

## De forventede økonomiske konsekvenser som følge af ændringer ved forløbsprogrammet for KOL i Region Midtjylland.

### Indledning

På Sundhedsstyregruppens møde den 17. august 2015 blev det besluttet, at udskyde godkendelsen af det reviderede forløbsprogram for KOL til et senere tidspunkt. Hovedbegrundelsen var en kommunal opmærksomhed, i forhold til manglende gennemsigthed omkring de økonomiske konsekvenser ved forløbsprogrammet. Den daværende temagrube for økonomi og opfølgning fik til opgave at levere en fornyet økonomisk analyse af forløbsprogrammet.

Nærværende notat vil med baggrund i bl.a. opdaterede tal for KOL populationen og med inspiration fra Region Syddanmarks forløbsprogram for KOL, søge at estimere de økonomiske konsekvenser ved forløbsprogrammet for KOL i Region Midtjylland. Den væsentligste ændring af det reviderede forløbsprogram, som kan have økonomiske afledte effekter, er flytningen af den specialiserede genoptræning/rehabilitering fra hospitalerne til kommunerne.

Dato 11. juli 2017

Side 1

### KOL populationen i Region Midtjylland

Den største udfordring ift. at fastslå de økonomiske konsekvenser som ændringerne i forløbsprogrammet kan have er, at fastslå størrelse på den population af borgere med KOL, som vil være omfattet af tilbud om rehabilitering.

På landsplan estimeres det bl.a. på baggrund af befolkningsundersøgelser at ca. 320.000 mennesker i Danmark har KOL. Det estimeres, at cirka 165.000 dansker per 1. januar 2014 enten havde været i kontakt med sygehusvæsnet på grund af KOL eller var i behandling med KOL-specifik medicin. En tidligere opgørelse har vist, at mellem 100.000 og 120.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL<sup>1</sup>. Der er altså betydelig usikkerhed om tallene for den samlede population<sup>2</sup>. Det kan dog med sikkerhed siges at en stor gruppe af borgere endnu ikke er udredt og sat i behandling. Derfor vil et styrket samarbejdet om tidlig opsporing, kunne påvirke antallet af borgere som skal tilbydes behandling og rehabilitering.

I Region Midtjylland fremgår det af den seneste "Hvordan har du det?" undersøgelse fra 2013, at 32.000 borgere har KOL, kronisk bronkitis eller for store lunger.

I 2015 havde hospitalerne i Region Midtjylland i alt 4363 indlæggelsesforløb der er startet akut med KOL-diagnose (DrKOL). Og der var samme år 9763 besøg i ambulatorier som er ansvarlige for behandling af KOL (Lungemedicinske og medicinske). Opgørelsen fra ambulatorierne viser at 2504 patienter/borgere som har en MRC-grad $\geq 3$  har fået tilbud om deltagelse i rehabilitering inden for de seneste 3 år.

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen (2015), Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, p. 5.

<sup>2</sup> DrKOL (Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) anslår i sin årsrapport for 2015 at det samlede antal borger med KOL er ca. 400.000 mens 100.000-130.000 er i medicinsk behandling .

Hvor mange af disse borgere der har taget i mod tilbuddet er der betydelig usikkerhed om. Ifølge DrKOL kan det ikke, på baggrund af eksisterende data, fastslås hvor mange patienter/borgere der har gennemført et rehabiliteringsforløb<sup>3</sup>

### **Forløbsprogrammet i et økonomisk perspektiv**

Det er primært flytning af den specialiserede rehabilitering som kan få økonomiske konsekvenser. I det følgende beskrives dette tillige med andre ændring som kan få betydning i et økonomisk perspektiv.

### **Rehabilitering**

Fordi det er vanskeligt med sikkerhed at fastslå såvel populationstørrelse som antallet af patienter/borgere med KOL der gennemfører eller har gennemført de(t) tilbudte rehabiliteringsforløb, er det også vanskeligt med sikkerhed at fastslå den økonomiske betydning.

En godkendelse af det reviderede forløbsprogram vil betyde, at alle borgere diagnosticeret med KOL kan henvises til rehabilitering. Ifølge de nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering (2014) kan også KOL-patienter med åndenød i lettere grad henvises til rehabilitering. Retningslinjerne anbefaler, at borgere der har været indlagt med KOL-eksacerbation henvises til rehabilitering med opstart indenfor 4 uger efter eksacerbation.

Kommunen er som udgangspunkt ansvarlig for, at borgere diagnosticeret med KOL tilbydes rehabilitering. Der kan tilbydes rehabilitering til borgere klassificeret under gruppe D i hospitalsregi. Hvis rehabilitering i hospitalsregi til disse borgere ikke gennemføres eller tilbydes, er hospitalet ansvarlig for at henvise de pågældende borgere til en forløbskoordinator i deres hjemkommune. Borgere klassificeret i gruppe A, B og C kan tilbydes rehabilitering i kommunalt regi.

<b>Patientgruppe</b>	<b>Hidtidige forløbsprogram</b>	<b>Revideret forløbsprogram</b>
A	Kommunalt	Kommunalt
B (CAT=<20)	Kommunalt	Kommunalt
B (CAT>20)	Regionalt/kommunalt	Kommunalt
C	Regionalt/kommunalt	Kommunalt
D	Regionalt	Regionalt/Kommunalt

I det oprindelige notat fra temagruppen for økonomi og opfølgning blev det opgjort at hospitalerne i 2016 forventede 168 specialiserede rehabiliteringsforløb for borgere med KOL. Data fra EPJ viser at der i 2016 der blev registreret 642 genoptræningsplaner for patienter/borgere med KOL som primære diagnose, hvoraf de 458 var til almindelig

<sup>3</sup> DrKOL (2016), p. 35-37.

genoptræning. De specialiserede tegnede sig således for 184. Hvorvidt disse tal afspejler den faktiske population er dog særdeles usikkert.

Hvor mange af disse patienter/borgere der jf. det reviderede forløbsprogram fortsat vil være i et rehabiliteringsforløb på hospitalerne er ligeledes usikkert. På baggrund af tallene må det antages at antallet af borgere, der som følge af ændringerne fremadrettet vil blive henvist til rehabiliteringsforløb i kommunerne, vil ligge mellem 150-300 på årsplan. De mellem 150 – 300 rehabiliteringsforløb er de borgere, der hidtidig har været henvist til et specialiseret forløb i hospitalsregi, men som følge af forløbsprogrammet vil overgå til et kommunalt tilbud. Tallene er, som tidligere nævnt, behæftet med betragtelig usikkerhed. Den omstændighed at tilbuddet for manges vedkommende placeres tættere på deres bopæl kan give en øget søgning til de kommunale rehabiliteringstilbud. Samtidig er det mere sandsynligt, at borgerne fastholdes i forløbet hvis deltagelsen ikke er forbundet med længerevarende transport.

### **Kommunale udgifter til rehabilitering**

I dag tilbyder alle kommunerne i Region Midtjylland rehabiliteringsforløb til borgere med kronisk sygdom. Forløbet bør i henhold til de faglige anbefalinger indeholde min. 8. ugers træning. Desuden skal rehabiliteringsforløbet indeholde patientuddannelse, tilbud om rygestop kursus, ernæringsvejledning mm.

Med udgangspunkt i en rundspørge til udvalgte midtjyske kommuner vurderes marginalomkostningen pr. borger for et 8 ugers holdbaseret rehabiliteringsforløb, at være mellem 3000-4000 kr.<sup>4</sup>

På baggrund af tidligere beregninger fra Region Syddanmark, i forbindelse med revisionen af deres forløbsprogram for KOL, estimeres den gennemsnitlige takstværdi for specialiserede genoptræningsforløb på hospitalerne at være ca. 11.000 kr. pr. borger<sup>5</sup>

Som det også er beskrevet i forløbsprogrammet for hjertesygdom må det for kommunerne forventes at være en økonomisk fordel selv at tilbyde rehabiliteringsforløb da marginal omkostningerne må vurderes at være lavere end den kommunale medfinansiering på området.

Med inspiration fra et tilsvarende notat som temagruppen for økonomi og opfølgning lavede i forbindelse med det reviderede forløbsprogram for hjertesygdom kan ændringerne og de overordnede konsekvenser samles i nedenstående skema.

---

<sup>4</sup> Der kan være større forskelle Marginalomkostningen er estimeret med udgangspunkt i, at der ikke skal oprettes nye hold eller ansættes flere medarbejdere til at løse opgaven.

<sup>5</sup> Prisen er opgjort på baggrund af data for 2013.

Foreslået ændring i forløbsprogrammet	Økonomisk konsekvens	Usikkerhed i vurderingen
<p><b>Målgruppen for ambulat genoptræning i kommunerne udvides</b> til at omfatte borgere klassificeret i GOLD gruppe A, B og C. Borgere i gruppe D kan tilbydes forløb enten på hospitalet eller i kommunen. Det forventes at yderligere 150-300 borgere skal tilbydes rehabilitering i kommunerne på årsplan.</p>	<p>Kommunernes betaling til specialiseret ambulat genoptræning/rehabilitering kan forventes at falde såfremt antallet af patienter i specialiserede forløb reduceres.</p>	<p>Der er tale om en skønsmæssig vurdering. Data er behæftet med stor usikkerhed jf. DrKOL.</p>
<p><b>Ernæringsindsats.</b> Det er vigtigt at opretholde en god ernæringstilstand for borgere med KOL. Ernæringsvejledning indgår i rehabiliteringsforløbet men der er usikker ved behov for individuel diætbehandling som følge af undervægt, et uplanlagt vægttab eller overvægt.</p>	<p>Borgerne ernæringsscreenes under indlæggelsen og ernæringsvejledning indgår som en del af rehabiliteringsforløbet, men det er ikke fastlagt hvor diætbehandlingen kan finde sted.</p>	<p>Det er vides ikke hvor mange borgere/patienter som på årsplan skal tilbydes diætbehandling.</p>
Mulig afledte konsekvenser		
<p>Hospitalet ændrer aktivitetsniveau, tilrettelæggelse eller registreringspraksis vedrørende genoptræning under indlæggelse i forbindelse med opgaveoverdragelsen.</p>	<p>Kommunernes udgifter til medfinansiering af stationær genoptræning stiger i forbindelse med opgaveoverdragelsen.</p>	<p>Udgifterne til genoptræning under indlæggelse kan påvirkes af andre ting.</p>

### Øvrige usikkerheder

Der har også været en vis usikkerhed om hvorvidt den i forløbsprogrammet beskrevne indsats vedr. ernæringstilstanden hos borgere med KOL ville medføre et øget ressourceforbrug. Generelt er det et fælles ansvar for almen praksis og hospitalet løbende at kontrollere vægten hos mennesker med KOL og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov. Kommunerne bør desuden være opmærksomme på undervægt og uplanlagte vægttab hos borgere med KOL. På hospitalerne skal der ske ernæringscreening ved indlæggelser som forventes at vare mere end 2 dage.

Den konkrete diætbehandling/kostvejledning vil ofte finde sted i forbindelse med borgernes rehabiliteringsforløb, hvilket er i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer som anbefaler, at ernæringsterapi bør overvejes til underernærede borgere med KOL i forbindelse med rehabilitering.

I forløbsprogrammerne for henholdsvis hjertesygdom og type-2-diabetes er der i førstnævnte lavet en egentlig stratificering af borgerne. I fase 1 foregår al behandling på hospitalet, mens de borgere som i fase 2 forløbet har behov for diætbehandling primært henvises til tilbud i kommunen. Undtaget herfra er dog særligt komplekse forløb.

I forløbsprogrammet for Type-2-diabetes henvises blot til de nationale kliniske retningslinjer.

Organiseringen af ernæringsindsatsen i de to forløbsprogrammer har ikke givet anledning til nærmere drøftelser om ressourcer og dermed økonomi.

### **Godkendelse af forløbsprogram for KOL i Region Syddanmark**

I Region Syddanmark godkendte Sundhedskoordinationsudvalget den 28. februar det nye forløbsprogram for KOL. På samme måde som der lægges op til det i det reviderede forløbsprogram i Region Midtjylland, overtager kommunerne genoptræning af de borgere der hidtil har modtaget specialiseret genoptræning hospitalerne.

### **Opfølgning på forløbsprogrammet for KOL**

På baggrund af ovenstående er det vigtigt, at der løbende bliver fulgt op på implementeringen af forløbsprogrammet for KOL – både fagligt såvel som økonomisk. Administrationen vil derfor foreslå, at der i de første to år efter forløbsprogrammets godkendelse, foretages to årlige vurderinger på udviklingen af økonomien på området, samt en faglig analyse en gang pr. år.