

Sundhedsanalyser, Lægemiddelstatistik og Sundhedsdataprogrammet
Januar 2017

Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen

Indhold

1. Indledning	4
1.1 Baggrund	4
1.2 Læsevejledning	5
1.3 Hovedresultater	6
2. Genindlæggelser i Danmark	7
2.1 23 pct. af alle indlæggelser i psykiatrien efterfølges af en genindlæggelse	7
2.2 Genindlæggelser finder typisk sted tæt på udskrivningstidspunktet	8
3. Hvad kendetegner patienter, som genindlægges?	10
3.1 Yngre patienter har en højere genindlæggelsesfrekvens	10
3.2 Patienter, der bor alene i eget hjem, genindlægges mere end andre	11
3.3 Flere genindlægges i bykommunerne	12
3.4 Førtidspensionister har en højere genindlæggelsesfrekvens	14
3.5 Højere genindlæggelsesfrekvens blandt patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller psykiatriske sygehusvæsen	14
3.6 Kronisk sygdom blandt psykiatriske patienter øger ikke risikoen for genindlæggelse, når der justeres for andre forhold	16
3.7 Delkonklusion	16
4. Hvad kendetegner de indlæggelser, som fører til en genindlæggelse?	18
4.1 Højere genindlæggelsesfrekvens for indlæggelser, hvor patienten har været indlagt i kort tid	18
4.2 Patienter udskrevet med diagnosen <i>Skizofreni/beslægtede lidelser</i> har en højere genindlæggelsesfrekvens	19
4.3 Otte ud af ti genindlæggelser er inden for samme diagnosegruppe som den foregående indlæggelse	20
4.4 Udskrivninger, der sker uden for dagstid og i weekenden, efterfølges oftere af en genindlæggelse	22
4.5 Delkonklusion	23
5. Kontakt med almen praksis og psykiatriske besøg efter udskrivningen	24
5.1 Patienter, der genindlægges, ser i lidt mindre grad egen læge efter udskrivningen end patienter, der ikke genindlægges	24
5.2 Ingen forskel i hvornår det første psykiatriske besøg finder sted efter udskrivningen for patienter, som genindlægges, og som ikke genindlægges	25
5.3 Delkonklusion	26
6. Et justeret genindlæggelsesniveau	28
6.1 60 kommuner har en lavere faktisk genindlæggelsesfrekvens end den justerede	28
6.2 Delkonklusion	30

Bilag 1 – Metode.....	31
Bilag 2 – Metode og resultater vedr. deskriptivanalyse og regressionsanalyse	38
Bilag 3 – Tabeller og figurer for børn og unge (0-18 år).....	46
Bilag 4 – Supplerende figurer og tabeller.....	53

1. Indledning

1.1 Baggrund

Sundhedsaftalerne skal bidrage til samarbejde og sammenhæng i indsatser på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis, og følger bl.a. udviklingen af den sammenhængende sundhedsindsats ved hjælp af udvalgte indikatorer.

I denne analyse er der sat fokus på indikatoren akutte psykiatriske genindlæggelser. Akutte genindlæggelser kan være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved behandling og pleje under og efter indlæggelse. Men ikke alle genindlæggelser er uundgåelige eller uhensigtsmæssige. Nogle genindlæggelser kan eksempelvis være nødvendige som led i et patientforløb. Andre genindlæggelser har ikke en direkte sammenhæng med den primære indlæggelse og kan derfor skyldes akut opstået sygdom.

Analysen beskriver først overordnet omfanget af genindlæggelser. Herefter belyser analysen, hvilke patienter der hyppigst genindlægges, og om der er forhold vedrørende den foregående indlæggelse, som kan have indflydelse på, om der sker en genindlæggelse. Analysen ser på betydningen af bl.a. alder, bopæl og liggetider på genindlæggelsesfrekvensen. Der er anvendt statistiske værktøjer til at vurdere, i hvilken grad forholdene vedrørende patienterne og indlæggelsen påvirker risikoen for en genindlæggelse.

Endvidere vil kommunens faktiske genindlæggelsesfrekvens, som kan findes i *Indblik i sundhedsvæsnets resultater*, blive sammenholdt med en justeret genindlæggelsesfrekvens. Den justerede genindlæggelsesfrekvens beregnes statistisk ved at inkludere forhold vedrørende patienten og tager dermed hensyn til kommunens patientsammensætning. Ved at sammenholde kommunens faktiske genindlæggelsesfrekvens med den justerede kan det give en indikation af, om kommunerne har flere eller færre genindlæggelser, end der kan forventes, når der tages højde for patientsammensætningen i kommunerne.

Analysen har primært fokus på de voksne patienter (19+ år), men vil i de tilfælde, hvor der er forskel mellem børn og unge (0-18 år) og voksne, også inddrage informationerne om børnene. Figurer og tabeller vedrørende børn og unge findes i bilag 3.

Boks 1. Definitioner

Populationen omfatter alle psykiatriske indlæggelser på offentlige sygehuse, hvor patienten er udskrevet i 2015. Der er afgrænset til patienter med bopæl i en dansk kommune på udskrivningstidspunktet.

En **indlæggelse** er defineret som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger inden for samme sygehus på samme dag tæller ikke som en udskrivning. Den indlæggelse der ligger forud for genindlæggelsen betegnes som **primærindlæggelsen**.

En psykiatrisk akut **genindlæggelse** er defineret ud fra følgende kriterier:

- 1) Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter udskrivningen fra den foregående indlæggelse
- 2) Indlæggelsen starter akut
- 3) Patienten må på tidspunktet for indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Der er tale om en uspecifik genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for den foregående indlæggelse (den primære indlæggelse) og genindlæggelsen.

Det er den foregående indlæggelse, som tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus. Der tages højde for genindlæggelser på tværs af årsskiftet. Genindlæggelser, der finder sted inden 30. januar, og som efterfølger en indlæggelse i det foregående år, regnes således med som en genindlæggelse i det foregående år, og den primære indlæggelse får en markering af, at der sker en efterfølgende genindlæggelse.

Skulle en genindlæggelse blive efterfulgt af en yderligere indlæggelse, som jf. ovenstående definition er en akut genindlæggelse, vil den foregående genindlæggelse også have status som primær indlæggelse. Det vil sige, at den foregående (gen)indlæggelse både vil være en primær indlæggelse og en genindlæggelse.

Akutte genindlæggelser kan være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved behandling og pleje under og efter indlæggelse. Ikke alle genindlæggelser er uundgåelige eller uhensigtsmæssige. Nogle genindlæggelser kan eksempelvis være nødvendige som led i et patientforløb. Andre genindlæggelser har ikke en direkte sammenhæng med den primære indlæggelse og kan derfor skyldes akut opstået sygdom.

Genindlæggelsesfrekvensen opgøres som andelen af det samlede antal indlæggelser, som fører til en genindlæggelse.

Anm.: Se bilag 1 for yderligere definitioner.

1.2 Læsevejledning

Kapitel 1 indeholder baggrund, læsevejledning og hovedresultater.

Kapitel 2 indeholder en overordnet beskrivelse af omfanget af genindlæggelser, og genindlæggelsesfrekvensen belyses generelt.

Kapitel 3 går i dybden med, hvad der kendetegner de patienter, som genindlægges, mens

Kapitel 4 går i dybden med hvad, der kendetegner de indlæggelser, som efterfølges af en genindlæggelse.

Kapitel 5 ser på, hvornår patienten første gang er i kontakt med sundhedsvæsenet efter udskrivningen. Der ses på besøg hos egen læge og besøg hos en privatpraktiserende psykiater eller et psykiatrisk ambulant besøg.

I Kapitel 6 sammenholdes kommunernes faktiske genindlæggelsesfrekvens med den justerede frekvens. Kapitlet ser på, om kommunerne har flere eller færre genindlæggelser end forventet, når der tages højde for patientsammensætningen mv. i kommunerne.

1.3 Hovedresultater

- 23 pct. af alle psykiatriske indlæggelser efterfølges af en genindlæggelse.
- Genindlæggelser finder typisk sted tæt på udskrivningstidspunktet for foregående indlæggelse. Ca. 25 pct. af alle genindlæggelser finder sted inden for de første tre dage.

Hvad kendetegner de patienter, som genindlægges?

- Yngre patienter har en højere genindlæggelsesfrekvens.
- Patienter, der bor alene i eget hjem, genindlægges oftere end andre.
- Patienter med bopæl i en bykommune har større risiko for at blive genindlagt.
- Førtidspensionister har en højere genindlæggelsesfrekvens
- Patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller det psykiatriske sygehusvæsen, har en højere genindlæggelsesfrekvens.

Hvad kendetegner indlæggelser, som fører til genindlæggelse?

- Indlæggelser, der er korte.
- Indlæggelser, hvor udskrivningen finder sted uden for dagstid.
- Indlæggelser, hvor udskrivningen finder sted i weekenden.
- Udskrivninger med diagnosen ”Skizofreni og beslægtede lidelser” efterfølges oftere af en genindlæggelse.
- Otte ud af ti bliver genindlagt inden for samme diagnosegruppe.

Kontakt med egen læge og psykiatriske besøg efter udskrivningen:

- Patienter, som genindlægges, har i mindre grad kontakt til deres alment praktiserende læge end patienter, der ikke bliver genindlagt.
- Godt 17 pct. af patienterne, som genindlægges, ser deres egen læge mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen.
- Patienter, som genindlægges, har psykiatriske besøg efter udskrivningen i samme omfang som patienter, der ikke genindlægges.
- Knap en tredjedel af patienterne har et psykiatrisk besøg inden de genindlægges.

Et justeret genindlæggelsesniveau:

- Flest kommuner har en lavere genindlæggelsesfrekvens end forventet, når der tages højde for kommunens patientsammensætning.

2. Genindlæggelser i Danmark

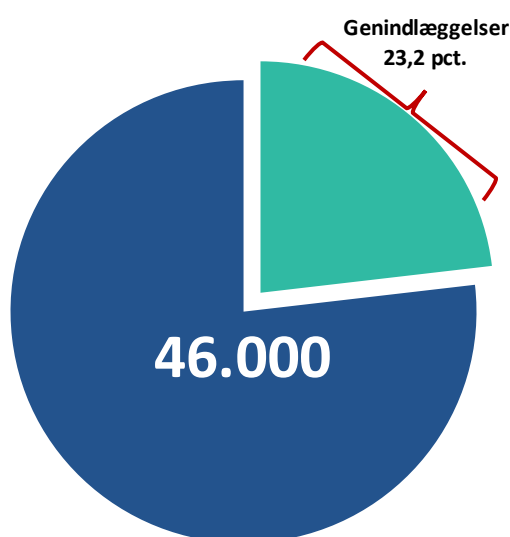
I dette kapitel beskrives omfanget af genindlæggelser i psykiatrien.

2.1 23 pct. af alle indlæggelser i psykiatrien efterfølges af en genindlæggelse

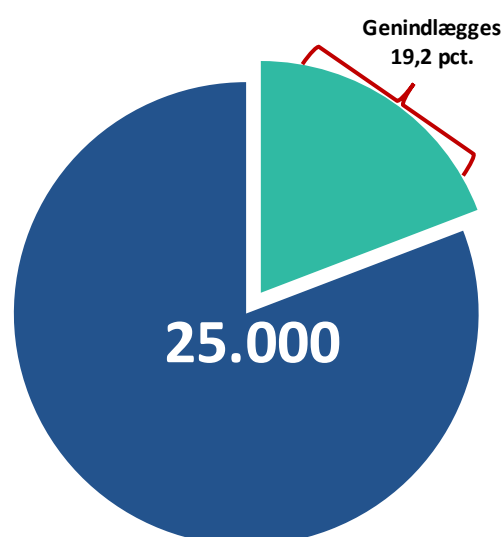
Der har i 2015 været godt 46.000 indlæggelser i det offentlige psykiatriske sygehusvæsen blandt hele befolkningen. Godt 11.000 af disse indlæggelser, svarende til 23 pct., efterfølges af en genindlæggelse, *jf. figur 1*. Fra 2009 til 2015 er genindlæggelsesfrekvensen steget fra ca. 20 pct. til de nuværende 23 pct., *jf. Indblik i sundhedsvæsenets resultater, 2016*.

De godt 46.000 indlæggelser fordeler sig på knap 25.000 patienter, hvoraf 19,2 pct. bliver genindlagt, *jf. figur 2*.

Figur 1. Antal indlæggelser i alt, 2015 (hele befolkningen)



Figur 2. Antal borgere som indlægges og genindlægges, 2015 (hele befolkningen)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Antal indlæggelser er afrundet til nærmeste hele tusinder. Særsilt figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

Ud af de godt 46.000 indlæggelser udgør indlæggelser blandt børn og unge (0-18 år) ca. 3.000 indlæggelser, hvoraf godt 24 pct. efterfølges af en genindlæggelse *jf. bilag 3, figur B3.1*. 90 pct. af indlæggelserne sker blandt børn og unge mellem 14 og 18 år, mens der ikke er nogle indlæggelser i psykiatrien blandt børn under 6 år, *jf. bilag 3, figur B3.3*.

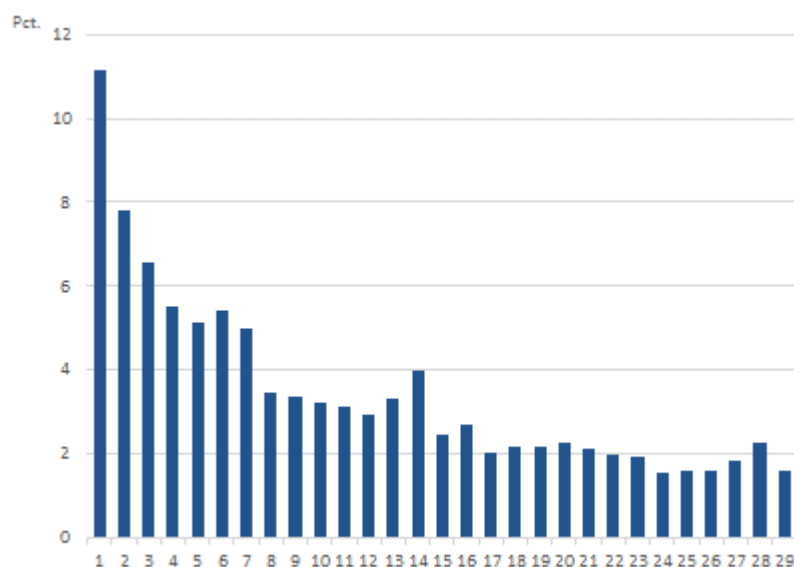
Genindlæggelsesfrekvensen for den samlede gruppe af børn og unge (0-18 år) er på omtrent samme niveau som befolkningen samlet set, *jf. bilag 3, figur B3.1*. Dette dækker dog over en betydelig variation i de forskellige aldersgrupper. Blandt de 6-13 årige er genindlæggelsesfrekvensen på ca. 5 pct., mens den for de 15-17 årige er over 27 pct., hvilket er højere end befolkningen samlet set, *jf. bilag 3, figur B3.3*.

2.2 Genindlæggelser finder typisk sted tæt på udskrivningstidspunktet

De fleste genindlæggelser finder sted i de første dage efter udskrivningen, *jf. figur 3*. Ca. 25 pct. af samtlige genindlæggelser finder sted inden for de første tre dage efter udskrivningen, og godt 56 pct. sker inden for de første 10 dage.

Et isoleret billede af genindlæggelser blandt børn og unge (0-18 år) viser, at deres genindlæggelser i højere grad sker i de første dage efter udskrivningen, *jf. bilag 3, figur B3.4*.

Figur 3. Andel genindlæggelser fordelt efter antal dage fra udskrivningen til genindlæggelsen, 2015 (pct.) (hele befolkningen)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret samt CPR-registeret.

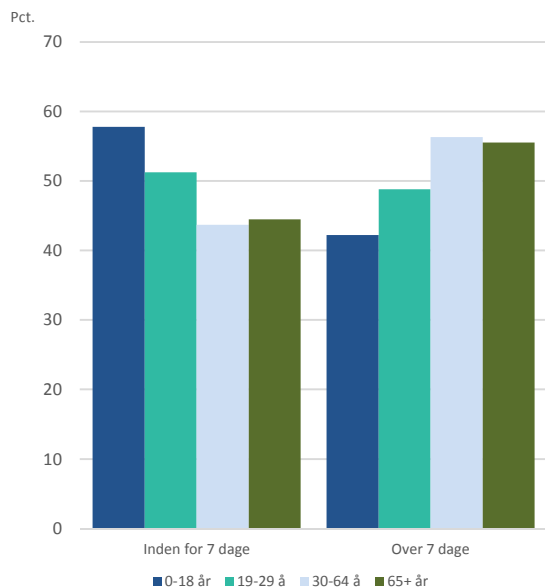
Anm.: Summen af søjlerne er lig med 100 pct. og dækker over samtlige genindlæggelser. Særsilt figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

Knap 60 pct. af genindlæggelserne blandt de 0-18 årige sker inden for de første syv dage efter udskrivningen, *jf. figur 4*. For patienter i aldersgruppen 19-29 år er der stort set ingen forskel i andelen, som genindlægges hhv. inden for de første syv dage efter udskrivningen og mere end syv dage efter udskrivningen, mens det for de 30-64 årige og 65+ årige gælder, at en større andel genindlægges mere end syv dage efter udskrivning.

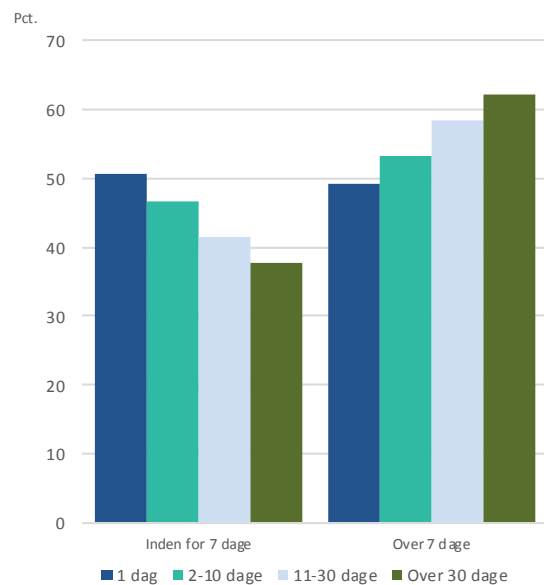
Jo længere tid patienten har været indlagt, desto større en andel af genindlæggelserne sker mere end syv dage efter udskrivningen, *jf. figur 5*. Omtrent halvdelen af samtlige psykiatriske genindlæggelser blandt patienterne, som har været indlagt én enkelt dag, sker inden for de første syv dage efter udskrivningen. For patienter, der har været indlagt i mere end 30 dage, sker 60 pct. af genindlæggelserne mere end syv dage efter udskrivningen.

Blandt børn og unge (0-18 år) ses det, at omkring 70 pct. af genindlæggelserne, hvor patienterne har været indlagt én enkelt dag, sker inden for de første syv dage efter udskrivningen, *jf. bilag 3, figur B3.5*. Tilsvarende ses, at knap 60 pct. af genindlæggelserne blandt børn og unge, der har været indlagt i længere tid (over 10 dage), sker mere end syv dage efter udskrivningen.

Figur 4. Andel genindlæggelser som finder sted inden for 7 dage og mere end 7 dage efter udskrivningen fordelt efter alder, 2015 (pct.)



Figur 5. Andel genindlæggelser som finder sted inden for 7 dage og mere end 7 dage efter udskrivningen fordelt efter liggetiden på den foregående indlæggelse, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Summen af søjlerne for hhv. alder og liggetid er lig med 100 pct. En figur svarende til figur 5 kan findes for børn og unge (0-18 år) i bilag 3.

Der er mange forskellige forhold, som kendetegner de patienter, der bliver genindlagt, heriblandt deres alder, arbejdsmarkedstilknytning og bopæl. Desuden er der forhold, som karakteriserer indlæggelsen, der ligger til grund for genindlæggelsen, f.eks. liggetid, udskrivningstidspunkt og diagnose. Disse belyses nærmere i de følgende kapitler.

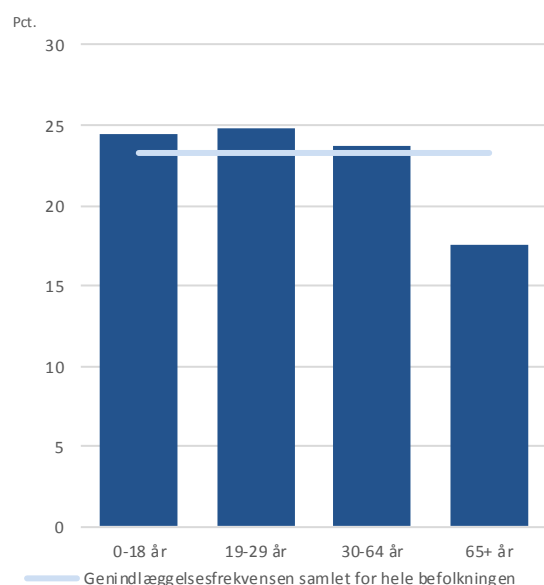
3. Hvad kendetegner patienter, som genindlægges?

Dette kapitel vil primært have fokus på de voksne patienter (19+ år), og hvad der kendetegner dem, som bliver genindlagt.

3.1 Yngre patienter har en højere genindlæggelsesfrekvens

Genindlæggelsesfrekvensen er højere blandt yngre patienter (<65 år) end blandt ældre patienter (65+ år). Patienter mellem 19 og 29 år har en genindlæggelsesfrekvens på knap 25 pct. Det vil sige, at ca. hver fjerde indlæggelse blandt de yngre fører til en genindlæggelse, *jf. figur 6*. For de 65+ årige er det knap 18 pct. af samtlige indlæggelser, som efterfølges af en genindlæggelse.

Figur 6. Genindlæggelsesfrekvens fordelt efter alder, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primær indlæggelsen, er ikke taget med. Denne afgrænsning tager således højde for, at patienter, der dør kort tid efter udskrivningen, ikke kan nå at have haft en genindlæggelse. I alt dør 358 personer inden for de første 30 dage efter udskrivningen.

En figur over genindlæggelsesfrekvensen fordelt på enkeltårsintervaller for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

For at belyse effekten af alder på risikoen for at blive genindlagt justeres der for øvrige forhold, som kan have indflydelse på genindlæggelsesfrekvensen. Disse forhold er, om patienten bor alene i eget hjem, bopælskommune, arbejdsmarkedstilknnytning, liggetid, udskrivningsdag (weekend eller hverdag), udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose, tidligere kontakt til det somatiske sygehusvæsen og tidligere psykiatriske kontakter, *jf. boks 2*.¹

Når der er justeret for de øvrige forhold, som statistisk set har indflydelse på genindlæggelsesfrekvensen, ses det fortsat, at risikoen for genindlæggelse er højere blandt yngre patienter end blandt de ældre patienter. Patienter på 19-29 år har 1,3 gange større risiko for at blive genindlagt end patienter på 65+ år, *jf. boks 2 og bilag 2, tabel B2.2.a*.

¹ Se bilag 1 for definitioner af de forskellige forhold, som er inkluderet i den statistiske model

Boks 2. Risiko for genindlæggelse

En statistisk model kan undersøge, hvordan forhold som alder, liggetid, udskrivningstidspunkt mv. påvirker risikoen for en genindlæggelse.

Analysen anvender en logistisk regressionsmodel til at vurdere, om et givent forhold enten øger eller mindsker risikoen for, at der sker en genindlæggelse. Det bliver med andre ord muligt at vurdere, hvordan f.eks. alder og liggetid påvirker risikoen for, at en indlæggelse efterfølges af en genindlæggelse.

I denne analyse er der justeret for følgende forhold: Alder, om patienten bor alene i eget hjem, bopælskommune, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningsdag (weekend eller hverdag), udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose, tidligere kontakt til det somatiske sygehusvæsen og tidligere psykiatriske kontakter.

Disse forhold har betydning for, hvorvidt en voksen patient bliver genindlagt. Det er ikke nødvendigvis de samme forhold, som har betydning for, hvorvidt børn og unge bliver genindlagt. For børn og unge kan det i stedet tænkes, at forældrene spiller en større rolle for, hvorvidt der sker en genindlæggelse eller ej. Derfor er der i den statistiske model valgt at afgrænse populationen til patienter på 19 år og derover. Derudover ekskluderes patienter, som dør under indlæggelsen eller dør inden for 30 dage efter udskrivningen.

Analysen har endvidere set på følgende forhold: Køn, kronisk sygdom og herkomst. Det har dog vist sig, at disse forhold ikke har signifikant indflydelse på risikoen for at blive genindlagt, og disse forhold er derfor ikke inkluderet i modellen.

Resultaterne vises i såkaldte odds-ratios, der er et mål for risikoen eller oddset for, at der sker en genindlæggelse. Odds-ratioerne angiver, hvordan den enkelte faktor, f.eks. alder, påvirker risikoen for en genindlæggelse set i forhold til en referencepopulation. Effekten af at være 19-29 år skal altså ses i forhold til det at være 65 år og derover (referencepopulationen).

En odds-ratio over 1 indikerer en øget risiko for en genindlæggelse (målt i odds) i forhold til referencepopulationen. En odds-ratio under 1 indikerer en mindsket risiko for en genindlæggelse, mens en odds-ratio på 1 betyder, at den pågældende faktor ikke påvirker risikoen for en genindlæggelse i forhold til referencepopulationen.

I tabellen nedenfor ses, at 19-29 årige har 1,3 gange højere risiko for at blive genindlagt end 65+ årige. Øvrige resultater fra den statistiske model kan findes i bilag 2.

Udvalgte resultater fra den statistiske model

Alder	Odds-ratio	95 pct. KI	Referencepopulation
19-29 år	1,290	[1,172;1,419]	65+ år
30-64 år*	1,044	[0,956;1,140]	

Anm.: * Ikke-signifikant på et 5 pct. niveau.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en statistisk sammenhæng ikke nødvendigvis er det samme som en kausal sammenhæng.

3.2 Patienter, der bor alene i eget hjem, genindlægges mere end andre

Genindlæggelser blandt voksne patienter (19+ år), som bor alene i eget hjem (se boks 3 for definition), forekommer hyppigere end blandt andre voksne patienter, *jf. figur 7*. For patienter, der bor alene, er genindlæggelsesfrekvensen ca. 25 pct., mens den for øvrige patienter er ca. 21 pct.

Når der justeres for andre forhold, som kan have indflydelse på genindlæggelsesfrekvensen (se boks 2), er der fortsat en øget risiko (1,1 gange større risiko) for at blive genindlagt for patienter, der bor alene i eget hjem i forhold til øvrige patienter, *jf. bilag 2, tabel B2.2a*.

Fordelt efter alder har de 19-64 årige, som bor alene i eget hjem, en højere genindlæggelsesfrekvens end de øvrige patienter i samme aldersgruppe, mens der nærmest ingen forskel er for de 65+ årige, *jf. figur 8*.

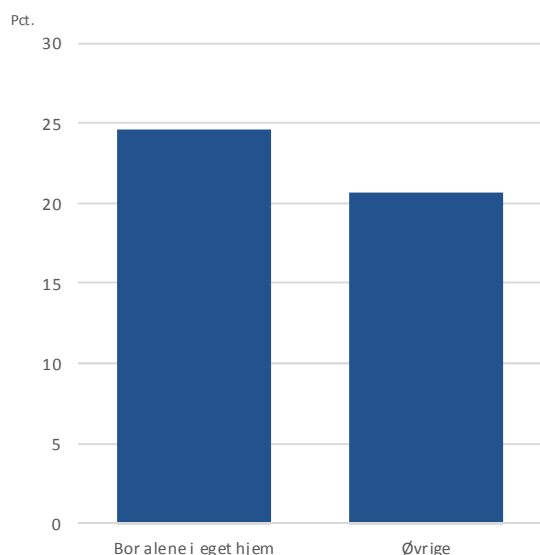
Boks 3. Bor alene i eget hjem

Ved hjælp af CPR-registeret kan der findes oplysninger om, hvor mange personer der bor på samme adresse på et givet tidspunkt. Denne information anvendes til at finde ud af, om patienten bor sammen med andre voksne (18+ år) på udskrivningstidspunktet.

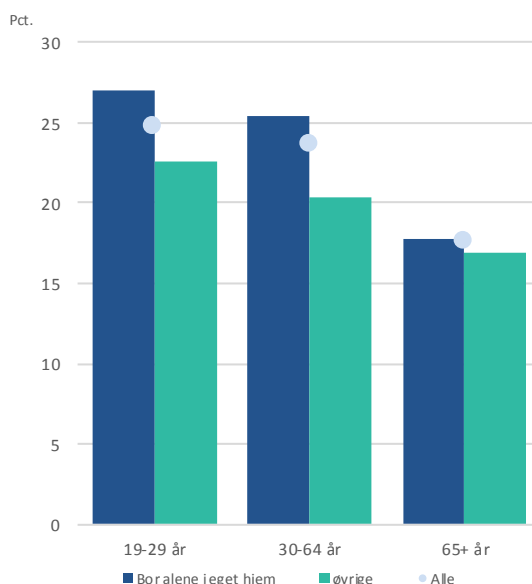
Patienter, der ikke bor sammen med andre voksne, antages at bo alene i eget hjem. Disse personer kan dog godt være enlige forsørgere med hjemmeboende børn (0-17 år).

Patienter, som eksempelvis bor på et bosted, hvor hver enkel har egen adresse ifølge CPR-registeret, vil i denne opgørelse optræde i kategorien for personer, der bor alene i egen hjem.

Figur 7. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter om patienten bor alene i eget hjem eller ej, 2015 (pct.)



Figur 8. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) opdelt efter alder og om patienten bor alene i eget hjem eller ej, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primær indlæggelsen, er ikke taget med.

3.3 Flere genindlægges i bykommunerne

Genindlæggelsesfrekvensen er størst blandt voksne patienter (19+ år), som bor i en bykommune, og lavest blandt patienter med bopæl i yderkommuner (se boks 4 for definition), *jf. figur 9*.

Når der justeres for andre forhold, som kan have indflydelse på, at der sker en genindlæggelse (se boks 2), er risikoen fortsat 1,2 gange større for at blive genindlagt for voksne patienter med

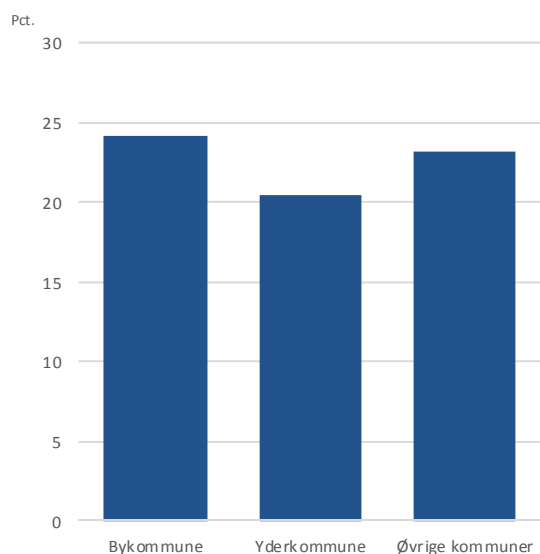
bopæl i en bykommune sammenlignet med patienter, der bor i en yderkommune, *jf. bilag 2, tabel B2.2a*.

Boks 4. Kommunetyper

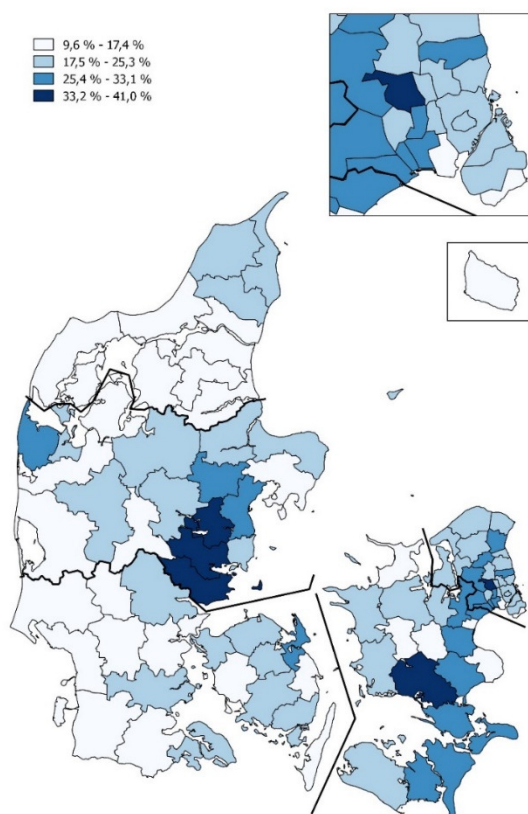
- Yderkommuner er defineret geografisk som kommuner, hvor medianborgeren har mere end en halv times kørsel til centrum af en by med mere end 45.000 indbyggere.
- Bykommuner omfatter kommuner i hovedstadsområdet og kommuner med byer med mere end 45.000 indbyggere.
- Øvrige kommuner er kommuner, der hverken er yderkommuner eller bykommuner, *jf. Dansk Økonomi forår 2015, DØRS*.

En del af kommunerne på vestkysten i Jylland er karakteriseret som yderkommuner og er samtidig blandt kommunerne med den laveste genindlæggelsesfrekvens. På Sjælland er billedet mere blandet, *jf. figur 10*.

Figur 9. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter hvilken type kommune patienten bor i, 2015 (pct.)



Figur 10. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter kommune, 2015



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primær indlæggelsen, er ikke taget med. Tilsvarende figurer for børn (0-17 år) kan findes i bilag 3. Tallene i figur 10 er ikke køns- og aldersstandardiseret. Tallene for ø-kommunerne Fanø, Læsø, Samsø og Ærø er ikke vist i figur 10.

3.4 Førtidspensionister har en højere genindlæggelsesfrekvens

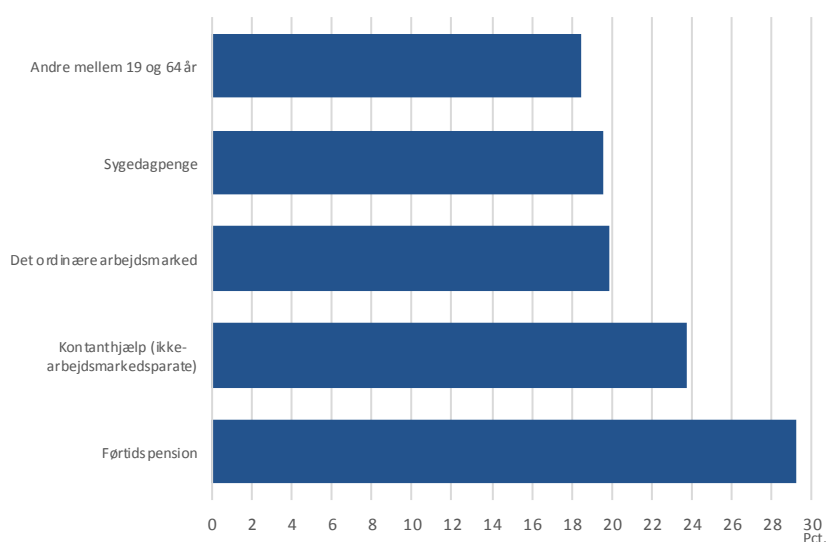
Der er forskel på, i hvor høj grad patienterne genindlægges, når man ser på tværs af arbejdsmarkedstilknytning. Førtidspensionister har den højeste genindlæggelsesfrekvens på godt 29 pct., *jf. figur 11*.

Ved at justere for andre forhold (se boks 2) har førtidspensionister fortsat en højere risiko for at blive genindlagt, *jf. bilag 2, tabel B2.2a*.

Boks 5. Arbejdsmarkedstilknytning

Borgernes arbejdsmarkedstilknytning er defineret som det indkomstgrundlag, som har været det dominerende for personen i året inden indlæggelsen. Se i øvrigt bilag 1 for en nærmere definition.

Figur 11. Genindlæggelsesfrekvens for de 19-64 årige fordelt efter arbejdsmarkedsstatus, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret samt Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

Anm.: *Andre mellem 19 og 64 år* dækker over fleksjob, ledighedsydelse, revalidering og efterløn (en person skal være fyldt 60 år for at modtage efterløn). Personer på det ordinære arbejdsmarked dækker over beskæftigede/uddannelsessøgende, ledige samt arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere. Se bilag 1, tabel B1.3b. for nærmere definitioner.

Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med.

3.5 Højere genindlæggelsesfrekvens blandt patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller psykiatriske sygehusvæsen

Genindlæggelsesfrekvensen er på knap 30 pct. for de voksne psykiatriske patienter (19+ år), som har haft en somatisk indlæggelse² inden for det seneste år op til den psykiatriske sygehusindlæggelse, mens den er knap 20 pct. for patienter, som ikke har haft en somatisk indlæggelse, *jf. figur 12*.

² Forud for ca. 40 pct. af alle de psykiatriske indlæggelser, har der inden for det seneste år været minimum én indlæggelse i det somatiske sygehusvæsen, *jf. bilag 2, tabel B2.1b*.

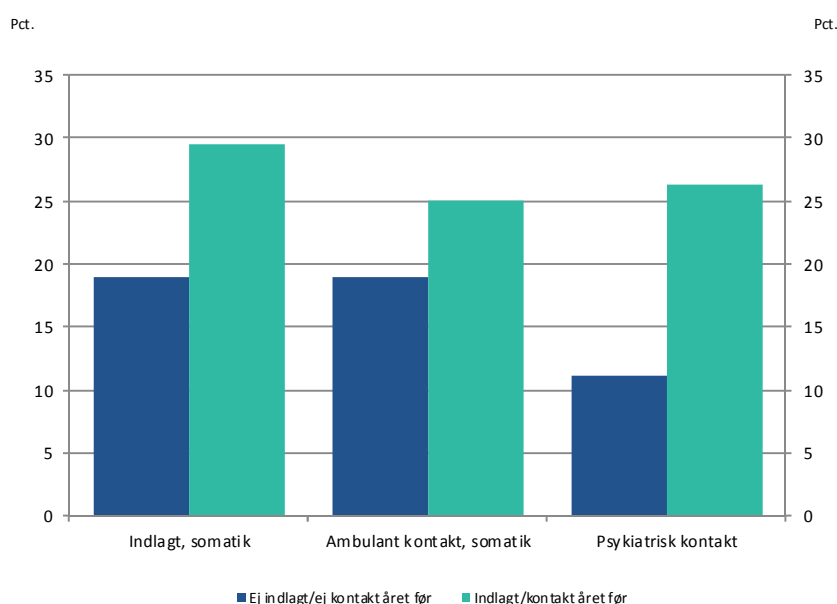
Genindlæggelsesfrekvensen er ligeledes højere for patienter, der har haft en somatisk ambulant kontakt³ i året op til den psykiatriske indlæggelse end for patienter, der ikke har haft en kontakt med det somatiske sygehusvæsen.

Risikoen for at blive genindlagt er 1,6 gange større for de patienter, som har haft en somatisk indlæggelse i året op til deres genindlæggelse, når der justeres for andre forhold (alder, om patienten bor alene i eget hjem, bopælskommune, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose og tidligere psykiatriske kontakter). Psykiatriske patienter, der har haft en somatisk ambulant kontakt, har 1,1 gange så stor risiko for genindlæggelse, i forhold til dem der ikke har haft somatisk ambulant kontakt, *jf. bilag 2, tabel B2.2b*.

Tidligere kontakt med det somatiske sygehusvæsen – eller nærmere, at patienten også har en somatisk lidelse, øger dermed risikoen for, at den psykiatriske indlæggelse fører til en genindlæggelse.

Genindlæggelsesfrekvensen er også væsentlig højere for patienter, som inden for et år op til deres psykiatriske indlæggelse har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen⁴ end for patienter, der ikke har været i kontakt, *jf. figur 12*. Risikoen for at blive genindlagt er 2,4 gange større for de patienter, som har haft kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i det seneste år op til deres indlæggelse set i forhold til en patient, hvor indlæggelsen er den første inden for det seneste år, *jf. bilag 2, tabel B2.2b*.

Figur 12. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter tidligere kontakter med sygehusvæsenet, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med. Har en patient både været indlagt (somatic) og i ambulant kontakt (somatic), vil personen optræde i begge søjler. Psykiatrisk kontakt dækker både indlagt og ambulant, da der ikke ses en forskel mellem disse to kontaktformer i den statistiske analyse.

³ Forud for ca. 69 pct. af de psykiatriske indlæggelser har der været mindst én ambulant kontakt i det somatiske sygehusvæsen *jf. bilag 2, tabel B2.1b*.

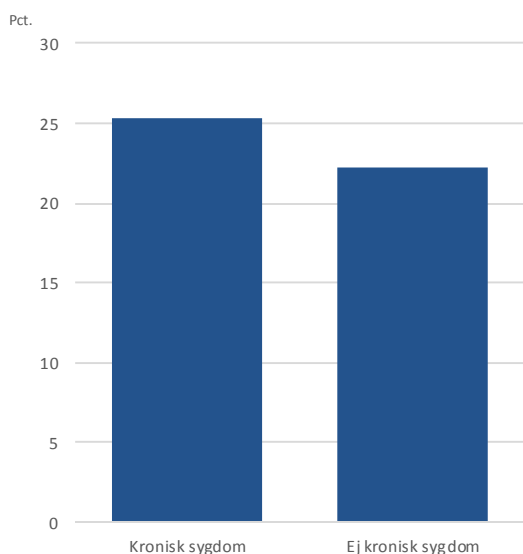
⁴ Forud for godt 79 pct. af alle indlæggelserne har der inden for det seneste år været minimum én anden kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen (ambulant eller stationært), *jf. bilag 2, tabel B2.2b*.

3.6 Kronisk sygdom blandt psykiatriske patienter øger ikke risikoen for genindlæggelse, når der justeres for andre forhold

Psykiatriske patienter med en kronisk sygdom⁵ har, når man ser på de rene tal, en lidt højere genindlæggelsesfrekvens end psykiatriske patienter, der ikke lider af en kronisk sygdom, *jf. figur 13*. Genindlæggelsesfrekvensen for voksne (19+ år) er ca. 25 pct. for patienter med en kronisk sygdom og godt 22 pct. for øvrige voksne patienter.

Efter justering for forholdene i boks 2 er risikoen for at blive genindlagt den samme blandt patienter med kronisk sygdom og øvrige patienter (kronisk sygdom er derfor ikke medtaget i den statistiske model). Den variation, der ses i genindlæggelsesfrekvensen i figur 13, kan således ikke forklares af den kroniske sygdom, men må forklares af andre forhold.

Figur 13. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) med kronisk sygdom, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret, de reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primær indlæggelsen, er ikke taget med.

3.7 Delkonklusion

De patienter, som har en relativ høj genindlæggelsesfrekvens, er:

- Yngre (19-29 årige).
- Patienter, der bor alene i eget hjem.
- Patienter, som bor i bykommunerne.
- Førtidspensionister.
- Patienter, der tidligere har haft kontakt til det somatiske eller psykiatriske sygehusvæsen.

⁵ Kroniske sygdomme dækker over syv udvalgte sygdomme, jf. udtræksalgoritmer til dannelsen af Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS). Disse syv sygdomme er KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes 1, diabetes 2, hjertesvigt og astma.

Ovenstående forhold gælder, når der justeres for alder, om patienten bor alene i eget hjem, bopælskommune, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningsdag (weekend eller hverdag), udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose, tidligere kontakt til det somatiske sygehusvæsen og tidligere psykiatriske kontakter.

4. Hvad kendetegner de indlæggelser, som fører til en genindlæggelse?

I dette kapitel er der fortsat fokus på de voksne patienter (19+ år), og hvad der kendetegner den indlæggelse, som efterfølges af en genindlæggelse. I de tilfælde, hvor tendenserne for børn (0-18 år) afviger fra de voksne, vil denne information blive inddraget.

4.1 Højere genindlæggelsesfrekvens for indlæggelser, hvor patienten har været indlagt i kort tid

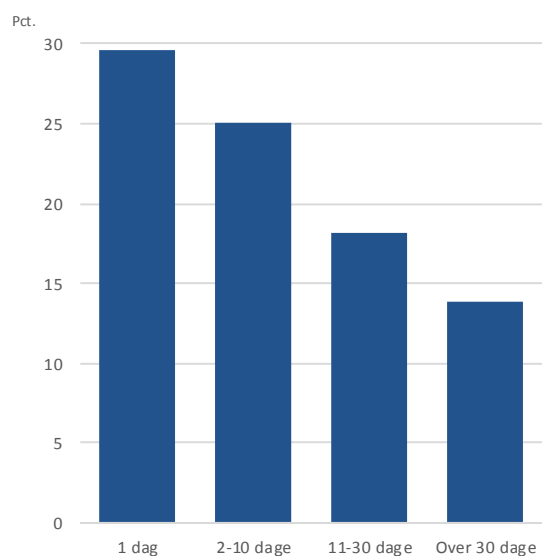
Genindlæggelsesfrekvensen efter indlæggelser, der har varet én enkelt dag, er på knap 30 pct., mens den for indlæggelser, som har varet i mere end 30 dage, er på knap 14 pct., *jf. figur 14*. I bilag 4, *figur B4.1* er det muligt, at studere en mere detaljeret opdeling af liggetiden⁶.

Det, at genindlæggelsesfrekvensen er forskellig for indlæggelser, der har varet én enkelt dag og indlæggelser, der har varet i mere end 30 dage, kan skyldes, at der er forskel på, hvad der karakteriserer indlæggelserne og patienterne, som bliver indlagt i de to grupper, f.eks. alder, diagnose m.v.

Når der justeres for alder, om patienten bor alene i eget hjem, bopælskommune, arbejdsmarkedstilknytning, udskrivningsdag (weekend eller hverdag), udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose, tidligere kontakt til det somatiske sygehusvæsen og tidligere psykiatriske kontakter, ses der fortsat en tendens til, at risikoen for, at indlæggelsen efterfølges af en genindlæggelse, er større for kortvarige indlæggelser. Indlæggelser, der har varet 1 dag, har 2,6 gange større risiko for at blive efterfulgt af en genindlæggelse end indlæggelser, som har varet over 30 dage, *jf. bilag 2, tabel B2.2c*.

⁶ Det overordnede billede er det samme som i figur 14. Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur 14. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter liggetid for den foregående indlæggelse, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med. Tilsvarende figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

I bilag 4, *tabel B4.1* ses en opdeling af genindlæggelsesfrekvensen for de indlæggelser der har varet 1 dag, fordelt på diagnoser. Tabellen viser at de fleste genindlæggelser efter en indlæggelse af en dags varighed, er for patienter med diagnosen ”Skizofreni/beslægtede lidelser” (30,4 pct. af alle genindlæggelserne). Når man derimod ser på indlæggelser af en dags varighed, er den hyppigste diagnose ”Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer” (28,2 pct. af alle indlæggelserne).

4.2 Patienter udskrevet med diagnosen *Skizofreni/beslægtede lidelser* har en højere genindlæggelsesfrekvens

Indlæggelser, hvor voksne patienter (19+ år) udskrives med diagnosen *Skizofreni og beslægtede lidelser*, bliver hyppigere efterfulgt af en genindlæggelse sammenlignet med indlæggelser, hvor patienterne udskrives med andre diagnoser, *jf. tabel 1*. Indlæggelser, hvor patienter udskrives med *øvrige diagnoser*, er derimod de indlæggelser, hvor den laveste andel af indlæggelser fører til genindlæggelse. Øvrige diagnoser omfatter bl.a. kontakter med henblik på psykiatrisk undersøgelser i forbindelse med dom til behandling og observationer på grund af mistanke til psykisk lidelse eller adfærdsförstyrrelse.

Når der justeres for andre faktorer, der kan have indflydelse på risikoen for genindlæggelse (se boks 2), er risikoen for at blive genindlagt fortsat størst for de indlæggelser, hvor patienten bliver udskrevet med diagnosen *Skizofreni og beslægtede lidelser*. For disse indlæggelser er der 2,8 gange så stor en risiko for, at der sker en efterfølgende genindlæggelse sammenlignet med indlæggelser, hvor patienten bliver udskrevet med *øvrige diagnoser*, *jf. bilag 1, tabel B2.2c*.

Tabel 1. Antal (gen)indlæggelser samt genindlæggelsesfrekvensen for voksne (19+ år) fordelt efter diagnosegrupper, 2015

Diagnosegruppe	Indlæggelser	Genindlæggelser	Genindlæggelses- frekvens
	Antal		Pct.
Skizofreni/beslægtede lidelser (F20-F29)	13.586	3.744	27,6
Psyriske lidelser og tilstande (F70-F98)	1.058	290	27,4
Organiske psyriske lidelser (F00-F19)	8.354	2.023	24,2
Nervøse tilstande (F40-F69 + F99)	9.244	2.099	22,7
Affektive lidelser og tilstande (F30-F39)	8.404	1.479	17,6
Øvrige diagnoser (Øvrige koder)	2.160	270	12,5

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med. Tilsvarende figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3. Se bilag 1, tabel B1.4 for definition af diagnosegrupperne.

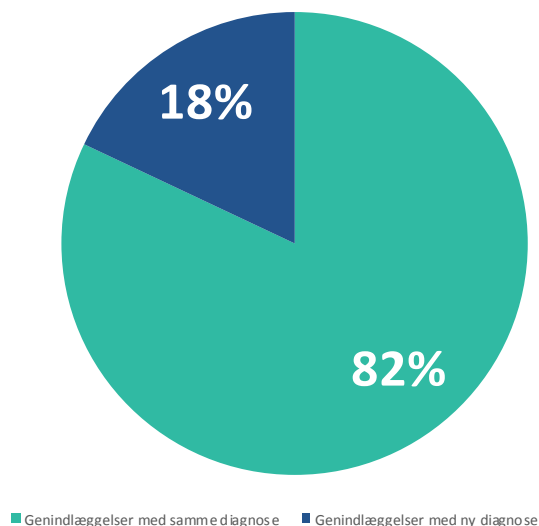
For børn og unge (0-18 år) er det indlæggelser, hvor barnet bliver udskrevet med diagnosen *Psyriske lidelser og tilstande*, som oftest bliver efterfulgt af en genindlæggelse, *jf. bilag 3, tabel B3.1*. *Psyriske lidelser og tilstande* dækker bl.a. over mental retardering og udviklingsforstyrrelser.

4.3 Otte ud af ti genindlæggelser er inden for samme diagnosegruppe som den foregående indlæggelse

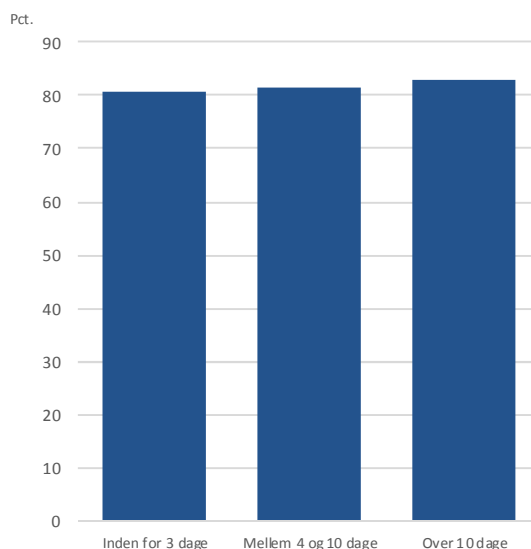
Knap 82 pct. af alle genindlæggelser sker inden for samme overordnede diagnosegruppe, *jf. bilag 1, tabel B1.4*, som ved udskrivningen fra den foregående indlæggelse, *jf. figur 15*.

Hvor lang tid, der går fra udskrivning til, at genindlæggelsen finder sted, har ingen særlig betydning for, om patienten genindlægges med samme diagnose, *jf. figur 16*. For børn og unge (0-18 år) er det dog særligt indlæggelser, der finder sted inden for de første 3 dage efter udskrivningen, som efterfølges af en genindlæggelse med samme diagnose, *jf. bilag 3, figur B.3.10*.

Figur 15. Andel genindlæggelser for voksne (19+ år), hvor genindlæggelsesdiagnosen er den samme diagnose* som den foregående indlæggelse, 2015 (pct.)



Figur 16. Andel genindlæggelser for voksne (19+ år), hvor genindlæggelsesdiagnosen er den samme som diagnosen* ved den foregående indlæggelse, fordelt efter hvor lang tid efter udskrivningen genindlæggelsen finder sted, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

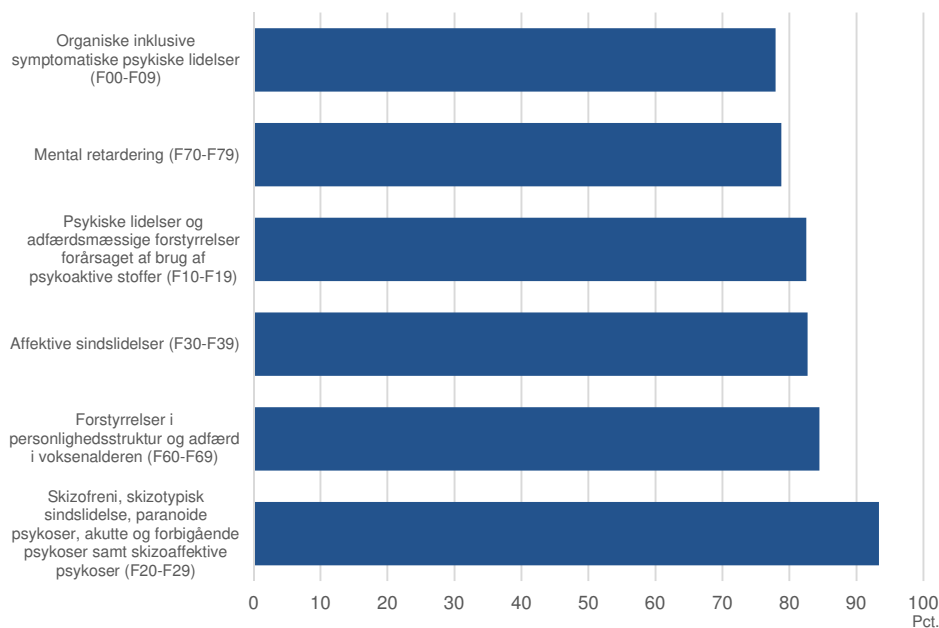
Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med. Tilsvarende figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

*Til opgørelsen af om diagnosen ved genindlæggelsen er den samme som ved den første indlæggelse, anvendes en mere detaljeret diagnosegruppering (12 diagnosegrupper) end den der er anvendt i tabel 1. Se bilag 1, tabel B1.4.

9 ud af 10 af de genindlæggelser, som følger efter indlæggelser, hvor patienter bliver udskrevet med diagnosen *Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser*, sker med samme diagnose, jf. figur 17. For de øvrige fem diagnoser i figur 17 gælder det ligeledes, at en høj andel af genindlæggelserne har samme diagnose som den foregående indlæggelse (i over 77 pct. af tilfældene).

I bilag 4, figur B4.2 ses en grafisk illustration af de hyppigste forbindelser mellem, hvilke diagnoser patienten indlægges med og efterfølgende genindlægges for.

Figur 17. De hyppigste diagnoser for indlæggelser blandt voksne (19+ år), hvor genindlæggelsen er med samme diagnose*, som ved den foregående udskrivning, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med. Tilsvarende figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

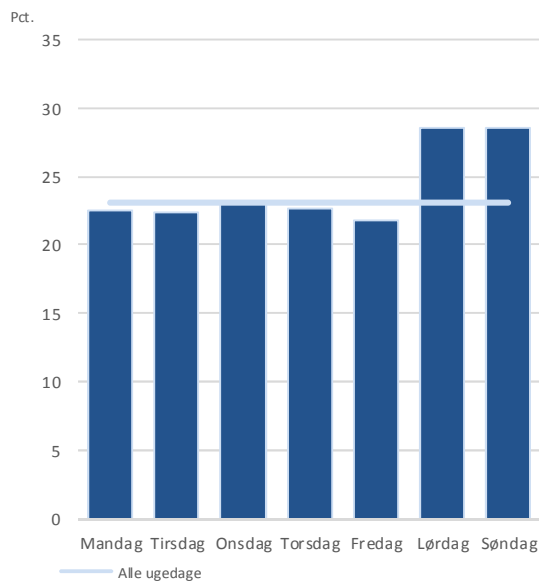
*Til opgørelsen af om diagnosen ved genindlæggelsen er den samme som ved den foregående indlæggelse, anvendes en mere detaljeret diagnosegruppering (med 12 grupper) end i afsnit 4.2. Se bilag 1, tabel B1.4.

4.4 Udskrivninger, der sker uden for dagstid og i weekenden, efterfølges oftere af en genindlæggelse

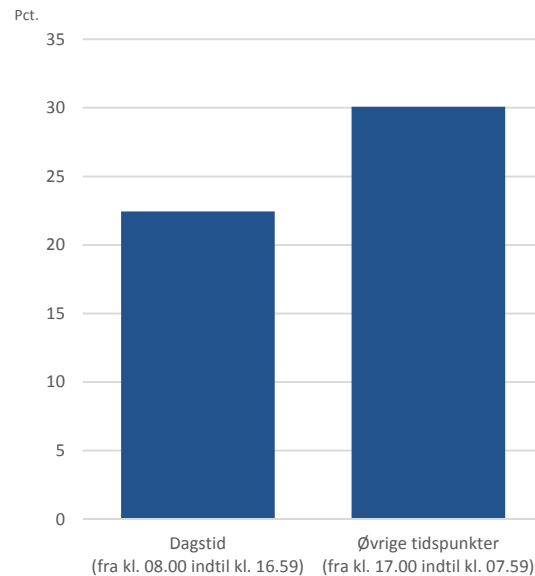
Der er højere genindlæggelsesfrekvens blandt indlæggelserne, hvor patienten udskrives i weekenden, *jf. figur 18*. Når der justeres for andre forhold, som har betydning for risikoen for at blive genindlagt (se boks 2), er risikoen for at blive genindlagt 1,1 gang større ved udskrivning i weekenden, end hvis udskrivningen har fundet sted på en hverdag, *jf. bilag 2, tabel B2.2c.*

Indlæggelser, hvor patienten er udskrevet uden for dagstid (kl. 17.00-07.59, alle dage), har en højere genindlæggelsesfrekvens sammenholdt med indlæggelser, hvor patienten er udskrevet i dagtimerne, *jf. figur 19*. Når der justeres for andre forhold, der kan have indflydelse på risikoen for genindlæggelse (se boks 2), er risikoen for, at en indlæggelse bliver efterfulgt af en genindlæggelse, knap 1,3 gange større for indlæggelser, hvor udskrivningen har fundet sted uden for dagstid end for indlæggelser, hvor udskrivningen er fundet sted i dagstid. *jf. bilag 2, tabel B2.2c.*

Figur 18. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter hvilken ugedag udskrivningen er fundet sted, 2015 (pct.)



Figur 19. Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter hvilket tidspunkt udskrivningen er fundet sted, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med. Tilsvarende figur for børn og unge (0-18 år) kan findes i bilag 3.

4.5 Delkonklusion

Karakteristika knyttet til indlæggelsen som efterfølges af en genindlæggelse har betydning for risikoen for genindlæggelse. Der ses en højere genindlæggelsesfrekvens for:

- Indlæggelser, der er korte.
- Indlæggelser, hvor udskrivningen finder sted uden for dagstid.
- Indlæggelser, hvor udskrivningen finder sted i weekenden.

Endvidere gælder det, at:

- Udskrivninger med diagnosen ”Skizofreni og beslægtede lidelser” oftest efterfølges af en genindlæggelse.
- Otte ud af ti bliver genindlagt inden for samme diagnosegruppe.

Ovenstående forhold gælder, når der justeres for alder, om patienten bor alene i eget hjem, bopælskommune, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningsdag (weekend eller hverdag), udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose, tidligere kontakt til det somatiske sygehusvæsen og tidligere psykiatriske kontakter.

5. Kontakt med almen praksis og psykiatriske besøg efter udskrivningen

Sammenhæng på tværs af sektorer og særligt overgangen mellem sektorerne er vigtig for, at sundhedsvæsenet kan levere den rette indsats til borgerne og opnå en effektiv behandling af høj kvalitet.

Dette kapitel undersøger, hvornår patienten første gang efter udskrivningen er i kontakt med egen læge eller har et psykiatrisk besøg - enten hos en privatpraktiserende psykiater eller på et psykiatrisk ambulatorium på sygehuset. Er der en forskel mellem de patienter, som bliver genindlagt og de patienter, som ikke genindlægges?

5.1 Patienter, der genindlægges, ser i lidt mindre grad egen læge efter udskrivningen end patienter, der ikke genindlægges

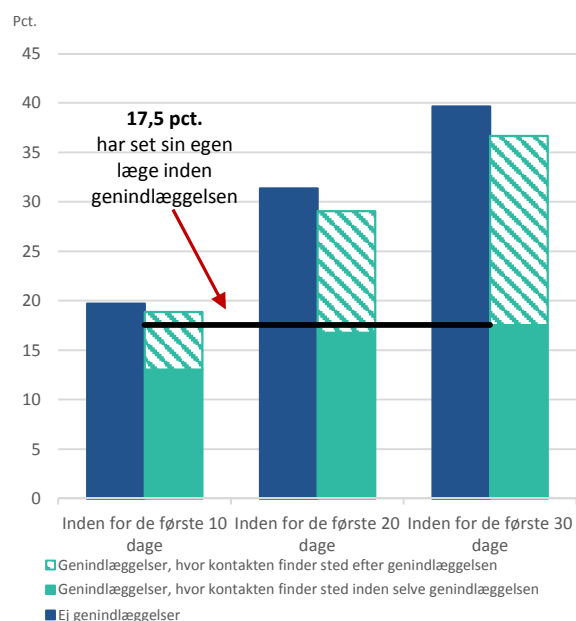
Knap 20 pct. af de voksne psykiatriske patienter (19+ år), som ikke bliver genindlagt, ser deres alment praktiserende læge inden for de første ti dage efter udskrivningen, *jf. figur 20*. Inden for de første 30 dage efter udskrivningen har knap 40 pct. af alle patienterne, som ikke bliver genindlagt, haft kontakt med egen læge.

Patienter, som genindlægges, er i lidt mindre grad i kontakt med egen læge efter udskrivningen, sammenlignet med de patienter, der ikke bliver genindlagt. Omkring 19 pct. af de patienter, som genindlægges, er i kontakt med deres alment praktiserende læge inden for de første ti dage efter udskrivningen, og knap 37 pct. er i kontakt med egen læge inden for de første 30 dage efter udskrivningen, *jf. figur 20*.

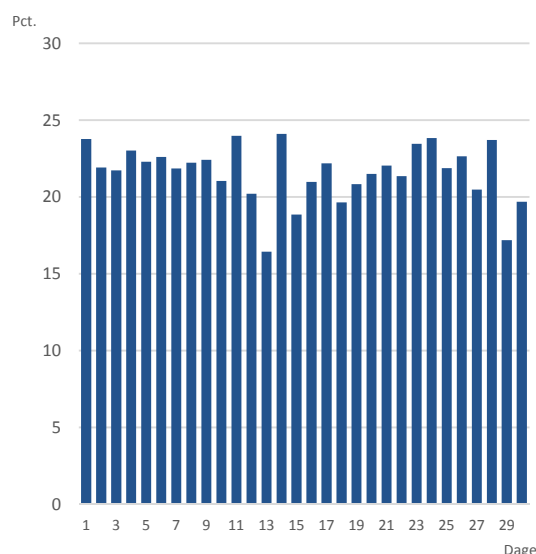
Figur 20 giver således en indikation af, hvor mange og hvornår patienten første gang er i kontakt med egen læge efter udskrivningen for hhv. patienter, som bliver genindlagt og de patienter, som ikke bliver genindlagt.

Figur 20 viser samtidig, hvor stor en andel af dem, der ser egen læge og genindlægges, som rent faktisk ser lægen inden selve genindlæggelsen. Blandt de 19 pct. af patienterne, som ser deres egen læge inden for ti dage og bliver genindlagt, ser lidt over to tredjedel deres egen læge inden selve genindlæggelsen (den massivgrønne del af søjlen). For de 37 pct., som bliver genindlagt og ser deres egen læge inden for de første 30 dage, har knap halvdelen haft kontakt før genindlæggelsen, mens de resterende har kontakt efter genindlæggelsen. Dette svarer til, at 17,5 pct. af alle patienter, som genindlægges, ser egen læge i perioden inden genindlæggelsen.

Figur 20. Andel indlæggelser hvor den voksne (19+ år) patient er i kontakt med almen praksis efter udskrivningen fordelt efter første kontakttidspunktet, 2015 (pct.)



Figur 21. Genindlæggelsesfrekvensen for voksne (19+ år) fordelt efter hvor mange dage efter udskrivningen den første kontakt med den alment praktiserende læge ligger, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret.

Anm.: Afrænset til indlæggelser, hvor patienten er i live minimum 30 dage efter udskrivningen. Kontakt med almen praksis består alene af fysiske kontakter. Kontakt med den alment praktiserende læge angiver patientens første kontakt efter udskrivningen. En patient kan godt have flere kontakter efter udskrivningen, men kontakt er her den første kontakt efter udskrivningen. I figur 20 er kontakt "Inden for de første 10 dage" en delmængde af kontakt inden for hhv. de første 20 og 30 dage. Opgørelsen af kontakt i figur 21 siger ikke noget om, hvornår kontakten er fundet sted. Kontakten med den alment praktiserende læge kan således godt være efter genindlæggelsen.

Figur 21 viser genindlæggelsesfrekvensen fordelt efter, hvornår patienten første gang er i kontakt med egen læge efter udskrivningen. Knap 24 pct. af de patienter, som har første kontakt med deres egen læge 1 dag efter udskrivningen, bliver genindlagt. Der ser ikke ud til at være et klart mønster i genindlæggelsesfrekvensen, i forhold til hvornår patienten første gang er i kontakt med egen læge efter udskrivningen, *jf. figur 21*. For patienter, som bliver genindlagt, er det i figur 21 ikke muligt at se, hvorvidt kontakten med egen læge har fundet sted før selve genindlæggelsen.

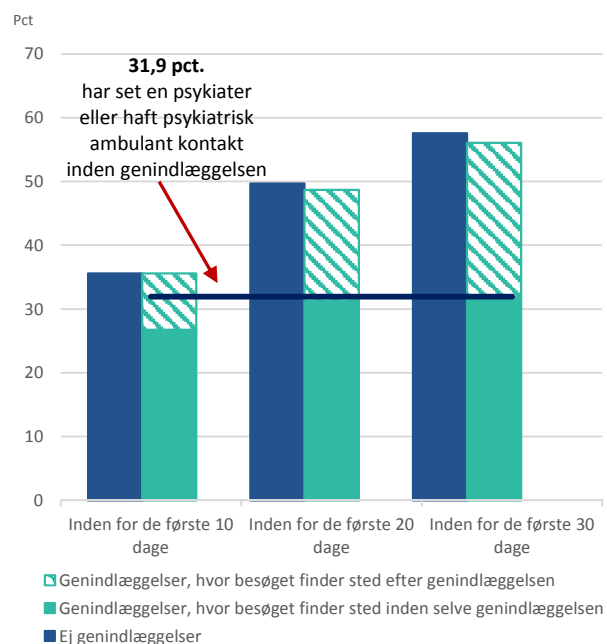
5.2 Ingen forskel i hvornår det første psykiatriske besøg finder sted efter udskrivningen for patienter, som genindlægges, og som ikke genindlægges

Der ser ikke ud til at være forskel på patienter, som genindlægges, og patienter, som ikke genindlægges, i forhold til hvornår patienten første gang har et psykiatrisk besøg, efter de er blevet udskrevet, *jf. figur 22*. Et psykiatrisk besøg kan enten være hos en privatpraktiserende psykiater eller som et planlagt (ikke akut) ambulant besøg på en psykiatrisk sygehusafdeling.

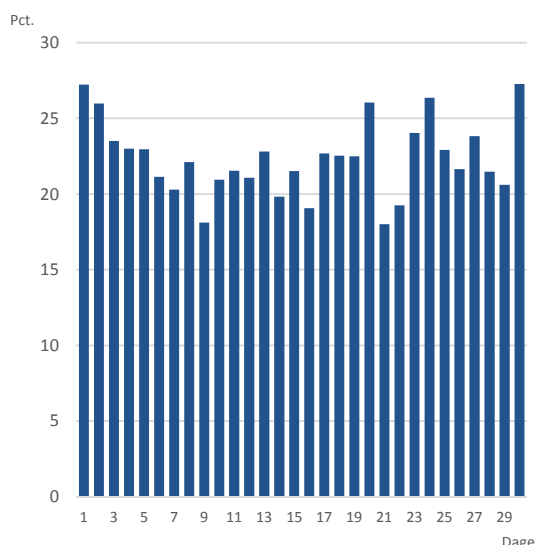
For både patienter, som genindlægges, og patienter, som ikke genindlægges, har knap 36 pct. af de psykiatriske patienter haft et psykiatrisk besøg inden for de første 10 dage efter udskrivningen, mens ca. 56 pct. har haft et psykiatrisk besøg inden for de første 30 dage efter udskrivningen, *jf. figur 22*.

Figur 22 viser samtidig, at for de patienter, som genindlægges og har et psykiatrisk besøg inden for de første 10 dage efter udskrivningen, har tre fjerdele det psykiatriske besøg inden selve genindlæggelsen (den massivgrønne del af søjlen). For patienterne, der har deres første psykiatriske besøg inden for de første 30 dage, er det godt over halvdelen, der har haft besøget, inden genindlæggelsen er fundet sted. Blandt alle patienterne, som genindlægges, har omkring 32 pct. haft et psykiatrisk besøg, inden de bliver genindlagt.

Figur 22. Andel patienter med et psykiatrisk besøg efter udskrivningen, fordelt efter første kontakttidspunkt



Figur 23. Genindlæggelsesfrekvensen fordelt efter, hvor mange dage efter udskrivningen, det første psykiatriske besøg ligger



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret.

Anm.: Afgrænset til indlæggelser, hvor patienten er i live minimum 30 dage efter udskrivningen. Et psykiatrisk besøg dækker over et besøg hos en privatpraktiserende psykiater eller et planlagt (ikke akut) ambulant besøg på en psykiatrisk sygehusafdeling. Et psykiatrisk besøg angiver patientens første kontakt efter udskrivningen. En patient kan godt have flere besøg efter udskrivningen, men psykiatrisk besøg er her det første besøg efter udskrivningen. I figur 22 er kontakt "Inden for de første 10 dage" en delmængde af kontakt inden for hhv. de første 20 og 30 dage. Psykiatrisk besøg, kan i figur 23 godt finde sted efter genindlæggelsen.

Figur 23 viser genindlæggelsesfrekvensen fordelt efter, hvornår patienten første gang har et psykiatrisk besøg. Der ses dog ikke noget mønster i genindlæggelsesfrekvensen i forhold til, hvor lang tid der går fra udskrivningen til, at patienten har det første psykiatriske besøg, *jf. figur 23*.

5.3 Delkonklusion

Når der ses på omfanget og mønstre for kontakt til almen praksis og psykiatriske besøg efter udskrivningen fra indlæggelsen, gælder følgende:

- Patienter, som genindlægges, har i mindre grad kontakt til deres alment praktiserende læge end patienter, der ikke bliver genindlagt.
- Godt 17 pct. af patienterne, som genindlægges, ser deres egen læge mellem primærindlæggelsen og genindlæggelsen.

- Patienter, som genindlægges, har psykiatriske besøg efter udskrivningen i samme omfang som patienter, der ikke genindlægges.
- Knap en tredjedel af patienterne har et psykiatrisk besøg, inden de genindlægges.

6. Et justeret genindlæggelsesniveau

Befolkningssammensætningen er forskellig på tværs af kommunerne. Dette kan have betydning, når genindlæggelsesfrekvensen sammenlignes mellem kommunerne. Kapitel 3 viste, at patientsammensætningen (blandt andet alder og patienternes arbejdsmarkedstilknytning) har betydning for risikoen for, at en patient bliver genindlagt. Kapitel 4 viste, at karakteristika knyttet til den foregående indlæggelse også har indflydelse på genindlæggelsesfrekvensen.

Når kommunernes genindlæggelsesfrekvens skal sammenlignes, vil der i det følgende således blive taget højde for forhold vedrørende patienten og patientens sygdom (faktorer som kommunen ikke direkte kan påvirke), som kan påvirke genindlæggelsesfrekvensen. Ved at justere for alder, om patienten bor alene i eget hjem, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningsdiagnose, tidligere somatiske kontakter samt tidligere psykiatriske kontakter findes den genindlæggelsesfrekvens, som man statistisk set ville kunne forvente ud fra kommunens patientsammensætning, det vil sige en justeret genindlæggelsesfrekvens. Der kan dog være mange andre forhold, som også kan have indflydelse på genindlæggelsesfrekvensen.

Kommunernes faktiske genindlæggelsesfrekvens kan findes i *Indblik i sundhedsvæsenets resultater, 2016*. Dette afsnit vil sammenholde kommunens faktiske genindlæggelsesfrekvens med den justerede genindlæggelsesfrekvens. Ved at sammenholde kommunens faktiske genindlæggelsesfrekvens med kommunens justerede genindlæggelsesfrekvens giver det en indikation af, hvorvidt kommunen har et højere eller lavere genindlæggelsesfrekvens, end hvad der kunne forventes ud fra kommunens patientsammensætning.

Boks 6. Den justerede genindlæggelsesfrekvens

Den justerede genindlæggelsesfrekvens kan indikere, om en kommunes genindlæggelsesniveau er højere eller lavere, end man kunne forvente, når der tages højde for patientsammensætningen i de enkelte kommuner.

Der er justeret for patientsammensætningen i kommunerne ved patienternes alder, om de bor alene i eget hjem, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningsdiagnose, tidligere somatiske kontakter samt tidligere psykiatriske kontakter.

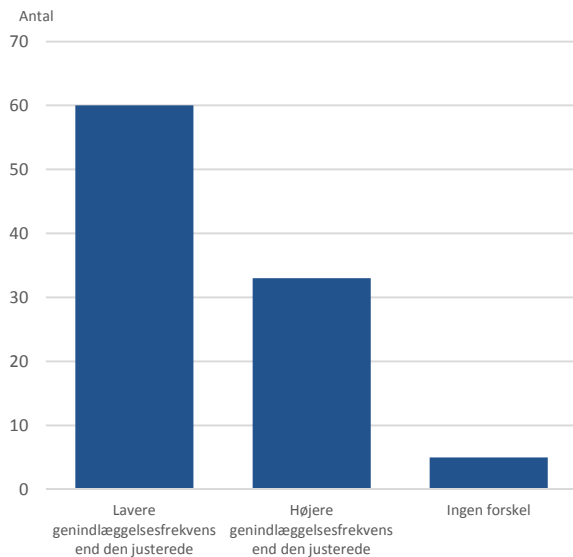
Er kommunens faktiske genindlæggelsesfrekvens højere end den justerede, har kommunen en højere genindlæggelsesfrekvens, end man kunne forvente.

6.1 60 kommuner har en lavere faktisk genindlæggelsesfrekvens end den justerede

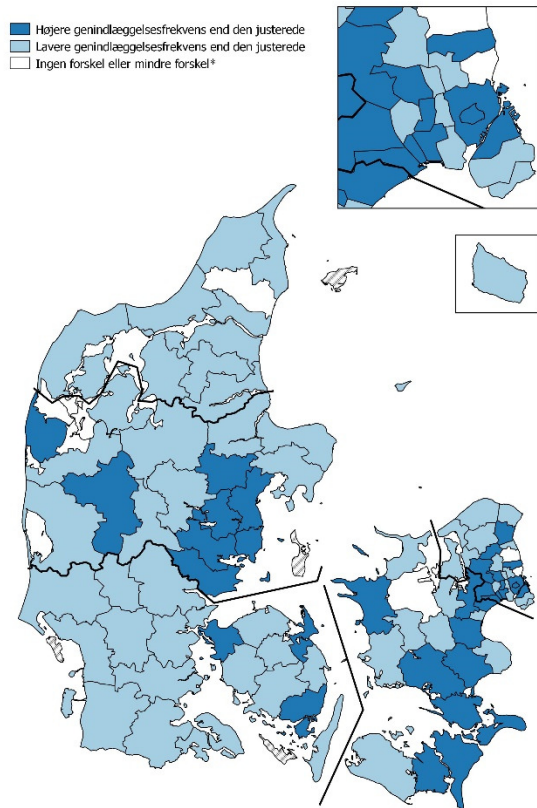
60 kommuner har en lavere genindlæggelsesfrekvens, end hvad der kunne forventes i forhold til kommunens patientsammensætning, mens 33 kommuner har en højere genindlæggelsesfrekvens, end man kunne forvente, *jf. figur 24*. Figur 25 viser en geografisk fordeling af, hvilke kommuner som hhv. har en højere eller en lavere genindlæggelsesfrekvens end forventet.

I bilag 4, tabel B4.2 er der en oversigt over samtlige kommuners faktiske og justerede genindlæggelsesfrekvenser. Det er værd at have med i betragtningerne, at flere kommuner har ganske få genindlæggelser, hvorved små ændringer i antallet af genindlæggelser kan påvirke genindlæggelsesfrekvensen (både den justerede og den faktiske) betydeligt.

Figur 24. Antal kommuner fordelt efter om de har lavere eller højere genindlæggelsesfrekvens end den justerede, 2015



Figur 25. Kommuner fordelt efter om de har lavere eller højere genindlæggelsesfrekvens end den justerede, 2015



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret.

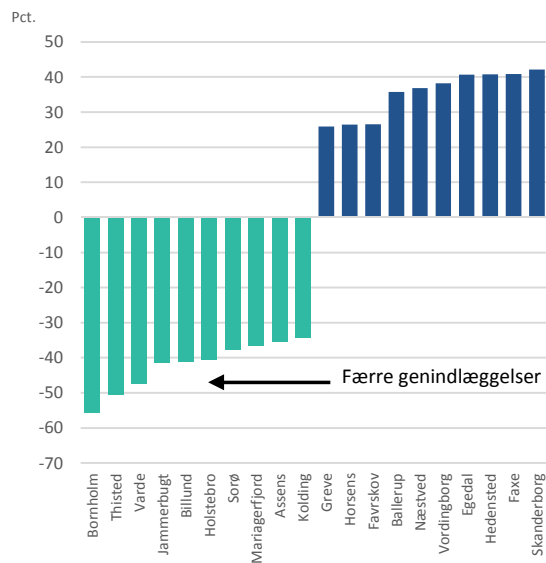
Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er justeret - se bilag 2 for en nærmere beskrivelse af metode. Flere kommuner har ganske få genindlæggelser, hvorved små ændringer i antallet af genindlæggelser kan påvirke genindlæggelsesfrekvensen betydeligt.

Tallene for ø-kommunerne Fanø, Læsø, Samsø og Ærø er ikke vist i figuren.

*Ingen eller mindre forskel dækker over kommuner, der har en forskel på mellem +/- 0,2 procentpoint

Figur 26 viser kommunerne med de største afvigelser mellem kommunens faktiske antal genindlæggelser og det justeret antal genindlæggelser. Bornholm Kommune har ca. 56 pct. færre genindlæggelser, end hvad man kunne forvente med kommunens patientsammensætning, mens Skanderborg Kommune har ca. 42 pct. flere genindlæggelser, end hvad man kunne forvente.

Figur 26. Afvigelse mellem kommunes faktiske antal genindlæggelser og det justeret antal genindlæggelser for de kommuner med mindst og størst afvigelse, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.
 Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er justeret - se bilag 2 for en nærmere beskrivelse af metode. Nogle kommuner har relativt få genindlæggelser, hvormed den procentvise afvigelse kan være høj.
 Kommuner med færre end 20 genindlæggelser er ikke inkluderet i figur 27.

6.2 Delkonklusion

Når genindlæggelsesfrekvensen justeres for kommunernes patientsammensætning ses, at:

- Knap to tredjedele af kommunerne har en lavere genindlæggelsesfrekvens end forventet, når der tages højde for kommunens patientsammensætning. Den sidste tredjedel har en højere genindlæggelsesprocent end forventet.

Bilag 1 – Metode

Identifikation af populationen

Populationen omfatter alle psykiatriske indlæggelser på offentlige sygehuse, hvor patienten er udskrevet i 2015, med undtagelse af 105 indlæggelser, der har været over 365 dage. Patienten skal have bopæl i en dansk kommune på udskrivningstidspunktet.

I den statistiske model er der alene set på den voksne befolkning (19+ år). Desuden ekskluderes patienter, som dør under indlæggelsen eller dør inden for 30 dage efter udskrivningen.

Tabel B1.1. Antal indlæggelser, genindlæggelser og genindlæggelsesprocenten for voksne (19+ år) i 2015

	Indlæggelser	Genindlæggelser	Genindlæggelsesfrekvens
	Antal		Pct.
Bruttopopulation - 19+ årige	43.164	9.955	23,1
Dør under indlæggelsen eller inden for 30 dage efter udskrivningen	358	50	14,0
Modelpopulation - 19+ årige	42.806	9.905	23,1

Kilde: Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

Betegnelsen modelpopulation dækker altså ikke over en stikprøve, men omfatter alle indlæggelser og genindlæggelser, jf. definitionen.

Definitioner anvendt i analysen

I det følgende defineres forskellige faktorer, der er anvendt i analysen. Flere af disse faktorer er desuden anvendt i den statistiske model.

Indlæggelser

Opgørelsen af indlæggelser er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts 2016, hvor al offentlig psykiatrisk sygehusaktivitet er inkluderet.

En indlæggelse i psykiatrien tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger inden for samme sygehus på samme dag tæller ikke som en udskrivning.

Akutte genindlæggelser

Opgørelsen af akutte genindlæggelser er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts 2016 og afgrænset til indlæggelser på offentlige sygehuse.

En psykiatrisk genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- 1) Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse.
- 2) Indlæggelsen starter akut.
- 3) Patienten må på tidspunktet for indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Der er dermed tale om uspecifik genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for den foregående indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

Det er primær-indlæggelsen, som tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus. Der tages højde for genindlæggelser på tværs af årsskiftet. Genindlæggelser, der finder sted inden 30. januar 2015, og som efterfølger en indlæggelse i det foregående år, regnes således med som en genindlæggelse i foregående år (2014).

Genindlæggelsesfrekvens

Opgøres som antal genindlæggelser som andel af samlet antal indlæggelser.

Alder

Alder angiver personens alder på udskrivningstidspunktet og inddeles i fire grupper:

- 0-18 år
- 19-29 år
- 30-64 år
- 65 år og derover.

I den statistiske model er der kun inkluderet patienter på 19 år og derover. Patienterne er inddelt i de ovenstående kategorier.

Bor alene i eget hjem

I CPR-registeret (januar 2016) kan der findes oplysninger om, hvorvidt der på udskrivningstidspunktet bor andre personer på 18 år eller derover på samme adresse som personen (den indlagte patient). Det er dermed muligt at opgøre, om personen bor sammen med andre voksne på udskrivningstidspunktet, eller om personen bor alene i eget hjem.

Patienter, der ikke bor sammen med andre voksne, antages at bo alene i eget hjem. Disse personer kan dog godt være enlige forsørgere med hjemmeboende børn (0-17 år).

Patienter, som bor på et botilbud, tæller med som boende alene, såfremt de er registreret på en adresse, hvor der ikke bor andre voksne. Hvorvidt personen har egen adresse på botilbuddet eller ej, er dermed afgørende for, om personen tæller med som boende alene.

Kommunetype

Kommuneinddelingen følger DØRS inddeling, jf. *Dansk Økonomi forår 2015*. Kommunerne er placeret i tre grupper:

- Bykommuner
- Yderkommuner
- Øvrige kommuner

Yderkommuner er defineret geografisk som kommuner, hvor medianborgeren har mere end en halv times kørsel til centrum af en by med mere end 45.000 indbyggere. Bykommuner omfatter kommuner i hovedstadsområdet og kommuner med byer med mere end 45.000 indbyggere. Øvrige kommuner er kommuner, der hverken er yderkommuner eller bykommuner.

Tabel B1.2. Inddeling af kommuner efter hhv. by-, yder og øvrige kommuner

Bykommuner	Yderkommuner	Øvrige kommuner
Albertslund, Ballerup, Brøndby, Esbjerg, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Greve, Helsingør, Herlev, Herning, Horsens, Hvidovre, Ishøj, Kolding, København, Lyngby-Taarbæk, Odense, Randers, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle, Aalborg, Aarhus	Allerød, Assens, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fanø, Favrskov, Fredensborg, Fredericia, Frederikssund, Furesø, Faaborg-Midtfyn, Gribskov, Haderslev, Hedensted, Hillerød, Holbæk, Høje-Taastrup, Hørsholm, Ikast-Brande, Kerteminde, Køge, Lejre, Mariagerfjord, Middelfart, Nordfyns, Nyborg, Odder, Rebild, Ringsted, Rudersdal, Silkeborg, Skanderborg, Solrød, Varde, Vejen	Billund, Bornholm, Faxe, Frederikshavn, Guldborgsund, Halsnæs, Hjørring, Holstebro, Jammerbugt, Kalundborg, Langeland, Lemvig, Lolland, Læsø, Morsø, Norddjurs, Næstved, Odsherred, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Skive, Slagelse, Sorø, Stevns, Struer, Svendborg, Syddjurs, Sønderborg, Thisted, Tønder, Vesthimmerlands, Viborg, Vordingborg, Ærø, Aabenraa
27 kommuner	35 kommuner	36 kommuner

Kronisk sygdom

Kronisk sygdom dækker i denne opgørelse over kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma. Personer med kronisk sygdom er opgjort på baggrund af de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), hvor personer med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre, *jf. bilagsboks B1.1*. Personer indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Således indgår personer, der ikke har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom, ikke i opgørelsen. Personer med de udvalgte kroniske sygdomme kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser. Det er ikke muligt i algoritmen at have KOL og astma eller type 1- og type 2 diabetes samtidig. Derfor vil en person med KOL ikke kunne indgå i populationen med astma eller omvendt. Tilsvarende gælder for type 1- og type 2 diabetes.

Personer med kronisk sygdom havde ved indlæggelsestidspunktet mindst én af de syv udvalgte kroniske sygdomme. I den statistiske model indgår kronisk sygdom, som en ja/nej-kategori. Det vil sige, at der ikke er taget hensyn til, hvilken kronisk sygdom patienten har, men der er alene taget højde for, om patienten har en kronisk sygdom eller ej.

Boks B1.1. Opgørelse af antal personer med kroniske sygdomme

Opgørelse af personer med kroniske sygdomme er foretaget på baggrund af de reviderede RUKS-algoritmer, og data er udtrukket den 13. marts 2015. I data optræder personerne med de udvalgte sygdomme med en debutdato, der kan være første kontakt i Landspatientregisteret eller første medicinkøb på recept, en slutdato og en årsag til slutdato (død, udrejst, forsvundet, raskmeldt, ingen aktivitet). Personer optræder kun i data, hvis de har et gyldigt CPR-nummer, og hvis de er eller har været bosat i Danmark.

Arbejdsmarkedstilknnytning

Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM er anvendt i opgørelsen af borgernes arbejdsmarkedstilknnytning. Borgernes arbejdsmarkedstilknnytning er defineret som det indkomstgrundlag, som har været det dominerende for personen i 365 dage før indlæggelsesdatoen, dvs. den indkomst, som personen har haft i flest uger i løbet af det seneste

år. Indkomstgrundlaget kan både være i form af en lønindkomst eller en offentlig ydelse, som f.eks. kontanthjælp. Arbejdsmarkedstilknytningen er inddelt i tre grupper i den statistiske model:

- Midlertidigt uden for det ordinære arbejdsmarked
- Førtidspension
- Øvrige (beskæftigede, uddannelsessøgende, ledige, udvandret, folkepension og efterløn)

Ved at inddele populationen i disse tre grupper er det hensigten, at analysen skal belyse, hvilken betydning en mindre stabil tilknytning til arbejdsmarkedet har på genindlæggelsesfrekvensen. I gruppen 'Øvrige' indgår personer på folkepension. En særskilt gruppe af personer på folkepension vil være korreleret med alder, hvorfor det er valgt at inkludere folkepension under øvrige.

Se i øvrigt tabel B1.3a nedenfor for en oversigt over klassificeringen af arbejdsmarkedsgupperne.

Ved sammenfald i antal uger prioriteres kategorierne i følgende rækkefølge: 1) Personer i beskæftigelse/uddannelsessøgende, 2) Personer varigt udenfor arbejdsmarkedet, 3) Personer midlertidigt udenfor det ordinære arbejdsmarked og 4) Ledige.

Hvis en person har 26 uger eller mindre på en ydelse, vil beskæftigelse/uddannelsessøgende være den dominerende kategori. Hvis en person findes i CPR-registret, men ikke kan findes i beskæftigelses- eller ydelsesoversigten, antages det, at personer under 65 år er selvforsørgende og dermed indgår i kategorien 'Beskæftigelse/uddannelsessøgende'. Personer på 65 år og derover antages at være på pension og indgår i kategorien 'Folkepension og efterløn'. Begge kategorier hører til under gruppen 'Øvrige'.

Tabel B1.3a. Klassificering af tilknytning til arbejdsmarkedet efter dominerende indkomstgrundlag for de 19+ årige, 2015

Arbejdsmarkedskategori	Ydelseskoder i DREAM
Midlertidigt uden for det ordinære arbejdsmarked	
Ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere (<i>inkl. personer i for-revalidering og ressourceforløb</i>), ledighedsydelse, fleksjob, sygedagpenge og revalideringsydelse.	720, 723-729, 730-739, 750, 753-758, 784 740, 741, 743-748 771-774 890, 893-899 760, 763-768
Førtidspension (<i>inkl. skånejob</i>)	781, 782, 783
Øvrige	
Beskæftigede/uddannelsessøgende (<i>Lønindkomst, selvforsørgelse, orlov, uddannelsessøgende</i>)	121-123, 511, 522, 651, 652, 661, 521, 412, 413, 881, ingen ydelseskode
Ledige (<i>Dagpengemodtagere inkl. uddannelseshjælp, jobklar og særlig uddannelsesydelse samt arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere</i>)	111-113, 124-126, 211, 213-218, 231, 232, 299, 151,152 130-139, 140-149
Udvandret	997
Folkepension og efterløn (<i>inkl. fleksydelse</i>)	998, 611, 621, 622

For at få en mere nuanceret billede af arbejdsmarkedstilknytningen for de 19-64 årige er der foretaget en yderligere inddeling. Denne inddeling indgår ikke i den statistiske model, men anvendes alene til at beskrive genindlæggelsesfrekvensen for de 19-64 årige. Arbejdsmarkedstilknytningen for de 19-64 årige er således inddelt i syv grupper. Se tabel B1.3b.

Tabel B1.3b. Klassificering af tilknytning til arbejdsmarkedet efter dominerende indkomstgrundlag for de 19-64 årige, 2015

Arbejdsmarkedskategori	Ydelseskoder i DREAM
Det ordinære arbejdsmarked (<i>lønindkomst, sehjælp, orlov, uddannelsessøgende, dagpengemodtagere inkl. uddannelseshjælp, jobklar og særlig uddannelsesyndelse samt arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere</i>)	121-123, 511, 522, 651, 652, 661, 521, 412, 413, 881, ingen ydelseskode 111-113, 124-126, 211, 213-218, 231, 232, 299, 151, 152 130-139, 140-149
Andre mellem 19 og 64 år (<i>ledighedsydelse, fleksjob, revalideringsydelse og efterløn inkl. fleksydelse</i>)	740, 741, 743-748 771-774 760, 763-768 611, 621, 622
Sygedagpenge	890, 893-899
Kontanthjælp ikke-arbejdsmarkedssparat (<i>inkl. personer i for-revalidering og ressourceforløb</i>)	720, 723-729, 730-739, 750, 753-758, 784
Førtidspension (<i>inkl. skånejob</i>)	781, 782, 783

Liggetid

Angiver antal dage mellem tidspunktet for indlæggelsen og tidspunktet for udskrivningen. Liggetid er inddelt i fire grupper:

- 1 dag
- 2-10 dage
- 11-30 dage
- Over 30 dage

Dage fra udskrivning til genindlæggelse

- Inden for 3 dage
- Mellem 4 og 10 dage
- Over 10 dage.

Udskrivningsdag

Angiver, hvilken ugedag personen er udskrevet.

Weekend

Angiver, om udskrivningen er sket i weekenden, dvs. lørdag eller søndag.

Udskrivningstidspunkt

Angiver, hvilket tidspunkt på dagen personen er udskrevet. Udskrivningstidspunktet er inddelt i to grupper:

- Dagstid (fra kl. 08.00 til kl. 16.59)
- Øvrige tid (fra kl. 17.00 til kl. 07.59)

Udskrivningsdiagnose

Diagnosen er den aktionsdiagnose, der er registeret ved sygehusudskrivningen. Udskrivningsdiagnosen er inddelt i 12 grupper, *jf. tabel B1.4.*

Tabel B1.4. Inddeling i diagnosegrupper

Overordnet diagnosegrupper	Diagnosegrupper	ICD-10 koder*
Organiske psykiske lidelser	Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	F00-F09
	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	F10-F19
Skizofreni/beslægtede lidelser	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser.	F20-F29
Affektive lidelser og tilstande	Affektive sindslidelser	F30-F39
Nervøse tilstande	Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	F40-F48
	Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	F50-F59
	Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	F60-F69
Psykiske lidelser og tilstande	Mental retardering	F70-F79
	Psykiske udviklingsforstyrrelser	F80-F89
	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescence	F90-F98
Nervøse tilstande	Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	F99
Øvrige diagnoser	Øvrige diagnoser	Øvrige koder

Anm.: * Betyder inkl. alle underkoder.

Indlagt i året (365 dage) før indlæggelsen

Opgørelsen af tidligere indlæggelser er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts året efter opgørelsesåret. Tidligere indlæggelser er indlæggelser, der er fundet sted i perioden 365 dage før den nuværende indlæggelse. Alle offentligt finansierede somatiske indlæggelser er inkluderet i opgørelsen. Raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderes fra opgørelserne.

Ved en indlæggelse forstås en tidsmæssigt sammenhængende indlæggelse på et sengeafsnit på samme sygehus. Overflytninger mellem sygehusafdelinger på samme sygehus regnes således som én sygehusindlæggelse. Indlæggelser ses som tidsmæssigt sammenhængende, såfremt afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse finder sted på samme dato.

Opgørelsesåret bestemmes ud fra udskrivningstidspunktet.

Ambulant kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen

Opgørelsen af tidligere ambulante kontakter er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts året efter opgørelsesåret. Tidligere ambulante kontakter er kontakter, der har fundet sted i perioden 365 dage før den nuværende indlæggelse. Alle offentligt finansierede somatiske ambulante kontakter er inkluderet i opgørelsen.

Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde i et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller en modtaget afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Kontakter på akutambulante afdelinger indgår i opgørelsen af ambulante kontakt.

Psykiatrisk kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen

Opgørelsen af psykiatriske kontakter er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts året efter opgørelsesåret. Tidligere kontakter omfatter indlæggelser og ambulante psykiatriske kontakter, der har fundet sted i perioden 365 dage før den nuværende indlæggelse. Alle offentligt finansierede psykiatriske aktiviteter er inkluderet i opgørelsen.

Kontakt med almen praksis efter udskrivningen

Aktivitet hos almen praksis er baseret på oplysninger fra Sygesikringsregisteret. Kontakter til almen praksis er defineret som fysiske kontakter i form af almindelige konsultationer, andet fysisk fremmøde (forebyggelse, svangerskab, børneundersøgelser, vaccination mv.). Kontakten er afgrænset på baggrund af krav om, at borgeren har dansk bopælsregion i kontaktugen, og at ydelsen er foretaget i dagtid. Desuden er der maksimalt medtaget fem af samme kontaktttype pr. borger pr. uge hos hver yder.

Psykiatrisk besøg efter udskrivningen

Opgørelsen af et psykiatrisk besøg dækker over besøg hos en privatpraktiserende psykiater eller et planlagt (ikke akut) ambulant besøg på en psykiatrisk sygehusafdeling.

Besøg hos en privatpraktiserende psykiater er baseret på oplysninger fra Sygesikringsregisteret. Besøg hos en praktiserende psykiater er defineret som fysiske kontakter. Kontakten er afgrænset på baggrund af krav om, at borgeren har dansk bopælsregion i kontaktugen, og at ydelsen er foretaget i dagtid.

Planlagte (ikke akut) ambulante besøg på en psykiatrisk sygehusafdeling er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet). Et besøg dækker over alle elektive ambulante besøg, inkl. hjemmebesøg og udebesøg. Akutte ambulante besøg er ikke inkluderet i analysen.

Bilag 2 – Metode og resultater vedr. deskriptivanalyse og regressionsanalyse

Der er både foretaget deskriptive analyser og regressionsanalyser til at beskrive og forklare, hvad der kan have betydning for, at en indlæggelse efterfølges af en genindlæggelse. Desuden er der foretaget en analyse af kommunernes faktiske og justerede genindlæggelsesniveau. Herunder vil der være en nærmere beskrivelse af resultater og metode.

Deskriptiv statistik

Bilagstabel B2.1a-B2.1c viser populationen fordelt på udvalgte faktorer, som kan have indflydelse på, hvorvidt en indlæggelse efterfølges af en genindlæggelse. Denne opgørelse danner det første overblik over de mange faktorer.

Tabel B2.1a. Antal, procentvis fordeling og genindlæggelsesfrekvens af modelpopulation for indlæggelser, 2015.
Opgjort for udvalgte faktorer

Demografiske faktorer	Antal	Procent	Genindlæggelsesfrekvens
Alder			
19-29 år	10.291	24,0	24,7
30-64 år	26.896	62,8	23,7
65+ år	5.619	13,1	17,5
Køn			
Mænd	21.890	51,1	22,7
Kvinder	20.916	48,9	23,6
Bor alene i eget hjem			
Bor alene i eget hjem	26.300	61,4	24,7
Øvrige	16.506	38,6	20,7
Kommunetype			
Bykommune	23.820	55,6	24,2
Yderkommune	9.769	22,8	20,5
Øvrige kommuner	9.217	21,5	23,2
Kronisk sygdom			
Kronisk sygdom	12.812	29,9	25,3
Ej kronisk sygdom	29.994	70,1	22,2
Arbejdsmarkedstilknnytning			
Øvrige**	19.234	44,9	19,2
Midlertidigt uden for arb.markedet	9.791	22,9	22,3
Førtidspension	13.781	32,2	29,1

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret, de reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt Beskæftigelsesministeriets løbsdatabase DREAM.

** Øvrige dækker over beskæftigede, uddannelsessøgende, ledige, udvandret, folkepension og efterløn.

Tabel B2.1b. Antal, procentvis fordeling og genindlæggelsesfrekvens af modelpopulation for indlæggelser, 2015.
Opgjort for udvalgte faktorer

Historiske kontakter til sundhedsvæsenet	Antal	Procent	Genindlæggelsesfrekvens
Somatisk indlagt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Ej indlagt året før	25.683	60,0	18,9
Indlagt året før	17.123	40,0	29,5
Somatisk ambulant kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Ej ambulant kontakt året før	13.135	30,7	19,0
Ambulant kontakt året før	29.671	69,3	25,0
Psykiatrisk kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Ej psykiatrisk kontakt året før	8.917	20,8	11,1
Psykiatrisk kontakt året før	33.889	79,2	26,3

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.

Tabel B2.1c. Antal, procentvis fordeling og genindlæggelsesfrekvens af modelpopulation for indlæggelser, 2015.
Opgjort for udvalgte faktorer

Indlæggelsesfaktorer	Antal	Procent	Genindlæggelsesfrekvens
Liggetid			
1 dag	12.374	28,9	29,7
2-10 dage	14.978	35,0	25,0
11-30 dage	8.119	19,0	18,1
Over 30 dage	7.335	17,1	13,9
Udskrivningsdag			
Mandag	8.728	20,4	22,5
Tirsdag	7.000	16,4	22,4
Onsdag	7.502	17,5	23,1
Torsdag	6.876	16,1	22,6
Fredag	7.901	18,5	21,8
Lørdag	2.413	5,6	28,6
Søndag	2.386	5,6	28,5
Udskrivningsdag			
Dagtid (fra kl. 08.00 indtil kl. 16.59)	38.933	91,0	22,4
Øvrige tidspunkter (fra kl. 17.00 indtil kl. 07.59)	3.873	9,0	30,1
Udskrivningsdiagnose			
Organiske psykiske lidelser	8.354	19,5	24,2
Skizofreni/ beslægtede lidelser	13.586	31,7	27,6
Affektive lidelser og tilstande	8.404	19,6	17,6
Nervøse tilstande	9.244	21,6	22,7
Psykiske lidelser og tilstande	1.058	2,5	27,4
Øvrige diagnoser	2.160	5,0	12,5

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Logistisk regression

Denne model anvendes i kapitel 3 og 4.

Formålet med en regressionsanalyse er at forsøge at identificere en sammenhæng mellem en afhængig variabel og en række faktorer (forklarende variable). Det er vigtigt at være opmærksom på, at en statistisk sammenhæng ikke nødvendigvis er det samme som en kausal sammenhæng.

Den afhængige variabel kan siges at være en form for succesmål. I denne analyse er den afhængige variabel genindlæggelser. Succes er, at en indlæggelse IKKE efterfølges af en genindlæggelse.

En logistisk regression anvendes, når den afhængige variabel er binær (værdi enten 1 eller 0) og repræsenterer risiko for, at en hændelse er indtruffet (værdi 1). Der er således to mulige udfald:

1) Genindlæggelser

Dvs. indlæggelser, som efterfølges af en genindlæggelse.

0) Øvrige indlæggelser

Dvs. indlæggelser, som IKKE efterfølges af en genindlæggelse.

Ved hjælp af den statistiske model kontrolleres der for forskellige faktorer, som kan have indflydelse på, hvorvidt indlæggelsen efterfølges af en genindlæggelse. Det bliver med andre ord muligt at vurdere, hvordan en række udvalgte faktorer som f.eks. køn, alder, arbejdsmarkedstilknnytning og tidligere sygehuskontakter påvirker risikoen for, at en patient, som udskrives, bliver genindlagt.

I denne analyse er der justeret for følgende forhold (se ”Definitioner anvendt i analysen” for en nærmere beskrivelse af de faktorer, der indgår i modellen):

Alder, bor patienten alene i eget hjem, kommunetype, arbejdsmarkedstilknnytning, liggetid, udskrivningsdag, udskrivningstidspunkt, udskrivningsdiagnose, tidligere ambulante besøg og indlæggelser i det somatiske sygehusvæsen og tidligere psykiatriske kontakter.

Opbygningen af den logistiske regressionsmodel sker ved backward selection, hvor alle faktorer, som kunne tænkes at have betydning for, at en indlæggelse efterfølges af en genindlæggelse, inkluderes i modellen. Herefter fjernes ikke-signifikante faktorer én af gangen. Faktorerne skal være signifikant på et 5-procentniveau. Følgende forhold er også blevet undersøgt: Køn, kronisk sygdom og herkomst. Disse forhold var ikke signifikante på et 5-procentniveau og er derfor ikke inkluderet i modellen.

Med en logistisk regressionsanalyse er det dermed muligt at sige noget om, hvilke faktorer der enten øger eller mindsker risikoen for, at en indlæggelse efterfølges af en genindlæggelse. Bilagstabellerne B2.2a-B2.2c viser resultaterne fra analysen og de tilhørende 95 pct. konfidensintervaller.

Resultaterne er angivet i odds-ratios, der kan beskrives som et mål for risikoen eller oddset for, at der sker en genindlæggelse. Odds-ratioerne angiver, hvordan den enkelte faktor påvirker risikoen for en genindlæggelse set i forhold til en referencepopulation. Effekten af at have en alder på 19-29 år skal ses i forhold til at have en alder på 80 år og derover.

En odds-ratio på 1 er ensbetydende med, at den pågældende faktor ikke påvirker risikoen for en genindlæggelse i forhold til referencepopulationen, mens en odds-ratio over (under) 1 indikerer en øget (reduceret) risiko for genindlæggelse (målt i odds) i forhold til referencepopulationen. Tolkningen af modellens resultater skal ses i lyset af, at modellen ikke lider af multikollinearitet, jf. nedenstående afsnit vedr. multikollinearitet.

Tabel B2.2a. Odds-ratio for modellen. Demografiske faktorer

Demografiske faktorer	Odds ratio	95 pct. KI	Referencepopulation
Alder			
19-29 år	1,290	[1,172:1,419]	65+ år
30-64 år	1,044	[0,956:1,140]	
Bor alene i eget hjem			
Bor alene	1,108	[1,053:1,165]	Bor sammen med andre
Kommunetype			
Bykommuner	1,181	[1,112:1,255]	Yderkommuner
Øvrige kommuner	1,126	[1,048:1,210]	
Arbejdsmarkedstilknytning			
Midlertidigt uden for arb.markedet	1,019	[0,954:1,089]	Øvrige
Førtidspension	1,459	[1,369:1,556]	

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret samt Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

** Øvrige dækker over beskæftigede, uddannelsessøgende, ledige, udvandret, folkepension og efterløn.

Tabel B2.2b. Odds-ratio for modellen. Historiske kontakter til sundhedsvæsenet

Historiske kontakter til sundhedsvæsenet	Odds ratio	95 pct. KI	Reference population
Somatisk indlagt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Somatisk indlagt i året (365 dage) før indlæggelsen	1,620	[1,537:1,707]	Ej indlagt i året før
Somatisk ambulant kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Somatisk ambulant kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen	1,083	[1,022:1,148]	Ej ambulant kontakt
Psykiatrisk kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Psykiatrisk kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen	2,388	[2,218:2,572]	Ej psykiatrisk kontakt

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Tabel B2.2c. Odds-ratio for modellen. Indlæggelsesfaktorer

Indlæggelsesfaktorer	Odds ratio	95 pct. KI	Reference population
Liggetid			
1 dag	2,639	[2,430:2,867]	Over 30 dage
2-10 dage	2,058	[1,901:2,228]	
11 - 30 dage	1,399	[1,280:1,529]	
Udskrivningsdag			
Weekend	1,094	[1,018:1,175]	Hverdage
Udskrivningstidspunkt			
Øvrig tid	1,279	[1,185:1,380]	Dagstid (kl. 8.00 indtil kl. 16.59)
Udskrivningsdiagnose			
Organiske psykiske lidelser	2,158	[1,872:2,488]	Øvrige diagnoser
Skizofreni/beslægtede lidelser	2,789	[2,433:3,197]	
Affektive lidelser og tilstande	2,157	[1,866:2,494]	
Nervøse tilstande	2,224	[1,933:2,559]	
Psykiske lidelser og tilstande	2,360	[1,950:2,856]	

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Modellens performance

Der er forskellige måder til at vurdere, hvor god en model er. I analysen er der brugt to mål til at validere modellen. Godness-of-fit og kalibrering.

Godness-of-fit

Forskellene mellem de faktiske værdier og forudsagte værdier kan bruges til at vurdere, hvor godt modellen performer. Et såkaldt goodness-of-fit mål. De forudsagte værdier er sandsynligheder, da der er tale om binære modeller. Det gælder generelt, at jo bedre modellen er, desto mindre vil afstanden mellem de faktiske og forudsagte værdier være. Der findes en række mål, der opgør goodness-of-fit. Analysen anvender Brier-Scoren. En lavere Brier-score svarer til en bedre model.

Kalibrering

Kalibrering beskriver, hvor godt en models forudsagte værdier svarer til de faktiske værdier. Jo tættere på de forudsagte værdier nærmere sig de faktiske, desto bedre er kalibreringen. God kalibrering betyder, at der er god overensstemmelse mellem de faktiske og forudsagte værdier.

Analysen anvender Hosmer-Lemeshow-testen til at undersøge, hvor godt kalibreret modellen er. Det gøres ved at opdele data i ti lige store grupper på baggrund af de estimerede sandsynligheder for patienterne. Da Hosmer-Lemeshow ikke egner sig til større datamængder (kilde), er der udtaget ti tilfældige stikprøver på 1.000 observationer, hvor de forudsagte værdier kommer fra modeldatasættet. Hosmer-Lemeshow-testen udføres herefter på hver af disse stikprøver, og gennemsnittet af de ti p-værdier beregnes. En gennemsnitlig p-værdi større end 0,05 vil afspejle, at der ikke er signifikante forskelle mellem de forudsagte og faktiske værdier.

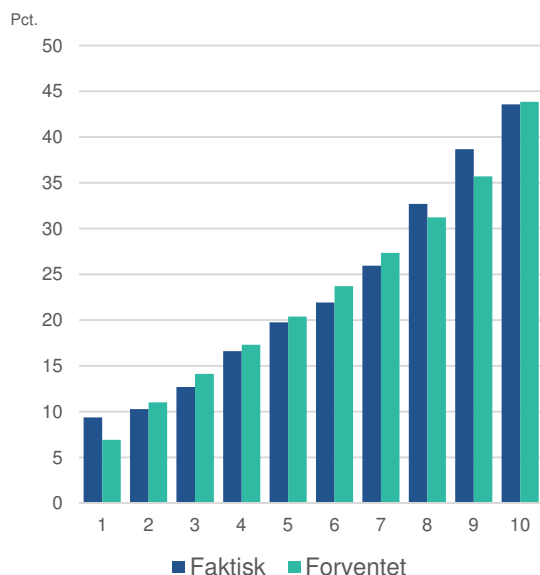
De to test viser, at den anvendte model ser ud til at være tilfredsstillende, *jf. målene i tabel B2.3.*

Tabel B2.3. Performance mål for modellen

	Resultater
Godness-of-fit: Brier-score	0,165
Kalibrering: Hosmer-Lemeshow-test	p=0,37

Bilagsfigur B2.1 illustrerer hele modeldatasættet opdelt på deciler ud fra de forudsagte værdier. I hver gruppe sammenlignes den faktiske genindlæggelsesfrekvens med den forudsagte genindlæggelsesfrekvens. I figuren ses eksempelvis, at der kun er små forskelle mellem de forudsagt genindlæggelsesfrekvenser og de faktiske genindlæggelsesfrekvenser.

Figur B2.1. Illustration af kalibrering



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret samt CPR-registeret.

Interaktionsled

Ved at inkludere interaktionsled i modellen er der en risiko for at overfitte modellen. Det vil sige, at der er risiko for, at modellen kun holder for de data, der betragtes og ikke holder, hvis der ses på en anden population. Dette kan føre til (for) stor optimisme vedrørende modellens performance. Der er således ikke valgt at inkludere interaktionsled i modellen.

Multikollinearitet

Multikollinearitet er, når en eller flere faktorer i modellen er korrelerede. Problemer med multikollinearitet kan opstå, når disse faktorer er højt korrelerede. F.eks. vil alder og arbejdsmarkedstilknøytning være korreleret. Det er svært at forestille sig, at multikollinearitet helt kan undgås. I analysen anvendes variansinflationsfaktoren (VIF) til at danne et billede af multikollinearitetens størrelse. En indikation på problemer med multikollinearitet er, når VIF antager en værdi, der er større end 10. Af bilagstabel B2.4a-B2.4c ser det ikke umiddelbart ud til, at der er problemer med multikollinearitet.

Tabel B2.4a. Test for multikollinearitet. Demografiske faktorer

Demografiske faktorer	VIF
19-29 år	2,75
30-64 år	2,87
Bor alene	1,09
Bykommuner	1,58
Øvrige kommuner	1,55
Midlertidigt uden for arb.markedet	1,36
Fortidspension	1,71

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), CPR-registeret, de reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt Beskæftigelsesministeri-ets forløbsdatabase DREAM.

Tabel B2.4b. Test for multikollinearitet. Indlæggelsesfaktorer

Indlæggelsesfaktorer	VIF
1 dag	2,20
2-10 dage	2,14
11 - 30 dage	1,73
Weekend	1,08
Øvrig tid	1,02
Organiske psykiske lidelser	4,14
Skizofreni/beslægtede lidelser	5,11
Affektive lidelser og tilstande	4,18
Nervøse tilstande	4,25
Psykiske lidelser og tilstande	1,46

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Tabel B2.4c. Test for multikollinearitet. Historiske kontakter til sundhedsvæsenet

Historiske kontakter til sundhedsvæsenet	VIF
Indlagt i året (365 dage) før indlæggelsen	1,25
Ambulant kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen	1,22
Psykiatrisk kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen	1,12

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Logistisk regression på kommuneniveau

Denne model anvendes i kapitel 6.

Der anvendes en logistisk regressionsmodel. Ved at justere for alder, om patienten bor alene i eget hjem, arbejdsmarkedstilknytning, liggetid, udskrivningsdiagnose, tidligere somatiske indlæggelse, tidligere somatisk ambulant besøg samt tidligere psykiatriske kontakter findes den genindlæggelsesfrekvens, som man ville kunne forvente ud fra kommunens patientsammensætning - dvs. en justeret genindlæggelsesfrekvens.

Den justerede genindlæggelsesfrekvens kan indikere, om en kommunes genindlæggelsesniveau er højere eller lavere, end man kunne forvente, når der tages højde for patientsammensætningen i de enkelte kommuner.

Beregningen af den justerede genindlæggelsesfrekvens sker i to trin:

1) Først estimeres den logistiske model for hele analysepopulationen

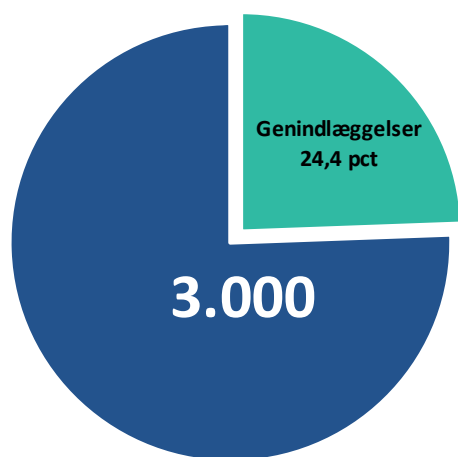
De forudsagte sandsynligheder for hver enkel indlæggelse gemmes og anvendes til at beregne den justerede genindlæggelsesfrekvens for kommunerne i step 2.

2) Den justerede genindlæggelsesfrekvens for de 98 kommuner beregnes

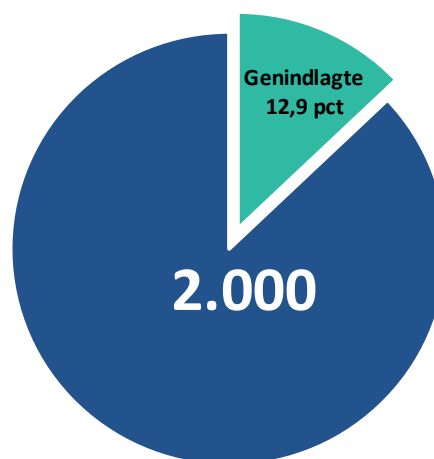
Den justerede genindlæggelsesfrekvens beregnes som gennemsnittet af sandsynlighederne for hver enkel genindlæggelse i den pågældende kommune på baggrund af de forudsagte sandsynligheder fra step 1. Det vil sige, at den justerede genindlæggelsesfrekvens for Københavns Kommune er gennemsnittet af genindlæggessandsynlighederne for alle de indlæggelser, hvor patienten har bopæl i Københavns Kommune.

Bilag 3 – Tabeller og figurer for børn og unge (0-18 år)

Figur B3.1. Antal indlæggelser for børn og unge (0-18 år), 2015

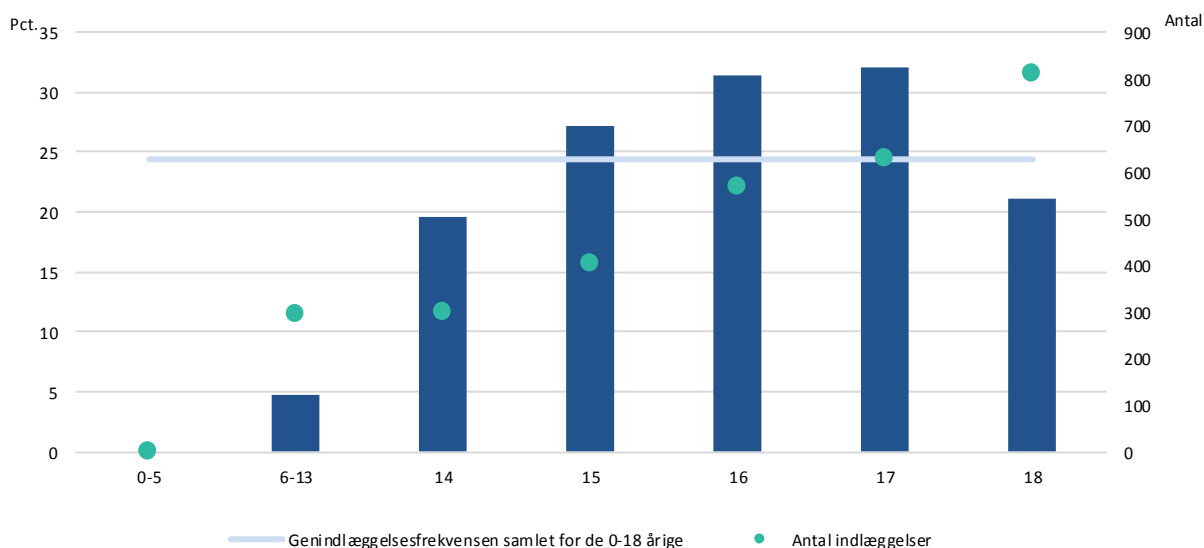


Figur B3.2. Antal børn og unge (0-18 år), som indlægges og genindlægges, 2015



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

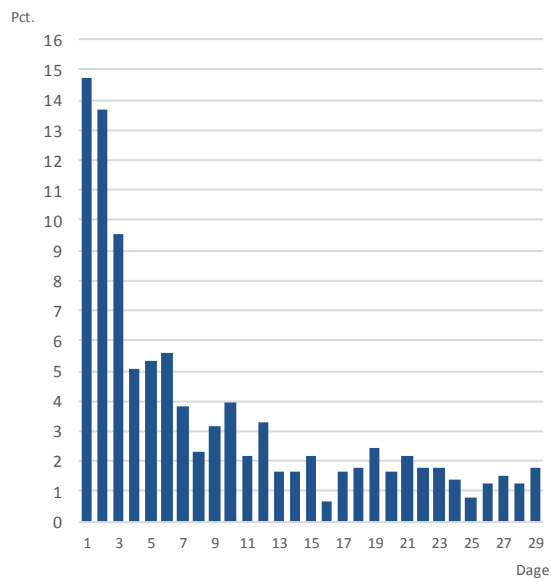
Figur B3.3. Genindlæggelsesfrekvens for børn og unge, fordelt efter alder, 2015 (pct.)



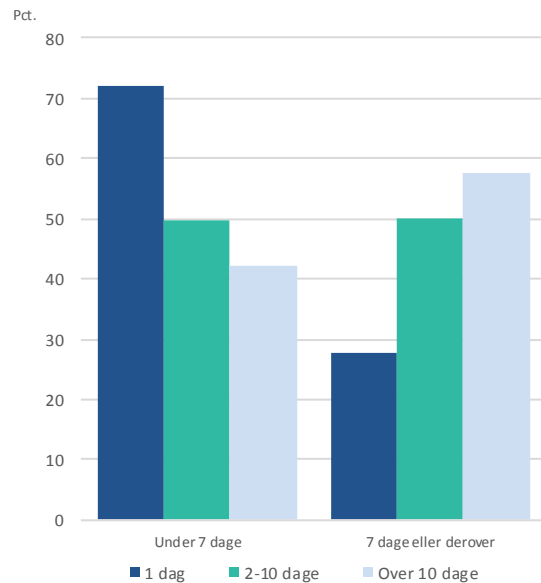
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Anm.: Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur B3.4. Andel genindlæggelser fordelt efter antal dage fra udskrivningen til genindlæggelsen for børn og unge (0-18 år), 2015 (pct.)



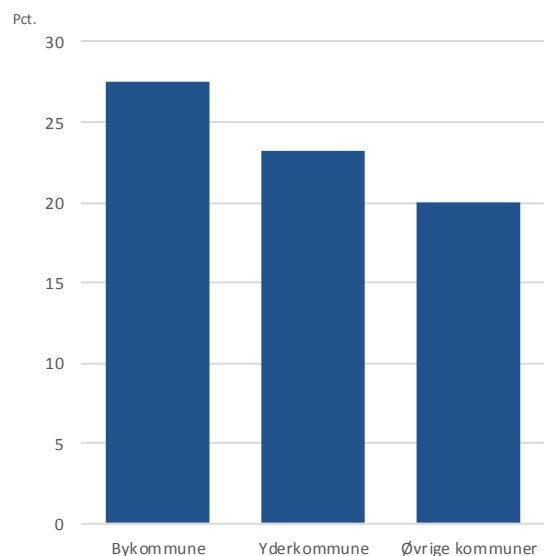
Figur B3.5. Andel genindlæggelser for børn og unge (0-18 år) som finder sted inden for 7 dage og mere end 7 dage efter udskrivningen fordelt efter liggetiden på den foregående indlæggelse, 2015 (pct.)



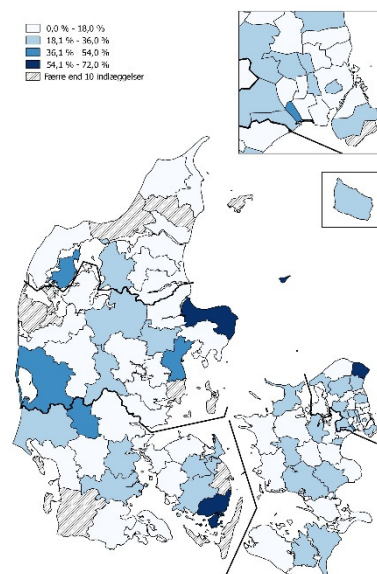
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Summen af søjlerne er lig med 100 pct. og dækker over samtlige genindlæggelser. Intervallerne for liggetid afviger fra opgørelsen for voksne. Grundet for få observationer er kategorierne "11-30 dage" og "over 30 dage" her slået sammen til én kategori. Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur B3.6. Genindlæggelsesfrekvens for børn og unge (0-18 år) fordelt efter, hvilken type kommune barnet bor i, 2015 (pct.)



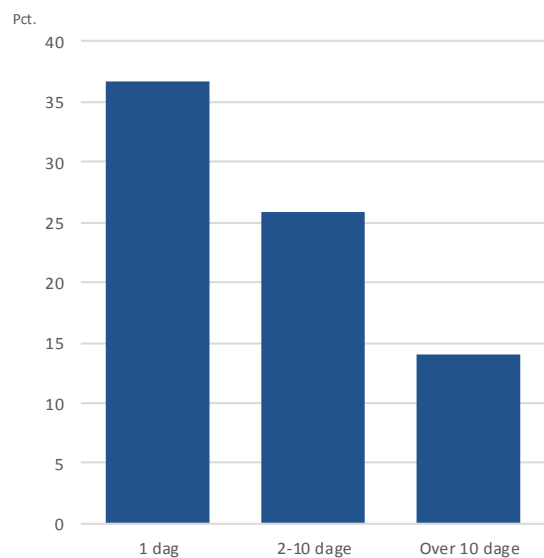
Figur B3.7. Genindlæggelsesfrekvens for børn og unge (0-18 år) fordelt efter kommune, 2015



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Tallene for ø-kommunerne Fanø, Læsø, Samsø og Ærø er ikke vist i figuren. Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur B3.8. Genindlæggelsesfrekvens for børn og unge (0-18 år) fordelt efter liggetid på den første indlæggelse, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

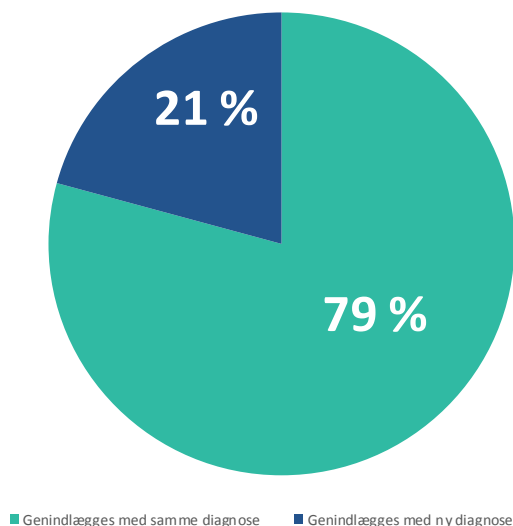
Tabel B3.1 Antal (gen)indlæggelser samt genindlæggelsesfrekvensen blandt børn og unge (0-18 år) fordelt efter diagnosegrupper, 2015

Diagnosegruppe	Antal indlæggelser	Antal genindlæggelser	Genindlæggelsesfrekvens
Psykiske lidelser og tilstande (F70-F98)	738	237	32,1
Nervøse tilstande (F40-F69 +F99)	1.178	283	24,0
Skizofreni/beslægtede lidelser (F20-F29)	508	112	22,0
Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	99	19	19,2
Affektive lidelser og tilstande (F30-F39)	383	68	17,8
Øvrige diagnoser (Øvrige koder)	92	13	14,1

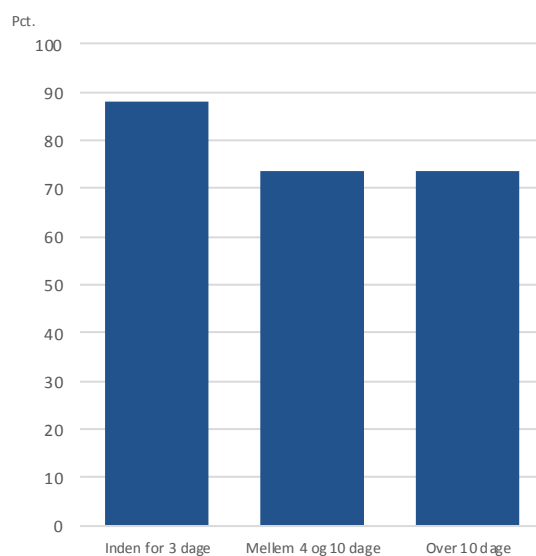
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur B3.9. Andel genindlæggelser for børn og unge (0-18 år), hvor genindlæggelsesdiagnosen er den samme diagnose* som den foregående indlæggelse, 2015



Figur B3.10. Andel genindlæggelser for børn og unge (0-18 år), hvor genindlæggelsesdiagnosen er den samme som diagnose for den foregående indlæggelse, fordelt efter hvor lang tid efter udskrivningen genindlæggelsen finder sted, 2015

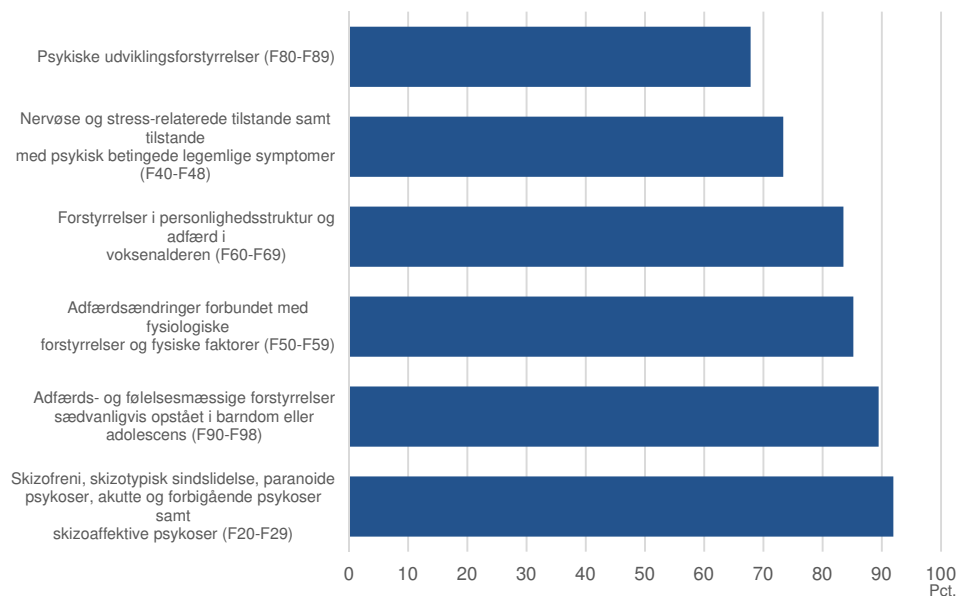


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

*Til opgørelsen af om diagnosen ved genindlæggelsen er den samme som ved den første indlæggelse, anvendes en mere detaljeret diagnosegruppering med 12 diagnosegrupper. Se bilagstabel B1.4.

Anm.: Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur B3.11. De hyppigste diagnoser, hvor patienten genindlægges med samme diagnose*, som den foregående indlæggelse for børn og unge (0-18 år)

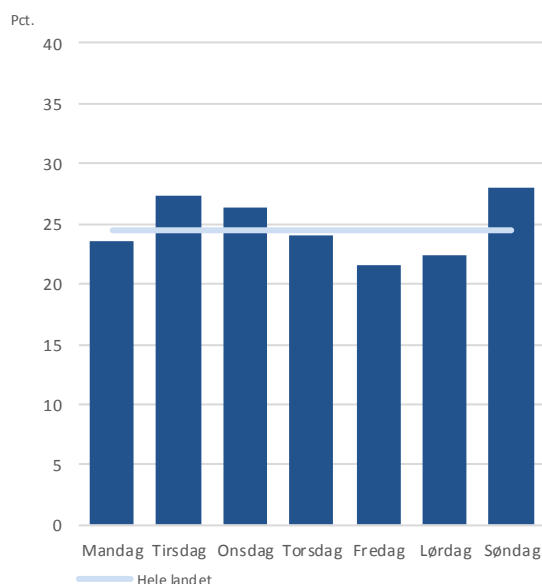


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

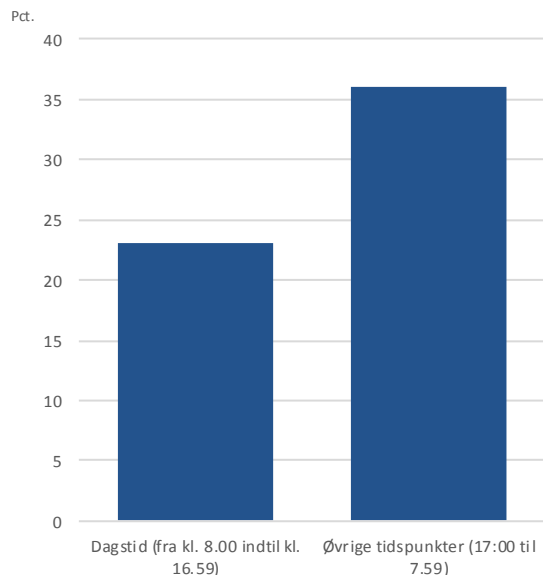
*Til opgørelsen af om diagnosen ved genindlæggelsen er den samme som ved den første indlæggelse, anvendes en mere detaljeret diagnosegruppering med 12 diagnosegrupper. Se bilag 1, tabel B1.4.

Anm.: Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Figur B3.12. Genindlæggelsesfrekvens for børn og unge (0-18 år) fordelt efter, hvilken ugedag barnet er udskrevet, 2015 (pct.)



Figur B3.13. Genindlæggelsesfrekvens for børn og unge (0-18 år) fordelt efter, hvilket tidspunkt på dagen barnet er udskrevet, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation.

Tabel B3.2a. Fordeling af indlæggelser pba. demografiske faktorer og genindlæggelsesfrekvens for grupperne (børn og unge 0-18 år)

Demografiske faktorer	Antal	Procent	Genindlæggelsesfrekvens
Alder*			
6	<5	-	-
7	14	0,5	7,1
8	12	0,4	0,0
9	21	0,7	0,0
10	28	0,9	0,0
11	28	0,9	3,6
12	61	2,0	1,6
13	129	4,3	8,5
14	297	9,9	19,5
15	401	13,4	27,2
16	569	19,0	31,5
17	629	21,0	32,1
18	805	26,9	21,1
Køn			
Mænd	749	25,0	9,9
Kvinder	2.246	75,0	29,3
Kommunetypografi			
Bykommune	1.431	48	28
Yderkommune	786	26	20
Øvrige kommuner	778	26	23

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

*Der er ingen patienter under 6 år.

"-" betyder, at tallet er diskretioneret, da der er under 5 indlæggelser.

Tabel B3.2b. Fordeling af indlæggelser pba. indlæggelsesfaktorer og genindlæggelsesfrekvens for grupperne (børn og unge 0-18 år)

Indlæggelsesfaktorer	Antal	Procent	Genindlæggelsesfrekvens
Liggetid			
1 dag	862	28,8	36,7
2-10 dage	987	33,0	25,8
11-30 dage	462	15,4	21,0
Over 30 dage	684	22,8	9,4
Udskrivningsdag			
Mandag	673	22,5	23,5
Tirsdag	491	16,4	27,3
Onsdag	519	17,3	26,4
Torsdag	475	15,9	24,0
Fredag	615	20,5	21,6
Lørdag	111	3,7	22,5
Søndag	111	3,7	27,9
Udskrivningstidspunkt			
Dagstid (fra kl. 8.00 indtil kl. 16.59)	2.673	89,2	23,0
Øvrige tidspunkter (17:00 til 7.59)	322	10,8	36,0

Udskrivningsdiagnose			
Organiske psykiske lidelser	99	3,3	19,2
Skizofreni/ beslægtede lidelser	507	16,9	22,1
Affektive lidelser og tilstande	383	12,8	17,8
Nervøse tilstande	1.176	39,3	24,1
Psykiske lidelser og tilstande	738	24,6	32,1
Øvrige diagnoser	92	3,1	14,1

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

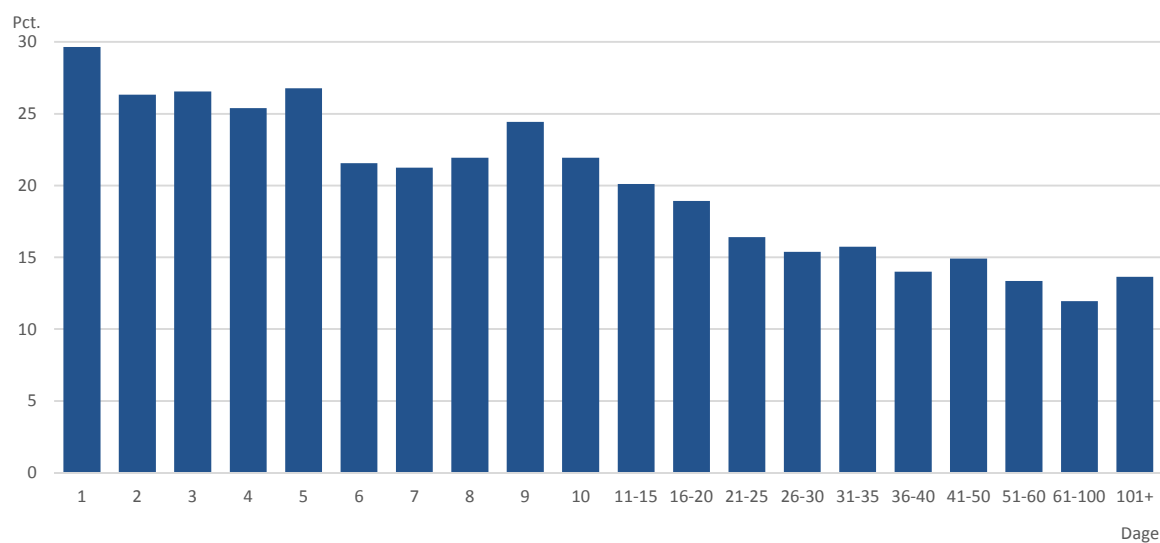
Tabel B3.2b. Fordeling af indlæggelser pba. historiske kontakter til sundhedsvæsenet og genindlæggelsesfrekvens for grupperne (børn og unge 0-18 år)

Historiske kontakter til sundhedsvæsenet	Antal	Procent	Genindlæggelsesfrekvens
Somatisk indlagt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Ej indlagt året før	1.825	60,9	16,3
Indlagt året før	1.170	39,1	37,1
Somatisk ambulant kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Ej ambulant kontakt året før	861	28,7	10,5
Ambulant kontakt året før	2.134	71,3	30,1
Psykiatrisk kontakt i året (365 dage) før indlæggelsen			
Ej psykiatrisk kontakt året før	398	13,3	8,5
Psykiatrisk kontakt året før	2.597	86,7	26,9

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret.

Bilag 4 – Supplerende figurer og tabeller

Figur B4.1 Genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) fordelt efter liggetid for den foregående indlæggelse, 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Der er relativt få observationer i nogle kategorier, hvormed der kan være udsving, som er forårsaget af tilfældig variation. Patienter, som dør under indlæggelse eller inden for 30 dage efter udskrivning fra primærindlæggelsen, er ikke taget med.

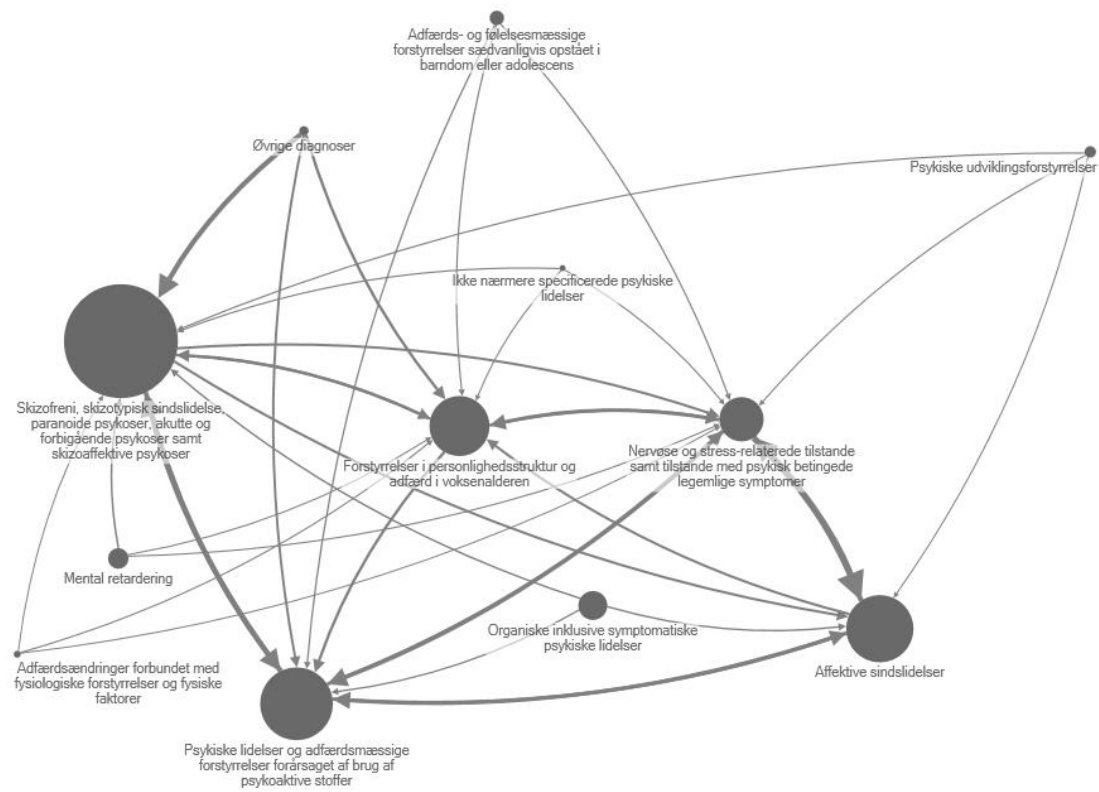
Tabel B4.1. Indlæggelser og genindlæggelsesfrekvens for voksne (19+ år) der har været indlagt 1 dag, fordelt på diagnosegrupper

Diagnosegrupper	Indlæggelser	Genindlæggelser	Genindlæggelsesfrekvens
	Antal		Pct.
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser (F00-F09)	318	60	18,9
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer (F10-F19)	3.491	1.007	28,8
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (F20-F29)	2.728	1.117	40,9
Affektive sindslidelser (F30-F39)	1.622	457	28,2
Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer (F40-F48)	1.990	297	14,9
Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)	36	<5	-
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F60-F69)	1.084	505	46,6
Mental retardering (F70-F79)	160	53	33,1
Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-F89)	94	18	19,1
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens (F90-F98)	109	27	24,8
Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser (F99)	48	12	25,0
Øvrige diagnoser (Øvrige koder)	694	114	16,4
I alt	12.374	3.670	29,7

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Figur B4.2 viser sammenhængen mellem den diagnose, som patienten har fået under første indlæggelse og ved genindlæggelsen. Hver cirkel angiver en diagnosegruppe. Jo større cirklen er, desto flere genindlægges med den samme diagnose, som de udskrives med for den pågældende diagnose. For hver diagnosegruppe er der en pil hen til de øvrige diagnosegrupper patienterne med den pågældende diagnose hyp pigst genindlægges med, hvis ikke diagnosen er den samme. Det fremgår af figuren, at rigtig mange genindlægges med diagnosen Skizofreni og beslægtede lidelser.

Figur B4.2. Sammenhæng mellem udskrivningsdiagnosen og genindlæggelsesdiagnosen



Created with NodeXL (<http://nodexl.codeplex.com>)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

Anm.: Hver cirkel angiver en diagnosegruppe. Jo større cirklen er, desto flere genindlægges med den samme diagnose, som de udskrives med for den pågældende diagnose. For hver diagnosegruppe er der en pil hen til de øvrige diagnosegrupper patienterne med den pågældende diagnose hyppigst genindlægges med, hvis ikke diagnosen er den samme.

Tabel B4.2. Forskellen mellem den justerede og den faktiske genindlæggelsesfrekvens fordelt på kommuner, 2015

Kommuner		Genindlæggelser	Indlæggelser	Den faktiske genindlæggelsesfrekvens	Den justeret genindlæggelsesfrekvens	Forskel*
		Antal		Pct.		
101	København	1.548	6.314	24,5	23,1	-
147	Frederiksberg	179	816	21,9	21,1	-
151	Ballerup	252	689	36,6	26,9	-
153	Brøndby	120	414	29,0	25,3	-
155	Dragør	10	66	15,2	18,2	+
157	Gentofte	108	488	22,1	22,3	0
159	Gladsaxe	164	689	23,8	25,9	+
161	Glostrup	90	299	30,1	26,5	-
163	Herlev	54	236	22,9	23,8	+
165	Albertslund	71	295	24,1	24,9	+
167	Hvidovre	64	378	16,9	22,4	+
169	Høje-Taastrup	181	567	31,9	25,7	-
173	Lyngby-Taarbæk	113	396	28,5	24,4	-
175	Rødovre	68	332	20,5	22,8	+
183	Ishøj	49	181	27,1	25,6	-
185	Tårnby	54	301	17,9	19,9	+
187	Vallensbæk	39	128	30,5	24,3	-
190	Furesø	48	245	19,6	22,0	+
201	Allerød	38	136	27,9	27,2	-
210	Fredensborg	114	360	31,7	25,2	-
217	Helsingør	121	533	22,7	23,8	+
219	Hillerød	126	503	25,0	25,4	+
223	Hørsholm	28	143	19,6	23,1	+
230	Rudersdal	78	341	22,9	22,9	0
240	Egedal	68	217	31,3	22,3	-
250	Frederikssund	88	368	23,9	25,1	+
253	Greve	57	221	25,8	20,5	-
259	Køge	114	417	27,3	23,1	-
260	Halsnæs	48	269	17,8	22,8	+
265	Roskilde	208	782	26,6	24,5	-
269	Solrød	8	60	13,3	19,7	+
270	Gribskov	60	280	21,4	24,9	+
306	Odsherred	46	288	16,0	23,6	+
316	Holbæk	101	423	23,9	23,9	0
320	Faxe	57	187	30,5	21,6	-
326	Kalundborg	69	274	25,2	22,6	-
329	Ringsted	13	135	9,6	19,4	+
330	Slagelse	110	571	19,3	24,1	+
336	Stevns	14	83	16,9	18,9	+
340	Sorø	25	187	13,4	21,5	+
350	Lejre	38	167	22,8	26,9	+
360	Lolland	74	355	20,8	21,9	+

370	Næstved	233	688	33,9	24,7	-
376	Guldborgsund	147	566	26,0	24,7	-
390	Vordingborg	151	457	33,0	23,9	-
400	Bornholm	21	208	10,1	22,8	+
410	Middelfart	85	345	24,6	22,6	-
420	Assens	29	219	13,2	20,5	+
430	Faaborg-Midtfyn	73	372	19,6	21,4	+
440	Kerteminde	69	221	31,2	26,5	-
450	Nyborg	50	284	17,6	20,6	+
461	Odense	378	1.907	19,8	22,6	+
479	Svendborg	155	625	24,8	22,4	-
480	Nordfyns	38	203	18,7	19,4	+
482	Langeland	13	85	15,3	22,3	+
492	Ærø	*	*	*	*	*
510	Haderslev	89	421	21,1	21,8	+
530	Billund	21	180	11,7	19,8	+
540	Sønderborg	129	634	20,3	23,0	+
550	Tønder	31	219	14,2	21,4	+
561	Esbjerg	206	1.203	17,1	24,2	+
563	Fanø	*	*	*	*	*
573	Varde	32	288	11,1	21,1	+
575	Vejen	40	248	16,1	22,3	+
580	Aabenraa	47	327	14,4	21,3	+
607	Fredericia	54	314	17,2	22,9	+
615	Horsens	235	698	33,7	26,6	-
621	Kolding	65	453	14,3	21,8	+
630	Vejle	157	827	19,0	21,9	+
657	Herning	126	547	23,0	21,7	-
661	Holstebro	39	311	12,5	21,1	+
665	Lemvig	33	101	32,7	27,5	-
671	Struer	19	101	18,8	18,7	0
706	Syddjurs	24	145	16,6	22,2	+
707	Norddjurs	56	258	21,7	23,0	+
710	Favrskov	72	257	28,0	22,1	-
727	Odder	22	91	24,2	21,7	-
730	Randers	150	630	23,8	24,9	+
740	Silkeborg	71	337	21,1	23,8	+
741	Samsø	*	*	*	*	*
746	Skanderborg	95	277	34,3	24,1	-
751	Aarhus	912	3.053	29,9	24,1	-
756	Ikast-Brande	36	206	17,5	21,8	+
760	Ringkøbing-Skjern	38	231	16,5	19,2	+
766	Hedensted	94	229	41,0	29,2	-
773	Morsø	13	125	10,4	22,3	+
779	Skive	36	229	15,7	21,4	+

787	Thisted	20	198	10,1	20,5	+
791	Viborg	129	673	19,2	21,8	+
810	Brønderslev	40	177	22,6	22,6	0
813	Frederikshavn	68	372	18,3	20,1	+
820	Vesthimmerlands	29	177	16,4	20,4	+
825	Læsø	*	*	*	*	*
840	Rebild	13	114	11,4	18,4	+
846	Mariagerfjord	20	163	12,3	19,4	+
849	Jammerbugt	28	216	13,0	22,1	+
851	Aalborg	176	1.010	17,4	20,5	+
860	Hjørring	69	381	18,1	19,6	+

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientsregisteret (DRG-grupperet) samt CPR-registeret.

* Tallene for ø-kommunerne Fanø, Læsø, Samsø og Ærø er ikke vist i tabellen pga. for få observationer.

"+" angiver, at kommunen har en lavere genindlæggelsesfrekvens end forventet på baggrund af kommunens patientsammensætning mv.

"-" angiver, at kommunen har en genindlæggelsesfrekvens, som er højere end, hvad der kunne forventes.

"0" angiver, at kommunen har en genindlæggelsesfrekvens, som ligger på niveau med hvad der kunne forventes, dvs. ingen eller en mindre forskel på +/- 0,2 procentpoint.