

Funktionsmåling Fyn

Brug af funktionsmåling i genoptræningsplaner i Fyns Amt.

**Baggrund, indikatorer og
forslag til organisering og
struktur af et uddannelsesprogram**

**Udarbejdet af en tværsektoriel og tværfaglig
arbejdsgruppe i Fyns Amt**
Endelig Udgave (7.november 2001)



Fyns Amt

Sammenfatning.....	4
Kommissorium.....	4
Medlemmer af arbejdsgruppen	4
Rapporten.....	5
Indikatorer.....	6
Målgruppe.....	6
Forudsigelse af opnåeligt funktionsniveau.....	7
Forslag til valg af indikatorer.....	7
Uddannelse.....	7
Implementering.....	8
Anbefaling om den videre proces	8
Baggrund.....	9
Samarbejdet mellem amt og kommuner før 2001.....	9
Ændring af Lov om Sygehusvæsenet:.....	9
Ændring i lov om Social Service.....	9
Samarbejdet mellem amt og kommuner fra 2001.....	10
”Det Nationale Indikatorprojekt” og ”Funktionsmåling Fyn”.....	11
Funktionsmåling.....	12
Formålet med funktionsmåling	12
Krav til og egenskaber for indikatorer for funktionsniveau.....	12
Sammenligning på gruppe- eller individuelt niveau ?	13
Rapportens terminologi og definitioner	14
Funktionsmåling	14
Instrument	14
Indikator.....	14
Begrundelse for sammensætningen af indikatorer	15
Hvilke spørgsmål søges afklaret ved brug af indikatorer ?	15
Individniveau	15
Gruppeniveau.....	15
Hensyn ved valg af indikatorer i funktionsmåling:	16
Relevans:.....	16
Typer.....	16
Kommunikation	16
Konkret valg	16
Afgrænsning af patientgrupper og indikatorer.....	17
Hvilke funktionsmålinger, målgruppe og indikatorer ?.....	17
Målgruppe.....	17
Fokus på de største grupper	17
Niveaudeling ved funktionsmåling.....	18
”Høringsrunde”.....	18
Forudsigelse af endeligt funktionsniveau	21
Konkret forslag til valg af indikatorer ved funktionsmåling.....	22
Begrundelse for valg af anbefalede indikatorer:.....	22
Egenvurdering.....	22
Samlet vurdering.....	22
Funktionstest.....	22
Særlige patientgrupper og eller vurdering af indsats	23
Supplerende Funktionstest	23
Mulige andre indikatorer:	23
Uddybning af valg af indikator ved samlet vurdering	24
Mindre gennemprøvede instrumenter:.....	24
EASY-Care	25
Functional recovery Score (FRS).....	25
Samlet interviewguide:	25
Dimensioner i samlede vurderinger	26
Tidsforbrug ved indsamling af data.....	28

Skøn over antal patienter som indgår i de udvalgte patientgrupper.....	30
Kommunesamarbejde.....	30
Sygehusplaceret genoptræning.....	30
Struktur og opbygning af undervisning.....	31
Struktur og form.....	31
Indhold.....	31
Skøn over antal fagpersoner, der skal uddannes.....	33
Implementering	34
Litteratur.....	35
Appendiks	36
Liste over nyttige internet steder i forbindelse med arbejdet:.....	36
Eksempler på patientforløb og patienttyper i forhold til genoptræning.....	37
Basis Fyn - Funktionsevne test.....	39
Grundtest.....	39
A. Stole test/rejse sig op.....	39
Stående balance.....	39
B. Stå uden støtte med samlede fødder i 10 sek.....	39
C. Stående: Semi-tandem i 10 sek.....	40
D. Stående: Tandem stand i 10 sek.....	40
E. Timed Up & Go ("Dynamisk balance").....	40
Basis Fyn - Egenvurdering af funktions- og helbreds niveau:.....	41

Samlet liste af figurer

Figur 1 Niveau af Samarbejde.....	9
Figur 2 Struktur for sammenligninger i Det Nationale Indikatorprojekt.....	11
Figur 3 Struktur for samarbejde om genoptræningsplaner i Fyns Amt.....	11
Figur 4 Eksempler på fordelinger af data fra en funktionsmåling (begge fiktive data).....	13
Figur 5 Patient og gruppe sammenligning af data fra en funktionsmåling (fiktive data).....	13
Figur 6 Definitioner af funktionsmåling, instrument og indikator.....	14
Figur 7 Spørgsmål der søges afklaret ved brug af indikatorer.....	15
Figur 8 Oversigt over hensyn ved valg af konkrete indikatorer.....	16
Figur 9 Målgruppen for anvendelse af funktionsmåling.....	17
Figur 10 Patientgrupper hvor der skal foreligge genoptræningsplaner.....	17
Figur 11 Generel model med de samme indikatorer uanset afdeling og kommune.....	18
Figur 12 Niveaudeling af funktionsmåling – gruppe og individuelt niveau.....	20
Figur 13 Anbefalede måleredskaber ved funktionsmåling i Fyns Amt.....	22
Figur 14 Supplerende indikatorer ved funktionsmåling i Fyns Amt.....	23
Figur 15 Publikationer i "PubMed" for instrumenterne Barthel, FIM og SF-36.....	24
Figur 16 To nyere instrumenter skal vurderes nærmere. EASY-Care og "Functional Recovery Score".....	25
Figur 17 Dimensioner for EuroQol og SF36.....	26
Figur 18 Detaljeret sammenligning af deldimensioner i instrumenter, som er knyttet til rehabiliteringsvurdering og eller plejeomfang.....	27
Figur 19 Tidsforbrug ved funktionstest og 21 interviewspørgsmål.....	28
Figur 20 Tidsforbrug ved 163 funktionstest af geriatriske patienter, Sygehus Fyn – Rudkøbing 2000-2001.....	29
Figur 21 Skøn over antal udskrevne patienter per år i samarbejdet amt- kommune.....	30
Figur 22 Struktur og indhold i uddannelse ved funktionsmåling med anbefalede indikatorer.....	31
Figur 23 Skøn over antal personer der skal deltage i undervisningen.....	33

Sammenfatning

Indledning

1. juli 2001 trådte en ændring af lov om sygehusvæsen i kraft, som indebærer at patienter der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter behandling på sygehus skal tilbydes en genoptræningsplan.

Lovændringen gav blandt andet anledning til at overveje at indgå ny aftale om samarbejde mellem amt om kommuner i Fyns Amt om genoptræningsområdet. Det hidtidige samarbejde var baseret på to godkendte tværsektorielle patientforløb om rehabilitering.

Den administrative styregruppe for sundhedsplanen anmodede derfor en styregruppe med repræsentation fra Kommuneforeningen i Fyns Amt og fra sygehusområderne om at komme med et forslag til aftale mellem amtet og Kommuneforeningen om genoptræning. Denne gruppe anmodede med baggrund i lovtekstens ord om anvendelse af funktionsniveau i genoptræningsplanerne en arbejdsgruppe om inden 1. november 2001 at komme med et forslag til anvendelse af funktionsmål.

Arbejdsgruppen fik følgende kommissorium og sammensætning:

Kommissorium

Formål

Arbejdsgruppen skal komme med forslag til fælles funktionsmål, der kan benyttes i samarbejdet mellem amt og kommuner i forbindelse med vurdering af træningsbehov hos patienter under indlæggelse, ved udskrivelse fra sygehus og ved overgang til kommunalt tilbud. Der skal tages udgangspunkt i standardiserede test og skalaer, som udvælges specifikt i forhold til de enkelte sygdomsgrupper.

Arbejdsgruppen skal derudover tage stilling til behovet for tværfaglig uddannelse i forbindelse med de foreslåede funktionsmål i Fyns Amt og i kommunerne.

Medlemmer

Arbejdsgruppens medlemmer repræsenterer de to sygehusområder, med relevante faggrupper og specialer, de to områdeledelser og kommunerne.

Afdelingslæge Jens Lauritsen, Afdelingen for sundhed og forebyggelse, Fyns Amt, er udpeget af styregruppen som formand.

Medlemmer af arbejdsgruppen

Afdelingslæge Jens Lauritsen (formand) tlf. 6556 1228

Odense Universitetshospital:

Fysioterapeut Anni Hornemann Helms, Fysioterapien

Ledende ergoterapeut Hanne Kaae Kristensen, Ergoterapien

Overlæge Ole Ovesen, Afdeling O, Odense Universitetshospital (efter første møde afløst af 1. reservelæge Thomas Poulsen)

Afdelingssygeplejerske Anne Lise Balle, Afdeling O

Sundhedsfaglig konsulent Anne Højmark, Kvalitets- og Planlægningsafdelingen (sekr.) tlf. 6541 1684

Sygehus Fyn:

Fysioterapeut Susanne Valbjørn, Fysioterapien, Svendborg

Administrerende overlæge Søren Jakobsen, Rudkøbing

Overlæge Ellen Breddam, Planlægningskontoret (sekr.) tlf. 6320 1032

Kommunerne:

Fysioterapeut Jette Weber, Kerteminde Kommune

Konstitueret aktivitetsleder Asger Kudahl, Odense Kommune

*Fysioterapeut Solveig Jørgensen, Svendborg Kommune
Almen lægepraksis:
Praksiskoordinator Henrik Winzentsen*

Kompetence

Arbejdsgruppen refererer til en styregruppe bestående af chefsygeplejerske Wivie Schärfe, Sygehus Fyn, administrationschef Jørgen Hansen, Odense Kommune, faglig konsulent Birgitte Beier, Svendborg Kommune, konsulent Anne Højmark, Odense Universitetshospital og overlæge Ellen Breddam, Sygehus Fyn.

Arbejdsgruppen skal inden den 1.11.2001 komme med forslag til anvendelse af funktionsmål, som det er beskrevet i Notat om Genoptræning, Fyns Amt 28. juni 2001, og på baggrund af kommissoriet.

Rapporten

Rapporten er udarbejdet af Jens Laurtisen ud fra erfaringer med projektet "Hjemmetræning og anden indsats overfor faldtruede ældre". Herudover er anvendt erfaringer fra de to tværsektorielle patientforløb om rehabilitering, Notat om Genoptræning¹ samt andet materiale udarbejdet af sekretariatet i denne aftaleproces.

Indholdet er i sin helhed drøftet og tilrettet på fire arbejdsgruppemøder, og rapporten fremstår som en enig arbejdsgruppes afrapportering. Et rapportudkast har været sendt til høring i en række afdelinger og i Kommuneforeningen, og kommentarer og forslag herfra er indgået i arbejdet.

Der er tale om en faglig vurdering af muligheder, og om forslag som styregruppen kan tage stilling til implementering af. Det har ikke været arbejdsgruppens opgave at pege på finansiering af genoptræning, eller på hvordan opgavefordeling skal være mellem amt og kommuner.

I rapporten indgår en række forslag. Disse kan findes ved at gennemblade rapporten, idet de er **fremhævet i teksten med denne typografi**.

Rapportens hovedindhold vil fremgå af sammenfatningen, mens der henvises til rapportens afsnit for uddybning og diskussioner af anbefalingerne. Der er en detaljeret indholdsfortegnelse.

Den mere overordnede litteratur kan findes i litteraturlisten, mens supplerende referencer er angivet i fodnoter. En del referencer er kun bedømt ud fra elektronisk søgning og ikke gennemlæst i fuld længde.

Formål med funktionsmåling

Det overordnede mål med at anvende tværsektorielle og tværfaglige funktionsmålinger er at udvikle og optimere genoptræningen samt basere målingerne på standardiseret og systematisk brug af kvalitetsmål.

Anvendelse af tværsektorielle funktionsmålinger kan medvirke til at

- dokumentere opfyldelse af kvalitetsmål,
- følge, dokumentere og revidere træning og anden indsats,
- gøre indsatsen gennemskuelig,
- sammenligne langtidseffekt af indsats,
- prioritere mellem patientgrupper og strategier for indsats,
- udvikle prædiktionssystemer og anden forskning.

Indikatorer

En indikator defineres i rapporten som en reproducerbar størrelse der fremkommer ved funktionsmålinger.

Indikatorer baseres efter arbejdsgruppens anbefalinger på tre typer oplysninger, som samlet giver mulighed for en bred vurdering:

- Egen vurdering - patientens egen fastlæggelse af funktionsniveau.
- "Samlet vurdering" - samlet systematisk vurdering af funktionsniveau.
- Funktionstest - en testprocedure som nøje reproduceres hver gang.

Arbejdsgruppen understreger at en bestemt indikatormåling ikke automatisk følges af en bestemt indsats. Indikatorerne bidrager imidlertid på en systematisk måde til den samlede faglige vurdering, som ligger til grund for valg af indsats.

Ved anbefaling af valg af indikatorer skal der tages en lang række hensyn, og der er her lagt afgørende vægt på

- at funktionsmålinger skal kunne bruges logisk i patientkontakten og bidrage med information og afklaring omkring den enkelte patient,
- at tidsforbruget skal stå mål med den vægt som målingsresultatet indgår med i den samlede vurdering af indsats,
- at indikatorerne skal være forskningsmæssigt afprøvede og validerede, samt at der foreligger en afprøvning i daglig klinisk praksis.

Målgruppe

Arbejdsgruppen har fundet anvendelse af funktionsmålinger relevant for de patientgrupper hvor der efter udskrivelsen fortsat må forventes behov for træning, pleje eller anden indsats, idet der fokuseres på de største patientgrupper.

Følgende patientgrupper findes relevante med hensyn til udarbejdelse af genoptræningsplaner, set ud fra forventet samarbejde med kommunerne:

1. Patienter som indgår i samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne:
 - Patienter med akut forbigående funktionsnedsættelse i forbindelse med akut sygdom.
 - Patienter med kronisk fremadskridende medicinsk eller neurologisk lidelse.
 - Patienter der gennemgår operation og derefter opnår betydelig forbedring af funktionsniveau.
 - Patienter der behandles efter traume, som nødvendiggør professionel hjælp til genoptræning.
 - Apopleksipatienter.
 - Geriatrik patienter, her defineret ved ældre patienter med kombinerede problemer: mindst to diagnoser i det officielle diagnosesystem, funktionstab målt ved Barthel (se rapporten) samt behov for intervention i forhold til funktionstab.

2. Patienter som især genoptrænes i sygehusregi:

Eksempelvis håndkirurgiske patienter, gynækologiske patienter, brystopererede patienter, udvalgte kroniske lungepatienter, hjertepatienter, reumatologiske patienter, diabetespatienter med sår eller efter amputation.

Det har ikke været muligt for arbejdsgruppen at nå at udarbejde en samlet opgørelse over antallet af patienter omfattet ovenstående. Der er derfor heller ikke en beregning af det samlede tidsforbrug ved udarbejdelse af funktionsmålinger. I rapporten findes en opgørelse af tidsforbrug ud fra den prøveordning der har været gennemført.

Arbejdsgruppen anbefaler at der foretages en nærmere vurdering af det samlede tidsforbrug ved udførelse af funktionsmålinger, fordelt på afdelinger.

Forudsigelse af opnåeligt funktionsniveau

En grundpille i samarbejdet mellem amt og kommune om genoptræningsplaner er vurderingen af hvilken forbedring der kan opnås indenfor hvilken tidsramme. Hvornår er genoptræningen afsluttet eller hvornår overgår en patient til vedligeholdende træning?

Det er arbejdsgruppens opfattelse at dette ikke er muligt at beskrive ud fra enkeltstående indikatorer på individniveau. Funktionsindikatorerne indgår i den samlede vurdering. Vurderingen vil typisk resultere i påbegyndelse af en indsats for et fastsat tidsrum. Efter dette tidsrum foretages ny vurdering med inddragelse af indikatorerne, og det afgøres om der fortsat er mulighed for fremgang og dermed behov for tilbud om fortsat genoptræning, om træningen skal afsluttes, eller om der skal tilbydes vedligeholdende træning.

Det anbefales at der gennemføres en nærmere vurdering af den eksisterende dokumentation for, om de valgte indikatorer kan anvendes til at forudsige resultater på individniveau..

Forslag til valg af indikatorer

Arbejdsgruppen har valgt at anbefale følgende indikatorer til tværfaglig og tværsektoriel anvendelse:

Egenvurdering: EuroQol-5d suppleret med et globalt helbreds-vurderingsspørgsmål.

Samlet vurdering: Indtil videre foreslås Barthels modificerede indeks.

Funktionstest: Fysisk funktion: Stole test, Stående balance, Timed Up&go.
Ernæring: Body Mass Index.

For særlige patientgrupper og/eller vurdering af indsats:

Demens screening: Mini Mental State Examination.

Ved faldproblem: Bergs Balance Skala.

Ernæring: Kostskema (når højde ikke kan måles hos patienter med sammenfald af ryghvirvler)

Arbejdsgruppen peger på at andre funktionsmålinger skal vurderes nærmere: EASY-Care og Functional Recovery Score.

Det foreslås at der foretages en undersøgelse af anvendelse af tidsforbrug for indikatorerne af typen "samlet vurdering" på patientniveau.

Uddannelse

Arbejdsgruppen har skitseret en ramme for tværfaglig og tværsektoriel uddannelse på forskellige niveauer, idet der sikres uddannelse til de faggrupper der skal varetage funktionsmålingerne, men også sikres information til samarbejdsparter.

Det foreslås at uddannelsen organiseres ud fra den gældende lokale samarbejdsstruktur med udgangspunkt i de sygdomme som omfattes af genoptræningsplaner.

I hvert område uddannes instruktører.

Der skal så vidt muligt samarbejdes med eksisterende strukturer, herunder uddannelsesinstitutioner og samarbejdsfora mellem amt og kommuner.

Implementering

Arbejdsgruppen har peget på hvad der skal tages stilling til ved indførelse af tværgående funktionsmålinger, herunder at.

- Det skal besluttes hvor opgaven skal placeres i amtet, såvel den faglige koordinering og styring som det uddannelsesmæssige.
- Der skal udarbejdes en logisk tids- og handleplan, som tager hensyn til sygehusstrukturen, samarbejdsstrukturen, anvendelse af kliniske databaser og elektronisk patientjournal samt menneskelige og økonomiske ressourcer. Hertil kommer en handleplan for opfølgning og kvalitetsudvikling.

Anbefaling om den videre proces

Det anbefales at de problemstillinger der er opstillet af arbejdsgruppen drøftes i styregruppen og koordineres med den aftale, der forventes indgået mellem Fyns Amt og Kommuneforeningen i Fyns Amt om genoptræning.

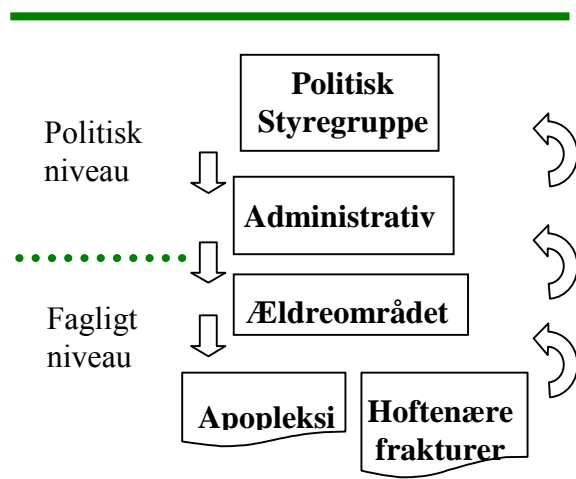
Det foreslås at styregruppen anmoder arbejdsgruppen om at arbejde videre med et katalog over patienttyper, som er relevante for samarbejdet mellem sygehus og kommune i forbindelse med genoptræning. Et sådant katalog opfattes af arbejdsgruppen som et nyttigt redskab i det daglige samarbejde om afgrænsning af opgaver.

Herefter tages der i rette forum - efter indstilling fra styregruppen - stilling til om der skal arbejdes videre med tværfaglige og tværsektorielle funktionsmålinger, og i givet fald hvor opgaven skal placeres.

Baggrund

Samarbejdet mellem amt og kommuner før 2001.

Arbejdet med definition af funktionsmåling i genoptræningsplaner er foregået i forlængelse af de arbejdsgrupper, som var nedsat på ældreområdet ved udarbejdelse af Fyns Amts Sundhedsplan 1997. I de faglige arbejdsgrupper deltog repræsentanter for sygehuse og primærkommuner samt almen praksis i amtet. Der blev for ældreområdet udarbejdet to konkrete patientforløb. Et for apopleksi og et for hoftenære frakturer. Desuden blev der i amtets budget afsat midler til gennemførelse af disse patientforløb fra 2001 og fremefter.



Figur 1 Niveau af Samarbejde

Patientforløbene var tilpasset den samarbejdsform som gjaldt før vedtagelse af to lovinitiativer der er trådt i kraft i 2001.

Ændring af Lov om Sygehusvæsenet:

Pr 1.juli 2001 er tilføjet:

”§ 5 f. Sundhedsministeren fastsætter regler om at amtskommunen tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning ved udskrivning fra sygehus.”

Behovet for genoptræning omfatter patienter, der har fået nedsat deres funktionsevne i forbindelse med sygdom eller ulykker. Genoptræningen kan indebære en træning af muskler og led, men sigter også mod at gøre patienten bedre fungerende følelsesmæssigt og socialt. Genoptræning omfatter således et bredt spektrum af aktiviteter, der spænder fra træningsprogrammer, som patienten selv kan udføre hjemme til træning ved terapeuter, læger og andet personale.

Det er lægen på det sygehus, der har behandlet patienten, der tager stilling til patientens behov for genoptræning.

Ændring i lov om Social Service

Lov om Social Service er ændret pr 1. april 2001. Kommunerne har nu i tillæg til den tidligere forpligtelse til at tilbyde vedligeholdelse af de fysiske og psykiske færdigheder hos

borgerne², også ansvar for at give tilbud om genoptræning til midlertidigt svækkede ældre med funktionsnedsættelse som følge af sygdom, der ikke har involveret sygehusbehandling.

“§ 73 a. Kommunen sørger for tilbud om genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Stk. 2. Tilbudet efter stk. 1 gives efter en konkret individuel vurdering af behovet for genoptræning med henblik på så vidt muligt at bringe personen op på det funktionsniveau, pågældende havde inden sygdommen.”

I vurderingen af omfang af et givet tilbud sker ”en nærmere konkret vurdering”.

Samarbejdet mellem amt og kommuner fra 2001.

Mens udarbejdelsen af planen er pålagt som et ansvar for sygehuset, er ansvaret for løsningen af træningsopgaven ikke yderligere præciseret i forbindelse med lovændringen. Af bemærkninger til Lov om Social service anføres følgende: ”Hvorvidt genoptræning er en sygehusopgave og dermed en amtskommunal opgave beror på, om træningen er en del af et sundhedsfagligt behandlingsforløb eller ej. Genoptræning, der indgår i et behandlingsforløb, forudsætter en lægehenvielse”. Det anføres endvidere at ”kravet om træningsplaner vil styrke rammerne for et formaliseret samarbejde og aftaler mellem amter og kommuner med hensyn til udførelse af opgaverne”.

Samarbejdet der blev beskrevet i de to patientforløb i Fyns Amt blev udformet inden den ændrede lovgivning og skal derfor tilpasses. Amtet har afsat en rammebevilling til finansiering af genoptræningsforløb der varetages i kommunalt regi i forlængelse af sygehusindlæggelse. Der er også indført procedurer for administrativ afklaring af tvivlsspørgsmål i forbindelse med de konkrete patientforløb. Aftalerne har udgangspunkt i ”notat om genoptræning”³, som beskriver fire niveauer af genoptræning:

1. Intet behov for genoptræning
2. Behov for egentræning efter instruktion eller kortvarig genoptræning – ofte monofaglig eller specialiseret opgave. (let gruppe)
3. Behov for længevarende genoptræning – ofte monofaglig (middelsvær gruppe)
4. Langvarig genoptræningsindsats – oftest tværfaglig (svær gruppe)

Udvalgte patienteksempler er vist i appendiks, se side 1.

² I rapporten bruges betegnelsen patient generelt fremfor patient/borger. Hvor der udpræget er tale om kommunal indsats anvendes betegnelsen ”borgerne”.

³ ”Notat om Genoptræning, Fyns Amt 28. juni 2001”

”Det Nationale Indikatorprojekt” og ”Funktionsmåling Fyn”

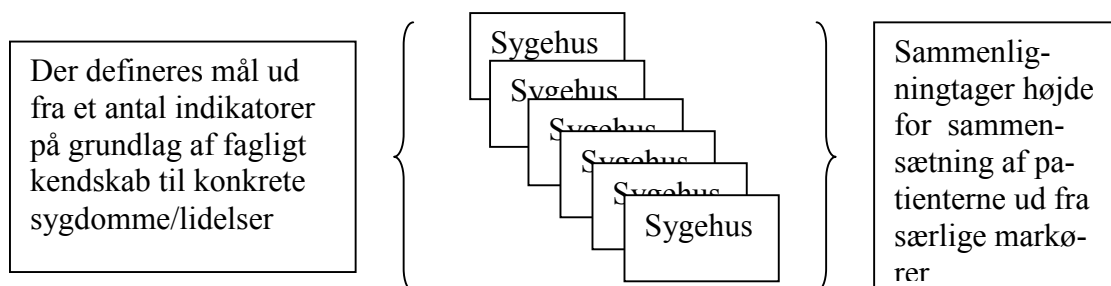
Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) skal medvirke til at sikre fælles grundlag og metode til dokumentation og udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Samt at tilvejebringe dokumentation med henblik på prioritering og planlægning af sygehusvæsenets ydelser, samt at tilvejebringe information for brugerne.

Der udvikles faglige kvalitetsmål og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer for hyppigt forekommende sygdomsområder⁴. Fyns Amt deltager som testamt indenfor lungecancer og hoftenære frakturer.

Da patientsammensætning varierer mellem sygehuse sikres der både oplysninger om prognostiske faktorer, samt struktur-, proces- og resultatindikatorer. Dette er nærmere forklaret på projektets hjemmeside www.nip.dk.

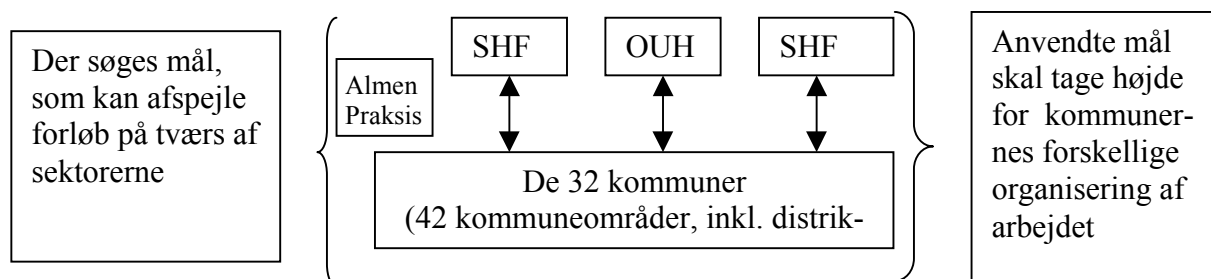
Processen i NIP sker ud fra samme princip for alle sygdomsgrupper⁴. Der sker ikke umiddelbart en koordinering mellem valgte indikatorer i de forskellige sygdomsgrupper.

Intentionen i NIP er altså at sammenligne sygehuse og at det enkelte sygehus kan vurdere om et givet kvalitetsmål er opfyldt:



Figur 2 Struktur for sammenligninger i Det Nationale Indikatorprojekt.

Tankegangen bag denne rapport i Fyns Amt er at skabe sammenhæng mellem den indsats der varetages af sygehusene (SHF-Sygehus Fyn og OUH-Odense Universitets Hospital) og den som varetages af kommunerne. Sådan at den enkelte patient oplever sammenhæng mellem indsats efter skift fra den ene sektor til den anden. Dette skal ske ud fra en kvalitets sikringsramme, som går på tværs af sektorer og faggrupper.



Figur 3 Struktur for samarbejde om genoptræningsplaner i Fyns Amt.

⁴ Sygdommene bliver udvalgt i grupper. Første gruppe: •Apopleksi, •Hofte-nære frakturer, •Lungecancer, •Skizofreni, •Akut mave-tarm kirurgi, •Hjerteinsufficiens. Næste gruppe forventes udpeget meget snart.

Funktionsmåling

Formålet med funktionsmåling

Helt overordnet kan man sige at formålet med at anvende funktionsmåling er at "Gøre det vigtige måleligt". Der kunne også tilføjes "At gøre det vigtige synligt eller dokumenteret". Dette svarer til tankegangen i en kvalitetssikringsstrategi.

Overordnet formål: At udvikle og optimere genoptræning gennem fremme af samarbejdet mellem Fyns Amt og kommunerne gennem standardiseret og systematisk brug af kvalitetsvurdering og kvalitetsmål.

Formålet mere konkret er at:

- Dokumentere opfyldelse af kvalitetsmål.
- Følge og dokumentere træning og anden indsats, samt revidere enkelte patientforløb.
- Sammenligne langtidseffekt af indsats. Fx. mellem strategier eller kommuner.
- Gøre indsatsen gennemskuelig. Hvilke forandringer opnås umiddelbart.
- Prioritere mellem forskellige patientgrupper eller strategier.
- Udvikle prædiktionssystemer og anden forskning.

Litteraturen om systematiserede test, egenvurdering og tværfaglige samlede vurderinger af funktionsevne er særdeles omfattende. Der er mange betegnelser for resultater fra sådanne funktionsmålinger. Fx. funktionsmål, helbredsstatusmål, helbredsskala, index, livskvalitetsskala, statusmål, funktionelt helbred, indikator m.fl.. En fælles betegnelse er indikator. Det ligger udenfor rapportens rammer at fremlægge en samlet oversigt⁵.

Anvendelse af metoder til udvikling og vurdering af funktionsmåling kræver specialviden som normalt ikke findes på den enkelte sygehusafdeling, i et kommunedistrikt eller almen praksis. Udviklingen foregår derfor mest hensigtsmæssigt i et samarbejde mellem de fagpersoner der har behov for at beskrive eller vurdere og den nødvendige statistiske/epidemiologiske faglige ekspertise.

Det er vigtigt at pointere, at brug af funktionsmåling ikke erstatter en samlet helhedsvurdering. Der vil i alle vurderinger af enkeltpersoner indgå et helheds- eller kvalitativt funderet fagligt syn på hvad der er nødvendigt eller tilrådeligt for denne person. Denne baggrundsviden nævnes ikke konsekvent i rapporten, men er underforstået.

Krav til og egenskaber for indikatorer for funktionsniveau.

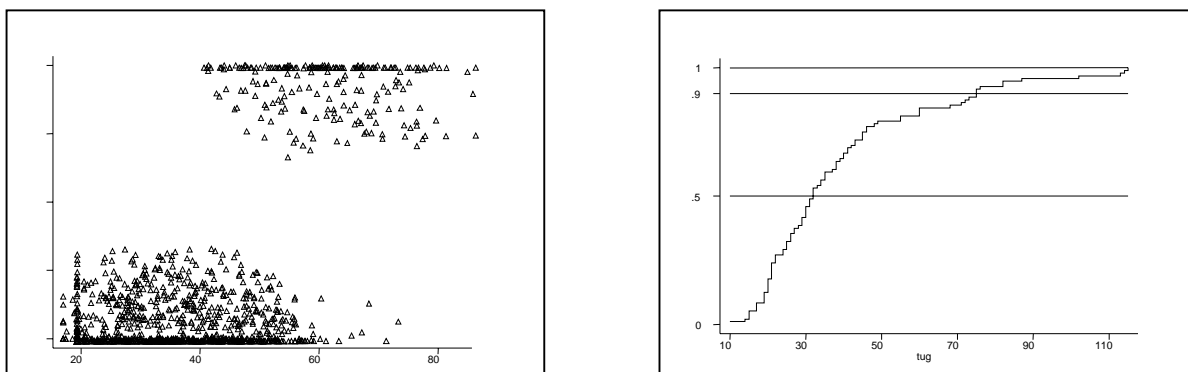
Nogle grundlæggende krav til indikatorer for funktionsniveau er validitet (måles der dét, som man mener måles), reproducerbarhed, situationsuafhængighed, standardisering (uanset observatør eller målesituation opnås samme måleværdi), skelneevne (Personer skal ideelt set afspejle alle grader af funktionsniveau), samt noget der kunne kaldes fairness (målingen er giver ikke et skævvredet mål, der afhænger af alder, køn, kulturel baggrund). Nogle af disse krav kan vurderes statistisk⁶ eller ved gentagne målinger med forskellige observatører, mens andre kan være meget vanskelige at vurdere. Som led i standardisering vil der ofte være et element af oversættelse. Hvis et bestemt funktionsmål er udviklet i udlandet skal der både ske en ordmæssig, men også en kulturel oversættelse, således at det er sam-

⁵ Mcdowell I. Measuring Health - A guide to rating scales and questionnaires. Nevell C. 2. 1996. Sletvold, O., Tilvis, R., Jonsson, A., Schroll, M., Snaedal, J., Engedal, K., Schultz, Larsen K., and Gustafson, Y. Geriatric work-up in the Nordic countries. The Nordic approach to comprehensive geriatric assessment. Dan.Med.Bull. 43[4], 350-359. 1996.

⁶ Kreiner, S. Validation of index scales for analysis of survey data: the symptom index. Dean, K. Population health research. Linking theory and methods. 1[6], 116-144. 1993. London, Sage.

me ”kultur” begreb, der måles. Ellers vil to enslydende værdier fra to forskellige lande ikke være udtryk for samme funktionsniveau⁷.

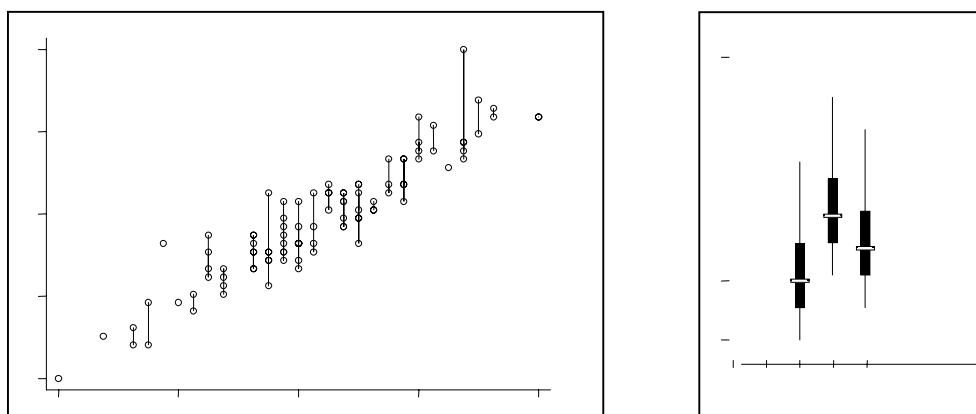
Hvis bestemte funktionstest eller andre indikatorer for funktionsniveau skal bruges tværsektorielt opstår det problem, at der ofte er forskel i patienttyngden. Dette kan betyde at patienterne i en sygehusafdeling især har meget lave værdier hvorimod der ved brug af samme funktionstest i samarbejdskommunen ses en sammenklumpning af høje værdier. Teknisk kan dette udtrykkes sådan at det er hensigtsmæssigt at der hverken optræder en lofts eller gulv gruppering (ceiling/floor), hvor en meget stor del af patienterne findes i den lave eller høje ende af skalen. I figur 4 ses to eksempler med sammenklumpede og mere jævnt fordelte resultater.



Figur 4 Eksempler på fordelinger af data fra en funktionsmåling (begge fiktive data).

Sammenligning på gruppe- eller individuelt niveau ?

Det er afgørende om funktionsmåling skal afspejle ændringer på gruppeniveau eller på individuelt niveau. Ved gruppesammenligninger undersøges ændringer i gennemsnit og fordeling for alle fra den pgl. gruppe, mens det for enkeltpersoner er ændringer i den faktiske værdi der er interessant.



Figur 5 Patient og gruppe sammenligning af data fra en funktionsmåling (fiktive data).

Hver lodret streg til venstre repræsenterer én person. Mens der til højre sammenlignes gennemsnit for tre grupper i et såkaldt box plot.

⁷ Ofte defineres i manualer for givne test hvad en oversættelsesprocedure skal bestå i. Og hvem der har ret til at godkende tilbageoversættelser indenfor bestemte rammer. God oversigt findes i: Kvamme, O. J., Mainz, J., et al. Oversættelse av spørreskjema. Et oversett metodeproblem. Nord.Med. 113, 363-366. 1998. Bullinger, M. et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. J.Clin.Epidemiol. 51[11], 913-923. 1998.

Rapportens terminologi og definitioner

I funktionsmåling kan der indgå vurdering foretaget af patienten selv, ved interview ud fra et standardiseret interview instrument, ved en tværfaglig vurdering og ved en form for test-procedure, hvor en standardiseret måling udføres.

Følgende definitioner er valgt:

Funktionsmåling	Funktionsmåling giver et standardiseret udtryk for en egenskab eller et kendetegn. Funktionsmåling udføres med et standardiseret måleredskab. Funktionsmålingens resultat kan udtrykkes i en reproducerbar størrelse - en indikator.
Instrument	Et instrument er et samlet sæt af spørgsmål eller funktionstest, som efter summering på en standardiseret måde udtrykker funktionsniveau
Indikator	<p>En indikator er en reproducerbar størrelse der fremkommer ved funktionsmåling. I denne rapport baseres indikatorer på tre typer indsamling af oplysninger:</p> <p><u>Egenvurdering</u>. – Patientens egen fastlæggelse af funktionsniveau</p> <p><u>Samlet vurdering</u> – Samlet systematisk vurdering af funktionsniveau.</p> <p><u>Funktionstest</u> – hvor en testprocedure nøje reproduceres hver gang.</p> <p>Indikatorer indgår som et af elementerne i den samlede faglige vurdering af indsats mm. for enkeltpersoner. Indikatorer kan også anvendes på gruppeniveau for en sygehusafdeling eller en kommune.</p>

Figur 6 Definitioner af funktionsmåling, instrument og indikator.

Indikator er valgt som fælles betegnelse for resultatet af en funktionsmåling. Det er vigtigt at være opmærksom på at det kan forveksles med brugen af samme ord ved kvalitetssikring, hvor ”indikator” bruges til at sætte en målsætning for hvilket kvalitetsniveau der tilstræbes.⁸

Det er vigtigt at understrege at der ingen automatik er fra resultatet af den type indikator der kaldes ”samlet vurdering” til en given indsats. En vurdering af indsats for en enkeltperson afhænger af en samlet faglig vurdering, hvortil indikatorerne bidrager på en systematisk måde sammen med kvalitativ og helhedsorienteret vurdering af patientens samlede situation. På særlige områder er der udviklet udvidede funktionstest som mere direkte giver vejledning i beslutning om indsats. Derfor peger arbejdsgruppen også på anbefalede ”supplerende funktionstest”.

⁸ Kjærgård J, Mainz J, Jørgensen Tog Willaing I: Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – en lærebog. Munksgård, København, 2001.

Begrundelse for sammensætningen af indikatorer

Når der inkluderes både egenvurderinger, samlede systematiske vurderinger og egentlige funktionstest er det ud fra hensynet til at indsamle oplysninger, som kan bruges i forbindelse med en bredere evaluering, fx udført som en medicinske teknologivurdering⁹. Ved denne vurderingsform indgår aspekter af både patientens opfattelse¹⁰, den faglige indsats, organiseringen og økonomien.

Hvilke spørgsmål søges afklaret ved brug af indikatorer ?

Det er afgørende at der i personalegrupperne er forståelse og accept af hvad formål med brug af funktionsmåling er. De spørgsmål som ønskes besvaret ses i tabellen nedenfor.

Individniveau (Patient- eller borgerniveau)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan havde personen det før (forud for aktuelle situation, fx. op til indlæggelsen) 2. På hvilket funktionsniveau fungerer den pågældende nu (dags dato) ? 3. Hvilken forbedring kan opnås og indenfor hvilken tidsramme? 4. Kan personen medvirke til en påtænkt indsats mht. Motivation eller evne ? 5. Hvilken indsats skal iværksættes for at afhjælpe konstaterede problemer ? 6. Er der sket en ændring i funktionsniveau i forhold til en tidligere vurdering ? 7. Kan det forudsiges hvor patientens slutniveau bliver i fx. plejehjem, eget hjem med støtte eller selvhjulpen.
Gruppeniveau (afdeling eller kommune):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator for processen. Er en given målsætning opnået ? 2. Indikator for grad af ”tyngde” eller selvhjulpethed. 3. Indikator for effekt. Er der opnået en ønsket effekt af indsatsen ? 4. Sammenligning af kvalitetsniveau mellem sygehuse, kommuner eller forskellige indsatser (Benchmarking¹¹).

Figur 7 Spørgsmål der søges afklaret ved brug af indikatorer.

⁹ Kristensen FB, Hørder M, Poulsen PB (red.) Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. 2001. Giver en god oversigt og hentes fra <http://www.mtv-instituttet.dk>

¹⁰ Patientens egenvurdering er en komponent i dette, men ofte vil der i en medicinsk teknologivurdering også indgå en tilfredshedsmåling.

¹¹ Defineres som ”Databaseret og systematisk sammenligning af arbejdsprocesser og resulater mellem institutioner/afdelinger mhp. at afdække forbedrings- og effektiviseringspotentiale.”. ref. se fodnote 8

Hensyn ved valg af indikatorer i funktionsmåling:

Relevans:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skal kunne bruges logisk i patientkontakten og bidrage med information og afklaring omkring den enkelte patient. 2. Tidsforbruget ved indsamling af data skal være rimeligt i forhold til den pgl. informations vægt i den samlede vurdering af den enkelte patient. 3. Udførelse af de detaljerede funktionsmålinger kan erstatte eller indgå i en træningsseance eller patientsamtale ved indlæggelse eller udskrivning 4. Der skal så vidt muligt gives rum for lokal bestemmelse for deltagelse i funktionsmåling.
Typer	<ol style="list-style-type: none"> 5. Der skelnes mellem overordnede indikatorer der fungerer uafhængigt af konkret problemstilling (ofte tværfagligt brugbare) og indsatsorienterede (ofte monofaglige) indikatorer.
Kommunikation	<ol style="list-style-type: none"> 6. Indikatorer skal indgå i elektronisk patientjournal (eller FPAS), samt genoptræningsplaner og epikrise. 7. Der skal udarbejdes konkrete afdelingsinstrukser for hvornår der skal måles, hvem der er ansvarlig for målingen og hvordan proceduren er.
Konkret valg	<ol style="list-style-type: none"> 8. Indikatorer skal være forskningsmæssigt afprøvede og validerede. Der skal desuden være udført en afprøvning i praktisk klinisk dagligdag¹². 9. Indikatorerne skal kunne måles tværfagligt¹³ (efter fornøden instruktion) 10. Indikatorerne skal kunne indsamles uden brug af avanceret udstyr eller særlige lokaler. 11. Ved dansk oversættelse skal det sikres at standardoversættelsen anvendes. 12. Der må ikke være en afgift (licens) forbundet med anvendelsen.

Figur 8 Oversigt over hensyn ved valg af konkrete indikatorer.

¹² Med driftsprøvede menes at de her i amtet har været anvendt i en længere periode i udviklingssammenhæng eller særlig aftalt konkret praktisk afprøvning.

¹³ Her tænkes på personalegrupperne: Social og sundhedsassistenter, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt læger

Afgrænsning af patientgrupper og indikatorer.

Hvilke funktionsmålinger, målgruppe og indikatorer ?

Der er hverken på landsplan, lokalt i amtet eller på kommune niveau udarbejdet specificerede krav til hvilke funktionsmålinger der skal udføres som led i genoptræningsplaner.

Derfor har arbejdsgruppen fastlagt følgende afgrænsning.

Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • De patientgrupper hvor der efter udskrivelse fortsat må forventes en indsats i form af træning, pleje eller anden indsats. • Fokus på de største grupper. Børn, unge og psykiatriske patienter indgår dog ikke.
------------------	--

Figur 9 Målgruppen for anvendelse af funktionsmåling.

Der er ikke fundet systematiske opgørelser¹⁴ over hvilke patientgrupper der især indgår i samarbejdet mellem amt og kommuner. Der findes heller ikke oversigter over hvilke diagnosegrupper der konkret indgår under bestemmelserne om udarbejdelse af genoptræningsplaner.

Arbejdsgruppen mener at ”fokus på de største grupper” svarer til disse diagnose- eller patientgrupper¹⁵:

Fokus på de største grupper

Indgår i samarbejdet mellem sygehuse og kommunerne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienter indlagt med akutte forbigående sygdomme, der har medført korterevarende forbigående nedsættelse af funktionsniveauet. 2. Patienter med invaliderende kroniske medicinske og neurologiske lidelser. 3. Patienter der gennemgår operation og derefter opnår betydelig forbedring i funktionsevne. 4. Ortopædkirurgiske patienter der behandles efter traumer, hvor læsionerne nødvendiggør professionel bistand til genoptræning. 5. Apopleksipatienter. 6. Geriatiske patienter
Genoptrænes især i sygehusregi (eksempler)	Håndkirurgiske pt., lymfødeme- og gynækologiske pt., mammae opererede, udvalgte kroniske lungepatienter, pt. med akut AMI og visse hjerteopererede pt., reumatologiske pt., diabetes pt. med sår eller efter amputation.

Figur 10 Patientgrupper hvor der skal foreligge genoptræningsplaner

“Geriatiske patienter” er inplaceret som en særlig gruppe, da de kendetegnes ved kombinerede problemer. I forbindelse med inplacering i DRG¹⁶ systemet skal en geriatrik patient opfylde tre kriterier¹⁷: 1. Multimorbiditet defineret ved diagnoser fra mindst to for-

¹⁴ Hvis nogen læsere kender til sådanne opgørelser ønskes en orientering sendt til adresserne anvist forrest.

¹⁵ Dette indskrænker ikke forpligtelser efter sygehusloven.

¹⁶ Diagnose Relaterede Grupper - DRG indgår i beregningsgrundlaget for økonomitildeling til afdelingerne.

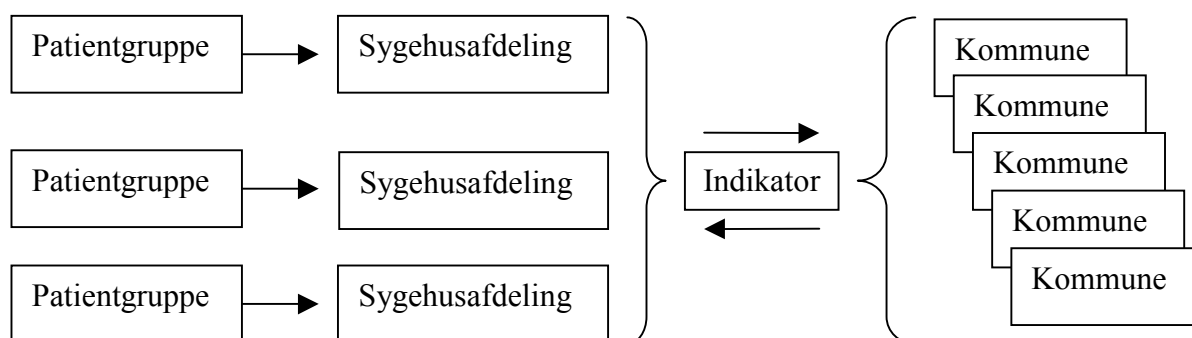
¹⁷ Ovl. Lars Matzen geriatrik afd. Odense Universitets Hospital, personlig meddelelse.

skellige ICD-10 diagnoser. 2. Funktionstab målt ved Barthel. 3. Behov for intervention i forhold til funktionstab. Øvrige patienter ved de geriatriske afdelinger inplaceres efter den almindelige ICD-10 aktionsdiagnose.

Ud fra de nævnte grupper er det muligt at skønne over antallet af genoptræningsplaner ud fra hidtidige indlæggelser og gennemførte ambulante udredninger.

Niveaudeling ved funktionsmåling

Denne samarbejdsform er den mest simple:



Figur 11 *Generel model med de samme indikatorer uanset afdeling og kommune.*

Uanset indlæggelsesårsag anvendes en fælles indikator eller et fælles indikatorsæt, som indgår i både kursusvirksomhed, udskrivningsrutiner m.v. De valgte indikatorer kan systematisk indføres i de forskellige afdelinger og i de kommuner, der modtager patienter fra de pågældende afdelinger.

”Høringsrunde”

I forbindelse med arbejdsgruppens arbejde har en foreløbig udgave af rapporten været udsendt til afdelingsledelserne på medicinsk, ortopædkirurgisk, neurologisk og geriatrisk afdeling, fysio- og ergoterapier i Fyns Amt, samt til kommuneforeningen. I den foreløbige udgave anvendtes betegnelsen ”obligatoriske” og ”supplerende” funktionsmålinger. Svarfristen var meget kort (få dage), men der er alligevel kommet svar fra flere sygehusafdelinger. Fra kommunal side er kommentering varetaget af arbejdsgruppens medlemmer.

I svarene går det tydeligt igen, at der vil være store praktiske vanskeligheder med at indføre et obligatorisk målesystem, som ikke synes relevant for alle patientgrupper. Det er også påpeget at det er tidsmæssigt vanskeligt at inplacere egenvurdering som led i alle patientforløb, at det er afgørende at de enkelte personalemedlemmer kan se en umiddelbar logisk relevans af at udføre en given funktionsmåling, samt at funktionsmålinger skal indgå i elektronisk patientjournal eller patientsystem. Endelig at der må forventes resourcemæssige vanskeligheder.

Svarene understreger arbejdsgruppens opfattelse. Det er ikke hensigtsmæssigt at ensrette alle patientgrupper til en obligatorisk og helt ens funktionsmålingsform som vist på side 18 hvor alle afdelinger på alle sygehuse anvender de samme indikatorer uanset patientgrupperne. Der er blandt andet bindinger som ligger udover samarbejdet amt-kommune, fx. Diagnose Relaterede Grupper¹⁶ og Det Nationale Indikatorprojekt.

Der foreslås i stedet en arbejdsform med niveaudeling som vist i Figur 12 side 20, hvor et vigtigt aspekt er at anvende indikatorer med relevans for den pågældende patientgruppe.

Med relevante funktionstest og ”samlede vurderinger” menes, at det skal have mening for den pgl. patientgruppe. Fx. er en vurdering af ganghastighed relevant ved hoftenære frakturpatienter, men ikke ved håndkirurgiske patienter eller patienter opereret for brystkræft med efterfølgende lymfødemtilstand.

Anvendelsen af funktionsmåling foreslås støttet ud fra følgende forslag¹⁸:

Der anbefales nogle få egnede indikatorer til funktionsmåling.

Der etableres en faglig struktur, som kan give støtte ved indførelse og brug af de anbefalede indikatorer.

Der etableres undervisning baseret på de anbefalede indikatorer.

Det understreges at der i forbindelse med vurdering af konkret indsats for enkelte patienter skal anvendes supplerende vurderinger. Heraf vil nogle indgå på linie med de øvrige anbefalede indikatorer i det fælles amtsligt/kommunale samarbejde.

For andre vil det være op til den enkelte faggruppe og afdeling/kommune at beslutte hvilket måleredskab der er egnet. Der er tale om en åben udviklingsproces, der kan revidere beslutningerne.

Oversigten over anbefalede indikatorer til funktionsmåling revideres hvert andet år.

¹⁸ Forslag fra arbejdsgruppen fremtræder herefter med samme typografi, som vist i næste linie.

Figur 12 Niveaudeling af funktionsmåling - gruppe og individuelt niveau.

Niveau	Formål	Hvad kan det bruges til ?	Hvad skal indgå	Hvilken type målinger
Gruppe Alle afdelinger og kommuner	Generelt overblik alle patienter	Gruppebeskrivelse Effektvurdering på gruppeniveau	Enkelte overordnede indikatorer	a. Egenvurdering b. ”Samlede vurderinger” c. Funktionstest
	Særlige patientgrupper	Supplerende tværfaglige vurderinger	Udvalgte indikatorer for patientgruppen	b. ”Samlede vurderinger” c. Funktionstest
Individuel Vurdering af enkelte patienter.	Konkret planlægning af Enkeltforløb Monofaglige vurderinger	Omfang og art af indsats for en given patient eller borger. Udvikling i niveau for enkeltpatienter.	Specialiserede indikatorer	Lokalt valgte d. Supplerende funktionsmåling

Niveauet under den stiplede linie behandles ikke udførligt i denne rapport.

Forudsigelse af endeligt funktionsniveau

En grundpille i samarbejdet mellem amt og kommune om genoptræningsplaner er at afgøre hvornår et endeligt stabilt funktionsniveau er opnået. Derfor er det ønskeligt at kunne forudsige dette ud fra de anvendte funktionsindikatorer.

I oversigten ”*Hvilke spørgsmål søges afklaret ved brug af indikatorer ?*” side 15 er der derfor også inkluderet spørgsmålet ”*Hvilken forbedring kan opnås og indenfor hvilken tidsramme?*”.

Det er arbejdsgruppens opfattelse at man ikke kan forudsige endeligt niveau for enkeltpatienter ud fra brug af funktionsmåling alene. En sådan vurdering baseres på en samlet overvejelse ud fra patientens situation. I vurderingen indgår funktionsmålingen, men denne kan ikke stå alene.

Vurderingen vil typisk resultere i at der påbegyndes en indsats for et bestemt tidsrum. Når det pågældende tidsrum er forløbet vil en ny vurdering afgøre om der er mulighed for yderligere fremgang eller om et stationært niveau er opnået, fx. således at patienten kan overgå til vedligeholdende træning efter et genoptræningsforløb.

For flere af de indikatorer som arbejdsgruppen foreslår (se side 21) er der udført studier, der vurderer i hvor stort omfang måling af funktionsniveau ud fra indikatoren kan bruges til forudsigelse af endelig placering efter udskrivelse¹⁹, overlevelse eller lignende overordnede niveauer. Unsworth angiver fx. at 75 % af 400 patienter over 60 år kunne forudsiges udskrevet til enten plejehjem, fortsat rehabilitering under indlæggelse eller til hjemmet på basis af FIM udført under indlæggelsen.²⁰

Der gennemføres en nærmere vurdering af dokumentation for forudsigelse ud fra de valgte indikatorer

Der udarbejdes et forslag til hvilke værdier af indikatorerne, som skal medføre yderligere udredning eller vurderinger.

Forslaget foreslås gennemført med repræsentation fra de afdelinger der varetager målgruppen for brug af funktionsmåling.

¹⁹ Fx. om det forventes at blive til plejehjem, egen bolig med udtalt støtte eller om der kan forventes effekt af fortsat genoptræning på særligt indrettet afsnit

²⁰ Unsworth A. Selection for rehabilitation: acute care discharge patterns for stroke and orthopaedic patients. *Int.J.Rehabil.Res.* 24 (2):103-114, 2001. Der indgik 225 apopleksi patienter og 125 ortopædkirurgiske.

Konkret forslag til valg af indikatorer ved funktionsmåling.

Begrundelse for valg af anbefalede indikatorer:

Indikatorerne er især udvalgt fordi de er systematisk undersøgt i en række forskningsprojekter, samt at de kan anvendes tværfagligt. Kriterierne er yderligere omtalt på side 12. De er afprøvet i en række situationer i amtet både i kommuner og på sygehuse. De kan tidsmæssigt indpasses uden store ændringer i daglige rutiner efter en indkøringsfase og kan erstatte delelementer af eksisterende aktiviteter, fx indlæggelsessamtale eller en del af en træningsseance. Desuden indgår flere af de valgte indikatorer i Det Nationale Indikatorprojekt.

Type	Ref.	Foreslået Indikator og kommentarer
Egenvurdering. Patientens vurdering	(1;2)	<i>Egenvurdering: EuroQol-5d Suppleret med et globalt helbredsvurderingsspørgsmål.</i>
Samlet vurdering af funktionsniveau.	(3)	Det er ikke muligt at pege på en enkelt indikator eller instrument <i>En nærmere vurdering af brugen af instrument til "samlet vurdering" bør foretages</i> Meget kunne tale for at anvende Barthels modificerede indeks ²¹ , som anvendes hos apopleksi patienter og som er planlagt at indgå i geriatrisk Diagnose Relateret Gruppe registrering ²² . Dette uddybes i afsnittet "Uddybning af valg af indikator ved samlet vurdering." Side 24. <i>Indtil videre foreslås Barthels modificerede indeks anvendt som udtryk for "Samlet vurdering".</i>
Funktionstest hvor en testprocedure nøje reproducere hver gang.	(4). (5)	<i>Fysisk funktion: Stole test, Stående balance, Timed Up&go- se appendiks²³.</i>
	(6)	<i>Ernæring-1: Body Mass Index fastlægges ud fra højde og vægt og vurderes.²⁴</i>

Figur 13 Anbefalede måleredskaber ved funktionsmåling i Fyns Amt

EuroQol målet kan direkte omsættes i et samlet utility mål, idet der er udarbejdet et dansk normalmateriale, som er under publicering²⁵.

²¹ I et spørgeskema til Europæiske 581 rehabiliteringscentre indenfor apopleksi i Irland, Tyskland, Italien, Østrig og Holland, hvoraf 108 svarede er det i abstract angivet at Barthel Index var mest anvendt og FIM næstmest. (Torenbeek et al., Int.J.Rehabil.Res. 2001: 95-101)

²² Diagnose Relaterede Grupper - DRG indgår i beregningsgrundlaget for økonomitildeling til afdelingerne.

²³ De konkrete funktionstest er afprøvet i seks kommuner, samt flere sygehuse i projektet "Hjemmetræning og anden indsats". Se "Træning og anden indsats til faldtruede ældre – forebyggelse af ældres fald (Procedurer og skemaer). Fyns Amt, Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed, 2001.

²⁴ Geriatrisk afd. har påpeget at det hos ældre med sammenfald i ryghvirvler er vanskeligt/umuligt at måle højde. Udførelse af ernæringsvurdering anbefales også for apopleksi i Det Nationale Indikatorprojekt, se www.nip.dk. Skema ref.: "Økonomiskolen i København og Ministeriet for Fødevarer, landbrug og Fiskeri Veterinær- og Fødevarerdirektoratet. Anbefalinger for den danske institutionskost. FødevarerR-apport 1999:01. Veterinær- og Fødevarerdirektoratet 1999." Se desuden afsnit om "Ernæring" i: Leveråd. En rapport fra projektet "Træning og anden indsats til faldtruede ældre – forebyggelse af ældres fald". Fyns Amt, Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed, 2001.

I ”notat om genoptræningsplaner”³ anvendes fire niveauer af behov for genoptræning ”intet”, ”let”, ”middelsvær” og ”svær” patient. Funktionsmåling alene kan ikke gruppere patienterne i disse grupper. Der forudsættes også en faglig vurdering af genoptræningspotentialer. Dette fremgår også af overvejelserne om at bruge funktionsmåling som led i forudsigelse af opnåeligt funktionsniveau, se side 21.

Særlige patientgrupper og eller vurdering af indsats

Der er god forskningsmæssig dokumentation for at anvende disse indikatorer og instrumenter. De bør derfor indgå i undervisningsforløbet.

Type	Foreslået Indikator, udvalgte Referencer og kommentarer
Supplerende Funktionstest	<p><i>Demensscreening. Mini Mental State Examination MMSE.</i></p> <p>(7). Endvidere indgår en sådan vurdering i EASY-care og FIM.</p> <p><i>Patienter med faldproblem: Bergs balance skala (8). Vurdering af om personerne er bange for at falde</i>²⁶</p> <p>Bergs Balance test varer ca. 30-40 min, men kan erstatte en træningssession.</p> <p><i>Ernæring-2: Kostskema i stedet for/som supplement til Body Mass Index fodnote 24.</i></p>

Figur 14 Supplerende indikatorer ved funktionsmåling i Fyns Amt.

Mulige andre indikatorer:

Instrumenterne SF8 og SF12 er afkortede udgaver SF-36, se www.sf36.com. Men der er endnu begrænsede erfaringer med disse udenfor forskningsprojekter. Kan muligvis indgå supplement eller erstatning for EuroQol.

Desuden har der været peget på EMS (Elderly Mobility Score)²⁷. Af hensyn til bedre skelneevne blandt patienter, som ikke kan rejse sig selvstændigt fra en stol kunne der indføres en test af forflytning fra liggende til siddende stilling. En sådan deltest indgår i EMS og bør vurderes nærmere som et supplement.

Det bør overvejes om den anbefalede funktionstest skal suppleres med en vurdering af forflytning fra liggende til siddende og fra siddende til liggende stilling.

ADL-Taxonomien har også været foreslået²⁸. Resultatet herfra præsenteres grafisk i en cirkel. Taxonomien indeholder stort set de samme dimensioner som de øvrige instrumenter vist i foregående tabel, men målet er ikke bredt anvendt.

Katz ADL index har været foreslået i referenceprogrammet for hoftenære frakturer, men anvendes ikke rutinemæssigt i amtet såvidt det er gruppen oplyst.

²⁵ Prof. K Møller Petersen, Syddansk Universitet – personlig meddelelse. Som erstatning for den globale måling i EuroQol termometeret anvendes et enkelt globalt helbredsmål. EuroQol ”termometeret” har givet store problemer i ældrebefolkning. Utility beregningen forudsætter ikke brug af ”termometeret”.

²⁶ Se fx. Manning, J., Neistadt, M. E., and Parker, S. The relationship between fear of falling and balance and gait abilities in elderly adults in a subacute rehabilitation facility. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 15, 33-47. 1997. og Harada, N., Chiu, V., Damron-Rodriguez, J., Fowler, E., Siu, A., and Reuben, D. B. Screening for balance and mobility impairment in elderly individuals living in residential care facilities. *Phys. Ther.* 75[6], 462-469. 1995.

²⁷ L. Prosser and A. Canby. Further validation of the Elderly Mobility Scale for measurement of mobility of hospitalized elderly people. *Clin. Rehabil.* 11 (4):338-343, 1997.

²⁸ Kontakt ergoterapeutforeningen for nærmere information.

Uddybning af valg af indikator ved samlet vurdering.

Følgende fem instrumenter kunne indgå som indikator for ”samlet vurdering”.²⁹

Som nævnt tidligere vil arbejdsgruppen indtil videre pege på Barthels modificerede test, men kun under forudsætning af at spørgsmålet videre overvejes ved en grundigere vurdering i sammenhæng med afklaring af spørgsmålet ”Hvilken forbedring kan opnås og indenfor hvilken tidsramme?”, se side 21.

Det samlede antal anbefalede instrumenter og indikatorer skal minimeres mest muligt, idet en given kommune jo vil modtage patienter fra alle afdelinger.

Omfang af dokumentation for de første tre instrumenter er omfattende. Blot en simpel søgning³⁰ viser:

Navn	Antal	Søgeord og referencer ³⁰
Barthel	1: 1397 2: 308	1: ”barthel” 2: 1 og ”rehabilitattion” (3)
Functional Independence Measure ³¹ (FIM)	1: 441 2: 789 3: 408	1: ”Functional Independence Measure” 2: ”Functional Independence Measure” eller FIM 3: (1 eller 2) og rehabilitation” (9)
SF-36 (Short form 36)	1: 1800 2: 110	1: (”SF36” eller ”SF-36”) 2: (”SF36” eller ”SF-36”) og ”rehabilitation” (10;11)

Figur 15 Publikationer i ”PubMed” for instrumenterne Barthel, FIM og SF-36

En udtømmende søgning af referencer for de tre instrumenter forudsætter en mere kompliceret søgestrategi, men blot ud fra de viste antal er det klart at der skal arbejdes mere grundigt med referencerne for at få et overblik.

Mindre gennemprøvede instrumenter:

Der beskrives og afprøves mange nye instrumenter til funktionsmåling. For en del af disse gælder at de stort set kun er validerede af de personer, som har sammensat spørgsmål til instrumentet. Dette gør ikke i sig selv instrumenterne mindre værdifulde, men der bør være særlige grunde til at vælge et instrument, som ikke er grundigt undersøgt og internationalt standardiseret. Blandt andet vil det jo blive vanskeligt at sammenligne resultater

²⁹ Hobart et al. har bl.a. sammenlignet FIM, Barthel og FIM kombineret med ”Functional Assessment Measure” og anfører bl.a. at der ikke er bedre måleegenskaber ved instrumenter med flere spørgsmål eller dimensioner, samt at de pgl. instrumenter anbefales til gruppesammenligninger. Hobart et al.: Evidence-based measurement. Which disability scale for neurologic rehabilitation? *Neurology* 2001;57:639-44.

³⁰ Ved søgning med brug af Reference Manager v9.5 i PubMed den 28.10.2001 med det angivne søgeord anført i enten ”Abstract” eller ”Title text” eller ”Keywords”. Søgestrategien er ikke udtømmende, men giver et indtryk af den forskningsmæssige litteratur, der ligger bagved (og som er indexeret i PubMed). En komplet søgning ville omfatte flere søgeord og flere baser, fx. EMBASE

³¹ Findes i en særlig variant for børn: Yung, A. et al. Outcome measure for paediatric rehabilitation: use of the Functional Independence Measure for children (WeeFIM). A pilot study in Chinese children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatr.Rehabil.* 3[1], 21-28. 1999.

med andre studier hvis der anvendes et specielt instrument, specielt fordi standardisering og samordning på tværs af lande er i udvikling.

To af de nyere instrumenter er mulige kandidater til den samlede vurdering.

<i>navn</i>	<i>Reference</i>	<i>Kommentar</i>
EASY-Care	(12;13)	Er udviklet i forlængelse af WHO projekter og indgår i et EU standardiserings projekt. Flere nøgleartikler er under udgivelse. ³² Søger at give basis for estimering af plejebestand og kunne være bindeled til kommunernes ”fællessprog” system ³³
Functional recovery Score (FRS)	(14;15)	Der er kun publiceret to artikler om dette, men instrumentet indeholder dele af andre instrumenter, fx minder IADL delen meget om Lawtons Iadl ³⁴ FRS vil muligvis indgå i NIP-Hoftefraktur og er derfor medtaget her.

Figur 16 To nyere instrumenter skal vurderes nærmere. EASY-Care og ”Functional Recovery Score”

Dansk koordinator for EASY-Care er Fyns Amt og et mindre pilotforsøg er i gang³⁵

Samlet interviewguide:

Samlet interviewguide ved vurdering af ældre har været anvendt i det projektet ”Træning og anden indsats til faldtruede ældre – forebyggelse af ældres fald”.³⁶ Dette måleredskab indgår i øjeblikket i et samarbejdsprojekt med deltagelse af Sygehus Fyn – Sundhedscen-tret, Rudkøbing og Sydlangelands kommuner samt geriatrisk afdeling ved Sygehus Fyn-Rudkøbing i perioden 1.10.-31.12.2001. Der er ikke tale om et selvstændigt instrument, men et udvalg af standardiserede instrumenter og indikatorer, samt nogle afklarende

³² Philp I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? Journal of the Royal Society of Medicine, 90(32), 11-13. Bath P., Philp I. (1998). A hierarchical classification of dependency amongst older people: use of artificial neural networks. Health Care in Later Life, 3(1), 59-69. Kane R.L., Rockwood T., Philp I., Finch M. Differences in valuation of functional status components among consumers and professional in Europe and the United States. Journal of Clinical Epidemiology (In Press). Philp I., Armstrong G.K., Coyle G.G., Chadwick I., Machado A.B.C. A better way to measure disability in older people. Age and Ageing (In Press).

³³ Se kommunernes landsforenings hjemmeside. Det kommunale fællessprog er en administrativ klassificering af borgere med henblik på at afgøre kommunal plejeindsats. Der er ikke tale om et valideret instrument til vurdering af funktionsniveau. Formålet er bl.a. anført som ”At udarbejde et fælles redskab til at vurdere borgernes behov for hjælp, samt et katalog over ydelser, der dækkede hovedparten af de direkte ydelser som borgerne modtager.” Fællessprogsystemet er ikke vurderet forskningsmæssigt ud fra sædvanlige kriterier, og der findes på hjemmesiden for dette ingen egentlig dokumentation, kun en omtale af hvad hensigterne har været. Fra fagbladet sygeplejersken er kun omtalt positive artikler om fællessprog. Ikke en kritiserende artikel, som også har været der. Se www.kl.dk (ældre->fælles sprog) og Sygeplejersken (www.dsf.dk).

³⁴ Lawton’s IADL er sammenlignet med en række andre instrumenter, se bl.a.. Landi et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. Med.Care 38 (12):1184-1190, 2000.

³⁵ Fyns Amt er kontakt til det udviklingscentret i England og har finansieret standardiseret oversættelse til dansk. Et mindre pilotforsøg er i gang i Vissenbjerg Kommune med støtte fra Socialministeriet. I forsøget er der imidlertid ændret i rækkefølge af spørgsmål og gruppering. Samt tilføjet ekstra spørgsmål.

³⁶ Procedurer og skemaer fra projektet ”Træning og anden indsats til faldtruede ældre – forebyggelse af ældres fald”. Fyns Amt, Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed, 2001.

spørgsmål, der tilsammen giver et basalt overblik over funktionsniveau og problemer i forbindelse med vurdering af indsats til faldtruede ældre.

Dimensioner i samlede vurderinger

Der er ingen tvivl om, at Barthel, FIM og SF-36 er mest afprøvede. Reelt set er der ikke så stor forskel på mange af disse instrumenter, blot en forskellig vægtning af de dimensioner som indgår, samt på graden af udbredelse og dokumentation³⁷. Se også næste side med en mere detaljeret gennemgang af adl-dimensioner.

<i>Område/dimension</i>	<i>Euro-Qol</i>	<i>SF-36</i>
Alment helbred (global helbred)	♪	♪
Ændringer i Alment helbred	♪	♪
Fysisk Funktion	♪	♪
Social Funktion	♪	♪
Rolle Funktion	♪	♪
Psykiske Symptomer	♪	♪
Psykisk Velbefindende		♪
Depressionsvurdering	♪	
Smerter	♪	♪
Energi/træthed	♪	♪

Figur 17 Dimensioner for EuroQol og SF36

³⁷ Gengivet fra Bjørner JB et al. Dansk manual til SF-36. København, LIF, 1997. (side 10). Dog er depressionsvurdering tilføjet her, samt EuroQol inkludering af måling af ændringer i alment helbred..

Område/dimension	Barthel	FIM	FRS	EASY-Care	Interviewguide Fyn
Spisning	♪	♪	♪	♪	
Personlig Hygiejne	♪	♪		♪	
Toiletbesøg	♪		♪	♪	♪
Tage Bad	♪	♪	♪	♪	
Forflytning seng/stol	♪	♪♪♪	(♪)	♪	♪
Gangfunktion	♪	♪	♪	♪	♪
Trappegang	♪	♪		♪	♪
Påklædning	♪	♪♪	♪	♪	
Tarmkontrol	♪	♪		♪	
Blærekontrol	♪	♪		♪	♪
Social funktion		♪			♪
Problemløsning		♪		♪	
/Kognitiv funktion					
Hukommelse		♪			
Kommunikation		♪			
Madindkøb/lavning			♪	♪♪	♪♪
Husarbejde			♪	♪	♪
Vaske tøj			♪		♪
Madlavning			♪		
Styre pengesager			♪	♪	
Brug af off. transport			♪		
Tale i telefon				♪	
Tage medicin				♪	♪
Depressionsvurdering				♪	
Syn og hørelse					♪
Boligform+indretning					♪
Hjemmehjælp/pleje					♪
Hjælpe midler v.gang					♪
Ernæringsvurdering					♪
Fald, inkl. ”bange for fald”					♪
Svimmelhed					♪
Spørgsmål/dimensioner i alt	10	18		17+4+6	32

Figur 18 Detaljeret sammenligning af deldimensioner i instrumenter, som er knyttet til rehabiliteringsvurdering og eller plejeomfang.

FIM: inkluderer flere typer forflytninger ♪♪♪ (toilet og bad). Påklædning er delt i over- og underkrop ♪♪.

FRS: Forflytninger vurderes som mobilitet (♪) i en graduering fra 0-4 ud fra gangfunktion hjemme og ude, samt med og uden hjælpemidler. Mad gælder indkøb

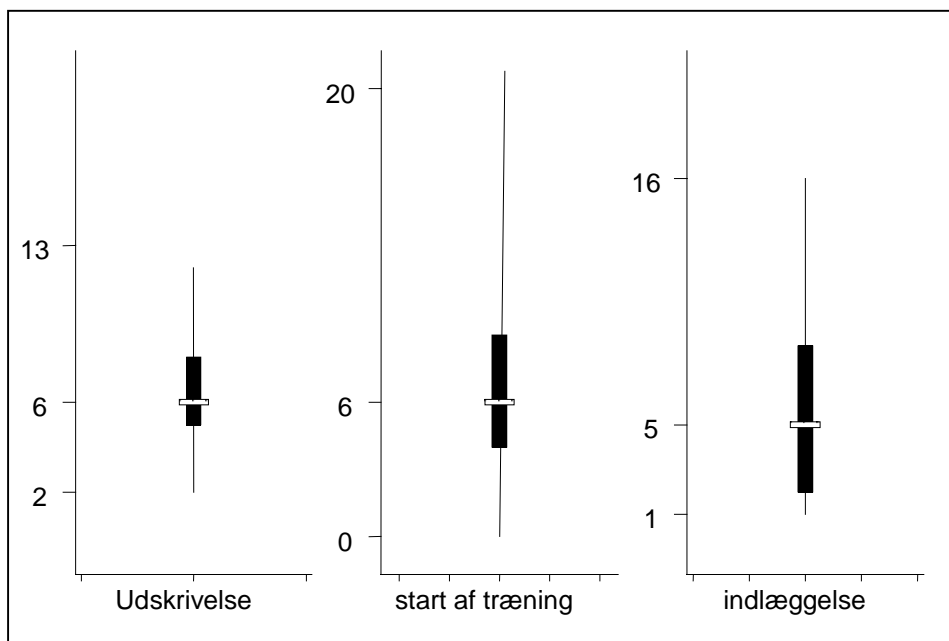
Easy-Care: Mad gælder madlavning og indkøb ♪♪. Depressionsvurdering er 4 særskilte spørgsmål og kognitiv forringelse 6 selvstændige spørgsmål.

Interview Guide: Anvendes i kombination med EuroQol, samt ofte MMSE og har derfor flere dimensioner end de viste. Antal spørgsmål medregner ikke MMSE og EuroQol.

Tidsforbrug ved indsamling af data.

En væsentlig faktor er om tidsforbruget ved funktionsmåling er rimeligt.

Tidsforbruget ved funktionstest og interview kan belyses ud fra 163 interview og funktionstest af patienter fra Sygehus Fyn – Rudkøbing. Fysioterapien har i perioden siden oktober 2000 gennemført interview og funktionstest ved indlæggelsen, ved start af træning og ved udskrivelsen udført efter samme procedure. Der var 21 interviewspørgsmål om funktion mm udover de funktionstest, som er vist i appendiks, side 39. Der testes for siddende og stående balance, samt Timed Up&Go testen.³⁸



Figur 19 Tidsforbrug ved funktionstest og 21 interviewspørgsmål

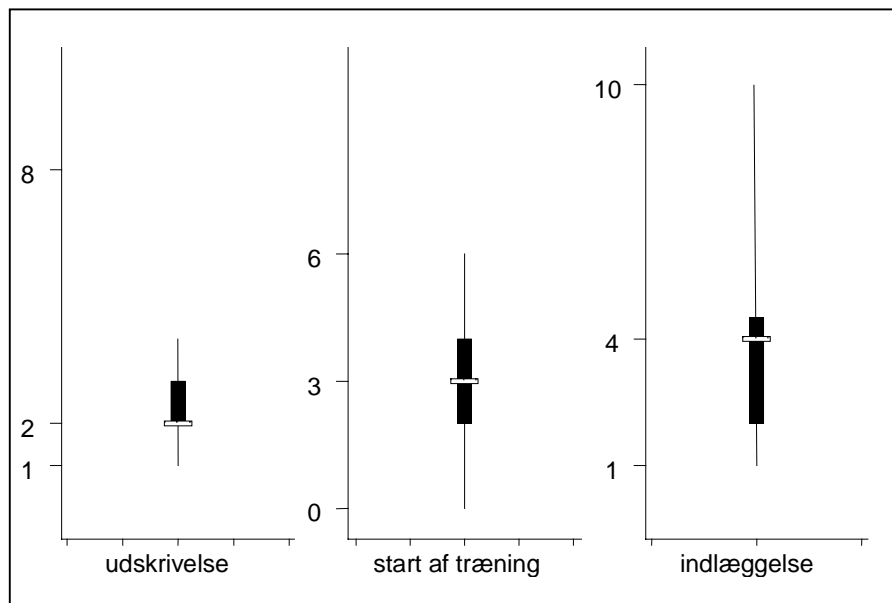
163 patientinterview af geriatriske patienter, Sygehus Fyn – Rudkøbing 2000-2001.

Det ses at for halvdelen af patienterne (den midterste vandrette linie) er interview og test udført på 5-6 minutter eller mindre og for 75 % mindre end ca 9 minutter. Værdierne på Y-aksen viser minimum, maksimum og median. I tiderne er kun medregnet den direkte patienttid til svar og udførelse af test. Tiden der bruges for at komme hen til patienten, instruktion mm af personalet er ikke medregnet.

Den tid der bruges til funktionstest med udførelse af siddende balance, stående balancetest og Timed Up&Go test alene (uden interview) udgør cirka to trediedele af den samlede tid. Se figur 15.

³⁸ I skemaerne blev de faktiske klokkeslet noteret før interview, før funktionstest og ved afslutning af funktionstest. Ud fra dette er tidsforbruget beregnet og vist i figuren

Den tid der går med gennemførelse af funktionstiden er kortere ved udskrivelsen end ved indlæggelsen. For halvdelen af patienterne kan testen gennemføres på to minutter mod fire minutter ved indlæggelsen. Forskellen kan skyldes at nogle patienter ved indlæggelsen ikke har fået udført testen.³⁹.



Figur 20 Tidsforbrug ved 163 funktionstest af geriatriske patienter, Sygehus Fyn - Rudkøbing 2000-2001.

Tilsvarende tidsmålinger er endnu ikke indsamlede for de foreslåede egenvurderinger og "samlede mål". Bedømt ud fra ovenstående må det kunne gennemføres på ganske få minutter som hovedregel.

På næste side uddybes de øvrige mulige instrumenter til brug for funktionsmåling, de såkaldte "samlede mål" Barthel, FIM, FRS og EASY-Care. For disse er der ikke fundet tilsvarende tidsmålinger.

Der gennemføres en vurdering af tidsforbrug ved anvendelse af de foreslåede indikatorer af typen "Samlede mål" på patientniveau. Herunder sammenligning af forskellige indikatorer.

³⁹ Det har ikke været muligt at analysere data således at tiden for den enkelte patient blev fulgt, idet der var tale om anonymiserede data. Der indgår i opgørelsen 32 test fra indlæggelse, 74 ved start af træning og 57 ved udskrivelsen.

Skøn over antal patienter som indgår i de udvalgte patientgrupper.

Ud fra de opstillede patientgrupper kan der gives et skøn over antal udskrivelser fra de berørte afdelinger.

	<u>Antal SHF</u>	<u>Antal OUH</u>	Diagnose koder eller angivelse af grundlag.
Kommunesamarbejde			
1. Kortere varende forbigående ned-sættelse af funktionsniveauet.	?	?	
2. Invaliderende kroniske medicinske og neurologiske lidelser	?	?	
3. Efter operation opnås betydelig forbedring i funktionsevne.	?	?	
4. Behandles efter traumer, der nødvendiggør professionel bistand til genoptræning.	?	?	
5. Apopleksi patienter.	?	?	
6. Geriatiske patienter	?	?	
Sygehusplaceret genoptræning			
lymfødem, håndkirurgi etc.	?	?	

Figur 21 Skøn over antal udskrevne patienter per år i samarbejdet amt- kommune.

Der gennemføres en nærmere vurdering af antal patientkontakter per år for ambulante patienter, hvor brug af indikatorer i genoptræningsplaner er relevant.

Der gennemføres en nærmere vurdering af det samlede tidsforbrug fordelt på afdelinger efter forventet antal genoptræningsrelevante patientkontakter

Struktur og opbygning af undervisning

Kommissoriet angivet at ”Arbejdsgruppen skal derudover tage stilling til behovet for tværfaglig uddannelse i forbindelse med de foreslåede funktionsmål i Fyns Amt og i kommunerne.”

Der er ingen tvivl om at undervisning er nødvendig for at indføre og fortsat anvende de foreslåede funktionsmålinger på en systematisk måde. Vurderingen af behov og uddannelse omfatter både strukturelle og indholdsmæssige aspekter.

Struktur og form	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undervisningen opbygges således at kommuner og afdelinger der samarbejder om konkrete genoptræningsforløb modtager fælles undervisning. 2. Uddannelsen søges koordineret med andre uddannelsesaktiviteter ⁴⁰ 3. Muligvis kan uddannelsen opdeles i moduler, hvoraf nogle er ”obligatoriske” for alle, mens andre forbeholdes særligt uddannede instruktører.
Indhold	<ol style="list-style-type: none"> 4. Generel viden om funktionsmåling og brug af indikatorer i forhold til ”almen tekstbeskrivelse”. 5. Sammenhæng med kvalitetssikring. Definition af mål på afdelings-, kommune- og samarbejdsniveau 6. Standardisering og vurdering af målinger i alle dele af amtet og i de forskellige sektorer ⁴¹. 7. Systematisk og gentaget træning i vurdering. 8. Opbygning og videre behandling af oplysninger. Hvordan indgår indikatorerne i vurdering af enkeltpatienter. 9. Hvordan samles og bearbejdes funktionsmålinger til konklusioner på gruppeniveau. 10. Principper og praktiske forsøg med audit, dvs systematisk vurdering ud fra i forvejen fastlagte målsætninger.

Figur 22 Struktur og indhold i uddannelse ved funktionsmåling med anbefalede indikatorer.

Arbejdsgruppen vil pege på en uddannelsesform, hvor der sker en kobling til de sygdomsgrupper, der omfattes af indikatorerne.

⁴⁰ Den planlagte master uddannelse i rehabilitering på Syddansk Universitet. Kan der dannes en række kurser, således at en slags ”diplom uddannelse” kan godkendes.

⁴¹ Richards SH et al. Inter-rater reliability of the Barthel ADL index: how does a researcher compare to a nurse? Clin Rehabil 2000 Feb;14(1):72-8. I denne anføres i abstract at ” Whilst the inter-rater reliability of the Barthel Index was within acceptable boundaries, two items out of ten had only fair agreement and low crude agreement (transfer and dressing) on Cohen's kappa scores.” ”Depending on the differences observed in any particular context, the Barthel Index can be applied with reasonable reliability by nonclinical staff applying the standardized scoring criteria. It should be noted, however, that the kappa coefficients between clinical and nonclinical assessors tend to be lower than those found when comparing two clinically trained assessors in previous research.”

Undervisning tilbydes ud fra de lokale samarbejdsrelationer med udgangspunkt i de sygdomme som omfattes af genoptræningsplaner. Almen Praksis indgår også i dette lokaliserede arbejde.

Undervisningen og instruktion koordineres gennem et "uddannelsesråd" med repræsentation af kommunerne og sygehusene.

Den praktiske kursusplanlægning varetages af amtets kursus- og uddannelsesafdeling.

Det faglige indhold i kurserne fastlægges af uddannelsesrådet. Sekretariat for dette skal fastlægges, ligesom det skal fastlægges hvilken struktur på OUH og SHF der skal varetage koordineringen. For Sygehus Fyn kan dette være Sundhedscentret- Svendborg/Rudkøbing⁴²

Der forventes tre typer kurser: a. Instruktionskurser. b. Instruktørkurser og c. Generelle kurser. d. Specielle kurser. Samt e. halvårslige udvekslingsmøder.

- a. Generelle kurser. Disse tilbydes som generel introduktion til kvalitetssikring, funktionsmåling og indsats og vil være obligatoriske for instruktører og indgå i generel uddannelse for øvrige deltagere, samt de personer der varetager de forebyggende hjemmebesøg i kommunerne.
- b. Instruktionskurserne har en varighed af 3-5 timer og skal tilbydes alle som skal varetage konkret funktionsmåling. Gennemføres typisk af lokale instruktører ud fra fælles materiale.
- c. Instruktørkurser. Der udpeges lokalt et antal instruktører eller supervisor personer. Det sikres at disse har afsat normeret tid til varetagelse af koordinering og afklaring af tvivlsspørgsmål, samt til at deltage i uddannelsesrådet.
- d. Specielle kurser. Her tilbydes til få udvalgte personer der fungerer som koordinator af hele ordningen (2-4 personer i alt) en specialiseret uddannelse, som må forventes at foregå udenfor amtet eller som led i systematiseret efteruddannelse. Det kunne fx. være uddannelse af en kernegruppe af personer til varetagelse af klinisk audit og anden systematisk kvalitetssikringsvurdering. Disse har til opgave at planlægge det faglige indhold i kurserne, samt afholdelse af udvekslingsmøder.
- e. Udvekslingsmøder er et generelt mødeforum, hvor der fremlægges skiftende temaer af relevans for styrkelse af samarbejdet mellem amt og kommune. Derfor tilbydes de til både sygehuspersonale der varetager funktionsmåling og kommunalt ansatte der enten direkte er involveret i funktionsmåling eller indirekte som aftagere, fx. de der varetager de forebyggende hjemmebesøg. Dette kan ses som led i de planlagte møder med deltagelse af både sygehuse og kommuner om udskrivning af patienter fra sygehus.

⁴² Som har deltaget i den hidtidige kursusplanlægning og koordineret det igangværende samarbejdsforsøg på Langeland.

Skøn over antal fagpersoner, der skal uddannes

Antal personer der skal uddannes i de berørte afdelinger. Antal instruktører er angivet i parentes. Ved ? er tallet ikke klargjort endnu, men det vil omfatte alle som skal varetage den faktiske udførelse af funktionstest.

Funktion/kursus (I parentes angivet instruktører)	Kommuner	Odense Universitets Hospital	Sygehus Fyn	Almen Praksis
Overordnet koordination og instruktion.	?	1	1	
Koordinator funktion	?	2	2	
Sygeplejersker	(42 ⁴³) (#?)	(20?) (#?)	(10?) (#?)	
Fysio- og ergoterapeuter	(42) (#?)	(20?) (#?)	(10?) (#?)	
Forebyggende hjemmebesøg Almen Praksis	200			?

(#?) svarer til det faktiske antal personer som skal udføre funktionsmåling.

Figur 23 Skøn over antal personer der skal deltage i undervisningen

Som led i kvalitetssikringsarbejdet i Almen Praksis vurderes hvordan almen praksis kan indgå i den generelle uddannelsesstruktur – og eller i særlige kvalitets-sikringspulje projekter.

⁴³ En person for hver af kommunerne i amtet, for Svendborg og Odense en for hvert lokaldistrikt/område.

Implementering

I de foregående afsnit er nævnt en række forslag, som enten indeholder direkte anvisninger eller forslag til emner der skal afklares. I forlængelse af disse er der flere hensyn og overvejelser som skal afklares ved implementering af funktionsmåling.

- a. Hvilke (-n) instanser i amtet skal varetage overordnet koordinering og faglig styring?
- b. Hvilken opdeling af amtet i samarbejdsgrupper er hensigtsmæssig ?
- c. Finansiering af indsamling. Hvor meget kræver ekstra resurser og hvor meget kan indgå som erstatning for allerede fungerende aktiviteter efter en indføringsperiode. ?
- d. Hvem skal udpege lokale instruktører og koordineringspersoner og fra hvilke faggrupper?
- e. Er der en struktur på OUH, som sammen med Sundhedscentret Sygehus Fyn – Rudkøbing/Svendborg kan varetage koordination af lokal supervisor gruppe og lokal undervisning?
- f. Hvem skal støtte sygehusafdelingerne ved indførelse af funktionsmålinger ?
- g. Hvem skal støtte kommunerne ved indførelse af funktionsmålinger ?
- h. Kadencen i udvælgelse af de enkelte afdelinger og kommuner: Hvordan sikres de enkelte afdelinger indflydelse på proces og brug af resultater?
- i. Hvordan og hvor mange af de valgte indikatorer skal overføres til kommunen og almen praksis?
- j. Hvordan skal de valgte indikatorer indgå i kliniske databaser, samt den elektroniske journal og kommunikationen til almen praksis og kommunen?
- k. Hvordan sikres en fagligt og juridisk korrekt behandling og analyse af de indsamlede data, både for enkeltpersoner og som samlede data enten i journalsystemer eller patientregistreringssystemet FPAS for sygehusene. Hvordan koordineres dette med NIP?
- l. Hvordan sikres det at undervisningen og principperne også omfatter tilgrænsende faggrupper. Disse vil umiddelbart være aftagere af informationen men kan senere anvende de samme indikatorer. Fx. almen praksis eller de som varetager de forebyggende hjemmebesøg i kommunerne.

Litteratur

- (1) Gudex C, Sørensen J. EuroQol: Et generisk mål for helbredstilstand. *Månedsskr Prakt Lægegerm* 1999; 76(10):1339-1345.
- (2) Coast J, Peters TJ, Richards SH, Gunnell DJ. Use of the EuroQoL among elderly acute care patients. *Qual Life Res* 1998; 7(1):1-10.
- (3) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *M D State Med J* 1965; 14:61-65.
- (4) Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49(2):M85-M94.
- (5) Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2):142-148.
- (6) Beck AM, Ovesen LF. [Assessment of nutritional risks among elderly hospitalized patients - which body mass index and degree of weight loss should be considered?]. *Ugeskr Laeger* 1999; 161(47):6477-6479.
- (7) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-198.
- (8) Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83 Suppl 2:S7-11.
- (9) Gosman-Hedstrom G, Svensson E. Parallel reliability of the functional independence measure and the Barthel ADL index. *Disabil Rehabil* 2000; 22(16):702-715.
- (10) Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Qual Life Res* 1996; 5(2):195-204.
- (11) Bjorner JB, Damsgaard MT, Watt T, Groenvold M. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the Danish SF-36. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11):1001-1011.
- (12) Bath P, Philp I, Boydell L, McCormick W, Bray J, Roberts H. Standardized health check data from community-dwelling elderly people: the potential for comparing populations and estimating need. *Health Soc Care Community* 2000; 8(1):17-21.
- (13) Wojszel ZB, Bien B, Politynska B. [The assessment of the functional state of elderly people by family physician with the help of EASY-Care questionnaire]. *Pol Merkuriusz Lek* 1999; 6(33):167-170.
- (14) Zuckerman JD, Koval KJ, Aharonoff GB, Skovron ML. A functional recovery score for elderly hip fracture patients: II. Validity and reliability. *J Orthop Trauma* 2000; 14(1):26-30.
- (15) Zuckerman JD, Koval KJ, Aharonoff GB, Hiebert R, Skovron ML. A functional recovery score for elderly hip fracture patients: I. Development. *J Orthop Trauma* 2000; 14(1):20-25.

Desuden henvises til øvrig litteratur, som er omtalt i fodnoter.

Appendiks

Liste over nyttige internet steder i forbindelse med arbejdet:

<i>Hvem / hvad</i>	<i>Adresse</i>
EASY-Care	http://www.bbr-online.com/easycare
SF36	http://www-sf36.com
EuroQol	http://www.euroqol.org
Sundhedsstyrelsen	http://www.sundhedsstyrelsen.dk
Det Nationale Indikatorprojekt.	http://www.NIP.DK
Litteratur søgning	http://www4.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
Edb Program til indtastning af data (gratis inkl. vejledninger)	http://www.epidata.dk

Eksempler på patientforløb og patienttyper i forhold til genoptræning.

Dette er et foreløbigt ”katalog” med eksempler for typiske patientforløb.

Der udarbejdes et endeligt ”katalog” over patienthistorier og -forløb i samarbejdet mellem amt- og kommuner.

Kataloget skal indeholde en aftalt vurdering af hvilke dele af træningsforløbet som er en amtslig og kommunal opgave.

1. En patient med en kronisk lidelse som medfører funktionstab bliver indlagt på en sygehusafdeling med en akut sygdom, for eksempel lungebetændelse. Udskrives med anbefaling om vedligeholdende træning. Funktionsniveauet er under normal standard ved udskrivelsen. Der er tale om et funktionstab med baggrund i den kroniske lidelse.
2. En ældre, svækket patient bliver indlagt på en medicinsk afdeling med en akut sygdom, for eksempel lungebetændelse. Indlæggelse er påkrævet pga den almene svækkelse. Udskrives med anbefaling om vedligeholdende træning. Funktionsniveauet er ved udskrivelsen under normal standard, men højere niveau end ved indlæggelsen.
3. En ældre, svækket patient bliver indlagt på en kirurgisk afdeling med en akut, operationskrævende mavesygdom. Ved udskrivelsen er funktionsniveauet lavere end ved indlæggelsen og betydeligt lavere end for et halvt år siden. Udskrives med anbefaling om vedligeholdende træning.
4. En ældre borger får gennem en længere periode gradvist nedsat funktionsevne og kan ikke længere klare sig i hjemmet. Indlægges af praktiserende læge af sociale årsager, idet kommunen ikke kan tilbyde genoptræning.
5. Geriatrisk team anmodes af praktiserende læge om tilsyn af patient (borger) i hjemmet. Teamet (lægen) vurderer at der er behov for genoptræning, men ikke behov for indlæggelse eller anden behandling. Kommunen tilbyder genoptræning på træningscenter.
Er der tale om en amtskommunal opgave, når det geriatiske team har været indblandet (sidestillet med ambulansydelse)? Eller er der tale om en ydelse fra amtets side, som omfatter hjælp til visitation af borgeren til træning og en vurdering af, om indlæggelse er nødvendig?
6. En midaldrende patient med knoglebrud (ben) udskrives med genoptræningsplan som omfatter egetræning i hjemmet. Træningen går ikke som planlagt, og borgeren henvender sig til egen læge med ønske om et træningstilbud. Lægen henviser til kommunalt træningscenter, som afviser patienten med henvisning til at der er tale om en amtskommunal opgave, idet borgeren har været behandlet på sygehus. Alternativt tilbydes træning mod betaling.
7. En yngre eller midaldrende patient med knoglebrud (hånd) får ved udskrivelsen udarbejdet genoptræningsplan. Imidlertid viser det sig at sygehusets ventetid til genoptræning hos ergoterapeut er to måneder. Denne ventetid vil betyde et stort funktionstab for patienten, og da man ved at kommunen har kapacitet til at varetage træningen, henvises til kommunalt tilbud.
8. En patient får foretaget en hoftealloplastik på privathospital. Udskrives uden genoptræning til eget hjem. Patienten henvises via egen læge til genoptræning på sygehus.
9. En patient får foretaget en hoftealloplastik på privathospital. Udskrives uden genoptræning til eget hjem. Patienten henvises via egen læge til genoptræning på kommunal genoptræningsenhed.
10. En plejehjemsboer indlægges med hoftebrud. Udskrives i medicinsk stabil tilstand til fortsat genoptræning i plejehjemmets træningscenter.

11. Samme type borger henvises i en anden kommune til praktiserende fysioterapeut til genoptræning, idet kommunen ikke har egne behandlende terapeuter ansat. Sygesikringen betaler delvist, og kommunen betaler borgerens egenandel.

12. En ældre hofteopereret patient udskrives efter kortvarig genoptræning på sygehus til fortsat genoptræning på kommunalt træningscenter med angivelse af forventet opnåeligt funktionsniveau. Dette niveau forventes nået i løbet af 2 måneder under forudsætning af at der også udføres egentræning i hjemmet. Kommunen tilbyder et standardtræningsforløb på 2 ugentlige træningsdage i 3 måneder.

13. En apopleksipatient udskrives fra neurologisk afdeling til neurologisk daghospital og derfra til hjemmet. Inden udskrivelsen har der i samarbejde med kommunen været foretaget hjemmebesøg, og der er i fællesskab udarbejdet handleplan. Patienten skal fortsætte træning 1-2 gange ugentligt i kommunalt regi samt udføre egentræning i hjemmet samt komme til kontrol efter 6 måneder.

Borgeren opnår i denne 6 måneders periode et lidt højere funktionsniveau.

<p>Basis Fyn - Funktionsevne test</p> <p>Afd/område:</p> <p>(stempel)</p> <p>Hvem udførte testen:</p>	<p>(navn)-(cpr eller deltager nummer for personen)</p> <p>Test udført : _____ : _____</p> <p style="text-align: center;">dag måned år start tid</p>
--	--

Fodtøj:

Her kan tilføjes særlige kommentarer i løbet af testen

Test	Scoring
------	---------

Grundtest

<p>A. Stole test/rejse sig op</p> <p>A1. Er personen set "gående" på egen hånd ? (evt. med hjælpemidler)?</p>	<p>A1 <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja ⇒ fortsæt ved B</p>
<p>A2. "Vil du nu rejse dig fra stolen uden at bruge armene." (vis dét).</p>	<p>A2 Stolehøjde: _____ Personen rejste sig ikke : 1 <input type="checkbox"/> Forsøgte men kunne ikke 2 <input type="checkbox"/> Afbrudt-observatør følte ikke dét gik an 3 <input type="checkbox"/> Ønskede ikke at prøve 4 <input type="checkbox"/> Andet, fx senge- eller kørestolsbundet ⇒ (afslut testen) Personen rejste sig : 4 <input type="checkbox"/> Ja – uden at bruge armen 5 <input type="checkbox"/> Ja – men brugte armene</p>

Stående balance

<p>B. Stå uden støtte med samlede fødder i 10 sek.</p> <p><i>"Om lidt skal Du prøve at stå med helt samlede fødder uden at støtte til noget, sådan som jeg gør her (vis dét).</i></p> <p><i>"Du må bruge armene, bøj i knæene eller bevæge kroppen for at holde balancen. Men prøv at lade være med at flytte fødderne indtil jeg siger stop".</i></p> <p>Stå ved siden af "P" og hjælp "P" til at stå med samlede fødder. "P" må gerne støtte sig til dig for at få balancen.</p> <p>Når <u>personen</u> har fødderne samlede: Giv kun minimal støtte og spørg: "Er du klar ?", sig derefter:</p> <p><i>"Når du er klar, så slip min arm".</i> Start uret når "P" slipper. Stop stopuret efter 10 sek og sig "STOP". (Sig "STOP" tidligere, hvis "P" flytter fødderne)</p>	<p>Personen holdt positionen i 10 sekunder</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nej, Hvor længe ____ . ____ (når < 10.0) 1 <input type="checkbox"/> Forsøgte men kunne ikke 2 <input type="checkbox"/> Afbrudt,observatør følte ikke dét gik an 3 <input type="checkbox"/> andet, hvad – fortsæt ved E: Timed Up&Go</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>
--	---

Test	Scoring
<p>C. Stående: Semi-tandem i 10 sek.</p> <p><i>Om lidt skal du stå sådan, at indersiden af hælen rører ved storetåen på den anden fod i cirka 10 sekunder. Du må selv vælge hvilken fod, der skal være forrest. Se, mens jeg viser dét. Begynd, når jeg siger: "Klar – Begynd"</i></p> <p><i>Du må bruge armene, bøje i knæene eller bevæge kroppen for at holde balancen. Men undgå at flytte fødderne indtil jeg siger stop.</i></p> <p>Du spørger "Er du klar?" - "P" skal nu selv placere fødderne uden støtte og du siger "Klar – Begynd". Start uret ved begynd.</p> <p>Stop stopuret efter 10 sek og sig "STOP". (Sig "STOP" tidligere, hvis "P" flytter fødderne)</p>	<p>Personen holdt positionen i 10 sekunder</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nej, Hvor længe ____ . ____ (når < 10.0)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Forsøgte men kunne ikke 2 <input type="checkbox"/> Afbrudt, observatør følte ikke dét gik an 3 <input type="checkbox"/> andet, hvad fortsæt ved E: Timed Up&Go</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>D. Stående: Tandem stand i 10 sek.</p> <p><i>Om lidt skal du stå med den ene fod foran den anden, så hælen rører ved tærerne på den anden fod. i cirka 10 sekunder. Du må selv vælge hvilken fod, der skal være forrest. Se, mens jeg viser dét. Begynd, når jeg siger: "Klar – Begynd"</i></p> <p><i>Du må bruge armene, bøje i knæene eller bevæge kroppen for at holde balancen. Men undgå at flytte fødderne indtil jeg siger stop.</i></p> <p>Du spørger "Er du klar?" - "P" skal nu selv placere fødderne uden støtte og du siger "Klar – Begynd". Start uret ved begynd.</p> <p>Stop stopuret efter 10 sek og sig "STOP". (Sig "STOP" tidligere, hvis "P" flytter fødderne)</p>	<p>Personen holdt positionen i 10 sekunder</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nej, Hvor længe ____ . ____ (når < 10.0)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Forsøgte men kunne ikke 2 <input type="checkbox"/> Afbrudt, observatør følte ikke dét gik an 3 <input type="checkbox"/> andet, hvad fortsæt ved E: Timed Up&Go</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>E. Timed Up & Go ("Dynamisk balance")</p>	
<p>(Sæt først en sko eller lignende 3 meter fra stolen)</p> <p>E1. Spørg: "Synes du, at det er sikkert, at du rejser dig fra stolen, går rundt om "skoen" (genstanden nævnes), tilbage til stolen og sætter dig ned igen? – Du må gerne bruge hjælpemiddel</p>	<p>E1: "P" synes det er sikkert?..... 1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja Hvis nej: Afslut testen</p>
<p>E2 Sig: "Det er vigtigt, at du går i et tempo, du føler dig sikker i. Begynd når jeg om lidt siger "Klar – Begynd". Gå så hen til "skoen". Gå rundt om den og sæt dig på stolen igen.</p> <p>Sig "Klar – begynd" (Start stopuret ved "begynd"). <u>Stop</u> uret: Når "P" når tilbage til stolen og har sat sig ned. <u>Stop</u> også:</p> <ol style="list-style-type: none"> Efter ét (1) minut, hvis "P" ikke har rejst sig op endnu Efter Din vurdering, hvis du er bekymret for "P"s tilstand Hvis "P" stopper og synes udtrættet før stolen er nået spørges: "Kan Du fortsætte?" <p>Hvis ja, fortsæt. Hvis nej, afslut tidtagning.</p>	<p>E2 Tid: Minut ____ Sek: ____ : ____ Fx: 9,3 sek: 0 Sek: 9 : 3 (tid kodes altid også ved opgivet test)</p> <p>Testen blev IKKE fuldført, udfyld her</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opgav at rejse sig <input type="checkbox"/> Opgav inden afsluttet vending. <input type="checkbox"/> Opgav på tilbagevejen <input type="checkbox"/> andet, hvad: <p>Testen blev fuldført, udfyld her</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Brugte armene til at komme op <input type="checkbox"/> Gik med stok/gangstativ el.lign. <input type="checkbox"/> Brug for person i nærheden <input type="checkbox"/> Fik personstøtte

Testen er slut. Tid: ____ : ____

Basis Fyn - Egenvurdering af funktions- og helbreds niveau:

Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?	1 <input type="checkbox"/> Virkelig god 2 <input type="checkbox"/> God 3 <input type="checkbox"/> Nogenlunde 4 <input type="checkbox"/> Dårlig 5 <input type="checkbox"/> Meget dårlig
--	--

Angiv nu ved at sætte kryds (✓) i én af kasserne i hver gruppe, hvilket udsagn, der bedst beskriver din helbredstilstand i dag.

Sæt kryds i én kasse for hvert af de 5 spørgsmål

Bevægelighed

- Jeg har ingen problemer med at gå omkring
Jeg har nogle problemer med at gå omkring
Jeg er bundet til sengen

Personlig pleje

- Jeg har ingen problemer med min personlige pleje
Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på
Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på

Sædvanlige aktiviteter (fx. arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter)

- Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter
Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter
Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter

Smertes/ubehag

- Jeg har ingen smerter eller ubehag
Jeg har moderate smerter eller ubehag
Jeg har ekstreme smerter eller ubehag

Angst/depression

- Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret
Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret
Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret

Sammenlignet med min helbredstilstand gennem de seneste 12 måneder, er min helbredstilstand i dag:

Sæt kryds i én kasse

- Bedre
Stort set den samme
Værre