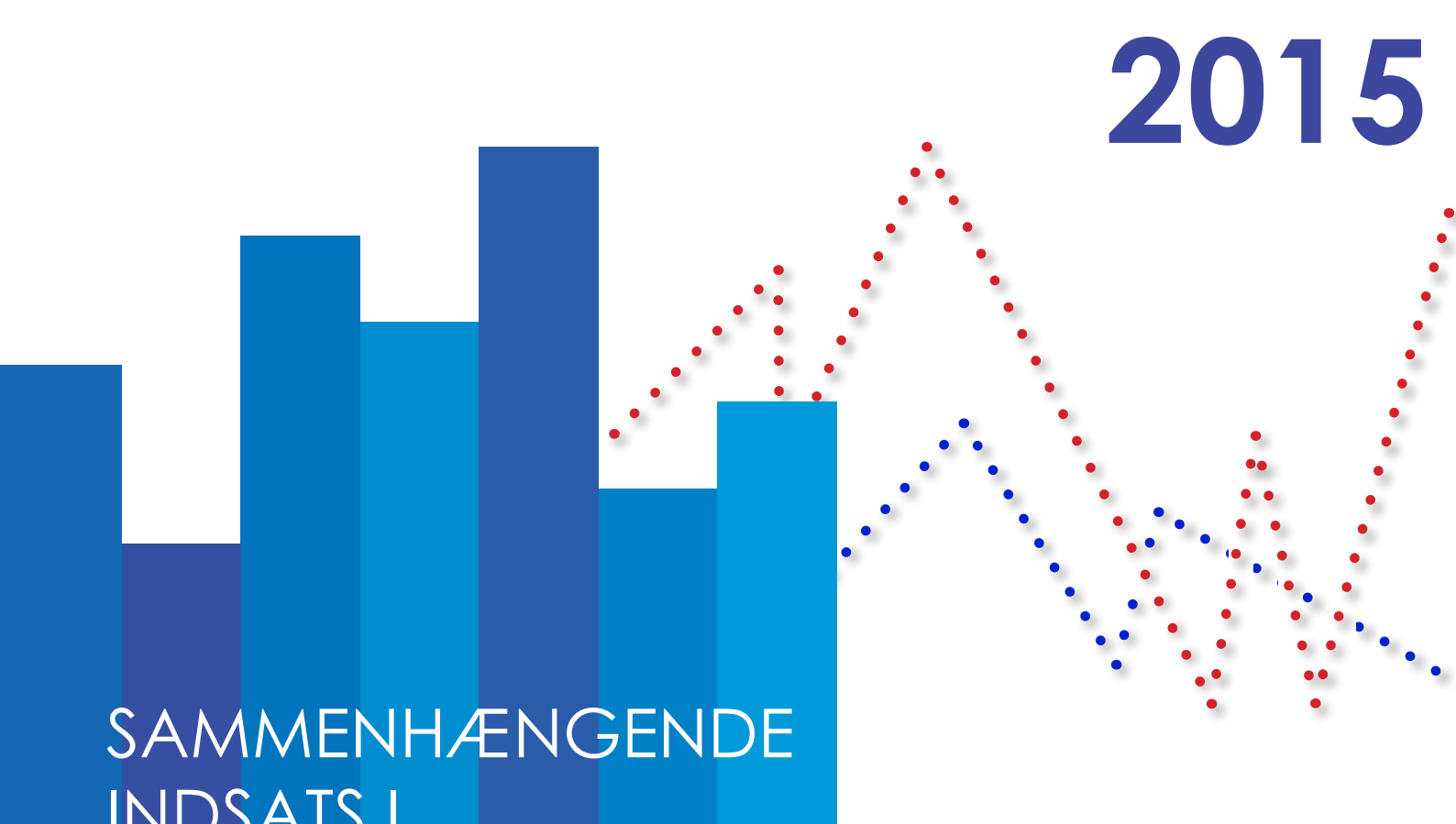


2015



SAMMENHÆNGENDE
INDSATS I
SUNDHEDSVÆSENET
SYNLIGE RESULTATER



SAMMENHÆNGENDE INDSATS I SUNDHEDSVÆSENET – SYNLIGE RESULTATER, 2015

Udarbejdet af: KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Udgave: 1.0

Udgivelsesmåned: Maj 2015

Udgives kun elektronisk - ISBN: 978-87-7601-352-3

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE	3
1 INDLEDNING OG SAMMENFATNING	4
1.1 BAGGRUND OG FORMÅL	4
1.2 RESUMÉ	6
2 UDVIKLINGEN I SUNDHEDSAFТАLE-INDIKATORERNE OG INDIKATORER FOR DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSESDSATS	8
2.1 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT ÆLDRE (65+ ÅRIGE)	8
2.1.1. UDVIKLINGEN I FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 BORGERE (65+ ÅR)	8
2.1.2. DE TI KOMMUNER MED DEN STØRSTE REDUKTION I INDIKATOREN FRA 2013 TIL 2014	11
2.2 AKUTTE MEDICINSKE KORTTIDSINDLÆGGELSER	18
2.2.1. UDVIKLINGEN I AKUTTE MEDICINSKE KORTTIDSINDLÆGGELSER PR. 1.000 BORGERE	18
2.2.2. DE TI KOMMUNER MED DEN STØRSTE REDUKTION I INDIKATOREN FRA 2013 TIL 2014	21
2.3 AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER	27
2.3.1. UDVIKLINGEN I DEN AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSESFREKVENSS	27
2.3.2. DE TI KOMMUNER MED DEN STØRSTE REDUKTION I INDIKATOREN FRA 2013 TIL 2014	30
2.4 SOMATISKE FÆRDIGBEHANDLINGSДAGE	37
2.4.1. UDVIKLINGEN I SOMATISKE FÆRDIGBEHANDLINGSДAGE PR. 1.000 BORGERE	37
2.5 ALMENE GENOPTRÆNINGSPЛANER	39
2.5.1. UDVIKLINGEN I ANDEL GENOPTRÆNINGSPЛANER FOR ALMEN GENOPTRÆNING	39
2.6 VENTETID TIL GENOPTRÆNING	40
2.6.1. UDVIKLINGEN I VENTETID TIL GENOPTRÆNING	40
2.7 PATIENTOPLEVET KOMMUNIKATION	42
2.8 AKUTTE PSYKIATRISKE KORTTIDSINDLÆGGELSER	43
2.8.1. UDVIKLINGEN I AKUTTE PSYKIATRISKE KORTTIDSINDLÆGGELSER PR. 1.000 BORGERE	43
2.9 AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER	46
2.9.1. UDVIKLINGEN I DEN AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSESFREKVENSS	46
2.10 PSYKIATRISKE FÆRDIGBEHANDLINGSДAGE	49
2.10.1. UDVIKLINGEN I PSYKIATRISKE FÆRDIGBEHANDLINGSДAGE PR. 1.000 BORGERE	49
3 INDIKATORER VEDRØRENDE BORGERE MED KOL OG DIABETES TYPE-2	51
3.1 AKUTTE SOMATISKE INDLÆGGELSER FOR VOKSNE BORGERE MED KOL	51
3.2 AKUTTE SOMATISKE INDLÆGGELSER FOR VOKSNE BORGERE MED DIABETES TYPE-2	53
3.3 AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER FOR VOKSNE BORGERE MED KOL	55
3.4 AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER FOR VOKSNE BORGERE MED DIABETES TYPE-2	57
BILAG 1 SUPPLERENDE DATA VEDR. PSYKIATRISKE INDLÆGGELSER	59
BILAG 2 METODE	61
METODE GENERELT	61
METODE INDIKATORSPECIFIKT	64
SUNDHEDSAFТАLE-INDIKATORER	66

1 INDLEDNING OG SAMMENFATNING

1.1 BAGGRUND OG FORMÅL

Det offentlige sundhedsvæsen skal opleves som sammenhængende med gnidningsfrie overgange mellem forskellige myndigheders ansvarsområder. Det forudsætter et tæt og velfungerende samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper.

Et sammenhængende sundhedsvæsen er vigtigt for borgeren og kvaliteten i behandlingen. Sammenhæng og samarbejde på tværs af regioner, praksissektor og kommuner er afgørende for, at sundhedsvæsenet kan tilbyde den rette indsats på det rette sted, og er dermed en forudsætning for en effektiv behandling af høj kvalitet.

Formålet med sundhedsaftalerne er at bidrage til samarbejde og koordination af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af regionernes sygehuse, kommuner og almen praksis. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakteren af den indsats, der er behov for.

I økonomaftalerne for kommuner og regioner i 2014 og 2015 er det aftalt at prioritere 250 mio. kr. i regionerne og 300 mio. kr. i kommunerne i 2014 til at understøtte samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praksissektoren. Midlerne skal understøtte indsatsområderne i de fem nye sundhedsaftaler og anvendes med fokus på den patientrettede forebyggelse. I økonomaftalerne for 2015 blev der fulgt op med yderligere 350 mio. kr. i kommunerne, mens de 250 mio. kr. i regionerne blev videreført i 2015.

Der opstilles som led i den målrettede prioritering fire konkrete mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene

I regeringens sundhedsstrategi '*Jo før, jo bedre*', (2014) er det tværgående samarbejde ligeså et fokus. Et element i strategien er bl.a., at borgere med en kronisk sygdom skal have en plan for deres forløb. Regeringen har fastsat to mål for indsatsen overfor patienter med kronisk sygdom, som skal nås frem mod år 2025:

- Antallet af akutte indlæggelser pr. KOL- og diabetes patient reduceres med 20 pct.
- Andelen af genindlæggelser blandt KOL- og diabetes patienter reduceres med 20 pct.

Formålet med denne publikation er at følge op på den sammenhængende sundhedsindsats i forhold til sundhedsaftalerne, de fire mål for den patientrettede forebyggelsesindsats og regeringens mål vedrørende en reduktion af uhensigtsmæssige indlæggelser ift. KOL- og diabetespatienter.

I boks 1.1. ses indikatorer vedrørende sundhedsaftaler, mål for patientrettet forebyggelsesindsats og indlæggelser vedrørende voksne KOL og diabetes type 2-patienter.

Boks 1.1. Oversigt over indikatorer

SUNDHEDSAFTALER OG PATIENTRETTET FOREBYGGELSESSINDSATS	VOKSNE BORGERE MED KOL OG DIABETES
<p><i>Forebyggelse, behandling og pleje</i></p> <p>Forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige</p> <p>Akutte medicinske korttidsindlæggelser</p> <p>Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage</p> <p>Somatiske færdigbehandlingsdage</p> <p>Patientoplevet samarbejde mellem sygehusafdeling og kommune ved udskrivelse</p> <p>Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser</p> <p>Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage</p> <p>Psykiatriske færdigbehandlingsdage</p> <p><i>Genoptræning og rehabilitering</i></p> <p>Ventetid til almen genoptræning i kommuner</p> <p>Andel genoptræningsplaner for almen genoptræning</p> <p><i>Sundheds-it og digitale arbejdsgange</i></p> <p>Rettidigt fremsendte udskrivningsrapporter*</p> <p>Rettidigt fremsendte genoptræningsplaner*</p> <p>Afstemninger af medicinkort i FMK*</p>	<p><i>KOL</i></p> <p>Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage blandt voksne borgere med KOL</p> <p>Akutte somatiske indlæggelser blandt voksne borgere med KOL</p> <p><i>Diabetes</i></p> <p>Akutte somatiske genindlæggelser inden for 30 dage blandt voksne borgere med diabetes type-2</p> <p>Akutte somatiske indlæggelser blandt voksne borgere med diabetes type-2</p>

* Indikator er under udvikling.

1.2 RESUMÉ

Forebyggelse, behandling og pleje – sammenhængende sundhedsindsats og patientrettet forebyggelse

Uhensigtsmæssige somatiske indlæggelser

- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ årige) har været faldende de seneste år, og er senest faldet med 5 pct. fra 65 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) i 2013 til 62 forebyggelige indlæggelser i 2014. Niveauet for akutte medicinske korttidsindlæggelser har ligget stabilt på 30 korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere på landsplan de seneste fire år.
- Den somatiske genindlæggelsesfrekvens er faldet på landsplan fra 6,9 pct. i 2013 til 6,8 pct. i 2014 efter at have været forholdsvis uændret hen over de seneste fem år. Samtidig er antallet af somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere steget en smule fra 2013 til 2014 til ca. 7 dage, efter at have været stort set uændret siden 2011.
- Forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser er som andel af det totale antal indlæggelser stigende med borgerens alder. Modsat er andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser af totale antal indlæggelser uafhængig af alder, idet andelen af korttidsindlæggelser for de forskellige aldersgrupper ligger på nogenlunde samme niveau inden for de enkelte regioner.
- Der sker relativt flest forebyggelige indlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser blandt borgere over 85 år, hhv. 146 forebyggelige indlæggelser og 113 akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 85+ årige mod hhv. 35 forebyggelige indlæggelser og 60 akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borger i aldersgruppen 65-74 år. De fleste forebyggelige indlæggelser skyldes brud, nedre luftvejssygdomme eller dehydrering, mens akutte medicinske korttidsindlæggelser ikke kan henføres til i særlig grad at ske som følge af udvalgte diagnosegrupper.
- Kendetegnende for de kommuner, der har oplevet det største fald i forebyggelige indlæggelser, akutte medicinske korttidsindlæggelser og i genindlæggelsesfrekvensen, er, at de alle har oplevet betydeligt større fald for aldersgrupperne 75-84 årige og 85+ årige end på landsplan. Det er også inden for disse aldersgrupper, at der er flest uhensigtsmæssige indlæggelser pr. 1.000 borgere. En forebyggelsesindsats rettet imod de ældste borgere vil således alt andet lige potentielt kunne forebygge relativt flere uhensigtsmæssige indlæggelser. Dertil kommer, at en relativt større del af befolkningen i disse aldersgrupper er i kontakt med kommunen via forskellige plejetilbud eller praktisk bistand.
- For så vidt angår kommunernes kontaktmønster med borgerne og/eller patienterne umiddelbart før og/eller efter indlæggelser kan der ikke på baggrund af registreringerne konstateres et særligt mønster for disse kommuner, der skulle kunne forklare faldet i indikatoren for disse indlæggelsestyper.

Psykiatriske indlæggelser

- Antallet af akutte psykiatriske korttidsindlæggelser og den psykiatriske genindlæggelsesfrekvens er steget svagt siden 2010 til hhv. godt 2 akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i 2014 og til en genindlæggelsesfrekvens på 22 pct. Antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage er derimod faldet på landsplan til ca. 5 dage pr. 1.000 borgere.
- Der er en synlig variation i andelen af akutte psykiatriske korttidsindlæggelser i forhold til det samlede antal psykiatriske indlæggelser på tværs af regionerne, hvor akutte psykiatriske korttidsindlæggelser udgør en mindre andel i Region Nordjylland og Region Syddanmark end i de øvrige regioner. Ligeledes varierer den psykiatriske genindlæggelsesfrekvens på tværs af regioner, dog i mindre omfang.
- Opgjort for den enkelte kommune varierer antallet af akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere inden for hver region, hvor der ses størst spredning i Region Hovedstaden. Det samme gælder den psykiatriske genindlæggelsesfrekvens.

- Antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere er faldet fra 2013 til 2014 i alle regioner undtagen Region Syddanmark, som dog fortsat er den region med det laveste antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere.

Øvrige sundhedsaftaleindikatorer

- Almene genoptræningsplaner har udgjort en svagt stigende andel af alle genoptræningsplaner de sidste fem år, hvor det samlede antal genoptræningsplaner har været stigende. I samme periode er median-ventetiden til genoptræning i kommunerne faldet fra 16 dage i 2010 til 14 dage i 2014.
- I 2013 var andelen af patienter, der vurderede samarbejdet mellem sygehus og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje positivt, 87 pct. for indlagte patienter og 91 pct. for ambulante patienter, hvilket er på niveau med de to foregående år.

Voksne borgere med KOL og diabetes type-2

Regeringen har fastsat et mål i 'Jo før, jo bedre' om, at antallet af akutte indlæggelser af borgere med KOL og diabetes samt andelen af genindlæggelser (genindlæggelsesfrekvensen) for borgere med KOL og diabetes skal reduceres med 20 pct. frem mod år 2025.

- Genindlæggelsesfrekvensen for voksne borgere¹ med KOL og diabetes type-2 er hhv. 13 pct. og 10 pct. i 2014, hvor der er sket en mindre stigning i genindlæggelsesfrekvensen for borgere med KOL i forhold til 2010, mens genindlæggelsesfrekvensen for borgere med diabetes type-2 har ligget forholdsvist jævnt de seneste fem år.
- Antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL og diabetes type-2 i 2014 er hhv. 634 og 407 indlæggelser.

¹ Borgere på 18+ år.

2 UDVIKLINGEN I SUNDHEDSAFТАLE-INDIKATORERNE OG INDIKATORER FOR DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSESINDSATS

2.1 FOREBYGGELIGE INDLÆGSELER BLANDT ÆLDRE (65+ ÅRIGE)

Indikatoren for forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser for visse sygdomme og tilstande blandt ældre, som kommunerne – sammen med regionerne – ofte har gode muligheder for at forebygge. Det drejer sig bl.a. om indlæggelser som følge af dehydrering, blærebetændelse, brud, ernæringsbetinget blodmangel og tryksår.

I 2014 var antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere (65+ år) godt 62.500, hvilket er lidt mindre end 2013.

2.1.1. UDVIKLINGEN I FOREBYGGELIGE INDLÆGSELER PR. 1.000 BORGERE (65+ ÅR)

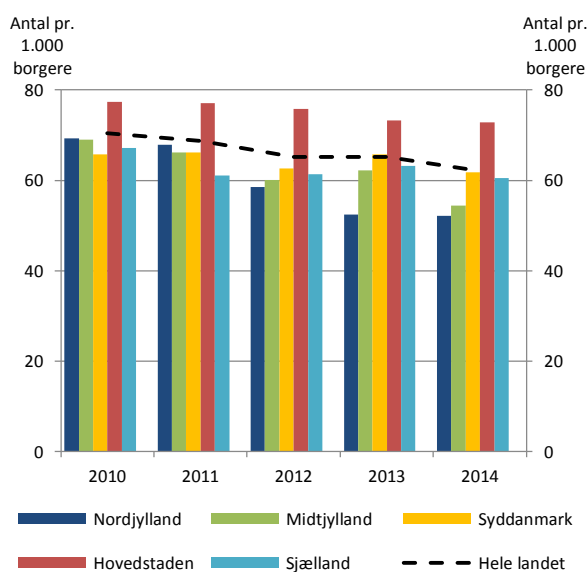
Siden 2010 er antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) faldet fra 70 til 62 indlæggelser på landsplan, svarende til et fald på 11 pct. Fra 2013 til 2014 er antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) faldet fra 65 til 62 indlæggelser, svarende til et fald på 5 pct., *jf. figur 2.1.1.*

Region Nordjylland og Region Midtjylland har oplevet det største fald i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) på hhv. ca. 25 pct. og 21 pct. fra 2010 til 2014.

Region Hovedstaden har haft det højeste antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) i hele perioden 2010-2014, hvor Region Nordjylland har haft det laveste antal siden 2012.

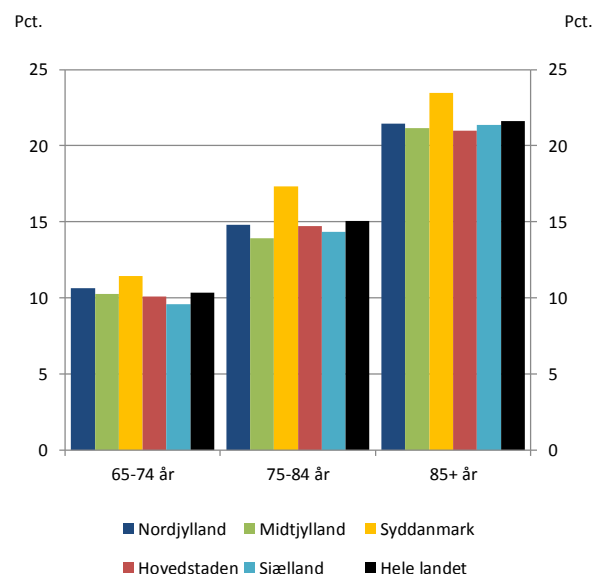
Opgøres andelen af forebyggelige indlæggelser i forhold til det totale antal indlæggelser fordelt på aldersgrupper ses samme mønster på tværs af regionerne, idet der er en positiv sammenhæng mellem indlæggelser og alder, *jf. figur 2.1.2.* Inden for hver aldersgruppe er der ikke stor forskel på tværs af regionerne ift. andelen af forebyggelige indlæggelser. Dog ligger andelen af forebyggelige indlæggelser i Region Syddanmark over de øvrige regioner for alle aldersgrupper.

Figur 2.1.1. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR. Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.1.2. Andel af forebyggelige indlæggelser i forhold til total antal indlæggelser, fordelt på aldersgrupper (65+ år) og regioner samt landsplan, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut. Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

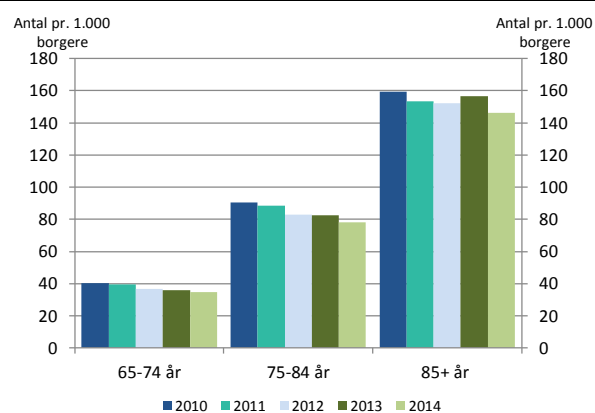
Boks 2.1.1. Udviklingen i forebyggelige indlæggelser (65+ år) fordelt på aldersgrupper

Antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere stiger betydeligt med alderen. I forhold til borgere i alderen 65-74 år er der ca. fire gange så mange forebyggelige indlæggelser for borgere over 85 år og dobbelt så mange forebyggelige indlæggelser for borgere i alderen 75-84 år, *jf. figur 2.1.3.*

En forebyggelsesindsats rettet imod de ældste borgere vil således alt andet lige potentielt kunne forebygge relativt flere forebyggelige indlæggelser. Dertil kommer, at 21 pct. af borgerne (65+ år) var i kontakt med kommunen i 2014, *jf. boks 2.1.4.*

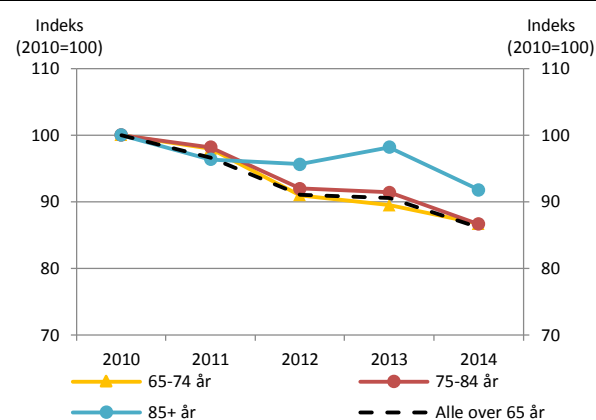
Sammenholdt med 2010 er indikatoren faldet i alle aldersgrupper i 2014, hvor størrelsen af faldet dog varierer. Det største fald ses i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år, hvor antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere er faldet med hhv. 13 og 14 pct., mens faldet udgør 8 pct. i aldersgruppen 85+ år, *jf. figur 2.1.4.*

Figur 2.1.3. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), fordelt på aldersgrupper, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.1.4. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (indeks=2010)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.
Antallet af borgere i aldersgruppen 85+ år er begrænset, hvorfor udviklingen i aldersgruppen ikke slår synligt igennem i indikatoren.

Boks 2.1.2. Fordelingen af forebyggelige indlæggelser på de ti diagnosegrupper og aldersgrupper

Størstedelen af forebyggelige indlæggelser skyldes brud og nedre luftvejssygdom. Sammen med dehydrering udgør de over fire femtedele af de forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere (65+ år).

Der ses ikke stor variation mellem aldersgrupperne i forhold til diagnosefordelingen af de forebyggelige indlæggelser. Dog er der en forholdsmæssigt større andel af de forebyggelige indlæggelser blandt borgere over 85+ år, som skyldes brud og dehydrering og færre som skyldes nedre luftvejssygdomme.

Tabel 2.1.1. Andel af alle forebyggelige indlæggelser fordelt på diagnosegrupper og aldersgrupper, 2014, pct.

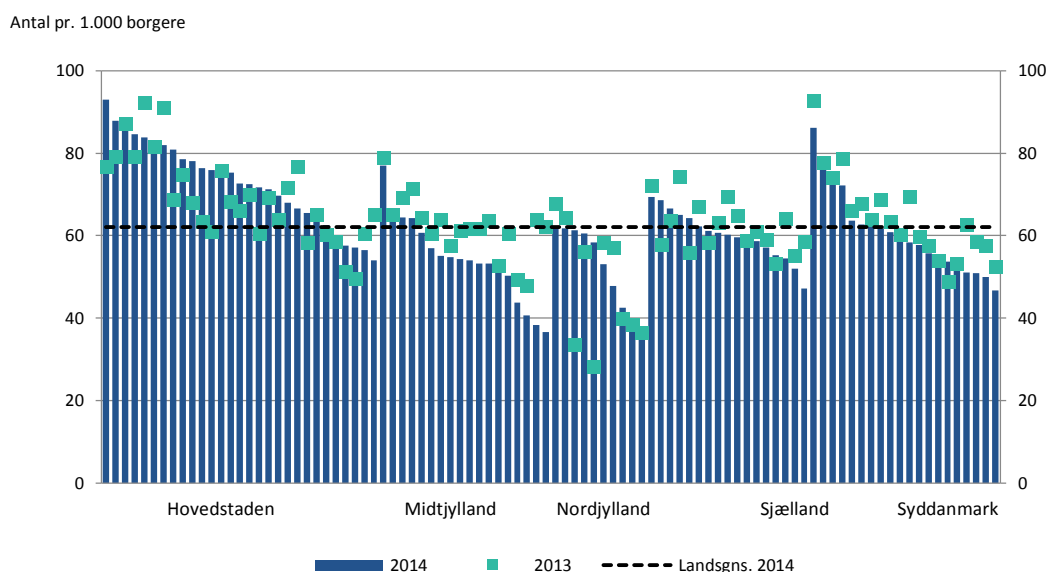
Diagnosegruppe	I alt (65+ år)	65-74 år	75-84 år	85+ år
Ernæringsmæssig anæmi (blodmangel)	2,1	2,0	2,3	2,1
Brud	26,4	26,4	23,4	30,6
Gastroenteritis	2,1	2,6	2,1	1,7
Blærebetændelse	7,2	5,9	7,3	8,8
Nedre luftvejssygdom	46,1	50,0	49,1	36,8
Forstoppelse	4,3	4,7	4,4	3,7
Dehydrering	10,8	7,5	10,6	15,3
Tryksår	0,5	0,5	0,5	0,4
Sociale og plejemæssige forhold	0,5	0,4	0,5	0,5
I alt de ti diagnosegrupper	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Det relativt lave antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) i Region Nordjylland og Region Midtjylland ses på kommuneniveau ved, at alle kommunerne i Region Nordjylland og hovedparten af kommunerne i Region Midtjylland ligger under eller på niveau med landsgennemsnittet, *jf. figur 2.1.5*. I Region Hovedstaden ligger størstedelen af kommunerne over landsgennemsnittet.

Ses på udviklingen fra 2013 til 2014 er der sket et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) i alle kommuner i Region Midtjylland og i flertallet af kommunerne i Region Syddanmark, mens der er sket stigninger i størstedelen af kommunerne i Region Hovedstaden.

Figur 2.1.5. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), fordelt på kommuner opdelt efter regioner, 2013 og 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

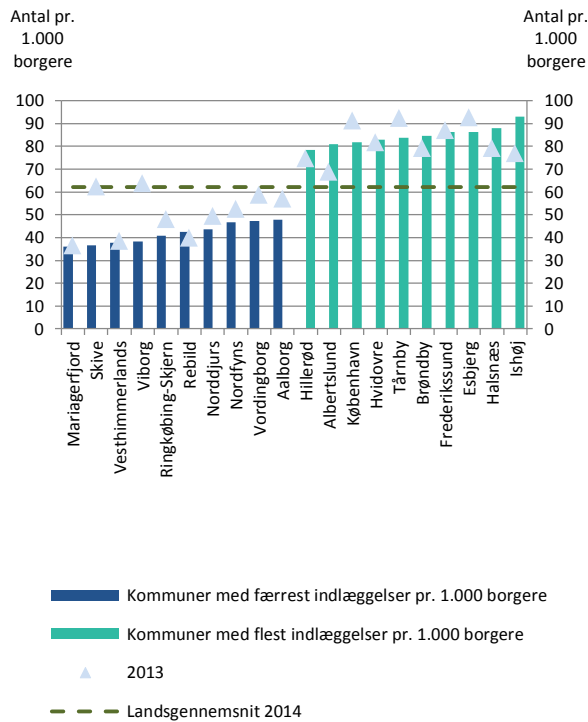
De ti kommuner med hhv. færrest og flest forebyggelige indlæggelser

De ti kommuner med det laveste antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) har mellem ca. 36 og 48 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere. De ti kommuner med det højeste antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere har mellem ca. 78 og 93 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), *jf. figur 2.1.6*.

Blandt kommunerne med det laveste antal forebyggelige indlæggelser skiller Skive og Viborg Kommune sig ud ved at have oplevet en betydelig reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser fra 2013 til 2014.

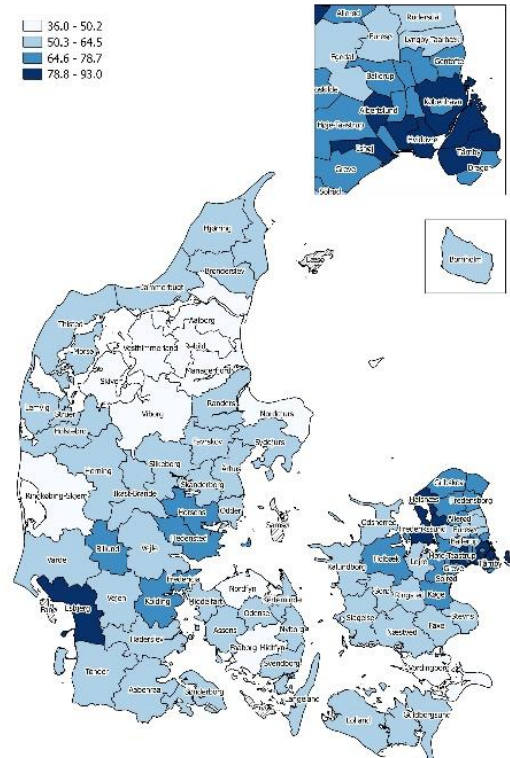
De ti kommuner med det laveste antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) er fortrinvis placeret i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Generelt er der flere kommuner i Region Nordjylland med relativt få forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), *jf. figur 2.1.7*.

Figur 2.1.6. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fordelt på kommuner med færrest og flest forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), 2013 og 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 2.1.7. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fordelt på kommuner, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

2.1.2. DE TI KOMMUNER MED DEN STØRSTE REDUKTION I INDIKATOREN FRA 2013 TIL 2014

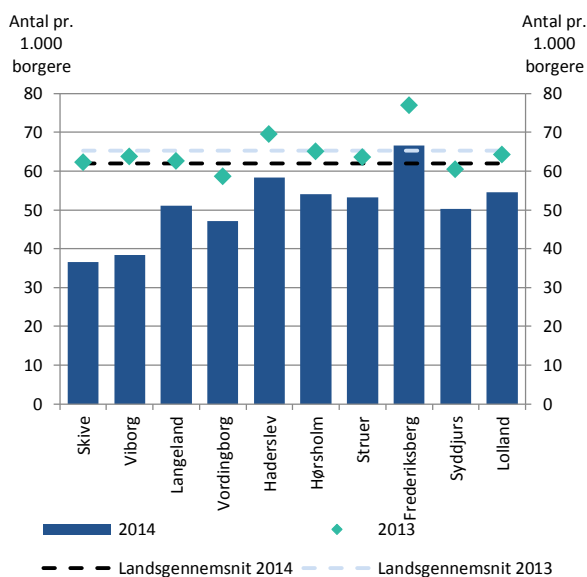
Nedenfor belyses udviklingen i indikatoren for de ti kommuner, hvor der er sket det største fald i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fra 2013 til 2014. Udviklingen belyses i forhold til aldersgrupper og diagnosegrupper samt kommunernes kontaktmønster i forhold til borgeren og patienten, herunder om udviklingen afviger fra tendensen på landsplan.

De ti kommuner, der har oplevet det største fald i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fra 2013 til 2014 er Skive, Viborg, Langeland, Vordingborg, Haderslev, Hørsholm, Struer, Frederiksberg, Syddjurs og Lolland.

Disse ti kommuner har alle oplevet en betydelig reduktion i indikatoren. Fra at have ligget omkring eller over landsgennemsnittet for indikatoren i 2013, ligger alle kommunerne på nær én betydeligt under landsgennemsnittet i 2014, jf. figur 2.1.8.

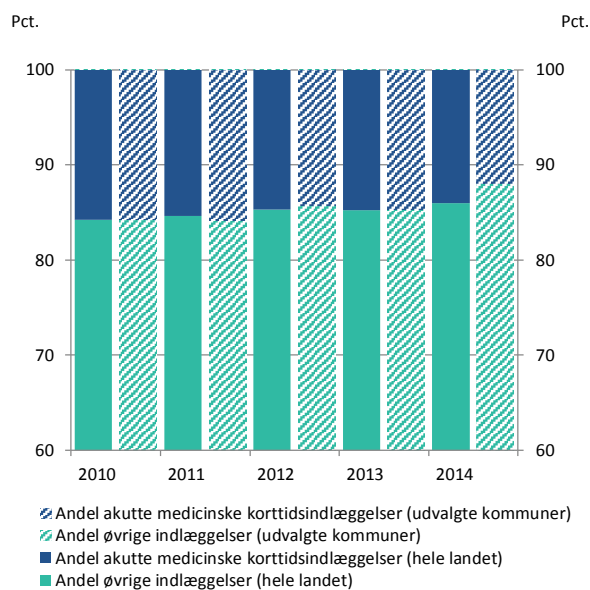
Ses på andelen af forebyggelige indlæggelser i forhold til det totale antal indlæggelser hos ældre borgere (65+ år) har de ti kommuner ligget på niveau med landsgennemsnittet i perioden 2010 til 2013, jf. figur 2.1.9. Fra 2013 til 2014 er andelen af forebyggelige indlæggelser faldet med 3 pct.point for de ti kommuner, mens andelen af forebyggelige indlæggelser stort set er uændret på landsplan.

Figur 2.1.8. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), de ti kommuner med størst reduktion i indikatoren, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 2.1.9. Andel af forebyggelige indlæggelser i forhold til samlet antal indlæggelser, de ti kommuner samt hele landet, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Fra 2010 til 2014 er antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) på landsplan reduceret med 11 pct. (jf. også figur 2.1.1.), mens de ti kommuner i samme periode har reduceret antallet med 27 pct. med den største reduktion fra 2013 til 2014, jf. tabel 2.1.2.

Tabel 2.1.2. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), de ti kommuner med største reduktion i indikatoren samt landsgennemsnit, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Ændring 2013-2014, pct.	Ændring 2010-2014, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Hele landet	70	69	65	65	62	-5	-11	-3
De ti kommuner	69	70	63	65	50	-23	-27	-8

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret på landsplan. Den pct.-vise ændring er beregnet på de præcise tal (inklusive decimaler), og kan derfor ikke genskabes præcist ud fra tabellen.

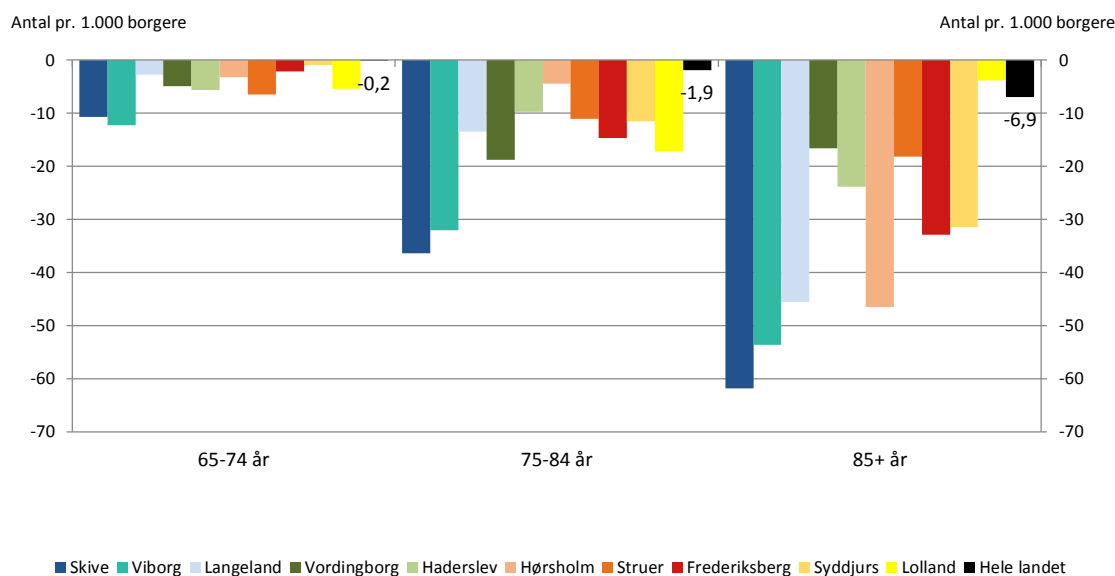
Reduktion fordelt på aldersgrupper

De ti kommuner har oplevet fald i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) inden for alle de betragtede aldersgrupper, og har generelt oplevet større fald i alle aldersgrupper end oplevet på landsplan, jf. figur 2.1.10.

Kommunerne Skive, Viborg og Langeland, hvor der er sket de største reduktioner i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fra 2013 til 2014, har alle særligt oplevet reduktioner i aldersgruppen 85+ årige, som også er den aldersgruppe med flest forebyggelige indlæggelser pr. borger på landsplan (jf. figur 2.1.3). På landsplan er det også blandt de 85+ årige, at den største reduktion fra 2013 til 2014 er sket, om end den landsgennemsnitlige reduktion er betydeligt mindre end for de ti kommuner.

Blandt de øvrige kommuner har Hørsholm ligeledes oplevet en betydelig reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser hos de 85+ årige.

Figur 2.1.10. Ændring i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) 2013-2014, fordelt på aldersgrupper og kommuner



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Antallet af borgere i aldersgruppen 85+ år er begrænset, hvorfor udviklingen i aldersgruppen ikke slår synligt igennem i indikatoren. Værdier indsat for 'Hele landet'.

Reduktion fordelt på diagnosegrupper

Ændringen i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) i de ti kommuner med størst reduktion fordelt på diagnosegrupper afviger ikke betydeligt fra den samlede fordeling af forebyggelige indlæggelser på diagnosegrupper, jf. tabel 2.1.3 (og tabel 2.1.1). De største fald vedrører indlæggelser som følge af nedre luftvejssygdom, dehydrering og brud, som også udgør størstedelen af de forebyggelige indlæggelser. Det samme mønster ses for hele landet, hvor faldet i indikatoren dog er forholdsmæssigt mindre.

Tabel 2.1.3. Ændring i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fra 2013 til 2014, fordelt på diagnosegrupper (antal) og andel af ændringen, fordelt på diagnosegrupper (pct.)

Diagnosegruppe	Ændring i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), de ti kommuner (antal)	Ændring i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), hele landet (antal)	Andel af ændring pr. 1.000 borgere (65+ år), de ti kommuner (pct.)	Andel af ændring pr. 1.000 borgere (65+ år), hele landet (pct.)
Ernæringsmæssig anæmi (blodmangel)	-0,8	-0,2	5,7	7,8
Brud	-1,1	-0,3	7,6	10,8
Gastroenteritis	-0,4	-0,3	2,4	8,6
Blærebetændelse	-0,8	-0,1	5,8	3,5
Nedre luftvejssygdom	-9,5	-2,2	65,1	71,2
Forstoppelse	-0,5	0,1	3,6	-4,8
Dehydrering	-1,3	-0,1	8,9	2,2
Tryksår	-0,1	0,0	0,9	0,1
Sociale og plejemæssige forhold	0,0	0,0	-0,2	0,5
I alt, de ni diagnoser	-14,6	-3,1	100,0	100,0

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Mulighed for forebyggelse via kommunal kontakt med borgeren

Nedenfor belyses de ti kommuners kontaktmønster med ældre borgere og patienter (65+ år), da kommuner i samspil med regionerne vil have gode muligheder for at hindre forebyggelige indlæggelser, herunder i kontakten med borgeren, jf. boks 2.1.3.

Kontaktmønsteret belyses med henblik på at identificere, om det kan bidrage til at forklare faldet i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) i disse kommuner, herunder afvigelser fra tendenser på landsplan.

Boks 2.1.3. Beskrivelse af kommunens kontakt med borgeren og patienterne

Kontakt med kommunen defineres som:

- Plejebolig
- Hjemmesygepleje (evt. personlig pleje og praktisk bistand)
- Personlig pleje (evt. praktisk bistand)
- Praktisk bistand* (ingen personlig pleje),

og er ikke fyldestgørende i forhold til den samlede kontakt borgeren kan have med kommunen.

Forebyggelsespotentialer er varierende og afhænger blandt andet af indsattypen og intensiteten af den kommunale indsats. I hjemmesygeplejen vil der sammenholdt med personlig pleje og praktisk bistand ofte være et mere sundhedsfagligt fokus på borgeren. Ligeledes vil borgere med ophold på plejehjem være i daglig kontakt med plejefagligt personale, hvor borgernes helbred løbende kan følges, og helbredsforværringer behandles.

Kommunernes kontakt med ældre borgere (65+ år) opgøres som andelen af borgere med de nævnte kontakttyper. Borgere med flere kontakttyper henføres først til plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. Hver borger indgår således alene i én af kategorierne. For den enkelte kontaktttype opgøres således ikke, hvor mange (hvor stor en andel), der modtager den konkrete type, men derimod hvor mange (hvor stor en andel), der modtager den konkrete kontaktttype som den mest intensive kontaktttype. Modtager en borger eksempelvis både hjemmesygepleje og hjemmepleje, vil borgeren alene indgå som modtager af hjemmesygepleje, da denne anses for den mest intensive kontaktttype af de to.

I relation til indlæggelser defineres borgeren som i kontakt med kommunen forud for indlæggelse, hvis:

- borgeren inden for 10 dage forud for den relevante indlæggelse har modtaget én eller flere af følgende pleje- og omsorgsydelser: hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand, eller
- borgeren på indlæggelsestidspunktet eller på udskrivningstidspunktet bor i en kommunal plejebolig.

Som kilde anvendes kommunernes EOJ-data.

For flere kommuner må data betragtes som mangelfulde. Det gælder fx ved urealistisk lave indberetninger eller indberetninger, hvor der er sket over en halvering af antallet af kontakter i forhold til det forudgående år. Derudover er indberetningerne af personlig pleje og praktisk bistand i en vis udstrækning mangelfulde som følge af bl.a. manglende indberetning fra særligt de private leverandører. Ca. 50 pct. af borgerne, som udelukkende har modtaget praktisk hjælp, har valgt private leverandører. Det indebærer en vis usikkerhed i omfanget af praktisk hjælp, særligt for de kommuner, hvor borgerne i højere grad benytter sig af private leverandører.

Desuden er oplysninger om plejeboligadresser indberettet af kommunerne i 2011. Det betyder, at ændrede adresseoplysninger for nyoprettede eller lukkede plejehjem efter dette tidspunkt ikke implementeres i opgørelsen. Derudover kan der være fejl behæftet til plejeboligadresserne fra 2011, således at adressen i 2011 reelt set aldrig har været en plejebolig. Antallet af kontakter for borgere med bopæl i en plejebolig kan således være unøjagtige.

For yderligere metode og forbehold på EOJ-data, se bilag 2.

*Praktisk bistand inkluderer madservice. Det er ikke muligt at adskille madservice fra den øvrige praktiske bistand, da praktisk bistand alene er opgjort i tid. Ved at definere madservice som praktisk bistand på 2 minutter eller derunder, skønnes madservice at udgøre ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren alene modtager praktisk bistand, jf. "Forebyggelse af indlæggelser – Synlige resultater" (2014).

Set i lyset af variationen i omfanget og typen af kontakt med borgerne (65+ år) mellem de fem kommuner med dækkende registreringer, ses kontaktmønsteret med ældre borgere generelt ikke umiddelbart at kunne forklare faldet i indikatoren i disse kommuner, idet analysen skal tolkes med et vist forbehold, jf. boks 2.1.4.

Boks 2.1.4. Kommunernes kontakt med borgere (65+ år)

Nedenfor ses på kommunernes kontakt med ældre borgere (65+ år) både generelt og fordelt på den enkelte kontaktype i 2014, jf. boks 2.1.3. Opgørelsen viser hvor stor en andel af borgerne, kommunen er i kontakt med i form af en eller flere af de angivne kontaktyper. En borger indgår alene i én af kontaktkategorierne.

Det bemærkes, at det alene er fem ud af ti kommuner, der havde dækkende registreringer ift. de fire kontaktyper, hvorfor fokus kun vil være på disse kommuner.

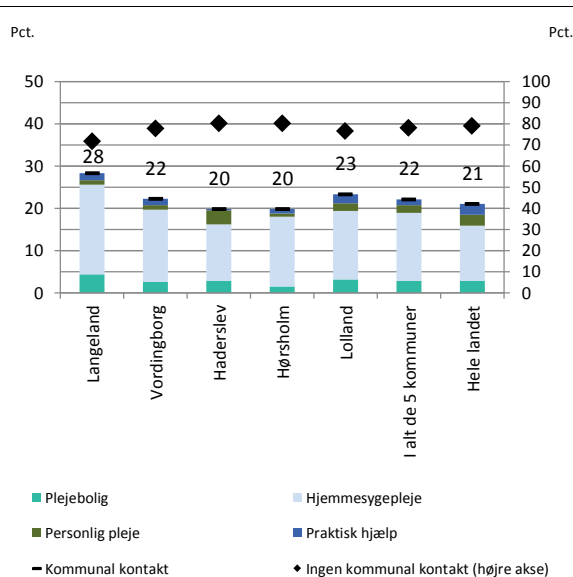
I gennemsnit havde de fem kommuner kontakt med 22 pct. af borgerne (65+ år) via mindst en af de fire kontaktyper, hvilket er på niveau med landsplan, jf. figur 2.1.11.

Omfanget af kontakt varierer på tværs af kommunerne. Haderslev Kommune og Hørsholm Kommune var i kontakt med 20 pct. af borgerne (65+ år), mens Langeland Kommune var i kontakt med 28 pct. af borgerne.

Opgjort for den enkelte kontaktype ses ligeledes variationer i kommunernes kontaktmønster. 4 pct. af Langeland Kommunes borgere (65+ år) var indskrevet på plejebolig, mens det gælder ca. 1,5 pct. af borgerne i Hørsholm Kommune. På hjemmesygepleje varierer andelen af borgere, der modtog denne ydelse som den mest intensive kontaktype, fra 13 pct. i Haderslev Kommune til 22 pct. af borgerne i Langeland Kommune.

Mellem 1 pct. og 3 pct. af borgerne (65+ år) havde personlig pleje som den mest intensive kontaktype, mens mellem 0,5 pct. og 2,5 pct. af borgerne havde praktisk hjælp som den mest intensive kontaktype. Dette kan hænge sammen med henføringen, jf. boks 2.1.3, hvor borgere, der modtager hjemmesygepleje, desuden kan modtage personlig pleje og/eller praktisk hjælp, men alene indgår i opgørelsen af hjemmesygepleje. Den viste andel af borgere, der modtager disse ydelser, kan derfor fremstå mindre end det reelle niveau.

Figur 2.1.11. Andel af borgere (65+ år) med kommunal kontakt fordelt på mest kontaktintensive type og ingen kommunal kontakt, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014) og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

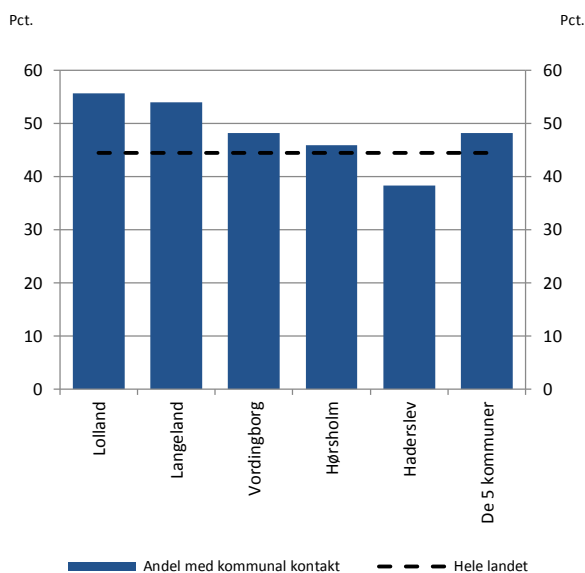
Variationen kan hænge sammen med kommunernes kontakt til borgere (65+ år) generelt (jf. figur 2.1.11.), idet kontakt til en større andel af borgere generelt alt andet lige øger sandsynligheden for, at kommunen har kontakt til borgere med forebyggelige indlæggelser. Langeland, Lolland og Vordingborg Kommune har alle kontakt til en større andel af borgere (65+ år) end landsgennemsnittet, hvilket kan medvirke til at forklare den høje andel af forebyggelige indlæggelser med kommunal kontakt forud for indlæggelsen i disse tre kommuner. Ligeledes kan den relativt lave andel af borgere (65+ år) med kommunal kontakt i Haderslev Kommune have betydning for den lave andel af forebyggelige indlæggelser med kommunal kontakt i kommunen.

Blandt de ti kommuner ses der ikke umiddelbart en sammenhæng mellem faldet i indikatoren og omfanget af kommunernes kontakt med borgere, som bliver forebyggeligt indlagt (jf. figur 2.1.8. og figur 2.1.12.). Således har Haderslev Kommune og Langeland Kommune, der har oplevet det samme fald i indikatoren, hhv. et relativt lavt kontaktniveau og et relativt højt kontaktniveau til borgere, som bliver forebyggeligt indlagt, jf. figur 2.1.12.

Sammenholdes antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) og omfanget af kontakt for de fem kommuner med landsgennemsnittet, er indikatorniveauet lavere for de fem kommuner, jf. figur 2.1.13., mens andelen af borgere med forebyggelige indlæggelser, hvor der forud har været kontakt med kommunen, omvendt er noget højere end andelen på landsplan, jf. figur 2.1.12.

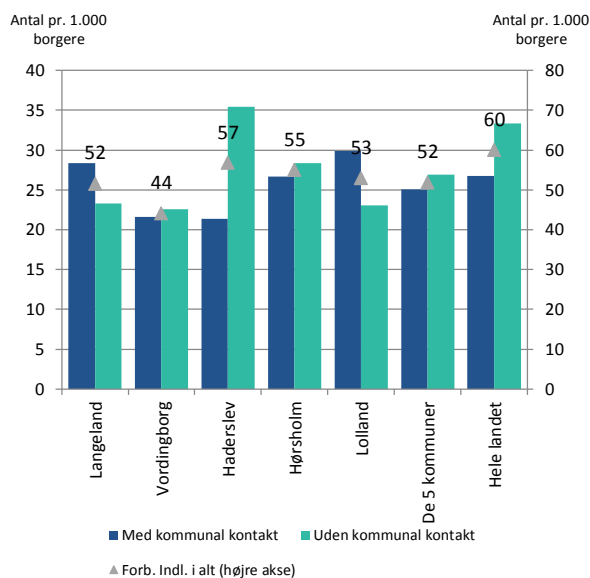
Der ses således ikke umiddelbart nogen entydig sammenhæng mellem kommunernes indikatorniveau og kommunernes kontaktniveau.

Figur 2.1.12. Andel af forebyggelige indlæggelser, hvor borgere (65+ år) havde kommunal kontakt 10 dage forud for indlæggelsen, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014).
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

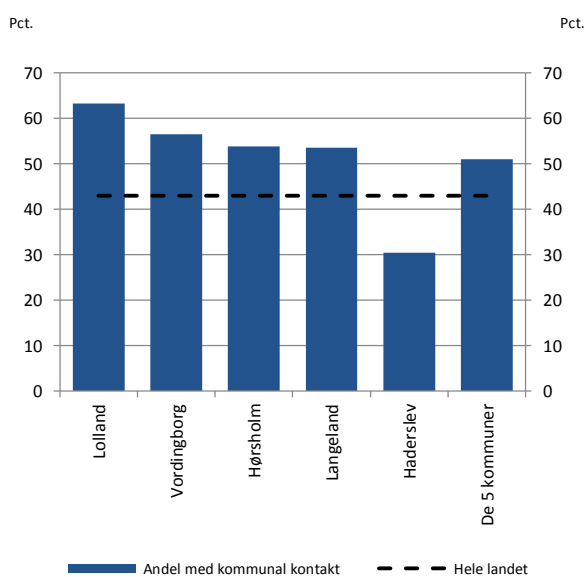
Figur 2.1.13 Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) af borgere hhv. med og uden kommunal kontakt 10 dage forud for indlæggelse samt indikatoren, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014) og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

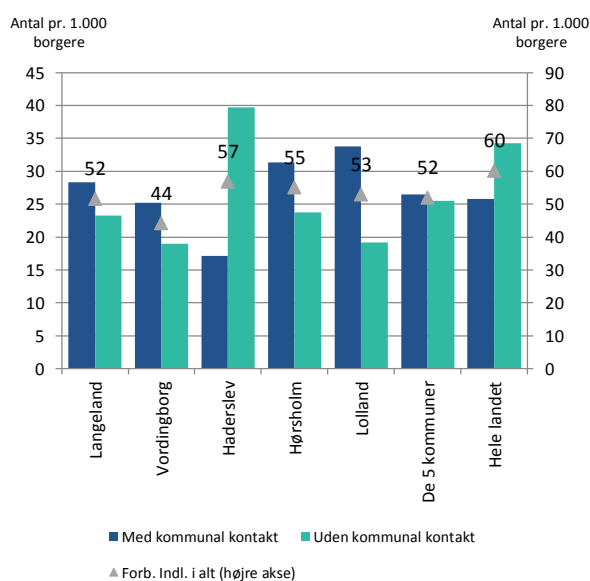
Med henblik på at belyse omfanget af kommunernes opfølgende indsats ses på, i hvor høj grad kommunerne har været i kontakt med borgerne efter forebyggelige indlæggelser. Vordingborg Kommune og Haderslev Kommune, som har oplevet det samme fald i indikatoren, har hhv. et lavt og et højt kontaktomfang til borgere efter en forebyggelig indlæggelse, jf. figur 2.1.14 og figur 2.1.15. På den baggrund ses der ikke nogen entydig sammenhæng mellem de fem kommuners kontaktomfang og reduktionen i indikatoren.

Figur 2.1.14. Andel af forebyggelige indlæggelser, hvor borgere (65+ år) havde kommunal kontakt 10 dage efter indlæggelsen, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014).
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.1.15. Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) af borgere hhv. med og uden kommunal kontakt 10 dage efter indlæggelse samt indikatoren, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014) og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Umiddelbart ses ikke en tydelig sammenhæng imellem niveauet af kontakter til borgere, herunder i forbindelse med en forebyggelig indlæggelse, eller kontaktmønsteret for den mest intensive kontaktttype i forhold til faldet i indikatoren i de fem kommuner. Det bemærkes, at der belyses en forholdsvis lille gruppe kommuner.

2.2 AKUTTE MEDICINSKE KORTTIDSINDLÆGGELSER

Akutte medicinske korttidsindlæggelser defineres som en akut indlæggelse på en afdeling inden for de medicinske specialer, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

I 2014 var antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser godt 175.000, hvilket er stort set uændret i forhold til 2013.

2.2.1. UDVIKLINGEN I AKUTTE MEDICINSKE KORTTIDSINDLÆGGELSER PR. 1.000 BORGERE

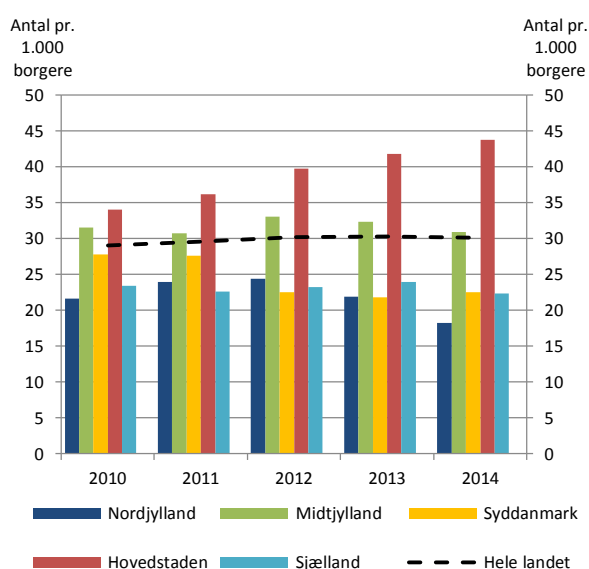
Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere har på landsplan ligget stabilt på ca. 30 indlæggelser siden 2011, hvilket dækker over en forskellig udvikling i de enkelte regioner, jf. figur 2.2.1. Fra 2013 til 2014 er der på landsplan sket et fald på godt 0,5 pct.

Fordelt på regioner har antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i Region Nordjylland og Region Sjælland ligget under landsgennemsnittet i perioden 2010 til 2014, mens Region Hovedstaden og Region Midtjylland i samme periode har ligget over landsgennemsnittet.

I Region Hovedstaden er antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere steget løbende i perioden 2010 til 2014. I Region Nordjylland er tallet omvendt faldet siden 2012. I 2014 er antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere således mere end dobbelt så højt i Region Hovedstaden som i Region Nordjylland.

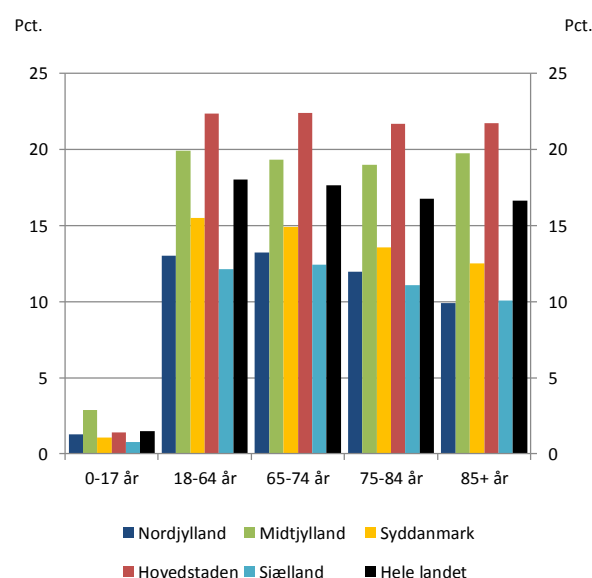
Opgøres andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt på aldersgrupper ses det, at alle aldersgrupper, bortset fra de 0-17 årige, ligger på samme niveau i de enkelte regioner, men at andelen varierer på tværs af regioner, jf. figur 2.2.2. De akutte medicinske korttidsindlæggelser udgør således den samme andel af det totale antal indlæggelser i den enkelte region uafhængigt af alder. Mønstret afviger fra forebyggelige indlæggelser, hvor der sås en positiv sammenhæng mellem andelen af forebyggelige indlæggelser og alder og et forholdsvis ens niveau på tværs af regioner inden for de enkelte aldersgrupper (jf. figur 2.1.2).

Figur 2.2.1 Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.2.2 Andel akutte medicinske korttidsindlæggelser i forhold til total antal indlæggelser, fordelt på aldersgrupper og regioner samt landsplan, 2014



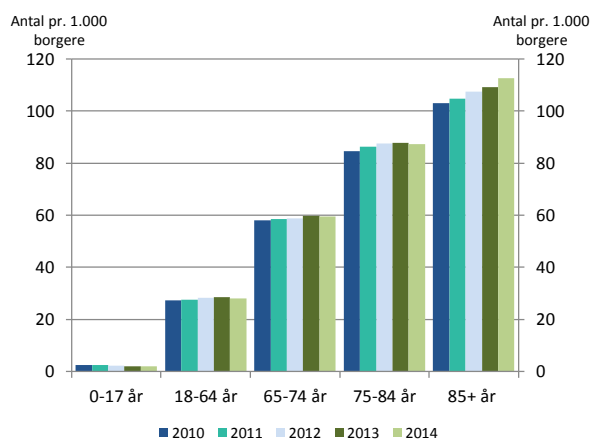
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Boks 2.2.1. Udviklingen i akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt på aldersgrupper

Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser stiger betydeligt med alderen, og der er knap fire gange så mange indlæggelser pr. borger over 85 år i forhold til borgere i alderen 18-64 år, jf. figur 2.2.3. En forebyggelsesindsats rettet mod borgere over 65 år vil således alt andet lige potentielt kunne forebygge relativt flere indlæggelser. Dertil kommer, at kommunen i mindre grad er i kontakt med borgere under 65 år.

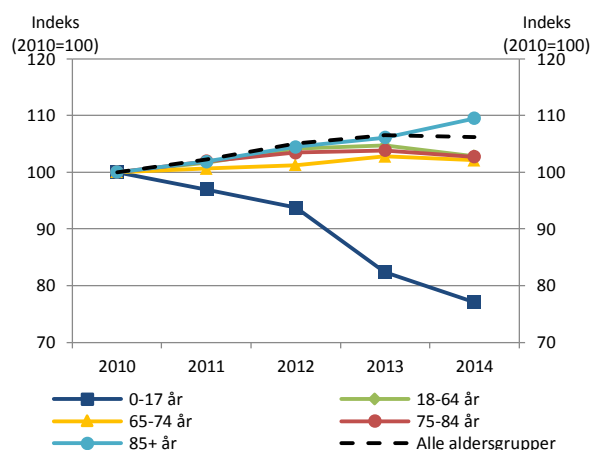
Udviklingen i indikatoren siden 2010 har været forskellig på tværs af aldersgrupper. Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser er faldet med knap 25 pct. for de 0-17 årige, mens der ses en stigning for de øvrige aldersgrupper, hvor den største stigning er sket for de 85+ årige, jf. figur 2.2.4.

Figur 2.2.3. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på aldersgrupper, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR. Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.2.4. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (indeks=2010)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR. Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Antallet af borgere i aldersgruppen 0-17 år er begrænset, hvorfor udviklingen i aldersgruppen ikke slår igennem i indikatoren. Idet der er tale om et begrænset antal indlæggelser i denne aldersgruppe, vil en ændring i antallet af indlæggelser for denne gruppe fremstå mere tydelig i den indekserede udvikling for aldersgruppen.

Boks 2.2.2. Diagnoser der medfører akutte medicinske korttidsindlæggelser, fordelt på aldersgrupper

Diagnosegrupperne "Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande" og "Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse" udgør tilsammen over 1/3 af de akutte medicinske korttidsindlæggelser. Den hyppigst forekommende sygdomsspecifikke diagnose er "Symptomatisk hjertesygdom", som udgør 8 pct. af alle akutte medicinske korttidsindlæggelser.

Tabel 2.2.1. Andel af alle akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt på aldersgrupper, 2014 (pct.)

De ti mest hyppige diagnosegrupper

Diagnosegruppe	I alt	0-17 år	18-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	19	28	21	17	18	18
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	16	9	18	16	15	13
Symptomatisk hjertesygdom	8	2	6	13	10	8
Andre sygdomme i nervesystem	4	4	5	4	3	3
Sindssygdomme	3	6	5	1	1	1
Skadelige virkninger af kemiske stoffer (forgiftninger)	3	12	4	1	1	1
Bronchitis, udvidede lunger og astma	3	3	2	3	4	2
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	3	0	2	4	4	2
Andre og uspecificerede skader ved ydre påvirkning	3	1	2	3	4	6
Andre iskæmiske/forkalkningsbetingede hjertesygdomme	2	0	1	3	4	4
Øvrige diagnoser	36	36	34	36	37	41

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.

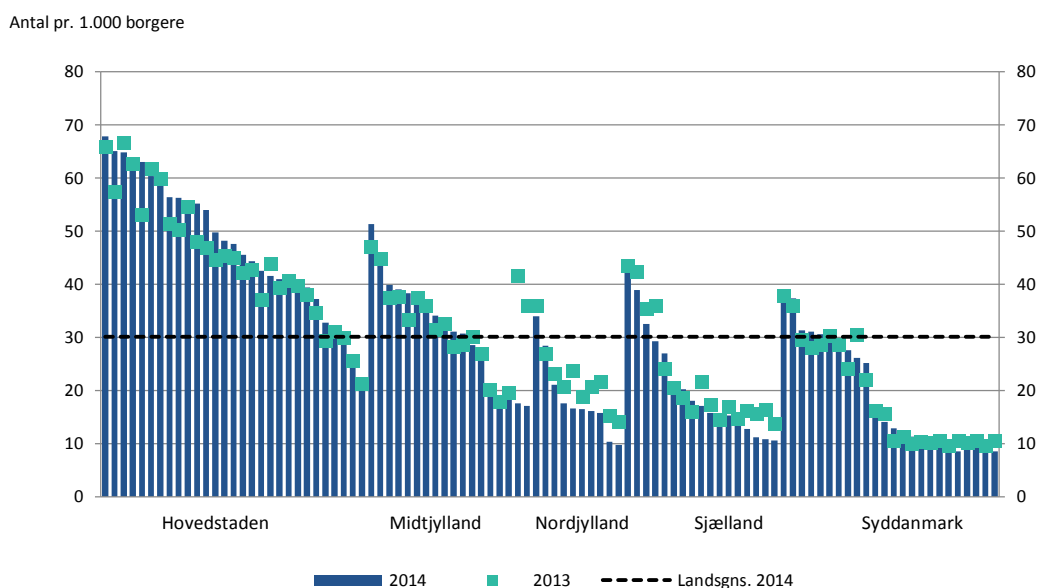
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

I alt er beregnet på baggrund af de underliggende tal for alle aldersgrupper, der vægter forskelligt, og kan derfor ikke beregnes ud fra tallene i tabellen alene. Tabellen er rangordnet efter diagnosens andel af akutte medicinske korttidsindlæggelser i alt. En diagnose, "Andre og uspecificerede skader ved ydre påvirkning", er ny i forhold til top ti diagnoser i 2013.

Der er betydelig spredning i indikatorniveauet på tværs af kommuner inden for de enkelte regioner. Generelt er niveauet for kommunerne med det højeste antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere omkring tre gange højere end niveauet for kommunerne med færrest akutte medicinske korttidsindlæggelser inden for samme region, jf. figur 2.2.5.

Det er især kommunerne i Region Hovedstaden, der trækker landsgennemsnittet op. Således er antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i 27 ud af de 29 kommuner i Region Hovedstaden højere end landsgennemsnittet i 2014. Omvendt har Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland et lavt antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i flertallet af kommunerne i de tre regioner i 2014.

Figur 2.2.5. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på kommuner opdelt efter regioner, 2013 og 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

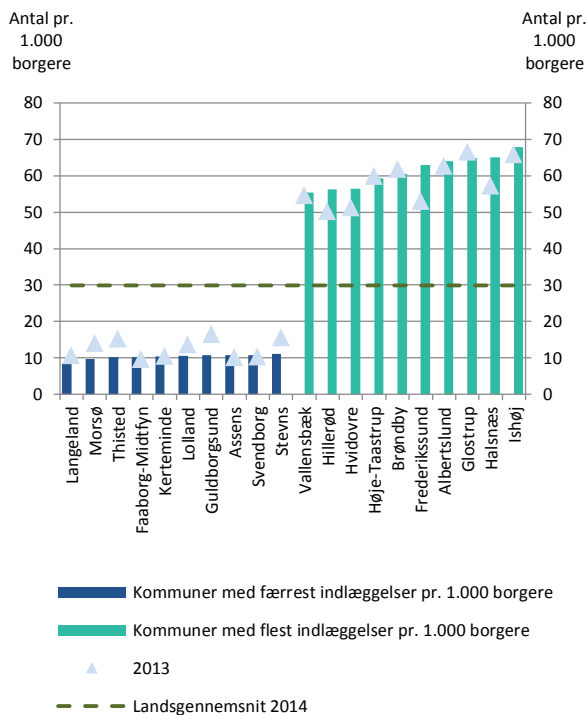
De ti kommuner med hhv. færrest og flest akutte medicinske korttidsindlæggelser

De ti kommuner med det højeste antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i 2014 er alle placeret i Region Hovedstaden, jf. figur 2.2.6. og figur 2.2.7. Halvdelen af de ti kommuner med det laveste antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere er placeret i Region Syddanmark.

De ti kommuner med færrest akutte medicinske korttidsindlæggelser har under 12 korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, svarende til under halvdelen af landsgennemsnittet.

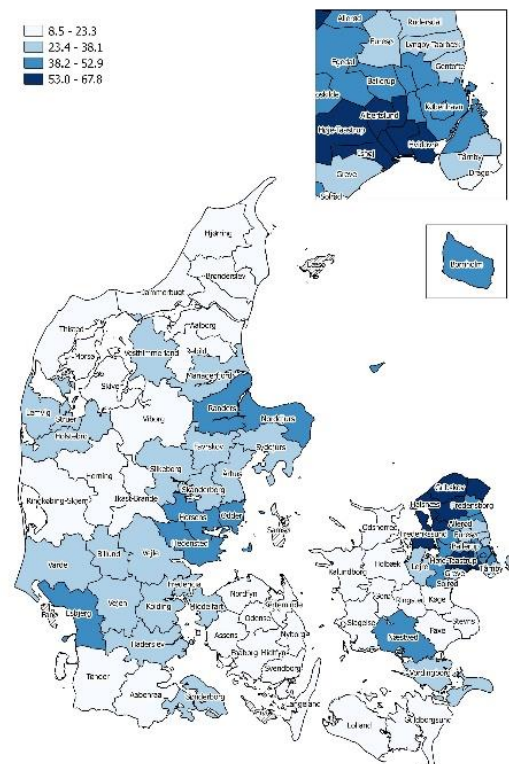
Både kommunerne med flest og kommunerne med færrest akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere havde omtrent samme niveau for indikatoren i 2013 som i 2014.

Figur 2.2.6. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på kommuner med færrest og flest akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, 2013 og 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 2.2.7. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fordelt på kommuner, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

2.2.2. DE TI KOMMUNER MED DEN STØRSTE REDUKTION I INDIKATOREN FRA 2013 TIL 2014

Nedenfor belyses udviklingen for de ti kommuner, hvor der er sket det største fald i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fra 2013 til 2014. Udviklingen belyses i forhold til aldersgrupper og diagnosegrupper samt kommunernes kontaktmønster i forhold til borgerne, herunder om udviklingen afviger fra tendensen på landsplan.

De ti kommuner, der har oplevet det største fald i akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fra 2013 til 2014 er Viborg, Skive, Hjørring, Lejre, Frederikshavn, Guldborgsund, Thisted, Brønderslev, Stevns og Faxe Kommune, jf. figur 2.2.8.

Tre ud af de ti kommuner, hhv. Viborg, Skive og Lejre Kommune, lå over landsgennemsnittet i 2013 og under landsgennemsnittet i 2014. Viborg og Skive Kommune har oplevet den største reduktion i indikatoren blandt kommunerne fra 2013 til 2014.

For de syv andre kommuner, som allerede lå under landsgennemsnittet i 2013, betyder udviklingen, at antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i 2014 ligger i omegnen af det halve af landsgennemsnittet.

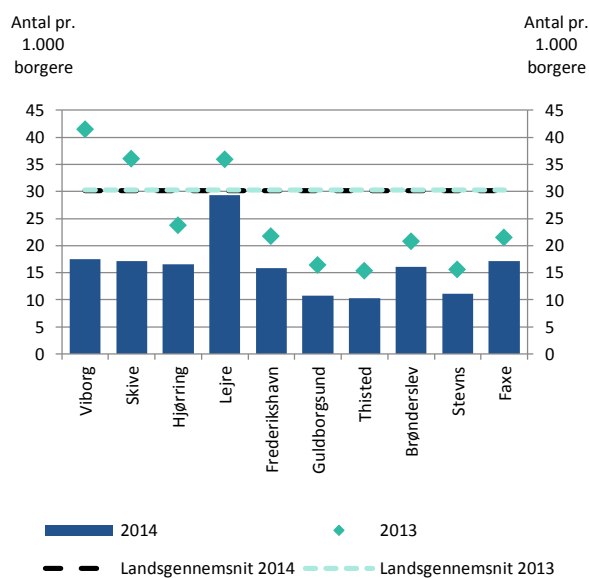
To af de ti kommuner, Viborg og Skive Kommune, er også blandt de ti kommuner, der har opnået den største reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser fra 2013 til 2014 (jf. figur 2.1.8 og figur 2.2.8.).²

Andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser i forhold indlæggelser samlet set er faldet mærkbart for de ti kommuner fra 2013 til 2014, mens andelen er stort set uændret på landsplan, jf. figur 2.2.9. Reduktionen

² Der er et vist overlap mellem akutte medicinske korttidsindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte genindlæggelser. Jf. "Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser" (april 2013).

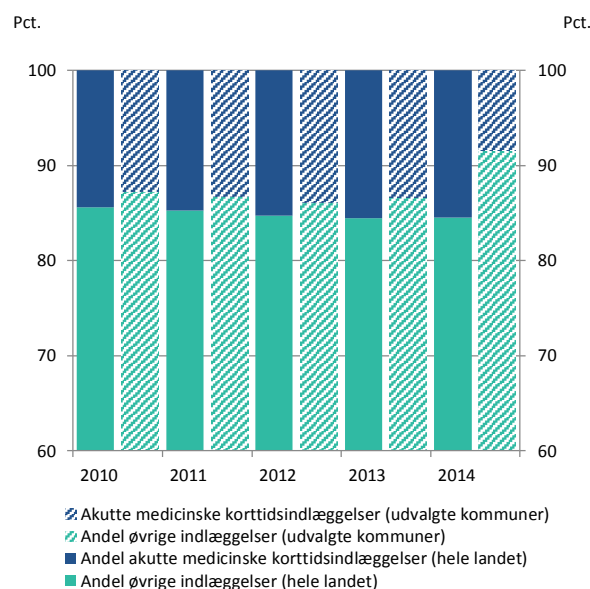
i indikatoren for de ti kommuner kan således ikke henføres til et fald i det totale antal indlæggelser, da andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser i givet fald ville have været uændret.

Figur 2.2.8. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, de ti kommuner med størst reduktion, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 2.2.9. Andel af akutte medicinske korttidsindlæggelser i forhold til samlet antal indlæggelser, de ti kommuner med størst reduktion samt hele landet, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Gennemsnitligt har de ti kommuner med den største reduktion i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere oplevet en reduktion på 38 pct. fra 2013 til 2014, mens landsgennemsnittet stort set er uændret, jf. tabel 2.2.2.

Tabel 2.2.2. Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, de ti kommuner samt landsgennemsnit, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Ændring, 2013-2014, pct.	Ændring, 2010-2014, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Hele landet	29	30	30	30	30	-1	4	1
De ti kommuner	28	29	29	28	17	-38	-37	-11

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret på landsplan. Den pct.-vise ændring er beregnet på de præcise tal (inklusive decimaler), og kan derfor ikke genskabes præcist ud fra tabellen.

Reduktion fordelt på aldersgrupper

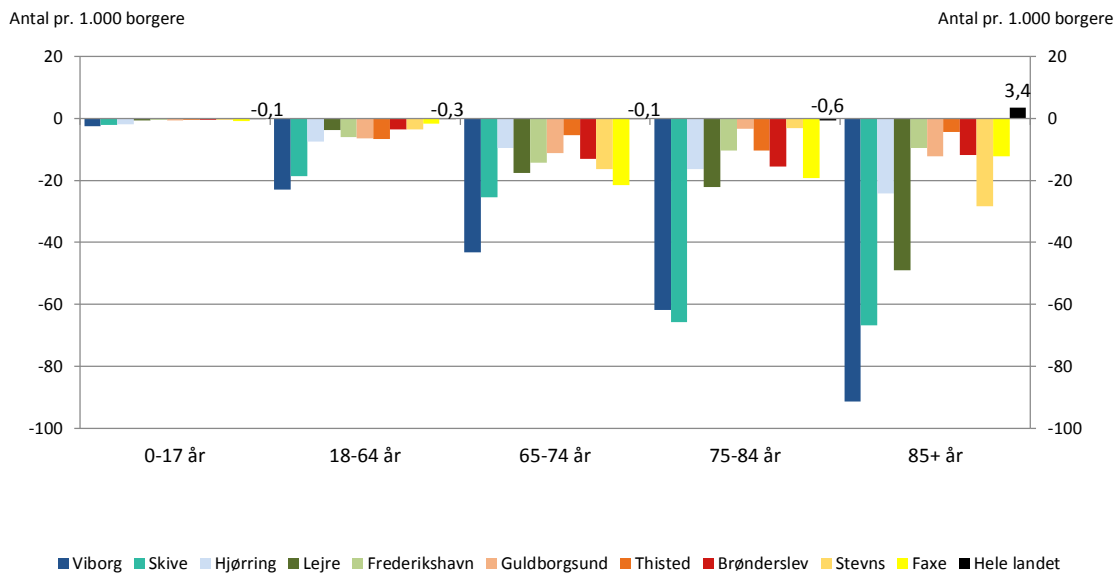
De to kommuner med den største reduktion i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere (Viborg og Skive Kommune) har oplevet større reduktioner inden for alle aldersgrupper, jf. figur 2.2.10. I de to kommuner er der særligt sket en reduktion inden for aldersgrupperne over 75 år. Det er også inden for disse aldersgrupper, hvor antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere er højest (jf. figur 2.2.3).

Lejre Kommune har også oplevet en større reduktion i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere for de 85+ årige.

For alle ti kommuner gælder, at de har oplevet reduktioner i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere inden for alle aldersgrupper³, mens der landsgennemsnitligt er sket en mindre stigning i antallet af indlæggelser for de 85+ årige, og der for de øvrige aldersgrupper ikke er sket en synlig ændring fra 2013 til 2014.

³ I aldersgruppen 0-17 år er reduktionen i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i syv ud af de ti kommuner mindre end 1.

Figur 2.2.10. Ændring i antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fra 2013 til 2014, fordelt på aldersgrupper og kommuner



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Værdier indsat for 'Hele landet'.

Reduktion fordelt på diagnosegrupper

De største reduktioner i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser fra 2013 til 2014 i de ti kommuner er sket inden for diagnosegrupperne "Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande" og "Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse", mens en betydelig del af reduktionen også er sket i "Øvrige", jf. tabel 2.2.3.

Ændringen i akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i de ti kommuner fordelt på diagnosegrupper, afviger således ikke betydeligt fra den samlede fordeling af akutte medicinske korttidsindlæggelser på diagnosegrupper (jf. tabel 2.2.1). De største fald vedrører som nævnt indlæggelser som følge af "Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande" og "Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse", som også er de største diagnosegrupper på landsplan blandt akutte medicinske korttidsindlæggelser. På denne baggrund kan det således ikke umiddelbart udledes, at reduktionen skyldes et særligt fokus på specifikke sygdomme, hvilket dog heller ikke kan udelukkes.

Betragtes udviklingen i diagnosegrupperne for de 65+ årige på landsplan ses samme mønster.

Tabel 2.2.3. Ændring i antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fra 2013 til 2014 (antal) og andel af ændringen (pct.), fordelt på de ti diagnosegrupper med den største reduktion, de ti kommuner med størst reduktion i indikatoren og hele landet

Diagnosegruppe	Ændring pr. 1.000 borgere (antal)		Andel af ændring pr. 1.000 borgere (pct.)		Ændring pr. 1.000 borgere (65+ år) (antal)		Andel af ændring pr. 1.000 borgere (65+ år) (pct.)	
	De ti kommuner	Hele landet	De ti kommuner	Hele landet	De ti kommuner	Hele landet	De ti kommuner	Hele landet
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	-2,0	0,3	19,3	-	-4,8	0,5	21,1	-
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	-1,3	0,1	12,4	-	-3,1	0,0	13,6	-
Sindssygdomme	-0,7	-0,1	6,7	-	-0,6	-0,1	2,5	-
Skadelige virkninger af kemiske stoffer (forgiftninger)	-0,7	-0,1	6,5	-	-0,2	0,0	0,8	-
Symptomatisk hjertesygdom	-0,6	0,0	5,7	-	-1,6	0,1	7,3	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer	-0,6	-0,1	5,5	-	-2,1	-0,5	9,4	-
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	-0,4	0,0	3,6	-	-1,0	0,0	4,7	-
Bronchitis, udvidede lunger og astma	-0,3	0,0	3,3	-	-1,0	0,0	4,5	-
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	-0,3	0,0	3,2	-	-0,6	0,0	2,7	-
Lungebetændelse	-0,3	0,0	2,9	-	-0,7	-0,1	3,2	-
I alt, de 10 diagnoser	-7,3	0,1	69,0	-	-15,7	-0,2	69,8	-
Øvrige	-3,3	0,0	31,0	-	-6,8	0,3	30,2	-
I alt, alle diagnoser	-10,6	0,0	100,0	-	-22,5	0,1	100,0	-

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. De ti diagnosegrupper er udvalgt og rangordnet pba. reduktionen i de ti kommuner med størst reduktion i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser samlet set.

Mulighed for forebyggelse via kontakt med borgeren

Kommunerne har i samspil med regionerne gode muligheder for at forebygge akutte medicinske korttidsindlæggelser. Nedenfor belyses kommunernes kontaktmønster med borgere (65+ år)⁴ samt borgernes kontakt med almen praksis forud for indlæggelsen, jf. boks 2.2.3, herunder om kontaktmønstret for de ti kommuner afviger fra kontaktmønstret på landsplan.

Boks 2.2.3. Kontakt med almen praksis forud for indlæggelse

Som kontakt med almen praksis defineres:

- Almindelig konsultation
- Sygebesøg
- Andet fysisk fremmøde (forebyggelse, svangerskab, børneundersøgelser, vaccination mv. og sygebesøg)

I relation til indlæggelser anses borgeren for at være i kontakt med almen praksis, hvis borgeren inden for ti dage forud for den relevante indlæggelse har modtaget én eller flere af de tre typer af kontakter hos almen praksis.

Set i lyset af variationen i omfanget og typen af kontakt med borgerne (65+ år) på tværs af de seks kommuner med dækkende registreringer, kan kontaktmønstret ikke alene forklare faldet i indikatoren i de seks kommuner, idet analysen skal tolkes med et vist forbehold, jf. boks 2.2.4.

⁴ Det er hovedsageligt borgere over 65 år, der modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, hvorfor opgørelserne af disse ydelser alene er foretaget for personer på 65 år og derover.

Boks 2.2.4. Kommunernes kontakt med borgere (65+ år)

Nedenfor ses på kommunernes kontakt med borgere (65+ år) både generelt og fordelt på den enkelte kontaktttype i 2014, jf. boks 2.1.3. Opgørelsen viser, hvor stor en andel af borgerne kommunen er i kontakt med i form af en eller flere af de angivne kontaktttyper. En borger indgår alene i én af kontaktkategorierne (jf. boks 2.1.3.).

Det bemærkes, at kommuner med mangelfulde registreringer på de enkelte kontaktttyper er udtaget af analysen. Følgende af de ti kommuner havde mangelfulde registreringer for én eller flere kontaktttyper: Viborg, Skive, Brønderslev og Guldborgsund. I analysen indgår alene de seks kommuner med dækkende registreringer, hvor der dog skal tages højde for de nævnte forbehold ved tolkningen af resultaterne (jf. boks 2.1.3.).

I alt havde de seks kommuner kontakt til 23 pct. af borgerne (65+ år) via mindst en af de fire kontaktttyper, hvilket er lidt over landsgennemsnittet, jf. figur 2.2.11.

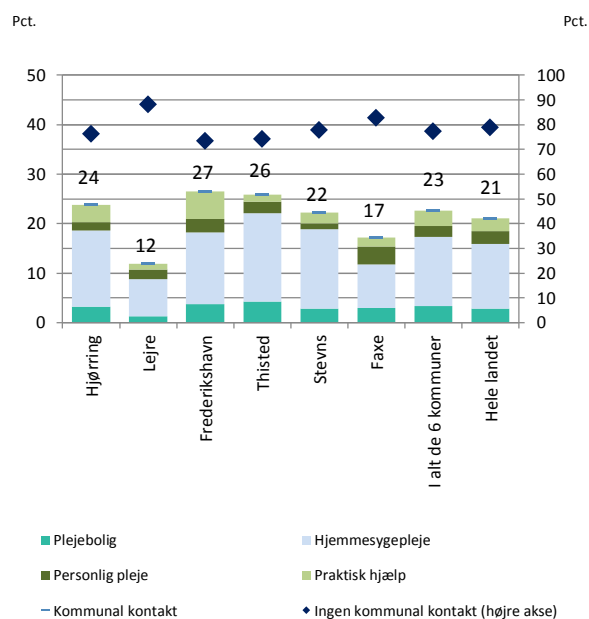
Omfanget af kontakt varierer mellem kommunerne. Lejre Kommune var i kontakt med 12 pct. af borgerne på 65+ år, mens Frederikshavn Kommune var i kontakt med mere end dobbelt så mange (27 pct.) af borgerne.

Opgjort for den enkelte kontaktttype ses der ligeledes store variationer i kommunernes kontaktmønster.

4 pct. af borgerne (65+ år) i Thisted Kommune og Frederikshavn Kommune var indskrevet i plejebolig, mens det gælder godt 1 pct. af borgerne i Lejre Kommune. Andelen af borgere med hjemmesygepleje som den mest intensive kontaktttype varierer fra 8 pct. i Lejre Kommune til 18 pct. af borgerne i Thisted Kommune. Mellem 1 pct. og 4 pct. af borgerne havde personlig pleje som den mest intensive kontaktttype, mens mellem 1 pct. og 6 pct. af borgerne udelukkende modtog praktisk hjælp.

De lave andele af borgere, der ses at modtage personlig pleje og praktisk hjælp, kan hænge sammen med henførsningsmetoden, hvor borgere, der modtager hjemmesygepleje, desuden kan modtage personlig pleje og/eller praktisk hjælp, men alene indgår i opgørelsen af hjemmesygepleje. Den viste andel af borgere, der modtager disse ydelser, kan derfor fremstå mindre end det reelle niveau, (jf. boks 2.1.3.).

Figur 2.1.11. Andel af borgere (65+ år) med kommunal kontakt fordelt på mest kontaktintensive type og ingen kommunal kontakt, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014) og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Ses på borgernes kontakt med kommunerne og almen praksis ti dage forud for den akutte medicinske korttidsindlæggelse, var kommunerne og/eller almen praksis i kontakt med borgerne i 47 pct. af tilfældene i 2014, hvilket er en smule lavere end landsgennemsnittet på 50 pct., jf. figur 2.2.12⁵.

Fordelt på kommuner varierer andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor borgeren var i kontakt med kommunen og/eller almen praksis ti dage forud indlæggelse fra 36 pct. for Lejre Kommune til 58 pct. for Thisted Kommune.

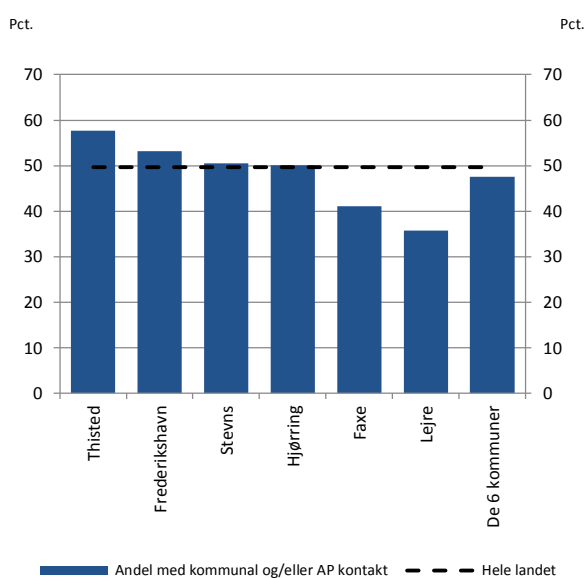
Blandt de seks kommuner ses der ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem faldet i indikatoren og andelen af borgere med en akut medicinsk korttidsindlæggelse med kontakt til kommunen og/eller almen praksis, figur 2.2.12 (og figur 2.2.8.). Således har Lejre Kommune og Faxe Kommune begge et relativt lavt kon-

⁵ Ses udelukkende på kommunal kontakt var hhv. 26 pct. og 27 pct. af borgerne i kontakt forud for den akutte medicinske korttidsindlæggelse for de seks kommuner og hele landet.

taktniveau, mens faldet i indikatoren i Lejre Kommune er relativt større. I Hjørring Kommune, som har oplevet det største fald i indikatoren blandt de seks kommuner, er kontaktniveauet midt i mellem de øvrige kommuners.

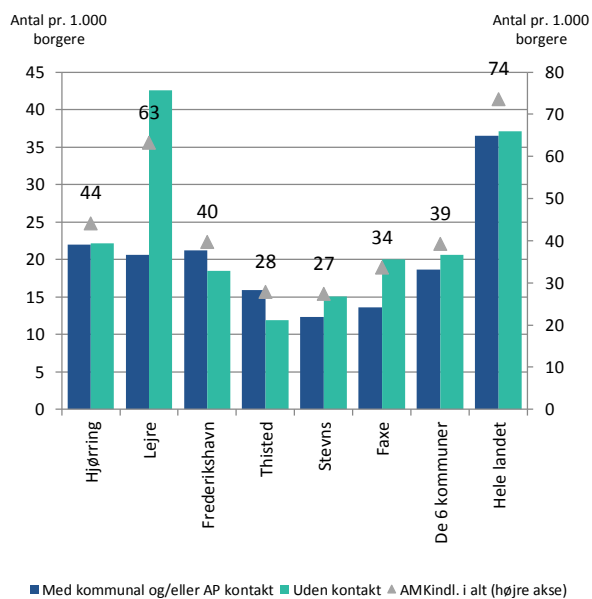
Sammenholdes indikatorniveauet for borgere (65+ år)⁶ og kontaktniveauet for de seks kommuner med landsgennemsnittet, er indikatorniveauet betydeligt lavere for de seks kommuner, jf. figur 2.1.13, mens andelen af borgere med akutte medicinske korttidsindlæggelser i kontakt med kommunen og/eller almen praksis forud for indlæggelsen er det samme som på landsplan, jf. figur 2.2.12.

Figur 2.2.12. Andel af akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor borgere (65+ år) havde kommunal og/eller almen praksis kontakt 10 dage forud for indlæggelsen, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014) og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.2.13. Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) for borgere med kommunal og/eller almen praksis kontakt og uden kontakt 10 dage forud for indlæggelse samt indikatoren i alt, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet) og Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Der ses ikke umiddelbart en tydelig sammenhæng imellem niveauet af kontakter til borgere, herunder i forbindelse med en akut medicinsk korttidsindlæggelse, eller kontaktmønsteret for den mest intensive kontaktype i forhold til faldet i indikatoren i de seks kommuner. Det bemærkes, at der belyses en forholdsvis lille gruppe kommuner.

⁶ Indikatoren for akutte medicinske korttidsindlæggelser inkluderer alle borgere, hvor indikatorniveauet er betydeligt lavere end indikatorniveauet for borgere på 65+ år.

2.3 AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER

Akutte genindlæggelser kan være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og efter indlæggelse. Genindlæggelser er dog ikke i alle tilfælde undgåelige eller uhensigtsmæssige. Nogle genindlæggelser kan f.eks. være nødvendige som led i et patientforløb i eget hjem eller som led i den sidste livsfase for uhelbredeligt syge patienter.

I 2014 var antallet af akutte genindlæggelser ca. 82.000, hvilket er stort set uændret i forhold til 2013.

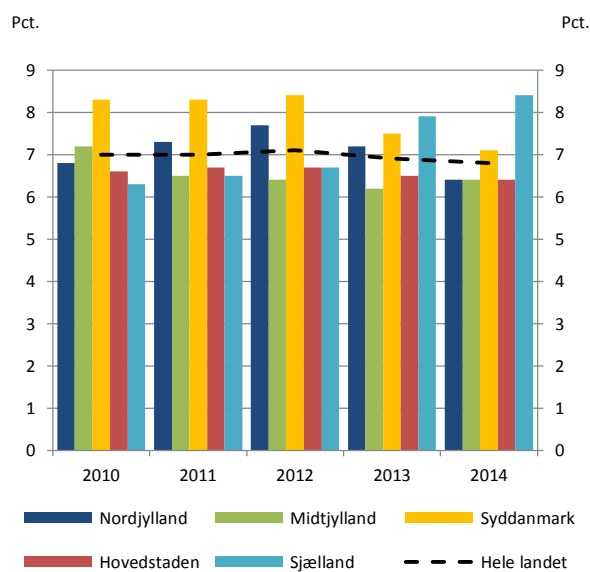
2.3.1. UDVIKLINGEN I DEN AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSESFREKVENNS

Genindlæggelsesfrekvensen, dvs. andelen af akutte genindlæggelser i forhold til det samlede antal indlæggelser, er i perioden 2010 til 2014 faldet fra 7,0 pct. til 6,8 pct., hvor det største årlige fald ses fra 2013 til 2014, jf. figur 2.3.1.

Ses på udviklingen i regionerne fra 2013 til 2014 er genindlæggelsesfrekvensen faldet i Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Nordjylland, mens frekvensen er steget i Region Sjælland og Region Midtjylland. Region Sjælland har oplevet en stigning i genindlæggelsesfrekvensen fra 2010 til 2014, hvor regionen er gået fra at ligge under de øvrige regioner i 2010 til at ligge over de øvrige regioner i 2013 og 2014.

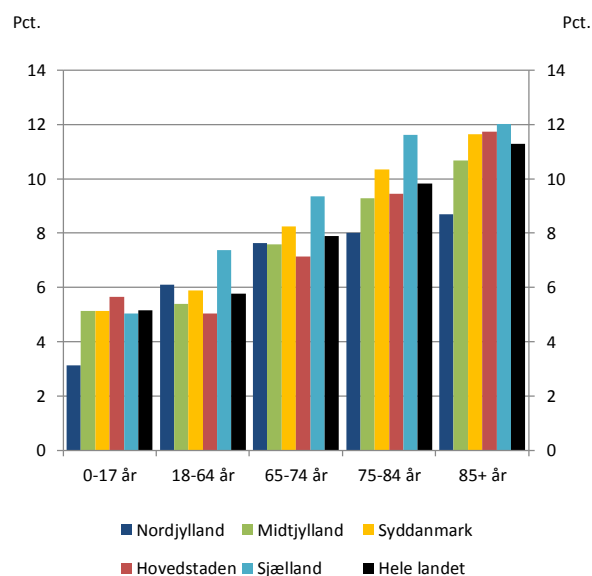
Fordelt på aldersgrupper ses det samme mønster på tværs af regioner, idet der generelt er en positiv sammenhæng mellem genindlæggelsesfrekvensen og alder, jf. figur 2.3.2. Den overordnede forskel mellem regionerne afspejles inden for de enkelte aldersgrupper, idet Region Sjælland ligger over landsgennemsnittet for alle aldersgrupper over 18 år, mens Region Nordjylland ligger under landsgennemsnittet for alle aldersgrupper undtagen de 18-64 årige.

Figur 2.3.1. Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.3.2 Genindlæggelsesfrekvens fordelt på aldersgrupper og regioner samt landsplan, 2014

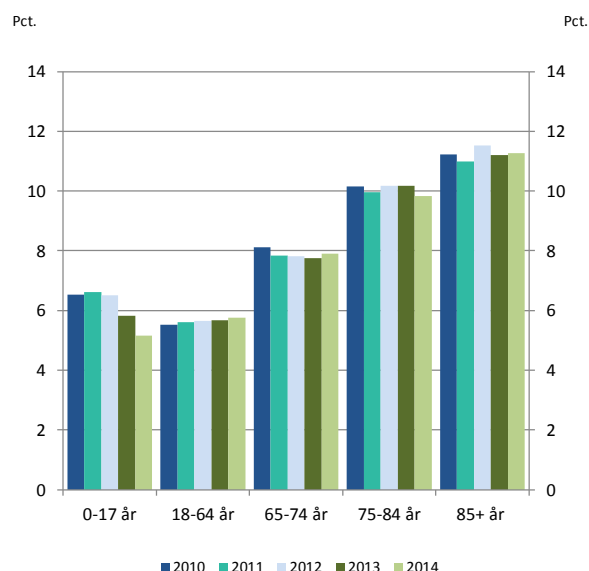


Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Boks 2.3.1. Udviklingen i den akutte somatiske genindlæggelsesfrekvens, fordelt på aldersgrupper

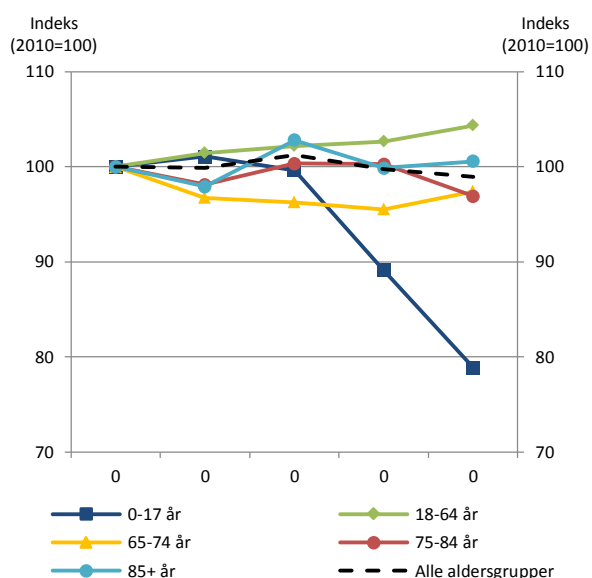
Den positive sammenhæng mellem genindlæggelsesfrekvensen og alder ses i hele perioden 2010-2014. Genindlæggelsesfrekvensen for de 0-17 årige har i perioden været faldende, mens frekvensen for de øvrige aldersgrupper har været stort set uændret, jf. figur 2.3.3 og figur 2.3.4.

Figur 2.3.3. Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (pct.)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.3.4. Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (pct.) (indeks=2010)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Antallet af borgere i aldersgruppen 0-17 år er begrænset, hvorfor udviklingen i aldersgruppen ikke slår igennem i indikatoren. Idet der er tale om et begrænset antal indlæggelser i denne aldersgruppe, vil en ændring i antallet af indlæggelser for denne gruppe fremstå mere tydelig i den indekserede udvikling for aldersgruppen.

Boks 2.3.2. Diagnoser, der medfører akutte genindlæggelser, fordelt på aldersgrupper

Ingen diagnoser fører i særlig høj grad til flere genindlæggelser end andre diagnoser. Ud af de ti diagnoser, der hyppigst fører til en genindlæggelse, udgør "Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande" og "Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse" således knap 20 pct. af indlæggelserne, der indebærer en genindlæggelse, mens øvrige diagnoser (der hver især fører til under 2 pct. genindlæggelser) udgør sammenlagt knap 50 pct., jf. tabel 2.3.1. For de 0-17 årige medfører diagnosegruppen "Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose" en betydelig andel genindlæggelser. Der er dog her tale om relativt få observationer.

Tabel 2.3.1. Andel af alle akutte genindlæggelser fordelt på aldersgrupper, 2014 (pct.)

De 10 mest hyppige diagnosegrupper

Diagnosegruppe	I alt	0-17 år	18-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	13	14	16	11	11	11
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	6	7	7	7	5	5
Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose	5	21	3	3	4	4
Symptomatisk hjertesygdom	5	0	4	8	7	7
Lungebetændelse	5	3	3	5	8	9
Bronchitis, udvidede lunger og astma	5	7	3	6	6	3
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	4	4	3	4	5	5
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	3	2	2	3	4	5
Andre sygdomme i åndedrætsorganer	3	1	2	4	4	3
Andre sygdomme i urinorganer	3	1	2	3	4	4
Øvrige diagnosegrupper	48	40	56	46	44	43

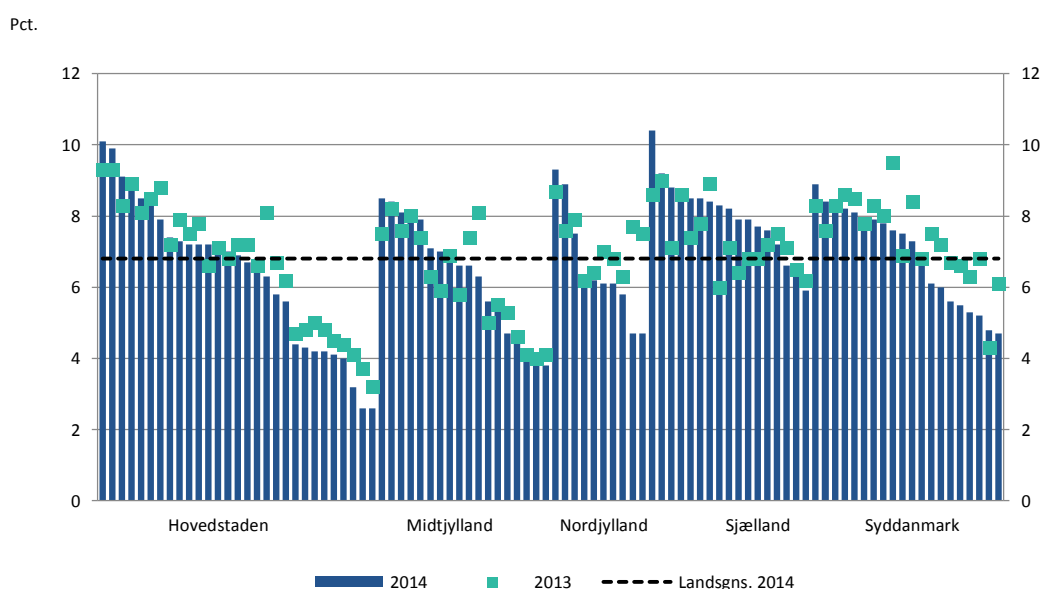
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. "I alt" er beregnet på baggrund af de underliggende tal for alle aldersgrupper, der vægter forskelligt, og kan derfor ikke beregnes ud fra tallene i tabellen alene. Tabellen er rangeret efter diagnosens andel. Inddelingen efter diagnoser følger 99-grupperingen, hvori der indgår i alt 100 diagnosegrupper. "Øvrige diagnosegrupper" udgør således 90 diagnosegrupper.

Der er betydelig spredning i genindlæggelsesfrekvensen blandt kommunerne, herunder også inden for de enkelte regioner, jf. figur 2.3.5. Den største spredning ses inden for Region Hovedstaden, hvor kommunen med den højeste genindlæggelsesfrekvens har fire gange så høj en frekvens som kommunen med den laveste frekvens. Til sammenligning er genindlæggelsesfrekvensen i kommunen med den højeste frekvens i Region Midtjylland og Region Syddanmark dobbelt så høj som frekvensen i kommunen med den laveste frekvens. I hovedparten af kommunerne i Region Sjælland er genindlæggelsesfrekvensen højere end landsgennemsnittet. Det er samtidig også i Region Sjælland, at der ses relativt flest markante stigninger i genindlæggelsesfrekvensen på kommuneniveau fra 2013 til 2014.

I Region Nordjylland har tre kommuner, Rebild, Hjørring og Frederikshavn Kommune, opnået et markant fald i genindlæggelsesfrekvensen fra 2013 til 2014 på knap 3 pct.point, hvilket ses i et samlet fald i genindlæggelsesfrekvensen fra 7,4 pct. til 6,1 pct. for hele regionen (jf. figur 2.3.1).

Figur 2.3.5. Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på kommuner opdelt efter regioner, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

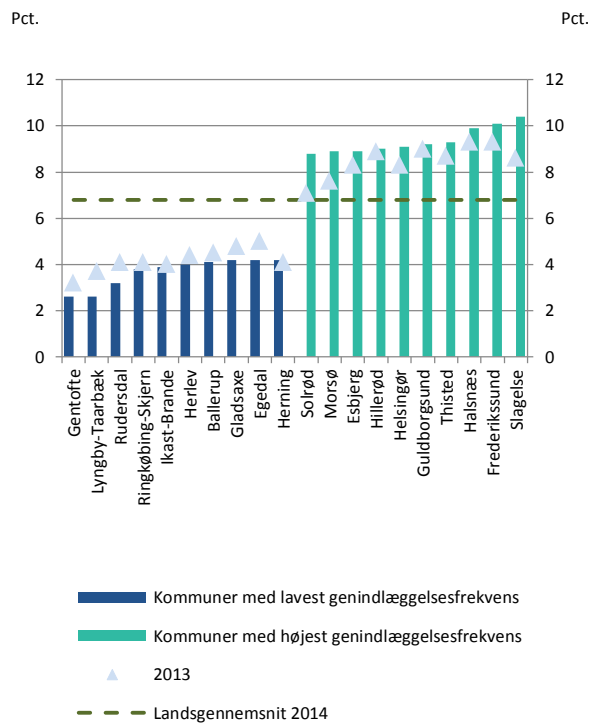
De ti kommuner med hhv. højest og lavest genindlæggelsesfrekvens

Genindlæggelsesfrekvensen i de ti kommuner med højest frekvens er på omkring 9-10 pct., hvorimod genindlæggelsesfrekvensen er på 3-4 pct. i de ti kommuner med lavest frekvens, jf. figur 2.3.6.

Region Hovedstaden er, som nævnt ovenfor, den region, hvor variationen i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af kommunerne er størst. Syv ud af de ti kommuner med den laveste genindlæggelsesfrekvens og fem ud af de ti kommuner med den højeste genindlæggelsesfrekvens i 2014 er placeret i Region Hovedstaden.

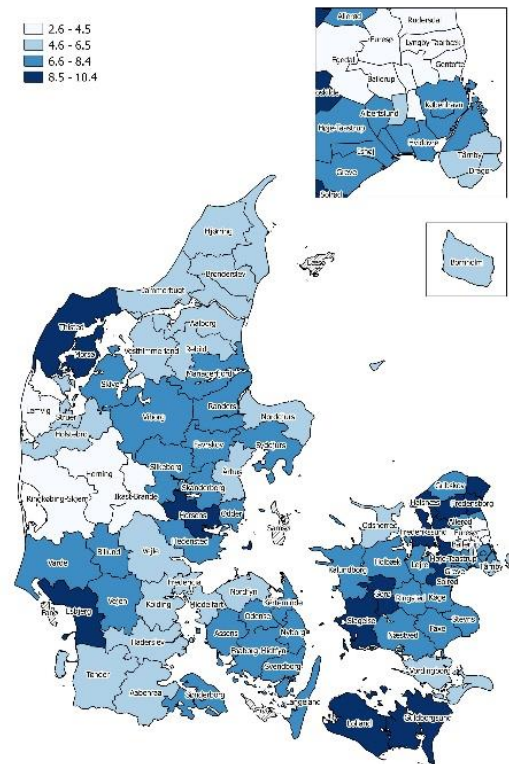
Blandt de ti kommuner med den højeste genindlæggelsesfrekvens, er tre kommuner placeret i Region Sjælland. Samtidig har ingen af kommunerne i regionen en synlig lav frekvens, hvilket kombineret er en del af forklaringen på den relativt høje genindlæggelsesfrekvens for Region Sjælland sammenholdt med de øvrige regioner, jf. figur 2.3.7.

Figur 2.3.6. Genindlæggelsesfrekvens, fordelt på kommuner med højeste og laveste genindlæggelsesfrekvens, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
 Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 2.3.7. Genindlæggelsesfrekvens fordelt på kommuner, 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
 Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

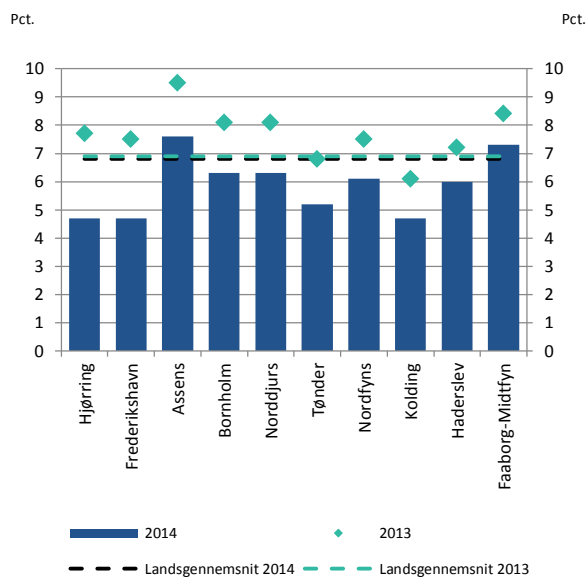
2.3.2. DE TI KOMMUNER MED DEN STØRSTE REDUKTION I INDIKATOREN FRA 2013 TIL 2014

Nedenfor belyses udviklingen for de ti kommuner, hvor der er sket det største fald i genindlæggelsesfrekvensen fra 2013 til 2014. Udviklingen belyses i forhold til aldersgrupper og diagnosegrupper samt kommunernes kontaktmønstre med borgeren/patienten, herunder om udviklingen afviger fra tendensen på landsplan.

De ti kommuner, der har oplevet det største fald i genindlæggelsesfrekvensen fra 2013 til 2014, er Hjørring, Frederikshavn, Assens, Bornholm, Norddjurs, Tønder, Nordfyns, Kolding, Haderslev og Faaborg-Midtfyn, jf. figur 2.3.8.

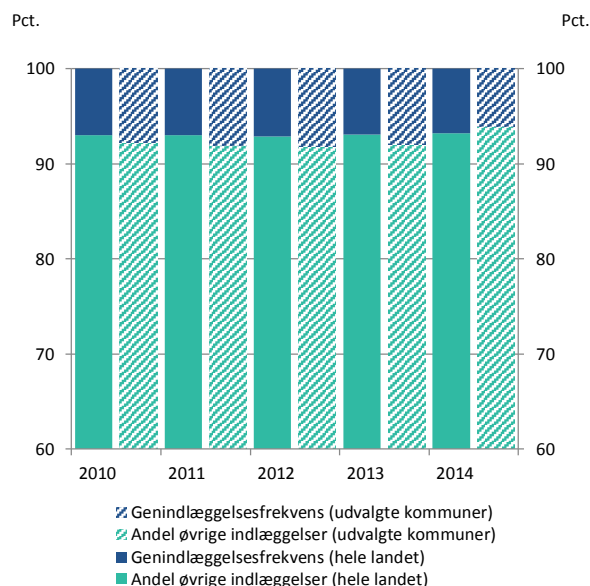
Otte ud af de ti kommuner havde en genindlæggelsesfrekvens i 2013, der lå over landsgennemsnittet. Reduktionen i disse kommuner har betydet, at kun to ud af de ti kommuner stadig befinder sig over landsgennemsnittet i 2014.

Figur 2.3.8. Genindlæggelsesfrekvens for de ti kommuner med størst reduktion i indikatoren, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.3.9. Andel af akutte genindlæggelser i forhold til samlet antal indlæggelser de ti kommuner med størst reduktion samt hele landet, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Gennemsnitlig har genindlæggelsesfrekvensen for de ti kommuner gennem de seneste fire år ikke været lavere end landsgennemsnittet, jf. figur 2.3.9 og tabel 2.3.2. Det er således først fra 2013 til 2014, at disse ti kommuner tilsammen har en lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet. På den baggrund kan det ikke konkluderes, at der er tale om en generel tendens, når de ti kommuner bevæger sig under landsgennemsnittet i 2014.

Tabel 2.3.2. Genindlæggelsesfrekvens, de ti kommuner med størst reduktion i indikatoren samt landsgennemsnit, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Ændring, 2013-2014, pct.	Ændring, 2010-2014, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Hele landet	7	7	7	7	7	-1	-3	-1
De ti kommuner	8	8	8	8	6	-24	-23	-6

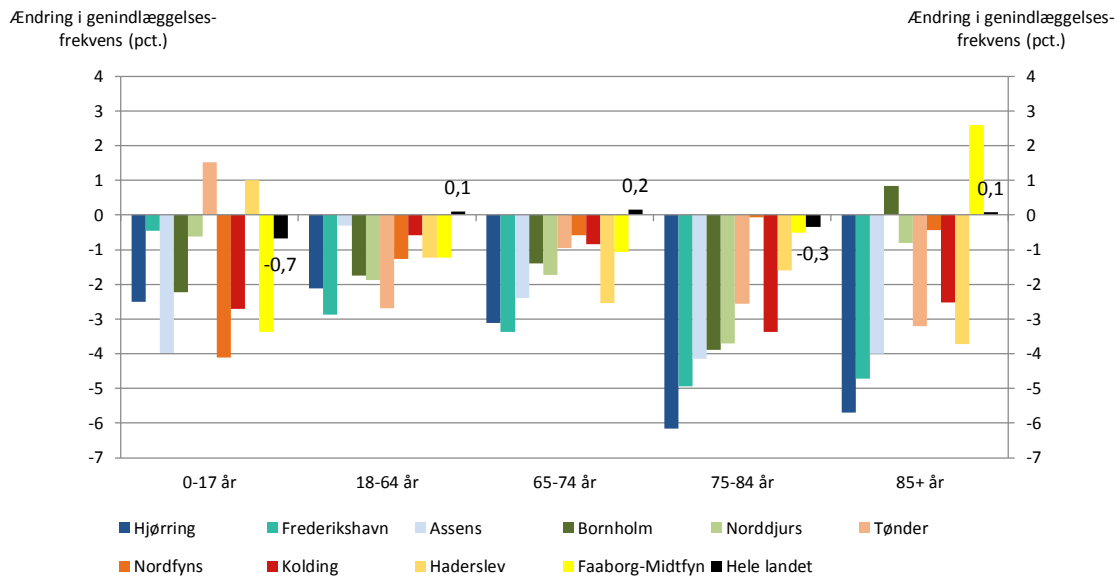
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret på landsplan. Den pct.-vise ændring er beregnet på de præcise tal (inklusive decimaler), og kan derfor ikke genskabes præcist ud fra tabellen.

Reduktion fordelt på aldersgrupper

De tre kommuner, der har oplevet den største reduktion i genindlæggelsesfrekvensen, Hjørring, Frederikshavn og Assens Kommune, har særligt oplevet en reduktion inden for aldersgrupperne over 75 år, jf. figur 2.3.10.

Figur 2.3.10. Ændring i genindlæggelsesfrekvens 2013-2014, fordelt på aldersgrupper og kommuner



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Det skal bemærkes, at antallet af borgere er begrænset i aldersgruppen over 85 år. Udviklingen i denne aldersgruppe kan derfor afvige fra den samlede udvikling i kommunen. Værdier indsat for 'Hele landet'.

Reduktion fordelt på diagnosegrupper

Fordelt på diagnosegrupper er de største reduktioner i genindlæggelsesfrekvensen fra 2013 til 2014 i de ti kommuner sket i diagnosegrupperne "Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande" og "Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose", jf. tabel 2.3.3.

Dette ligger i tråd med den overordnede fordelingen af, hvilke diagnosegrupper der medfører genindlæggelser, jf. tabel 2.2.1., hvor disse diagnosegrupper også er blandt de hyppigst forekommende. På denne baggrund kan det således ikke konkluderes, at faldet i genindlæggelsesfrekvensen skyldes, at der har været rettet et særligt fokus på specifikke sygdomme, hvilket dog heller ikke kan udelukkes.

Tabel 2.3.3. Ændring i genindlæggelsesfrekvensen 2013-2014 (pct.point) og andel af ændringen i genindlæggelsesfrekvensen (pct.), fordelt på de ti diagnosegrupper med det største fald 2013-2014

Diagnosegruppe	Ændring i genindlæggelsesfrekvensen (pct.point)		Andel af ændring (pct.)		Ændring i genindlæggelsesfrekvensen (65+ år) (pct.point)		Andel af ændring (65+ år) (pct.)	
	De ti kommuner	Hele landet	De ti kommuner	Hele landet	De ti kommuner	Hele landet	De ti kommuner	Hele landet
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	-0,20	0,04	10,47	-	-0,28	-0,02	11,38	-
Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdoms tegn eller uden oplysning om diagnose	-0,17	-0,03	8,73	-	-0,23	0,06	9,38	-
Bronchitis, udvidede lunger og astma	-0,15	0,00	8,09	-	-0,22	-0,04	8,93	-
Lungebetændelse	-0,12	-0,02	6,35	-	-0,19	0,04	7,78	-
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	-0,10	-0,01	5,47	-	-0,13	0,02	5,29	-
Symptomatisk hjertesygdom	-0,08	0,03	4,21	-	-0,11	-0,01	4,27	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer	-0,07	-0,02	3,90	-	-0,10	0,00	4,15	-
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	-0,06	0,01	3,39	-	-0,09	-0,02	3,66	-
Galdesten, galdeblære- og galdegangsbetændelse	-0,05	0,01	2,72	-	-0,09	-0,04	3,47	-
Andre iskæmiske/forkalkningsbetingede hjertesygdomme	-0,05	-0,01	2,48	-	-0,08	0,00	3,39	-
I alt, de 10 diagnoser	-1,07	0,02	55,82	-	-1,54	-0,01	61,71	-
Øvrige diagnoser	-0,84	-0,07	44,18	-	-0,95	-0,03	38,29	-
I alt, alle diagnoser	-1,91	-0,06	100,00	-	-2,49	-0,04	100,00	-

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Mulighed for forebyggelse via kontakt med borgeren

Nedenfor belyses de ti kommuners kontaktmønster med ældre borgere (65+ år), herunder i forbindelse med genindlæggelse (jf. boks 2.1.3.)⁷, samt borgernes kontakt med almen praksis (jf. boks 2.2.3), herunder om kontaktmønstret for de ti kommuner afviger fra kontaktmønstret på landsplan.

Set i lyset af variationen i omfanget og typen af kontakt med borgerne på 65+ år mellem de ti kommuner, kan kontaktmønstret ikke umiddelbart forklare faldet i indikatoren i de ti kommuner, idet analysen skal tolkes med et vist forbehold, jf. boks 2.3.3.

⁷ Det er hovedsageligt borgere over 65 år, der modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, hvorfor opgørelserne af disse ydelser alene er foretaget for personer på 65 år og derover.

Boks 2.3.3. Kommunernes kontakt med borgere på 65+ år

Der ses på kommunernes kontakt til borgere på 65+ år generelt samt fordelt på den enkelte kontaktttype i 2014 (jf. boks 2.1.3.).

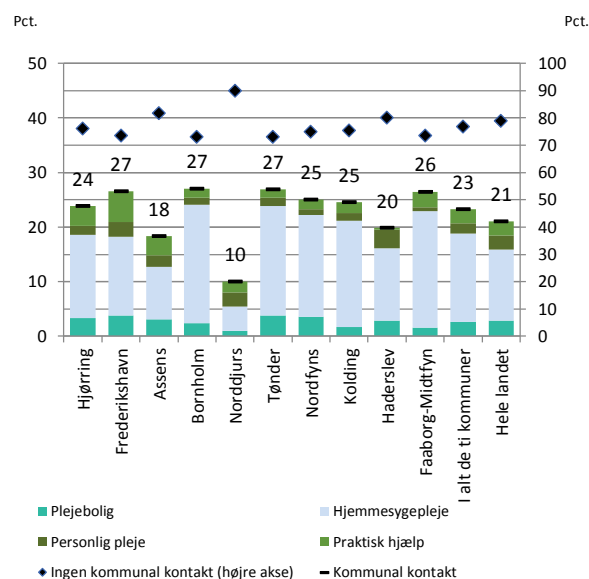
I alt havde kommunerne kontakt til 23 pct. af borgerne på 65+ år gennem mindst en af de fire nævnte kontaktttyper, hvilket er lidt højere end landsgennemsnittet, jf. figur 2.3.11.

Omfanget af kontakt varierer mellem kommunerne. Norddjurs Kommune var i kontakt med 10 pct. af borgerne på 65+ år, mens de tre kommuner Frederikshavn, Bornholm og Tønder var i kontakt med 27 pct. af borgerne.

Opgjort for den enkelte kontaktttype ses store variationer i kommunernes kontaktmønster. 4 pct. af borgerne på 65+ år i Frederikshavn Kommune og Tønder Kommune var indskrevet på plejehjem, mens det gjaldt under 1 pct. af borgerne i Norddjurs Kommune. Andelen af borgere på 65+ år, der modtog hjemmesygepleje som den mest intensive kontakt, varierer fra 4,5 pct. i Norddjurs Kommune til 22 pct. i Bornholm Kommune. Mellem 1 pct. og 3 pct. af borgerne over 65 år havde personlig pleje som den mest intensive kontaktttype. 6 pct. af borgerne på 65+ år i Frederikshavn Kommune modtog udelukkende praktisk hjælp, mens det samme gjaldt under 4 pct. af borgerne i de øvrige kommuner.

De relativt lave andele af borgere, der ses at modtage personlig pleje og praktisk hjælp, kan hænge sammen med henførsningsmetoden, hvor borgere, der modtager hjemmesygepleje, desuden kan modtage personlig pleje og/eller praktisk hjælp, men alene indgår i opgørelsen af hjemmesygepleje. Den viste andel af borgere, der modtager disse ydelser, kan derfor fremstå mindre end det reelle niveau (jf. boks 2.1.3).

Figur 2.3.11. Andel af borgere (65+ år) med kommunal kontakt fordelt på mest kontakttintensive type og ingen kommunal kontakt, 2014



Kilde: Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014) og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

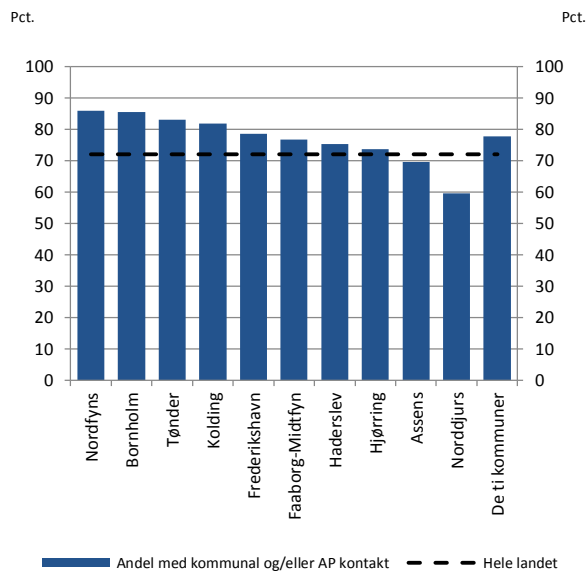
Ses på borgernes kontakt⁸ med kommunerne og almen praksis ti dage forud for genindlæggelsen, var borgerne i kontakt med enten kommunen og/eller almen praksis i 78 pct. af tilfældene i de ti kommuner i 2014, hvilket er højere end landsgennemsnittet på 72 pct., jf. figur 2.3.12⁹.

Fordelt på kommuner varierer andelen af akutte genindlæggelser, hvor borgeren var i kontakt med kommunen og/eller almen praksis ti dage forud for indlæggelse fra 60 pct. for Norddjurs Kommune til 86 pct. for Nordfyns Kommune.

⁸ I opgørelsen af kommunale kontakter for borgere med akutte genindlæggelser medtages kun de observationer, hvor genindlæggelsen finder sted mindst 10 dage efter udskrivningsdatoen for den indlæggelse, der lå forud for genindlæggelsen. Ca. 40 pct. af genindlæggelserne finder sted mindst 10 dage efter den første indlæggelse. Denne afgrænsning sikrer, at det alene er kontakten, som finder sted forud for genindlæggelsen, der tæller med i opgørelsen.

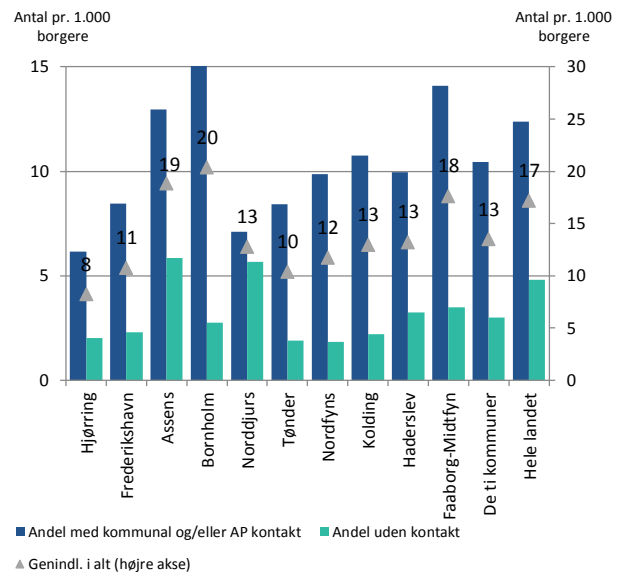
⁹ Ses udelukkende på kommunal kontakt var hhv. 58 pct. og 50 pct. af borgerne i kontakt forud for genindlæggelsen i de ti kommuner og hele landet.

Figur 2.3.12. Andel af akutte genindlæggelser, hvor borgere (65+ år) havde kommunal kontakt og/eller almen praksis kontakt 10 dage forud for genindlæggelsen, 2014



Kilde: Landspatientregistret og Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014).
Anm.: ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.3.13. Akutte genindlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) for borgere med kommunal og/eller almen praksis kontakt og uden kontakt 10 dage forud for indlæggelse, 2014



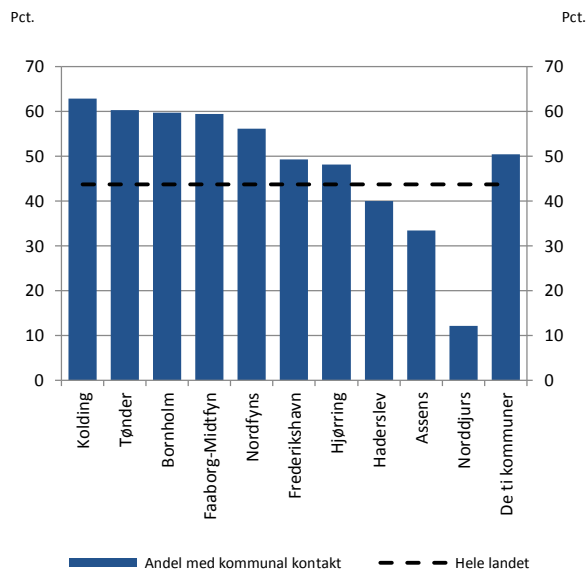
Kilde: Landspatientregistret og Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014).
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.
Det bemærkes, at genindlæggelser i alt (højre akse) ikke svarer til indikatoren, som er genindlæggelsesfrekvens.

Blandt de ti kommuner ses der ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem faldet i indikatoren i de ti kommuner og kontaktmønsteret i forbindelse med en akut genindlæggelse (jf. figur 2.3.8. og figur 2.3.12). Således har Assens Kommune og Bornholm Kommune oplevet lige store fald i indikatoren, mens kontaktniveauet er hhv. det næsthøjeste og det næstlaveste blandt de ti kommuner. Hjørring Kommune og Haderslev Kommune, som har oplevet hhv. det største og det næstlaveste fald i indikatoren blandt de ti kommuner, har begge kontaktniveauer på niveau med landsgennemsnittet.

Sammenholdes antallet af genindlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) og andelen af genindlæggelser med kontakt for de ti kommuner med landsgennemsnittet, er antallet af genindlæggelser lavere for de ti kommuner, mens andelen af borgere i kontakt med kommunen og/eller almen praksis forud for genindlæggelsen er lidt højere end på landsplan, jf. figur 2.3.12 og figur 2.3.13. Nordfyns Kommune og Norddjurs Kommune har stort set det samme antal genindlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), men har hhv. det højeste og det laveste kontaktniveau med borgerne (65+ år) forud for genindlæggelse. Hjørring Kommune og Faaborg-Midtfyn Kommune har hhv. det laveste og det næsthøjeste antal genindlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år), mens kontaktniveauet er stort set det samme for de to kommuner.

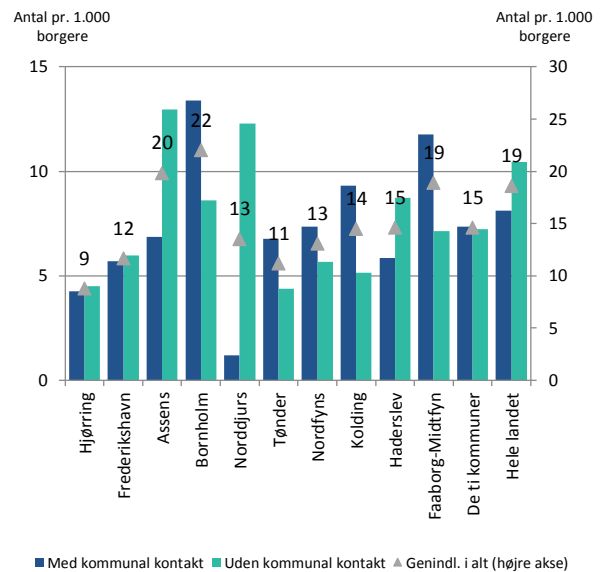
Ses der på kommunernes kontakt i ti dage efter genindlæggelse er der ligeledes ingen umiddelbar sammenhæng med faldet i indikatoren. Hjørring Kommune og Haderslev Kommune, som har oplevet hhv. det største og det næstlaveste fald i indikatoren blandt de ti kommuner, har ikke et væsentligt forskelligt kontaktomfang til borgere efter genindlæggelse, jf. figur 2.3.8 og figur 2.3.14. I forlængelse heraf ses der ikke nogen entydig sammenhæng mellem kommunernes kontaktomfang og reduktionen i indikatoren.

Figur 2.3.14. Andel af akutte genindlæggelser, hvor borgere (65+ år) havde kommunal kontakt 10 dage efter genindlæggelsen, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014).
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.3.15. Akutte genindlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) for borgere med kommunal kontakt og uden kontakt 10 dage efter genindlæggelsen, 2014



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014).
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Der ses ikke et entydigt mønster for kontakten til borgerne, herunder i forbindelse med genindlæggelse, der kan forklare faldet i eller niveauet for indikatoren i de ti kommuner. Det bemærkes, at der belyses en forholdsvist lille gruppe kommuner.

2.4 SOMATISKE FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE

Når en borger er færdigbehandlet på sygehus, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave at give borgeren et relevant tilbud, f.eks. en plads på et plejehjem. Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold forlænges indlæggelsen unødigt.

I 2014 var der ca. 40.000 færdigbehandlingsdage fordelt på ca. 7.000 indlæggelser.

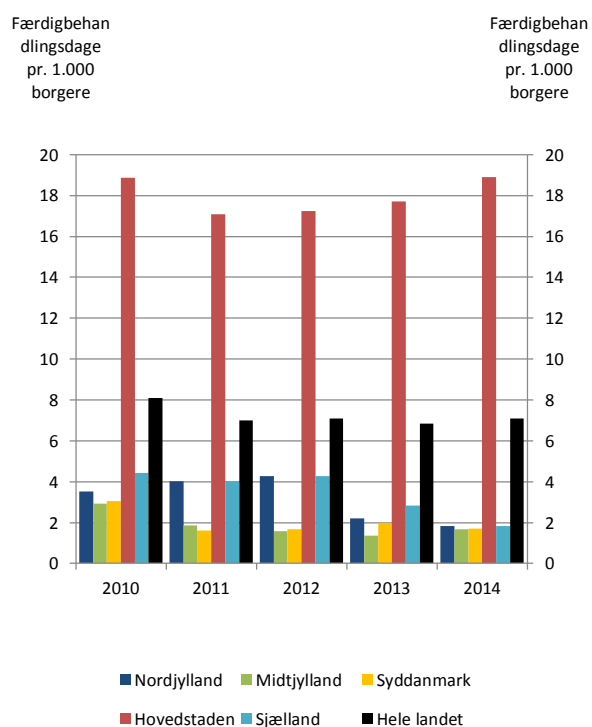
2.4.1. UDVIKLINGEN I SOMATISKE FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE PR. 1.000 BORGERE

Antallet af somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere er på landsplan faldet med 12 pct. fra 2010 til 2014. Der har dog været en mindre stigning i antallet af somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere fra 2013 til 2014, jf. figur 2.4.1.

Region Hovedstaden ligger over de øvrige regioner i perioden 2010 til 2014, jf. figur 2.4.1. Antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere i denne region er stort set uændret i 2014 sammenholdt med 2010 på knap 19 dage pr. 1.000 borgere, mens tallet er faldet i de øvrige regioner til et niveau på færre end to færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere.

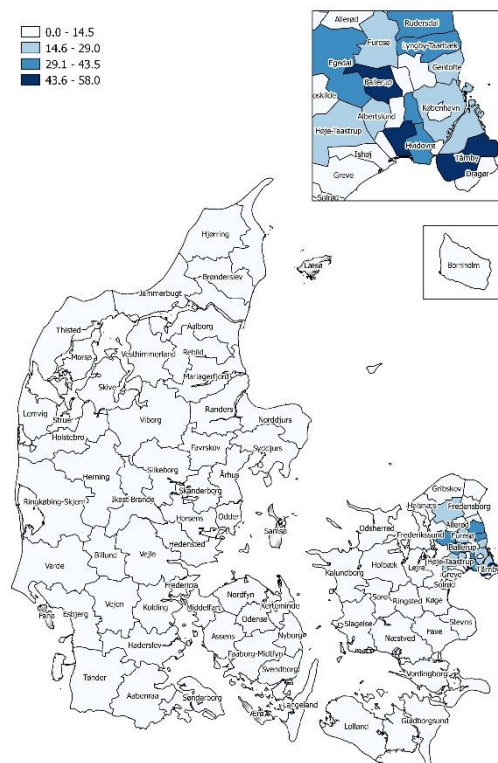
Opgjort på kommuneniveau ses det også, at færdigbehandlingsdage særligt er et hovedstadsfænomen, jf. figur 2.4.2. Det høje antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere i Region Hovedstaden skyldes både et generelt højt niveau i flertallet af kommunerne i regionen, samt at en række kommuner ligger markant over landsgennemsnittet. Ud af de 29 kommuner i Region Hovedstaden ligger 19 kommuner over landsgennemsnittet, hvoraf 14 kommuner ligger mere end dobbelt så højt.

Figur 2.4.1. Antal somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på regionsniveau.

Figur 2.4.2. Antal somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere fordelt på kommuner, 2014

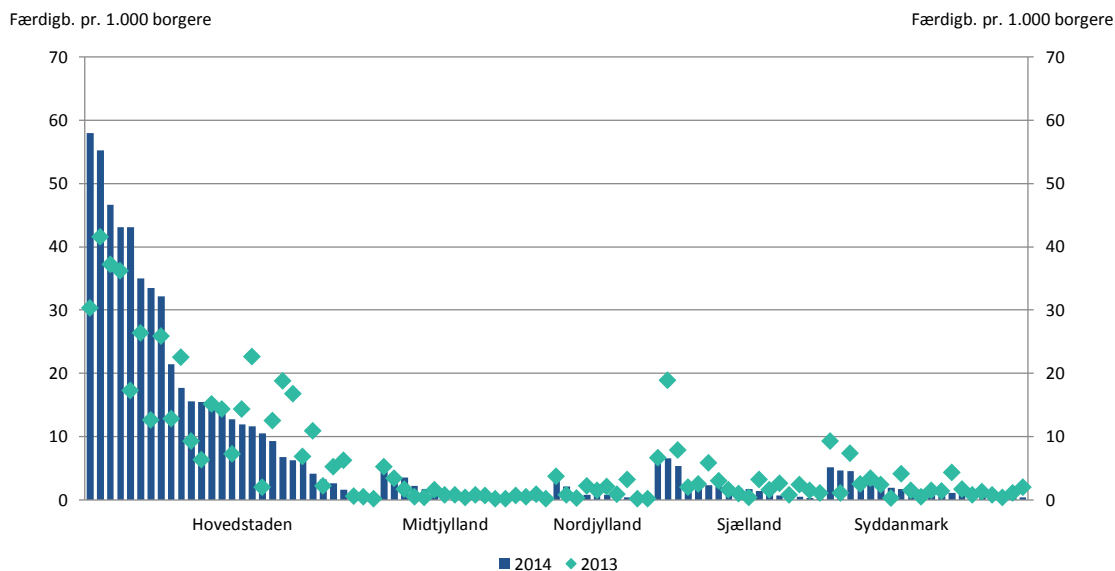


Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Der er en betydelig variation i antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere på tværs af kommuner inden for Region Hovedstaden, jf. figur 2.4.3. Således varierer niveauet i Region Hovedstaden fra mindre end

én til 58 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere. Der ses også en variation i de øvrige regioner, hvor forskellen mellem top og bund dog er mindre. Det bemærkes endvidere, at der i de øvrige regioner er tale om relativt få observationer.

Figur 2.4.3. Antal somatiske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, fordelt på kommuner, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

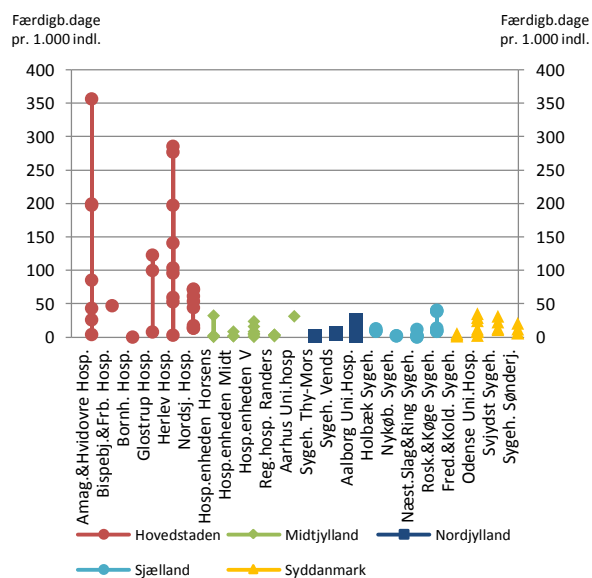
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Boks 2.4.1. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusniveau

Opgjort på primærsygehuse ses, at antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indlæggelser på det enkelte sygehus varierer på tværs af patienternes bopælskommune.

Niveauforskellene inden for samme sygehus indikerer, at der er forskel på, hvor hurtige kommunerne er til at hjemtage borgerne efter færdigbehandling. Særligt på tværs af kommunerne, hvis primærsygehuse er Herlev Hospital og Amager og Hvidovre Hospital, er der forskel.

Antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 indlæggelser, fordelt på primærsygehuse, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

2.5 ALMENE GENOPTRÆNINGSPLANER

Ved udskrivning af patienter skal lægen på sygehuset vurdere, om der er behov for genoptræning af patienten. Hvis der er et genoptræningsbehov, skal lægen afgøre, hvilken type genoptræning der er behov for. Afhængig af karakteren og omfanget af patientens funktionsevnededsættelse kan der ydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau i kommunalt regi eller specialiseret genoptræning på sygehus¹⁰. Endvidere skal der udarbejdes en individuel genoptræningsplan til patienten.

2.5.1. UDVIKLINGEN I ANDEL GENOPTRÆNINGSPLANER FOR ALMEN GENOPTRÆNING

Genoptræningsplaner for almen genoptræning har i perioden 2010 til 2014 udgjort en svagt stigende andel af alle genoptræningsplaner (almene og specialiserede). I 2010 udgjorde andelen 79 pct., mens den i 2014 udgjorde 86 pct., jf. figur 2.8.1.

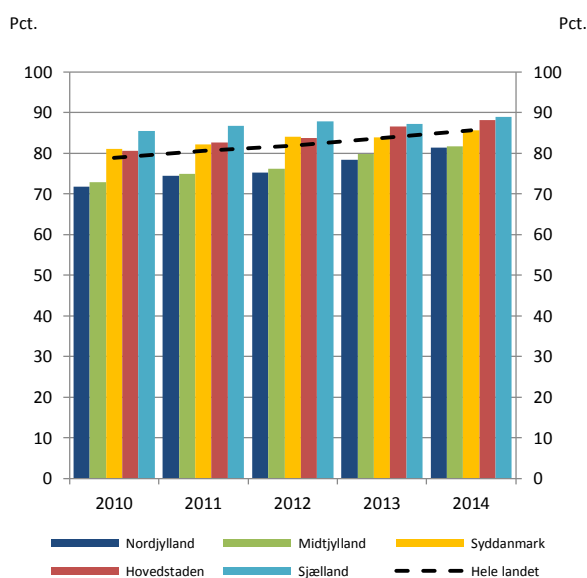
Blandt de fem regioner ses samme stigende tendens i perioden 2010-2014. I 2014 er andelen af almene genoptræningsplaner højest i Region Hovedstaden og Region Sjælland (hhv. 88 pct. og 89 pct.), mens den er lavest i Region Nordjylland og Region Midtjylland (henholdsvis 81 pct. og 82 pct.).

Andelen af almene genoptræningsplaner fordelt på sygehusniveau varierer mellem 76 pct. og 97 pct., jf. figur 2.8.2.

Hovedparten af sygehusene i Region Hovedstaden og Region Syddanmark er kendetegnet ved at have en relativ høj andel af almene genoptræningsplaner. Sygehusene i Region Nordjylland og Region Midtjylland har en relativt lavere andel af almene genoptræningsplaner.

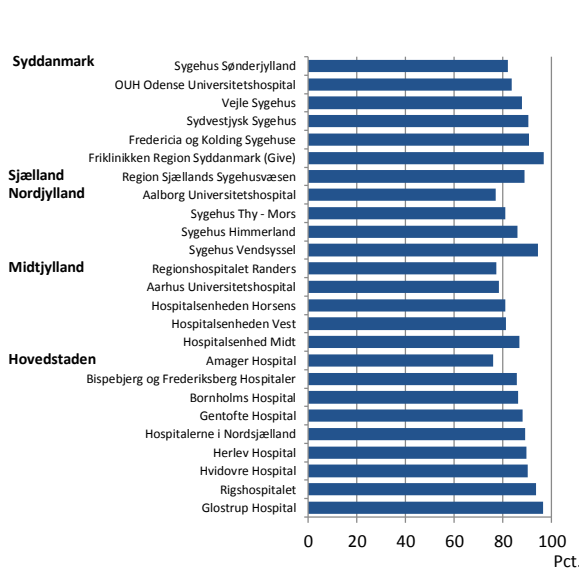
Den største spredning ses i Region Hovedstaden, hvor der er 20 pct. point mellem sygehuset med den laveste andel af almene genoptræningsplaner og sygehuset med den højeste andel.

Figur 2.8.1 Andel genoptræningsplaner for almen genoptræning, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.8.2 Andel genoptræningsplaner for almen genoptræning, fordelt på sygehuse opdelt efter regioner, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret

¹⁰ Jævnfør de nye regler som fremgår af "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" af 6. oktober 2014 er der pr. 1. januar 2015 mulighed for at yde specialiseret rehabilitering i kommunalt regi til patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnededsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser (kilde: "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", 8/10 2014).

2.6 VENTETID TIL GENOPTRÆNING

Ventetiden til genoptræning er det antal dage, der går, fra sygehuset har udarbejdet en genoptræningsplan og til den dato, hvor kommunen registrerer første genoptræningsydelse. Det er vigtigt, at perioder med nedsat funktionsevne efter udskrivning fra sygehus ikke forlænges unødigt, så patienten hurtigt kan vende tilbage til et aktivt hverdagsliv.

2.6.1. UDVIKLINGEN I VENTETID TIL GENOPTRÆNING

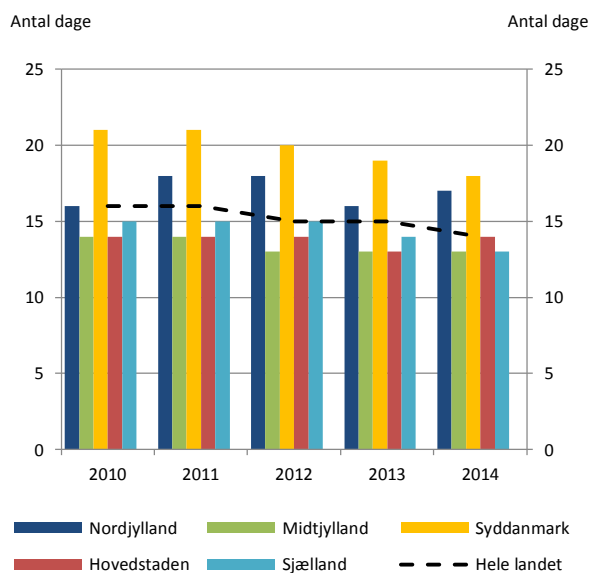
I perioden 2010 til 2014 har median-ventetiden til almen genoptræning¹¹ i kommunerne været faldende fra 16 dage i 2010 til 14 dage i 2014, jf. figur 2.6.1.

Alt efter bopælsregion er der forskel på borgernes median-ventetid. Borgere i Region Sjælland og Region Midtjylland havde en ventetid på 13 dage i 2014, mens borgere i Region Syddanmark og Region Nordjylland havde en ventetid på henholdsvis 18 dage og 17 dage. I Region Hovedstaden var ventetiden 14 dage.

I de ti kommuner med længst median-ventetid i 2014 var ventetiden mellem 21 dage og 32 dage, jf. figur 2.6.2. I de ti kommuner med kortest ventetid var ventetiden mellem 3 dage og 11 dage. Fem af de ti kommuner med længst ventetid er placeret i Region Syddanmark, hvilket kan bidrage til at forklare den høje median-ventetid i regionen.

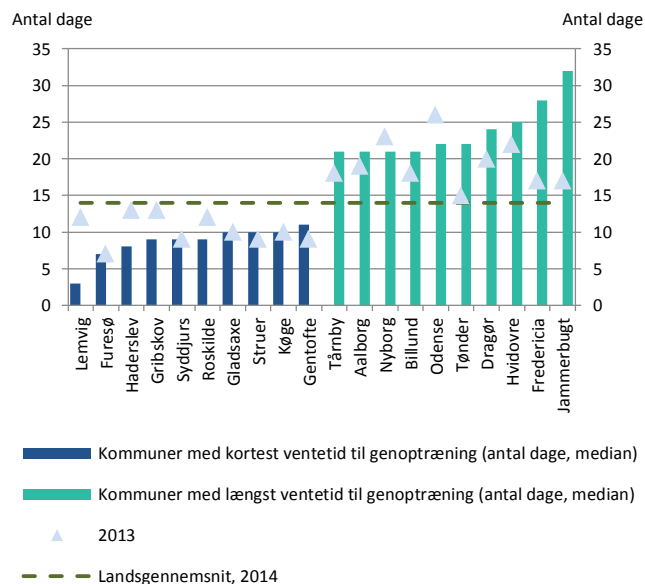
Hovedparten af de ti kommuner med længst median-ventetid har haft en stigning i ventetiden fra 2013 til 2014. Fredericia og Jammerbugt Kommune er således gået fra en ventetid på 17 dage i 2013 til en ventetid på henholdsvis 28 dage og 32 dage i 2014. Modsat har fire af kommunerne med kortest ventetid oplevet et fald fra 2013 til 2014, hvor Lemvig Kommune har reduceret ventetiden fra 12 dage til 3 dage.

Figur 2.6.1. Ventetid til genoptræning, median, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014 (antal dage)



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 2.6.2. Ventetid til genoptræning, median, fordelt på kommuner med kortest og længst ventetid til genoptræning, 2013-2014 (antal dage)



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren. Langeland Kommune er udtaget pga. usikkerhed om registrering.

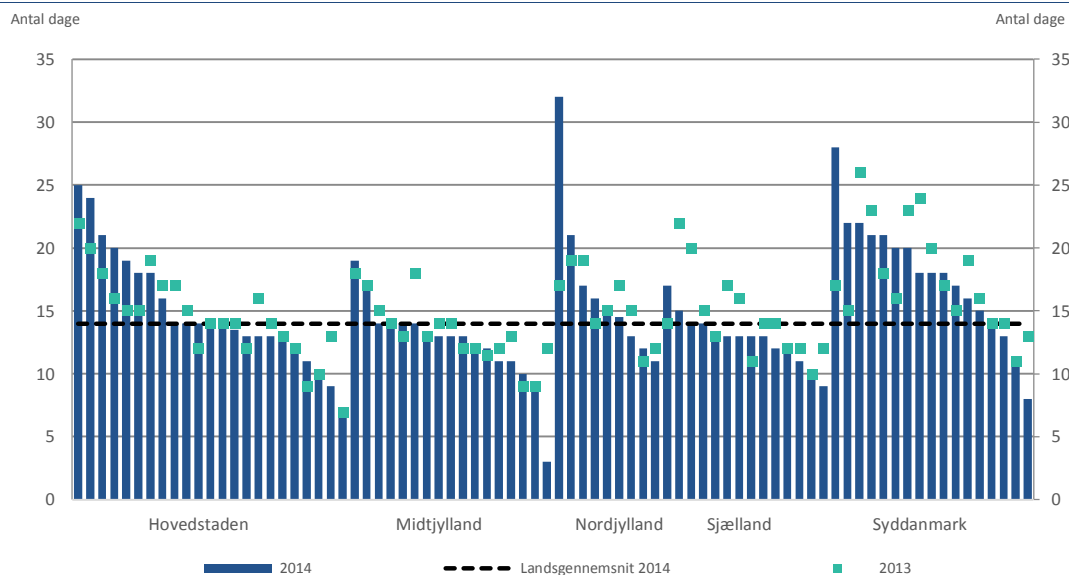
I Region Nordjylland og Region Syddanmark har de to kommuner, Jammerbugt Kommune og Fredericia Kommune, en betydelig længere observeret median-ventetid end de øvrige kommuner i regionen, jf. figur 2.6.3.

¹¹ Median-ventetiden er den observerede ventetid hos borgeren, hvor 50 pct. af de observerede ventetider ligger hhv. under og over.

Når der ses bort herfra er ventetiden i hovedparten af kommunerne i Region Nordjylland jævnt fordelt omkring landsgennemsnittet.

I Region Syddanmark er median-ventetiden i hovedparten af kommunerne over landsgennemsnittet. Modsat er ventetiden i hovedparten af kommunerne i Region Midtjylland og Region Sjælland på niveau med eller under landsgennemsnittet, hvor en del kommuner i Region Sjælland har mindsket ventetiden fra 2013 til 2014.

Figur 2.6.3. Ventetid til genoptræning, median, fordelt på kommuner opdelt efter regioner, 2013-2014 (antal dage)



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren. Alene kommuner med mindst 20 observationer indgår i figuren. Langeland Kommune er udtaget pga. usikkerhed om registrering.

2.7 PATIENTOPLEVET KOMMUNIKATION

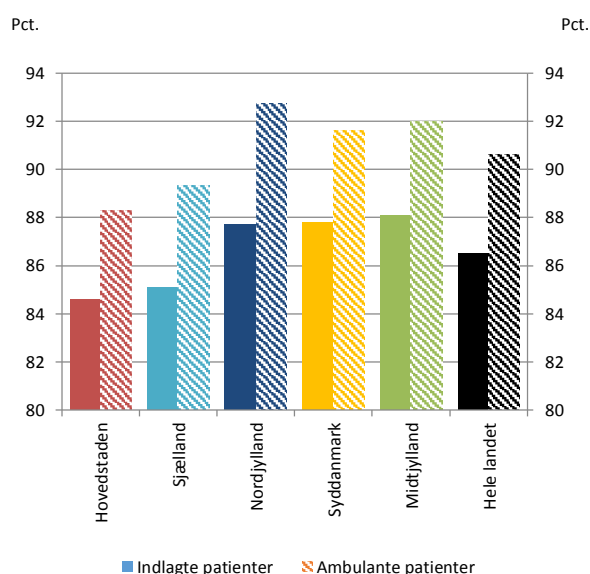
Regioner og kommuner har i fællesskab ansvaret for den patientrettede forebyggelse, som skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, samt begrænse eller udskyde komplikationer. Mange patienter, særligt den store gruppe af ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom, har ofte længere, tværsektorielle behandlings- og plejeforløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen.

Målingen af den patientoplevede kommunikation og graden af sammenhæng i forløb skal på sigt ske på grundlag af tre mål: patientoplevet tilfredshed med samarbejdet mellem sygehus og den kommunale pleje, rettidigt fremsendte genoptræningsplaner og rettidigt fremsendte udskrivningsrapporter, hvor de to sidste mål er under udvikling.

En vigtig markør for, hvordan samarbejdet mellem regioner og kommuner fungerer, er som nævnt patienternes oplevelse heraf.

I 2013 lå andelen af patienter, som vurderede samarbejdet mellem sygehuset og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje positivt, på 87 pct. og 91 pct. for henholdsvis indlagte og ambulante patienter, jf. figur 2.7.1.

Figur 2.7.1. Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og den kommunale pleje fordelt på regioner, 2013, andel positive (pct.)



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

2.8 AKUTTE PSYKIATRISKE KORTTIDSINDLÆGGELSER

Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser defineres som en akut indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelsen eller dagen efter indlæggelse (én overnatning). En høj forekomst af denne type indlæggelser kan alt andet lige indikere et højt niveau af u hensigtsmæssige indlæggelser, der kunne være forebygget.

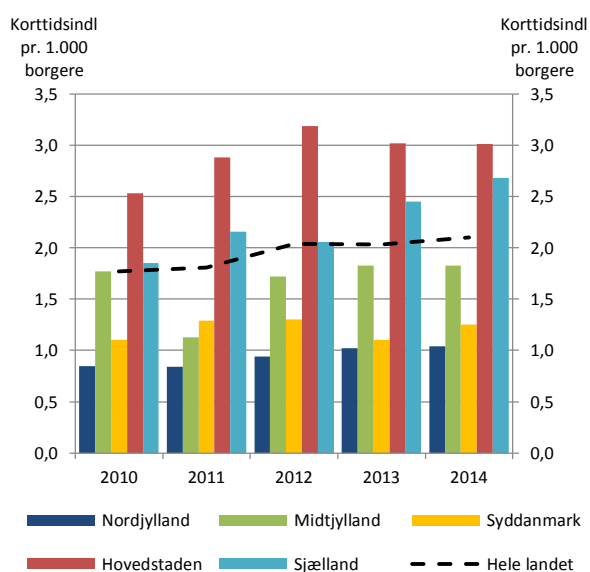
2.8.1. UDVIKLINGEN I AKUTTE PSYKIATRISKE KORTTIDSINDLÆGGELSER PR. 1.000 BORGERE

Antallet af akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere på landsplan er steget svagt fra 1,8 indlæggelser til godt 2,0 indlæggelser fra 2010 til 2012, hvorefter udviklingen har været stort set uændret, *jf. figur 2.8.1.*

Der ses en betydelig variation i indikatorniveauet mellem regionerne. Region Hovedstaden skiller sig ud med det højeste antal akutte korttidsindlæggelser pr. 1000 borgere i perioden 2010 til 2014, mens Region Nordjylland har det laveste. Der er en stigende tendens i antallet af akutte korttidsindlæggelser pr. 1000 borgere i Region Sjælland over perioden 2012-2014, mens Region Hovedstaden viser en faldende trend i samme periode.

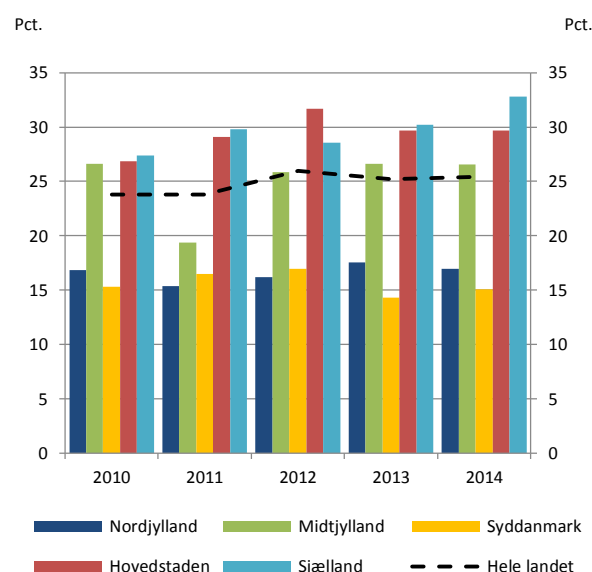
Andelen af akutte korttidsindlæggelser i forhold til det samlede antal indlæggelser i psykiatrien varierer ligeledes betydeligt på tværs af regionerne, *jf. figur 2.8.2.* Region Nordjylland og Region Syddanmark har over hele perioden en betragtelig mindre andel akutte korttidsindlæggelser end de øvrige regioner.

Figur 2.8.1 Antal akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

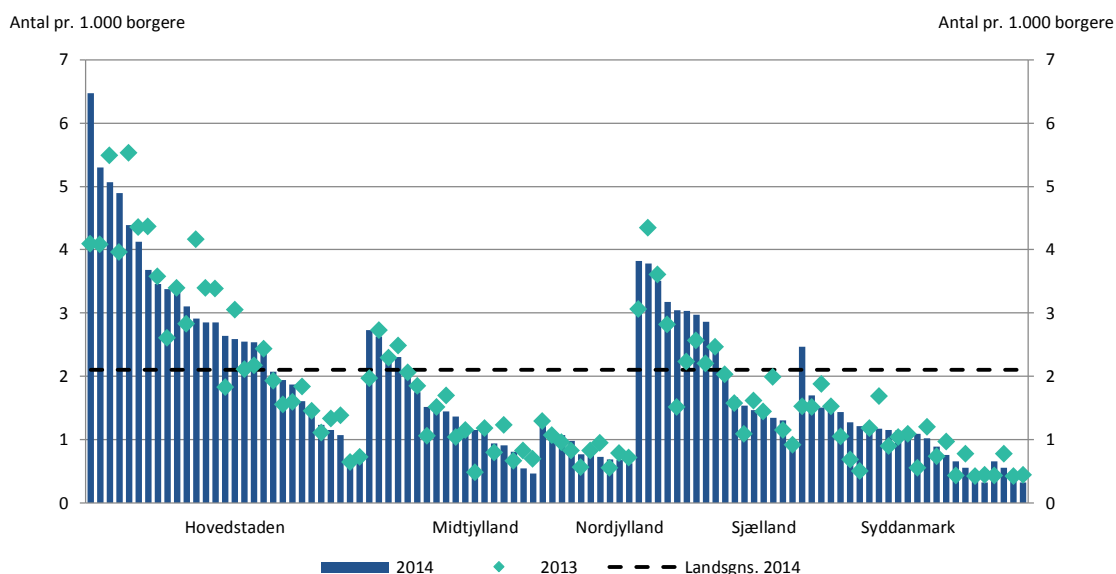
Figur 2.8.2. Andel akutte psykiatriske korttidsindlæggelser i forhold til psykiatriske indlæggelser, fordelt på regioner samt landsplan, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Kommunerne i Region Hovedstaden spænder fra at have det højeste antal akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere på over seks indlæggelser, til at ligge blandt de laveste med under én indlæggelse. I Region Nordjylland ligger alle kommuner en del under landsgennemsnittet. Det samme gælder for kommunerne i Region Syddanmark på nær én kommune, *jf. figur 2.8.3.*

Figur 2.8.3. Antal akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på kommuner opdelt efter regioner, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

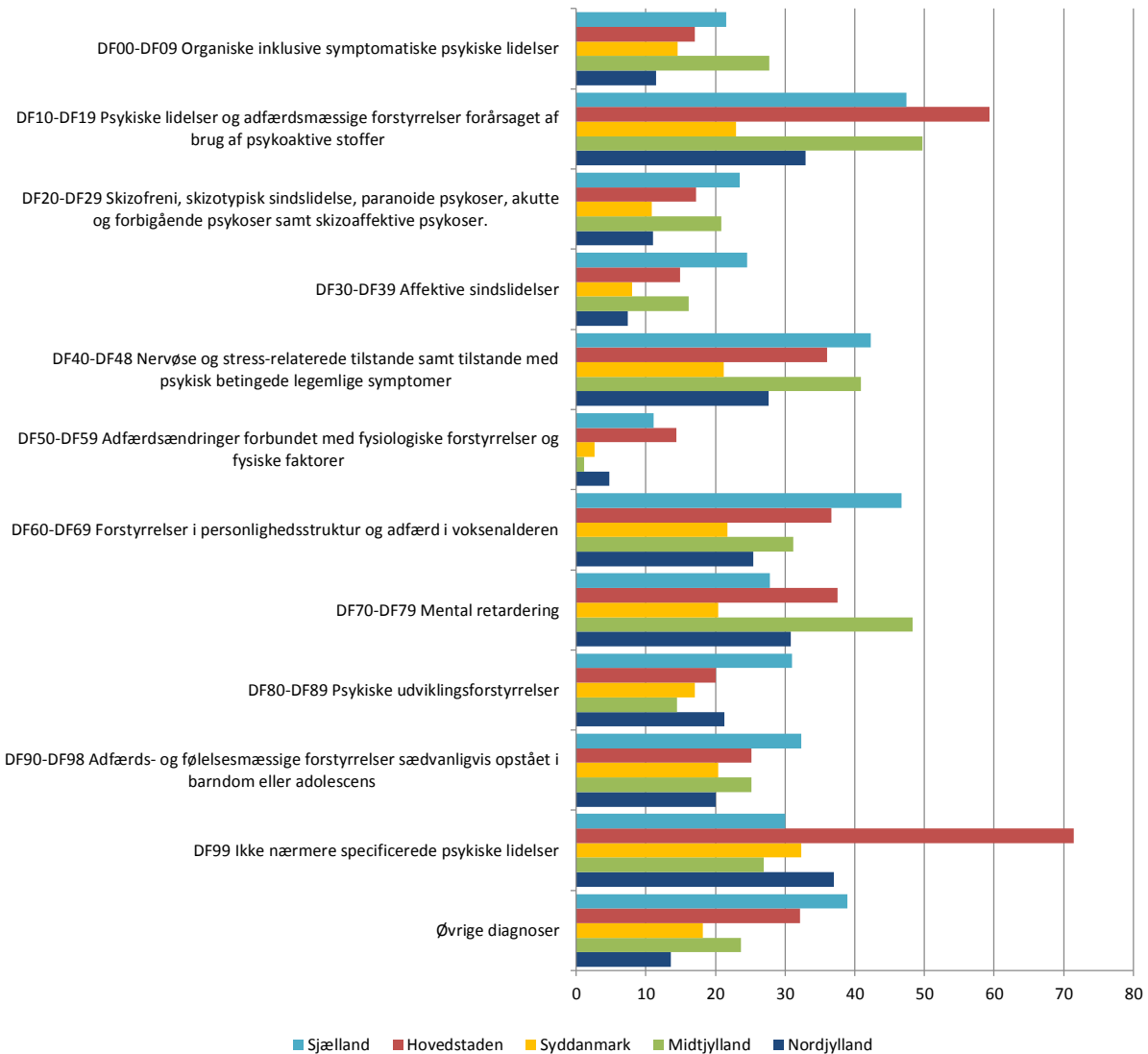
Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser fordelt på diagnosegrupper

Når der ses på andelen af akutte psykiatriske korttidsindlæggelser i forhold til antal indlæggelser inden for den enkelte diagnosegruppe og region, ses der ikke noget entydigt billede af, at der er større forekomst af akutte korttidsindlæggelser inden for nogle bestemte diagnoser, jf. figur 2.8.4. Det ses dog, at en lidt større andel af patienterne, der bliver indlagt med "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer", bliver akut korttidsindlagt. Region Hovedstaden skiller sig ud ved at have en høj andel akutte korttidsindlæggelser blandt deres patienter, der bliver indlagt for "Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser" i forhold til de øvrige regioner.

Når man ser på omfanget af akutte korttidsindlæggelser inden for de forskellige diagnoser ses det, at volumen også er høj blandt patienter med diagnosen 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer', jf. bilag 1.

Figur 2.8.4. Andel af akutte korttidsindlæggelser i psykiatrien i forhold til psykiatriske indlæggelser i den pågældende diagnosegruppe (pct.), fordelt regioner, 2014

Andel af psykiatriske indl. (pct.)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

2.9 AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSER

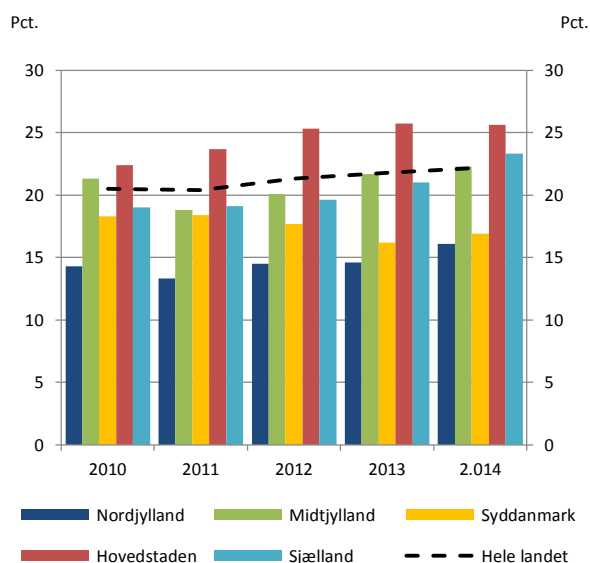
Akutte psykiatiske genindlæggelser kan være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling under og efter indlæggelse, hvormed genindlæggelse potentielt kunne have været undgået. Genindlæggelser er dog ikke i alle tilfælde undgåelige. Nogle genindlæggelser i psykiatrien kan således være nødvendige som led i et patientforløb.

2.9.1. UDVIKLINGEN I DEN AKUTTE PSYKIATRISKE GENINDLÆGGELSESFREKVENS

Andelen af genindlæggelser i forhold til det samlede antal indlæggelser i psykiatrien (genindlæggelsesfrekvensen) har været svagt stigende på landsplan i perioden 2010-2014, til 22 pct. i 2014, jf. figur 2.9.1.

Der ses en variation i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af regionerne, hvor Region Hovedstaden har den højeste frekvens gennem hele perioden, mens Region Nordjylland har den laveste.

Figur 2.9.1 Genindlæggelsesfrekvens i psykiatrien, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014

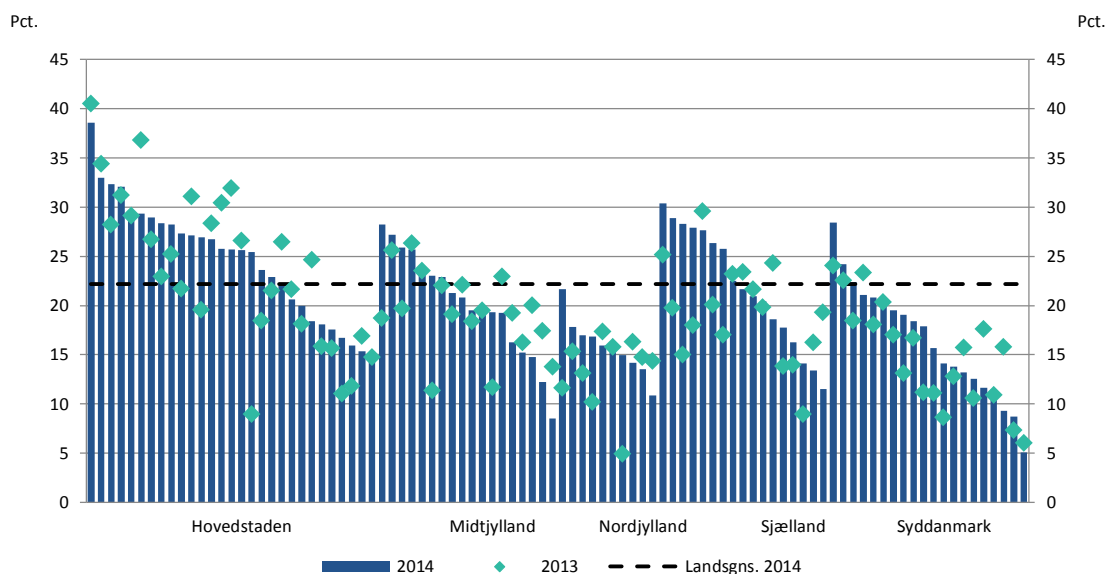


Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Der ses generelt en stor variation i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af kommunerne inden for de enkelte regioner, jf. figur 2.9.2

En stor del af kommunerne i Region Hovedstaden har en genindlæggelsesfrekvens, der ligger over landsgennemsnittet. Kommunen med den højeste genindlæggelsesfrekvens ligger også i Region Hovedstaden. I Region Nordjylland ligger alle kommuner under landsgennemsnittet.

Figur 2.9.3. Genindlæggelsesfrekvens i psykiatrien, fordelt på kommuner opdelt efter regioner, 2013-2014



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

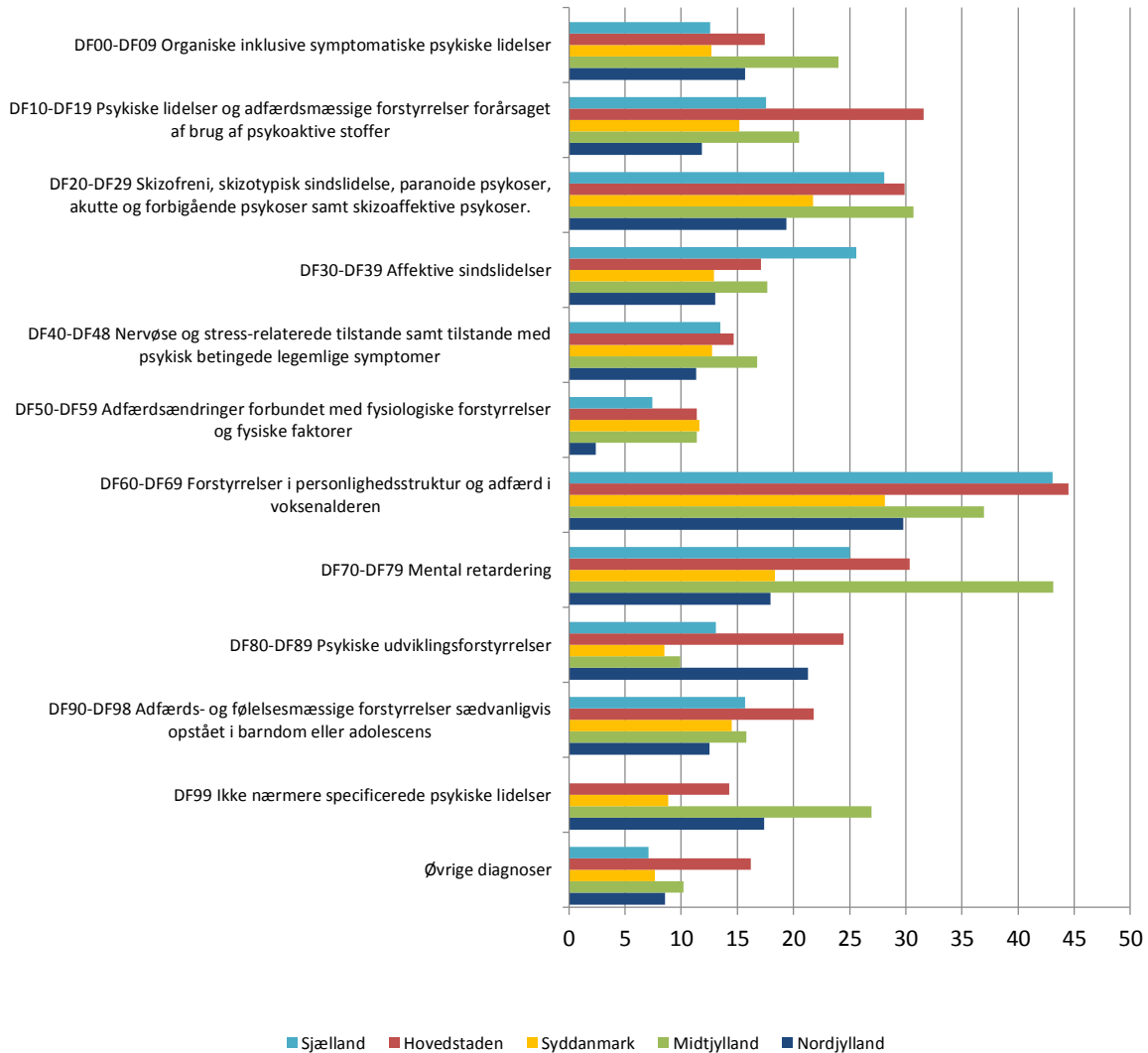
Psykiatriske genindlæggelser fordelt på diagnosegrupper

Når der ses på andelen af genindlæggelser i forhold til alle psykiatriske indlæggelser inden for den enkelte diagnose og region, ses der en lille overvægt i andelen af genindlæggelser som følge af en primærindlæggelse (dvs. den indlæggelse der ligger til grund for genindlæggelsen) for "Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen", jf. figur 2.9.4. Region Midtjylland skiller sig ud ved at have en relativ høj andel af genindlæggelser som følge af en primærindlæggelse for "Mental retardering" og "Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser", mens Region Hovedstaden har en relativ høj andel af genindlæggelser som følge af "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer".

Når der ses på omfanget af genindlæggelser inden for de enkelte diagnoser ses, at volumen er relativt høj i 2014 efter en indlæggelse for "Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser", jf. bilag 1.

Figur 2.9.4. Andel af akutte genindlæggelser i psykiatrien i forhold til psykiatriske indlæggelser inden for den pågældende diagnosegruppe (pct.), fordelt på regioner, 2014

Andel af psykiatriske indl. (pct.)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

2.10 PSYKIATRISKE FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE

Når en borger er færdigbehandlet på en psykiatrisk afdeling, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave at give borgeren et relevant tilbud. Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold, forlænges indlæggelsen unødigt.

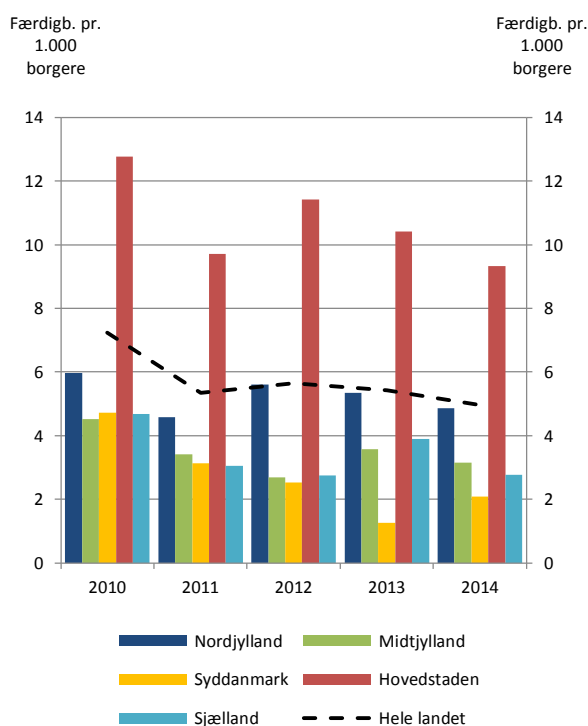
2.10.1. UDVIKLINGEN I PSYKIATRISKE FÆRDIGBEHANDLINGS-DAGE PR. 1.000 BORGERE

Region Hovedstaden har omkring dobbelt så mange færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere som de øvrige regioner, jf. figur 2.10.1.

Udviklingen i antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere har været faldende over perioden i alle regionerne. På landsplan er antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere faldet fra godt 7 dage i 2010 til 5 dage i 2014, svarende til et fald i indikatorniveauet på 32 pct. Det største fald er sket i Region Syddanmark, mens Region Nordjylland har haft det mindste fald. Region Syddanmark har som den eneste region haft en stigning i antal færdigbehandlingsdage fra 2013 til 2014, men er fortsat den region med det laveste antal dage pr. 1.000 borgere.

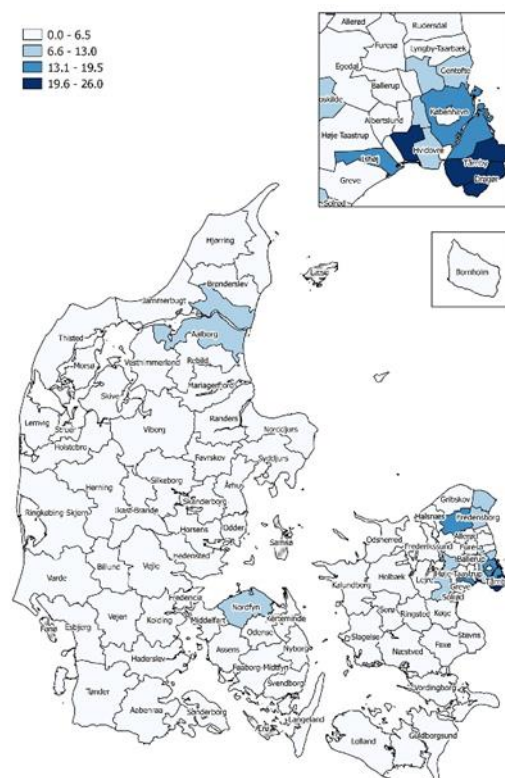
Figur 2.10.2 visualiserer yderligere, at der primært er tale om et hovedstadsfænomen. Kun fire kommuner uden for Region Hovedstaden ligger således ikke i den laveste kategori med maks 6,5 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere.

Figur 2.10.1. Antal psykiatriske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på regionsniveau.

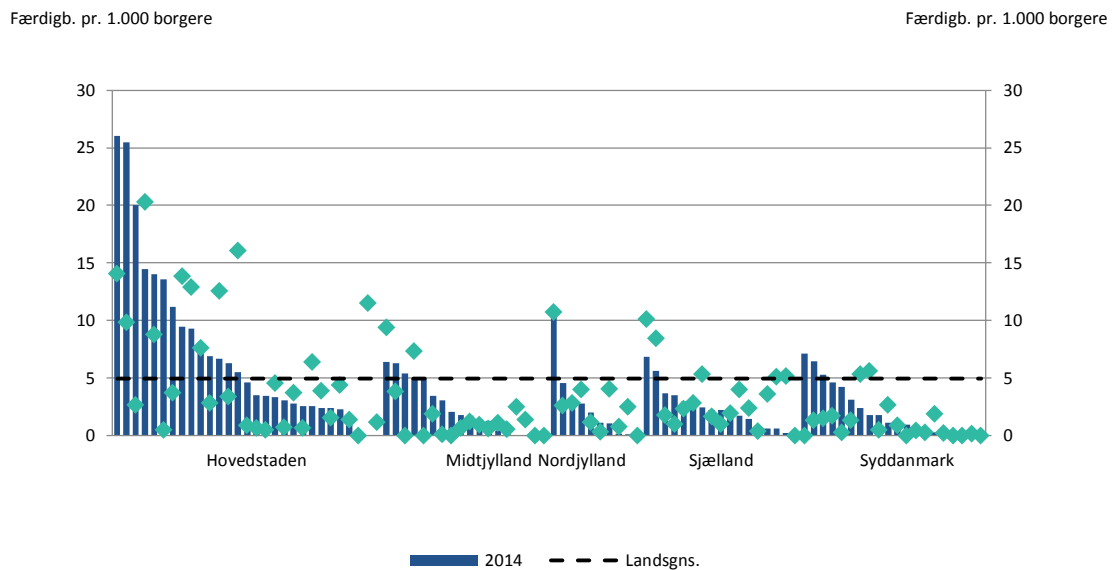
Figur 2.10.2 Antal psykiatriske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Region Hovedstaden, som har det højeste antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, har også den største variation på tværs af kommunerne. Niveaueet i Region Hovedstaden varierer fra én kommune med 25 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere til kommuner, der ligger blandt de laveste eller hvor der ingen færdigbehandlingsdage er, jf. figur 2.10.3.

Figur 2.10.3. Antal psykiatriske færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, fordelt på kommuner, 2013-2014



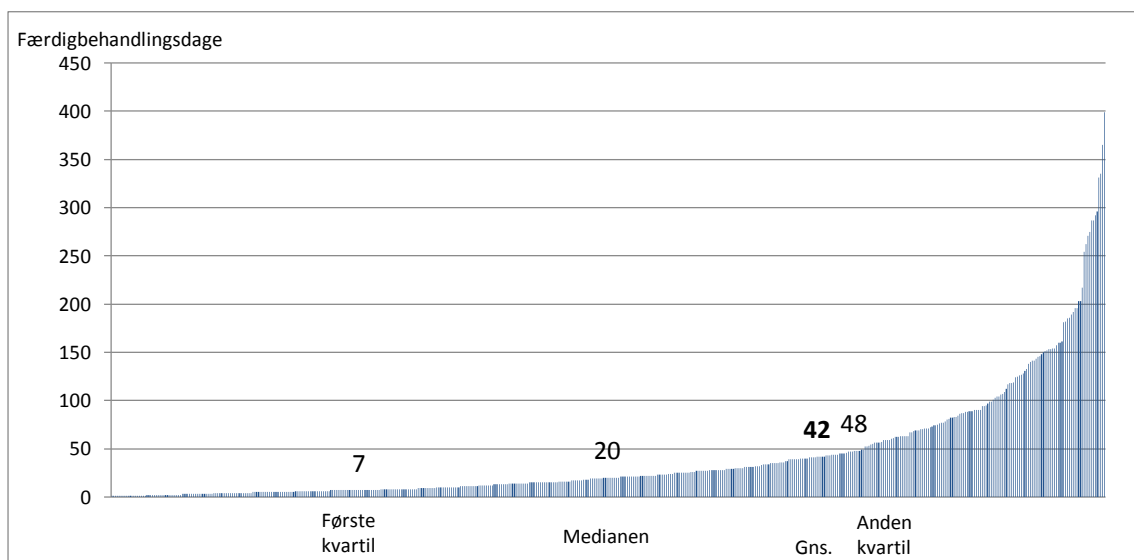
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

I 2014 var der 536 afsluttede indlæggelser, hvor patienten forblev indlagt efter denne var færdigbehandlet. Disse patienter lå i gennemsnit færdigbehandlet i 42 dage inden udskrivning. I forbindelse med halvdelen af disse indlæggelser lå patienten mere end 20 dage som færdigbehandlet, før denne blev udskrevet, *jf. figur 2.10.4.*

Derudover var der ved udgangen af 2014 81 færdigbehandlede personer, som endnu ikke var udskrevet¹². Disse 81 personer havde på daværende tidspunkt i gennemsnit været færdigbehandlet i 105 dage, og 9 personer havde ligget færdigbehandlet i mindst et år, dvs. hele 2014.

Figur 2.10.4. Antal psykiatriske færdigbehandlingsdage, fordelt på indlæggelser afsluttet i 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

¹² De 81 personer, som endnu ikke var udskrevet ved udgangen af 2014, indgår ikke i figur 2.10.4.

3 INDIKATORER VEDRØRENDE BORGERE MED KOL OG DIABETES TYPE-2

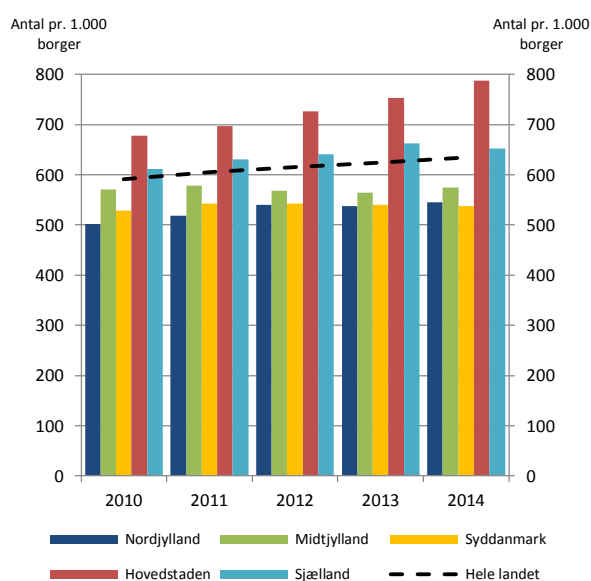
3.1 AKUTTE SOMATISKE INDLÆGSELSE FOR VOKSNE BORGERE MED KOL

Antallet af akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere¹³ med KOL er steget på landsplan fra ca. 591 indlæggelser i 2010 til ca. 634 indlæggelser i 2014, *jf. figur 3.1.1*. Stigningen i antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL er mindst i Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens den største stigning ses i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden har ligget over landsgennemsnittet i perioden 2010 til 2014, hvor stigningen betyder, at antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL er ca. 25 pct. højere i Region Hovedstaden i 2014 sammenholdt med landsgennemsnittet. I Region Sjælland har antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL ligget på niveau med landsgennemsnittet i hele perioden.

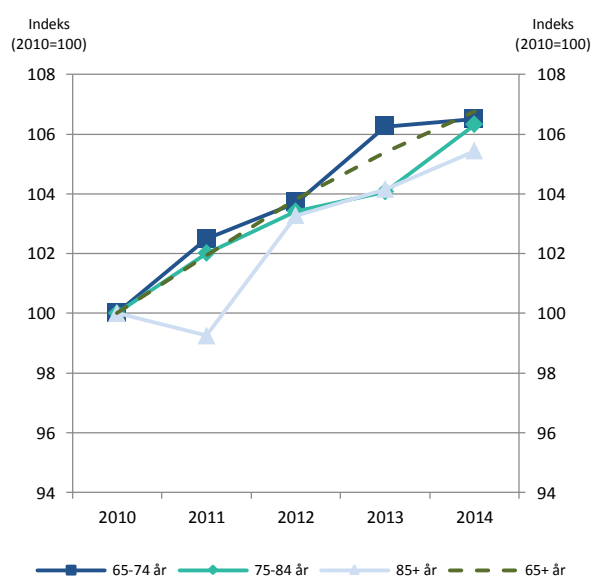
På tværs af aldersgrupper (65+ år) er antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL steget i alle aldersgrupper, hvor stigningstakten er stort set den samme for de enkelte aldersgrupper, *jf. figur 3.1.2*.

Figur 3.1.1 Antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL (18+ år), fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR. Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 3.1.2 Antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL (65+ år), fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (indekseret med 2010=100)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR. Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Den observerede regionale forskel ses også på kommuneniveau, hvor det højeste antal af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL ses i kommunerne i Region Hovedstaden, *jf. figur 3.1.3*. Antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL varierer inden for den enkelte region, hvor variationen især er stor i Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Ses på fordelingen af kommuner med et lavt antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL er de primært beliggende i Region Syddanmark, hvilket kan forklare det relativt lave regionsniveau.

På landsplan udgjorde akutte indlæggelser 79 pct. af det totale antal indlæggelser for borgere med KOL i 2014. Ses på andelen af akutte indlæggelser på tværs af sygehuse er der en synlig variation i, hvor stor en andel akutte indlæggelser udgør på det enkelte sygehus, herunder også inden for de enkelte regioner, *jf.*

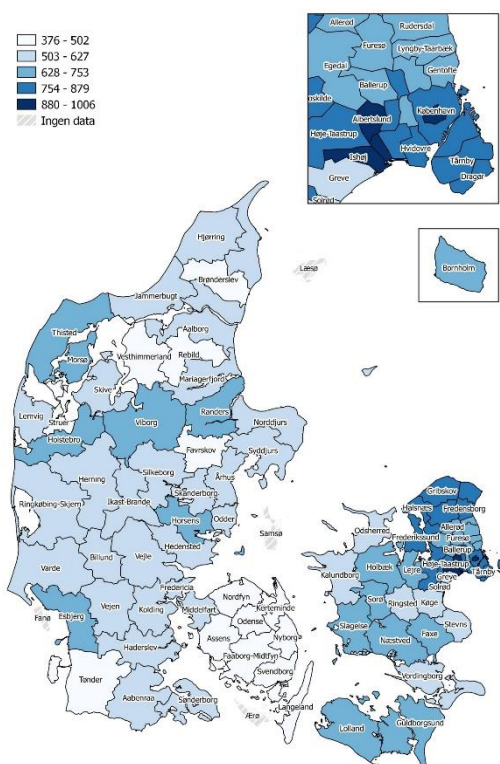
¹³ Borgere på 18+ år.

figur 3.1.4. Den største forskel ses i Region Hovedstaden, hvor andelen af akutte indlæggelser varierer fra godt 30 pct. på Rigshospitalet til godt 90 pct. på Bornholms Hospital.

Sygehusene med den højeste andel akutte indlæggelser er primært beliggende i Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor andelen af akutte indlæggelser på tre af hospitalerne i hver af disse regioner overstiger 90 pct.

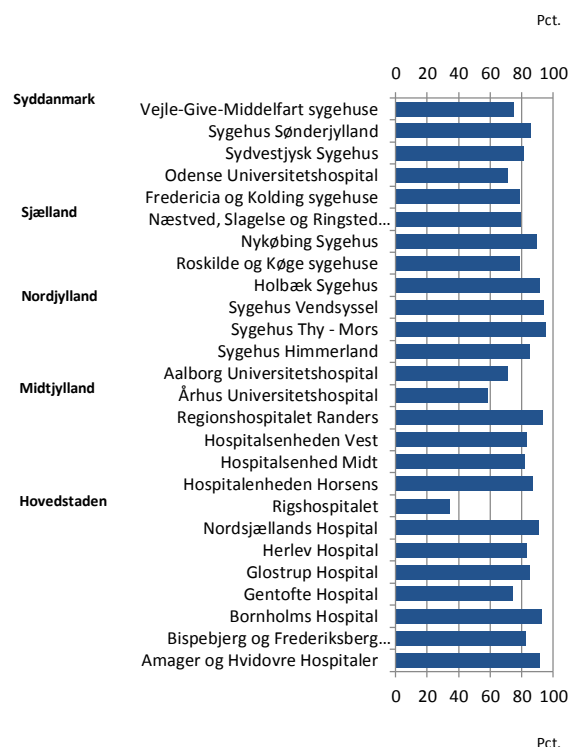
To sygehuse, Rigshospitalet og Århus Universitetshospital, skiller sig ud ved at andelen af indlæggelser som udgøres af akutte indlæggelser er en del lavere end på de øvrige sygehuse.

Figur 3.1.3. Akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL (18+ år), efter kommune, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 3.1.4. Andel akutte somatiske indlæggelser i forhold til total antal indlæggelser for borgere med KOL (18+ år), efter sygehus, 2014, pct.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

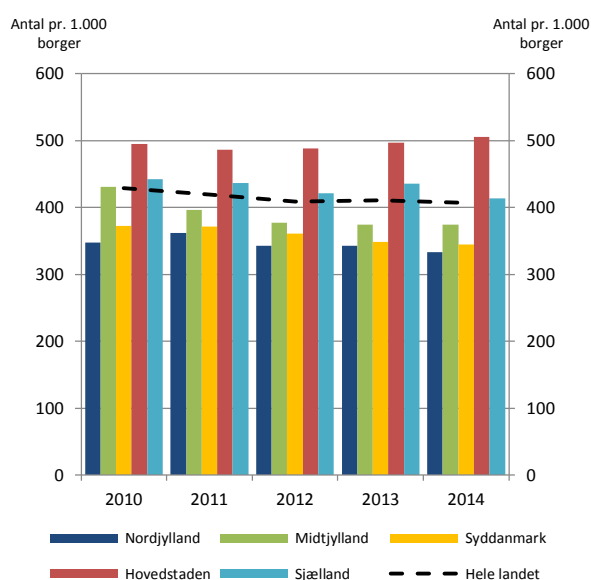
3.2 AKUTTE SOMATISKE INDLÆGSELSE FOR VOKSNE BORGERE MED DIABETES TYPE-2

Antallet af akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere¹⁴ med diabetes type-2 er faldet på landsplan fra ca. 429 indlæggelser i 2010 til ca. 407 indlæggelser i 2014, *jf. figur 3.2.1*. Tendensen dækker over forskellige udviklinger i de enkelte regioner. Der er en begrænset stigning i antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 i Region Hovedstaden, mens antallet er faldet i de øvrige regioner.

Region Hovedstaden har ligget over landsgennemsnittet i perioden 2010 til 2014, hvor udviklingen betyder, at antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 er ca. 25 pct. højere i Region Hovedstaden i 2014 sammenholdt med landsgennemsnittet. I Region Sjælland har antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 ligget på niveau med landsgennemsnittet i hele perioden.

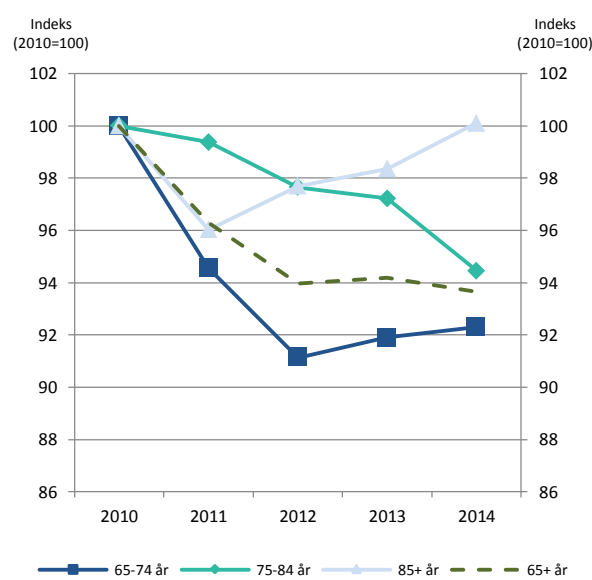
På tværs af aldersgrupper (65+ år) er antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 i 2014 uændret i forhold til 2010 blandt de 85+ årige, hvor antallet er faldet for de øvrige aldersgrupper, *jf. figur 3.2.2*.

Figur 3.2.1 Antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 (18+ år), fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 3.2.2 Antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 (65+ år), fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (indekseret med 2010=100)



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

Den observerede regionale forskel ses også på kommuneniveau, hvor det højeste antal af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 ses i kommunerne i Region Hovedstaden, *jf. figur 3.2.3*. Antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 varierer inden for den enkelte region, hvor variationen især er stor i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Ses på fordelingen af kommuner med et lavt antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 er de primært beliggende i Region Syddanmark og Region Nordjylland, hvilket kan forklare det relativt lave regionsniveau.

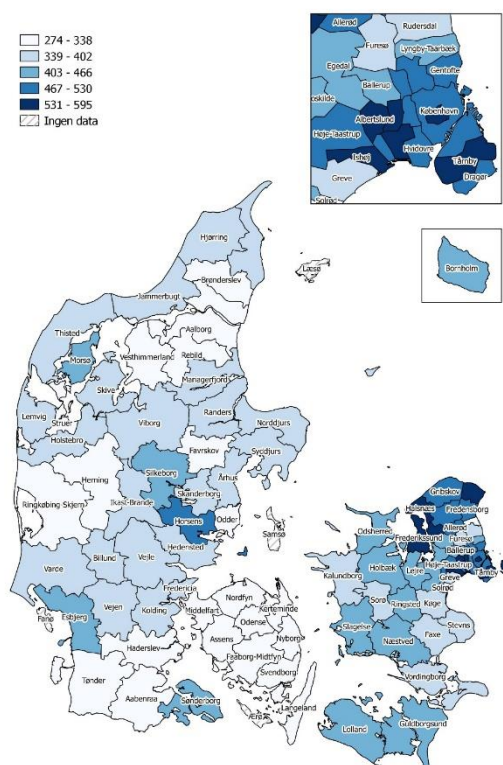
På landsplan udgjorde akutte indlæggelser 73 pct. af det totale antal indlæggelser for borgere med diabetes type-2 i 2014. Ses på andelen af akutte indlæggelser på tværs af sygehuse er der en synlig variation i, hvor stor en andel akutte indlæggelser udgør på det enkelte sygehus, herunder også inden for de enkelte regioner. Den største forskel ses i Region Hovedstaden, hvor andelen af akutte indlæggelser varierer fra ca. 36 pct. på Rigshospitalet til knap 90 pct. på Bornholms Hospital, *jf. figur 3.2.4*.

¹⁴ Borgere på 18+ år.

Parallelt med opgørelsen af andelen af akutte indlæggelser for borgere med KOL er andelen af akutte indlæggelser for borgere med diabetes type-2 lavest for Rigshospitalet og Århus Universitetshospital, hvor akutte indlæggelser udgør hhv. ca. 36 og 54 pct. af indlæggelserne for borgere med diabetes type-2.

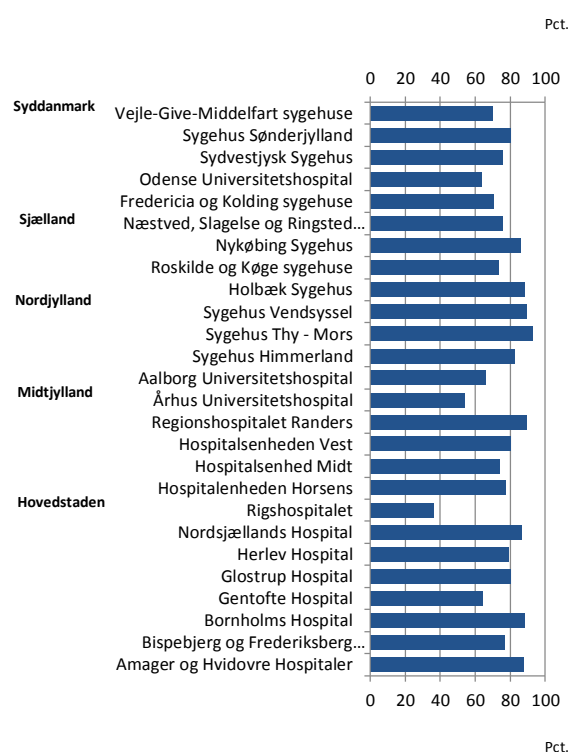
I alle regioner er der sygehuse med en relativ høj andel akutte indlæggelser, og der ses ikke nogen geografisk koncentration.

Figur 3.2.3. Akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere med diabetes type-2 (18+ år), efter kommune, 2014



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 3.2.4. Andel akutte somatiske indlæggelser i forhold til total antal indlæggelser for borgere med diabetes type-2 (18+ år), efter sygehus, 2014, pct.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut og CPR.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

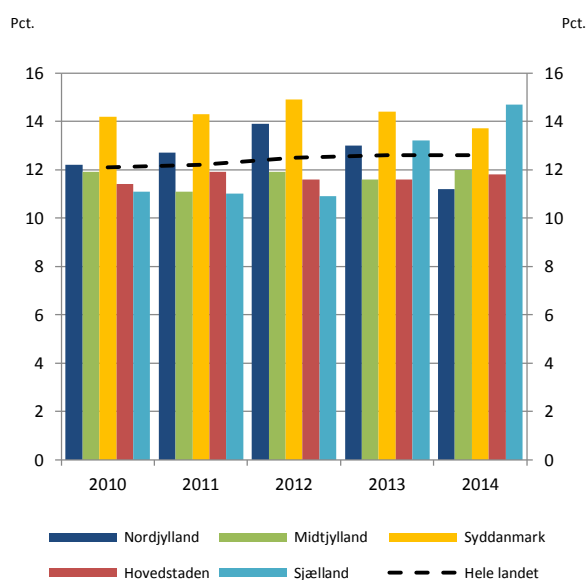
3.3 AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER FOR VOKSNE BORGERE MED KOL

Genindlæggelsesfrekvensen for borgere med KOL udgør ca. 13 pct. i 2014, og er dermed ca. 5 pct.point højere end for befolkningen generelt, *jf. figur 3.3.1* (og figur 2.3.1). I 2010 var genindlæggelsesfrekvensen for borgere med KOL 12 pct., og der er således sket en mindre stigning de seneste fem år.

Region Nordjylland har en relativt lav genindlæggelsesfrekvens for borgere med KOL i forhold til de øvrige regioner, og har nedbragt frekvensen fra 14 pct. i 2012 til godt 11 pct. i 2014. Region Nordjylland har også en relativt lav genindlæggelsesfrekvens for befolkningen generelt, som er nedbragt siden 2012.

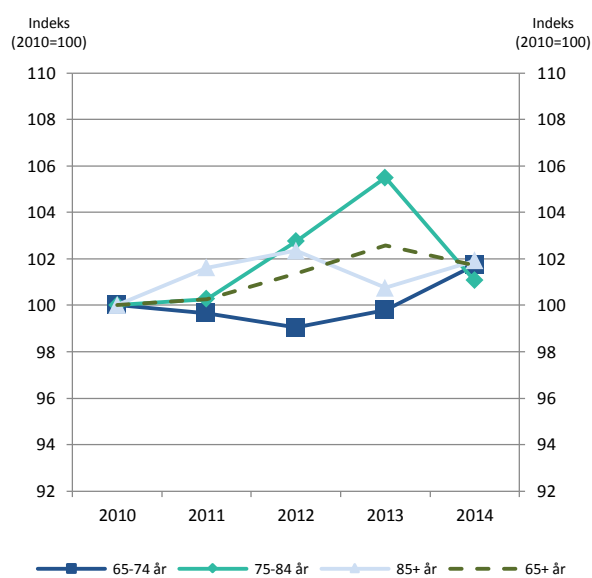
For ældre borgere med KOL (65+ år) er der sket en mindre stigning siden 2010 på landsplan, *jf. figur 3.3.2*. Inden for de enkelte aldersgrupper ses ikke en entydig tendens i udviklingen.

Figur 3.3.1 Genindlæggelsesfrekvens for borgere (18+ år) med KOL, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 3.3.2 Genindlæggelsesfrekvens for borgere med KOL (65+ år), fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (indekseret med 2010=100)



Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

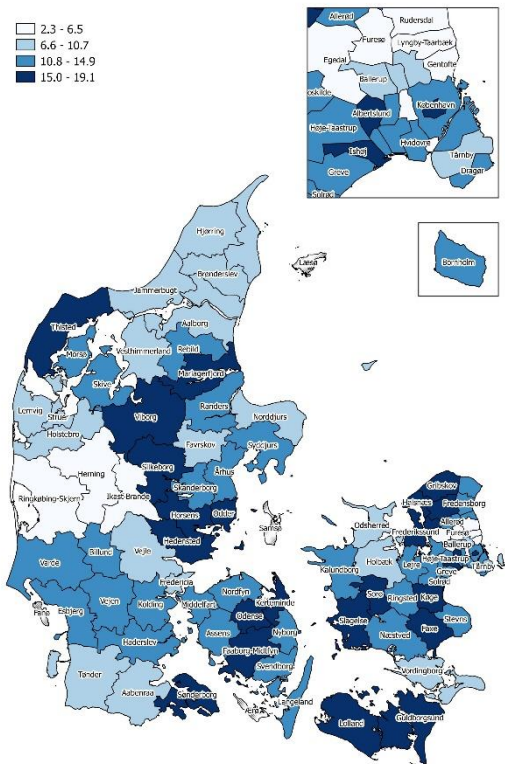
Der er betydelig spredning i genindlæggelsesfrekvensen for borgere med KOL mellem kommunerne inden for de enkelte regioner, *jf. figur 3.3.3*. Størst variation ses inden for Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Inden for de øvrige regioner er der et højere niveau blandt kommunerne med de laveste genindlæggelsesfrekvenser, hvorved spredningen mellem kommunerne med de højeste og laveste genindlæggelser inden for disse regioner er mindre.

En væsentlig andel af kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark har en relativt høj genindlæggelsesfrekvens, hvilket kan bidrage til at forklare den høje genindlæggelsesfrekvens for disse regioner.

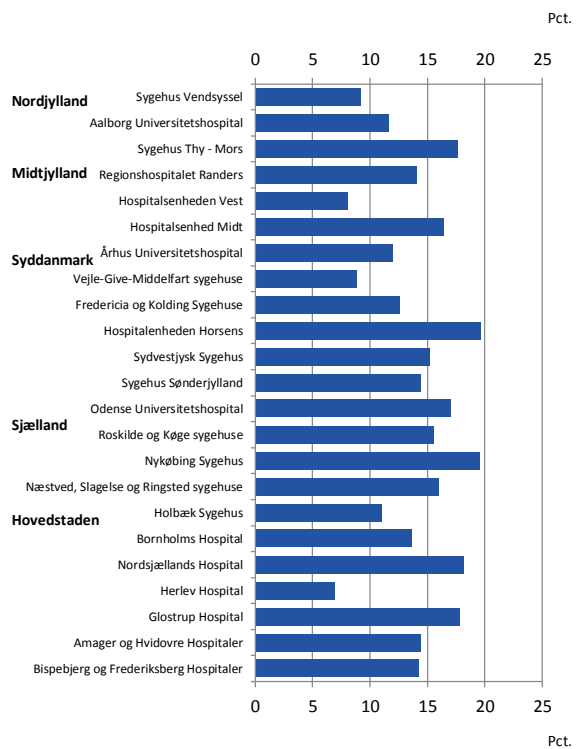
På landsplan udgjorde akutte genindlæggelser 13 pct. af det totale antal indlæggelser for borgere med KOL i 2014. Der er en synlig variation i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af sygehuse, herunder også inden for de enkelte regioner, *jf. figur 3.3.4*.

På fire sygehuse er genindlæggelsesfrekvensen for borgere med KOL under 10 pct., hvor den på to sygehuse er næsten 20 pct. Der ses nogen geografisk variation i fordelingen af sygehuse med hhv. høje og lave genindlæggelsesfrekvenser.

Figur 3.3.3. Genindlæggelsesfrekvens for borgere (18+ år) med KOL, efter kommune, pct., 2014



Figur 3.3.4. Genindlæggelsesfrekvens for borgere (18+ år) med KOL, efter sygehus, 2014, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

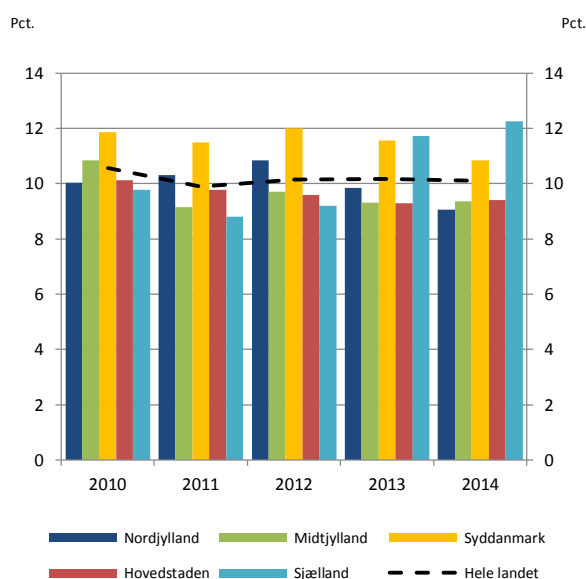
Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

3.4 AKUTTE SOMATISKE GENINDLÆGGELSER FOR VOKSNE BORGERE MED DIABETES TYPE-2

Borgerne på 18+ år med diabetes type-2 har en genindlæggelsesfrekvens i 2014 på godt 10 pct., hvilket er stort set uændret siden 2010, jf. figur 3.4.1. Mønsteret på tværs af regioner afspejler mønsteret for borgere med KOL, dog på et lavere niveau, og mønsteret for befolkningen generelt, som har en lavere genindlæggelsesfrekvens end både borgere med KOL og borgere med diabetes type-2 (jf. figur 2.3.1 og 3.3.1).

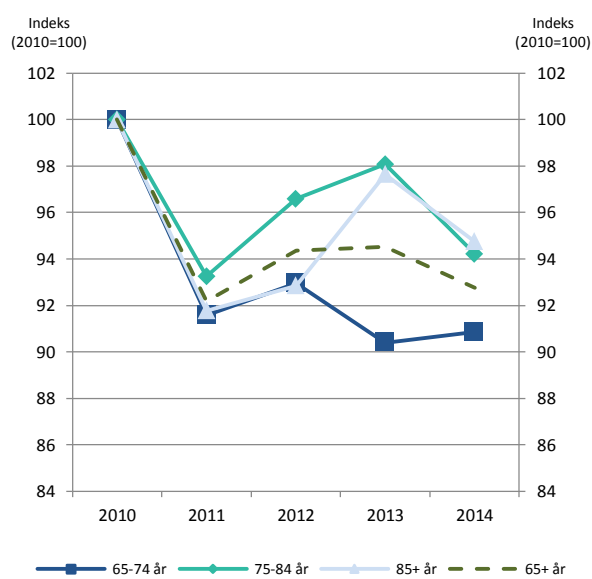
Siden 2010 er der sket et fald i genindlæggelsesfrekvensen for borgere med diabetes type-2 over 65 år, jf. figur 3.4.2. Genindlæggelsesfrekvensen for borgere (65+ år) med diabetes er faldet med ca. 7 pct. Det største fald ses i aldersgruppen 65-74 år, mens faldet i aldersgrupperne 75-84 årige og 85+ årige er noget mindre.

Figur 3.4.1 Genindlæggelsesfrekvens for borgere (18+ år) med diabetes type-2, fordelt på regioner samt landsplan, 2010-2014, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret.

Figur 3.4.2 Genindlæggelsesfrekvens for borgere (65+ år) med diabetes type-2, fordelt på aldersgrupper, 2010-2014 (indekseret med 2010=100)



Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

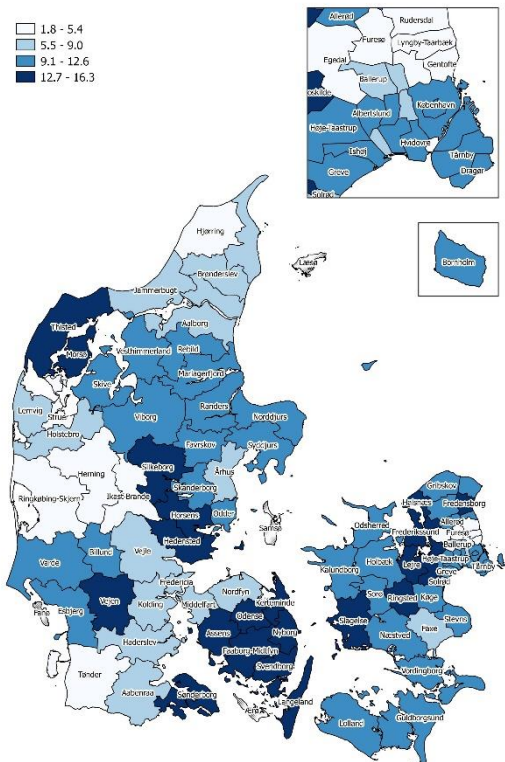
Der er betydelig spredning i genindlæggelsesfrekvensen for borgere med diabetes type-2 mellem kommunerne inden for de enkelte regioner, jf. figur 3.4.3. Den største variation ses inden for Region Hovedstaden og Region Midtjylland. En væsentlig andel af kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark har en relativt høj genindlæggelsesfrekvens, hvilket kan forklare den relativt høje genindlæggelsesfrekvens for disse regioner.

På landsplan udgjorde akutte genindlæggelser 10 pct. af det totale antal indlæggelser for borgere med diabetes type-2 i 2014. Der er en synlig variation i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af sygehuse, herunder også inden for de enkelte regioner, jf. figur 3.4.4.

På tre sygehuse er genindlæggelsesfrekvensen for borgere med diabetes type-2 under 7 pct., hvor den på fem sygehuse er ca. 15 pct. eller derover. Der ses nogen geografisk variation i fordelingen af sygehuse med hhv. høje og lave genindlæggelsesfrekvenser.

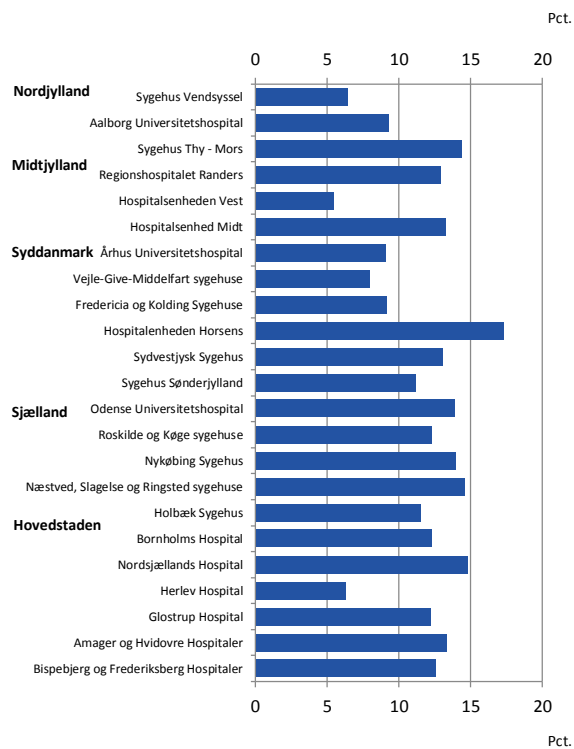
Mønsteret i variationen på tværs af sygehuse er på linje med mønsteret fundet for genindlæggelsesfrekvensen for borgere med KOL.

Figur 3.4.3. Genindlæggelsesfrekvens for borgere (18+ år) med diabetes type-2, efter kommune, pct., 2014



Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Data for kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.

Figur 3.4.4. Genindlæggelsesfrekvens for borgere (18+ år) med diabetes type-2, efter sygehus, pct., 2014

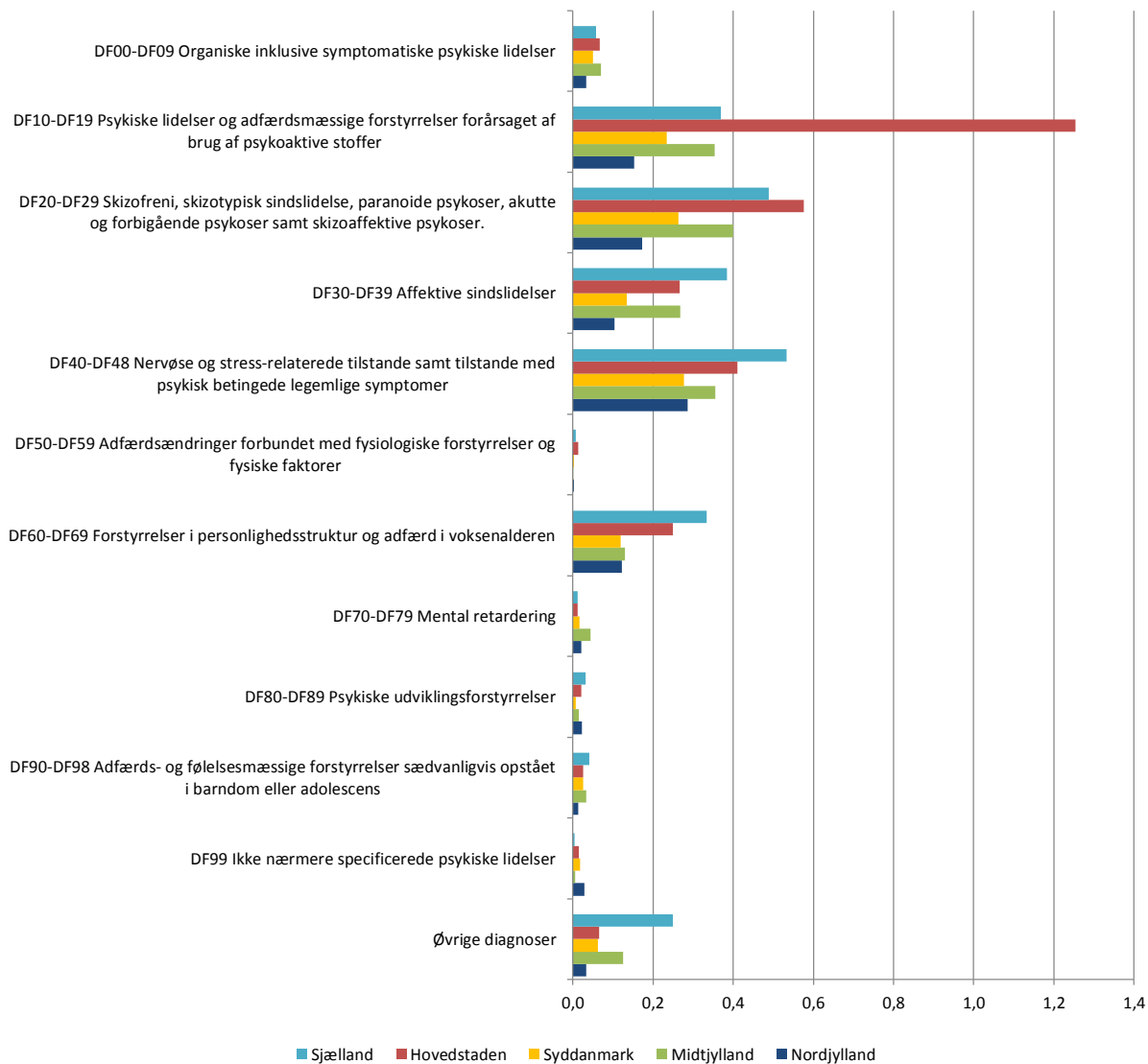


Kilde: Landspatientregisteret og data på baggrund af reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015, Statens Serum Institut.
Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret.

BILAG 1 SUPPLERENDE DATA VEDR. PSYKIATRISKE INDLÆGGELSER

Figur B.1 Antal akutte korttidsindlæggelser i psykiatrien pr. 1.000 borgere, fordelt på diagnose og regioner, 2014

Antal pr. 1.000 indb.

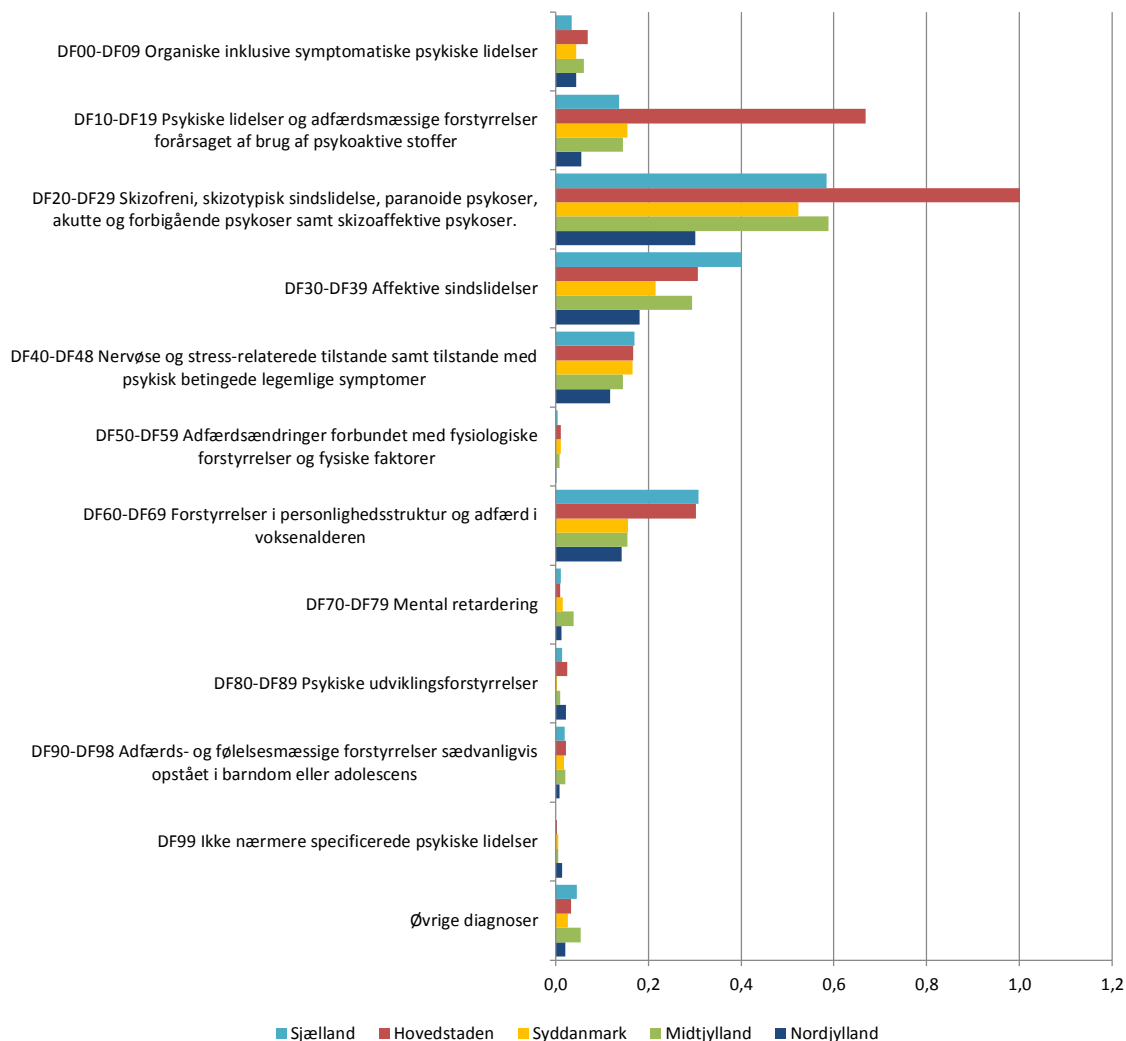


Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Summen af tallene for diagnosegrupperne for hver region giver det samlede antal akutte korttidsindlæggelser pr. 1000 borgere for regionen.

Figur B.2 Antal akutte genindlæggelser i psykiatrien pr. 1.000 borgere, fordelt på diagnose for primærindlæggelsen og regioner, 2014

Antal pr. 1.000 indb.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Statens Serum Institut og CPR.

Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret. Summen af tallene for diagnosegrupperne for hver region giver det samlede antal akutte genindlæggelser pr. 1000 borgere for regionen.

BILAG 2 METODE

METODE GENERELT

Metode for indikatorer baseret på Landspatientregisteret

Indikatorer baseret på Landspatientregisteret (LPR) opgøres som udgangspunkt på baggrund af aktivitet på offentlige sygehuse for borgere med gyldig dansk bopælskommune. Raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderes fra opgørelserne.

Opgørelserne for de enkelte år baseres som udgangspunkt på årsopgørelsen af LPR og af det grupperede Landspatientregister, herefter: 'LPR (DRG-grupperet)'. Undtaget herfra er dog opgørelsen af forebyggelige indlæggelser¹⁵.

Opgørelsesmetode og datakilde for de enkelte indikatorer er beskrevet særskilt i afsnittet "Metode indikator-specifik" nedenfor.

Køns- og aldersstandardisering

Resultater på lands-, regions- og kommuneniveau er for fem indikatorer vedkommende køns- og aldersstandardiserede ved hjælp af *direkte standardisering*. Yderligere to indikatorer er standardiserede på lands- og regionsniveau.

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi angiver værdien for en population, såfremt den havde samme køns- og alderssammensætning som den anvendte "standardpopulation", *jf. boks*.

Direkte standardisering

Lad r_{ijk} være værdien for indikator k i standardiseringskategori j i populationen i . Den direkte standardiserede indikatorværdi for populationen i er da givet ved

$$r_{ik} = \sum_{j=1}^J w_j \times r_{ijk}$$

hvor w_j er den andel af standardiseringsvariablen, der skal standardiseres til. Der gælder, at

$$\sum_{j=1}^J w_j = 1$$

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi kan dermed benyttes til at sammenligne populationer, som er forskelligt sammensat med hensyn til køn- og aldersfordeling, fordi der justeres for effekten heraf.

Nedenstående tabel viser en oversigt over de indikatorer, der er køns- og aldersstandardiseret og de anvendte standardpopulationer.

¹⁵ For forebyggelige indlæggelser er følgende datasæt anvendt for aktivitetsårene 2009-2011: Årsopgørelsen per 10. marts 2012 for aktivitetsår 2009, 2010 og 2011 (Dk11.t_hel2009_10mar2012, Dk11.t_hel2010_10mar2012, Dk11.t_hel2011_10mar2012).

Oversigt over anvendte standardpopulationer i forbindelse med direkte standardisering

Indikator	Standardpopulation
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år)	Befolkningen, 65+ år, 2009
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	Befolkningen, 2009
Akutte genindlæggelser	Indlæggelser i 2009
Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser*	Befolkningen, 2009
Akutte psykiatriske genindlæggelser	Indlæggelser i 2009
Akutte indlæggelser for voksne borgere med KOL	Befolkningen, 2009
Akutte indlæggelser for voksne borgere med diabetes type-2	Befolkningen, 2009
Akutte genindlæggelser for voksne borgere med KOL	Indlæggelser i 2009
Akutte genindlæggelser for voksne borgere med diabetes type-2	Indlæggelser i 2009

* Standardiseret på landsniveau og regionsniveau.

Opgørelsesniveauer

Som udgangspunkt opgøres alle indikatorer på landsplan, fordelt på regioner og kommuner¹⁶. Regionsfordelt aktivitet opgøres med udgangspunkt i patientens bopælsregion med undtagelse af akutte genindlæggelser, som opgøres på sygehusregion, dvs. med udgangspunkt i hvilket sygehus aktiviteten leveres. Kommunefordelt aktivitet opgøres med udgangspunkt i patientens bopælskommune.

Aldersgrupper

Ved aldersopdelte resultater på regionsniveau er anvendt patientens alder på indlæggelsestidspunktet.

Kontakter i kommunalt regi i forbindelse med indlæggelse

For indikatorerne 'akutte genindlæggelser', 'forebyggelige indlæggelser' og 'akutte medicinske korttidsindlæggelser' er andelen af indlæggelser, hvor der forud for indlæggelsen er modtaget en kommunalpleje- eller omsorgsydelse, opgjort. For indikatorerne 'akutte genindlæggelser' og 'forebyggelige indlæggelser' er der desuden opgjort andelen af indlæggelser, hvor der efter indlæggelsen er modtaget kommunalpleje- eller omsorgsydelser.

Andelen er køns- og aldersstandardiseret på kommuneniveau ved hjælp af direkte standardisering baseret på den relevante indlæggelsestype .

Typen af kommunale pleje- og omsorgsydelser

De kommunale ydelser er inddelt i fire typer af kommunale pleje- og omsorgsydelser: Plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand¹⁷ (ingen personlig pleje).

Modtagere af flere ydelser henføres først til plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. Hver indlæggelse indgår således alene i én af kategorierne.

Borgeren er i kontakt med kommunen hvis;

- borgeren inden for ti dage forud for/efter indlæggelsen har modtaget én eller flere af følgende pleje- og omsorgsydelser: hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand (registreret i Elektronisk OmsorgsJournaldata (EOJ-data)), eller
- borgerne på indlæggelses-/udskrivningstidspunktet bor i en kommunal plejebolig (Plejeboligoplysninger)

¹⁶ For somatiske færdigbehandlingsdage laves desuden en opgørelse fordelt på primærsygehuse.

¹⁷ Praktisk bistand inkluderer madservice. Det er ikke muligt at adskille madservice fra den øvrige praktiske bistand, da praktisk bistand alene er opgjort i tid. Ved at definere madservice som praktisk bistand på 2 minutter eller derunder, skønnes madservice på baggrund af denne definition at udgøre ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren alene modtager praktisk bistand (jf. *Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater, 2014*).

For genindlæggelser gælder desuden, at genindlæggelsen skal finde sted minimum ti dage efter udskrivningsdatoen for den indlæggelse, der lå **forud** for genindlæggelsen. 40 pct. af genindlæggelserne finder sted minimum 10 dage efter den første indlæggelse. Denne afgrænsning sikrer, at det alene er kontakten, som finder sted forud for genindlæggelsen, der tæller med i opgørelsen og ikke kontakt forud for den forudgående indlæggelse. For kommunal kontakt **efter** genindlæggelsen er der på samme vis et krav om, at der ikke må finde en ny indlæggelse sted i de første ti dage efter datoen for genindlæggelsesudskrivningen.

Forbehold i data

EOJ-data

For flere kommuner må data betragtes som mangelfulde. Det gælder fx ved urealistisk lave indberetninger eller indberetninger, hvor der er sket over en halvering af antallet af kontakter i forhold til de forudgående år. Derudover er indberetningerne af personlig pleje og praktisk bistand i en vis udstrækning mangelfulde som følge af bl.a. manglende indberetning fra særligt de private leverandører. Ca. 50 pct. af borgerne, som udelukkende har modtaget praktisk hjælp, har valgt private leverandører¹⁸. Det indebærer en vis usikkerhed i omfanget af praktisk hjælp, særligt for de kommuner, hvor borgerne i højere grad benytter sig af private leverandører.

Oplysninger om hjemmesygepleje er tilsvarende mangelfuldt indberettet. Herudover er der følgende forbehold ved data:

- 'Besøg af hjemmesygeplejen' kan være udført af andre sundhedsfaglige personer end sygeplejersker, såfremt den 'sygeplejefaglige' opgave er uddelegeret til andre faggrupper.
- Sondringen mellem hjemmesygepleje (efter sundhedsloven) og hjemmepleje (efter serviceloven) i kommunerne kan være tolket forskelligt på tværs af kommunerne.

Plejeboligoplysninger

Oplysninger om plejeboligadresser er indberettet af kommunerne i 2011. Det betyder, at ændrede adresseoplysninger for nyoprettede eller lukkede plejehjem efter dette tidspunkt ikke implementeres i opgørelsen. Derudover kan der være fejl behæftet til plejeboligadresserne fra 2011, således at adressen i 2011 reelt set aldrig har været en plejebolig. Antallet af kontakter for borgere med bopæl i en plejebolig kan således være unøjagtige.

Kontakter i almen praksis i forbindelse med indlæggelse

For indikatorerne 'akutte genindlæggelser' og 'akutte medicinske korttidsindlæggelser' er andelen af indlæggelser, hvor der inden for ti dage før indlæggelsen har været en fysisk kontakt til almen praksis, opgjort.

Oplysningen er indhentet fra Sygesikringsregisteret, og en fysisk kontakt til almen praksis forud for indlæggelsen dækker over en almindelig konsultation, sygebesøg og/eller andet fysisk fremmøde i almen praksis med en behandlingsdato, der ligger mellem en og ti dage før indlæggelsesdatoen.

For indikatoren 'akutte genindlæggelser' gælder desuden, at genindlæggelsen skal finde sted minimum ti dage efter udskrivningsdatoen for den indlæggelse, der lå forud for genindlæggelsen. Det er 40 pct. af genindlæggelserne, der finder sted minimum ti dage efter den første indlæggelse. Denne afgrænsning sikrer, at det alene er kontakt til almen praksis, der finder sted forud for genindlæggelsen, der tæller med i opgørelsen og ikke kontakt til almen praksis forud for den forudgående indlæggelse.

Kontakter i kommunen og/eller almen praksis i forbindelse med indlæggelse

For indikatorerne 'akutte genindlæggelser' og 'akutte medicinske korttidsindlæggelser' er andelen af indlæggelser, hvor der forud for indlæggelsen enten er modtaget en kommunalpleje- eller omsorgsydelse og/eller har fundet en fysisk kontakt til almen praksis sted, opgjort.

¹⁸ Danmarks Statistik, statistikbanken, tabel AED12

Andelen er køns- og aldersstandardiseret på kommuneniveau ved hjælp af direkte standardisering baseret på den relevante indlæggelsestype.

Kommunale kontakter og kontakter i almen praksis er defineret som ovenstående.

Voksne borgere med KOL og diabetes type-2

Til denne analyse er populationen af de udvalgte kroniske sygdomme begrænset til borgere, der pr. 1. januar det givne år er registreret med hhv. diabetes type-2 og KOL på baggrund af de reviderede RUKS algoritmer pr. 13. marts 2015.

Opgørelse af antal personer med kroniske sygdomme

Opgørelse af antal personer med kroniske sygdomme er foretaget på baggrund af de reviderede RUKS algoritmer og data 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, og en slutdato og en årsag til slutdato (død, udrejst, forsvundet, rask meldt, ingen aktivitet). Personer optræder kun i data, hvis de har et gyldigt CPR-nummer og er eller har været bosat i Danmark.

Antallet af personer med en given sygdom i et givet år, er opgjort som antallet af personer registreret med den pågældende sygdom pr. 1. januar det pågældende år. Ud over definition af sygdom gælder det, at man skal have dansk bopælskommune pr. 1. januar det pågældende år. Optællingen ekskluderer personer med den pågældende sygdom, når de ikke har haft nogen registeraktivitet i 10 år. Dette er gjort, for at antallet af personer med en given sygdom, har de samme forudsætninger hvert år, og det er dermed muligt at sammenligne over tid. Optællingen vil overestimere antallet af personer hvert år i forhold til optællinger baseret på de reviderede RUKS algoritmer, der betinger på fremtiden, og derfor ikke anvendes til at sammenligne over tid.

METODE INDIKATORSPECIFIKT

Akutte genindlæggelser (somatik og psykiatri)

Mål

Antal genindlæggelser (akut indlæggelse tidligst fire timer og senest 30 dage efter seneste udskrivelse) som andel af samlet antal indlæggelser, pct.

Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige udskrivelse.
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må på indlæggelsestidspunktet ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på (primær-indlæggelsen), tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

Der tages højde for genindlæggelser på tværs af årsskiftet og sygehuse. Genindlæggelser, der finder sted inden 30. januar, og som efterfølger en indlæggelse i det foregående år, regnes således med som en genindlæggelse i foregående år.

En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end 4 timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

Mål

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+ år)

Beskrivelse

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.¹⁹

Kilde

Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Statens Serum Institut og Det Centrale Personregister.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser

Mål

Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere

Beskrivelse

En akut medicinsk korttidsindlæggelse defineres som en akut indlæggelse på en medicinsk afdeling, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

Kilde

Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Statens Serum Institut og Det Centrale Personregister.

Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik og psykiatri)

Mål

Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 indbyggere

Beskrivelse

Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer. Færdigbehandlede patienter er patienter som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Kilde

Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Statens Serum Institut og Det Centrale Personregister.

¹⁹ I parentes er aktionsdiagnosekoden (c_adiag_indf = aktionsdiagnosen på den første kontakt i sygehusforløbet fra LPR) for de forskellige diagnosegrupper angivet: Dehydrering (DE869), Forstoppelse (DK590), Nedre luftvejssygdom (DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47), Blærebetændelse (DN30, undtaget DN303 og DN304), Gastroenteritis (DA09), Brud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92), Ernæringsbetinget anæmi (DD50, DD51, DD52, DD53), Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74, DZ75), Tryksår (DL89).

Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser

Mål

Antal akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere

Beskrivelse

En akut psykiatrisk korttidsindlæggelse defineres som en akut indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

Kilde

Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Statens Serum Institut og Det Centrale Personregister.

Akutte indlæggelser

Mål

Antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere

Beskrivelse

En akut indlæggelse defineres som indlæggelser, der sker akut til forskel fra planlagte indlæggelser.

Kilde

Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Statens Serum Institut.

SUNDHEDSAFTALE-INDIKATORER

Almene genoptræningsplaner

Mål

Andel genoptræningsplaner for almen genoptræning

Beskrivelse

Andelen af alle genoptræningsplaner, der er almene (dvs. ikke specialiserede) genoptræningsplaner. I opgørelsen af det totale antal genoptræningsplaner er egentræning udtaget.

Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Ventetid til genoptræning i kommuner

Mål

Median ventetid til genoptræning, dage

Beskrivelse

Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almen genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi.

Ventetiden refererer til perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan (GOP) og dato for første genoptræningsydelse indberettet af kommunerne.

Kilde

Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.

Tilfredshed med samarbejde mellem sygehus og den kommunale pleje

Mål

Andel af patienter med virkelig god/god vurdering af afdelings/ambulatories samarbejde med hjemme(syge)pleje, pct.

Beskrivelse

Andel af indlagte/ambulante patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?"

Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.