



Sammenfatning af publikation fra Dansk Sundhedsinstitut:

Somatisk genoptræning i Region Midtjylland

*Genoptræningsplaner, genoptræningsaktivitet og kommunale
udgifter til genoptræning. 2007*

Susanne Reindahl Rasmussen

Dansk Sundhedsinstitut
Maj 2009

Hele publikationen kan downloades gratis fra DSI's hjemmeside:
www.dsi.dk/frz_publicationer.htm

Yderligere information:

Senior projektleder Susanne Reindahl Rasmussen, e-mail: srr@dsi.dk, tlf. 87 28 43 97

Direktør Jes Søgaard, e-mail: jes@dsi.dk, tlf. 35 29 84 43

Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø

DSI Århus:
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N

Tlf 35 29 84 00
Fax 35 29 84 99
E-mail dsi@dsi.dk
www.dsi.dk

Sammenfatning

Baggrund

I foråret 2007 blev der på foranledning af Kontaktudvalget i Region Midtjylland nedsat en arbejdsgruppe med henblik på udredning af aktivitet og økonomi på genoptræningsområdet efter strukturreformen. Arbejdsgruppen udkom i august 2007 med en udredningsrapport,¹ som i det væsentligste var baseret på endnu uafsluttede data for perioden 1. januar til 31. maj 2007. Den viste store uforklarlige variationer i data samt manglende registrering af en stor del af aktiviteten. Dansk Sundhedsinstitut blev herefter bedt om så vidt muligt at udrede disse variationer.

Projektet er tilrettelagt i et samarbejde med en referencegruppe bestående af repræsentanter og kontaktpersoner fra henholdsvis Region Midtjylland, de 19 kommuner i Region Midtjylland samt en repræsentant fra henholdsvis DRG-enheden i Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut.

Formål

Formålet for denne analyse er formuleret på basis af Udredningsrapporten. Det overordnede formål med analysen er således:

- ◆ at foretage en eksplorativ undersøgelse af, hvilke forhold der øver indflydelse på de indbyrdes forskelle mellem kommunerne henholdsvis de indbyrdes forskelle mellem hospitalerne mht. genoptræningsaktivitet og tilhørende udgifter.
- ◆ at undersøge om der er sket ændringer i genoptræningsindsatsen (i form af øget aktivitet/øgede udgifter til genoptræning efter reformens ikrafttræden), og i fald dette er tilfældet at belyse mulige grunde hertil.

Disse overordnede formål er operationaliseret i tre delformål, som skal belyse og om muligt forklare variationen inden for:

1. omfanget af hospitalernes genoptræningsplaner for specialiseret ambulante genoptræning versus almindelig ambulante genoptræning.
2. den registrerede aktivitet og tilhørende udgift imellem kommunerne og imellem hospitalerne.
3. den kommunale registrering af egen aktivitet.

Herudover er der to delformål, der vedrører udredning af:

4. registreringspraksis på hospitalerne, idet en stor del af hospitalsaktiviteten tilsyneladende ikke registreres korrekt og dermed ikke bliver afregnet. Der vil her blive fokuseret på den ambulante aktivitet, herunder at få yderligere klarhed over hvilke aktiviteter der grupperes som behandling versus genoptræning.
5. diskrepansen mellem de genoptræningsplaner kommunerne modtager, og den aktivitet de afregnes for via Sundhedsstyrelsen.

Metode

Der er i denne rapport fokuseret på den ambulante genoptræning, idet det var her, der blev fundet størst variation i Udredningsrapporten. Med henblik på yderligere fokusering af analysen er der udvalgt fire diagnosegrupper, som samlet set udgør 15 % af alle genoptræningsplaner i Region Midtjylland:

- ◆ Patienter med hjerneinfarkt og slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (apopleksi).
- ◆ Patienter med slidgigt i hoften som har fået en primær hoftealloplastik.
- ◆ Patienter med lænderyg-besvær, som er konservativt behandlet.
- ◆ Patienter med korsbåndslæsioner.

¹ Udredning af det somatiske genoptræningsområde i Region Midtjylland. Genoptræningsaktivitet, udgifter til genoptræning og genoptræningsplanerne. Region Midtjylland: 2007.

Undersøgelsen omfatter både en kvantitativ og en kvalitativ del.

Den kvantitative del af undersøgelsen

Undersøgelsens resultater er baseret på udtræk fra to registreringssystemer; Landspatientregisteret (LPR) og Sundhedsstyrelsens Elektroniske indberetningssystem (SEI). De diagnosespecifikke opgørelser for ambulant genoptræning på hospital omfatter antal genoptræningsplaner og den ambulante aktivitet (antal patienter som har modtaget genoptræning; antal genoptræningsbesøg og antal genoptræningsydelser) og udgifterne herved for 2007. Herudover er den samlede ambulante genoptræningsaktivitet på hospitalerne opgjort for 2006 henholdsvis 2007, og udgifterne herved er beregnet.² Den kommunale genoptræningsaktivitet og udgifterne (samlet set) er beregnet for 2007.³

Den kvalitative del af undersøgelsen

I denne del af undersøgelsen er der afholdt en række fokusgruppemøder og interview med hospitals- og kommunalt ansatte personer med henblik på at få belyst i) praksis ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner, ii) hospitalsterapeuternes registreringspraksis på genoptræningsområdet og iii) diskrepansen mellem de i kommunerne modtagne genoptræningsplaner og afregningen, der foregår via Sundhedsstyrelsen.

Resultater

Først præsenteres resultaterne fra den kvantitative del af undersøgelsen, herefter følger de kvalitative resultater.

Genoptræningsplaner:

- ◆ Mellem hospitalerne i Region Midtjylland er der meget stor variation i andelen af genoptræningsplaner, der er målrettet specialiseret ambulant genoptræning. Dette gælder for alle genoptræningsplaner under ét, men også når man ser på de fire udvalgte diagnosegrupper hver for sig.

Den ambulante genoptræningsaktivitet på hospitalerne:

- ◆ Mellem hospitalerne i Region Midtjylland er der stor variation i antallet af genoptræningsbesøg per genoptrænet patient (2007). Dette gælder for alle diagnoser under ét, og når man ser på tre udvalgte diagnosegrupper hver for sig.
- ◆ Samlet set er den ambulante genoptræningsaktivitet på hospitalerne i Region Midtjylland faldet fra 2006 til 2007. Antallet af unikke ambulante patienter faldt med 5 %. Antallet af genoptræningsbesøg faldt med knap 20 %, og det gennemsnitlige antal besøg per genoptræningspatient faldt fra 6,8 besøg i 2006 til 5,5 besøg i 2007.

Udgifterne til ambulant genoptræning:

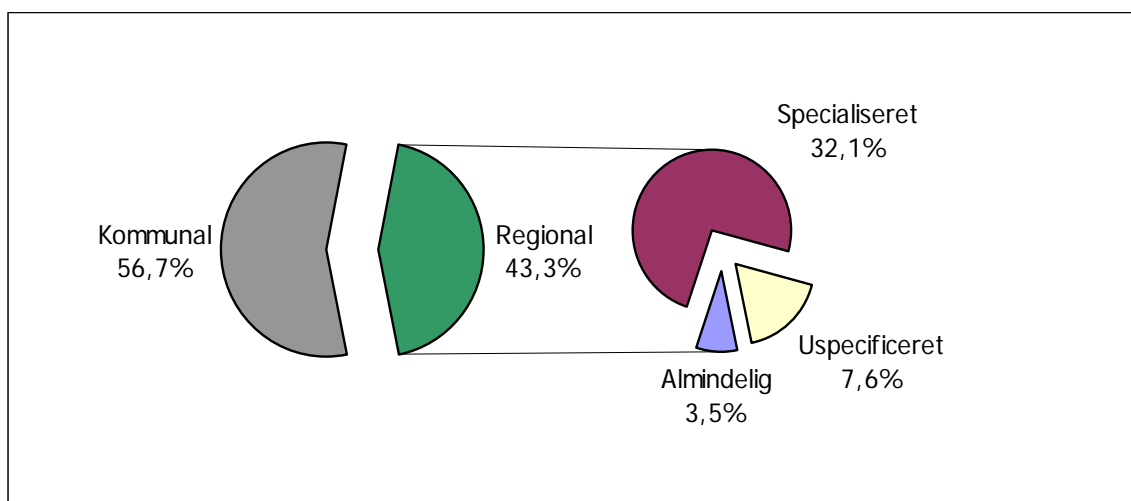
- ◆ Mellem kommunerne i Region Midtjylland er der meget stor variation i udgifter til specialiseret genoptræning per 1.000 indbyggere. Herning, Skive og Viborg kommuner har en mere end fem gange så høj udgift per 1.000 indbyggere som Århus Kommune, der har de laveste udgifter per 1.000 indbyggere.
- ◆ Mellem kommunerne i Region Midtjylland er der meget stor variation i de samlede udgifter per 1.000 indbyggere til kommunal og regional ambulant genoptræning. Samsø, Skive og Viborg kommuner har alle en mere end tre gange så høj udgift per 1.000 indbyggere som Skanderborg og Hedensted kommuner, der har de laveste udgifter per 1.000 indbyggere.
- ◆ Udgifterne ved ambulant genoptræning på hospital faldt med 19 % fra ca. 61,1 mio. kr. i 2006 til ca. 49,6 mio. kr. i 2007 (opgjort på basis af genoptræningstakster for 2007).
- ◆ I 2007 beløb de samlede udgifter til ambulant genoptræning sig til 114,6 mio. kr. i Region Midtjylland. Den procentvise fordeling af de samlede udgifter ved ambulant genoptræning fremgår af Sammenfatningsfigur 1. Det ses, at 43 % af de samlede udgifter vedrører genoptræning på hospital (regional i figuren), hvor 32 % kan tilskrives specialiseret ambulant genoptræning, 4 % almindelig ambulant genoptræning og 8 % er uspecificeret ambulant genoptræning, som ikke afregnes via Sundhedsstyrelsen.⁴

² Beregningerne for 2006 er baseret på genoptræningstakster for 2007 af hensyn til sammenligneligheden.

³ De kommunale indberetninger til SEI er ikke diagnosespecifikke.

⁴ Genoptræning, der ikke er specificeret qua start- og slutkoder, bliver kommunerne ikke afregnet for via Sundhedsstyrelsen.

Sammenfatningsfigur 1. Den procentvise fordeling af de samlede udgifter til kommunal og regional ambulante genoptræning. Region Midtjylland, 2007.



- ♦ Udviklingen i de samlede udgifter og den samlede aktivitet i kommuner og hospitalers ambulante genoptræning har ikke kunnet opgøres pga. manglende sammenlignelige data.

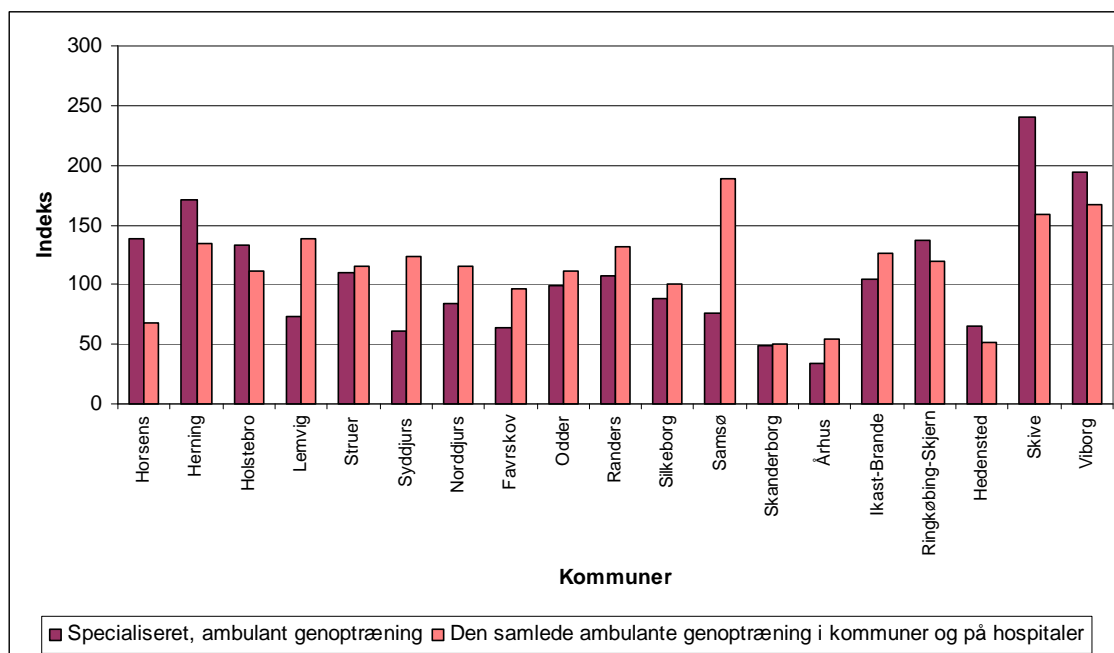
Af Sammenfatningsfigur 2 fremgår de respektive kommuners indbyrdes fordeling i forhold til udgifter per 1.000 indbyggere til henholdsvis specialiseret ambulante genoptræning og de samlede udgifter ved ambulante genoptræning (kommunal genoptræning + genoptræning på hospital⁵).

Indeks 100 er fastsat som den gennemsnitlige værdi for alle kommuner, hvilket svarer til 30.000 kr. per 1.000 indbyggere ved specialiseret ambulante genoptræning på hospital og ca. 93.400 kr. per 1.000 indbyggere, når det drejer sig om den samlede ambulante genoptræning.

Det ses af Sammenfatningsfigur 2, at Århus Kommune har færrest udgifter til specialiseret ambulante genoptræning per 1.000 indbyggere, mens Skive og Viborg kommuner har de højeste. Hvis der ses på de samlede udgifter per 1.000 indbyggere, så fremgår det, at Skanderborg Kommune ligger lavest, mens Samsø Kommune ligger højest efterfulgt af Viborg og Skive kommuner.

⁵ Heri indgår såvel udgifterne ved specialiseret, som almindelig ambulante genoptræning, og den udgift der er ved den uspecificerede ambulante genoptræning på hospital.

Sammenfatningsfigur 2. Udgifter ved specialiseret ambulært genoptræning og de samlede udgifter ved ambulært genoptræning (på hospital og i kommuner) per 1.000 indbyggere. Region Midtjylland, 2007. Indeks 100 = den gennemsnitlige værdi for alle kommuner.



Mulige forklaringer på forskelle mellem hospitalerne

På basis af fokusgruppinterviewene med terapeuter henholdsvis læger fremgik det, at praksis ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner ikke var ensartet på hospitalerne. Denne forskellighed gjorde sig gældende både med hensyn til hvornår (i betydningen "om"), der blev udarbejdet en genoptræningsplan, hvilket selvsagt har betydning for antallet af genoptræningsplaner og med hensyn til typen af genoptræningsplan (hvorvidt den er målrettet specialiseret ambulært genoptræning; almindelig ambulært genoptræning eller egentræning). Der var flere praksisser, som hver i sær øvede indflydelse, men i hvilken grad disse samlet set og hver for sig kan forklare variationerne vides ikke.

Registreringspraksis på hospitalerne

På tre af de af referencegruppen udvalgte hospitaler fremgik det, at man i henhold til en udmelding fra Region Midtjylland så vidt muligt bestræbte sig på at fortsætte med at ydelsesregistrere, som man gjorde på hospitalerne inden 2007.

Terapeuterne gjorde opmærksom på, at de generelt ikke har skelnet mellem hvilke koder, der udløser en afregning hos kommunerne og de, der ikke gør. Igen af de tre hospitaler havde internt i afdelingerne faste procedurer til at sikre, at der blev ydelsesregistreret ensartet internt på hospital inden for givne diagnosegrupper.

Fra regional side er der i løbet af 2007 gjort en indsats for at ensarte registreringspraksis på tværs af hospitalerne. Dette arbejde er foregået i Sundheds-IT og regionsterapeutrådet.

Kommunal afregning af ambulært genoptræning på hospital

I kommunerne har der været en vis divergens mellem afregningen af ambulært genoptræning på hospitalerne (varetages af Sundhedsstyrelsen på baggrund af hospitalernes indberetninger til Landspatientregisteret), og den afregning, kommunerne mente, der retteligen burde foregå.

På baggrund af interview i de af referencegruppen tre udvalgte kommuner fremgår det, at Skive og Ikast-Brande kommuner overordnet set havde fået løst deres problemer med afregning for genoptræning på hospitalerne i 2007. Antallet af tilfælde, hvor Århus Kommune ikke havde modtaget en genoptræningsplan – men var blevet afregnet herfor – ser ud til at være mindsket i 2008 sammenlignet med 2007.

Konklusion

Den ambulante genoptræningsaktivitet på hospitalerne i Region Midtjylland er faldet fra 2006 til 2007: Antallet af unikke ambulante patienter, som har modtaget genoptræning, er faldet med 5 %, og antallet af genoptræningsbesøg er faldet med knap 20 %.

Udgifterne ved ambulante genoptræning på hospital er faldet fra ca. 61,1 mio. kr. i 2006 til ca. 49,6 mio. kr. i 2007.

Mellem kommunerne i Region Midtjylland er der en meget stor variation i de samlede udgifter per 1.000 indbyggere til kommunal og regional ambulante genoptræning.

Det kan konstateres, at der er forskellig praksis hospitalerne imellem, både med hensyn til *hvornår* (i betydningen "om") der udarbejdes genoptræningsplaner og i forhold til *typen af genoptræningsplaner*. Der er tre faktorer, som vurderes at øve en væsentlig indflydelse på både variationen af genoptræningsplaner og den efterfølgende genoptræning på hospitalerne:

- ◆ At der er forskellige faglige tilgange til genoptræning blandt såvel læger som terapeuter.
- ◆ At vurderingen af, *hvorvidt* der skal udarbejdes en genoptræningsplan, såvel som *hvor* genoptræningen skal foregå, og *hvornår* den kan afsluttes, beror på individuelle vurderinger hos læger/terapeuter.
- ◆ At registreringspraksis er forskellig.

De samme forklaringsfaktorer gør sig formentlig også gældende i kommunerne, men dette kan ikke afgøres på grundlag af denne analyse.

Forslag til forbedringer

På baggrund af rapportens resultater er der udarbejdet en række af forslag til forbedringer på det ambulante genoptræningsområde. Disse er relateret til udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplaner; afgrænsning af specialiseret henholdsvis almindelig ambulante genoptræning; registreringspraksis på hospitaler og i kommuner samt samarbejde på tværs af sektorgrænserne.

Nedenfor følger en række af forslag til forbedringer af samarbejdet hospitalerne og kommunerne imellem i forhold til genoptræning. Der gøres opmærksom på, at forslagene ikke er prioriterede men opstillet inden for fire områder, samtidig med, at der i nogle tilfælde gives flere forslag, der vedrører samme problematik. Herudover kan det i nogle tilfælde også være nødvendigt at læse dele af rapporten for til fulde at kunne forstå det berettigede i et givent forslag, da ikke alle facetter af genoptræningsområdet er beskrevet i sammenfatningen. Det skal desuden bemærkes, at det selvsagt er op til regionen og kommunerne at beslutte, om de vil forsøge at efterkomme forslagene.

Udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplaner:

Det foreslås, at

1. der rettes en øget opmærksomhed på hvornår og hvilken type genoptræningsplan, der udarbejdes på de enkelte hospitaler.
2. der rettes en øget opmærksomhed på indarbejdelse af faste procedurer for fremsendelse af genoptræningsplaner.
3. der i de kommende elektroniske genoptræningsplaner indarbejdes en form for "skal"-felter som skal være udfyldt inden genoptræningsplanen kan udskrives/ fremsendes elektronisk. Herunder at der eksempelvis er sat et kryds i feltet for typen af genoptræningsplan, og at diagnosekoderne er anført.
4. der arbejdes på, hvorledes terapeuternes arbejde med at udfylde genoptræningsplaner kan lattes, eksempelvis ved at flest mulige stamdata hentes automatisk ind i genoptræningsplanerne.
5. det vurderes, om det generelt er muligt at fremsende en kopi af eksempelvis operationsbeskrivelsen til de kommunale terapeuter i relation til fremsendelsen af genoptræningsplanen – under forudsætning af at patienten giver sin tilladelse hertil.
6. øge fokus på det forhold, at genoptræningsplanerne skal skrives i samarbejde med patienterne.

Specialiseret versus almindelig ambulat genoptræning:

Det foreslås, at

1. man i Region Midtjylland får drøftet og kommunikeret ud til hospitalerne, hvornår der bør udarbejdes en genoptræningsplan målrettet specialiseret ambulat genoptræning versus almindelig ambulat genoptræning, herunder hvis patienterne alene skal undersøges/ vurderes eller til kontrol ved en hospitalsterapeut.
2. regionshospitalerne gennemgår deres registreringer i forhold til typen af genoptræningsplaner, der udarbejdes inden for de fire udvalgte diagnosegrupper.

Registreringspraksis på hospitalerne og i kommunerne:

Det foreslås, at

1. Region Midtjylland sammen med Sundhedsstyrelsen undersøger og overvejer muligheden for at implementere en form for "stop" i LPR i fald, at der på hospitalerne sættes en slutkode, uden at der er registreret en kode for "udarbejdelse af en genoptræningsplan".
2. Region Midtjylland og kommunerne får drøftet, om de vil sende en opfordring til SST om, at kommunerne kun bliver afregnet for genoptræning, i fald der både er registeret en start- og en slutkode samt en kode for "udarbejdelse af en genoptræningsplan". Der er viden om, at dette ikke kan lade sig gøre på nuværende tidspunkt. En sådan praksis vil formentlig kunne medvirke til at mindske diskrepansen mellem det antal patienter, som kommunerne bliver afregnet for og det antal genoptræningsplaner, som de modtager.
3. der fortsat arbejdes med udvikling af ensartet registreringspraksis på hospitalerne.
4. man i Region Midtjylland gør sig overvejelser over, om man vil implementere en form for kvalitetssikring af genoptræningsydelse og registreringer for specialiseret genoptræning, i fald man fortsat ønsker at udarbejde sammenlignende analyser på tværs af hospitalerne.
5. man i Region Midtjylland undersøger indholdet af den uspecificerede, ambulante genoptræning med henblik på en afklaring af, om der er behov for en øget anvendelse af start- og slutkoder i forbindelse med genoptræning.
6. man i kommunerne i Region Midtjylland gør sig overvejelser over, om man vil implementere en form for kvalitetssikring af genoptræningsydelse og registreringer på genoptræningsområdet, i fald man i fremtiden ønsker at udarbejde sammenlignende analyser på tværs af kommunerne.

Samarbejde på tværs af sektorer

Det foreslås at

1. Region Midtjylland og kommunerne får drøftet og besluttet hvilke handlerveje, der kan tages i anvendelse, hvis hospitalslæger/ og eller hospitalsansatte terapeuter får en opfattelse af, at den kommunale genoptræning ikke er tilstrækkelig kvalificeret – enten på grund af manglende faciliteter eller på grund af manglende faglig kompetence i en given kommune.
2. kommunerne overvejer, hvorledes hospitalsterapeuternes kommunikation med de kommunale terapeuter kan lettes, således at det i videre udstrækning er muligt at kommunikere direkte fra terapeut til terapeut på tværs af sektorerne og til gavn for patienterne.

I Region Midtjylland har der siden strukturreformen fortløbende været arbejdet med at ensrette registreringspraksis på tværs af hospitalerne og det kommunale genoptræningsområde. I den seneste sundhedsaftale er der endvidere foretaget præciseringer af omstændighederne ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Det betyder, at nogle af forslagene allerede er implementeret eller i udførelsesfasen.

Perspektivering

Rapporten er et spejlbillede af, hvordan det ambulante genoptræningsområde så ud i 2007 i Region Midtjylland. Den kan herudover ses som en vigtig brik for Region Midtjylland og kommunerne, når der i fremtiden skal foretages en fornyet monitorering af, hvor genoptræningsområdet i Region Midtjylland har flyttet sig hen. Den nye rapport må nødvendigvis være mere detaljeret end den der kommer kvartalsvis fra Sundhedsstyrelsen.