se på antallet af genoptræningsplaner er, at antallet af genoptræningsplaner kun giver en indikation af det faktiske omfang af genoptræning på sygehuse og i kommunerne. Da genoptræningsplanen udelukkende fungerer som et visiterende element, giver antallet af genoptræningsplaner ikke nogen sikker information om mængden eller tyngden af den faktiske genoptræning på sygehuse og i kommuner. Selvom en borger har fået visiteret en genoptræningsplan fra et sygehus, er det ikke sikkert, at borgeren møder op til genoptræningen, og der er ligeledes forskel på de forskellige kommuners serviceniveau inden for genoptræningsområdet (KORA 2013).

Analysen af genoptræningsområdet er udelukkende fokuseret på udviklingen af antallet af genoptræningsplaner, dvs. den visitation og vurdering af borgernes behov for genoptræning, der er i forbindelse med afslutning af henholdsvis stationær og ambulant behandling på sygehus. Den genoptræning, der kan foretages som en del af behandlingen under indlæggelse på sygehus, er dermed *ikke* en del af analysen.

Rapportens sigte har været at afdække variationen i genoptræningsplaner, men rapporten afdækker ikke bagvedliggende faktorerers betydning for visitationen af genoptræningsplaner, som ikke mindst også kræver en nærmere sundhedsfaglig vurdering af faktorer på tværs af enkeltområder, hvilket ligger uden for rammerne af nærværende projekt.

Det skal endvidere understreges, at analysen ikke forholder sig til, hvorvidt de konstaterede niveauer for antallet af genoptræningsplaner er udtryk for en over- eller underbehandling. Analysen forholder sig således ikke til, hvorvidt et niveau for genoptræning er mere korrekt end et andet.

¹ SKS: Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem

2. Data og metode

Antallet af genoptræningsplaner er opgjort via udtræk fra landpatientregisteret (LPR) og data fra eSundhed. eSundhed fungerer som et udskrivningsregister, så genoptræningsplanerne er identificeret i forbindelse med udskrivningen fra hele patientens sygehusforløb². Data for 2007 og 2013 er trukket på indlagte og ambulante patienter for alle offentlige sygehuse. Data er trukket, så der er sikkerhed for, at der ikke er efterregistrering af betydning for de enkelte år. Yderligere er data aggregeret til en række overordnede mål og afstemt med de seneste 2014-data på aggregeret niveau. Antallet af genoptræningsplaner er for både stationære og ambulante patienter identificeret via procedurekoderne ZZ0175X (almindelig genoptræningsplan) og ZZ0175Y (specialiseret genoptræningsplan). Udskrivning af genoptræningsplan til egen træning (ZZ0175Z) indgår ikke i analysen, da der kun bliver udskrevet ganske få genoptræningsplaner til egen træning (ca. 2 % af det samlede antal planer), og da denne type af genoptræningsplaner kun har mindre økonomisk betydning for regioner og kommuner.

Data er trukket for offentlige sygehuse og er fordelt på region, sygehus og kommune. For regionerne er antallet af genoptræningsplaner opgjort for behandlingsenheder (sygehusregioner), hvilket betyder, at en patient med bopæl i Region Nordjylland, men behandlet i Region Midtjylland, indgår i opgørelsen for Region Midtjylland. For sygehuse er antallet af genoptræningsplaner opgjort på sygehusnummer (første fire cifre i sygehusafdelingsklassifikation). Sygehuse er således ikke opgjort på baggrund af en organisatorisk enhed som fx Sygehus Lillebælt³. For kommunerne er antallet af genoptræningsplaner opgjort på baggrund af patienternes hjemkommune, og ikke hvilken region de er behandlet i (som ved opgørelsen af genoptræningsplaner på regionalt niveau).

For at sikre at der ikke tælles flere genoptræningsplaner af samme type med for en patient i løbet af samme indlæggelsesforløb (fx hvis patienten har haft flere afdelingsudskrivinger), har KORA i samarbejde med Region Syddanmark foretaget en undersøgelse af, hvorvidt der kan identificeres dobbeltregistreringer som fx to almindelige genoptræningsplaner på samme udskrivningsforløb. Resultatet af denne undersøgelse var, at kun ganske få patienter var udskrevet med flere end én genoptræningsplan, og i disse tilfælde var der tale om to forskellige genoptræningsplaner – altså både en specialiseret og en almindelig genoptræningsplan for samme udskrivning.

På det ambulante område er det for samtlige ambulante kontakter i 2013 undersøgt, hvordan forholdet er mellem antallet af genoptræningsplaner og antallet af unikke ambulante kontakter. Dette for at sikre, at en variation i antallet af genoptræningsplaner ikke skyldes, at borgere har fået udskrevet flere genoptræningsplaner i forbindelse med det samme ambulante forløb, altså en dobbeltregistrering inden for samme ambulante forløb. Vores analyse af data viste, at 7 % af de ambulante kontakter havde mere end én genoptræningsplan om året – men analysen viste også, at der i intet tilfælde var visiteret to ens genoptræningsplaner på samme ambulante forløb. De 7 % ambulante kontakter, der havde mere end én genoptræningsplan pr. år, kunne således henføres til borgere, der havde fået visiteret en almindelig og en specialiseret genoptræningsplan for samme kontakt, eller havde haft flere kontakter, hvor der var visiteret en genoptræningsplan, inden for det samme år.

² Et sygehusforløb er defineret som et forløb, hvor patienten ubrudt har været indlagt på samme sygehusmatrikel eller sygehusenhed. Et afdelingsforløb defineres som en indlæggelse på samme stamafsnit og afbrydes af overflytning til anden stamafdeling eller udskrivning fra sygehuset.

³ En afvigelse herfra er sygehuse i Region Sjælland. Her er alle sygehuse opgjort på samme firecifret sygehusnummer, og det er dermed ikke muligt at adskille sygehuse internt i Region Sjælland

Samlet kan det således konkluderes, at der ikke er tegn på væsentlige registreringsproblemer i forhold til opgørelsen af antal genoptræningsplaner.

3. Analyse

Analysen vil belyse udviklingen i antallet af genoptræningsplaner på landsplan, herunder udviklingen i det samlede antal planer samt udviklingen i andelen af specialiserede og almindelige planer. Yderligere vil udviklingen i antallet af genoptræningsplaner blive analyseret og fordelt på regioner, sygehuse og kommuner.

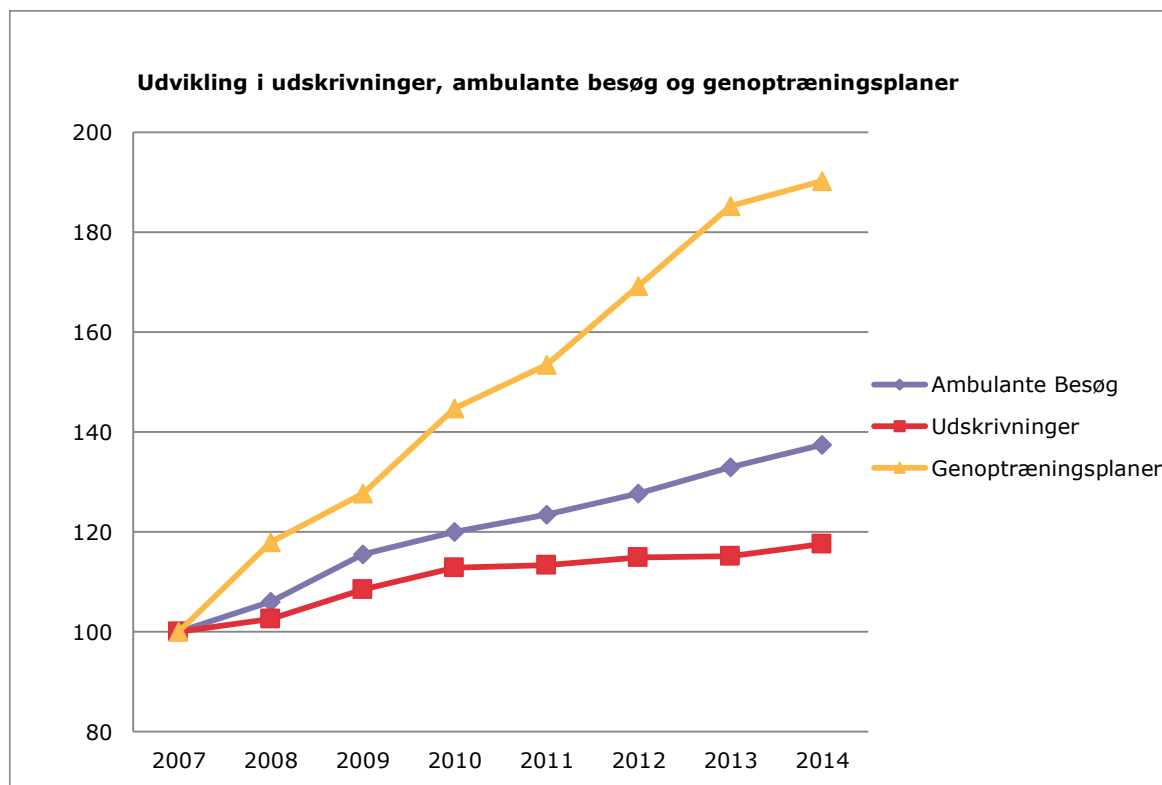
3.1. Udvikling i antal genoptræningsplaner 2007-2014 på nationalt niveau

Analysen vil indledningsvist undersøge udviklingen i antallet af genoptræningsplaner på nationalt niveau. Det understreges, at analysen har en beskrivende karakter og derfor ikke kan påvise en eventuel causal sammenhæng i forhold til at påvise, at en stigning i antallet af genoptræningsplaner skyldes adskillelsen af visitations- og finansieringsansvar, øget fokus på genoptræningsområdet eller øvrige forhold, der kan påvirke antallet af genoptræningsplaner.

Som nævnt tidligere er det sygehusene, der står for visitationen af borgere til genoptræning. I forbindelse med udskrivning fra sygehuse eller ambulant behandling kan sygehusene således visitere en genoptræningsplan til borgerne. Antallet af genoptræningsplaner er dermed en indirekte funktion af aktiviteten på sygehusene. I en situation med en konstant andel af borgere, der får tildelt en genoptræningsplan efter kontakt med sygehusvæsenet, vil forventningen være, at antallet af genoptræningsplaner varierer i takt med aktiviteten på sygehusene.

Figur 3.1 viser dog, at antallet af genoptræningsplaner er steget væsentligt mere end den generelle stigning i aktiviteten for udskrivinger og ambulant behandling.

Figur 3.1 Indeks for udviklingen i antallet af udskrivninger, ambulante besøg, og genoptræningsplaner. 2007=indeks 100



Kilde: Statens Serum instituts (SSI) opgørelse af antallet af genoptræningsplaner <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/GES/Sider/GES.aspx> samt opgørelse over ambulante besøg og udskrivninger fra sygehuse http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/LPR/Sider/LPR02_Tabel.aspx

Figuren viser, at antallet af genoptræningsplaner er steget væsentligt mere end den almindelige aktivitet på sygehusene. Hvor stigningen fra 2007 til 2014 for udskrivninger og ambulante besøg er på henholdsvis 17 og 37 %, er den samlede stigning i antallet af genoptræningsplaner fra 2007-2014 på 90 %.

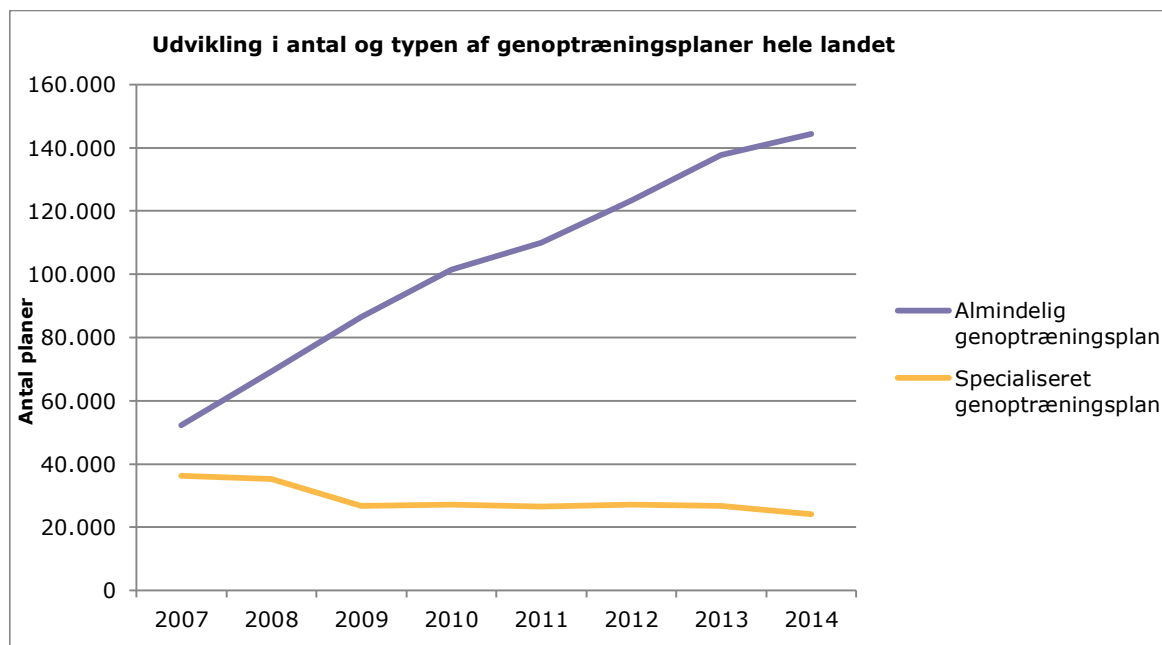
Stigningen i antallet af genoptræningsplaner skal dog ses i lyset af, at behovet for genoptræning før strukturreformen var relativt underprioriteret, og der i forbindelse med bl.a. ny lovgivning blev sat øget fokus på området. Det er således mindre overraskende, at antallet af genoptræningsplaner stiger betydeligt efter strukturreformen i 2007.

Mere overraskende er det dog, at stigningen i antallet af genoptræningsplaner fortsætter med samme styrke i årene fra 2011-2014 – også fordi den samlede aktivitetsvækst i sygehusvæsenet aftager en smule fra 2011-2014 sammenlignet med perioden fra 2007-2010.

Stigningen i antallet af genoptræningsplaner fordeler sig meget forskelligt mellem de almindelige og specialiserede planer.

Figur 3.2 viser udviklingen inden for de forskellige typer af genoptræningsplaner.

Figur 3.2 Udvikling i antallet af genoptræningsplaner hele landet



Kilde: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/GES/Sider/GES01.aspx>

Som det kan aflæses i figur 3.2, har der været et betydeligt fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner fra 2007 til 2014, mens der har været en meget stor stigning i antallet af almindelige genoptræningsplaner. Således er stigningen i antallet af almindelige genoptræningsplaner på 175 % fra 2007-2014, mens der er et fald på 33 % for de specialiserede genoptræningsplaner i samme periode.

Samlet set kan man konstatere, at stigningen i antallet af genoptræningsplaner er betydelig større end den almindelige aktivitetsvækst i sygehusvæsenet, og at den samlede stigning dækker over en meget stor stigning i antallet af almindelig planer og et fald i antallet af specialiserede planer.

Spørgsmålet er, i hvilket omfang adskillelsen af finansierings- og visitationsansvaret har været skyld i en del af aktivitetsvæksten på området. Som det kan aflæses af de ovenstående figurer, så er det åbenlyst, at der for hele analyseperioden 2007-2014 har været en meget stor stigning i det samlede antal genoptræningsplaner, en stigning som ligger væsentligt ud over den generelle aktivitetsstigning i sundhedsvæsenet, og som fortsætter med stort set uformindsket styrke gennem hele analyseperioden.

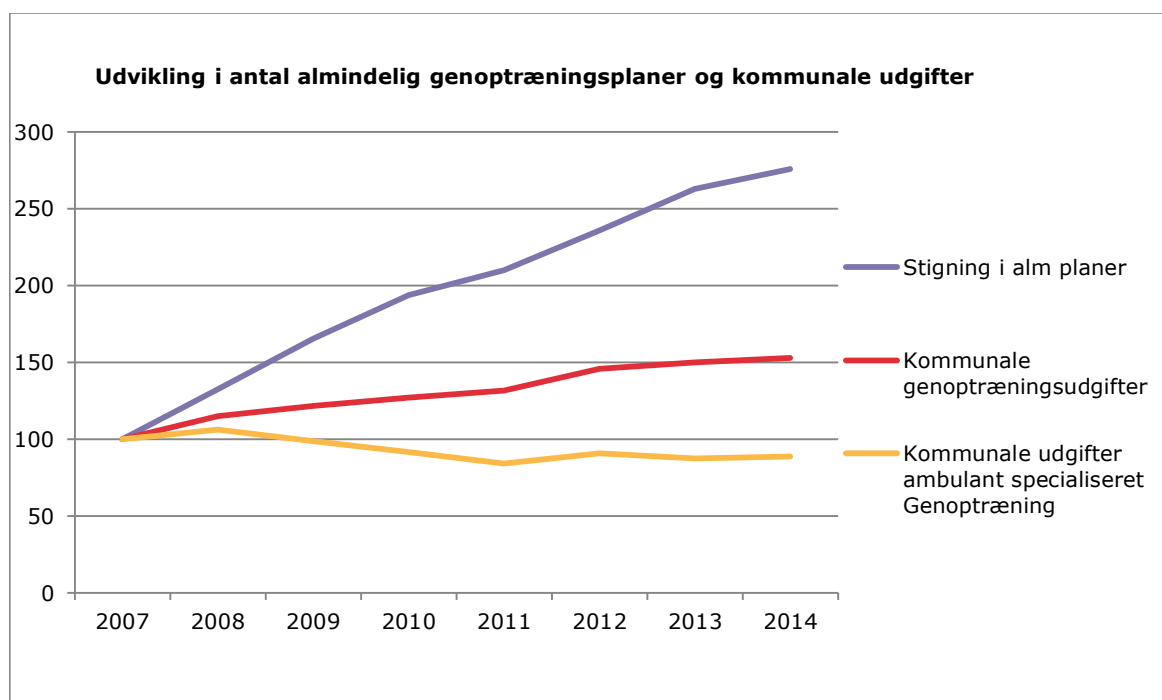
Den store stigning i antallet af genoptræningsplaner kunne pege i retning af, at delingen af visitationsansvar og finansieringsansvar kan have bidraget til en betydelig stigning i antallet af genoptræningsplaner. På den anden side skal det bemærkes, at den samlede stigning i antallet af genoptræningsplaner dækker over en stor stigning i de almindelige planer og et fald for de specialiserede planer, hvor regionerne er sikret indtægt via den kommunale finansiering. Så udviklingen i antallet af genoptræningsplaner har ikke blot været en stigning i antallet af planer men også en udvikling fra specialiserede genoptræningsplaner til almindelige genoptræningsplaner.

Yderligere må det forventes, at det øgede fokus på genoptræningsområdet efter strukturen har haft betydning for udviklingen i antallet af planer. Således er stigningen i første del af perioden mindre overraskende, mens det er mere overraskende, at stigningen i an-

tallet af genoptræningsplaner er stort set uforandret over hele perioden. Selvom finansierings- og visiteringsmodellen for genoptræningsområdet selvstændigt kan have påvirket stigningen i antallet af genoptræningsplaner, er det også andre forhold, der påvirker den betydelige stigning i antallet af genoptræningsplaner.

Stigning i antallet af almindelige genoptræningsplaner udgør en økonomisk udfordring for kommunerne – men størrelsen af denne udfordring er vanskelig at opgøre. Et simpelt udtræk fra de kommunale regnskabssystemer viser, at den kommunale udgift til genoptræning og vedligeholdelsestræning (konto 4.62.82.001) har været kraftigt stigende i analyseperioden se Figur 3.3 nedenfor:

Figur 3.3 Indeks for udviklingen af almindelige genoptræningsplaner og udgiften til kommunal genoptræning på landsplan. 2007=indeks 100



Kilde: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/GES/Sider/GES01.aspx>

Kommunale udgifter til bl.a. almindelig genoptræning er afgrænset via gruppering 4.62.82.001 i den kommunale kontoplan. De kommunale udgifter til specialiseret genoptræning er ikke indeholdt i disse udgifter (Udgiftstal for kommunal genoptræning er i 2014 priser).

Som det kan aflæses af figur 3.3, så er udgifterne til den kommunale genoptræning vokset med lidt over 50 % i analyseperioden, mens antallet af almindelige genoptræningsplaner er vokset med ca. 175 %. Selv om der synes at være en vis sammenhæng mellem stigningen i antallet af almindelige genoptræningsplaner og de kommunale udgifter til samme, skal der tages en række forbehold i forhold til opgørelsen af de kommunale udgifter til genoptræning.

For det første rummer opgørelsen af udgifter til kommunal genoptræning på gruppering i 4.62.82.001 i den kommunale kontoplan også andre områder end udgiften til almindelig genoptræning henvist efter sundhedslovens § 140. Opgørelsen indeholder ligeledes udgifter

til kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning henvist efter servicelovens § 86 stk. 1 og 2.

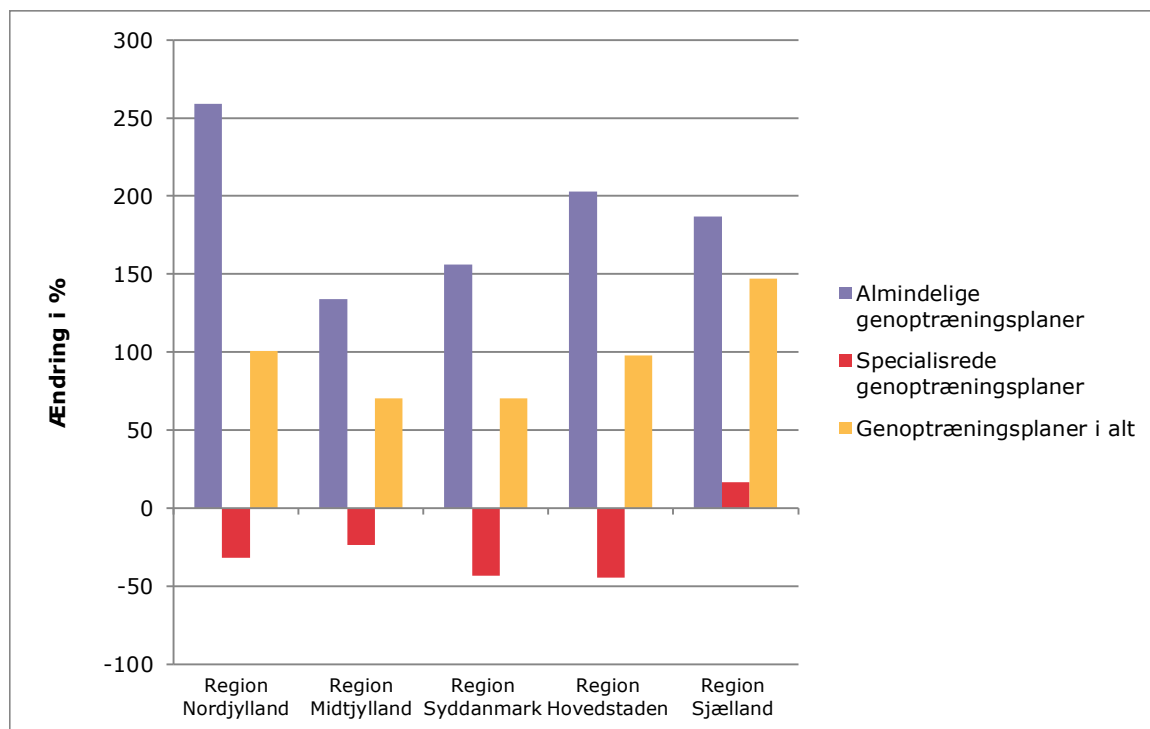
For det andet har KORA gennem en række undersøgelser vist (Organisering og produktivitet på det kommunale træningsområde KORA 2013, Benchmarking af ældreområdet i Hjørring kommune KORA 2015), at udgifter til genoptræning ikke altid konteres på gruppering 4.62.82.001. Udgifterne til genoptræning kan således være konteret under plejecentre, under køb og salg af pladser hvis opgaven ikke varetages af en ekstern leverandør, eller et helt tredje sted.

For det tredje skal man være opmærksom på, at der kan være betydelige serviceforskelle i den kommunale genoptræning. I notat fra 2013 viste KORA således, at kommunerne har betydelige forskelle i omfanget og organiseringen af genoptræningsydelserne. Når data i figur 3.3. alligevel giver en god indikation på sammenhængen mellem den kommunale udgift til genoptræning og stigningen i antallet af almindelige genoptræningsplaner, så skyldes det, at data i figur 3.3 er nationale aggregerede data, som – alt andet lige – er med til at udjævne individuelle forskelle mellem kommunerne. Endelig viser figur 3.3 også, at den kommunale medfinansiering til ambulant specialiseret genoptræning er faldet med ca. 12 % i analyseperioden, hvilket afspejler det generelle fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner.

3.2. Udviklingen i de fem regioner

Ovenfor er landsudviklingen i antal genoptræningsplaner blevet gennemgået. I dette afsnit ser vi nærmere på, hvorvidt udviklingen har været den samme i alle fem regioner – se Figur 3.4 nedenfor.

Figur 3.4 Udviklingen i % i antal genoptræningsplaner fra 2007-2014 i de fem regioner, fordelt på almindelig og specialiseret genoptræning og alle genoptræningsplaner



Kilde: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/GES/Sider/GES01.aspx>

Figur 3.4 viser, at udviklingen i alle fem regioner i store træk følger den nationale udvikling i form af et fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner og en meget krafttig stigning i antallet af almindelige genoptræningsplaner. Stigningen i antallet af almindelige genoptræningsplaner varierer dog en del fra region til region. Region Nordjylland har med en stigning på 259 % den største stigning i visiteringen af de almindelige genoptræningsplaner, mens Region Midtjylland har den mindste stigning i almindelige planer med en stigning på 133 %. I forhold til de specialiserede genoptræningsplaner skiller Region Sjælland sig ud ved som den eneste region at have haft en stigning i antallet af specialiserede genoptræningsplaner, mens alle øvrige regioner oplever et fald. Samlet set har Region Sjælland haft den største stigning i det samlede antal genoptræningsplaner, mens Region Midtjylland og Region Syddanmark har haft den mindste stigning i antallet af genoptræningsplaner.

Opsummerende kan man konkludere, at selvom udviklingen af genoptræningsplaner varierer mellem regionerne, både i forhold til antal og type, så er der betydelige lighedstræk i regionernes visitation af genoptræningsplaner, i den forstand at der ses en stor stigning i antallet af almindelige genoptræningsplaner og et betydeligt fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner, med Region Sjælland som eneste undtagelse.

3.3. Et øjeblikbillede i 2013: regionale forskelle i visitationen af genoptræningsplaner

I det følgende ser vi nærmere på de regionale forskelle i visitation af genoptræningsplaner i år 2013. 2013 er udvalgt til nærmere analyse, da KORA havde dette datasæt til rådighed

ved analysen begyndelse. Det vurderes ikke, at valget af 2013 i forhold til det nyere 2014 vil have betydning for analysen resultater og konklusioner.

Tabel 3.1 viser fordelingen af genoptræningsplaner på de fem regioner – opgjort for henholdsvis almindelige og specialiserede genoptræningsplaner.

Tabel 3.1 Antal genoptræningsplaner i 2013 fordelt på region

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
Almindelige planer	11.247	26.801	33.525	37.569	19.676
Specialiserede planer	1.927	7.339	6.849	5.768	2.976
I alt antal planer	13.174	34.140	40.374	43.337	22.652
Andel specialiserede planer	22 %	21 %	17 %	13 %	13 %
Planer i alt pr. 1.000 borgere	25,2	27,5	33,7	24,9	28,9

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Som det kan ses af tabel 3.1, er der betydelig forskel mellem regionerne i forhold til, hvor mange genoptræningsplaner der visiteres pr. borger, og hvor stor en andel af disse der er specialiserede. Særligt Region Syddanmark skiller sig ud med klart flest genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere. For mens de øvrige regioner har mellem 24,9 til 28,9 genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere, så ligger Region Syddanmark væsentligt over dette niveau med 33,7 genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere. Region Syddanmark udskriver således 20 % flere genoptræningsplaner end det uvægtede gennemsnit for de fem regioner, og 35 % flere genoptræningsplaner pr. borger end Region Hovedstaden, der udskriver færrest. Der bliver udskrevet færrest genoptræningsplaner pr. 1000 borgere i Region Hovedstaden og Region Nordjylland.

Det er yderligere interessant at bemærke, at der er betydelig forskel mellem regionerne i forhold til, hvor stor en andel der visiteres som specialiserede. Således er andelen af specialiserede genoptræningsplaner væsentlig højere i Region Nordjylland og Region Midtjylland, med en andel af specialiserede genoptræningsplaner på henholdsvis 22 og 21 %, end i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor specialiserede genoptræningsplaner kun udgør 13 % af det samlede antal genoptræningsplaner. Så selvom Region Sjælland i analyseperioden er den eneste region, der har en stigning i antallet af specialiserede genoptræningsplaner, så kan man på baggrund af tabel 3.1. konkludere, at Region Sjælland kommer fra et lavt niveau i forhold til andelen af specialiserede genoptræningsplaner.

Da visitationen af genoptræningsplaner, som tidligere nævnt, er en indirekte funktion af borgernes kontakt med sundhedsvæsenet, skal det i det følgende undersøges, om der er forskel på, i hvilket omfang regionerne og sygehusene visiterer det samme antal genoptræningsplaner pr. indlæggelse.

I undersøgelsen af, hvor mange genoptræningsplaner regionerne visiterer pr. indlæggelse, opdeles genoptræningsplanerne i fire kategorier:

1. Indlagte almindelige genoptræningsplaner
2. Indlagte specialiserede genoptræningsplaner
3. Ambulante almindelige genoptræningsplaner
4. Ambulante specialiserede genoptræningsplaner.

Denne del af analysen vil se på, hvor mange genoptræningsplaner der bliver udskrevet pr. kontakt på regionsplan, hvorefter antallet af genoptræningsplaner pr. kontakt vil blive gennemgået på sygehusniveau og efterfølgende inden for specifikke sygdomsgrupper. Indledningsvist vil analysen se på antallet af genoptræningsplaner pr. indlæggelse på regionsniveau, se Tabel 3.2 nedenfor. En opgørelse af genoptræningsplaner pr. kontakt skal dog tage højde for, at de fem regioner har forskellige mønstre i antallet af indlæggelser og ambulante besøg (KREVI 2012).

Tabel 3.2 Antal genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter, fordelt på region i 2013

Region/typer GOP	Stationære almindelig	Stationære specialiseret	Stationære i alt	Ambulante almindelig	Ambulante specialiseret	Ambulante i alt
Region Nordjylland	51,7	9,6	61,3	4,4	1,7	6,1
Region Midtjylland	43,4	7,5	50,9	5,0	1,6	6,6
Region Syddanmark	65,9	7,6	73,5	4,7	1,4	6,1
Region Hovedstaden	48,9	2,4	51,3	3,5	1,1	4,6
Region Sjælland	49,7	3,9	53,6	5,3	1,3	6,6

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Tabel 3.2 viser, at der er betydelig forskel på, hvor mange genoptræningsplaner pr. kontakt der bliver visiteret i de enkelte regioner – særligt for de indlagte patienter. Således bliver der udskrevet næsten 50 % flere almindelige genoptræningsplaner pr. indlæggelse i Region Syddanmark end i Region Hovedstaden. På det ambulante område er regionernes tal mere ensartede, dog med Region Hovedstaden som den region, der visiterer klart færrest genoptræningsplaner pr. ambulante kontakt. Det kan yderligere bemærkes, at selvom Region Nordjylland udskrifter forholdsvis mange genoptræningsplaner pr. kontakt, så er Region Nordjylland alligevel blandt de to regioner, der samlet set udskrifter færrest genoptrænings pr. borger (jævnfør tabel 3.1), hvilket skyldes, at borgerne i Region Nordjylland samlet set har færre kontakter med hospitalsvæsenet end borgerne i de øvrige regioner.

Analysen vil nu se på, i hvilket omfang der på hospitalsniveau er variation i antallet af genoptræningsplaner pr. sundhedskontakt. Tabel 3.3 giver et overblik over variationen mellem landets offentlige sygehuse, hvad angår antallet af genoptræningsplaner pr. sundhedskontakt. I oversigten skeles ikke til, hvilken region sygehusene ligger i.

Tabel 3.3 Variationen i sygehusenes antal genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter (på tværs af regioner) i 2013

Genoptræningstype	Minimum	Maximum	Median	1. kvartil	3. kvartil	Kvartil spredning ⁴
Stationær almindelig	7,6	206,3	47,1	39,6	83,6	0,36
Stationær speciel	0,2	16,4	2,8	0,8	7,9	0,82
Stationær i alt	8,1	211,2	52,6	42,6	87,7	0,35
Ambulant almindelig	0,9	16,3	4,4	3,3	5,2	0,22
Ambulant specialiseret	0,1	5,7	1,3	1,0	2,0	0,33
Ambulant i alt	1,0	22,0	6,1	4,7	7,2	0,21

Kilde: eSundhed data trukket den 18. august 2014

⁴ Den kvartile spredning (eller interkvartile spredning) er et mål for, hvor stor spredning der er internt i analysegrupper og mellem analysegrupper med forskellige dataværdier. Den kvartile spredning er beregnet som $(K3-K1) / (K3+K1)$

Som det kan aflæses i Tabel 3.3, er der meget stor forskel på, hvor mange genoptræningsplaner hospitalerne udskriver pr. kontakt. Således er grænseværdien for 3. kvartil for indlagte patienter mere end dobbelt så stor som grænseværdien for 1. kvartil. På det ambulante område ses der også betydelig spredning mellem sygehusene, men her er forskellen mellem kvartilerne dog lidt mindre. Den kvartile spredning – som er et standardiseret mål for den interne spredning i de enkelte kategorier, og som værdimæssigt varierer mellem 0 og 1 – viser, at der er størst spredning for antallet af genoptræningsplaner på det stationære område, og i særlig høj grad for de specialiserede genoptræningsplaner. Spredningen er mindre på det ambulante område, men også her er der størst spredning for de specialiserede planer. Generelt må man sige, at der er relativ stor spredning mellem hospitalerne på nationalt niveau.

Et spørgsmål i forlængelse heraf er, om den samme spredning mellem sygehusene kan genfindes internt i de fem regioner, eller om det regionale niveau i højere grad harmoniserer visitationen af genoptræningsplaner. Tabel 3.4 viser variationen i genoptræningsplaner mellem hospitalerne internt i hver af de fem regioner.

Tabel 3.4 Variationen i sygehusenes antal genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter (opgjort på sygehusnummer internt i hver af de fem regioner) i 2013

Region/typer GOP	Stationær 1. kvartil	Stationær 3. Kvartil	Stationær Kvartil spredning	Ambulant 1. kvartil	Ambulant 3. kvartil	Ambulant Kvartil spredning
Region Nordjylland	42,95	60,64	0,17	2,28	6,59	0,49
Region Midtjylland	42,70	56,85	0,14	4,89	6,57	0,15
Region Syddanmark	40,96	103,40	0,43	5,35	6,91	0,13
Region Hovedstaden	42,70	88,91	0,35	3,23	7,23	0,38
Region* Sjælland	-	-	-	-	-	-

Note: *Region Sjælland har alle deres sygehuse registreret under ét sygehusnummer, derfor giver det ikke mening at beregne kvartiler og standardafvigelser for Region Sjælland

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Tabel 3.4 viser, at der også internt i regionerne er store forskelle i forhold til, hvor mange genoptræningsplaner de forskellige hospitaler visiterer pr. kontakt. På det stationære område viser den kvartile spredning, at der er klart størst spredning mellem hospitalerne i Region Syddanmark, hvor den interne spredning også ligger over spredningen mellem hospitalerne på landsplan. Spredningen mellem hospitalerne i Region Hovedstaden er lige så stor som spredningen på landsplan, mens Region Midtjylland og Region Nordjylland på det stationære område har den klart mindste spredning i antallet af genoptræningsplaner. På det ambulante område er der ligeledes stor forskel på antallet af visiterede genoptræningsplaner internt i regionerne. Region hovedstaden og Region Nordjylland har den klart største spredning, som i begge tilfælde ligger over spredningen på landsplan, mens Region Syddanmark på det ambulante område har den mindste spredning for antal genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter. Også Region Midtjylland har en relativ lav spredning i antallet af genoptræningsplaner på det ambulante område.

Opsummerende kan det konstateres, at den interne spredning mellem regionernes hospitaler i nogle tilfælde er større end den spredning, der kan konstateres, hvis man sammenligner alle hospitaler på landsplan, og i andre tilfælde er den mindre. Samlet set ser det såle-

des ikke ud til, at regionale tilhørsforhold spiller nogen afgørende rolle for, hvor mange genoptræningsplaner sygehusene udskriver pr. 1.000 sundhedskontakter.

Det kan naturligvis indvendes, at hospitalerne, også internt i regionerne, afviger væsentligt fra hinanden i forhold til, hvilke patienter de behandler, og hvor specialiserede patienter de behandler. Det er således logisk, at et hospital, der har en høj andel af ortopædkirurgiske patienter (hvor der gennemsnitligt visiteres mange genoptræningsplaner pr. kontakt), alt andet lige vil visitere væsentligt flere genoptræningsplaner end et hospital, der fx har højt specialiserede funktioner inden for fx øjenssygdomme eller urinvejssygdomme. Derfor skal det i det følgende undersøges, om der inden for gruppen af muskel-skelet-lidelser (MDC 08⁵) kan genfindes samme forskelle mellem sygehusene i omfanget af visiterede genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter. Gruppen af muskel-skelet-lidelser er udvalgt til nærmere analyse, fordi det er det område, hvor der bliver visiteret flest genoptræningsplaner – både numerisk og procentuelt.

Tabel 3.5 viser tal for variationen på tværs af regioner i antallet af genoptræningsplaner på sygehuse visiteret pr. 1.000 sundhedskontakter inden for MDC 08 (muskel-skelet-lidelser) i 2013.

Tabel 3.5 Variationen på tværs af regioner i antal genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter vedrørende MDC 08 (muskel-skelet-lidelser), 2013

Genoptræningstype	Minimum	Maximum	Median	1. kvartil	3. Kvartil	Kvartil spredning
Stationær almindelig	24,4	877,0	243,6	175,7	293,3	0,25
Stationær speciel	0,0	59,1	8,9	3,3	24,2	0,76
Stationær i alt	24,4	50,2	257,2	189,3	322,8	0,26

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Kun patienter, der er DRG-grupperet inden for MDC 08, er medtaget i beregningen

Som det kan aflæses af Tabel 3.5, så er der stadig betydelige forskelle på, hvor mange genoptræningsplaner sygehusene visiterer pr. 1.000 sundhedskontakter for patienter, der bliver behandlet inden for MDC 8-gruppen. Den samlede kvartile spredning på 0,26 er ganske vist mindre end den overordnede nationale spredning på 0,35 for stationære patienter, men da patientgruppen her er snævret betydeligt ind og gjort mere homogen, kunne man måske forvente, at spredningen ville være mindre. Det skal dog tilføjes, at MDC 8 stadig er en overordnet patientgruppe med en vis heterogenitet, og for at lave en endnu hårdere test af spredningen mellem hospitaler er en enkelt DRG-gruppe derfor udvalgt til analyse, nemlig DRG 0821 (alloplastik, primær eller mindre revision, underekstremitet, store led) se Tabel 3.6 nedenfor. Denne DRG-gruppe er den enkelte gruppe (ud af ca. 640), hvor der bliver visiteret flest genoptræningsplaner. Samtidig er gruppen relativt homogen, da den bl.a. dækker over de patienter, der får indsat ny hofte, bækken og knæ eller får foretaget en revision af samme.

⁵ MDC (major diagnostic groups) er en overgruppering af DRG-grupperne. I det danske DRG-system er der 27 forskellige MDC-grupper.

Tabel 3.6 Variationen på tværs af sygehuse i antal genoptræningsplaner pr. 1.000 sundhedskontakter vedrørende DRG-gruppe 0821

Genoptrænings type	Minimum	Maximum	Median	1. Kvartil	3. Kvartil	Kvartil spredning
Stationær almindelig	187,3	926,1	506,8	334,1	876,4	0,62
Stationær speciel	0,0	36,5	2,2	1,0	9,9	0,91
Stationær i alt	197,9	941,6	512,9	344,0	880,4	0,61

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Tabel 3.6 viser særdeles overraskende, at forskellen i, hvor mange genoptræningsplaner der visiteres pr. 1.000 sundhedskontakter *stiger* i forbindelse med, at der analyseres på en mere homogen patientgruppe. Således er spredningen, målt som den kvartile spredning i antal visiterede almindelige genoptræningsplaner for DRG 0821, væsentligt større end for hele den overordnede MDC-gruppe. For de almindelige genoptræningsplaner kan det bemærkes, at det sygehus, som visiterer flest genoptræningsplaner, visiterer næsten fem gange så mange genoptræningsplaner som det sygehus, der visiterer færrest. Der er endnu større spredning inden for visitationen af de specialiserede genoptræningsplaner. Dette resultat er påvirket af, at en del hospitaler slet ikke visiterer nogen specialiserede genoptræningsplaner. Tal for de enkelte sygehuse kan ses i bilagstabel 1.1.

I lyset af disse ganske overraskende resultater ser analysen også på variansen i visiteringen af genoptræningsplaner inden for to helt specifikke operationer inden for DRG-gruppen 0821. Nemlig de to operationskoder KNGB40 (primær indsættelse af cementeret totalprotese i knæled) og KNFB 20 (primær indsættelse af ucementeret totalprotese i hofteled). Disse to operationer er udvalgt, da det er disse to operationer inden for DRG gruppen 0821, hvor der visiteres flest genoptræningsplaner.

Tabel 3.7 Variationen på tværs af sygehuse i antal almindelige genoptræningsplaner pr. 100 sundhedskontakter inden for operationerne knæprotese og hofteprotese

Almindelige genoptræningsplaner	Minimum	Maximum	Median	1. kvartil	3. Kvartil	Kvartil spredning
Knæprotese(KNGB40)	21,0	97,2	49,9	28,9	94,5	0,53
Hofteprotese (KNFB20)	11,8	96,1	34,0	27,6	91,5	0,54

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014.

Note: Data er kvalificeret således, at sygehuse skal have mindst 100 behandlinger inden for de pågældende operationer for at blive inddraget i beregningen.

Som det kan aflæses af tabel 3.7, så er variationen i antallet af visiterede genoptræningsplaner inden for indsættelse af både knæ- og hofteproteser en lille smule mindre med end interkvartil spredning på henholdsvis 0,53 og 0,54 mod en spredning på 0,62 for de almindelige genoptræningsplaner i den overordnede DRG-gruppe (jævnfør tabel 3.6). Der er dog stadig tale om en betydelig spredning, som også er væsentligt højere end spredningen for den samlede MDC- gruppe. Det er også værd at bemærke, at der stadig er meget stor forskel på det hospital, der visiterer flest genoptræningsplaner og det hospital, der visiterer færrest. For indsættelse af knæprotese er der mere end 4,5 gange større sandsynlighed for at få visiteret en genoptræningsplan på det sygehus, der visiterer flest genoptræningsplaner i forhold til det sygehus, der visiterer færrest. For indsættelse af hofteprotese er der otte gange større sandsynlighed for at få en genoptræningsplan på det sygehus, der udskriver flest genoptræningsplaner i forhold til det sygehus der udskriver færrest. Tal for de enkelte sygehuse kan ses i bilagstabel 1.2 og 1.3.

I lyset af overraskende resultater inden for ortopædkirurgien har analysen også set på, hvordan variationen udvikler sig inden for neurologien (MDC01) og kardiologien (MDC05), når man indsnævrer analysen til DRG-gruppe-niveau.

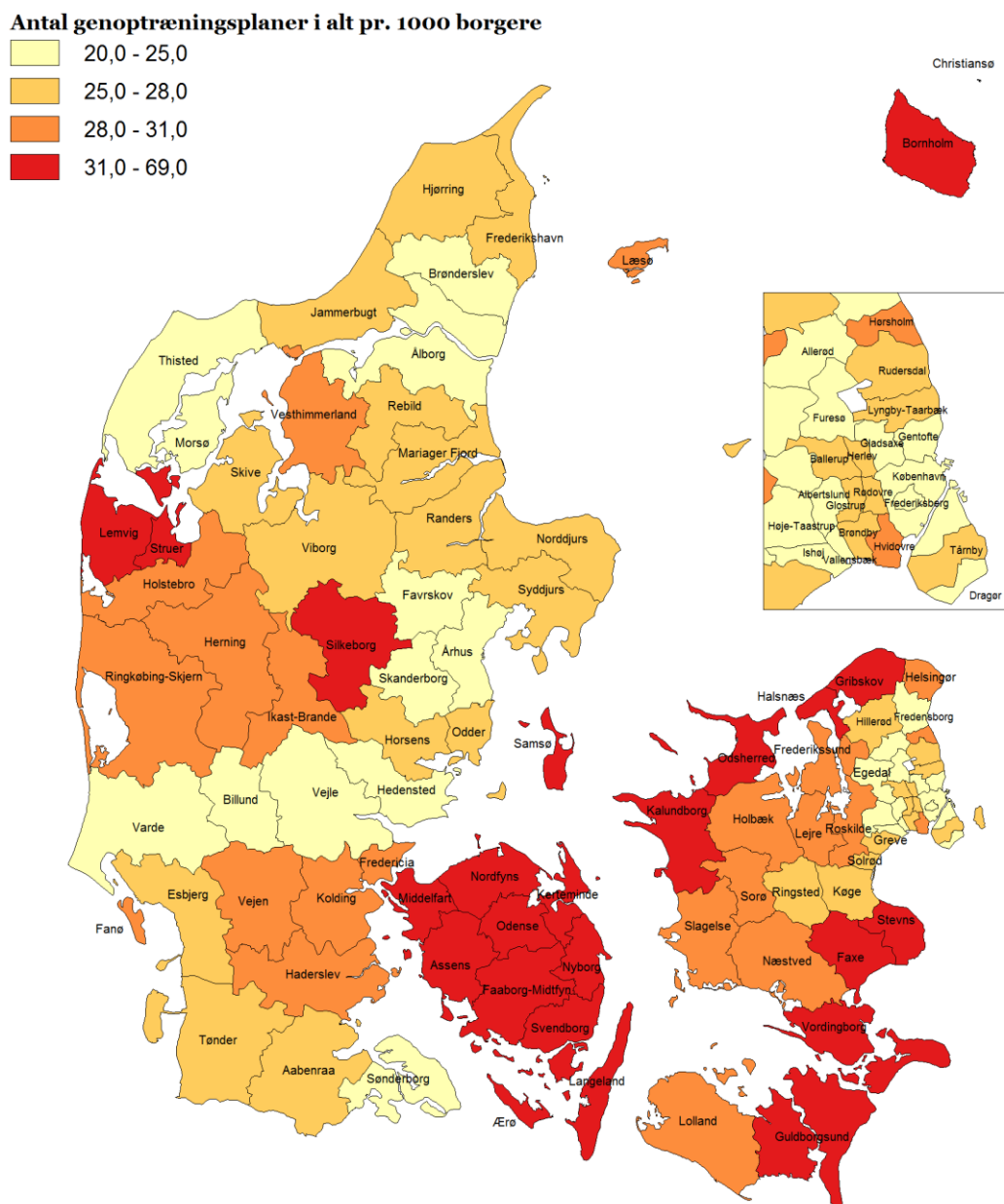
På det neurologiske område er det inden for DRG-gruppen DRG 0115 (specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjernen), der visiteres flest genoptræningsplaner til. I lighed med resultaterne fra ortopædkirurgien *stiger* variansen i antallet af visiterede genoptræningsplaner, når analysen indsnævres til DRG-gruppeniveau. Således stiger den interkvartile afstand for alle genoptræningsplaner fra 0,28 for hele MDC 01 til 0,47 for DRG 0115. Inden for kardiologien er den interkvartile spredning i hele MDC-gruppen på 0,44, og den spredning stiger til 0,53, når man alene ser på DRG-gruppen 0541 (stabil iskæmisk hjertesygdom proceduregruppe B/og eller C).

Opsummerende kan det konkluderes, at der er betydelig forskel på, hvor mange genoptræningsplaner sygehusene udskriver pr. kontakt. Det ser ikke ud til, at det regionale niveau har væsentlig betydning for denne spredning. Analysen viser også, at spredningen i antallet af genoptræningsplaner falder en smule, når den analyseres på MDC-niveau, men meget overraskende stiger væsentligt, når den analyseres på det lavere DRG-niveau med en mere homogen patientgruppe. Analysen forholder sig generelt ikke til, hvad det "rigtige" niveau for genoptræning er. Men forskellene mellem sygehusene – samlet og på de specifikke operationer – er så store, at der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er en tilstrækkelig styring og koordination på genoptræningsområdet. Der er nogle overordnede retningslinjer for visitationen af genoptræningsplaner, men tallene viser, at der fortsat er behov for at udarbejde og implementere sådanne retningslinjer – også i forhold til en vurdering af omkostningseffektiviteten af at visitere borgere til genoptræning.

3.4. Genoptræningsplanernes fordeling på kommuner

Efter at have gennemgået antallet af genoptræningsplaner på regionalt niveau og sygehusniveau vil analysen nu koncentrere sig om antallet af genoptræningsplaner på kommunalt niveau. Dels fordi det er kommunerne, der, som tidligere nævnt, har finansieringsansvaret for genoptræningen, og dels fordi kommuner gennem deres samarbejde og dialog med regioner og sygehuse måske kan påvirke standarden for, hvilke patienter der skal have visiteret en genoptræningsplan efter kontakt med sygehusvæsenet. Denne påvirkning kan fx ske i regi af sundhedsaftaler, samarbejdsfora etc. Det skal derfor undersøges, om der er forskel mellem kommunerne i forhold til, hvor mange genoptræningsplaner de forskellige kommuner får visiteret pr. 1.000 borgere.

Figur 3.5 Samlet antal genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere i de 98 kommuner



Note: Kortet er opdelt i kvartiler, så der er lige mange kommuner i hver gruppe

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

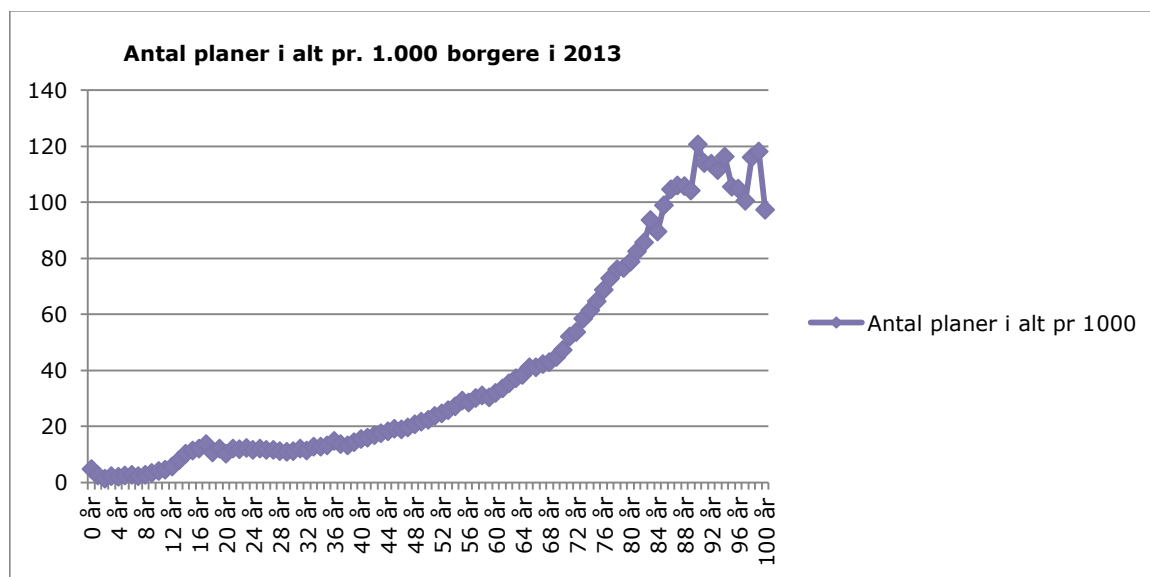
Det kommuneopdelte Danmarkskort viser, at der er meget stor forskel på, hvor mange genoptræningsplaner borgerne i de forskellige kommuner får visiteret. I gruppen af kommuner, der har flest genoptræningsplaner pr. borger, er der således mere end 50 % flere genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere end i gennemsnittet for gruppen af kommuner, der har færrest genoptræningsplaner. Og i den kommune, der har flest genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere, bliver der visiteret 2,5 gange flere genoptræningsplaner pr. borger end i den kommune, der har færrest genoptræningsplaner.

Ud over de store forskelle i antallet af genoptræningsplaner mellem kommunerne, så viser Danmarkskortet også en række klare lokale tendenser for, hvor mange genoptræningsplaner borgerne i de enkelte kommuner modtager. Kommunerne på Fyn samt det sydøstlige

og nordvestlige Sjælland har således mange genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere, mens kommunerne i hovedstadsområdet og Østjylland har relativt få genoptræningsplaner.

Undersøgelsen af, hvor mange genoptræningsplaner borgerne i de enkelte kommuner modtager, bør dog også tage højde for kommunernes aldersmæssige sammensætning, da sandsynligheden for at modtage en genoptræningsplan hænger snævert sammen med borgernes alder. Således stiger sandsynligheden for, at en borger modtager en genoptræningsplan, ganske væsentligt i takt med, at borgerne bliver ældre, jf. Figur 3.6 nedenfor.

Figur 3.6 Antal genoptræningsplaner i 2013 pr. 1.000 borgere på landsplan, fordelt på alder



Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Figur 3.6 viser, hvor mange genoptræningsplaner der blev visiteret til de forskellige aldersgrupper på landsplan i 2013. Figuren viser tydeligt, at sandsynligheden for at modtage en genoptræningsplan stiger betydeligt i takt med, at borgerne bliver ældre. Det skal derfor undersøges, om forskellene i antallet af genoptræningsplaner mellem kommunerne fortsat er til stede efter kontrol for de enkelte kommuners demografi. Korrektionen er beregnet ved at tage udgangspunkt i, hvor mange genoptræningsplaner borgerne i den enkelte kommune ville modtage, hvis de fik visiteret et gennemsnitligt antal planer for hver enkelt aldersgruppe (opgjort i etårsintervaller), og hvor meget dette afviger fra det antal genoptræningsplaner, som borgere rent faktisk får visiteret.

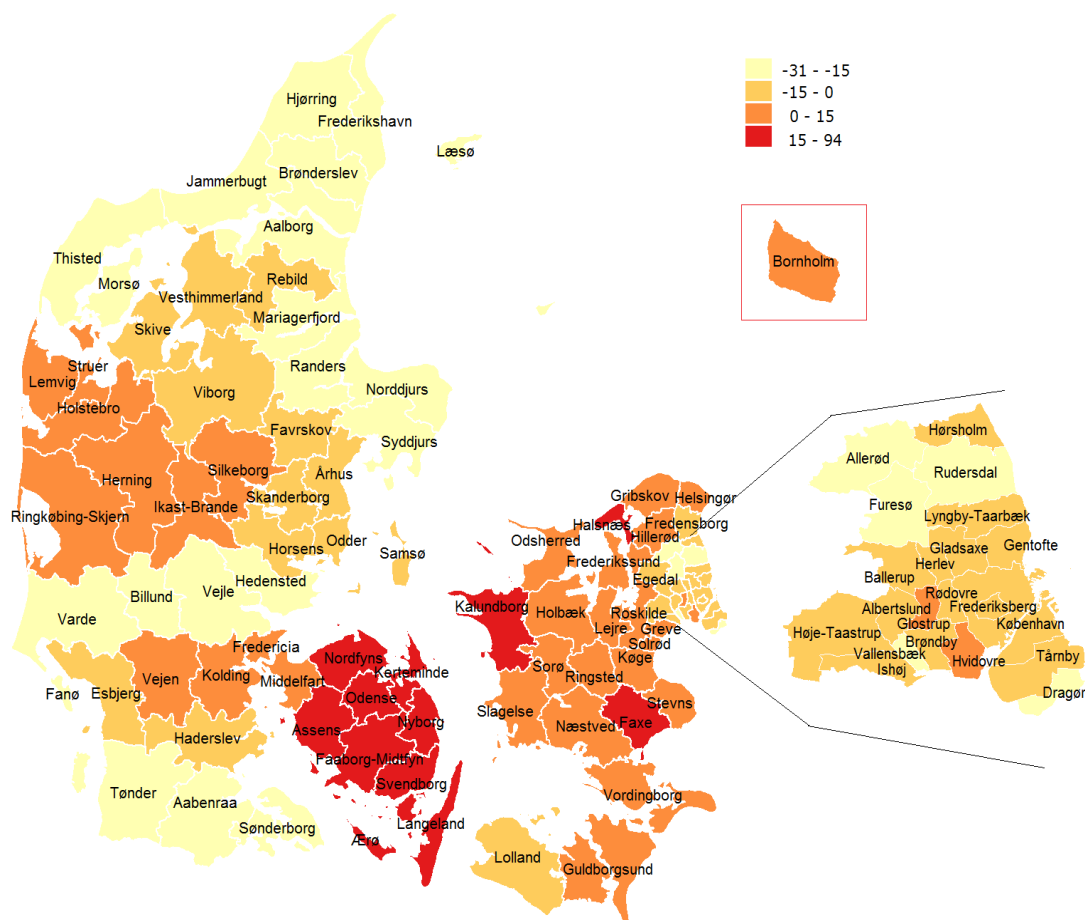
Man kan argumentere for, at man også burde korrigere for de forskellige kommuners socioøkonomiske sammensætning, da den socioøkonomiske sammensætning har en betydning for, hvor ofte borgerne er i kontakt med sygehusvæsenet. Når dette er undladt, skyldes det dels, at alder vurderes at være et væsentligt stærkere parameter i forhold til at determinere sandsynligheden for at få visiteret en genoptræningsplan, og dels at selve kontakten med sundhedsvæsenet historisk er forskellig mellem regionerne. Det er således påvist, at borgerne i Region Nordjylland har væsentligt færre sygehuskontakter end gennemsnittet, mens borgerne i Region Syddanmark, særligt på det ambulante område, har flere kontakter pr. borger i forhold til landsgennemsnittet. Det er dog tvivlsomt, hvorvidt kommunerne kan påvirke disse mønstre, og som figur 3.5 også viser, så er der stor intern forskel på kommunerne internt i Region Syddanmark.

I det følgende vil der blive præsenteret tre Danmarkskort, hvor der er korrigeret for kommunernes demografiske sammensætning. Kortene skal forstås sådan, at den enkelte kommunes værdi er afvigelsen mellem det antal genoptræningsplaner, man skulle forvente ud fra kommunes alderssammensætning, og det faktiske antal genoptræningsplaner, som kommunens borgere har fået visiteret efter kontakt med sygehusvæsenet. Kommunerne er inddelt på følgende måde i de efterfølgende danmarkskort:

- Det faktiske antal planer ligger mere end 15 % under det forventede antal
- Det faktiske antal planer ligger 0-15 % under det forventede antal
- Det faktiske antal planer ligger 0-15 % over det forventede antal
- Det faktiske antal planer ligger mere end 15 % over det forventede antal.

Figur 3.7 viser afvigelsen i 2013 mellem det faktiske og forventede antal almindelige genoptræningsplaner – efter kontrol for alder.

Figur 3.7 Procentvis afvigelse mellem faktisk og forventet antal almindelige genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere – efter kontrol for alder



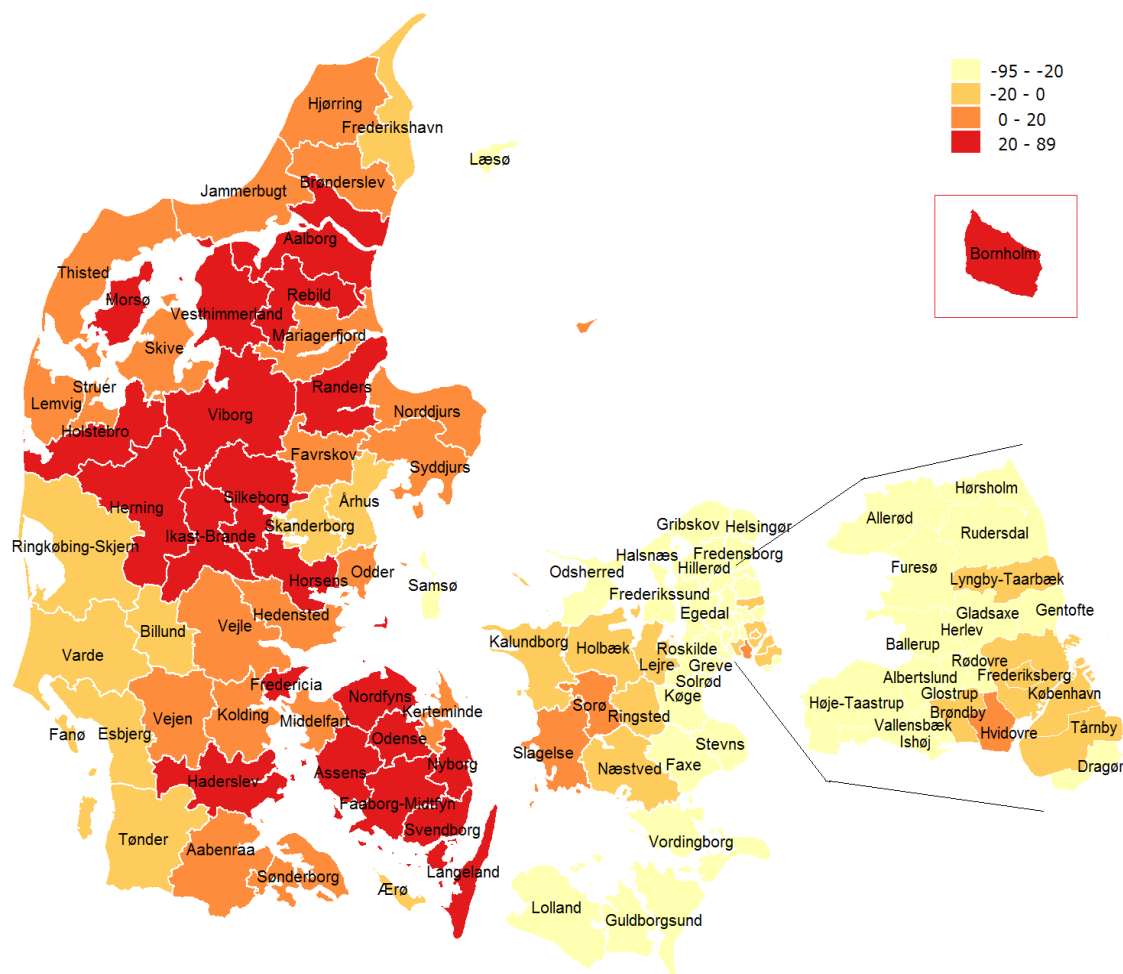
Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Når man kontrollerer for borgernes alder, kan der stadig spores en række lokale tendenser for antallet af almindelige genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere. De fynske kommuner (undtagen Middelfart) har således alle væsentligt flere almindelige genoptræningsplaner, end man skulle forvente på baggrund af deres alderssammensætning. Yderligere bemær-

kes det, at stort set alle de nordjyske kommuner har færre genoptræningsplaner, end man kunne forvente. Det kan også bemærkes, at kommunerne i Østjylland og hovedstadsområdet, når der kontrolleres for alder, ikke længere ligger blandt de kommuner, hvor borgere får visiteret færrest genoptræningsplaner.

Figur 3.8 viser afvigelsen i 2013 mellem det faktiske og forventede antal specialiserede genoptræningsplaner – efter kontrol for alder.

Figur 3.8 Procentvis afvigelse mellem faktisk og forventet antal specialiserede genoptræningsplaner pr. 1.000 borgere – efter kontrol for alder

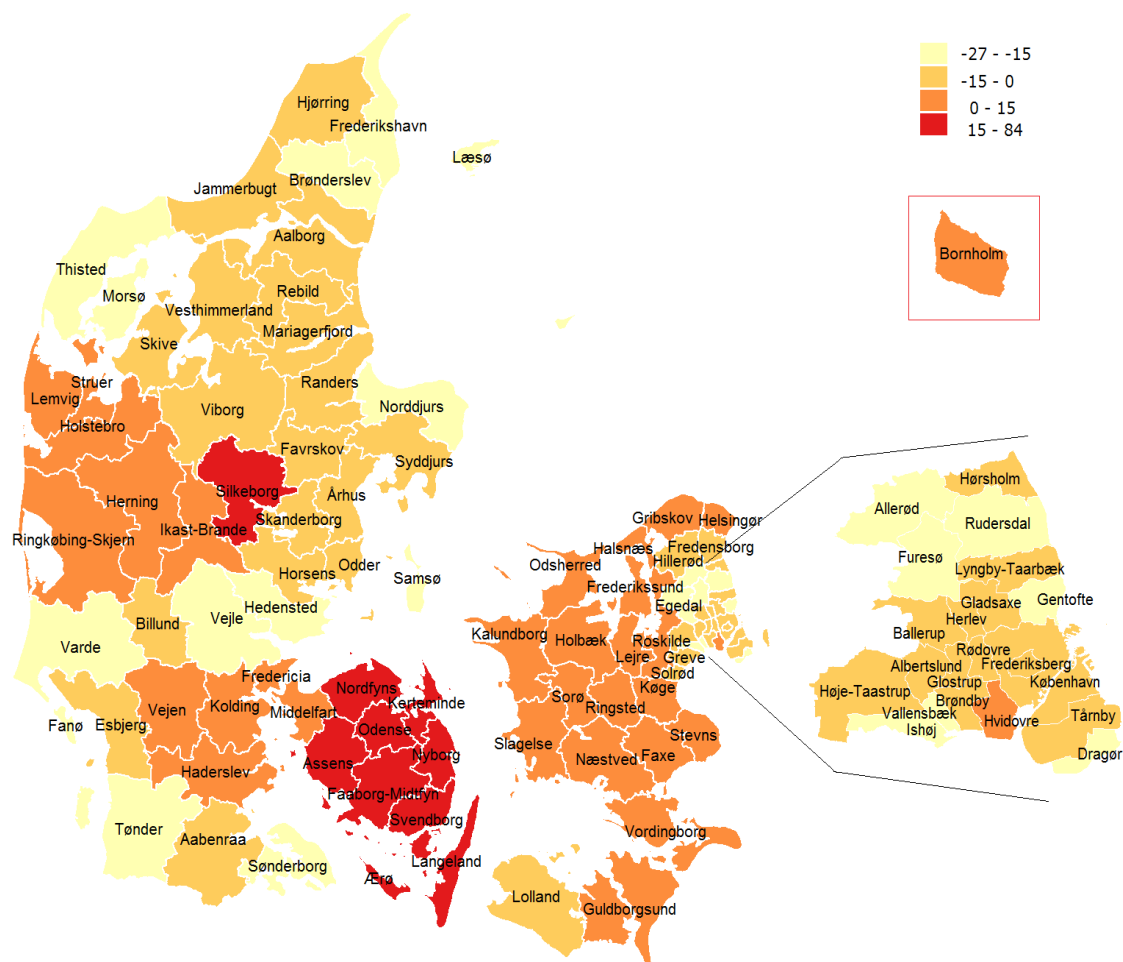


Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Ligesom Figur 3.7 for de almindelige genoptræningsplaner kan der spores væsentlige lokale forskelle for de specialiserede genoptræningsplaner. Samtidig er der en række væsentlige forskelle i disse mønstre sammenlignet med Danmarks kortet for de almindelige genoptræningsplaner. De nordjyske kommuner, som lå lavt på de almindelige genoptræningsplaner, ligger nu blandt de kommuner, hvor der, kontrolleret for alder, er flest specialiserede genoptræningsplaner pr. borger. Samme tendens gør sig også gældende for en stor del af kommunerne i Region Midtjylland. Yderligere kan det konstateres, at næsten samtlige kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger under eller meget under det forventede antal specialiserede genoptræningsplaner. Det samme gjaldt for de almindelige genoptræningsplaner men i mindre vid udstrækning. Også for de specialiserede genoptræningsplaner ligger kommunerne på Fyn væsentlig over det forventede antal planer.

Figur 3.9 viser afvigelsen i 2013 mellem det faktiske og forventede antal genoptræningsplaner – efter kontrol for alder – når der ses på summen af almindelige og specialiserede planer.

Figur 3.9 Afvigelse mellem det faktisk og forventede antal genoptræningsplaner i 2013, kontrolleret for alder



Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Som ved de øvrige figurer ses der også her tydeligt lokale tendenser i den måde, kommunerne placerer sig inden for de fire kategorier. Igen skiller de fynske kommuner sig ud ved at ligge væsentligt over det forventede niveau, men også Silkeborg Kommune ligger (kontrolleret for alder) væsentlig over gennemsnittet. Næsten alle kommuner i Region Sjælland ligger lige over gennemsnittet, mens stort set alle kommuner i hovedstadsområdet ligger lidt eller meget under gennemsnittet. Det samme gør sig gældende for kommunerne i Region Nordjylland. Der tegner sig et mere broget billede for kommunerne i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Alt i alt tegner der sig et klart billede af stærke lokale tendenser i antallet af genoptræningsplaner i de enkelte kommuner. Forskellene – og lighederne – mellem kommunerne kan meget vel tænkes at afspejle geografisk nærhed til sygehuse med forskellig praksis for udskrivning af genoptræningsplaner, jf. de betydelige praksisforskelle på sygehusniveau, som blev afdækket i afsnit 3.3.

Litteratur

Dørken, R.; S. Feilberg, T. Buse, M. F. L. Jakobsen, T. Pallesen, X. B. Hansen, S. R. Kristensen & M. Bech (2012). *Takster i faste rammer. En analyse af takst- og økonomistyringen på sygehusområdet*. Aarhus: KREVI.

Hartwell Christensen, S. (2013). *Organisering og produktivitet på det kommunale træningsområde. Kortlægning og nøgletal*. København: KORA.

Hartwell Christensen, S. & S. Feilberg (2015). *Benchmarking af ældreområdet i Hjørring Kommune*. København: KORA.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004). *Aftale om strukturreformen*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Klarlund Pedersen, B. & B. Saltin (2003). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

Bilag 1 Genoptræningsplaner på sygehuse

Bilagstabel 1.1 Antal genoptræningsplaner i forhold til indlæggelser for DRG-grupper 0821 (alloplastik, primær eller mindre revision, underekstremitet, store led) i 2013

Sygehus	Antal planer	Antal behandlede	% af patienter der får en genoptræningsplan
Rigshospitalet	67	113	59
Bispebjerg Hospital	522	598	88
Hvidovre Hospital	1.142	1.302	88
Frederiksberg Hospital	924	1.008	93
Gentofte Hospital	1.379	1.489	94
Herlev Hospital	466	533	88
Nordsjællands Hospital	652	725	90
Regions Sjællands Sygehusvæsen	2.255	2.493	91
Bornholms hospital	113	137	86
Odense Universitetshospital	1.132	1.271	89
Sygehus Sønderjylland	382	852	45
Sydvestjysk Sygehus	177	692	26
Vejle Give sygehus	307	988	31
Regionshospitalet Horsens	139	410	35
Kolding sygehus	134	403	34
Regionshospitalet Vest	272	992	28
Århus Universitetshospital	211	905	20
Regionshospitalet Midt	414	1.341	32
Regionshospitalet Randers	179	503	36
Sygehus Thy - Mors	99	179	56
Aalborg sygehus	621	1.392	45

Note: Sygehus med under 100 behandlinger er ikke indeholdt i denne tabel. Sygehus Sjælland dækker alle regions sygehuse – for nærmere forklaring se metodeafsnit

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Bilagstabel 1.2 Visitation af almindelig genoptræningsplan efter indsættelse af knæprotese (operationskode KNGB40) i 2013

Sygehus	Antal planer	Antal behandlede	% af patienter der får en genoptræningsplan
Bispebjerg Hospital	107	113	95
Hvidovre Hospital	359	371	97
Frederiksberg Hospital	447	466	96
Gentofte Hospital	198	212	93
Herlev Hospital	121	128	95
Region Sjællands sygehusvæsen	475	540	88
Odense Universitetshospital	344	354	97
Sygehus Sønderjylland	139	275	51
Sydvestjysk Sygehus	75	308	24
Vejle Give	128	333	38
Regionshospitalet Horsens	49	169	29
Kolding Sygehus	42	175	24
Hospitalsenheden Vest	56	267	21
Aarhus Universitetshospital	33	136	24
Hospitalsenhed Midt	205	411	50
Regionshospitalet Randers	57	182	31
Aalborg	203	493	41

Note: Sygehus med under 100 behandlinger er ikke indeholdt i denne tabel. Sygehus Sjælland dækker alle regionens sygehuse – for nærmere forklaring se metodeafsnit.

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014

Bilagstabel 1.3 Visitation af almindelig genoptræningsplan efter indsættelse af hofteprotese (operationskode KNGF20) i 2013

Sygehus	Antal planer	Antal behandlede	% af patienter der får en genoptræningsplan
Bispebjerg Hospital	129	140	92
Hvidovre Hospital	449	467	96
Frederiksberg Hospital	264	294	90
Gentofte Hospital	650	690	94
Herlev Hospital	139	154	90
Nordsjællands Hospital	119	130	91
Region Sjællands sygehusvæsen	725	765	95
Odense Universitetshospital	361	396	91
Sygehus Sønderjylland	108	319	34
Sydvestjysk Sygehus	30	207	14
Vejle Give	80	276	29
Kolding Sygehus	12	102	11
Hospitalsenhed Vest	76	402	18
Aarhus Universitetshospital	45	163	27
Hospitalsenhed Midt	79	598	13
Sygehus Thy - Mors	34	100	34
Aalborg Universitetshospital	131	443	30

Note: Sygehus med under 100 behandlinger er ikke indeholdt i denne tabel. Sygehus Sjælland dækker alle regions sygehus – for nærmere forklaring se metodeafsnit.

Kilde: eSundhed: Stationære og ambulante data for 2013 trukket 18. august 2014



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00