

## Udkast

### **Notat vedrørende de økonomiske konsekvenser for kommunerne ved implementering af forløbsprogrammerne for type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdom.**



#### **1. Baggrund**

I forhold til implementeringen af forløbsprogrammerne for type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdom (akut koronart syndrom, AKS)<sup>1</sup> skal de økonomiske konsekvenser beregnes. Baggrunden for det er, at der med implementeringen vil være behov for ændringer og kapacitetsudvidelser i såvel hospitalsregi som i kommunalt regi.

Dato: 19. januar 2009

Side 1

For de tre forløbsprogrammer gælder det, at der lægges vægt på, at indsatsen skal foregå alle steder i sundhedsvæsenet, dvs. hos praktiserende læger, på hospitaler og i kommunerne, og at indsatsen bør foregå i et tværfagligt såvel som tværsektorielt samarbejde.

Vi har i første omgang koncentreret os om beregningerne for den kommunale del. Notatet vil blive suppleret, særligt i forhold til den regionale del, til mødet i Sundhedsstyregruppen den 15. april 2009.

Til at udrede de økonomiske konsekvenser blev der ultimo 2008 nedsat en arbejdsgruppe, der hører under den økonomigruppe, der blev nedsat i forbindelse med sundhedsaftalearbejdet. Arbejdsgruppen består af kommunale og regionale repræsentanter. Fra kommunal side deltager Preben Lynggaard Sørensen fra Herning Kommune, Søren Kristensen fra Århus Kommune, Jenny Humeniuk fra Skive Kommune og Jan Væring fra Randers Kommune. Fra regional side deltager Thomas Kure Jepsen fra DRG-kontoret, Birgitte Holm Andersen, Kristine Lindeneg Drejøj og Ditte Rask Rasmussen fra Regionalt Sundhedssamarbejde. Økonomigruppen har været præsenteret for en foreløbig udgave af notatet.

Formålet med dette notat er at give kommunerne en indikation på de omkostninger, der vil være i forbindelse med implementeringen af de kommunale anbefalinger i forløbsprogrammerne.

Notatet er tænkt som en ramme til kommunerne, og det vil derfor være den enkelte kommune, der skal lave de mere præcise beregninger. Dette skal ses med baggrund i, at der ved etablering af rehabiliteringsforløb i kommunalt regi vil være mulighed for lokal variation i opbygningen, ligesom kommunerne har forskellige udgangspunkter. Det betyder, at udgifterne for den enkelte kommune i høj grad vil være afhængig, hvad kommunen vælger at tilbyde og af de eksisterende rammer og kapacitet i kommunen.

---

<sup>1</sup> Patienter med ICD10-koderne I21.0-I21.9 og I20.0

## **2. Anbefalinger i forløbsprogrammerne i forhold til rehabilitering i kommunalt regi**

KOL og diabetes forløbsprogrammerne indeholder en række anbefalinger til den kommunale del af forløbene. En del af tiltagene kan gå på tværs af diagnoserne. Eksempelvis har man på Patientskolen i Grenå erfaringer med, at kostundervisningen kan foregå på tværs af diagnosegrupper, hvis det samtidig sikres, at borgerne får den sygdomsspecifikke viden, de har behov for.

Nedenstående anbefalinger for KOL og diabetes kan give et overblik i kommunerne over, hvor langt der er mellem den organisering og de tilbud, der eksisterer i kommunen i dag, og de anbefalinger der er i programmerne.

- Det anbefales i forløbsprogrammerne, at henvisningen fra den praktiserende læge kan foregå elektronisk.
- Det anbefales, at borgere med KOL og diabetes tilknyttes en sundhedsprofessionel kontaktperson i kommunen.
- Det anbefales i programmet, at borgere med KOL og diabetes rehabiliteres af et tværfagligt team, hvor følgende kompetencer bør indgå: sygepleje, fysio – og ergoterapi og diætistviden.
- Det anbefales, at der er mulighed for relevant efteruddannelse og kompetenceudvikling af kommunens personale.
- Det anbefales, at kommunen tilbyder rygestopkurser, undervisning i mestring af livet med KOL/diabetes, at kommunen etablerer tilbud/kurser vedr. fysisk træning, kurser vedr. ernæringsvejledning, at kommunen tilbyder psykosocial støtte til borgere med KOL/diabetes, at kommunen tilbyder vejledning i brug af medicin.
- Det anbefales, at der blandt kommunens sygeplejersker og terapeuter er personer, der kan undervise og vejlede øvrigt personale i behandling og rehabilitering af borgere med KOL.

Derudover er der i forløbsprogrammet for type 2 diabetes en særlig formulering om diabetesskolerne. I øjeblikket ligger diabetesskolerne på hospitalerne.

I programmet foreslås, at diabetescentrene har ansvaret for det faglige indhold i diabetesskolen, og selve undervisningen varetages primært af personale fra diabetescentret. Personale helt eller delvist ansat i kommunalt regi kan medinddrages i undervisningen ud fra en konkret vurdering, når lokale forhold taler herfor. Det konkrete samarbejde aftales lokalt, eventuelt klyngevist. Det gælder også den fysiske og organisatoriske placering af skolerne.

Hjerteprogrammet er opbygget anderledes, idet ansvaret for fase tre af hjerterehabiliteringen i forløbsprogrammet for hjertekarsygdom er placeret i kommunerne. Fase tre er den sene opfølgingsfase og vedligeholdelsesfase. Indholdet i fase tre drejer sig derfor om vedligeholdelse af ændringer i livsstil samt patientinformation, vejledning og undervisning. De konkrete anbefalinger til indhold i det kommunale rehabiliteringstilbud for hjertekarsygdom er som følger;

- Det anbefales, at fase 3 tilbuddet indeholder et 6-12 ugers opfølgende rehabiliteringstilbud.
- Det anbefales, at borgeren under rehabiliteringsforløbet tilknyttes en kontaktperson eller et kontaktteam - f.eks. sundhedscenter eller sundhedsteam.
- Det anbefales, at rehabiliteringsforløbet indledes med en statussamtale med kontaktpersonen, og at der ligeledes afsluttes med en samtale.

- Det anbefales, at der laves et opfølgingsforløb med et antal samtaler over et år.
- Ved afslutningen af det kommunale rehabiliteringsforløb sendes en status til praktiserende læge.

Disse konkrete anbefalinger til det kommunale rehabiliteringstilbud til AKS-patienter svarer i vid udstrækning til det indhold, der er i rehabiliteringsforløbene til patienter med KOL og diabetes. Det vil derfor være rimeligt at antage, at et kommunalt hjerterehabiliteringsforløb vil ligge indenfor samme økonomiske ramme som et kommunalt rehabiliteringsforløb for borgere med KOL og diabetes, og at det vil være muligt, at borgere med hjertekarsygdom kan indgå i et rehabiliteringsforløb på tværs af diagnoser.

Ovenstående anbefalinger for alle tre diagnoser er generelle anbefalinger, og der er ikke taget højde for socialt udsatte grupper, hvorfor det skal overvejes om nogle grupper skal tilbydes anderledes forløb. Nedenstående viser de overvejelser, der i den forbindelse er gjort i Århus Kommune.

### **2.1 Overvejelser om etablering af sundhedsskoletilbud blandt etniske minoriteter.**

Århus byråd har i forbindelse med budgetforlig 2009 besluttet, at der skal etableres et sundhedscenter i Gellerup. Her er også planer om at etablere et sundhedsskoletilbud svarende til det tilbud for borgere med kronisk sygdom, der er i Sundhedscenter Århus.

De foreløbige overvejelser, der bl.a. bygger på de erfaringer, man har gjort i et pilotprojekt og via dialog med praktiserende læger, peger på, at der bør laves kurser for 3 sprogområder (tyrkisk, arabisk og somalisk), kurserne bør være kønsopdelte, og der bør være 2 årlige forløb for hver sproggruppe og køn. Dette betyder, at der forventes afviklet 12 kurser årligt, svarende til omkring 120 forløb.

Det er endvidere vurderingen, at man skal starte med forløb for borgere med diabetes, da erfaringen er, at kursisterne generelt har behov for mere grundviden om kroppens funktion og sygdommens karakter end etniske danskere, en iagttagelse som underbygges af diverse rapporter, senest i artikler i Region Midtjyllands MidtLIV.

I forhold til de eksisterende sundhedsskoletilbud skal ligeledes påpeges, at det er nødvendigt med kvalificeret tolkebistand eller bedst, at der bruges to-kulturelle, veluddannede sundhedsfaglige medarbejdere.

Endelige vurderes det at denne gruppe borgere vil have behov for ekstra træningstilbud.

På nuværende tidspunkt er det også vanskeligt at vurdere, om der vil komme deltagere nok til at etablere 12 skoleforløb pr. år.

## 2.2 Rehabilitering fordelt på sektorer

Tabel 1: Rehabilitering fordelt på sektorer

<b>KOL</b>	Praktiserende læge	Kommune	Hospital
Let KOL – individuel rådgivning	X	X	
Moderat KOL – rehabilitering		X	
Svær/meget svær KOL – rehabilitering			X
<b>Type II diabetes</b>			
Ny diagnosticerede - diabetesskole		X	X
Allerede diagnosticerede borgere – rehabilitering	X	X	
<b>AKS</b>			
Fase I – behandling			X
Fase II – rehabilitering			X
Fase III - rehabilitering		X	

Ovenstående tabel illustrerer, i hvilken sektor rehabiliteringen bør foregå i henhold til anbefalingerne i forløbsprogrammerne.

Den kommunale palet af tilbud til borgere med kroniske sygdomme omfatter ikke kun rehabiliteringsforløb, men også kurset "Lær at leve med kronisk sygdom" efter Stanfordmodellen, rygestopkurser og lignende.

## 3. Deltagelse i kommunal rehabilitering

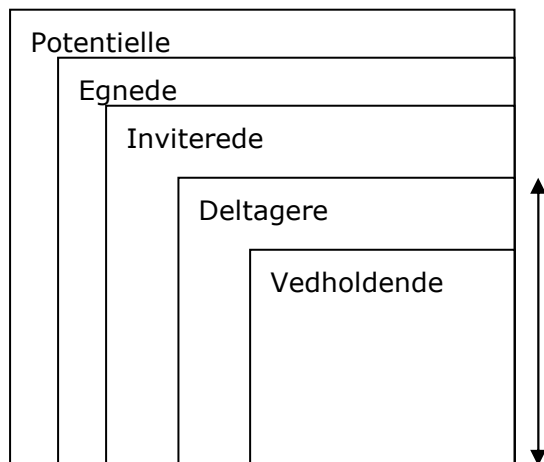
Erfaringer fra flere projekter og studier viser, at det er langt fra alle borgere, der får tilbudt et rehabiliteringsforløb, der tager imod det, ligesom det ikke er alle, der vurderes at have behov for det. Det betyder, at antallet af borgere med de tre diagnose-typer ikke er det samme antal som modtager rehabiliteringstilbud, hverken på sigt eller her og nu.

Som eksempel kan fremhæves en MTV-rapport (Medicinsk Teknologivurdering) for hjerterehabilitering fra Sundhedsstyrelsen (2006), der viser, at der er flere niveauer, når det skal vurderes, hvilke principper der ligger bag deltagelsen i hjerterehabilitering<sup>2</sup>.

Nedenstående figur indfanger og illustrerer principperne i deltagelsen i de fleste hjerterehabiliteringsstudier. I forhold til det potentielle antal deltagere til et rehabiliteringsforløb er der et spænd ned til det antal, der rent faktisk påbegynder og gennemfører et forløb. Der anvendes en række inklusionskriterier for at vurdere, hvorvidt en patient er egnet til et rehabiliteringsforløb. Disse kriterier er afgørende for, hvor mange og hvilke typer patienter der henvises.

<sup>2</sup> Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget, Sundhedsstyrelsen 2006, pp. 29-31

Figur 1: Model for deltagelse i hjerterehabilitering



Studiet viser, at der i undersøgelserne er et spænd på mellem 15 % og 59 % på, hvor mange af de indbudte personer, der vælger at deltage i forløbet.

Erfaringer fra Regionshospitalet Silkeborg viser, at kun 1/3 af deres AKS-patienter tager imod et fase II rehabiliteringstilbud. Det betyder samtidig, at det vil være en meget lille del af den samlede AKS-patientpopulation, der vil tage imod et fase III rehabiliteringstilbud.

Undersøgelser på området viser desuden, at nogle patientgrupper sjældnere end andre har tilbøjelighed til at deltage i hjerterehabilitering. Især ældre, kvinder, lavt uddannede og personer fra etniske minoriteter har lav tilbøjelighed til at tage imod et tilbud om hjerterehabilitering.

Det kan således være svært at beregne behovet for kommunale rehabiliteringstilbud alene ud fra viden om antallet af (nydiagnosticerede) patienter, da mange forskellige forhold er på spil.

#### **4. SIKS - omkostningsniveau for et kommunalt rehabiliteringsforløb**

Bispebjerg Hospital og Sundhedscenter Østerbro har i samarbejde med Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning og de praktiserende læger på Østerbro lavet et projekt om den sammenhængende indsats for kronisk syge (SIKS). En del af resultaterne og konklusionerne fra afrapporteringen af projektet kan bruges som grundlag for en estimering af, hvad et rehabiliteringstilbud for borgere med KOL og diabetes vil koste i kommunalt regi.

Eksemplet på omkostningsniveauet for rehabiliteringsforløb i kommunalt regi kan bruges til at give en idé om det økonomiske niveau for et rehabiliteringsforløb. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at et kommunalt rehabiliteringsforløb kan tilrettelægges på forskellige måder under hensyntagen til de eksisterende rammer og den kapacitet, der gør sig gældende for den enkelte kommune, hvorfor dette ikke skal ses som en anbefaling.

De kommunale repræsentanter i arbejdsgruppen har en klar forventning om, at udgifterne for et kommunalt rehabiliteringsforløb vil ligge på niveau med nedenstående tal fra SIKS-projektet.

På Sundhedscenter Østerbro er prisen for et 7-ugers fuldt rehabiliteringsforløb for borgere med KOL 8.300 kr. Borgeren modtager i alt 49 timer i et rehabiliteringsforløb, der består af følgende elementer: En indledende samtale, træning (hold), undervisning (hold), initial

diætvejledning, opfølgende diætvejledning, diætvejledning – madlavning (hold), diætvejledning – indkøb (hold), rygestopvejledning, afsluttende samtale, opfølgning.

Rehabiliteringsforløbet for diabetes består af samme elementer, men er et 12-ugers forløb med et lidt højere ressourceforbrug pr. borger, hvorfor prisen udgør 9.406 kr. I et rehabiliteringsforløb for borgere med type 2 diabetes modtager borgeren 62,5 timer.

Til sammenligning er prisen for et grundforløb bestående af en indledende samtale, træning (hold), undervisning (hold), afsluttende samtale og opfølgning 5.080 kr. for borgere med KOL, mens det for borgere med diabetes er 6.187 kr. igen qua et højere ressourceforbrug pr. borger.

For begge rehabiliteringsforløb gælder det, at udgifterne er beregnet ud fra det udgangspunkt, at der er 12 deltagere til holdundervisning<sup>3</sup>.

SIKS-projektet anfører, at de beregnede udgifter til rehabiliteringsforløb i sundhedscentret i projektperioden fra 1. april 2005 til 31. maj 2007 skal vurderes i lyset af, at der har været tale om en udviklingsopgave, og der er derfor foregået en lang række udviklingsprocesser i projektperioden. De beregnede udgifter kan derfor ikke umiddelbart overføres som forventede udgifter i en driftsfase<sup>4</sup>.

Nedenstående tabel viser de omkostninger for rehabiliteringsforløb vi pt. kender. Udgifterne til et kommunalt rehabiliteringstilbud til borgere med Kol og type II diabetes er fra SIKS-projektet.

Tabel 2: Omkostninger ved rehabiliteringstilbud

<b>KOL</b>	Praktiserende læge	Kommune	Hospital
Let KOL – individuel rådgivning	Konsultationshonorar	X	
Moderat KOL – rehabilitering		8.300 kr.	
Svær/meget svær KOL – rehabilitering			X
<b>Type II diabetes</b>			
Ny diagnosticerede – diabeteskole		X	5660 kr., heraf 1228 kr. i kommunal medfinansiering*
Allerede diagnosticerede borgere – rehabilitering	Konsultationshonorar	9.406 kr.	
<b>AKS</b>			
Fase I – behandling			X
Fase II – rehabilitering			X
Fase III – rehabilitering		X	

\* Se side 7 og 8.

<sup>3</sup> Priserne på forløbene indeholder alene udgifter til personale, men ikke udgifter til husleje, el, varme, leder- og sekretærløn, træningsudstyr og lign. Timepriserne er beregnet ud fra 38,2 % direkte borgerrettede opgaver, mens 34,5 % går til indirekte borgerrettede opgaver. Prisen på rehabiliteringsforløb er således i høj grad styret af fordelingen mellem den direkte og ikke direkte borgerrettede tid, eksempelvis vil den samlede pris på et fuldt rehabiliteringsforløb for type 2 diabetes falde til 7.192 kr., hvis den direkte borgerrettede tid forøges til 50 %, dvs. en besparelse på mere end 2.000 kr. pr. forløb (SIKS, 2008)

<sup>4</sup>SIKS, 2008, pp. 52

## 5. Hvor mange vil deltage i et rehabiliteringsforløb

På Sundhedscenter Århus er der via midler fra Sundhedsministeriets pulje til Sundhedscentre i Danmark etableret et 12 ugers sundhedsskoletilbud, der tilbydes til borgere med KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme (ikke kun AKS). Det er kommunens praktiserende læger, der kan henvise til dette forløb. På Sundhedscentret starter nye hold hver anden uge, det vil sige, at der gennemføres omkring 20 kurser om året. På et hold er der 10 deltagere på tværs af diagnoser, i alt ca. 200 borgere om året.

Antallet af nyhenviste har været nogenlunde stabilt, og det vurderes, at behovet i Århus Kommune for det 12 ugers sundhedskursusforløb årligt vil være på omkring 60-70 borgere indenfor hver af de tre diagnoser. Dog kan det ikke afvises, at der med øgede henvisningsmuligheder som følge af forløbsprogrammerne og med øget fokus på området vil ske en stigning i antallet af henviste borgere.

Århus Kommune har 300.000 indbyggere, og det vurderes, at der årligt er behov for et kommunalt rehabiliteringstilbud til i alt mellem 180 og 210 borgere indenfor de tre diagnoser. Det vil forholdsmæssigt betyde, at en kommune, der har 50.000 indbyggere, må kunne forvente, at der er behov for rehabiliteringstilbud til 35 borgere sammenlagt om året inden for de tre diagnoser.

Samlet for Region Midtjylland vil der forventeligt være tale om et behov for kommunale rehabiliteringstilbud til omkring 850 borgere om året.

Dette kan forekomme som et relativt lavt antal, men erfaringen fra opbygning af lignende tilbud, eksempelvis praksisdiætistordningen i det tidligere Århus Amt, viser, at det tager tid at få de praktiserende læger til at henvise til tilbuddene, ligesom det tager tid før borgerne bliver opmærksomme på tilbuddene.

I Århus Kommune får alle nydiagnosticerede diabetikere tilbud om et forløb på diabetesskolen på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Det samme gælder borgere med type 2 diabetes, som ikke tidligere har modtaget et tilbud. Derudover har kommunens praktiserende læger mulighed for at henvise kommunens borgere med type 2 diabetes til et rehabiliteringsforløb på kommunens sundhedscenter som beskrevet ovenfor. I Århus Kommune får borgerne således et systematisk tilbud, der svarer til det forløbsprogrammet for type 2 diabetes anbefaler, og man kan sige, at Århus Kommune er dækket ind i forhold til tilbud på diabetesområdet.

I Århus Kommune lever 8.625 borgere med type 2 diabetes (2007-tal). Det er samtidig estimeret, at der årligt er 995 nye tilfælde i kommunen<sup>5</sup>. Nedenstående tabel illustrerer, hvor mange der modtager tilbud på henholdsvis diabetesskolen og på kommunens sundhedscenter.

Tabel 3: Antal borgere i Århus Kommune med type 2 diabetes, der deltager i rehabilitering

	<b>Diabetesskolen</b>	<b>Sundhedscentret</b>
Antal	144 personer årligt	Ca. 65 personer årligt
Andel	14,5 % af nydiagnosticerede	0,75 % af diagnosticerede

Som ovenstående tal illustrerer, er det et stort spænd fra det antal borgere i kommunen, der har sygdommen, til det antal der rent faktisk modtager et rehabiliteringstilbud.

Et besøg på diabetesskolen på Århus Sygehus koster 1.415 kr. Heraf udgør den kommunale medfinansiering 30 %, dog maksimalt 307 kr. pr. besøg. Et forløb på diabetesskolen på Århus Sygehus består af 4 besøg, hvorfor udgiften er 5.660 kr. og den kommunale medfinansiering

<sup>5</sup> Det Nationale Diabetesregister, Jette Kolding Christensen

1.228 kr. pr. forløb. Da Århus Kommune har 144 borgere årligt, der modtager et forløb på hospitalet diabeteskole, udgør kommunens udgifter hertil i alt 176.832 kr.

Da et forløb på Århus Sundhedscenter er estimeret til at være sammenligneligt med de udgifter, der kendes fra SIKS-projektet, og hvis der tages udgangspunkt i, at der er 65 borgere med type II diabetes årligt, der deltager i et rehabiliteringstilbud på sundhedscentret vil udgifterne være 65 x 9.406 kr., i alt 611.390 kr.

Estimeret har Århus Kommune altså årligt udgifter til rehabilitering af borgere med type II diabetes for 788.222 kr.

Horsens Kommune, der har 80.000 indbyggere, har lavet et projekt om etableringen af et sundhedscenter på tværs af decentrale enheder, hvor målgrupperne blandt andre er borgere med KOL og type 2 diabetes, der tilbydes deltagelse i det kommunale rehabiliteringstilbud. Projektet løber fra 2005-2007. Projektet er evalueret i maj 2008<sup>6</sup>.

Nedenstående tabel viser antallet af henvisninger og antallet af tilmeldinger til de to typer rehabiliteringsforløb.

Tabel 4: Henvisninger og tilmeldinger til rehabilitering i Horsens Kommune

	<b>Type 2 diabetes</b>	<b>KOL</b>
Antal henvisninger	142	96
Antal tilmeldinger	111	68
Andel henvisninger der fører til tilmeldinger til et forløb	78 %	71 %

Ovenstående tabel viser, at der i Horsens Kommunes projekt var 111 borgere med type 2 diabetes og 68 borgere med KOL, der var tilmeldt et rehabiliteringsforløb i projektperioden.

I Horsens kommune lever 2.983 personer med type II diabetes, og i 2007 blev 332 diagnosticeret med sygdommen.

I dette projekt har både kommunens praktiserende læger og hospitalet kunnet henvise til sundhedscentrets tilbud.

I forhold til ovenfor omtalte SIKS-projekt er der i Københavns kommune over 503.000 indbyggere. I projektet skønnes det, at ca. 43.000 københavnere lider af KOL og ca. 20.000 københavnere har type 2 diabetes. Lokalområde Østerbro, som projektet dækker, har 67.000 indbyggere i 2007, altså ca. 13,3 % af Københavns samlede befolkning. En meget forsigtig estimering udelukkende baseret på dette tal og uden hensyntagen til befolkningssammensætningen, ville betyde, at ca. 5.600 borgere af Københavns borgere med KOL og ca. 2.600 af Københavns borgere med type 2 diabetes er bosiddende på Østerbro.

Erfaringen fra SIKS projektet viser, at der på opgørelsestidspunktet var 131 borgere med KOL, som var blevet tilbudt et rehabiliteringsforløb, og 208 borgere med type 2 diabetes var blevet tilbudt et forløb.

<sup>6</sup> Sundhedscenterprojekt, Evalueringsrapport, Horsens Kommune, Maj 2008



Tabel 5: Sammenligning af tallene fra Århus, Horsens og Østerbro.

	Århus	Horsens	Østerbro
Antal borgere, der deltager i et rehabiliteringsforløb – årligt	210	90*	169*
Befolkningsgrundlag	300.000	80.000	67.000
Andel af befolkningen, der modtager rehabilitering	0,07 % = 7 ‰	0,11 % = 11 ‰	0,25 % = 25 ‰
Andel af borgere med KOL eller type 2 diabetes, der modtager rehabilitering	--	--	2 %

\* Kun borgere med KOL og type 2 diabetes

Ovenstående tabel viser, at der i Århus er 210 borgere årligt, ud af et befolkningsgrundlag på 300 000, der tager imod et rehabiliteringstilbud, hvilket udgør 7 ‰. I Horsens er det 90 borgere ud af et befolkningsgrundlag på 80 000, der årligt har taget imod tilbuddet om et rehabiliteringsforløb, hvilket udgør 11 ‰ af befolkningen. På Østerbro drejer det sig om 25 ‰ af befolkningen, der årligt deltager i et rehabiliteringsforløb og deltagelsen er 2 % blandt de borgere, der er forventes at have KOL eller type 2 diabetes.

Det skal bemærkes, at når der er tale om projekter, skal billedet af henvisningsmønsteret tages med et vist forbehold. Dette med baggrund i, at det må forventes, at der i projekter ofte er højere grad af opsøgende arbejde i forhold til at sikre henvisninger. Det giver dog stadig et billede af interessen for og deltagelsen i kommunale rehabiliteringstilbud.

## 6. Patientgrundlaget

På trods af, at adskillige projekter og undersøgelser har vist, at der er et stort spænd mellem antallet af borgere, der er diagnosticeret med en af de tre sygdomme og det antal, der deltager i et rehabiliteringstilbud, er det stadig væsentligt at kende forekomsten af borgere i Region Midtjylland, der lider af henholdsvis type 2 diabetes, KOL og AKS.

### 6.1 Forekomsten af type 2 diabetes i Region Midtjylland

Tabel 6: Forekomsten af type 2 diabetes i Region Midtjylland

	Borgere, der er diagnosticeret med type 2 diabetes (2007-tal)	Borgere, der lever med type 2 diabetes, inkl. de, der ikke er diagnosticeret (skønnet) (2007-tal)
Antal	39 980*	79 960
Den procentvise andel af befolkningen	3,9 %	--
Nye tilfælde i 2007	5154	--

(Kilde: Det Nationale Diabetesregister, Jette Kolding Christensen )

\*Det er estimeret, at der i alt er 47 475 borgere, der er diagnosticeret med type I og type II diabetes. Det skønnes, at 80 % af tilfældene er type II diabetes.

Ovenstående tabel viser, at der i Region Midtjylland er 39 980 borgere, der er diagnosticeret med type 2 diabetes eller 3,9 % af befolkningen i regionen. Det vurderes samtidig, at der er ligeså mange, der lever med en type 2 diabetes uden at være blevet diagnosticeret<sup>7</sup>.

I 2007 blev 5154 diagnosticeret med type 2 diabetes i Region Midtjylland.

<sup>7</sup> Statens Institut for folkesundhed, Folkesundhedsrapporten Danmark 2007

Ovenstående tal stammer fra det Nationale Diabetes Register, og er fremkommet ved hjælp af en algoritme og en sammenkørsel af forskellige registre, for derved at identificerede antallet af borgere med type 2 diabetes. Det Nationale Diabetesregister bygger på data fra eksisterende registre, hhv. Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, CPR-registeret og Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister. Metoden er videnskabeligt afprøvet. Det er derfor meget præcise tal, der findes på området.

I forhold til type 2 diabetes anslås det som nævnt dog, at der er ligeså mange uopdagede tilfælde, som der er kendte, og at incidensen derfor må forventes at stige, i hvert fald i begyndelsen, når der sættes fokus på tidlig opsporing.

## 6.2 Forekomsten af KOL i Region Midtjylland

En lignende algoritme er under udarbejdelse for KOL området, men arbejdet er endnu ikke så langt, at man kan fremlægge præcise tal. Antallet af borgere med KOL beror derfor på et fagligt skøn, der siger, at 4 % af den danske befolkning over 20 år er diagnosticeret med KOL. De 4 % angår kun de borgere, der er diagnosticeret, men det skønnes at det reelle tal er 9 %, idet der er mange, der lever med KOL uden at være blevet diagnosticeret.

Tabel 7: Forekomsten af KOL i Region Midtjylland

	Borgere, der er diagnosticeret med KOL (skønnet) (2008-tal)	Borgere, der lever med en KOL, inkl. de, der ikke er diagnosticeret (skønnet) (2008-tal)
Antal	36 517	82 164
Den procentvise andel af befolkningen	4 % (af borgere over 20 år)	9 % (af borgere over 20 år)

(Kilde: Forskningsenheden for almen medicin, Peter Vedsted)

Ovenstående tabel viser, at det er skønnet, at der i Region Midtjylland er 36 517 borgere, der er diagnosticeret med KOL, men at det samtidig skønnes, at det reelle tal er 82 164 borgere, idet mange lever med KOL uden at have fået stillet en diagnose. For begge grupper gælder det, at der er tale om borgere over 20 år.

Det vurderes i dag, at minimum 300.000 danskere har KOL<sup>8</sup>, og i en prævalensundersøgelse fra 2007 skønnes det endda, at niveauet snarere er, at 430.000 danskere har KOL i varierende grad<sup>9</sup>. Af disse vurderes 270.000 borgere at have klinisk betydelig KOL, hvoraf 40.000 borgere har KOL i svær eller meget svær grad.

Da der skal sættes fokus på tidlig opsporing, må det ligeledes på KOL området forventes, at incidensen vil stige.

<sup>8</sup> Sundhedsstyrelsen (2007) *KOL- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering.*

<sup>9</sup> Løkke, Anders et al.(2007) "Forekomst af kronisk sygdom i København", *Ugeskrift for læger*, nr. 46, pp. 3956-3960. Side 10

### 6.3 Forekomsten af AKS i Region Midtjylland

Tabel 8: Forekomsten af AKS i Region Midtjylland

	Borgere, der i 2007 blev indlagt med aktionsdiagnosen AKS
Antal	2543
Den procentvise andel af befolkningen i Region Midtjylland	0,2 %

(Kilde: DRG)

Ovenstående tabel viser, at der i Region Midtjylland i 2007 blev indlagt 2 543 borgere med AKS, i alt 0,2 % af regionens befolkning

Opgørelsen på hjerteområdet er lavet ud fra DRG-systemet. Patientgrundlaget er de patienter, der i 2007 blev indlagt med aktionsdiagnosen AKS. Også her er der tale om præcise tal.

Opgørelsen er anderledes end ved de to andre diagnoser, idet der er tale om en akut sygdom, hvorfor opgørelsen går på antal indlagte patienter. For AKS-patienter følger rehabiliteringsforløbet umiddelbart under og efter indlæggelse.

Gruppen af hjertepatienter omfatter ikke kun AKS-patienter. Mindst 300.000 personer i Danmark lever med hjertekarsygdom. En stor del af de personer, der lever med hjertekarsygdom har alvorlige fysiske, psykiske og sociale følger af sygdommen. Hjerteforeningen skønner, at der på landsplan er der mindst 25.000 patienter årligt, der har brug for at få vurderet behovet for hjertekarrehabilitering<sup>10</sup>.

Forløbsprogrammet for hjertekarsygdom retter kun fokus mod den del af patienter med kronisk hjertekarsygdom, der lider af AKS, og har derfor særlig fokus på rehabiliteringsindsatsen overfor denne patientgruppe. Da patienter med AKS kun er en del af den samlede mængde af patienter med hjertekarsygdom, vil der også være andre grupper af hjertekarsygdomspatienter, der kan have behov for kommunal rehabilitering.

### 8. Samarbejdet med patientforeninger

I forhold til indsatsen overfor kronisk syge borgere, vil der for både kommuner og patientforeninger være et rationale i at sikre et godt samarbejde.

Mens et rehabiliteringsforløb i kommunalt regi oftest vil være tidsafgrænset, har patientforeningerne mulighed for at lave en vedvarende indsats, der giver borgeren mulighed for at fortsætte ud over det rehabiliteringsforløb kommunen kan tilbyde.

Et samarbejde mellem kommune og patientforeninger kan etableres på det niveau parterne selv ønsker. Det kunne eksempelvis være et samarbejde i form af, at kommunen stiller lokaler til rådighed for træning i patientforeningsregi, men det kunne også være at kommunen vælger at lade patientforeningen varetage noget af indholdet i det kommunale rehabiliteringstilbud.

Patientforeningerne er repræsenteret forskelligt i de enkelte kommuner, men de større patientforeninger har lokalforeninger i de fleste kommuner i regionen.

<sup>10</sup> Forløbsprogram for hjertekarsygdom – Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe, Region Midtjylland, 2008

## 9. Samfundsøkonomiske aspekter

På KL's sundhedskonference i januar 2008 blev præsenteret et sundhedsøkonomisk studie<sup>11</sup>, der er et nyt, innovativt sundhedsøkonomisk studie af de tre livsstilssygdomme diabetes, KOL og hjertekarsygdomme. Studiet er enestående ved, at det estimerer de offentlige omkostninger/det offentlige merforbrug ved borgere med livsstilssygdomme, og dertil gennemfører en fordelingsanalyse af dette merforbrug de offentlige kasser imellem.

Studiet estimerer en samlet direkte omkostning og et samlet direkte merforbrug (eksklusiv medicin) for de offentlige (stat/region og kommune) kasser ved borgere med de tre livsstilssygdomme diabetes, KOL og hjertekarsygdomme, og efterviser, at der for alle tre livsstilssygdomme er et betydeligt merforbrug, der kan søges nedbragt gennem en forebyggelsesindsats. En mere grundig gennemgang af studiet er vedhæftet dette notat som bilag 1.

For at se nærmere på de samfundsøkonomiske aspekter, anbefales det, at der efter implementeringen af forløbsprogrammerne laves en effektvurdering i form af et tilsvarende studie for at se på, hvorvidt noget har flyttet sig, altså se på udgifterne før og efter implementeringen. Analysen foreslås f.eks. finansieret gennem samarbejdsstrukturen "Folkesundhed i Midten" til støtte for forsknings- og udviklingsaktiviteter i Region Midtjylland.

## 10. Konklusion

Det er vanskeligt at give en helt klar konklusion på de økonomiske konsekvenser ved implementeringen af forløbsprogrammerne. Baggrunden er dels, at det er vanskeligt at give et helt nøjagtigt bud på, hvor mange patienter det drejer sig om og dels, at det er svært at vurdere, hvor stor en del af patientpopulationen, der tager imod et rehabiliteringstilbud. Dertil er det vanskeligt at vurdere, hvad fokus på tidlig opsporing vil få af betydning.

Erfaringer viser, at det langt fra er alle, der tager imod et tilbud. Der vil for kommunerne derfor være et rationale i at starte på et lavt niveau, a la det niveau, der er lagt på Århus Sundhedscenter, og så udbygge tilbuddet i takt med efterspørgslen. Erfaringerne viser nemlig ligeledes, at det tager tid før der er godt kendskab til et sådant tilbud såvel blandt de praktiserende læger som blandt borgere.

---

<sup>11</sup> Andreassen, Michael Nyhus og Maltbæk, Jens Pagh: "Livsstilssygdomme. Et sundhedsøkonomisk studie. Cost of Illness i kommunaløkonomisk regi", kandidatspeciale, Det samfundsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet, 2007