

**Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland
for borgere med hjertesygdom (AKS),
kronisk obstruktiv lungesygdom og type 2 diabetes**

**Rapportering af indikatorer
for årene 2010 - 2013**

August 2015



**Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland
for borgere med hjertesygdom (AKS), kronisk obstruktiv
lunnesygdom og type 2 diabetes**

**Rapportering af indikatorer
for årene 2010 - 2013**

August 2015

FORTRØLIGT

Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med hjertesygdom (AKS), kronisk obstruktiv lungesygdom og type 2 diabetes. Rapportering af indikatorer for årene 2010 - 2013.

Emneord: Kronisk sygdom, diabetes, type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, hjertesygdom, AKS, monitorering, indikatorer, kommune, hospital, almen praksis, sundhedsydelser

Sprog: Dansk

Version: 2.0

Versionsdato: 20. august 2015

Udgivet af: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og udvikling, Region Midtjylland

Forsidefoto: Poul Blaabjerg

Udgave: 1. udgave

Forfattere: Hanne Søndergaard
Tina Veje Andersen
Marie Louise Overgaard Svendsen
Anne Marie Schak Jensen
Lone Kærsvang

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Søndergaard H, TV Andersen, Svendsen MLO, Jensen AMS, Kærsvang L

Titel: Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med hjertesygdom (AKS), kronisk obstruktiv lungesygdom og type 2 diabetes. Rapportering af indikatorer for årene 2010 - 2013.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
MarselisborgCentret
PP Ørums Gade 11, Bygning 1 B
8000 Aarhus C
Tlf.: 7841 4440

E-mail: Inger.Hornbech@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Sammenfatning

Baggrund

Denne rapport beskriver de første resultater for monitorering af indikatorer og forbrug af sundhedsydelser i relation til forløbsprogrammerne for hjertesygdom (AKS), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2 diabetes i Region Midtjylland.

Rapporten skal danne grundlag for det videre arbejde og den videre monitorering af kronikerindsatsen i Region Midtjylland. Monitoreringen er foretaget ud fra præmissen om at indhente data fra allerede eksisterende datakilder, og omfatter indikatorer udpeget af sundhedsfagligt personale. Denne opgørelse viser, hvad der kan monitoreres for nuværende samt hvilket potentiale, der er for den fremtidige monitorering.

Der er ikke fastsat standarder for de opgjorte indikatorer, idet der ikke foreligger et klart kvalitetsniveau. Fremadrettet skal der arbejdes hen imod fastsættelse af standarder i samarbejde med sundhedsprofessionelle. Endvidere skal indikatorerne løbende justeres og udvikles i takt med den udvikling, der foregår i sundhedsvæsenet.

Ved læsning af denne rapport er det vigtigt at være opmærksom på følgende forhold:

- at enkelte estimer er følsomme grundet små absolutte tal
- at udvalgte opgørelser primært er medtaget for at klarlægge de potentialer, der fremadrettet foreligger for rapportering givet at dataregistrering og behandling af disse datakilder bedres
- at der anvendes populationer med forskellige identifikationstidspunkter og inklusionskriterier, hvorved antallet af inkluderede borgere kan variere inden for hvert sygdomsområde
- at det for opgørelserne over sundhedsydelser ikke entydigt kan vurderes, om eksempelvis øget forbrug er en positiv eller negativ udvikling

Det må formodes, at tallene i denne rapport ikke fuldstændig afspejler den kliniske praksis indenfor de monitorerede områder, idet tallene i varierende grad kan afspejle registreringspraksis frem for de faktiske tilbudte og udførte ydelser.

For at få en yderligere vurdering og fortolkning af resultaterne samt klarlægge eventuelle forbedringsmuligheder for det videre monitoreringsarbejde blev der via formandskaberne for forløbsprogramgrupperne for KOL og hjertesygdom udpeget sundhedsfagligt personale fra henholdsvis kommune, almen praksis og hospital til at deltage i en faglig høring af resultaterne. Overordnet fremkom følgende vurderinger:

KOL

Det er KOL-gruppens vurdering, at monitoreringen er et vigtigt stykke arbejde. Monitoreringen kan være med til at sætte fokus på områder, hvor der er mulighed for forbedring. Fremadrettet vil det være gavnligt fortsat at have fokus på procesmål. Samtidig er der enighed om, at der er punkter, hvor den nuværende opgørelse af resultater for monitorering skal forbedres.

AKS

Overordnet er det AKS-gruppens vurdering, at det er relevante indikatorer, der måles på. Samtidig blev det påpeget, at de konkrete resultater for de opgjorte indikatorer ikke vækker genkendelse hos deltagerne.

KOL og AKS

Det blev vurderet, at de fremkomne resultater ikke afspejler praksis, og at der er en underestimering som følge af mangelfuld registrering for alle indikatorer for begge sygdomsgrupper. Det samme er gældende for opgørelse af elektroniske henvisninger via henvisningshotellet RefHost.

Resultater

Resultater for de indikatorer, der kan opgøres for almen praksis, hospitaler og kommuner for årene 2010 – 2013 opsummeres herunder. Der kan ikke opgøres indikatorer i andele for type 2 diabetes, da populationen ikke for nuværende kan identificeres.

Årskontrol i almen praksis

Både for borgere med AKS og KOL blev der i årene 2011 og 2012 overordnet registreret mellem 25 % og 29 %, som havde modtaget årskontrol i almen praksis året efter henholdsvis indlæggelses- og identifikationsdato. I absolutte tal var der en overordnet stigning i samlede antal borgere identificeret med KOL og AKS (nævner) fra 2011-2012, samt en stigning i antal af borgere med KOL og AKS registreret med en årskontrol i almen praksis (tæller) i samme periode.

Specialiseret genoptræning

Blandt borgere med AKS var andelen, som var registreret med mindst én specialiseret genoptræningsplan, overordnet stigende fra 7 % i 2010 til 20 % i 2013. For samme periode var der en stigning i antal borgere med AKS registreret med en specialiseret genoptræningsplan (tæller), mens der var et fald i antal borgere indlagt med AKS (nævner). Blandt borgere med KOL indlagt med akut eksacerbation, der fik udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan, var andelen 3 % i alle opgjorte år. I absolutte tal sås en stigning i antal indlagte borgere med akut eksacerbation samt i antal borgere registreret med en specialiseret genoptræningsplan for perioden 2010-2013.

Påbegyndelse og gennemførelse af specialiseret genoptræning

For perioden 2010-2013 påbegyndtes specialiseret genoptræning for mellem 50 % og 63 % af borgere indlagt med AKS og registreret med en specialiseret genoptræningsplan. Mellem 46 % og 69 % gennemførte. I absolutte tal var der for perioden overordnet en stigning både i antallet af borgere med AKS registreret med en specialiseret genoptræningsplan (nævner) samt i antallet af borgere, der henholdsvis påbegyndte og gennemførte specialiseret genoptræning (tællere).

For KOL havde mellem 21 % og 30 % af borgere registreret med mindst én specialiseret genoptræningsplan påbegyndt specialiseret genoptræning, og mellem 32 % og 59 % gennemførte. Disse resultater beror på et meget lille antal borgere, hvorfor resultaterne er behæftet med usikkerhed.

Almen genoptræning

Andelen af borgere med en registreret almen genoptræningsplan for AKS var på 4 % - 5 % for den opgjorte periode. I absolutte tal var der færre, der blev indlagt med AKS i den opgjorte periode.

For KOL var andelen mellem 6 % og 9 %. Overordnet steg antallet af borgere indlagt med akut eksacerbation (nævner) fra 2010 - 2013. Der sås også en stigning i antallet af borgere registreret med en almen genoptræningsplan (tæller) for samme periode.

Elektroniske henvisninger fra almen praksis (Henvisningshotellet RefHost)

Datakilden Henvisningshotellet RefHost¹ kunne anvendes til opgørelse af elektroniske henvisninger sendt fra almen praksis til henholdsvis hospital og kommune. Dette forudsætter dog, at registrering i datakilden fremadrettet gøres mere systematisk og struktureret samt at anvendelsen i almen praksis kortlægges.

Indikatorer identificeret i kommuner

Datakilden MoEva² kunne anvendes til opgørelse af syv af de i alt otte identificerede kommunale indikatorer. Den anvendes af 11 kommuner i Region Midtjylland. Under forudsætning af, at der indgås en dataaftale mellem Region Midtjylland og de implicerede kommuner, kan de syv indikatorer rapporteres.

Forbrug af sundhedsydelser

Ambulante hospitalskontakter, hospitalsindlæggelser og sengedage samt ydelser fra almen praksis blev fulgt i årene 2010 - 2012 for borgere indlagt med AKS i 2010 og for borgere identificeret med KOL i hvert af de tre år.

Borgere med AKS

Blandt borgere indlagt med AKS i 2010 var det overordnede forbrug af sundhedsydelser opgjort i andele faldende fra 2010 - 2012. Som følge af inklusionskriterierne var alle borgere indlagt i 2010. Af disse var 1/3 indlagt på hospital i 2012. Andelen af ambulante hospitalskontakter faldt fra 93 % i 2010 til 70 % i 2012, og andelen af ydelser fra almen praksis var uændret over de tre år.

Borgere med KOL

Blandt borgere med KOL var der overordnet set ingen ændring over perioden. Knap 25 % af borgerne havde minimum en indlæggelse per år.

¹ Henvisningshotellet RefHost er en landsdækkende elektronisk platform, der kan opbevare og distribuere henvisninger fra praktiserende læger.

² MoEva er et værktøj til monitorering og evaluering af borgeruddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler. MoEva er udviklet af CFK - Folkesundhed og kvalitetsudvikling i samarbejde med ni kommuner og Hospitalsenheden Vest.

Anbefalinger

Det anbefales, at der arbejdes videre med nedenstående områder.

Vedrørende indikatorer for almen praksis og hospitaler anbefales det:

- at resultaterne løbende vurderes af sundhedsfagligt personale, der har klinisk erfaring inden for området
- at fokusere på kvantitativ, systematisk og stringent dokumentation af de monitorerede ydelser i klinisk praksis
- at fortsætte med at følge resultaterne, så der på sigt kan dannes grundlag for at fastsætte standarder for indikatorerne
- at der arbejdes på at danne en diabetes population, så det bliver muligt at opgøre indikatorandele for borgere med type 2 diabetes
- at fortsætte justering af indikatorerne, så de svarer til de kliniske og organisatoriske ændringer, der fremadrettet iværksættes
- at fortsætte udvikling af enkle, præcise og for klinikken relevante indikatorer på baggrund af allerede eksisterende data

Vedrørende elektroniske henvisninger fra almen praksis (Henvisningshotellet RefHost) anbefales det:

- at arbejde på at registrering i datakilden gøres mere struktureret ved for eksempel systematisk og stringent at registrere borgerens diagnose samt henvisningsårsag
- at undersøge, hvor stor en andel af de praktiserende læger, der sender henvisninger via Henvisningshotellet RefHost
- at undersøge, hvor stor en andel af almen praksis, der fortsat sender henvisninger via andre kilder fx mail, fax og telefon

Vedrørende monitorering i kommuner anbefales det:

- at monitorere de 7 mulige indikatorer for de 11 kommuner, der aktuelt anvender MoEva
- at klarlægge det fremadrettede perspektiv for samkøring af data for de otte kommuner, der ikke anvender MoEva

Vedrørende monitorering af forbrug af sundhedsydelser anbefales det:

- at fortsætte løbende monitorering af sundhedsforbrug

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	8
1.1 Formål og målgruppe	8
1.2 Populationer	8
1.3 Indikatorer	9
2.0 Indikatorer for almen praksis og hospital	11
2.1 Hjertesygdom (AKS)	12
2.1.1 Sammenfatning for AKS indikatorer (1 - 5)	17
2.2 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	18
2.2.1 Sammenfatning KOL indikatorer (6 - 10)	22
2.3 Type 2 diabetes	22
2.4 Anbefaling vedrørende indikatorer for AKS, KOL og diabetes	23
2.5 Faglig høring af indikatorer for AKS, KOL og diabetes	24
3.0 Henvisninger fra almen praksis	27
3.1 Elektroniske henvisninger fra almen praksis	28
3.2 Sammenfatning og anbefalinger for elektroniske henvisninger	29
3.3 Faglig høring af elektroniske henvisninger	30
4.0 Indikatorer for kommuner	29
4.1 Indikatorer i to pilottestkommuner	30
4.2 Sammenfatning og anbefalinger for kommuner	31
5.0 Forbrug af sundhedsydelse	32
5.1 Borgere med AKS	33
5.2 Borgere med KOL	34
6.0 Datagrundlag for indikatorer	34
7.0 Organisering	36
Referencer	37
Bilagsoversigt	39

1.0 Indledning

For at øge kvaliteten af indsatser overfor borgere med kronisk sygdom er der udarbejdet og efterfølgende påbegyndt implementering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med hjertekarsygdom (akut koronart syndrom (AKS)), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes, lænderygmerter og depression (1,2,3).

Med henblik på at følge implementeringen af forløbsprogrammerne har Region Midtjylland besluttet, at der løbende og systematisk skal monitoreres på indikatorer med udgangspunkt i evidensbaserede anbefalinger i forløbsprogrammerne (4). Sundhedsprofessionelle fra almen praksis, hospitaler og kommuner har identificeret tværsektorielle indikatorer for AKS, KOL og type 2 diabetes, som primo 2012 blev godkendt af Sundhedsstyrelsen i Region Midtjylland. En væsentlig præmis for monitoreringen er, at der skal anvendes allerede eksisterende data.

Opbygningen af monitoreringssystemet er indtil nu foregået i følgende tre trin:

1. Identificering af den samlede population af borgere med hver af de tre sygdomme (5)
2. Kortlægning af data med henblik på opgørelse af indikatorer udviklet til almen praksis og hospitaler (6)
3. Kortlægning af potentialer og barrierer for indhentning af data med henblik på opgørelse af indikatorer udviklet til kommuner (7)

1.1 Formål og målgruppe

På baggrund af resultaterne af de første tre trin i opbygningen af monitoreringssystemet er formålet:

- at rapportere de indikatorer, der for nuværende kan opgøres for hjertesygdom (AKS), kronisk obstruktiv lungesygdom og type 2 diabetes for almen praksis, hospitaler og kommuner for årene 2010 – 2013 samt beskrive forbrug af sundhedsydelser for borgere med de tre diagnoser.

Rapporteringens målgruppe er sundhedsfagligt personale og ledelse samt sundhedsfaglige planlæggere og kvalitetsmedarbejdere i regioner og kommuner.

1.2 Populationer

Dannelse af AKS populationen

AKS-populationen dannes på baggrund af dataudtræk fra Landspatientregistret (LPR) af hospitalsindlæggelser med AKS diagnose (ustabil angina pectoris og akut myocardiinfarkt) (jf. Datagrundlag, s. 34). Der inkluderes borgere fra 18 år og derover med folkeregisteradresse i Region Midtjylland (Bilag 1).

Dannelse af KOL populationen

KOL-populationen dannes ud fra en algoritme udviklet ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet (Bilag 1). Der inkluderes borgere fra 35 år og derover med folkeregisteradresse i Region Midtjylland. Validering af algoritmen viser, at der ikke blot identificeres borgere med KOL, men også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder dog med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 % (8).

Som følge af anbefalinger i "Den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL" om henvisning af borgere til rehabilitering efter indlæggelse for en KOL-eksacerbation dannes der i denne rapport en subpopulation (9). Denne består af borgere med KOL, der indlægges med akut eksacerbation og anvendes til opgørelse af indikatorer vedrørende genoptræningsplaner (indikator 7 – 10) (Bilag 1).

Dannelse af type 2 diabetes populationen

Type 2 diabetes populationen blev identificeret ud fra en algoritme udviklet ved Sektion for Almen Medicin ved Aarhus Universitet (Bilag 1). Der viste sig at være en stor stigning i antallet af identificerede borgere med diabetes i perioden 2010 – 2012 (Bilag 2). Nye kliniske retningslinjer fra 2012 for diagnosticering af borgere med diabetes har medført ændringer i de diagnostiske kriterier (9). Denne ændring kan have medført, at algoritmen identificerede flere borgere end dem, der reelt har læge-diagnosticeret diabetes, og kan derved have forårsaget den store stigning af identificerede borgere. På baggrund heraf er det vurderet, at diabetes-algoritmen ikke kan anvendes til monitorering, idet den ikke med sikkerhed kan identificere borgere med type 2 diabetes (10,11,12). Diabetespopulationen kan således ikke dannes for nuværende.

Karakteristik af AKS- og KOL-populationerne

Pr. 1. januar 2013 blev der identificeret ca. 2.200 borgere med AKS svarende til 0,2 % af det samlede befolkningstal på 18 år eller derover i Region Midtjylland. Gennemsnitsalderen for borgere indlagt med AKS i 2012 var 69 år. Forekomsten var stigende med alderen, knap to tredjedele var mænd, og ca. halvdelen var gift. I alt 4 % kom fra et ikke vestligt land. Knap en tredjedel var i et ansættelsesforhold, og knap halvdelen havde ingen ansættelse, og heraf var den overvejende del på folke- eller førtidspension (5)(Bilag 3, tabel B og C).

Pr. 1. januar 2013 blev der identificeret ca. 52.000 borgere med KOL svarende til 7 % af det samlede befolkningstal på 35 år eller derover i Region Midtjylland. Gennemsnitsalderen for borgere med KOL i 2012 var 63 år. Forekomsten var stigende med alderen, ca. halvdelen var kvinder, og ca. halvdelen var gift. Knap 3 % kom fra et ikke vestligt land. Ca. en tredjedel var i et ansættelsesforhold, mens godt halvdelen ingen ansættelse havde, og af disse var hovedparten på folke- eller førtidspension (5)(Bilag 3, tabel D og E).

1.3 Indikatorer

Til monitorering af de tværsektorielle patientforløb i forløbsprogrammerne blev der som udgangspunkt udviklet i alt 37 indikatorer for almen praksis og hospitaler - 16 indikatorer for

AKS, 10 indikatorer for KOL og 11 indikatorer for type 2 diabetes - samt 6 generiske indikatorer for kommuner for hver de tre sygdomme (Bilag 4).

På baggrund af præmissen om anvendelse af eksisterende data i monitoreringen er status følgende:

Indikatorer identificeret for almen praksis og hospital

Af de 16 indikatorer for sygdomsgruppen AKS for almen praksis og hospital (Bilag 5):

- to indikatorer må udgå
- otte indikatorer afventer, at Dansk Hjerterehabileringsdatabase sættes i drift
- tre indikatorer afventer yderligere arbejde
- tre indikatorer er klar til indikatoropgørelse
- under kortlægning af praksis kom yderligere to relevante indikatorer til

Af de 10 indikatorer for sygdomsgruppen KOL (Bilag 5):

- tre indikatorer må udgå
- fire indikatorer kræver yderligere arbejde
- tre indikatorer er klar til indikatoropgørelse
- under kortlægning af praksis kom der yderligere to relevante indikatorer til

Af de 11 indikatorer for sygdomsgruppen type 2 diabetes kan ingen aktuelt opgøres, da diabetespopulationen, som skal udgøre nævneren, ikke vurderes at være valid efter 2010. Når diabetes-populationen kan dannes, vil status være følgende (Bilag 5):

- fire indikatorer må udgå
- fire indikatorer kræver yderligere arbejde
- tre indikatorer vil være klar til indikatoropgørelse

Aktuelt kan der udarbejdes en optælling for fire indikatorer, hvoraf tre fremgår i nedenstående afsnit om elektroniske henvisninger. Den fjerde indikator er optælling af årskontrol på hospital.

Henvisninger fra almen praksis (Henvisningshotellet RefHost)

For almen praksis har det været muligt at indhente data fra elektroniske henvisninger sendt via Henvisningshotellet RefHost (jf. Datagrundlag, s. 35). Efter gennemgang af data har det været muligt at identificere og opgøre nedenstående indikatorer for de dannede populationer per 1. januar 2011 for AKS, KOL og diabetes.

AKS:

- Elektroniske henvisninger til kommune fra almen praksis

KOL:

- Elektroniske henvisninger til ambulatorium på hospital fra almen praksis
- Elektroniske henvisninger til kommune fra almen praksis

Type 2 diabetes:

- Elektroniske henvisninger til ambulatorium på hospital fra almen praksis
- Elektroniske henvisninger til diabetesskole på hospital fra almen praksis
- Elektroniske henvisninger til kommune fra almen praksis

Indikatorer identificeret for kommune

Der kan for nuværende ikke rapporteres for de i alt otte generiske indikatorer (oprindelig seks samt to nyttilkomne) for alle 19 kommuner i Region Midtjylland. Der kan aktuelt opgøres indikatorer for de to pilottestkommuner, Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune.

Forbrug af sundhedsydelser

For AKS og KOL opgøres følgende indikatorer til beskrivelse af forbrug af sundhedsydelser:

- Ambulante hospitalskontakter
- Hospitalsindlæggelser
- Sengedage
- Ydelser fra almen praktiserende læge

Der kan ikke rapporteres på forbrug af sundhedsydelser for type 2 diabetes, da identifikation af populationen ikke er mulig (jf. Populationer, s. 8).

2.0 Indikatorer for almen praksis og hospital

I det følgende afsnit beskrives resultater af indikatoropgørelserne for almen praksis og hospital. Der skal gøres opmærksom på følgende forhold:

- inddeling af værdier på figurernes y-akser kan være forskellig
- de angivne procentsatser i tabellerne er hele tal, hvorfor der kan fremstå en lille uoverensstemmelse mellem resultater i tabeller og tilsvarende figurer
- der er ikke foretaget justeringer for eksempelvis køn, alder og multisygdom

Bagerst i rapporten findes bilagsmateriale, der beskriver de antagelser og data, der ligger til grund for opgørelserne. Ud over bilagene kan indikatordefinitioner samt filtre og søgeord anvendt i datakilden RefHost rekvireres for nærmere præcisering af datagrundlaget. Endvidere er der udarbejdet tre rapporter, der alle dokumenterer det forudgående arbejde (5,6,7).

2.1 Hjertesygdom (AKS)

Indikator 1:

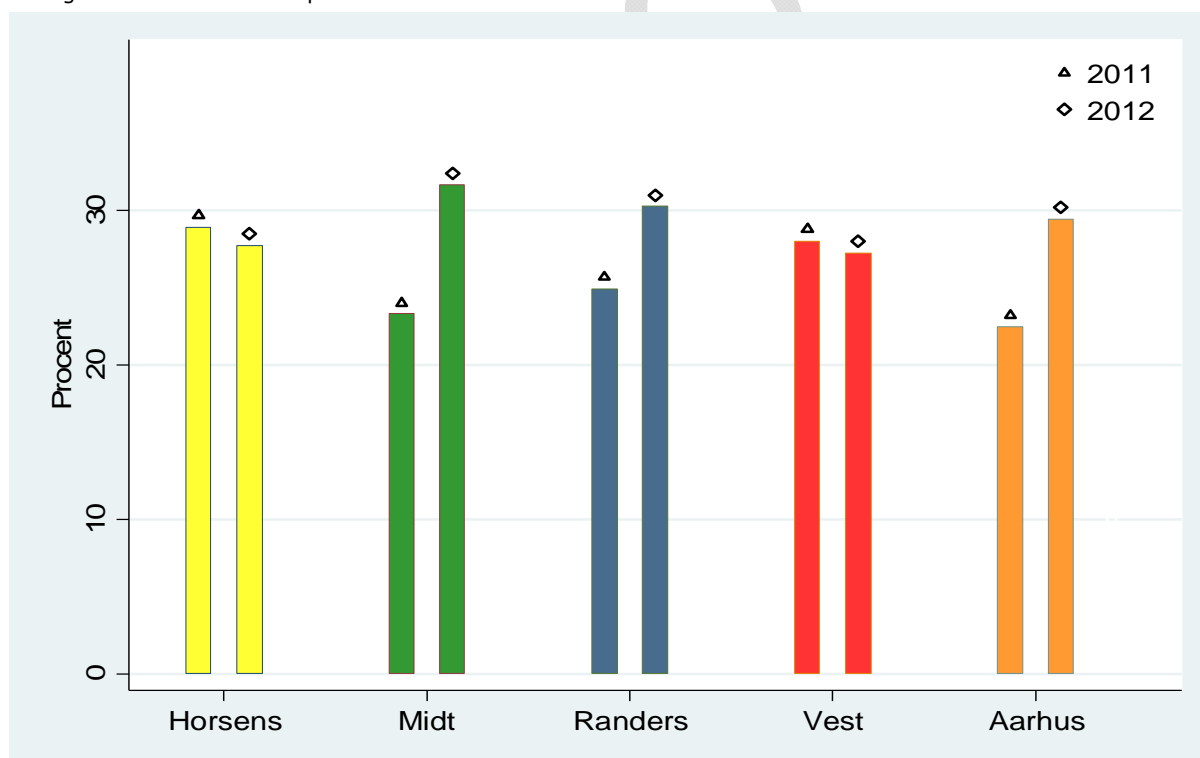
Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS, der får foretaget årskontrol i almen praksis året efter udskrivelsen

Tablet 1. Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2011 og 2012, der får foretaget årskontrol i almen praksis inden for et år efter udskrivesdatoen.

	Borgere med AKS-diagnose i 2011			Borgere med AKS-diagnose i 2012		
	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²
Region Midtjylland	538/2.112	25	(24-27)	631/2.164	29	(27-31)
Klynger:						
Horsensklyngen	89/308	29	(24-34)	81/292	28	(23-33)
Midtklyngen	104/446	23	(20-27)	135/426	32	(27-36)
Randersklyngen	100/401	25	(21-29)	122/403	30	(26-35)
Vestklyngen	151/539	28	(24-32)	174/639	27	(24-31)
Aarhusklyngen	94/418	22	(19-27)	119/404	29	(25-34)

¹T/N=Tæller/Nævner; ²95 % konfidensinterval (CI).

Figur 1. Andelen af borgere i hver af de fem klynger indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2011 og 2012, der får foretaget årskontrol i almen praksis inden for et år efter udskrivesdatoen¹.



¹Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 1.

Indikator 2:

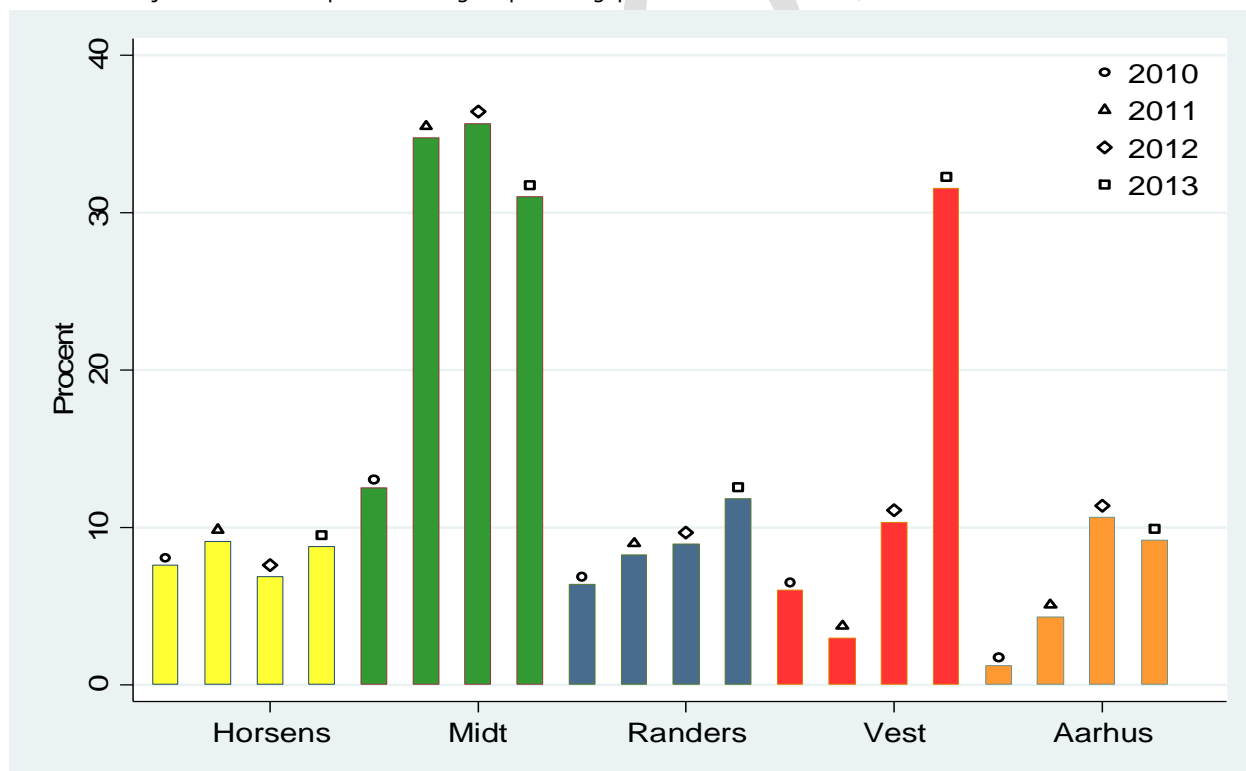
Andelen af borgere, der i forbindelse med indlæggelse med aktionsdiagnosen AKS henvises via specialiseret genoptræningsplan til hjerterehabilitering på hospital (fase 2)

Tabel 2. Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet mindst én specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen.

	Borgere med AKS-diagnose i 2010			Borgere med AKS-diagnose i 2011			Borgere med AKS-diagnose i 2012			Borgere med AKS-diagnose i 2013		
	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²
Region Midtjylland	153/2.278	7	(6-8)	250/2.112	12	(11-13)	317/2.164	15	(13-16)	409/2.081	20	(18-21)
Klynger:												
Horsensklyngen	29/383	8	(5-11)	28/308	9	(6-13)	20/292	7	(4-10)	29/331	9	(6-12)
Midtklyngen	54/431	13	(10-16)	155/446	35	(30-39)	152/426	36	(31-40)	125/403	31	(27-36)
Randersklyngen	29/455	6	(4-9)	33/401	8	(6-11)	36/403	9	(7-12)	49/415	12	(9-15)
Vestklyngen	36/600	6	(4-8)	16/539	3	(2-5)	66/639	10	(8-13)	170/539	32	(28-36)
Aarhusklyngen	5/409	1	(1-3)	18/418	4	(3-7)	43/404	11	(8-14)	36/393	9	(7-12)

¹T/N=Tæller/Nævner; ²95 % konfidensinterval (CI).

Figur 2. Andelen af borgere i hver af de fem klynger indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet mindst én specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen¹.



¹Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 2.

Indikator 3:

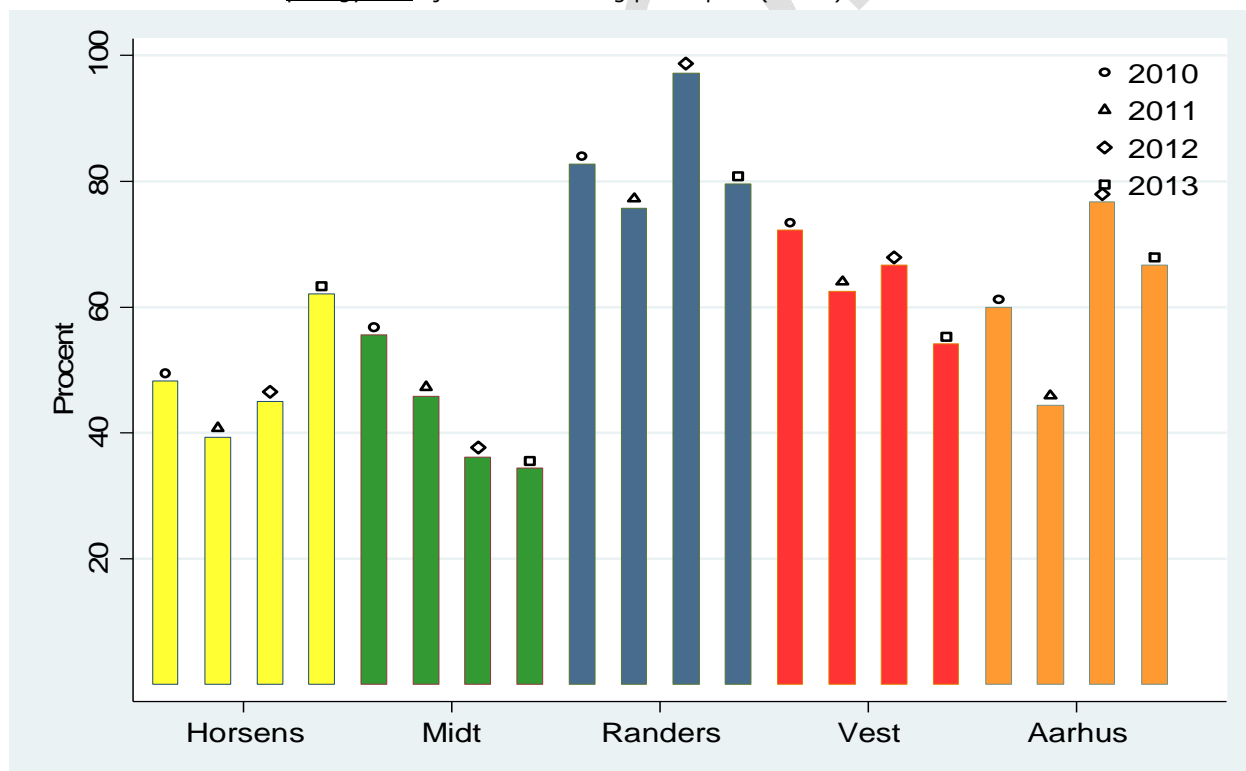
Andelen af borgere med aktionsdiagnosen AKS, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse påbegynder hjerterehabilitering på hospital (fase 2)

Tabel 3. Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen og senest tre måneder efter udskrivelse påbegynder hjerterehabilitering på hospital (fase 2).

	Borgere med AKS-diagnose i 2010			Borgere med AKS-diagnose i 2011			Borgere med AKS-diagnose i 2012			Borgere med AKS-diagnose i 2013		
	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²
Region Midtjylland	97/153	63	(55-71)	125/250	50	(44-56)	176/317	56	(50-61)	216/409	53	(48-58)
Klynger:												
Horsensklyngen	14/29	48	(31-66)	11/28	39	(23-58)	9/20	45	(25-67)	18/29	62	(43-78)
Midtklyngen	30/54	56	(42-68)	71/155	46	(38-54)	55/152	36	(29-44)	43/125	34	(26-43)
Randersklyngen	24/29	83	(64-93)	25/33	76	(58-88)	35/36	97	(82-100)	39/49	80	(66-89)
Vestklyngen	26/36	72	(55-85)	10/16	63	(37-83)	44/66	67	(54-77)	92/170	54	(47-62)
Aarhusklyngen	3/5	60	(17-92)	8/18	44	(23-68)	33/43	77	(62-87)	24/36	67	(50-80)

¹T/N=Tæller/Nævner; ²95 % konfidensinterval (CI).

Figur 3. Andelen af borgere i hver af de fem klynger indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen og senest tre måneder efter udskrivelse påbegynder hjerterehabilitering på hospital (fase 2) ¹.



¹Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 3.

Indikator 4:

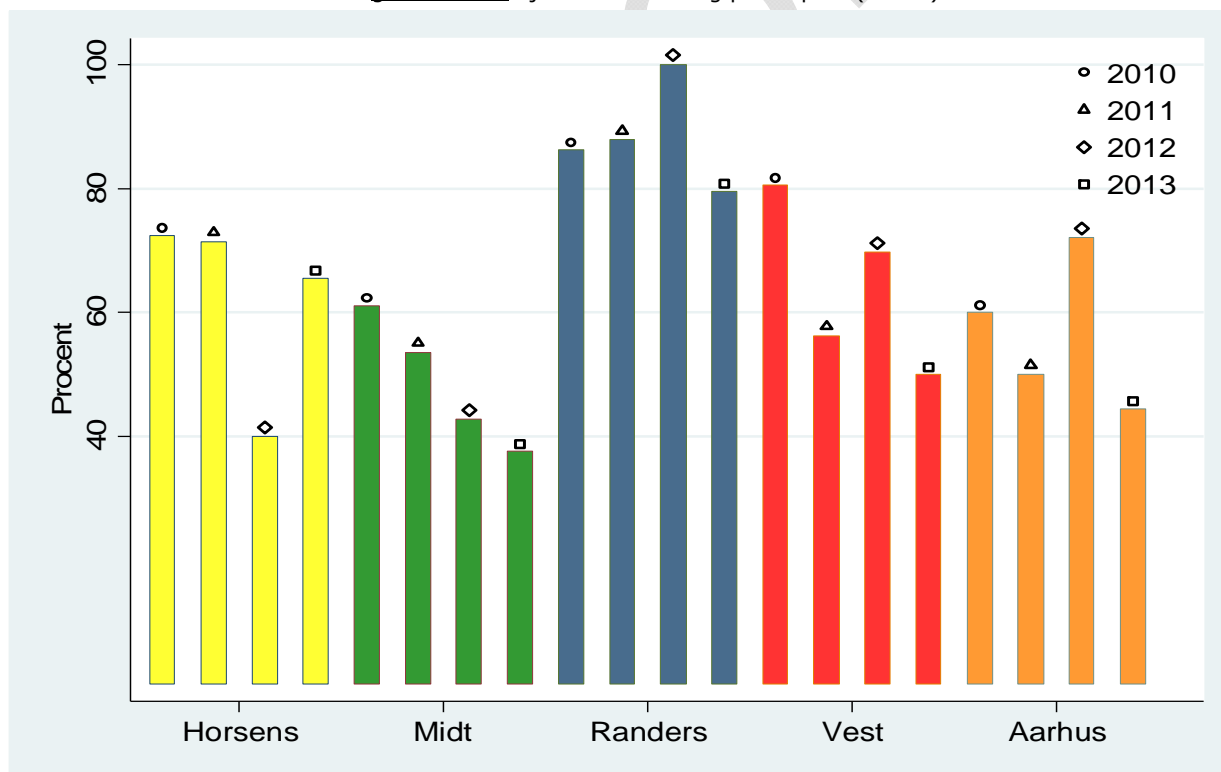
Andelen af borgere med aktionsdiagnosen AKS, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse gennemfører hjerterehabilitering på hospital (fase 2)

Tabel 4. Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen og senest 12 måneder efter udskrivelsesdatoen gennemfører hjerterehabilitering på hospital (fase 2).

Region	Borgere med AKS-diagnose i 2010			Borgere med AKS-diagnose i 2011			Borgere med AKS-diagnose i 2012			Borgere med AKS-diagnose i 2013		
	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²
Midtjylland	106/153	69	(61-76)	143/250	57	(51-63)	177/317	56	(50-61)	190/409	46	(42-51)
Klynger:												
Horsensklyngen	20/29	69	(50-83)	20/28	71	(52-85)	8/20	40	(21-63)	19/29	66	(47-81)
Midtklyngen	31/54	57	(44-70)	78/155	50	(42-58)	59/152	39	(31-47)	43/125	34	(27-43)
Randersklyngen	25/29	86	(68-95)	27/33	82	(65-92)	35/36	97	(82-100)	37/49	76	(61-86)
Vestklyngen	27/36	75	(58-87)	9/16	56	(32-78)	44/66	67	(54-77)	76/170	45	(37-52)
Aarhusklyngen	3/5	60	(17-92)	9/18	50	(28-72)	31/43	72	(57-84)	15/36	42	(27-58)

¹T/N=Tæller/Nævner; ²95 % konfidensinterval (CI).

Figur 4. Andelen af borgere i hver af de fem klynger indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen og senest 12 måneder efter udskrivelsesdatoen gennemfører hjerterehabilitering på hospital (fase 2)¹.



¹Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 4.

Indikator 5:

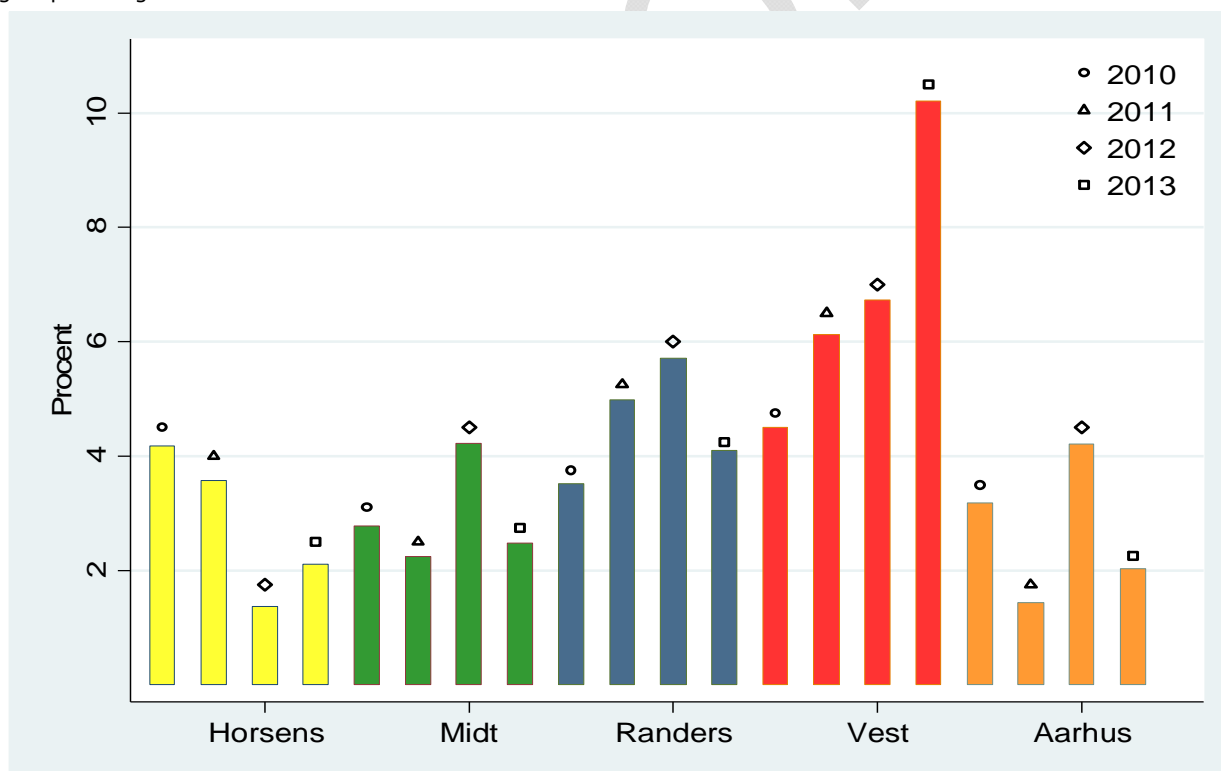
Andelen af borgere, der i forbindelse med indlæggelse med aktions-diagnosen AKS henvises via almen genoptræningsplan til genoptræning i kommune

Tabel 5. Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet mindst en almen genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen til genoptræning i kommune.

	Borgere med AKS-diagnose i 2010			Borgere med AKS-diagnose i 2011			Borgere med AKS-diagnose i 2012			Borgere med AKS-diagnose i 2013		
	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²	T/N ¹	%	CI % ²
Region Midtjylland	84/2.278	4	(3-5)	80/2.112	4	(3-5)	105/2.164	5	(4-6)	97/2.081	5	(4-6)
Klynger:												
Horsensklyngen	16/383	4	(3-7)	11/308	4	(2-6)	4/292	1	(1-4)	7/331	2	(1-4)
Midtklyngen	12/431	3	(2-5)	10/446	2	(1-4)	18/426	4	(3-7)	10/403	2	(1-5)
Randersklyngen	16/455	4	(2-6)	20/401	5	(3-8)	23/403	6	(4-8)	17/415	4	(3-6)
Vestklyngen	27/600	5	(3-6)	33/539	6	(4-8)	43/639	7	(5-9)	55/539	10	(8-13)
Aarhusklyngen	13/409	3	(2-5)	6/418	1	(1-3)	17/404	4	(3-7)	8/393	2	(1-3)

¹T/N=Tæller/Nævner; ²95 % konfidensinterval (CI).

Figur 5. Andelen af borgere i hver af de fem klynger indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010, 2011, 2012 og 2013, der får udarbejdet mindst en almen genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen til genoptræning i kommune¹.



¹Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 5.

2.1.1 Sammenfatning for AKS indikatorer (1 - 5)

For borgere i Region Midtjylland indlagt med aktionsdiagnosen AKS var der følgende resultater:

Årskontrol i almen praksis

Der var overordnet en stigning i antal borgere med AKS fra 2011 - 2012 (nævner). For samme periode var der desuden en stigning i antallet af borgere med AKS, der fik foretaget en årskontrol (tæller). I 2011 og 2012 blev mellem 25 % og 29 % af borgerne overordnet registreret som havende modtaget årskontrol i almen praksis året efter indlæggelsen (Tabel 1; Figur 1).

Specialiseret genoptræningsplan

Andelen af borgere, som var registreret med mindst en specialiseret genoptræningsplan, var overordnet set stigende fra 7 % i 2010 til 20 % i 2013. For samme periode var der en stigning i antal borgere registreret med mindst en specialiseret genoptræningsplan (tæller), mens der var et fald i antal borgere indlagt med AKS (nævner)(Tabel 2; Figur 2).

Påbegyndt specialiseret genoptræning

Generelt var der en stigning i antal borgere registreret med en specialiseret genoptræningsplan (nævner). Samtidig var der en stigning i antal borgere, der påbegyndte specialiseret genoptræning (tæller). Opgjort i andele var der overordnet mellem 50 % og 63 % af borgerne registreret med en specialiseret genoptræningsplan, der påbegyndte specialiseret genoptræning på hospital (Tabel 3; Figur 3).

Gennemført specialiseret genoptræning

Blandt borgere, der var registreret med en specialiseret genoptræningsplan, var der overordnet en stigning i antal (nævner). Der var ligeledes en stigning i antallet af borgere registreret som havende gennemført specialiseret genoptræning. Andelen af borgere med gennemført specialiseret genoptræning var 69 % i 2010 og 46 % i 2013 (Tabel 4; Figur 4).

Almen genoptræningsplan

Andelen af borgere som i perioden 2010 – 2013 var registreret med mindst en almen genoptræningsplan var stort set uændret på 4 % – 5 %. For samme periode var der færre borgere, der blev indlagt med aktionsdiagnosen AKS (nævneren) (Tabel 5; Figur 5).

2.2 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Indikator 6:

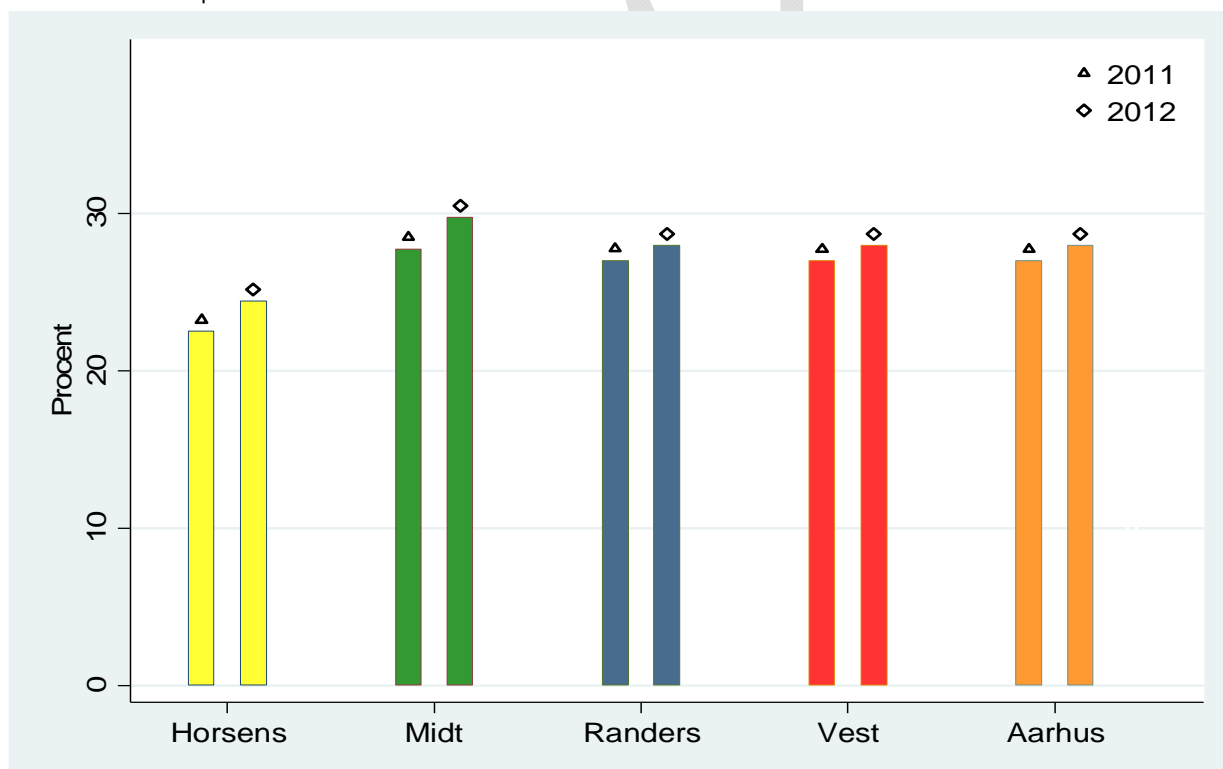
Andelen af borgere identificeret med KOL, der får foretaget årskontrol i almen praksis året efter identifikationsåret

Tabel 6. Andelen af borgere identificeret med KOL¹ i 2011 og 2012 der får foretaget årskontrol i almen praksis indenfor et år efter identifikationsåret.

	Borgere identificeret med KOL ¹ i 2011			Borgere identificeret med KOL ¹ i 2012		
	T/N ²	%	CI % ³	T/N ²	%	CI% ³
Region Midtjylland	14.234/54.707	26	(26-26)	15.244/56.013	27	(27-28)
Klynger:						
Horsensklyngen	2.002/8.886	23	(22-23)	2.324/9.517	24	(24-25)
Midtklyngen	3.042/10.964	28	(27-29)	3.318/11.149	30	(29-31)
Randersklyngen	2.890/10.700	27	(26-28)	3.041/10.876	28	(27-29)
Vestklyngen	3.162/12.001	26	(26-27)	3.274/12.128	27	(26-28)
Aarhusklyngen	3.138/12.156	26	(25-27)	3.287/12.343	27	(26-27)

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ²T/N=Tæller/Nævner; ³95 % konfidensinterval (CI).

Figur 6. Andelen af borgere i hver af de fem klynger identificeret med KOL¹ i 2011 og 2012 der får foretaget årskontrol i almen praksis året efter identifikationsåret².



¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ²Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 6.

Indikator 7:

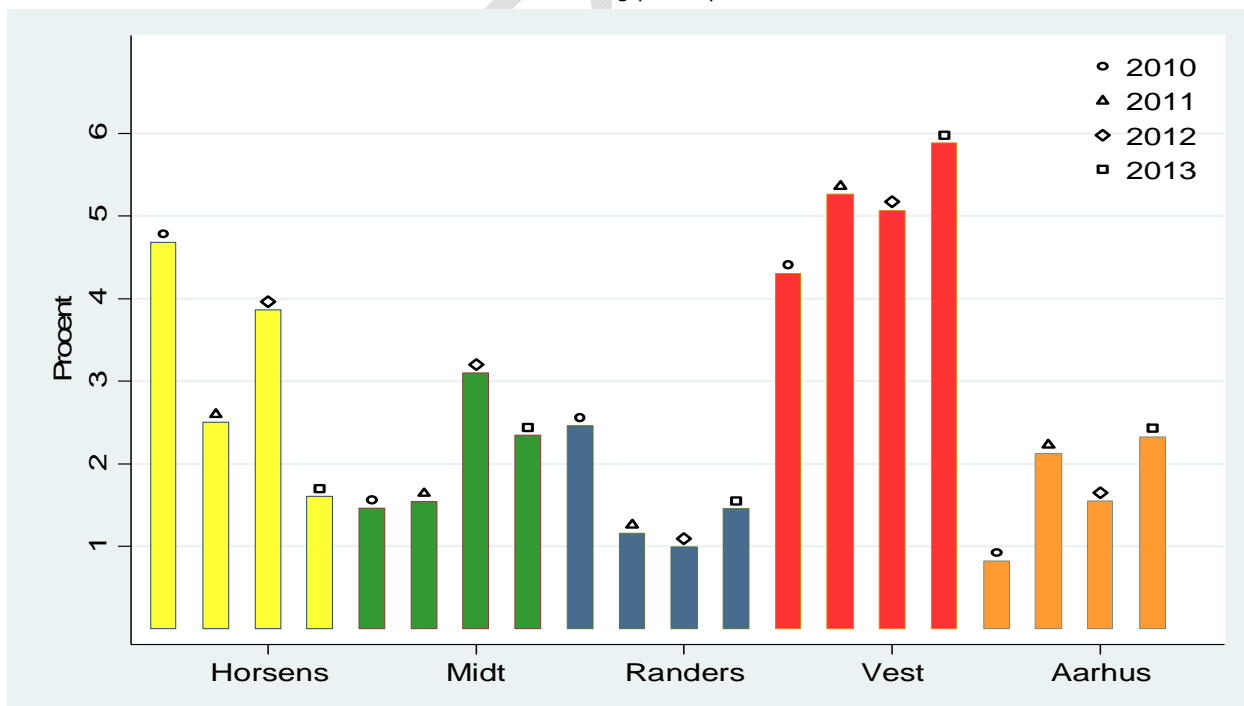
Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation henvises via specialiseret genoptræningsplan til KOL-rehabilitering på hospital

Tabel 7. Andelen af borgere identificeret med KOL¹, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation¹ i 2010, 2011, 2012 og 2013, får udarbejdet mindst én specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen til KOL-rehabilitering på hospital.

	Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2010			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2011			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2012			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2013		
	T/N ³	%	CI % ⁴	T/N ³	%	CI % ⁴	T/N ³	%	CI % ⁴	T/N ³	%	CI % ⁴
Region Midtjylland	27/951	3	(2-4)	29/1.118	3	(2-4)	38/1.245	3	(2-4)	37/1.295	3	(2-4)
Klynger:												
Horsensklyngen	8/171	5	(2-9)	6/240	3	(1-5)	10/259	4	(2-7)	5/312	2	(1-4)
Midtklyngen	3/205	1	(0-4)	4/259	2	(1-4)	8/258	3	(2-6)	6/256	2	(1-5)
Randersklyngen	6/244	2	(1-5)	3/258	1	(0-4)	3/303	1	(0-3)	4/274	1	(1-4)
Vestklyngen	9/209	4	(2-8)	14/266	5	(3-9)	15/296	5	(3-8)	19/323	6	(4-9)
Aarhusklyngen	1/122	1	(0-6)	2/95	2	(1-8)	2/129	2	(0-6)	3/130	2	(1-7)

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %;²Akut eksacerbation er en subpopulation; ³T/N=Tæller/Nævner; ⁴95 % konfidensinterval (CI).

Figur 7. Andelen af borgere identificeret med KOL¹ i hver af de fem klynger, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation i 2010, 2011, 2012 og 2013, får udarbejdet mindst én specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen til KOL-rehabilitering på hospital².



¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %;²Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 7.

Indikator 8:

Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse påbegynder KOL-rehabilitering på hospital

Tabel 8. Andelen af borgere identificeret med KOL¹, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation² i 2010, 2011, 2012 og 2013, får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen og senest tre måneder efter udskrivelse påbegynder KOL-rehabilitering på hospital³.

Region	Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2010			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2011			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2012			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2013		
	T/N ⁴	%	CI % ⁵	T/N ⁴	%	CI % ⁵	T/N ⁴	%	CI % ⁵	T/N ⁴	%	CI % ⁵
Midtjylland	7/27	26	(13-46)	6/29	21	(9-40)	9/38	24	(13-40)	11/37	30	(17-47)
Klynger:												
Horsensklyngen	1/8	13	(1-60)	1/6	17	(2-70)	2/10	20	(4-57)	2/5	40	(8-84)
Midtklyngen	1/3	33	(2-92)	1/4	25	(2-84)	1/8	13	(1-59)	1/6	17	(2-70)
Randersklyngen	3/6	50	(14-86)	1/3	33	(2-92)	2/3	67	(9-98)	1/4	25	(2-83)
Vestklyngen	1/9	11	(1-56)	1/14	7	(1-41)	4/15	27	(10-55)	5/19	26	(11-51)
Aarhusklyngen	1/1	100	-	2/2	100	-	0/2	0	-	2/3	67	(9-98)

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ²Akut eksacerbation er en subpopulation; ³Figur er udeladt da datagrundlaget er lille; ⁴T/N=Tæller/Nævner; ⁵95 % konfidensinterval (CI).

Indikator 9:

Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse gennemfører KOL-rehabilitering på hospital

Tabel 9. Andelen af borgere identificeret med KOL¹, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation² i 2010, 2011, 2012 og 2013, får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan indenfor tre måneder efter udskrivelsesdatoen og senest 12 måneder efter udskrivelsesdatoen gennemfører KOL-rehabilitering på hospital³.

Region	Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2010			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2011			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2012			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2013		
	T/N ⁴	%	CI % ⁵	T/N ⁴	%	CI % ⁵	T/N ⁴	%	CI % ⁵	T/N ⁴	%	CI % ⁵
Midtjylland	16/27	59	(40-76)	13/29	45	(28-63)	18/38	47	(32-63)	12/37	32	(19-49)
Klynger:												
Horsensklyngen	3/8	38	(11-75)	3/6	50	(14-86)	6/10	60	(27-86)	1/5	20	(2-76)
Midtklyngen	3/3	100	-	2/4	50	(9-91)	4/8	50	(18-82)	2/6	33	(7-77)
Randersklyngen	5/6	83	(30-98)	1/3	33	(2-92)	2/3	67	(9-98)	¼	25	(2-83)
Vestklyngen	4/9	44	(16-78)	5/14	36	(15-65)	6/15	40	(18-67)	6/19	32	(14-56)
Aarhusklyngen	1/1	100	-	2/2	100	-	0/2	0	-	2/3	67	(9-98)

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ²Akut eksacerbation er en subpopulation; ³Figur er udeladt da datagrundlaget er lille; ⁴T/N=Tæller/Nævner; ⁵95 % konfidensinterval (CI).

Indikator 10:

Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation henvises via almen genoptræningsplan til genoptræning i kommune

Tabel 10. Andelen af borgere identificeret med KOL¹, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation² i 2010, 2011, 2012 og 2013, får udarbejdet mindst én almen genoptræningsplan inden for tre måneder efter udskrivelsesdatoen til genoptræning i kommune.

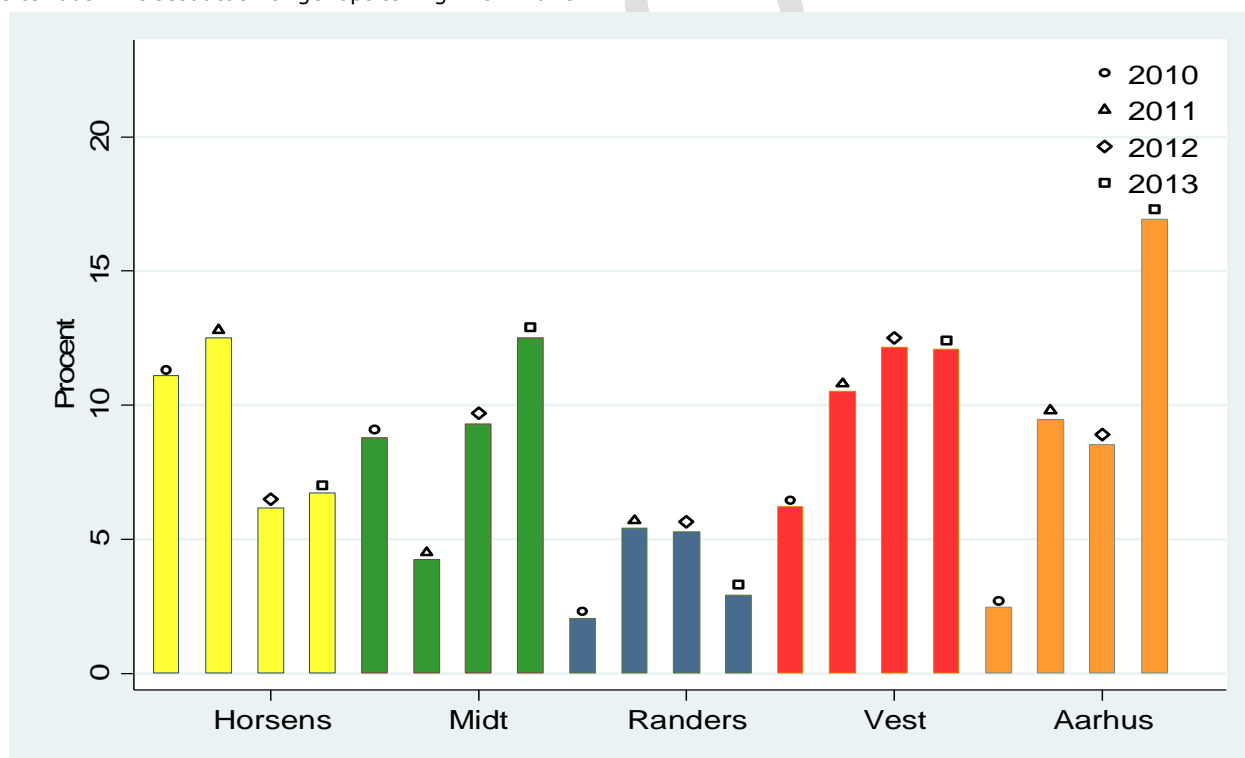
Region	Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2010			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2011			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2012			Borgere med KOL ¹ indlagt med akut eksacerbation i 2013		
	T/N ³	%	CI % ⁴	T/N ³	%	CI % ⁴	T/N ³	%	CI % ⁴	T/N ³	%	CI % ⁴
Midtjylland	58/951	6	(5-8)	92/1.118	8	(7-10)	103/1.245	8	(7-10)	122/1.295	9	(8-11)

Klynger:

Horsensklyngen	19/171	11	(7-17)	30/240	13	(9-17)	16/259	6	(4-10)	21/312	7	(4-10)
Midtklyngen	18/205	9	(6-14)	11/259	4	(2-8)	24/258	9	(6-14)	32/256	13	(9-17)
Randersklyngen	5/244	2	(1-5)	14/258	5	(3-9)	16/303	5	(3-8)	8/274	3	(1-6)
Vestklyngen	13/209	6	(4-10)	28/266	11	(7-15)	36/296	12	(9-16)	39/323	12	(9-16)
Aarhusklyngen	3/122	2	(1-7)	9/95	9	(5-17)	11/129	9	(5-15)	22/130	17	(11-24)

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ²Akut eksacerbation er en subpopulation; ³T/N=Tæller/Nævner; ⁴95 % konfidensinterval (CI).

Figur 10. Andelen af borgere med KOL¹ i hver af de fem klynger, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation i 2010, 2011, 2012 og 2013, får udarbejdet mindst én almen genoptræningsplan inden for tre måneder efter udskrivelsesdatoen til genoptræning i kommune².



¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ²Talgrundlaget for figuren fremgår af tabel 10.

2.2.1 Sammenfatning KOL indikatorer (6 - 10)

Årskontrol i almen praksis

Der var overordnet en stigning i antal borgere med KOL fra 2011-2012 (nævner). For samme periode var der desuden en stigning i antallet af borgere med KOL, der fik foretaget en årskontrol (tæller). Andelen af borgere med KOL i Region Midtjylland registreret som havende modtaget årskontrol i almen praksis året efter identifikationsåret var overordnet på 27 % - 28 % (Tabel 6; Figur 6).

For borgere med KOL i Region Midtjylland indlagt med akut eksacerbation i 2010, 2011, 2012 og 2013, var der følgende resultater:

Specialiseret genoptræningsplan

Overordnet steg antallet af borgere indlagt med akut eksacerbation (nævner) fra 2010 - 2013. Samtidig øgedes antallet af borgere, der fik udarbejdet mindst en specialiseret genoptræningsplan (tæller). Andelen af borgere, som var registreret med mindst en specialiseret genoptræningsplan, var overordnet 3 % i alle årene (Tabel 7; Figur 7).

Påbegyndt og gennemført specialiseret genoptræning

Mellem 21 % og 30 % af borgere registreret med mindst én specialiseret genoptræningsplan påbegyndte specialiseret genoptræning, og mellem 32 % og 59 % gennemførte. Disse resultater beror på et meget lille antal borgere, hvorfor resultaterne er behæftet med usikkerhed (Tabel 8 og 9).

Almen genoptræningsplan

Overordnet steg antallet af borgere indlagt med akut eksacerbation (nævner) fra 2010 - 2013. Der sås også en stigning i antallet af borgere registreret med en almen genoptræningsplan (tæller) for samme periode. Andelen af borgere registreret med mindst én almen genoptræningsplan varierede mellem 6 % i 2010 og 9 % i 2013 (Tabel 10; Figur 10).

2.3 Type 2 diabetes

Den anvendte algoritme til identificering af borgere med type 2 diabetes kunne ikke med sikkerhed danne diabetespopulationen efter 2010 (Jf. Dannelse af diabetespopulationen, s. 9), og da populationen skal udgøre nævneren i indikatoropgørelserne, har det derfor ikke været muligt at opgøre de indikatorer, der er udpeget for type 2 diabetes (Bilag 4 og 5).

Det var dog muligt at identificere en subpopulation af borgere med type 2 diabetes fra data indberettet til Dansk Voksen Diabetes Database (13) for Region Midtjylland. Denne subpopulation inkluderer de borgere med type 2 diabetes, der er i kontakt med hospitalsvæsenet indenfor den opgjorte periode (2010 - 2013). I tabel 11 ses antallet af borgere med diabetes, der gik til kontrol på hospital mindst en gang i årene 2010 - 2013.

Antallet af borgere registreret med mindst en årskontrol på hospital var stort set uændret gennem årene.

Indikator 11:

Antal borgere med diabetes, der får foretaget årskontrol på hospital mindst én gang om året

Tabel 11. Antal borgere med diabetes¹ der får foretaget årskontrol på hospital i Region Midtjylland mindst én gang i 2010, 2011, 2012 og 2013.

	Antal i 2010	Antal i 2011	Antal i 2012	Antal i 2013
Årskontrol på hospital	8438	8202	7862	8182

¹Der kan ikke skelnes mellem type 1 og type 2 diabetes.

2.4 Anbefaling vedrørende indikatorer for AKS, KOL og diabetes

Anbefaling AKS og KOL:

Da datagrundlaget for alle indikatorerne er baseret på eksisterende data, formodes det, at de resultater, der er fremkommet, er et udtryk for de ydelser, der registreres i den kliniske praksis og ikke nødvendigvis et udtryk for det faktiske antal borgere, der modtager dem. Det er således sandsynligt, at flere borgere end dem, resultaterne viser, får tilbudt de monitorerede ydelser.

For nogle af resultaterne for klyngerne er data baseret på meget få tal, hvilket der skal tages højde for i tolkningen af resultaterne.

Det fremgår af indikatoropgørelserne, at antallet af borgere, der gennemfører, er større end antallet, der påbegynder specialiseret genoptræning. Årsagen hertil kunne blandt andet skyldes registreringspraksis eller andre procedurer i den kliniske praksis.

Fremadrettet anbefales det:

- at resultaterne løbende vurderes af sundhedsfagligt personale, der har klinisk erfaring inden for området
- at fokusere på kvantitativ, systematisk og stringent dokumentation af de monitorerede ydelser i klinisk praksis
- at fortsætte med at følge resultaterne, så der på sigt kan dannes baggrund for at fastsætte standarder for indikatorerne.

Anbefaling type 2 diabetes:

Da det ikke er muligt at opgøre indikator-andele for type 2 diabetes, kan det anbefales, at der arbejdes på at danne en diabetes population.

2.5 Faglig høring af indikatorer for AKS, KOL og diabetes

Herunder beskrives de vurderinger og forbedringsforslag, der fremkom under den faglige høring til hver enkelt indikator. Afslutningsvis beskrives nogle betragtninger om afvigelser mellem anbefalinger i forløbsprogrammerne og den aktuelle praksis.

Årskontrol i almen praksis

For både AKS og KOL var vurderingen, at resultaterne for andelen af borgere, der fik foretaget årskontrol, var for lavt i forhold til høringsgruppernes generelle indtryk af hvor mange årskontroller, der foretages i almen praksis.

Det blev vurderet, at en del borgere kom til årskontrol uden at ydelsen blev registreret som en årskontrol. Der fremkom følgende mulige årsager hertil:

- Der tilbydes en anden årskontrol end beskrevet i forløbsprogrammerne. Fx en kontrol, der tager udgangspunkt i patientens aktuelle ønsker frem for en årskontrol med udgangspunkt i kravene i forløbsprogrammet.
- Den valgte opfølgningstid i denne rapport på et år efter udskrivesdato (for AKS) eller identifikationsår (for KOL) er for kort. Foretages årskontrollen mere end et år efter, registreres den ikke i indeværende indikatoropgørelse. Opfølgningstiden kan derfor med fordel forlænges fra 1 år til 1½ år.
- Det antages, at der fra regionens side er restriktioner på ydelsen '0120' (årskontrol). Da borgere med KOL og AKS typisk har flere kroniske lidelser, der hver bør udløse årskontrol, kan dette derfor være problematisk.

For årskontrol i almen praksis blev det desuden foreslået at:

- udvide antallet af år, der følges op på årskontrol, så der ikke kun monitoreres på andelen af borgere, der får foretaget årskontrol inden for ét år efter udskrivesdatoen eller identifikationsåret, men suppleres med en længere årrække på eksempelvis to, tre eller fire år efter
- undersøge om andre ICD-10 diagnosekoder bør anvendes til identifikation af KOL-populationen
- kortlægge om de registrerede årskontroller indeholder det, der er beskrevet i forløbsprogrammerne

Henvisning via specialiseret genoptræningsplan

Det blev vurderet, at der var en underregistrering af henvisninger via specialiseret genoptræningsplaner. Følgende årsager til underregistrering blev angivet:

KOL og AKS

Det blev nævnt, at den anvendte tidsramme i denne rapport på tre måneder for udarbejdelse af specialiserede genoptræningsplaner efter udskrivesdatoen var for kort. I stedet blev en tidsramme på seks måneder anbefalet.

AKS

Størrelsen af den kommunale medfinansiering stemte ikke overens med det antal borgere, der blev registreret i kommunerne med en specialiseret genoptræningsplan. Dette kan skyldes en mulig underregistrering på hospitalerne.

KOL

Det blev bemærket, at inklusionen af diagnoser til indikatoren var for snæver. Det blev vurderet, at inklusionen burde udvides med følgende koder: DJ440, DJ448, DJ449, DJ960, DJ961, DJ189. Ligeledes blev det bemærket, at opgørelsen kun inkluderede aktionsdiagnoser, og at den også burde inkludere B-diagnoser.

Der fremkom desuden følgende pointer angående henvisning via specialiseret genoptræningsplan:

AKS

Registrering af specialiserede genoptræningsplaner vil ikke afspejle den fremtidige praksis for rehabilitering af borgere med AKS i fase 2, idet denne flyttes fra hospital til kommunalt regi. Der vil dog antageligvis stadig være nogle borgere, der vurderes at have behov for specialiseret indsats i fase 2 på hospital, som det er relevant at monitorere omfanget af.

KOL

Der kan suppleres med en opgørelse over borgere, der tidligere har fået udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan.

Påbegyndt og gennemført specialiseret genoptræning

Det blev vurderet, at der var en underregistrering af påbegyndt og gennemført specialiseret genoptræning. Følgende pointer i relation til underregistreringen blev angivet:

AKS

Der var uenighed om, hvorvidt de opgjorte andele af påbegyndt og gennemført specialiseret genoptræning afspejler praksis. På den ene side, blev det noteret, at gennemførelsesprocenterne ser fornuftige ud, og på den anden side blev det nævnt, at lokale tal for gennemførelse af rehabilitering (defineret på en anden måde end i denne rapport) på hospital er helt oppe på 80 %, når påbegyndt og afsluttet genoptræning registreres ved foretaget cykeltest.

Det blev foreslået at sammenligne inkluderede diagnosekoder for AKS som beskrevet i forløbsprogrammet med diagnosekoder anvendt i Dansk Hjerterehabileringsdatabase med henblik på at klarlægge forskelle mellem resultater opgjort i denne rapport og resultater fra Dansk Hjerterehabileringsdatabase.

Det blev endvidere foreslået, at der kunne foretages yderligere opgørelser på subpopulationer.

KOL

Blandt patienter med gentagne eksacerbationer kan det være svært at gennemføre et rehabiliteringsforløb.

Opgørelserne for påbegyndt og gennemført genoptræning viste, at flere gennemfører end påbegynder. Det blev nævnt, at opgørelsen for gennemført genoptræning kan have en mere hensigtsmæssig tidsramme (12 måneder) end påbegyndt genoptræning (3 måneder). Ved at forlænge tidsrammen kan der registreres flere genoptræningsforløb.

Under høringen blev det påpeget, at der på landsplan er et estimeret frafald på genoptræningsforløb på 20 %.

Endvidere blev det for KOL foreslået:

- at udvælge enten påbegyndt eller gennemført specialiseret genoptræning til opgørelsen
- at undersøge hvorvidt borgere, der ikke gennemfører, oplever forværring af sygdommen undervejs i forløbet.
- at indhente supplerende information fra datakilden DrKOL
- at supplere med koder for registrering af telemedicinsk rehabilitering

Henvisning via almen genoptræningsplan

KOL og AKS

I lighed med henvisning via specialiseret genoptræningsplan blev det nævnt, at den anvendte tidsramme i denne rapport på tre måneder for udarbejdelse af almen genoptræningsplan efter udskrivelsesdatoen er for kort. I stedet blev en tidsramme på seks måneder anbefalet.

Regionale forskelle vedrørende praksis i forbindelse med henvisning via almen genoptræningsplan blev drøftet. I dele af regionen kan borgere komme til rehabilitering i kommunen uden en almen genoptræningsplan, mens der i andre dele af regionen skal foreligge en almen genoptræningsplan, før borgeren kan påbegynde rehabilitering i kommunalt regi.

Det blev bemærket, at kommunerne har adgang til informationer om diagnose for de borgere, der henvises via en almen genoptræningsplan.

KOL

Det blev foreslået at opgøre andelen af borgere, der tidligere har fået tilbudt almen genoptræning.

Afvielser mellem anbefalinger i forløbsprogrammerne og praksis

Det fremgik, at der forekom divergens mellem praksis og anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Der blev blandt andet nævnt følgende:

KOL og AKS

Der var forskel i henvisningspraksis mellem kommunerne i regionen. Nogle kommuner krævede ikke henvisning, og borgerne kan komme ind fra gaden, hvorimod andre krævede

henvisning fra almen praktiserende læge eller hospital før et rehabiliteringsforløb efter § 119 kunne påbegyndes.

KOL

De forskelle, der blev observeret i indikatoropgørelserne mellem klyngerne, kan måske afspejle forskelle i lokal praksis. Det blev nævnt, at der sandsynligvis sker en opgaveglidning af rehabilitering fra hospital til kommune, og at det var forskelligt, hvor hurtigt denne opgaveglidning sker. Det er primært borgere med meget svær KOL, fx ilt-brugere, der modtager rehabilitering på hospital.

Det blev desuden nævnt, at afstand fra bopæl til hospital havde betydning for, om borgeren tog imod tilbud om rehabilitering på hospital. I forlængelse af dette blev det nævnt, at et udsnit af borgerne var tilfredse med deres nuværende fysiske tilstand og dermed ikke ønskede at deltage i rehabilitering. Det blev endvidere nævnt, at tidspunkt på dagen for afholdelse af rehabiliteringsforløbet på hospitalet havde betydning for, hvorvidt borgeren tog imod tilbuddet eller ej. Slutteligt blev det nævnt, at mange borgere fortsatte i et træningsnetværk efter endt rehabiliteringsforløb på hospital eller i kommune.

Der er ikke tilstrækkelig viden om de indsatser, der tilbydes i praksis, rent faktisk indeholder de anbefalinger, der er angivet i forløbsprogrammerne. Fx i hvilket omfang indholdet i årskontrolerne efterlever det, forløbsprogrammet foreskriver.

AKS

Det blev nævnt, at borgere ikke nødvendigvis deltog i både fase 2 og fase 3. Nogle borgere ville kun deltage i et af disse to tilbud. Det forekom også, at borgere valgte et andet træningstilbud end det, der blev tilbudt i kommunerne. Det kan for eksempel være træning i lokale foreninger.

3.0 Henvisninger fra almen praksis

3.1 Elektroniske henvisninger fra almen praksis

For alle tre sygdomsområder er der identificeret indikatorer, der vedrører elektroniske henvisninger fra almen praksis:

- **Andelen der henvises fra almen praksis til rehabilitering i kommunen (AKS, KOL og type 2 diabetes)**
- **Andelen der henvises fra almen praksis til KOL-rehabilitering på hospital**
- **Andelen der henvises fra almen praksis til diabetesambulatorium på hospital**
- **Andelen der henvises fra almen praksis til diabeteskole på hospital**

Henvisningshotellet RefHost blev identificeret som en relevant datakilde til ovenstående indikatorer, hvorfor der fra denne blev indhentet data for perioden september 2012 til marts 2014 for borgere identificeret med AKS, KOL og diabetes pr. 1. januar 2011 (Jf. Bilag 1). Af disse blev data for 2013 anvendt til opgørelse af henvisninger fra almen praksis.

Ikke alle praktiserende læger anvendte datakilden til henvisning, hvorved den ikke kan betragtes som værende repræsentativ for alle henvisninger, der sendes fra almen praksis til henholdsvis hospital og kommune (6).

Opgørelse af de indhentede data om elektroniske henvisninger for hvert af de tre sygdomsområder fremgår af tabellerne 12, 13 og 14. Opgørelsen indebærer et omfattende arbejde med datakilden samt anvendelse af filtre og søgeord i fritekst-felter.

Tabel 12. Elektroniske henvisninger¹ til kommuner fra almen praksis i Region Midtjylland opgjort på antal henvisninger og antal borgere med AKS pr. 1. januar 2011.

	Antal elektroniske henvisninger 2013	Antal borgere 2013
Henvisninger til kommune ²	63	59

¹Det totale antal henvisninger sendt fra almen praksis i Region Midtjylland identificeret i RefHost i perioden 2. januar- 30. december 2013 for borgere med AKS er 2.725; ²Det har ikke været muligt at opgøre data for hver enkelt kommune eller klynge.

Tabel 13. Elektroniske henvisninger¹ til hospitaler og kommuner fra almen praksis i Region Midtjylland opgjort på antal henvisninger og antal borgere med KOL pr. 1. januar 2011.

	Antal elektroniske henvisninger 2013	Antal borgere 2013
Henvisninger til KOL-ambulatorium på hospitaler	8263	6651
Henvisninger til kommune ²	467	438

¹Det totale antal henvisninger sendt fra almen praksis i Region Midtjylland identificeret i RefHost i perioden 2. januar- 30. december 2013 for borgere med KOL er 12.914; ²Det har ikke været muligt at opgøre data for hver enkelt kommune eller klynge.

Tabel 14. Elektroniske henvisninger¹ til hospitaler og kommuner fra almen praksis i Region Midtjylland opgjort på antal henvisninger og antal borgere med diabetes² pr. 1. januar 2011 fordelt på hospitaler i Region Midtjylland.

	Antal elektroniske henvisninger 2013	Antal borgere 2013
Henvisninger til diabetesambulatorium på hospital		
Region Midtjylland	10.717	9234
Hospitaler		
Regionshospitalet Horsens	1717	1480
Hospitalsenheden Midt	3611	3075
Regionshospitalet Randers	1049	935
Hospitalsenheden Vest	928	854
Aarhus Universitetshospital	3412	2890
Henvisninger til diabeteskole på hospital³		
Region Midtjylland	458	447
Hospitaler		
Regionshospitalet Horsens	56	56
Hospitalsenheden Midt	82	80
Regionshospitalet Randers	65	64
Hospitalsenheden Vest	75	72
Aarhus Universitetshospital	180	175
Henvisninger til kommune⁴		
Region Midtjylland	747	696

¹Det totale antal henvisninger sendt fra almen praksis i Region Midtjylland identificeret i RefHost i perioden 2. januar-30. december 2013 for borgere med diabetes er 24.287;²Der kan ikke skelnes mellem type 1 og type 2 diabetes; ³Ved identificering af henvisninger til diabeteskole er anvendt en tekst-variabel. Forskellige variationer af stavemåder for diabeteskole er anvendt i behandlingen af denne variabel. Liste over præcise stavemåder kan rekvireres; ⁴Det har ikke været muligt at opgøre data for hver enkelt kommune eller klynge.

3.2 Sammenfatning og anbefalinger for elektroniske henvisninger

Tolkning af resultaterne for de elektroniske henvisninger fra almen praksis i Henvisningshotellet RefHost skal foretages med forsigtighed. Der er kun trukket data for et år, så der er ikke basis for sammenligninger over tid. Endvidere er det ikke muligt at differentiere mellem henvisninger specifikt rettet mod rehabilitering i kommune eller på hospital eller rettet mod andre indsatser som for eksempel sårbehandling eller træning/behandling grundet multisygdom. Endelig vil resultaterne, der som følge af det omfattende sorteringsarbejde i datakilden, bero på en vis grad af subjektiv vurdering, hvormed reliabiliteten og validiteten af resultaterne er reduceret.

På baggrund af ovenstående og sammenholdt med at datakilden ikke anses som repræsentativ for alle afsendte henvisninger fra almen praksis i Region Midtjylland, kan der fremadrettet anbefales følgende:

- at arbejde på, at registrering i datakilden gøres mere systematisk og struktureret; eksempelvis ved i højere grad at registrere borgerens diagnose samt henvisningsårsag i den elektroniske henvisning
- at undersøge, hvor stor en andel af de praktiserende læger, der sender henvisninger via Henvisningshotellet RefHost

- at undersøge henvisningsmønsteret i almen praksis, herunder hvor stor en andel, der fortsat sender henvisninger via andre kilder fx mail, fax, telefon

3.3 Faglig høring af elektroniske henvisninger

Under den faglige høring fremkom følgende vurderinger og kommentarer:

- Det opgivne antal registreringer af elektroniske henvisninger er for få.
- Alle almen praktiserende læger burde principielt anvende henvisningshotellet RefHost. Det blev foreslået at kortlægge brugen af henvisningshotellet med udgangspunkt i en udvalgt klynge. Herunder kunne det undersøges, hvor stor en andel af almen praktiserende læger, der anvender henvisningshotellet RefHost.
- For at fremme brugen af henvisningshotellet RefHost blev det foreslået at få kommunerne til at efterspørge henvisninger via denne datakilde. Anvendelsen af datakilden kunne eksempelvis tages op i regi af 'Fælles Skolebænk'.
- Almen praksis efterspørger en samlet indgang til alle henvendelser til kommunerne. Det opleves som besværligt for lægerne at overskue de forskellige kommunale tilbud.
- Der er stor variation i henvisningspraksis fra hospital til kommune.
- Der foregår meget kommunikation (herunder også henvisning) via elektronisk korrespondance.

4.0 Indikatorer for kommuner

4.1 Indikatorer i to pilottestkommuner

For de 19 kommuner i Region Midtjylland blev der i alt udviklet 8 generiske indikatorer for hvert af de tre sygdomsområder (Bilag 5).

På baggrund af pilottest i Sundhedshuset Silkeborg (Silkeborg Kommune) og Folkesundhed Aarhus (Aarhus Kommune) kunne der samlet for de to kommuner opgøres nedenstående to indikatorer:

- **Andelen af borgere, der deltager i indledende samtale ved påbegyndelse af rehabilitering i kommune blandt alle henviste borgere**
- **Andelen af borgere, der gennemfører rehabilitering i kommune blandt alle henviste borgere**

Populationerne blev identificeret i de to kommuners registreringssystemer. I Silkeborg anvendtes MoEva, og der var i alt registreret 42 henviste borgere i perioden 1. december 2013

til 30. juni 2014. I Aarhus Kommune anvendtes CSC Vitae Suite. Her var der i alt registreret 448 borgere i Gellerup og Ceres Allé i perioden 1. januar 2013 til 31. december 2013 samt 185 borgere i Ceres Allé i perioden 1. januar 2014 til 30. juni 2014.

Tabellerne 15, 16 og 17 viser resultater af opgørelserne for de to indikatorer fra hver af de to pilottestkommuner. Indikatorerne er opgjort over forskellige tidsperioder, og for Aarhus er der desuden forskel i inklusion af interne enheder (7).

Tabel 15. Indikatoropgørelser for Sundhedshuset Silkeborg¹ i perioden 1. december 2013 til 30. juni 2014.

Indikator	Antal				Indikatoropgørelse
	T2DM ² (n=12)	KOL (n=19)	AKS (n=11)	I alt (N=42)	Andel (%) (N=42)
Borgere...					
... der deltager i indledende samtale	12	19	11	42	100 %
... der gennemfører ³ rehabilitering	10	15	9	34	81 % ⁴

¹Datakilde: MoEva; ²Type 2 diabetes; ³Gennemført er foretaget ud fra en subjektiv fagprofessionel vurdering; ⁴7 % uoplyst.

Tabel 16. Indikatoropgørelser for Folkesundhed Aarhus¹ (Gellerup og Ceres Allé) i perioden 1. januar 2013 til 31. december 2013.

Indikatorer	Antal				Indikatoropgørelse
	T2DM ² (n=207)	KOL (n=130)	AKS (n=111)	I alt (n=448)	Andel (%) (N=448)
Borgere...					
... der deltager i indledende samtale	123	99	86	308	69 %
... der gennemfører ³ rehabilitering	17	10	22	49	11 %

¹Datakilde: CSC Vitae Suite; ²Type 2 diabetes; ³Gennemført er defineret som besvaret "Spørgeskema start" og "Spørgeskema slut".

Tabel 17. Indikatoropgørelser for Folkesundhed Aarhus^{1,2} (Ceres Allé) i perioden 1. januar 2014 til 30. juni 2014.

Indikatorer	Antal				Indikatoropgørelse
	T2DM ³ (n=65)	KOL (n=74)	AKS (n=46)	I alt (n=185)	Andel (%) (N=185)
Borgere...					
... der deltager i indledende samtale ¹	46	45	37	128	69 %
... der gennemfører ² rehabilitering ⁴	19	8	3	30	16 %

¹Datakilde: CSC Vitae Suite; ²Datakilde: Rambøll Results; ³Type 2 diabetes; ⁴Gennemført er defineret som besvaret "Spørgeskema start" og "Spørgeskema slut".

4.2 Sammenfatning og anbefalinger for kommuner

Resultaterne fra de to pilottestkommuner kan ikke sammenlignes, idet grundlaget for dem er forskelligt:

- Forud for registrering af deltagelse i Silkeborg Kommune blev der foretaget en eksklusion af henviste borgere, der af forskellige grunde ikke visiteres videre. I Aarhus Kommune indgik alle henviste borgere.
- Der var uens definitioner af gennemførelse af rehabilitering i de to kommuner. I Sundhedshuset Silkeborg beror vurderingen af gennemført alene på en subjektiv sundhedsfaglig vurdering. I Folkesundhed Aarhus defineres forløbet som gennemført, når en borger havde besvaret både "Spørgeskema start" og "Spørgeskema slut".

Ovenstående to forhold udgør sandsynligvis en væsentlig forklaring på de observerede forskelle i indikatoropgørelserne i de to kommuner.

Samlet set er præmissen om anvendelse af eksisterende data fra alle 19 kommuner i Region Midtjylland til monitorering af de kommunale indikatorer ikke muligt på grund af utilstrækkelig datakvalitet, manglende datakilder, flere forskellige registreringssystemer, uens registreringspraksis samt ringe mulighed for at samkøre data (7).

MoEva¹ er en datakilde, der kan anvendes til opgørelse af syv af de i alt otte kommunale indikatorer (14) (Bilag 5). MoEva anvendes af 11 kommuner i Region Midtjylland. Det er således muligt at monitorere de syv indikatorer for de 11 kommuner, der anvender MoEva, under forudsætning af, at der indgås en dataaftale mellem Region Midtjylland og de implicerede kommuner (7).

For at klarlægge det fremadrettede perspektiv for samkøring af data for de otte kommuner, der ikke anvender MoEva, kræves der bistand fra fagfolk med ekspertise inden for it-, registrerings- og dokumentationssystemer.

¹ MoEva er et værktøj til monitorering og evaluering af borgeruddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler. MoEva er udviklet af CFK - Folkesundhed og kvalitetsudvikling i samarbejde med ni kommuner og Hospitalsenheden Vest.

5.0 Forbrug af sundhedsydelse

5.1 Borgere med AKS

Forbrug af sundhedsydelse blandt borgere på 18 år og derover, der er bosiddende i Region Midtjylland og indlægges på hospital med AKS diagnosen i 2010 blev fulgt for årene 2010, 2011 og 2012 (5).

Opgørelse af forbrug af sundhedsydelse fordelt på klynger fremgår af bilag 6.

Tabel 18. Forbrug af sundhedsydelse for borgere på 18 år og derover i Region Midtjylland, der indlægges på hospital med AKS diagnose i 2010.

	Forbrug opgjort i antal fordelt på percentiler					Borgere med forbrug ≥ 1	
	Min	25 %	Median	75 %	Max	Antal	Andel i %
2010 (N=2279)							
Ambulante hospitalskontakter	0	3	7	17	216	2.115	92,8
Hospitalsindlæggelser	1	1	2	3	25	2.279	100,0
Sengedage	1	5	8	16	159	-	-
Ydelser ¹ fra almen praktiserende læge (N=2.155)	0	15	28	58	539	2.140	99,3
2011 (N=2079²)							
Ambulante hospitalskontakter	0	1	4	12	219	1.645	79,1
Hospitalsindlæggelser	0	0	0	1	17	921	44,3
Sengedage	0	0	0	3	124	-	-
Ydelser ¹ fra almen praktiserende læge (N=1955 ²)	0	14	25	45	834	1.927	98,6
2012 (N=1934³)							
Ambulante hospitalskontakter	0	0	2	7	218	1.339	69,2
Hospitalsindlæggelser	0	0	0	1	16	648	33,51
Sengedage	0	0	0	2	75	-	-
Ydelser ¹ fra almen praktiserende læge (N=1810 ³)	0	12	22	42	891	1.770	97,8

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Af det samlede antal borgere på 2.279 mangler der oplysninger på 124 borgere; ³Borgere, der er døde i 2010, indgår ikke i analyserne; ³Borgere, der er døde i 2010 og 2011, indgår ikke i analyserne.

For borgere i Region Midtjylland indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010 var der følgende resultater (Tabel 18):

Det samlede antal borgere var faldende fra 2010 til 2012, hvilket var forventeligt, da populationen blev identificeret ved indlæggelse i 2010 og derefter fulgt i 2011 og 2012. Der vil i perioden være borgere, der dør, såvel som flytter ud af regionen.

Overordnet set var forbruget af sundhedsydelse faldende fra 2010-2012 for borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010.

Andelen af ambulante hospitalskontakter faldt fra 93% i 2010 til 70% i 2012 for borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS i 2010.

Som følge af inklusionskriterierne har alle de identificerede borgere været indlagt med en AKS diagnose i 2010. Blandt disse havde 1/3 været indlagt på hospital i 2012.

Andelen af borgere indlagt med AKS i 2010, der modtog mindst én ydelse fra almen praktiserende læge i årene 2010, 2011 og 2012 var mellem 99% og 97%.

5.2 Borgere med KOL

Forbrug af sundhedsydelse blandt borgere på 35 år og derover bosiddende i Region Midtjylland, der via KOL-algoritmen blev identificeret med KOL i 2010, 2011 og 2012 blev fulgt (5).

Opgørelse af forbrug af sundhedsydelse fordelt på klynger fremgår af bilag 7.

Tabel 19. Forbrug af sundhedsydelse for borgere på 35 år og derover i Region Midtjylland, der er identificeret med KOL¹ i 2010, 2011 og 2012.

	Forbrug opgjort i antal fordelt på percentiler					Borgere med forbrug ≥ 1	
	Min	25 %	Median	75 %	Max	Antal	Andel i %
2010 (N=48.837)							
Ambulante hospitalskontakter	0	0	2	5	207	33.141	67,9
Hospitalsindlæggelser	0	0	0	0	24	11.773	24,1
Sengedage	0	0	0	0	186	-	-
Ydelse ² fra almen praktiserende læge	0	10	20	37	1982	47.772	97,8
2011 (N=50.271)							
Ambulante hospitalskontakter	0	0	2	6	223	34.305	68,2
Hospitalsindlæggelser	0	0	0	0	47	11.955	23,8
Sengedage	0	0	0	0	227	-	-
Ydelse ² fra almen praktiserende læge	0	11	21	38	2550	49.259	98,0
2012 (N=51.559)							
Ambulante hospitalskontakter	0	0	2	6	227	35.266	68,4
Hospitalsindlæggelser	0	0	0	0	44	12.159	23,6
Sengedage	0	0	0	0	212	-	-
Ydelse ² fra almen praktiserende læge	0	10	20	37	2186	50.404	97,8

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %;²Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser.

For borgere i Region Midtjylland identificeret med KOL i 2010 - 2012 var der følgende resultater (Tabel 19):

Det overordnede antal borgere var svagt stigende i perioden fra 48.837 til 51.559.

For alle årene havde omkring 2/3 af borgere identificeret med KOL mindst en ambulant hospitalskontakt pr år.

Antal og andele af borgere med hospitalsindlæggelser samt antal sengedage var generelt set uændret for alle årene. Knap 25% af borgerne havde minimum en indlæggelse per år.

I alt 97-98% af borgere med KOL modtog mindst en ydelse hos almen praktiserende læge for hvert af årene.

6.0 Datagrundlag for indikatorer

I dette afsnit beskrives de registre, hvorfra der er indhentet data til opgørelser for almen praksis og hospital. Desuden findes en oversigt over datakilder i bilag 8.

Sygesikringens ydelsesregister

Sygesikringens ydelsesregister indeholder information om forbrug af sundhedsydelser. Data anvendes til afregning af sygesikringsydelser med eksempelvis regionens almen praktiserende læger. Ydelsen registreres på CPR-nummer, hvilket gør det muligt at henføre honorarer/ydelser til den enkelte borger (15). I sygesikringens ydelsesregister er der identificeret en ydelseskode 0120 (tidligere 0106), som omfatter "aftalt specifik forebyggende indsats" (16). Per 1. april 2011 er denne ydelse målrettet årskontrol for borgere med kronisk sygdom efter retningslinjer fra blandt andet Dansk Selskab for Almen Medicin. Udover anvendelse ved borgere med AKS, KOL eller type 2 diabetes, anvendes ydelseskoden imidlertid også til andre sygdomsgrupper.

Ydelseskode 0120 indgår i denne rapportering for de borgere, der er identificeret med henholdsvis AKS, KOL eller type 2 diabetes. Derved sikres, at den registrerede ydelse i indeværende opgørelse, er givet til borgere med relevant kronisk sygdom. Det kan dog ikke udelukkes, at ydelsen er relateret til anden sygdom hos borgere med kronisk sygdom.

Danske Voksen Diabetes database

Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD) er en selvstændig landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase, der startede dataindsamling i 2005. Ambulatorier indberetter systematisk informationer om behandling, pleje og genoptræning for alle ambulante borgere med diabetes (≥ 17 år) i sygehusregi. Databasekompletheden i Region Midtjylland er 95 % (13).

DVDD anvendes til optælling af årskontrol foretaget på hospitalet.

Landspatientregistret

Landspatientregistret er et nationalt register, der registrerer alle kontakter til danske sygehuse som eksempelvis indlæggelse, udskrivelse og ambulante besøg samt diagnosekoder. I Region Midtjylland indberettes data via Det Patientadministrative System (PAS), som hører under den elektroniske patientjournal – MidtEPJ.

Henvisningsprocedurer for rehabilitering på hospital og i kommune samt påbegyndelse og gennemførelse af rehabilitering på hospital for patienter med KOL og AKS kan identificeres i LPR ved hjælp af diagnose-, procedure- og tillægskoder (17)¹.

Henvisningshotellet RefHost

Henvisningshotellet RefHost er en landsdækkende elektronisk platform, der kan opbevare og distribuere henvisninger fra praktiserende læger. Henvisningshotellet har været i drift siden 2008. I 2012 blev systemet udvidet således, at elektroniske henvisninger kan sendes til kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud.

I alt 99 % af alle praktiserende læger har journalsystemer, der kan sende elektroniske henvisninger (18). Ikke alle praktiserende læger med disse journalsystemer anvender

¹ Detaljeret beskrivelse af denne identificering kan rekvireres.

Henvisningshotellet ved afsendelse af henvisninger. For en stor del af de elektroniske henvisninger gør det sig gældende, at borgerens diagnose er uspecificeret, hvorfor det for disse, ikke er muligt at identificere borgere med henholdsvis AKS, KOL og type 2 diabetes. Henvisningshotellet anvendes til opgørelse af indikatorer vedrørende henvisning fra almen praksis til kommune og hospital.

7.0 Organisering

Styregruppen for monitorering af forløbsprogrammer

Styregruppemedlemmer:

- Claus Vinther Nielsen, forskningschef, professor, ph.d., Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Jens Bejer Damgaard, kontorchef, ph.d., Strategi og Planlægning, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
- Hanne Søndergaard, projektleder, MPH, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Tina Veje Andersen, sundhedsfaglig konsulent, cand.scient.san.publ., CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Lone Kærsvang, specialkonsulent, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
- Sebastian Cristoffanini, AC-fuldmægtig, sociolog, Nære Sundhedstilbud Region Midtjylland

Faglig høring

Der blev foretaget faglig høring af resultaterne for KOL og AKS (Bilag 9 og 10).

Deltagere i faglig høring for KOL resultaterne:

- Inga Bøge, sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent, Holstebro Kommune
- Svend Kier, almen praktiserende læge og praksiskoordinator i Region Midtjylland
- Anders Løkke Ottesen, speciallæge, Aarhus Universitetshospital

Deltagere i faglig høring for AKS resultaterne:

- Tove Tranæs Voss, afdelingsleder, Sundhedsfremmecentret, Skanderborg Kommune
- Bo Christensen, almen praktiserende læge, professor, Afd. for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- Ole May, overlæge, Kardiologisk Forskningsafsnit, Hospitalsenheden Vest

Referencer

1. Forløbsprogram for type 2 diabetes. Region Midtjylland, 2. udgave. Revideret oktober 2012.
2. Forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom. Region Midtjylland. Opdateret 2013.
3. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe. Region Midtjylland, 3. udgave. Revideret oktober 2012. Opdateret januar 2013.
4. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
5. Søndergaard H, Ibsen C, Kærsvang L et al. Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS). Statusrapport 1: identificering og karakteristik af populationerne i perioden 2010 – 2012. Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret; 2014.
6. Ibsen C, Søndergaard H, Kærsvang L. Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS). Statusrapport 2: Indikatorer udviklet til almen praksis og hospital. Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret; 2014.
7. Søndergaard H, Ibsen C. Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS). Statusrapport 3: Indikatorer udviklet til kommuner. Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret; 2014
8. Smidth M, Sokolowski I, Kærsvang L et al. Developing an algorithm to identify people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) using administrative data. BMC Medical Informatics and Decision Making 2012;12:38
9. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. Sundhedsstyrelsen; 2014. Hentet 12. maj 2015.
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~//media/C0B92E9C3BEA4B28A3294D70288EC535.ashx>
10. Type 2 diabetes. Hvordan stilles diagnosen? Dansk Selskab for Almen Medicin. Hentet 12. maj 2015. <http://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=532>.
11. Nielsen AA, Christensen H, Lund ED et al. Diabetes mortality differs between registers due to various disease definitions. Dan Med J 2014; 61(5):A4840
12. Green A, Sortsø C, Jensen PB et al. Validation of the Danish national Diabetes register. Clinical Epidemiology 2015;7:5-15

13. Dansk Voksendiabetesdatabase (DVDD). Hentet 12. maj 2015.
<http://www.kcks-vest.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/voksendiabetes/>
14. Wittrup I, Aavad EH, Poulsen SA et al. MoEva – monitorering og evaluering af patientuddannelser. Manual. Region Midtjylland, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2013. Hentet 12. maj 2015.
<http://www.cfk.rm.dk/projekter/sundhedsfremme+og+forebyggelse/moeva+-+monitorering+og+evaluering+af+patientuddannelse>
15. Danmarks Statistik. Hentet 12. maj 2015.
<http://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningsservice/Dokumentation/hoejkvalitetsvariable/syge-sikring---ydelse>
16. Takstmappe, Almen lægegering, gældende fra 1. april 2014
17. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr 1088 af 06/10/2014 Gældende 1088 af 06/10/2014 Gældende
18. Velkommen til Henvisningshotellet, Til lægepraksis, hospitaler og kommuner, MedCom, Danske Regioner og Datagruppen MultiMed, juni 2012.
19. Notat fra 30. marts. 2012 vedr. "Udvikling og organisatorisk forankring af godkendte forløbsprogrammer for kronisk sygdom"

Bilagsoversigt

- Bilag 1** Dannelse af populationer
- Bilag 2** Identificering af diabetes populationen
- Bilag 3** Karakteristik af populationerne
- Bilag 4** Oversigt over de udpegede tværsektorielle indikatorer for type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og akut koronart syndrom (AKS)
- Bilag 5** Status på indikatoropgørelse for type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og akut koronart syndrom (AKS) pr. 2015
- Bilag 6** Forbrug af sundhedsydelse for borgere med AKS fordelt på klynger
- Bilag 7** Forbrug af sundhedsydelse for borgere med KOL fordelt på klynger
- Bilag 8** Oversigt over indikatorer for almen praksis og hospital med tilhørende datakilder fordelt på AKS, KOL og type 2 diabetes
- Bilag 9** Faglig høring - AKS
- Bilag 10** Faglig høring - KOL

Bilag 1. Dannelse af populationer

Dannelse af AKS-populationen

Målgruppen i "Forløbsprogram for hjertesygdom" omfatter borgere med AKS. AKS populationen blev identificeret via ICD10 diagnosekoder. Til dannelse af AKS-populationen for årene 2010, 2011, 2012 indgik borgere, der havde været indlagt på hospital med AKS-diagnose, efter følgende inklusionskriterium:

Fra Landspatientregistret:

1. Udtræk af alle indlæggelser på hospitaler i Region Midtjylland i 2010, 2011 og 2012 med følgende ICD10 aktionsdiagnoser: DI200 (ustabil angina pectoris) eller DI21* (akut myokardieinfarkt (AMI)).
For borgere, der i samme kalenderår har haft flere indlæggelser inden for samme diagnosegruppe (DI200, DI21*), medregnes kun den første indlæggelse.

Dannelse af KOL-populationen

Målgruppen i "Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungelidelse" omfatter borgere med KOL. Den algoritme, der blev anvendt i denne undersøgelse, er udviklet ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet (1,2). Den inkluderer ud over borgere med KOL også borgere med astma. Resultater i et dansk studie fra 2012 viser, at algoritmen identificerer mellem 30 og 37 % af borgere med KOL i aldersgruppen 35 – 54 år. For aldersgruppen 54 – 64 år identificeres 69 % og for aldersgruppen over 65 år identificeres mellem 83 og 97 % (4). Til dannelse af KOL-populationen for årene 2010, 2011, 2012 indgik borgere, der opfyldte mindst et af følgende inklusionskriterier (1,2):

Fra Landspatientregistret:

1. Borgere der har haft kontakt med hospital i form af indlæggelse eller ambulant besøg mindst én gang i de seneste 5 år med en eller flere af følgende ICD10 aktionsdiagnoser:
DJ40, DJ409, DJ41 DJ410, DJ411, DJ418, DJ42, DJ429, DJ429A, DJ429B, DJ43, DJ430, DJ430A, DJ431, DJ431A, DJ432, DJ438, DJ439, DJ439A, DJ44, DJ440, DJ441, DJ448, DJ448A, DJ448B, DJ449, DJ47, DJ479, DJ96, DJ960, DJ961, DJ969.

Fra ordinationsregister for indløste recepter på offentlige apoteker i Region Midtjylland

2. Borgere, der inden for de seneste 12 måneder fra tidspunktet for udtrækket har indløst mindst to recepter på forskellige datoer med et eller flere af ATC-koderne: R03AC, R03AK, R03BA, R03BB, R03CC, R03DA, R03DC, V03AN01.

Fra sygesikringsregistret:

3. Borgere, der inden for de seneste 12 måneder fra tidspunktet for udtrækket, har fået foretaget mindst to spirometri undersøgelser (ydelse 7113 eller 7121) hos almen praktiserende læge på forskellige datoer.

I den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL anbefales det, at borgere efter indlæggelse for en KOL-eksacerbation henvises til et KOL-rehabiliteringsprogram (3). På baggrund heraf dannes der en subpopulation blandt de borgere, algoritmen identificerer med KOL, som indlægges med akut eksacerbation ud fra følgende inklusionskriterier:

Fra Landspatientregistret:

1. Borgere udskrevet fra hospitaler i Region Midtjylland med aktionsdiagnosen "Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut eksacerbation UNS" (aktionsdiagnosen DJ441). Patienter, der indenfor samme kalenderår har haft flere udskrivelser, indgår kun i nævneren én gang. Patienterne skal være i live på udskrivestidspunktet.

Dannelse af type 2 diabetes-populationen

Målgruppen i "Forløbsprogram for type 2 diabetes" omfatter borgere med type 2 diabetes. Borgere med type 2 diabetes blev i denne undersøgelse identificeret efter en algoritme, der er udviklet ved Sektion for Almen Medicin ved Aarhus Universitet (1,4). Algoritmen identificerer

både borgere med type 1 og type 2 diabetes, og kan ikke skelne mellem de to diabetestyper. I vejledning om diagnosticering af diabetes fra Dansk Selskab for Almen Medicin estimeres, at ca. 85 % af danske borgere med diabetes har type 2 diabetes (5).

Til dannelse af type 2 diabetes-populationen for årene 2010, 2011, 2012 indgik borgere, der opfyldte mindst et af følgende inklusionskriterier (1,2):

Fra Sygesikringsregistret:

1. Receptindløsninger på apoteker i RM

Borgere registreret med mindst en indløst recept på antidiabetika med ATC-kode A10A* (insulin) og/eller A10B* (perorale antidiabetika) inden for de sidste 12 måneder. ATC-kode A10BA02*- Metformin tages ikke med, såfremt borgeren er en kvinde i aldersgruppen 20 til 40 år.

Fra laboratoriesystemet LABKA:

2. Antal HbA1c analyser. Borgere registreret med mindst 3 HbA1c analyser inden for de sidste 12 måneder.

3. HbA1c over eller lig med 6,4 %. Borgere med mindst én HbA1c-måling over eller lig 6,4 % (ikke datoafgrænset)

Se endvidere Bilag 2.

Eksklusionskriterier

Borgere, der blev indlagt med AKS-diagnosen i det pågældende kalenderår, blev ekskluderet, hvis de opfyldte et af følgende to kriterier:

- havde folkeregisteradresse udenfor Region Midtjylland
- var under 18 år

For de akkumulerede diabetes- og KOL-populationer blev borgere, der på tidspunktet for dataudtrækket opfyldte mindst et af nedenstående tre kriterier, ekskluderet:

- var død
- havde folkeregisteradresse udenfor Region Midtjylland
- var under 18 år for diabetespopulationen og under 35 år for KOL-populationen

Referencer til bilag 1:

1. Kronikerkompasset. Evalueringsrapport. Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet; 2012.
2. Smidth M, Sokolowski I, Kærsvang L et al. Developing an algorithm to identify people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) using administrative data. BMC Medical Informatics and Decision Making 2012;12:38.
3. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. Sundhedsstyrelsen; 2014.
4. Kristensen JK, Drivsholm TB, Carstensen B et al. Validering af metoder til identifikation af erkendt diabetes på basis af administrative sundhedsregistre. Ugeskr læger 2007;169:1687.
5. Type 2 diabetes. Hvordan stilles diagnosen? Dansk Selskab for Almen Medicin. Hentet 14. april 2014. <http://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=532>.

Bilag 2. Identificering af diabetes populationen

Tabellen viser antal borgere på 18 år eller derover med bopæl i Region Midtjylland, der blev identificeret via diabetes-algoritmen for årene 2010, 2011 og 2012. Der blev i alt identificeret 69.748, 75.585 og 89.274 borgere svarende til en stigning på 5.837 (8 %) borgere fra 2010 til 2011 og en stigning på 13.689 (18 %) fra 2011 til 2012. Det fremgår endvidere, at identifikationskriteriet vedrørende borgere, der blev registreret med "mindst tre HbA1c analyser inden for de seneste 12 måneder", viste den største stigning. Fra 2010 til 2011 var stigningen på 1.818 borgere (11 %), og fra 2011 til 2012 var den 10.560 borgere (58 %). De øvrige identifikationskriterier i algoritmen fremviste ingen væsentlig variation over de tre år.

Tabel A. Antal borgere identificeret med diabetes¹ i Region Midtjylland (RM) fordelt på identifikationskriterier i algoritmen for årene 2010, 2011 og 2012.

Identifikationskriterier for diabetes-populationen	2010	2011	2012
	Antal borgere	Antal borgere	Antal borgere
Receptindløsninger på apoteker i RM ²	2.085	1.945	1.329
Mindst tre HbA1c analyser ¹	16.560	18.378	28.938
Mindst en HbA1c-måling $\geq 6,4$ %	8.385	8.495	8.340
Receptindløsninger på apoteker i RM* og mindst tre HbA1c analyser ¹	1.556	2.056	2.251
Receptindløsninger på apoteker i RM* og HbA1c $\geq 6,4$ %	6.733	6.603	6.646
Mindst tre HbA1c analyser ¹ og HbA1c $\geq 6,4$ %	5.953	6.372	6.921
Opfylder alle tre kriterier	28.476	31.736	34.849
Det totale antal identificerede borgere med diabetes	69.748	75.585	89.274

¹ ≥ 18 år; ²Inden for de seneste 12 måneder.

Bilag 3. Karakteristik af populationerne

AKS populationen:

Table B. Sociodemografiske forhold hos borgere i Region Midtjylland indlagt med AKS i 2012¹.

Sociodemografi	Borgere indlagt med AKS ² (n=2.162)	
	Antal	Procent
Køn		
Kvinder	773	35,8
Mænd	1.389	64,3
Alder		
18 – 24 år	2	0,1
25 – 34 år	7	0,3
35 – 44 år	83	3,8
45 – 54 år	253	11,7
55 – 64 år	466	21,6
65 – 79 år	836	38,7
80+ år	515	23,8
Civilstand		
Enkestand	355	16,4
Fraskilt	234	10,8
Gift	1.133	52,4
Ugift	188	8,7
Andet ³	252	11,7
Landetilhørsforhold		
Danmark	1.413	65,4
Andre vestlige lande	41	1,9
Ikke vestlige lande	78	3,6
Ukendt	630	29,1

¹Opgjort pr. 1. januar 2013; ²≥ 18 år; ³Død, ukendt eller ikke indhentet oplysninger.

Datakilde: CPR-registret og DREAM-databasen

Table C. Erhvervstilknytning hos borgere i Region Midtjylland indlagt med AKS i 2012¹.

Erhvervstilknytning	Borgere indlagt med AKS-diagnose ² (n=2.162)	
	Antal	Procent
I et ansættelsesforhold	640	29,6
Ingen ansættelse/midlertidig ydelse	45	2,1
Ingen ansættelse/permanent ydelse	998	46,2
<i>Efterløn</i>	58	2,7
<i>Fleksydelse</i>	5	0,3
<i>Folkepension</i>	793	36,7
<i>Førtidspension</i>	142	6,6
Under uddannelse	4	0,2
Sygedagpenge	134	6,2
Andet ³	341	15,8

¹Opgjort pr. 1. januar 2013; ²≥ 18 år; ³Barselsdagpenge, død, udvandret og ukendt.

Datakilde: DREAM-databasen

KOL populationen:

Tabel D. Sociodemografiske forhold hos borgere med KOL¹ i Region Midtjylland i 2012².

Sociodemografi	Borgere med KOL ³ (n=51.559)	
	Antal	Procent
Køn		
Kvinder	28.516	55,3
Mænd	23.043	44,7
Alder		
35-44 år	6.359	12,3
45-54 år	8.505	16,5
55-64 år	11.459	22,2
65-79 år	18.506	35,9
80+ år	6.730	13,1
Civilstand		
Enkestand	8.010	15,5
Fraskilt	7.959	15
Gift	29.099	56,4
Ugift	6.491	12,6
Landetilhørsforhold		
Danmark	43.048	83,5
Andre vestlige lande	928	1,8
Ikke vestlige lande	1.327	2,6
Ukendt	6.256	12,1

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %;² Opgjort pr. 1. januar 2013;³ ≥35 år.

Datakilde: CPR-registret og DREAM-databasen

Tabel E. Erhvervstilknytning blandt borgere identificeret med KOL¹ i Region Midtjylland i 2012².

Erhvervstilknytning	Borgere med KOL ³ (n=51.559)	
	Antal	Procent
I et ansættelsesforhold	19.693	38,2
Ingen ansættelse/midlertidig ydelse	1.893	3,7
Ingen ansættelse/permanent ydelse	27.144	52,6
<i>Efterløn</i>	1.813	3,2
<i>Fleksydelse</i>	215	0,4
<i>Folkepension</i>	19.387	37,6
<i>Førtidspension</i>	5.729	11,1
Under uddannelse	142	0,3
Sygedagpenge	1.168	2,3
Andet ⁴	1.519	2,9

¹Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %;² Opgjort pr. 1. januar 2013;³ ≥35 år ⁴Barseldagpenge, dødd, udvandret og ukendt.

Datakilde: DREAM-databasen

Type 2 diabetes populationen:

Diabetes-algoritmen kan ikke med sikkerhed identificere borgere med type 2 diabetes. Diabetespopulationen er derfor ikke dannet, og som følge heraf er der ikke foretaget karakteristik af populationen.

Bilag 4. Oversigt over de udpegede tværsektorielle indikatorer for type 2 diabetes, KOL og AKS

Sektor	Type 2 diabetes	KOL	AKS
	Andelen af borgere med type 2 diabetes der...	Andelen af borgere med KOL der...	Andelen af borgere med AKS der...
Almen praksis	.. stratificeres	.. stratificeres	
	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol
	.. henvises til diabetesambulatorium		
	.. henvises til diabeteskole på hospital	.. henvises til KOL-rehabilitering på hospital	
	.. henvises til § 119 rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119 rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119 rehabilitering i kommunen (fase 3)
Hospital	.. stratificeres	.. stratificeres	
	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol	
	Gennemsnitlige antal måneder før borgeren afsluttes fra diabetesambulatorium		
		.. henvises til KOL-rehabilitering på hospital	.. henvises til hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
			Gennemsnitligt antal dage fra udskrivelse til hjerterehabilitering påbegyndes
			.. deltager i udvidet rehabiliteringstilbud (fase 2)
	.. gennemfører diabeteskole	.. gennemfører KOL-rehabilitering	.. gennemfører fysisk træning (fase 2)
			.. gennemfører borgerundervisning (fase 2)
			.. gennemfører diætbehandling ved klinisk diætist (fase 2)
			.. får foretaget registrering af rygerstatus (fase 2)
			.. gennemfører rygestoptilbud (fase 2)
			.. screenes for depression (fase 2)
			Resultat af screening for depression (fase 2)
			.. henvises til hjerterehabilitering i kommunen (fase 2)
	.. henvises til § 119 rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119 rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119 rehabilitering i kommunen (fase 3)
			.. efter indlæggelse får fremsendt status-meddelelse til almen praksis (fase 1)
.. efter diabeteskole får fremsendt en statusmeddelelse til almen praksis	.. efter KOL-rehabilitering får fremsendt en statusmeddelelse til almen praksis	.. efter hjerterehabilitering for fremsendt statusmeddelelse til almen praksis (fase 2)	
Kommune	.. deltager i indledende afklarende samtale		
	.. gennemfører § 119 rehabilitering		
	.. deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119 rehabilitering		
	.. oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet § 119 rehabilitering		
	.. oplever forbedring i mestringsevnen (HeiQ) efter afsluttet § 119 rehabilitering		
	.. afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119 rehabilitering		

Bilag 5. Status på indikatoropgørelse for type 2 diabetes, KOL og AKS pr. 1. juni 2015

Sektor	Type 2 diabetes (T2DM)	KOL	AKS
	Andelen af borgere med type 2 diabetes der...	Andelen af borgere med KOL der...	Andelen af borgere med AKS der...
Almen praksis	.. stratificeres	.. stratificeres	
	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol
	.. henvises til diabetesambulatorium		
	.. henvises til diabetesskole på hospital	.. henvises til KOL-rehabilitering på hospital	
	.. henvises til rehabilitering i kommunen	.. henvises til rehabilitering i kommunen	.. henvises til rehabilitering i kommunen (fase 3)
Hospital	.. stratificeres	.. stratificeres	
	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol	
	Gennemsnitlige antal måneder før borgeren afsluttes fra diabetesambulatorium		
		.. henvises til KOL-rehabilitering på hospital	.. henvises til hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
			◇..påbegynder hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
			◇..gennemfører hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
		.. henvises til KOL-rehabilitering i kommune	Gennemsnitligt antal dage fra udskrivelse til hjerte-rehabilitering påbegyndes
		◇..påbegynder KOL-rehabilitering på hospital	*.. deltager i udvidet rehabiliteringstilbud (fase 2)
	.. gennemfører diabetesskole	◇.. gennemfører KOL-rehabilitering på hospital	*.. gennemfører fysisk træning (fase 2)
			*.. gennemfører borgerundervisning (fase 2)
			*.. gennemfører diætbehandling ved klinisk diætist (fase 2)
			*.. får foretaget registrering af rygerstatus (fase 2)
			*.. gennemfører rygestoptilbud (fase 2)
			*.. screenes for depression (fase 2)
			*Resultat af screening for depression (fase 2)
			.. henvises til hjerterehabilitering i kommunen (fase 2)
	.. henvises til rehabilitering i kommunen	.. henvises til rehabilitering i kommunen	.. henvises til rehabilitering i kommunen (fase 3)
			.. efter indlæggelse får fremsendt status-meddelelse til almen praksis (fase 1)
	.. efter diabetesskole får fremsendt en statusmeddelelse til almen praksis	.. efter KOL-rehabilitering får fremsendt en statusmeddelelse til almen praksis	.. efter hjerterehabilitering for fremsendt statusmeddelelse til almen praksis (fase 2)
	Kommune	.. deltager i indledende afklarende samtale (M)	
.. gennemfører rehabilitering (M)			
.. deltager i opfølgende samtale efter afsluttet rehabilitering (M)			
.. oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet rehabilitering (M)			
.. oplever forbedring i mestringsevnen (HeiQ) efter afsluttet rehabilitering (M)			
.. får fremsendt statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet rehabilitering			
◇.. får foretaget fysiske tests ved start af rehabilitering (M)			
De 11 kommuner, der anvender MoEva	◇.. får foretaget fysiske tests ved afslutning af rehabilitering (M)		

Grøn: indikatorer, der er klar til indikatoropgørelse; Gul: indikatorer, der afventer yderligere arbejde; Rød: indikatorer, der er udgået; Blå: indikator, der kræver yderligere kortlægning af praksis

◇ Indikator, der kom til under arbejdsprocessen; * Data findes i Dansk Hjerterehabileringsdatabase; (M) Data findes i MoEva.

Bilag 6. Forbrug af sundhedsydelser for borgere med AKS fordelt på klynger

Forbrug af sundhedsydelser fordelt på klynger blandt borgere på 18 år og derover og bosiddende i Region Midtjylland, der indlægges på hospital med AKS diagnosen i 2010. Forbruget blandt disse borgere følges for årene 2010, 2011 og 2012. Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser.

Table F: Antal ambulante hospitalskontakter¹ blandt borgere på 18 år og derover i Region Midtjylland, der indlægges på hospital med AKS diagnosen i 2010. Forbruget blandt disse borgere følges for årene 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=2279)				2011 (N=2079 ²)				2012 (N=1934 ³)			
	Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1	
	Median	Max	T/N ⁴	Andel i %	Median	Max	T/N ⁴	Andel i %	Median	Max	T/N ⁴	Andel i %
Region Midtjylland	7	216	2.115/ 2279	92,8	4	219	1.645/ 2079	79,1	2	218	1.339/ 1934	69,2
Klynger:												
Horsensklyngen	7	216	361/ 387	93,28	2	167	280/ 357	78,43	3	171/329	223	67,78
Midtklyngen	8	153	410/ 439	93,39	6	163	323/ 393	82,19	3	173	262/ 357	73,39
Randersklyngen	6	165	423/ 448	94,42	3	157	312/4 12	75,73	2	171	258/ 391	65,98
Vestklyngen	7	154	527/59 9	87,98	4	219	426/5 53	77,00	2	218	363/ 515	70,49
Aarhusklyngen	8	74	393/40 6	96,80	5	176	304/3 64	83,52	2	61	233/ 342	68,13

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Borgere, der er døde i 2010, indgår ikke i analyserne;

³Borgere, der er døde i 2010 og 2011, indgår ikke i analyserne; ⁴T/N=Tæller/Nævner.

Table G: Antal hospitalsindlæggelser¹ blandt borgere på 18 år og derover i Region Midtjylland, der indlægges på hospital med AKS diagnosen i 2010. Forbruget blandt disse borgere følges for årene 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=2279)				2011 (N=2079 ²)				2012 (N=1934 ³)			
	Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1	
	Median	Max	T/N ⁴	Andel i %	Median	Max	T/N ⁴	Andel i %	Median	Max	T/N ⁴	Andel i %
Region Midtjylland	2	25	2.279/ 2279	100,0	0	17	921/ 2079	44,3	0	16	648/ 1934	33,51
Klynger:												
Horsensklyngen	2	19	387/ 387	100,00	0	13	169/ 357	47,34	0	11	124/ 329	37,69
Midtklyngen	2	17	439/ 439	100,00	0	14	171/ 393	43,51	0	16	121/ 357	33,89
Randersklyngen	2	25	448/ 448	100,00	0	12	174/ 412	42,23	0	13	124/ 391	31,71
Vestklyngen	2	20	599/ 599	100,00	0	17	244/ 553	44,12	0	14	164/ 515	31,84
Aarhusklyngen	2	12	406/4 06	100,00	0	9	163/ 364	44,75	0	10	115/ 342	33,63

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Borgere, der er døde i 2010, indgår ikke i analyserne; ³Borgere, der er døde i 2010 og 2011, indgår ikke i analyserne; ⁴T/N=Tæller/Nævner.

Tabel H: Antal sengedage¹ blandt borgere på 18 år og derover i Region Midtjylland, der indlægges på hospital med AKS diagnosen i 2010. Forbruget blandt disse borgere følges for årene 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=2279)			2011 (N=2079 ²)			2012 (N=1934 ³)		
	Forbrug i antal på percentiler			Forbrug i antal på percentiler			Forbrug i antal på percentiler		
	Median	75 %	Max	Median	75 %	Max	Median	75 %	Max
Region Midtjylland	8	16	159	0	3	124	0	2	75
Klynger:									
Horsensklyngen	8	16	114	0	4	107	0	2	69
Midtklyngen	7	15	159	0	3	124	0	2	75
Randersklyngen	8	16,5	88	0	2	82	0	2	68
Vestklyngen	8	16	152	0	3	85	0	1	72
Aarhusklyngen	7	15	108	0	3	70	0	1	70

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Borgere, der er døde i 2010, indgår ikke i analyserne; ³Borgere, der er døde i 2010 og 2011, indgår ikke i analyserne.

Tabel I: Ydelser¹ fra almen praktiserende læge blandt borgere på 18 år og derover i Region Midtjylland, der indlægges på hospital med AKS diagnosen i 2010. Forbruget blandt disse borgere følges for årene 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=2.155 ²)				2011 (N=1955 ³)				2012 (N=1810 ⁴)			
	Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1	
	Median	Max	T/N ⁵	Andel i %	Median	Max	T/N ⁵	Andel i %	Median	Max	T/N ⁵	Andel i %
Region Midtjylland	28	539	2.140/ 2.155	99,3	25	834	1.927 /1955	98,6	22	891	1.770 /1810	97,8
Klynger:												
Horsensklyngen	31	477	357/ 387	98,89	23	299	325/ 357	98,19	24	261	297/ 329	98,02
Midtklyngen	29	319	366/ 439	98,12	26	382	366/ 393	98,12	23	665	331/ 357	98,22
Randersklyngen	26	525	427/ 448	99,77	24	834	386/ 412	98,47	19	767	363/ 391	97,84
Vestklyngen	31	539	562/ 599	99,47	24	603	516/5 53	99,42	23	891	469/5 15	97,51
Aarhusklyngen	25	338	378/40 6	98,95	25	378	334/3 64	98,24	21	221	310/3 42	97,48

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Af det samlede antal borgere på 2.279 mangler der oplysninger på 124 borgere; ³Borgere, der er døde i 2010, indgår ikke i analyserne; ⁴Borgere, der er døde i 2010 og 2011, indgår ikke i analyserne;

⁵T/N=Tæller/Nævner.

Bilag 7. Forbrug af sundhedsydelser for borgere med KOL fordelt på klynger

Forbrug af sundhedsydelser fordelt på klynger blandt borgere på 35 år og derover og bosiddende i Region Midtjylland, der via KOL-algoritmen blev identificeret med KOL i 2010, 2011 og 2012. Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser.

Tablet J: Antal ambulante hospitalskontakter¹ blandt borgere på 35 år og derover i Region Midtjylland der blev identificeret med KOL² i 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=48.837)				2011 (N=50.271)				2012 (N=51.559)			
	Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1	
	Median	Max	T/N ³	Andel i %	Median	Max	T/N ³	Andel i %	Median	Max	T/N ³	Andel i %
Region Midtjylland	2	207	33.141/ 48.837	67,9	2	223	34.305/ 50.27	68,2	2	227	35.266/ 51.559	68,4
Klynger:												
Horsensklyngen	1	168	5.218/ 7.953	65,61	1	175	5.391/ 8.160	66,07	2	185	5.857/ 8.781	66,7
Midt-klyngen	2	189	6.895/ 9.689	71,16	2	192	7.139/ 10.077	70,84	2	177	7.247/ 10.276	70,52
Randersklyngen	2	199	6.569/ 9.639	68,15	2	177	6.729/ 9.875	68,14	2	212	6.904/ 10.018	68,92
Vestklyngen	1	207	7.200/ 10.790	66,73	2	223	7.596/ 11.064	68,66	2	201	7.622/ 11.179	68,18
Aarhusklyngen	2	170	7.260/ 10.766	67,43	2	182	7.448/ 11.095	67,13	2	227	7.635/ 11.305	67,54

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ³T/N=Tæller/Nævner.

Tablet K: Antal hospitalsindlæggelser¹ blandt borgere på 35 år og derover i Region Midtjylland der blev identificeret med KOL² i 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=48.837)				2011 (N=50.271)				2012 (N=51.559)			
	Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1	
	Median	Max	T/N ³	Andel i %	Median	Max	T/N ³	Andel i %	Median	Max	T/N ³	Andel i %
Region Midtjylland	0	24	11.773/ 48.837	24,1	0	47	11.955/ 50.271	23,8	0	44	12.159/ 51.559	23,6
Klynger:												
Horsensklyngen	0	16	1.800/ 7.953	22,63	0	21	1.853/ 8.160	22,71	0	44	2.026/ 8.781	23,07
Midt-klyngen	0	23	2.525/ 9.689	26,06	0	15	2.578/ 10.077	25,58	0	21	2.500/ 10.276	24,33
Randersklyngen	0	19	2.268/ 9.639	24	0	17	2.294/ 9.875	23,23	0	16	2.417/ 10.018	24,13
Vestklyngen	0	18	2.649/ 10.790	24,55	0	29	2.662/ 11.064	24,06	0	19	2.584/ 11.179	23,11
Aarhusklyngen	0	24	2.531/ 10.766	23,51	0	47	2.568/ 11.095	23,15	0	34	2.632/ 11.305	23,28

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Algoritmen, der identificerer KOL-populationen, identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ³T/N=Tæller/Nævner.

Table L: Antal sengedage¹ blandt borgere på 35 år og derover i Region Midtjylland der blev identificeret med KOL² i 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=48.837)			2011 (N=50.271)			2012 (N=51.559)		
	Forbrug i antal på percentiler			Forbrug i antal på percentiler			Forbrug i antal på percentiler		
	Median	75 %	Max	Median	75 %	Max	Median	75 %	Max
Region Midtjylland	0	0	186	0	0	227	0	0	212
Klynger:									
Horsenskyngen	0	0	115	0	0	153	0	0	206
Midtklyngen	0	1	179	0	1	144	0	0	212
Randerskyngen	0	0	150	0	0	227	0	0	193
Vestklyngen	0	0	146	0	0	149	0	0	133
Aarhuskyngen	0	0	186	0	0	176	0	0	149

¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %.

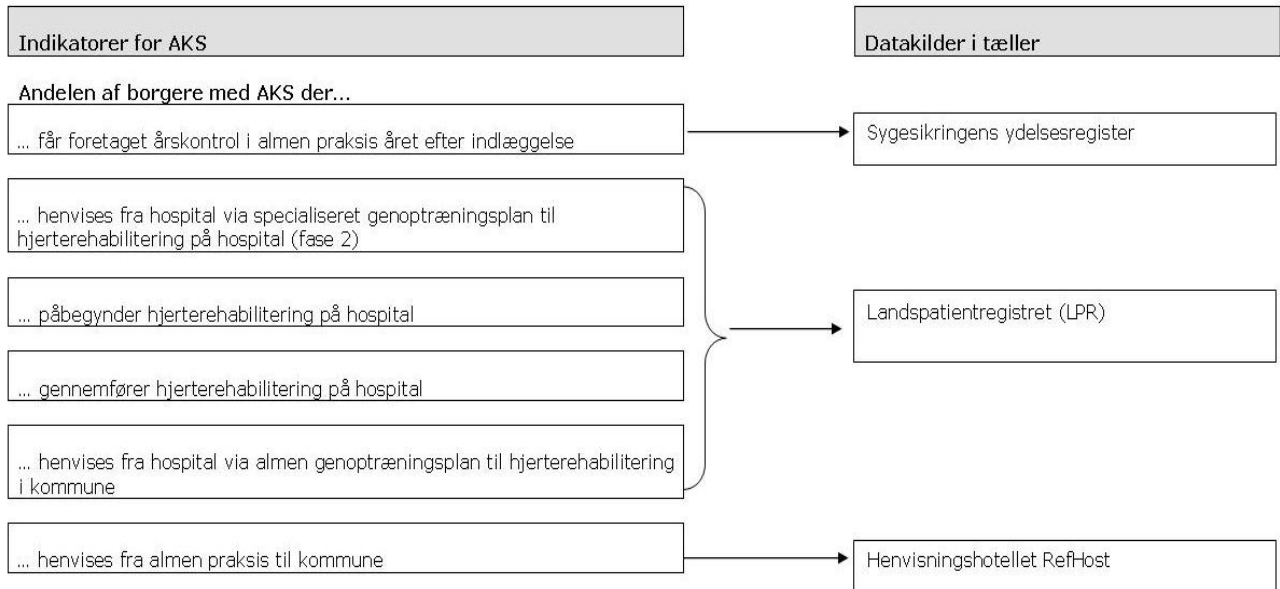
Table M: Ydelser¹ fra almen praktiserende læge blandt borgere på 35 år og derover i Region Midtjylland der blev identificeret med KOL² i 2010, 2011 og 2012.

	2010 (N=48.837)				2011 (N=50.271)				2012 (N=51.559)			
	Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1		Forbrug i antal på percentiler		Borgere med forbrug ≥ 1	
	Median	Max	T/N ³	Andel i %	Median	Max	T/N ³	Andel i %	Median	Max	T/N ³	Andel i %
Region Midtjylland	20	1982	47.772/ 48.837	97,8	21	2550	49.259 /50.271	98,0	20	2186	50.404/ 51.559	97,8
Klynger:												
Horsenskyngen	20	598	7.791/ 7.953	97,96	20	1471	7.965/ 8.160	97,61	19	1775	8.581/ .781	97,72
Midtklyngen	21	1189	9.418/ 9.689	97,2	21	1069	9.810/ 10.077	97,35	21	1039	9.985/ 10.276	97,17
Randerskyngen	21	893	9.457/ 9.639	98	21	1415	9.732/ 9.875	99	21	1598	9.848/ 10.018	98,3
Vestklyngen	19	1982	10.488/ 10.790	97,2	20	2550	10.810 / 11.064	98	19	2186	10.882/ 11.179	97,34
Aarhuskyngen	20	1038	10.620/ 10.766	99	21	918	10.942 /11.09	98,62	20	794	11.109/ 11.305	98

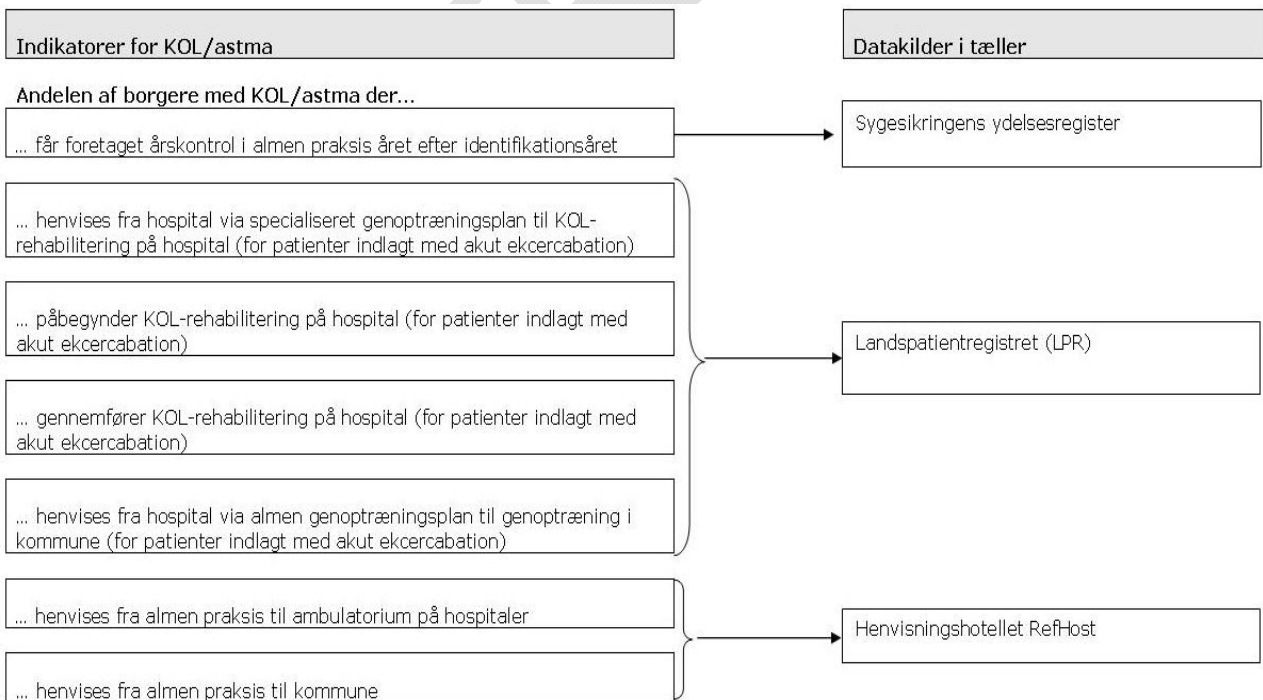
¹Der er ikke foretaget afgrænsning på specifikke diagnoser eller ydelser; ²Algoritmen, der identificerer KOL-populationen identificerer også borgere med astma. Andelen af identificerede borgere med astma falder med stigende alder. I aldersgruppen over 64 år er andelen af identificerede borgere med KOL mellem 83 og 97 %; ³T/N=Tæller/Nævner.

Bilag 8. Indikatorer for almen praksis og hospital med tilhørende datakilder for AKS, KOL og type 2 diabetes

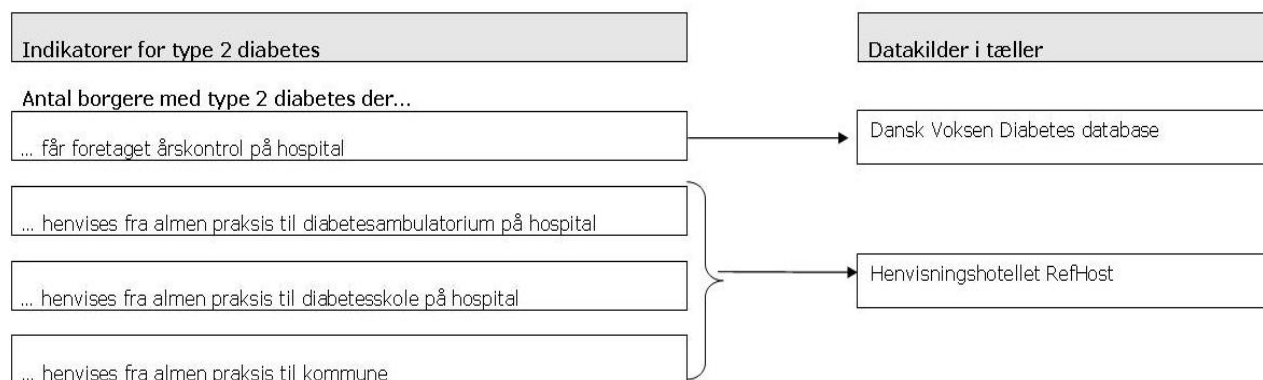
Figur A: Indikatorer for AKS med identificerede datakilder til tæller.



Figur B: Indikatorer for KOL med identificerede datakilder til tæller.



Figur C: Indikatorer for type 2 diabetes med identificerede datakilder til optælling.



FORTRØLLELIG

Bilag 9. Faglig høring - AKS

**CFK-Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling
MarselisborgCentret,
Forskning og Udvikling**
P.P. Ørumsgade 11, byg. 1B
8000 Aarhus C
www.MarselisborgCentret.dk



MARSELISBORGCENTRET

midt
regionmidtjylland

Rapportering af indikatorer i relation til forløbsprogrammet for AKS i Region Midtjylland

Dato: 19.06.2015
Hanne Søndergaard
Tina Veje Andersen
Tel. +45 7841 4394
hanne.soendergaard@stab.rm.dk
TIVANE@rm.dk

FORTRØLIGHED

Faglig høring:

Rapportering af indikatorer i relation til forløbsprogrammet for AKS i Region Midtjylland

Baggrund

Den første rapportering af indikatorer vedrørende forløbsprogrammet for AKS i Region Midtjylland er udarbejdet (Bilag 1). Rapporteringen indeholder opgjorte indikatorer samt potentialer i det videre monitoreringsarbejde. I rapporten anbefales det, at resultaterne sendes i faglig høring blandt sundhedsfagligt personale, som har indgående klinisk erfaring inden for det pågældende sygdomsområde.

Den faglige høring har til hensigt at få en sundhedsfaglig vurdering og fortolkning af resultaterne i rapporteringen samt at klarlægge eventuelle forbedringsmuligheder for det videre monitoreringsarbejde.

Høringen gennemføres før offentliggørelse af resultaterne for "Temagruppen for Forebyggelse" den 28. august 2015 og "Det Rådgivende Udvalg for Nære Sundhedstilbud" den 15. september 2015. Konklusioner og anbefalinger fra den sundhedsfaglige høring vil indgå i afrapporteringen til de to fora.

Formål

Der er to overordnede formål med høringen.

1) At klarlægge eventuelle metodemæssige udfordringer i relation til resultaterne:

- Systematiske fejl i de indsamlede data
- Reelle forskelle

2) At sammenligne resultater over tid og enheder:

- Vurdering af klinisk betydning
- Vurdering af den tidsmæssige udvikling af indikatorresultaterne
- Identifikation af forbedringsmuligheder
- Udarbejdelse af anbefalinger

Høringsmateriale

De indikatorer for AKS, der indgår i høringen, fremgår af tabel A og B. Bilag 2 og 3 udgør det samlede høringmateriale, som består af:

- Resultaterne for indikatorerne i tabel A og B (Bilag 2)
- Indikatordefinitioner for indikatorerne i tabel A (Bilag 3)

Tabel A. AKS indikatorer, der er opgjort i andele.

Indikator nr.	Indikatorindhold
<i>Indikator 1</i>	Andelen af borgere indlagt med aktionsdiagnosen AKS, der får foretaget årskontrol i almen praksis året efter udskrivelsen
<i>Indikator 2</i>	Andelen af borgere, der i forbindelse med indlæggelse med aktionsdiagnosen AKS henvises via specialiseret genoptræningsplan til hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
<i>Indikator 3</i>	Andelen af borgere med aktionsdiagnosen AKS, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse <u>påbegynder</u> hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
<i>Indikator 4</i>	Andelen af borgere med aktionsdiagnosen AKS, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse <u>gennemfører</u> hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
<i>Indikator 5</i>	Andelen af borgere, der i forbindelse med indlæggelse med aktionsdiagnosen AKS henvises via almen genoptræningsplan til genoptræning i kommune

Tabel B. AKS indikatorer, der er opgjort i absolutte tal.

Elektroniske henvisninger fra almen praksis:

- Antal borgere der henvises fra almen praksis til rehabilitering i kommunen

Generelle spørgsmål til hver indikator i tabel A

1. Vurderer du, at der er systematiske fejl i datamaterialet – i givet fald hvilke?
2. Hvordan vurderer du anvendeligheden af data?
3. Hvordan kan eventuel variation mellem enheder fortolkes?
4. Hvordan kan eventuel variation over tid fortolkes?
5. Vurderer du, at der er behov for supplerende information? I givet fald, hvilken information?
6. Hvordan kan resultaterne bidrage til kvalitetsudvikling og læring?
7. Er datadefinitionerne for hver enkelt indikator præcis i forhold til:
 - a) den aktuelle patientgruppe?
 - b) den kliniske praksis?

Generelle spørgsmål til indikatoren i tabel B

- Her ønskes erfaringer, vurderinger og forslag til følgende:
 - Hvad er jeres erfaringer med anvendelse af denne datakilde?

- Hvordan kan registrering i datakilden eventuelt påvirkes, så det gøres mere struktureret?
- Hvordan kan det faciliteres, at alle praktiserende læger sender henvisninger via Henvisningshotellet RefHost

Form

De sundhedsfaglige personer udpeges af formandskaberne for forløbsprogramgruppen for hjertesygdom i Region Midtjylland. Der udpeges en eller to repræsentanter fra hver af de tre sektorer ultimo juni, og der afholdes høringsmøde primo august. Mødet varer 2,5 timer.

Ultimo juli tilsendes høringsmaterialet sammen med et vurderingsskema (Bilag 4). Mødet er struktureret, så alle deltagere får mulighed for at udtale sig, inden der foretages fælles diskussioner, vurderinger og fortolkninger. Der udarbejdes konklusioner og anbefalinger for hver indikator.

Bilagsoversigt

Bilag 1:

Rapportering af indikatorer for årene 2010 – 2013. Juni 2015.

Bilag 2:

Resultater for indikatorerne i tabel A og B

Bilag 3:

Indikatordefinitioner for indikatorer i tabel A

Bilag 4:

Vurderingsskema

Der er hentet inspiration i følgende kilder:

- Vejledning for gennemførelse af klinisk audit i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
- Noter fra andre høringsmøder i regi af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling – CFK, Region Midtjylland

Bilag 10. Faglig høring KOL

**CFK-Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling
MarselisborgCentret,
Forskning og Udvikling**
P.P. Ørumsgade 11, byg. 1B
8000 Aarhus C
www.MarselisborgCentret.dk



MARSELISBORGCENTRET

midt
regionmidtjylland

Rapportering af indikatorer i relation til forløbsprogrammet for KOL i Region Midtjylland

Dato: 19.06.2015
Hanne Søndergaard
Tina Veje Andersen
Tel. +45 7841 4394
hanne.soendergaard@stab.rm.dk
TIVANE@rm.dk

FORTRØLIGHED

Faglig høring:

Rapportering af indikatorer i relation til forløbsprogrammet for KOL i Region Midtjylland

Baggrund

Den første rapportering af indikatorer vedrørende forløbsprogrammet for KOL i Region Midtjylland er udarbejdet (Bilag 1). Rapporteringen indeholder opgjorte indikatorer samt potentialer i det videre monitoreringsarbejde. I rapporten anbefales det, at resultaterne sendes i faglig høring blandt sundhedsfagligt personale, som har indgående klinisk erfaring inden for sygdomsområdet.

Den faglige høring har til hensigt at få en sundhedsfaglig vurdering og fortolkning af resultaterne i rapporteringen samt at klarlægge eventuelle forbedringsmuligheder for det videre monitoreringsarbejde og praksis.

Høringen gennemføres før offentliggørelse af resultaterne for "Temagruppen for Forebyggelse" den 28. august 2015 og "Det Rådgivende Udvalg for Nære Sundhedstilbud" den 15. september 2015. Konklusioner og anbefalinger fra den sundhedsfaglige høring vil indgå i afrapporteringen til de to fora.

Formål

Der er to overordnede formål med høringen.

1) At klarlægge eventuelle årsager til resultaterne:

- Systematiske fejl i de indsamlede data
- Reelle forskelle

2) At sammenligne resultater over tid og enheder:

- Vurdering af klinisk betydning
- Vurdering af den tidsmæssige udvikling af indikatorresultaterne
- Identifikation af forbedringsmuligheder
- Udarbejdelse af anbefalinger

Høringsmateriale

De indikatorer for KOL, der indgår i høringen, fremgår af tabel A og B. Bilag 2 og 3 udgør det samlede høringmateriale, som består af:

- Resultaterne for indikatorerne i tabel A og B (Bilag 2)
- Indikatordefinitioner for indikatorerne i tabel A (Bilag 3)

Tabel A. KOL indikatorer, der er opgjort i andele.

Indikator nr.	Indikatorindhold
<i>Indikator 6</i>	Andelen af borgere identificeret med KOL, der får foretaget årskontrol i almen praksis året efter identifikationsåret
<i>Indikator 7</i>	Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation henvises via specialiseret genoptræningsplan til KOL-rehabilitering på hospital
<i>Indikator 8</i>	Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse <u>påbegynder</u> KOL-rehabilitering på hospital
<i>Indikator 9</i>	Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan og efter udskrivelse <u>gennemfører</u> KOL-rehabilitering på hospital
<i>Indikator 10</i>	Andelen af borgere med KOL, der i forbindelse med indlæggelse med akut eksacerbation henvises via almen genoptræningsplan til genoptræning i kommune

Tabel B. KOL indikatorer, der er opgjort i absolutte tal.

<i>Elektroniske henvisninger fra almen praksis:</i>
- Antal borgere der henvises fra almen praksis til KOL-rehabilitering på hospital
- Antal borgere der henvises fra almen praksis til rehabilitering i kommunen

Generelle spørgsmål til hver indikator i tabel A

8. Vurderer du, at der er systematiske fejl i datamaterialet – i givet fald hvilke?
9. Hvordan vurderer du anvendeligheden af data?
10. Hvordan kan eventuel variation mellem enheder fortolkes?
11. Hvordan kan eventuel variation over tid fortolkes?
12. Vurderer du, at der er behov for supplerende information? I givet fald, hvilken information?
13. Hvordan kan resultaterne bidrage til kvalitetsudvikling og læring?
14. Er datadefinitionerne for hver enkelt indikator præcis i forhold til:
 - c) den aktuelle patientgruppe?
 - d) den kliniske praksis?

Generelle spørgsmål til indikatorerne i tabel B

- Her ønskes erfaringer, vurderinger og forslag til følgende:
 - Hvad er jeres erfaringer med anvendelse af denne datakilde?

- Hvordan kan registrering i datakilden eventuelt påvirkes, så det gøres mere struktureret?
- Hvordan kan det faciliteres, at alle praktiserende læger sender henvisninger via Henvisningshotellet RefHost

Form

De sundhedsfaglige personer udpeges af formandskaberne for forløbsprogramgruppen for KOL i Region Midtjylland. Der udpeges en eller to repræsentanter fra hver af de tre sektorer ultimo juni, og der afholdes høringsmøde primo august. Mødet varer 2,5 timer.

Ultimo juli tilsendes høringsmaterialet sammen med et vurderingsskema (Bilag 4). Mødet er struktureret, så alle deltagere får mulighed for at udtale sig, inden der foretages fælles diskussioner, vurderinger og fortolkninger. Der udarbejdes konklusioner og anbefalinger for hver indikator.

Bilagsoversigt

Bilag 1:

Rapportering af indikatorer for årene 2010 – 2013. Juni 2015.

Bilag 2:

Resultater for indikatorerne i tabel A og B

Bilag 3:

Indikatordefinitioner for indikatorer i tabel A

Bilag 4:

Vurderingsskema

Der er hentet inspiration i følgende kilder:

- Vejledning for gennemførelse af klinisk audit i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
- Noter fra andre høringsmøder i regi af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling – CFK, Region Midtjylland

