

Audit af KOL-rehabilitering

Delrapport, februar 2014



Center for Kvalitet og Afdelingen for
Sundhedssamarbejde og Kvalitet



Center for Kvalitet
Region Syddanmark

Delrapport

Audit af KOL-rehabilitering

OUH, Lungemedicinsk Afdeling
OUH Svendborg, Lungemedicinsk Afdeling
Odense Kommune
Fåborg-Midtfyn Kommune
Region Syddanmark, Center for Kvalitet
Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet

Februar 2014

Journalaudit (dataindsamling) er gennemført i december og januar 2013/14 - dataanalyse, resultatfremstilling og rapport i februar 2014

Tovholdere for audit lokalt

Odense kommune:

Asger Kudahl, Chefkonsulent

Fåborg-Midtfyn kommune:

Elsebeth Elsted, Leder af træning, aktivitet & rehabilitering

Lungemedicinsk afdeling, OUH Odense:

Lilian Møllegaard, Oversygeplejerske

Lungemedicinsk afdeling, OUH Svendborg:

Bettina Nissen Pedersen, Lungesygeplejerske

Dataanalyse og delrapport

Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet:

Janne Horsbøl, Specialkonsulent

Annette Lunde Stougaard, Chefkonsulent

Center for Kvalitet:

Lars Morsø, Post. Doc.

Peter Qvist, Overlæge

Baggrund

Jf. rammebeskrivelse for projektet om KOL-rehabilitering, skal auditprojektet ”...danne grundlag for en vurdering af, hvorvidt patienterne stratificeres efter anbefalingerne i forløbsprogrammet, og om de efterfølgende modtager behandlings- og rehabiliteringstilbud på det niveau (sygehus/kommunalt regi), der anbefales jf. det eksisterende KOL-patientforløbsprogram. Audit-undersøgelsen skal også være med til at skabe mere klarhed over, hvorvidt der kan være behov for en revision af forløbsprogrammet.

I rammebeskrivelsen beskrives endvidere, at der skal udarbejdes kriterier for udvælgelsen af de patientforløb, der skal auditeres.

Projektdesign

Fra lungemedicinsk ambulatorium på hhv. OUH Odense og OUH Svendborg, trækkes en liste over 50 patienter, hjemmehørende i hhv. Odense eller Faaborg-Midtfyn kommuner. Patienterne udvælges på baggrund af første besøg i ambulatoriet med aktionsdiagnosen KOL. Udtrækket begrænses til patienter, der i 2013 har haft et fremmøde i lungemedicinsk ambulatorium og hvor der på pågældende dato er foretaget en journaloptagelse. Udtrækket foretages blandt alle KOL patienter - dvs. uanset henvisningsårsag¹.

Fra Odense og Fåborg Midtfyn kommune (FMK) trækkes ligeledes patienter over en 3 måneders periode. Der udtrækkes kun KOL patienter, som er henvist til en kommunal ydelse på baggrund af KOL diagnosen.

Der er til brug for dataindsamling i forbindelse med audit udarbejdet to registreringsskemaer, ét til anvendelse i kommunerne, et til anvendelse i de lungemedicinske afdelinger. Skemaet har skullet sikre, at alle journaler gennemgås efter samme metode, og at der kan opgøres kvantitative data til belysning af, om patientforløbene følger anbefalingerne i forløbsprogrammet.

For yderligere at belyse henvisningsmønstre fra primærsektoren er der indhentet data fra DAK-E, som har leveret en opgørelse over registrerede henvisninger på KOL patienter fra almen praksis til rehabilitering i de to kommuner

Metode

Patientjournalerne fra de lungemedicinske ambulatorier er gennemgået af fagpersonale med henblik på udfyldelse af de ovenfor omtalte registreringsskemaer. Data skal bl.a. klarlægge patientforløbene fra henvisning til gennemførelse af et eventuelt rehabiliteringstilbud

I relation til henvisninger registreres, om sværhedsgraden af sygdommen er dokumenteret – hvilken metode, der er anvendt (MRC grad eller FEV1), samt hvilken sværhedsgrad, der i så fald er angivet for hver patient.

Der er desuden registreret data til belysning af gennemførelsesprocenten for patienter, der henvises til patientuddannelse og/eller genoptræning og årsager til evt. frafald

¹ Det betyder bl.a., at rehabiliteringstilbud ikke nødvendigvis er relevante for hele stikprøven

Journaldokumentation fra kommunerne er ligeledes gennemgået af det fagpersonale, der har med KOL-borgere at gøre. Registrering af data har bl.a. skullet belyse, hvorfra borgerne henvises til kommunale almene patientuddannelses tilbud (der både kan være sygdomsspecifik og generel), hvilken sygdomssværhedsgrad borgerne har, samt vise gennemførelsesprocenten i lighed med sygehusenes registreringer.

Data fra almen praksis (DAK-E) er trukket fra databasen (DAMD), hvor indberetninger fra praktiserende læger, der er tilsluttet KOL-datafangst, er lagret.

Resultater

Data fra sygehuse (bilag 1):

For begge sygehusenheder er der **inkluderet** 50 patienter i audit. For næsten alle patienter er angivet, at **henvisning** er modtaget fra ambulatoriet. Ganske få er modtaget fra almen praksis, sengeafdeling eller tele KOL projektet. På OUH-Svendborg er spørgsmålet ikke besvaret i halvdelen af tilfældene.

I mere end 90% af tilfælde er **sværhedsgraden af KOL** angivet som både MRC grad og som FEV1 fra begge sygehusenheder. Talværdier for sværhedsgrad er dog kun angivet for patienter registreret i OUH Svendborg

Mht. de **ydelse**, som patienterne tilbydes, så henvises 68% af patienterne fra OUH-Odense til rehabilitering, mens 53% af OUH-Svendborg patienter henvises til rehabilitering. De patienter, der henvises, bliver begge steder langt overvejende (>90%) henvist til patientuddannelse (PU) + træning på hold. 12% af patienter på OUH Odense viderehenvises til kommunalt tilbud, ingen på OUH-Svendborg. På selvstændigt spørgsmål om kommunal viderehenvisning (formentlig også til andet end rehabilitering?) er 14% og 22% af patienterne i henholdsvis OUH-Svendborg og OUH-Odense blevet viderehenvist.

Besvarelserne vedrørende **gennemførelse** af planlagt rehabiliteringsforløb er præget af, at der ikke har været journaldokumentation for dette i mange af de gennemgåede cases. Således er 71% ubesvarede fra OUH-Svendborg og 42% ubesvarede fra OUH-Odense. 32% angives at have gennemført tilbuddet på OUH-Odense. For 15-20%'s vedkommende angives, at patienten ikke er startet. Angivelse af årsager til evt. manglende gennemførelse bygger på små tal. For enkelte patienter angives sygdomsforværring og transportproblem som årsag.

Data fra kommuner (bilag 2):

I de 3 pågældende måneder er der fra Odense kommune **inkluderet** 94 borgere med KOL i undersøgelsen. I FMK er der i samme periode inkluderet 33 borgere.

I Odense kommune er 56% af **henvisningerne** kommet fra sygehuset og 17% fra almen praksis. I FMK kom 48% fra sygehus og 36% fra almen praksis. For hver kommune er der for de resterende (op til 100%) enten angivet 'andre', eller 'ved ikke'.

I Odense er 28% henvist til § 86, 56% til §140 og 13% til 'rent' uddannelses tilbud. I FMK er de tilsvarende tal 48% til § 86 og 39% til §140. I FMK er henvisninger fra almen praksis generelt til §86 og henvisninger fra sygehuse generelt til §140. I Odense er henvisninger fra almen praksis mest fordelt på §86 og §119 – og fra sygehuset langt overvejende til §140.

I begge kommuner er **sværhedsgraden af KOL** kun anført i henvisninger i godt halvdelen af tilfælde. Angivelse af sværhedsgrad foregår i Odense næsten udelukkende med angivelse af FEV1, mens man for

borgere henvist til FMK næste udelukkende anvender MRC. De patienter, der henvises fra sygehusene til kommunal rehabilitering har gennemsnitligt mere fremskredet sygdom end patienter henvist fra almen praksis. Således har knap 3 ud af 4 patienter henvist fra sygehusene til kommunerne svær KOL, mens dette kun gælder for 1 ud af 4 patienter henvist fra almen praksis.

De hyppigst forekommende **ydelser**, som patienterne tilbydes, fordeler sig som følger

Odense:

- | | |
|---|-----|
| • Holdgenoptræning + PU (§140) | 38% |
| • Holdgenoptræning + PU (§86) | 24% |
| • Genoptræning individuelt hjemme (ingen PU) (§140) | 12% |
| • PU inkl. træning – hold (§119) | 11% |

FMK:

- | | |
|--|-----|
| • Hold genoptræning + PU (§86) | 39% |
| • Genoptræning individuelt (ingen PU) (§140) | 24% |
| • Ingen ydelse | 15% |
| • PU – individuel råd og vejledning | 6% |

Der er ikke nogen oplagt sammenhæng mellem de tilbud, borgerne får og den angivne sværhedsgrad af sygdommen for den enkelte borger. Hvorvidt der er foretaget en stratificering i forhold til egenomsorgskapacitet som baggrund for visitation til det mest relevante tilbud for den enkelte patient fremgår ikke af opgørelsen.

I begge kommuner ligger **gennemførelsesprocenten** på ca. 60%. For de patienter, der ikke gennemfører, angives i FMK hyppigst, at de ikke/aldrig er startet, mens det i Odense hyppigst angives, at de er faldet fra undervejs. Som årsager til manglende gennemførelse angives i Odense langt overvejende akut sygdomsforværring eller for dårlig almen tilstand. Denne forklaring er også den hyppigst angivne i FMK, hvor der dog også er en del borgere, som tilbuddet ikke er fundet relevant for.

Data fra DAK-E:

Der henvises til bilag 3. På forespørgsel til DAK-E er det oplyst, at data er en samlet opgørelse fra oprettelse af Pop up muligheden (2011) til nu. Årsagen til, at der langt fra altid udfyldes pop up'er hos de praktiserende læger kendes ikke. Det fremgår af tallene for de patienter, hvor der foreligger en udfyldt pop up, at der er taget stilling til rehabilitering i knap halvdelen af tilfælde. Af disse er 28,5 % henvist til rehabiliteringstilbud. Resten har enten ikke ønsket henvisning (27,6 %) eller er af lægen registreret som ikke-henvist af andre årsager. Der er ingen oplagt sammenhæng mellem henviste og ikke-henviste mht. sygdommens sværhedsgrad.

Konklusioner og perspektivering

De foreliggende data tyder på, at forløbsprogrammets anbefalinger ikke bliver fulgt systematisk af de involverede sundhedsfaglige aktører. Tal fra almen praksis (DAK-E) viser, at kun en lille del af pop up-registrerede patienter henvises til rehabilitering. Det er ikke angivet, om der henvises til et sygehustilbud eller et kommunalt tilbud, og dermed også uvist, om der tages hensyn til sværhedsgrad i forbindelse med henvisninger.

Fordelingen af patienter til rehabilitering i kommuner og på sygehuse udviser ikke den forventede fordeling på MRC grupper. Det ser endda ud til, at kommunerne rehabiliterer flere svært syge patienter end sygehusene. Dette kan være medvirkende til den relativt lave gennemførelsesprocent for rehabilitering i kommunerne, idet de mest syge patienter falder fra pga. hyppige forværringer i tilstanden.

Især i kommunerne visiteres patienterne til en række forskellige tilbud. Det kan ikke ud fra de foreliggende data afgøres, om patienterne modtager tilbud i henhold til anbefalinger om stratificering i forløbsprogrammet.

Selv om der fortsat er ubesvarede spørgsmål efter denne undersøgelse, så synes der at være belæg nok for at overveje følgende muligheder:

- Gennemførelse af en ny målrettet implementeringsindsats i forhold til principperne i det eksisterende forløbsprogram
- Revision af forløbsprogrammet med henblik på en mere operationel og pragmatisk tværsektoriel aftale på KOL området – herunder vedrørende KOL rehabilitering
- Gennemførelse af et forskningsprojekt² med afprøvning af cost benefit samt fagligt- og patientoplevet udbytte ved en systematisk stratificering til henholdsvis kommuner og sygehuse – sammenlignet med nuværende praksis

² Evt. faciliteret af forskningsenheden i Center for Kvalitet, Region Syddanmark