

## Data i fysioterapipraksis

Kvalitetsnetværkspakke fra Enhed for Kvalitet og Modernisering

Varighed 1½ – 2 time

### Kort introduktion

Rammerne for arbejdet i kvalitetsnetværkene er datadrevet kvalitetsudvikling, dette er nærmere beskrevet i overenskomsten for fysioterapipraksis for 2024-2026.

Datadrevet kvalitetsudvikling skal understøtte den kliniske praksis samt organisering, så de indsamlede kvalitetsdata bidrager til fortsat at højne kvaliteten. Kvalitetsdata giver værdifuld viden om resultaterne af klinikkens behandling og organisering. Kvalitetsdata kan bruges både af dig som fysioterapeut, af hele klinikken og af det øvrige sundhedsvæsen.

Den viden data giver skal være inspiration for de ideer og de erfaringer, der udveksles på kvalitetsnetværksmøderne, og som skal danne rammerne for arbejdet med kvalitet hjemme i klinikken.

Denne pakke kan skabe fælles dialog, inspiration og blik for de mange forskellige typer af data, der findes og hvordan de kan anvendes til kvalitetsudvikling i egen klinik.

### Formål

#### Hvorfor er det vigtigt?

Datadrevet kvalitetsudvikling er fundamentet for arbejdet i kvalitetsnetværkene, og datadreven kvalitetsudvikling har mange indfaldsvinkler. Derfor er det vigtigt at få en fælles snak og forståelse af, hvordan du og kvalitetsnetværket kan arbejde datadrevet.

#### Hvad kan du forvente?

Med denne pakke er fokus på, hvad data kan være, og hvordan der kan arbejdes med data på kvalitetsnetværksmøderne, samt hvordan der kan udveksles erfaringer med datadrevet kvalitetsudvikling. Se bilag 1 for eksempler.

#### Dagsorden

- Præsentation af dagens emne og oplæg til gruppearbejde: 10 min.
- Gruppearbejde: 45-50 min.
- Fælles drøftelse og opsamling fra grupperne: 35-45 min.
- Afrunding - Er der konklusioner der skal laves og aftaler for kommende møder: 10 min.

### Forberedelse

Gør dig tanker om hvilke forventninger, du har til dagens møde, og hvad du kan byde ind med ift. mødets emne om datadrevet kvalitetsudvikling. Har du fx nogle gode erfaringer, noget du har læst eller været på kursus i, om brug af data, der kan danne baggrund for gode drøftelser?

Du skal orientere dig i bilagene samt gøre dig tanker om, hvordan du og klinikken kan arbejde med data i forbindelse med kvalitetsarbejdet.

## Drøftelser

- Hvordan forholder vi os til data og datadrevet kvalitetsudvikling?
- Hvordan arbejder den enkelte klinik med data?
  - Hvad kan vi lære af hinanden?
- Hvad kan data sige om vores klinikker og daglige rutiner?
- Hvad skal vi være opmærksomme på, når vi bruger data?
  - Hvad betyder det, når vi fx afviger fra hinanden – hvad ligger til grund, giver afvigelser mening?
- Hvordan skaber vi eventuel forandring – hvordan ved vi, at en forandring også er en forbedring og et kvalitetsløft, der fører et aftalt mål?

## Opsamling på drøftelser

- Hvilke tanker har drøftelserne sat i gang?
  - Har de givet anledning til at ændre noget hjemme i klinikken?
  - Har de givet anledning til at arbejde med data?
- Hvordan ønsker vi i kvalitetsnetværket at arbejde videre med/følge op på emnet?
- Hvad tager du med hjem til klinikken?
  - Hvilke tiltag vil du konkret tage, når du kommer hjem i klinikken?
- Har vi som kvalitetsnetværk overvejet at sætte et eller flere mål for at arbejde med data og datadrevet kvalitet?
  - På kvalitetsnetværksniveau
  - På klinikkniveau
  - På behandlerniveau
  - For den enkelte patient
  - Monitorere indsatsen – om fx 6 måneder?

## Opfølgende aktiviteter

Hvis I vælger at arbejde videre med/følge op på emnet, så aftal en dato allerede nu. Hvis I vil følge udviklingen i de data, I har kigget på, skal der gå minimum et halvt år.

Drøft muligheden for fx fælles kompetenceudvikling.

## Bilag 1

### Eksempler på brug af data til kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis fra nogle klinikker

#### 1. Journalaudit.

Journalaudit med fokus på målsætning for behandling.

Efter vores første journalaudit, som vi gennemførte i forbindelse med akkrediteringen, blev vi opmærksomme på, at vi over en bred kam ikke fik opstillet mål på alle tre ICF- niveauer; krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau. Vi havde ofte bare et mål på aktiviteten fx "tilbage til at kunne løbe 10 km". Med baggrund i disse kliniknære data ændrede vi vores skabelon til vores 1. konsultationsundersøgelse, så der under målsætning blev skrevet:

- Kropsniveau:
- Aktivitetsniveau:
- Deltagelsesniveau:

Ved opfølgende journalaudit var det tydeligt, at der var sket en positiv udvikling i forhold til at få en mere nuanceret målsætning.

#### 2. Epikriser

Ved at bruge funktionerne i vores journalsystem lavede vi en analyse af, hvor mange epikriser hver enkelt fysioterapeut lavede. Konklusionen var, at vi ikke fik lavet nok. Med baggrund i det havde vi et møde, hvor vi prøvede at identificere, hvilke barrierer der var for at få det gjort.

Barrierer:

- Travl hverdag, med fuld kalender
- Indhente samtykke som på dette tidspunkt ikke måtte indhentes ved 1. konsultation
- Patienten dukkede ikke op til sidste tid, som ofte var en kontrol efter 3-4 uger. For at prøve at få samtykke, ringede vi patienten op, men ofte fik man ikke kontakt.

Hvad gjorde vi:

- Lavede en aftale om, at hvis man modtog afbud og patienten sagde, det gik godt, skulle vi spørge patienten om samtykke til epikrise - dernæst ændrede vi farvekode i kalenderen, (til den farvekode vi havde kaldt "husk epikrise"). Så fremgik det tydeligere af kalenderen, hvilke patienter der skulle skrives epikrise på
- Lavede aftale om opfølgning 2 måneder efter for at se, om det gjorde en forskel med den ændrede arbejdsdag

- Anbefalede at sætte 30 minutter af til opsamlende epikriseskrivning om ugen
- Arbejdede med standardfraser, der kunne bruges fra epikrise til epikrise

Da vi så fik lov til at indhente epikrise ved 1. konsultation, ændrede vi vores skabelon til 1. konsultation til også at indeholde et spørgsmål om samtykke til epikrise.

På den måde fik vi øget antallet af epikriser.

### 3. Holdtræning.

Ved at bruge funktionerne i vores journalsystem lavede vi en analyse af, hvor mange patienter der var i gennemsnit pr. hold. Vores formodning var, at der var min. 4 deltagere i snit pr. hold. Vores udgangspunkt var, at træning er den bedste medicin, og at holdtræning er en god udslusning til at få et bredt katalog af øvelser samt patientuddannelse, så patienten fremadrettet har en bedre egenomsorg. Derfor var det relevant at få flere af vores patienter til at deltage i holdtræning. Ved analyse af data så vi, at der var nogle hold, hvor der kun var 2,73 patienter pr. hold.

Med et fælles møde i klinikken prøvede vi at finde barrierer for, at nogle hold kun havde få deltagere.

Barrierer:

- Vi har ikke overblik over, hvilke hold de andre fysioterapeuter har, og hvad der laves på disse hold
- Man er som fysioterapeut tilbøjelig til at fylde på sine egne hold
- Langt fra alle patienter fik tilbuddet om holdtræning som en del af behandlingen
- Vi havde ingen brochure, der fortalte om, hvilke hold vi havde
- Hjemmesiden var ikke opdateret med holdene
- Mange patienter trænede i forvejen i andre sammenhæng

Hvad gjorde vi:

Med baggrund i disse simple klinisknære data satte udarbejdede vi en handleplan med følgende punkter:

- Hjemmesiden skal opdateres - også løbende, herunder ansvarlig og arbejdsgang for det
- Få lavet en pjece om holdtræning, der kunne udleveres til patienterne
- Øget fokus på at tilbyde patienter holdtræning - udpeget ansvarlig for at følge op på det ved fællesmøder samt via mail løbende og kommunikation på fælles tavle
- Ved hvert onsdagsmøde: en gennemgang af på hvilke hold vi havde ledige pladser

- Opfordre til at gå direkte til hinanden og spørge: har du nogle patienter i dit kartotek, som kunne passe på fx mit ryghold?

Det øgede fokus og de forskellige tiltag fik antallet af holdtræninger til at stige med 15% over en periode på 6 mdr.