

BILAG 2

Hvordan hænger forbruget af sygehusydelser sammen med køn, alder, sociale forhold, livsstil og helbred i Region Midtjylland?

19. november 2009

Finn Breinholt

Tel. +45 8728 4703

Finn.Breinholt@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-35-72-38-07

Sundhedsprofilen for Region Midtjylland fra 2006 indeholder oplysninger om demografiske og sociale forhold, livsstil og helbred hos et repræsentativt udsnit af borgere i alderen 25-79 år.

Ved at koble disse oplysninger med DRG-data¹ er det muligt at få indblik i, hvordan disse faktorer hænger sammen med borgernes forbrug af sygehusydelser.

Der blev lavet en tilsvarende undersøgelse i Århus Amt i 2005 ud fra sundhedsprofildata². Undersøgelsen viste, at der var en statistisk signifikant sammenhæng mellem sygehusforbrug og alder, levekårsressourcer, fedme og antallet af langvarige sygdomme.

Analysen gentages her med brug af samme metode. Den aktuelle analyse hviler på et betydeligt større datagrundlag (22.000 respondenter mod 4.000). Desuden er aldersspændet udvidet opad fra 75 til 79 år.

Til gengæld er der kun benyttet DRG-forbrug for et enkelt år – 2008 – mens Århus Amts undersøgelse omfattede tre års forbrug. Det kan påvirke resultaterne af analyserne, idet en større andel af borgerne har kontakt med sygehusene i løbet af tre år sammenholdt med et enkelt år. Således havde 32% af

¹ DRG = Diagnose Relaterede Grupper. I midten af 90'erne introduceredes et takstsystem baseret på diagnoserelaterede grupper. DRG-systemet omfatter ambulante og stationære ydelser til somatiske patienter. Til hver ydelse, som patienten modtager, er der knyttet en takst. Der er tale om en gennemsnitstakst, der ikke tager højde for kvaliteten i den enkelte ydelse eller forskelle i effektivitet fra sygehus til sygehus. DRG er blevet indført som generelt takststyringssystem for alle somatiske sygehuse i 2004.

² En undersøgelse af hvordan forbruget af sygehusydelser påvirkes af køn, alder, sociale forhold, livsstil og helbred i Århus amt, Århus Amt april 2005.

respondenterne haft sygehuskontakt i løbet af et år, mod 67% af respondenterne i Århus Amts' undersøgelse i løbet af tre år.

Nærværende undersøgelse bør derfor gentages, når der er tilgængelige DRG-data fra 2006 og frem for at give et sikrere grundlag for analysen.

Generelt er der store metodiske udfordringer i at analysere DRG-data på befolkningsniveau pga. en ekstrem skæv fordeling. Det illustreres af, at medianforbruget i Region Midtjylland var 0 kr. i 2008, mens gennemsnitsforbruget var over 7.000 kr. Både median og gennemsnit bruges til at udtrykke den centrale tendens i et datamateriale. Havde den 'typiske' borger et forbrug på 0 kr. eller på 7.000 kr.?

Det er vigtigt at have denne problemstilling i baghovedet i det følgende, hvor der fortrinsvis benyttes gennemsnit.

Metode

I undersøgelsen indgår 21.680 tilfældigt udvalgte personer i alderen 25-79 år, der i foråret 2006 besvarede et spørgeskema som deltagere i Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse "Hvordan har du det?". Data er efterfølgende koblet med oplysninger om forbrug af sygehusydelser i 2008 hentet fra eSundhed.

Følgende oplysninger fra spørgeskemaet indgår som forklarende variable i den aktuelle undersøgelse:

- | | |
|--------------------|--|
| A. Demografi | <i>Køn</i>
<i>Alder</i> |
| B. Sociale forhold | <i>Levekårsressourcer</i> |
| C. Livsstil | <i>Rygning</i>
<i>Fysisk aktivitet</i>
<i>Alkoholforbrug</i>
<i>Kostvaner</i>
<i>Fedme</i> |
| D. Helbred | <i>Fysisk helbred</i>
<i>Psykisk helbred</i>
<i>Langvarige sygdomme</i> |

Levekårsressourcer er defineret som summen af en række almindeligt eftertragtede ressourcer, som den enkelte råder over. Følgende ressourcer indgår i indekset: *at være gift, at*

have børn, *at* have en boglig uddannelse, *at* have et arbejde, *at* have en bruttoindtægt på mindst 250.000, *at* være funktionær/selvstændig, *at* have en lederstilling, *at* have en ejerbolig. Indekset er et sumindeks, der kan antage værdierne 0-8.³

For en beskrivelse af de øvrige forklarende variable henvises til Region Midtjyllands sundhedsprofil "Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner" fra 2006.

Undersøgelsens effektvariabel er forbruget af sygehusydelser. Forbruget er beregnet som summen af ambulante og stationære ydelser. Forbruget er sat til 0 kr. for personer, der ikke er registreret i eSundhed med et DRG-forbrug.

Sammenhængen mellem DRG-forbruget og de uafhængige variable er først undersøgt én for én (bivariat analyse).

Dernæst er sammenhængen undersøgt ved hjælp af multivariat statistisk analyse⁴. Variable som ikke har en statistisk signifikant effekt på sygehusforbruget er fjernet fra den endelige statistiske model.

Der er brugt vægtede data, der tager højde for forskellige udtræksandsynligheder afhængig af bopælskommune samt forskelle i svarprocenter hos mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

I analysen af sygehusforbrugets fordeling (tabel 1) er der dog brugt uvægtede data.

Resultater: Fordeling og gennemsnit

Tabel 1 viser sygehusforbrugets fordeling i befolkningen. Der er beregnet gennemsnit, standardafvigelse, minimum og maksimum for hele befolkningen.

Desuden er respondenterne sorteret efter størrelsen af deres sygehusforbrug og opdelt i 10 lige store grupper (deciler). For

³ For en uddybende beskrivelse af indeks for levekårsressourcer se F. Breinholt Larsen, Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Århus 2003.

⁴ Der er benyttet en generaliseret lineær model (GLM) med gammafordelte restled og en logaritmisk linkfunktion. Gammafordelingen er valgt, fordi a) sygehusforbruget har en stærkt venstreskæv fordeling, b) standardafvigelsen øges med forbrugets størrelse, og c) forbruget kun antager positive værdier. Ved at bruge en logaritmisk linkfunktion fås en multiplikativ model.

Tabel 1. Forbruget af sygehusydelser i 2008 -25-79 år

	Gennemsnit	Standardafvigelse	Minimum	Maksimum	Andel af det samlede forbrug	Kumulativ andel af det samlede forbrug	Antal
Total	7.920	36.563	0	1.361.916	1,00	1,00	21.680
1. decil	0	0	0	0	0	0	2.168
2. decil	0	0	0	0	0	0	2.168
3. decil	0	0	0	0	0	0	2.168
4. decil	0	0	0	0	0	0	2.168
5. decil	0	0	0	0	0	0	2.168
6. decil	0	0	0	0	0	0	2.168
7. decil	113	246	0	654	0,0014	0,0014	2.168
8. decil	1.956	924	654	3.837	0,024	0,026	2.168
9. decil	8.583	3.412	3.841	15.523	0,11	0,13	2.168
10. decil	68.544	95.972	15.540	1.361.916	0,87	1,00	2.168

hver gruppe er foretaget samme beregninger som for hele befolkningen. Desuden er den enkelte gruppes andel af det samlede forbrug beregnet og den kumulative andel fra første til tiende gruppe er beregnet.

Det gennemsnitlige DRG-forbrug blandt den voksne befolkning var 7.900 kr. i 2008 (uvægtede data). Man bemærker desuden, at der var en standardafvigelse på knap 37.000 kr., altså betydeligt større end gennemsnitsforbruget. Minimumsforbruget var 0 kr. og maksimumsforbruget var 1.4 mio. kr. Det skal bemærkes, at blandt personer, der ikke deltog i "Hvordan har du det?", havde knap 4% et forbrug, der var højere end 1,4 mio. kr. Det højeste forbrug hos en enkelt borger i Region Midtjylland var i 2008 på 6,2 mio. kr.

Forbruget er som nævnt meget skævt fordelt. Der var kun et forbrug i 7. til 10. decil. I 7. og 8. decil var forbruget lavt og udgjorde derfor kun en ringe del af det samlede forbrug. 11% af det samlede sygehusforbrug faldt i 9. decil. 87% af sygehusforbruget faldt i 10. decil. Med andre ord: En tiendedel af befolkningen stod for ni tiendedele af sygehusforbruget.

Resultater: Bivariate analyser

Tabel 2 viser frekvensfordeling (antal og andel) for hver af de

Tabel 2. Forbruget af sygehusydelser – frekvensfordeling og det gennemsnitlige forbrug af sygehusydelser i 2008 for hver af undersøgelsens uafhængige variable

	Forbrug af sygehusydelser					
	Antal	Andel	Gennemsnit i kr.	95% CI ^a	Relativt merforbrug	p ^b
<i>Køn</i>						
Mand	9.935	0,46	7.218	(6.445-7.992)	1	Ns
Kvinde	11.531	0,54	7.558	(6.922-8.195)	1,05	
<i>Alder</i>						
25-34 år	3.087	0,19	3.740	(3.252-4.228)	1	p<0,0001
35-44 år	4.580	0,22	3.733	(3.047-4.420)	1,00	
45-54 år	4.757	0,21	6.232	(4.950-7.514)	1,77	
55-64 år	4.905	0,20	8.779	(7.705-9.853)	2,35	
65-74 år	3.117	0,12	16.322	(14.026-18.619)	4,36	
75-79 år	1.020	0,04	15.998	(13.056-18.940)	4,28	
<i>Levekårsressourcer – indekssværdi</i>						
0 – færrest ressourcer	455	0,02	11.132	(6.583-15.680)	3,68	p<0,0001
1	1.372	0,07	15.269	(11.808-18.730)	5,05	
2	2.436	0,11	10.463	(8.750-12.176)	3,46	
3	4.256	0,18	9.703	(8.465-10.942)	3,21	
4	3.893	0,17	7.018	(5.893-8.144)	2,32	
5	3.599	0,17	4.835	(3.947-5.724)	1,60	
6	2.895	0,14	4.928	(3.596-6.261)	1,63	
7	2.197	0,11	3.337	(2.684-3.990)	1,10	
8 – flest ressourcer	577	0,03	3.026	(1.925-4.128)	1	
<i>Rygning</i>						
Ryger dagligt	5.563	0,25	8.641	(7.496-9.786)	2,51	p<0,0001
Ryger lejlighedsvis	783	0,04	3.447	(2.635-4.259)	1	
Eksryger	5.417	0,24	9.734	(8.454-11.015)	2,82	
Aldrigryger	9.603	0,46	5.648	(5.034-6.263)	1,64	
<i>Fedme</i>						
Body Mass Index <30	18.254	0,87	7.028	(6.479-7.578)	1	p=0,0038
Body Mass Index 30+	2.917	0,13	9.218	(7.691-10.746)	1,31	
<i>Fysisk aktiv mindst 30 min pr. dag</i>						
0-1 dage pr. uge	4.627	0,22	8.548	(7.517-9.580)	1,08	p<0,0001
2-3 dage pr. uge	5.023	0,24	5.592	(4.847-6.337)	0,71	
4-5 dage pr. uge	3.908	0,19	6.641	(5.504-7.779)	0,84	
6-7 dage pr. uge	7.592	0,35	7.918	(6.828-9.008)	1	
<i>Alkohol – risikabelt forbrug</i>						
Intet risikabelt forbrug	17.385	0,80	7.376	(6.833-7.918)	1	p=0,04
Én form for risikabelt forbrug	2.621	0,12	7.285	(5.628-8.941)	0,99	
To former for risikabelt forbrug	983	0,05	7.857	(4.887-10.828)	1,07	
Tre former for risikabelt forbrug	691	0,03	7.410	(5.370-9.450)	1,00	

Tabel 2. (Fortsat)

	Antal	Andel	Forbrug af sygehusydelser			
			Gennemsnit i kr.	95% CI ^a	Relativt merforbrug	p ^b
<i>Kostvaner – kostscore^c</i>						
Usundt kostmønster	2.883	0,14	7.436	(5.919-8.952)	1,00	Ns
Middelsundt kostmønster	13.754	0,65	7.159	(6.556-7.763)	0,96	
Sundt kostmønster	4.543	0,21	7.446	(6.195-8.697)	1	
<i>Selvvrurderet fysisk helbred SF12</i>						
1. kvartil – dårligst helbred	4.776	0,24	14.888	(12.883-16.893)	4,23	p<0,0001
2. kvartil	4.769	0,25	5.633	(4.787-6.480)	1,61	
3. kvartil	4.956	0,26	3.626	(2.826-4.425)	1,03	
4. kvartil – bedst helbred	4.587	0,25	3.505	(2.866-4.144)	1	
<i>Selvvrurderet psykisk helbred SF12</i>						
1. kvartil – dårligst helbred	4.772	0,26	8.408	(7.022-9.793)	0,95	p<0,0001
2. kvartil	4.776	0,25	5.346	(4.426-6.266)	0,60	
3. kvartil	4.902	0,26	4.496	(3.824-5.167)	0,51	
4. kvartil – bedst helbred	4.638	0,23	8.851	(7.287-10.415)	1	
<i>Antal langvarige sygdomme</i>						
0	7.921	0,38	4.141	(3.548-4.734)	1	p<0,0001
1	6.402	0,30	6.492	(5.646-7.338)	1,57	
2	3.681	0,16	11.138	(9.296-12.980)	2,69	
3	1.839	0,08	11.895	(9.944-13.847)	2,87	
4+	1.582	0,07	14.463	(12.204-16.923)	3,52	

- a) Konfidensintervaller er beregnet ved hjælp af GLM med gammafordelte restled og logaritmisk linkfunktion
b) Wald test af parameter i GLM med gammafordelte restled og logaritmisk linkfunktion – test for trend ved variable med mere end to kategorier
c) Kostvaner er beskrevet ved hjælp af et indeks, hvori der indgår tre indikatorer for et sundt kostmønster: 1. Et stort dagligt forbrug af frugt og grønt. 2. Fisk indgår hyppigt i kosten. 3. Der bruges aldrig eller sjældent fedtstof på brødet.

forklarende variable samt resultaterne af de bivariate analyser.

Der er ingen signifikant forskel i sygehusforbruget ved to variable: køn og kostvaner.

Der er signifikante, men moderate forskelle i sygehusforbruget ved to andre variable: fedme og alkoholforbrug. Personer med et BMI på 30+ havde fx et gennemsnitligt forbrug på 9.200 kr. mod 7.000 kr. i den øvrige befolkning.

Ved de resterende variable er forskellene i sygehusforbrug højsignifikante og betydelige. De største forskelle finder man

ved alder, levekårsressourcer, selvvrurderet fysisk helbred og antallet af langvarige sygdomme.

Resultater: Multivariat analyse

Det er relevant at foretage en analyse, hvor alle faktorer indgår på én gang (multivariat analyse). Herved tages der højde for, at der kan være tale om komplekse samspil mellem faktorerne. Der er derfor lavet en multivariat analyse af sammenhængen mellem DRG-forbrug og socio-demografiske forhold, livsstil og helbred. Det er især interessant at undersøge, hvilke faktorer, der stadig er signifikante, når de øvrige faktorer inddrages.

Analysen gav følgende resultat:

Der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem DRG-forbrug og

- køn
- alder
- levekårsressourcer
- rygning
- selvvrurderet fysisk helbred
- selvvrurderet psykisk helbred
- antal langvarige sygdomme

Der er ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem DRG-forbrug og

- kost
- fysisk aktivitet
- alkoholforbrug
- fedme

De insignifikante variable er fjernet fra modellen, og der er lavet en ny analyse med en reduceret model.

Det er undersøgt, om der er interaktion mellem de forklarende variable i modellen. Sammenhængen mellem DRG-forbrug og alder adskiller sig markant mellem mænd og kvinder. Det er der taget højde for ved den endelig specificering af modellen. Der er ikke fundet signifikant interaktion mellem andre variable.

Tolkning af den multivariate model

Der er lavet en tolkning af modellen, som er sammenfattet i seks grafer, der tilsammen giver et billede af de undersøgte sammenhænge.

Graferne viser det gennemsnitlige DRG-forbrug for hver enkelt faktor, når de øvrige faktorer sættes til deres gennemsnitsværdi.

Alder og køn

Der er en kraftig sammenhæng mellem sygehusforbrug og alder hos mænd. Det gennemsnitlige DRG-forbrug steg fra 2.400 kr. hos den yngste gruppe på 25-34 år til 14.000 kr. hos den næstældste gruppe på 65-74 år. Forbruget faldt til 9200 kr. i den ældste gruppe på 75-79 år.

Hos kvinder er mønsteret anderledes, idet der er to aldersmæssige toppe i forbruget af sygehusydelser. Kvinder i den fødedygtige alder har et relativt højt forbrug – højere end mændenes – mens det fra 45-54 år ligger lavere end mændenes forbrug. Det højeste forbrug blandt kvinderne finder man som hos mændene i den næstældste gruppe på 65-74 år. Her var det gennemsnitlige forbrug 8.500 kr.. Det næsthøjeste gennemsnitsforbrug - 8.100 kr. - havde den yngste gruppe på 25-34 år.

Levekårsressourcer

Der er en markant sammenhæng mellem DRG-forbrug og levekårsressourcer. Gruppen med færrest ressourcer havde et gennemsnitligt forbrug på 10.500 kr., mens den mest ressourcestærke gruppe havde et gennemsnitligt DRG-forbrug på 4.400 kr.

Rygning

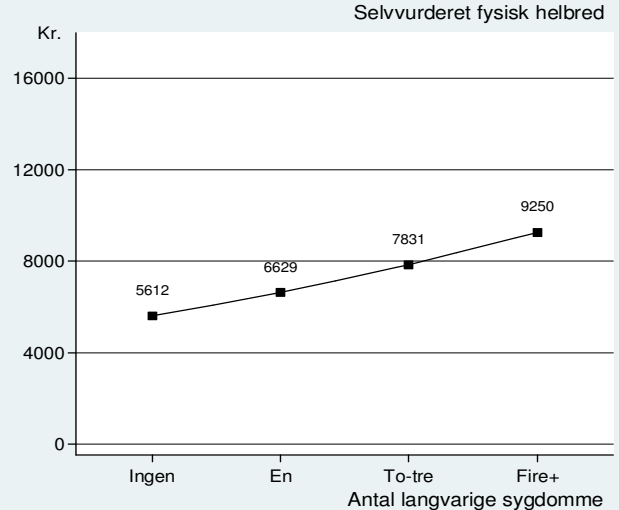
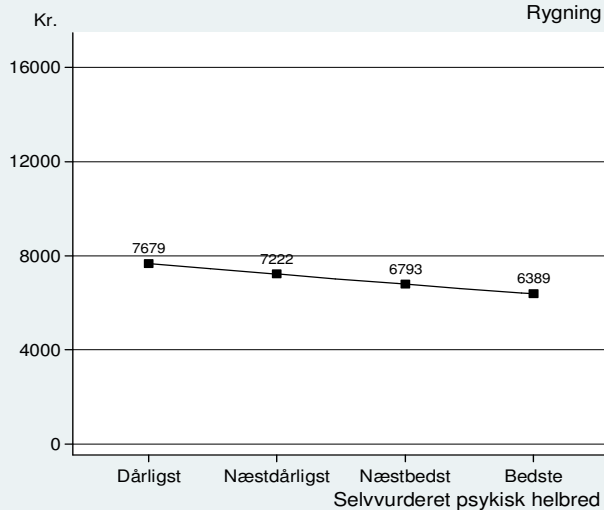
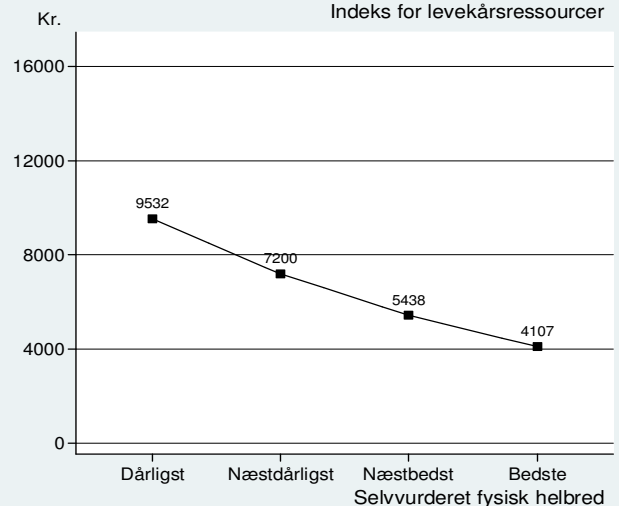
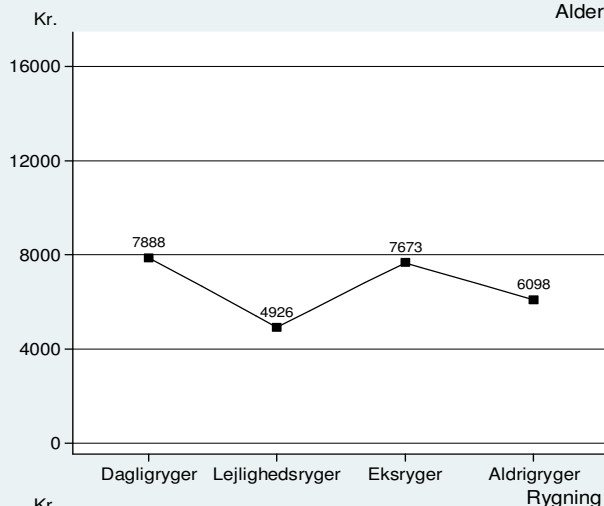
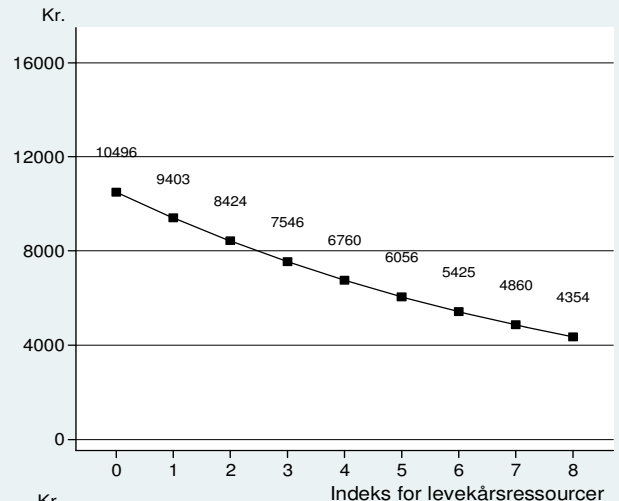
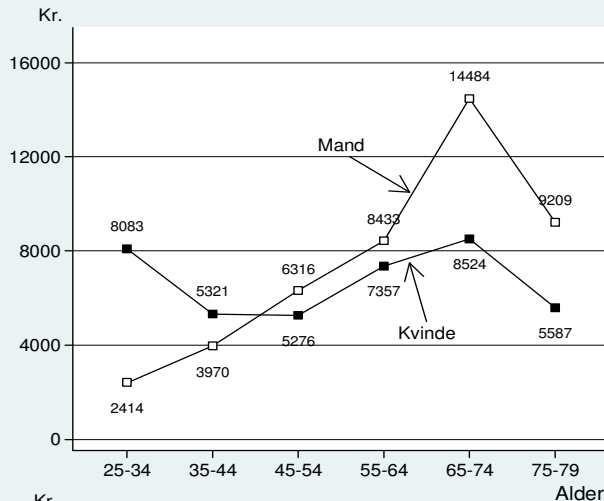
Dagligrygere og eksrygere havde et gennemsnitligt DRG-forbrug på henholdsvis 7.900 kr. og 7.700 kr. Lejlighedsrygere og eksrygere havde et gennemsnitligt DRG-forbrug på 4.900 og 6.100 kr.

Selvurderet fysisk og psykisk helbred

Der er en stærk sammenhæng mellem DRG-forbrug og selvvurderet fysisk helbred. Fjerdedelen af befolkningen med det dårligste selvvurderede helbred havde et gennemsnitligt DRG-forbrug på 9.500 kr. Fjerdedelen med det bedste selvvurderede helbred havde et gennemsnitligt forbrug på 4.100 kr.

Forbrug af sygehusydelse

Region Midtjylland 2008 - 25-79 år



Note: Predikterede værdier beregnet ud fra multivariat model. Beregningen af værdierne for hver af de seks variable er foretaget ved at sætte de øvrige variable i modellen lig deres gennemsnitsværdi.

Sammenhængen mellem DRG-forbrug og selv vurderet psykisk helbred er betydeligt svagere, omend statistisk signifikant. Her havde den bedste fjerdedel et gennemsnitligt forbrug på 7.700 kr., mens den bedste fjerdedel havde et forbrug på 6.400 kr.

Langvarige sygdomme

Det gennemsnitlige DRG-forbrug var 5.600 kr. hos personer, der ikke havde nogen af de 17 langvarige sygdomme, der indgår i "Hvordan har du det?" Blandt personer med 4 eller flere langvarige sygdomme var det gennemsnitlige DRG-forbrug på 9.200 kr.

Konklusion og perspektiver

Undersøgelsen har flere markante resultater:

- A. Alder, køn og sociale forhold havde en betydelig selvstændig effekt på forbruget af sygehusydelser, efter at der var korrigeret for forskelle i forekomsten af livsstil og sygdom.

Resultaterne adskiller sig på dette punkt ikke fra Århus Amts undersøgelse fra 2005 og synes derfor at være robuste.

- B. Ud af fem centrale livsstilsfaktorer - rygning, kost, motion, fedme og alkoholforbrug - var det kun rygning, der slog igennem på sygehusforbruget, når alle variable inddrages i analysen.

Her adskiller resultaterne sig fra Århus Amts undersøgelse, hvor fedme var den eneste livsstilsfaktor, der havde en signifikant effekt på sygehusforbruget

- C. Selvvurderet fysisk helbred og antallet af langvarige sygdomme havde en betydelig selvstændig effekt på sygehusforbruget i den multivariate analyse, mens selvvurderet psykisk helbred havde en moderat, men stadig statistisk signifikant effekt.

I Århus Amts undersøgelse havde antallet af langvarige sygdomme en betydelig effekt på sygehusforbruget, men ikke selvvurderet helbred.

Undersøgelsen har flere interessante perspektiver. Der er stadig en forholdsvis ringe viden om, hvad der ud over sygdom påvirker forbruget af sygehusydelser hos den enkelte borger.

Der er en betydelig offentlig interesse i at reducere udgiftspresset i sundhedssektoren. Undersøgelser som nærværende kan bidrage til at indkredse udgiftsgenerende faktorer.

Efter kommunalreformen, hvor kommunerne finansierer en del af borgernes sygehusforbrug, er ikke mindst kommunerne motiverede for at finde metoder til at begrænse forbruget.

Der er stor fokus i det kommunale forebyggelsesarbejde på KRAM-faktorer: kost, rygning, alkohol og motion. Det har et formål i sig selv at arbejde med disse risikofaktorer som middel til at fremme folkesundheden.

En effektiv borgerrettet forebyggelsesindsats i forhold til KRAM kan sikkert også bidrage til at reducere behovet for sygehusbehandling. Denne undersøgelse tyder imidlertid på, at andre faktorer spiller en væsentlig rolle for sygehusforbruget. Der er brug for en bedre forståelse af, hvordan sociale demografiske og sociale forhold – uafhængigt af sygdom – genererer sygehusforbrug.

Konklusionen fra Århus Amts undersøgelse er derfor stadig relevant, og skal derfor citeres her:

”Hvis man ønsker at dæmpe borgernes efterspørgsel af sygehusydelser, er det vigtigt at fokusere på betydningen af alder og sociale forhold. Med en voksende ældrebefolkning og en betydelig (og voksende?) gruppe af ressourcesvage borgere er det især interessant at undersøge, om det er muligt at ”opbløde” sammenhængen mellem alder, sociale forhold og forbruget af sygehusydelser.

Der kan være flere grunde til, at alder og sociale forhold har en selvstændig effekt på forbruget af sygehusydelser:

- Ældre og ressourcesvage personer har større risiko for at blive syge end unge og ressourcestærke. Selv om der i undersøgelsen er korrigeret for forskelle i sygelighed ved starten af den treårige observationsperiode, slår den større sygdomsrisiko muligvis igennem i form af et større sygehusforbrug i undersøgelsesperioden.
- En anden mulighed er, at ældre og ressourcesvage personer har sværere ved selv at håndtere symptomer og

sygdom. Det kan have flere forskellige konsekvenser: At man henvender sig hyppigere til den praktiserende læge eller på skadestuen med mindre helbredsproblemer, hvilket udløser flere undersøgelser og behandlinger i sygehusregi. At man på grund af ringere viden oftere overser symptomer på farlige tilstande som blodpropper i hjertet og apopleksi, hvor der skal reageres hurtigt, og at der derfor bliver flere komplicerede og behandlingstunge sygdomsforløb. At man har sværere ved at efterleve lægens råd og behandling, og at der derfor er flere komplicerede sygdomsforløb og genindlæggelser.

► En tredje mulighed er, at både praktiserende læger og sygehuslæger har en lavere indikationstærskel for iværksættelse af undersøgelser og behandling hos ældre og ressourcensvage personer. Grunden kan være, at lægen anlægger en helhedsvurdering af patientens tilstand, hvor alder og sociale forhold påvirker den samlede kliniske vurdering af patienten. Der kan være symptomer, der ud fra en risikobetragtning oftere udløser sygehusundersøgelser hos ældre end hos unge og midaldrende, f.eks. undersøgelser for kræft eller kredsløbssygdomme. En lavere indikationsgrænse kan også skyldes at lægen nogle gange føler afmagt i forhold til ældre eller ressourcensvage patienter og reagerer ved at sende patienten til udredning på sygehuset eller - internt i sygehusvæsenet – videre til en anden afdeling til yderligere udredning.

► En fjerde mulighed er, at ældre og ressourcensvage personer har en anden symptom- og sygdomsprofil end yngre og ressourcestærke personer, der er dyrere at udrede og behandle.

Der er behov for at undersøge holdbarheden af de forskellige antagelser. Det er vigtigt samtidigt at belyse, om der er tale om et hensigtsmæssigt eller et uhensigtsmæssigt merforbrug. Og dermed om der er mulighed for en mere optimal brug af ressourcerne.”

Det vil være relevant i forlængelse af nærværende undersøgelse at belyse, hvor meget af variationen i det kommunale sygehusforbrug, der kan forklares ud fra undersøgelsens model.