

Samlet auditrapport.

Audit på Genoptræningsplaner 2010

Kvalitativ tværsektoriel audit på genoptræningsplaner i Region Syddanmark

Genoptræningsplan

Side

Personoplysninger
Fødselsnummer, navn, adresse, telefonnummer

Sendes til kommune / sygehus

Praktiske oplysninger
F.eks. andet sprog end dansk, indlæggelsesdato, handicap, ønsket indkalde- og afslutningsdato, særlige ønsker, ønsket behandling

Kopi til egen læge
Egen læges eller vikars navn og adresse

Sender/henvisende afd., sygehus, region
Sygehus navn, adresse og telefonnr.

December 2010

Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Baggrund	3
Formål	3
Proces	4
Metode.....	5
Temaer vedrørende sundhedsfagligt indhold	7
Stillingtagen til type af genoptræning.....	7
Angivelse af diagnoser / bidiagnoser	7
Beskrivelser af funktionsevnen før aktuelle og ved udskrivelsen	7
Beskrivelse af genoptræningsbehovet.....	9
Beskrivelse af, hvilke begrænsninger i funktionsevnen træningen skal rette sig imod ...	9
Tidsramme for påbegyndelse af genoptræningen	9
Øvrige temaer	10
Teknik, organisation og arbejdsgange	12
IT-understøttelse	12
Skabelonen til genoptræningsplaner	12
Sygehusenes og kommunernes arbejdsgange.....	13
Statusbeskrivelser	13
Udskrift af genoptræningsplanen.....	14
En eller flere genoptræningsplaner.....	14
Snitfladen mellem genoptræning og andre typer af træning	14
”Den gyldne standard” for genoptræningsplaner	15
Ukomplicerede forløb.....	15
Komplekse forløb.....	15
Perspektiveringer og anbefalinger	16
Fremtidige audits	16
Snitfladen til rehabiliteringsbegrebet og DDKM	16
Anbefalede kvalitetsforbedringstiltag	17
Bilag	
Drejebog til kvalitativ audit på genoptræningsplaner	19
Vejledende spørgsmål til kvalitativ vurdering af genoptræningsplaner.....	22



Indledning

Baggrund

Genoptræningsplaner skal efter Sundhedslovens § 84 tilbydes til alle patienter med et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanerne fungerer således som den lægelige henvisning af den enkelte patient til ambulant genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Herunder at sikre relevant og rettidig information til den (eller de) sundhedsperson(er), der skal yde genoptræningsydelsen til patienten, samt at sikre information til patienten, patientens alment praktiserende læge og kommunen.

For patienten er sammenhæng i genoptræningsindsatsen i høj grad afhængig af, om der er smidige overgange, når flere myndigheder er involveret i behandlings- og genoptræningsforløbet.

Sundhedsaftalerne skal sikre denne smidighed og derfor er der i Grundaftalen om genoptræning af 15. juli 2008 netop et krav, der omhandler sikring af relevant og rettidig kommunikation mellem parterne, herunder også genoptræningsplaner.

I praksis udmøntes dette ved, at sygehusene og kommunerne i Region Syddanmark i samarbejde gennemfører en årlig audit på genoptræningsplaner.

Følgegruppen for genoptræning i Region Syddanmark har haft det overordnede ansvar for tilrettelæggelsen af disse audits, mens Region Syddanmark, Afdelingen for Kommunesamarbejde har forestået den konkrete planlægning, gennemførelse og evaluering. Et vigtigt led i planlægningen har været afprøvning og evaluering af forskellige auditmetoder.

For at give den nødvendige information om udarbejdelse af genoptræningsplaner til personalet på regionens sygehuse, er der i tværsektorielt regi udarbejdet en '*Regional retningslinje for udarbejdelse af genoptræningsplaner*' og en præcisering af de '*Indholdsmæssige krav til sygehus-specifik instruks for udarbejdelse af genoptræningsplaner*'. Disse to dokumenter har til formål at sikre, at kravene fra *Bekendtgørelsen*¹ og *Vejledningen*² om genoptræning bliver efterlevet.

Formål

Audit er en anerkendt metode til vurdering, forbedring og udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet. Formålet med audit på genoptræningsplaner er at følge op på, om

¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: 'Bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og om patienters frie valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus', BEK nr. 1266 af 05/12/2006

² Indenrigs- og Sundhedsministeriet: 'Vejledning om træning i kommuner og regioner', vejledning nr. 10131 af 11. december 2006.

OBS: Der er fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Indenrigs- og Socialministeriet udgivet en ny 'Vejledning om træning i kommuner og regioner' december 2009 som erstatter den tidligere.

kvaliteten af genoptræningsplanerne i Region Syddanmark er tilfredsstillende og om muligt afdække nye kvalitetsudviklingsområder.

Foruden kvalitetsvurderingen har auditten også en vigtig funktion i form af læring, hvor sundhedspersonalet kompetenceudvikles og får opdateret deres faglige viden. Endvidere får de et indblik i arbejdsgangene i de forskellige sektorer og en konstruktiv tværfaglig og tværsektoriel dialog, som har positive konsekvenser for det fremtidige tværsektorielle samarbejde mellem sygehuse og kommuner.

Tidligere audits udført i 2008 og 2009 har overvejende haft fokus på, i hvor høj grad genoptræningsplanerne levede op til kravene i Bekendtgørelsen. Disse kvantitative audits afdækkede nogle meget specifikke indsatsområder, som bl.a. blev inddraget i arbejdet med implementering af den elektroniske genoptræningsplan. Det drejede sig f.eks. om kommunale og regionale kontaktoplysninger samt informationen vedrørende frit valg af genoptræningssted.

Begge dele påføres nu automatisk genoptræningsplanerne i forbindelse med hhv. oprettelse og udskrift af genoptræningsplanen til patienten.

De kvantitative audits pegede også på, at beskrivelser af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov var et udviklingsområde, dog kunne den kvantitative metode kun fortælle, om der var anført en beskrivelse eller ej, men ikke om beskrivelsen var fyldestgørende.

Derfor skulle audit 2010 have fokus på kvaliteten af det sundhedsfaglige indhold i genoptræningsplanerne. Den kvalitative auditmetode³ afspejles i høj grad også af auditresultaterne, der i denne rapport udgøres af sammenfatninger af temaer fra de 5 tværsektorielle auditmøder. Sammenfatningerne er tillige opdelt således, at et afsnit omhandler det sundhedsfaglige indhold i genoptræningsplanerne og et andet afsnit omhandler de arbejdsgangsmæssige samt organisatoriske og tekniske udfordringer, der findes på området.

Audit 2010 er en afprøvning af den kvalitative audit-metode og derfor rummer denne rapport også et metodeafsnit, hvor erfaringerne fra hele auditprocessen evalueres med henblik på at give anbefalinger til eventuelt fremtidige kvalitative audits.

Proces

Planlægningen af den kvalitative audit begyndte i efteråret 2009, idet den kvantitative audit havde vist et behov for at se nærmere på kvaliteten af det sundhedsfaglige indhold i genoptræningsplanerne.

Den kvalitative auditmetode var på daværende tidspunkt forholdsvis ukendt på genoptræningsplansområdet, men med sparring fra Region Syddanmarks Center for Kvalitet blev der forelagt og godkendt en overordnet procesplan for en kvalitativ audit på genoptræningsplaner i Region Syddanmark 2010 ved formandskabet i Det Administrative Kontaktudvalg den 3. juni 2010.

³ Den kvalitative auditmetode kaldes også for implicit audit og adskiller sig fra den kvantitative auditmetode (også kaldet eksplicit audit) ved at være mere dialogbaseret med henblik på at opnå faglig konsensus om kvalitetsparametre, på baggrund af den faglighed der er repræsenteret i auditgruppen og det materiale, der er tilgængeligt ved auditmødet.

Sideløbende blev der udarbejdet en drejebog (*Bilag 1*) for afviklingen af audit, som tilgik de lokale samordningsfora umiddelbart efter sommerferien 2010.

Af drejebogen fremgik det, at der for hver sygehusenhed skulle udpeges en tovholder for auditgruppen samt 6 auditgruppemedlemmer, fordelt med 3 kommunale terapeuter og 3 sygehusrepræsentanter, gerne med lægelig repræsentation.

Tovholderens opgave var at koordinere auditmødet med den gennemgående auditleder samt at indsamle og distribuere casene, omhandlende genoptræningsforløbene, til auditmødet.

På selve auditmødet blev hver case gennemgået og drøftet med henblik på at afdække de elementer, som havde indflydelse på kvaliteten af genoptræningsplanen. Til grund for vurderingen af casene var der på baggrund af den Regionale retningslinje for udarbejdelse af genoptræningsplaner udarbejdet nogle vejledende spørgsmål (*Bilag 2*).

For hvert auditmøde blev der udarbejdet en lokal rapport, omhandlende de specifikke vurderinger af hver case, samt de generelle drøftelser som casene affødte. Der blev desuden på hvert auditmøde evalueret på den kvalitative audit-metode.

Metode

Den kvalitative audit-metode adskiller sig væsentligt fra den kvantitative audit-metode på flere områder.

- Selve udvælgelsen af cases til audit var årsag til en del diskussioner på auditmøderne. Der var ikke tale om et tilfældigt udsnit af genoptræningsplaner, som i de kvantitative audits, men derimod nogle specifikt udvalgte genoptræningsforløb. Disse forløb var udvalgt med baggrund i, at de skulle belyse forskellige kvalitative aspekter, enten indenfor et bestemt diagnoseområde eller på flere områder. Der var i drejebogen opstillet eksklusionskriterier med det formål at sikre, at de cases der blev udvalgt, havde tilstrækkelig dokumentation som grundlag for en drøftelse. Det bevirkede dog, at mange genoptræningsplaner fra ambulatorierne var udelukket, hvilket på flere møder blev vurderet uhensigtsmæssigt. Afgrænsningen var ikke specifik på diagnoser, netop med det formål, at casene skulle åbne op for de generelle drøftelser. Det medførte til gengæld, at det var vanskeligt at lave specifikke konklusioner.

- Auditgruppens sammensætning var præciseret i drejebogen, således at der var ligelig repræsentation fra kommune- og sygehussiden. Kommunerne var overvejende repræsenteret ved terapeuter, både udfører af genoptræning og sagsbehandlere / teamledere. Fra sygehusene var der på to auditmøder alene udpeget ergoterapeuter og fysioterapeuter, på 3 af auditmøderne var der også lægelig repræsentation. Sammensætningen af auditgruppen giver anledning til refleksion, idet adgangen til at ændre på arbejdsgangene bestemt er lettere, når beslutningstagerne er repræsenteret i auditgruppen. En anden pointe er, at selvom de, som udfører audit, får ny viden, er det ikke ensbetydende med, at de har mulighed for at agere på det. Derfor stilles der store krav til den efterfølgende afrapportering og opfølgning.

- Auditmøderne blev styret af en gennemgående auditleder, hvilket generelt blev vurderet som en styrke, idet erfaringer fra de tidligere auditmøder kunne bringes i spil i en ny kontekst. Auditmøderne varede fra 5 til 8 timer inklusive pauser, hvor længden af auditmødet i høj grad afhang af antallet af auditdeltagere, om deltagerne i deres



forberedelse havde gjort sig tanker om, hvilke aspekter det var væsentligt at forholde sig til og hvor mange af drøftelserne, der var gennemgående i flere cases.

- Det samlede tidsforbrug på audit har svaret til ca. 2 arbejdsdage pr auditgruppemedlem, fordelt på ca. 1 dag til forberedelsen og 1 dag til selve auditmødet. Tovholderne har brugt væsentlig mere tid på koordinering af auditmødet, udvælgelse af cases til audit, indhentning af journalmateriale samt kopiering og forsendelse. Det foreslås fremadrettet, at tovholderne bliver involveret langt tidligere i processen, f.eks. i forbindelse med udarbejdelsen af drejebogen. Ved at kende baggrund og formål med audit skønnes processen med udvælgelse af cases at være meget lettere.

- Tværsektorielle audits, hvor der er behov for at se journalmateriale fra både sygehuset og kommunen giver en særlig udfordring i forhold til patientsamtykke. I dette tilfælde har der været indhentet eksplicit samtykke fra alle de involverede patienter, hvilket medførte øget tidsforbrug for tovholderne. Region Syddanmark vil fremadrettet søge at afklare, om Sundhedslovens § 43⁴ giver lovhjemmel til gennemførelse af tværsektoriel audit på genoptræningsplaner uden indhentning af samtykke.

⁴ **§ 43.** Med patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,
- 2) videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
- 3) videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Temaer fra auditmøderne

Sundhedsfagligt indhold

Temaerne vedrørende det sundhedsfaglige indhold i genoptræningsplanerne præsenteres indledningsvist under de vejledende spørgsmål, som forberedelsesskemaet lagde op til. Spørgsmålene afspejler de indholdsmæssige krav som Bekendtgørelsen opstiller.

Herefter præsenteres de øvrige temaer i en rækkefølge, som afspejler, hvor stort sammenfald der har været på de 5 auditmøder, således at de mest generelle temaer præsenteres først.

Stillingtagen til type af genoptræning?

Der er i langt de fleste cases taget korrekt stilling til typen af genoptræning, uanset om genoptræningsplanen er udarbejdet af ergoterapeuter, fysioterapeuter eller læger. Punktet suppleres med nogle klare tilbagemeldinger fra både sygehus- og kommunesiden om, at den mistillid, der kort efter kommunalreformen prægede området, er afløst af en gensidig tillid til, at sygehuset vurderer genoptræningsbehovet korrekt og at kommunen er i stand til at varetage genoptræningen på et højt fagligt niveau.

Desuden er det en generel holdning, at selvom stillingtagen til typen af genoptræning er vigtig, så påvirker det stort set ikke kvaliteten af det sundhedsfaglige indhold i en genoptræningsplan.

Angivelse af diagnoser / bidiagnoser?

I 34 af de 35 genoptræningsplaner, der udgjorde casene til audit var der angivet en primær diagnose. For nogle af casene blev den primære diagnose dog vurderet for generel (f.eks. apopleksi), idet der hverken under bi-diagnoser eller i de supplerende kliniske oplysninger var uddybet, hvilke symptomer, der var tale om.

Kun 9 af de 35 genoptræningsplaner indeholdte relevante bi-diagnoser. For enkelte patienter er det slet ikke aktuelt at anføre bi-diagnoser, men i 17 af casene vurderes det, at bi-diagnoser havde været relevante for at give et mere fuldstændigt billede af patientens problemstilling.

Det vurderes således, at en præcis primær diagnose, forstået som den diagnose, der afføder genoptræningsplanen, samt relevante bi-diagnoser har stor betydning for kvaliteten af en genoptræningsplan.

Beskrivelser af funktionsevnen før aktuelle og ved udskrivelsen?

Beskrivelserne af funktionsevnen hhv. før den aktuelle tilstand og ved udskrivelsen behandles under et, idet drøftelserne og den faglige konsensus er enslydende for begge felter.

Stort set alle cases illustrerer, at indholdet i funktionsevnebeskrivelserne har afgørende betydning for, hvor god genoptræningsplanen vurderes at være. Dette skal ses ud fra en betragtning om, at genoptræningsplanen er den eneste dokumentation, der tilgår den terapeut i kommunen, som skal varetage genoptræningen. I enkelte cases har der dog været eftersendt eller udleveret et journalnotat, som godtgjorde, at der ikke findes beskrivelser af funktionsevnen i genoptræningsplanen. Et gennemgående træk i casene har været, at de genoptræningsplaner, der var udarbejdet af ergoterapeuter eller fysioterapeuter indeholdte relevante funktionsevnebeskrivelser medens de



genoptræningsplaner, der var udarbejdet af læger, i høj grad indeholdte standardiserede frasetekster. Dette tema behandles yderligere under 'Øvrige temaer', side 10

Et væsentligt og gennemgående tema har været, at behovet for gode beskrivelser af funktionsevnen er proportionelt med kompleksiteten af problemstillingen, her illustreret med eksempler fra auditmøderne:

- Selvom det selvfølgelig skal tilstræbes at alle patienter får en individuel genoptræningsplan, er der en holdning, der indikerer at det er bedst at 'bruge krudtet' på genoptræningsplaner til patienter med konkurrerende lidelser eller dårlig egenomsorg og dermed accept af, at genoptræningsplaner til meget strukturerede forløb, f.eks. hjerterehabilitering eller uproblematisk operationer med hofteproteser, er standardiserede.
- Lægerne laver mange genoptræningsplaner på standardiserede forløb, f.eks. operationer med indsætning af hofte- eller knæproteser, hvor det (her henvises der til anvendelse af ICF⁵ som overordnet referenceramme for funktionsevnebeskrivelserne) vurderes mindre relevant end f.eks. på de komplekse geriatriske patienter eller patienter med apopleksi.
- En drøftelse vedrørende anvendelsen af frasetekster, som munder ud i, at det selvfølgelig er i orden at anvende fraser, så længe der vurderes på, om fraserne er relevante for den pågældende patient. På en patientgruppe som f.eks. patienter med kunstige hofteled er det vigtigst at videregive de specielle fund, da kommunen har stor erfaring i træning af denne patientgruppe. Der, hvor anvendelsen af skabeloner og fraser bliver problematisk er, når der sendes 100 % standardplaner, hvor der ikke er vurderet i forhold til den enkelte patient.

Der tegner sig dermed et tydeligt billede af, at det fra sygehusets side kunne være relevant med en form for stratificering af genoptræningspatienterne, således at de ukomplicerede og standardiserede genoptræningsforløb kunne afføde en standard-genoptræningsplan, mens der i højere grad og i bedste fald med terapeutfaglig bistand, bør fokuseres på, at beskrive funktionsevnetab og genoptræningsbehov på de komplekse genoptræningsforløb.

Et andet gennemgående tema var, at anvendelsen af ICF som overordnet referenceramme i beskrivelserne af funktionsevnen, betyder en markant bedre datakomplethed. Dette begrundes med, at ICF-terminerne fordrer, at alle niveauer tænkes ind i beskrivelsen. Desuden vil en konsekvent anvendelse af ICF betyde, at genoptræningsplanerne bliver lettere at læse, idet data præsenteres ensartet. Et konkret løsningsforslag, der blev fremsat på flere møder var, at skabelonen til genoptræningsplanen i højere grad skal understøtte anvendelsen af ICF, f.eks. via hjælpetekster eller ICF-strukturerede tekstfelter. Dette skal dog sammenholdes med den gennemgående holdning om, at ICF-terminologien er bedst anvendt på de mest komplekse patientforløb.

⁵ ICF er verdenssundhedsorganisationens WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.

Beskrivelse af genoptræningsbehovet?

Der er stor variation på beskrivelserne af patientens genoptræningsbehov ved udskrivelsen, lige fra korte frasetekster, som eventuelt henviser til standardregimer til meget udførlige beskrivelser, som også indeholder patientens egne mål for genoptræningen. På samme måde som ved beskrivelserne af patientens funktionsevne, er der klar faglig konsensus om, at beskrivelsen af genoptræningsbehovet skal stå mål med kompleksiteten af patientforløbet. Således findes det fuldt acceptabelt, at der henvises til standardregimer via frasetekster, så længe patientforløbet kan karakteriseres som et standard forløb. Til gengæld er det også en klar holdning, at de ringeste genoptræningsplaner er standardplaner på patienter, som "stikker udenfor" standardforløbet.

De udførlige beskrivelser af genoptræningsbehovet, som terapeuterne i de fleste tilfælde udarbejder, vurderes bedst, når ICF-terminologien har været anvendt, idet den sikrer, at målsætningen for patientens genoptræningsforløb i højere grad tager udgangspunkt i patientens samlede livssituation.

Beskrivelse af, hvilke begrænsninger i funktionsevnen træningen skal rette sig imod?

Dette vejledende spørgsmål er i langt de fleste cases slet ikke besvaret. Af drøftelser på auditmøderne fremgik det, at beskrivelsen af, hvilke begrænsninger i funktionsevnen genoptræningen skal rette sig imod, er en kombination af beskrivelserne af funktionsevnen, herunder også de konstaterede funktionsevnededsættelser, og beskrivelsen af genoptræningsbehovet ved udskrivelsen.

Der findes i skabelonen til genoptræningsplanerne heller ikke et specifikt felt som efterspørger netop denne information.

Tidsramme for påbegyndelse af genoptræningen?

Som udgangspunkt må sygehuset ikke diktere en tidsramme for genoptræningen, idet kommunerne har ret til selv at sætte deres serviceniveau. Ikke desto mindre er det et meget gennemgående ønske fra de kommunale repræsentanter, at der i genoptræningsplanen er angivet en form for tidsramme, der indikerer vigtigheden af hurtig påbegyndelse af genoptræningen. Ud fra de foreliggende cases sås forskellige tilgange til dette, idet der var anvendt termer som 'snarest muligt' eller 'Du bliver kontaktet af din kommune indenfor 5 hverdage', men ønskerne går i højere grad i retning af, at det kan angives, hvorvidt genoptræning haster eller ej, eller om der er et bestemt regime, der indikerer, hvornår genoptræningen skal påbegyndes.

I forbindelse med udarbejdelsen af 'Grundaftale vedr. genoptræning 2011 - 2014' har det været drøftet, om der skulle indføres en generel tidsramme for påbegyndelse af genoptræningen, men i den endelige aftaletekst⁶ lægges der i stedet op til, at det vurderes individuelt.

⁶ *Påbegyndelse af ambulante genoptræning*

Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for påbegyndelse af det ambulante genoptræningsforløb. Angivelsen af tidsfristen sker på baggrund af en lægefaglig begrundelse; evt. ud fra et regime. De respektive sygehusafdelinger har ansvaret for, at gældende regimer er tilgængelige på VisInfoSyd.dk.



Øvrige temaer

Der er fra auditmøderne nogle gennemgående holdninger vedrørende det sundhedsfaglige indhold i genoptræningsplanerne, som peger i samme retning.

Et væsentligt tema illustreres her med eksempler fra nogle af de lokale auditrapporter:

- "Der tegner sig et tydeligt billede af, at de genoptræningsplaner terapeuterne udarbejder, er langt mere fyldestgørende i beskrivelserne, end de genoptræningsplaner, der udarbejdes af lægerne (specielt i ambulatorierne)"
- "Det opleves i høj grad at genoptræningsplaner, der er udarbejdet af terapeuterne er mere fyldestgørende end de, der er udarbejdet af læger"
- "Der er en entydig tendens til, at jo længere forløb en patient har haft desto bedre er genoptræningsplanen, der bliver udarbejdet"
- "Der er generelt frustration blandt lægerne omkring genoptræningsplanerne, fordi de er så tidskrævende. Derfor er det en opgave, der ofte nedprioriteres"

Bag disse udsagn ligger der 2 faktorer, som begge åbner muligheder for en væsentlig forbedring af kvaliteten:

Beskrivelsen af patienters funktionsevne og genoptræningsbehov er en ergoterapeut- og fysioterapeutfaglig kernekompetence og terapeuterne prioriterer at bruge mere tid til at udarbejde genoptræningsplaner, end lægerne gør. Det er typisk for de længere indlæggelsesforløb, at der er terapeutisk involvering. Hvor det er muligt, organisatorisk og ressourcemæssigt, bør opgaven med at udarbejde genoptræningsplaner derfor være uddelegeret til ergoterapeuterne og fysioterapeuterne.

I ambulatorier og andre steder, hvor der ikke er ergoterapeut- eller fysioterapeutfaglig bistand udarbejdes mange genoptræningsplaner ud fra forudfyldte skabeloner, hvor en meget stor del af indholdet er standardtekst. Disse genoptræningsplaner er ofte meget diagnosespecifikke og udelader derfor vigtige oplysninger, som f.eks. beskrivelser af tilstødende komplikationer eller habituelle funktionsevnededsættelser. Det blev konstateret, at langt de fleste af disse oplysninger fremgår af den lægelige journal og dermed vil det være oplagt, at arbejde på en teknisk understøttelse af genoptræningsplanen, således at der i skabelonen automatisk kan foreslås relevante journalnotater.

På alle auditmøderne dukkede der i forbindelse med de komplekse cases et tema op, der sammenfattet handler om, hvor meget information en genoptræningsplan kan, bør eller skal indeholde.

Nærmest som en kontrast til de ofte sparsomt udfyldte genoptræningsplaner fra ortopædkirurgisk regi, ses der fra det neurologiske område ofte meget omfangsrige genoptræningsplaner. Patienter med apopleksi, som udgør en meget stor gruppe af de neurologiske patienter, er netop karakteriseret ved, at funktionsevnetabet og den betydning det har for patientens evne til at klare sig selvstændigt, altid er afhængigt af den enkelte patients unikke livssituation og derfor ikke lader sig beskrive med standardiserede fraser. Genoptræningsplanen skal for disse patienter derfor også rumme en lang række informationer, som for andre patientgrupper kan virke irrelevante. Det drejer sig bl.a. om patientens sociale netværk, arbejdssituation, boligens beskaffenhed, etc. Samtidigt har denne gruppe af patienter ofte også et længerevarende udrednings- og behandlingsforløb, f.eks. omkring øjenproblemer, kognitive problemer eller taletræning, som umiddelbart ikke er en del af genoptræningen og det er her spørgsmålet om, hvad genoptræningsplanen egentligt skal indeholde rejses.



Det er snitfladen mellem genoptræning og rehabilitering, der ligger til grund for denne problematik og netop patienter med apopleksi har ofte behov for en rehabiliterende indsats, hvoraf genoptræning blot er en del. Når rehabiliteringsbehovet både ønskes og forsøges beskrevet i genoptræningsplanen skyldes det, at der på nuværende tidspunkt ikke findes kommunikationsstandarder, der understøtter den elektroniske kommunikation vedrørende patienter med behov for rehabilitering.

Et andet væsentligt tema, der også blev drøftet på flere af auditmøderne, er hvorvidt genoptræningsplanen er skrevet til patienten eller til den terapeut, som skal udføre genoptræningen. Der ses en klar tendens til, at genoptræningsplanen primært bliver brugt som det sundhedsfaglige kommunikationsredskab mellem sygehuset og kommunen, hvilket også virker logisk, idet store dele af indholdet genereres ud fra eksisterende journalnotater. Dette er dog ikke helt i tråd med intentionerne i Sundhedsloven og Bekendtgørelsen og fordrer derfor, at genoptræningsplanen bliver gennemgået meget nøje med den enkelte patient for at sikre, at patienterne oplever at være inddraget i udarbejdelsen af planen og forstår indholdet i genoptræningsplanen. I sygehusenes praksis, specielt i ambulatorierne, er det dog ikke altid muligt at udarbejde genoptræningsplanen i samarbejde med patienten. Der er konstateret eksempler på, at det er den kommunale terapeut, som gennemgår genoptræningsplanen med patienten, inden genoptræningen påbegyndes, fordi planen er blevet udarbejdet og sendt i forbindelse med, at der skrives journalnotater fra det pågældende ambulatorium. Det rejser som et dilemma, hvis genoptræningsplanen specifikt skal udarbejdes til patienten. For det første vil det kræve, at al journaltekst "oversættes" til almindeligt skriftsprog og for det andet vil det udvande de faglige informationer, så det bliver svært for den terapeut, der skal varetage genoptræningen, at se et præcist billede af patientens problemstilling.

Ud fra drøftelserne vedrørende de standardiserede genoptræningsplaner, som refererer til faste regimer, bliver der også rejst et tema omhandlende restriktioner. I kommunerne opleves der fra sygehus til sygehus forskelle på, hvilke restriktioner der gælder indenfor forskellige diagnoser. Forskellene kan for nogle diagnoser være betingede af, hvilken operationstype, der har været anvendt, mens det for andre diagnoser blot er et spørgsmål om, hvilken formulering der er brugt i beskrivelsen for den pågældende diagnose. Der er således tale om en lang række generelle restriktioner, som oftest går på, hvor længe patienten skal holde sig indenfor en bestemt bevæge- eller belastningsgrænse og derudover nogle enkelte operationstyper, som har meget specifikke restriktioner. I de auditgrupper, hvor temaet blev drøftet gik den faglige konsensus i retning af, at genoptræningsplanen skal indeholde de specifikke restriktioner, mens der ved de mere generelle restriktioner kan henvises til beskrivelser, der findes andre steder, f.eks. i patientinformationsmaterialer eller på VisInfoSyd.



Teknik, organisation og arbejdsgange

Mange af de generelle drøftelser på auditmøderne leder tilbage på den måde arbejdet med genoptræningsplanerne er organiseret på og den IT-understøttelse sygehusene har på området.

I det følgende beskrives disse temaer i en rækkefølge, der afspejler nytteeffekten ved implementering af løsninger på området og vigtigheden af stillingtagen på området.

IT-understøttelse

Den klart største nytteeffekt kan opnås ved, at sygehusenes IT-systemer i langt højere grad understøtter arbejdet med at udfærdige genoptræningsplaner. Det er på auditmøderne blevet nævnt, at IT-løsninger ofte bliver taget i brug på sygehusene, uden at de klinikere, der skal anvende dem, har haft mulighed for at påvirke systemernes funktionalitet. Det fordrer ofte, at det er arbejdsgangene, der må ændres, med risiko for, at de bliver mindre hensigtsmæssige eller mere tidskrævende for klinikerne. Indførelsen af den elektroniske forsendelse af genoptræningsplaner er et eksempel herpå. I langt de fleste tilfælde er det modul, som håndterer genoptræningsplanerne ikke integreret tilstrækkeligt i sygehusets EPJ-system og derfor skal langt de fleste oplysninger kopieres ind – eller i værste fald genindtastes – i genoptræningsplanen.

Med understøttelse af arbejdsgangene menes som udgangspunkt, at data kun skal indtastes en gang, hvorefter det kan genbruges i relevante sammenhænge. Som eksempler herpå kan nævnes beskrivelse af habituel funktionsevne, som ofte følger med indlæggelsesrapporten, registrerede diagnoser, bidiagnoser og procedurekoder, journalnotater, der beskriver den aktuelle funktionsevne osv.

Hvis sådanne oplysninger allerede forefindes i EPJ-systemet skal skabelonen til genoptræningsplanen automatisk kunne hente og foreslå teksten i de relevante felter. Klinikeren skal herefter kunne acceptere, redigere eller afvise tekstforslaget.

For at dette kan lade sig gøre er det nødvendigt at placere oplysningerne under nogle bestemte nøgleord, der relaterer sig til genoptræningsplanens felter.

Skabelonen til genoptræningsplaner

En del af de diskussioner, der omhandler læsbarhed og layoutet udspringer af begrænsninger i den skabelon, der anvendes til genoptræningsplanerne.

Der er lokalt forskel på, hvilke løsninger, sygehusene har taget i brug og hvilke begrænsninger, der i givet fald er tale om.

Et gennemgående problem er dog, at feltet "Funktionsevne målinger" udgøres af et skema med plads til 5 tests med hver 9 scorer, hvor scoren skal beskrives med maksimalt 12 anslag. Der udtrykkes behov for et større tekstfelt, hvor udførte tests kan beskrives i prosaform og i samme sammenhæng efterlyses muligheden for at kunne vedhæfte billeder eller andre dokumenter til genoptræningsplanen.

Flere steder opleves det i det hele taget problematisk, at der er pladsbegrænsninger i skabelonen til genoptræningsplaner. Hvis større notater som operationsbeskrivelse eller et ambulantnotat skal kopieres fra journalen ind i genoptræningsplanen, bliver de placeret i det felt, hvor der er bedst plads. Det medfører en rodet opstilling i genoptræningsplanen, hvor informationer figurerer under de forkerte overskrifter. Det forventes, at pladsproblematikken forsvinder med implementeringen af den rigtige standard i både afsender og modtagersystemerne.



Felterne med SKS-koder til beskrivelse af "Intervention under indlæggelse" er også genstand for en del kritik. I nogle tilfælde henter systemerne selv de 20 senest registrerede SKS-koder uden hensyntagen til relevansen i forhold til genoptræningen. I andre tilfælde kan brugeren vælge mellem registrerede procedurekoder på kontakten. Relevante procedurekoder kan være god information til den terapeut, der skal varetage genoptræningen, men koderne giver ingen mening for patienten selv og der er derfor bred enighed om, at de som udgangspunkt ikke bør figurere i den genoptræningsplan, der udleveres til patienten.

Sygehusenes og kommunernes arbejdsgange

Måden som arbejdet med genoptræningsplaner er tilrettelagt på, både på sygehusene og i kommunerne, gav anledning til nogle drøftelser på auditmøderne.

Et konkret spørgsmål fra et af auditmøderne, som indkredser problematikken er:

"Hvordan sikrer man, at allerede indhentet information følger patienten rundt i systemet?"

Specielt ved de komplicerede forløb med genindlæggelser eller flere involverede specialer, ses der en tendens til, at man nogle gange "starter forfra" i forhold til genoptræningsforløbet. Det vil sige, at sygehuset ikke har arbejdsgange, der undersøger, om der allerede er udarbejdet en genoptræningsplan på patienten og genbruger data herfra i fald, det er relevant.

Fra kommunernes side kendes noget tilsvarende f.eks. i forbindelse med, at genoptræningsenheden ikke uden videre kan se data fra kommunens andre områder.

Problemet udspringer af den traditionelle "silo-opbygning" af IT-systemerne, hvor hver afdeling / område / sygehusenhed har sine egne data og deling af data kun kan forgå ved, at man sender elektroniske formularer til hinanden.

På sygehussiden vil dette dilemma formentligt blive løst ved udrulningen af ét fælles EPJ-system, men for kommunerne, hvor udbredelsen af IT er meget uensartet, ligger der en stor udfordring i, at sikre kommunikationen internt.

Statusbeskrivelser

I genoptræningsplanen er der mulighed for at afkrydse, at sygehuset ønsker en slutstatus efter endt genoptræning. Feltet har i vid udstrækning ikke været brugt, men flere kommuner skriver allerede status, hvad enten sygehuset ønsker at modtage dem eller ej. Da status hidtil er blevet fremsendt i papirform, har sygehusenes interne arbejdsgange ikke kunnet sikre, at status blev anvendt. Der er i Grundaftale om genoptræning 2011-2014⁷ anført, at status skal tages i anvendelse, når kommunikationen kan ske elektronisk. Der er derfor behov for at udvikle en elektronisk standard for kommunikation af status på genoptræning, men i samme øjemed er det også nødvendigt at forholde sig til, hvorledes arbejdet med statusbeskrivelserne skal organiseres. Her tænkes specielt på at det på sygehuset skal kunne skelnes, om en status er til orientering eller om det er noget,

⁷ 2.2 Videregivelse af status efter endt genoptræning (under forudsætning af, at kommunikationen kan ske elektronisk)

Ved afslutning på specialiseret genoptræning, hvor patienten afsluttes uden et efterfølgende alment genoptræningsforløb, sender sygehuset en slutstatus til kommunen og praktiserende læge.

Kommunen fremsender slutstatus til sygehus efter afslutning på et alment genoptræningsforløb, såfremt det er angivet i genoptræningsplan. Kommunen sender efter alle forløb slutstatus til praktiserende læge.

Slutstatus skal sikre gensidig læring og udvikling på sygehuse, i kommuner og ved almen praksis.

Følgegruppen for genoptræning udarbejder skabelon for slutstatus til brug på sygehuse og i kommuner.

Aftalen træder i kraft, når det er muligt at effektuere kommunikationen elektronisk.



kommunen forventer, at sygehuset tager handling på. Det er endvidere et klart ønske, at den elektroniske status automatisk lægger sig ind i patientjournalen ved modtagelse på sygehuset.

Udskrift af genoptræningsplanen

Ifølge Bekendtgørelsen skal patienten senest på udskrivningstidspunktet have udleveret en skriftlig genoptræningsplan. Drøftelser på flere af auditmøderne peger på, at de genoptræningsplaner, der udskrives til patienterne fra sygehussystemerne ikke er hensigtsmæssigt opbyggede. Det fremføres, at mange patienter endda bliver forvirrede over nogle af de informationer, der fremgår af genoptræningsplanen, f.eks. SKS-koder, testresultater og nogle kliniske notater. I forbindelse med overgangen til elektronisk forsendelse af genoptræningsplanerne er der ikke taget aktivt stilling til, hvordan layoutet på den udskrift, der udleveres til patienten, skal være. Det er blot en liste over alle de oplysninger, der er i genoptræningsplanen. Der rejses et spørgsmål om, hvorvidt den genoptræningsplan, der udleveres til patienten *skal* være helt lig den elektroniske genoptræningsplan, der sendes til kommunen og den praktiserende læge. Den faglige konsensus går klart i retning af, at der med fordel kunne fravælges visse felter på patientens udskrift af genoptræningsplanen.

En eller flere genoptræningsplaner

9 ud af de 35 cases, der indgik i audit indeholdte mere end 1 genoptræningsplan. Dette er i strid med Bekendtgørelsen, der netop præciserer, at der på et patientforløb kun må udarbejdes én genoptræningsplan. Spørgsmålet om, hvorvidt denne præcisering er hensigtsmæssig er blevet rejst overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det skyldes, at sygehusenes og kommunernes arbejdsgange, i de forløb, der skifter fra specialiseret ambulans genoptræning til almen ambulans genoptræning fordrer, at der må sendes en ny genoptræningsplan ved overgangen.

I auditten er der dog også set eksempler på, at der på et enkelt patientforløb har været sendt op til 5 genoptræningsplaner, hvor planen nærmest har været anvendt som en informationsskrivelse fra ambulatoriet til kommunen i mangel af etablerede formelle elektroniske kommunikationsveje. Der er bred faglig konsensus om, at dette er meget u hensigtsmæssigt, både fordi det gør genoptræningsforløbet mindre overskueligt men især også fordi genoptræningsplanerne er mangelfulde, da de kun indeholder fragmenterede oplysninger fra patientforløbet. Samtidigt påpeger det behovet for yderligere elektronisk kommunikation på området.

Snitfladen mellem genoptræning og andre typer af træning

På flere af auditmøderne blev snitfladen mellem behandling, almindelig og specialiseret genoptræning, vedligeholdelsestræning, vederlagsfri fysioterapi og egenbetalt træning drøftet. For mange sygehuslæger kan det være vanskeligt at afgøre, hvornår de skal henvise patienterne til hvilke tilbud. Der findes et snitfladekatalog⁸, som beskæftiger sig med snitfladerne på genoptræningsområdet, men ved den kommende revision i 2011 er det planen, at også snitfladen til forebyggelsesområdet, praksissektoren og den præoperative indsats beskrives.

⁸ Bilag til Sundhedsaftens: "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark"

”Den gyldne standard” for genoptræningsplaner

Ud fra de skitserede temaer tegner der sig efterhånden et billede af, hvordan ”den gode og elektroniske genoptræningsplan” bør se ud.

Det er naturligvis en forudsætning, at genoptræningsplanen indeholder de helt basale oplysninger som personlige data og hvad der er årsagen til, at der bliver sendt en genoptræningsplan, altså en præcis primær diagnose samt relevante bi-diagnoser. Det er dog meget karakteristisk, at billedet ikke er det samme afhængigt af, hvilken diagnose der er tale om og sygdommens kompleksitet.

Ukomplerede forløb

For de ukomplicerede forløb, f.eks. knæ- eller hofteopererede patienter uden komplikationer, hvor der er tale om et meget stort antal patienter pr. kommune eller ved meget standardiserede forløb, f.eks. hjerte- eller KOL-genoptræning, er der generelt ikke behov for lange beskrivelser af funktionsevnen. Her efterlyses diagnoser, beskrivelse af interventionen på sygehuset, f.eks. en operationsbeskrivelse og vigtigst af alt, oplysninger om det, der eventuelt afviger fra det standardiserede forløb samt eventuelle restriktioner.

Det betyder, at de for-udfyldte skabeloner til genoptræningsplaner, hvor der henvises til standardregimer eller standardiserede genoptræningsforløb, for denne gruppe af patienter er acceptable. En betingelse er dog, at den der udarbejder genoptræningsplanen, har forholdt sig til de fortrykte fraser og fravalgt eller tilføjet det, som er nødvendigt for, at beskrivelsen passer til den enkelte patient.

En yderligere forudsætning er naturligvis, at de standardregimer eller genoptræningsforløbsbeskrivelser der henvises til, er tilgængelige for modtageren. Ved denne audit blev det imidlertid konstateret, at kommunerne ikke kan se sygehusenes regimer og beskrivelser, idet de ligger i sygehusenes dokumenthåndteringssystem og ikke på VisInfoSyd.

Region Syddanmark har som følge heraf taget initiativ til at kommunerne via VisInfoSyd får adgang til at se disse dokumenter i sygehusenes system.

Komplekse forløb

For forløb med stor sygdomskompleksitet, f.eks. patienter med apopleksi og andre neurologiske sygdomme, eller forløb med tilstødende komplikationer i form af konkurrerende lidelser eller ringe egenomsorg, er behovet for information i genoptræningsplanen langt højere. En god genoptræningsplan vil for denne gruppe af patienter indeholde tilstrækkelig information til, at den terapeut, der skal varetage genoptræningen, kan ”læse” patienten og forløbet ud fra genoptræningsplanen. Her menes, at beskrivelserne af funktionsevnen før den aktuelle sygdom og funktionsevnen ved udskrivelsen ikke blot skal oplistes, men også afspejle, hvilken betydning funktionsevnededsættelserne har for patientens hverdag. Desuden skal beskrivelsen af genoptræningsbehovet ved udskrivelsen tage udgangspunkt i de aktivitets- og deltagelsesproblemer, funktionsevnebeskrivelserne afdækker og gerne opstille mål med udgangspunkt i patientens ønsker, behov og ressourcer.

I den forbindelse har ICF-terminologien vist sig som en styrke, da strukturen i ICF fordrer, at man forholder sig til både kroppens funktioner og anatomi, til aktiviteter og deltagelse men også til omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.



Perspektivering og anbefalinger

Fremtidige audits

Denne auditrapport afslutter samtidigt projektperioden, hvor Afdelingen for Kommunesamarbejde stiller en projektleder til rådighed som tovholder for afviklingen af audits på genoptræningsplaner. Et væsentligt formål med projektet har været at afprøve de forskellige auditmetoder for at kunne give anbefalinger til den fremadrettede kvalitetsmonitorering af genoptræningsplanerne.

Ansvar for gennemførelsen af de tværsektorielle audits går tilbage til de lokale samordningsfora og Følgegruppen for genoptræning og det er i Grundaftalen om genoptræning 2011 – 2014 skitseret, at der én gang i aftaleperioden skal gennemføres en kvalitativ audit på indholdet af genoptræningsplaner.

Det anbefales, at den kvalitative auditmetode, som har været anvendt her kan danne udgangspunkt for en kommende kvalitativ audit på genoptræningsplaner.

Da audit 2010 har afdækket nogle diagnosespecifikke problemområder anbefales den kvalitative auditmetode anvendt på tværsektorielle møder, eller interne auditmøder på sygehuset, hvor et bestemt diagnoseområde kan belyses og drøftes med henblik på at aftale eventuelle tiltag, som kan forbedre kvaliteten af genoptræningsplanerne.

I regi af følgegruppen for genoptræning bør der arbejdes på, at de kvantitative audits kan tilrettelægges som automatiserede journalaudits, hvor de tidligere anvendte tjeklister kan lægges til grund for et udtræk, der undersøger, hvorvidt nogle specifikke felter er udfyldt eller ej.

Snitfladen til rehabiliteringsbegrebet og DDKM⁹

Et væsentligt tema i drøftelserne på auditmøderne har været omfanget af informationer, der bør være til stede i genoptræningsplanerne. Hvor det på de mest ukomplicerede forløb er forholdsvist nemt at opnå konsensus om, hvilke informationer, der er nødvendige at videregive, er det for de komplekse forløb meget vanskeligere at afgrænse, hvilke informationer der skal med i genoptræningsplanen.

I den forbindelse rejstes spørgsmålet om en genoptræningsplan er tilstrækkelig til at beskrive patienter, som har brug for et egentligt rehabiliterende tilbud eller om der er behov for en helt ny standard for henvisning af patienter med rehabiliteringsbehov? Dette behov understøttes af DDKM, hvor det skitseres, at sygehuset er forpligtet til at identificere patienter med behov for rehabilitering og tilbyde en velkoordineret rehabiliteringsindsats, som patienten skal kende planen for.

Der er derfor allerede etableret et tværsektorielt projekt omkring Afdelingen for Kommunesamarbejde, Odense Universitetshospital og Odense kommune som søger at afdække mulighederne for, at indsamle og afsende informationer vedrørende patienter med rehabiliteringsbehov i en elektronisk meddelelse fra sygehuset til kommunen. Resultaterne fra dette projekt bør sammen med anbefalingen fra denne audit lægges til grund for det videre arbejde med identifikation og viderevisitering af patienter med rehabiliteringsbehov.

⁹ [Den Danske Kvalitets Model, Standard 2.15.1](#)

Anbefalede kvalitetsforbedringstiltag

Det samlede billede fra den hidtidige tværsektorielle kvalitetsmonitorering af genoptræningsplanerne i Region Syddanmark giver anledning til følgende anbefalinger:

1) Under de givne forudsætninger anbefales det, at opgaven med at udarbejde genoptræningsplaner i videst muligt omfang uddelegeres til fysio- og ergoterapeuterne. Anbefalingen begrundes i, at beskrivelsen af patientens funktionsevne og behovet for genoptræning er en terapeutfaglig kernekompetence og at terapeuterne som udgangspunkt er en lettere tilgængelig arbejdskraft end lægerne. Det kan naturligvis være vanskeligt at sikre den terapeutfaglige dækning til alle specialer, men som udgangspunkt bør terapeuterne udarbejde genoptræningsplaner på alle de ikke-standardiserede patientforløb. Det må i den forbindelse afklares for hver enkelt sygehusenhed, hvorledes den konkrete arbejdsdeling kan finde sted.

2) På kort sigt giver beslutningen om, at konsolidere et fælles EPJ-system (Cosmic) på alle regionens sygehuse mulighed for, at den tekniske understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner kan forbedres markant. I den forbindelse er det vigtigt, at alle de gode erfaringer fra kvalitetsarbejdet med genoptræningsplanerne bringes i spil og der er derfor allerede afgivet en kravspecifikation vedrørende udvikling af skabelonen til genoptræningsplanen i Cosmic til den pågældende leverandør. Princippet om, at data kun skal indtastes en gang og derefter kunne genbruges er grundlæggende i denne kravspecifikation.

Samtidigt har repræsentanter fra Afdelingen for kommunesamarbejde og IT projektgennemførelse ved den løsningsansvarlige for Cosmic suiten i fællesskab skitseret en proces for systemudviklingen, som overordnet kan opdeles i to etaper:

- Den første etape omhandler etableringen af en eller flere skabeloner til genoptræningsplaner, som Region Syddanmark selv kan formulere og opsætte via Cosmic's nuværende notatmodul. Disse skabeloner skal baseres på anvendelsen af de eksisterende nøgleord og ved afsendelsen skal skabelonen automatisk kunne beriges med informationer fra systemet og dermed danne en komplet genoptræningsplan.
- Den anden fase vil involvere leverandøren og omhandle de programmæssige tilføjelser, som er nødvendige for, at systemet kan udsøge og tilføje de informationer, som ikke umiddelbart kan produceres automatisk.

3) På længere sigt er målet en fuld integration af kommunikationsstandarder for genoptræningsplanen i sygehusets EPJ-system. Afhængigt af, hvor godt EPJ-systemet understøtter udarbejdelsen af genoptræningsplaner er det her, den potentielt største kvalitetsforbedring kan opnås.

I den optimale løsning genererer systemet automatisk alle konkrete parameterbaserede oplysninger som patientdata, kontaktinformationer, relevante datoer, diagnoser og indsatskoder. Disse informationer tilføjes genoptræningsplanen, idet klinikerer signerer den.

Hvor der i journalen er anført oplysninger om tidligere eller nuværende funktionsevne, behov for genoptræning eller behandlingsredskaber og hjælpemidler, skal systemet ud fra en nøgleordsterminologi også kunne genbruge relevante journaluddrag i genoptræningsplanens tekstfelter, f.eks. fra indlæggelsesrapporten, operationsbeskrivelsen eller terapeuternes notater mv.



Således skal brugeren som udgangspunkt kun tage stilling til typen af genoptræning og hvilke journalnotater genoptræningsplanen skal indeholde. I de tilfælde, hvor der ikke findes relevante notater, skal brugeren naturligvis selv skrive dem.

En forudsætning for at journalnotater kan indfanges af genoptræningsplanskabelonen er, at nøgleordskonceptet i Cosmic videreudvikles specifikt i forhold til genoptræningsplanen. Her vil der være behov for at nedsætte en arbejdsgruppe med klinisk repræsentation fra alle sygehusenhederne for at sikre, at der på regionalt plan kan skabes konsensus om anvendelsen af nøgleord.

Endelig er der behov for følgende afklaringer:

- Kan der dispenseres fra Vejledningens krav om kun 1 genoptræningsplan pr patientforløb?

Følgegruppen for genoptræning påtænker at rejse sagen rejses overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet via Danske Regioner og Kommunernes Landsforening

- Er der lovhjemmel i Sundhedsloven til at gennemføre tværsektorielle journalaudits på genoptræningsplaner uden at indhente samtykke?

Region Syddanmark forelægger sagen for Sundhedsstyrelsen med henblik på afklaring.

- Må der være forskel på den genoptræningsplan, der udskrives til patienten og den elektroniske genoptræningsplan, der sendes til kommunen og den praktiserende læge?

Region Syddanmark vil drøfte sagen med Danske Regioner.



Bilag 1

Drejebog til Kvalitativ audit på genoptræningsplaner i Region Syddanmark og kommunerne i regionen 2010.

Formål:

De to tidligere kvantitative audits har haft til formål at undersøge, i hvor høj grad de indholdsmæssige krav som bekendtgørelsen om genoptræningsplaner stiller, er opfyldt i de genoptræningsplaner, der udarbejdes i Region Syddanmark. Formålet med den kommende kvalitative audit er at afdække, hvilke indholdsmæssige faktorer, der har betydning for kvaliteten af en genoptræningsplan. Det betyder bl.a., at antallet af genoptræningsplaner, der auditeres på, er meget mindre og at output fra auditten i langt højere grad er baseret på fagpersonernes holdninger om, hvad en god genoptræningsplan skal indeholde end på statistiske udtræk. I det følgende beskrives metoden for den kvalitative audit og de opgaver som udspringer af dette.

Sammensætning af auditgrupper:

Hvert lokalt samordningsforum i Region Syddanmark udpeger en tværsektorielt og tværfagligt sammensat auditeringsgruppe, bestående af 3 kommunale repræsentanter, 3 sygehusrepræsentanter samt en kontaktperson for den lokale sygehusenhed.

Fristen for sammensætning af auditgruppen er 1. september 2010. Brev desangående er tilgået formændene for de Lokale Samordningsfora den 6. august 2010.

Kommunerne i hvert samordningsforum, skal således udpege 3 terapeuter til at indgå i auditgruppen. Den sygehusenhed, som samordningsforummet relaterer sig til, skal være repræsenteret i auditeringsgruppen ved 3 klinikere, f.eks. en terapeut samt læger fra f.eks. medicinsk, ortopædkirurgisk eller andre afdelinger.

Desuden skal der for sygehusenheden også vælges en kontaktperson, som har til opgave at indsamle, anonymisere, kopiere og distribuere journalmaterialet til auditgruppens medlemmer og koordinere auditmødet med auditlederen. Det anbefales at kontaktpersonen har kendskab til metodikken i auditering, men vedkommende indgår ikke nødvendigvis i auditgruppen.

Endelig skal der blandt auditgruppens medlemmer vælges en sekretær med terapeutfaglig baggrund, som har til opgave at dokumentere gruppens drøftelser og konklusioner.

Forberedelse af audit:

Kontaktpersonens første opgave er at finde mulige datoer til afvikling af audit blandt auditgruppens medlemmer og sende forslag til audit datoer til auditlederen. Auditlederen koordinerer auditmøderne imellem de 5 lokale samordningsfora. Audit skal være afviklet senest medio november 2010, så auditmødet skal være endeligt aftalt senest den 15. oktober.

Udvælgelse og indsamling af auditmateriale til audit:

Inden udgangen af september måned udvælger auditgruppemedlemmerne i samarbejde med kontaktpersonen 6 cases. En case kan godt bestå af mere end 1 genoptræningsplan og skal belyse nogle kvalitative aspekter, positive såvel som negative, ved

genoptræningsplanerne. Det er vigtigt, at cases vedrører borgere, som har været i gang med kommunal genoptræning.

Casene, der udvælges, skal have en vis kompleksitet, således at der sikres tilstrækkeligt datamateriale at auditere ud fra. Det forventes, at kontaktpersonen i samarbejde med de kommunale terapeuter let vil kunne identificere disse.

Som udgangspunkt ekskluderes på forhånd:

- forløb, hvor der ikke er udarbejdet en genoptræningsplan.
- forløb, hvor dokumentationen er mangelfuld.
- forløb med meget kort indlæggelsestid (< 2 dage)

Når casene er udvalgt, skal den kommunale terapeut fra den kommune, hvorfra casen stammer, udskrive og anonymisere kommunejournalen, der knytter sig til det / de pågældende patientforløb (altså både op til indlæggelsen eller den ambulante sygehuskontakt og efter).

Materialet sendes inden en aftalt deadline til auditgruppens kontaktperson, der efterfølgende finder, udskriver og anonymiserer den / de tilhørende sygehusjournal(er).

Kontaktpersonen kopierer derefter de samlede cases i 7 eksemplarer (eller svarende til den pågældende auditgruppe samt auditlederen) og sender materialet til auditgruppens medlemmer og auditlederen senest 14 dage før auditmødet. Hvert auditgruppemedlem kan således nå at forholde sig til hver enkelt case inden selve auditmødet. For at strukturere forberedelsen er der udarbejdet en række auditspørgsmål (se bilag), der skal hjælpe til at belyse væsentlige elementer i kvalitetsvurderingen.

Auditgruppens medlemmer får hver især ansvaret for én case, som vedkommende på auditmødet skal give en kort præsentation af (10 minutter) samt redegøre for egen vurdering.

Til grund for forberedelsen og diskussionen på auditmødet ligger der en række referencer, som det forventes, at den enkelte auditdeltager er bekendt med.

Referencer:

- [Den regionale retningslinje for Genoptræningsplaner i Region Syddanmark.](#)

Retningslinjen danner baggrund for den enkelte auditdeltagers gennemgang af genoptræningsplanen med henblik på, at afdække mangler og / eller problemfelter i forhold til resten af patientforløbet

- *ICF (International Klassifikation af Funktionsevne)*

ICF anvendes til at identificere, hvor i patientforløbet der mangler information / dokumentation. Auditgruppen skal via auditspørgsmålene forholde sig til anvendelsen af ICF i forhold til de konkrete diagnoser for derved at belyse, hvilken betydning anvendelsen af ICF terminologien har for kvaliteten af funktionsevnebeskrivelserne.

- *Den faglige viden i auditgruppen*

Som konklusion på hvert patientforløb skal auditgruppen prioritere op til 3 indsatsområder / problemfelter. Der skal tages stilling til, om problemet er generelt eller om der er tale om et specifikt problem i forhold til diagnosen / det konkrete patientforløb.



Gennemførelse af audit

Følgegruppen for genoptræning har udpeget en gennemgående auditleder, på tværs af de lokale samordningsfora, som er Allan Nasser, projektleder, Afdeling for Kommunesamarbejde. Auditlederen har primært til opgave at styre tidsforbruget på auditmøderne samt at facilitere auditprocessen. Auditlederen er ordstyrer på diskussionerne og skal sammen med sekretæren sikre, at der er faglig konsensus om de konklusioner, der prioriteres på hver case. Auditlederen har desuden ansvaret for den efterfølgende afrapportering af auditresultatet.

Program for selve Auditmødet		Tidsforbrug på hvert patientforløb	
08.00 - 08.15	Indledning	0 -10 minutter	Fremlæggelse af case
08.15 - 09.00	Case 1	10 -15 minutter	Opklarende spørgsmål
09.00 - 09.45	Case 2	15 - 35 minutter	Diskussion
09.45 - 10.00	Kaffepause	35 - 45 minutter	Konklusion på casen
10.00 - 10.45	Case 3		
10.45 - 11.30	Case 4		
11.30 - 12.15	Frokost		
12.15 - 13.00	Case 5		
13.00 - 13.45	Case 6		
13.45 - 14.00	Kaffepause		
14.00 - 15.00	Evaluering		

På auditmødet præsenterer hvert medlem af auditgruppen på skift en case. Præsentationen skal rumme de væsentlige (positive såvel som negative) aspekter, når genoptræningsplanen holdes op imod det samlede patientforløb og retningslinjen for genoptræningsplaner. Som hjælp til forberedelsen er der udarbejdet en række spørgsmål, der i fremlæggelsen skal søges besvaret.

Efter opklarende spørgsmål fra resten af auditgruppen samt diskussion skal gruppen som afslutning på hver case konkludere og prioritere op til 3 indsatsområder / problemfelter af generel eller specifik karakter. Sekretæren har til opgave at dokumentere konklusionerne.

Auditmødet sluttes af med en times evaluering af mødet i forhold til struktur, metode, erfaringer og udbytte.

For at begrænse tidsforbruget til 1 arbejdsdag pr. auditmøde er det essentielt, at det skitserede program overholdes. Auditmødet starter således præcist kl. 08.00 og slutter kl. 15.00. En repræsentant fra Center for Kvalitet, Region Syddanmark vil muligvis være til stede på auditmødet

Afrapportering:

Der kan i forbindelse med evalueringen af auditmødet sammenfattes en lokal afrapportering. Auditmødets sekretær(er) afleverer ved auditmødets afslutning konklusioner mv. til auditlederen, der efterfølgende sammenfatter de lokale auditresultater til en fælles afrapportering i samarbejde med Center for Kvalitet..

Yderligere information:

Ved spørgsmål eller behov for yderligere information kan auditleder Allan Nasser kontaktes på tlf. 29 20 14 78 eller e-mail Allan.Nasser@regionsyddanmark.dk

Bilag 2

Vejledende spørgsmål til kvalitativ vurdering af genoptræningsplaner:

Som forberedelse til auditmødet bedes du for hvert enkelt patientforløb, med baggrund i din faglige viden og erfaring, vurdere hvilke indholdsmæssige elementer, der har særlig betydning for kvaliteten af genoptræningsplanen - både i positiv og negativ henseende. Du bedes notere din vurdering / dine bemærkninger for hvert forløb nedenfor og forberede en mundtlig fremlæggelse af dine vurderinger på det forløb, som du har ansvaret for.

Spørgsmålene på dette ark kan bruges som inspiration i fald du finder vurderingen vanskelig.

- 1) Vurderer du, at der er taget korrekt stilling til hvilken type af genoptræning (almen/speciel) patienten har behov for?
- 2) Vurderer du, at de angivne diagnoser / bi-diagnoser er relevante i forhold til patientens
- 3) genoptræningsforløb? Herunder også eventuelle restriktioner?
- 4) Vurderer du, at der forligger en fyldestgørende beskrivelse af patientens funktionsevne
 - a) før indlæggelse?
 - b) ved udskrivning?
- 5) Vurderer du, at der forligger en fyldestgørende beskrivelse af patientens behov for genoptræning efter udskrivning?
- 6) Vurderer du at genoptræningsplanen beskriver, hvilke begrænsninger i funktionsevnen som træningen skal rette sig imod?
- 7) Vurderer du at den planlagte tidsramme for genoptræningen er relevant i forhold til patientens tilstand?

