



Borgere med midlertidigt ophold på kommunale pladser

25. september 2024

Af Bodil Helbech Kleist, BOHH@kl.dk

Med udgangspunkt i nye FSIII-data fra 11 kommuner undersøges borgere med midlertidigt ophold på kommunale pladser. De er omkring 80 år i gennemsnit, kommer typisk direkte fra hospitalsindlæggelse, ofte med en genoptræningsplan, og bliver på den midlertidige plads i 1-2 måneder. Hver femte flytter på plejehjem bagefter, og de har væsentligt længere ophold på de midlertidige pladser. Hver syvende afslutter det midlertidige ophold pga. død, og hver tiende (gen)indlægges på hospital. Sygeplejeindsatser dominerer på de midlertidige pladser. Tre ud af fire får også kommunal hjælp før det midlertidige ophold, og fire ud af fem får det efter.

HOVEDKONKLUSIONER

- Antallet af midlertidige ophold pr. måned har været nogenlunde stabilt de seneste 2 år.
- Der er store kommunale forskelle på brugen af midlertidige ophold. Der er mellem 10 og 50 midlertidige ophold om året pr. 1.000 ældre på tværs af kommunerne.
- Borgere på midlertidige ophold er 80 år i gennemsnit. I alt 57 pct. er over 80 år, og 11 pct. er under 67 år.
- Halvdelen af midlertidige ophold varer mere end en måned. Gennemsnittet er 41 dage.
- Borgere, der kommer på plejehjem, har væsentligt længere ophold på midlertidige pladser end andre (71 dage i gennemsnit). Og blandt dem med ophold på over 2 måneder, er det op mod hver anden, der kommer på plejehjem bagefter.
- Syv ud af ti borgere på midlertidige pladser er netop udskrevet fra hospital. I nogle kommuner er andelen dog næsten ni ud af ti. Halvdelen af borgere på midlertidige pladser har en genoptræningsplan.
- De borgere, som kommer fra hospitalsindlæggelse, har i gennemsnit været indlagt i 12 dage. Den hyppigste årsag til hospitalsopholdene før midlertidige ophold er knoglebrud. Derudover fylder forskellige former for infektioner, slagtilfælde samt kroniske sygdomme som KOL, diabetes, hjertesygdom og nyresvigt.
- En ud af syv midlertidige ophold afsluttes med at borgeren dør. Blandt de ældste borgere og blandt dem med korte ophold, er det mere end hver femte, der afslutter opholdet pga. død. Inden for to måneder er hver fjerde af alle borgere, som har haft et midlertidigt ophold, død.
- Hver femte midlertidige ophold afsluttes med at borgeren flytter på plejehjem. Det tyder på, at der er tale om ventepladser.
- Hver tiende midlertidige ophold ender med en hospitalsindlæggelse, og hver femte indlægges inden for en uge. Fire ud af fem var også indlagt før.
- Fire ud af fem borgere på midlertidige pladser har kronisk sygdom, og godt halvdelen har mindst to kroniske sygdomme. Forhøjet blodtryk, slidgigt og knogleskørhed er mest udbredt, men også KOL, type 2 diabetes og hjertesygdom fylder.
- Tre ud af fire får også kommunal hjælp før det midlertidige ophold, og fire ud af fem får det efter (typisk hjemmehjælp og hjemmesygepleje).
- Datagrundlaget er fra 11 kommuner, der dækker 12 pct. af ældrebefolkningen.

BAGGRUND

De midlertidige pladser i kommunerne er i 2024 genstand for sundhedspolitisk debat, ikke mindst i lyset af Regeringens forslag om at flytte ansvaret for en del af pladserne til regionerne. Det kalder på mere viden om, hvad der karakteriserer borgerne på pladserne – før, under og efter deres ophold.

SÅDAN HAR VI GJORT

Med brug af data fra 11 kommuner (FællesSprog III) koblet til nationale sundhedsregistre undersøges ophold på midlertidige pladser efter Service-lovens §84, stk. 2. Opholdenes varighed undersøges, samt borgernes alder, sygdomsprofil og vej ind og ud af pladserne.

INDHOLD

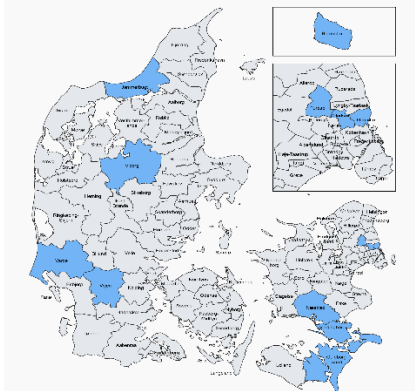
DATAGRUNDLAG.....	4
RESULTATER	5
Stabilt antal midlertidige ophold de seneste 2 år	5
Store kommunale forskelle på brugen af midlertidige ophold	6
Borgere på midlertidige ophold er 80 år i gennemsnit.....	7
Halvdelen af midlertidige ophold varer mere end en måned	8
Borgere, der kommer på plejehjem, har væsentligt længere ophold på midlertidige pladser end andre.....	10
Syv ud af ti borgere på midlertidige pladser er netop udskrevet fra hospital	11
Knoglebrud er ofte årsag til indlæggelser før midlertidige ophold	14
Halvdelen har en genoptræningsplan	15
En ud af syv dør på midlertidigt ophold	17
Hver femte flytter på plejehjem	19
Hver tiende bliver indlagt (igen).....	21
Kronisk sygdom og multisygdom er udbredt på midlertidige pladser	23
Meget sygepleje under midlertidige ophold	25
Ofte kommunal hjælp både før og efter midlertidigt ophold.....	27
Forskel på korte og lange ophold på midlertidige pladser	30
BILAG 1 - Datarensning.....	32
BILAG 2 - Kommunefordelt udvikling	35
BILAG 3 - Antal pladser pr. 1000 ældre i kommunerne	36
BILAG 4 - Afgrænsning af kroniske sygdomme	37

DATAGRUNDLAG

Analysen er baseret på FællesSprog III-data fra 11 kommuner: Gentofte, Gladsaxe, Furesø, Viborg, Jammerbugt, Varde, Vejen, Næstved, Vordingborg, Guldborgssund og Bornholm (se figur 1). Kommunerne er kommuner, som 1) havde indberettet FSIII-data fra begyndelsen, 2) havde en vis mængde data om midlertidige pladser, og 3) indgik databehandlersaftale med KL for at muliggøre denne analyse. De udvalgte 11 kommuner dækker 12 pct. af ældrebe-folkningen i Danmark (67+ årige). Resultaterne af analysen skal tolkes med forbehold for, at det er uvist, i hvilket omfang de 11 kommuner er repræsentative for hele landet. Dog er kom-munerne geografisk fordelt i hele landet og både i land- og byområder jf. figur 1. Resulta-terne er derudover oftest opdelt på kommuneniveau, så det er muligt at vurdere, kommune-variationen og dermed sandsynliggøre, hvilket udfaldsrum landsplanstallet ligger indenfor.

Figur 1

Kommuner i datagrundlaget



Datasættet er udtrukket af Netcompany den 8. marts 2024 for Kombit og overført til KL's pro-jekt hos Danmarks Statistiks forskerservice, hvor data er pseudonymiseret og koblet med an-dre datakilder. Analysen er baseret på indsatsen "Midlertidigt ophold" med indsatskode "H4.1".

Da der er tale om en ny datakilde, er de rå data frasorteret en række "usikre observationer" for at opnå bedst mulig datakvalitet. Det drejer sig fx om dubletter med samme startdato og slutdato, indsatser med startdato før dataregistreringen i FSIII trådte i kraft og indsatser, som opstartes efter (eller samme dag), som personen er flyttet på plejehjem eller død. Derudover er data om planlagte indsatser afgrænset til *afsluttede* indsatser. Dvs. alle midlertidige op-hold, som ikke har en registreret slutdato er frasorteret. Årsagen til denne beslutning er, at der sker en akkumulation af uafsluttede ophold over tid, som mistænkes for at være fejlbe-hæftede. For uddybning af dette se bilag 1. Endelig sammenlægges tidsmæssigt overlap-pende ophold til ét samlet ophold.

Efter datarensningen består datasættet af **7.167** afsluttede midlertidige ophold opstartet i perioden januar 2022 til og med december 2023. For yderligere forklaring af afgrænsninger og datarensning se bilag 1.

RESULTATER

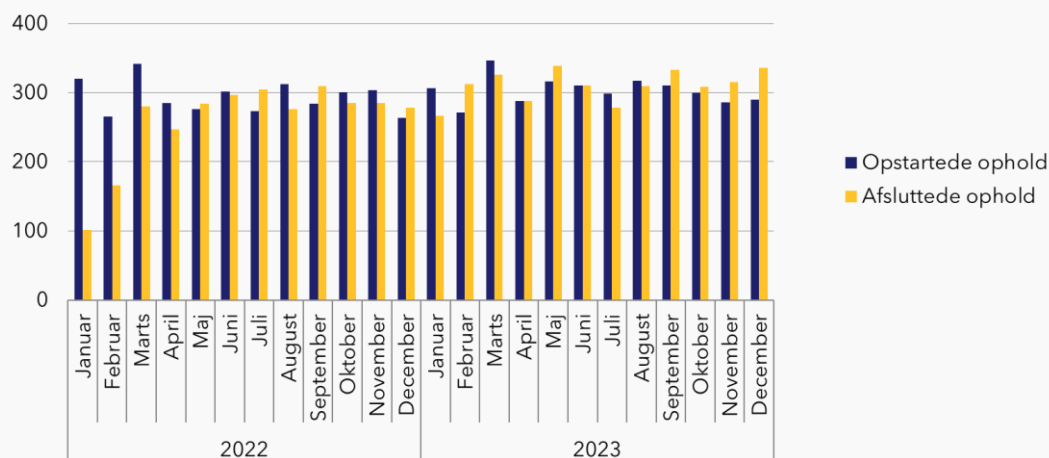
Stabilt antal midlertidige ophold de seneste 2 år

Grundlaget for denne analyse er 7.167 afsluttede midlertidige ophold i 11 kommuner i perioden januar 2022 til og med december 2023. Antallet af midlertidige ophold er stabilt over tid, jf. figur 2. Både antallet af opstartede ophold og afsluttede ophold ligger samlet på knap 300 pr. måned. Stabiliteten over tid ses generelt også på tværs af kommuner (se bilag 2).

I starten af 2022 er der en lille stigning i antallet af afsluttede ophold pr. måned, hvilket skal ses i lyset af, at dataindsamlingen startede 1. januar 2022¹.

Figur 2

Udvikling i antal midlertidige ophold, 2022-2023



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning og bilag 2 for kommunefordelt udvikling.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Langt de fleste borgere med midlertidigt ophold har kun ét ophold i løbet af dataperioden (2022-2023). 8 pct. af de midlertidige ophold er dog blandt borgere, som har mindst to ophold i perioden.

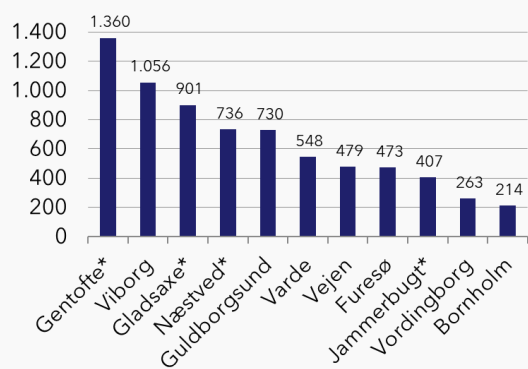
¹ Alle aktive indsatser pr. 1. januar 2022 og frem skulle registreres.

Store kommunale forskelle på brugen af midlertidige ophold

De 11 udvalgte kommuner har mellem 100 og 700 midlertidige ophold om året, eller mellem 10 og 60 pr. måned. En del af variationen skyldes forskellig kommunestørrelse, men selv hvis antallet sættes i forhold til antallet af ældre i kommunen, er der en variation mellem ca. 10 og 50 midlertidige ophold om året pr. 1.000 ældre i kommunerne jf. figur 4. Der er flest midlertidige ophold i Gentofte og Gladsaxe og færrest i Vordingborg og Bornholm. Den store variation kan skyldes, at pladserne anvendes (i forskellig grad) til forskellige formål på tværs af kommunerne. Der er stor kommunal variation i både antallet af midlertidige pladser pr. 1.000 ældre (se bilag 3), i varigheden af de midlertidige ophold og i den gennemsnitlige pris pr. plads, hvilket alt sammen kan hænge sammen med varierende vægtning af forskellige pladstyper på tværs af kommunerne.

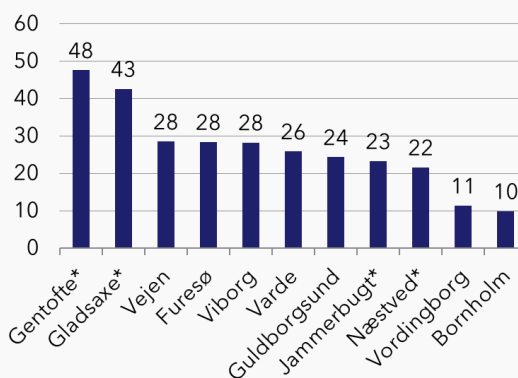
Figur 3

Antal midlertidige ophold fordelt på kommuner, 2022-2023



Figur 4

Antal opstartede midlertidige ophold årligt pr. 1.000 ældre borgere, 2022-2023

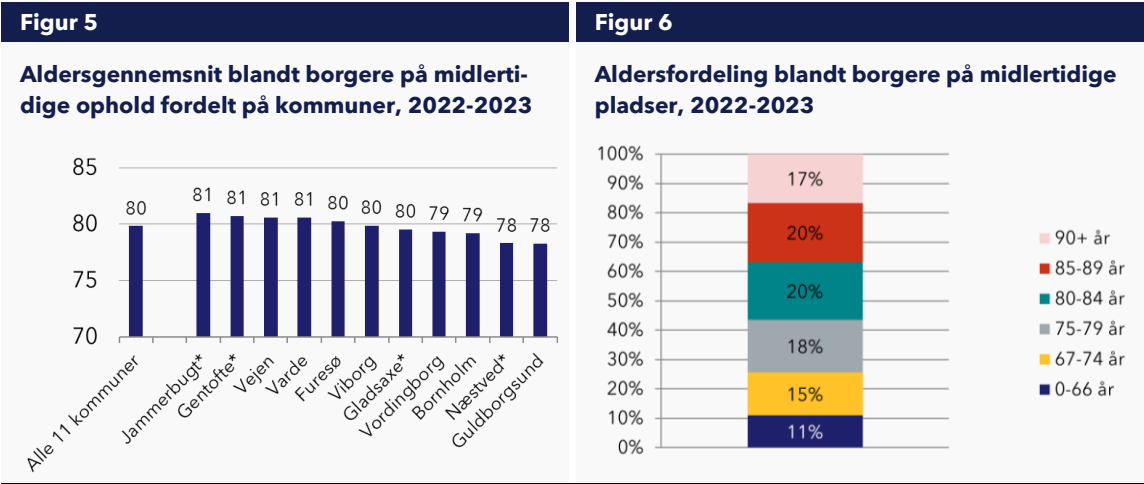


Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere på midlertidige ophold er 80 år i gennemsnit

Gennemsnitsalderen blandt borgere på midlertidige pladser er 80 år. Gennemsnitsalderen varierer mellem 78 år og 81 år på tværs af kommuner jf. figur 5. Mere end hver tredje borger på midlertidige pladser er over 85 år, mens hver tiende er under 67 år jf. figur 6. Gennemsnitsalderen på midlertidige pladser varierer ikke mellem ophold af forskellig længde.

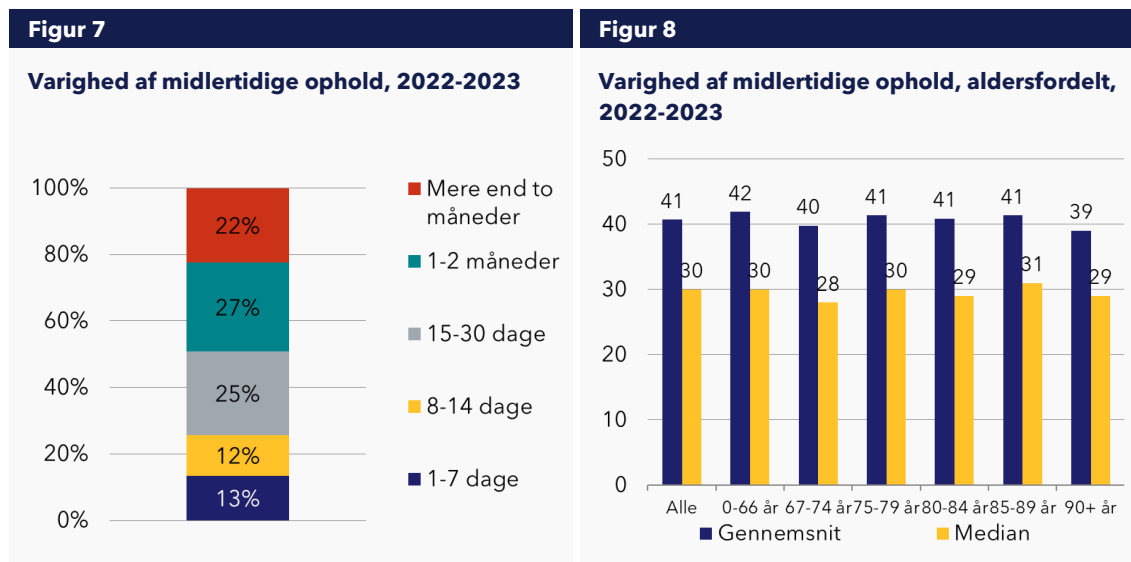


Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022 og 2023. Alderen er opgjort ved opholdets start. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen

Halvdelen af midlertidige ophold varer mere end en måned

Den gennemsnitlige varighed af midlertidige ophold er 41 dage, og medianen er 30 dage. Dvs. halvdelen af opholdene varer over en måned. Der er dog stor variation i opholdenes længde. Godt hver tiende ophold varer under en uge, hver fjerde varer under 2 uger, mens knap hver fjerde ophold varer mere end 2 måneder jf. figur 7. Varigheden af midlertidige ophold er stort set ens på tværs af aldersgrupper jf. figur 8.



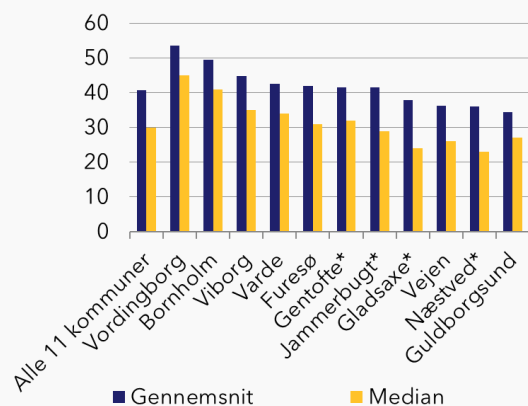
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022 og 2023. Varigheden er opgjort som antal dage mellem start- og slutdatoen for midlertidige ophold. Hvis flere midlertidige ophold følger lige efter hinanden eller med overlap, er de lagt sammen til et samlet ophold. Se bilag 1 for beskrivelse af dette. I de tilfælde, hvor et ophold starter og slutter samme dag, er varigheden (også) sat til 1 dag.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen

Den gennemsnitlige varighed varierer mellem kommunerne fra 34 dage i snit i Guldborgsund til 54 dage i Vordingborg kommune jf. figur 9. I Vordingborg varer 37 pct., af opholdene over 2 måneder jf. figur 10. I nogle kommuner med kort varighed er der en usikkerhed om aflastningspladser er med i data (*), hvilket måske kan forklare hvorfor gennemsnitsvarigheden er lav. Den reelle varighed af midlertidige ophold er således sandsynligvis lidt højere i disse kommuner. Det er dog vurderingen, at dette forhold er af mindre betydning. Se også bilag 1 for uddybning.

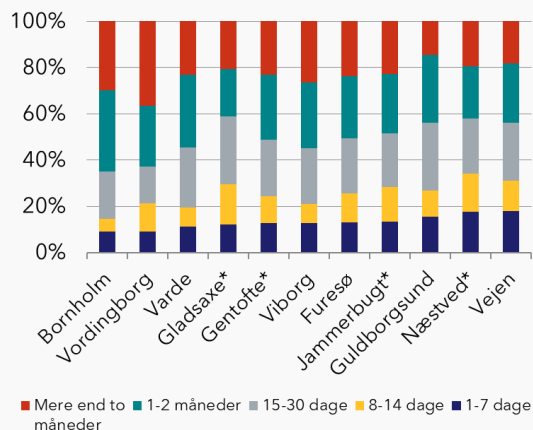
Figur 9

Varighed af midlertidige ophold, kommunefordelt, 2022-2023



Figur 10

Varighed af midlertidige ophold, kommunefordelt, 2022-2023



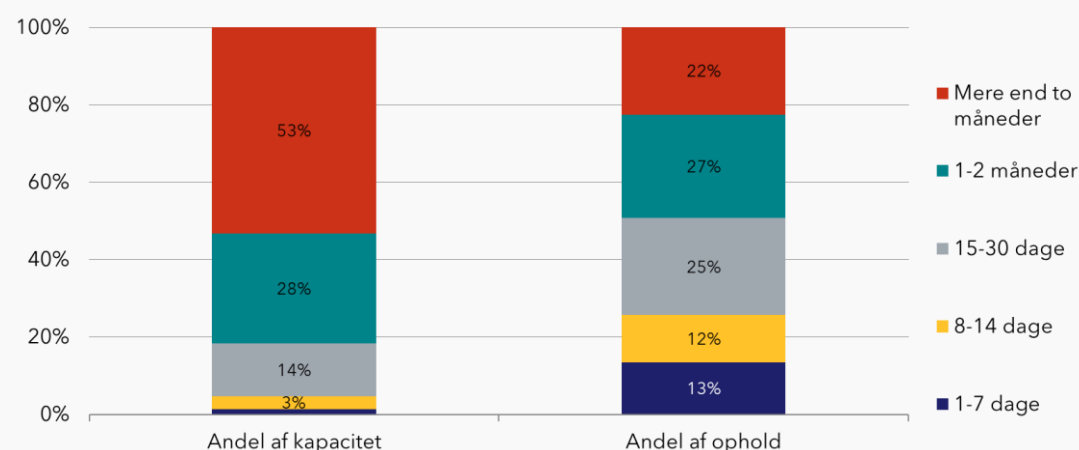
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022 og 2023. Varigheden er opgjort som antal dage mellem start- og slutdatoen for midlertidige ophold. Hvis flere midlertidige ophold følger lige efter hinanden eller med overlap, er de lagt sammen til et samlet ophold. Se bilag 1 for beskrivelse af dette. I de tilfælde, hvor et ophold starter og slutter samme dag, er varigheden (også) sat til 1 dag. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen

Selvom hver fjerde ophold varer under 14 dage, optager disse ophold kun knap 5 pct. af kapaciteten jf. figur 11, fordi deres varighed er så kort (i gennemsnit 7,4 dage). Tilsvarende optager de lange ophold på over en måned mere end 80 pct. af kapaciteten, selvom de "kun" udgør halvdelen af opholdene.

Figur 11

Korte og lange opholds andel af kapaciteten, 2022-2023



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022 og 2023. Varigheden er opgjort som antal dage mellem start- og slutdatoen for midlertidige ophold. Hvis flere midlertidige ophold følger lige efter hinanden eller med overlap, er de lagt sammen til et samlet ophold. Se bilag 1 for beskrivelse af dette. I de tilfælde, hvor et ophold starter og slutter samme dag, er varigheden (også) sat til 1 dag.

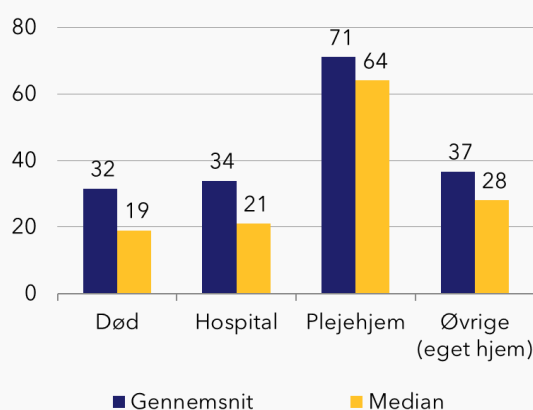
Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere, der kommer på plejehjem, har væsentligt længere ophold på midlertidige pladser end andre

Varigheden af midlertidige ophold varierer meget afhængig af hvor borgeren ender efter det midlertidige ophold. Hvis borgeren flytter på plejehjem, er det midlertidige ophold i gennemsnit 71 dage, dvs. knap 2½ måned jf. figur 12. Kun hver syvende er der under en måned jf. figur 13. Det tyder på, at der er tale om ventepladser til plejebolig. Blandt dem, der dør eller indlægges i slutningen af det midlertidige ophold, er varigheden af opholdet væsentligt kortere: 32-34 dage i gennemsnit. Knap to ud af tre af disse ophold varer under en måned.

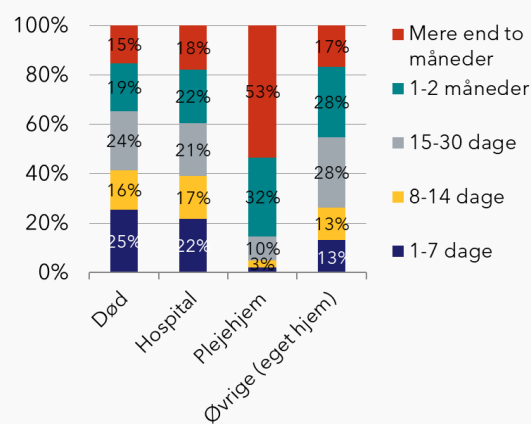
Figur 12

Gennemsnitlig varighed af midlertidige ophold, efter hvor borgeren ender bagefter, 2022



Figur 13

Fordeling af varighed af midlertidige ophold, efter hvor borgeren ender bagefter, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Varigheden er opgjort som antal dage mellem start- og slutdatoen for midlertidige ophold. Hvis flere midlertidige ophold følger lige efter hinanden eller med overlap, er de lagt sammen til et samlet ophold. Se bilag 1 for beskrivelse af dette. I de tilfælde, hvor et ophold starter og slutter samme dag, er varigheden (også) sat til 1 dag.

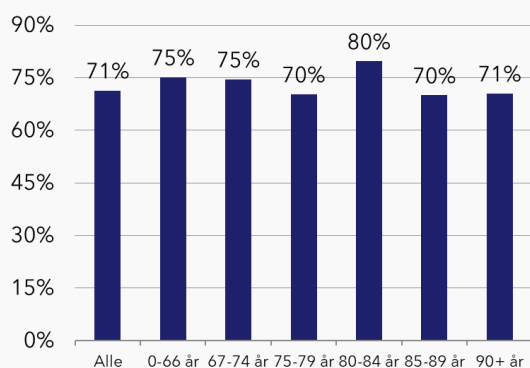
Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Syv ud af ti borgere på midlertidige pladser er netop udskrevet fra hospital

Blandt de borgere, som kommer på midlertidige pladser, er syv ud af ti (71 pct.) netop udskrevet fra hospital². Andelen er omtrent den samme på tværs af alder jf. figur 14. Andelen, der kommer direkte fra hospital, varierer dog en del på tværs af kommuner: Fra knap ni ud af ti i Furesø og Gladsaxe til omkring halvdelen i Vejen og Varde jf. figur 15.

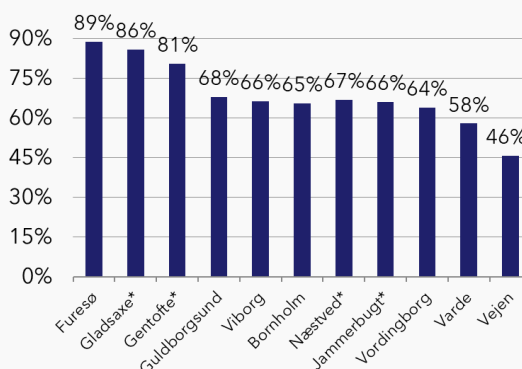
Figur 14

Andel af midlertidige ophold, der startes med en hospitalsudskrivning, aldersfordelt, 2022



Figur 15

Andel af midlertidige ophold, der startes med en hospitalsudskrivning, kommune fordelt (2021-2022)



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Ophold, der opstartes med en hospitalsudskrivning, er defineret som, ophold hvor et hospitalsophold afsluttes på dagen for opstart af det midlertidige ophold, eller dagen før eller dagen efter. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

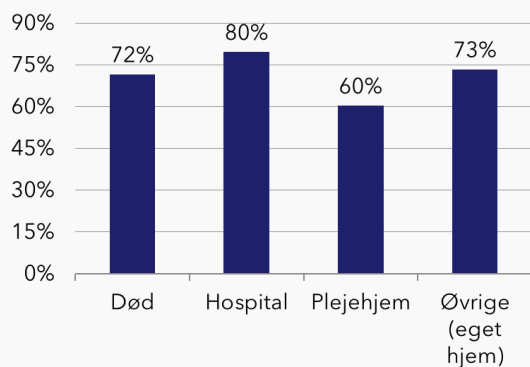
Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dem, der flytter på plejehjem bagefter, har også ofte været indlagt før (60 pct.). Dog er andelen højest blandt dem, som også indlægges igen bagefter. Andelen, der har været indlagt før, er desuden højere blandt dem, som ender med at være på den midlertidige plads i 15-30 dage (80 pct.), end blandt dem, der er der kortere eller længere tid jf. figur 17. Blandt dem med midlertidige ophold på under en uge er det "kun" 58 pct., der har været indlagt før.

² Med "netop udskrevet" menes udskrevet på samme dag, som det midlertidige ophold opstartes, eller dagen før eller dagen efter. Hvis hospitalskontakter i ugen op til det midlertidige ophold medtages, er det 77 pct. der har haft en hospitalskontakt før det midlertidige ophold.

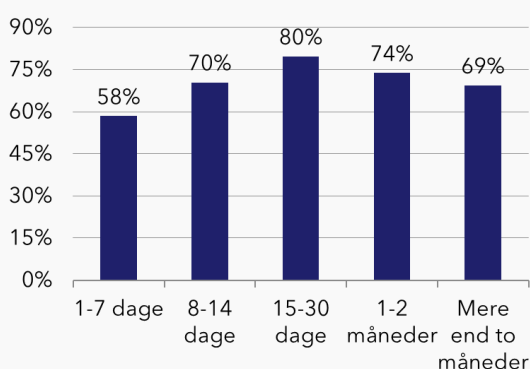
Figur 16

Andel af midlertidige ophold, der startes med en hospitalsudskrivning, fordelt efter hvor borgeren ender bagefter, 2022



Figur 17

Andel af midlertidige ophold, der startes med en hospitalsudskrivning, fordelt efter varigheden af det midlertidige ophold, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Ophold, der opstartes med en hospitalsudskrivning, er defineret som, ophold hvor et hospitalsophold afsluttes på dagen for opstart af det midlertidige ophold, eller dagen før eller dagen efter. 'Død' betyder, at personen dør samme dag eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Hospitalsophold (typisk indlæggelser) betyder at personen opstarter hospitalsophold, når det midlertidige ophold, slutter. 15 pct. af disse ender også med at dø kort derefter. Plejehjem betyder at personen er indflyttet på plejehjem inden for 7 dage.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

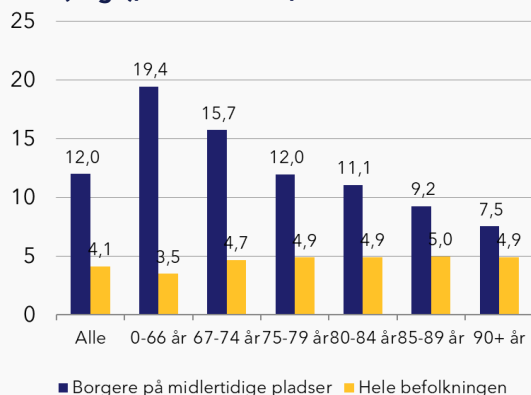
Blandt dem, som udskrives fra hospital, har 97 pct. været indlagt, langt størstedelen akut³. De resterende har haft et ambulant ophold – planlagt eller akut⁴. De indlagte har i gennemsnit været indlagt i 12,0 dage, inden de kommer på en midlertidig plads jf. figur 18. Indlæggelsesvarigheden er væsentligt længere blandt dem, som er under 67 år (21 dage) end dem, som er over 90 år (8 dage). Til sammenligning er indlæggelsesvarigheden blandt alle ældre i befolkningen omkring 5 dage.

³ 95 pct. har været akut indlagt. De resterende 5 pct. har en planlagt indlæggelse op til det midlertidige ophold.

⁴ Ambulante ophold varer under 12 timer. Knap halvdelen er akutte ambulante ophold (41 pct.).

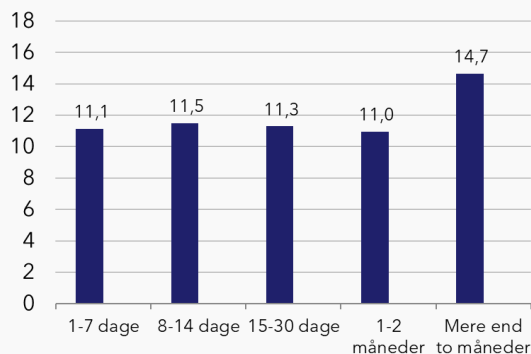
Figur 18

Varighed af indlæggelser før midlertidigt ophold (dage), aldersfordelt, 2022



Figur 19

Gennemsnitlig indlæggelsesvarighed før midlertidige ophold, fordelt på varigheden af de midlertidige ophold, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Ophold, der opstartes med en hospitalsudskrivning, er defineret som, ophold hvor et hospitalsophold afsluttes på dagen for opstart af det midlertidige ophold, eller dagen før eller dagen efter. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

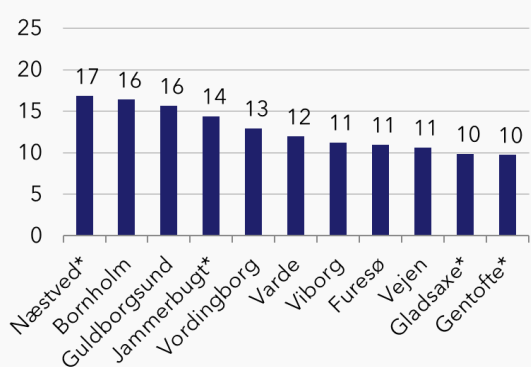
Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere på midlertidige pladser med lange ophold på mere end 2 måneder, som har været indlagt før, var i gennemsnit indlagt på hospitalet i længere tid end borgere med kortere ophold på midlertidige pladser (15 dage vs. 11 dage) jf. figur 19.

Der er en vis sammenhæng mellem kommuner med stor kapacitet af midlertidige pladser og kommuner, hvor borgerne gennemsnitligt har været indlagt kortere tid, før de udskrives til midlertidigt ophold jf. figur 20 og 21. Det kunne tyde på, at hospitalerne i højere grad udskriver borgerne hurtigt, der hvor der er en større kapacitet kommunalt til at overtage borgeren. Selvom sammenhængen har en vis styrke ($R^2=0,53$), skal resultatet naturligvis tolkes varsomt grundet det lave antal kommuner.

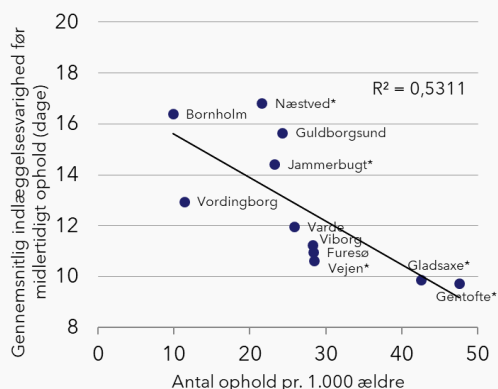
Figur 20

Varighed af indlæggelser før midlertidigt ophold (dage), kommune fordelt, 2022



Figur 21

Sammenhæng mellem kapacitet og indlæggelsesvarighed, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Ophold, der opstartes med en hospitalsudskrivning, er defineret som, ophold hvor et hospitalsophold afsluttes på dagen for opstart af det midlertidige ophold, eller dagen før eller dagen efter.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Knoglebrud er ofte årsag til indlæggelser før midlertidige ophold

Som beskrevet i ovenstående afsnit er det 71 pct. af alle midlertidige ophold, der opstartes direkte i forlængelse af en hospitalsindlæggelse. En undersøgelse af hvad årsagen til hospitalskontakten i disse tilfælde er (aktionsdiagnosen), kan bidrage til at karakterisere borgerne på midlertidige pladser, særligt hvilke helbredsproblemer, der er dominerende omkring opstarten af opholdet.

Årsagerne til hospitalsindlæggelser er mangfoldige, også i denne gruppe af borgere. Dog er der nogle mønstre. Som det ses i tabel 1, er den hyppigste årsag til hospitalsophold blandt borgere, der ender på midlertidig plads, forskellige former for knoglebrud, især hoftenære frakturer. Derudover fylder forskellige former for infektioner, bakterielle og virale, herunder lungebetændelse og blærebetændelse. Slagtilfælde (blodprop i hjernen og hjerneblødning) samt kroniske sygdomme som KOL, hjertesygdom og nyresvigt er også hyppige blandt aktionsdiagnoserne. Vær opmærksom på, at aktionsdiagnoserne var definerende for hospitalsopholdet før det midlertidige ophold. Det er muligt, at tilstanden ikke er aktuel længere, når borgeren kommer på den midlertidige plads, ligesom borgeren kan have mange andre samtidige sygdomme og tilstande, som bare ikke har været definerende for den pågældende hospitalskontakt (se næste afsnit).

Tabel 1

Hyppigste aktionsdiagnoser blandt borgere, der kommer på midlertidige plads efter udskrivning

Hoftenære frakturer (S7)	10%
Andre frakturer (S...)	8%
Genoptræning (Z5)	9%
Bakteriel infektion, rosen, sepsis (A4)	5%
Lungebetændelse (J1)	5%
Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning) (I6)	4%
Iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt, hjerteflimren, åreforkalkning m.m. (I2, I4, I5, I7)	4%
KOL og åndedrætsbesvær (J4+J9)	3%
Blærebetændelse (N3)	3%
Virussygdom (B3+B9)	3%
Dehydrering (E8)	3%
Ryg sygdomme (M4+M5)	2%
Nyresvigt (N1)	2%
Slidgigt i hofte og knæ (M1)	2%
Demens/delir (F0)	2%
Øvrige	36%

Note: Rangeringen af aktionsdiagnoser er foretaget ud fra hyppigheden af diagnoser kategoriseret efter de første to cifre i ICD-10-klassificeringen. I nogle tilfælde er flere ensartede kategorier lagt sammen. Benævnelsen tager udgangspunkt i de hyppigste underdiagnoser i kategorien.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen.

Aktionsdiagnosen er ...

... den væsentligste årsag til de sundhedsinterventioner, der blev udført på en patientkontakt. Aktionsdiagnosen er hovedindikation for de sundhedsfaglige ydelser på kontakten. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose.

Kilde: [Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret](#).

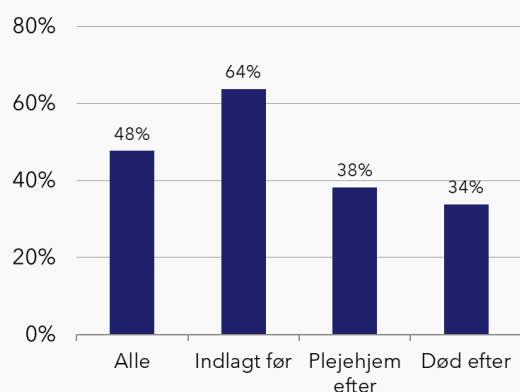
Halvdelen har en genoptræningsplan

Halvdelen af de borgere, der kommer på midlertidige pladser (48 pct.), har fået en genoptræningsplan efter Sundhedslovens §140 i ugen op til opstarten af den midlertidige plads. Langt de fleste får genoptræningsplanen på dagen eller dagen før opstarten af det midlertidige ophold (82 pct.). Stort set alle genoptræningsplanerne (99 pct.) er til almen genoptræning (resten er specialiseret rehabilitering eller specialiseret genoptræning).

Borgere med genoptræningsplaner har stort set alle været indlagt/på hospital op til opstarten af det midlertidige ophold (da GOP'en jo laves ifm. hospitalsudskrivning). Andelen med genoptræningsplan er således højest blandt dem, som har været indlagt før det midlertidige ophold jf. figur 22. Her har 64 pct. fået en genoptræningsplan inden det midlertidige ophold, mens det blandt alle på midlertidige pladser er 48 pct. Genoptræningsplaner findes også borgere, som dør eller ender på plejehjem bagefter, men her er andelen med genoptræningsplan er dog lavere (34-38 pct.).

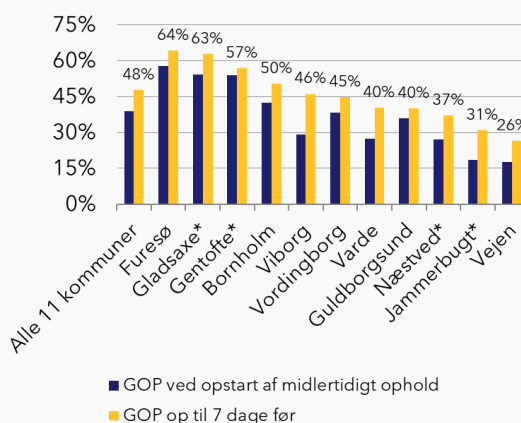
Figur 22

Andel med genoptræningsplan (GOP) i ugen op til midlertidigt ophold, 2022



Figur 23

Andel med genoptræningsplan (GOP) før det midlertidigt ophold, kommune fordelt, 2022



Note: Afgrænset til midlertidige ophold opstartet i 2022. Genoptræningsplan før midlertidige ophold er afgrænset til genoptræningsplaner efter SUL §140 ifm. hospitalskontakt, som ligger hhv. på dagen eller dagen før, eller i ugen op til, opstarten af det midlertidige ophold. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

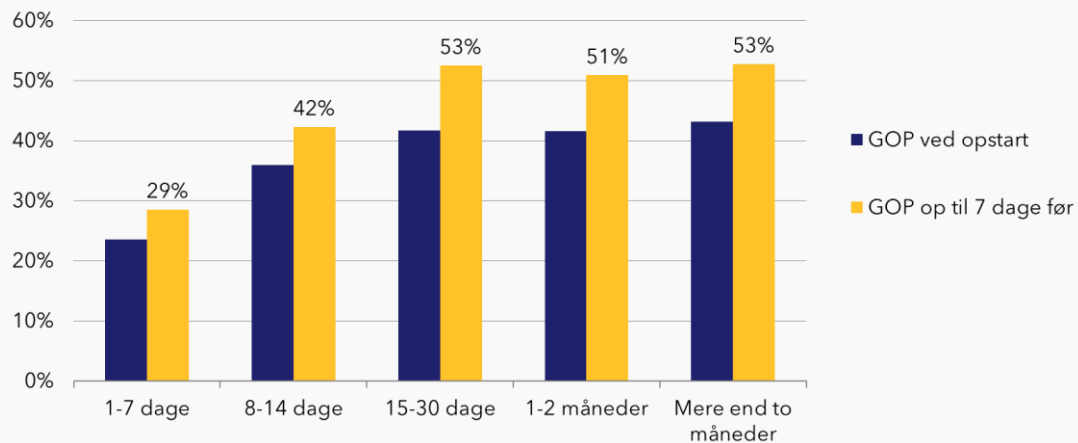
Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

Der er en væsentlig kommunal variation i andelen af borgere med genoptræningsplan: fra 26 pct. til 64 pct. jf. figur 23. I nogle kommuner med særligt lave andele (Næstved og Jammerbugt) er der dog risiko for, at data er "forurenede" af aflastningsophold, der er registreret som midlertidige ophold. Det ville kunne forklare, hvorfor andelen med genoptræningsplan er lavere her end i øvrige kommuner. Dog gør det samme sig gældende i Gladsaxe og Gentofte, som har en høj andel med genoptræningsplan. Hvis man frasorterer de 4 kommuner med risiko for inklusion af aflastningsophold, er resultatet stort set det samme: 46 pct. har en genoptræningsplan.

Andelen med genoptræningsplan er højest blandt de borgere, der ender med at være på midlertidige pladser mere end 2 uger. Her har mindst 50 pct. en genoptræningsplan. Blandt dem, der kun er der en uge, er andelen 29 pct. jf. figur 24.

Figur 24

Andel med genoptræningsplan (GOP) fordelt efter varigheden af midlertidige ophold, 2022



Note: Afgrænset til midlertidige ophold opstartet i 2022. Genoptræningsplan før midlertidige ophold er afgrænset til genoptræningsplaner efter SUL §140 ifm. hospitalskontakt, som ligger hhv. på dagen eller dagen før, eller i ugen op til, opstarten af det midlertidige ophold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

En ud af syv dør på midlertidigt ophold

Et ud af syv midlertidige ophold afsluttes med, at borgeren dør. 16 pct. af de midlertidige ophold afsluttes således med at borgeren dør, på slutdatoen eller dagen efter. Nogle af disse borgere, når dog at blive indlagt eller komme hjem, før de dør, så de ikke dør på den midlertidige plads. Hvis man frasorterer dem som indlægges, er det 14 pct. der ender med at dø på slutdatoen eller dagen efter. En del borgere dør dog få dage efter det midlertidige ophold afsluttes - uanset om de indlægges eller ej. Inden for to måneder efter det midlertidige ophold er afsluttet, er hver fjerde borger død (25 pct.).

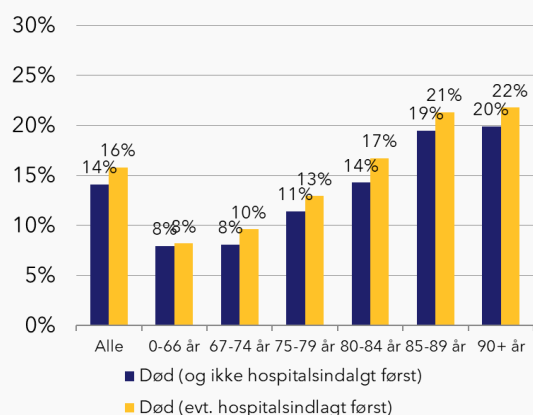
Blandt borgere over 90 år er det hver femte, der ender med at dø ved afslutningen af det midlertidige ophold jf. figur 25. Gennemsnitsalderen blandt borgere, der dør, er også lidt højere end blandt andre borgere på midlertidige pladser (83 år). Halvdelen er over 85 år.

Andelen, der dør, varierer også en del på tværs af kommuner jf. figur 26. I Vordingborg er det 23 pct. af borgerne på midlertidige pladser, der dør under opholdet, mens det i Gentofte og Gladsaxe er kun hhv. 7 og 10 pct. I Gentofte og Gladsaxe er der dog en risiko for, at data for de midlertidige ophold er "forurennet" af aflastningsophold, hvilket ville kunne forklare, hvorfor andelen, der dør under opholdet, er så lavt.

I de 11 kommuner er det i alt 557 borgere, der dør under midlertidige ophold i 2022. 498 af dem har ikke været indlagt. Det svarer til knap 7 pct. af alle dødsfald i de 11 kommuner i 2022. Det er en større andel, end der dør på hospices på landsplan (5 pct.) jf. [Dansk selskab for patientsikkerhed \(2020\)](#).

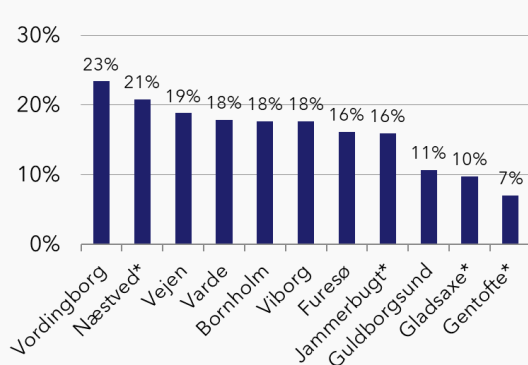
Figur 25

Andel, der dør på midlertidig plads, aldersfordelt, 2022



Figur 26

Andel, der dør på midlertidig plads, kommune-fordelt, 2022



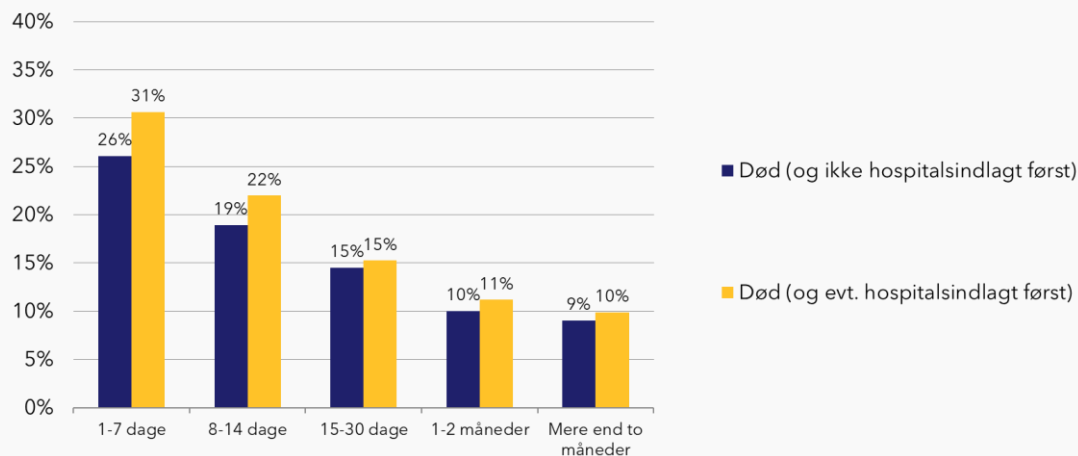
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Andelen der dør er defineret som, ophold hvor borgeren dør på dødsdatoen eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Opgørelsen er foretaget både med og uden dem, der når at blive indlagt, inden deres død. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Andelen, der dør, er højest blandt dem med korte midlertidige ophold, jf. figur 27. Blandt dem med ophold af under 7 dages varighed, er det knap hver tredje, der dør, mens det blandt dem med midlertidige ophold på over 2 måneder "kun" er hver tiende, der dør. Blandt dem med korte ophold, er der dog ca. 15 pct. af dem, som dør, som når at blive indlagt på hospitalet, inden de dør. Der er ikke forskel på dødsandelen blandt dem, der har været indlagt før, og dem, der ikke har været indlagt før det midlertidige ophold.

Figur 27

Andel, der dør, fordelt på opholdets varighed, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Andelen der dør er defineret som, ophold hvor borgeren dør på dødsdatoen eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Opgørelsen er foretaget både med og uden dem, der når at blive indlagt, inden deres død.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Blandt de borgere på midlertidige pladser, som ender med at dø, er der en lille overvægt af borgere med KOL og hjertesygdom, og lidt færre med muskelskeletsygdomme sammenlignet med andre borgere på midlertidige pladser.

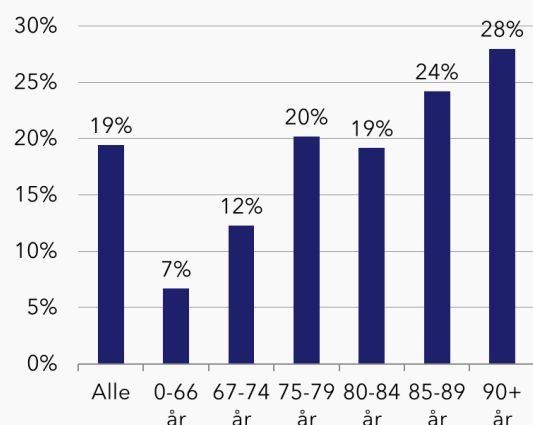
Hver femte flytter på plejehjem

Hver femte borger på midlertidige pladser afslutter opholdet med, at de flytter på plejehjem. 19 pct. flytter deres adresse på plejehjem inden for 7 dage efter, det midlertidige ophold afsluttes. Blandt borgere over 85 år er det nærmere hver fjerde jf. figur 28. Gennemsnitsalderen blandt borgere, der flytter på plejehjem, er også lidt højere end blandt andre borger på midlertidige pladser (83 år). Halvdelen er over 84 år.

Andelen, der flytter på plejehjem, varierer en del på tværs af kommuner, hvilket tyder på, at der er kommunale forskelle i profilen af de midlertidige pladser (vægtningen af hvilke formål de bruges til). I Vordingborg er det hver tredje (32 pct.) af de midlertidige ophold, der ender med at borgeren flytter på plejehjem, mens det i Gladsaxe og Furesø er hhv. 13 og 14 pct. jf. figur 29. I netop Gentofte og Gladsaxe er der dog en risiko for, at data for de midlertidige ophold er "forurenede" af aflastningsophold, hvilket ville kunne forklare, hvorfor andelen, der flytter på plejehjem efter opholdet, er så lavt.

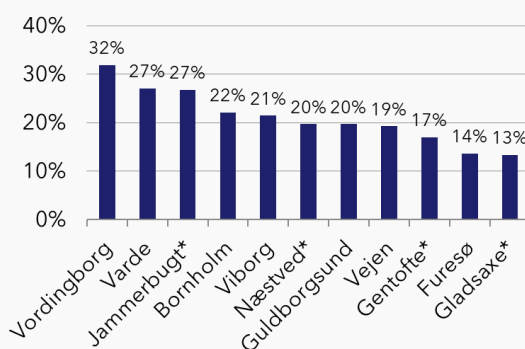
Figur 28

Andel, der flytter på plejehjem, aldersfordelt, 2022



Figur 29

Andel, der flytter på plejehjem, kommuneformelt, 2022



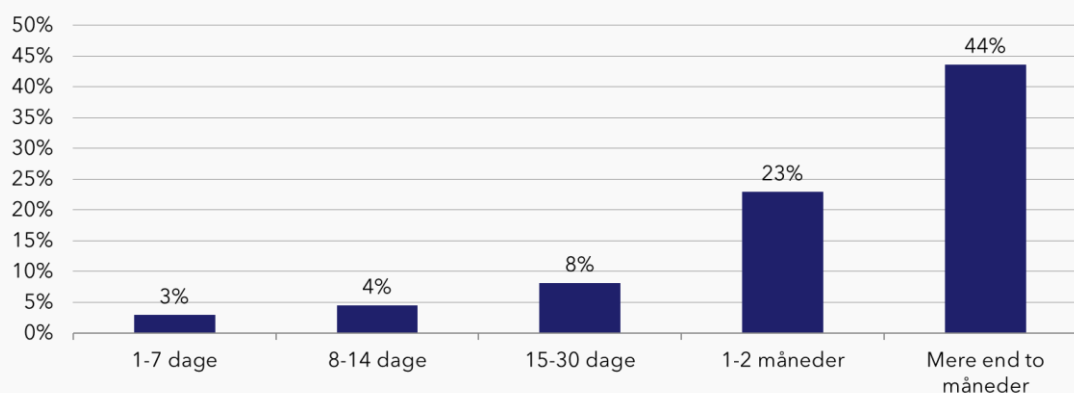
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Andelen, der flytter på plejehjem, dem der registrerer bopælsadresse på plejehjemsadresse inden for 7 dage efter det midlertidige ophold slutter. Hvis personen bliver indlagt på hospital efter det midlertidige ophold og derefter flytter på plejehjem inden for 7 dage, er de ikke med i andelen. Det gælder dog kun 32 personer eller knap 1 pct. af alle midlertidige ophold i 2022. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Blandt borgere med midlertidigt ophold på over 2 måneder er det knaphalvdelen, der flytter på plejehjem bagefter, mens det kun gælder 3-4 pct. af dem med midlertidigt ophold af under 14 dages varighed jf. figur 30.

Figur 30

Andel, der flytter på plejehjem, fordelt efter varigheden af det midlertidige ophold, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Andelen, der flytter på plejehjem, dem der registrerer bopælsadresse på plejehjemsadresse inden for 7 dage efter det midlertidige ophold slutter. Hvis personen bliver indlagt på hospital efter det midlertidige ophold og derefter flytter på plejehjem inden for 7 dage, er de ikke med i opgørelsen. Det gælder dog kun 32 personer eller knap 1 pct. af alle midlertidige ophold i 2022

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Blandt dem, der har haft en hospitalskontakt før det midlertidige ophold, er det 16 pct., der flytter på plejehjem bagefter. Blandt dem, der flytter på plejehjem, er det 60 pct. der har haft en hospitalsindlæggelse før det midlertidige ophold (vs. 71 pct. blandt alle på midlertidige ophold).

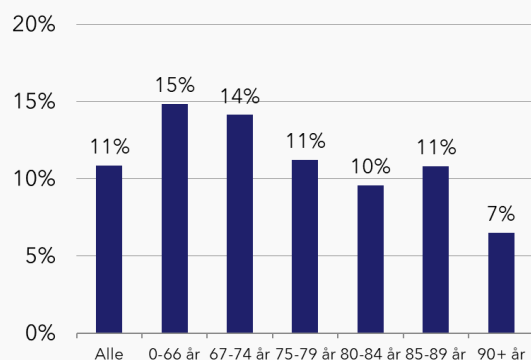
Hver tiende bliver indlagt (igen)

Hver tiende borger med midlertidige ophold (11 pct.) afslutter opholdet med en hospitalsindlæggelse⁵. Hvis man medtager hospitalsophold i ugen efter det midlertidige ophold, er det hver femte (20 pct.) Fire ud af fem borgere med hospitalsophold efter det midlertidige ophold var også indlagt *før* det midlertidige ophold (80 pct.).

Andelen, der indlægges efter det midlertidige ophold, er højest blandt borgere under 80 år, og blandt dem med korte ophold på under 14 dage jf. figur 31 og 32. Gennemsnitsalderen blandt borgere, der kommer på hospitalet (igen), er også lidt lavere end blandt andre borger på midlertidige pladser (77 år).

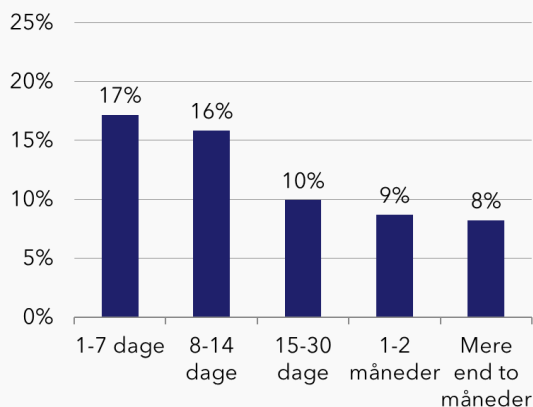
Figur 31

Andel, der indlægges efter deres midlertidige ophold, aldersfordelt, 2022



Figur 32

Andel, der indlægges efter deres midlertidige ophold, fordelt på varighed af opholdet, 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Andelen, der indlægges, er defineret som, ophold hvor borgeren opstarter et hospitalsophold på dagen eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Nogle af disse ender med at dø i samme periode (15 pct.) eller flytter på plejehjem inden for en uge (8 pct.).

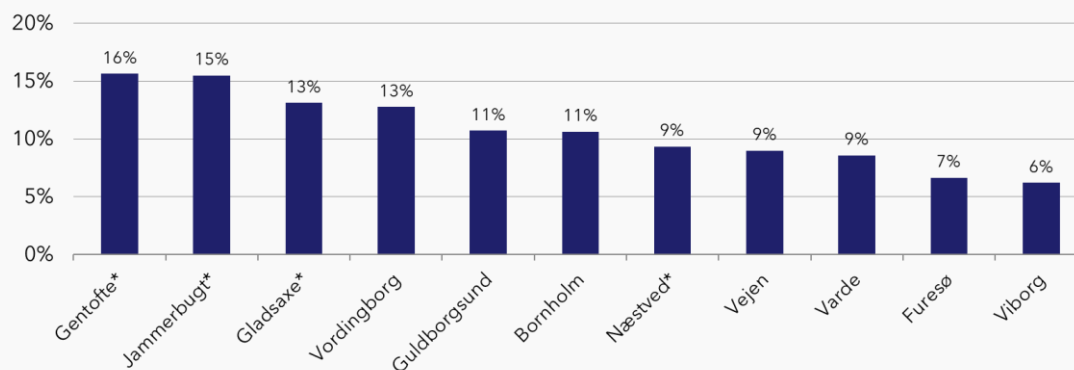
Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Andelen, der indlægges efter et midlertidigt ophold, varierer mellem kommunerne fra 6 pct. af borgerne på midlertidige pladser i Viborg Kommune til 16 pct. af borgerne i Gentofte Kommune jf. figur 33.

⁵ Herunder også hospices, men de udgør under 5 pct. af alle der (gen)indlægges.

Figur 33

Andel, der indlægges efter deres midlertidige ophold, kommunefordelt, 2022



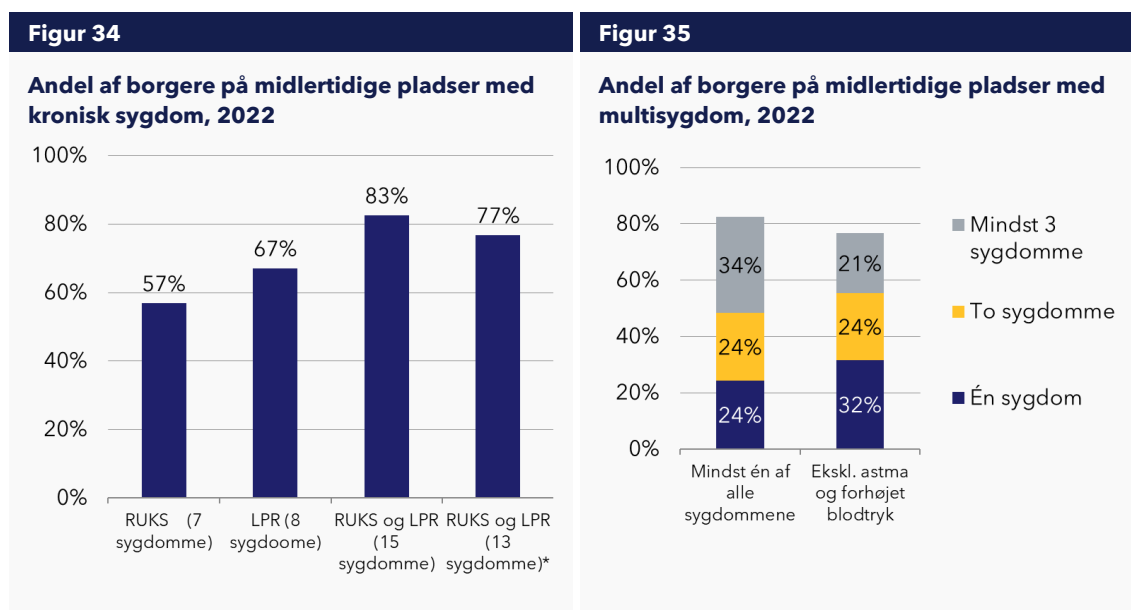
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner opstartet i 2022. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Andelen, der indlægges, er defineret som, ophold hvor borgeren opstarter et hospitalsophold på dagen eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Nogle af disse ender med at dø i samme periode (15 pct.) eller flytter på plejehjem inden for en uge (8 pct.). Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Kronisk sygdom og multisygdom er udbredt på midlertidige pladser

Kronisk sygdom kan afgrænses på forskellige måder. Andelen af borgere med kronisk sygdom varierer derfor afhængig af udvælgelsen og antallet af kroniske sygdomme, som tages med. Blandt borgere på midlertidige ophold i 2022 var det over halvdelen (57 pct.), som havde mindst én af de 7 udvalgte kroniske sygdomme i RUKS (Register over Udvalgte Kroniske Sygdomme). Det gælder KOL, astma, type 1 og type 2 diabetes, leddegigt, demens eller knogleskørhed. Til sammenligning er andelen blandt alle 67-79 årige i befolkningen 33 pct., og blandt de 80+årige er andelen 50 pct. ([KL, 2023](#)).

Hvis man medtager andre sygdomme, som kan identificeres via diagnoser på hospitalskontakter (LPR) de seneste 10 år, er det mindst fire ud af fem (83 pct.) af borgere på midlertidige ophold, der har kronisk sygdom jf. figur 34. To tredjedele af disse har mindst to kroniske sygdomme, dvs. over halvdelen af borgerne på midlertidige pladser har multisygdom (58 pct.). Denne opgørelse indeholder ud over ovenstående sygdomme fx også hjertesygdomme, forhøjet blodtryk, apopleksi⁶, slidgigt, rygsygdomme og leversygdomme. Selv hvis man ekskluderer "mildere" kroniske sygdomme som astma og forhøjet blodtryk, er det 77 pct. af borgerne på midlertidige pladser, der har mindst én af de udvalgte sygdomme, og 45 pct. har mindst to kroniske sygdomme jf. figur 35. Andelen med kronisk sygdom er generelt lidt højere blandt borgere med korte midlertidige ophold, end blandt borgere med lange midlertidige ophold (især hvad angår KOL).



Note: Opgørelse af forekomsten af 15 kronisk sygdom opgjort ud fra Register over Udvalgte Kroniske Sygdomme og langvarige lidelser (RUKS) og diagnoseopgørelse udelukkende baseret på diagnoser i LPR samt kombination af de to. RUKS omfatter KOL, astma, type 1 og type 2 diabetes, leddegigt, demens eller knogleskørhed, mens LPR -opgørelsen omfatter Iskæmisk hjertesygdom, Hjertesvigt, Apopleksi (blodprop i hjernen), Hypertension (forhøjet blodtryk), Slidgigt, rygsygdomme, Inflammatoriske ledsygdomme, Kroniske leversygdomme. De 13 sygdomme (*) ekskluderer astma og forhøjet blodtryk. For yderligere beskrivelse se bilag 4.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

I tabel 2 ses de hyppigste 10 kroniske sygdomme blandt borgere på midlertidige pladser. De afspejler i høj grad også de hyppigste kroniske sygdomme blandt ældre – om end generelt med en højere forekomst på de midlertidige pladser. Forhøjet blodtryk, knogleskørhed

⁶ Selvom apopleksi ikke pr. definition er en kronisk sygdom, er den medtaget da den ofte fører til langvarige forløb med senfølger.

og slidgigt er således hyppigst, men kroniske sygdomme som KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom er også udbredt med en udbredelse på op mod 20 pct. hver.

Tabel 2

Top-10 kroniske sygdomme blandt borgere på midlertidige pladser

Forhøjet blodtryk	41%
Slidgigt	21%
Knogleskørhed	21%
KOL	20%
Type 2-diabetes	19%
Rygsygdomme	18%
Apopleksi	14%
Iskæmisk hjertesygdom	14%
Hjertesvigt	10%
Demens	9 %

Note: Se bilag 4 for afgrænsning af sygdomme.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen.

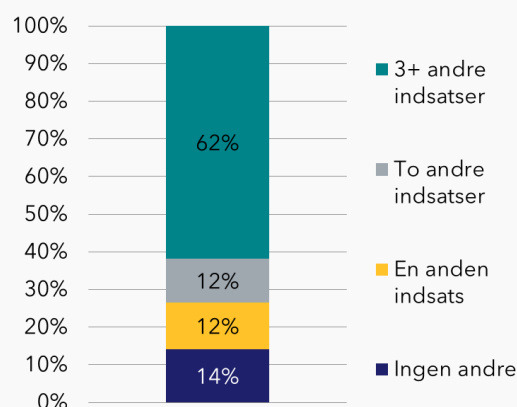
Meget sygepleje under midlertidige ophold

Langt størstedelen af borgere på midlertidige ophold (86 pct.) får også andre indsatser under deres ophold. I gennemsnit får de 5-6 forskellige indsatser under opholdet, og over halvdelen (62 pct.) får mindst tre andre indsatser under deres midlertidige ophold jf. figur 36. Antallet af forskellige indsatser stiger naturligvis med stigende varighed af det midlertidige ophold.

De langt hyppigste er indsatser under midlertidige ophold er efter sundhedsloven. Fire ud af fem (81 pct.) får indsatser efter sundhedsloven under deres ophold, især sygepleje, mens knap halvdelen får indsatser efter serviceloven (45 pct.), især hjemmehjælp jf. figur 37. Vær opmærksom på, at der her kun medtages indsatser, som opstartes i løbet af det midlertidige ophold. Indsatser, som allerede var i gang før det midlertidige ophold, tælles ikke med, selvom de måtte forløbe (i data) henover det midlertidige ophold. Derudover er der på kommuneniveau stor forskel på, hvilke indsatser, der hyppigt registreres. Fx er der usikkerhed om, hvorvidt især servicelovsindsatser, fx personlig pleje, under det midlertidige ophold registreres selvstændigt, eller om det betragtes som en del af indsatsen "midlertidigt ophold". I fire kommuner registreres rehabilitering (SEL§83a) slet ikke under de midlertidige ophold – i andre kommuner registreres det i op mod hver fjerde ophold.

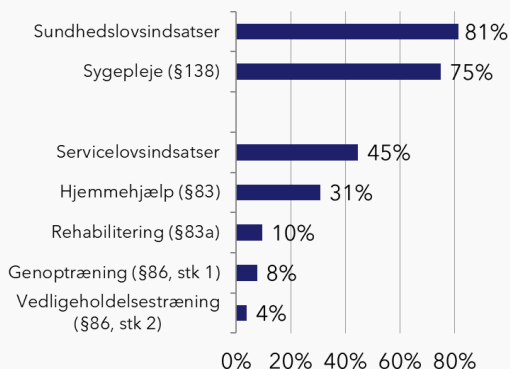
Figur 36

Andre FSIII-indsatser under midlertidige ophold (antal)



Figur 37

Andel midlertidige ophold med samtidige indsatser efter Sundhedsloven og Serviceloven



Note: Andre indsatser er afsluttede indsatser på niveau 2, som er opstartet under det midlertidige ophold. Indsatser, som starter før det midlertidige ophold og afsluttes efter det midlertidige ophold, er ikke talt med. Hvis der er flere af samme type indsats under opholdet, tæller indsatsen kun én gang. Der er i alt 72 forskellige FSIII-indsatser ud over midlertidige ophold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen.

Den hyppigste indsatstype er sygeplejefaglig udredning, som er registreret ved hvert tredje midlertidige ophold (33 pct.). Derudover fylder medicinbehandling, undersøgelser, koordinering, opfølgning og sårbehandling (se også tabel 3).

Tabel 3

Top-10 over andre FSIII-indsatser, der opstartes under de midlertidige ophold

Sygeplejefaglig udredning (SUL*)	33%
Medicinadministration (SUL §138)	32%
Undersøgelse og måling af værdier (SUL §138)	29%
Medicindispensering (SUL §138)	27%
Opfølgning (SUL*)	27%
Koordinering (SUL*)	23%
Sårbehandling (SUL §138)	19%
Ernæringsindsats (SUL §138)	17%
Mobilitet (SEL §83)	15%
Personlig hygiejne (SEL §83)	12%

Note: Hver indsats type tæller kun én gang pr. midlertidigt ophold, selvom den kan være foretaget flere gange under det midlertidige ophold. Der er i alt 72 forskellige FSIII-indsatser ud over midlertidige ophold. Nogle ydelser efter sundhedsloven kaldes 0-ydelser. Det er ydelser som sygeplejersker laver, men som ikke udføres i direkte kontakt med borgeren (markeret med *)

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

Der er forskel på, hvilke indsatser, der er mest udbredt under det midlertidige ophold, afhængigt af hvor borgeren ender efter endt ophold. Rehabilitering er mest udbredt blandt dem, der kommer hjem igen, og mindst udbredt blandt dem, der ender med at dø eller kommer på plejehjem, mens det forholder sig omvendt hvad angår genoptræning efter SEL §86, som er mest udbredt blandt dem, som ender på plejehjem, eller som dør.

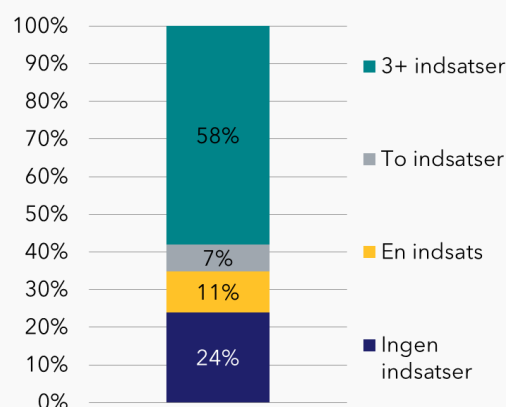
Ofte kommunal hjælp både før og efter midlertidigt ophold

Tre ud af fire borgere på midlertidige ophold (76 pct.) fik også kommunale indsatser før deres ophold. I gennemsnit får dem med kommunale indsatser 6-7 forskellige indsatser op til det midlertidige ophold, og over halvdelen (58 pct.) får mindst tre forskellige indsatser (på niveau 2) jf. figur 38. Kommunale indsatser før midlertidige ophold er mest udbredt blandt borgere, som ender med at flytte på plejehjem eller dø på de midlertidige ophold. Her var det ni ud af ti, der også fik kommunale indsatser før, og mere end tre ud af fire der får mindst 3 forskellige indsatser.

Indsatser efter sundhedsloven og serviceloven er omtrent lige udredt før det midlertidige ophold jf. figur 39. Tre ud af fem (61 pct.) får hjemmesygepleje (SUL), og omtrent samme andel (58 pct.) får hjemmehjælp (SEL). Vær dog opmærksom på, at der på kommuneniveau er stor forskel på, hvilke indsatser, der hyppigt registreres.

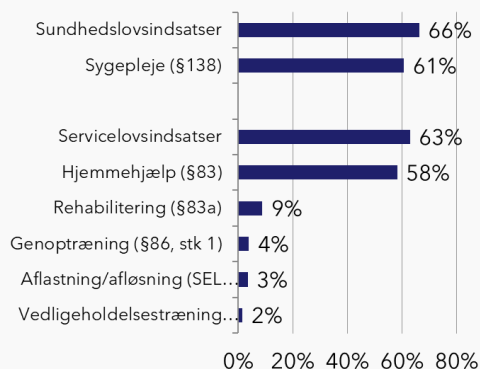
Figur 38

FSIII-indsatser før midlertidige ophold (antal), 2022-2023



Figur 39

Andel med indsatser efter Sundhedsloven og Serviceloven før midlertidige ophold



Note: Afgrænset til midlertidige ophold opstartet fra 1. januar 2022 og frem. Indsatser før midlertidige ophold, er indsatser, som er opstartet før starten på det midlertidige ophold og afsluttet tidligst i ugen op til det midlertidige ophold. Hver indsatstype tæller kun én gang pr. midlertidigt ophold, selvom den kan være foretaget flere gange i perioden. Der er i alt 73 forskellige FSIII-indsatser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

De hyppigste indsatser op til midlertidige ophold er medicinadministration og medicinbehandling (SUL §138), personlig hygiejne (SEL §83) og rengøring (SEL §83). De kommunale indsatser før midlertidige ophold er lidt mere udbredt blandt borgere, som ender med lange midlertidige ophold på over to måneder end andre.

Top-10 over FSIII-indsatser umiddelbart op til midlertidige ophold

Personlig hygiejne (SEL §83)	41%
Medicindispensering (SUL §138)	38%
Medicinadministration (SUL §138)	34%
Rengøring (SEL §83)	34%
Tilberede/anrette mad (SEL §83)	30%
Mobilitet (SEL §83)	25%
Udskillelser (SEL §83)	25%
Sygeplejefaglig udredning (SUL)	23%
Hverdagens aktiviteter (SEL §83)	18%
Tøjvask (SEL §83)	18%

Note: Indsatser før midlertidige ophold, er indsatser, som er opstartet før starten på det midlertidige ophold og afsluttet tidligst i ugen op til det midlertidige ophold. Hver indsatstype tæller kun én gang pr. midlertidigt ophold, selvom den kan være foretaget flere gange i perioden. Der er i alt 73 forskellige FSIII-indsatser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

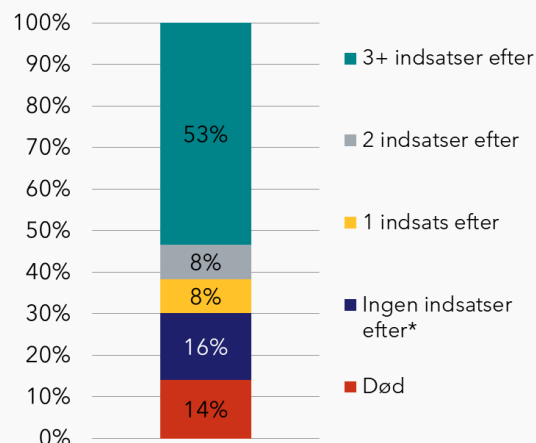
Kommunal hjælp er også udbredt efter de midlertidige ophold. Syv ud af ti borgere på midlertidige ophold (70 pct.) får også kommunale FSIII-indsatser i ugen efter deres ophold jf. figur 40. Hvis man fraregner de døde, gælder det 81. pct. af de overlevende. Vær opmærksom på, at nogle af dem med kommunale indsatser også indlægges i dagene efter det midlertidige ophold.

Andelen med kommunal hjælp er sandsynligvis undervurderet, da uafsluttede indsatser ikke er talt med. I gennemsnit får dem med kommunale indsatser mellem seks og syv forskellige indsatser efter det midlertidige ophold, og over halvdelen (53 pct.) får mindst tre forskellige indsatser (på niveau 2).

Efter det midlertidige ophold er indsatser efter sundhedsloven lidt mere udbredt end indsatser efter serviceloven (jf. figur 41). Lidt over halvdelen (59 pct.) får hjemmesygepleje (SUL), og lidt under halvdelen (47 pct.) får hjemmehjælp (SEL). Blandt borgere, som ender på plejehjem efter det midlertidige ophold, er andelen med sygepleje efterfølgende højere end blandt andre.

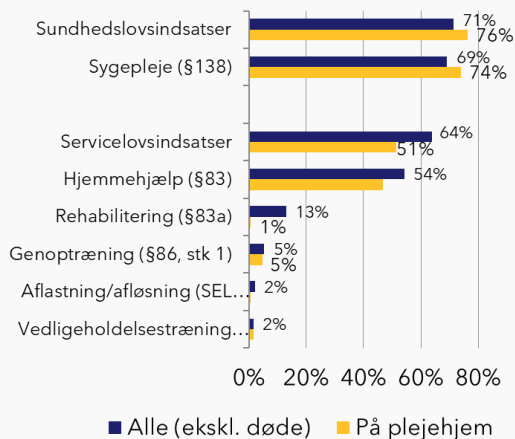
Figur 40

FSIII-indsatser efter midlertidige ophold (antal), 2022



Figur 41

Andel med indsatser efter Sundhedsloven og Serviceloven efter midlertidige ophold, 2022



Note: Afgrænset til midlertidige ophold opstartet i 2022. Indsatser efter midlertidige ophold, er indsatser, som er opstartet senest en uge efter det midlertidige ophold er afsluttet, og afsluttet tidligst en uge efter det midlertidige ophold. Indsatserne må godt være startet før det midlertidige ophold og løbe henover det midlertidige ophold, hvis bare de afsluttes tidligst en uge efter. Uafsluttede indsatser er ikke talt med. Hver indsats type tæller kun én gang pr. midlertidigt ophold, selvom den kan være foretaget flere gange i perioden. Der er i alt 73 forskellige FSIII-indsatser. Borgere, som indlægges efter det midlertidige ophold, kan indgå i alle kategorier (dog ikke død). Kategorien "Ingen indsatser efter" omfatter også nogle få, som bor på plejehjem uden registrerede FSIII-indsatser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen

De indsatser, som dominerer *efter* midlertidige ophold, er i høj grad de samme som dominerer *før* det midlertidige ophold (se tabel 4 og 5). Sårbehandling og 'undersøgelse og måling af værdier', fylder dog mere efter midlertidige ophold end før. Blandt dem, der ender på plejehjem, fylder medicinbehandling mere end blandt andre, der har afsluttet midlertidigt ophold (i live).

Tabel 4

Top-10 over FSIII-indsatser <u>efter</u> midlertidige ophold	Alle (ekskl. døde)	På plejehjem
Medicindispensering (SUL § 138)	46%	51%
Medicinadministration (SUL § 138)	40%	45%
Personlig hygiejne (SEL § 83)	34%	26%
Rengøring (SEL § 83)	29%	27%
Tilberede/anrette mad (SEL § 83)	24%	14%
Udskillelser (SEL § 83)	22%	14%
Mobilitet (SEL § 83)	21%	18%
Undersøgelse og måling af værdier (SUL § 138)	18%	22%
Sårbehandling (§ 83)	17%	16%
Tøjvask (SEL § 83)	16%	14%

Note: Afgrænset til midlertidige ophold opstartet i 2022. Indsatser efter midlertidige ophold, er indsatser, som er opstartet senest en uge efter det midlertidige ophold er afsluttet, og afsluttet tidligst en uge efter det midlertidige ophold. Indsatserne må godt være startet før det midlertidige ophold og løbe henover det midlertidige ophold, hvis bare de afsluttes tidligst en uge efter. Uafsluttede indsatser er ikke talt med. Hver indsats type tæller kun én gang pr. midlertidigt ophold, selvom den kan være foretaget flere gange i perioden. Der er i alt 73 forskellige FSIII-indsatser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen.

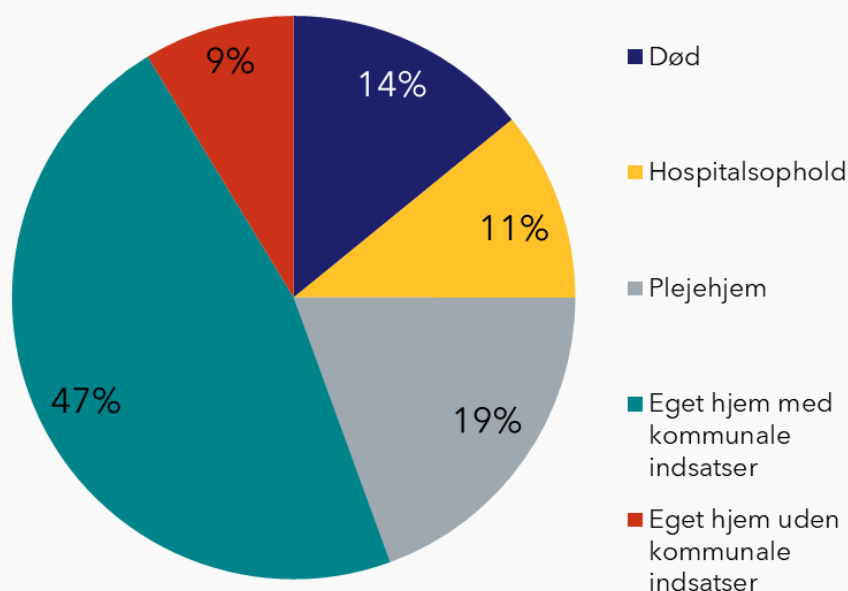
Forskel på korte og lange ophold på midlertidige pladser

I de ovenstående afsnit tegner der sig et billede af, at de korte og de lange ophold på midlertidige pladser er ret forskellige. De korte ophold adskiller sig fra andre ved at en stor andel af borgerne dør, mens færre kommer fra hospitalet med en genoptræningsplan. De lange ophold adskiller sig ved, at mange ender på plejehjem og ved at dem, der har været indlagt før opholdet, havde en lang hospitalsindlæggelse op til.

I dette afsnit undersøges forskellene på korte og lange ophold, når det kommer til, hvad der sker *efter* det midlertidige ophold. Generelt er det hver fjerde ophold, som afsluttes med enten død eller genindlæggelse, mens hver femte ender med at borgeren flytter på plejehjem jf. figur 42. Det efterlader 56 pct., som man må antage kommer hjem i eget hjem igen. Blandt disse får langt størstedelen kommunale indsatser i hjemmet.

Figur 42

Hvad sker der efter midlertidige ophold? (alle), 2022



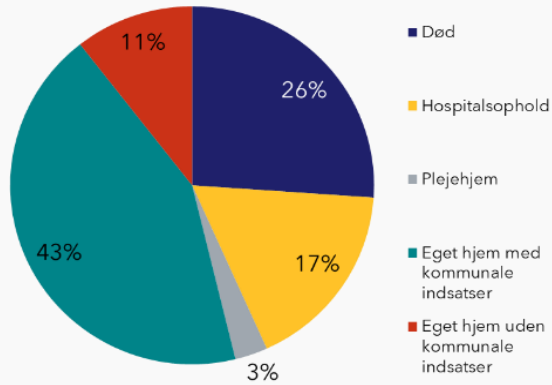
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner i 2022. 'Død' betyder at personen dør samme dag eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Hospitalsophold (typisk indlæggelser) betyder at personen opstarter hospitalsophold, når det midlertidige ophold, slutter. Blandt korte ophold er det op mod hver fjerde af disse, der også ender med at dø kort derefter. Plejehjem betyder at personen er indflyttet på plejehjem inden for 7 dage, mens kommunale indsatser i eget hjem betyder at personen får FSII-indsatser efter sundhedslov eller servicelov (typisk hjemmehjælp eller hjemmesygepleje) i ugen efter det midlertidige ophold slutter.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Der er imidlertid stor forskel på, hvad der typisk sker med borgere efter et kort eller et langt ophold jf. figur 43 og 44. Blandt borgere med korte ophold på under en uge, er det hver fjerde, der dør (26 pct.), og hver sjette (17 pct.), der bliver indlagt. Det er altså op mod halvdelen (43 pct.), der enten dør eller (gen)indlægges efter deres midlertidige ophold. Meget få kommer på plejehjem inden for en uge. Blandt de borgere, der har lange midlertidige ophold på mindst to måneder, er det derimod 44 pct., der kommer på plejehjem, og "kun" 17 pct., der enten dør eller (gen)indlægges efter opholdet. Blandt dem, som kommer hjem igen, har næsten alle hjælp af kommunen i form af hjemmesygepleje, hjemmehjælp, rehabilitering, aflastning eller genoptræning.

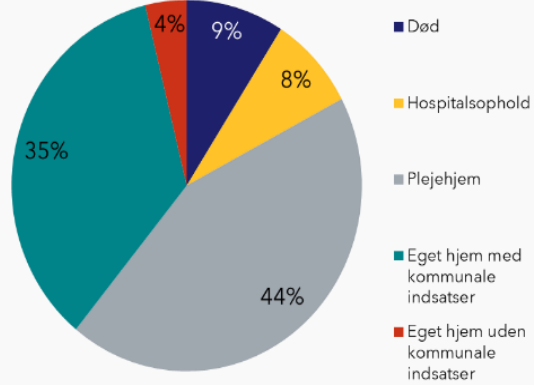
Figur 43

Hvad sker der efter korte midlertidige ophold? (<7 dage), 2022



Figur 44

Hvad sker der efter lange midlertidige ophold? (>2 måneder), 2022



Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner i 2022. 'Død' betyder at personen dør samme dag eller dagen efter det midlertidige ophold afsluttes. Hospitalsophold (typisk indlæggelser) betyder at personen opstarter hospitalsophold, når det midlertidige ophold, slutter. Blandt korte ophold er det op mod hver fjerde af de indlagte, der også ender med at dø kort derefter, mens det blandt de lange ophold er omkring hver tiende, der også ender med at dø kort derefter. Plejehjem betyder at personen er indflyttet på plejehjem inden for 7 dage, mens kommunale indsatser i eget hjem betyder at personen får FSII-indsatser efter sundhedslov eller servicelov (typisk hjemmehjælp eller hjemmesygepleje) i ugen efter det midlertidige ophold slutter.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

BILAG 1 - Datarensning

I dette bilag beskrives den datarensning og -bearbejdning, der er foretaget fra modtagelse af "rå" FSIII-data til den endelige analysepopulation. Fra et rå datasæt med ca. 18.000 observationer vedr. midlertidige ophold til en analysepopulation på ca. 7.000 midlertidige ophold.

1) Afgrænsning af rådata

Data fra de 11 kommuner afgrænses til indsatsen 'midlertidigt ophold' med indsatskode H4.1 (SEL §84, stk. 2). Både planlagte indsatser og leverede indsatser (sidstnævnte eksisterer kun for Vejen Kommune). I alt 18.162 observationer i data.

2) Frasortering af dubletter og usikre observationer

Herefter frasorteres følgende typer af observationer:

- Dubletter i planlagte indsatser (samme kommune, person, indsats, startdato og slutdato, men ændret status) (ca. 5.400 frasorteres)
- Dubletter i planlagte indsatser med samme startdato, men hvor slutdatoen er forskellig (men oplyst). Den seneste slutdato bevares. (ca. 650 frasorteres)
- Dubletter i leverede indsatser (samme person, indsats og leveret dato) (ca. 10 frasorteres)
- Indsatser med startdato før 1. december 2021 (ca. 500 frasorteres)
- Planlagte Indsatser med ukendt status (ca. 10 frasorteres)
- Indsatser, som leveres/opstartes efter eller samme dag, som personen er flyttet på plejehjem (ca. 170 frasorteres) eller død (ca. 50 frasorteres).
- Indsatser, hvor personen er flyttet på plejehjem (eller død) under det midlertidige ophold mindst 14 dage før slutdatoen for det midlertidige ophold (ca. 120 frasorteres). Hvis det er tilfældet under 14 dage før slutdato, fremrykkes slutdatoen til dato for indflytning i plejehjem/dødsdato jf. punkt 6.
- Indsatser på personer, som ikke kan genfindes i befolkningsregisteret (under 5 frasorteres).

3) Frasortering af uafsluttede indsatser

Alle midlertidige ophold uden slutdato frasorteres, fordi der er begrundet mistanke om akkumulation af fejlagtigt uafsluttede ophold over tid. Der er tale om 11 pct. af alle observationer (ca. 1.900). Beslutningen er baseret på følgende betragtninger og undersøgelser:

- Hvis de uafsluttede ophold tages med, stiger antallet af borgere på midlertidige ophold meget over dataperioden (2 år), mens der ikke sker en stigning i hverken antal opstartede eller antal afsluttede ophold over tid.
- Over halvdelen af de uafsluttede ophold har en dublet-observation (samme person, samme kommune, samme indsats, samme startdato), hvor dubletten har en oplyst slutdato. Kun en tredjedel af personerne bag de uafsluttede ophold har kun uafsluttede ophold registreret i perioden. Resten har også afsluttede ophold registreret på et tidspunkt.
- Dialog med en lille håndfuld af kommuner tyder på, at stigningen over tid i "aktive" indsatser ikke er retvisende.
- Fire ud af ti ophold, som endnu var uafsluttet ved udtrækningstidspunktet (marts 2024), er blandt borgere, som enten er flyttet på plejehjem eller er døde inden udgangen af 2023.
- Langt størstedelen (86 pct.) af personerne bag de afsluttede ophold, har kun afsluttede ophold registreret.

Ulempen ved at frasortere uafsluttede ophold er, at især de nyest registrerede midlertidige ophold ikke indgår eller fremstår som afsluttede (og kortere), selvom de endnu er uafsluttede (jf. sammenlægningen af ophold i punkt 5). Dette forsøges, der at tage højde for ved kun at medtage ophold, der opstartes i 2022 og 2023 (mens data først er trukket i marts 2024). Se punkt 6. De borgere, som også har uafsluttede (frasorterede) midlertidige ophold i rådata, har en lidt *længere* gennemsnitlig varighed af deres *afsluttede* ophold, så det tyder ikke på, at deres ophold er blevet fejlagtigt forkortet ved, at de uafsluttede ophold er frasorteret. Fordelen ved kun at medtage afsluttede ophold er, at det bliver muligt at undersøge varigheden af opholdene, og inddele alle andre resultater på ophold af forskellig varighed. For at undersøge betydningen af frasorteringen af uafsluttede ophold foretages alle analyser hhv. med og uden personer, som også har uafsluttede observationer (der er frasorteret). Opdelingen af resultaterne har vist, at det ikke har nævneværdig betydning for resultaterne.

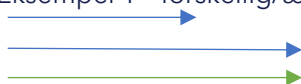
4) Rettelser i slutdato

Hvis personen er død eller flyttet på plejehjem i løbet af et planlagt midlertidigt ophold, dvs. efter startdato og før slutdato, rettes slutdatoen til datoen for indflytning i plejebolig (ca. 1.400), sekundært dødsdato (ca. 700). I langt de fleste tilfælde er der tale om få dages fremrykning af slutdatoen. Hvis slutdatoen flyttes mere end 14 dage, betragtes observationen for usikker og frasorteres derfor jf. punkt 2.

5) Sammenlægning af overlappende ophold

Hvis samme person har flere registrerede midlertidige ophold, lægges de sammen til et samlet ophold, hvis de overlapper tidsmæssigt, eller hvis der er maks. 1 dag mellem to ophold. Se eksemplerne herunder, hvor de blå pile repræsenterer de registrerede ophold i data mens de grønne repræsenterer de ophold, som bevares/erstatte de oprindelige. Det første eksempel er der mange eksempler på, hvilket der allerede taget højde for i frasorteringen af dubletter med samme startdato jf. punkt 2. Ophold med uoplyst slutdato (uafsluttede) er ikke lagt sammen med andre jf. frasorteringen i punkt 3. Ophold med 0 dages varighed (dvs. med samme start- og slutdato) sættes til 1 dag (ca. 100 ophold).

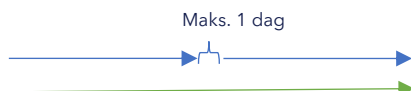
Eksempel 1 - forskellig/ændret slutdato (ca. 650)



Eksempel 2 - forskellig startdato (ca. 550)



Eksempel 3 - forlængelse af ophold med nyt (ca. 180)



Eksempel 4 - overlappende ophold (ca. 40)



Eksempel 5 - ophold indeholdt i andet ophold (ca. 700)



Sammenlægningen af overlappende ophold reducerer datasættet med samlet ca. 2.100 observationer (heraf 650 fra trin 2).

6) Afgrænsning af analysepopulation

Den endelige analyse foretages på et datasæt, der er afgrænset til midlertidige ophold, der er opstartet i 2022 og 2023, som er under 6 måneders varighed. Frasorteringen af de lange ophold af over 6 måneders varighed (N=267) foretages, fordi der med vores viden om pladserne i kommunerne kan rejses tvivl om, hvorvidt oplysningerne om disse ophold er korrekte. Ophold, der opstarter før 1. januar 2021 (N=232) frasorteres, da de opstarter før registreringen af FSIII-data skulle begynde, og derfor betragtes som mere usikre. Frasorteringen af ophold, der opstartes efter 31. december 2023 (N=269) begrundes med, at disse ophold i højere grad endnu ikke er afsluttet på dataudtrækningstidspunktet i marts 2024. Med frasorteringen af uafsluttede ophold jf. punkt 3, kommer varigheden af disse ophold ellers til at være fejlagtig korte.

Afgrænsningerne betyder alt i alt, at analysepopulationen består af 7.167 midlertidige ophold. I nogle dele af analysen, hvor de midlertidige ophold kobles til oplysninger om hospitalsindlæggelser, anvendes kun midlertidige ophold der opstartes i 2022 (N=3.527), da indlæggelsesdata ikke dækker hele perioden.

“Forurening” med aflastningsophold efter §84, stk. 1

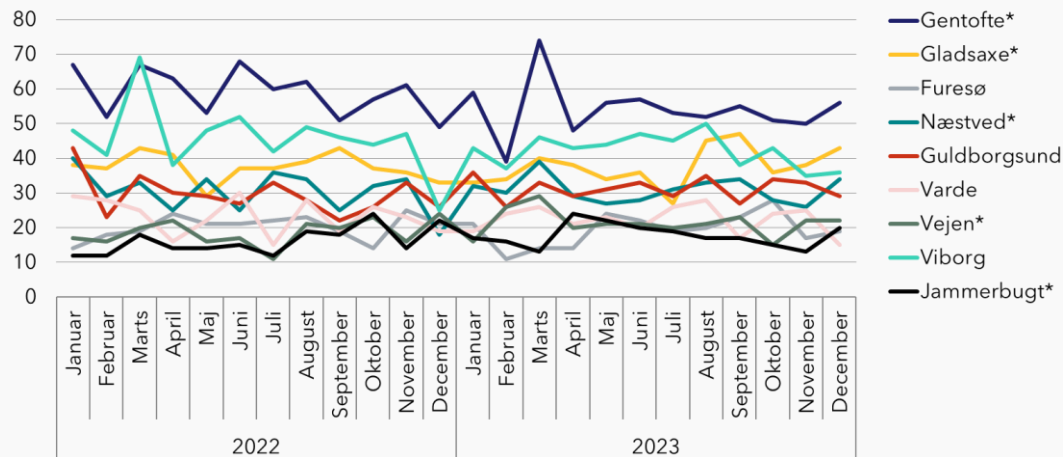
I 4 af de 11 kommuner er der ingen registrering af “aflastningsophold uden for hjemmet” (indsatskode H3.1, SEL §84, stk. 1). Det gælder Gentofte, Gladsaxe, Næstved og Jammerbugt kommuner. Der er en mistanke om, at disse kommuner registrerer aflastningsophold som midlertidige ophold jf. stk. 2. I det omfang det er tilfældet, vil det “forurene” data om midlertidige ophold. I de kommuner, hvor der er tvivl om data indeholder aflastningsophold, er varigheden af opholdene lidt kortere (gennemsnit på 39 vs. 42 dage), og andelen af borgere med flere ophold er lidt større (10 pct. vs. 6 pct.). Da aflastningsophold forventes at være kortere og oftere at gentage sig for den samme borger tyder det på, at mistanken om “forurenede data” holder. Dog er forskellene mellem kommuner med og uden mistanke om dataforurening små. Desuden er omfanget af aflastningsophold er væsentligt mindre end omfanget af midlertidige ophold. Baseret på de 7 kommuner, der har begge typer ophold registreret, fylder de midlertidige ophold 5-6 gange så meget som aflastningsopholdene. Det er derfor vurderingen, at det ikke vil påvirke det samlede datagrundlag betydeligt.

De kommuner, som ikke har aflastningsophold registreret, er markeret med en stjerne i figurerne, så det er muligt at vurdere, om det kan have betydning for kommunens placering på de enkelte parametre.

BILAG 2 - Kommunefordelt udvikling

Figur 45

Antal opstartede midlertidige ophold på kommuneniveau, 2022-2023

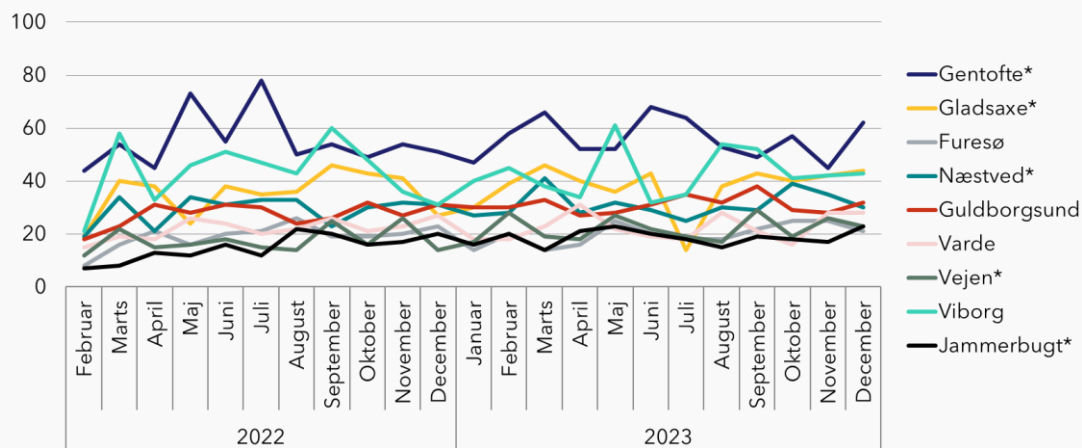


Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 46

Antal afsluttede midlertidige ophold på kommuneniveau, 2022-2023



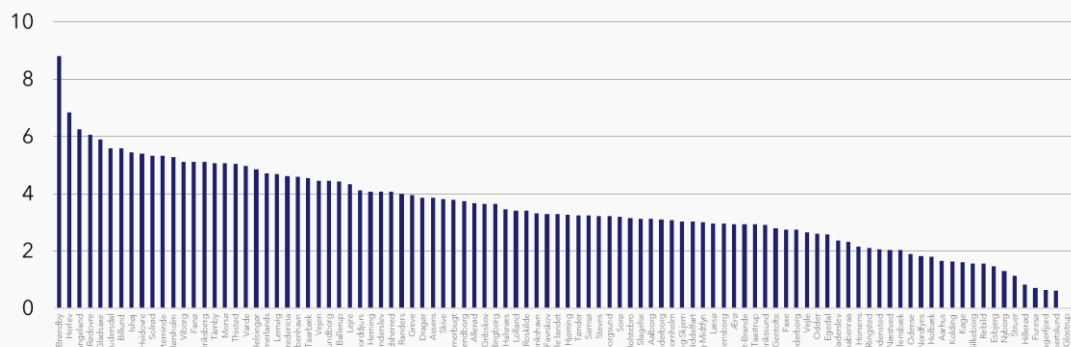
Note: Midlertidige ophold efter SEL §84, stk. 2 i 11 kommuner. Se bilag 1 for beskrivelse af datarensning. Kommuner med stjerne (*) er kommuner, hvor der er tvivl om, om aflastningsophold efter stk. 1 også indgår i data.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af FSIII-data fra Kombit og registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

BILAG 3 - Antal pladser pr. 1000 ældre i kommunerne

Figur 47

Antal pladser i 2022 pr. 1.000 67 + årige



Note: Omfatter både pladser til midlertidigt ophold (§84 stk. 2) og til aflastning (stk. 1).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af ressourceopgørelsen fra Danmarks statistik (Tabel RESP01) suppleret med særskilte dataindberetninger fra udvalgte kommuner, blandt andet Københavns Kommune og korregeret for ekstraordinære udsving.

BILAG 4 - Afgrænsning af kroniske sygdomme

Opgørelsen af kronisk sygdom er baseret på somatiske sygdomme som indgår i det nationale register over udvalgte kroniske sygdomme (RUKS). For at skabe et mere retvisende billede af omfanget af kronisk sygdom end opgørelser kun baseret på de syv udvalgte sygdomme, der indgår i RUKS, er opgørelsen suppleret med otte andre sygdomme af en væsentlig udbredelse og kronisk/langvarig karakter. Disse øvrige kroniske sygdomme er alene afgrænset på baggrund af diagnoser registreret i forbindelse med en hospitalskontakt (LPR). Boks 1 indeholder en oversigt over de syv sygdomme i RUKS og de otte øvrige sygdomme, der alene er identificeret på baggrund af LPR.

Boks 1

Inkluderede sygdomme

Fra RUKS

- Type 1 diabetes
- Type 2 diabetes
- KOL
- Astma*
- Leddegigt**
- Osteoporose (knogleskørhed)
- Demens

Fra LPR alene

- Iskæmisk hjertesygdom
- Hjertesvigt
- Apopleksi (blodprop i hjernen)
- Hypertension (forhøjet blodtryk)*
- Slidgigt
- Rygsygdomme
- Inflammatoriske ledsygdomme**
- Kroniske leversygdomme

Note: *) Sygdommen ekskluderes i dele af opgørelserne pga. mange milde tilfælde og stor udbredelse. **) Leddegigt (RUKS) og inflammatoriske ledsygdomme (LPR) overlapper delvist, men LPR-kategorien er bredere, mens RUKS-kategorien også indeholder personer, der ikke har fået en diagnose ifm. en hospitalskontakt, men blot modtager medicin for leddegigt. I opgørelser i analysen omfatter kategorien "inflammatoriske ledsygdomme" personer, som enten er registreret med leddegigt i RUKS eller har inflammatoriske ledsygdomme i LPR.

Afgrænsningen af borgere med kroniske sygdomme i Register for Kroniske Sygdomme (RUKS) følger algoritmerne herfor. Registeret er afledt af andre registre, da det tager udgangspunkt i en kombination af diagnoser fra Landspatientregisteret og indløste recepter på medicin fra Lægemiddelstatistikregisteret. På denne måde kompenseres der for, at der ikke findes nationalt indberettede diagnoser fra primærsektoren. Borgere, som kun behandles i primærsektoren, kan således stadig identificeres via sygdomsspecifik medicin (hvis de får det).

Afgrænsningen af øvrige otte sygdomme ud fra LPR alene følger en mere simpel logik udelukkende med udgangspunkt i diagnoser de seneste 10 år. Der er i både tale om sygdomme, der stort set altid vil medføre hospitalskontakt og (fx apopleksi/blodprop i hjernen, hjertesvigt, iskæmisk hjertesygdom), og sygdomme som ofte håndteres udelukkende i primærsektoren, fx hypertension (forhøjet blodtryk) og artrose (slidgigt), og som derfor vil være under vurderet med denne brug af hospitalsdiagnoser⁷.

⁷ Andre opgørelser tyder på, at ca. 20 pct. har hhv. forhøjet blodtryk og slidgigt, mens denne opgørelse kun finder, at 7 pct. har det.

Borgere inkluderes i populationen af kronisk syge, hvis de har fået registreret diagnosen i løbet af de seneste 10 år. Denne grænse er valgt, da det er den typiske grænse anvendt i RUKS. Fordelen ved en afgrænsning bagud i tid er, at man minimerer risikoen for at fejlregistreringer hober sig op over tid, samt at sygdomstilfælde, som ikke har givet anledning til hospitalskontakt de seneste 10 år (og dermed sandsynligvis ikke er så alvorlige) frasorteres. Der kan dog også være mulighed for at inkludere borgere, som fik stillet diagnosen for op til 10 år siden, men som reelt ikke i dag lider af sygdommen længere. Det vil føre til overvurdering af relevante sygdomstilfælde. Tabel 8 viser hvilke diagnoser, der indgår i de forskellige grupper, der er afgrænset alene på baggrund af LPR.

Tabel 5

Afgrænsning af kroniske sygdomme identificeret via LPR alene

Diagnosegruppe	Beskrivelse	ICD-10 diagnosekode
Inflammatorisk ledsygdom, herunder leddegigt	Omfatter inflammatorisk leddegigt (rheumatoid arthritis), psoriasisgigt og urinsyregigt, samt Morbus Bechterew (spondylitis ankylopoietica).	M05*-M14*, M45*, M46*, L405*
Slidgigt	Slidgigt/Artrose i hofte, knæ, fingre m.m.	M15*-M19*
Rygsygdomme	Sygdomme/smerter i ryg/rygsøjle	M47*-M54*
Apopleksi	Slagtilfælde (blodprop i hjerne / hjerneblødning).	I60*, I61*, I63*, I64*
Hjertesvigt	Hjertesvigt/ hjerterinsufficiens, herunder kardiomyopati og hypertensiv hjertesygdom med hjertesvigt.	I50*, I420*, I426*-I429*, I110*, I130*, I132*
Hypertension (forhøjet blodtryk)	Forhøjet blodtryk, med eller uden kendt årsag og med eller uden anden sygdom (hjertesygdom, nyresygdom). Overlapper delvist med hjertesvigt.	I10*-I15*
Iskæmisk hjertesygdom	Iskæmisk hjertesygdom, herunder akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) og angina pectoris (hjerterkrampe).	I20*-I25*
Kronisk leversygdom	Kronisk leversygdom, herunder fedtlever, leverbetændelse/hepatitis, leverfibrose, levercirrose/"skrumpelever", leverinsufficiens/leversvigt. Herunder alkoholbetinget.	K70*, K73*, K74*

Note: *) Inkl. alle underkoder. Se evt. SKS-browseren for yderligere info. Diagnosekoderne M45 og M46 er i kategoriseringen lagt under "inflammatorisk ledsygdom" og ikke under "rygsygdomme". M45 og M46 udgør dog en relativ lille andel af personerne med rygssygdomme (omkring 2 pct.) og personer med rygssygdomme er dermed kun en smule undervurderet sammenlignet med, hvis M45 og M46 indgik i definitionen.