

# Indikator V og VI

## Mulige barrierer for tidlig vurdering af apopleksipatienters rehabiliteringsbehov.

### Indikatorerne og evidens

I Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er to af de otte indikatorer, som omhandler patienter med apopleksi, formuleret således:

**Indikator V** : andelen af patienter der af fysioterapeut vurderes med henblik på rehabilitering.

**Indikator VI** : andelen af patienter der af ergoterapeut vurderes med henblik på rehabilitering.

Til disse indikatorer har indikatorgruppen for apopleksi fastsat en standard, som udtryk for den kvalitet, man ønsker at opnå:

- Indikator V: Mindst 90% af patienterne bør vurderes af fysioterapeut med henblik på rehabilitering senest 2. indlæggelsesdøgn.
- Indikator VI: Mindst 90% af patienterne bør vurderes af ergoterapeut med henblik på rehabilitering senest 2. indlæggelsesdøgn.

Indikatorer med tilsvarende standarder, har man i indikatorgruppen for apopleksi udarbejdet dels på baggrund af gennemgang af den foreliggende evidens og dels på baggrund af konsensus om, hvordan man bedst kan sikre kvalitet i apopleksibehandlingen.

Der er videnskabelige undersøgelser som viser, at rehabilitering påbegyndt indenfor de første døgn efter apopleksien medfører et højere funktionsniveau for patienterne sammenlignet med sent indsættende rehabilitering (1,2). Der er andre undersøgelser som peger i retning af, at man ved intensivning af fysio- og ergoterapi, kan opnå en bedre effekt af rehabiliteringen (1-7). Ud fra litteraturen kan konkluderes, at apopleksipatienter bør påbegynde rehabilitering hurtigst muligt efter symptomdebut, og at en hurtig vurdering vedrørende patienternes rehabiliteringsbehov ved henholdsvis fysio- og ergoterapeut er væsentlig i denne sammenhæng. På denne baggrund har indikatorgruppen fastsat, at den tidlige vurdering af patienterne skal foregå senest 2. indlæggelsesdøgn.

### De første resultater

I januar 2004 blev de første resultater i Det Nationale Indikatorprojekt vedrørende apopleksibehandlingen offentliggjort. Her viser det sig bl.a., at landsgennemsnittet for opfyldelse af standard V og VI ligger langt under de ønskede 90% (40,4% for standard V og 33,9% for standard VI). Herudover er der en betydelig variation i mellem de forskellige amter.

v/Udviklingsfysioterapeut MSc Annette Winkel,  
fysioterapeut stud. scient. san. Annette Ingeman,  
afdelingsergoterapeut Marianne Falkengaard.

For standard V ligger denne mellem 26,7% og 66,6 % og for standard VI mellem 12,5 % og 49,8 %.

Grundlaget for at vurdere om standarden er opnået i de enkelte amter er også meget forskelligt. I et amt er kun 3 patienter indrapporteret, mens det i et andet amt er indrapporteret 589 patienter.

For begge standarder gælder, at man også har opgjort andelen af patienter som på et eller andet tidspunkt i indlæggelsesforløbet er blevet vurderet af fysio- og ergoterapeut. Her stiger landsgennemsnittet for standard V til 91,4 % og for standard VI til 90,2 %. Dette kan tages som et udtryk for, at der er en holdning til, at det er vigtigt at apopleksipatienterne vurderes af fysio- og ergoterapeuter.

Resultaterne har sammen med resultater for de øvrige indikatorer og standarder været gennemgået i auditgrupper lokalt i amterne og i Den Nationale Indikatorgruppe for apopleksi. Her har man forsøgt at vurdere årsager til den manglende opfyldelse af standarderne.

Den varierende datakomplethed ved indrapportering af apopleksipatienter fra de forskellige amter er et generelt problem, der påvirker tolkningen af samtlige resultater inklusive resultaterne for vurdering ved fysio- og ergoterapeut. Nogle amter havde på opgørelsestidspunktet i august måned 2003 kun indrapporteret fra maj måned 2003, og andre amter havde indrapporteret helt fra januar måned 2003. Nogle amter havde på grund af organisatoriske forhindringer ikke indrapporteret samtlige patienttilfælde i det pågældende tidsrum. Disse fakta gør, at det kan være vanskeligt at stole på, at resultaterne er udtryk for de faktiske forhold, og derfor er der en generel usikkerhed ved tolkningen af resultaterne også ved standard V og VI.

### Mulige barrierer for opfyldelse af standarden

Når evidens skal implementeres kan der være barrierer på forskellige niveauer, organisation og ledelse spiller bl.a. en rolle. Ressourcemangel, organisatoriske forhindringer, forventninger fra patienterne, nuværende retningslinier – gamle rutiner og vaner, lokale men-

ingsdannere, der er imod, og holdningsparathed til at ændre adfærd kan alle være mulige barrierer. Måske kan små ændringer betyde, at en større andel af patienterne kan blive tidligt vurderet og rehabiliteret.

De hyppigst nævnte årsager er kulturelle og organisatoriske barrierer, uhensigtsmæssige traditioner og for få fysio- og ergoterapeuter til at tage sig af opgaverne. En af barriererne i den interne arbejdsgang har været problemer med at udfylde NIP-registreringsskemaet korrekt. Mange skemaer har været udfyldt forkert eller skemaet har ikke været tilstede, når fysioterapeuten eller ergoterapeuten har vurderet patienten, og det er derfor slet ikke blevet udfyldt. Fysioterapeuten og ergoterapeuten kan således have vurderet patienten indenfor det første 1 1/2 døgn uden, at det er blevet registreret.

På nogle afsnit er der en rammeordination som gør, at patienterne automatisk bliver vurderet af fysio-ergoterapeut, men på mange afsnit skal fysio- og ergoterapeuterne vente på, at der foreligger en lægeordination. Dette kan forsinke processen væsentligt og kan være medvirkende årsag til, at fysio- og ergoterapeuterne ikke kan nå at vurdere patienterne indenfor 2. indlæggelsesdøgn.

I mange amter indlægges apopleksipatienterne først på de akutte modtageafdelinger og overflyttes derefter til et apopleksiafsnit. Apopleksipatienterne kan også blive indlagt på andre afdelinger, f.eks. almen medicinske afdelinger eller andre hospitaler for siden at blive overflyttet. Registrering af patientforløbet begynder imidlertid ved indlæggelsen. På de akutte modtageafdelinger og på de almen medicinske afdelinger er man måske ikke altid opmærksomme på den tidlige vurdering ved fysio- og ergoterapeut, og normeringen af fysio- og ergoterapeuter er ofte lavere end på apopleksiafsnittet. Desuden er der i weekends tradition for, at der kun er fysioterapeuter på arbejde. Selvom patienterne bliver vurderet af fysio- og ergoterapeut indenfor 2. indlæggelsesdøgn, efter at de er overflyttet til apopleksiafsnittet, vil resultatet derfor blive, at man ikke kan opfylde standard V og VI.

## Løbende vurdering af standarden

Indikatorgruppen for apopleksi har indtil videre besluttet at fastholde standarderne til indikator V og VI på 90 procents opfyldelsesgrad. Gruppen har samtidig anbefalet, at man på de forskellige afdelinger forsøger at afklare de nuværende arbejdsgange og rutiner. Dette vurderes at være nødvendigt, for at kunne forbedre grundlaget for at fysio- og ergoterapeuter kan opfylde standarderne. Når indberetningen fra alle landets amter er sat mere i system, og når datakompletheden er forbedret vil man have et mere sikkert grundlag at tolke resultaterne på. Det er et spørgsmål om holdninger, om man skal justere standarderne for indikator V og VI. Standarden skal være realistisk, og projektet skal ikke kun dokumentere hvilke ydelser patienterne modtager, men skal også gerne være med til at forbedre kvaliteten af apopleksibehandlingen i Danmark. Standarderne skal derfor sættes så højt, at der er noget at stræbe efter.

Udviklingsfysioterapeut MSc Annette Winkel

E-mail: anwi@fa.dk

Fysioterapeut, stud. scient. san. Annette Ingeman

E-mail: ingeman@mail.dk

Afdelingsergoterapeut Marianne Falkengaard.

E-mail: marianne.falkengaard@hh.hosp.dk

## Referencer

1. Ottenbacher KJ, Jannell S. Te results of clinical trials in stroke rehabilitation research. Arch Neurol 1993 Jan;50(1):37-44
2. Cifu DX, Stewart DG. Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:35-39
3. Langhorne P, Wagenaar R, Partridge C. Physiotherapy after stroke: more is better? Physiother Res Int 1996;1:75 -88
4. Kwakkel G, Wagenaar RC, Koelman TW, Lankhorst GJ, Koetsier JC. Effects of intensity of rehabilitation after stroke. Stroke 1997;28:1550-1556
5. Feys HM, DeWeerd WJ, Selz BE, Steck GAC, Spichiger R, Vereeck LE, Putman KD, Van Hoydonk GA. Effect of a therapeutic intervention for the hemiplegic upper limb in the acute phase after stroke. Stroke 1998; 29:785 -792
6. Wake G, Wagenaar RC, Twisk JWR, Lankhorst GJ, Koetsier JC. Intensity of leg and arm training after primary middle-cerebral artery stroke: a randomized trial. Lancet 1999;354:191-196
7. Lincoln NB, Parry RH, Vass CD. Randomized controlled trial to evaluate increased intensity of physiotherapy treatment of arm function after stroke. Stroke 1999;30:573-579