

Forbrugsvariationsprojektet – afsluttende afrapportering



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

Dato 27.11.2015

Kontaktperson:

Marie Hauge Pedersen

Tel. +45 7841 4327

Mob. +45 2033 0933

marie.pedersen@stab.rm.dk

Hvorfor kommer borgerne i Lemvig og Struer mere på sygehus end borgerne i Aarhus og Herning? Det er blandt de centrale spørgsmål, vi har undersøgt i Forbrugsvariationsprojektet. Projektet bidrager med ny viden om og forståelse af de geografiske forskelle i borgernes forbrug af sygehusydelse i Region Midtjylland.

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

Geografiske forskelle, i hvor meget borgerne bruger hospitalerne, kan skyldes, at der er forskel på hvor mange borgere, der har brug for behandling fra lokalområde til lokalområde. Forskelle i behov kan fx skyldes, at der er forskel i alderssammensætning. I en kommune med mange ældre vil der være flere, der har brug for sygehusbehandling end i en kommune med få ældre. Det samme gælder, hvis der er mange rygere i én kommune sammenlignet med en kommune med få rygere. Kort sagt er der en hel række forhold i befolkningen, der påvirker behovet for at trække på hospitalerne.

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

Det er der kommet interessant ny viden ud af, som i første omgang kan give både politikere, fagfolk og administrativt personale en bedre forståelse af, hvordan regionens sundhedsvæsen fungerer. Håbet er,

at resultaterne desuden giver anledning til eftertanke om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet bedst muligt, så vi kan give borgerne en endnu bedre kvalitet i behandlingen.

En af de ting, vi har lært af projektet, er, hvor hurtigt der sker ændringer i sundhedsvæsenet. På blot tre år har vi set store ændringer i borgernes forbrug af sygehuseydelser opgjort på kommuner og hospitalsområder. Færre var indlagt, da de døde, i 2014 end i 2010, hvilket betragtes som en positiv udvikling, da de fleste borgere foretrækker at dø hjemme. Praktiserende læger, hvis patienter havde et stort forbrug af sygehuseydelser i 2010, havde i mange tilfælde et væsentligt lavere forbrug i 2013. Dette er blot nogle eksempler på, at det er vigtigt hele tiden at have et opdateret billede af, hvordan sundhedsvæsenet fungerer, og ind imellem også at introducere nye måder at anskue tingene på. Geografisk variation er netop et eksempel på en ny vinkel at se regionens sundhedsvæsen på.

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

Delprojekt 1: Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland

Der er markant forskel på, hvor meget borgerne bruger hospitalerne i forskellige kommuner. Det kan skyldes, at folk ikke har brug for lige meget behandling i eksempelvis Odder og Struer. Men det kan også skyldes, at sundhedsvæsenet fungerer lidt forskelligt afhængigt af, hvor man bor. Kan det virkelig passe, at man som patient ikke får tilbudt den samme behandling alle steder i regionen? Det har vi prøvet at trænge til bunds i i Delprojekt 1. Fra undersøgelser i andre lande ved vi, at det faktisk mere er reglen end undtagelsen, at der er geografiske forskelle i sundhedsvæsenets behandlingstilbud. Så det ville være forbavsende, hvis det ikke også var tilfældet i Region Midtjylland.

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

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

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

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

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

Hvad har vi lært af Delprojekt 1? At der er forskelle i sygehusforbruget mellem kommunerne. At forskellene ikke kan forklares alene med, at befolkningen i nogle kommuner har mere brug for at komme på sygehuset end i andre kommuner. At forskellene er mindre, men stadig er der, når man i stedet ser på hospitalsområder – vel at mærke i 2010. Men at borgernes sygehusforbrug i 2013 i gennemsnit var stort set det samme i de seks hospitalsområder, efter at vi har taget højde for forskelle i helbred på tværs af regionen.

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

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

I perioden 2010-2014 døde knap 54.000 af Region Midtjyllands borgere over 16 år. Hver tredje af disse var indlagt på et hospital, da han/hun døde. Der er en tydelig tendens i retning af, at færre dør på et hospital. Andelen, der var indlagt, da de døde, er faldet fra 36% i 2010 til 32% i 2014. Andelen, der var indlagt i løbet af perioden op til, at de døde, faldt også en smule. Og når patienterne blev indlagt, varede indlæggelsen i færre dage. Modsat ses en stigning i de ambulante sygehuskontakter.

Det er nogle af de overordnede resultater fra Delprojekt 2. Ifølge undersøgelser fra Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice i USA kan denne udvikling være en fordel for regionens borgere. De amerikanske undersøgelser viser nemlig, at intensiv brug af sygehus i slutningen af livet ofte giver dårligere kvalitet for patienterne. Undersøgelserne viser samtidig, at intensiteten af behandlingen kan være meget forskellig – ikke mindst mellem de geografiske områder, man bor i, og de sygehuse, man behandles på.

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

Vores analyser viser, at andelen, der er indlagt på et hospital, når de dør, varierer meget alt efter køn og alder. Især kvinder, der dør inden pensionsalderen, afgår oftere ved døden på et

hospital end øvrige personer, og generelt har kvinder, der dør i alderen 16-73 år, mere sygehuskontakt i slutningen af livet end de andre grupper i undersøgelsen. Dem, der bruger sygehuset mindst i slutningen af livet, er de ældste borgere. Det gælder både for mænd og kvinder, der dør i en alder af 85 år eller ældre.

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

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

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

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

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

Delprojekt 3: Variation inden for udvalgte behandlingsområder

Læger fra udvalgte behandlingsområder diskuterer sundhedsfaglig kvalitet på tværs af regionens hospitalsenheder og kommer med anbefalinger til forbedringer af den sundhedsfaglige kvalitet på hospitalerne. Det er udbyttet af Delprojekt 3.

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

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

Delprojektet blev gennemført efter en forudbestemt struktur:

- Lægerne udvalgte de sundhedsfaglige emner, der skulle diskuteres.

- På et efterfølgende møde diskuterede lægerne disse emner ud fra opgørelser og tal.
- På baggrund af denne diskussion blev lægerne enige om en række fælles anbefalinger, til forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet.

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

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

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

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

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

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

På baggrund af seminaret er de engelske råd og erfaringer opsamlet i et erfaringsdokument. Erfaringerne omhandler både processen med udarbejdelse af NHS' atlas-serie og den efterfølgende brug af dem.

Vi har allerede draget nytte af disse erfaringer. Det er dem, der danner baggrunden og inspirationen til, hvordan vores Delprojekt 3 er planlagt og udført.

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

Hovedvejen til hospitalet går via den praktiserende læge. Sådan er det i det danske sundhedsvæsen, hvor adgangsbilletten til at blive undersøgt og behandlet på et hospital i de fleste tilfælde er en henvisning fra egen læge. Lægerne i almen praksis sender ca. hver 10. patient, der henvender sig, videre til fx fysioterapeut, speciallæge eller det lokale hospital. Heraf kommer lidt under hver 20. patient på hospitalet. Læger kan have forskellige

vurderinger af, hvornår en patient skal på hospitalet. Men det kan også være, at lægerne i et lokalområde påvirker hinanden, så deres vurderinger bliver mere ensartede, men til gengæld adskiller sig fra kollegernes i et andet lokalområde. På den måde kan der opstå geografiske forskelle i henvisningspraksis. Det kan være – i hvert fald en del af – forklaringen på, at borgerne i kommune A har et højere sygehusforbrug end borgerne i kommune B. Formålet med Delprojekt 5 er at undersøge, om det forholder sig sådan.

Først har vi beregnet, hvor meget patienterne i hver lægepraksis brugte hospitalerne i 2010 og 2013. For hver af de mere end 400 lægepraksisser i Region Midtjylland har vi opgjort, hvad sygehusbehandlingen har kostet i gennemsnit pr. patient. I 2010 var gennemsnitsforbruget 10.600 kr. for alle borgere i regionen. Der var en forskel på mere end 20.000 kr. i gennemsnitsforbrug pr. borger fra den lægepraksis, hvor patienterne havde det laveste sygehusforbrug, til den lægepraksis, hvor patienterne havde det største sygehusforbrug. De fleste lægepraksisser lå imidlertid meget tættere på regionsgennemsnittet. I 2013 var gennemsnitsforbruget steget til 11.800 kr. med et spænd fra 4.800 kr. til 23.800 kr.

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

Men i de første beregninger har vi ikke taget højde for, at nogle læger har en overvægt af yngre patienter, andre har en overvægt af ældre, at der er sociale forskelle i patientsammensætning osv. Der er ikke noget mærkeligt i, at en praktiserende læge med mange ældre patienter med kroniske sygdomme ofte sender patienter videre til hospitalerne for at blive udredt og behandlet. Derfor har vi stillet et hvad-nu-hvis-spørgsmål: Hvad nu hvis patientsammensætningen var ens i alle lægepraksisser? Vil der så stadig være forskelle i forbruget af sygehusydelser fra lægepraksis A til lægepraksis B? Og ville der stadigvæk være geografiske forskelle i forbruget? De svar, vi har fundet frem til, er følgende:

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

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