



Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008

Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008 – Nye tal fra Sundhedsstyrelsen

© Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk/mtv>

Emneord: Genindlæggelse, ældre, forløbsdannelse

Sprog: Dansk

Format: pdf

Version: 1,0 ”uden bilag”

Versionsdato: 24. juni 2009

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juni 2009

Kategori: Faglig udredning

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Elektronisk ISSN: 1901-2535

Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering

Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008

København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2009

Serietitel: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009; 13(2)

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til: Sundhedsstyrelsen

Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: emm@sst.dk

Hjemmeside: www.sst.dk/mtv

Rapporten kan downloades fra www.sst.dk under udgivelser

Signaturforklaring

- Ikke beregnet

[] Reference

Som følge af afrundinger kan summen af tallene i tabellerne afvige fra totalen.

Hvad er nye tal fra Sundhedsstyrelsen

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen indeholder artikler med oplysninger om sundhedsvæsenet samt befolkningens sundheds- og sygelighedsforhold. Grundlaget for artiklerne er de registre, som Sundhedsstyrelsen har ansvaret for. Det omfatter bl.a. Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Dødsårsagsregisteret og Cancerregisteret.

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen henvender sig til fagpersoner, der arbejder med statistik om sundhedsområdet, politikere og administratorer inden for stat, amter og kommuner, samt privatpersoner med interesse for sundhedsstatistik.

Indhold

| | |
|--|-----------|
| SAMMENFATNING | 6 |
| INTRODUKTION..... | 8 |
| METODE..... | 9 |
| RESULTATER – DIAGNOSE VED PRIMÆRINDLÆGGELSE | 17 |
| HJERNEBLØDNING..... | 18 |
| DEHYDRERING | 20 |
| FORSTOPPELSE | 22 |
| LUNGBETÆNDELSE | 24 |
| BLÆREBETÆNDELSE | 26 |
| ASTMA/BRONKITIS (KOL)..... | 28 |
| HJERTESVIGT | 30 |
| GASTROENTERITIS | 32 |
| BRUD..... | 34 |
| ERNÆRINGSBETINGET ANÆMI | 36 |
| GIGT | 38 |
| RESULTATER – DIAGNOSE VED GENINDLÆGGELSE | 40 |
| REFERENCER..... | 42 |

Sammenfatning

Introduktion Følgende publikation bygger på en genindlæggelsesindikator udviklet af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med et dokumentationsprojekt på ældreområdet i regi af Indenrigs- og Socialministeriet, Kommunernes Landsforening og Danmarks Statistik.

Formålet med publikationen er at beskrive metoden bag indikatoren og præsentere indikatorresultaterne for 2008 på nationalt, regionalt og kommunalt niveau.

Almindeligvis betragtes genindlæggelser som udtryk for uhensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. En genindlæggelse påvirker både patient, organisation og økonomi på sundhedsområdet. Generelt skal opgørelser over genindlæggelser tolkes med varsomhed som følge af de mange forskellige forhold, der kan være årsag til genindlæggelser. Metodemæssige forhold ved genindlæggelsesindikatorer, gør ligeledes, at opgørelserne skal tolkes med forsigtighed.

Metode og data Der er opgjort genindlæggelser efter to metoder som adskiller sig på anvendelse af diagnose. Metode 1 anvender diagnose ved primærindlæggelse, metode 2 diagnose ved genindlæggelse.

Genindlæggelser er defineret som en akut indlæggelse som finder sted i tidsrummet mellem 4 timer og 30 dage efter udskrivelse fra sygehus. Genindlæggelsesindikatoren er uspecifik, idet alle genindlæggelser medtages, uanset på hvilket sygehus genindlæggelsen finder sted og uanset diagnosen ved genindlæggelse. Genindlæggelser er opgjort for patienter ældre end 66 år og på udvalgte sygdomme. Indikatoren følger de internationale/nordiske konventioner på området. Genindlæggelsesfrekvens er opgjort som antal genindlæggelser i procent af antal forløb

Indikatoren anvender data fra Landspatientregisteret (LPR) og omfatter alle indlæggelser på offentlige og private sygehuse i 2008. LPR er baseret på registreringer af *kontakter*, hvor en kontakt svarer til en afdelingsindlæggelse, et skadestuebesøg eller et ambulans forløb. Ved overførsel mellem to afdelinger under indlæggelse registreres således to separate kontakter. For at fastlægge hvornår den samlede indlæggelse på sygehus starter og slutter, er der, ved brug af koblingsregler, dannet samlede indlæggelser – kaldet indlæggelsesforløb.

Resultater – Diagnose ved primærindlæggelse I resultatafsnittet – diagnose ved primærindlæggelse opgøres genindlæggelser på diagnose ved primærindlæggelsen. Datagrundlaget er afgrænset til 11 udvalgte sygdomsgrupper. Der udregnes genindlæggelsesfrekvenser per kommune og sygdomsgruppe vha. en tæller/nævner formel (antal genindlæggelser/antal indlæggelsesforløb).

Kommunerne kan bruge genindlæggelsesfrekvensen til at se på hvilke diagnosegrupper, der skal fokuseres på når borgere kommer fra hospitalet. Genindlæggelsesfrekvenser identificerer 'høj-risiko' udskrivninger. Genindlæggelsesfrekvenserne er køns- og aldersstandardiserede og kan derfor sammenlignes mellem kommuner dog med forbehold.

Nationalt

Nationale genindlæggelsesfrekvenser opgjort efter diagnose ved primærindlæggelse varierer markant afhængig af sygdomsgrupperne. De højeste genindlæggelsesfrekvenser på landsplan ses for sygdomsgrupperne KOL (28,5 %), dehydrering (24,2 %), lungebetændelse (23,1 %), forstoppelse (22,3 %) og blærebetændelse (20,9 %). Gigt og brud havde de laveste genindlæggelsesfrekvenser med hhv. 9,6 og 11,4 %.

Regionalt

For alle sygdomsgrupper ses en vis geografisk variation i genindlæggelsesfrekvens mellem regioner. Der observeres generelt højere genindlæggelsesfrekvenser i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i de øvrige regioner. Region Nordjylland havde den laveste genindlæggelsesfrekvens i 8 af de 11 sygdomsgrupper.

Eksempel på variation: For genindlæggelser efter indlæggelse med blærebetændelse ses en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens for Region Nordjylland (13,5 %), end for de øvrige regioner (19,8-23,8 %).

Kommunalt

For alle sygdomsgrupper ses en vis geografisk variation i genindlæggelsesfrekvens mellem kommunerne indenfor hver sygdomsgruppe. Nogle sygdomsgrupper viser større variation end andre.

Eksempler på variation: For dehydrering (væskemangel) varierer genindlæggelsesfrekvensen fordelt på kommuner fra 0 til 70 %. Syv kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet. For blærebetændelse varierer genindlæggelsesfrekvenser fordelt på kommuner fra 0 til 49 %, hvoraf fire kommuner har signifikant højere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet.

Høj og lav genindlæggelsesfrekvens: KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse) er den sygdom med højest observerede genindlæggelsesfrekvens på landsplan. Generelt er genindlæggelsesfrekvens højere i kommuner med større byer. Gigt er den sygdomsgruppe som medfører den laveste genindlæggelsesfrekvens, varierende fra 0 til 21 % på kommuneniveau.

Dage hjemme inden genindlæggelse

For alle sygdomsgrupper observeredes et peak i antal genindlæggelser i dagene lige efter udskrivelse. For nogle sygdomsgrupper, så som hjerneblødning, dehydrering, forstoppelse, lungebetændelse, blærebetændelse, hjertesvigt og brud var peaket meget tydeligt indenfor de første tre dage. Genindlæggelser, som finder sted så hurtigt efter udskrivelse kan skyldes problemer ved overgangen fra sygehus til hjem eller problemer ved den initiale behandling i hjemmet.

Resultater – Diagnose ved genindlæggelse

I resultatafsnittet – diagnose ved genindlæggelse opgøres genindlæggelser på genindlæggelsesdiagnosen. Den samme indikatoralgoritme anvendes som ovenfor. Der anvendes ikke en tæller/nævner formel. I stedet for at beregne genindlæggelsesfrekvens, er det absolutte antal genindlæggelser for ti udvalgte diagnoser opgjort. Fordelingen mellem disse ti diagnoser er opgjort, og på kommuneniveau er antallet relateret til størrelsen af kommunen (10.000 borgere ≥ 67 år).

Fordelingen af genindlæggelsesdiagnoser kan benyttes til at fokusere en forebyggende indsats overfor risikoen for at blive genindlagt. Genindlæggelsestallet er ikke egnet til direkte sammenligning mellem regioner eller kommuner.

Nationalt

Genindlæggelser for de ti udvalgte sygdomme udgør 20,1 % af samtlige genindlæggelser på landsplan.

Af de 20,1 % udgør lungebetændelse den største del (5,2 %) efterfulgt af KOL (4,5 %), hjertesvigt (3,1 %), dehydrering (2,5 %), blærebetændelse (1,4 %), hjerneblødning (1,2%), forstoppelse (1,0%), gastroenteritis (0,5%), ernæringsbetinget anæmi (0,4 %), gigt (0,4 %). Det svarer til 42,6 genindlæggelser per 10.000 borgere (lungebetændelse) og 3,2 genindlæggelser per 10.000 borgere (gigt) på landsplan.

Introduktion

Indledning Publikationen omhandler hyppigheden af genindlæggelser efter udskrivelse. Genindlæggeshyppigheden er opgjørt efter bopæl for 11 specifikke sygdomme. Opgørelsesperioden er 2008.

Publikationen bygger på en genindlæggelsesindikator som er udviklet af Sundhedsstyrelsen og baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR). Formålet med publikation er dels at beskrive metoden bag indikatoren og dels at præsentere de resulterende indikatorresultater på nationalt, regionalt og kommunalt niveau.

Baggrund Sundhedsstyrelsen (SST) har siden 2002 arbejdet med at opgøre genindlæggeshyppighed baseret på data fra LPR. Data i LPR stammer fra sygehusenes løbende indberetninger af patientrelateret aktivitet, så som indlæggelser, udskrivningsdiagnoser og operationer.

Sundhedsstyrelsens opgørelser over genindlæggeshyppighed er blandt andet sket i forbindelse med *Kirurgiprojektet*, *Sundhedskvalitet.dk* og *Ældredokumentationsprojektet*. I alle projekterne er opgørelserne over genindlæggeshyppighed lavet med henblik på at belyse kvaliteten af patientforløb.

Siden starten i 2002 har Sundhedsstyrelsen tilpasset indikatoren til de konkrete emner som skulle belyses. Der er således benyttet forskellige inklusions-/eksklusionskriterier og beregningsalgoritmerne er justeret og forfinet.

Kirurgiprojektet

Kirurgiprojektet er en serie evalueringer vedrørende kvaliteten af en række kirurgiske indgreb. Evalueringerne har været offentliggjort siden 2002, fortrinsvis i Ugeskrift for Læger. I projektet er genindlæggelser opgjørt for en række specifikke behandlinger, blandt andet for at kunne belyse en sammenhæng imellem behandlingsaktivitet og kvalitet af sygehusbehandlingen.

Sundhedskvalitet.dk

Sundhedskvalitet.dk er et borgerrettet informationssystem til understøttelse af patienters/pårørendes valg af behandlingssted ved sygehusbehandling. Systemet blev lanceret i 2006 og er siden blevet opdateret regelmæssigt. På Sundhedskvalitet.dk offentliggøres regelmæssigt genindlæggeshyppigheder for 35 forskellige planlagte operationer.

Ældredokumentationsprojektet

Ældredokumentationsprojektet er et dokumentationsprojekt i regi af Velfærdsministeriet, Finansministeriet, Danmarks Statistik og Kommunernes Landsforening. Projektet har til formål at udarbejde og offentliggøre data på 23 forskellige indikatorer til belysning af ældreområdet på kommuneniveau (≥ 67 år). Offentliggørelse sker på Danmarks Statistik fra maj 2009 og herefter årligt. Sundhedsstyrelsen er dataleverandør på to af de 23 indikatorer.

Til Ældredokumentationsprojektet er der udarbejdet diagnoseafgrænsede opgørelser for 11 forskellige sygdomme med henblik på at belyse kvaliteten af patientforløb og sektorovergange. Udvælgelsen af de 11 sygdomme og tilpasningen af indikatoren til disse sygdomme er sket i et samarbejde med repræsentanter fra Frederiksberg, Helsingør, København og Vejle kommune. Kommunerne efterspurgte undervejs opgørelser på genindlæggelsesdiagnosen, denne opgørelsesmetode blev udviklet i forlængelse af Ældredokumentationsprojektet (se Resultat - diagnose ved genindlæggelse).

Metode

Denne rapport tager udgangspunkt i det arbejde som har fundet sted i forbindelse med *Ældredokumentationsprojektet*. Genindlæggelser er opgjort for 11 afgrænsede diagnoser, fordelt på bopæl. Genindlæggelsesindikatoren følger de internationale/nordiske konventioner på området.

Definition Genindlæggelsesindikatoren i denne rapport defineres som andelen af *indlæggelsesforløb*, hvor der indenfor 30 dage efter udskrivelse, finder en *genindlæggelse* sted.

Indikatoren beregnes ud fra en tæller/nævner formel, hvor tælleren er antal patienter med genindlæggelse efter udskrivelse, og nævneren er antal indlæggelsesforløb.

Indikator-algoritmen fremgår af bilag 1.

Begreber Ved *indlæggelsesforløb* forstås tidsmæssige tæt sammenhængende indlæggelser på sygehus. Et indlæggelsesforløb kan bestå af indlæggelser på én eller flere afdelinger, samt et eller flere sygehuse, såfremt indlæggelserne på de enkelte afdelinger/sygehuse sker i umiddelbar tidsmæssig forlængelse af hinanden.

Et indlæggelsesforløb kan bestå af både *planlagte* og *akutte indlæggelser*. Indlæggelsesforløb som tidsmæssigt ligger før genindlæggelsen, betegnes i denne rapport som *primære indlæggelsesforløb*.

Ved *genindlæggelse* forstås *akutte indlæggelser*, som finder sted indenfor 30 dage/720 timer efter udskrivelse fra *primær indlæggelsesforløb* (sygehusindlæggelse). I denne rapport arbejdes med såkaldte *uspecifikke genindlæggelser*, hvor der ikke stilles krav om diagnostisk eller geografisk sammenfald mellem det primære indlæggelsesforløb og genindlæggelsen.

Ved *akut indlæggelse* forstås en sygehusindlæggelse, som i indberetning til Landspatientregistret er angivet med indlæggelsesmåde-kode = 1. En sygehusindlæggelse kan enten være akut eller planlagt, men planlagte indlæggelser bliver ikke betragtet som en genindlæggelse.

International konvention Den internationale faglitteratur omfatter adskillige eksempler på brugen af genindlæggelsesindikatorer til belysning af behandlings- og forløbskvalitet. Variationen i opgørelsesmetoder og indikatorernes datadefinitioner er gennemgående stor, dels som følge af forskelle i grunddata og dels som følge af forskelle i de emner som ønskes belyst.

En tilsvarende variation i datadefinition for genindlæggelsesindikatorer og opgørelsesmetoder ses i danske publikationer. Der foreligger således ikke én ”standard” datadefinition, men adskillige.

På trods af de mange forskellige datadefinitioner på genindlæggelsesindikatorer, tegner der sig en vis konvention på området. Konventionen er at enhver efterfølgende akut indlæggelse, som finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse, betragtes som en genindlæggelse - uanset indlæggelsesdiagnose. Genindlæggelser opgøres almindeligvis separat for velafgrænsede sygdomme (diagnose ved udskrivelse) af hensyn til sammenlignelighed.

Gennemgående i danske og internationale publikationer benyttes administrative patientregistre som datagrundlag (eksempelvis *LPR* i Danmark og *NHS Hospital Episodes Registry* i England). Publikationer baseret på administrative datakilder benytter almindeligvis ”antagelsesbaserede” genindlæggelsesindikatorer.

Internationalt er de fleste opgørelser baseret på, at udskrivelse og genindlæggelse finder sted på samme sygehus. I de nordiske lande muliggør brugen af CPR nummer systemer, at alle genindlæggelser kan inkluderes, uanset om genindlæggelsen finder sted på samme eller andet sygehus. I Danmark benyttes almindeligvis den nordiske konvention.

Antagelsesbaserede opgørelser Antagelserne knytter sig til *relationerne* imellem udskrivelse og efterfølgende indlæggelser. Såfremt en række krav om relationerne er opfyldt, betragtes en efterfølgende indlæggelse som en genindlæggelse.

Kravene til relationerne kan almindeligvis inddeles i tre kategorier:

- Tidsmæssig relation (eksempelvis maksimalt 30 dage imellem udskrivelse og indlæggelse)
- Geografisk relation (eksempelvis at både udskrivelse og den efterfølgende indlæggelse finder sted på samme sygehus)
- Sygdomsmæssig relation (eksempelvis at udskrivelsesdiagnose er sammenfaldende med indlæggelsesdiagnose ved den efterfølgende indlæggelse).

Afhængig af hvilke forhold, som ønskes belyst, kan kravene til relationerne varieres. Eksempelvis benyttes relativt korte tidsmæssige krav, hvor fokus er kvalitetsforhold ved primær behandling, og hvor eventuelle ”kvalitetsbrist” viser sig relativt kort tid efter afsluttet behandling. I denne rapport benyttes antagelsesbaserede opgørelser.

Årsager til genindlæggelser Almindeligvis betragtes en genindlæggelse som udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. Patientens underliggende sygdom spiller dog en meget væsentlig rolle for risikoen for genindlæggelse. Risikoen varierer ligeledes med patientens alder, forekomsten af andre sygdomme, sociale situation, ernæringstilstand, rygning og alkohol [1-5].

Fortolkning af genindlæggelsesopgørelser Generelt skal opgørelser over genindlæggelse tolkes med varsomhed som følge af de mange forskellige forhold, som kan være årsag til genindlæggelser og de metode-mæssige svagheder der kan være ved genindlæggelsesindikatoren.

Som følge af de tolkningsmæssige begrænsninger ved genindlæggelsesopgørelser, fokuseres almindeligvis på variationen mellem sammenlignelige enheder, frem for på det absolutte niveau på den enkelte enhed. Eksempelvis fokus på variationen i genindlæggelsesfrekvensen mellem sygehuse som behandler nogenlunde samme befolkningsgruppe.

Særlig varsomhed bør udvises ved genindlæggelsesopgørelser, hvor der ikke er taget højde for, at risikoen for genindlæggelser generelt er nøje relateret til patientens underliggende sygdom. Som følge heraf er det almindelig konvention i videnskabelige publikationer, at genindlæggelser opgøres separat for velafgrænsede sygdomsgrupper, for hermed at sikre sammenlignelighed imellem behandlingssteder.

Datagrundlag Beregningerne bliver foretaget på baggrund af sygehusernes indberetninger af data til LPR og de private sygehuses/klinikkers indberetninger til LPR via MiniPAS. Datagrundlaget består kun af planlagte og akutte indlæggelser.

Alle primære indlæggelsesforløb, hvor udskrivelsen finder sted i kalenderåret 2008 er medtaget. Da genindlæggelsen kan finde sted året efter det undersøgte år, inkluderes akutte indlæggelser fra efterfølgende år i datagrundlaget.

Bopæls-oplysninger og eventuelt dødstidspunkt er indhentet via CPR registeret.

Inklusionskriterier

Data er opgjort på patienter, som ved udskrivelse fra de primære indlæggelsesforløb var 67 år eller ældre.

Inkluderet er patienter, som på udskrivelse fra det primære indlæggelsesforløb, har folkeregisteradresse i Danmark. Patienter med adresse i Grønland, på Færøerne eller i udlandet er ikke medtaget.

Diagnosegrupper

Opgørelserne er sket for 11 afgrænsede diagnosegrupper, baseret på indberettet ICD-10 kode for aktionsdiagnose ved udskrivelse. ICD-10 er Verdenssundhedsorganisationens (WHO) internationale klassifikation af diagnoser, version 10. Klassifikationen benyttes i Danmark til indberetning fra sygehuse. Diagnosegrupper er afgrænsede grupperinger af klinisk nært beslægtede diagnoser.

Følgende kriterier blev anvendt til at udpege relevante aktionsdiagnosegrupper:

1. Diagnoserne skal være hyppigt forekommende i den ældre befolkning (≥ 67 -årige)
2. Genindlæggelser skal være hyppigt forekommende
3. Diagnosegruppen skal kunne afgrænses kodemæssigt entydigt

Diagnosegruppen skal være relevant i en kommunal sammenhæng, eks. at det er muligt for kommunen at påvirke genindlæggeshyppigheden ved indsats via hjemmepleje, hjemme-sygepleje, plejehjem, sundhedscentre eller anden indsats.

Table 1: Udpegede aktionsdiagnosegrupper og diagnoseafgrænsning

| Aktionsdiagnosegruppe | Diagnoseafgrænsning |
|--|--|
| 1. Hjerneblødning | DI61, DI63, DI64 |
| 2. Dehydrering | DE869 |
| 3. Forstoppelse | DK590 |
| 4. Lungebetændelse | DJ12-18 |
| 5. Blærebetændelse | DN30, undtagen DN304 |
| 6. Astma/bronkitis (KOL) | DJ40-47 |
| 7. Hjertesvigt | DI20-25 |
| 8. Gastroenteritis | DA09 |
| 9. Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel) | DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92 |
| 10. Ernæringsbetinget anæmi (blodmangel) | DD50-53 |
| 11. Gigt | DM05-07, DM10-13, DM15-19 |

Eksklusionskriterier

I beregningerne af genindlæggelser er valgt at udelukke en række primære indlæggelsesforløb fra opgørelsen, såfremt ét af følgende kriterier er opfyldt:

- Ugyldige CPR-numre udelades (vha. CPR-registeret)
- Patienter, der dør under det primære kontaktforløb er udeladt
- Forløb uden genindlæggelser, hvor patienter dør indenfor 30 efter udskrivelse er udeladt
- I henhold til international konvention ekskluderes genindlæggelser som følge af ulykker (efter udskrivelse), idet de generelt skønnes ikke at have relation til det primære indlæggelsesforløb
- Patienter med kræft ved genindlæggelse udelukkes

Eksklusionskriterierne omfatter koderne (aktionsdiagnose ved genindlæggelse):

- o DC
- o DD00-09 og DD37-48
- o DS-DT (undtagen DT36-50 og DT80-89)
- o DX-DZ (undtagen DZ03, DZ42, DZ47-48, DZ54 og DZ74-75)

Kontaktmodel

LPR er baseret på registrering af kontakter. Ved kontakt forstås indlæggelse på en sygehusafdeling, et besøg på skadestue eller et ambulans forløb i samme ambulatorium. I sammenhæng med denne rapport benyttes kun indlæggelseskontakter. Kontakterne er det bærende dataelement i LPR, og strukturen omtales som en *kontaktmodel*.

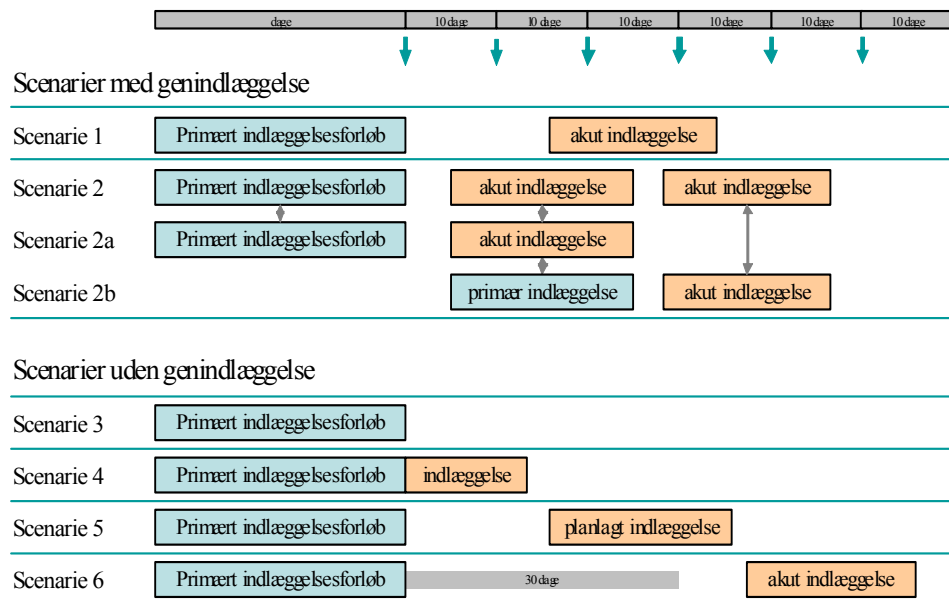
Registreringsmæssigt indebærer kontaktmodellen, at hvis en patient flyttes fra en afdeling til en anden på samme sygehus, foretages der en administrativ udskrivelse fra den første afdeling og umiddelbart herefter en indlæggelse på næste afdeling. Begge afdelingsindlæggelser registreres som to separate indlæggelseskontakter. Tilsvarende ved overflyttelse mellem forskellige sygehuse. En patient kan således administrativt blive ind- og udskrevet mange gange i tidsrummet, fra patienten træder ind af døren til sygehuset og til patienten er hjemme igen, uden at patienten på noget tidspunkt er ude af sygehusets varetægt.

Scenarier

I denne rapport er genindlæggelser opgjort, således at der maksimalt kan være én genindlæggelse for hvert primært indlæggelsesforløb.

For at anskueliggøre opgørelsesmetode, er der i figur 1 angivet en række scenarier med genindlæggelse (scenarie 1 til 2) og uden genindlæggelse (scenarie 3 til 6).

Figur 1: Genindlæggelser ud fra en række typiske scenarier.



Scenarier med genindlæggelse I scenarierne 1-2 betragtes den første akutte indlæggelse efter det primære indlæggelsesforløb, som genindlæggelsen.

I scenarie 2 er der to akutte indlæggelser, som begge finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra det primære indlæggelsesforløb. I dette tilfælde tæller den første akutte indlæggelse som én genindlæggelse til det primære indlæggelsesforløb (scenarie 2a) og samtidig bliver den første akutte indlæggelse til det primære indlæggelsesforløb for den anden akutte indlæggelse, som så tæller som én genindlæggelse (scenarie 2b). I scenarie 2 er der således to primære indlæggelsesforløb (nævner) og to genindlæggelser (tæller).

Scenarier uden genindlæggelse

I scenarierne 4-6 er der ingen genindlæggelser, i henhold til den genindlæggelsesdefinition som benyttes i denne rapport.

I scenarie 4 finder der en fornyet indlæggelse sted i umiddelbar tidsmæssig tæt sammenhæng med det primære indlæggelsesforløb. Såfremt den tidsmæssige afstand er for tæt, betragtes indlæggelserne som en del af et sammenhængende indlæggelsesforløb, se afsnit om *dannelse af indlæggelsesforløb*. Tæller = 0 og nævner = 1.

I scenarie 5 finder der en ny indlæggelse sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra det primære indlæggelsesforløb. Da den nye indlæggelse er en planlagt indlæggelse, betragtes den ikke som en genindlæggelse. Tæller = 0 og nævner = 1.

I scenarie 6 finder der en ny indlæggelse sted senere end 30 dage efter udskrivelse fra det primære indlæggelsesforløb. Uanset at den nye indlæggelse er en akut indlæggelse, betragtes den ikke som en genindlæggelse, idet tidskravet ikke er overholdt. Tæller = 0 og nævner = 1.

Forløbsdannelse

For at kunne opgøre genindlæggelser er det nødvendigt at kunne skelne imellem kontakter, som blot er overførsler og kontakter, som er egentlige nye indlæggelser. Til det formål ses der på om de forskellige indlæggelseskontakter er tidsmæssigt sammenhængende. Tidsmæssigt tæt sammenhængende indlæggelseskontakter betragtes som et *indlæggelsesforløb*.

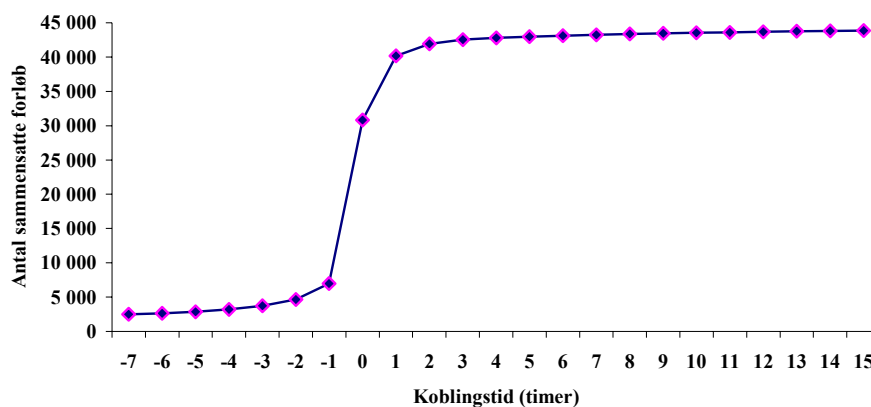
For at kunne danne indlæggelsesforløb benyttes start- og sluttidspunkt på de enkelte indlæggelseskontakter, som via *koblingsregler* definerer, hvornår kontakterne kan ses som et sammenhængende forløb, og hvornår sygehusets varetægt ophører.

For de sygehuse, som benytter egentlige Patient Administrative Systemer (såkaldte PAS) til indberetningerne til LPR, registreres indskrivnings- og udskrivningstidspunkt for hver kontakt. PAS benyttes af offentlige og enkelte større private sygehuse. De fleste private sygehuse benytter i stedet MiniPas, hvor data så efterfølgende kan kædes til LPR. I MiniPas registreres alene ind- og udskrivningsdato. I 2008 var der for patienter ≥ 67 år, registreret 382.393 indlæggelser i LPR og 5.455 i MiniPas.

Koblingstid

De tidsmæssige sammenhænge mellem forskellige koblingstider og det kumulerede antal sammensatte forløb, som kan dannes ved brug af LPR data, kan ses i figur 2. Den stejle kurve fra -1 til 3 på x-aksen vidner om at langt de fleste overflytninger imellem afdelinger og sygehuse sker i dette tidsrum. Kurven flader relativt hurtigt ud og 4 timers afgrænsningen blev derfor valgt, hvor dette er muligt.

Figur 2: Antal sammensatte forløb afhængig af koblingstid for ≥ 67 år på landsplan, 2008 (Anm.: negative koblingstider anses for fejlregistreringer i LPR).



Negative koblingstider

Figur 2 illustrer også at der optræder såkaldte *negative koblingstider*, hvor indlæggelsestidspunktet på den seneste kontakt finder sted før udskrivning fra forrige kontakt har fundet sted. Dette fænomen anses for fejlregistreringer i indberetningerne til LPR. I forløbsdannelsen til brug for genindlæggelsesopgørelser accepteres negative koblingstider. Det samlede start- og sluttidspunkt for indlæggelsesforløbet fastlægges ved at sortere i ind- og udskrivningstider på alle indlæggelseskontakter, som indgår i et indlæggelsesforløb og herefter identificere det først forekommende indlæggelsestidspunkt og det sidste udskrivningstidspunkt i forløbet. Negative koblingstider har således ikke indvirkning på antal forløb som kan dannes.

Koblingsregler

Følgende koblingsregler har været anvendt til dannelse af indlæggelsesforløb:

- LPR til LPR: Kobles såfremt kontakterne optræder med ≤ 4 timers afstand (udtid i forhold til indtid)
- LPR til Minipas: Kobles såfremt de optræder med samme dato (udskrivningsdato = indskrivningsdato)
- Minipas til Minipas: Kobles såfremt de optræder med samme dato (udskrivningsdato = indskrivningsdato)

Antal kontakter i indlæggelsesforløb

Tabel 2 viser sammenhængen mellem antal indlæggelseskontakter i indlæggelsesforløbene og antal indlæggelsesforløb. Sammensatte forløb ($2 \leq$ kontakter) udgør 13,2 % ud det totale antal forløb for de ≥ 67 -årige.

Tabel 2: Fordelingen af antal forløb på antallet af kontakter i forløbet (≥ 67 år i Danmark - 2008, koblingstid ≤ 4 timer)

| Antal kontakter i forløb | Antal forløb |
|--------------------------|--------------|
| 1 | 267.705 |
| 2 | 30.730 |
| 3 | 7.178 |
| 4 | 1.849 |
| 5 | 621 |
| 6 | 244 |
| 7 | 107 |
| 8 | 36 |
| 9 | 28 |
| 10 | 15 |
| 11 | 6 |
| 12 | 3 |

EksPLICIT indberetning af genindlæggelse

Det danske LPR indeholder en specifik kode for genindlæggelse (tillægskode AAF11 – *genindlæggelse*). Indberetning af denne tillægskode er ikke obligatorisk. I 2008 blev der registreret 23 indberetninger af AAF11 på i alt 1.228.149 indlæggelser.

Til sammenligning viste en større journalbaseret undersøgelse på intern medicinske afdelinger en genindlæggeshyppighed på 10,9 % [6]. Optælling af denne eksplícite kode er således ikke egnet til at belyse hyppigheden af genindlæggelser. I stedet benyttes antagelsesbaserede opgørelse.

Specificitet

Specificitet refererer til relationer mellem det primære indlæggelsesforløb og genindlæggelsen. Almindeligvis kan sådanne relationer inddeles i tre kategorier:

- Tidsmæssig specificitet, hvor minimum- og maksimum tidsmæssig afstand fastlægges, eksempelvis minimum >4 timer og maksimalt ≤ 720 timer (30 døgn)
- Geografisk specificitet, hvor der stilles krav om sammenfaldende lokalitet for udskrivelse og genindlæggelse, eksempelvis samme sygehus
- Diagnostisk specificitet, hvor der stilles krav om sammenfald mellem udskrivningsdiagnose og diagnose ved genindlæggelse, eksempelvis samme diagnosegruppe.

For at kunne optælle om en given indlæggelse er en genindlæggelse, skal der altid være en tidsmæssig relation. Genindlæggelsesindikatorer, som alene benytter sig af tidsmæssig specificering, omtales almindeligvis som *uspecifikke*.

Ved høj specificitet vælges eksempelvis kun at tælle genindlæggelser, såfremt de er sket på enten samme hospital, samme afdeling eller med samme aktionsdiagnose som primærindlæggelsen. Ved højere specificering af genindlæggelser sker der almindeligvis en betydelig reduktion i datamængden, med deraf reduceret statistisk styrke i beregningerne.

Som det fremgår af tabel 3, falder antallet af genindlæggelser når der stilles krav om geografisk sammenfald mellem udskrivende og genindlæggende sygehus.

Tabel 3: Geografisk specificitet. Variation i antal genindlæggelser for 11 diagnoser blandt patienter ≥ 67 år, 2008.

| Geografisk specificitet | Antal genindlæggelser |
|-------------------------|-----------------------|
| I hele landet | 13.179 |
| På samme sygehus | 11.091 |
| På samme afdeling | 6.887 |

Erfaringerne fra tidligere opgørelser af genindlæggelser inden for det intern medicinske speciale vidner om at høj specificering ikke kun giver datareduktion, men også et betydeligt tab af information. Journalgennemgange har vist at genindlæggelser ofte sker under anden diagnose og hyppigt på anden afdeling end ved den primære indlæggelse [7]. Tilsvarende iagttagelser ses inden for andre specialer.

Uanset specificeringsgrad, ”indfanger” genindlæggelsesopgørelser også underliggende almindelig sygelighed, som kommer med som ”bifangst”.

Denne rapporters genindlæggelsesindikator er *uspecifik*.

Opgørelsesmetode

Konventionelt opgøres genindlæggelser separat for afgrænsede grupper af klinisk nært beslægtede diagnoser eller operationer, hvor genindlæggelserne opgøres som frekvenser ud fra udskrivningsdiagnosen ved det primære indlæggelsesforløb. Denne metode muliggør sammenligninger mellem genindlæggeshyppigheden ved sammenligning af rimeligt ensartede populationer – (metodeafsnit om sammenlignelighed).

Genindlæggelser kan også sorteres efter indlæggelsesdiagnose ved genindlæggelsen. I så fald ”pooles” alle udskrivelser under et og i stedet opgøres antal genindlæggelser med en given indlæggelsesdiagnose på genindlæggelsestidspunktet. Denne metode muliggør at den indbyrdes fordeling imellem diagnoser ved genindlæggelse kan ansues.

I denne rapporten er genindlæggelser opgjort efter begge metoder:

- Genindlæggelser opgjort på diagnose ved primære indlæggelsesforløb (se resultatafsnit om diagnose ved primærindlæggelse, samt bilag 2)
- Genindlæggelser opgjort på diagnose ved genindlæggelse (se resultatafsnit om diagnose ved genindlæggelse, samt bilag 3).

Sammenlignelighed Formålet med genindlæggelsesindikatorer er at belyse kvaliteten af behandlingsforløb. Indikatoren skal kunne belyse behandlingskvaliteten, uafhængigt af patienternes tilstand eller andre patientforhold som påvirker risikoen for genindlæggelse.

Almindeligvis betragtes genindlæggelser som udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. Patientens underliggende sygdom spiller dog en meget væsentlig rolle for risikoen for genindlæggelse og risikoen varierer væsentligt fra sygdom til sygdom. Sygdomsforekomsten i den målte population påvirker således genindlæggeshyppigheden markant. Ud over den underliggende sygdoms betydning for genindlæggelsesrisikoen, varierer risikoen ligeledes med patientens alder, forekomsten af andre sygdomme, sociale situation, ernæringstilstand, rygning og alkohol [1-5].

Som følge af de mange forskellige forhold som kan føre til genindlæggelser og som påvirker risikoen for genindlæggelser, skal opgørelser tolkes med varsomhed og sammenligninger foretages på en sådan måde, at der i videst muligt omfang er taget højde for forskelle i sammensætningen af patientpopulationen. I Danmark varierer sammensætningen af patientpopulationerne fra kommune til kommune og ligeledes imellem sygehuse. Selv på regionalt niveau kan der forekomme væsentlige forskelle i patientsammensætning.

Stratificering og standardisering Til håndtering af risiko-inhomogenitet i den målte befolkning benyttes enten *stratificering* eller *standardisering*. Ofte kombineres metoderne. *Stratificering* (at identificere og afgrænse ensartede populationer/grupper) er ofte den mest fremkommelige metode og i international videnskabelige litteratur den oftest benyttede metode ved opgørelser af genindlæggelser. *Standardisering* (også kaldet risiko- eller case-mix justering) kræver ofte langt mere data og kan være særdeles kompliceret at beregne og efterfølgende validere.

Særlig varsomhed bør udvises ved genindlæggelsesopgørelser, hvor der ikke er taget højde for, at risikoen for genindlæggelse generelt er nøje relateret til patientens underliggende sygdom. Som følge heraf er det almindelig videnskabelig konvention, at genindlæggelser opgøres separat for velafgrænsede sygdomsgrupper, for hermed at sikre en rimelig grad af sammenlignelighed imellem behandlingssteder.

Rapportens opgørelsesmetoder I denne rapport præsenteres to forskellige opgørelser af genindlæggelser (se resultat-afsnit, samt bilag 2 og 3).

I den første opgørelse er genindlæggelser stratificeret i homogene sygdomsgrupper baseret på diagnose ved udskrivelse fra det primære indlæggelsesforløb. Herefter er der standardiseret for forskelle i alders- og køns-sammensætning indenfor grupperne, ved direkte standardisering på to aldersgrupper (67-79 år og ≥ 80 år). Med denne opgørelsesform kan der – med forsigtighed – foretages direkte sammenligninger imellem regioner og imellem kommuner. Standardiserede genindlæggelsesfrekvenser og 95% konfidensintervaller blev kun beregnet for kommuner med 10 eller flere forløb med den angivne sygdomsgruppe.

I den anden opgørelse er genindlæggelser hverken stratificeret eller standardiseret, men alene opgjort i absolut hyppighed baseret på diagnose ved genindlæggelse og i den indbyrdes fordeling på udvalgte diagnoser. På kommuneniveau er det absolutte antal genindlæggelser relateret i forhold til kommunens størrelse, opgjort per antal 10.000 borgere ≥ 67 år (se bilag 3). Den manglende justering for forskelle i den underliggende patientsammensætning gør at eventuelle sammenligninger imellem regioner eller kommuner er særdeles usikker. Antal genindlæggelser per 10.000 borgere ≥ 67 år blev kun beregnet for kommuner med 5 eller flere genindlæggelser med den angivne sygdomsgruppe.

Resultater – diagnose ved primærindlæggelse

Genindlæggelser opgjort efter diagnose ved primærindlæggelsen. Se metodeafsnit og bilag 1 for en nærmere beskrivelse af metoden.

Kun de indlæggelsesforløb/-kontakter som afsluttes med en af de 11 udvalgte diagnoser indgår i datagrundlaget.

Kapitlerne indeholder både lands-, regions- og kommuneopgørelser. Udspecificeret data for den enkelte kommune er vist på tabelform i bilag 2.

Kommunerne kan bruge genindlæggelsesfrekvensen til at se på hvilke diagnosegrupper, der skal fokuseres på når borgere kommer fra hospitalet. Genindlæggelsesfrekvenser identificerer 'høj-risiko' udskrivninger. Genindlæggelsesfrekvenserne er køns- og aldersstandardiserede og kan derfor sammenlignes mellem kommuner dog med forbehold.

Nationalt Nationale genindlæggelsesfrekvenser opgjort efter diagnose ved primærindlæggelse varierer markant afhængig af sygdomsgrupperne. De højeste genindlæggelsesfrekvenser på landsplan ses for sygdomsgrupperne KOL (28,5 %), dehydrering (24,2 %), lungebetændelse (23,1 %), forstoppelse (22,3 %) og blærebetændelse (20,9 %). Gigt og brud havde de laveste genindlæggelsesfrekvenser med hhv. 9,6 % og 11,4 %.

Regionalt For alle sygdomsgrupper ses en vis geografisk variation i genindlæggelsesfrekvens mellem regioner. Der observeres generelt højere genindlæggelsesfrekvenser i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i de øvrige regioner. Region Nordjylland havde den laveste genindlæggelsesfrekvens i 8 af de 11 sygdomsgrupper.

Eksempel på variation: For genindlæggelser efter indlæggelse med blærebetændelse ses en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens for Region Nordjylland (13,5%), end for de øvrige regioner (19,8-23,8 %).

Kommunalt For alle sygdomsgrupper ses en vis geografisk variation i genindlæggelsesfrekvens mellem kommunerne indenfor hver sygdomsgruppe. Nogle sygdomsgrupper viser større variation end andre.

Eksempler på variation: For dehydrering (væskemangel) varierer genindlæggelsesfrekvensen fordelt på kommuner fra 0 til 70 %. Syv kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet. For blærebetændelse varierer genindlæggelsesfrekvenser fordelt på kommuner fra 0 til 49%, hvoraf fire kommuner har signifikant højere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet.

Høj og lav genindlæggelsesfrekvens: KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse) er den sygdom med højest observerede genindlæggelsesfrekvens på landsplan. Generelt er genindlæggelsesfrekvensen højere i kommuner med større byer. Gigt er den sygdomsgruppe som medfører den laveste genindlæggelsesfrekvens, varierende fra 0 til 21 % på kommuneniveau.

Hjerneblødning

Hjerneblødning dækker ICD10-koderne DI61, DI63 og DI64. Diagnose ved primærindlæggelse.

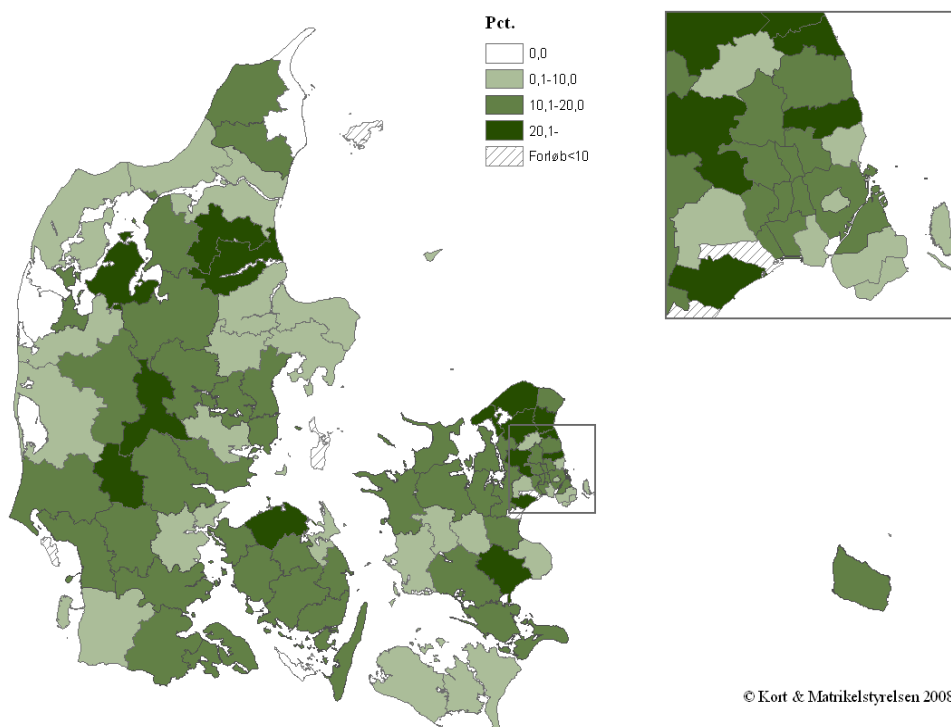
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 årige.

Tabel 4 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen hjerneblødning, 2008.

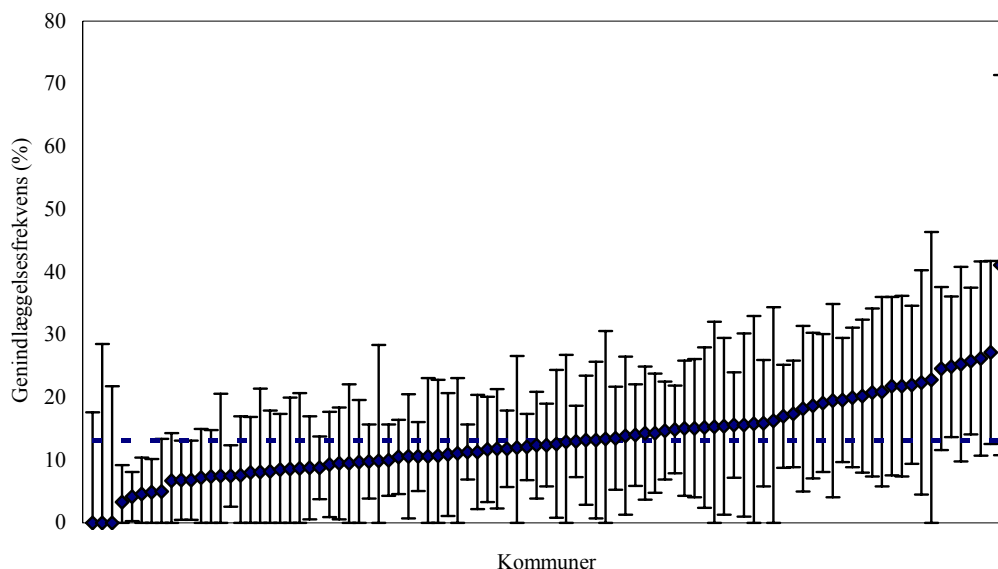
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal Forløb |
|-------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 13,2% | (12,3-14,2) | 628 | 4 743 |
| Hovedstaden | 15,1% | (13,3-16,9) | 222 | 1 469 |
| Sjælland | 13,6% | (11,2-15,9) | 110 | 811 |
| Syddanmark | 12,8% | (10,9-14,6) | 157 | 1 229 |
| Midtjylland | 11,8% | (9,7-13,8) | 114 | 970 |
| Nordjylland | 9,5% | (5,9-13,0) | 25 | 264 |

Figur 3 Fordeling på kommuner – standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primærindlæggelse med hjerneblødning, 2008.



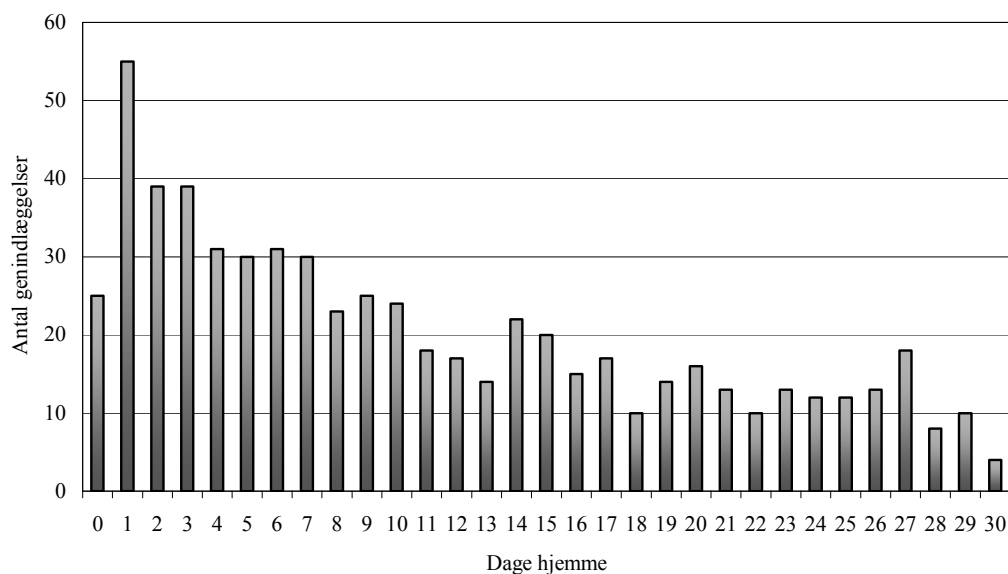
I figur 3 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 4 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 % - konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 4 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Syv kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og to kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 5 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med hjerneblødning til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 5 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed, vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Dehydrering

Dehydrering dækkes af ICD10-koden DE869. Diagnose ved primærindlæggelse.

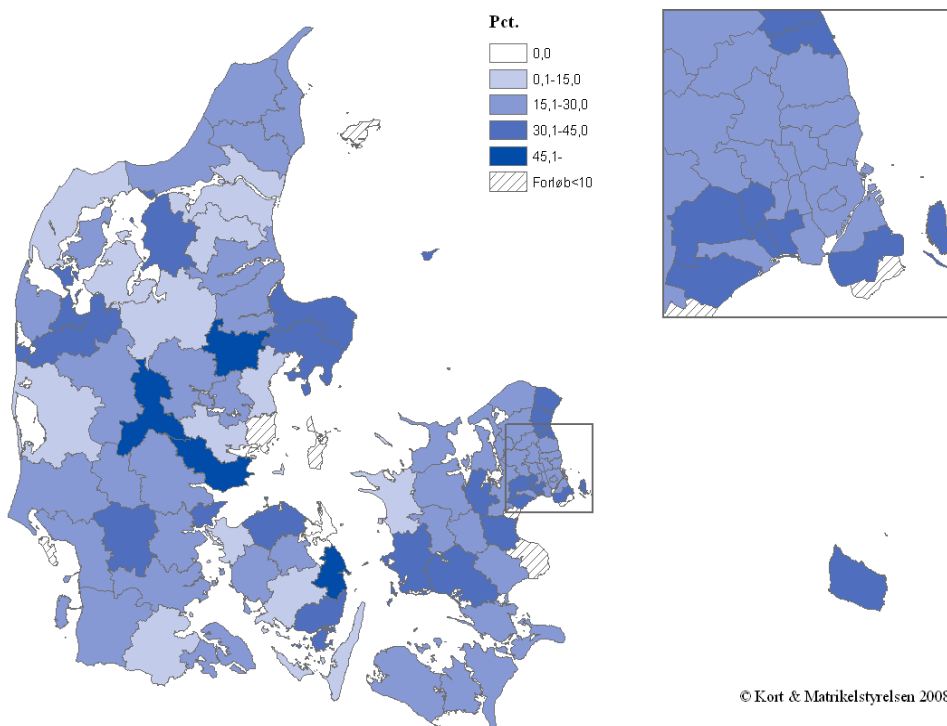
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 5 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen dehydrering, 2008.

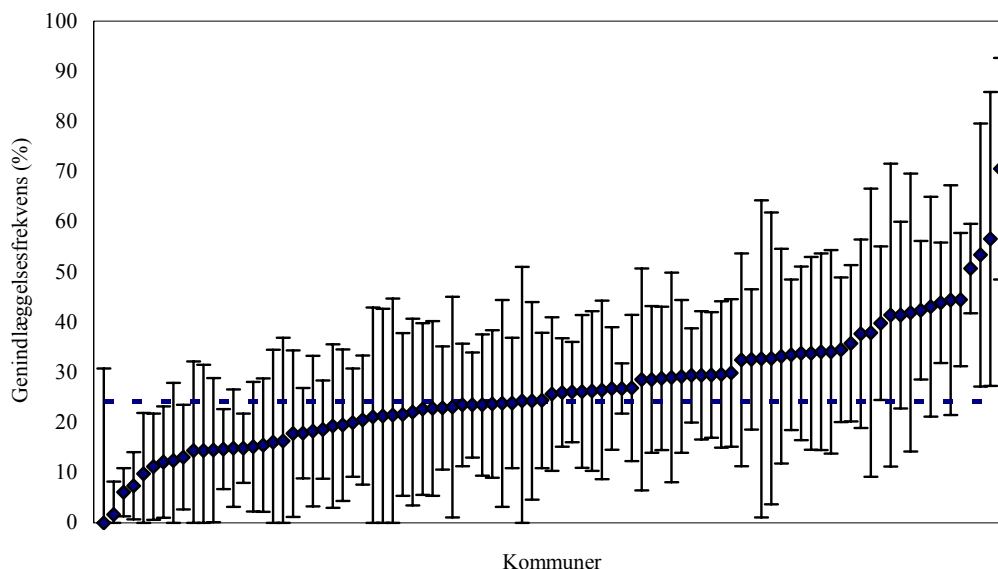
| | Genindlæggelses- frekvens | 95 %- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|--------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 24,2 % | (22,9-25,5) | 991 | 4 100 |
| Hovedstaden | 26,2 % | (24,1-28,3) | 442 | 1 688 |
| Syddanmark | 24,2 % | (21,3-27,1) | 201 | 830 |
| Midtjylland | 23,9 % | (20,4-27,5) | 132 | 552 |
| Sjælland | 22,5 % | (18,8-26,1) | 115 | 512 |
| Nordjylland | 19,5 % | (16,1-22,9) | 101 | 518 |

Figur 6 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med dehydrering 2008.



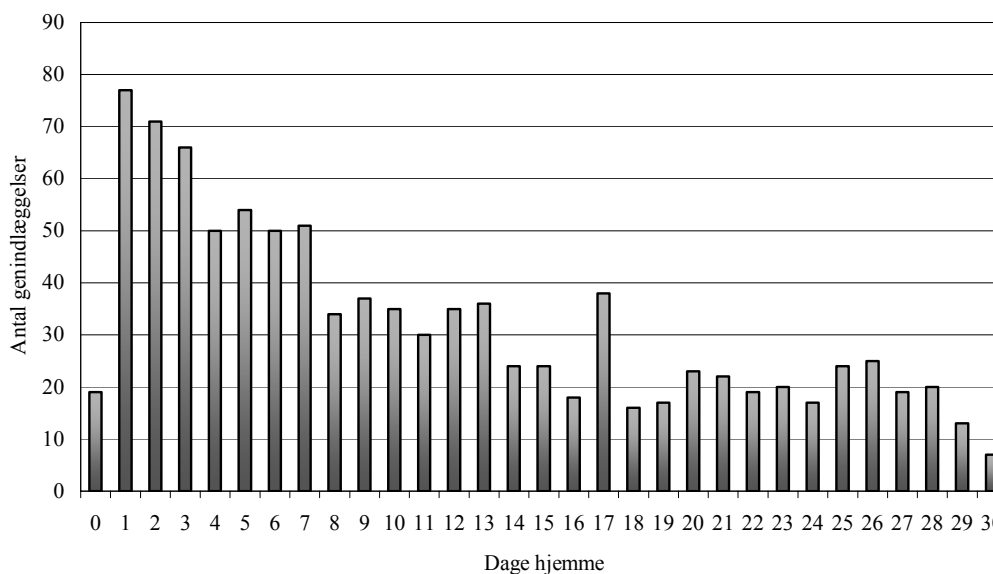
I figur 6 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 7 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 7 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Ni kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og syv kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 8 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med dehydrering til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 8 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Forstoppelse

Forstoppelse dækkes af ICD10-koden DK590. Diagnose ved primærindlæggelse.

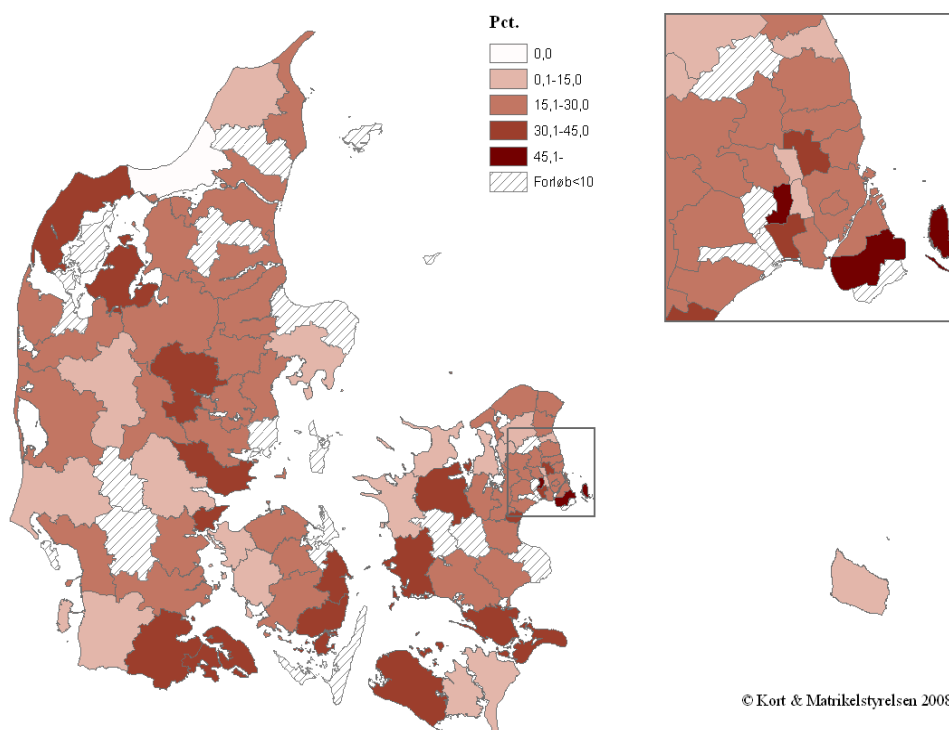
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 6 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen forstoppelse, 2008.

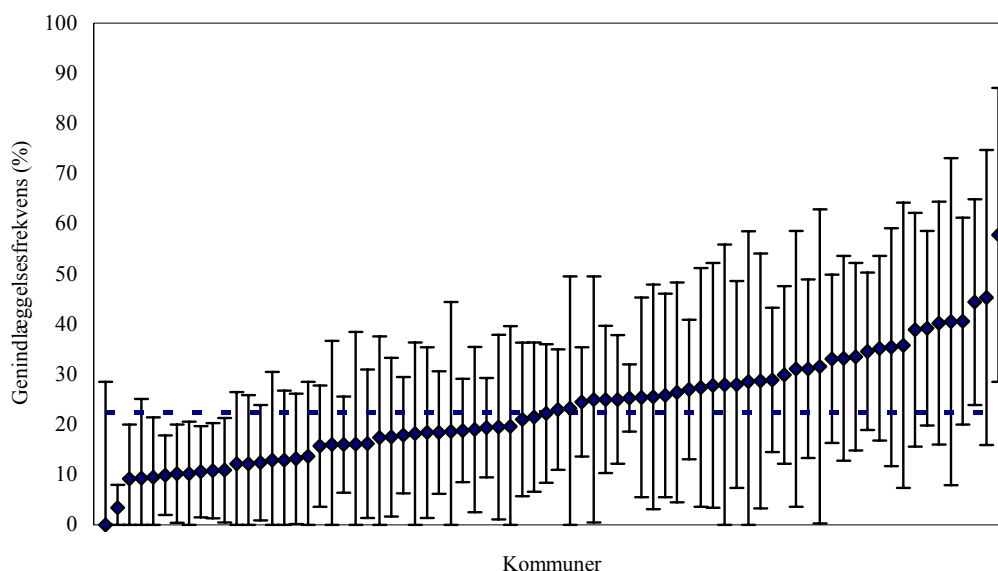
| | Genindlæggelses- frekvens | 95 %- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 22,3 % | (20,5-24,0) | 478 | 2 146 |
| Midtjylland | 23,8 % | (19,6-28,0) | 93 | 391 |
| Sjælland | 23,3 % | (18,8-27,8) | 79 | 339 |
| Syddanmark | 22,8 % | (18,9-26,7) | 100 | 439 |
| Hovedstaden | 21,7 % | (18,8-24,5) | 175 | 807 |
| Nordjylland | 18,2 % | (12,4-24,0) | 31 | 170 |

Figur 9 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med forstoppelse 2008.



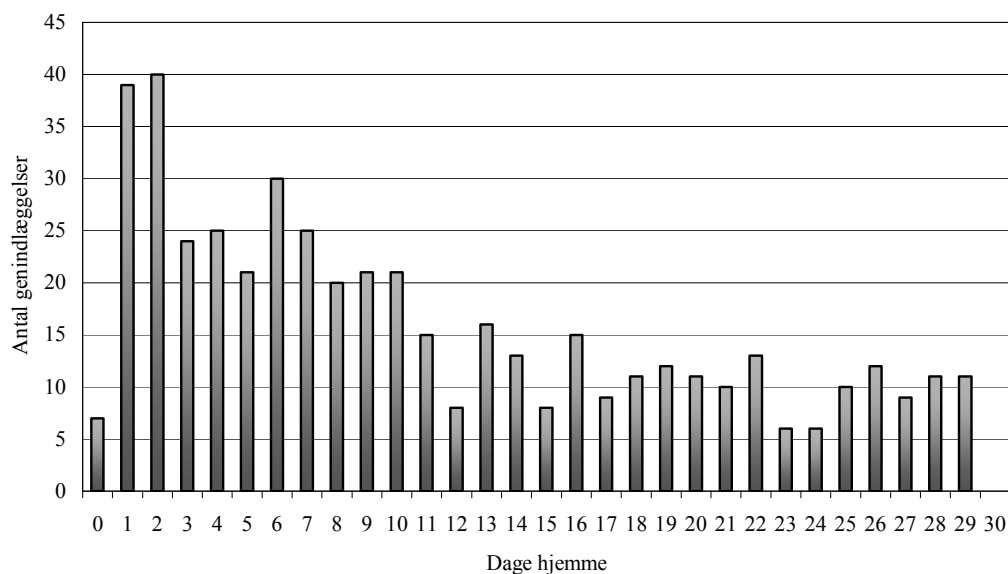
I figur 9 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 10 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 % - konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 10 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Ni kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og to kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 11 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med forstoppelse til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 11 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Lungebetændelse

Lungebetændelse dækkes af ICD10-koderne DJ12-18.

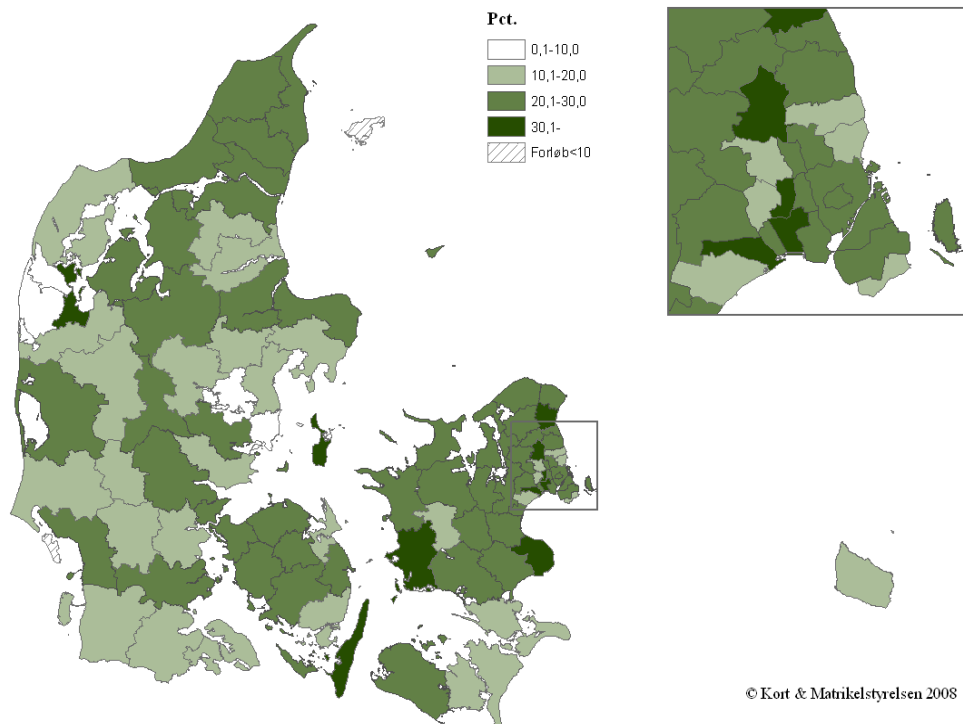
Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Tabel 7 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen lungebetændelse, 2008.

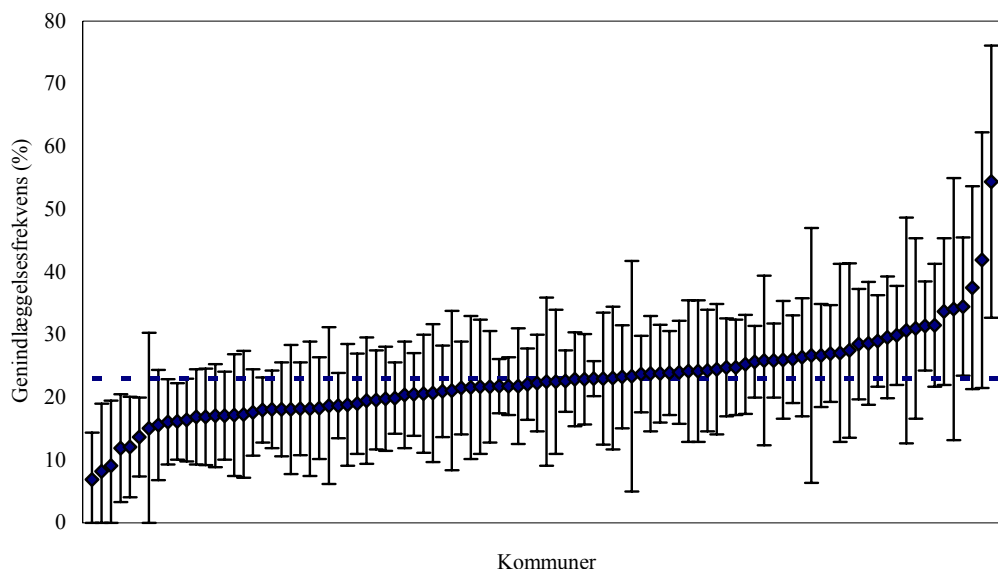
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 23,1% | (22,4-23,9) | 2 691 | 11 641 |
| Hovedstaden | 25,3% | (23,9-26,6) | 987 | 3 904 |
| Sjælland | 24,0% | (22,1-26,0) | 443 | 1 845 |
| Syddanmark | 21,7% | (20,2-23,3) | 588 | 2 706 |
| Midtjylland | 21,4% | (19,6-23,2) | 424 | 1 983 |
| Nordjylland | 20,7% | (18,4-23,0) | 249 | 1 203 |

Figur 12 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med lungebetændelse 2008.



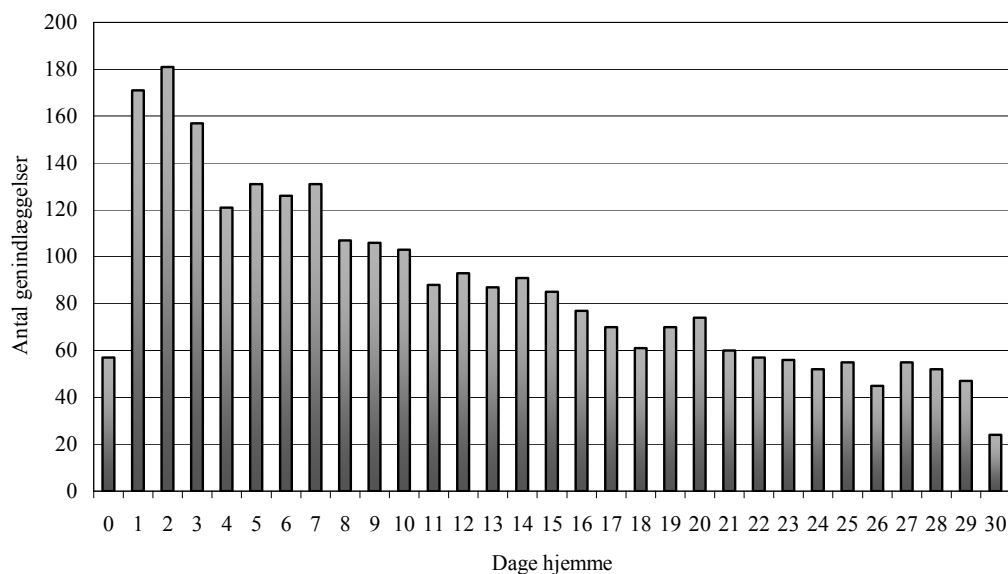
I figur 12 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 13 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 13 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Syv kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og to kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 14 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med lungebetændelse til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 14 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Blærebetændelse

Blærebetændelse dækkes af ICD10-koden DN30, dog undtagen DN304. Diagnose ved primærindlæggelse.

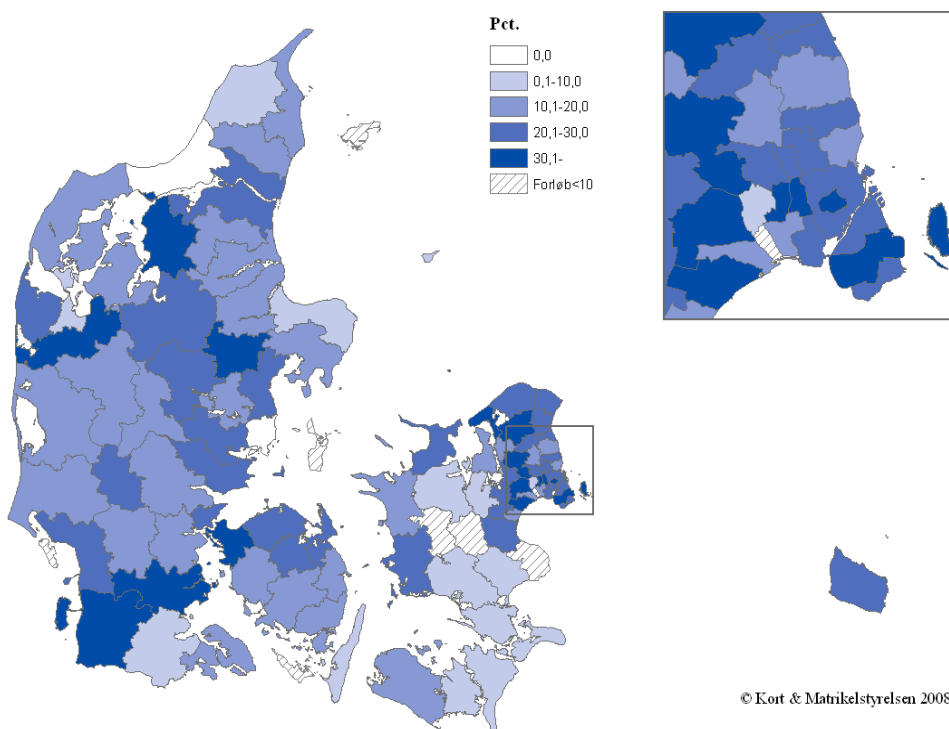
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 8 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen blærebetændelse, 2008.

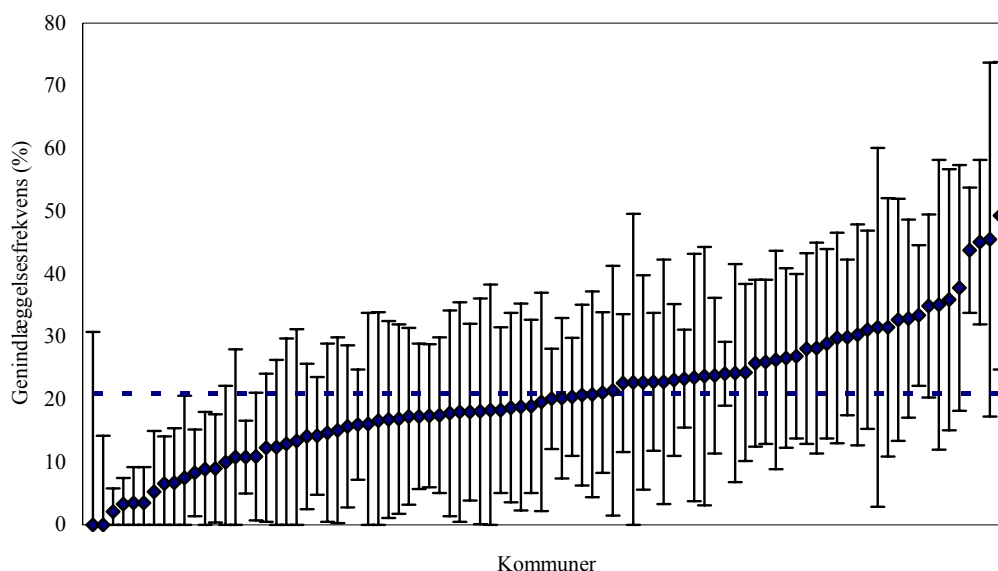
| | Genindlæggelses- frekvens | 95 %- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 20,9 % | (19,6-22,2) | 766 | 3 661 |
| Hovedstaden | 23,8 % | (21,6-26,1) | 330 | 1 386 |
| Midtjylland | 21,3 % | (18,3-24,2) | 155 | 729 |
| Sjælland | 19,9 % | (16,1-23,6) | 88 | 443 |
| Syddanmark | 19,8 % | (16,8-22,8) | 138 | 697 |
| Nordjylland | 13,5 % | (10,2-16,9) | 55 | 406 |

Figur 15 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med blærebetændelse 2008.



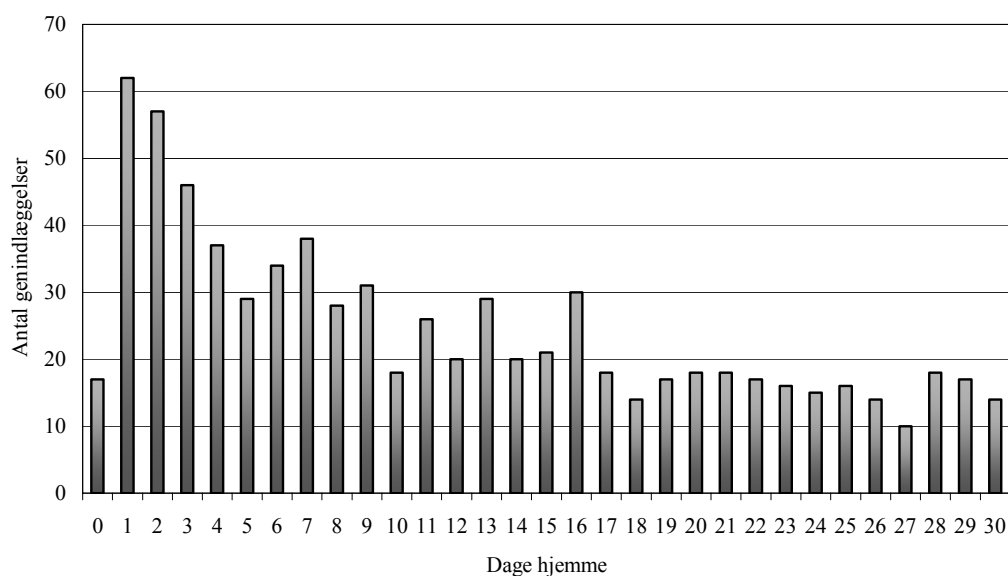
I figur 15 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 16 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 % - konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 16 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Tretten kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og fire kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 17 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med blærebetændelse til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 17 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Astma/bronkitis (KOL)

Astma/bronkitis (KOL) dækkes af ICD10-koderne DJ40-47. Diagnose ved primærindlæggelse.

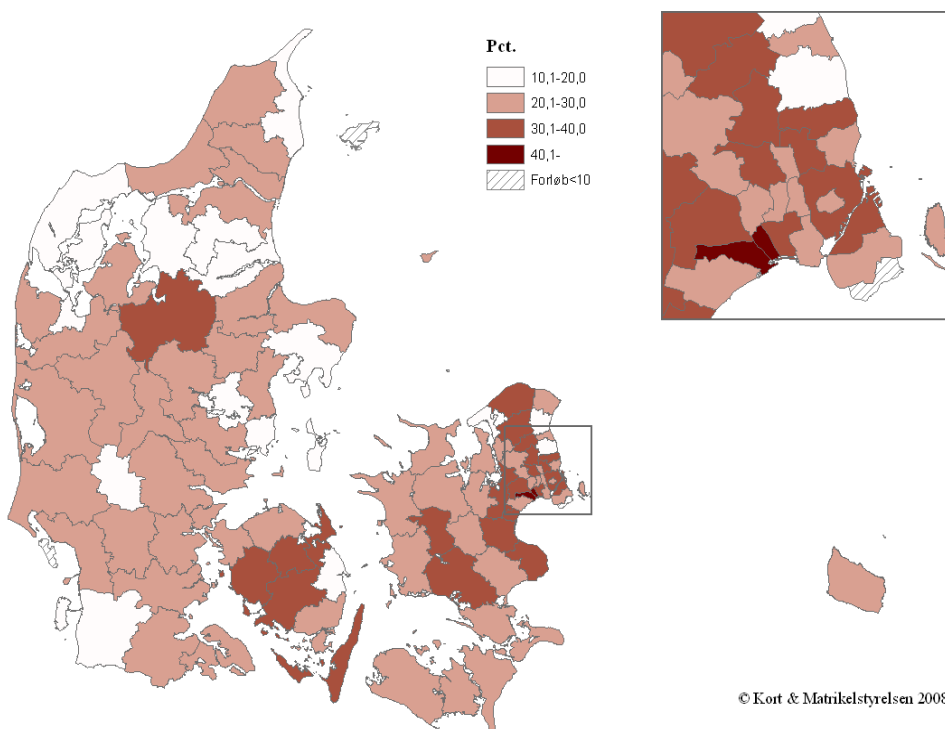
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 9 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen KOL (astma/bronkitis), 2008.

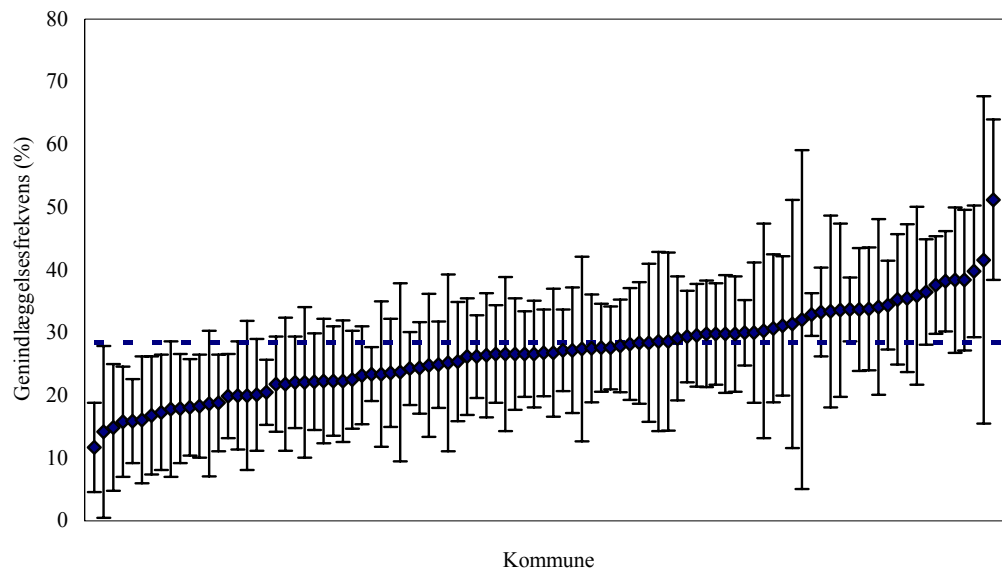
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 28,5 % | (27,6-29,3) | 2 806 | 9 861 |
| Sjælland | 31,1 % | (28,9-33,3) | 520 | 1 671 |
| Hovedstaden | 30,9 % | (29,2-32,5) | 892 | 2 891 |
| Syddanmark | 28,8 % | (26,9-30,7) | 638 | 2 217 |
| Midtjylland | 25,1 % | (23,1-27,1) | 472 | 1 881 |
| Nordjylland | 23,7 % | (21,3-26,1) | 285 | 1 202 |

Figur 18 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primærindlæggelse med astma/bronkitis (KOL) 2008.



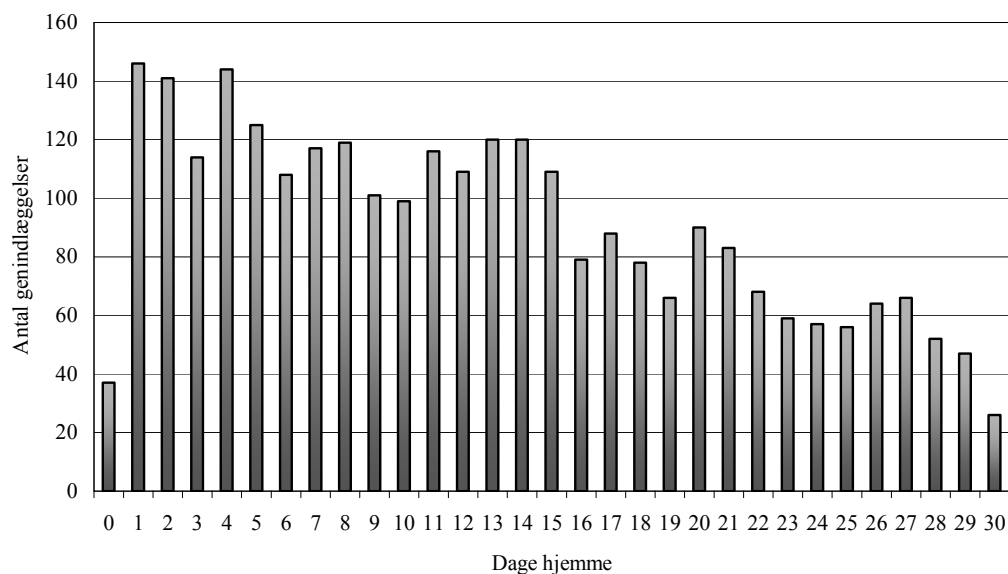
I figur 18 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 19 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 19 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Femten kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og seks kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 20 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med astma/bronkitis (KOL) til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 20 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Hjertesvigt

Hjertesvigt dækkes af ICD10-koderne DI20-25. Diagnose ved primærindlæggelse.

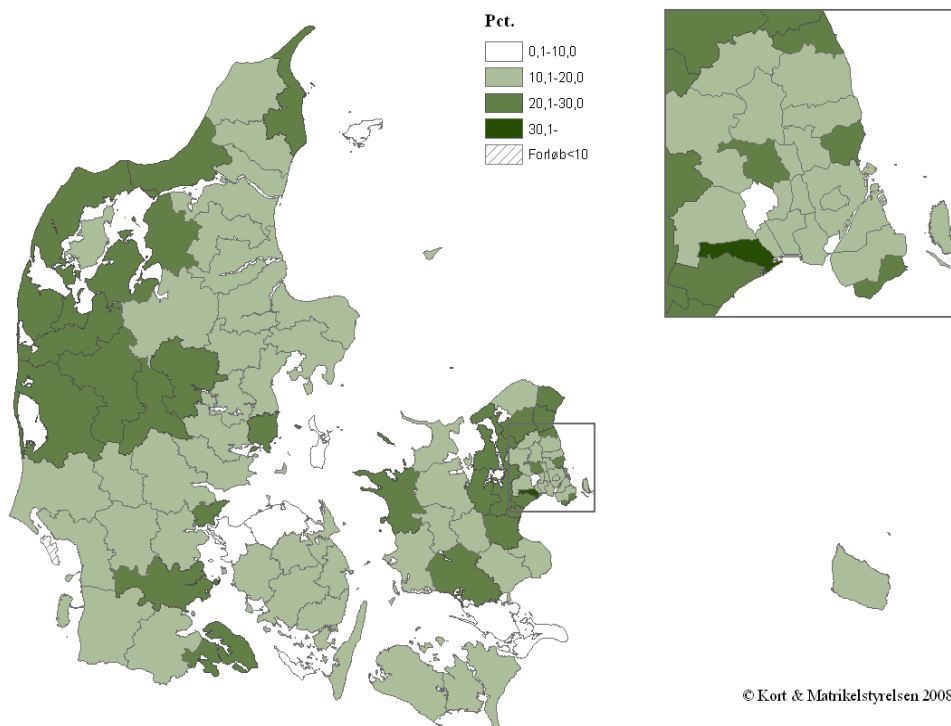
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 10 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen hjertesvigt, 2008.

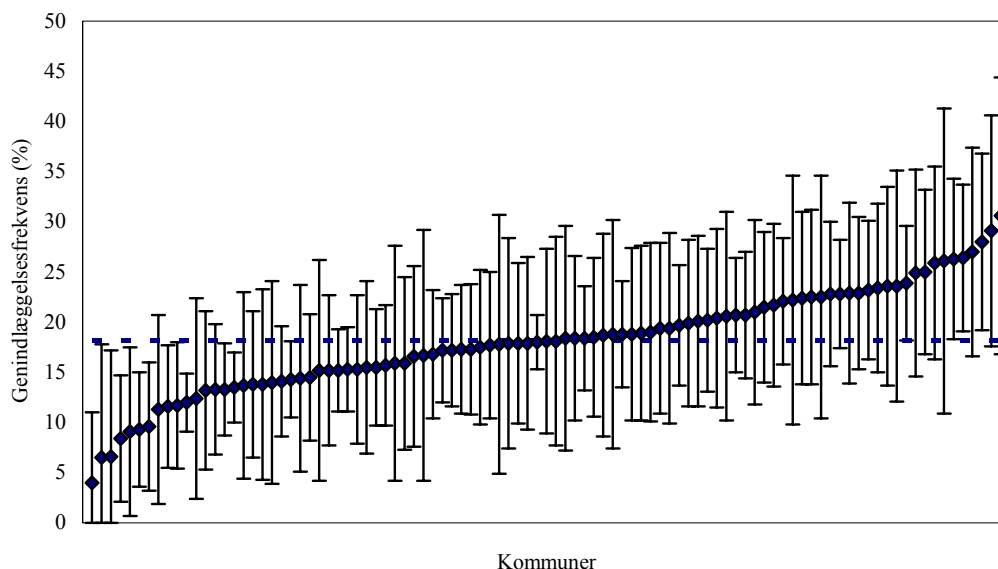
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 18,2 % | (17,5-18,9) | 2 240 | 12 311 |
| Sjælland | 19,5 % | (17,8-21,2) | 402 | 2 061 |
| Hovedstaden | 19,1 % | (17,8-20,4) | 661 | 3 466 |
| Midtjylland | 18,8 % | (17,4-20,2) | 555 | 2 956 |
| Nordjylland | 17,2 % | (15,1-19,3) | 216 | 1 257 |
| Syddanmark | 15,8 % | (14,4-17,2) | 407 | 2 571 |

Figur 21 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med hjertesvigt, 2008.



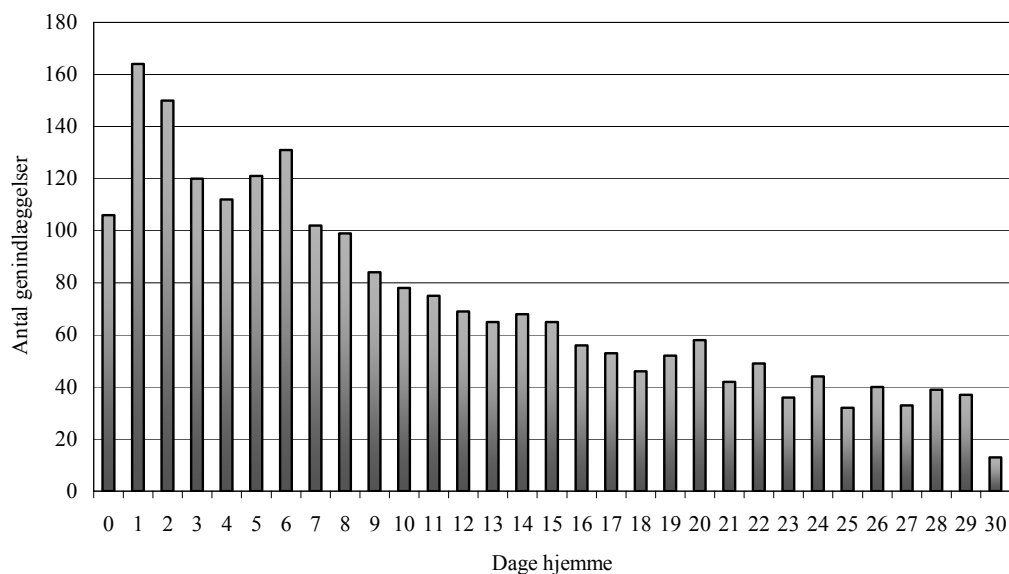
I figur 21 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 22 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 22 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Tolv kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og tre kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 23 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med hjertesvigt til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 23 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Gastroenteritis

Gastroenteritis dækkes af ICD10-koden DA09. Diagnose ved primærindlæggelse.

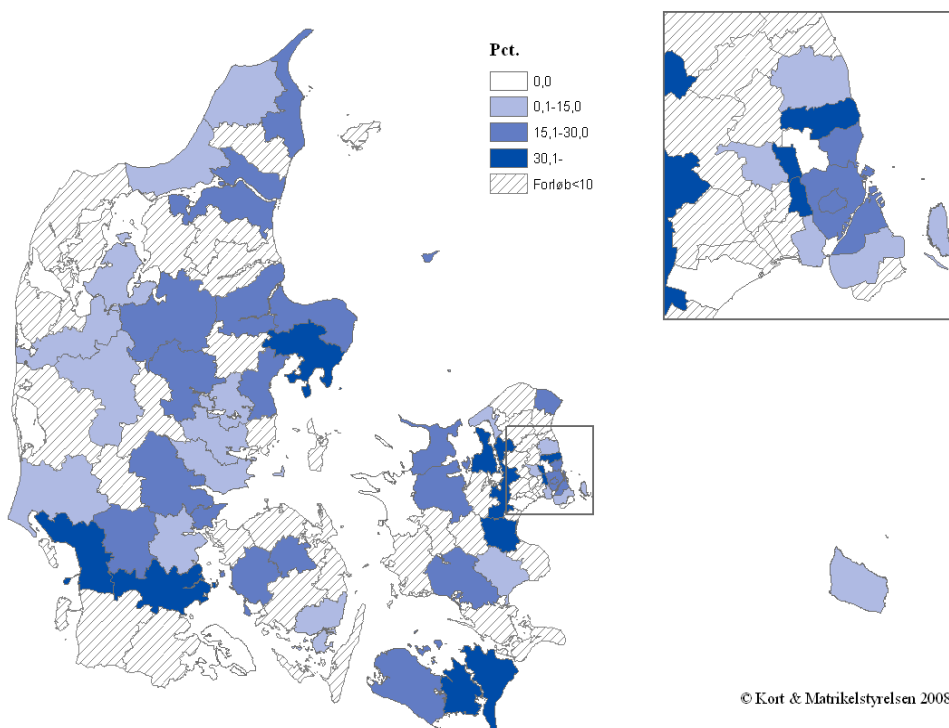
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 11 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen gastroenteritis, 2008.

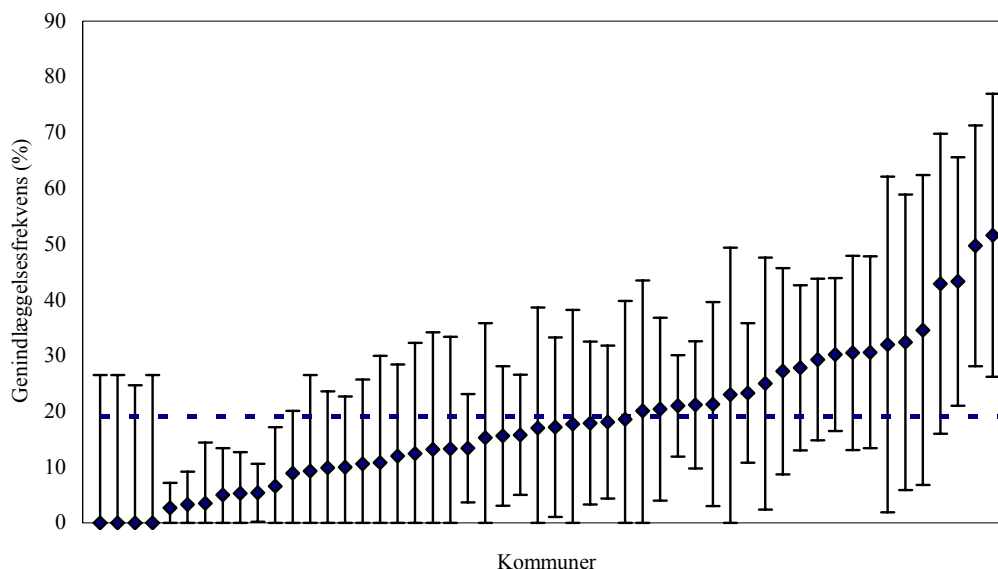
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 19,2 % | (17,0-21,5) | 226 | 1 177 |
| Hovedstaden | 22,2 % | (18,1-26,3) | 88 | 396 |
| Sjælland | 20,4 % | (14,2-26,6) | 33 | 162 |
| Midtjylland | 18,7 % | (13,9-23,4) | 48 | 257 |
| Syddanmark | 16,5 % | (11,9-21,2) | 41 | 248 |
| Nordjylland | 14,0 % | (7,7-20,4) | 16 | 114 |

Figur 24 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med gastroenteritis, 2008.



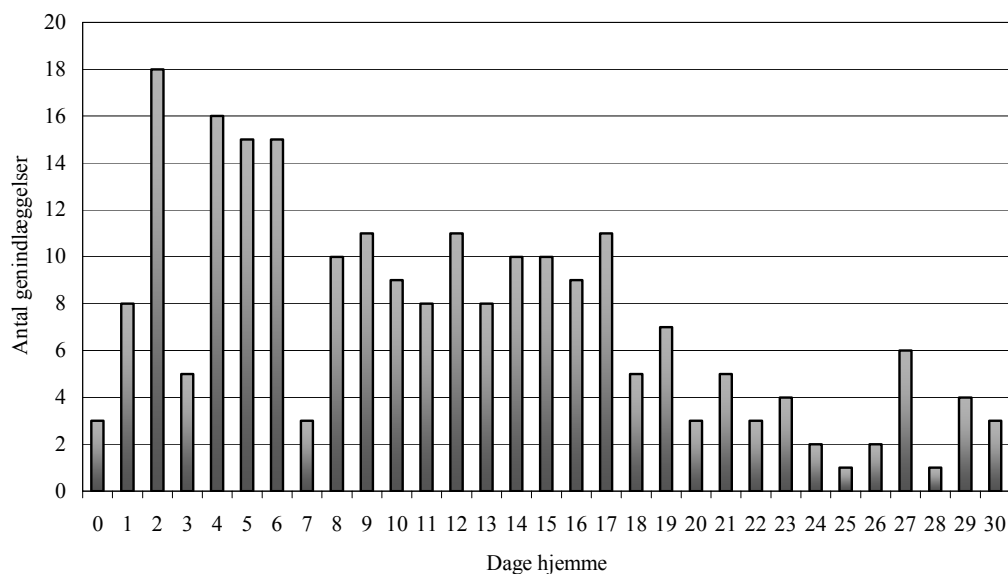
I figur 24 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 25 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 % - konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 25 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Syv kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og tre kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 26 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med gastroenteritis til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 26 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Brud

Brud dækkes af ICD10-koderne DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92. Koderne omhandler brud på skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel. Diagnose ved primærindlæggelse.

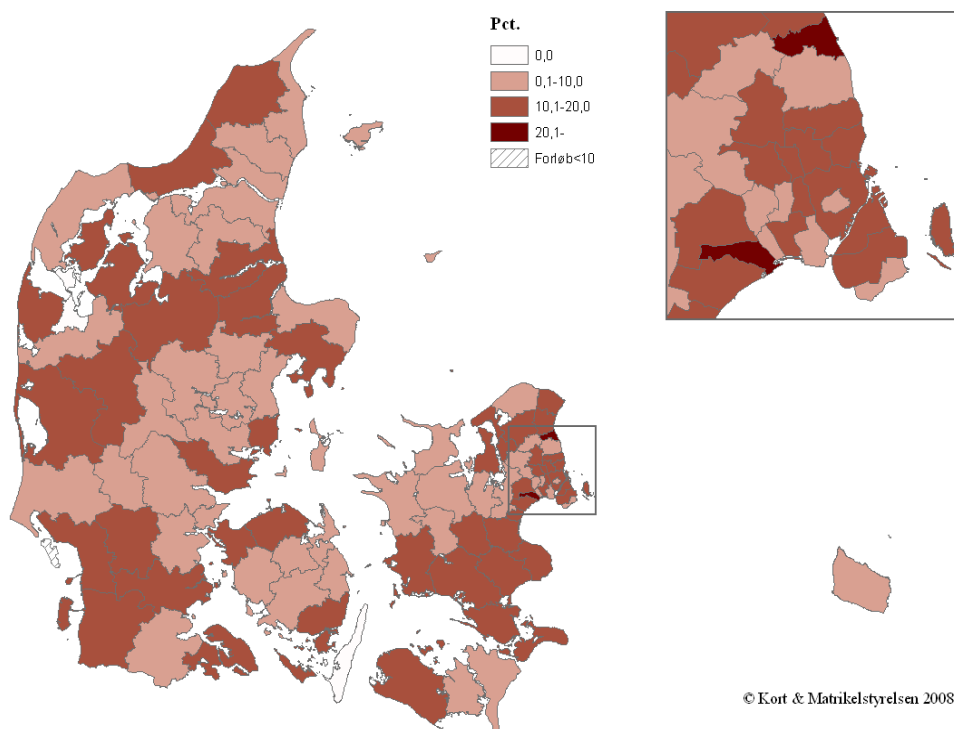
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 årige.

Tabel 12 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen brud, 2008.

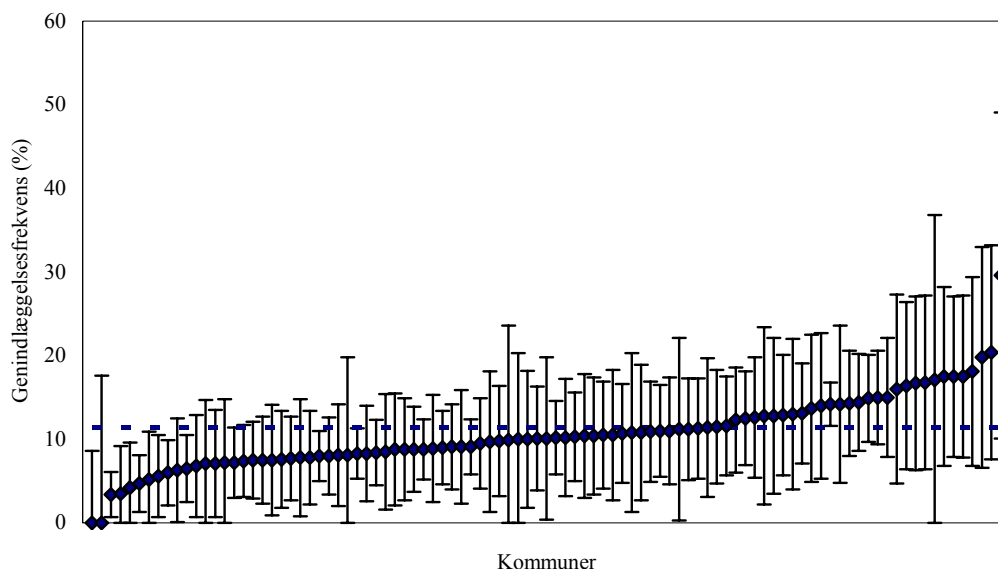
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|--------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 11,4 % | (10,8-12,0) | 1 344 | 11 809 |
| Hovedstaden | 13,3 % | (12,3-14,4) | 508 | 3 807 |
| Sjælland | 11,3 % | (9,8-12,9) | 188 | 1 659 |
| Nordjylland | 10,6 % | (9,0-12,3) | 148 | 1 390 |
| Midtjylland | 10,2 % | (9,0-11,4) | 243 | 2 388 |
| Syddanmark | 10,0 % | (8,9-11,2) | 257 | 2 565 |

Figur 27 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med brud, 2008.



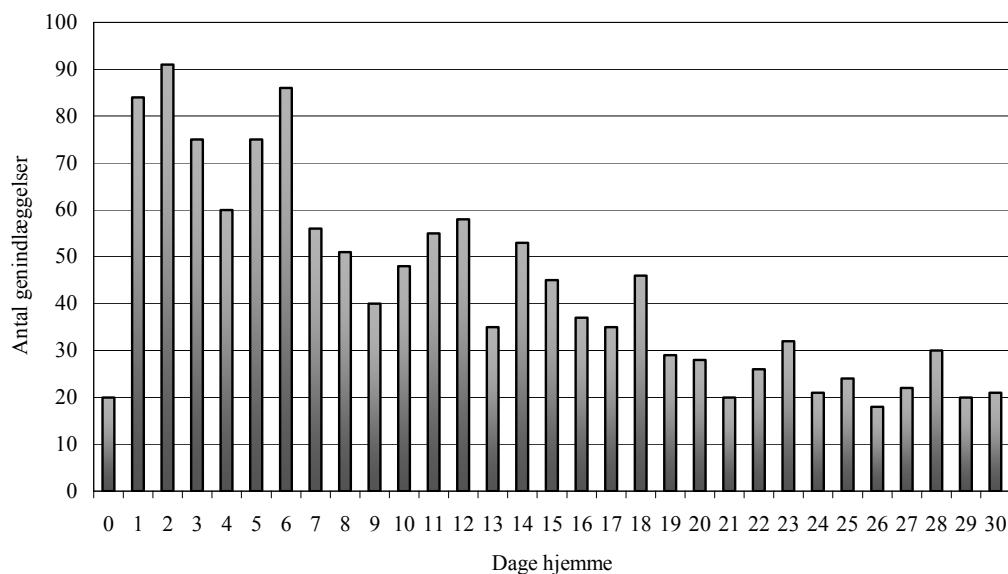
I figur 27 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 28 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 28 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Ti kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og en kommune har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 29 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med brud til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 29 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Ernæringsbetinget anæmi

Ernæringsbetinget anæmi (blod mangel) dækkes af ICD10-koderne DD50-53. Diagnose ved primærindlæggelse.

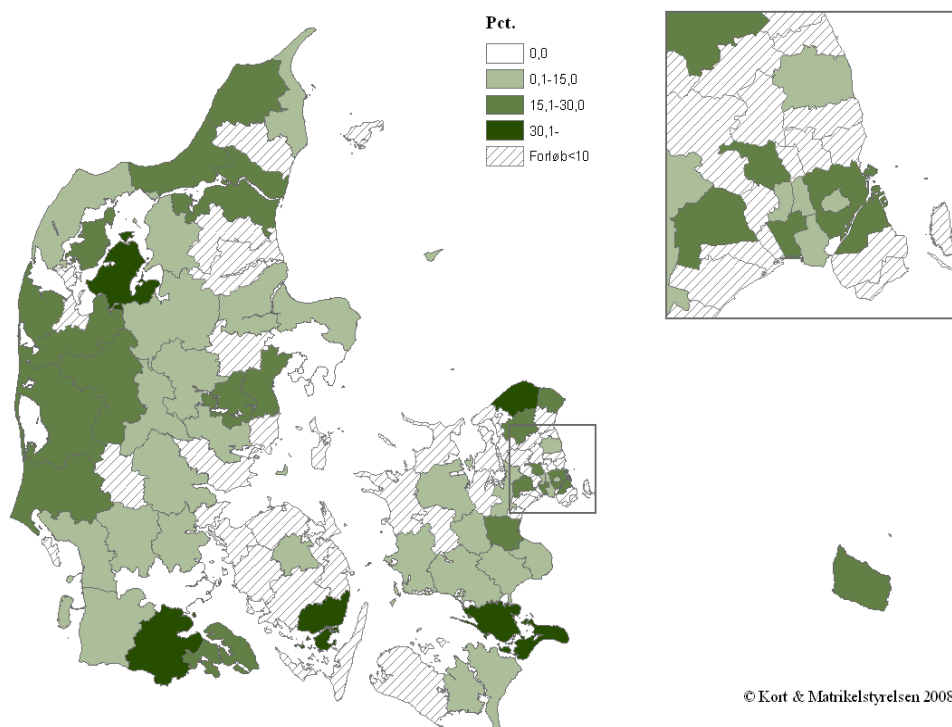
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 årige.

Tabel 13 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen ernæringsbetinget anæmi, 2008.

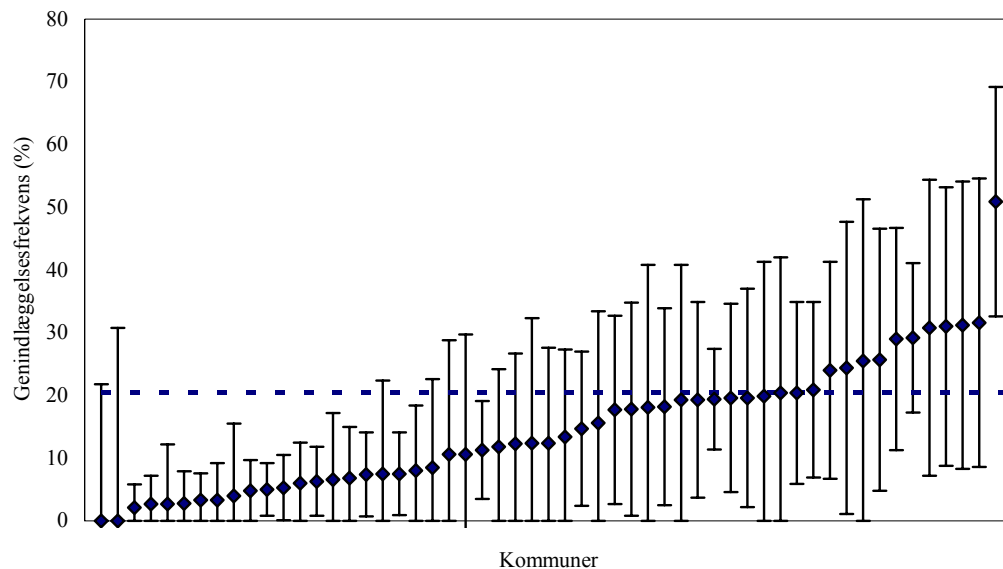
| | Genindlæggelses- frekvens | 95%- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 20,4% | (18,3-22,5) | 277 | 1 358 |
| Midtjylland | 23,5% | (19,0-28,0) | 80 | 341 |
| Hovedstaden | 22,4% | (18,3-26,5) | 89 | 398 |
| Sjælland | 20,0% | (14,4-25,6) | 39 | 195 |
| Nordjylland | 18,7% | (12,9-24,6) | 32 | 171 |
| Syddanmark | 14,6% | (10,3-19,0) | 37 | 253 |

Figur 30 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med ernæringsbetinget anæmi, 2008.



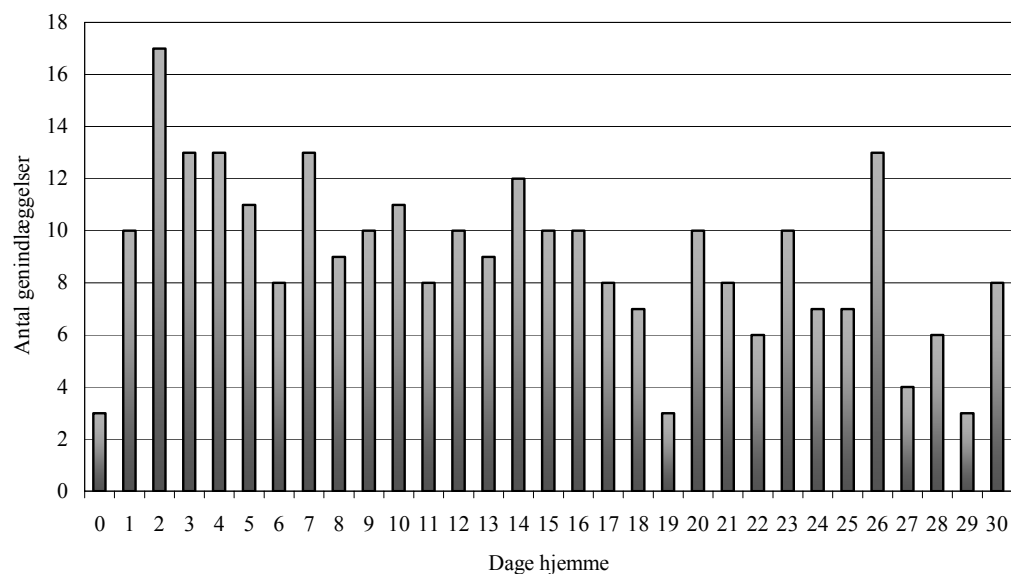
I figur 30 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 31 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 31 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. 18 kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og en kommune har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 32 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med ernæringsbetinget anæmi til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 32 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Gigt dækkes af ICD10-koderne DM05-07, DM10-13, DM15-19. Diagnose ved primærindlæggelse.

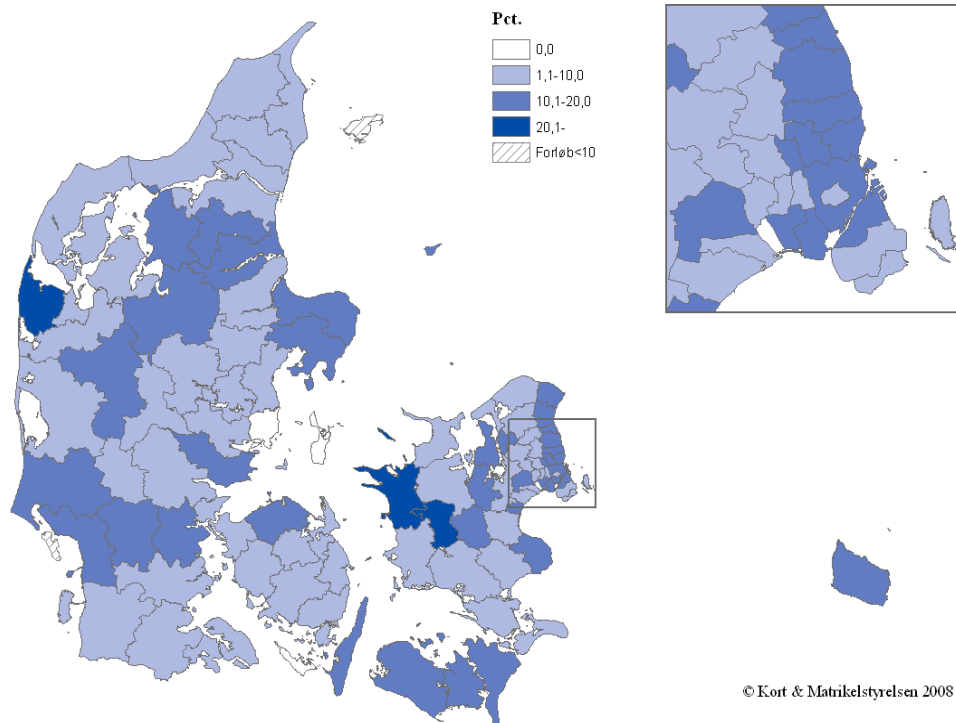
Genindlæggelserne er uspecifikke, dvs. at der ikke behøver være sammenfaldende aktionsdiagnoser, eller sygehus/afdeling, mellem genindlæggelsen og primærindlæggelsen.

Forløb, genindlæggelser og genindlæggelsesfrekvenser er opgjort for de ≥ 67 -årige.

Tabel 14 Lands- og regionsplan - genindlæggelser for patienter med diagnosen gigt, 2008.

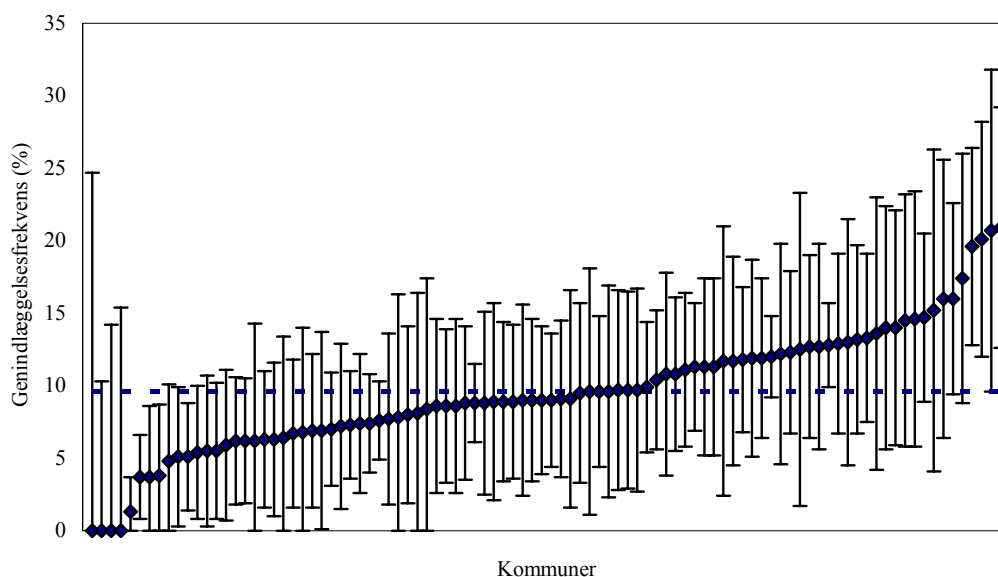
| | Genindlæggelses- frekvens | 95 %- Konfidensinterval | Antal genindlæggelser | Antal forløb |
|-------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| Hele landet | 9,6 % | (9,0-10,2) | 949 | 9 894 |
| Hovedstaden | 11,0 % | (9,9-12,2) | 337 | 3 052 |
| Sjælland | 10,7 % | (9,2-12,2) | 176 | 1 645 |
| Midtjylland | 8,7 % | (7,4-10,0) | 166 | 1 906 |
| Syddanmark | 8,6 % | (7,4- 9,8) | 178 | 2 080 |
| Nordjylland | 7,6 % | (6,1- 9,1) | 92 | 1 210 |

Figur 33 Fordeling på kommuner - standardiseret genindlæggelsesfrekvens efter primær indlæggelse med gigt, 2008.



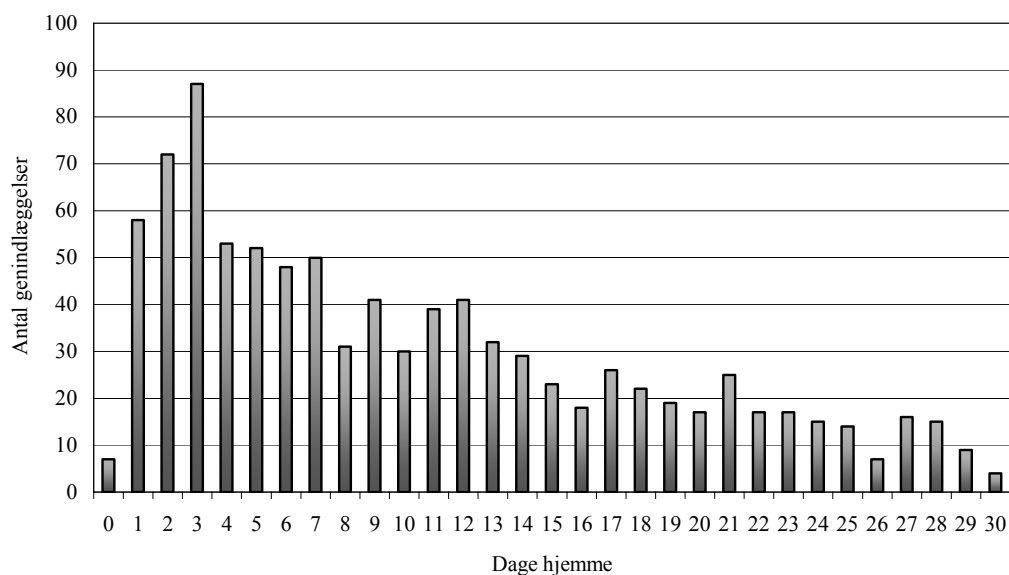
I figur 33 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Selvom kommuner ligger i den højeste kategori, behøver det ikke at betyde at kommunens genindlæggelsesfrekvens er signifikant højere end landsgennemsnittet. Dette er illustreret i næste figur.

Figur 34 Fordeling af kommunernes standardiserede genindlæggelsesfrekvens, med angivelse af 95 %-konfidensintervaller og landsgennemsnit (stiplet), 2008.



I figur 34 ses kommunernes genindlæggelsesfrekvens. Fem kommuner har en signifikant lavere genindlæggelsesfrekvens end landsgennemsnittet og fire kommuner har en signifikant højere genindlæggelsesfrekvens (bilag 2).

Figur 35 Genindlæggelser fordelt på antal dage fra udskrivelse med gigt til genindlæggelse, landsplan, 2008.



I figur 35 ses antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse. Såfremt genindlæggelserne fortrinsvis finder sted i perioden umiddelbart efter udskrivelse, kan dette bl.a. skyldes problemer ved den primære behandling eller ved overgangen fra sygehus til hjem. Genindlæggelser, som finder sted med en mere jævn hyppighed vil i højere grad skyldes forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

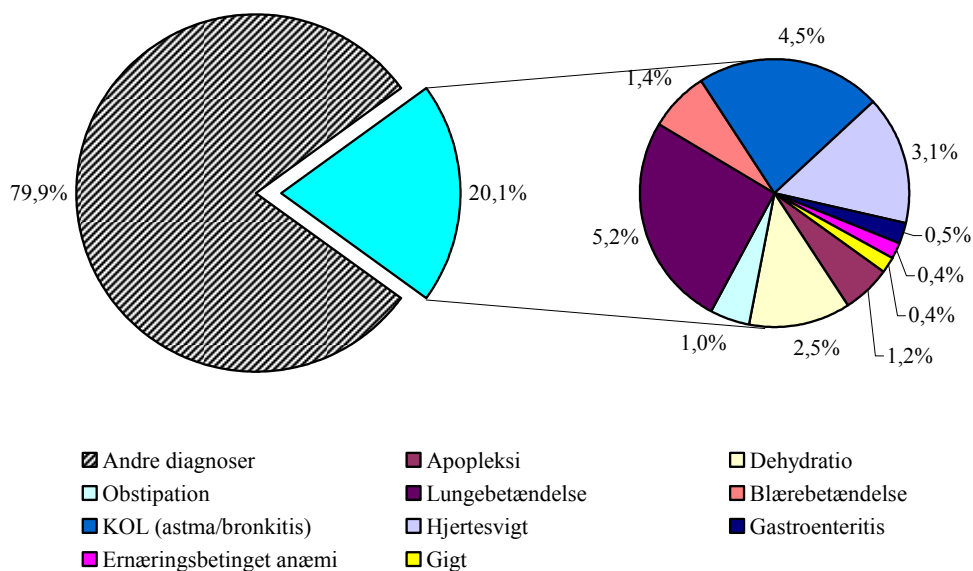
Resultater – diagnose ved genindlæggelse

Genindlæggelser opgjort efter diagnose ved genindlæggelse i stedet for at opgøre på diagnosen ved udskrivelse fra det primære indlæggelsesforløb. Indikatoralgoritmen bag data er identisk med den indikatoralgoritme, som er anvendt til genindlæggelser opgjort efter primærindlæggelse (se metodeafsnit og bilag 1).

Alle diagnoser indgår i de primære indlæggelsesforløb. Opgørelsen fokuserer på ti specifikke diagnoser, som er sammenfaldende med de øvrige diagnoseopgørelser i denne publikation. Knoglebrud er dog udeladt.

Fordelingen af genindlæggelsesdiagnoser kan benyttes til at fokusere regionernes og kommunernes forebyggende indsats. Data for den enkelte kommune er vist på tabelform i bilag 3.

Figur 36 Landsplan - genindlæggelser med udvalgte diagnosegrupper i forhold til øvrige diagnoser, 2008.

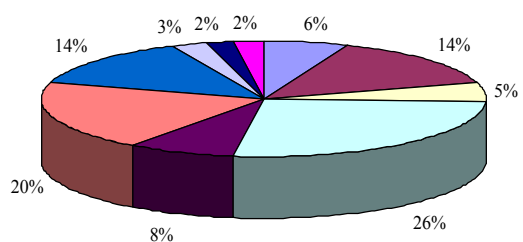


Tabel 15 Genindlæggelser fordelt på diagnosegrupper, landstal, 2008.

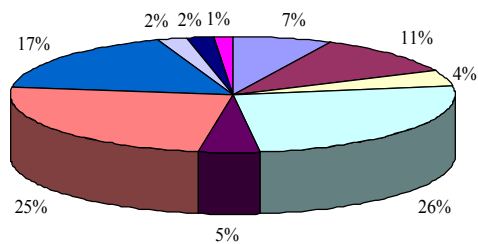
| Diagnosegruppe | Antal genindlæggelser | Befolkning (≥67 år) | Genindlæggelser per 10.000 borgere |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------------|
| Hjerneblødning | 711 | 742 776 | 9,6 |
| Dehydrering | 1 499 | - | 20,2 |
| Forstoppelse | 592 | - | 8,0 |
| Lungebetændelse | 3 161 | - | 42,6 |
| Blærebetændelse | 885 | - | 11,9 |
| Astma/bronkitis (KOL) | 2 738 | - | 36,9 |
| Hjertesvigt | 1 903 | - | 25,6 |
| Gastroenteritis | 302 | - | 4,1 |
| Ernæringsbetinget anæmi | 256 | - | 3,4 |
| Gigt | 238 | - | 3,2 |

Figur 37 Regionsplan - fordeling af genindlæggelser på udvalgte diagnoser, 2008.

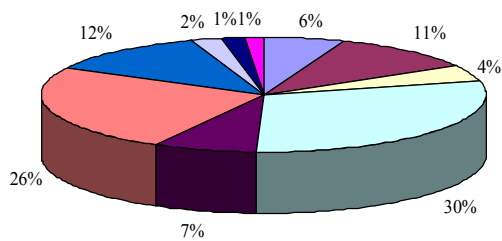
Hovedstaden



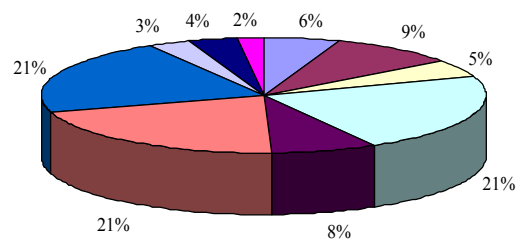
Sjælland



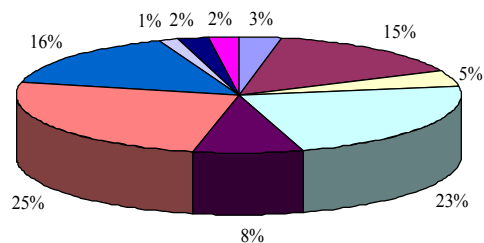
Syddanmark



Midtjylland



Nordjylland



- Apopleksi
- Dehydratio
- Obstipation
- Lungebetændelse
- Blærebetændelse
- KOL (astma/bronchitis)
- Hjertesvigt
- Gastroenteritis
- Ernæringsbetinget anæmi
- Gigt

Referencer

1. Franklin P, Noetscher C, Murphy M, Lagoe R. Using Data To Reduce Hospital Re-admissions J Nurs Care Qual 1999 Nov; Spec No: 67-85
2. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy 2002; **61**; 269-78
3. Williams S, Bottle A, Aylin P. Length of hospital stay and subsequent emergency readmission. BMJ 2005; **331**:371
4. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002; 359; 114-7
5. Benbassat J, Taragin M. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care. Arch Intern Med 2000; **160**; 1074-81
6. Den Gode Medicinske Afdeling, Tværsnitsundersøgelse 2003/2004
7. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meyland D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potential avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Med Care. 2006 Nov; 44(11): 972-81

