

## **Forbrugsvariationsprojektet – afsluttende afrapportering**

### **Hvad har vi lært af Forbrugsvariationsprojektet? Kort sammenfatning af formål og hovedresultater.**

I Forbrugsvariationsprojektet har vi blandt andet undersøgt hvorfor borgerne i Lemvig og Struer kommer mere på sygehus end borgerne i Aarhus og Herning. Projektet bidrager med ny viden om og forståelse af de geografiske forskelle i borgernes forbrug af sygehusydelser i Region Midtjylland.

I 2013 tog direktionen initiativ til at undersøge variationerne i regionen og bad CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet, om at stå for undersøgelsen.

En række forhold i befolkningen påvirker behovet for at trække på hospitalerne. Der kan være forskel på, hvor mange borgere der har brug for behandling fra lokalområde til lokalområde. For eksempel på grund af forskel i alderssammensætning eller antal rygere.

Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug kan også skyldes, at sundhedsvæsenet i område A fungerer anderledes end sundhedsvæsenet i område B. Det er den del af den geografiske variation, som ikke har noget med befolkningens behov at gøre. I udgangspunktet er det ønskeligt, at denne form for variation er så lille som muligt fordi vi i sundhedsvæsenet gerne vil stille alle borgere lige. Derfor kalder man nogen gange denne form for variation for "uønsket variation". I Forbrugsvariationsprojektet har vi koncentreret os om at undersøge, hvor meget af den geografiske variation der skyldes sundhedsvæsenets måde at fungere på.

Det er der kommet interessant ny viden ud af, som i første omgang kan give både politikere, fagfolk og administrativt personale en bedre forståelse af, hvordan regionens sundhedsvæsen fungerer. Håbet er, at resultaterne desuden giver anledning til eftertanke om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet bedst muligt, så vi kan give borgerne en endnu bedre kvalitet i behandlingen.



Dato 27.11.2015

Kontaktperson:

Marie Hauge Pedersen

Tel. +45 7841 4327

Mob. +45 2033 0933

marie.pedersen@stab.rm.dk

Side 1

Projektet viser blandt andet, hvor hurtigt der sker ændringer i sundhedsvæsenet. På tre år har vi set store ændringer i borgernes forbrug af sygehusydelser opgjort på kommuner og hospitalsområder. For eksempel døde færre på hospitalet i 2014 end i 2010. Praktiserende læger, hvis patienter havde et stort forbrug af sygehusydelser i 2010, havde i mange tilfælde et væsentligt lavere forbrug i 2013. Fordi ændringerne sker så hurtigt, er det vigtigt hele tiden at have et opdateret billede af, hvordan sundhedsvæsenet fungerer, og ind imellem også at introducere nye måder at anskue tingene på. Geografisk variation er netop et eksempel på en ny vinkel at se regionens sundhedsvæsen på.

I det følgende gives en kort opsummering af formål og hovedresultater fra de fem delprojekter, der tilsammen udgør Forbrugsvariationsprojektet. De fulde beskrivelser kan læses i rapporter udarbejdet af CFK. Der udgives en rapport for hvert delprojekt. Rapporterne vil blive udgivet på projektsitet: [www.forbrugsvariation.rm.dk](http://www.forbrugsvariation.rm.dk).

## **Delprojekt 1: Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland**

Resultater af Delprojekt 1:

- At der er forskelle i sygehusforbruget mellem kommunerne
- At forskellene ikke alene kan forklares med, at befolkningen i nogle kommuner har mere brug for at komme på sygehuset end i andre kommuner
- At forskellene er mindre, men stadig er der, når man i stedet ser på hospitalsområder – vel at mærke i 2010
- I 2013 er borgernes sygehusforbrug i gennemsnit stort set det samme i de seks hospitalsområder, efter at vi har taget højde for forskelle i helbred på tværs af regionen

### *Baggrund*

Der er markant forskel på, hvor meget borgerne bruger hospitalerne i forskellige kommuner. Det kan skyldes, at folk ikke har brug for lige meget behandling i eksempelvis Odder og Struer. Men det kan også skyldes, at sundhedsvæsenet fungerer lidt forskelligt afhængigt af, hvor man bor. Fra undersøgelser i andre lande ved vi, at det mere er reglen end undtagelsen, at der er geografiske forskelle i sundhedsvæsenets behandlingstilbud.

Hvordan har vi gjort det? Vi har en række oplysninger om borgernes helbred i de store spørgeskemaundersøgelser "Hvordan har du det?". Ved hjælp af dem kan vi tage højde for forskelle i helbred, livsstil med mere mellem folk, der bor i Aarhus, Skanderborg osv. Vi kan med andre ord gøre kommunerne så sammenlignelige som muligt. Derefter kan vi se på, om der stadig er forskelle i, hvor meget borgerne bruger hospitalerne.

Hvad fandt vi så ud af? I 2010 brugte en borger i Region Midtjylland i gennemsnit sygehusydelser for 12.300 kr. De "dyreste" borgere boede i Samsø Kommune. Her brugte borgerne 16.600 kr. i gennemsnit. De "billigste" borgere boede i Ringkøbing-Skjern Kommune. Her brugte borgerne 11.400 kr. i gennemsnit. Men beboerne på Samsø er også lidt ældre og har lidt dårligere helbred. Når vi tager højde for det, mindskes forskellen med 34 %, men forsvinder altså ikke helt. I nogle kommuner stiger forbruget, i andre falder det. Så den samlede konklusion i 2010 var, at borgernes træk på sygehusene til en vis grad afhænger af bopæl.

Så længe vi kigger på kommuner, var billedet det samme i 2013. Der var flere tusinde kroners forskel fra kommunen med de "dyreste" borgere til kommunen med de "billigste" borgere. Og heller ikke i 2013 forsvinder forskellene, selv om vi tager højde for helbredsforskelle. Men der

sker store ændringer i gennemsnitsforbruget i de enkelte kommuner.

Alt i alt må vi konkludere, at der er forskelle i sygehusforbrug alt efter, hvilken kommune man bor i, som vi ikke kan forklare ud fra lokale forskelle i helbred. Vi tror, at forskellene skyldes, at man lokalt gør tingene på en forskellig måde i sundhedsvæsenet. Det kan være på hospitalerne, hos de praktiserende læger eller i kommunerne. Eller måske i samarbejdet mellem de tre dele af sundhedsvæsenet.

Der er en væsentlig tilføjelse til disse resultater. Vi har gentaget undersøgelserne på nogle større områder end kommunerne. Først har vi knyttet borgerne til det hospital, som folk hyppigst benytter i lokalområdet, de bor i. På den måde har vi inddelt regionen i seks hospitalsområder. I 2010 gav det de samme resultater, som når man laver analyserne på kommuner, selv om forskellene i borgernes sygehusforbrug ikke var helt så store mellem hospitalsområder som mellem kommuner. I 2013 forsvinder forskellene i sygehusudgifter pr. borger stort set, når vi tager højde for de helbedsforskelle, der er mellem de seks områder. Vi kan ikke forklare, hvad der har ændret sig fra 2010 til 2013.

Resultaterne kan bruges i Region Midtjyllands strategiske arbejde med at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

## **Delprojekt 2: Variation i behandlingsintensitet i slutningen af livet (end-of-life care)**

Resultater af Delprojekt 2:

- I 2010-2014 døde knap 54.000 af Region Midtjyllands borgere over 16 år. Hver tredje var indlagt på et hospital, da han/hun døde
- Det er en tydelig tendens, at færre dør på et hospital: Andelen, der var indlagt, da de døde, er faldet fra 36 % i 2010 til 32 % i 2014
- Andelen, der var indlagt i løbet af perioden op til, at de døde, faldt også en smule
- Når patienterne blev indlagt, varede indlæggelsen i færre dage
- Der er en stigning i de ambulante sygehuskontakter
- Der er stor forskel i intensiteten på tværs af køn og alder
- I to kommuner har borgerne generelt en mere intensiv brug af sygehus i slutningen af livet end i regionen som helhed
- I en kommune har borgerne generelt en mindre intensiv brug af sygehus i slutningen af livet end i regionen som helhed

### *Baggrund*

Ifølge undersøgelser fra Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice i USA kan udviklingen i retning af mindre intensiv behandling i slutningen af livet være en fordel for regionens borgere. De amerikanske undersøgelser viser, at intensiv brug af sygehus i slutningen af livet ofte giver dårligere kvalitet for patienterne. Undersøgelserne viser samtidig, at intensiteten af behandlingen kan være meget forskellig – ikke mindst mellem de geografiske områder, man bor i, og de sygehuse, man behandles på.

I Delprojekt 2 har vi set på, hvordan intensiteten af sygehusbehandling har været i de sidste seks måneder af livet for de nu afdøde borgere i Region Midtjylland – i forhold til køn og alder, kommuner, hospitalsområder og år.

### Brug af sygehus i slutningen af livet

#### *Køn og alder*

Vores analyser viser, at andelen, der er indlagt på et hospital, når de dør, varierer meget alt efter køn og alder. Især kvinder, der dør inden pensionsalderen, afgår oftere ved døden på et hospital end øvrige personer, og generelt har kvinder, der dør i alderen 16-73 år, mere

sygehuskontakt i slutningen af livet end de andre grupper i undersøgelsen. Dem, der bruger sygehuset mindst i slutningen af livet, er de ældste borgere. Det gælder både for mænd og kvinder, der dør i en alder af 85 år eller ældre.

#### *Kommuner*

Vi har også undersøgt, om intensiteten i brugen af sygehus i slutningen af livet varierer alt efter, hvilken kommune man bor i. Ved de fleste af kommunerne er der få eller slet ingen statistisk signifikante afvigelser fra regionen som helhed, men især tre kommuner afviger mere fra regionsniveauet end andre. I de to af dem har borgerne generelt en lidt mere intensiv brug af sygehus, mens borgerne i den tredje kommune har en mindre intensiv brug af sygehus på stort set alle de parametre, vi har kigget på.

#### Brug af hospice i slutningen af livet

Endelig har vi undersøgt brugen af hospice i slutningen af livet. Brug af hospice falder med alderen. Men der er også forskel på, hvor meget man bruger hospice, i forhold til hvilken kommune eller hvilket hospitalsområde man bor i. Vi har ikke fundet nogen statistisk sammenhæng mellem brugen af sygehus og brugen af hospice.

#### Mulige årsager til variation

En af årsagerne til at der er forskelle i behandlingen i slutningen af livet kan være, at folks ønsker og behov for behandling er forskellig alt efter, hvor gammel man er, og hvad man fejler. Vi har derfor gentaget analyserne for kommuner, hospitalsområder og over år, hvor vi har taget højde for, at der i befolkningen kan være lokale forskelle i køn og alder. Dette ændrer dog ikke på resultaterne.

Forskellene kan også skyldes, at der er lokale forskelle i praktiserende lægers henvisnings- eller behandlingsmønstre. Tilsvarende kan der være lokale forskelle i sygehusenes behandlingsmønstre og i mulighederne for lokale behandlings- og plejetilbud. Måske skyldes nogle af forskellene, at der er lokale forskelle i samarbejdet mellem kommunale, private og regionale tilbud.

Resultaterne af analysen kan bruges i Region Midtjyllands eget arbejde og i samarbejdet med fx praktiserende læger og kommuner om at sikre en god pleje- og behandlingskvalitet for borgere i perioden før, de dør.

### **Delprojekt 3: Variation inden for udvalgte behandlingsområder**

Resultater af Delprojekt 3:

- Læger fra udvalgte behandlingsområder diskuterer sundhedsfaglig kvalitet på tværs af regionens hospitalsenheder og kommer med anbefalinger til forbedringer af den sundhedsfaglige kvalitet på hospitalerne

#### *Baggrund*

Delprojekt 3 er inspireret af det engelske NHS Atlas of Variation in Healthcare (jf. Delprojekt 4), og formålet er at beskrive den geografiske variation i udvalgte behandlingsområder. Akutområdet, hjerte-kredsløbs-området og det geriatriske område har deltaget i delprojekt 3 med en lægelig repræsentant fra hver hospitalsenhed.

Det særlige ved delprojekt 3 er dialog og læring imellem de deltagende læger, med fokus på at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet i pleje og behandling på regionens hospitalsenheder.

Delprojektet blev gennemført efter en forudbestemt struktur:

- Lægerne udvalgte de sundhedsfaglige emner, der skulle diskuteres.
- På et efterfølgende møde diskuterede lægerne disse emner ud fra opgørelser og tal.

- På baggrund af denne diskussion blev lægerne enige om en række fælles anbefalinger til at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet.

De deltagende læger vurderede efterfølgende, at fremgangsmåden var meget brugbar til at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet. Der findes ikke andre fora, hvor lægerne kan diskutere og arbejde fremadrettet på denne måde.

Lægerne fandt det meget konstruktivt, at de selv udvalgte emnerne og dernæst kom med forslag og anbefalinger til, hvordan den sundhedsfaglige kvalitet kan gøres bedre. Lægerne har derfor anbefalet at bruge fremgangsmåden fremover.

#### **Delprojekt 4: Læring fra det engelske sundhedsvæsens arbejde med NHS Atlas of Variation in Healthcare**

Resultater af Delprojekt 4:

- De engelske råd og erfaringer er opsamlet i et erfaringsdokument. Erfaringerne omhandler både processen med udarbejdelse af NHS' atlas-serie og den efterfølgende brug af dem
- Erfaringerne danner baggrunden og inspirationen til, hvordan Delprojekt 3 er planlagt og udført

##### *Baggrund*

Hvordan mindsker vi uønsket variation i brugen af sundhedsydelser? Og hvordan forbedrer vi kvaliteten af den behandling, patienterne modtager? Hvordan sikrer vi, at disse ting sker i en god dialog mellem administration og fagfolk såvel som mellem fagfolk fra forskellige geografiske områder?

I Delprojekt 4 har vi forsøgt at blive klogere på disse spørgsmål ved at lære af det engelske sundhedsvæsen: National Health Service (NHS). NHS har gennem en længere årrække arbejdet med geografisk variation i brugen af sundhedsydelser. I 2010 udgav de det første NHS Atlas of Variation in Healthcare. Atlasset, der beskriver den geografiske variation i, hvor hyppigt man bruger en række forskellige behandlinger, har skabt dialog mellem fagfolk. Dialogen handler om, hvilket behandlingsniveau, der giver den bedste kvalitet for patienterne, og resultatet har været, at der er sket ændringer i praksis. NHS har nu lavet en hel serie af udgivelser, hvoraf tre er kompendier med et bredt fokus på tværs af mange behandlingsområder. De seks andre er tematiserede og går mere i dybden med et enkelt behandlingsområde.

For at vi kunne lære af de engelske erfaringer, har vi afholdt et arbejdsseminar med repræsentanter fra Region Midtjylland og en repræsentant fra NHS, Phil DaSilva, som er en af grundlæggerne og projektlederne af NHS Atlas-serien.

#### **Delprojekt 5: Den geografiske variation i sygehusforbrug opgjort i forhold til almen praksis**

Resultater af Delprojekt 5:

- Der er stor forskel på, hvor meget patienterne fra lægepraksis til lægepraksis trækker på sygehusene. Men hvis man gør patientsammensætningen ens i alle lægepraksisser, mindskes denne forskel
- Resultaterne tyder ikke på at de geografiske forskelle som Delprojekt 1 viste, skyldes de praktiserende læger

### Baggrund

I det danske sundhedsvæsen kræver det i de fleste tilfælde en henvisning fra en læge at blive undersøgt eller behandlet på et hospital. Lægerne i almen praksis sender ca. hver 10. patient, der henvender sig, videre til fx fysioterapeut, speciallæge eller det lokale hospital. Heraf kommer lidt under hver 20. patient på hospitalet. Læger kan have forskellige vurderinger af, hvornår en patient skal på hospitalet. Men det kan også være, at lægerne i et lokalområde påvirker hinanden, så deres vurderinger bliver mere ensartede, men til gengæld adskiller sig fra kollegernes i et andet lokalområde. På den måde kan der opstå geografiske forskelle i henvisningspraksis. Det kan være – i hvert fald en del af – forklaringen på, at borgerne i kommune A har et højere sygehusforbrug end borgerne i kommune B. Formålet med Delprojekt 5 er at undersøge, om det forholder sig sådan.

### Brug af hospitaler pr. lægepraksis

Først har vi beregnet, hvor meget patienterne i hver lægepraksis brugte hospitalerne i 2010 og 2013. For hver af de mere end 400 lægepraksisser i Region Midtjylland har vi opgjort, hvad sygehusbehandlingen har kostet i gennemsnit pr. patient.

I 2010 var gennemsnitsforbruget 10.600 kr. for alle borgere i regionen. Der var en forskel på mere end 20.000 kr. i gennemsnitsforbrug pr. borger fra den lægepraksis, hvor patienterne havde det laveste sygehusforbrug, til den lægepraksis, hvor patienterne havde det største sygehusforbrug. De fleste lægepraksisser lå imidlertid meget tættere på regionsgennemsnittet. I 2013 var gennemsnitsforbruget steget til 11.800 kr. med et spænd fra 4.800 kr. til 23.800 kr.

### Geografisk forskel

Der er altså stor forskel på, hvor meget patienterne fra lægepraksis til lægepraksis trækker på sygehusene. I første omgang er der et geografisk mønster i det. Vores beregninger viser, at når det kommer til patienternes sygehusforbrug ligner lægepraksisser hinanden lidt mere inden for en kommune eller et hospitalsområde, end de ligner lægepraksisser i en anden kommune eller hospitalsområde. Der er med andre ord et geografisk mønster i forbruget, og dette mønster forklarer mellem en fjerdedel og en tredjedel af den samlede forskel i sygehusforbrug mellem de godt 400 lægepraksisser.

### Patientsammensætning minimerer forskel

Men i de første beregninger har vi ikke taget højde for, at der er sociale og demografiske forskelle. Det er forventeligt, at en praktiserende læge med mange ældre patienter med kroniske sygdomme ofte sender patienter videre til hospitalerne for at blive udredt og behandlet. Men hvad nu hvis patientsammensætningen var ens i alle lægepraksisser? Vil der så stadig være forskelle i forbruget af sygehusydelser fra lægepraksis A til lægepraksis B? Og ville der stadigvæk være geografiske forskelle i forbruget? De svar, vi har fundet frem til, er følgende:

Forskellene i sygehusforbrug forsvinder ikke helt, men bliver mindre, når vi – ved hjælp af statistiske beregninger – gør patientsammensætningen ens i alle lægepraksisser. Ser vi alene på de geografiske forskelle i forbrug, er de nu så små, så vi i praksis kan se bort fra dem.

Hvad kan vi bruge dette resultat til? Hvis man vil ændre på tingene, er det vigtigt at vide, hvor man skal sætte ind. I Delprojekt 1 viste vi, at der er betydelige geografiske forskelle i sygehusforbruget imellem kommuner og hospitalsområder – også efter, at vi har taget højde for forskelle i helbred, alderssammensætning osv. Resultaterne af Delprojekt 5 tyder ikke på, at de geografiske forskelle skyldes de praktiserende læger.