

RAPPORT

2018

Fire profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017

Forløbsanalyse af kontaktmønstre på tværs af det
regionale sundhedsvæsen i 2010-2016



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

Udgiver	Sundhedsdatastyrelsen, 2018.
Copyright	© Sundhedsdatastyrelsen, 2018. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.
Version	1
Versionsdato	11. december 2018
Web-adresse	www.sundhedsdata.dk
Titel	Fire profiler for patienterne, der står for de højeste sundhedsudgifter i 2017

Indhold

1.	Resumé	1
2.	Befolkningens brug af sundhedsvæsenet	5
3.	Kontaktmønstre i sundhedsvæsenet	7
4.	Patienternes vej til at stå for de højeste udgifter i 2017	8
5.	Fordeling af populationen på profiler	12
6.	Aldersfordeling i profilerne	13
7.	Dødelighed i profilerne	14
8.	Tilknytning til arbejdsmarkedet i profilerne	16
9.	Udvalgte kroniske sygdomme i profilerne	17
10.	Beskrivelse af de fire patientprofiler	18
11.	Kontakter på tværs af sundhedsvæsenet i profilerne	26
Bilag 1.	Dokumentation	29
Bilag 2.	Deskriptiv statistik	36
Bilag 3.	Følsomhedsanalyser	38

1. Resumé

Langt de fleste borgere i Danmark har årligt kontakt med sundhedsvæsenet. Kontakterne går på tværs af sektorer, og kontaktmønsteret varierer i befolkningen. Nogle patienter har et stort behov for behandling, som tiltager igennem længere tid. Andre patienter oplever et behov for behandling i en kortere periode.

Analysen sætter fokus på de 10 pct. af patienterne, som står for de højeste udgifter i sundhedsvæsenet i 2017. Formålet er, at få et bedre kendskab til deres forløb i sundhedsvæsenet frem til, at de er blandt de patienter, der står for de højeste udgifter.

Til dette anvendes en forløbsanalyse, som er en deskriptiv analyseteknik, der er drevet af data. Forløbsanalysen inddeler patienterne i profiler på baggrund af ligheder og forskelle mellem deres kontaktmønstre i perioden 2010-2016. Kontaktmønsteret afspejler udviklingen i kontakter i både hospitals- og praksissektoren. Profilerne giver et billede af, hvor forskelligartede forløb, der findes blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter.

Analysens resultater viser, at der er stor variation i kontaktmønsteret for patienterne, der er blandt de 10 pct. Den viden kan bidrage til diskussionen af indsatser med henblik på tidligere forebyggelse rettet mod patienter med tiltagende kontakt.

1.1 Hovedresultater

- Omkring en halv mio. patienter er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. De står for 71 pct. af de beregnede regionale udgifter til hospitals- og praksissektoren. Det svarer til 60 mia. kr. af udgifterne på godt 84 mia. kr. i 2017.
- De 10 pct. patienter, der står for de højeste udgifter, har i gennemsnit modtaget behandling for 112.400 kr. pr. patient. Det er 22 gange mere end de gennemsnitlige udgifter på 5.160 kr. om året for de øvrige 90 pct. borgere med kontakt til sundhedsvæsenet.
- Analysen viser, at der er fire typiske forløb frem til, at patienterne bliver blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. De er kendetegnet ved:
 - *Den ellers raske borger* udgør 31.000 personer (6 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter. De er i gennemsnit 42 år. Profilen er kendetegnet ved ingen eller få kontakter i 2010-2016. Syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
 - *Borgeren med færre kontakter* udgør 225.000 personer (43 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter. De er i gennemsnit 53 år. Profilen er kendetegnet ved at have 1-5 kontakter pr. kvartal i 2010-2016. Syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
 - *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* udgør 230.000 personer (43 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter. Kendetegnet for profilen er, at de har seks eller flere kontakter pr. kvartal i 2010-2016. Antallet er tiltagende gennem perioden. Knap halvdelen har mindst én af seks kroniske sygdomme, og mere end hver tiende har to eller flere. Profilen er i gennemsnit 62 år, og fire ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
 - *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*, som udgør 35.000 personer (7 pct.) af de patienter, der står for de højeste udgifter, er kendetegnet ved at have 16 eller flere kontakter pr. kvartal i 2010-2016. Seks ud af ti har mindst én af seks kroniske sygdomme, og over en fjerdedel har to eller flere. Profilen er i gennemsnit 63 år. Knap en ud af ti i den erhvervsaktive alder er til rådighed for arbejdsmarkedet.
- Lidt under halvdelen har haft begrænset kontakt med hospitals- og praksissektoren, indtil de har haft brug for behandling i 2017.
- Den anden halvdel har haft hyppigere og tiltagende kontakt gennem perioden 2010-2016. Her har en stor andel også en eller flere kroniske sygdomme.

- Mere end seks ud af ti af de personer, der dør i 2017 i Danmark, er blandt de 10 pct. patienter, der står for de højeste udgifter i 2017.

Boks 1: Udgifter og kontakter til sundhedsvæsenet

Analysen ser på individbaserede udgifter til borgere, der har modtaget behandling på somatiske eller psykiatriske hospitalsafdelinger på offentlige hospitaler eller private hospitaler, der er offentligt finansieret, samt udgifter til kontakter i praksissektoren.

Individbaserede udgifter forbundet med indlæggelser og ambulante besøg på **somatiske afdelinger** i hospitalsvæsenet er opgjort som produktionsværdien på baggrund af DRG-takster (diagnoserelaterede grupper). Produktionsværdien er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, og er dermed ikke udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Brugen af DRG-takster er dog det bedste estimat for udgifter på individniveau.

Udgifter til behandling på **psykiatriske afdelinger** kan kun skønsmæssigt opgøres på individniveau ved at benytte besøgs- og sengedagstakster. Besøgs- og sengedagstakster afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til det psykiatriske sygehusvæsen for den enkelte kontakt. Udgifter til psykiatriske sygehuse opgjort ved besøgs- og sengedagstakster er undervurderet ift. de tilrettede driftsudgifter til psykiatriske sygehuse. Udgifter til retspsykiatrisk behandling indgår.

I 2017 udgør besøgstaksten 1.815 kr. og sengedagstaksten udgør 3.628 kr.¹ Brugen af disse takster giver mulighed for at kunne vægte ressourceforbruget ved ambulante besøg og indlæggelser således, at de kan sammenlignes for at finde patienterne med de højeste psykiatriske udgifter. Denne vægtning skal ses som et skøn.

Udgifter i **praksissektoren** er baseret på oplysninger om afregnede bruttohonorarer for ydelser fra Sygesikringsregisteret.

I opgørelser af **udgifter pr. patient** refereres til summen af udgifter divideret med den relevante population.

De samlede beregnede offentlige udgifter til det regionale sundhedsvæsen udgør godt 84 mia. kr. ifølge ovennævnte metode. Regionernes faktiske driftsudgifter til sundhedsvæsenet udgør godt 109,6 mia. kr. i 2017 ifølge Danmarks Statistik².

Kontakter til *hospitalssektoren* omfatter *somatiske og psykiatriske hospitalsvæsen* og er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Kontakterne dækker indlæggelser og ambulante besøg på offentlige og private sygehuse. Kontakter til *praksissektoren* (alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige) er baseret på oplysninger om afregnede bruttohonorarer for ydelser fra Sygesikringsregisteret.

Boks 2: Population og afgrænsning

De patienter, der fokuseres på i analyse, er de 10 pct., blandt borgerne med kontakt til sundhedsvæsenet, der står for de højeste udgifter i 2017. Sundhedsvæsenet omfatter i denne analyse hospitals- og praksissektoren. Kommunale pleje- og omsorgskontakter er ikke inkluderet.

Populationerne er afgrænset til borgere med gyldig dansk bopælskommune pr. 1. januar 2017. Borgere med en udenlandsk eller ukendt dansk bopæl indgår ikke i opgørelserne. Borgere, som ikke har haft kontakt med sundhedsvæsenet i 2017 indgår ej heller i opgørelserne.

¹ Sundhedsdatastyrelsen (2017). *Takstsystem – Vejledning*.

² [Statistikbanken.dk](https://statistikbanken.dk). REG11: Regionernes regnskaber efter dranst (driftskonto), hovedkonto (sundhed), region (hele landet), art (i alt (netto)) og tid (2017) (besøgt: december 2018).

2. Befolkningens brug af sundhedsvæsenet

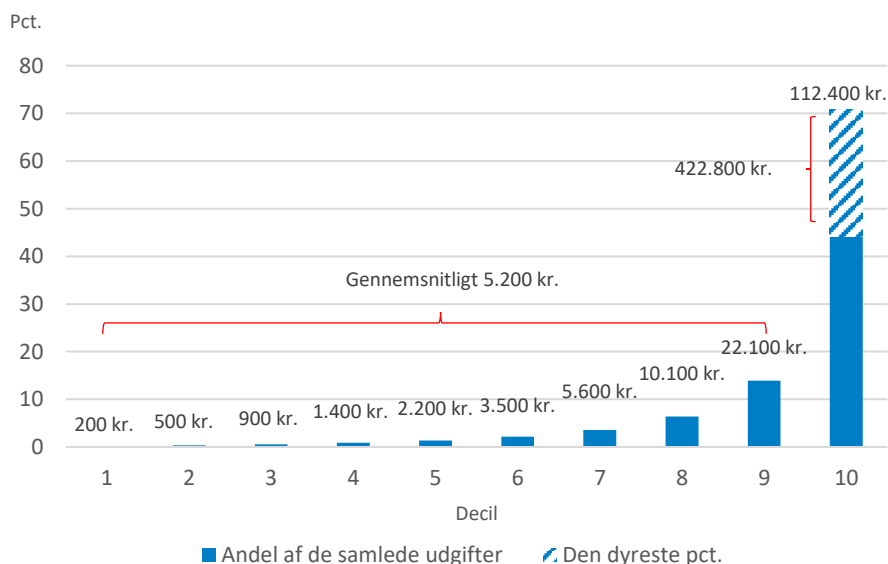
Langt de fleste borgere i Danmark har kontakt til det regionale sundhedsvæsen. Det kan være i form af kontakt til praksissektoren hos alment praktiserende læger, speciallæger og en række øvrige specialer som fx fysioterapi. Det kan også være i form af indlæggelser eller besøg i det somatiske eller psykiatriske hospitalsvæsen. Således har 92 pct. af befolkningen været i kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af 2017. De samlede beregnede offentlige sundhedsudgifter udgør godt 84 mia. kr., *jf.* Boks 1.

Analysen ser nærmere på de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. Til at identificere populationen anvendes produktionsværdien af somatisk hospitalsbehandling, værdien af senge dage og besøg i det psykiatriske hospitalsvæsen samt afregnede ydelseshonorarer ved behandling i praksissektoren, *jf.* Boks 2.

2.1 De 10 pct. der står for de højeste udgifter i 2017

De 10 pct. patienter, der står for de højeste udgifter i 2017, står for ca. 71 pct. af de samlede beregnede udgifter til sundhedsvæsenet, *jf.* Figur 1. Dermed står godt en halv mio. borgere for udgifter til sundhedsvæsenet på knap 60 mia. kr. Det vil sige, at de gennemsnitlige årlige beregnede udgifter for de patienter, der står de højeste udgifter, er på ca. 112.400 kr. pr. patient. Det er 22 gange mere end de gennemsnitlige beregnede udgifter på 5.200 kr. om året for de øvrige 90 pct. af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet.

Figur 1 Fordelingen af gennemsnitlige beregnede udgifter pr. borger med kontakt til sundhedsvæsenet, opdelt på deciler, 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Kilde: Tallene er afrundet til nærmeste hundrede. Se Boks 1 og Boks 2 for en definition af populationer og udgifter. Figuren omfatter borgere med kontakt til sundhedsvæsenet i 2017.

Inden for gruppen, der står for de højeste udgifter, er der stor variation i udgifterne. De 1 pct., der står for de højeste udgifter i 2017, svarende til 53.000 personer, står eksempelvis for ca. 27 pct. af de samlede beregnede udgifter til sundhedsvæsenet. De gennemsnitlige årlige beregnede udgifter til denne ene pct. er på knap 422.800 kr. pr. person, jf. Figur 1.

Omvendt står de 10 pct. af borgerne med de laveste behandlingsudgifter for under 1 pct. af de samlede beregnede udgifter til sundhedsvæsenet. De gennemsnitlige årlige udgifter knyttet til denne gruppe er på ca. 200 kr. pr. borger.

I 2010 stod de 10 pct., der står for de højeste udgifter det år, for 72 pct. af de beregnede regionale udgifter. Her stod de 1 pct. også for ca. 27 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Der er dermed tale om en stabil tendens.

Fokus i resten af analysen er på variationen i kontaktmønstret i perioden 2010-2016 for de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017.

3. Kontaktmønstre i sundhedsvæsenet

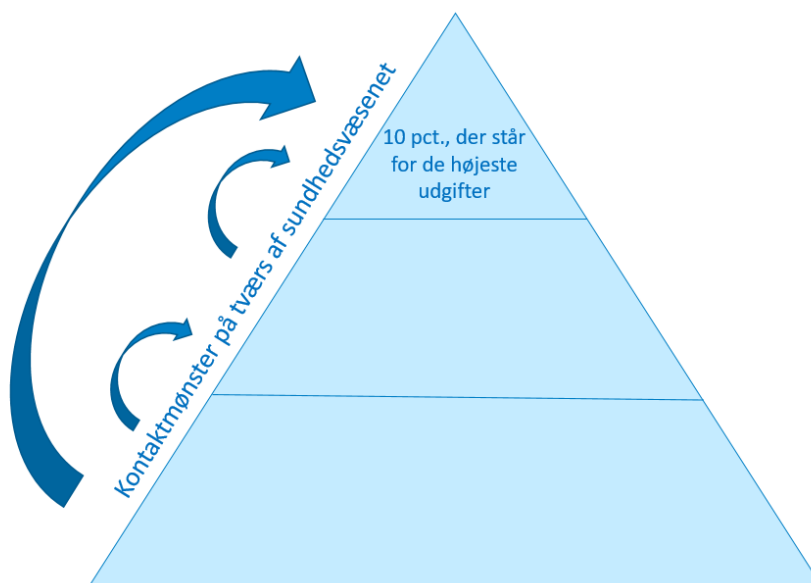
Analysen skal give et billede af hvilket kontaktmønster, der karakteriserer de forskellige grupper af patienter, der er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter i 2017. Baggrunden for tilgangen er, at forløbet kan være et pejlemærke for deres fremtidige kontaktmønster i sundhedsvæsenet.

Nogle patienter har et kontaktmønster, der afspejler et stort behov for behandling, som tiltager gradvist igennem længere tid. Det vil sige, at antallet af kontakter stiger gradvist. Det medfører stigende udgifter i sundhedsvæsenet, som det er illustreret med de små pile i Figur 2.

Andre patienter oplever et pludseligt opstået behov for behandling i en kortere periode. De går fra at have ingen eller meget lidt kontakt med sundhedsvæsenet til at have komplicerede og udgiftstunge kontakter inden for kortere tid. I Figur 2 er et sådan forløb illustreret med den store pil, der springer fra pyramidens base til toppen.

Ved at sammenligne patienternes kontaktmønstre er det muligt at vurdere, hvor forskellige deres forløb er.

Figur 2 Kontaktmønstre på tværs af sundhedsvæsenet



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

For at sammenligne patienternes kontaktmønstre i perioden 2010-2016, ser analysen på antallet af kontakter i praksis- og hospitalssektoren fra kvartal til kvartal.

4. Patienternes vej til de står for de højeste udgifter i 2017

De fire patientprofiler i analysen er dannet ved at sammenligne borgernes forløb i sundhedsvæsenet syv år inden, de står for de højeste udgifter i 2017. Dermed ses der på borgernes kontakter i hospitals- og praksissektoren i alle kvartaler i perioden 2010-2016. Til dette anvendes en forløbsanalyse, som er en deskriptiv analyseteknik til at søge efter mønstre over tid i større datasæt³.

Der er to trin i forløbsanalysen. Det første trin er, at finde ligheder eller forskelle mellem de forskellige borgers forløb. Til det formål anvendes *optimal matching*. Det andet trin er at bruge disse ligheder og forskelle til at danne ensartede grupper på baggrund af forløb. Hertil anvendes en klyngeanalyse.

Samme teknik er tidligere blevet brugt til analyser af bl.a. kommunernes integrationsindsats på beskæftigelsesområdet⁴, kronisk og psykisk syge borgers tilknytning til arbejdsmarkedet⁵, veje til førtidspension⁶ samt unges indtagelse af alkohol⁷. Derfor bidrager denne analyse med ny viden om kontakthistorikken for patienterne, der står for de højeste udgifter i 2017.

Det følgende afsnit beskriver, hvordan patienterne, der står for de højeste udgifter i 2017, er blevet inddelt i patientprofiler.

4.1 Kontakter og forløbstilstande i analysen

Kontaktmønsteret i sundhedsvæsenet for de patienter, der står for de højeste udgifter, sammenlignes over tid. Kontakter til sundhedsvæsenet dækker over ambulante kontakter og indlæggelser på hhv. somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger samt kontakt til almen praksis, speciallæger og øvrig praksis.

Ambulante besøg og kontakter i praksissektoren tæller hver især som én kontakt. Indlæggelser tæller som det antal dage, indlæggelsen varer. Dermed vil en indlæggelse på fx 11 dage inden for et kvartal tælle som 11 kontakter det givne kvartal. Hvis indlæggelsen går på tværs af kvartaler, tæller den med det antal dage, der ligger inden for hvert kvartal.

³ Abbott, A. & Tsay, A. (2000). *Sequence analysis and optimal matching methods in sociology: Review and prospect*. Sociological methods & research, 29(1), 3-33.

⁴ Arendt, J. N., et al. (2016). *Kommunernes integrationsindsats på beskæftigelsesområdet-Effektive indsatser, veje igennem systemet og benchmarking mellem kommunerne*. Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning (KORA), Danmark.

⁵ Kommunernes Landsforening (2013). *Analyse af kronisk og psykisk syge borgers tilknytning til arbejdsmarkedet*.

⁶ Caswell, Dorte, et al. (2012). *Vejle til førtidspension: En undersøgelse af fire kommuner i Region Midt*. Anvendt KommunalForskning (AKF).

⁷ Andrade, S. B. (2011). *Temporaliteten i en generation: Illustreret gennem alkoholdata*. Dansk Sociologi, 22(4), 9-29.

For at sammenligne patienternes kontaktmønster i 2010-2016, ses der på antallet af kontakter i praksis- og hospitalssektoren. Antallet af kontakter pr. kvartal er grupperet i intervallerne 0, 1-5, 6-10, 11-15, 16-30 og 31+ kontakter, der udgør forløbstilstandene.

Den enkelte patient vil i hvert kvartal befinde sig i én af de syv forløbstilstande, men det er ikke muligt at være i mere end én tilstand ad gangen.

Intervallerne er inddelt med det formål at fange variationer i patienternes kontaktmønstre. Det gennemsnitlige antal kontakter på tværs af det regionale sundhedsvæsen for hele befolkningen er ca. fire pr. kvartal i 2017. Forløbstilstandene er opdelt i mindre intervaller for kontakter op til 15. Det skyldes, at omkring 80 pct. af patienterne, der står for de højeste udgifter i 2017, har 15 eller færre kontakter pr. kvartal. For 16 og flere kontakter pr. kvartal er inddelingen grovere.

4.2 Optimal matching

I indeværende analyse anvendes *optimal matching* til at sammenligne forskelle og ligheder mellem to forløb ad gangen. Afstanden mellem to forløb bestemmes ud fra de ændringer, der skal foretages for at få de to forløb til at være ens.

Til hver ændring knytter sig en *vægt*, og *optimal matching*-algoritmen vælger den mindste samlede vægt, når den vælger den af de mange muligheder, der er for at få to forløb til at være ens⁸. Vægten kan bestemmes statistisk eller teoretisk. I denne analyse er vægtmatricen baseret på de observerede overgangsrater. Overgangsraterne angiver sandsynligheden for, at en person flytter sig fra en forløbstilstand til en anden fra kvartal til kvartal.

De mest hyppige overgange mellem forløbstilstande vægtes mindre end de mere sjældne overgange. For eksempel er der flere borgere, der på tværs af kvartaler, går fra at have 0 kontakter til 1-5 kontakter end fra 0 kontakter til 16-30 kontakter. Derfor vil førstnævnte overgang have en mindre vægt end sidstnævnte.

De afstande, som bestemmes ved hjælp af *optimal matching*-algoritmen, indgår derefter i en klyngeanalyse. Inden for de patientprofiler, som klyngeanalysen identificerer, har patienterne så ensartede forløb som muligt. På tværs af patientprofilerne er der større forskelle mellem patienternes forløb end der er inden for de enkelte patientprofiler. Det bemærkes, at hver patient kun kan tilhøre én profil.

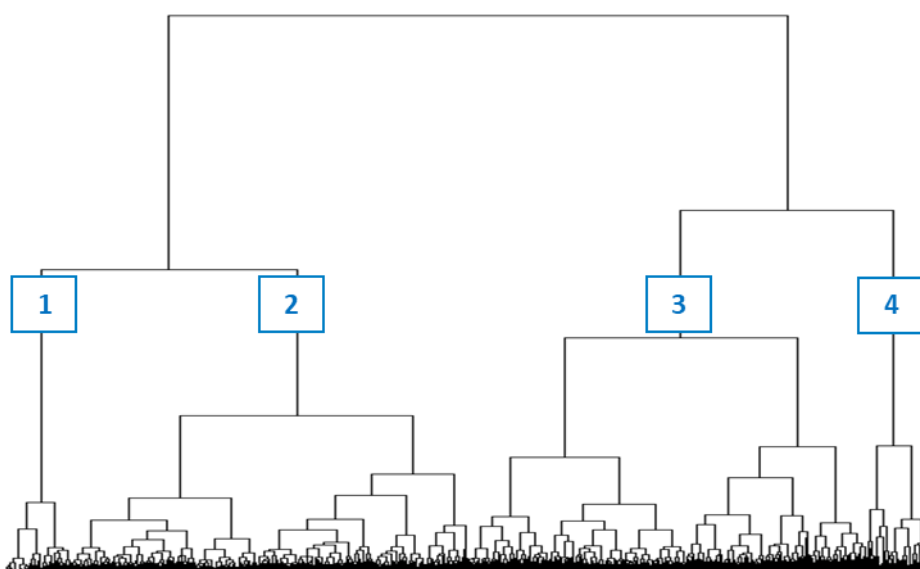
⁸ Abbott, A. & Tsay, A. (2000). *Sequence analysis and optimal matching methods in sociology: Review and prospect*. Sociological methods & research, 29(1), 3-33.

4.3 Hierarkisk klyngeanalyse

I analysen anvendes en hierarkisk klyngeanalyse. Hvert forløb udgør indledningsvis sin egen gruppe. Dernæst lægges de to grupper, der ligner hinanden mest, sammen, hvilket gentages, til der kun er en enkelt gruppe tilbage⁷.

Grafisk ligner klyngeanalysen et rodnet, som også kaldes et dendogram, jf. Figur 3. Den vandrette akse viser grupperne. Den lodrette akse viser forskellene mellem grupperne. Når man bevæger sig opad i dendogrammet, bliver antallet af grupper mindre, mens antallet af patienterne i grupperne stiger. Dermed bliver variationen i kontaktmønster inden for grupperne større.

Figur 3 Dendogram til udvælgelse af antal grupper



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Valget af antal grupper i analysen er subjektivt. Udvælgelsen sker med udgangspunkt i dendogrammet og en faglig vurdering.

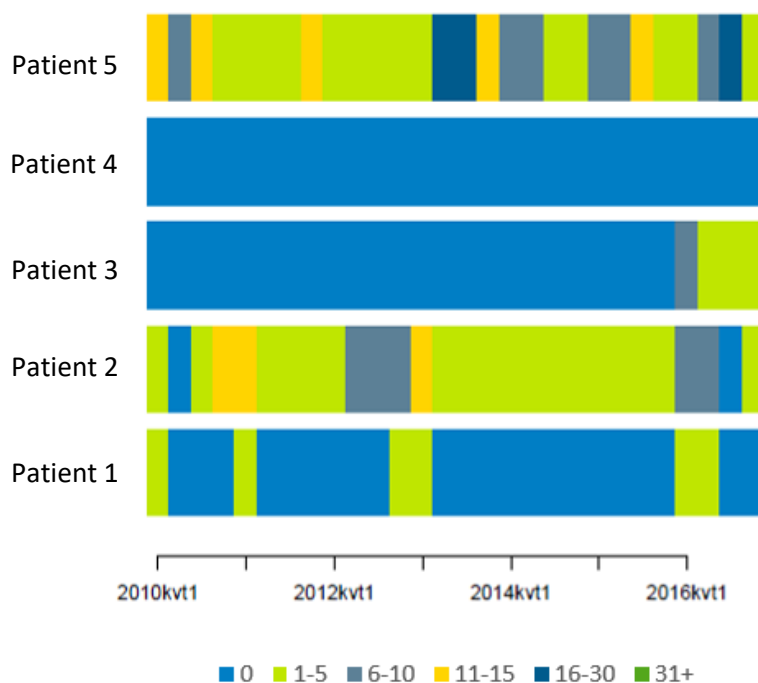
4.4 Inddeling i patientprofiler

Som beskrevet ovenfor, starter hver patient i sin egen gruppe og bliver så parret med den patient, hvis forløb, patientens eget forløb minder mest om. Dette fortsætter, til der kun er én gruppe, der indeholder hele populationen.

Patient 3 og 4 lægges i samme gruppe, før de lægges i samme gruppe som de tre resterende patienter, hvilket er illustreret i Figur 4. Patient 4 har nul kontakter i hele perioden 2010-2016. Patient 3 har nul kontakter frem til 1. kvartal 2016, hvor patienten har 6-10 kontakter. I de tre

sidste kvartaler af 2016 har patienten 1-5 kontakter pr. kvartal. Det er dermed få og relativt små ændringer, der skal til, for at de to forløb er ens.

Figur 4 Indeksplot over de fem første patienters kontaktforsøg i datasættet



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

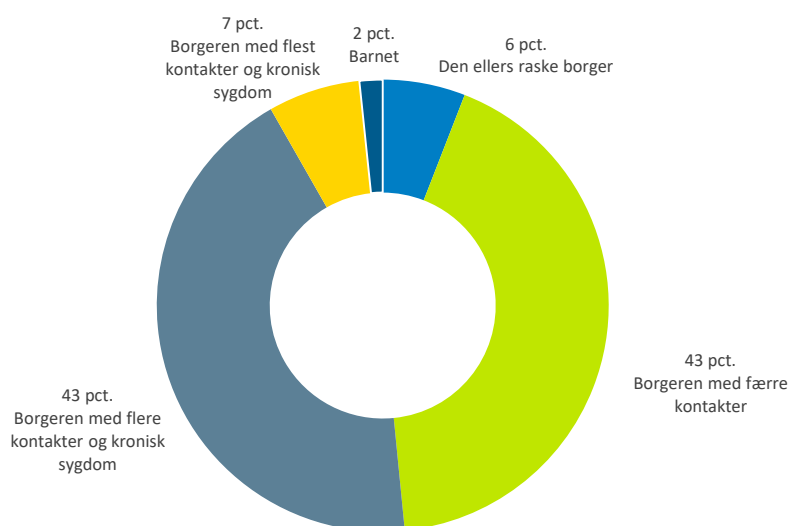
5. Fordeling af populationen på profiler

Baseret på kontaktmønsteret frem til, at patienterne står for de højeste udgifter i 2017, inddeles de i fire grupper. Grupperne er navngivet efter den dominerende patientprofil. En følsomhedsanalyse med fem grupper er også gennemført, jf. Bilag 3. Børn yngre end 6 år pr. 1. januar 2017 udgør en særskilt gruppe. Givet deres alder har de ikke haft mulighed for at have kontakter igennem hele perioden. Dermed fås fem grupper, der udgør de typiske forløb frem til, at patienterne er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter.

- *Den ellers raske borger*
- *Borgeren med færre kontakter*
- *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*
- *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*
- *Barnet*

Borgeren med færre kontakter og *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* udgør hver især 43 pct. af patienterne, der står for de højeste udgifter, jf. Figur 5. *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* udgør 7 pct., mens *Den ellers raske borger* udgør 6 pct. af populationen. *Barnet* udgør 2 pct. af den samlede population. Gruppen med børn er ikke beskrevet.

Figur 5 Fordeling af populationen på de fem patientprofiler



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

For at få en idé om, hvorfor de forskellige patientprofiler har så forskellige kontaktmønstre, er forskelle i udvalgte karakteristika på tværs af patientprofilerne beskrevet nærmere nedenfor. I Afsnit 10 beskrives de enkelte patientprofiler mere detaljeret hver for sig.

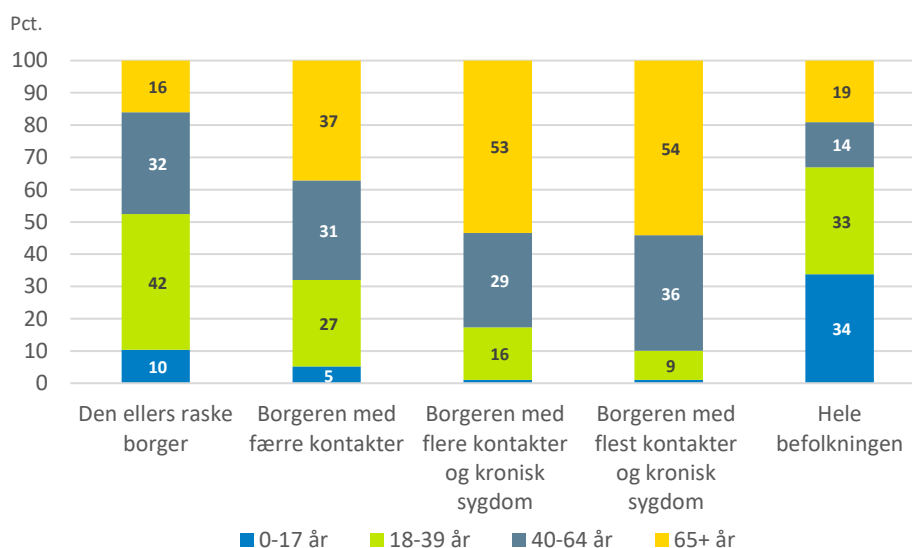
6. Aldersfordeling i profilerne

Ud over kontaktmønsteret i perioden 2010-2016 undersøges det, om profilerne adskiller sig fra hinanden i forhold til aldersfordeling.

Gennemsnitsalderen for de 10 pct., der står for de højeste udgifter, er 56 år, mens den for hele befolkningen er 41 år. Der er forskel på aldersfordelingen på tværs af profilerne og i forhold til hele den danske befolkning i 2017, jf. Figur 6. Generelt er aldersgrupperne 0-17 år underrepræsenteret blandt de 10 pct. sammenlignet med hele befolkningen. Omvendt udgør andelen af borgere på 65 år og derover en større del af de 10 pct., der står for de højeste udgifter end af hele befolkningen.

Den ellers raske borger er den yngste profil. Godt halvdelen i profilen er under 40 år. I *Borgeren med færre kontakter* gælder det en tredjedel af profilen. Godt halvdelen af profilen *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* er 65 år eller derover. Det samme gælder *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*.

Figur 6 Aldersfordeling i patientprofilerne, 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Alder er opgjort pr. 1. januar 2017.

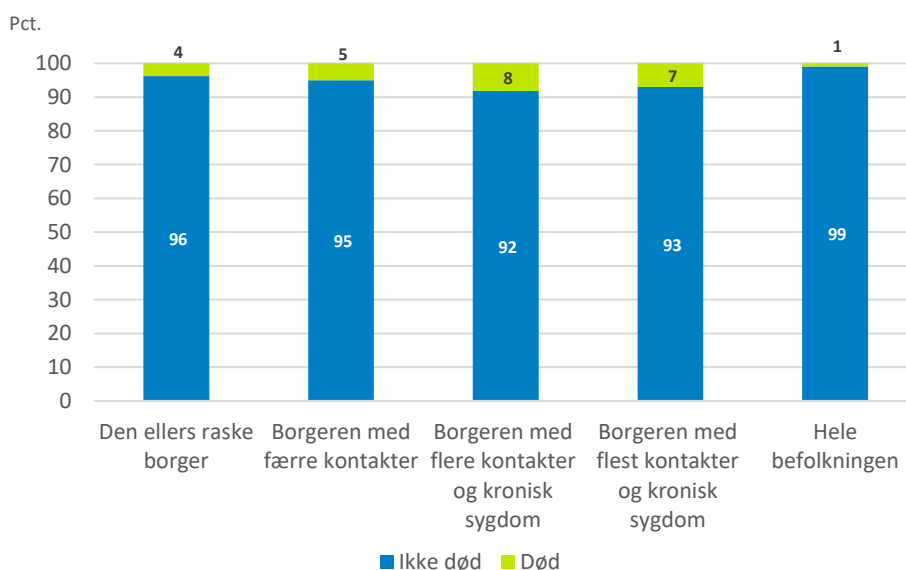
7. Dødelighed i profilerne

Det undersøges også, hvordan dødeligheden er for patienterne, der står for de højeste udgifter, sammenlignet med hele befolkningen i 2017 og på tværs af de fire patientprofiler.

I gennemsnit dør 6,4 pct. af patienterne, der står for de højeste udgifter, i løbet af 2017. I absolute tal svarer det til, at ca. 34.000 personer. Til sammenligning dør 1 pct. af hele befolkningen svarende til 53.000 personer i 2017. Det betyder, at mere end seks ud af ti af de personer, der dør i 2017, er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter.

Der er forskel på, hvor stor en andel, der dør inden for de enkelte profiler, jf. Figur 7. Dødeligheden følger aldersfordelingen i de enkelte profiler, og den er størst hos *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*.

Figur 7 Dødelighed i patientprofilerne, 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene er afrundede.

Boks 3: Arbejdsmarkedstilknytning

Borgerens arbejdsmarkedstilknytning er defineret som det indkomstgrundlag, der har været det dominerende for borgeren i 2017. Indkomstgrundlaget kan både være i form af en lønindkomst eller en offentlig ydelse, som fx kontanthjælp. Opgørelsen af arbejdsmarkedstilknytning er afgrænset til borgere i den erhvervsaktive alder, hvilket omfatter de 16-64-årige.

Arbejdsmarkedstilknytningen inddeles i følgende grupper:

- Til rådighed for det ordinære arbejdsmarked
 - Beskæftigede/uddannelsessøgende
 - Ledige (*dagpenge og kontanthjælp (arbejdsmarkedssparate)*)
- Uden for det ordinære arbejdsmarked
 - Midlertidigt uden for det ordinære arbejdsmarked (*ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere, fleksjob, for-revalidering og revalidering, sygedagpenge*)
 - Varigt uden for det ordinære arbejdsmarked (*førtidspension og efterløn*)

Boks 4: Udvalgte kroniske sygdomme

I analysen opgøres, hvor stor en andel af de enkelte patientprofiler, der har en eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme. Patienter med en eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme omfatter borgere, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme.

Kronisk sygdom dækker i denne analyse over:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Type 1-diabetes
- Type 2-diabetes
- Astma

Det bemærkes, at patienter med kronisk sygdom er opgjort på baggrund af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) i august 2017, hvor patienter med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre. Borgere indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Det vil sige, borgere, der hverken har været i kontakt med hospitalet som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom, ikke indgår i opgørelsen. Antallet af patienter med de udvalgte kroniske sygdomme kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser.

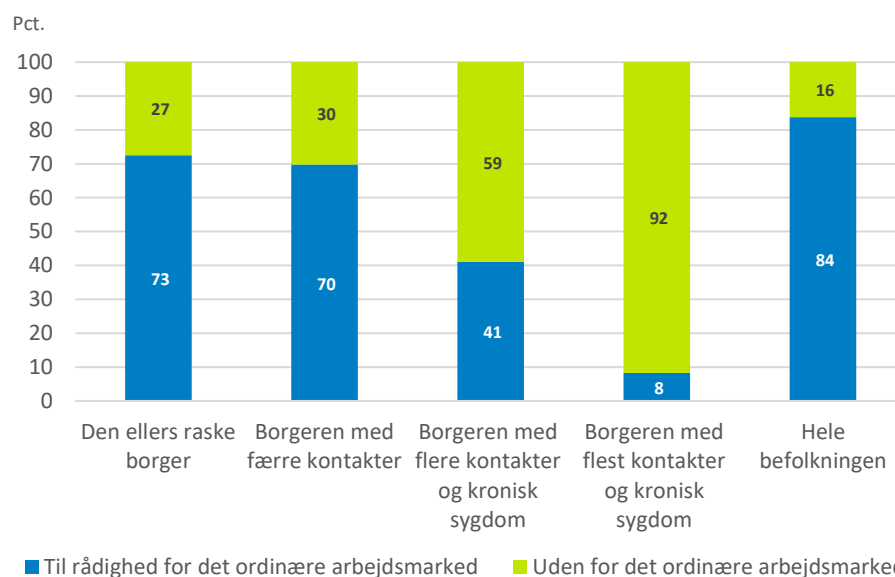
8. Tilknytning til arbejdsmarkedet i profilerne

Det undersøges også, om profilerne adskiller sig fra hinanden i forhold til arbejdsmarkedstilknytning (se Boks 3).

Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, dvs. 16-64 år, varierer på tværs af patientprofilerne, *jf.* Bilagstabel 3. Denne variation skyldes i høj grad aldersforskelle mellem patientprofilerne. Der er fx 21 års forskel i gennemsnitsalderen i profilen *Den ellers raske borger*, som er 42 år, og *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*, som er 63 år.

Tilknytningen til arbejdsmarked for borgere i den erhvervsaktive alder, varierer betydeligt på tværs af patientprofilerne samt i forhold til hele befolkningen, *jf.* Bilagstabel 3 og Figur 8. Når en borger er til rådighed for det ordinære arbejdsmarked vil det sige, at borgeren enten er i beskæftigelse, under uddannelse eller jobsøgende. Når en borger er uden for det ordinære arbejdsmarked vil det sige, at borgeren enten er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsstyrken, *jf.* Boks 3.

Figur 8 Andel borgere i den erhvervsaktive alder med tilknytning til arbejdsmarkedet fordelt efter patientprofiler, 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen samt Beskæftigelsesministeriets løbsdatabase DREAM.

Note: Arbejdsmarkedstilknytningen er defineret ud fra det indkomstgrundlag, som har været det dominerende for borgeren i 2017. Borgere i den erhvervsaktive alder dækker over borgere på 16-64 år.

9. Udvalgte kroniske sygdomme i profilerne

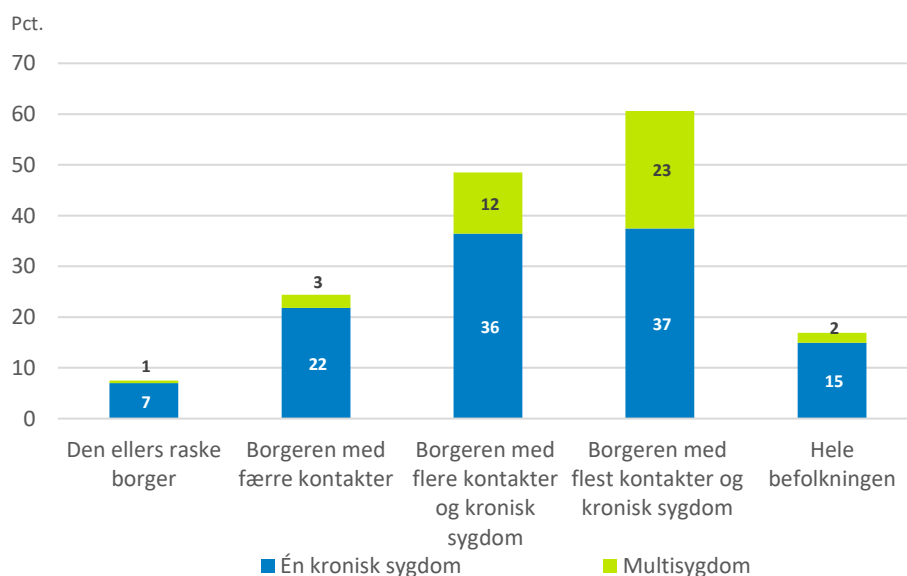
Analysen ser også på, om andelen af borgere med udvalgte kroniske sygdomme adskiller sig fra hinanden i profilerne (se Boks 4).

De udvalgte kroniske sygdomme er: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Når en borger har mindst to af de udvalgte kroniske sygdomme, defineres det som multisygdom. Borgere, som ikke har en af de udvalgte kroniske sygdomme, kan godt have andre (kroniske) sygdomme.

Andelen af borgere med mindst én kronisk sygdom er højere i hele befolkningen end for *Den ellers raske borger*, jf. Bilagstabel 3 og Figur 9. De tre andre profiler har højere andele af borgere med kronisk sygdom end hele befolkningen.

På tværs af profilerne er der også stor forskel på andelen af patienter med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme. Andelen af borgere med mindst én kronisk sygdom er otte gange højere for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* sammenlignet med *Den ellers raske borger*. Seks ud af ti patienter i profilen *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* har mindst én af de udvalgte kronisk sygdom.

Figur 9 Andel borgere med udvalgte kroniske sygdomme fordelt efter patientprofiler, opgjort pr. 1. januar 2017



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret samt Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2017) (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren omfatter borgere, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma.

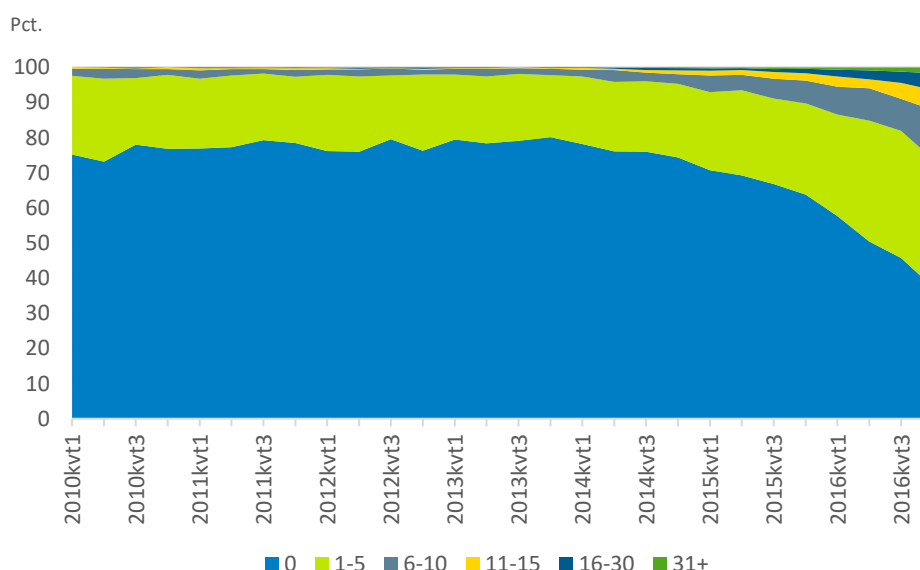
10. Beskrivelse af de fire patientprofiler

I det følgende beskrives fordelingen af køn, gennemsnitsalder, tilknytning til arbejdsmarkedet samt andel med de udvalgte kroniske sygdomme og andre hyppige diagnoser opdelt efter de enkelte patientprofiler. Yderligere bliver udviklingen i kontakter til både hospitals- og praksis-sektoren i de enkelte profiler perioden 2010-2016 også beskrevet.

10.1 Den ellers raske borger

Den første profil består af ca. 31.000 personer med lidt eller ingen kontakt til sundhedsvæsenet i perioden 2010-2016, *jf.* Figur 10. I hvert kvartal frem til 4. kvartal 2014 har otte ud af ti borgere ingen kontakter til sundhedsvæsenet. Derefter falder andelen med nul kontakter pr. kvartal.

Figur 10 Fordeling mellem antal kontakter, Den ellers raske borger, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Profilen er den eneste af de fire profiler, hvor der er en overvægt af mænd. Gennemsnitsalderen er 42 år. Knap halvdelen af personerne i profilen er ugifte, mens fire ud af ti er gift eller i et registreret partnerskab. Mere end hver tiende i profilen er enker/enkemænd eller fraskilte. *Den ellers raske borger* har den laveste dødelighed blandt profilerne i 2017. Mindre end hver 20. patient i profilen dør i løbet af året, *jf.* Bilagstabel 3.

Tre ud af fire er i den erhvervsaktive alder, dvs. 16-64 år. Heraf er syv ud af ti stadig til rådighed for det ordinære arbejdsmarked, *jf.* Figur 8. Andelen i den erhvervsaktive alder er højere i profilen end i hele befolkningen. Samtidig er andelen af borgere, der er til rådighed for det ordinære arbejdsmarked, lavere hos *Den ellers raske borger*, *jf.* Bilagstabel 3.

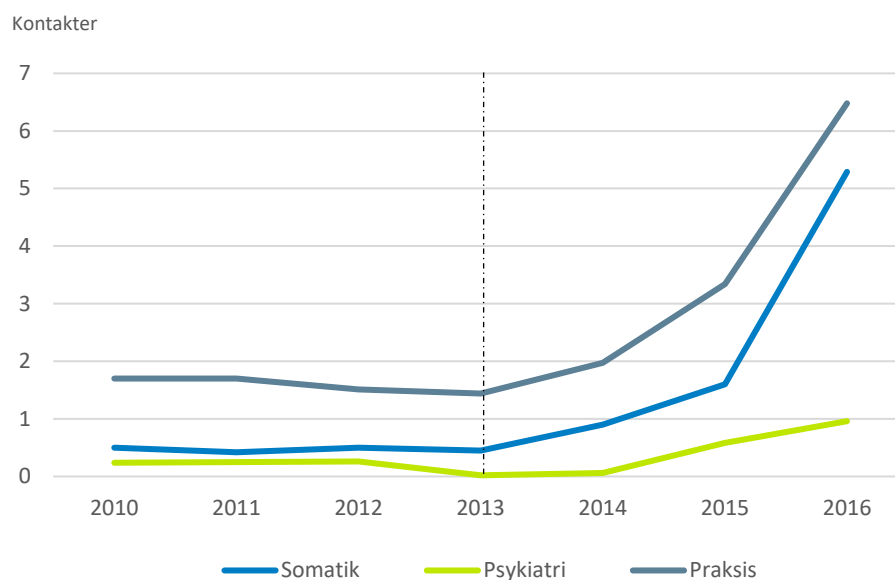
Den ellers raske borger kan opdeles i tre typer ud fra diagnoser, køn og alder i 2017:

- Lidt over halvdelen er mænd, som har kontakter i hospitalsvæsenet grundet frakturer, forhøjet blodtryk og hjerteproblemer. Gennemsnitsalderen for mændene er 47 år.
- En fjerdedel af profilen er kvinder, der har kontakt i hospitalsvæsenet grundet brystkræft og frakturer. Deres gennemsnitsalder er 46 år.
- En femtedel er kvinder omkring de 30 år, som har kontakt i hospitalsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsler.

Udviklingen i kontakter for Den ellers raske borger

Den ellers raske borger har meget få kontakter i perioden 2010-2016. Fra 2013 begynder det gennemsnitlige antal kontakter i praksissektoren og de somatiske hospitalsafdelinger at stige, men niveauet er stadig lavt, *jf.* Figur 11. Det gennemsnitlige antal kontakter til psykiatrien er mindre end en pr. år for hele perioden.

Figur 11 Udviklingen i kontakter for Den ellers raske borger, 2010-2016



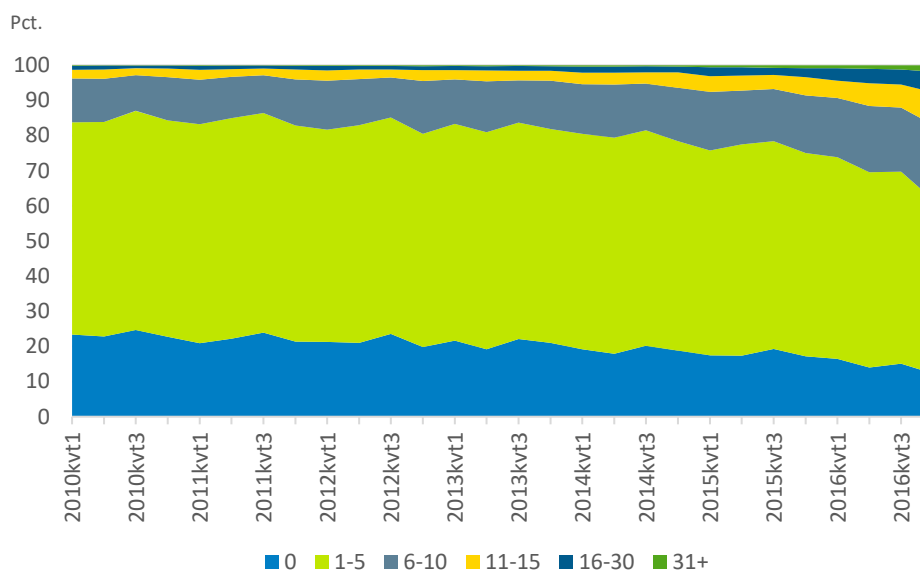
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger omfatter ambulante besøg og indlæggelser. Indlæggelser tæller for det antal dage, indlæggelsen varer. Kontakter til praksissektoren omfatter kontakter hos almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis.

10.2 Borgeren med færre kontakter

Profilen består af ca. 225.000 personer. Størstedelen, svarende til to tredjedele, har 1-5 kontakter i hvert kvartal, dvs. i gennemsnit under to om måneden, i perioden 2010-2016, *jf.* Figur 12.

Figur 12 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med færre kontakter, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Borgeren er i gennemsnit 53 år. Næsten halvdelen af profilen er enten gift eller i registreret partnerskab. Omkring en tredjedel er ugifte og godt en femtedel er enker/enkemænd eller fra-skilt. Dødeligheden for *Borgeren med færre kontakter* er næsten den samme som hos *Den ellers raske borger*. Hver 20. patient i profilen dør i løbet af 2017, *jf.* Bilagstabel 3.

Seks ud af ti er i den erhvervsaktive alder. Som hos *Den ellers raske borger*, er syv ud af ti i den erhvervsaktive alder stadig til rådighed for arbejdsmarkedet, *jf.* Figur 8.

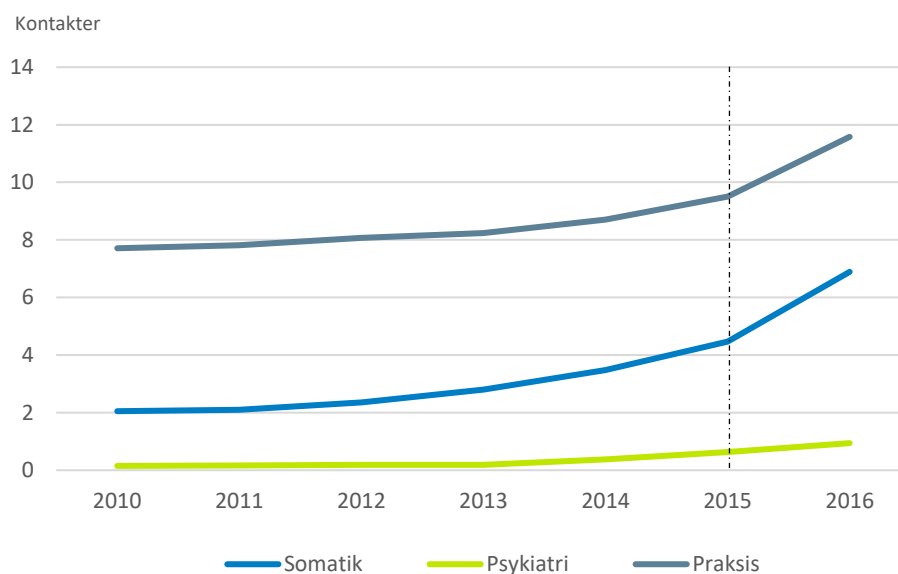
Borgeren med færre kontakter kan deles op i tre typer baseret på diagnoser, køn og alder i 2017:

- Lidt under halvdelen er mænd, der i gennemsnit er 59 år. De har kontakter i hospitalsvæsenet i forbindelse med kræftbehandling, hjerteproblemer og type 2-diabetes.
- Fire ud af ti i gruppen er kvinder, som bl.a. har kontakter grundet forhøjet blodtryk, brystkræft, KOL og knogleskørhed. De har en gennemsnitsalder på 57 år.
- De yngre kvinder med en gennemsnitsalder på 30 år, der har kontakt i hospitalsvæsenet grundet graviditet og fødsler. Denne type udgør 14 pct. af gruppen.

Udviklingen i kontakter for Borgeren med færre kontakter

Borgeren med færre kontakter har flere kontakter årligt til sundhedsvæsenet end *Den ellers raskе borger*. Profilens kontakter i praksissektoren og det somatiske hospitalsvæsen begynder at stige i 2015 og frem, jf. Figur 13.

Figur 13 Udviklingen i kontakter for Borgeren med færre kontakter, 2010-2016



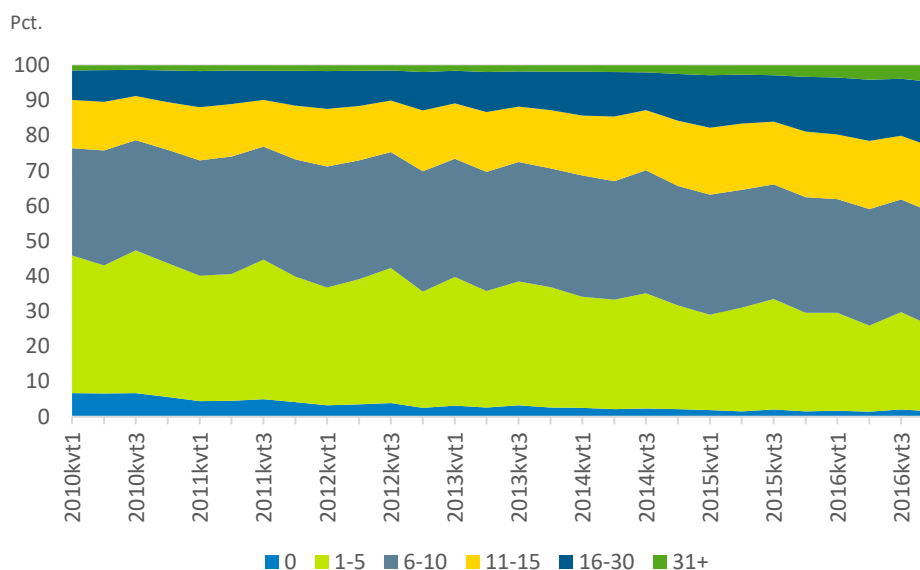
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger omfatter ambulante besøg og indlæggelser. Indlæggelser tæller for det antal dage, indlæggelsen varer. Kontakter til praksissektoren omfatter kontakter hos almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis.

10.3 Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom

Profilen består af ca. 230.000 personer. Over halvdelen har mindst seks kontakter pr. kvartal gennem perioden 2010-2016, *jf.* Figur 14. Det svarer i gennemsnit til to kontakter om måneden.

Figur 14 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Gennemsnitsalderen for *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* er 62 år. Under halvdelen er i den erhvervsaktive alder. Ligesom hos *Borgeren med færre kontakter*, er næsten halvdelen enten gift eller i registreret partnerskab. Omkring en tredjedel af *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* er enker/enkemænd eller fraskilt, mens ca. en femtedel er ugift. *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* har den højeste dødelighed blandt profilerne. En ud af tolv dør i 2017. Det er dobbelt så stor en andel sammenlignet med *Den ellers raske borger*, *jf.* Bilagstabel 3. Fire ud af ti i profilen er til rådighed for arbejdsmarkedet, *jf.* Figur 8. Det er en væsentlig mindre andel end hos *Den ellers raske borger* og *Borgeren med færre kontakter*.

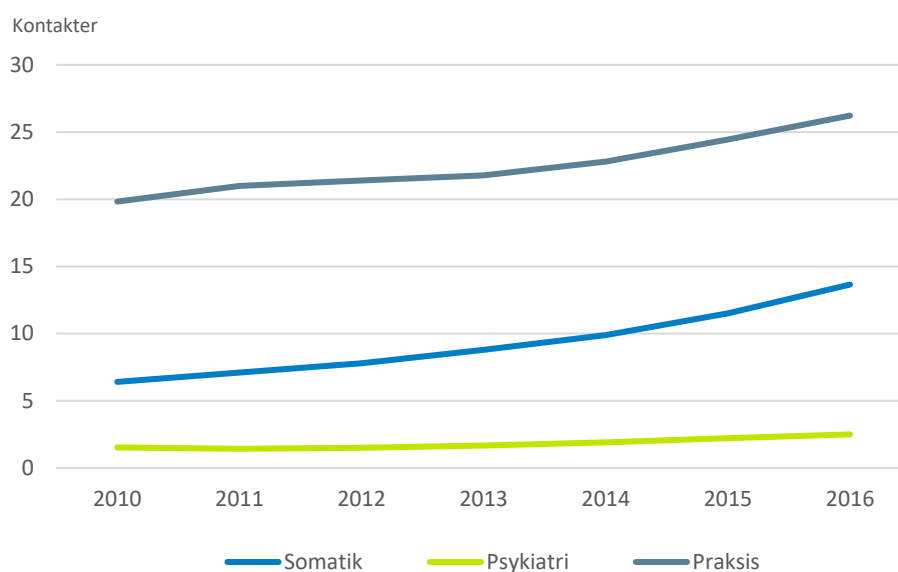
Næsten halvdelen af profilen *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* har mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme, mens mere end hver tiende har to eller flere, *jf.* Figur 9. Heraf er type 2-diabetes, KOL og knogleskørhed de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Hver syvende borger har type 2-diabetes, og samme andel har KOL. Hver ottende har knogleskørhed.

Profilen har derudover kontakter i hospitalsvæsenet i 2017 i forbindelse med en forhøjet blodtryk, hjerteproblemer samt overvægt og fedme.

Udviklingen i kontakter for Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom

Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom har flere kontakter årligt til sundhedsvæsenet end Borgeren med færre kontakter. Profilens kontakter i praksissektoren og det somatiske hospitalsvæsen stiger jævnt fra 2010 og frem, jf. Figur 15.

Figur 15 Udvikling i kontakter for Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



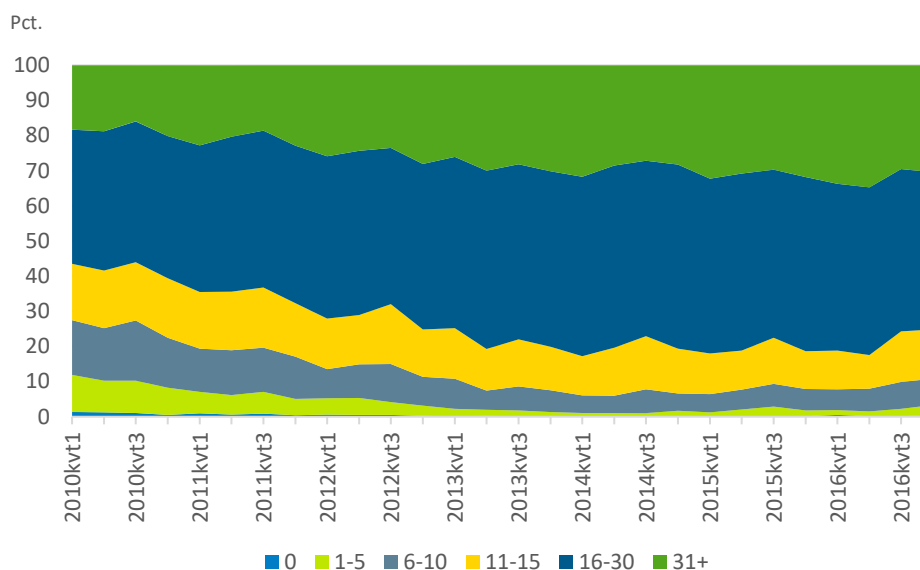
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger omfatter ambulante besøg og indlæggelser. Indlæggelser tæller for det antal dage, indlæggelsen varer. Kontakter til praksissektoren omfatter kontakter hos almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis.

10.4 Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom

Profilen består af ca. 35.000 personer. Over halvdelen har 16 eller flere kontakter til sundhedsvæsenet pr. kvartal i perioden 2010-2016, *jf.* Figur 16. Det svarer i gennemsnit til mere end fem kontakter om måneden.

Figur 16 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Gennemsnitsalderen for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* er 63 år. Størstedelen af profilen er gift eller i registeret partnerskab. Profilen har den største andel af personer, der er enten enker/enkemænd eller fraskilt sammenlignet med de andre profiler. Dødeligheden er næsten lige så høj for profilen som for *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, *jf.* Bilagstabel 3. Under halvdelen er i den erhvervsaktive alder. Heraf er mindre end hver tiende til rådighed for arbejdsmarkedet, *jf.* Figur 8. Dermed har profilen den mindste andel borgere i den erhvervsaktive alder, som er til rådighed for arbejdsmarkedet.

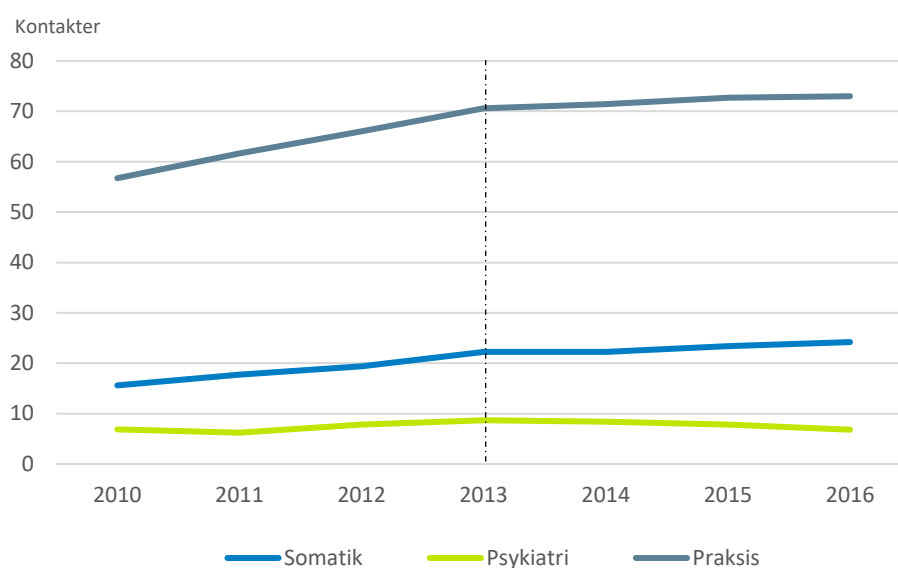
Seks ud af ti patienter i profilen *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* har mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme, mens næsten hver fjerde har to eller flere, *jf.* Figur 9. Heraf er knogleskørhed, KOL og type 2-diabetes de hyppigst forekommende. Næsten hver femte har knogleskørhed, og lige så mange har KOL. Hver sjette har type 2-diabetes.

Profilen har derudover kontakt i hospitalsvæsenet i 2017 i forbindelse med hjerteproblemer, multipel sklerose, slidgigt, Parkinsons sygdom, epilepsi og skizofreni. Hver sjette borger har kontakter til psykiatrien i 2017, *jf.* Bilagstabel 3. Dermed har profilen den største andel patienter med kontakter i psykiatrien sammenlignet med de andre profiler.

Udviklingen i kontakter for Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom

Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom har flest kontakter årligt til sundhedsvæsenet blandt de fire patientprofiler. Profilens kontakter i praksissektoren og det somatiske hospitalsvæsen begynder at stige fra 2013 og frem, jf. Figur 17.

Figur 17 Udvikling i kontakter for Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger omfatter ambulante besøg og indlæggelser. Indlæggelser tæller for det antal dage, indlæggelsen varer. Kontakter til praksissektoren omfatter kontakter hos almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis.

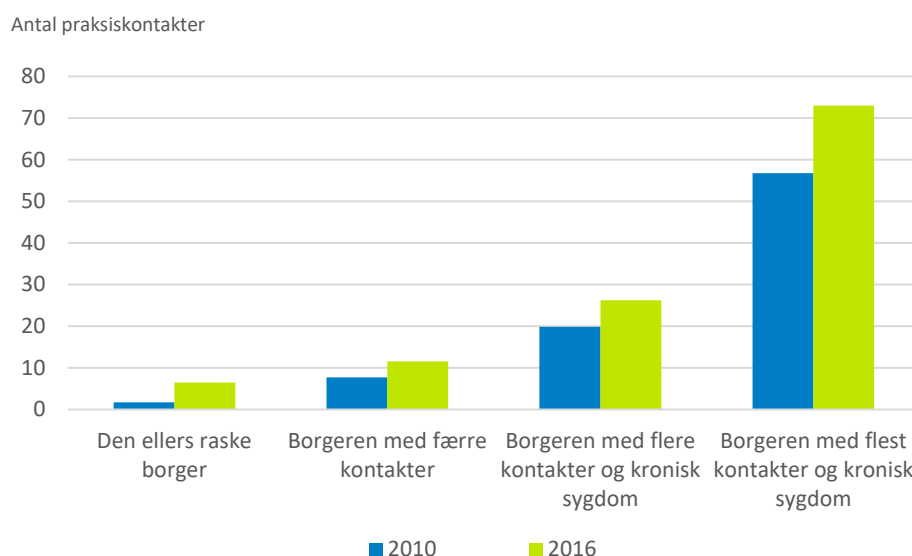
11. Kontakter på tværs af sundhedsvæsenet i profilerne

Resultaterne viser, at der er stor variation i kontaktmønstrene for de fire patientprofiler. Niveaueet for antallet af kontakter pr. patient er højest for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* på tværs af sundhedsvæsenet igennem hele perioden.

11.1 Kontakter i praksissektoren

Den største forskel mellem patientprofilerne findes i kontakter i praksissektoren. Her har *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* i gennemsnit 73 kontakter i 2016, jf. Figur 18. Det svarer til seks kontakter pr. måned. Det er langt hyppigere end *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, der i gennemsnit har 26 kontakter i 2016, hvilket svarer til to kontakter pr. måned. Til sammenligning har *Den ellers raske borger* i gennemsnit seks kontakter i 2016. Det svarer til en kontakt med praksissektoren hver anden måned. *Borgeren med færre kontakter* har gennemsnitligt 12 kontakter i 2016 svarende til en kontakt med praksissektoren pr. måned.

Figur 18 Antal kontakter i praksissektoren pr. år fordelt på de fire patientprofiler, 2010 og 2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til praksissektoren omfatter kontakter hos almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis.

I 2010 var der allerede stor variation i antallet af kontakter i praksissektoren mellem de fire patientprofiler. *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom* havde i gennemsnit 57 kontakter

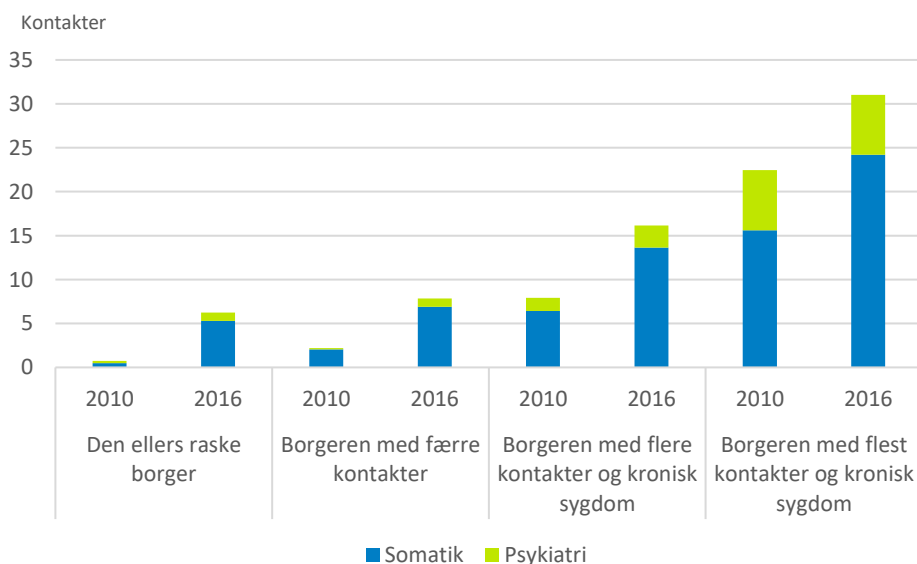
i 2010, hvilket svarer til fem kontakter pr. måned, jf. Figur 18. Det er langt hyppigere end *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, der med 20 kontakter i alt, i gennemsnit havde lige under to kontakter pr. måned i 2010. Til sammenligning har *Den ellers raske borger* i gennemsnit to kontakter til praksissektoren i løbet af hele året, mens *Borgeren med færre kontakter* i gennemsnit har en kontakt til praksissektoren hver anden måned i 2010. Dermed er der tale om en tiltagende udvikling i antallet af kontakter i praksissektoren for alle profiler i perioden 2010-2016.

11.2 Kontakter i hospitalssektoren

Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom har i gennemsnit 24 kontakter i det somatiske hospitalsvæsen i 2016, hvilket svarer til to kontakter pr. måned, jf. Figur 19. *Den ellers raske borger* og *Borgeren med færre kontakter* har i gennemsnit hhv. fem og syv kontakter i 2016. Det svarer til mindre end én kontakt pr. måned.

Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom har i gennemsnit syv kontakter i psykiatrien i 2016, hvilket svarer til en kontakt hver anden måned. De resterende patientprofiler har stor set ingen kontakter i psykiatrien 2016.

Figur 19 Antal kontakter i hospitalssektoren pr. år fordelt på de fire patientprofiler, 2010 og 2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger omfatter ambulante besøg og indlæggelser. Indlæggelser tæller for det antal dage, indlæggelsen varer.

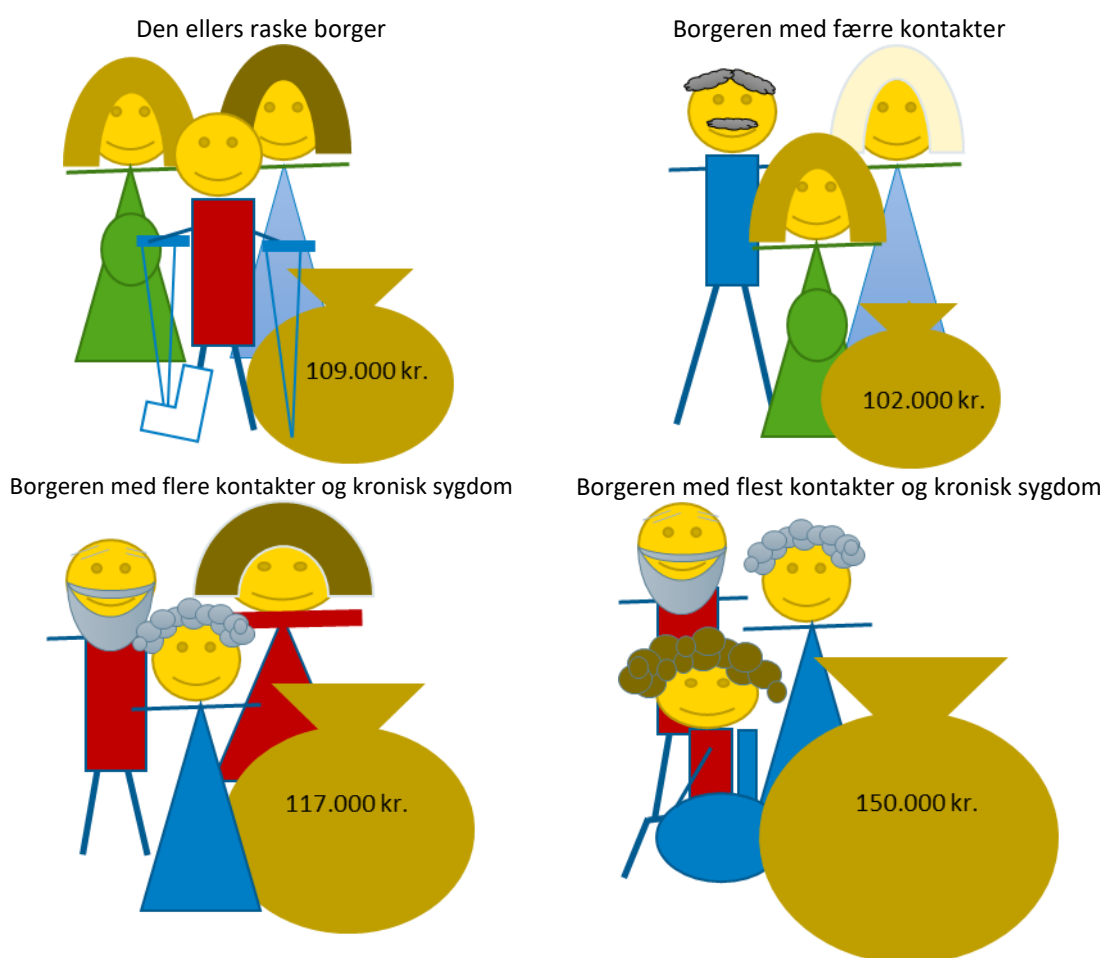
Igen findes samme rangorden i antal kontakter i det somatiske og psykiatriske hospitalsvæsen på tværs af de fire profiler i 2010 og 2016.

11.3 Forskelle i sundhedsudgifter

Variationen i kontaktmønstrene afspejles også i patientprofilernes gennemsnitlige beregnede udgifter til sundhedsvæsenet i 2017, hvilket er illustreret i Figur 20. *Borgeren med færre kontakter* har med 102.000 kr. pr. person de laveste gennemsnitlige årlige beregnede udgifter blandt profilerne. De er ca. 48.000 kr. lavere end for *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*, der med 150.000 kr. har de højeste gennemsnitlige beregnede udgifter.

Der imellem findes *Den ellers raske borger*, der har gennemsnitlige beregnede udgifter på ca. 109.000 kr. pr. person, og *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, der har gennemsnitlige beregnede udgifter på ca. 117.000 kr.

Figur 20 Overblik over de fire patientprofiler



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren angiver bl.a. de gennemsnitlige årlige sundhedsudgifter pr. person i 2017.

Bilag 1. Dokumentation

Datakilder

Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, Reviderede (august 2017) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR-registeret pr. 1. januar 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

Population

Populationen omfatter alle borgere, der i 2017 har kontakt til sundhedsvæsenet (og dermed trækker på de offentlige udgifter). Der betinges på, at borgeren skal have et gyldigt CPR-nummer, være i live og have dansk bopæl pr. 1. januar 2017. Derudover afgrænses der til borgere, der har haft kontakt til sundhedsvæsenet i 2017.

De patienter, der fokuseres på i analysen, er identificeret på baggrund af deres udgifter til psykiatriske hospitalskontakter, somatiske hospitalskontakter samt kontakter i praksissektoren. Der fokuseres på de 10 pct., der står for de højeste udgifter, hvoraf der udtrækkes en stikprøve på 5 pct. De udgør 26.499 personer, og dermed udgør stikprøven 0,5 pct. af de patienter, der har kontakt til sundhedsvæsenet i 2017.

Repræsentativitet af stikprøven

For at sikre, at stikprøven er repræsentativ i forhold til de 10 pct., der står for de højeste udgifter, sammenlignes de to populationer på en række parametre. Fordelingen af stikprøven og hele gruppen af de 10 pct. er stort set ens på de viste parametre, *jf.* Bilagstabel 1. Stikprøven vurderes dermed at være repræsentativ ift. de 10 pct., der står for de højeste udgifter.

Bilagstabel 1 Sammenligning af stikprøven og de 10 pct., der står for de højeste udgifter, 2017

	Stikprøven	De 10 pct., der står for de højeste udgifter
Sociodemografi		
Kvinder	57,3	57,6
Gennemsnitsalder	55,9	55,8
Enke/enkemand/skilt	26,4	26,3
Gift/registreret partnerskab	45,1	45,0
Ugift	28,5	28,7
Geografi		
Region Hovedstaden	31,5	31,5
Region Midtjylland	21,4	21,4
Region Nordjylland	10,2	10,0
Region Sjælland	15,2	15,2
Region Syddanmark	21,6	22,0
Helbred og dødelighed		
Ingen kroniske sygdomme	64,2	64,3
Én kronisk sygdom	28,0	27,8
To eller flere kroniske sygdomme	7,9	7,9
Død	6,4	6,5
Sundhedsudgifter		
Gennemsnitlige totale udgifter (kr.)	112.000	112.000

Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2017) (RUKS) samt CPR-registret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen opgør fordelingen af gennemsnitlige totale udgifter til sundhedsvæsenet i 2017, køn, alder pr. 1. januar 2017, bopælsregion pr. 1. januar 2017, civilstatus pr. 1. januar 2017, andel der dør i løbet af 2017 samt andel med udvalgte kroniske sygdomme i 2017 for hhv. stikprøven og de 10 pct., der står for de højeste udgifter. Opgørelsen over andelen af borgere med kroniske sygdomme omfatter borgere, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma.

Kontakter i hospitalssektoren

Kontakter og udgifter i hospitalsvæsenet, herunder somatiske og psykiatriske afdelinger, er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts, med undtagelse af 2016, hvor aktiviteten på somatiske afdelinger i Region Hovedstaden er opgjort pr. 10. juni 2017, og 2017, der er opgjort pr. 10. april 2018, som følge af udfordringer ved implementeringen af Sundhedsplatformen.

Aktivitet på offentlige hospitaler og offentligt betalt behandling på private hospitaler indgår. Raske ledsagere og raske nyfødte indgår ikke i opgørelserne.

Indlæggelser

En indlæggelse i det somatiske og psykiatriske hospitalsvæsen tælles som en patients udskrivning fra en hospitalsafdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem hospitalsafdelinger på samme hospital tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen.

Sengedage

Sengedage i det somatiske og psykiatriske hospitalsvæsen er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være én sengedag pr. indlæggelse. Når antallet af kontakter opgøres, tæller hver enkelt sengedag som én kontakt.

Ambulante besøg, psykiatrisk hospitalsvæsen

Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads.

Ambulante besøg opgøres som en patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling, eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for hospitalet i et såkaldt udebesøg. Ydelser uden besøg, fx udfærdigelse af erklæringer, samtale med forældre, værge eller pårørende mv., medtages ikke. Ydelser uden besøg er knyttet til et CPR-nummer, men kræver ikke patientens fremmøde. Fysio- og ergoterapeutiske ydelser registreres som ydelser uden besøg, og indgår dermed heller ikke i opgørelsen.

For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling.

Der indgår tal for fremmøde på en psykiatrisk skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akutambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Ambulante besøg, somatisk hospitalsvæsen

Ambulante kontakter på hospitalet opgøres som summen af ambulante besøg og ydelser på et ambulatorium. Et ambulant besøg er et fremmøde på hospitalet, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted.

Udgifter i hospitalssektoren

Alle udgifter er opgjort i 2017-priser.

Somatisk hospitalsvæsen

Individbaserede udgifter forbundet med somatisk hospitalsbehandling er opgjort som produktionsværdien på baggrund af DRG-takster (diagnoserelaterede grupper). Produktionsværdien er

beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, og er dermed ikke udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Det vil sige, at en given kontakt på hospitalet reelt kan have flere eller færre udgifter forbundet med patientbehandlingen end den enkelte DRG-takst. Brugen af DRG-takster er det bedste estimat for udgifter på individniveau.

Til beregning af DRG-taksterne inkluderes hospitalernes driftsudgifter⁹, herunder bl.a. udgifter til behandlinger, undersøgelser, hospitalsmedicin, implantater, løn til personalet og administration¹⁰. Offentligt tilskud til receptpligtigt medicin og udleveret hospitalsmedicin er ikke inkluderet.

Psykiatrisk hospitalsvæsen

Udgifter til behandling på psykiatriske afdelinger kan kun skønsmæssigt opgøres på individniveau ved at benytte besøgs- og sengedagstakster. Besøgs- og sengedagstakster afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til det psykiatriske hospitalsvæsen for den enkelte kontakt. Udgifter til psykiatriske hospitaler opgjort ved besøgs- og sengedagstakster er undervurderet ift. de tilrettede driftsudgifter til psykiatriske hospitaler. Udgifter til retspsykiatrisk behandling indgår.

I 2017 udgør besøgstaksten 1.815 kr. og sengedagstaksten udgør 3.628 kr.¹¹ Brugen af disse takster giver mulighed for at kunne vægte ressourceforbruget ved ambulante besøg og indlæggelser således, at de kan sammenlignes for at finde patienterne med de højeste psykiatriske udgifter. Denne vægtning skal ses som et skøn i mangel af andre alternativer.

Kontakter og udgifter i praksissektoren

Kontakter og udgifter i praksissektoren er baseret på oplysninger om afregnede bruttohonorarer for ydelser fra Sygesikringsregisteret. Kontakter og udgifter er afgrænset til registreringer, hvor borgerens køn, alder og bopælsregion kan identificeres.

Praksissektoren omfatter almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis. Almen praksis dækker over dagtid og uden for dagtid samt kontakt til vagtlæge.

Speciallægepraksis omfatter privatpraktiserende speciallæger med speciale inden for anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermatologi-venerologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, kirurgi, neurologi, øjenlægehjælp, ortopædkirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri og børnepsykiatri.

⁹ DRG-takster, Sundhedsdatastyrelsen: www.sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/takster-drg

¹⁰ Kogebog 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

¹¹ Takstsystem Vejledning. Sundhedsdatastyrelsen. 2017.

Øvrig praksis omfatter kontakter mellem borger og behandler inden for fysioterapi (almen fysioterapi og ridefysioterapi), vederlagsfri fysioterapi (vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi), kiropraktik (almindelig kiropraktik og kiropraktik med særlige tilskudsordninger), fodbehandling (sukkersygepatienter, patienter med nedgroede tånegle, arvævspatienter og patienter med svær leddegigt), optræning Teddy Øfeldt, psykologhjælp samt tandlæge- og tandplejehjælp.

Kontakter i praksissektoren

En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Kontakter er opgjort i det år, behandlingen har fundet sted.

Antal kontakter er afgrænset således, at der medtages maksimalt fem af samme ydelseskode fra én afregningslinje. For modregnede negative ydelser, minusydelser, medtages tilsvarende kun ned til et antal på minus 5 ydelser. Hvis antallet af kontaktydelser på én afregningslinje er mindre end minus 5 eller højere end plus 5 afgrænses antallet i opgørelsen til hhv. minus 5 og 5. Fx afgrænses et kontaktydelsesantal på minus 10 til minus 5.

Udgifter i praksissektoren

Udgifter i praksissektoren er opgjort på baggrund af afregnede ydelseshonorarer. Udgifter til ydelseshonorar omfatter både bruttohonorer for kontaktydelser og tillægsydelser. Udgifter i praksissektoren omfatter ikke basishonorar, som er det beløb den alment praktiserende læge modtager for at have patienter tilmeldt.

Det bemærkes, at når der ses på udgifter i praksissektoren, afgrænses der ikke til, at der maksimalt må være fem af samme ydelseskode eller fem modregnede ydelser. I stedet medtages alle ydelser, der er afregnet i 2017.

Datadefinitioner

Arbejdsmarkedstilknytningskategorier

Bilagstabel 2 Gruppering af DREAM-koder

Arbejdsmarkedstilknytningskategori	Ydelseskoder
Det ordinære arbejdsmarked - <i>Beskæftigede/uddannelsessøgende</i> (lønindkomst, selvforsørgelse, orlov, uddannelsessøgende) - <i>Ledige</i> (Dagpengemodtagere inkl. uddannelseshjælp, jobklar og særlig uddannelsesyndelse samt arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere)	121-123, 412, 413, 511, 521, 522, 651, 652, 661, 881, ingen ydelseskode 111-114, 124-126, 211, 213-218, 231, 232, 299, 151,152, 130-139, 140-149, 160, 163-169
Midlertidigt uden for det ordinære arbejdsmarked - <i>Ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere</i> (inkl. personer i ressourceforløb) - <i>Ledighedsyndelse</i> - <i>Fleksjob eller visiteret til et fleksjob</i> - <i>Forrevalidering og revalidering</i> - <i>Sygedagpenge inkl. jobafklaring</i>	700, 703-708, 710, 713-718, 720, 723-729, 730, 731, 733-739, 740, 741, 743-748, 750, 753-758, 760, 763-768, 771, 774, 784, 785, 810, 813-818 890, 893-899, 870, 873-878
Førtidspension - <i>Inkl. skånejob</i>	781, 783
Efterløn og folkepension - <i>Fleks- og overgangsyndelse</i> - <i>Efterløn</i>	611, 621, 622
Ikke bosiddende i Danmark og døde	997, 999

Diagnoser

Boks 5: Diagnoser

Når der ses på de hyppigste diagnoser i profilerne, drejer det sig om de aktions- og bidiagnoser, der er knyttet til de kontakter, som borgerne har til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger i 2017.

ICD10-koder, der starter med DO samt ICD10-koder, der starter med DZ3, er grupperet til *Graviditet og fødsler*. Resten er grupperet på de første fire cifre i ICD10-koden. Der ses både på de hyppigste diagnoser, hvor profilerne er kønsopdelt, og hvor de ikke er.

Identifikation af borgere med kronisk sygdom

Kroniske sygdomme dækker i denne opgørelse over kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Patienter med kronisk sygdom er opgjort på baggrund af Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), hvor patienter med kronisk sygdom identificeres vha. national sundhedsregistre, jf. nedenstående boks.

Det er ikke muligt i algoritmen at have KOL og astma eller type 1- og type 2-diabetes samtidig. Derfor vil en patient med KOL ikke kunne indgå i populationen med astma eller omvendt. Tilsvarende gælder for type 1- og type 2-diabetes.

Boks 6: Opgørelse af antal personer med kroniske sygdomme

Opgørelse af patienter med kroniske sygdomme er foretaget på baggrund af Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), og data udtrukket den 1. september 2017. I data optræder patienterne med de udvalgte sygdomme med en debutdato, der kan være første kontakt i Landspatientregisteret eller første medicinkøb på recept, en slutdato og en årsag til slutdato (død, udrejst, forsvundet, raskmeldt, ingen aktivitet). Borgere optræder kun i data, hvis de har et gyldigt CPR-nummer og er, eller har været, bosat i Danmark den 1. januar det pågældende år.

Antallet af patienter med en given sygdom i 2017, er i denne optælling opgjort som antallet af patienter identificeret med den pågældende sygdom pr. 1. januar 2017.

Bilag 2. Deskriptiv statistik

Bilagstabel 3 Fordeling af udvalgte karakteristika i pct., 2017

	Den ellers raske borger	Borgeren med færre kontakter	Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom	Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom	Hele be- folkning- en
Antal personer	31.000	225.000	230.000	35.000	5.748.000
Sociodemografi					
Kvinder	45	55	61	64	50
Gennemsnitsalder	42	53	62	63	41
Enke/enkemand/skilt	14	22	32	34	14
Gift/registreret partnerskab	39	46	47	44	37
Ugift	47	32	21	22	48
I den erhvervsaktive alder	75	59	45	44	63
- Til rådighed for arbejdsmarkedet	73	70	41	8	84
- Uden for arbejdsmarkedet	27	30	59	92	16
Geografi					
Region Hovedstaden	33	31	32	30	31
Region Midtjylland	22	22	21	23	23
Region Nordjylland	10	12	9	9	10
Region Sjælland	13	15	16	15	14
Region Syddanmark	22	21	22	23	21
Helbred og dødelighed					
0 kroniske sygdomme	93	76	52	39	83
Én kronisk sygdom	7	22	36	37	15
To eller flere kroniske sygdomme	1	3	12	23	2
Andel med kontakt i psykiatrien	9	8	12	15	3
Død	4	5	8	7	1
Sundhedsudgifter					
Gennemsnitlige totale udgifter (kr.)	109.000	102.000	117.000	150.000	15.000

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret samt Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2017) (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen samt Beskæftigelsesministeriets løbsdatabase DREAM.

Note: Tabellen opgør fordelingen af gennemsnitlige totale udgifter til sundhedsvæsenet i 2017, køn, alder, bopælsregion og civilstatus opgjort pr. 1. januar 2017, beskæftigelsesstatus (dominerende i løbet af 2017), andel der dør i løbet af 2017, andel med udvalgte kroniske sygdomme samt andel med kontakt til psykiatrien i 2017. Arbejdsmarkedstilknytningen er defineret ud fra det indkomstgrundlag, som har været det dominerende for borgeren i 2017. Borgere i den erhvervsaktive alder dækker over borgere på 16-64 år. Opgørelsen over andelen af borgere med kroniske sygdomme omfatter borgere, som ved indgangen til 2017 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma.

Bilagstabel 4 Kontakter til sundhedsvæsenet fordelt på profiler, 2017

	Den ellers raske bor- ger	Borgeren med færre kontakter	Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom	Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom	Hele be- folkningen
Somatiske hospitalsafdelinger					
Andel patienter med ambulant kontakt	94	95	96	96	47
Gns. antal ambulante kontakter pr. pati- ent med kontakt	11	12	14	20	5
Andel patienter med indlæggelse	85	81	76	66	12
Gns. antal sengedage pr. patient med kontakt	8	7	8	12	6
Gns. antal sengedage pr. indlæggelse	4	4	4	4	4
Psykiatriske hospitalsafdelinger					
Andel patienter med ambulant kontakt	9	8	12	15	3
Gns. antal ambulante kontakter pr. pati- ent med kontakt	15	16	15	19	8
Andel patienter med indlæggelse	4	3	4	7	0
Gns. antal sengedage pr. patient med kontakt	75	33	44	55	36
Gns. antal sengedage pr. indlæggelse	36	19	19	13	19
Primærsektoren					
Andel patienter i kontakt med almen praksis	93	97	99	99	86
Gns. antal kontakter til almen praksis pr. patient med kontakt	10	13	21	29	8
Andel patienter i kontakt med special- lægepraksis	25	39	54	57	32
Gns. antal kontakter til speciallægeprak- sis pr. patient med kontakt	3	3	4	5	3
Andel patienter i kontakt med øvrig praksis	10	20	37	73	18
Gns. antal kontakter til øvrig praksis pr. patient med kontakt	13	9	16	54	11
Andel patienter i kontakt med praksis- sektoren i alt	94	98	99	99	88
Gns. antal kontakter til praksissektoren i alt pr. patient med kontakt	12	16	29	71	11

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger omfatter ambulante besøg og indlæggelser. Kontakter til praksissektoren omfatter kontakter hos almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis.

Bilag 3. Følsomhedsanalyser

For at teste robustheden af analysens resultater, er der foretaget to følsomhedsanalyser. Følsomhedsanalyserne tester det valgte antal profiler samt valget af kontaktintervaller.

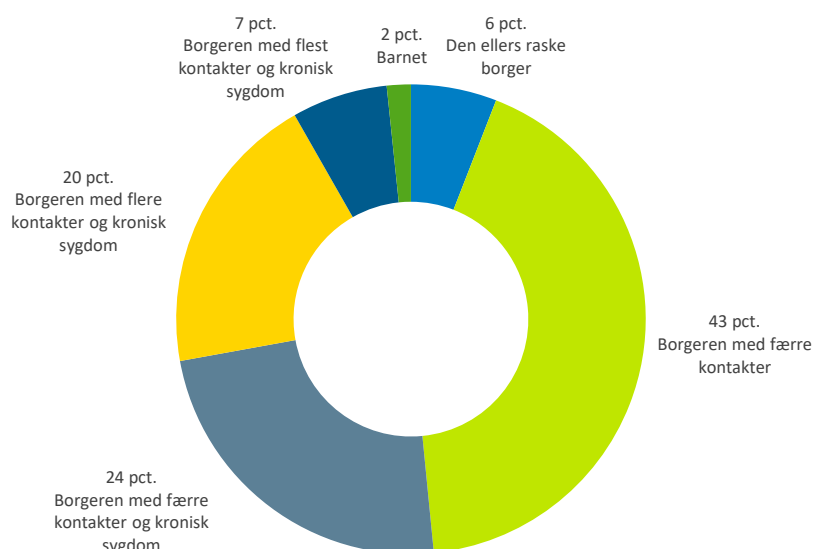
Følsomhedsanalyse 1: Fem patientprofiler

Hvis der i stedet for fire grupper vælges fem, deles gruppen bestående af *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* op i to grupper. De resterende grupper er uændrede ift. hovedanalysen. Dermed fås følgende patientprofiler:

- *Den ellers raske borger*
- *Borgeren med færre kontakter*
- *Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom*
- *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*
- *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*
- *Barnet*

Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom splittes nu til *Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom*, der udgør 24 pct. af patienterne, der står for de højeste udgifter, og *Borgeren med og flere kontakter og kronisk sygdom*, der udgør 20 pct., jf. Bilagsfigur 1.

Bilagsfigur 1 Fordeling af populationen på de seks profiler



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

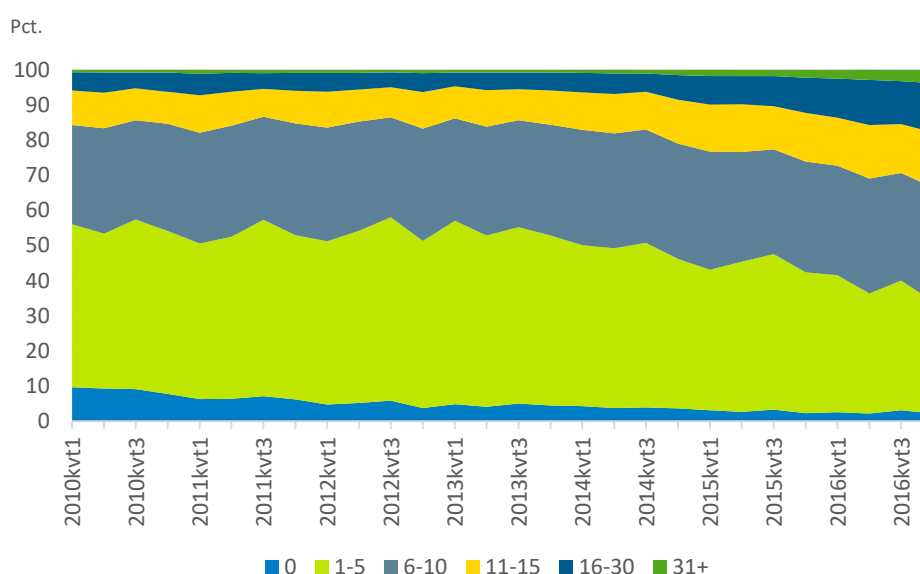
Note: Tallene er afrundede.

Da det kun er patientprofilen *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*, der ændrer sig i forhold til hovedanalysen, er det kun den nye opdeling af denne profil, der er beskrevet.

Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom

Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom består af ca. 126.000 personer. Omkring halvdelen af profilen har op til fem kontakter pr. kvartal gennem perioden 2010-2016, jf. Bilagsfigur 2. Andelen falder dog til en tredjedel frem mod 4. kvartal 2016.

Bilagsfigur 2 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Seks ud af ti borgere i profilen er kvinder, og gennemsnitsalderen er 60 år. Omkring halvdelen i den erhvervsaktive alder er uden for arbejdsmarkedet.

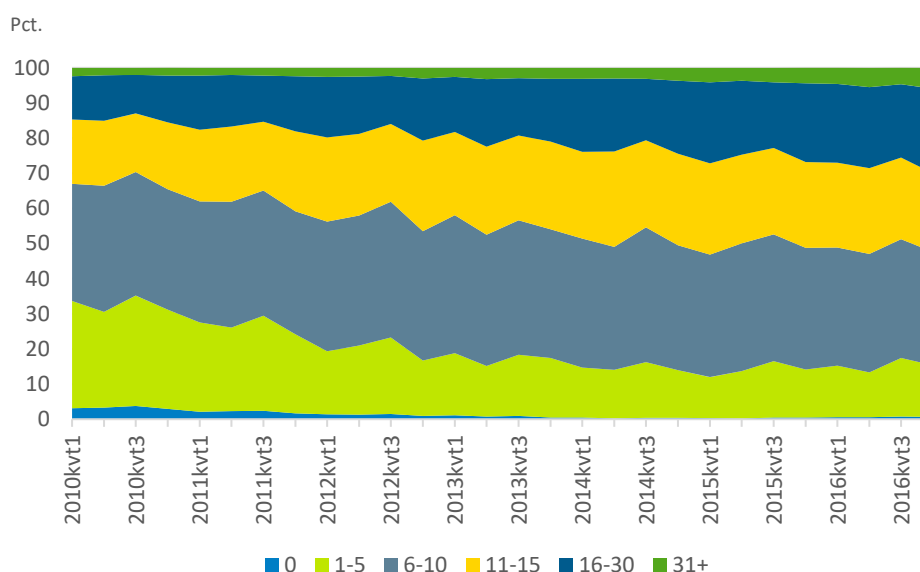
Fire ud af ti af borgerne i profilen har mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme. Godt hver tiende borger har to eller flere af de kroniske sygdomme. Heraf er KOL, type 2-diabetes og knogleskørhed de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Mere end hver tiende har KOL, mens omkring hver tiende har type 2-diabetes. Samme andel har knogleskørhed.

Derudover har profilen kontakt i hospitalsvæsenet i forbindelse med overvægt og fedme, forhøjet blodtryk, hjerteproblemer samt brystkræft.

Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom

Profilen *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom* består af ca. 104.000 personer. Godt halvdelen har mellem seks og femten kontakter pr. kvartal gennem perioden 2010-2016, jf. Bilagsfigur 3.

Bilagsfigur 3 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Godt seks ud af ti borgere i profilen er kvinder, og gennemsnitsalderen er 64 år. Syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er uden for arbejdsmarkedet.

Knap seks ud af ti borgere i profilen har mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Hver sjette har to eller flere af de seks kroniske sygdomme. Heraf er type 2-diabetes, KOL og knogleskørhed de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Hver femte har type 2-diabetes, mens hver sjette har KOL og hver syvende har knogleskørhed.

Derudover har profilen kontakter i hospitalsvæsenet i forbindelse med hjertesvigt, forhøjet blodtryk og hjerteproblemer.

Følsomhedsanalyse 2: Alternativ inddeling af forløbstilstande

Det undersøges, hvorvidt kontaktintervallerne er afgørende for resultaterne. Kontaktintervallerne er dannet ved at placere ca. lige mange borgere i hver tilstand i 4. kvartal 2016. Her ses der bort fra 0 kontakter til sundhedsvæsenet.

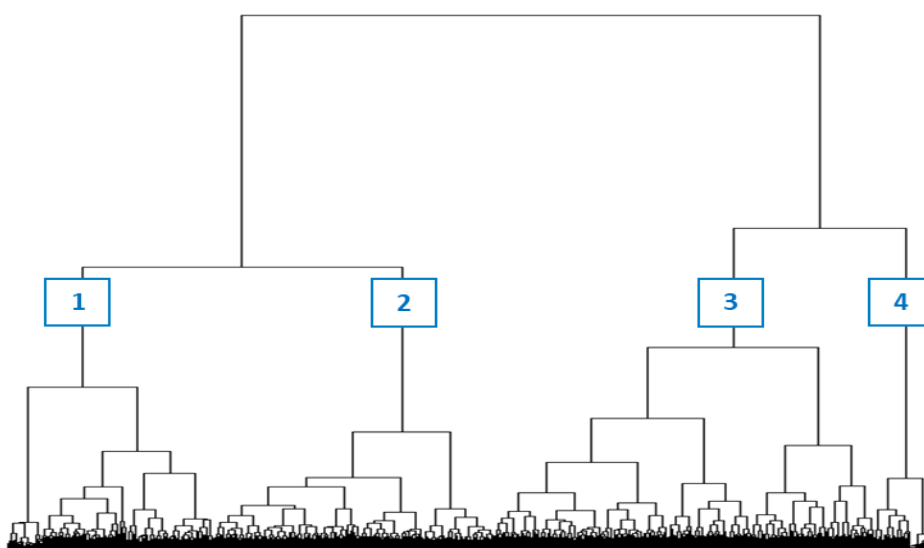
Dermed fås følgende tilstandsalphabet:

Bilagstabel 5 Definition af forløbstilstande i følsomhedsanalysen med alternativ intervalinddeling

Alfabet	Tilstandslabel
A	0 kontakter
B	1-3 kontakter
C	4-6 kontakter
D	7-10 kontakter
E	11-16 kontakter
F	17+ kontakter

Dendogrammet fra klyngeanalysen er vist i Bilagsfigur 4.

Bilagsfigur 4 Dendogram til udvælgelse af antal profiler i følsomhedsanalysen med alternativ intervalinddeling



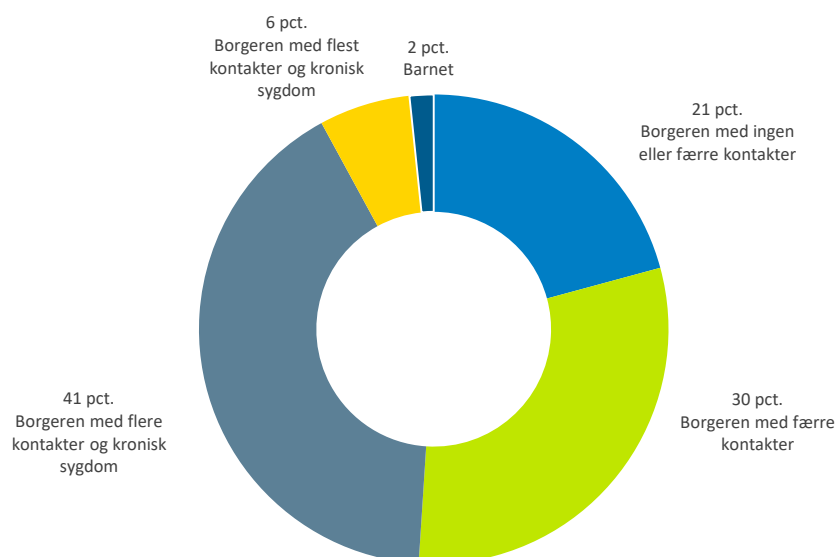
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Ud fra dendogrammet vælges igen fire grupper. Børn, der er under 6 år pr. 1. januar 2017, tildeles deres egen gruppe. Dermed fås fem grupper, der udgør de typiske forløb frem til, at patienterne er blandt de 10 pct., der står for de højeste udgifter, baseret på den nye tilstandsinddeling:

- > *Borgeren med ingen eller færre kontakter*
- > *Borgeren med færre kontakter*
- > *Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom*
- > *Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom*
- > *Barnet*

Borgeren med ingen eller færre kontakter udgør 21 pct. af populationen. Til sammenligning udgør gruppen med færrest kontakter i hovedanalysen (*Den ellers raske borger*) 6 pct. *Borgeren med færre kontakter* udgør 30 pct. I hovedanalysen udgør den tilsvarende gruppe 43 pct. Størrelsen på de resterende grupper har ikke ændret sig nævneværdigt.

Bilagsfigur 5 Fordeling af populationen på de fem profiler efter ny tilstandsinddeling



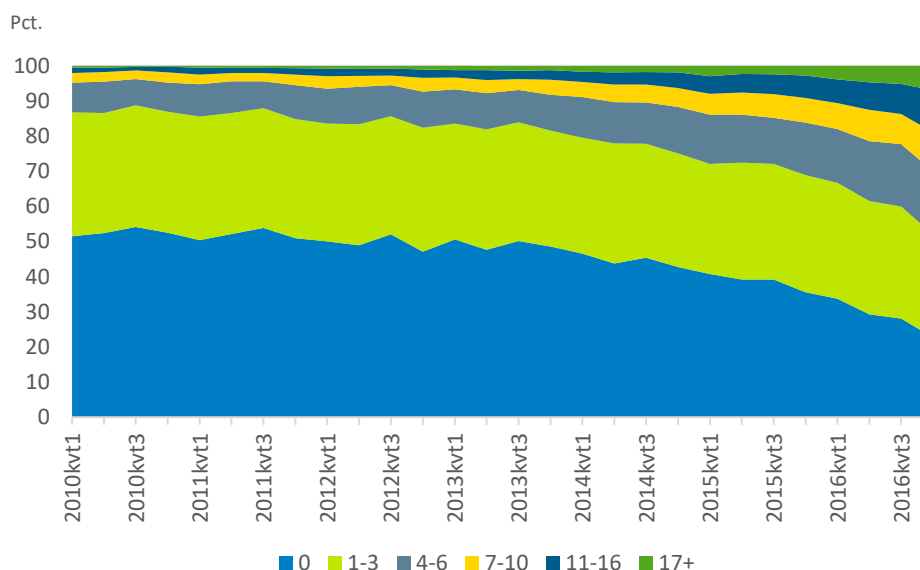
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene er afrundede.

Borgeren med ingen eller færre kontakter

Borgeren med ingen eller færre kontakter består af ca. 55.000 personer. Knap ni ud af ti i profilen har ingen eller 1-3 kontakter pr. kvartal frem til 3. kvartal 2012. Derefter har hver anden borger i profilen ingen eller 1-3 kontakter pr. kvartal frem til 4. kvartal 2016.

Bilagsfigur 6 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med ingen eller færre kontakter, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Halvdelen af profilen er mænd, og gennemsnitsalderen er 45 år. Syv ud af ti i den erhvervsaktive alder er på det ordinære arbejdsmarked.

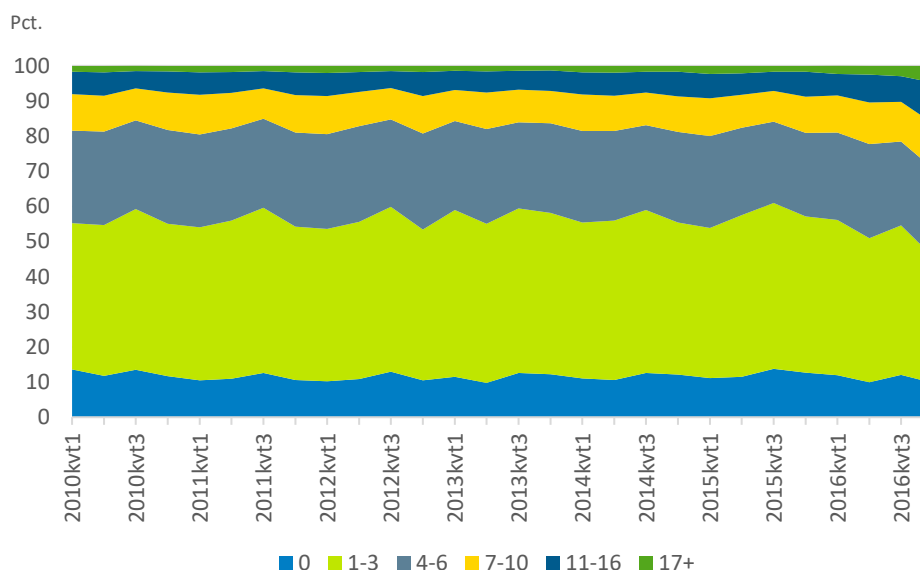
Borgeren med ingen eller færre kontakter består af mænd, der har kontakter grundet frakturer og forhøjet blodtryk, og kvinder, der har kontakter i hospitalsvæsenet i 2017 grundet graviditet og fødsler, overvægt og fedme samt brystkræft.

Profilen minder meget om *Den ellers raske borger* i hovedanalysen. En større andel af profilen har 1-3 kontakter pr. kvartal. Det skyldes, at *Borgeren med ingen eller færre kontakter* er en kombination af hovedanalysens profiler *Den ellers raske borger* og *Borgeren med færre kontakter*.

Borgeren med færre kontakter

Borgeren med færre kontakter består af ca. 80.000 personer. Omkring syv ud af ti patienter i profilen har 1-6 kontakter pr. kvartal i perioden 2010-2016.

Bilagsfigur 7 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med færre kontakter, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Seks ud af ti er kvinder, og gennemsnitsalderen er 56 år. Blandt borgerne i den erhvervsaktive alder er næsten syv ud af ti på det ordinære arbejdsmarked.

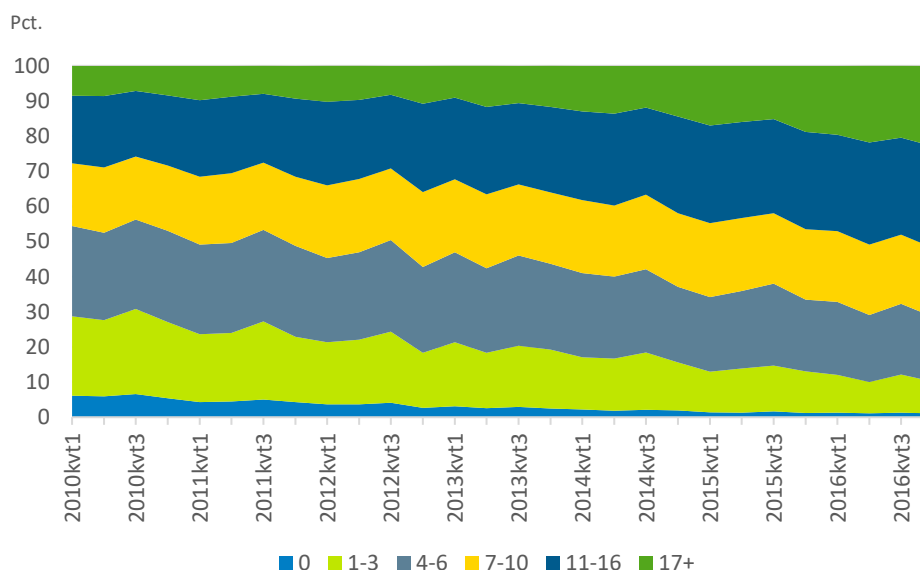
Mændene, der udgør fire ud af ti personer i profilen, har kontakter i hospitalsvæsenet grundet forhøjet blodtryk, hjerteproblemer, kræft og type 2-diabetes. De yngre kvinder i profilen, der i gennemsnit er 30 år, har kontakter i hospitalsvæsenet i 2017 grundet graviditet og fødsler. De resterende kvinder, der er lidt ældre, har kontakter grundet brystkræft, overvægt og fedme samt forhøjet blodtryk.

Profilen minder om *Borgeren med flere kontakter* i hovedanalysen.

Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom

Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom består af ca. 109.000 personer. Omkring seks ud af ti borgere i profilen har mellem fire og seksten kontakter til sundhedsvæsenet pr. kvartal i perioden 2010-2016.

Bilagsfigur 8 Fordeling mellem antal kontakter, Borgeren med flere kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Gennemsnitsalderen er 62 år, og seks ud af ti borgere i profilen er kvinder. Seks ud af ti borgere i den erhvervsaktive alder er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet.

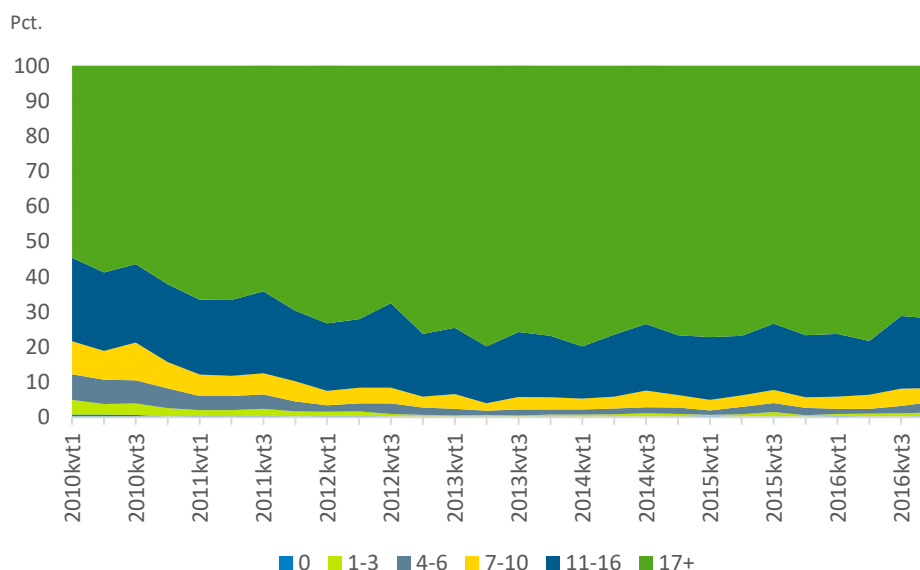
Halvdelen af profilen har mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Hver ottende i profilen har to eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme. Heraf er KOL og type 2-diabetes de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Profilen har derudover kontakter i hospitalsvæsenet i 2017 i forbindelse med forhøjet blodtryk og hjerteproblemer.

Profilen minder meget om *Borgeren med færre kontakter og kronisk sygdom* i hovedanalysen.

Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom

Borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom består af ca. 17.000 personer. Godt halvdelen af profilen har 17 eller flere kontakter pr. kvartal i starten af perioden 2010-2016. Andelen vokser til godt syv ud af ti patienter i slutningen af perioden.

Bilagsfigur 9 Fordeling mellem antal kontakter, borgeren med flest kontakter og kronisk sygdom, 2010-2016



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Gennemsnitsalderen er 64 år, og mere end seks ud af ti i profilen er kvinder. Ni ud af ti i den erhvervsaktive alder er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet.

Seks ud af ti borgere har mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme, mens en ud af fire har to eller flere. Heraf er KOL og type 2-diabetes de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Derudover har profilen kontakter i hospitalsvæsenet i 2017 i forbindelse med hjerteproblemer, forhøjet blodtryk, lungebetændelse, slidgigt, Parkinsons sygdom, multipel sklerose og smerter.

Der er stor lighed mellem denne profil og *Borgere med flest kontakter og kronisk sygdom* i hovedanalysen.

Opsamling på følsomhedsanalyserne

De to følsomhedsanalyser understøtter resultaterne i hovedanalysen, og de overordnede beskrivelser af patientprofilerne ændrer sig ikke.