



**Kommunal medfinansiering
og kampen for at forebygge indlæggelser:
Viden om effekt. Økonometrisk analyse**

**Municipal co-financing of regional health services
and the fight to prevent hospital admissions:
Knowledge about effects. Econometric analysis**

by

Kjeld Møller Pedersen

Discussion Papers on Business and Economics
No. 1/2019

FURTHER INFORMATION
Department of Business and Economics
Faculty of Business and Social Sciences
University of Southern Denmark
Campusvej 55, DK-5230 Odense M
Denmark

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning.....	4
Abstract	8
1. Indledning og oversigt.....	11
1.1 KMFs tidslinje og betalingsordningen i 2007, 2012 og 2018.....	13
1.1.1 2012-ændringen.....	15
1.1.2 Ændringen 2017/2018	18
1.2 Hvordan anvendes KMF i dag (2018)	19
1.3 Formålet med KMF	20
1.4 Incitament-virkning.....	21
1.5 Kommentarer til incitamentstækningen i KMF	22
1.5.1. Simpelt regnestykke	23
1.5.2 To analyser	25
1.6 Empiriske undersøgelser af effekten af KMF	25
1.6.1 Regionale effekter af KMF	29
1.7 Norske erfaringer.....	30
1.8 Forebyggelse af indlæggelser: Hvad ved vi?	30
1.8.1 Før Strukturreformen.....	30
1.8.2 Tiden efter strukturreformen	32
1.9 Forebyggelse – af indlæggelser: Afgræsning og størrelsesorden	35
1.9.1 Forebyggelse – af indlæggelser: Viden	37
1.9.2 Indlæggelser fra plejehjem	38
1.9.3 Følge-hjem ordning og (gen)indlæggelser	39
1.9.4 Fremskudt visitation og forløbskoordination: Forebyggelse af genindlæggelser	41
1.10 De kommunale akutmuligheder.....	44
1.10.1: Udgående akutteam, Kolding	47
1.10.2: Akutteamet i Sønderborg	48
1.10.3: Det sønderjyske ACCESS-projekt	49
1.10.4: Tværsektorielt samarbejde på akutområdet, SHS.....	49
1.10.5 Roskilde-modellen	51
1.10.6 Esbjerg-forsøget.....	53
1.11 Sundhedsaftalerne.....	56
1.12 Udenlandske erfaringer	57
1.13 De alment praktiserende læger.....	58
1.14 Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner	59
2. Hypoteser	61
3. Data.....	62
4. Introduktion til den økonometriske analyse	65
5. Økonometriske overvejelser ved effektvurdering af KMF	67

6. Mulige variable (afhængige og uafhængige)	69
6.1 Afhængige variable	69
6.2 Mulige uafhængige sundhedsvariable/kommunale kontrolvariable.....	70
6.3 Mulige sundhedsstatus-variable	70
6.4 Øvrige sundhedstilbud.....	71
6.5 Social struktur	71
6.6 Kommunestruktur/størrelse	71
7. Beskrivende statistik for nøglevariable	72
8. Fixed effects regressionsanalyse	79
9. Difference-in-difference analyse.....	90
10. Konklusioner	92
Bilag 1: Takster 2007 – 2012 og 2018	93
Takster m.m. 2007	93
Takster m.m. 2012	94
2018 takster m.m.	94
Bilag 2: Resultater fra Esbjerg-forsøget	95
Litteratur	97

Sammenfatning¹

Det overordnede formål med dette working paper er at undersøge, om der er dokumentation for effekten af den kommunale medfinansiering, KMF. Det er samtidig også en undersøgelse af, om det i almindelighed, dvs. i forskellige projekter, er lykkedes at reducere fx forebyggelige/uhensigtsmæssige indlæggelser. Dette sidste er en åbenbar forudsætning for, at KMF kan have haft en effekt.

Fremstillingen er todelt: Dels en omfattende litteratur-gennemgang, der omfatter både udviklingen af KMF og forskellige forsøg i kommunerne på at reducere antal indlæggelser, dels en økonometrisk analyse af paneldata på kommune-niveau for perioden 2007-2016/17.

Litteraturgennemgangen ser på udviklingen af KMF fra 2007 til 2017 og ændringerne i 2012 og 2017/2018. Evalueringer af ordningen gennemgås uden at finde dokumentation for en effekt. En lang række forskellige kommunale tiltag: akutpladser, akutteams, følge hjem-ordninger, plejehjemslæger osv. gennemgås. Disse projekter/ordninger er blevet evalueret mere eller mindre stringent uden, med en enkel undtagelse, at påvise nogen effekt på antal indlæggelser. Og undtagelsen var plejehjemslæger, dvs. ikke en kommunal indsats. Den økonometriske analyse kan heller ikke påvise en statistisk signifikant effekt, hvilket også ville være overraskende i lyset af det umiddelbart foregående. Den nu ophørte norske ordning for medicinske patienter kunne heller ikke påvise effekter.

Den kommunale medfinansiering, KMF, er en aktivitetsafhængig betalingsordning mellem kommune og region, hvor kommunen betaler et behandlingsafhængigt beløb til regionen for behandling af kommunens borgere. I 2017 drejede det sig samlet om 21 mia. kroner. KMF blev indført i forbindelse med kommunalreformen i 2007 uden forudgående analyse – teoretisk eller empirisk - men med en tro på, at den kommunale sundhedsadfærd kunne påvirkes med økonomiske incitament. Der blev ikke lyttet til forskningsmæssige advarende røster.

Tankerne bag KMF var, at ordningen ville give kommunerne et incitament til at (videre)udvikle kommunale sundhedstilbud, fx hjemmesygepleje, og ad denne vej erstatte regionale sundhedsydelser. For eksempel at sygeplejerske-bemandede akutpladser (ofte på plejehjem) kunne være et alternativ til hospitalsindlæggelse, hvis de indlæggende praktiserende læger ser det som et alternativ. Tænkningen er, at besparelsen på KMF kan finansiere de kommunale alternativer.

Frem til 2018 omfattede KMF alle regionale sundhedsydelser uanset, at langt hovedparten af dem ikke kunne erstattes med kommunale tilbud. KMF er i stigende grad blevet lig med 'forebyggelse' af indlæggelser i almindelighed og 'uhensigtsmæssige indlægger', 'forebyggelige indlæggelser' osv. i særdeleshed.

KMF angiver i sagens natur ikke, hvad kommunerne skal gøre for at forebygge fx indlæggelser – eller mere generelt hvilke former for borger-og patientrettet forebyggelse, der skal sættes på. Derfor er der i litteraturgennemgangen identificeret en lang række forskelligartede projekter i kommunerne. Det gennemgående træk har været, at evalueringer ikke har kunnet påvise effekt, og flere af evalueringerne har været metodisk svage.

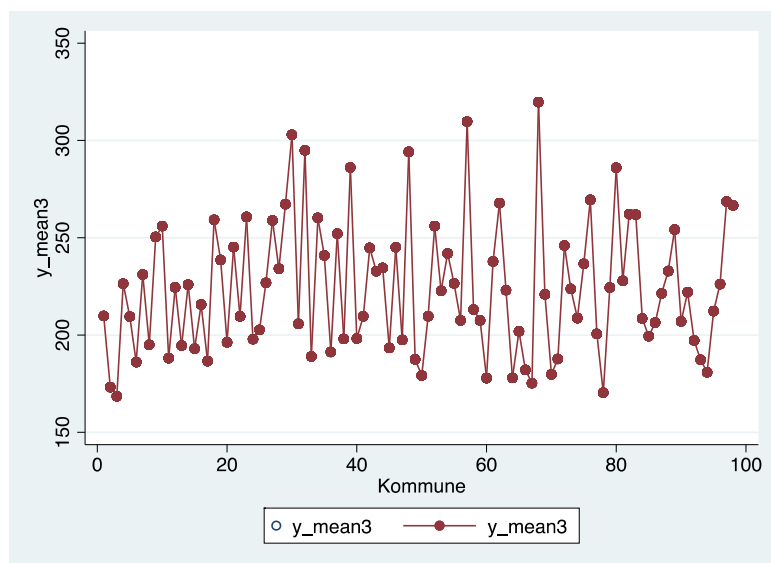
¹ Stud. oecon Marco Knudsen takkes for omhyggelig dataindsamling til størstedelen af projektet.

Betydningen af de alment praktiserende læger omtales også. Det overses alt for ofte, at det overvejende er de praktiserende læger, der afgør, om der skal indlægges. Samarbejde mellem kommuner og almen praksis er derfor af afgørende betydning. En analyse af 'unødvendige' indlæggelser fra almen praksis viser ikke noget klart mønster, fx havde praksisform og lægealder, ikke en statistisk signifikant effekt.

Datamaterialet til den statistiske analyse dækker årene 2007-2016 for de 98 kommuner, dvs. panel-data. Data stammer fra indenrigsministeriets kommunale nøgletal, Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Det har desværre og uvist af hvilken grund ikke været muligt at få adgang til den lukkede del af e-sundhed og KØS

Grundideen i den statistiske analyse er at undersøge variationen i kommunernes indlæggelsesmønstre: Indlæggelser per 1000 indbyggere, indlæggelser per 1000 65+årige og forebyggelige indlæggelser. Der er betydelige variationer, som fremgår af figuren: Indlæggelser per 1000 indbyggere (y_mean3) er gennemsnittet i perioden 2007-2016 for hver af 98 kommuner

Indlæggelser per 1000 indbyggere (y_mean3), gennemsnittet i perioden 2007-2016 for hver af 98 kommuner

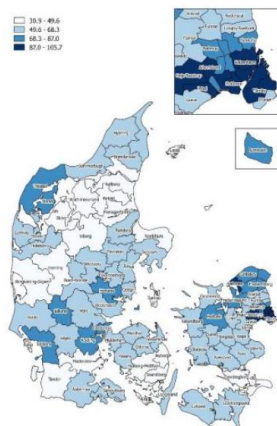


Nedenstående figur viser køns- og aldersstandardiserede rater for forebyggelige indlæggelser blandt 65+årige. Der er fortsat stor variation blandt kommunerne: De laveste andele i det midtjyske og de største blandt hovedstadskommunerne.

En forebyggelig indlæggelse har den primære diagnose blandt følgende diagnosegrupper:

- dehydrering
- forstoppelse
- nedre luftvejssygdom
- blærebetændelse
- gastroenteritis (en betændelsestilstand i mave og tarmkanalen som fører til en kombination af diarre, opkast, bughulesmerte og kramper)
- brud
- ernæringsbetinget anæmi (blodmangel)
- sociale og plejemæssige forhold
- tryksår

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år), efter kommune, 2015, antal per 1.000 ældre.



Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Køn- og aldersstandardiseret.

Kilde: Sundhedsministeriet¹

Indlæggelser per 1000 indbyggere er hoved-effektvariablen (afhængige). I nedenstående udskrift er der oplysninger vedr. såvel for den samlede variabel ('overall') som en dekomponering af standard afvigelsen på forskellen mellem kommunerne ('between') og indenfor for årene for enhederne. Endvidere er der min. og max. for de samme to forhold. Det fremgår, at der er tale om en betydelig variation for samtlige forhold. Det samlede gennemsnit er 223 indlæggelser per 1000 indbyggere – med en minimumsværdi på 154 og en maksimumsværdi på 363.

. xtsum indlaeggelserpr1000

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
indlae=0 overall	223.7235	39.41119	154	363	N = 980
between		34.02518	168.5	319.7	n = 98
within		20.15372	144.8235	316.2235	T = 10

Spørgsmålet er, hvad der forklarer denne variation? Dette er hovedemnet i den statistiske analyse. Er det den kommunale indsats, fx i form af udgifter til hjemmesygepleje, udgifter på sundhedsområdet og udgifter til ældreområdet, som er de overordnede handlemuligheder kommunerne har ('kommunale policy variable') for at påvirke indlæggelser. Indsatsen her er udtrykt i kr. og ører, men bag det ligger naturligvis noget konkret, fx antal hjemmesygeplejersker m.m.. Intensiteten/omfanget af denne indsats er påvirket af KMF. I 2012 blev KMF ændret og spørgsmålet er derfor, om denne ændring har en særskilt virkning på indlæggelsesmønstret.

MEN der er andre forhold i kommunen, der påvirker antal indlæggelser. Det er åbenbart at forskelle i alders- og kønssammensætningen påvirker indlæggeshyppighed, jfr. ovenstående figur. Derfor inddrages andel over 65 år og gennemsnitsalder. Socio-økonomiske forhold, fx andel af lavindkomst-familier, antal kontanthjælpsmodtagere osv. spiller selvsagt også en rolle. Befolkningens sundhedstilstand spiller ligeledes en rolle, fx målt ved antal modtagere af sygedagpenge og dødelighed. Ligeledes må det antages, at andre sundhedstilbud i kommunen spiller en rolle: antal praktiserende læger og tilstedeværelse af sygehus. Endelig kan kommunens størrelse spille en rolle, fordi der er forskel på, hvad små, mellemstore og store kommuner kan tilbyde.

Hvis betydningen af de kommunale policy-variable skal revideres, skal der kontrolleres for ovennævnte forhold. Dette gøres man ved hjælp af regressionsanalyse (fixed effect analyser).

I den statistiske analyse bruges derfor varianter af regressionsanalyse, hvor det, der skal forklares – den afhængige variabel – er indlæggelser og det, der forklarer variationen i indlæggelser er de uafhængige variable, jfr. ovenstående eksempler. I den økonometriske analyse, bruges bl.a. såkaldt fixed effekt-analyse, som i et vist omfang tillader kausallignende konklusioner og er velegnet til panel-data. Der skitseres også med en tillempet difference-in-difference analyse, der kan skærpe de kausallignende konklusioner.

Begge analyser viser ikke overbevisende resultater hverken for indlæggelser per 1000 indbyggere, indlæggelser for +65-årige, unødvendige indlæggelser og samleudtrykket for KMF: KMF-udgifter per indbygger. Det gennemgående træk ved analyserne er, at variable for social struktur, fx andel lavindkomstfamilier og kontanthjælpsmodtager er systematisk signifikante og har store koefficienter. Det samme er kommunestørrelse målt ved antal indbyggere. Det undersøges også, om 2012-ændringen, hvor kommunebetalingen for somatiske patienter blev øget betydeligt, har haft nogen effekt. Det er ikke tilfældet.

Litteraturgennemgangen af de forskellige kommunale tiltag/projekter og den statistiske analyse understøtter således hinanden ved at pege på, at det har været mere end svært for kommunerne at påvirke indlæggelsesmønstret.

Det er vigtigt at understrege, at der i denne rapport ikke er tale om en kritik af den kommunale sundhedsindsats i almindelighed, hvor der er sket meget positivt side 2007. Der er alene tale om en kritisk vurdering af, om KMF og dertil hørende aktiviteter har været i stand til at nedbringe antal indlæggelser.

Keywords: co-financing, hospital admission, municipality, evaluation, fixed effect, difference-in-difference

JELCodes: H51, H70, H73, H75, I10

Abstract

Municipal co-payment is an arrangement where municipalities pay a variable amount to the regions whenever municipal citizens utilize regional health services. The 5 Danish regions provide somatic and mental health services while municipalities mainly provide home nursing, home help, health visitors, rehabilitation, and child and youth dental services. Municipalities cannot employ physicians who actively treat patients.

Municipal co-payment was introduced in 2007 in connection with the structural reform of municipalities and counties. The main idea was that economic incentives in the form of potential savings on co-payment would lead municipalities to look for alternatives to (some) regional health services, e.g. that by providing home nursing and home help services these services may substitute some hospitalizations – assuming that the cost of these services would be lower or equal to the KMF-payment. In 2017 the municipalities paid around 21 billions Dkr to the regions – roughly equal to 18-20% of total regional health expenditures.

KMF has been changed twice: in 2012 and in 2017/2018. In 2012 the municipal payment for somatic patients was increased considerably, but the principle of municipal co-payment for all regional health service, e.g. GP services and psychiatric hospital treatment, was maintained. In 2017/2018 KMF was changed so that focus was on the 65+ years old and 0-2 years old with high payment rates while payment for the 3-65 years old is very low/almost eliminated (see appendix 1)

KMF has only been evaluated once. In 2015 a quantitative and qualitative evaluation was carried out by the Ministry of Health. The quantitative analysis was not based on statistical analysis but an impressionistic ‘eye balling’ of time series. Not surprisingly no firm conclusions resulted. The qualitative analysis did not support an effect of KMF on hospitalizations but pointed out that the Association of Municipalities saw it as a bargaining chip in negotiations with central government regardless of effects on hospitalizations.

Research based analyses prior to and after introduction of KMF gave no significant results for effect on hospitalizations.

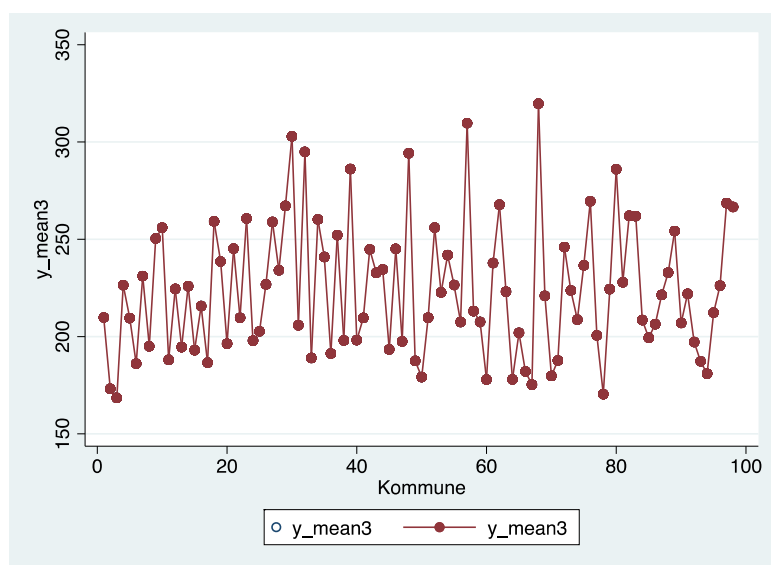
The municipalities have developed, among other things, acute beds (usually in conjunction with nursing homes) staffed by experienced home nurses that GPs can refer patients to instead of hospitalizing them, acute nursing teams that provide services in the homes of citizens, follow-home-service where home nurses follow discharged hospital patients to their homes (occasionally together with a GP) and evaluate care needs – in the hope of avoiding rehospitalizations. To the extent that these arrangements have been evaluated they are discussed in this paper. None have shown clear-cut indications of preventing or postponing hospitalizations.

For the econometric analysis panel data for 2008-2016 for the 98 municipalities were collected. Data on the main outcomes include hospitalizations per 1000 inhabitants, hospitalizations among 65+ years old, avoidable hospitalizations etc. Municipal policy variables are captured by health expenditures, expenditures for home nursing and care of the elderly. Control variables like share of low-income families, disabled pensioners, persons on cash transfer, number of inhabitants and other health service like number of GPs in the municipality and presence of somatic hospitals.

The econometric analysis, apart from descriptive data, is based on fixed effect models and an attempt to model a difference-in-difference approach. The challenge is that no control groups are available because KMF was introduced nationally in 2007. Hence a before-after approach, for instance vis-à-vis the 2012 change.

The main idea behind the statistical analysis is to investigate the variation in municipal admissions: Admissions per 1000 inhabitants; hospital admissions per 1000 65+years old and avoidable hospitalizations.

The diagram below demonstrates considerable variation in admissions per 1000 inhabitants. `y_mean3` is the average for the period 2007-2016 for each of the 98 municipalities.



Admissions per 1000 inhabitants is the main dependent variable. The print out below shows information both overall and decomposed differences between municipalities and over time. Like the above graphical depiction the print out demonstrates considerable variation. For instance, overall average is 223 admissions per 1000 inhabitants with minimum and maximum values of 154 and 263 respectively.

```
. xtsum indlaeggelserpr1000
```

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
indlae=0 overall	223.7235	39.41119	154	363	N = 980
between	34.02518	168.5	319.7		n = 98
within	20.15372	144.8235	316.2235		T = 10

The analytical question is what explains this variation? Is it the municipal health related activities like home nursing, overall expenditures on (municipal) health or expenditures on care for the elderly? Such variables are termed municipal policy variables. Or is it - apart from differences in age and sex composition of the municipal population - for instance also socio-economic conditions which are known to influence hospitalization frequencies, for instance low income groups, or is the presence of a local hospital (distance to a hospital) or number of GPs in the municipality important?

The fixed effect analyses show no convincing results indicating effects of municipal co-financing on the rate of hospitalization. It is striking that there is no significant results of

municipal policy variables whereas indicators of the social structure of municipalities usually are significant showing an upward tendency on hospitalizations rates.

The above literature survey of various municipal projects aimed at preventing hospitalizations essentially provides the backdrop for understanding the lack of a statistical demonstrable effects of municipal co-financing.

It is important to stress that this working paper is not a criticism as such of the municipal health services, but at the same time it has shown virtually no effect on hospitalization. However, the municipal health services have many other important and valuable objectives.

Keywords: co-financing, hospital admission, municipality, evaluation, fixed effect, difference-in-difference

JELCodes: H51, H70, H73, H75, I10

1. Indledning og oversigt

Den kommunale medfinansiering, KMF, er en økonomisk ordning mellem kommune og region, hvor kommunen betaler et aktivitetsafhængigt beløb til regionen for borgernes brug af det regionale sundhedsvæsen. Formålet med ordningen er at give kommunerne et (økonomisk) incitament til primært at styrke den (kortsigtede) patientrettede forebyggelse og i langt mindre grad den mere langsigtede borgerrettede forebyggelse for ad denne vej at aflaste sygehusene og styrke det nære sundhedsvæsen. Incitamentet består i besparelser på KMF, hvis kommunerne lykkes med at reducere fx antal indlæggelser med substituerende kommunale sundhedstilbud.

KMF blev indført i 2007 i forbindelse med strukturreformen. Ordningen er blevet ændret to gange: I 2012 og senest med virkning fra 2018, hvor fokus nu primært er på patientgrupper, hvor kommunerne antages at have visse handlemuligheder i modsætning til tidligere, incl. 2012, hvor denne skelnen var fraværende, fordi ordningen omfattede alle patientbehandlinger – fra levertransplantationer over fødsler til ældre medicinske patienter.

KMF 'flytter' et betydeligt beløb i sundhedsvæsenet: Ca. 21 mia. i 2018, tabel 1. Der er tale om aktivitetsbaseret betaling, som for en stor dels vedkommende er koblet op på DRG, jfr. bilag 1. Først flyttes der penge til kommunerne via bloktilskuddet for derefter at flytte dem tilbage regionen, som delvis betaling for behandling af kommunernes borgere.

Tabel 1: Den økonomiske størrelse af KMF

Produktionsværdi (aktivitet) og kommunal medfinansiering 2016 (takstsystem 2018 i 17 p/1 el. p/1 til 2017)			
Landet	Produktionsværdi	Kommunal medfinansiering	Nogle
Somatik			
- DRG regionsforløb	64.773.817.239	18.119.636.724	28,0%
- RH 11/3 - 21/5	317.581.466	77.034.315	24,3%
- DUSAS	65.655.035	16.974.423	25,9%
I alt	65.157.053.741	18.213.645.462	28,0%
Psykatri			
- Stationær	3.026.002.125	293.115.175	9,7%
- Ambulant	2.617.164.073	784.944.175	30,0%
I alt	5.643.166.198	1.078.059.350	19,1%
Sygesikring			
- Speciallæge	3.430.079.844	1.000.390.605	29,2%
- Almen læge	5.599.428.932	389.871.055	7,0%
- Tandlæge	1.626.029.204	152.902.754	9,4%
- Fysioterapi	446.019.859	43.010.925	9,6%
- Fodterapi	102.615.415	12.864.287	12,5%
- Kiropraktor	124.656.120	10.589.086	8,5%
- Psykolog	245.424.169	18.289.617	7,5%
- Anden (Teddy Ø)	1.896.890	175.264	9,2%
I alt	11.576.150.434	1.628.093.593	14,1%
Samlet	82.376.370.372	20.919.798.405	25,39539%

Opgørelserne er foretaget på baggrund af takstsystem 2018

Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret pr. 10 marts 2017. For Herlev/Gentofte og Rigshospitalet dog 21. maj 2017.

Anm.: Efterregistrering for Herlev/Gentofte og Rigshospitalet baseret på takstsystem 2017. DUSAS baseret på DRG-sygehusforløb

Kilde: Danske Regioner: Notat om Kommunal medfinansiering 2018, 7. juli 2017

Tabel 2 giver et summarisk overblik over de centrale aspekter ved KMF. I de følgende afsnit er der en mere detaljeret beskrivelse af KMF.

Tabel 2. Centrale aspekter ved kommunal medfinansiering, KMF

Definition	En aktivitetsafhængig betalingsordning mellem kommune og region, hvor kommunen betaler et behandlingsafhængigt beløb til regionen for behandling af kommunens borgere.
Formål	At give kommunerne et incitament til at fremme den patientrettede forebyggelse – i stigende grad med vægt på især ældre borgeres sygehusindlæggelser
Styringsinstrumenttype	Økonomiske incitamenter
Centrale hensyn der understøttes	At sikre at kommunale substitutionsmuligheder i forhold til det regionale sundhedsvæsen udnyttes.
Baggrund for styringsinstrumentets indførelse	At understøtte kommunerne i arbejdet med patientrettet forebyggelse efter kommunalreformen (og i princippet også den borgerrettede forebyggelse)
Tilpasninger af styringsredskabet	Den oprindelige todelte ordning med et grundbeløb per borger på omkring kr. 1.100 og et aktivitetsafhængigt beløb, jfr. tabel i bilag I, blev ændret i 2012, hvor grundbeløbet bortfaldt og den variable betaling blev øget, jfr. nedenstående tabel. Der blev indført et loft over kommunernes KMF. Med virkning fra 2018 blev der indført en differentieret aldersafhængig betaling med den højeste sats for de 80+-årige. Den oprindelige udformning med betaling for alle regionale sundhedsydelser blev fastholdt men således, at den øgede betaling for de ældste aldersgrupper blev neutraliseret med lavere betaling for de 3-64-årige således at det samlede KMF-beløb fortsat ville være 20 mia. kr.
Styringsredskabets dokumenterede effekt	Der er ingen dokumenterede effekter på (gen)indlæggelser uanset aldersgruppe. Den eneste effekt er øget opmærksomhed på kommunernes sundhedsindsats. Det sidste er vist i en kvalitativ undersøgelse. I forhold til det oprindelige formål må dette betragtes som en uintenderet effekt.

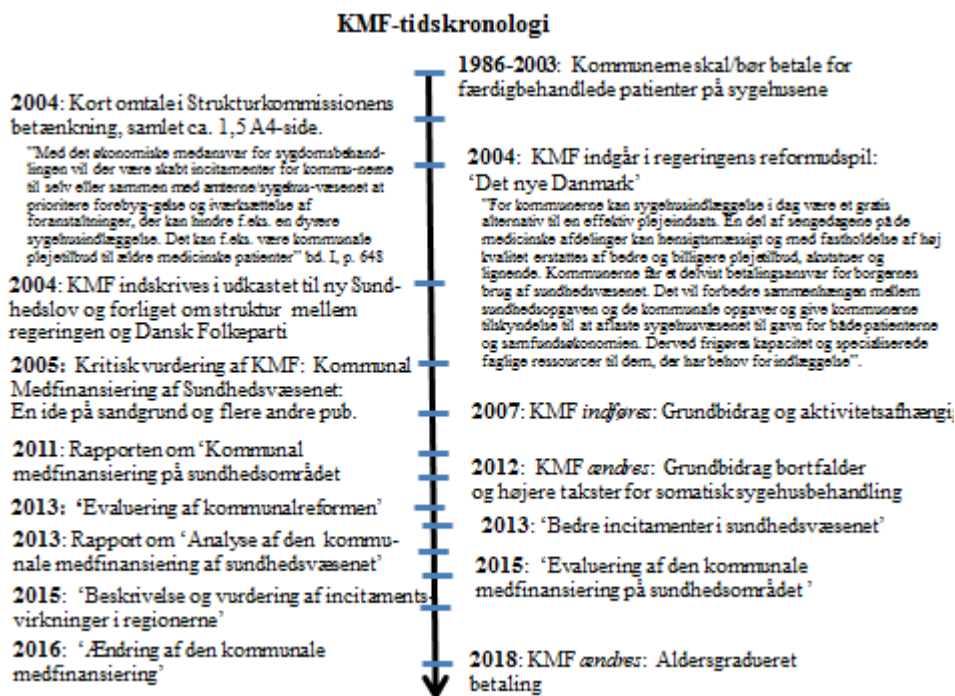
	Der har heller ikke kvantitativt været påvist effekt på incitamentet på regionsniveau uagtet stor opmærksomhed om det fra 2011 og senere.
Implikationer af redskabet for regionernes styring	Der er ingen implikationer for regionernes styring, dvs. KMF spiller ingen rolle i den løbende styring, men giver alene forøget administrativt arbejde, uanset stor opmærksomhed omkring KMFs samspil med aktivitetspuljen. Der er dog ikke empirisk belæg for at mene, at det er et reelt problem.
Fordele ved styringsredskabet	Der er ingen påviselige fordele ved KMF
Ulemper ved styringsredskabet	Ingen effekt i forhold til det primære formål uanset ændringer. Giver administrativt merarbejde både hos stat, regioner og kommuner.

Dette working paper består af tre dele. Den første tredjedel er helliget KMFs udvikling og detaljer omkring ordningen, incl. ændringerne i 2012 og 2017/18 og begrundelserne herfor. Den næste tredjedel drejer sig viden om forebyggelse af indlæggelser, herunder forebyggelige indlæggelser og den foreliggende viden om effekten af forskellige ordninger, incl. Akutstuer/pladser/teams. Den sidste tredjedel drejer sig om en statistisk analyse af effekten af KMF baseret på paneldata for perioden 2007 (2009) til 2016/2017. Der er tale om offentligt tilgængelige data. Uvist af hvilken grund har det desværre ikke været muligt at få adgang til aggregerede data, dvs. ikke personidentificerbare data, fra den lukkede del af e-sundhed og KØS.

1.1 KMFs tidslinje og betalingsordningen i 2007, 2012 og 2018

Ideen om KMF blev født i Strukturkommissionens betænkning fra 2004, men dele af tænkningen, bl.a. at kommunerne skal betale for færdigbehandlede patienter, går tilbage til 1985², ligesom Sygehuskommissionen i 1997 også tog spørgsmålet om kommunal medfinansiering op³. En summarisk tidskronologi for rapporter fremgår af figur 1. Antal rapporter stiger markant efter 2010/2011.

Figur 1: KMFs tidskronologi



Det er af mere end forbigående interesse at notere, at Strukturkommissionen primært anså KMF som velegnet til ældre medicinske patienter. Frem til ændringen i 2018 havde man fra myndighedsside overset dette åbenbare råd.

I bilag 1 findes en oversigt over taksterne i 2007, 2012 og 2018. I senere afsnit kommenteres baggrunden for og tænkningen bag de to ændringer.

Udviklingsmæssigt har ordningen udviklet sig fra været todelt i 2007 – 2011: Et fast grundbidrag på ca. kr.1.100 per borger og et aktivitetsmæssig bidrag baseret på brug af det regionale sundhedsvæsen. I 2012 blev det faste grundbidrag afskaffet, og de somatiske sygehustakster blev forhøjet – men fortsat for alle behandlinger uanset fravær af reel kommunale substitutionsmuligheder for hovedparten af ydelserne - for i 2018 at fokusere på især ældre patienter og markant højere takster for denne gruppe.

Indledningsvis er nogle tværgående observationer relevante: På intet tidspunkt har der været en diskussion af, hvad der er den 'rigtige' kommunale takst for fx en somatisk indlæggelse. Som kuriosum kan nævnes, at det oprindelige udkast til takster i 2007 blev ændret 'over natten' og uden argumentation bortset fra, at KL fandt taksterne for lave. På intet tidspunkt har der været (officiel) tvivl om, at KMF indeholder relevante kommunaløkonomiske incitamenter uanset, at det teoretiske og empiriske grundlag for denne antagelse er tvivlsom – og reelt set ikke er belyst på noget tidspunkt. Der har ikke været gennemført en kritisk evaluering af ordningen – men nok en relativ ukritisk evaluering⁴ i 2015. KL har ønsket at fastholde ordningen – ikke på grund af

dokumenteret effekt, men fordi det forhandlingsmæssigt giver styrke som dagsordenssættende mekanisme, medens Danske Regioner har været mod ordningen fra begyndelsen af.

Omkring 2011 ser man en todeling af interessen for KMF: Dels den kommunale effekt af ordningen, dels om ordningen har en incitamentsvirkning i regionerne, især samspillet med aktivitetspuljen², fordi KMF grundlæggende er en del af aktivitetsfinansieringen af det regionale sundheds/sygehusvæsen. Med bortfaldet af aktivitetspuljen fra og med 2019⁵ må denne interesse utvivlsomt ophøre. Den mulige (ret hypotetiske) incitamentsvirkning i regionerne har domineret myndighedsdiskussionen efter 2011 og ført til lofter over betalingen uagtet, at den samlede økonomi heraf er mere end marginal.

1.1.1 2012-ændringen

Der skulle gå fem år før ordningen blev revideret første gang i 2012 uanset åbenbare svagheder².

Ændringen i 2012 betød, at det faste grundbidrag per borger bortfaldt samtidig med, at den aktivitetsbestemte betaling for somatikken blev øget, bilag 1. Der blev indført et loft⁶ over den kommunale medfinansiering

Loftet fremkommer ved, at man beregner kommunernes forventede udgifter til medfinansiering ud fra den forudsatte regionale aktivitet på sundhedsområde og indgår som en del af de økonomiske forudsætninger i de årlige økonomiaftaler. Der er som udgangspunkt et udgiftsloft for de kommunale udgifter, da de forudsatte aktivitetsniveauer angiver de enkelte regioners loft for indtægt fra den kommunale medfinansiering. Eventuelle regionale indtægter (og herved kommunale udgifter) udover det regionale loft for medfinansieringen tilbagebetales til staten og herfra til kommunerne under ét fordelt som bloktilskud. Hensigten med loftet er således at fjerne et muligt incitament til regional meraktivitet for at sikre budgetoverholdelse i regionerne, som følge af den kommunale medfinansiering.

Baggrunden for 2012-omlægning var en analyse gennemført 2010-2011⁷.

I økonomiaftalerne mellem regeringen, KL og Danske Regioner for 2009 og 2010 blev det aftalt at nedsætte et udvalg, der skulle vurdere mulighederne for at styrke de generelle kommunale incitamentet på sundhedsområdet gennem ændringer af modellen for medfinansiering. I finanslovs-aftalen for 2009 blev det aftalt, at analysen blandt andet skulle have fokus på samspillet mellem kommunernes og regionernes indsats over for ældre medicinske patienter, jfr. i øvrigt hvad allerede Strukturkommissionen havde nævnt i 2004.

² En statslig pulje til bl.a. nedbringelse af ventelister og øge aktiviteten. Puljen udløses, når den såkaldte 'baseline' er nået – det produktionsniveau som regionernes almindelige budgetter skulle muliggøre. Størrelsen har over tid været på 1,5 – 3 mia. kr. Denne pulje er afskaffet med økonomiaftalen for 2019

Regeringens sundhedspolitiske udspil fra oktober 2009⁸ fastlagde, at analyserne skulle omhandle, hvordan den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet kunne omlægges, så den aktivitetsafhængige finansiering øgedes med en modsvarende reduktion af det kommunale grundbidrag. I udspillet⁸ stod også, at

”Regeringen vil sammen med KL og Danske Regioner analysere, hvordan en øget kommunal medfinansiering bedst kan bidrage til en effektiv indsats samt vurdere perspektiverne i *at målrette medfinansieringen* ... Analysen vil omfatte mulighederne for og hensigtsmæssigheden i at differentiere en forøgelse af den aktivitetsafhængige medfinansiering fra delområde til delområde afhængig af, hvor gode muligheder kommunerne vurderes at have for at påvirke borgernes forbrug af ydelserne.

I analysen skal også indgå muligheden for at undtage de sygehusbehandlinger mv., hvor kommunerne er uden muligheder for at påvirke borgernes træk på sygehusvæsenet, som f.eks. fødsler”

Med sådanne formuleringer erkendte man den grundlæggende svaghed ved KMF, nemlig at alle behandlinger var omfattet og ikke kun dem, hvor kommunerne havde en vis mulighed for at påvirke borgernes træk på det regionale sundhedsvæsen. I udspillet blev også betonet, at man med en omlægning af KMF ville sende et kraftigt signal til kommunerne om, at de skulle have fokus på at reducere antallet af unødvendige indlæggelser og genindlæggelser – et tema, der kom til dominere tænkningen i følgende tiår.

Den gennemførte analyse beskæftigede sig ikke med effekten af KMF, men alene med en omlægning og konkluderede⁹, at

”der var grundlag for at foretage en omlægning af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, således at den aktivitetsbestemte medfinansiering øges, og at det kommunale grundbidrag tilsvarende reduceres. En sådan omlægning vurderes at yderligere kunne styrke det kommunale incitament til en effektiv forebyggelses- og plejeindsats, ikke mindst i forhold til ældre medicinske patienter.” p. 22.

Argumenterne for, at det ’yderligere’ kunne styrke de kommunale incitament var stort set fraværende. Hertil kommer, at de klare politiske signaler om en målretning af KMF blev glemt i udvalgsarbejdet og argumenterne herimod var mere end tynde.

Udvalget fremlagde tre scenarier, der alle havde til fælles, at det kommunale grundbidrag skulle afskaffes og havde ligeledes som fællestræk en markant forøgelse af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering. Det var også et fællestræk, at man afviste at målrette betalingen til fx ældre patienter af frygt for, at kommunerne angiveligt ville forsømme andre grupper.

Om det somatiske område hed det sammenfattende, at man samlet vurderede, at der var grundlag for en positiv effekt af en øget kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering på det somatiske område. En sådan forøgelse vurderedes at kunne yderligere styrke det kommunale incitament til en effektiv forebyggelses og plejeindsats, ikke mindst i forhold til ældre medicinske patienter⁷, p. 84. Det er imidlertid mere end svært at finde belæg i rapporten for forventningerne.

Der var ingen diskussion af, hvordan man kunne fastlægge den 'rigtige' størrelse af KMF for konkrete ydelser. I princippet burde det utvivlsomt være en balancegang mellem marginalomkostningerne ved en regional indlæggelse/behandling og de kommunale marginalomkostninger ved at etablere et substituerende kommunalt tilbud.

Analysen førte i 2012 til en omlægning, hvor man fjernede grundbidraget og øgede den variable betaling. Fx blev KMF-betalingen for en somatisk indlæggelse blev hævet til 34% af DRG-taksten med en maksimumgrænse på kr. 13.750 og for ambulans behandling blev betalingen 34 pct. DAGS, dog max kr. 1.357, jfr. bilag 1.

Samtidig med omlægningen i 2012 blev der som nævnt ovenfor indført en øvre grænse(loft) over den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering, således at en regions indtægter fra kommunerne ikke kunne overstige det fastsatte loft. Aktivitet ud over loftet førte således ikke til større regional indtægt fra kommunal medfinansiering, men opsamledes af staten og sendtes (forudsat det er afledt af øget produktivitet i regionerne) tilbage til kommunerne under ét. Hensigten med loftet var at begrænse et muligt incitament til regional meraktivitet for at sikre budgetoverholdelse i regionerne, som følge af den kommunale medfinansiering.¹⁰ Der var dog ikke evidens for, at det sidste forekom i praksis.

Aftalen mellem regeringen og Enhedslisten af 16. maj 2012 om justeringer af udligningssystemet indeholdt også et punkt om, at der i foråret 2013 skulle foretages en evaluering af de kommunaløkonomiske konsekvenser af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Det fremgik af aftalen, at de kommunaløkonomiske konsekvenser af den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet, som er gennemført med virkning fra 2007 og udvidet fra 2012, skulle tages op til særskilt drøftelse på baggrund af en evaluering heraf.

Analysen kom i maj 2013¹¹ og fokuserede alene på fordelingen af udgifterne mellem kommunerne, og de samlede byrdefordelingsmæssige virkninger. Analysen viste ikke noget overraskende og så ikke på effekten af KMF på fx indlæggelser.

I rapporten om Evaluering af Kommunalreformen¹² indgik ikke en vurdering af KMF, men udvalget parafraserede 2012-ændringerne og pegede på, at der burde gennemføres en evaluering af den kommunale medfinansiering, når 2012-reglerne havde virket en periode. For så vidt angår spørgsmålet om incitament i kommuner og regioner noterer udvalget, at emnet var under behandling i Udvalget for Bedre Incitament i Sundhedsvæsenet og forventede, at Incitaments-udvalgets vurderinger blandt andet omfattede en vurdering af takststyring i forhold til rammestyring og afledte incitaments- og styringsimplikationer heraf og forebyggelsesindsats for ikke mindst de ældre medicinske patienter.

Incitamentsudvalget¹³ fokuserede især fokus på spillet mellem aktivitetspuljen og KMF samt lofter og overså spørgsmålet om ældre medicinske patienter. Intet steds spørges der om

dokumenterede incitamentsvirkninger af selve ordningen, i stedet fokuseres på marginale, undertiden næsten subtile, problemstillinger omkring mulige (spekulative) regionale incitamentet.

” I 2009, 2010 og 2011, hvor det regionale loft over medfinansieringen ikke var gældende, har regionerne leveret højere aktivitet og højere produktivitet end forudsat. Dermed opnåede regionerne også ekstra indtægter fra medfinansieringen ud over det forudsatte. Dette potentielle samspilsproblem mellem de to aktivitetsafhængige finansieringsordninger kan bidrage til at komplicere den samlede finansieringsmodel og dermed vanskeliggøre regionernes styring. Størrelsen af problemet er økonomisk set relativt begrænset”, p. 60”

1.1.2 Ændringen 2017/2018

I økonomiaftalen for 2017 hedder det, at fra 2018 målrettes den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet, så ordningen i højere grad afspejler de kommunale forebyggelsesmuligheder. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at fastsættelsen af lofterne for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering ændres med virkning fra 2017, så ordningen ikke har en u hensigtsmæssig incitamentsvirkning for regionernes aktivitet, dvs. en præcisering af 2012-lofterne. Regeringen fremsætter lovforslag herom i folketingsåret 2016/2017. De nævnte ’uhensigtsmæssige incitamentsvirkninger’ var stort set hypotetiske og i Incitamentsudvalgets rapport hedder det meget præcist om problemets omfang: ”Størrelsen af problemet er økonomisk set relativt begrænset¹³”, p. 60.

Der er blevet udarbejdet en ny ordning for afregning af kommunal medfinansiering, som dels trådte i kraft i 2017/18. Ønsket er, at den nye ordning for kommunal medfinansiering skal styrkes gennem tre tekniske justeringer, hvorved samarbejdet mellem kommunerne og regionerne fremmes. De trådet alle i kraft i 2017:

1. Afregningen af kommunal medfinansiering ændres, således kommunerne ikke fremadrettet skal betale medfinansiering på ny, når patienter overflyttes mellem hospitalerne indenfor samme region.
2. Sikre bedre sammenhæng mellem eventuelt kommunal merbetaling og tilbagebetaling heraf til kommunerne. Merbetalingen vil fremadrettet tilbagebetales til kommunerne inden for den region, som merbetalingen vedrører.
3. Lofterne for regionernes indtægt for kommunal medfinansiering sænkes. Regionerne får derved en større sikkerhed for at opnå hele den forudsatte indtægt fra kommunal medfinansiering, og gør de årlige lofter uafhængigt af udviklingen i den enkelte regions aktivitet.

Derudover er det vurderet, at en differentiering af KMF efter alder er hensigtsmæssigt, da ældre og børn trækker relativt mere på sundhedsvæsenet end øvrige borgere. Argumenterne herimod i 2011-rapporten er væk som dug for solen⁷. Medfinansieringen stiger derfor for ældre og småbørn, da det er disse borgere, som kommunen i forvejen har fokus på og kontakt med

gennem ældre- og sundhedsplejen. Herved har kommunerne et yderligere incitament til at yde en effektiv kommunal forebyggelses-, trænings- og plejeindsats for de 0-2 årige og 65+ årige, og derved undgå uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

Den kommunale medfinansiering for genoptræning under indlæggelse ophørte i 2017, idet den kommunale medfinansiering ikke indgår i den marginale aktivitetsfinansiering af regionerne, og derfor ikke kan anvendes, som incitamentsinstrument for regionerne.

I 2015 blev der gennemført en omfattende evaluering af KMF, jfr. afsnit 1.5. Det førte til, at der i 2016 blev fremsat et ændringsforslag vedr. KMF, der trådte i kraft i 2017/2018. Der var som nævnt ovenfor tale om en markant ændring med vægt på en differentieret KMF efter alder, så betalingen varierer afspejlende de kommunale muligheder for at forebygge, der hvor kommunen i forvejen har kontakt med borgerne. Hertil kom en ændring således, at der kun betales for et ét forløb inden for regionen, ikke for flere, hvis patienten flyttes til et andet sygehus.

I forslaget til ændring noterede man, at

”I en evaluering af ordningen gennemført i foråret 2015 konstateres det, at flere kommuner finder incitamenterne ved ordningen beskedne, fordi medfinansieringen inden for de enkelte behandlingsområder omfatter al aktivitet med samme takst uden inddragelse af kommunernes mulighed for at påvirke aktiviteten.

Dertil peges der på, at den eksisterende ordning kan give regionerne et økonomisk incitament til at fastholde uhensigtsmæssig aktivitet på sygehusene. Dvs. ordningen kan skabe et regionalt incitament, der er modsatrettet kommunernes incitament til at reducere uhensigtsmæssige indlæggelser – sygehusaktivitet.”¹⁰

Det er tankevækkende observationer. Det første punkt har igen og igen været påpeget i forskningsmæssige analyser – uden at vække gehør i næsten 10 år på trods af den åbenbare svaghed ved ordningen^{2,14-17}. Det andet argument forekommer fortænkt, jfr. tidligere bemærkninger. Sund fornuft og almindelig erfaring peger ikke i den retning, men det spillede alligevel en rolle i forarbejdet til 2012-ændringen under overskriften ’Kassetænkning (den regionale adfærd)’, hvor man interesserede sig for en evt. adfærdsmæssig virkning på det regionale niveau – i øvrigt uden at klargøre, at KMF udbetales til regionen, ikke regionens sygehuse.

1.2 Hvordan anvendes KMF i dag (2018)

Loven om ændringer i KMF blev vedtaget ved udgangen af 2016. I 2017-udgaven af KMF er de væsentligste træk af 2007-udgaven fastholdt, bl.a. at alle regionale sundhedsydelse fortsat er omfattet men med stor forskel på betaling for forskellige aldersgrupper og, at medfinansieringen er uændret på ca. 20 mia.

Konkret differentieres ordningen med virkning fra 2018 efter alder, jfr. bilag I, så betalingen varierer og afspejler de kommunale muligheder for forebyggelse der, hvor kommunerne i forvejen har kontakt og fokus blandt andet særligt i sundheds- og hjemmeplejen. Kommunerne kommer til at

betale mere for sygehusbehandlingen af småbørn og ældre over 65 år, og mindre for de øvrige borgere.

Fremover bliver der differentieret på fire aldersgrupper for somatiske behandlinger:

- +80-årige. Den højeste grad af medfinansiering bliver afregnet for borgere over 80 år, svarende til et maksimale beløb (34% af DRG, dog maksimum på godt kr. 15.000). Det er den aldersgruppe, som kommunerne har størst kontakt til, og som har det højeste forbrug af regionale sundhedsydelse. I 2014 havde kommunerne kontakt med 8 ud af 10 af de borgere, som blev akut indlagt i denne aldersgruppe allerede inden indlæggelsen
- 0-2-årige Den kommunale sundhedspleje har tæt kontakt til de 0-2-årige og kan dermed medvirke til, at barnet får en sund start på livet med det mål at forebygge indlæggelser i de tidlige år.
- 65-79-årige På ældreområdet har kommunerne især via hjemmeplejen kontakt til en forholdsvis stor andel af de ”unge ældre” mellem 65-79 år. Kontakten gør, at medarbejdere i hjemmeplejen gennem en tidlig indsats kan forebygge funktionstab eller sygdom som for eksempel lungebetændelse eller urinvejsinfektion. Dermed kan kommunerne medvirke til at forebygge en akut sygehusindlæggelse.
- 3-64-årige Den laveste grad af medfinansiering afregnes for de 3-64-årige, forventelig omkring kr. 1.800 Denne gruppe har et relativt lavt forbrug af regionale sundhedsydelser samtidig med, at kommunens direkte mulighed for at påvirke deres forbrug er relativt begrænset. For denne målgruppe er det primære fokus på den brede borgerrettede forebyggelsesindsats.

På det mere tekniske plan ændres eventuel tilbagebetaling til kommuner af merbetalt medfinansiering, så der sikres større sammenhæng mellem evt. kommunale merbetalinger og tilbagebetalingen heraf til kommunerne.

Endelig er den kommunale medfinansiering teknisk ændret, så ordningen ikke i praksis giver regionerne et incitament til uhensigtsmæssigt at øge aktiviteten for at opnå maksimal indtægt fra medfinansiering.

1.3 Formålet med KMF

Siden indførelsen i 2007 har formålet med ordningen været at give kommunerne incitamenter til at øge den patientrettede forebyggelse med særlig fokus på forebyggelse af indlæggelser. I 2015 forsøgte man imidlertid at omskrive det overordnede formål – i åbenbar modstrid med de oprindelige målsætninger:

”Hensigten med den kommunale medfinansiering er:

- at skabe et yderligere incitament til og øget fokus på en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses-, trænings- og plejeopgaven, herunder at styrke samarbejdet på tværs af fagområder
- at styrke det forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner om sammenhængende patientforløb”¹⁸ p. 2.

1.4 Incitament-virkning

I det politiske forlig om strukturreformen blev ordningen beskrevet på følgende måde:

”Med et delvist betalingsansvar for egne borgeres behandling i sundhedsvæsenet, der afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet får kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats.

De kommuner, der via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats nedsætter behovet for sygehusbehandling, belønnes ved, at de skal betale mindre til borgernes sygehusindlæggelser”¹⁹, p. 37-39

Den officielle version af de kommunale incitamentsvirkninger af KMF finder man i forarbejdet til ændringerne i 2012:

”For den enkelte kommune giver medfinansieringen et økonomisk incitament til at udvikle pleje- og forebyggelsesindsatsen. Den kommunale medfinansiering er ikke et instrument til udvikling af egentlige kommunale behandlingstilbud.

Heri ligger dermed også, at fokus skal være på at varetage forebyggelses- og plejeopgaven så effektivt som muligt, således at unødige indlæggelser mv. forebygges og borgernes træk på sundhedsvæsenet begrænses i muligt omfang, også på langt sigt”⁷ (p. 59).

Det siges også, at

”Den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering for det kommende år beregnes ud fra den forudsatte aktivitet, og herefter fordeles på kommunerne efter bloktilskudsnøglen. Hvis den enkelte kommune trækker relativt lidt på de regionale sundhedsydelse vil man dermed opnå en nettogevinst i det pågældende år, mens det omvendte er tilfældet, hvis sundhedstrækket ligger over sammenlignelige kommuners”⁷ (p. 59)

I 2007-udgaven af ordningen var betalingen todelt: Et grundbeløb, som var et fast årligt beløb per indbygger i kommunen, ca. Kr. 1.200 - og et beløb med en maksimumgrænse per behandlet patient, fx var betalingen for en somatisk sygehusindlæggelse på 30% af DRG-taksten, dog max. kr. 4.476, jfr. bilag 1.

Begrundelsen for de konkrete betalingstakster fremgår ikke nogen steder. Alle regionale sundhedsydelse var omfattet af ordningen uanset om kommunen havde en reel mulighed for at udvikle substituerende (’forebyggende’) tilbud.

Den samlede økonomi i ordningen var på omkring 18 - 20% af de offentlige sundhedsudgifter som kommunerne fik som bloktilskud for derefter at videresende pengene til regionen som kommunal medfinansiering.

Ordningen var en nyskabelse både i dansk og international sammenhæng og havde ikke været forudgået af en analyse af forventede virkninger m.m., hverken teoretisk eller empirisk. I Strukturkommissionens betænkning²⁰ var ordningen samlet beskrevet på ca. 1,5 side.

1.5 Kommentarer til incitamentstænkningen i KMF

Listen over fejlræsonnementer ved KMF er pinefuld lang³. Ordningen bryder med en række sjældent erkendte regler for incitamenter udover, at der overordnet er klare grænser for, hvilke regionale behandlinger en kommune kan substituere på såvel kort som lang sigt. Hvad med transplantationer, fødsler, kunstige hofter osv. – stort set al kirurgi, og hvad med blodpropper i hjerte og hjerne m.m., dvs. en del af de medicinske indlæggelser kan heller ikke substitueres, omend man naturligvis kan hævde, at en (meget) langsigtet forebyggende indsats muligvis kan gøre det.

Den første læreregul om incitamenter er, at man skal have et minimum af fagligt kendskab til og indleven i området, hvor ordningen sættes i værk for at kunne begrunde substitution rent fagligt. Alene derfor skulle ordningen aldrig have omfattet alle regionale sundhedsydelser. Jfr. ovenfor er mange/hovedparten af sygehusydelser ikke substituerbare med kommunale ydelser.

Den anden regel er, at man skal have rimelig kontrol over det, der skal substitueres. Det har således ofte været fremført, jfr. senere, at kommunerne kan forebygge hospitalsindlæggelser, fx med forskellige akuttiltag (akutstuer på plejehjem, akutsygeplejersker m.m.). Her overser man imidlertid, at den reelle beslutningstager vedr. indlæggelser er de praktiserende læger, som kommunen i sagens natur ikke har instruktionsbeføjelser overfor.

Den tredje regel er, at hvis incitamenter skal være effektive, skal fordele/ulemper direkte berøre den/de involverede parter. I modsat fald er det netop ikke incitamenter. En kommunal indsats for fx at forebygge fedme hos børn/teenagers vil i bedste fald først have virkning på forbrug af sundhedsydelser langt ude i fremtiden – og vil med tidens migrationsmønstre med høj sandsynlighed ikke tilfalde den investerende kommune.

Den fjerde regel er, at incitamenter naturligvis har to sider: Hvordan påvirker det kommunerne, og hvordan påvirker det sygehusene. Man har – i det mindste indtil 2010/11 - overset sygehusene i tænkningen bag den kommunale medfinansiering – og da kun i sammenhæng med aspekter af den regionale aktivitetsbaserede finansiering – men slet ikke noget helt umiddelbart: Hvis sygehusene fx har udgående aktiviteter (såkaldt 'hospital at home'), hvor sygehuset afholder udgifterne ved ordningen og også har indtægtstab i form af færre ambulante eller stationære behandlinger, hvis den kommunale indsats lykkes, vil de økonomisk rationelt

³ Det følgende følger tæt dele af min 2015-artikel i Samfundsøkonomen 17. Pedersen K. Økonomisk styring: Kvantitet og kvalitet. Samfundsøkonomen 2015:5.

overveje at ophøre med sådanne aktiviteter og mene, at de bør overtages af kommunerne. De ovenfor nævnte eksempler på regionale/sygehus-effekter forekommer i forhold til de netop nævnte eksempler lidt fortænkte.

Den femte regel drejer sig om taksternes størrelse: Hvad er marginalomkostningerne ved en kommunal indsats sammenlignet med marginalomkostningerne på sygehusene. Der er to hensyn: Hvad er marginalomkostningerne på sygehuset og, hvad koster en substituerende indsats i kommunen. Går denne ligning ikke op, kan ordningen meget let føre til en samlet stigning i sundhedsudgifterne: Den substituerende foranstaltning koster mere end marginalomkostningen på sygehuset. Se det efterfølgende regnestykke.

1.5.1. Simpelt regnestykke

Nedenfor ses et regnestykke, der blev opstillet i 2005² p. 87 – og som grundlæggende ikke har ændret sig siden. Regnestykket berører tre problemstillinger. Der indgår en antagelse om effekten af en kommunal indsats. Dette diskuteres i et senere afsnit. Dernæst er der spørgsmålet om det samlede økonomiske nettoresultat, givet antagelsen om effekt. Endelig er der spørgsmålet om den 'rigtige' takst, jfr. ovenstående afsnit. Det sidste berøres ikke direkte i eksemplet. Regneeksemplet giver anledning til bekymring for, om den kommunale satsning samlet set evt. kan medføre øgede sundhedsudgifter.

Senere omtales et nyt forsøg i Ballerup, Furesø og Herlev kommuner²¹, hvor 8 sygeplejersker plus en leder positivt vurderet

reducerede indlæggelsestallet med godt 500 (nok i løbet af godt ét år, men her antages 1 år).

Det samlede indlæggelsestal i hver af kommunerne var i 2017 var: Ballerup: 13.300, Herlev: 8.025 og Furesø: 9.592.

Indbyggertallene er hhv. 48.233, 28.546 og 40.798 (og med disse indbyggertal er fornuftigt, at de tre kommuner laver en fælles akuttilbud). For de tre kommuner giver det 208

indlæggelser per 1000 indbygger og 500 undgåede indlæggelser ved akutordningen svarer således til 1,6% af samtlige indlæggelser. Med den nævnte bemanning vil de årlige driftsudgifter være på mindst 5 millioner kr. I afsnit 1.9.4 fremlægges beregninger baseret på en konkret analyse²².

Simpelt regnestykke

- 1. En gennemsnitskommune har ca. 200 indlæggelser per år per 1000 indbyggere.**
 - En kommune med 20.000 indbyggere har således 4000 indlæggelser per år
 - En kommune med 50.000 indbyggere har således 10.000 indlæggelser
 - En kommune med 100.000 indbyggere har således 20.000 indlæggelser
- 2. Hvor stor en procent-del kan realistisk set forebygges? (substitutions-relationen)**
 - Meget få forskningsresultater jfr. gennemgangen
 - Vil (nok) primært være medicinske indlæggelser
 - Undersøgelse fra 2003 fra mellemstort sygehus: 2-5% kan muligvis flyttes/undgås
 - Dvs. kan 'forebygges' 80-200 indlæggelser i kommune m. 20.000 indbyggere 200-500 i kommune m. 50.000 og 400-1.000 i kommune med 100.000 indbyg.
- 3. Ved indlæggelsestakst på kr. 4.000 (størrelsen af det økonomiske incitament)**
 - En kommune m. 20.000 indbyggere kan *brutto* spare: 320.000-800.000 kr.
 - En kommune m. 50.000 indbyggere kan brutto spare: 800.000 – 2 mio. kr.
 - En kommune m. 100.000 indbyggere kan brutto spare: 1,6–4 mio. kr.
 - OG *beregnet for alle indlæggelser fra kommunen*, ikke kun de medicinske, som er omtalt i punkt 2, dvs. der benyttes de mest optimistiske antagelser.
- 4. Ikke meget at finansiere en øget kommunal sundhedsindsats med (nettoresultatet)**
 - Den lille kommune kan ikke en gang finansiere en ekstra sygeplejerske ved mindste effekten
 - Må hertil skelne mellem kort, mellemlang og lang sigt
 - Virkning slår tidligst igennem på mellemlang sigt (3-5 år)
 - **Prognose: kan samlet set let få forøget de samlede sundhedsudgifter**

Jfr. Nedenfor er det bemærkelsesværdigt, at der ingen empiriske undersøgelser er af, om den kommunale indsats begrundet i KMF er økonomisk fordelagtigt!

Med 2012 ændringen af KMF blev taksten for en somatisk indlæggelse 34 pct. DRG, dog max. kr. 13.750 per indlæggelse. Her sættes gennemsnits-DRG-taksten lidt vilkårligt til 7.000 for de undgåede indlæggelser. Det giver i eksemplet en samlet besparelse på: $500 * 7.000 = 3,5$ mio. kroner. Det fremgår umiddelbart, at den gennemsnitlige KMF-takst skal være kr. 10.000, for at der er balance.

En tilbagevendende klagesang fra kommunerne har været, at de ikke kan se, at sygehusene reducerer sengetallet, når kommunerne forebygger... men, at sengene blot bliver fyldt med andre patienter.

Derfor endnu et lille regnestykke med konservative antagelser: Antag, at en sygehusseng lavt sat er belagt mindst 250 dage om året med en gennemsnitlig liggetid på 5 dage (hvor man i dag er nede på et gennemsnit på godt 3 dage, men medicinske patienter ligger længere). Det betyder, at en seng kan klare 50 indlæggelser per år og, at et fald på 500 indlæggelser (koncentreret på ét sygehus) alt andet lige svarer til i alt 10 frigjorte senge. Hvad kan der spares herved? Man kan forsøge at besvare spørgsmålet på to måder: Enten ved at se på DRG-taksterne, som er 'prisen' per indlæggelse eller ved at se på driftsomkostninger per seng. Her benyttes DRG-tilgangen

Hvis DRG bruges i regnestykket, bliver spørgsmålet, hvad den marginale DRG-takst er, dvs. 'faldevæk-beløbet', hvis der var en indlæggelse mindre. En DRG-takst er et gennemsnitsbeløb, hvori indgår overhead m.m. I 2016 var gennemsnittet af de mere end 700 DRG-takster på kr. 73.236 – som dækker over takster for levertransplantation på næsten 1 mio. til lungeødem og respirationssvigt til ca. kr.32.000 og kr. 23.881 for kronisk obstruktiv lidelse, KOL, for 60+-årige. De forebyggelige indlæggelser ligger klar omkring den sidste mulighed. Der regnes nu videre på KOL.

De 23.881 kr. er gennemsnitsomkostninger. Sygehuse har store faste omkostninger, fx døgnberedskab m.m., som ikke ændres ved en patientindlæggelse mere eller mindre. Lad derfor – udokumenteret – marginalomkostningen på DRG-niveau være 40%, dvs. ca. kr. 9.552. Det er sandsynligvis for højt. Dette beløb ville sygehuset således 'spare', hvis en kommunal indsats kunne reducere (gen)indlæggelserne. Det er åbenbart, at for at det samlet set skal være samfundsøkonomisk fordelagtigt, må kommunens marginalomkostninger ved substituerende foranstaltninger derfor ikke være højere end 9.952 kr.. –og som det fremgik ovenfor, var dette beløb kr. 10.000.

Den kommunale medfinansiering må maksimalt udgøre 34% af DRG-taksten, dvs. den vil i dette tilfælde være kr. 8.358. Hvis der således skal være en ide i, at kommunen etablerer substituerende foranstaltninger, må de kommunale udgifter ikke være højere end kr. 8.358. Er dette muligt, og sygehusene marginalomkostninger er som antaget, vil der være god samfundsøkonomi ved en kommunal indsats. Dette er således ikke tilfældet i regneeksemplet.

Princippet for fastsættelse af den 'rigtige' KMF-takst bør derfor være: Kommunal marginalomkostning < sygehus-marginalomkostning. Hvis ikke bliver det samlet set samfundsøkonomisk dyrere med kommunal KMF-begrundet indsats

1.5.2 To analyser

Der er udkommet to analyser af den kommunale medfinansiering, én fra 2010⁷ og én fra 2013²³ samt rapporten om ændring af den kommunale medfinansiering fra 2016²⁴. Det er bemærkelsesværdigt, at ingen af dem reelt set adresserer de grundlæggende spørgsmål ovenfor. Og i det omfang man nærmer sig kernen, fx om alle sundhedsydelser skal være omfattet eller kun de ydelser, hvor kommunerne har en reel substitutionsmulighed, jfr. Produktivitetskommissionens anbefaling²⁵, savner argumentationen dybde og forståelse. Som eksempel kan nævnes et eksempel med overvægtige gravide, der bruges som forsvar for, at alle sundhedsydelser skulle være omfattet⁷, p. 65.

Eksemplet er pinagtig derved, at svangrekontrol m.m. foregår i regionalt regi (alm. praktiserende læger og jordemødre). Skal eksemplet blot give lidt mening, må antagelsen være, at kommunerne kan forebygge overvægt hos kommende mødre, og selv da er eksemplet tvivlsomt.

Hvorfor så ikke ændre en så åbenbar meningsløs ordning? Svaret fremgår tydeligt, af et notat fra det såkaldte 6-by-samarbejde (de 6 største by-kommuner)²⁶ (bortset fra, hvad der fremgår af 2015-evalueringen). Det hedder, at KMF fungerer som et politisk instrument som medvirker til at sætte sundhed og forebyggelse på den kommunalpolitiske dagsorden, dvs. noget som især KL har en interesse i. Derimod kan KMF, hedder det videre, ikke betragtes som et økonomisk styringsredskab, der skaber de tiltænkte økonomiske incitament for kommunerne i forhold til forebyggelsesindsatsen. Indførelse af KMF skaber heller ikke finansiering til at løfte forebyggelsesindsatsen i form af besparelser på KMF, da en forebygget indlæggelse typisk erstattes af anden aktivitet på hospitalerne, som kommunerne ligeledes skal medfinansiere. En stadig større del af landets kommuner ønsker derfor, at modellen ændres, så der bliver overensstemmelse mellem incitament og de resultater, der skal opnås.

1.6 Empiriske undersøgelser af effekten af KMF

Der er ingen empiriske undersøgelser af, om den kommunale indsats begrundet i KMF er økonomisk fordelagtigt! Det kan undre, og der er ingen umiddelbar forklaring på denne undladelse. Der er kun lavet statistiske undersøgelser, dog indgår der i Pedersens 2005 et regnestykke som det umiddelbart ovenstående.

De to første undersøgelser nedenfor er lavet på data fra perioden før KMF, men har alligevel interesse, fordi de undersøger om variationer i den kommunale sundhedsindsats påvirker indlæggelsesfrekvensen fra kommunerne, og da kommunernes sundhedspraksis – bortset fra

genoptræning – ikke ændrede sig markant efter kommunalreformen og i særdeleshed ikke i de første år, er disse to analyser af interesse. Fremgangsmåden i begge analyser er at se antal indlæggelser per 1000 indbyggere per kommune, som afhængig variabel og tre grupper af uafhængige variable: 1. Kommunale policy-variable, som potentielt kan påvirke antal indlæggelser, 2. øvrige sundhedstilbud, fx antal praktiserende læger og (afstand til) sygehus i kommunen og 3. kontrolvariable, fx antal førtidspensionister og alderssammensætning af befolkningen. Fælles for begge analyser var, at der ikke kunne påvises statistisk signifikant sammenhæng mellem policyvariable og antal indlæggelser.

I en analyse fra 2005 forud for kommunalreformen²⁷ blev det undersøgt, om man kunne forvente, at den kommunale medfinansiering ville have en effekt på indlæggelser. Analyseenheden var de daværende 270+-kommuner. Den afhængige variabel var køns- og aldersstandardiserede indlæggelser per 1.000 indbyggere. De uafhængige variable var en række variable vedr. sundhedsindsatsen og sociale forhold i kommunerne. Statistisk blev der brugt regressions-analyse. Hovedresultatet var, at der ikke kunne påvises en effekt af den daværende kommunale sundhedsindsats, medens de sociale forhold i kommunen, fx førtidspensionister, spillede en (signifikant) rolle.

En analyse af variationsmønstre i hospitalsindlæggelser og om kommunerne kan påvirke hospitalsindlæggelserne^{28,29} så på udviklingen 1991 – 2004 (paneldata) for at vurdere, om kommunerne kunne påvirke antallet af hospitalsindlæggelser. De uafhængige variable var en række sociale og demografiske variable, det kommunale hjemmehjælpstilbud, variable som måler morbiditet, udnyttelse af primære sundhedsydelser, tilgængelighed til hospitaler og et antal andre faktorer

I de anvendte regressionsmodeller var der taget højde for revers kausalitet mellem hospitalsindlæggelser og karakteristika ved udbud af sundhedsydelser (dvs. antal praktiserende læger, udgifter til samme og ambulante indlæggelser) ved hjælp af instrumentvariable, hvor disse faktorerers værdier et år forud er anvendt som instrumenter.

Bech m. fl. undersøgte i 2012 om den kommunale medfinansiering påvirkede medicinering af psykisk syge i kommunalt regi³⁰. Analyseenheden var kommunerne med andelen af befolkningen, der fik psykofarmaka, som afhængig variabel. Uafhængige variable var en række kommunale sundhedsmæssige handlingsvariable. Statistisk blev der brugt forskellige typer af regressions-analyse. Hovedresultatet var, at der ikke kunne påvises nogen sammenhæng. Man kan i øvrigt sætte spørgsmålstegn ved, hvor meningsfyldt grundantagelsen er, idet kommunernes socialpsykiatriske indsats ikke med rimelighed kan forventes at påvirke medicinering.

Vrangbæk og Sørensen undersøgte i 2013³¹ om KMF havde påvirket indlæggelser, blandt 67+årige i perioden 2008 – 2010. Analyseenheden var den enkelte kommune. Der blev brugt to afhængige variable: Indlæggelser per 1000 +67-årige og genindlæggelser per 1000 +67-årige.

Uafhængige variable var en række variable som indikatorer for den kommunale indsats. Statistisk blev der brugt regressionsanalyse. Hovedresultater var, ligesom i de tre øvrige analyser kunne der påvises sammenhæng mellem (gen)indlæggelser og den kommunale indsats.

Den første større offentlige empiriske evaluering af KMF kom først i 2015³² og bestod af fire delanalyser, hvor den kvalitative analyse³³ fik mest plads, men hvor man ikke benyttede muligheden for at se de kvantitative resultater i lyset af de kvalitative resultater. De fire delanalyser var:

- Delanalyse 1: Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner.
- Delanalyse 2: Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet.
- Delanalyse 3: Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats.
- Delanalyse 4: Beskrivelse af incitamentsvirkninger i regionerne.

I den kvantitative afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater belyste man rent deskriptivt områder, der kunne have relation til kommunernes forebyggelses-, trænings- og plejeindsats³⁴. Der blev ikke gjort forsøg på fx at bruge regressionsanalyse, hvorved man (delvist) kunne have kontrolleret for andre forklaringer på ændringer i (gen)indlæggelser end KMF. Der blev set på udviklingen i det kommunale forbrug i det regionale sygehusvæsen og udviklingen i de kommunale patientrettede forebyggelsesresultater. Med hensyn til det første blev der ikke draget konklusioner vedr. effekten af KMF. Det blev alene refereret udviklingstendenser i fx udviklingen i indlæggelser og ambulante besøg.

Den kommunale patientrettede indsats blev undersøgt ved at se på genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte korttidsindlæggelser for +65-årige. I sammenfatningen tales der om 'en vis indikation' for effekt. Det hedder bl.a., at

”antallet af genindlæggelser er samlet set steget, mens genindlæggelser per tusinde +65-årige er faldet i perioden 2009-2013. ...Dette kan give en vis indikation af, at de kommunale forebyggelses-, trænings- og plejeindsatser i 2009-2013 har haft en positiv effekt i forhold til genindlæggelser. Der er dog fortsat variation mellem regioner og kommuner. På samme vis er antallet af forebyggelige indlæggelser samlet set steget, mens forebyggelige indlæggelser per tusind +65-årige er faldet fra 2009-2013. Det kan ligeledes give en vis indikation af, at de kommunale forebyggelses- og plejeindsatser har haft en positiv effekt.”

Vedrørende de akutte korttidsindlæggelser hedder det, at ”udviklingen for akutte korttidsindlæggelser per tusind +65-årige er konstant. Dette kan evt. indikere, at forebyggelsesindsatser kan have en vis effekt på de akutte korttidsindlæggelser, men ikke nødvendigvis i så høj grad som for indikatorerne for genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser”, p. 24.

Metodisk kan der være berettiget tvivl om holdbarheden af konklusionerne, fordi der overordnet ikke er tale om en kausallignende analyse med brug af bl.a. regressionsanalyse til at kontrollere for andre mulige forklaringer på ændringer i antal indlæggelser end KMF og uden klar kobling til den kommunale indsats, jfr. også formuleringerne i rapporten, hvor der tale om, at 'der kan være sammenhæng'.

Den kvalitative analyse³³ er baseret på højt strukturerede interviews i 15 kommuner og de 5 regioner. De 166 respondenter repræsenterede alle niveauer: Fra det politiske til visitatorer og forløbskoordinatorer. Dog var en overvægt af respondenter fra økonomifunktioner.

Hovedkonklusionen for kommunernes vedkommende er, at KMF har betydning for dagsordenssætningen, 'KMF som dagsordensfremmer', men ikke har haft stor, hvis nogen effekt på fx indlæggelser. "Det er generelt vurderingen, at KMF særligt frem til 2012 har spillet en betydelig rolle i forhold til at dagsordensfastsætte sundhed og forebyggelse især på politisk niveau og til en vis grad på administrativt niveau i kommunerne.", p. 9

Flere af de besøgte kommuner anførte, at der er beskedent økonomisk incitament i den eksisterende ordning, fordi en så stor del af medfinansieringen er relateret til sygehusaktivitet, som kommunen ikke har nogen mulighed for at påvirke. Der peges i forlængelse heraf på, at det formentlig (dog adskilt fra overvejelserne om, at den samlede finansieringsandel rent faktisk kan påvirkes) ville være mere relevant at øge den kommunale medfinansieringsandel på de områder, hvor der er en mere direkte sammenhæng mellem den kommunale og den regionale indsats og evt. mindre eller ingen på de områder, hvor der ikke er direkte sammenhæng. Fødsler og kræftbehandling nævnes gennemgående som eksempler på områder, hvor kommunerne i praksis ikke skal eller kan påvirke aktiviteten., p. 21.

Regionerne mente, at selvom KMF opleves at have medvirket til at løfte den kommunale opmærksomhed om kommunernes rolle på sundhedsområdet, jfr. den ovenfor omtalte 'dagsordenssættende funktioner', var der samtidig i regionerne enighed om, at den nuværende model generelt set ikke er fremmede for samarbejdet. Det opleves af flere, at KMF i værste fald er i vejen for et godt samarbejde – og i bedste fald er ligegyldigt og helt gennemgående angav de regionale respondenter, at KMF ingen betydning har for sygehuse, og at regionerne ikke anvender KMF i styringen overfor de enkelte sygehuse..., p 24-25.

Flere regioner pegede, ligesom kommunernes på, at det er en meget lille del af sygehusaktiviteten, kommunerne reelt set kan påvirke. Særligt de mest omkostningstunge patientforløb har kommunerne ikke mulighed for at påvirke. Derfor pegede flere regionale respondenter på, at KMF – givet at det fastholdes – formentlig med fordel kunne være målrettet de patienter/den aktivitet, kommunerne rent faktisk har mulighed for at gøre noget ved. Samtidig peges der på, at det måske er unødvendigt, fordi det opleves, at fokus på opgaven er etableret i sammenhængen derfor formentlig er behov for andre virkemidler fremadrettet., p. 27

De fleste regioner pegede på, at ordningen med KMF er uigennemskuelig. ”En regional respondent peger på, at det er problematisk, at man ikke kan se, om de kommunale forebyggelsesindsatser og øvrige indsatser på sundhedsområdet har effekt, når der ikke kan ses en negativ udvikling i en kommunes udgift til KMF”, p. 27.

1.6.1 Regionale effekter af KMF

I den fjerde delrapport blev den mulige regionale effekt beskrevet på følgende hypotetiske måde:

”Den kommunale medfinansiering er ikke synlig ude på de enkelte sygehuse, herunder de enkelte afdelinger. Men da regionerne har ansvaret for den løbende styring af sygehuse, og da styringen skal sikre, at den forudsatte aktivitet nås, kan den kommunale medfinansiering potentielt have en implicit incitamentsvirkning, der vil slå igennem i regionernes styring af sygehuse.”³⁵, p. 6

Det uddybes senere i rapporten ved følgende sammenfatning (p. 10)

”Den kommunale medfinansiering har således som udgangspunkt ikke på marginalen incitamentsvirkning i regionerne.

Nærværende analyse har bl.a. identificeret to tilfælde, hvor den kommunale medfinansiering har en incitamentsvirkning i regionerne:

- De regionale indtægtslofter for kommunal medfinansiering fastsættes med udgangspunkt i regionernes aktivitet to år tidligere.

Den enkelte region har således mulighed for at øge sin andel af kommunal medfinansiering over tid ved at levere en aktivitet, der er relativt højere end de øvrige regioner.

- Dette kan medføre, at den kommunale medfinansiering giver et incitament til uhensigtsmæssig regional adfærd, herunder fastholdelse af uhensigtsmæssige behandlingsformer, manglende omlægning fra stationær til ambulantbehandling, manglende understøttelse af LEON mv.”.

Det sidst nævnte er et ekko af betragtninger i Incitamentsudvalgets rapport³⁶, hvor det nævnes, p. 148, at den kommunale medfinansiering kan udgøre en barriere for at flytte behandling fra sygehussektoren til et lavere specialiseringsniveau, når det er hensigtsmæssigt. Størrelsesordenen af denne mulighed diskuteres dog ikke, men må formodes at være endog meget beskedent. Incitamentsudvalget fremsatte imidlertid et forslag om at indføre korrektionsmuligheder for den kommunale medfinansiering i forbindelse med konkrete omlægninger af behandlingen, svarende til korrektionsmulighederne i den statslige aktivitetspulje – som i forhold til KMF udgør 1-2,5 promille af den samlede kommunale medfinansiering. Konkret kunne eventuelle korrektioner ske som ændringer i skønnet for kommunernes udgifter til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen eller som overførsel i løbet af året mellem det kommunale bloktilskud og det regionale bloktilskud.

Der fremlægges ikke empirisk materiale, der bekræfter de teoretiske formodninger. Hverken i Incitamentsudvalgets rapport eller KMF-evalueringen fra 2015.

1.7 Norske erfaringer

Med virkning fra 2012 indførte man i Norge kommunal medfinansiering, men alene for medicinske patienter og fx heller ikke i forbindelse med fødsler. Som i Danmark blev betalingen koblet til DRG, men kun med 20% som den øvre grænse. Ligesom i Danmark fik kommunerne pengene ved at reducere sygehusenes budgetter – ca. 5,5 mia Nkr.- for derefter at betale dem tilbage til sygehusene. Ordningen blev afviklet med virkning fra 2015.

En evaluering perioden 2011 – 2014 kunne ikke påvise nogen effekter af ordningen³⁷. En anden analyse³⁸ baseret på data fra 2010-2013 kunne heller ikke påvise en effekt: ”Deskriptiv statistikk og regresjonsanalyser gir ingen indikasjon på at forbruket av medisinske spesialisthelsetjenester ble redusert på grunn av KMF.”

1.8 Forebyggelse af indlæggelser: Hvad ved vi?

Ovenfor har der alene været fokuseret på KMF og forventet effekt heraf på indlæggelser. I det følgende ses der mere generelt på forsøgene på at forebygge indlæggelser, især fra kommunal side. De er som hovedregel afkoblet fra KMF-problemstillingen, men de afspejler, hvad der har været forsøgt – utvivlsomt også i lyset af KMF, fordi KMF næppe har ført til andre initiativer end de nedenstående, ligesom KMF i sin grundtænkning overlader det til kommunerne frit at definere, afprøve og indføre ordninger, der kan forebygge indlæggelser.

Hovedvægten i det følgende lægges på i hvilken grad, der er dokumentation for effektiv forebyggelse af (uhensigtsmæssige) indlæggelser i kommunerne. Hovedkonklusionen er, at denne viden er (yderst) mangelfuld. En del af det efterfølgende er delvist baseret på kapitel 7 i Dansk Sundhedspolitik³⁹.

1.8.1 Før Strukturreformen

Fokus i det efterfølgende er på tiden efter strukturreformen. Det er dog værd at notere, at der forud herfor havde været interesse for bl.a. kommunale akutstuer⁴, jfr. fremstillingen i bogen om kommunal medfinansiering fra 2005², der delvist følges i dette summariske afsnit.

■ ⁴ Helsingør Kommune indførte i 1997 et akutteam, som var finansieret 50/50 mellem amt og kommune indtil 31.12.2006 herefter 100 pct. kommunalt finansieret. Kilde: Powerpoint-præsentation, Helsingør Kommune 2012. Dette er nok første gang begrebet akutteam har været brugt. En mere systematisk omtale med udsagn om effekt på indlæggelser er fra 2003 i Sygeplejersken⁴⁰. L. H. Akut plejeteam i Helsingør sparer indlæggelser. Sygeplejersken 2003.

Akutstuer som fænomen fandt for første gang vej til en bredere kreds i 1997 med Sygehuskommissionens betænkning³. Med afsæt i et forsøg i Rødding Kommune, der ikke var evalueret på daværende tidspunkt og det første af sin art, nævnes muligheden for akutsenge (akutstuer):

'Et udbygget plejetilbud i kommunerne – eksempelvis med akutte plejesenge i tilknytning til plejehjem – vil set i sammenhæng med det samlede akutsystem dels kunne gøre en del indlæggelse af ældre patienter overflødige, dels åbne for en hurtigere udskrivning fra sygehusene', p. 24. op. cit.

Og i 1997 blev der føjet en bestemmelse til sygehusloven, der gav amterne mulighed for at indgå aftaler med kommunerne om betaling for personer henvist til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse. Det var primært tænkt som et alternativ for ældre, som overvejende havde et pleje- og observationsbehov frem for et egentligt udrednings- eller behandlingsbehov. Det interessante er her de klare økonomiske incitament – normalt betydeligt større end, hvad der er tænkt i den kommunale medfinansiering, idet de fleste aftaler har været baseret på 50-50% til parterne.

Det må summarisk konstateres, at der – per ca. 2004 hvor ovennævnte bog blev skrevet - ikke fandtes overbevisende belæg for, at brug af akutstuer i betydende grad – hvis overhovedet – aflaster sygehusene, ligesom forsøgene heller ikke havde været underkastet en omkostnings-effektanalyse for at vurdere, om der er nettobesparelser. Det sidste er sundhedsøkonomisk forudsætning for at oprette et sådant tilbud ud fra tænkningen bag kommunal medfinansiering. Der er sandsynligvis tale om et bedre servicetilbud for nogle ældre, men muligvis/sandsynligvis med kommunale meromkostninger til følge.

Denne konklusion understøttes dels af Sundhedsministeriets rapport om ældre medicinske patienter fra 2001, dels en enkel lidt mere omfattende evaluering fra det daværende Vestsjællands Amt (2002) og en rapport fra det daværende DSI⁴¹ (2000).

Det hedder i Sundhedsministeriets rapport med henvisning til en opsamling i 1998 af erfaringer, at

'Erfaringerne i de amter, som på daværende tidspunkt [...1998] havde iværksat ordninger med akutstuer, var ikke entydige. Nogle amter gav udtryk for tilfredshed med ordningerne, idet akutstuerne, som tilsigtet, blev benyttet til intensiv og akut pleje af patienter, som ikke krævede egentlig specialiseret sygehusbehandling, ligesom benyttelsesgraden af pladserne var høj. Andre steder blev ordningerne kun benyttet i begrænset omfang. Generelt var flere af ordningerne på daværende tidspunkt så nye, at en egentlig evaluering ikke forelå.1, p. 41

Det er åbenbart, at havde der været andre erfaringer at støtte sig til i 2001, ville de være blevet omtalt, ligesom spørgsmålet om dokumenteret substitutionseffekt ikke berøres. Det nævnes også, at omfanget i 1998 kun var 15-20.

1.8.2 Tiden efter strukturreformen

I forbindelse med Strukturreformen og kommunernes nye opgaver spillede spørgsmålet om forebyggelse af indlæggelser/uhensigtsmæssige indlæggelser en vis rolle. Dels i forbindelse med den kommunale medfinansiering, jfr. ovenfor, hvor Strukturkommissionen (bind 1, p. 653) foreslog, ”at øge det økonomiske incitament i kommunerne til at investere i forebyggelse og alternativer til sygehusbehandling, fx i form af behandling hos praktiserende læge og i form af akut- og aflastningspladser”²⁰. Dels i forbindelse med Sundhedsaftalerne, hvor det var og er et krav, at man adresserer uhensigtsmæssige indlæggelser: Parterne skal beskrive, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser⁴². Sundhedsstyrelsens vejledning (2006) om sundhedsaftaler fortolkes dette krav, dets baggrund og sigte som følger:

”Aftalen skal medvirke til at sikre, at patienter kun indlægges akut på sygehus, når det er vurderet, at undersøgelse, pleje og behandling ikke kan foregå ambulantly, hvor patienten forbliver i hjemmet, eller i kommunalt regi. Ved akut opstået, alvorlig sygdom kan det være nødvendigt, at patienten indlægges akut til undersøgelse og behandling på sygehus. En del akutte indlæggelser har imidlertid fundet sted, enten fordi der ikke var tilbud i kommunen om relevant indsats, eller fordi der manglede mulighed for vurdering af patienten på et højere lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kunne foretages uden indlæggelse. Det er disse indlæggelser, der beskrives som uhensigtsmæssige, og som aftalen skal medvirke til at minimere”⁴³ p. 28-29).

Den kommunale forebyggelsesindsats har i de seneste år i stigende grad fokuseret på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser uagtet, at der jfr. nedenfor er sparsom evidens om, at den kommunale medfinansiering og sundhedsaftalerne gør en forskel.

I et 2015-notat fra Sundhedsstyrelsen om viden om kommunale indsatser vedr. uhensigtsmæssige indlæggelser⁴⁴ var hovedkonklusionen, at der ikke findes

”meget solid viden om, hvad der virker i forhold til kommunale indsatser for at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser. Det skyldes dels, at forskningen er meget begrænset, og dels at den kommunale drift og organisation vanskeliggør effektstudier blandt andet fordi, at det kan være svært at isolere effekten af en bestemt indsats, og fordi kommunens serviceniveau kan foreskrive indsatser til alle borgere på et bestemt niveau”.

I notatet konkluderes der lidt opgivende:

”På baggrund af ovenstående kan der i nærværende notat ikke peges på en række nye og evidensbaserede indsatser til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, da denne viden ikke findes”.

Uhensigtsmæssige indlæggelser gøres i notatet lig med forebyggelige indlæggelser, hvorved forstås indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold og tryksår, p. 4⁴⁴.

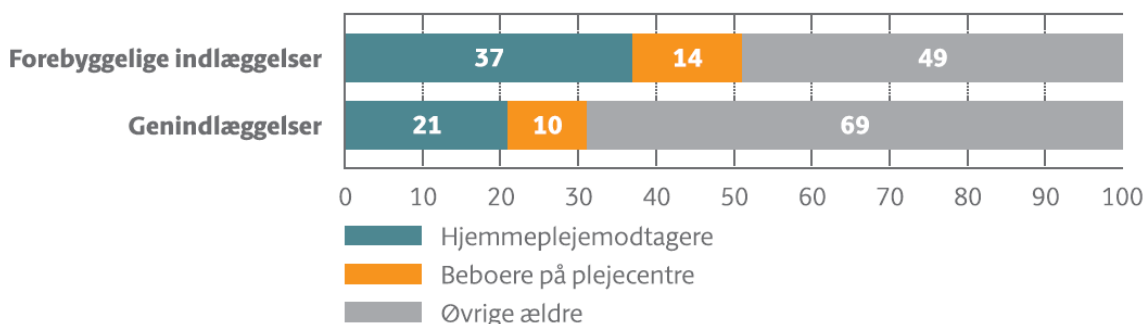
Sundhedsstyrelsen notere, at indlæggelser med disse diagnoser er forebyggelige vil sige, at den indlæggelseskrævende tilstand kunne have været forebygget – oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats – uden at der dog angives relevante referencer. At en indlæggelse med

lungebetændelse er forebyggelig betyder imidlertid ikke, at tilstanden ikke er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor borgeren indlægges. Det betyder, at det i nogle tilfælde vil være muligt for kommunen at opspore tidlige tegn på sygdommen og via en tidlig indsats forhindre, at borgerens tilstand bliver indlæggelseskrævende. Det betyder heller ikke, at alle forebyggelige indlæggelser kan forebygges. Ældre medicinske patienter, der indlægges med en diagnose, der kunne have været forebygget i kommunalt regi, har ofte flere samtidige sygdomme og årsagen til den konkrete indlæggelse er ofte multifaktoriel.

Nøglen til forebyggelighed er at ”opspore tidlige tegn på sygdommen og via en tidlig indsats forhindre, at borgerens tilstand bliver indlæggelseskrævende”. Det har været en almindelig opfattelse, at kommunerne var i kontakt med næsten alle ældre, fx +65-årige, der blev (gen)indlagt.

En 2016-undersøgelse af Kommunernes Landsforening viser imidlertid, at dette er en sandhed med modifikationer, figur 2, hvor kontakten kun var 51% for indlæggelser og 31% for genindlæggelser.

Figur 2. Andel af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, der er blandt ældre, som kommunen har kontakt med i hjemmeplejen eller på plejecentre (pct.)

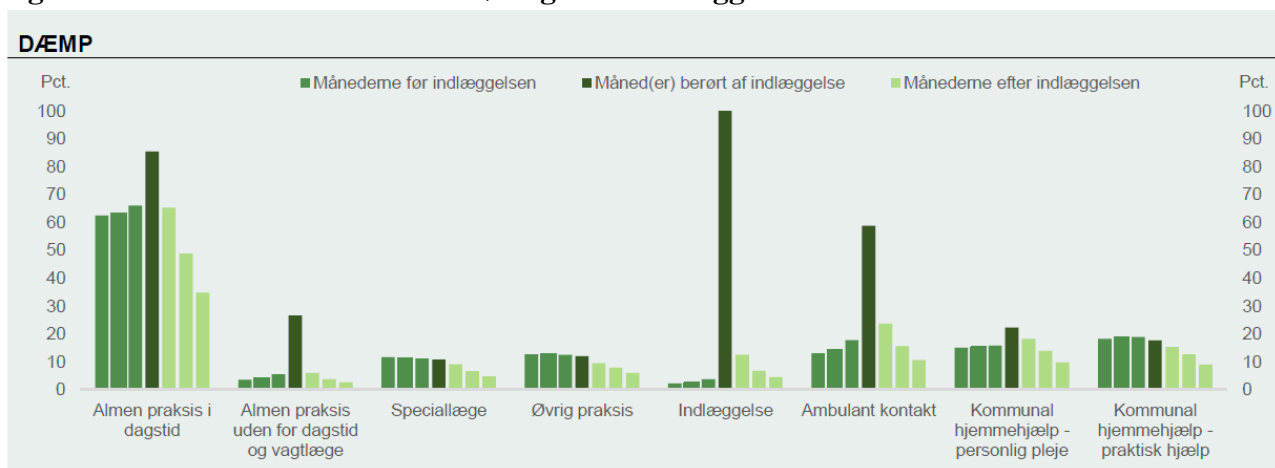


Note: Kontakten til kommunen er defineret ved visitation til hjemmepleje i måneden før indlæggelsen eller bolig på plejecentre på indlæggelsesdatoen. Ved genindlæggelser skal borgeren være visiteret til hjemmepleje både i genindlæggelsesmåneden og måneden før. Opgørelsen er lavet på baggrund af 2013-data pga. manglende data for plejehjemsbeboere for 2014. Andelen af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere er dog den samme i 2013 og 2014.

Kilde: Kommunernes Landsforening ⁴⁵

En endnu nyere analyse fra Sundhedsministeriet viser nedenstående mønster 3 måneder før og efter indlæggelse for de ældre medicinske patienter (DÆMP) – defineret som en ældre borger, der har været indlagt på en medicinsk afdeling.

Figur 2A: Kontakter tre måneder før og efter indlæggelse

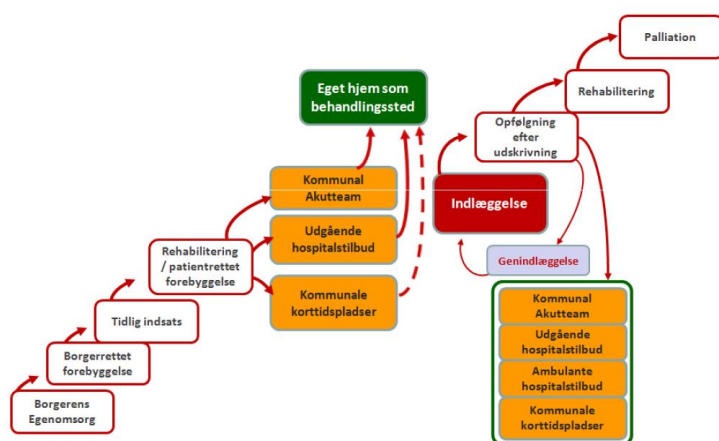


Kilde: Sundhedsministeriet, Sundheds-og ældreøkonomisk analyse⁴⁶

Det er bemærkelsesværdigt, at i perioden tre måneder før indlæggelse ikke synes at være kommunal kontakt. Det kan evt. skyldes, at der ikke har været tilstrækkelige data til rådighed, ligesom den dårlige statistisk vedr. hjemmesygepleje utvivlsomt er årsagen til at hjemmesygepleje ikke optræder i figuren.

Figur 3 er en KL-planche der viser initiativer om(kring) indlæggelser: Før og efter indlæggelse, hvilket er en væsentlig skelnen, når der tales om forebyggelige indlæggelser. Figur 3 illustrerer samtidig en behandlings-og plejekæde og overser betydningen af den praktiserende læge som den aktør, der oftest afgør henvisning og hvis medvirken til brug af de kommunale alternativer er af afgørende betydning.

Figur 3: De kommunale muligheder før og efter indlæggelse



I økonomiaftalen for 2014 er budskaberne klare, og dokumentationen uklar:

”Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at fastsætte følgende mål for den patientrettede forebyggelsesindsats: Færre u hensigtsmæssige genindlæggelser; Færre

forebyggelige indlæggelser; Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser og Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene”⁴⁷.

Det hedder bombastisk i første linje i rapporten om ’Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater’, at ”Den patientrettede forebyggelse skal effektivt modvirke, at borgerne indlægges unødigt på sygehuset”⁴⁸. Der er utvivlsomt tale om en målforskydning af, hvad man normalt forstår ved patientrettet forebyggelse, men illustrerer samtidig en næsten monoman fokus på forebyggelse af indlæggelser. Titlen på en rapport fra 2013 er også sigende: Effektiv kommunale forebyggelse – med fokus på indlæggelser og genindlæggelser⁴⁹.

Tankegangen bag interessen for (gen)indlæggelser er at undgå at bruge sygehusindlæggelse, når der findes ligeværdige og måske mindre indgribende kommunale muligheder, fx akutsenge på plejehjem eller udgående akutteams, som de praktiserende læger kan henvise til. Og der er også enighed om, at indlæggelse ikke altid er den optimale løsning – uden dog at være klar over, hvad de præcise alternativer er. Det er utvivlsomt også antaget, at det er en billigere løsning.

1.9 Forebyggelse – af indlæggelser: Afgræsning og størrelsesorden

Interessen for forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser illustreres tydeligt i ’Indblik i Sundhedsvæsenets resultater’⁵⁰ med følgende opstilling

Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse

- Akutte somatiske genindlæggelser
- Akutte psykiatriske genindlæggelser*
- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
- Akutte medicinske korttidsindlæggelser
- Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser*
- Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)
- Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)
- Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL
- Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL
- Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med diabetes 2
- Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes 2

Definitionen/afgræsningen af ’uhensigtsmæssige indlæggelser’ er blevet mere præcis over årene og dækker i dag over dækker primært over forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, korttidsindlæggelser og forlængede indlæggelser. Forebyggelige indlæggelser omfatter følgende diagnoser: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold og tryksår. Ofte afgrænset til de 65+-årige. Det har ikke været muligt at finde en præcis faglig argumentation for denne afgræsning.

I en litteraturgennemgang⁵¹ noteres, at begrebet ”uhensigtsmæssige indlæggelser” dækker over en række forskellige problemstillinger⁵. Derfor er det vigtigt at skelne mere præcist mellem typer af uhensigtsmæssige indlæggelser. Det drejer sig om indlæggelser, der

⁵ I et senere afsnit diskuteres ACSC, Ambulatory care sensitive conditions, som flere steder i udlandet bruges til at sammenfatte uhensigtsmæssige indlæggelser

1. kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været opsporet tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt;
2. der kun er nødvendige, fordi der mangler kommunale alternativer til indlæggelse i form af mere akut og intensiv hjælp i hjemme eller i andet kommunalt regi,
3. der kun er nødvendige, fordi der mangler regionale alternativer til indlæggelse i form af fx (sub)akutte ambulante muligheder for udredning / behandling,
4. der sker som følge af, at henviser ikke er opmærksom på, at der findes relevante alternativer uden for hospitalsregi, eller hvis de eksisterende tilbud er fuldt belagte,
5. der sker som følge af usikkerhed hos plejepersonalet i primærsektoren eller som følge af hensynet til pårørende, eller fordi indlæggende læge er usikker på, om patienten kan håndteres forsvarligt i primærsektoren.

Denne femdelte opdeling er hensigtsmæssig, men er også med til at fjerne opmærksomhed fra det centrale, nemlig hvem der afgør, om der skal indlægges og dermed bliver en nøgleperson. Det er normalt en praktiserende læge. Derfor skulle man tro, at der var større fokus på den praktiserende læges beslutningsproces i forbindelse med indlæggelse, jfr. at det ikke indgår i figur 1. Det er naturligvis væsentlig, at man kender relevante alternativer (punkt 4), men også om man har tillid til de kommunale akuttilbud, og om de kan håndtere de bagvedliggende problemstillinger. Er det mere lægeligt betryggende, at en ældre medicinsk patient indlægges i 24-48 timer og modtager en systematisk udredning end indlæggelse på en kommunal akutplads?

Hertil kommer to praktiske problemstillinger: (Ambulance)transport af patienter til de kommunale tilbud, som er en kommunal forpligtelse, og geografisk placering af akuttilbuddet, som normalt kun er placeret et sted i ofte geografisk store kommuner. Derfor kan man komme ud for, at der afstanden til det kommunale tilbud er længere end til nærmestliggende akutsygehus. Dette sætter 'nærhed' i et nyt lys.

I de offentlige rapporter om spørgsmålet er der bemærkelsesværdigt få referencer til videnskabelige artikler om emnet – især om der findes indlæggelsesreducerende alternativer. Det er jo ikke nok at interessere sig for diagnosegrupper, man skal fx også vide, hvorfra patienterne indlægges. Der er således relativt mange korttidsindlæggelser fra ældreboliger – og dermed fra en pleje-og omsorgsramme, hvor kommunen selv skulle have gode muligheder for at forebygge indlæggelser.

På trods af den massive interesse for forebyggelige indlæggelser er der dog uklarhed om det præcise omfang.

”Der var knap 1,2 mio. somatiske indlæggelser i det offentlige sygehusvæsen i 2013. Heraf var 7 pct. akutte genindlæggelser, mens 15 pct. var akutte medicinske korttidsindlæggelser og 5,5 pct. var forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)”⁴⁸.

Tages dette for pålydende skulle det i alt dreje sig 330.000 indlæggelser, hvoraf langt fra alle er forebyggelige. Tallet herfor udgør ca. 180.000 (15% af 1,2 mio), hvilket dog modsiges af en anden kilde. Årligt forekommer der omkring 128.000 forebyggelige indlæggelser⁴⁹, svarende til 16 pct. af det samlede antal akutte indlæggelser, heraf er godt halvdelen blandt ældre på +65 år. Særligt knoglebrud, lungebetændelse og KOL udgør en væsentlig del af disse diagnoser, og for den ældre del af befolkningen kan hertil tilføjes væskemangel. Jfr. nedenfor er der årligt ca. 50.000 indlæggelser fra plejehjem. Det må antages, at en stor del heraf er omfattet af de nævnte 128.000 indlæggelser.

Ifølge en anden opgørelsesmetode kunne hver 7. akutte medicinske indlæggelse undgås⁵². Ved at bruge den såkaldte Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), hvor patienter blev gennemgået efter indlæggelsen, kunne mellem 14-15% af indlæggelserne være undgået. Undersøgelsen fandt ikke belæg for at konkludere, at patienter, der ikke er blevet tilset forud for indlæggelsen, hyppigere var uhensigtsmæssigt indlagt og omfanget af ældre, der alene indlægges med henblik på væsketerapi, udgjorde ifølge undersøgelsen ikke nogen betydende andel af de uhensigtsmæssige indlæggelser. Undersøgelsen viste også, at indlæggelser klassificeret som uhensigtsmæssige i mange tilfælde er fagligt rimelige, men at sengedagsbelastende indlæggelser kan forebygges. Disse indlæggelser ville med fordel kunne have været håndteret med en subakut henvisning til et ambulatorium eller et akut diagnostisk center med adgang til hurtig diagnostik i form af blodprøver og billeddiagnostiske muligheder og samarbejde med primærsektoren om den efterfølgende udskrivelse i vagtdøgnet.

Den første artikel, hvor man brugte European appropriateness evaluation protocol kom allerede i 2003 og var tydeligvis et bidrag til den daværende debat om sundhedscentre med senge. Man spurgte om 'indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter [kan] erstatte indlæggelse på hospital'⁵³. En speciallæge og en sygeplejerske vurderede 242 konsekutivt indlagte patienter med AEP. Hovedkonklusionen var, at kun få patienter kunne have været indlagt direkte i eller overflyttet til et sundhedscenter og, at sundhedscentre næppe i nævneværdig grad vil kunne aflaste de medicinske afdelinger.

1.9.1 Forebyggelse – af indlæggelser: Viden

Allerede i 2007 kom den første forskningsbaserede rapport om uhensigtsmæssige indlæggelser⁵⁴. Der var tale om en historisk gennemgang af interessen for uhensigtsmæssige indlægger med start i midten af 70erne, ligesom forskellige forsøgsordninger blev gennemgået. Der var usikkerhed om omfanget, fordi det var uklart, hvilke diagnoser, der var tale om og ret få konklusive resultater vedr. hvilke muligheder, der reelt er for at forebygge indlæggelser. Efterfølgende er det imidlertid blevet en vedtaget 'sandhed', at potentialet er betydeligt og, at det næsten opfattes som kommunernes hovedopgave på sundhedsområdet.

Året efter fokuserede en fælles publikation fra Dansk Selskab for Intern Medicin og Danske Regioner på akut indlagte medicinske patienter⁵⁵ – ikke på grund af strukturreformen, men fordi man så en række problemer. Der var fokus på gruppen af ældre medicinske patienter med flere sygdomme eksempelvis kroniske livsstilssygdomme, og som herudover ofte havde et dårligt

socialt netværk. Disse patienter indlægges typisk akut og hører ikke naturligt under et bestemt speciale og ender nemt med indlæggelse, fordi de ”ikke kan være andre steder”⁵⁵. Ofte er det et forløb med uplanlagte genindlæggelser, hvor de sendes frem og tilbage mellem egen læge, kommune og sygehusafdeling. En del af disse patienter burde slet ikke indlægges akut men bliver det alligevel, fordi der mangler alternative tilbud hos egen læge, i kommunen eller i sygehusregi. Et stigende antal medicinske patienter – op mod halvdelen, der indlægges akut - udskrives inden for 24 timer. En del af disse hurtigt udskrevne patienter er henvist til nødvendige undersøgelser og afklaringer, som kræver hospitalets specialudstyr og/eller specialviden, men en del er også henvist til akut indlæggelse, fordi der mangler de omtalte alternative tilbud, og/eller fordi akut indlæggelse giver direkte adgang til sygehusets undersøgelses- og behandlingstilbud.

1.9.2 Indlæggelser fra plejehjem

I en SFI-rapport fra 2014 om fast tilknyttede plejehjemslæger⁵⁶ opgjorde indlæggelsesdata fra 927 danske plejehjem/ældreboliger med i alt 41.952 beboere. Over en treårig periode - januar 2011 til februar 2014 – var der i alt 156.626 indlæggelser, dvs. godt 50.000 per år. Knap 60% var korttidsindlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. En Deloitte-analyse for Sundhedsministeriet fandt, at plejehjemsbeboere udgjorde 5% af de indlagte medicinske patienter over 65 år i 2011 og var markant overrepræsenteret blandt patienter med dehydrering og urinvejsinfektioner. Der var i gennemsnit to årlige indlæggelser pr. indlagt plejehjemspatient, og et gennemsnitligt årligt antal sengedage for plejehjemsbeboerne på 11,6.

Raahede og Waldorff⁵⁷ har i en statusartikel fra 2015 omtalt en række studier, hvor man fokuserede på, hvorledes man kan reducere indlæggelser fra plejehjem. Erfaringerne tyder på, at forudgående stillingtagen til behandlingsniveau, identifikation af beboere, der kunne have gavn af hospiceophold, indførelse af en klinisk behandlingsguideline for nedre luftvejsinfektioner, regelmæssige og akutte lægebesøg samt gennemgang af beboere og deres medicinliste kunne reducere indlæggelsesfrekvensen. Den nævnte SFI-rapport⁵⁶ var en evaluering af en ordning med fasttilknyttet plejehjemslæge og viste, at en ordning med fast plejehjemslæge var forbundet med en beskedent, men statistisk signifikant reduktion i antal indlæggelser fra plejehjem, også i gruppen af forebyggelige indlæggelser. Medicinforbruget blev mindre og der var økonomiske besparelser.

Ovenstående rejser spørgsmålet om inddragelse af de praktiserende læger i kommunernes bestræbelser på bl.a. at forebygge indlæggelser, ikke blot i forbindelse med ældreboliger, men mere generelt. For plejehjemsbeboeres rejser det samtidig spørgsmålet om det frie valg af praktiserende læge^{58,59}.

Overordnet skal man huske noget trivielt, men vigtigt: Det er normalt den praktiserende læge/vagtlægen, der tager stilling til indlæggelse, ikke kommunen, jfr. tidligere. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge kender de kommunale tilbud og har tillid til, at de i givet fald kan erstatte en indlæggelse. Ud fra et ønske om at afinstitutionalisere den ældre i plejebolig

vedtog man i 1988 en ændring af boligloven, så plejeboligen blev sidestillet med »eget hjem«. I 1995 afvikledes de kommunalt ansatte plejehjemslæger for at bevare det frie lægevalg og borgerens integritet, men dette skal så holdes op mod en mere koordineret indsats fra én plejehjemslæge sammenlignet med de ofte mange på dagens plejehjem.

De fleste skøn over forebyggelige indlæggelser er baseret på retrospektive undersøgelser: Journal-gennemgang med anvendelse af en særlig protokol til at afgøre den medicinske nødvendighed af en indlæggelse⁶⁰, appropriateness evaluation protokollen, jfr. ovenfor. Den blev brugt i en nylig undersøgelse på Glostrup, Hvidovre og Amager hospitaler⁶¹, og i 2003, da man så brugen af sundhedscentre, som alternativ til sygehusindlæggelse⁵³ og i 2013, jfr. ovenstående omtale.

I 2013 var der 40.000 akutte medicinske indlæggelser fra akutenhederne på Amager, Hvidovre og Glostrup Hospitaler, 19.000 var blandt 65+-årige patienter, og 7.400 (39%) varede under 24 timer. Analysen omfattede 334 af disse akutte medicinske korttidsindlæggelser af 65+-årige valgt konsekutivt fra april 2013. Journalerne blev gennemgået og scoret efter ovennævnte protokol.

Af de 334 akutte medicinske korttidsindlæggelser blev 91 (27%) vurderet som substituerbare. I alt 243 (73%) patienter blev vurderet som akut indlæggelseskrævende. 80% af de substituerbare indlæggelser vurderedes alternativt at kunne være håndteret i praksissektoren (af egen læge/vagtlæge), 21% ved ikke-akut ydelse på hospital og 16% ved ydelser fra kommune.

Det kommunale tal virker overraskende lavt. På den anden side sætter det jo de kommunale bestræbelser og den nationale italesættelse af forebyggelige indlæggelser i relief og, at det underforstået er et felt, hvor kommunerne spiller en stor rolle.

1.9.3 Følge-hjem ordning og (gen)indlæggelser

I 2007 blev der offentliggjort en MTV-undersøgelse af opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehusbaseret på en randomiseret undersøgelse⁶². Projektet omfattede 331 patienter på 78 år og derover, der var udskrevet fra Medicinsk eller Geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital efter en indlæggelse i mindst 2 dage. Projektet afprøvede en model, hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken 'tog over', efter endt sygehusbehandling. Modellen bestod af tre kontakter: Et fælles besøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i patientens hjem ca. 1 uge efter udskrivelsen suppleret med to opfølgende kontakter ved den praktiserende læge i 3. og 8. uge efter udskrivelsen i form af en konsultation eller hjemmebesøg afhængig af patientens samlede problematik. Ved opfølgningen blev der foretaget en bred vurdering af patientens situation med fokus på patientens medicinske behandling, opfølgning på sygehusets behandling og på det aktuelle behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger fra kommunen.

Forekomsten af en efterfølgende indlæggelse i halvåret efter udskrivelsen var signifikant lavere blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (40% i interventionsgruppen mod

52% i kontrolgruppen), og der gik længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Der er en stærk tendens til, at det samlede antal indlæggelsesdage reduceredes i kraft af opfølgningen.

Den samlede økonomiske analyse tydede på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse til fordel for de patienter, der modtog den øgede opfølgning. Analysen viste en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. per patient over en halvårs periode, idet øgede omkostninger til sygesikringsydelser i primærsektoren mere end opvejes af en besparelse på sygehusbehandling.

Glostrup-resultaterne er forsøgt repliceret, bl.a. i Vestklyngen, som består af seks kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Ikast-Brande og Struer) (Oxholm og Kjellberg, 2011). Kommunerne i Vestklyngen implementerede en ensartet variant af Glostrup i perioden 15. januar 2009 til 28. februar 2010, hvorfor evalueringen blev gennemført for Vestklyngen som samlet enhed⁶³.

Resultaterne i Vestklyngen:

- Borgere, som har fået tilbudt (men ikke nødvendigvis modtaget) et opfølgende hjemmebesøg, blev i gennemsnit indlagt 11 % mindre i det efterfølgende halve år. Effekten var ikke signifikant, men grupperne var også relativt små.
- Over en halvårlig periode blev der fundet en kommunaløkonomisk besparelse på 12.391 kr. pr. borger. De kommunaløkonomiske besparelser var statistisk signifikante.
- Øvrige besparelser – fx til hospitalsomkostninger – gik ca. lige op med interventionsomkostningerne mv.

Vestklyngens resultater adskiller sig således markant fra resultaterne i Glostrup-projektet, idet besparelserne ikke skyldes et reduceret sygehusforbrug, men i stedet en kommunaløkonomisk besparelse fordi borgerne i interventionen fik et signifikant lavere forbrug af kommunale ydelser. Dog genfindes den lavere indlæggelsestendens, og tager man udgangspunkt i middelværdien, hvor betydning af enkeltpersoners ekstremt høje forbrug reduceres, er hospitalsbesparelserne mere sammenlignelige med projektet i Glostrup.

Der er gennemført forsøg a la det skitserede i Københavns Kommune, Faxe Kommune, Fredericia og Aalborg kommuner. De blev alle evalueret af KORA, men kun i Vestklyngen kunne der påvises kommunaløkonomiske besparelser. Resultaterne er sammenfattet i nedenstående tabel⁶⁴.

Tabel 1: Hovedresultaterne fra analyserne af opfølgende hjemmebesøgsordningen i de fem klynger: De samfundsøkonomiske konsekvenser samt effekten på indlæggelsesfrekvensen 26 uger efter inklusion i ordningen.

	Vestklyngen ⁵	Aalborg	København	Faxe	Fredericia
Procentvis forskel i det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger i interventionsgruppe i forhold til kontrolgruppe	-11 %	-13 %	16 %	22 %	-14 %
<i>Den gennemsnitlige meromkostning pr. borger i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen (i kr.)</i>					
Meromkostning til interventionen på sygehuse	86 kr.	0 kr.	240 kr.	0 kr.	0 kr.
Meromkostning til interventionsbesøg i kommunerne	296 kr.	161 kr.	468 kr.	469 kr.	288 kr.
Meromkostning til kommunale ydelser	-12.391 kr.*²	3.877 kr.	9.589 kr.	- ⁴	-5.385 kr.
Meromkostning til sygesikringsydelser ¹	452 kr.*	662 kr.*	483 kr.*	990 kr.*	95 kr.
Meromkostning til sygehusbehandling	-818 kr.	-10.637 kr.	16.809 kr.*	9.337 kr.	-9.732 kr.
Meromkostning til tilskudsberettiget medicin ³	-412 kr.	-	-	-	-
Total	-12.787 kr.*	-5.937 kr.	27.589 kr.*	10.796 kr.	-14.734 kr.

¹ Omkostninger ved de praktiserende lægers deltagelse i de opfølgende hjemmebesøg er inkluderet.

² Beregnet på baggrund af difference-in-difference-metoden, da interventionsgruppen havde et statistisk signifikant højere forbrug af kommunale ydelser i baseline sammenlignet med kontrolgruppen.

³ Grundet opdateringen af Lægemiddelregisteret har det kun været muligt at skaffe data for forbruget af tilskudsberettiget medicin i Vestklyngen.

⁴ Det har ikke været muligt at rekvirere kommunale ydelser for Faxe Kommune.

⁵ I den første version af delrapporten for Vestklyngen (maj 2011) var medicindata ikke inkluderet i analysen, da data for undersøgelsesperioden endnu ikke var tilgængelig. Omkostningerne ved forbrug af medicin er inkluderet i denne tabel, og derfor afviger de totale omkostninger fra omkostningerne angivet i første version af rapporten.

Note: * - markeringen betyder, at resultatet er statistisk signifikant på et fem procentniveau.

Kilde: KORA ⁶⁴.

1.9.4 Fremskudt visitation og forløbskoordination: Forebyggelse af genindlæggelser

I KORA-rapporten ”Evaluering af indsats for forløbskoordination”²² evalueres erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner, hvor kommuner sender medarbejdere ind på hospitaler for at koordinere de mest komplekse udskrivningsforløb. Formålet med undersøgelsen var at beskrive, hvordan de enkelte funktioner var udviklet, organiseret samt hvilket udbytte patienter og fagpersoner oplevede, der kommer ud af det fremskudte arbejde. Endvidere undersøgte effekterne af den fremskudte visitation på forebyggelse af indlæggelser og økonomi, som der er fokus på her. Analysen er baseret på relativt avancerede statistiske metoder ligesom det er ét af de få eksempler, der også ser på økonomien. Økonomiberegningerne kan ses i sammenhæng med de ’på bagsiden af en konvolut-beregningerne’ omtalt i afsnit 1.5.1

I sammenfatningen hedder det, at analysen indikerer, at fremskudt visitation har et potentiale for at forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges således, at indsatsen som minimum er omkostningsneutral for kommunen. Hovedteksten er dog mere præcis: ”Registeranalysen for de enkelte kommuner viser i alle tilfælde en lavere andel af genindlæggelser i interventionsgruppen end i kontrolgruppen Forskellen er dog kun statistisk signifikant på 5 % niveau for gennemgang af aftaleskemaer i Vejle Kommune”. Der blev lavet supplerende statistiske analyser, hvor (register)tallene analyseres samlet for de fire kommuner, idet man får en større statistisk styrke ved at poole data. Dette er korrekt, men det besvarer ikke spørgsmålet, om modellen for fremskudt visitation i de fire kommuner også er den samme eller rimelig

sammenlignelig. Der er anvendt en ret avanceret statistisk metode – såkaldt propensity score – der muliggør ad statistisk vej at danne kontrolgruppe. Kontrolgruppen er konstrueret sådan, at den består af indlæggelser af patienter, som ligner interventionsgruppen i de fire kommuner, men hvor det antages, at der ikke er ydet fremskudt visitation. Kontrolgruppen er udvalgt ved propensity score matching blandt de patienter over 65 år, der har været indlagt på en somatisk sygehusafdeling, men som ikke er bosiddende i en af de fire case kommuner.

Den samlede analyse viste en statistisk signifikant forskel i andelen af genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen. Andelen af genindlæggelser er 4,4 % lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. 'Number needed to treat', dvs. det gennemsnitlige antal af patienter, som skal modtage fremskudt visitation for at forebygge en genindlæggelse, blev opgjort til 23 personer.

Man beregnede forskellen i omkostninger til genindlæggelser inden for 30 dage blandt patienter interventions- og kontrolgruppen, og om forskellen var statistisk signifikant.

Omkostningerne blev opgjort som de samlede hospitalsomkostninger opgjort i årets DRG-takster og som hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via KMF, jfr. nedenstående tabel. Analysen blev lavet for hver af de kommunale indsatser hver for sig og for kommunerne under ét.

Tabel 6: Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, de fire casekommuner under ét (tabel 6.4)

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	12.343 kr.	17.853 kr.	-5.510 kr.	<0,000
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via den kommunale medfinansiering	2.852 kr.	3.691 kr.	-839 kr.	<0,000

Note: *) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.
Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

Forskellene i hospitalsomkostninger opgjort for genindlæggelser inden for 30 dage var statistisk signifikante i den samlede analyse på tværs af de fire kommuner. Den gennemsnitlige besparelse for kommunen er 839 kr. pr. patient, som får fremskudt visitation. Der er tale om besparelser i KMF.

Det næste spørgsmål er, hvad det koster kommunerne at drive den fremskudt visitation, og om besparelsen i KMF kan 'finansiere' den fremskudte visitation. Meromkostningerne er estimeret ud fra spørgeskemaer i de fire case kommuner. Opgørelsen blev afgrænset til personaleomkostninger i kommunerne, fordi det er den største post. Hver casekommune havde skønnet over kommunens tidsforbrug for leder og medarbejdere til drift af fremskudt visitation i en typisk måned og skønnet over, hvad tidsforbruget til udskrivningskoordination ville have været, hvis kommunen ikke havde haft indsatsen.

Der knytter sig utvivlsomt ret stor usikkerhed til omkostninger beregnet på denne måde. Evt. meromkostninger for hospitalerne forbundet med fremskudt visitation indgår ikke. Hovedresultatet fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 6.5 Meromkostninger til drift og udvikling af fremskudt visitation i de fire casekommuner

	Gribskov	Lolland	Vejle udvidet koordinering	Vejle aftaleskemaer	Skanderborg
Skøn over meromkostninger til drift: Ekstra ressourceforbrug til indsatsen pr. patient/indlæggelse*, kr.	230	440	0	4.852	1.011
Skøn over meromkostninger til udvikling: Ekstra ressourceforbrug i opstartsfasen**, kr.	20.000	50.000	n.a.	35.000	250.000

³⁶ Meromkostningerne i den enkelte kommune afhænger af, hvorvidt der er tale om en indsats, der i vid udstrækning erstatter anden udskrivningskoordination (Gribskov, Lolland og Vejle (udvidet koordinering), eller om der er tale om en ny og udvidet indsats (Vejle (aftaleskemaer) og delvist Skanderborg).

Den samlede analyse indikerer, hedder det i KORA-rapporten, at fremskudt visitation er omkostningsneutral for kommunerne, idet de estimerede kommunale besparelser ved færre genindlæggelser opvejer det vægtede gennemsnit for de beregnede driftsomkostninger ved indsatsen. ”Det er således ikke hensynet til den kommunale økonomi, som bør holde kommunerne tilbage i forhold til at videreføre/etablere fremskudt visitation”, p. 93.

KORA-rapporten siger sammenfattende, at interviewpersonerne i kommunerne var usikre på, om funktionerne bidrog til at forebygge indlæggelser. Registeranalysen indikerede dog, at fremskudt visitation også har potentiale til at forebygge genindlæggelser, og ”på den baggrund er det KORAs vurdering, at fremskudt visitation kan tilrettelægges sådan, at indsatsen er omkostningsneutral for kommunerne. Hertil kommer, at fremskudt visitation – hvis det forebygger genindlæggelser – kan øge livskvaliteten for borgerne og indebære besparelser i andre dele af sundhedssektoren”, p. 95.

1.10 De kommunale akutmuligheder

Kommunerne er i fuld gang med at udvikle den sygeplejefaglige akutindsats med akutpladser og udgående akutteams. I 2016 havde 62 procent af kommunerne akutpladser med særlige sygefaglige kompetencer, 60 procent havde akutpladser, der ud over særlige sygefaglige kompetencer også har særlig fokus på genoptræning og rehabilitering, mens 53 procent havde akutteams med særlige sygeplejefaglige kompetencer⁶⁵. Tekstrammen viser et eksempel på en akutordning og senere omtales en udgående ordning for tre kommuner i Region Hovedstaden og en række evalueringer af ordninger i andre kommuner..

Der findes ikke veldokumenteret viden om, hvorvidt akutpladser/funktioner forebygger indlæggelser⁶⁶⁻⁶⁸. Meget tyder på, at det ikke er tilfældet. KLs råd og vejledning om akutfunktioner fra 2014⁶⁹ berører ikke spørgsmålet om effekten af indsatsen.

Ved akutordninger og akutteams skal man forholde sig til befolkningsunderlag – hvor stor skal en kommune være for, at der er grundlag for at opretholde en specialiseret funktion og udnytte den effektivt – og principielt døgnåbent - samt specialkompetencer hos de involverede sygeplejersker samt samarbejdet med praktiserende læger og hospitalerne.

Sundhedsstyrelsen har beskrevet de kommunale somatiske akuttilbud i 'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen'⁷⁰:

”Kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale

Eksempel på kommunal akutordning

”Kommunen [Silkeborg] har tre akutpladser, der er i funktion døgnet rundt alle ugens dage, og hvor den akutte og komplekse sygepleje ydes af Akutteamet. Akutpladserne ligger i tilknytning til 17 døgnpladser til midlertidigt ophold.

På akutpladserne er der bl.a. mulighed for at måle blodtryk, puls og temperatur, stixe urin, tage blodprøver samt måle iltmætning og respirationsfrekvens. Efter ordination kan teamet foretage smertebehandling, anlægge venflon, give intravenøs behandling med fx væske og antibiotika, give injektion via CVK, give parenteral ernæring, genoplægge suprapubiskateter, engangskaterisation og anlæggelse af KAD, anlæggelse af nasal ernæringssonde samt reetablering af vakuumbehandling af sår.

Borgeren kan henvises af egen læge, vagtlæge, Akutteamet eller fra sygehus-/hospitalsafdeling

... Formålet med tiltaget er at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser”.

Silkeborg Kommune har ca. 90.000 indbyggere. Der er et sygehus i kommunen med en stor medicinsk afdeling.

hjemmesygepleje. Det er et tilbud til patienter, der har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Akutfunktionen har den fordel for patienten, at indsatsen kan varetages tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø. Formålet med indsatsen kan dels være at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats, dels at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Herigennem kan akutfunktionen med-virke til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjem-tage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats.”

Der melder sig tre spørgsmål: For det første omfanget af forebyggelige indlæggelser – dette er det faktuelle - for det andet effekten af den kommunale indsats – med andre ord: er det muligt, virker det - og for det tredje de praktiserende lægers rolle. De praktiserende lægers centrale rolle fremgår af nedenstående projekter og et særskilt afsnit.

Det skønnes, at hver syvende akutte medicinske indlæggelse kan forebygges² jfr. den omtalte rapport fra Amager, Hvidovre og Glostrup hospitaler hvor man lavede journalgennemgang af indlæggelser under 24 timer blandt 65+-årige³, jfr. omtalen ovenfor.

Resultatet var, at 27 pct., af de akutte medicinske korttidsindlæggelser af patienter over 65 + år blev vurderet som ”substituerbare” og kan erstattes af alternative løsninger til indlæggelse.

Det interessante var vurderingen af relevante alternative løsninger. På grund af overlap i kategorisering, summer pct-tallene til mere end 100%. 84 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra praksissektoren (egen læge/vagtlæge/speciallæge). 21 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra hospital (ambulant udredning, subakut geriatrisk vurdering mv.). 16 pct. af de ”substituerbare” indlæggelser kunne være håndteret af ydelser fra kommune (mere hjælp i hjemmet, forudgående bedre observation, mere hjælp i hjemmet mv.).

De efterfølgende evalueringer af kommunale akuttiltag er blevet evalueret mere eller mindre stringent: før-efter eller med én eller flere sammenligningsgrupper – men enkelte hverken med før-efter eller kontrolgruppe, ligesom anvendelsen af statistiske metoder varierer. Evalueringerne er dog gradvist blevet bedre. Et fællestræk er fravær af statistiske styrkeberegninger, dvs. hvor personer skal være i interventions- og kontrolgruppe for på et vist statistisk signifikansniveau at kunne håbe på påvise en forskel. Princippet her har været ’det mulige antal’ og en slut-kommentar lyder ofte, at evt. manglende påvisning af en statistisk signifikant forskel kan skyldes manglende antal personer.

1.10.1 Tværsektoriel udredningsenhed, TUE . Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital

TUE blev oprettet i 2012 og evalueret i 2015^{71,72} for perioden 2012-2014. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Københavns Kommune har i tæt samarbejde med almen praksis fra

2012 til 2014 afprøvet og implementeret en samarbejdsmodel for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af hospital og kommune. Ordningen fungerer fortsat.

Modellen er interessant og beskrives derfor her, men desværre er evalueringen ringe, ligesom åbningstiderne ikke har været døgndækkende. Derfor kan der ikke konkluderes noget holdbart om forebyggelse af indlæggelser eller økonomien i ordningen.

Formålet med TUE er at give sårbare ældre og andre medicinske patienter over 65 år et hurtigt og sammenhængende udrednings- og udskrivningsforløb på en ambulant hospitalsbaseret enhed. TUE er et alternativ til indlæggelse. Tilbuddet kræver henvisning fra praktiserende læge eller vagtlæge samt fra skadestue/FAM og hospitalet i øvrigt.

Projektets målgruppe var ældre sårbare borgere med akut somatisk sygdom med behov for udredning, vurdering og behandling udenfor hjemmet. Som udgangspunkt er der ikke behov for indlæggelse og forventet mulighed for hjemsendelse til egen bolig eller midlertidig døgnplads i kommunen indenfor få timer. Ved behov for pleje og omsorg de første døgn efter udredning og behandlingsstart kan hjemmesygepleje etableres akut.

Den daglige ledelse af TUE blev varetaget i samarbejde mellem en kommunal sygeplejefaglig leder, en hospitals-sygeplejefaglig leder og en overlæge. Enheden – lokaliseret på Bispebjerg Hospital - blev bemanded med et fast team af seks kommunale sygeplejersker. Dermed kunne man afprøve en model med en 100 % kommunal enhed placeret i hospitalsrammer. Enheden var åben mellem kl. 9 og 22 alle ugens dage inkl. helligdage med mulighed for lægelig vurdering mellem kl. 9 og 20. Meget få borgere kom dog på TUE i weekender og helligdage. Derfor blev TUE henover sommeren 2013 og siden juni 2014 lukket i weekender og på helligdage. Der blev indgået aftale med Klinisk Biokemisk Afdeling, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og Røntgenafdelingen, BBH mht. hurtig udredning efter lægelig ordination. Det betød, at alle blodprøver, røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser m.m. blev analyseret akut, således at svartiden på undersøgelser ikke forlængede tiden i TUE unødigt.

Den mediane opholdstid i TUE var tre timer og 55 minutter fra modtagelse til afslutning

Til projektet blev opstillet 3 succeskriterier – 1) 95 % af pladserne i TUE er belagt. 2) 80 % af de borger som henvises kan sendes hjem uden indlæggelse. 3) 80 % af de borgere der er blevet udredt i TUE er ikke blevet indlagt indenfor 30 dage efter hjemkomst. Der er ikke opstillet succeskriterier for forebyggede indlæggelser.

Evalueringsdesignet var svagt: Ikke nogen sammenligningsgruppe og ikke en 'før'-periode forud for projektets igangsætning. Der havde været overvejelser om en randomiseret undersøgelse eller brug af historiske kontrolgruppe. Evalueringsgruppen besluttede derefter, at der skulle gennemføres et evalueringsdesign sammensat af: Indsatsen i TUE herunder beskrivelse af borgernes forløb i TUE; Borgernes oplevelse af TUE; Samarbejdsparternes vurdering af TUE og en sundhedsøkonomisk beskrivelse. Formålet med evalueringen blev derfor overordnet at klarlægge,

om den nye måde hvorpå samarbejdet organiseres mellem kommune, hospital og almen praksis giver et effektivt og sammenhængende tilbud til ældre medicinske patienter – og en vurdering af opfyldelsen af succeskriterierne. Evalueringen af TUE vurderer ikke den opfølgende indsats for borgerne, men alene kommunikationen mellem hospital og relevante kommunale instanser.

Projektet bidrog således ikke til vurdere muligheden for at forebygge indlæggelser, uanset at en del af projektforberedelsen havde forsøgt at identificere omfanget af forebyggelige indlæggelser på hospitalets medicinske afdeling⁵² – skønnet til omkring 14% af alle indlæggelser i en treugers periode.

Resultaterne viser, at antallet af dagligt henviste borgere var betydeligt lavere end de fire der var kalkuleret med på forhånd, men med en stigning i belægningsprocent fra opstartsfasens 38 % til driftsfasens 54 %.

Den mediane opholdstid i TUE var tre timer og 55 minutter fra modtagelse til afslutning.

36 % blev indlagt på Medicinsk Modtageafdeling (MMA). Efter afslutning i TUE blev 82 % *ikke* indlagt på hospital 30 dage efter ophold i TUE.

Besvarelser på spørgeskema fra praktiserende læger viste, at de generelt var godt tilfredse med indsatsen, men tilkendegav, at målgruppen dækker et lille behov blandt akutte ældre patienter.

Der blev gennemført en vurdering af de potentielt sparede omkostninger for henholdsvis BBH og KK som en konsekvens af TUE. Det metodemæssige grundlag er forholdsvist svagt som følge af manglende kontrolgruppe, der kunne beskrive omkostninger, hvis TUE ikke eksisterede. Analysen for Bispebjerg Hospital fokuserede på, hvor mange indlæggelser der er undgået, som følge af etableringen af TUE, og en værdiansættelse af de sparede sengedage. 'Undgåede indlæggelser' blev skønnet til at være de omkring 60%, der blev hjemsendt fra TUE. Da de foretagne beregninger er uigennemskuelige refereres resultaterne ikke.

1.10.2: Udgående akutteam, Kolding

Kolding Kommune iværksatte allerede i 2007 en proces mod etablering af en Udgående Akutafdeling målrettet voksne, fortrinsvis svage, ældre borgere i Kolding Kommune med et akut behov for intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling, som ikke kræver sygehusindlæggelse. Formålet var overordnet at forebygge u hensigtsmæssige, akutte sygehusindlæggelser og reducere antallet af akutophold på kommunens rehabiliterings- og akutcenter Låsbyhøj.

Modellen var delvist inspireret af en model fra Helsingør Kommune⁴⁰, som imidlertid aldrig var blevet evalueret

Initiativet blev evalueret i 2010⁷³ for kalenderåret 2009, hvor ordningen havde fungeret et helt år. Evalueringen havde en struktur svarende til den danske model for Medicinsk Teknologivurdering: Teknologi, økonomi, borgerperspektiv og organisering.

Indlæggelser og KMF blev sammenlignet med de omkringliggende kommuner: Vejle, Fredericia, Haderslev og Vejen.

Indførelsen af den udgående akutafdeling har medført et stort fald i antallet af akutophold på kommunens eget rehabiliterings- og akutcenter, medens det ikke lykkedes at reducere antallet af akutte, medicinske indlæggelser af ældre i Kolding Kommune. I sagens natur førte det derfor ikke til et fald i KMF.

Omkostningerne ved etablering og drift af Udgående Akutafdeling blev ikke opvejet af færre omkostninger ved henholdsvis akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter¹ og ved kommunal medfinansiering af akutte indlæggelser på sygehus for specifikke medicinske sygdomme.

1.10.3: Akutteamet i Sønderborg

I 2012 etablerede Sønderborg Kommune et akutteam af sygeplejersker, som skulle bidrage til at forebygge indlæggelser af borgere med udvalgte diagnoser og til, at kommunen kunne håndtere accelererende udskrivelser fra sygehus. Det blev evalueret af KORA i 2015⁷⁴. Evalueringen havde til formål at belyse virkningerne af akutteamet i forhold til indlæggelser på sygehus med en række udvalgte diagnoser samt kommunens medfinansiering. Evalueringen skulle endvidere skuldet afdække, i hvilken udstrækning akutteamet har bidraget til, at Sønderborg Kommune kan håndtere hurtige og accelererende udskrivelser fra sygehus.

Det anvendte evaluerings-design var ikke stærkt: En før-eftersammenligning af udviklingen - en periode før akut-teamets etablering (2012) sammenlignet med antal indlæggelser i årene efter akutteamets etablering (2013 og 2014). For dog at have et sammenligningsgrundlag blev udviklingen i Sønderborg Kommune sammenlignet med udviklingen i indlæggelser og medfinansiering i hele Region Syddanmark.

Analysen af udviklingen i indlæggelser med en række udvalgte diagnoser, som blev vurderet til at være forbyggelige gennem et akutteam, af borgere på 65+ år, kunne ikke påvise et fald i antal indlæggelser efter akutteamets etablering sammenlignet med Region Syddanmark. Noget peger imidlertid på, at akutteamet afkortede liggetiden.

Akutteamet har selv registreret, hvornår de har vurderet, at deres indsats havde forebygget en indlæggelse. Sygeplejerskerne har vurderet, at de har forebygget en indlæggelse, når de har påbegyndt en behandling i hjemmet, som borgeren ikke ville have kunnet få, hvis akutteamet ikke havde eksisteret. I perioden fra oktober 2012 til marts 2015 havde akutteamet vurderet, at det er sket i alt knap 1.100 gange. ”Vi har ikke kunnet aflæse disse tal i udviklingen i antal

indlæggelser. Selv om akutteamet har anlagt en sober faglig vurdering af alternativet til teamets indsats, er det umuligt at afgøre, hvad alternativet reelt ville have været. I nogle tilfælde ville behandlingen måske være foregået i den almindelige hjemmesygepleje”.

Økonomien blev undersøgt i forhold til virkningen på KMF. Det hedder ” Vi kan konstatere, at målet om at reducere kommunens medfinansiering af indlæggelser og ambulante besøg på sygehus ikke er nået. Forklaringen er naturligvis, at indlæggelser ikke er blevet forebygget gennem akutteamet i det omfang, man havde forudset”, p. 61. Sønderborg Kommune havde givet en ekstra bevilling på ca. 2,7 mio. kr. årligt til drift af akutteamet. ”Denne udgift er altså ikke opvejet af en besparelse på udgiften til medfinansiering”.

1.10.4: Det sønderjyske ACCESS-projekt

I et mindre randomiseret sønderjysk projekt mellem Sygehus Sønderjylland, praktiserende læger og fire kommuner evaluerede man forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer med fokus på borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver øjeblikkelig indsættende øget sundhedsfaglig indsats⁴.

Problemstillingerne var bl.a.: 1. Er der forskel på hvis en medicinsk speciallæge på sygehuset er ansvarlig for udredning og behandling sammenlignet med, hvis det er den praktiserende læge? 2. Er der forskel på kommunale akutpladser på plejecenter eller akutteam i eget hjem?

Hovedresultaterne var, at sygehusets speciallæger indlagde næsten halvdelen af patienterne umiddelbart efter udredning i akutambulatorium, mens de praktiserende læger kun indlagde en fjerdedel. Der fandtes ingen signifikant forskel i dødelighed, fysisk eller mental restituering mellem de to behandlingsformer.

Der var ikke signifikant forskel på antallet af indlæggelser i de to kommunale akuttilbud, og der var heller ikke forskel på, hvor hurtigt patienterne kom sig mentalt og fysisk eller på dødelighed og tilfredshed.

Der kan også nævnes det tidligere omtalte forsøg med fast tilknyttede almen praktiserende læger på plejecentre⁵. Effektanalyserne viste, at ved at tilknytte en fast læge til de syv plejecentre, reduceredes andelen af beboere, der indlægges med forebyggelige diagnoser med knap 28 pct. Samtidig viste tilknytningen af den faste læge også at reducere andelen af beboere, der genindlægges med 27 pct. sammenlignet med før interventionen startede. Pct-tal kan skjule en væsentlig information, nemlig hvor mange beboere, der reelt set var tale om

1.10.5: Tværsektorielt samarbejde på akutområdet, SHS

I forbindelse med præsentation af rapporten om Det nære Sundhedsvæsen¹ ultimo juni 2017 var det fremme – med sundhedsministeren i spidsen - at en målrettet kommunal indsats havde reduceret indlæggelserne med 40% i Ballerup og to andre kommuner. Det var så åbenbart nonsens, specielt hvis det var alle former for indlæggelse – i modsat fald ville det have været en

sensation - og en journalistisk ukritisk viderebringelse af en historie. Det viser dig dog også ved læsning af rapporten, at der var tale om 40% blandt de borgere, hvor der havde været aflagt besøg – og vurderet af sygeplejerskerne uden nærmere kriterier for vurdering af, hvornår en (gen)indlæggelse kunne være undgået.

En evaluering af 'Tværsektorielt samarbejde om akutområdet - et samarbejde mellem Ballerup, Furesø og Herlev Kommune samt Herlev og Gentofte Hospital og de praktiserende læger'²¹ viste, at

“SHS-teamet har ... været med til at forebygge mange (gen)indlæggelser. Data viser, at SHS-teamet har forhindret unødvendige (gen)indlæggelser ved 40 % af deres samlede besøg hos borgere”.

Det er et markant og potentielt vigtigt resultat, hvis det holder vand, men evalueringen lever ikke op til grundlæggende metodiske krav og sætter derfor spørgsmålstegn ved resultatet, nemlig, at af ialt 1425 henvendelser til teamet, der medførte ét eller flere besøg, var der angiveligt forebygget 570 indlæggelser (tabel 6)²¹, svarende til de nævnte 40%. Det viste sig bl.a., at ved 10 % af de vurderede forhindrede indlæggelser, blev borgeren indlagt indenfor en uge efter SHS-teamets besøg.

SHS dækker over et specialiserede hjemmesygeplejerske team – 8 sygeplejersker og en heltidsleder - , som er organiseret uafhængig af hjemmesygeplejen. SHS-teamet udfører en række sygepleje-faglige indsatser i borgernes hjem, som fx sygeplejefaglig vurdering, blodprøvetagning, kateter- og sondeanlæggelse samt måling af værdier: blodtryk, borgerens iltning af blodet mm. Ordningen er bemanded næsten døgnet rundt: Kun ubemanded fra kl. 23:00 til 7:30 på ugedage og bemanded 7:30 – 15:00 i week-ender.

Formålet med de efterfølgende kommentarer er ikke at score billige point men at vise, hvor vigtigt en kritisk læsning af sådanne rapporter er – især når de indeholder markante resultater.

Det første problem i evaluering vedrører tælleenheden og opgørelsesperioden. Er tælleenheden 'henvendelser' eller unikke personer (cpr-numre). Ovenfor tales om henvendelser, medens det af en anden tabel i rapporten (tabel 1) fremgår det, at der havde været tale om 775 unikke personer. Der tales om indlæggelser – men ikke om hvor mange unikke personer, der er bag indlæggelserne.

Projektet blev startet februar 2015, men det er uklart, hvilken periode opgørelserne dækker over. Er det fra februar 2015, hvor åbningstiden var mindre end ovenfor angivet – men dog ændret til det angivne i løbet af 2015 - og så ultimo marts 2016, jfr. note under rapportens tabel 1 og 6?

Det næste vigtige punkt er, hvordan man afgør, at en indlæggelse er forebygget. I rapporten hedder det, at vurderingen er foretaget ved hvert 'første besøg' hos en borger. “SHS sygeplejersken har i situationen vurderet om deres pågældende sygeplejeindsats, kan have forhindret en indlæggelse. Det er en faglig og subjektiv skøn i den aktuelle situation”. (p. 43).

Det ville have været relevant at have brugt (dele) af the European Appropriateness Evaluation Protocol for at sikre standardisering af vurderingerne og brug af en accepteret metode.

Det hedder i rapporten, at de indsatser der typisk forebygger en indlæggelse var sygeplejefaglig udredning, indsatser i forbindelse med urinvejsproblemer, kateteranlæggelse, sondeanlæggelse, væskebehandling og sugning øvre luftveje

“Det betyder ikke, at det er de opgaver, som SHS-teamet udfører oftest. Men det er statistisk set de indsatser, hvor den største procentdel af borgerne ikke bliver indlagt, på grund af assistance fra SHS-teamet” (p. 44).

Det er vigtige observationer. I den tidligere omtalte artikel om forebyggelse af indlæggelser ved brug af sundhedscenter⁷⁵ noterede forfatterne, at ét af kriterierne for at indlæggelse var påkrævet var, at patienten havde behov for intravenøs medicin eller væske. “Såfremt der, som denne undersøgelse tog som udgangspunkt i, kan gives intravenøs væske og behandling i sundhedscenteret, vil behovet for indlæggelse i henhold til objektive kriterier falde.” (p. 4644).

Ovenstående, sammenholdt med den nævnte specialiserede sygeplejefaglige indsats, peger faktisk i retning af et forebyggelsespotentiale i SHS-ordningen – også fordi der var bemanning næsten døgnet rundt og delvist i week-enden, men det blev ikke dokumenteret i rapporten.

1.10.6 Roskilde-modellen

En rapport fra 2017 om Forebyggelse af indlæggelser – med fokus på borgere i Roskilde Kommunes hjemmepleje⁷⁶ evaluerer en særlig ordning, som Roskilde Kommune indførte i 2014. Det er et eksempel på en god evaluering og kan med fordel sammenholdes med den foregående evaluering.

Det er en interessant og lovende indsats, hvor personalet kompetenceudvikles i refleksion og afdækning af borgerens helbredstilstand. Medarbejderen triagerer borgeren gennem Roskilde Hjulet, som er et elektronisk refleksionsværktøj installeret på plejepersonalets tablets. Som en del af indsatsen blev der arbejdet med at implementere kliniske retningslinjer. Evalueringen er én af de mere stringente, der er gennemført at en kommunal ordning, hvorfor designet omtales ret udførligt (før-efter, sammenligningsgruppe, registerbaseret).

Analysen har fokus på udviklingen i tre typer af forebyggelige indlæggelser i Roskilde Kommune: 1. Antal forebyggelige indlæggelser, 2. Indlæggelseslængde (korttidsindlæggelser og sengedage) og 3. Genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning. Forebyggelige indlæggelser er de indlæggelser, som i nogle tilfælde kunne være forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt. Forebyggelige indlæggelser omfatter kun sygdomsgrupper, som det forventes, at hjemmeplejen i et vist omfang har mulighed for at forebygge, således at borgerne undgår at blive indlagt på sygehus med den pågældende sygdom.

Analysen er baseret på et før-efter analysedesign, hvor efter-perioden er perioden på et år løbende fra tidspunktet den 1. november 2014, hvor interventionen var gennemført i hele hjemmeplejen i Roskilde Kommune. Før-perioden er de to år op til starten på interventionen den 1. juni 2014. Før-perioden består af to perioder på et år: En periode, som ligger i året op til det tidspunkt, hvor interventionen startes op den 1. juni 2014, og er den periode, der indgår i analysen som en før-periode på et år, som man umiddelbart sammenligner efter-perioden med i evalueringen af interventionen. Den anden del af før-perioden, som ligger yderligere et år før, indgår i analysen som en kontrolperiode til at vurdere, om eventuelle ændringer før og efter interventionen er en trend, som allerede var i gang inden interventionen, eller om der er sket ændringer i de forebyggelige indlæggelser som følge af interventionen.

Analysen er todelt. Den første del drejer sig om udviklingen i forebyggelige indlæggelser før og efter interventionen for alle ældre borgere på 65+ år i Roskilde Kommune *uden* hensyntagen til, om borgerne havde kontakt med hjemmeplejen, og uanset hvilket sygehus de var indlagt på. Udviklingen sammenlignes med Køge og Holbæk kommuner. Anden del belyser indlæggelsesmønsteret og udviklingen i forebyggelige indlæggelser hos de ældre borgere på 65+ år i Roskilde Kommune, som *har haft* kontakt til hjemmeplejen på tidspunktet for deres indlæggelse sat i forhold til udviklingen i indlæggelser hos gruppen af ældre borgere, som ikke har haft kontakt til hjemmeplejen på tidspunktet for deres indlæggelse. Denne opdeling giver mulighed for at undersøge, om der er forskelle i mønsteret og udviklingen for de to grupper med og uden kontakt med hjemmeplejen også når der ad statistisk vej tages højde for eventuelle forskelle i alder og køn på de to grupper.

Data stammer fra registre: Landspatientregisteret, og oplysninger om hjemmepleje fra Roskilde Kommunes eget omsorgssystem. I analysens første del indgår også oplysninger om borgere i kommunerne fra Danmarks Statistikbank, og i anden del indgår oplysninger om borgere leveret af Roskilde Kommune.

Hovedresultatet fra analysens første del, hvor der blev sammenlignet Køge og Holbæk kommuner var, at det fald, der havde været i forebyggelige indlæggelser i Roskilde Kommune skete før interventionen, mens der efter interventionen var en mindre stigning i forhold til før-perioden. Sammenholdt med de andre to kommuner er de forebyggelige indlæggelser efter interventionen dog steget mindre i Roskilde Kommune end i Køge og Holbæk Kommuner. Hertil skal lægges, at der i efterperioden i Roskilde Kommune er en lidt større andel af de ældre borgere, som er over 75 år.

For så vidt angår antallet af korttidsindlæggelser, var udviklingen lidt mere positiv, da indikatoren for korttidsindlæggelser viste, at Roskilde Kommune havde en mindre nedadgående tendens over alle perioderne på 6 % - også i efter-perioden. Roskilde Kommune var i efterperioden kommet på niveau og svagt under Køge og Holbæk Kommuner hvad angik korttidsindlæggelser.

Med hensyn til at nedbringe antal genindlæggelser var der ikke sket en udvikling i Roskilde Kommune i efter-perioden, og den positive udvikling, der var i perioden før, var ikke fortsat.

Analysens anden del viste, at den overordnede konklusion på udviklingen i indlæggelsesmønsteret for de forebyggelige sygdomsgrupper var, at der skete et fald i forebyggelige indlæggelser efter interventionen hos gruppen af borgere, som har modtaget hjemmepleje – et fald, som ikke sås hos gruppen uden kontakt med hjemmeplejen, som faktisk stiger i samme periode. Den statistiske analyse viser dog, at udviklingen ikke er signifikant, når der tages højde for alder og køn.

”Samlet set kan der ikke konkluderes noget om, hvorvidt interventionen i hjemmeplejen har haft en positiv signifikant effekt på antallet forebyggelige indlæggelser i Roskilde Kommune. Det skal dog bemærkes, at der er sket et ikke-signifikant fald i indikatoren for forebyggelige indlæggelser i efterperioden for borgere i kontakt med hjemmeplejen, som ikke ses hos borgere uden kontakt.”, p. 25 Kjellberg og Ibsen noterer, at analysen generelt var præget af, at datamaterialet var på den lille side i forhold til at kunne dokumentere statistisk signifikante effekter og, at det derfor er ikke kunne udelukkes, at de identificerede tendenser kunne have været statistisk signifikante med en længere efter-periode.

1.10.7 Esbjerg-forsøget

Esbjerg-forsøget er det seneste af de kommunale forsøg⁷⁷ i fællesskab med Esbjerg Sygehus. Projektet er gennemført i perioden 2016-2018 og evalueringen kom primo 2019.

Målene var at forebygge og forkorte indlæggelser, samt at understøtte sammenhængende forløb med høj kvalitet for de borgere, der udredes og behandles på Sydvestjysk Sygehus’ Akutmodtagelse. I forhold til outcome og økonomi var målet, at akutfunktionen skulle medvirke til at forebygge (gen)indlæggelser, samt understøtte rettidige indlæggelser i så høj grad at indsatsen var omkostningsneutral.

Det særlige akutteam bestod af 12 sygeplejersker, en teamleder og afdelingssygeplejersken på FAM. De 12 sygeplejersker i akutfunktionen var fastansatte i både Esbjerg Kommune og ansat som timelønnede på sygehusets FAM, hvilket gav sygeplejerskerne fuld adgang til begge sektorer borgeroplysninger. Det var den kommunale teamleder, der havde det formelle personaleansvar, mens den FAM-ansatte afdelingssygeplejerske fungerede som faglig leder i relation til de daglige FAM opgaver og udførelse af delegeret behandling. FAM havde et medansvar for opkvalificering af akutsygeplejerskernes kompetencer via et uddannelsesforløb på FAM. Endvidere var det aftalt, at FAMs læger altid havde det lægelige behandlingsansvar for tilknyttede borgere så længe behandling ordineret af FAM pågik, og der var etableret en døgnbemandet hotline til medicinsk bagvagts på FAM.

Figur nedenfor viser grundtænkningen i projektet med fokus både på før og efter indlæggelse.



Hjemmesygeplejen og praktiserende læger kunne rekvirere akutfunktionen, når de havde været i kontakt med en borger som vurderes at være indlæggelsestruet, dvs. forsøget på at forebygge indlæggelser. Denne type af opgaver udgjorde ca. 20% af akutfunktionens samlede aktiviteter, og de typiske indsatser var observation, vurdering og udførelse af ordineret behandling i hjemmet ved tegn på udvikling af akut sygdom og/eller forværring af eksisterende sygdom hvortil kom akutte indsatser til delirøse borgere og borgere med demens i risiko for indlæggelse eller genindlæggelse

Evalueringen var todelt: Oplevede resultater hos en række projektdeltagere, og en regelret statistisk effektundersøgelse.

De oplevede resultater var baseret på to timeres interview med 6 personer fra styre- og projektgruppe (det fremgår ikke, om der var tale om gruppe- eller individinterviews). Hertil kom de oplevede resultater, der blev afdækket i Esbjerg Kommunes interne borgertilfreds- hedsundersøgelse. Hovedresultaterne vedr. de oplevede resultater var, at akutfunktionen forbandtes med:

- ”Tryggere og mindre indgribende forløb for tilknyttede borgere. Dels som følge af forebyggede og forkortede indlæggelser. Dels på grund af mere smidige overgange mellem eget hjem og FAM.
- Mere kvalificeret dialog og udredning i samarbejde mellem akutfunktionens medarbejdere og almen praksis omkring indlæggelsestruede borgere forbindes med udredning og behandling der igangsættes i eget hjem, samt mere kvalificerede og rettidige indlæggelser på FAM”

Den statistiske effektundersøgelse var case-kontrol registerstudie, hvor hospitals-indlæggelser, sundhedsomkostninger og kommunale omkostninger til syge- og hjemmepleje for borgere, der har fået assistance fra det sygeplejefaglige akutteam, blev sammenholdt med en kontrolgruppe, som ikke havde været i kontakt med teamet. Kontrolgruppen var matchet på køn, alder og på, at de havde haft en indlæggelse eller ambulant kontakt med den samme aktionsdiagnose som case-gruppen.

Esbjerg Sygehus udvalgte 128 borgere til akutteam case-gruppen, mens der er udvalgt 2 kontroller til hver case-borger, så der i alt er 251 borgere i kontrolgruppen. Bilag 2 indeholder en række resultattabeller.

Sammenfattende konkluderes at : ”For hospitalsindlæggelser ser vi, at der hverken for indlæggelsesmønsteret som helhed eller mønsteret i forebyggelige indlæggelser er signifikante forskelle mellem akutteamgruppen og dens kontrolgruppe. Dermed er der ikke noget der tyder på at akutfunktionen har en betydning for antallet af indlæggelser.” p. 43.

Om omkostningerne hedder det, at ”For omkostningerne ser vi overordnet, at der ikke er signifikante forskelle i udviklingen som indikerer at akutteamet har betydning for udgifterne til de tilknyttede borgernes sundhedsydelser og hjemmepleje”, p. 43 og det hedder supplerende: ”Analyserne af de kommunale omkostninger viser, at akutteamets borgere har et væsentligt og signifikant højere forbrug af kommunale ydelser, sammenlignet med kontrolgruppen. Dette hænger sammen med, at akutteamets borgere også var dyrere end kontrolgruppen forud for indekstidspunktet, og når der tages højde for dette, er der ikke signifikante forskelle som indikerer at tilknytning til akutteamet er forbundet med øgede omkostninger til syge- og hjemmepleje.”, p. 44.

Der er dog en række forbehold vedr. omkostningsberegningerne. Omkostningerne er opgjort for henholdsvis sundhedssektoren og kommunen med to reservationer. De kommunale udgifter er ikke korrigeret for dødsfald i perioden, om end der tilsyneladende ikke er grund til at antage, at der har været forskel mellem interventions- og kontrolgruppe, jfr. også analysen i bilag 4. Forskellene med og uden dødsfald er stort set ikke signifikante, og hvor det er tilfældet betyder det ikke noget for det samlede omkostningsbillede, men det noteres, at der var stor i forskel spredningen i de gennemsnitlige omkostninger til hospitalsindlæggelser og ambulante kontakter. Sammenholdt med en lille undersøgelsespopulation, betyder en stor spredning, at grundlaget ikke er robust nok til, at forskellene er statistiske signifikante. Det kræver derfor et betydeligt større antal observationer at vurdere om akutfunktionen påvirker omkostningerne i hospitalsregi.

1.10.78 Norske erfaringer

I Norge har man også med kommunale akutpladser – kendt som ”kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (KAD)”⁷⁸. Det er blevet lovfæstet fra 1.januar 2016 for somatiske patienter (og 1. januar 2017 for psykiatriske patienter), men blev gradvist startet fra 2012 i forbindelse med den norske ’samhandlingsreform’: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 ”Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til”. Der har været en lav belægningsprocent på disse pladser: 35%⁷⁹. Om økonomien siger Helsedirektoratet at ”Midlene til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i den somatiske helse- og omsorgstjenesten er fra 2016 innlemmet i rammetilskuddet til kommunene og er på totalt 1 206,644 mill. Kroner”⁸⁰

En evaluering fra 2016 konkluderede følgende⁷⁸ (se også⁸¹): ” I artikkelen analyseres om etablering av KAD-er faktisk har hatt en ... effekt. Vi har hentet inn data om antall innleggelses fra Norsk pasientregister, data om demografiske variabler og om det kommunale tilbudet av tjenester fra Statistisk sentralbyrå, og data om tidspunktet for etableringen av KAD-ene fra kommunene. Data er analysert som et panel med faste effekter for kommune. Konklusjonene er at innføring av KAD-ene har hatt effekter, men også at effektene varierte betydelig med hvordan KAD-ene var organisert. I gjennomsnitt fant vi assosiasjoner mellom innføring av KAD-ene og innleggelses for pasienter over 80 år på knapt (minus) 2 %. Det var KAD-ene som var samlokalisert med legevakt eller som hadde god legeberedskap som hadde effekter. KAD-er som hadde annen organisering, hadde i gjennomsnitt ingen effekter, men det var store variasjoner på kommunenivå. Effektene av etableringen av KAD-ene var kun signifikante i kommuner med over 5000 innbyggere”. I norsk sammenheng skal erindres, at almen praksis i myndighetsmessig forstand er primær-kommunal. I artikkelen noteres også, at man ikke kender antal pasienter på KAD-ene eller antal pladser. En kilde opplyser dog, at hovedparten af KAD-ene har 1-2 pladser^{80,82}. Det anføres, at pasienterne på KAD-ene er lægsvisiterede.

En anden evaluering fra 2016^{83,84} har brukt den økonometriske metode 'difference-in-difference', hvor man udnyttede, at kommunerne tidsmessigt hadde igangsatt KAD tidsforskudt til at danne interventions-og kontrolgruppe. Man undersøgte om antal indlæggelser for 8 ambulatory care sensitive conditions (ACSCs), havde ændret sig i kølvandet på KAD. Kommuner, der havde indført KAD før 2013 blev interventionsgruppen – 76 – og 296 kommuner udgjorde kontrolgruppen. Perioden 2010-2013 blev analyseret. For de 8 ACSCer under ét konkluderes, at, “The results show that EBC exerted a significant and negative effect on the changes in emergency admissions,”, men når der brydes ned på de enkelte ACSCer er mønsteret mindre klart. Kun for tre diagnoser var der tale om et signifikant fald.

1.11 Sundhedsaftalerne

For at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og sikre sammenhængende patientforløb blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere Sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet.

I sundhedsaftalerne har der løbende været fokus på forebyggelige indlæggelser, som har været en obligatorisk del fra begyndelsen af. Siden 2012 er der blevet monitoreret:

- Forebyggelige genindlæggelser
- Færdigbehandlede somatiske patienter
- Ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien
- Genindlæggelser indenfor psykiatrien
- Færdigbehandlede psykiatriske patienter

I praksis er opfølgningen endnu mere detaljeret⁸⁵.

Spørgsmålet er hvor håndfaste konklusioner, der kan drages af monitoreringen. I 2014 hed der fx i forbindelse med monitoreringstallene for 2013, at ” Nye tal viser effekten af regioners og kommuners sundhedsaftaler” (<https://www.sst.dk/da/nyheder/2014/nye-tal-viser-effekten-af-regioners-og-kommuners-sundhedsaftaler>), men senere lidt mere afdæmpet, at indikatorerne ikke kan stå alene i vurderingen af sundhedsaftalernes effekt, men at de udgør nogle vigtige pejlemærker. Mere konkret må man konstatere, at man ikke ud fra monitoreringen kan sige noget om omfanget af forebyggelse af indlæggelser.

1.12 Udenlandske erfaringer

Konkrete udenlandske erfaringer med at reducere (potentielt) undgåelige/uhensigtsmæssige indlæggelser skal tolkes med stor varsomhed på grund af institutionelle forskelle på tværs af landegrænser. Det mest interessante knytter sig derfor til afgrænsningen af uhensigtsmæssige indlæggelser

Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) er diagnoser, hvor hospitalsindlæggelse skulle kunne forebygges ved hjælp af ydelser fra primærsektoren – ofte primærlæger men også kommuner (community care). Begrebet stammer oprindeligt fra USA, hvor der ofte tænkes på ambulante hospitalsbehandling, men har været anvendt i bl.a. England^{86,87} ved en række analyser, hvor der tænkes på tilbud i primærsektoren: alm. praksis og kommune (community). Det har ikke været muligt at finde dokumentation vedr. inspiration fra ACSC i de danske definitioner/afgrænsninger for uhensigtsmæssige indlæggelser m.m. og dermed, om ACSC er en bedre måde at afgrænse forebyggelige indlæggelser på⁸⁸. I udenlandsk forskning er der en vis skepsis overfor brugen af ACSC, bl.a. fordi man ikke mener, at det altafgørende er diagnoser men snarere kontekstuelle forhold⁸⁹.

I litteraturen omkring ACSC har man bl.a. undersøgt, hvilke forudsætninger i primær-sektoren, der påvirker antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser, især omkring almen praksis^{90,91}, medens konkrete tiltag i fx kommuner stort set ikke foreligger i litteraturen.

Undgåelige (avoidable) indlæggelser blev sammenlignet for 5 europæiske lande: Danmark, England, Portugal, Slovenien og Spanien for perioden 2002 - 2009⁹². Definitionen af undgåelig er ikke den samme som de danske eller ACSC: Der var tale om en indikator baseret på 6 kroniske tilstande: ”congestive heart failure in patients aged 40 and older, chronic obstructive pulmonary disease in patients aged 18 and older, adult asthma in patients aged 18 and older, dehydration in patients aged 65 and older, short-term complications of diabetes (ketoacidosis, hyperosmolarity or coma related to diabetes) in patients aged 40 and older, and angina without a concurrent cardiac procedure in patients aged 40 and older”. Undersøgelsen viste, at den alders-og kønstandardiserede rate per 10.000 indbyggere var højest i Danmark, 93,4. Mulige forklaringer på forskelle mellem landene diskuteres, men der er ingen klare konklusioner.

I 2017 offentliggjorde OECD en rapport om 'tackling wasteful spending in health care'⁹³ og viser den internationale interesse for spørgsmålet omkring bl.a. uhensigtsmæssige indlæggelser. Det hed bl.a. i indledningen, at "A sizable proportion of emergency hospital admissions could have been equally well addressed or better treated in a primary care setting or even managed by patients themselves". Sammenfattende anføres, at "Between 12% and 56% of emergency hospital admissions are for conditions that could have been equally well or better treated in the less costly primary care setting". Rapporten indeholder dog ikke megen evidens for, hvad der skal til for at reducere hospitalsindlæggelser, ligesom det fremhæves, at afgrænsningen af, hvad der forstås ved unødvendige indlæggelser varierer meget fra land til land og at der er stor usikkerhed omkring tallene.

1.13 De alment praktiserende læger

I det foregående er de almen praktiserende lægers rolle i forbindelse med uhensigtsmæssige indlæggelser blevet berørt et par gange i forbindelse med bl.a. de kommunale akuttilbud. Der er en tilbøjelighed til at overse deres rolle uanset, at det normalt er dem, der afgør, om der skal indlægges, eller om der i stedet kunne henvises til et kommunalt akuttilbud. Hertil kommer også lægernes rolle i forbindelse med ophold på akutpladserne – også når der (lidt sprogligt misvisende) er blevet henvist til 'akutpladser' i forbindelse med udskrivning.

I sagens natur spiller almen praksis en stor rolle, når man interesserer sig for indlæggelser. I en vis forstand kan kommunernes arbejde med (uhensigtsmæssige) indlæggelser ikke ses uafhængig af almen praksis, ligesom almen praksis har en uafhængig rolle, dvs. uafhængigt af kommunerne, hvor indlæggelse sker uafhængigt af mulige kommunale tilbud.

I 2016 blev der lavet en statistisk analyse af 'Forebyggelsesindsatsen i almen praksis med fokus på akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser blandt ældre'⁹⁴. Der blev set på to typer af indlæggelser: akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år) for 2012-2014. Forekomsten af de to typer indlæggelser justeret for forskelle i patientsammensætning (køn, alder, civilstand, komorbiditet og indlæggeshistorik) mellem praksis og for forskelle, der sandsynligvis skyldes tilfældige praksisvariationer. I analysen blev den generelle sammenhæng mellem praksiskarakteristika og forekomsten af de to typer af uhensigtsmæssige indlæggelser også analyseret. Der indgik følgende praksiskarakteristika: praksistype, gennemsnitsalderen for læger i den enkelte praksis samt, hvorvidt praksis uddanner læger.

En forebyggelig indlæggelse er en indlæggelse, hvor indlæggelsesdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper, jfr. tidligere: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Det ville have betydelig sundhedspolitisk interesse, hvis der kunne påvises systematiske sammenhænge, fx mellem genindlæggelsesfrekvens og praksistype eller lægens alder.

Hovedresultatet af analysen var, at der ikke overraskende var en betydelig variation i de to indlæggelsestyper på tværs af praksis – også når det var justeret for patientsammensætningen i

praksis. For 18+ årige borgere varierede den justerede genindlæggelsesfrekvens fra under 3 pct. til over 9 pct. på tværs af almen praksis. Den gennemsnitlige andel 65+ årige borgere, som blev indlagt med mindst én forebyggelig indlæggelse i 2012-2014, varierede fra under 10 pct. til over 14 pct. 10 pct. af almen praksis havde en justeret andel på under 11,2 pct., mens 10 pct. havde en justeret frekvens på over 13,5 pct.

Der kunne imidlertid ikke påvises nogen sammenhæng mellem de nævnte praksiskarakteristika og forekomsten af uhensigtsmæssige indlæggelser. Blandt praksis med genindlæggelsesfrekvens over gennemsnittet var andelen af solopraksis 23 pct., mens andelen af solopraksis var 25 pct. blandt praksis med en frekvens under gennemsnittet. Kompagniskabspraksis udgjorde henholdsvis 56 og 49 pct. blandt de to grupper.

1.14 Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner

Lægernes rolle er belyst i 'Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen'⁷⁰, der trådte i kraft per 1. januar 2018 og den lægelige forståelse af problemstillingen fremgår af hørings svarene fra PLO og Den almindelige Danske Lægeforening^{95,96}.

Om formålet med akutfunktionerne hedder det, at ideen er at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats og at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Herigennem kan akutfunktionen levere en indsats tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø og samtidig medvirke til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats. I værdigrundlaget hedder det bl.a., at det er "vigtigt at understrege, at tilbuddet i akutfunktionen ikke kan erstatte en sygehusindlæggelse, hvis patienten har behov for dette". På den ene side er det åbenlyst rigtigt, men på den anden side er der spørgsmålet om vurderingen af behovet, som normalt anses for at være et lægeligt spørgsmål.

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje, jfr. sundhedslovens § 138/139 og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen. Her er der således ikke den tvetydighed, der er på andre områder i den kommunale sundhedsindsats: sundhedslov eller servicelov.

Omkring ansvar og samarbejde mellem sektorerne er anbefalingerne sammenskrevet i punktform. Da de er centrale, medtages de her i deres helhed:

"Det anbefales:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en underliggende aftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis. Aftalen skal afstemme forventninger til kapaciteten i akutfunktionen og de regionale behandlingstilbud
- at henvisende læge tager telefonisk kontakt med akutfunktion og udformer en skriftlig korrespondance på henvisningstidspunktet

- at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål omkring patientens behandling
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af praktiserende læge ligger hos praktiserende læge i dagtid og vagtlæge uden for åbningstid [kmp-indskud: I Hovedstadsregionen må 1813-vagtlægeordningen opfattes som hospitalsbehandling]
- at behandlingsansvaret for patienter henvist af sygehuslæge, i tilfælde hvor den igangsatte behandling på sygehuset ikke afsluttes ved udskrivelse, aftales lokalt, og at behandlingsansvaret ved overdragelse til praktiserende læge sker mundtligt og efter aftale med praktiserende læge
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion
- at den kommunale akutfunktion giver patientens praktiserende læge besked, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes”.

Anbefalingerne er ’bløde’ og kræver udfyldning i form af lokale aftaler og rutiner. God kommunikation og gensidig forståelse er selvsagt afgørende.

I Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger til kommunernes akutfunktioner stilles der ikke faste krav til organiseringen. Begrundelsen er, at kommunerne er forskellige i størrelse og geografi og har forskellige behov, som fordrer lokalt tilpassede løsninger.

Omkring spørgsmålet om kapacitet hedder det, jfr. ovenfor, at det anbefales, at kapacitetsvurderingen i kommuner og regioner sker i samarbejde med almen praksis og sygehus og, at kommuner med et lille patientgrundlag indgår i tværkommunale samarbejder om varetagelsen af opgaver i den kommunale akutfunktion. Det angives ikke, hvad der skal forstås ved et lille patientgrundlag. En kortlægning af akutfunktionerne i kommunerne i Region Sjælland i 2017 viste ikke eksempler på tværkommunale samarbejder⁹⁷. En kortlægning i 2015 af kommunerne i Hovedstadsregionen viste ingen tværkommunale samarbejder⁶⁶, om end der senere er kommet et trekommunesamarbejde, der er omtalt ovenfor²¹.

2 Hypoteser

Baseret på ovenstående gennemgang vil H_0 -hypotesen i de efterfølgende statistiske analyser være

- Der er ingen effekt af den kommunale medfinansiering frem til 2017
- Hovedeffekten af de kommunale forsøg på at påvirke (gen)indlæggelser/uhensigtsmæssige indlæggelser har været beskeden og tæt på nul

I tabel 3 nedenfor er der mere præcise hypoteser i forhold til hovedoutcome-variablene vedr. indlæggelser.

3 Data

Data i de følgende analyser stammer fra

- Danmarks Statistiks Statistikbank (Levevilkår, Sundhed)
- Sundhedsdatastyrelsen, e-sundhed, monitorering af sundhedsaftalerne
- Økonomi-og indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal

Det har desværre (og mærkeligt nok) ikke været muligt at få adgang til 'Lukket eSundhed' og KØS. Dette er uforståeligt, fordi forskere kan leve op til de adgangskrav, der måtte stilles, ligesom der kun har været ønsket adgang til aggregerede data⁶.

Tabel 3: Variable-oversigt

Afhængige, X, eller uafhængige, Y, variable	Variabelnavn	Forventet fortegn: ($\delta X/\delta Y$) X er normalt indlæggelser	Summarisk bemærkninger & begrundelser
Afhængige variable	1. Somatiske indlæggelser pr.1000 indbyggere		Hoved-outcome i forhold til KMF 2007-2011, 2012-2016
	2. Somatiske indlæggelser pr.1000. 65+år		Hovedoutcome fra ca. 2010
	3. Forebyggelige indlæggelser pr. 1000 65+år		Hovedoutcome fra ca. 2010 MANGLER 2007 og 2008
	4. Genindlæggelser i procent		Hovedoutcome fra ca. 2010 MANGLER 2007 og 2008
	5. Udgifter KMF pr. indbygger		Sammenfatter samtlige sundhedsoutcome (fra 2007-2011 dog spørgsmål om grundbidrag bør indregnes 2007-2011)
	6. Somatiske sengedage pr. 1000 indbyggere		Hoved-outcome men hvor den kommunale påvirkning forventes primært at påvirke liggetid
	7. Ambulante besøg per 1000 indbyggere		Kan ses som outcome – eller substitut/komplementær i forhold til hovedoutcome, Hvis det sidste bruges den som kontrolvariabel
	8. Somatiske skadestuebesøg per 1000 indbyggere		Kan ses som outcome – eller substitut/komplementær i forhold til hovedoutcome. Hvis det sidste bruges den som kontrolvariabel
	KOMMUNALE 'POLICY-VARIABLE' vis-a-vis indlæggelser		

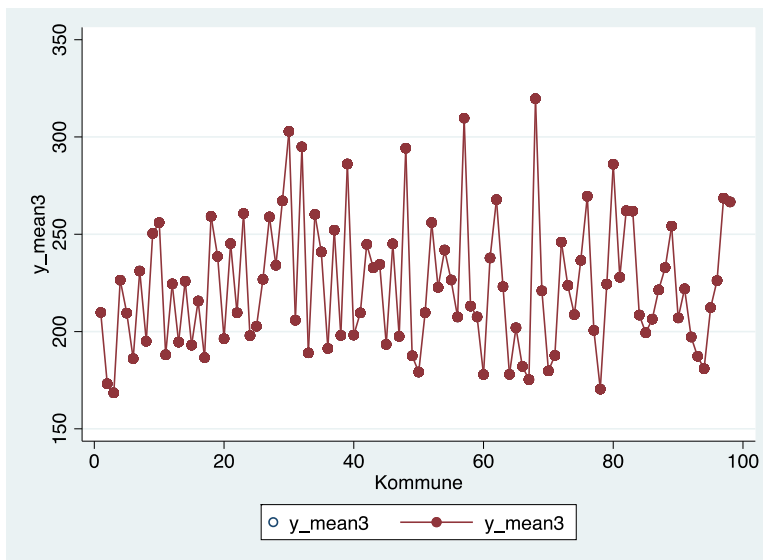
⁶ Stud. oecon Marco Knudsen har forestået dataindsamlingen

Uafhængige variable	Udgifter ældreomsorg per indbygger	for +65 årige udskrivninger: Negativt fortegn	Bedre tilbud til ældre i almindelighed skulle hindre indlæggelser
	Udgifter til kommunale sundhedsydelse, excl. KMF pr indbygger	For alle udskrivninger: Negativt fortegn	Sammenfatter den kommunale sundhedsmæssige indsats
	Udgifter til hjemmesygepleje	For alle udskrivninger: Negativt fortegn	Sammenfatter den målrettede kommunale sundhedsmæssige indsats (i princippet alle aldersgrupper – dog nok primært de 65+årige)
	Hjemmehjælp, personlig pleje	For alle udskrivninger: Negativt fortegn	Målrettet kommunal indsats. Kan evt. påvirke indlæggelser
	Hjemmehjælp, praktisk hjælp		
	Antal pladser på plejehjem/center per 1000 indbygger		Der er relativt mange indlæggelser fra plejehjem på trods af muligheden for plejem.m.
	Antal 'beskyttede' boliger (summen af plejeboliger, ældreboliger, beskyttede boliger)		
	Hjemmebesøg læger, ialt	For alle udskrivninger: Negativt fortegn	Det antages, at mere intensiv indsats af alm. prak. læge påvirker sygehusindlæggelser. Dog tvivlsom som generel antagelse,
	Praktiserende læger, antal i alt	For alle udskrivninger: Negativt fortegn	
	Sygehus med sengepladser	For alle udskrivninger: Positivt fortegn	Tilgængelig må antages at påvirke indlæggelser/afhængig af afstand
	Grove indikatorer for sundhedstilstand		
	Middellevetid	For alle indlæggelser: negativt fortegn	Stigende middellevetid: øget antal indlæggelser?
	Dødelighed per 1000 indbyggere	For alle indlæggelser: negativt fortegn	
	Udgifter til sygedagpenge pr. 17-64 årige		Fanger en grad af sygelighed i basisbefolkningen
'Kontrol-variable'			
Antal indbyggere	Negativt fortegn	Kan indfange betydningen af kommunistørrelse	
Befolkningstæthed	?	Indikator for nærhed (af sundhedstilbud)	
Socioøkonomisk indeks	Positivt fortegn	Se fodnote for definition. En art samlevariable for sociale forhold	
Serviceniveau			

	Førtidspensionister pr.100. 17-64 årige		Kunne alternativt være proxy for sundhedsstatus, idet dårligt helbred er grundlag for tildeling af førtidspension
	Kontanthjælpsmodtagere .m.fl.pr.100 17-64 årige	Positivt fortegn	Indikator for 'social struktur' – og indlæggelser har en skæv social gradient
	Fuldtidsledige pr.100 17-64 årige	Positivt fortegn	Do
	Andel lavindkomstfamilier	Positivt fortegn	Do

4. Introduktion til den økonometriske analyse

Grundideen i den statistiske analyse er at undersøge variationen i kommunernes indlæggelsesmønster: Indlæggelser per 1000 indbyggere, indlæggelser per 1000 65+årige og forebyggelige indlæggelser, jfr. de afhængige variable i tabel 3. Der er betydelige variationer, som fremgår af nedenstående figur: Indlæggelser per 1000 indbyggere (y_mean3) er gennemsnittet i perioden 2007-2016 for hver af 98 kommuner



Spørgsmålet er, hvad der forklarer denne variation? Dette er hovedemnet i den statistiske analyse. Er det den kommunale indsats, fx i form af udgifter til hjemmesygepleje, udgifter på sundhedsområdet og udgifter til ældreområdet, som er de overordnede handlemuligheder kommunerne har for at påvirke indlæggelser ('kommunale policy variable'). Indsatsen her er udtrykt i kr. og ører, men bag dette ligger naturligvis noget konkret, fx antal hjemmesygeplejersker m.m.. Intensiteten/omfanget af denne indsats er påvirket af KMF og kan ses som indikatorer for KMF. I 2012 blev KMF ændret, jfr. bilag 1, og spørgsmålet er derfor, om denne ændring har en særskilt virkning på indlæggelsesmønsteret.

MEN der er andre forhold i kommunen, der påvirker antal indlæggelser – de uafhængige variable ('kontrolvariable') i tabel 3.

Det er åbenbart at forskelle i alders- og kønssammensætningen påvirker indlæggeshyppighed. Derfor inddrages andel over 65 år og gennemsnitsalder som kontrolvariable. Socio-økonomiske forhold, fx andel af lavindkomstfamilier, antal kontanthjælpsmodtagere osv. spiller selvsagt også en rolle. Befolkningens sundhedstilstand spiller ligeledes en rolle, fx målt ved antal modtagere af sygedagpenge og dødelighed. Ligeledes må det antages, at andre sundhedstilbud i kommunen spiller en rolle: antal praktiserende læger og tilstedeværelse af sygehus. Endelig kan kommunens størrelse spille en rolle, fordi der er forskel på, hvad små, mellemstore og store kommuner kan tilbyde.

Hvis betydningen af de kommunale policy-variable skal rendyrkes, skal der kontrolleres for ovennævnte forhold. Dette gøre man ved at hjælpe af regressionsanalyse.

I den statistiske analyse bruges derfor varianter af regressionsanalyse, hvor den afhængige variabel er indlæggelser og det, der forklarer variationen i indlæggelser kaldes uafhængige variable (kontrolvariable), jfr. ovenstående eksempler. I den statistiske analyse (økonometrisk analyse), bruges bl.a. såkaldt fixed effekt-analyse, som i et vist omfang tillader kausallignende konklusioner og er velegnet til panel-data. Der gives også et rids af en tillempet difference-in-difference analyse, der kan skærpe de kausallignende konklusioner.

5. Økonometriske overvejelser ved effektvurdering af KMF

Effektvurderingen af KMF er udfordret ved, at der ikke findes en umiddelbart brugelig kontrolgruppe, fordi ordningen blev indført nationalt i 2007, ligesom en simpel 'før-efter'-sammenligning i forhold til strukturreformen vanskeliggøres af kommunesammenlægningerne i forbindelse med strukturreformen, men der er dog brugbare data i den oprettede KMF-database, for dette projekt.

Der er imidlertid en mulighed for at bruge de 30 ikke-sammenlagte kommuner, der kan sammenlignes med de sammenlagte knap 70 kommuner. Ideen her skulle være, at de 30 kommuner kunne have gavn af ordningen fra dens start, medens de andre kommuner først skulle have sammenlægningen og de dermed forbundne organisatoriske forhold bragt på plads. Dette er i sagens natur kun muligt i ganske få år efter 2007.

Endelig kan man udnytte ændringen af KMF i 2012 til en før-efter-sammenligning i forhold til de højere takster som følge af 2012-ændringen. Dette sker ved hjælp af en dummy-variabel i en del af de efterfølgende analyser.

'design'	Økonometrisk fremgangsmåde
Perioden 2007-2016, alle enheder	Fixed effekt/random effekt
De 30 fortsættende kommuner vs. de 68 sammenlagte kommuner. Nok kun holdbar tænkning 2007-2010/2011 (lidt vilkårlig valg af år)	Difference-in-difference eller Dummy-variabel for ikke-sammenlagte/sammenlagte kommuner
Før-efter 2012-ændringen	En dummyvariabel for før-efter 2012. Evt. en interrupted time-series analysis (ITSA)

Grundligningen for **fixed effects modellen**⁹⁸ er:

$$(1) Y_{it} = \beta_1 X_{it} + \alpha_i + u_{it} \text{ - hvor } i= 1 \dots 98 \text{ og } t=1 \dots 10$$

X er den uafhængige variabel. α_i er den tidsinvariante uobserverede effekt. I modsætning til X kan α ikke observeres direkte. Ideen er, at hvis uobserverede variable ikke ændrer sig over tid, vil ændringer i den afhængige variabel Y skyldes andre påvirker end disse 'faste' (fixed effects) variable. Fixed-effekt-modellen kontrollerer for alle tids-invariante forskelle mellem analyseenheder (her kommuner) således, at koefficienterne i modellen ikke er biased på grund af udeladelse af tidsinvariante karakteristika hos enhederne.

En alternativ, men ækvivalent formulering er **dummy-variabel varianten**, som Green omtaler som "least squares dummy variabel model"⁹⁹, hvor der er dummy-variable for enhederne (kommunerne):

$$(2) Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{1,it} + \dots + \beta_k X_{k,it} + \gamma_1 E_{1t} + \dots + \gamma_{n-1} E_{n-1,t} + u_{it}$$

hvor

Y_{it} den afhængig variable med i = enhed og t =tid.

$X_{k,it}$ er de uafhængige variable.

β_k er regressionskoefficienterne for de uafhængige variable.,

u_{it} er fejleddet

E_n er dummy-variable, fx kommuner, hvor der kun medtages $n-1$ i den estimerede model.

$\gamma_{1..n-1}$ er regressionskoefficienterne for dummy-enhedsvariablene

Én af fordelene ved (2) er, at den sætter fokus på enhederne og at man kan se, hvordan de er forskellige (målt ved difference) sammenlignet med den udeladte enhed.

Man kan også danne dummy-variable for tidsvariablene.

Der findes endvidere en random effects model. Ideen bag modellen er, i modsætning fixed effectsmodellen, at variation på tværs af enhederne antages af være tilfældig (random) og ukorreleret med de uafhængige variable i modellen. Hvis man derfor har grund til at tro, at forskelle mellem enheder har en mulig effekt på den afhængige variable kunne random effects model være den umiddelbar relevante. I udgangssituationen er der dog ikke grund til at antage dette i nærværende analyse.

I random effects modellen antages at fejleddet for enheden ikke er korreleret med de uafhængige variable, hvilket gør det muligt at medtage tid-invariant variable, fx. køn, som uafhængige variable.

Spørgsmålet om fixed effect-modellen er den rigtige model kan testes på to måder:

Er random effect-modellen bedre? Her bruges Hausmann-testen (Breusch og Pagan Lagrange-multiplikator-test tester random effect vs. alm. Ols; xttest i STATA)

Man kan som alternativ til random og fixed effect-modellen bruge pooled ols-regressions-analyse, som også kan testes med Breusch og Pagan Lagrange-multiplikator-test tester random effect vs. alm. Ols; xttest0 i Stata, hvor nulhypotesen er, at variansen af de uobserverede effekter er nul.

Der kan også testes for tidseffekter, som er en fælles test, hvor årsdummier antages at være nul. Testes ved hjælp af testparm i Stata

6. Mulige variable (afhængige og uafhængige)

Nedenfor redegøres der for mulige effektvariable svarende til forskellige indlæggelsestyper/former og en gruppering af uafhængige variable:

- kommunale policy-variable, dvs. hvad kommunen kan påvirke med mulig effekt på effektvariablene. Disse policy-variable opfattes som indikatorer for den KMF-afledte indsats, fx udgifter til hjemmesygepleje.
- variable, der indfanger andre sundhedstilbud og sundhedsstatus-variable
- Den sociale struktur i kommunen og
- Kommunens struktur/størrelse.

Kontrol-variable skal kunne gives en (rimelig) teoretisk begrundelse og man skal vogte sig for, hvad Angrist og Pischke⁹⁸ kalder 'bad controls': 'bad controls are variables that are themselves outcome variables in the notional experiment at hand. That is, bad controls might just as well be dependents variables too', p. 64.

Et eksempel på en dårlig kontrovariable ville være ambulante besøg på sygehusene. Man kunne tænke, at de er med til at 'forklare' indlæggelser, MEN i KMF-sammenhæng er det også en variable, man forsøger at påvirke med KMF. Derfor for skal men være varsom med at inkludere den i listen af kontrolvariable.

I nedenstående fixed effects-analyser må man ikke medtage tidsinvariante uafhængige variable. Hvis man fx bruger antal praktiserende læger i kommunen eller sygehus i kommunen skal det kun gøres, hvis antallet varierer over tid.

De foreslåede kontrolvariable er baseret på, at man fx kan forvente at større kommuner har bedre muligheder for at iværksætte aktiviteter rettet mod at forebygge indlæggelser end mindre, fordi det kan være svært at have et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag for fx akutpladser i en kommune med 30.000 indbyggere. Indlæggelser har en social gradient, hvilket betyder, at lavindkomst-grupper er hyppigere indlagt på sygehusene end høj(ere)indkomstgrupper. Sundhedsstatus påvirker også indlæggeshyppighed. De håndtag en kommune har til at påvirke indlæggelser er her målt ved pengemæssige størrelser, men bag fx udgifter til hjemmesygeplejersker gemmer sig selvsagt personer.

Tabel 3 indeholder en variabel-oversigt, lidt forklaring og for en dels vedkommende også forventede fortegn. Der er også kommentarer i de næstfølgende hovedafsnit.

Panel-data for de nævnte variable er ikke i alle tilfælde fuldstændige – enten i tid eller på enhedsniveau. Begge dele gælder fx for hjemmehjælpsvariablene, det første gælder fx for middellevetid.

6.1 Afhængige variable

I tabel 3 er der medtaget flere mulige effekt-variable. I forhold til grundtænkningen bag KMF er det samlede antal indlæggelse den umiddelbart mest relevante variabel.

- Indlæggelser per 1000 indbyggere
 - Den oprindelige tænkning bag KMF skelnede ikke mellem typer af indlæggelser, incl. genindlæggelser. Dette er derfor den 'rigtigste' afhængige variabel frem til ændringerne i 2017 (med virkning fra 2018)
- Indlæggelser per 1000 65+årige (gradvis har interessen rette sig mod denne aldersgruppe fra omkring 2010 og frem).
- Forebyggelige indlæggelser per 1000 indbyggere 65+ årige (også med stigende interesse fra 2010, ligesom de omtales i sundhedsaftalerne).
- Genindlæggelser
- KMF-udgifter per borger. Dette er et samleudtryk for hele den KMF-rettede indsats, dvs. også incl. almen praksis og speciallægepraksis.

6.2 Mulige uafhængige sundhedsvariable/kommunale kontrolvariable

- Kommunale udgifter til hjemmesygepleje
- Kommunale sundhedsudgifter⁷
- Kommunale ældreudgifter(per +65/67-årige)⁸
- Hjemmehjælpsvariable, især personlig pleje
- Genoptræning, incl. vedligeholdelsestræning

6.3 Mulige sundhedsstatus-variable

- Middellevetid/dødelighed
- Sygedagpenge 17-64 årige
- (antal førtidspensionister)

⁷ *Nettodriftsudgifter (sundhed)* i kr. pr. indbygger på flg. funktioner:

- 1993-1994: Funktion 5.81-5.83, 5.88-5.90
- 1995: Funktion 5.81-5.90
- 1996-2006: Funktion 5.80-5.90
- *Fra 2007:* Hkt. 4 ekskl. funktion 4.62.81

Beskrivelse: Funktionerne vedrører de kommunale udgifter til sundhedsområdet dog undtaget kommunernes aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Bemærk, at der, som følge af kommunalreformen og ændringen i både opgaverne og finansieringen på sundhedsområdet, er databrud fra 2006 til 2007.

⁸ *Nettodriftsudgifter sundhed/ældre* på hovedfunktion 5.30 pr. 67+-årig.

Beskrivelse: Funktionerne vedrører personlig og praktisk hjælp og madservice til ældre, pleje og omsorg m.v. af primært ældre, hjemmesygepleje, forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre, hjælpemidler mv. til ældre samt plejevederlag og hjælp til sygeartikler o. lign. ved pasning af døende i eget hjem.

6.4 Øvrige sundhedstilbud

- Sygehus i kommunen
- Antal praktiserende læger per 1000 indbyggere
- Ambulante besøg per 1000 indb. (kan også opfattes som afh. variabel, idet KMF jo i princippet også er rettet mod at påvirke denne variabel).
- Lægebesøg per 1000 indb. (kan også opfattes som afh. variabel, idet KMF jo i princippet også er rettet mod at påvirke denne variabel). Kan derfor diskutere, om det er en dårlig kontrolvariabel

6.5 Social struktur

- Førtidspensionister (helbredsforhold betinger tilkendelse af førtidspension)
- Kontanthjælpsmodtagere (antager, at det er en helbredsmæssig udsat gruppe)
- Arbejdsløse
- Socioøkonomisk indeks⁹
- Serviceniveau
- Lavindkomst

6.6 Kommunestruktur/størrelse

- Antal indbyggere
- Km²
- Urbanisering

Nøgletallet socioøkonomisk indeks måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som f.eks. 'Antal 20-59-årige uden beskæftigelse', '25-49 årige uden erhvervsuddannelse', 'Familier i bestemte boligtyper', 'Antal personer med fysiske handicap', 'Antal psykiatriske patienter'. Den præcise definition kan findes i Økonomi- og Indenrigsministeriets årlige publikation 'Kommunal Udligning og Generelle Tilskud'. *En værdi over 1* betyder, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne, imens en værdi lavere end 1 betyder et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet.

7. Beskrivende statistik for nøglevariable

Tabel 4 viser gennemsnit, standardafvigelse og min-max værdier for de variable, der bruges i de efterfølgende regressionsanalyser, svarende til tabel 3.

Indlæggelser per 1000 indbyggere er hoved-outcomevariablen. Der er oplysninger vedr. såvel den samlede variabel ('overall') som en dekomponering af variansen på forskellen mellem enhederne ('between') og indfor tidsperioden for enhederne. Endvidere er der min. og max. for de samme to forhold. Det fremgår, at der er tale om en betydelig variation for samtlige forhold.

```
. xtsum indlaeggelserpr1000
```

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
indlae-0 overall	223.7235	39.41119	154	363	N = 980
between		34.02518	168.5	319.7	n = 98
within		20.15372	144.8235	316.2235	T = 10

```
. xtsum sengedagepr1000
```

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
sen-1000 overall	783.3959	135.125	465	1484	N = 980
between		117.2052	557.1	1096.4	n = 98
within		68.17623	533.4959	1219.496	T = 10

Nedenfor ses flere grafiske fremstillinger af antal indlæggelser per 1000 indbyggere. De viser betydelig variation på tværs af kommuner, figur 4, 5 og 6. Dette efterfølges af forebyggelige indlæggelser per 1000 65-årige, figur 7 og 8. Endelig viser figur 9 og 10 de kommunale udgifter til KMF per indbygger.

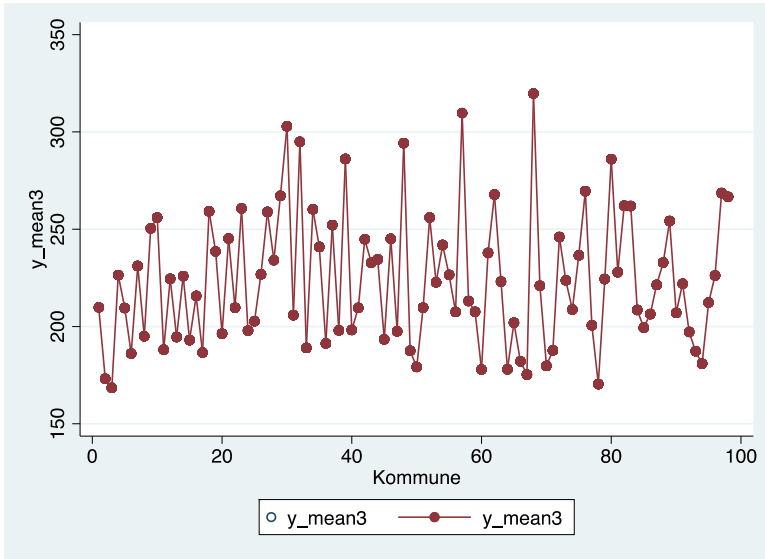
Antallet af forebyggelige indlæggelser ligger i sagens natur markant under det samlede antal indlægger per 1000 'almindelige borgere' og blandt 65-årige, jfr. tabel 4.

Tabel 4: Beskrivende statistik for variable i analyserne.

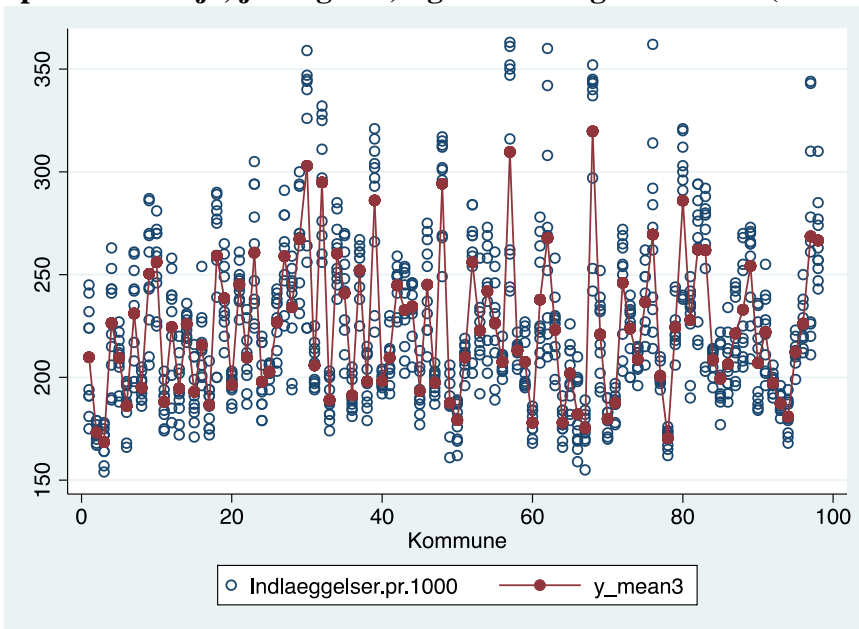
Variabelnavn	Gennemsnit (over årene)	Standardafvigelse	max	min
1. Somatiske indlæggelser pr.1000 indbyggere	223.7235	39.41119	154	363
2. Somatiske indlæggelser pr.1000 65+år	490.9535	78.05569	346.7325	832.0562
3. Forebyggelige indlæggelser pr. 1000 65+år, (alders-og kønsstandardiseret)	64.05291	12.01351	28.175	105.701
4. Genindlæggelser i procent	3.925	2.264656	.01	7.84
5. Udgifter KMF pr. indbygger	2805.694	914.5808	1289	4626
6. Somatiske sengedage pr. 1000 indbyggere	783.3959	135.125	465	1484
7. Ambulante besøg per 1000 indbyggere	1221.256	190.5813	629	1784

8. Somatiske skadestuebesøg per 1000 indbyggere	179.7089	74.02885	30.24434	547.3608
9. Ikke-akutte i forhold til akutte indlæggelser, somatik				
KOMMUNALE 'POLICY-VARIABLE' vis-a-vis indlæggelser				
Udgifter ældreomsorg per indbygger	41155.61	6238.816	10820	7444
Udgifter til kommunale sundhedsydelse, excl. KMF pr indbygger	1223.936	260.868	585	2330
Udgifter til hjemmesygepleje per 1000 indb.	586.5809	300.1366		2916.896
Hjemmehjælp, personlig pleje				
Hjemmehjælp, praktisk hjælp				
Antal pladser på plejehjem/center per 1000 indbygger		Der er relativt mange indlæggelser fra plejehjem på trods af muligheden for pleje m.m. på plejehjemmene		
Antal 'beskyttede' boliger (summen af plejeboliger, ældreboliger, beskyttede boliger)				
Hjemmebesøg læger per 1000 indb.	131.8833	51.52311	23.79461	526.9542
Praktiserende læger, antal i alt	36.17881	42.03385	0	366.5778
Sygehus med sengepladser				
Grove indikatorer for sundhedstilstand				
Middellevetid	79.28511	1.250038	75.3	82.9
Dødelighed per 1000 indbyggere	10.2117	2.215341	5.378334	28.76106
Dødelighed per 1000 65+år	43.72354	5.551832	26.13447	73.09487
Udgifter til sygedagpenge pr. 17-64 årige	2244.944	447.1712	999	3759
'Kontrol-variable'				
Antal indbyggere	57006.29	65053.37	1793	602481
Befolkningstæthed/andel i byer	83.02061	12.79426	32.4	100
Socioøkonomisk indeks	.9588672	.2308035	.45	1.8
Serviceniveau	1.008914	.0399073	.91	1.2
Førtidspensionister pr.100. 17-64 årige	7.092959	2.179893	2.4	15.4
Kontanthjælpsmodtagere .m.fl.pr.100 17-64 årige	3.656463	1.282692	.6	7.8
Fuldtidsledige pr.100 17-64 årige	3.731066	1.30601	1	8.7

Figur 4: Gennemsnit for indlæggelser per 1000 indbyggere (y_mean3) for 98 kommuner



Figur 5: Gennemsnit for indlæggelser per 1000 indbyggere (rød punkt-markering og optrukken linje, jfr. figur 4) og tidsmæssige variation (bolle-markering)

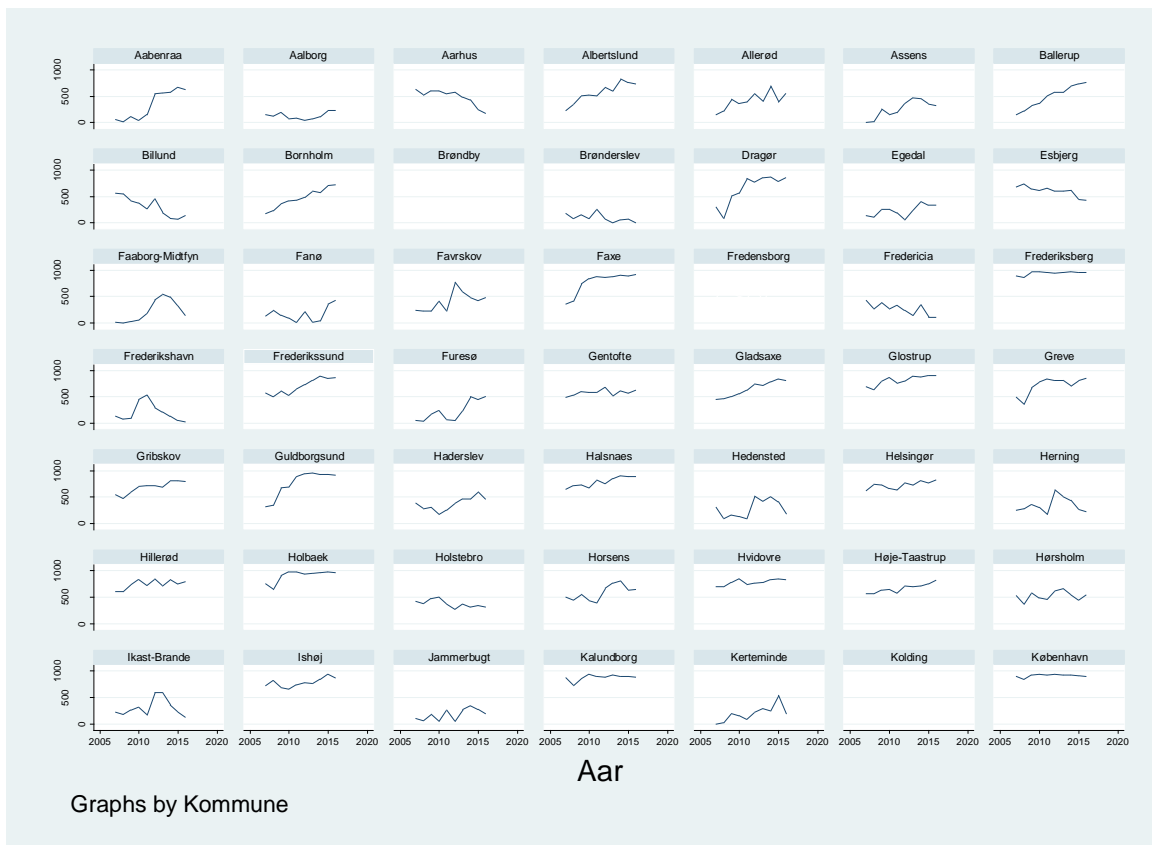


Figur 6: Udviklingen i antal indlæggelser per 1000 indbyggere 2007-2016 (2-delt). Årstal markeret nederst i figuren

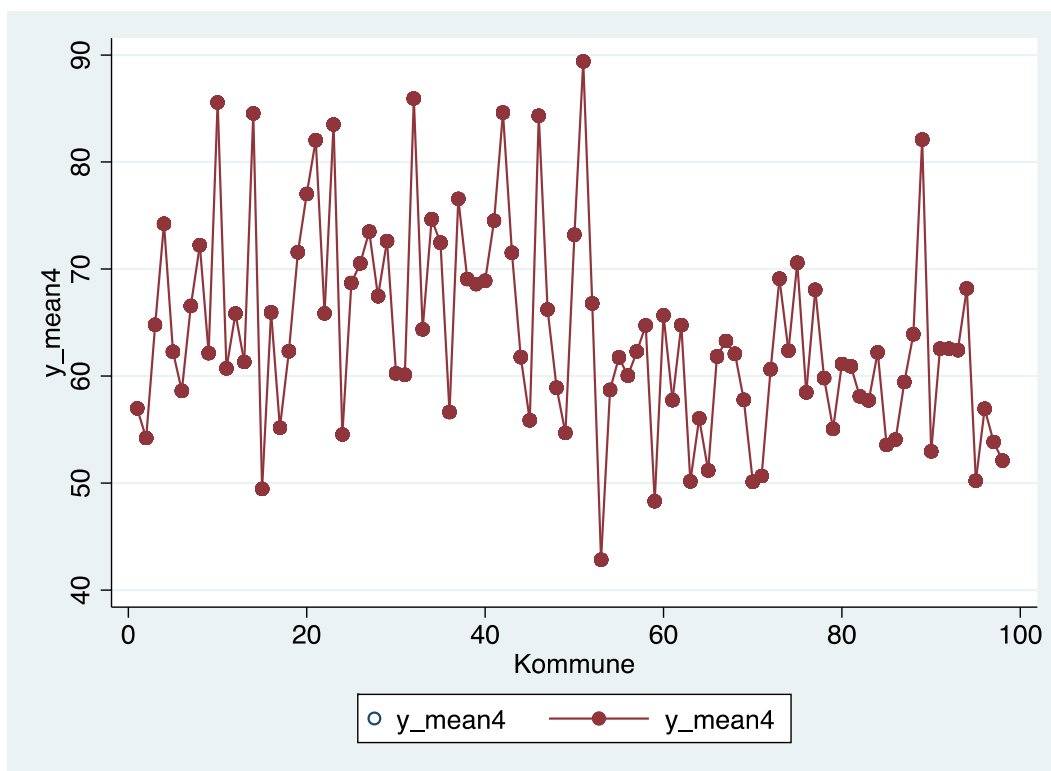


Aar

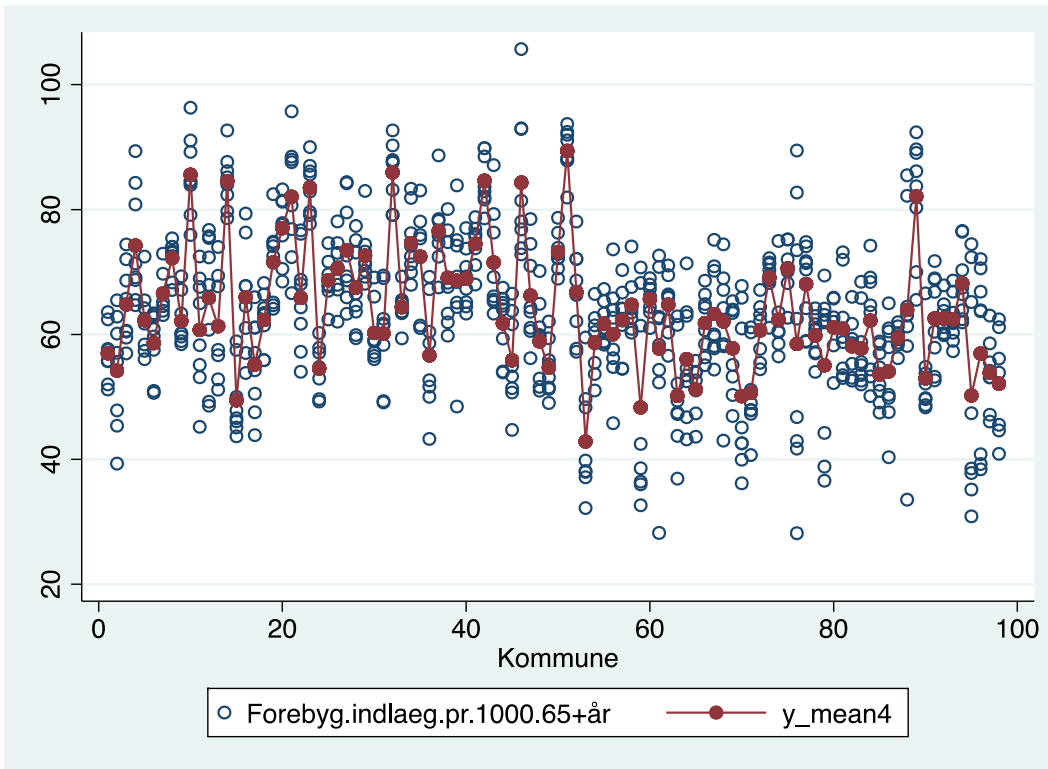
Graphs by Kommune



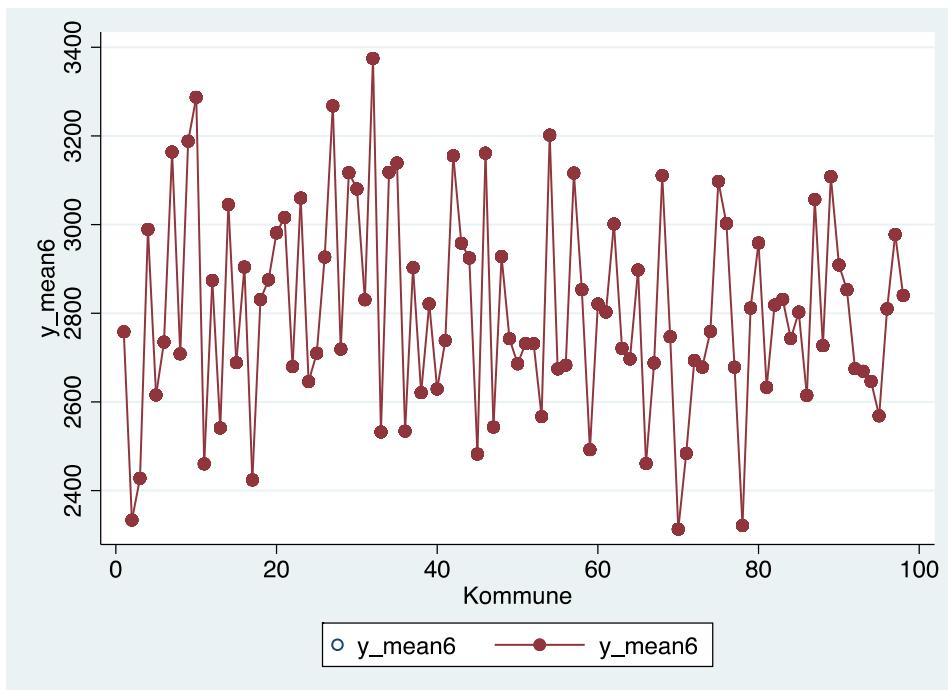
Figur 7: Gennemsnit for forebyggelige indlæggelser per 1000 65-årige (y_maen4) for 98 kommuner



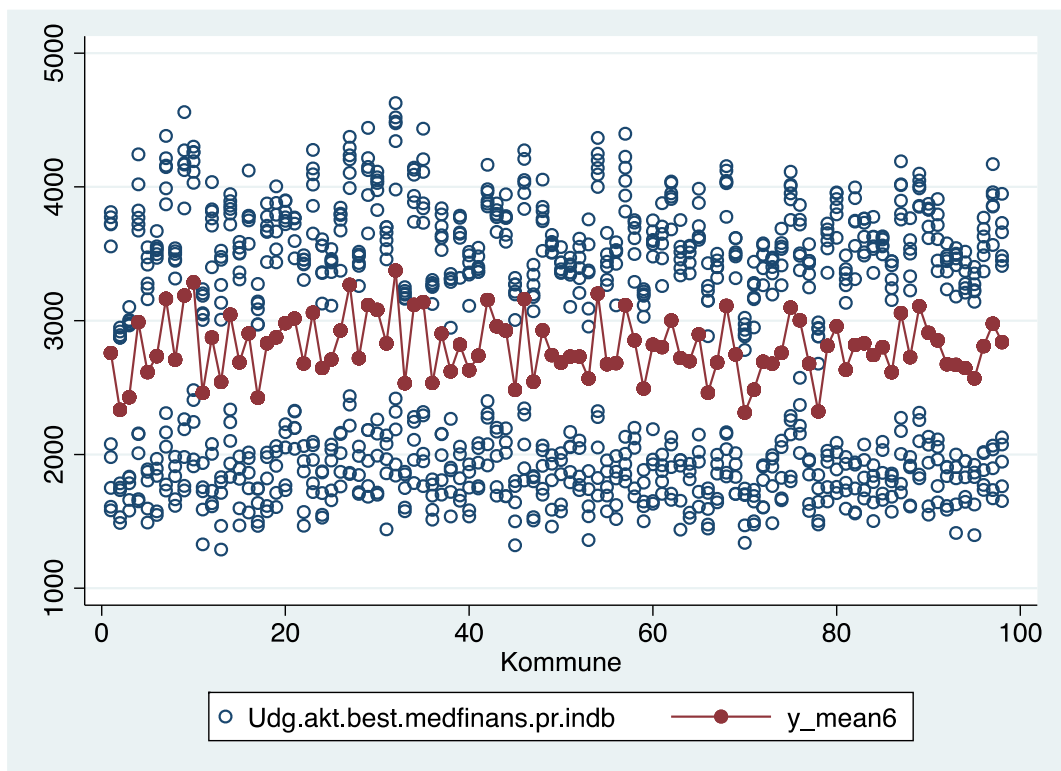
Figur 8: Gennemsnit for forebyggelige indlæggelser per 1000 65-årige (rød punktmarkering og optrukken linje, jfr. figur 7) og tidsmæssige variation (bolle-markering)



Figur 9: Gennemsnitlige udgifter til KMF per borger (y_mean6) for 98 kommuner



Figur 10: Gennemsnitlig KMF per indbygger (rød punkt-markering og optrukken linje, jfr. figur 8) og tidsmæssige variation (bolle-markering)



8. Fixed effects regressionsanalyse

I tabellerne 5-10 præsenteres resultaterne af analyser af de forskellige outcome-variable startende med antal indlæggelser per 1000 indbyggere i tabel 5 og sluttende med genindlæggelser i tabel 10. I appendix 3 er der forskellige model-test (fixed vs. random effects osv.) for nogle af modellerne i de efterfølgende tabeller.

De uafhængige variable er baseret på relevante kommunale policy-variable, sundhedsstatus-variable og kommunale kontrol-variable, jfr. gennemgangen i afsnit 5. Der er dog lidt forskel på uafhængige variable afhængig af, om der ses på antal indlæggelser per 1000 indbygger og antal indlæggelser blandt 65+årige eller forebyggelige indlæggelser.

Tabel 5 viser resultatet af en fixed-effekt regressionsanalyse. De uafhængige variable er de 4 hovedgrupper, der er nævnt ovenfor.

Man kan betragte koefficienterne på tre måder: Er fortegnet det forventede og koefficientstørrelse samt om koefficienten er signifikant med $p < 0,05$. Der er forskel på den praktiske betydning af en lille vs. en stor signifikant koefficient. Resultaterne i tabellen gennemgås detaljeret, hvilket ikke er tilfældet i efterfølgende tabeller.

På tværs af tabel 5 kan det noteres, at hovedparten af de signifikante variable findes i gruppen af social-struktur-variable (lavindkomst, socioøkonomisk indeks m.m.). Det er også her, at de numerisk største koefficienter findes. Med andre ord: Indlæggelseshyppigheden påvirkes i opadgående retning af social-struktur i kommunerne – i overensstemmelse med den sociale gradient for indlæggelser.

Aldersstruktur (andel over 65 år) spiller ikke overraskende en rolle: stor og signifikant med ventet fortegn: stigende antal indlæggelser med stigende ældreandel.

Den første uafhængige variabel i tabellen er en dummy-variable, der markerer omlægningen af KMF i 2012, hvor taksten for somatisk behandling blev øget betydeligt. Med den anvendte kodning er der tale om forskellen mellem de to tidsperioder, dvs. antal indlæggelser efter 2011 sammenlignet med antal indlægger før 2012. Koefficienten er betydelig, negativ og signifikant. Det negative fortegn peger på, at takstændringen i 2012 ikke har haft den forventede effekt på antal indlæggelser.

Der er tre kommunale policy-variable: Udgifterne til ældreomsorg, hjemmesygepleje og kommunale sundhedsudgifter (excl. KMF). Fælles for dem er små koefficienter (betydelig mindre end 1) og kun én af dem (ældreudgifter) har det forventede fortegn, nemlig minus, der peger på en reduktion af indlæggelsestallet. Den kommunale sundhedsudgiftsvariabel er signifikant, men peger i den forkerte retning (øger antal indlæggelser), men numerisk er den beskedent.

Betydningen af andre sundhedstilbud indfanges at antal praktiserende læger og somatisk sygehus i kommunen. Ingen af koefficienterne er signifikante.

Sundhedsstatus forsøges indfanget med dødelighed per 1000 indbyggere og udgifter til sygedagpenge per 17-64 årig. Ingen af dem er signifikante.

Tabel 6: Dummy-variabel regressionsmodel (NB: decimaler er ikke helt på plads for konfidens-intervaller)

Indlæggelser per 1000	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Intervall]
<i>Aabenraa=0</i>						
Aalborg	136.0368	36.60521	3.72	0.000	64.16271	207.911
Aarhus	256.8597	66.92627	3.84	0.000	125.4503	388.2691
Albertslund	-67.48737	15.96471	-4.23	0.000	-98.834	-36.14074
Allerød	15.35413	20.85797	0.74	0.462	-25.60039	56.30865
Assens	-17.30172	10.30319	-1.68	0.094	-37.53199	2.928543
Ballerup	2.718925	9.047947	0.30	0.764	-15.04668	20.48452
Billund	-22.08332	12.60511	-1.75	0.080	-46.83339	2.666738
Bornholm	24.67111	10.99208	2.24	0.025	3.088218	46.25399
Brøndby	-28.75795	14.17719	-2.03	0.043	-56.5948	-.9211039
Brønderslev	-33.71839	11.91545	-2.83	0.005	-57.11433	-10.32246
Dragør	-5.587974	21.67753	-0.26	0.797	-48.1517	36.97575
Egedal	23.79411	18.65772	1.28	0.203	-12.84023	60.42846
Esbjerg	95.67513	17.62992	5.43	0.000	61.05886	130.2914
Faaborg-Midtfyn	-4.666604	9.619646	-0.49	0.628	-23.55473	14.22152
Fanø	-55.7075	20.16803	-2.76	0.006	-95.30733	-16.10767
Favrskov	20.68232	13.9979	1.48	0.140	-6.802494	48.16713
Faxe	47.13299	11.86514	3.97	0.000	23.83585	70.43013
Fredensborg	31.10169	11.56541	2.69	0.007	8.393068	53.81032
Fredericia	-14.32825	8.698919	-1.65	0.100	-31.40854	2.752031
Frederiksberg	83.51739	13.22292	6.32	0.000	57.55426	109.4805
Frederikshavn	10.99372	8.827954	1.25	0.213	-6.339921	28.32737
Frederikssund	66.23565	11.55749	5.73	0.000	43.54256	88.92873
Furesø	-6.790321	14.37485	-0.47	0.637	-35.01526	21.43462
Gentofte	37.83429	13.89342	2.72	0.007	10.55462	65.11395
Gladsaxe	31.25001	9.728849	3.21	0.001	12.14746	50.35256
Glostrup	15.15874	14.95483	1.01	0.311	-14.20499	44.52246
Greve	39.00731	11.48899	3.40	0.001	16.44873	61.56589
Gribskov	57.59226	12.05794	4.78	0.000	33.91656	81.26797
Guldborgsund	88.68141	10.49256	8.45	0.000	68.07932	109.2835
Haderslev	-1.663518	7.919304	-0.21	0.834	-17.21303	13.886
Halsnæs	61.45991	11.44526	5.37	0.000	38.98719	83.93263
Hedensted	5.614512	13.14	0.43	0.669	-20.18581	31.41483
Helsingør	52.85787	8.028469	6.58	0.000	37.09401	68.62173
Herlev	-4.500282	13.23103	-0.34	0.734	-30.47934	21.47878
Herning	45.69266	10.54545	4.33	0.000	24.98672	66.3986

Hillerød	76.52597	12.58706	6.08	0.000	51.81133	101.2406
Hjørring	5.001302	8.444096	0.59	0.554	-11.57864	21.58124
Holbæk	116.397	8.508846	13.68	0.000	99.68995	133.1041
Holstebro	12.74051	9.055622	1.41	0.160	-5.040165	30.52118
Horsens	49.72353	10.09036	4.93	0.000	29.91117	69.53589
Hvidovre	28.65549	9.648416	2.97	0.003	9.710874	47.60011
Høje-Taastrup	1.978618	10.29726	0.19	0.848	-18.24001	22.19724
Hørsholm	16.24684	18.24041	0.89	0.373	-19.56811	52.06179
Ikast-Brande	-8.580209	10.93125	-0.78	0.433	-30.04367	12.88325
Ishøj	-50.73053	17.72259	-2.86	0.004	-85.52876	-15.93231
Jammerbugt	-25.1675	11.30652	-2.23	0.026	-47.3678	-2.9672
Kalundborg	84.04259	9.887958	8.50	0.000	64.62764	103.4576
Kerteminde	-38.43424	14.00124	-2.75	0.006	-65.9256	-10.94288
Kolding	28.06773	10.78679	2.60	0.009	6.887916	49.24755
København	497.707	126.135	3.95	0.000	250.0415	745.3724
Køge	76.71566	9.719632	7.89	0.000	57.63121	95.80011
Langeland	-71.34514	18.85102	-3.78	0.000	-108.359	-34.33125
Lejre	-57.2445	16.39216	-3.49	0.001	-89.43042	-25.05858
Lemvig	27.53056	18.37261	1.50	0.134	-8.54397	63.6051
Lolland	-29.81584	13.44275	-2.22	0.027	-56.21062	-3.421053
Lyngby-Taarbæk	29.83236	17.90343	1.67	0.096	-5.320942	64.98566
Læsø	22.05234	13.65006	1.62	0.107	-4.749495	48.85417
Mariagerfjord	-3.213591	9.776667	-0.33	0.742	-22.41003	15.98285
Middelfart	-18.34779	11.12992	-1.65	0.100	-40.20133	3.505747
Morsø	-21.10229	14.10116	-1.50	0.135	-48.78984	6.58527
Norrdjurs	102.8621	9.79605	10.50	0.000	83.62757	122.0966
Nordfyn	-20.59331	9.929685	-2.07	0.038	-40.09019	-1.096418
Nyborg	-44.81004	12.43293	-3.60	0.000	-69.22204	-20.39805
Næstved	-16.74125	12.35684	-1.35	0.176	-41.00384	7.521342
Odder	-30.88301	16.54707	-1.87	0.062	-63.37311	1.607086
Odense	109.0648	34.64714	3.15	0.002	41.03533	177.0943
Odsherred	75.29686	12.56336	5.99	0.000	50.62876	99.96496
Randers	65.25172	12.01067	5.43	0.000	41.66883	88.8346
Rebild	-22.68013	16.75841	-1.35	0.176	-55.58518	10.22492
Ringkøbing-Skjern	.8868846	9.407838	0.09	0.925	-17.58536	19.35913
Ringsted	29.88802	12.52998	2.39	0.017	5.285457	54.49058
Roskilde	67.80582	10.5981	6.40	0.000	46.99651	88.61513
Rudersdal	21.02333	14.5985	1.44	0.150	-7.640755	49.68742
Rødovre	-1.115389	11.92227	-0.09	0.925	-24.52471	22.29393
Samsø	-44.8759	16.50399	-2.72	0.007	-77.2814	-12.4704
Silkeborg	59.39332	11.67124	5.09	0.000	36.4769	82.30975
Skanderborg	17.58089	13.77131	1.28	0.202	-9.459008	44.62079

Skive	18.54068	9.585998	1.93	0.054	-.281381	37.36274
Slagelse	94.35217	9.849547	9.58	0.000	75.01263	113.6917
Solrød	30.33024	19.99198	1.52	0.130	-8.923919	69.5844
Sorø	47.89907	12.30053	3.89	0.000	23.74704	72.05109
Stevns	35.88456	15.59199	2.30	0.022	5.269764	66.49935
Struer	-34.42459	12.98023	-2.65	0.008	-59.91121	-8.937968
Svendborg	3.769494	8.121121	0.46	0.643	-12.17629	19.71528
Syddjurs	-7.357705	12.38415	-0.59	0.553	-31.67393	16.95852
Sønderborg	39.34353	9.505956	4.14	0.000	20.67864	58.00843
Thisted	16.42742	9.385741	1.75	0.081	-2.001441	34.85627
Tønder	41.94443	12.58074	3.33	0.001	17.24221	66.64666
Tårnby	-40.80574	9.628035	-4.24	0.000	-59.71034	-21.90114
Vallensbæk	-7.762701	21.08949	-0.37	0.713	-49.1718	33.6464
Varde	-7.557289	10.10521	-0.75	0.455	-27.39882	12.28424
Vejen	-17.2394	10.41689	-1.65	0.098	-37.69291	3.214107
Vejle	50.40498	14.02997	3.59	0.000	22.85721	77.95275
Vesthimmerland	-12.41329	10.18779	-1.22	0.223	-32.41696	7.590386
Viborg	82.15413	11.5945	7.09	0.000	59.3884	104.9199
Vordingborg	32.50853	10.483	3.10	0.002	11.9252	53.09185
Ærø	-10.61919	16.40114	-0.65	0.518	-42.82276	21.58438
Dummy (= 1 hvis år < 2012, dvs. ser på afvigelse i forhold til perioden efter 2012)	-4.868409	2.064268	-2.36	0.019	-8.921589	-.8152284
Udgifter ældreomsorg per indbygger	-.0023044	.0012254	-1.88	0.060	-.0047105	.0001016
Hjemmesygepleje-udgifter per 10000	.002816	.0042011	0.67	0.503	-.0054328	.0110648
Sundhedsudgifter per indbygger, excl KMF	.0163776	.0058524	2.80	0.005	.0048865	.0278688
Antal praktiserende læger	-.4940386	.3129786	-1.58	0.115	-1.108571	.1204934
Somatisk sygehus i kommunen	-3.421113	3.331424	-1.03	0.305	-9.962348	3.120122
Udgifter til sygedagpenge pr 17-64 årige	.0041313	.0022249	1.86	0.064	-.0002374	.0084999
Dødelighed per 1000 idbyggere	-.5314763	.7121999	-0.75	0.456	-1.929877	.8669247
Andel65årige pct	3.308415	.7801022	4.24	0.000	1.776689	4.840142
Socioøkonomisk-indeks	52.32158	16.94037	3.09	0.002	19.05924	85.58392
Lavindkomst-familier per 1000 indbyggere	2.692503	.3310192	8.13	0.000	2.042549	3.342458
Førtidspensionister per 1000 17-64 prige	-.3966466	1.945079	-0.20	0.838	-4.215799	3.422506
Antal indbyggere	-.0007826	.0002516	-3.11	0.002	-.0012766	-.0002885
Intercept	109.0191	36.52999	2.98	0.003	37.29261	180.7455

R-squared = 0.8697, Adj R-squared = 0.8484

Tabel 6A belyser om det er nødvendigt at medtage fixed tids effekter (dummy variable for årene). Det teste om dummy-variablene for alle årene er nul (F-test). Hvis det er tilfældet er det ikke nødvendigt systematisk at inddrage dummy-variable for år.

Hovedresultatet fremgår lige under tabellen: Nulhypotesen om, at koefficienterne for alle årene under et nul forkastes. Det betyder at man ideelt set i alle analyserne skulle have medtage års-dummy-variablene. Dette gøres dog ikke systematisk i det følgende.

Tabel 6A: Fixed effect-regressionsanalyse af antal indlæggelser per 1000 indbyggere, test for fixed tidseffekt.

indlaeggelserpr1000	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]	
dummy	-6.442118	6.388592	-1.01	0.314	-18.98626	6.10202
udgaeldreomsorgprindb	-.0021357	.0013151	-1.62	0.105	-.0047179	.0004466
hjemmesygepr1000	.0041765	.0041198	1.01	0.311	-.0039129	.0122658
udgsundhydelsereksklmedfinprindb	.0091031	.0062607	1.45	0.146	-.0031899	.0213962
praktlaegerantal	-.7371647	.3102665	-2.38	0.018	-1.34638	-.1279498
sygehusmedsengepladser	-2.423017	3.272166	-0.74	0.459	-8.847987	4.001952
Dødelighedpr1000indb	-.3094004	.7201741	-0.43	0.668	-1.723478	1.104677
Andel65årigeprc	3.550051	1.045638	3.40	0.001	1.496917	5.603184
Socioøkonomiskindeks	54.81235	16.77747	3.27	0.001	21.86942	87.75527
lavindkfamilierpr1000indb	2.302787	.3760029	6.12	0.000	1.564497	3.041077
Førtidspensionisterpr1001764årig	-5.391512	2.33164	-2.31	0.021	-9.969737	-.8132859
indbyggere	-.0007867	.0002541	-3.10	0.002	-.0012856	-.0002878
aar						
2009	7.106016	2.688276	2.64	0.008	1.827528	12.3845
2010	10.82441	3.159808	3.43	0.001	4.620064	17.02877
2011	9.366584	3.592001	2.61	0.009	2.313612	16.41956
2012	8.1677	3.476672	2.35	0.019	1.341179	14.99422
2013	7.712719	2.963407	2.60	0.009	1.894004	13.53143
2014	9.731978	2.407874	4.04	0.000	5.004066	14.45989
2015	0	(omitted)				
_cons	185.6954	42.2883	4.39	0.000	102.6614	268.7294

```

. testparm i.aar
( 1) 2009.aar = 0
( 2) 2010.aar = 0
( 3) 2011.aar = 0
( 4) 2012.aar = 0
( 5) 2013.aar = 0
( 6) 2014.aar = 0

F( 6, 668) = 6.55
Prob > F = 0.0000

```

Udgifterne til KMF per indbygger er et samleindtryk for effekten af KMF, fordi alle ydelser er omfattet. Hvis den kommunale substitution af regionale ydelser lykkes, skulle det give sig udslag i faldende KMF per indbygger. Regressionsresultaterne fremgår af **tabel 7** (med foranstående tabel med hele tekster og udskriftstekster (th), der bruges i de følgende tabeller).

Indlæggelser per 1000 indbyggere	Navn på udskrift
Dummy (= 1 hvis år < 2012 og =0 hvis > 20119)	dummy
Udgifter ældreomsorg per indbygger	udgaeldreomsorgprindb
Hjemmesygepleje-udgifter per 1000	hjemmesygep1000
Sundhedsudgifter per indbygger, excl KMF	udgsundhydelseresklmedfinprindb
Antal praktiserende læger	praktilaegerantal
Somatisk sygehus i kommunen	sygehusmedsengepladser
Udgifter til sygedagpenge pr 17-64 årige	Udgiftersygedagppr1764årige
Dødelighed per 1000 indbyggere	Dødelighedpr1000indb
Andel65årigeprc	Andel65årigeprc
Socioøkonomisk-indeks	Socioøkonomiskindeks
Lavindkomst-familier per 1000 indbyggere	lavindkfamilierpr1000indb
Førtidspensionister per 1000 17-64 årige	Førtidspensionisterpr1001764årige
Antal indbyggere	indbyggere
Konstantled	

Tabel 7: Fixed effect af KMF-udgifter per indbygger.

KMF-udgifter per indbygger	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]
dummy	-1391.467	17.82507	-78.06	0.000	-1426.467 -1356.468
aeldreudgpr65år	-.0026671	.0020437	-1.31	0.192	-.0066799 .0013457
hjemmesygep1000	.0179908	.0364002	0.49	0.621	-.0534806 .0894621
udgsundhydelseresklmedfinprindb	.1758973	.0504013	3.49	0.001	.0769351 .2748595
praktilaegerantal	3.253859	2.71286	1.20	0.231	-2.072799 8.580517
sygehusmedsengepladser	-43.52291	28.67911	-1.52	0.130	-99.8339 12.78809
Dødelighedpr1000indb	-7.18752	6.187719	-1.16	0.246	-19.33701 4.961971
Andel65årigeprc	65.14198	7.031598	9.26	0.000	51.33554 78.94841

Socioøkonomiskindeks	436.7497	148.3474	2.94	0.003	145.4719	728.0276
lavindkfamilierpr1000indb	38.80661	2.785018	13.93	0.000	33.33827	44.27495
indbyggere	-.0099721	.0021728	-4.59	0.000	-.0142385	-.0057058
_cons	1641.445	282.8604	5.80	0.000	1086.053	2196.837

R-sq:

Obs per group:

within = 0.9789

min = 8

between = 0.1612

avg = 8.0

overall = 0.6946

max = 8

F(11,675) = 2843.20

corr(u_i, Xb) = -0.5491

Prob > F = 0.0000

Tabel 8 viser regressionsresultaterne for forebyggelige indlæggelser blandt 65+-årige. I forhold til tabellen med indlæggelser per 1000 indbyggere er der nu medtaget en ny kommunal policy-variabel – ældreudgifter per 1000 65+årige ligesom udgifter til sygedagpenge blandt 17-64 årige er udgået.

Resultatmæssigt kan noteres, at 2012-takstændringen slår igennem både med høj numerisk værdi og signifikant. Fortegnet et 'rigtigt', idet der tale om, at perioden før 2012 ligger højere end efter. Ingen af de kommunale policy-variable slår igennem. En af de sociale variable er statistisk signifikante. Det samme er kommunestørrelse således at større kommuner har færre indlæggelser.

Tabel 8: Fixed effect regressionsanalyse af forebyggelige indlæggelser 65+-årige

Forebygingindlaegpr100065år	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]	
dummy	3.313599	.9830702	3.37	0.001	1.382753	5.244445
udgaeldreomsorgprindb	-.0006669	.0006298	-1.06	0.290	-.0019039	.0005701
hjemmesygepr1000	-.0034096	.0021053	-1.62	0.106	-.0075447	.0007254
udgsundhydelsereksklmedfinprindb	.0054509	.0033044	1.65	0.100	-.0010393	.0119411
praktillaegerantal	.0378725	.1818689	0.21	0.835	-.3193359	.3950809
sygehusmedsengepladser	2.699395	1.807197	1.49	0.136	-.8501167	6.248906
Dødelighedpr1000indb	-.0814583	.3407879	-0.24	0.811	-.7507991	.5878825
Andel65årigeprc	-.9647717	.3864115	-2.50	0.013	-1.723722	-.2058215
Socioøkonomiskindeks	7.392391	8.539782	0.87	0.387	-9.38058	24.16536
lavindkfamilierpr1000indb	1.224354	.1616421	7.57	0.000	.9068726	1.541834
indbyggere	-.0003179	.0001383	-2.30	0.022	-.0005897	-.0000462
_cons	72.616	15.34866	4.73	0.000	42.46974	102.7623

R-sq:	Obs per group:			
within =	0.2229	min	=	6
between =	0.0051	avg	=	7.0
overall =	0.0000	max	=	7
	F(11,575)	=		14.99
corr(u_i, Xb)	= -0.8428	Prob > F	=	0.0000

I **tabel 9** er fokus på alle indlæggelser blandt 65+årige. De uafhængige variable er de samme som i tabel 8.

Mønsteret fra de forebyggelige indlæggelser genfindes ikke. Dummy-variablen for 2012-ændringen får igen ikke det forventede fortegn og er signifikant med en stor koefficient.

Blandt de kommunale policy-variable er det kun sundhedsudgifterne, der er signifikant.

Igen slår de to variable for social-struktur signifikant igennem.

Som ved de øvrige variable har kommunestørrelse en signifikant betydning, men med en numerisk lille koefficient.

Tabel 9: Fixed effect regressionsanalyse af alle indlæggelser 65+-årige

Indlaeggelserpr100065år	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
dummy	-20.37973	5.12336	-3.98	0.000	-30.43936	-10.32009
aeldreudgpr65år	.0002986	.0005874	0.51	0.611	-.0008548	.001452
hjemmesygepr1000	-.0024445	.0104623	-0.23	0.815	-.0229871	.0180981
udgsundhydelseresklmedfinprindb	.0525836	.0144866	3.63	0.000	.0241395	.0810277
praktlaeagerantal	-1.055084	.779742	-1.35	0.176	-2.586095	.4759279
sygehusmedsengepladser	.3138743	8.243075	0.04	0.970	-15.87128	16.49903
Dødelighedpr1000indb	1.198969	1.778501	0.67	0.500	-2.293091	4.691029
Andel65årigeprc	-.9265322	2.021052	-0.46	0.647	-4.894838	3.041773
Socioøkonomiskindeks	115.6165	42.63866	2.71	0.007	31.89617	199.3369
lavindkfamilierpr1000indb	4.610318	.8004819	5.76	0.000	3.038584	6.182052
indbyggere	-.0011413	.0006245	-1.83	0.068	-.0023675	.0000849

_cons		356.9775	81.30097	4.39	0.000	197.3443	516.6107
R-sq:	Obs per group:						
within =	0.2546	min =	8				
between =	0.0004	avg =	8.0				
overall =	0.0010	max =	8				
	F(11,675)	=	20.96				
corr(u_i, Xb)	= -0.8501	Prob > F	=	0.000			0

Tabel 10 viser analyse af genindlæggelser (som pct af samtlige indlæggelser) med de samme uafhængige variable som i tabel 5.

I forhold til de foregående resultater slår betydningen af sygehus i kommunen igennem med en positiv og signifikant koefficient, dvs. at genindlæggelsesprocenten stiger, hvis der er et somatisk sygehus i kommunen.

Af de sociale variable slår kun lavindkomstfamilier igennem som signifikant, medens det socio-økonomiske indeks i modsætning til hovedparten af de foregående variable ikke er signifikant

Tabel 10: Fixed effect regressionsanalyse af pct. genindlæggelser.

Procent genindlæggelser	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.Interval]	
dummy	-.1341285	.1638491	-0.82	0.413	-.4559454	.1876883
udgaeldreomsorgprindb	-.0003125	.0001013	-3.09	0.002	-.0005114	-.0001136
hjemmesygep1000	.0001214	.0003371	0.36	0.719	-.0005406	.0007835
udgsundhydelseresklmedfinprindb	.0003199	.0005199	0.62	0.539	-.0007012	.0013411
Udgiftersygedagppr1764årige	.0000497	.0001764	0.28	0.778	-.0002968	.0003961
Dødelighedpr1000indb	.0129826	.0549132	0.24	0.813	-.0948727	.1208379
praktillaegerantal	-.0406805	.0290526	-1.40	0.162	-.0977429	.0163819
sygehusmedsengepladser	.5664319	.2912469	1.94	0.052	.0056077	1.138471
Andel65årigeprc	.0624676	.0738887	0.85	0.398	-.0826575	.2075928
Socioøkonomiskindeks	1.138445	1.373236	0.83	0.407	1.558736	3.835627

lavindkfamilierpr1000indb	.1246788	.0284143	4.39	0.000	.0688702	.1804874
Kontanthjaelpsmodtageremflpr1001	-.2140963	.1741054	-1.23	0.219	-.5560576	.127865
Førtidspensionisterpr1001764årig	-.0757205	.1664181	-0.46	0.649	-.4025831	.2511421
indbyggere	-.0000352	.0000223	-1.58	0.116	-.000079	8.66e-06
_cons	9.007889	2.989258	3.01	0.003	3.136671	14.87911
R-sq:	Obs per group:					
within =	0.0723	min =	7			
between =	0.0015	avg =	7.0			
overall =	0.0003	max =	7			
	F(14,574)	=	3.19			
corr(u_i, Xb)	= -0.9410	Prob > F	=	0.0001		

9. Mulig difference-in-difference analyse¹¹

Som nævnt tidligere er udfordringen ved statistisk analyse af KMF, at alle kommuner blev omfattet af KMF. Evalueringsmæssigt ville det ideelle være, at man kunne finde en slags kontrol-eller sammenligningsgruppe. Dette forsøges i dette afsnit på trods af den nationale indførelse af KMF. Det sker med afsæt i ændringen af KMF i 2012. Der benyttes en tillempet variant af difference-in-difference regressionsanalyse, DiD. I DiD forsøger man at danne sammenlignings- og interventionsgruppe kombineret med før-efter måling i forhold til en intervention, fx ændringen i KMF-satserne for somatisk sygehusbehandling med virkning fra 2012. Fremstillingen her er kun et groft rids af denne analysevariant.

En mulig tilgang til at konstruere to grupper er at notere, at kommunerne måske ikke blev påvirket lige meget af 2012-ændringen – noget der i litteraturen omtales som 'intensiteten af behandling' ("treatment"). <https://www.statalist.org/forums/forum/general-stata-discussion/general/1428100-using-difference-in-difference-to-identify-the-effect-of-a-continuous-treatment>). Det forudsætter, at man kan finde in variabel, der fanger hvilke kommuner, der blev påvirket mest og mindst af 2012-takstændringen.

En mulig variable, der kan udtrykke intensitetsforskelle er KMF-beløb pr. borger . I 2012 bortfaldt grundbidraget samtidig med at den variable betaling steg. Kommuner, der i forvejen (før 2012) havde høje KMF-beløb må forventes at være de kommuner med højest variabel betaling før 2012. 2012-ændringer gjorde altså, at disse kommuner blev relativt mere påvirkede end kommuner med lave KMF-beløb og dermed lav variabel betaling før 2012. Det kan illustreres med et hypotetisk eksempel som vist i tabellen:

	Kommune med højt KMF-beløb før 2012	Kommune med lavt KMF-beløb før 2012
Grundbidragets andel af KMF-beløb før 2011	40 %	60 %
Variabel-betalingens andel af KMF-beløb før 2011	60 %	40 %
Samlet KMF-beløb 2011	50.000.000	25.000.000

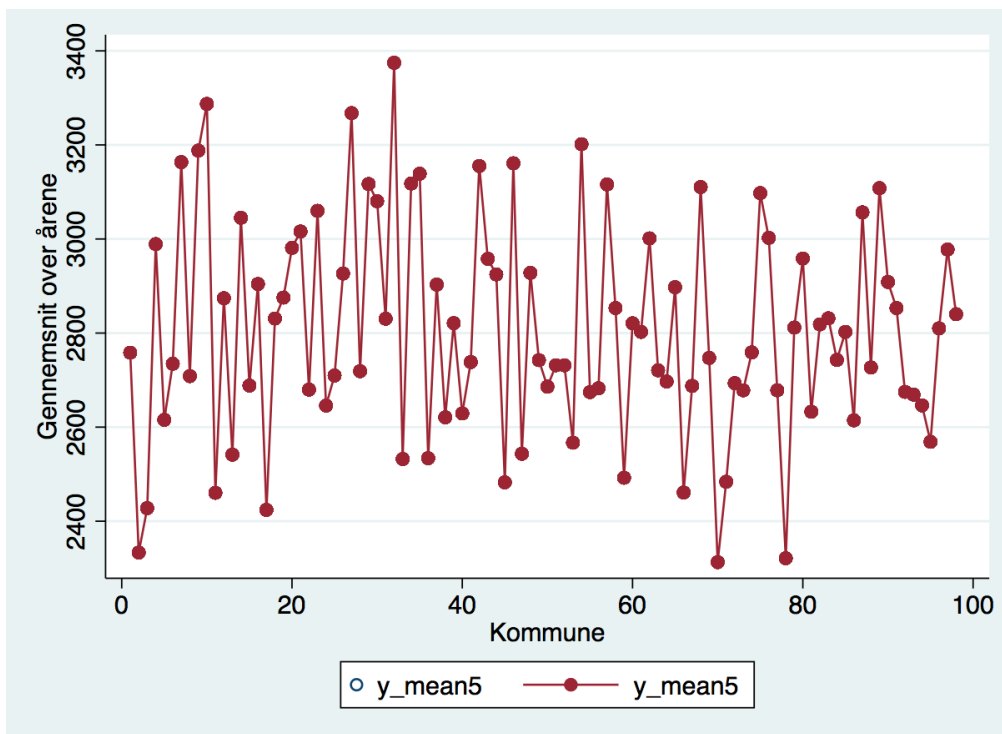
Hvis vi antager, at variabel-betalingen steg med 30% i gennemsnit for forskellige somatiske behandlinger efter 2011, ville KMF-satserne se således ud for de to kommuner i 2012:

¹¹ Stud. oecon Marco Knudsen har givet inspirationen til denne analyseovervejelse.

	Kommune med højt KMF-beløb før 2012	Kommune med lavt KMF-beløb før 2012
Samlet KMF-beløb 2012	$0.6 * 50.000.000 * 1.3 = 39.000.000$	$0.4 * 25.000.000 * 1.3 = 13.000.000$

Den absolutte difference i KMF-beløb mellem de to kommuner stiger fra 25.000.000 til 26.000.000 (den absolutte difference kunne godt have blevet formindsket, hvis andre tilfældige tal var blevet valgt).

Den relative difference i KMF-beløb mellem de to kommuner stiger fra 2 til 3. Dvs. at hvor kommunen med højt KMF-beløb før 2012 skulle betale et dobbelt så stort beløb som kommunen med lavt KMF-beløb, skal det i 2012 betale et tredobbelt så stort beløb. Dette burde umiddelbart at give et relativt større incitament til denne kommune om at mindske sit KMF-beløb efter ændringen.



VIGTIGT: DID-analysen siger ikke nødvendigvis noget om, hvorvidt indlæggelser mm. samlet set faldt efter 2012. Den sammenligner kun kommuner med høje KMF-beløb før 2012 med kommuner med lave KMF-beløb før 2012. De to forskellige typer kommuner kan godt være kommet

tættere på hinanden i forhold til indlæggelser mm., mens at antal indlæggelser samlet set stiger i DK...

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Observations
udgakt~b overall	2805.694	914.5808	1289	4626	N = 1077
between		230.4759	2313	3374.636	n = 98
within		885.3165	1273.057	4176.694	T-bar = 10.9898

10. Konklusioner

I afsnit 2 blev der formuleret to hovedhypoteser baseret på den forudgående litteraturgennemgang:

1. Der er ingen effekt på indlæggelser af den kommunale medfinansiering frem til 2017
2. Hovedeffekten af de kommunale forsøg på at påvirke (gen)indlæggelser/uhensigtsmæssige indlæggelser har været nul (beskeden) og må være hovedforklaringen på den første hypotese

De statistiske analyser har stort set bekræftet den første hypotese. Det gennemgående træk er, at de kommunale policy variable har været insignifikante og altid numerisk små. Et andet gennemgående træk er den store betydning, som den sociale struktur har – operationaliseret ved det socio-økonomiske indeks og andelen af lavindkomstfamilier. Den numeriske størrelse af de relevante koefficienter har normalt være stor. Et tredje gennemgående træk har været betydningen af kommunestørrelse målt ved antal indbyggere. Koefficienten har haft negativt fortegn, dvs. med stigende kommunestørrelse falder antal indlæggelser. Den numeriske størrelse af koefficienten er dog meget lille.

Litteraturgennemgangen viste tydeligt, at det var svært at finde dokumentation for kommunale projekter, der med succes har nedbragt antal indlæggelser, hvilket understøtter den statistiske analyse. Der kan være huller i gennemgangen, fordi mange af evalueringerne ikke er publiceret på almindelig vis, men ofte findes i rapportform med begrænset cirkulation.

Det er meget vigtigt at understrege, at der ikke er tale om en kritik af den kommunale sundhedsindsats som sådan. Hjemmesygeplejerskerne og social-og sundhedsassistenterne/hjælperne og fysio-og ergoterapeuterne er uundværlige for mange mennesker i dagligdagen. MEN der er tale om dokumentation af, at den store fokus at forebygge indlæggelser ikke har flyttet ret meget, men den kommunale sundhedsindsats drejer sig også andet meget værdifuldt. Der er også tale om, at det endnu en gang er vist, at KMF indtil nu ikke har levet op til forventningerne.

Der er også noget der peger i retning af, den voldsomme fokusering på forebyggelse af indlæggelser og dertil hørende udbygning af akutpladser, akutteam m.m. kan føre til, at der samfundsøkonomisk bliver tale om en samlet stigning i sundhedsudgifterne, fordi den kommunale indsats måske ikke kan finansieres af besparelser på KMF samtidig med at 'faldevæk-omkostningerne' på sygehusene ved et reduceret antal indlæggelser er mindre end KMF-taksten, jfr. de simple regnestykker i afsnit 1.5.1.

Bilag 1: Takster 2007 – 2012 og 2018

Takster m.m. 2007

Ydelse/yder	Betaling fra bopælskommunen	Maks. for bopælskom.
Sygehusindlæggelser <ul style="list-style-type: none">• somatik• psykiatri	30% af DRG-taksten 60% af sengedagstaksten	Kr. 4.476 Kr. 7.159
Færdigbehandlede patienter på sygehuse	Kr. 1.650 per plejedøgn	'ingen' samlet øvre grænse
Ambulant behandling på sygehuse <ul style="list-style-type: none">• somatik• psykiatri	30% af DAGS-taksten 30% af besøgstaksten	Kr. 298 pr. besøg Ikke pt. angivet
Genoptræning på sygehus	70% af genoptræningstakst	
Alm praktiserende læge	10% af honorarer for grundydelse.	Ingen.
Specialpraktiserende læge	30% af honorarer	
Tandlæge/kiropraktor/ fysiot./fodt./psykolog	10% af honorarer	Ingen.

Grundbidrag (fast beløb per borger) 2007-2011:

- 2007: kr. 1.102
- 2008: kr. 1.133
- 2009: kr. 1.175
- 2010: kr. 1.204
- 2011: kr. 1.214

Kilde: Økonomiaftalen respektive år.

Takster m.m. 2012

Med ændringen i 2012 bortfaldt det faste grundbidrag per borger. Den variable betaling for somatiske sygehuspatienter blev øget betydeligt.

Somatik	
indlæggelse	34 pct. DRG, dog max. kr. 13.750 per indlæggelse
ambulant	34 pct. DAGS, dog max kr. 1.357/ besøg og max. gråzone kr. 13.750
genoptræning	70 pct. af genoptræningstaksten
Psykiatri	
indlæggelse	60 pct. af sengedagstaksten, max kr. 7.954/indlæggelse
ambulant	30 pct. af besøgstakst
Praksissektoren	
speciallæger	34 pct. af honorarer, max kr. 1.357 kr/ydelse
alm. praksis	10 pct. af honorarer for grundydelse
tandlæge/fysio- eller fodterapeut	10 pct. af honorarer

2018 takster m.m.

	Satser 2017	Satser 2018 – aldersdifferentieret
Somatik-Stationær og speciallæge	34 pct. DRG, dog max. 15.078 kr. per indlæggelse,	45 pct. DRG/honorar, dog max ca. 25.000 besøg for 0-2 år 20 pct. DRG/honorar, dog max ca. kr. 15.000 besøg for 3-64 år 45 pct. DRG/honorar, dog max ca. kr. 25.000 besøg for 65-79 år 56 pct. DRG/honorar, dog max ca. kr. 30.000 besøg for +80 år
Somatik-ambulant	34 pct. DAGS, dog max. 1.487 kr. per besøg, max. Gråzone*** 15.078 kr.	45 pct. DRG/honorar, dog max ca. kr. 2.500 besøg for 0-2 år 20 pct. DRG/honorar, dog max ca. kr. 1.500 besøg for 3-64 år 45 pct. DRG/honoar, dog max ca. kr. 2.500 besøg for 65-79 år 56 pct. DRG/honorar, dog max ca. kr. 3.000 besøg for +80 år
Praksissektoren – almen læger		10 pct. af honorarer på grundydelse 14 pct. af honorarer for 0-2 år 7 pct. af honorarer for 3-64 år 14 pct. af honorarer for 65-79 år 18 pct. af honorarer for +80 år
Psykiatri	Satser 2017 (uændret)	
Psykiatri stationcer	60 pct. af sengedagstaksten dog max kr. 8.722 per indlæggelse	
Psykiatri ambulant	30 pct. af besøgstaksten, dog max. 546 kr. j:er besøg	

Bilag 2: Resultater fra Esbjerg-forsøget

Nedenstående tabel sammenfatter resultaterne vedr. forskellige former for indlæggelser (p. 29 i VIVE-rapporten).

Indlæggelser 12 måneder efter indeks					
	Borgere modtaget assistance fra sygeplejefaglige akutteam		Kontrolgruppe		Statistisk forskel gennemsnitlig antal indlæggelser pr. borger
Antal borgere overlevet 12 mdr.	98		185		
	Andel af borgere med mindst en indlæggelse	Gennemsnitlig antal indlæggelser pr. borger	Andel af borgere med mindst en indlæggelse	Gennemsnitlig antal indlæggelser pr. borger	Signifikans p<0,05 (ja/nej)
Alle typer af indlæggelser					
Alle indlæggelser	52%	1,04	49%	0,98	Nej
Akutindlæggelser	26%	0,33	21%	0,29	Nej
Genindlæggelser	27%	0,39	17%	0,31	Nej
Sengedage alle indlæggelser	-	5,48	-	4,76	Nej
Forebyggelige indlæggelser					
Forebyggelige indlæggelser	21%	0,32	21%	0,29	Nej
Forebyggelige akutindlæggelser*	6%	0,06	8%	0,09	Nej
Forebyggelige kortidsindlæggelser	6%	0,06	11%	0,14	Nej
Forebyggelige genindlæggelser	12%	0,13	5%	0,06	Nej
Sengedage forebyggelige indlæggelser	-	2,45	-	1,34	Nej

Omkostningerne er opgjort for henholdsvis sundhedssektoren og kommunen. Der er to forbehold. De kommunale udgifter har ikke korrigeret for dødsfald i perioden, om end der tilsyneladende ikke er grund til at antage, at der har været forskel mellem interventions- og kontrolgruppe, jfr. også analysen i bilag 4. Forskellene er stort set ikke signifikante, og hvor det er tilfældet betyder det ikke noget for det samlede omkostningsbillede, men det noteres, at der var stor forskel i spredningen i de gennemsnitlige omkostninger til hospitalsindlæggelser og ambulante kontakter. Sammenholdt med en lille undersøgelsespopulation, betyder en stor spredning, at grundlaget ikke er robust nok til, at forskellene er statistiske signifikante. Det kræver derfor et betydeligt større antal observationer at vurdere om akutfunktionen påvirker omkostningerne i hospitalsregi.

Tabel ??: Gennemsnitlige sundhedsomkostninger pr. borger i 3 måneders perioden efter indeks opdelt på omkostninger til hospital indlæggelser, ambulante kontakter og praksissektor

Omkostninger 3 måneders periode efter indeks			
	Borgere modtaget assistance fra sygeplejefaglige akutteam	Kontrolgruppe	Statistisk forskel
Antal borgere overlevet 12 mdr.	98	185	
	Gennemsnitlige omkostninger pr. borger	Gennemsnitlige omkostninger pr. borger	Signifikans p<0,05
Sundhedsomkostninger	Kr.	Kr.	(ja/nej)
Somatisk hospitalindlæggelser	12.759	14.805	Nej
Ambulante kontakter	5.024	6.221	Nej
Praksissektor i alt (sum)	239	211	Nej
- Almen praktiserende læge	177	158	Nej
- Øvrige speciallæger i praksissektor	44	25	Ja
- Øvrig praksissektor	18	27	Ja
Samlede sundhedsomkostninger	18.022	21.237	Nej

Tabel ???: Gennemsnitlige kommunale omkostninger på borger 12 måneder efter indeks opdelt på ydelsestyper - inkl. borgere døde i opfølgingsperioden

Omkostninger 12 måneder efter indeks					
	Borgere modtaget assistance fra sygeplejefaglige akutteam		Kontrolgruppe		Statistisk forskel dif in dif case-kontrol*før-efter*
Antal borgere	128		251		
	Andel af borgere modtaget ydelsen	Gennemsnitlige omkostninger pr. borger	Andel af borgere modtaget ydelsen	Gennemsnitlige omkostninger pr. borger	Signifikans p<0,05 (ja/nej)
Hjemmepleje ydelse	%	Kr.	%	Kr.	
Praktisk bistand	67%	4.884	26%	2.209	Nej
Personlig pleje	84%	57.273	40%	39.390	Ja
Sygepleje	100%	30.393	41%	16.381	Nej
Akutteam ydelse (del af sygepleje)	98%	1.385	6%	173	-
Hjemmepleje i alt	100%	92.551	44%	57.980	Nej

Litteratur

1. Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Afrapportering - Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. København: Sundhedsministeriet; 2017.
2. Pedersen K. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet: en idé på sandgrund? Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
3. Sygehuskommissionen. Udfordringer i sygehusvæsenet: betænkning fra Sygehuskommissionen. Kbh: Statens Information; 1997.
4. Sundhedsministeriet F, økonomi- og indenrigsministeriet, KL, DR. Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet København: Sundhedsministeriet; 2015.
5. Finansministeriet., Regioner. D. Aftale om regionernes økonomi for 2019. København: Finansministeriet; 2018.
6. Regioner; D. Kommunal medfinansiering 2011. København: Danske Regioner; 2011.
7. Indenrigs- og Sundhedsministeriet F. Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. København: Finansministeriet; 2011.
8. Regeringen. Sundhedspakke 2009 (med National handleplan for forebyggelse). København: Sundhedsministeriet; 2009.
9. Indenrigs- og sundhedsministeriet, Finansministeriet. Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. København 2010 2010.
10. Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet. Ændring af den kommunale medfinansiering. København 2016.
11. Sundhedsministeriet. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. København 2013.
12. Udvalget vedr. evaluering af kommunalreformen. Evaluering af kommunalreformen - Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen 2013.
13. Sundhedsministeriet., Finansministeriet., Økonomi- og E, Regioner. D, KL. Bedre incitament i sundhedsvæsenet København: Sundhedsministeriet 2013.
14. Pedersen K. Kommunal medfinansiering og økonomiske incitament. AKF-NYT 2005:16-24.
15. Pedersen K. Kommunal medfinansiering og økonomiske incitament. FOKUS-Nyt 2005:4-12.
16. Pedersen K. Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen: Columbusæg eller misforster? Samfundsøkonomen 2006.
17. Pedersen K. Økonomisk styring: Kvantitet og kvalitet. Samfundsøkonomen 2015:5.
18. KL., Regioner; D, KL., Finansministeriet., Økonomi- og E, Sundhedsministeriet. Beskrivelse og vurdering af incitamentsvirkninger i regionerne. København 2015.
19. sundhedsministeriet I-o. Aftale om strukturreform. København 2004.
20. Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning nr. 1437, bind I-III. Bind I: hovedbetænkningen, bind II: bilag med baggrundskapitler, bind III: bilag med sektorkapitler. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet; 2004.
21. Ballerup kommune m. flere. Tværsektorielt samarbejde om akutområdet - et samarbejde mellem Ballerup, Furesø og Herlev Kommune samt Herlev og Gentofte Hospital og de praktiserende læger. Ballerup: Ballerup Kommune; 2016.
22. Buch. S, Jakobsen M, Kolodziejczyk K, Ladekjær E. Martin Sandberg Buch, Marie Jakobsen, Christophe Kolodziejczyk og Else Ladekjær. København KORA; 2016.
23. Finansieringsudvalget. Analyse af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. København: Økonomi- og indenrigsministeriet; 2013.
24. Sundhedsministerie SF. Ændring af den kommunale medfinansiering. København 2016.
25. Produktivitetskommissionen. Det handler om velstand og velfærd. Slutrapport. København 2014.
26. samarbejdet -b. Notat til KL fra 6-byerne vedr. evaluering af kommunal medfinansiering 2014.
27. Pedersen K. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. En ide på sandgrund? Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
28. Bech ML, J. T. Variationsmønstre i hospitalsindlæggelser – har kommunerne kontrol over hospitalsindlæggelserne? In: Lauritsen JTPKM, ed. Sundhedsøkonomi: Fra teori til praksis. København: DJØFs Forlag; 2008.
29. Bech M, Lauridsen J. Exploring the spatial pattern in hospital admissions. Health Policy 2008;87:50-62.
30. Bech M, Hansen M, Lauridsen J, Kronborg C. Can the municipalities prevent medication of mental diseases? The journal of mental health policy and economics 2012;15:53-60.
31. Vrangbaek K, Sorensen LM. Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark? Scandinavian journal of public health 2013;41:616-22.
32. Sundhedsministeriet KL, Regioner D, Indenrigsministeriet Ø-o, Finansministeriet. Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet 2015.
33. Sundhedsministeriet F, Økonomi- og Indenrigsministeriet, KL, Regioner. D. Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner. København 2015.
34. Sundhedsministeriet. Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats. København 2015.
35. Sundhedsministeriet., Regioner. D, KL., Finansministeriet., indenrigsministeriet. Ø-o. Beskrivelse og vurdering af incitamentsvirkninger i regionerne København 2015.

36. Sundhedsministeriet mf. Bedre incitament i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsministeriet 2013.
37. Hagen TP. Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Oslo 2016.
38. Kaarbøe O, Holmås TH, Monstad K, Askildsen JE. Evaluering av kommunal medfinansiering. Tidsskrift for omsorgsforskning 2016:135-41.
39. Pedersen K. Dansk Sundhedspolitik. København: Munksgaard; 2018.
40. L. H. Akut plejeteam i Helsingør sparer indlæggelser. Sygeplejersken 2003.
41. ET. J, A. F. Forebyggelse af indlæggelser på de medicinske afdeling. Evaluering af tre omstillingsforsøg. København DSI; 2000.
42. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler København 2006.
43. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
44. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser - en oversigt over viden om kommunale indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
45. Landsforening K. Hvor god er kommunens hjemmepleje til at forebygge indlæggelser. København 2016.
46. Sundhedsministeriet. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patiente. København: Sundhedsministeriet 2018.
47. Finansministeriet DR og KL. Aftale om regionernes økonomi 2014. København 2013.
48. Sundhedsministeriet, Finansministeriet, KL, Danske Regioner. Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater. København 2014.
49. Sundhedsministeriet D, KL, Finansministeriet, Økonomi- og indenrigsministeriet. Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. København 2013.
50. Sundhedsministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, m.fl. Indlbik i sundhedsvæsenets resultater 2016. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2017.
51. Vinge S et al. Forebyggelse af indlæggelser - Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. København 2011.
52. Jepsen HK, Hendriksen C, Nielsen H, Nybo B, Perrild H. Every seventh acute medical admission is preventable. Danish medical journal 2013;60:A4595.
53. Rasmussen JH Gjørup T. Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital=. Ugeskrift for Læger 2003;165:5.
54. Vinge S, Buch MS. Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne. København 2007.
55. Danske Regioner DSfIM. Inspiration til en fornyet indsats for medicinske patienter - akut indlagte patienter med uhensigtsmæssige behandlingsforløb. København 2008.
56. Weatherall CL, HH; Hansen, AT; Termansen, T. Evaluering af 'fast' tilknyttede læger på plejecentre. Et pilotprojekt. . København: SFI; 2014.
57. Raahede A Waldorff FB. Akutte hospitalsindlæggelser fra plejehjem. Ugeskrift for Læger 2015;177:3.
58. Rytter LH, T; Mink, A; Sørensen, PT. Lægebetjening af plejecentre ved praktiserende læger. Ugeskrift for Læger 2015;177:3.
59. Henriksen C. Lægefaglig indsats i plejeboliger. Ugeskrift for Læger 2015;177:3.
60. Ishøj T et al. Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger - Appropriateness evaluation protocol. Ugeskrift for Læger 2005;167:3.
61. Hermansen Sea. Analyse af medicinske korttidsindlæggelser af ældre patienter med fokus på alternative løsninger. Ugeskrift for læger 2015;177:3.
62. Jakobsen HN, Rytter L, al e. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering. København Sundhedsstyrelsen 2007.
63. Oxholm AK, J;. Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg - Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland. 2. udgave. København: DSI; 2012.
64. Oxholm AK, J;. Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Dansk Sundhedsinstitut 2012. København DSI; 2012.
65. Jakobsen RG. Kommuner overtager behandling fra sygehuse. Momentum 2016.
66. Schou L, Meijer M, Hendriksen C. Store kommunale forskelle på akutfunktioner. Sygeplejersken 2016:5.
67. EB H, D G, AW W. Akutteamet i Sønderborg Kommune Evaluering af funktionsmåde og effekter. København Kora; 2015.
68. Wiuff M, m f. Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune. Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus. København: DSI; 2010.
69. KL. God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. København: KL; 2014.
70. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger (høringsudgave december 2016). København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
71. Kommune K, Hospital BoF. Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) – et samarbejdsprojekt mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital København Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital 2015.
72. Kommune K, Hospital BoF. Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE) – et samarbejdsprojekt mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune & Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Evalueringsrapport 2012 – 2014. København 2015.

73. m.fl. WMRS. Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus. København: DSI; 2010.
74. Hansen EB GD, Westergaard AW. Akutteamet i Sønderborg Kommune. Evaluering af funktionsmåde og effekter. København: KORA; 2015.
75. Rasmussen E, Boye A. Kommunerne og fremtidens sundhedsopgaver. bl.a. som netudgave: www.kommunerne.dk/284895; København; 2003.
76. Kjellberg J IR. Forebyggelse af indlæggelser - med fokus på borgere i Roskilde Kommunes hjemmepleje. Roskilde Kommunes indsats for at forbygge indlæggelser viser positive tendenser, men ingen tydelige effekter. . København: KORA; 2017.
77. Buch MS I, R, Kjellberg J; Evaluering af tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus. Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi. København: VIVE; 2019.
78. Swanson J, Alexandersen N, Hagen TP. Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelses for eldre pasienter ved somatiske sykehus? Tidsskrift for omsorgsforskning 2016;125-34.
79. Skinner M. Kalde senger, varme mål Erfaringer fra de første fire årene med kommunalt akutt døgntilbud (konferancepapir, eHelse-konferansen 26-27/4-2016). Gjøvik: Senter for Omsorgsforskning, øst og NTU; 2016.
80. Helsedirektoratet. Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017 Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
81. Swanson JO, Hagen TP. Reinventing the community hospital: a retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. BMJ Open 2016;6:e012892.
82. Mange øyeblikkelig hjelp-senger står ubrukte. 2016. (Accessed 4. december, 2018, at http://www.omsorgsforskning.no/nyheter/ubrukte_senger.)
83. E. IMK. Is incentivizing by subsidizing a better way of managing chronich helalth conditions? Bergen: Bergen Universitet.
84. Islam MK, Kjerstad E. Co-ordination of health care: the case of hospital emergency admissions. The European Journal of Health Economics 2018;1-17.
85. Monitorering af Sundhedsaftalerne. Sundhedsdatastyrelsen, 2018. (Accessed 8. august 2018, at <http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/Sider/SUA01.aspx.>)
86. England N-. Emergency admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions – characteristics and trends at national level2014.
87. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public health 2009;123:169-73.
88. JM. L, al. E. Admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions - a useful measure of potentially preventable admission? Health Services Research (2015) 15:472 2015;15.
89. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. BMC Health Serv Res 2015;15:324.
90. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. Family practice 2014;31:502-16.
91. Freund TMD, Campbell SMMAEP, Geissler S, et al. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care–Sensitive Conditions. Annals of Family Medicine 2013;11:363-70.
92. Thygesen LC, Christiansen T, Garcia-Armesto S, et al. Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. European journal of public health 2015;25 Suppl 1:35-43.
93. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD; 2017.
94. Sundhedsministereiet. Forebyggelsesindsatsen i almen praksis med fokus på akutte genindlæggelser og forebygge-lige indlæggelser blandt ældre. København: Sundheds-og Ældreministeriet; 2016.
95. PLO. Høringssvar vedr. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. København: PLO; 2017.
96. Lægeforening Dad. Høringssvar: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. København: Lægeforeningen; 2017.
97. Sundhedssekretariat F. Kommunernes akutfunktioner Status og anbefalinger (Region Sjælland). Greve: Greve Kommune; 2017.
98. Angrist J, Pischke J-S. Mostly harmless econometricrics. An Empiricist's Companion. Princeton: Princeton University Press; 2009.
99. Greene W. Econometric Analysis (fourth edition): Prentice Hall; 2000.

Ældre skal betale for indlæggelse på akutstuer: "Helt urimeligt" og "forkert"

Kommunale akutstuer koster de ældre op mod 150 kroner i døgnet. Forkert, siger kritikere.

Af Henny Mortensen og Ann Smed Madsen

kl. 06.13 , dr.dk

Ældre, der bliver indlagt på kommunale akutstuer på plejecentre i stedet for det regionale sygehus, bliver ofte mødt med et krav om at betale for mad, medicin, tøjvask og rengøringsmidler.

Det kan løbe op i 150 kroner om dagen.

- Hermed er der reelt indført brugerbetaling ad bagvejen i det danske sundhedsvæsen.

Det siger konsulent i Ældresagen Mirjana Saaby.

- Når indlæggelse på en akutstue går i stedet for indlæggelse på hospital, så bør der ikke opkræves penge for opholdet. Det bør heller ikke være op til kommunerne, om de vil stille akutstuen gratis til rådighed på lige fod med sygehuset.

Læs også: Sygeplejersker scanner blæren og tager blodprøver i hjemmet: Særlig kuffert kan redde ældre fra sygdoms-domino

Akutstuer med genoptræning

Ringsted Kommune har oprettet 14 akutstuer på Knud Lavard Centret, hvor leder Lise Sjørsløv Andersen viser rundt.

- Mange af vores ældre bliver ikke rigtigt set på sygehusenes medicinske afdelinger. Ofte får de ikke trænet og mister færdigheder, mens de er indlagt på et sygehus, siger hun og fortæller videre:

- Her på akutstuerne har vi rigtig meget fokus på at træne dem og hjælpe dem til at komme hjem og fungere igen. Ofte bliver de indlagt her på grund af dehydrering eller en infektion, som vi behandler sideløbende med, at vi sørger for, de bliver i stand til at klare sig selv, når de bliver udskrevet, siger Lise Sjørsløv Andersen.

Fakta om priser på akutpladser fra udvalgte kommuner

- Skive Kommune sørger for gratis forplejning under opholdet på akutstuen. Som udgangspunkt skal patienten selv sørge for transport til en akutplads, men hvis det ikke muligt, sørger kommunen for transporen.
- Herning har egenbetaling, men oplyser ikke, hvor meget. Betalingen går til mad, vask, mm. og patienten skal sørge for kørsel.
- Horsens Kommune har egenbetaling på 123,75 kroner pr. døgn. Dertil kommer, at patienten selv skal betale for transport, for at komme til akutpladsen.

- Greve Kommune tilbyder gratis ophold og betaler for kørsel til akutpladsen.
- Hørsholm Kommune har egenbetaling på 139 kroner pr. døgn for mad og tilbyder ikke kørsel.

Kilde: Sundhed.dk og Skive.dk

Dyrt at bo på akutstue

DR Sjælland har gennemført en rundspørge til 12 kommuner i Region Sjælland. Langt de fleste svarer, at de har indrettet akutstuer, der benyttes i stedet for sygehusophold efter en lægelig vurdering.

De opkræver mellem 130 og 150 kroner i døgnet.

Kun én af de adspurgte kommuner, nemlig Ringsted, tager ikke penge for ophold på en akutstue.

I resten af de kommuner, der har svaret, afkræves patienterne op mod 150 kroner i døgnet for mad, rengøring og tøjvask.

- Det har aldrig været overvejet at opkræve betaling for at ligge på vores akutstuer. Det går jo i stedet for gratis sygehusbehandling, og kommunen sparer faktisk penge, fordi vi skal betale 4-6.000 kroner i døgnet for at have ældre indlagt på en medicinsk afdeling på et sygehus. Det koster kun 1.500-2.000 på vores akutstuer, siger formand for ældredvalget i Ringsted Benny Christensen (S).

- Men uanset om det er en gevinst for kommunen eller ej, så er det helt forkert at opkræve brugerbetaling. De ældre har jo udgifter derhjemme, selvom de er på sygehus eller akutstue, og har man kun folkepensionen, er det meget at betale 150 kroner ekstra om dagen, indtil man kan komme hjem igen, tilføjer han.

Formanden for ældredvalget i Ringsted Kommune, Benny Christensen, synes, det er for meget for ældre oveni folkepensionen at betale for at ligge på de kommunale akutstuer, når de bliver udskrevet fra sygehuset. (Foto: henny Mortensen © (c) DR)

Indlæggelse bør være gratis

Medlem af Regionsældrerådet Sjælland Steen-Kristian Eriksen (SF) er forarget:

“Folkepensionister har ikke meget at rutte med i forvejen, og det er helt urimeligt, at en befolkningsgruppe skal betale for det, andre får gratis på et sygehus.

Steen-Kristian Eriksen (SF), Regionsældrerådet Sjælland

- Der er overhovedet ingen, der har spurgt de ældre, om det er en god idé at indføre brugerbetaling på sygdom. Selvfølgelig er det ikke det, siger han og uddyber:

- Det nære sundhedsvæsen kan være en god idé, men når en akutstue går i stedet for en sygehusindlæggelse, så bør det være gratis. Folkepensionister har ikke meget at rutte med i

forvejen, og det er helt urimeligt, at en befolkningsgruppe skal betale for det, andre får gratis på et sygehus.

Formanden for Folketingets sundhedsudvalg, Dansk Folkepartis Liselott Blixt, er overrasket over, at praksis er så forskellig:

- Kommunerne skal ikke have lov at bestemme, om vi skal have brugerbetaling i sundhedsvæsenet. Når vi forhandler til efteråret, vil jeg kræve, at det bliver ens over hele landet - sygehusvæsenet skal være gratis for alle, også de ældre, siger hun.