

**Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland  
for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv  
lunget sygdom og hjertekarsygdom (AKS)**

**Statusrapport 3**  
**Indikatorer udviklet til kommuner**



**Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland  
for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv  
lunget sygdom og hjertekarsygdom (AKS)**

**Statusrapport 3**

**Indikatorer udviklet til kommuner**

## **Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS)**

### **Statusrapport 3: Indikatorer udviklet til kommuner**

**Emneord:** Kronisk sygdom, diabetes, type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, hjertekarsygdom, AKS, monitorering, datakilder, kommune

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 17. december 2014

**Udgivet af:** CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og udvikling, Region Midtjylland

**Forsidefoto:** Poul Blaabjerg

**Udgave:** 1. udgave

**Forfattere:** Hanne Søndergaard  
Charlotte Ibsen

#### **Denne publikation citeres således:**

**Forfattere:** Søndergaard H, Ibsen C

**Titel:** Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS). Statusrapport 3: Indikatorer udviklet til kommuner

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

MarselisborgCentret

PP Ørums Gade 11, Bygning 1 B

8000 Aarhus C

Tlf.: 7841 4440

E-mail: [Inger.Hornbech@stab.rm.dk](mailto:Inger.Hornbech@stab.rm.dk)

Hjemmeside: [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk) eller [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)

# Forord

I Region Midtjylland er der udarbejdet fem forløbsprogrammer, som beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats til borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdom, lænderygsmerter og depression.

De første sygdomsgrupper, der blev udarbejdet forløbsprogrammer for, var type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og hjertekarsygdom (akut koronart syndrom (AKS)). Disse blev udviklet i et samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og kommuner. I perioden 2010 til 2012 blev arbejdet med implementering af disse påbegyndt i de tre sektorer.

Formålet med denne rapport er at gøre status på indhentning af data fra eksisterende systemer med henblik på opgørelse af de indikatorer, der er udviklet til kommuner i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS. Rapporten er den sidste i en række på i alt tre, som alle beskriver væsentlige trin i opbygningen af et tværsektorielt monitoreringssystem. Den første rapport undersøgte, hvorvidt data fra allerede eksisterende registre og algoritmer kunne anvendes til at identificere og karakterisere den samlede population af borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS. Den anden rapport beskrev status på opgørelse af indikatorer udviklet til almen praksis og hospitaler.

Udarbejdelse af nærværende rapport er foretaget af projektleder og sundhedsfaglig konsulent Hanne Søndergaard og sundhedsfaglig konsulent Charlotte Ibsen i et samarbejde mellem MarselisborgCentret, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og Nære Sundhedstilbud i Region Midtjylland.

Rapportens målgruppe er det administrative- og ledelsesmæssige niveau i Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen samt sundhedsfaglige planlæggere i regioner og kommuner. Desuden vil rapporten kunne være af interesse for medarbejdere, der arbejder med lignende monitoreringsprojekter i de øvrige regioner og kommuner. Der vil blive udarbejdet en sammenfatning af resultaterne beskrevet i de tre rapporter, hvor målgruppen også vil være det politiske niveau i Region Midtjylland.

Vi forventer, at rapporten kan bidrage med viden om eksisterende datas anvendelse til monitorering af de udvalgte indikatorer og dermed indgå som led i det videre monitoreringsarbejde for forløbsprogrammer i Region Midtjylland.

Aarhus, januar 2014

Med venlig hilsen

Claus Vinther Nielsen  
Forskningschef, professor, ph.d.

Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering  
MarselisborgCentret  
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Jens Bejer Damgaard  
Kontorchef, ph.d.

Strategi og Planlægning  
Nære Sundhedstilbud  
Region Midtjylland

# Sammenfatning

For at øge kvaliteten af indsatser overfor borgere med kronisk sygdom er der udarbejdet og efterfølgende påbegyndt implementering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdom (akut koronart syndrom (AKS)), lænderygsmerter og depression.

Med henblik på at følge implementeringen af forløbsprogrammerne er der truffet beslutning om, at der løbende og systematisk skal monitoreres på indikatorer med udgangspunkt i evidensbaserede anbefalinger i forløbsprogrammerne. Hertil har fagfolk fra almen praksis, hospitaler og kommuner udpeget tværsektorielle indikatorer for type 2 diabetes, KOL og AKS, som primo 2012 blev godkendt af Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg i Region Midtjylland. Den overordnede præmis for monitorering er, at der skal anvendes allerede eksisterende data.

I august 2014 udkom to statusrapporter om udviklingen af et tværsektorielt monitoreringssystem for forløbsprogrammer i Region Midtjylland. Den første beskrev de populationer, som skal udgøre nævneren i opgørelsen af de udvalgte indikatorer, og den anden rapport beskrev status på arbejdet med indikatorer for almen praksis og hospitaler. Nærværende tredje og sidste rapport beskriver status på indikatorer for kommuner i Region Midtjylland. Afslutningsvis vil der blive udarbejdet en sammenfatning af resultaterne i alle tre rapporter.

**Formålet med denne undersøgelse er således at beskrive potentialer og barrierer for indhentning af eksisterende data med henblik på opgørelse af indikatorer udviklet til kommuner i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS.**

Undersøgelsen foregik i perioden 1. september 2013 til den 31. august 2014. Den var baseret på kortlægning i to testkommuner, Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune, samt indhentning af konkrete data om de kommunale indikatorer. Desuden blev der foretaget kortlægning blandt kommuner i Region Midtjylland, der ikke anvendte Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva.

I kortlægningen af borgerforløbene i de to testkommuner fremgik det, at de var tilrettelagt forskelligt, og at indsatsernes frekvens og varighed ligeledes var forskellige. Begge enheder målte ved start og slut helbredsrelateret livskvalitet (SF12) og 6 minutters gangtest. Herudover blev der anvendt forskellige spørgeskemaer og forskellige måleredskaber til måling af fysisk funktionsevne. De to enheder anvendte ikke samme registreringssystemer. Sundhedshuset Silkeborg anvendte KMD Care og Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva, og Folkesundhed Aarhus anvendte CSC Vitae Suite og Rambøll Results.

Med baggrund i konkrete dataudtræk fra de to enheder, blev datakvaliteten vurderet med henblik på opgørelse af de seks kommunale indikatorer samt to supplerende indikatorer om "fysiske tests før og efter rehabilitering".

For Sundhedshuset Silkeborg kunne der umiddelbart foretages indikatoropgørelse for følgende tre indikatorer: "deltager i indledende samtale", "gennemfører § 119-rehabilitering" og "deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119-rehabilitering". For de to indikatorer om "forbedring i helbredsrelateret livskvalitet" (SF12) og "forbedring i mestringsniveauet" (HeiQ) blev der identificeret data, men der er behov for yderligere databearbejdning, inden

indikatorerne kan opgøres. Indikatoren "afsendelse af statusmeddelelser til almen praksis" kunne ikke opgøres, da der ikke blev identificeret data. De to indikatorer vedrørende "fysiske tests før og efter rehabilitering" kunne ikke opgøres, da de registreres i fritekst i KMD Care.

For Folkesundhed Aarhus kunne der umiddelbart foretages indikatoropgørelse for to indikatorer: "deltager i indledende samtale" og "gennemfører § 119-rehabilitering". For de tre indikatorer "deltager i opfølgende samtale", "forbedring i mestringssevnen" (HeiQ) og "afsendelse af statusmeddelelser til almen praksis" blev der ikke identificeret data i de to datakilder, hvorfor indikatorerne ikke kunne opgøres. Der blev identificeret data i datakilden for indikatoren "forbedring i helbredsrelateret livskvalitet" (SF12), men der var behov for yderligere databearbejdning, inden data kunne anvendes til indikatoropgørelse. Der blev ligeledes identificeret data vedrørende "fysiske tests før og efter rehabilitering", men data blev vurderet ikke godkendt, idet de ikke blev registreret systematisk og entydig.

Af de fire identificerede datakilder var MoEva den datakilde, der kunne anvendes til opgørelse af flest indikatorer, idet det potentielt er muligt at opgøre syv af de i alt otte indikatorer. Endvidere viste kortlægningen, at MoEva for nuværende anvendes af 11 kommuner i Region Midtjylland. Det vil således være muligt at rapportere for disse 11 kommuner under forudsætning af, at der indgås en dataaftale mellem Region Midtjylland og de implicerede kommuner.

Kortlægningen i de otte kommuner i Region Midtjylland, der ikke anvendte MoEva, viste stor variation i tilrettelæggelse af borgerforløb, indsatser og opfølgningstidspunkt. Desuden blev der anvendt forskellige redskaber til måling af fysisk funktionsevne, og der blev dokumenteret i tre forskellige registreringssystemer. De væsentligste årsager, de syv kommuner angav, til ikke at anvende MoEva var, at det anses for at være omfattende, det tager lang tid at udfylde, og der er for nogle borgere behov for hjælp til udfyldelse.

Samlet set viste undersøgelsen, at præmissen om anvendelse af eksisterende data fra alle 19 kommuner i Region Midtjylland til monitorering af de kommunale indikatorer ikke er muligt for nuværende på grund af utilstrækkelig datakvalitet, manglende datakilder, flere forskellige registreringssystemer samt ringe mulighed for at samkøre data.

## **Anbefalinger**

Denne rapport har bidraget til at give en afklaring og konkretisering af nogle af de udfordringer, der skal løses, inden det er muligt at opgøre de udviklede indikatorer for alle 19 kommuner i Region Midtjylland. På baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det, at der fremadrettet fokuseres på følgende:

### **Vedrørende borgerforløb**

- For at kunne sammenligne opgørelse af de enkelte indikatorer i monitoreringen på et validt grundlag er det væsentligt at fokusere på, at § 119-rehabilitering i de midtjyske kommuner i højere grad ensrettes med hensyn til frekvens, varighed, intensitet og opfølgningstidspunkt.
- For at kunne sammenligne effekter af de tilbudte indsatser er det væsentligt, at der på baggrund af den foreliggende evidens opnås enighed i kommunerne om hvilke redskaber, der skal anvendes til måling af effekten.

#### Registreringspraksis og registreringssystemer

- For at sikre tilstrækkelig datakvalitet til indikatoropgørelse, er det væsentligt at prioritere kvantitativ, systematisk og stringent dokumentation samt sikre løbende vurdering af data med henblik på at kunne overvåge og forbedre kvaliteten.
- For at kunne følge resultaterne af monitoreringen regelmæssig og rapportere til relevante målgrupper er sikring af let adgang til dataudtræk væsentlig.
- For at opnå komplette data er det væsentligt at de fagfolk, der skal foretage den daglige dokumentation, kender formålet hermed og har det indlagt som en naturlig del af den daglige arbejdsrutine. Der ligger en ledelsesopgave i formidling og organisering af disse rutiner såvel som at sørge for, at de nødvendige ressourcer hertil er til stede.

#### Kort- og langsigtet perspektiv

- På kort sigt vil det være muligt at foretage monitorering på de 11 kommuner, der anvender MoEva, under forudsætning af, at der indgås en dataaftale mellem Region Midtjylland og de implicerede kommuner. Dette kunne evt. iværksættes som et pilotprojekt, hvor de syv mulige indikatorer følges over en fastsat tidsperiode.
- For at klarlægge det fremadrettede perspektiv for samkøring af data for de otte kommuner, der ikke anvender MoEva, kræves der bistand fra fagfolk med ekspertise inden for it-, registrerings- og dokumentationssystemer.

# Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Indledning .....</b>	<b>8</b>
<b>2.0 Formål .....</b>	<b>9</b>
<b>3.0 Materiale og metode.....</b>	<b>9</b>
<b>4.0 Resultater.....</b>	<b>11</b>
4.1 Kortlægning og vurdering af data i de to testkommuner.....	11
Borgerforløb i de to enheder .....	11
Registreringssystemer i de to enheder .....	12
4.2 Eksempler på indikatoropgørelser i de to testkommuner.....	14
Sundhedshuset Silkeborg.....	14
Folkesundhed Aarhus .....	15
4.3 Kortlægning i kommuner der ikke anvendte MoEva .....	17
<b>5.0 Konklusion.....</b>	<b>19</b>
<b>6.0 Anbefalinger .....</b>	<b>20</b>
<b>Referencer.....</b>	<b>22</b>
<b>Bilagsoversigt.....</b>	<b>23</b>



# 1.0 Indledning

Udvikling og implementering af forløbsprogrammer er et led i indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Formålene med forløbsprogrammerne er gennem en faglig og organisatorisk ramme for de tværsektorielle, komplekse og langvarige forløb at sikre (1-3):

- høj kvalitet af den samlede indsats
- patient-/borgerinddragelse
- sammenhængende patientforløb
- hensigtsmæssig ressourceudnyttelse

Ultimo 2013 er der i Region Midtjylland udviklet forløbsprogrammer for følgende sygdomsgrupper:

- Type 2 diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Hjertekarsygdom (akut koronart syndrom (AKS))
- Lænderygsmerter
- Depression

I Region Midtjylland er det besluttet, at der løbende og systematisk skal monitoreres på et forløbsprogram med henblik på at sikre, at det implementeres som planlagt (4). Arbejdet med implementering af de tre første forløbsprogrammer for type 2 diabetes, KOL og AKS blev iværksat i almen praksis, på hospitaler og i kommuner i Region Midtjylland i perioden 2010 – 2012 (5 - 7).

Med baggrund i anbefalinger i de tre forløbsprogrammer blev der i efteråret 2011 udvalgt indikatorer i samarbejde med fagfolk fra de tre sygdomsområder og fra de tre sektorer (Bilag 1). Indikatorerne blev godkendt på møde i Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg i Region Midtjylland i januar 2012. Efterfølgende er der igangsat udvikling af et tværsektorielt monitoreringssystem til monitorering af de tre forløbsprogrammer (MAF). I udviklingen af dette system var den overordnede præmis, at der i videst muligt omfang skal anvendes allerede eksisterende data.

Hensigten med MAF er på sigt at monitorere strukturer, processer og resultater af alle implementerede forløbsprogrammer, så det bliver muligt løbende at justere og udvikle indsatser til gavn for borgere med kronisk sygdom i Region Midtjylland. I bestræbelserne på at opnå dette er arbejdet opdelt i tre dele. Første del identificerede og beskrev de tre populationer (8). Anden del beskrev status på arbejdet med de valgte indikatorer for almen praksis og hospitaler (9). Tredje del, som beskrives i denne rapport, er status på arbejdet med de valgte generiske indikatorer for kommuner i Region Midtjylland. Sammenfatning af alle tre rapporter vil blive præsenteret i en afsluttende rapport 4. De udvalgte indikatorer fremgår af nedenstående Tabel 1.

**Tabel 1.** Kommunale indikatorer for type 2 diabetes, KOL og AKS

---

**Andelen af borgere...**

... der deltager i indledende samtale

... der gennemfører § 119-rehabilitering

... der deltager i afsluttende samtale efter § 119-rehabilitering

... der oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet § 119-rehabilitering

... der oplever forbedring i mestringsvnen (HeiQ) efter afsluttet § 119-rehabilitering

... hvor der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering

---

På møde i Den Kommunale Styregruppe på Sundhedsområdet i den midtjyske region (KOSU) maj 2013 blev Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune udvalgt som testkommuner til at indgå i et samarbejde om at afdække muligheder for at indhente data til opgørelse af de kommunale indikatorer for type 2 diabetes, KOL og AKS.

Det samlede antal borgere med hver af de tre sygdomme i de to kommuner blev identificeret i første del af arbejdet med MAF for årene 2010, 2011 og 2012. Antallet af borgere med KOL/astma og AKS fremgår af tabel 2 og 3 (8).

**Tabel 2.** Borgere med KOL/astma<sup>1</sup> i Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune i 2010, 2011 og 2012

Kommune	2010		2011		2012	
	Antal	Procent <sup>2</sup>	Antal	Procent <sup>2</sup>	Antal	Procent <sup>2</sup>
Silkeborg	3.391	6,6	3.546	6,8	3.645	6,9
Aarhus	10.602	7,0	10.913	7,1	11.128	7,2
Region Midtjylland	48.837	6,9	50.271	7,0	51.559	7,2

<sup>1</sup> ≥ 35 år; <sup>2</sup> procent af det totale befolkningstal ≥ 35 år

**Tabel 3.** Borgere indlagt med AKS<sup>1</sup> i Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune i 2010, 2011 og 2012

Kommune	2010		2011		2012	
	Antal	Procent <sup>2</sup>	Antal	Procent <sup>2</sup>	Antal	Procent <sup>2</sup>
Silkeborg	180	0,27	161	0,24	153	0,22
Aarhus	394	0,16	409	0,16	393	0,15
Region Midtjylland	2.279	0,23	2.105	0,21	2.162	0,22

<sup>1</sup> ≥ 18 år; <sup>2</sup> det totale befolkningstal ≥ 18 år

I identificeringen af KOL populationen inkluderede den anvendte algoritme også borgere med astma. AKS populationerne kunne identificeres ud fra borgere indlagt med AKS-diagnosen. Den anvendte diabetes-algoritme identificerede flere borgere end dem, der reelt havde læge-diagnosticeret diabetes, hvorfor der ikke præsenteres tal for diabetes. Der er behov for justering og validering af algoritmen, inden den kan anvendes til identificering af diabetespopulationen (8).

## 2.0 Formål

Med udgangspunkt i præmissen om anvendelse af eksisterende data til kontinuerlig systematisk monitorering af indsatser i forløbsprogrammerne er formålet med denne rapport:

At undersøge potentialer og barrierer for indhentning af data med henblik på opgørelse af indikatorer udviklet til kommuner i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse og hjertekarsygdom (AKS).

Undersøgelsen har to delformål. Disse er:

- at foretage indhentning af data fra de to testkommuner, Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune, med henblik på vurdering af datas kvalitet til opgørelse af indikatorerne.
- at undersøge muligheder for indhentning af data blandt de kommuner i Region Midtjylland der ikke anvender Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva.

## 3.0 Materiale og metode

Med baggrund i undersøgelsens delformål blev der foretaget følgende:

- Kortlægning i de to testkommuner, Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune, samt indhentning af data om indikatorerne.

- Kortlægning blandt kommuner i Region Midtjylland der ikke anvendte Monitorerings- og evalueringssværktøjet MoEva.

### **Kortlægning og dataindhentning i de to testkommuner**

Fra Silkeborg Kommune medvirkede enheden "Sundhedshuset Silkeborg" og fra Aarhus Kommune medvirkede enheden "Folkesundhed Aarhus", som består af to lokaliteter: Gellerup og Ceres Allé.

Kortlægningen i de to enheder foregik i perioden august 2013 til 31. august 2014 og tog udgangspunkt i de indikatorer, der er udviklet til kommuner i Region Midtjylland for type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse og AKS (Bilag 1).

Indledningsvis blev der foretaget strukturerede interviews med nøglemedarbejdere for at opnå indgående viden om enhedernes § 119-rehabilitering<sup>1</sup> (10). Desuden blev det undersøgt hvilke fysiske tests, de to enheder anvendte, samt hvordan dataregistrering og dataudtræk foregik med henblik på eventuelt inddragelse af fysiske tests i monitoreringen (Bilag 2). Herefter blev der foretaget identificering af relevante datakilder i hver af enhederne samt afholdt møder med de registreringsansvarlige for at få indgående kendskab til registreringspraksis. Afslutningsvis blev der indhentet dataudtræk fra hver af de to testenheder.

Dataudtrækkene fra de to enheder blev gennemgået og vurderet. I første omgang med henblik på at undersøge, om der kunne identificeres relevante data for hver enkelt indikator. Efterfølgende blev kvaliteten af de identificerede data vurderet og opdelt i følgende tre kategorier:

- Godkendt datakvalitet: angiver, at data umiddelbart kan anvendes til indikatoropgørelse
- Godkendt datakvalitet med bemærkninger: angiver, at data ikke umiddelbart kan anvendes til indikatoropgørelse, da de:
  - foreligger i utilgængeligt format
  - foreligger usystematisk
  - kræver yderligere databearbejdning
 Det antages, at data kan anvendes til indikatoropgørelse efter simpel justering.
- Ikke godkendt datakvalitet: angiver, at data ikke kan anvendes til indikatoropgørelse og der er behov for omfattende justering for at kunne anvendes til indikatoropgørelse

Dataudtrækkene beror på kravspecifikationer, der blev udarbejdet til hver af de to enheder (Bilag 3 og 4). Der blev ikke udarbejdet specifikke indikatordefinitioner, da datagrundlaget ikke var kendt på forhånd.

Der er indhentet tilladelse fra datatilsynet og de to kommuner med henblik på opbevaring af data samt overførsel af data fra kommune til region.

### **Kortlægning blandt kommuner i Region Midtjylland der ikke anvendte MoEva**

I perioden maj til juni 2014 blev der gennemført telefoninterviews med nøglemedarbejdere i de syv kommuner i Region Midtjylland, der i lighed med Aarhus Kommune ikke anvender MoEva. Det drejer sig om kommunerne Favrskov, Hedensted, Samsø, Skive, Syddjurs, Viborg og Randers. Interviewene blev foretaget ud fra en struktureret interviewguide (Bilag 5), som

---

<sup>1</sup> Borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS, som deltager i forløb beskrevet i forløbsprogrammerne, henvises til tilbud, der refererer til Sundhedslovens § 119.

omfattede spørgsmål vedrørende de kommunale indikatorer og den registreringspraksis, kommunerne anvender. De interviewede nøglemedarbejdere havde alle indgående kendskab til den pågældende kommunes § 119-rehabilitering og registrering af disse. Hvert interview tog ca. en time.

## **4.0 Resultater**

I dette afsnit præsenteres resultaterne af de to kortlægninger samt resultaterne af gennemgangen og vurdering af dataudtrækkene fra Sundhedshuset Silkeborg og Folkesundhed Aarhus.

### **4.1 Kortlægning og vurdering af data i de to testkommuner**

#### **Borgerforløb i de to enheder**

Sundhedshuset Silkeborg tilbød et undervisnings- og træningsforløb "Lev godt med din sygdom", til borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS. Forløbet foregik samlet for de tre kroniske sygdomme, og der var løbende optag. Folkesundhed Aarhus tilbød et modulsammensat undervisnings- og træningsforløb til borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS. Forløbet foregik samlet for de tre kroniske sygdomme, og der var faste hold. Borgere kan enten visiteres til forløb på Ceres Allé eller i Gellerup. I Gellerup tilbydes forløb for borgere med anden etnisk baggrund med type 2 diabetes og AKS.

Temaerne i tilbuddene i de to enheder var overordnet set ens og bestod af teori og praksis vedrørende mestring af den kroniske sygdom, kost og fysisk træning. Hertil kom tilbud om rygestop, hvis borgeren havde behov. Varighed og dosering af tilbuddene var forskelligt i de to kommuner.

I Sundhedshuset Silkeborg deltog de visiterede borgere i alle de planlagte tilbud, mens borgere i Aarhus kunne visiteres til et eller flere tilbud afhængig af, hvad der blev aftalt med borgeren i den indledende samtale. Begge enheder afholdte indledende samtale, hvor der blandt andet blev fastsat mål for forløbet i samarbejde med borgeren.

Folkesundhed Aarhus afholdte en gruppebaseret opfølgende samtale tre måneder efter afsluttet forløb for borgere, der var visiteret til Ceres Allé, og en individuel afsluttende samtale for borgere, der var visiteret til Gellerup. I Sundhedshuset Silkeborg blev foretaget opfølgende individuel samtale i umiddelbar tilknytning til holdafslutningen, og der foretages gruppeopfølgning 6 måneder efter afsluttet forløb samt en afsluttende individuel samtale efter 12 måneder. Der sendes i begge enheder afsluttende status til borgerens egen læge efter endt forløb.

Både Folkesundhed Aarhus og Sundhedshuset Silkeborg målte outcome af det forløb, borgeren deltog i. Spørgeskemaet SF12, 6 minutters gangtest og spørgsmål vedrørende sundhedsvaner anvendtes i begge enheder ved start og slut. I Folkesundhed Aarhus anvendtes 6 minutters gangtest kun på Ceres Allé, og her gennemførte borgeren på baggrund af en individuel vurdering 6 minutters gangtest eller Åstrands 1-punkts-test. Herudover anvendtes forskellige fysiske tests og spørgeskemaer i de to enheder.

Af bilag 6 og 7 fremgår en mere detaljeret kortlægning af § 119-rehabilitering fra indledning til afslutning i hver af de to testkommuner.

## Registreringssystemer i de to enheder

Sundhedshuset Silkeborg anvendte omsorgs- og journalsystemet KMD Care. Fra januar 2014 blev indtastning i MoEva påbegyndt.

Folkesundhed Aarhus anvendte omsorgs- og journalsystemet CSC Vitae Suite til registrering af alle borgerkontakter. I Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune, hvorunder Folkesundhed Aarhus er organiseret, er anskaffelse af en ny borgerjournal sat i udbud med forventning om at kunne underskrive en kontrakt ultimo juni 2015 (11). Fra maj 2014 blev Rambøll Results taget i anvendelse i Folkesundhed Aarhus. Det er et surveysystem, der kan håndtere avancerede dataindsamlinger og samarbejdsopgaver. Data er indtastet fra januar 2014.

I tabel 4 præsenteres de generiske kommunale indikatorer med tilhørende datakilder for hver af de to enheder.

**Tabel 4.** Identificerede datakilder fra hver af de to enheder for de generiske kommunale indikatorer

	Sundhedshuset Silkeborg	Folkesundhed Aarhus
Andelen af borgere med type 2 diabetes/KOL/AKS...		
.. der deltager i indledende samtale	MoEva	CSC Vitae Suite
.. der gennemfører § 119-rehabilitering	MoEva	CSC Vitae Suite
.. der deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119-rehabilitering	MoEva	CSC Vitae Suite
.. der efter afsluttet § 119-rehabilitering oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12)	MoEva	CSC Vitae Suite/ Rambøll Results
.. der efter afsluttet § 119-rehabilitering oplever forbedring af mestringsevnen (HeiQ)	MoEva	Ingen
.. hvor der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering	KMD Care	CSC Vitae Suite
.. der får foretaget fysiske tests ved start af § 119-rehabilitering	KMD Care	CSC Vitae Suite
.. der får foretaget fysiske tests ved afslutning af § 119-rehabilitering	KMD Care	CSC Vitae Suite

Som det fremgår af tabel 4 blev datakilderne MoEva og KMD Care identificeret i Sundhedshuset Silkeborg til opgørelse af indikatorerne, og datakilderne CSC Vitae Suite og Rambøll Results blev identificeret i Folkesundhed Aarhus. Datakilderne vil blive beskrevet i det følgende.

### MoEva

Sundhedshuset Silkeborg anvender Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva, som er et værktøj til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler. MoEva er udviklet af CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i samarbejde med ni kommuner og Hospitalsenheden Vest (12). Det er et generisk værktøj, som kan anvendes på tværs af sygdomsdiagnoser og enheder (hospital og kommuner). MoEva er opbygget i et basismodul og to opfølgingsmoduler og indeholder standardiserede og validerede spørgsmål. De samme spørgsmål stilles ved de tre måletidspunkter, som er forløbets start, forløbets afslutning samt 12 måneder efter afsluttet forløb. Der findes desuden et tilkøbsmodul, der omfatter registrering af gennemførte fysiske tests samt resultaterne heraf. Dette modul anvender Sundhedshuset Silkeborg på nuværende tidspunkt ikke. Da det er kommunen, der ejer data, skal Region Midtjylland have en særskilt tilladelse til at anvende data. For nuværende anvender 11 kommuner i Region Midtjylland MoEva.

Tabel 5 angiver for hvilke indikatorer, der kan og ikke kan identificeres data for i MoEva. Kvaliteten af de identificerede data blev vurderet og kategoriseret efter de tre prædefinerede

kategorier: godkendt datakvalitet, godkendt datakvalitet med bemærkninger eller ikke godkendt datakvalitet.

**Tabel 5.** Identificering af data og vurdering af datakvalitet i MoEva fra Sundhedshuset Silkeborg.

Indikator	Identificering af data	Datakvalitet
... deltager i indledende samtale	ja	+
... gennemfører § 119-rehabilitering	ja	+
... deltager i afsluttende samtale efter § 119-rehabilitering	ja	+
... oplever forbedring af helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet § 119-rehabilitering	ja	*
... oplever forbedring af mestringssevnen (HeiQ) efter afsluttet § 119-rehabilitering	ja	*
... der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering	nej	Kan ikke vurderes
... der får foretaget fysiske tests ved start af § 119-rehabilitering	nej	Kan ikke vurderes
.. der får foretaget fysiske tests ved afslutning af § 119-rehabilitering	nej	Kan ikke vurderes

+ godkendt datakvalitet; \* godkendt datakvalitet med bemærkninger

Af tabel 5 ses det, at der i MoEva blev identificeret relevante data for fem ud af de otte kommunale indikatorer. Datakvaliteten vedrørende tre af indikatorerne (indledende samtale, gennemfører § 119-rehabilitering, afsluttende samtale) blev vurderet godkendt, hvilket vil sige, at data umiddelbart kunne anvendes til indikatoropgørelse. For de to indikatorer vedrørende SF12 og HeiQ blev datakvaliteten vurderet godkendt med bemærkninger. Denne vurdering blev foretaget med baggrund i, at der var behov for yderligere databearbejdning, inden data kunne anvendes til indikatoropgørelse. For de sidste tre indikatorer (statusmeddelelser, fysiske tests ved start og slut) blev der ikke identificeret relevante data i MoEva, hvorfor datakvaliteten ikke kunne vurderes.

## KMD Care

KMD Care er et journalsystem for ledere og medarbejdere inden for sundhed og omsorg. KMD Care sikrer sammenhæng mellem administration, styring samt dokumentation og videndeling i kontakten med den enkelte borger. I Sundhedshuset Silkeborg blev KMD Care anvendt til registrering af borgerkontakter, og der var mulighed for både kvantitativ og kvalitativ dokumentation.

Til indikatoropgørelse er KMD Care en interessant datakilde i forhold til indikatoren "afsendelse af statusmeddelelser fra kommunen til almen praksis" samt de to indikatorer vedrørende fysiske tests. I kortlægningen blev det klart, at data vedrørende statusmeddelelser kunne findes via Sundhedshuset Silkeborgs advis system, men disse data blev slettet efter 3 måneder, hvorfor det ikke var muligt at få data for 2013. Skal data fremadrettet anvendes til systematisk monitorering, er der behov for, at Region Midtjylland indgår en aftale med Sundhedshuset Silkeborg om en regelmæssig overførsel af data til regionens sikrede server. Vedrørende gennemførelse af fysiske tests viste kortlægningen endvidere, at Sundhedshuset Silkeborg på nuværende tidspunkt registrerer dette i KMD Care, men at denne registrering blev foretaget ved hjælp af fritext, der ikke var kvantificerbart.

## CSC Vitae Suite og Rambøll Results

CSC Vitae Suite er et journalsystem bestående af en modulopbygget tværfaglig løsning indeholdende CSC-omsorg, CSC-sundhed og CSC-træning. I Folkesundhed Aarhus blev CSC Vitae Suite anvendt til registrering af borgerkontakter. Der var mulighed for både kvantitativ

og kvalitativ dokumentation. Fra 2014 påbegyndtes indtastning af start- og slutschemaer (SF12) i Rambøll Results.

I tabel 6 ses identificering af data i CSC Vitae Suite samt vurdering og kategorisering af datakvaliteten ud fra de prædefinerede kategorier: godkendt datakvalitet, godkendt datakvalitet med bemærkninger eller ikke godkendt datakvalitet.

**Tabel 6.** Identificering af data og vurdering af datakvalitet i CSC Vitae Suite fra Folkesundhed Aarhus

Indikator	Identificering af data	Datakvalitet
... deltager i indledende samtale	ja	+
... gennemfører § 119-rehabilitering	ja	+
... deltager i afsluttende samtale efter § 119-rehabilitering	nej	Kan ikke vurderes
... oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet § 119-rehabilitering	Ja	*
... oplever forbedring i mestringsevnen (HeiQ) efter afsluttet § 119-rehabilitering	nej	Kan ikke vurderes
... der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering	nej	Kan ikke vurderes
... der får foretaget fysiske tests ved start af § 119-rehabilitering	ja	÷
.. der får foretaget fysiske tests ved afslutning af § 119-rehabilitering	ja	÷

+ godkendt datakvalitet; \* godkendt datakvalitet med bemærkninger; ÷ ikke godkendt datakvalitet

Af tabel 6 ses, at for datakilden CSC Vitae Suite blev der identificeret data for fem ud af de otte kommunale indikatorer. For to indikatorer (indledende samtale og gennemfører § 119-rehabilitering) blev datakvaliteten vurderet godkendt, hvilket vil sige, at data umiddelbart kunne anvendes til indikatoropgørelse. For én indikator (SF12) blev datakvaliteten vurderet godkendt med bemærkninger, dels fordi data blev registreret usystematisk, idet der ikke blev fundet oplysninger for op mod 50 % af borgerne, og dels fordi data forelå i et format, der krævede yderligere databearbejdning, inden de kunne anvendes til indikatoropgørelse. For tre indikatorer (afsluttende samtale, HeiQ og statusmeddelelser) blev der ikke identificeret relevante data i CSC Vitae Suite, hvorfor datakvaliteten ikke blev vurderet. For de sidste to indikatorer vedrørende fysiske tests blev der identificeret data, men datakvaliteten blev vurderet ikke godkendt, idet data ikke blev registreres entydig og systematisk. I datasættet fremgik det, at ud af 448 borgere blev testresultat for 6 minutters gangtest og Åstrands 1-punkts-test registreret for henholdsvis 48 og 23 borgere.

## 4.2 Eksempler på indikatoropgørelser i de to testkommuner

I det følgende præsenteres eksempler på opgørelser af de kommunale indikatorer for type 2 diabetes, KOL og AKS. Indikatoropgørelserne er baseret på de konkrete dataudtræk fra Sundhedshuset Silkeborg (datakilde MoEva) og Folkesundhed Aarhus (datakilde CSC Vitae Suite og Rambøll Results).

### Sundhedshuset Silkeborg

I perioden 1. december 2013 til 30. juni 2014 (i alt 7 måneder), blev der i MoEva registreret 42 borgere med type 2 diabetes (n=12), KOL (n=19) og AKS (n=11). I alt 69 % af borgerne blev henvist fra almen praktiserende læge, mens 31 % blev henvist fra hospital. I tabel 7 fremgår indikatoropgørelser for de tre indikatorer, der kan opgøres for Sundhedshuset Silkeborg. Indikatoropgørelserne blev foretaget samlet for de tre sygdomme.

**Tabel 7.** Eksempler på indikatoropgørelser for Sundhedshuset Silkeborg<sup>1</sup> i perioden 1. december 2013 til 30. juni 2014.

Indikator Borgere...	Antal				Indikator- opgørelse
	T2DM <sup>2</sup> (n=12)	KOL (n=19)	AKS (n=11)	I alt (N=42)	Andel (%)
... der deltager i indledende samtale	12	19	11	42	100 %
... der gennemfører <sup>3</sup> § 119-rehabilitering	10	15	9	34	81 % <sup>4</sup>
... der deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119-rehabilitering	8	13	8	29	69 %
... der oplever forbedring af helbreds-relateret livskvalitet (SF 12) efter afsluttet § 119-rehabilitering	Ikke beregnet – behov for yderligere databearbejdning				
... der oplever forbedring af mestringssevnen (HeiQ) efter afsluttet § 119-rehabilitering	Ikke beregnet – behov for yderligere databearbejdning				
... hvor der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der får foretaget fysiske tests ved start af § 119-rehabilitering					
.. der får foretaget fysiske tests ved afslutning af § 119-rehabilitering					

<sup>1</sup>Datakilde: MoEva; <sup>2</sup>Type 2 diabetes; <sup>3</sup>Gennemført er foretaget ud fra en subjektiv fagprofessionel vurdering; <sup>4</sup>7 % uoplyst

Tabel 7 viser, at alle 42 borgere, der blev registreret i MoEva, havde deltaget i en indledende samtale. Endvidere sås det, at 81 % gennemførte § 119-rehabilitering, mens 69 % fik en afsluttende samtale. For indikatoren om gennemførelse af § 119-rehabilitering var der ikke fastsatte kriterier for gennemførelse. Vurderingen beror alene på en subjektiv fagprofessionel vurdering af, om borgeren har gennemført. F.eks. lægges der vægt på, om borgeren har været motiveret for forløbet frem for antal mødegange.

Vedrørende de to indikatorer om ”forbedring af helbredsrelateret livskvalitet (SF 12)” og ”forbedring af mestringssevnen (HeiQ)” blev der identificeret data i MoEva. Ifølge kvalitetsvurderingen krævede data yderligere databearbejdning, inden der kunne foretages indikatoropgørelse, hvorfor indikatoren ikke er opgjort i denne rapport. Indikatoren vil efter yderligere databearbejdning kunne opgøres. For indikatoren ”afsendelse af statusmeddelelser” blev KMD Care identificeret som datakilde, men da data automatisk slettes efter tre måneder, kunne indikatoren ikke opgøres. Indikatorerne vedrørende fysiske tests er ikke opgjort, da data ikke foreligger kvantificerbart.

## Folkesundhed Aarhus

### Indikatoropgørelser 2013

I 2013 blev der i journalsystemet CSC Vitae Suite i Folkesundhed Aarhus i alt registreret 448 borgere med type 2 diabetes (n=207), KOL (n=130) og AKS (n=111). Af disse blev i alt 87 borgere registreret i Gellerup, og de resterende 361 borgere blev registreret på Ceres Allé. I datasættet var det ikke været muligt at identificere, hvorvidt henvisningerne kom fra praktiserende læge eller fra hospital. I tabel 8 ses eksempler på indikatoropgørelser for 2013 for de indikatorer, der kan opgøres i Folkesundhed Aarhus. Indikatoropgørelserne er foretaget samlet for de tre sygdomme og for de to lokaliteter; Gellerup og Ceres Allé.



**Tabel 8.** Eksempler på indikatoropgørelser for Folkesundhed Aarhus<sup>1</sup> (Gellerup og Ceres Allé) i perioden 1. januar 2013 til 31. december 2013.

Indikatorer Borgere...	Antal				Indikatoropgørelse
	T2DM (n=207)	KOL (n=130)	AKS (n=111)	I alt (n=448)	Andel (%) (N=448)
... deltager i indledende samtale	123	99	86	308	69 %
... gennemfører <sup>2</sup> § 119-rehabilitering	17	10	22	49	11 %
... deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der oplever forbedring i mestringssevnen (HeiQ) efter afsluttet § 119-rehabilitering	Ikke beregnet – behov for yderligere databearbejdning				
... hvor der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der får foretaget fysiske tests ved start af § 119-rehabilitering					
.. der får foretaget fysiske tests ved afslutning af § 119-rehabilitering					

<sup>1</sup>Datakilde: CSC Vitae Suite; <sup>2</sup>Gennemført er defineret som besvaret "Spørgeskema start" og "Spørgeskema slut"

Af tabel 8 ses, at ud af de 448 borgere, der var registreret i CSC Vitae Suite, har 69 % fået foretaget en indledende samtale, mens 11 % gennemførte § 119-rehabilitering. Indikatoren "gennemførelse af § 119-rehabilitering" er defineret ved, at en borger har gennemført forløbet, når både "Spørgeskema start" og "Spørgeskema slut" er besvaret. I datasættet har 38 % besvaret "Spørgeskema start" mens 11 % har besvaret "Spørgeskema slut".

For indikatorerne "opfølgende samtale" og "forbedring i mestringssevnen (HeiQ)" var der i datasættet ikke identificeret variable, der kan anvendes til indikatoropgørelse. For indikatoren om "forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12)" findes data i CSC Vitae Suite, men da vil data kræve yderligere bearbejdning, er indikatoren ikke opgjort i denne rapport. Indikatoren vil efter databearbejdning kunne opgøres. Til indikatoren om "afsendelse af statusmeddelelser til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering" er CSC Vitae Suite identificeret som datakilde, men da data slettes efter tre måneder, kan indikatoren ikke opgøres. For indikatorer vedrørende fysiske tests blev der identificeret data, men datakvaliteten blev vurderet ikke godkendt, idet data ikke blev registreres entydig og systematisk.

Med afsæt i de i alt 448 borgere, der er registreret i CSC Vitae Suite i 2013, blev det undersøgt, hvor stor en andel af disse, der var henvist elektronisk via Henvisningshotellet RefHost<sup>2</sup> til § 119-rehabilitering i Folkesundhed Aarhus. Dette er undersøgt ved at sammenholde dataudtræk fra Folkesundhed Aarhus med dataudtræk fra Henvisningshotellet RefHost. I nedenstående tabel 9 fremgår det, at ud af de i alt 448 forløb i Folkesundhed Aarhus kan i alt 39 % genfindes i datakilden RefHost. For diabetes- og KOL-forløb er det ca. 50 %, der kan genfindes, mens det for hjerte-forløb er 5 %.

**Tabel 9.** Antal § 119-rehabilitering i Folkesundhed Aarhus sammenholdt med antal elektroniske henvisninger sendt via Henvisningshotellet RefHost i 2013

	Diabetes forløb	KOL- forløb	Hjerte forløb	I alt
Antal borgerforløb i Folkesundhed Aarhus	207	130	111	448
Antal borgere henvist elektronisk via RefHost (%)	101 (49 %)	68 (52 %)	6 (5 %)	175 (39 %)

<sup>2</sup> Henvisningshotellet RefHost er en datakilde der indeholder elektroniske henvisninger fra almen praksis til hospital og kommuner.

## Indikatoropgørelser første halvdel af 2014

Indikatoropgørelserne for første halvdel af 2014 i Folkesundhed Aarhus beror på dataudtræk fra både CSC Vitae Suite og Rambøll Results for lokaliteten Ceres Allé. Resultaterne viser, at der i journalsystemet CSC Vitae Suite i alt blev registreret 185 borgere med type 2 diabetes (n=65), KOL (n=74) og AKS (n=46). I tabel 10 ses indikatoropgørelser for første halvdel af 2014 på Ceres Allé.

**Tabel 10.** Eksempler på indikatoropgørelser for Folkesundhed Aarhus<sup>1,2</sup> (Ceres Allé) i perioden 1. januar 2014 til 30. juni 2014.

Indikatorer	Antal				Indikatoropgørelse
	T2DM (n=65)	KOL (n=74)	AKS (n=46)	I alt (n=185)	Andel (%) (N=185)
... deltager i indledende samtale <sup>1</sup>	46	45	37	128	69 %
... gennemfører <sup>2</sup> § 119-rehabilitering <sup>3</sup>	19	8	3	30	16 %
... deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der oplever forbedring i helbredsrelateret livskvalitet (SF12) efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der oplever forbedring i mestringsvnen (HeiQ) efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... hvor der afsendes statusmeddelelse til almen praksis efter afsluttet § 119-rehabilitering					
... der får foretaget fysiske tests ved start af § 119-rehabilitering					
.. der får foretaget fysiske tests ved afslutning af § 119-rehabilitering					

<sup>1</sup>Datakilde: CSC Vitae Suite; <sup>2</sup> Datakilde: Rambøll Results; <sup>3</sup>Gennemført er defineret som besvaret "Spørgeskema start" og "Spørgeskema slut"

Tabel 10 viser, at ud af de 185 borgere på Ceres Allé har 69 % fået foretaget en indledende samtale, mens 16 % gennemfører § 119-rehabilitering. Det er usikkert, om alle 185 borgere har afsluttet forløbet. Er dette ikke tilfældet, vil andelen, der har gennemført forløbet, sandsynligvis være højere. De øvrige indikatorer kunne ikke opgøres grundet de samme forhold som for indikatoropgørelserne for 2013: manglende datakilde eller behov for yderligere databearbejdning.

## 4.3 Kortlægning i kommuner der ikke anvendte MoEva

Kortlægningen i de syv kommuner i den midtjyske region (Favrskov, Hedensted, Samsø, Skive, Syddjurs, Viborg og Randers), der i lighed med Folkesundhed Aarhus ikke anvendte MoEva, viste, at alle kommuner svarede "ja" til følgende:

- Tilbyder § 119-rehabilitering til borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS
- Afholder træning/undervisning to gange ugentligt
- Modtager henvisninger elektronisk
- Afholder indledende og opfølgende samtale
- Gennemfører fysiske tests ved start og slut
- Dokumenterer § 119-rehabilitering borgerforløb i borgerjournalen
- Dokumenterer både kvantitativt og kvalitativt

Kortlægningen har endvidere vist, at der var forskelle i de syv kommuners § 119-rehabilitering. Disse forskelle har betydning fremadrettet for systematisk monitorering af indsatsen i kommunerne. De væsentligste resultater præsenteres for hver af de syv kommuner i tabel 11.

**Tabel 11.** Opgørelse af temaer i kortlægning af § 119-rehabilitering blandt de syv kommuner i Region Midtjylland, der ikke anvender MoEva.

Tema	Hedensted	Viborg	Skive	Randers	Favrskov	Syddjurs	Samsø
Diagnoseopdelt/ samlet for de tre diagnoser	Diagnose- opdelt	Diagnose- opdelt/ samlet	Samlet	Diagnoseopdelt	Samlet	Samlet	Samlet
Pakkeforløb/moduler	Pakke- forløb/ moduler	Pakke- forløb	Pakke-forløb	Pakkeforløb/ moduler	Moduler	Pakke- forløb/ moduler	Pakke- forløb
Timer/uge	2	1½ - 3	1-3	1½ - 2*	1½ - 3	1- 1½	1-2
Gange/uge	2	2	2	2	2	2	2
Samlet antal uger	8	8	8	5-9*	10	8	12
Opfølgende samtale	Forløb slut 3 + 12 mdr.	Forløb slut	Forløb slut 3 + 10 mdr.	Diagnose- bestemt**	Forløb slut	Forløb slut	Forløb slut 1- 1 ½ mdr.
Fysiske tests	6 min. gangtest Åstrand cykeltest Borg 15 CAT	Borg 15	Borg 15	6 min. Gangtest Åstrand cykeltest 2punktstest/ Cardion	6 min. Gangtest Borg 15 Watt-max test	6 min. Gangtest Åstrand cykeltest COPM	Rejse- sætte- sig test
SF12	ja	nej	ja	nej	ja	nej	nej
Registrerings- systemer	CSC Vitae Suite	KMD Care	Avaleo	KMD Care Cardion KOLALA	CSC Vitae Suite	Avaleo	Rambøll Care
Afsluttende status til almen praksis	ja	ja	ja	ja	ja	nej	nej
Antal borgere i §119-rehabilitering i 2013	63	140	52	120	100	52	10

\*2 timer pr. gang for borgere med diabetes og KOL, 1 ½ time for borgere med AKS. 5-ugers forløb for diabetes, 7 ugers forløb for KOL og 9 ugers forløb for AKS. \*\*9 uger for diabetes og KOL, 3 mdr. for AKS

Af tabel 11 fremgår det, at § 119-rehabilitering i de syv kommuner er tilrettelagt forskelligt. Tre kommuner har diagnoseopdelte hold, mens fire afvikler forløbene samlet for de tre diagnoser. Endvidere fremgår det, at det varierer, om kommunerne har tilrettelagt forløbene som pakkeforløb eller moduler. Varigheden af forløbene varierer ligeledes fra 5 uger i Randers Kommune til 12 uger i Samsø Kommune. Alle kommuner afholder en opfølgende samtale, men det er forskelligt, hvornår denne samtale afholdes. Med hensyn til fysiske tests, så ses det, at fire kommuner anvender 6 minutters gangtest, og fire kommuner anvender Borg 15, mens Åstrand cykeltest anvendes af tre kommuner. Derudover anvendes der enkelte andre fysiske tests så som CAT, 2punktstest, Watt-max test og rejse-sætte-sig test. Af tabellen ses det endvidere, at der blandt de syv kommuner anvendes fire forskellige registreringssystemer. Samtlige kommuner blev spurgt til det samlede antal borgere, der har været igennem et § 119-rehabilitering i 2013 i den pågældende kommune, og det fremgår, at der er stor variation i det samlede antal. Fire kommuner ligger under 100 borgere i 2013, mens tre kommuner ligger over 100 borgere.

De syv kommuner blev endvidere spurgt om årsagen til, at de ikke anvender MoEva. Svarene fremgår af tabel 12.

**Tabel 12.** Årsager til at de 7 kommuner ikke anvender MoEva.

Årsag	Antal kommuner
For omfattende, kræver lang tid, kræver mange ressourcer	5
Borgerne kan ikke udfylde MoEva alene – skal have hjælp	2
Patientgrundlaget er for lille i kommunen	2
Afventer nationalt udspil	2
Ufleksibelt	2

## 5.0 Konklusion

Med udgangspunkt i præmissen om anvendelse af eksisterende data blev potentialer og barrierer for indhentning af data til opgørelse af de udvalgte kommunale indikatorer for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse og hjertekarsygdom (AKS) undersøgt. Undersøgelsen omfattede kortlægning i to testkommuner, Silkeborg Kommune og Aarhus Kommune, samt indhentning af data om de kommunale indikatorer i disse to kommuner. Desuden blev der foretaget kortlægning blandt kommuner i Region Midtjylland, der ikke anvendte Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva.

I kortlægningen af borgerforløbene i de to kommuner fremgik det, at de var tilrettelagt forskelligt, og at indsatsernes frekvens og varighed ligeledes var forskellige. Begge enheder målte ved start og slut helbredsrelateret livskvalitet (SF12) og 6 minutters gangtest. Her ud over blev der anvendt forskellige spørgeskemaer og forskellige måleredskaber til måling af fysisk funktion. De to enheder anvendte ikke samme registreringssystemer. Sundhedshuset Silkeborg anvendte KMD Care og Monitorerings- og evalueringsværktøjet MoEva, og Folkesundhed Aarhus anvendte CSC Vitae Suite og Rambøll Results.

Med baggrund i de konkrete dataudtræk fra de to enheder, blev datakvaliteten vurderet med henblik på opgørelse af de seks kommunale indikatorer samt de to supplerende indikatorer om "fysiske tests før og efter rehabilitering".

For Sundhedshuset Silkeborg kunne der umiddelbart foretages indikatoropgørelse for følgende tre indikatorer: "deltager i indledende samtale", "gennemfører § 119-rehabilitering" og "deltager i opfølgende samtale efter afsluttet § 119-rehabilitering". For indikatorerne om "forbedring i helbredsrelateret livskvalitet" (SF12) og "forbedring i mestringssevnen" (HeiQ) blev der identificeret data, men der er behov for yderligere databearbejdning, inden indikatorerne kan opgøres. Indikatoren "afsendelse af statusmeddelelser til almen praksis" kunne ikke opgøres, da der ikke blev identificeret data. De to indikatorer vedrørende "fysiske tests før og efter rehabilitering" kunne ikke opgøres, da de registreres i fritext i KMD Care.

For Folkesundhed Aarhus kunne der umiddelbart foretages indikatoropgørelse for indikatorerne: "deltager i indledende samtale" og "gennemfører § 119-rehabilitering". For indikatorerne "deltager i opfølgende samtale", "forbedring i mestringssevnen" (HeiQ) og "afsendelse af statusmeddelelser til almen praksis" blev der ikke identificeret data i de to datakilder, hvorfor indikatorerne ikke kunne opgøres. Der blev identificeret data i datakilden for indikatoren "forbedring i helbredsrelateret livskvalitet" (SF12), men der var behov for yderligere databearbejdning, inden data kunne anvendes til indikatoropgørelse. Der blev

ligeledes identificeret data vedrørende "fysiske tests før og efter rehabilitering", men data blev vurderet ikke godkendt, idet de ikke blev registreret systematisk og entydig.

Af de identificerede datakilder var MoEva den datakilde, der kunne anvendes til opgørelse af flest indikatorer, idet det potentielt er muligt at opgøre syv af de i alt otte indikatorer. Endvidere viste kortlægningen, at MoEva for nuværende anvendes af 11 kommuner i Region Midtjylland. Det vil således være muligt at rapportere for disse 11 kommuner under forudsætning af, at der indgås en dataaftale mellem Region Midtjylland og de implicerede kommuner.

Kortlægningen i de otte kommuner i Region Midtjylland, der ikke anvendte MoEva, viste stor variation i tilrettelæggelse af borgerforløb, indsatser og opfølgningstidspunkt. Desuden blev der anvendt forskellige redskaber til måling af fysisk funktion, og der blev dokumenteret i tre forskellige registreringssystemer. De væsentligste årsager, de syv kommuner angav, til ikke at anvende MoEva var, at det anses for at være omfattende, det tager lang tid at udfylde, og der var for nogle borgere behov for hjælp til udfyldelse.

Samlet set viste undersøgelsen, at præmissen om anvendelse af eksisterende data fra alle 19 kommuner i Region Midtjylland til monitorering af de kommunale indikatorer ikke er muligt for nuværende på grund af utilstrækkelig datakvalitet, manglende datakilder, flere forskellige registreringssystemer samt ringe mulighed for at samkøre data.

## 6.0 Anbefalinger

Denne rapport har bidraget til at give en afklaring og konkretisering af nogle af de udfordringer, der skal løses, inden det er muligt at opgøre de udviklede indikatorer for alle 19 kommuner i Region Midtjylland. På baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det, at der fremadrettet fokuseres på følgende:

### Vedrørende borgerforløb

- For at kunne sammenligne opgørelse af de enkelte indikatorer i monitoreringen på et validt grundlag er det væsentligt at fokusere på, at § 119-rehabilitering i de midtjyske kommuner i højere grad ensrettes med hensyn til frekvens, varighed, intensitet og opfølgningstidspunkt.
- For at kunne sammenligne effekter af de tilbudte indsatser er det væsentligt, at der på baggrund af den foreliggende evidens opnås enighed i kommunerne om hvilke redskaber, der skal anvendes til måling af effekten.

### Registreringspraksis og registreringssystemer

- For at sikre tilstrækkelig datakvalitet til indikatoropgørelse, er det væsentligt at prioritere kvantitativ, systematisk og stringent dokumentation samt sikre løbende vurdering af data med henblik på at kunne overvåge og forbedre kvaliteten.
- For at kunne følge resultaterne af monitoreringen regelmæssig og rapportere til relevante målgrupper er sikring af let adgang til dataudtræk væsentlig.
- For at opnå komplette data er det væsentligt at de fagfolk, der skal foretage den daglige dokumentation, kender formålet hermed og har det indlagt som en naturlig del af den daglige arbejdsrutine. Der ligger en ledelsesopgave i formidling og organisering af disse rutiner såvel som at sørge for, at de nødvendige ressourcer hertil er til stede.

#### Kort- og langsigtet perspektiv

- På kort sigt vil det være muligt at foretage monitorering på de 11 kommuner, der anvender MoEva under forudsætning af, at der indgås en dataaftale mellem Region Midtjylland og de implicerede kommuner. Dette kunne evt. iværksættes som et pilotprojekt, hvor de syv mulige indikatorer følges over en fastsat tidsperiode.
- For at klarlægge det fremadrettede perspektiv for samkøring af data for de otte kommuner, der ikke anvender MoEva, kræves der bistand fra fagfolk med ekspertise inden for it-, registrerings- og dokumentationssystemer.

# Referencer

1. Kronisk Sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund, 1. december 2005, version 1.
2. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model og forløbsprogram for diabetes, Sundhedsstyrelsen 2008.
3. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model, Sundhedsstyrelsen 12. december 2012, version 2.
4. Revideret notat vedr. monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland. Dateret 27. januar 2011.
5. Forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom, Region Midtjylland. Opdateret 2013.
6. Forløbsprogram for type 2 diabetes, Region Midtjylland, 2. udgave. Revideret oktober 2012.
7. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe, Region Midtjylland, 3. udgave. Revideret oktober 2012, opdateret januar 2013.
8. Søndergaard H, Ibsen C, Kærsvang LK et al. Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS). Statusrapport 1: identificering og karakteristik af populationerne i perioden 2010 – 2012. Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret; 2014.
9. Ibsen C, Søndergaard H, Kærsvang LK. Monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland for borgere med type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom (AKS). Statusrapport 2: Indikatorer udviklet til kommuner. Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret; 2014.
10. Sundhedsloven LBK nr. 913 af 13/07/2010 Gældende. Hentet 16. december 2014. <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710>
11. Ny borgerjournal til Sundhed og Omsorg Aarhus Kommune. Hentet 12. december 2014. <http://www.sundhedogomsorg.dk/da/Aktuelt/Digitalisering/Ny-Borgerjournal.aspx>
12. Wittrup I, Aavad EH, Poulsen SA et al. MoEva – monitorering og evaluering af patientuddannelser. Manual. Region Midtjylland, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2013.

## Bilagsoversigt

Bilag 1	Indikatoroversigt for de tre sygdomsområder
Bilag 2	Interviewguide til kortlægning af borgerforløb i de to enheder
Bilag 3	Kravspecifikation til Sundhedshuset Silkeborg
Bilag 4	Kravspecifikation til Folkesundhed Aarhus
Bilag 5	Interviewguide til kortlægning blandt kommuner i Region Midtjylland der ikke anvender MoEva
Bilag 6	§ 119-rehabilitering i Sundhedshuset Silkeborg (December 2014)
Bilag 7	§ 119-rehabilitering i Folkesundhed Aarhus (December 2014)



## Bilag 1. Indikatoroversigt for de tre sygdomsområder

Sektor	Type 2 diabetes (T2DM) Andelen af borgere med type 2 diabetes der...	KOL Andelen af borgere med KOL der...	AKS Andelen af borgere med AKS der...
<b>Almen praksis</b>	.. stratificeres	.. stratificeres	
	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol
	.. henvises til diabetesambulatorium		
	.. henvises til diabetesskole på hospital	.. henvises til KOL-rehabilitering på hospital	
	.. henvises til § 119-rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119-rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119-rehabilitering i kommunen (fase 3)
<b>Hospital</b>	.. stratificeres	.. stratificeres	
	.. får foretaget årskontrol	.. får foretaget årskontrol	
	Gennemsnitlige antal måneder før borgeren afsluttes fra diabetesambulatorium		
		.. henvises til KOL-rehabilitering på hospital	.. henvises til hjerterehabilitering på hospital (fase 2)
			Gennemsnitligt antal dage fra udskrivelse til hjerterehabilitering påbegyndes
			.. deltager i udvidet rehabiliteringstilbud (fase 2)
	.. gennemfører diabetesskole	.. gennemfører KOL-rehabilitering	.. gennemfører fysisk træning (fase 2)
			.. gennemfører patientundervisning (fase 2)
			.. gennemfører diætbehandling ved klinisk diætist (fase 2)
			.. får foretaget registrering af rygerstatus (fase 2)
			.. gennemfører rygestoptilbud (fase 2)
			.. screenes for depression (fase 2)
			Resultat af screening for depression (fase 2)
			.. henvises til hjerterehabilitering i kommunen (fase 2)
	.. henvises til § 119-rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119-rehabilitering i kommunen	.. henvises til § 119-rehabilitering i kommunen (fase 3)
			.. efter indlæggelse får fremsendt status-meddelelse til almen praksis (fase 1)
	.. efter diabetesskole får fremsendt en statusmeddelelse til almen praksis	.. efter KOL-rehabilitering får fremsendt en statusmeddelelse til almen praksis	.. efter hjerterehabilitering for fremsendt statusmeddelelse til almen praksis (fase 2)
<b>Kommune</b>	.. deltager i indledende afklarende samtale		
	.. gennemfører § 119-rehabilitering		
	.. deltager i opfølgende samtale		
	.. får foretaget funktionsevnetest før og efter § 119-rehabilitering samt resultatet heraf		
	.. vurderet helbredsrelateret livskvalitet før og efter § 119-rehabilitering samt resultatet heraf		
	.. efter afsluttet § 119-rehabilitering for fremsendt statusmeddelelse til almen praksis		

## Bilag 2. Interviewguide til kortlægning af borgerforløb i de to enheder



Organisatoriske oplysninger:

- Hyppighed af kurser i løbet af et år
- Antal patienter, der er tilbudt deltagelse
- Antal patienter, der deltager pr. gang
- Antal patienter, der gennemfører kursus
- Undervisernes kompetencer i forhold til i forvejen opstillede kriterier

Overordnede registreringsspørgsmål:

- Er registreringer knyttet til den enkelte borger (Cpr.nr)?

Kommunerne skal beskrive:

- Formålet med:
  - indledende afklarende samtale
  - opfølgende samtale
  - fysisk træning
  - diætvejledning
  - patientuddannelse
  - rygestoptilbud?

## Før kontakt

Henvisning

Information til borger:

- Telefon
- Skriftligt
- Andet

HENVISNING til REHABILITERING I KOMMUNALT REGI			
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar
Andelen af borgere med diabetes/KOL/AKS der henvises fra almen praksis til rehabilitering i kommunalt regi	Henvisning fra almen praksis	Foregår henvisning elektronisk fra almen praksis?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Er der en henvisning modtaget dato?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Hvilke oplysninger findes på henvisningen?	
		Hvordan foregår henvisning fra almen praksis, via hvilket system?	
		Hvad hedder systemet?	
		Henvises borgeren til et specifikt tilbud?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Kan der trækkes data ud fra systemet?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Hvilke data kan trækkes ud fra systemet?	
Andelen af borgere med diabetes/KOL/AKS der henvises fra hospital til rehabilitering i kommunalt regi	Henvisning fra hospital	Kan der trækkes data ud på cpr. niveau?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>

		Er der en henvisning modtaget dato?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>
		Hvordan foregår henvisning fra hospital, via hvilket system?			
		Hvad hedder systemet?			
		Henvises borgeren til et specifikt tilbud?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>
		Kan der trækkes data ud fra systemet?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>
		Hvilke data kan trækkes ud fra systemet?			
		Kan der trækkes data ud på cpr. niveau?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>
Ingen indikator (bør spørge alligevel, for at afdække omfanget af interne henvisninger)	Henvisning fra andre, fx interne i kommunen?	Hvem kan henvisninger komme fra?			
		Hvordan foregår henvisning fra andre, via hvilket system?			
		Hvad hedder systemet?			
		Henvises borgeren til et specifikt tilbud?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>
		Kan der trækkes data ud fra systemet?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>
		Hvilke data kan trækkes ud fra systemet?			
		Kan der trækkes data ud på cpr. Niveau?	Ja	<input type="checkbox"/>	
			Nej		<input type="checkbox"/>

## Første kontakt

Indledende afklarende samtale?  
Er der flere aktiviteter inden  
interventionen?  
Visitering?

REHABILITERINGSFORLØB – INDLEDENDE AFKLARENDE SAMTALE			
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar
Andelen af borgere med diabetes/KOL/AKS der deltager i indledende afklarende samtale i kommunalt regi	Indledende afklarende samtale	Får alle borgere tilbudt en indledende afklarende samtale?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Hvornår ligger den indledende afklarende samtale i forløbet?	
		Hvem deltager ved den indledende afklarende samtale?	
		Findes der en ramme/tjekliste/retningslinje for hvad den indledende afklarende samtale bør omfatte?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Hvad er indholdet i en indledende afklarende samtale?	
		Foregår der en visitering under den indledende afklarende samtale?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Hvis "ja" hvilke kriterier for visitering anvendes?	
		Er målsætning en del af den indledende afklarende samtale?	Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>
		Hvis "ja" hvordan registreres de fastsatte mål for den enkelte borger?	

Registreres det om borgeren deltager i den indledende afklarende samtale?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:
	Nej	<input type="checkbox"/>
Registreres det hvilket rehabiliteringstilbud borgeren tilbydes?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:
	Nej	<input type="checkbox"/>
Registreres det om borgeren accepterer rehabiliteringstilbuddet?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:
	Nej	<input type="checkbox"/>
Registreres det om borgeren siger "nej tak" til rehabiliteringstilbuddet?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:
	Nej	<input type="checkbox"/>

## Interventioner

Beskrivelse af de interventioner  
der udbydes  
Varighed af interventionerne

REHABILITERINGSFORLØB – REHABILITERINGSTILBUD			
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar
Andelen af borgere med diabetes/KOL/AKS der gennemfører rehabilitering i kommunalt regi	Rehabiliterings-tilbud	Hvad indeholder et rehabiliteringstilbud?	
		Forløbsprogrammet skriver at rehabiliteringstilbuddet bør omfatte individuel diættejledning – hvordan indgår det i jeres tilbud?	
		Forløbsprogrammet skriver at rehabiliteringstilbuddet bør omfatte rygestoptilbud – hvordan indgår det i jeres tilbud?	
		Forløbsprogrammet skriver at rehabiliteringstilbuddet bør omfatte fysisk træning – hvordan indgår det i jeres tilbud?	
		Forløbsprogrammet skriver at rehabiliteringstilbuddet bør omfatte patientuddannelse – hvordan indgår det i jeres tilbud?	
		Skal borgeren deltage i alle tilbud?	Ja <input type="checkbox"/>
		Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hvis "nej" hvordan afgøres hvad borger skal deltage i?	
		Er der noget der er obligatorisk?	Ja

		<input type="checkbox"/> , hvilke:	<input type="checkbox"/>
	Nej		
Registreres dato for rehabilitering start?			
Registreres det samlede antal planlagte lektioner?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:	
	Nej		<input type="checkbox"/>
Registreres borgerens fremmøde til hver enkelt lektion?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:	
	Nej		<input type="checkbox"/>
Registreres manglende fremmøde til lektionerne?	Ja	<input type="checkbox"/> , hvordan:	
	Nej		<input type="checkbox"/>
Hvis "ja" fremgår årsagen til manglende fremmøde fx sygdom, afbud eller udeblivelse	Ja	<input type="checkbox"/>	
	Nej		<input type="checkbox"/>
Hvad skal der til for at det vurderes at borgeren har gennemført rehabiliteringstilbuddet?			
Hvad sker der når borgeren har gennemført rehabiliteringstilbuddet?			



## Opfølgning

### Opfølgende samtale

REHABILITERINGSFORLØB – opfølgende samtale			
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar
Andelen af borgere med diabetes/KOL/AKS der deltager i opfølgende samtale i kommunalt regi	Opfølgende samtale	Får alle borgere tilbudt en opfølgende samtale?	Ja
			Nej
		Registreres det om borgende deltager i den opfølgende samtale?	Ja
			<input type="checkbox"/> , hvordan:
			Nej
		Hvornår ligger den opfølgende samtale i forløbet?	
		Hvem deltager ved den opfølgende samtale?	
		Findes der en ramme/tjekliste/retningslinje for hvad den opfølgende samtale bør omfatte?	Ja
			Nej
		Hvad er indholdet i en opfølgende samtale?	
		Er vurdering af målopfyldelse af de fastsatte mål en del af den opfølgende samtale?	Ja
			Nej
		Sættes der nye mål i en opfølgende samtale?	Ja

	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis "ja" hvordan kan man så se at der er fastsat mål for den enkelte borger?		
Registreres det hvilke rehabiliteringstilbud borgeren har gennemført?	Ja	
	Nej	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Hvad sker der efter den opfølgende samtale?		

REHABILITERINGSFORLØB – Vurdering af funktionsevne				
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar	
Ingen indikator	Funktionsevnetest før rehabiliteringsforløb	Gennemføres funktionsevnetest inden rehabiliteringsforløbet påbegyndes?	Ja	
			<input type="checkbox"/>	
			Nej	
			<input type="checkbox"/>	
		Hvis "ja" hvilke funktionsevnetests foretages ved rehabiliteringsforløbet begyndelse?		
		Med hvilken begrundelse foretages disse tests?		
		Hvornår foretages funktionsevnetestene?		
		Registreres resultatet af funktionsevnetestene til den enkelte borger (Cpr.nr)?	Ja	
			<input type="checkbox"/>	
			Nej	
		<input type="checkbox"/>		
Hvor registreres resultatet af funktionsevnetestene?				
Registreres dato for gennemførelse af test?	Ja			
		<input type="checkbox"/>		
		Nej		

			<input type="checkbox"/>
		Registreres det hvilke funktionsevnetest der er foretaget?	Ja
			<input type="checkbox"/>
			Nej
			<input type="checkbox"/>
Ingen indikator	Funktionsevnetest efter rehabiliteringsforløb	Gennemføres funktionsevnetest ved rehabiliteringsforløbet afslutning?	Ja
			<input type="checkbox"/>
			Nej
			<input type="checkbox"/>
		Hvis "Ja" hvilke funktionsevnetests foretages ved rehabiliteringsforløbets afslutning?	
		Med hvilken begrundelse foretages disse tests?	
		Hvornår foretages funktionsevnetestene?	
		Registreres resultatet af funktionsevnetestene?	Ja
			<input type="checkbox"/>
			Nej
			<input type="checkbox"/>
		Hvor registreres resultatet af funktionsevnetestene?	

---

Registreres dato for gennemførelse af test?

Ja

☐

Nej

---

Registreres det hvilke funktionsevnetest der er foretaget?

☐

Ja

☐

Nej

---

☐

REHABILITERINGSFORLØB – patientoplevet kvalitet			
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar
Ingen indikator	Borgeroplevet kvalitet før start	Hvilket spørgeskema anvendes før start?	
		Indgår hele SF 12 i spørgeskemaet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> , hvilke spørgsmål indgår:
		Hvis "ja" hvorfor anvendes SF 12, og hvad bringer den af information til praksis?	
		I hvilket system opbevares data fra spørgeskemaet?	
		Kan der trækkes data ud fra systemet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/>
		Hvilke data kan trækkes ud fra systemet?	
		Kan der trækkes data ud på cpr. niveau?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ingen indikator	Borgeroplevet kvalitet efter rehabiliteringsforløb/opfølgende samtale	Hvilket spørgeskema anvendes efter rehabiliteringsforløb/opfølgende samtale?	
		Indgår hele SF 12 i spørgeskemaet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> , hvilke spørgsmål indgår:
		Hvis "ja" hvorfor anvendes SF 12, og hvad bringer den af information til praksis?	
		Kan der trækkes data ud fra systemet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/>
		Hvilke data kan trækkes ud fra systemet?	
		Kan der trækkes data ud på cpr. niveau?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

## Afslutning

TVÆRSEKTORIEL KOMMUNIKATION – afsendelse af statusmeddelelser			
Indikator	Fokus	Spørgsmål	Svar
Andelen af afsendte statusmeddelelser fra kommunen til almen praksis vedrørende borgere der er henvist til/har gennemført rehabilitering i kommunalt regi	Statusmeddelelse til almen praksis	Sendes der afsluttende status til borgerens egen læge efter afsluttet/endt rehabiliteringsforløb	Ja
			<input type="checkbox"/>
		Hvis "ja" hvad indeholder denne statusmeddelelse?	Nej
			<input type="checkbox"/>
		Hvis "ja" hvad indeholder denne statusmeddelelse?	
		Hvornår afsendes statusmeddelelse til borgerens egen læge?	
		Registreres det at der afsendes en afsluttende status til borgerens egen læge	Ja
			<input type="checkbox"/>
		Hvis "ja" knyttes der en dato til denne registrering	,hvordan:
			Nej
		Sendes der afsluttende status på alle henviste det vil sige også dem der:	Ja
			<input type="checkbox"/>
		1. ikke visiteres ved indledende samtale	Ja
			<input type="checkbox"/>
		2. ikke gennemfører rehabiliteringstilbuddet	Nej
			<input type="checkbox"/>
		3. ikke deltager ved opfølgende samtale	
			<input type="checkbox"/>

---

2. Ja

☐ Nej

☐

3. Ja

☐ Nej

☐

---



### Bilag 3. Kravspecifikation til Sundhedshuset Silkeborg

Nr	Variabel	Definition	Kategorier/værdier	Værdi
1	Cpr.nr		ddmmååååxxxx	
2	Henvissende læge	Hvilken institution har henvist borgeren til rehabilitering	Praktiserende læge Sygehus Andet	0 1 2
3	Henvisningsdiagnose	Den eller de diagnoser som borgeren er henvist med	Diabetes KOL AKS Diabetes + KOL Diabetes + AKS Diabetes + KOL + AKS KOL +AKS Andet	0 1 2 3 4 5 6 7
4	Primær rehabiliteringsdiagnose	Hvilken primær diagnose er årsagen til at borgeren er henvist til rehabilitering	Diabetes KOL AKS Andet	0 1 2 3
5	Indledende samtale: Gennemført	Der er gennemført indledende samtale med borgeren inden rehabiliteringsforløbet påbegyndes	Nej Ja	0 1
6	Indledende samtale: Gennemført dato	Dato for gennemførelse af indledende samtale	ddmmåååå	
7	Visitering til rehabiliteringstilbud	Borgeren er visiteret til rehabiliteringstilbuddet (fysisk træning, patientuddannelse og kostvejledning)	Nej Ja	0 1
8	Anbefaling om rygestopkursus til rygere	Borgere der ryger er anbefalet at deltage i rygestopkursus	Nej Ja	0 1
9	Rehabiliteringstilbuddet: Antal planlagte mødegange	De antal gange som rehabiliteringstilbuddet er berammet til (fx 24 gange)	Fri tekst, antal gange - tal	
10	Rehabiliteringstilbuddet: Samlet periode	Det antal uger rehabiliteringstilbuddet er berammet til (fx 12 uger)	Fri tekst, antal uger - tal	
11	Rehabiliteringstilbuddet: Antal fremmødegange	Det antal gange som borgeren er fremmødt til rehabiliteringstilbuddet	Fri tekst, antal gange - tal	
12	Afsluttende samtale: Gennemført	Der er gennemført afsluttende samtale med borgeren efter at rehabiliteringsforløbet er gennemført	Nej Ja	0 1
13	Afsluttende samtale: Gennemført dato	Dato for gennemførelse af afsluttende samtale	ddmmåååå	
14	Skriftlig statusmeddelelse til almen praksis:	Der er afsendt skriftlig statusmeddelelse til almen	Nej	0

Afsendt	praktiserende læge umiddelbart efter at rehabiliteringsforløbet er afsluttet	Ja	1	
15 Skriftlig statusmeddelelse til almen praksis: Dato	Dato for afsendelse af skriftlig statusmeddelelse til almen praksis	ddmmåååå		
16 SF-12 før rehabilitering start	Helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne	Score indenfor hver af de 8 skalaer	0-100	
17 SF-12 efter rehabilitering slut	Helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne	Score indenfor hver af de 8 skalaer		
<b>Nr</b>	<b>Variabel (Sekundær variabeliste)</b>	<b>Definition</b>	<b>Kategorier/værdier</b>	<b>Værdi</b>
18	Funktionsevnetest: Test gennemført før rehabilitering start	Hvilke funktionsevnetest er anvendt før rehabiliteringstilbuddet påbegyndes	Ingen test 30-sek. Rejse-sætte-sig test 6-minutters gangtest Et-punkts test på cykel (Åstrand) Cykelbaseret konditionstest (Borg-15)	0 1 2 3 4
19	Funktionsevnetest: Resultat før rehabilitering start	Resultatet af de anvendte funktionsevnetests for rehabilitering start	Tal for hver enkelt test	
20	Funktionsevnetest: Test gennemført efter rehabilitering start	Hvilke funktionsevnetest er anvendt ved rehabiliteringstilbuddets afslutning	Ingen test 30-sek. Rejse-sætte-sig test 6-minutters gangtest Et-punkts test på cykel (Åstrand) Cykelbaseret konditionstest (Borg-15)	0 1 2 3 4
21	Funktionsevnetest: Resultat efter rehabilitering slut	Resultatet af de anvendte funktionsevnetests ved rehabilitering slut	Tal for hver enkelt test	
22	Højde: Før rehabilitering start		Tal: xxx	
23	Vægt: Aktuel vægt ved rehabilitering start		Tal: xx,x - xxx,x	
24	Taljemål: Ved rehabilitering start		Tal: xx-xxx	
25	Højde: Ved rehabilitering slut		Tal: xxx	
26	Vægt: Aktuel vægt ved rehabilitering slut		Tal: xx,x - xxx,x	
27	Taljemål: Før rehabilitering slut		Tal: xx-xxx	
28	Rygning: Ved rehabilitering start		Aldrig ryger Tidligere ryger Ryger Uoplyst	0 1 2 3
29	Rygning: Ved rehabilitering slut		Ikke ryger Ryger	0 1

## Bilag 4. Kravspecifikation til Folkesundhed Aarhus

Nr	Variabel (Primær variabelliste)	Definition	Kategorier/værdier	Værdi
1	Cpr.nr		ddmmååååxxxx	
2	Henvissende læge	Hvilken institution har henvist borgeren til rehabilitering	Praktiserende læge Sygehus Andet	0 1 2
3	Henvissningsdiagnose	Den eller de diagnoser som borgeren er henvist med	Diabetes KOL AKS Diabetes + KOL Diabetes + AKS Diabetes + KOL + AKS KOL + AKS Andet	0 1 2 3 4 5 6 7
4	Primær rehabiliteringsdiagnose	Hvilken primær diagnose er årsagen til at borgeren er henvist til rehabilitering	Diabetes KOL AKS Andet	0 1 2 3
5	Indledende samtale gennemført	Der er gennemført indledende samtale med borgeren inden rehabiliteringsforløbet påbegyndes	Nej Ja	0 1
6	Indledende samtale gennemført dato	Dato for gennemførelse af indledende samtale	ddmmåååå	
7	Visitering til rehabiliteringstilbud	Hvilke tilbud/moduler er borgeren visiteret til	Fysisk træning Patientuddannelse Kostvejledning	0 1 2
8	Anbefaling om rygestopkursus til rygere	Borgere der ryger er anbefalet at deltage i rygestopkursus	Nej Ja	0 1
9	Fremmøde til rehabilitering	Dato for hvert enkelt fremmøde fordelt på de enkelte moduler	Fysisk træning Patientuddannelse Kostvejledning	0 1 2
10	Afsluttende samtale gennemført dato	Der er gennemført afsluttende samtale med borgeren efter at rehabiliteringsforløbet er gennemført	Nej Ja	0 1
11	Afsluttende samtale gennemført dato	Dato for gennemførelse af afsluttende samtale	ddmmåååå	
12	Skriftlig statusmeddelelse afsendt til almen praksis	Der er afsendt skriftlig statusmeddelelse til almen praktiserende læge umiddelbart efter at rehabiliteringsforløbet er afsluttet	Nej Ja	0 1

13	Skriftlig statusmeddelelse afsendt til almen praksis dato	Dato for afsendelse af skriftlig statusmeddelelse til almen praksis	ddmmåååå	
Nr	Variabel (Sekundær variabeliste)	Definition	Kategorier/værdier	Værdier
14	Anvendt funktionstest før rehabilitering		Ingen test 30-sek. Rejse-sætte-sig test 6-minutters gangtest Et-punkts test på cykel (Åstrand) Cykelbaseret konditionstest (Borg-15)	0 1 2 3 4
15	Resultat funktionstest før rehabilitering start		Tal	
16	SF-12 før rehabilitering	Helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne	Score indenfor hver af de 8 skalaer	0-100
17	Anvendt funktionstest efter rehabilitering		Ingen test 30-sek. Rejse-sætte-sig test 6-minutters gangtest Et-punkts test på cykel (Åstrand) Cykelbaseret konditionstest (Borg-15)	0 1 2 3 4
18	Resultat funktionstest efter rehabilitering			
19	SF-12 efter rehabilitering	Helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne	Score på 0-100 indenfor hver af de 8 skalaer	
20	Højde før rehabilitering Start		Tal: xxx	
21	Aktuel vægt før rehabilitering Start		Tal: xx,x - xxx,x	
22	Taljemål før rehabilitering Start		Tal: xx-xxx	
23	Højde efter rehabilitering Slut		Tal: xxx	
24	Aktuel vægt efter rehabilitering Slut		Tal: xx,x - xxx,x	
25	Taljemål før rehabilitering Start		Tal: xx-xxx	
26	Rygning før rehabilitering Start		Aldrig ryger Tidligere ryger Ryger Uoplyst	0 1 2 3
27	Rygning efter rehabilitering Slut		Ikke ryger Ryger	0 1

## Bilag 5. Interviewguide til kortlægning i kommuner der ikke anvender MoEva

Navn på Kommune  
Navn på leder  
Navn på informant  
Informantens stilling  
Informantens tlf. nr  
Dato for telefoninterview  
Interview foretaget af  
**Indledende tekst**

Først og fremmest – mange tak fordi du vil deltage i dette interview. Det er vi rigtig glade for.

Vi arbejder med monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland. Her er der udpeget nogle tværsektorielle indikatorer for hospital, almen praksis og kommune for sygdomsgrupperne Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom (AKS). En af præmisserne for arbejde, at der i videst muligt omfang skal anvendes allerede eksisterende data. Der arbejdes for nuværende med en pilottest, der omfatter indhentning af data om de identificerede indikatorer for almen praksis, kommune og hospital. Pilottesten indebærer en blandt andet en kortlægning af rehabiliteringsforløbene til de tre sygdomsgrupper, samt hvorledes registreringspraksis er på området.

Derfor vil vi gerne tale med jer om hvordan jeres tilbud til borgere med type 2 diabetes, KOL og AKS forløber i praksis.

Første del af spørgsmålene omhandler selve tilbuddets indhold og varighed samt hvorledes der henvises til tilbuddet, og den sidste del omhandler registreringspraksis i jeres journalsystemer.

Nr.	Spørgsmål	Svarkategorier
<b>INDLEDENDE SPØRGSMÅL</b>		
1.0	Ifølge mine oplysninger anvender I ikke MoEva – er det korrekt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	1.1 Hvis "ja" til 1.0: Er der planer om at I skal anvende MoEva på sigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	1.2 Hvis "nej" til 1.0: Hvornår er I begyndt på det?	
	1.3 Hvis "ja" til 1.1: Hvornår starter I med MoEva?	
	1.4 Hvis "nej" til 1.1: Hvorfor ikke?	
Evt. kommentarer:		

#### TILBUD TIL BORGERE MED TYPE 2 DIABETES, KOL OG AKS

2.0 Jeg kan på Sundhed.dk, se at der i Jeres kommune er etableret tilbud til borgere med KOL, type 2 diabetes og AKS, er det korrekt?  
Evt. kommentarer:

- ☐ Ja  
☐ Nej

3.0 Foregår tilbuddet diagnoseopdelt eller foregår den samlet for de tre sygdomsgrupper?  
*Hjælpe spørgsmål: Kan der være forskellige sygdomsgrupper på ét hold?*  
Evt. kommentarer:

- ☐ Diagnoseopdelt  
☐ Samlet for de tre sygdomsgrupper

4.0 Foregår tilbuddet som et "samlet pakkeforløb" eller som "moduler/særskilte indsatser, som borgeren kan tilmelde sig/visiteres til"  
4.1 Hvis "moduler/særskilte indsatser", skal borgeren så deltage på alle moduler/særskilte indsatser?  
4.2 Hvis "nej" hvilke moduler kan fravælges?

- ☐ Samlet pakkeforløb  
☐ Moduler/særskilte indsatser  
☐ Ja  
☐ Nej

---

---

---

Evt. kommentarer:

5.0 Indeholder tilbuddet patientuddannelse?  
*(Patientuddannelse: Undervisning i mestring af sygdommen, mestring af dagligdagsaktiviteter, psykosocial støtte og vejledning i brug af medicin)*

5.1 Hvis "ja" i 5.0: Hvordan indgår patientundervisning i tilbuddet?

5.2 Hvis "ja" i 5.0: Hvilken faggruppe varetager undervisningen?

5.3 Hvis "nej" i 5.0: Uddyb: *(Fx ift. Hvorfor ikke, indgår det på en anden måde?)*

6.0 Indeholder tilbuddet fysisk træning?

6.1 Hvis "ja" i 6.0: Hvilken faggruppe varetager undervisningen?

6.2 Hvis "nej" i 6.0: Uddyb: *(Fx Hvorfor ikke, indgår det på en anden måde?)*

7.0 Indeholder tilbuddet diæt-/kostvejledning?

7.1 Hvis "ja" i 5.0: Hvordan indgår diæt-/kostvejledning i tilbuddet?

7.2 Hvis "ja" i 7.0: Hvilken faggruppe varetager undervisningen?

7.3 Hvis "nej" i 7.0: Uddyb: *(Fx. Hvorfor ikke, indgår det på en anden måde?)*

☐ Ja  
☐ Nej

☐ Som selvstændigt emne  
☐ Som en del af de andre emner  
☐ Andet \_\_\_\_\_

---

☐ Sygeplejerske  
☐ Fysioterapeut  
☐ Ergoterapeut  
☐ Diætist  
☐ Andre: \_\_\_\_\_

☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Sygeplejerske  
☐ Fysioterapeut  
☐ Ergoterapeut  
☐ Diætist  
☐ Andre: \_\_\_\_\_

☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Som selvstændigt emne  
☐ Som en del af de andre emner  
☐ Andet \_\_\_\_\_

---

☐ Sygeplejerske  
☐ Fysioterapeut  
☐ Ergoterapeut  
☐ Diætist  
☐ Andre: \_\_\_\_\_

8.0 Er der involveret andre fagprofessionelle i tilbuddet end dem vi har nævnt indtil nu?

☐ Ja, \_\_\_\_\_  
☐ Nej

#### VARIGHED AF TILBUD

9.0 Hvis "samlet pakkeforløb" i spørgsmål 4.0:

Hvordan er varigheden af tilbuddene, når der er tale om en samlet "pakkeforløb"?

*(Hjælpe spørgsmål: Når man ikke skelner indsatserne fra hinanden, måske bortset fra "rygestop" som ofte er et individuelt tilbud enten i kommunen eller andet sted fx apoteket)*

Antal timer pr. gang: \_\_\_\_\_ timer

Antal gange pr. uge: \_\_\_\_\_ gange

Samlet varighed (uger): \_\_\_\_\_ uger

Evt. antal lektioner i alt: \_\_\_\_\_ lektioner

Evt. kommentarer:

10.0 Hvis "moduler/særskilte indsatser" i spørgsmål 4.0:

Hvordan er varigheden af patientuddannelse, når der er tale om "moduler/særskilte indsatser"?

#### Patientuddannelse:

Antal timer pr. gang: \_\_\_\_\_ timer

Antal gange pr. uge: \_\_\_\_\_ gange

Samlet varighed (uger): \_\_\_\_\_ uger

Evt. antal lektioner i alt: \_\_\_\_\_ lektioner

Evt. kommentarer:

11.0 Hvis "moduler/særskilte indsatser" i spørgsmål 4.0:

Hvordan er varigheden af fysisk træning, når der er tale om "moduler/særskilte indsatser"?

#### Fysisk træning:

Antal timer pr. gang: \_\_\_\_\_ timer

Antal gange pr. uge: \_\_\_\_\_ gange

Samlet varighed (uger): \_\_\_\_\_ uger

Evt. antal lektioner i alt: \_\_\_\_\_ lektioner

Evt. kommentarer:



12.0	Hvis "moduler/særskilte indsatser" i spørgsmål 4.0: Hvordan er varigheden af <u>diæt-/kostvejledning</u> , når der er tale om "moduler/særskilte indsatser"?	<b>Diæt-/kostvejledning:</b> Antal timer pr. gang: _____ timer  Antal gange pr. uge: _____ gange  Samlet varighed (uger): _____ uger  Evt. antal lektioner i alt: _____ lektioner
Evt. kommentarer:		
13.0	Indeholder tilbuddet "tilbud om rygestop" til borgere der ryger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	13.1 Hvis "ja" i 13.0: Foregår det individuelt eller i grupper?	<input type="checkbox"/> Individuelt <input type="checkbox"/> Grupper
	13.2 Hvem varetager rygestoptilbuddet? (Spørg gerne til: hvilke faggrupper og med hvilke kompetencer)	_____
	13.3 Hvis "ja" i 13.0: Hvordan er varigheden af rygestoptilbuddet?	Antal timer pr. gang: _____ timer  Antal gange pr. uge: _____ gange  Samlet varighed (uger): _____ uger  Evt. antal lektioner i alt: _____ lektioner
	13.4 Hvis "nej" i 13.0: Hvordan får borgeren så hjælp til rygestop?	_____ _____ _____

#### HENVISNING

14.0	<u>Skal</u> borgeren have en lægehenvi- snings til at kunne deltage i tilbuddet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	14.1: Hvis "nej", hvordan kommer de så til jer?	_____ _____
Evt. kommentarer:		
15.0	Hvordan foregår henvisningen? (sæt gerne flere krydser)	<input type="checkbox"/> Elektronisk via sygehushenvisning <div style="text-align: right;">(MedCom)</div> standard)

- ☐ Fax
- ☐ Brev
- ☐ E-mail
- ☐ Telefon
- ☐ Andet
- ☐ Ja
- ☐ Nej

16.0 Kan man af henvisningen se borgerens primære henvisningsdiagnose?  
*(Hjælpe spørgsmål: Den diagnose som borgeren er henvist med til et konkret tilbud, fx er det KOL, diabetes eller AKS)*

Evt. kommentarer:

#### EMNE: REHABILITERING START

17.0 Foretages indledende samtale?

- ☐ Ja, individuelt
- ☐ Ja, i grupper
- ☐ Nej

18.0 Udfylder borgeren SF12 inden rehabiliteringen påbegyndes?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

18.1 Hvis "nej", udfyldes der så et andet spørgeskema og hvis "ja" hvilket?

- ☐ Ja: \_\_\_\_\_
- ☐ Nej

19.0 Fastsættes der mål ved den indledende samtale?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

20.0 Hvilke funktionsevnetest foretages ved rehabilitering start/inden rehabilitering påbegyndes?  
*(sæt gerne flere krydser)*

- ☐ Ingen funktionsevnetest
- ☐ 6 minutter gangtest (udholdenhed)
- ☐ Shuttle-walk test (udholdenhed)
- ☐ CAT (selvvurderet, KOL patienter)
- ☐ Åstrand - Et-punkts test på cykel (kondition)
- ☐ Borg 15 - cykeltest(kondition)
- ☐ Rejse-sætte-sig test (muskelstyrke)
- ☐ Andet: \_\_\_\_\_

Evt. kommentarer:

## EMNE: REHABILITERING SLUT

21.0	Foretages afsluttende samtale?	<input type="checkbox"/> Ja, individuelt <input type="checkbox"/> Ja, i grupper <input type="checkbox"/> Nej
22.0	Følges der op på de fastsatte mål ved den afsluttende samtale?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
23.0	Hvornår foretages den afsluttende samtale? <i>(fx efter rehabiliteringstilbuddet er slut, efter 3 måneder, efter 6 måneder, efter 12 måneder)</i>	_____
24.0	Udfylder borgeren SF12 efter rehabiliteringen er afsluttet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	24.1 Hvis "ja": Hvor opbevares data fra spørgeskemaet?	<input type="checkbox"/> Elektronisk (i fx SurveyXact eller lign) <input type="checkbox"/> I papirform
	2542 Hvis "nej, udfyldes der så et andet spørgeskema?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	24.3 Hvis "ja" til 25.2: Hvilket spørgeskema udfyldes så?	
25.0	Hvilke funktionsevnetest foretages ved rehabilitering slut/efter tilbuddet er afsluttet? <i>(sæt gerne flere krydser)</i>	<input type="checkbox"/> Ingen funktionsevnetest <input type="checkbox"/> 6 minutter gangtest (udholdenhed) <input type="checkbox"/> Shuttle-walk test (udholdenhed) <input type="checkbox"/> CAT (selvvurderet, KOL patienter) <input type="checkbox"/> Åstrand - Et-punkts test på cykel (kondition) <input type="checkbox"/> Borg 15 - cykeltest(kondition) <input type="checkbox"/> Rejse-sætte-sig test (muskelstyrke) <input type="checkbox"/> Andre _____
Evt. kommentarer:		
26.0	Sendes der afsluttende status til borgerens egen læge efter afslutning af tilbuddet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	26.1: Hvis "ja" i 26.0: Sende den som epikrise?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	26.1.1: Hvis "nej" i 26.1: Hvordan sendes den så?	_____ _____

## REGISTRERINGSPRAKSIS I JERES SYSTEMER

- 27.0 I hvilke system/systemer dokumenterer I jeres oplysninger og indsatser vedr. borgere i disse tilbud/forløb? \_\_\_\_\_
- 28.0 Registres det hvor henvisningen kommer fra?  
*Hjælpe spørgsmål: Fx fra sygehus, egen læge eller selvhenvender*  
 28.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?  
 Forklaring til svarkategorier:  
 "Skrives i borgerjournalen" = der skrives prosa, som ikke er kvantificerbart  
 "Registrering i struktureret felt" = der foretages registrering, som er kvantificerbart – afkrydsning i felt
- 29.0 Registreres det hvis henvisningen kommer fra borgerens egen læge  
 29.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?
- 30.0 Registreres det hvis henvisningen kommer fra sygehus?  
 30.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?
- 31.0 Registres det, at der er foretaget en indledende samtale?  
 31.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?
- 32.0 Registres det hvis borgeren ved den indledende samtale ikke er egnet/motiveret for/selv siger fra overfor et rehabiliteringsforløbet? (registrering af frafald)  
 32.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?
- 33.0 Registreres det hvilke funktionsevnetests der er gennemført ved start og slut  
 33.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?
- ☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Skrives i borgerjournalen  
☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen  
☐ Andet
- ☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Skrives i borgerjournalen  
☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen  
☐ Andet
- ☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Skrives i borgerjournalen  
☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen  
☐ Andet
- ☐ Ja  
☐ Ja  
☐ Ja ved slut  
☐ Nej slet ikke  
☐ Skrives i borgerjournalen  
☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen

☐ Andet

34.0 Registreres resultatet af de funktionsevnetests der er gennemført ved start og slut

34.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Skrives i borgerjournalen

☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen

☐ Andet

35.0 Hvis "ja" i 23.0 stilles dette spørgsmål: Registres det, at der er foretaget en afsluttende samtale?

OBS: Hvis "nej" i 23.0 stilles spørgsmål 35.0 og 35.1 ikke.....

☐ Ja

☐ Nej

35.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?

☐ Skrives i borgerjournalen

☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen

☐ Andet

36.0 Registres det, at der er afsendt en afsluttende status til den praktiserende læge?

36.1 Hvis "ja": Hvordan registreres det?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Skrives i borgerjournalen

☐ Registreres i et struktureret felt i borgerjournalen

☐ Andet

## Emne: ANVENDELSE AF DATA FRA JERES SYSTEMER

37.0 Har I prøvet at trække data ud fra jeres systemer? ☐ Ja  
*Hjælpespørgsmål: Fx lavet et udtræk på hvor mange borgeren I har igennem et rehabiliteringsforløb på et år?* ☐ Nej

37.1 Hvis "ja" Hvilke data har I trukket ud?

37.2 Hvis "ja" Hvad bruger I de udtrukne data til?

37.3 Hvis "nej": Kan I trække data ud fra jeres systemer?

☐ Ja  
☐ Nej  
☐

Ved ikke

Uddyb gerne:

## AFSLUTTENDE SPØRGSMÅL

38.0 Ved du hvor mange borgere I alt i alt har haft igennem jeres tilbud i 2013? ☐ Ja - Antal:

☐ Nej  
☐ Ja  
☐ Nej

38.1: Hvis "nej": Vil du undersøge det og sende det til mig?

Andet:

## Bilag 6. § 119 forløb i Sundhedshuset Silkeborg (December 2014)

Før kontakt	Første kontakt	Intervention	Opfølgning	Afslutning
<p><b>Henvisningsprocedure:</b> Der modtages henvisninger fra almen praksis (AP) og hospital.</p> <p>Henvisning fra AP og hospital kan ske på tre forskellige måder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Elektronisk via Henvisningshotellet (RefHost)</li> <li>Fax</li> <li>Brev</li> </ol> <p><b>Indledende borgerkontakt:</b> Telefonisk kontakt om årsag til henvisning, invitation til indledende samtale, aftale om dato for indledende samtale og kort afklaring af borgerens fysiske formåen.</p> <p>Målet med den indledende borgerkontakt er at sikre at borgeren er motiveret for forløbet og at henvisningen til forløbsprogram er korrekt.</p>	<p><b>Individuel indledende samtale:</b> Borgeren møder op til individuel samtale med sundhedsfaglig medarbejder fra teamet omkring forløbsprogrammer. Samtalen afholdes så hurtigt som muligt efter den første telefonkontakt, og inden interventionen påbegyndes.</p> <p>Formål er at informere borgeren om kursusforløbet og sammen med borgeren afklare, om det er relevant for ham/hende. Der sættes i samarbejde med borgeren personlige mål for forløbet.</p> <p>Fysisk test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 minutters gangtest</li> <li>Rejse-sætte-sig-test</li> <li>Armflexion</li> </ul> <p>Spørgeskemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helbred og trivsel (SF-12)</li> <li>Sundhedsvaner – rygning, alkohol, kost, bevægelse, højde, vægt og taljemål</li> <li>At mestre dagligdagen (HeiQ)</li> <li>En følelse af sammenhæng (Aron Antonovskys teori)</li> <li>Baggrundsplysninger - parforhold, uddannelse, arbejde, samvær med familie og venner</li> </ul>	<p><b>Undervisningsforløb for forløbsprogrammer:</b> "Lev godt med din sygdom" er et 12-ugers undervisnings- og træningstilbud til borgere med KOL, Type 2 diabetes eller hjerte-sygdom.</p> <p>Formålet med forløbet er at borgeren bliver bedre til at håndtere sin sygdom, bliver mere handlekraftig i hverdagen og øger sin fysiske formåen</p> <p>Forløbet omfatter træning 2 gange ugentligt: 2,5 times undervisning og træning samt 1 times cirkeltræning i træningscenter. Hold-størrelsen er på 8-12 deltagere, og der er løbende optag på holden</p> <p>Der undervises i følgende emner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mestring</li> <li>Grundlæggende ernærings teori</li> <li>Madlavning</li> <li>Trænings teori</li> <li>Sundhed for dig</li> <li>Besøg af idræt om dagen</li> <li>Kost og varedokumentation.</li> <li>Madlavning</li> <li>Lev godt med din sygdom: vejrtækningsøvelser, afslapnings øvelser</li> <li>Diagnose undervisning</li> <li>Mental sundhed: vejrtæknings øvelser og afslapnings øvelser</li> <li>Det gode liv.</li> </ul>	<p><b>3 måneders opfølgende samtale:</b> Foretages 3 måneder efter opstart, og umiddelbart efter holdafslutning. Samtalen foregår individuelt. Her foretages følgende:</p> <p>Fysisk test som ved indledende samtale.</p> <p>Spørgeskemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helbred og trivsel (SF-12)</li> <li>Sundhedsvaner</li> <li>At mestre dagligdagen (HeiQ)</li> <li>En følelse af sammenhæng</li> </ul> <p><b>Statusmeddelelse:</b> Efter afslutning af forløbet sendes elektronisk statusmeddelelse til borgerens praktiserende læge.</p> <p>Borgeren får selv testresultaterne samt beskrivelse af de personlige mål.</p> <p><b>6 måneders gruppeopfølgning:</b> Grupperevaluering og fysiske test.</p>	<p><b>Afsluttende samtale:</b> Efter 12 måneder foretages der en individuel afsluttende samtale. Samtalen er individuel og der foretages fysiske test og borgeren udfylder spørgeskema (jf. ovenfor).</p>

## Bilag 7. § 119 forløb i Folkesundhed Aarhus (December 2014)

Før kontakt	Første kontakt	Intervention	Opfølgning	Afslutning
<p><b>Henvisningsprocedure:</b> Der modtages henvisninger fra almen praksis (AP) og hospital. Internt kan henvises fra Job-center og fra Sygedagpengeafdelingen.</p> <p>Henvisning kan ske elektronisk via Henvisningshotellet (RefHost) og via MedCom korrespondancer, fax, mail eller brev. Herefter visiteres borgeren til Ceres Allé eller Gellerup.</p> <p><b>Indledende borgerkontakt:</b> Borgeren kontaktes enten telefonisk eller elektronisk om tidspunkt for fremmøde til indledende samtale. I Gellerup kan borgeren også opsøges på hjemadressen.</p> <p>Den indledende borgerkontakt indeholder tidspunkt for fremmøde.</p> <p>Målet er, at borgeren kontaktes senest to hverdage efter henvisningen er modtaget.</p>	<p><b>Individuel indledende samtale:</b> Er borgerens første kontakt i kommunen og er en samtale mellem borgeren og dennes kontaktperson.</p> <p>Fokus i samtalen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KRAM faktorer</li> <li>• Borgerens mål for forløbet</li> <li>• Information om de tilbudte moduler</li> </ul> <p>Formålet med samtalen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At skabe en god relation</li> <li>• At borgeren får igangsat en refleksionsproces.</li> <li>• At borgeren sætter sig et mål for forløbet og får nedskrevet en konkret plan for de første skidt, der skal arbejdes med for at målet nås.</li> <li>• At borgeren visiteres til relevante moduler.</li> </ul> <p>Spørgeskema besvares af alle borgere (basisskema):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helbredsrelateret livskvalitet (SF12)</li> <li>• Sundhedsvaner (motion, rygning og alkohol)</li> <li>• Netværk og samvær</li> <li>• Uddannelse og beskæftigelse</li> </ul> <p>Vedr. borgere der visiteres til træningsmodul måles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondition (Åstrand)</li> <li>• Udholdenhed (6 min. gangtest)</li> <li>• Vægt – BMI</li> </ul> <p>Måling af taljemål og HbA1c hos borgere med T2DM (Gellerup)</p>	<p><b>Sundhedsforløb:</b> Forløbet indeholder tilbud opdelt i valgfrie moduler. Borgeren kan deltage i et eller flere moduler afhængig af, hvilke borgeren blev visiteret til under den indledende samtale.</p> <p>På Ceres Allé tilbydes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Træningsforløb (max. 16 gange á 1 time)</li> <li>• Hverdagen med KOL, AKS og T2DM (8 gange á 2-3 timer)</li> <li>• Individuel diætist samtale</li> <li>• Rygestop</li> </ul> <p>I Gellerup tilbydes forløb for borgere med diabetes og AKS med anden etnisk baggrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygdomslære, kost, fysisk aktivitet, stress, søvn, hvile</li> <li>• Smerte samt rygestop</li> </ul> <p>Borgere inkluderes efter sprog (tyrkisk, arabisk, somalisk, persisk).</p> <p>Overordnet er formålet: At øge borgerens mestring, egenomsorg og handlekompetence i forhold til at have en kronisk sygdom. Der arbejdes med at gøre borgeren i stand til at tage vare på sin egen sundhed (sygdom).</p>	<p><b>Opfølgning på forløb:</b> På Ceres Allé foregår der en opfølgende gruppe-samtale tre måneder efter afsluttet forløb. Borgere, der kun deltager i træningsmodulet, modtage opfølgende samtale hvis det skønnes relevant.</p> <p>I Gellerup foregår samtalen individuelt tre måneder efter afsluttet forløb.</p> <p>Fokus i samtalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status på mål</li> <li>• Borgerens fremadrettede plan</li> <li>• Borgeren udfylder basisskema og opfølgningsskema</li> </ul> <p>Formål med samtalen: At følge op på hvordan det går for borgeren med at arbejde med de aftalte forandringer. Hvad er nemt/svært. Hvad er planen videre frem?</p> <p>Ved afslutning samt ved opfølgende samtale udfyldes spørgeskema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helbredsrelateret livskvalitet (SF12)</li> <li>• Sundhedsvaner (motion, rygning og alkohol)</li> <li>• Netværk og samvær</li> <li>• Opfølgnings-skema</li> </ul> <p>Ved afslutning af træningsmodulet foretages opfølgning på de fysiske test, som blev foretaget ved indledningen.</p>	<p><b>Afslutning:</b> Ved afslutning fremsendes Epikrise til AP for alle borgere.</p> <p>Epikrisen indeholder oplysning om hvilke moduler, borgeren har deltaget i, hvilke mål borgeren har arbejdet med, samt hvad der er opnået og hvad planen er videre frem.</p> <p>Epikrisen sendes elektronisk via CSC Vitae Suite. En kopi af epikrisen sendes samtidig til borgeren.</p>



