

Projekt indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering



Projektrapport:

**'Indhentning og anvendelse af data om kommunal
KOL-rehabilitering'**

April 2018

Indhold

1. Baggrund for projektet	2
2. Gennemførelse af projektet.....	3
2.1 Udvælgelse af kommuner	3
2.2 Valg af indikatorer	3
2.3 Dataindsamling.....	4
2.4 Afrapporteringsproces	5
2.5 Opfølgning på resultater	5
2.6 Kontakt, møder og netværk i projektet.....	6
3. Samlet konklusion	7
Perspektivering	8

1. Baggrund for projektet

Projekt *Indhentning og anvendelse af kommunale data om KOL-rehabilitering* udsprang af et ønske om at kunne følge op på KOL-rehabiliteringsaktiviteter uanset om det foregik på sygehuse eller i kommunerne.

Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL) indsamlede allerede data om KOL-rehabilitering i sygehusregi, men der var ikke nogen systematisk landsdækkende indsamling af og opfølgning på data på KOL-rehabilitering i kommunalt regi.

På den baggrund blev projektet igangsat i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram og Danmarks Lungeforening og Kommunernes Landsforening (KL).

Hensigten med projektet var at danne grundlag for at DrKOL på længere sigt kan udvides til at omhandle KOL-rehabilitering i kommunalt regi, hvorefter kommunerne bliver en del af databasen.

Forinden dette måtte der indhentes erfaringer med, hvordan denne indberetning skulle foregå, samt hvordan samarbejdet om opfølgning og afrapportering af resultater kunne ske mest hensigtsmæssigt. Ved at være med i projektet fik kommunerne således mulighed for at byde ind med erfaringer og præge udviklingen omkring KOL-rehabiliteringsdata.

Projektets formål var at tilvejebringe erfaringer med anvendelse af KOL-data på tværs af sygehuse og kommuner med udgangspunkt i patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom med behov for rehabilitering. Det er hensigten at udbrede projektet til et større antal kommuner efter nærværende pilotprojekt, da en landsdækkende tværsektoriel afrapportering og offentliggørelse af rehabiliteringsdata på længere sigt, kan være med til at løfte indholdet og kvaliteten af de regionale og kommunale rehabiliteringstilbud til patienter med KOL til et ensartet højt niveau.

2. Gennemførelse af projektet

2.1 Udvalgelse af kommuner

Beskrivelse

Der blev udvalgt 6 kommuner til deltagelse i projektet. Kommunerne blev udvalgt på baggrund af en række kriterier. Disse omhandlede strukturerede data og systemparathed, engagement og interesse samt geografi.

Strukturerede data og systemparathed

Det var et krav, at de udvalgte kommuner kunne levere strukturerede data. Det vil sige data, som kunne leveres efter en prædefineret specifikation, så en efterfølgende databehandling ville kunne automatiseres. Kommunerne blev endvidere vurderet på deres systemparathed. Det vil sige hvilke systemer, som de anvender til registrering. Disse systemer skulle kunne registrere strukturerede data samt levere de strukturerede data i et automatiseret set-up.

Engagement og interesse

Det var et essentielt kriterium, at de deltagende kommuner var engagede og interesserede for projektet, idet løbende involvering fra kommunerne var nødvendigt for at gennemføre projektet. Der blev derfor udarbejdet samarbejdsaftaler mellem projektet og kommunerne, hvor gensidige opgaver og forpligtelser blev aftalt.

Geografi

Det blev vurderet, at det ville være en fordel for projektet at få kommuner fra alle regionerne. Det var endvidere et ønske fra Region Hovedstaden, at deres forskellige områder var repræsenteret. Ønsker om geografisk spredning blev dog vægtet lavere end de øvrige kriterier.

Konklusion og anbefalinger

Det var et stort arbejde at udvælge kommunerne og krævede gentagne henvendelser før, der var tilsagn fra de deltagende kommuner. Der var især nogen kommuner, der blev kontaktet, som ikke havde det tilstrækkelige engagement og interesse f.eks. pga. andre større udviklingsopgaver, ligesom der var flere kommuner, som blev fravalgt eller meldte fra pga. manglende systemparathed grundet implementering af nye systemer eller mindre grad af strukturerede data. Dette var også en problemstilling for de deltagende kommuner, men det blev vurderet, at det var muligt for kommunerne at levere data på trods af implementering af nyt system. Det har siden vist sig, at det i nogle tilfælde var meget vanskeligt, at få leveret data i tilstrækkeligt struktureret form. Anbefalingen er, så vidt muligt ved udvælgelsen af kommuner, at gennemføre en dybere analyse om muligheden for levering af data.

Fremadrettet skal der fortsat medregnes en stor indsats for at få kommunerne til at deltage, ligesom det er vigtigt at de har den tilstrækkelige data- og systemparathed. Det vurderes, at dette fortsat skal vægtes højere end f.eks. geografisk placering.

2.2 Valg af indikatorer

Beskrivelse

I forbindelse med en forløber for nærværende projekt, blev der i 2014 lavet et udkast til indikatorer for den kommunale del af rehabiliteringen. I april 2016 blev disse indikatorer drøftet på et møde i DrKOL's arbejdsgruppe om KOL-rehabilitering, hvor repræsentanter for de deltagende kommuner deltog. Her var der enighed om at køre videre med de udviklede indikatorer.

I forbindelse med afholdelse af fællesmøde med de deltagende kommuner i marts 2017 blev der lavet mindre sproglige tilrettelser for at sikre at sprogbrug var i overensstemmelse med kommunal praksis og Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL".

Der var således enighed om at starte med procesindikatorer, for delementerne i KOL-rehabilitering, for at man senere kan udbygge med indikatorer om outcome. Der var dog ønske om at der, hvis muligt ville blive lavet opgørelser over funktionstest.

Ud over at lave indikatoropgørelser var der enighed om, at indhente og opgøre baggrundsoplysninger, som fx alder, køn, henvisningsmetode.

Konklusion og anbefalinger

Indikatorer blev vurderet anvendelige til at vurdere rehabilitering i kommunalt regi. Der var enighed om, at de supplerende oplysninger var vigtige for at forstå konteksten og variationen i indikatorværdier på tværs af kommuner.

Det anbefales, at fortsætte med de eksisterende indikatorer. Når flere kommuner rapporterer data, vil det være oplagt at igangsætte en proces med kommunerne om udvikling af resultatindikatorer.

2.3 Dataindsamling

Beskrivelse

Der blev i fællesskab med de deltagende kommuner udarbejdet en dataspecifikation indeholdende variable nødvendige for beregning af indikatorerne samt baggrundsvariable. Specifikationen blev drøftet af flere omgange bilateralt med de enkelte kommuner samt i fællesskab på et fællesmøde, hvor den endelige specifikation blev vedtaget. Halsnæs kommune havde forinden sendt et første dataudtræk, som blev anvendt til at vurdere mangler i udkastet til dataspecifikationen.

Det blev valgt ikke at udvikle selve leveringsmetoden, da det blev vurderet, at dette ville kræve en stor grad af udvikling og at det ikke ville stå mål med projektets størrelse. Det var endvidere en risiko, at dette ville forsinke projektet betydeligt, både pga. arbejdet med udvikling af systemet, men også det medfølgende krav om, at hver enkelt kommune skulle udvikle integrationen til systemet. Leveringen af data skete derfor via ad hoc løsninger, hvor hver enkelt kommune blot sendte data i eget format via sikker mails.

Alle kommunerne har leveret data til projektet, nogle kun én gang men flere kommuner har også leveret opdaterede data.

På baggrund af de indsendte data, er der udarbejdet indikatorberegninger og en række supplerende analyser, som er præsenteret i projektets datarapport.

Konklusion og anbefalinger

Den udarbejdede dataspecifikation har været anvendelig for dataindsamlingen, og processen i forbindelse med udarbejdelsen har sikret både forståelse af specifikationen og enighed om indholdet. Det vurderes at fravælgelsen af udvikling af indberetningssystem var et fornuftigt valg i lyset af scopet for projektet. Men ad hoc leveringen af data og den manglende styring af formater og indhold giver en del mangler i data og en række problemer i forhold til udarbejdelsen af resultater. Det er derfor anbefalingen fremadrettet, at få udviklet et system til automatisk overførsel af data.

Det har medført et stort arbejde for den enkelte kommune at identificere og få leveret data, og i nogle tilfælde har det ikke været muligt for kommunerne at levere alle data. Identifikationen og leveringen af

data i kommunerne må derfor ikke undervurderes. Den videre behandling af data i RKKP har endvidere krævet et stort stykke arbejde, da data er leveret ad hoc og på mange forskellige måder på trods af dataspecifikationen. Dette arbejde vil blive minimeret ved udarbejdelse af en fast leveringsmetode.

Gennem hele processen har der været en tæt dialog med den enkelte kommune. I større skala med mange kommuner vil det være nødvendigt at udvikle en anden metode til håndtering af kommunernes spørgsmål og sikring af fremdrift.

Der blev i projektet ikke sat krav til periode eller omfang af dataindberetningen, ligesom der ikke blev udarbejdet aftaler om levering af data fremadrettet. Dette bør drøftes yderligere.

2.4 Afrapporteringsproces

Beskrivelse

På baggrund af de indhentede data fra kommunerne blev der udarbejdet en afsluttende rapport, hvori indikatorresultaterne for alle kommuner samt supplerende analyser og regionale resultater *fra DrKOL opgjort for de seks kommuner* blev præsenteret.

De kommunale repræsentanter blev inviteret til endnu et fællesmøde, hvor resultaterne blev gennemgået og det blev drøftet, hvorledes formidling af resultaterne skulle ske og opfølgning på resultaterne skulle være. Kommunerne var enige om, at opgørelse af både indikatorer, regionale resultater og supplerende opgørelser var meningsfulde.

Rapporten blev sendt i høring hos de deltagende kommuner. Enkelte kommuner havde spørgsmål til opgørelserne hvilket gav anledning til at se beregningerne igennem igen. Herefter blev rapporten tilrettet og offentliggjort.

Anbefalinger fra indeværende rapport er blevet præsenteret på KL's temadag om kvalitet i det nære sundhedsvæsen den 19. marts 2018.

Konklusion og anbefalinger

Det vurderes at den valgte fremgangsmåde vil være en brugbar form fremadrettet. Det kan være en udfordring at afrapportere i stor skala især iht. figurer. Hvordan der skal afrapporteres fremadrettet i stor skala skal afklares.

2.5 Opfølgning på resultater

Beskrivelse

Opfølgning på resultaterne har været diskuteret på fællesmøder med de deltagende kommuner. Her er forskellige fora blevet vendt. Men der mangler en endelig afklaring på, hvordan opfølgningen skal gennemføres. Derfor er der i første omgang kun lagt op til, at datarapporten sendes til de deltagende kommuner, hvorefter den enkelte kommune selv skal stå for opfølgningen.

Konklusion og anbefalinger

Der er flere forskellige udfordringer i forhold til at sikre opfølgning på resultaterne. Der mangler erfaring både i RKKP og i kommunerne med denne form for opfølgning. I regionerne er der opbygget en organisering med regionale kontaktpersoner, som sikrer udbredelse og opfølgning i den enkelte region og på sygehusene. Dette er ikke tilfældet på det kommunale område. Det bør dog overvejes, om der skal udpeges kommunale kontaktpersoner. En mindre udfordring er her, at der vil være tale om 98

kontaktpersoner fremfor ca. 5, som er tilfældet på det regionale område. Dette kan dog muligvis løses ved at slå opgaven sammen i flere kommuner. Der er behov for nærmere afklaring af dette.

Det kan endvidere overvejes om opfølgningen kan ske i tilsvarende grupper af kommuner, f.eks. klynger. Det skal i så fald afklares hvordan disse grupper skal sammensættes. Det kan både ske i forhold til geografi eller demografi.

En anden udfordring er at sikre, at resultaterne bliver gjort tilgængelige for de relevante parter i kommuner, så det sikres, at resultaterne kan anvendes til kvalitetsforbedringer. Dette gælder både i forhold til de relevante ledelsesmæssige lag og de relevante klinikere. Det er her endnu ikke afklaret, hvordan dette sikres bedst muligt.

Der forestår altså et arbejde med at afklare, hvordan man bedst mulig sikrer opfølgning af resultater i kommunerne. Dette linker ind til et større arbejde omkring sundhed i kommunerne og arbejdet omkring det tværsektorielle sundhedsvæsen. Denne opgave løses ikke uden involvering af kommuner, regioner og praksissektoren og deres organisationer.

2.6 Kontakt, møder og netværk i projektet

Beskrivelse

For at sikre kvalitet i datalevering og kontinuitet i projektet er der løbende blevet afholdt tværsektorielle statusmøder med de enkelte kommuner. I projektperioden har der ca. været tre møder med hver kommune. Alle kommuner blev desuden inviteret til to fællesmøder. Det første fællesmøde lå i begyndelsen af perioden med dataindsamling, hvor formålet primært var at opnå enighed om den endelige dataspecifikation. Resultaterne fra dataanalysen blev fremlagt ved det andet fællesmøde et halvt år efter. Derudover har kommunerne erfaringsudvekslet på tværs i forhold til at kunne levere data i henhold til dataspecifikationen.

Konklusion og anbefalinger

Fællesmøderne og møder med hver enkelt kommune har været en vigtig del af projektet for at understøtte kommunernes arbejde med levering af rehabiliteringsdata. Det blev bl.a. drøftet, hvordan kommunernes dataregistrering bedst muligt kunne tilpasses dataspecifikationen. Møderne med hver enkelt kommune har været nødvendige for at sikre fremdrift og har ligeledes sikret en løbende dialog om de udfordringer, som evt. ville kunne forsinke dataleveringerne. Det var særligt i dette udviklingsprojekt, at der skulle udarbejdes en dataspecifikation. Denne del vil ikke være nødvendigt fremadrettet. På fællesmøderne var der desuden stor erfaringsudveksling blandt projektdeltagerne, hvilket bl.a. har medvirket til at skabe fælles kurs i projektet. Ved udbredelse af projektet til flere kommuner bør der derfor fortsat være mulighed for at mødes med kommunerne. Hvis antallet af deltagende kommuner øges, kan kommunerne med fordel opdeles i ERFA-grupper f.eks. efter hvilket datasystem kommunerne har. På den måde kan flere kommuner ad gangen blive understøttet i deres dataindsamling, samtidig med at gruppen fungerer som et netværk mellem kommunerne. Det vurderes, at der fremadrettet fortsat vil være behov for tæt dialog med kommuner, både angående dataindsamling og afrapportering

3. Samlet konklusion

Det engagement og interesse, herunder den ledelsesmæssige opbakning, som de deltagende kommuner har vist, har været essentielt for gennemførelse af projektet. Dette engagement vil være påkrævet ved deltagelse af flere kommuner og for videreførelse af projektet.

Projektet har endvidere bekræftet, at det kræver en systemparathed i kommunerne, for at de relevante data vil blive indberettet. For at sikre denne systemparathed, er det nødvendigt at gennemføre en dybdegående analyse i den enkelte kommune. Det er ikke tilstrækkeligt med en bekræftelse fra kommunen om, at de relevante data registreres.

Det har krævet en stor indsats at få kommuner til at deltage og gennemføre den nødvendige analyse af systemparathed. Ved større skala skal det vurderes, hvordan dette kan gøres mere effektivt.

De valgte indikatorer har vist sig anvendelige og acceptable for kommunerne. Fremadrettet bør man dog igangsætte en videreudvikling af kommunale indikatorer i regi af den kliniske kvalitetsdatabase med deltagelse af kommunerne.

Den udarbejdede dataspecifikation har også vist sig anvendelig, som grundlag for kommunernes indberetning, og udviklingsprocessen af specifikationen har sikret bred tilslutning. Da dette arbejde allerede er gennemført, vil der fremadrettet kun skulle gennemføres justeringer af dataspecifikationen for så vidt angår KOL-rehabilitering. For yderligere sygdomsområder vil arbejdet med udarbejdelse af specifikation igen gennemføres.

Det har vist sig fornuftigt, ikke at udvikle et automatisk indberetningssystem, da det ville have krævet for meget tidsmæssigt og ressourcemæssigt hos kommunerne og RKKP. Det har dog betydet et stort databearbejdningsarbejde i RKKP efterfølgende, ligesom datakvaliteten i en del tilfælde har været lav, grundet de manglende krav til indberetningen. Fremadrettet bør man derfor igangsætte arbejdet med udvikling af et system til mere automatiseret overførsel af data fra kommunerne til RKKP

At sikre indberetning af data på denne ad hoc måde har endvidere krævet megen dialog med kommunerne og har betydet et stort arbejde i den enkelte kommune. Dette vil implementering af et system til automatisk dataoverførsel også kræve i opstartsperioden, men herefter er erfaringen, at denne byrde falder markant. Et automatiseret system betyder endvidere, at en højere datakvalitet sikres.

Den valgte afrapporteringsproces af de kommunale resultater har vist sig brugbar også fremadrettet. Det vil dog være en udfordring at afrapportere i stor skala, da ikke alle tabeller og figurer egner sig til visning af mange kommuners resultater. Dette skal derfor afklares.

Der er ikke fundet en model for, hvordan opfølgning på resultater i kommunerne kan ske mest hensigtsmæssigt. I et fremtidigt projekt skal dette derfor endelig afklares.

Kontakt, møder og netværk i projektet har været essentielt for gennemførelse af projektet. Fællesmøder med kommunerne har betydet vigtig erfaringsudveksling, som bør fortsætte fremadrettet, eventuelt i flere mindre kommunale grupper.

Overordnet har projektet altså givet megen værdifuld information om udfordringer i forbindelse med indberetning fra kommunerne, som har ledt til en række vigtige konklusioner. Det er endvidere lykkedes at få udarbejdet en datarapport på baggrund af de indberettede data, som for første gang giver et billede af kvaliteten af KOL-rehabiliteringen i de deltagende kommuner

Perspektivering

Nærværende rapport bør ligge til grund for drøftelse mellem RKKP og KL, samt i RKKP's bestyrelse med henblik på igangsættelse af et nyt fælles projekt.

Dette projekt bør have et eller flere af nedenstående formål:

1. Udvidelse af projektet med flere deltagende kommuner til indberetning af KOL-rehabiliteringsdata
2. Udvikling af et automatiseret indberetningssystem til indberetning af KOL-rehabiliteringsdata
3. Udvidelse af indberetning af rehabiliteringsdata for yderligere sygdomsområder for de deltagende kommuner, f.eks. diabetes.