

# Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering

Anbefalinger fra den faglige følgegruppe  
Juni 2021



## **Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering**

Anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021

©DEFACTUM, Region Midtjylland, juni, 2021

Emneord: Kvalitetsmonitorering, kommuner, forebyggelsestilbud

Sprog: Dansk

Version: 1.1.

Versionsdato: 6. september 2021

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, juni, 2021

Rapporten er udarbejdet af:

Tina Veje Andersen, sundhedsfaglig konsulent

Marie Louise Overgaard Svendsen, forsker, konsulent

Klaus Nordentoft Lemvig, sundhedsfaglig konsulent

Hanne Søndergaard, faglig leder, seniorkonsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Andersen TV, Svendsen MLO, Lemvig KN, Søndergaard H. Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2021

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Hanne Søndergaard

Mail: [hanne.soendergaard@stab.rm.dk](mailto:hanne.soendergaard@stab.rm.dk)

Tlf: 21526487

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: [defactum@rm.dk](mailto:defactum@rm.dk)

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	Resumé .....	6
1.1	Oversigt over den faglige følgegruppens anbefalinger.....	7
<b>2</b>	Læsevejledning .....	10
<b>3</b>	Baggrund og formål .....	11
3.1	Baggrund.....	11
3.2	Projektets forløb .....	11
3.3	Formål .....	12
<b>4</b>	Metode .....	13
4.1	Projektets organisering .....	13
4.2	Den faglige følgegruppe .....	13
4.3	Procesmodel.....	14
<b>5</b>	Uddybning af den faglige følgegruppens anbefalinger.....	16
5.1	Kvalitetsmonitoreringens formål .....	16
5.2	Forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen .....	18
5.3	Forløbsafgrænsning .....	19
5.4	Faglig definition af population.....	20
5.5	Teknisk specifikation af population .....	21
5.6	Rækkefølge for udvikling af indikatorer og fagligt indhold.....	21
5.6.1	Bemærkninger fra den faglige følgegruppe .....	24
5.6.2	Forventede resultater.....	25
5.6.3	Prognostiske faktorer.....	25
5.7	Mulig anvendelse af eksisterende kommunale indikatorer.....	25
5.7.1	Bemærkninger fra den faglige følgegruppe .....	25
<b>6</b>	Perspektiver på den faglige følgegruppens anbefalinger .....	27
6.1	Kommunernes EOJ og FSIII Sundhedsfremme og Forebyggelse.....	27
6.2	Datagrundlag til sammenligning af kvalitet mellem kommuner.....	28
6.3	Påbegyndelse og afslutning af forløb.....	28
6.4	Diagnoseafgrænsning .....	29
6.5	Forskel i henvisningsgrundlag (§140 og §119).....	30
6.6	Værdi for borgere og kommuner.....	30
6.7	Andre projekter og initiativer.....	31
<b>7</b>	Modeller for dataindsamling og KL´s kommende gateway .....	32
<b>8</b>	Opsamling og opmærksomhedspunkter .....	33
<b>9</b>	Referencer.....	38

# Definitionsoversigt

I nedenstående defineres begreber, der anvendes i nærværende rapport.

Begreb	Beskrivelse
Kvalitetsindikator	<p>En målbar variabel, som kan anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.</p> <p>Generiske indikatorer beskriver aspekter, der er fælles for alle borgerforløb eller en større gruppe af borgere.</p> <p>Sygdomsspecifikke indikatorer beskriver aspekter, der er specifikke for bestemte sygdomstilstande (fx. diabetes, KOL).</p> <p><i>Kilde: Mainz J et al. Kvalitetsudvikling i praksis, 2011.</i></p>
Indikator typer - Strukturindikator  - Procesindikator  - Resultatindikator	<p>Beskriver sundhedsvæsenets rammer og ressourcer. Vedrører forudsætninger og rammer for forebyggelse, rehabilitering, pleje, diagnostik og behandling.</p> <p>Beskriver de aktiviteter der udføres i forløbet. Udtrykker om borgerne har modtaget/deltaget i de indsatser, som de bør modtage/deltage i følge kliniske retningslinjer.</p> <p>Belyser resultater for borgeren.</p> <p><i>Kilde: Mainz J et al. Kvalitetsudvikling i praksis 2011.</i></p>
Indikatorområde	Et område hvortil der er fastlagt en eller flere indikatorer.
Prognostiske faktorer	<p>Faktorer, som påvirker det prognostiske forløb af en sygdom.</p> <p>Der bør ved sammenligninger af kvalitet mellem enheder tages hensyn til prognostiske faktorer (fx køn, alder, sygdomsstadie) for at afgøre, hvorvidt de fundne forskelle er udtryk for reelle forskelle i kvalitet mellem enhederne, eller om de blot afspejler</p>

	<p>forskelle i borgersammensætningen, dvs. confounding.</p> <p><i>Kilde: Kjærgaard J et al. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, 2006.</i>  <i>Mainz J et al. Kvalitetsudvikling i praksis, 2011.</i></p>
Forløbsafgrænsning	<p>Beskrivelse af, hvordan patientforløb udvælges og afgrænses i hhv. årsrapport og løbende rapporter.</p> <p><i>Kilde: Skabelon til dokumentation af kliniske kvalitetsdatabase. RKKP &amp; Sundhedsdatastyrelsen, Version 6.01 af 17. nov. 2017). <a href="https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/">https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/</a></i></p>
Faglig definition af population	<p>En faglig klinisk afgrænsning af den (de) population(er) der ønskes belyst, dvs. den population, som bør danne grundlag for beregning af indikatorværdier.</p> <p><i>Kilde: Skabelon til dokumentation af kliniske kvalitetsdatabase. RKKP &amp; Sundhedsdatastyrelsen. Version 6.01 af 17. nov. 2017). <a href="https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/">https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/</a></i></p>
Teknisk specifikation af population	<p>De praktisk anvendte inklusionskriterier for populationen.</p> <p>Kriterier for udvælgelsen af borgere herunder tid og sted i forløbet.</p> <p>Angivelse af variabeludfald (F.eks. koder fra registreringssystemer), der entydigt filtrerer populationen.</p> <p><i>Kilde: Skabelon til dokumentation af kliniske kvalitetsdatabase. RKKP &amp; Sundhedsdatastyrelsen. Version 6.01 af 17. nov. 2017). <a href="https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/">https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/</a></i></p>

# 1 Resumé

Med afsæt i projektet "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" iværksat af Kommunernes Landsforening (herefter benævnt KL) har nærværende rapport til formål:

- at beskrive 'et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering med fokus på kvalitetsmonitoreringens formål, population og potentielle indikatorområder'.

Rapportens formål er afdækket via et arbejde i en faglig følgegruppe, som repræsenterer den faglige ekspertviden i projektet. Det operationelle beslutningsgrundlag udgøres af anbefalinger udarbejdet af den faglige følgegruppe. Anbefalingerne suppleres desuden af perspektiver dels fra den faglige følgegruppes drøftelser og dels fra indhentet viden til understøttelse af den faglige følgegruppes arbejde herunder viden fra en kortlægning af muligheder og begrænsninger for kommunal kvalitetsmonitorering foretaget i projektet.

Rapporten beskriver desuden forudsætninger for etablering af kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering i regi af den kommunale gateway, som er en teknisk løsning for systematisk indsamling og deling af kommunale data på sundheds- og ældreområdet. Dette giver en beskrivelse af konteksten for den faglige følgegruppes arbejde.

Derudover er der udarbejdet en metoderapport(1), der indeholder en uddybet beskrivelse af projektets anvendte metoder samt giver inspiration til gennemførelse af lignende projekter inden for andre områder af den kommunale praksis.

Som væsentlig ramme for projektet har KL opstillet syv præmisser (bilag 1). Projektet skal blandt andet afgrænse anbefalinger til at omfatte patientrettet forebyggelse som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.(2) Forebyggelsestilbuddene betragtes i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, og forebyggelse skal forstås som en delmængde af rehabilitering.(2)

I rapporten anvendes det overordnede begreb kvalitetsmonitorering af 'kommunal rehabilitering' således for 'patientrettet forebyggelsestilbud'.

## **Et operationelt beslutningsgrundlag**

Den faglige følgegruppes anbefalinger tager afsæt i oplevet værdi hos fagfolk og mest mulig kvalitet for borgerne. Anbefalingerne giver et billede af, hvad der er meningsfuldt at registrere i den kommunale praksis ved kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering, samt hvordan en faseplan for etablering af kvalitetsmonitoreringen kan udformes. En oversigt over anbefalinger kan ses i afsnit 1.1.

Supplerende perspektiver med tilhørende opmærksomhedspunkter omhandler følgende områder:

- Kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) og Fælles Sprog III (FSIII) Sundhedsfremme og Forebyggelse
- Datagrundlag til sammenligning af kvalitet mellem kommuner
- Påbegyndelse og afslutning af forløb
- Diagnoseafgrænsning
- Forskel i henvisningsgrundlag (§140 og §119)

- Værdi for borgere og kommuner
- Andre projekter og initiativer

## 1.1 Oversigt over den faglige følgegruppens anbefalinger

Nedenfor præsenteres den faglige følgegruppens anbefalinger til kvalitetsmonitoreringens formål, forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen, forløbsafgrænsning, faglig definition af populationen og teknisk specifikation af population.

### Den faglige følgegruppens anbefaling til kvalitetsmonitoreringens formål

#### Kvalitetsmonitoreringens formål

*Kvalitetsmonitoreringen skal skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling af de kommunale forebyggelsestilbud (patientrettet forebyggelse) som forebyggelsestilbuddene er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".(2)*

*Kvalitetsmonitoreringen skal endvidere medvirke til at synliggøre kvaliteten af kommunal rehabilitering, understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner og skabe grundlag for ledelsesinformation og forskning.*

*Kvalitetsmonitoreringen skal understøtte sammenhængende patientforløb for borgere med kronisk sygdom, herunder blandt andet borgere med hjerte-kar-sygdom, KOL og/eller diabetes og kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse.*

### Den faglige følgegruppens anbefaling til forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen

#### Forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen

*På baggrund af kvalitetsmonitoreringen af de kommunale forebyggelsestilbud (patientrettet forebyggelse) forventes det, at der skabes øget synlighed om kvaliteten samt en høj og ensartet kvalitet på tværs af kommuner og sektorer for borgere med kronisk sygdom, herunder blandt andet borgere med hjerte-kar-sygdom, KOL og/eller diabetes.*

*Endvidere forventes det, at flere borgere vil blive henvist fra almen praksis eller sygehus, således at borgere, der vurderes at have gavn af et forebyggelsestilbud, understøttes i at håndtere hverdagen med kronisk sygdom.*

*Kvalitetsmonitoreringen skal bidrage til at opnå bedre sammenhængende patientforløb.*

### Den faglige følgegruppens anbefaling til forløbsafgrænsning

#### Forløbsafgrænsning

*Forløbene til kvalitetsmonitorering af de kommunale forebyggelsestilbud afgrænses til:*

*- Alle borgere, som deltager i de patientrettede forebyggelsesforløb i kommunerne beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", jævnfør figur 2.(2)*

*- Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvendes i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte. Forebyggelse skal her forstås som en delmængde af rehabilitering.*

*- Forløb fra borgeren deltager i afklarende samtale til og med borgerens deltagelse i afsluttende samtale i kommunen.*

## Den faglige følgegruppes anbefaling til faglig definition af populationen

### Faglig definition af population

*Populationen er voksne borgere (≥ 18 år), som deltager i en afklarende samtale til kommunale patientrettede forebyggelsestilbud beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".(2)*

*Populationen er afgrænset til borgere i de patientrettede forebyggelsestilbud.*

*På baggrund af henvisning fra hospital, almen praktiserende læge, kommune eller selvhenvendelse deltager borgeren i en afklarende samtale i kommunen med henblik på sundhedsfaglig afklaring af behov for en eller flere af indsatserne beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud\*.*

*En afslutning på et forebyggelsestilbud defineres som afsluttende samtale.*

*\*Borgere kan visiteres direkte til alkoholrelaterede tilbud uden om afklarende samtale og indgår derfor ikke i populationen, medmindre der i forløbet viser sig behov for en evt. afklarende samtale, jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud.(2)"*

## Den faglige følgegruppes anbefaling til teknisk specifikation af population

### Teknisk specifikation af population

*Borgere inkluderes i kvalitetsmonitoreringen ud fra følgende kriterier og forudsætninger:*

*Voksne borgere (≥ 18 år).*

*Deltager i en afklarende samtale med en kommunal sundhedsprofessionel til et forebyggelsestilbud beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.(2) Deltagelse kan foregå ved personligt fremmøde, telefon eller videomøde.*

*Alle borgere, som deltager i en afklarende samtale skal indgå i kvalitetsmonitoreringen, uanset om borgeren efterfølgende deltager i nogle af indsatserne og/eller den afsluttende samtale beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud.(2)*

*Den afklarende samtale skal gennemføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale.(3)*

*Alle borgere i patientrettede forebyggelsesforløb kan indgå i populationen, uanset diagnosetidspunkt og tidligere deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud.*

*Monitoreringsperioden for den afsluttende samtale er et år efter den afklarende samtale.*

*Den afsluttende samtale skal gennemføres i overensstemmelse med det Fælleskommunale indsatskatalog for Sundhedsfremme og forebyggelse.(31) Det vil sige, at den afsluttende samtale er en samtale, der afslutter en eller flere indsatser, som i kvalitetsmonitoreringen også kan være en afklarende samtale. Formålet med en afsluttende samtale er at afslutte borgerens forløb, at fremme og fastholde motivation for forandring og afdække behov for opfølgning efter endt forløb.(31)*

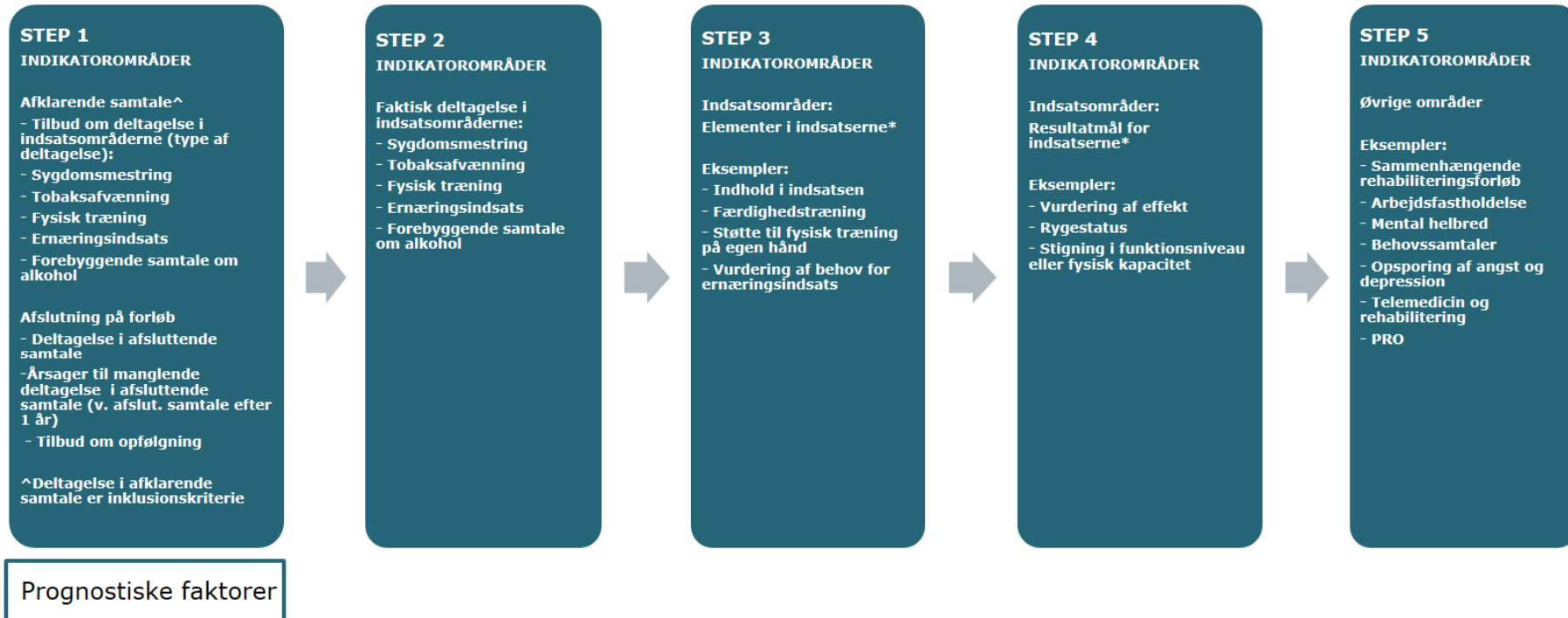
*Såfremt den afsluttende samtale ikke er blevet gennemført inden for et år efter den afklarende samtale, skal årsagerne til dette registreres.*

Med afsæt i ovenstående anbefalinger om kvalitetsmonitoreringens formål og den faglige definition af populationen har den faglige følgegruppe anbefalet en faseplan som en tidsmæssig ramme for udvikling af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering. Faseplanen er udviklet på baggrund af den faglige følgegruppes prioritering af indikatorområder samt enighed om, at udvikling af indikatorområder og kvalitetsindikatorer bør foregå stepvis.

Oversigt over den faglige følgegruppes anbefaling til den tidsmæssige rækkefølge for udvikling af indikatorer med tilhørende indikatorområder fremgår på næste side. I hvert step er angivet prioriterede indikatorområder.



**Den faglige følgegruppes anbefaling til tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer<sup>1</sup> og fagligt indhold for step 1 og 2**



\*Indsatserne: Sygdomsmestring, Tobaksafvænning, Fysisk træning, Ernæringsindsats, Forebyggende samtale om alkohol

<sup>1</sup> Ved præsentation af ovenstående anbefaling på møde 5 i den faglige følgegruppe blev det præciseret, at step 3 og 4 også indeholder elementerne fra den afklarende samtale og fra afslutning på forløb.

## 2 Læsevejledning

Nærværende rapport er bygget op efter følgende struktur:

- Afsnit 3 og 4: Indledende afsnit, som introducerer relevant baggrundsviden og formål med henholdsvis projekt og rapport samt giver et overblik over metoder, som ligger til grund for nærværende rapport.
- Afsnit 5: Dette afsnit uddyber den faglige følgegruppes anbefalinger samt resultater, som anbefalingerne beror på.
- Afsnit 6: Her beskrives perspektiver på den faglige følgegruppes anbefalinger. Der inddrages emner fra den faglige følgegruppes drøftelser suppleret med viden anvendt til at understøtte den faglige følgegruppes arbejde. Der angives opmærksomhedspunkter relateret til de beskrevne perspektiver.
- Afsnit 7: Afsnittet giver et kort oprids over mulige modeller for dataindsamling for kommunal kvalitetsmonitorering kortlagt i projektet med fokus på KL's kommende gateway.
- Afsnit 8: Her gives en opsamling på den faglige følgegruppes anbefalinger og perspektiver hertil, som beskrevet i henholdsvis afsnit 5 og afsnit 6.

Der er udarbejdet en tilhørende bilagsrapport med uddybende materiale samt en metoderapport med nærmere beskrivelse af de anvendte metoder og inspiration til lignende projekter.(1) Disse vil der blive refereret til løbende i rapporten.

Ønskes der et hurtigt overblik over den faglige følgegruppes anbefalinger kan dette findes i afsnit 1.1.

Projektets oprindelige udgangspunkt var kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Som en væsentlig ramme for projektet har KL med udgangspunkt i den kommunale praksis, opstillet syv præmisser (bilag 1). Her beskrives det blandt andet, at rehabiliteringsområdet afgrænses i projektet til at fokusere på forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme (§119), som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.(2) Denne afgrænsning har opbakning fra den faglige følgegruppe. Således blev det præciseret, at det oprindelige brede rehabiliteringsbegreb blev afgrænset til i kvalitetsmonitoreringen at omfatte patientrettede forebyggelsestilbud.

I rapporten anvendes det overordnede begreb kvalitetsmonitorering af 'kommunal rehabilitering' således for 'patientrettet forebyggelsestilbud'.

Der pågår en særskilt dialog mellem KL og øvrige centrale aktører om kvalitetsmonitoreringens setup og sammenhæng til øvrige kvalitetsmodeller og infrastruktur. Arbejdet ligger uden for rammen af dette projekt.

## 3 Baggrund og formål

### 3.1 Baggrund

Der er et ønske i kommunerne om at arbejde med kvalitetsudvikling på forebyggelsesområdet, både lokalt i kommunen for at lære af hinanden på tværs af kommuner og for nationalt at kunne dokumentere kvaliteten i kommunernes opgaveløsning.(4) Som led heri ser et flertal af kommunerne et stort behov for data til at understøtte den fremtidige kvalitetsudvikling på forebyggelsesområdet.(4) Der er behov for kvalitetsdata, som giver oplevet værdi hos de kommunale fagprofessionelle og mest mulig kvalitet for borgerne, jævnfør bilag 1.

Der er ligeledes en stigende forventning til og ønske om, at kommunerne kan understøtte kvalitet og sammenhæng i borgernes samlede forløb i sundhedsvæsenet gennem systematisk indsamling af sundhedsdata.(4, 5) Det gælder for eksempel når kommunerne overtager opgaver fra sygehusene, som det blandt andet er set på hjerterehabiliteringsområdet.(6)

Igennem Sundhedsdataprogrammets pulje til åbenhed og synlighed har KL iværksat et projekt i regi af Sundhedsdataprogrammet "Synlige Kommunale Sundheds- og Ældredata", som skal afdække, hvordan valide data på sundheds- og ældreområdet gøres tilgængelige på tværs af kommunerne. Projektet har tidligere fået afdækket, hvordan data vedrørende kommunal rehabilitering kan gøres tilgængelige mellem kommunerne og de kliniske kvalitetsdatabaser inden for sygdomsgrupperne hjertesygdom, KOL og diabetes. Resultaterne blev offentliggjort i rapporten "Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering".(7)

Ovennævnte rapport anbefaler, at det første skridt i det videre arbejde med kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering er at sikre konsensus om, hvilke kommunale forløb og populationer, der skal indgå i kvalitetsmonitoreringen, samt hvordan populationerne kan defineres og identificeres. (7) Endvidere peger rapporten på, at der er behov for konsensus om, hvilke kvalitetsindikatorer og øvrige data, der skal indsamles for at belyse kvaliteten af den kommunale rehabilitering, herunder hvorvidt generiske indikatorer for kommunal rehabilitering på tværs af sygdomsområder giver faglig mening.(7)

### 3.2 Projektets forløb

Med afsæt i ovennævnte anbefalinger har National bestyrelse for data på sundheds- og ældreområdet godkendt, at der iværksættes et forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Projektet har udgangspunkt i to formål:

1. At kortlægge muligheder og begrænsninger i forhold til at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i de krav, som stilles i bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsbaser;(8)
2. At udarbejde et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i ovenstående kortlægning.

Projektet er opdelt i flere faser (bilag 2). Projektets formål 1 samt dele af formål 2 blev afdækket i projektets første fase. Herefter traf Styregruppen for Synlige Kommunale Sundheds- og Ældredata beslutning om den videre retning for projektet.

Således fortsætter projektets formål 1 i et spor, der vedrører beskrivelse af organisering og lovgrundlag for dataindsamling til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i KL's kommende gateway samt tydeliggørelse af vejen derhen. Sporet bygger videre på den afdækkede mulighed for anvendelse af den kommunale gateway og dermed den videre proces omkring denne (bilag 3). Gennemførelse af dette spor varetages af KL.

Formål 2 vedrørende udarbejdelse af et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering fortsætter på baggrund af den faglige følgegruppes arbejde i projektets første fase med fokus på kvalitetsmonitoreringens formål, population og potentielle indikatorområder. Gennemførelse af dette spor varetages af DEFACTUM.

Det samlede projekt vedrørende et forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering er nærmere beskrevet i henholdsvis bilag 2 og bilag 4.

### 3.3 Formål

Nærværende rapport vedrører projektets formål 2 omhandlende den faglige følgegruppes arbejde og har dermed til formål:

- at beskrive 'et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering med fokus på kvalitetsmonitoreringens formål, population og potentielle indikatorområder'.

For at illustrere konteksten for den faglige følgegruppes arbejde, indgår en beskrivelse af forudsætninger for etablering af kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering i regi af den kommunale gateway (afsnit 7 og bilag 5).

Supplerende til nærværende rapport udarbejdes ligeledes en rapport, der beskriver de anvendte metoder samt giver inspiration til gennemførelse af lignende projekter inden for andre områder af den kommunale sundhedsfaglige praksis. (1)

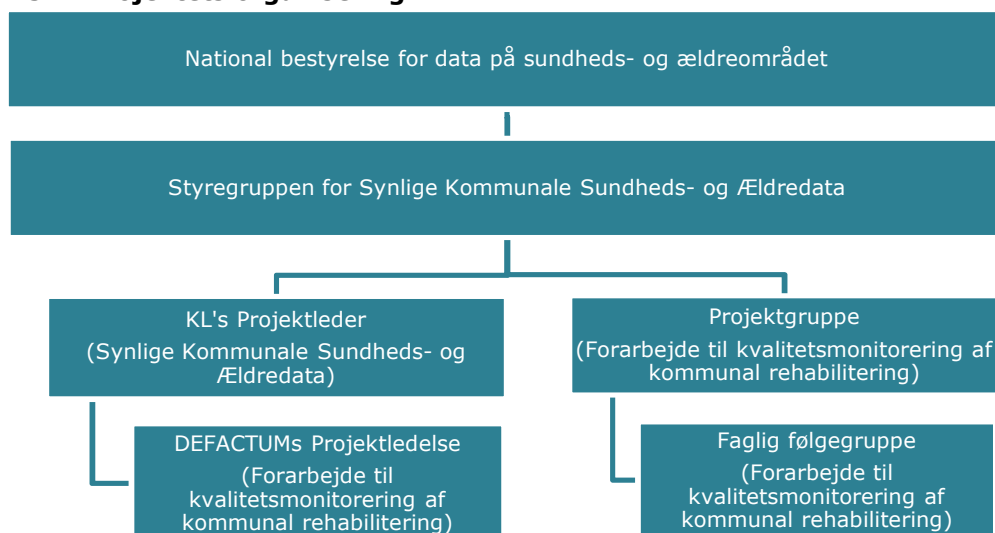
## 4 Metode

Afsnit 4 indeholder en overordnet beskrivelse af metoder anvendt til besvarelse af formålet for denne rapport. Flere detaljer om metoderne forefindes i den supplerende metoderapport.(1)

### 4.1 Projektets organisering

Figur 5.1 illustrerer organiseringen af projektet 'Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering'. Styregruppen for Synlige Kommunale Sundheds- og Ældredata har den endelige beslutningskompetence i projektet på vegne af den Nationale bestyrelse for data på sundheds- og ældreområdet, som er projektejerne. Den faglige følgegruppe anbefaler specifikke faglige aspekter af kvalitetsmonitoreringen til Projektgruppen, som er besluttende og indstiller projektets endelige leverancer til Styregruppen for Synlige Kommunale Sundheds- og Ældredata jævnfør bilag 2.

**Figur 5.1. Projektets organisering**



### 4.2 Den faglige følgegruppe

Projektet har nedsat en faglig følgegruppe, der skal fungere som et fagligt ekspertpanel (bilag 14). Den faglige følgegruppe skal dels sikre det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen, og dels sikre at kvalitetsmonitoreringen har relevans for den kommunale praksis. Endelig skal den faglige følgegruppe sikre opbakning fra relevante interessenter og faglige miljøer.

De faglige anbefalinger er dermed dannet af den faglige følgegruppe (bilag 6).

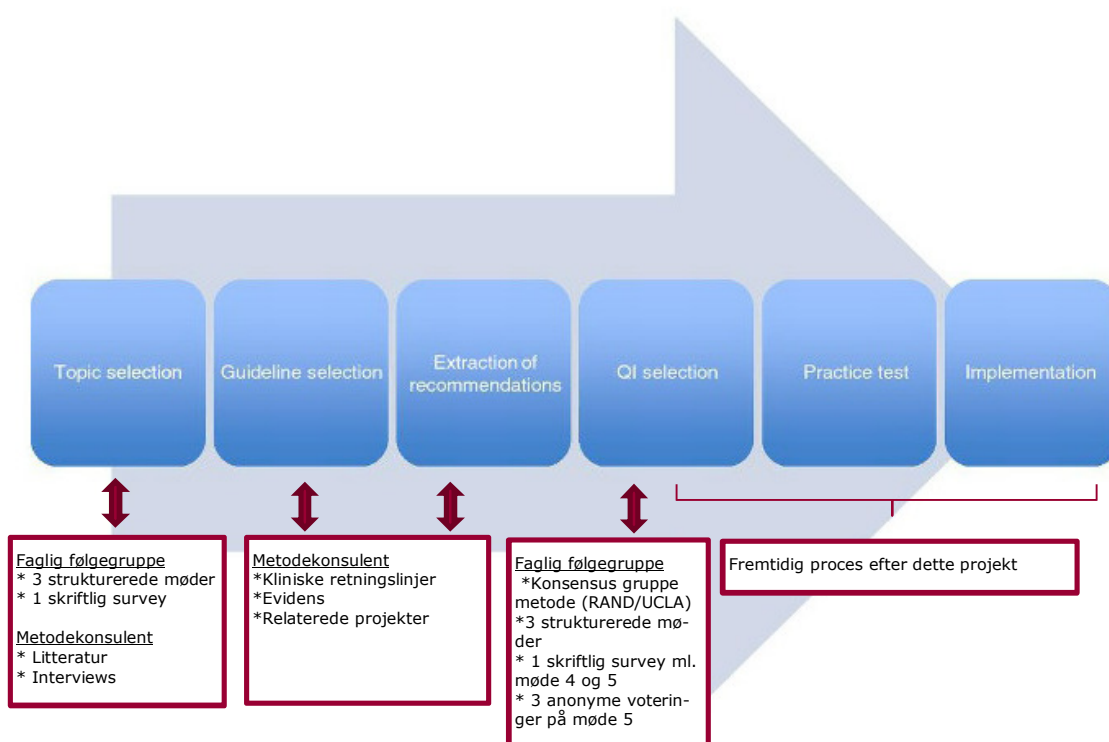
Anbefalingerne er udarbejdet på baggrund af seks strukturerede møder og to mellemliggende skriftlige surveys i den faglige følgegruppe. Der er anvendt en konsensus gruppe metode (RAND/UCLA) til vurdering af konsensus vedrørende rækkefølge for udvikling af indikatorer og fagligt indhold samt mulig anvendelse af eksisterende kommunale indikatorer.(9)

De faglige følgegruppemøder er endvidere understøttet af viden fra grå litteratur, forskningslitteratur, et semistruktureret interview og uformelle telefoninterviews. Ligeledes er viden fra kortlægning af projektets øvrige formål inddraget. Arbejdet blev ledet af fagpersoner i DEFACTUM med indgående metodisk viden om kvalitetsmonitorering (herefter benævnt metodekonsulenter).

### 4.3 Procesmodel

Arbejdet med at definere de faglige anbefalinger til kvalitetsmonitoreringen er forankret i en forskningsbaseret procesmodel for udvikling af kvalitetsindikatorer baseret på kliniske retningslinjer. De forskellige steps i procesmodellen er illustreret i Kötter`s figur 5.2, hvor procesmodellen er suppleret med dette projekts anvendte metoder i de røde bokse. (10)

**Figur 5.2. Model til udvikling af kvalitetsindikatorer modificeret efter Kötter.(10)**



Arbejdet med de faglige anbefalinger til kvalitetsmonitoreringen er uddybet i de følgende afsnit i henhold til overskrifterne i Kötter`s procesmodel. (10)

#### Identificer fokusområde (topic selection)

KL´s præmispapir (bilag 1) definerer kvalitetsmonitoreringens fokusområde til at omfatte kommunal rehabilitering under §119 til borgere med kroniske sygdomme i henhold til de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.(2) Endvidere blev kvalitetsmonitoreringens fokusområde identificeret ved, at den faglige følgegruppe definerede anbefalinger til:

- Formål med kvalitetsmonitoreringen
- Forventede resultater
- Forløbsafgræsning
- Afgræsning af populationen

De nævnte faglige anbefalinger er udarbejdet i projektets fase 1 via tre strukturerede møder i den faglige følgegruppe og en mellemliggende skriftlig survey blandt følgegruppens medlemmer.

### **Identificer kliniske retningslinjer (guideline selection)**

Metodekonsulenter fra DEFACTUM har identificeret kliniske retningslinjer via en gennemgang af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, der kan sidestilles med kliniske retningslinjer, samt nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering blandt patienter med type 2 diabetes, hjertesygdom og KOL.(2, 11) Endvidere er der inddraget anbefalinger vedrørende multisygdom relateret til rehabilitering af kronisk sygdom. Disse anbefalinger er inddraget på baggrund af referencer anbefalet af eksperter med indgående viden om multisygdom. De samlede anbefalinger kan ses i bilag 7.

### **Udvælgelse af anbefalinger fra kliniske retningslinjer (extraction of recommendations)**

Alle kliniske retningslinjer og anbefalinger fra det specifikke fokusområde er inkluderet, og der skete dermed ikke en udvælgelse. Den faglige følgegruppe supplerede desuden med øvrige anbefalinger på baggrund af medlemmernes egen faglige viden samt tilbagemeldinger fra deres bagland for på den måde at sikre, at alle relevante anbefalinger og områder var inkluderet.

### **Udvælgelse af indikatorområder (QI selection)**

I dette projekts fase 3 er der anvendt en konsensus gruppe metode (RAND/UCLA) til at vurdere konsensus i den faglige følgegruppe vedrørende:

- Tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer
- Fagligt indhold i kvalitetsindikatorer
- Mulig anvendelse af eksisterende kommunale indikatorer

Mellem møde 4 og 5 blev der udsendt en survey til den faglige følgegruppe til prioritering af indikatorområder med afsæt i de faglige anbefalinger identificeret under 'guideline selection'. Den faglige følgegruppe havde forinden fået tilsendt de identificerede faglige anbefalinger og haft mulighed for at supplere med yderligere anbefalinger. På møde 5 blev resultatet af prioriteringen præsenteret for den faglige følgegruppe, herunder et forslag til en faseplan for udvikling af indikatorområder og indikatorer, der baserede sig på den faglige følgegruppens besvarelser. Efterfølgende blev der på det 5. møde gennemført tre seancer med rundt-om-bordet kommentarer og plenum drøftelse i den faglige følgegruppe. Som afslutning på hver seance blev der foretaget en anonym skriftlig survey af, om hvert enkelt medlem kunne anbefale 1) faseplanen som tidsmæssig rækkefølge for det fremtidige arbejde med udvikling af kvalitetsindikatorer, 2) det faglige indhold af faseplanens step 1 og 2 som udgangspunkt for udvikling af fremtidige kvalitetsindikatorer og 3) anvendelse af udvalgte eksisterende kommunale indikatorer.

### **Fremtidig proces**

Dette projekt har arbejdet med udvælgelse af indikatorområder (QI selection), som kan danne baggrund for udvikling af specifikke kvalitetsindikatorer for kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Det betyder, at der vil foreligge et fremtidigt arbejde i forlængelse af dette projekt med udvikling, pilottest og implementering af kvalitetsindikatorer. Nærmere beskrivelse af potentielle metodevalg for den fremtidige proces fremgår af den supplerende metoderapport. (1)

## 5 Uddybning af den faglige følgegruppes anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom skal dokumenteres og monitoreres systematisk på tværs af kommunerne med henblik på løbende kvalitetsforbedringer.<sup>(2)</sup> I overensstemmelse hermed viser en kortlægning fra 2019 af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering, inden for hjertesygdom, KOL og diabetes, et behov for at opnå faglig konsensus om, hvilket fokus en kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering skal have. Kortlægningen blev igangsat af KL i regi af Sundhedsdataprogrammet og omhandler eksempelvis hvilke borgerforløb og kvalitetsmål, som kommunerne skal monitorere systematisk ved hjælp af klassificerede data, som afsæt for at fastholde og udvikle kvaliteten i de kommunale rehabiliteringsforløb.<sup>(7)</sup>

Der er derfor nedsat en faglige følgegruppe med henblik på at opnå faglig konsensus om kvalitetsmonitoreringens fokus. Samtidig skal den faglige følgegruppe bidrage til at imødekomme projektets og KL's succeskriterier (bilag 2).

Formålet med afsnit 5 er at præsentere og uddybe den faglige følgegruppes anbefalinger samt resultater omkring konsensus, som anbefalingerne beror på. Der inddrages både bemærkninger fra mundtlige drøftelser på møder med den faglige følgegruppe samt fra skriftlige tilbagemeldinger afgivet af den faglige følgegruppe undervejs i processen.

Hvis der ønskes et hurtigt overblik over den faglige følgegruppes anbefalinger, kan dette findes i afsnit 1.1. I afsnit 6 beskrives øvrige væsentlige perspektiver, som er afledt af den faglige følgegruppes drøftelser samt perspektiver på baggrund af indhentet viden til at understøtte den faglige følgegruppe herunder viden fra kortlægning af muligheder og begrænsninger for kvalitetsmonitorering. Afsnit 4 beskriver de anvendte metoder i den faglige følgegruppes arbejde.

### 5.1 Kvalitetsmonitoreringens formål

#### Den faglige følgegruppes anbefaling til kvalitetsmonitoreringens formål

##### Kvalitetsmonitoreringens formål

*Kvalitetsmonitoreringen skal skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling af de kommunale forebyggelsestilbud (patientrettet forebyggelse) som forebyggelsestilbuddene er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".<sup>(2)</sup>*

*Kvalitetsmonitoreringen skal endvidere medvirke til at synliggøre kvaliteten af kommunal rehabilitering, understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner og skabe grundlag for ledelsesinformation og forskning.*

*Kvalitetsmonitoreringen skal understøtte sammenhængende patientforløb for borgere med kronisk sygdom, herunder blandt andet borgere med hjerte-kar-sygdom, KOL og/eller diabetes og kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse.*

Den faglige følgegruppe har anbefalet ovenstående formål. Formålet blev formuleret på baggrund af den faglige følgegruppes skriftlige udvælgelse fra en liste af relevante udsagn, der alle kunne bidrage til kvalitetsmonitoreringens formål. Alle udsagn kan ses i tabel 6.1. Listen



af relevante udsagn er udarbejdet på baggrund af udvalgt litteratur.(2, 6, 8, 12-20) Den faglige følgegruppe har desuden haft mulighed for at tilføje supplerende udsagn. Disse supplerende udsagn kan ses i tabel 6.2.

Tabel 6.1 viser den faglige følgegruppes samlede prioritering af de mulige udsagn. På baggrund heraf var der i den faglige følgegruppe opbakning til at inddrage de udsagn omkring kvalitetsmonitoreringens formål, som mere end 50% af medlemmerne i den faglige følgegruppe har angivet som værende væsentlige at inddrage. Med mindre sproglige justeringer er den endelige formulering af kvalitetsmonitoreringens formål udformet som angivet ovenfor og dermed valgt som den faglige følgegruppes anbefaling.

**Tabel 6.1 Den faglige følgegruppes resultater vedrørende kvalitetsmonitoreringens formål på baggrund af en individuel vurdering af hvorvidt et udsagn bør medtages i regi af dette projekt**

Kvalitetsrelaterede formål	Ja, n (%)
Monitorere, evaluere og forbedre kvaliteten af kommunal rehabilitering	8 (88,9)
Synliggøre kvaliteten af kommunal rehabilitering	6 (66,7)
Understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner	6 (66,7)
Understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af regioner, kommuner, sektorer og faggrupper	5 (55,6)
Understøtte efterlevelse af kliniske retningslinjer for rehabilitering	4 (44,4)
Understøtte kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse, der kan henvisne borgere til tilbud	9 (100,0)
Understøtte sammenhængende patientforløb	8 (88,9)
Se på indsatser som kan rumme multisygdom og rehabiliterer for flere lidelser i samme forløb	4 (44,4)
Skabe et grundlag for planlægning	3 (33,3)
Skabe et grundlag for opfølgning	3 (33,3)
Skabe et grundlag for løbende kvalitetsudvikling	8 (88,9)
Skabe et grundlag for benchmarking	4 (44,4)
Skabe et grundlag for forskning	6 (66,7)
Skabe ledelsesinformation	6 (66,7)
Sikre høj effektivitet	1 (11,1)

**Tabel 6.2 Den faglige følgegruppes supplerende udsagn til kvalitetsmonitoreringens formål**

Supplerende formål
Skabe overblik over variation af indsatser og disses 'effekt'
Skabe forudsætninger for viden om livsstilsfaktorer og indsatser i den kommunale butik (kommentar: KRAM)
Tilvejebringe handlingsanvisende viden til sikring af højst mulige kvalitet og ikke mindst værdi for borgeren
Inddragelse af borgeren
Udvikling af rehabiliteringsindsatserne
Præsentationsform af data/resultater udvikles så den passer til borgeren, de sundhedsprofessionelle og ledere/administratorer, politikere
Skabe opmærksomhed på politisk niveau

## 5.2 Forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen

### Den faglige følgegruppes anbefaling til forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen

Forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen
<p>På baggrund af kvalitetsmonitoreringen af de kommunale forebyggelsestilbud (patientrettet forebyggelse) forventes det, at der skabes øget synlighed om kvaliteten samt en høj og ensartet kvalitet på tværs af kommuner og sektorer for borgere med kronisk sygdom, herunder blandt andet borgere med hjerte-kar-sygdom, KOL og/eller diabetes.</p> <p>Endvidere forventes det, at flere borgere vil blive henvist fra almen praksis eller sygehus, således at borgere, der vurderes at have gavn af et forebyggelsestilbud, understøttes i at håndtere hverdagen med kronisk sygdom.</p> <p>Kvalitetsmonitoreringen skal bidrage til at opnå bedre sammenhængende patientforløb.</p>

Den faglige følgegruppe anbefaler ovenstående forventede resultater af den kommunale kvalitetsmonitorering. Anbefalingen er også her udvalgt med udgangspunkt i en oversigt over udsagn, der alle beskriver mulige forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen. Oversigten fremgår af Tabel 6.3. Den er udarbejdet med udgangspunkt i samme litteratur, som anvendt i arbejdet med kvalitetsmonitoreringens formål. Den faglige følgegruppe har suppleret med relevante udsagn, som angivet i tabel 6.4.

Tabel 6.3 viser det samlede resultat af den faglige følgegruppes prioritering for forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen. Den endelige anbefaling er udarbejdet på baggrund af de udsagn, som mere end 75% af den faglige følgegruppes medlemmer har angivet som værende mest relevante. I en efterfølgende drøftelse i den faglige følgegruppe er der fremkommet ønsker til mindre justeringer, hvorefter den endelige formulering fremstår, som præsenteret i tekstboksen ovenover.

**Tabel 6.3 Den faglige følgegruppes resultater vedrørende forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen på baggrund af en individuel vurdering af hvorvidt et udsagn bør medtages i regi af dette projekt**

Forventede resultater	Ja (%)
Forbedret kvalitet af kommunal rehabilitering	5 (55,6)
Mere synlighed omkring kvaliteten af kommunal rehabilitering	9 (100,0)
Mere ensartet kvalitet på tværs af kommuner	7 (77,8)
Mere ensartet kvalitet på tværs af regioner, kommuner, sektorer og faggrupper	6 (66,7)
Større efterlevelse af kliniske retningslinjer for rehabilitering i kommunerne	4 (44,4)
At flere borgere bliver henvist fra almen praksis eller sygehuse til de kommunale §119 tilbud	7 (77,8)
Bedre sammenhængende patientforløb	7 (77,8)
Bedre rehabiliteringsforløb for multisyge	5 (55,6)
Bedre planlægning i sundhedsvæsenet	4 (44,4)
Mere forskning i kommunal rehabilitering	4 (44,4)
Bedre effekt af de kommunale rehabiliteringsforløb på borgerens funktionsevne, herunder borgerens evne til at fungere i samspil med det omgivende samfund	2 (22,2)
Bedre effekt af de kommunale rehabiliteringsforløb på borgerens risiko for tilbagefald af sygdommen eller udvikling og forværring af relaterede tilstande.	5 (55,6)

**Tabel 6.4 Den faglige følgegruppens supplerende udsagn til forventede resultater af kvalitetsmonitoreringen**

<b>Supplerende forventede resultater</b>
Handlingsanvisende viden, der sikrer høj kvalitet og ikke mindst værdi for borgeren
Konsensus om hvordan vi monitorerer outcome
Udvikling af rehabiliterings indsatsen med øgning i raten af henviste borgere og reduktion i frafald og den samlede behandler indsats i sektorerne
Synlig høj kvalitet i indsatserne
Større forståelse for betydningen af rammerne for den rehabiliterende indsats versus genoptræning
Mere ensartet kvalitet internt i kommunen i det enkelte tilbud

## 5.3 Forløbsafgrænsning

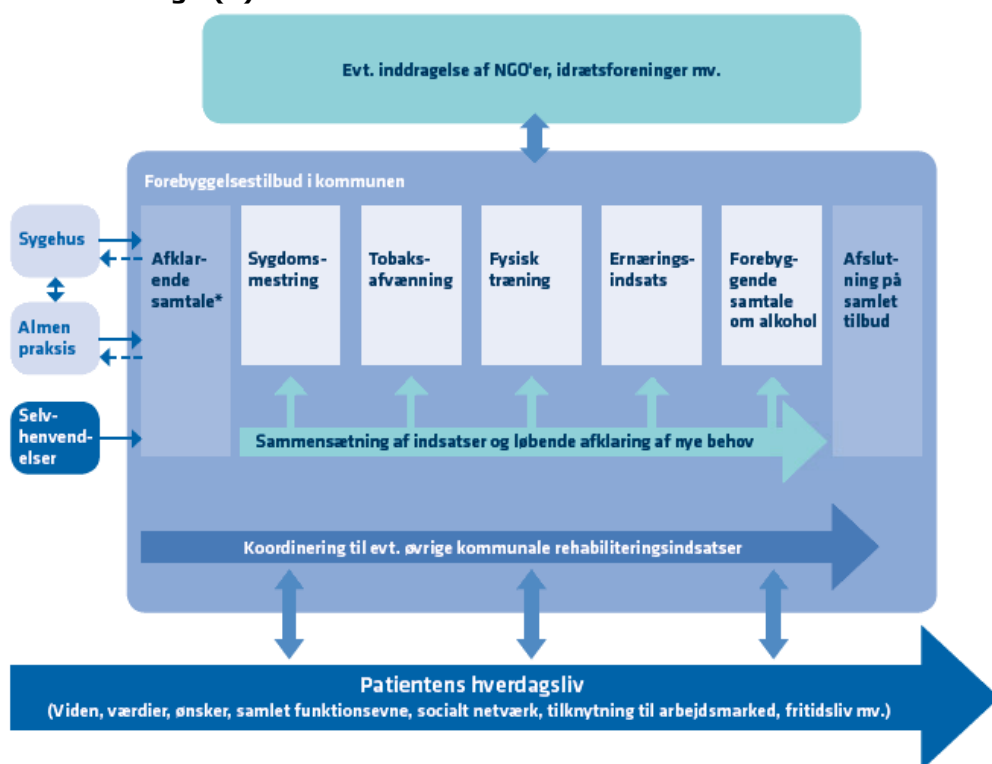
### Den faglige følgegruppens anbefaling til forløbsafgrænsning

#### Forløbsafgrænsning

*Forløbene til kvalitetsmonitorering af de kommunale forebyggelsestilbud afgrænses til:*

- *Alle borgere, som deltager i de patientrettede forebyggelsesforløb i kommunerne beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", jævnfør figur 2.(2)*
- *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anvendes i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte. Forebyggelse skal her forstås som en delmængde af rehabilitering.*
- *Forløb fra borgeren deltager i afklarende samtale til og med borgerens deltagelse i afsluttende samtale i kommunen.*

**Figur 6.1 Sundhedsstyrelsens illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge.(2)**



Som en del af populationsafgrænsningen har den faglige følgegruppe anbefalet en forløbsafgrænsning i forhold til den kommunale kvalitetsmonitorering. Forløbsafgrænsningen indeholder en beskrivelse af, hvordan borgerforløb udvælges og afgrænses (21) og tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".(2)

## 5.4 Faglig definition af population

### Den faglige følgegruppes anbefaling til faglig definition af populationen

Faglig definition af population
<p>Populationen er voksne borgere (≥ 18 år), som deltager i en afklarende samtale til kommunale patientrettede forebyggelsestilbud beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".(2)</p>
<p>Populationen er afgrænset til borgere i de patientrettede forebyggelsestilbud.</p>
<p>På baggrund af henvisning fra hospital, almen praktiserende læge, kommune eller selvhenvendelse deltager borgeren i en afklarende samtale i kommunen med henblik på sundhedsfaglig afklaring af behov for en eller flere af indsatserne beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud*.</p>
<p>En afslutning på et forebyggelsestilbud defineres som afsluttende samtale.</p>
<p>*Borgere kan visiteres direkte til alkoholrelaterede tilbud uden om afklarende samtale og indgår derfor ikke i populationen, medmindre der i forløbet viser sig behov for en evt. afklarende samtale, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud.(2)</p>

På samme vis, som for forløbsafgrænsning, har den faglige følgegruppe udarbejdet en anbefaling til en faglig definition af populationen, der kan indgå i den kommunale kvalitetsmonitorering. Det bemærkes, at der på samme vis som for alkoholrelaterede tilbud, kan være borgere, der visiteres direkte til tobaksafvænnning uden en afklarende samtale jf. bilag 10. Den

faglige definition af populationen kan anvendes som "en faglig klinisk afgrænsning af den (de) population(er), der ønskes belyst". (21) Den faglige definition af populationen kan således danne grundlag for en nærmere specificering af in- og eksklusionskriterier for en kommende kvalitetsmonitorering (afsnit 5.5).

## 5.5 Teknisk specifikation af population

### Den faglige følgegruppes anbefaling til teknisk specifikation af population

#### Teknisk specifikation af population

*Borgere inkluderes i kvalitetsmonitoreringen ud fra følgende kriterier og forudsætninger:  
Voksne borgere (≥ 18 år).*

*Deltager i en afklarende samtale med en kommunal sundhedsprofessionel til et forebyggelsestilbud beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.(2) Deltagelse kan foregå ved personligt fremmøde, telefon eller videomøde.*

*Alle borgere, som deltager i en afklarende samtale skal indgå i kvalitetsmonitoreringen, uanset om borgeren efterfølgende deltager i nogle af indsatserne og/eller den afsluttende samtale beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud.(2)*

*Den afklarende samtale skal gennemføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale.(3)*

*Alle borgere i patientrettede forebyggelsesforløb kan indgå i populationen, uanset diagnostidspunkt og tidligere deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud.*

*Monitoreringsperioden for den afsluttende samtale er et år efter den afklarende samtale.*

*Den afsluttende samtale skal gennemføres i overensstemmelse med det Fælleskommunale indsatskatalog for Sundhedsfremme og forebyggelse.(31) Det vil sige, at den afsluttende samtale er en samtale, der afslutter en eller flere indsatser, som i kvalitetsmonitoreringen også kan være en afklarende samtale. Formålet med en afsluttende samtale er at afslutte borgerens forløb, at fremme og fastholde motivation for forandring og afdække behov for opfølgning efter endt forløb.(31)*

*Såfremt den afsluttende samtale ikke er blevet gennemført inden for et år efter den afklarende samtale, skal årsagerne til dette registreres.*

I forlængelse af den faglige følgegruppes anbefaling af en faglig definition af populationen for kommunal kvalitetsmonitorering, har følgegruppen udarbejdet en anbefaling til en teknisk specifikation af populationen. Dette indgår som en af flere dele til en populationsbeskrivelse. Den tekniske specifikation indeholder de praktisk anvendelige inklusionskriterier for populationen og supplerer den faglige definition af populationen. (21)

## 5.6 Rækkefølge for udvikling af indikatorer og fagligt indhold

Med afsæt i kvalitetsmonitoreringens formål og den faglige definition af populationen er den faglige følgegruppes opgave endvidere at anbefale potentielle indikatorområder og om muligt kvalitetsindikatorer. Disse skal i lighed med den faglige følgegruppes øvrige anbefalinger indgå, som en del af det operationelle beslutningsgrundlag for det videre arbejde med etablering af systematisk dataindsamling for kommunal rehabilitering.

### Tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer

Den faglige følgegruppe anbefaler faseplanen beskrevet på side 23 som tidsmæssig ramme for udvikling af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering.

Faseplanen er udviklet på baggrund af den faglige følgegruppes prioritering af indikatorområder, som vist i bilag 8, samt på baggrund af den faglige følgegruppes enighed om, at udviklingen af indikatorområder og kvalitetsindikatorer bør foregå stepvis jf. bilag 10. Indikatorområderne i bilag 8 er udarbejdet på baggrund af udvalgt litteratur, som refererer til Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" med

tilhørende kliniske retningslinjer og anbefalinger. (2, 12-14, 22-24). Ved præsentation af faseplanen på møde 5 i den faglige følgegruppe er det præciseret, at step 3 og 4 også indeholder elementer fra den afklarende samtale og fra afslutning på forløb. Som beskrevet i afsnit 4, har hvert enkelt medlem af den faglige følgegruppe vurderet, hvorvidt de kunne anbefale faseplanen, som tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer.

Resultatet af den samlede vurdering fra den faglige følgegruppe er angivet ved en medianværdi på 10 jævnfør tabel 1 i bilag 9. Dette resultat indikerer, at der i den faglige følgegruppe var konsensus omkring anvendelse af faseplanen.(9) Ni medlemmer ud af 11 mulige har afgivet en vurdering.

### **Beskrivelse af steps i faseplanen**

Step 1: Der er fokus på de overordnede indikatorområder 'Afklarende samtale' og 'Afslutning på forløb i kommunen'. Indikatorområderne er placeret i step 1 på baggrund af den faglige følgegruppes prioritering (bilag 8). Indikatorområdet 'Afklarende samtale' indeholder en afdækning af, om borgeren har fået tilbud om deltagelse i henholdsvis sygdomsmestring, tobaksafvænnning, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol. Indikatorområdet 'Afslutning på forløb i kommunen' indeholder en afdækning af om borgeren har deltaget i afsluttende samtale, eventuelle årsager til manglende deltagelse i afsluttende samtale samt tilbud om opfølgning. Den faglige følgegruppe har taget særskilt stilling til indholdet i dette step jf. efterfølgende afsnit 'Fagligt indhold for step 1 og 2'. Step 1 har fokus på procesindikatorer.

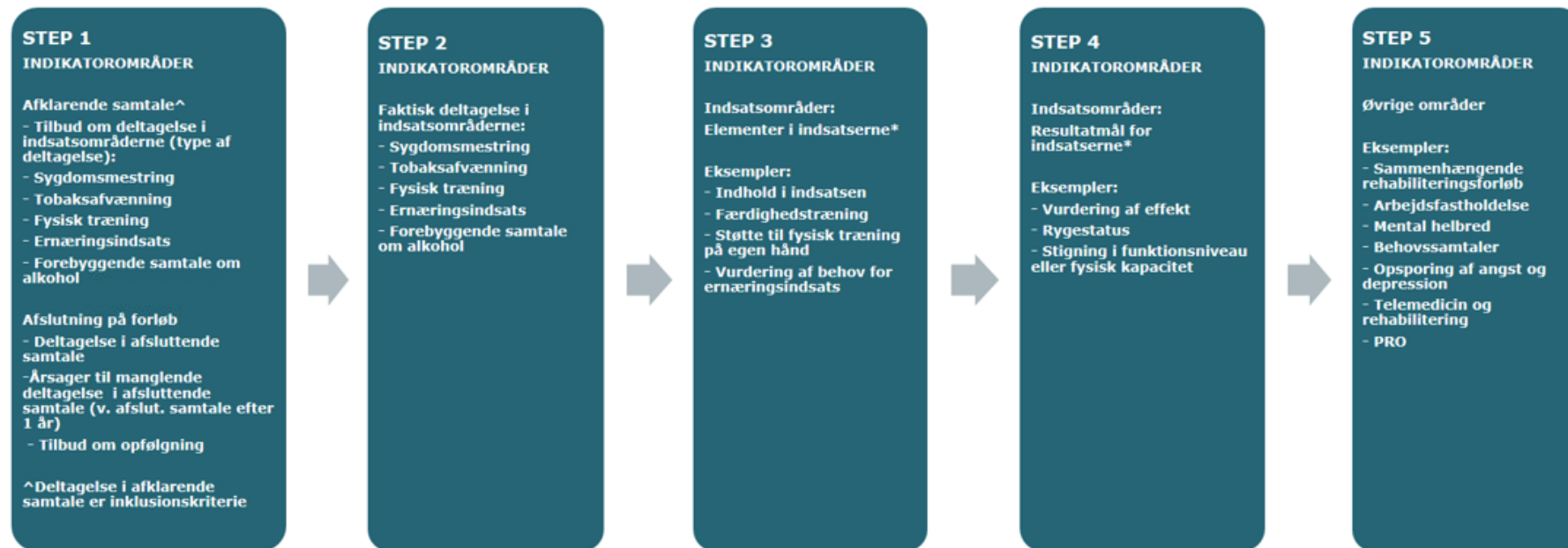
Step 2: Der er fokus på de overordnede indikatorområder 'Sygdomsmestring', 'Tobaksafvænnning', 'Fysisk træning', 'Ernæringsindsats' og 'Forebyggende samtale om alkohol'. Inden for hvert indikatorområde afdækkes borgerens faktiske deltagelse. Den faglige følgegruppe har taget særskilt stilling til indholdet i dette step jf. efterfølgende afsnit 'Fagligt indhold for step 1 og 2'. I step 2 er der ligeledes fokus på procesindikatorer.

Step 3: Der er fokus på de overordnede indikatorområder 'Sygdomsmestring', 'Tobaksafvænnning', 'Fysisk træning', 'Ernæringsindsats' og 'Forebyggende samtale om alkohol'. Elementerne i de kommunale indsatser kan eksempelvis være en afdækning af indhold i de forskellige indsatser, eller det kan være 'færdighedstræning', 'støtte til fysisk træning på egen hånd' eller 'vurdering af behov for ernæringsindsats'. Step 3 tager udgangspunkt i den faglige følgegruppes prioritering af indikatorområder (bilag 8) og der vil være behov for en nærmere præcisering af dette step i en eventuelt fremtidig proces vedrørende udvikling af kvalitetsmonitorering.

Step 4: Der er fokus på resultatmål for hvert af de overordnede indikatorområder 'Sygdomsmestring', 'Tobaksafvænnning', 'Fysisk træning', 'Ernæringsindsats' og 'Forebyggende samtale om alkohol'. Placering af resultatmål i step 4 er med udgangspunkt i drøftelser på møde 4 i den faglige følgegruppe, hvor det fremgik, at resultatindikatorer kunne udvikles senere i processen vedrørende etablering af kvalitetsmonitorering (bilag 10).

Step 5: Der er fokus på 'Øvrige områder' med udgangspunkt i den faglige følgegruppes prioritering og vurdering (bilag 8). Der vil være behov for en nærmere præcisering af dette step i en eventuelt fremtid proces omkring udvikling af kvalitetsmonitorering.

**Den faglige følgegruppes anbefaling til tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer<sup>1</sup> og fagligt indhold for step 1 og 2**



Prognostiske faktorer

\*Indsatserne: Sygdomsmestring, Tobaksafvænnning, Fysisk træning, Ernæringsindsats, Forebyggende samtale om alkohol

<sup>1</sup> Ved præsentation af ovenstående anbefaling på møde 5 i den faglige følgegruppe blev det præciseret, at step 3 og 4 også indeholder elementerne fra den afklarende samtale og fra afslutning på forløb.

## Fagligt indhold for step 1 og 2

Den faglige følgegruppe har særskilt vurderet, hvorvidt indikatorområderne beskrevet i step 1 og 2 i faseplanen kan anvendes som ramme for at definere specifikke kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering.

Den faglige følgegruppes samlede vurdering af step 1 og 2 i faseplanen er angivet med en median-værdi på 9 jævnfør tabel 2 i bilag 9. Dette resultat indikerer, at der i den faglige følgegruppe var konsensus omkring en anbefaling om anvendelse af indikatorområderne i step 1 og 2 i faseplanen som ramme for udvikling af specifikke kvalitetsindikatorer.(9) Også her har ni medlemmer ud af 11 mulige givet en vurdering.

### 5.6.1 Bemærkninger fra den faglige følgegruppe

Den faglige følgegruppe har på baggrund af drøftelser af faseplanen samt skriftlige tilbagemeldinger følgende bemærkninger, der supplerer anbefalingen vedrørende faseplanen som tidsmæssig ramme:

- **Iterativ proces:** Det videre arbejde med faseplanen skal ses som en iterativ proces med mulighed for at justere i planen, hvis det viser sig hensigtsmæssigt.
- **Datatilgængelighed og implementering af FSIII:** Det er vigtigt, at faseplanen tager hensyn til muligheden for at indhente data, og at den følger FSIII og den løbende udvikling heraf.
- **Stigende kompleksitet og relaterede projekter:** Der er frem mod step 3 og step 4 en stigende kompleksitet. Processen omkring step 3 og 4 vil formodentlig tage lang tid. Samtidig er det i processen relevant at skele til andre projekter på området og sideløbende initiativer.

Ligeledes på baggrund af drøftelser og skriftlige kommentarer har den faglige følgegruppe følgende bemærkninger gældende for step 1 og step 2 i faseplanen:

- **Placering tidlig i faseplan:** I det videre arbejde med faseplanens step 1 og 2 ønskes det at få taget stilling til eventuel inddragelse af nedenstående indikatorområder:
  - Borgers mål
  - Behovssamtaler
  - Mentale aspekterDisse indikatorområder er for nuværende placeret i henholdsvis step 3 for borgers mål (benævnt 'målsætning for indsatser') og step 5 for behovssamtaler. Der er mentale aspekter både i step 3, 4 og 5.
- **Skellen mellem 'tilbud om' og 'deltagelse i':** Det ønskes at kunne skelne mellem 'tilbud om' og 'deltagelse i' den afklarende samtale. Den faglige følgegruppe blev gjort opmærksomme på at deltagelse i afklarende samtale er et inklusionskriterie og dermed ikke kan være en indikator. Det kan dog fortsat være relevant at afdække forholdet mellem 'tilbud om afklarende samtale fra kommunen' og 'deltagelse i afklarende samtale'.
- **Dokumentationsvejledninger:** Det er vigtigt at have fokus på en definering af indikatorområderne i et eventuelt fremtidigt arbejde med udvikling af step 1 og 2. Dette kan gøres ved udarbejdelse af grundige dokumentationsvejledninger, som vil kunne specificere, hvordan der kan registreres på det, som borgeren får, og samtidig skabe viden, om det, der ikke er relevant for borgeren. Dokumentationsvejledninger vil ligeledes kunne medvirke til at definere 'Frafald'.



Der er enkelte indikatorområder, som den faglige følgegruppe har vurderet, men som ikke for nuværende er placeret i faseplanens steps. Disse fremgår af bilag 8.

### 5.6.2 Forventede resultater

Den faglige følgegruppe har i forlængelse af drøftelse af faseplanen givet input til forventede resultater for hvert enkelt step i faseplanen.

Den faglige følgegruppe forventer således, at faseplanen vil kunne:

- Give mulighed for et mere ensartet og systematisk overblik, som ikke findes på nuværende tidspunkt, både lokalt, tværkommunalt og nationalt.
- Synliggøre og skabe ny viden om den kommunale rehabilitering, herunder viden om hvilke borgere, der får rehabiliteringstilbud, om det er de rette borgere, der får tilbuddet, samt om den enkelte kommune lykkes med at give borgerne rehabiliteringstilbud. Dette gøres blandt andet ved, at der i faseplanen fokuseres på proces-kvalitet i step 1 og 2. Synliggørelse og ny viden kan bruges til at skabe opmærksomhed omkring opgaven med rehabilitering, herunder ressourceforbruget i forbindelse hermed
- Gøre det muligt for kommunerne at måle sig med hinanden og lære af hinanden for derved at forbedre kvaliteten i kommunerne.

For nærmere uddybning henvises til bilag 10.

### 5.6.3 Prognostiske faktorer

Den faglige følgegruppe har tydeliggjort vigtigheden af at kunne opgøre baggrundsvARIABLE og prognostiske faktorer i den kommunale rehabilitering for på den måde at kunne afdække forskelle i borgerprofiler både mellem kommuner, men også internt i den enkelte kommune. Hermed kan det afgøres, hvorvidt de resultater, der sammenlignes i kvalitetsmonitoreringen, er udtryk for reelle forskelle, eller om de blot afspejler forskelle i sammensætningen af borgere. Dette underbygges også af litteraturen (bilag 3). Den faglige følgegruppe anser identificering af prognostiske faktorer, som en integreret del af at udvikle kvalitetsindikatorer.

## 5.7 Mulig anvendelse af eksisterende kommunale indikatorer

Den faglige følgegruppe har på samme vis, som for faseplanen, vurderet, hvorvidt eksisterende kommunale KOL indikatorer (25) kan anvendes som generiske indikatorer i en kommunal kvalitetsmonitorering. Med udgangspunkt i en kortlægning af allerede eksisterende indikatorer for den kommunale praksis (bilag 11 og bilag 12), har den faglige følgegruppe specifikt forholdt sig til allerede udviklede kommunale KOL indikatorer. Disse KOL indikatorer blev udpeget til vurdering i den faglige følgegruppe, fordi de er overensstemmende med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, udviklet i samarbejde med kommunale medarbejdere, har afsæt i den kommunale praksis og er pilottestet i flere kommuner. (2, 25)

Den samlede vurdering fra den faglige følgegruppe viste en median-værdi på 6 jævnfør tabel 3 i bilag 9. Dette resultat indikerer, at der er uklarhed om, hvorvidt de allerede udviklede kommunale KOL indikatorer kan anbefales som generiske indikatorer i en kommunal kvalitetsmonitorering af den faglige følgegruppe. (10) Otte ud af 11 mulige har afgivet en vurdering.

### 5.7.1 Bemærkninger fra den faglige følgegruppe

Den faglige følgegruppe har på baggrund af drøftelser samt skriftlige tilbagemeldinger følgende bemærkninger til anvendelse af kommunale KOL-indikatorer, som generiske indikatorer i faseplanens step 1 og 2:

- **Definitioner:** I forbindelse med at der arbejdes frem mod indikatorer er det vigtigt at få fastlagt definitioner for eksempelvis en standard og en indikator.
- **For tidligt med %-satser:** I de kommunale KOL indikatorer er der angivet eksempelvis 'deltaget i mere end 50%...'. Det er for tidligt at arbejde med procentangivelser i indikatorbeskrivelsen.
- **Vurdering af generisk anvendelse:** Det er vigtigt at få foretaget en grundig vurdering af om og hvordan disse indikatorer kan anvendes generisk. Herunder også at få klarlagt evidensgrundlaget.
- **Åbne for mulig anvendelse:** Det vil være relevant at undersøge nærmere omkring anvendelse af de kommunale KOL indikatorer.

## 6 Perspektiver på den faglige følgegruppes anbefalinger

I dette afsnit beskrives perspektiver og opmærksomhedspunkter, der kan supplere den faglige følgegruppes anbefalinger. Der inddrages perspektiver fra den faglige følgegruppes drøftelser samt perspektiver fra viden anvendt til at understøtte den faglige følgegruppe herunder viden fra kortlægningen af muligheder og begrænsninger for kvalitetsmonitorering (bilag 3).

Perspektiver og opmærksomhedspunkter omhandler de områder, som er listet herunder og uddybes i de følgende afsnit.

- Kommunernes EOJ og FSIII Sundhedsfremme og Forebyggelse
- Datagrundlag til sammenligning af kvalitet mellem kommuner
- Påbegyndelse og afslutning af forløb
- Diagnoseafgrænsning
- Forskel i henvisningsgrundlag (§140 og §119)
- Værdi for borgere og kommuner
- Andre projekter og initiativer

### 6.1 Kommunernes EOJ og FSIII Sundhedsfremme og Forebyggelse

Den faglige følgegruppe har anført, at det er vigtigt, at datagrundlaget i en kommende kommunal kvalitetsmonitorering følger FSIII for §119 (Bilag 10). Ligeledes er det vigtigt så vidt muligt at genanvende data fra etablerede systemer for at undgå dobbeltregistreringer (bilag 3 og bilag 10) samt at minimere ekstraregistreringer (Bilag 10).

Det er for den faglige følgegruppe vigtigt, at den kommunale kvalitetsmonitorering monitorerer på et overordnet niveau. Medlemmer af den faglige følgegruppe pointerer, at det kan være relevant at monitorere svarende til FSIII niveau 2, der omfatter de fælles kommunale indsatser og afspejler SSTs anbefalinger til forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom.(26)

Der er aktuelt ikke indgået en økonomiaftale eller andre typer aftaler, som medfører, at alle kommuner skal implementere klassifikationer på §119 for FSIII sundhedsfremme og forebyggelse.(27)

Opmærksomhedspunkter

- Der kan være behov for supplerende variable til den aktuelle registreringspraksis i kommunerne samt behov for videreudvikling, såfremt de eksisterende klassifikationer i FSIII ikke kan understøtte nødvendige registreringer ift. konkrete indikatorer. Det kan eksempelvis være registrering af fremmøde, årsag til manglende

deltagelse i afsluttende samtale eller årsager til frafald på det kommunale rehabiliteringsforløb.

- Det specifikke databehov bør identificeres med udgangspunkt i den faglige følgegruppes anbefalinger, når kvalitetsindikatorerne er defineret.
- Der bør foretages en specifik vurdering på variabelniveau af muligheden for at understøtte kvalitetsmonitoreringen med data fra EOJ og FSIII sundhedsfremme og forebyggelse med udgangspunkt i den faglige følgegruppes anbefalinger, når kvalitetsindikatorerne er defineret.

## 6.2 Datagrundlag til sammenligning af kvalitet mellem kommuner

I følge den faglige følgegruppe er der variation i kommunernes registreringspraksis og tilrettelæggelse af forebyggelsesforløb samt forskelle i borgerprofiler (bilag 10). Denne variation kan udfordre sammenligning af kvalitet mellem kommunerne (bilag 10). Det er den faglige følgegruppes opfattelse, at det ikke nødvendigvis betyder, at alt skal ensrettes på tværs af kommunerne.

FSIII er opbygget efter forskellige niveauer. Niveau 2 afspejler de fælleskommunale indsats og niveau 3 de lokalt definerede underindsatser (28). Den faglige følgegruppe vurderer, at det overordnede niveau svarende til FSIII niveau 2 vil være sammenligneligt mellem kommuner.

Det er desuden den faglige følgegruppes vurdering, at de i step 1 og 2 foreslåede indikatorområder i den anbefalede faseplan (afsnit 5.6) vil give et godt afsæt til kvalitetsmonitorering, der på sigt kan give mulighed for sammenlignelig kvalitetsmonitorering.

Opmærksomhedspunkter

- Der kan med fordel monitoreres på det fælleskommunale niveau (niveau 2) i forbindelse med anvendelse af FSIII.
- Det vil være en integreret del af at udvikle kvalitetsindikatorer at identificere prognostiske faktorer, som kan være med til at afdække og eventuelt korrigere for forskelle i borgerprofiler mellem kommuner og internt i den enkelte kommune.
- Sammenligning af kvalitet mellem kommunerne kan understøttes af en høj og ensartet datakvalitet samt tidstro dataregistreringer. Værktøjer til sikring af dette kan eksempelvis være indberetningspligt, dokumentation af kvalitetsmonitoreringens indhold, udførlige dokumentationsvejledninger samt krav til at uddanne og/eller supportere de kommunale sundhedsprofessionelle i ensartet registreringspraksis i EOJ jævnfør bilag 3.

## 6.3 Påbegyndelse og afslutning af forløb

I forbindelse med den faglige følgegruppes drøftelser af anbefalinger til forløbsafgrænsning samt faglig og teknisk specifikation er der fremkommet følgende perspektiver omkring påbegyndelse og afslutning af forløb i kvalitetsmonitoreringen.

Monitorering af den kommunale rehabilitering påbegyndes ved registrering af dato for afklarende samtale. Afklarende samtale er blandt andet valgt for at tage højde for forskellige henvisningsmønstre til forebyggelsestilbuddene, som vil kunne vanskeliggøre sammenligning mellem kommunerne. Den kommunale kvalitetsmonitorering vedrører derfor udelukkende perioden fra og med den afklarende samtale. Den faglige følgegruppe ønsker på længere sigt at kunne belyse elementer før den afklarende samtale i forhold til rekruttering og selektion af

borgere til de patientrettede forebyggelsestilbud, eksempelvis for at undersøge, om der er social ulighed i deltagelse i de patientrettede forebyggelsestilbud. Den faglige følgegruppe nævner muligheden for at skelne mellem 'tilbud om' og 'deltagelse i' den afklarende samtale.

Afslutning på monitoreringsperioden er defineret som en afsluttende samtale inden for et år efter den afklarende samtale. Den faglige følgegruppe gør opmærksom på, at tilfælde, hvor en afsluttende samtale ikke er blevet gennemført inden for et år, ikke nødvendigvis er et udtryk for suboptimal kvalitet, og årsagerne hertil bør derfor registreres i kommunernes EOJ.

Opmærksomhedspunkter

- På længere sigt vil det være relevant at kunne belyse elementer før den afklarende samtale i forhold til rekruttering og selektion af borgere til de patientrettede forebyggelsestilbud.

## 6.4 Diagnoseafgrænsning

Den faglige følgegruppe har drøftet hvorvidt den kommunale kvalitetsmonitorering skal afgrænses til udvalgte diagnoser eller inkludere alle borgere, som indgår i de patientrettede forebyggelsestilbud.

Som beskrevet i læsevejledningen afgrænses rehabiliteringsområdet i projektet til at fokusere på forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme (§119), som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.(2)

Et tungtvejende argument i den faglige følgegruppes drøftelser er, at kommunernes afsæt har udgangspunkt i funktionsevne og behovsvurdering frem for en diagnose. Den faglige følgegruppe påpeger desuden, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom (2) danner baggrund for kommunernes tilrettelæggelse af den kommunale rehabilitering. Sundhedsstyrelsens anbefalinger er ikke sygdomsspecifikke, men omhandler kronisk sygdom generelt.(2) Den endelige anbefaling fra den faglige følgegruppe er derfor, at populationen skal inkludere alle borgere, som indgår i de kommunale rehabiliteringstilbud, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.(2) Populationen afgrænses således ikke på baggrund af diagnoser.

Den faglige følgegruppe er samtidig opmærksom på, at borgere med hjerte-kar sygdom, KOL og/eller diabetes udgør en stor gruppe i den kommunale rehabilitering, samt at meget af den eksisterende viden om kommunal rehabilitering har afsæt i en eller flere af de hyppigst forekommende kroniske sygdomsgrupper. (2) Endvidere findes der sygdomsspecifikke nationale kliniske retningslinjer, der kan danne baggrund for udvikling af kvalitetsindikatorer. Dog har kommunerne sjældent systematisk adgang til klassificerede diagnosedata på borgere i de kommunale rehabiliteringstilbud, hvilket vanskeliggør inklusion i kvalitetsmonitoreringen på baggrund af specifikke diagnoser.

Den faglige følgegruppe er ligeledes opmærksom på, at der ved behov for diagnosespecifikke data til kvalitetsmonitorering på tværs af sektorer eller til brug i kliniske kvalitetsdatabaser, er mulighed for at anvende kobling af data ved hjælp af CPR-nummer.

Opmærksomhedspunkter

- Såfremt sygdomsspecifikke tværsektorielle forløb skal belyses, kan data for de generiske kvalitetsindikatorer for eksempel videregives fra kommunerne til RKKPs sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser og kobles via borgerens cpr-nummer.

- Kvalitetsindikatorer med generisk udgangspunkt kan suppleres med sygdomsspecifikke indikatorer, som reflekterer de nationale kliniske retningslinjer.

## 6.5 Forskel i henvisningsgrundlag (§140 og §119)

Medlemmer af den faglige følgegruppe har haft forskellige drøftelser af og perspektiver på, at arbejdet med kvalitetsmonitoreringen har som præmis, at den skal omhandle §119 (bilag 1).

Den faglige følgegruppe bemærker, at der kan være forskellige aftaler vedrørende rehabiliteringsopgaverne, således at samme opgave nogle steder varetages af kommunerne under §119 og andre steder af regionerne.

Der er ligeledes eksempler på, at et §119 forebyggelsesforløb i nogle kommuner kombineres med en genoptræningsplan (§ 140). Ifølge medlemmer af den faglige følgegruppe suppleres genoptræningen her med en afklarende samtale til et §119 tilbud i kommunerne.

Medlemmer af den faglige følgegruppe vurderer, at ved at starte kvalitetsmonitoreringen ved den afklarende samtale til et forebyggelsestilbud, tager kvalitetsmonitoreringen udgangspunkt i borgerens behov, som den bagvedliggende lovgivning foreskriver, og samtidig sikres det, at de borgere, der inkluderes i den aktuelle kvalitetsmonitorering, modtager et §119 tilbud.

### Opmærksomhedspunkt

- Ved at anvende afklarende samtale som inklusionskriterie sikres det, at de borgere, der inkluderes i kvalitetsmonitoreringen, modtager et §119 tilbud.
- Det bør afklares, hvilken betydning henvisning med baggrund i henholdsvis §119 og §140 har for kvalitetsmonitorering af de patientrettede forebyggelsestilbud.

## 6.6 Værdi for borgere og kommuner

Der er enighed i den faglige følgegruppe om, at det er vigtigt, at den kommunale kvalitetsmonitorering skal skabe værdi for borgeren, og at det skal sikres inddraget i det kommende arbejde med kvalitetsindikatorer. Den faglige følgegruppe har i forbindelse med projektet foretaget et prioriteringsarbejde angående borgerrettede formål (bilag 13). Disse resultater kan tages med videre i udviklingsarbejdet omkring kvalitetsindikatorer.

Angående værdi for kommunerne, så opfordrer medlemmer af den faglige følgegruppe til, at kvalitetsmonitoreringen skal være handlingsanvisende og operationel, så viden fra kvalitetsmonitoreringen nemt kan omsættes til praksis. Den faglige følgegruppe opfordrer ligeledes til, at det sikres, at kommunerne får adgang til egne data fra kvalitetsmonitoreringen til lokal kvalitetsarbejde, og at der samtidig sikres vidensdeling mellem kommunerne.

Imidlertid viser en KL-rapport fra 2019, hvor alle 98 kommuners anvendelse af sundheds- og ældredata bliver kortlagt, at kommunerne kan opleve barrierer i arbejdet med data fra forebyggelsesområdet, herunder problemer med at udtrække data samt adgang til de rette kompetencer til bearbejdning af data.(7) Et flertal af kommunerne vurderer, at data er vigtige for den fremtidige kvalitetsudvikling på området.(7)

### Opmærksomhedspunkt

- Kommunerne bør have adgang til egne data fra kvalitetsmonitoreringen og klædes på til at anvende data til lokal datadrevet kvalitetsudvikling.

## 6.7 Andre projekter og initiativer

Den faglige følgegruppe og flere af projektets interviewpersoner (bilag 3) understreger, at det er vigtigt at være opmærksom på øvrige initiativer, der foregår på området med relevans for kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Eksempler på andre projekter og initiativer er Sundhedsstyrelsens arbejde med monitorering af forebyggelsestilbud, projekter i regi af RKKP, herunder i Dansk Hjerterehabileringsdatabase og Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, Sundhedsdatastyrelsens arbejde med en indberetningsvejledning for rehabilitering, det Nationale PRO for hjerterehabilering og diabetes samt 6-By samarbejdet.

Den faglige følgegruppe påpeger desuden, at det i forbindelse med etablering af kommunal kvalitetsmonitorering er væsentligt at sikre sammenhæng til eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser, så det vil være muligt at kunne belyse tværsektorielle forløb i et samlet borgerperspektiv (bilag 3).

Dette projekt er afgrænset til ikke at skulle fokusere på de øvrige aktiviteter på området vedrørende kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering, der er i gang, eller er ved at blive sat i gang på området (bilag 4). Projektet skal dog inddrage faglige aspekter, som bliver udpeget af den faglige følgegruppe.

## 7 Modeller for dataindsamling og KL's kommende gateway

I projektets første fase blev eksempler på mulige modeller for dataindsamling for kommunal kvalitetsmonitorering kortlagt (bilag 3). Kortlægningen eksemplificerer følgende tre scenarier for dataindsamling:

- Direkte dataindtastninger til en godkendt klinisk kvalitetsdatabase.
- Journalføring i behandlings-/journalssystemer eller administrative databaser, hvor data kan leveres til en godkendt klinisk kvalitetsdatabase.
- Forskningsprojekter og øvrige projekter. For forskningsprojekter gælder dog, at data ikke må videreføres direkte fra en forskningsdatabase til en klinisk kvalitetsdatabase.

Ovenstående modeller for dataindsamling opererer i henhold til forskellige lovgivninger, som kan have betydning for forskellige aspekter af kvalitetsmonitoreringen (bilag 3). (8, 29, 30) Dette indgår i projektets formål 1 og går videre i sporet vedrørende beskrivelse af organisering og lovgrundlag for dataindsamling til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering jævnfør afsnit 3.

I regi af KL skal der etableres en teknisk løsning (gateway) for systematisk indsamling og deling af relevante kommunale data på sundheds- og ældreområdet. Gatewayens hovedformål er at stille FSIII data til rådighed i kommuner og hos deres samarbejdspartnere. Gatewayen vil kunne danne ramme om organisering – datamæssigt og teknisk – af indsamling af relevante kommunale data til kvalitetsmonitorering (bilag 3). I bilag 5 beskrives forudsætninger for etablering af kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering ved brug af KL's kommende gateway.



## 8 Opsamling og opmærksomhedspunkter

Nærværende rapport har til formål at:

- beskrive 'et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering med fokus på kvalitetsmonitoreringens formål, population og potentielle indikatorområder'.

Rapporten er udarbejdet på baggrund af projektet "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" jævnfør bilag 2 og bilag 4.

For at illustrere konteksten for den faglige følgegruppes arbejde, indeholder rapporten desuden en beskrivelse af forudsætninger for etablering af kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering i regi af den kommunale gateway (bilag 5).

Supplerende til nærværende rapport udarbejdes en metoderapport, der beskriver projektets anvendte metoder samt giver inspiration til gennemførelse af lignende projekter inden for andre områder af den kommunale sundhedsfaglige praksis. (1)

Projektets oprindelige udgangspunkt er kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Som en væsentlig ramme for projektet har KL med udgangspunkt i den kommunale praksis, opstillet syv præmisser (bilag 1), hvor det blandt andet beskrives, at rehabiliteringsområdet afgrænses i projektet til at fokusere på forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme (§119), som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.(2) Denne afgrænsning har opbakning fra den faglige følgegruppe. Det blev således præciseret, at det oprindelige brede rehabiliteringsbegreb afgrænses til at omfatte patientrettede forebyggelsestilbud.

I rapporten anvendes det overordnede begreb kvalitetsmonitorering af 'kommunal rehabilitering' således for 'patientrettet forebyggelsestilbud'.

I projektet er der nedsat en faglig følgegruppe bestående af eksperter inden for områderne kvalitetsmonitorering, rehabilitering, tværsektorielle forløb og den kommunale praksis. Den faglige følgegruppe skal sikre det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen, sikre at kvalitetsmonitoreringen har relevans for den kommunale praksis samt sikre opbakning fra relevante interessenter og faglige miljøer.

### **Et operationelt beslutningsgrundlag**

Den faglige følgegruppe har udarbejdet en række anbefalinger, der kan fungere som et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en fremtidig kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering.

Et samlet overblik over den faglige følgegruppes fulde anbefalinger til kvalitetsmonitoreringens formål, forventede resultater til kvalitetsmonitoreringen, forløbsafgrænsning, faglig definition og teknisk specifikation af populationen samt rækkefølge for udvikling af indikatorer og fagligt indhold forefindes i afsnit 1.1.

Den faglige følgegruppes anbefalinger til kvalitetsmonitoreringens formål og en faglig definition af populationen er:

## Kvalitetsmonitoreringens formål

*Kvalitetsmonitoreringen skal skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling af de kommunale forebyggelsestilbud (patientrettet forebyggelse) som forebyggelsestilbudene er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".(2)*

*Kvalitetsmonitoreringen skal endvidere medvirke til at synliggøre kvaliteten af kommunal rehabilitering, understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner og skabe grundlag for ledelsesinformation og forskning.*

*Kvalitetsmonitoreringen skal understøtte sammenhængende patientforløb for borgere med kronisk sygdom, herunder blandt andet borgere med hjerte-kar-sygdom, KOL og/eller diabetes og kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse.*

## Faglig definition af population

*Populationen er voksne borgere ( $\geq 18$  år), som deltager i en afklarende samtale til kommunale patientrettede forebyggelsestilbud beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom".(2)*

*Populationen er afgrænset til borgere i de patientrettede forebyggelsestilbud.*

*På baggrund af henvisning fra hospital, almen praktiserende læge, kommune eller selvhenvendelse deltager borgeren i en afklarende samtale i kommunen med henblik på sundhedsfaglig afklaring af behov for en eller flere af indsatserne beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud\*.*

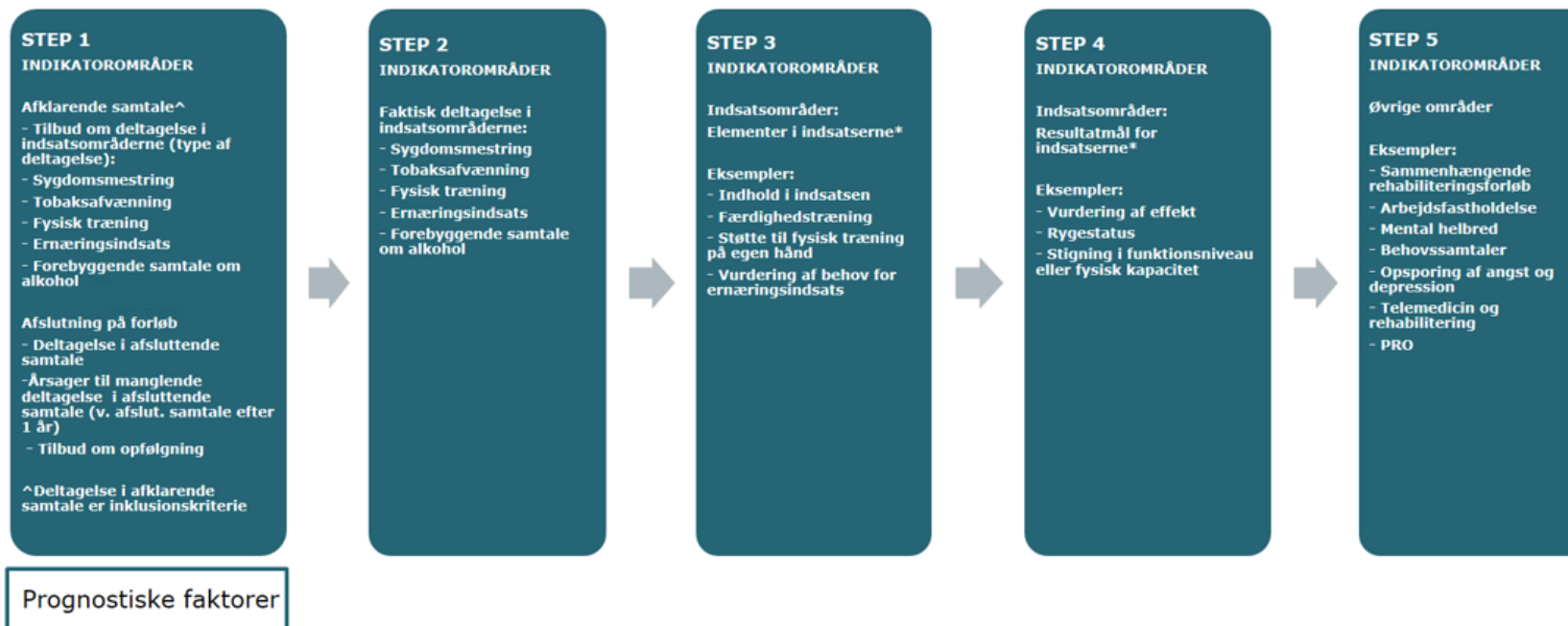
*En afslutning på et forebyggelsestilbud defineres som afsluttende samtale.*

*\*Borgere kan visiteres direkte til alkoholrelaterede tilbud uden om afklarende samtale og indgår derfor ikke i populationen, medmindre der i forløbet viser sig behov for en evt. afklarende samtale, jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud.(2)"*

### **Rækkefølge for udvikling af indikatorer og fagligt indhold**

Som en del af det operationelle beslutningsgrundlag vedrørende det videre arbejde med etablering af systematisk dataindsamling for kommunal rehabilitering anbefaler den faglige følgegruppe nedenstående faseplan som tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer og fagligt indhold for step 1 og 2.

**Den faglige følgegruppes anbefaling til tidsmæssig rækkefølge for udvikling af indikatorer<sup>1</sup> og fagligt indhold for step 1 og 2**



\*Indsatserne: Sygdomsmestring, Tobaksafvænning, Fysisk træning, Ernæringsindsats, Forebyggende samtale om alkohol

<sup>1</sup> Ved præsentation af ovenstående anbefaling på møde 5 i den faglige følgegruppe blev det præciseret, at step 3 og 4 også indeholder elementerne fra den afklarende samtale og fra afslutning på forløb.

## Opmærksomhedspunkter

Som supplement til den faglige følgegruppens anbefalinger og på baggrund af den faglige følgegruppens drøftelser samt viden anvendt til understøttelse af den faglige følgegruppens arbejde, er der udledt opmærksomhedspunkter. Nedenfor fremgår en tematiseret oversigt over disse opmærksomhedspunkter.

### EOJ og FSIII Sundhedsfremme og Forebyggelse

- Der kan være behov for supplerende variable til den aktuelle registreringspraksis i kommunerne samt behov for videreudvikling, såfremt de eksisterende klassifikationer i FSIII ikke kan understøtte nødvendige registreringer ift. konkrete indikatorer. Det kan eksempelvis være registrering af fremmøde, årsag til manglende deltagelse i afsluttende samtale eller årsager til frafald på det kommunale rehabiliteringsforløb.
- Det specifikke databehov bør identificeres med udgangspunkt i den faglige følgegruppens anbefalinger, når kvalitetsindikatorerne er defineret.
- Der bør foretages en specifik vurdering på variabelniveau af muligheden for at understøtte kvalitetsmonitoreringen med data fra EOJ og FSIII sundhedsfremme og forebyggelse med udgangspunkt i den faglige følgegruppens anbefalinger, når kvalitetsindikatorerne er defineret.

### Datagrundlag til sammenligning af kvalitet mellem kommuner

- Der kan med fordel monitoreres på niveau 2 det fælleskommunale niveau i forbindelse med anvendelse af FSIII.
- Det vil være en integreret del af at udvikle kvalitetsindikatorer at identificere prognostiske faktorer, som kan være med til at afdække og eventuelt korrigere for forskelle i borgerprofiler mellem kommuner og internt i den enkelte kommune.
- Sammenligning af kvalitet mellem kommunerne kan understøttes af en høj og ensartet datakvalitet samt tidstro dataregistreringer. Værktøjer til sikring af dette kan eksempelvis være indberetningspligt, dokumentation af kvalitetsmonitoreringens indhold, udførlige registreringsvejledninger samt krav til at uddanne og/eller supportere de kommunale sundhedsprofessionelle i ensartet registreringspraksis i EOJ jævnfør bilag 3.

### Påbegyndelse og afslutning af forløb

- På længere sigt vil det være relevant at kunne belyse elementer før den afklarende samtale i forhold til rekruttering og selektion af borgere til de patientrettede forebyggelsestilbud.

### Diagnoseafgrænsning

- Såfremt sygdomsspecifikke tværsektorielle forløb skal belyses, kan data for de generiske kvalitetsindikatorer for eksempel videregives fra kommunerne til RKKPs sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser og kobles via borgerens cpr-nummer.
- Kvalitetsindikatorer med generisk udgangspunkt kan suppleres med sygdomsspecifikke indikatorer, som reflekterer de nationale kliniske retningslinjer.

### Forskel i henvisningsgrundlag (§140 og §119)

- Ved at anvende afklarende samtale som inklusionskriterie sikres det, at de borgere, der inkluderes i kvalitetsmonitoreringen, modtager et §119 tilbud.
- Det bør afklares, hvilken betydning henvisning med baggrund i henholdsvis §119 og §140 har for kvalitetsmonitorering af patientrettede forebyggelsestilbud.

#### Værdi for borgere og kommuner

- Kommunerne bør have adgang til egne data fra kvalitetsmonitoreringen og klædes på til at anvende data til lokal datadrevet kvalitetsudvikling.

## 9 Referencer

1. Svendsen MLO, Andersen TV, Søndergaard H. Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Metoderapport, september 2021. DEFACTUM RM; 2021.
2. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2016. Contract No.: Report.
3. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. København; 2019.
4. KL. Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata. København: KL; 2019. Available from: <https://videncenter.kl.dk/media/18118/kortlaegning-af-kommunernes-anvendelse-af-sundheds-og-aeldredata-fulde-r.pdf>.
5. The Ministry of Health, Local Government Denmark, Danish Regions. Nationale mål for sundhedsvæsenet. Copenhagen: The Ministry of Health; Local Government Denmark; Danish Regions; 2016. Contract No.: Report.
6. Andersen TV, Lemvigh KN, Søndergaard H. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. HjerterKomMidt. Rapportering af data fra kommuner i den midtjyske region for perioden 1. januar 2019 til 31. december 2019. Region Midtjylland: DEFACTUM; 2020. Available from: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/resultater/rapport-hjertekommidt-2019.pdf>.
7. Svendsen MLO, Lemvigh KN, Søndergaard H. Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering. Region Midtjylland: DEFACTUM; 2019.
8. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (BEK nr 881 af 26/06/2018).
9. Humphrey-Murto S, Varpio L, Gonsalves C, Wood TJ. Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research(). Medical teacher. 2017;39(1):14-9.
10. Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. Implement Sci. 2012;7:21.
11. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer (NKR) København: Sundhedsstyrelsen; 2021 [updated 2019-08-22; cited 2021 06-04]. Available from: <https://www.sst.dk/da/opgaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-kliniske-retningslinjer-ncr>.
12. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering version 1.1. 2015.
13. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse). 2018.
14. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes. 2017.
15. kvalitetsprogram Rk. Velkommen til siden for dokumentation af de nationale kliniske kvalitetsdatabaser 2020 [Available from: <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/>].
16. Kvalitetsudviklingsprogram; RK, RKKP. Projekt indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering Pilotrapport for fire kommuners KOL-rehabilitering version 2.2. 2020.
17. Anderson L, RS T. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews (Review) Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014.
18. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Y L. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review). Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews; 2015.
19. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner E, van Eijk JT AW. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Review). Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews; 2000.
20. MarselisborgCentret. Rehabilitering i Danmark Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. 2004.
21. RKKP Sundhedsdatastyrelsen. Skabelon til dokumentation af kliniske kvalitetsdatabase. Version 6.01 af 17. nov. 2017. <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/drift-og-udvikling/dokumentationsskabelon/>; 2017.

22. WHO. Multimorbidity Technical Series on Safer Primary Care. 2016.
23. Contant E LC, Bouhali T, Almirall J, Fortin M. A multidisciplinary self-management intervention among patients with multimorbidity and the impact of socioeconomic factors in results. BMC Family Practice (2019) 20:53. 2019.
24. Bricca A HK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. Benefits and harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Ageing Research Reviews 63 (2020) 101166. 2020.
25. Kvalitetsudviklingsprogram RK. Projekt indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering. Projektrapport: 'Indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering'. 2018.
26. KL. Fælleskommunalt indsatskatalog. Sundhedsfremme og forebyggelse (SUL §119). Version 1.0. København: KL; 2020 [cited 2020 28-09]. Available from: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/Sundhedsfremme/Bilag%205%20-%20F%C3%A6lleskommunalt%20indsatskatalog,%20SUL%20%C2%A7119.pdf?t=1601276148>.
27. KL. Vejledning til FSIII Sundhedsfremme og forebyggelse, version 1.0. København: KL; 2019. Available from: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/Sundhedsfremme/Vejledning%20til%20FSIII%20Sundhedsfremme%20og%20forebyggelse.pdf?t=1602158176>.
28. KL. Fælles Sprog III Indsatskatalog (Sundhedslov) Version 1.6. [http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-F%C3%A6lleskommunalt-indsatskatalog-\(sundhedslov\).pdf?t=16244513112019](http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-F%C3%A6lleskommunalt-indsatskatalog-(sundhedslov).pdf?t=16244513112019).
29. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.).BEK nr 530 af 24/05/2018.
30. Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven). LOV nr 502 af 23/05/2018.

