

Sundhedsanalyser, Lægemiddelstatistik og Sundhedsdataprogram

September 2016

Kronikeropfølgning i almen praksis – fokus på borgere med KOL og type-2 diabetes

Baggrund og formål

Almen praksis spiller en væsentlig rolle i opsporingen, behandlingen og opfølgningen af borgere med kroniske sygdomme. Der findes kliniske retningslinjer og anbefalinger for almen praksis varetagelse af disse opgaver for borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes. Denne analyses formål er at belyse de alment praktiserende lægers opfølgning i forhold til borgere med disse kroniske sygdomme.

Det følger af Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske retningslinjer¹ og Sundhedsstyrelsens anbefalinger² vedrørende Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), at borgere med KOL tilbydes en årlig kontrol indeholdende bl.a. en vurdering af sygdommens sværhedsgrad ved hjælp af spirometri. Tilsvarende fremgår det af de kliniske retningslinjer vedrørende type-2 diabetes, at borgere med type-2 diabetes minimum årligt modtager en årskontrol, hvor sygdommen vurderes pba. målinger af langtidsblodsukker, blodtryk mv.³

Denne analyse ser på opfølgningen af borgere med hhv. KOL og type-2 diabetes i 2014, og er således delt op i to dele: del 1 vedrørende opfølgningen relateret til KOL og del 2 vedr. type-2 diabetes, jf. nedenstående.

Læsevejledning og introduktion

Analysen består af to dele:

- **Første del** handler om opfølgningen vedrørende KOL, hvor der ses på andelen af borgere med KOL, der får en lungefunktionsmåling (spirometri) i 2014.
- **Anden del** handler om opfølgning vedrørende type-2 diabetes, hvor der ses på andelen af borgere med type-2 diabetes, der årligt modtager kronikeropfølgning.

Delanalyserne vil for det første sammenligne almen praksis for så vidt angår de udvalgte mål. For det andet vil delanalyserne undersøge, hvad der karakteriserer de praksis, hvor borgere i højere grad end i andre modtager hhv. lungefunktionsmåling og kronikeropfølgning. Til sidst belyses lungefunktionsmåling og kronikeropfølgning pba. borgerkarakteristika.

Fokus i analyserne er således på *procesmål*, dvs. om givne procedurer (undersøgelser mv.) gennemføres som beskrevet i de omtalte kliniske vejledninger. I denne forbindelse skal det bemærkes, at der i analyserne kun ses på registreret behandling. Da det er op til den enkelte borgers vilje, om de vil tage imod tilbuddet, både i almen praksis og andre øvrige steder, kan analyserne ikke sige noget om, hvorvidt lægen eventuelt har tilbudt behandlingen, som borgeren har afslået. Skulle lægen have gennemført behandlingen uden at registrere dette, og dermed uden at modtage honorar herfor, da vil det heller ikke fremgå af analysen.

¹ Klinisk vejledning – KOL i almen praksis – diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

² KOL – Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering, Sundhedsstyrelsen 2007.

³ Klinisk Vejledning for almen praksis – Type-2 diabetes - en metabolisk sygdom, Dansk Selskab for almen medicin 2012.

Hovedresultater

1. Lungefunktionsundersøgelser ved spirometri for borgere med KOL

Blandt borgere med KOL⁴ får omkring 44 pct. en lungefunktionsundersøgelse (ved spirometri) i 2014. På tværs af praksis varierer andelen fra omkring 10 pct. af borgerne med KOL til over 80 pct.

På baggrund af karakteristika for praksis og borgere ses følgende forskelle i andelen, der får mindst én lungefunktionsundersøgelse:

- Andelen falder i takt med stigende gennemsnitlig lægealder i praksis. Den største andel ses blandt borgere i praksis med en gennemsnitlig lægealder lavere end 45 år (47 pct.). For borgere i praksis med en gennemsnitlig lægealder på minimum 65 år er andelen 37 pct.
- På tværs af praksisregion er den gennemsnitlige andel højest blandt borgere tilmeldt en praksis i Midtjylland (48 pct.). Den laveste gennemsnitlige andel ses i Region Sjælland (38 pct.).
- Der ses kun mindre forskelle i den gennemsnitlige andel borgere med lungefunktionsundersøgelse pba. praksistypen, dvs. solopraksis, delepraksis og kompagniskab.
- Den gennemsnitlige andel med borgere med lungefunktionsundersøgelser er mindst i aldersgruppen 18-29 år, og antallet er stødt stigende i de følgende aldersgrupper. For aldersgrupperne på 75 og derover er andelen, der får foretaget lungefunktionsundersøgelse faldende.
- Der ses kun mindre forskelle pba. borgerens køn og arbejdsmarkedstilknæytning.

2. Kronikeropfølgning af borgere med type-2 diabetes

Samlet set har 67 pct. af borgerne med type-2 diabetes en kronikeropfølgning i 2014 - lidt mere end halvdelen modtager kronikeropfølgning i almen praksis, mens knap 14 pct. alene har en ambulant sygehuskontakt med en diabetesrelateret aktionsdiagnose. På tværs af praksis varierer andelen af borgere med kronikeropfølgning fra omkring 5 pct. i nogle praksis til 100 pct. i andre.

På baggrund af karakteristika for praksis og borgere ses følgende forskelle i andelen, der får mindst én kronikeropfølgning:

- Andelen falder i takt med stigende gennemsnitlig lægealder i praksis. Kun 55 pct. af borgere med diabetes type-2 tilmeldt praksis med en gennemsnitslægealder på 65 år eller derover har kronikeropfølgning, mens det tilsvarende gælder 70 pct. af borgere med type-2 diabetes tilmeldt praksis med en gennemsnitlig lægealder under 55 år.
- Der ses kun en lille forskel i andel med kronikeropfølgning pba. praksistype. En lidt større andel borgere i dele- og kompagniskabspraksis får kronikeropfølgning (69-73 pct.) end i solopraksis hhv. med og uden samarbejde (ca. 60 pct.).
- Andelen med kronikeropfølgning stiger med stigende alder for borgeren indtil 70 års alderen.
- Der ses kun mindre forskelle pba. køn og arbejdsmarkedstilknæytning.

⁴ Borgere med KOL er i analysen borgere, der er identificeret med KOL pba. de reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

1. Lungefunktionsmålinger (spirometri) for borgere med KOL

I forbindelse med KOL fremgår det af Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske retningslinjer⁵ og Sundhedsstyrelsens anbefalinger⁶, at borgere med KOL skal tilbydes en årlig kontrol, hvor sygdommens sværhedsgrad bl.a. skal afklares ved spirometri. Spirometri er en undersøgelse af borgerens lungefunktion. I analysen opgøres andel borgere med KOL, der får mindst én lungefunktionsmåling (spirometri) i 2014.

En lungefunktionsmåling kan både udføres i almen praksis, hos privatpraktiserende speciallæger og på sygehuset. Organisering i forhold til specielt spirometri kan således variere mellem forskellige praksis. Nogle alment praktiserende læger foretager selv spirometri, mens andre henviser borgeren til praktiserende speciallæger eller sygehuse (lungeambulatorier), fx pga. manglende udstyr eller graden af sygdom. For at tage højde for dette medtages disse lungefunktionsundersøgelser også i analysen. Derved fås et samlet billede af andelen af borgere med KOL, der får mindst én lungefunktionsmåling i 2014, uagtet af hvor målingen foretages.

Analysepopulationen består af borgere med KOL (18+ år) pr. 1. januar 2014, tilmeldt en almen praksis. Borgere med KOL er identificeret ved brug af de reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Boks 1. Lungefunktionsmåling ved spirometri

Spirometri er en undersøgelse af lungefunktion vha. af et spirometer.

Ved spirometri måles

- hvor stor en mængde luft (volumen), der kan udåndes fra lungerne
- hvor hurtigt luften kan pustes ud af lungerne (luftstrømningshastigheden)

Lungefunktion for borgere med KOL målt ved spirometri anvendes til afklaring af sygdommens sværhedsgrad.

Der henvises til metodebeskrivelsen for anvendte koder for lungefunktionsmålinger vha. spirometri, jf. bilag 7 tabel B2.

Kilde: KOL – KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM: Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering, Sundhedsstyrelsen 2007, KOL i almen praksis - diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

Der justeres ikke for borgersammensætning i analysen, idet alle borgere med KOL skal tilbydes mindst én årlig lungefunktionsmåling ved spirometri ifølge de nævnte kliniske retningslinjer og anbefalinger. Uanset f.eks. borgerens køn, alder eller socioøkonomiske position må man derfor forvente, at borgere med KOL mindst engang årligt bør få målt lungefunktion ved spirometri. Type-2

I forbindelse med en analyse af andel borgere med KOL tilmeldt praksis, der modtager en lungefunktionsmåling med spirometri, skal der tages forbehold for, at det er op til den enkelte borger at tage imod tilbuddet, både i almen praksis og øvrige steder.

⁵ Klinisk vejledning – KOL i almen praksis – diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

⁶ KOL – Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering, Sundhedsstyrelsen 2007.

Der er en betydelig variation i andel borgere, der har fået en lungefunktionsmåling i 2014

På tværs af praksis får gennemsnitligt 43,2 pct. af borgere med KOL får foretaget lungefunktionsmåling med spirometri i 2014, *jf. figur 1* og *bilag 1*. Nogenlunde samme, dog lidt højere, niveau, er fundet i et dansk *ikke*-registerbaseret studie fra 2007.⁷

Af de 43,2 pct. får næsten to tredjedele, svarende til 26,4 pct. af alle borgere med KOL, foretaget en lungefunktionsmåling med spirometri i almen praksis⁸, *jf. figur 2*. Den resterende del af disse borgere, svarende til 16,8 pct. af alle, får alene foretaget en lungefunktionsmåling andre steder end i almen praksis, dvs. hos en privatpraktiserende speciallæge eller i sygehusregi.

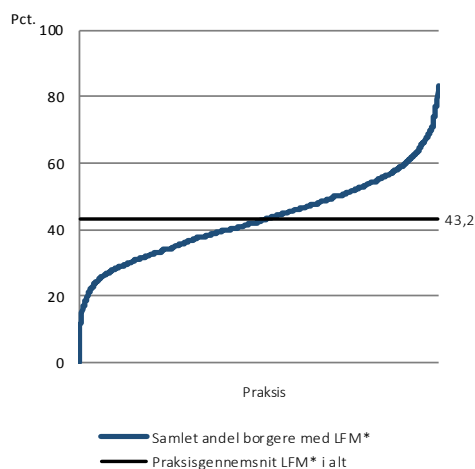
På tværs af praksis er der stor variation i andelen af borgere med KOL, der får foretaget en lungefunktionsmåling med spirometri i 2014 (uanset hvor den foretages). I nogle praksis får 9 pct. af borgere med KOL en spirometri, mens det tilsvarende gælder for mere end 80 pct. i andre praksis (se figur 1). For median-praksissen er andelen, der får foretaget en spirometri, 42 pct. Det betyder, at for halvdelen af praksis modtager under 42 pct. af borgerne med KOL en spirometri.

Der er også forholdsvis stor variation i andelen af borgere, der alene har fået foretaget en lungefunktionsmåling andre steder end i almen praksis. I nogle praksis modtager de tilmeldte borgere med KOL stort set kun lungefunktionsmålinger andre steder end hos den alment praktiserende læge, mens det i andre praksis er mere end halvdelen af borgerne, der får foretaget en måling hos den alment praktiserende læge selv (se figur 2).

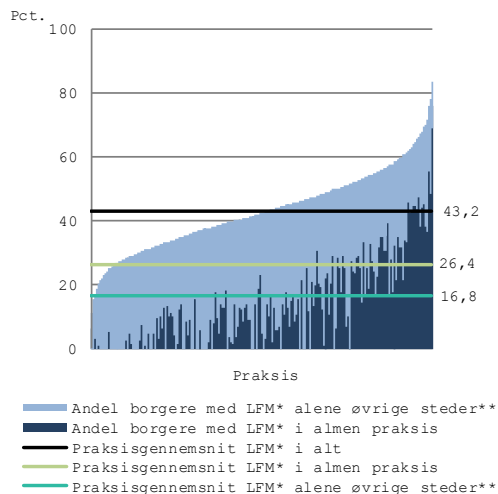
⁷ I et dansk studie vedr. bl.a. brugen af spirometri i forbindelse med KOL, var det omkring halvdelen af de omfattede borgere, der indledningsvist havde oplysninger fra en spirometri i deres journal i almen praksis. Andelen af borgere med spirometri er altså lidt højere end de godt 42 pct. i nærværende opgørelse. Dette kan hænge sammen med, at studiet omfattede et mindre udsnit af praksis (154), der selv havde tilmeldt sig, og som således kan formodes at have en særlig interesse i behandling af borgere med KOL. The quality of COPD care in general practice in Denmark: the KVASIMODO study, Dollerup et al. 2007.

⁸ I forbindelse med en intervention til understøttelse og optimering af indsatsen over for borgere med kronisk sygdom i Region Midtjylland, er andelen af borgere med KOL, der mindst én gang inden for en 15 måneders periode har modtaget en lungefunktionsundersøgelse i almen praksis opgjort til 20-25 pct. i 2010, *jf. Kronikerkompasset, - Evalueringsrapport, Forskningsenheden for Almen Praksis Aarhus 2012.*

Figur 1. Samlet andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling (LFM)* på tværs af praksis, 2014



Figur 2. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling (LFM)* på tværs af praksis, opdelt efter om målingssted, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri. **Øvrige steder dækker over privatpraktiserende speciallæger eller på sygehus hhv. ambulant eller under indlæggelse.

I bilag 1 ses yderligere information om fordeling af praksis pba. andel borgere med KOL, der får foretaget en spirometri i 2014.

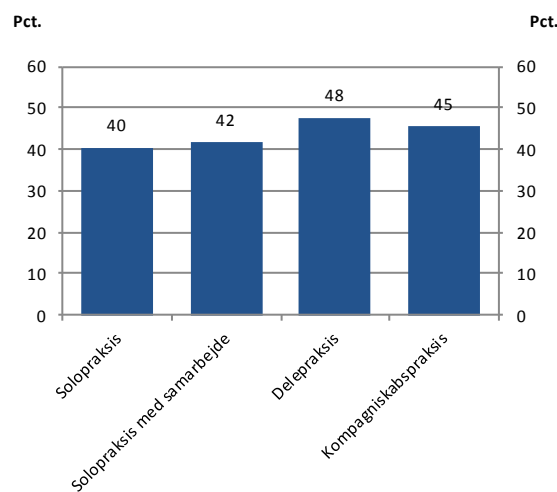
Kun mindre forskelle i andel borgere, der får en lungefunktionsmåling pba. praksistype

Andelen af borgere, der får foretaget lungefunktionsmåling, er lidt større i praksis med flere læger. Gennemsnitligt får 48 pct. af borgerne tilmeldt en delepraksis og 45 pct. af borgere tilmeldt en kompagniskabspraksis foretaget en lungefunktionsmåling. De tilsvarende andele ligger på 40 pct. for solopraksis uden samarbejde og 42 pct. for solopraksis med samarbejde, jf. figur 3.⁹

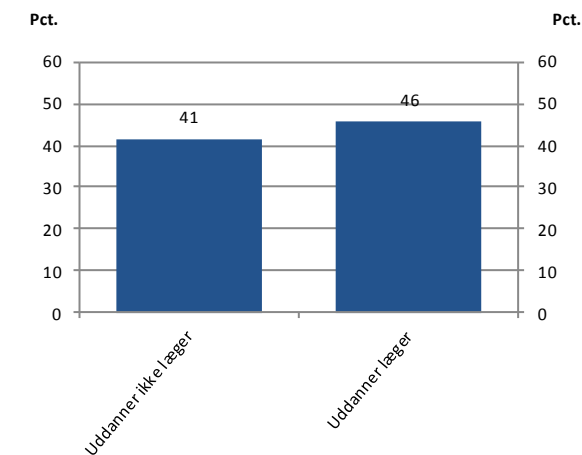
Den gennemsnitlige andel borgere med KOL, der modtager en lungefunktionsmåling, er også højere blandt borgere tilmeldt en uddannelsespraksis (46 pct.) end blandt borgere i praksis, der ikke uddanner læger (41 pct.), jf. figur 4. Dette kan dog afspejle en sammenhæng mellem praksistype. Flere kompagniskabs- og delepraksis uddanner således læger, jf. *Beskrivelse af almen praksissektoren i Danmark, Sundhedsdatastyrelsen, 2016*. Desuden kan det hænge sammen med, at disse praksistyper i højere grad har ansat praksispersonale. Når praksispersonale varetager en del af opgaverne i praksis, vil det frigøre tid for lægerne, bl.a. til lungefunktionsmålinger.

⁹ For nærmere definition af praksistype henvises til bilag 7.

Figur 3. Andel borgere med KOL, der får foretaget en lungefunktionsmåling*, opdelt efter praksistype, 2014



Figur 4. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter uddannelsespraksis, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri i almen praksis, hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

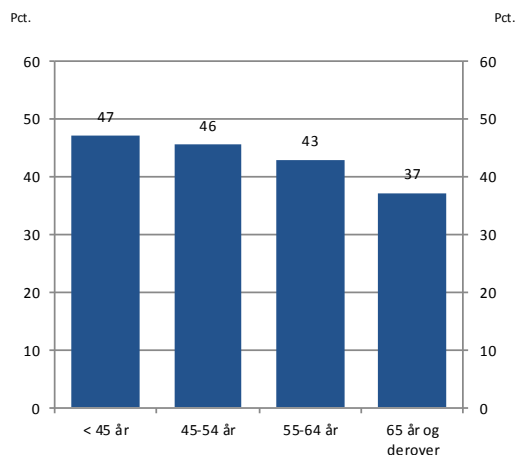
En mindre andel borgere med KOL får lungefunktionsmålinger i praksis med ældre læger

Andelen af borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmålinger, er lavere, når gennemsnitsalderen for læger tilknyttet praksis stiger. Omkring 46 pct. af borgerne, der er tilknyttet en praksis, hvor lægens gennemsnitsalder er under 55 år, får foretaget lungefunktionsmålinger. Det tilsvarende gælder for 37 pct. af borgerne tilknyttet praksis, hvor lægens alder i gennemsnit er 65+ år, jf. figur 5¹⁰.

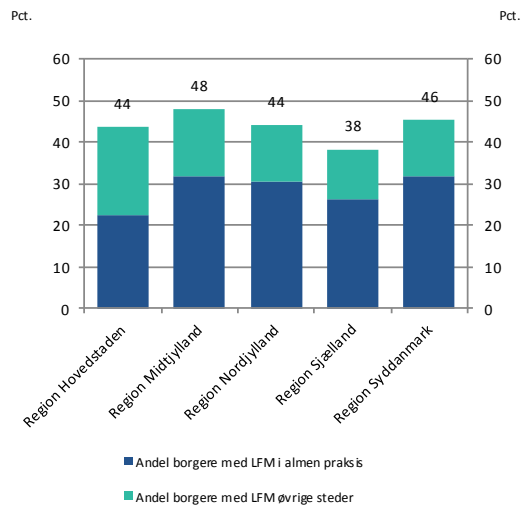
I Region Midtjylland har en større andel borgere med KOL fået foretaget lungefunktionsmålinger end i de øvrige regioner. Der ses en mindre variation på tværs af regioner i andelen af borgere, der alene får foretaget lungefunktionsmålinger øvrige steder, jf. figur 6.

¹⁰ 50 pct. af borgerne har en læge under 55 år, mens 11 pct. har en læge på 65 år og derover, og sidstnævnte population er således begrænset, jf. Bilag 2.

Figur 5. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter gennemsnitsalder for læger tilknyttet praksis, 2014**



Figur 6. Andel borgere med KOL, der foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter praksisregion, 2014



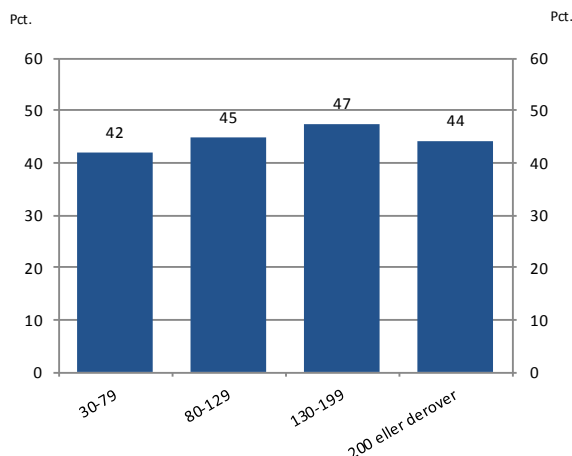
Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri i almen praksis, hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

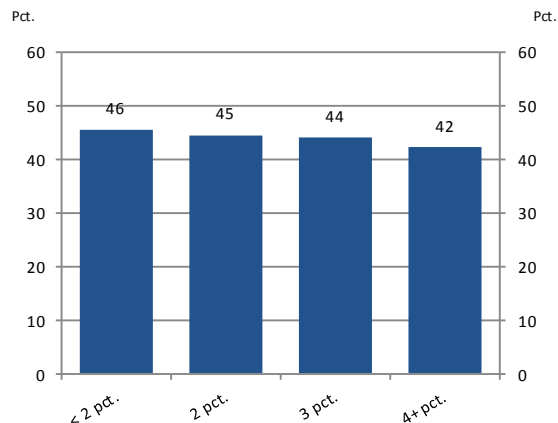
**Gennemsnitsalderen er beregnet for samtlige læger tilknyttet praksis i 2014 uanset hvor mange timer eller hvor lang tid der er tilknyttet praksis.

Det ser ikke ud til, at antallet af borgere med KOL hos den enkelte praksis har indflydelse på andelen, der får lungefunktionsmålinger, *jf. figur 7*. I forhold til andelen af borgere med KOL tilmeldt praksis ses en tendens til, at den laveste andel, der får foretaget lungefunktionsmåling, findes i praksis med den største andel tilknyttede borgere med KOL, *jf. figur 8*, dog er forskellene ikke særligt store.

Figur 7. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter antal borgere med KOL tilmeldt praksis, 2014



Figur 8. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter andel borgere med KOL tilmeldt praksis, 2014

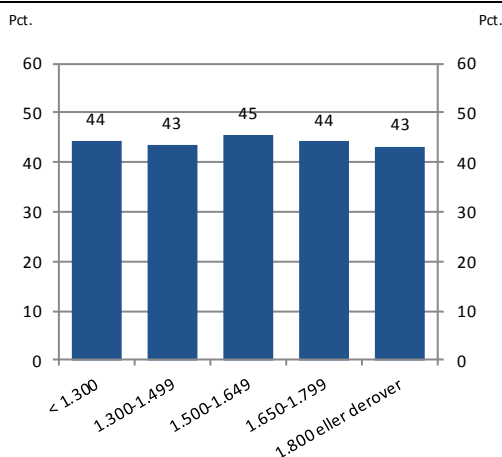


Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

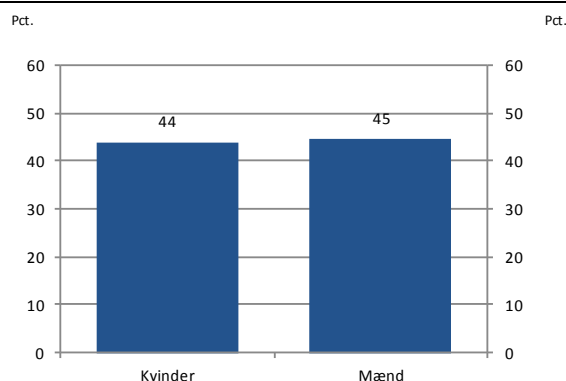
Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri i almen praksis, hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

Der ses ingen nævneværdig forskel i andelen af borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling, mellem praksis med få eller mange borgere tilmeldt, *jf. figur 9*. Det samme gælder i forhold til borgerens køn, *jf. figur 10*.

Figur 9. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter antal tilmeldte borgere pr. fuldtidslæge i praksis, 2014



Figur 10. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling *, opdelt efter køn, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri i almen praksis, hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

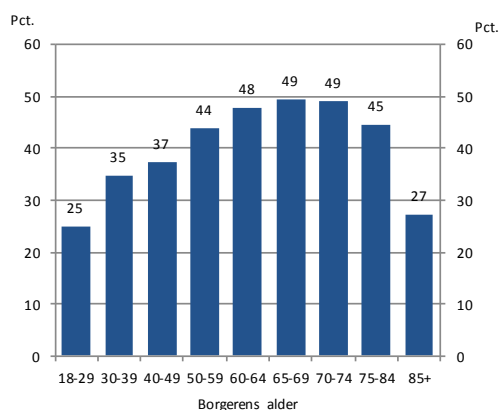
Andel borgere med lungefunktionsmåling bliver større i aldersgrupperne tæt på de 75 år

Den største andel borgere med KOL, der får foretaget en lungefunktionsmåling, ses blandt de 65-74 årige, hvor 49 pct. har fået foretaget en måling, *jf. figur 11*.

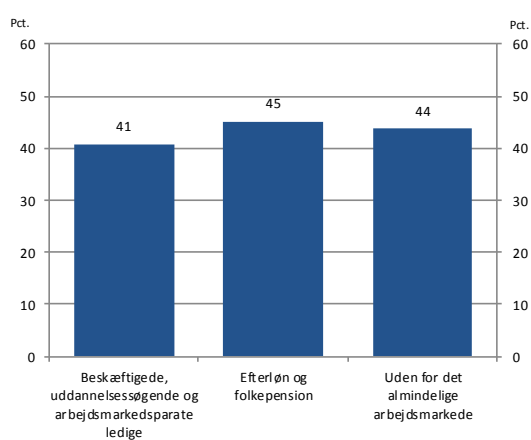
Andelen af borgere med KOL, der får foretaget en lungefunktionsmåling, er lidt større blandt borgere uden for det ordinære arbejdsmarked, herunder førtidspension, samt borgere på efterløn eller over folkepensionsalderen (65 år og derover), *jf. figur 12*.¹¹

¹¹ Den højere andel borgere på efterløn eller over folkepensionsalderen, der får mindst én lungefunktionsmåling, afspejler borgerens alder.

Figur 11. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter borgerens alder, 2014



Figur 12. Andel borgere med KOL, der får foretaget lungefunktionsmåling*, opdelt efter borgerens arbejdsmarkedstilknytning, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling foretaget i almen praksis, hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

2. Kronikeropfølgning for borgere med type-2 diabetes

Almen praksis er tovholder for behandlingen og opfølgningen af langt de fleste borgere med type 2-diabetes¹². Det følger af DSAMs kliniske vejledning for type-2 diabetes¹³, at borgere med type-2 diabetes minimum en gang årligt bør modtage en årskontrol, hvor sygdommen vurderes, på baggrund af bl.a. måling af langtidsblodsukker og blodtryk.

Denne analyse ser på, hvor stor en andel af borgere med type-2 diabetes, der antages at modtage kronikeropfølgning i 2014.

Hvis en borger med type-2 diabetes i 2014 får afregnet (minimum) én ydelse relateret til diabetes (forløbsydelsen for diabetes) eller en aftalt specifik forebyggelsesindsats, *jf. boks 2*, da antages det, at borgeren modtager kronikeropfølgning vedrørende sin diabetes i almen praksis. Der er alene tale om en antagelse, da det ikke pba. af sygesikringsregisteret er muligt præcist at sige, hvad ydelsen eller forebyggelsesindsatsen indeholder, men alene at ydelsen er afregnet.¹⁴

For at tage højde for, at en del af borgerne med type-2 diabetes modtager opfølgning på sygehus (diabetesambulatorier) og ikke i almen praksis, medtages også visse kontakter til sygehus. Hvis en borger har (minimum) ét planlagt ambulant besøg, under et ikke-kirurgisk speciale, med en diabetesrelateret aktionsdiagnose, anses det således også som udtryk for, at borgeren modtager kronikeropfølgning vedrørende sin type-2 diabetes.¹⁵

Samlet set indikerer dette andelen af borgere med type-2 diabetes, der modtager kronikeropfølgning.

Analysepopulationen består af borgere med type-2 diabetes (18+ år) pr. 1. januar 2014, tilmeldt en almen praksis. Borgere med type-2 diabetes er identificeret ved brug af de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

Boks 2. Kronikeropfølgning relateret til type-2 diabetes

Afregnede ydelser relateret til forløbsydelsen for diabetes (0107, 0108, 0109, 0110)

Forløbsydelsen for diabetes har eksisteret i perioden 2007-2014. I denne periode har aktivitet i almen praksis vedr. type-2 diabetes under forløbsydelsen kunne afregnes med et samlet honorar for opfølgningen på borgeren med diabetes. Denne blev afskaffet ved overenskomstaftalen, der trådte i kraft pr. 1. september 2014.

Afregnet aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120)

Almen praksis, der ikke har anvendt/tilsluttet sig forløbsydelsen, har kunne afregne årskontroller som en aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120), og efter opsigelsen af forløbsydelsen formodes denne ydelse at være anvendt i forbindelse med årskontroller for kronikere – det er dog ikke muligt pba. af en afregnet ydelse 0120 at være sikker på, at der er tale om en diabetesrelateret årskontrol.

Planlagt ambulant sygehuskontakt med en diabetesrelateret aktionsdiagnose

Nogle borgere med type-2 diabetes følges på sygehus (diabetesambulatorier) og ikke i almen

¹² Klinisk Vejledning for almen praksis – Type-2 diabetes - en metabolisk sygdom, Dansk Selskab for almen medicin, 2012.

¹³ Klinisk Vejledning for almen praksis – Type-2 diabetes - en metabolisk sygdom, Dansk Selskab for almen medicin, 2012.

¹⁴ For specifik forebyggelsesindsats (0120) er det ikke sikkert, at ydelsen vedrører diabetes type-2.

¹⁵ Det er ikke muligt at vide, om behandlingen kan sidestilles med opfølgning.

praksis. Som indikation for, at type-2 diabetesborgerne følges i ambulatorie inddrages planlagte ambulante kontakter med aktionsdiagnoser relateret til diabetes og under et ikke-kirurgisk speciale.

Der henvises til metodebeskrivelsen for anvendte koder, *jf. bilag 7 tabel B3*.

Der justeres ikke for borgersammensætning i analysen, da alle borgere med type-2 diabetes skal tilbydes en årskontrol, *jf. Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske retningslinjer for diabetes*.¹⁶

I forbindelse med analysen af andel borgere med kronikeropfølgning vedrørende den kroniske sygdom, skal der tages forbehold for, at det er op til den enkelte borger at tage imod tilbud om kronikeropfølgning både i almen praksis og/eller på sygehus.

Stor variation i andel borgere med type-2 diabetes, der modtager kronikeropfølgning

På tværs af praksis modtager gennemsnitligt 65 pct. af borgere med type-2 diabetes kronikeropfølgning¹⁷, *jf. bilag 4*. Størstedelen af borgerne modtager kronikeropfølgning i almen praksis (50,5 pct.), mens 14,5 pct. udelukkende har et eller flere planlagte ambulante besøg på sygehus med en aktionsdiagnose relateret til diabetes.

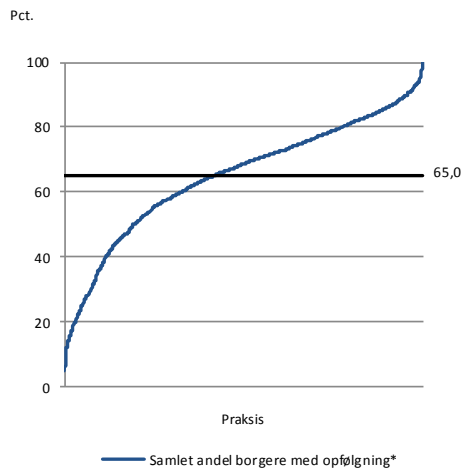
Der er stor variation i andelen af borgere, som modtager kronikeropfølgning på tværs af praksis. I nogle praksis modtager kun en lille andel af borgerne med type-2 diabetes kronikeropfølgning, mens det i andre praksis gælder stort set alle, *jf. figur 13 og 14*.¹⁸ På tværs af praksis udgør borgere, der alene ses på sygehus, en mindre andel.

¹⁶ Klinisk Vejledning for almen praksis – Type-2 diabetes - en metabolisk sygdom, Dansk Selskab for almen medicin 2012.

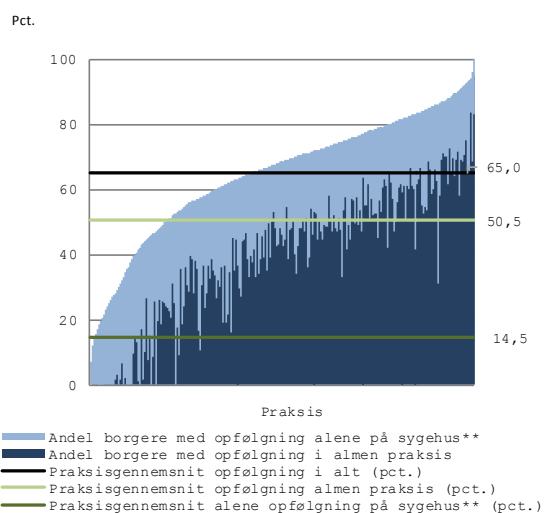
¹⁷ I forbindelse med en intervention til understøttelse og optimering af indsatsen over for borgere med kronisk sygdom i Region Midtjylland, er andelen af borgere med type-2 diabetes, der mindst én gang inden for en 8 måneders periode har modtaget en langtidsblodsuktermåling (HbA1c) opgjort til 75 pct. i 2010, *jf. Kronikerkompasset, - Evalueringsrapport, Forskningsenheden for Almen Praksis Aarhus 2012*.

¹⁸ Der er lavet i tæk af, hvor mange unikke almen praksis, der har afregnet ydelse 0120 i perioden 2011-2015 mhp. at sikre, at det er en bredt anvendt ydelse før 2014, og at det ikke er dette, der forklarer variationen. Der er minimum 1.950 praksis, der har afregnet denne ydelse i hele perioden, og ydelsen er anvendt for knap 500.000 unikke borgere i 2014-2015. Dette indikerer, at ydelsen har været bredt udbredt før 2014. Se bilag 7, tabel B4.

Figur 13. Samlet andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning*, fordelt på praksis, 2014



Figur 14. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning*, fordelt på praksis, opdelt efter opfølgningssted, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *I almen praksis og/eller på sygehus. **Indikeret ved mindst én elektiv ambulant sygehuskontakt med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

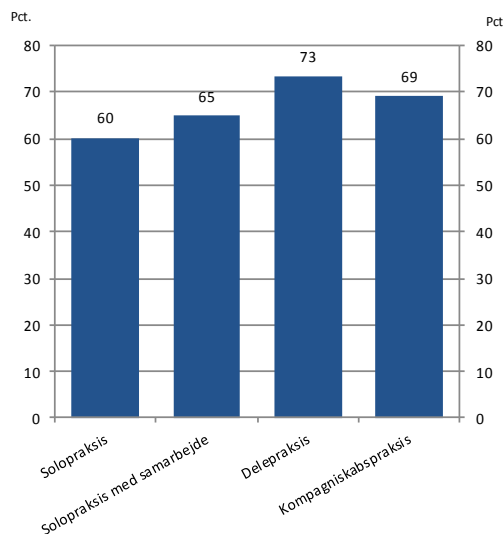
Der sker i højere grad kronikeropfølgning for borgere med type-2 diabetes i dele- og kompagniskabspraksis samt i uddannelsespraksis

Andelen af borgere, som modtager kronikeropfølgning i 2014, er større i praksis med flere læger end i mindre praksis. Gennemsnitligt modtager 73 pct. af borgere med type-2 diabetes tilmeldt en delepraksis og 69 pct. borgere tilmeldt en kompagniskabspraksis mindst én kronikeropfølgning. De tilsvarende andele for solopraksis ligger på 65 pct. og 60 pct., *jf. figur 15*. Den gennemsnitlige andel borgere, som modtager kronikeropfølgning er højere blandt borgere tilmeldt en uddannelsespraksis (70 pct.) end i praksis, der ikke uddanner læger (61 pct.), *jf. figur 16*.

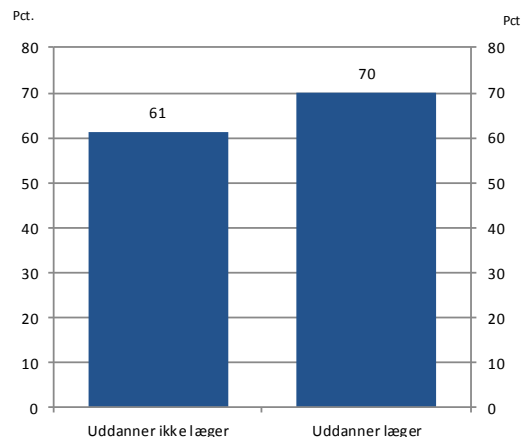
Denne forskel kan være et udtryk for, at der i dele- og kompagniskabspraksis samt i uddannelsespraksis, er flere læger til at varetage kronikeropfølgningen. Desuden kan det skyldes, at disse praksistyper i højere grad har ansat klinikpersonale. Når klinikpersonale varetager en del af opgaverne i praksis, kan det frigøre tid for lægerne til bl.a. kronikeropfølgning.¹⁹

¹⁹ Opfølgningsydelserne i almen praksis kan ikke gennemføres af klinikpersonale, *jf. overenskomst for almen praksis 2010/2014/PLOs 'Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser – overenskomst for almen praksis 1.9.2014*.

Figur 15. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeroftølgning*, opdelt efter praksistype, 2014



Figur 16. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeroftølgning*, opdelt efter uddannelsespraksis, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Indikeret ved minimum én afregnet forløbsydelse eller aftalt specifik forebyggelsesindsats i almen praksis og/eller minimum én elektiv ambulant kontakt til sygehus med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

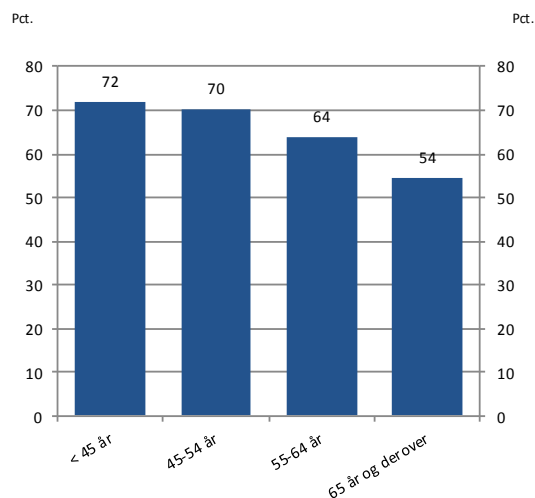
Lavere andel borgere, der modtager kronikeroftølgning, i praksis med en højere gennemsnitlig lægealder

Andelen af borgere med type-2 diabetes, der modtager kronikeroftølgning, er lavere ved højere gennemsnitsalder for læger i den enkelte praksis. I praksis med en gennemsnitlig lægealder under 55 år, modtager omkring 70 pct. af de tilmeldte borgere med type-2 diabetes kronikeroftølgning. Det tilsvarende gælder 64 pct. af borgere tilmeldt praksis med en gennemsnitlig lægealder mellem 55 og 64 år, og kun 54 pct. af borgere med type-2 diabetes tilmeldt en praksis med læger, der gennemsnitligt er 65+ år, *jf. figur 17*.²⁰

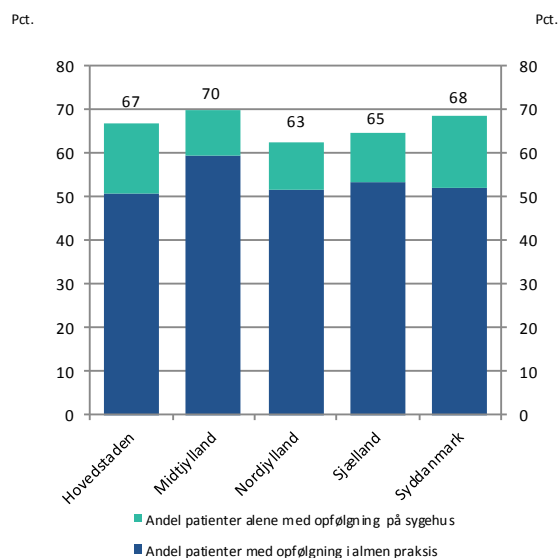
I Region Midtjylland modtager en større andel borgere med type-2 diabetes opfølgning i almen praksis (61 pct.) end i de øvrige regioner, hvor det gælder omkring halvdelen af borgerne, *jf. figur 18*.

²⁰ 57 pct. af borgerne har en læge under 55 år, mens 8 pct. har en læge på 65 år og derover, *jf. Bilag 5*, og sidstnævnte population er således begrænset.

Figur 17. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning*, opdelt efter gennemsnitsalder for læger tilknyttet praksis, 2014**



Figur 18. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning *, opdelt efter opfølgningssted og praksisregion, 2014



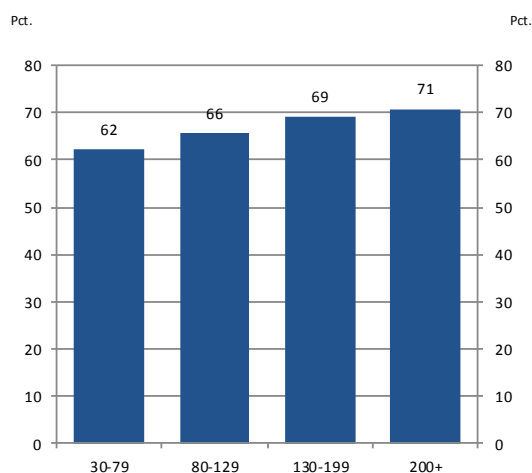
Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Indikeret ved minimum én afregnet forløbsydelse eller aftalt specifik forebyggelsesindsats i almen praksis og/eller minimum én elektiv ambulant kontakt til sygehus med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

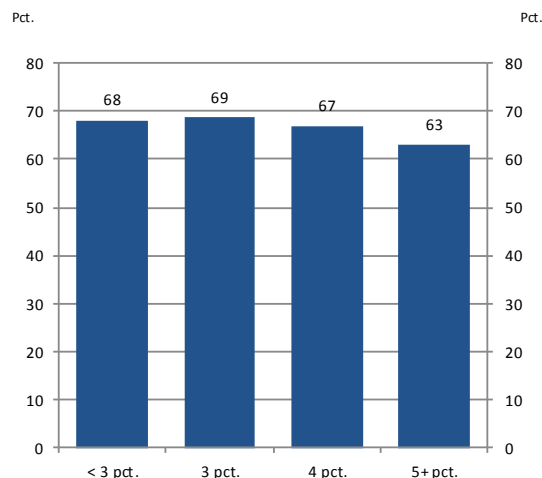
**Gennemsnitsalderen er beregnet for samtlige læger tilknyttet praksis i 2014 uanset hvor mange timer eller hvor lang tid der er tilknyttet praksis.p

Der ser ud til at være en tendens til, at en større andel borgere har kronikeropfølgning, hvis deres almen praksis har et større antal tilmeldte patienter med type-2 diabetes, jf. figur 19. Samtidig ses der dog en tendens til, at andelen, der får en kronikeropfølgning, er lavest i praksis, hvor patienter med type-2 diabetes udgør en større andel af den samlede population af tilmeldte patienter, jf. figur 20. Den let positive effekt af, at der antalmæssigt er flere borgere med type-2 diabetes, kan hænge sammen med, at der generelt er tale om større praksis, jf. figur 21.

Figur 19. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeroptfølgning*, opdelt efter antal borgere med type-2 diabetes tilmeldt praksis, 2014



Figur 20. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeroptfølgning*, opdelt efter andel borgere med type-2 diabetes tilmeldt praksis, 2014

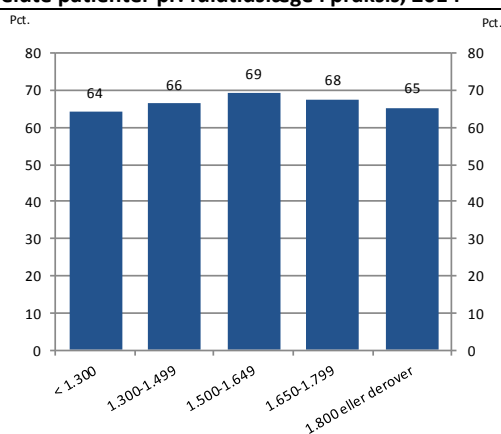


Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: *Indikeret ved minimum én afregnet forløbsydelse eller aftalt specifik forebyggelsesindsats i almen praksis og/eller minimum én elektiv ambulant kontakt til sygehus med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

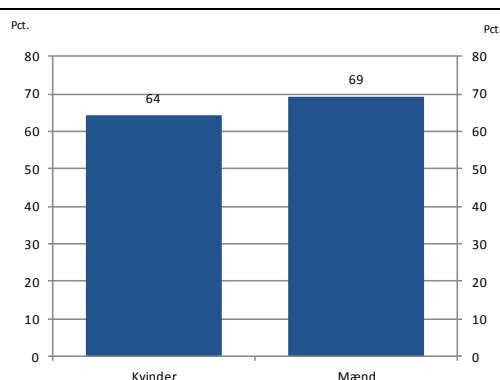
Andelen af borgere, der får mindst én kronikeroptfølgning, varierer fra godt 64 pct. i praksis med færrest tilmeldte patienter til godt 69 pct. i praksis med et samlet antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge, der ligger omkring 1.600.²¹ jf. figur 21.

Der er en lille kønsforskel, hvor mandlige borgere med type-2 diabetes i lidt højere grad får en kronikeroptfølgning end kvinder, jf. figur 22.

Figur 21. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeroptfølgning*, opdelt efter antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge i praksis, 2014



Figur 22. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeroptfølgning*, opdelt efter køn, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: *Indikeret ved minimum én afregnet forløbsydelse eller aftalt specifik forebyggelsesindsats i almen praksis og/eller minimum én elektiv ambulant kontakt til sygehus med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

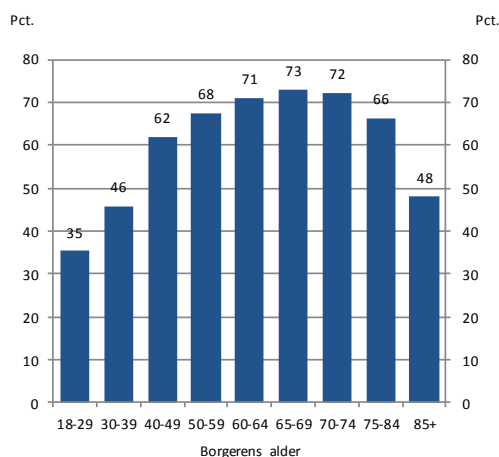
²¹Normtallet for antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge er 1.600.

Andel borgere, der får kronikeropfølgning, er højest i de ældste aldersgrupper

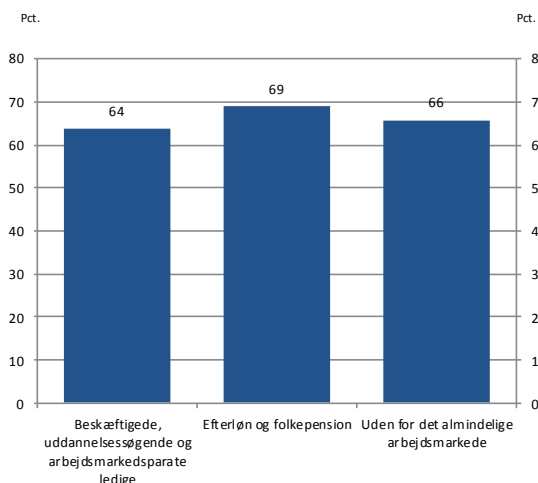
Den største andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning, ses blandt de 65-69-årige (73 pct.), jf. figur 23. Dette kan dels hænge sammen med, at kontakten til sundhedsvæsenet er størst i de ældste aldersgrupper og dels, at sandsynligheden for, at borgeren har andre sygdomme, der også kan følges op ved en aftalt specifik forebyggelsesindsats ligeledes er størst i de ældste aldersgrupper.²²

Når der ses på borgernes arbejdsmarkedstilknytning og andel borgere med kronikeropfølgning, ses der ikke den store forskel, jf. figur 24.²³ Andel borgere, som får mindst én kronikeropfølgning, er en lille smule større blandt borgere på efterløn eller over folkepensionsalderen (65 år og derover).

Figur 23. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning*, opdelt efter borgerens alder, 2014



Figur 24. Andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning*, opdelt efter borgerens arbejdsmarkedstilknytning, 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Indikeret ved minimum én afregnet forløbsydelse eller aftalt specifik forebyggelsesindsats i almen praksis og/eller minimum én elektiv ambulant kontakt til sygehus med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

²² Omkring 65.500 af de 191.300 borgere med type-2 diabetes, har alene opfølgning i form af aftalt specifik forebyggelsesindsats, som også kan gennemføres i forbindelse med andre sygdomme end diabetes. Blandt de 65.500 er omkring 20 pct. identificeret med andre kroniske lidelser end diabetes, jf. de reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS). Eftersom størstedelen således ikke er identificeret med andre kroniske lidelser, er der grundlag for at tro, at en stor del af de afregnede ydelser for aftalt specifik forebyggelsesindsats vedrører borgerens type-2 diabetes.

²³ Den højere andel borgere på efterløn eller over folkepensionsalderen, der får mindst én kronikeropfølgning, afspejler borgerens alder.

Bilag 1. Praksisvariation andel borgere med KOL, der får lungefunktionsmåling*, 2014

	10 pct. fraktil	Nedre kvartil	Gennemsnit**	Median	Øvre kvartil	90 pct.-fraktil
Andel patienter med lungefunktionsmåling* i almen praksis	6,7	15,3	26,4	25,9	36,4	46,3
Andel patienter med lungefunktionsmåling* alene øvrige steder***	8,0	11,0	16,8	15,4	21,3	27,5
Samlet andel patienter med lungefunktionsmåling*	28,2	34,2	43,2	42,5	51,2	59,1

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri. **Praksisgennemsnit afviger fra patientgennemsnit i bilag 2 og 3. Dette skyldes, at borgergennemsnittet, i modsætning til praksisgennemsnittet, er beregnet uafhængigt af praksis, således at gennemsnittet er det samlede antal borgere med KOL med spirometri delt med det samlede antal borgere med KOL og ganget med hundrede. ***Lungefunktionsmåling foretaget i hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus. Fraktiler og kvartiler for den samlede andel borger med lungefunktionsmåling er ikke summen af fraktiler og kvartiler for almen praksis og øvrige steder. Dette skyldes, at den enkelte praksis ofte vil være placeret forskelligt alt efter, om der ses på andel borger med lungefunktionsmåling i praksis eller øvrige steder. Fx vil en praksis, hvor andelen af borger, der modtager lungefunktionsmålinger i almen praksis, er høj, ofte have en mindre andel borger med lungefunktionsmålinger øvrige steder og vice versa.

Bilag 2. Fordeling af praksis og borgere med KOL efter karakteristika for praksis og andel borgere, der får foretaget lungefunktionsmåling*, 2014

	P r a k s i s		B o r g e r e		G e n n e m s n i t****		
	Antal**	P c t.	Antal***	P c t.	Samlet andel borgere med LFM*	Andel borgere med LFM* i almen praksis	Andel borgere med LFM* alene øvrige steder*****
I a l t	1.650	100	139.900	100	44,2	28,3	15,9
P r a k s i s t y p e							
Solo	654	40	35.200	25	40,4	23,6	16,8
Solo m. samarbej.	190	12	10.100	7	41,7	23,2	18,5
Delepraksis	148	9	16.500	12	47,7	32,6	15,1
Kompagniskab	658	40	78.200	56	45,5	30,2	15,3
Uddanner læger i praksis							
Ja	905	55	93.200	67	45,6	30,4	15,2
Nej	745	45	46.700	33	41,5	24,2	17,3
Gennemsnitsalder tilknyttede læger							
< 45 år	218	13	17.800	13	47,1	30,9	16,2
45-54 år	608	37	62.500	45	45,6	30,2	15,4
55-64 år	642	39	49.100	35	42,9	26,8	16,1
65 år og derover	182	11	10.600	8	37,1	19,9	17,2
Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge							
mindre end 1.300	191	12	14.200	10	44,2	28,8	15,4
1.300-1.499	294	18	25.000	18	43,5	27,8	15,7
1.500-1.649	443	27	39.900	29	45,5	29,1	16,4
1.650-1.799	309	19	27.600	20	44,2	28,8	15,4
1.800 og derover	413	25	33.100	24	43,2	27,3	16,0
Andel tilmeldte borgere med KOL							
< 2 pct.	216	13	11.600	8	45,6	27,4	18,2
2 pct.	701	42	56.800	41	44,7	28,5	16,2
3 pct.	516	31	49.700	36	44,2	28,5	15,7
4+pct.	217	13	21.700	16	42,2	27,9	14,3
Antal tilmeldte borgere med KOL							
30-79	1001	61	51.800	37	41,9	23,9	17,9
80-129	367	22	36.800	26	44,7	29,3	15,4
130-199	206	12	32.500	23	47,4	33,2	14,2
200+	76	5	18.900	13	44,1	30,1	14,1
P r a k s i s r e g i o n							
Hovedstaden	555	34	37.300	27	43,7	22,5	21,2
Midtjylland	345	21	30.100	22	47,8	31,7	16,1
Nordjylland	163	10	16.000	11	44,3	30,7	13,6
Sjælland	248	15	23.600	17	38,4	26,5	11,9
Syddanmark	339	21	32.900	24	45,6	32,0	13,6

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.:

*Lungefunktionsmåling ved spirometri. **Antal praksis er afgrænset, jf. bilag 7. ***Afrundet til nærmeste hundrede. ****Borger gennemsnit afviger fra praksis gennemsnit i figur 1 og 2 samt Bilag 1. Dette skyldes, at borger gennemsnittet, i modsætning til praksis gennemsnittet, er beregnet uafhængigt af praksis, således at gennemsnittet er det samlede antal borgere med borgere med spirometri delt med det samlede antal borgere med KOL og ganget med hundrede. *****Lungefunktionsmåling foretaget hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

Bilag 3. Fordeling af praksis og borgere med KOL- efter borgerkarakteristika og andel borger, der får foretaget lungefunktionsmåling *, 2014

	B o r g e r e		G e n n e m s n i t***		
	A n t a l**	P c t.	S a m l e t a n d e l b o r g e r e m e d L F M*	A n d e l b o r g e r e m e d L F M* i a l m e n p r a k s i s	A n d e l b o r g e r e m e d L F M* a l e n e ø v r i g e s t e d e r****
I a l t	139.900	100	44,2	28,3	15,9
K ø n					
Kvinder	77.000	55	43,9	27,8	16,1
Mænd	62.900	45	44,6	29,0	15,6
A l d e r					
18-29 år	1.800	1	25,0	12,2	12,8
30-39 år	2.300	2	34,8	16,2	18,6
40-49 år	8.300	6	37,2	20,9	16,4
50-59 år	21.800	16	43,8	27,7	16,1
60-64 år	17.500	13	47,8	31,9	15,9
65-69 år	22.900	16	49,4	33,0	16,4
70-74 år	21.700	16	49,0	32,1	16,9
75-84 år	33.400	24	44,5	28,5	16,0
85 + år	10.300	7	27,2	16,2	11,1
B e s k æ f t i g e l s e					
Beskæftigede, uddannelsessøgende og arbejdsmarkedsparate ledige	22.300	16	40,8	26,4	14,4
Efterløn og folkepension	91.700	66	45,1	29,6	15,6
Uden for det ordinære arbejdsmarked	25.900	19	43,7	25,7	18,1

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Lungefunktionsmåling ved spirometri. **Afrundet til nærmeste hundrede. *** Borgergennemsnit afviger fra praksisgennemsnit i figur 1 og 2 samt Bilag 1. Dette skyldes, at borgergennemsnittet, i modsætning til praksisgennemsnittet, er beregnet uafhængigt af praksis, således at gennemsnittet er det samlede antal borgere med KOL med spirometri delt med det samlede antal borgere med KOL og ganget med hundrede.

****Lungefunktionsmåling foretaget hos privatpraktiserende læger med speciale i intern medicin eller på sygehus.

Bilag 4. Praksisvariation vedr. andel borgere med type-2 diabetes, der får mindst én kronikeropfølgning, 2014

	10 pct. fraktil	Nedre kvartil	Gennemsnit**	Median	Øvre kvartil	90 pct.-fraktil
Andel patienter med opfølgning i almen praksis	14,5	38,2	50,5	54,2	66,7	76,0
Andel patienter alene med opfølgning på sygehus*	5,6	8,7	14,5	13,3	19,1	25,0
Samlet andel patienter med opfølgning	36,4	55,4	65,0	68,8	78,9	86,1

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Indikeret ved mindst én elektiv ambulant sygehuskontakt med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

**Praksisgennemsnit afviger fra borgergennemsnit i bilag 5 og 6. Dette skyldes, at borgergennemsnittet, i modsætning til praksisgennemsnittet, er beregnet uafhængigt af praksis, således at gennemsnittet er det samlede antal borgere med diabetes type-2 med kronikeropfølgning delt med det samlede antal borgere med type-2 diabetes og ganget med hundrede.

Fraktiler og kvartiler for den samlede andel borgere med kronikeropfølgning er ikke summen af fraktiler og kvartiler for almen praksis og øvrige steder. Dette skyldes, at den enkelte praksis ofte vil være placeret forskelligt alt efter, om der ses på andel borgere med kronikeropfølgning i praksis eller øvrige steder. Fx vil en praksis, hvor andelen af borgere, der modtager kronikeropfølgning i almen praksis, er høj, ofte have en mindre andel borgere med kronikeropfølgning på sygehus og vice versa.

Bilag 5. Fordeling af praksis og borgere med type-2 diabetes efter karakteristika for praksis og andel borgere, der får mindst én kronikeropfølgning, 2014

	P r a k s i s		B o r g e r e		G e n n e m s n i t***		
	Antal*	P c t.	Antal**	P c t.	Samlet andel borgere med opfølgning	Andel borgere med opfølgning i almen praksis	Andel borgere alene med opfølgning på sygehus****
I a l t	1.771	100	191.300	100	67,0	53,4	13,6
P r a k s i s t y p e							
Solo	733	41	49.800	26	60,3	46,5	13,7
Solo m. samarbej.	218	12	14.100	7	64,9	48,8	16,1
Delepraksis	153	9	21.800	11	73,4	59,3	14,1
Kompagniskab	667	38	105.400	55	69,2	56,1	13,1
U d d a n n e r l æ g e r i p r a k s i s							
Ja	943	53	127.500	67	69,9	56,9	13,0
Nej	828	47	63.800	33	61,2	46,5	14,8
G e n n e m s n i t l s a l d e r t i l k n y t t e d e l æ g e r							
< 45 år	233	13	24.100	13	71,9	59,0	13,0
45-54 år	639	36	84.900	44	70,4	57,1	13,3
55-64 år	693	39	67.400	35	63,8	49,8	14,0
65 år og derover	206	12	14.900	8	54,5	39,9	14,6
A n t a l t i l m e l d t e p a t i e n t e r p r. f u l d t i d s l æ g e							
Mindre end 1300	235	13	20.900	11	64,2	50,6	13,7
1300-1499	314	18	33.300	17	66,4	52,7	13,8
1500-1649	468	26	54.000	28	69,3	55,4	13,9
1650-1799	322	18	38.100	20	67,7	54,4	13,3
1800 og derover	432	24	44.900	24	65,4	52,2	13,2
A n d e l t i l m e l d t e b o r g e r e m e d t y p e - 2 d i a b e t e s							
<3 pct.	427	24	31.600	17	68,2	53,2	15,0
3 pct.	596	34	65.100	34	68,7	54,7	14,0
4 pct.	475	27	60.700	32	66,9	53,7	13,2
5+ pct.	273	15	33.800	18	62,9	50,8	12,1
A n t a l t i l m e l d t e b o r g e r e m e d t y p e - 2 d i a b e t e s							
30-79	233	13	46.600	24	62,1	46,9	15,2
80-129	639	36	48.100	25	65,6	51,4	14,2
130-199	693	39	45.100	24	69,3	56,0	13,3
200+	206	12	51.400	27	70,8	59,1	11,7
P r a k s i s r e g i o n							
Hovedstaden	624	35	54.300	28	66,8	50,6	16,2
Midtjylland	371	21	41.000	21	69,9	59,6	10,3
Nordjylland	169	10	20.800	11	62,6	51,5	11,1
Sjælland	257	15	32.700	17	64,7	53,3	11,4
Syddanmark	350	20	42.400	22	68,5	52,2	16,3

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Antal praksis er afgrænset, jf. bilag 7. **Antal borgere afrundet til nærmeste hundrede. ***Borgergennemsnit afviger fra praksisgennemsnit i figur 13 og 14 samt Bilag 4. Dette skyldes, at borgergennemsnittet, i modsætning til praksisgennemsnittet, er beregnet uafhængigt af praksis, således at gennemsnittet er det samlede antal borgere med diabetes type-2, der har kronikeropfølgning, delt med det samlede antal borgere med type-2 diabetes og ganget med hundrede. ****Indikeret ved mindst én elektiv ambulant sygehuskontakt med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

Bilag 6. Fordeling af borgere med type-2 diabetes efter borgerkarakteristika og andel borgere, der får mindst én kronikeropfølgning, 2014

	Borgere		Gennemsnit***		
	Antal*	Pct.	Samlet andel borgere med opfølgning	Andel borgere med opfølgning i almen praksis	Andel borgere alene med opfølgning på sygehus**
I alt	191.300	100	67,0	53,4	13,6
Køn					
Kvinder	85.100	44	64,3	52,2	2,7
Mænd	106.200	56	69,2	54,5	3,3
Alder					
18-29 år	1.900	1	35,3	14,2	21,1
30-39 år	5.900	3	45,9	26,2	19,7
40-49 år	16.400	9	61,9	42,3	19,6
50-59 år	35.600	19	67,6	50,7	16,8
60-64 år	25.400	13	71,1	56,5	14,7
65-69 år	33.900	18	72,9	59,8	13,1
70-74 år	28.000	15	72,3	60,5	11,8
75-84 år	34.600	18	66,3	56,9	9,4
85 + år	9.500	5	48,1	43,1	5,0
Beskæftigelse					
Beskæftigede, uddannelsessøgende og arbejdsmarkedspartnere	46.700	24	63,7	47,2	16,5
Efterløn og folkepension	110.800	58	68,8	57,9	10,9
Uden for det almindelige arbejdsmarked	33.700	18	65,8	47,4	18,3

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: *Antal borgere afrundet til nærmeste hundrede.

**Indikeret ved mindst én elektiv ambulant sygehuskontakt med en diabetesrelateret aktionsdiagnose under et ikke-kirurgisk speciale.

*** Borger gennemsnit afviger fra praksis gennemsnit i figur 13 og 14 samt Bilag 4. Dette skyldes, at borger gennemsnittet, i modsætning til praksis gennemsnittet, er beregnet uafhængigt af praksis, således at gennemsnittet er det samlede antal borgere med diabetes type-2, der har kronikeropfølgning, delt med det samlede antal borgere med type-2 diabetes og ganget med hundrede.

Bilag 7. Metode og dokumentation

Praksis

Praksis er defineret pba. oplysninger om ydernummer, der er et nummer, som praksis tildeles, af regionen. Ydernummeret giver mulighed for at behandle patienter og afregne under sygesikringen. Afhængig af den tildelte kapacitet (antal fuldtidslægestillinger) og praksistype kan flere yderpersoner behandle og afregne under samme ydernummer.

I analyserne er praksis afgrænset pba. følgende:

- Praksis, der ikke er regionsklinikker
- Praksis, der ikke lukker i løbet af 2014
- Praksis, der ikke ændrer praksistype i løbet af 2014
- Praksis, med minimum 200 tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge
- Praksis, med minimum 30 tilmeldte borgere med hhv. KOL/type-2 diabetes.

Identifikation af borgere med KOL og type-2 diabetes

I analyserne indgår borgere med KOL og type-2 diabetes pr. 1. januar 2014. Borgere med KOL og type-2 diabetes er identificeret ved hjælp af de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), hvor borgere med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre.

En borger identificeres først med specifik sygdom i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Dvs. borgere, der ikke har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom, ikke indgår opgørelsen. Borgere med KOL og type-2 diabetes kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser. Det er ikke muligt i algoritmen at have KOL og astma samtidig eller type 1 og type 2 diabetes samtidigt.

I denne opgørelse er der alene fokus på KOL og type-2 diabetes. Det udelukker hverken, at borgere, der har disse sygdomme har andre (kroniske) sygdomme eller, at borgere, der ikke har en af disse kroniske sygdomme har andre (kroniske) sygdomme.

I analyserne afgrænses borgerne pba. følgende:

- Alder på 18 år eller derover pr. 1. januar 2014
- Fortsat i live og med dansk bopælskommune pr. 1. januar 2015
- Gruppe-1 sikret borger, der i 2014 er tilmeldt en almen praksis, der ikke lukker eller skifter praksistype i løbet af året og som har mindst 200 tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge og minimum 30 tilmeldte borgere med KOL/type-2 diabetes.

I tabel B1 nedenfor ses antal praksis og borgere i analyserne.

Tabel B1. Antal praksis og borgere i analyserne

Analyse	Antal praksis	Antal borgere*
KOL	1.650	139.900
Type-2 diabetes	1.771	191.300

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, DRG-grupperet Landspatientregister, reviderede (marts 2015) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

*Afrundet til nærmeste hundrede

Borgere tilmeldt praksis

Borgere, der er gruppe-1 sikrede i sygesikringen, er tilmeldt en specifik almen praksis. Oplysning om gruppe-1 sikrede stammer fra Sygesikringsregisteret. Borgere, der er tilmeldt flere praksis i løbet af 2014, placeres hos den praksis, som de er tilmeldt i længst tid.

Lungefunktionsmåling - KOL

Tabel B2. Anvendte ydelser til opgørelser af lungefunktionsmålinger i almen praksis, speciallæge praksis og på sygehuset

	Afregnet ydelse i 2014	Ydelseskode	Register
Almen praksis	Lungefunktionsundersøgelse ved spirometri	7113	Sygesikringsregisteret
	Lungefunktionsundersøgelse for anstreng.prov. astma/reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation	7121	
	Afregnet ydelse i 2014	Ydelseskode	Register
Intern Medicin	Lungefunktionsundersøgelse uden reversibilitetstest	2206	Sygesikringsregisteret
	Lungefunktionsundersøgelse med reversibilitetstest	2207	
	Arbejdslungefunktionsundersøgelse	2209	
	Registreret procedure	SKS-kode	Register
Sygehus	Lungefunktionsus. Diffusionskapacitet (CO)	WL1LBXXXX	Landspatientregisteret
	Lungefunktionsus., Helkropspletysmografi m. reversibilitet	WLHLBXXB2	
	Lungefunktionsus., Helkropspletysmografi	WLHLBXXXX	
	Lungefunktionsus., spirometri, fysiologisk prov.	WLHLSXXAR	
	Lungefunktionsus., spirometri m. reversibilitetstest	WLHLSXXB2	
	Lungefunktionsus., spirometri, fysiologisk prov., blodgasser	WLHLSXXBG	
	Lungefunktionsus., spirometri, farmakologisk prov.	WLHLSXXH	
	Lungefunktionsus., spirometri, uspec. farmakologisk prov.	WLHLSXXUP	
	Lungefunktionsus., spirometri	WLHLSXXXX	
	Lungefunktionsundersøgelse	ZZ4130	

Kronikeropfølgning – type-2 diabetes

Tabel B3. Anvendte ydelser til opgørelser af kronikeropfølgning vedr. type-2 diabetes

	Afregnet ydelse i 2014	Ydelseskode	Register
Almen praksis	Forløbsydelse diabetes	0107	Sygesikringsregisteret
	- Konsultation i forbindelse med forløbsydelsen	0108	
	- Telefonkonsultation i forbindelse med forløbsydelsen	0109	
	- E-kommunikation i forbindelse med forløbsydelsen	0110	
	Aftalt specifik forebyggelsesindsats	0120	
	Planlagt ambulant kontakt i 2014	Diagnosekode	Register
Sygehus	Planlagt ambulant kontakt med en aktionsdiagnose relateret til diabetes (type-1, type-2, andre former for diabetes, ikke-specificeret diabetes og undergrupper samt diabetes under svangerskab, barsel og fødsel). Ikke kirurgiske specialer (Hermed er besøg under specialerne 30, 31, 32, 33, 34, 40 og 42 taget ud).	E10	Landspatientregisteret - DRG-Grupperet
		E11	
		E12	
		E13	
		E14	
		O244	

Dokumentation vedrørende 0120 aftalt specifik forebyggelsesindsats:

I perioden 2011-2015 er der minimum 1.950 unikke almen praksis ydernumre, der har afregnet denne ydelse, jf. tabel B4.

Bilagstabel B4. Dokumentation vedr. brug af aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120), 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Unikke antal praksis med afregnet aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120)	1921	1950	1962	1964
Unikke borgere med afregnet aftalt specifik forebyggelsesindsats (0120)**	332.000	458.000	458.900	525.600

Kilde: Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

*Der er ikke afgrænset til aftalt specifik forebyggelsesindsats for borgere identificeret med type-2 diabetes.

**Afrundet til nærmeste hundrede.

Praksistype

Oplysning om praksistype stammer fra Yderregisteret, og inddeler praksis i nedenstående typer:

Solopraksis

En enkeltmandspraksis uden fællesskab med andre praksis om borgere eller økonomi, som ikke samarbejder formelt med andre praksis.

Solopraksis med samarbejde

En enkeltmandspraksis, der har egen patientliste og økonomi, men som samarbejder med andre praksis enten som samarbejdspaksis eller netværkspaksis. Samarbejdspaksis samarbejder med andre praksis om lokaler og evt. personale. Netværkspaksis samarbejder med andre praksis om personale og/eller klinikudstyr uden lokalefællesskab.

Kompagniskabspraksis

En praksis, der drives af to eller flere fuldtidslæger, der har fælles patientliste, økonomi, personale og lokaler, og hvor borgerne ikke er tilmeldt én bestemt læge, men samtlige læger i kompagniskabet.

Delepraksis

En praksis, hvor der er givet tilladelse til, at to eller flere ydere sammen driver og ejer en fuldtidspaksis. En delepraksis kan således både være en solopraksis eller en kompagniskabspraksis.

Antal fuldtidslæger i praksis

Oplysning om antal fuldtidslæger stammer fra oplysning om kapacitet i praksis, hvor én kapacitet svarer til én fuldtidslægestilling. Der kan være flere fuldtidslægestillinger (kapaciteter) på et ydernummer, og desuden kan flere yderpersoner tilsammen dække en fuldtidslægestilling (kapacitet). Oplysning om fuldtidslæger (kapacitet) stammer fra Yderregisteret.

Gennemsnitlig lægealder

Gennemsnitlig lægealder dækker over den gennemsnitlige alder for læger²⁴ tilknyttet praksis, jf. Yderregisteret 2014. Gennemsnitsalderen for tilknyttede læger er altså ikke gennemsnitsalderen

²⁴ Der er afgrænset til yderpersoner tilknyttet praksis, der ikke er angivet som ansat klinik personale.

for fuldtidslæger i praksis, men for samtlige læger tilknyttet almen praksis uanset hvor mange timer eller hvor lang tid de er tilknyttet praksis.

Borgerens arbejdsmarkedstilknytning

Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM er anvendt i opgørelsen af borgernes arbejdsmarkedstilknytning. Borgernes arbejdsmarkedstilknytning er defineret som det indkomstgrundlag, som har været det dominerende for personen i 2014, dvs. den indkomst, som personen har haft i flest uger i løbet af det seneste år. Indkomstgrundlaget kan både være i form af en lønindkomst eller en offentlig ydelse, som fx kontanthjælp. Arbejdsmarkedstilknytningen er inddelt i tre grupper i den statistiske model:

- Efterløn og over folkepensionsalderen (65 år og derover)
- Uden for det ordinære arbejdsmarked
- Ledige
- Øvrige (beskæftigede, uddannelsessøgende, ledige, udvandret)

Se i øvrigt tabel B5 nedenfor for en oversigt over klassificeringen af arbejdsmarkedsgrupperne.

Hvis en person har 26 uger eller mindre på en ydelse vil beskæftigelse/uddannelsessøgende være den dominerende. Hvis en person findes i CPR-registret men ikke kan findes i beskæftigelses- eller ydelsesoversigten, antages det, at personen er selvforsørgende og dermed indgår i kategorien 'Beskæftigede/uddannelsessøgende/arbejdsmarkedsparete ledige'.

Bilagstabel B5. Klassificering af tilknytning til arbejdsmarkedet efter dominerende indkomstgrundlag i 2013	
Arbejdsmarkedskategori	Ydelseskoder i DREAM
Uden for det ordinære arbejdsmarked	
Ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere (inkl. borgere i for-revalidering og ressourceforløb), ledighedsydelse, fleksjob, sygedagpenge, revalideringsydelse, skånejob og førtidspension.	720, 723-729, 730-739, 750, 753-758, 784 740, 741, 743-748 771-774 890, 893-899 760, 763-768 781, 782, 783
Beskæftigede/uddannelsessøgende/arbejdsmarkedsparete ledige	
Beskæftigede/uddannelsessøgende (Lønindkomst, selvforsørgelse, orlov, uddannelsessøgende).	121-123, 511, 522, 651, 652, 661, 521, 412, 413, 881, ingen ydelseskode
Ledige (Dagpengemodtagere inkl. uddannelseshjælp, jobklar og særlig uddannelsesyndelse samt arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere)	111-113, 124-126, 211, 213-218, 231, 232, 299, 151, 152 130-139, 140-149
Udvandrede.	997
Efterløn og folkepension	
Efterløn (inkl. fleksydelse) og borgere over folkepensionsalderen (65 år og derover).	998, 611, 621, 622

Borgerens køn og alder

Oplysninger om køn og alder stammer fra CPR-registret, og er opgjort pr. 1. januar 2014.