

En analyse af sygehusforbrug med særligt fokus på forskelle på kommunalt niveau

Yderligere oplysninger om analysen

Finn Breinholdt Larsen, programleder,
Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling,
Region Midtjylland, tlf. 2273 0252.

En analyse af sygehusforbrug med særligt fokus på forskelle på kommunalt niveau

Problemstilling

Der er en betydelig forskel i det gennemsnitlige forbrug af sygehusydelser pr. indbygger mellem de 19 kommuner i Region Midtjylland, jf. tabel 1.

Tabel 1. Forbrug af sygehusydelser opgjort som gennemsnitligt DRG-forbrug i 2010 for personer på 16+ år		
Kommune	Forbrug i kr.	Index (RM=100)
Region Midtjylland	12.228	100
Aarhus	11.517	94
Ringkøbing-Skjern	11.547	94
Herning	11.640	95
Ikast-Brande	11.837	97
Odder	11.973	98
Randers	12.034	98
Skanderborg	12.129	99
Favrskov	12.192	100
Holstebro	12.239	100
Lemvig	12.308	101
Struer	12.537	103
Skive	12.552	103
Syddjurs	12.652	103
Silkeborg	12.773	104
Hedensted	12.953	106
Viborg	12.966	106
Norrdjurs	13.212	108
Horsens	13.612	111
Samsø	16.300	133

Analysestrategi

Fokus i analysen er den kommunale variation i sygehusforbrug opgjort som DRG-forbrug¹ blandt borgere fra 16 år og opefter. Den geografiske enhed i analysen er derfor kommuner. Først præsenteres det rå DRG-forbrug pr. borger opdelt på kommuner. Herefter præsenteres en række justerede gennemsnit, hvor der tages højde for forskelle mellem kommunerne i forekomsten eller fordelingen af en række faktorer, der antages at påvirke forbruget af sygehusydelser.

Målet er at gøre kommunerne så sammenlignelige som muligt, så eventuelle forskelle i det gennemsnitlige forbrug mellem kommunerne ikke kan tilskrives kommunale forskelle i de befolkningskarakteristika, som er medtaget i modellen, men må være forårsaget af andre forhold. Det gøres ved at korrigere for forskelle i befolkningssammensætning. Korrektionerne foretages trinvist (model 1 til model 4).

I alt er der fem modeller indeholdende følgende variable:

Model 0. Gennemsnitsforbruget opdelt på kommuner.

Model 1. Først justeres der for forskelle i *socio-demografiske forhold* mellem kommunerne:

- Køn
- Alder
- Levekårsressourcer

Model 2. Dernæst justeres der for forskelle i *livsstil og hermed relaterede risikofaktorer* mellem kommunerne:

- Kostvaner
- Rygevaner
- Alkoholvaner
- Fysisk aktivitet
- Vægtstatus (Body Mass Index)
- Stressniveau (Perceived Stress Scale)

¹ DRG = Diagnose Relaterede Grupeer. I midten af 90'erne introduceredes et takstsystem baseret på diagnoserelaterede grupper. DRG-systemet omfatter ambulante og stationære ydelser til somatiske patienter. Til hver ydelse, som patienten modtager, er der knyttet en takst. Der er tale om en gennemsnitstakst, der ikke tager højde for kvaliteten i den enkelte ydelse eller forskelle i effektivitet fra sygehus til sygehus. DRG er blevet indført som generelt takststyringssystem for alle somatiske sygehuse i Danmark i 2004.

Model 3. Dernæst justeres der for forskelle i *helbred og sygelighed* mellem kommunerne:

- Selvvurderet fysisk helbred (SF-12, sumskala for fysisk helbred)
- Selvvurderet mentalt helbred (SF-12, sumskala for mentalt helbred)
- Død
- Antal kroniske sygdomme (multisygdom)
- Astma
- Diabetes
- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- Hjertekrampe
- Apopleksi
- Kronisk bronkitis, emfysem, KOL
- Slidgigt
- Leddegigt
- Grå stær
- Knogleskørhed
- Kræft
- Diskusprolaps eller anden rygsygdom

Model 4. Slutteligt justeres der for forskelle i *afstand til og kontakt med praktiserende læge*:

- Afstand til praktiserende læge
- Antal kontakter med praktiserende læge

De fem modeller er indlejrede i hinanden. Det vil sige, at Model 1 = Model 0 + socio-demografiske variable, Model 2 = Model 1 + livsstilsvariable osv.

Det antages, at de i alt 28 variable, der indgår i analysen, afspejler forskelle i behovet for sygehusbehandling hos kommunernes borgere.

Det er ikke alle variable, der er snævert helbredsrelaterede. Det vides imidlertid fra andre undersøgelser, at køn, alder og sociale forhold påvirker forbruget af sygehusydelse.

Data

I undersøgelsen indgår 33.776 tilfældigt udvalgte personer i alderen fra 16 år og opefter, der i foråret 2010 besvarede et spørgeskema som deltagere i Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse "Hvordan har du det?". Den samlede stikprøve var på 52.400 og svarprocenten 65 %.

Analysens data stammer alle fra spørgeskemaet på nær oplysninger om DRG-forbrug, antal kontakter til praktiserende læge og død, der er hentet fra de patientadministrative registre og CPR, og afstanden mellem respondent og praktiserende læge, der er beregnet ved hjælp af Google Maps.

Konklusion på den modelbaserede analyse

Inddragelsen af de forklarende variable som fx køn, alder, livsstil og helbred har ikke ført til en væsentlig reduktion af den kommunale variation i sygehusforbruget set under ét.

Dette dækker imidlertid over, at justeringen for forskelle i befolkningssammensætningen har forskellige effekter i de 19 kommuner.

I 11 kommuner reduceres forskellen mellem kommunernes gennemsnitforbrug og regionsgennemsnittet.

I 8 kommuner øges forskellen. Man kan sige, at den modelbaserede analyse af forbruget snarere end at "forklare" variationen i forbruget, "omfordeler" variationen mellem kommunerne.

Det er især de kommuner, hvis forbrug efter justeringen for befolkningsforskelle ligger langt fra regionsgennemsnittet, der giver anledning til spekulationer over årsagerne til afvigelserne.

Seks kommuner afviger med mere end 1.000 kr. fra gennemsnittet efter justeringen. Af disse har tre et forbrug, der ligger over gennemsnittet (afvigelser angivet i parentes: Viborg (2.900 kr.), Hedensted (2.000 kr.) og Lemvig (1.900 kr.). De resterende tre har et forbrug, der ligger under gennemsnittet: Odder (-2.000 kr.), Herning (-1.800 kr.) og Skanderborg (-1.400 kr.).

Det er nærliggende at antage, at man skal søge efter årsagerne til afvigelserne i disse kommuners forbrug i forhold på udbudssiden i sundhedsvæsenet, det vil sige den måde man lokalt tilrettelægger indsatsen på, serviceniveau etc.

Den modelbaserede analyse giver imidlertid ikke i sig selv nogen forklaring på forskelle på udbudssiden.

Det kræver derfor yderligere analyser, hvis man skal lokalisere og undersøge betydningen af faktorer på udbudssiden, der kan forklare de "uforklarede" forskelle i forbrug.

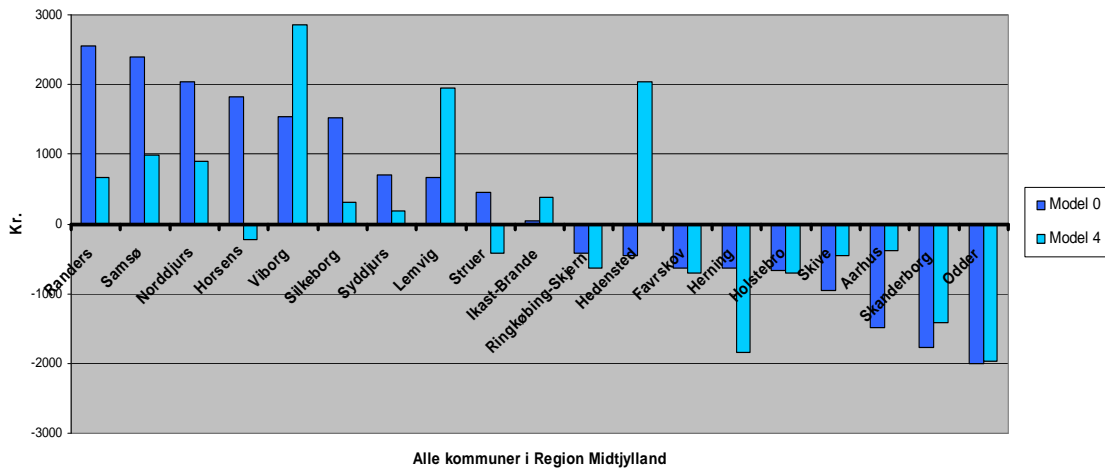
Det er også vigtigt at understrege, at man ikke alene ud fra analysen kan slutte fra at en kommune, der har et højt forbrug, har et "for højt" forbrug, eller at en kommune med et lavt forbrug har "et passende" eller "for lavt" forbrug.

Man bør også bemærke, at analysen viser, at der er en klar sammenhæng mellem sygehusforbrug på den ene side og socio-demografiske variable, livsstils- og risikofaktorer, helbred og sygelighed samt antal kontakter til praktiserende læge på den anden side. Det vil sige, at disse forhold påvirker forbruget, men de forklarer ikke i større udstrækning variationen på kommunalt niveau.

Resultaterne er fremstillet grafisk i fem søjlediagrammer.

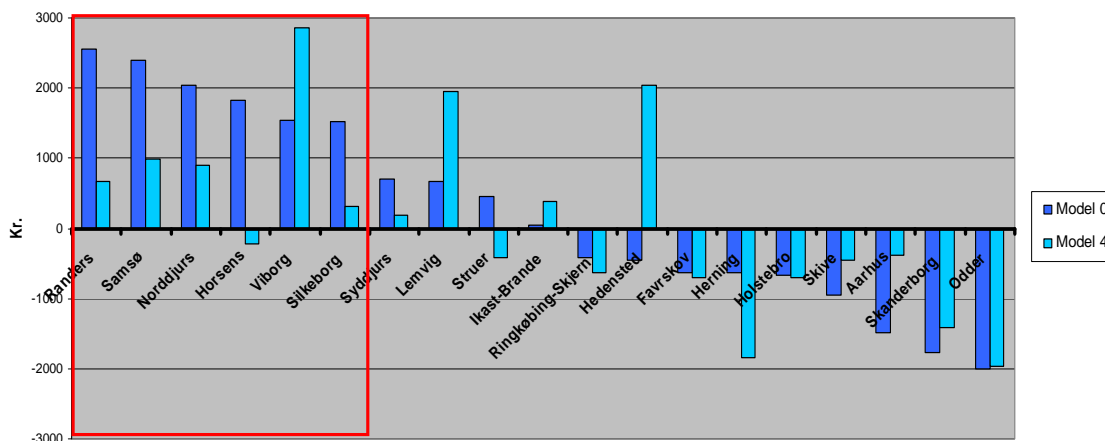
Forbrug af sygehusedydelser: afvigelser fra regionsgennemsnittet før og efter standardisering

Forbruget i model 4 er beregnet ved direkte standardisering af befolkningssammensætningen i kommunerne



Forbrug af sygehusedydelser: afvigelser fra regionsgennemsnittet før og efter standardisering

Forbruget i model 4 er beregnet ved direkte standardisering af befolknings sammensætningen i kommunerne

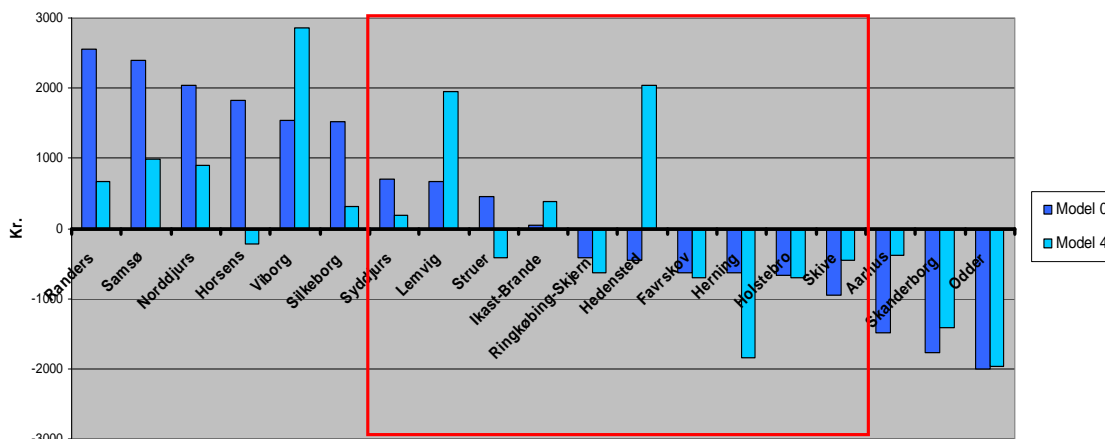


Forbruget mindst 1000 kr større end gennemsnittet før justering

Alle kommuner i Region Midtjylland

Forbrug af sygehusedydelser: afvigelser fra regionsgennemsnittet før og efter standardisering

Forbruget i model 4 er beregnet ved direkte standardisering af befolknings sammensætningen i kommunerne

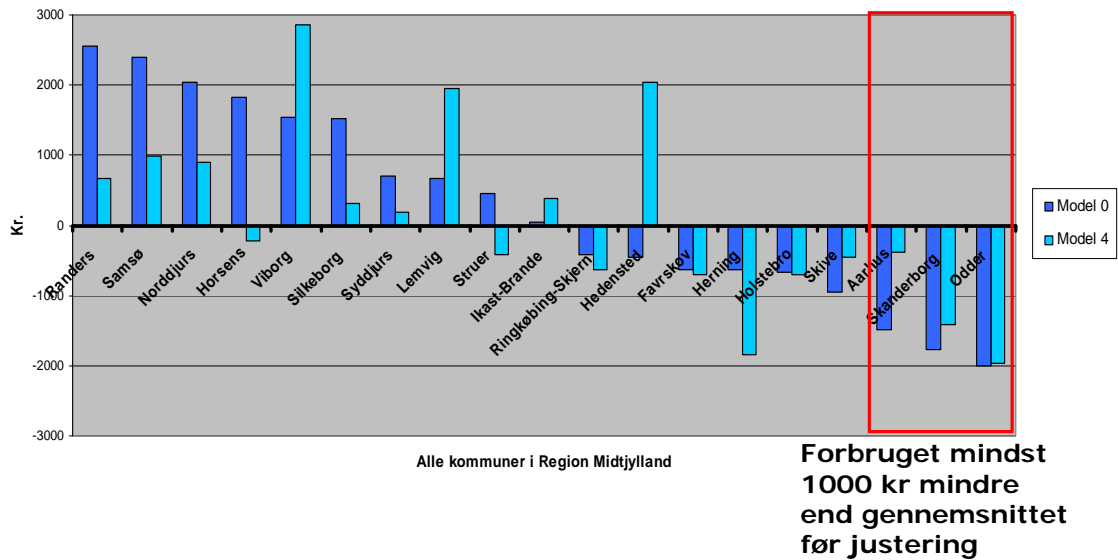


Forbruget afviger mindre end 1000 kr fra gennemsnittet før justering

Alle kommuner i Region Midtjylland

Forbrug af sygehusydelse: afvigelser fra regionsgennemsnittet før og efter standardisering

Forbruget i model 4 er beregnet ved direkte standardisering af befolkningssammensætningen i kommunerne



Forbrug af sygehusydelse: afvigelser fra regionsgennemsnittet før og efter standardisering

Forbruget i model 4 er beregnet ved direkte standardisering af befolkningssammensætningen i kommunerne

