

Effekten af faste læger på plejehjem

Af Kasper Løwe Røder (kalr@kl.dk) og Bodil Helbech Kleist (boh@kl.dk).

Formålet med dette analysenotat er at undersøge, hvilken effekt faste læger tilknyttet plejehjem har på beboernes kontakter med sundhedsvæsenet. Den gradvise implementering af ordningen på tværs af landets kommuner udnyttes til at opdele plejehjemsbeboere i grupper for derigennem at skelne effekten af selve ordningen fra generelle tendenser i brugen af sundhedsvæsenet i perioden.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 45

Analysens hovedkonklusioner

- **Implementering af faste læger:** Mere end 4 ud af 5 kommuner havde i efteråret 2020 helt eller delvist implementeret ordningen med fast tilknyttede læger på plejehjem. Langt størstedelen af kommunerne begyndte implementeringen i perioden 2016 til 2018. Siden 2018 er der kun seks nye kommuner, der er begyndt at implementere ordningen.
- **Implementeringshastighed som analysegrundlag:** Der er meget stor variation i, hvor hurtigt kommunerne implementerer ordningen. For nogle lykkes det at tilknytte faste læger på alle plejehjem på under et år, mens det for mange tager mindst 3-4 år. Atter andre er stadig i 2020 undervejs eller endnu ikke begyndt. Variationen udnyttes i denne analyse, hvor plejehjemsbeboere i kommuner med forskellig grad af implementering sammenlignes.
- **Almen praksis-kontakter:** Faste læger på plejehjem påvirker ikke beboernes samlede antal af kontakter med almen praksis. Men der sker en forskydning i *typen* af kontakter. Ordningen fordobler næsten antallet af sygebesøg, hvor lægen kom hjem til borgeren på plejehjemmet (2-3 sygebesøg mere pr. beboer om året). Effekten på telefon- og e-mailkonsultationer er mere usikker, men ordningen ser ud til at reducere antallet af disse konsultationstyper med 10-20 pct. (1 telefonkonsultation og 2-3 email-konsultationer færre pr. beboer årligt).
- **Sygehus-kontakter:** Faste læger på plejehjem ser ud til at kunne reducere antallet af både akutte indlæggelser, forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser blandt plejehjemsbeboere med ca. en fjerdedel. Det svarer til ca. 5.000 færre akutte indlæggelser, 2.500 færre forebyggelige sygehusophold og ca. 1.000 færre genindlæggelser blandt plejehjemsbeboere årligt, hvis alle kommuner havde implementeret ordningen med lige så stor effekt, som de kommuner, der har implementeret ordningen 100%.

Dato: 11. november 2020

 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370

 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824

 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

 www.kl.dk
 Side 2 af 45

Indhold

1	Baggrund og indledning	3
1.1	Evalueringen af pilotprojektet	4
2	Metode og data.....	6
2.1	Datagrundlag	6
2.2	Analysedesign	6
2.2.1	"Faste læger"-ordningen som naturligt eksperiment	6
2.2.2	Difference-in-difference-metoden	7
2.2.3	Kontrolgruppe og interventionsgrupper	8
2.2.4	Analyseperioden	10
2.3	Analysepopulation	11
2.4	Effekt mål	13
3	Resultater	15
3.1	Kommunernes implementering af faste læger på plejehjem	15
3.2	Udvikling i ældres brug af sundhedskontakter generelt	18
3.3	Udvikling i brug af almen praktiserende læger blandt plejehjemsbeboere	20
3.3.1	Sygebesøg i hjemmet	22
3.3.2	Telefon og e-mail-konsultationer	25
3.4	Udvikling i omfanget af sygehuskontakter blandt plejehjemsbeboere	28
3.4.1	Akutte indlæggelser	28
3.4.2	Forebyggelige sygehusophold.....	30
3.4.3	Akutte genindlæggelser	32
3.5	Opsamling på resultaterne	34
	Bilag 1 – Spørgsmål og svarkategorier i KL's spørgeskema	36
	Bilag 2 – Data vedr. plejehjemsbeboere på tværs af kommuner	38
	Bilag 3 – Undersøgelse af trend-antagelsen	39
	Bilag 4 – Udvikling i frasorterede kommuner.....	40
	Bilag 5 – Definitioner	41
	Bilag 6 – Effektstørrelse ved forskellige scenarier og perioder	43
	Bilag 7 – Udvikling i brug af sundhedskontakter blandt ældre med omfattende personlig pleje i hjemmet.....	44
	Bilag 8 – Udvikling i telefon- og e-mail-konsultationer kvartalsvist.....	45

1 Baggrund og indledning

I 2011 tog staten initiativ til et pilotprojekt om fast tilknyttede almen praktiserende læger på plejehjem. Målet var at skabe bedre kvalitet i pleje og behandling af beboerne gennem tættere dialog og samarbejde mellem især læge og plejepersonalet. Idéen var at reducere antallet af praktiserende læger, som er tilknyttet beboerne på plejehjem, ved at tilknytte en bestemt læge til hvert plejehjem, som skulle overtage ansvaret for alle beboerne (om muligt)¹. I stedet for den sædvanlige situation, hvor beboerne på plejehjem var tilknyttet mange forskellige praktiserende læger (deres oprindelige egen læge), skulle beboerne på plejehjemmene altså nu kunne tilbydes at skifte fra deres egen læge til plejehjemmets fast tilknyttede læge. Ud over at varetage den almene medicinske behandling af beboerne skulle lægerne også deltage i rådgivning og faglig sparring af personalet på plejehjemmene. Lægen skulle således komme fast på plejehjemmet nogle timer hver uge (1½-3 timer afhængigt af plejehjemmets størrelse) for at rådgive og vejlede personalet om både generelle sundhedsfaglige problemstillinger og specifikke spørgsmål vedr. enkelte beboere (beboergennemgang), samt evt. for at tilse beboere.

Til pilotprojektet blev der indgået en rammeaftale mellem PLO og Sundhedsministeriet om vilkår for ansættelse som fast tilknyttet læge på et plejehjem. Kommunerne skulle selv rekruttere læger til stillingerne. Pilotprojektet forløb fra 2012-2014 og viste overbevisende positive resultater på de 7 plejehjem, som deltog. I 2016 blev der indgået en aftale mellem regeringen, KL, Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om udrulning af ordningen med fast tilknyttede almen praktiserende læger på plejehjem i hele landet. Udrulningen blev understøttet ved, at der i perioden 2016-2019 blev afsat 100 millioner kroner til en indfasning af ordningen. Siden har forligspartierne bag Satspuljens afløser. Reserven, besluttet at afsætte 15 millioner i 2020 og 5 millioner kroner i 2021 til ordningen.

I dag er ordningen blevet implementeret på størstedelen af landets plejehjem. Der er dog fortsat kommuner, som endnu ikke er i gang med at implementere ordningen, bl.a. pga. udfordringer med at rekruttere almen praktiserende læger til opgaven. Derudover er der enkelte kommuner, som har valgt andre ordninger. Formålet med denne analyse er at undersøge effekten af ordningen med fast tilknyttede læger på plejehjem i en større skala end pilotprojektet. Det er desværre ikke muligt at undersøge effekten af ordningen på beboernes helbred. I stedet anvendes som effektmål beboernes brug af forskellige sundhedsydelser, som er tilgængelige via registerdata. Forventningen er, at antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser som genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser reduceres, mens brugen af egen læge i en periode forventes at stige (pga. gennemgang af alle beboere). Forskellen i

¹ Der var meget stor variation i antallet af læger tilknyttet hvert plejehjem. På store plejehjem i større byer kunne der være over 100 forskellige læger tilknyttet, mens der på plejehjem især i mere tyndtbefolkede områder kunne være én læge, der i forvejen var læge for langt størstedelen af beboerne.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 45

den hastighed, hvormed ordningen implementeres på tværs af kommuner udnyttes i denne analyse som en form for "naturligt eksperiment", hvor grupper af beboere i kommuner med forskellig grad af implementering af ordningen sammenlignes over tid.

I det følgende afsnit (afsnit 1.1) beskrives ordningen med faste læger nærmere, samt effekterne af ordningen, som evalueringen af pilotprojektet fra 2014 fandt. I afsnit 2 beskrives metoden, datagrundlaget og analysedesignet, mens selve resultaterne findes i afsnit 3. Resultatafsnittet er underinddelt i flere dele:

- 3.1: Beskrivelse af kommunernes implementering af ordningen med faste læger på plejehjem fra 2016-2020.
- 3.2: Beskrivelse af udviklingen i omfanget af forskellige sundhedskontakter i ældrebefolkningen generelt i analyseperioden 2016-2019
- 3.3: Analyse af udviklingen i omfanget af forskellige typer af kontakter med almen praktiserende læger blandt -plejehjemsbeboere før, under og efter implementeringen.
- 3.4: Analyse af udviklingen i omfanget af indlæggelser blandt plejehjemsbeboere før og under implementeringen.
- 3.5: Opsamling på resultaterne i afsnit 3.1-3.4

1.1 Evalueringen af pilotprojektet

I pilotprojektet, der løb fra september 2012 til februar 2014, deltog 7 plejehjem i 5 kommuner: Viborg kommune (2), Horsens kommune, Københavns kommune (2), Furesø kommune og Lolland kommune.

Omkring fire ud af fem beboere havde ved projektets afslutning den fast tilknyttede læge. Evalueringen af pilotprojektet, som SFI forestod ([SFI, 2014](#)), undersøgte effekten af ordningen i et før/efter-design med dataindsamling fra 18 måneder før implementeringen til 18 måneder efter. Evalueringen viste, at faste læger på plejehjem reducerede andelen af beboere med genindlæggelser (27 pct. reduktion), forebyggelige indlæggelser² (28 pct. reduktion), og korttidsindlæggelser (14 pct. reduktion) blandt plejehjemsbeboere samt mindskede kontakten til vagtlægen. Dvs. reduktion i mange akutte sundhedsydelse. Derimod steg antallet af kontakter med almen praktiserende læger lige efter ordningen blev indført, men efterfølgende sås en faldende tendens. Der var også en tendens til, at plejepersonalet brugte mindre tid på telefonisk/elektronisk kontakt med lægerne. Effekten af faste læger på genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser indtrådte i løbet af 6 måneder, og effekten var fortsat til stede halvandet år efter implementeringen af ordningen på trods af udsving undervejs.

Andre positive effekter af ordningen var bedre medicin håndtering (reduktion af receptpligtigt medicinforbrug), forbedret samarbejde og øget tilfredshed, både blandt personale, læger, beboere og pårørende.

² Især antallet af indlæggelser pga. væskemangel, blærebetændelse og forstoppelse faldt efter interventionen. Indlæggelser pga. (faldrelaterede) knoglebrud eller pga. nedre luftvejs sygdomme (fx lungebetændelse og KOL) var sværere at forebygge.



Pilotprojektet oplevede også udfordringer, fx indledende problemer med at rekruttere læger samt en uventet stor arbejdsbyrde for lægerne ifm. beboergennemgang ved opstarten af projektet.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 45

2 Metode og data

2.1 Datagrundlag

Denne analyse er baseret på en kombination af registerdata på individniveau og surveydata (spørgeskemadata) på kommuneniveau. De anvendte registerdata på individniveau omfatter:

- Oplysninger om beboere på plejehjem, månedsvist, indberettet af kommunerne til Danmarks Statistik (tabellen AEPB)
- Oplysninger om kontakter med almen praktiserende læger fra Sygesikringsregisteret, herunder tidspunkt og typen af kontakt
- Oplysninger om hospitalsindlæggelser fra Landspatientregisteret, herunder forebyggelige indlæggelser og akutte genindlæggelser (for definitioner se bilag 5).

De anvendte survey-data omfatter oplysninger fra kommunerne indsendt til KL i årlige spørgeskemaundersøgelser i efteråret³ i perioden 2016 til 2020, som blandt andet indeholder spørgsmål om kommunernes implementering af ordningen med faste læger på plejehjem. En præcis formulering af spørgsmål og svarkategorier i de enkelte år kan ses i [bilag 1](#).

Kommunernes indberetter oplysninger om beboere på plejehjem til Danmarks Statistik, men desværre er indberetningerne ikke fyldestgørende i alle kommuner i alle år. Derfor er det nødvendigt at frasortere kommuner uden fyldestgørende plejehjemsdata i selve analysegrundlaget. Hvis en kommune mangler fyldestgørende data i bare ét af årene i analyseperioden, tages denne kommune ud af hele analysen. Dette gøres for at sikre, at analysegrundlaget forbliver sammenligneligt over tid (samme kommuner i hver gruppe i alle år). For datagrundlag på tværs af kommuner, se [bilag 2](#).

Der er en tendens til, at kommuner med fuldt indberettede plejehjemsdata, i højere grad er i gang med at implementere ordningen med faste læger, mens kommuner uden komplette plejehjemsdata i højere grad ikke har kunnet indgå en aftale eller valgt andre modeller. Da det er et krav, at alle kommuner skal have komplette data for at indgå i analysen, vurderes det dog ikke at få betydning for analysen.

2.2 Analysedesign

2.2.1 "Faste læger"-ordningen som naturligt eksperiment

Hvis man skal udtale sig sikkert om kausale effekter af interventioner, er randomiserede kontrollerede eksperimenter guldstandard. Her kan man via lodtrækning (tilfældig fordeling af personer i kontrol- og interventionsgruppe) sikre, at kun interventionen kan forklare den observerede forskel

³ Spørgeskemaet udsendes typisk i september med svarfrist i oktober/november.

mellem kontrol og interventionsgruppe. Dette design er dog ofte ikke muligt at lave i stor skala i praksis. Derfor må man ofte i samfundsvidenskaben ty til observationelle data (frem for eksperimentelle).

Observationelle data har den fordel, at den eksterne validitet typisk er større: mere realistisk kontekst, intervention, målgruppe m.m. Dertil kommer, at nogle observationelle data giver mulighed for studiedesigns, som ligner de eksperimentelle – det som kaldes naturlige eksperimenter eller kvasi-eksperimentelle studier. Her udnyttes "naturligt" forekommende forandringer, fx vejrfænomener, politiske tiltag, økonomiske kriser m.m.

Implementeringen af faste læger på plejehjemmene i kommunerne kan betragtes som en slags naturligt eksperiment, idet alle kommuner (i princippet) skal implementere ordningen, men hastigheden hvormed det sker, varierer en del på tværs af kommunerne. Forskelle i kommunernes grad af implementering i perioden 2016-2020 kan således anvendes som analyseparameter. Implementeringshastigheden i de enkelte kommuner kan dog ikke betragtes som helt tilfældig. Den vil kunne afhænge af kommunespecifikke forhold, fx tilgængeligheden af læger i området, samarbejdsklimaet mellem læger og kommuner i udgangspunktet, antallet af plejehjem i kommunen m.m. Disse forhold vil også kunne påvirke effektmålene (fx indlæggelser). I naturlige eksperimenter anvendes ofte metoden Difference-in-Difference, som tager højde for dette.

2.2.2 Difference-in-difference-metoden

Difference-in-difference-metoden (DiD) kan anvendes til at måle den gennemsnitlige kausale effekt af en intervention, når man har data til rådighed for en interventionsgruppe og en kontrolgruppe både før og efter interventionen. Den isolerede effekt af interventionen findes ved at trække den gennemsnitlige ændring i kontrolgruppen fra perioden før intervention til perioden efter interventionen fra ændringen i den tilsvarende periode for interventionsgruppen. På denne måde tager DiD-metoden højde for både forskellen mellem grupperne og trenden over tid.

DiD-metoden bygger på en antagelse om, at den gennemsnitlige udvikling for interventionsgruppen ville være den samme som for kontrolgruppen, hvis der ikke var nogen intervention (trend-antagelse, se mere herom i [bilag 3](#)). Dvs. i dette tilfælde at *udviklingen* i fx genindlæggelser og forebyggelige sygehusophold ville være den samme på tværs af grupperne, hvis ikke man indførte faste læger. Der er derimod ikke krav om, at kontrol- og interventionsgruppe skal være helt sammenlignelige fra starten – de kan afvige på uobserverbare karakteristika, hvilket ofte vil være tilfældet, når der ikke er tale om et randomiseret studie. Fx vil der i denne analyse fx kunne være en tendens til, at især kommuner som i forvejen er langt fremme på sundhedsområdet, har højt kvalificeret personale eller som har et godt samarbejde med lægerne i forvejen hurtigere implementerer ordningen end de øvrige

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 45

(positiv selektion). Men så længe de uobserverbare karakteristika er konstante over tid (hvilket ovennævnte vil være), påvirker det ikke analysen, da det kun er *forskellen* på ændringen *mellem grupperne*, som der tolkes på.

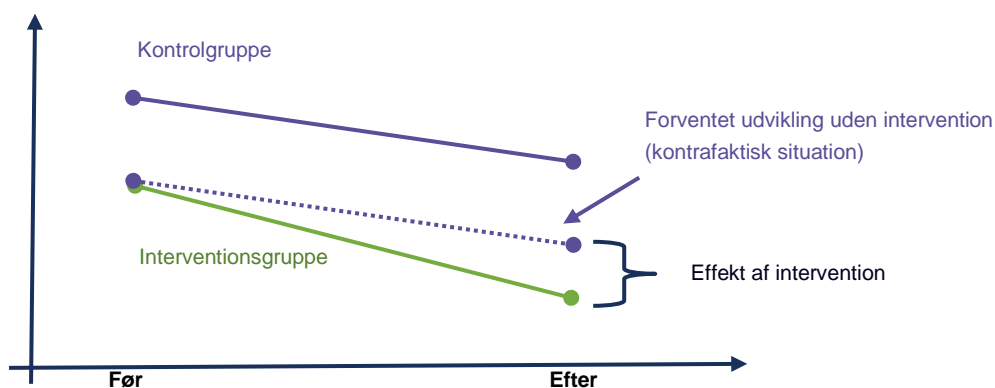
Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
m S

Figur 2.1 Illustration af Difference-in-Difference-metoden



2.2.3 Kontrolgruppe og interventionsgrupper

Kommunerne implementerer løbende ordningen med faste læger på plejehjem – i forskellig hastighed og over en længere periode. Implementeringsgraden i kommunerne ændrer sig således løbende (se evt. afsnit 3.1 for beskrivelse af kommunernes implementering). Derfor er det ikke muligt at fastsætte ét interventionstidspunkt. I stedet betragtes perioden 2016 -2018 som implementeringsperiode. I analysen udvælges kun kommuner, som endnu ikke var gået i gang med ordningen i efteråret 2016⁴, og disse inddeles i 4 grupper efter deres *grad* af implementering af ordningen i efteråret 2018:

1. Fuld implementering (100%) – 21 kommuner
2. Implementering på over 50% af plejehjemmene – 32 kommuner
3. Implementering på under 50 % af plejehjemmene – 18 kommuner
4. Ingen implementering – 16 kommuner

På denne måde kan der foretages en sammenligning af plejehjemsbeboere i kommuner med forskellig implementeringsgrad. Gruppe 1 -3 betragtes som interventionsgrupper, hvor der forventes en større effekt jo større grad af implementering. Gruppe 4 kan betragtes som en "ren kontrolgruppe" fra 2016-2018, da kommunerne i denne gruppe ikke var gået i gang med at implementere ordningen i perioden 2016-2018. Dette skyldtes enten, at de endnu ikke var begyndt implementering, evt. pt. i dialog med kommunalt lægeligt udvalg (KLU)⁵, eller fordi det ikke havde været muligt fx pga. rekrutteringsudfordringer. En enkelt kommune i kontrolgruppen eksperimenterede med andre modeller i 2017, men gik bort fra dette igen i 2018.

⁴ På denne baggrund frasorteres 8 kommuner, som allerede var undervejs i implementeringen eller som havde implementeret ordningen fuldt ud. Derudover frasorteres 3 kommuner, som i 2018 havde valgt at implementere andre modeller.

⁵ Der er et kommunalt lægeligt udvalg i hver kommune efter overenskomst med almen praksis. Arbejdet i udvalgene skal bidrage til, at lægerne og kommunerne får en styrket dialog og et

Ved at frasortere kommuner, som allerede var i gang med ordningen med faste læger i 2016 (8 stk.), sikres det, at kommunerne i de fire grupper principielt set er ens i udgangspunktet i 2016 hvad angår implementeringen: Ingen havde ordningen med faste læger i 2016, men i perioden 2016-2018 forventes de fire grupper i stigende grad at afvige fra hinanden på den primære analysevariabel: implementeringsgrad. Udviklingen i de frasorterede kommuner, som allerede var i gang med implementeringen i 2016, kan ses i [bilag 4](#). Kommuner, som i 2018 havde valgt andre modeller, indgår heller ikke i analysen (3 stk.).

Dette design hvor implementeringen sker løbende – også indenfor interventionsgrupperne – gør, at man ikke vil kunne forvente en lige så stor/pludselig effekt, som hvis alle plejehjem i interventionsgruppen implementerede ordningen samtidigt. Omvendt giver det mulighed for en anden form for ”robusthedstest”, da man må forvente en form for ”dosis-respons-sammenhæng” – jo højere grad af implementering af ordningen - des større effekt.

Blandt de i alt 87 kommuner i gruppe 1-4, var der kun 40 kommuner, som havde komplet og konsistent datagrundlag vedrørende plejehjemsbeboere i hele perioden 2016-2019 (dvs. indberetninger i alle måneder og uden store udsving fra måned til måned). Analysen foretages derfor på disse 40 kommuners data. De 40 kommuner fordeler sig som følger i de fire kommunegrupper: Gruppe 1: 9 kommuner, Gruppe 2: 15 kommuner, Gruppe 3: 9 kommuner og Gruppe 4: 7 kommuner. For oversigt over de inkluderede kommuner, se [bilag 2](#).

De 40 kommuner adskiller sig ikke væsentligt fra alle 98 kommuner. De er sammenlignelige, hvad angår både kommunestørrelse, aldersfordeling⁶ og brug af indlæggelser og almen praksis i den generelle ældrebefolkning. Denne sammenlignelighed øger generaliserbarheden af resultaterne i analysen.

Efter 2018 ændrede implementeringsgraden sig naturligvis fortsat i de 4 kommunegrupper. Generelt steg implementeringsgraden fra 2018 til 2020 i alle grupper, mens den interne rangering mellem kommunernes implementeringsgrad forblev den samme jf. tabel 2.2. Kontrolgruppen kan dog ikke betragtes som en ren kontrolgruppe efter 2018. I 2019 var to af kommunerne lige begyndt at implementere ordningen og en kommune havde introduceret andre modeller. Det betyder, at effektestimaterne er konservative: Effekten udledes af forskellen mellem interventionsgrupperne og kontrolgruppen, men da kontrolgruppen også kan have opnået en delvis effekt i 2019, vil for-

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 45

mere integreret samarbejde om den brede vifte af emner, der i dag er fælles for kommunernes og lægernes indsats på sundhedsområdet.

⁶ Andelen af 65+ årige i de 40 kommuner er 18,5 pct. mod 19,9 pct. i de øvrige 58 kommuner. Gennemsnitskommunestørrelsen i de 40 kommuner er 61.700 mod 57.100 i de øvrige 58 kommuner. Se afsnit 3.2 for sammenligning af de 40 kommuner og hele landet, hvad angår brug af sundhedskontakter i ældrebefolkningen.

skellen undervurdere det reelle potentiale af ordningen. Dette er også undersøgt i et alternativt analysedesign, hvor de tre kommuner i kontrolgruppen frasorteres. Resultaterne heraf er som forventet i overensstemmelse med eller endnu mere markante end resultaterne fra hovedanalysen.

For yderligere detaljer om ændringer år for år i kommunernes implementeringsgrad, se figur 3.2 i afsnit 3.1.

Tablet 2.2 Beskrivelse af implementeringsgrad fra 2018 til 2020 i kommunegrupperne

Gruppe	Implementeringsgrad i 2019	Implementeringsgrad i 2020
Gruppe 1 9 kommuner	7 kommuner (78 pct.) havde fortsat fuld implementering i 2019, mens én kommune (11 pct.) var gået tilbage til implementering på mellem 50 og 100 pct. af plejehjemmene. Én kommune (11 pct.) var gået tilbage til dialog med KLU.	6 kommuner (67 pct.) havde fortsat fuld implementering i 2020, mens to kommuner (22 pct.) havde implementeret på mere end 50 pct. af plejehjemmene. Én kommune (11 pct.) var gået i dialog med KLU.
Gruppe 2 15 kommuner	7 kommuner (47 pct.) havde opnået fuld implementering i 2019 og 7 kommuner (47 pct.) havde fortsat over 50 pct. implementering. Én kommune (7 pct.) havde implementeret ordningen på under 50 pct. af plejehjemmene.	10 kommuner (67 pct.) havde opnået fuld implementering i 2020 og fire kommuner (27 pct.) havde fortsat over 50 pct. implementering. Én kommune (7 pct.) var gået i dialog med KLU.
Gruppe 3 9 kommuner	Tre kommuner (33 pct.) havde implementeret på over 50 % af plejehjemmene. Seks kommuner (67 pct.) havde fortsat en implementeringsgrad på under 50 pct. i 2019.	Én kommune (11 pct.) havde implementeret ordningen fuldt ud i 2020 og fire kommuner (44 pct.) var nået op på en implementering over 50 %. Fire kommuner (44 pct.) havde fortsat en implementeringsgrad på under 50 pct. i 2020.
Gruppe 4 7 kommuner	Én kommune (14 pct.) havde implementeret ordningen på mere end 50 pct. af plejehjemmene i 2019, én kommune (14 pct.) havde implementeret ordningen på mindre end 50 pct. af plejehjemmene. De resterende 5 kommuner havde enten stadig ikke påbegyndt implementeringen (4 stk., 57 pct.) eller valgt andre modeller (1 stk., 14 pct.)	Én kommune (14 pct.) havde implementeret ordningen på mere end 50 pct. af plejehjemmene i 2020, én kommune (14 pct.) havde implementeret ordningen på mindre end 50 pct. af plejehjemmene. De resterende 5 kommuner havde enten stadig ikke påbegyndt implementeringen (3 stk., 43 pct.) eller valgt andre modeller (2 stk., 29 pct.)

2.2.4 Analyseperioden

I denne analyse undersøges udviklingen i sundhedskontakter blandt plejehjemsbeboere fra januar 2016 til og med december 2019. Perioden fra 1.-4. kvartal 2016 betragtes som *perioden før intervention*, da alle de inkluderede kommuner i 4. kvartal 2016 angav, at de endnu ikke var gået i gang med at implementere ordningen. Perioden fra 4. kvartal 2016 til 4. kvartal 2018 er *implementeringsperioden*, hvor implementeringen påbegyndtes og i nogle tilfælde færdiggøres – og hvor de fire kommunegrupper i stigende grad adskiller sig fra hinanden i implementeringsgrad. Perioden fra 4. kvartal 2018 til 4. kvartal 2019 benævnes *perioden efter intervention*. I denne periode vil im-

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

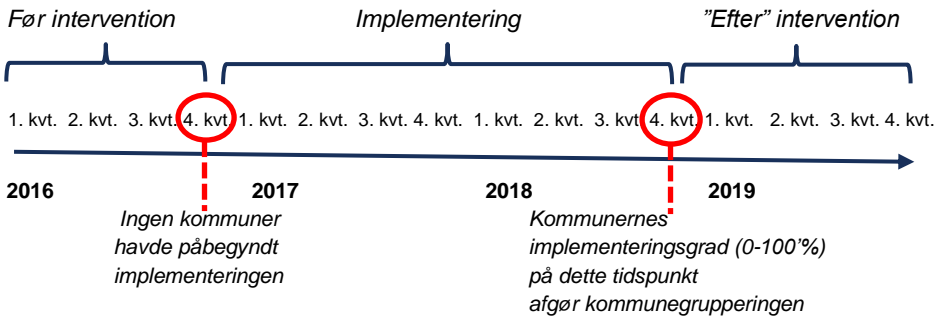
E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 10 af 45

plemteringsgraden dog forsat ændre sig (primært stige) i de fire kommunegrupper. Man forventer derfor, at effekten af interventionen vil indtræde dels i implementeringsperioden og dels i perioden "efter intervention" – og at effekten vil være større jo højere implementeringsgraden er.

Figur 2.3 Overblik over analyseperioden



Implementeringen af ordningen på alle kommunens plejehjem sker over en længere periode – også inden for gruppen af kommuner med samme implementeringsgrad. Derfor må man forvente at effekten af ordningen på kommuneniveau også indtræder langsommere, end hvis man havde undersøgt effekten i grupper af kommuner/plejehjem med præcis samme implementeringstidspunkt, som i pilotprojektet, hvor effekten opstod inden for et halvt år efter implementeringen.

2.3 Analysepopulation

Der er i Danmark ca. 42.500 borgere, som bor på plejehjem (herunder også friplejeboliger). Disse er fordelt på knap 1.000 lokationer/institutioner. Knap halvdelen af plejehjemsbeboere er mindst 85 år. I alt 6 pct. af plejehjemsbeboerne er under 65 år.

Denne analyse er baseret på data fra 40 kommuner i perioden 2016 til og med 2019. Datagrundlaget omfatter i denne periode i gennemsnit ca. 17.000 plejehjemsbeboere (ca. 42 % af alle plejehjemsbeboere i Danmark). Da der er en stor udskiftning i beboerne, er det ikke de samme beboere, som indgår i analysepopulationen over tid, men dem som på hvert tidspunkt (måned) er plejehjemsbeboere i kommunerne. Det samlede antal plejehjemsbeboere (unikke personer) på tværs af hele perioden er langt større, ca. 41.200 personer. Der er ingen aldersafgrænsning på plejehjemsbeboerne, dvs. beboere under 65 år er også med.

Analysepopulationen er inddelt i 4 grupper efter kommunernes implementeringshastighed (implementeringsgrad i 2018 jf. afsnit 2.2.3). Disse fordeler sig med ca. 3.100 beboere på plejehjem i gruppe 1 (18 pct.), ca. 9.500 beboere i gruppe 2 (57 pct.), ca. 2.800 beboere i gruppe 3 (17 pct.) og ca. 1.400 beboere i gruppe 4 (8 pct.). Der er i gennemsnit ca. 420 plejehjemsbeboere pr. kommune, hvilket dog varierer fra ca. 200 pr. kommune i gruppe 4 til 630 i gennemsnit pr. kommuner i gruppe 2.

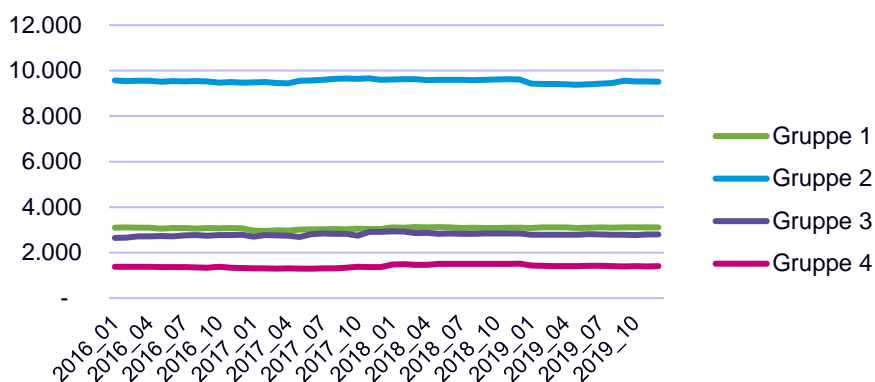
Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 11 af 45

Figur 2.4 Antal plejehjemsbeboere i alt i hver kommunegruppe, 2016-2019


Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732

Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk

Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 12 af 45

Note: Populationen af plejehjemsbeboere opgøres hver måned. For beskrivelse af kommunegruppe 1-4, se afsnit 2.2.3.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik.

Gruppe 2 adskiller sig således fra de øvrige – både ift. antallet af plejehjemsbeboere i alt og pr. kommuner. Dette skyldes dels, at der er flere kommuner i denne gruppe (15 kommuner) end i de øvrige (7-9 kommuner), og at gruppe 2 indeholder flere større bykommuner. Gruppe 4 adskiller sig tilsvarende ved både at dække færre kommuner (7 stk.) og ved en gennemsnitlig mindre kommunestørrelse. Gruppe 4 dækker dog kommuner i alle dele af landet.

Figur 2.5 Beskrivelse af de fire kommunegrupper i analysegrundlaget

	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3	Gruppe 4	Alle
Antal kommuner	9	15	9	7	40
Implementeringsgrad i 2018	Fuld implementering	Delvis implementering >50 pct.	Delvis implementering <50 pct.	Ikke startet implementering	
Antal plejehjemsbeboere i alt	3.100	Ca. 9.500	Ca. 2.800	Ca. 1.400	Ca. 16.800
Andel af plejehjemsbeboere	18%	57%	17%	8%	100%
Gennemsnitlig kommunestørrelse (befolkningstal pr. 1/1 2018)	Ca. 48.200	Ca. 100.400	Ca. 40.600	Ca. 23.500	Ca. 61.700
Antal plejehjemsbeboere pr. kommune	Ca. 340	Ca. 630	Ca. 310	Ca. 200	Ca. 420

* Gruppe 2 indeholder flere store bykommuner, hvilket kan forklare hvorfor gruppen afviger så meget fra de øvrige.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik.

På trods af, at der er forskel på de fire kommunegrupper, både hvad angår kommunestørrelse og antallet af beboere på plejehjem pr. kommune, er det vurderingen, at *plejehjemsbeboere* ligner hinanden meget på tværs af kommuner. Det antages, at der ikke er store forskelle i tærsklen for at komme på plejehjem på tværs af kommuner og dermed i helbredet blandt beboerne. Denne antagelse understøttes af, at aldersfordelingen blandt beboere i de

fire kommunegrupper er meget ens, jf. figur 2.6. Selv hvis der skulle være systematiske forskelle mellem grupperne, tager designet i denne analyse til dels højde for dette, da det er forskellen i *ændringen over tid* i kommuner med forskellig grad af implementering, som undersøges (og ikke det absolute niveau i et givent år). En udfordring kan dog stadig være, at nogle af kommunegrupperne (særligt gruppe 4) er så lille absolut set, at resultaterne bliver usikre eller meget svingende over tid.

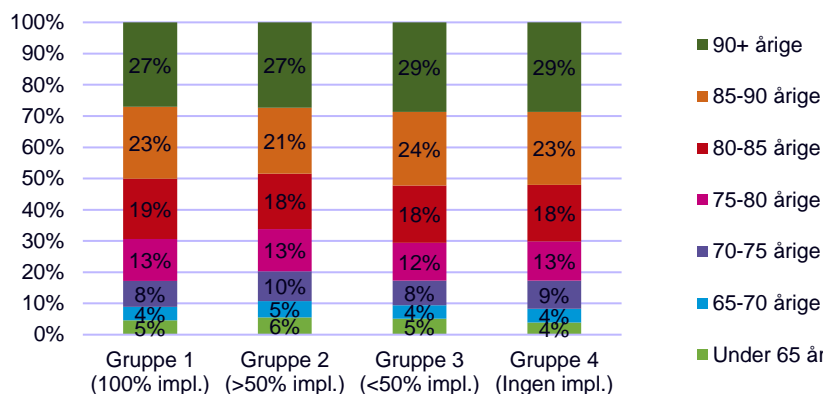
Dato: 11. november 2020

 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370

 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824

 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

 www.kl.dk
 Side 13 af 45

Figur 2.6 Aldersfordeling blandt plejehjemsbeboere i de fire kommunegrupper


Note: Aldersfordelingen er baseret på gennemsnit over beboerne månedsvist fra januar 2016 til december 2019.

Kilde: Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik.

2.4 Effektmål

Effektmålene anvendt i denne analyse er antallet af forskellige typer af kontakter med sundhedsvæsenet. Definitioner af sundhedskontakter fremgår af [bilag 5](#). Antallet af sundhedskontakter blandt plejehjemsbeboere opgøres på månedsbasis. Dvs. både antallet af kontakter (tælleren) og analysepopulationen (nævneren) opgøres på ny hver måned. Dette er nødvendigt på grund af meget stor udskiftning i populationen af plejehjemsbeboere.

Omkring hver tredje nyindflyttede beboer på plejehjem dør inden for det første år, og halvdelen dør inden for to år. Hvis man fastholdt samme analysepopulation (nævneren) over en længere periode, og talte antallet af kontakter i denne periode, ville man overse, at antallet af døde i perioden påvirker tælleren (pga. kortere "risikotid"). Det vil give en fejlagtig positiv effekt (fx færre indlæggelser) i kommuner, hvor flere plejehjemsbeboere døde i en periode.

Da data på månedsniveau naturligt varierer mere over tid, beregnes kvartalsvise gennemsnit (gennemsnit over resultaterne i tre måneder): dvs. det gennemsnitlige antal kontakter pr. beboer pr. måned. Ved at have fire målepunkter pr. år forventes mere følsomhed ift. at identificere ændringer relateret til implementeringen af ordningen med faste læger. Derudover opgøres resultaterne også pr. år (hhv. 2016, 2017 og 2018 for de indlæggelsesbaserede mål) og i de tre analyseperioder "før", "under" og "efter intervention" (hhv. 2016, 2017-2018 og 2019 for almen praksis-kontakter).

De "rå" antal kontakter blandt plejehjemsbeboere i de fire kommunegrupper sammenlignes hhv. før, under og efter implementeringen mellem kommunegrupperne (kontrol og interventionsgrupperne). Hvis udviklingen i hhv. interventionsgrupperne og kontrolgruppen adskiller sig efter implementeringen (men ikke før), tolkes ændringen i udviklingen som en effekt af ordningen med faste læger på plejehjem, da det er den eneste kendte parameter, som adskiller kommunegrupperne. Resultatet tolkes som særligt stærkt, hvis der ses en gradient i resultaterne svarende til kommunegruppernes implementeringsgrad – således at den største effekt ses i kommuner med 100% implementering, mens den mindste effekt ses i kommuner med under 50% implementering, sammenlignet med kontrolgruppe 4.

For at kvantificere effektens *størrelse* beregnes ændringen i det gennemsnitlige antal sundhedskontakter pr. beboer fra perioden før interventionen til perioden efter i de fire kommunegrupper. Ændringen i gruppe 4 (kontrolgruppen) trækkes fra ændringen i gruppe 1 (og evt. 2). Forskellen i ændringen opregnes til årligt antal sundhedskontakter på landsplan, og tolkes som effekten af ordningen med faste læger på plejehjem (eller potentialet hvis ordningen var udrullet til hele landet med samme effekt). For alle beregnede scenarier, se [bilag 6](#).

Effekt i antal kontakter årligt pr. plejehjemsbeboer

= Ændring i gennemsnitligt antal kontakter årligt i gruppe 1

– ændring i gennemsnitligt antal kontakter årligt i gruppe 4

$$\text{Effekt i procent} = \frac{\text{Effekt i antal kontakter årligt pr. plejehjemsbeboer}}{\text{Antal kontakter årligt pr. plejehjemsbeboer i 2016}}$$

Effekt i samlet antal kontakter årligt på landsplan

= Effekt i antal kontakter årligt pr. plejehjemsbeboer

* 41.000 plejehjemsbeboere

Der er forskellige grunde til, at resultaterne i denne analyse sandsynligvis vil være konservative, dvs. at effektstørrelsen må betragtes som minimumsestimater. Det skyldes dels, at nogle kommuner i kontrolgruppen (gruppe 4) begyndte at implementere ordningen efter 2018, dvs. de vil også kunne have opnået en lille effekt i 2019, hvor de anvendes som sammenligningsgrundlag/kontrolgruppe (relevant for alle almen-praksis-mål). Derudover er det ved de indlæggelsesbaserede mål ikke muligt at inkludere efterperioden i datagrundlaget, dvs. analyseperioden går kun til og med 2018. Det vil sige at en del af effekten, som først indtræder i 2019 ikke indfanges.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732

Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk

Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 14 af 45

3 Resultater

I dette kapitel beskrives resultaterne af analysen. Resultaterne er inddelt i fire dele. Først beskrives kommunernes implementering af ordningen med faste læger på plejehjem, herunder implementeringshastigheden på tværs af kommuner (afsnit 3.1). I afsnit 3.2 beskrives den generelle udvikling i omfanget af sundhedskontakter i ældrebefolkningen i perioden. De efterfølgende to afsnit (afsnit 3.3 og 3.4), udgør analysens hovedresultater, nemlig udviklingen i omfanget af sundhedskontakter blandt plejehjemsbeboere specifikt – hhv. før, under og efter implementering af ordningen med faste læger.

Dato: 11. november 2020

 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370

 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824

 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

 www.kl.dk
 Side 15 af 45

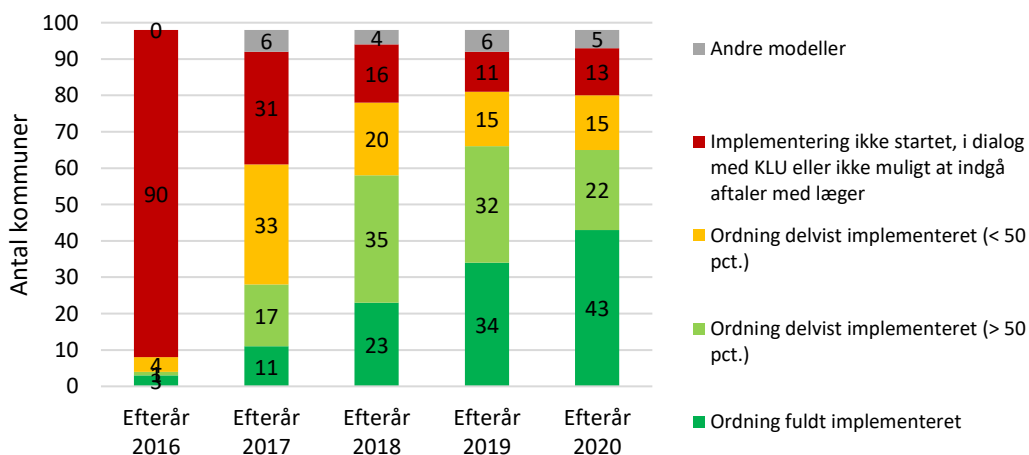
3.1 Kommunernes implementering af faste læger på plejehjem

Siden aftalen om faste læger på plejehjem blev indgået i 2016, er antallet af kommuner, som enten helt eller delvist har implementeret ordningen, steget markant. Blot tre kommuner havde tilknyttet faste læger på *alle* deres plejehjem i 2016, mens dette antal i 2020 lød på 43. Hvis man medtager kommuner, som er i færd med at implementere ordningen, men endnu ikke er i mål på alle plejehjem, er der i alt tale om 80 kommuner i 2020, dvs. mere end fire ud af fem. De resterende kommuner har enten ikke kunnet indgå aftaler med læger, er pt. i dialog med KLU om indførelse af ordningen eller bruger andre modeller.

Hurtig opstart – men det tager lang tid at komme i mål

Opstarten af ordningen gik stærkt i 2016-2017, hvor størstedelen af kommunerne kom i gang. Siden har kommunerne gradvist implementeret ordningen på en stigende andel af deres plejehjem. Fra 2019 til 2020 steg andelen af kommuner, som helt eller delvist havde implementeret ordningen ikke lænere, men andelen, der havde *fuld* implementering, steg fortsat.

Figur 3.1 Udvikling i implementering af ordningen med faste læger på plejehjem, 2016-2020



Note: KLU står for kommunalt lægeligt udvalg.
 Kilde: KL-survey i kommunerne 2016-2020.

Figur 3.2 viser udviklingen i hver enkel kommune fra 2016 til 2020. Den består således af 98 komprimerede rækker, som benytter samme farvekombination som i figur 3.1. Kommunerne er grupperet efter kommuneinddelingen anvendt i denne analyse (kommunegruppe 1-4), og sekundært sorteret efter implementeringsgraden i 2017. Figuren illustrer både den gradvise transition, hvor flere og flere plejehjem i den enkelte kommune får tilknyttet en fast læge (fra rød til gul til grøn), men også hvordan nogle kommuner mister de tilknyttede læger igen eller vælger andre modeller.

Dato: 11. november 2020

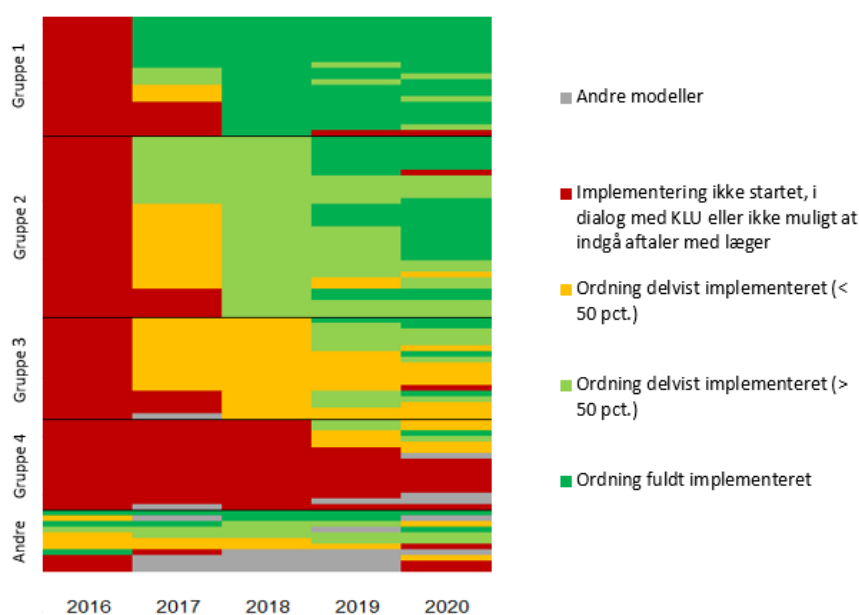
Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 16 af 45

Figur 3.2 Detaljeret udvikling i implementering af ordningen med faste læger på plejehjem for 98 kommuner, 2016-2020



Kilde: KL-survey i kommunerne 2016-2020.

Stor variation i implementeringshastighed kommunerne imellem – og svært at få de sidste plejehjem med

Over halvdelen af de 43 kommuner, som har implementeret ordningen fuldstændigt i 2020, er under et år om at implementere ordningen på størstedelen af kommunens plejehjem⁷ (24 kommuner), mens næsten ni ud af ti, når det inden for 2 år (38 kommuner). Kommunerne er dog længere tid om at implementere ordningen fuldstændigt, hvilket ses ved, at over halvdelen er mellem 3-4 år om at implementere ordningen på *alle* kommunens plejehjem (23 kommuner). Hver tredje kommune klarer det dog på under 1 år (14 kommuner).

Blandt de resterende kommuner, som endnu ikke er i mål i 2020, er der 37 kommuner, som har implementeret ordningen delvist. Det vil altså sige, at de

⁷ Antal år talt fra seneste survey-år, hvor implementeringen ikke er startet eller hvor kommunen er i dialog med KLU, til første survey-år, hvor ordningen er implementeret på mindst 50 pct. af plejehjemmene.

stadig i 2020 mangler at implementere ordningen på nogle af plejehjemmene i kommunen. Over halvdelen (20 kommuner) har været i gang med implementeringen i mindst 4 år. Dertil kommer 18 kommuner, som stadig i 2020 ikke er i gang med at implementere ordningen, eller som har valgt andre modeller.

Samlet set viser det, at der er stor spredning i implementeringshastigheden, kommunerne imellem. Og at opstarten generelt går ret hurtigt, mens det at få de sidste plejehjem i kommunen ombord i ordningen tager længere tid.

Brug af "andre modeller" er ofte en overgangsperiode

Nogle kommuner vælger i perioder at anvende "andre modeller" (grå). I alt 11 kommuner har i mindst ét af årene fra 2016-2020 valgt andre modeller. Disse kommuner når typisk aldrig at begynde at implementere ordningen med faste læger, før de vælger en anden model (måske netop pga. problemer med rekrutteringen af læger). For halvdelen af kommunerne er den "anden model" en overgangsperiode, indtil de enten påbegynder implementeringen af ordningen med faste læger på plejehjem (3 kommuner) eller går tilbage "i rød", hvor der slet ikke er implementeret nogen ordning. Resten har (fortsat) den "anden model" i 2020 (5 kommuner). Der er også mulighed for, at kommunerne anvender svarkategorien "har valgt andre modeller" i tvivlstilfælde eller lidt forskelligt fra år til år.

Én gang implementeret – altid implementeret?

Den generelle tendens er, at når først en kommune har tilknyttet læger til alle plejehjem, så forbliver det sådan. Men dette er dog ikke gældende for samtlige kommuner. I alt 9 kommuner når således at få implementeret ordningen for derefter enten at overgå til fasen "i dialog med KLU", miste bemanning på plejehjem eller helt at vælge en anden model.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 17 af 45

3.2 Udvikling i ældres brug af sundhedskontakter generelt

I dette afsnit undersøges udviklingen i ældres brug af hhv. almen praktiserende læger og hospitalsydelser i analyseperioden 2016-2018/2019. Dette gøres for at kunne sammenholde udviklingen blandt plejehjemsbeboerne med udviklingen i den generelle ældrebefolkning. Resultaterne i dette afsnit er baseret på analyse af alle 80+ årige i befolkningen i hele landet – ikke kun i de 40 kommuner, som indgår i den øvrige del af analysen. Både niveau og udvikling i antallet af sundhedskontakter blandt 80+årige på landsplan er dog tæt på identisk med udviklingen blandt de 80+årige i de 40 analysekommuner (resultater ikke vist).

Forventningen er ikke, at plejehjemsbeboere nødvendigvis har samme forbrugsmønster (eller udvikling), hvad angår sundhedsydelser som den generelle befolkning. Dels er de en særlig gruppe, hvis sundhedskontakter typisk går via plejepersonalet, og dels kan eventuelle ændringer i visitationen til plejehjem påvirke udviklingen over tid. Som supplement til dette afsnit findes også i [bilag 7](#) resultater for udviklingen i brug af sundhedskontakter i en anden gruppe af ældre, som forventes at være mere sammenlignelig med plejehjemsbeboere, nemlig 80+ årige i eget hjem med mindst 5 timers personlig pleje ugentligt.

Flere sygebesøg og e-mail-konsultationer – færre telefonkonsultationer

Ældre borgere på 80 år eller derover havde i 2016 gennemsnit ca. 16 kontakter med almen praktiserende læge årligt. De omfatter ca. 7 fysiske konsultationer, 5 telefonkonsultationer, 3 e-mail-konsultationer og ét sygebesøg i hjemmet. Siden 2016 har antallet af kontakter med almen praksis blandt de ældre været stabilt, men der er sket forskydninger i typen af kontakter. Det er især bemærkelsesværdigt, at antallet af sygebesøg i hjemmet er steget med ca. 20 pct. i perioden. Sygebesøg udgør dog fortsat en meget lille del af alle kontakter, jf. figur 3.3.

Derudover er der sket et fald i antallet af telefonkonsultationer, og en stigning i antallet af e-mail-konsultationer, især i starten af perioden. I 2018 blev der indført et kronikerhonorar, hvilket betyder at alle fysiske, telefoniske og elektroniske konsultationer med patienter med KOL eller type 2-diabetes registreres som en selvstændig type af kontakt⁸. Det betyder, at det ikke er muligt at tolke entydigt på udviklingen i netop telefon-, e-mail- og fysiske konsultationer efter 2018. En del af det observerede fald vil netop kunne tilskrives den ændrede kontaktregistrering med indførelse af kronikerkontakter.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732

Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk

Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10

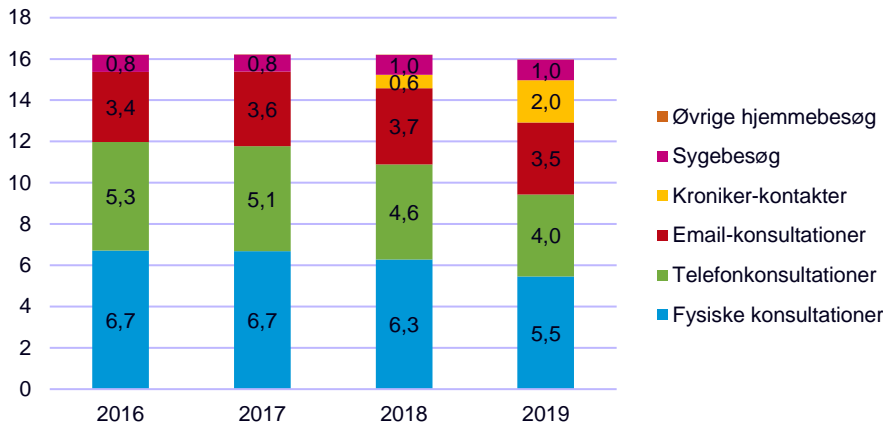
Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 18 af 45

⁸ Indførelse af kronikerhonoraret påvirker ikke registreringen af sygebesøg.

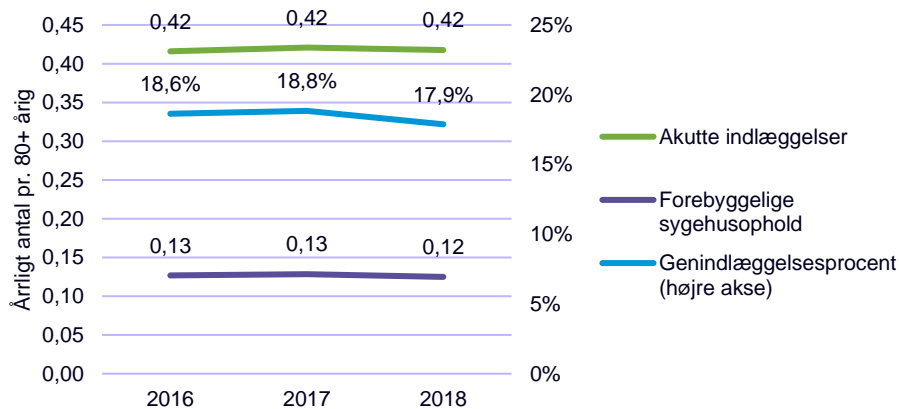
Figur 3.3 Udvikling i antal kontakter med almen praksis årligt blandt alle 80+ årige, 2016-2019


Note: Nævneren er antal 80+ årige i befolkningen pr. 1/1, og tælleren er antal kontakter i løbet af året. Dvs. der er ikke taget højde for de ældre, som dør i løbet af året. De tælles med i både tæller og nævner, men vil ikke indgå med samme risikotid i tælleren, som de overlevende.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Ingen ændring i omfanget af sygehusophold blandt 80+ årige generelt

Blandt ældre på 80 år eller derover er hver fjerde (26 pct.) indlagt akut i løbet af et år, og de er i gennemsnit indlagt 1,6 gange. Det svarer til 0,4 akutte indlæggelser om året pr. borger. Hver tiende af de 80+ årige (10 pct.) har mindst et forebyggeligt sygehusophold, og hver af dem har i gennemsnit 1,2 forebyggelige sygehusophold. Det svarer til 0,13 forebyggelige sygehusophold pr. plejehjemsbeboer årligt. Fra 2016 til 2018 skete der stort set ingen ændring i omfanget af akutte indlæggelser og forebyggelige sygehusophold blandt ældre i befolkningen generelt jf. figur 3.4. Genindlæggelsesprocenten lå også nogenlunde stabilt på 18-19 % i perioden (i alt 5 pct. af de 80+ årige blev genindlagt i løbet af et år).

Figur 3.4 Akutte indlæggelser, forebyggelige sygehusophold og genindlæggelsesprocent blandt 80+ årige i befolkningen, 2016-2019


Note: Ved akutte indlæggelser og forebyggelige sygehusophold er nævneren antallet af 80+ årige i befolkningen pr. 1/1, og tælleren er antal kontakter i løbet af året. Dvs. der er ikke taget højde for de ældre, som dør i løbet af året. De tælles med i både tæller og nævner, men vil ikke indgå med samme risikotid i tælleren, som de overlevende. For detaljerede definitioner se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 19 af 45

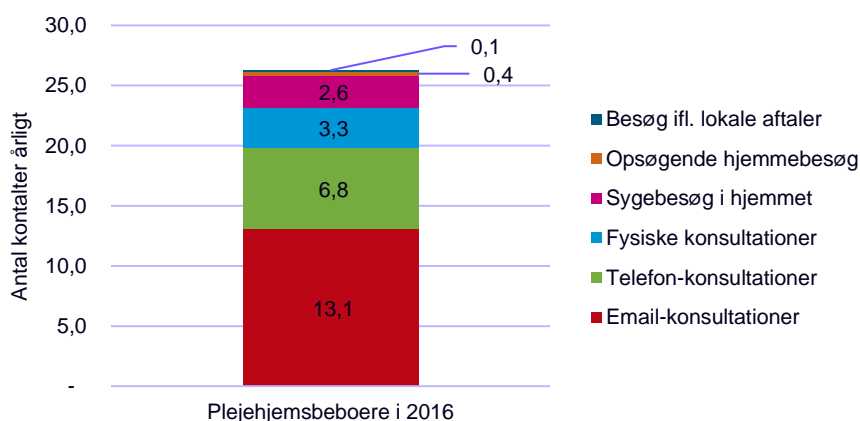
3.3 Udvikling i brug af almen praktiserende læger blandt plejehjemsbeboere

I dette afsnit beskrives analyseresultaterne om brugen af alment praktiserende læger blandt plejehjemsbeboere i perioden 2016 til 2019, hvor ordningen med faste læger på plejehjem blev implementeret i forskellig grad på tværs af kommunerne. Analyserne er baseret på en kombination af survey-data på kommuneniveau og registerdata på individniveau.

Plejehjemsbeboere har 26 kontakter med almen praksis årligt – dog kun 6 fysiske møder

I 2016 havde plejehjemsbeboerne i gennemsnit 26 kontakter med almen praktiserende læger, dvs. 2,2 kontakter om måneden, jf. figur 3.5. Tre ud af fire kontakter var telefon- eller e-mailkonsultationer: 13 e-mail-konsultationer årligt og 7 telefonkonsultationer årligt. Disse konsultationer er det typisk personalet, der står for på vegne af borgeren. Hertil kommer ca. 3 fysiske konsultationer årligt og ca. 3 besøg i hjemmet (dvs. på plejehjemmet): sygebesøg og opsøgende hjemmebesøg efter central overenskomst eller opfølgende hjemmebesøg og andre besøg efter lokale aftaler (§2-aftaler). Plejehjemsbeboere har således langt *færre* almindelige fysiske konsultationer end ældrebefolkningen generelt, men langt flere telefon og især e-mailkonsultationer og flere sygebesøg i hjemmet (jf. sammenligning med afsnit 3.2). Kontaktmønsteret minder dog meget om det, der ses blandt ældre med omfattende pleje i eget hjem, jf. [bilag 7](#).

Figur 3.5 Antal kontakter med almen praksis pr. plejehjemsbeboer årligt



Note: Antallet af kontakter pr. beboer årligt er beregnet som det gennemsnitlige månedlige antal kontakter i 2016 gange med 12 måneder. Antallet af kontakter hver måned er beregnet med udgangspunkt i den aktuelle beboer-population (dvs. afgrænset på ny hver måned). Dvs. at der er taget højde for beboere, som dør i løbet af året. Antallet af kontakter i figuren kan derfor fortolkes som antallet af kontakter i løbet af et år, hvor plejehjemsbeboeren er i live hele året.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 20 af 45

Flere kontakter med almen praksis i interventionskommuner – før implementering

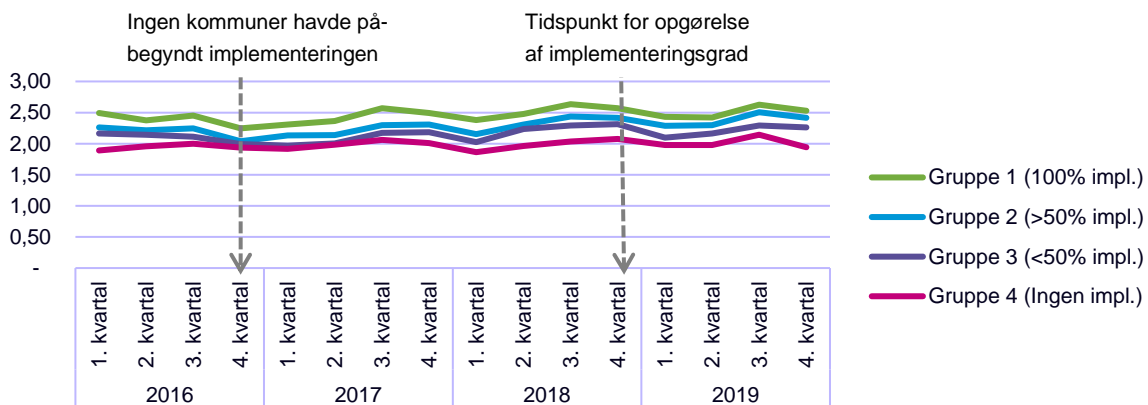
Allerede i 2016 – dvs. før implementeringen af ordningen med faste læger – var der en forskel på antallet af kontakter med almen praksis på tværs af de fire kommunegrupper, jf. figur 3.6. Der ser således ud til at være en sammenhæng mellem brug af almen praksis og kommunernes implementering af ordningen med faste læger: Kommuner som hurtigt efter 2016 fik implementeret ordningen på alle plejehjem, havde allerede i 2016 et højere niveau af almene praksiskontakter på plejehjemmene (især telefon- og e-mail-konsultationer) end kommuner, som i lavere grad eller slet ikke implementerede ordningen. Kausaliteten kendes ikke, men en oplagt tolkning kunne være, at kommuner, hvor der i forvejen er en tæt kontakt mellem plejehjem og almen praktiserende læger, er lettere at implementere ordningen med faste læger på plejehjemmene.

Faste læger på plejehjem påvirker ikke det samlede antal af kontakter med almen praksis

I løbet af implementeringsperioden skete der en lille stigning i antallet af kontakter pr. plejehjemsbeboer. Fra 26 kontakter om året i 2016 til 28 kontakter om året i 2019. Udviklingen var dog ens i kommuner, som implementerede ordningen fuldt ud og i kommuner, som i mindre grad eller slet ikke implementerede ordningen. Det tyder på, at ordningen med faste læger på plejehjem ikke påvirkede beboernes samlede antal kontakter med almen praksis. I pilotprojektet i 2014 sås en kortvarig stigning i antallet af kontakter med almen praksis kort efter implementeringen, dog efterfulgt af en faldende tendens fra efter nogle måneder. I denne analyse strækker implementeringstidspunktet sig over en 2-årig periode på tværs af kommunernes plejehjem, og det kan derfor heller ikke forventes, at den type effekt ville kunne ses i denne analyse.

Dato: 11. november 2020
 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370
 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 21 af 45

Figur 3.6 Antal kontakter månedligt med almen praktiserende læger pr. plejehjemsbeboer



Note: Antallet af kontakter pr. beboer månedligt er beregnet med udgangspunkt i de aktuelle beboerpopulationer hver måned. Herefter beregnes kvartalsvise gennemsnit af det månedlige antal kontakter pr. beboer. 'Kontakter med almen praksis' omfatter her alle typer kontakter, herunder fysiske konsultationer, telefon- og e-mail-konsultationer, besøg i hjemmet m.m.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

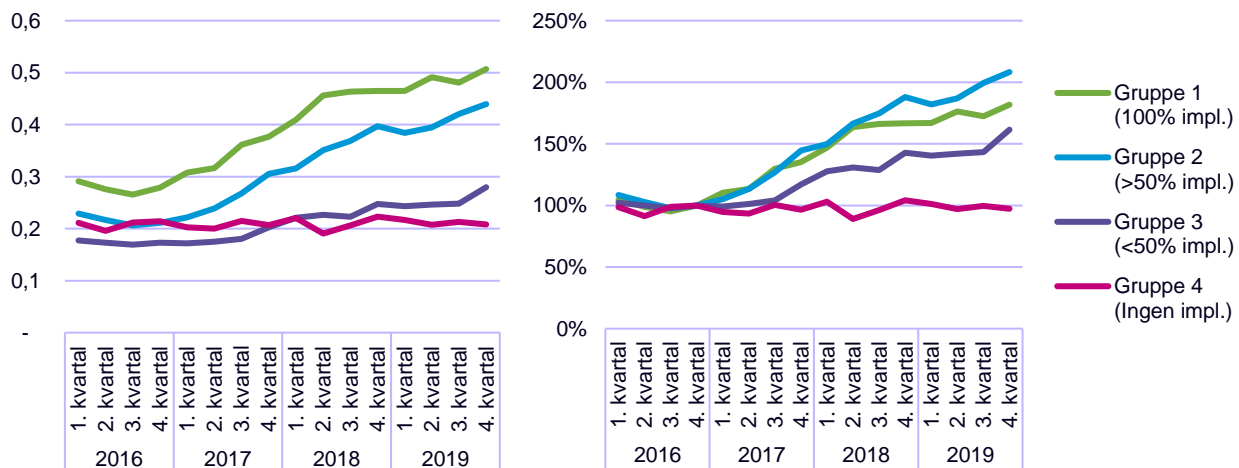
Selvom ordningen med faste læger tilsyneladende ikke havde en effekt på det samlede antal kontakter med almen praksis, kan ordningen godt have påvirket antallet af *bestemte typer* af kontakter med almen praksis, fx telefon og e-mail-konsultationer eller sygebesøg i hjemmet. En hypotese er, at antallet af telefon- og e-mail-konsultationer falder efter implementeringen af ordningen, fordi personalet klarer nogle af deres spørgsmål i forbindelse med det faste møde med lægen. Man kunne tilsvarende forestille sig, at antallet af "sygebesøg i hjemmet", dvs. hvor lægen tilser patienten på plejehjemmet, vil stige, efter lægen er blevet mere bekendt med og i forvejen oftere kommer på plejehjemmene. I det følgende undersøges disse hypoteser.

Dato: 11. november 2020
 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370
 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 22 af 45

3.3.1 Sygebesøg i hjemmet

I 2016 – før implementeringen – havde plejehjemsbeboere i gennemsnit et sygebesøg på plejehjemmet af deres læge ca. hver fjerde måned (0,22 sygebesøg pr. måned eller 2,6 besøg om året). Antallet varierede fra 0,2 til 0,3 sygebesøg pr. måned på tværs af de fire kommunegrupper, men udviklingen i "før-perioden" (2016) var ikke forskellig mellem kommunegrupperne jf. figur 3.7 (se også bilag 3 vedr. trendantagelsen) ⁹.

Figur 3.7 Antal 'sygebesøg i hjemmet' månedligt pr. plejehjemsbeboer
Antal besøg (absolut) **Relativ udvikling (indeks 100=4. kvartal 2016)**



Note: 'Sygebesøg i hjemmet' omfatter her sygebesøg ifl. den centrale overenskomst jf. definitionen i bilag 5. Antallet af kontakter pr. beboer månedligt er beregnet med udgangspunkt i de aktuelle beboerpopulationer hver måned. Herefter beregnes kvartalsvise gennemsnit af det månedlige antal kontakter pr. beboer
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

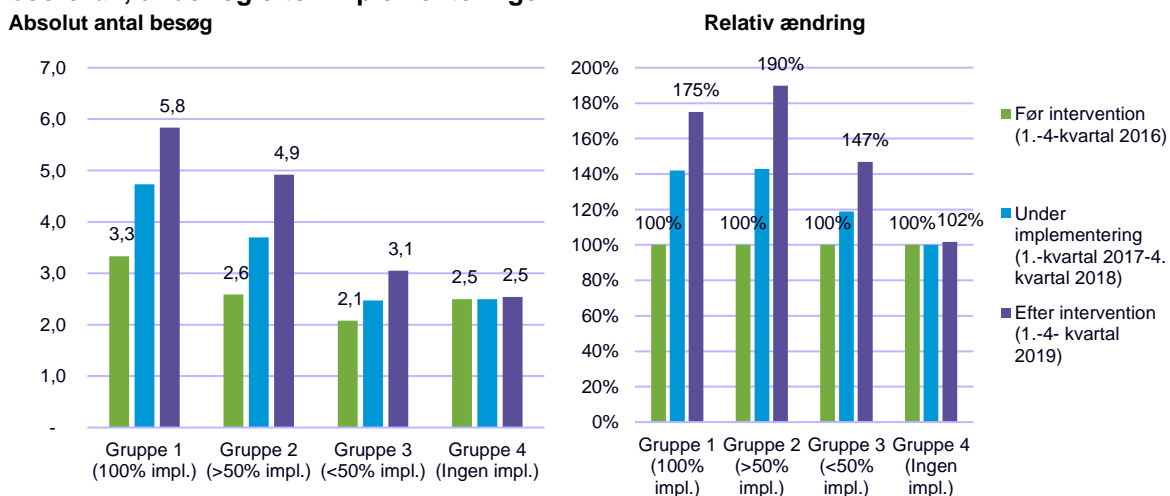
Faste læger fører til næsten dobbelt så mange sygebesøg

⁹ Insignifikant interaktionsled mellem tid (kvartal) og kommunegruppe i 2016, dvs. at trendantagelsen er opfyldt.

Efter implementeringen af ordningen med faste læger steg antallet af sygebesøg i hjemmet i interventionsgrupperne – især i gruppe 1 og 2 som i højest grad havde implementeret ordningen. I disse grupper steg antallet af sygebesøg pr. beboer til 5-6 besøg pr. år, svarende til en stigning på mellem 75 og 90 pct. fra før til efter implementeringsperioden jf. figur 3.8. I gruppe 3, hvor kommunerne havde implementeret ordningen på under halvdelen af plejehjemmene, steg antallet af sygebesøg også markant, omend mindre end gruppe 1 og 2 (47% stigning fra før til efter). I gruppe 4 uden ordningen med faste læger skete der kun en meget lille stigning i perioden.

Dato: 11. november 2020
 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370
 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 23 af 45

Figur 3.8 Gennemsnitligt antal sygebesøg pr. år blandt plejehjemsbeboere før, under og efter implementeringen



Note: 'Sygebesøg i hjemmet' omfatter sygebesøg ifl. den centrale overenskomst jf. definitionen i bilag 5. Antallet af besøg pr. beboer årligt er beregnet med udgangspunkt i de aktuelle beboerpopulationer hver måned. Herefter beregnes årlige gennemsnit på tværs af hhv. 2016, 2017-2018 og 2019.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

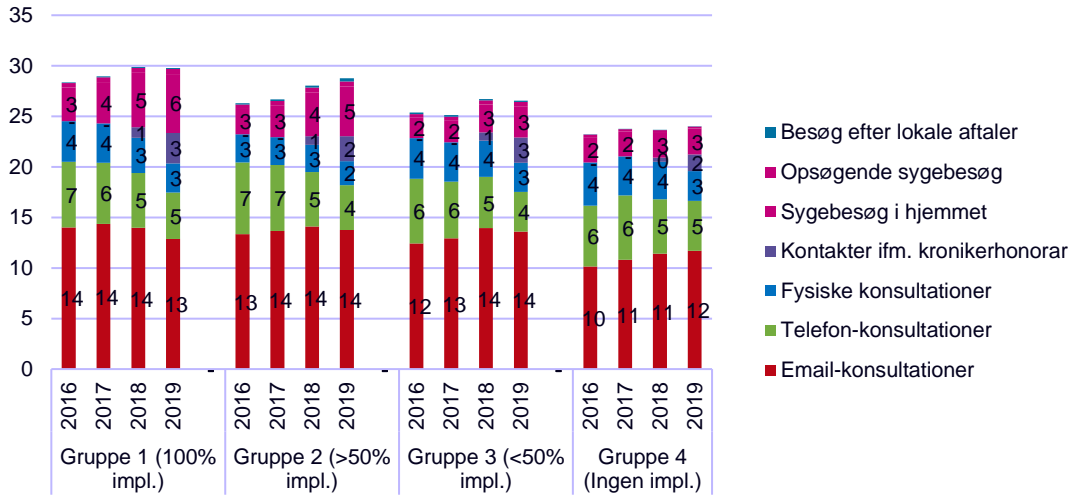
Sammenhængen mellem graden af implementeringen (0-100%) og størrelsen af stigningen i antal sygebesøg taler stærkt for, at resultatet afspejler en reel effekt af ordningen med faste læger på plejehjem. Effekten ser ud til især at indtræde fra midten af 2017 til midten af 2018, jf. figur 3.7. Dvs. lige omkring /kort efter perioden med den største implementeringshastighed (2017) jf. afsnit 3.1. Ved sammenligning af effekten i forskellige perioder (jf. [bilag 6](#)) ses det, at 75-90 pct. af effekten indtrådte i løbet af implementeringsperioden, dvs. før 2019.

I gruppe 1 steg antallet af sygebesøg med 0,20 besøg pr. måned (mere end i gruppe 4) fra før til efter implementeringen. Det svarer til en stigning på ca. 93 pct. i forhold til niveauet blandt alle plejehjemsbeboere i 2016. Omsat til besøg svarer det til 2,5 sygebesøg mere pr. beboer pr. år – eller ca. 100.000 sygebesøg mere blandt plejehjemsbeboere på landsplan årligt end før, dvs. hvis alle kommuner havde implementeret ordningen med lige så stor effekt som kommunegruppe 1. En del af denne effekt er naturligvis allerede realiseret givet implementeringsgraden i kommunerne.

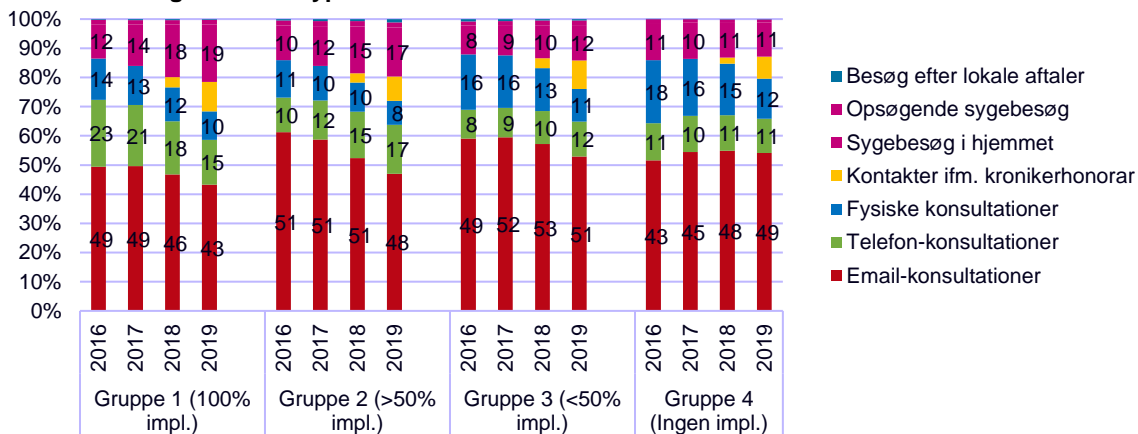
I figur 3.9 ses udviklingen i alle typer af kontakter med almen praksis i de fire kommunegrupper fra 2016 til 2019. Her ses effekten på sygebesøg også: I kommunegruppe 1 og 2 med højest implementeringsgrad stiger andelen af almene praksiskontakter, der er sygebesøg, meget: fra at 10-12 pct. af alle kontakterne i 2016 var sygebesøg til 17-19 pct. i 2019. I kontrolgruppen – gruppe 4 – ses ingen ændring i andelen af kontakter, der er sygebesøg i hjemmet (10-11 % i hele perioden).

Figur 3.9 Kontakter med almen praksis blandt plejehjemsbeboere – fordelt på kommunegrupper, 2016-2019

Antal kontakter årligt pr. plejehjemsbeboer (absolut)



Relativ fordeling af kontakttypen



Note: Antallet af kontakter pr. beboer årligt er beregnet som det gennemsnitlige månedlige antal kontakter i 2016 gange med 12 måneder. Antallet af kontakter pr. beboer månedligt er beregnet med udgangspunkt i de aktuelle beboerpopulationer hver måned. For definition af kontakttypen, se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Ud over effekten på antallet af sygebesøg ses også en tendens til faldende antal telefonkonsultationer, fysiske konsultationer og til dels e-mail-konsultationer, især i kommunegruppe 1 med fuld implementering. Ændringen ses dog især efter 2018, hvor kronikerhonoraret blev indført for patienter med KOL og type 2-diabetes. Kronikerhonoraret er et fast årligt beløb, som lægen får for hver borger med KOL eller type 2-diabetes, som er tilknyttet klinikken. Honoraret skal dække alle fysiske konsultationer, årskontroller, e-mailkonsultationer og telefonkonsultationer. For patienter under kronikerhonoraret registreres konsultationerne (både fysiske, telefoniske og elektroniske) stadig, men samlet under kategorien "kronikerkontakt" fra 2018 og frem. Derfor er det ikke muligt at udlede en effekt ud fra den absolutte ændring i omfanget af disse specifikke typer af kontakter, men med Difference-in-difference-designet, hvor det er *forskellen* på ændringen mellem grupper, som fortolkes, burde det ikke være et problem. Hvis kronikerhonoraret er indført i forskellige tempi på tværs af kommunegrupper, kan det dog påvirke resultaterne. I det følgende beregnes effekten af faste læger på antallet af telefon- og e-mail-konsultationer.

3.3.2 Telefon og e-mail-konsultationer

I 2016 – før implementeringen af ordningen – havde plejehjemsbeboere i gennemsnit som beskrevet knap 7 telefonkonsultationer med egen læge årligt og 13 e-mailkonsultationer årligt (via personalet). Antallet af især e-mail-konsultationer varierede på tværs af de fire kommunegrupper, hvor antallet af e-mailkonsultationer var højere, jo højere implementeringsgrad kommunen havde (14 årligt i gruppe 1 mod 10 årligt i gruppe 4).

Faste læger giver lidt færre telefon- og e-mail-konsultationer

I løbet af implementeringen faldt antallet af telefon-konsultationer blandt plejehjemsbeboere drastisk (35 % fald fra 2016 til 2019), mens antallet af e-mail-konsultationer steg en anelse (3 pct.). Dette er i tråd med udviklingen i den generelle ældrebefolkning jf. afsnit 3.2. Udviklingen blandt plejehjemsbeboere var dog meget forskellig på tværs af kommunegrupper jf. figur 3.10. Generelt er der et *større* fald i antallet af telefonkonsultationer blandt beboere i kommuner, som har implementeret ordningen med faste læger i en eller anden grad (gruppe 1-3), end i kommuner uden ordningen (gruppe 4). Samtidigt er antallet af e-mailkonsultationer enten faldet eller steget mindre i kommuner med ordningen sammenlignet med kommuner uden ordningen. Dvs. at der samlet set ser ud til at være en effekt af ordningen med faste læger, som giver både færre telefon- og e-mail-konsultationer end ellers.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

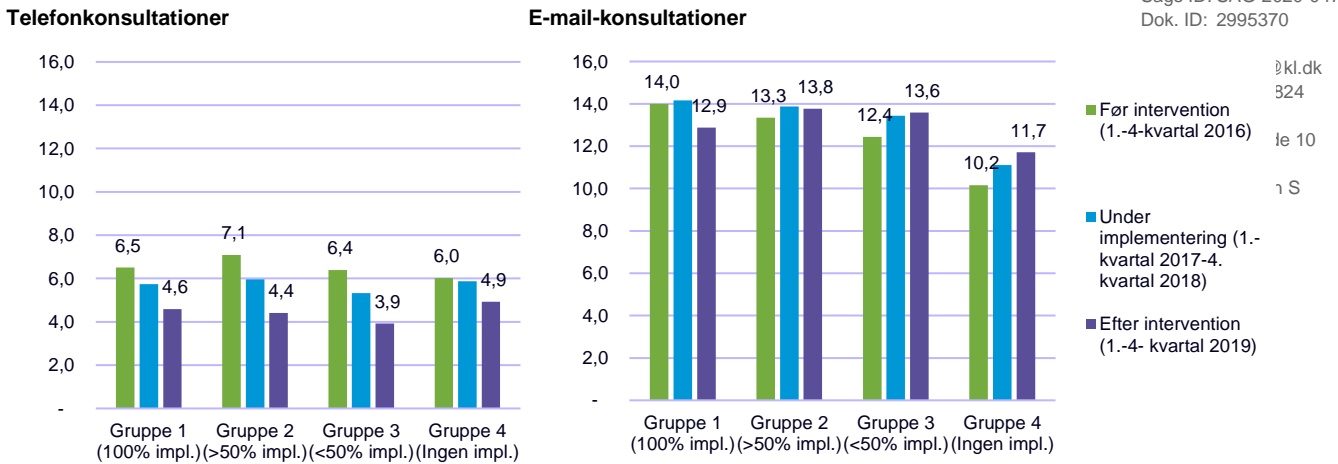
E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

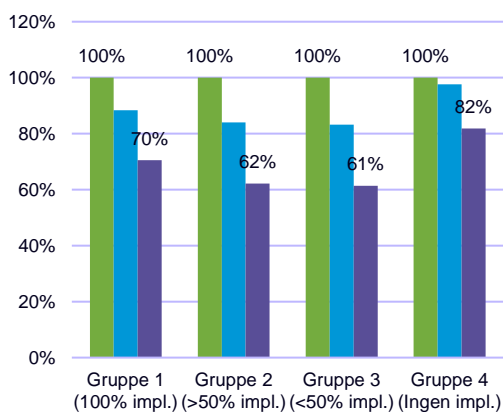
www.kl.dk
Side 25 af 45

Figur 3.10 Gennemsnitligt antal telefon- og e-mail-konsultationer årligt blandt plejehjemsbeboere før, under og efter implementering

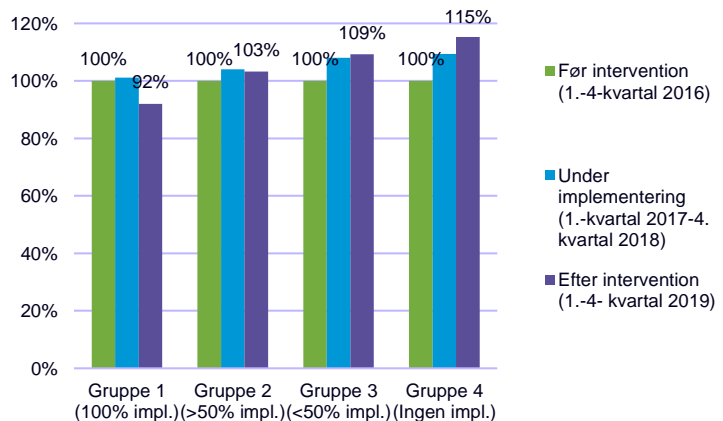
Dato: 11. november 2020
Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370



Relativ udvikling (indeks 100=2016)



Relativ udvikling (indeks 100=2016)



Note: Antallet af kontakter pr. beboer årligt er beregnet som det gennemsnitlige månedlige antal kontakter i perioden gange med 12 måneder. For præcis definition af telefon- og e-mail-konsultationer, se bilag 5.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

I gruppe 1 faldt antallet af telefonkonsultationer pr. plejehjemsbeboer årligt 0,82 konsultationer mere end i gruppe 4, mens det i gruppe 2 faldt med 1,6 konsultationer mere end i gruppe 4. Det svarer til, at ordningen med faste læger på landsplan har potentiale til at sænke antallet af telefonkonsultationer for plejehjemsbeboere med mellem 34.000 og 65.000 telefonkonsultationer årligt (reduktion på 12-23 pct.). Tilsvarende beregnes effekten på e-mail-konsultationer at være en reduktion på et sted mellem 46.000 og 110.000 e-mailkonsultationer årligt (reduktion på 9-20 pct.). Se også [bilag 6](#). En del af denne effekt er naturligvis allerede realiseret givet implementeringsgraden i kommunerne.

Udviklingen i "førperioden" (2016) var dog ikke ens i kontrol- og interventionsgrupperne jf. [bilag 8](#). Der var allerede i 2016 en stigende tendens i antallet af både telefon og e-mailkonsultationer i kontrolgruppe 4, som ikke sås i samme grad i interventionsgrupperne. Det betyder, at effekten af ordningen

ved en sammenligning af gruppe 1 og 4 kan være overvurderet (og trendantagelsen er ikke overholdt). Hvis man i stedet sammenligner gruppe 1 og 3 – og dermed kun burde fange en del af effekten, er resultatet en reduktion på ca. 95.000 e-mailkonsultationer (reduktion på 17 pct.) og en *stigning* i telefonkonsultationer på ca. 22.500 telefonkonsultationer (8 pct. stigning). Alt i alt må effekten af faste læger på antallet af på telefon- og e-mail-konsultationer i denne analyse betragtes som mere usikker. Det samme gælder de fysiske konsultationer, hvor antallet ser ud til at falde med ca. 5 pct. ved implementering af faste læger.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 27 af 45

3.4 Udvikling i omfanget af sygehuskontakter blandt plejehjemsbeboere

I dette afsnit beskrives omfanget af forskellige typer af indlæggelser/sygehusophold blandt plejehjemsbeboerne i perioden 2016 til 2018, hvor ordningen med faste læger på plejehjem blev implementeret i forskellig grad på tværs af kommunerne. Analyserne er baseret på en kombination af survey-data på kommuneniveau og registerdata på individniveau. Denne del af analysen dækker desværre ikke "efter-perioden", da indlæggelsesdata for 2019 ikke er tilgængelige endnu, og fordi der vil være et databrud mellem 2018 og 2019 pga. indførelse af LPR3. Da analyseperioden er kortere og ikke inkluderer efter-perioden, vil man ikke kunne indfange hele effekten af faste læger på de indlæggelsesbaserede mål. Desuden må man forvente at effekten på indlæggelser vil indtræde senere end effekten på almen praksis kontakter, som er mere direkte relateret til selve interventionen. Resultaterne i dette afsnit kan derfor betragtes som minimumsestimater af effekten.

3.4.1 Akutte indlæggelser

I 2016 – før implementeringen af ordningen – blev ca. hver fjerde plejehjemsbeboer (26 pct.) indlagt akut i løbet af året, og de blev indlagt i gennemsnit 1,6 gange om året (0,54 akutte indlæggelser pr. år pr. beboer¹⁰). Akutte indlæggelser er således omtrent lige så hyppige blandt plejehjemsbeboere som i den generelle ældrebefolkning (jf. afsnit 3.2), men mindre hyppige sammenlignet med ældre borgere med omfattende personlig pleje i eget hjem (jf. [bilag 7](#)).

Faste læger på plejehjem reducerer antallet af akutte indlæggelser blandt beboerne

I løbet af implementeringsperioden steg antallet af akutte indlæggelser generelt i alle kommunegrupper jf. figur 3.11. Dette står i kontrast til udviklingen i den generelle ældrebefolkning, hvor der ikke skete nogen ændring i perioden jf. afsnit 3.2. Dog er udviklingen i antallet af akutte indlæggelser blandt plejehjemsbeboere sammenlignelig med udviklingen blandt 80+årige, som modtager intensiv pleje i eget hjem jf. [bilag 7](#).

Stigningen i antallet af akutte indlæggelser var størst i kontrolgruppen (gruppe 4), hvor ordningen med faste læger ikke var implementeret (35 % stigning fra 2016 til 2018), mens stigningen var mindst i gruppe 1 og 2, som havde implementeret ordningen på mindst 50 pct. af plejehjemmene i kommunerne (ca. 10 pct. stigning fra 2016-2018). I gruppe 3, hvor kommunerne havde implementeret ordningen på under halvdelen af plejehjemmene, steg antallet af akutte indlæggelser med 14 % i perioden.

¹⁰ I dette tal er der taget højde for at nogle beboere dør i løbet af et år. Dvs. plejehjemsbeboerne i nævneren er i live i hele den risikotid, som indgår i beregningen. Derfor er antallet lidt højere end i beregningen af det gennemsnitlige antal i hele befolkningen, hvor der tages udgangspunkt i 80+årige ved årets begyndelse.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

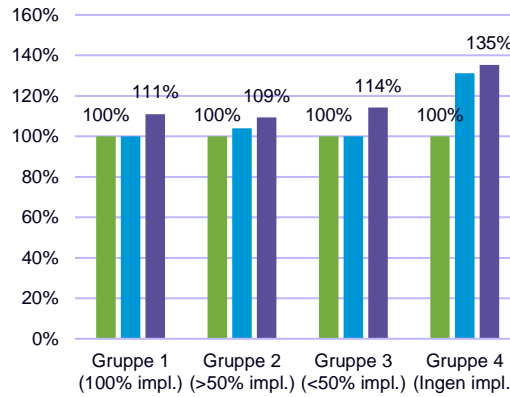
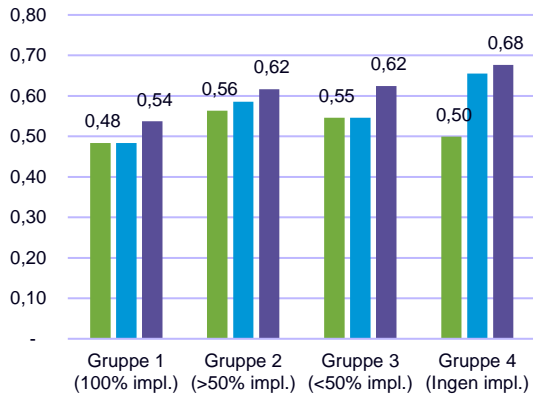
www.kl.dk
Side 28 af 45

Figur 3.11 Gennemsnitligt antal akutte indlæggelser årligt blandt plejehjemsbeboere før og under implementering

Dato: 11. november 2020
Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

Absolut antal indlæggelser

Relativ ændring (indeks 100= 2016)



Note: Antallet af indlæggelser pr. beboer årligt er beregnet som det gennemsnitlige månedlige antal indlæggelser i året gange med 12 måneder. For præcis definition af akutte indlæggelser, se bilag 5.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

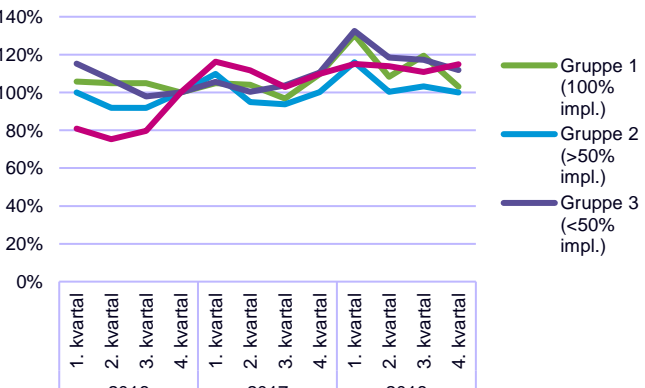
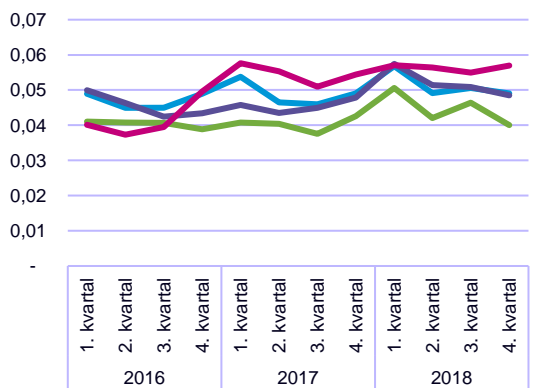
I gruppe 4 steg antallet af akutte indlæggelser pr. plejehjemsbeboer årligt med 0,12 indlæggelser mere end i gruppe 1 og 2. Det svarer til at ordningen med faste læger på landsplan har potentiale til at sænke antallet af akutte indlæggelser blandt plejehjemsbeboere med ca. 5.000 indlæggelser årligt (reduktion på 23 pct.). En del af denne effekt er naturligvis allerede realiseret givet implementeringsgraden i kommunerne.

Som det ses af figur 3.12, udviklede de fire kommunegrupper sig ikke entydigt forskelligt i før-perioden, hvilket underbygger trendantagelsen om, at grupperne ikke var i gang med en forskellig udvikling allerede før implementeringen (se også bilag 3). Men omvendt var der signifikant forskel i gruppernes udvikling derefter, hvilket understøtter effekten af ordningen.

Figur 3.12 Antal akutte indlæggelser månedligt pr. plejehjemsbeboer

Antal indlæggelser (absolut)

Relativ udvikling (indeks 100=4. kvartal 2016)



Note: Udviklingen i "før-perioden" (2016) var ikke signifikant forskellig på tværs af kommunegrupperne (interaktionsled, $p > 0,05$). Dvs. at trendantagelsen er opfyldt (se også bilag 3). For præcis definition af akutte indlæggelser, se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

3.4.2 Forebyggelige sygehusophold

Forebyggelige sygehusophold er sygehusophold af mindst 4 timers varighed, som betragtes som uhensigtsmæssige og i nogen grad forebyggelige, da de skyldes tilstande som dehydrering, blærebetændelse, lungebetændelse m.m. (for definition se bilag 5). I 2016 – før implementeringen af ordningen – havde 14 pct. af plejehjemsbeboerne mindst ét forebyggeligt sygehusophold i løbet af et år (i gennemsnit 1,2 om året). Det svarer til, at *alle* plejehjemsbeboere i gennemsnit har 0,22 forebyggelige sygehusophold i løbet af et år¹¹. Forebyggelige sygehusophold er således mere udbredt blandt plejehjemsbeboere end i den generelle ældrebefolkning (jf. afsnit 3.2), men mindre udbredt end blandt ældre med omfattende pleje i eget hjem (jf. [bilag 7](#)).

Faste læger på plejehjem reducerer antallet af forebyggelige sygehusophold blandt beboerne

I løbet af implementeringsperioden steg antallet af forebyggelige sygehusophold generelt blandt plejehjemsbeboere. Dette står i kontrast til udviklingen i den generelle ældrebefolkning, hvor der ikke skete nogen ændring i perioden jf. afsnit 3.2. Dog er udviklingen i antallet af forebyggelige sygehusophold blandt plejehjemsbeboere sammenlignelig med udviklingen blandt 80+årige, som modtager intensiv pleje i eget hjem jf. [bilag 7](#).

Stigningen i antallet af forebyggelige sygehusophold var markant blandt beboere i gruppe 3 og gruppe 4, hvor ordningen med faste læger enten slet ikke var implementeret eller højst blev implementeret på halvdelen af kommunens plejehjem jf. figur 3.13. I disse to grupper steg antallet af forebyggelige sygehusophold med hhv. 20 og 35 pct. fra 2016 til 2018. I gruppe 1 og 2, hvor ordningen med faste læger var implementeret på alle eller mindst halvdelen af plejehjemmene, sås derimod kun beskedne ændringer i antallet af forebyggelige sygehusophold i perioden (<3 pct.).

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 30 af 45

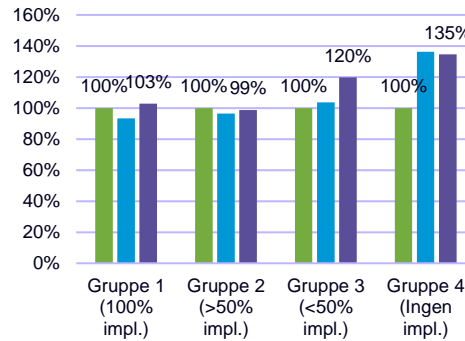
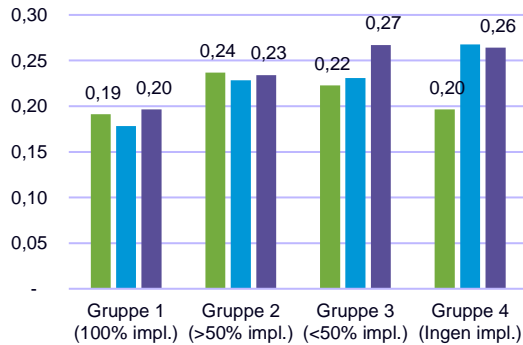
¹¹ I dette tal er der taget højde for at nogle beboere dør i løbet af et år. Dvs. plejehjemsbeboerne i nævneren er i live i hele den risikotid, som indgår i beregningen.

Figur 3.13 Gennemsnitligt antal forebyggelige sygehusophold årligt blandt plejehjemsbeboere før og under implementering

Dato: 11. november 2020
Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

Absolut antal ophold

Relativ ændring (indeks 100= 2016)



ALR@kl.dk
370 3824

Østergade 10
370
Næstved S

45

Note: Antallet af sygehusophold pr. beboer årligt er beregnet som det gennemsnitlige månedlige antal indlæggelser i året gange med 12 måneder. For præcis definition af forebyggelige sygehusophold, se bilag 5.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

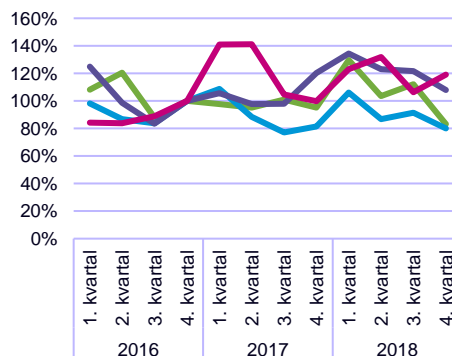
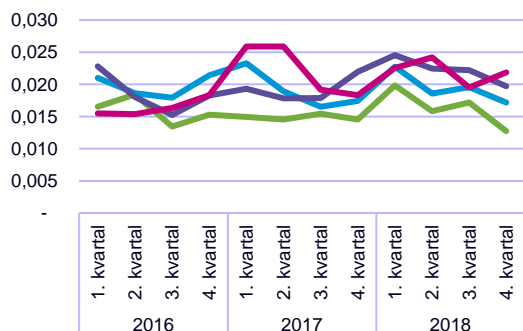
I beregningen af effekten af ordningen på forebyggelige sygehusophold sammenlignes gruppe 1 med gruppe 4. I gruppe 4 steg antallet af forebyggelige sygehusophold med 0,062 sygehusophold mere (pr. beboer årligt) end i gruppe 1. Det svarer til, at ordningen med faste læger på landsplan har potentiale til at sænke antallet af forebyggelige sygehusophold blandt beboere med ca. 2.500 ophold årligt, hvis effekten kan generaliseres (reduktion på 28 pct.). En del af denne effekt er naturligvis allerede realiseret givet implementeringsgraden i kommunerne.

Som det ses af figur 3.14, udviklede de 4 kommunegrupper sig ikke entydigt i forskellig retning i før-perioden, hvilket underbygger antagelsen om, at grupperne ikke var i gang med en forskellig udvikling allerede før implementeringen (se også bilag 3). Men omvendt var der signifikant forskel i gruppernes udvikling derefter, hvilket understøtter effekten af ordningen.

Figur 3.14 Antal forebyggelige sygehusophold månedligt pr. beboer

Antal besøg (absolut)

Relativ udvikling (indeks 100=4. kvartal 2016)



Note: Udviklingen i "før-perioden" (2016) var ikke signifikant forskellig på tværs af kommunegrupperne (interaktionsled, p>0,05). Dvs. at trendantagelsen er opfyldt (se også bilag 3). For præcis definition af forebyggelige sygehusophold, se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

3.4.3 Akutte genindlæggelser

Dato: 11. november 2020

 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370

 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824

 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

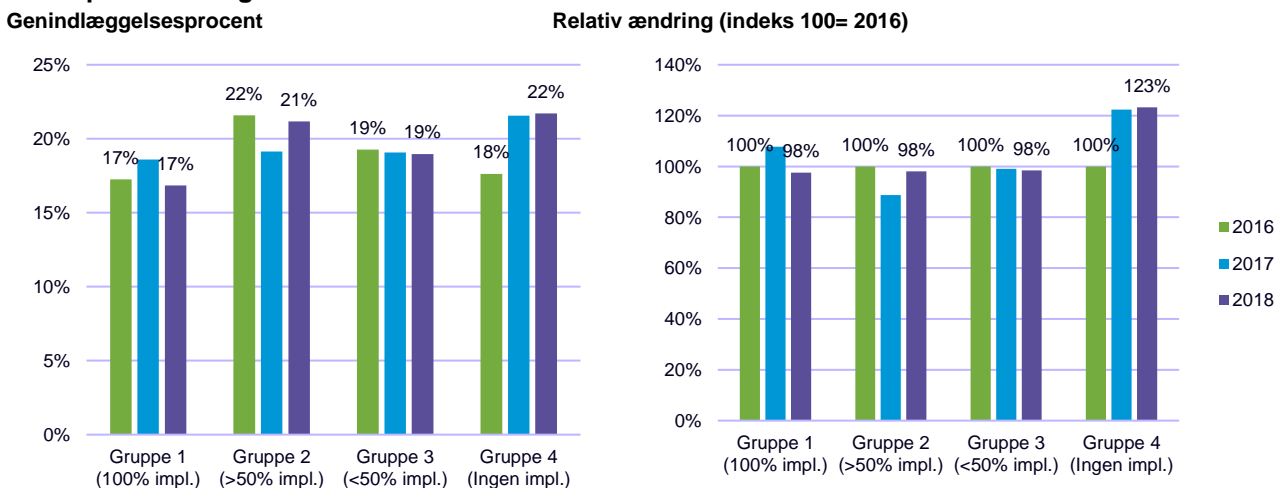
 www.kl.dk
 Side 32 af 45

I 2016 – før implementeringen af ordningen – blev hver femte indlæggelse blandt plejehjemsbeboere efterfulgt af en ny indlæggelse inden for 30 dage. Dvs. at genindlæggelsesprocenten var 20 pct. (for definition se bilag 5.). Det er kun en anelse højere end i den generelle ældrebefolkning, hvor genindlæggelsesprocenten er på 18-19 pct. blandt de 80+ årige (jf. afsnit 3.2). I alt er det ca. 6 pct. af plejehjemsbeboerne, der er berørt af en genindlæggelse i løbet af et år, mod 5 pct. blandt alle 80+ årige og 10 pct. blandt dem med omfattende pleje i hjemmet.

Faste læger på plejehjem reducerer antallet af akutte genindlæggelser blandt beboerne

I løbet af implementeringsperioden steg genindlæggelsesprocenten blandt beboere i gruppe 4, hvor ordningen med faste læger ikke var implementeret jf. figur 3.15. Der var en stigning i genindlæggelsesprocenten på 23 pct. fra 2016 til 2018 i denne gruppe, mens genindlæggelsesprocenten i de øvrige grupper ikke ændrede sig nævneværdigt i perioden (lille fald på 2 pct.). Til sammenligning steg genindlæggelsesprocenten også blandt 80+ årige med intensiv pleje i eget hjem i samme periode, hvilket styrker troen på gruppe 4 som repræsentativ kontrolgruppe jf. [bilag 7](#).

Figur 3.15 Akutte genindlæggelser blandt plejehjemsbeboere før og under implementering



Note: Genindlæggelsesprocenten er beregnet på tværs af hele året som gennemsnit af 12 månedlige opgørelser. For præcis definition af akutte genindlæggelser, se bilag 5.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Effekten af ordningen er ikke helt som forventet på tværs af de 4 grupper, da man havde forventet en mere gradueret effekt, hvor effektens størrelse fulgte implementeringsgraden i grupperne. Men udviklingen er (relativt set) ens i gruppe 1, 2 og 3. Dog er udviklingen dårligst i gruppe 4, som ikke

havde implementeret ordningen, hvilket taler for, at der er en vis effekt af ordningen med faste læger på plejehjemmene. Gruppe 4 er dog baseret på et tyndere datagrundlag end de øvrige grupper, hvilket øger resultatets usikkerhed.

Hvis forskellen på interventionsgrupperne og kontrolgruppen kan tages som et udtryk for effekten af faste læger, har ordningen potentiale til at reducere genindlæggelsesprocenten med ca. 4,5 procentpoint, eller 22 pct. Det svarer til en reduktion på ca. 1.000 genindlæggelser blandt plejehjemsbeboere årligt, på landsplan. En del af denne effekt er naturligvis allerede realiseret givet implementeringsgraden i kommunerne.

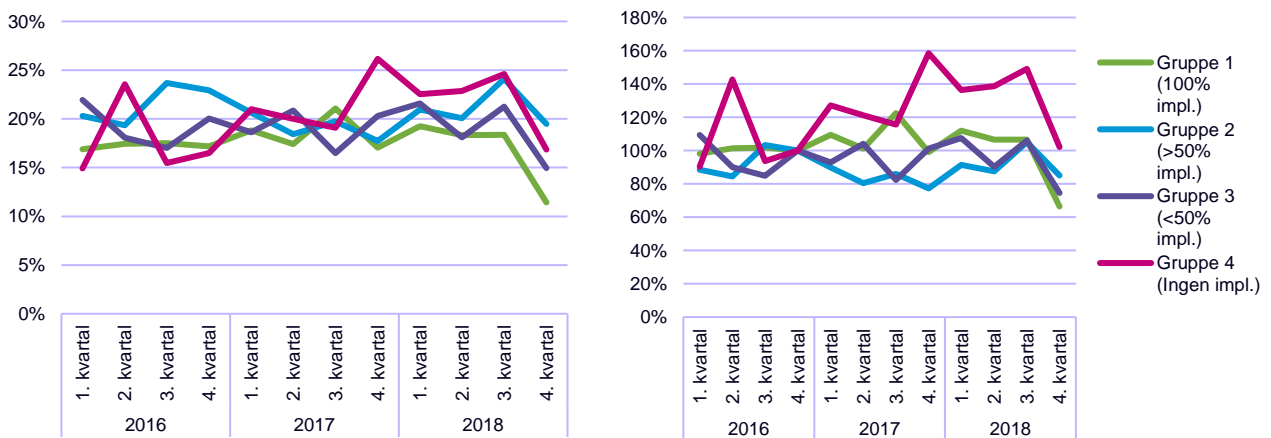
Som det ses af figur 3.16, udviklede de fire kommunegrupper sig ikke entydigt forskelligt i før-perioden, hvilket underbygger antagelsen om, at grupperne ikke var i gang med en forskellig udvikling allerede før implementeringen (se også bilag 3). Men omvendt var der signifikant forskel i gruppernes udvikling derefter, hvilket understøtter effekten af ordningen.

Dato: 11. november 2020
 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370
 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 33 af 45

Figur 3.16 Akutte genindlæggelser (genindlæggelsesprocent)

Andel genindlæggelser

Relativ udvikling (indeks 100=4. kvartal 2016)



Note: Udviklingen i "før-perioden" (2016) var ikke signifikant forskellig på tværs af kommunegrupperne (interaktionsled, $p < 0,05$). Dvs. at trendantagelsen er opfyldt (se også bilag 3). For præcis definition af akutte genindlæggelser, se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af KL-survey og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

3.5 Opsamling på resultaterne

Der er meget stor variation i, hvor hurtigt kommunerne implementerer ordningen med faste læger på plejehjem. For nogle lykkes det at implementere ordningen på alle plejehjem på under et år, mens det for mange tager mindst 3-4 år. Atter andre er stadig i 2020 undervejs eller endnu ikke begyndt. Denne variation udnyttes i analysedesignet, hvor plejehjemsbeboerne i fire grupper af kommuner med forskellig grad af implementering i perioden 2016-2018, følges over tid.

Faste læger på plejehjem påvirker ikke beboernes samlede antal af kontakter med almen praksis. Men der sker en forskydning i *typen* af kontakter. Faste læger fordobler næsten antallet af sygebesøg, hvor lægen kommer hjem til beboeren. Der er en tydelig sammenhæng mellem graden af implementering af ordningen med faste læger og stigningen i brug af sygebesøg. Effekten svarer til ca. 100.000 sygebesøg mere om året blandt plejehjemsbeboere, hvis ordningen blev implementeret på alle plejehjem i landet med samme effekt som i de kommuner, som er i mål med ordningen. En del af denne effekt er naturligvis allerede realiseret givet implementeringsgraden i kommunerne. Effekten indtræder meget kort efter implementeringen af ordningen. Effekten på telefon- og e-mailkonsultationer er mere usikker – blandt andet på grund af introduktionen af kronikerhonoraret i 2018 – men ordningen ser ud til at have potentiale til at reducere antallet af disse konsultationstyper med 10-20 pct.

Ordnningen med faste læger på plejehjemmene ser også ud til at have en reducerende effekt på antallet af sygehuskontakter blandt plejehjemsbeboere. Både hvad angår akutte indlæggelser, forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser stiger antallet *mere* blandt beboere i kommuner uden faste læger på plejehjemmene end blandt beboere i kommuner med faste læger på alle plejehjem. Effekten svarer til en reduktion på cirka 25 % (af før-niveauet). Det er på niveau med resultaterne fra evalueringen af pilotprojektet i 2014. Det svarer til ca. 5.000 færre akutte indlæggelser, 2.500 færre forebyggelige sygehusophold og ca. 1.000 færre genindlæggelser blandt plejehjemsbeboere årligt¹². Effekten er mest tydelig hvad angår forebyggelige sygehusophold, og mindst overbevisende hvad angår akutte genindlæggelser.

Effekten af alle typer sygehuskontakter er mindre end effekten på brugen af sygebesøg, og det er også mindre tydeligt præcis, hvornår effekten indtræder. Dertil kommer, at den "dosis-respons-sammenhæng" man havde forventet på tværs af kommunegruppe 1-4 også er langt mindre overbevisende (især ved genindlæggelser). Det kan dels hænge sammen med, at sygehuskontakter må betragtes som et effektmål, der er "længere" fra selve indsatsen, og som også er påvirket af flere andre forhold, end almen praksiskon-

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 34 af 45

¹² Der er overlap mellem forebyggelige sygehusophold og akutte indlæggelser, ligesom nogle akutte indlæggelser også bliver talt som genindlæggelser. Tallene kan derfor ikke summeres for den samlede effekt.

takter (fx sygebesøg), som er direkte knyttet til den praksis og de incitamenter lægen i ordningen har. Endelig må man antage at ordningen er længere tid om at påvirke beboernes sygehuskontakter end fx antallet af sygebesøg, som er direkte knyttet til ændringer i lægernes praksis. Dette har særligt stor betydning i lyset af, at opfølgingsperioden er kortere ved analysedelen af sygehuskontakter. Perioden kan altså være for kort til at opfange hele effekten. Endeligt er antallet af sygehuskontakter generelt ret lavt, hvorfor der naturligt er relativt store udsving over tid, der gør det sværere at fortolke på udviklingen.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 35 af 45

Bilag 1 – Spørgsmål og svarkategorier i KL's spørgeskema

KL har siden 2012 gennemført en årlig spørgeskemaundersøgelse i kommunerne vedrørende sundhedsområdet. Data fra undersøgelsen bliver anvendt til at følge og dokumentere udviklingen af det nære sundhedsvæsen samt i KL's løbende interessevaretagelse. Data på nogle områder indrapporteres også til Sundheds- og Ældreministeriet som led i opfølgningen på diverse handlingsplaner, bl.a. den ældre medicinske patient, demenshandlingsplanen, kræftplan IV mv. Data kan ligeledes anvendes i en drøftelse af udviklingen i det nære sundhedsvæsen i den enkelte kommune og i KKR. Siden 2016 har spørgsmål vedrørende faste læger på plejehjem indgået i spørgeskemaet. Herunder ses en oversigt over spørgsmål og svarkategorier i de enkelte år – herunder kategoriseringen af svar ift. de fire kommunegrupper.

Grøn angiver, at spørgsmålet/svarkategorien er med i årets spørgeskema. Rød angiver, at det ikke er med.

SPØRGSMÅL:	2016 2017 2018 2019 2020					Kommunegruppering i 2018
	2016	2017	2018	2019	2020	
Hvor langt er I kommet med at få tilknyttet faste læger til kommunens plejecentre inkl. friplejeboliger, som har driftsoverenskomst med kommunen? Angiv kun ét svar. ¹³	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	
SVARMULIGHEDER:						
Kommunen er ikke startet	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	4
Kommunen er i dialog med lægerne i det kommunallægelige udvalg (KLU) om at matche læger og plejecentre	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	4
Det har ikke været muligt at indgå aftaler med de praktiserende læger	Rød	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	4
Kommunen har dækket de første plejecentre.	Grøn	Rød	Rød	Rød	Rød	3
Kommunen er i gang og har tilknyttet læger på op til 50 pct. af plejecentrene	Rød	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	3
Kommunen er delvist i mål og har tilknyttet læger til mere end 50 pct. af plejecentrene	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	2
Ordningen om faste læger på plejecentre er fuldt implementeret på plejecentrene	Rød	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn	1
Kommunen er i mål med at tilknytte læger til alle plejecentre.	Grøn	Rød	Rød	Rød	Rød	1
Kommunen har dækket dem vi kunne med praktiserende læger, de resterende må dækkes af regionens læger.	Grøn	Rød	Rød	Rød	Rød	

¹³ I 2016 og 2017 stoppede spørgsmålet efter "plejecentre". I 2018 blev "inkl. friplejeboliger" tilføjet, og i 2019 og 2020 blev også sætningen ", som har driftsoverenskomst med kommunen" tilføjet. Det er dog vurderingen, at disse tilføjelser ikke ændrer på den grundlæggende sammenlignelighed af svarene over tid.

Kommunen har valgt at implementere andre modeller, som sikrer lægefaglig rådgivning af kommunens personale



Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 37 af 45

Bilag 2 – Data vedr. plejehjemsbeboere på tværs af kommuner

Kun kommuner med indberettede data for plejehjemsbeboere i hele perioden januar 2016 til og med december 2019 er med i analysen. Derudover ekskluderes kommuner med store udsving i datagrundlaget over tid (ændringer i det månedlige antal beboere på +/- 50 %). Herunder ses en liste over de 40 kommuner, som indgår i analysen (kommunegruppe 1-4)

Figur B2.1: Kommuner med fuldstændigt og konsistent datagrundlag i alfabetisk rækkefølge

Assens
Ballerup
Billund
Brøndby
Dragør
Egedal
Faaborg-Midtfyn
Gentofte
Gladsaxe
Hedensted
Helsingør
Hillerød
Hørsholm
Kalundborg
Kerteminde
København
Langeland
Lejre
Lolland
Middelfart
Morsø
Norddjurs
Nyborg
Odense
Odsherred
Rebild
Samsø
Silkeborg
Skanderborg
Skive
Solrød
Struer
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Vejen
Vejle
Viborg
Vordingborg
Aabenraa

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 38 af 45

Bilag 3 – Undersøgelse af trend-antagelsen

Difference-in-Difference-metoden bygger på en antagelse om, at den gennemsnitlige udvikling for interventionsgruppen ville være den samme som for kontrolgruppen, hvis der ikke var nogen intervention. Dvs. i dette tilfælde at *udviklingen* i fx genindlæggelser og forebyggelige sygehusophold ville være den samme på tværs af grupperne, hvis ikke man indførte faste læger. Trendantagelsen kan ikke tjekkes direkte, da det er indebærer en kontrafaktisk situation (at interventionskommuner både implementerer og ikke implementerer ordningen), men det er muligt at lave en "placebotest", hvor man undersøger, om udviklingen på tværs af grupperne i en periode *før* implementeringen af ordningen er sammenlignelig. Dette gøres ved at undersøge udviklingen i antallet af kontakter på tværs af de fire kommunegrupper fra 1-til 4. kvartal 2016, inden ordningen var implementeret på nogen plejehjem i analysepopulationen. Dels undersøges udviklingen ud fra de "rene deskriptive" resultater ved visuel inspektion og dels ved hjælp af regressionsmodeller med interaktionsled mellem kommunegruppe og tid (kvartal) i et datasæt afgrænset til før-perioden (dvs. 2016). Hvis interaktionsleddet er insignifikant, tolkes resultatet sådan, at udviklingen i før-perioden ikke afviger mellem kommunegrupperne – dvs. at trendantagelsen er opfyldt.

I alle tilfælde viser den visuelle inspektion, at der ikke tydelige forskelle i udviklingen i før-perioden imellem kommunegrupperne. Det kan dog være svært at afgøre ved ren visuel inspektion, da effektmålene i alle perioder varierer ret meget fra kvartal til kvartal. Diverse regressionsmodeller (logistiske og lineære) har også været anvendt til at vurdere trendantagelsen. Ved alle indlæggelsesbaserede mål (afsnit 3.4) er interaktionsleddet mellem tid og kommunegruppe insignifikant, hvilket understøtter trendantagelsen. Ved almen praksis-kontakterne (afsnit 3.3) er interaktionsleddet oftest signifikant, hvilket ikke understøtter trendantagelsen. Dog skal det bemærkes, at antallet af almen praksis-kontakter er meget højt (stort datagrundlag), hvilket i sig selv øger sandsynligheden for statistisk signifikante resultater.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 39 af 45

Bilag 4 – Udvikling i frasorterede kommuner

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 40 af 45

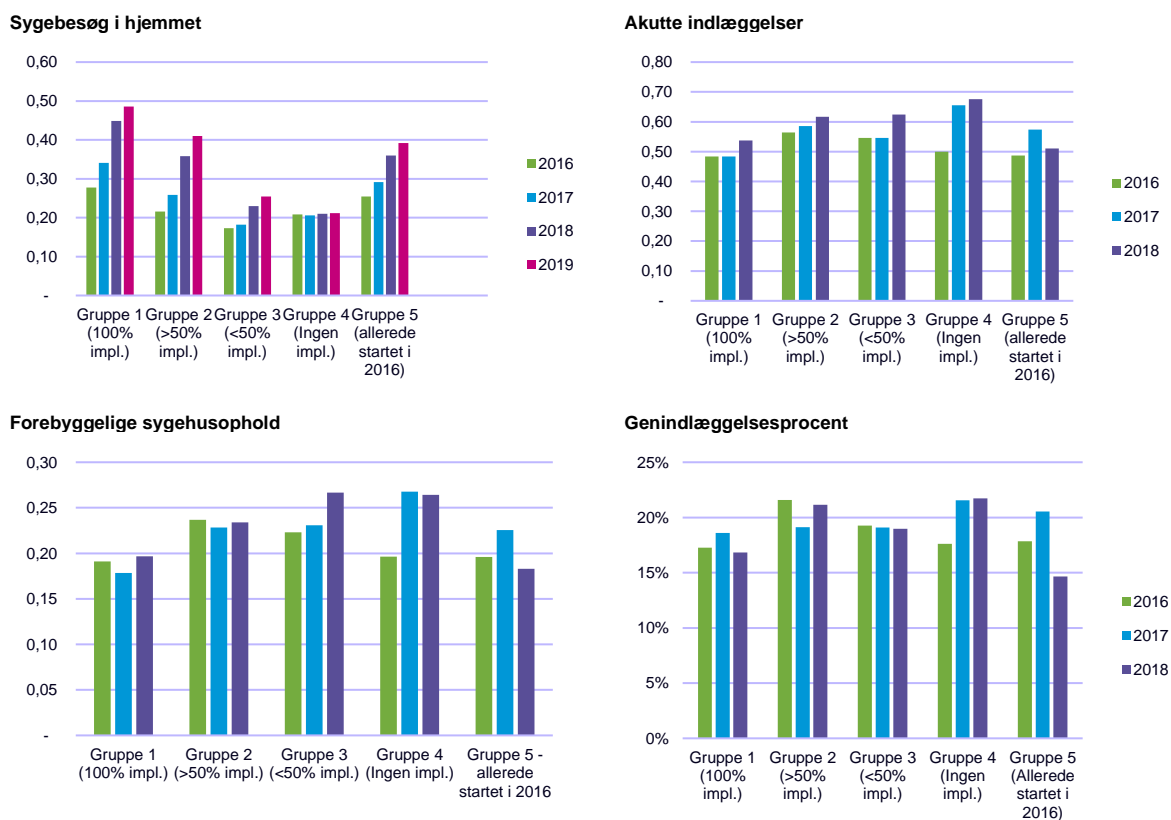
Her vises udviklingen i effektmålene i de kommuner, som blev frasorteret i hovedanalysen, fordi de allerede var påbegyndt implementeringen af ordningen med faste læger i 2016. Dette var tilfældet i 8 kommuner, og af dem havde 4 kommuner komplette data i hele analyseperioden 2016-2019. Blandt disse var det kun én, som opnåede fuld implementering af ordningen i løbet af perioden – de resterende havde i 2019 kun faste læger på nogle af plejehjemmene i kommunen.

Forventningen til denne gruppe (kaldet gruppe 5) må være, at der også kan ses en effekt af ordningen i disse kommuner (udviklingen fra 2016-2019), men at den er mindre end i gruppe 1 af to grunde:

- Dels fordi kommunerne allerede i 2016 var begyndt at implementere ordningen, og dermed allerede i 2016 havde opnået en lille del af effekten af faste læger i 2016.
- Dels fordi ingen af kommunerne nåede helt i mål med implementeringen i løbet af perioden.

Herunder ses udviklingen i effektmålene i de fire kommuner. Udviklingen er mere sammenlignelig med udviklingen i gruppe 1 og 2 end 3 og 4. Men i nogle tilfælde endnu bedre end i gruppe 1. Dog er der også større udsving år for år, hvilket kan hænge sammen med det meget lille datagrundlag.

Figur B6.1 Udvikling i effektmål i gruppe 5 sammenlignet med hovedanalysen



Bilag 5 – Definitioner

Plejhjemsbeboere afgrænses som borgere på plejehjem efter Servicelovens §192, plejeboliger efter Almenboliglovens §5, stk. 2 eller friplejeboliger, og som er visiteret til hjemmehjælp efter Servicelovens §83 (indberettet af kommunerne til Danmarks Statistik). Beboere i beskyttede boliger, ældreboliger og på midlertidige pladser er ikke med. I denne analyse bruges begrebet "plejhjemsbeboere" som fællesbetegnelse.

Kontakt med egen læge afgrænses som kontakter med specialekode 80 (almen medicin). Kontakterne opgøres både samlet og separat for forskellige undertyper af kontakter:

- **Sygebesøg i hjemmet** efter den centrale overenskomst, herunder besøg på ruten, behandling af anden sikrede i samme hjem m.m.: ydelseskode 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0491 og 0102
- **Telefonkonsultationer**: ydelseskode 0109, 0201, 0501 og 3201
- **E-mail-konsultationer**: ydelseskode 0105 og 0110

Indlæggelsesbaserede indikatorer

De indlæggelsesbaserede effektindikatorer følger de officielle nationale definitioner og er baseret på den nationale algoritme til opholdsdannelse (indlæggelsesdefinition i LPR2), som var gældende i 2020. En indlæggelse er således et tidsmæssigt sammenhængende forløb af en eller flere hospitalskontakter (indlæggelser eller akut ambulante besøg), som samlet varer mindst 12 timer og hvor der maksimalt er 4 timer mellem to kontakter. Datagrundlaget er det 'gamle' landspatientregister (LPR2), som kun dækker frem til og med 2018. Pga. databrud i 2019, hvor LPR3, blev indført, undersøges de indlæggelsesbaserede indikatorer kun i perioden 2016-2018.

Akutte indlæggelser

Akutte indlæggelser omfatter alle somatiske sygehusophold af mindst 12 timers varighed, hvor første kontakt i opholdet er akut.

Forebyggelige sygehusophold

Forebyggelige sygehusophold omfatter akutte sygehusophold af mindst 4 timers varighed, hvor aktionsdiagnosen på første kontakt i opholdet vedrører tilstande, som det vurderes, at det i en vis udtrækning er muligt at forebygge, fx dehydrering, forstoppelse, blærebetændelse, lungebetændelse, knoglebrud m.m. Forebyggelige sygehusophold vurderes derfor at være uhensigtsmæssige. For præcis definition se [Sundhedsdatastyrelsens definition](#).

Akutte genindlæggelser

Akutte genindlæggelser opgøres som andelen af somatiske indlæggelser, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning. Der er tale om "uspecifikke genindlæggelser", dvs. der er ingen krav om, at genindlæggelsen skal vedrøre samme diagnose eller være på samme hospital/afdeling. En indlæggelse er et tidsmæssigt sammenhængende sygehusophold af mindst 12 timers varighed, som godt kan bestå af

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 41 af 45

flere på hinanden følgende indlæggelser/hospitalsbesøg. For præcis definition se [Sundhedsdatastyrelsens definition](#).

Genindlæggelsesprocenten opgøres månedligt blandt plejehjemsbeboere, med udgangspunkt i måneden for primærindlæggelsen (nævneren). Genindlæggelsesprocenten for 2018 indeholder kun data for januar-november, da data for genindlæggelser i januar 2019 ikke er tilgængelige. Dvs. at 4. kvartal 2018 kun dækker primærindlæggelser i oktober og november.

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 42 af 45

Bilag 6 – Effektstørrelse ved forskellige scenarier og perioder

Dato: 11. november 2020

Sags ID: SAG-2020-04732

Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk

Direkte: 3370 3824

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 43 af 45

Periode		Sammenligning af gruppe 1 og 4		Sammenligning af gruppe 2 og 4	
		2016-2019	2016-2018	2016-2019	2016-2018
Sygebe-søg	Dif-inDif (absolut årligt)	2,46	2,02	2,29	1,68
	Procentvis effekt*	93%	77%	87%	64%
	Absolut effekt årligt	100.770	83.000	93.754	69.072
Telefon-konsultati- oner	Dif-inDif (absolut årligt)	0,82	0,46	1,58	1,08
	Procentvis effekt *	-12%	-7%	-23%	-16%
	Absolut effekt årligt	33.810	18.742	64.938	44.464
E-mail-konsultati- oner	Dif-inDif (absolut årligt)	2,67	1,27	1,12	0,48
	Procentvis effekt *	-20%	-10%	-9%	-4%
	Absolut effekt årligt	109.662	52.153	46.100	19.669
Akutte ind-læggelser	Dif-inDif (absolut årligt)	-	0,12	-	0,12
	Procentvis effekt	-	-23%	-	-23%
	Absolut effekt årligt	-	5.063	-	5.076
Forebyg-gelige sy-gehusop-hold	Dif-inDif (absolut årligt)	-	0,06	-	0,07
	Procentvis effekt *	-	-28%	-	-32%
	Absolut effekt årligt	-	2.558	-	2.898
Genind-læggelser	Dif-inDif (absolut årligt)	-	0,05	-	0,05
	Procentvis effekt *	-	-22%	-	-22%
	Absolut effekt årligt	-	1.004	-	1.002

* Relativt til 2016-niveau.

Bilag 7 – Udvikling i brug af sundhedskontakter blandt ældre med omfattende personlig pleje i hjemmet

Resultaterne i dette bilag er lavet som supplement til afsnit 3.2. Her afdækkes udviklingen i omfanget af sundhedskontakter blandt ældre på 80 år eller derover, som bor i eget hjem, men som modtager mindst 5 timers personlig pleje om ugen. Denne gruppe af ældre forventes at være mere sammenlignelig med plejehjemsbeboere, både hvad angår niveau og udvikling. Analysen er afgrænset til 34 kommuner med komplet datagrundlag i hele perioden 2016-2019.

Dato: 11. november 2020

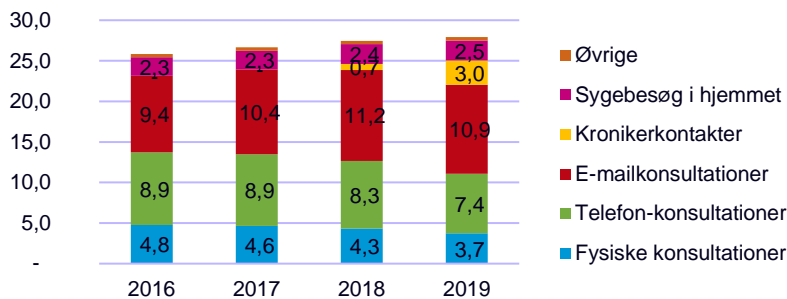
 Sags ID: SAG-2020-04732
 Dok. ID: 2995370

 E-mail: KALR@kl.dk
 Direkte: 3370 3824

 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

 www.kl.dk
 Side 44 af 45

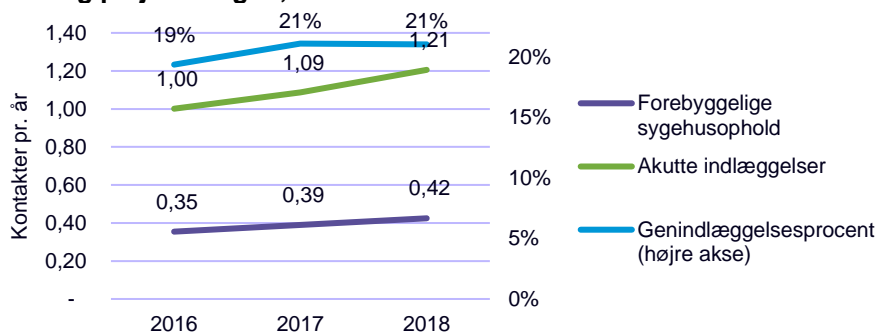
Figur B3.1 Udvikling i antal kontakter med almen praksis årligt blandt 80+ årige i eget hjem med mindst 5 timers personlig pleje om ugen, 2016-2019



Note: Beregnet med udgangspunkt i aktuelle modtagere af personlig pleje hver måned i perioden, dvs. månedligt gennemsnit gange med 12 måneder (undtagen genindlæggelsesprocenten). Dvs. der er taget højde for de ældre, som dør i løbet af året. For detaljerede definitioner se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur B3.2 Akutte indlæggelser, forebyggelige sygehusophold og genindlæggelsesprocent blandt 80+ årige i eget hjem med mindst 5 timers personlig pleje om ugen, 2016-2019¹⁴



Note: Beregnet med udgangspunkt i aktuelle modtagere af personlig pleje hver måned i perioden, dvs. månedligt gennemsnit gange med 12 måneder (undtagen genindlæggelsesprocenten). Dvs. der er taget højde for de ældre, som dør i løbet af året. For detaljerede definitioner se bilag 5.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

¹⁴ Hver tredje (33-36 pct.) i gruppen, som får intensiv personlig pleje i løbet af året, bliver indlagt akut mindst én gang i løbet af året (i gennemsnit 1,5-1,6 gange årligt), mens 14-15 pct. har mindst et forebyggeligt sygehusophold (i gennemsnit 1,2 om året). Knap hver tiende (9 pct.) har en akut genindlæggelse i løbet af året (i gennemsnit 1,4-1,5).

Bilag 8 – Udvikling i telefon- og e-mail-konsultationer kvartalsvist

Dato: 11. november 2020

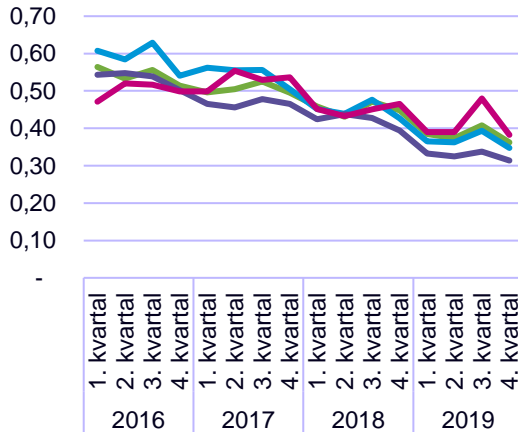
Sags ID: SAG-2020-04732
Dok. ID: 2995370

E-mail: KALR@kl.dk
Direkte: 3370 3824

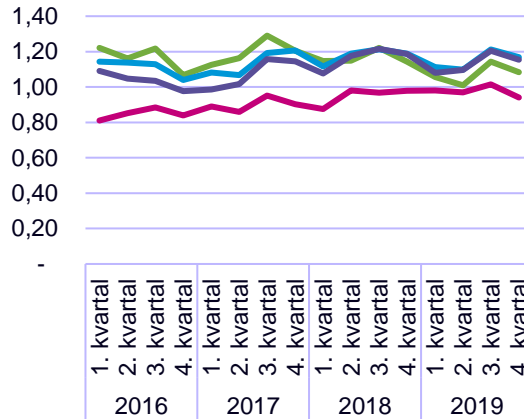
Weidekampsgade 10
Postboks 3370

Figur B4.1 Gennemsnitligt antal telefon- og e-mail- blandt plejehjemsbeboere før, under og efter implementering

Telefonkonsultationer pr. måned

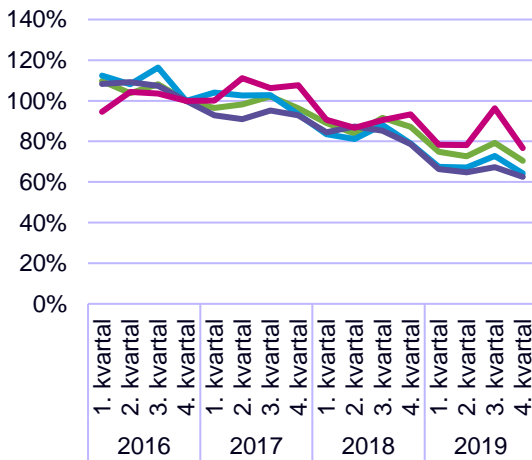


E-mail-konsultationer

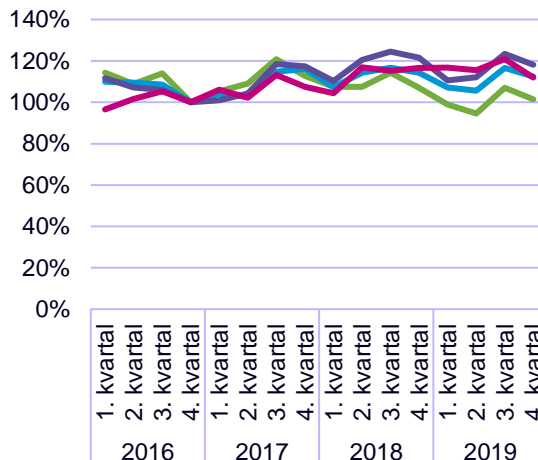


- Gruppe 1
- Gruppe 2
- Gruppe 3
- Gruppe 4

Relativ udvikling (indeks 100=4. kvartal 2016)



Relativ udvikling (indeks 100=4. kvartal 2016)



- Gruppe 1
- Gruppe 2
- Gruppe 3
- Gruppe 4