

Sammenhæng mellem kontakt til praktiserende læge efter psykiatrisk akutbehandling og risikoen for genindlæggelse

Søren Bie Bogh, Marianne Fløjstrup, Lars Morsø, Jens Søndergaard, Mikkel Brabrand, Søren Fryd Birkeland

Introduktion



Lidt ned slagspunkter

- *Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng*
- *Hvorvidt der er sammenhæng og kvalitet i det samlede patientforløb kan fx beskrives i forhold til antallet af genindlæggelser*
- *I 2017 blev 23 % af alle psykiatriske indlæggelser fuldt af en genindlæggelse*
(reference: Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen, 2017)
- *Genindlæggelse kan dog også være resultatet af utilstrækkelig opfølgning på udskrivning*

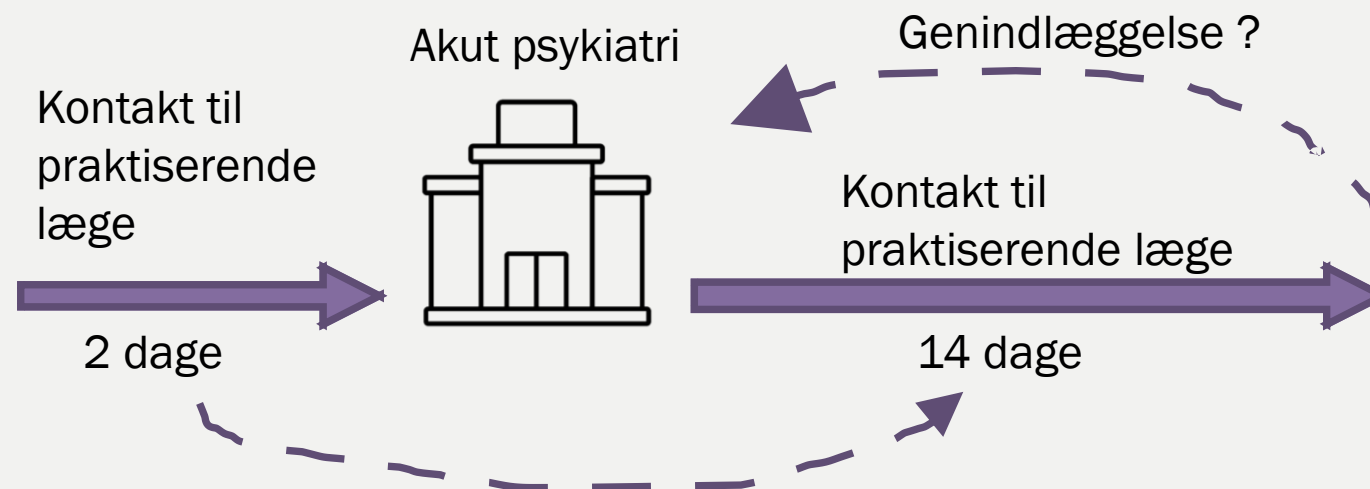
Introduktion

- Genindlæggelser

- Perioden umiddelbart efter udskrivning skiller sig ud som særlig vigtig med øget risiko for genindlæggelse
 - *Kan skyldes forskellige faktorer*
 - *Noget forskning pegede på, vigtigheden i at have en udskrivningsplan og opfølgning hos den praktiserende læge*
- Hvad siger litteraturen eller?
 - *Faktorer relateret til genindlæggelser*
 - Patientkarakteristika
 - Udskrivningsdiagnoser
 - Indlæggelsesvarighed
- Men..
 - *Et review fra 2022 rapporterede ikke noget om den praktiserende læges indflydelse i den tidlige post-udskrivningsfase*

Formål

- Undersøge sammenhængen mellem kontakt til praktiserende læge efter kontakt med akut psykiatri og 14-dages genindlæggelses
- Undersøge sammenhængen mellem lægekontakt før besøg og lægekontakt efter udskrivelse.



Data

- Inkluderet uplanlagte psykiatriske kontakter til en af de 19 psykiatriske akutmodtagelser
- Periode 1. marts 2019 - 28. februar 2023
- Data fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Det Centrale Personregister
- Kontakter samlet til forløb (4 timer)
- Tillod flere forløb pr individ

- Eksponering: Kontakt til praktiserende læge
 - *Praktiserende læge (alm. Åbningstid)*
 - *Vagtlæge*

Metode og analyse

- Tidsvarierende eksponering i primæranalyse: Periode efter en lægekontakt.
- Cox-regressioner uden og med justeringer (køn, alder, indlæggelsestid, udskrivelsesdiagnose og region).
- Censurering i tilfælde af død
- Kumulativ incidens funktion af sekundær outcome

Resultater

Patient Demografi:

- 298,085 uplanlagte psykiatriske hospital besøg, blandt 108,651 individer.
- 32% havde GP kontakt indenfor de 14 dage efter udskrivelse, hvor af 3% var via vagtlæge

Genindlæggelse

- 26% (77,962) blev genindlagt inden for de første 14 dage.
 - *Patienter uden GP kontakt:* 35%
 - *Patienter med GP kontakt:* 9 %
 - *Patienter med vagtlæge kontakt:* 21 %

Resultater:

Risiko for genindlæggelse

Table 2. Unadjusted and adjusted Cox proportional hazards regression analysis of 14-day readmission risk following an unplanned psychiatric visit and subsequent GP contact

	Unadjusted			Adjusted†		
	HR	95% CI	P-value	HR	95% CI	P-value
GP contact	0.40	0.38–0.40	<0.001	0.39	0.38–0.40	<0.001
GP on call	0.91	0.86–0.97	0.002	0.80	0.76–0.84	<0.001

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

† Adjusted for sex, age, length of stay, discharge diagnosis and the responsible region for the health service.



Resultater

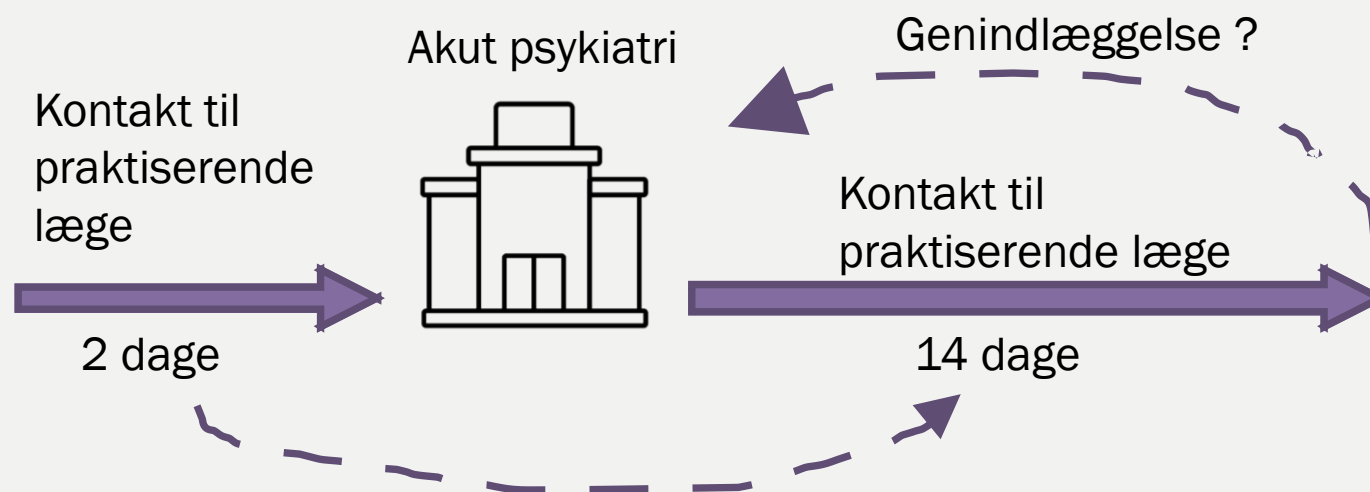
Kontakt både før og efter

Table 3. Unadjusted and adjusted Cox proportional hazards regression analysis having a GP contact within 14 days after an unplanned psychiatric visit and subsequent GP contact within the two days prior to the unplanned psychiatric visit

	Unadjusted			Adjusted†		
	HR	95% CI	P-value	HR	95% CI	P-value
GP contact	1.75	1.73-1.78	<0.001	1.65	1.62-1.67	<0.001
GP on call	1.40	1.36-1.43	<0.001	1.39	1.36-1.43	<0.001

HR: Hazard Ratio, CI: Confidence Interval

† Adjusted for sex, age, length of stay, discharge diagnosis and the responsible region for the health service.



Study Limitations

- **Resultaterne fastslår ikke kausalitet:**
 - *Patienter, der er i kontakt med praktiserende læger, kan repræsentere en særskilt undergruppe af befolkningen, potentielt mindre alvorlige eller mere ressource stærke*
- **Residual konfounding**
 - *Tidligere psykiatriske diagnoser, gift/partner, uddannelse osv.*
- **Kontakten til den praktiserende læge:**
 - *Ukendt det var den praktiserende læge som stod for den opfølgende kontakt*
 - *Om patienten selv tog kontakt,*
 - *Om kontakten drejede sig om noget helt andet.*

Konklusion:

- Kun 1/3 del har kontakt til praktiserende læge, men denne kontakt virker til at kunne reducere akutte psykiatriske genindlæggelser
- En potentielle effekt at have kontakt til en praktiserende læge forud for indeks indlæggelsen
- Validering gennem kliniske undersøgelser er imidlertid afgørende for at fastslå robustheden af de observerede sammenhænge.

References:

1. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):220-36.
2. Carbonell A, Navarro-Perez JJ, Mestre MV. Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1366-79.
3. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022.
4. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsen - en systematisk litteraturgennemgang. 2022.
5. C R. [En ubærlig ventetid for psykiatriske patienter - og desværre helt forudsigelig]. *Ugeskrift for læger*. 2023;185(16):1.
6. Katschnig H, Strassmayr C, Endel F, Berger M, Zauner G, Kalseth J, et al. Using national electronic health care registries for comparing the risk of psychiatric re-hospitalisation in six European countries: Opportunities and limitations. *Health Policy*. 2019;123(11):1028-35.
7. Katschnig H, Strassmayr C, Endel F, Posch M, Steiner I. Are early post-discharge physician contacts associated with 30-day psychiatric re-hospitalisation? A nationwide claims data based retrospective cohort study in Austria free of immortal time bias. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2023:e1983.
8. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):449.
9. Zhou H, Ngune I, Albrecht MA, Della PR. Risk factors associated with 30-day unplanned hospital readmission for patients with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(1):30-53.
10. Tulloch AD, David AS, Thornicroft G. Exploring the predictors of early readmission to psychiatric hospital. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(2):181-93.
11. Callaly T, Hyland M, Trauer T, Dodd S, Berk M. Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk. *Aust Health Rev*. 2010;34(3):282-5.
12. Owusu E, Oluwasina F, Nkire N, Lawal MA, Agyapong VIO. Readmission of Patients to Acute Psychiatric Hospitals: Influential Factors and Interventions to Reduce Psychiatric Readmission Rates. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(9).

Table 1 Unadjusted and adjusted Cox proportional hazards regression analysis of 14-day readmission risk following an unplanned psychiatric visit and subsequent general practitioner contact

	Unadjusted			Adjusted		
	HR	95% CI	P-value	HR	95% CI	P-value
GP contact	0.40	0.38–0.40	<0.001	0.39	0.38–0.40	<0.001
GP oncall	0.91	0.86–0.97	0.002	0.80	0.76–0.84	<0.001
Male				0.91	0.87–0.95	<0.001
Age groups,						
<18 years				1	(base)	<0.001
18-49 years				1.52	1.41–1.65	<0.001
50-69 years				1.62	1.48–1.78	<0.001
>70 years				1.49	1.36–1.64	<0.001
Length of stay						
1 day				1	(base)	<0.001
2-3 days				0.94	0.91–0.97	<0.001
4- 7 days				0.76	0.73–0.79	<0.001
8-30 days				0.54	0.52–0.56	<0.001
>30 days				0.35	0.33–0.36	<0.001
Discharge diagnosis, ICD10						
F00-F09, Organic etc.				1.59	1.35–1.89	<0.001
F10-F19, Substance use etc.				1.59	1.49–1.69	<0.001
F20-F29, Schizophrenia etc.				1.84	1.73–1.96	<0.001
F30-F39, Mood disorders etc.				1.22	1.15–1.29	<0.001
F40-F49, Neuro disorders etc.				1	(base)	<0.001
F50-F59, Physiological disturbances etc.				1.64	1.42–1.89	<0.001
F60-69, Personality disorders etc.				2.51	2.31–2.72	<0.001
F70-F79, Mental retardation etc.				2.34	2.06–2.66	<0.001
F80-F89, Development disorders etc.				2.21	1.92–2.55	<0.001
F90-F99, Child and adolescent disorders etc.				1.27	1.16–1.39	<0.001
Z00-Z99, Observation for mental disorders etc.				1.21	1.15–1.26	<0.001
Other.				1.74	1.59–1.91	<0.001
The region responsible for the health service						
Capital Region of Denmark				1	(base)	
Central Denmark Region				1.13	1.05–1.23	0.001
North Denmark Region				0.80	0.75–0.86	<0.001
Region Zealand				1.08	1.02–1.14	0.010
Region of Southern Denmark				1.01	0.95–1.07	0.837

TAK FOR OPMÆRKSOMHEDEN!

Søren Bie Bøgh
soren.bie.bogh@rsyd.dk