



Somatisk hospitalsvæsen - udvikling og fordeling af aktiviteten

6. marts 2024

Af Bodil Helbech Kleist, BOHH@kl.dk

Der er sket en kraftig udbygning af det somatiske hospitalsvæsen i årtier. I 2022 var der knap 12 mio. somatiske hospitalsophold, og hver anden dansker var på hospitalet. Begge tal er steget kraftigt siden 1995, hvilket især skyldes en udbygning af den ambulante kapacitet. En stor del af hospitalsaktiviteten - og af stigningen - vedrører forskellige typer af undersøgelser, især billeddiagnostik (røntgen, ultralyd, MR m.m.). Stigningen er ikke koncentreret om de ældre, men om aldersgruppen 40-66 år.

HOVEDKONKLUSIONER

- Der er sket en kraftig udbygning af den somatiske hospitalssektor de seneste årtier. I 2022 var der knap 12 mio. somatiske hospitalsophold med fysisk fremmøde (11 mio. ambulante somatiske hospitalsophold og ca. 750.000 somatiske indlæggelser).
- Der er sket en omlægning fra stationær til ambulant aktivitet. Antallet af ambulante hospitalsophold er steget med over 150 pct. siden 1995. Antallet af indlæggelser har været svagt faldende siden årtusindeskiftet, og indlæggelsesvarigheden er halveret siden 1977.
- Stigningen var størst frem til 2015, hvorefter den aftog. I 2020 skete der et fald relateret til corona-krisen, men i 2022 var aktivitetsniveauet fortsat under niveauet før corona.
- Hver anden dansker var på hospitalet i løbet af 2022 (47 pct.). I 1995 var det hver tredje (31 pct.). Alene siden 2007 er der sket en stigning i det absolutte antal hospitalspatienter årligt på over en halv mio. personer. 98 pct. af hospitalspatienterne i 2022 er ambulante patienter (heraf 16 pct. også indlagt).
- Hospitalspatienterne har i gennemsnit 4 hospitalsophold pr. patient i løbet af året. Hver tredje hospitalspatient har dog kun ét hospitalsophold, mens hver tiende har mindst 10 hospitalsophold. Begge grupper af patienter er steget med over 200.000 siden 1995, men patienter med mindst 10 ophold står for halvdelen af hele stigningen i aktiviteten.
- De ældre borgere på 67+ år er naturligvis oftere på hospitalet end yngre, men siden 1995 er den største stigning i andelen, der er hospitalspatient, sket blandt de 40-66-årige.
- De somatiske hospitalsophold fordeler sig over mange forskellige sygdomskategorier. Det er dog mere end hver tredje somatiske hospitalsophold (36 pct.), der har en såkaldt "Z-diagnose som aktionsdiagnose, dvs. som (endnu) ikke kan tilskrives en sygdom/skade. I absolutte tal drejer det sig om 4,3 mio. hospitalsophold årligt. Af disse drejer 2,9 mio. hospitalsophold sig om forskellige undersøgelser (uden diagnose), og af disse er 1,9 mio. hospitalsophold radiologiske undersøgelser (billeddiagnostik, fx ultralydsundersøgelser, røntgen eller MR-scanninger). Siden 2002 er der sket over en fordobling i antallet af hospitalsophold, som primært skyldes billeddiagnostiske undersøgelser.
- 42 pct. af alle hospitalspatienter i 2022 har mindst ét hospitalsophold pga. en billeddiagnostisk undersøgelse. Af disse har 28 pct. ikke andre typer hospitalsophold i løbet af året. Patienter med billeddiagnostiske undersøgelser er i højere grad i alderen 40-66 år end andre patienter.

BAGGRUND

Sundhedsvæsenet er under pres fra flere sider. Sundhedsstrukturkommissionen diskuterer i denne tid fremtidige modeller for indretningen af vores sundhedsvæsen. I den sammenhæng er det relevant at kaste lys over den historiske udvikling af hospitalssektoren, som udgør en stor del af sundhedsvæsenet. Af den grund kortlægges her den somatiske hospitalsaktivitet siden 1977 med fokus på områder i særlig stor vækst.

SÅDAN HAR VI GJORT

Med udgangspunkt i registerdata fra Landspatientregisteret (LPR) fra 1977 til og med 2022 undersøges udviklingen i antallet af somatiske hospitalsophold og patienter. Derudover undersøges fordelingen af hospitalsophold ud fra aktionsdiagnosen, dvs. den primære årsag til opholdet. Der zoomes ind på den brede kategori af hospitalsophold med Z-diagnoser (ikke sygdomsspecifikke), som er vækstet meget.

INDHOLD

Baggrund.....	4
Udvikling i somatisk hospitalsaktivitet 1977-2022	6
Aldersforskelle i somatisk hospitalsaktivitet 1995-2022.....	12
Fordeling af somatisk hospitalsaktivitet 2022	13
Billeddiagnostiske undersøgelser	17
Bilag 1 – Udvikling i hospitalspatienter fordelt på indlagte og med ambulante ophold	20
Bilag 2 – Klassificering af aktionsdiagnoser	21
Bilag 3 – Diagnosefordeling af indlæggelser og ambulante ophold.....	23

Baggrund

Sundhedsvæsenet er under pres. Både på grund af den demografiske udfordring med en aldrende befolkning, manglen på arbejdskraft og de stigende behandlingsmuligheder, som øger borgernes forventninger. Blandt andet af disse grunde er Sundhedsstrukturkommissionen i færd med at udvikle og vurdere forskellige modeller for et bæredygtigt sundhedsvæsen i fremtiden. Diskussionen af fremtidens sundhedsvæsen bør føres på et oplyst grundlag med blik for den historiske udvikling.

I denne analyse kortlægges udviklingen i den somatiske hospitalsaktivitet siden 1977, hvor registreringen til Landspatientregisteret startede. På grund af udvidelse af indberetningerne til LPR er det muligt at undersøge hospitalsaktiviteten mere detaljeret fra 1995 og frem. Dels undersøges udviklingen i den samlede hospitalsaktivitet (antallet af hospitalsophold og patienter), herunder patienternes aldersfordeling. Og dels undersøges fordelingen af forskellige typer af hospitalsophold ud fra hospitalsopholdets aktionsdiagnose, der definerer den primære årsag til hospitalskontakten. Der zoomes ind på omfanget af undersøgelser, særligt radiologiske undersøgelser (billeddiagnostik), da disse vedrører en betydelig og stigende del af hospitalsopholdene.

Analysen tager udgangspunkt i "somatiske hospitalsophold" med fysisk fremmøde (se detaljeret definition i boks 1). Disse kan bestå af flere tidsmæssigt sammenhængende kontakter (dvs. der er flere kontakter end hospitalsophold). Indlæggelser og ambulante ophold tæller begge som "et hospitalsophold", selvom indlæggelser selvfølgelig er mere intensive (længerevarende og dyrere) end ambulante ophold. Opgørelserne af fordelingen af hospitalsaktiviteten med udgangspunkt hospitalsophold afspejler derfor ikke nødvendigvis den udgiftsmæssige fordeling af aktiviteten. Dertil kommer, at fordelingen af hospitalsophold kun sker ud fra aktionsdiagnosen på den sidste kontakt i opholdet (som anses som mest definerende for opholdet). Det betyder, at ikke alle kontakter eller ydelser vil figurere i opgørelserne – kun dem der er definerende for det samlede hospitalsophold (fx tæller radiologiske undersøgelser udført under en indlæggelse med et andet primært formål eller årsag ikke med).

Boks 1

Afgrænsning af hospitalsophold: Et hospitalsophold er et fysisk ophold på hospital, som kan bestå af flere tidsmæssigt sammenhængende kontakter/fremmøder. Hvis der er under 4 timer mellem kontakterne, lægges de sammen til et samlet hospitalsophold. Omkring 15 pct. af opholdene består af mere end én kontakt. Et sygehusophold kan derfor have flere aktionsdiagnoser tilknyttet. I denne opgørelse er den sidste kontakt i opholdet definerende for opholdets aktionsdiagnose. Det betyder, at ikke alle registrerede kontakter/diagnoser vil indgå i opgørelserne, (fx tæller radiologiske undersøgelser udført under en indlæggelse med et andet primært formål eller årsag ikke med som ophold pga. radiologiske undersøgelser). Hospitalsophold dækker både indlæggelser og ambulante ophold. De tæller begge som "et hospitalsophold" i opgørelserne, selvom indlæggelser er mere intensive (længerevarende og dyrere) end ambulante ophold. Opgørelserne af fordelingen af hospitalsaktiviteten afspejler derfor ikke nødvendigvis den udgiftsmæssige fordeling af aktiviteten. Både ophold på offentlige og private hospitaler er inkluderet. Virtuelle kontakter er ikke inkluderet. Disse udgør 2,7 mio. i 2021.

Afgrænsning af somatik: Somatiske hospitalsophold er ophold, hvor størstedelen af tiden i opholdet (kontakterne) er somatisk. Somatisk vil sige, at kontakten sker på somatiske hospitalsafdelinger (dvs. ikke psykiatriske specialer), og at aktionsdiagnosen er somatisk (dvs. ikke psykiatrisk diagnose (F-diagnose)). Dvs. at hospitalsophold, hvor størstedelen af tiden i opholdet enten har en psykiatrisk aktionsdiagnose eller foregår på en psykiatrisk afdeling ikke er med, men dele af opholdet kan være "psykiatrisk". 99 pct. af de somatiske ophold er dog "rene" somatiske ophold.

Afgrænsning af indlæggelser og ambulante ophold: En indlæggelse er defineret som et hospitalsophold, der varer mindst 12 timer. Et ambulant ophold er et hospitalsophold, der varer under 12 timer. Definitionen følger Sundhedsdatastyrelsens opholdsdannelse. Over halvdelen af de ambulante ophold varer under 1 time, og fire ud af fem varer under 2 timer. 60-65 pct. af indlæggelserne og 11 pct. af de ambulante ophold består af flere tidsmæssigt sammenhængende kontakter. Ni ud af ti ambulante ophold er planlagte, mens resten er akutte (herunder skadestuebesøg).

Udvikling i somatisk hospitalsaktivitet 1977-2022

Der er sket en kraftig udbygning af hospitalssektoren de seneste årtier, men primært hvad angår den ambulante aktivitet.

Somatiske hospitalsindlæggelser har været registreret siden 1977, hvor der var ca. 750.000 indlæggelser af over 12 timers varighed årligt. I de følgende 15 år steg antallet af indlæggelser med 20-25 pct. til ca. 950.000 indlæggelser årligt. Fra årtusindeskiftet er antallet af indlæggelser faldet igen og er i dag tilbage omkring udgangspunktet med ca. 740.000 indlæggelser årligt.

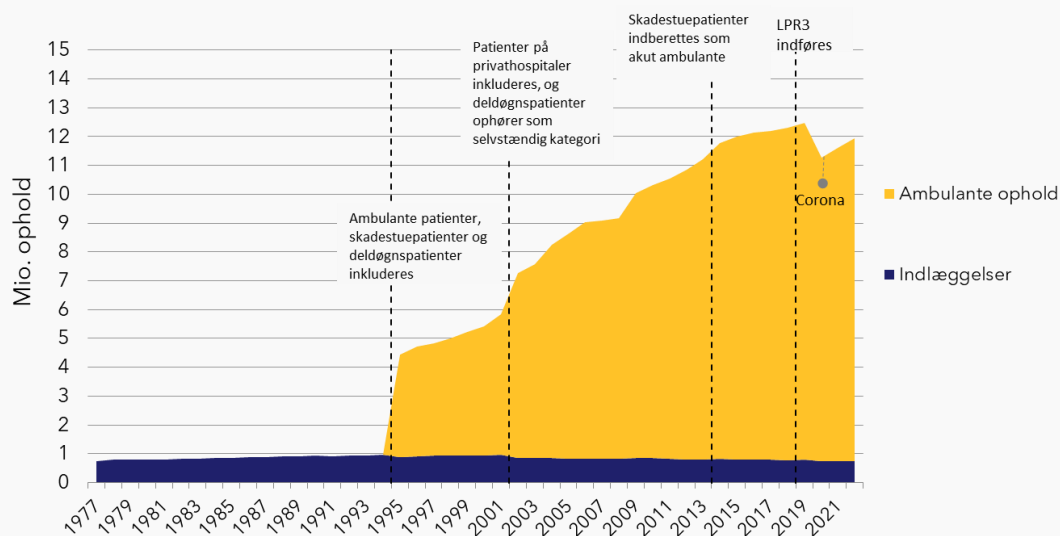
Antallet af ambulante hospitalsophold er derimod steget markant siden 1995, hvor registreringen startede. Dengang var der ca. 3,5 mio. ophold. I 2022 var der i alt mere end 11 mio. ambulante hospitalsophold. Dvs. mere end en tredobling af antallet af ambulante ophold. Der er dog visse databrud i tidsserien jf. figur 2, der gør, at den umiddelbare stigning er overvurderet. Hvis man ser bort fra udviklingen i de år med databrud¹, er der dog stadig sket en stigning på over 150% siden 1995. I 2022 var det 95 pct. af alle hospitalsophold, der var ambulante. Ambulante hospitalsophold dækker både over planlagte ambulante ophold og akutte ambulante ophold (skadestuebesøg). De planlagte ambulante ophold udgør 89 pct. af alle ambulante ophold.

Stigningen i ambulante ophold var størst frem til omkring 2015, hvorefter stigningen aftog. I 2020 skete der et fald i antallet af somatiske hospitalsophold generelt pga. corona-krisen. I 2022 er aktivitetsniveauet fortsat lidt under niveauet før corona. Opgørelsen indeholder kun hospitalsophold med fysisk fremmøde. Især siden corona er der sket en stigning i virtuelle kontakter (fra 1,8 mio. telefon- eller videokontakter i 2019 til 2,7 mio. i 2020 og 2021).

¹ Der tages højde for databruddet ved at fratrække stigningen i alle de år, der er databrud (2001-2022, 2013-2014 og 2018-2019). Da der i hele perioden sker en stigning, vil estimatet sandsynligvis være konservativt ift. den reelle stigning.

Figur 1

Udvikling i antal somatiske hospitalsophold (indlæggelser og ambulante) pr. år, 1977-2022



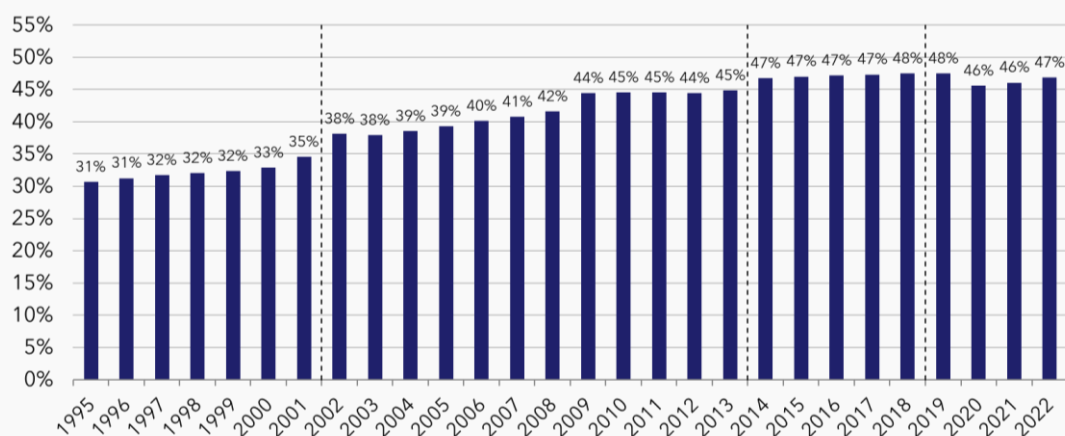
Note: Antallet af somatiske hospitalsophold pr. år. Antallet af hospitalsophold er ikke afgrænset til patienter bosiddende i Danmark, dvs. det dækker også over et lille antal udenlandske patienter. Indlæggelser af under 12 timers varighed før 1995 er ikke medtaget. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR).

De knap 12 mio. somatiske hospitalsophold i 2022 er fordelt på 2,8 mio. borgere. Det betyder, at hver anden dansker er på hospitalet i løbet af et år (47 pct.), og i gennemsnit har de omkring 4 hospitalsophold pr. patient i løbet af året. Andelen af borgere med hospitalskontakt er steget over tid. I 1995 var det 31 pct. af befolkningen, der havde hospitalskontakt (1,6 mio.). Alene siden 2007 er der sket en stigning i det absolutte antal patienter på over en halv mio. personer. Der er dog visse databrud i tidsserien, der gør, at stigning er lidt overvurderet, jf. figur 2.

Figur 2

Andel af borgere med somatisk hospitalsophold i løbet af et år, 1995-2022



Note: Andel af borgere med bopæl i Danmark primo eller ultimo året (dvs. nyfødte og afdøde i året er med), som har mindst ét somatisk hospitalsophold (med fysisk fremmøde) i løbet af året. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

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

Næsten alle hospitalpatienter i løbet af et år har haft et ambulant hospitalsophold (98 pct.). Se også [bilag 1](#). I alt 82 pct. af alle hospitalpatienter er *udelukkende* ambulant patient i

løbet af året (planlagt eller akut), mens 16 pct. både er indlagt og med ambulant hospitalsophold i løbet af samme år. Andelen af patienter, der både har indlæggelse og ambulante ophold i løbet af samme år, er faldet fra knap hver tredje i 1995 (30 pct.) til de 16 pct. i 2022.

Boks 2

Større databrud i LPR siden 1977

1994-1995: Inklusion af ambulante kontakter, skadestuebesøg og deldøgnspatienter i indberetningen. Før 1995 var kun indlæggelser indberettet.

2001-2002: Aktivitet på privathospitaler inkluderes i indberetningen. Hospitalsophold på private hospitaler udgør en stigende andel over tid, 7 pct. i 2022 (både offentligt og privat finansierede). Samtidig udgår deldøgnspatienter som indberetningskategori (overgår til ambulante/indlæggelser). Fra 2002 skal alle radiologiske undersøgelser (procedurer) indberettes, også selvstændige forløb på radiologiske afdelinger, hvilket øger antallet af kontakter ([Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2002](#)).

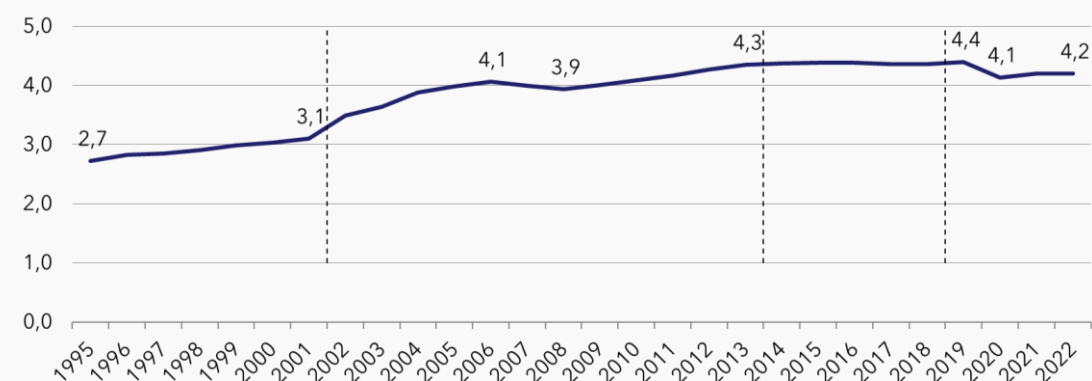
2013-2014: Skadestuepatienter skal ikke indberettes som selvstændig kategori men overgår til kategorien akut ambulante kontakter. Kun af mindre betydning for tidsserien.

2018-2019 (overgangen til LPR3): I februar 2019 overgik landspatientregisteret til en ny version (LPR3). Der er tale om en helt ny datamodel ("ægte kontaktregister"), hvor den grundlæggende enhed er "fysiske fremmøder" (ikke indlæggelser og ambulante besøg). Data fra det tidligere og det nye LPR er til dette formål ensrettet, så hospitalsopholdene, der sammenlignes, så vidt muligt er defineret på samme måde, trods ændringer i indberetningen (følger Sundhedsdatastyrelsens kodning af hospitalsophold på tværs af LPR2 og LPR3, se også boks 1). Databrudet vurderes at medføre et lille fald i det samlede antal somatiske hospitalsophold (<0,5 pct.). Det dækker dog over en stigning på omkring 5 pct. i antallet af indlæggelser og et fald i antallet af ambulante ophold på 0,5-1 pct. Dog har databrudet større betydning for diagnosekategoriseringen af hospitalsophold, herunder billeddiagnostiske undersøgelser (se boks 3).

Stigningen i antallet af hospitalsophold skyldes både, at en stigende andel af befolkningen er patienter (jf. figur 2), men også at hver patient har flere hospitalsophold pr. år end førhen jf. figur 3.

Figur 3

Udvikling i antal somatiske hospitalsophold pr. patient pr. år, 1995-2022



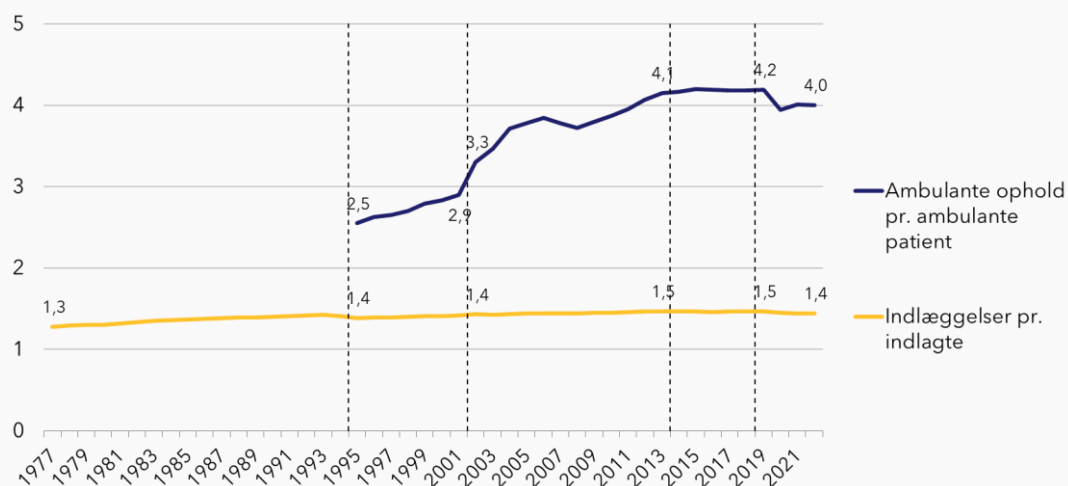
Note: Antallet af somatiske hospitalsophold (med fysisk fremmøde) pr. år, blandt patienter med mindst ét ophold, som har bopæl i Danmark primo eller ultimo året (dvs. nyfødte og afdøde i året er med). Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.
Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR).

Figur 3 dækker over både ambulante ophold og indlæggelser. Stigningen i antallet af ophold pr. patient er især sket blandt ambulante patienter, mens antallet af indlæggelser pr. indlagte patient er nogenlunde konstant jf. figur 4. Det skal dog bemærkes, at

indlæggelsernes varighed er faldet i samme periode jf. figur 5. Det vil sige at det samlede antal "hospitalskontaktdage" ikke er steget lige så meget som udviklingen i det samlede antal hospitalsophold indikerer.

Figur 4

Antal hospitalsophold årligt pr. patient, 1977-2022



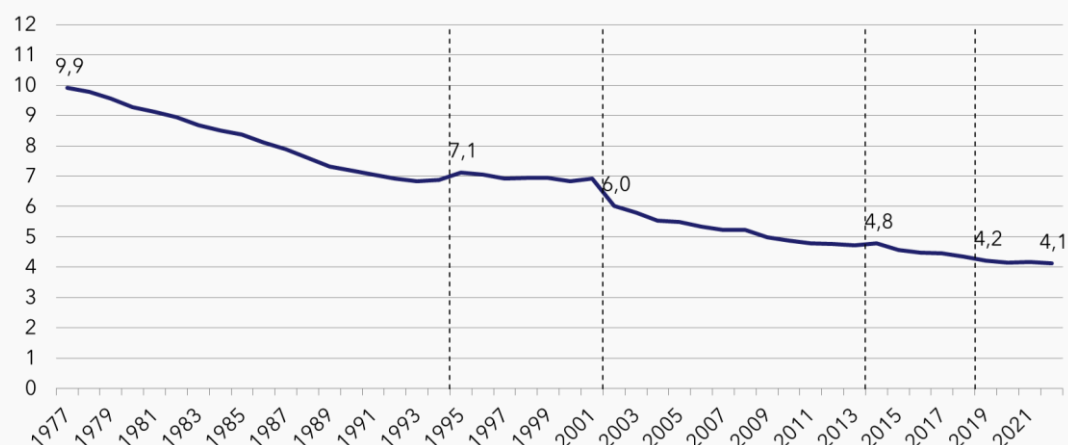
Note: Gennemsnitligt antal somatiske hospitalsophold med fysisk fremmøde årligt pr. patient (ambulant og indlagte). Opgørelsen er ikke afgrænset til borgere bosiddende i Danmark, dvs. det dækker også over et lille antal udenlandske patienter. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR).

Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed er faldet fra omkring 10 dage pr. indlæggelse i 1977 til omkring 4 dage pr. indlæggelse i 2022.

Figur 5

Udvikling i somatisk indlæggelsesvarighed (dage), 1977-2022



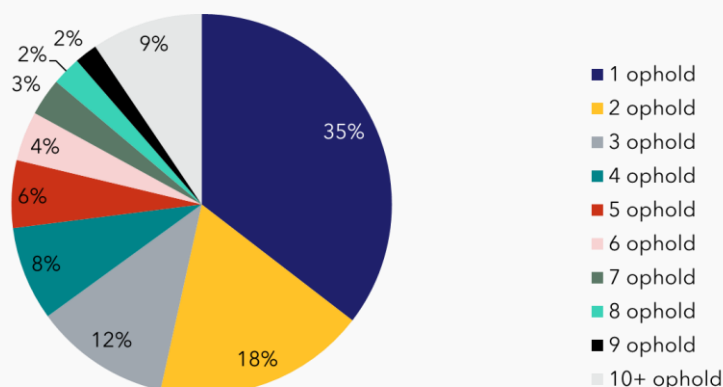
Note: Gennemsnitlig varighed i dage af somatiske indlæggelser. Opgørelsen er ikke afgrænset til borgere bosiddende i Danmark, dvs. det dækker også over et lille antal udenlandske patienter. Se boks 1 for afgrænsning af indlæggelser og boks 2 for forklaring af databrud.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR).

Det gennemsnitlige antal ophold pr. patient dækker over store forskelle. Hver tredje patient (35 pct.) har kun 1 hospitalsophold årligt, mens knap hver tiende (9 pct.) har mindst 10 hospitalsophold om året.

Figur 6

Fordeling af somatiske hospitalspatienter i 2022 efter antallet af hospitalsophold



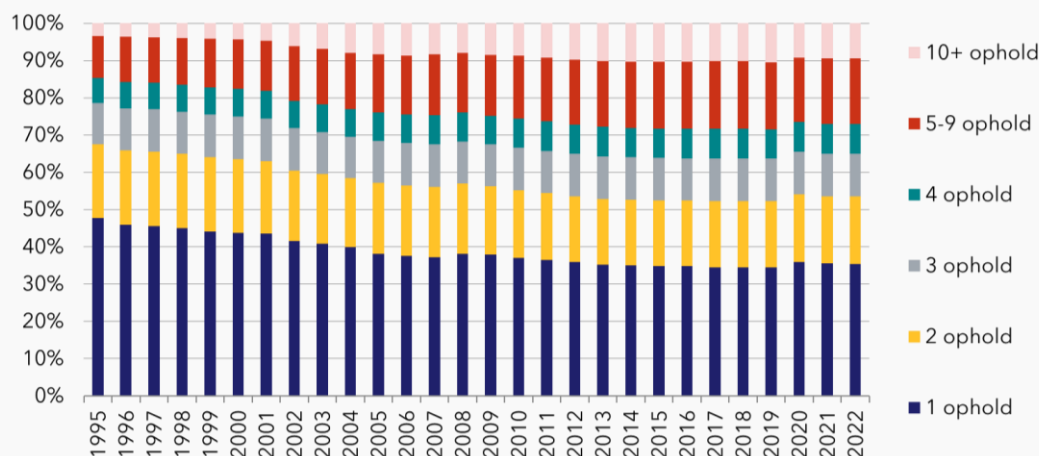
Note: Personer med mindst ét somatisk hospitalsophold i løbet af 2022 (ambulant eller indlæggelse), fordelt efter antallet af hospitalsophold. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold.

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

Siden 1995 er der sket et fald i andelen af patienter, der kun har ét eller to ophold årligt, og en stigning i andelen af patienter med flere ophold jf. figur 7. Især blandt patienter med mindst ti hospitalsophold, er andelen steget meget (relativt set). Dette skal naturligvis også ses i sammenhæng med omlægningen fra indlæggelser til ambulant behandling.

Figur 7

Udvikling i fordeling af hospitalspatienter med forskelligt antal hospitalsophold årligt, 1995-2022



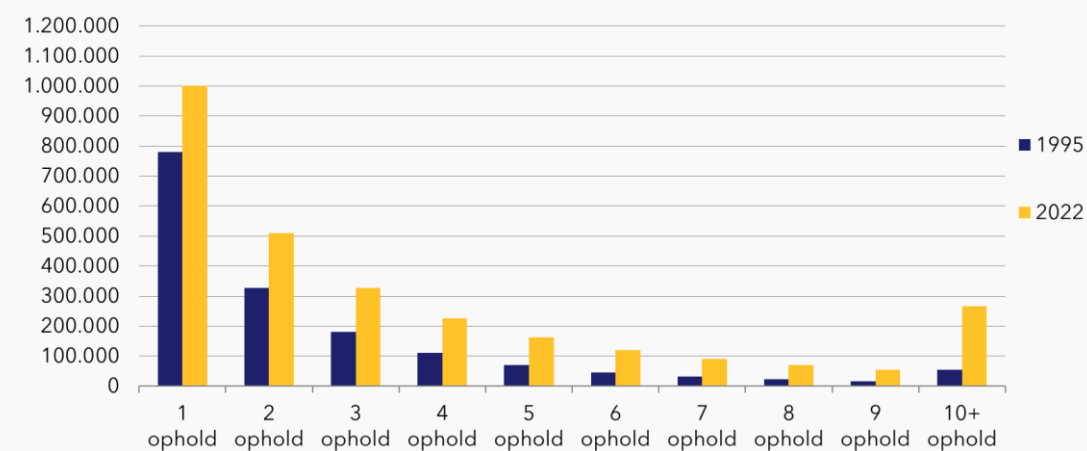
Note: Personer med mindst ét somatisk hospitalsophold i løbet af året (ambulant eller indlæggelse), fordelt efter antallet af hospitalsophold. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

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

Selvom andelen af patienter, der kun har få hospitalsophold er faldet, er *antallet* af patienter absolut set dog steget alle opholdskategorier, jf. figur 8. Der er kommet over 200.000 flere patienter årligt, der kun har 1 hospitalsophold, men også over 200.000 patienter mere, der har mindst 10 hospitalsophold årligt. Relativt set er stigningen langt større i antallet af patienter med mindst 10 hospitalsophold årligt. Da patienter med mindst 10 ophold årligt i sagens natur har mange ophold pr. person, bidrager denne gruppe patienter også langt mere til stigningen i det samlede antal hospitalsophold end patienter med få hospitalsophold. Faktisk står patienter med mindst 10 hospitalsophold pr. person for omkring halvdelen af den samlede stigning i hospitalsaktiviteten.

Figur 8

Udvikling i antal patienter med x antal somatiske hospitalsophold årligt, 1995-2022



Note: Personer med somatiske hospitalsophold i løbet af 1995 og 2022 (ambulant eller indlæggelse), fordelt efter antallet af hospitalsophold pr. år. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold.

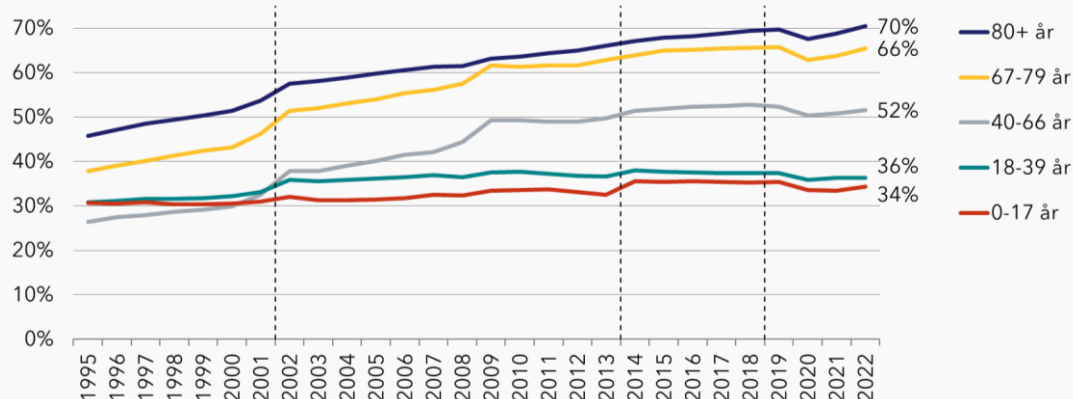
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Aldersforskelle i somatisk hospitalsaktivitet 1995-2022

Blandt 80+ årige er det syv ud af ti som er på hospitalet i løbet af et år, mens det blandt borgere under 40 år "kun" er omkring hver tredje. Andelen med hospitalskontakt er steget markant siden 1995 blandt borgere over 40 år, mens den er nogenlunde stabil blandt borgere under 40 år.

Figur 9

Andel af borgere med somatisk hospitalsophold i løbet af et år, aldersfordelt, 1995-2022



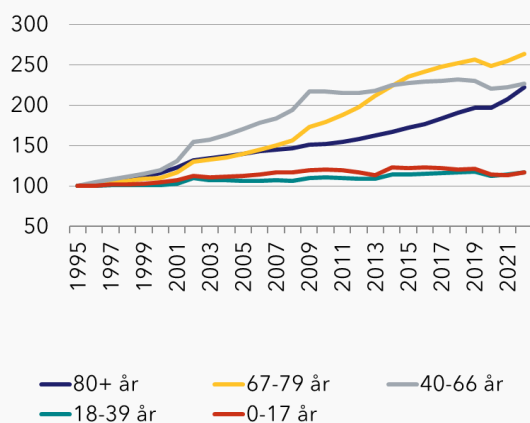
Note: Andel af borgere med bopæl i Danmark primo eller ultimo året (dvs. nyfødte og afdøde i året er med), som har mindst ét somatisk hospitalsophold (med fysisk fremmøde) i løbet af året. Aldersinddelingen er foretaget ud fra alderen ultimo året. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

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

Absolut set er antallet af hospitalspatienter steget mest blandt de ældre på 67-79 år. Dette skyldes dog i høj grad den demografiske udvikling. Når der tages højde for dette ved at se på andelen i hver aldersgruppe, der har hospitalsophold, er denne steget mest blandt de 40-66-årige patienter jf. figur 9 og 10.

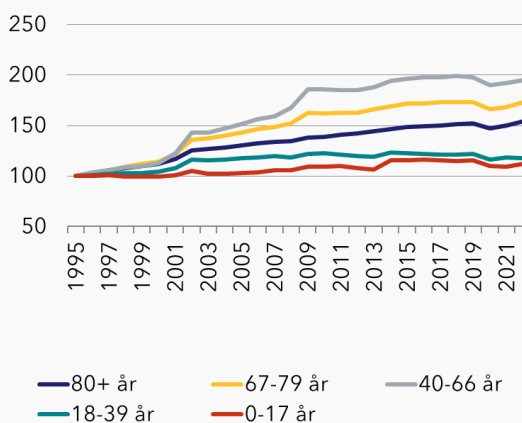
Figur 10

Relativ stigning i antal patienter med hospitalsophold (Index 100 = 1995)



Figur 11

Relativ stigning i andel af befolkning med hospitalsophold (Index 100 = 1995)



Note: Andel af borgere med bopæl i Danmark primo eller ultimo året (dvs. nyfødte og afdøde i året er med), som har mindst ét somatisk hospitalsophold (med fysisk fremmøde) i løbet af året. Aldersinddelingen er foretaget ud fra alderen ultimo året. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

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

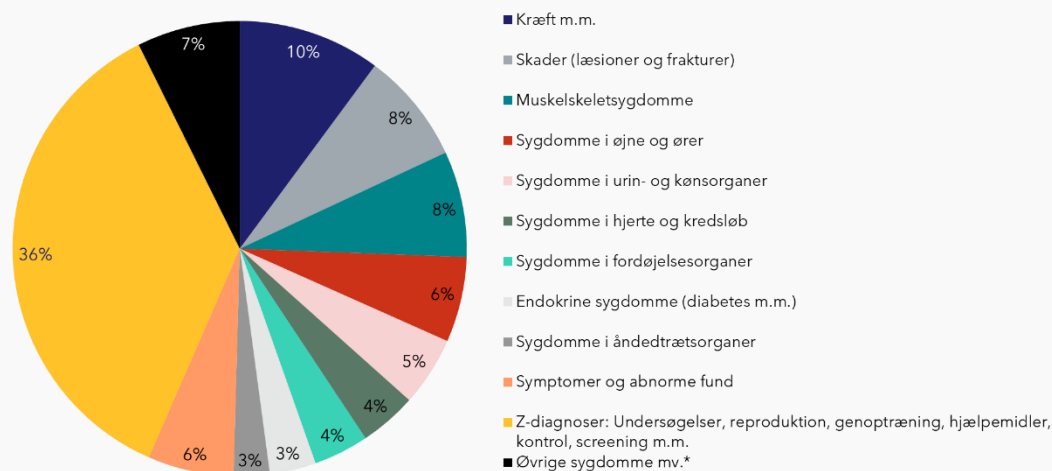
Fordeling af somatisk hospitalsaktivitet 2022

De knap 12 mio. somatiske hospitalsophold i 2022 fordeler sig på mere end 10.000 forskellige aktionsdiagnoser. Aktionsdiagnosen definerer den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til de undersøgelser eller behandlinger, der udføres. For at få et overblik over indholdet i de mange millioner hospitalsophold klassificeres de herunder i 12 forskellige kategorier med afsæt i diagnosehierarkiet i ICD-10 (se også [bilag 2](#)).

Kræft er den største sygdomskategori. Hvert tiende somatiske hospitalsophold vedrører kræft o. lign. Skader og muskelskeletsygdomme er ligeledes nogle af de mest udbredte årsager til hospitalsophold. Den største diagnosekategori er dog det, som kaldes "Z-diagnoser". Det er en form for opsamlingskategori, der indeholder mange forskellige årsager til hospitalskontakter, som ikke kan tilskrives specifikke sygdomme eller skader i et bestemt organsystem (se uddybning i figur 13). I alt er det mere end hver tredje somatiske hospitalsophold (36 pct.), der har en Z-diagnose som aktionsdiagnose, dvs. et hospitalsophold som (endnu) ikke kan tilskrives en sygdom/skade. I absolutte tal drejer det sig om 4,3 mio. hospitalsophold årligt. Dertil kommer 6 pct. – eller 650.000 hospitalsophold – hvor den primære årsag til hospitalskontakten registreres som "symptomer og abnorme fund, ikke klassificeret andetsteds" (dvs. også uden specifik identificeret tilgrundliggende diagnose). Danmarks Statistik udgav i december 2023 en opgørelse med lignende konklusion, nemlig at "symptomafklaring og mangelfuldt definerede tilstande"² ofte er årsag til hospitalsophold ([DST, 2023](#)).

Figur 12

Fordeling af somatiske hospitalsophold efter aktionsdiagnose, 2022



Note: De somatiske hospitalsophold er inddelt efter hospitalsopholdets aktionsdiagnose, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlinger. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier og boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold.

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

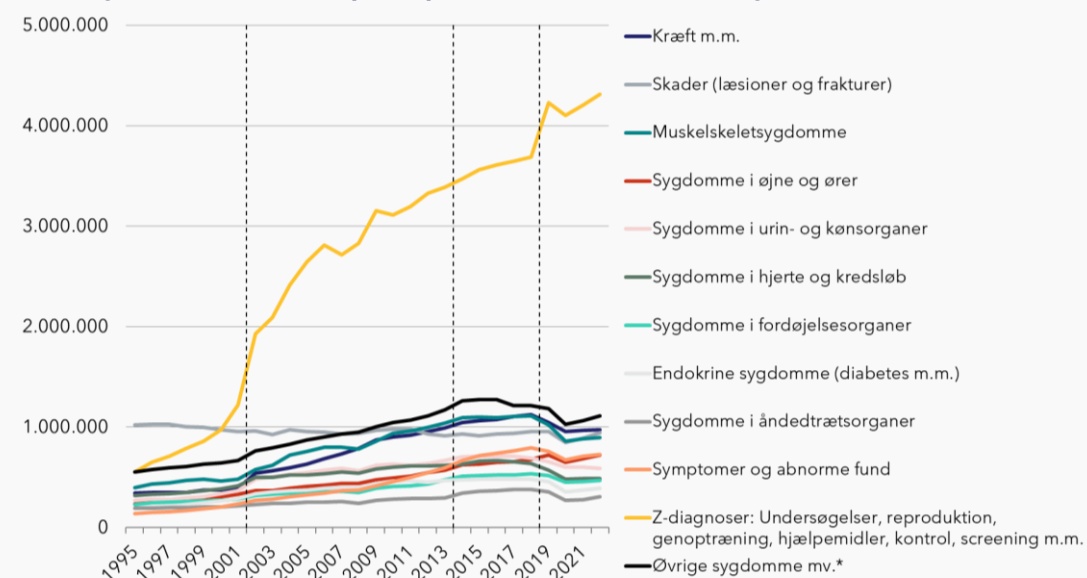
² Omfatter dele af Z-diagnoser og dele af "symptomer og abnorme fund" (R).

Fordelingen af aktionsdiagnoser blandt indlæggelser afviger fra ovenstående jf. [bilag 3](#). Blandt indlæggelserne fylder Z-diagnoserne væsentligt mindre (14 pct.), mens sygdomme i kredsløbsorganer, fordøjelsesorganer og åndedrætsorganer fylder mere.

Siden 1995 er især kategorien af hospitalsophold med Z-diagnoser vokset markant jf. figur 12. Fra omkring 550.000 hospitalsophold i 1995 til 4,3 mio. hospitalsophold i 2022. Der er visse databrud i perioden, som kan forklare en del af stigningen (se forklaring i boks 2 og 3), men selv når der tages højde for disse³, er aktiviteten i denne kategori mere end femdoblet i perioden (stigning på over 400 pct.). Kategorien af "symptomer og abnorme fund" er steget næstmest, med mere end 300 pct. Hospitalsophold pga. kræft m.m., som også er steget meget, er til sammenligning "kun" steget med 150 pct. (dog absolut set lige så meget som symptomer og abnorme fund", over en halv mio. ophold mere om året). Den eneste kategori, der ligger relativt stabilt i hele perioden, er "Skader", som står for omkring 1 mio. hospitalsophold årligt.

Figur 13

Udvikling i antal somatiske hospitalsophold fordelt efter aktionsdiagnose, 1995-2022



Note: De somatiske hospitalsophold er inddelt efter hospitalsopholdets aktionsdiagnose, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlinger. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier og boks 2 for forklaring af databruddet i 2018 og 2019.

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

³ Der tages højde for databruddet ved at fratrække stigningen i alle de år, der er databrud (2001-2022, 2013-2014 og 2018-2019). Da der i hele perioden sker en stigning, vil estimatet sandsynligvis være konservativt ift. den reelle stigning.

Boks 3

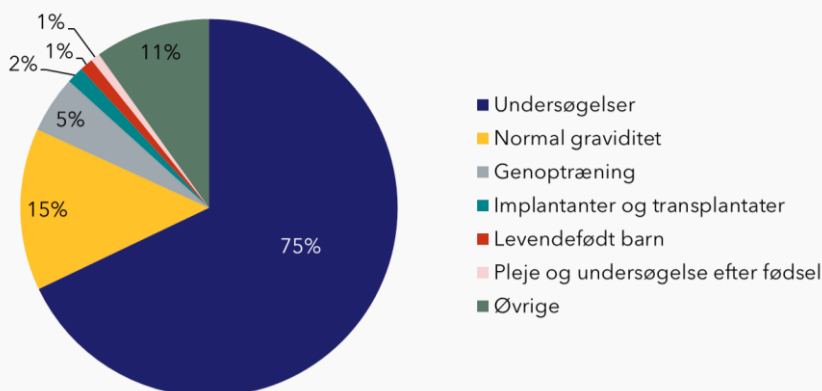
Databrud fra 2018 til 2019 påvirker især Z-diagnoser

Fra 2018 til 2019, hvor Landspatientregisteret blev omlagt (LPR3), skete der ændringer i grundregistreringen, der påvirker især hospitalsophold i kategorien Z-diagnoser. Før 2019 var der kun registreret én aktionsdiagnose pr. ambulant *forløb*, hvilket vil sige, at der ikke var en aktionsdiagnose på de enkelte besøg, og dermed havde hvert enkelt besøg i det ambulante forløb den samme aktionsdiagnose, hvilket sjældent "bare" var en undersøgelsesdiagnose (Z-diagnose). I LPR3 er der derimod en aktionsdiagnose tilknyttet hvert eneste besøg. Dette medfører, at undersøgelsesdiagnoser (især radiologiske undersøgelser, Z016) uden sammenligning er den hyppigst forekomne aktionsdiagnose i LPR3, selvom den ikke kan betegnes som en decideret diagnose, men snarere en årsag til det fysiske fremmøde. Det medfører også, at fordelingen af aktionsdiagnoser på fysiske fremmøder er noget anderledes i LPR3 end i LPR2 ([datakvalitetsrapport, LPR3, Sundhedsdatastyrelsen](#)). Dette påvirker også denne opgørelser, hvor enheden dog er "hospitalsophold" der kan gå på tværs af flere på hinanden følgende "fysiske fremmøder".

De over 4 mio. somatiske hospitalsophold med de såkaldte "Z-diagnoser" er i 98 pct. af tilfældene ambulante hospitalsophold, dvs. af under 12 timers varighed. De fordeler sig over mange forskelligartede typer af aktionsdiagnoser: Fra kontakter vedr. genoptræning eller hjælpemidler til kontakter vedr. graviditet. Tre ud af fire udgøres dog af forskellige typer af undersøgelser (se uddybning i figur 16). I alt 2,9 mio. hospitalsophold skyldes undersøgelser (uden anden diagnose).

Figur 14

Fordeling af somatiske hospitalsophold med "Z-diagnoser", 2022



Note: De somatiske hospitalsophold med Z-diagnose som aktionsdiagnose fordelt på underdiagnoser, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til kontakten. I de tilfælde hvor et hospitalsophold består af flere på hinanden følgende kontakter, er det aktionsdiagnosen på den sidste kontakt i opholdet der er definerende. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier og boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

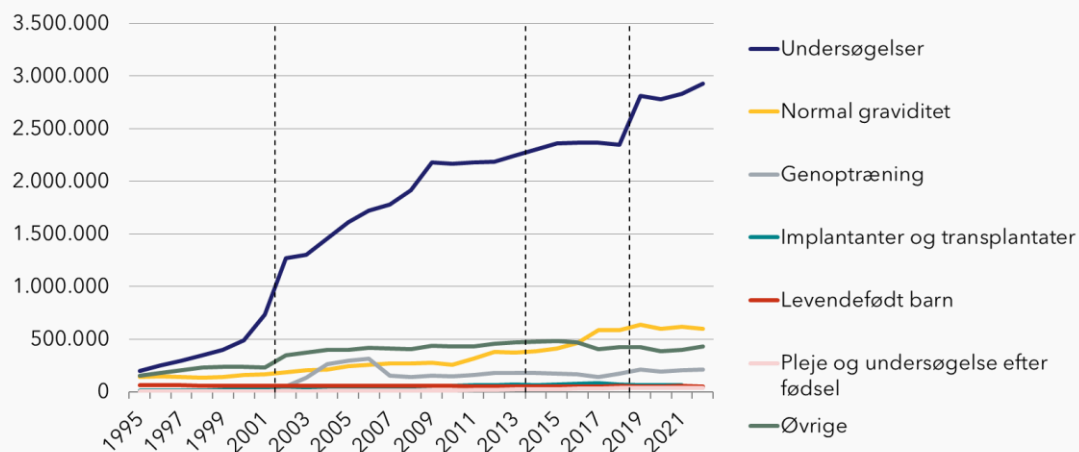
Siden 1995 er især kategorien af hospitalsophold med "Undersøgelser" vokset markant jf. figur 14. Fra knap 200.000 hospitalsophold pga. undersøgelser i 1995 til 2,9 mio. hospitalsophold i 2022⁴. Der er visse databrud i perioden, som kan forklare en del af stigningen (se

⁴ Opgørelserne tager udgangspunkt i hospitalsophold, hvor radiologiske undersøgelser er definerende for opholdet (aktionsdiagnosen). Dvs. at der sagtens kan være flere radiologiske undersøgelser end denne opgørelse viser.

forklaring i boks 2 og 3), men selv når der tages højde for disse⁵, er aktiviteten i denne kategori næsten ti-doblet i perioden – eller steget med 1,9 mio. hospitalsophold.

Figur 15

Udvikling i antal somatiske hospitalsophold med "Z-diagnoser", fordelt på undergrupper, 1995-2022



Note: De somatiske hospitalsophold med Z-diagnose som aktionsdiagnose fordelt på underdiagnoser, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til kontakten. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier, boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 og 3 for forklaring af databrud.

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

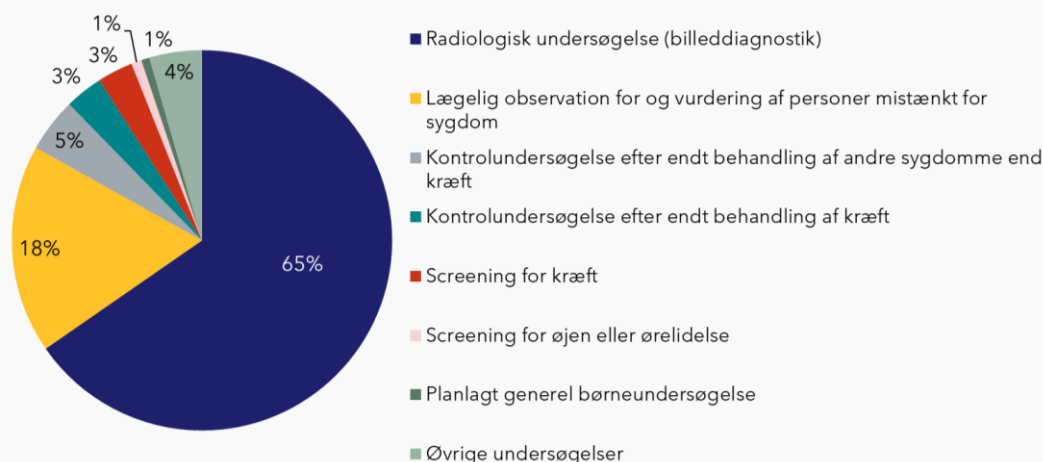
⁵ Der tages højde for databruddet ved at fratrække stigningen i alle de år, der er databrud (2001-2022, 2013-2014 og 2018-2019). Da der i hele perioden sker en stigning, vil estimatet sandsynligvis være konservativt ift. den reelle stigning.

Billeddiagnostiske undersøgelser

De 2,9 mio. hospitalsophold årligt, hvis primære formål er undersøgelse (uden diagnose) jf. figur 14, dækker blandt andet kontroller efter endt behandlingsforløb (fx kræft), diverse screeninger og generelt udredning pga. mistanke om specifikke sygdomme jf. figur 15. Den største kategori er dog "radiologiske undersøgelser" (billeddiagnostik), som i sig selv årligt er årsag til 1,9 mio. hospitalsophold i 2022⁶. Det svarer til hver sjette somatiske hospitalsophold (16 pct.). Det dækker fx ultralydsundersøgelser, røntgen og CT-, PET- og MR-scanninger. Disse hospitalsophold er fordelt på 1,2 mio. patienter. Det betyder, at fire ud af ti somatiske hospitalspatienter i 2022 (42 pc.) har mindst ét ophold, som skyldes en radiologisk undersøgelse.

Figur 16

Fordeling af somatiske hospitalsophold med undersøgelser (uden anden diagnose) som primær årsag, 2022



Note: De somatiske hospitalsophold med "undersøgelser" (Z00-Z13) som aktionsdiagnose fordelt på underdiagnoser, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til kontakten. I de tilfælde hvor et hospitalsophold består af flere på hinanden følgende kontakter, er det aktionsdiagnosen på den sidste kontakt i opholdet der er definerende. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier og boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

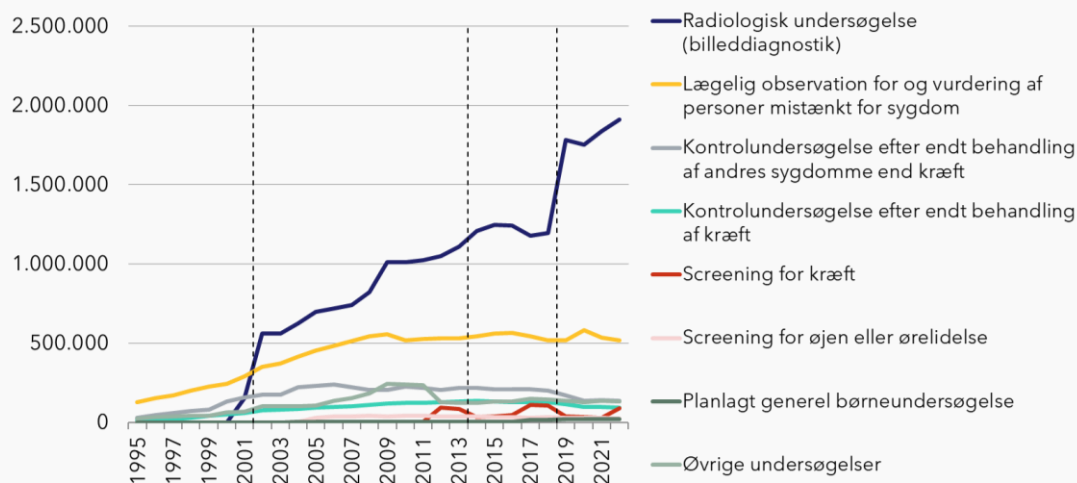
Siden 2002 hvor registreringen af "radiologiske undersøgelser" (billeddiagnostik) begyndte ([Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2002](#)), er denne kategori af hospitalsophold steget markant jf. figur 16. Fra omkring 560.000 hospitalsophold pga. radiologiske undersøgelser i 2002 til 1,9 mio. hospitalsophold i 2022. Der er visse databrud i perioden – især fra 2018 til 2019, som kan forklare en del af stigningen derefter (se forklaring i boks 3), men selv når der tages højde for disse⁷, er aktiviteten i denne kategori mere end fordoblet i perioden – eller steget med knap 700.000 hospitalsophold årligt.

⁶ Dertil kommer radiologiske undersøgelser ifm. hospitalsophold, der kan tilskrives en specifik diagnose. Disse er ikke omfattet.

⁷ Der tages højde for databruddet ved at fratrække stigningen i alle de år, der er databrud (2013-2014 og 2018-2019). Da der i hele perioden sker en stigning, vil estimatet sandsynligvis være konservativt ift. den reelle stigning.

Figur 17

Udvikling i antal somatiske hospitalsophold med undersøgelser (uden anden diagnose) som primær årsag, 1995-2022



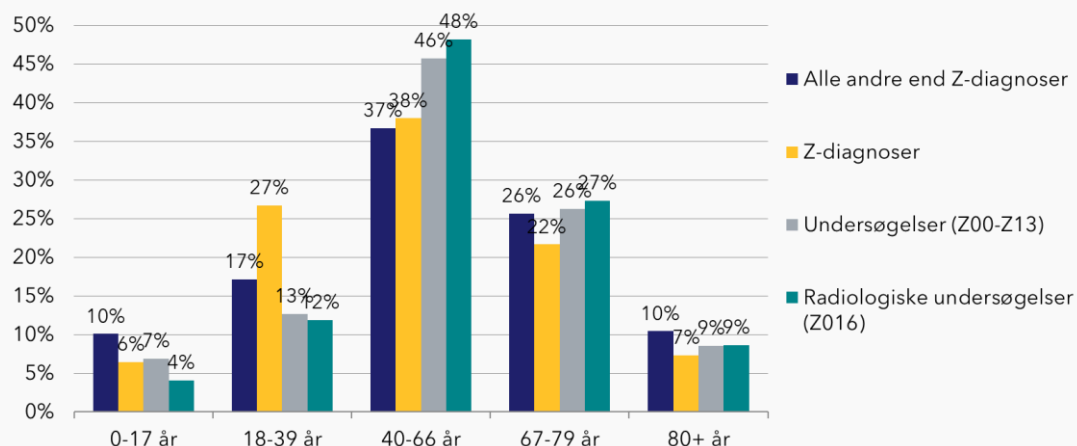
Note: De somatiske hospitalsophold med "undersøgelser" (Z00-Z13) som aktionsdiagnose fordelt på underdiagnoser, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til kontakten. I de tilfælde hvor et hospitalsophold består af flere på hinanden følgende kontakter, er det aktionsdiagnosen på den sidste kontakt i opholdet der er definerende. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier, boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 og 3 for forklaring af databrud.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

Halvdelen af de radiologiske undersøgelser (i ambulante hospitalsophold) er blandt patienter på 40-66 år (48 pct.). Dette er en højere andel end andelen af alle ambulante hospitalsophold, der falder i denne aldersgruppe (37 pct.). Andelen af ambulante hospitalsophold, der går til de ældre over 67 år, er dog omtrent den samme uanset om der er tale (radiologiske) undersøgelser eller ophold uden Z-diagnoser.

Figur 18

Aldersfordeling af ambulante hospitalsophold med/uden bestemte Z-diagnoser, 2022



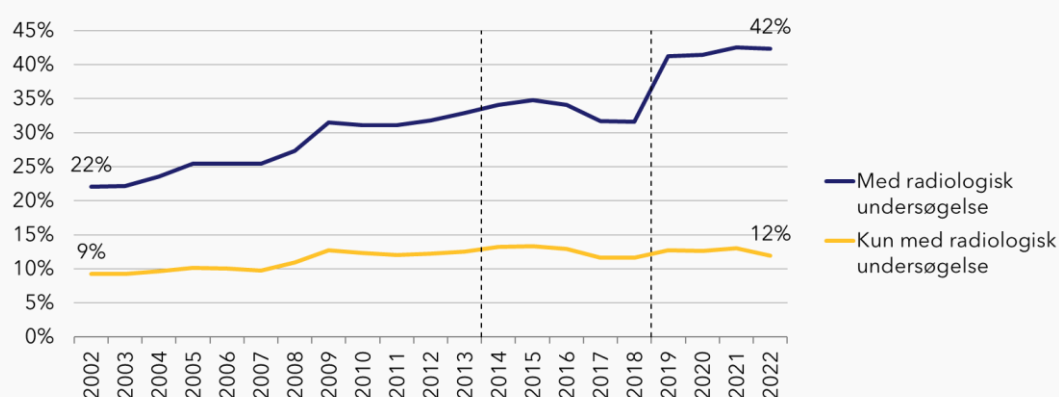
Note: Andel af alle ambulante hospitalsophold, der går til forskellige aldersgrupper. Opgjort blandt alle ambulante hospitalsophold hhv. med eller uden Z-diagnose som aktionsdiagnose (uanset undergruppe) og blandt hospitalsophold med undersøgelsesdiagnoser (Z00-Z13) og specifikt blandt ophold pga. radiologiske undersøgelser (Z016). Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier og boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold.

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

Af de 1,2 mio. patienter, der har mindst ét hospitalsophold, som skyldes en radiologisk undersøgelse, har mellem hver tredje og hver fjerde *kun* hospitalsophold pga. radiologiske undersøgelser i løbet af året (28 pct. eller ca. 340.000 patienter). Ud af *alle* hospitaspatienter er det godt hver tiende (12 pct.), der *kun* har radiologiske undersøgelser. Andelen af patienter, der *kun* har radiologiske undersøgelser, er steget lidt siden 2002, mens andelen af patienter, der har radiologiske undersøgelser – uanset om de også har andre hospitalsophold – er steget makant, jf. figur 18.

Figur 19

Andel af somatiske hospitalspatienter med radiologiske undersøgelser



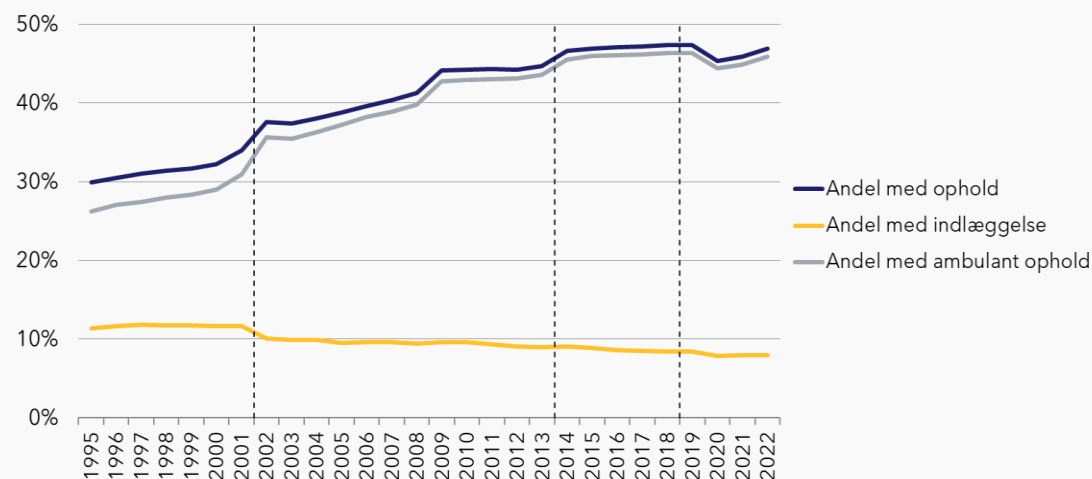
Note: Andel af alle somatiske hospitalspatienter, der har mindst ét ophold pga. radiologiske undersøgelser (Z016) og andel der kun har hospitalsophold pga. radiologiske undersøgelser og ikke andre hospitalsophold samme år. Se [bilag 2](#) for klassificeringen af diagnosekategorier, boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

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

Bilag 1 – Udvikling i hospitalspatienter fordelt på indlagte og med ambulante ophold

Figur 20

Andel af borgere med somatisk hospitalsophold i løbet af et år, 1995-2022



Note: Andel af borgere med bopæl i Danmark primo eller ultimo året (dvs. nyfødte og afdøde i året er med), som har mindst ét somatisk hospitalsophold (med fysisk fremmøde) i løbet af året. Se boks 1 for afgrænsning af hospitalsophold og boks 2 for forklaring af databrud.

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

Bilag 2 – Klassificering af aktionsdiagnoser

Tabel 1

Klassificering af alle aktionsdiagnoser (figur 11 og 12)

	Uddybning	ICD10-koder
Kræft m.m.	Neoplasmer: Kræft, forstadier til kræft og godartede svulster.	C*, D*
Skader (læsioner og frakturer)	Læsioner, forgiftninger, forbrændinger og andre følger af ydre påvirkninger	S*, T*
Muskelskeletsygdomme	Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	M*
Sygdomme i øjne og ører	Sygdomme i øjne og ører	H*
Sygdomme i urin- og kønsorganer	Sygdomme i urin- og kønsorganer	N*
Sygdomme i hjerte og kredsløb	Sygdomme i hjerte og kredsløb	I*
Sygdomme i fordøjelsesorganer	Sygdomme i fordøjelsesorganer	K*
Endokrine sygdomme (diabetes m.m.)	Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme, herunder diabetes	E*
Sygdomme i åndedrætsorganer	Herunder akutte luftvejsinfektioner, KOL m.m.	J*
Symptomer og abnorme fund	Symptomer og abnorme fund, ikke klassificeret andetsteds, dvs. uden sygdomsdiagnose.	R*
Z-diagnoser	Undersøgelser, reproduktion, genoptræning, hjælpemidler, kontrol, screening m.m. Se tabel 2 og 3 for uddybning.	Z*
Øvrige sygdomme mv.*	Infektioner, sygdomme i nervesystem eller hud, graviditet og fødsler, kromosomfejl m.m.	A*, B*, F*, G*, L*, O*, P*, Q*

*Inkl. alle underdiagnoser.

Note: Diagnoseregistreringen følger ICD-10 klassificeringen, som i den danske version kan findes i [SKS-browseren](#).

Tabel 2

Klassificering af Z-diagnoser (figur 13 og 14)

	Uddybning	ICD10-koder
Undersøgelser	Kontakt med sundhedsvæsenet mhp. undersøgelse (se tabel 3 for uddybning)	Z00-Z13*
Normal graviditet	Både førstegangsfødende og flergangsfødende. Ikke selve fødslen.	Z34*
Genoptræning	Kontakter mhp. genoptræning. Både fysioterapeutisk, ergoterapeutisk og psykoterapeutisk.	Z50*
Implanter og transplantater	Hjerte-/kar-implanter eller transplantater.	Z95*
Levendefødt barn	Barnets kontakt ifm. fødsel	Z38*
Pleje og undersøgelse efter fødsel	Både rutineundersøgelser og andre.	Z39*
Øvrige	Herunder kontakter vedr. udsættelse for smitte, vaccinationer, barnløshed, prænatal screening, fo-rebyggende og sociale indsatser m.m.	Alle øvrige Z-diagnoser

*Inkl. alle underdiagnoser.

Note: Diagnoseregistreringen følger ICD-10 klassificeringen, som i den danske version kan findes i [SKS-browseren](#).

Tabel 3

Klassificering af undersøgelsesdiagnoser (Z00-Z13) (figur 15,16 og 17)

	Uddybning	ICD10-koder
Radiologisk undersøgelse (billeddiagnostik)	Røntgen, ultralyd, PET, CT og MR-scanning m.m.	Z016*
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom	Anvendes når der er mistanke om en sygdom som (endnu) ikke er bekræftet (både fortsat mistanke og afkræftede mistanker).	Z03*
Kontrolundersøgelse efter endt behandling af andre sygdomme end kræft	Anvendes når sygdommen ikke længere er til stede. Hvis sygdommen fortsat er til stede anvendes den sygdomsspecifikke diagnose i stedet for.	Z09*
Kontrolundersøgelse efter endt behandling af kræft	Anvendes når kræftdiagnosen ikke længere er til stede. Hvis diagnosen fortsat er til stede anvendes diagnosen under kapitel C i stedet for.	Z08*
Screening for kræft	Herunder screening for brystkræft, tarmkræft, prostatakræft, livmoderhalskræft m.m.	Z12*
Screening for øjen- eller ørelidelse	Herunder screening for diabetisk øjensygdom og høretab.	Z135*
Planlagt generel børneundersøgelse	Kun planlagte rutineundersøgelser uden konkret mistanke om sygdom.	Z001*
Øvrige undersøgelser	Herunder andre undersøgelser af personer uden klager eller diagnoser, psykiatriske undersøgelser, screening for smitsomme sygdomme m.m.	Øvrige diagnoser under Z00-Z13

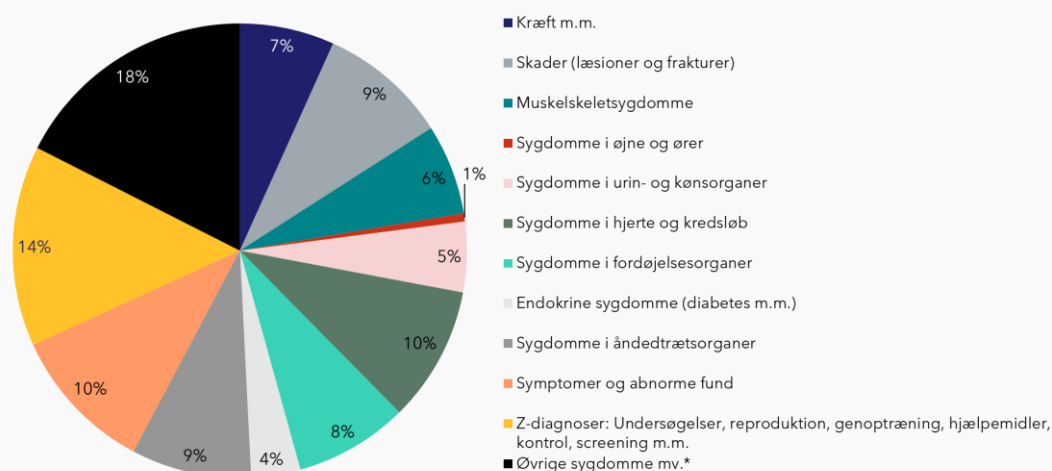
*Inkl. alle underdiagnoser.

Note: Diagnoseregistreringen følger ICD-10 klassificeringen, som i den danske version kan findes i [SKS-browseren](#).

Bilag 3 – Diagnosefordeling af indlæggelser og ambulante ophold

Figur 21

Fordeling af somatiske indlæggelser efter aktionsdiagnose, 2022

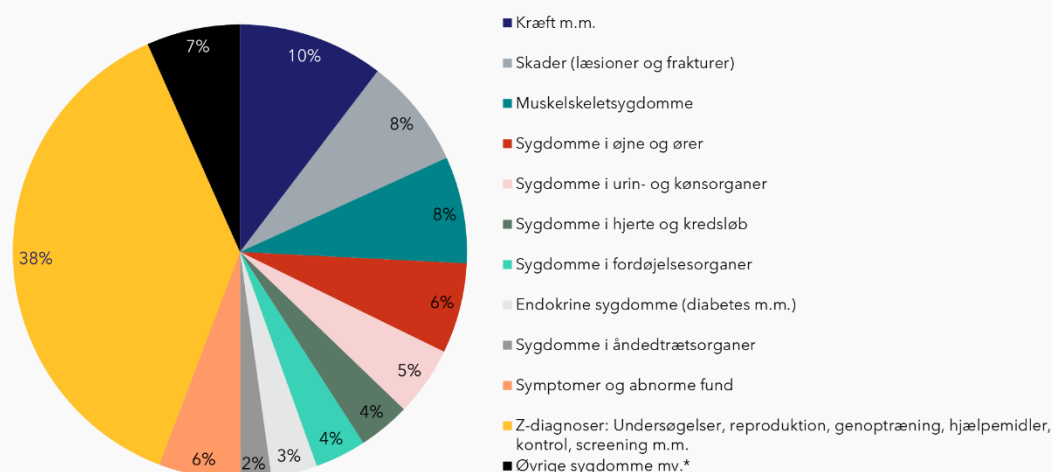


Note: De somatiske hospitalsindlæggelser er inddelt efter hospitalsopholdets aktionsdiagnose, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlinger. I de tilfælde hvor en indlæggelse består af flere på hinanden følgende kontakter, er det aktionsdiagnosen på den sidste kontakt i opholdet der er definerende. Diagnoseregistreringen følger ICD-10 klassificeringen, som i den danske version kan findes i [SKS-browseren](#). Øvrige sygdomme (*) dækker over infektioner, sygdomme i nervesystem eller hud, graviditet og fødsler, kromosomfejl m.m. Se [bilag 1](#) for klassificeringen af diagnosekategorier.

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

Figur 22

Fordeling af ambulante somatiske hospitalsophold efter aktionsdiagnose, 2022



Note: De ambulante somatiske hospitalsophold er inddelt efter hospitalsopholdets aktionsdiagnose, dvs. den diagnose, der har ført til hospitalskontakten, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlinger. I de tilfælde hvor et hospitalsophold består af flere på hinanden følgende kontakter, er det aktionsdiagnosen på den sidste kontakt i opholdet der er definerende. Diagnoseregistreringen følger ICD-10 klassificeringen, som i den danske version kan findes i [SKS-browseren](#). Øvrige sygdomme (*) dækker over infektioner, sygdomme i nervesystem eller hud, graviditet og fødsler, kromosomfejl m.m. Se [bilag 1](#) for klassificeringen af diagnosekategorier.

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