

# 2014

## FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER SYNLIGE RESULTATER





**Udarbejdet af:** KL, Danske Regioner, Finansministeriet 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](mailto:sum@sum.dk)

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Udgave: 1.1

Udgivelsesdato: 23. maj 2014

Udgavedato: 28. maj 2014

Udgives kun elektronisk - ISBN: 978-87-7601-353-0

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

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Indledning og sammenfatning.....</b>	<b>4</b>
1.1	<i>Indledning, baggrund og formål .....</i>	<i>4</i>
1.2	<i>Sammenfatning .....</i>	<i>5</i>
<b>2</b>	<b>Uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Status på uhensigtsmæssige indlæggelser 2013 .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Akutte genindlæggelser .....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+) .....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Akutte medicinske korttidsindlæggelser .....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Færdigbehandlingsdage .....</b>	<b>34</b>
	<b>Bilag 1. Kommuner fordelt på deres primærsygehuse for hver af de fire indikatorer .....</b>	<b>37</b>
	<b>Bilag 2. Metode .....</b>	<b>43</b>

# 1 Indledning og sammenfatning

## 1.1 Indledning, baggrund og formål

Den patientrettede forebyggelse skal effektivt modvirke, at borgerne indlægges unødigt på sygehuset. Formålet er et sammenhængende sundhedsvæsen, der giver de bedste forløb for borgerne samtidig med, at ressourcerne anvendes bedre. Det skal også ses i lyset af de fremtidige demografiske udfordringer med flere ældre og borgere med kroniske sygdomme.

Et hovedfokus i regeringens sundhedspolitiske udspil *Mere borger, mindre patient*, fra maj 2013 er, at styrke samarbejdet om patienterne på tværs af regioner, kommuner og almen praksis.

Det er der fulgt op på med aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2014, hvor det er aftalt at prioritere 250 mio. kr. i regionerne og 300 mio. kr. i kommunerne til at understøtte samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praksissektoren på indsatsområderne i de fem nye sundhedsaftaler, herunder understøtte samarbejdet om den patientrettede forebyggelse.

De fem nye sundhedsaftaler og de prioriterede midler har til formål bl.a. at understøtte sammenhængende patientforløb af ensartet høj kvalitet med fokus på de patienter, der typisk har behandlingsforløb på tværs af sektorgrænser.

I analysen *Effektiv kommunal forebyggelse med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelse* fra april 2013 konkluderes, at der er et forebyggelsespotentiale særligt blandt ældre medicinske patienter og blandt personer med kronisk sygdom særligt i forhold til en række bestemte typer af sygehuskontakt.<sup>1</sup> Det gælder indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser blandt ældre borgere, akutte korttidsindlæggelser af ældre medicinske patienter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.

I aftalerne for kommunernes og regionernes økonomi for 2014 er regeringen, KL og Danske Regioner enige om følgende mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

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

På den baggrund belyses i denne publikation de seneste fem års udvikling og status på tværs af landet, blandt andet, for fire udvalgte indikatorer i forhold til den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Genindlæggelsesfrekvens, procent
- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år) pr. 1.000 ældre borgere (65+)
- Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere
- Færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere

Formålet er endvidere, at de valgte opgørelser kan fungere som en slags baseline for at kunne følge op på målene for den patientrettede forebyggelsesindsats, og at særlige udfordringer, i forhold til forskellighed i resultaterne af indsatserne, kan belyses.

---

<sup>1</sup> *Effektiv kommunal forebyggelse med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelse*, (KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse), april 2013.

Opfølgningen på målene i denne publikation skal danne grundlag for en fremadrettet og løbende dialog om effekten af indsatsen og behovet for at kvalificere og effektivisere indsatsen ved at lære af hinanden.

Fokus i publikationen er på den somatiske del af det offentlige sundhedsvæsen.

## 1.2 Sammenfatning

Der var knap 1,2 mio. somatiske indlæggelser i det offentlige sygehusvæsen i 2013. Heraf var 7 pct. akutte genindlæggelser, mens 15 pct. var akutte medicinske korttidsindlæggelser og 5,5 pct. var forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+). Ud af det samlede antal indlæggelser indebar 0,6 pct., at patienten forblev indlagt på sygehuset en eller flere dage efter, at patienten var blevet færdigbehandlet.

Der er sket en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere (65+). Samtidig er der sket et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+) pr. 1.000 ældre borgere (65+). Faldet tilskrives, at antallet af 65+-årige i samme periode er steget mere end antallet af indlæggelser for denne gruppe. Antallet af genindlæggelser og færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere er ligeledes faldet, mens antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere er steget.

For genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser er der en overhyppighed af 65+-årige, hvilket også gælder, når der sammenlignes med det samlede antal indlæggelser for denne gruppe.

For genindlæggelser og for forebyggelige indlæggelser har de ti kommuner med højest indlæggelsesfrekvens ca. dobbelt så mange indlæggelser som de ti kommuner med færrest. For akutte medicinske korttidsindlæggelser har kommunerne med størst andel mere end tre gange så mange akutte medicinske korttidsindlæggelser som de kommuner med lavest andel.

I forhold til en del af resultaterne i *Effektiv kommunal forebyggelse* fra april 2013, er der, for en del kommuner, ikke sket store ændringer på det overordnede niveau fra 2010 til 2013. Halvdelen af de kommuner, der er identificeret som blandt de ti kommuner med henholdsvis laveste eller højeste genindlæggelsesfrekvens i 2013, var også at finde i samme gruppe i 2010. Niveauforskellen i genindlæggelsesfrekvensen mellem de ti kommuner med laveste og højeste frekvens er reduceret siden 2010.

I 2013 tæller de tre hyppigste årsager til forebyggelige indlæggelser (*Nedre luftvejssygdomme, Brud og Dehydrering*) ca. 83 pct. af disse indlæggelser. De samme diagnoser var også de hyppigste årsager til forebyggelige indlæggelser i 2010, og udgjorde endvidere tilsammen stort set samme andel af de forebyggelige indlæggelser.

Endelig var de to mest hyppige årsager til akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2013 (*Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande samt Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse*), svarende til i alt ca. 35 pct. af disse indlæggelser, også de hyppigste årsager til akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2010, hvor disse diagnoser tilsammen udgjorde 40 pct. af de akutte medicinske korttidsindlæggelser.

### Boks 1.1. Akutte genindlæggelser

- Antallet af akutte genindlæggelser var i 2013 på godt 81.000, svarende til 7 pct. af det samlede antal indlæggelser. Samlet set har andelen af akutte genindlæggelser været stort set uændret på landsplan siden 2009
- De kommuner, der har færrest genindlæggelser, har en genindlæggelsesfrekvens på mellem 3 og 4,1 pct., mens de kommuner, der har flest genindlæggelser pr. indlæggelser, har en genindlæggelsesfrekvens på omkring 8 pct.

- Variationen i genindlæggelsesfrekvensen er størst blandt kommunerne i Region Hovedstaden<sup>2</sup>, og det betyder at kommunerne i Region Hovedstaden både er placeret blandt de ti kommuner med lavest og højest genindlæggelsesfrekvens. For alle regioner, på nær Region Sjælland, gælder det, at variationen mellem kommunerne er reduceret fra 2012 til 2013
- Genindlæggelsesfrekvensen varierer mellem kommunerne, der anvender samme primærsygehus. Variationen i genindlæggelsesfrekvensen inden for enkelte sygehuse, er op mod 40 genindlæggelser pr. 1.000 indlæggelser, mens den for andre sygehuse ikke varierer betydeligt
- Godt 40 pct. af det samlede antal genindlæggelser sker inden for de første fem dage efter udskrivning. En stor del, af de borgere, der genindlægges inden for de første dage efter udskrivning er 65+ år og genindlægges med *Lungebetændelse*, *Astma* eller *Hjertesvigt*. For de 85+-årige er den næsthyppest diagnose ved genindlæggelse *Dehydrering*
- Forud for omkring 70 pct. af genindlæggelserne af de 85+-årige har borgerne modtaget kommunal pleje og omsorg op til 10 dage forud for genindlæggelsen
- 45 pct. af de akutte genindlæggelser sker efter, at primærindlæggelsen har været 1 sengedag, hvilket blandt andet kan henføres til, at en betydelig del af alle indlæggelser har en varighed på 1 sengedag

### Boks 1.2. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)

- I 2013 var der i alt 63 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (65+) svarende til 14,6 pct. af det samlede antal indlæggelser (65+) i 2013. Antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) er faldet fra 68 i 2009 til 63 i 2013
- Samlet set, er der i alle regioner sket en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) fra 2009 til 2013. Region Nordjylland er den region, hvor antallet er nedbragt relativt mest, med et fald på over 15 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+)
- Region Hovedstaden har relativt mange forebyggelige indlæggelser, mens Region Nordjylland har relativt få forebyggelige indlæggelser (65+) i 2013. I forlængelse heraf, er de kommuner med lavest antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) overvejende placeret i Region Nordjylland, mens de kommuner med flest forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+), overvejende er placeret i Region Hovedstaden. Dog er der fortsat stor variation mellem kommunerne inden for de enkelte regioner
- *Nedre luftvejssygdom* er den diagnose, der er mest hyppig blandt de forebyggelige indlæggelser. Herefter kommer *Brud* og *Dehydrering*
- Kommunerne er i kontakt med borgeren (65+) op til 10 dage forud for 47 pct. af de forebyggelige indlæggelser, enten via plejebolig, hjemmesygepleje, personlige pleje eller praktisk bistand. Forud for omkring 70 pct. af de forebyggelige indlæggelser af 85+-årige har borgeren haft kontakt til kommunen via pleje eller omsorgsydelser forud for indlæggelsen

### Boks 1.3. Akutte medicinske korttidsindlæggelser

- Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser var i 2013 knap 174.000, svarende til 15 pct. af det samlede antal indlæggelser. Samlet set er antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere stort set uændret på landsplan i perioden fra 2009 til 2013 med en udvikling fra 29 til 31 indlæggelser pr. 1.000 borgere. Ud af det samlede antal akutte medicinske korttidsindlæggelser, er 12 pct. også defineret som en forebyggelig indlæggelse (65+-årige)
- Variationen på tværs af regionerne, i perioden 2009 til 2013, er vokset. I Region Syddanmark og Region Sjælland har udviklingen været faldende, Region Midtjylland og Region Nordjylland har fulgt den gennemsnitlige landsudvikling og Region Hovedstaden har haft en stigende andel akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i perioden 2009 til 2013. Andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser for Region Sjælland er faldet med knap 20 pct., mens Region Hovedstadens andel er steget med 30 pct.
- Der er et generelt fald fra 2009 til 2013 i antallet af indlæggelser med sengedage over 1 sengedag i alle regioner på nær i Region Hovedstaden, hvor der har været en stort set uændret udvikling. Antallet af sengedage med varighed af 1 dag er faldet i Region Nordjylland og Region Syddanmark, mens det modsatte har været tilfældet for de øvrige

<sup>2</sup> Når der ses bort fra en enkelt outlier i Region Syddanmark.

regioner.

- De ti kommuner med færrest akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere har under halvdelen af landsgennemsnittet på 31 akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere. Alle disse kommuner havde samme relativt lave antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2012
- De to hyppigst stillede diagnoser for akutte medicinske korttidsindlæggelser, samlet set, er *Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande* og *Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse*
- For borgere over 75 år er *Faldtendens* den hyppigste diagnose under *Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande*
- Ud af det samlede antal akutte medicinske korttidsindlæggelser for 85+-årige har kommunen forud for knap 60 pct. af disse indlæggelser haft kontakt til borgeren i op til 10 dage forud for indlæggelsen via kommunale pleje- eller omsorgsydelser. Endvidere har der for op mod 60 pct. af indlæggelserne af de 85+-årige været været i kontakt med almen praksis i de to uger forud for indlæggelsen

#### Boks 1.4. Færdigbehandlingsdage

- I 2013 var der i alt godt 6.500 indlæggelser, hvor patienten efter færdigbehandling forblev indlagt mindst én dag, svarende til 0,6 pct. af alle somatiske indlæggelser
- I alt optog disse patienter godt 38.000 sengedage, svarende til 5,9 sengedage i gennemsnit, for hver af de 6.500 indlæggelser
- Antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere udgjorde i 2013 7 dage pr. 1.000 borgere, og er faldet med 35,4 pct. siden 2009
- Opgøres færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere på regionsniveau, stikker Region Hovedstaden ud med 18 dage pr. 1.000 borgere. De øvrige regioner ligger på tilnærmelsesvis samme lave niveau, på under 5 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere
- Samlet set har kommunerne i Region Hovedstaden nedbragt antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere med 5 dage fra 2009 til 2013.
- Ud af i alt 98 kommuner, ligger kun 26 kommuner over landsgennemsnittet på 7 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere. Det drejer sig om relativt få kommuner, der trækker det samlede landsgennemsnit op
- Selvom der er tale om et hovedstadsfænomen, er der flere kommuner i Region Hovedstaden, der ligger på samme lave niveau som kommunerne med det færreste antal færdigbehandlingsdage i de øvrige regioner
- På linje med det samlede antal indlæggelser pr. 1.000 borgere, stiger antallet af færdigbehandlingsdage med alderen



## 2 U hensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene

I 2013 var der knap 1,2 mio. indlæggelser på offentlige somatiske sygehuse, *jf. tabel 2.1*. Siden 2009 er det samlede antal indlæggelser steget med 2,2 pct., svarende til en faktisk stigning på godt 25.000 indlæggelser. Ud af de knap 1,2 mio. indlæggelser i 2013 var der 7 pct. *akutte genindlæggelser*, 15 pct. *akutte medicinske korttidsindlæggelser* og 5,5 pct. *forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)*. 0,6 pct. af alle indlæggelser indebar, at patienten vedblev at være indlagt en eller flere dage som færdigbehandlet.

**Tabel 2.1. Udviklingen i antal akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+), akutte medicinske korttidsindlæggelser og antal færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene i perioden 2009-2013, (pct.-vis andel af samlet antal indlæggelser i parentes)**

Antal indlæggelser i 1.000	2009	2010	2011	2012	2013	Ændr. i alt, 2009-2013, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Akutte genindlæggelser	81,4 (7,2 %)	81,2 (7,0 %)	80,8 (7,0 %)	81,3 (7,1 %)	81,3 (7,0 %)	-0,1	0,0
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)	60,4 (5,3 %)	64,2 (5,5 %)	64,4 (5,6 %)	62,7 (5,5 %)	64,1 (5,5 %)	6,1	1,2
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	159,4 (14,1 %)	161,2 (13,9 %)	165,4 (14,3 %)	170,8 (14,9 %)	173,7 (15,0 %)	9,0	1,7
Færdigbehandlede patienter, antal indlæggelser	7,9 (0,7 %)	7,0 (0,6 %)	6,2 (0,5 %)	6,0 (0,5 %)	6,5 (0,6 %)	-18,7	-4,0
Færdigbehandlede patienter, antal dage	58,4	44,7	38,8	39,5	38,4	-34,3	-8,1
Antal indlæggelser i alt, somatik, offentlige sygehuse*	1.134,0	1.158,3	1.155,9	1.149,0	1.159,5	2,2	0,6

Anm.: Antal indlæggelser i alt udgør ikke summen af ovenstående typer af indlæggelser, idet der alene belyses fire udvalgte områder. En indlæggelse kan indgå flere gange i tabellen, f.eks. som akut genindlæggelse og akut medicinsk korttidsindlæggelse.

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

\* LPR, offentlig sygehusaktivitet for patienter bosat i en dansk kommune

Generelt er der sket en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser for ældre (65+) og akutte medicinske korttidsindlæggelser, mens der er sket et fald i antallet af indlæggelser, der munder ud i, at den færdigbehandlede patient optager en sygehusseng i mere end én dag. Antallet af færdigbehandlingsdage er faldet med 34,3 pct. i perioden 2009-2013.

Selvom der er sket en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+), er indikatoren for forebyggelige indlæggelser faldet, *jf. tabel 2.2*. Det skyldes, at antallet af ældre borgere (65+) er steget relativt mere end antallet af forebyggelige indlæggelser for samme aldersgruppe. Indikatoren for genindlæggelser og færdigbehandlingsdage er ligeledes faldet, mens indikatoren for akutte medicinske korttidsindlæggelser er steget fra 2009 til 2013.

**Tabel 2.2. Indikator for akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+), akutte medicinske korttidsindlæggelser og færdigbehandlingsdage for patienter, der optager en seng på sygehusene i perioden 2009-2013. Opgjort pr. 1.000 borgere**

	2009	2010	2011	2012	2013	Ændr. i alt, 2009-2013, pct.	Gns. årlig ændring, pct.
Genindlæggelsesfrekvens	7,2	7,0	7,0	7,1	7,0	-2,2	-0,6
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+), pr. 1.000 ældre borgere	68	70	68	64	63	-7,0	-1,4
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, pr. 1.000 borgere	29	29	30	31	31	7,2	1,4
Antal færdigbehandlingsdage, pr. 1.000 borgere <sup>3</sup>	11	8	7	7	7	-35,4	-8,4

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

<sup>3</sup> Antallet af færdigbehandlingsdage påvirkes både af antallet af indlæggelser, hvor en rask patient optager en seng på sygehuset som færdigbehandlet, og antallet af dage den enkelte rent faktisk er færdigbehandlet. På den baggrund opgøres det samlede sumtal. Ved at opgøre pr. 1.000 borgere kan man sammenligne over tid og på tværs af landet.

### 3 Status på u hensigtsmæssige indlæggelser 2013

Udviklingen i indikatorerne fra 2009 til 2013 har været forskellig mellem regioner og kommuner, jf. figur 3.1-3.4.

#### Boks 3.1. Fortolkning af figur 3.1.-3.4.

Figurerne 3.1-3.4 viser niveauet for de fire forskellige indikatorer i 2009 og 2013 fordelt på kommuner, hvor kommunerne inden for den samme region er markeret med samme farve.

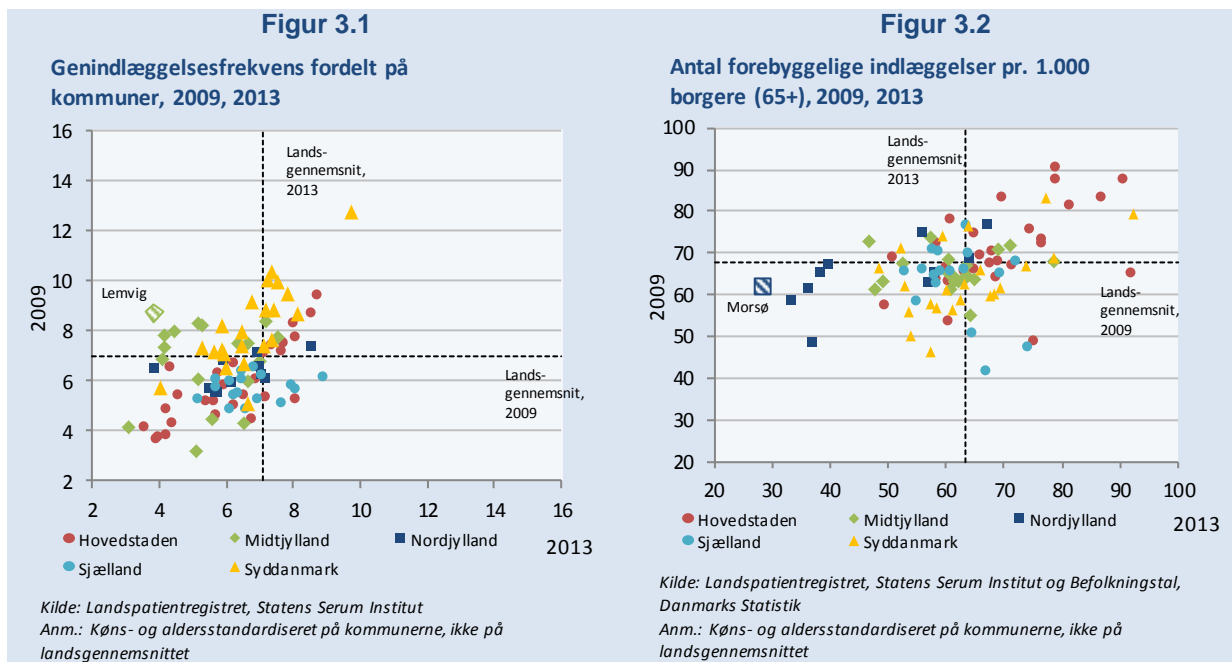
Er kommunen placeret i øvre venstre hjørne viser det, at kommunen er gået fra at have haft en indikatorværdi højere end landsgennemsnittet i 2009, til at have en indikatorværdi lavere end landsgennemsnittet i 2013. Kommunerne i dette felt, kan derfor siges, samlet set, at have haft en positiv udvikling fra 2009 til 2013 i forhold til landsgennemsnittet.

Modsat lå kommunerne i nedre højre hjørne under landsgennemsnittet i 2009, mens de lå over landsgennemsnittet i 2013. Disse kommuner har således haft en samlet negativ udvikling over de seneste 5 år.

Kommunerne i nedre venstre hjørne lå under landsgennemsnittet i både 2009 og 2013, mens kommunerne i øvre højre hjørne lå over gennemsnittet i begge år.

En del kommuner i Region Midtjylland har haft en positiv udvikling i genindlæggelsesfrekvensen fra 2009 til 2013, mens genindlæggelsesfrekvensen for en del af kommunerne i Region Syddanmark lå over landsgennemsnittet både i 2009 og 2013, jf. figur 3.1. Et eksempel på en kommune i Region Midtjylland der har haft en positiv udvikling, er Lemvig, der er gået fra en genindlæggelsesfrekvens på 8,8 pct. i 2009 til en genindlæggelsesfrekvens på 3,8 pct. i 2013.

Mens der for størstedelen af landets kommuner ikke har været mærkbare ændringer i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere de seneste 5 år, har flere kommuner i Region Nordjylland nedbragt indikatoren fra 2009 til 2013, jf. figur 3.2. Eksempelvis har Morsø nedbragt antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere fra 62 i 2009 til 28 i 2013.



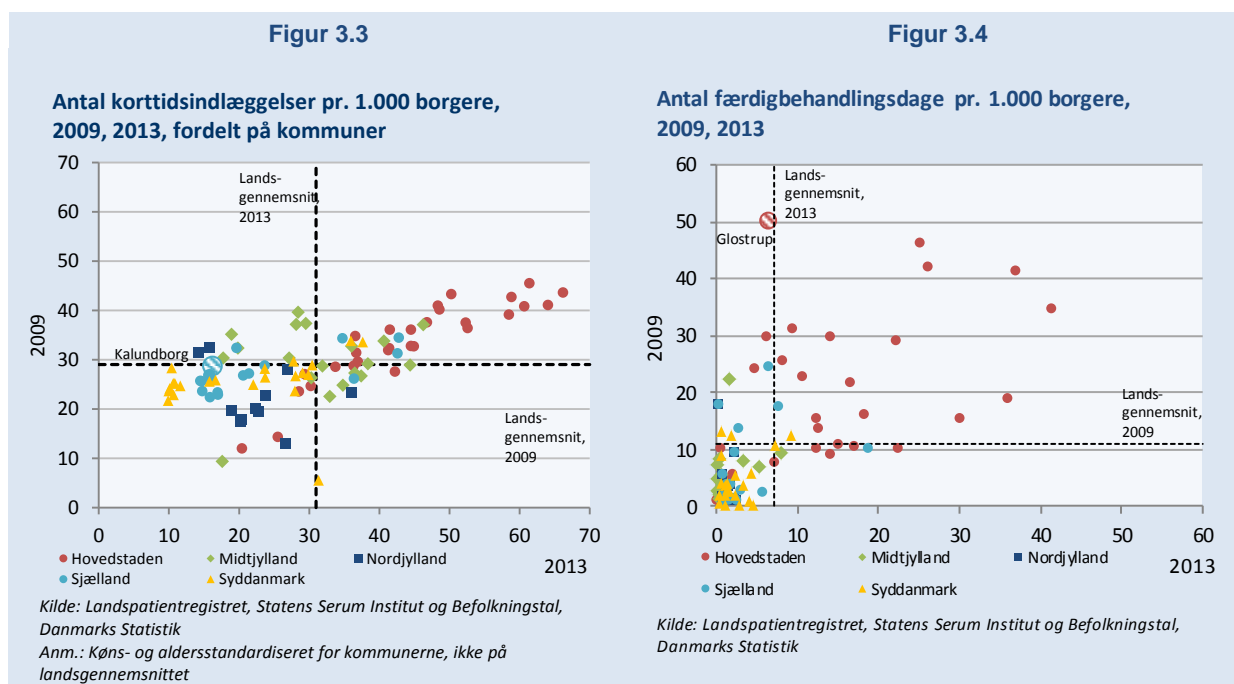
Både i 2009 og 2013 havde kommunerne i Region Nordjylland generelt færre akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere end de resterende regioner. Modsat havde Region Hovedstaden flere akutte medicinske korttidsindlæggelser, jf. figur 3.3. Forskellen mellem kommunerne i de to regi-

oner er øget over de seneste fem år, hvilket især skyldes at kommunerne i Region Hovedstaden har haft en stigning i antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere. I Region Sjælland har mange kommuner nedbragt andelen af korttidsindlæggelser fra omkring 30 akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, til færre end 20 akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere. Dette gælder eksempelvis Kalundborg der er gået fra 28,7 til 16,2.

Et stort antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere var i 2009 et hovedstadsfænomen, og er det fortsat i 2013, *jf. figur 3.4*. Det er dog lykkedes nogle kommuner i Region Hovedstaden at nedbringe deres antal færdigbehandlingsdage betydeligt over de seneste 5 år. Dette gælder blandt andre Glostrup, der er gået fra at være den kommune med flest færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere i 2009, til i 2013 at ligge under landsgennemsnittet, med 6,2 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere.

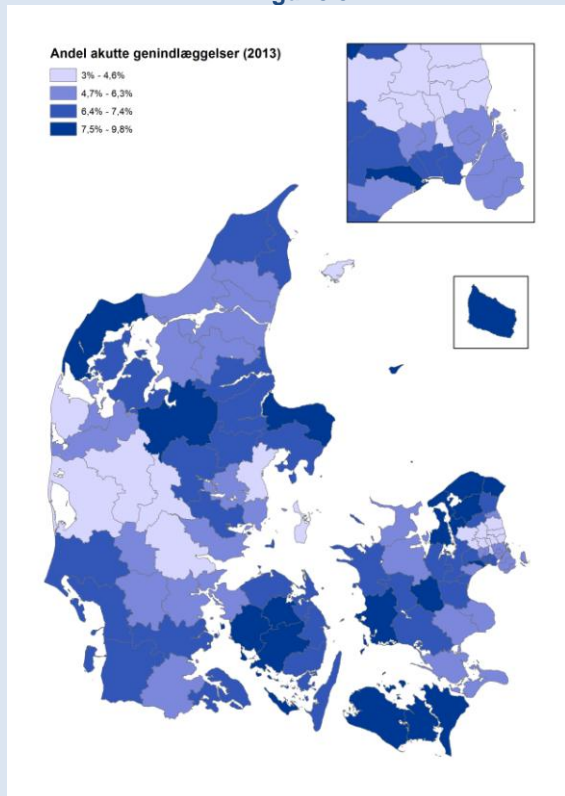
I 2013 klarer 77 af kommunerne, svarende til knap 80 pct., sig bedre end landsgennemsnittet på to eller flere indikatorer, 6 pct. af kommunerne klarer sig dårligere end landsgennemsnittet på alle fire indikatorer, mens 15 pct. af kommunerne ligger over landsgennemsnittet alene på én indikator, *jf. figur 3.1-3.4*.

Ringkøbing-Skjern, Morsø, Herning, Vesthimmerland og Rebild ligger under landsgennemsnittet på alle fire indikatorer, og er de fem kommuner, der samlet set placerer sig bedst. I den modsatte ende ligger Frederikssund, Halsnæs, Brøndby, Hillerød og Gribskov, som alle ligger over landsgennemsnittet på de fire indikatorer.

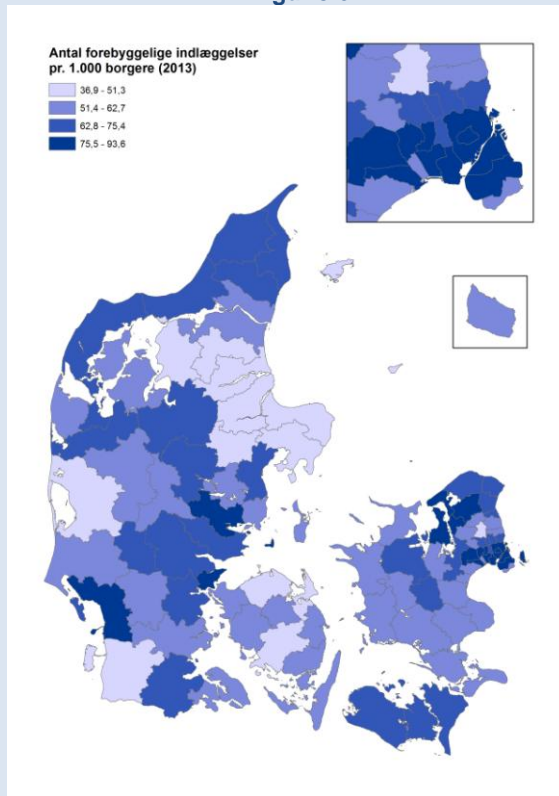


Figur 3.5-3.8 giver et overblik over, hvordan kommunerne i hele landet placerer sig relativt for hver af de enkelte indikatorer.

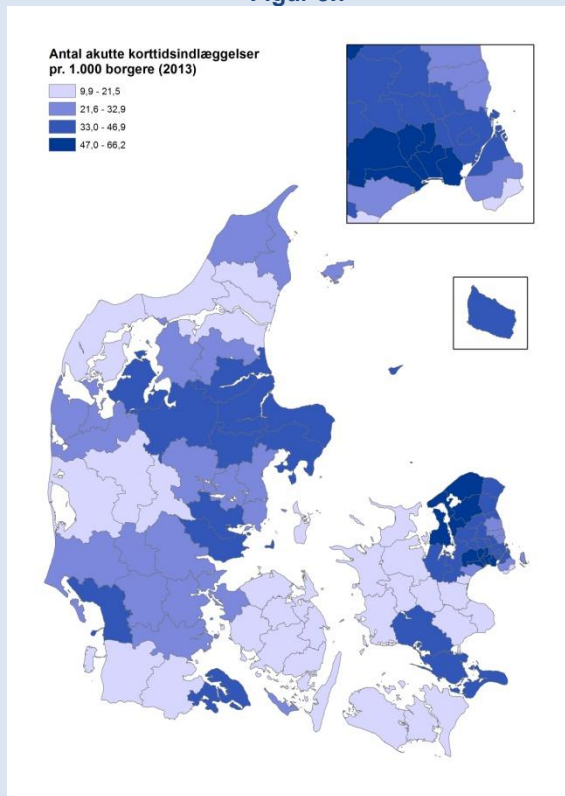
Figur 3.5



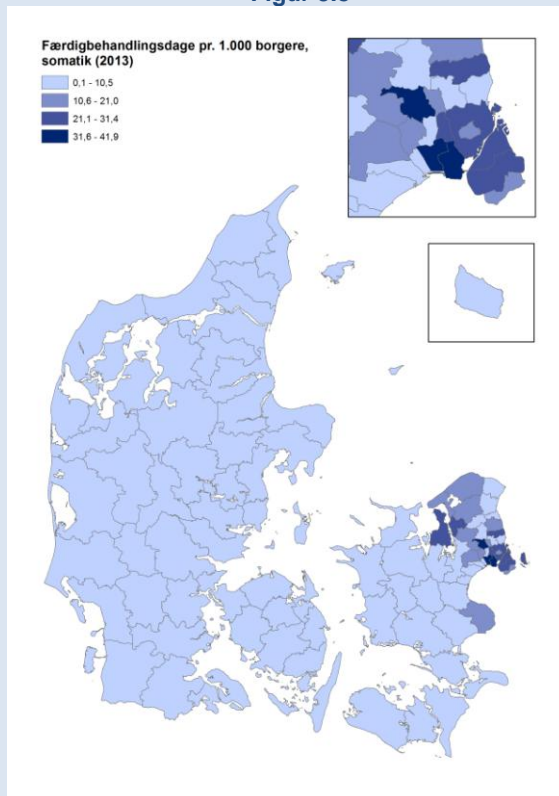
Figur 3.6



Figur 3.7



Figur 3.8



Kilde: Landspatientregisteret - Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik  
Anm.: Data bag figur 3.5-3.7 er køns- og aldersstandardiseret

I *Effektiv kommunal forebyggelse* (april 2013) anbefales, "At kommunernes forebyggelsesindsats primært fokuserer på de områder, hvor potentialet for at forebygge sygehuskontakter er størst, dvs. særligt indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter<sup>4</sup> og borgere med kronisk sygdom".

Udvalgets anbefaling skal blandt andet ses i lyset af, at gruppen af ældre medicinske patienter i rapporten er identificeret til at udgøre omkring 2 pct. af befolkningen, mens deres forbrug af sundhedsydelser udgør omkring 15 pct. af kommunernes udgifter til medfinansiering.

Det fremgår således af *Effektiv kommunal forebyggelse*, at analyserne i rapporten har peget på en række områder, hvor forebyggelsesindsatsen i kommunerne bør fokuseres, ligesom kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehusene bør fokuseres herpå. Forebyggelsespotentialet vurderes i rapporten særligt stort blandt de ældre medicinske patienter og blandt personer med kronisk sygdom, særligt i forhold til en række bestemte typer af sygehuskontakt. Det gælder indlæggelser med såkaldt forebyggelige diagnoser, akutte indlæggelser af ældre medicinske patienter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Størstedelen af ældre medicinske patienter ses at have én eller flere kroniske sygdomme.

Nærværende analyse, foretaget på basis af 2013-tal, understøtter disse anbefalinger/konklusioner. Generelle pointer, der kan trækkes frem i denne forbindelse, er:

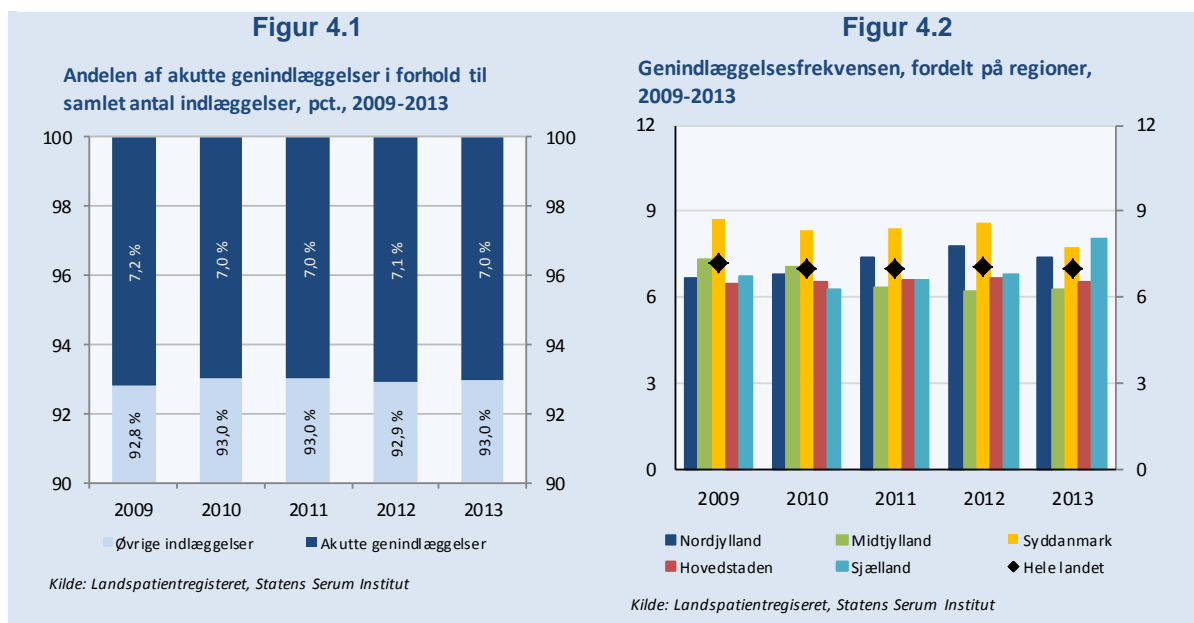
- For genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser er der en overhyppighed for 65+-årige. Dette gælder også, når der sammenlignes med det samlede antal indlæggelser (hvor der også er flest ældre).
- For genindlæggelser og for forebyggelige indlæggelser er spredningen på tværs af kommuner således, at de ti kommuner med højest indlæggelsesfrekvens har ca. dobbelt så mange indlæggelser som de ti kommuner med færrest. For medicinske akutte korttidsindlæggelser er det tilsvarende mere end tre gange så mange indlæggelser.
- For akutte medicinske korttidsindlæggelser udgør indlæggelsesårsagen for ca. 1/3 af tilfældene de "diffuse"/"uklare" diagnoser.

---

<sup>4</sup> Hvor ældre medicinske patienter er defineret som personer på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt på en medicinsk afdeling, eksklusiv patienter behandlet for kræft.

## 4 Akutte genindlæggelser

Antallet af akutte genindlæggelser var i 2013 på godt 81.000, svarende til 7 pct. af det samlede antal indlæggelser, *jf. figur 4.1*. Samlet set har andelen af akutte genindlæggelser været stort set uændret på landsplan siden år 2009, hvor antallet af akutte genindlæggelser udgjorde 7,2 pct. af det samlede antal somatiske indlæggelser. Ses på genindlæggelsesfrekvensen fordelt på regioner, har Region Syddanmark, i 2009, haft en større andel akutte genindlæggelser end de resterende regioner, *jf. figur 4.2*.



### Boks 4.1. Definition af akutte genindlæggelser

#### Mål

Antal genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) som andel af samlet antal indlæggelser, pct.

#### Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

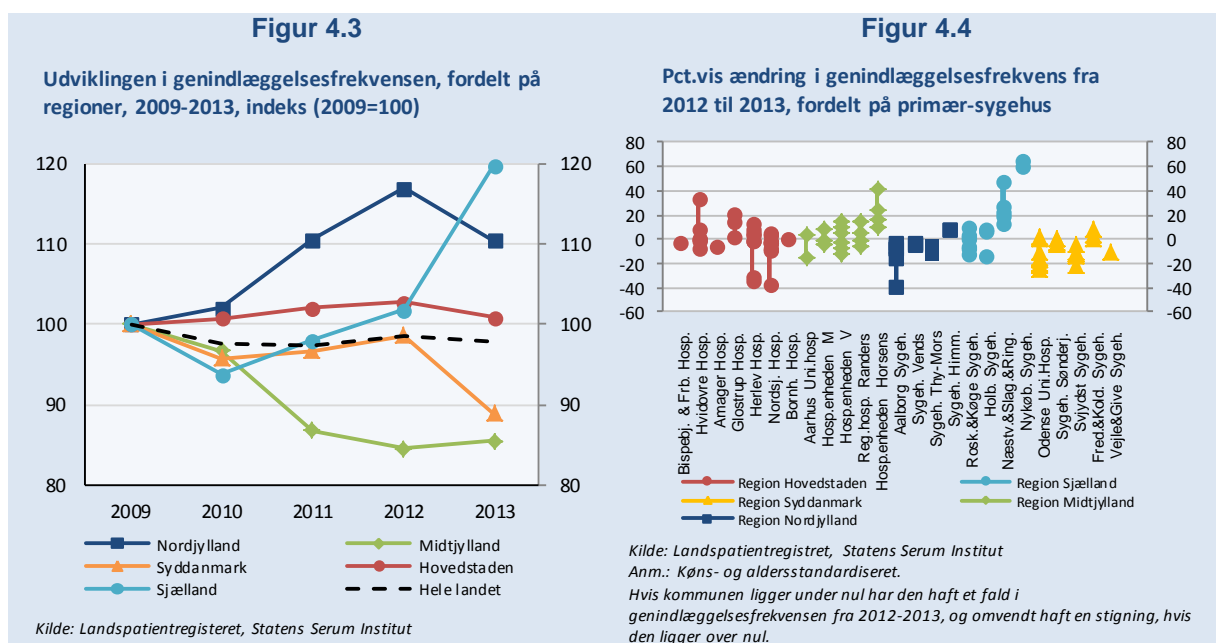
- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige udskrivning.
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

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

Kilde: Statens Serum Institut

Ændringen i variationen af genindlæggelsesfrekvensen mellem regionerne, fra 2009 til 2013, skyldes både et fald i genindlæggelsesfrekvensen for Region Syddanmark, men også en overordnet stigning i genindlæggelsesfrekvensen for Region Sjælland og Region Nordjylland, *jf. figur 4.3*. Stigningen i genindlæggelsesfrekvensen i Region Sjælland fra 2012 til 2013, skyldes særligt en stigning i genindlæggelsesfrekvensen for patienter med bopæl i de kommuner, der har flest akutte genindlæggelser på *Nykøbing Sygehus* og *Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse*, *jf. figur 4.4*. For de kommuner, der primært bruger *Nykøbing Sygehus* ved genindlæggelser, er der sket en stigning på omkring 60 pct. i genindlæggelsesfrekvensen fra 2012 til 2013. For Region Nordjylland er det særligt patienter med bopæl i de kommuner, der har flest akutte genindlæggelser på *Aalborg Sygehus*, der har vendt den negative udvikling i andelen af genindlæggelser i 2013. Dette ses ved, at *Aalborg Sygehus* har tilknyt-

tede kommuner, der har haft et fald i genindlæggelsesfrekvensen på helt op til 40 pct., jf. figur 4.4 (se bilag 1, tabel b1.1 for oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke primær-sygehus).



#### Boks 4.2. Definition af primær-sygehus

En kommunes "primær-sygehus" er defineret som det sygehus, kommunens borgere anvender mest, med henblik på den pågældende indlæggelsestype. Eksempelvis gælder der for akutte genindlæggelser, at primær-sygehuset for pågældende kommune, er det sygehus, hvor størstedelen af kommunens akutte genindlæggelser finder sted.

I figur 4.4, 4.8, 5.4, 5.8, 6.5 og 6.10 er kommunerne fordelt på, hvilket primær-sygehus de bruger. Er to eller flere kommuner forbundet ved en lodret linje (til det samme sygehus), betyder det, at kommunerne har det til fælles, at borgerne i disse kommuner anvender det pågældende sygehus mest for den specifikke indlæggelsestype\*.

En kort lodret linje er ensbetydende med, at der er små forskelle i niveauet eller udviklingen i indlæggelsestypen mellem de kommuner, hvor borgerne bruger samme sygehus mest. Det kan indikere, at niveauet eller udviklingen for det kommunale forbrug af sygehusindlæggelser mv. kan være betinget af sygehusspecifikke forhold. En forholdsvis lang lodret linje kan omvendt afspejle, at andre forhold primært har betydning for niveauet/udviklingen af indlæggelser, herunder eksempelvis kommunale forebyggelses- og plejeindsatser mv. Hvorvidt udviklingen er positiv eller negativ, fremgår af figurene ved, at kommunerne hhv. ligger over eller under nul.

For oversigt over kommunernes primær-sygehuse, se bilag 1.

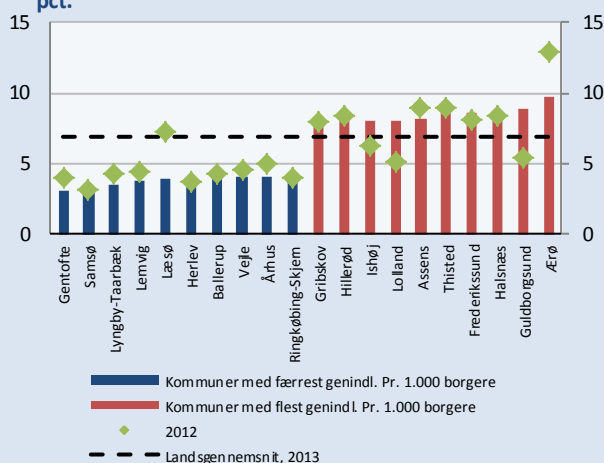
\* Anm.: Metoden afviger fra metoden anvendt i *Effektiv kommunal forebyggelse (april 2013)*, hvor primær-sygehuset defineres som det sygehus kommunens borgere anvender mest ud fra den samlede aktivitet (ambulant og stationær) opgjort i produktionsværdi.

På trods af en mindre variation i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af regionerne i 2013, er der variation i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af kommunerne, jf. figur 4.5. De kommuner, der har færrest genindlæggelser pr. indlæggelse, har en genindlæggelsesfrekvens på mellem 3 og 4,1 pct., mens de kommuner der har flest genindlæggelser pr. indlæggelse, har en genindlæggelsesfrekvens på knap 10 pct. Knap halvdelen af de kommuner, der er identificeret som blandt de ti kommuner med henholdsvis laveste eller højeste genindlæggelsesfrekvens i 2013, var at finde i samme gruppe i 2010, jf. *Effektiv kommunal forebyggelse*, april 2013. Forskellen på genindlæggelsesfrekvensen mellem kommunerne med lavest og højest genindlæggelsesfrekvens er reduceret med knap 3 pct.-point siden 2010.



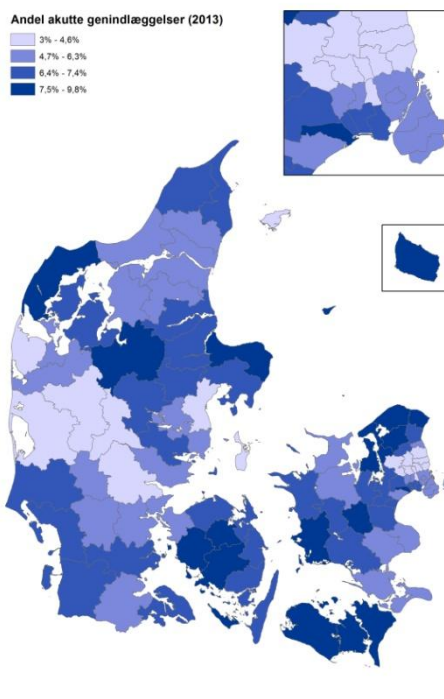
Figur 4.5

Genindlæggelsesfrekvensen for kommuner med færrest og flest akutte genindlæggelser, 2012, 2013, pct.



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

Figur 4.6



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

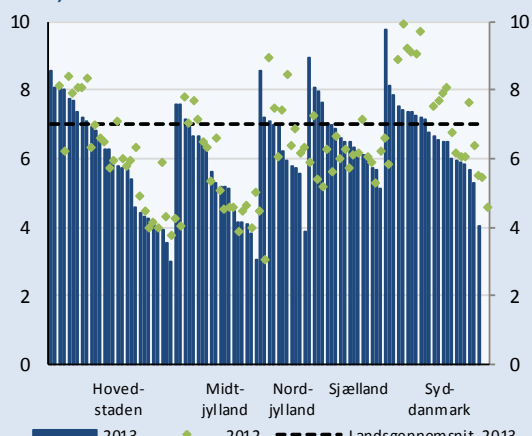
Kommuner med lavest genindlæggelsesfrekvens er overvejende placeret i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, mens de kommuner der har den største genindlæggelsesfrekvens, overvejende er placeret i Region Hovedstaden, *jf. figur 4.6*. Region Hovedstaden er den region, hvor variationen i genindlæggelsesfrekvensen mellem kommunerne er størst, hvilket også understøttes af, at Region Hovedstaden både dominerer gruppen af de kommuner der har den laveste genindlæggelsesfrekvens og gruppen af kommuner med højest genindlæggelsesfrekvens, *jf. figur 4.7*.

Inden for hver region ses en betydelig forskel i genindlæggelsesfrekvensen på tværs af kommunerne i 2013, *jf. figur 4.7*. Det var også billedet i 2012. For Region Sjælland er variationen mellem kommunerne blevet større fra 2012 til 2013, og stigningen i genindlæggelsesfrekvensen synes særligt at være koncentreret omkring en håndfuld kommuner. I Region Syddanmark er det en mere generel tendens, at genindlæggelser fordelt på kommunerne er faldet, og variationen mellem kommunerne er reduceret fra 2012 til 2013.

På samme måde varierer genindlæggelsesfrekvensen mellem kommunerne, også på tværs af de primærsygehuse kommunernes borgere anvender, *jf. figur 4.8*. Variationen i genindlæggelsesfrekvensen inden for enkelte sygehuse, er op mod 40 genindlæggelser pr. 1.000 indlæggelser, mens den for andre sygehuse ikke varierer i samme omfang.

Figur 4.7

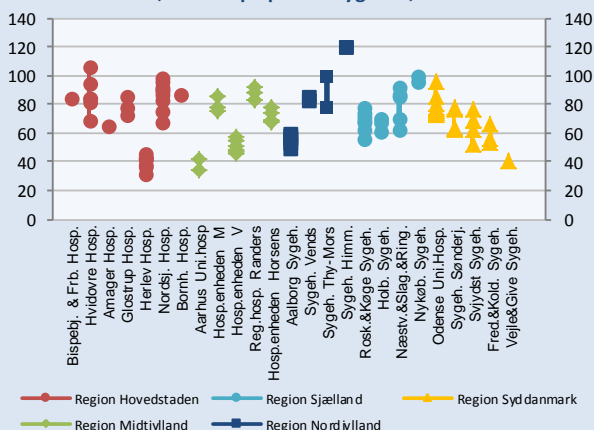
Genindlæggelsesfrekvensen, fordelt på kommuner, 2012, 2013



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

Figur 4.8

Antal genindlæggelser pr. 1.000 indlæggelser for kommunerne, fordelt på primærsygehus, 2013



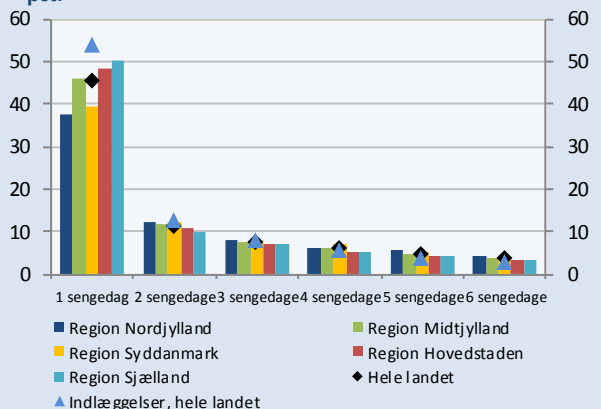
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut  
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

45 pct. af de akutte genindlæggelser sker efter, at primærindlæggelsen har varet 1 sengedag, hvilket blandt andet kan henføres til, at en betydelig del af alle indlæggelser har en varighed på 1 sengedag, jf. figur 4.9.

Genindlæggelsesfrekvensen er størst efter en primærindlæggelse på to sengedage, jf. figur 4.10. Bortset fra den relativt høje genindlæggelsesfrekvens for primærindlæggelser på to sengedage, er genindlæggelsesfrekvensen stort set ens på tværs af antal sengedage for primærindlæggelserne.

Figur 4.9

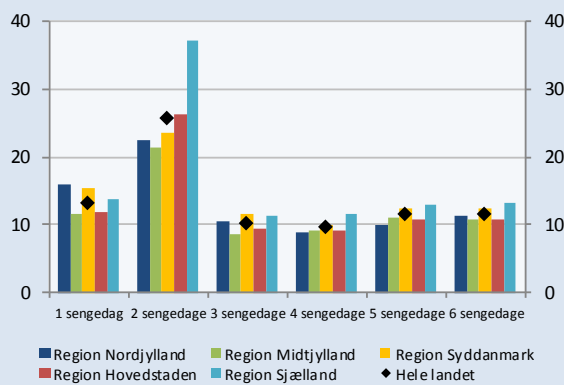
Genindlæggelser, fordelt på sengedage for primærindlæggelsen, opdelt på regioner, samt indlæggelser i alt, fordelt på sengedage, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut  
Anm.: Indlæggelser over 6 sengedage er ikke medtaget, 1 sengedag indeholder personer indlagt fra 0-1 dage

Figur 4.10

Genindlæggelsesfrekvensen opgjort for (primærindlæggelsens) sengedage, fordelt på regioner, 2013, pct.

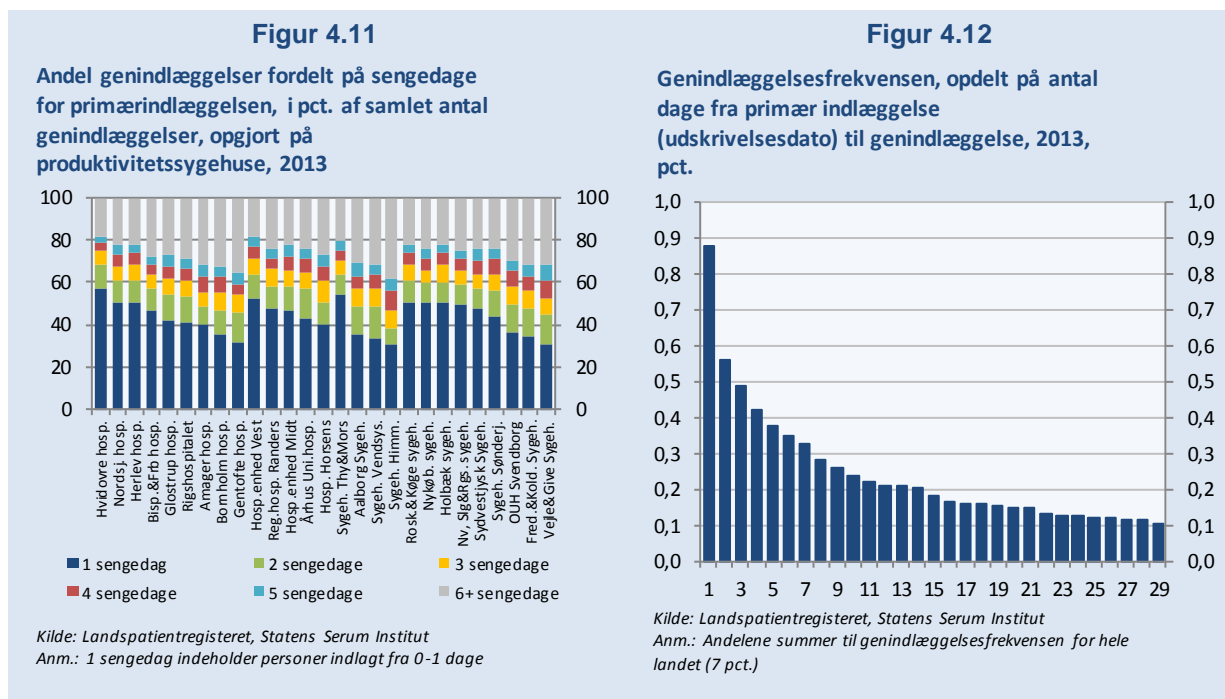


Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut  
Anm.: Indlæggelser over 6 sengedage er ikke medtaget, 1 sengedag indeholder personer indlagt fra 0-1 dage

Opdeling på sygehusniveau<sup>5</sup> viser, at der er stor variation mellem antallet af sengedage for primærindlæggelsen på tværs af sygehusene, jf. figur 4.11.

<sup>5</sup> Der anvendes samme definition af sygehus, som er anvendt i de årlige produktivitetsopgørelser, hvor sygehusene er defineret ud fra det ledelsesmæssigt relevante niveau, jf. bilag 2.

De fleste akutte genindlæggelser sker dagen efter udskrivning fra den primære indlæggelse, og derefter aftager antallet af genindlæggelser, jf. figur 4.12.



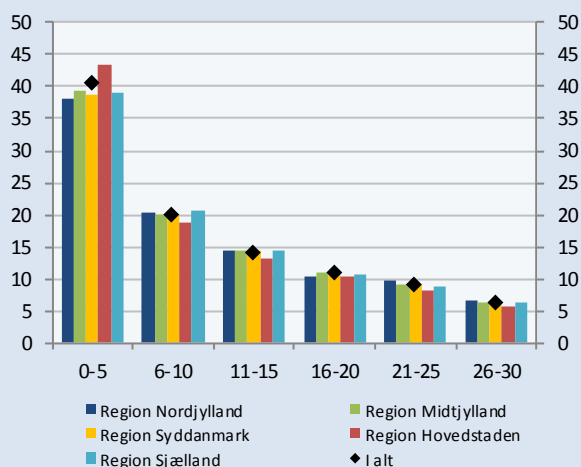
Knap 40 pct. af det samlede antal genindlæggelser, sker inden for de første fem dage efter udskrivning, jf. figur 4.13. 60 pct. af alle genindlæggelser sker inden for de første 10 dage efter udskrivning, mens der for de resterende 40 pct. går mellem 10 og 30 dage inden genindlæggelsen. Dette ses generelt at være tilfældet for alle regioner.

Den mere snævre genindlæggelsesindikator, som er anvendt i monitoreringen af sundhedsaftalerne, anvendes til at se nærmere på de genindlæggelser, der finder sted få dage efter primærindlæggelsen. Forebyggelige genindlæggelser er afgrænset til at omfatte genindlæggelser inden for tretten udvalgte aktionsdiagnosegrupper, jf. bilag 2.

I sundhedsaftalerne er der mellem kommunerne og regionerne enighed om, at det er relevant at opgøre andelen af genindlæggelser inden for 3 dage efter udskrivelse, idet genindlæggelse så hurtigt efter udskrivelse kan skyldes problemer ved overgangen fra hospital til hjem eller problemer ved den initiale behandling i hjemmet. De fleste genindlagte patienter genindlægges med *Lungebetændelse*, og denne diagnose er hyppigst for de 85+-årige. For de 65-84-årige er den næst hyppigste genindlæggelsesdiagnose *Astma bronkitis*, mens den for de 85+-årige er *Dehydrering*, jf. figur 4.14.

Figur 4.13

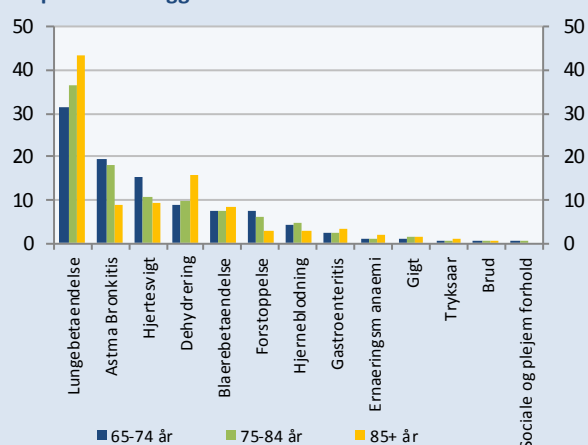
Andel genindlæggelser, fordelt på antal dage fra primær indlæggelse til genindlæggelse og regioner, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Figur 4.14

Genindlæggelser der sker inden for 3 dage efter den primære indlæggelse, fordelt på alder og forebyggelige diagnoser på primærindlæggelsen



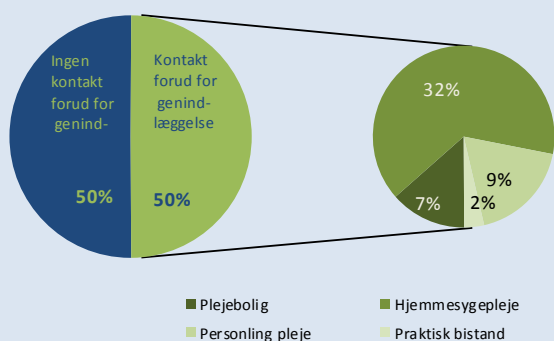
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

En del sygehusindlæggelser vurderes at kunne forebygges, eksempelvis ved forudgående kontakt mellem borgeren og kommunen eller borgeren og almen praksis. Hvis en borger løbende har kontakt til kommunen, dvs. eksempelvis beboere i kommunale plejeboliger, modtagere af kommunale plejeydelser eller borgere med jævnlig kontakt med almen praksis, er der mulighed for tidlig opsporing af symptomer og indikationer for regulering af behandling.

For 50 pct. af alle genindlæggelser af patienter over 65 år har kommunen inden for 10 dage forud for indlæggelsen været i kontakt med borgeren via plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje eller praktisk bistand, jf. figur 4.15.

Figur 4.15

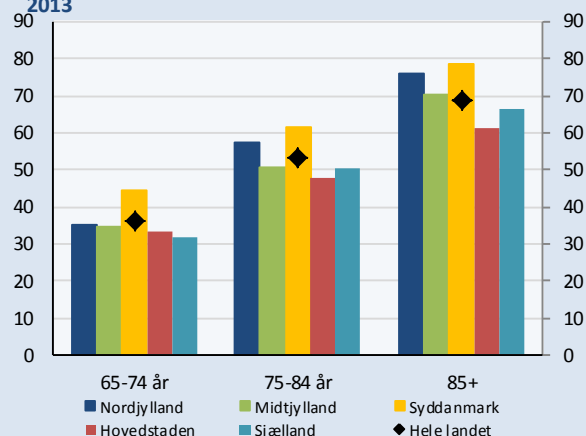
Genindlæggelser (65+-årige) fordelt efter kommunal kontakt op til 10 dage forud for indlæggelsen, samt type af kommunal kontakt, pct., 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)

Figur 4.16

Andelen af genindlæggelser, hvor borgeren modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen, fordelt på alder og region, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)

Det er primært den ældre del af de patienterne, der bliver genindlagt, som kommunen er i kontakt med, jf. figur 4.16. Ud af de knap 9.000 genindlæggelser for de 85-årige, har borgeren op til 10 dage forud for 70 pct. af indlæggelserne været i kontakt med kommunen via pleje- eller omsorgsydelser. I Region Syddanmark er det op i mod 80 pct.

### Boks 4.3. EOJ-data metode og forbehold

Opgørelsen med EOJ-data og plejeboligoplysninger indikerer, hvem kommunerne er i kontakt med. Det, at en kommune er i kontakt med borgere, vurderes at kunne mindske u hensigtsmæssige indlæggelser. Forebyggelsespotentialer er varierende og afhænger af indsattypen og intensiteten i den kommunale indsats. Dette korrigeres der ikke for i opgørelserne.

Kontakt med kommunen defineres ud fra pleje- og omsorgsydelserne

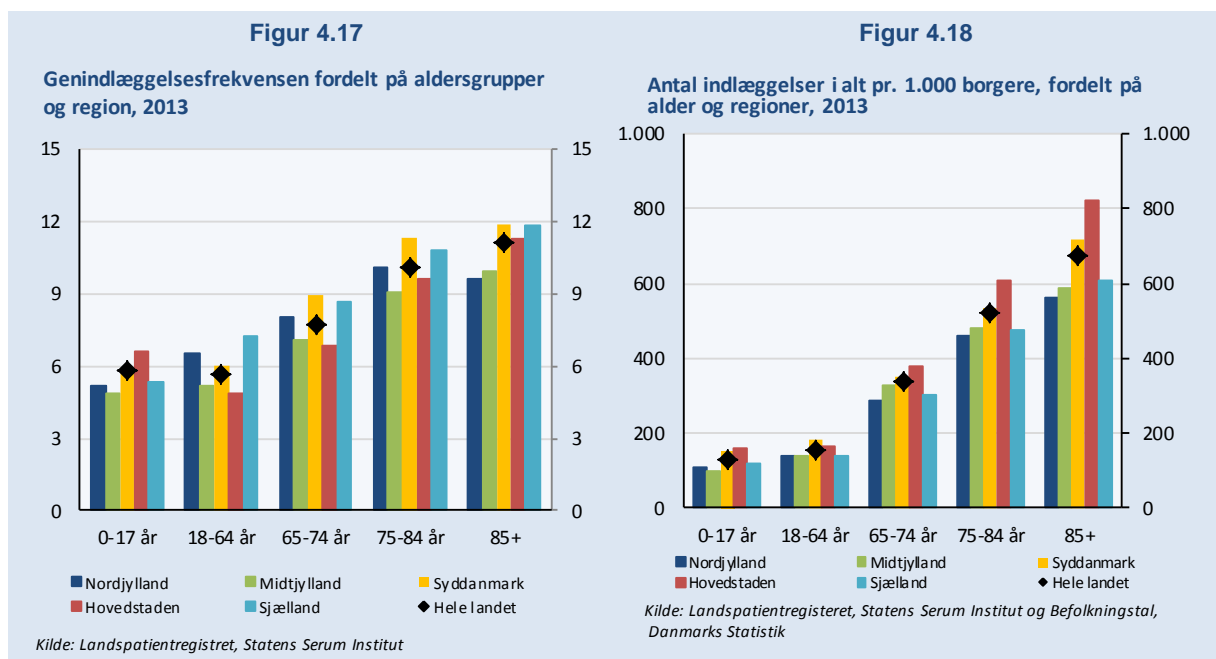
- Plejebolig
- Hjemmesygepleje (evt. personlig pleje og praktisk bistand)
- Personlig pleje (evt. praktisk bistand)
- Praktisk bistand<sup>6</sup> (igen personlig pleje)

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

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

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

Det generelle billede er, at jo ældre patienten er, des større er sandsynligheden for, at vedkommende bliver akut genindlagt. Således stiger genindlæggelsesfrekvensen med alderen, jf. figur 4.17. For Region Hovedstaden og Region Syddanmark er der dog en større genindlæggelsesfrekvens for 0-17 årige end for 18-64-årige, mens Region Nordjylland har en relativt lav genindlæggelsesfrekvens for 85+-årige. Fordelingen af genindlæggelsesfrekvensen på aldersgruppe svarer overordnet til fordelingen af det samlede antal indlæggelser, der også er stigende med alderen, jf. figur 4.18.

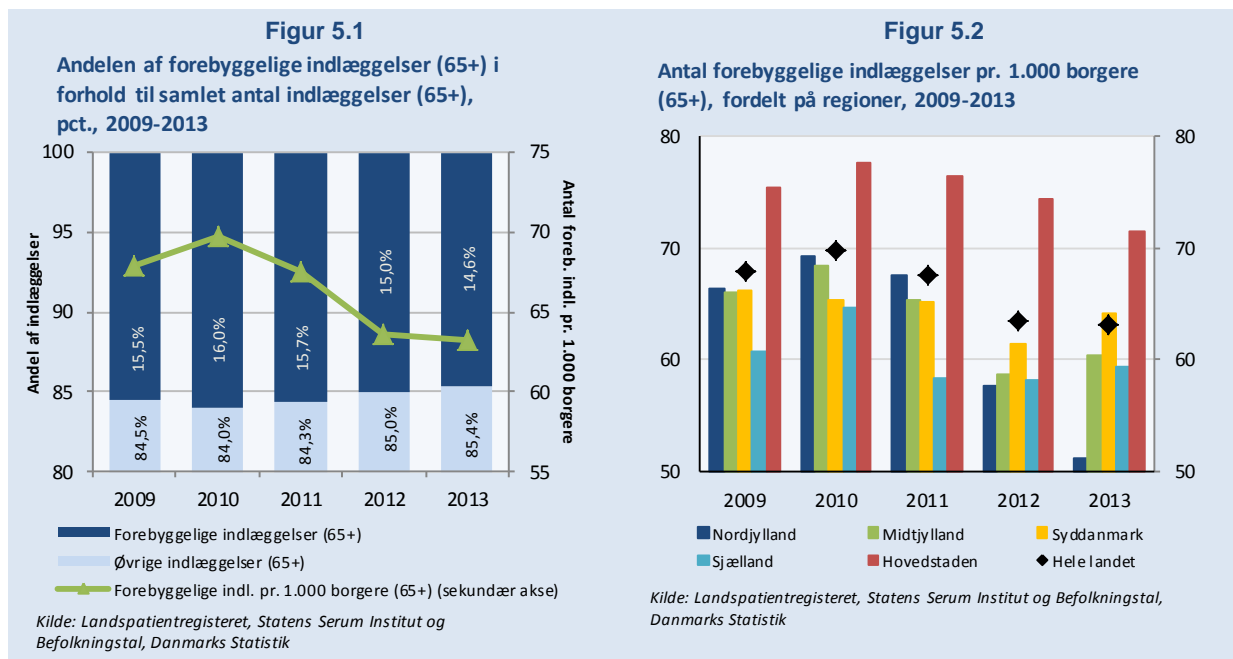


## 5 Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)

I 2013 var der i alt 63 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (65+) svarende til 14,6 pct. af alle indlæggelser for 65+-årige, jf. figur 5.1. Samlet set er antallet af forebyggelige indlæggelser pr.

<sup>6</sup> Praktisk bistand inkluderer også madservice, der ud fra den anvendte definition vurderes at udgøre ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren alene modtager praktisk bistand forud for sygehusindlæggelsen.

1.000 borgere (65+) faldet i perioden 2009 til 2013, fra 68 til 63. Foldes tallet ud på regioner ses, at patienter bosat i Region Hovedstaden har flere forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere, mens Region Nordjylland har færre forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2013 end de øvrige regioner, jf. figur 5.2.



### Boks 5.1. Definition af forebyggelige indlæggelser

#### Mål

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

#### Beskrivelse

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende 9 diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og tryksår.

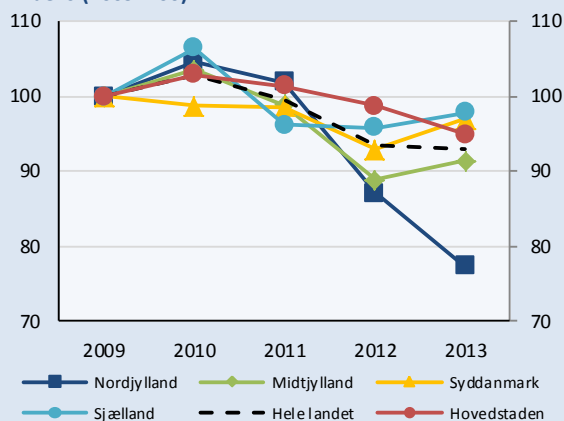
Kilde: Statens Serum Institut

Region Nordjylland og Region Hovedstaden har fra 2012 til 2013 haft et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere, mens de tre resterende regioner har haft en stigning, jf. figur 5.3. Alle regioner har oplevet et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere fra 2009 til 2013, og for hele landet har faldet været på 5 pct. Region Nordjylland har haft den største reduktion i andelen af forebyggelige indlæggelser med knap 23 pct.

Generelt er andelen af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+ år) fra 2012 til 2013 nedbragt for alle kommuner i Region Nordjylland for så vidt angår deres primærsygehus. Det er således en generel tendens i Region Nordjylland, hvor dog særligt kommuner der primært bruger *Sygehusene Thy og Mors*, har nedbragt indikatoren meget, jf. figur 5.4. I Region Midtjylland skyldes det seneste års stigning i andelen af forebyggelige indlæggelser hovedsageligt en stigning for patienter, der på indlæggelsestidspunktet har bopæl i en af de kommuner, der primært bruger *Regionshospitalet i Randers*, mens der, blandt patienter med bopæl i størstedelen af regionens øvrige kommuner, ses et fald i andelen (se bilag 1, tabel b1.2, for oversigt over primærsygehusene og de tilhørende kommuner).

**Figur 5.3**

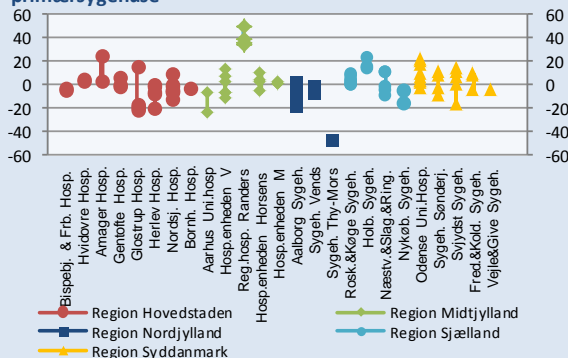
Udviklingen i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) fordelt på regioner, 2009-2013, indeks (2009=100)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

**Figur 5.4**

Pct.-vis ændring i antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) 2012-2013, fordelt på primærsygehuse



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

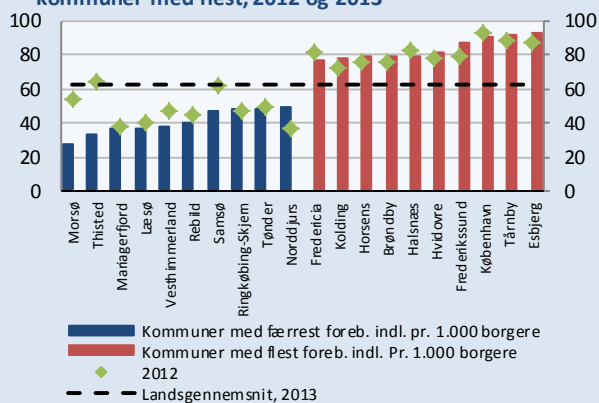
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret. Hvis kommunen ligger under 0 har den haft et fald i genindlæggelsesfrekvensen fra 2012-2013, og omvendt haft en stigning hvis den ligger over 0.

Et udsnit af de 10 kommuner med færrest forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) i 2013, og dem med flest, illustrerer forskellen på tværs af kommunerne, jf. figur 5.5. Kommunerne ligger, med få undtagelser, på samme niveau som i 2012. De kommuner med lavest antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) er overvejende placeret i Region Nordjylland, mens de kommuner med flest antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+), overvejende er placeret i Region Hovedstaden, jf. figur 5.6.

Fordelingen er ikke entydig, og således er variationen mellem kommunerne inden for de enkelte regioner stor, hvor halvdelen af kommunerne i Region Hovedstaden har færre forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) end landsgennemsnittet, jf. figur 5.7.

**Figur 5.5**

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+), fordelt på kommuner med færreste forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere og kommuner med flest, 2012 og 2013



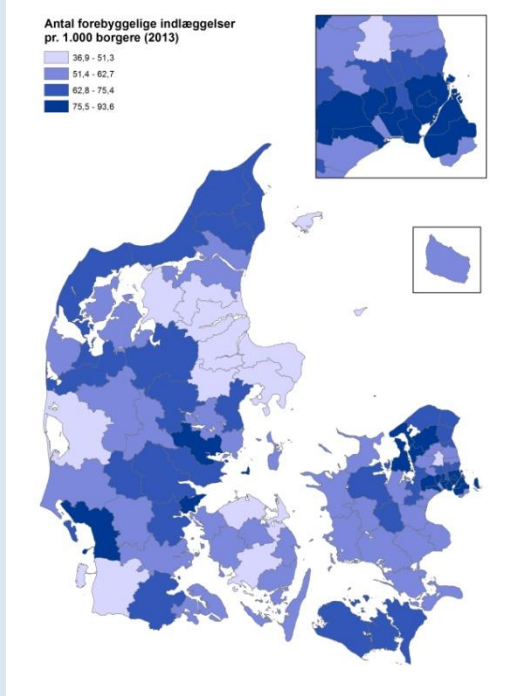
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

**Figur 5.6**

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (2013)

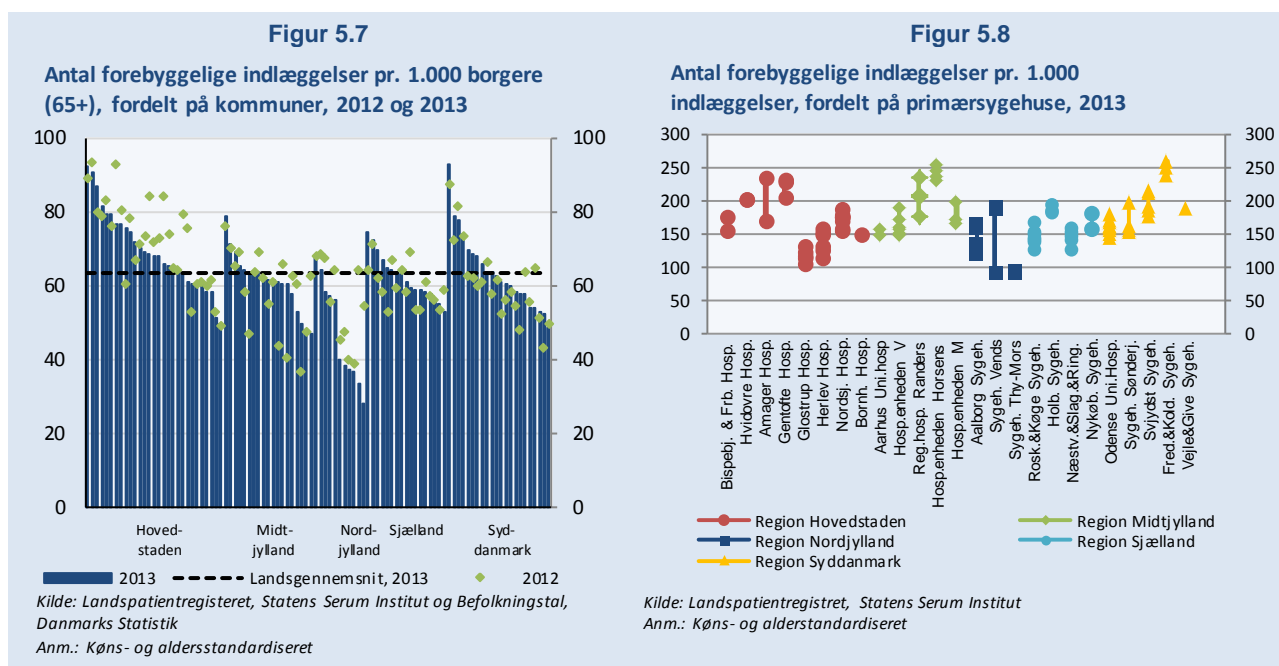
36,9 - 51,3  
51,4 - 62,7  
62,8 - 75,4  
75,5 - 93,6



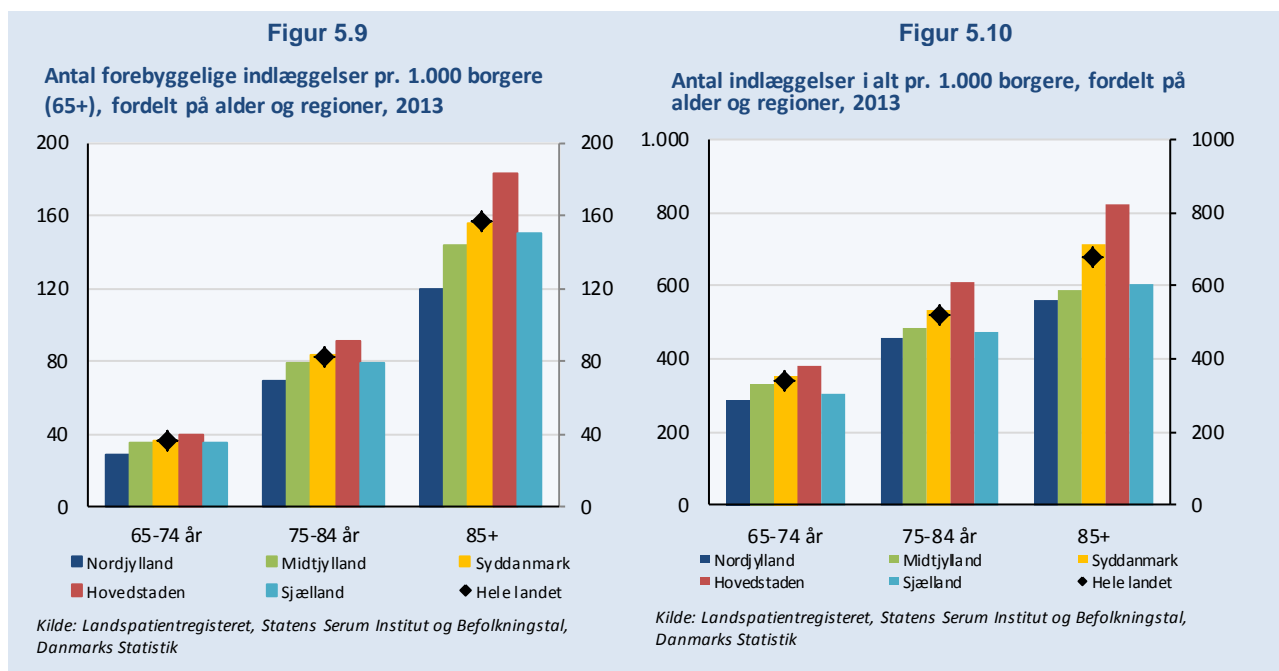
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

Variationen mellem kommuner, der har samme primærsygehus, er forskellig på tværs af sygehuse. Således er der blandt andet stor forskel i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 indlæggelser blandt kommuner, der bruger *Sygehus Vendsyssel* som primært sygehus, hvilket kunne indikere, at potentialet, til at forebygge nogle af disse indlæggelser, knytter sig til den kommunale indsats, *jf. figur 5.8*.



Antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere (65+) er stigende med alderen, *jf. figur 5.9*. På den måde følger de forebyggelige indlæggelser blandt ældre det samlede antal indlæggelser, *jf. figur 5.10*.



*Nedre luftvejssygdom* er den diagnose, der er mest hyppig blandt de forebyggelige indlæggelser, *jf. tabel 5.1*. Herefter kommer *Brud* og *Dehydrering*.



**Tabel 5.1. Andel af forebyggelige indlæggelser i aldersgruppen i 2013 fordelt på de 9 udvalgte diagnosegrupper, pct.**

Diagnosegruppe	65-74 år	75-84 år	85+	I alt*
Nedre luftvejssygdom	51,0	50,2	38,7	47,3
Brud	25,3	23,1	29,6	25,7
Dehydrering	7,3	10,2	14,2	10,4
Blærebetændelse	5,9	6,9	8,6	7,0
Forstoppelse	4,3	3,9	3,3	3,9
Gastroenteritis	3,0	2,5	1,8	2,5
Ernæringsmæssig anæmi (blodmangel)	2,0	2,5	2,8	2,4
Sociale og plejemæssige forhold	0,5	0,4	0,5	0,5
Tryksår	0,5	0,4	0,4	0,4

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Anm.: Forebyggelige indlæggelser udgøres af indlæggelser defineret ved disse 9 diagnosekoder for 65+-årige

\*I alt er beregnet på baggrund af de underliggende tal for de tre aldersgrupperinger, der vægter forskelligt, og kan derfor ikke beregnes ud fra tallene i tabellen alene

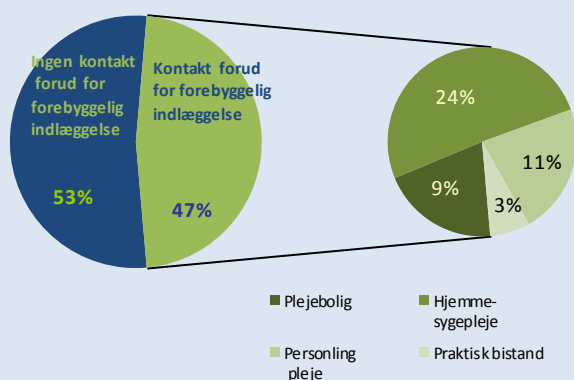
Godt 83 pct. af de forebyggelige indlæggelser blandt ældre, kan tilskrives de tre hyppigste diagnoser. Dette var også tendensen i 2010, jf. *Effektiv kommunal forebyggelse*, april 2013. Andelen af indlæggelser som følge af *Brud* og andelen af indlæggelser som følge af *Dehydrering* er steget med ca. 4 pct.point siden opgørelsen på 2010-data, mens indlæggelser som følge af *Luftvejssygdomme* er faldet en smule.

Ud af alle forebyggelige indlæggelser (65+), er kommunerne i kontakt med borgeren op til 10 dage forud for knap halvdelen af indlæggelserne, enten via *plejebolig*, *hjemmesygepleje*, *personlig pleje* eller *praktisk bistand*, jf. figur 5.11.

Ud af alle de indlæggelser, der forekommer for personer i plejebolig, er knap 30 pct. af dem defineret som forebyggelige, jf. figur 5.12. For borgere, som har modtaget personlig pleje 10 dage forud for indlæggelsen, er knap 25 pct. af indlæggelserne defineret som forebyggelige.

**Figur 5.11**

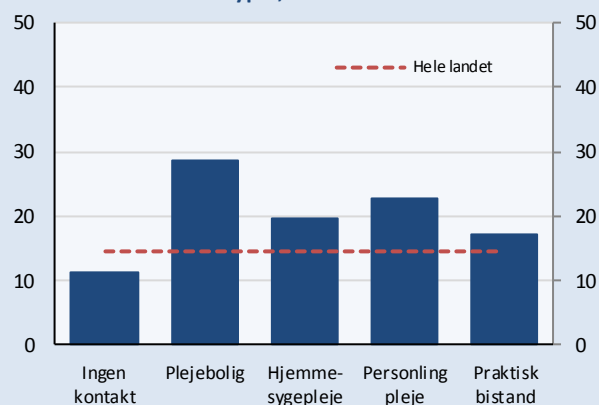
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, fordelt efter kommunal kontakt op til 10 dage forud for indlæggelsen, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbig tal, april 2014)

**Figur 5.12**

Andel forebyggelige indlæggelser (65+) ift. samtlige indlæggelser (65+), fordelt efter udvalgte kommunale kontakttyper, 2013



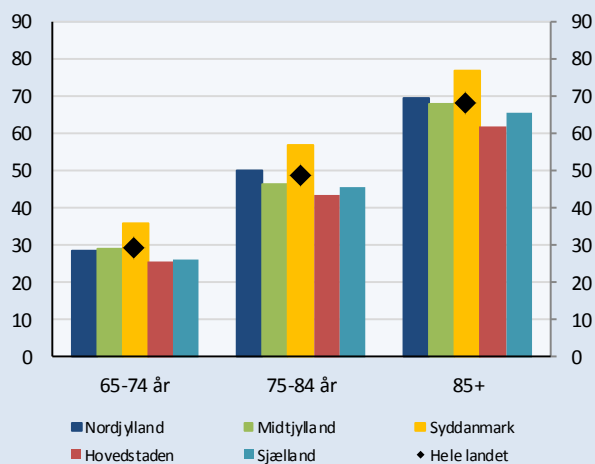
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbig tal, april 2014)

Ud af de knap 18.000 forebyggelige indlæggelser af 85+-årige, har borgeren for 68 pct.'s vedkommende haft kontakt til kommunen op til 10 dage forud for indlæggelsen, jf. figur 5.13. I nogle kommu-

ner har de været i kontakt med borgeren forud for over 60 pct. af indlæggelserne (65+) med en forebyggelige diagnose, mens det i andre kommuner kun er 30 pct., jf. figur 5.14. Noget af forskellen mellem kommunerne kan skyldes registreringspraksis eller mangelfulde registreringer, der ikke kan tages højde for her.

**Figur 5.13**

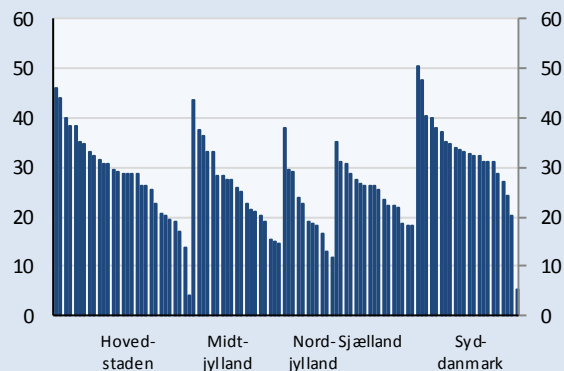
Andelen af forebyggelige indlæggelser, fordelt på alder og region, for borgere som modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen, 2013



Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbig tal, april 2014)

**Figur 5.14**

Antal forebyggelige indlæggelser (65+) pr. 1.000 borgere (65+), hvor patienten forinden var i kontakt med kommunen op til 10 dage forud for indlæggelsen, fordelt på kommuner, 2013



Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)

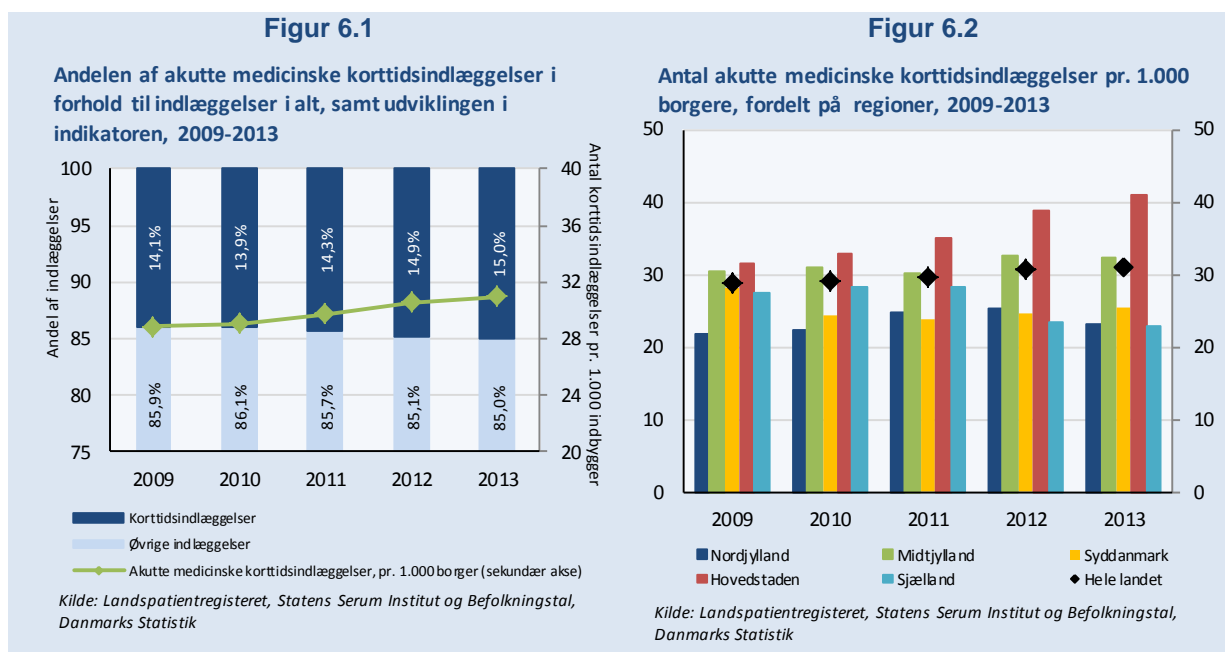
Anm.: Gribskov og Kerteminde har mangelfulde registrering af EOJ-data og indgår derfor ikke i opgørelsen

## 6 Akutte medicinske korttidsindlæggelser

Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser var i 2013 knap 174.000, svarende til 15 pct. af det samlede antal indlæggelser, *jf. figur 6.1*. Samlet set er antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere stort set uændret på landsplan i perioden fra 2009 til 2013 med en udvikling fra 29 til 31 indlæggelser pr. 1.000 borgere. Ud af det samlede antal akutte medicinske korttidsindlæggelser, er 12 pct. også defineret som en forebyggelig indlæggelse (65+-årige).

Foldes antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere ud på regioner, ses en variation i omfanget på tværs af regionerne, *jf. figur 6.2*.

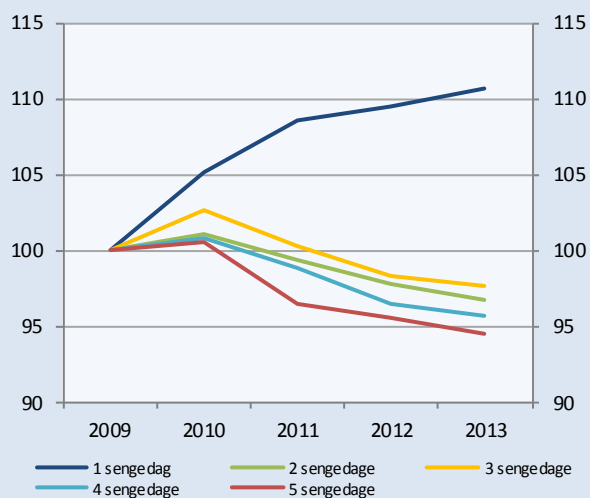
Således udgør antallet af akutte korttidsindlæggelser i både Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland færre end 25 pr. 1.000 borgere i 2013, hvilket er mere end 40 pct. lavere end i Region Hovedstaden. Denne forskel på tværs af regioner er vokset fra 2009 til 2013.



Der er sket et generelt fald i indlæggelsestiden fra 2009 til 2013, som blandt andet ses ved, at stadig flere indlæggelser på mere end én dag forkortes ned til en dag, *jf. figur 6.3*. Dette gælder for Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Sjælland, mens Region Nordjylland og Region Syddanmark har oplevet et fald i indlæggelser på én sengedag, *jf. tabel 6.1*.

Figur 6.3

Udviklingen i indlæggelser, fordelt på sengedage, 2009-2013 (indeks 2009=100)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Tabel 6.1

Samlet pct.-vis udvikling i indlæggelser, fordelt på antal sengedage og regioner, 2009-2013

	1 dag	2 dage	3 dage	4 dage	5 dage
Hele landet	10,6	-3,3	-2,4	-4,3	-5,5
Region Nordjylland	-8,6	-3,5	-6,9	-6,2	-10,0
Region Midtjylland	3,1	-8,3	-3,1	-7,9	-9,8
Region Syddanmark	-1,3	-0,2	-5,7	-5,2	-4,4
Region Hovedstaden	22,3	-1,2	1,4	1,1	-1,9
Region Sjælland	23,6	-4,1	-2,0	-8,2	-4,9

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

### Boks 6.1. Definition af akutte medicinske korttidsindlæggelser

#### Mål

Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere

#### Beskrivelse

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

Kilde: Statens Serum Institut

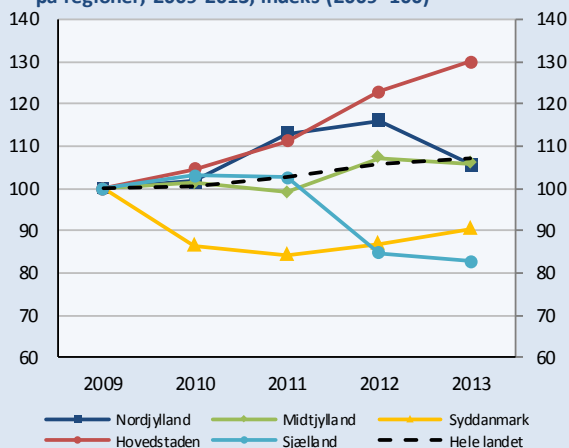
Mens andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere stort set har været uændret på 29 til 31 i perioden 2009 til 2013, har den underliggende udvikling i regionerne været forskellig, figur 6.4. I Region Syddanmark og Region Sjælland<sup>7</sup> har udviklingen været faldende, Region Nordjylland og Region Midtjylland har fulgt den gennemsnitlige landsudvikling, og Region Hovedstaden har haft en stigende andel akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere gennem hele perioden.

Andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser for Region Syddanmark er faldet med 10 pct., mens Region Hovedstadens andel er steget med 30 pct. Stigningen i Region Hovedstaden skyldes en stigning i stort set alle kommunerne i regionen, jf. figur 6.5. Faldet i antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i Region Nordjylland fra 2012 til 2013, kan dels tilskrives faldet i kommunerne, der bruger *Sygehusene Thy og Mors*, mens de resterende kommuner i regionen har haft mindre fald eller stigninger i antallet af korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere (Se bilag 1, tabel b1.3 for oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke sygehuse primært).

<sup>7</sup> Det relativt lave niveau af korttidsindlæggelser i Region Sjælland kan til dels tilskrives, at regionen registreringsmæssigt er organiseret som ét sygehus, hvorfor indlæggelsesforløb, der involverer indlæggelse på forskellige matrikler, opgøres som én indlæggelse, hvilket ikke er tilfældet i de øvrige regioner.

Figur 6.4

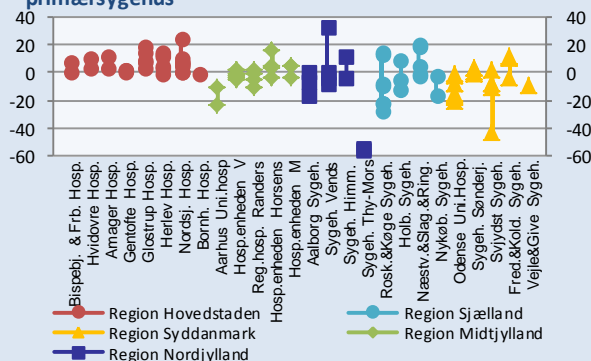
Udviklingen i antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på regioner, 2009-2013, indeks (2009=100)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 6.5

Pct.-vis ændring i antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fra 2012 til 2013, fordelt på kommuner og primærsygehus



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

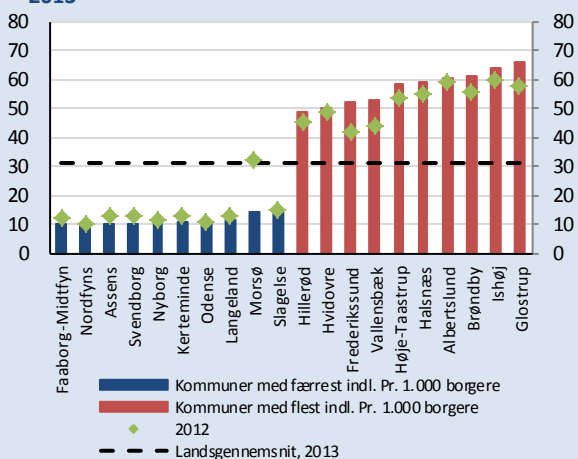
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret, Ærø er ikke medtaget grundet for få observationer. Hvis kommunen ligger under 0 har den haft et fald i indikatoren fra 2012-2013, og omvendt haft en stigning hvis den ligger over 0.

Et udsnit på de ti kommuner, der i 2013 havde henholdsvis færrest og flest akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, illustrerer spændet på tværs af kommunerne. De kommuner, der har færrest, har 15 eller færre korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere svarende til knap halvdelen af landsgennemsnittet (på 31), jf. figur 6.7. Alle disse kommuner havde samme relativt lave antal korttidsindlæggelser i 2012.

De kommuner, der har det laveste antal af akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere er overvejende placeret i Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland, mens det er kommuner i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, der generelt har flest korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere jf. figur 6.8.

Figur 6.7

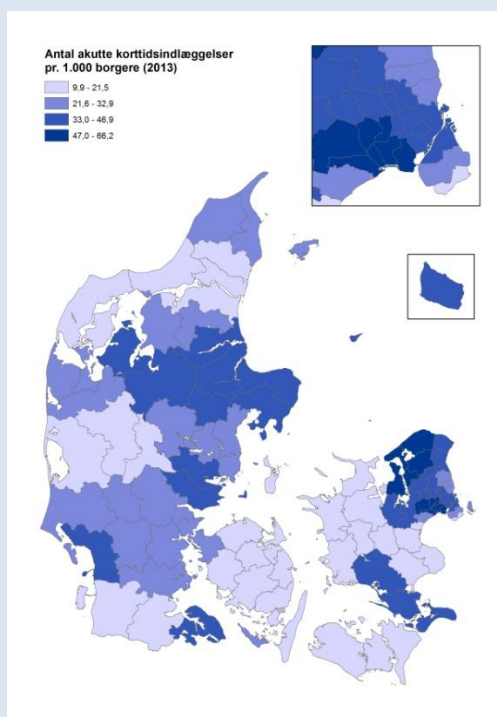
Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, for kommuner med færrest og flest, 2012 og 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

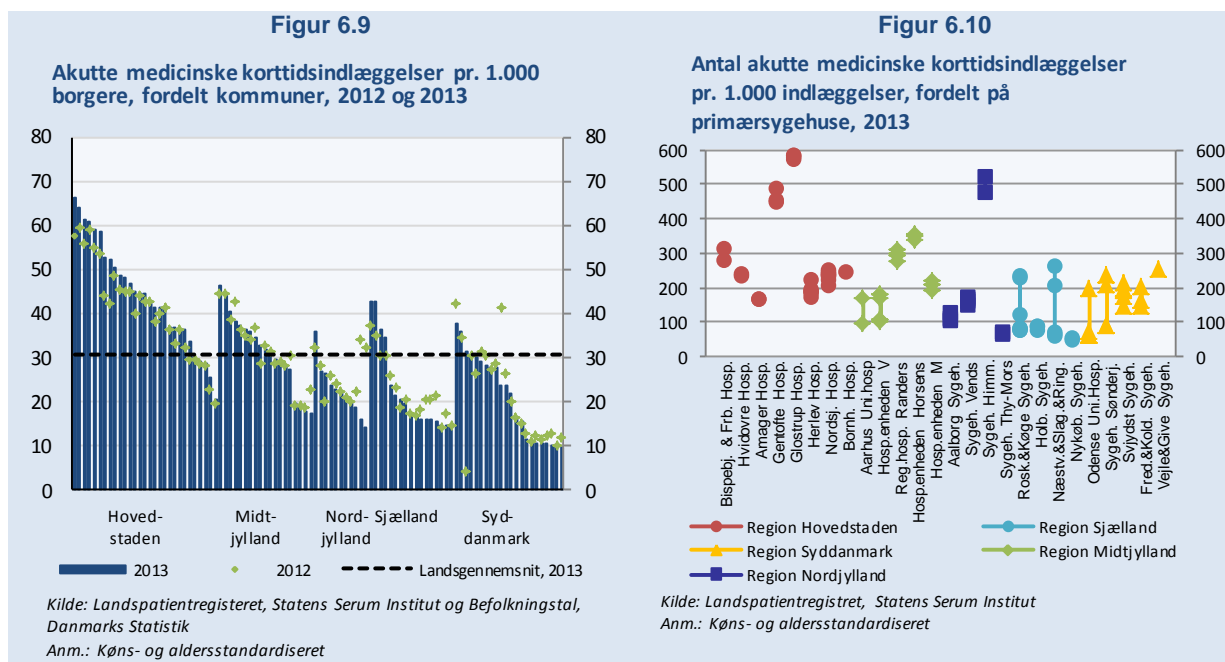
Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

Figur 6.8



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

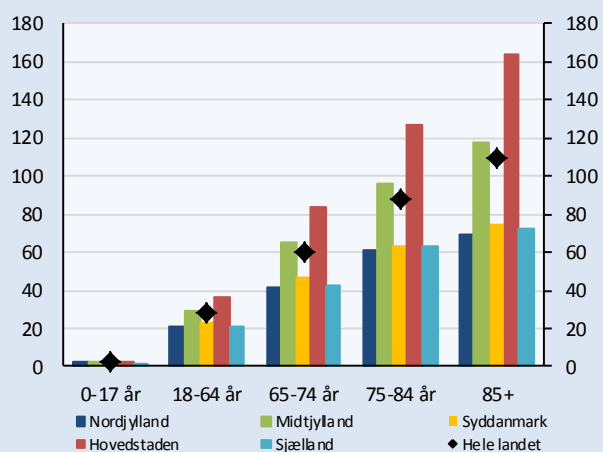
Variationen mellem kommunerne inden for den enkelte region er dog betydelig, *jf. figur 6.9*. På trods af, at mange af Region Hovedstadens kommuner har en relativt stor andel af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, er der også kommuner i Region Hovedstaden, der har relativt få. Kommuner, der bruger *Amager Hospital* som det primære hospital for akutte medicinske korttidsindlæggelser, har relativt få korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, mens det omvendte gør sig gældende for de kommuner, der primært bruger *Glostrup Hospital*, *jf. figur 6.10*. Inden for det enkelte sygehus er variationen i andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser generelt ikke stor. Der er dog enkelte sygehuse i Region Sjælland, hvor der er en forskel i antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser mellem de kommuner, der bruger det pågældende sygehus.



Variationen i antallet af korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere på tværs af regionerne stiger jo ældre patienterne er. For de 85+ årige er der i gennemsnit mere end dobbelt så mange akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i regionen med flest i forhold til regionen med færrest, *jf. figur 6.11*. Billedet afviger en smule det samlede antal indlæggelser pr. 1.000 borgere, hvor variationen er mindre, *jf. figur 6.12*. Region Syddanmark har overordnet relativt mange indlæggelser pr. 1.000 borgere, for især aldersgruppen 85+ år, men har relativt få akutte korttidsindlæggelser i denne aldersgruppe. Omvendt har Region Midtjylland relativt mange akutte medicinske korttidsindlæggelser i aldersgruppen 85+-årige, mens regionen ligger under landsgennemsnittet for så vidt angår antal indlæggelser i alt for denne aldersgruppe.

Figur 6.11

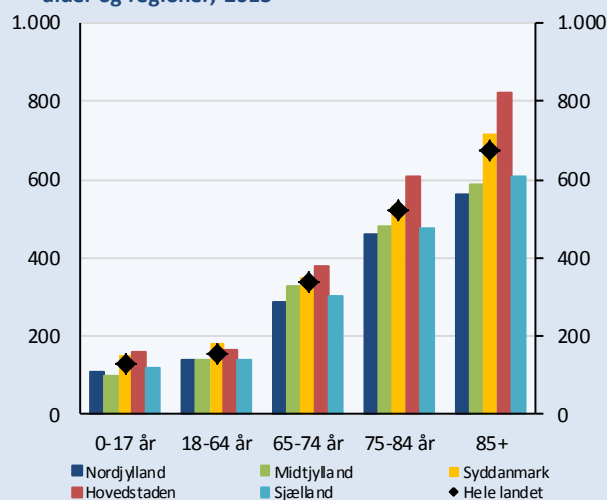
Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på aldersgrupper og region, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 6.12

Antal indlæggelser i alt pr. 1.000 borgere, fordelt på alder og regioner, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

De to hyppigst stillede diagnoser for akutte medicinske korttidsindlæggelser for alle aldersgrupper er *Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande* og *Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse*, der dækker over meget forskellige diagnoser på tværs af aldersgrupperne, jf. tabel 6.2. For patienter over 85 år gælder desuden, at de har en betydelig andel af akutte medicinske korttidsindlæggelser med *Symptomatisk hjertesygdom* og *Sygdomme i blod og bloddannende organer*.

De tre mest hyppige årsager til akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2013, der i alt tæller ca. 43 pct. af disse indlæggelser, var også de hyppigste årsager til akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2010, hvor disse diagnoser tilsammen udgjorde 40 pct. af de akutte medicinske korttidsindlæggelser, jf. *Effektiv kommunal forebyggelse*, april 2013. Det overordnede billede er således forholdsvis uændret i forhold til 2010, idet indlæggelser som følge af *Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande* i 2010 skyldes 13 pct. af disse indlæggelser, mens de i 2013 er årsag til 19 pct., altså en stigning på 6 pct.point. Omvendt er diagnosen *Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse* (tidligere *Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom*) faldet fra at forårsage 19 pct. af indlæggelserne i 2010 til 16 pct. af indlæggelserne i 2013.

**Tabel 6.2. Andel af alle akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt på aldersgrupper, 2013, pct. De 10 mest hyppige diagnosegrupper**

Diagnosegruppe	I alt*	0-17 år	18-64 år	65-74 år	75-84 år	85+
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	19	25	20	16	18	18
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	16	9	17	15	15	13
Symptomatisk hjertesygdom	8	2	6	12	10	9
Andre sygdomme i nervesystem	4	4	5	4	3	3
Sindssygdomme	3	8	5	2	1	1
Skadelige virkninger af kemiske stoffer (forgiftninger)	3	13	5	1	1	1
Andre iskæmiske/forkalkningsbetingede hjertesygdomme	3	0	2	4	4	2
Bronchitis, udvidede lunger og astma	3	3	2	3	4	2
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	3	1	2	3	4	5
Sygdomme i blod og bloddannende organer	2	2	1	3	4	7
Øvrige diagnoser	36	34	35	37	37	39

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Anm.: \* 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

*Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande* dækker over en bred vifte af diagnoser, hvoraf de ti mest hyppige, er listet i *tabel 6.3*. *Brystsmerter* er den diagnose, der fylder mest, mens der for ældre personer over 75 år er mange, der indlægges med *Besvimelse eller kolaps*.

**Tabel 6.3: Andel akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt på de 10 hyppigste diagnoser under *Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande*, pct.**

<i>Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande</i>						I alt	Faktisk antal akutte medicinske korttidsindlæggelser
	0-17 år	18-64 år	65-74 år	75-84 år	85+		
Brystsmerter UNS	0,7	67,2	16,4	11,6	4,1	100	4.573
Besvimelse eller kollaps	2,2	47,9	20,5	19,0	10,4	100	2.392
Vertigo UNS	0,5	46,4	23,9	19,8	9,4	100	2.205
Dyspnø	1,2	45,9	21,4	22,3	9,1	100	2.047
Lipotymi UNS	2,7	46,5	20,5	20,1	10,2	100	1.671
Hovedpine UNS	2,1	83,6	7,8	4,4	2,0	100	1.547
Feber UNS	2,4	63,6	23,5	8,4	2,1	100	1.022
An./uspec. symptom/abnormt fund i nerve- og bevægelsessyst.	0,8	65,1	15,2	12,9	6,1	100	908
Akutte mavesmerter	4,8	76,4	9,1	7,2	2,6	100	894
Andre brystsmerter	0,6	69,4	17,2	10,2	2,7	100	886

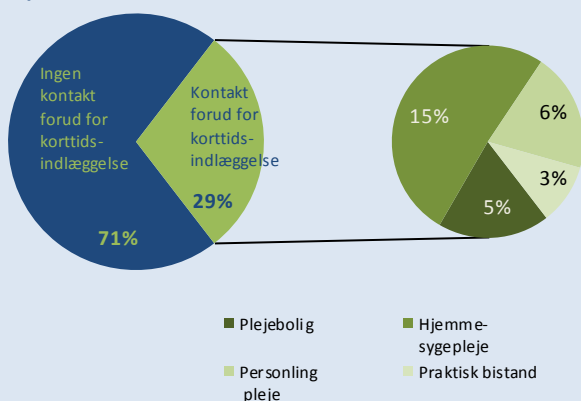
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Ud af alle akutte medicinske korttidsindlæggelser for patienter over 65 år er kommunen i kontakt med borgeren op til 10 dage forud for 29 pct. af de akutte medicinske korttidsindlæggelser gennem *plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje eller praktisk bistand*, jf. *figur 6.13*. Ud af alle indlæggelser af beboere i plejebolig, der er over 65 år, er knap 20 pct. akutte medicinske korttidsindlæggelser, jf. *figur 6.14*. På landsplan udgør de akutte medicinske indlæggelser 17,1 pct. for 65+-årige.



**Figur 6.13**

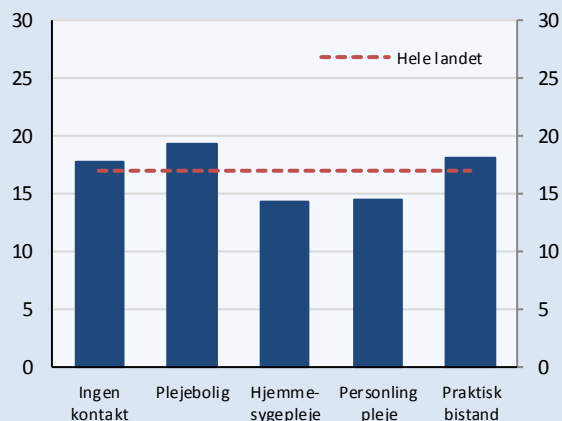
Akutte medicinske korttidsindlæggelser (65+-årige) fordelt efter kommunal kontakt op til 10 dage forud for indlæggelsen, samt type af kommunal kontakt, pct., 2013



Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)

**Figur 6.14**

Andel akutte medicinske korttidsindlæggelser (65+) ift. samtlige indlæggelser (65+), fordelt efter kommunale pleje- og omsorgsydelser, 2013

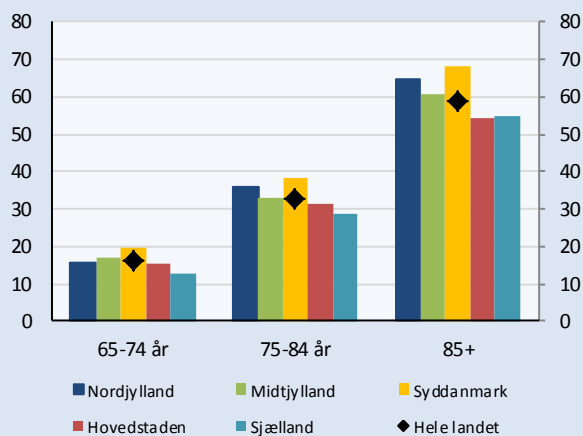


Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)

For de 12.500 akutte medicinske indlæggelser af 85+-årige i 2013, modtog borgeren, forud for 60 pct. af indlæggelserne, kommunal pleje og omsorg op til 10 dage forud for indlæggelsen, jf. figur 6.15. For Region Syddanmark er andelen op mod 70 pct.

**Figur 6.15**

Andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor borgeren modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen, fordelt på alder og region, 2013

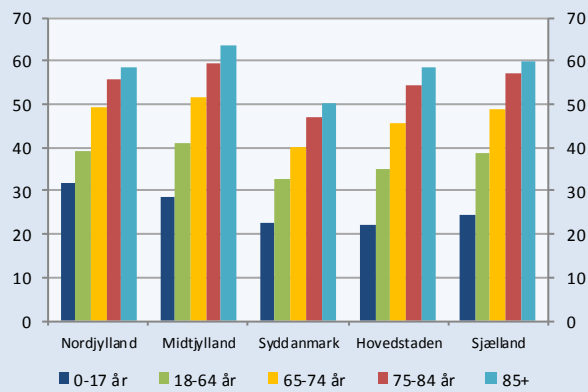


Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut, Kommunernes EOJ-data (foreløbige tal, april 2014)

Samtidig var borgeren i kontakt med almen praksis, i op imod 60 pct. af de akutte medicinske korttidsindlæggelser af 85+ årige, inden for to uger forud for indlæggelsen, jf. figur 6.16. For de resterende aldersgrupper er andelen mindre, men stadigvæk betydelig. I Region Syddanmark har de akut medicinske indlagte generelt mindre kontakt med den praktiserende læge, inden for to uger før en akut medicinsk korttidsindlæggelse, end resten af landet, jf. figur 6.17. Andelen af de akut medicinske korttidsindlagte, der har haft konsultation med en praktiserende læge inden for 2 uger forud for indlæggelsen, varierer betydeligt inden for de enkelte regioner.

**Figur 6.16**

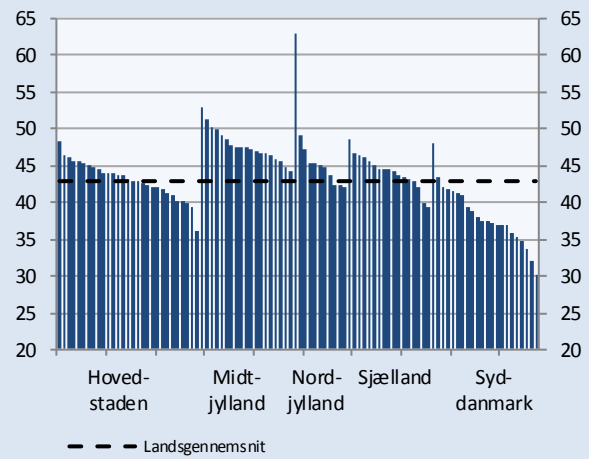
Andel akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor borgeren var i kontakt med praktiserende læge op til 2 uger forinden indlæggelsen, i pct. af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser, fordelt på region og alder, 2013



Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut

**Figur 6.17**

Andel akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor borgeren var i kontakt med praktiserende læge, op til 2 uger forinden indlæggelsen, fordelt på kommuner, 2013

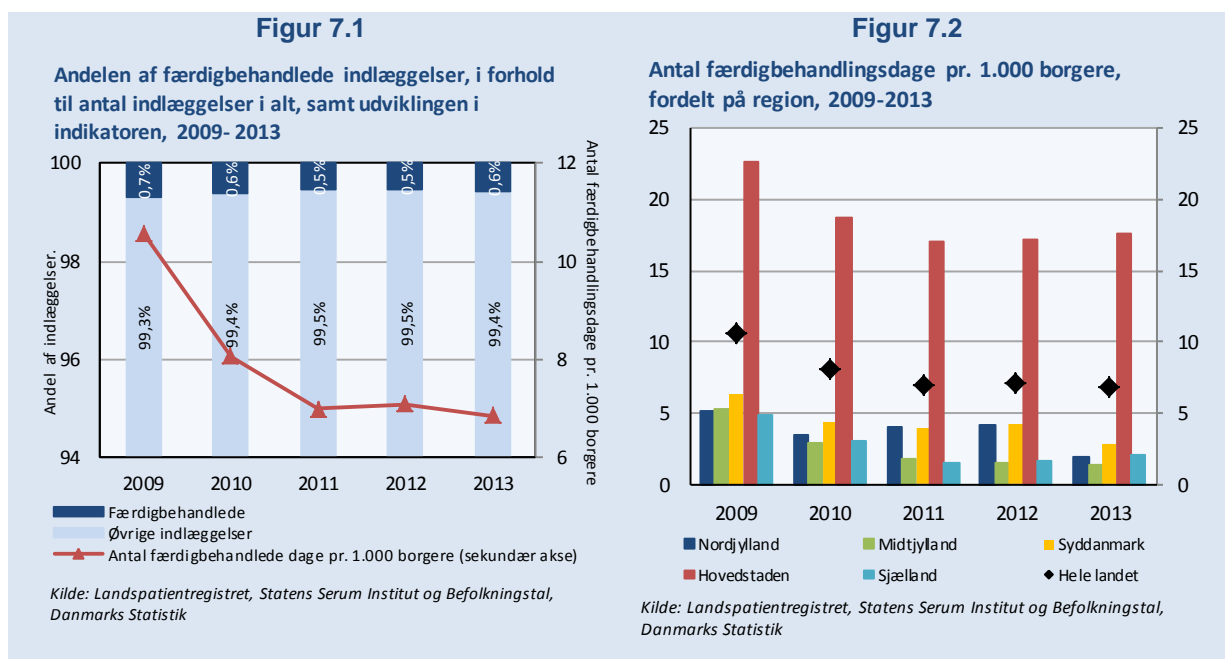


Kilde: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut

## 7 Færdigbehandlingsdage

I 2013 var der godt 6.500 indlæggelser, hvor patienten efter færdigbehandling forblev indlagt mindst én dag, svarende til 0,6 pct. af alle somatiske indlæggelser, *jf. figur 7.1*. I alt optog disse patienter 39.000 sengedage, svarende til i gennemsnit 5,9 sengedage for hver af de 6.500 indlæggelser. I 2013 var antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, 7, og er således faldet med 35,4 pct. siden 2009.

Opgøres færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere på regionsniveau stikker Region Hovedstaden ud, hvilket indikerer, at særligt hovedstaden har en udfordring på dette område, *jf. figur 7.2*. De øvrige regioner ligger på omtrent samme lavere niveau, på under 5 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere. Faldet i antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere for hele landet, på 35,4 pct., skyldes således i høj grad, at der i perioden fra 2009 til 2013 er sket et fald i Region Hovedstaden fra 23 til 18 dage pr. 1.000 borgere, *jf. figur 7.2 og jf. figur 7.3*.



### Boks 3.4. Definition af færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene

#### Mål

Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 borgere

#### Beskrivelse

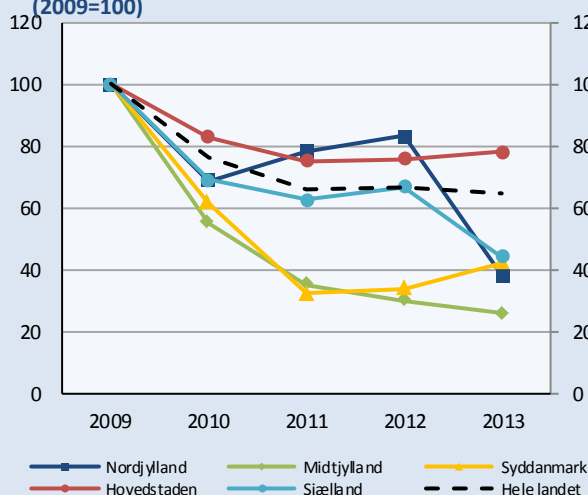
Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer. Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er desuden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

Antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere fordelt på kommuner er ikke er køns- og aldersstandardiseret ligesom de tre andre indikatorer.

Kilde: Statens Serum Institut

Figur 7.3

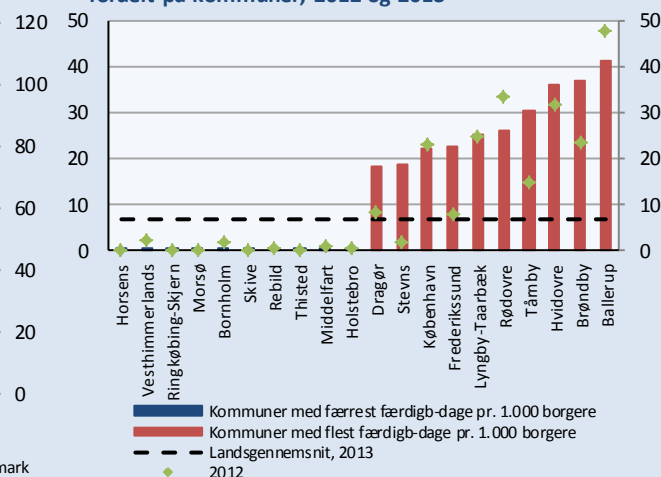
Udviklingen i antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere opdelt på regioner, 2009-2013 indeks (2009=100)



Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

Figur 7.4

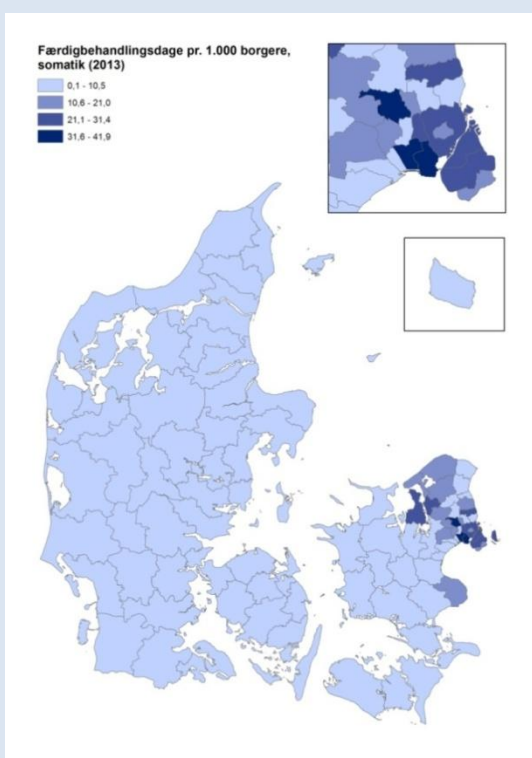
Antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, fordelt på kommuner, 2012 og 2013



Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

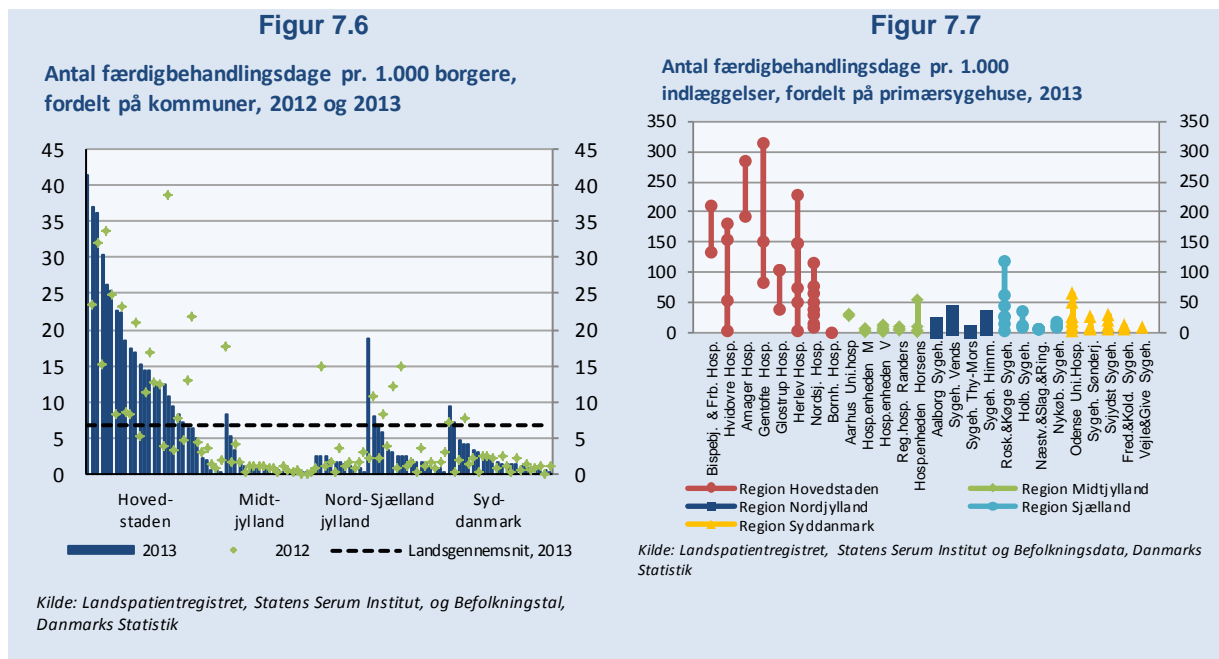
Da antal færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere i særdeleshed er et hovedstadsfænomen, forekommer der en stor variation i indikatoren på tværs af landets kommuner, jf. figur 7.4. Der er flere end 25 kommuner, der har færre end én færdigbehandlingsdag pr. 1.000 borgere, samtidig med at andre kommuner har mellem 20 og 40 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere. Ud af i alt 98 kommuner, ligger kun 26 kommuner over landsgennemsnittet på 7,1 færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere, jf. figur 7.5. Det drejer sig om relativt få kommuner, der trækker det samlede landsgennemsnit op. Selvom der er tale om et hovedstadsfænomen, bemærkes det, at der stadigvæk er stor variation mellem kommunerne i de enkelte regioner, jf. figur 7.6. Således er der kommuner i Region Hovedstaden, der ligger på samme lave niveau som kommunerne med det færreste antal færdigbehandlingsdage i de øvrige regioner.

Figur 7.5.

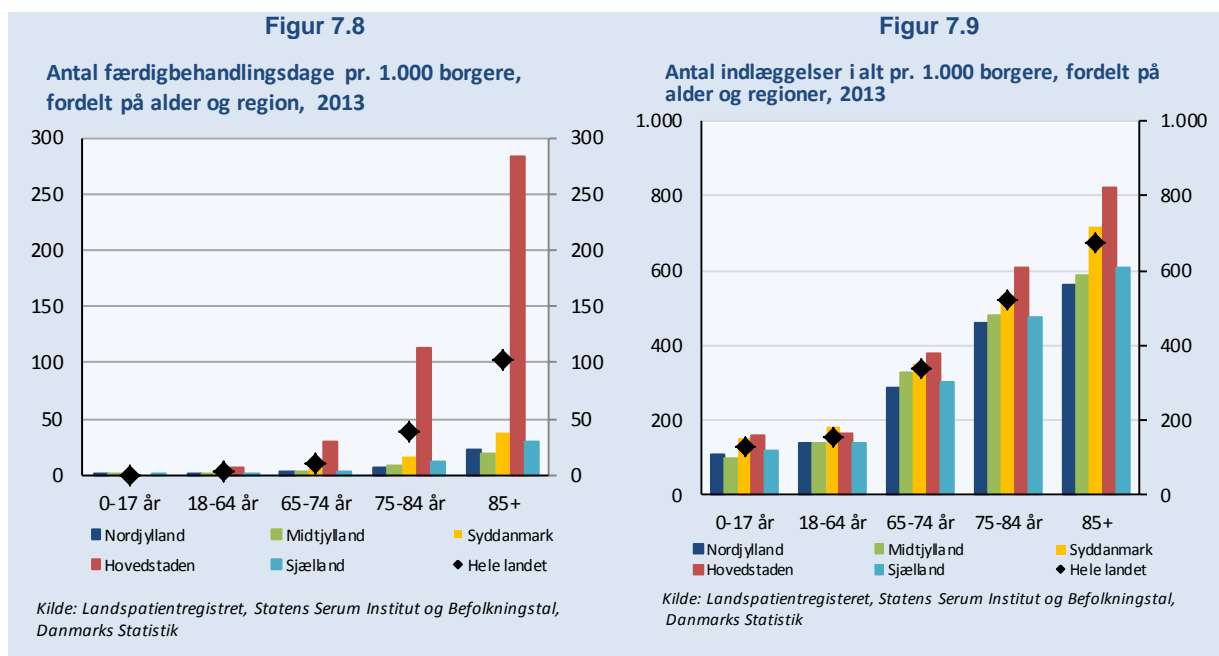


Kilde: Landspatientregistret, Statens Serum Institut og Befolkningstal, Danmarks Statistik

Opgørelsen på primærsygehuse understøtter, at der er tale om et hovedstadsfænomen, jf. figur 7.7. Der er en betydelig variation på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden, og således også et stort spænd inden for det enkelte sygehus i regionen (se bilag 1, tabel b1.4, for oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke sygehuse primært).



På linje med det samlede antal indlæggelser pr. 1.000 borgere, stiger antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere med alderen, jf. figur 7.8 og figur 7.9. At være indlagt på sygehuset efter man er færdigbehandlet, sker stort set ikke for borgere under 65 år.



# Bilag 1. Kommuner fordelt på deres primærsygehuse for hver af de fire indikatorer

**Tabel b1.1: Oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke sygehuse som deres primærsygehus defineret ud fra genindlæggelser**

Primærsygehus	Kommune	Andel genindlæggelser på sygehuset i pct. af kommunens samlede antal genindlæggelser
Bispebjerg- og Frederiksberg Hospitaler	Frederiksberg	72
	Hvidovre Hospital	
	København	37
	Brøndby	76
	Dragør	41
	Hvidovre	81
	Ishøj	44
	Vallensbæk	44
Amager Hospital	Tårnby	41
Glostrup Hospital	Glostrup	56
	Albertslund	51
	Høje-Taastrup	51
Herlev Hospital	Ballerup	81
	Gentofte	46
	Gladsaxe	78
	Herlev	85
	Lyngby-Taarbæk	50
	Rødovre	66
	Furesø	57
	Egedal	66
Nordsjællands Hospitaler	Allerød	86
	Fredensborg	85
	Helsingør	87
	Hillerød	88
	Hørsholm	87
	Rudersdal	40
	Frederikssund	85
	Halsnæs	86
	Gribskov	86
Bornholms Hospital	Bornholm	81
Århus Universitetshospital	Samsø	86
	Århus	93
Hospitalsenheden Midt	Silkeborg	82
	Skive	83
	Viborg	88
Hospitalsenheden Vest	Herning	89
	Holstebro	89
	Lemvig	94
	Struer	85
	Ikast-Brande	80
	Ringkøbing-Skjern	87
Regionshospitalet Randers	Syddjurs	75
	Norddjurs	75
	Favrskov	62
	Randers	79
Hospitalsenheden Horsens	Horsens	79
	Odder	75
	Skanderborg	57
	Hedensted	70
Aalborg Sygehus	Brønderslev	50
	Vesthimmerland	51
	Læsø	47
	Rebild	63
	Jammerbugt	54
	Aalborg	86

Sygehus Vendsyssel	Frederikshavn	70
	Hjørring	74
Sygehus Thy & Mors	Morsø	74
	Thisted	78
Sygehus Himmerland	Mariagerfjord	53
Roskilde og Køge Sygehuse	Greve	84
	Køge	89
	Roskilde	87
	Solrød	88
	Faxe	61
	Stevns	85
Holbæk Sygehus	Lejre	68
	Odsherred	71
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	Holbæk	78
	Kalundborg	54
	Ringsted	63
Nykøbing Sygehus	Slagelse	82
	Sorø	64
	Næstved	84
	Vordingborg	58
	Lolland	80
OUH Svendborg	Guldborgsund	78
	Assens	97
	Faaborg-Midtfyn	96
	Kerteminde	95
	Nyborg	97
	Odense	97
	Svendborg	97
	Nordfyn	98
Langeland	98	
Sygehus Sønderjylland	Ærø	93
	Haderslev	78
	Sønderborg	89
	Tønder	71
Sydvestjysk Sygehus	Aabenraa	85
	Billund	68
	Esbjerg	87
	Fanø	70
	Varde	87
Fredericia og Kolding Sygehus	Vejlby	42
	Middelfart	54
	Fredericia	75
	Kolding	70
Vejle og Give Sygehuse	Vejle	59

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut  
Anm.: Se bilag 2 for definition af primærsygehus

**Tabel b1.2: Oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke sygehuse som deres primærsygehus defineret ud fra forebyggelige indlæggelser (65+-årige)**

Primærsygehus	Kommune	Andel forebyggelige indlæggelser på primærsygehuset i pct. af kommunens samlede antal forebyggelige indlæggelser
Bispebjerg- og Frederiksberg Hospitaler	København	54,5
	Frederiksberg	90,4
Glostrup Hospital	Ishøj	50,7
	Vallensbæk	53,1
	Glostrup	55,7
	Albertslund	61,2
	Høje-Taastrup	59,3
Roskilde og Køge Sygehuse	Greve	94,7
	Køge	96,5
	Roskilde	95,7
	Solrød	96,2
	Faxe	79,0
	Stevns	96,0
	Lejre	65,7

Næstved og Slagelse Sygehus	Ringsted	75,3
	Slagelse	93,9
	Sorø	77,8
	Næstved	93,8
	Vordingborg	61,0
Sygehus Sønderjylland	Haderslev	93,4
	Sønderborg	96,1
	Tønder	91,0
	Aabenraa	96,8
Vejle Sygehus	Vejle	89,3
Hospitalsenheden Midt	Silkeborg	94,2
	Skive	95,0
	Viborg	95,2
Hospitalsenheden Vest	Herning	96,4
	Holstebro	97,7
	Lemvig	95,4
	Struer	97,2
	Ikast-Brande	81,6
	Ringkøbing-Skjern	97,4
Sygehus Vendsyssel	Frederikshavn	67,3
	Læsø	54,5
	Hjørring	71,3

*Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut*  
*Anm.: Se bilag 2 for definition af primærsygehus*

**Tabel b1.3: Oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke sygehuse som deres primærsygehus defineret ud fra akutte medicinske korttidsindlæggelser**

<b>Primærsygehus</b>	<b>Kommune</b>	<b>Andel akutte medicinske korttidsindlæggelser på primærsygehuset i pct. af kommunens samlede antal akutte medicinske korttidsindlæggelser</b>
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	København	50
	Frederiksberg	81
Hvidovre Hospital	Brøndby	61
	Hvidovre	77
Amager Hospital	Dragør	35
	Tårnby	33
Gentofte Hospital	Gentofte	59
	Lyngby-Taarbæk	58
	Rudersdal	49
Glostrup Hospital	Ishøj	79
	Vallensbæk	76
	Glostrup	81
	Albertslund	83
	Høje-Taastrup	79
Herlev Hospital	Ballerup	80
	Gladsaxe	77
	Herlev	81
	Rødovre	61
	Furesø	75
	Egedal	71
Nordsjællands Hospitaler	Allerød	85
	Fredensborg	85
	Helsingør	86
	Hillerød	88
	Hørsholm	83
	Frederikssund	88
	Halsnæs	89
	Gribskov	86
Bornholms Hospital	Bornholm	89
Roskilde og Køge Sygehuse	Greve	80
	Køge	86
	Roskilde	92
	Solrød	84
	Faxe	45
	Stevns	78
	Lejre	84



Holbæk Sygehus	Odsherred	70
	Holbæk	71
	Kalundborg	58
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	Ringsted	49
	Slagelse	68
	Sorø	49
	Næstved	89
	Vordingborg	86
Nykøbing Sygehus	Lolland	55
	Guldborgsund	60
Odense Universitetshospital	Assens	90
	Faaborg-Midtfyn	91
	Kerteminde	92
	Nyborg	91
	Odense	90
	Svendborg	92
	Nordfyn	85
	Langeland	88
	Ærø	95
Sygehus Sønderjylland	Haderslev	89
	Sønderborg	95
	Tønder	70
	Aabenraa	83
Sydvestjysk Sygehus	Billund	76
	Esbjerg	94
	Fanø	86
	Varde	92
	Vejen	47
Fredericia og Kolding Sygehus	Middelfart	70
	Fredericia	65
	Kolding	64
Vejle og Give Sygehuse	Vejle	84
Hospitalsenheden Horsens	Horsens	84
	Odder	76
	Skanderborg	66
	Hedensted	77
Århus Universitetshospital	Samsø	72
	Århus	92
Hospitalsenheden Midt	Silkeborg	81
	Skive	84
	Viborg	86
Hospitalsenheden Vest	Herning	84
	Holstebro	91
	Lemvig	91
	Struer	89
	Ikast-Brande	71
	Ringkøbing-Skjern	85
Regionshospitalet Randers	Syddjurs	75
	Norddjurs	80
	Favrskov	66
	Randers	83
Sygehus Thy og Mors	Morsø	59
	Thisted	63
Sygehus Himmerland	Vesthimmerland	61
	Mariagerfjord	71
Aalborg Sygehus	Jammerbugt	65
	Aalborg	87
	Rebild	53
Sygehus Vendsyssel	Brønderslev	49
	Frederikshavn	73
	Læsø	51
	Hjørring	80

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut  
Anm.: Se bilag 2 for definition af primær-sygehus

**Tabel b1.4: Oversigt over hvilke kommuner der bruger hvilke sygehuse som deres primærsygehus defineret ud fra færdigbehandlede patienter**

<b>Primærsygehus</b>	<b>Kommune</b>	<b>Andel færdigbehandlede på primærsygehuset i pct. af kommunens samlede antal færdigbehandlede</b>	
Bispebjerg Hospital	København	61	
	Frederiksberg	95	
Hvidovre Hospital	Brøndby	71	
	Hvidovre	78	
	Ishøj	60	
	Vallensbæk	54	
Amager Hospital	Dragør	51	
	Tårnby	61	
Gentofte Hospital	Gentofte	55	
	Lyngby-Taarbæk	61	
	Rudersdal	60	
Glostrup Hospital	Glostrup	50	
	Albertslund	65	
	Høje-Taastrup	59	
Herlev Hospital	Ballerup	93	
	Gladsaxe	89	
	Herlev	96	
	Rødovre	89	
	Furesø	91	
	Egedal	93	
Nordsjællands Hospitaler	Allerød	88	
	Fredensborg	96	
	Helsingør	95	
	Hillerød	96	
	Hørsholm	83	
	Frederikssund	94	
	Halsnæs	98	
	Gribskov	98	
Roskilde og Køge Sygehuse	Greve	92	
	Køge	88	
	Roskilde	90	
	Solrød	100	
	Faxe	92	
	Stevns	100	
	Lejre	100	
Holbæk Sygehus	Odsherred	76	
	Holbæk	95	
	Kalundborg	75	
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	Ringsted	44	
	Slagelse	79	
	Sorø	60	
	Næstved	87	
Nykøbing Sygehus	Lolland	83	
	Guldborgsund	90	
	Vordingborg	65	
Bornholms Hospital	Bornholm	100	
	Odense Universitetshospital	Assens	100
		Faaborg-Midtfyn	100
		Kerteminde	100
		Nyborg	100
		Odense	100
		Svendborg	100
		Nordfyn	100
Langeland		100	
Ærø	100		
Sygehus Sønderjylland	Haderslev	98	
	Sønderborg	94	
	Tønder	77	
	Aabenraa	95	
Sydvestjysk Sygehus	Billund	100	
	Esbjerg	100	

	Fanø	100
	Varde	100
	Vejen	100
Regionshospitalet Horsens	Horsens	50
	Odder	88
	Skanderborg	50
	Hedensted	100
Fredericia og Kolding Sygehus	Middelfart	70
	Fredericia	95
	Kolding	69
Vejle og Give Sygehuse	Vejle	92
Århus Universitetshospital	Samsø	75
	Århus	97
Hospitalsenheden Midt	Silkeborg	100
	Skive	75
	Viborg	94
Hospitalsenheden Vest	Herning	92
	Holstebro	75
	Lemvig	100
	Struer	100
	Ikast-Brande	67
	Ringkøbing-Skjern	100
Regionshospitalet Randers	Syddjurs	100
	Norddjurs	80
	Favrskov	69
	Randers	84
Sygehus Thy og Mors	Morsø	50
	Thisted	100
Aalborg Sygehus	Vesthimmerland	67
	Jammerbugt	50
	Aalborg	73
Sygehus Vendsyssel	Brønderslev	53
	Frederikshavn	88
	Læsø	100
	Hjørring	78
Sygehus Himmerland	Rebild	67
	Mariagerfjord	75

Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Anm.: Se bilag 2 for definition af primær-sygehus. I mange kommuner er antallet af færdigbehandlede patienter, der optager en sengeplads på sygehusene, meget få, hvilket resulterer i at de færdigbehandlede ligger på det samme sygehus, og derfor udgør andelen af færdigbehandlede på primær-sygehusene 100 pct.

# Bilag 2. Metode

## Metode generelt

### Datagrundlag og overordnet afgrænsning

Indikatorer baseret på Landspatientregisteret (LPR) opgøres som udgangspunkt på baggrund af somatisk aktivitet på offentlige sygehuse i årene 2009-2013 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: 'grupperet LPR'). Undtaget herfra er dog opgørelsen af forebyggelige indlæggelser<sup>8</sup>.

*Opgørelsesmetode og datakilde for de enkelte indikatorer er beskrevet særskilt i afsnittet "Metode indikatorspecifik" nedenfor.*

### Opgørelsesniveauer

Som udgangspunkt opgøres alle indikatorer på landsplan, fordelt på regioner, sygehuse og kommuner. 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.

På sygehusniveau er resultaterne opgjort på produktivitetssygehuse, jf. nedenfor.

Resultater på kommuneniveau er for indikatorerne 'akutte genindlæggelser', 'forebyggelige indlæggelser' og 'akutte medicinske korttidsindlæggelser' køns- og aldersstandardiserede.

*Produktivitetssygehuse og metoden anvendt i køns- og aldersstandardiseringen er beskrevet i særskilte afsnit nedenfor.*

### Primærsygehus

For hver indikator er der pr. kommune defineret et primærsygehus.

Et primærsygehus er defineret, som det sygehus en kommune anvender hyppigst for den pågældende indikator. Ikke alle sygehuse er primærsygehus for en kommune, og flere kommuner kan have samme primærsygehus. Derudover har samme kommune ikke nødvendigvis samme primærsygehus for hver indikator. Samme kommune kan således potentielt benytte ét primærsygehus hyppigere for 'akutte genindlæggelser' end for 'akutte medicinske indlæggelser'.

Da definitionen af et primærsygehus knytter sig til aktiviteten og ikke produktionsværdien, vil udvalgte, højt specialiserede sygehuse ikke nødvendigvis optræde som et primærsygehus. Det har været et formål med metoden at udvælge kommunens primærsygehus ud fra 'aktiviteten' og ikke 'patienttyngden'.

For eksempelvis indikatoren *akutte genindlæggelser* er primærsygehuset det sygehus, hvor størstedelen af kommunens akutte genindlæggelser finder sted.

---

<sup>8</sup> For forebyggelige indlæggelser er følgende datasæt anvendt for aktivitetsårene 2009-2011: Årsopgørelsen per 10. marts 2013 for aktivitetsår 2009, 2010 og 2011 (Dk11.t\_hel2009\_10mar2013, Dk11.t\_hel2010\_10mar2013, Dk11.t\_hel2011\_10mar2013).

## Landkort

Kommuneresultaterne er vist på kortet opdelt efter metoden "equal intervals". Equal intervals danner intervaller ud fra variationsbredden i data, dvs. forskellen mellem den laveste og den højeste værdi, divideret med antal intervaller. Hvert interval bliver herved lige stort. Equal intervals er særligt velegnede til at understrege, hvor en værdi ligger i forhold til andre værdier, f.eks. til at vise om en indikator ligger i den højeste fjerdedel af datamaterialet.

## Produktivitetssygehus

I de årlige produktivetsopgørelser er anvendt definitionen "produktivitetssygehuse", der afspejler den ledelsesmæssige forankring på sygehusniveau. Samme definition er anvendt i opgørelserne på sygehusniveau i denne publikation. For en uddybende beskrivelse af produktivitetssygehus se i 'Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren' - (IX delrapport), Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, marts 2014 (side 33-35).

Af tabel 1 nedenfor fremgår den anvendte opgørelse af produktivitetssygehuse og sammenhængen til sygehusnumre (Sundhedsstyrelsens sygehus- og afdelingsklassifikation).

Tabel 1. Oversigt over sygehuse med én ledelse (sygehusenheder) – 2012-2013	
Sygehus, som defineret i produktivetsopgørelse	Sygehusnumre
Rigshospitalet	1301
Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler	1309, 1401
Hvidovre Hospital	1330
Amager Hospital	1351
Gentofte Hospital	1501
Glostrup Hospital	1502
Herlev Hospital	1516
Nordsjællands Hospital	2000
Bornholms Hospital	4001
Roskilde og Køge sygehuse	3800*
Holbæk Sygehus	3800*
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	3800*
Nykøbing Sygehus	3800*
Odense Universitetshospital	4202, 4212
Sygehus Sønderjylland	5000, 5001, 5002, 5003, 5004
Sydvestjysk Sygehus	5501
Vejle og Give sygehuse	6004, 6008
Fredericia og Kolding Sygehuse	6007
Hospitalsenheden Horsens	6002, 6006
De Vestdanske Friklinikker, Syddanmark	6013
Hospitalsenheden Vest	6501, 6502, 6503, 6504, 6505, 6650
Århus Universitetshospital	6620, 7003, 7004, 7013, 7026
Regionshospitalet Randers	7005, 7009
Hospitalsenhed Midt	6014, 6630, 7002, 7601
Sygehus Thy - Mors	7603
Aalborg sygehus	8001, 8040, 8050
Sygehus Vendsyssel	8003
Sygehus Himmerland	8005

\* Sygehusnumrene er fordelt på baggrund af afdelingsnumre.  
Bem: Sygehusene 5007 'Chr. X Gighospital' og 7010 'Hammel Neurocenter' indgår ikke i produktivetsopgørelserne og fremgår således heller ikke af ovenstående oversigt.

## Aldersgrupper

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

## Køns- og aldersstandardisering

Resultater på kommuneniveau er køns- og aldersstandardiserede ved hjælp af direkte standardisering.

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi (rate) benyttes til at sammenligne befolkninger, som er forskelligt sammensat med hensyn til køn- og aldersfordeling.

Den køns- og aldersstandardiserede rate i en kommune er beregnet ud fra en forudsætning om, at befolkningen i kommunen er sammensat som 'standardbefolkningen' med hensyn til køn og alder. Da standardbefolkningen fastholdes over tid, kan den køn- og aldersstandardiserede rate også benyttes til sammenligninger mellem kommuner og over tid. Standardbefolkningen er befolkningen i Danmark pr. 1. juli 2009 (kilde: Danmarks Statistik, befolkningstal), og følgende aldersgrupper er benyttet: 0-64 år, 65-74 år, 75-84 år og 85 år og derover.

Dvs. den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi angiver værdien for en kommune, såfremt den havde samme køns- og alderssammensætning som standardbefolkningen pr. 1. juli 2009 (kilde: Danmarks Statistik, befolkningstal).

## Kontakter i kommunalt regi

For indikatorerne 'akutte genindlæggelser', 'forebyggelige indlæggelser' og 'akut medicinske korttidsindlæggelser' er andelen af indlæggelser, hvor der forud for indlæggelsen er modtaget en kommunal pleje- eller omsorgsydelse, opgjort.

## Typer af kommunale pleje- og omsorgsydelser

De kommunale ydelser er inddelt i fire typer af kommunale pleje- og omsorgsydelser: Plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand<sup>9</sup> (ingen personlig pleje).

Modtagere af flere ydelser henføres først til plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, personligpleje 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 10 dage forud for 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 indlæggelsestidspunktet bor i en kommunal plejebolig (Plejeboligoplysninger)

Se figur 1 nedenfor, som illustrerer de tidsmæssige sammenhænge.

Ved kobling af EOJ-data med øvrige sundhedsdata har det ikke været muligt at genfinde alle kontakter, hvorfor der ses en difference på ca. 500 indlæggelser mellem opgørelsen af indlæggelserne generelt og indlæggelser koblet med EOJ-data. Disse 500 indlæggelser medtages derfor ikke i opgørelserne vedrørende EOJ.

## Forbehold i data

### EOJ-data

For oplysninger om personlig pleje og praktisk bistand anvendes 'leveret tid'. Indberetningerne er 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 leve-

---

<sup>9</sup> 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.

randører<sup>10</sup>. 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**

For indikatoren 'akut medicinske korttidsindlæggelser' er Sygesikringsregisteret anvendt, med det formål at identificere, hvorvidt der forud for indlæggelsen, har fundet en kontakt sted i almen praksis (speciale 80 i Sygesikringsregistret).

Kontakter i almen praksis er inddelt i fysisk kontakt (herunder almindelige konsultationer), telefonkonsultation og e-mail konsultation.

Den tidsmæssige definition af afstanden mellem kontakten i almen praksis og indlæggelsestidspunktet er to uger forud for indlæggelsesugen. Det er ikke muligt at opgøre kontakten 14 dage før selve indlæggelsestidspunktet, da kontaktdatoen for kontakten i almen praksis ikke er tilgængelig i Sygesikringsregisteret, men alene ugen for aktiviteten. Det er således opgjort, om der er en kontakt til almen praksis to uger forud for den uge, hvor indlæggelsen finder sted, og eventuel kontakt til almen praksis i selve indlæggelsesugen er ikke taget med (se figur 1 nedenfor).

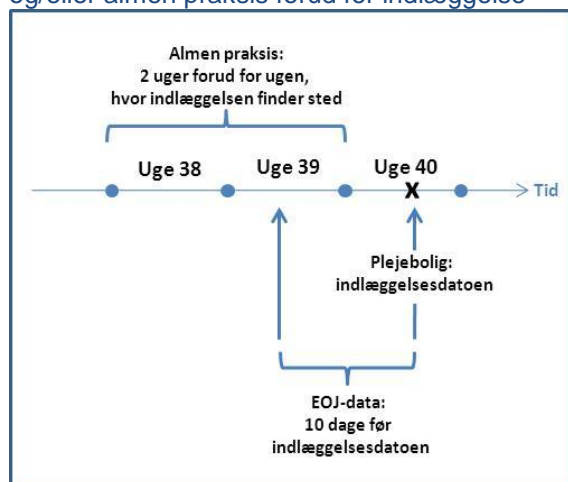
Det skal desuden bemærkes, at de to første uger af 2013 ikke indgår i opgørelsen af, hvorvidt der har været en forudgående kontakt i almen praksis, da der alene er anvendt data for 2013 for aktivitet i almen praksis.

På baggrund af ovenstående må andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor der forud for indlæggelsen har fundet en kontakt til almen praksis sted, være underestimeret.

---

<sup>10</sup> Danmarks Statistik, statistikbanken, tabel AED12.

Figur 1. Illustration af tidsmæssige sammenhænge vedrørende kontakt med patient og kommuner og/eller almen praksis for indlæggelse



## Metode indikatorspecifikt

### Akutte genindlæggelser

#### Mål

Antal genindlæggelser (akut indlæggelse 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.

#### Andel forebyggelige genindlæggelser

I kapitel 4 om genindlæggelser er andelen af forebyggelige genindlæggelser ud af alle genindlæggelser opgjort for patienter i aldersgruppen 65+ år, som finder sted inden for 3 dage efter (primærindlæggelsens) udskrivning.



Forebyggelige genindlæggelser er defineret som genindlæggelser, der finder sted efter en primærindlæggelse, hvor aktionsdiagnosen for udskrivelsen er en af følgende diagnosegrupper: Hjerneblødning, Dehydrering, Forstoppelse, Lungebetændelse, Blærebetændelse, Astma/bronkitis (KOL), Hjertesvigt, Gastroenteritis, Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel), Ernæringsmæssig anæmi (blodmangel), Gigt, Sociale og plejemæssige forhold eller Tryksår.<sup>11</sup>

De 13 diagnosekoder er identiske med definitionen anvendt i opgørelsen af indikatoren 'forebyggelige genindlæggelser' anvendt i monitoreringen af sundhedsaftalerne. Her opgøres bl.a. også forebyggelige genindlæggelser inden for 3 dage efter udskrivelsen.

## 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.<sup>12</sup>

### Kilde

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

## Akutte medicinske korttidsindlæggelser

### Mål

Antal akutte medicinske indlæggelser 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.

## Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)

### Mål

Antal færdigbehandlingdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 indbyggere

---

<sup>11</sup> I parentes er angivet aktionsdiagnosekoden for de udvalgte diagnosegrupper: Hjerneblødning (DI61, DI63, DI64), Dehydrering (DE869), Forstoppelse (DK590), Lungebetændelse (DJ12-18), Blærebetændelse (DN30; eksklusiv DN304), Astma/bronkitis (KOL) (DJ40-47), Hjertesvigt (DI20-25), Gastroenteritis (DA09), Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel) (DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92), - Ernæringsmæssig anæmi (blodmangel) (DD50-53), Gigt (DM05-07, DM10-13, DM15-19), Sociale og plejemæssige forhold (DL89), Tryksår (DZ59, DZ74-75).

<sup>12</sup> 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).

**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.