



Somatisk genoptræning Region Midtjylland

Genoptræningsplaner, genoptræningsaktivitet og kommunale udgifter til genoptræning

2007

Sammenfatning, forslag til forbedringer og perspektivering

Udkast

Dansk Sundhedsinstitut

v/ Susanne Reindahl Rasmussen
22. januar 2009
Projektnr: 2334

Indholdsfortegnelse

SAMMENFATNING	3
<i>Baggrund</i>	3
<i>Formål</i>	3
<i>Metode</i>	4
<i>Resultater</i>	5
<i>Konklusion</i>	15
FORSLAG TIL FORBEDRINGER	17
PERSPEKTIVERING	19

Sammenfatning

Baggrund

I foråret 2007 blev der nedsat en arbejdsgruppe med henblik på udredning af genoptræningsområdet i Region Midtjylland. Arbejdsgruppen udkom i august 2007 med en udredningsrapport¹. Rapporten var i det væsentligste baseret på endnu uafsluttede data for perioden 1. januar til 31. maj 2007. Den viste store, uforklarlige variationer i data samt manglende registrering af en stor del af aktiviteten. Dansk Sundhedsinstitut blev herefter bedt om så vidt muligt at udrede disse variationer.

Nærværende projekt er tilrettelagt i et samarbejde med en referencegruppe bestående af repræsentanter og kontaktpersoner fra henholdsvis Region Midtjylland, de 19 kommuner i Region Midtjylland samt en repræsentant fra henholdsvis DRG-enheden i Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut.

Formål

Formålet for nærværende analyse er formuleret på basis af Udredningsrapporten. Det overordnede formål med analysen er således:

- At foretage en eksplorativ undersøgelse af hvilke forhold, der øver indflydelse på de indbyrdes forskelle mellem kommunerne henholdsvis de indbyrdes forskelle mellem hospitalerne mht. genoptræningsaktivitet og tilhørende udgifter.
- At undersøge om der er sket ændringer i genoptræningsindsatsen (i form af øget aktivitet/ øgede udgifter til genoptræning efter reformens ikrafttræden), og i givet fald dette er tilfældet at belyse mulige grunde hertil.

Disse overordnede formål er operationaliseret i tre delformål, som skal belyse og om muligt forklare variationen inden for:

1. Omfanget af hospitalernes genoptræningsplaner for specialiseret, ambulante genoptræning versus almindelig, ambulante genoptræning.
2. Den registrerede aktivitet og tilhørende udgift imellem kommunerne og imellem hospitalerne.
3. Den kommunale registrering af egen aktivitet.

Herudover er der to delformål, der vedrører udredning af:

4. Registreringspraksis på hospitalerne, idet en stor del af hospitalsaktiviteten tilsyneladende ikke registreres korrekt og dermed ikke bliver afregnet. Der vil her blive fokuseret på den ambulante aktivitet, herunder at få yderligere klarhed over hvilke aktiviteter, der grupperes som behandling versus genoptræning.
5. Diskrepansen mellem de genoptræningsplaner kommunerne modtager og den aktivitet, de afregnes for via Sundhedsstyrelsen.

¹ Udredning af det somatiske genoptræningsområde i Region Midtjylland. Genoptræningsaktivitet, udgifter til genoptræning og genoptræningsplanerne. Region Midtjylland; 2007.

Metode

Efter aftale mellem Region Midtjylland, kommunerne og DSI gennemføres projektet som et forløb, hvor hovedvægten lægges på en proces, der - gennem dialog og etablering af en fælles forståelse af data og udfordringer - danner grundlag for, at region og kommuner kan forbedre samarbejdet om genoptræningsområdet.

Projektet er planlagt organiseret i fire faser, der giver kommuner og region mulighed for undervejs i forløbet at reagere og implementere ændringsforslag baseret på den indhentede viden. Med denne afrapportering er de første to faser af projektet afsluttede:

1. Første fase: Projektforberedelse, hvor referencegruppen afklarer, hvordan projektet skal afgrænses og hvilke fokusområder, der skal udvælges.
2. Anden fase: Indledende udredning med en efterfølgende afrapportering. Det indledende udredningsarbejde omfatter i) registerkørsler, ii) kvalitative interview og iii) fokusgruppemøder.
3. Tredje fase: Proces med implementering af forslag. Kommunerne og regionen implementerer forslag, der findes brugbare.
4. Fjerde fase: Opfølgning og efterfølgende afrapportering. Der foretages en opfølgning i form af fornyede registerkørsler for en tidsperiode der ligger efter fase 3.

I nærværende rapport er der fokuseret på ambulans genoptræning, idet det var her, man fandt størst variation i Udredningsrapporten. Repræsentanter fra referencegruppen har udpeget fire diagnosegrupper med henblik på yderligere fokusering af analysen. Udgangspunktet for udvælgelsen af diagnosegrupper var, at finde nogle "brede" diagnosegrupper, hvor der indgår forholdsvis mange patienter. Dette skulle sikre et forholdsvis stort output, der kunne være med til at afdække eventuelle forskelligheder. Samtidig måtte der dog ikke være for store forskelle patienterne imellem inden for de udvalgte diagnosegrupper i forhold til deres behov for genoptræning. Endelig skulle genoptræningstilbuddet være beskrevet for disse diagnosegrupper.

De fire diagnosegrupper, der blev udvalgt, omfatter:

- Patienter med hjerneinfarkt og slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt – omtales efterfølgende som patienter med apopleksi.
- Patienter med slidgigt i hoften som har fået en primær hoftealloplastik.
- Patienter med lænderyg-besvær, som er konservativt behandlet.
- Patienter med korsbåndslæsioner.

Samlet set modtager patienter fra disse fire diagnosegrupper hele 15 % af alle genoptræningsplaner i Region Midtjylland. Denne andel blev anset for at have en passende størrelsesorden til at kunne give indblik i eventuelle forskelligheder.

Denne afrapportering er baseret på udtræk fra to registreringssystemer; Landspatientregisteret (LPR) som regionens ergo- og fysioterapiafdelinger har skullet indberette til siden 1. januar 2004 og Sundhedsstyrelsens Elektroniske indberetningssystem (SEI), som de kommunale ergo- og fysioterapiafdelinger siden 1. januar 2007 har gjort brug af ved indberetning af genoptræningsydelse i forbindelse med almindelig, ambulans genoptræning.

Indledningsvist er der foretaget en opgørelse af antallet af genoptræningsplaner i 2007.

Med henblik på at opgøre den ambulante aktivitet, er der på basis af registerdata fra 2007 foretaget en opgørelse af:

- Antal patienter, som har modtaget genoptræning
- Antal genoptræningsbesøg
- Antal genoptræningsydelse

Herudover er de kommunale udgifter, som er forbundet med ambulante genoptræning (specialiseret – og almindelig, ambulante genoptræning) også blevet opgjort.

Det har været muligt at foretage en specifik opgørelse for de fire diagnosegrupper på hospitalsniveau, mens dette ikke er muligt i kommunerne, hvor der ikke foretages registreringer af diagnoser.

For at få afklaret om der er sket en aktivitetsstigning på det ambulante genoptræningsområde i forbindelse med udlægning af almindelig, ambulante genoptræning til kommunerne, er der også foretaget en opgørelse af den samlede ambulante genoptræningsaktivitet på hospitalerne i 2006 henholdsvis i 2007. Samtidig er de kommunale omkostninger hertil beregnet for 2007 og søgt estimeret for 2006 på baggrund af genoptræningstakster for 2007 – vel vidende, at derpå daværende tidspunkt ikke var kommunal finansiering af genoptræning på hospitalerne.

Herudover er der afholdt to fokusgruppemøder med henholdsvis fem terapeuter og tre læger med henblik på at få en beskrivelse af praksis ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner.

Der er afholdt tre interview med kommunalt ansatte i Skive, Ikast-Brande og Århus Kommuner vedrørende modtagelse af genoptræningsplaner og afregning for patienter, der er genoptrænet på hospital.

Endelig er der afholdt tre interview med hospitalsansatte terapeuter på Århus Sygehus, Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder med henblik på at få belyst registreringspraksis på genoptræningsområdet.

Der skal gøres opmærksom på, at det i denne undersøgelse ikke har været muligt at tage hensyn til de eventuelle forskelligheder, der måtte være patienterne imellem i forhold til eksempelvis hvor svær deres sygdom måtte være og det deraf følgende genoptræningsbehov.

Resultater

Resultatafsnittet er opdelt i seks dele omfattende, resultater, der vedrører:

1. Ambulante genoptræning på hospitalerne; herunder genoptræningsplaner, den ambulante genoptræningsaktivitet og de kommunale udgifter hertil.
2. Genoptræningen i kommunerne; herunder den almindelige, ambulante genoptræningsaktivitet og de kommunale udgifter herved.
3. De samlede kommunale udgifter til ambulante genoptræning på hospitaler og i kommunerne.
4. Kommunal afregning af ambulante genoptræning på hospital.
5. Registreringspraksis på hospitalerne.
6. Endelig følger forhold, der vedrører det tættere tværsektorielle samarbejde.

1. Genoptræning på hospitalerne

I det efterfølgende afsnit præsenteres indledningsvis antallet af genoptræningsplaner, således som det kan opgøres på baggrund af kørsler i Landspatientregisteret. Herefter følger en kort sammenfatning af terapeuternes og lægernes beskrivelse af praksis i forhold til at få udarbejdet planerne. Endelig følger en sammenfatning af væsentlige forhold, som kan medvirke til at belyse den forholdsvis store variation hospitalerne imellem i forhold til antallet af genoptræningsplaner og typen af genoptræningsplaner.

1.1 Genoptræningsplaner

Antal genoptræningsplaner

I 2007 blev der i alt udarbejdet 17.147 genoptræningsplaner. Til de fire udvalgte diagnosegrupper blev der udarbejdet 2.614 genoptræningsplaner, hvilket svarer til 15 % af alle genoptræningsplaner. Antallet af genoptræningsplaner er blevet opgjort i forhold til hvilken type genoptræning de er rettede imod: Almindelig, ambulantly genoptræning; specialiseret, ambulantly genoptræning eller egentræning.

I Sammenfatningstabel 1, hvor genoptræningsplanerne er fordelt på diagnosegruppe og typen af genoptræningsplan, fremgår det, at samlet set er 32 % af genoptræningsplanerne specialiserede genoptræningsplaner, mens det kun er tilfældet for 14 % af genoptræningsplanerne i de fire udvalgte diagnosegrupper.

Sammenfatningstabel 1. Genoptræningsplaner i 2007 fordelt på diagnosegrupper og type genoptræningsplan. Region Midtjylland.

Diagnosegruppe	Antal	Type (%)			Variation Spec. [§]
		Alm.	Andet [#]	Spec.	
De fire diagnosegrupper, samlet	2.614	65	21	14	0 - 71
Apopleksi*	452	88	4	8	0 - 28
Slidgigt i hoften og primær hoftealloplastik**	402	58	29	13	0 - 92
Konservativt rygbhandlede patienter***	1.554	65	25	10	1 - 64
Patienter med korsbåndrekonstruktioner****	206	33	1	66	10 - 100
Alle diagnoser	17.147	58	10	32	0 - 60

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr 10. juni 2008.

Omfatter egentræning og de genoptræningsplaner, hvor typen ikke fremgår i LPR.

§ Angiver et spænd mellem den mindste og den største procentvise værdi på et af Region Midtjyllands hospitaler.

* ICD-10-koderne: DI63 og DI64.

** ICD-10-koderne: DM16.

*** ICD-10-koderne: DM43.1, DM48.0 og DM51.

**** ICD-10-koderne: DM83.5.

Ved gennemgang af genoptræningsplaner for de fire udvalgte diagnosegrupper fremgår det, at typen af genoptræningsplan afhænger af diagnosegrupperne. Herudover ses det, at der også inden for den samme diagnosegruppe er forholdsvis stor variation hospitalerne imellem med hensyn til, hvorvidt der fortrinsvis er udarbejdet specialiserede genoptræningsplaner henholdsvis genoptræningsplaner, der er målrettet almindelig, ambulantly genoptræning eller egentræning.

Af Sammenfatningstabel 1 fremgår denne variation. Det ses for eksempel, at for patienter med slidgigt i hoften og en primær hoftealloplastik er ca. 13 % af genoptræningsplanerne rettet mod specialiseret, ambulantly genoptræning. Dette gennemsnit er baseret på, at nogle hospitaler ikke har udarbejdet specialiserede genoptræningsplaner til patienter med slidgigt i hoften og primær hoftealloplastik, mens det for et enkelt hospital gør sig gældende at 92 % af genoptræningsplanerne i denne diagnosegruppe er rettet mod specialiseret, ambulantly genoptræning (fremgår af kolonnen "Variation Spec."). For patienter med apopleksi er det i gennemsnit kun 8 % af planerne, som er specialiserede, for denne patientgruppe er variationen hospitalerne imellem dog ikke så stor (0 % - 28 %). For patienter med korsbåndsrekonstruktion er det imidlertid i gennemsnit 66 % af genoptræningsplanerne, som er specialiserede, og for denne diagnosegruppe er variationen forholdsvis stor, når man ser på, hvor stor en andel af planerne, der er specialiserede (10 % - 100 %).

Når der er variation mellem hospitalerne, får det også betydning for fordelingen på typen af genoptræningsplaner, som de enkelte kommuner modtager. I Horsens Kommune er 56 % af det samlede antal genoptræningsplaner specialiserede, det er den kommune, der procentvis får flest specialiserede genoptræningsplaner; mens det kun er tilfældet for 19 % af genoptræningsplanerne i Århus Kommune, som er den kommune, der procentvis får færrest specialiserede genoptræningsplaner.

Når det samlede antal genoptræningsplaner opgøres per 1.000 indbyggere, får Skive og Viborg Kommuner flest genoptræningsplaner; 19,4 genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere henholdsvis 20,8 genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere versus 9,7 genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere i Århus Kommune. Hvis der alene ses på antallet af specialiserede genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere, så er det de samme kommuner, der ligger højest henholdsvis lavest: For Skive og Viborg Kommuner er der udarbejdet 7,4 specialiserede genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere henholdsvis 8,5 specialiserede genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere versus 1,8 specialiserede genoptræningsplaner per 1.000 indbyggere i Århus Kommune.

Beskrivelse af praksis ved udarbejdelse med genoptræningsplaner

Ifølge terapeuterne, der indgik i fokusgruppeinterviewene varetager de store dele af arbejdet med genoptræningsplaner. På afdelinger/ i ambulatorier hvor der er terapeuter tilknyttet, er det således terapeuterne, der næsten uden undtagelse udfylder genoptræningsplanerne. Der gøres opmærksom på, at der kan foreligge instruktioner, som beskriver noget andet.

Det er dog lidt forskelligt, hvor formaliseret samarbejdet med lægerne er, og især hvem det er (lægen og/ eller terapeuten), der tager stilling til typen af genoptræningsplan: Almindelig, ambulantly genoptræning eller specialiseret, ambulantly genoptræning.

Forhold, der øver indflydelse på udarbejdelsen af genoptræningsplaner

På basis af fokusgruppeinterviewene med terapeuter henholdsvis læger fremgår det, at praksis ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner ikke er ensartet på de respektive hospitaler. Denne forskellighed gør sig gældende både med hensyn til hvornår (i betydningen "om"), der udarbejdes en genoptræningsplan, hvilket selvsagt har betydning for antallet af genoptræningsplaner og med hensyn til typen af genoptræningsplan (hvorvidt den er målrettet specialiseret, ambulantly genoptræning; almindelig, ambulantly genoptræning eller egentræning).

Der er flere forhold, som øver indflydelse på variationerne mellem diagnosegrupperne og inden for diagnosegrupperne. Størrelsesordenen af den samlede forklaringsgrad, og i hvilken grad de enkelte forhold kan forklare forskellighederne, kendes ikke.

- a. På nogle hospitaler udarbejdes der ikke genoptræningsplaner, hvis det vurderes, at patienterne kun skal have ambulante genoptræning ganske få gange. På baggrund af interviewene vurderes det, at denne praksis ikke forekommer på alle hospitaler.
- b. På nogle hospitaler indgår der en vurdering af kommunernes træningsfaciliteter og genoptræningskvalitet ved beslutningen om, hvorvidt der skal udarbejdes en genoptræningsplan målrettet specialiseret - eller almindelig, ambulante genoptræning.
- c. På et af hospitalerne bliver der udarbejdet specialiserede, ambulante genoptræningsplaner med henblik på, at terapeuterne skal udrede, hvorvidt der faktisk er behov for genoptræning på hospital.
- d. Det fremgår også, at der på et af hospitalerne udarbejdes specialiserede, ambulante genoptræningsplaner til patienter med slidgigt og primær hoftealloplastik, såfremt der skal foretages kontrol efter udskrivelse fra hospitalet. Disse genoptræningsplaner afføder imidlertid ikke efterfølgende ambulante genoptræning på hospital.
- e. Der er endvidere oplysninger om egentlige fejlregistreringer: På et af hospitalerne er der blevet udarbejdet forholdsvis mange genoptræningsplaner målrettet egentræning til konservativt rygbehandlede patienter, som ifølge oplysninger fra såvel læge som terapeut retteligen burde have været målrettet almindelig, ambulante genoptræning.

Ovenstående forhold skal betragtes som eksempler på forskellig praksis på hospitalerne, når der udarbejdes genoptræningsplaner. De kan følgelig bruges som udgangspunkt for det videre arbejde i Region Midtjylland med at gøre udarbejdelsen af genoptræningsplaner mere ensartet på tværs af hospitalerne.

1.2 Den ambulante genoptræningsaktivitet og de kommunale udgifter hertil

I det følgende præsenteres resultaterne, der vedrører genoptræningsaktiviteten på hospitalerne; det drejer sig om antal patienter, antal ambulante genoptræningsbesøg herunder det gennemsnitlige antal besøg og antal ambulante ydelser. Herefter følger en præsentation af de kommunale udgifter ved genoptræning på hospitalerne.

Antal patienter

Blandt borgerne i RM's kommuner var der i 2007 i alt 801 patienter, som fik ambulante genoptræning på hospital. Når der ses på aldersfordelingen fremgår det, at samlet set var 34 % af patienterne 41-60 år, mens 30 % tilhørte de 60+-årige. Af de 801 patienter var der 203 patienter (25 %), som fik specialiseret ambulante genoptræning, mens typen af genoptræning ikke fremgik for 533 (67 %) af de genoptrænede patienter.

Det viste sig ved udtrækkene fra LPR, at ingen patienter med slidgigt i hoften og primær hoftealloplastik rent faktisk fik specialiseret, ambulante genoptræning til trods for, at der er udarbejdet mere end 50 specialiserede genoptræningsplaner for denne diagnosegruppe. Herudover er det svært at vurdere, om der er overensstemmelse mellem antallet af specialiserede genoptræningsplaner og antal patienter, som har modtaget ambulante genoptræning på hospital, da der er forholdsvis mange patienter, hvor det ikke fremgår hvilken form for genoptræning, de har modtaget.

Samlet set var der i alt 137.251 patienter, som fik ambulante genoptræning i 2007 versus 116.074 patienter i 2006. Der er således sket en stigning i antallet af patienter fra 2006 til 2007 på 18 %. Antallet af patienter er steget i alle aldersgrupper. Se evt. Sammenfatningstabel 2, hvor antal patienter og antal besøg fremgår.

Antal genoptræningsbesøg

I alt har de 801 patienter fra de tre diagnosegrupper modtaget 2.965 ambulante genoptræningsbesøg i 2007, heraf er de 1.485 genoptræningsbesøg specialiseret, ambulante genoptræning (50 %), 508 er almindelig, ambulante genoptræning (17 %), mens 972 (33 %) af besøgene ikke er specificerede.

Samlet set var der i alt 381.268 ambulante genoptræningsbesøg i 2007 versus 361.505 besøg i 2006, dette svarer til en stigning på godt 5 %. Antallet af besøg er steget i alle aldersgrupper.

I Sammenfatningstabel 2 ses antal patienter og antal genoptræningsbesøg fordelt på diagnoser. Herudover fremgår det også, hvor stor en andel af patienterne, der har modtaget specialiseret genoptræning henholdsvis hvor stor en andel af genoptræningsbesøgene, der er specialiserede.

Sammenfatningstabel 2. Antal patienter og antal genoptræningsbesøg fordelt på diagnosegrupper. Region Midtjylland. 2007.

Diagnosegruppe	Antal		Spec. (%)	
	Patienter	Besøg	Patienter	Besøg
<i>De tre diagnosegrupper, samlet</i>	801	2.965	25	50
Apopleksi*	126	645	11	26
Konservativt rygbandlede patienter**	494	1.241	17	39
Patienter med korsbåndrekonstruktioner***	181	1.079	58	78
<i>Alle diagnoser</i>	137.251	381.268	5	15

Kilde: Landspatientregisteret pr 10. juli 2008.

§ Den mindste henholdsvis den største procentvise værdi på et af Region Midtjyllands hospitaler.

* ICD-10-koderne: DI63 og DI64.

** ICD-10-koderne: DM43.1, DM48.0 og DM51.

*** ICD-10-koderne: DM83.5.

Det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg

I gennemsnit har patienter fra de tre diagnosegrupper, som er blevet genoptrænet, haft 3,7 genoptræningsbesøg på hospital. Det er gennemgående for de tre diagnosegrupper, at det gennemsnitlige antal besøg er væsentligt mindre for patienter, hvor genoptræningstypen ikke er specificeret. Det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg er således 1,8 ved den uspecificerede, ambulante genoptræning versus 7,3 ved den specialiserede, ambulante genoptræning, henholdsvis 7,8 ved almindelig, ambulante genoptræning. Denne forskel kan ikke umiddelbart forklares.

Ved en betragtning af de diagnosespecifikke udtræk fremgår det, at det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg afhænger af diagnosegruppe samtidig med, at der inden for samme diagnosegruppe ses en vis variation hospitalerne imellem, se Sammenfatningstabel 3.

Af Sammenfatningstabel 3 fremgår det, at konservativt rygbehandlede patienter gennemsnitlig har haft færre genoptræningsbesøg end patienter med apopleksi henholdsvis patienter med korsbåndsrekonstruktioner. Og der er forholdsvis store variationer hospitalerne imellem inden for samme diagnosegruppe i forhold til det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg per genoptrænet patient, uanset om der ses på alle typer genoptræning, eller der kun ses på den specialiserede genoptræning. Størst er variationerne for patienter med apopleksi. Der gøres dog samtidig opmærksom på, at det er et forholdsvis lille materiale, hvorfor beregningerne bør betragtes med forsigtighed.

Det fremgår således af Sammenfatningstabel 3, at patienter med apopleksi i gennemsnit har haft 5,1 genoptræningsbesøg per patient, der genoptrænes. Hvis der alene ses på de specialiserede genoptræningsbesøg, har patienterne med apopleksi i gennemsnit haft 11,9 genoptræningsbesøg per genoptrænet patient med en variation mellem hospitalerne, der ligger inden for 4,0 – 16,5 genoptræningsbesøg per genoptrænet patient (fremgår af kolonnen "Ved spec. – Variation").

Sammenfatningstabel 3. Det gennemsnitlige antal ambulante genoptræningsbesøg på hospital per genoptrænet patient fordelt på diagnosegrupper. Region Midtjylland. 2007

Diagnosegruppe	Besøg per genoptrænet patient			
	Alle typer genoptræning		Ved spec.	
	Antal	Variation [§]	Antal	Variation [§]
De tre diagnosegrupper, samlet	3,7	1,0 - 9,0	7,3	2,0 - 13,2
Apopleksi*	5,1	1,0 - 16,7	11,9	4,0 - 16,5
Konservativt rygbehandlede patienter**	2,5	1,0 - 8,0	5,7	2,8 - 7,3
Patienter med korsbåndsrekonstruktioner***	6,0	1,0 - 9,0	8,0	2,0 - 14,2
Alle diagnoser	2,8	1,9 - 4,5	8,1	4,6 - 12,3

Kilde: Landspatientregisteret pr 10. juli 2008.

§ Den mindste henholdsvis den største procentvise værdi på et af Region Midtjyllands hospitaler.

* ICD-10-koderne: DI63 og DI64.

** ICD-10-koderne: DM43.1, DM48.0 og DM51.

*** ICD-10-koderne: DM83.5.

Samlet set har hver patient, som har modtaget ambulante genoptræning på hospital i 2007 i gennemsnit haft 2,8 ambulante genoptræningsbesøg på hospital versus 3,1 besøg i 2006. Det gennemsnitlige antal ambulante besøg per genoptrænet patient er faldet for alle aldersgrupper.

Antal genoptræningsydelser

Der blev i 2007 i alt registreret 3.657 ambulante genoptræningsydelser på hospitalerne til patienter fra de tre diagnosegrupper. I gennemsnit blev der givet 4,6 genoptræningsydelser per genoptrænet patient og 1,2 genoptræningsydelser per genoptræningsbesøg.

For alle patienter blev der i 2007 i alt registreret 87.725 ambulante genoptræningsydelser versus 103.807 i 2006. Dette svarer til et samlet fald på 15 % fra 2006 til 2007. Samlet set har hver patient, som har modtaget ambulante genoptræning fået 0,6 genoptræningsydelser i gennemsnit i 2007 versus 0,8 i 2006.

Kommunale udgifter til genoptræning på hospital

De kommunale udgifter til ambulantly genoptræning på hospital beløb sig i alt til 2,152 mio. kr. for de tre udvalgte diagnosegrupper i 2007. Heraf kan 965.000 kr. (45 %) tilskrives den specialiserede, ambulante genoptræning.

I gennemsnit kostede det kommunerne ca. 2.700 kr. i for hver patient, der blev genoptrænet på hospital fra de tre diagnosegrupper (variation 700 kr. – 4.600 kr.)

De samlede kommunale udgifter til ambulantly genoptræning på hospital beløb sig i 2007 til ca. 49,6 mio. kr., hvoraf knap 75 % kan tilskrives specialiseret, ambulantly genoptræning jf. Sammenfatningstabel 4. Når der beregnes omkostninger ved ambulantly genoptræning på hospital i 2006 baseret på genoptræningstakster for 2007, ses der et fald i udgifterne på knap 20 % fra 2006 til 2007 (fra 61,1 mio. kr. i 2006 til 49,6 mio. kr. i 2007).

Sammenfatningstabel 4. Kommunale udgifter til ambulantly genoptræning på hospital fordelt på diagnosegruppe. Region Midtjylland. 2007. Kr.

Diagnosegruppe	Kommunale udgifter		Gennemsnitlige udgifter per genoptrænet patient (kr.)	
	kr.	Andel spec. (%)	for alle ptt.	ved spec.
De tre diagnosegrupper, samlet	2.152.000	45	2.700	4.800
Apopleksi*	656.800	18	5.200	8.600
Konservativt rygbehandlede patienter**	798.600	38	1.600	3.600
Patienter med korsbåndrekonstruktioner***	692.200	78	3.800	5.100
Alle diagnoser	49.623.000	75	400	5.300

Kilde: Landspatientregisteret pr 10. juli 2008.

§ Den mindste henholdsvis den største procentvise værdi på et af Region Midtjyllands hospitaler.

* ICD-10-koderne: DI63 og DI64.

** ICD-10-koderne: DM43.1, DM48.0 og DM51.

*** ICD-10-koderne: DM83.5.

2. Genoptræningsaktiviteten i kommunerne og udgifterne herved

I det følgende præsenteres resultaterne, der vedrører den almindelige, ambulante genoptræningsaktivitet i kommunerne; det er opgjort i form af antal borgere, antal ambulante genoptræningsbesøg og herunder det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg samt antal ambulante ydelser. Herudover følger de kommunale udgifter til kommunal genoptræning.

Antal borgere

Der har i alt været 10.995 borgere, som i 2007 fik kommunal genoptræning i en af kommunerne i Region Midtjylland.

Antal genoptræningsbesøg

I 2007 udgjorde det samlede antal genoptræningsbesøg i kommunerne 119.400 genoptræningsbesøg². Næsten halvdelen af borgerne, der fik genoptræning, var 60+-årige borgere (48 %).

Gennemsnitlig har der i kommunerne været 10,9 genoptræningsbesøg per borger, der har modtaget kommunal genoptræning. Der ses også en forholdsvis stor variation i kommunerne med hensyn til det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg per genoptrænnet borger, idet der i kommunerne forekommer et spænd på 7,5 – 16,0 genoptræningsbesøg per genoptrænnet borger. Mere end halvdelen (53 %) af genoptræningsbesøgene forekom blandt de 60+-årige borgere.

Antal genoptræningsydelse

I gennemsnit har kommunerne registreret 11,4 genoptræningsydelser per borger, der modtog kommunal genoptræning (variation 6,6 – 20,8) og registreret 1,1 ydelse per genoptræningsbesøg. I nogle kommuner registreres der næsten dobbelt så mange ydelser i gennemsnit per genoptrænnet borger (mere end 20 genoptræningsydelser) i forhold til det gennemsnitlige antal for alle kommuner (11,4 genoptræningsydelser). Herudover bemærkes det, at der er meget stor divergens kommunerne imellem i forhold til antallet af hjemmebesøg. En forskel der ikke er betinget af kommunernes størrelse og de faktiske forhold, men måske snarere af den kommunale registreringspraksis.

Kommunale udgifter til kommunal genoptræning

Den kommunale genoptræning til almindelig, ambulans genoptræning beløb sig i alt til ca. 65 mio. kr. i 2007.

Den gennemsnitlige udgift i kommunerne er på 5.900 kr. per borger, der er genoptrænnet kommunalt (variation ca. 3.600 kr. - 10.700 kr. med en median på ca. 5.500 kr.). Når de kommunale udgifter opgøres per 1.000 indbyggere er gennemsnittet ca. 53.000 kr. per 1.000 indbyggere for alle kommunerne i Region Midtjylland (variation ca. 16.700 kr. – 130.700 kr. – medianen er ca. 65.300 kr.).

Som det ses er der også en meget stor divergens kommunerne imellem, både når der ses på genoptræningsaktiviteten (det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg) og på udgifterne til den kommunale genoptræning.

3. Kommunale udgifter til ambulans genoptræning samlet set

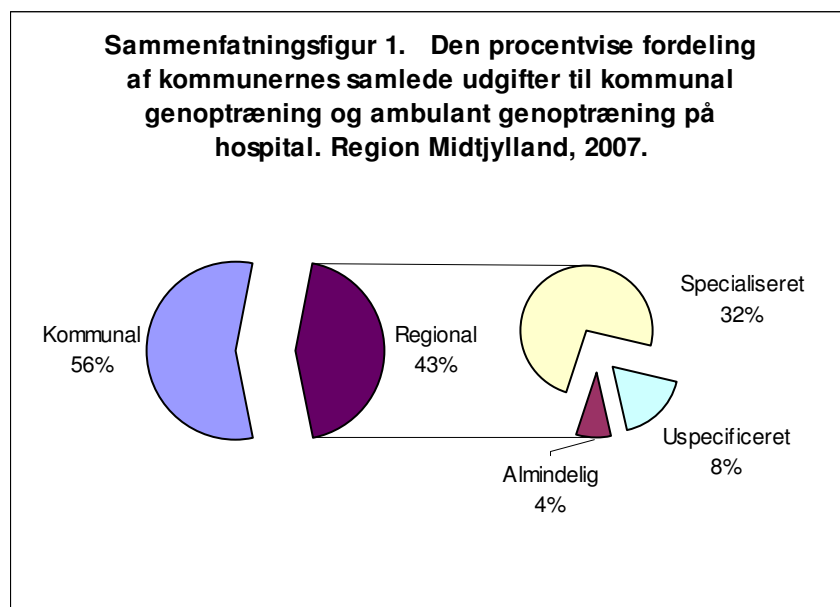
I 2007 beløb de samlede kommunale udgifter til ambulans genoptræning sig til 114,6 mio. kr. for kommunerne i Region Midtjylland; ca. 65,0 mio. kr. til kommunal genoptræning og 49,6 mio. kr. til finansiering af ambulans genoptræning på hospital. Hvor ambulans genoptræning på hospital i 2006 beløb sig til ca. 61,1 mio. kr., hvis man forsøger sig med en beregning heraf baseret på genoptræningstakster for 2007 (vel vidende at kommunerne i 2006 endnu ikke betalte for ambulans genoptræning på hospital).

Det skal i den forbindelse bemærkes, at kommunerne først fra 2007 har skullet registrere og rapportere deres genoptræningsydelser til SEI, hvorfor der formentlig er tale om en del usikkerhed på den kommunale registrering af genoptræningsaktiviteten. Det betyder, at der

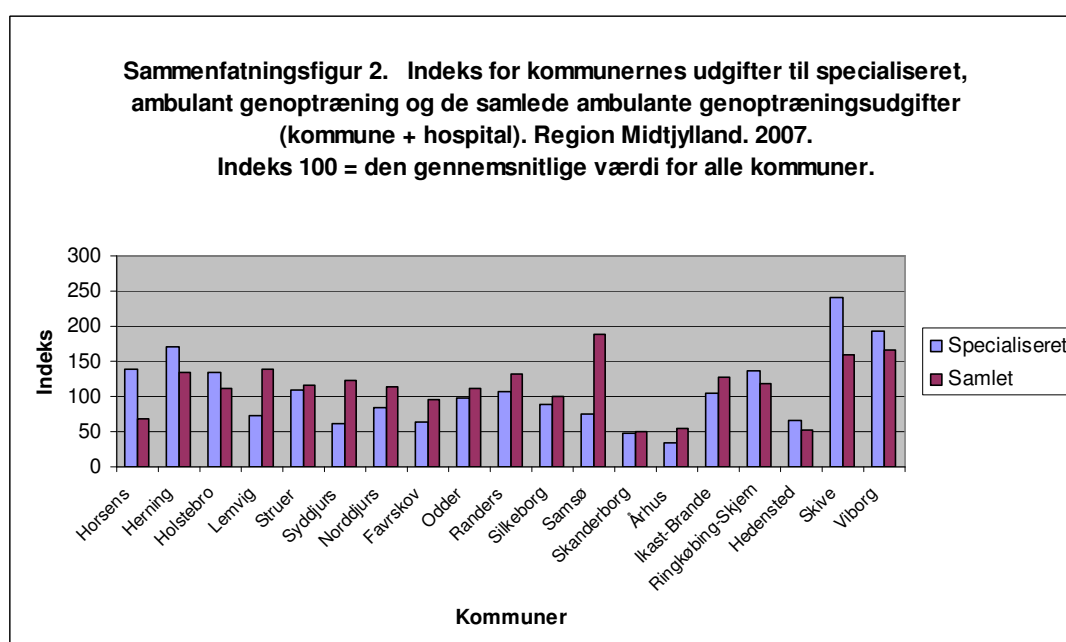
² Denne opgørelse omfatter al genoptræning i kommunerne uanset borgernes diagnose, da den kommunale genoptræning ikke kan opgøres diagnosespecifikt.

også er forbundet en vis usikkerhed på de estimerede kommunale udgifter til kommunal genoptræning.

Den procentvise fordeling på typen af genoptræning fremgår af Sammenfatningsfigur 1. Det ses, at 43 % af kommunernes samlede udgifter vedrører finansiering af genoptræning på hospital (betegnet regional i figuren), hvor 32 % kan tilskrives specialiseret, ambulans genoptræning, 4 % almindelig, ambulans genoptræning og 8 % er uspecificeret, ambulans genoptræning.



Af Sammenfatningsfigur 2 fremgår de respektive kommuners indbyrdes fordeling i forhold til udgifter per 1.000 indbyggere til henholdsvis specialiseret, ambulans genoptræning og de samlede udgifter til ambulans genoptræning (kommunal genoptræning + kommunal finansiering af genoptræning på hospital).



Det ses af sammenfatningsfigur 2, at Århus Kommune har færrest udgifter til specialiseret ambulans genoptræning per 1.000 indbyggere mens Skive Kommune har de højeste. Hvis der ses på de samlede udgifter per 1.000 indbyggere, så fremgår det at Skanderborg Kommune ligger lavest mens Samsø Kommune ligger højest.

Indeks 100 er fastsat som den gennemsnitlige værdi for alle kommuner, hvilket svarer til ca. 52.900 kr. per 1.000 indbyggere, når det drejer sig om kommunal genoptræning og ca. 40.400 kr. per 1.000 indbyggere ved ambulans genoptræning på hospital.

4. Kommunal afregning af ambulans genoptræning på hospital

I kommunerne har der været en vis divergens mellem afregningen af ambulans genoptræning på hospitalerne (varetages af Sundhedsstyrelsen på baggrund af hospitalernes indberetninger til Landspatientregisteret) og den afregning, kommunerne mente, der retteligen burde foregå.

På baggrund af interview i de udvalgte kommuner fremgår det, at Skive og Ikast-Brande Kommuner overordnet set har fået løst deres problemer med afregning for genoptræning på hospitalerne i 2007. Antallet af tilfælde, hvor Århus Kommune ikke har modtaget en genoptræningsplan - men er blevet afregnet herfor - ser ud til at være mindsket i 2008 sammenlignet med 2007.

5. Registreringspraksis på hospitalerne

På de tre udvalgte hospitaler har man i henhold til en udmelding fra Region Midtjylland så vidt muligt bestræbt sig på at fortsætte med at ydelsesregistrere, som man gjorde på hospitalerne inden 2007. Terapeuterne gør opmærksom på, at de generelt ikke skelner mellem hvilke koder, der udløser en afregning hos kommunerne.

Fra regional side er der i løbet af 2007 gjort en indsats for at ensarte registreringspraksis på tværs af hospitalerne. Dette arbejde er foregået i Sundheds-IT og regionsterapeutrådet.

Igen af de tre hospitaler har dog internt i afdelingerne faste procedurer til sikre, at der ydelsesregistreres ensartet på eget hospital inden for givne diagnosegrupper.

6. Samarbejde på tværs af sektorerne

I forbindelse med fokusgruppeinterviewene med de hospitalsansatte terapeuter og læger og interviewene i kommunerne fremkom der et par forhold vedrørende det tværsektorielle arbejde med genoptræningsplaner, som vurderes at kunne være til gensidig inspiration for regionens og kommunernes videre samarbejde om genoptræning.

De hospitalsansatte terapeuter er af den opfattelse, at samarbejdet med de kommunale terapeuter er blevet mindsket de senere år, idet de hospitalsansatte terapeuter som oftest ikke ved hvilken kommunal terapeut, der modtager genoptræningsplanen og efterfølgende skal overtage genoptræningen – dette ses som en følge af indførelsen af kommunale visitatorer. Dette opleves som en forringelse af samarbejdsvilkårene og kunne ønskes bedret.

Samtidig giver en læge udtryk for, at det er en svaghed ved genoptræningsplanerne, at højt specialiserede hospitalsterapeuter, som har viden inden for et givent felt, ikke må give anvisninger på genoptræningsmetoder til de kommunalt ansatte terapeuter i genoptræningsplanerne. Dette er imidlertid en følge af de seneste centrale præciseringer i retningslinjerne for udarbejdelse genoptræningsplaner.

I en af kommunerne anføres det, at der blandt nogle læger tilsyneladende er taget en generel beslutning om, at patienter, der er benamputerede får genoptræningsplaner, der målrettet specialiseret, ambulante genoptræning. Dette menes at være i modstrid med aftalerne på området og findes utilfredsstillende.

I de tre udvalgte kommuner er der et udtalt ønske om, at genoptræningsplanerne udfyldes med diagnosekoder. Dernæst efterspørges det, at hospitalerne giver oplysning om/ eventuelt genfremsender genoptræningsplanen, så kommunerne er vidende om, hvornår patienterne overgår fra specialiseret, ambulante genoptræning til almindelig, ambulante genoptræning.

Andet steds i regionen finder man det utilfredsstillende, at borgerne i kommunen udsættes for et ulige serviceniveau, idet antallet af genoptræningsplaner er næsten dobbelt så stort per 1.000 indbyggere ved sammenligning af to distrikter i samme kommune; man vurderer i kommunen, at dette er betinget af hospitalernes forskellige praksis med hensyn til udarbejdelsen af genoptræningsplaner.

Konklusion

Den ambulante genoptræningsaktivitet på hospitalerne i Region Midtjylland er steget fra 2006 til 2007:

- Antallet af ambulante patienter, som har modtaget genoptræning i 2007 er steget med 18 %; fra ca. 116.100 patienter til ca. 137.300 patienter.
- Mens antallet af genoptræningsbesøg "kun" er steget med godt 5 %; fra ca. 361.500 ambulante genoptræningsbesøg til ca. 381.300 genoptræningsbesøg.
- Det betyder, at det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg per patient, der har modtaget ambulante genoptræning på hospital er faldet fra 3,1 besøg i 2006 til 2,8 besøg i 2007.

Samlet set er de kommunale udgifter til ambulante genoptræning på hospital faldet fra ca. 61,1 mio. kr. i 2006 til ca. 49,6 mio. kr. i 2007, når man forsøger at opgøre de kommunale omkostninger, som jo reelt ikke har været der, på basis af genoptræningstakster for 2007.

Fokus på 2007

Det kan konstateres:

- At der er forskellig praksis hospitalerne imellem både med hensyn til *hvornår* (i betydningen "om") der udarbejdes genoptræningsplaner og i forhold til *typen af genoptræningsplaner*.
- Der er fundet forholdsvis stor variation i den registrerede genoptræningsaktivitet: Det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg per genoptrænet patient varierer *mellem de udvalgte diagnosegrupper*. Der ses ligeledes en forholdsvis stor variation *inden for samme diagnosegruppe*, når det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg per genoptrænet patient opgøres på de enkelte hospitaler.
- Der er også fundet stor variation kommunerne imellem i det gennemsnitlige antal genoptræningsbesøg per genoptrænet borger, det er dog ikke muligt at opgøre dette diagnosespecifikt.
- Endelig kan det konstateres, at der som følge af ovenfor omtalte variationer også er en vis variation mellem kommunerne, når kommunernes gennemsnitlige udgifter til ambulante genoptræning på hospital opgøres per genoptrænet patient fra en af de tre diagnosegrupper. Men variationen mellem kommunerne er endnu

større, når de kommunale gennemsnitlige udgifter ved almindelig, ambulat genoptræning (kommunal genoptræning) beregnes. Se eventuelt nedenstående faktaboks.

Faktaboks.

De kommunale udgifter til specialiseret og almindelig, ambulat genoptræning. Region Midtjylland, 2007.

De kommunale udgifter til ambulat genoptræning på hospital beløb sig til ca. 49,6 mio. kr.

De kommunale udgifter til ambulat genoptræning på hospital beløb sig i alt til 2,152 mio. kr. for de tre undersøgte diagnosegrupper.

I gennemsnit kostede det kommunerne ca. 2.700 kr. for hver patient, der blev genoptrænet på hospital fra de tre diagnosegrupper (variation 700 kr. - 6.500 kr.). Hvor de gennemsnitlige udgifter til konservativt rygbehandlede patienter beløb sig til ca. 1.600 kr., og udgifterne til patienter med korsbåndsrekonstruktioner henholdsvis apopleksi beløb sig til ca. 3.800 kr. henholdsvis 5.200 kr.

Den kommunale genoptræning beløb sig i alt til ca. 65 mio. kr.

I gennemsnit kostede det kommunerne ca. 5.900 kr. per borger, der er genoptrænet kommunalt (variation ca. 3.600 kr. - 10.700 kr. med en median på ca. 5.500 kr.) og ca. 53.000 kr. per 1.000 indbyggere (variation ca. 16.700 kr. - 130.700 kr. - medianen er ca. 65.300 kr.).

Der er tre væsentlige faktorer, som vurderes både at øve indflydelse på variationen af genoptræningsplaner og den efterfølgende genoptræning på hospitalerne:

- At der er forskellige faglige tilgange blandt såvel læger som terapeuter.
- At vurderingen af *hvorvidt* der skal udarbejdes en genoptræningsplan, såvel som *hvor* genoptræningen skal foregå, og *hvornår* den kan afsluttes beror på individuelle vurderinger hos læger/ terapeuter.
- At registreringspraksis er forskellig.

De samme forklaringsfaktorer gør sig formentlig også gældende i kommunerne, men dette kan ikke afgøres på grundlag af nærværende analyse.

Endelig kan det konstateres, at diskrepansen mellem de genoptræningsplaner kommunerne modtager og den aktivitet, de afregnes for via Sundhedsstyrelsen er minimeret.

Der gøres opmærksom på, at kommunernes eventuelle forskellige i borgernes sociale forhold, livsstilsvaner osv. ikke indgår i undersøgelsen.

Forslag til forbedringer

Nedenfor følger en række af forslag til forbedringer af samarbejdet hospitalerne og kommunerne imellem i forhold til genoptræning. Der gøres opmærksom på, at forslagene ikke er prioriterede men opstillet inden for fire områder, samtidig med, at der i nogle tilfælde gives flere forslag, der vedrører samme problematik. Herudover kan det i nogle tilfælde også være nødvendigt at læse dele af rapporten for til fulde at kunne forstå det berettigede i et givent forslag, da ikke alle facetter af genoptræningsområdet er beskrevet i sammenfatningen. Det skal desuden bemærkes, at det selvsagt er op til regionen og kommunerne at beslutte, om de vil forsøge at efterkomme forslagene.

Udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplaner:

Det foreslås, at

1. der rettes en øget opmærksomhed på hvornår og hvilken type genoptræningsplan, der udarbejdes på de enkelte hospitaler.
2. der rettes en øget opmærksomhed på indarbejdelse af faste procedurer for fremsendelse af genoptræningsplaner.
3. der i de kommende elektroniske genoptræningsplaner indarbejdes en form for "skal"-felter som skal være udfyldt inden genoptræningsplanen kan udskrives/ fremsendes elektronisk. Herunder at der eksempelvis er sat et kryds i feltet for typen af genoptræningsplan, og diagnosekoderne er anført.
4. der arbejdes på, hvorledes terapeuternes arbejde med at udfylde genoptræningsplaner kan lettes, eksempelvis ved at flest mulige stamdata hentes automatisk ind i genoptræningsplanerne.
5. det vurderes, om det generelt er muligt at fremsende en kopi af eksempelvis operationsbeskrivelsen til de kommunale terapeuter i relation til fremsendelsen af genoptræningsplanen – under forudsætning af at patienten giver sin tilladelse hertil.
6. øge fokus på det forhold, at genoptræningsplanerne skal skrives i samarbejde med patienterne.

Specialiseret versus almindelig ambulant genoptræning:

Det foreslås, at

1. man i Region Midtjylland får drøftet og kommunikeret ud til hospitalerne, hvornår der bør udarbejdes en genoptræningsplan målrettet specialiseret, ambulant genoptræning versus almindelig, ambulant genoptræning, herunder hvis patienterne alene skal undersøges/ vurderes eller til kontrol ved en hospitalsterapeut.
2. regionshospitalerne gennemgår deres registreringer i forhold til typen af genoptræningsplaner, der udarbejdes inden for de fire udvalgte diagnosegrupper.

Registreringspraksis på hospitalerne og i kommunerne:

Det foreslås, at

1. Region Midtjylland sammen med Sundhedsstyrelsen undersøger og overvejer muligheden for at implementere en form for "stop" i LPR i fald, at der på hospitalerne sættes en slutkode, uden at der er registreret en kode for "udarbejdelse af en genoptræningsplan".

2. Region Midtjylland og kommunerne får drøftet, om de vil sende en opfordring til SST om, at kommunerne kun bliver afregnet for genoptræning, i fald der både er registeret en start- og en slutkode samt en kode for "udarbejdelse af en genoptræningsplan". Der er viden om, at dette ikke kan lade sig gøre på nuværende tidspunkt. En sådan praksis vil formentlig kunne medvirke til at mindske diskrepansen mellem det antal patienter, som kommunerne bliver afregnet for og det antal genoptræningsplaner, som de modtager.
3. der fortsat arbejdes med udvikling af ensartet registreringspraksis på hospitalerne.
4. man i Region Midtjylland gør sig overvejelser over, om man vil implementere en form for kvalitetssikring af genoptræningsydelse og registreringer for specialiseret genoptræning, i fald man fortsat ønsker at udarbejde sammenlignende analyser på tværs af hospitalerne.
5. man i kommunerne i Region Midtjylland gør sig overvejelser over, om man vil implementere en form for kvalitetssikring af genoptræningsydelse og registreringer på genoptræningsområdet, i fald man i fremtiden ønsker at udarbejde sammenlignende analyser på tværs af kommunerne.

Samarbejde på tværs af sektorer

Det foreslås at

1. Region Midtjylland og kommunerne får drøftet og besluttet hvilke handerveje, der kan tages i anvendelse, hvis hospitalslæger/ og eller hospitalsansatte terapeuter får en opfattelse af, at den kommunale genoptræning ikke er tilstrækkelig kvalificeret – enten på grund af manglende faciliteter eller på grund af manglende faglig kompetence i en given kommune.
2. kommunerne overvejer, hvorledes hospitalsterapeuternes kommunikation med de kommunale terapeuter kan lettes. Således at det i videre udstrækning er muligt at kommunikere direkte fra terapeut til terapeut på tværs af sektorerne og til gavn for patienterne.

Perspektivering

Genoptræningsområdet har længe været et erkendt problemområde i sundhedsvæsenet, hvilket betyder, at der inden for de seneste år har været foretaget en række lovgivningsmæssige ændringer. Senest har man med strukturreformen ændret opgave- og ansvarsfordelingen mellem sektorerne. Myndighedsansvaret på det ambulante genoptræningsområde er således entydigt placeret hos kommunerne, mens driftsansvaret er blevet delt mellem regioner og kommuner.

Kommunerne skal efter strukturreformen varetage genoptræning af almindelig, ambulante genoptræning. En genoptræning, som finder sted efter en forudgående genoptræningsplan, som udarbejdes af hospitalerne (regionen). Herudover skal kommunerne finansiere den specialiserede, ambulante genoptræning, som varetages af og finder sted på hospitalerne. Kommunerne har imidlertid ingen indflydelse på antal og typen af genoptræningsplaner (specialiseret, ambulante genoptræning; almindelig, ambulante genoptræning eller egentræning) og ej heller på omfanget af den specialiserede, ambulante genoptræning.

Nærværende analyse har både skullet afklare og om muligt forklare udviklingen i den ambulante genoptræningsaktivitet i et samspil med såvel Region Midtjylland som kommunerne i regionen og Sundhedsstyrelsen. Med mange parter involveret i en beslutningsproces er der altid en vis risiko for, at arbejdsgangene kommer til at tage forholdsvis lang tid. Det betyder, at "virkeligheden" i en vis forstand kan komme til at overhale resultater, der baserer sig på registerdata, idet der altid er en vis latenz fra en genoptræningsplan eller et genoptræningsbesøg har fundet sted til, den/ det kan indgå i en opgørelse. Når man arbejder med et felt som genoptræningsområdet, der har været og er i hastig udvikling, er denne risiko altid til stede.

At genoptræningsområdet er i rivende udvikling kunne konstateres på det seneste referencegruppemøde i januar 2009. En del af opgørelserne blev allerede anset for "historiske", idet nogle af referencegruppen medlemmer var vidende om, at genoptræningspraksis allerede har flyttet sig: "Virkeligheden" og dermed data ser anderledes ud, hvis kørslerne og interviewene blev foretaget "i dag". Det kunne herudover konstateres, at en del af forslagene til forbedringer på genoptræningsområdet er undervejs eller effektueret.

I regi af Sundheds- IT og regionsterapeutrådet har Region Midtjylland således siden strukturreformen haft nedsat arbejdsgrupper, som fortløbende har arbejdet med at ensrette registreringspraksis på tværs af hospitalerne og det kommunale genoptræningsområde. Det har eksempelvis resulteret i et snitfladekatalog og en kodehåndbog. I den seneste sundhedsaftale, er der endvidere foretaget præciseringer af omstændighederne ved udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Endelig kan det nævnes at genoptræningsplaner, der kan fremsendes elektronisk til kommunerne er snart forestående.

Denne afrapportering skal altså betragtes som en form for spejlbillede af, hvordan det ambulante genoptræningsområde så ud i 2007 i Region Midtjylland. Den kan ses som et godt grundlag for at få afkræftet eller bekræftet nogle af de forventninger/ forestillinger, der måtte have været inden afrapporteringen: Det være sig i forhold til udviklingen af den ambulante genoptræning på hospitalerne, antal genoptræningsplaner samt genoptræningsaktivitetens fordeling på specialiseret henholdsvis almindelig, ambulante genoptræning – og ikke mindst den kommunale økonomi på området. Herudover kan afrapporteringen ses som en vigtig brik for regionen og kommunerne, når der næste gang skal foretages en mere detaljeret monitorering af genoptræningsområdet – end den der kommer kvartalsvis fra Sundhedsstyrelsen.

Det kan herudover anbefales, at hvis man ønsker at minimere eventuelle variationer på tværs af hospitalerne, når det drejer sig om den ambulante genoptræningsaktivitet og de forbundne omkostninger herved, så bør man lægge diagnosespecifikke kørsler til grund, idet det på basis af nærværende resultater kan konstateres, at der både er variation inden for og mellem diagnosegrupperne. Disse bør om muligt suppleres med informationer af kvalitativ karakter.