

Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering



Kolofon

Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering

DEFACTUM®, Region Midtjylland, august 2019

Udarbejdet af DEFACTUM på vegne af Kommunernes Landsforening

Rapporten er udarbejdet af:

Marie Louise Overgaard Svendsen, forsker, konsulent

Klaus Nordentoft Lemvig, sundhedsfaglig konsulent

Hanne Søndergaard, faglig leder, seniorkonsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Marie Louise Overgaard Svendsen

Telefon: 29217802

E-mail: marie.louise.svendsen@rm.dk

DEFACTUM, Koncern Kvalitet

Region Midtjylland

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

www.defactum.dk

Indholdsfortegnelse

1. Resumé	3
2. Læsevejledning	5
3. Formål med datakortlægningen	6
4. Fælles sprog III i kommunerne	8
5. Kvalitetsindikatorer	10
5.1. Kommunal hjerterehabilitering	11
5.2. Kommunal KOL-rehabilitering	13
5.3. De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser	16
6. Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?	17
6.1. Fremgangsmåde ved afdækning af Fælles Sprog III	17
6.2. Resultat af Fælles Sprog III afdækning	18
6.3. Opmærksomhedspunkter til Fælles Sprog III	21
7. Kortlægning af populationer	24
7.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af populationer	24
7.2. Resultat af kortlægning af populationer	24
7.3. Opmærksomhedspunkter for kommunale populationer	25
8. Generiske indikatorer	28
8.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af generiske indikatorer	28
8.2. Resultat af kortlægning af generiske indikatorer	28
8.3. Opmærksomhedspunkter for generiske indikatorer	32
9. Indikatorer – det tidsmæssige aspekt	33
9.1. Fremgangsmåde til vidensopsamling	33
9.2. Resultat i forhold til tidsmæssige aspekter	33
9.3. Opmærksomhedspunkter for tidsmæssige aspekter	35
10. Kortlægningens konklusion	37
11. Perspektivering	41
13. Referenceliste	45

1. Resumé

Det overordnede formål med denne rapport er at fremstille forslag til og forudsætninger for det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser med fokus på kommunal hjerte-, KOL- og diabetes rehabilitering.

Kortlægningen tager udgangspunkt i kvalitetsindikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, der er udviklet i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). For kommunal diabetes rehabilitering tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området.

Hver klinisk kvalitetsdatabase administreres af en faglig styregruppe og RKKPs videnscenter, som blandt andet definerer kvalitetsindikatorer og -standarder. Opgørelse af kvalitetsindikatorer forudsætter specifik og systematisk registrering af de indikatorvariable, der anvendes til at opgøre indikatorerne.

I kommunerne pågår aktuelt implementering af Fælles Sprog III (FSIII), som er en klassifikations- og en dokumentationsmetode i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ). Kommunernes Landsforening (KL) har ønsket en afdækning af, om FSIII-klassifikationerne kan danne grundlag for at registrere de variable, som anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering. Derudover har KL ønsket en afdækning af, hvordan populationer identificeres i regi af RKKP, om der findes generiske indikatorer i indikatoropgørelser for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, og til sidst de tidsmæssige aspekter ved indsamling af data.

Kortlægningen viser, at:

- Størstedelen af FSIII-klassifikationerne ikke kan anvendes i deres nuværende form til dokumentation og registrering af de indikatorvariable, der anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af RKKP. For eksempel er der i FSIII ikke krav om at registrere gennemførte rehabiliteringsaktiviteter, hvilket der er behov for ved monitorering af den kommunale hjerte- og KOL-rehabilitering. Endvidere indeholder FSIII ikke de samme svarkategorier som anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering.
- Populationerne identificeres forskelligt i de kliniske kvalitetsdatabaser og i de kommunale opgørelser for hjerte- og KOL-rehabilitering. For eksempel er inklusionskriteriet for borgere i RKKPs database, DrKOL baseret på specifikke diagnosekoder, mens inklusion af borgere i opgørelsen for kommunal KOL-rehabilitering er baseret på, at borgerene har deltaget i et KOL-rehabiliteringsforløb.

- Der er ikke generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre sygdomsgrupper. Indikatorerne og anbefalingerne for hjertesygdom, KOL og diabetes fokuserer i flere tilfælde på de samme overordnede rehabiliteringsaktiviteter, men det konkrete indhold varierer mellem de tre sygdomsgrupper. For eksempel monitoreres tobaksafvænning forskelligt. For hjertesygdom er det andelen, som har opnået rygestop, og for KOL er det andelen, som har fået tilbudt rygeafvænning.
- Der bør være opmærksomhed på det tidsmæssige aspekt i form af både tidstro data, og at det tager tid at udvikle, dokumentere og afrapportere kvalitetsindikatorer.

På baggrund af kortlægningerne stiller rapporten forslag til det videre arbejde med kommunernes dataregistrering i forhold til at understøtte udveksling af data mellem kommunerne og RKKP med særligt fokus på variabelindhold og -svarmuligheder, dataspecifikationer og registreringsvejledning samt tidsmæssige aspekter ved dataindsamlingen.

Endvidere vurderer rapporten at der, som første skridt i det videre arbejde med udveksling af data, vil være behov for at opnå konsensus mellem kommunerne og RKKP i forhold til, hvilke kvalitetsindikatorer og øvrige data der skal indsamles for at belyse kvaliteten af den kommunale rehabilitering. Det gælder særligt for:

- Diabetes, hvor der ikke er udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering.
- Kommunale forløb og populationer i forhold til, hvilke forløb der skal indgå i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan populationerne kan defineres og identificeres.
- Hvorvidt generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre sygdomsgrupper er muligt og fagligt relevant i regi af RKKP.

2. Læsevejledning

Rapporten er bygget op efter følgende struktur:

- Afsnit 3 (Formål), afsnit 4 (FSIII) og afsnit 5 (kvalitetsindikatorer): Indledende afsnit, som introducerer relevant baggrundsviden.
- Afsnit 6, 7, 8 og 9: De fire kortlægninger med en overordnet beskrivelse af formål, metode/fremgangsmåde, resultat og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med udveksling af data. Der er tilhørende bilag til hvert afsnit med uddybende materiale i en separat bilagsrapport.
- Afsnit 10 og 11: Samlet konklusion og perspektivering på de fire kortlægninger.

Ønskes der et hurtigt overblik over rapportens konklusioner og perspektiver, anbefales det at læse følgende afsnit:

- Afsnit 3. Formål med datakortlægningen.
- Afsnit 10. Kortlægningens konklusion.
- Afsnit 11. Perspektivering.

Ønskes der et detaljeret indblik i kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering, anbefales det at læse både rapport og bilagsrapport, dvs.:

- Rapporten.
- Bilag 1 (bilagsrapport): Uddybende materiale med sammenligning af hver enkelt indikatorvariabel for kommunal rehabilitering med oplysninger i FSIII-klassifikationerne.
- Bilag 2 (bilagsrapport): Detaljeret beskrivelse af, hvordan populationer identificeres i de kommunale opgørelser for hjerte- og KOL-rehabilitering samt i de sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser.
- Bilag 3 (bilagsrapport): Specifik sammenligning af indikatorer og anbefalinger for kommunal rehabilitering på tværs af de tre sygdomsgrupper (hjertesygdom, KOL og diabetes).
- Bilag 4 (bilagsrapport): Uddybende beskrivelse af tidsmæssige aspekter ved opgørelse af indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering samt uddybende materiale om interview med RKKP.

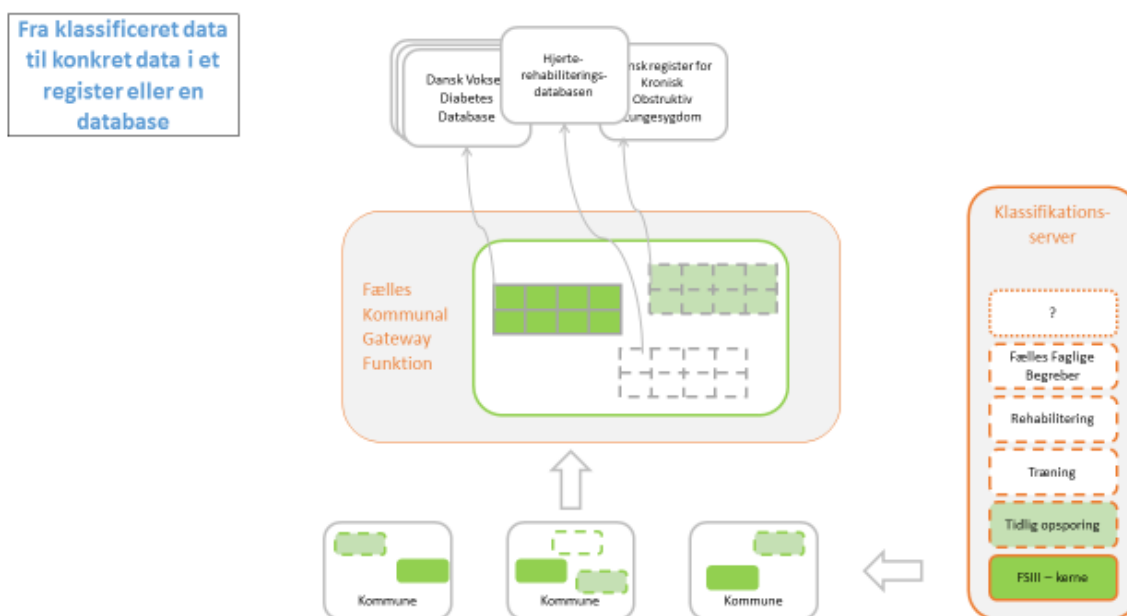
3. Formål med datakortlægningen

Igennem Sundhedsdataprogrammets decentrale pulje til åbenhed og synlighed har KL iværksat et projekt i regi af Sundhedsdataprogrammet, som skal afdække, hvordan valide uddata på sundheds- og ældreområdet gøres tilgængelige på tværs af kommunerne.

Projektet består af flere leverancer. En af leverancerne afrapporteres med denne rapport og skal afdække, hvordan data vedrørende kommunal rehabilitering kan udveksles mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser indenfor sygdomsgrupperne hjertesygdom, KOL og diabetes.

Figur 1 er udviklet af KL og illustrerer det ønskede dataflow mellem kommunerne og øvrige instanser. Hensigten er, at kommunale fagpersoner skal dokumentere dele af den kommunale praksis ved hjælp af klassifikationer i FSIII. Et udsnit af de registrerede data skal derefter udveksles med en række andre instanser som eksempelvis de kliniske kvalitetsdatabaser via den fælleskommunale gateway. Klassifikationerne i FSIII fremgår i Figur 1 under Klassifikationsserveren.

Figur 1. Udveksling af data mellem kommuner og andre instanser*



* Figuren er udarbejdet af KL.

Det overordnede formål med denne rapport er at fremstille forslag til og forudsætninger for det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser. Rapporten tager udgangspunkt i følgende delformål:

1. Kortlægge om FSIII klassifikationerne kan danne grundlag for at registrere de variable, som anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af RKKP (afsnit 6).
2. Kortlægge hvordan populationer identificeres i regi af RKKP, og hvordan patienter kan henvises til kommunal rehabilitering indenfor sygdomsområderne hjertesygdom, KOL og diabetes med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger (afsnit 7).
3. Kortlægge om der findes generiske indikatorer i de indikatoropgørelser, der pågår i regi af RKKP for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, samt om Sundhedsstyrelsen anbefaler tilsvarende indsatser for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes (afsnit 8).
4. Kortlægge tidsmæssige aspekter ved indikatoropgørelser i regi af RKKP med særligt fokus på opgørelse af indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering (afsnit 9).

Rapporten er hovedsagligt en kortlægning af eksisterende viden, og rapporten indeholder derfor direkte gengivelser af tekster fra rapporter, som er blevet offentliggjort af Sundhedsstyrelsen, RKKP og DEFACTUM (1-10).

Inden de nævnte kortlægningener vil rapporten kort præsentere FSIII (afsnit 4) og indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af HjerteKomMidt og RKKP (afsnit 5). Der er ikke defineret indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes.

4. Fælles sprog III i kommunerne

Formålet med afsnit 4 er at give en introduktion til FSIII i forhold til formål, indhold og implementering i kommunerne.

Den nuværende version af FSIII er en klassifikations- og dokumentationsmetode vedrørende borgere, der modtager hjælp, omsorg, pleje og behandling iht. servicelovens § 83 (personlig pleje, praktisk hjælp, madservice), § 83a (hverdagsrehabilitering), § 84 (aflastning og afløsning) og § 86 (genoptræning og vedligeholdelsestræning) samt sundhedslovens § 138 (sygepleje).

FSIII har fokus på den tværfaglige borgerjournal, hvor dokumenterede oplysninger indhentes og deles mellem de forskellige faggrupper og kommunale funktioner. Alle involverede faggrupper på tværs af kommunale funktioner er ansvarlige for at opdatere og vedligeholde oplysninger, som vedrører borgerens forløb.

FSIII er bygget op omkring tilstande og indsatser, som er klassificerede. Tilstande udtrykker borgerens funktions- eller helbredsmæssige situation på et givent tidspunkt og opdeles i funktionsevnetilstande og helbredstilstande. Indsatser er de aktiviteter, der leveres til borgeren, og som beviliges efter service- og sundhedsloven. I den nuværende form af implementeringen af FSIII i de kommunale EOJ-systemer understøttes en typisk arbejdsgang, hvor medarbejdere først udreder en borgers tilstande og bagefter beslutter og dokumenterer de aktiviteter, der skal leveres til borgeren. En undtagelse fra dette er dog 0-ydelser, som typisk dokumenteres efter, de er udført. 0-ydelser er aktiviteter, som ikke direkte berører en borgers tilstand, fx en sygeplejefaglig udredning eller opfølgning.

Udover tilstande og indsatser klassificeres en række andre oplysninger via FSIII. Eksempelvis klassificeres det, hvor henvendelserne til kommunerne kommer fra, og hvad årsagen til en given henvendelse er. For funktionsevnetilstande vurderes borgers funktionsevne på en klassificeret skala fra 0-4.

KL stiller også en række klassifikationer til rådighed, som kommunerne kan bruge i deres arbejde med tidlig opsporing. Klassifikationen 'Tidlig opsporing' har til formål at opspore forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker, og KL har blandt andet klassificeret målinger af vitale parametre og hverdagsobservationer. Klassifikationerne til tidlig opsporing er for nuværende ikke implementeret i EOJ-systemerne.

KL arbejder også på at videreudvikle FSIII til at omfatte hele det kommunale træningsområde og udvikle et bedre datagrundlag til belysning af den kommunale rehabiliteringsindsats målrettet borgere med kronisk sygdom. Sundhedslovens § 119 og § 140 skal derfor inkluderes i FSIII, når udviklingsarbejdet efter planen er færdigt i slutningen af 2019. I kortlægningen af, hvorvidt de kommende FSIII klassifikationer kan avendes til at opgøre indikatorer i regi af RKKP, forudsættes det, at de kommende indsatser vil blive dokumenteret på samme måde, som man gør i dag med de eksisterende FSIII-indsatser (beskrevet ovenfor).

Frem mod slutningen af 2019 implementerer kommunerne den nuværende FSIII klassifikations- og dokumentationsmetode gennem deres EOJ-systemer. Implementeringen af FSIII er en ressourcekrævende proces, og efter implementeringen følger en lærings- og tilvænningsfase for de kommunale medarbejdere i anvendelsen af FSIII som dokumentationsmetode. Det må derfor forventes, at der kommer til at gå et stykke tid førend, at FSIII 's fulde potentiale bliver realiseret i kommunerne.

5. Kvalitetsindikatorer

Formålet med afsnit 5 er at give en generel introduktion til kvalitetsindikatorer samt kortlægge indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af HjerteKomMidt og RKKP.

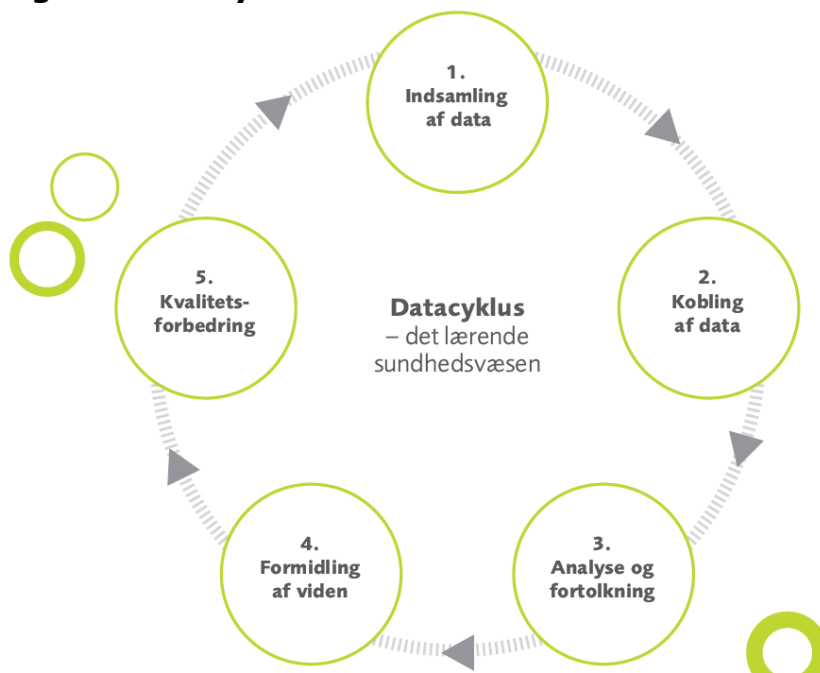
Der eksisterer mere end 80 godkendte nationale kliniske kvalitetsdatabaser i Danmark, og alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser er tilknyttet RKKP. De kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse og forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter med udgangspunkt i indikatorer, som afspejler behandlingskvaliteten indenfor det pågældende sygdomsområde. De kliniske kvalitetsdatabaser er udsprunget af og har primært fokus på aktiviteter i sygehusvæsenet, men der er stigende behov for at supplere med data fra almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Enkelte af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser modtager i dag data fra andre sektorer (4).

Alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser administreres af en klinisk faglig styregruppe og RKKPs Videnscenter med udgangspunkt i de lægevidenskabelige selskaber og faglige fora med særlig ekspertise og indsigt i det pågældende kliniske område. De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper og RKKPs videnscenter definerer kvalitetsindikatorer, kvalitetsstandarder og øvrige data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten på databasens område (4).

I samarbejde med RKKP er der udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering indenfor hjertesygdom og KOL. Disse indikatorer beskrives i afsnit 5.1. og 5.2. Der er ikke udviklet tilsvarende indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes.

RKKP illustrerer en datacyklus til udvikling af det lærende sundhedsvæsen med figur 2 (4). Det består af flere elementer. De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper og RKKPs videnscenter definerer hvilke data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten på databasens område, samt sikrer opbakning hos fagmiljøerne og patienter via løbende dialog. Data fra forskellige datakilder kobles i de kliniske kvalitetsdatabaser, og de faglige styregrupper og RKKPs videnscenter danner vidensbaggrund for dataanalyse og fortolkning. RKKP formidler viden via blandt andet årsrapporter og løbende afrapporteringer. Kvalitetsudviklingen er forankret i de kliniske miljøer, hvor de primære brugere af den producerede viden er de faglige styregrupper, klinikere, ledelser samt borgere og patienter (4).

Figur 2. Datacyklus – det lærende sundhedsvæsen*



* Direkte gengivet fra 'Viden til et bedre sundhedsvæsen' (4).

5.1. Kommunal hjerterehabilitering

I forbindelse med revision af 'Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland' blev det besluttet i et samarbejde mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner i den midtjyske region, at der skulle ske en overdragelse af dele af hjerterehabiliteringen fra hospitaler til kommuner i løbet af 2016 (11). De opgaver, der blev overleveret til kommunerne, var patientuddannelse, fysisk træning, diætbehandling, rygestopintervention og den psykosociale indsats.

Det reviderede forløbsprogram indeholder anbefalinger om monitorering af kvaliteten af indsatserne i de overleverede opgaver baseret på kvalitetsindikatorer og - standarder fra den nationale kliniske kvalitetsdatabase, Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD), i regi af RKKP. Der blev udpeget indikatorer inden for følgende fire områder: deltagelse i hjerterehabilitering, fysisk arbejdskapacitet, rygning og diætbehandling. DHRD modtog ikke kommunalt registrerede data. Kommunerne besluttede derfor, at der skulle etableres en løsning, hvormed der i de 19 kommuner i den midtjyske region kunne opsamles nyregistrerede data vedrørende de udpegede indikatorer. Til dette formål blev databasen HjerteKomMidt oprettet. HjerteKomMidt drives af DEFACTUM, Region Midtjylland. I et samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne i den midtjyske region er det besluttet, at HjerteKomMidt på sigt skal levere data til DHRD, og der arbejdes aktuelt på at iværksætte denne dataoverlevering.

Forløbsprogrammet for hjertesygdom i Region Midtjylland omfatter borgere med iskæmisk hjertesygdom, klap-opererede borgere samt borgere med hjertesvigt. I HjerteKomMidt inkluderes alle borgere over 18 år, der efter kontakt med hospitalet henvises til non-farmakologisk fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi ved hjælp af en almen genoptræningsplan.

Kvalitetsindikatorerne for kommunal hjerterehabilitering i HjerteKomMidt og tilhørende standarder fremgår af Tabel 1. Indikatorvariablene, som anvendes til at opgøre de specifikke kvalitetsindikatorer for kommunal hjerterehabilitering fremgår af bilag 1. Indikatorerne opgøres på baggrund af de beregningsregler, der anvendes i DHRD.

Der er aktuelt offentliggjort to årsrapporter for kommunal hjerterehabilitering i den midtjyske region (1, 2).

Table 1. Indicators for municipal cardiac rehabilitation

Nr.	Indikator	Standard
1b	Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering	Mindst 75 %
1d*	Andel borgere med hjertesygdom (ikke koronar bypass) der er påbegyndt fysisk træning indenfor max. 4 uger efter udskrivelse	Mindst 80 %
2a	Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % (ændres i 2021 til: 75 %) af de planlagte træningssessioner	Mindst 70 %
2b	Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest	Mindst 80 %
2c*	Andel borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet	Mindst 90 %
3	Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 60 %
4a*	Andel af borgere med hjertesygdom som er screenet f.eks. med hjertekostskema med henblik på at afklare behovet for kostintervention	Mindst 75 %
4b	Andel af borgere med hjertesygdom (ændres i 2021 til: med positiv kostscreening), som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 75 %
8a	Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for angst og depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 80 %
8b*	Andel af borgere med positiv depressionsscreening hvor der er lagt en behandlingsplan	Mindst 90 %

**Nye indikatorer i HjerteKomMidt. Første opgørelse af indikatorerne for kommunerne forventes at ske i regi af RKKP i 2021.*

5.2. Kommunal KOL-rehabilitering

Den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, DrKOL indsamler data om KOL-rehabilitering i sygehusregi, men der er ikke nogen systematisk landsdækkende indsamling af og opfølgning på data for KOL-rehabilitering i kommunalt regi. På den baggrund blev der igangsat et projekt 'Indhentning og anvendelse af kommunale data om KOL-rehabilitering' i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, RKKP, Danmarks Lungeforening og KL. Hensigten med projektet var at danne grundlag for, at DrKOL på længere sigt kunne udvides til at omhandle KOL-rehabilitering i kommunalt regi, hvorefter kommunerne bliver en del af databasen. I forbindelse med en forløber for projektet, blev der i 2014 lavet et udkast til indikatorer for den kommunale del af rehabiliteringen. I april 2016 blev disse indikatorer drøftet på et møde i DrKOL's arbejdsgruppe

om KOL-rehabilitering, hvor repræsentanter for de deltagende kommuner deltog. Her var der enighed om at fortsætte med de udviklede indikatorer. I forbindelse med afholdelse af fællesmøde med de deltagende kommuner i marts 2017 blev der lavet mindre sproglige tilrettelser for at sikre, at sprogbrug var i overensstemmelse med kommunal praksis og Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL" (3, 8). Der var således enighed om at starte med procesindikatorer for delindsatserne i KOL-rehabiliteringen for senere at udbygge med resultatindikatorer. Der var dog ønske om at opgøre resultater for fysiske funktionstests, hvor det var muligt (3).

Der er for nuværende udarbejdet én pilotrapport med afrapportering af indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering for seks kommuner, men der planlægges en ny afrapportering (3). Det beskrives i pilotrapporten, at indikatorerne er opgjort på meget forskellig baggrund, fordi de enkelte kommuners rehabiliteringstilbud varierer i form og omfang (3).

De anvendte kvalitetsindikatorer for kommunal KOL-rehabilitering fremgår af Tabel 2 (3). For Aarhus kommune blev der opsat særskilte indikatorer, jf. Tabel 3 (3). Indikatorvariablene, som anvendes til at opgøre de specifikke kvalitetsindikatorer for kommunal KOL-rehabilitering fremgår af bilag 1.

Tabel 2. Indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering i følgende kommuner: Halsnæs, Høje Taastrup, København, Lyngby-Taarbæk og Vejle

Nr.	Indikator
1	Andel borgere med KOL, som har afklarende samtale med henblik på KOL-rehabiliteringsforløb
2a	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt undervisning i sygdomsmestring
2b	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt rygeafvænning
2c	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt ernæringsindsats
2d	Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt fysisk træning
3a	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt undervisning i sygdomsmestring
3b	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt rygeafvænning
3c	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt ernæringsindsats
3d	Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt fysisk træning
4a	Andel borgere med KOL, der påbegynder KOL-rehabilitering, som har en afsluttende samtale
4b	Andel borgere med KOL, der påbegynder KOL-rehabilitering, som har en opfølgning

Tabel 3. Indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering i Aarhus Kommune

Indikator
Andel borgere med KOL, som har deltaget i mere end 50 % af planlagte sessioner
Andel borgere med KOL, som har ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (iltoptag)
Andel borgere med KOL, som ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (kondital)
Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (tid)
Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (antal meter)

5.3. De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser

Kvalitetsindikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser er udarbejdet af faglige og videnskabelige selskaber, er fagligt velbegrundede og vedrører sundhedsfaglige kerneydelser, der belyser væsentlige kvalitetsaspekter indenfor det givne sygdomsområde.

En indikator er en målbar variabeloplysning, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten. Der skal derfor være en klar sammenhæng mellem måling (indikator) og det mål (standard), der evalueres i forhold til. Indikatorer med tilknyttede standarder anvendes, når den faglige styregruppe for databasen definerer, at en given klinisk ydelse skal have et givent kvalitetsniveau og skal forbedres. Indikatorer skal objektivt og præcist måle kvaliteten af de kliniske ydelser, og de data, der anvendes skal være tidsaktuelle. Valget af indikatorer (herunder deres type og format) med tilhørende definitioner er bestemmende for hvilke data, der skal indsamles (5).

6. Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?

Med implementering af FSIII klassifikationer og dokumentation i de kommunale fagsystemer skabes grundlag for, at der kan udveksles klassificerede og strukturerede data med de kliniske kvalitetsdatabaser. Dette er baggrunden for, at KL har iværksat en afdækning af, om FSIII kan danne grundlag for registrering af de indikatorvariable for kommunal rehabilitering, som anvendes i regi af RKKP.

Formålet med afsnit 6 er at kortlægge, om FSIII understøtter registrering af hver enkelt indikatorvariabel, der anvendes til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL rehabilitering i regi af RKKP.

Afsnit 6 giver en overordnet introduktion til resultater af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til KL's arbejde med at videreudvikle de kommunale klassifikationer. Hvis der ønskes en mere detaljeret gennemgang af resultaterne vedrørende FSIII klassificering, henvises til bilag 1.

6.1. Fremgangsmåde ved afdækning af Fælles Sprog III

Kortlægningen af, om FSIII kan understøtte registrering af indikatorvariable der bliver anvendt til at opgøre indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, tager udgangspunkt i de FSIII klassifikationer, som i øjeblikket implementeres på ældre- og sygeplejeområdet, samt de FSIII-klassifikationer, som udvikles på henholdsvis trænings- og rehabiliteringsområdet. Desuden indgår klassifikation for "Tidlig opsporing", som dog ikke er implementeret i de kommunale EOJ-systemer, jævnfor afsnit 4.

Der er gennem indledende møder mellem KL og DEFACTUM indsamlet viden og materiale om FSIII. KL har givet DEFACTUM adgang til de relevante klassifikationer og opdateret DEFACTUM om eventuelle ændringer i klassifikationer undervejs i projektførelsen. Gennem hele processen har der været en tæt dialog for at afstemme relevante metoder til markering af, om FSIII kan understøtte registrering af indikatorvariablene samt opnå generel forståelse af klassifikationerne i FSIII.

Afdækning af, om oplysninger i FSIII klassifikationerne kan danne grundlag for registrering af indikatorvariablene for kommunal rehabilitering, er foretaget med udgangspunkt i følgende tre trin:

1. Kortlægning af hver enkelt indikatorvariabel med tilhørende svarmuligheder, som anvendes til at opgøre de specifikke indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering i regi af RKKP (jf. bilag 1).

2. For hver indikatorvariabel med tilhørende svarmuligheder er FSIII klassifikationerne gennemgået, først ved manuel gennemgang og dernæst med relevante søgeord for at identificere, hvilke oplysninger i FSIII klassifikationerne, der matcher indikatorvariablene.
3. Efter kortlægning af, om indikatorvariablene med tilhørende svarmuligheder kan registreres via FSIII, er indikatorvariablen blevet farvekategoriseret i henhold til kategoriseringen i Tabel 4.

Tabel 4. Farvekategorisering ved markering

Indikatorvariabel	Markering ift. match med FSIII
Variabel 1	Det er ikke muligt at registrere indikatorvariablen med oplysninger fra FSIII klassifikationer = ikke opfyldt
Variabel 2	Det er delvis muligt at registrere indikatorvariablen med oplysninger fra FSIII klassifikationer = delvis opfyldt
Variabel 3	Det er muligt at registrere indikatorvariablen med oplysninger fra FSIII klassifikationer = opfyldt

6.2. Resultat af Fælles Sprog III afdækning

I nedenstående tabel 5 ses en oversigt over antallet af grøn-gul-rød markerede oplysninger samlet for hjertesygdom og KOL. Det fremgår, at størstedelen af FSIII-oplysningerne ikke kan anvendes i deres nuværende form til en fyldestgørende registrering af indikatorvariablene, således at indikatorerne for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering kan opgøres ved hjælp af FSIII.

Tabel 5. Antal grøn-gul-rød markerede FSIII oplysninger

Antal indikatorvariable	Markering ift. match med FSIII
7	Opfyldt
36	Delvis opfyldt
13	Ikke opfyldt
I alt 56	

I afdækningen er der identificeret en række opmærksomhedspunkter i forbindelse med at anvende FSIII klassifikationer til at understøtte registrering af data og beregning af indikatorvariablene.

Opmærksomhedspunkterne kan beskrives i fire temaer:

Datoregistrering

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering indeholder indikatorvariablene specifikke datovariabler, hvor der registreres en dato for

tilbudt eller gennemført ydelse. I det kommunale EOJ-system logges registreringer med tidspunkt, eksempelvis ved registrering af bevilgende indsatser. Det vil sige, at registreringerne datostemples, men der er på nuværende tidspunkt ingen krav om, hvornår registrering foretages i forløbet og dermed logges.

Fremmødere registrering

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering foretages der ved flere indikatorvariable registrering af antal gennemførte rehabiliteringsaktiviteter. Det er dermed muligt at registrere, om borgeren har gennemført det antal sessioner, som er planlagt. Der er på nuværende tidspunkt ikke nogen FSIII klassifikation, der understøtter fremmødere registrering og dermed registrering af gennemførte rehabiliteringsaktiviteter.

Svarkategorier

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering registreres der i høj grad ved hjælp af svarkategorier, der er tilpasset den specifikke variabel, så den kommunale fagperson kan differentiere i deres registrering. Der er på nuværende tidspunkt ikke nogen FSIII klassifikation, der understøtter at kunne registre ved hjælp af særligt tilpassede svarkategorier, for eksempel om borgeren er blevet tilbudt en afklarende samtale – fremfor alene, om der har været afholdt samtale.

Anvendelse af sygdomsspecifikke tests

I indikatoropgørelse for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering benyttes tests og screeningsværktøjer til angst og depression, superviseret fysisk funktionstest samt kostscreening, som er i overensstemmelse med sygdomsspecifikke anbefalinger vedtaget i regi af RKKP. De anvendte tests og værktøjer til indikatoropgørelser findes ikke i FSIII, men der findes andre tests og værktøjer til depression, fysisk funktionstest og ernæringscreening.

Tabel 6 viser en supplerende oversigt til ovenstående opmærksomhedspunkter og illustrerer de væsentlige forskelle og ligheder mellem indikatorvariablene, som bliver anvendt til at opgøre indikatorerne for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering og FSIII oplysningerne.

Tabel 6 Oversigt over de væsentlige forskelle og ligheder mellem indikatorvariable og FSIII oplysninger

Indikatorvariable	FSIII oplysning
<p><i>Henvisningstype</i> Hjerte: Henvises med en almen genoptræningsplan. KOL: REF01 og andre henvisningsformer.</p>	<p><i>Henvisningstype</i> FSIII understøtter ikke en særskilt registrering om henvisning via en genoptræningsplan. Elektroniske henvisninger sendes til kommunens EOJ-systemer, hvorfra henvisningen trækkes.</p>
<p><i>Indsatser</i> Rehabiliteringsindsatser for sygdomsmestring, rygning, ernæringsindsats, fysisk træning, screening for angst og depression registreres ved både tilbudt og gennemført aktivitet.</p>	<p><i>Indsatser</i> FSIII understøtter, at rehabiliteringsindsatser registreres, når borgeren visiteres til aktiviteten. Det vil sige, når borgeren har fået tilbudt og accepteret den rehabiliterende aktivitet.</p>
<p><i>Tidsangivelse</i> Der anvendes særskilte datovariabeler fx dato for påbegyndt rygestopkursus.</p>	<p><i>Tidsangivelse</i> Logning af tidspunkt for registrering (datostempling).</p>
<p><i>Indledende samtale /afsluttende samtale</i> Afklarende samtale og afsluttende rehabiliteringsmøde registreres, når aktiviteten er gennemført.</p>	<p><i>Afklarende samtale/ afsluttende samtale / opfølgende samtale</i> Afklarende samtale, afsluttende samtale og opfølgende samtale registreres, når aktiviteten er gennemført.</p>
<p><i>Deltagelse</i> Der registreres antal planlagte- og gennemførte sessioner for eksempelvis superviseret fysisk træning og sygdomsmestring.</p>	<p><i>Deltagelse</i> Antal planlagte- og gennemførte sessioner er ikke understøttet i en FSIII-klassifikation.</p>
<p><i>Svarkategorier</i> Der registreres med specifikke svarkategorier i hver variabel, fx ved afklarende samtale ifm. KOL: 1. Ja 2. Nej 3. Ikke relevant 4. Borgeren afslog 5. Uoplyst Svarkategorierne anvendes generelt til beregning og til at afgrænse forløb.</p>	<p><i>Svarkategorier</i> FSIII understøtter ikke registrering af svarkategorier.</p>
<p><i>Tests</i> Der benyttes fysisk funktionstest (watt-</p>	<p><i>Tests</i> I FSIII findes fysisk test (gangtest),</p>

max-test, 6 min. gangtest, Borg15), desuden anvendes HADS screeningsværktøj for angst og depression samt ernæringskemaet 'Hjertekost'	ernæringsvurderingsskema (EVS) samt en geriatrisk depressionsskala.
---	---

6.3. Opmærksomhedspunkter til Fælles Sprog III

Inklusion af borger

Borgere til kommunal hjerterehabilitering identificeres ved hjælp af en almen genoptræningsplan, men det er ikke muligt at registrere med en FSIII-klassificeret oplysning. For at kunne identificere hvilke borgere, der er henvist til hjerterehabilitering via en almen genoptræningsplan anbefales det, at det IT-understøttes, at data vedrørende almen genoptræningsplan kan trækkes fra det kommunale EOJ-system. Alternativt kan man udvikle ekstra svarkategorier i FSIII-klassifikation for 'Henvisning fra', som it-systemleverandørerne fremadrettet kan implementere, så det er muligt i den efterfølgende databehandling at adskille de borgere, der er henvist med en genoptræningsplan, fra de borgere, der er henvist uden en genoptræningsplan.

Indsatser

FSIII understøtter registrering af, at en borger bliver visiteret til en aktivitet i et rehabiliteringsforløb, og dermed har takket ja til en tilbudt aktivitet. I de tilsvarende variable for hjerte- og KOL-rehabilitering registreres det, om borgeren er blevet tilbudt en aktivitet (KOL), og når borgeren har gennemført aktiviteten (hjerte og KOL). Det anbefales, at der udvikles nye FSIII klassifikationer, som understøtter en registrering af tilbudt aktivitet, opstart og afslutning af aktiviteter samt antal planlagte rehabiliteringssessioner. Derudover anbefales det, at der udvikles FSIII klassifikationer til at understøtte systematisk fremmøderegistrering i de kommunale EOJ-systemer, så det bliver muligt at registrere, om borgeren har gennemført det antal træningssessioner, som er planlagt.

Datoregistrering for udført indsats

Det anbefales desuden, at FSIII skal understøtte en praksis, hvor medarbejderne kan foretage særskilt datoregistrering i det kommunale EOJ-system, så det er muligt at registrere hvilken dato, aktiviteten er gennemført. Datoregistrering vil sikre en ensrettet registreringspraksis for datovariabel, som er essentielle i forhold til at definere forløb i indikatoropgørelserne. Anvendes logningen med tidsstempling af rehabiliteringsaktiviteter i det kommunale EOJ-system til at identificere datoen for aktiviteten, forudsættes der tidstro registrering, således at registreringen foretages, netop når den rehabiliterende aktivitet er gennemført i kommunen.

Det forventes, at FSIII klassifikation om kommunal rehabilitering vedrørende 'Afklarende samtale' og 'Afsluttende samtale' registreres, når samtalen er gennemført. Dermed kan den gældende registreringspraksis i FSIII sidestilles med den registreringspraksis, som anvendes i kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering. For at kunne benytte klassifikation om kommunal rehabilitering for 'Afklarende samtale' og 'Afsluttende samtale' til indikatoropgørelse, forudsættes det dog, at aktiviteten registreres tidstro, netop når denne er gennemført.

Supplerende svarkategorier

Hovedparten af oplysningerne i de nuværende FSIII-klassifikationer har ikke fyldestgørende svarkategorier, hvilket kan aflede ikke fyldestgørende registreringer i forhold til de indikatorvariable, der anvendes til at opgøre indikatorer. Eksempelvis er det muligt i indikatoropgørelse for kommunal KOL-rehabilitering at registrere, om en borger er blevet tilbudt, men har afslået en aktivitet i et rehabiliteringsforløb, ligesom det i indikatoropgørelse for kommunal hjerterehabilitering er muligt at registrere ændring af rygeadfærd fra opstart til afslutning.

Det anbefales, at der udvikles FSIII svarkategorier, som stemmer overens med de kliniske databasers behov, som systemleverandøren fremadrettet kan implementere for dermed at muliggøre indikatoropgørelser.

Specificer testmetode

I forbindelse med indikatoropgørelse ved kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering anvendes tests og screeningsværktøjer i overensstemmelse med sygdomsspecifikke faglige anbefalinger, herunder fysisk funktionstest, ernæringscreening samt screening for angst og depression. Ved hjerterehabilitering benyttes eksempelvis Watt-max-test på ergometercykel, 6 minutters gangtest samt Borg15 som fysiske funktionstests til at registrere forskel i borgeres funktionsniveau ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet. I den nuværende version af FSIII er det muligt at identificere tre potentielt relevante testtyper for hjerte- og KOL-rehabilitering: Gangtest, Ernæringsvurderingsskemaet (EVS), som er et valideret screeningsværktøj beregnet til at kostscreene ældre samt Den Geriatriiske Depressionsskala, der er konstrueret til at identificere depression hos ældre.

Det anbefales, at der foretages en faglig vurdering i samarbejde mellem RKKP og kommunerne i forhold til, om testredskaber fra FSIII klassifikationerne kan anvendes i indikatoropgørelser for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering. Alternativt anbefales det, at FSIII klassifikationerne udvides med relevante testværktøjer, herunder Watt-max-test og Borg15. For at kunne måle og dokumentere, hvorvidt en aktivitet har den tilsigtede effekt, anbefales det, at

der udarbejdes en datadefinition af, hvordan resultatet bør registreres ved opstart og ved afslutning af et forløb i det kommunale EOJ-system. Herved understøttes en ensartet registreringspraksis med høj datakvalitet.

Registreringsvejledning og dataspecifikationer

Kommunernes rehabiliteringstilbud kan variere i form og indhold (3), og det anbefales generelt at udarbejde en registreringsvejledning og strukturerede dataspecifikationer indeholdende en specifik beskrivelse af hvilke kriterier, der omfatter de enkelte forløb og rehabiliteringsaktiviteter samt en specifik beskrivelse af de individuelle indikatorvariable og eventuelle forhold, der er nødvendige for at beregne en indikator. Dette gælder eksempelvis indikatoren for hjertesygdom 'Antal gennemførte superviserede træningssessioner', så den sundhedsprofessionelle får vejledning i, at træningsforløbet bør indbefatte superviseret (af sundhedsprofessionel) fysisk træning af 30-60 minutters varighed minimum to gange om ugen i minimum 12 uger. En registreringsvejledning og dataspecifikation vil dermed kunne understøtte kommunernes dataregistrering til de definerede forløb og rehabiliteringsaktiviteter, som skal monitoreres i regi af RKKP. De vil kunne tjene som et værdifuldt redskab i forhold til at sikre fælles begrebsforståelse, som kan understøtte ensrettet indberetning og dermed sikre en bedre kvalitet af data.

7. Kortlægning af populationer

Hvis data indsamlet til de kliniske kvalitetsdatabaser skal give et retvisende og sammenligneligt billede af sundhedsvæsens indsats og resultater for en afgrænset gruppe af borgere, er det væsentligt at populationen, der indsamles data på er veldefineret på tværs af eksempelvis kommuner og sektorgrænser.

Formålet med afsnit 7 er at kortlægge:

- Hvordan identificeres populationer i regi af RKKP gældende for:
 1. De relevante sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser for hjertesygdom (DHRD), KOL (DrKOL) og diabetes (Dansk Voksen Diabetes Database)
 2. Kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering
- Hvordan borgere med diabetes og kronisk sygdom kan henvises til kommunal rehabilitering med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Afsnit 7 giver en overordnet introduktion til resultaterne af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og RKKP. Hvis der ønskes en mere detaljeret gennemgang af kortlægningens resultater, henvises til bilag 2.

7.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af populationer

Kortlægningen af populationer er baseret på dokumentation af indikatoropgørelser for kommunal rehabilitering (2, 3), dokumentation af de kliniske kvalitetsdatabaser (10), rapporter fra Sundhedsstyrelsen (6-9) og korrespondance med RKKP vedrørende populationen for kommunal KOL-rehabilitering.

7.2. Resultat af kortlægning af populationer

De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser tilknyttet RKKP for henholdsvis hjerterehabilitering (DHRD), KOL (DrKOL) og diabetes (Dansk Voksen Diabetes Database) identificerer som udgangspunkt patientpopulationerne på basis af:

- International Classification of Diseases (ICD) diagnosekoder på sygehus.(10)
- International Classification of Primary Health Care (ICPC) diagnosekoder i almen praksis.(10)

Begge diagnoseklassifikationer bruges af lægefagligt personale, som traditionelt er ansvarlige for diagnosticering.

Ifølge KL skelner kommunerne generelt set ikke mellem borgerens forskellige diagnoser og har oftere en mere generisk og helhedsorienteret tilgang til borgeren med udgangspunkt i borgerens behov.

I den kommunale opgørelse for KOL-rehabilitering bliver det beskrevet, at de enkelte kommuners rehabiliteringstilbud varierer i form og omfang, og den kommunale KOL-population for indikatoropgørelsen bliver identificeret ud fra, at borgerne har deltaget i KOL-rehabilitering. Deltagelse kan eksempelvis foregå på baggrund af Sundhedsloven § 119, Sundhedslovens §140 eller ved selvhenvendelse (3). Det vil sige, at inklusion af borgere ikke tager udgangspunkt i specifikke diagnoseklassifikationer, men i stedet i borgerens behov for rehabilitering.

I den kommunale opgørelse for hjerterehabilitering bliver populationen afgrænset af, at patienterne er henvist med en almen genoptræningsplan til hjerterehabilitering, dvs. via Sundhedslovens § 140 (2). Her inkluderes kun de borgere, hvor der ligger en lægefaglig vurdering fra sygehuset af, at disse borgere har gavn af at indgå i et hjerterehabiliteringsforløb.

Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt for kronisk sygdom, at almen praksis og sygehus som udgangspunkt henviser til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares, og hvor et individuelt forløb sammensættes med afsæt i borgerens behov. I henvisningen bør årsagen til henvisningen fremgå. Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard. Henvisning bør overvejes både i forbindelse med en indledende udredning og i forbindelse med årskontrol eller opfølgning i almen praksis. Sundhedsstyrelsen anfører også, at opstart af et kommunalt rehabiliteringsforløb kan ske ved selvhenvendelse fra borgeren (9). For patienter med et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning bør sygehuset udarbejde og sende en genoptræningsplan til kommunen i henhold til bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 (12).

7.3. Opmærksomhedspunkter for kommunale populationer

I det videre arbejde med udveksling af data med de kliniske kvalitetsdatabaser vil der være behov for at opnå faglig konsensus og beslutningstagen mellem kommunerne og RKKP i forhold til:

- Hvilke kommunale rehabiliteringsforløb, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan rehabiliteringsforløbene kan defineres og dokumenteres.
- Hvordan den kommunale del af populationen i de kliniske kvalitetsdatabaser kan defineres, så det blandt andet er muligt at opgøre databasekompletheden for den kliniske kvalitetsdatabase (4).

Kommunale rehabiliteringsforløb

Et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde med de kommunale populationer er, at kommunerne tilbyder rehabilitering bredt, og at deltagelse i kommunal rehabilitering kan ske ved for eksempel selvhenvendelse og ikke nødvendigvis er bundet op på en specifik diagnose, som det er tilfældet med dataindsamling i de kliniske kvalitetsdatabaser. Ifølge KL skelnes der sjældent i den kommunale praksis mellem diagnoser og/eller borgerens indgang i mange af de kommunale rehabiliteringstilbud, for eksempel om der er tale om rehabilitering via en §140 (lægefaglig vurderet og lovbunden) eller §119 genoptræning (egen henvendelse og frivillig). Der bør derfor tages stilling til, hvilke borgerforløb i kommunen, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser.

Kommunal population

I et samarbejde mellem kommunerne og RKKP bør der endvidere tages stilling til, hvordan det forenes, at de kliniske kvalitetsdatabaser identificerer patientpopulationerne via diagnoseklassifikationerne ICD på sygehus og ICPC i almen praksis, og at der generelt ikke anvendes diagnoseklassifikationer til at identificere borgere i de kommunale rehabiliteringsforløb.

Denne forskel i inklusion vil potentielt give en udfordring i forhold til at kunne opgøre databasekompletheden i de kliniske kvalitetsdatabaser, hvilket der stilles krav om i bekendtgørelsen for godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (13). I henhold til bekendtgørelsen skal det fremgå klart, hvilken afgrænset gruppe patienter den kliniske kvalitetsdatabase omfatter, samt hvordan denne defineres. Endvidere fremgår det af bekendtgørelsen, at den kliniske kvalitetsdatabase skal dække minimum 90 procent af den relevante patientpopulation, der opfylder inklusionskriterierne, indenfor en periode på minimum 3 år (13).

Der bør tages stilling til, hvorvidt det er fagligt relevant og realiserbart at identificere patienter med behov for kommunal rehabilitering ud fra de samme kriterier i form af diagnoser og diagnoseklassifikationer, som der anvendes i de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. Eksempelvis ved at kommunerne modtager en henvisningsdiagnose til det kommunale rehabiliteringsforløb i den lægefagligt baserede elektroniske henvisning eller almene genoptræningsplan fra almen praksis med diagnoseklassifikationen ICPC eller fra sygehus med diagnoseklassifikationen ICD. Dette kan potentielt bane vejen for, at den kommunale population i de kliniske kvalitetsdatabaser kan defineres og inkluderes med udgangspunkt i samme standardiserede kriterier, som anvendes til at identificere den øvrige population i de kliniske kvalitetsdatabaser.

For de borgere, som ikke er påbegyndt et kommunalt rehabiliteringsforløb efter lægefaglig henvisning, men i stedet ved selvhenvendelse eller ved intern kommunal henvisning, bør der tages stilling til, om disse borgerforløb skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser og i givet fald, hvordan populationen defineres (4).

8. Generiske indikatorer

Da kommunerne ifølge KL generelt set ikke skelner mellem borgerens forskellige diagnoser og oftere har en mere generisk og helhedsorienteret tilgang til borgeren, har KL en interesse i, at indikatorerne er generiske, så de kan genbruges på tværs af sygdomsområder.

Formålet med afsnit 8 er at kortlægge, om der findes generiske indikatorer i indikatoropgørelser, der pågår i regi af RKKP for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, samt om Sundhedsstyrelsen anbefaler tilsvarende indsatser for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes.

Afsnit 8 giver en overordnet introduktion til resultaterne af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til det eventuelle videre arbejde med generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af sygdomsgrupperne hjertesygdom, KOL og diabetes. For en mere detaljeret gennemgang af resultaterne vedrørende generiske indikatorer henvises til bilag 3.

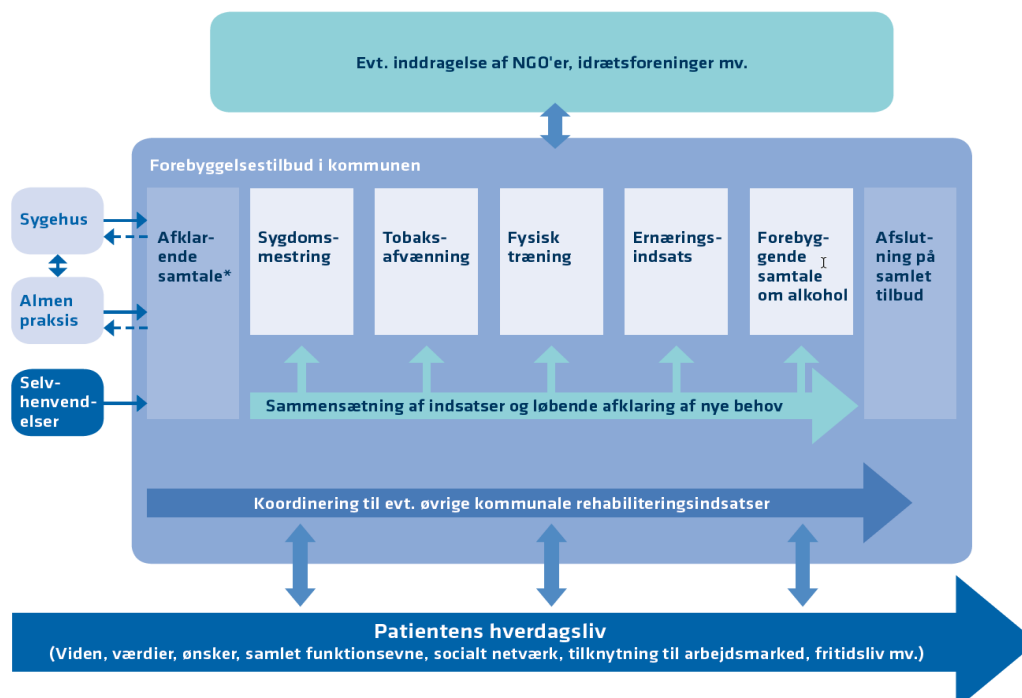
8.1. Fremgangsmåde ved kortlægning af generiske indikatorer

Kortlægningen tager udgangspunkt i de kvalitetsindikatorer for kommunal hjerte- og KOL rehabilitering, der er udviklet i samarbejde med RKKP, jævnfør Tabel 1, 2 og 3 (2, 3). Der er ikke defineret indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes, og kortlægningen tager derfor udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sundhedsstyrelsen har med rapporten "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes" offentliggjort anbefalinger for den kommunale del af rehabiliteringen for borgere med diabetes (7). Sundhedsstyrelsen har ligeledes offentliggjort overordnede anbefalinger for kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge i forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (9).

8.2. Resultat af kortlægning af generiske indikatorer

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til kronisk sygdom illustreres i figur 3. De er udarbejdet i forbindelse med udviklingen af forløbsplaner for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme, herunder hjertesygdom, KOL og diabetes, men de kan også anvendes til en bredere målgruppe af borgere med kronisk sygdom (9). Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt, at almen praksis og sygehuse henviser borgere med kronisk sygdom til en afklarende samtale i kommunen, hvor et individuelt tilpasset forløb sammensættes af indsatser, der som udgangspunkt består af sygdomsmestring, tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol, jf. figur 3.

Figur 3. De kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge



* Direkte gengivet fra 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (9).

Tabel 7 viser en oversigt over indikatorer for hjertesygdom og KOL i regi af RKKP samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes. Det fremgår, at der findes indikatorer og anbefalinger for alle tre sygdomsgrupper indenfor de fire rehabiliteringsområder for tobaksafvænnning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed. Der findes endvidere indikatorer, som kun gælder for enten kommunal hjerte- eller KOL-rehabilitering. Gældende for kommunal KOL-rehabilitering findes der fem ekstra indikatorer for afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning. Gældende for kommunal hjerterehabilitering findes der to indikatorer for angst og depression i forhold til screening og behandlingsplan. For patienter med diabetes anbefaler Sundhedsstyrelsen også indsatser indenfor afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning, men ikke for angst og depression.

Tabel 7. Anbefalinger og indikatorer for de tre sygdomsgrupper fordelt på kommunale rehabiliteringsindsatser

Indsatser	Hjertesygdom*	KOL*	Diabetes†
Afklarende samtale		X	X
Sygdomsmestring		X	X
Tobaksafvænning	X	X	X
Fysisk træning	X	X	X
Ernæringsindsats	X	X	X
Deltagelse/vedholdende	X	X	X
Afsluttende samtale		X	X
Opfølgning		X	X
Angst og depression	X		

*Baseret på indikatorer for kommunal rehabilitering (2, 3)

†Baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes (7)

Tabel 8 viser indholdet i indikatorerne og anbefalingerne for de tre sygdomsgrupper for tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed. Det ses, at indholdet er forskelligt på tværs af de tre sygdomsgrupper, selvom de på overordnet niveau fokuserer på samme rehabiliteringsaktiviteter. Eksempelvis monitoreres for aktiviteten rygning:

- Hjertesygdom: andelen som har opnået rygestop
- KOL: andelen som har fået tilbudt rygeafvænning, og andelen som har deltaget i rygeafvænning
- Diabetes: Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter vedholdende skal opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænning

Tabel 8. Indhold i indikatorer og anbefalinger

Indsatser	Hjerterehabilitering*	KOL-rehabilitering*	Diabetes rehabilitering†
Tobaks-afvænning	Indikator 3: Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Indikator 2b: Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt rygeafvænning. Indikator 3b: Andel borgere med KOL, som har deltaget i mere end 50 % af planlagt rygeafvænning.	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter med type 2- diabetes som ryger, vedholdende skal opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænning.
Fysisk træning	Indikator 1d (ny): Andel borgere med hjertesygdom (ikke koronar bypass) der er påbegyndt fysisk træning indenfor max. 4 uger efter udskrivelse. Indikator 2A: Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner. Indikator 2b: Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest. Indikator 2c: Andel borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud i kommune eller sygehusregi, der testes med den samme validerede målemetode ved opstart og afslutning af rehabiliteringsforløbet.	Indikator 2d: Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt fysisk træning. Indikator 3d: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt fysisk træning. Aarhus opgør indikatorer for: <ul style="list-style-type: none"> • Andel borgere med KOL, som ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (iltoptag) • Andel borgere med KOL, som ved cykeltest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (kondital) • Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (tid) • Andel borgere med KOL, som ved gangtest har forbedret sig ml. 1.- og 2. gang (antal meter). 	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienter med type 2-diabetes deltager i træningsforløb på mere en 10 uger og med en frekvens på to til tre gange om ugen. Hvis det er til fordel for borgeren, kan der inkluderes en test ved starten og afslutningen af tilbuddet for at vurdere om målet med træningen er nået.
Ernæringsindsats	Indikator 4a (ny): Andel af borgere med hjertesygdom som er screenet f.eks. med hjertekostskema med henblik på at afklare behovet for kostintervention. Indikator 4b: Andel af borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Indikator 2c: Andel borgere med KOL, som har fået tilbudt ernæringsindsats. Indikator 3c: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt ernæringsindsats.	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at nydiagnosticerede patienter med type 2-diabetes, som er henvist til en ernæringsindsats, får en indledende vurdering for at afklare behovet for diætbehandling. Ved identificeret behov bør patienten tilbydes en indsats i form af individuel diætbehandling, herunder diætscreening.
Deltagelse /Vedholdenhed	Indikator 1b: Andel af borgere med hjertesygdom, som er vedholdende blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering. Vedholdenhed defineres på basis af, at borgeren har gennemført tobaksafvænning, ernæringsindsat og fysisk træning.	Indikator 3b: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt rygeafvænning. Indikator 3c: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt ernæringsindsats. Indikator 3d: Andel borgere med KOL, som deltaget i mere end 50 % af planlagt fysisk træning.	Sundhedsstyrelsen anbefaler, at rehabiliteringsindsatser dokumenteres og monitoreres systematisk, samt at der herved opnås viden om, hvorvidt de rette patienter tilbydes den rette rehabilitering, samt om de siger ja til tilbuddet, og om de gennemfører

* Baseret på indikatorer for kommunal rehabilitering (2, 3)

† Baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes (7)

8.3. Opmærksomhedspunkter for generiske indikatorer

I det videre arbejde med udveksling af data mellem kommuner og de kliniske kvalitetsdatabaser bør der i samarbejde mellem RKKP og kommunerne tages stilling til, hvorvidt generiske og enslydende indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre kroniske sygdomme kan forenes med de sygdomsspecifikke nationale kliniske kvalitetsdatabaser, hvor de klinisk faglige styregrupper for hver enkelt database definerer og beslutter det faglige indhold i databasen.

I forhold til tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed bør der i samarbejde mellem RKKP og kommunerne foretages en faglig vurdering af, om forskellene mellem indikatorerne og anbefalingerne for hjertesygdom, KOL og diabetes har klinisk relevant betydning, eller om det er muligt at ensrette indikatorerne på tværs af de tre sygdomsgrupper og dermed opnå generiske indikatorer. Der bør endvidere foretages en faglig vurdering af, om indikatorerne, der kun gælder særskilt for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, kan anvendes på tværs af de tre sygdomsgrupper. Det gælder særligt indikatorer for afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning.

9. Indikatorer – det tidsmæssige aspekt

Det er væsentligt for brug af data i kvalitetsudvikling, at data er tidstro og opdaterede sådan, at data viser den aktuelle situation, hvorpå kommunen kan handle. Derfor indeholder rapporten også en afdækning af det tidsmæssige aspekt.

Formålet med afsnit 9 er derfor at kortlægge tidsmæssige aspekter ved indikatoropgørelser i regi af RKKP med særligt fokus på opgørelse af indikatorer for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering.

Afsnit 9 giver en overordnet introduktion til resultaterne af kortlægningen og mulige perspektiver i forhold til det videre arbejde med dataregistrering i kommunerne og udveksling af data mellem kommunerne og RKKP. Hvis der ønskes en mere detaljeret gennemgang af resultaterne vedrørende tidsmæssige aspekter, henvises til bilag 4.

9.1. Fremgangsmåde til vidensopsamling

Kortlægningen af tidsmæssige aspekter ved opgørelse af indikatorer for kommunal rehabilitering er baseret på dokumentation fra indikatoropgørelser for kommunal rehabilitering (2, 3), ikke-publiceret materiale fra den kommunale hjerterehabiliteringsdatabase, HjerteKomMidt, samt publiceret materiale fra RKKP (4). DEFACTUM har endvidere foretaget et semistruktureret interview i april 2019 med to ansatte ved RKKP med ekspertise indenfor datamanagement og tværsektorielt samarbejde i de kliniske kvalitetsdatabaser. Interviewet havde fokus på tidsmæssige aspekter ved dataindsamling, dataoverlevering og afrapporteringer fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

9.2. Resultat i forhold til tidsmæssige aspekter

Afrapportering af kvalitetsindikatorer

Der er aktuelt blevet offentliggjort to årsrapporter med indikatoropgørelser for kommunal hjerterehabilitering for perioderne 1/1 - 31/12 2017 og 1/1 - 31/12 2018 (1, 2). Der er blevet offentliggjort en pilotrapport vedrørende kommunal KOL-rehabilitering i april 2018, som er baseret på KOL-rehabiliteringsforløb fra den 1. januar 2016 til den 30. juni 2017 i seks kommuner (3). Ifølge RKKP arbejdes der aktuelt på den næste afrapportering af indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering på basis af fire kommuner.

I forhold til de nationale kliniske kvalitetsdatabaser sker der afrapporteringer en gang om måneden (elektronisk) samt i årsrapporter.

Tidstro data

Tidstro dataregistreringer er essentielle for at kunne identificere tidsaktuelle kvalitetsafvigelser i klinisk praksis og initiere relevante kvalitetsforbedrende initiativer (4). Det er dermed vigtigt, at data registreres løbende, når aktiviteterne gennemføres, og ikke ved at opsamle flere borgerforløb, som bliver indtastet samlet efter et stykke tid.

I den kommunale hjerterehabileringsdatabase, HjerteKomMidt, indtaster de kommunale fagpersoner data løbende og tidstro, hvilket som oftest foregår i forbindelse med den indledende og den afsluttende samtale for rehabiliteringsforløbet. Der er programmeret et visningsmodul i HjerteKomMidt, så de kommunale fagpersoner kan få vist indikatorresultater, der bliver opdateret løbende til de registrerede data, og dermed bliver vist tidstro. For kommunal KOL-rehabilitering har kommunerne indsendt data i eget format via sikker mail til RKKP i forbindelse med offentliggørelsen af pilotrapporten for kommunal KOL-rehabilitering (3). Nogle kommuner leverede data én gang til RKKP, men flere kommuner leverede opdaterede data i forbindelse med afrapportering af indikatoropgørelsen.

I interview med RKKP fremgår det, at regionerne så vidt muligt ønsker tidstro data i afrapporteringerne, således at data skal indrapporteres tidstro, bearbejdes og afrapporteres indenfor kort tid. Ved forløbsdata som eksempelvis rehabiliteringsforløb, er det særligt vigtigt at beslutte og dokumentere, hvornår i forløbet data bør indtastes. Det fremgår også af interviewet, at de regelmæssige afrapporteringer fra de kliniske kvalitetsdatabaser justeres løbende med de registrerede data, så beregningerne hele tiden er baseret på de nyeste data. I årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser er tidsfristen for indrapportering af patientforløb som oftest tre til fire uger efter opgørelsesperiodens afslutning.

Tidsangivelser i de kliniske kvalitetsdatabaser

I interview med RKKP fremgår det, at der i de kliniske kvalitetsdatabaser generelt registreres dato- og tidspunkt for, hvornår en aktivitet er blevet gennemført. Registreringen af dato og tid kan foretages efter, at patienten har gennemført aktiviteten. Der pågår flere tjek af de manuelle indtastninger. Eksempelvis kan datoer for rehabiliteringsaktiviteter blive tjekket i forhold datoen for patientens fødselsdato og eventuel død.

Tidskrævende processer i indikatoropgørelser

De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper har det primære ansvar for at opnå landsdækkende faglig konsensus om, hvad der er god kvalitet på området, og hvordan kvaliteten skal måles og opgøres (4). I interview med RKKP fremgår det, at det kan være tidskrævende at afklare dataindholdet med den kliniske kvalitetsdatabases faglige styregruppe. Ikke-publicerede data fra

HjerteKomMidt peger endvidere på, at det kan være tidskrævende at udarbejde den påkrævende dokumentation af den kommunale database samt understøtte registreringspraksis i kommunerne ved eksempelvis at udarbejde registreringsvejledning og tilbyde undervisning og telefonisk support.

I interview med RKKP fremgår det endvidere, at indberetning af indtastede data til RKKP kræver et større forarbejde i forhold til at forberede, teste og idriftsætte dataoverførslen. Der skal også udarbejdes procedurer for dataoverførslen til at håndtere eksempelvis systemnedbrud og utilsigtet sletning af data. Erfaringer fra HjerteKomMidt viser ligeledes, at denne proces omkring dataoverførsel kan være tidskrævende.

RKKP's behov ved overlevering af data til de kliniske kvalitetsdatabaser

Der vil være behov for at beslutte, specificere og dokumentere populationsafgrænsninger, forløbsafgrænsninger og data, som anvendes til opgørelse af indikatorerne. Det bør blandt andet afklares, hvordan populationerne i kommunerne bliver indrapporteret til de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan databasekompletheden kan opgøres. Det bør også sikres, at oplysninger i FSIII-klassifikationerne er i overensstemmelse med de variabelspecifikationer, der gælder for de pågældende kliniske kvalitetsdatabaser.

9.3. Opmærksomhedspunkter for tidsmæssige aspekter

Der vil være et større og potentielt tidskrævende forarbejde forbundet med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser. Der vil blandt andet være behov for i et samarbejde mellem kommunerne og RKKP, at:

- Opnå faglig konsensus og beslutningstagen i forhold til populationsafgrænsninger, forløbsafgrænsninger og data, som skal anvendes i den kliniske kvalitetsdatabase til at opgøre kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering
- Udarbejde den påkrævende dokumentation af den kliniske kvalitetsdatabase i forhold til de kommunale rehabiliteringsforløb
- Sikre kongruens mellem oplysningerne i FSIII klassifikationerne og indikatorvariablene
- Understøtte registreringspraksis i kommunerne
- Sikre dataoverleveringen af de kommunale data til de relevante kliniske kvalitetsdatabaser

Det er endvidere essentielt i de kliniske kvalitetsdatabaser, at data indrapporteres tidstro for at kunne iværksætte tidsaktuelle kvalitetsinitiativer. Det vil derfor være relevant at understøtte registreringspraksis i kommunerne med en registreringsvejledning for de kommunale rehabiliteringsforløb.

Registreringsvejledningen bør specificere blandt andet forløb, populationer og indikatorvariable som beskrevet i afsnit 6 vedrørende afdækning af FSIII, men registreringsvejledningen bør også specificere, hvornår i rehabiliteringsforløbene data skal registreres.

I forhold til tidstro data, bør det endvidere afklares, om der skal indføres ekstra variable i FSIII-klassfikationerne til registrering af tidspunkt for indsatser. Aktuelt logges alle registreringer i EOJ-systemet med en tidsangivelse. En forudsætning for at anvende tidslogningen til indikatoropgørelser og forløbsafgrænsninger er, at registreringen foregår tidstro, netop når aktiviteten er gennemført i kommunen og ikke ved for eksempel at opsamle flere borgerforløb, som bliver indtastet samlet efter et stykke tid.

10. Kortlægningens konklusion

Det overordnede formål med denne rapport er at fremstille forslag til og forudsætninger for det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser.

En klinisk kvalitetsdatabase har til formål at belyse og forbedre sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter med udgangspunkt i indikatorer, som afspejler behandlingskvaliteten indenfor det pågældende sygdomsområde. Alle godkendte kliniske kvalitetsdatabaser er tilknyttet RKKP. De kliniske kvalitetsdatabasers faglige styregrupper og RKKP's videnscenter definerer kvalitetsindikatorer, kvalitetsstandarder og øvrige data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten på databasens område.

I regi af RKKP er der udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering for hjertesygdom og KOL. Der bliver opgjort i alt 6 indikatorer for kommunal hjerterehabilitering, som snart udvides til 10 indikatorer, på basis af 36 indikatorvariable. Der er blevet opgjort i alt 11 indikatorer for kommunal KOL-rehabilitering på basis af 22 indikatorvariable (eksklusiv indikatorer for Aarhus). Der er i alt 56 indikatorvariable, fordi nogle indikatorvariable går igen for både hjertesygdom og KOL.

Der er aktuelt blevet offentliggjort to årsrapporter for kommunal hjerterehabilitering samt en rapport for kommunal KOL-rehabilitering. I rapporten for kommunal KOL-rehabilitering beskrives det, at de enkelte kommuners tilbud varierer i forhold til, i hvilken form og omfang rehabiliteringsindsatserne tilbydes. Der er ikke udviklet tilsvarende indikatorer for kommunal rehabilitering for borgere med diabetes, og den aktuelle rapport baserer sig derfor på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunal rehabilitering indenfor området.

FSIII er en dokumentationsmetode og indeholder en samling af klassifikationer, som aktuelt bliver implementeret i kommunernes EOJ-systemer som et redskab til at dokumentere den tværfaglige borgerjournal. FSIII kan anvendes på tværs af faggrupper og kommunale funktioner til at dokumentere forhold som eksempelvis borgerens helbredstilstand, funktionsevne og tildelte og gennemførte indsatser.

Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?

Tabel 9 (identisk med Tabel 5, afsnit 6) viser resultatet af kortlægningen for, om de 56 indikatorvariable for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering kan klassificeres med FSIII. Det fremgår, at størstedelen af oplysningerne i FSIII klassifikationerne ikke kan anvendes i deres nuværende form til en

fyldestgørende registrering af indikatorvariablene, således at indikatorerne for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering kan opgøres ved hjælp af FSIII.

Tabel 9. Antal grøn-gul-rød markerede FSIII oplysninger

Antal indikatorvariable	Markering ift. match med FSIII
7	Opfyldt
36	Delvis opfyldt
13	Ikke opfyldt

Der er fem væsentlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med at bruge FSIII-klassifikationerne til at understøtte registrering af data til brug for beregning af indikatorer for kommunal rehabilitering i regi af RKKP.

For det første understøtter FSIII ikke direkte registrering af en genoptræningsplan, hvilket er et inklusionskriterium ved opgørelse af indikatorer for kommunal hjerterehabilitering.

For det andet understøtter FSIII-klassifikationerne, at en rehabiliteringsaktivitet (f.eks. diætbehandling) registreres, når en borger er blevet visiteret til aktiviteten og ikke, når borgeren er fremmødt til aktiviteten, hvorimod det som oftest registreres i de kliniske kvalitetsdatabaser, når en borger er blevet tilbudt eller har gennemført aktiviteten.

For det tredje sker tidsangivelse generelt forskelligt i de kommunale EOJ-systemer og i de kliniske kvalitetsdatabaser eksempelvis for en gennemført rehabiliteringsaktivitet. I de kommunale EOJ-systemer tidsstemples bevilgende indsatser med en dato for registrering, men der er på nuværende tidspunkt ingen krav om, hvornår registreringen foretages og dermed logges.

For det fjerde indeholder FSIII-klassifikationen ikke svarkategorier for størstedelen af oplysningerne, hvorimod svarkategorier anvendes i de kliniske kvalitetsdatabaser til forløbsafgrænsninger og indikatorberegninger.

Endelig ses det i forbindelse med dataindsamling til de kliniske kvalitetsdatabaser, at der registreres konkrete testværktøjer, der ikke er klassificeret i FSIII.

Kortlægning af populationer

De godkendte kliniske kvalitetsdatabaser tilknyttet RKKP for henholdsvis hjerterehabilitering (DHRD), KOL (DrKOL) og diabetes (Dansk Voksen Diabetes

Database) identificerer som udgangspunkt patientpopulationerne på basis af diagnoseklassifikationer ICD på sygehusene og ICPC i almen praksis.

I den kommunale opgørelse for hjerterehabilitering bliver populationen afgrænset af, at patienterne er henvist med en almen genoptræningsplan til hjerterehabilitering (dvs. Sundhedslovens § 140). I den kommunale opgørelse for KOL-rehabilitering identificeres populationen på basis af, at borgerne har deltaget i KOL-rehabilitering (eksempelvis efter Sundhedsloven § 119, Sundhedslovens §140 eller selvhenvendelse). Dermed defineres de kommunale populationer ikke med udgangspunkt i specifikke diagnoseklassifikationer. Ifølge KL skelner kommunerne generelt set ikke mellem borgerens forskellige diagnoser og har oftere en mere generisk og helhedsorienteret tilgang til borgeren.

Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt for kronisk sygdom, at almen praksis og sygehus som udgangspunkt henviser til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares, og hvor et individuelt forløb sammensættes med afsæt i borgerens behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard.

Generiske indikatorer

Tabel 10 (identisk med Tabel 7, Afsnit 8) viser en oversigt over indikatorer og anbefalinger for rehabiliteringsindsatser indenfor hjertesygdom, KOL og diabetes. Det fremgår, at der findes indikatorer og anbefalinger for alle tre sygdomsgrupper indenfor områderne tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed. Der er dog varierende grader af forskel på indikatorernes indhold mellem de tre sygdomsgrupper.

Tabel 10. Anbefalinger og indikatorer for kommunale rehabiliteringsindsatser

Indsatser	Hjertesygdom*	KOL*	Diabetes†
Afklarende samtale		X	X
Sygdomsmestring		X	X
Tobaksafvænning	X	X	X
Fysisk træning	X	X	X
Ernæringsindsats	X	X	X
Deltagelse/vedholdende	X	X	X
Afsluttende samtale		X	X
Opfølgning		X	X
Angst og depression	X		

*Baseret på indikatorer for kommunal rehabilitering (2, 3)

†Baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diabetes (7)

Indikatorer - det tidsmæssige aspekt

Erfaringen viser, at der vil ligge et større og tidskrævende forarbejde til grund for overlevering af kommunale data til de kliniske kvalitetsdatabaser. Det gælder særligt i forhold til:

- At beslutte kvalitetsmonitoreringens faglige indhold og dataindhold med den kliniske kvalitetsdatabases faglige styregruppe
- At udarbejde den påkrævede dokumentation
- At understøtte registreringspraksis, for eksempel med registreringsvejledning, undervisning og support
- At sikre dataoverførslen til den kliniske kvalitetsdatabase

I forhold til registreringspraksis er det essentielt at registrere tidstro data for at kunne identificere behov for tidsaktuelle kvalitetsforbedrende initiativer. De kliniske kvalitetsdatabaser og HjerterKomMidt registrerer som udgangspunkt data løbende og tidstro. For KOL er der blevet indrapporteret kommunale data en gang i forbindelse med pilotrapporten for kommunal KOL-rehabilitering. Ved forløbsdata er det særligt vigtigt at beslutte, hvornår i forløbet data skal registreres.

I de kliniske kvalitetsdatabaser registreres der typisk en selvstændig variabel med tidsangivelse for, hvornår en aktivitet er blevet gennemført, og registreringen af dato og tid kan foretages efter, at patienten har gennemført aktiviteten.

11. Perspektivering

I det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser er der to overordnede områder, som det anbefales at have fokus på, ud over de specifikke opmærksomhedspunkter for de fire kortlægninger.

For det første vil være behov for at understøtte en optimal registreringspraksis i kommunerne for blandt andet at sikre:

- Fælles begrebsforståelse blandt de kommunale fagpersoner af de rehabiliteringsforløb, der skal monitoreres i den kliniske kvalitetsdatabase.
- Kongruens mellem indikatorvariable og oplysninger i FSIII-klassifikationerne.
- Tidstro dataregistrering.
- Høj datakvalitet.
- Høj databasekomplethed i den kliniske kvalitetsdatabase.

For det andet vil der, som første led i det videre arbejde, være behov for at opnå faglig konsensus mellem kommunerne og RKKP i forhold til at beslutte hvilke data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten af den kommunale rehabilitering indenfor de tre sygdomsgrupper. Det gælder særligt for:

- Diabetes, hvor der ikke er udviklet indikatorer for kommunal rehabilitering.
- Kommunale forløb og populationer i forhold til, hvilke forløb der skal indgå i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan de kommunale populationer kan defineres og identificeres.
- Generiske kvalitetsindikatorer i forhold til, om det er muligt og fagligt relevant at anvende enslydende indikatorer for kommunal rehabilitering i regi af RKKP på tværs af de tre sygdomsgrupper.

Fælles Sprog III til registrering af indikatorvariable?

Det anbefales at implementere følgende i FSIII for at understøtte registreringer, der kan anvendes til opgørelse af indikatorer for kommunal rehabilitering i regi af RKKP:

- Almen genoptræningsplan: For at kunne identificere hvilke borgere, der er henvist til hjerterehabilitering via en almen genoptræningsplan anbefales det, at det IT-understøttes, at data vedrørende almen genoptræningsplan kan trækkes fra det kommunale EOJ-system. Alternativt kan man udvikle ekstra svarkategorier i FSIII klassifikationen 'Henvisning fra', som it-systemleverandørerne fremadrettet kan

implementere, så det er muligt i den efterfølgende databehandling at adskille de borgere, der er henvist med en genoptræningsplan fra de borgere der er henvist uden en genoptræningsplan.

- Rehabiliteringsaktiviteter: Det anbefales, at der udvikles nye FSIII klassifikationer til at dække registrering af opstart og afslutning af rehabiliteringsaktiviteter samt antal planlagte rehabiliteringssessioner. Derudover anbefales det, at der udvikles FSIII klassifikationer til at understøtte systematisk fremmøderegistrering i det kommunale EOJ-system, så det bliver muligt at registrere, om borgeren har gennemført det antal rehabiliteringssessioner, som er planlagt.
- Tidsangivelse: Det anbefales, at FSIII skal understøtte en praksis, hvor medarbejderne kan foretage særskilt datoregistrering i det kommunale EOJ-system, så det er muligt at registrere, hvilken dato rehabiliteringsaktiviteterne er gennemført. Anvendes logningen med tidsstempling af rehabiliteringsaktiviteter i EOJ-systemerne til at identificere datoen for indsatsen, forudsættes der tidstro datoregistrering, således at registreringen foretages, netop når aktiviteten er blevet gennemført i kommunen.
- Svarkategorier: Det anbefales, at der udvikles FSIII svarkategorier, som stemmer overens med de kliniske kvalitetsdatabasers behov, som systemleverandøren fremadrettet kan implementere.
- Test- og screeningsredskaber: Det bør afklares mellem kommunerne og RKKP, hvorvidt de aktuelle test- og screeningsredskaber i FSIII kan anvendes i regi af de specifikke kliniske kvalitetsdatabaser. Alternativt anbefales det, at FSIII understøtter anvendelse af de anbefalede tests.
- Dataspecifikationer og registreringsvejledning: Det anbefales, at registreringspraksis i kommunerne understøttes ved hjælp af dataspecifikationer og registreringsvejledninger til FSIII samt eventuel undervisning og mulighed for support for at opnå en ensartet og standardiseret registreringspraksis med høj datakvalitet.

Populationer

Der vil være behov for at opnå faglig konsensus og beslutningstagen mellem kommunerne og RKKP i forhold til:

- Hvilke kommunale rehabiliteringsforløb, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser, og hvordan de kommunale rehabiliteringsforløb kan defineres og dokumenteres.
- Hvordan den kommunale del af populationen i de kliniske kvalitetsdatabaser kan defineres og identificeres.

Et opmærksomhedspunkt for det videre arbejde med de kommunale populationer er, at kommunerne tilbyder rehabilitering bredt, og at deltagelse i kommunal rehabilitering kan ske ved for eksempel selvhenvendelse og ikke nødvendigvis er bundet op på en specifik diagnose. Der bør derfor tages stilling

til, hvilke borgerforløb i kommunen, der skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser.

I et samarbejde mellem kommunerne og RKKP bør der endvidere tages stilling til, hvordan det forenes, at de kliniske kvalitetsdatabaser identificerer patientpopulationerne via diagnoseklassifikationerne ICD på sygehus og ICPC i almen praksis, og at der generelt ikke anvendes diagnoseklassifikationer til at identificere borgere i de kommunale rehabiliteringsforløb. Det vil vanskeliggøre, at databasekompletheden for den kliniske kvalitetsdatabase kan opgøres, hvilket der stilles krav om i henhold til bekendtgørelsen for godkendelse af kliniske kvalitetsdatabaser.

Der bør tages stilling til, hvorvidt det er fagligt relevant og realiserbart at identificere patienter med behov for kommunal rehabilitering ud fra samme diagnosekriterier, som der anvendes i de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. Eksempelvis ved at kommunerne modtager en henvisningsdiagnose til det kommunale rehabiliteringsforløb i den lægefagligt baserede elektroniske henvisning eller almene genoptræningsplan fra almen praksis med ICPC diagnosekode eller fra sygehus med ICD diagnosekode. Det bør dog være et opmærksomhedspunkt, at der er borgere, som ikke er påbegyndt et kommunalt rehabiliteringsforløb efter lægefaglig henvisning, men i stedet ved selvhenvendelse eller ved intern kommunal henvisning. Der bør tages stilling til, om disse borgerforløb skal inkluderes i de kliniske kvalitetsdatabaser og i givet fald, hvordan populationen defineres.

Generiske indikatorer

Der er behov for at opnå faglig konsensus og beslutningstagen mellem kommunerne og RKKP i forhold til:

- Hvorvidt enslydende og generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af de tre kroniske sygdomme kan forenes med de sygdomsspecifikke nationale kliniske kvalitetsdatabaser, hvor de klinisk faglige styregrupper for hver database definerer og beslutter det faglige indhold i databasen.
- Hvorvidt forskellene mellem indikatorerne og anbefalingerne for hjertesygdom, KOL og diabetes indenfor rehabiliteringsaktiviteterne tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og deltagelse/vedholdenhed har klinisk relevant betydning, eller om det er muligt at ensrette indikatorerne på tværs af de tre sygdomsgrupper for dermed at opnå generiske indikatorer.

Der vil endvidere være behov for stillingstagen til, om indikatorerne, der kun gælder særskilt for kommunal hjerte- og KOL-rehabilitering, kan anvendes på

tværs af de tre sygdomsgrupper. Det gælder særligt indikatorer for afklarende samtale, sygdomsmestring, afsluttende samtale og opfølgning.

Det tidsmæssige aspekt

Det anbefales at have følgende opmærksomhedspunkter i det videre arbejde med udveksling af data mellem kommunerne og RKKP:

- Tidskrævende processer: Det forudgående arbejde inden dataoverlevering til de kliniske kvalitetsdatabaser kan være tidskrævende, blandt andet i forhold til at beslutte det faglige indhold i databasen, at udarbejde den påkrævende dokumentation og at understøtte registreringspraksis.
- Tidstro data giver mulighed for tidsaktuelle kvalitetsinitiativer: Registreringspraksis i kommunerne bør understøttes til at sikre tidstro dataregistrering. Det kan eksempelvis ske med registreringsvejledninger til FSIII, undervisning og support.
- Tidsangivelser: Det er vigtigt, at tidsangivelser er korrekte, idet de bliver anvendt til eksempelvis forløbsafgrænsninger og indikatoropgørelser i de kliniske kvalitetsdatabaser. Jævnfør ovenfor anbefales det, at det skal være muligt at foretage særskilt datoregistrering i FSIII samt at understøtte registreringspraksis med en registreringsvejledning.

13. Referenceliste

1. DEFACTUM. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.
2. DEFACTUM. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt i den midtjyske region for perioden 1. januar 2018 til 31. december 2018. Aarhus: DEFACTUM; 2019.
3. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Projekt om indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering. Pilotprojekt for seks kommuners KOL-rehabilitering, 1. januar 2016 - 30. juni 2017. Aarhus: RKKP; 2018.
4. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Viden til et bedre sundhedsvæsen, version 1.2. Aarhus: RKKP; 2019.
5. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). 3.1. Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser [Internet]. Available from: <https://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/3.-databaser-om-kvalitet/3.1-landsdækkende-kliniske-kvalitetsdatabaser/>. Assessed 17-06-2019.
6. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
9. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
10. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Velkommen til siden for dokumentation af de nationale kliniske kvalitetsdatabaser [Internet]. Available from: <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>. Assessed 03-07-2019.
11. Forløbsprogram for hjertesygdom, Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner. Aarhus: Regioner, kommuner, almen praksis (Region Midtjylland); 2015.
12. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr 918 af 22/06/2018) [Internet]. Available from:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202249>. Assessed 10-07-2019.

13. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (BEK nr 881 af 26/06/2018) [Internet]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202237>. Assessed 11-07-2019.

