

Afrapportering

Pilotprojekt

Monitoreringsprojekt fysioterapipraksis 2016

Kan en IT-baseret grundmodel for udredning, behandling og kommunikation implementeres i praksissektoren?

Et samarbejdsprojekt mellem praksiskonsulentfunktionen for fysioterapi i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden samt projektfysioterapeuter i Region Sjælland



Indhold

Forord	3
Projektgruppe	4
Resumé	5
Baggrund	7
Formål	7
Metode og materiale	8
Udvikling af model	8
Evaluering af implementeringen	9
Statistisk analyse	11
Resultater	12
Deltagelse i projektet	12
Kvalitetsindikatorer	14
Fokusgruppeinterview med deltagende fysioterapeuter	15
Patientkarakteristika, forløbsdata og patienternes vurdering af egen tilstand	16
Diskussion	20
Opsummering af resultater	20
Fortolkning af resultater	21
Undersøgelsens begrænsninger	23
Konklusion	24
Perspektivering	25
Referencer	27
Bilag	29
Bilag 1: Indhold patientspørgeskema og undersøgelseskema til klinisk undersøgelse	29
Bilag 2: Fokusgruppeinterview med deltagere	31

Forord

Projektet er opstillet og organiseret af Praksiskonsulenterne for Fysioterapi i Danmark i samarbejde med Arbejdsmedicin, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning.

Fonden til fremme af Fysioterapeutisk forskning, uddannelse, information mv. c/o Regionernes Lønnings- og Takstnavn har støttet projektet med 180.000,00 kr. til opstilling af database, organisering af projektet og dataanalyse. Samme fond har via regionale kvalitetsudviklingsmidler yderligere støttet med 242.000 kr. til organisering, afvikling samt undervisning og aflønning af projektfysioterapeuter på de deltagende fysioterapiklinikker.

Tak til Danske Fysioterapeuter for stor opbakning i hele projektperioden.

Tak til de regionale samarbejdsudvalg for fysioterapi og tak til ledelserne af afdelingerne for primær sundhed i de deltagende regioner, der har godkendt projektet.

Tak til Kvalitet & Lægemidler og DEFACTUM (Region Midtjylland) for opbakning, samarbejde, sekretærhjælp og udlån af personale i projektperioden.

Tak til Arbejdsmedicin, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland for samarbejde og udlån af forskere.

Projektet er anmeldt som et offentligt videnskabeligt forskningsprojekt (sagsnr. 1-16-02-656-15).

Projektanmeldelsen henhører til Region Midtjyllands generelle anmeldelse til Datatilsynet, "Sundhedsvidenskabelig forskning i Region Midtjylland", jf. persondatalovens § 43 og er godkendt af Datatilsynet under journalnummer 2012-58-006. Godkendt 20. november 2015, med ændringer 15. august 2016. Projektet følger lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger (Persondataloven).

De Videnskabsetiske Komitéer for Region Midtjylland finder efter en konkret vurdering (28. oktober 2015), at projektet ikke kan betragtes som et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt, jf. definitionen i komitéloven § 2, nr. 1, og projektet ikke skal anmeldes til komitéen, jf. samme lov § 14, stk. 1.

Projektgruppe

Nils-Bo de Vos Andersen (NBA), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, Kvalitet & Lægemidler og DEFACTUM, Region Midtjylland.

Inger Qvist (IQ), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, Region Midtjylland.

Flemming Pedersen (FP), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, Sundhedsområdet, Praksisafdelingen, Region Syddanmark.

Victor Ladegourdie (VL), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, Sundhedsområdet, Praksisafdelingen, Region Syddanmark.

Jesper Ottosen (JO), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, MPQM, Koncern Praksis, Region Hovedstaden.

Marianne Kongsgaard (MK), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, MPQM Region Nordjylland.

Christine Ib (CI), fysioterapeut, praksiskonsulent for fysioterapi, Koncern Praksis, Region Hovedstaden.

Hans Andersen (HA), fysioterapeut, projektfysioterapeut, Region Sjælland.

Cecilie Rud Budtz (CRB), fysioterapeut, cand.scient.san. Arbejdsmedicin, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland.

David. H. Christiansen (DHC), fysioterapeut, ph.d., seniorforsker og lektor, Institut for Klinisk Medicin, Arbejdsmedicin, Universitetsklinik, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland.

Organisering: NBA og DHC opstillede protokol. Alle forfattere deltog i baggrundsgruppe i planlægningsfasen. NBA og VL opstillede databasen, NBA forestod undervisning af deltagende fysioterapeuter i samarbejde med IQ, FP, VL, MK, HA, JO, og CI. CRB og DHC forestod dataanalyse. CRB var hovedforfatter på rapporten. Alle forfattere har deltaget i fortolkning og kritisk revision og har godkendt det endelig manuskript.

Antropolog Marie-Louise Henie Jensen og cand.mag. Trine Højsgaard Knudsen, Kvalitet & Lægemidler, Region Midtjylland stod for fokusgruppeinterview.

Kontaktadresse: Nils-bo.andersen@stab.rm.dk

Resumé

Formål

Projektets formål var at pilotteste implementeringen af en IT-baseret standardiseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel inden for de tre største patientgrupper: patienter med lænderyg-, nakke- og skulderbesvær henvist til fysioterapi under speciale 51.

Metode og dataindsamling

Via en IT-baseret database (FysDB) blev en standardiseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel implementeret på i alt 23 fysioterapi-klinikker i de 5 regioner i Danmark. Data fra patientspørgeskemaer og kliniske undersøgelser blev indsamlet og analyseret på alle henviste patienter i perioden januar – juni 2016, herunder kvalitetsindikatorer samt patientprofil og forløbsdata.

Dataindsamlingen blev suppleret med en uddybende kvalitativ undersøgelse via fokusgruppeinterview med seks af de deltagende fysioterapeuter for at indsamle erfaringer og anbefalinger til databasen.

Resultater

I alt deltog 85 praktiserende fysioterapeuter fordelt på de 23 klinikker. I projektperioden blev 1.204 patienter inviteret til at deltage, heraf ønskede 1.066 patienter (87 %), at deltage i projektet.

Det lykkedes at indsamle komplette undersøgelses- og spørgeskemadata ved baseline for i alt 816 (66 %) af patienterne. Af dem besvarede henholdsvis 78 % og 72 % de opfølgende spørgeskemaer ved 3 og 6 mdr. Der var stor regional variation i andelen af patienter med komplette data ved baseline rækkende fra 58 % i Region Sjælland til 74 % i Region Syddanmark og Region Midtjylland, ligesom svarprocenten ved 3 og 6 mdr. generelt var højere i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Resultaterne fra 11 opstillede kvalitetsindikatorerne viste tilfredsstillende målopfyldelse på tre indikatorer, delvis målopfyldelse på én indikator og tæt på målopfyldelse på yderligere fem indikatorer. Interview med deltagende fysioterapeuter resulterede i 8 konkrete anbefalinger til implementeringsprocessen. Der blev lagt vægt på: information og inddragelse af fysioterapeuterne i opstartsfasen, større fleksibilitet i undersøgelseskemaet samt klar kommunikation til fysioterapeuterne omkring vigtigheden af de enkelte elementer i skemaerne. De deltagende fysioterapeuter anbefalede desuden, at undervisningen i opstarten og informationsmøderne bør være mere i fokus for at sikre en succesfuld implementering.

Patientkarakteristika ved baseline viste, at fordelingen mellem lænderyg-, nakke- og skulderpatienter var hhv. 44 %, 27 % og 29 %, og at i alt 45 % af patienterne havde haft smerter over 3 måneder. Forløbsdata for effektmål på smerte, funktionsbegrænsninger, bevægeangst og psykisk helbred viste ens tendenser, idet der for alle fire variable uanset patientgruppe viste sig et

forholdsvist højt udgangspunkt med signifikante og klinisk relevante forbedringer over de første tre måneder, hvorefter kurverne fladede ud ved opfølgning efter seks måneder.

Sammenfatning og konklusion

Monitoreringsprojekt Fysioterapipraksis har pilottestet implementeringen af en IT-baseret standardiseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel i fysioterapipraksis. Overordnet set giver undersøgelsen et billede af, at modellen, der er opstillet i FysDB, er et brugbart redskab i fysioterapipraksis.

Den relativt store regionale variation i rekruttering, deltagelse og datakomplethed samt målopfyldelsen af kvalitetsindikatorerne og resultaterne fra den kvalitative undersøgelse giver dog indtryk af, at fysioterapeuterne på nogle punkter havde svært ved at leve op til modellens standarder. Det er afgørende for implementeringen af et redskab som FysDB, at hele klinikken bliver motiveret til at tage ejerskab for opgaven.

Hvis FysDB skal implementeres med succes i fremtidige projekter, kræver det derfor anerkendelse af, at det at tage en standardiseret model i brug betyder ændringer af helt konkrete arbejdsgange i klinikkerne, men også en kulturændring i forhold til måden fysioterapeuterne møder, behandler og dokumenterer i forhold til patienterne.

Det var positivt, at mange klinikker meldte sig til projektet, hvilket indikerer, at der er et ønske om projekter, hvor kvaliteten i fysioterapeutisk praksis udvikles. Fremtidige pilottests bør inkludere færre klinikker, der dermed kan få en aktiv rolle langt tidligere i processen. Dette vil gøre det muligt at følge udviklingen tættere over længere tid og inkludere en mere interaktiv feedback proces.

Endelig viste resultaterne af patientkarakteristika og forløbsdata sig at stemme overens med tidligere resultater fra Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark, og underbygger dermed, at de praktiserende fysioterapeuter i Danmark varetager udredning og behandling af en belastet patientgruppe i primærsektoren.

Baggrund

Der er bred enighed blandt aktørerne i det danske sundhedsvæsen om, at kvaliteten i sundhedsvæsenet bør monitoreres, og at der er brug for udvikling af kliniske databaser og anvendelse af validerede måleredskaber i daglig klinisk praksis. Der er begrænset tradition for monitorering og kvalitetsudvikling i primær fysioterapeutisk praksis – men det efterspørges af såvel fysioterapeuterne i praksis som beslutningstagerne. Der er et ønske om at danne bro mellem klinisk praksis og forskning, men pt. mangler der redskaber, der kan anvendes til dataindsamling, kvalitetsudvikling og forskning i fysioterapipraksis.

I et tidligere projekt (Registreringsprojekt: Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark 2012), hvor der blev anvendt redskaber til monitorering i fysioterapipraksis lykkedes det ved hjælp af en IT-baseret opstilling og database (FysDB) at kortlægge profilen på patienter i fysioterapipraksis henvist under speciale 51, herunder fordeling af symptomdiagnoser og hvor belastede patienterne er af deres smerter (1,2).

Undersøgelsens resultater peger på, at praktiserende fysioterapeuter behandler en belastet patientgruppe i primærsektoren. En stor del af patienterne har langvarige smerter, behov for daglig smertestillende medicin, smerter i mere end 2 kropsregioner på samme tid, søvnproblemer, bevægeangst og manglende evne til at håndtere smerterne. Derudover synes patienternes psykiske velbefindende og livskvalitet at være påvirket. Fordi patientgruppen er så belastet, er der brug for kvalitetsudvikling i fysioterapeutisk praksis. Monitorering over tid af patientgruppen vil kunne bidrage yderligere til forståelsen af patienternes forløb, bedring over tid samt patienternes egen opfattelse af deres helbred.

Der er på nuværende tidspunkt ikke igangsat projekter, hvor grundmodeller for udredning og behandling samt standarder testes i generel fysioterapipraksis i Danmark. Der er dog eksempler på, at afgrænsede områder kan monitoreres; eksempelvis er en integreret del af forløbsprogrammet for lænderygpatienter muligheden for udvidet fysioterapeutisk undersøgelse i primær praksis, hvor der foregår systematisk dataopsamling på kvalitetsparametre i form af standardiseret undersøgelse, spørgeskema og rettidig afsendelse af epikrise via elektronisk klinisk database (FysDB)(3,4).

Opbygningen af en IT-baseret grundmodel for udredning, behandling og kommunikation i primær fysioterapipraksis vil kunne bygge bro mellem klinisk praksis og forskning. For den enkelte fysioterapeut vil redskabet medvirke til en mere standardiseret og dokumenteret praksis samt en forbedret kommunikationsstandard til gavn for både fysioterapeuterne selv og patienterne. For forskere vil redskabet give mulighed for implementering og afprøvning af ny viden. For regioner og beslutningstagerne vil modellen kunne bidrage til implementering og monitorering af forløbsprogrammer og nationale kliniske retningslinjer.

Formål

Formålet med Monitoreringsprojekt Fysioterapipraksis var at pilotteste implementeringen af en IT-baseret standardiseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel. Dette med henblik på

at forberede primærpraksis til kvalitetsudvikling og forskning inden for de tre største patientgrupper: patienter med lænderyg-, nakke- og skulderbesvær henvist under speciale 51.

Metode og materiale

Metoden til pilottesten af implementeringen bestod af flere delelementer: Udvikling af selve modellen, rekruttering af klinikker samt et undervisningsforløb. Evalueringen af implementeringen indeholdt beskrivelser af implementeringen, fokusgruppeinterview med deltagende fysioterapeuter samt analyser af indsamlet data i FysDB.

Udvikling af model

Der blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af praksiskonsulenter for fysioterapi fra hele landet samt forskere. Selve udrednings- behandlings- og kommunikationsmodellen blev videreudviklet på baggrund af en allerede eksisterende model opbygget i FysDB, der var anvendt i forbindelse med Registreringsprojekt: Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark (1). Modellen indeholdt dels et patientspørgeskema, som patienterne udfyldte inden fremmøde ved fysioterapeuten, anamnese og undersøgelseskema, som fysioterapeuten udfyldte under første undersøgelse samt efterfølgende mulighed for opstilling af journalnotat samt epikrise med standardfraseringer genereret direkte i FysDB. Se bilag 1 for yderligere information omkring patientspørgeskema samt undersøgelseskema.

Der blev desuden opstillet inklusionskriterier for de deltagende patienter. Målgruppen var: Borgere over 18 år henvist under speciale 51 med nakke-, lænderyg- eller skulderbesvær, der kunne læse og forstå dansk.

Rekruttering af klinikker

Alle fysioterapiklinikker i Danmark blev inviteret med i projektet med en angivet ansøgningsfrist. I alt 26 klinikker henvendte sig for at deltage i projektet, og 3 klinikker sprang fra efter undervisningsforløbet. På hver deltagende klinik blev der udvalgt en projektansvarlig fysioterapeut, der havde til opgave at overholde den aftalte fremgangsmåde og strategi for projektet. Det blev bestemt i arbejdsgruppen, at minimum tre fysioterapeuter fra hver af de inkluderede klinikker skulle deltage i projektet. Hver deltagende fysioterapeut blev honoreret med kr. 3.000.

Undervisningsforløb i brug af databasen

Fysioterapeuterne blev undervist i opstillede datadefinitioner, hvor alle arbejdsgange på databasen var beskrevet med informationsmateriale og beskrivelser af obligatoriske opgaver for henholdsvis fysioterapeuter og sekretærer. Patientspørgeskema, risikoprofil, undersøgelseskema og kliniske undersøgelser var alle beskrevet og uddybet i en lettilgængelig procedurebog i databasen. Procedurer og arbejdsgange blev afprøvet i praksis i undervisningen, hvor fysioterapeuterne blev bedt om at udfylde de forskellige elementer i undersøgelseskemaerne. Der blev instrueret i hjælpeværktøjer som automatisk overførte tekst til journal og epikrise og der blev givet information om selve projektet, herunder inklusionskriterier. I undervisningen var der særligt fokus på anvendelse af den såkaldte "Risikoprofil", der grafisk viser patientens besvarelse af patientspørgeskemaet. Risikoprofilen kan ses dels som et værktøj til beslutningsstøtte for fysioterapeuten, dels som en mulighed for indledende samtale og dialog med for patienten.

Undervisningen foregik regionsvist i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og fælles for Region Nordjylland og Region Midtjylland. Klinikernes sekretærer var desuden inviteret, men kun få mødte op. To praksiskonsulenter stod for undervisningsforløbet, der varede 3 ½ timer.

Evaluering af implementeringen

Deltagelse i projektet

På baggrund af data indsamlet i FysDB blev deltagelsen opgjort samlet og fordelt på regioner for at kunne vurdere regionale forskelle, der blandt andet kunne skyldes implementeringen.

Kvalitetsindikatorer

Med udgangspunkt i det Nationale Indikatorprojekt Lænderyg Fysioterapi, NIP Fysioterapi (5) og erfaringer fra anvendelse af indikatorer i forhold til Udvidet Rygdredning/ULRUS bestemte arbejdsgruppen hvilke parametre, der skulle være opfyldt, for at implementeringen var en succes. Arbejdsgruppen opstillede også standarder for, hvornår indikatoren var opfyldt på et tilfredsstillende niveau. Nedenstående tabel 1 angiver indikatorer samt standarder for opfyldelse. På baggrund af data indsamlet i FysDB blev hver enkelt kvalitetsindikator vurderet i henhold til den forudbestemte standard. Såfremt en besvarelse manglede, talte dette som at den pågældende indikator ikke var opfyldt eller udført.

Indikator	Standard
1. Alle patienter besvarer patientspørgeskema ved baseline	90 %
2. Der er optaget anamnese og er udført relevante kliniske test	90 %
3. Der foreligger tilstrækkelig henvisning fra egen læge	90 %
4. Der er opstillet en:	
a) Overordnet klassifikation af tilstanden og	90 %
b) ICPC – 2 DK kodning	90 %
5. Der er opstillet anbefaling for intervention og forløb og givet relevant information og vejledning	
a) Alle tre opfyldt	
b) Anbefaling for intervention	90 %
c) Anbefaling for forløb	90 %
d) Givet relevant information og vejledning	90 %
6. Der er udleveret skriftligt informations- og øvelsesmateriale	70 %
7. Patienten accepterer at deltage i re-test	70 %
8. Patienten giver samtykke til videregivelse af epikrise mv.	70 %
9. Der er afsendt epikrise til henvisende læge ved afslutning forløb	70 %
10. Opstillet journal opfylder alle kriterier for fuldstændig og relevant journal jf. Bekendtgørelse om journalføring	90 %
11. Der er besvaret patientspørgeskema efter:	
a) 3 måneder	
b) 6 måneder	
c) Ét opfølgende skema	60–70 %

Fokusgruppeinterview

I marts 2017 deltog seks fysioterapeuter, der havde testet FysDB, i et fokusgruppeinterview med henblik på at indsamle deres erfaringer med og anbefalinger til værktøjet. Alle deltagere havde som minimum foretaget 15 udredninger med FysDB i projektperioden.

Interviewet var semistruktureret og tog udgangspunkt i en interviewguide med temaer, som arbejdsgruppen ønskede belyst. Interviewet blev optaget og en længere gengivelse af interviewet findes i bilag 2. I resultatafsnittet præsenteres sammendrag af fysioterapeuternes erfaringer med og holdninger til databasen samt konkrete anbefalinger i forhold til det videre arbejde med implementering af modellen.

Datasyntese

Resultaterne fra fokusgruppeinterviewet blev sammenholdt med målopfyldelsen af kvalitetsindikatorer. Formålet med denne datasyntese var at finde udsagn fra fysioterapeuterne, der kunne underbygge og forklare resultaterne af målopfyldelsen af kvalitetsindikatorerne.

Patientkarakteristika, forløbsdata og patienternes vurdering af egen tilstand

Patienternes karakteristika blev opstillet i forhold til udvalgte variable (se tabel 2 næste side).

Oplysningerne kom fra elektroniske patientspørgeskemaer med validerede måleredskaber.

Desuden blev patienternes forløb med hensyn til smerte, funktionsbegrænsninger, bevægeangst samt psykisk helbred analyseret over en periode på 6 måneder (se tabel 2 næste side). Dette igen på baggrund af patientspørgeskemaer, der blev udsendt via FysDB 3 og 6 måneder efter første undersøgelse. I de opfølgende spørgeskemaer blev patienterne desuden bedt om at tage stilling til, om de ville være tilfredse, hvis deres nuværende tilstand ikke ændrede sig. Dette spørgsmål omhandler patienternes accept af deres symptomer (Patient Acceptable Symptom State) (6).

Fysioterapeuternes angivelse af røde flag/mulig alvorlig sygdom

Arbejdsgruppen ønskede at følge op på, hvordan fysioterapeuterne brugte undersøgelseskemaets mulighed for afkrydsning, når de havde mistanke om røde flag¹ ved patienten. Derfor blev der foretaget telefoninterviews med fysioterapeuter på 15 af de deltagende klinikker, hvor der blev spurgt til fysioterapeuternes overvejelser og viden om de patienter, de havde undersøgt, hvor de efterfølgende havde mistanke om røde flag.

¹ Røde flag er en samlet betegnelse for mistanke om, at patienten har en alvorlig/specifik bagvedliggende alvorlig sygdom som fraktur, cancer eller inflammatoriske tilstande.

Tabel 2: Variable præsenteret i patientprofil samt forløbsdata		
Variabel/ domæne	Spørgeskema	Beskrivelse
Køn, alder		Almindelige demografiske spørgsmål
Problemstilling		Angivelse af primære smertelokalisation; nakke, skulder eller lænderyg
Sygemeldt		Angivelse af om patienten er sygemeldt på udfyldelsestidspunktet
Varighed af smerter		Angivelse af smertevarighed i forhold til foruddefinerede intervaller
Smerter	Numerisk 11 punkt rangskala fra 0-10	Ved ryg-/bensmerte samt nakke-/armsmerte opstillet som to separate rangskalaer fra 0 (slet ingen smerter) til 10 (værest tænkelige smerter). I rapporten anvendes den højest angivne smertescore. Ved skuldersmerte opstillet som én rangskala.
Funktion (7-9)	Lænderyg: Roland Morris Questionnaire (RMQ) Nakke: Neck Disability Index (NDI) Skulder: Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (Quick DASH)	RMQ: 0-23 skala med 23 spørgsmål om funktionsnedsættelse, hvor hvert spørgsmål svares kategorisk med ja/nej. NDI: 0-40 skala med spørgsmål inden for 8 forskellige domæner (funktioner) relateret til funktionsnedsættelser grundet smerter i nakken. Quick DASH: 0-100 skala med 11 spørgsmål der vurderer fysisk funktion og symptomer hos personer med funktionsnedsættelse i arm, skulder og/eller hånd.
Bevægeangst (10)	Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire	0-20 skala på baggrund af to spørgsmål opstillet som numerisk 11 punkts rangskala fra 0-10.
Psykisk helbred (11)	WHO-5 Wellbeing Scale	0-100 score baseret på 5 spørgsmål om patientens psykologiske sindstilstand/velbefindende de seneste 2 uger. Scoren går fra 0 (værest tænkelig tilstand af velvære) til 100 (bedst tænkelige tilstand af velvære)
Patienternes egen vurdering af tilstand (6)	Patient Acceptable Symptom State (PASS)	To spørgsmål om 1) patienternes vurdering af deres generelle tilstand i forhold til henvisningstidspunktet, samt 2) om de ville være tilfredse, hvis deres nuværende tilstand ikke ændrede sig

Statistisk analyse

Deltagelse blev fremstillet grafisk via flow-diagram (figur 1) og tabel med regionale forskelle i såvel henvisninger som deltagelse og opfølgning (tabel 3). Regionale forskelle i deltagelse og frafald blev analyseret via Pearson χ^2 test for kategoriske variable.

Kvalitetsindikatorer blev opgjort med andele (95 % CI) og er præsenteret i tabel 4.

I tabel 5 med patientkarakteristika blev forskelle mellem patienter med og uden opfølgende data analyseret. Normalfordelte data blev testet med ensidig variansanalyse (ANOVA) og kategoriske variable med Pearson χ^2 . Forløbsdata for effektmål på smerte, funktionsbegrænsninger, bevægeangst og psykisk helbred er præsenteret grafisk (figur 2) og differencer fra baseline til 6

måneders opfølgning er opgjort med gennemsnit (SD) og testet med ensidig variansanalyse (ANOVA). Besvarelsen af PASS blev opstillet grafisk (figur 3) med angivelse af proportioner.

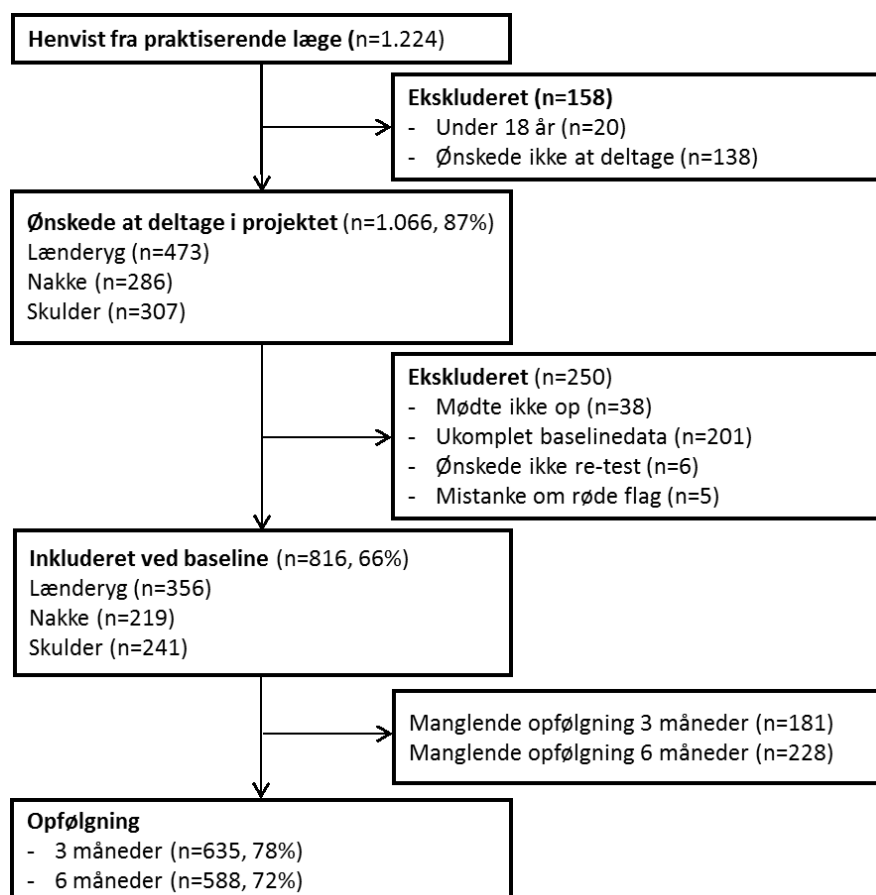
De statistiske analyser blev udført i STATA version 15.0.

Resultater

Deltagelse i projektet

I alt 1.224 patienter blev henvist i projektperioden, og af disse opfyldte 1.204 patienter inklusionskriterierne og blev inviteret til at deltage i projektet. I alt 1.066 patienter ønskede at deltage, hvilket svarer til en initial deltagelse på 87 %. I tabel 5 med patientkarakteristika og opgørelsen af forløbsdata er der i alt inkluderet 816 patienter med komplet baseline-undersøgelse og spørgeskemadata svarende til en deltagelse på 66 %. Ved opfølgning efter 3 måneder (median svartid 97 dage, [IQR 93-114]) og 6 måneder (median svartid 189 dage, [IQR 185-206]) var svarprocenterne hhv. 78 % og 72 % fra de deltagende patienter ved baseline (n=816). Se figur 1 for flow-diagram.

Figur 1: Flow-diagram over patientdeltagelse i projektet



I alt 85 praktiserende fysioterapeuter fordelt på 23 klinikker deltog i projektet. Der var markant forskel på regionernes andel af henviste patienter i projektet. Således blev blot 104 patienter henvist til Region Hovedstaden, svarende til 8 % af den samlede population af henviste patienter. Der var signifikant forskel mellem regionerne i forhold til ukomplette baselinedata, idet dette eksempelvis kun var tilfældet hos 8 % af patienterne i Region Midtjylland mod 33 % i Region Sjælland. Således blev en tredjedel af patienterne i Region Sjælland ekskluderet grundet manglende udfyldelse af enten spørgeskema eller undersøgelsesskema. Desuden var 40 % af de patienter, der blev inkluderet ved baseline (n=816) fra Region Midtjylland, hvorimod blot 8 % var fra Region Hovedstaden (data ikke vist).

Tabel 3: Deltagende patienter opdelt på region

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Total
Antal klinikker	3	3	5	6	6	23
Henviste patienter	104	205	253	449	213	1.224
Ukomplette baselinedata*	15 (14)	68 (33)	38 (15)	37 (8)	43 (20)	201
Inkluderet ved baseline*	67 (64)	117 (58)	185 (74)	322 (74)	125 (60)	816
3 mdr. opfølgning	51 (76)	87 (74)	137 (74)	255 (79)	105 (84)	635
6 mdr. opfølgning*	49 (73)	78 (67)	120 (65)	245 (76)	96 (77)	588
Præsenteret som antal (procent). *p<0,05						

Kvalitetsindikatorer

Tabel 4 angiver, hvorvidt standarden for kvalitetsindikatoren blev opnået.

Tabel 4: Målopfyldelse af kvalitetsindikatorer			
Indikator	Standard %	Målopfyldelse	
		Ja % (95 % CI)	Nej % (95 % CI)
1. Alle patienter besvarer patientspørgeskema ved baseline*	90	87 (85-89)	13 (11-15)
2. Der er optaget anamnese og er udført relevante kliniske test*	90	89 (87-91)	11 (9-13)
3. Der foreligger tilstrækkelig henvisning fra egen læge**	90	72 (69-75)	28 (25-31)
4. Der er opstillet en:**			
a. Overordnet klassifikation af tilstanden	90	84 (81-86)	16 (14-19)
b. ICPC – 2 DK kodning	90	79 (76-82)	21 (18-24)
5. Der er opstillet anbefaling for intervention og forløb og givet relevant information og vejledning**			
a. Alle tre opfyldt		63 (60-66)	37 (34-40)
b. Anbefaling for intervention	90	83 (81-85)	17 (15-19)
c. Anbefaling for forløb	90	64 (61-67)	36 (33-39)
d. Givet relevant information og vejledning	90	91 (89-93)	9 (7-11)
6. Der er udleveret skriftligt informations- og øvelsesmateriale**	70	68 (64-71)	32 (29-36)
7. Patienten accepterer at deltage i re-test**	70	90 (88-92)	10 (8-12)
8. Patienten giver samtykke til videregivelse af epikrise mv.**	70	88 (86-90)	12 (10-14)
9. Der er afsendt epikrise til henvisende læge ved afslutning af forløb**	70	68 (65-71)	32 (29-35)
10. Opstillet journal opfylder alle kriterier for fuldstændig og relevant journal jf. Bekendtgørelse om journalføring ¹	90	66 (62-69)	34 (31-68)
11. Der er besvaret patientspørgeskema efter***:			
a. 3 måneder	60–70	78 (75-81)	35 (32-39)
b. 6 måneder		72 (69-75)	42 (38-45)
c. Ét opfølgende skema		82 (79-85)	26 (23-29)

* Udregnet på baggrund af patienter der ønskede at deltage (n=1.066).

** Udregnet på baggrund af patienter der mødte op og hvor fysioterapeuten har udfyldt et undersøgelseskema (n=900).

*** Udregnet på baggrund af inkluderede patienter ved baseline (n=816).

¹ Kriterierne for en fuldstændig og relevant journal blev automatisk genereret med aggregeret tekst og standardfraseringer, hvis følgende delelementer blev udfyldt i undersøgelseskemaet: Anamnese og klinisk undersøgelse, klassifikation og ICPC-2 kodning, anbefaling for intervention og forløb samt samtykke til videregivelse af epikrise mv. Hvis der er afsendt epikrise til henvisende læge (n=730) og *alle* delelementerne blev udfyldt, er kvalitetsindikatoren opfyldt.

Fokusgruppeinterview med deltagende fysioterapeuter

Som supplement til kvalitetsindikatorerne blev der udført et fokusgruppeinterview med seks af de deltagende fysioterapeuter i projektet (se bilag 2 for længere sammendrag af interview).

De deltagende fysioterapeuter var generelt positive overfor FysDB, som de fandt, var et meningsfyldt og anvendeligt redskab i hverdagen. Især patientspørgeskemaerne var deltagerne begejstrede for, da det gav fysioterapeuterne mange relevante informationer, som var med til at opkvalificere den første undersøgelse. Samtidig oplevede flere, at skemaerne var med til at gøre patienterne mere aktive, og at de kunne bruge skemaerne og risikoprofilen som et pædagogisk redskab til at tale med den enkelte patient om symptomer og smerter. Deltagerne var desuden generelt positive overfor at arbejde med standarder, som de så som en nødvendig udvikling af faget. Der var enighed om, at lænderyg og nakke var nemmest at arbejde med, hvorimod standarden for skulderområdet var mere knudret, muligvis fordi der ikke er den samme konsensus om anbefalingen i den forløbsbeskrivelse, der ligger til grund for standarden. Der var desuden enighed om, at standarderne i FysDB overordnet var med til at øge kvaliteten i journalføringen, og at dette på sigt kan være en stor hjælp i journalskrivningen. En udfordring var dog behovet for dobbelt journalføring, da FysDB ikke er en integreret del af klinikkernes journalsystem.

I forhold til selve projektprocessen og deltagelsen i projektet, var der enighed om, at sekretærerne spillede en vital rolle i projektets opstart, da det var dem, der skulle visitere patienterne til projektet. Nogle sekretærer fandt denne opgave tidskrævende og besværlig, især hvis ikke alle fysioterapeuter på klinikken var en del af projektet. Deltagerne oplevede desuden udfordringer i forhold til fleksibiliteten i FysDB, da det eksempelvis var besværligt at skifte forløb mellem eksempelvis nakke og skulder. Der var ligeledes usikkerhed omkring formålet med ICPC-kodning. Også tidsforbruget ved anvendelsen af databasen blev fremhævet, da deltagelse i projektet havde været tidskrævende sammenlignet med almindeligt tidsforbrug.

På baggrund af interviewet blev følgende 8 anbefalinger fra fysioterapeuterne opstillet:

1. Tydeliggør personalets rolle og inviter personalet med til informationsmøder for at synliggøre deres betydning for implementeringen
2. Lav et overskueligt lamineret flowchart og andet informationsmateriale målrettet personalegruppen, og opret en lukket gruppe på Facebook, hvor tovholdere og personale kan dele tips og tricks
3. Lav fælles spørgeskema til nakke- og skulderpatienter, selvom det betyder, at ikke alle spørgsmål er lige relevante for alle patienter
4. Lav en funktionalitet, hvor det er muligt at skifte område undervejs i takt med at FysDB får flere standarder og muligheden for differentialdiagnoser øges
5. Vær opmærksom på de forskellige forudsætninger for implementering af FysDB i forhold til kultur og organisering
6. Fremhæv gevinsten og det tidsbesparende potentiale ved FysDB – særligt i forhold til de, der ikke er vant til udførlig journalskrivning
7. Få lavet en integreret løsning med journalsystemer inden FysDB rulles ud i storskala
8. Kommunikér klart om formålet ICPC-kodning, herunder hvorfor og hvordan. Italesæt eksplicit ICPC-koder i forhold til forsikringsager samt vigtigheden af ICPC-koder i forhold til kvalitetsdata

Datasyntese

Formålet med denne datasyntese var, på baggrund af fokusgruppeinterviewet, at finde udsagn fra fysioterapeuterne, der kunne underbygge og forklare resultaterne af målopfyldelsen af kvalitetsindikatorerne.

Kvalitetsindikator nummer 1 vedrørende udfyldelse af patientspørgeskemaer blev ikke opfyldt (87 % mod standard 90 %), men i betragtning af fysioterapeuternes positive erfaringer med brugen af dem samt mulighederne i sådanne skemaer som et pædagogisk værktøj, bør fokus fremadrettet være på at sikre, at patienterne udfylder spørgeskemaerne.

Resultaterne vedr. kvalitetsindikatorerne gav overordnet et indtryk af, at fysioterapeuterne ikke fik udfyldt vigtige elementer i undersøgelseskemaet, såsom overordnet klassifikation, ICPC-kodning, anbefalinger for forløb og intervention samt ikke i tilstrækkelig grad fik udleveret materiale til patienterne. Fysioterapeuterne gav selv udtryk for, at nogle af elementerne var vanskelige at udfylde, at andre ikke var relevante for patienten i forhold til deres problemstilling, ligesom de havde svært ved at se værdien af eksempelvis ICPC-kodningen. Derfor anbefalede fysioterapeuterne blandt andet også større fleksibilitet i forhold til at skifte forløb, samt at det blev klarere, hvilken betydning de forskellige elementer i undersøgelseskemaet (som ICPC-kodning) havde. Den manglende udfyldelse af delelementer i undersøgelseskemaet resulterede desuden i, at indikator 10 vedrørende fuldstændig journal langt fra blev opfyldt tilfredsstillende.

Kvalitetsindikatorerne viste desuden, at der generelt var udfordringer omkring den skriftlige kommunikation mellem egen læge og fysioterapeut – både i forhold til tilstrækkelig henvisning fra egen læge (indikator 3) samt efterfølgende afsendelse af epikrise retur til egen læge (indikator 9). Dette peger på, at der generelt er en barriere i forhold til den skriftlige kommunikation mellem egen læge og fysioterapeuterne.

Selvom fysioterapeuterne ikke eksplicit blev spurgt ind til dette under interviewet, bør den skriftlige kommunikation mellem egen læge og fysioterapeuten også være et fokusområde fremadrettet, så der sikres et optimalt og dokumenteret samarbejde mellem egen læge og fysioterapeuten i forhold til patienten. Indikator nr. 8 viser også, at patienterne i høj grad ønsker, at egen læge bliver informeret om behandlingsforløb mm.

Patientkarakteristika, forløbsdata og patienternes vurdering af egen tilstand

Baseline patientkarakteristika

Ved baseline var der ingen forskel i de deltagende patienters (n=816) alder, køn og problemstilling i forhold til de patienter, der indledningsvist ønskede at deltage i projektet, men ikke blev inkluderet ved baseline (n=250). Baseline patientkarakteristika for deltagerne med opfølgende data (besvarelse af minimum ét opfølgende spørgeskema ved 3 eller 6 måneder) sammenlignet med deltagere uden opfølgende spørgeskemadata er præsenteret i tabel 5. Af tabellen fremgår det, at deltagerne med opfølgning (n=670) i højere grad var kvinder, færre var sygemeldt, de havde højere

baseline score i psykisk helbred (bedre psykisk helbred), samt at de deltagende skulderpatienter havde lavere funktionscore ved baseline (færre funktionsbegrænsninger).

Tabel 5: Baseline patientkarakteristika total samt opdelt på patienter med og uden opfølgende data

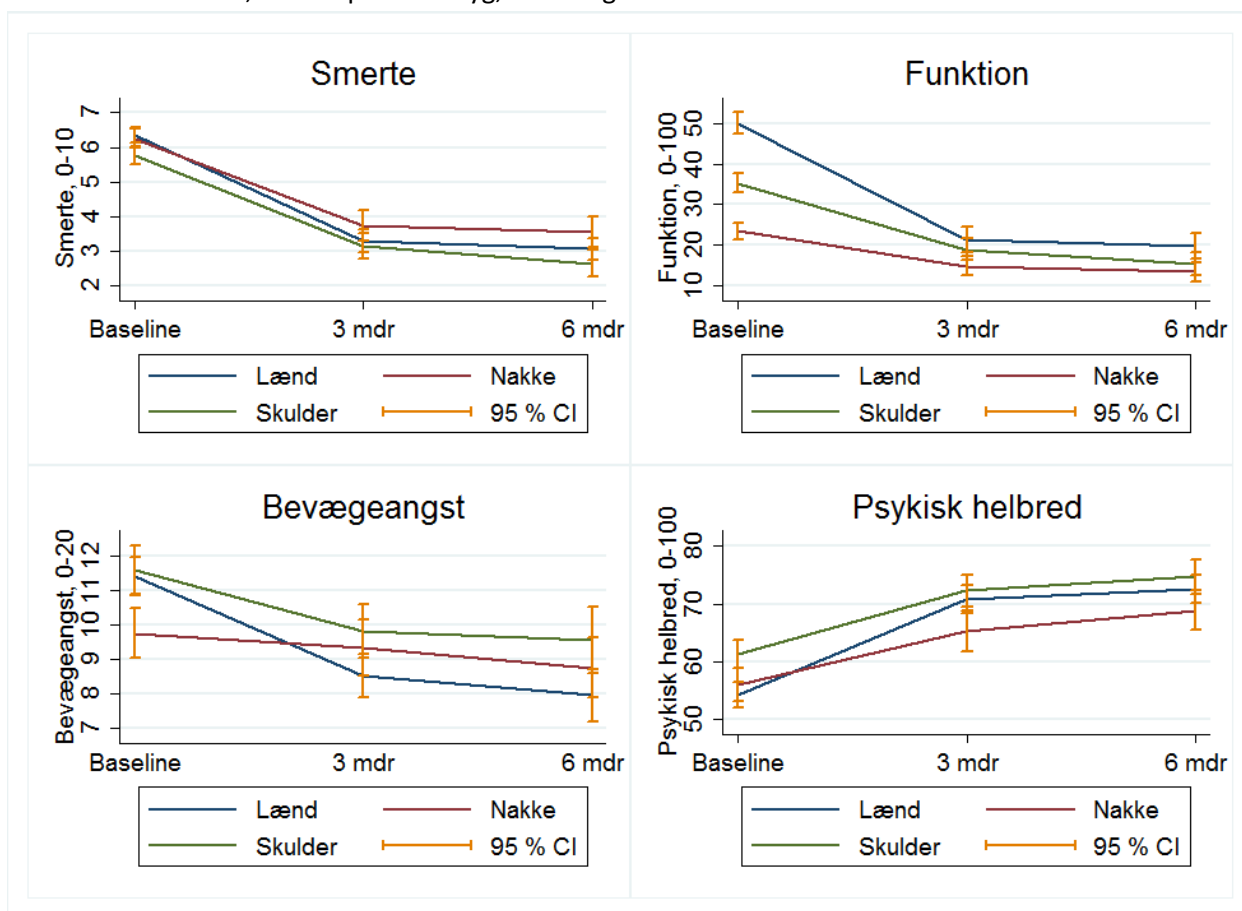
	Deltagere uden opfølgende data	Deltagere med opfølgende data	Total
N	146	670	816
Kvinder, n(%) *	71 (49)	393 (59)	464 (57)
Alder, gns (SD)	49 (16)	51 (14)	50 (15)
Sygemeldt, n(%)*	29 (20)	62 (9)	91 (11)
Problemstilling, n(%)			
Lænd	57 (39)	299 (45)	356 (44)
Nakke	48 (33)	171 (25)	219 (27)
Skulder	41 (28)	200 (30)	241 (29)
Varighed af smerter, n(%)			
Under 3 måneder	81 (57)	365 (55)	446 (55)
3-12 måneder	30 (21)	153 (23)	183 (23)
Over 1 år	32 (22)	146 (22)	178 (22)
Smerter, gns (SD)	6,4 (2,2)	6,1 (2,1)	6,2 (2,1)
Regionspecifik funktionsskala, gns (SD)**			
RMQ, 0-23	12,2 (6,2)	11,3 (5,5)	11,5 (5,6)
NDI, 0-40	8,8 (5,8)	9,5 (5,7)	9,3 (5,)
Quick DASH, 0-100*	41,5 (18,2)	34,2 (17,8)	35,5 (18,0)
Bevægeangst, gns (SD)	11,4 (5,9)	11,0 (5,2)	11,0 (5,4)
Psykisk helbred, gns (SD)*	53,3 (21,9)	57,5 (20,1)	56,7 (20,5)

* p<0,05 testet med Pearson chi² eller uparret t-test.
 ** Lænd: Roland Morris Questionnaire (RMQ), nakke: Neck Disability Index (NDI), skulder: Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (Quick DASH)

Forløbsdata for effektmål for smerte, funktionsbegrænsninger, bevægeangst og psykisk helbred

Der var små, men signifikante, forskelle på baseline effektmål for smerte, bevægeangst og psykisk helbred mellem de tre patientgrupper: lænderyg, nakke og skulder. Således rapporterede skulderpatienterne gennemsnitligt lavere smerte og højere score i psykisk helbred end de øvrige, mens nakkepatienterne havde lavere score i bevægeangst (se figur 2). Der var ligeledes signifikant forskel på baseline score (omregnet til 0-100 skala) for effektmålet funktionsbegrænsninger, hvor nakkepatienterne rapporterede signifikant mindre grad af funktionsbegrænsninger, end de øvrige, ved baseline.

Figur 2: Forløbsdata for gennemsnitlig smerte, funktionsbegrænsninger, bevægeangst og psykisk helbred fra baseline til 6 måneder, fordelt på lænderyg, nakke og skulder.



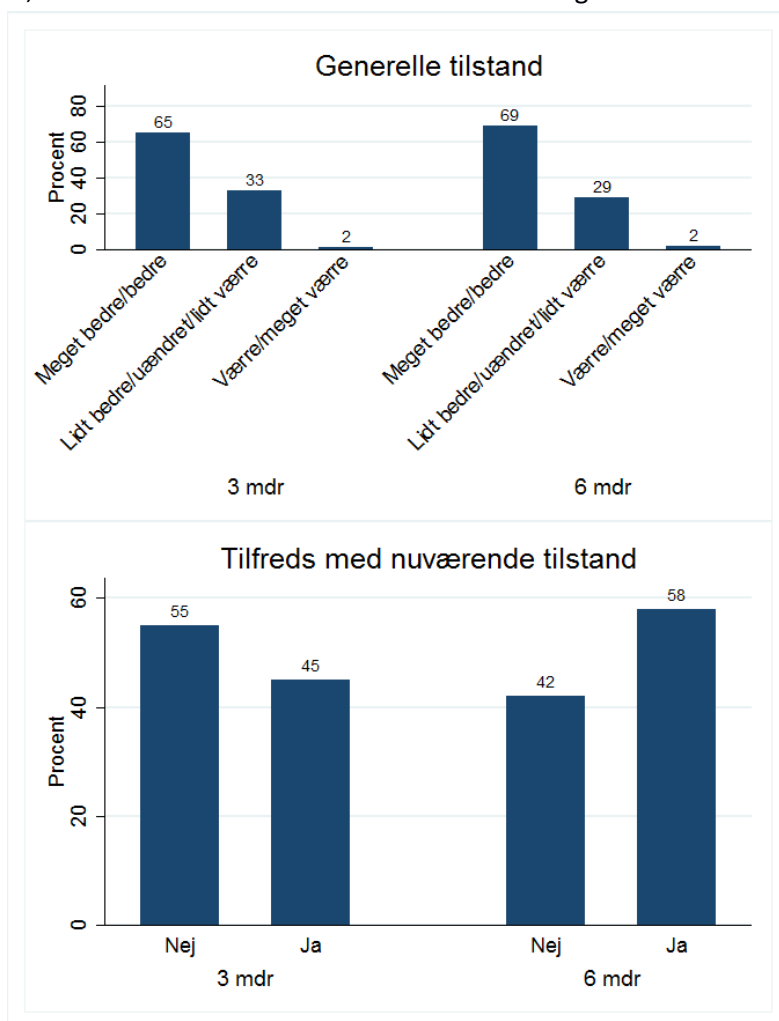
Figur 2 præsenterer forløbet af smerter, funktionsbegrænsninger (omregnet til 0-100 skala), bevægeangst og psykisk helbred som gennemsnit (95 % CI) opdelt på lænderyg, nakke og skulder fra baseline til opfølgning efter 6 måneder.

Patienternes reduktion i smerte efter 6 måneder var gennemsnitligt -2,9 (SD 2,7), uden signifikante forskelle mellem problemstillingerne. Der var ligeledes ingen signifikante forskelle i bedring af psykisk helbred, der gennemsnitligt over de 6 måneder steg med 13,0 (SD 20,0). Der var derimod signifikant forskel på patientgruppernes bedring af funktionsbegrænsninger (0-100 skala) og bevægeangst, hvor lænderygpatienterne oplevede en bedring af funktionsbegrænsninger på -27,9 (SD 26,0) og bevægeangst -3,4 (SD 6,1) modsat nakkepatienternes bedring af funktionsbegrænsninger på -9,5 (SD 13,0) og bevægeangst -0,8 (SD 6,4) (data ikke vist).

Patienternes vurdering af deres generelle helbred

Patienterne blev i de opfølgende spørgeskemaer bedt om at vurdere deres generelle tilstand i hhv. lænd, nakke eller skulder sammenlignet med, da de blev henvist. De blev desuden bedt om at vurdere, om de ville være tilfredse, hvis deres nuværende tilstand ikke ændrede sig.

Figur 3: Patienternes vurdering af, om deres generelle tilstand er blevet bedre siden henvisningstidspunktet samt om de er tilfredse, hvis deres nuværende tilstand ikke ændrer sig.



Figur 3 viser besvarelserne af disse to spørgsmål ved 3 måneder og 6 måneder. Det fremgår, at størstedelen (65 % ved 3 måneder) af patienterne vurderer, at de har det meget bedre eller bedre i forhold til henvisningstidspunktet, men til trods for dette er svarer 55 % af patienterne, at de ikke tilfredse med deres nuværende tilstand efter 3 måneder. Ved opfølgning efter 6 måneder rapporterer 42 % af patienterne, at de stadig ikke er tilfredse med deres nuværende tilstand.

Fysioterapeuternes angivelse af røde flag/ mulig alvorlig sygdom

Det fremgik af data, at de deltagende fysioterapeuter ved første undersøgelse angav, at i alt 26 patienter fordelt på 15 klinikker havde mulige røde flag/mulig alvorlig sygdom. Proceduren ved mistanke om mulige røde flag/mulig alvorlig sygdom er, at patienten sendes retur til egen læge for yderligere udredning, hvilket fysioterapeuterne blev instrueret i ved undervisningen til projektet. Desuden var der en procedurebeskrivelse og vejledning i FysDB angående screening for røde flag.

En opfølgning via telefoninterview hos de fysioterapeuter, der havde undersøgt og behandlet de 26 patienter afslørede, at i to tilfælde var en patient blevet sendt retur til egen læge, hvor mistanken om alvorlig sygdom blev bekræftet. Yderligere tre patienter blev sendt retur med mistanke om alvorlig sygdom, hvor fysioterapeuterne ikke havde kendskab til det videre udredningsforløb ved

egen læge. De fem patienter med viden eller stærk mistanke om alvorlig sygdom blev ekskluderet fra analyserne i denne undersøgelse.

Hos de resterende 21 patienter blev mistanken afkræftet enten hos egen læge eller i løbet af det efterfølgende behandlingsforløb ved fysioterapeuten. Fysioterapeuterne gav i telefoninterviewet udtryk for, at de i høj grad brugte funktionen i undersøgelseskemaet med røde flag til at markere, at de skulle være ekstra opmærksomme i det videre behandlingsforløb. Fysioterapeuterne var i de fleste tilfælde bekendt med, at der hos patienterne ikke var tale om klassiske om symptomer på alvorlige sygdomme (røde flag), men at markeringen i højere grad var en anerkendelse af, at de kliniske symptomer ikke stemte overens med det forventede. Hos fysioterapeuterne blev der hos nogle udtrykt divergerende og usikre holdninger omkring brugen af begrebet røde flag, og enkelte af fysioterapeuterne udtrykte desuden tvivl om, hvad betegnelsen røde flag præcist dækker over.

Diskussion

Opsummering af resultater

Monitoreringsprojektet har pilottestet implementeringen af en IT-baseret standardiseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel i fysioterapeutisk praksis. Pilottesten skulle indsamle erfaringer inden en eventuel storskalaimplementering af den IT-baserede standardiserede model. Erfaringerne er indsamlet dels ved selve implementeringsprocessen, udsagn og anbefalinger fra deltagende fysioterapeuter samt analyser af indsamlet data i FysDB.

I alt deltog 85 praktiserende fysioterapeuter fordelt på de 23 klinikker. I projektperioden blev 1.204 patienter inviteret til at deltage, heraf ønskede 1.066 patienter (87 %), at deltage i projektet. Det lykkedes at indsamle komplette undersøgelses- og spørgeskemadata ved baseline for i alt 816 (66 %) af patienterne. Af dem besvarede henholdsvis 78 % og 72 % opfølgende spørgeskemaer ved 3 og 6 mdr. Der var stor regional variation i andelen af patienter med komplette data ved baseline rækkende fra 58 % i Region Sjælland til 74 % i Region Syddanmark og Region Midtjylland, ligesom svarprocenter på opfølgende spørgeskemaer ved 3 og 6 mdr. generelt var højere i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Resultaterne fra 11 opstillede kvalitetsindikatorer viste tilfredsstillende målopfyldelse på tre indikatorer, delvis tilfredsstillende målopfyldelse på én indikator og tæt på målopfyldelse for yderligere fem indikatorer. Fokusgruppeinterview med deltagende fysioterapeuter resulterede i 8 konkrete anbefalinger til implementeringsprocessen, hvor der blev lagt væk på information og inddragelse af fysioterapeuterne i opstartsfasen, større fleksibilitet i undersøgelseskemaet samt klar kommunikation til fysioterapeuterne om vigtigheden af de enkelte elementer i skemaerne. De deltagende fysioterapeuter anbefalede desuden, at undervisningen og informationsmøderne bør være mere i fokus for at sikre en succesfuld implementering.

Patientkarakteristika ved baseline viste, at fordelingen mellem lænderyg-, nakke- og skulderpatienter var hhv. 44 %, 27 % og 29 %, og at i alt 45 % af patienterne havde haft smerter i mere end 3 måneder. Forløbsdata for effektmål på smerte, funktion, bevægeangst og psykisk

helbred viste ens tendenser, idet der for alle fire variable uanset patientgruppe (lænd, nakke, skulder) viste sig et forholdsvist højt udgangspunkt med signifikante og kliniske relevante forbedringer over de første tre måneder, hvorefter kurverne fladede ud ved opfølgning efter seks måneder.

Fortolkning af resultater

Deltagelse

Den initiale deltagelsesprocent var acceptabel (66 %), og svarer desuden til andre lignende undersøgelser (2,12). Deltageropgørelsen i nærværende undersøgelse afslørede dog, at der var store regionale forskelle i deltagelsesprocenter og opfølgingsprocenter. Disse forskelle kan være udtryk for regionale forskelle i arbejdsgange og henvisningsmønstre, men kan også skyldes de enkelte klinikkernes forskellige kodning og inklusion af patienterne i projektet. Der må forventes en vis divergens i forhold til netop arbejdsgangen ved inklusion i sådanne projekter.

Kvalitetsindikatorer

Evalueringen af de opstillede kvalitetsindikatorer afslørede tilfredsstillende målopfyldelse på 3 ud af 11 kvalitetsindikatorer, og delvis målopfyldelse af indikator 5 (d). Standarden for kvalitetsindikatorerne blev sat højt (90 % for indikator 1-5 og 70 % for indikator 6-11), og såfremt standarden havde været sat til eksempelvis 80 % for indikator 1-5 og 60 % for indikator 6-11, ville 8 ud af 11 indikatorer have været målopfyldt.

Der blev fra arbejdsgruppens side valgt ambitiøse standarder, og idet målopfyldelsen af yderligere 5 ud af 11 indikatorer er meget tæt på tilfredsstillende, vurderes det, at modellen, der er opstillet i FysDB, med inddragelse af fysioterapeuternes anbefalinger fra fokusgruppeinterviewet overordnet set er et brugbart redskab i fysioterapi praksis. Yderligere vurderes det, at fysioterapeuterne i overvejende grad anvender og udfylder undersøgelseskemaet hensigtsmæssigt.

Der var dog især plads til forbedring i forhold til enkelte delelementer i undersøgelseskemaet, herunder journaliseringen samt den skriftlige kommunikation mellem egen læge og fysioterapeut. Der var således utilfredsstillende målopfyldelse af indikator 3, 4c, 5c og 10. Det fremgår af indikator 3, der omhandler henvisning fra egen læge, at blot 72 % af henvisningerne inkluderede en beskrivende tekst. Kvaliteten af denne tekst blev ikke nærmere vurderet i nærværende undersøgelse.

Der var heller ikke tilfredsstillende opfyldelse af indikator 4c, hvilket omhandler ICPC-kodning. Brugen af ICPC-kodning er et vigtigt fokusområde fremadrettet, da fysioterapeuter blandt andet forventes at kunne udføre systematisk diagnosekodning på deres patienter i forbindelse med indførelsen af Dansk Rygdatabase – National Klinisk Kvalitetsdatabase (DaRD) (13). Indikator 5c vedrørende anbefaling for forløb var utilfredsstillende, da denne med 64 % var langt fra standarden på 90 %. Den manglende udfyldelse af indikator 4c og 5c havde stor betydning for indikator 10 vedrørende fuldstændig og relevant journal, da disse to delelementer blandt andet

skulle være udfyldt for at opnå en fuldstændig journal. Der er således også behov for fremadrettet at arbejde med journalisering i fysioterapipraksis, for at sikre kvaliteten af journalerne.

Fælles for indikatorerne omkring kommunikation med egen læge, ICPC-kodning og journalisering er, at disse indikatorer også optræder som en del af akkrediteringsstandarderne i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel for fysioterapeuter (14). Det er derfor vigtigt, at der fremadrettet også arbejdes med kvalitetsudvikling på disse punkter i fysioterapipraksis.

Fokusgruppeinterview

Rekrutteringen af klinikker og undervisningsforløbet var vigtige elementer i implementeringsprocessen. De deltagende fysioterapeuter gav udtryk for, at undervisningen og informationsmøderne burde være mere i fokus for at sikre en succesfuld implementering. Således burde der understøttes mere omkring opstarten, blandt andet ved laminerede flowcharts over hvilke patienter, der bør deltage og gennem mulighed for at dele erfaringer med andre klinikker. Desuden valgte arbejdsgruppen i nærværende undersøgelse at det ikke nødvendigvis var hele klinikken, men derimod minimum tre fysioterapeuter på hver klinik, der skulle deltage i projektet. Tidligere erfaringer havde vist, at det kunne være vanskeligt at engagere hele klinikken i et sådant projekt, hvis ikke alle var motiverede for deltagelse. Det blev derfor vurderet, at tre engagerede fysioterapeuter fra hver klinik skulle inkluderes for at højne standarden og kvaliteten af de indsamlede data. Dette havde formentlig den konsekvens, at sekretærernes engagement blev negativt påvirket, fordi det var vanskeligt for dem at få overblik over, hvilke patienter, der skulle inkluderes i projektet.

Ved fremtidig implementering er det derfor essentielt at medtage i processen, at det at tage en standardmodel som FysDB i brug ikke alene kræver ændringer af helt konkrete arbejdsgange på klinikkerne, men at der i ligeså høj grad er tale om en kulturændring i forhold til den måde, fysioterapeuterne møder, behandler og dokumenterer i forhold til patienten. Der vil naturligvis være forskel på, hvor store disse ændringer er i forhold til de enkelte klinikkers almindelige praksis.

Det er afgørende for implementeringen af et redskab som FysDB, at hele klinikken får ejerskab. Derfor er det helt essentielt, at der gives grundig information til de forskellige aktører og faggrupper inden opstart, løbende hjælp, vejledning samt evalueringer. Dermed sikres et succesfuldt afkast af en sådan database.

Patientkarakteristika, forløbsdata og patienternes vurdering af egen tilstand

En del af evalueringen af implementeringen handlede om at opstille patientkarakteristika og forløbsdata på baggrund af indsamlet data. Patientkarakteristika for de deltagende patienter er i overensstemmelse med resultaterne fra Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter (1,2), og underbygger dermed, at de praktiserende fysioterapeuter i Danmark varetager udredning og behandling af en belastet patientgruppe i primærsektoren.

Således viste også nærværende undersøgelse, at en stor del af patienterne havde haft langvarige smerter, rapporterede om betydelige funktionsbegrænsninger, bevægeangst samt påvirket psykisk helbred. Forløbsdata for effekt mål for smerte, funktionsbegrænsninger, bevægeangst og psykisk helbred viste ens tendenser, idet der for alle fire elementer uanset patientgruppe viste sig et

forholdsvist højt udgangspunkt med bedring over de første tre måneder, hvorefter kurverne fladede ud ved opfølgning efter seks måneder.

Dog adskilte patientgrupperne sig en del i baseline funktionsscore (omregnet 0-100), idet især lænderygpatienterne havde et højere udgangspunkt ved baseline. Forskellene mellem patientgrupperne blev dog udlignet over tid. Det er uvist, i hvilken grad denne baselineforskel var et udtryk for reelle forskelle i funktionsbegrænsninger, eller om den var en konsekvens af skalaernes forskellige konstruktion og antal af svarkategorier.

Desuden rapporterede nakkepatienterne signifikant lavere score i bevægeangst ved baseline, hvilket dog igen udlignede sig i forhold til de øvrige patientgrupper ved seks måneders opfølgningen. Billedet af, at patientgrupperne havde overvejende ens forløb uanset smertelokalisation stemmer overens med nyere litteratur på området, hvor det viser sig, at prognosen er meget ens uanset problemstilling og smertelokalisation. Af den grund bør man måske fremme en mere generel tilgang til muskuloskeletale smerter i fysioterapipraksis (2,15,16).

Ved tre og seks måneders opfølgning blev patienterne spurgt, om de ville være tilfredse, hvis deres nuværende tilstand ikke ændrede sig. Dette spørgsmål omhandler patienternes accept af symptomer (Patient Acceptable System State, PASS) og brugen af netop PASS som mål for behandlingen er i de senere år blevet fremhævet som hensigtsmæssigt for blandt andet at hjælpe patienterne med at acceptere, at de måske aldrig bliver "raske" eller smertefrie (17).

I nærværende undersøgelse svarede 45 % af patienterne ved tre måneder, at de var tilfredse, hvis deres nuværende tilstand ikke ændrede sig, og ved seks måneder rapporterede 58 %, at de var tilfredse med deres tilstand. Lignende resultater blev præsenteret i studiet på baggrund af Registreringsprojektet, hvor andelen af tilfredse med deres nuværende tilstand var hhv. 43 % og 52 % ved tre og seks måneders opfølgning (2).

Fysioterapeuternes angivelse af røde flag

For patienterne henvist til fysioterapipraksis er tidlig opsporing af alvorlig sygdom afgørende i deres videre forløb. Fysioterapeuterne bør have klare kompetencer på dette område. I projektet afspejlede fysioterapeuternes håndtering af patienter med mulige røde flag/ mulig alvorlig sygdom, den vanskelige proces, der ligger i vurderingen af patienter med kliniske symptomer ud over det muskuloskeletale område. Nogle af fysioterapeuterne udtrykte en vis usikkerhed i forhold til området, hvilket ligeledes er beskrevet i udenlandsk litteratur (18-20). Dette giver en klar indikation af, at fysioterapeuternes viden om symptomer på alvorlige og specifikke sygdomme bør undersøges nærmere.

Idet nærværende undersøgelse inkluderer patienter fra hele landet (alle regioner) vurderes resultaterne at være generaliserbare til patienter indenfor de tre største patientgrupper: patienter med lænderyg-, nakke- og skulderbesvær.

Undersøgelsens begrænsninger

Nærværende undersøgelse har nogle begrænsninger, der bør medtages i fortolkningen af resultaterne. Overordnet set ville det have gavn timer undersøgelsen med en mere teoretisk og

metodisk tilgang i arbejdsgruppens planlægningsfase, så rammen for implementeringen var blevet beskrevet mere fyldestgørende. Selvom nærværende undersøgelse blot var en pilottest af implementeringen, kunne en teoretisk tilgang til denne have gavnet processen. Den metodiske tilgang til implementering i primær praksis er beskrevet i nyere litteratur, hvor der blandt andet arbejdes mod at udforme en tjekliste, der med fordel kan benyttes i planlægning samt afrapportering af implementerings-studier (21,22).

En vigtig erfaring i forhold til nærværende undersøgelse var desuden, at omfanget af pilottesten, der var fordelt på 23 klinikker i hele landet, var for stort. Valget om at pilotteste på mange klinikker bundede i et ønske fra arbejdsgruppen om at kunne sammenholde indsamlet patientdata med tidligere indsamlet data, hvilket krævede deltagelse af mange klinikker. Denne fremgangsmåde er dog ikke hensigtsmæssig, da en pilottest netop skal afprøve implementeringen, så den kan justeres og tilrettes i forhold til de erfaringer, pilottesten giver. Grundet antallet af klinikker, var der ikke i nærværende projekt mulighed for at give løbende back-up og hjælp, hvorfor klinikkerne hver især på nogle områder udviklede egne forretningsgange i projektet. Derfor bør fremtidige pilottest inkludere færre klinikker, der dermed kan få en aktiv rolle langt tidligere i processen, og for eksempel være en del af arbejdsgruppen, der udvikler modellen. Det var dog positivt, at så mange klinikker meldte sig til projektet, hvilket indikerer, at der er et ønske om sådanne projekter, hvor kvaliteten i fysioterapipraksis udvikles.

Det kan ikke afvises, at de klinikker, der valgte at deltage i projektet, adskiller sig fra de øvrige fysioterapipraksisser i landet. Således kan det ikke udelukkes, at de deltagende klinikker eksempelvis i forvejen arbejdede metodisk i forhold til journalregistrering, hvorfor undersøgelseskemaer udfyldt på disse klinikker kan være mere fyldestgørende end på andre klinikker. Dette kan have haft betydning for opfyldelse af kvalitetsindikatorerne.

Det kunne endvidere have været hensigtsmæssigt med et fokusgruppeinterview med nogle af de deltagende patienter i projekter. Formålet skulle være at få deres erfaringer og anbefalinger i forhold til at udfylde patientspørgeskemaet samt deres oplevelse af, at fysioterapeuten løbende udfyldte undersøgelseskemaet. Det er ikke utænkeligt, at deres oplevelse af den første undersøgelse har været påvirket af fysioterapeutens ændrede arbejdsgang.

Elektroniske udfordringer betød, at patienterne kunne udfylde de opfølgende spørgeskemaer i en længere tidsperiode, end oprindeligt tiltænkt. Det betød desværre, at enkelte patienter udfyldte tre- og seks måneders-skemaet med ganske få dages mellemrum. Sensitivitetsanalyser har dog vist, at der ikke ændrer på resultaterne af forløbsdata at ekskludere disse patienter, hvorfor de er medtaget i resultaterne af forløbsdata.

Konklusion

Monitoreringsprojekt Fysioterapipraksis har pilottestet implementeringen af en IT-baseret standardiseret udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel i fysioterapipraksis. Overordnet set giver undersøgelsen et billede af, at modellen, der er opstillet i FysDB, er et brugbart redskab i fysioterapipraksis.

Den relativt store regionale variation ift. rekruttering, deltagelse og datakomplethed, målopfyldelsen af kvalitetsindikatorerne og resultaterne af den uddybende kvalitative undersøgelse giver dog et indtryk af, at fysioterapeuterne på nogle punkter havde svært ved at leve op til modellens standarder. Det er afgørende for implementeringen af et redskab som FysDB, at hele klinikken bliver motiveret til at tage ejerskab for opgaven. I fremtidige projekter er det således essentielt for en succesfuld implementering, at det anerkendes, at det at tage en standardiseret model i brug kræver en ændring af helt konkrete arbejdsgange i klinikkerne, men også en kulturændring i forhold til måden fysioterapeuterne møder, behandler og dokumenterer i forhold til patienterne.

Det var positivt, at mange klinikker meldte sig til projektet, hvilket indikerer, at der er et ønske om sådanne projekter, hvor kvaliteten i fysioterapeutisk praksis udvikles. Fremtidige pilottest bør dog inkludere færre klinikker, der dermed kan få en aktiv rolle langt tidligere i processen. Dette vil gøre det muligt at følge udviklingen tættere over længere tid og inkludere en mere interaktiv feedback-proces. Endelig viste resultaterne af patientkarakteristika og forløbsdata sig at stemme overens med tidligere resultater fra Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark, og underbygger dermed, at de praktiserende fysioterapeuter i Danmark varetager udredning og behandling af en belastet patientgruppe i primærsektoren.

Perspektivering

Nærværende undersøgelse har påvist, at implementeringen af en standardiseret model i fysioterapeutisk praksis er mulig. En storskala-implementering vil kræve et set-up, hvor klinikkerne i højere grad bliver hjulpet, understøttet og guidet i brugen af en sådan model og database. Brugen af FysDB som et succesfuldt monitoreringsredskab er dokumenteret, og det vil derfor være muligt at anvende denne database som redskab og grundsten i fremtidige forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter i fysioterapeutisk praksis.

Der arbejdes i øjeblikket på projekter, hvor FysDB indgår som et redskab til dataindsamling på flere forskellige områder i fysioterapeutisk praksis. Databasen vil derfor på sigt indeholde data på såvel den brede fysioterapeutiske patientgruppe, som på mere afgrænsede diagnosegrupper og målgrupper for fysioterapi. Dette åbner nye muligheder for fremtidig forskning inden for patientgrupperne i fysioterapeutisk praksis, hvilket vil kunne udmønte sig i konkrete kvalitetsudviklings-tiltag i den kliniske praksis.

Udviklingsklinikker?

På baggrund af nærværende undersøgelse, arbejdes der desuden med en projektidé omhandlende etableringen af udviklingsklinikker i fysioterapipraksis. Udviklingsklinikkerne skal ses som arnesteder for små og store forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter, hvormed klinikkerne bliver udgangspunktet for arbejdet med at højne kvaliteten af behandlingen og patientforløbene i fysioterapipraksis. På klinikkerne kan der arbejdes med udvikling og pilottest i projekter, som så efterfølgende kan udbredes til fysioterapipraksis i hele landet.

Ønsket er at etablere fem udviklingsklinikker (én i hver region). Det begrænsede antal gør det muligt at støtte op om klinikkerne, ligesom de kan blive en aktiv medspiller i udviklingen af nye projekter. Projekter, der ligger lige for at inddrage udviklingsklinikkerne i, kunne være videreudvikling af den netop pilottestede model for behandling og udredning samt journalisering i fysioterapipraksis. Fysioterapeuternes divergerende viden om røde flag hos patienterne har desuden affødt en projektidé, hvor det dels ønskes at undersøge, hvor godt fysioterapeuterne føler sig rustet til at opdage symptomerne på alvorlige sygdomme hos patienterne, dels hvad der kan gøres for at opkvalificere fysioterapeuterne på dette område. Fælles for de skitserede projekter vil være, at de tager udgangspunkt i udviklingsklinikkerne, ligesom FysDB desuden tænkes ind som det naturlige redskab til dataindsamling.

Videnskabelige udgivelser

På baggrund af data fra Monitoreringsprojektet er der udarbejdet to videnskabelige artikler, der aktuelt er indsendt til publikation:

The smallest worthwhile effects of primary care physiotherapy for neck, shoulder and low back pain

Christiansen DH, de Vos Andersen NB, Poulsen PH, Ostelo R.W.

Mundtlig præsentation, WCPT Cape town 2017

Submitted Journal of clinical epidemiology

Modifiable predictors for acceptable symptom state and impression of change among musculoskeletal disorders in physical therapy patients: a prospective cohort study

Pårup L, de Vos Andersen NB, Christiansen DH

Submitted Journal of clinical epidemiology

Referencer

- (1) Andersen N-B, Qvist I, Pedersen F, Ottosen J, Kongsgaard M, Ib C, Christiansen D. H. Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark. 2014; Available at: https://www.sundhed.dk/content/cms/56/95456_patientprofil.pdf. Accessed 01/12, 2018.
- (2) de Vos Andersen NB, Kent P, Hjort J, Christiansen DH. Clinical course and prognosis of musculoskeletal pain in patients referred for physiotherapy: does pain site matter? BMC Musculoskelet Disord 2017 Mar 29;18(1):130-017-1487-3.
- (3) Region Syddanmark. Patientforløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark. 2010; Available at: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm280600>. Accessed 01/12, 2018.
- (4) Region Midtjylland. Forløbsprogram for lænderygsmerter. 2012; Available at: <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/globalassets/zdesign/media/sundhed/sundhedsstaben/regionaltsundhedssamarbejde/kronisk-sygdom/forlobsprogram-for-lande-ryg/opdateret/godkendt-forlobsprogram-rod-forside---15.-maj-2013.pdf>. Accessed 01/12, 2018.
- (5) Kjaer P. Det Nationale Indikatorprojekt, NIP Fysioterapi, Lænderyg, Dokumentalistrapport. 2011; Available at: [http://findresearcher.sdu.dk/portal/da/publications/det-nationale-indikatorprojekt-nip-fysioterapi-laenderygbesvaer-dokumentalistrapport\(45d1a336-ee1e-4be8-aba9-c9c30757c02e\).html](http://findresearcher.sdu.dk/portal/da/publications/det-nationale-indikatorprojekt-nip-fysioterapi-laenderygbesvaer-dokumentalistrapport(45d1a336-ee1e-4be8-aba9-c9c30757c02e).html). Accessed 02/22, 2018.
- (6) Tubach F, Ravaud P, Beaton D, Boers M, Bombardier C, Felson DT, et al. Minimal clinically important improvement and patient acceptable symptom state for subjective outcome measures in rheumatic disorders. J Rheumatol 2007 May;34(5):1188-1193.
- (7) Albert HB, Jensen AM, Dahl D, Rasmussen MN. Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica. Ugeskr Laeger 2003 Apr 28;165(18):1875-1880.
- (8) Herup A, Merser S, Boeckstyns M. Validering af spørgeskema ved lidelser i overekstremiteten. Ugeskrift for læger 2010;172(48):3333-3339.
- (9) Lauridsen HH, O'Neill L, Kongsted A, Hartvigsen J. The Danish Neck Disability Index: New Insights into Factor Structure, Generalizability, and Responsiveness. Pain Pract 2017 Apr;17(4):480-493.
- (10) Kilsgaard J, Aarhus Universitet. Master of Public Health. Prædikative faktorer for udvikling af erhvervshindrende lænderygsbesvær : afprøvning af et screeningsredskab. Århus: Master of Public Health, Aarhus Universitet; 2003.
- (11) Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychother Psychosom 2015;84(3):167-176.
- (12) Jorgensen CK, Fink P, Olesen F. Patients in general practice in Denmark referred to physiotherapists: a description of patient characteristics based on general health status, diagnoses, and sociodemographic characteristics. Phys Ther 2001 Mar;81(3):915-923.
- (13) Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram. Dansk rygdatabase. 2017; Available at: <http://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-rygdatabase/>. Accessed 02/26, 2018.

- (14) IKAS. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for fysioterapeuter. 2017; Available at: <https://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/fysioterapeut/historik-og-arkiv/>. Accessed 02/22, 2018.
- (15) Croft P, Altman DG, Deeks JJ, Dunn KM, Hay AD, Hemingway H, et al. The science of clinical practice: disease diagnosis or patient prognosis? Evidence about "what is likely to happen" should shape clinical practice. *BMC Med* 2015 Jan 30;13:20-014-0265-4.
- (16) Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007 Aug;57(541):655-661.
- (17) Leboeuf-Yde C, Kruger Jensen R, Wedderkopp N. Persistence of pain in patients with chronic low back pain reported via weekly automated text messages over one year. *BMC Musculoskelet Disord* 2015 Oct 15;16:299-015-0754-4.
- (18) Ferguson F, Holdsworth L, Rafferty D. Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. *Physiotherapy* 2010 Dec;96(4):282-288.
- (19) Ferguson FC, Morison S, Ryan CG. Physiotherapists' understanding of red flags for back pain. *Musculoskeletal Care* 2015 Mar;13(1):42-50.
- (20) Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E, Roddey T. Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. *J Man Manip Ther* 2007;15(1):42-49.
- (21) Pinnock H, Epiphaniou E, Sheikh A, Griffiths C, Eldridge S, Craig P, et al. Developing standards for reporting implementation studies of complex interventions (StaRI): a systematic review and e-Delphi. *Implement Sci* 2015 Mar 30;10:42-015-0235-z.
- (22) Pinnock H, Barwick M, Carpenter CR, Eldridge S, Grandes G, Griffiths CJ, et al. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *BMJ* 2017 Mar 6;356:i6795.

Bilag

Bilag 1: Indhold patientspørgeskema og undersøgelseskema til klinisk undersøgelse

Patientspørgeskema

Patientspørgeskemaet blev videreudviklet på baggrund af erfaringerne fra Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark (1). Inden patienterne mødte op til deres første konsultation ved fysioterapeuten, fik de tilsendt et elektronisk spørgeskema via FysDB.

Informationerne fra spørgeskemaet dannede grundlag for den indledende samtale og udredning samt behandling ved fysioterapeuten, blandt andet ved at opstille en grafisk oversigt af patientens risikoprofil.

Nedenfor ses en oversigt over indhold i patientspørgeskema fra procedurebog i FysDB vedrørende Monitoreringsprojektet:

Overordnet opbygning patientspørgeskema.

- Spørgsmål om uddannelse og arbejdssituation
- Definition lænderyg, nakke, skulder region.
- Ved lænderyg tilstand StarT Back Tool (StarT9)
- Smerter;
 - Lænderyg: Rygsmerter/ bensmerter.
 - Nakke: Nakkesmerter/ armsmerter.
 - Skulder: Skuldert smerte
- Varighed smerte, Medicin, Søvn
- Funktionsniveau
 - Lænderyg: Roland/Morris Questionnaire.
 - Nakke Neck Disability Index NDI.
 - Skulder: Quick DASH
- Sygefravær: Hele dage/ en del af dagen
- Aktiviteter og smerter: Ørebroskemaet bevægeangst
- Håndtering af smerter (Ørebro Coping), Oplevelse af smerter (Ørebro Bekymring)
- Helbred
- Sindstilstand/ velbefindende WHO - 5

Klinisk undersøgelse

Via FysDB databasen var det muligt for den praktiserende fysioterapeut at indtaste data i forbindelse med den kliniske undersøgelse af patienten. Der var 5 hovedelementer i undersøgelseskemaet; anamnese, klinisk objektiv undersøgelse, diagnostik og opsamling, anbefalet intervention samt information og accept af behandlingsplan. Se nedenstående tabel for yderligere oplysninger om elementerne i undersøgelseskemaet.

Hovedelementer i undersøgelsesskema	
Element	Indhold
Anamnese	Navn, alder, dato for undersøgelse, lægens henvisningstekst, (specifikke) symptomer, relevant traume, søvnforstyrrelse, varighed, tidligere episoder, anden behandling, behov for smertestillende medicin, komorbiditet, stillingsbetegnelse, arbejdsmarkedstilknytning, sygemelding, tidligere operationer, utilsigtet vægttab, kompensationsdag, sundhedsforsikring, tegn på alvorlig sygdom/røde flag.
Klinisk objektiv undersøgelse	Specifikke undersøgelser/test relateret til patientens problemstilling: <u>Lænderyg:</u> Bevægetab, neurokompression, gentagne bevægelser, specifikke test og palpation. <u>Nakke:</u> Sikkerhedstest og neurokompression, bevægetab, gentagne bevægelser, specifikke test og palpation. <u>Skulder:</u> screening af nakke, bevægetab, isometrisk muskeltest, impingement, scapula dyskinesia, GIRD, labrum og biceps, instabilitet, rotator cuff, test og palpation skulderbælte, muskeltriggerpunkter, neurodynamik.
Diagnostik og opsamling	Overordnet klassifikation og ICPC2-kodning.
Anbefalet intervention	Anbefaling af enten: intet yderligere forløb, anden behandling eller udredning eller kort/standard/udvidet fysioterapeutisk forløb.
Information og accept af behandlingsplan	Sikre at patienten har modtaget information om tilstand, accepteret forslag til handlingsplan, modtaget øvelsesmateriale, accepteret at deltage i re-test samt givet samtykke til videregivelse af epikrise og journaloplysninger.

Bilag 2: Fokusgruppeinterview med deltagere

Baggrund

20 fysioterapiklinikker testede i 2015-2016 FysDB. Visionen bag FysDB er, at det skal være et kvalitetsudviklingsværktøj, som fysioterapeuterne skal bruge, når de udreder, behandler og skriver journal, og som samtidig leverer data til forskningsbrug.

I marts 2017 deltog seks fysioterapeuter, der havde testet FysDB, i et fokusgruppeinterview med henblik på at indsamle deres erfaringer med og anbefalinger til værktøjet. Alle deltagere havde minimum foretaget 15 udredninger med FysDB i projektperioden.

Interviewet var semistruktureret og tog udgangspunkt i en interviewguide med temaer, som man ønskede belyst. Interviewet blev optaget.

Deltagernes overordnede vurdering af FysDB

Deltagerne var generelt positive overfor FysDB. De så det som et meningsfuldt og anvendeligt redskab i hverdagen. PROM- spørgeskemaerne, hvor de kunne følge patientens udvikling, den risikoprofil, der blev udviklet på baggrund af indledende spørgsmål samt standarderne for udredning blev særligt fremhævet, ligesom der var enighed om, at standardfraserne i FysDB var med til at øge kvaliteten af journalføringen.

Der var altså blandt interviewpersonerne opbakning til den overordnede intention med FysDB.

Organisatoriske aspekter ved ibrugtagning af FysDB

I forhold til implementeringen i de enkelte klinikker var der større spredning i oplevelsen blandt deltagerne.

Alle var enige om, at sekretærene spillede en vital rolle for projektets opstart, da det var dem, der skulle visitere patienter til projektet. Tre fysioterapeuter havde haft svært ved at få overleveret opgaven til sekretærene, der følte sig pressede, og syntes opgaven var tidskrævende. Særligt i de klinikker, hvor det kun var nogle af fysioterapeuterne, der deltog i pilottesten, oplevede sekretærene det som besværligt at navigere i og få tilrettelagt arbejdsgangene i forhold til at få patienter ind i projektet.

En fysioterapeut havde lavet et flowchart efter informationsmødet ved projektets opstart, som hun udleverede til sekretærgruppen. Dette havde været en stor hjælp.

En anden fysioterapeut bemærkede forskellen mellem FysDB- projektet og akkrediteringsprojektet i egen klinik. I akkrediteringsprojektet havde hele klinikken følt et ejerskab til projektet, mens FysDB ikke skabte samme ejerskab, fordi de forskellige personalegrupper ikke var involveret fra start og måske var i tvivl om formålet med projektet.

En fysioterapeut oplevede så mange problemer i visitationsprocessen, at klinikken i stedet valgte at invitere patienterne ind i projektet efter 1. undersøgelse, hvilket betød, at PROM-skemaerne ikke var klar til 1. undersøgelse.

Læring

Viden om klinikstrukturen er vigtig i forhold til implementering af FysDB

Er der faste personalemøder etc., hvor viden kan overleveres?

Hvordan takler man i klinikken, at nogle deltager i projektet og andre ikke gør? – og kan man i projektdesign tage højde for dette?

Anbefaling til projektgruppe

- Tydeliggør personalets rolle
- Inviter personalet med til informationsmøder og synliggør deres betydning for implementering
- Lav et overskueligt lamineret flowchart og andet informationsmateriale målrettet personalegruppen
- Opret en lukket gruppe på Facebook, hvor tovholdere og personale kan dele tips og tricks

Visitationskriterier og fleksibilitet

Interviewdeltagerne oplevede alle udfordringer med FysDB's fleksibilitet i visitationsprocessen. Det gjaldt især i forhold til, om patienten skulle placeres i nakke- eller skulderforløbet, da det ofte kræver en klinisk undersøgelse. Interviewdeltagerne oplevede det som besværligt at skulle skifte forløb undervejs. Det var også generende for patienterne, at de skulle svare på spørgeskemaer to gange, hvor der var en del overlappende spørgsmål.

Anbefaling til projektgruppe

- Lav et fælles spørgeskema til nakke- og skulderpatienter, selvom det betyder, at ikke alle spørgsmål er lige relevante for alle patienter
- Lav en funktionalitet, hvor det er muligt at skifte område undervejs i takt med at FysDB får flere standarder og muligheden for differentialdiagnoser øges

Arbejdet med standarder

Generelt var interviewpersonerne positive overfor at arbejde med standarder, som de så som en nødvendig udvikling af faget.

Der var enighed om, at lænderyg og nakke var nemmest at arbejde med, hvorimod standarden for skulderområdet var mere knudret, muligvis fordi der ikke er den samme konsensus om anbefalingen i den forløbsbeskrivelse, der ligger til grund for standarden.

Blandt interviewpersonerne arbejdede fem ud af seks med McKenzie-metoden. De gav udtryk for, at det havde været en fordel, fordi de, som de udtrykte det: "var vant til at arbejde med kasser og tænke systematisk". En fysioterapeut, som ikke til daglig bruger McKenzie-metoden oplevede det som forstyrrende at følge standarden, fordi det tog fokus fra patienten og var anderledes end den måde, vedkommende normalt organiserer en undersøgelse. Særligt var det et minus for vedkommende, at det ikke var muligt at skrive fritekst øverst i anamnesen.

Læring

At tage FysDB i brug kan kræve både en kulturændring og ændring af helt konkrete arbejdsgange. For forskellige klinikker vil der naturligvis være forskel på, hvor stor en ændring det er i forhold til deres nuværende praksis. Blandt interviewdeltagerne er der en overrepræsentation af fysioterapeuter, der arbejder ud fra McKenzie-metoden. Det kan måske indikere, at de har haft nemmere ved at implementere arbejdsgangene i klinikken.

Anbefaling til projektgruppe

- Vær opmærksom på de forskellige forudsætninger for implementering af FysDB i forhold til kultur og organisering
- Differentier informationsmateriale, hvis der er belæg for at identificere forskelle på forhånd

Journalføring

Der var enighed om, at standarderne i FysDB overordnet er med til at øge kvaliteten af journalføring. En fysioterapeut fremhævede, at en kollega, der ikke normalt skrev lange journalnoter, var meget glad for de standardfraser, som FysDB genererede, og som kunne overføres til journalen.

Det var en udbredt opfattelse blandt interviewdeltagerne, at FysDB på sigt kan være en stor hjælp i forhold til journalskrivning. Særligt blandt de klinikker/fysioterapeuter der ikke har haft en praksis med at skrive uddybende journaler og som qua nye krav og akkreditering vil skulle ændre deres arbejdsgang betydeligt.

I forhold til funktionaliteten var der forskellige oplevelser af, hvor nemt det havde været at importere/kopierte notater fra FysDB over i journalsystemet. Nogle af deltagerne oplevede, at det ikke var det mest relevante, der kom over, mens andre havde copy-pasted med succes.

Dobbeltsystemet var en barriere og ønskescenariet blandt deltagerne var, at FysDB blev integreret med deres eget journalsystem.

Anbefaling til projektgruppe

- Fremhæv gevinsten ved FysDB – særligt i forhold til de, der ikke er vant til udførlig journalskrivning
- Fremhæv det tidsbesvarende potentiale
- Få lavet en integreret løsning med journalsystemer, inden FysDB rulles ud i storskala

Patientspørgeskemaer og risikoprofiler

Interviewdeltagerne var meget begejstrerede for patientspørgeskemaerne. Det indledende spørgeskema, som patienterne skulle svare på inden første undersøgelse, gav fysioterapeuterne mange informationer, som var med til at kvalificere første undersøgelse. Fysioterapeuterne fortalte, at flere patienter syntes spørgeskemaerne var overvældende, men godt kunne se meningen, når de fik præsenteret den grafiske risikoprofil, der blev dannet på baggrund af deres svar.

Fem af interviewpersonerne oplevede, at skemaerne var med til at gøre patienterne mere aktive, og så dem som et godt pædagogisk redskab i forhold til at tale med den enkelte patient om symptomer og smerter. Interviewpersonerne var også glade for re-testen efter 6 uger, men havde ikke været inde og se på spørgeskemaer efter 3 og 6 måneder – dels fordi adgangen til FysDB blev lukket ned i en periode, dels fordi det ikke umiddelbart gav mening at kigge på besvarelser, når/hvis patientforløbet var afsluttet.

Flere havde haft en konkret udfordring med ældre patienter, som havde svært ved at udfylde skemaet. Nogle havde udelukket ældre på forhånd, andre havde inviteret dem ind i klinikken, hvor sekretæren hjalp med at udfylde skemaet inden 1. undersøgelse.

Anbefaling til projektgruppe

Fremhæv gevinsten ved patientspørgeskemaerne - skemaerne kan blive et pædagogisk værktøj i samtalen med patienten, aktivere patienten og kvalificere den første undersøgelse.

Tidsforbrug

Fokusgruppedeltagerne var enige om, at deltagelse i projektet havde været tidskrævende sammenlignet med almindelig tidsforbrug. Det gjaldt særligt den 1. undersøgelse, hvor fysioterapeuterne havde sat mellem 45 min. og 1 time af. I snakken omkring tidsforbruget gav deltagerne imidlertid også udtryk for, at det i høj grad handlede om nye arbejdsgange og at "man lige skulle lære systemet at kende". En deltager afsatte konsekvent ekstra tid efter 1. undersøgelse. Når patienten var gået ud af døren, gennemgik hun data og øvede sig, hvilket var god læring til næste gang.

En anden fysioterapeut mente, at den ekstra tid ved 1. undersøgelse sparede tid ved de efterfølgende undersøgelser.

Der var en sammenhæng mellem tidsforbrug og ens normale arbejdsgange jfr. afsnittet med standarder og klinikkultur. Jo mere arbejdsgangene i projektet adskilte sig fra normal praksis, jo mere tidskrævende var de.

En deltager bemærkede, at de øgede krav er mere ressourcekrævende, og at det bør afspejles i honorar ved en ny overenskomst.

Deltagerne mente, at i forhold til tidsperspektivet og implementering på storskala er det oplagt at få FysDB integreret i journalsystemerne, så man slipper for dobbeltopslag og at arbejde i to systemer.

Anbefaling til projektgruppe

Integrér FysDB i journalsystemet

ICPC-kodning

Flere af deltagerne oplevede det som en udfordring at komme i gang med ICPC-kodning. En klinik havde ophængt et lamineret ark med koderne, så det var nemt at gå til, og det var blevet en del af den daglige arbejdsgang.

Flere af deltagerne havde svært ved at se det meningsfulde i at ICPC-kode i forhold til deres egen klinikhverdag. Som én sagde "Vi koder, men vi kan ikke bruge det til at søge bagudrettet, vi kan ikke lave søgefelter, og vi kan ikke samle statistikker, så vi har svært ved at se, hvad meningen er. Vi kan selvfølgelig altid tage den overordnede kategori (ICPC-kode), men vi mangler baggrundsviden om systemet og viden om, hvad man kan bruge det til, og hvor vi kan føre det hen."

Generelt var der stor usikkerhed omkring ICPC-kodning, både i forhold til, hvad gevinsten var klinikken, men også i forhold til patienten og hvilke konsekvenser for patienten en given ICPC-kode kunne have fremfor en anden.

Læring

Usikkerhed omkring formål med ICPC-kodning blandt projektdeltagerne skaber tvivl om anvendelighed og patientsikkerhed.

Anbefaling til projektgruppe

Kommunikér klart om formål med ICPC-kodningen, herunder hvorfor og hvordan. Italesæt explicit ICPC-koder i forhold til forsikringsager samt vigtigheden af ICPC-koder ift. kvalitetsdata.

Projektprocessen

Et punkt som fyldte hos interviewpersonerne var processen omkring monitoreringsprojektet.

Fire deltagere havde oplevet, at patienter havde trukket sig fra projektet, fordi de var blevet ringet op af en telefoninterviewer fra projektgruppen, som havde stillet spørgsmål, som patienterne ikke kunne se meningen med. Patienterne havde efterfølgende kontaktet fysioterapeuterne, som ikke var blevet informeret om interviewet og ikke kunne forklare, hvad formålet var.

Fysioterapeuterne oplevede også, at der undervejs i projektføreløbet kom ekstraopgaver fra projektgruppen. Det betød blandt andet, at sekretærene i nogle klinikker udviklede modstand mod projektet.

Anbefaling til projektgruppe

- Skab gennemsigtighed omkring projektføreløb
- Informér behandler, hvis eksterne personer tager kontakt til patient i løbet af projekt – informér især om, hvad formålet er, og om der kan blive stillet følsomme spørgsmål
- Undgå at introducere projektdeltagere for nye opgaver/tillægsprojekter i projektføreløb, hvis der ikke er varslet om dem ved projektstart