

# Bruk af helsetjenester i Danmark

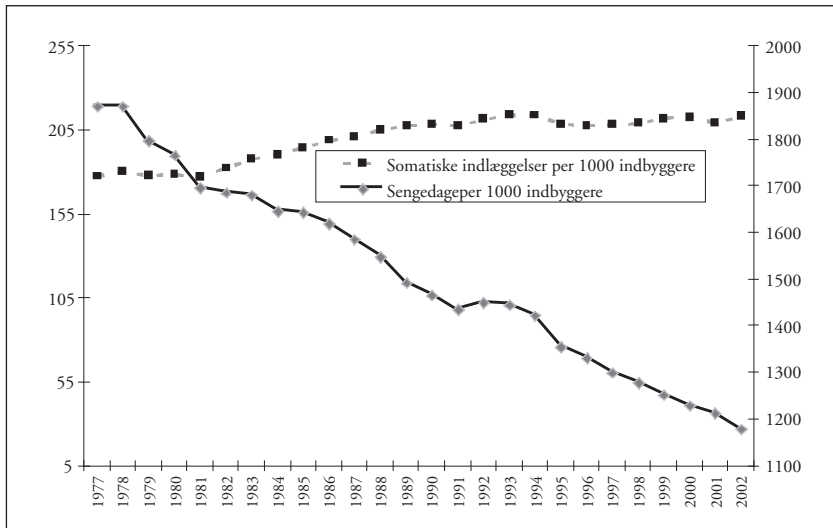
*Michael 2006; 3:Suppl 3: 81–9.*

Forbruget af sundhedsydelser kan studeres ved at se på rater, fx. antal sygehusudskrivinger per 1000 indbyggere, eller ved at se på dækningsgrader, fx. procentdel, der har konsulteret praktiserende læge i et bestemt tidsinterval. Det kan gøres som cross-section- eller tidsserieanalyse, og er under alle omstændigheder en simpel, men nyttig, deskriptiv opgave. Hvor det er muligt i det følgende, vil den tidsmæssige udvikling blive illustreret.

Går man fra deskription til analyse af mulige forklaringer på en konstateret (national) udvikling, melder der sig store udfordringer. De deskriptive oplysninger har på den ene side sjældent egentlig værdi uden et forsøg på analyse – og kan let i den rene deskriptive form give anledning til fejlkonklusioner – men analyse af mulige årsager er på den anden side vanskelige.

Forbruget af sundhedsydelser afhænger af mange forhold. Selvsagt betyder sygelighed og perciperet behov meget, men forhold som normer, tilgængelighed, brugerbetaling og sundhedsvæsenets opbygning (visitations-systemer, gatekeeper-funktion m.m.) spiller også en betydelig rolle. Én af udfordringerne ved studiet af det nationale forbrug af sundhedsydelser består i det simple forhold, at man sjældent kan studere forbruget af de enkelte ydelser i isolation. Fx. vil udskrivinger fra (stationær, somatisk) sygehus være stærkt påvirket af sammedagskirurgisk behandling og ambulatorievirksomheden iøvrigt. Det er åbenbart, at sammenlignende forbrugsforskning er endnu mere kompliceret, selv når der er tale om nærtstående lande som Danmark og Norge. I denne artikel afstås for praktiske formål fra systematiske forsøg på forklaring af udviklingen.

Kilderne til de følgende grafer og tabeller er dels Sundhedsstyrelsens registre, især Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret og dertil hørende publikationer, fx. (1), og internetadgangen på Sundhedsdata.sst.dk,

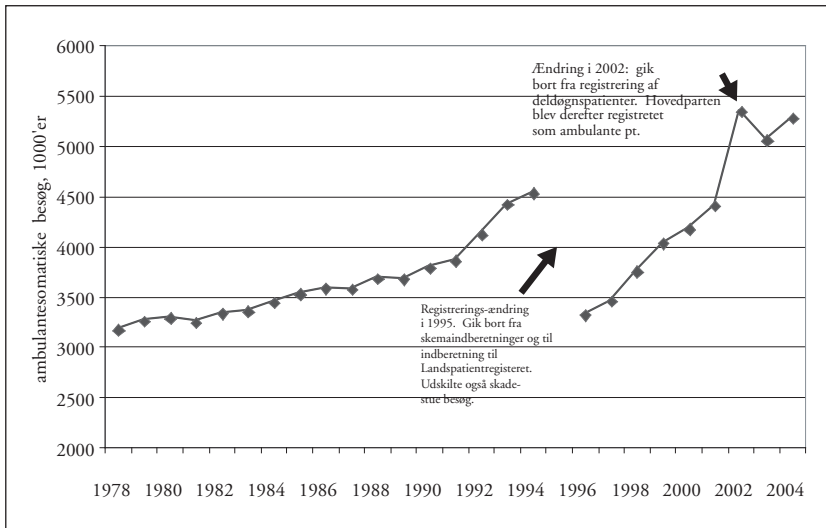


Figur 1 Udviklingen i somatiske indlæggelser og sengedage per 1000 indbyggere 1977-2002 (kilde: Statistisk Tiårsoversigt (6). Omfatter også oplysninger fra psykiatriske afdelinger, men ikke psykiatriske hospitaler.)

dels Lægemedelstyrelsens Lægemedelstatistikregister, som er en database, der indeholder tal for det samlede salg af lægemidler i Danmark. Oplysningerne stammer fra landets apoteker, sygehusapoteker m.m., som registrerer enhver ekspedition eller leverance af lægemidler i Danmark, se [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk). Hertil kommer Sundheds & Sygelighedsundersøgelsen, der er en national repræsentativ spørgeskemaundersøgelse. Indtil nu har den været gennemført tre gange: 1987, 1994 og 2000 (2-4). Endelig skal nævnes, at Danmarks Statistik i Statistisk Tiårsoversigt giver en udmærket fortløbende statistik, omend med lidt andre tal end hvad Sundhedsstyrelsens opgørelser viser på grund af forskellige afgrænsningskriterier, ligesom Danmarks Statistikbank indeholder en række parallelle eller supplerende opgørelse baseret på registerdata, se [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk). For god ordens skyld skal bemærkes, at der ikke altid er 100% overensstemmelse mellem opgørelserne i de forskellige kilder, men det ændrer stort set aldrig i tendenserne i tallene.

### Forbruget af somatiske sygehusydelse

Der tegner sig et klart mønster: behandlingsaktiviteten er steget stærkt, fra 178 udskrivninger per 1000 indbyggere i 1977 til 209 i 2002 (fig 1). Fra sidst i 1980'erne er der tale om en stagnation og endda et lille fald, hvis der



Figur 2. Udviklingen i ambulante somatiske besøg på sygehusene.

sammenlignes med højdepunktet i 1994 på 214 indlæggelser. Stagnationen skyldes, at der siden sidst i 1980'erne er sket en målrettet overgang til ambulante behandling, bl.a. sammedagskirurgi, jfr. figur 2. Dette kombineret med andre behandlingsmæssige fremskridt har ført til et markant fald i antal sengedage: fra 1871 per 1000 indbyggere i 1997 til 1179 i 2002.

Det er imidlertid vigtigt at understrege, at stigningen i antal indlagte personer ikke er steget nær så meget som antal indlæggelser, dvs. der har i perioden været en stigende genindlæggeshyppighed. I 1978 blev der indlagt 625 000 personer. I 2002 var tallet 657 000, svarende til henholdsvis 12,22 og 12,67 indlæggelser per 100 000 indbyggere, dvs. næsten stabilt. Det betyder omvendt, at antal indlæggelser per person ('genindlæggelser') i samme periode steg fra 1,39 til 1,66 (5).

Fra 1977 til 1994 steg antal ambulante forløb fra godt 3 mio. til 4,5 mio. (fig 2). Med den nye opgørelsesmetode, der blev indført med virkning fra 1995, hvor bl.a. skadestuebesøg ikke længere medtages, faldt tallet naturligt efter 1995, men stigningstakten var uændret. Først fra 1996/1997 er indberetningerne til Landspatientregisteret nogenlunde pålidelige.

Udviklingen i skadestuebesøg i de sidste 10 år fremgår af tabel 1. Det somatiske forbrug toppede i 2001 og 2002 med omkring 19 000 besøg per 100 000 indbyggere.

Taget under ét er den samlede behandlingsaktivitet på de somatiske sygehuse således steget betragtelig. Den øgede aktivitet har bl.a. været mu-

Tabel 1. Udviklingen i skadestuebesøg 1995-2004. Kilde: (7).

	somatisk skadestue	psykiatrisk skadestue	somatisk per 100 000 indb.	psykiatrisk per 100 000 indb.
1995	978035	30595	18752	587
1996	971250	35198	18496	670
1997	998102	35875	18921	680
1998	983587	37835	18576	715
1999	976473	40350	18377	759
2000	1003493	41387	18827	776
2001	1024839	44241	19159	827
2002	1030150	44200	19193	824
2003	961067	39955	17842	742
2004	944436	43632	17453	806

liggjort, fordi den gennemsnitlige liggetid per indlæggelse er faldet fra 14 dage i 1966 til 5,5 dage i 2002, mest for kirurgiske indlæggelser.

### Hospitals-og distriktskykiatri

Ser man på psykiatrien har der været en udvikling, der ligner somatikken. Nye behandlingsmetoder, herunder fremkomsten af bedre psykofarmaka, og overgang til ambulante behandling, herunder distriktskykiatri, forklarer en betydelig del af udviklingen i den stationære psykiatri.

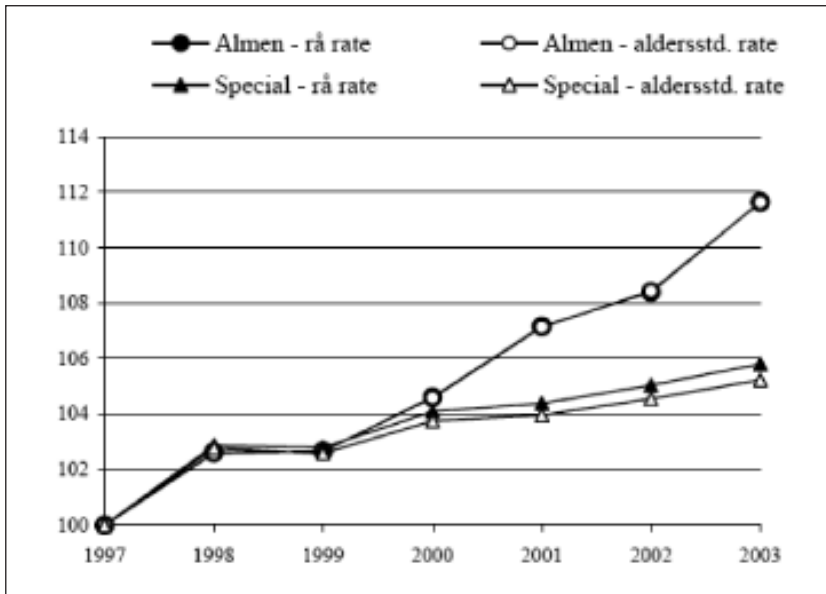
I 1966 var der 4 indlæggelser per 1000 indbyggere, der i 2002 var faldet til 3,7, men havde i 1995 været nede på 2,5.

Som for somatikken er registreringen af ambulante aktivitet først systematiske fra 1977 og der ændres metode i 1995. I 1977 var der 85000 ambulante forløb, som i 1994 var steget til 134.000 – og efter ændringen var omfanget i 1995 11.000 der i 2002 var øget til 24.000.

### Aktivitetsudviklingen i den primære sundhedstjeneste

Det stigningsmønster, som ovenfor er blevet vist for sygehusvæsenet genfindes, når vi vender os mod praksissektoren. Figur 3 viser i indeksform, hvordan kontakterne til såvel almen-som speciallæge praksis er steget fra 1997 til 2003.

Stigningen skyldes ikke ændret aldersfordeling, jfr. den foretagne aldersstandardisering (holder aldersfordelingen konstant i forhold til et be-



Figur 3. Udviklingen i kontakter til almen-og speciallæger 1997-2003. Indeks. Kilde: (8).

stemt år, her år 2000). Det er heller ikke sandsynligt, at sygeligheden er steget så meget i den betragtede periode (9). Forklaringen skal derfor findes i et samspil mellem udviklingen i sygehusvæsenet, ændrede behandlings- og kontrolmuligheder og holdningen til at bruge sundhedsvæsenet. Det er desværre ikke muligt at sige, hvor meget hver enkel komponent betyder.

Hjemmesygeplejen er en vigtig del af kommunernes sundhedsmæssige indsats. Det er imidlertid svært at finde pålidelig og konsistent statistik om aktiviteterne.

Med denne usikkerhed in mente kan det noteres, at der ved årets start i de senere år har været omkring 115.000 patienter i ordningen (10). I løbet af året kommer der et stort antal nye til, og lægger man start-populationen og antal nykommende sammen, bliver der tale om mellem 275-300.000 patienter. Blandt disse patienter, kan der være gengangere. Det sidste tal er således ikke lig med antal unikke personer ('cpr-numre'). Hovedparten af patienterne er over 60 år, og da de 60+-årige udgør godt én million personer, betyder det, at mellem hver femte og hver fjerde er i kontakt med hjemmesygeplejen i løbet af et år. Bemærk dog, at dette synes at blive mod sagt af oplysningen om hjemmesygepleje i tabel 2.

Tabel 2. Har De inden for de sidste 3 måneder været i kontakt med en læge på grund af gener, sygdom eller skade? (De skal kun medregne kontakter på grund af egen sygdom - ikke børns sygdom). År 2000 og 1987. Kilde: (3,4)

	1987, %	2000, %
Ja, egen praktiserende læge	35,1	39,6
Ja, vagtlæge	1,7	2,5
Ja, praktiserende speciallæge	6,1	7,8
Ja, læge på mit arbejde (bedriftslæge)		0,2
Ja, skadestue	1,7	2,4
Ja, hospitalsambulatorium	4,4	6,6
Ja, indlagt på hospital	3,1	3,4
Ja, anden læge	-	1,4
I alt, kontakt til læge	52,1	63,9
Ja, tandlæge	33,1	38,7
Ja, kiropraktor	3,5	3,5
Ja, fysioterapeut	3,3	5,3
Ja, hjemmesygeplejerske	1,3	1,9
Ja, psykolog	0,6	1,5
Andre behandlere	-	2,1
I alt, kontakt til andre behandlere	41,8	53,0
Uoplyst/ved ikke	2	0,3

De efterfølgende opgørelser er baseret på Sygeligheds- og sundhedsundersøgelserne, (2-4). På nogle områder supplerer de ovenstående, men giver samtidig et lidt andet billede.

I tabel 2 ser man den danske befolknings brug ('ja - nej', de seneste tre måneder) af forskellige behandlergrupper i sundhedsvæsenet. Det karakteristiske for perioden 1987 til 2000 er en stigende tilbøjelighed til at henvende sig til en behandler, og det holder på tværs af behandlergrupper.

### Alternativ behandling

De sundhedsprofessionelles ambivalente holdning til 'alternativ behandling' deles langt fra af befolkningen. I tabel 3 ses udviklingen i brugen af alternative behandlere og naturmedicin i perioden 1987-2000.

Det karakteristiske er såvel niveauet som udviklingen. Spørgsmålet i ta-

*Tabel 3. Har De nogensinde gjort brug af behandlere udenfor det almindelige sundhedsvæsen, og fx benyttet nogle af de behandlinger, som står på dette kort? Kilde: (2-4)*

	1987, %	1994, %	2000, %
Nej	-	67	55
a. Naturmedicin (fx homøopati)	3,6	8	13
b. Zoneterapi	4,2	15	20
c. Afspænding	1,9	4	5
d. Vejledning om kost, motion mv.	1,1	3	4
e. Nåleakupunktur	1,5	7	11
f. Håndspålægelse	-	1	2
g. Massage/manipulation	2,3	9	15
h. Brug af apparatur (fx magnetiske strygninger og radionibehandling)	0,6	2	2
i. Healing	-	3	4
j. Hypnose	-	1	1
k. Andet, skriv hvad:	1,9	3	5
Uoplyst			0,3

bellen vedrører, om man nogensinde har benyttet behandlere uden for det etablerede sundhedsvæsen. I 2000 var det tilfældet for 45 % af danskere over 18 år, en stigning på 12 procentpoint i forhold til 1994. Snævrer spørgsmålet ind til brug af alternative behandlere i det seneste år, svarede knap 21 % i 2000, at det var tilfældet, sammenlignet med 14 % i 1994.

### **Brug af medicin**

Ca. to tredjedele af den voksne befolkning havde i 2000 brugt receptmedicin inden for de sidste 14 dage i forhold til interviewtidspunktet. Det er en svag stigning på tre procentpoint sammenlignet med 1994.

Tallene i tabel 4 siger ikke noget om forbrugsomfanget. Man får et tilnærmelsesvist svar herpå ved at se på forbrugs/salgstallene fra Lægemiddelstyrelsen, opgjort som definerede døgn-doser (DDD) per 1000 indbyggere per døgn. For primærsektoren var tallet i 2000 på 1096 DDD/1000 indbyggere/døgn sammenlignet med 870 i 1997, dvs. en betydelig stigning, (11,12).

Tabel 4. Har De inden for de sidste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?

	Recept- medicin, % 1994	Recept- medicin, % 2000
Nej	62	65
a. Ja, hostemedicin	1	1
b. Ja, astmamedicin	4	5
c. Ja, blodtrykssænkende medicin	7	9
d. Ja, hjertemedicin	4	6
e. Ja, hudlægemiddel	4	4
f. Ja, smertestillende medicin mod besvær i muskler, knogler, sener eller led	6	8
g. Ja, anden form for smertestillende medicin	3	4
h. Ja, sovemedicin	4	4
i. Ja, afføringsmidler	1	1
j. Ja, nervemedicin, beroligende medicin	4	4
k. Ja, penicillin eller anden form for antibiotikum	3	3
l. Ja, andet specificer:	7	9
Uoplyst	-	0,4

### Afsluttende bemærkninger

Det foregående har været en faktuel opstilling af det danske forbrugsmønster for væsentlige sundhedsydelser. Der har ikke været egentlige tiløb til forklaringer.

Der tegner sig et billede af et stadigt stigende forbrug af sundhedsydelser. Formålet har ikke været at forklare denne udvikling, men afslutningsvis skal emnet alligevel kort berøres.

Hvor det har været muligt, er der kontrolleret for befolkningstallet, mens der sjældnere har været kontrolleret for befolkningens alderssammensætning. Det kan noteres, at de 60+årige i 1980 udgjorde 14,2 % af befolkningen, en andel der i 1995 var steget til 19,2 % og i 2005 androg



20,9 % af befolkningen. Det er åbenbart, at denne ændring forklarer en del af udviklingen, herunder ændringer i prævalensen af en række kroniske sygdomme og deraf afledte behandlingsbehov.

Udover en aldrende befolkning og det dermed sammenhængende sygdomsmønster, spiller udviklingen i behandlingsmulighederne naturligvis også en stor rolle – og muligvis en større rolle end det førnævnte.

I de sidste 20-30 år er behandlingsmulighederne blevet udvidet utroligt meget – enten i form af egentlige nye behandlingsmuligheder eller i form af eksisterende behandlinger, fx. grå stær operationer eller udskiftning af hofteled er blevet tilgængelig for en langt større målgruppe end tidligere, bl.a. på grund af fremskridt i bedøvelses- og operationsteknikker.

## Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Sygehusstatistik 2002 (seneste år per oktober 2005). København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. DIKE. Sundhed & Sygelighed i Danmark 1987. En rapport fra DIKEs undersøgelse. København : DIKE, 1988.
3. DIKE. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987. København: DIKE, 1995.
4. Statens institut for folkesundhed. Sundhed & sygelighed i Danmark 2000. København: Statens institut for Folkesundhed, 2002.
5. Landspatientregisteret gennem 25 år. 1977-2002. Nye tal fra sundhedsstyrelsen 2003; 7(9).
6. Danmarks Statistik. Statistisk Tiårsoversigt (løbende årgange). København: Danmarks Statistik, 2005.
7. Sundhedsstyrelsen. Skadestuernes virksomhed i 2004. Nye tal fra sundhedsstyrelsen 2005; 9(15).
8. Sundhedsstyrelsen. Kontakter til praktiserende læger under Sygesikringen 2003. Nye tal fra sundhedsstyrelsen 2005; 9(2).
9. Kjølner M, Rasmussen NKr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
10. Sundhedsstyrelsen. Kommunale Sundhedsordninger. Hjemmesygeplejen 1996 og 1997. Sundhedsstatistikken 1999:1. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
11. Lægemedelstyrelsen. Lægemedelstatistik 1997-2001. København: Lægemedelstyrelsen, 2002.
12. Nordic Medico Statistical Committee. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. Copenhagen: NOMESCO, 2004.

*Kjeld Møller Pedersen  
Syddansk Universitet  
J.B. Winsløvsvej 9B  
DK-5000 Odense C  
Danmark  
kmp@sam.sdu.dk*