Regionshuset
Viborg

Koncernøkonomi

Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7841 0000
kontakt@rm.dk
www.rm.dk

Bilag 1: Opfølgning på opgaveflytning vedrørende KOL og diabetes type 2
pr 30. august 2019

Dato 13-11-2019
Anders Lundgård Kisum Nielsen

anders.kisum@rm.dk
1-30-72-176-19

Formålet med dette notat er at give en afsluttende afrapportering på udflytningen af KOL- og diabetes type 2-patienter fra ambulatorier til almen praksis, som det var aftalt i overenskomsten. I implementeringsplanen er det beskrevet, at flytningen af patienter skulle påbegyndes 1. september 2018 og være afsluttet 31. august 2019. Derfor er dette en afrapportering på, hvordan flytningen er foregået over hele implementeringsperioden.

1. Den forventede flytning af patienter

I forbindelse med udarbejdelsen af implementeringsplanen i Region Midtjylland blev der anvendt DRG-data til at estimere omfanget af patienter, som ville kunne flyttes til almen praksis. I arbejdet hermed viste en række udfordringer sig dog, herunder:

- at de kriterier som er beskrevet i overenskomsten ikke er tilstrækkelige eller ikke er tilgængelige i data
- at det har vist sig vanskeligt at afgrænse målgruppen
- at hospitalernes registreringspraksis betyder, at det er vanskeligt at identificere målgrupperne
- at en del af patienterne allerede inden overenskomsten er flyttet ud i almen praksis

At anvende DRG-data viste sig således for usikkert til estimeringen. I stedet blev der på to hospitalsenheder foretaget audits/patientgennemgange til at estimere antallet af patienter, som kunne flyttes fra hospitalerne til almen praksis. Estimaterne lyder her, at ca. 10 % af KOL-patienterne i Region Midtjylland (svarende til ca. 400 patienter) og mellem 2 og 22 % af diabetes type 2-patienterne i Region Midtjylland (svarende til ca. 100-1200 patienter) ville kunne flyttes.

Da estimaterne alene er baseret på to hospitalsenheder, er disse forbundet med stor usikkerhed, hvorfor der ikke blev fastlagt nogen målsætning i implementeringsplanen. På baggrund af patientgennemgangene var det dog forventningen, at der kunne flyttes væsentligt færre patienter end det forventede antal, som fremgår af overenskomsten. I overenskomstaftalen er det således forventningen, at ca. 25.000 diabetes type 2 patienter kan flyttes fra hospitalerne på landsplan. I Region Midtjylland svarer det til ca.

5.330 patienter. Altså, er det antal diabetes type 2-patienter, som maksmalt kan flyttes ifølge patientgennemgange, kun knap en fjerdedel af det antal patienter, som forventes udflyttet i overenskomsten.
Der er ikke oplistet noget konkret antal KOL-patienter, som forventes flyttet i overenskomsten. Det har ifølge Danske Regioner været svært at sætte tal på, hvor mange KOL-patienter, der kan flyttes ud i almen praksis, da dele af aktiviteten stadig vil foregå i hospitalsregi.

2. Status på flytning af patienter

Som beskrevet skulle flytningen ifølge implementeringsplanen påbegyndes 1. september 2018 og være afsluttet 31. august 2019.

På baggrund af den beskrevne opfølgning i implementeringsplanen har administrationen udarbejdet BI-rapporter til hospitalerne til brug i det videre arbejde med udflytningen af patienterne. Hospitalerne blev tilbudt muligheden for at kommentere på rapporterne forud for den midtvejsstatus, der blev udarbejdet i starten af 2019.

Til den overordnede opfølgning er der udarbejdet analyser på baggrund af den beskrevne opfølgning i implementeringsplanen vedrørende ambulante besøg og unikke patienter med KOL/diabetes type 2, antal patienter i almen praksis tilmeldt kronikerhonorar, akutte forløb blandt patienter med KOL/diabetes type 2 samt kronikerborgernes forbrug af ydelser før og efter implementering af den nye overenskomst.

Herudover er der udarbejdet en populationsanalyse på baggrund af udflytningen af patienterne for at imødekomme løbende uafhængige ændringer i ambulatorieaktiviteten, som f.eks. kan skyldes en øget sygdomsforekomst og ændringer i sygdommens sværhedsgrad i befolkningen. I populationsanalyserne tages der udgangspunkt i patienter, som i 2017 modtog behandling for deres kroniske sygdom på et af regionens ambulatorier. Disse patienter tilhører således ambulatoriepopulationen for 2017. For disse patienter undersøges det, hvor mange der fra 1. januar 2018 (hvor kronikerhonoraret i almen praksis trådte i kraft) tilmeldes kronikerhonoraret[1] i almen praksis, og regnes som udflyttede. Overenskomsten trådte i kraft 1. januar 2018, og for at have et reelt billede af populationen før overenskomsten trådte i kraft ses der på ambulatoriepopulationen fra 2017.
Ovenstående metode betyder dog, at patienter fra ambulatoriepopulationerne, som modtager 'almindelige' ydelser i almen praksis (konsultation, telefonkonsultation mm.) ikke regnes som udflyttede, selvom deres behandling på ambulatorie måtte være afsluttet. Dermed kan forkert registreringspraksis i almen praksis være med til at underestimere udflytningen af patienter fra ambulatorierne.

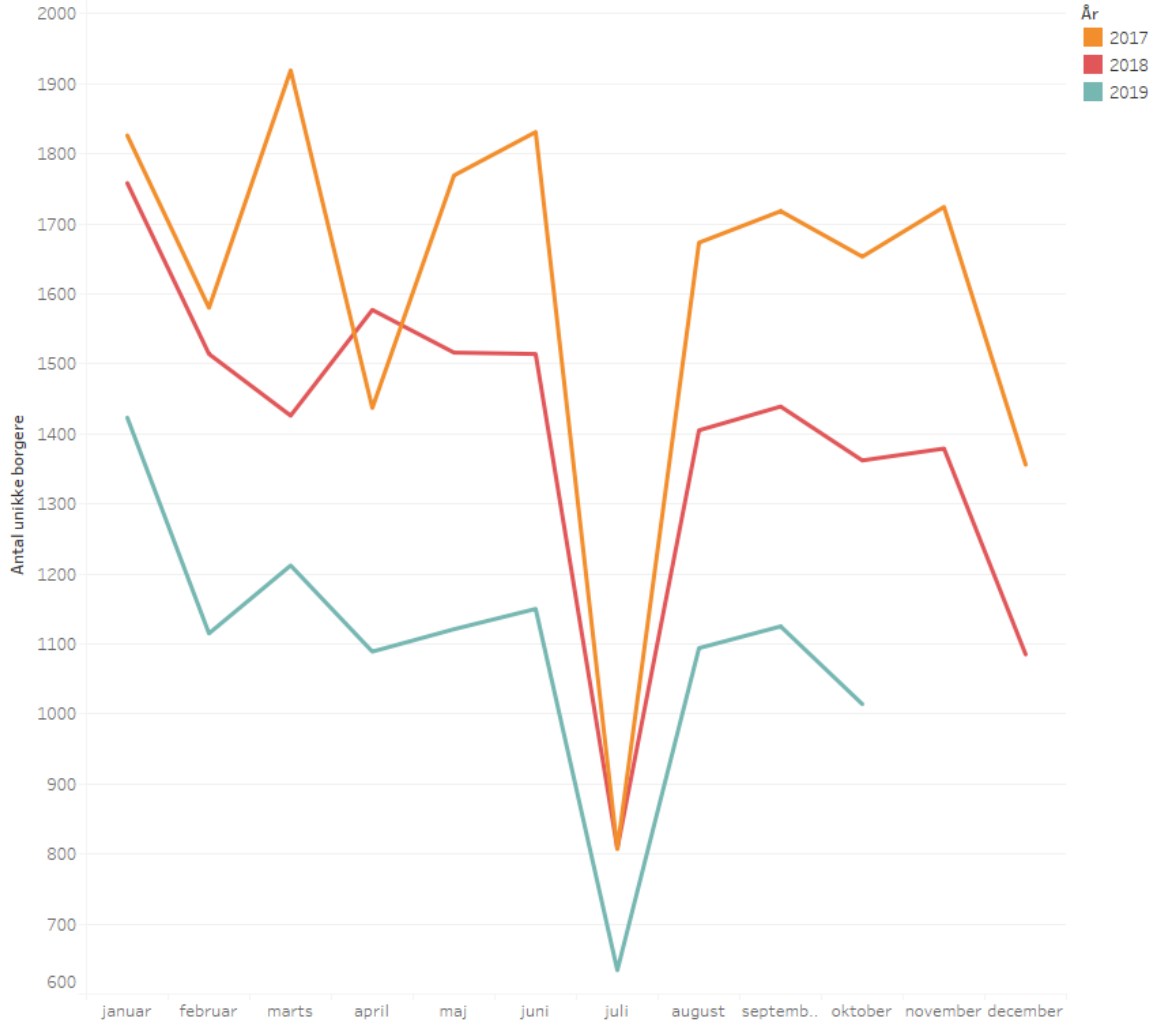
2.1 Diabetes type 2

Ambulant aktivitet

Figur 1 herunder viser, hvor mange unikke patienter pr. måned, der har haft ambulante besøg med aktionsdiagnose diabetes type 2. Her sammenlignes patienttallet for år 2017 (orange), 2018 (rød) og 2019 (blå)

[1] Kronikerhonoraret er den ydelse, som den praktiserende læge modtager for en KOL- eller diabetes type 2-patient, hvor praksis er behandlingsansvarlig for den kroniske sygdom ved patienten.

Figur 1: Unikke borgere på ambulatorie, diabetes type 2



Note: Data er udtrukket via EPJ (PAS-data) for årene 2017, 2018 og 2019 og viser antal unikke ambulante patienter med diabetes type 2. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DE11-diagnose (type 2 diabetes).

Figur 1 viser, at antallet af unikke borgere på ambulatorierne er lavere i 2018 sammenlignet med 2017 – dette gør sig særligt gældende i de sidste måneder af året, hvilket falder sammen med implementeringen af OK18. Figur 1 viser yderligere, at denne udvikling er fortsat ind i 2019, hvor antallet af unikke borgere i alle måneder ligger under niveauet for 2018.

De nedenstående tabeller gennemgår udviklingen på de enkelte ambulatorier. Der ses således på perioden 1. september 2017 – 31. august 2018 og 1. september 2018 – 31. august. Som bekendt startede udflytningen officielt pr. 1. september 2018. Dermed er formålet med nedenstående tabeller at vise udviklingen i året op til implementeringen og det år, hvor implementeringen var planlagt til at vare.
Administrationen har gennemgået tilmeldingen af patienter fra 2017-ambulatoriepopulationen til kronikerhonorar. Gennemgangen viser, at udflytningen øjensynligt er startet tidligere end 1. september 2018. Det betyder, at forskellen mellem de to perioder i tabellerne ikke er udtryk for den samlede effekt af udflytningen, da noget af udflytningen er foregået i perioden inden 1. september 2018. Dermed underestimeres effekten.

Tabel 1 viser antallet af ambulante besøg, som foregik på regionens ambulatorier med aktionsdiagnose diabetes type 2 i hhv. perioden 1. september 2017 – 31. august 2018 og 1. september 2018 – 31. august 2019.

Tabel 1: Ambulante besøg på hospitaler, diabetes type 2

Hospital	1. september 2017 – 31. august 2018	1. september 2018 – 31. august 2019	Forskel i %
RHH	3.378	2.381	-29,51 %
AUH	9.082	6.956	-23,41 %
HEM	5.454	4.165	-23,63 %
HEV	2.913	2.304	-20,91 %
RHR	2.524	1.556	-38,35 %
Samlet	*23.351*	*17.362*	*-25,65 %*

Note: Data er udtrukket via EPJ (PAS-data) for perioderne 1. januar 2017 – 31. august 2018 og 1. januar 2018 – 31. august 2019, og viser antal unikke ambulante patienter med Diabetes type 2. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DE11-diagnose (type 2 diabetes).

Tabel 1 viser, at der på tværs af regionens ambulatorier er sket et fald i antallet af ambulante besøg. Faldet svarer til en reduktion på godt 25 %. Her ses det største relative fald på Regionshospitalet Randers, hvor faldet svarer til en reduktion på mere end 38 %.

Tabel 1a viser antallet af unikke patienter på regionens ambulatorier, som havde mindst et ambulant besøg med aktionsdiagnosen diabetes type 2 i hhv. perioden 1. september 2017 – 31. august 2018 og 1. september 2018 – 31. august 2019.

Tabel 1a: Unikke patienter på hospitaler, diabetes type 2

Hospital	1. september 2017 – 31. august 2018	1. september 2018 – 31. august 2019	Forskel i %
RHH	819	685	-16,36 %
AUH	2.365	2.148	-9,18 %
HEM	1.472	1.239	-15,83 %
HEV	979	830	-15,22 %
RHR	793	634	-20,05 %
Samlet[2]	6.325	5.431	-14,13 %

Note: Data er udtrukket via EPJ (PAS-data) for perioderne 1. januar 2017 – 31. august 2018 og 1. januar 2018 – 31. august 2019, og viser antal unikke ambulante patienter med Diabetes type 2. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DE11-diagnose (type 2 diabetes).

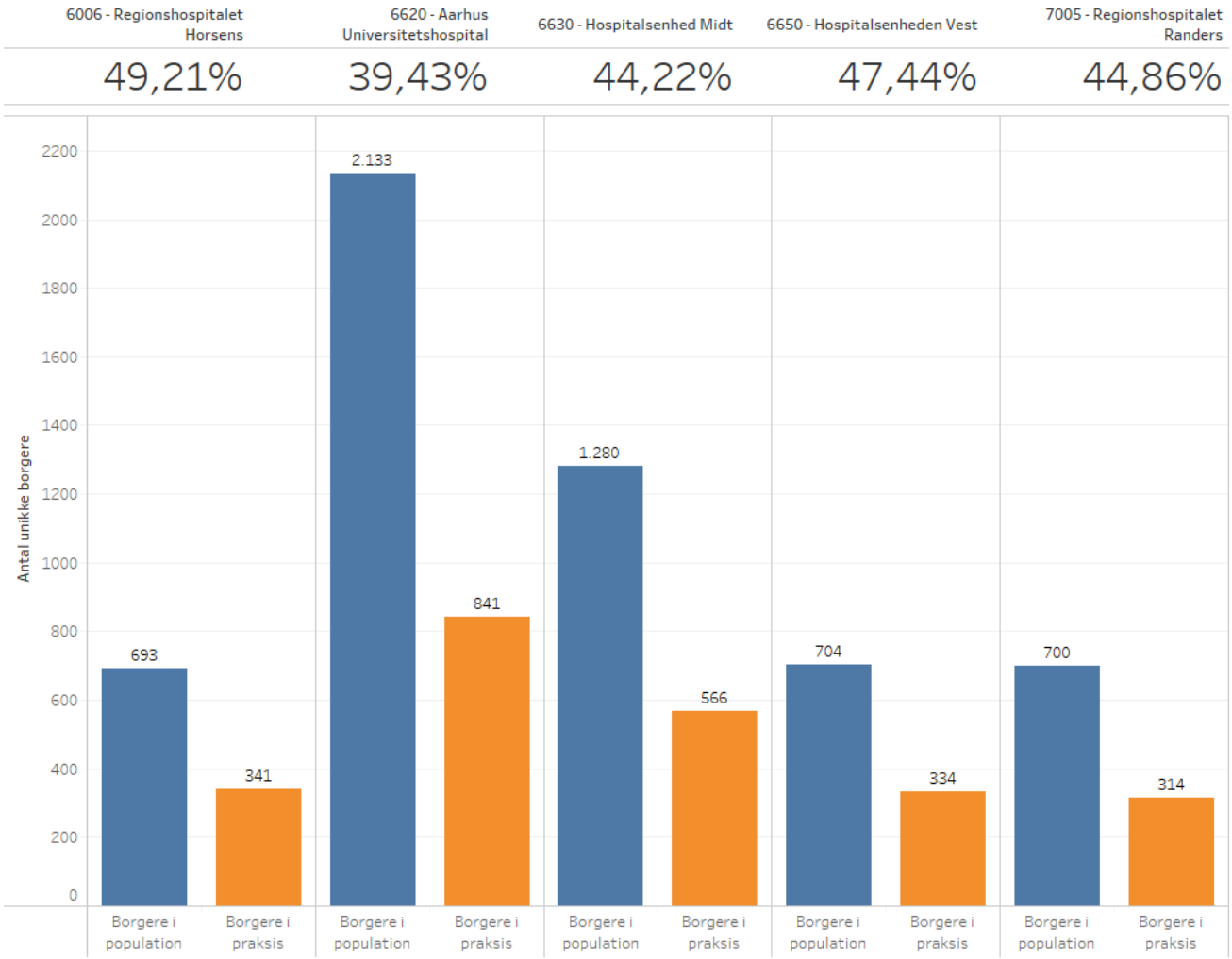
Tabel 1a viser, at der for alle regionens ambulatorier er sket fald i antallet af unikke borgere, som behandles på ambulatorie. Dette fald svarer til en reduktion på godt 14 %. Det største relative fald ses på Regionshospitalet Randers, hvor væksten svarer til et fald på ca. 20 %. Det taler for at hospitalerne er lykkedes med at udflytte dele af aktiviteten fra ambulatorierne.

Udflytning af patienter

Figur 2 herunder viser, hvordan diabetes type 2-ambulatoriepopulationen i 2017 fordelte sig på de fem hospitalsenheder, samt hvor mange af disse patienter, som fra 1. januar 2018 – 31. august 2019 er flyttet til almen praksis.

[2] Da den samme patient kan have ambulante besøg på flere hospitaler, kan man ikke udregne det samlede antal patienter ved at lægge tallene for de forskellige ambulatorier sammen.

Figur 2: Udflyttede patienter pr. hospital, diabetes type 2



Note: Ambulatoriepopulationen er estimeret ud fra DRG-databasen i regionens datavarehus på baggrund af antallet af unikke patienter, der har haft mindst et planlagt diabetes type 2-relateret besøg på et af regionens ambulatorier. Hertil er foretaget yderligere afgrænsning på udvalgte stamafdelinger, patienter skal være borger i Region Midtjylland på besøgstidspunktet og minimum 20 år. Desuden er der sket frasortering af procedurer for at sikre, at behandleransvaret er placeret på ambulatoriet. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DE11-diagnose (type 2 diabetes) eller DE14 (ikke specificeret diabetes), hvor sidstnævnte skal have en bidiagnose i DE11 (type 2 diabetes). Denne yderligere diagnosekode er taget med for at imødekomme forskellige registreringspraksis og give et supplerende billede på den forventede flytning. Døde er udeladt af populationen. Antal i praksis er identificeret på baggrund af afregning af kronikerhonorar i PRAKSYS-data i regionens datavarehus. De relevante ydelser for diabetes type 2 er 0131 og 0132. Patienten i praksis må ikke have modtaget en afslutningsydelse for kronikerhonorar (0133) på et senere tidspunkt end seneste kronikerydelse på enten 0131 eller 0132.

Figur 2 viser, at der er nogen spredning mellem, hvor stor en andel af patienterne fra 2017-ambulatoriepopulationen, som er blevet flyttet. Således varierer andelen mellem ca. 39 % på AUH og ca. 48 % på Regionshospitalet Horsens. Generelt ses det dog, at alle hospitalerne har flyttet flere patienter end det maksimale estimat som patientgennemgangene viste.

For at kontrollere om de udflyttede patienter har 'forladt' ambulatorierne, er det blevet undersøgt, hvor mange af de patienter, som i 2018 er tilmeldt kronikerhonorar (0131 og 0132 for diabetes type 2), der i perioden 1. januar 2019 – 31. august 2019 har haft ambulante besøg. Patienterne må ikke på noget tidspunkt i perioden 1. januar 2018 – 31. august 2019 være blevet afsluttet på kronikerhonoraret (0133).

Patienter tilmeldt kronikerhonoraret i 2018 må således forventes at have afsluttet deres planlagte aktivitet ifm. deres kroniske sygdom i hospitalsregi for 2019.

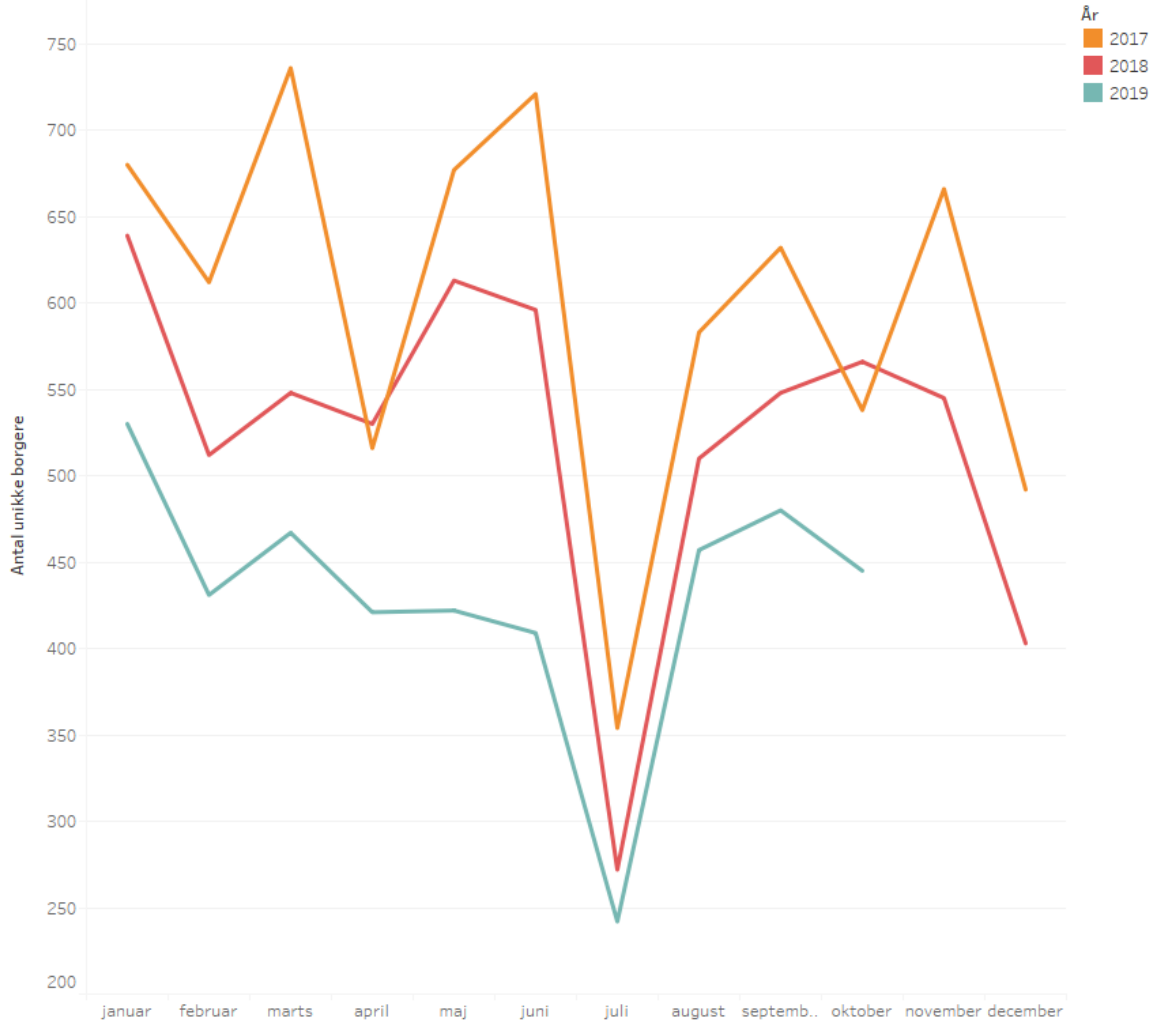
Analysen viser, at 1508 borgere fra diabetes type 2- ambulatoriepopulationen fra 2017 var tilmeldt kronikerhonoraret i almen praksis i løbet af 2018. Af disse borgere har 189 haft ambulante besøg på hospital i perioden 1. januar – 31. august 2019 – det svarer til ca. 12,5 % af de udflyttede borgere[3].

2.2 KOL

Ambulant aktivitet

Figur 3 herunder viser antallet af unikke borgere på ambulatorie pr. måned, som har haft ambulante besøg med aktionsdiagnose DJ44. Her sammenlignes patienttallet for år 2017 (orange), 2018 (rød) og 2019 (blå).

Figur 3: Unikke borgere på ambulatorie, KOL



Note: Data er udtrukket via EPJ (PAS-data) for årene 2017, 2018 og 2019 og viser antal unikke ambulante patienter med KOL. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DJ44-diagnose (KOL).

Figur 3 viser, at antallet af unikke patienter på ambulatorie i de fleste måneder af 2018 ligger under niveauet for samme måned i 2017. I 2019 er udviklingen mere tydelig, hvor det ses, at der for alle måneder i 2019 er færre unikke borgere på ambulatorie end samme måned i 2018.

[3] Efter skiftet til LPR3 registreres det ikke længere, om et ambulant besøg var planlagt eller ej. Derfor kan der ikke skelnes mellem akutte og planlagte ambulante besøg.

De nedenstående tabeller gennemgår udviklingen på de enkelte ambulatorier. Der ses således på perioden 1. september 2017 – 31. august 2018 og 1. september 2018 – 31. august. Som bekendt startede udflytningen officielt pr. 1. september 2018. Dermed er formålet med nedenstående tabeller at vise udviklingen i året op til implementeringen og det år, hvor implementeringen var planlagt til at vare.

Administrationen har gennemgået tilmeldingen af patienter fra 2017-ambulatoriepopulationen til kronikerhonorar. Gennemgangen viser, at udflytningen øjensynligt er startet tidligere end 1. september 2018. Det betyder, at forskellen mellem de to perioder i tabellerne ikke er udtryk for den samlede effekt af udflytningen, da noget af udflytningen er foregået i perioden inden 1. september 2018. Dermed underestimeres effekten.

Tabel 2 viser antallet af ambulante besøg, som foregik på regionens ambulatorier med aktionsdiagnose KOL i hhv. perioden 1. september 2017 – 31. august 2018 og 1. september 2018 – 31. august 2019.

Tabel 2: Ambulante besøg på hospitaler, KOL

Hospital	1. september 2017 – 31. august 2018	1. september 2018 – 31. august 2019	Forskel i %
RHH	1.119	1.174	4,92 %
AUH	2.510	1.712	-31,79 %
HEM	2.034	2.024	-0,49 %
HEV	1.311	1.141	-12,97 %
RHR	527	447	-15,18 %
Samlet[4]	7.501	6.498	-13,37 %

Note: Data er udtrukket via EPJ (PAS-data) for perioderne 1. januar 2017 – 31. august 2018 og 1. januar 2018 – 31. august 2019, og viser antal unikke ambulante patienter med KOL. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DJ44-diagnose (KOL).

Tabel 2 viser, at der generelt er sket et fald i antallet ambulante besøg på regionens ambulatorier i året for implementeringen af overenskomsten sammenlignet med året inden. Samlet svarer faldet til en reduktion i antal ambulante besøg på godt 13 %. Dog ses det, at der på Regionshospitalet Horsens har været en stigning i antallet af ambulante besøg.

Tabel 2a herunder viser antallet af unikke patienter på regionens ambulatorier, som havde mindst ét ambulant besøg med aktionsdiagnosekoden KOL i de to ovenfor skitserede perioder.

Tabel 2a: Unikke patienter på hospitaler, KOL

Hospital	1. september 2017 – 31. august 2018	1. september 2018 – 31. august 2019	Forskel i %
RHH	543	625	15,10 %
AUH	1.013	773	-23,69 %
HEM	913	854	-6,46 %
HEV	809	729	-9,89 %
RHR	363	324	-10,74 %
Samlet	3.610	3.250	-9,97 %

Note: Data er udtrukket via EPJ (PAS-data) for perioderne 1. januar 2017 – 31. august 2018 og 1. januar 2018 – 31. august 2019, og viser antal unikke ambulante patienter med KOL. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DJ44-diagnose (KOL).

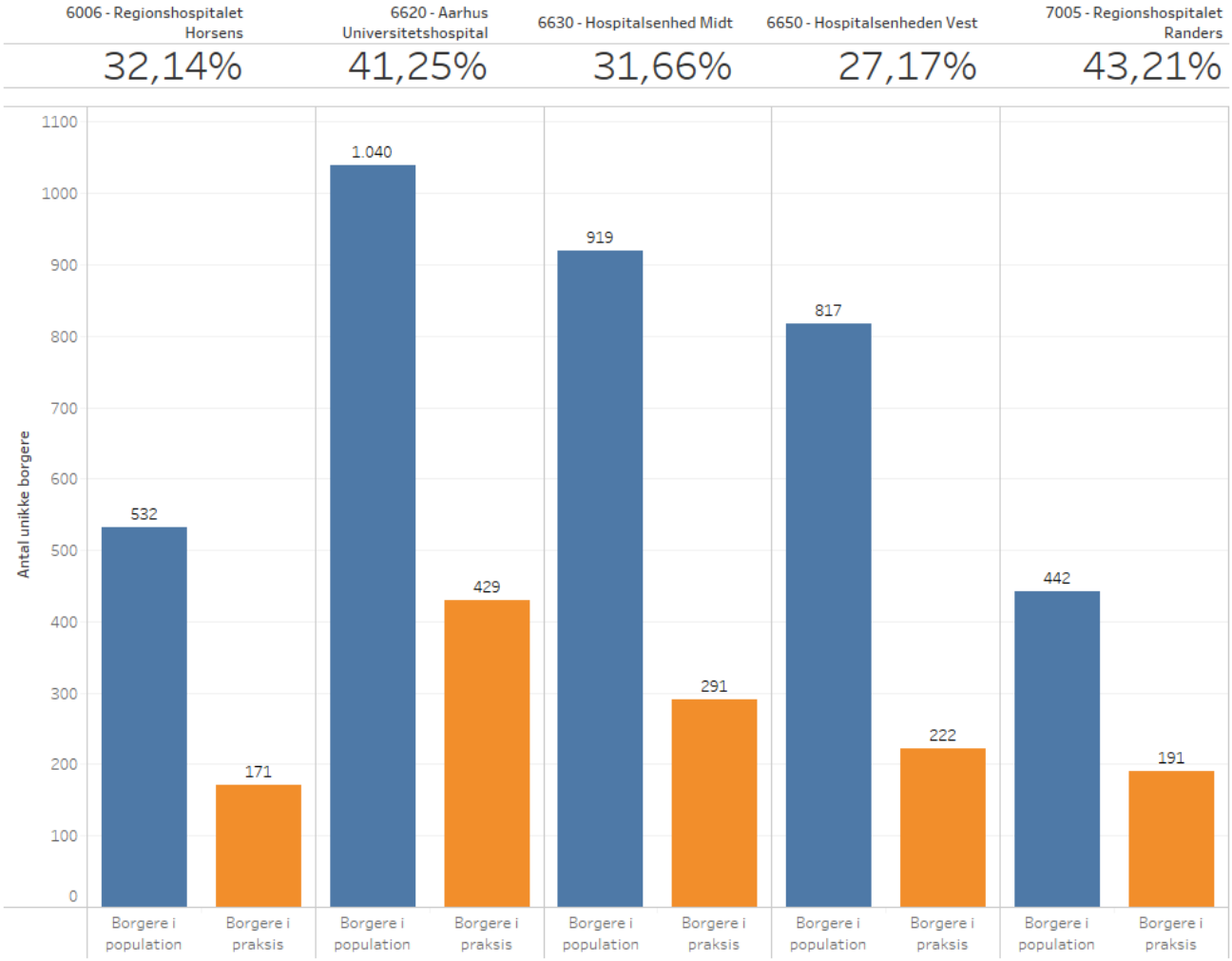
[4] Da den samme patient kan have ambulante besøg på flere hospitaler, kan man ikke udregne det samlede antal patienter ved at lægge tallene for de forskellige ambulatorier sammen.

Tabel 2a viser, at der generelt er sket et fald på tværs af ambulatorier, hvor det største relative fald ses på AUH, hvor væksten svarer til et fald på 24 %. Dog ses det, at der på Regionshospitalet Horsens har været en vækst i antallet af patienter fra året inden implementeringen af overenskomsten sammenlignet med året for implementeringen.

Udflytning af patienter

Figur 4 herunder viser, hvordan KOL-ambulatoriepopulationen i 2017 fordelte sig på de fem hospitalsenheder, samt hvor mange af disse patienter, som fra 1. januar 2018 – 31. august 2019 er flyttet til almen praksis.

Figur 4: Udflyttede patienter pr. hospital, KOL



Note: Ambulatoriepopulationen er estimeret ud fra DRG-databasen i regionens datavarehus på baggrund af antallet af unikke patienter, der har haft mindst et planlagt KOL-relateret besøg på et af regionens ambulatorier. Hertil er foretaget yderligere afgræsning med krav om lungefunktionsundersøgelse (spiometri), patienter skal være borgere i Region Midtjylland på besøgstidspunktet og minimum 35 år. Patientens aktionsdiagnose indeholder en DJ44-diagnose (KOL) eller DJ96 (Respirationsinsufficiens IKA), hvoraf sidstnævnte skal have bidiagnose i DJ44 (KOL). Denne yderligere diagnosekode er taget med for at imødekomme forskelle i registreringspraksis og give et supplerende billede på den forventede flytning. Døde er udeladt af populationen. Antal i praksis er identificeret på baggrund af afregning af kronikerhonorar i PRAKSYS-data i regionens datavarehus. De relevante ydelser for KOL er 0130 og 0132. Patienten i praksis må ikke have modtaget en afslutningsydelse for kronikerhonorar (0133) på et senere tidspunkt end seneste kronikerydelse på enten 0130 eller 0132.

Figur 4 viser, at der er en væsentlig variation mellem, hvor stor en andel af patienterne fra 2017-ambulatoriepopulationen, som de forskellige hospitaler har flyttet. Således varierer andelene mellem ca. 42 % på Regionshospitalet Randers og ca. 27 % på Hospitalsenheden

Vest. Generelt viser figur 4 dog, at alle hospitalerne har flyttet flere patienter end det var forventet på baggrund af patientgennemgange.

For at kontrollere om de udflyttede patienter har 'forladt' ambulatorierne, er det undersøgt, hvor mange af de patienter, som i 2018 er tilmeldt kronikerhonorar (0130 og 0132 for KOL), der i perioden 1. januar 2019 – 31. august 2019 har haft ambulante besøg. Patienterne må ikke på noget tidspunkt i perioden 1. januar 2018 – 31. august 2019 være blevet afsluttet på kronikerhonoraret (0133).
Patienter tilmeldt kronikerhonoraret i 2018, må således forventes at have afsluttet deres ambulante aktivitet ifm. deres kroniske sygdom i hospitalsregi i 2019.

Analysen viser, at 850 borgere fra KOL-ambulatoriepopulationen fra 2017 var tilmeldt kronikerhonoraret i almen praksis i løbet af 2018. Af disse borgere har 164 haft ambulante besøg på hospital i perioden 1. januar – 31. august 2019 – det svarer til ca. 19 % af de udflyttede borgere[5].

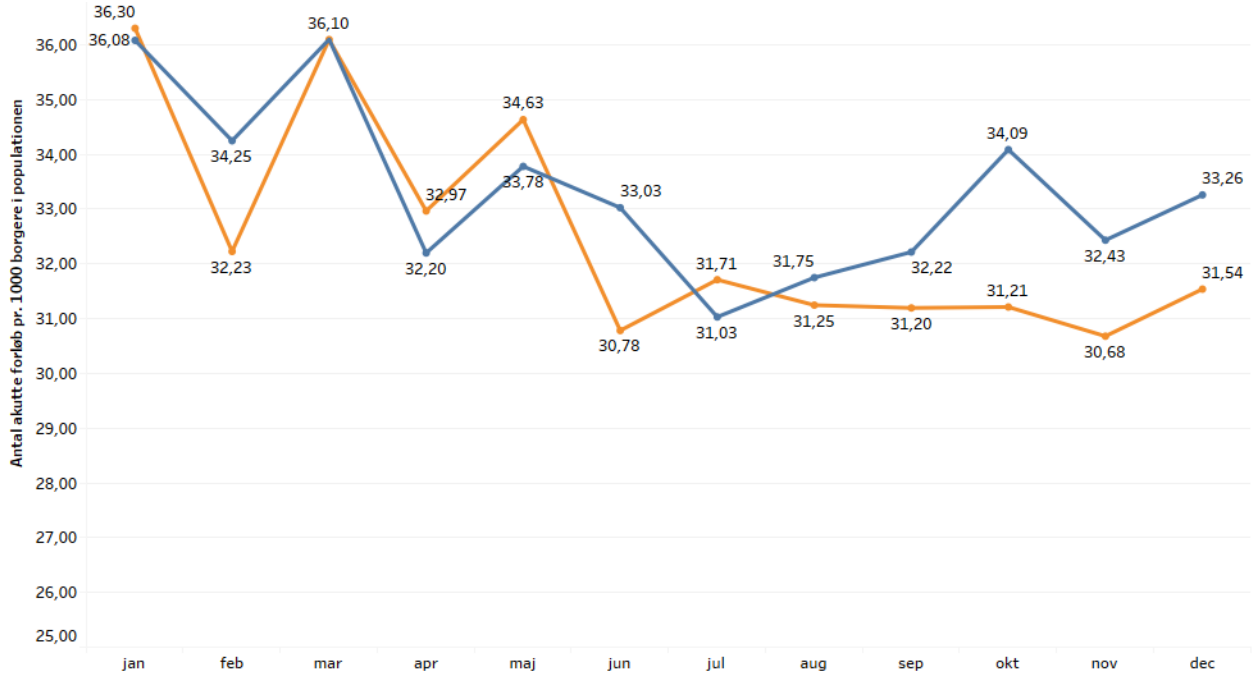
3. Akutte forløb blandt patienter med KOL og diabetes type 2
Det er vigtigt at følge op på udviklingen i akutte forløb blandt KOL- og diabetes type 2-patienter, hvoraf nogle er udflyttet til almen praksis, for at sikre, at kvaliteten af den behandling patienterne modtager er høj nok.

Til at undersøge dette ses der på udviklingen i akutte forløb for to forskellige ambulatoriepopulationer. Således undersøges ambulatoriepopulationen for 2016's akutte forløb i 2017 med ambulatoriepopulationen for 2017's akutte forløb i 2018. Den gennemsnitlige sygdomstilstand for patienterne må således forventes at være den samme i to års ambulatoriepopulationer. Ved at se på 2016-populationens akutte forløb i 2017 undersøges således et fuldt års akutte forløb inden kronikerhonoraret trådte i kraft 2018. Modsat undersøges for 2017-populationen de akutte forløb i 2018, hvor kronikerhonoraret – og dermed udflytningen af patienter – er trådt i kraft. Når der ikke kan forventes at være forskelle i den gennemsnitlige sygdomstilstand, kan en forskel i antallet af akutte forløb således forventes at skyldes ændringer udenfor patientgruppen – for eksempel udflytning af dele af populationen til almen praksis[6].

Figur 5 herunder viser udviklingen i antallet af i antallet af akutte forløb blandt diabetes type 2 patienter (pr. 1000 patienter).

[5] Efter skiftet til LPR3 registreres det ikke længere, om et ambulant besøg var planlagt eller ej. Derfor kan der ikke skelnes mellem akutte og planlagte ambulante besøg.
[6] Ambulatoriepopulationen for 2017's aktivitet i 2018 anvendes som indikator for udviklingen efter den nye overenskomst, da overgangen til LPR3 har resulteret i databrud fra februar 2019. Ligeså er oplysningerne registreret på en anden måde, hvorfor data før og efter LPR3 ikke er sammenlignelige.

Figur 5: Akutte forløb blandt diabetes type 2-populationerne



År	Antal akutte forløb pr. 1000 borgere i populationen	Procentvis ændring i fht. året før
2017	400,21	
2018	390,59	-2,40%

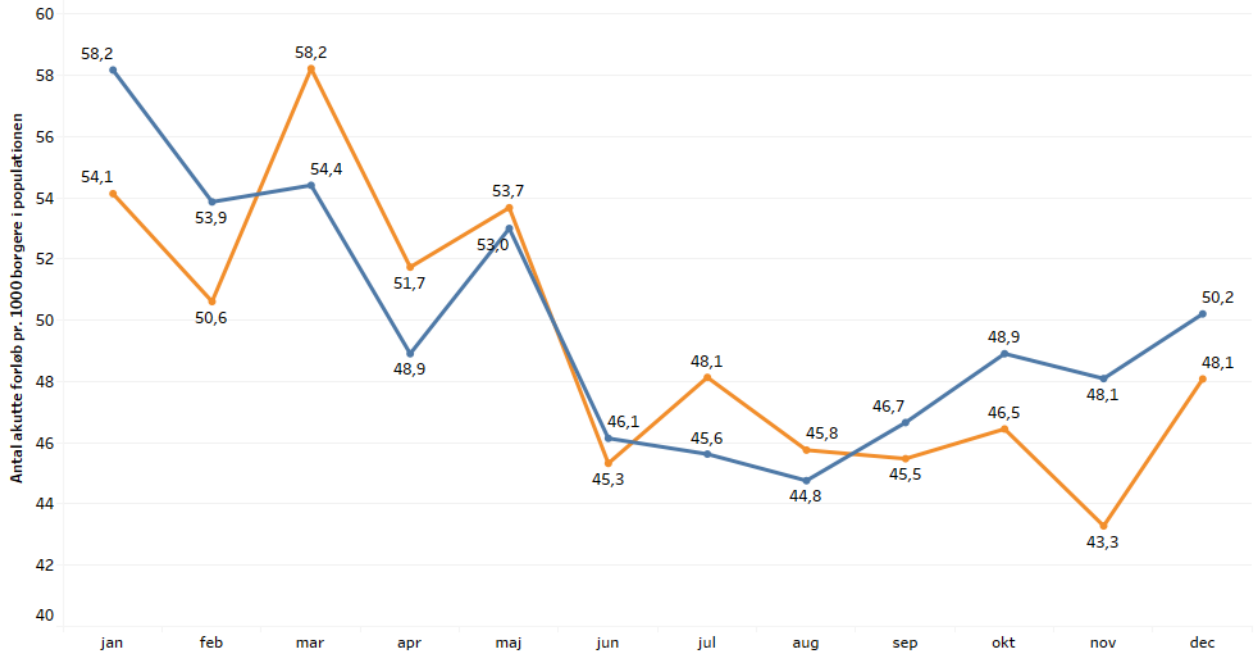
Note: Beregningen af sygdomspopulationerne – KOL og Type 2-diabetes - læner sig tæt op ad beregningsmetoden i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), og er baseret på medicinkøb og LPR-diagnoser. De akutte forløb består af en eller flere sammenhængende kontakter, som kan være akut ambulante kontakter eller akutte indlæggelseskontakter. Forløbene kan således f.eks. være en enkelt akut ambulant kontakt, en akut ambulant kontakt efterfulgt af en (akut) indlæggelse, eller af en akut indlæggelse o.s.v.

Ud fra ovenstående synes der ikke at være nogen væsentlig udvikling i antallet af akutte forløb de to populationer imellem. Afgrænses der til alene at se på akutte forløb, hvor aktionsdiagnosen er relateret til diabetes type 2[7], ses heller ingen stigning i antallet af akutte forløb – snarere synes der at være sket et fald i antallet af akutte forløb. Dette taler for, at der ikke er sket en stigning i antallet af akutte forløb for diabetes type 2-patienter i takt med, at dele af patienterne er blevet flyttet til almen praksis.

Figur 6 herunder viser udviklingen i antallet af i antallet af akutte forløb blandt KOL patienter (pr. 1000 patienter).

[7] Aktionsdiagnoser som regnes for diabetes type 2-relaterede: DE111, DE112, DE114, DE115, DE115A, DE115B, DE115C, DE116, DE117, DE118, DE119, DE119A, DI702A, DL891A, DL979, DN300, DR739 og DZ034.

Figur 6: Akutte forløb blandt diabetes KOL-populationerne



År	Antal akutte forløb pr. 1000 borgere i populationen	Procentvis ændring i fht. året før
2017	598,8	
2018	590,9	-1,31%

År (baseret på de akutte forløbs starttidspunkt)
2017 2018

Note: Beregningen af sygdomspopulationerne – KOL og Type 2-diabetes - læner sig tæt op ad beregningsmetoden i Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), og er baseret på medicinkøb og LPR-diagnoser. De akutte forløb består af en eller flere sammenhængende kontakter, som kan være akut ambulante kontakter eller akutte indlæggelseskontakter. Forløbene kan således f.eks. være en enkelt akut ambulant kontakt, en akut ambulant kontakt efterfulgt af en (akut) indlæggelse, eller af en akut indlæggelse o.s.v.

Ud fra ovenstående synes der ikke at være nogen væsentlig udvikling i antallet af akutte forløb de to populationer imellem. Afgrænses der til alene at se på akutte forløb, hvor aktionsdiagnosen er relateret til KOL[8], ses heller ingen stigning i antallet af akutte forløb. Dette taler for, at der ikke er sket en stigning i antallet af akutte forløb for KOL-patienter i takt med at dele af patienterne er blevet flyttet til almen praksis.

4. Kronikerhonorar i almen praksis

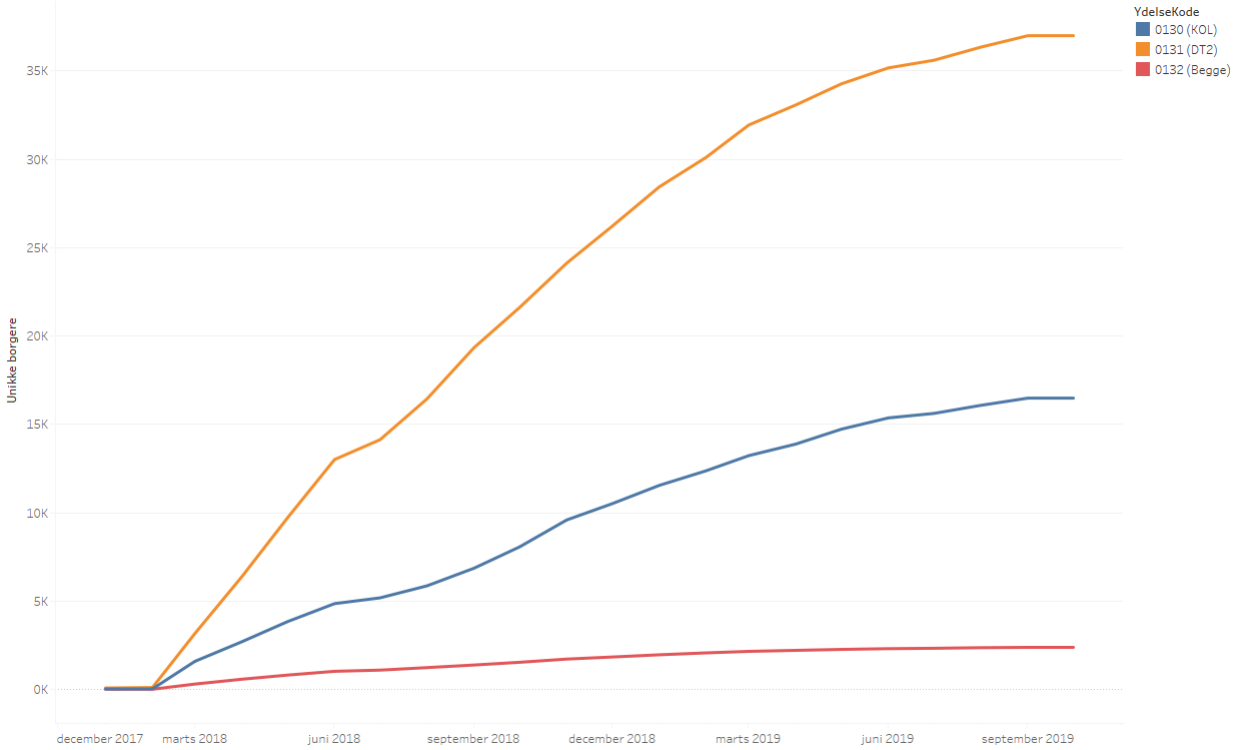
Ovenstående analyser har vist, hvor mange patienter, der er blevet udflyttet fra ambulatorierne. I forlængelse heraf kan det nævnes, at der i perioden 1. januar 2018 – 31. august 2019 er tilmeldt følgende antal patienter på kronikerhonorar i almen praksis, som ikke har modtaget afslutningsydelse på sit kronikerhonorar som seneste ydelse.

- 0130, kronikerhonorar for patienter med KOL: 17.011
- 0131, kronikerhonorar for patienter med diabetes type 2: 38.101
- 0132, kronikerhonorar for patienter med både KOL og diabetes type 2: 3.638

[8] Aktionsdiagnoser som regnes for KOL-relaterede: DJ139, DJ139A, DJ149, DJ151, DJ152, DJ154, DJ155, DJ158, DJ189, DJ180, DJ181, DJ188, DJ189, DJ440, DJ441, DJ448, DJ448A, DJ448B, DJ448C, DJ449, DJ459, DJ819, DJ960, DJ961, DJ969, DM549, DN300, DR060, DR074, DZ034 og DZ038.

Figur 7 herunder viser endvidere, hvor mange (nye) unikke patienter, der hver måned fra januar 2018 er blevet tilmeldt et af de tre kronikerhonorar, og som har haft sin første kontakt med egen læge, der er afregnet som kronikerhonorar (dvs. kontakten kan have været enten en konsultation, telefonkonsultation, e-konsultation eller en årskontrol).

Figur 7: Patienter tilmeldt kronikerhonorar i almen praksis



Note: Antal unikke patienter som har modtaget kronikerhonorar og har haft kontakt til egen læge via enten en konsultation, telefonkonsultation, e-mail konsultation eller årskontrol er identificeret på baggrund af kronikerhonorar ydelserne vedrørende KOL (0130), diabetes type 2 (0131) og KOL og diabetes type 2 (0132) i PRAKSYS data i regionens datavarehus. Altså tæller hver patient kun en gang.

Figur 7 viser, at patienterne er blevet tilmeldt de tre kronikerhonorar fra starten af 2018, hvorefter tilgangen af unikke patienter stiger jævnt henover hele året og gennem de første måneder af 2019. Fra marts 2019 ses en stagnering i stigningen af unikke patienter, der tilmeldes kronikerhonorar. Dog tilmeldes der stadig jævnt med patienter herefter.

5. Kronikerborgernes[9] forbrug af ydelser før og efter implementering af ny overenskomst

For at kunne sammenligne mellem forskellige overenskomster og en fast kronikerpopulation, undersøges det i nedenstående kronikerborgere, som var tilmeldt kronikerhonoraret i 2018. Disse patienters forbrug af ydelser sammenlignes for perioderne 1. januar 2017- 31. august 2017 med 1. januar 2019 – 31. august 2019. Dermed kan forbruget sammenlignes før og efter overenskomsten. Dog er der ikke tale om en 'alt andet lige'-sammenligning, da kronikerpatienternes sygdom, samlet set, må forventes at blive forværret fra den første til den anden periode. Derfor må kronikerpatienternes forbrug af ydelser også forventes at være højere i den anden periode ift. den første.
Forbruget hos kronikerborgerne sammenlignes med udviklingen hos den samlede population i Region Midtjylland. Dette vises i tabel 3 nedenfor.

[9] Kronikerborgere er defineret ved de borgere, som er tilmeldt et af de tre kronikerhonorarer i almen praksis.

Tabel 3: Forbrug af ydelser i almen praksis for kronikerborgere og alle borgere i Region Midtjylland

Ydelser	Kronikerborgere			Alle borgere i Region Midtjylland		
	1. januar – 31. august 2017	1. januar – 31. august 2019	Vækst	1. januar – 31. august 2017	1. januar – 31. august 2019	Vækst
Sygebesøg	3.716	8.598	131,4 %	48.930	59.767	22,1 %
Laboratorie undersøgelser	101.317	92.507	-8,7 %	1.086.745	999.203	-8,1 %
Samtaleterapi	1.029	1.437	39,7 %	41.579	49.934	20,1 %
Tillægsydelser	82.749	82.966	0,3 %	849.293	875.499	3,1 %

Kilde: PRAKSYS-data i regionens datavarehus

Tabel 3 viser, at væksten i sygebesøg er markant højere for gruppen af kronikerborgere end den er for regionen generelt. Ligeså ses en større vækst i brugen af samtaleterapi blandt kronikerborgere end for regionen generelt. For laboratorie- og tillægsydelser ligner udviklingen hos kronikerborgerne den for regionen generelt.

5.1 Spiometri

I forhold til laboratorieydelserne er det interessant at kigge nærmere på forbruget af lungefunktionsundersøgelserne (ydelserne 7113 og 7121), fordi de bl.a. er relevante for diagnosticering og kontrol af KOL-patienterne. Udviklingen i brugen af disse for kronikerborgerne og hele regionen vises i tabel 4.

Tabel 4: Forbrug af lungefunktionsundersøgelserne i almen praksis for kronikerborgere og alle borgere i Region Midtjylland

Ydelser	Kronikerborgere			Alle borgere i Region Midtjylland		
	1. januar – 31. august 2017	1. januar – 31. august 2019	Vækst	1. januar – 31. august 2017	1. januar – 31. august 2019	Vækst
Udvidet lungefunktions-undersøgelse ved spirometri (7113)	4.651	5.069	8,99 %	23.306	27.610	18,47 %
Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitets-test ved spirometri i samme konsultation (7121)	953	761	-20,15 %	9.325	11.249	20,63 %

Kilde: PRAKSYS-data i regionens datavarehus

Tabel 4 viser, at det samlede antal lungefunktionsundersøgelser er steget i begge grupper. Det ses dog, at det kun er 7113-ydelser, som er steget blandt kronikerborgerne. Yderligere ses det, at væksten i 7113-ydelser er højere blandt alle borgere i regionen end kronikerborgerne. Antallet af 7121-ydelser er faldet blandt kronikerborgerne, mens antallet er steget blandt alle borgere i regionen.

Ifølge forhandlingsaftalen til den nye overenskomst skal de praktiserende læger årligt lave 75.000 flere lungefunktionsundersøgelser end i 2014, bl.a. som led i tidlig opsporing af KOL. Ifølge aftalen vil økonomirammen reduceres med den andel af de udmøntede midler til spirometrier, som der ikke bliver afholdt aktivitet for (forhandlingsaftalen side 35, 63).

Tabel 5 nedenfor viser udviklingen i antal lungefunktionsundersøgelser (7113 og 7121), som er blevet foretaget i de forskellige regioner i perioden 1. januar – 31. august 2014 og 1. januar – 31. august 2019.

Tabel 5: Forbrug af lungefunktionsundersøgelse i almen praksis på landsplan

	Antal ydelser 1. januar – 31. august 2014	**Antal ydelser 1. januar – 31. august 2019**	**Vækst (antal)**	**Vækst (procent)**
Region Hovedstaden	39.070	52.694	13.624	34,87 %
Region Midtjylland	35.982	50.492	14.510	40,33 %
Region Nordjylland	15.964	22.987	7.023	43,99 %
Region Sjælland	21.533	29.182	7.649	35,52 %
Region Syddanmark	38.912	52.443	13.531	34,77 %
Total	151.461	207.798	56.337	37,20 %

Kilde: Targit Business intelligence.
Note: Borgernes forbrug af lungefunktionsundersøgelser (7113 og 7121) i dagtid i almen praksis fordelt på regionerne.

Tabel 5 viser, at der på landsplan har været en vækst på ca. 56.000 lungefunktionsundersøgelser i de første otte måneder af 2019 sammenlignet med 2014. Fremskrives antallet af lungefunktionsundersøgelser for hele 2019 med samme procentmæssige vækst som i de første otte måneder, svarer dette til en årseffekt på godt 88.000. Dette tal skal dog behandles med betydelig usikkerhed.