

Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012

▪ Marts 2013



En programevaluering af resultater og erfaringer fra 28 projekter i Region Midtjylland finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

▪ Selvevalueringer

**Forstærket indsats for mennesker med kronisk sygdom 2010-12
Region Midtjylland**

- selvevalueringer fra 28 projekter

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013

URL: <http://www.cfk.rm.dk/>

Udgivet af: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, marts 2013

Redaktion:

Specialkonsulent Birthe Hellqvist Dahl

Konsulent Pernille Bjørnholt Nielsen

Konsulent Lisbeth Ørtenblad

Konsulent Jesper Buchholdt Gjørup (ansvarshavende)

Selvevalueringerne er skrevet af over 30 forskellige projektledere

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling Sundhed

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 78 41 40 00

E-mail: cfk@rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser

Forord

Denne rapport er en samling af 31 selvevalueringer, som er udarbejdet i Region Midtjylland i efteråret 2012. Selvevalueringerne handler om 28 projekter, som har fået penge fra to statslige puljer i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats overfor mennesker med kronisk sygdom.

Selvevalueringerne er i perioden december 2012- marts 2013, brugt som grundlag for en ekstern vurdering af projekterne som er forestået af CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Læs de eksterne vurderinger og tværgående analyser i rapporten: "Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012. En programevaluering af resultater og erfaringer fra 28 projekter i Region Midtjylland finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sammenfatning og konklusioner. Tværgående analyser. Eksterne vurderinger af de enkelte projekter", CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland marts 2013.

15 projekters selvevaluering er også slutrapporter til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:

Afsluttede projekter finansieret af puljen vedrørende forløbsprogrammer

1	Viden- og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)	Regionshospitalet Randers og Grenaa
2	Udgående funktion på KOL-området – undervisning i hjemmeplejen og almen praksis	Aarhus Universitetshospital
3	Telemedicinsk specialbistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre og regionshospitalet i Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital
4	Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særligt fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte	Hospitalsenheden Vest
5	Udgående funktion for type 2 diabetes	Aarhus Universitetshospital
6	Koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes	Hospitalsenh. Midt – Viborg
7	Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes	Regionshospitalet Randers og Grenaa
8	Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin	Aarhus Universitetshospital
10	Tværsektorielt samarbejde om udvikling og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering	Regionshospitalet Randers og Grenaa
11	Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering	Hospitalsen.Midt – Silkeborg
13	Lænderygmerter – et litteraturstudie af bedste viden på området	CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
18	Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kroniske sygdomme	CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Afsluttede projekter finansieret af puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling

20	Sundhedspædagogiske uddannelsesforløb	CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
24	Udvikling af tværfaglig og tværsektoriel database for hjertepatienter	Aarhus Universitetshospital
26	Etablering af diabetesskole	Hospitalsenhed Midt – Silkeborg

De øvrige projekters selvevalueringer er statusrapporter til ministeriet.

Indholdsfortegnelse

PROJEKT 1 **1**

Selvevaluering af "Viden- og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) med specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL tilknyttet teamet på lungemedicinsk afsnit på Regionshospitalet Randers og Grenaa" 1

PROJEKT 2 **7**

Selvevaluering for "Undervisningstilbud indenfor KOL – området til klinikpersonalet i almen praksis. – Projektbeskrivelse for sygeplejerske med udgående funktion i forbindelse med implementering af Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) i Aarhus kommune i Region Midtjylland" (Aarhus Universitetshospital) 7

PROJEKT 3 **19**

Selvevaluering af "Telemedicinsk specialistbistand ved behandling af patienter med diabetiske fodsår i almen praksis, kommunerne og på regionshospitalet i Region Midtjylland" 19

Bilag 1 - Resultater fra spørgeskemaet 29

Bilag 2 - Score system: søjlediagram 34

PROJEKT 4 **35**

Selvevaluering af "Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særlig fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte" (Hospitalsenhed Vest) 35

PROJEKT 5 **41**

Selvevaluering af "Diabeteskonsulent. Type 2 Diabetes i Almen Praksis. (Forstærket indsats for kronisk syge patienter)" (Aarhus Universitetshospital) 41

PROJEKT 6 **53**

Selvevaluering af "Forløbsprogram for type 2 diabetes - koordinerende sygeplejerske" (Hospitalsenheden Midt) 53

PROJEKT 7 **73**

Selvevaluering af "Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes med diabetessygeplejerske tilknyttet Endokrinologisk Klinik på Regionshospitalet Randers og Grenaa" 73

PROJEKT 8 **79**

Selvevaluering af "Delprojekt: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af fysisk træning i hjerterehabilitering." 79

(Aarhus Universitetshospital) 79

PROJEKT 8 **93**

Selvevaluering af "Delprojekt: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af diætisk- og sygeplejefaglig intervention i hjerterehabilitering" (Aarhus Universitetshospital) 93

PROJEKT 8	105
Selvevaluering af "Hjerterehabilitering – mener du fysisk træning?" (Aarhus Universitetshospital)	105 105
PROJEKT 9	111
Selvevaluering af "Individuel vejledning til patienter med særlige behov for hjerterehabilitering ved Regionshospitalet Viborg." (Hospitalsenhed Midt)	111 111
PROJEKT 10	119
Selvevaluering af "Projekt Hjerterehabilitering – Tværsektorielt samarbejde om udvikling af et sammenhængende og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb og etablering af individuel tilpasset hjerterehabilitering for patienter med AKS" (Regionshospitalet Randers)	119 119
PROJEKT 11	133
Selvevaluering af "Hjerterehabilitering på Regionshospitalet i Silkeborg (Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering)" (Hospitalsenhed Midt)	133 133
PROJEKT 12	151
Selvevaluering af Shared care rehabilitering efter Akut Koronar Syndrom (Oprindelig titel: Udvikling af shared care-model for et tværsektorielt rehbiliteringsforløb for patienter med AKS) (Aarhus Universitetshospital)	151 151
PROJEKT 13	159
Selvevaluering af "Lænderygsmærter – et litteraturstudie af bedste viden på området" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)	159 159
PROJEKT 14	163
Selvevaluering af "Kronikerkompasset (Omstilling i almen praksis)" (Nære Sundhedstilbud)	163 163
PROJEKT 15	175
Selvevaluering af "Projekt Klinisk Farmaci i Almen Praksis (Forstærket farmaceutisk indsats for patienter med komplekse medicinordinationer)" Nære Sundhedstilbud	175 175
PROJEKT 16	183
Selvevaluering af "Projekt Kronikerdata (Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland)" (Nære Sundhedstilbud)	183 183
PROJEKT 17	197
Selvevaluering af "Opfølgende hjemmebesøg" (Opfølgende hjemmebesøg - et udrulningsprojekt)" (Nære Sundhedstilbud)	197 197
PROJEKT 18	207
Selvevaluering af "Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kronisk sygdom"	207 207

(CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)	207
PROJEKT 19	213
Selvevaluering af "En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012" (Hospitalsenheden Horsens)	213
PROJEKT 20	227
Selvevaluering af "Sundhedspædagogisk uddannelsesforløb" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)	227
PROJEKT 21	235
Selvevaluering af "Monitorering og evaluering af patientuddannelser - MoEva" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)	235
PROJEKT 22	247
Selvevaluering af "LM – REHAB – Effekt af Læring og Mestring i hjerteREHABilitering. Et randomiseret kontrolleret parallelgruppe-studie" (Hospitalsenhed Vest)	247
PROJEKT 23	255
Selvevaluering af "Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin." (Aarhus Universitetshospital)	255
PROJEKT 24	263
Selvevaluering af "Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsdatabase for kirurgiske og medicinske hjertepatienter." (Aarhus Universitetshospital)	263
PROJEKT 25	287
Selvevaluering af "Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL" (Hospitalsenhed Midt)	287
PROJEKT 26	297
Selvevaluering af "Etablering af diabetesskole" (Hospitalsenhed Midt)	297
PROJEKT 27	303
Selvevaluering af "Udbredelse af selvstyret AK-behandling"	303
PROJEKT 27	309
Selvevaluering af "Udbredelse af selvstyret AK-behandling til Hospitalsenheden Vest"	309
PROJEKT 28	315
Selvevaluering af "Telemedicinsk service til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Et klinisk randomiseret, kontrolleret studie til vurdering af den kliniske effekt og de økonomiske konsekvenser af telemedicinsk service" (Hospitalsenhed Midt)	315

Projekt 1

Selvevaluering af "Viden- og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) med specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL tilknyttet teamet på lungemedicinsk afsnit på Regionshospitalet Randers og Grenaa"

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Lungemedicinsk afsnit, Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Randers.

Projektnummer

54698/1

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Viden- og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) med specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL tilknyttet teamet på lungemedicinsk afsnit på Regionshospitalet Randers og Grenaa.

Projektleders navn og kontaktinformation

Terje Erdal Knudsen
Overlæge
Medicinsk afdeling
Regionshospitalet Randers
terjknud@rm.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer Projekt 1	X	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	
--------------------------------	---	------------------------------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

30-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning	31-12-2012	Dato for forventet afslutning	31-12-2012

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Optimeret KOL behandling i egen afdeling med tværfaglig KOL team konferencer og KOL ambulatorium.

Optimering af KOL behandling på tværs af afdelinger med "flyvende" KOL sygeplejerske.

Implementering af KOL forløbsprogram ved deltagelse i Implementeringsgruppen vedrørende KOL og Kroniker togmøder vedrørende KOL.

Implementering af KOL forløbsprogrammet ved undervisning af plejepersonale i kommunerne samt praksis sygeplejersker.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Ved ansættelse af specialeuddannet sygeplejerske indenfor KOL at øge fokus på KOL og bedre behandlingen af KOL generelt på sygehuset samt bedre kontakt og overgange vedrørende KOL patienter til samarbejdende kommuner og almen praksis.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Velfungerende KOL sygeplejerske etableret med eget KOL ambulatorium med reference til speciallæge i lungemedicin. Her ses gennemsnitligt 8 ptt om ugen. Disse er såvel kontroller samt nyhenviste fra e.l.

Endvidere udgående funktion i lungemedicinsk afsnit, men i høj grad også andre afsnit og afdelinger på Regionshospitalet Randers.

Udtalt optimeret behandling af KOL patienter på øvrige medicinske afsnit, akut modtageafsnittet og kirurgiske afdelinger ved at KOL sygeplejersken vurderer patienterne og herunder udfører spirometri (lungefunktionsundersøgelse). Desuden vurderes KOL patienten ift. medicinering, egenomsorg samt træning og sygdomshåndtering. Der tilses ca. 35 ptt. om måneden.

De tilbydes et follow up besøg i KOL ambulatoriet efter individuel vurdering.

Med udgangspunkt i KOL sygeplejersken etableret tværfaglige KOL team konferencer i lungemedicinsk afsnit.

Der er øget samarbejde med kommuner og almen praksis vedrørende KOL patienter i henhold til forløbsprogram for KOL med speciel fokus på lungetræningshold/rehabilitering. KOL sygeplejersken underviser på lungetræningshold såvel på sygehuset ca. 4 hold/år og i Randers Kommune med ca. 6 hold/år..

Desuden fungerer KOL sygeplejersken som hotline for akutte telefon

henvendelser/forespørgsler fra praksis og/eller kommunen med reference til speciallæge i hht. forløbsprogrammet.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet har levet op til formålet og de i projektbeskrivelsen opstillede mål. Ved kvalitative interview af samarbejdspartnere på specielt sygehusets andre afdelinger og Randers Kommune evalueres KOL sygeplejerske ordningen meget højt. Patientevalueringer er også positive.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Projektet har indfriet de forventede resultater. Især meget gode erfaringer med at KOL sygeplejersken vurderer og i samråd med speciallæger i lungemedicin behandler KOL patienter på andre medicinske afsnit, i akut afdelingen og de kirurgiske afdelinger. Dette har i høj grad øget fokus på problemstillingerne ved den indlagte KOL patient samt øget kvaliteten af plejen/behandlingen.

De største udfordringer har været at få inddraget de kirurgiske afsnit. De har dog med tiden kunnet se fordelene i at modtage kvalificeret hjælp og benytter sig i dag i højere grad af tilbuddet end ved opstart af projektet.

KOL patienten giver udtryk for de føler sammenhæng i deres behandling, ved at møde KOL sygeplejersken under hver indlæggelse, samt have et forløb i KOL ambulatoriet, som e.l. også kan referere til.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

De økonomiske udgifter har været indkøb af transportabelt spirometer og lønudgifter til sygeplejerske (30 timer ugentligt).

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

KOL sygeplejerske ordningen videreføres og forventes udbygget med flere sygeplejersketimer.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Ved erfaringsudveksling og vidensdeling lokalt i lungemedicinske og ledelsesmæssige kredse udbredes successen med projektet og især de gode erfaringer med opgaveglidninger til specialeuddannet sygeplejerske.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Fremgår af det tidligere skrevne.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	Ja	Ja
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	++	Ja	Ja
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	++	Ja	Ja
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+++	Ja	Ja
5. Bedre patientforløb	++	Ja	Ja
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+	Ja	Ja
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++	Ja	Ja
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	++	Ja	Ja
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	++		Ja
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	++	Ja	Ja
15. Bedre patientoplevelse i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket	++		Ja
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	++		Ja
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	++		Ja
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++		Ja
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			

27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	+		Ja
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			

Projekt 2

Selvevaluering for "Undervisningstilbud indenfor KOL – området til klinikpersonalet i almen praksis. – Projektbeskrivelse for sygeplejerske med udgående funktion i forbindelse med implementering af Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) i Aarhus kommune i Region Midtjylland" (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland. Lungemedicinsk Ambulatorium, Aarhus Universitetshospital. Nørrebrogade 44 8000 Aarhus C.

Projektnummer

Projekt 2 i det overordnede Projekt nr. 54698 vedrørende implementering af forløbsprogrammer i Region Midt.

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Projektets arbejdstitel:

Undervisningstilbud indenfor KOL – området til klinikpersonalet i almen praksis.

– Projektbeskrivelse for sygeplejerske med udgående funktion i forbindelse med implementering af Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) i Aarhus kommune i Region Midtjylland.

Projektleders navn og kontaktinformation,

Projektsygeplejerske: Maiken Breum, maiken.breum@aarhus.rm.dk

Speciallæge: Anders Løkke Ottesen, andeotte@rm.dk

Administrerende Overlæge: Pernille Hauschildt, pernhaus@rm.dk

(Fremover nævnt som MB, AL og PH)

Ovennævnte er alle ansat på Lungemedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. Lungemedicinsk Ambulatorium telefonnummer 78 46 20 93 (9 – 12)

Projektet er omtalt på www.praksispersonale.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	X	Patientundervisning og egenomsorg	
-------------------	---	-----------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning	31.12.2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet tager udgangspunkt i det regionale forløbsprogram for KOL, der har til formål at

- sikre en kontinuerlig indsats på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet – almen praksis, kommuner og hospitaler.

- sikre en fælles standard for behandling, kontrol og rehabilitering, herunder patienttilrettet forebyggelse af patienter med KOL

- sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats

- sikre fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer.

Ligeledes tager projektet udgangspunkt i regionens ønske om et "proaktivt sundhedsvæsen, hvor der lægges vægt på at medvirke til tidlig opsporing samt forebyggelse af progression i sygdommen og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer." (1)

Projektet tager endvidere udgangspunkt i regionens strategier vedrørende kronisk sygdom, hvor egenomsorg beskrives som et af de vigtigste områder og hvor indsatsen skal forebygge akutte episoder, komplikationer og at sygdommen udvikler sig yderligere. (2)

Projektet har haft et samarbejde til andre projekter i Regionen:

- Kronikerkompasset, - dialog med de involverede undervisere på KOL området, videregivelse af information om kommende undervisningstilbud fra Regionen til klinikpersonalet i praksis og deltagelse i de opfølgende stormøder i Aarhus i foråret 2012.

- Projekt der arbejder med kvalitet og lægemidler i Region Midtjylland og blandt andet arbejder med kompetenceudvikling af personale i almen praksis. – Dialog om udfordringer i forhold til medicinering af borgere med KOL i almen praksis.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Oprindeligt var projektet tænkt som et tilbud der skulle rettes mod både hjemmeplejen og almen praksis i Aarhus kommune (bilag 1) samt omfatte både en læge og en sygeplejerske. Det viste sig dog, at der allerede eksisterede et undervisningstilbud til hjemmeplejen iværksat af personale fra SundhedsCentret i Århus (nu Folkesundhed Aarhus). Ledelsen på Lungemedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital besluttede derfor, i fællesskab med praksiskonsulent, Mogens Jakobsen, at projektet i stedet udelukkende skulle fokusere på undervisning af klinikpersonalet i almen praksis i Aarhus Kommune. Endvidere besluttede

ledelsen, at projektet skulle varetages af én sygeplejerske, MB, ansat 15 timer ugentligt, - svarende til 2 ugedage.

I maj 2010 udgjorde antallet af praksis i Aarhus Kommune 123 og i juli 2012 var antallet af praksis 117, idet flere praksis er lukket, nogle praksis har dannet kompagniskab med andre praksis, mens andre er flyttet.

- Derudover har projektet haft kontakt med 3 praksis udenfor kommunen, nemlig i Hadsten, Skovby og Hinnerup.

Da det i en praksis oftest er klinikpersonalet, der udfører spirometri undersøgelsen og varetager års-kontrol af borgere med KOL, er klinikpersonalet valgt som den primære målgruppe. Klinikpersonale ansat i almen praksis viser sig at have en meget forskellig uddannelsesbaggrund. - Af de praksis der har haft kontakt med projektet, var klinikpersonalet for langt de flestes vedkommende sygeplejersker, men også en bioanalytiker, lægesekretærer og social- og sundhedsassistenter fungerer som klinikpersonale i en praksis.(bilag 2+3)

Formål

- sammen med de andre tilbud indenfor KOL området i Region Midtjylland at medvirke til at bygge bro mellem hospital og almen praksis. Ved at give dette undervisningstilbud, har projektet til hensigt at bedre det enkelte klinikpersonales viden og kompetencer indenfor KOL området, således at den enkelte patient med KOL oplever systematik, kontinuitet og samarbejde mellem sektorerne. Undervisningen tilstræbes at være planlagt ud fra det enkelte klinikpersonales ønsker og behov og undervisningen tilbydes at foregå i enten Lungemedicinsk Ambulatorium eller i almen praksis, - alt afhængig af ønsket fra praksis. Undervisningen har som formål at give klinikpersonalet et opdateret undervisningstilbud i centrale områder omkring borgere med KOL og undervisningen vil tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer (3), Region Midtjyllands forløbsprogram for KOL (1), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) vejledning om KOL i almen praksis (4) og Dansk Lungemedicinsk Selskabs lungefunktionsstandard (5).

Det overordnede mål er, - at uanset om patienten med KOL henvender sig til sin egen læge eller henvises til udredning på Lungemedicinsk Ambulatorium, - så vil den enkelte patient opleve en så optimal og ensartet tilgang til sygdommen KOL som muligt, i form af udredning, behandling og information om rehabilitering.

Dette mål forsøges opnået ved at klinikpersonalet:

- tilbydes undervisning i at lave en korrekt spirometri - undersøgelse og reversibilitetstest, så klinikpersonalet selv kan udføre, forstå og uddrage de væsentligste tal, der har betydning for patienter med KOL, nemlig FEV1, FVC og FEV1/FVC – også kaldet ratio samt
- tilbydes undervisning i brugen af inhalatorer til KOL patienter
- får et kendskab til inddeling af KOL i sværhedsgrader og ud fra dette en øget viden og forståelse for valg af behandlingsstrategi for den enkelte patient.
- gøres opmærksom på Region Midtjyllands forløbsprogram for KOL, Sundhedsstyrelsens

anbefalinger samt DSAMs vejledning om KOL i almen praksis - og opfordres til at anvende materialet i deres praksis.

- videregives ideer til relevant litteratur - deriblandt hjemmesider og oplysning om e-dok, samt gøres bekendt med de samarbejds- og henvisningsmuligheder der findes i Aarhus Kommune i relation til patienter med KOL: - Rehabilitering på Folkesundhed i Aarhus, rehabilitering på Lungemedicinsk Ambulatorium, Aarhus Universitetshospital, tilbud om rygestop i kommunen mm., samt kendskab til tilbuddet om akut ambulant besøg i lungeambulatoriet ("akut KOL").

Ud fra henvisninger fra praksis skrevet til Lungemedicinsk Ambulatorium, har vi erfaringer med at spirometri undersøgelser udført i praksis, ikke altid er korrekt udført og tolket og derfor har vi en antagelse om projektets relevans.

En undersøgelse af lungefunktionsundersøgelser udført i praksis (Top GOLD) viste endvidere at 15 % af de udførte undersøgelser, ikke var korrekt udført. Dette understøtter vores antagelse.(6)

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Projektspecifikke tiltag:

Invitation til informationsmøde om projektet sendt til alle læge praksis i Aarhus. Mødet fandt sted i Sundhedscenter Århus, (- pr 1.4.2012 Folkesundhed Aarhus). (bilag 4)

4 invitationer sendt til alle 123 praksis i perioden 23.8.2010 – 5.7.2012. Invitationerne indeholder tilbud om enten besøg i Lungemedicinsk Ambulatorium eller et besøg i praksis. I brevene er nævnt konkrete forslag til emner der kan undervises/vejledes i, forslag til litteratur om KOL. (bilag 5) Visitkort vedlagt.

Besøg hos samarbejdspartnere i kommunen og i praksis; SundhedsCenter Århus, Folkesundhed Århus i Kannikegade (pr 1.4.2012 fusioneret med Folkesundhed Aarhus) og praksiskonsulent Mogens Jakobsen.

Udfærdigelse af projektbeskrivelse. (bilag 6) + Evalueringsskema (bilag 7)

Dialog med medicinalfirmaer og lægemiddelkonsulenter vedrørende bl.a. inhalatorer, pjecer, oversigter og undervisningsmateriale.

Dialog med firmaer der forhandler spirometre. Tekniske spørgsmål, der angår opsætning og indstilling af apparatur, kalibrering, brugsanvisning og tilbehør og priser.

Invitation til fyraftensmøde for RIV grupper Aarhus Kommune. (bilag 8)

(se www.praksispersonale.dk for info om RIV grupper)

Gennemførelse af diplommodul i klinisk sygepleje i maj 2011: Klinisk udvikling i professions-praksis i relation til borgere med KOL samt gennemførelse af kursus i februar

2012: Projektarbejde – hvor svært kan det være?

Samarbejde med lægeforeningen i produktion af et e-lærings kursus i spirometri.
(www.laeger.dk)

Løbende dialog med afdelingens læger, afdelingssygeplejersken, sygeplejersker og fysioterapeut i Lungemedicinsk Afdeling vedrørende specifikke spørgsmål til behandling af KOL, cases, den medicinske behandling, brug af pep fløjte mm.

Deltagelse i 3 opfølgende stormøder vedrørende opfølgning på kronikerkompasset i Aarhus. ("Kroniker – togmøder")

Kvantitativt

Aftaler om besøg enten i lungeambulatoriet eller i praksis er registreret på datoen i en års kalender og korrespondancen har oftest foregået pr mail.

Før et besøg har der oftest været på 3 - 4 kontakter pr mail eller telefon og efter et besøg oftest 2 - 3 kontakter. Derudover har der efter et besøg ofte været behov for at sende diverse materiale enten pr mail eller pr post (skemaer, litteraturanvisninger, medicinoversigter etc).

I projekt perioden har der været kontakt med 58 ud af 117 praksis i Aarhus Kommune samt 3 praksis udenfor kommunen. I alt har der været kontakt med 130 personer: 85 sygeplejersker, 10 klinikpersonale med en anden uddannelse samt 35 praktiserende læger. Ved RIV fyraftensmødet den 13.11.2012, har der herudover været kontakt med yderligere 7 klinikpersonale fra praksis, der ikke tidligere har været kontakt med.

I de i alt 61 praksis, der har benyttet sig af projektets tilbud, er der aflagt 101 besøg. Disse besøg er fordelt på 39 besøg i lungeambulatoriet og 62 besøg i praksis. Antal af praksis der har ønsket flere end 1 besøg, enten i praksis eller i lungeambulatoriet, er på 25 (bilag 2 og 3).

Kvalitativt

Efter at have modtaget en skriftlig invitation, kan en typisk henvendelse pr mail fra klinikpersonalet før et besøg lyde:

"Jeg vil rigtig gerne have besøg af dig her i praksis. Jeg er forholdsvis nystartet som praksissygeplejerske, og vil i den forbindelse gerne have lidt "fif" til spirometri mm."

og

"Vi har en praksis i, bestående af 3 læger og 3 sygeplejersker, der godt kunne tænke os besøg af dig i vores praksis mhp. optimering af vores KOL-behandling."

og

"Tak for dit brev fra 30/8 omkring KOL-projekt. Det lyder rigtig godt.

Vi er i vores praksis 3 sygeplejersker og 6 klinik-sekretærer, som alle laver KOL-kontroller med spirometri. Sygeplejerskerne også med medicin check.

Vi vil meget gerne have et besøg af dig".

Gennemgående ønsker til undervisning har været:

Spirometri undersøgelsen:

Overordnet et ønske om at "forstå tallene" og tolke dem!

Hjælp til hvordan en korrekt undersøgelse udføres, hvad undersøgelsen viser og hvordan den tolkes. - Hvornår er kvaliteten god, kurven normal, obstruktiv eller restriktiv og hvordan aflæses ratio? Hvordan kan man nemt finde de tal der er vigtige? – Hjælp og ideer til at forstå eget spirometer.

Inhalationssystemer:

Hjælp til at skelne mellem de forskellige inhalationssystemer samt mellem spray, pulver mm. Fordele og ulemper ved brug af de forskellige systemer samt ønske om en gennemgang af retningslinjerne omkring den medicinske behandling af KOL.

Pep fløjter:

Ønske om hjælp til at instruere i hvordan og hvornår en pep fløjte indstilles og anvendes. Hvor kan praksis få hjælp?

Der har også været et ønske om at blive bekendt med dels henvisningsmuligheder for borgere med KOL til kommunens tilbud, dels at blive bekendt med tilbuddene på Lungemedicinsk Afdeling.

Herudover har der været et ønske om ideer til patientinformationer og til litteratur og hjemmesider der omhandler KOL, samt et ønske om at få rettet/gennemset den enkelte praksis procedure i forhold til års kontrol.

Klinikpersonalet er efter hver undervisning blevet bedt om at udfylde evalueringsskemaet og efterfølgende har der været en mailkorrespondance i forhold til opklarende spørgsmål, ønske om at få materiale tilsendt pr post eller lignende.

Udover besøgene har der sideløbende været en mailkorrespondance med enkelte praksis vedrørende patient cases:

Eksempel:

En mand på 74 år. BMI:32

Han har i mange år arb. m. asbest og freon + ryger, dog ophørt i 2000

Jeg undrer mig over hans LFU. Hvorfor er han så restriktiv? og kun begrænset obstruktiv (Maven!?) Eller hvad gør asbest?

LFU:FEV1:1,0, FVC:1,45, Ratio:69, FEV1%:40, FVC%:41.

Vedrørende læringsmæssige overvejelser se bilag 9.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Om projektet har medvirket til at bygge bro mellem hospital og praksis, vil være at tage munden for fuld... og at tro, at den enkelte patient med KOL nu oplever "systematik, kontinuitet og samarbejde mellem sektorerne", vil være en illusion, men dette projekt har sammen med mange andre tiltag i Region

Midtjylland været med at sprede viden om KOL.- Viden tager tid at opbygge og sker optimalt i en balance mellem teori og praksis. Projektet har taget udgangspunkt i behovet for de enkelte deltagere. Der har været fokus på praktik og anvendt viden, - med den rette teoretiske balance.

Lige knap halvdelen af alle praksis i Aarhus har ønsket undervisning og projektet har haft kontakt med flere end 130 personer. Vores antagelse om at klinikpersonalet kunne have et ønske om eksempelvis mere viden om spirometri undersøgelser, synes dermed at være blevet bekræftet, idet langt de fleste har nævnt dette emne som det vigtigste/højst prioriterede, når aftalen er blevet lavet i telefonen eller pr mail.

De praksis der har ønsket besøg, er målrettede og meget interesserede og generelt åbne overfor deres egne "huller" i deres viden om KOL. De ønsker en opdatering og de ønsker svar på konkrete spørgsmål, som de støder på i deres hverdag. De er eks næsten alle tidligere blevet undervist i spirometri undersøgelsen, men de fremhæver at det er godt, at der tages udgangspunkt i deres behov og deres eget spirometer og at det især er godt at diskutere kurverne sammen med en sygeplejerske..." Hvad betyder tallene lige?" De har specielt været glade for, at undervisningen kunne tage udgangspunkt i deres ønsker og at den har været praktisk orienteret og specielt rettet til dem.

Citater:

"Fået styr på spirometri, Hurra"

"Fedt at blive klogere på spirometri og at se jeres afdeling, Tak for en informativ dag"

" Super godt. Alle lærte virkelig noget. Yderst kompetent underviser og behagelig stemning."

" Rigtig godt, Glad for at få vækket interessen igen".

"Stor pædagogisk indsigt og anvendelse"

"Det var godt at snakke om reversibilitetstesten. Godt med links til brug af inhalatorer. Astma eller KOL mere klart".

"Skønt at gennemgå alle præparater ... fra ikke medicinalindustrien".

Kilde: Evalueringsskemaer og mundtlige tilbagemeldinger.

Der har i 2012 (indtil den 27.11), ifølge lægeforeningen, været 986 personer der har besøgt e-lærings kurset i spirometri på DSAMs hjemmeside. (se kilde)

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Projektet har opnået at få kontakt med flere end 130 personer der er ansat i praksis og projektets styrke har været, at det har været formuleret som et tilbud der er blevet tilpasset den enkeltes behov og ønsker.

En styrke kan være, at klinikpersonalet/praksis selv har skullet henvende sig med et ønske om undervisning. - Man kunne således antage, at det er de mest interesserede, der henvender sig og at det samtidig også er grunden til, at de har været glade for tilbuddet? (se punkt 9 og bilag 9)

Svagheden kan være, at undervisningen netop er et tilbud og ikke et krav/pålæg om

undervisning i alle praksis i Aarhus. – Alle bliver således ikke undervist i eksempelvis at udføre en spirometri. – Dette set i relation til forløbsprogrammets anvisning om at ”hjelpepersonale efter uddannelse kan varetage udførelse af spirometri....” (1, punkt 5.1 side 13).

En anden svaghed kan være, at de 130 personer ikke har gennemført det samme undervisningstilbud og derfor ikke kan forventes nu, at ”kunne det samme”.

En helt konsekvent og ensartet dataindsamling i alle praksis og ved alle besøg, havde endvidere kunnet give et større evalueringsgrundlag med flere sammenlignende faktorer. – Eks ville det være interessant om de praksis der har ønsket besøg,

- har været tilmeldt kronikerkompasset indenfor KOL?

- har deltaget i de 2 undervisningsdage der blev udbudt i forbindelse med kronikerkompasset eller/og deltaget i de to halvdagskurser, Regionen udbød i efteråret 2012?

- har været tilmeldt en eller flere af tilbuddene inden for kronikerkompasset (AKS eller DM)

Dette for at undersøge, om det er de samme praksis, der har ønsket at gøre brug af tilbuddet, der også har deltaget i kronikerkompassets tilbud.

En anden dataindsamling der er interessant, er at finde ud af, hvor mange spirometrier der foretages i den enkelte praksis? – Dette for at vurdere, hvorvidt der i praksis er fokus på opsporing og kontrol af .KOL

En helt konsekvent registrering af alle kontakter pr mail + pr telefon havde desuden kunnet give et helt nøjagtigt billede på aktiviteterne over hele perioden. – Se endvidere evalueringsmetodiske overvejelser bilag 10.

En udfordring i projektet har blandt andet været en, i perioder, manglende respons fra praksis. (Især i sommermånederne)

Årsagen hertil må antages at være en blanding af mange faktorer:

Megen daglig post til læger i praksis? – Travlhed? – Ingen interesse for eller lyst til at benytte tilbuddet? – Mangel på tid fra praksis side? En skarp prioritering af midler i praksis, der kan udmønte sig i, at undervisning af personale ikke prioriteres? For tiden store krav til praksis om dokumentation og kvalitet i forhold til datafangst og sentinel og derfor ikke overskud til flere tiltag? Fokus på og prioritering af en af de andre kroniske sygdomme? (DM eller AKS?)

En anden udfordring er de mange og meget forskellige spirometri apparater der findes i praksis. Nogle spirometrier er gamle og enkle og nogle er meget avancerede (alt for avancerede). Dette kan tænkes at være en barriere i forhold til at benytte hinandens spirometrier og dermed udveksle erfaringer indbyrdes. – Udfordringen er et manglende kendskab til opsætning og kalibrering af det enkelte apparat samt fortroligheden med at bruge apparaturets muligheder og anvende det korrekt. – Ligeledes ses hygiejniske udfordringer.

I forløbsprogrammet anbefales apparatur som kan akkumulere volumen i minimum 6 sekunder og som har et display/strimmel der angiver volumen-tid kurver(1, afsnit 5.1. note 16). – Denne pædagogiske kurve er desværre ikke altid tilgængelig og dette sammenholdt med en uklar opsætning/valg af de vigtigste tal, forvirrer ofte klinikpersonalet. – En manglende prioritering af oplæring og opsætning af apparatur er altså en stor udfordring i

praksis.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Vi oplever, at når der er tvivl om diagnosen, starter mange praksis hurtigt et inhalationspræparat op. Patienten bliver ofte ved med at tage dette – for at gøre noget, eller fordi det måske har effekt – evt. blot på placeboniveau. Det ses, at patienterne er både over- og dobbeltbehandlede. Andre er underbehandlede. Tilstrækkelig viden skulle gerne medføre det rette niveau af behandling med størst mulige gevinst for patienterne samt for samfundet. Praksis har et stort ansvar i screening, diagnostik og behandling af disse patienter, og grundlaget derfor bør være til stede i enhver praksis.

Langt de fleste besøgte praksis har haft udfordringer ift. korrekt udførelse og tolkning af spirometri, som er grundlaget for diagnostik.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Personale fra praksis er velkomne til at komme i Lungemedicinsk Ambulatorium og være med en dag eller to. Her kan de fx følge med en sygeplejerske, der har med alle aspekter af en KOL patients udredning og kontrol at gøre. Der er også mulighed for mere individuel tilrettelæggelse, selvfølgelig afhængig af ønsker og afdelingens muligheder.

Det kunne være ønskeligt med en vedvarende mulighed for udgående funktion fra Lungemedicinsk Afdeling til almen praksis. Optimalt med en fast rotation for besøg i alle praksis, sådan at det ikke er på frivilligt projektbasis. Denne funktion finansieres fra regionen.

Da regionen afregner praktiserende læger for udført spirometri, kan regionen med rette kræve deltagelse i kvalitetssikringsprojekt.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

På hjemmesiden www.praksispersonale.dk kan man læse om projektets tilbud. Erfaringer fra projektet er formidlet videre på en temadag den 7.10.2011 for personale ansat på hele Lungemedicinsk Afdeling. MB fortalte om at være "bindeled mellem hospital og praksis" og om erfaringerne fra projektet.

Afledt af projektet har MB den 24.5.2012 undervist 10 klinikpersonaler i Grenå i korrekt udførelse af en spirometri undersøgelse.

Afledt af erfaringer fra projektet har MB sammen med PH

- den 24.10.2012 undervist kommende praksis – læger i spirometri undersøgelsen i forhold til tidlig opsporing af KOL og korrekt udførelse af undersøgelsen.

- den 7.11 2012 yderligere undervist 4 praksis med både læger, sekretærer og sygeplejersker (12 personer) i bl.a. korrekt udførelse af spirometri. (1 af disse praksis har ikke tidligere haft kontakt med projektet)

Der er endnu ikke skrevet artikler om projektet, men der er planer om dette med ønske om publicering i Ugeskrift for læger og efterfølgende i Sygeplejersken samt Best Practice.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Måleredskabet "En guide til fastholdelse af praksis" blev anvendt i juni 2012 og igen i november 2012. Tilpasningsevne og monitorering af forandringsprocessen, har størst potentiale for forbedring. Tilpasningsevne er afhængig af de personer der har fået undervisning i praksis. Viden flytter således med personalet og er afhængig af graden af anvendelse - Hvis disse forandringer skal modstås, kræves faste undervisningsforløb. Monitorering af forandringsprocesser. Datafangst er et værktøj til at monitorere kvaliteten og kvalitetsforbedringer.

Fremadrettet, løbende evaluering, undervisning og besøg i praksis (helst alle i regionen) er ønskeligt mht. at fastholde og fremme udførelse og tolkning af spirometri, som danner grundlaget for diagnostik af flere lungesygdomme. Endvidere for at sikre korrekt anvendelse af det benyttede apparatur.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Litteraturliste

1. Region Midtjyllands Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. 2008
2. Kronisk Sygdom - vision og strategi for en bedre indsats. Kort og godt i Region Midt 2007.
3. KOL – Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen 2007
4. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) kliniske vejledning. KOL i almen praksis. Diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering. 2008
5. Dansk Lungemedicinsk Selskabs lungefunktionsstandard 2007
6. Top GOLD . Detection of previously undiagnosed cases of COPD 2012

Bilagsoversigt

bilag 1. Forstærket indsats for kronisk syge. Ramme for beskrivelse af hospitalsbaserede initiativer 24.8.2009

bilag 2. Anonymiseret liste over besøg i praksis. 1.5.2012-31.12.2012

bilag 3. Samlet opgørelse af besøg i projektperioden.

bilag 4. Invitation til møde i SundhedsCenter Århus 11.5.2010

bilag 5. 4 invitationer til praksis

bilag 6. Projektbeskrivelse

bilag 7. Evalueringsskema

bilag 8. Invitation til fyraftensmøde for RIV – grupper i Aarhus

bilag 9. Læringsmæssige overvejelser

bilag 10. Evalueringsmetodiske overvejelser

bilag 11. En guide til fastholdelse af praksis

Kildefortegnelse

Tanker om KOL projektet 28.6.2010.

Evaluering af projekt, hvordan? Januar 2012

Evalueringsskemaer fra hele projekt perioden

Kalendere fra 2010, 2011 og 2012

Udfordring i forhold til medicinering af borgere med KOL i almen praksis

Tiltag for at få flere henvendelser fra praksis

Litteraturforslag til praksis vedrørende KOL

Status og midtvejsevaluering

Oversigt over pjecer i Lungemedicinsk Ambulatorium

Tilmeldte til Fyraftensmøde 13.11.2012

Kontaktpersoner i firmaer der forhandler spirometre

Kontaktpersoner til medicinalfirmaer

Dokumentation for oplæg og undervisning

Lister med læger og besøg i projektperioden

Udskrift fra Lægeforeningen over besøg på e lærings kurset i spirometri i 2012

Undervisningsmateriale i spirometri undersøgelsen (MB)

Udgifter i forbindelse med projektet ud over løn

Opsamling fra kroniker-togets stormøder i foråret 2012 i Aarhus

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller +++, hvor +++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne Dokumen- teres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	Delvist – fremadrettet	Nej – men kan, hvis man vil
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+++	Do.	Do.
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	+++	Do.	Do.
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	++	Do.	Do.
5. Bedre patientforløb	+++	Do.	Do.
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+		
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+(+)		
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	+(+)		
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++	Do.	Do.
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++	Do.	Do.
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	++	Do.	Do.
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	+		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+		

15. Bedre patientoplevet kvalitet i indsatsen	++	Do.	Do.
16. Patienters egenomsorg er styrket	+		
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	+		
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+		
19. Færre akutte indlæggelser	+		
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+++	Do.	Do.
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	+++	Do.	Do.
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	++	Do.	Do.
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++	Do.	Do.
24. Mere omkostningseffektiv praksis	+++	Do.	Do.
25. Højere patientsikkerhed	+++	Do.	Do.
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	+		
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	++	Do.	Do.
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	++	Do.	Do.
Andet? (skriv)			

Projekt 3

Selvevaluering af "Telemedicinsk specialistbistand ved behandling af patienter med diabetiske fodsår i almen praksis, kommunerne og på regionshospitaller i Region Midtjylland"

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Aarhus Universitetshospital
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA
Nørrebrogade 44
8000 Aarhus C

Projektnummer

54698/3

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Telemedicinsk specialistbistand ved behandling af patienter med diabetiske fodsår i almen praksis, kommunerne og på regionshospitaller i Region Midtjylland

Projektleders navn og kontaktinformation

Niels Ejsskjær, Klinisk lektor, PhD
Aarhus Universitetshospital
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA
Center for Den Diabetiske Fod
Nørrebrogade 44
8000 Aarhus
Telefon 5152 3639 Mobil: 31 23 99 10,
Mail: d270946@dadlnet.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

20-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input type="checkbox"/>
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2012

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet afrapporteres som forordnet pr 3. december 2012, men projektgennemførelse og dataopsamling fortsætter indtil 31. december 2012, indtil hvilket tidspunkt der er aflønnet personale. Data tilkommet efter den 3. december 2012 vil indgå i videnskabelig afrapportering, ligesom denne rapport også vil blive suppleret.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Center for Den Diabetiske Fod, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA, Aarhus Universitetshospital har siden 2003 arbejdet med telemedicinske projekter såvel lokalt som nationalt. Der er udgået 2 PhD-studier fra afdelingen i 2006 [1,2,3,4,5], som i dag danner teknologisk fundament for national implementering af telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår og endvidere for dette projekt. Projektleder har været tovholder (diagnostik og behandling) for national MTV (Medicinsk Teknologivurdering) om behandling af diabetiske fodsår [6]. Siden 2007 er telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår klinisk implementeret i Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA. Erfaringer herfra har dannet grundlag for projektet, der som noget ganske særligt har almen praksis som omdrejningspunkt.

Projektet er tværfagligt og tværsektorielt og har, udover almen praksis, aktører i primærsygeplejen og på flere af regionshospitalerne i Region Midtjylland. Projektet skal være medvirkende til at sikre en fælles standard for forebyggelse, behandling og kontrol af patienter med diabetiske fodsår.

Jævnfør Regions Midts *Forløbsprogram for Type 2 diabetes* [7] skal der være en tovholder for denne patientgruppe. Projektet har til formål at undersøge om brugen af telemedicin kan hjælpe almen praksis til at varetage opgaven. Flere telemedicinske projekter har tidligere belyst brugen af en fælles elektronisk sårjournal og mobiltelefoner til dokumentation og kommunikation omkring behandling af patienter med sår. Det unikke i dette projekt er ideen om, at almen praksis skal være tovholder for disse svært syge patienter, som jævnfør kronikerpyramiden [7] ellers overvejende skulle varetages i hospitalsregi [8].

Dette projekt er højaktuelt i lyset af aktuelle centrale bestræbelser på national implementering af telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Det overordnede formål med projektet er, ved hjælp af telemedicin, at optimere forløbene hos patienter med diabetiske fodsår ved inddragelse af almen praksis som lægeligt ansvarlige og tovholdere. Almen praksis skal i projektet arbejde tæt sammen med:

- Sårcenter Vest, Ortopædkirurgisk Afdeling, Holstebro Regionshospital, Hospitalsenhed Vest
- Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Herning Regionshospital, Hospitalsenhed Vest
- Karkirurgisk Afdeling, Viborg Regionshospital
- Primærsygeplejersker i Herning og Holstebro kommuner

Projektansatte fra Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA, Aarhus Universitetshospital

skal facilitere processen med det telemedicinske arbejde. Projektet opstiller desuden en række delmål, angivet i punktform herunder:

- At beskrive patientforløbene i praksis inden telemedicin indføres
- At de telemedicinske konsultationer øger de involverede parter kompetencer indenfor sårbehandling.
- At primærsektoren på grund af de øgede kompetencer kan løse flere opgaver geografisk patientnært
- Kortere patientforløb
- Færre ambulante konsultationer på sårcentret for den enkelte patient
- Færre indlæggelser på grund af komplikationer
- Hurtigere intervention ved akut forværring i sårtilstand
- Hurtig og let adgang til diagnostisk udredning, rekonstruktive indgreb og trykaflastning
- Bedre patientkompliance ved hjælp af patientens adgang til elektronisk sårjournal
- At telemedicin medvirker til, at der bliver ligeværdig behandling i hele Region Midt uanset geografi
- At kunne beskrive det ideelle forløb for patienter med diabetiske fodsår ud fra erfaringerne med telemedicinsk dokumentation og rådgivning.
- At beskrive en optimal visitation af patienter med diabetiske fodsår til sekundærsektoren; "rette patient på rette sted".

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egen behandling

I projektperioden (indtil 3. december 2012, projekt forløber indtil 31. december 2012) er inkluderet 36 patienter med Type 1 eller Type 2 diabetes, som i almen praksis præsenterer et større eller mindre sår på foden. Patienterne kommer fra 4 almen praksis, som er inviteret til at deltage i projektet af styregruppens praktiserende læge.

Region Midtjyllands "Forløbsprogram for Type 2 Diabetes" (revideret oktober 2012) (www.rm.dk – søg: forløbsprogram diabetes) danner grundlag for stratificering af patienten til rette behandlingsniveau. I forløbsprogrammet er almen praksis tovholder for patienten. Den ukomplicerede patient bibeholdes i praksis, mens patienten som ikke opnår behandlingsmålene eller har svære komplikationer visiteres til hospital. Patienten returnerer til almen praksis regi når behandlingsmålene er nået og/eller de svære komplikationer er behandlet. Et eksempel på svære og akutte komplikationer er netop det diabetiske fodsår. Telemedicinsk specialistbistand forventes at kunne understøtte disse patientforløb.

Telemedicin er kort beskrevet som "digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand". I dette projekt har det sundhedsfaglige personale anvendt mobiltelefon og elektronisk sårjournal til at sende billeder og information imellem behandlere for at bistå fodsårsbehandlingen hos diabetikere. Teknologi-plattformen er direkte adapteret fra Center for Den Diabetiske Fod (Med Afd MEA), hvor systemet er i fuld klinisk drift.

Patienten oprettes, efter at have givet samtykke, i den elektroniske sårjournal. Samarbejdspartnere gives adgang til den givne patient samt adviseres via sårjournalen ved hjælp af SMS og e-mail. Herefter henvises patienten til Sårcenter Vest, som i samarbejde med patienten lægger den fortsatte udrednings- og behandlingsplan. Sårbehandlingen foregår herefter i patientens hjem (evt. med hjælp fra

primærsygeplejerske), på sygeplejeklinikken eller hos konsultationssygeplejersken i almen praksis. Dokumentation foregår i de respektive dokumentationssystemer, samtidig med at billeder og notater lægges i sårjournalen, som alle behandlere (og patient, hvis dette ønskes) får adgang til.

Behandlerne har på denne måde mulighed for at følge med i hele patientforløbet, og de kan sparre (telemedicinsk) ved hjælp af notater, SMS og mails via denne sårjournal.

Samtlige patienter i projektet ses også af Endokrinologisk Afdeling og ved mistanke om kredsløbsmæssige udfordringer af Karkirurgisk Afdeling.

For at introducere behandlerne til projektet og det telemedicinske set-up har der været afholdt fælles opstarts- og midtvejsmøde for projektdeltagerne. Samtlige behandlere har haft mulighed for support til brug af mobiltelefon og af sårjournal - dette er sket såvel ved hotline-telefon som ved fysisk fremmøde af projektsygeplejerske hos projektdeltageren. Der vil efter projektafslutning afholdes møde for alle projektdeltagere med henblik på afrapportering af projektets resultater.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Det overordnede formål om at optimere forløbene hos patienter med diabetiske fodsår ved hjælp af telemedicinsk assistance til praktiserende læger som lægeligt ansvarlige og tovholdere er rent kvantitativt endnu ikke opgjort. Her afventes yderligere data-analyser og tidsfølge-analyser af patientforløbene, som vil indgå i et telemedicinsk Ph.D.- projekt, som udføres i samarbejde mellem Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital. Disse analyser vil endeligt beskrive om det overordnede formål med projektet er blevet mødt. Forventningen er at konklusioner kan nås på baggrund af meget høj detaljeringsgrad i data-opsamlingen og på trods af det begrænsede antal patienter (36) og klinikker (4) i projektet.

Rent kvalitativt (udtalelser fra projektdeltagere og spørgeskemaresultater) beskrives en række optimerede patientforløb. En af forklaringerne er blandt andet, at patienterne bliver henvist til et sårcenter, hvilket uden projektdeltagelse ikke altid er tilfældet.

Delmålene fra projektet har belyst en række faktorer i den organisatoriske arbejdsgang, som drager fordel af en hurtigere og mere effektiv kommunikation mellem behandlerne i de forskellige sektorer.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Projektet viste, at metoden kan bruges til forbedret kommunikation i behandlingen af patienter med diabetiske fodsår. Den fælles elektroniske sårjournal øgede behandlernes indsigt i forløbene hos samarbejdspartnerne. Billederne supplerede den skrevne dokumentation med hensyn til at give en bedre klinisk vurdering af sårets status. De forbedrede vurderinger gav grundlag for en optimeret henvisning fra almen praksis og mellem behandlerne. Resultaterne fra spørgeskemaerne understøttede dette.

Hovedparten af behandlere (specielt sygeplejerskerne, som er den faggruppe, som overvejende varetager sårbehandlingen – i almen praksis ofte på baggrund af én-dags

kurser i sårbehandling) havde fordel af og var glade for den telemedicinske specialistbistand. I projektet udgjorde "specialisterne" en såransvarlig læge og et antal sårsygeplejersker på Sårcenter Vest. Sårcenter Vest havde særlige udfordringer i projektforsløbet med baggrund i betydelige omlægninger i driften (flytning fra Ringkøbing til Holstebro og udskiftninger i personalet). Det skal nævnes, at projektsygeplejersken på denne baggrund tidvis har deltaget i den kliniske "specialist-sparring

Implementering og anvendelse af telemedicin som værktøj nødvendiggør, at brugerne får en grundig oplæring og efterfølgende vedligeholder de tillærte metoder. Trods personlig oplæring, teknisk support i alle hverdage og let tilgængelige skriftlige vejledninger har teknologien voldt en del logistiske og tekniske problemer. Enkelte projektdeltagere klarede de tekniske udfordringer stort set problemfrit, mens andre vedvarende havde udfordringer, som de ikke selv kunne klare.

Ved projektbegyndelse fik projektdeltagerne udleveret en mobiltelefon med software, som anvendtes i Center for Den Diabetiske Fod, Aarhus. Mobiltelefonene viste sig ikke at være intuitivt brugbar og gav anledning til "teknologiforstrækkelser" hos en del projektdeltagere. Projektsygeplejersken har løbende i projektforsløbet, i samarbejde med Dansk Telemedicin A/S (leverandør af den elektroniske sårjournal), anvendt mange ressourcer på at få telefonerne til at fungere hos projektdeltagerne med forbedring og opdatering af software. I projektperiodens slutfase er alle mobiltelefoner således blevet udskiftet med et mere brugervenlig og fremsynet, fornuftigt alternativ. Pointen er, at projektet har dannet grundlag for en dynamisk tilretning af teknologiske behov i selve projektforsløbet.

Den for nogle svært tilgængelige teknologi har ifølge en praktiserende læge "kunnet tage fokus fra patienten". Dertil kommer til tider svigtende mobildækning, krav om journal-dobbeltdokumentation (vanlige journalsystemer skulle føres samtidigt) og den oplevede øgede arbejdsbyrde, som samlet set kan være have været medvirkende til at flere af delmålene i projektet har været svære at få opfyldt. Et større antal patienter (større patient-flow) kunne have gjort at teknologien ville fylde mindre i dagligdagen og samtidigt have sørget for mere rutine i anvendelsen af teknologien. Ved dagligt at skulle benytte de telemedicinske værktøjer (mobiltelefon og sårjournal) er erfaringen fra Center for Den Diabetiske Fod i Aarhus, at de teknologiske udfordringer mindskes betydeligt.

Bedømt på spørgeskemaundersøgelserne synes flere behandlere at have øget deres kompetencer i forhold til at varetage behandlingen af patientgruppen, men egentlige konkrete flytninger af behandlinger fra sekundær- til primærsektoren synes umiddelbart, ud fra en overordnet vurdering i sårjournalen, kun at have fundet sted i enkelte tilfælde. Ph.d-studierne, som følger i første kvartal 2013 vil analysere disse forhold kvantitativt. På baggrund af projektsygeplejerskens mangeårige arbejde med telemedicin, er erfaringen, at specialisten skal have tillid til kompetencerne i primærsektoren før behandlinger og kontroltider flyttes fra sårcenteret til telemedicinske opfølgninger i primærsektoren.

Flere behandlere ser og beskriver muligheder for optimering af behandlingen af diabetiske fodsår i det telemedicinske koncept. I projektet har telemedicin fungeret bedst mellem en enkelt praksis (hvor et medlem af styregruppen sad), Sygeplejeklinikken i Holstebro (hvor der er uddannede sårsygeplejersker) og Sårcenter Vest.

Spørgeskemaundersøgelse

For at belyse om målene med projektet er opfyldt og for at få brugernes mening, blev en spørgeskemaundersøgelse anvendt. Skemaet er delt ind i 3 hovedområder; klinisk kompetence udvikling, organisatoriske og teknologiske forhold. For hvert emne er der i spørgeskemaet mulighed for at kommentere fordele og ulemper. Efterfølgende udfyldes

en tabel med afkrydsningsmuligheder. Spørgeskemaerne blev besvaret af 14 læger og sygeplejersker. Resultaterne fra spørgeskemaet kan ses i *Bilag 1 - Resultater fra spørgeskemaet* og er i det følgende opsummeret.

Kompetencer

- I. Flere af projektdeltagerne kunne bruge det telemedicinske tiltag til klinisk kompetence udvikling. De beskriver, at de enkelte patientforløb er blevet optimeret og tilført en øget viden om behandlingen, hvorved de føler sig bedre rustet og mere sikre i deres arbejde.
- II. Metoden giver mulighed for at der hurtigt og effektivt bliver opstillet en udrednings- og behandlingsplan. Det hvorved behandlingen bliver løftet gennem faglig sparring direkte med specialisten, i et tværfagligt samarbejde, ved hjælp af samtidig adgang til billeder og skriftlig journal. Kombinationen af billeder og tekst har været en stor fordel, da det giver mulighed for at "dobbelt så mange øjne" ser såret. Risikoen for forglemmelser, misforståelser og andre fejl forventes at blive reduceret ved at der samarbejdes ud fra konkrete beskrivelser og foto. Det har givet læring at drøfte patientens sygdomsforløb og behandlings kontinuitet at kunne se udviklingen i sårjournalen. Relevante faggrupper i behandlingen af diabetiske fodsår har været tilknyttet projektet, således kunne der tages højde for, aflastning, forbinding, skiftehyppighed af forbindingen, fodtøj og diabetesbehandlingen. Specialistbistanden fra Center for Den Diabetiske Fod har været god og nem at få fat på. Dette var en nødvendig støtte i teknologiens anvendelse og som undervisning af den nye teknologi.
- III. Det lille antal patienter betød at der var lange perioder, hvor teknologien ikke blev anvendt. Telemedicinske metoder blev derfor "glemt" og frustration blev skabt, som en stopklods, for den ønskede kompetence udvikling.

Organisation

- I. Kontakten mellem samarbejdspartnere er for nogle blevet nemmere, hvilket giver en hurtigere intervention ved akut forværring i sårtilstanden. Den organisatoriske arbejdsgang er blevet styrket og der er opbakning om telemedicinsk specialistbistand, som et fortsat tilbud til almen praksis, selvom størstedelen af projektdeltagerne har oplevet en større arbejdsbyrde.
- II. Det har været en fordel for behandler-teamet at beslutninger, der er truffet, er tilgængelig for alle og teamet dermed holdes opdateret gennem sårjournal. Telemedicin giver mulighed for en reduceret ventetid på henvisninger til speciallægen. Enkelte telemedicinske patienter har haft færre konsultationer på hospitalet.
- III. Grundet den travle dagligdag har flere haft svært ved at omstille sig til den nye arbejdsform og det øgede antal it-platforme har givet unødigt dobbelt arbejde. Frie pladser ved at have telemedicinske patienter er blevet booket med nye patienter, hvilket betyder at arbejdsbyrden stiger, eftersom der ikke er afsat tid til gennemgang af sårjournalen. Sårjournalen har fungeret positivt mellem hjemmesygeplejersken og Sårcenter Vest, men dette har ikke gjort sig gældende mellem sårcenteret og karkirurgisk afdeling. Projektet undersøgte om den praktiserende læge kan være tovholder, men de har ikke varetaget denne rolle tilstrækkeligt.

Teknologi

- I. Billedkvaliteten er overordnet i orden og det tekniske set-up dækker behovet for at udføre telemedicinske konsultationer.
- II. Specielt i starten var teknologien tidskrævende og det var problemer med at sende billeder samt at oprette patienter. "De gamle telefoner", svingende mobildækning og systemets afhængighed af enkelte dedikerede mobiltelefoner har været med til at gøre forløbet problematisk. Teknologien tager fokus fra patienten.

Diskussion

Ud fra spørgeskemaerne og projektledernes indsigt i projektet er data gennemgået og omdannet til numeriske resultater ved indsættelse i *Sustainability Måleredskabet* (www.rn.dk/NR/rdonlyres/3E8792FF-C170-485E-A779-0FFD6064FE86/0/Analyse_redskab_i_fht_implemtering.pdf), som et udtryk for om projektets nye arbejdsform kan implementeres klinisk. *Sustainability Måleredskabet* er blevet valideret af det engelske *The Modernisation Agency*. Måleredskabet opstiller 10 vægtede punkter, som besvares ud fra spørgeskemasvarene og projektgruppens erfaringer. De vægtede besvarelser giver én samlet score. Er denne over 55 (skala 0-100) er muligheden for projektimplementering gode. Den samlede score for projektet gav 39,3 points, hvilket estimerer at en direkte implementering efter projektets ophør ikke er sandsynlig på nuværende tidspunkt. Den grafiske illustration af dette er vist i diagrammet i *ilag 2 - Score system: søjlediagram*. Diagrammet angiver at fokusområder, for at sikre en bedre implementering, findes i "Monitorering af forandringsprocessen" og "Dokumentationens troværdighed", som begge scorer minimum point. Begge punkter belyser processen, hvorunder projektet er udført, og giver en værdifuld vurdering af mangler vedrørende klinisk implementering af projektet med nye teknologier og nye arbejdsgange. Vurderingen bygger på at projektet ikke kan identificere tegn på fremskridt og dermed viderekommunikerer resultater der viser åbenlyse og veldokumenterede forandringer.

Derudover er det projektledernes erfaring at faglige spørgsmål til patientbehandlingen ikke altid besvares tilstrækkeligt i asynkrone telemedicinske konsultationer. Dermed bliver den ønskede faglige sparring ikke opnået og nødvendige ændringer i patientbehandlingen bliver ikke udført. Alternativet findes den synkrone telemedicinske konsultation, som kan være logistisk svær at gennemføre og booke for deltagerne, men byder på fordele såsom "witnessing" og "immediate sharing of knowledge".

Projektsamarbejdet har givet anledning til at en patient, der var henvist til Aarhus Universitetshospital, i stedet blev set i Sårcenter Vest, nærmere patientens bopæl. Telemedicin blev brugt til opfølgning på patientforløbet og sikrede, at patienten ikke blev "tabt i systemet". Patienten var ikke en del af projektet, men eksemplet viser telemedicins potentiale med henblik på at give behandling på tværs af Region Midt.

I projektsammenhæng har en patient haft et angiveligt ubetydeligt sår, hvor projektet medførte en henvisning til Sårcenter Vest. Patienten fik aflastende fodtøj konstrueret og patientforløbet blev dermed optimeret, så såret ikke udviklede sig til en amputationsrisiko.

Konklusion

Projektet har som beskrevet påvist en række fordele og ulemper ved anvendelse af telemedicinske metoder til behandling af diabetiske fodsår. Endvidere har projektet påvist barrierer og udfordringer i forbindelse med implementering af telemedicinske værktøjer. Telemedicin, det øgede fokus på arbejdsgangene og et forbedret tværsektorielt

samarbejde mellem behandlerne med fokus på almen praksis, har givet flere af projektdeltagerne en opfattelse af, at patientforløbene er optimerede. Data-analyser som udføres i første kvartal 2013 vil kvantitere disse forhold.

Projektdeltagerne beskriver fordele ved den telemedicinske metode, men beskriver også, at teknologien ikke er fuldt moden til hurtig implementering, da f.eks. sårjournalen endnu ikke er en del af det eksisterende EPJ (er undervejs: Sår-SFI implementeres i EPJ).

Projektledelsen vurderer samlet set, at tovholderfunktionen for denne særligt multikomplerede og skrøbelige patientgruppe kan udføres af almen praksis med henvisning til og betinget af Region Midts forløbsprogram for Type 2 Diabetes (se afsnit 3 for beskrivelse af). På dette grundlag vil almen praksis straks visitere diabetes-patienten med fodsår (akut klinisk tilstand) i til rette behandlingssted (hospital eller sårcenter) således som det også gælder for andre diabetes-patienter med andre komplikationer. Hospital eller sårcenter vil således hurtigst muligt kunne initiere udredning og behandling (i samarbejde med og koordineret med almen praksis) og på et givet tidspunkt tilbagevisitere patienten til almen praksis til fortsat behandling (således som det er beskrevet i diabetes-forløbsprogrammer). Dette projekt har netop til formål at beskrive forholdene vedrørende disse specifikke patientforløb og effekten af anvendelse af telemedicin.

Samtidigt og i ikke mindre væsentlig grad vurderer projektledelsen på baggrund af dette projekt, at telemedicin bør anvendes i vides muligt omfang ved behandling af diabetiske fodsår og som værktøj til levering af specialistbistand til almen praksis, med henblik på at optimere patientforløb, patientbehandling og kommunikation/dokumentation mellem sektorernes behandlere.

Aktuelt pågår bestræbelser på national implementering af telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår og dette projekt bidrager væsentligt hertil, idet det beskriver almen praksis rolle.

Almen praksis efterspørger specialistbistand leveret direkte til praksis on-demand og dette projekt anviser en mulig fremgangsform.

Viden, erfaringer og teknologisk set-up fra dette projekt kan anvendes ved en lang række andre kliniske udfordringer.

Telemedicinsk specialistbistand er implementeret teknologisk og logistisk ved projektafslutningen og ville kunne fortsætte, såfremt der var mulighed for at dække driftsomkostninger i almen praksis og primær sektor. Manglende driftsmidler vil terminere størstedelen af aktiviteterne. Det forventes at enkelte aktiviteter vil fortsætte trods manglende afregning.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

I forbindelse med anvendelse af teknologien er der opstartsudgifter ved indkøb af apparatur og dertil lønudgifter til videreuddannelse af personale. Udgifterne anses ikke for at være en betydende barriere, eftersom teknologien er forholdsvis billig (mobiltelefon og internetbaseret sårjournal). Uddannelsen indenfor sårbehandling er allerede planlagt i flere landsdele ved behandling af patienter med diabetiske fodsår i forbindelse med national implementering af telemedicin. Refusionsforhold og DRG afregninger spiller en væsentlig rolle fremadrettet med hensyn til adfærdsregulering og implementering af telemedicin. For dette projekt gør disse forhold sig særligt gældende, da der findes en afregningsform for almen praksis. Projektet har ikke været designet til at afdække driftsøkonomiske forhold ved telemedicinsk behandling. Tidsrækkeanalyser (og dermed forbrugsanalyser) vil blive gennemført i 1. kvartal 2013.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Resultater og erfaringer fra projektet bidrager sammen med andre kronikerpulje-projekter til den eksterne evaluering vedrørende øget indsats for kronikere i Region Midt. Derudover skal rapporten anvendes af Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og Telemedicinske Center, som et input til den regionale og nationale udbredelse af telemedicin. Erfaringerne vil ligeledes formidles nationalt, bl.a. til Sundhedsstyrelsen. Projektets resultater forventes at kunne overføres til andre kliniske problemstillinger.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der er planlagt et informations- og opfølgingsmøde den 10. januar 2012 med deltagelse af projektledelse, afdelingsledelser fra deltagende hospitalsafdelinger, centerledelsen Aarhus Universitetshospital, deltagere fra Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midt og deltagere fra Telemedicinsk Center, Region Midt..

Skriftlig afrapportering sker i form af denne rapport og i form af en eller flere internationale videnskabelige publikationer vil blive formidlet via projektets hjemmeside og via Region Midt til relevante institutioner og samarbejdspartnere, herunder Sundhedsstyrelsen.

Tredje og sidste møde for alle projektdeltagere afholdes i første kvartal 2013.

Videnskabelig afrapportering sker ved et samarbejde mellem Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital. Resultater fra dette projekt vil indgå som en del af læge og Ph.D.-studerende Benjamin Schnack Rasmussens Ph.D projekt omhandlende telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår. (Ph.D.-Vejledere Niels Ejbjerg og Knud Yderstræde). Udgifter i forbindelse med PhD-studiet finansieres fra anden kilde og projektet har ikke lønudgifter til dette formål.

Foreløbige resultater er præsenteret ved *Diabetes Science and Technology Meeting* i Maryland, USA i november 2012. Udgifter hertil er afholdt af forskningsmidler fra anden kilde. Endelige resultater forventes præsenteret ved nationale og internationale videnskabelige møder.

Præsentation af projektets resultater søges gennemført ved Dansk Endokrinologisk Selskabs Årsmøde i Aalborg januar 2013.

Efter aftale med Region Midt påtænkes nyhedsdækning via regionens nyhedsmedier og udsendelse af pressemeddelelser er en mulighed.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Projektetforløbet ophører den 31. december 2012. Den teknologiske og logistiske opsætning vil herefter fortsat være tilstede, men det vil ikke længere være muligt at refundere driftsomkostninger i almen praksis, primær sektor og hospitalssektor. Dermed forventes størstedelen af aktiviteterne at ophøre. Der vil naturligt være mulighed for fortsat samarbejde og støtte fra Center for Den Diabetiske Fod med henblik på videreførelse af opnået samarbejde.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

- [1] Pervasive healthcare: Home treatment of patients with diabetic foot ulcers. hD - afhandling. Jane Clemensen, cand. cur., ph.d. 2006. 200 sider. ISBN 978-87-91756-54-2.

- [2] Pervasive home care: Technological support for treatment of diabetic foot ulcers at home. Ph.D – afhandling. Simon B Larsen, cand scient med, ph.d. 2006. 227 sider. ISSN 1602-0456 (online) www.daimi.au.dk/PD.
- [3] Telemedical teamwork between home and hospital: a synergetic triangle emerges. Clemensen J, Larsen SB, Kirkevold M, Ejsskjaer N. Stud Health Technol Inform. 2007;130:81-9.
- [4] A feasibility study of UMTS mobile phones for supporting nurses doing home visits to patients with diabetic foot ulcers. Larsen SB, Clemensen J, Ejsskjaer N. J Telemed Telecare. 2006;12(7):358-62.
- [5] Telemedical treatment at home of diabetic foot ulcers. Clemensen J, Larsen SB, Ejsskjaer N. J Telemed Telecare. 2005;11 Suppl 2:S14-6.
- [6] Sundhedsstyrelsen, "Diabetiske fodsår - en medicinsk teknologivurdering," *Medicinsk Teknologivurdering*, vol. 13, no. 2, 2011. (online: www.sst.dk)
- [7] Region Midtjylland, "Forløbsprogram for type 2 diabetes," 2008 (online: www.rm.dk).
- [8] Diabetesbehandling under forvandling. Ejsskjær N og Schnack Rasmussen B. Diabetesforeningens Behandlerblad november 2012 (online: www.diabetes.dk)

Bilag 1 - Resultater fra spørgeskemaet

Bruger oplysninger

Besvarelsen er udført af:

SårcenterVest, Regionshospitalet, Holstebro	4
Medicinskambulatorium, Regionshospitalet, Herning	2
Sårcenteret, Karkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Viborg	0
Almen Praksis	6
Hjemmesygeplejen	2

Faggruppe:

5 Læger
7 Sygeplejersker
2 Sårsygeplejersker/Sygeplejeklinikkere

Svarprocent: 62,07 %.

(18 af 29 involveret sundhedsfagligt personale har besvaret spørgeskema)

Klinisk kompetence udvikling

	Ja	Nej	Ved ikke	Ikke relevant
Er din viden om behandlingen af patienter med diabetiske fodsår styrket?	8	4	2	
Føler du dig mere sikker i dit arbejde?	9	4	1	
Føler du dig bedre rustet?	8	4	1	1
Har projektet forårsaget ændring i din behandling af patienter med diabetiske fodsår?	8	6		
Er de enkelte patientforløb blevet optimerede?	11		3	
Har du kunnet bruge den telemedicinske specialistbistand?	10	1	2	1

Fordele

Hurtig diagnostik og plan

Fordel at man kan få faglig bistand både via skrift og billeder. I fht projektet har jeg altid kunne få fat i hjælp med det samme. Telefonen er stort set altid blevet taget

Hurtigere og mere effektiv udredning og behandling, hermed reducere komplikationer, lange sårforløb og evt. truende amputationer.

Reducere konsultationer i lægepraksis og sårcenteret.

En styrke i det daglige arbejde hurtigt at kunne spare med samarbejdspartnere ud fra foto omkring behandling.

Oplever at klienten føler sig mere tryk ved behandlingen. Risikoen for at der opstår misforståelser, forglemmelser eller andre fejl er meget reduceret ved at der samarbejdes ud fra konkrete beskrivelser og foto via plejenet.

Det er muligt at få en hurtig afklaring på en problemstilling, da der er en direkte vej til specialisterne.

Effektiv udredning og behandlingsplan

Især i primærplejen hvor hj. Spl ofte føler sig langt fra ekspert bistand og måske føler sig usikker i vurdering/beskrivelse – her understøtter telemedicinen ved at beskrivelser både er i tekst og billeder.

Tvivlspørgsmål kan hurtig afklares og klienten undgår måske et unødvendigt besøg på amb.

Hurtigere adgang til tværfagligt samarbejde og expertvurdering

At vi kan lære af hinanden og dermed løfte fagligheden.

At vi, ved at kunne følge beskrivelserne samt billederne, kan komme med gode råd, som kan fremme sårhelingen, samt at vi kan indkalde pt til amb., hvis vi fx skønner, at der skal ændres på aflastningen i pt's fodtøj.

Det har medført færre konsultationer, da vi har kunnet følge pt over plejenet. De faggrupper, der er relevante i behandlingen af diabetiske fodsår er tilknyttede projektet, således at der tages højde for både, aflastning, forbindingsvalg, skiftehøppighed af forbindingen, fodtøj og diabetesbehandlingen. Det er med til at øge det tværfaglige samarbejde og dermed udbrede viden omkring behandling og pleje af diab. fodsår/faglig sparring. Stor kontinuitet. Ptt. oplever god sammenhæng i forløbet, da alle skriver i de samme "papirer" og desuden giver billederne mening ift at kunne se udvikling i sårene. Det har været meget givende at kunne få fat i en fra Center for den diabetiske fod mens pt. har været i konsultationen og dermed kunne give vejl. med det samme! Hvis jeg skal forholde mig til hvad jeg reelt har oplevet, så kan jeg ikke beskrive specifikke oplevede kliniske fordele. De patienter, der heler, behøver ikke bruge tid på at komme i såramb. En sjælden gang oplevet, at der blev sat aflastning i værk, som ellers ikke var tænkt på. Man følger pt., og sikrer sig, at beh. er korrekt. Bedre kommunikation mellem de forskellige behandlingsinstanser og patient Forbedret kommunikation Mulighed for faglig vurdering af billederne Samarbejdet de enkelte instanser imellem – mulighed for hurtigere og derved bedre behandling af patienterne. Det at sende billeder og tilhørende tekst og efterfølgende modtage tilbagemelding ang. behandling har været godt. Back-up, men det kommer aldrig til at fungere optimalt. Klinisk rådgivning. Bedre samarbejde og kendskab til hinanden.

Ulemper

Jeg synes jeg er kommet ind fra side linjen. Ikke projektets skyld. Var ikke med til opstart (ikke fået tilmeldingen) Ved midtvejsmøde var jeg syg I fht mobiltelefon, så er det en ulempe at denne ikke anvendes i lange perioder, med det resultat at man lader telefonen op utallige gange uden at den overhovedet er i brug. Ligesom det ikke er muligt at have den på sig, så ringes de på den, så når man sjældent at tage den og der kan gå en del tid inden man ser at der har været opkald. Har haft 2 telefoner. Den første var der rigtig mange fejlopkald på. Store problemer med hardware, elendig telefonløsning som der aldrig blev etableret en løsning på Det er meget forskelligt, hvilken kvalitet billederne er af. På nogle af billederne er det virkelig svært at vurdere sårene. Ligeledes mangler der dato på billederne i billedarkivet. Hvis systemet er nede. Jeg har følt mig meget perifer i håndteringen af den enkelte patient. Formodentlig er dette en årsagsblanding af at jeg ikke konsekvent er blevet inddraget og at IT platformen ikke er integreret i vores IT på sygehuset (EPJ). Det kan være ret svært at vurdere sår og fod ud fra et billede. Jeg skal huske at se på plejenet. Har ikke altid min mail åben. At der ikke bliver fulgt op på de nye tiltag. i hvert fald skrives der ikke altid lige meget i teledjournal efter besøg. Det kan være svært at se, om ptt er afsluttede eller aktive, hvis det ikke skrives Ved direkte kontakt til kontaktperson opleves, der ikke altid bliver responderet. Tekniske hjælpemidler - (telefoner) Det er ikke altid forretningsgangen fungerer efter hensigten i forhold til tider, kommunikation og billeder. Meget tidsrøvende og de mange kiks. Tendens til at teknikken tager focus fra patienten, men mest på grund af dårlig hard og software.

Evt

Min viden om sårbehandlingen har som sådan ikke ændret sig væsentligt ud over, at det nu er lettere at komme i kontakt med spec.

SårCenteret mhp trykmåling og vurdering af bandagisten mhp evt ændring af fodtøj. I fht sårplejemidler er vi en del begrænsede i fht det udvalg vi har at bruge, hvorfor vi ikke kan iværksætte helt den samme behandling som man kan via Sår Centeret

Stor styrke med telemedicin, føler det er ressourcebesparende, da man ved mindste tvivl eller ændring har mulighed for at konferere af med behandlende læge. Man skal ikke bruge så meget energi på at tænke om behandling er optimal og at man ikke har overset noget.

Har fået Jeanets kommentarer til nogle billeder nogle gange undervejs. Det har været rigtig fint, da billederne nogle gange kan være svære at vurdere.

Når der har været kontakt mellem de forskellige behandlere er systemet fint og udbytterigt, men det kræver, der bliver skrevet noget i det.

Jeg har kunnet bruge Århus, men lokalt samarbejde bedret.

Organisatorisk

	Ja	Nej	Ved ikke	Ikke relevant
Skal praksis i fremtiden være tovholder for patienter med diabetiske fodsår?	8	4	2	
Skal alle patienter i et telemedicinsk forløb ses i et sårambulatorium?	8	6		
Skal alle patienter i et telemedicinsk forløb ses af en diabeteslæge?	6	4	3	1
Skal alle patienter i et telemedicinsk forløb ses af en diabetolog?	6	5	2	1
Er det nemmere at kontakte dine samarbejdspartnere med telemedicin?	12	1	1	
Skal telemedicinsk specialistbistand være et fremtidigt tilbud til almen praksis?	12	1	1	
Har telemedicinsk specialist bistand gjort at der er hurtigere intervention ved akut forværring i sårtilstanden?	12	2		
Har telemedicinsk specialist bistand gjort at der er hurtig og let adgang til diagnostisk udredning, rekonstruktive indgreb og trykaflastning?	9	2	3	
Har projektet styrket den organisatoriske arbejdsgang i forhold til patienter med diabetiske fodsår?	11		3	
Har projektet øget dit faglige netværk i forhold til behandlingen af patienter med diabetiske fodsår?	10	1	2	1
Er patienten i højere grad inddraget i behandlingsforløbet?	7	2	5	
Har projektet givet dig en større arbejdsbyrde?	10	3	1	

Fordele

Der er kortere vej til specialisten. Patienten bliver tilset hurtigt og der tages stilling til videre behandling. Bandagisten kommer hurtigt på banen.

Vejen til hjælp, samarbejde og kommunikation er kort

Hurtig og effektiv og samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper.

Mulighed via plejenet for direkte kontakt til den fagperson, man ønsker vurdering og stillingtagen til behandling af.

Samtidig er man sikker på, at resten af behandler-teamet hele tiden er opdateret på behandlingen.

Der spares meget tid på at man ikke skal vente på henvisninger, der skal udfærdiges og dernæst ventetid på indkaldelse til vurdering af speciallæge.

Undgår at der opstår misforståelser eller forglemmelser når henvendelser skal igennem flere led.

Nemt at samarbejde tværsektorielt – sikring af fælles forståelse i f.eks beskrivelser af sår.

Sikre at flere specialister med forskellig speciale vurderer og iværksætter korrekt behandling. Hurtigt og effektivt. Efterfølgende kan diverse behandlere nemt følge forløbet.

Hurtigere adgang til tværfagligt samarbejde når teknologien virker.

Bedre adgang til de akutte patienter

Det giver færre konsultationer i vores ambulatorium, så vi har bedre plads til nogle af alle de andre pt, som også skal ses af os.

At alle skriver i det samme system.

Jeg har ikke oplevet nogen fordel organisatorisk. Tværtimod har jeg følt at kommunikationen har været skrøbelig fordi den er foregået i alternative (til epj) kanaler.

Let tilgang til fotos i serie. Let tilgang til notater. Tilgang til alles notater.

Hurtigere udveksling af OBS og Behandlingsændringer.... Større sikkerhed for ptt.

Større pt. Sikkerhed, hurtigere respons.

Det har været nemmere at henvise til relevante specialister

Muligheden for hurtigere at få patienter igennem systemet og herved opnå den nødvendige og optimale behandling

Overskrider barrierer mellem sektorerne.

Man kan visuelt følge forløb og følge op på uhensigtsmæssigheder.

Ulemper

Teknikken skal fungere. Jeg ser bestemt telemedicin som et godt redskab. Det kan dog være svært i en travl dagligdag, da der er arbejds gange der skal ændres.

I fht projektet er det ikke alle der har anvendt systemet.

På sigt skal IT systemerne tale sammen, idet der i det nuværende system er alt for meget dobbelt arbejde.

Ingen nævneværdige, hvis man har acceptable og præcise retningslinjer for handlemåde og tidsfrister for de enkelte deltagere.

Umiddelbart ingen men stor vigtighed i at ansvar, arbejds gange mm præciseres i f.eks flowchart, således der ikke opstår usikkerhed det daglige.

Kan til tider miste overblikket over organisationen. Patienter der falder udenfor definitionerne bliver let tabt

Vi får pt puttet ind der, hvor de telemedicinske pt ellers skulle være set. Dvs, at der ikke er afsat tid til at gå på Plejenet. På den måde, kan det virke som en ekstra arbejdsbyrde.

Ville være smart om Telemedicin kunne indgå i EPJ således, at der ikke skulle skrives i 2 systemer.

Det er en ulempe at systemet ikke er integreret i EPJ. Der er ikke plads til flere "systemer" i den kliniske hverdag på sygehuse.

Som tidligere nævnt er det ikke altid at tingene fungerer efter hensigten i forhold til at blive tilset inden for planlagt tidshorisont

Evt

Synes det er et godt redskab i ofte meget komplekse forløb.

Tovholder: at det var den praktiserende læge ville være allerbedst, men i praksis virker det ikke til det vil fungere.

Alle svigter undtagen sårklinikken i Holstebro.

Teknologien

	Ja	Nej	Ved ikke	Ikke relevant
Det tekniske set-up dækker mit behov.	7	4	2	1
Billedkvaliteten er i overordnet orden?	12	1	1	
Har du oplevet problemer med mobildækningen?	8	4	2	
Teknologien har voldt mig store problemer.	7	5	1	1

Fordele

Igennem sårjournalens opbygning blevet mere opmærksom på hvad der lægges vægt på.

Helt klar en fordel at vi kan kommunikerer med hinanden via pleje.net. En stor fordel at man via billedemateriale kan se udviklingen af sårbehandlingen

Meget konstruktivt at behandler-teamet samarbejder ud fra samme foto og konkrete tekst i plejenet. " Vi ser og læser det samme", eller en anden fordel kan være, at 2 par øjne ser mere end 1 par.

At ved hjælp af foto kan man se hele behandlings forløbet, det er således også nemmere at vurdere ud fra foto, om der er heling eller udvikling/forværring af såret.

Bedre dokumentation med både tekst og foto.

Teknologien er for mig et kommunikationsredskab som sikre at alle behandlere har mulighed for at vurd. Og iværksætte tiltag ud fra samme forudsætninger. (billedemateriale)

Teknologien skaber hurtig kontakt.

På papiret en fornuftig løsning

Jeg synes, at Plejenet er et system både at skrive data i og finde data i.

Det er rigtig god kvalitet af billederne og et meget fint setup, der er lavet meget proff.

Ptt. kan selv følge med i sårets udvikling ved at kigge med på billederne.

Videokonsultationerne gode, da ptt., så kan høre den anden parts kommentarer (ex. Sårspec. i Århus) og være mere "med".

Billedokumentation er en fordel i pleje.net fremfor vores EPJ.

Let tilgang til fotos i serie. Let tilgang til notater. Tilgang til alles notater.

Alle oplysninger og fotos er ET sted og tilgængeligt for alle behandlere

At alle kan se fotos af pt.

Forløbsoverblik og mulighed for hjælp. Bedre for patienten og vi bliver selv bedre til behandlingen.

Ulemper

Det er tidskrævende spec. i starten. Der har været problemer med at sende billeder.

At IT systemerne ikke " taler " sammen. Ligesom pleje.net er alt for uoverskuelig. Alt for mange finesser, alt for mange steder man skal ind i systemet og registrerer.

Ingen hvis netværksforbindelse og udstyr fungerer.

Mobildækning.

Ældre mobiler med dårlig kamera funktion

Telefonen kom aldrig til at virke. Har ikke kunne komme på internettet, eller kun ganske sporadisk. Stort tidsforbrug / tidsspilde mhp mulige løsninger

Der har hele vejen igennem været store problemer med at få mobilen til at fungere.

Desværre! Det har medført, at brugen af telemedicin har virket mere besværligt end det nok reelt er.

Hvis der er problemer med at lægge billeder ind e.lign. (sjældent oplevet)

Pleje.net er meget langt væk fra det daglige arbejdsprogram og det er ikke tilstrækkeligt at få en sms orientering om at der er sket ændringer, når beskeden kommer på en ekstern telefon som ikke bruges til andet.

Det er vigtigt, at personalet er dus med telefonen og at der er dækning for brugen heraf.

Telefonkaos.

Det har været lidt besværligt at plejnet ikke er integreret i vores alm. System – tager tid at skifte mellem de forskellige funktioner, dobbelt bogføring.

Tidsrøvende. Uoverskuelig journal, mange kiks med foto ind på patienten.

Evt

Har ikke umiddelbart været let at oprette nye patienter i systemet, men øvelse gør selvfølgelig mester

Jeg savner alle de muligheder jeg har i EPJ (medicin, recepthåndtering, biokemi etc.)

Andet

Har du andre kommentarer til projektet?

Jeg synes jeg er kommet ind fra side linjen. Ikke projektets skyld. Var ikke med til opstart. (ikke fået tilmeldingen) Ved midtvejsmøde var jeg syg

Mit problem har været at se sammenhængen i projektet!!!! Hvem der skulle indvolveres hvor og hvornår.

Har oplevet at pleje.net har fungeret mellem hjemmesygeplejersken – Sår Center Vest og Almen Praksis. Har sendt pt`er til både Karkir.

Og Diabetes ambulatoriet, men tror ikke jeg har oplevet at de har anvendt pleje.net. Ej heller efter det sidste møde, hvor dette også blev nævnt.

Har selv måttet finde epikriser frem og noterer konklusionen af disse i pleje.net

Synes det har været rigtig spændende.

Vi har desværre kun deltaget med meget lille antal klienter, da det jo kun er 2 lægepraksis der deltager i projektet.

Ville helt sikkert have givet anderledes udbytte og erfaring hvis vi havde haft flere klienter med daglig og kontinuerlig brug af plejenet.

En skam at der ikke har været flere klienter kørt igennem, da dette kunne have givet et bedre billede af processen/samarbejdet.

Det kunne have været godt, hvis der havde været inkluderet flere patienter, ligesom det vil have givet et bedre billede på samarbejdet med hjemmesygeplejerskerne, hvis alle pt var sendt videre til dem.

Der er ingen tvivl om, at telemedicin er et godt arbejdsredskab. Når teknikken virker og alle er dus med det, kan det blive rigtig godt.

Jeg har på fornemmelsen har algoritmen med endokrinologisk vurdering af samtlige patienter ikke er blevet fulgt.

Det er mit indtryk at projektet i den henseende har manglet en torvholder. Det er muligt at henvisning til endokrinolog er effektueret af andre kanaler en den aftalte (sms+henvsning mærket fodsårprojekt).

Har ikke selv opfyldt alle "aftaler", f.eks. ang. diabetesbeh. Havde forventet et større antal patienter. Svært at vænne sig til at vurdere pt på foto. Har ikke været god til at lade ptt komme sjældnere end før.

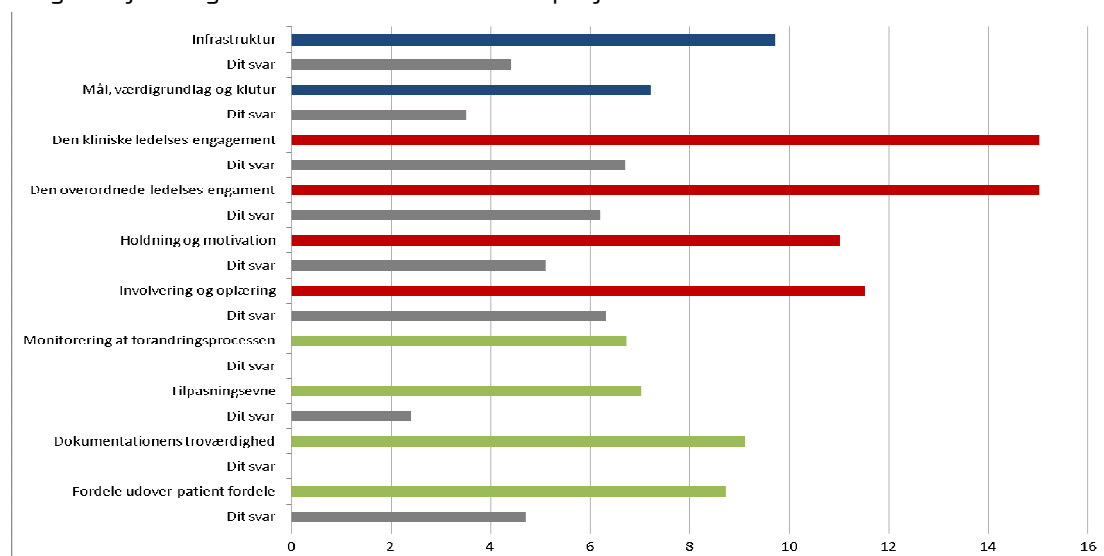
Plejenet var elendigt og skal laves fra ny eller rettes meget til. Mange problemer med at få billederne ind.

Sårafdelingen kom aldrig til at fungere om end der var nogen forbedring.

Svært for Kommunerne at få det ledt ud i hjemmeplejen.

Bilag 2 - Score system: søjlediagram

Instruktion: Efter målingen plottes den samlede pointværdi for de 10 faktorer i søjlediagrammet og derefter udvælges de 2 faktorer med størst potentiale for forbedring. Blå, rød og grøn søjle angiver de maksimale points der kan opnås i de enkelte kategorier. De grå søjler angiver resultaterne fra dette projekt.



Projekt 4

Selvevaluering af "Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særlig fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte" (Hospitalsenhed Vest)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Region Midtjylland
Ortopædkirurgisk Afdeling Hospitalsenhed Vest.

Projektnummer

54 698/4.

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særlig fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte.

Projektleders navn og kontaktinformation,

Ledende oversygeplejerske Lone Geertsen, Ortopædkir. Afd., Hospitalsenhed Vest,
Lægårdvej
12 N, 7500 Holstebro
e-mail: lone.geertsen@vest.rm.dk
samt
sårsygeplejerske Birgit Kyster Ortopædkir. Amb. Holstebro
e-mail: birgkyst@rm.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	X	Patientundervisning og egenomsorg	
-------------------	---	-----------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29. november 2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	Den endelige formalisering af samarbejdet imellem primær og sekundær sektor etableres gennem fælles skolebænk i marts måned 2013
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2012

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet underbygger fint Sundhedsstyrelsens handlingsplan fra 2003, hvor man vil forebygge udvikling af type 2 diabetes, sikre optimal behandling af diabetespatienten samt forebygge senkomplikationer for på den måde at forbedre den enkelte patients livskvalitet og livslængde.

Ligeledes underbygger projektet også Region Midtjyllands Sundhedsplan fra maj 2009, hvor der er lavet forløbsprogrammer for at gøre borgerne i stand til at udøve så god egenomsorg som muligt. Dette fx ved at sygehusafdelingens læger og sygeplejersker kommer til at fungere som konsulenter i forhold til alment praktiserende læger og sundhedscentrenes tilbud til de kronisk syge.

Projektet læner sig fint op ad to andre projekter, som i øjeblikket kører, nemlig det telemedicinske projekt "Telemedicinsk specialistbistand til behandling af diabetiske fodsår" samt projektet som kører i Struer, Holstebro og Lemvig kommune "Omstilling og udvikling af borgernære tilbud – flere løsninger i eget hjem".

Projektet er delt op i tre delprojekter, hvoraf det ene om "diabetiske patienter med fodsår", er det jeg refererer til.

Essensen er at bruge IT-løsninger fx Kvali care (e-learning) og telemedicin samt uddannelse af sårsygeplejersker.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Projektets formål er:

At alle medarbejdere, såvel i primær som i sekundær sektor i Vestklyngen, kender arbejdsgangen ved diabetiske fodsår.

At opheling af fodsåret sker hurtigt og uden komplikationer, ved at alle involverede i behandlingsforløbet ved, hvordan forløbet ser ud.

At borgeren opnår forståelse for vigtigheden af livslangt forebyggende tiltag i forhold til diabetiske senkomplikationer og forebyggelse af fodsårets opståen.

At borgeren er forsynet med forebyggende færdigheder og eventuelt varigt fodtøj, så risiko for recidiv minimeres.

Sundhedsstyrelsens MTV rapport om diabetiske fodsår viser, at det kun er halvdelen af de diabetiske fodsår, som opdages af patienten selv. Dette understreger vigtigheden af, at sundhedspersonalet i kommuner og regioner er bevidste om vigtigheden af at undersøge de diabetiske patienters fødder, samt guide dem i forebyggelse af senkomplikationer.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om

egenbehandling

Projektet har medført udarbejdelse af et fyldestgørende E-dok dokument 2.30.3.0.2.1 om diabetiske fodsår. E-dok vejledningen forventes anvendt i såvel primær som sekundær sektor.

Ligeledes er der planlagt en undervisningsdag "Fælles skolebænk". Alle medarbejdere i HEV og Vestklyngen som tager del i behandlingen af patienter med diabetiske fodsår er inviteret.

Der forventes et ca. deltagerantal på 95.

Dagens program er:

Generel viden om diabetes.

Neuropatiformer, kredsløb og infektion.

Fodterapeutens funktion

Videoklip med diabetespatient med fodsår.

Sårbehandling.

Bandagevalg.

Udlev. af materiale til sygeplejersker, så de kan undervise SSH'er i deres kommuner.

Det forventes, at dagen bliver en succes, og der arbejdes allerede nu på at finde en tovholder til at planlægge afvikling af flere tilsvarende dage.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Det forventes at afviklingen af "Fælles skolebænk" vil optimere behandlingen af diabetiske fodsårpatienter. Dette fordi det er et rigtigt godt undervisningsprogram, som både giver viden om hvad diabetes er, om behandlingen af fodsårene, og hvilken nytte det er at have fodterapeut.

Det forventes at filmen om en patient med fodsår vil øge bevidstheden om, hvilken voldsom indgriben det er i ens liv at skulle leve med et fodsår, og dermed være med til at øge fokus på forebyggelse.

Det undervisningsmateriale, som udleveres, vil være med til at sprede viden. Vi er bevidste om, at hjemmesygeplejerskernes tid er knap, men i og med man får udleveret et færdigt undervisningsmateriale, tror vi på, at der vil ske undervisning af SSH'erne rundt om i kommunerne.

Der er fra central sted givet besked rundt i HEV og Vestklyngen, at der nu findes et E-dok dokument omhandlende diabetiske fodsår. For at så mange behandlere som muligt bruger denne viden fra E-dok, vil vi på undervisningsdagen opfordre til at bruge E-dok samt vise, hvordan man finder siden.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Der er der allerede sket en bedring i samarbejdet mellem projektdeltagerne fra HEV og Vestklyngen, og man må formode at det samarbejde vil blive udbygget betydeligt efter afholdelse af "Fælles skolebænk". Både fordi viden bliver øget og fordi vi får sat ansigter på hinanden, hvilket altid gør det nemmere at tage kontakt, hvis man har brug for sparring.

Der vil også via "Fælles skolebænk" ske en bevidstgørelse om vigtigheden af, at HEV og Vestklyngen samarbejder om de diabetiske fodsårspatienter.

En væsentlig modspiller i projektet og årsagen til, at man endnu ikke har fået afholdt "Fælles skolebænk", er fusionen mellem Ortopædkirurgisk afdeling i Herning og Holstebro samt Sårambulatoriet i Ringkøbing. Det har været en tidskrævende proces.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Der ses en stor gevinst ved, at der sker en målrettet undervisning og oplæring af alle medarbejdere i HEV og Vestklyngen, som tager del i behandlingen af patienterne med diabetes og diabetiske fodsår.

Det vil rette fokus mod vigtigheden af at forebygge fodsår samt forståelse for, hvor vigtigt det er, at der bliver ydet en korrekt behandling til de patienter, som får et fodsår. Målet er, at alle diabetiske patienter med nyopdagede fodsår henvises til Sårambulatoriet. Undtagelse er, hvis sårene er overfladiske og er i normal hud (ikke fortykket hud), og at der er normal fodpuls og sensibilitet i foden. Det vil være givtigt, hvis man i kommunerne og hos de alment praktiserende læger får større bevidsthed om at henvise fodsårspatienter til Sårambulatoriet mhp at få lavet tåtryksmålinger, evt røntgenundersøgelser samt aflastninger i fodtøjet. Herud fra kan fastlægges en behandlingsplan, så sårene får de rette betingelser for at hele. Det forventes, at den viden som formidles via "Fælles skolebænk" vil understøtte ovenstående. At det vil minimere antallet af patienter med diabetiske fodsår. At de patienter, som får fodsår får afkortet helingstiden, og at der vil ske en reduktion i antallet af amputationer. Alt sammen til glæde for patienterne med diabetes og til stor gavn for samfundsøkonomien.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Det er endnu ikke besluttet, hvem der skal være tovholder på at planlægge flere dage med "Fælles skolebænk", men det er målet, at der skal afvikles flere dage, således at flest mulig modtager undervisning.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Projektdeltager fra Sårambulatoriet har ringet rundt til samtlige hjemmeplejedistrikter i Vestklyngen, for at gøre opmærksom på E-dok dokumentet vedr. diabetiske fodsår, samt opfordret til at bruge det.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Der er ikke på nuværende tidspunkt taget stilling til implementering af, hvordan man sikrer at den nye viden bliver brugt konsekvent til alle patienter med diabetiske fodsår. I Sårambulatoriet har man allerede en fast procedure. Man må formode, at man rundt i kommunerne efter afholdelse af "Fælles skolebænk" og ud fra E-dok dokumentet sikrer implementering.

Indførelse af telemedicin vil kunne supplere denne fastholdelse af procedure rigtigt godt.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++ / ++ / +	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb			
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelset kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			

23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Der vil kunne svares positivt til stort set alle punkter, når først "Fælles skolebænk" er afviklet. Så længe den ikke er afviklet, er det svært at påstå, at der er sket forbedringer på området.

Projekt 5

Selvevaluering af "Diabeteskonsulent. Type 2 Diabetes i Almen Praksis. (Forstærket indsats for kronisk syge patienter)" (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA, Aarhus Universitetshospital, 8000 Aarhus C.

Projektnummer

Projekt nummer 5, Forstærket indsats overfor kronisk sygdom i Region Midtjylland.

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Diabeteskonsulent. Type 2 Diabetes i Almen Praksis. (Forstærket indsats for kronisk syge patienter)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Afdelingssygeplejerske Helle Bang Jensby, MEA ambulatorium, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. Mail: HELJEB@RM.DK Mobil: 27644641. Specialeansvarlig diabetessygeplejerske Tove Amby, MEA ambulatorium, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. Mail: TOVEOTTO@RM.DK Mobil: 51779346. Diabetessygeplejerske Aase Kathrine Jensen, MEA ambulatorium, Aarhus Universitetshospital, Tage Hansens Gade 2, 8000 Aarhus C. Mail: AAJENS@RM.DK Mobil: 24829454.

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	X	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	
-------------------------------------	---	------------------------------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2012

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Frem til udløbet af projektperioden den 31.12.2012 kan der fortsat gøres brug af diabetessygeplejerskerne, ligesom planlagte besøg i praksis udføres. Der vil i december/januar 2013 komme audit besøg fra CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Vi har som en naturlig kobling deltaget i de 8 grupperes 2. møde i Kronikerkompasset, Aarhus-Klyngen. Et i december 2010 hvor vi præsenterede os selv og projektet, og de resterende 7 møder i april 2011, med status i projektet, hvad der blev efterspurgt og hvad vi kunne tilbyde. Endelig blev vi i april og maj 2012 inviteret til at deltage i de tre stormøder, hvor Kronikerkompasset blev evalueret og afsluttet. Her deltog vi både med en "stand" og i efterfølgende panel diskussion.

Det har øget opmærksomheden på projektet, idet der sås en stigning i antal henvendelser fra praksis efter møderne, hvor de praktiserende læger og deres klinik personale flere gange er blevet mindet om tilbuddet, og samtidig igen har fået et ansigt på os som diabetessygeplejersker bag projektet.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Projektmidlerne blev søgt med det formål at medvirke til implementering af Forløbsprogrammet for Type 2 Diabetes.

Den primære målgruppe for projektet har været de praktiserende læger i Aarhus Kommune og deres klinikpersonale i alt 111 praksis.

Derudover har der været et begrænset samarbejde med personalet i Sundhedscenteret – nu Folkesundhed - omkring hvilke ydelser Folkesundhed og diabetescenteret kan tilbyde, med henblik på at pt. henvises til det rette tilbud på rette tidspunkt.

I hele projektperioden har der været fokus på Forløbsprogrammet for type 2 diabetes, som beskriver, hvor den enkelte skal behandles på et givet tidspunkt og hvem der har behandlingsansvaret. I henhold til Guidelines og stratificeringsniveau, har vi medvirket til at lette kommunikationen og smidiggøre overgange sektorerne imellem. I samarbejde med Folkesundhed har vi medvirket til at øge bevidstheden om at henvise patienten til det rette undervisningstilbud – blandt andet gennem information om at der ved patienter med anden etnisk herkomst, som ikke mestrer dansk, kan henvises direkte til undervisning i Folkesundhed Vest.

Vi har i projektet tilbudt et samarbejde, hvor vi gensidigt har kunnet lære af hinanden, og hvor praksispersonalet har haft mulighed for at styrke kompetencerne i praksis ved at benytte os som ressourcepersoner ud fra deres individuelle ønsker og behov.

En gevinst har blandt andet været, at personen med type 2 diabetes i nogle tilfælde har kunnet behandles i praksis, med hjælp fra Diabetescenteret, frem for at skulle henvises til Diabetescenteret.

I den indledende projekt ansøgning om puljemidler, var udgangspunktet at etablere en udgående funktion med afklaring af:

- Implementering af henvisnings kriterier ifølge stratificering til niveau 1,2 og
- At styrke samarbejdet mellem praksis sektor og Diabetescenter

- At tilbyde undervisning og coaching i diabetes relaterede spørgsmål.

Mål

- At praksis sektoren fik kendskab til Diabetescenterets tilbud om undervisning, intervention og risikovurdering
- Koordinering af den tværsektorielle indsats i forhold til Forløbsprogrammets rekommandationer
- At praksissektor og Diabetescenter arbejder sammen om patientforløbene.

Målepunkter

- Registrering af antal besøg og lokalitet
- Registrering af ydelser
- Audit på patientforløb stratificeret til niveau 2.

Projektbeskrivelsen blev udfærdiget september-november 2010 og godkendt af afdelingsledelsen som grundlag for arbejdet i projektet. Den tilgodeser alle punkter, med undtagelse af:

- **Implementering af henvisnings kriterier ifølge stratificering til niveau 1,2 og 3.** Dette punkt har i hele projektperioden haft vores fokus, men kræver fortsat øget opmærksomhed, både i primær og sekundær sektor, før det kan siges at være implementeret.
- **Audit på patientforløb stratificeret til niveau 2.** Under udarbejdelse af projektbeskrivelsen havde vi et tæt samarbejde med afdelingens praksis koordinator. Der var bred enighed om, at vi som diabetessygeplejersker ikke skulle komme for at kigge praksis over skuldrene, og være bedrevindende. Vi skulle være ligeværdige, uvildige samarbejdspartnere og betragtes som en ressourceperson, som praksis kunne kontakte når og hvis de havde behovet. På den måde håbede vi at kunne etablere et samarbejde, hvor antal henvendelser, ville sprede sig som ringe i vandet. Med denne indgangsvinkel kunne der ikke være tale om at lave audit, og det har derfor ikke været et målepunkt i den gældende projektbeskrivelse, som på nær de to ovenstående punkter opfylder betingelserne for tildeling af puljemidler, i forhold til den oprindelige ansøgning.

Lægepraksis blev fordelt så ligeligt som muligt i to grupper ud fra postnumre. Dette for at evalueringen kunne blive ensartet mellem de to grupper.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

I december 2010 blev alle 111 praksis kontaktet telefonisk med henblik på at lave en aftale om et 30 minutters præsenteringsbesøg i praksis i foråret 2011, hvor diabetessygeplejersken præsenterede sig med hvad hun kan tilbyde i projektperioden. Der blev udleveret folder om projektet, visitkort med kontaktoplysninger og projektbeskrivelsen, i de 89 praksis, der ønskede præsenteringsbesøget. Der var mulighed for afklarende spørgsmål.

Herefter var det op til praksis, om de ville benytte sig af tilbuddet. Det har dog været

nødvendigt med "reminder" henvendelser for at holde projektet i gang. Der var en opstartperiode, hvor nogle praksis først skulle finde ud af, om de kunne/ville bruge os, mens andre straks bad om at få et udvidet præsentationsbesøg med gennemgang af ønskede emner og/eller undervisning i specifikke områder. I sommerperioden var der et fald i henvendelserne. I efteråret 2011 blev der taget telefonisk kontakt til praksis igen. Faldet i henvendelser blev begrundet med manglende tid og en travl hverdag, men at der stadig var ønske om at benytte tilbuddet, som flere syntes var til gavn. Det har været tydeligt, at der er sket stigning i antal henvendelser, når der er blevet mindet om projektets eksistens, ex. efter alle møderne i Kronikerkompasset, efter "RIV"-aftenmøderne med klinikpersonalet, aftenmødet med de praktiserende læger, og ligeledes efter aftenundervisningen hvor 48 sygeplejersker deltog.

Gennem hele projektperioden har antallet af henvendelser været stigende, men vi har også konstateret, at der er et naturligt fald i antal henvendelser omkring ferier og højtider.

Problemstillinger der har været mest efterspurgt:

- Malregulation og behandlingsformer. Heri lægger vi:
 - Hvordan optimeres behandlingen, GLP1, DPP4-hæmmere, SU, Insulin, økonomi i forhold til præparatvalg
 - Hvordan observere effekt, BG måling,
 - Hvordan motiveres patienten til livsstilsændring/øget egenomsorg
 - Årsager til svingende BG.
 - Årsager til hypoglykæmi og behandling
- Insulintyper og behandling
- Spørgsmål om testmaterialer

Hovedparten af **henvendelserne** har drejet sig om disse emner, og det har været såvel læger som sygeplejersker der har henvendt sig.

Der har været konkrete pt. cases, hvor vi i samarbejde med praktiserende læge/konsultationssygeplejerske og evt. ambulatorielæge har medvirket til at patienten kunne behandles i praksis, frem for at henvise til Diabetescenter.

Andre henvendelser fra praksis har været ang.:

- Fodsår, og henvisning til Center for den diabetiske fod
- Samtale omkring organisering af kontrolbesøg i praksis, samt stratificering
- Spørgsmål om diabetesskole og undervisning
- Pt. med anden etnisk baggrund
- Ønske om specifik undervisning og/eller sparring omkring patienter i praksis
- Ønske om studiebesøg i diabetescenter, eller at deltage i undervisningen på diabetesskolen.

Det har overvejende været henvendelser på telefon eller mail.

Det har været både læger og sygeplejersker samt andet klinikpersonale, der har henvendt sig. I nogle praksis kun en faggruppe i andre praksis flere faggrupper. Henvendelserne har været både med konkrete spørgsmål og med ønsker om sparring vedrørende en eller flere patienter.

Se den præcise opgørelse i bilag 1.

Ved **undervisning** ude i praksis har der været aftalt fra ½ - 2 timer pr gang, oftest 1 time.

Undervisningen har både været monofaglig og tværfaglig (ofte for hele praksis).

Fokusområder har været:

- Gennemgang af Guidelines for Type 2 diabetes
- Hvordan gør man i praksis i forhold til behandlingsopstart
 - Forholdsregler, observationer og relevant information
- Gennemgang af tabletbehandling, herunder med DPP4-hæmmere
- Gennemgang af insulintyper, virkningsprofiler og valg/skift af
 - insulintype, titrering af dosis, nødvendig undervisning, herunder
 - symptomer og handlinger ved hypoglykæmi.
- Gennemgang af stratificerings niveauer, organisering af 3-måneders/års-kontrol, relevante undersøgelser og henvisning til diabeteskole
- Opstart af GLP1-behandling, observationer og titrering.
- Injektionsteknik, valg af injektionsområde og kanylélængde.
- Sparring omkring udvalgte patient cases (i praksis)
- Forebyggelse af senkomplikationer, obs. på øjne og fødder
- Motivation og fastholdelse af livsstilsændringer

I forhold til alle undervisningsemner er der udleveret understøttende materiale.

Enkelte gange har vi været ude i praksis og deltaget sammen med læge/sygeplejerske i opstart af insulin/GLP1 hos patienter med komplekse behov, eller for at sygeplejersken følte sig bedre rustet og mere tryk ved selv at kunne varetage opgaven fremover.

Vi har deltaget i et aftenmøde, januar 2012, sammen med en overlæge fra MEA og 10 praktiserende læger, hvor aftenens emne var Type 2 Guidelines og samarbejdet mellem Diabetescenter og praksis. Vi redegjorde for hvad projektet kan tilbyde, og status for hvad der blev efterspurgt, og hvor meget vi blev brugt. Efter mødet gav en af lægerne udtryk for, at han havde ombestemt sig og alligevel ønskede at gøre brug af tilbuddet. I februar 2012 havde vi to fyraftensmøder med deltagelse af klinikpersonale fra RIV grupper (RIV er en netværksorganisation for ALT personale ansat i almen praksis, og betyder Ringe I Vandet). Møderne havde været udbudt til alle Riv grupper i Aarhus Kommune, men kun 7 praksis (2 RIV grupper) ønskede at deltage. Praksis personalet medbragte patient cases, som vi i undervisningen tog udgangspunkt i.

I marts 2012 deltog vi i et aftenmøde sammen med et medicinalfirma, hvor der var 48 konsultationssygeplejersker til stede.

Her var oplæg om Type 2 Guidelines fra en overlæge i MEA, og vi deltog med patient cases, hvor vi gennem dialog med konsultationssygeplejerskerne faciliterede læring i forhold til komplekse diabetesrelaterede problemstillinger.

I efteråret 2012 havde vi fokus på **evaluering af projektet**.

- Hvordan kunne vi kvalitativt evaluere effekten af projektet?
- Hvordan havde praksis oplevet samarbejdet med de to diabetesygeplejersker?
- Havde det ændret på den måde patienten med Type 2 diabetes behandles i praksis?
- Havde de ønske om et lignende tilbud efter projektets ophør?

Vi overvejede fokusgruppeinterview, som fravalgtes grundet økonomiske og ressourcemæssige betragtninger. I stedet udarbejdede vi et kortfattet spørgeskema til belysning af ovenstående emner. Der var både afkrydsning og plads til kommentarer – positive som negative – og der fulgte svarkuvert med. I oktober udsendte vi spørgeskemaerne, bilag 3, med svarfrist ultimo oktober 2012. Svarprocenten var 60 %. Vi fik mange kommentarer – flest positive, men også begrundelser for ikke at have benyttet tilbuddet.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Målene med projektet er på de fleste punkter indfriet. Dette er synliggjort gennem vore optegnelser gennem hele projektperioden, se bilag og tidligere beskrevne afsnit.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Projektet har medvirket til at forbedre samarbejdet mellem praksis og Diabetescenter. Gennem øget opmærksomhed på Forløbsprogrammet og gældende Guidelines har det, gennem undervisning og sparring, øget kompetencerne hos de personer, der har gjort brug af os i projektet. Antallet af henviste til diabetesskole har i projektperioden været stigende. Disse tiltag har været til gavn for patienten med diabetes.

Det har haft stor betydning, at vi var "uvildige" i forhold til præparatvalg – samtidig med at vi kunne hjælpe med til at belyse de økonomiske overvejelser i præparatvalget.

Resultaterne belyses med kommentarer fra spørgeskemaerne:

"Det er godt med uvildige vurderinger, som ikke er "farvet" af lægemiddelindustri. Vi oplever at selv relativt komplicerede patienter kan håndteres i vores praksis med støtte fra jer".

"Ja patienten får det optimale tilbud, når vi henvender os i de svære tilfælde".

"Mere struktur i behandlingen. Har fået mere "styr" på "grå zone".

"Optimeret patientpleje i vores praksis".

"Altid super faglig vejledning i tvivlsspørgsmål".

De største udfordringer har været:

I opstartsfasen: at få etableret en kontakt. Bare det at finde ud af, hvornår på dagen, det var bedst at tage kontakten. Og overvejelsen om det var bedst at ringe til sygeplejersken, lægen eller sekretæren.

I forløbet: at fastholde kontakten i den travle hverdag i praksis.

Kommentarer fra spørgeskemaerne:

"Godt tilbud, men hverdagen er så travl".

"Fordi jeg aldrig fik startet, har tænkt på det flere gange"

"Vi var godt inde i sagerne i forvejen".

"Vi henter svar på vores diabetesspørgsmål hos konsulent fra Novo Nordisk".

Hos dem, der har benyttet sig af tilbuddet, har medvirkende årsag været, at vi har haft en

høj grad af tilgængelighed (mail og telefon), at vi kan komme ud i praksis, er uvildige og har lang diabetes erfaring. Klinikpersonalet giver udtryk for, det er rart at have en direkte linje til en diabetes ekspert, som de kender, og hvor der er opbygget en gensidig tillid.

Belyses med kommentarer fra spørgeskemaerne

"Fantastisk god service for lægerne såvel som for patienterne, at vi kan få online hjælp til vanskelige diabetikere. Det har helt sikkert optimeret behandlingen af vanskelige patienter, og vi har samtidig lært meget".

"Den hurtige og kompetente hjælp har gjort, at vi ikke har behøvet at henvise patienter til ambulatoriet. Vi har klaret det i praksis".

"Klarer mere selv, mere tryk, når der opnås hurtig støtte ved behov".

"Rigtig god metode, der er stor fleksibilitet og imødekommenhed. Hurtigt svar, når man mailer eller ringer, dejligt".

"Flot tilbud til praksis, ønsker det fortsætter uændret, da det er fremragende. Stor ros herfra, til en altid venlig og meget kompetent og prompte assistance, når vi beder om det"

Vi har forsøgt at overvinde barriererne ved at være så synlige som muligt, blandt andet ved at arrangere de omtalte aftenarrangementer for konsultationssygeplejersker (beskrevet i punkt 3), samt deltagelse i de omtalte møder i Kronikerkompasset – og ved at være vedholdende i vores kontakt til praksis.

Vi har været positivt overrasket over, hvor mange der har set det som en fordel at kunne benytte sig af tilbuddet, og derigennem øge deres egne kompetencer, ved at vi gennem dialog i konkrete pt. situationer har diskuteret fordele/ulemper ved forskellige behandlinger, samt hvilke observationer der kunne danne grundlag for den valgte behandling. Ligeså har økonomiske overvejelser i forhold til præparatvalg indgået i dialogen. Dette samarbejde har været til gavn for diabetespatienterne.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Udgifter til projektstart og gennemførelse af projektet har været som beskrevet i projekt rapporteringen, ganske forudsigelige og yderst beskedne. Puljemidlerne har været administreret gennem Medicinsk Center, Aarhus Universitetshospital, og projektdeltagerne har ikke været involveret.

Ud over aflønning til 2 diabetessygeplejersker, har det drejet sig om etablering af arbejdspladser med PC og mobiltelefon, samt transportudgifter til buskort eller kilometergodtgørelse. Desuden til dækning af telefonregning. Altså meget beskedne ekstraudgifter.

Projektet har forløbet helt efter planen, der er brugt personaletimer på de relevante opgaver, på de aftalte tidspunkter. Det har for begge diabetessygeplejerskers vedkommende været muligt at skemalægge deres aktiviteter, så det har kunnet passes ind i både de ambulante funktioner og deres projektopgaver uden brug af overarbejdstimer.

Evalueringen viser stor tilfredshed fra de praksis der har benyttet tilbuddet.

Ifølge vores egne opgørelser har tilbuddet været benyttet af 79 af de 111 lægepraksis i Aarhus Kommune.

Vi har fået i alt 63 spørgeskemaer retur af de udleverede 105, heraf var 2 blanke og det giver en svar-procent på 60.

Til og med den 27.11.2012 har der været afholdt:

- 89 præsentationsbesøg ved projektopstart

- 59 timers undervisning.
- Der har været 415 henvendelser fra praksispersonale.
- Vi har medvirket ved 9 konsultationer i praksis
- Der har været 10 sygeplejersker på studiebesøg i 20,5 dage
 - (3 dage som følge på diabetesskole eller 1½ dag kombineret diabetesskolebesøg, Center for den Diabetiske Fod og følge en sygeplejerske).

Tilbagemeldinger fra spørgeskemaerne:

Har projektet medvirket til forbedret samarbejde mellem din/jeres praksis og Diabetesambulatoriet?

	JA/solo	JA/flermands	NEJ/solo	NEJ/flermands	solo	flermands
Forbedret samarbejde	10	28				
IKKE forbedret samarbejde			2	5		
Ikke besvaret					10	6

Hvad har efter din mening medvirket hertil?

	Mulighed for kontakt til erfaren diabetessygepl.	Diabetessygepl. tilgængelig både på tlf. og mail	Diabetessygepl. kan komme ud i praksis	Fokus på undervisnings-tilbud til Type 2 DM	Fokus på samarbejde omkring behandlingss-forløb ved Type 2 DM	Flere pt. har kunnet behandles i praksis, fremfor Diabetescentre	Andet
Solopraksis	9	8	10	10	9	2	2
Flermands	27	26	26	16	22	13	2

Har projektet haft betydning for behandling af patienter med Type 2 diabetes i din/jeres praksis?

JA/solo	JA/flermands	NEJ/solo	NEJ/flermands	Ikke besvaret/solo	Ikke besvaret/flermands
9	29+1ja/nej	5	4	8	5

Er der behov for lignende tilbud fremover?

	Solopraksis	Flermandspraksis
JA	16	30+2 måske
NEJ	2	6
VEDIKKE	4	0

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Vi anser det for muligt at få midler til at fortsætte det gode samarbejde, der nu er etableret om patientforløb på tværs af sektorerne. Timeforbruget fremadrettet anslås til at være ca. 2 timer/uge, hvis det kun er telefonkontakt. Hvis det fremover er et ønske fra praksis, kan der måske med fordel etableres frokostmøder i praksis eller fyraftensmøder for en større gruppe med undervisning/dialog en til to gange årligt.

I projektperioden er det lykkedes at skabe og bibeholde kontakt, opbygge en gensidig tillid og respekt for hinandens arbejde, for gennem sparring og videns deling at medvirke til optimering af patientforløb indenfor Type 2 diabetes. Dette samarbejde anser vi for yderst vigtigt at forsætte og udbygge.

Projektet vurderes til at have været en døråbner for samarbejde på tværs af sektorerne, men vi savner finansiering af den endelige implementering.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Vi har i hele projektperioden haft meget fokus på at være synlige og fortælle om projektet, både indhold og forløb. Det er beskrevet i tidligere afsnit med møderne i Kronikerkompasset og de arrangerede aftenmøder. På et sygeplejesymposium i september 2011 deltog vi med en oral præsentation af projektet. Efterfølgende fik vi henvendelser fra andre hospitals afdelinger, der så muligheder for undervisning og samarbejde på tværs af sektorerne, og gerne ville høre nærmere om vores erfaringer.

I april 2012 havde vi en artikel i Diabetes dialog, hvor projektet blev præsenteret, og hvilke erfaringer der var indsamlet på dette tidspunkt.

Ved afslutningsmøderne på Kronikerkompasset i april/maj 2012, hvor vi deltog med en stand, medbragte vi en poster der beskrev projektet og samarbejdet. Vores stand var ved disse møder velbesøgt, og der var stor interesse for projektet.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Vi håber samarbejdet med praksis kan fortsætte, som minimum med mulighed for telefonkonsultation. Vi ser ingen hindring for at denne funktion kan tilgodeses i vores sædvanlige sygeplejerske stillinger, da det i gennemsnit er få timer pr uge, det drejer sig om.

En del praksis har i evalueringen givet udtryk for, at de gerne så en mulighed for et besøg i praksis med fokus på at diskutere relevante emner og gennemgang af relevante patient cases – enten i sygeplejegruppen eller for hele praksis.

Da dette projekt har bygget på deltagelse fra praksis på frivillig basis, hvis de havde behovet, skal vi ikke som sådan arbejde for at implementere og fastholde tiltagene, MEN det er meget vigtigt at det bliver meldt ud til praksis, inden projektets ophør 31.12.2012, hvordan samarbejdet kan fortsætte fremover.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt**Kilder**

Forløbsprogram for type 2 diabetes, Region Midtjylland

Guidelines for type 2-diabetes

Diabetes dialog, April 2012, nr. 2

Bilag

Endelige data fra optælling af Toves data for henvendelser 01.01.2011-27.11.2012, bilag 1

Endelige data fra optælling af Aases data for henvendelser 01.01.2011-27.11.2012, bilag 1A

Opgørelse af Toves spørgeskemaer oktober 2012, bilag 2

Opgørelse af Aases spørgeskemaer oktober 2012, bilag 2 A

Blank spørgeskema til praksispersonale, bilag 3

Projektbeskrivelse, bilag 4

Stratificering af personer med Type 2 diabetes, bilag 5

Kriterier for stratificering til niveau 1 for patienter med type 2 diabetes i Region Midtjylland, bilag 6

Anbefalede undersøgelser ved udredning og kontrol af Type 2 diabetes, bilag 7

Poster fra præsentation på Kronikerkompasset april/maj 2012, bilag 8

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++//++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++ Mere nuanceret syn på diabetesbeh	Ja	Ja
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	Ja	Ja	
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	Ja	ja	
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			Arbejdsgruppe nedsat i uge 46.
5. Bedre patientforløb	Ja	Ja	?
6. Forløbsprogrammet er implementeret	På vej		Kræver fortsat fokus
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	-	-	-
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	-	-	-
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	Ja	Ja	Kræver fortsat fokus
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	Ja	Ja	Kræver fortsat fokus
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	-	-	-
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	Ja		Kræver fortsat fokus
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	-	-	-
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	Vi har en formodning om det	Nej	Kræver fortsat fokus
15. Bedre patientoplevet kvalitet i indsatsen	Vi formoder det		Kræver fortsat fokus
16. Patienters egenomsorg er styrket	Vi formoder det		Kræver fortsat fokus
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	-	-	-
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	-	-	-
19. Færre akutte indlæggelser	-	-	-
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	Ja	Ja	Kræver fortsat fokus
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	Ja	Ja	Kræver fortsat fokus
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	-	-	-
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	Ja	Ja	-
24. Mere omkostningseffektiv praksis	Det formoder vi	-	-

25. Højere patientsikkerhed	Ja	Ja	Kræver fortsat fokus
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	Det formoder vi		Kræver fortsat fokus
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	-	-	-
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	Det formoder vi	Ja	Kræver fortsat fokus
Andet? (skriv)			

Projekt 6

Selvevaluering af "Forløbsprogram for type 2 diabetes - koordinerende sygeplejerske" (Hospitalsenheden Midt)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
HE Midt
Regionshospitalet Viborg
Endokrinologisk Ambulatorium
Søndersøparken 14
8800 Viborg

Projektnummer

Projektnummer: 54698/6

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Forløbsprogram for type 2 diabetes – koordinerende sygeplejerske.

Projektleders navn og kontaktinformation,

Afdelingssygeplejerske Alice Kristensen
Endokrinologisk ambulatorium, medicinsk afdeling, HE Midt, RH Viborg
Telefon: 78447501
Mail: alice.kristensen@viborg.rm.dk

Overlæge Helene Nørregaard
Endokrinologisk specialeansvarlig overlæge, medicinsk afdeling
HE Midt, RH Viborg
Telefon: 78447026
Mail: helene.nørrelund@viborg.rm.dk

Udviklingskoordinator Annette Fenger,
Medicinsk afdeling, HE Midt, Kvalitetsteam, RH Viborg
Telefon: 78447112
Mail: annette.fenger@viborg.rm.dk

Projektsygeplejerske: Ulla Reeslev, endokrinologisk ambulatorium,
medicinsk afdeling, HE Midt, RH Viborg
Telefon: 21350583
Mail: ulla.reeslev@viborg.rm.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer: Projekt nr. 6	X	Patientundervisning og egenomsorg	
-------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

30-11-2112

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input type="checkbox"/>
Dato for afslutning	31-12-2013	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektets status: Evalueringerne er foretaget i de sidste måneder op til, men projektet stopper med aktiviteter ultimo december 2012.

Projektets sammenhæng**1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom**

Projektet har ikke decideret haft samarbejde med andre tiltag, men hænger sammen med den fokus og indsats, der er i regionen til patienter med kronisk sygdom samt Det nære Sundhedsvæsen. I samme periode startede et projekt for praksislæger i Regions Midtjylland med deltagelse af 70% af praksis med fokus på implementering af forløbsprogrammer.

Projektet har taget udgangspunkt i implementering af forløbsprogrammet for diabetes 2, og der blev især fokuseret på sammenhæng mellem sektorer og opdatering af viden.

Medicinsk afdeling arbejder meget med omlægning af patientforløb og fra stationære senge til ambulant og igen omlægning fra ambulant regi til primær sektor med høj kvalitet og vidensdeling til følge.

Formål**2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning**

Udgangspunktet for dette projekt er forløbsprogrammet, der beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for borgere med type 2 diabetes på hospitaler, almen praksis og kommuner i Region Midtjylland.

Aktuelle projekt var afgrænset til samarbejdet mellem almen praksis i Viborg kommune, hjemmeplejen i Viborg kommune samt endokrinologisk ambulatorium på Regionhospitalet Viborg omkring patientforløb og forløbsprogrammet.

Formål for projektet:

- At udvikle hensigtsmæssige arbejdsgange ved implementeringen af forløbsprogrammet.
- At udvikle rationelle arbejdsgange til sikring af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne, hospital, praktiserende læger og kommuner.
- At udvikle metoder til opkvalificering af læger og sygeplejersker i praksis og kommunale sektorer ved hjælp af diagnosespecifik undervisning og erfaringsudveksling.

- At udvikle koordinatorfunktionen ved patienter med komplekse diabetesproblemer og derved sikre at patienten får den optimale behandling på det rigtige sted.

Den 13. juni 2011 besluttedes det udvide projektet til praksis i Skive kommune, og senere til Skive kommune. Indtil da havde projektet haft fokus på lægepraksis i Viborg kommune, men grundet stor travlhed med kronikertoget havde praksislægerne i Viborg kommune ikke yderligere ressourcer til kontakt/samarbejde omkring dette projekt. Denne udvidelse er beskrevet i statusbeskrivelserne til regionen som en ændring i juni 2011.

Erfaringerne med praksislægerne i Viborg kommune havde samtidig vist, at indholdet i besøgene blev oplevet for praksisfjernt, hvorefter indholdet ved den geografiske udvidelse fik fokus på konkret assistance i forhold til forløbsprogrammet i stedet for implementering af dette. Formålene forblev de samme, men med et mere praksisnært perspektiv.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Dette projekt har ikke haft patienter som fokus, og derfor beskrives registrering af tiltag i forhold til antal besøg i praksis og undervisning af personalet i praksis og i kommunen.

Der er dels foretaget besøg i lægepraksis i Viborg kommune og senere i Skive kommune med henblik på oplevelsen af samarbejdet med endokrinologisk ambulatorium og ønske til evt. forbedring. Derudover har fokus været i kommunerne i forhold til opdatering af viden angående nyeste viden til behandling/pleje af en diabetes 2 patient, da det viste sig at være et behov.

Besøgene var en opfølgning på et informationsbrev sendt til den enkelte praksis med senere telefonkontakt i forhold til oplevet samarbejde og ønske om besøg.

De første besøg i praksis i Viborg havde fokus på implementering af forløbsprogrammet. De senere besøg i projektet havde fokus på konkrete behov ud fra patientsituationer og forløbsprogrammet.

I kommunen var der ved henvendelsen defineret et behov for undervisning af personalet. Undervisningen har været målrettet fagpersonalet i kommunen og i den forbindelse har undervisningen været delt op efter de forskellige faggruppers kompetence. I alle undervisningsgrupperne har emnerne overordnet haft fokus på pleje og behandling af type 2 diabetikere.

Emnerne har specielt drejet sig om forskellen på de forskellige insuliner samt metoder i klargøring af insulin pen på korrekt måde. Disse emner har været meget aktuelle for kommunen. I almen praksis har der været undervisning efter ønske og undervisningen har udelukkende været for konsultationssygeplejersker mhp. injektions teknik og opdateret viden og erfaringsudveksling.

Registrering af besøg i praksis:			
	1. besøg	2. besøg ca. 1. år efter første besøg.	Flere besøg.
Praksis i Viborg kommune:	18 ud af 30. praksis	13 ud af 18 praksis	6 ud af 18. praksis
Praksis i Skive kommune:	13 ud af 16. praksis.	2. praksis	ingen

Registrering af undervisning af fag personale i kommunen:		
	Undervisning til spl og ssa	Undervisning til ssh og ufaglærte
Viborg kommune:	Ca:15. spl og 50.Ssa	Ca. 20 Ssh
Skive kommune:	2.Spl og 1. Ssa	8 Ssh og 2 ufaglærte

Konsultationssygeplejerskerne i Skives optageområde ytrede ønske om et møde med sygeplejersker i Endokrinologisk Ambulatorium. Efterfølgende blev der arrangeret aftenmøde med 17 sygeplejersker fra 10 forskellige læge praksis i Skive kommune. Der blev afholdt undervisning omkring den medicinske behandling til type 2 diabetikere.

Skematisk registrering af undervisning til konsultationssygeplejersker i Skive kommune:

	Undervisning af endo.amb.	Antal praksis repræsenteret:
Praksis fra Skive kommune:	17. spl	10. forskellige praksis

Målopfylde og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Delvis.

Alle fire formål er nået, men med mest fokus på undervisning og opdatering af viden og via denne er arbejdsgangene blevet mere smidige. Selve implementeringen af forløbsprogrammet var der ikke via dette projekt ønske om. Læs mere om udfordringer i projektet under punkt 5.

Se tidligere statusbeskrivelser indsendt til regionen.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Resultaterne præsenteres i det følgende i forhold til de enkelte formål. Resultaterne er fremkommet via spørgeskemaer samt interview i de tre sektorer ligesom erfaringer er inddraget. Specielt har der været en sammenhæng mellem de første to formål, der derfor

præsenteres under et.

Formål:

- At udvikle hensigtsmæssige arbejdsgange ved implementeringen af forløbsprogrammet.
- At udvikle rationelle arbejdsgange til sikring af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne, hospital, praktiserende læger og kommuner.

Projektet har opnået stor vidensdeling som det væsentligste i forhold til praksis og kommunerne.

Der er i dele af projektet udviklet specifikke hensigtsmæssige og rationelle arbejdsgange i forhold til sammenhængende patientforløb. Sammenhængen er blevet styrket ved den mere synlige kontakt ved projektsygeplejerskefunktionen og let adgang til kontakt i flere patientforløb på tværs af sektorer. Der er flere resultater i tilbagemeldingerne fra kommune og lægepraksis.

I det følgende ses et skema over antal evalueringer til både praksis og kommune. Det er langt fra alle, der har svaret, som det ses af skemaet.

Beskrivelse af evalueringer fra praksis:

Ud af 43 evalueringsskemaer til praksis har 25 praksis afleveret skemaet. Dette svarer til en tilbagemelding på ca. 60 procent.

Ud af de 25 praksis har 7 praksis anvendt projektsygeplejersken flere gange og de beskriver i evalueringen, at de ønsker et permanent samarbejde omkring den koordinerende diabetessygeplejerskefunktion. Der er under besøgene arbejdet med forskellige cases fra deres praksis, og flere svar understreger et behov for en slags "back up" system, når de skal overtage flere og flere patienter med type 2 diabetes i fremtiden. Yderligere påpeger disse praksis et behov for en koordinerende sygeplejerskefunktion til implementering af løbende udvikling i specialet. Alle 7 praksis har oplevet en mere kompetent behandling af deres patienter efter kontakt til den koordinerende sygeplejerske. Specielt har flere praksis benyttet mailsystemet og været glade for den hurtige tilbagemelding.

I alt har 10 praksis ud af 25 svaret ja til, at der er behov for et lignende tiltag i fremtiden. 5 praksis har svaret, at de måske har behov i fremtiden for et lignende tiltag og 4 praksis har svaret nej. Derudover er der 6 praksis, som ikke har anvendt projektsygeplejersken og disse praksis har ikke besvaret spørgsmålet om fremtidige behov.

I spørgsmålet omkring anvendelse af projektsygeplejerskefunktionen som ressourceperson har 18. praksis tilkendegivet, at de ikke har anvendt projektsygeplejersken, hvilket kan undre, da nogle af disse har haft besøg flere gange.

I evalueringerne fra Viborg kommune har alle svaret ja til, at de føler sig mere tryk i forhold til pleje og behandling af borgere med diabetes efter undervisningen. 14 ud af 18 fag personer har beskrevet, at de har ændret adfærd/rutiner i forhold til diabetesbehandling efter endt undervisning.

17. ud af 18 har tilkendegivet et stort behov for en diabetessygeplejerske i kommunen. De beskriver, at der er behov for videns deling på alle niveauer samt, at det er betryggende, at man kan kontakte en specialist ved problemer. Flere udtrykker, at der er behov for speciale viden inden for diabetes området, ligesom der er ansat en sår sygeplejerske og inkontinens sygeplejerske i kommunen.

I evalueringerne fra Skive kommune har 6 fag personer ud af 8 svaret ja til, at de nu føler

sig mere sikker i forhold til pleje og behandling af borgere med diabetes. Ud af de 8 adspurgte har 4 ændret på deres rutiner i forhold til borgere med diabetes og 4 fag personer ønsker, at der i fremtiden vil være en diabetes sygeplejerske i Skive kommune. Diabetes sygeplejersken skulle bruges til videns deling samt en bedre sparring i forhold til den enkelte borgers insulinbehandling og sammenhæng i forløbet.

Udfordringer i projektet:

Der har i projektet været flere udfordringer i forhold til at komme i kontakt med almen praksis. Da projektet startede i 2010 påbegyndte mange lægepraksis samtidigt et forløb med kronikertoget, hvor der var fokus på de 3 eksisterende forløbsprogrammer og implementering af disse. Mange lægehuse valgte at gå i gang med et af de tre forløbsbeskrivelser og havde ikke ressourcer til samtidig at have fokus på implementering af forløbsprogrammet diabetes 2 via dette projekt. Dette medførte ændringer i selve tilgangen og indholdet i de efterfølgende besøg i praksis i Skive, og senere igen ved praksis i Viborg kommune ved besøg i anden omgang.

Der blev udarbejdet en slags pixiudgave af forløbsprogrammet (A 4 udgave), som lægerne kunne anvende ved skrivebordet, når patienterne skulle stratificeres ud fra de angivne kriterier. Dette var en hurtig måde at blive bekendt med indholdet i forløbsprogrammet. Det er ikke muligt at måle på, om de bliver anvendt i det omfang projektet havde til formål.

Konsultationssygeplejerskens faglige sammenslutning FS9 blev kontaktet, men disse har ikke haft behov for besøg eller undervisning, da FS9 har haft samarbejde med Novo Nordisk og derigennem fået undervisning i behandling af type 2.

Dernæst blev fokus vendt mod etablering af undervisning i Viborg kommunen samtidig med udvidelse til praksis i Skive.

Ud fra tidligere erfaringer blev der afleveret personlige breve til lægerne i Skive kommune med information om senere kontakt for at tilbyde besøg. 14 praksis ud af 16 ønskede besøg og aftalen har været, at alle praksis kan henvende sig ved behov for yderligere besøg. Det har vist sig, at kun 2 praksis fra Skive kommune henvendte sig for yderlig kontakt. Dette var mindre end forventet.

I august 2011 var der arrangeret et møde af et medicinalfirma på Niels Bugges Kro i Viborg for alle praktiserende læger i Viborg og Skive kommune samt personale fra diabetes ambulatoriet i Viborg. Her fik en af foredragsholderne spurgt de praktiserende læger om, hvordan de ser samarbejdet mellem hospital og almen praksis. Denne aften blev der en god debat og mange synspunkter kom frem. Dette møde medførte spontan efterspørgsel og det var naturligt igen at forsøge at tage kontakt til praksis i Viborg med en mere praksisnær tilgang.

Der blev personligt afleveret 29 breve og 16 praksis ønskede besøg denne gang. Ud af disse 16 praksis var der flere, der aldrig havde haft besøg tidligere. Besøgene blev denne gang succes rige og med stor variation af behov i praksis.

Efter dette tiltag blev der større efterspørgsel på funktionen både til besøg men også via telefon vedrørende sparring om konkrete situationer eller aftale om et nyt besøg.

I det øgede samarbejde blev en problemstilling synlig i forhold til henvisning fra praksis til rehabilitering i Viborg kommune, og det viste sig, at der var 70 patienter henvist gennem tre måneder. De stod i et "it tomrum". Problemet blev løst via kommunens it-afdeling med

en ny beskrivelse til praksis om, hvordan patienterne skulle henvises fremover.

Der har været forskellig behov fra praksis.

En praksis har ønsket besøg af en læge fra endokrinologisk ambulatorium sammen med projektsygeplejerskefunktionen. Praksis havde lukket en dag for patienter til drøftelse af behandling af deres type 2 diabetikere. Det blev en succesrig dag, hvor både mange behandlingsmuligheder i praksis blev diskuteret samtidig med at samarbejdet mellem hospital og praksis blev taget op med forslag til forbedringer. Denne praksis ønsker fyraftensmøder en gang årligt, hvor komplekse patientsituationer drøftes med tilstedeværelse af speciallæger og sygeplejersker.

Formål:

- At udvikle metoder til opkvalificering af læger og sygeplejersker i praksis og kommunale sektorer ved hjælp af diagnosespecifik undervisning og erfaringsudveksling

Undervejs i projektet er der fremkommet mange ønsker om undervisning og sparring vedr. diabetesbehandling. I erkendelse af, at der er et helt konkret behov for især øget praktisk viden i praksis og kommune, er meget af projekt tiden blevet anvendt til at højne det faglige niveau i de to sektorer.

Det har ikke været muligt at foretage effektmåling af indsatsen i forhold til undervisning af personalet end allerede beskrevet under formål 1 og 2. Effekten blandt patienter vil blandt andet kunne vise sig om nogle år i en bedre reguleret diabetes med færre komplikationer.

Se bilag 1 af undervisningsindhold.

Formål:

- At udvikle koordinatorfunktionen ved patienter med komplekse diabetesproblemer og derved sikre at patienten får den optimale behandling på det rigtige sted.

Her kan beskrives, at projektsygeplejersken i stigende grad er blevet kontaktet af specielt 7 forskellige praksis i Viborg kommune mht. sparring i forbindelse med komplekse diabetesproblemer. 10 praksis i evalueringen har ytret ønske om en blivende koordinator funktion mht. erfaringsudveksling og bedre overgange mellem de tre sektorerci patientforløbene.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Der har været driftsomkostninger i form af løn med mere til en nyoprettet stilling i projektperioden.

Effekten økonomisk kan ikke måles på nuværende tidspunkt. Men på sigt vil det forebygge indlæggelser på hospitalet, da både praksis og kommune har fået større viden og indsigt i patientforløb for diabetes 2 patienter og optimal behandling af disse.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Viborg kommunen har besluttet at ansætte en diabetessygeplejerske. Medicinsk afdeling vil anvende resultaterne fra dette projekt i det videre samarbejde på tværs af sektorer

med stor åbenhed for forskellige modeller til at forbedre/holde fast i allerede opnåede resultater.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Projektskygeplejersken har været med på flere kurser, hvor det har været muligt at holde oplæg til dels omkring forløbsprogrammet og i denne sammenhæng en information omkring projektet. Efter evalueringen vil denne blive sendt til de 2 kommuner og andre interessenter i de tre sektorer.

Der har været tilknytning til et lignende projekt i Århus, hvor der har været møder med erfaringsudveksling.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Det har igennem projektet vist sig, at der er kommet bedre kommunikation imellem sektorerne og kontakten til ekspert viden er blevet kortere. Efter projektets ophør er projektskygeplejersken blevet ansat i en specialefunktion i Viborg Kommune med særlig fokus på diabetes 2 borgere.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Kilder og litteraturliste:

- Forløbsprogrammet for type 2 diabetes. RM hjemmeside.
- Projektbeskrivelsen tidligere sendt sammen med statusbeskrivelser og kan rekvireres.

Bilagsoversigt 1:

Materiale som er anvendt til undervisning i Viborg og Skive Kommune.

Diabetes

Undervisning for Sygeplejersker og SSA i
Skive Kommune

Hvad er forskellen på Type 1 og Type 2 Diabetes.

- Før i tiden delte man de 2 typer diabetes op imellem insulinkrævende diabetes og ikke insulinkrævende diabetes.
- Gør man fortsat det?

- Type 1: Mangler hormonet insulin og man må derfor have det som injektion, ofte livsvarigt.
- Type 2: Danner insulin men mangler evnen til at kunne udnytte det. Nogle kan behandles med Tabletter, som enten har den mulighed at øge insulinfølsomheden eller at insulinproduktionen øges.

Blodsukker og blodsukkermåling

- Hvorfor måler vi blodsukker på diabetikerne?
- Hvor mange blodsukre skal vi måle?
- Type2: Har 150 test strimler, svarer til at måle blodsukker morgen, middag, aften og nat hver 14. dag eller morgen og aften en gang ugentligt.
- Type 1: Har ubegrænset antal strimler, skal vurderes hvor ofte vi måler.

Lavt blodsukker



Lavt blodsukker (Hypoglykæmi)

- Lavt blodsukker kan inddeles i 3 forskellige sværhedsgrader:
- 1. Insulinføling: Der er symptomer på lavt blodsukker og kan handle selv ud fra dette.
- 2. Insulintilfælde: Der er symptomer på lavt blodsukker og har brug for hjælp af andre.
- 3. Insulinchok: Borgeren har mistet bevidstheden og kan ikke handle selv

Blodsuktermåling

- Hvad er det første som gøres inden blodsuktermåling?
- VASKE HÆNDER!!!!!!!!!!
- Hvordan skal blodsukkeret ligge?
- Vi tilstræber mellem 4-10 mmol/l afhængig af hvilken slags diabetiker, vi har med at gøre.

Lavt blodsukker hypoglykæmi

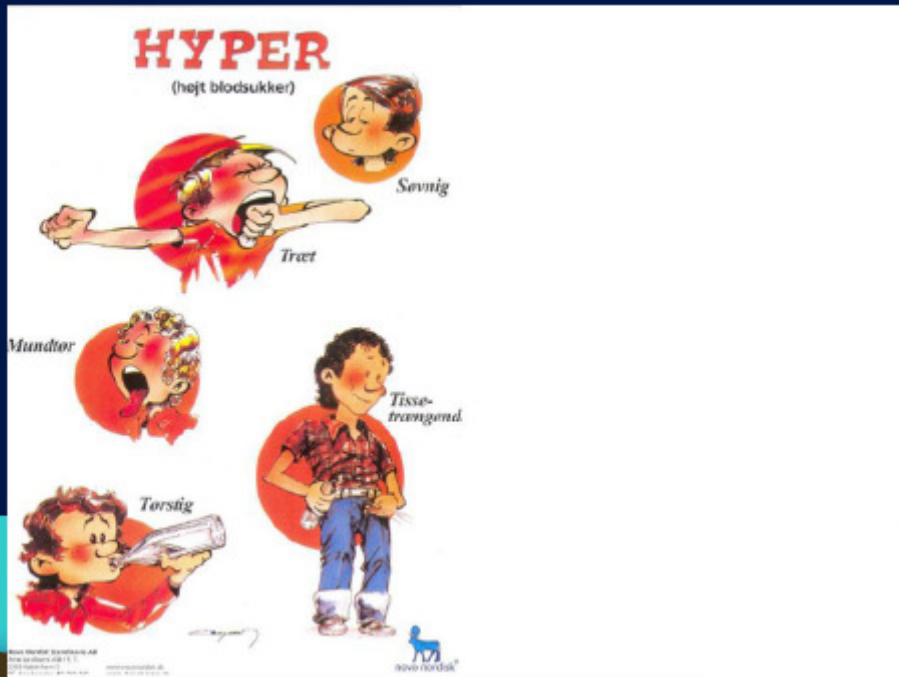
- Hvad er symptomerne på dette og hvad er behandlingen?

Behandling.

- Type 2 Diabetes..
- Drikke 100 ml juice (= 10g kulhydrat – et lille glas)
- Afvent virkning og derefter
- Spise 1 skive rugbrød
ELLER
- Spise 6 små eller 3 store stk druesukker (= 10g kulhydrat)
- Afvent virkning og derefter
- Spise 1 skive rugbrød

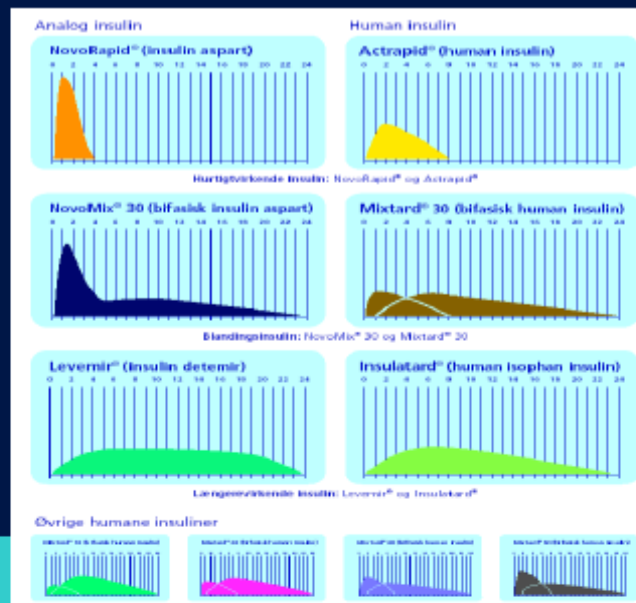
Højt blodsukker (hyperglykæmi)

- Symptomer på hyperglykæmi og hvad er behandlingen for det?



Behandling for Hyperglykæmi

- Hurtigvirkende insulin
- Bevægelse eller aktivitet
- Ved varige hyperglykæmi -> kontakt egen læge eller Diabetesambulatoriet, hvis Borgeren går der.



Victoza- behandling

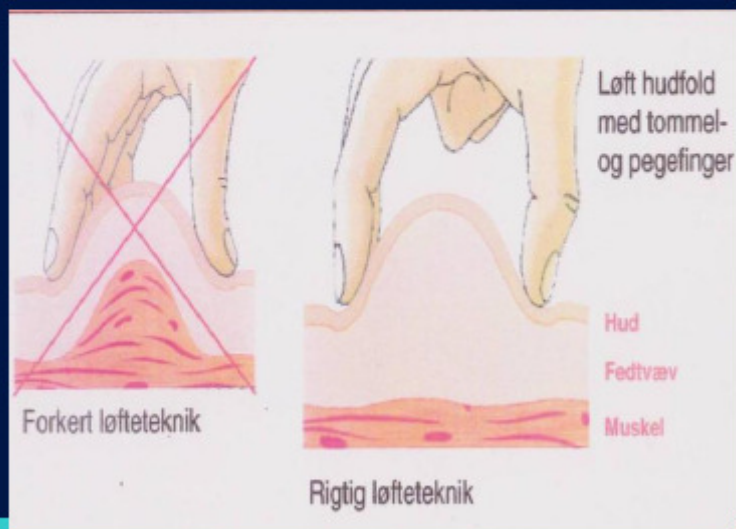
- Victoza er en behandling til personer med type 2-diabetes sammen med tablet behandling.
- Victoza virker når blodsukkeret stiger og hjælper med at normalisere blodsukkeret
- Victoza øger din mæthedsfølelse
- Victoza virker kun når blodsukkeret er højt og mindsker derved risikoen for hypoglykæmi.
- Skal kun gives en gang og man bestemmer selv hvornår på dagen.

Injektionsteknik

- Præsentation af de forskellige pen typer.
- Klargøring af pen
- Nålelængde og vinkel
- Holdbarhed: Uåbnet i køleskab se dato

: I brug: 4-6 uger

(Insulatard, actrapid, mixtard -> 6 uger)



Titreringshjulet



Senkomplikationer

- Hvilke senkomplikationer kender I i forhold til Type 2 patienter...

- Øjne
- Nyrer (nefropati)
- Nerverne (neuropati)
- Storkarssygdomme (blodpropper og hjerneblødning)

Hvad kan I gøre som Personale

- Sørge for at Insulinen bliver givet korrekt
- Måle Blodsukker profiler
- Opmærksom på kosten
- Sørge for kontroller bliver overholdt enten ved egen læge eller i ambulatoriet
- Være opmærksom på Fødderne
- Fodterapeut

Tak for Jeres opmærksomhed 😊

I er altid velkommen til at kontakte os i
Ambulatoriet....

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++		
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	++		
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	++		
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	++		
5. Bedre patientforløb	+		
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+		
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+++		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelset kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 7

Selvevaluering af "Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes med diabetessygeplejerske tilknyttet Endokrinologisk Klinik på Regionshospitalet Randers og Grenaa"

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Endokrinologisk Klinik, Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Randers

Projektnummer

54698/7

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes med diabetessygeplejerske tilknyttet Endokrinologisk Klinik på Regionshospitalet Randers og Grenaa

Projektleders navn og kontaktinformation,

Kirsten Kudahl Alstrup, overlæge, Ph.D. Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Randers.
Email: kirsalst@rm.dk Tlf: 7842 1622.

Henning Kaspersen Nielsen, specialeansvarlige overlæge, dr.med. Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Randers, Email: henniels@rm.dk Tlf: 7842 2453.

Jette Sejr Jakobsen, afdelingssygeplejerske. Medicinsk afdeling Randers. Email: Jette.Sejr.Jakobsen@randers.rm.dk Tlf: 7842 1841.

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

26-11-2112

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2012

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Ingen bemærkninger

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af

regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet tager udgangspunkt i forløbsprogram for type 2 diabetes, som beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for borgere med type 2 diabetes på hospitaler, i kommuner og almen praksis i region Midtjylland.

Projektet har bl.a. omhandlet implementering af diabetesskole for type 2 diabetikere henvist fra almen praksis. Det faglige indhold af diabetesskolen er udviklet i samarbejde med kommunerne, således at tilbuddene fra henholdsvis diabetesskole og kommune supplerer frem for at dublere hinanden.

I samarbejde med kommunerne har der været afholdt fælles skolebænk

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Projektets overordnede mål er udvikling af personalets viden og handlekompetencer på hospitalet, i kommunerne, hos de praktiserende læger og i psykiatrisk afdeling samt styrkelse af patienten og de pårørendes egenomsorg på alle niveauer af egenomsorgskapacitet.

Delmål:

- Etablering af diabetesskole for type 2 diabetikere fra almen praksis. I henhold til forløbsprogrammet for type 2 diabetes udarbejdet af region Midt, skal alle nykonstaterede type 2 diabetikere tilbydes undervisning på diabetesskole, med det formål at tilegne sig viden om sygdommen, samt opnå forudsætninger for egenomsorg. Diabetesskolen er forankret i diabetescenteret og undervisningen varetages herfra.
- Kommunerne og praktiserende læger har efterspurgt en viden- og kompetencefunktion i relation til type 2 diabetes, som kan konsulteres i forbindelse med konkrete patientforløb og undervisning af personale. Et af projektmålene har derfor været at muliggøre nem kontakt mellem praktiserende læge og speciallæge samt at tilbyde undervisning af personalet i primærsektoren (sygeplejersker og SOSU-assisterter)
- Hospitalets øvrige afdelinger har udtrykt lignende behov for udvikling af viden og kompetencefunktion indenfor håndtering af patienter med type 2 diabetes. Det har derfor været et mål fremme viden om håndtering af type 2 diabetikere på somatiske og psykiatriske afdelinger (undervisning af sygeplejepersonale), samt at bistå med håndtering af konkrete problemstillinger i relation til type 2 diabetes (udgående diabetessygeplejerske)

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Delmål

- Der er etableret diabetesskole på henholdsvis regionshospitalet Randers (6 hold årligt) og Grenå sygehus (2 hold årligt). Dette svarer til at 60-70 diabetikere samt eventuelle pårørende årligt gennemgår et undervisningsforløb på 3 dage hvor formålet er at bidrage med viden om sygdommen og opnå forudsætninger for egenomsorg.

Undervisningen omfatter bla sygdomslære og orientering om diæt og varetages af sygeplejerske, læge, diætist og fodterapeut.

- Via løbende møder med praksiskoordinator er der formidlet mulighed for nem kontakt mellem endokrinolog og praksis via diabetesklinikken. Der er mulighed for telefonisk tilbagemelding på forespørgsler til praksislægen inden for ca 1 time.

Der har været afholdt fælles skolebænk for personalet i primærsektor. Dette har omfattet 1 dags undervisning af ca 100 plejepersonale (sygeplejersker, SoSu assistenter) samt terapeuter i primær sektoren ved sygeplejerske, læge og diætist.

Der har desuden været afviklet undervisning på 3 forskellige plejecentre med 30-40 deltagere pr gang.

Der er afholdt undervisning af personalet på de øvrige afdelinger på hospitalet (Akut modtageafsnit, dialysen og ortopædkirurgisk afdeling) i viden om type 2 diabetes og den sygeplejefaglige håndtering af sygdommen.

Som led i projektet er der etableret en "udgående diabetessygeplejerske", hvilket er ny funktion på hospitalet. Diabetes sygeplejersken går dagligt til kardiologisk afdeling, akut modtageafsnit og ortopædkirurgisk afdeling. Efter anmodning kommer hun også på hospitalets øvrige afdelinger. Den udgående diabetessygeplejerske vurderer alle nyindlagte diabetikere mht aktuelle diabetes relevante problemstillinger. Det vurderes, om den aktuelle diabetesbehandling er relevant og sufficient. I tilfælde af nykonstateret diabetes tages der stilling til opstart af behandling, som iværksættes via patientens stamafdeling, der planlægges opfølgende besøg og vurderes om et eventuel efterforløb skal foregå via endokrinologisk klinik eller egen læge.

Den udgående diabetes sygeplejerske er etableret efterår 2010, og aktiviteten i perioden 1/3 - 30/5 2012 er gjort op. I denne 3 måneders periode har der været i alt 121 kontakter (103 type 2 diabetes samt 18 type 1 og anden form for diabetes) fordelt på i alt 65 patienter. Der har gennemsnitlig været 1,8 kontakt pr patient (1-8). Kontakterne har omfattet vejledning af personale på stamafdeling i opstart af insulin behandling, regulering af insulin dosis, opstart/seponering af tablet behandling, monitorering af pt mm.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Delmål

- Diabetesskolen er etableret og velfungerende svarende til de krav, der er opstillet i forløbsprogrammet for Region Midt
- Der har været afholdt undervisning for personalet i primærsektor.
- Den udgående diabetessygeplejerske er etableret og velfungerende

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

- Diabetesskolen:

Vi modtog initialt er stort antal henvisninger til diabetesskolen hvilket medførte en meget lang venteliste (op til 9 mdr), den er nu reduceret til ca 5 mdr. Dette skyldes formentlig, at tilbuddet er rettet til såvel nydiagnosticerede diabetikere som diabetikere med længere varende diabetes. Sidstnævnte gruppe vil naturligt blive mindre med tiden.

Pr 26/11 2012 er der gjort status og 98 patienter har gennemført et skoleforløb på regionshospitalet i Randers, mens 38 pt har gennemført et forløb på Sundhedshuset i Grenå.

- Videns deling mellem primær sektor og diabetescenteret.

De afholdte arrangementer (fællesskolebænk og undervisning på plejecentre) har fået positiv evaluering. Ved behov vil der løbende kunne afholdes lignende arrangementer.

Samarbejdet mellem praktiserende læger og diabetescentret fungerer tilfredsstillende (oplyst fra praksiskoordinator).

- Udgående diabetessygeplejerske

Projektet har ikke haft til hensigt kvantitativt at vurdere om patienterne er blevet bedre reguleret, om indlæggelsesvarigheden har kunnet afkortes eller om antallet af overflytning fra andre afdelinger i hospitalet til diabetesafdelingen er blevet mindre. Vi kan kun udtale os om vore egne oplevelser, når diabetessygeplejersken har besøgt hospitalets andre afdelinger.

Der er vores indtryk, at man på hospitalets øvrige afdelinger ikke har haft fokus på/evnet at tage hånd om patientens diabetes sideløbende med behandling af den primære lidelse (hjertesygdom, sår infektion, amputation etc.). Det er en hyppig observation, at patienten behandles med et uhensigtsmæssigt insulinregime (f.eks. "ad hoc insulin") som kan vanskeliggøre/udskyde udskrivelsen, idet patienten på udskrivelsestidspunktet får en diabetes behandling, som ikke kan håndteres af hjemmeplejen eller af patienten selv. Her har diabetessygeplejerskens funktion været, sideløbende med den primære behandling, at justere på patientens diabetesbehandling, således at denne er optimal, når patienten er klar til udskrivelse fra stamafdeling.

Det er en relativ hyppig observation, at patienter behandles med antidiabetika, som er kontraindicerede (f.eks. metformin ved nyreinsufficiens), hvor diabetessygeplejersken tager hånd om seponering af en sådan behandling og iværksætter en eventuel anden behandling.

Vores erfaring har været, at det kan være vanskeligt for ikke-diabeteskyndig personale at vurdere behandlingsniveauet, og vi oplever, at nogen patienter (specielt ældre med megen komorbiditet) bliver overbehandlet, hvad angår diabetes. Diabetes sygeplejerskens opgave har været at guide mht. det rette behandlingsniveau.

Alt i alt er vores indtryk at diabetessygeplejerskens besøg på de øvrige afdelinger på hospitalet er velindiceret, og hun er blevet positivt modtaget på de afdelinger, hvor hun er kommet.

Det er planen at funktionen skal fortsætte efter projektets udløb, og finansiering heraf sker via medicinsk afdeling.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Projektet er ikke designet således, at det er muligt/relevant at beskrive cost/benefits mm.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Afholdelse af diabetesskole er en pålagt opgave og vil fortsætte fremover.

I egen afdeling er det besluttet, at den udgående diabetes sygeplejerske vil fortsætte fremover

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der er ikke iværksat tiltag for at sprede viden om erfaringerne i projektet.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Det er på afsnitsniveau (endokrinologisk afsnit) besluttet, at den udgående diabetes sygeplejerske skal prioriteres, og der er afsat ressourcer og tid fremover således, at funktionen kan fortsætte.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Ingen

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+	Nej	Ja
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+	nej	Ja
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb	++	nej	Ja
6. Forløbsprogrammet er implementeret	++	ja	Ja
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+	nej	Ja
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+	ja	Ja
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+	nej	Ja
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	++	nej	Ja
15. Bedre patientoplevelse i kvaliteten i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan			

forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 8

Selvevaluering af "Delprojekt: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af fysisk træning i hjerterehabilitering." (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Projektnummer

54698/8

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe."

Delprojekt: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af fysisk træning i hjerterehabilitering.

(Tidligere titel: Planlægning, opstart og evaluering af tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for hjertekarsygdom i Region Midtjylland for kirurgiske og medicinske hjertepatienters rehabilitering)

Projektleders navn og kontaktinformation

Adjunkt, ph.d., forskningsansvarlig fysioterapeut Annemette Krintel Petersen,
Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby
Mail: annempte@rm.dk
Tlf.: 78 45 67 19 Mobil: 22 34 17 17
Seniorforsker, ph.d. Sussie Laustsen,
Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afdeling T, Aarhus Universitetshospital i Skejby
Mail: sussie.laustsen@ki.au.dk/
Tlf.: 78 45 67 35 Mobil: 22 62 99 64

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

01.12.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input type="checkbox"/>
Dato for afslutning	31.12.2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet er et randomiseret, singleblindet, klinisk kontrolleret studie. Patienterne inkluderes og gennemgår et optimeret træningsforløb på 12 uger 3 x ugentligt, og effekten heraf sammenlignes med en gruppe, der gennemgår et konventionelt træningsforløb på 8 uger 2 x ugentligt.

Tidsplan:

- Planlægning og pilotfase i 2010: opfyldt
- Afprøvningsfasen er i 2011 og 2012: Inklusionen begyndte primo marts 2011 og afsluttes med udgangen af 2012. Tidsplanen overholdes.
- Databearbejdning og artikelskrivning påbegyndes primo 2013. Formidling af resultater sker i 2013 og 2014, se uddybning i punkt 7.

Antal patienter i projektet pr. 1/12 2012:

Antal patienter der opfylder inklusionskriterierne	379	
Antal patienter der takker nej til projektdeltagelse	215	
	Optimeret forløb (12 uger, 3 x ugl.)	Konventionelt forløb (8 uger, 2 x ugl.)
Antal patienter inkluderet i projektet	82	82
Antal patienter udgået af projektet	17	17
Antal patienter gennemført projektet	65	65

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projekt 8 er et af i alt tre delprojekter under den fælles titel "Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe." De tre projekter (8, 23, 24) har en tæt indbyrdes sammenhæng.

Projekt 8 vedr. den fysiske træning på hold afsluttes først og leverer data til det telemedicinske projekt (54804/23) og til databaseprojektet (54804/24).

Det telemedicinske projekt afprøver effekten af telemedicinsk overvågning og feedback om træningsforløb i eget hjem for den patientgruppe, der grundet deres erhvervsarbejde enten takker nej til træningsforløbet i hospitalsregi eller har mange afbud i forløbet. Resultaterne forventes at kunne sikre, at flere i denne gruppe af hjertepatienter gennemfører et træningsforløb, samt at kunne styrke overførelsesværdien af rehabiliteringen og livsstilsændringer til patientens hverdagsliv.

Databaseprojektet etablerer og validerer en tværfaglig og tværsektoriel klinisk database om hjertepatienters funktionsevne i alle 3 faser af rehabiliteringsforløbet. Databasen supplerer eksisterende nationale registre og databaser vedr. hjertepatienter og ses som et redskab til at evaluere og forbedre rehabiliteringsindsatsen, herunder hjertepakker og forløbsprogram for Region Midtjylland.

For alle 3 projekter gælder, at de i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel især relaterer sig til følgende standarder:

Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed 1.2.3

- Patientinddragelse 2.1.2., 2.1.3
- Forløbsansvar 2.3.3
- Rehabilitering 2.15.1
- Forebyggelse og sundhedsfremme 2.16.3, 2.16.4
- Overdragelse 2.17.1, 2.17.3
- Hjertheinsufficiens 3.5.1

Der er knyttet yderligere 3 projekter til projekt 8:

Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital i Skejby, har et projekt vedr. undersøgelse af mænds og kvinders fravalg af hjerterehabilitering på hospital, og et projekt om psykosocial støtte i hjerterehabiliteringsinterventionen i afdeling B.

Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afdeling T, Aarhus Universitetshospital i Skejby, har et projekt "Undersøgelse af effekten af diætetisk – og sygeplejefaglig intervention i hjerterehabilitering".

De 3 projekter selvevalueres i disse afdelingers eget regi.

Herudover er 5 projekter vedr. hjerterehabilitering i gang, knyttet til Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Vi følger projekt 12 om afprøvning af en shared care model, da der er sammenfald vedr. målgrupper, idet begge projekter foregår på Aarhus Universitetshospital.

Vi vil holde os orienterede om resultaterne af projekterne 9, 10, 11, 12 og 22 med henblik på gensidig læring, samarbejde og mulige praksisændringer, se også punkt 7.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning:

Aarhus Universitetshospital i Skejby har i eget optageområde forpligtelse til at tilbyde specialiseret fysisk genoptræning til patienter behandlet for hjertesygdom. Aktuelt tilbydes disse patienter superviseret genoptræning 2 gange ugentligt i 8 uger. I Forløbsprogram for hjertekarsygdom i Region Midtjylland anbefales et optimeret fysisk genoptræningsforløb omfattende superviseret fysisk træning 3 gange ugentligt i 12 uger. Der er dog på nuværende tidspunkt ingen evidens for, at 12 ugers superviseret træning 3 gange ugentligt har bedre effekt på kardio-respiratorisk fitness og muskelfunktion hos hjertepatienter end 8 ugers træning 2 gange ugentligt. Præcise rekommandationer for den fysiske genoptrænings udformning i form af varighed, hyppighed og intensitet foreligger ikke, og der efterspørges sammenlignende studier. På den baggrund er det relevant at undersøge effekten af et optimeret genoptræningsforløb for hjertepatienter.

Formålet med projektet er:

- At begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af hjertesygdomme
- At forbedre patientens funktionsniveau og livskvalitet
- At bremse progression af hjertesygdom
- At reducere morbiditet og mortalitet

Vores antagelse om forskningsprojektets problemstilling:

- Vores antagelse er, at et mere intensivt og længerevarende fysisk træningsforløb forbedrer funktionsevnen på kort og på lang sigt

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Patienterne, der deltager, har følgende diagnoser:

- Stabil angina pectoris
- Ustabil angina pectoris
- AMI (STEMI og NONSTEMI)
- Venstresidigt hjertesvigt
- Operationskrævende venstresidig klapsygdom

Rekruttering:

Patienterne rekrutteres fra Aarhus Universitetshospital i Skejby's optageområde efter henvisning til specialiseret genoptræning på hold i Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby. Patienterne henvises konsekutivt i perioden 15/3 2011 til 31/10 2012.

Inklusion:

Patienter over 18 år med ovenstående diagnoser.

Eksklusion:

BMI >35, lidelser der hindrer gennemførelse af træningen, cognitive problemer, patienter der ikke kan læse og forstå dansk.

Karakteristika vedr. de deltagende patienter (164):

<u>Alder</u>	
Gennemsnit	60,99 år
Range	27-83 år
Median	63 år
<u>Køn</u>	
Mænd	130
Kvinder	34
<u>Uddannelse</u>	
Folkeskole	20
Gymnasiet	4
Faglig uddannelse	47
Kort uddannelse < 3 år	15
Uddannelse 3-4 år	35
Lang uddannelse	29
Missing	14
<u>Arbejde</u>	
I arbejde	33
I arbejde men sygemeldt	31
Arbejdsløs	7
Førtidspensionist	10
Pensionist	77
Missing	6
<u>Samlivsstatus</u>	
Bor med partner	118
Aleneboende	37
Missing	9
<u>Ryger</u>	
Aktiv ryger	17
Ikke ryger	147

Forløbets indhold:

(Flowdiagram: Studiedesign og set-up er vedlagt som bilag 1)

TEST

Erfarne fysioterapeuter forestår testningen, der gennemføres som beskrevet i nedenstående drejebog.

Fysiske test:

- Kardiorespiratorisk fitness (kondital), VO2 max, måles med Breath by Breath metoden med iltoptagelsesudstyr (Jaeger MasterScreen CPX) på ergometercykel (Lode Corival).

Generelt aktivitetsniveau:

- Spørgeskemaet Physical Activity Scale, PAS, anvendes

Isometrisk muskelstyrke og muskel power:

- Maksimal voluntær isometrisk knæekstension på dominant side måles siddende på dynamometerstol (Good Muscle Strength, Metitur)
Ekstensionspower i underekstremitet på dominant side måles siddende med Nottingham Leg Extensor Power Rig

Helbredsrelateret livskvalitet, HQRQoL:

- Spørgeskemaet SF 36

Angst og depression:

Måles med forløbsprogrammets screeningsredskab

Desuden registreres en række basisoplysninger om patienterne: køn, alder, nuværende og tidligere hjertediagnoser, tidligere operationer, forbrug af hjertemedicin.

FYSISK TRÆNING

Træningen superviseres af 2 erfarne fysioterapeuter og sker ud fra en standardiseret træningsprotokol (se bilag 2A og 2B) baseret på foreliggende evidens om træningsformer til de inkluderede diagnosegrupper. Progressionen i træningsintensiteten er standardiseret og monitoreres med taletest (The Talk Test), puls og maksimal iltoptagelsestest VO₂max.

Træningen tilpasses, så den giver maksimalt udbytte for den enkelte deltager.

Desuden indgår to timers undervisning i motion samt undervisning i sygeplejefaglig – og diætetisk intervention. Effekten af de to sidstnævnte interventioner monitoreres i en spørgeskemaundersøgelse i projektet, der udgår fra afdeling T.

Individuelle hensyn:

Træningen tilpasses, så den giver maksimal træningsudbytte i forhold til patientens problemer. Dette kan f.eks. være gener fra bevægeapparatet eller fra hjerte-lungekredsløbet, som vanskeliggør den enkeltes deltagelse i den planlagte træning. I de tilfælde, hvor en deltager ikke kan udføre den planlagte træning, må fysioterapeuten finde en alternativ måde at træne på, med samme intensitet eller formål som i den planlagte træning.

Ved udeblivelse uden afbud kontaktes patienten telefonisk. Der er i forløbet fokus på, at socialt udsatte hjertepatienter møder op og deltager i rehabiliteringsforløbet.

Samarbejde med pårørende:

Pårørende er velkomne ved forundersøgelsen, testning, individuel og gruppebaseret undervisning. Ved slutsamtalen, som er en evaluering af forløbet, drøftes en fremadrettet forebyggelsesindsats.

Projektforløbet er udfordret af flere forhold:

- Sammenlægningen af hele Aarhus Universitetshospital, og herunder sammenlægning af hjerteafdelingerne med placering af hjerterehabilitering på 2 matrikler, har udfordret tilrettelæggelsen og rekrutteringen af patienter til både projekt 8 og 12, fordi de to projekters målgrupper er sammenfaldende
- Indførelsen af EPJ, nye henvisningsprocedurer og nye samarbejdsflader
- Rekrutteringsproblemer grundet mangelfuld fremsendelse af specialiserede

genoptræningsplaner

- At der endnu ikke er indført en fælles epikrise for hjerterehabileringsforløb i EPJ, til udsendelse til primærkommuner og til praktiserende læger. Der er udarbejdet en skabelon hertil, men den er endnu ikke i EPJ

Målopfylde og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Dataindsamlingen afsluttes rettidigt og formålet med projektet er opfyldt.

Vi kan ikke præsentere opnåede resultater i denne selvevaluering, fordi projektet er et forskningsprojekt, og derfor skal leve op til reglerne for offentliggørelse/publicering af resultater (Vancouver reglerne).

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Opnåede delresultater/milepæle for projektet pr. 1/12 2012:

Milepæle i det forberedende arbejde:

- indrettet testlaboratorium i samarbejde med Medicoteknisk Afdeling, Region Midtjylland
- udarbejdet manualer for testprocedurer og for anvendelse af måleapparatur, og oplært fysioterapeuter i anvendelse af måleapparaturet, herunder datahåndtering, sikkerhedsprocedurer og hygiejne, jvf. e-dok Fysioterapi - og Ergoterapiafdelingen 21.2.15, 21.6.11, 25.1.30
- udarbejdet standardiseret træningsprotokol for de 2 træningsforløb (8 uger og 12 uger) og oplært fysioterapeuter i anvendelsen
- udarbejdet ny rammeordination for lægehenvielse af patienter fra Afd. B og T til specialiseret genoptræning på hold og tilhørende testning, e-dok Fysioterapi - og Ergoterapiafdelingen 20.3.6.1
- gennemført et pilotforsøg med afprøvning af forsøgsprotokol og testprotokol om målemetoder

Gennemførte praksisændringer indtil nu:

- Gennemført et dobbeltblindet intertester reliabilitetsstudie af den patientvurderede taletærskel for IHD og CHF patienter. Resultaterne publiceres i: Petersen AK, Maribo T, Laustsen S. Intertester reliability of The Talk Test in cardiac patients. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention. (in prep)
- Ændret praksis således, at vi ikke længere anvender den submaksimale test som effektmål, men kun VO₂ max testen, da den har vist sig at være den mest pålidelige.
- Nedlagt en intern klinisk hjertedatabase, fordi vi gennem projekt 8 indsamler flere relevante og kvalitetsmæssigt bedre data om patienternes funktionsevne og helbredsrelaterede livskvalitet
- Vi ringer de patienter op, som udebliver og ikke har meldt afbud

Praksisændring på vej:

- Vi vil indføre obligatorisk brug af testudstyret til andre relevante patientgrupper på baggrund af de indhøstede gode erfaringer med udstyrets muligheder.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Det har i dette projekt ikke været formålet at udarbejde sundhedsøkonomiske beregninger på baggrund af undersøgelsen.

Perspektivering og videns deling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Når forskningsprojektets data er gjort op, tages der ledelsesmæssigt beslutning om ændringer af den fysiske træning på hold for hjertepatienter.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

I **projektperioden** har projektledelsen ved flere lejligheder informeret om projektet

- Møder: i Ledelsesforum Region Midtjylland, i Følgegruppen for implementering af
- forløbsprogrammer i Region Midtjylland, i Hjerterforeningen
- Konferencer: Sektion for sygeplejes 10 års jubilæum, forskningssymposium
- Kongresser: Danske Fysioterapeuters Fagfestival 2012
- Undervisning: cand.cur.studerende

Artikler:

- Laustsen S, Hjortdal VE, Petersen AK. Factors associated with not completing physical exercise cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention (submitted)
- Petersen AK, Maribo T, Laustsen S. Intertester reliability of The Talk Test in cardiac patients. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention. (in prep)
- Markholt N, Ahlmann MA, Rønfeldt L, Laustsen S. Tværfagligt hjerterehabiliteringsprojekt på Aarhus Universitetshospital i Skejby. Diætisten 2011;109(19):11-12

Posters:

- Sektion for sygeplejes 10 års jubilæum, forskningssymposium
- Fagfestival Danske Fysioterapeuter

Der bliver lagt en plan for **den kommende publicering og formidling af projektets resultater:**

- Projektresultaterne vil blive publiceret i peer reviewed videnskabelige tidsskrifter
- Projektresultaterne vil blive formidlet skriftligt og mundtligt i relevante faglige fora

Vi vil orientere os om resultaterne, der opnås i de **beslægtede projekter** 9, 10, 11, 12 og 22, og drøfte samarbejdsmuligheder om

- videndeling af resultater
- fælles læring på tværs af projekter og sektorer og udveksling af erfaringer med at indføre og fastholde ændringer klinisk, personalemæssigt, organisatorisk og i relation til den teknologiske udvikling
- samarbejde med henblik

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

- En øget indsats for at sikre, at de socialt udsatte patienter gennemfører

hjerterehabiliteringen. Patienter, der har været genindlagte, er i antidepressiv behandling, er overvægtige og er single har fået ekstra opmærksomhed i rehabiliteringsforløbet.

- Fremmet det tværfaglige samarbejde på hospitalet til gavn for patienterne.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

- Bilag 1, Flowdiagram: Studiedesign og set-up
- Bilag 2, Standardiseret træningsprotokol for 8 ugers træningsforløb (2A)
Standardiseret træningsprotokol for 12 ugers træningsforløb (2B)

10. Skematisk overblik

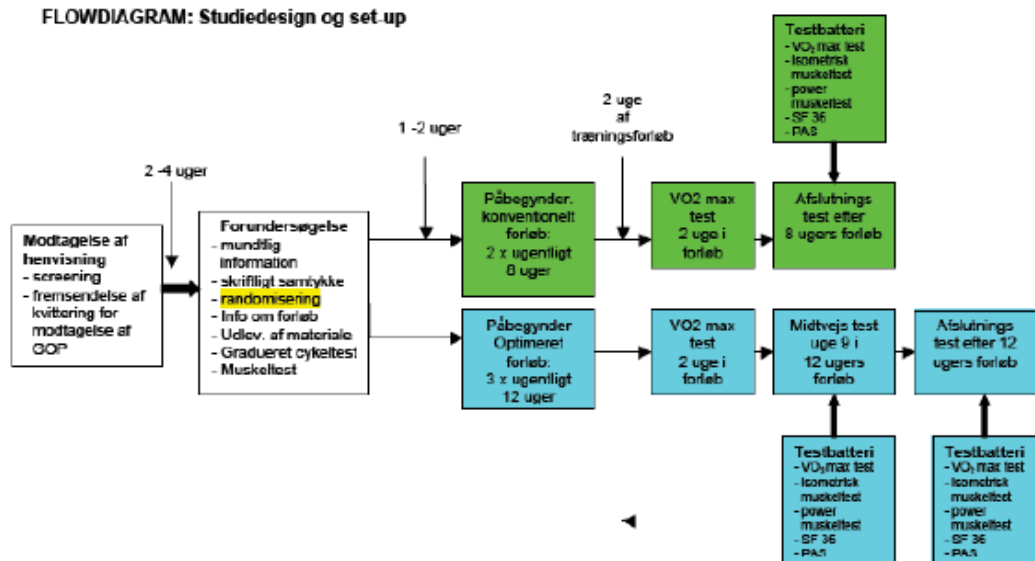
De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++	delvist	delvist
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	ny epikrise	delvist	delvist
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb	++	usikkert	ja
6. Forløbsprogrammet er implementeret	delvist	ikke endnu	delvist
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+++	+++	ja
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	++	delvist	delvist
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	ja	ja	ja
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	ja	måske	delvist
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	ukendt		
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	+		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	?		
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	ukendt		
16. Patienters egenomsorg er styrket	ukendt		
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	ukendt		
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	forventes ++		
19. Færre akutte indlæggelser	forventes		
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	forventes		

21. Sundhedsøkonomisk gevinst	forventes		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	usikkert		
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	forventes		
24. Mere omkostningseffektiv praksis	usikkert		
25. Højere patientsikkerhed	++		
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	forventes		
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	forventes		
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	nej		

BILAG 1

FLOWDIAGRAM: Studiedesign og set up



Bilag 2 A

Standardiseret træningsprotokol for 8 ugers træningsforløb

Hver træningsseance starter med ca. 10 minutters opvarmning og afsluttes med 5 minutters udspænding.

Uge	Dato	Konditionstræning	Andet	Undervisning
1	Tirsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	<ul style="list-style-type: none"> • Præsentation af fysioterapeuter og deltagere • Indstilling af cykler • Intro af øvelser • Intro til udspænding 	
	Torsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Balancetræning	
2	Tirsdag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Torsdag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
3	Tirsdag	Intervaltræning m. maskiner	Intro til træningsrum	Evt. undervisning i motion
	Torsdag	Intervaltræning m. maskiner		Diætist
4	Tirsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. trappegang)	Balancetræning	Undervisning i motion
	Torsdag	Cykling (20 min.)	Styrketræning (20 min.)	
5	Tirsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Afspænding/ Kropsbevidsthed	Undervisning i motion
	Torsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Konkurrencer, lege, boldspil	
6	Tirsdag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Torsdag	Makker-intervaltræning	Balancetræning	
7	Tirsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. trappegang)	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Torsdag	Cykling (20 min.)	Styrketræning (20 min.)	
8	Tirsdag	Intervaltræning m. maskiner	Afspænding/ kropsbevidsthed	Hjerteforeningen
	Torsdag	Intervaltræning m. maskiner		Slutevaluering

Bilag 2 B

Standardiseret træningsprotokol for 12 ugers træningsforløb

Hver træningsseance starter med ca. 10 minutters opvarmning og afsluttes med 5 minutters udspænding.

Uge	Dato	Konditionstræning	Andet	Undervisning
1	Mandag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	<ul style="list-style-type: none"> • Præsentation af fysioterapeuter og deltagere • Indstilling af cykler • Intro af øvelser • Intro til udspænding 	Registrering af hvilepuls
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)		
	Fredag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)		
2	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	Test tirsdag eller torsdag
	Onsdag	Makker-intervaltræning	Balancetræning	
	Fredag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
3	Mandag	Intervaltræning m. maskiner	Intro til træningsrum	
	Onsdag	Intervaltræning m. maskiner		Undervisning i motion
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
4	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. trappegang)	Balancetræning	Undervisning i motion
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
5	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
6	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. trappegang)	Afspænding/ Kropsbevidsthed	
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
7	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Balancetræning	
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
8	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Cykling (20 min.)	Styrketræning (20 min.)	Diætist
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
9	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	

10	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Balancetræning	
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Cykling (20 min.)	Styrketræning (20 min.)	
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
11	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. øvelser)	Balancetræning	
12	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		
	Mandag	Makker-intervaltræning	Konkurrencer, lege, boldspil	
	Onsdag	Konditionstræning opdelt i 2 perioder (cykling vs. trappegang)	Afspænding/ Kropsbevidsthed	Hjerteforeningen
	Fredag	Intervaltræning m. maskiner		Slutevaluering

Projekt 8

Selvevaluering af "Delprojekt: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af diætetisk- og sygeplejefaglig intervention i hjerterehabilitering" (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afd. T, afsnit T2, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Projektnummer

54698/8

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe."
Delprojekt projekt 8: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom.
Undersøgelse af effekten af diætetisk- og sygeplejefaglig intervention i hjerterehabilitering

Projektleders navn og kontaktinformation

Seniorforsker, ph.d. Sussie Laustsen,
Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afdeling T, Aarhus Universitetshospital i Skejby
Mail: sussie.laustsen@ki.au.dk
Tlf.: 78 45 67 35
Mobil: 22 62 99 64

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

30.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31.12.2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet er et quasi-eksperimentelt interventionsstudie med sammenligning af

gruppebaseret 8 ugers undervisning med 12 ugers individuelt baseret undervisning. Effekten vurderes med et valideret spørgeskema samt på kliniske parametre. Der er i alt inkluderet 108 patienter i de to grupper der sammenlignes. Det sidste hold der undervises er aktuelt i gang.

Resultater fra projektet offentliggøres med en videnskabelig publikation i første halvår af 2013. I denne forbindelse vil projektet blive formidlet i faglige og forskningsmæssige sammenhænge nationalt og internationalt såvel mundtligt som skriftligt.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projekt 8 er et af i alt tre delprojekter under den fælles titel "Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe."

For alle 3 projekter gælder, at de i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel især relaterer sig til følgende standarder:

- Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed 1.2.3
- Patientinddragelse 2.1.2., 2.1.3
- Forløbsansvar 2.3.3
- Rehabilitering 2.15.1
- Forebyggelse og sundhedsfremme 2.16.3, 2.16.4
- Overdragelse 2.17.1, 2.17.3
- Hjertheinsufficiens 3.5.1

Der er knyttet yderligere 3 delprojekter til projekt 8:

- Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af fysisk træning i hjerterehabilitering. Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby.
- Undersøgelse af mænds og kvinders fravalg af hjerterehabilitering på hospital. Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital i Skejby
- Psykosocial støtte i hjerterehabiliteringsinterventionen. Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital i Skejby

De 3 projekter selvevalueres særskilt.

Herudover er 5 projekter vedr. hjerterehabilitering i gang, knyttet til Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Vi følger projekt 12 om afprøvning af en shared care model.

Vi vil holde os orienterede om resultaterne af projekterne 9, 10, 11, 12 og 22 med henblik på gensidig læring, muligt samarbejde og mulige praksisændringer.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe

Hjerterehabilitering udgør i dag et væsentligt element i plejen af patienter med hjertekarsygdom. Hjerterehabilitering omfatter identifikation og påvirkning af risikoadfærd som rygning, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet med henblik på at reducere dødelighed, standse sygdomsudvikling og forbedre patienternes

helbredsrelaterede livskvalitet. På Aarhus Universitetshospital har vi forpligtelse til årligt at tilbyde hjerterehabilitering til ca. 160 hjertekirurgiske patienter.

Formålet med projektet følger det overordnede formål for projekt 8:

- At begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af hjertesygdomme
- At forbedre patientens funktionsniveau og livskvalitet
- At bremse progression af hjertesygdom
- At reducere morbiditet og mortalitet

Antagelsen er, at individuelle sygeplejefaglige og diætetiske interventioner i et udvidet hjerterehabiliteringsforløb har større effekt på hjertepatienters sygdomsforståelse, medicincompliance, livsstil og kostforståelse sammenlignet med den eksisterende gruppebaserede sygeplejefaglige og diætetiske intervention i hjerterehabiliteringsforløb til kirurgisk behandlede patienter.

Alle hjertekirurgiske patienter er i perioden tilbudt hjerterehabilitering.

Grundet samme patientgruppe også har været involveret i det randomiserede studie om træningseffekt i projekt 8, har det sygeplejefaglige – og diætetiske studie været opdelt i to faser.

1. Fase hvor de hjertekirurgiske patienter, der enten takker nej til at indgå i træningsstudiet eller som er randomiseret til 8 ugers træning inkluderes fra 1/8 2011. Disse patienter har modtaget den konventionelle 8 ugers gruppeintervention. Denne intervention er i projektet afsluttet per 1/8 – 2012. 55 patienter har deltaget.
2. Fase, hvor hjertekirurgiske patienter, der har modtaget 8 ugers træning fra 1/8 2012 har modtaget et udvidet 12 ugers hjerterehabiliteringsforløb. Dette tilbud indbefatter 1. individuel sygeplejefaglig- og 1 diætetisk samtale hver af 1 times varighed. Hvis sygeplejersken eller diætisten har vurderet, at der er behov for en opfølgende samtale, er patienterne blevet tilbudt dette. Sidstnævnte er kun sket i få tilfælde. Desuden ringes alle patienter op 2 måneder efter afsluttet rehabiliteringsforløb for at høre, hvordan det går med målene for livsstilsændringer jf forløbsprogrammet. 53 patienter har indvilget i at deltage.

Patientens medicincompliance, kost- og rygevaner, egen opfattelse af helbred og grunde til at leve sundt måles med valideret spørgeskema. Spørgeskemaet tager udgangspunkt i spørgsmål fra spørgeskemaerne Addition 2007 Vaner helbred og Addition 2007 Sundhed og livsstil.

Der laves en komparativ analyse af før og eftermålingerne. Der registreres ved baseline: alder, køn, civil- og arbejdsstatus og uddannelsesniveau samt kliniske variable før og efter rehabiliteringsforløbet: diagnose, BMI, taljemål, blodtryk, puls og rygestatus.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Rekruttering:

Patienterne rekrutteres fra Aarhus Universitetshospital i Skejbs optageområde efter henvisning til hjerterehabilitering på Hjertekirurgisk afsnit T2. Patienterne er henvist i perioden 1/8 – 2011 til 1/10-2012

Inklusionskriterier:

Hjertekirurgisk behandlede patienter over 18 år med diagnoserne.

- Stabil angina pectoris
- Ustabil angina pectoris
- AMI (STEMI og NONSTEMI)
- Venstresidigt hjertesvigt
- Operationskrævende venstresidig klapsygdom

Eksklusionskriterier:

BMI >35, lidelser der hindrer gennemførelse af træningen, cognitive problemer, patienter der ikke kan læse og forstå dansk.

Data opgøres i december 2012

Indholdet i den sygeplejefaglige - og diætetiske intervention:

Fase 1: 8 ugers konventionelt gruppebaseret rehabiliteringsforløb

Gruppeundervisning med sygeplejerske

Gruppeundervisningen består af fire seancer. Undervisningen er tilrettelagt med udgangspunkt i Region Midtjyllands materialebank. Undervisningen er dialogbaseret, og patienterne søges inddraget så meget som muligt. Formålet med gruppeundervisningen er at give patienterne en grundlæggende viden om deres hjertekarsygdom, og om hvordan de selv kan medvirke til at forebygge eller forhindre progression af deres sygdom. Herudover at styrke patienterne i at mestre livet med en kronisk sygdom.

1. Mødegang: Det raske og syge hjerte og kredsløb

Formålet med den sygeplejefaglige undervisning gennemgås. For at skabe en tryk atmosfære og et tillidsfuldt forhold mellem patienterne introduceres de for hinanden. Her kan de bl.a. fortælle om oplevelser ved indlæggelsen, operationen og om efterforløbet. Der undervises i det raske og syge hjerte og kredsløb, herunder den fysiologiske baggrund for udvikling af hjertekarsygdom og det typiske symptombillede.

2. Mødegang: Risikofaktorer

Gennemgang af risikofaktorer for udvikling og forværring af iskæmisk hjertesygdom mhp. på at styrke patienternes handlekompetence og motivation for livsstilsændringer. Følgende risikofaktorer gennemgås:

Rygning: Rygning accelererer den aterosklerotiske proces ved bl.a. at øge risiko for trombosering og katarakt. Rygning øger incidensen af iskæmisk hjertesygdom 2-7 gange, og rygere får første AMI 10 år tidligere end ikkerygere. Effekten er dosisafhængig, og risikoen for AMI hos rygere mangedobles af hyperlipidæmi, type 2 diabetes, hypertension og p-piller. Ved rygeophør aftager den øgede risiko hurtigt formentligt pga. hurtige ændringer i tromboseberedskabet.

Usunde kostvaner: nævnes men uddybes ved den diætetiske intervention

Adipositas: Fedme, især på truncus (æbleform), øger risikoen for iskæmisk hjertesygdom. Desuden ledsages trunkal fedme ofte af forskellige kombinationer af hypertriglyceridæmi, lavt HDL, insulinresistens og hypertension.

Inaktivitet: Fysisk aktiv livsstil kan halvere risikoen for iskæmisk hjertesygdom. Mekanismen er ikke afklaret, men fysisk aktivitet øger HDL og fibronolysen og nedsætter bl.a. legemsvægten, blodtrykket, triglycerider og trombocyttaggregationen.

Hypertension: Hypertensionsbehandling bør optimeres med henblik på at opnå et blodtryk < 130/80 mmHg, da graden af aterosklerose og incidensen af iskæmisk hjertesygdom

stiger med stigende blodtryk. Risikoen mangedobles, hvis de andre risikofaktorer er til stede samtidig.

Kolesterol: Forhøjelse af LDL-kolesterol øger risikoen for hjertekarsygdom. Ved hjertesygdom alene er behandlingsmål for total-kolesterol < 4,5 mmol/l (hvis muligt 4,0 mmol/l) og LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l (hvis muligt 2,0 mmol/l) (22). Ved samtidig diabetes er behandlingsmål for total-kolesterol < 4,0 mmol/l og LDL-kolesterol < 2 mmol/l.

Diabetes: Mange patienter med iskæmisk hjertesygdom har uerkendt diabetes, og omvendt har patienter med diabetes iskæmisk hjertesygdom. Da symptomerne kan være atypiske hos disse patienter, kan tilstanden være uerkendt. Den væsentligste behandling af hjertepatienter med diabetes er modifikation af risikofaktorer. Ved samtidig hjertesygdom og diabetes har patienten en væsentligt dårligere prognose end patienter uden diabetes men også en øget gevinst ved intensiv farmakologisk behandling (22)

Stress: Vedvarende psykisk belastning "stress" er forbundet med øget forekomst af iskæmisk hjertesygdom. Hele årsagen hertil er uvis. En del af forklaringen kan være, at "stress" ofte er forbundet med rygning, hypertension, dyslipidæmi og øget fibrinogen.

Arvelig disposition: Tidligt indsættende aterosklerose optræder hyppigt familiært. Incidensen af iskæmisk hjertesygdom øges 5 gange hvis begge ens forældre er/har været ramt af iskæmisk hjertesygdom. Man skal derfor have særlig opmærksomhed på de modificerbare risikofaktorer, hvis man er arveligt disponeret. Dog er langt de fleste hjertekarsygdomme ikke arvelige.

3. Mødegang: Medicin

Der foretages en detaljeret gennemgang af den medicinske behandling herunder den profylaktiske behandling. Der tages udgangspunkt i patienternes egen medicin herunder virkning, anvendelse og bivirkninger. Dette gøres med henblik på at øge patienternes medicincompliance, da der er god evidens for, at profylaktisk medicin reducerer mortaliteten og risikoen for re-infarkt.

4. Mødegang: Psykiske reaktioner og evt. valgfrit emne

Det er kendt, at de fleste patienter enten oplever angst eller depression i det postoperative forløb. Depression øger mortaliteten, hvorfor det er vigtigt, at patienter får en viden herom. Derfor undervises patienterne i de forskellige psykiske reaktionsformer i relation til indlæggelse og hjertekarsygdom. Krisebegrebet defineres og de forskellige krisereaktioner gennemgås ud fra Cullbergs kriseteori. Desuden vil der være en dialog om seksualitet, sygemelding, genoptagelse af arbejde, genoptagelse af det sociale liv og rejseaktiviteter, hvor der tilstræbes erfaringsudveksling mellem patienterne. Der er endvidere lagt op til, at patienterne kan ønske et emne, de gerne vil have belyst eller uddybet.

Gruppeundervisning med diætist

Seancen er á 1 times varighed, og er tilrettelagt på basis af Region Midtjyllands materialebank og foreliggende evidens for "Diætbehandling af iskæmisk hjertesygdom – og forebyggelse heraf". Formålet med undervisningen er at nedsætte risikoen for reinfarkt, hjertedød og den totale mortalitet ved at styrke patientens vidensniveau om hjertevenlig kost. Derfor lægges særligt vægt emnerne:

Fedt og fedtsyrer: Anbefalinger for indtag og fordeling af fedt og fedtsyrer til hjertepatienter er for mættede fedtsyrer + transfedtsyrer: max. 10 energiprocent (E%) af det samlede energiindtag, for monumættede fedtsyrer: 10-15 E% og for polyumættede

fedtsyrer: 5-10 E%. Målet er, at det totale fedtindtag er 25-35 E%. Hvis patienten har problemer med utilsigtet vægttab, anbefales fedtrige levnedsmidler med fortrinsvis mono- og polyumættede fedtsyrer.

Fisk og fiskeolie: Personer med hjertekarsygdom anbefales at indtage 300 g fed fisk pr. uge svarende til 7 g marine n-3 polyumættede fedtsyrer pr. uge. Alternativt tilsvarende supplement i form af fiskeoliekapsler (28).

Frugt og grøntsager: I Danmark er den officielle anbefaling for indtag af frugt og grøntsager 600 g/dag. Anbefalingen beror på, at et højt indtag af frugt og grøntsager bl.a. er forbundet med nedsat risiko for hjertekarsygdom. En meta-analyse beskriver, at der er stærke biomarkører for, at frugt og grøntsager har en beskyttende effekt i forhold til hjertekarsygdom. Frugt og grøntsager er rige på kalium, folinsyre, fibre, antioxidanter, plantesteroler, flavonoider og C-vitamin. Disse stoffer medvirker til at sænke blodtrykket og dermed risikoen for hjertekarsygdom.

Fuldkorn/kostfibre: Personer med hjertekarsygdom anbefales at indtage min. 75 g fuldkorn/10 MJ dagligt. Sammenholdes de 75 g fuldkorn med anbefalingen for indtaget af 25-35 g kostfiber/dag eller 3 g/MJ svarende til 30 g/dag for en kost på 10 MJ, kan ca. halvdelen af kostfibrene komme fra frugt, grønt og kartofler, mens resten bør komme fra cerealler (brød, gryn, ris og pasta).

Alkohol: Sundhedsstyrelsen har skærpet alkoholrådene til kvinder og mænd, og Hjerterforeningen bakker op om Sundhedsstyrelsens anbefalinger (29). Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkohol gennemgås: drik ikke alkohol for din sundheds skyld (motion, sund mad og rygestop har en langt mere positiv effekt på hjertet end et lille forbrug af alkohol), lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 genstande for mænd, høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis man drikker mere end 14/21 genstande om ugen, stop før 5 genstande ved samme lejlighed.

12 ugers udvidet rehabiliteringsforløb med individuelle samtaler

Det 12 ugers udvidet rehabiliteringsforløb tager udgangspunkt i Forløbsprogrammet. Patienterne tilbydes individuelle samtaler i kombination med gruppeundervisningen.

Patienten opfordres til at medbringe ægtefælle eller anden pårørende, da undersøgelser viser, at inddragelse af pårørende kan støtte patienten og gøre det nemmere at gennemføre livsstilsændringer. Ved udeblivelse fra gruppeundervisning og/eller de individuelle samtaler tages kontakt til patienten for at klarlægge årsagen til udeblivelse.

I håb om at patienterne vil arbejde videre mod et hjertemæssigt sundere liv efter afslutning på rehabiliteringsforløbet, introduceres patienterne til den sidste gruppeundervisning til en aktivitetsmappe udarbejdet af Hjerterkirurgisk afsnit T2. I denne aktivitetsmappe er beskrevet diverse aktivitetstilbud inden for KRAM faktorerne i Aarhus Kommune.

Indledende individuel samtale med sygeplejerske

Alle patienter tilbydes en indledende individuel samtale á 1 times varighed, som struktureres ud fra en fast interviewguide (bilag). Forud for den individuelle samtale orienterer sygeplejersken sig om patientens indlæggelsesforløb i EPJ.

Formålet med samtalen er at danne sig et helhedsindtryk af patienten med hensyn til aktuelle ressourcer og behov, patientens indsigt i sygdoms- og behandlingsforløbet samt motivation for at ændre livsstil. Patienten opfordres til at beskrive sit hidtidige sygdomsforløb, og sygeplejersken støtter patienten i at opstille kort- og langsigtede mål

for livsstilsændringer (31).

Opfølgende individuel samtale med sygeplejerske Ved skønnet behov tilbydes patienten en opfølgende individuel samtale á ca. 30 minutters varighed. Her følges op på patientens rehabiliteringsforløb og de opstillede mål.

Gruppeundervisning med sygeplejerske

Gruppeundervisningen vil blive afholdt på samme vis og med de samme emner, som i det eksisterende rehabiliteringsforløb.

Indledende individuel samtale med diætist

Alle patienter tilbydes en indledende individuel samtale á 1 times varighed, som struktureres ud fra en fast interviewguide. Forud for den individuelle samtale orienterer diætisten sig om patientens indlæggelsesforløb og problemstillinger i EPJ.

Formålet med samtalen er at kortlægge patientens aktuelle kostvaner, afdække kostrelaterede problemstillinger og i samarbejde med patienten tilrettelægge et tilpasset forløb for ændring af kostvaner til mere hjertevenlig kostadfærd.

For at kortlægge patientens kostvaner gennemføres en kostanamnese. Desuden foretages en vurdering af patientens lipidprofil og vægtudvikling gennem de senere år samt en vurdering af ernæringsstatus med registrering af vægt, højde og taljemål.

Patientens medicin gennemgås med henblik på præparater, der kan have indflydelse på vægt eller interagere med fødevarer.

Patienten vejledes ud fra den foreliggende evidens for "Diætbehandling af iskæmisk hjertesygdom – og forebyggelse heraf", og gennemgangen har fokus på de områder, hvor patienten har behov og er motiveret for at ændre kostvaner.

Hvis diætisten og patienten sammen vurderer, at patienten ikke har behov for en opfølgende samtale udarbejdes i fællesskab kort- og langsigtede mål for ændring af kostvaner og evt. vægttab/vægtøgning. Målene skal være af en sådan karakter, at der er mulighed for at opnå små, sikre og synlige sejre.

Opfølgende individuel samtale med diætist.

Diætisten lader så vidt muligt patienten have initiativet, så de for patienten relevante emner bliver centrale i samtalen. Følgende emner kan eventuelt indgå i samtalen:

- Evaluering af vægt og taljemål. Gennemgang af blodprøvesvar. Viden om og forståelse for kostens betydning. Holdning til kostomlægning. Compliance i forhold til handlingsplanen. Justering af handlingsplan. Opmuntring og støtte til kostomlægning.

Afslutning på rehabiliteringsforløbet

Ved afslutning på rehabiliteringsforløbet udarbejder sygeplejersken, diætisten og fysioterapeuter en epikrise til praktiserende læge og ved behov til kommunen. Epikrisen er lagt i EPJ i uge 48, hvorfor der først nu er begyndt at sende disse til primærsektor og egen læge. I epikrisen noteres hvilke dele af rehabiliteringsforløbet patienten har deltaget i, hvor langt patienten er med sine mål, og hvad der skal arbejdes videre med i fremtiden. Desuden opfordrer sygeplejersken til at patienten bestiller tid til en forebyggelseskonsultation hos egen læge med henblik på drøftelse af deltagelse i hele eller dele af et kommunalt rehabiliteringsforløb.

To måneder efter endt rehabiliteringsforløb tager sygeplejersken telefonisk kontakt til patienten for at sikre, at overgangen til praktiserende læge/kommunen er sket efter aftalte mål.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet har overordnet levet op til formålet om at gennemføre et udvidet rehabiliteringsforløb for hjertekirurgiske patienter. Dataindsamling er afsluttet rettidigt. Da projektet er et forskningsprojekt kan resultater ikke oplyses før videnskabelig publikation foreligger.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Opnåede delresultater for projektet per 1/12-2012:

- Validering af det valgte spørgeskema på egne patientkategorier og blandt personalet på hjertekirurgisk afsnit T
- udarbejdet protokol og detaljeret beskrivelse af sygeplejefaglig- og diætisk interventionen
- udarbejdet database til indtastning af data i epidata. Data indtastes løbende
- Meget positive tilbagemeldinger fra patienterne på de individuelle samtaler. Det har været nemt at få patienterne til aktivt at medvirke både ved gruppeinterventioner og de individuelle samtaler.
- Udarbejdelse af tværfaglig epikrise. Denne er nu lagt ind under EPJ som et korrespondancebrev.
- Opkvalificering af pædagogiske-, forsknings- Og dokumentationsmæssige kompetencer hos de deltagende sygeplejersker og diætister

Projektforløbet er udfordret af flere forhold:

- at samme patientgruppe indgår i flere undersøgelser under projekt 8
- at projektet undervejs har skiftet diætist og har skiftet sygeplejersker 3 gange. Det er svært at fastholde projektansatte i et afsnit over 3 år.
- Indførsel af EPJ, herunder nye samarbejdsflader og nye henvisnings- og epikrise procedurer
- Patienterne skal i det udvidede 12 ugers forløb igennem mange forskellige interventioner, herunder træningsforløb med forskellige typer af muskel- og konditest, undervisning i træningsfysiologi foruden den sygeplejefaglige og diætetiske intervention. Dette giver store logistiske udfordringer både for patienter og for organisationen. For de erhvervsaktive har det været svært at få flettet ind i et travlt arbejdsliv.
- For de ældre (>80 år) er det svært at overskue at gå til så mange aktiviteter væk fra hjemmet. Organisatorisk er det et puslespil at få booket patienter til alle de tværfaglige aktiviteter – specielt når patienterne ringer afbud – og det har vi erfaringer for sker. Der er således nogle barrierer for at disse typer af patientskoler kan implementeres – barrierer som måske delvist kan løses via kommende telemedicinske løsninger, hvor patienten selv vælger, hvor og hvornår han/hun vil modtage interventionerne i hjerterehabiliteringstilbuddet.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Det har i dette projekt ikke været formålet at udarbejde sundhedsøkonomiske

beregninger på baggrund af undersøgelsen.

Perspektivering og videns deling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

I **projektperioden** har projektledelsen og projektdeltagere ved flere lejligheder informeret om projektet i afsnit T2 og ved nationale faglige fora

- thorax- og karkirurgisk symposium i Odense 2010 og Ålborg 2012
- Undervisning: cand.cur.studerende og stud. Master i klinisk sygepleje ved Aarhus universitet

Artikler:

Markholt N, Ahlmann MA, Rønfeldt L, Laustsen S. Tværfagligt hjerterehabiliteringsprojekt på Aarhus Universitetshospital i Skejby. Diætisten 2011;109(19):11-12

Formidling

- Projektresultaterne vil blive publiceret i peer reviewed videnskabeligt tidsskrift
- Projektresultaterne vil blive formidlet skriftligt og mundtligt i relevante faglige fora

Vi vil orientere os om resultaterne, der opnås i de beslægtede projekter 9, 10, 11, 12 og 22, og overveje om

- videndeling af resultater
- fælles læring på tværs af projekter og sektorer og udveksling af erfaringer med at indføre og fastholde ændringer klinisk, personalemæssigt, organisatorisk og i relation til den teknologiske udvikling
- samarbejde med henblik en faglig og pædagogisk videreudvikling af vores indsats i hjerterehabilitering

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Se venligst under punkt 6

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

En øget indsats for at sikre, at de socialt udsatte patienter gennemfører hjerterehabiliteringen er styrket med de individuelle samtaler i det udvidede 12 ugers hjerterehabiliteringsforløb.

Fra træningsstudiet i projekt 8 er vi blevet opmærksom på, at patienter, der har været genindlagte, er i antidepressiv behandling, er overvægtige og er single skal have ekstra opmærksomhed i rehabiliteringsforløbet, idet disse patienter har større risiko for at falde fra rehabiliteringsforløbet.

Vi har fået fremmet det tværfaglige samarbejde på hospitalet til gavn for patienterne.

Samlet set har projekt 8 givet os overvejelser om, hvordan den tværfaglige intervention kan kombineres, således at fx flere faggrupper underviser samtidigt. Det har vist sig, at

der er overlap mellem dele af undervisningerne.

Dette mhp. at skabe et mere sammenhængende forløb for patienterne. Samtidigt en intention om også at illustrere for patienterne, at hjerterehabilitering er et gennemtænkt tværfagligt forløb, hvor indsatser komplementere hinanden, og at alle faktorer er vigtige for et liv med kronisk hjertesygdom.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Bilag Interviewguide for indledende sygeplejerskesamtale

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	ja	delvis
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	+	ja	Ja, epikrise i EPJ
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+	ja	Ja, epikrise i EPJ
5. Bedre patientforløb	++	ja	Ja, bedre tværfagligt samarbejde
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+	ja	
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+++	ja	
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++	?	
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+	ja	
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse i kvaliteten i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket	++	In det udvidede 12 ugers forløb	
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan			

forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv) Data er endnu ikke gjort op og derfor er det vanskeligt at besvare ovenstående fyldestgørende.			

Interviewguide for indledende sygeplejerskesamtale

Hvordan vil du beskrive dit hidtidige sygdomsforløb?

- Oplevelsen af at være patient og at være indlagt
- Tænker du på dig selv som syg/rask
- Genindlæggelser
- Komplikationer, der har krævet behandling/videre opfølgning (arytmier, pleuravæske, infektioner mv.)

Hvordan er det gået siden udskrivelsen?

- Operationssår (gener, hvordan har du det med såret?)
- Smerter (sår, ståltråde, ryg)
- Føleforstyrrelser (sår, hænder)
- Væskeophobning/ødemer
- Dyspnø
- Træthed
- Koncentrationsevne
- Hukommelsesbesvær
- humørsvingninger

Patientens ressourcer

- Fysisk (funktionsniveau – NMS)
- Psykisk (herunder screening for angst og depression). Hvis svar viser høj sandsynlighed for angst og depression, tilbydes patienten en opfølgende samtale samt henvisning til egen læge
- Sociale ressourcer/pårørendedeltagelse
- Helbredsressourcer (compliance, forståelse for sygdom og behandling)

Problemstillinger

- Rygning
- Alkohol
- Motion
- Medicin compliance
- Sex og samliv
- Kost
- Psykisk
- Blodtryk (måles)
- BMI/taljemål

Motivation og mål

- Motiveret for livsstilsændringer?
- Barrierer (kropslig, praktisk, irrelevans, prioritering)
- Hvad er vigtigst for patienten at ændre?

Projekt 8

Selvevaluering af "Hjerterehabilitering – mener du fysisk træning?" (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Hjertemedicinsk afdeling B, Aarhus Universitetshospital, Skejby

Projektnummer

54698/8

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

"Hjerterehabilitering – mener du fysisk træning?"

Fravalg af ambulant hjerterehabilitering efter Akut koronart syndrom; En interviewundersøgelse.

(Komparativ undersøgelse af mænds og kvinders fravalg af hjerterehabilitering på hospital)

Projektleders navn og kontaktinformation

Projektansvarlig: Heidi Sønderby Vistisen, sygeplejerske, SD, heidvist@rm.dk

Forskningssygeplejerske Jette Svanholm

Oversygeplejerske Charlotte Fuglesang

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

27-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Projektet er ikke afsluttet	<input type="checkbox"/>
Dato for afslutning		Februar 2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet er et af 3 kvalitetsudviklingsprojekter, der er udarbejdet i samme tidsrum i afdelingen og som har haft til hensigt at styrke indsatsen for patienter med kronisk hjertesygdom i Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital, Skejby.

Projektet har sit afsæt i dokumentet "Udviklings- og forskningsstrategi for Sygeplejen, Hjertemedicinsk afdeling B, AUH 2010-2015" og forskningsprogrammet "Fra sygdom til hverdagsliv – rehabilitering på Skejby 2010-2016", som er udarbejdet af Center for forskning i rehabilitering, Klinisk Institut Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital, Skejby.

I projektets startfase blev der indledt et samarbejde med det funktionelle partnerskab i afsnit B4 (Overlæge Lars Krusell og Afdelingssygeplejerske Hanne Fredenslund), hvor projektbeskrivelsen blev drøftet. Endvidere blev projektbeskrivelsen diskuteret med professor Hans Erik Bøtker og derefter endelig godkendt af Afdelingsledelsen i Hjertemedicinsk afdeling B førend projektet blev iværksat og interviewene blev gennemført.

Den projektansvarlige har sideløbende med projektet deltaget i "Modificeret Hjertekursus 2" i Hjertemedicinsk Afdeling B, som Forskningssygeplejersken i afdelingen, Jette Svanholm har stået for. Kurset er forløbet over 11 dage, dvs. vi (fra de 3 kvalitetsudviklingsprojekter) har mødtes ca. en gang om måneden i projektperioden. Hensigten med at deltage i kurset har været at styrke projektsygeplejerskers akademiske færdigheder og dermed kvaliteten i forhold til gennemførelse af et udviklingsprojekt. Det har også været hensigten at skabe sammenhæng mellem konkret projektarbejde og mulighed for undervisning. Det var en meget lærerig proces at deltage i kurset, fordi man som projektansvarlig løbende blev udfordret af forskningssygeplejersken og de andre projektdeltagere undervejs i processen i forhold til projektets formål, metode og teoretiske fundament, ligesom det var med til at styrke stringensen og den interne validitet i projektet. Det var også positivt at der undervejs i udarbejdelsen af projektet var andre der var i samme situation som en selv. Det gav anledning til, at de problemstillinger der løbende dukkede op, kunne man få vendt i gruppen.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning:

Formålet med projektet har været at få en dybere forståelse for hvilke bevæggrunde patienter, der har været indlagt med Akut koronart syndrom har, for at fravælge ambulant hjerterehabilitering i hospitalsregi. At tilvejebringe viden der kan bidrage til, at hjerterehabiliteringsindsatsen i Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital, Skejby styrkes og deltagelsen til ambulant hjerterehabilitering øges.

Projektets målgruppe er de mange fagpersoner der i afdelingen er involveret i den ambulante hjerterehabilitering eller formidler viden om hjerterehabilitering til patienter, der er indlagt i afdelingen med Akut koronart syndrom. Det drejer sig primært om sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, diætister, læger og fysioterapeuter i afdelingen.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Projektets materiale hviler på individuelle interviews med 5 tidligere indlagte patienter – alle mænd, der har været indlagt med Akut koronart syndrom og bevidst har fravalgt at deltage i ambulant hjerterehabilitering i hospitalsregi. Egentlig var det meningen at der skulle indgå 6 patienter i undersøgelsen, men pga. at patienterne til undersøgelsen blev rekrutteret via annoncer i aviser, opfyldte kun 5 patienter undersøgelsens inklusionskriterier.

Patienterne er interviewet ud fra en semi-struktureret interviewguide, der er udarbejdet på baggrund af en afdækning af den eksisterende litteratur om emnet. Der har været foretaget en intensiv litteratursøgning i følgende databaser: Cinahl, PubMed, PsycINFO, SveMed+ og bibliotek.dk med hjælp fra en bibliotekar.

Emnet blev valgt efter dialoger og deraf følgende konsensus i projektgruppen.

Litteraturafdækningen var med til at vise, at emnet var væsentligt at få nuanceret ud fra patienters perspektiv, fordi

- 1) der ikke tidligere var udarbejdet undersøgelser om emnet i Skandinavien
- 2) fordi det er nødvendigt at kende patienters perspektiv på fravalg af ambulant hjerterehabilitering, så vi i sundhedsvæsenet i højere grad kan imødekomme patienters behov. Det kan bidrage til, at deltagelsen til ambulant hjerterehabilitering kan øges og flere patienter kan få den nødvendige efterbehandling, der kan minimere deres risiko for morbiditet, mortalitet, genindlæggelser og medvirke til at øge deres livskvalitet efter hjertesygdom.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet levede op til formålet, idet det gav en dybere forståelse og mere nuanceret viden om patienters bevæggrunde for, at fravælge ambulant hjerterehabilitering i hospitalsregi. Endvidere pegede den nye viden fra patienterne på, hvordan vi kunne styrke vores nuværende hjerterehabiliteringsindsats i afdelingen med henblik på at øge deltagelsen til ambulant hjerterehabilitering

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Vi fandt tre væsentlige hovedtemaer i projektet, der kunne nuancere hjertepatienters bevæggrunde for, at fravælge hjerterehabilitering i hospitalsregi. Disse temaer var:

- "Hjerterehabilitering – mener du fysisk træning?",
- "Sundhedsprofessionelles manglende afsæt i hvor patienten er" og
- "Jeg bestemmer selv – og jeg behøver ikke at deltage i hjerterehabilitering".

I projektet fandt vi at patienters bevæggrunde for fravalg af ambulant hjerterehabilitering er mangefacetterede og komplekse, der kan relateres til såvel menneskets personlighed,

som de mellemmenneskelige relationer i patientforløbet. En højere deltagelse til hjerterehabilitering kan opnås via dialog om rehabiliteringsbegrebet i afdelingen, mere vidensdeling om hjerterehabilitering til de indlagte patienter, et større samarbejde på tværs af faggrupper samt en mere personorienteret og formentlig også en mere kønsdifferentieret tilgang.

Efter færdiggørelsen af projektet, har der været fokus på at implementere undersøgelsens fund i afdelingen, for at understøtte klinisk praksis og dermed plejen, behandlingen og rehabiliteringen af patienter med kronisk iskæmisk hjertesygdom. Der har været lagt vægt på at formidle viden om projektet, hvor der enten undervejs eller efterfølgende har været en dialog med personalet om fundene og deres betydning for klinisk praksis. Dette er valgt, fordi det har været hensigten at få sundhedsprofessionelle til at reflektere over deres daglige praksis. Der er en forventning om, at den nye viden kan bidrage til et større fokus på, at hjerterehabilitering er en væsentlig del af et sammenhængende patientforløb. Deltagelse i hjerterehabilitering kan bidrage til, at vores hjertepatienter kan genvinde fysisk og psykosocial trivsel efter indlæggelse med Akut koronart syndrom. Se også mere herom under punkt 7.

Projektets største barrierer kom allerede i starten, idet det blev vanskeligt hvordan vi skulle rekruttere patienter til undersøgelsen i forhold til de gældende rammer i Sundhedsloven, når projektpopulationen ikke var indlagte patienter, men allerede udskrevne patienter. Disse udfordringer blev imødekommet ved:

- at vi forsøgte at rekruttere patienter ved opslag i relevante afsnit
- etablerede kontakt til 4 Lægecentre, der hørte til Skejbs optageområde med det håb at patienterne efter udskrivelsen tog kontakt til deres praktiserende læge
- rekrutterede patienter via annonce i to aviser i Aarhus

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Undersøgelser viser at ambulant hjerterehabilitering er omkostningseffektiv. Dette projekt vil øge fokus på, at flere patienter efter Akut Koronart Syndrom får tilstrækkelig viden om hjerterehabilitering, således at de vil være i stand til at have et træffe et kvalificeret videns og beslutningsgrundlag. En højere deltagelse til ambulant hjerterehabilitering i afdelingen vil på sigt medvirke til, at genindlæggelsesfrekvensen minimeres i afdelingen.

Perspektivering og videns deling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Projektets resultater kan fremadrettet i afdelingen anvendes til en større kvantitativ analyse, for at undersøge hvor mange der i afdelingen deltager i/ikke får det tilbudt/fravælger ambulant hjerterehabilitering efter udskrivelsen. Undersøgelsen kan være med til at afdække eventuelle organisatoriske barrierer i afdelingen.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Projektets resultater er præsenteret flere gange i afdelingen på interne konferencer, personalemøder og på det årlige Forsknings Symposium på AUH, Skejby i november 2012.

Resultaterne er præsenteret på Landskursus 2012 for Kardiovaskulære og thoraxkirurgiske sygeplejersker på Rigshospitalet i november 2012.

Det er hensigten at resultaterne skal formidles på det årlige "Hjertekursus" på Aarhus Universitetshospital, Skejby. Det er et intensivt kursus over 4 dage med deltagelse af sundhedsprofessionelle fra forskellige faggrupper fra hele Region Midt.

Det er hensigten at resultaterne skal præsenteres på EuroHeartCare i marts 2013. Det er en international tværfaglig kongres for sundhedsprofessionelle, der afholdes i Glasgow, Scotland.

Der er planer om snarest at udarbejde artikel om undersøgelsen til "Nordisk Sygeplejeforskning" og evt. også et engelsksproget tidsskrift som kunne være "Journal of Cardiovascular nursing".

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

I implementeringsfasen har der været særlig fokus på at informere sundhedsprofessionelle i afdelingen om projektets resultater via dialog, for at imødekomme undren og spørgsmål til projektet. Det har været med sigte på at involvere og øge personalets medejerskab til projektet. Det vil på sigt give anledning til, at resultaterne i projektet vil forme og udvikle et højt vidensniveau i forhold til hjerterehabilitering i afdelingen, der kan tilpasses den enkelte patients behov. Der vil være behov for en kontinuerlig vidensdeling om projektet i forhold til nyansatte og i forhold til at fastholde medarbejderstaben.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom		+++	+++
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb	+++		
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+		
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++		

10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++		
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+++		
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++		
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv) Data er endnu ikke gjort op og derfor er det vanskeligt at besvare ovenstående fyldestgørende.			

Projekt 9

Selvevaluering af "Individuel vejledning til patienter med særlige behov for hjerterehabilitering ved Regionshospitalet Viborg." (Hospitalsenhed Midt)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Hospitalsenhed Midt.
Medicinsk afdeling, Hjertemedicinsk ambulatorium,
Regionshospitalet Viborg.

Projektnummer

Projekt nummer 54698/9

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Individuel vejledning til patienter med særlige behov for hjerterehabilitering ved Regionshospitalet Viborg.

Projektleders navn og kontaktinformation

Marianne Lønvig, afdelingssygeplejerske, HE Midt
Hjertemedicinsk ambulatorium, Heibergs Allé 4, 8800 Viborg. Tlf.:78448201
E mail: Marianne.Loenvig@Midt.RM.dk
Klinisk udviklingskoordinator Annette Fenger, Medicinsk afdeling, HE Midt, RH Viborg,
Heibergs Allé 4, 8800 Viborg. Tlf.:78447112
E mail: annette.fenger@midt.rm.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

30.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31.12.2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Der er ansøgt om og bevilget en forlængelse af projektperioden, således at projektet afsluttes 31-12-2013. Udgifterne til forlængelse af projektet afholdes af tildelte midler. Baggrunden for forlængelsen er antal inkluderede patienter. Demografisk har der ikke været det forventede antal patienter med særlige behov for tilpasset rehabilitering.

Ved at forlænge inklusionsperioden forskydes de øvrige intervaller i forhold til dette, således at årskontrollerne kommer til at ligge i 2013.

Årskontrollerne er vigtige for evaluering af temaer som egenomsorgsevne, genindlæggelser, fastholdelse af livsstilsændringer, compliance etc..

Der er p.t. ca. 80 patienter inkluderet, og der inkluderes frem til 31-12-2012 hvorefter besøg, kontroller med mere foregår i 2013 frem til evalueringen.

Information om projektet til henvisende instanser er øget for at øge antallet af henvisninger.

De indsamlede data vil blive bearbejdet i løbet af efteråret 2013 med henblik på formidling omkring januar 2014.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet udspringer fra det generelle forløbsprogram for hjerte – kar med anbefalinger. Ligeså er pakkeforløbenes rehabilitering at finde i forløbsprogrammet for hjerte – kar. Programmet og hjertepakkerne er implementeret, hvor rehabiliteringsforløbet fase 2 foregår i regi af hjertemedicinsk ambulatorium.

I Region Midt er der stor fokus på kronikerindsatsen og Det Nære Sundhedsvæsen, hvor dels patienternes mestringsevne er i fokus sammen med fokus på sundhedstilbud i borgerens nærmiljø. Ligeledes er der stor fokus i Midtklyngen på projekter, der går på tværs af sektorer med omlægning af patientforløb, hvilket også medicinsk afdeling arbejder med.

I hjertemedicinsk ambulatorium er der en hjertesvigtsklinik, der varetager patientforløb for denne gruppe patienter.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning:

Projektet skal ses i relation til forløbsprogrammet for hjertekarsygdom, hvori der anbefales en rehabiliteringsindsats, som er individuelt tilpasset og differentieret ud fra patientens sociale baggrund. I forløbsprogrammet for hjertekarsygdom henvises til en undersøgelse, der dokumenterer, at det kan lade sig gøre at fastholde lavt uddannede og belastede patienter ved en intensiveret, systematisk visitation og individuelt tilrettede tilbud.

Ideen til projektet udsprang derudover fra erfarings viden i forhold til en i forvejen sårbar gruppe, der ofte kom i en god fase i løbet af en rehabiliteringsfase, hvorefter patienterne "blev sluppet". En del af disse patienter blev genhenvist efter nogen tid (ofte efter en akut indlæggelse), hvor de selv havde seponeret den medicinske behandling og hvor vægten var steget betydeligt samtidig med, at de andre interventioner var glemt.

I dette projekt, som er individuelt tilpasset, "slippes" patienten ikke, men har en kontakt til sygeplejerskerne med intervaller i henhold til protokollen.

Endvidere har projektet en bredere vifte af tilbud til udsatte patienter.

Formål:

- at fremme patienternes og de pårørendes evne og vilje til at tage ansvar for eget liv og via indsatsen blive i stand til at foretage varige ændringer i den eksisterende livsstil hen imod et i hjertemæssig forstand sundere liv.
- at patienten bliver i stand til at mestre egen situation.
- at udbrede denne viden til hjertepatienter ved Regionshospitalet Viborg, da der ikke hidtil har været denne mulighed.

Målgruppe er patienter under 70 år med hjertesvigt på iskæmisk basis (EF mindre end 45%) og NYHA klasse 1-3. Målgruppen inkluderer alle patienter med hjertesvigt som følge af AKS.

Målgruppens størrelse: Der stiles mod at inkludere 100 patienter.

Inklusionen er gået langsommere, da der demografisk ikke har været så mange patienter, der opfyldte inklusionskriterierne som antaget.

Det er en gruppe af patienter, der kan være svære at fastholde (bl.a. i forhold til aftaler)

Ændringer:

- Psykologtilbuddet er ændret undervejs til også at være et tilbud om gruppesamtaler.
- Rygestop foregår primært i kommunalt regi.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Tiltagene bestod af følgende tilbud ud over det normale forløb i hjertesvigtsklinikken:

- Individuel tilpasset tilbud ud fra spørge/scoreskemaer før start og med gentagne intervaller
- 4 ekstra samtaler hos sygeplejersker
- 4 samtaler med diætist
- 2 – 4 samtaler med psykolog enkeltvis eller gruppesamtaler
- Samtale med kommunal socialrådgiver
- Rygestopkursus i kommunal regi
- Fastholdelse til hjertesvigtsklinikken efter endt optitrering i antikongestiv behandling, således at patienterne har faste intervaller mellem kontroller (øvrige hjertesvigtpatienter afsluttes til egen læge efter optitrering).

Antallet af patienter samt det samlede antal besøg er ikke gjort op, da projektet ikke er afsluttet. På nuværende tidspunkt er der ca. 80 inkluderede patienter, der følger det ekstra tilbud.

I forbindelse med opstart af projektet var der nogle måneders forsinkelse på ansættelse af diætist.

Desuden har der været et skifte undre vejs i diætist funktionen, hvilket har medført, at der har været en måned uden mulighed for vejledning/undervisning af diætist. Diætist funktionen er nu atter sufficient.

Socialrådgivning af patienterne foregår i kommunalt regi, hvilket fungerer fint for de, der modtager tilbuddet.

Med henblik på at kunne motivere flere patienter til at modtage tilbuddet om psykolog bistand, er der undervejs justeret i tilbuddet således, at der også er mulighed for gruppesamtaler hos psykolog.

Psykolog bistand er muligt i projektet via en aftale med psykolog fra kræftens bekæmpelse.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet er endnu ikke afsluttet, og det er for tidligt at konkludere om projektet har nået formålene.

Inklusion i projektet foregår frem til 31/12-2012, hvorefter tilbuddene som ovenfor beskrevet foregår i 2013.

Det er indtil videre lykkedes at fastholde de inkluderede patienter i projektet, men det er for tidligt at afgøre om det medfører de tilsigtede gevinster og færre indlæggelser på sigt.

Der er, som beskrevet, inkluderet 80 patienter, men om projektet har medført færre indlæggelser for disse 80 patienter vides ikke på nuværende tidspunkt, da projektet ikke er afsluttet. Som beskrevet under punkt 2 sås indlæggelserne efter disse patienter blev afsluttet i ambulatoriet, og denne fase er endnu ikke nået i projektet. De fastholdes i deres kontakter/aftaler med ambulatoriet og mestrer deres liv bedre som patient med en kronisk sygdom med større ansvar for sig selv i denne periode.

Det har undervejs været en udfordring at motivere patienterne til psykologbistand eller få en erkendelse af, at behovet er der.

Det forventes, at projektet kan konkludere en forebyggelse af indlæggelser ved fastholdelse af særlig socialt udsatte patienter under en eller anden form.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

- Der er en fornemmelse af, at patienterne i højere grad fastholdes i interventionerne omkring livsstilsændringerne.
- Årsagen til ovenstående er muligvis, at patienterne ikke afsluttes, men fortsat bevarer tilknytningen til hjertesvigt-klinikken og skal følges i henhold til protokollen.
- At motivere patienter til samtale med psykolog har vist sig at være vanskeligere end antaget, da få tog imod tilbuddet
- Mulighed for gruppesamtaler er etableret, men det er stadig "tabu" belagt, for en del patienter, at erkende behovet for psykolog.

Der vil blive målt på både kvantitative og kvalitative data, da begge dele er opsamlet løbende i projektet og nogle data er i en database:

- Antal af genindlæggelser
- Effekt af intervention omkring livsstilsændringer (data fra database og spørgeskemaer)
- Fortsat compliance
- Livsstilsfaktorer
- Patientens egen opfattelse af "hvordan har du det?" (spørgeskemaer)

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Der har været anvendt de midler, der er ansøgt til aflønning af personale samt lidt udgifter til oprettelse af it - arbejdsstation/database etc. Såfremt projektet skal fortsætte i drift ud over 2013 har der været følgende udgifter under projektet, hvor især personaleressourcerne fortsat vil være der i ren drift.

Udgifter til drift i forhold til frikøb af sygeplejerske til projektarbejdet 15 timer pr. uge.

Udgifter til 5 diætist timer pr. uge.

Udgifter til etablering af database.

Udgifter til PC.

Psykologbistand på timebasis.

Erfaringen har vist, at det er nødvendigt at have den fornødne tid til at lave projektarbejde, herunder også indtastning af data i database.

Hvorvidt denne merudgift kunne opvejes samfundsøkonomisk fordrer et længere tidsperspektiv, da fastholdelse af interventioner til et sundere liv med en kronisk hjertesygdom vil vise sig i færre forbrug af sundhedsydelser.

Perspektivering og videns deling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Projektets inklusionsperiode er udvidet med henblik på at opnå et tilstrækkeligt patientgrundlag til at vurdere interventionerne på.

Interventionen omkring psykolog bistand er omlagt således, at der er mulighed for gruppesamtaler.

Resultaterne vil fremadrettet blive anvendt til at vurdere, hvorvidt der i fremtiden skal være en differentieret indsats i forhold til rehabilitering af udsatte patienter.

Tilbuddet om psykologbistand skal ved projektets afslutning vurderes i forhold til udgifterne til psykolog timer, som ikke er en del rehabiliteringen i HE Midt.

I forbindelse med projektet købes psykolog timerne eksternt og afregnes på timebasis

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

På nuværende tidspunkt er der endnu ikke planlagt konkret formidling.

Rehabiliterings grupperne i Region Midt vil blive præsenteret for resultaterne, da også idegrundlag og design har været præsenteret.

Projektet vil blive omtalt i HE Midt's nyhedsbrev.

Ligeledes ville SIG gruppen for hjertesvigt, og Landskursus for thorax og kardiovaskulære sygeplejersker være naturlige målgrupper for videns spredning.

Det overvejes samtidig at præsentere projektet via Poster/indlæg på Region Midt's store uddannelsesdag i 2013

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Måleredskabet "En guide til fastholdelse af praksis" er forsøgt udfyldt og kræver ikke yderlig forklaring på nuværende tidspunkt, da projektet endnu ikke er afsluttet.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Kilder og litteraturliste:

Forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme, RM hjemmeside 2012.

Pakkeforløb for hjertesvigt, RM hjemmeside, 2012.

Statusbeskrivelser indset til regionen undervejs. Kan rekvireres der eller hos afdelingen.

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++ / ++ / +	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	xxx		
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	Ikke relevant.		
5. Bedre patientforløb	x		
6. Forløbsprogrammet er implementeret	xxx	xxx	xxx
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	x		
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	xx		
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	xx		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	xxx		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	xx		
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	xxx		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	Det er det vi undersøger.		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	xx		
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	Xx		
16. Patienters egenomsorg er styrket	Xx		
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	Xx		
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	X		
19. Færre akutte indlæggelser	?		
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	?		
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	?		

22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	?		
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	x		
24. Mere omkostningseffektiv praksis	x		
25. Højere patientsikkerhed	x		
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	Nej, har høj mortalitet pga. diagnose		
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	xxx	Xxx	
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	Nej.		
Andet? (skriv) Data er endnu ikke gjort op og derfor er det vanskeligt at besvare ovenstående fyldestgørende.			

Projekt 10

Selvevaluering af "Projekt Hjerterehabilitering – Tværsektorielt samarbejde om udvikling af et sammenhængende og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering for patienter med AKS" (Regionshospitalet Randers)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Regionshospitalet Randers
Fysioterapien (Ortopædkirurgisk afdeling) og Hjerteklinikken (Hjertemedicinsk afdeling, MS1)
Skovlyvej 1
8930 Randers NØ

Projektnummer

54698 / 10

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Projekt Hjerterehabilitering – Tværsektorielt samarbejde om udvikling af et sammenhængende og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering for patienter med AKS.

(Forløbsprogram for hjertekarsygdom – Optimering af individuelt tilpasset rehabiliteringsforløb for patienter med akut koronarsyndrom (her begrænset til AMI-patienter) i samarbejde med kommune og praktiserende læge).

Projektleders navn og kontaktinformation

Projektledere

Marie Louise Nyborg
Ledende fysioterapeut, Fysioterapien
Tlf. 78 42 19 80
Mail: marinybo@rm.dk

Elisabeth Jensen Juul
Afdelingssygeplejerske, Hjertemedicinsk sengeafsnit, MS1
Tlf. 78 42 17 45
Mail: elisjuul@rm.dk

Jette Bertelsen
Overlæge, Hjertemedicinsk afdeling
Tlf. 78 42 17 45
Mail: jettbert@rm.dk

Tovholdere

Gitte Madsen

Fysioterapeut og udviklingsterapeut, Fysioterapien
Tlf. 78 42 19 80
Mail: gittmads@rm.dk

Charlotte Lykkegaard Jensen
Sygeplejerske, Hjertemedicinsk sengeafsnit, MS1
Tlf. 78 42 17 70
Mail: charljns@rm.dk

Regionshospitalet Randers
Skovlyvej 1
8930 Randers NØ

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	X	Patientundervisning og egenomsorg	
-------------------	---	-----------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

19.11.2012 - 23.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	X	Projektet er ikke afsluttet	
Dato for afslutning	30.08.2012	Dato for forventet afslutning	

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet har haft til formål at implementere udvalgte elementer af Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" (Region Midtjylland 2008). Hovedfokus i projektet har været udvikling af et samlet og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb med baggrund i anbefalingerne i forløbsprogrammet.

Projektet er gennemført som et udviklingsprojekt med løbende evaluering og udvikling af indsatsen. Dette er sket bl.a. i samarbejde med vore kommunale samarbejdsrelationer i Randers-klyngen. Projektet er således begrundet i regionale anbefalinger (forløbsprogrammet) og lokale tværsektorielle aftaler (sundhedsaftaler (Region Midtjylland 2011)).

Formål

2. Angiv projektets formål / målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Oprindelig målsætning

- Formålet med projektet er udvikling af indsatsen til patienter med AMI i samarbejde

mellem hospital, kommune og praktiserende læger gennem:

- Udvikling af et samlet og velkoordineret rehabiliteringsforløb fra indlæggelse til ambulatorium og videre til kommune og / eller praktiserende læge.
- Udvikling og aftale om samarbejde om delt organisatorisk ansvar og sundhedsfagligt indhold mellem hospital, kommune og praktiserende læge.
- Målrettet rehabilitering, der giver patienterne viden og forståelse for deres sygdom, så de aktivt kan deltage i forebyggelse af yderligere udvikling af deres hjertesygdom.

Ændring af målsætning

Den oprindelige projektansøgning blev ændret, og denne ændring godkendt primo 2011. Nedenfor følger baggrund for og formål med det aktuelle, godkendte projekt (Regionshospitalet Randers 2011).

Baggrund

Der er dokumentation for, at samordningen og koordinationen mellem aktører i flere sektorer i sundhedsvæsenet ikke fungerer optimalt ved patienter med kroniske lidelser (Region Midtjylland 2008, s. 9 og Frølich, A., Hendriksen, C. & Jørgensen, S. J. 2005). Ligeledes er der dokumentation for, at velkoordinerede og samordnede forløb giver øget patienttilfredshed, patientcompliance og kontrol af sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2008, s. 12).

I Region Midtjylland har en undersøgelse vist, at nogle hjertepatienter i regionen oplever et behov for bedre koordinering og udveksling af viden i overgange mellem sektorer. Der efterspørges bl.a. akutte muligheder for kontakt til relevant personale i den utrygge tid, hvor man lige er kommet hjem fra hospitalet. Desuden efterlyses, at rehabiliteringsforløb iværksættes umiddelbart efter udskrivning. Det foreslås, at overleveringen af information mellem sektorerne forbedres, så man som patient i mindre grad selv skal være ansvarlig for, at viden videregives. Ligeledes efterspørges, at alle patienter får ensartet og fyldestgørende information om relevante tilbud, og der efterlyses en form for koordinerende ressourceperson (Region Midtjylland og Center for kvalitetsudvikling 2008). Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" er udviklet bl.a. med afsæt i denne undersøgelse. Hjerterehabilitering omfatter en kompleks tværfaglig og tværsektoriel indsats.

I forløbsprogrammet vægtes derfor sammenhængende patientforløb, tværfagligt samarbejde med patienten i centrum og sikring af overgangene mellem faserne i rehabiliteringen (Region Midtjylland 2008).

Ifølge "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" bør et hjerterehabiliteringsforløb for patienter med akut koronart syndrom (AKS-patienter) omfatte et samlet og velkoordineret tilbud med en række delelementer, herunder:

- Social differentiering
- Tidlig opsporing
- Diagnostik, udredning og behandling
- Visitation til og planlægning af et individuelt program
- Patientinformation og undervisning
- Rygeophør
- Kostvejledning
- Fysisk træning
- Psykosocial omsorg

Med baggrund i det ovennævnte ønskede vi med projektet, at koordinering og udveksling af viden i overgangene mellem sektorer blev udviklet. Vi har på Regionshospitalet Randers hele fire samarbejdskommuner. Alle disse kommuner havde ved projektets start fase 3 hjerterehabiliteringstilbud, men der var tale om meget forskelligartede tilbud. Ligeledes er der med fire samarbejdskommuner rigtig mange samarbejdspartnere og mange forskellige organisatoriske forhold at tage hensyn til i det tværsektorielle samarbejde. Det var vores vurdering, at disse forhold vanskeliggjorde koordineringen af sammenhængende hjerterehabiliteringsforløb fra indlæggelse til ambulatorium og videre til kommune og / eller praktiserende læge. Dette ledte frem til nedenstående formål med projektet.

Formål

Formålet med projektet var udvikling af indsatsen til AKS-patienter i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Projektet skulle medvirke til opfyldelse af formålet i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" (Region Midtjylland 2008) ved at:

- Udvikle et samlet og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb fra indlæggelse til ambulatorium og videre til kommune og / eller praktiserende læge.
- Udvikle og beskrive samarbejdsrelationerne i forhold til det organisatoriske ansvar og sundhedsfaglige indhold mellem hospital, kommune og praktiserende læge.
- Udvikle en målrettet rehabilitering, der gav patienterne viden om og forståelse for egen sygdom, så de aktivt kunne deltage i forebyggelse af yderligere udvikling af deres hjertekarsygdom.
- Etablere et tilbud om socialt differentieret hjerterehabilitering for udsatte hjertepatienter.

Målsætning

Projektet blev gennemført som et udviklingsprojekt med løbende evaluering og udvikling af indsatsen ud fra følgende mål:

- At patienten oplevede kvalitet og koordinering i rehabiliteringsforløbet i overgangene mellem hospitalet, kommunen og den praktiserende læge.
- At patienten, når han / hun blev udskrevet fra hospitalet, følte sig velinformeret om det forestående rehabiliteringsforløb.
- At det gennem rehabiliteringsforløbet var tydeligt for patienten, hvilke sundhedsfaglige personer han / hun kunne kontakte ved behov.
- At patienten ved afslutning af fase 2 rehabilitering på hospitalet følte sig velinformeret om muligheden for og indholdet af fase 3 rehabilitering i hjemkommune.
- At rehabiliteringsforløbet fra indlæggelse på hospitalet til eventuel rehabilitering i hjemkommune (hvis patienten ønskede dette) oplevedes sammenhængende og velkoordineret for den enkelte patient.
- At overlevering af information på tværs af sektorer oplevedes tilfredsstillende for patienter og samarbejdspartnere.
- At de sundhedsfaglige personer på hospitalet, i kommunerne og i almen praksis oplevede, at patientforløbene var sammenhængende og velkoordinerede.
- At udsatte hjertepatienter fik mulighed for ekstra, individuel støtte ved behov.

Effekter / Kausalsammenhænge

Med udgangspunkt i den i baggrunden beskrevne dokumentation forventede vi med projektet en effekt i forhold til patienttilfredshed, patientcompliance og kontrol af sygdom

(Sundhedsstyrelsen 2008, s. 12). Heraf har vi i projektet jf. ovenstående monitoreret på førstnævnte. Idet der ligeledes er dokumentation for, at det er muligt at rekruttere og fastholde udsatte patienter i et rehabiliteringsforløb ved intensiveret, systematisk visitation og individuelt tilrettelagt rehabiliteringsindsats (Mellier 2007), forventede vi desuden en effekt på disse parametre (er ikke monitoreret i projektet).

Målgruppe

Patienter blev inkluderet i projektet, hvis de opfyldte følgende inklusionskriterier:

- Var omfattet af "Forløbsprogram for hjertekarsygdom", dvs. fik diagnosen akut koronart syndrom (defineret ved diagnosekoderne (ICD10-koder) 121.0 – 121.9 og 120.0).
- Fik diagnosen i perioden 01.02.11 – 31.07.12.
- Var hjemhørende Regionshospitalet Randers.

Patienter blev udeladt i undersøgelsen, hvis de døde inden patientevalueringen eller det ud fra en lægefaglig vurdering blev angivet, at patienten ikke skulle deltage i rehabilitering grundet eksempelvis demens og svær comorbiditet.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Serviceydelser leveret til patienter

Patienterne blev tilbudt hjerterehabiliteringsforløb, som allerede var et eksisterende tilbud, bestående af indledende individuel samtale med sygeplejerske, gruppebaseret fysisk træning to gange ugentligt samt gruppebaseret undervisning i krisereaktioner, livsstilsfaktorer der har betydning for hjerte-kar-sygdom samt det normale hjerte og kredsløbet. Der var fokus på fastsættelse og vedligeholdelse af mål for livsstilsændringer sammen med patienten. Ligeledes blev alle patienter i projektet tilbudt individuel samtale med diætist samt læge. Pårørende blev inviteret med i det omfang, den enkelte patient ønskede det.

Da vi gennem projektet ønskede at have fokus på og udvikle sammenhængende og velkoordinerede patientforløb, blev patienterne ud over vores eksisterende forløb tilbudt følgende:

- Patienten blev præsenteret for et medlem af rehabiliteringsteamet inden udskrivelse fra sengeafsnit på hospitalet. Der blev her informeret om fase 2 og fase 3 rehabiliteringstilbuddene og motiveret til deltagelse.
- Patienten fik plan for den kommende rehabilitering allerede under indlæggelsen.
- Det sikredes inden udskrivelse fra hospitalet, at der var bestilt tid til praktiserende læge indenfor 2 uger efter udskrivelse.
- Individuel indledende samtale ved sygeplejerske indenfor 2 uger efter udskrivelse fra hospitalet.
- Individuel indledende samtale med fysioterapeut om mål, forventninger til fremtidige ændringer af motionsvaner og motivation.
- Hvis patienten ønskede fase 3 rehabilitering i hjemkommunen efter fase 2 på hospitalet, blev der tidligt i forløbet givet besked om dette ønske til kommunen for at mindske risikoen for ventetid for patienten mellem fase 2 og fase 3.
- Tildeling af kontaktperson(er) for alle patienter. Kontaktpersonsfunktionen blev

tydeliggjort for patienten og eventuelle pårørende. Kontaktpersonen var ansvarlig for formidling af patientens situation og handlinger mellem faggrupper og mellem sektorer.

- Opstart af fase 2 rehabilitering senest 2 uger efter udskrivelse fra hospitalet.
- Screening for depression ca. 6 uger efter udskrivelsen og samtale i forbindelse med svar. Ved positivt svar blev patienten henvist til praktiserende læge.
- Individuel samtale med fysioterapeut midtvejs i fase 2, hvor patienterne af fysioterapeut blev informeret om muligheden for og indholdet af fase 3 tilbud i deres hjemkommune.
- Patientens forventninger til fremtidig træning blev drøftet med fysioterapeuten i slutningen af fase 2.
- Afsluttende samtale ved sygeplejerske, hvor forløbet blev evalueret, mål blev sat og videre rehabiliteringsplan for fase 3 blev udarbejdet sammen med patienten. Rehabiliteringsplanen blev sendt til patientens hjemkommune og praktiserende læge.
- Telefonisk opfølgning 2 måneder efter endt fase 2 rehabilitering på hospitalet ved kontaktperson.

Patienter i projektet blev screenet med henblik på en socialt differentieret indsats med udgangspunkt i samlivs- og uddannelsesstatus, alder og individuelle belastninger som foreskrevet af Lucette Meillier (Meillier 2007) og i Forløbsprogram for hjertekarsygdom (Region Midtjylland 2008). Patienter, som på baggrund af denne screening blev vurderet som udsatte, blev ved behov tilbudt:

- Ekstra individuel samtale med sygeplejerske.
- Hjælp til kontakt til praktiserende læge.
- Mulighed for individuel samtale ved sygeplejerske, diætist og fysioterapeut, hvis patienten ikke ønskede at indgå i det gruppebaserede undervisningsforløb.
- Patienter, som udeblev fra fase 2 rehabiliteringen, blev i lighed med patienter visiteret til grundrehabilitering kontaktet af kontaktperson med henblik på opfordring til deltagelse. Ved behov blev patienten henvist til fortsat rehabilitering med individuelle samtaler.

Serviceydelser leveret til sundhedspersonale og samarbejdspartnere

Vi har arbejdet på at sikre kendskab til de forskellige tilbud i fase 1, 2 og 3 mellem hospital, kommune og almen praksis for at koordinere overgange og sikre sammenhænge i hjerterehabiliteringsforløbet for patienterne. Dette er sket gennem:

- Skriftlige beskrivelser af de forskellige tilbud og samarbejdsaftaler.
- Studiebesøg for samarbejdspartnere fra kommuner og almen praksis.
- Møder i implementeringsgruppe for "Forløbsprogram for hjertekarsygdom".
- Afholdelse af fælles skolebænk

Evaluerings

Projektet er blevet evalueret af CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) med fokus på overgange mellem fase 1, 2 og 3 og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet på tværs af sektorer planlagt ud fra målepunkterne nævnt under punkt 2. Evalueringen er gennemført ved udsendelse af spørgeskemaer og efterfølgende 2 fokusgruppeinterview, hvoraf det første fokusgruppeinterview indgik i en delrapportering (CFK 2011) og det andet i slutrapporteringen (CFK 2012). Fokusgruppeinterviewene tog udgangspunkt i temaer fra spørgeskemaundersøgelsen.

Desuden er projektet evalueret ved løbende dialogmøder med samarbejdspartnere i kommuner og almen praksis.

Justering af intervention efter delrapportering

I delrapporteringen (CFK 2011) indgik patienter med AKS fra 1. februar til 30. september 2011. Med afsæt i delrapporteringens resultater, efter drøftelse i rehabiliteringsgruppen på hospitalet og evaluering med tværsektorielle samarbejdspartnere implementeredes en række tiltag:

- Tydeliggørelse af kontaktperson mellem fase 1 og 2 og undervejs i rehabiliteringsforløbet.
- Systematisk gennemgang af indlagte patienter for herved at identificere AKS-patienter.
- Fokus på information om kommunal rehabilitering til patienter, som kun ønsker dele af fase 2.
- Fokus på arbejde med patienter om konkrete individuelle mål for livsstilsændringer.
- Bedre formidling af rehabiliteringsplan til kommune og praktiserende læge.
- Konkrete aftaler med samarbejdskommuner om svar til patienten om fase 3 rehabilitering.
- Information til patient om videregivelse af informationer tværsektorielt, f.eks. rehabiliteringsplan til kommune og praktiserende læge, svar fra kommune om fase 3 og kontaktperson i kommune.
- Udlevering af pjece på hospitalet med information om fase 3 og kontaktoplysninger.

Antal deltagere i evalueringen

Under projektperioden blev 538 personer indlagt med diagnosen AKS (diagnosekoderne (ICD10-koder) 121.0 – 121.9 og 120.0) på Regionshospitalet Randers. Heraf fik 84 patienter afkræftet diagnosen. 103 patienter blev ekskluderet på baggrund af de ovenfor beskrevne eksklusionskriterier. 87 patienter havde ikke afsluttet deres rehabiliteringsforløb inden sidste udsendelse af spørgeskemaer fra CFK, og kunne derfor ikke indgå i evalueringen. Endelig udgik 28 patienter fra evalueringen grundet forskerbeskyttelse eller død i perioden fra dataudtræk på hospitalet til udsendelse af spørgeskema fra CFK.

236 patienter fik med baggrund i ovenstående tilsendt et spørgeskema. 175 patienter valgte at deltage i evalueringen (74%). For baggrundsvARIABLE / -KARAKTERISTIKA for patienterne i evalueringen – se CFK 2012, s. 58.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet / målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Med baggrund i evalueringen vurderes samlet, at det er lykkedes at udvikle et samlet og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb med velbeskrevne og velfungerende tværsektorielle samarbejdsgange og målrettet rehabilitering. Endvidere er der etableret mulighed for ekstra interventioner for udsatte hjertepatienter på hospitalet.

Med udgangspunkt i den i punkt 2 nævnte målsætning findes sammenfattende:

- At 92% af patienterne i høj grad / i nogen grad følte sig informeret om det forestående rehabiliteringsforløb ved udskrivelse fra hospitalet.
- At 88% af patienterne under rehabiliteringsforløbet oplevede det tydeligt, hvilke sundhedsfaglige personer de kunne kontakte, hvis de havde behov for det.
- At henholdsvis 84% og 74% i høj grad eller i nogen grad følte sig informeret af hospitalets personale om muligheden for og indholdet af fase 3 rehabilitering i hjemkommune.

- At 92% af patienterne i høj grad eller i nogen grad vurderede, at der var overensstemmelse mellem information fra personale på hospitalet, i hjemkommune og hos egen læge.
- At 91% af patienterne oplevede en virkelig god eller god sammenhæng i deres samlede forløb.
- At 81% af patienterne vurderede, at det kommunale fagpersonale i høj grad eller nogen grad var informeret om, hvad patienten ville arbejde videre med indenfor livsstilsændringer, mens 77% af patienterne oplevede at deres egen læge var informeret om dette (CFK 2012).
- At der blandt det sundhedsfaglige personale i Randers-klyngen (hospital, kommune og almen praksis) er enighed om, at patientforløbene var sammenhængende og velkoordinerede (dialogmøder og møder i implementeringsgruppe).
- At muligheden for ekstra, individuel støtte ved behov for udsatte hjertepatienter blev etableret.

Udviklingen over tid

På følgende områder fandt vi statistisk signifikante forskelle på udviklingen over tid i projektperioden:

- Patienternes oplevelse af tydelighed om sundhedsfaglig kontaktperson (fra 83% til 93%).
- Andelen af patienter, som valgte at tage imod fase 3 rehabilitering (fra 35% til 50%).
- Andelen af patienter, som oplevede, at fagpersonalet i kommunen var informeret om patientens ønske for arbejde med videre livsstilsændringer (fra 70% til 92% (CFK 2012)).

Se evalueringsrapporten fra CFK for øvrige resultater (CFK 2012).

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Det vigtigste, som er opnået gennem projektet

Med baggrund i evalueringen vurderes, at den vigtigste gevinst af projektet er etableringen af et mere sammenhængende og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb for AKS-patienter på tværs af sektorgrænser og interne hospitalsafsnit. Dette er vurderet dels ud fra patientperspektivet (CFK 2012) og dels ud fra et sundhedsfagligt, tværsektorielt perspektiv (dialogmøder). Denne gevinst vurderes hovedsageligt fremkommet gennem:

- Tværsektoriel kommunikation for at sikre kendskab til indhold i rehabilitering tværsektorielt, præcise samarbejdsaftaler og effektive arbejdsgange.
- Arbejde med lokale arbejdsgange for at sikre fyldestgørende og præcis information til patienterne om hele rehabiliteringsforløbet.
- Mere tid til og fokus på den enkelte patient og dennes specifikke rehabiliteringsforløb gennem flere individuelle samtaler på hospitalet.

Største udfordringer og ikke-planlagte konsekvenser

Vi har med projektet implementeret store dele af de i forløbsprogrammet beskrevne elementer. Dette har medført en betydelig mer-aktivitet i serviceydelser til patienter og samarbejdspartnere set i forhold til det oprindelige rehabiliteringsforløb. Denne faktor udgør den største udfordring og behandles yderligere i punkt 5.a. Vi har forsøgt at imødegå denne udfordring i projektperioden ved at arbejde på at smidiggøre, effektivisere og forenkle arbejdsgange i forhold til bl.a. dokumentation og retningslinjer for praksis. Dette

har mindsket mer-aktiviteten, men langt fra udlignet det øgede ressourcekrav. Det har i projektperioden vist sig, at en større andel af patientgruppen end oprindeligt antaget var udsatte (jf. visiteringskriterier (Meillier 2007)). Et tidligere forskningsprojekt har vist, at det med udgangspunkt i de i forløbsprogrammet opsatte kriterier er ca. 50% af patienterne, som er udsatte og dermed skal tilbydes en udvidet indsats (Meillier et al 2012). Imidlertid fandt vi i projektperioden, at andelen af udsatte patienter i vores optageområde var højere. Dette har betydet, at ressourceforbruget til gruppen af udsatte hjertepatienter har været større end forventet. Vi har til dels kunnet imødekomme denne udfordring gennem mulighed for ekstra individuel samtale ved behov, som angivet under målepunkter. Imidlertid har det uventet store antal af udsatte patienter betydet, at vi ikke til fulde konsekvent har kunnet gennemføre ekstra individuel samtale til alle udsatte patienter.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Som anført i den godkendte projektbeskrivelse er projektet evalueret ved spørgeskema og fokusgruppeinterview samt løbende tværsektorielle dialogmøder, dvs. udelukkende kvalitativ metode. Kvantitative data er derfor kun i meget begrænset omfang opgjort, hvilket bevirker, at det ikke er muligt at lave en konkret drifts- og sundhedsøkonomisk vurdering. I det følgende beskrives mer-aktiviteten forbundet med projektet.

Mer-aktiviteter til opstartsfasen

- Møder i samarbejdskommuner.
- Udarbejdelse af retningslinjer.
- Tilrettelæggelse af arbejdsgange lokalt og tværsektorielt.
- Planlægning af monitorering og evaluering af projektet.

Mer-aktiviteter til gennemførelse af monitorering og evaluering

- Mødeaktivitet.
- Opgørelse af data til CFK.
- Arbejde med del- og slutrapportering.
- Arbejde med udviklingstiltag.

Der er med det ovenfor nævnte tale om direkte projektrelaterede udgifter, dvs. udgifter der ikke skal medregnes ved fastholdelse af projektets implementerede indsatser.

Mer-aktivitet til interventioner i projektperioden

Medtaget nedenfor er udelukkende ressourceforbrug udover det inden projektperioden oprindelige rehabiliteringsforløb.

- Ekstra fase 2 rehabiliteringshold på hospitalet for at nedsætte ventetid (gennemsnitligt fra 17 til 24 hold årligt, dvs. 7 ekstra hold årligt (svarende til 336 personaletimer årligt)).
- Ekstra antal lektioner pr. fase 2 rehabiliteringshold på hospitalet (fra 21 til 24 timer (svarende til 102 personaletimer årligt)).
- 3 ekstra individuelle samtaler pr. patient (svarende til 1 time og 35 min / patient).
- Ressourcer til tværsektoriel korrespondance og kommunikation i forhold til den enkelte patient (svarende til 0,5 time / patient).
- Midtvejssamtale og telefonisk opfølgning for patienter, der deltager på fase 2 rehabiliteringshold (hele fase 2) (svarende til i alt 0,5 timer / patient).
- Mulighed for yderligere samtale for udsatte patienter (timeantal kan ikke opgøres).

Der er med disse udgifter tale om en vedvarende mer-aktivitet ved fastholdelse af de implementerede indsatser.

Med baggrund i ovenstående kan det således konkluderes, at det er lykkedes at udvikle et samlet og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb indenfor anbefalingerne af forløbsprogrammet, og at dette har bevirket et øget ressourceforbrug – men at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt de i projektet implementerede indsatser kan bidrage til god ressourceudnyttelse.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Implementeringen af forløbsprogrammet ved Projekt Hjerterehabilitering har medført en betydelig mer-aktivitet i forhold til antallet af ydelser til patienter og samarbejdspartnere jf. ovenstående økonomiske betragtninger. Dette udgør naturligvis en stor udfordring i forhold til muligheden for at kunne fastholde de implementerede indsatser. Alligevel drøftes aktuelt muligheder for videreførelse af de fleste elementer, som er igangsat under projektet, med fokus på at fastholde / videreudvikle resultater og erfaringer fra projektet. Da drøftelserne om fremtidige arbejdsgange og dermed, hvilke tiltag, der justeres, ikke er tilendebragt, er det endnu for tidligt at sige, hvordan fremtidig hjerterehabilitering vil se ud.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der er med Projekt Hjerterehabilitering tale om et meget lokalt forankret projekt med fokus på lokale arbejdsgange. Resultater og erfaringer fra projektet vil derfor blive videreformidlet til personale i relevante afdelinger på hospitalet og til tværsektorielle samarbejdspartnere. Desuden vil resultater og erfaringer blive fremlagt på møde for styregruppe i Randers-klyngen.

Evalueringsrapporten er distribueret til samarbejdspartnere tværsektorielt. Denne vil desuden blive offentliggjort på CFK's hjemmeside (www.cfk.rm.dk), og vil dermed blive tilgængelig for sundhedsprofessionelle og øvrige interesserede.

Endelig overvejes aktuelt, hvorvidt projektets erfaringer og resultater skal videreformidles i personaleblad m.v.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis / indsats overfor kronisk sygdom?

Resultat af anvendelse af måleredskabet "En guide til fastholdelse af praksis" udført d. 22.11.2012:

Proces:	16,1 point
Personale:	41,4 point
Organisation:	10,5 point
I alt:	<u>68,0 point</u>

(Se bilag 1).

Som anført i guiden indikerer denne samlede score på over 55 point, at der er grundlag for optimisme i forhold til fastholdelse af de med projektet implementerede indsatser.

De to faktorer, som i scoringen viser størst potentiale for forbedring, er "Fordele" og "Monitorering af forandringsprocessen" under dimensionen "Proces". Faktoren "Infrastruktur til understøttelse af fastholdelse" under dimensionen "Organisation" viser tilnærmelsesvis samme potentiale for forbedring (Bilag 1).

Scoringen under "Fordele" viser, at forandringen ikke letter personalets arbejde. Faktoren omhandlende infrastruktur udkommer med lav score, da det som tidligere anført vurderes, at personaleressourcerne fremadrettet er utilstrækkelige til at fastholde de implementerede indsatser. Med udgangspunkt i dette og det tidligere beskrevne forekommer det derfor logisk, at faktorerne "Fordele" og "Infrastruktur til understøttelse af fastholdelse" giver udfordringer fremadrettet. Som beskrevet tidligere (punkt 6) arbejder vi aktuelt på at smidiggøre, effektivisere og forenkle arbejdsgange samt justere tiltag for på denne måde at kunne videreføre projektets indsatser i videst muligt omfang i forhold til de fremadrettede ressourcer.

Der er på nuværende tidspunkt ikke udarbejdet en plan for, hvordan vi fremadrettet vil monitorere på og dermed følge videreførelsen af de implementerede indsatser. Faktoren "Monitorering af forandringsprocessen" viser derfor stort potentiale for forbedring. Vi overvejer aktuelt, hvorvidt vi kvalitativt fortsat kan følge patientperspektivet ved hjælp af det allerede udarbejdede spørgeskema. Endvidere overvejes hvorvidt vi mere kvantitativt bør følge videreførelsen af indsatsen via aktivitetstal / dataudtræk.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2011). *Evaluering af Projekt Hjerterehabilitering – delrapportering*.

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2012). *Evaluering af projekt hjerterehabilitering*.

Frølich, Anne, Hendriksen, Carsten og Jørgensen, Svend Juul (2005). *Optimering af indsatsen ved kroniske sygdomme. Model for en sammenhængende indsats*. Ugeskrift for Læger, 167, København, s. 266–8.

Meillier, Lucette (2007). *I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering*. Region Midtjylland, Århus N.

Meillier, Lucette¹, Melgaard Nielsen, Kirsten², Breinholt Larsen, Finn¹ & Lytken Larsen, Mogens (2012). *Socially differentiated cardiac rehabilitation: Can we improve referral, attendance and adherence among patients with first myocardial infarction?* Scandinavian Journal of Public Health, 2012 (40).

Region Midtjylland (2008). *Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe*.

Region Midtjylland (2011). *Sundhedsaftaler*.

Lokaliseret d. 23.11.12 på [www](http://www.regionmidtjylland.dk):

<http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/faginfo/samarbejde+med+kommunerne/de+lo+kale+aftaler>

Region Midtjylland og Center for kvalitetsudvikling (2008). *Perspektiv på den faglige indsats blandt borgere med en hjertesygdom – et bidrag til udarbejdelse af kronikerprogram for hjertekarsygdomme i Region Midtjylland*.

Regionshospitalet Randers (2011). *Projekt hjerterehabilitering – Tværsektorielt samarbejde om udvikling af et sammenhængende og velkoordineret*

hjerterehabileringsforløb og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabitering for patienter med AKS (projektbeskrivelse).

Sundhedsstyrelsen (2008). *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model*. København.

Lokaliseret d. 23.11.12 på www:

http://www.sst.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk/kronisk_forloebprogrammer2008.pdf

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++	÷	+
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+++	+	+
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	+	÷	+
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+++	+	+
5. Bedre patientforløb	+++	+	+
6. Forløbsprogrammet er implementeret	++	+	+
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	++	+	+
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	+	+	
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+	÷	+
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++	+	+
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+	÷	+
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	++	+	
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			

23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			

Symbolforklaring:

÷ betyder nej

+ betyder ja

Rækker, som ikke er udfyldte, er ikke relevante for projektet.

Bilag 1

Resultat af anvendelse af måleredskabet "En guide til fastholdelse af praksis" udført d. 22.11.12

Proces	Fordele	0,0	
	Dokumentationens troværdighed	9,1	
	Tilpasningsevne	7,0	
	Monitorering af forandringsprocessen	0,0	
	I alt		16,1
Personale	Involvering og oplæring	6,3	
	Holdning og motivation	5,1	
	Den overordnede ledelses engagement	15	
	Den kliniske ledelses engagement	15	
	I alt		41,4
Organisation	Strategisk målsætning, værdigrundlag og kultur	7,2	
	Infrastruktur til understøttelse af fastholdelse	3,3	
	I alt		10,5
Samlet pointværdi			68,0

Projekt 11

Selvevaluering af "Hjerterehabilitering på Regionshospitalet i Silkeborg (Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering)" (Hospitalsenhed Midt)

Tilskudsmodtager

Hjerteremedicinsk afdeling M1 Regionshospitalet Silkeborg, som nu hedder
Diagnostisk Center, Afsnit M1
Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
Falkevej 1-3 ▪ DK-8600 Silkeborg

Projektnummer

Nr. 54 698 (implementering af forløbsprogrammer), projektnummer 11

Projektets navn (e) og betegnelse(r)

Hjerterehabilitering på Regionshospitalet i Silkeborg
(Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Projektansvarlige:	<p>Overlæge Aage Nørgaard Diagnostisk Center / Afsnit M1, Modtagelsesafsnit for Hjerter- og Almenmedicinske Visiterede Patienter og Hjerteremedicinsk ambulatorium Falkevej 1-3 - DK-8600 Silkeborg Tlf. +45 78 41 78 31 E-mail: aagenoer@rm.dk</p> <p>Afdelingssygeplejerske Heidi Sabroe Diagnostisk Center / Afsnit M1, Modtagelsesafsnit for Hjerter- og Almenmedicinske Visiterede Patienter og Hjerteremedicinsk ambulatorium Falkevej 1-3 - DK-8600 Silkeborg Tel. +78 41 7105 E-mail: Heidi. Sabroe@midt.rm.dk</p>
Projektkontaktpersoner:	<p>Leder af Medicinsk Terapiafsnit Mette Krag Svendsen Diagnostisk Center Medicinsk Terapiafsnit - Regionshospitalet Silkeborg Falkevej 1-3 - DK-8600 Silkeborg Tlf.+45 7841 1600 E-mail: mettsven@rm.dk</p> <p>Sygeplejerske, tovholder på hjerterehabilitering Hanne Mikkelsen</p>

	Diagnostisk Center / Afsnit M1 Modtagelsesafsnit for Hjerter- og Almenmedicinske Visiterede Patienter og Hjertemedicinsk ambulatorium Falkevej 1-3 ▪ DK-8600 Silkeborg Tlf. 78 41 71 14 (M1 koordinator) Tlf. 78 41 71 23 (Hjerterehabiliteringen) E-mail: hanmikke@rm.dk
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	X	Patientundervisning og egenomsorg	
-------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

03-12-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	X	Projektet er ikke afsluttet	
Dato for afslutning	31-12-2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

Implementering af forløbsprogram

I hjerterehabiliteringen på Regionshospitalet Silkeborg (RSI) har vi gennem projektforløbet løbende fået implementeret forløbsprogrammet og etableret et samarbejde på tværs af sektorer. Der er kommet ekstra bevågenhed på den resourcesvage/sårbare patients forløb på tværs af sektorer, med et øget fokus på at differentiere behandlingstilbud, som kan fastholde og understøtte den sårbare patient i sundere levevis og dermed øge mestring af sundhed og sygdom.

Hjerterehabilitering hænger sammen med Hospitalets fokus på excellente patientforløb, og tværsektorielle patientforløb. Hjerterehabiliteringen er udarbejdet ud fra forløbsprogrammet for hjertekarsygdom i Region Midtjylland (Region Midtjylland 2008). Et forløbsprogram målrettet patienter med blodprop i hjertet og svær hjertekrampe (AKS).

Udvikling af kommunal rehabilitering

Et hjerteforløb er inddelt i faser:

Fase 1 er den akutte behandling, som er karakteriseret af forløb og overgange mellem sygehuse, forskellige specialafsnit og specialeuddannet personale.

Fase 2 er den ambulante hjerterehabilitering med individuel samtale, undervisning og fysisk træning, et forløb der strækker sig over 12 uger.

Fase 3 er den sene opfølgingsfase og vedligeholdelsesfase og foregår i kommunalt regi.

Der har været arrangeret gensidige besøg i sygehusregi /kommunalt regi for at få indblik i de eksisterende rehabiliteringstilbud. Dette samarbejde har medført et øget fokus på at skabe sammenhængende forløb med sikre overgange. Vi har fået indblik i hinandens tilbud, resulterende i at patientens vej fra **fase 2 til fase 3** er blevet kortere. Det er blevet lettere at individualisere og skræddersy et forløb, når vi har kendskab til hinandens arbejdsområder. I samarbejde med kommunal rehabilitering, har vi udarbejdet en henvisning, hvor de sundhedsmedarbejder der har været omkring patienten i fase 2, dvs. fysioterapeut, diætist og sygeplejerske udfylder relevante data, som er vigtige informationer i det videre forløb se bilag 1.

I opstartsfasen var der jævnlige møder mellem klyngekommunerne (Skanderborg, Favrskov og Silkeborg) og hjerterehabiliteringen på RSI. Klyngekommunerne tilbyder kommunal rehabilitering af borgere med kroniske lidelser (KOL, Type2 Diabetes og hjertekarsygdom). Der kan læses mere i "Projekt for udvikling af kommunal rehabilitering til borgere med kronisk sygdom i Silkeborg klyngen".

Regionshospitalet Silkeborg har særlig fokus på at udvikle excellente patientforløb i regi af Center of Excellence

Region Midt gav Regionshospitalet Silkeborg opgaven med at være Center of Excellence. Dette betyder at man i Diagnostisk Center arbejder med udvikling, både internt på arbejds gange og eksternt med tværgående samarbejde med henblik på at udvikle og optimere patientforløb, så de bedst muligt tilpasses den enkelte patient. I tråd med dette ligger hjerterehabiliteringen, hvor der er særlig fokus på særlige individuelle forløb.

Nogle af vores patienter visiteres igennem kardiologisk ambulatorium og samme Dags Udredning (SDU) på hjerteområdet. Praktiserende læger kan henvise patienten til en hurtig, ambulant udredning i SDU klinikken inden for få dage, hvor mange af undersøgelseerne laves samme dag, og derved kan mange akutte indlæggelser undgås.

Her diagnosticeres patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom, som henvises til nærmere udredning og senere hjerterehabilitering.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe

jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Formål og mål

At højne indsatsen for den enkelte patient, i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Målene er som følger:

- Sikre at patienterne får den relevante rehabilitering efter hjertesygdom.
- Optimere socialt differentierede patientforløb.
- Sikre koordinering af tværfaglig, tværsektoriel behandling og rehabilitering samt løbende opfølgning.

Målgruppe

- Hjerterehabilitering anbefales i dag til alle patienter, som har manifestation på iskæmisk hjertesygdom dvs. blodproppsrømte patienter, patienter som har fået gennemført ballonudvidelse, patienter som har gennemgået en by-pass operation og patienter med stabil iskæmisk hjertesygdom.
- Målgruppens størrelse er først tilgængelig fra marts 2011, da vi overgik til EPJ,

desværre ingen tal fra 2010. Fra marts 2011 til 3. dec. 2011 er der 250 unikke cpr-nummer. Fra 1. Jan. til 2. nov. 2012 er der 377 unikke cprnummer.

- Målgruppen repræsenterer såvel mænd som kvinder, unge som gamle. Vi har ingen data om patientens uddannelsesgrad, socialstatus og livsstilsvaner, som viser om der er bestemte karakteristika for denne målgruppe.
- Pårørende spiller en vigtig rolle i hjerterehabiliteringen og inddrages som ressourcepersoner i det samlede forløb. Dette i forbindelse med såvel samtale samt undervisning af sygeplejerske og træning i fysioterapien. Undersøgelser tyder på, at patienter med god familiær støtte i højere grad fastholder deltagelse i hjerterehabiliteringen og livsstilsændringer end patienter uden familiær støtte.

Regionshospitalet Silkeborg har været igennem en fusion, og er nu en del af Hospitalsenheden Midt. Fra 1. sept. 2011 modtages der ikke længere AKS patienter i det akutte forløb. Projektets patientpopulation er uændret på trods af organisatoriske ændringer i projektperioden i Hospitalsenheden Midt. Vores samarbejde med klyngekommunerne er nu overgået til kun at være Silkeborg kommune.

Litteratur

- Fra projektets start var der megen litteratur, som sandsynliggjorde, at projektets tiltag ville forbedre indsatsen overfor kronisk sygdom. Selve fundamentet for rehabiliteringsbegrebet er defineret ud fra **"Hvidbogen"**. Hvidbogens ambition er, at udgøre et fælles nationalt grundlag for arbejdet med rehabilitering i Danmark:
- Senere udkom publikationen **"Hjerterehabilitering på danske sygehuse"**, som er udarbejdet af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. En praktisk vejledning til indførelse af et systematisk rehabiliteringstilbud til alle patienter med iskæmisk hjertesygdom.
- I 2008 har **Region Midt** beskrevet et **forløbsprogram** om den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for patienter med blodprop i hjertet og svær hjertekrampe, akut koronart syndrom (AKS) på hospitaler, i kommunen og i almen praksis. Formålet er at anlægge et mere sammenhængende, helhedsorienteret og individuelt perspektiv i måden, hvordan sundhedsvæsenet håndterer forløbet til patienter med kroniske lidelser. Dernæst at sikre en fælles standard for behandling, kontrol og rehabilitering, herunder patientrettet forebyggelse af patienter med AKS i regions Midt. Et dynamisk program, som
- bliver tilpasset ændringer i de kliniske retningslinjer, best practice og udvikling på området generelt.
- I 2007 beskrev Lucette Mellier i sin undersøgelse **"I gang igen efter blodprop i hjertet - socialt differentieret hjerterehabilitering"**, at socialt differentieret hjerterehabilitering tilknyttet sygehusafdeling kan eliminere social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering. Der kan opnås lige medicinsk compliance og opnåelse af signifikant lige behandlingsmål blandt patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering.

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Implementering af forløbsprogram

Planlægning organisering og justeringer:

- 1.april 2010 fik vi bevilget penge til projektet og ca. 14 dage efter var vi i gang med at implementere forløbsprogrammet. Selve processen er sket i etaper. En grafisk oversigt over hjerterehabilitering før projektstart blev fremstillet, sammenholdt med en oversigt over det nye rehabiliteringstilbud. Samme før og efter oversigt forelå i fysioterapien. Forløbsprogrammet blev nærlæst og den nye rehabiliteringsoversigt, blev forsynet med sorte bokse, for at markere, hvad vi skulle arbejde hen imod og hvor langt vi var. Se venligst bilag 2 fra 2010. En af de sorte bokse der ikke er indført endnu er at tjekke cpr.nr med diagnose koder 2-3 gange ugentligt, for at sikre alle patienter får tilbudt rehabilitering. En udfordring da vores patienter befinder sig på flere matrikler.
- Vi har anvendt metoden " at gå i patientens fodspor". For at imødekomme usikre overgange har vi udviklet et dokument, se bilag 3, hvor personalet hurtig kan afkrydse og faxe patientdata til hjerterehabiliteringen. Vi arbejder videre med udfordringen, da vi ikke modtager så mange fax med patienter, der pludselig udskrives fra andre sygehuse (jvf. bilag 4 rapport om patient oplevelser). Vi vil kontakte de relevante afdelinger i Viborg og Skejby med information om dokumentet, og hvilke problemstillinger vi og patienterne oplever det giver, når vi ikke modtager faxhenvisningen og dermed ikke har styr på hvor patienten befinder sig.
- Det ville give bedre overblik over patienter, hvis det er muligt at trække nogle lister fra EPJ/landspatientregistret ang. patienter, der tilhører vores optageområde og som er rehab-kandidater.

De væsentlige tiltag som løbende er implementeret fra april 2010 er som følger:

Fase 2

- To ekstra individuelle samtaler pr. uge øremærket til socialt differentierede forløb, se afsnit om socialdifferentieret rehabilitering
- Etablering af rygestop tilbud 2 dage om mdr.
- Fysisk træning er øget til 3X pr. uge i 12 uger (før 2X pr uge i 8 uger). Endvidere har patienterne 2 individuelle samtaler, en opstarts – og en afsluttende. Ved begge samtaler laves BORG-cykeltest. BORGs cykeltest erstatter hos os den i forløbsprogrammet anbefalede cykeltest, da der ikke er læge med ved indledende samtale.
- Undervisningstiden er udvidet efter erkendt behov fra patienter og pårørende
- Booking af patienter i afdelingen for at sikre fremmøde
- Der er brugt penge til en sekretær så sygeplejerskens tid kan bruges til patienterne
- Afsluttende samtaler med sygeplejersker er etableret. Særligt fokus ved samtalen er opsamling og evaluering af hele rehabiliterings forløbet, evt. henvisning til fase 3 og særlig opmærksom på psykiske reaktioner og depression. Der udarbejdes ikke depressionsscreening, da selve depressionsscreeningen er indlagt i samtalerne, dette er aftalt med praksis konsulent Estrid Muff

Fase 3

- Vi har etableret tæt samarbejde med klyngekommunerne (Favrskov, Silkeborg og Skanderborg). Der er afholdt flere møder. Henvisning til fase 3 er lavet i samarbejde. Der har været gensidige undervisningsforløb herunder studiebesøg både på hospitalet og i kommunen.

Nedenstående flowdiagram afspejler hjerterepatientens forløb på RSI nov. 2012

Fase 1



- Patienterne henvises fra eget sygehus afd. M1, samt fra andre sygehuse, som har hjertepatienter tilhørende vores optageområde.
- Endvidere henvises patienter fra ambulant virksomhed eks. samme dags udredning (SDU). Der henvises patienter med følgende diagnoser CABG, klap sub., NSTEMI, STEMI, Stabil angina.
- Plejepersonale udarbejder skriftlig henvisning til rehabilitering.
- Rehabiliterings sygeplejerske taler med henviste patienter i afdelingen, samt udleverer tid senest 14 dage efter udskrivelsen.
- Patienter der ikke er set af Rehabiliterings sygeplejerske modtager brev med indkaldelse til individuel samtale.

Fase 2



- Individuel samtale med patient og pårørende ved rehabiliterings sygeplejerske, som fremadrettet betragtes som kontaktperson. Ud fra patientens ønsker og behov henvises patienten til relevante tilbud.
- Standard undervisningstilbud på hold af 4 gange.
- Social differentieret tilbud (til patienter med lav uddannelse, sparsomt netværk og alene boende)
- Rygestop tilbud
- Diætist tilbud
- Fysisk træning 3x12 gange; for udgået af individuel samtale og test.
- Afsluttende samtale med kontaktsygeplejerske, med henvisning til fase 3.
- Hvis patienten udebliver da telefonisk kontakt med tilbud om ny tid.

Fase 3



- Hjerterehabilleringen foregår nu i Kommunalt regi.

Socialdifferentieret rehabilitering

Et andet tiltag med projektet, var at sætte fokus på gruppen af sårbare patienter, med fokus på de problemstillinger som de trækkes med. Der er dokumenteret at det oftest er de enlige og de socialt udsatte, der har størst tilbøjelighed til at udeblive fra veletablerede behandlingstilbud, hvormed de forværrer deres egne muligheder for at komme sig tilfredsstillende efterfølgende. (Socialt differentieret hjerterehabilering efter blodprop i hjertet 2011).

Særlige udfordringer fra hverdagen:

Hvordan motiverer vi de sårbare patienter til at møde op?

Hvordan undgår vi at patienten dropper ud?

Hvordan holder vi styr på patienten, på tværs af sektorer?

Hvordan øger vi bevågenheden på den sårbare patient og styrker personalets kompetencer til at spore, når patienten befinder sig i en usikker situation?

Nedenstående case illustrerer et skræddersyet forløb til en typisk sårbar patient

CASE 1:

Ulf (opdigtet navn) er medio 40 år og har en lang sygehistorie med både by-pass operation og ballonudvidelser. Ulf er for nyligt flyttet til et nyt område og kender hverken sin egen læge eller sit lokale sygehus. I efteråret fik Ulf igen brystmerter, og i forbindelse med en kontrol i Skejby foretages en KAG. Han får her at vide, at der ikke er mulighed for endnu et invasivt indgreb, opstartes i livsvarig medicinsk behandling. Undersøgelse og behandling foregik upåklagelig, men Ulf følte sig alene med sit komplekse forløb og manglede viden om, hvad der skulle ske efter udskrivelsen, og hvor han skulle henvende sig ved spørgsmål. Efter udskrivelsen oplever Ulf angst for, at sygdommen skal vende tilbage, at han skal dø. Han har svært ved at styre tankerne, og oplever at han er meget bedre til at hjælpe andre end sig selv. Ulf har et sparsomt netværk, da hans familie ikke bor i nærheden. Ulf har en nabo, der har været igennem nogenlunde det samme, og selvom Ulf ikke vil dele alt med ham, så er han en god støtte. Ulf savner at have en kontaktperson, som kan ringe til ham, og som han kan ringe til ved behov. Han kunne også godt have brugt at blive bedre klædt på ved udskrivelsen i forhold til, hvordan han skal håndtere det hele, nu det er hjertet, han er ramt på – der hvor alle følelserne sidder.

Ulf er ufaglært og i arbejde frem til indlæggelsen i Skejby. Herefter blev han fyret, da han ikke var i stand til at arbejde på fuld tid. Ulf er herefter arbejdssøgende. Ulf ignorerer det brev, han modtager om at deltage i hjerterehabiliteringen. Han har ikke overskud. Rehabiliteringen sender flere indkaldelser, og efter flere opkald indvilger han i at komme ind på sygehuset sammen med en pårørende. Ulf opstarter i et socialdifferentieret forløb, og hans medicin er et af emnerne i samtalerne med sygeplejersken. Ulf har flere gange fået sat sin dosis op til lægekontroller på sygehuset i Silkeborg, fordi han har beklaget sig over at have det rigtigt skidt. Ulf bliver efterhånden så tryk ved sygeplejersken, at han fortæller, at han faktisk aldrig har indleveret sine recepter på apoteket, og dermed ikke er kommet i gang med den nye og ifølge sygeplejersken livsvigtige medicin, som han efter den sidste undersøgelse blev sat i behandling med. Ulf har aldrig rigtigt forstået, hvor vigtig medicinen var, og lægen spurgte jo bare 'hvordan har du det?' – og når han svarede skidt, blev han øget i dosis. Efter ni måneder i et socialdifferentieret forløb ser Ulf lysere på tilværelsen. Han har fået styr på medicinen, er kommet i flexjob, har fået tilknyttet en socialrådgiver, og er kommet fysisk i gang, hvilket har medført et vægttab og større livsglæde.

Patienten fra Case1 havde ikke ressourcer til at deltage i fysisk træning og diætistvejledning, som han udeblev fra.

Antal af patienter der har været i hjerterehabilitering:

Fra 1. marts 2011 begyndte vi at registrerer vores patienter i EPJ.

Fra marts 2011 til 31-12 2011 er der 250 unikke cpr-numre.

Fra 1-1 2012 og til 2- 11 2012 er der 377 unikke cpr-numre.

Tallene siger dog ikke noget om den enkelte patients besøg, da patienten ofte ses til en

indledende og en afsluttende samtale, samt til undervisning 3 eller 4 gange. Desuden til træning i fysioterapien og diætistvejledning.

En sårbar patient kan have mange besøg såvel telefonisk som fysisk tilstedeværelse med planlagte besøg, eller de pludselig møder op, "fordi det hele brænder på ". Hvilket medfører mange kontakter til andre instanser såsom jobcenter, socialrådgiver, egen læge, sygehuspræst osv.

Et eksempel på serviceydelser til den sårbare patient fra case 1, som har indgået i et socialdifferenceret forløb, er 20 besøg i hjerterehabiliteringen i et forløb på 9 mdr.

Hvor mange sårbare patienter vi har, kan vi desværre ikke trække gennem EPJ, men en udfordring vi vil arbejde videre med.

Antal af patienter der har deltaget i rygestop i projektperioden

W.H.O. har erklæret, at tobaksrygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden i Danmark. Rygere øger risikoen for hjerte-karsygdomme, apoplexia cerebri, en lang række kræftformer m.m. Rygning tillægges et tab i danskernes middellevetid på 3-3½ år. (sundheds St. 2006)

På hjerteafdelingen Regionshospitalet i Silkeborg havde patienterne et tilbud om et individuelt rygestoptilbud indtil december 2008. Herefter blev retningslinjerne ændret således, at opgaven i sygehusregi blev, at rygerne skulle motiveres til rygeophør og henvises til et forløb i kommunalt regi. Den ændrede praksis havde stor betydning for patienterne, da de ikke frekventerede det nye tilbud i kommunen. Rygestop-instruktører i kommunalt regi efterlyste henvisninger fra sygehuset. Ved genindlæggelser var mange fortsat rygere, og specielt storrygerne havde svært ved at finde motivationen og gennemføre et rygestopforløb. Mange patienter gav udtryk for, at det, at blive indlagt til obs. for iskæmisk hjertesygdom eller blive diagnosticeret med en iskæmisk hjertesygdom var den udløsende, motiverende faktor for ønsket om rygeophør.

Ligeledes gav mange også udtryk for, at et rygestopforløb var det vigtigt, at instruktøren, som ligeledes var/er kardiologisk sygeplejerske ansat i afdelingen, havde kendskab til den enkeltes sygdomssituation og at mulige spørgsmål vedrørende indlæggelse og/eller sygdomsforløb kunne medinddrages i rygestopforløbet i det omfang, der var behov for dette.

På hjerteafdelingen Regionshospitalet i Silkeborg har patienterne siden 1/10 2010 igen haft mulighed for, at blive tilbudt et individuelt tilrettelagt rygestopforløb ved rygestopinstruktør som ligeledes er ansat i afdeling M1 som sygeplejerske.

Tidsforbruget til rygestopsamtaler er opgjort til 160 timer for 2012 hvilket svarer til det gennemsnitlige årlige forbrug af timer siden opstart den 1-10-2010.

Perioden fra 1-4-2010 til 1-10-2012 har:

136 patienter haft kontakt til rygestopinstruktøren på afsnit M1 og forløbende har været som følgende:

62 patienter har gennemført et rygestopforløb og fået status som ex ryger.

35 patienter har gennemført et rygestopforløb, men er fortsat rygere. Mange patienter har nedsat forbruget betydeligt.

16 patienter har haft et kortvarigt forløb med 1-2 kontakter.

9 patienter var ikke motiverede eller udeblev fra 1 samtale.

1 patient ønskede et gruppebaseret forløb.

13 patienter er aktuelt i et rygestopforløb.

Fysioterapeutiske tilbud til hjertepatienter i projektperioden

Vi har med baggrund i tilkomne midler ændret markant i det fysioterapeutiske tilbud til hjertepatienter. Indtil april 2010 har fysioterapien tilbudt 8 ugers træning to gange om ugen med fokus på forbedring af fysiske og fysiologiske parametre, såsom øget muskelstyrke, øget kondition og bedre balance. Nu tilbydes alle henviste hjertepatienter en forsamtale indeholdende udfyldelse af et spørgeskema gående på generel helbredstilstand samt Borg15 snakketest på konditionscykel. Til forsamlingen er der fokus på patientens fysiske og psykiske ressourcer og udfordringer i dagligdagen. Der tages udgangspunkt i patientens fysiske formåen, evt. behov for hensyntagen i forhold til dette. I samarbejde med patienten sættes mål og delmål, som er individuelt tilpasset.

Derudover er der i højere grad opmærksomhed på, at de deltagende patienter på hjertehold spænder bredt i forhold til, hvor længe de har været diagnosticeret med hjertesygdom, alder, socialt netværk, viden om sygdom mv. Vi har således øget fokus på at tage udgangspunkt i såvel de fysiske parametre, som i ovenstående faktorer. Dette med henblik på, at forsamlingen og efterfølgende træning også dækker relevante problematikker i forhold til den enkelte patients liv.

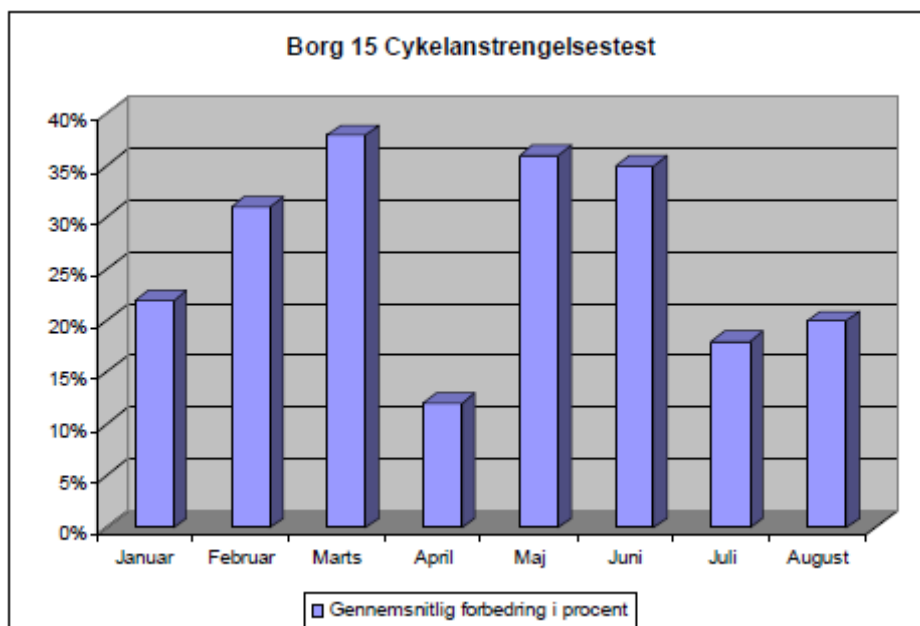
Med udgangspunkt i forsamlingen starter patienten på hjertehold. Træning og undervisning på hold er 3*1 time /ugentligt over 12 uger, hvor der er løbende optag på holdene. Der er mellem 8-10 deltagere pr. hold, hvilket giver en positiv gruppedynamik og samtidig tages der udgangspunkt i den enkeltes træningsbehov og mål.

Patienten kommer således ikke længere og *modtager* undervisning, men deltager aktivt i den løbende undervisning og der lægges op til, at det er patienten selv, der er ekspert på sin sygdom. Der arbejdes kontinuerligt med deltagerinvolvering i alle aspekter af træning og undervisning.

BORG 15 anstrengelsescykletest og udfyldelse af spørgeskema gentages i slutningen af træningsforløbet, hvor der er en afsluttende individuel samtale med patienten. Her er der fokus på patientens videre mål og træning.

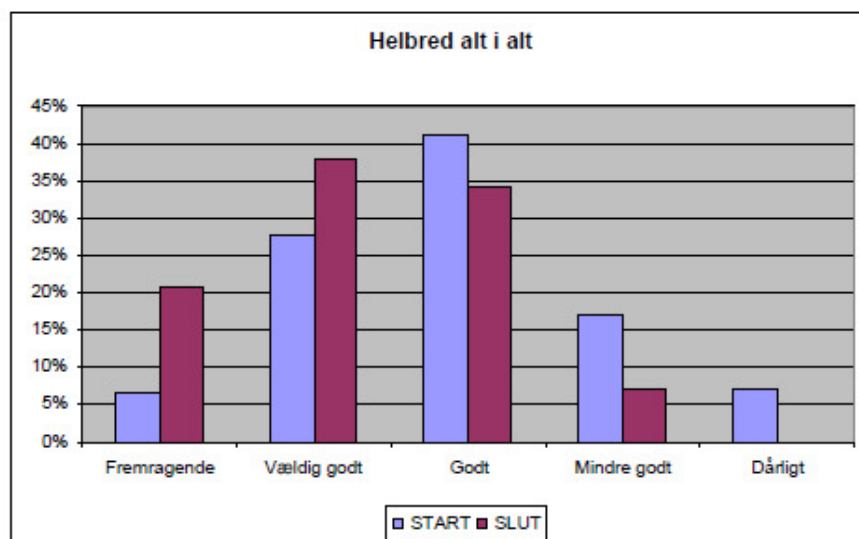
Der ses en klar forbedring i både cykeltest og højere scoring i spørgeskemaet gennem forløbet, med fysisk træning. Nedenstående data er fra januar til august 2012.

Der ses følgende resultat ift. cykeltest:

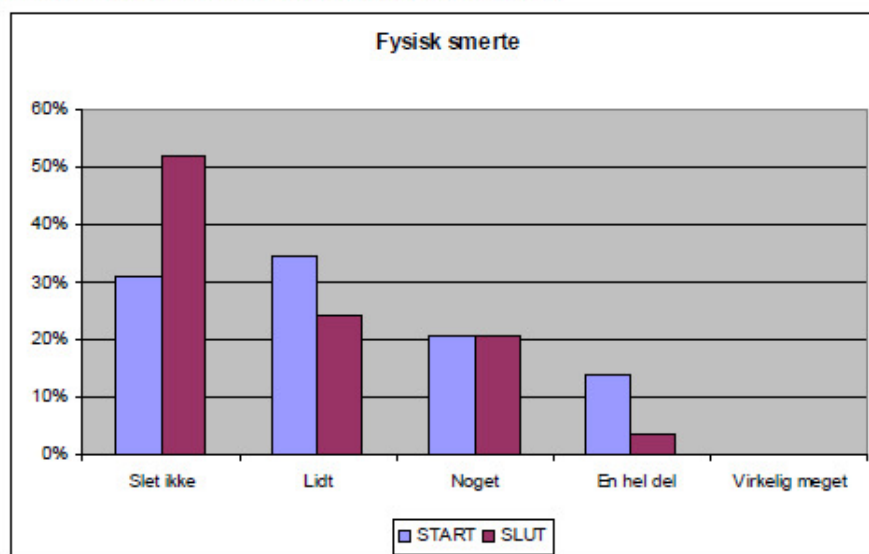


Følgende resultat ses ved gennemgang af udfyldte spørgeskemaer over en periode på 8 måneder. Der ses i nedenstående diagrammer en procentvis sammenligning af kategorisvar ved opstart på hjertehold og ved slutsamtale. Der er udvalgt tre spørgsmål fra anvendt spørgeskema.

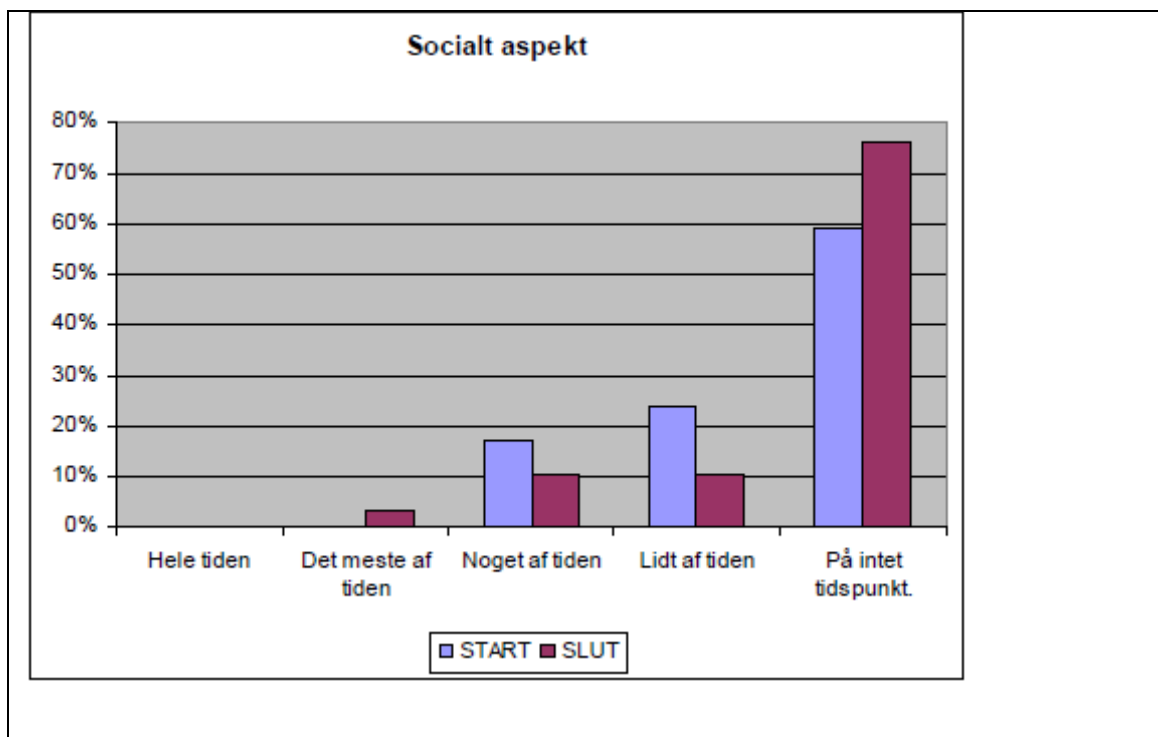
1: Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?



2: Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)



3: Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?



Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Målsætningen for projektet var:

- Sikre at patienterne får den relevante rehabilitering efter hjertesygdom.
- Optimere socialt differentierede patientforløb.
- Sikre koordinering af tværfaglig, tværsektoriel behandling og rehabilitering samt løbende opfølgning.

Levede projektet op til formålet/målsætningen:

- Vi har implementeret nye tiltag til hjertepatienten iht. forløbsprogrammet med et særligt tilbud til de sårbare patienter, der henvises til flowdiagram side 10. En udfordring pga. specialisering/omstrukturering af sundhedsområdet i Region Midt.
- Journal audit er erstattet af en kvalitativ undersøgelse med interviews af 9 hjertepatienter, der henvises til bilag 4
- Faktorer for patientens motivation for fysisk træning er verificeret ved et kvalitativt studie med interviews med 8 patienter. (Et Kvalitativt studie af faktorer for hjertepatienters til- og fravalg af "tilbud om fysisk træning" i hjerterehab-fase 2, 2011).
- Et formaliseret samarbejde med fase 3 Sundheds og omsorgsafdelingen Silkeborg kommune er etableret
- Vores samarbejdsrelationer er styrket såvel internt som eksternt

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Hvilke resultater har projektet givet:

Under punkt 3 er der gjort rede for de konkrete tiltag i projektet, der henvises til bilag 5,6,7 og 8, som viser implementeringen af vores nye tilbud i hjerterehabilitering og den fysiske træning før og efter projektstart.

Både ressourcestærke og sårbare patienter oplever usikre overgange og belastes både psykisk og fysisk af situationen. Ressourcer i form af fx pårørende og uddannelsesniveau gør det nemmere at håndtere nedbruddene. De socialdifferentierede forløb medvirker til at udligne denne forskel, og er med til at forbedre sårbare patienters oplevelse af et forløb. Vores erfaring med identificering af potentielt sårbare patienter kræver ekstra bevågenhed fra personalet i at opspore, når den sårbare patient bevæger sig i usikre overgange, se bilag 4.

Patient-interviews har givet indblik i, hvordan patienter oplever at deltage i rehabiliteringen, og hvordan de oplever sammenhæng og overgange i deres forløb. Selvom patientfortællingerne peger på, at der er plads til forbedringer, så udtrykker patienterne i den ordinære og socialdifferentierede rehabilitering, generelt tilfredshed med rehabiliteringens indhold og personale. Et eksempel herpå er den sårbare patient fra case 1, hvor et socialdifferentieret forløb er med til at forbedre patientens oplevelse af sit forløb. Efter et forløb på 8-9 mdr. i starten med ugentligt kontakt til hjerterehabiliteringen og udlevering af medicin, er hans kolesteroltal og blodtryk nu normaliseret. Han har fået styr på medicinen, er kommet i flexjob, har fået tilknyttet en socialrådgiver, og er kommet fysisk i gang, hvilket har medført et vægttab og større livsglæde.

Resultaterne har medført større bevidsthed om:

- At identificere den sårbare patient og tilbyde ham et skræddersyet forløb med speciel fokus på de problemstillinger, som sårbare patienter trækkes med
- Jo svagere patienter der sættes fokus på, jo sværere og mere specialiseret bliver opgaven.
- At holde styr på patienten i tværsektorielle overgange
- Der er identificeret organisatoriske og logistiske udfordringer, som kan skabe barriere for at motivere og henvise patienten til at modtage et hjerterehabiliteringstilbud.
- Patienten bliver indlagt akut på et sygehus, overflyttet til et andet sygehus for at modtage et invasivt indgreb og til sidst udskrives eller overflyttes til et 3 sygehus nemlig hjemmesygehuset for at deltage i hjerte rehabilitering.
- Logistiske udfordringer med epikriser som altid sendes til det henvisende sygehus, medførende at patienten senere bliver henvist til hjerterehabilitering.
- Udfordring med at trække data i EPJ
- At drivkræften i forhold til et vellykket rygestopforløb, er patientens vilje til forandring. Motivationen i forhold til at ændre/ eller helt ophøre med at ryge, er ofte meget stor i forbindelse med en indlæggelse hvor diagnosen iscæmisk hjertesygdom mistænkes eller diagnosticeres. Det er vigtigt, at der er mulighed for at skabe en kontakt til patienten på det rette tidspunkt for, at kunne tage udgangspunkt i situationen, hvor patienten er parat til forandring. Ved henvisning til kommunalt regi vil den opnåede motivation skabt under indlæggelsen, evt. ændres og den ambivalens mange oplever i forhold til forandring kan evt. blive en hindring for et vellykket rygestopforløb.
- At den sårbare patient oftere fravælger den fysiske træning grundet lav self-efficacy og psykisk reaktion på det at være hjertesyg. Yderligere opleves at patienterne ikke har fået tilstrækkelig information omkring det fysiske træningstilbud og ikke formår at træffe et valg af træning grundet egen sygdomssituation (Et kvalitativt studie af faktorer for hjertepatienters til- og fravalg af "tilbud om fysisk træning" i hjerterehabiliteringens fase II).

Hvilke erfaringer og udfordringer har vi mødt i projektet?

Sammenhæng og overgange:

Selve behandlingen af hjertesygge patienter foregår på et meget højt klinisk niveau, men en erfaring der er blevet tydeligere i projektforsløbet er, at et hjerteforsløb rummer mange potentielle overgange mellem afsnit, afdelinger og sektorer.

Selve rekrutteringen af vores målgruppe har dog ændret sig væsentligt under projektforsloiden, idet afdeling M1 på Regionshospitalet i Silkeborg ikke længere modtager hjertepatienter i det akutte forslob, selve patientpopulationen er dog uændret på trods af organisatoriske ændringer.

Blandt de ni interviewede patienter (En opsamling af patienters oplevelse af at deltage i hjerterehabilitering i Diagnostisk Center 2012), er der kun få, der har haft en oplevelse af, at tingene har kørt efter en snor og ikke har oplevet organisatoriske nedbrud, som kan medføre angst og usikkerhed pga. usikre overgange med en følelse af at ingen har styr på dem.

Identificere hjertepatienten der skal henvises til hjerterehabilitering:

Rehabiliteringsforslobet opleves mere adskilt fra den øvrige behandling i modsætning til pakkeforslobets beskrivelse. Sundhedssystemets opbygning betyder for patienterne, at de ikke altid har en personlig kontakt med et personale fra rehabiliteringen før udskrivelse, og som rehabiliteringssygeplejerske er det svært at identificere patienter i rette tid, der skal indkaldes til hjerterehabiliteringen. Vi kontakter så vidt muligt patienten under indlæggelse, men i flere tilfælde kan det ikke lade sig gøre da patienten ikke længere er indlagt i Silkeborg, og vi må, hvis henvisningen ikke sker automatisk, manuelt finde frem til de potentielle deltagere. Dette gør systemet sårbart med risiko for at tabe patienter og forsinke indkaldelsen til rehabiliteringsforslobet.

Patientoplevelser:

Det er ikke kun en organisatorisk udfordring at holdes styr på patienterne, det er også noget patienterne giver udtryk for, se bilag 2.

Flere af de interviewede patienter føler sig tabt mellem to stole, glemt, eller forsvundet i systemet. En af patienterne i hjerterehabiliteringen, som kan betegnes sårbar, beskrev sit forslob som en lang togrejse med mange stationer, hvor han indimellem skulle stå af og på. Efter endt besøg blev han ønsket held og lykke på den videre rejse. Hvor den endelige destination var, vidste han dog ikke, og det gav en utryk fornemmelse at stå alene på perronen.

Mens flere af de såkaldt ressourcestærke også oplevede manglende sammenhæng, så var de i større grad bevidste om, hvor rejsen skulle slutte, og hvem de kunne tage fat i ved behov for hjælp. De støttes af pårørende, der opmuntrer, husker og deltager i samtaler med personalet, så står de sårbare i højere grad på egne ben, hvilket kan påvirke informationsindtaget.

Blandt de sårbare patienter er motivationen for hjerterehabilitering umiddelbart lille, da de ofte ikke kan overskue deltagelse, ikke har forstået hvad udbyttet er, eller ikke oplever at have et behov. De der har deltaget i et socialdifferentieret tilbud, har givet udtryk for at det betyder meget, at blive lyttet til, have en livline, blive set, blive holdt øje med og få lov at sætte ord på.

De har ikke haft udbytte af, at være en del af en gruppe og forpligte sig til samværet med

andre.

De har umiddelbart heller ikke ressourcer og overskud til at deltage i den fysiske træning.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Sundhedsøkonomiske erfaringer:

- Der er solid evidens for effekten af systematisk hjerterehabilitering, da rehabiliteringsprogrammer kan formindske dødeligheden for hjertesyg med 35 procent og risikoen for at få ny blodprop med 29 procent (Hjertets tilstand 2011, status over hjertebehandling i Danmark).

En effektiv hjerterehabilitering kan samfundsøkonomisk betale sig. Hjerterpatienter, der gennemgår et rehabiliteringsforløb, klarer sig bedre og bevarer i højere grad tilknytning til arbejdsmarkedet og bruger færre sundheds- og socialydelse. (Hjertets tilstand 2011, status over hjertebehandling i Danmark).

- De socialt udsatte/sårbare patienter har lavere deltagelsesandel i hjerterehabilitering og dermed en potentielt dårligere prognose, især mht. opnåelse af behandlingsmål, men også mht. genindlæggelser og død. For at tiltrække og fastholde udsatte patienter i hjerterehabiliteringsforløbet er der brug for et grundigt tilrettelagt forløb med klare arbejds- og ansvarsfordelinger mellem de faggrupper og sektorer, der er involveret. Man kan med socialt differentieret hjerterehabilitering mere bevidst imødekomme socialt udsatte patienters behov inden for rammerne af retningslinjerne. F.eks. ved at tilbyde patienter med større behov ekstra besøg og tilrettelægge forløb samt pædagogik ud fra netop denne gruppe patienters behov.(Mellier 2007).

- Rent økonomisk kan vi ikke måle om projektet er pengene værd, men rent menneskeligt har vi erfaret, at det har stor betydning for de sårbare patienter der har deltaget i et socialt differentieret hjerterehabiliteringsforløb, at de har en livline, nogen der kan lytte til dem og holde øje med dem og følger op på deres forløb. Vi har set at denne patientkategori ofte er dem der ellers ikke møder op til samtaler og undervisning. I et tidligere nævnt eksempel har støtten af en enkelt patient betydet at hans livskvalitet er bedret væsentligt.

Har han fået styr på medicin, vægttab, blodtryk og kolesteroltal er normaliseret. Han har fået tilknyttet en socialrådgiver, er startet på et flexjob og har fået større livsglæde.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Fremadrettet

Interviewundersøgelsen se bilag 4 peger på områder, hvor forbedringer kan finde sted med henblik på at forbedre patientoplevelsen:

- Håndtering af de organisatoriske udfordringer på tværs af sektorer, som skaber usikre overgange.
- Tilbyde patienter større overblik over deres (organisatoriske) forløb.
- Sikre tidlig opstart i hjerterehabilitering efter udskrivelse.
- Sikre interne overgange mellem fx undervisning og træning.
- Håndtere ventetid på lægekontroller, fx ved at informere patienter om ventetid.
- Øge bevågenhed på den sårbare patient og styrke personalets kompetencer til at spore, når patienter befinder sig i en usikker situation.
- Øge udbud af differentierede behandlingstilbud med fokus på mestring.

- Sikre at alle relevante patienter informeres om den fysiske træningsdel af hjerterehabiliteringen og at alle interesserede patienter henvises til fysioterapien.
- Der er nedsat en projektgruppe der arbejder med de interne udfordringer.
Der har i vores kardiologiske ambulatoriedel været afholdt personalemøde, hvor projektets resultater vedr. sårbare patienter og usikre overgange er blevet fremlagt og diskuteret. Der har efterfølgende givet ændringer i praksis i form af:
 - At visiterende kardiologiske overlæge henviser til den kardiologiske klinik, hvor patienten har sin hoveddiagnose og at denne klinik skal være tovholder på patientens forløb i stedet for, som nu, hvor patienten bare henvises videre og måske ender med at gå i 3 forskellige klinikker på samme matrikel uden nogen følger op på det samlede forløb.
 - At der laves 2 kardiologiske klinikker mere, for at øge kompetenceniveauet/specialiseringsgraden i den enkelte klinik.
 - At vi vil arbejde mere fokuseret på at udvikle og forbedre de tværsektorielle overgange

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Oplæg om projektet & dets resultater

- "Hold kronikertoget på sporet" et stormøde på SAS Radisson Silkeborg, omhandlende den kroniske patient. Omdrejningspunktet blev kommunikationen til sårbare patienter på tværs af sektorer, med særlig fokus på at optimere overgangene. Maj 2012
- Fælles skolebænk i Region Midt: "KOMMUNIKATIONEN OM OG MED DEN SÅRBARE PATIENT" 25. OKTOBER Kulturhuset In Side, Hammel
- Sundhedsfagligt symposium d. 14. juni 2012 Regionshospitalet i Viborg, "Er der styr på mig mellem pakker og forløb". Ved sygepl. Hanne Mikkelsen
- Undervisning af Social- og sundhedsassistenter og neurofysiologiassistenter, Neurologisk Afdeling Regionshospitalet Viborg d. 24 oktober 2012. "Er der styr på mig mellem pakker og forløb". Ved sygepl. Hanne Mikkelsen
- Oplæg for deltagere i netværksgruppen for hjerterehabiliterings sygepl. En sammenslutning af hjerterehabiliterings sygeplejersker i Region Nord, Midt og Syd. Ved sygepl. Hanne Mikkelsen
- Der er en artikel er under udarbejdelse på baggrund af den kvalitative opsamling af patientudtalelser. Forventes indsendt til Tidsskrift for dansk Sundhedsvæsen, Rikke Aarhus, Heidi Sabro, Mette Krag Svendsen og Hanne Mikkelsen
- Afgangsprøve sundhedsfaglige diplom uddannelse, Patientovergange 2012, sygeplejerske Hanne Mikkelsen RSI

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Ny Praksis:

Projektet har fået en varig positiv effekt, da de konkrete tiltag, som er beskrevet i evalueringsrapporten er etableret og implementeret. Hospitals ledelsen ønsker at fastholde den nye praksis, og har bevillet ressourcer til at hjerterehabilitering kan fortsætte som uændret.

- Vi er opmærksomme på, at der er netop foretaget en opdatering af forløbsprogrammet, hvor der kommer til at ske en større revision af forløbsprogrammet i sammenhæng med udarbejdelsen af næste Sundhedsaftale med

kommunerne. I den kommende revision vil de inddrage resultaterne fra kronikerpuljeprojekterne på hjerteområdet, hvilket forhåbentlig medfører, at der kommer fokus på usikre overgange og de sårbare patienter. Organisatoriske faktorer med stor betydning for ændring og forbedring af vores nye praksis, som vi vil være meget opmærksomme på.

- Personalefaktorer for den nye praksis vidner om et involveret og aktivt hjerterehabiliteringsteam som arbejder med at fastholde, udvikle og understøtte den nye praksis. Dette med stor opbakning fra afdelingssygeplejerske og lederen af det Medicinske Terapiafsnit og Centerledelse på RSI.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

- Rapporten " En opsamling af patienters oplevelse i at deltage i hjerterehabilitering i Diagnostisk Center", Rikke Aarhus og Hanne Mikkelsen, Nov. 2012
- <http://www.hjerterehab.dk/rehab/html/index4.html>
- Netværksgruppen Hjerterehabilitering. 2004. Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjertereforeningen og Dansk Kardiologisk Selskab.
- http://www.hjertereforeningen.dk/files/Rapporter_mm/Hjerterehabilitering_paa_danske_sygehuse.pdf
- Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet,
<http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/hvidbog/hvidbog.pdf>
- <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Borg-15>
- Forløbsprogramgruppen for hjertekarsygdom. 2008. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Region Midtjylland.
- Meillier, L. 2007. I gang igen efter blodprop i hjertet - socialt differentieret hjerte rehabilitering. Region Midtjylland.
- Socialt differentieret hjerterehabilitering efter blodprop i hjertet af Kirsten Melgaard Nielsen, Lucette Meillier, Mogens Lytken Larsen, Vivian Ellerup, Dorrit Grosen Andersen, Karen Lind (2011)
- "Et kvalitativt studie af faktorer for hjertepatienters til- og fravalg af tilbud om fysisk træning" i hjerterehab. fase 2, af: Liv Frank Kibak Nielsen, Nille Dorthes Snedker Hald Eva Maja Kjærgaard Engström (2011). Et bachelorprojekt, VIA Aarhus
- Sundhedsstyrelsen 2006: Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark.
- Afgangsprojekt, sundhedsfaglige diplom uddannelse, Patientovergange 2012, sygeplejerske Hanne Mikkelsen

Bilagsoversigt:

- Bilag 1: Henvisning til kommunal rehabilitering
- Bilag 2: Hjerterehabiliterings oversigt for Regionshospitalet Silkeborg 2010
- Bilag 3: Dokument om henvisning til hjerterehabilitering
- Bilag 4: En opsamling af patienters oplevelse af at deltage i hjerterehabilitering på RSI baseret på kvalitative interviews
- Bilag 5: Hjerterehab før projektstart
- Bilag 6: Hjerterehab efter projektstart
- Bilag 7: Fysisk træning før projektstart
- Bilag 8: Fysisk træning efter projektstart

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++//++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			+++
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			+++
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			++
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			+++
5. Bedre patientforløb			+++
6. Forløbsprogrammet er implementeret			+++
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			+
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			+
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			+++
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			+++
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			+++
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			+++
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			++
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			+++
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen			+++
16. Patienters egenomsorg er styrket			++
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			++
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			++
19. Færre akutte indlæggelser			++
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			+++
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			+
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			+
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			+++
24. Mere omkostningseffektiv praksis			++
25. Højere patientsikkerhed			+++
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			+++
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			++
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			+

Projekt 12

**Selvevaluering af Shared care rehabilitering efter Akut Koronar Syndrom
(Oprindelig titel: Udvikling af shared care-model for et tværsektorielt
rehabiliteringsforløb for patienter med AKS) (Aarhus Universitetshospital)**

Tilskudsmodtager

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland

Ledende overlæge, dr, med Steen Husted

Kardiologisk Afdeling A, Aarhus Sygehus, Tage Hansens Gade 2,

8000 Aarhus C (Nu: Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital)

Projektnummer

54698/12. Region Midtjylland

Projektleders navn og kontaktinformation,

Projektleder

Jannik Buus Bertelsen

Læge, ph.d studerende

Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital, THG

8000 Aarhus C

Mail: jannbert@rm.dk

Tlf: 41196151

Hovedvejleder:

Kent Lodberg Christensen

Lektor, overlæge, dr. Med

Hjertemedicinsk Afdeling B, THG

8000 Aarhus C

Mail: kentchri@rm.dk

Øvrige vejledere:

Helle Lynge Kanstrup, konstitueret overlæge, ph.d. Hjertemedicinsk Afdeling,

Aarhus Universitets Hospital, Tage Hansens Gade 2

Søren Paaske Johnsen, forskningsoverlæge, ph.d. Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Jens Refsgaard, overlæge, ph.d. Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive, Heibergs Allé 4, 8800 Viborg

Bo Christensen, speciallæge i almen medicin, professor, afdelingsleder institut for almen medicin, Aarhus Universitet

Hjemmeside: www.hjerteklar.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	X	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	
-------------------------------------	---	------------------------------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

02-12-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-03-2014

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet har søgt om, og fået bevilget forlængelse.

Det er planlagt inklusion i projektet til og med 31.03.2012 for at nå over 200 deltagere baseret på den nuværende inklusionsrate.

Alle inkluderede igennem fase 2 rehabilitering ca 01.07.2013, hvorefter indsatsen gøres op. 1 års opfølgning afsluttes 31.03.2014 og vi kan vurdere om der er forskel i fastholdelse af den livsstilsmodificerende behandling imellem sygehus og shared care-modellen.

Forlængelsen af projektet samt udbredningen til både Viborg og Silkeborg har været vigtig for at få inkluderet mange patienter i projektet samt afprøve shared care modellen i forskellige områder, således betydningen af afstand til sygehuset kan undersøges.

Det har dog betydet en meget stor ekstra udgift til projektpersonale i Silkeborg og Viborg.

Vi har, efter udarbejdelse af den nye projekt tidsplan, indsendt ansøgning om ekstra midler til afslutning af projektet med komplet 1 årsopfølgning efterfølgende grundig databehandling og rapportering.

Vi håber fortsat på en positiv tilkendegivelse på ansøgningen.

Projektets sammenhæng**1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom**

Projektet inddrager Hjertemedicinsk Afdeling B, Aarhus Universitetshospital, THG og Brendstrupgaardsvej. Medicinsk Afdeling, Viborg og Medicinsk Afdeling, Silkeborg, begge del af Sygehusenheden Midt.

Endvidere deltager Aarhus, Samsø, Syddjurs, Skanderborg, Favrskov, Viborg, Silkeborg og Skive Kommuner med deres respektive sundhedstilbud.

Baggrund:

I 2008 udgav Region Midt et forløbsprogram, der beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for blodprop i hjertet og svær hjertekrampe (AKS) på hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Forløbsprogrammet skal medvirke til at sundhedsvæsenet agerer proaktivt i forhold til borgere med kroniske lidelser. Kronikerkompasset er et tiltag i almen praksis, der skal sikre udvikling i behandlingen af kroniske lidelser i det sammenhængende sundhedsvæsen i Region Midtjylland, hvor man i praksisgrupper fordyber sig i arbejdet med at yde omsorg og behandling af patienter med kroniske sygdomme.

Samarbejdsaftalen for hjertekarsygdom, Akut Koronar Syndrom Aarhus Klyngen fra 2010 beskriver det konkrete samarbejde i Aarhus Klyngen samt krav og forventninger til samarbejdet på tværs af sektorerne. Endvidere er der i aftalen beskrevet forslag til større involvering af primærsektoren i hjerterehabiliteringens fase II. Det foreslås, at psykosocial

støtte, tobaksafvænning, sygdomslære, dele af den fysiske rehabilitering samt kontrol af den medicinske behandling kan foregå i primærsektoren ved almen praksis og via det lokale sundhedscenter. Der forudsættes dog forsvarlig overdragelse fra hjerteafdelingen. Shared care er en måde at organisere behandling på, hvor delelementer i behandlingen gennemføres i forskellige dele af sundhedsvæsenet med delt ansvar.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Hjerterehabilitering i Danmark gennemføres på nuværende tidspunkt i forskellige sektorer. På trods af diverse tiltag for at bedre kontinuiteten er gennemførelsen af rehabiliteringsprogram begrænset. Der er endvidere et overlap mellem dele af tilbud, som indgår i hjerterehabilitering på sygehuse og i kommunerne.

Vi vil undersøge, om man ved bedre koordinering af de forskellige elementer, som indgår i rehabiliteringstilbuddet kan opnå god tilslutning til hjerterehabiliteringsforløbene i kommunens sundhedscentre med større involvering af patientens egen læge, tilfredshed hos patient og god kvalitet bedømt ved spørgeskema og forhåbentlig på sigt bedre langtidsoverlevelse samt mindre fornyet sygdom.

Hypotese

Hjerterehabilitering efter AKS kan etableres efter shared care model med højere gennemførelsesprocent end hjerterehabilitering på sygehusets hjerteafdeling. Den øgede inddragelse af primær sektoren i rehabiliteringens fase II vil føre til større deltagelse og mere kontinuitet i forløbet.

Formål

Formålet med PhD projektet er at;

- etablere en shared care model for fase II af rehabilitering efter AKS og sammenligne denne med den nuværende hjerterehabilitering på sygehus.

Endepunkter

Primært endepunkt (3 mdr.)

- Deltagelse i sufficient hjerterehabiliteringsforløb (3 mdr). Dette fordrer deltagelse i følgende elementer. Et element kan angives som deltaget i ved fremmøde på mindst 50%. Fuld rehabilitering defineres som deltagelse i alle elementer den enkelte patient har behov for. Delvis fuld rehabilitering defineres som deltagelse i et element mindre end anbefalet (eks 4 af 5)
- Tobaksafvænning, hvis ryger.
- Kostvejledning, mindst 50 % deltagelse.
- Fysisk træning; mindst 50 % deltagelse over 12 ugers forløb.
- Lægesamtaler, mindst 50 % deltagelse.
- Undervisning om sygdomslære mindst 50 % deltagelse.
- Individuelle samtaler med sygeplejerske, mindst 50 % deltagelse.

Sekundære endepunkter (3 og 12 mdr)

Ændring i;

- BMI og abdominalomfang.

- døgnblodtryk,
- lipid-værdier,
- faste blodsukker,
- arbejdskapacitet
- rapporteret livsstil (motion, rygning, kost, alkohol),
- depressions score
- compliance til medicinsk behandling bedømt ved spørgeskema samt udtræk fra apoteksregister.
- Genindlæggelser relateret til kardiovaskulær sygdom (AKS, hjersteinsufficiens, apoplexia cerebri) (12 mdr).
- Genindlæggelser total (12 mdr)
- Helbredsrelateret livskvalitet (3 og 12 mdr).

Endvidere opgøres de økonomiske omkostninger ved shared care hjerterehabilitering overfor den nuværende rehabilitering efter 12 mdr.

Ifølge Hjertereforeningens spørgeskemaundersøgelse var deltagelsesprocenten i Region Midtjylland i 2009 på 35% til fuld / delvis hjerterehabilitering. Vi forventer, at vi kan øge deltagelsesprocenten til 55% ved et shared care set-up på hjerterehabilitering. For med 80% sandsynlighed at kunne afvise nulhypotesen, har vi planlagt at inkludere 208 patienter fordelt på 104 patienter i hver arm. Risikoen for en type-I-fejl vil i dette tilfælde være 5%. Der er indregnet frafald på 10%.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Projektdeltagerne bliver fulgt tættere end "standard" patienterne.

De får endvidere lavet systematisk kontrol af døgnblodtryk og arbejdskapacitet bedømt ved cykeltest i alt 3 gange.

Den første af disse kontroller laves før rehabiliteringsforløbet starter, således at de første resultater kan anvendes i den kliniske hverdag til gavn for både patient og sundhedspersonale.

I forbindelse med projektet registreres alle patienter, som er indlagt på afdelingerne med Akut Koronar Syndrom. Det er ikke alle disse som bliver tilbudt rehabilitering – primært grundet høj alder. Det er meningen at registreringen skal anvendes til at se på hvor mange, som siger nej tak til rehabilitering, årsager til dette og hvor mange som ikke får tilbuddet og årsager til dette.

- Som led i projektet ses alle patienter 3 gange, hver gang kræver 2 besøg. Dette er udover den rehabilitering deltagerne deltager i.
- Der har været holdt 2 stormøder med mulighed for deltagelse af sundhedspersonale involveret i projektet.
- Endvidere er blevet holdt undervisning på sundhedscentre 3 gange med information om patienter til fase II rehabilitering.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede

målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Her kan du give det overordnede svar på om projektet har opnået det formål:

- Dette spørgsmål kan desværre ikke besvares før fase II rehabiliteringen er afsluttet ca. 01.07.2013 og resultaterne analyseret.

Dokumentation for projektets resultater:

- Vil ske i form af videnskabelige artikler publiceret i internationale tidsskrifter.

Sundhedsministeriet vurderer, at kun få projekter formentlig vil kunne dokumentere effektresultater - vi håber at bidrage med dette kvantitative studie, som iht. protokollen er designet som randomiseret kontrolleret forsøg.

I projektet er der nu inkluderet 159 personer. I alt har ca. 75 personer været til kontrol efter fase II rehabilitering. 8 personer har været til 12 mdrs. follow up.

Når projektet afsluttes håber vi at bidrage med data omkring hvordan shared care-modellen til tværsektoriel rehabilitering virker samt mulige gevinster eller tab ved at indføre en sådan model.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Her kan du kort beskrive

- Det vigtigste projektet indtil nu har nået, er udbredelse til 4 sygehuse og 8 kommuner. Dette kan forhåbentlig bidrage til et mere nuanceret billede af fordele og ulemper ved sygehus og shared care-model.
- Årsagen til dette er især hovedvejleder Kent Lodbergs kontakt til kolleger (Jens Refsgaard, Viborg og Lars Frost, Silkeborg), samt disse afdelingers mulighed for at bidrage med viden og deltagere.
- Endvidere en meget positiv stemning i alle involverede kommunale sundhedscentre (Aarhus, Viborg, Skive, Silkeborg, Samsø, Syddjurs, Skanderborg, Favrskov) til deltagelse.
- Projektets største udfordringer
 - er at få tilstrækkelig med deltagere til at vurdere shared care modellen ordentligt. Projektleder og projektsygeplejersker arbejder dagligt på dette.
 - Sammenlægninger af sygehusafdelinger med skift af ledelse.
 - Sammenlægning af støtteafdelinger (fys- og ergoterapi), der har medført at træning på sygehus skal foregå på Brendstrupgaardsvej, mens den øvrige rehabilitering er på THG, indtil hele afdelingen kan være på Brendstrupgaardsvej.
 - "konkurrence" med andre projekter under kronikerpuljen om patienter.
 - udskiftning af hovedvejleder.
 - At det samtidig skal være ph.d projekt, hvilket formidling af resultater.
- Bidrag til at overvinde disse udfordringer/problemer/barrierer:
 - God dialog med hovedvejleder Kent Lodberg, overlæge Helle Kanstrup, Jens Refsgaard (viborg), Bo Christensen (almen medicin) og Jens Rubak (leder af praksiskonsulent ordningen i RM)
 - Den nye afdelingsledelse har støttet op om projektet ift andre samarbejdspartnere på sygehuset (Fys- og Ergoterapi)
- Enkelte patienter bliver sendt til yderligere undersøgelser grundet fund ved de sene projektkontroller efter 4 og 12 mdr.
- forventede udfordringer i 2013, hvis projektet videreføres

- fastholde høj inklusionsrate.

Da inklusionen i projektet ikke er afsluttet, er vi ikke begyndt at analysere resultaterne endnu af frygt for bias, når vi taler med patienterne.

Vi indsamler systematisk i projektet oplysninger om;

- De sundhedsfaglige effekter, herunder også patienternes vurdering af (ændringerne i) deres helbred og funktionsevne
- Patientens aktive medvirken og egenomsorg

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Dette kan endnu ikke besvares.

I spørgeskemaet bruges blandt andet EQ-5D som anvendes til udregning af kvalitetsjusterede leveår(QALY).

Den samlede mulige økonomiske gevinst må være et samspil mellem QALY og udgifter til rehabilitering efter hhv sygehus- og shared care model.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Indtil videre er på baggrund af projektet blevet indført obligatorisk cykeltest ca 2 uger efter indlæggelse af alle AKS-patienter samt screening for Angst og Depression (iht forløbsprogrammet)

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Som led i min ph.d skal resultaterne publiceres i et internationalt tidsskrift.

Projektet bliver præsenteret på poster på Ph.d dag i januar 2013.

Projektet er desuden blevet præsenteret på 2 kurser på Aarhus Universitets Ph.d skole samt på nordisk kursus omkring "Forhøjet blodtryk og hjertekar sygdom" i Sverige.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Det afhænger af resultaterne.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Dashboard

Sygehus	Rehabilitering	Sygehus	Sundhedscenter
Viborg	72	38	34
Aarhus Universitetshospital Tage Hansens Gade	68	33	35
Aarhus Universitetshospital Brendstrupgaardsvej	9	6	3
Silkeborg Sygehus	10	6	4
I alt	159	83	76

Kommune	Rehabilitering	Sygehus	Sundhedscenter
Viborg	44	25	19
Skive	25	12	13
Aarhus	70	35	35
Favrskov	6	4	2
Skanderborg	1	0	1
Syddjurs	0	0	0
Samso	2	1	1
Silkeborg	10	6	4
I alt	158	83	75

Diagnose	Rehabilitering	Sygehus	Sundhedscenter
STEMI (ST-Elevations Myokardie Infarkt)	65	38	27
NSTEMI (Non-ST-Elevations Myokardie Infarkt)	56	30	26
UAP (Ustabil Angina Pectoris, (ustabil hjertekrampe))	37	15	22
I alt	159	83	76

Deltagere pr 29.11.2012.

Vist på hvilket sygehus og kommune de hører under, samt på diagnose.

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	**Håber at give info		
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	* se ovenfor		
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	* se ovenfor		
5. Bedre patientforløb			
6. Forløbsprogrammet er implementeret	*se ovenfor		
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	* se ovenfor		
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			

15. Bedre patientoplevet kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	* se ovenfor		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	*se ovenfor		
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	*se ovenfor		
Andet? (skriv)			

Projekt 13

Selvevaluering af "Lænderygsmærter – et litteraturstudie af bedste viden på området" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland, MarselisborgCentret, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Projektnummer: 54698,14

54698. Lokalt projektnr. 13

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Lænderygsmærter – et litteraturstudie af bedste viden på området

Projektleders navn og kontaklinformation, Bart Junge van West, projektkoordinator

Anne-Mette Momsen, fysioterapeut, forsker
MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
www.cfk.rm.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

20-09-2012/22-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input type="checkbox"/>
Dato for afslutning	01.05.2010	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Litteraturstudiet har indgået i det forberedende arbejde til udviklingen af et forløbsprogram for lænderygsmærter i regionen. Afdækningen af den kliniske kvalitet og den organisatoriske kvalitet blev præsenteret for forløbsprogramgruppen maj 2010 sammen med et studie af den patientoplevede kvalitet.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning. Formålet var at samle bedste viden om lænderygsmærter, således at forløbsprogramgruppen blev i stand til at planlægge den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats overfor patienter med kroniske/langvarige lænderygsmærter. Litteraturstudiet inkluderer opsamling af viden omkring udredning, behandling, opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem involverede parter. Undersøgelsens sammenfatning skulle medvirke til, at forløbsprogramgruppen kunne planlægge indsatsen for patienter med lænderygsmærter på den mest kvalificerede og kompetente måde.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Resultater af litteraturstudiet er sammenfattet i en rapport, og forfatteren har formidlet resultater for forløbsprogramgruppen i maj 2010 og efterfølgende stået til rådighed som faglig ekspert for forløbsprogramgruppen.

Forløbsprogrammet for lænderygsmærter er udarbejdet af en tværsektoriel og tværfaglig forløbsprogramgruppe. Forløbsprogram for lænderygsmærter er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i juni 2012, og af Regionsrådet i august 2012.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

"Lænderygsmærter – litteraturstudie af bedste viden på området"
www.marselisborgcentret.dk

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Implementering af forløbsprogrammet skal forankres i de lokale klyngestyregrupper, som varetager den konkrete udmøntning af tværsektorielle aftaler. Der planlægges i den forbindelse et kick-off møde med alle involverede parter i januar 2013.

Endvidere er der iværksat flere tiltag, som understøtter implementering af forløbsprogrammet, bl.a. organisering af en mere entydig visitation fra almen praksis til hospitalerne, tværfaglig visitation på hospitalerne og i praksissektoren er tilbuddet om en

udvidet lænderygdredning hos fysioterapeut eller kiropraktor gjort permanent.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Studiet er tilgængeligt på Marselisborgcentrets hjemmeside. Endvidere er der i det tværregionale netværk og tværregionale fora gjort opmærksom på studiet.

Litteraturstudiet blev omtalt i Danske Fysioterapeuters fagblad, og blev anvendt som baggrundsmateriale anvendt af indikatorgruppen ved udvikling af Nationalt Indikatorprojekt for Fysioterapi om behandling af patienter med lænderygsmærter.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller +++, hvor +++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne Dokumen- teres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb			
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig			

kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 14

Selvevaluering af "Kronikerkompasset (Omstilling i almen praksis)" (Nære Sundhedstilbud)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemidler, Viborg

Projektnummer: 54698,14

54698,14

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Kronikerkompasset (Omstilling i almen praksis)

Projektleders navn og kontaktinformation, Bart Junge van West, projektkoordinator

Bart Junge van West, projektkoordinator
Marie Louise Heine Jensen, projektleder marie-louise.jensen@stab.rm.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer, 14	<input checked="" type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

0511, 2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input checked="" type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	
Dato for afslutning	Maj 2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet indgår som en del af regionens strategi over for kronikere: "Kronisk sygdom - Vision og strategi for en bedre indsats".

Kronikerkompasset har samarbejdet med projekt Kronikerdata og projekt Klinisk Farmaci. Projekt Kronikerdata har bidraget til, at almen praksis kunne identificere og stratificere deres patienter. Dette var et af formålene med projekt Kronikerkompasset. Klinisk farmaci

og Kronikerkompasset burde blive afviklet parallelt. Her kunne projekterne udveksle erfaringer med hinanden om, hvordan almen praksis kan forbedre indsatsen for kronikere med et højt medicinforbrug.

En vigtig del af Gennembrudsmetoden er den tværfaglige tilgang til arbejdet med udvikling, forandring og implementering. Det var en forudsætning, at hele praksis (læger og praksispersonale) deltog i arbejdet med Kronikerkompasset. Praksispersonalet har udgjort en betydelig del af arbejdet i Kronikerkompasset. Der har med stor tilfredshed blandt det deltagende praksispersonale været tilrettelagt og afholdt kurser for praksispersonale med henblik på at understøtte den faglige og organisatoriske kronikerindsats i den enkelte praksis.

Endvidere har der været samarbejdet med kommuner og hospitaler på forskellige tidspunkter i projektperioden. Samarbejdet drejede sig hovedsageligt om at få videreudviklet kommunikationen mellem sektorerne. Lægepraksis, kommuner og hospitaler afholdt efter afslutning af Kronikerkompasset en række møder med samarbejde på dagsordenen.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Kronikerkompasset er et organisatorisk projekt, som skulle understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder i forhold til patienter med kroniske lidelser. Projektet sigtede således på, at almen praksis stratificerer og agerer proaktivt i forhold til de kroniske patienter.

Projektet skulle endvidere understøtte LEON-princippet ved at sikre, at alle patienter med kroniske lidelser behandles på rette sted i sundhedsvæsenet (Hospitalet, almen praksis, kommune eller egen behandling).

Det konkrete mål med projektet var, at deltagende praksis i projektperioden implementerer mindst et af de regionale forløbsprogrammer. Derudover var det målet, at deltagende praksis tilegner sig generelle arbejdsmetoder med henblik på, at praksis arbejder videre med at implementere de øvrige forløbsprogrammer inden for en kortere tidshorisont. Arbejdet i praksis har bl.a. omfattet, at den enkelte praksis:

- identificerede sin kronikerpopulation
- foretog stratificering ud fra fastlagte indikatorer
- varetog tovholderfunktionen for det enkelte patientforløb (fastlæggelse af behandlingsmål og opfølgning)
- foretog vurdering af behandlingsforløbet på tværs af egne patienter.

Efter projektperioden skal praksis således fortsætte den styrkede indsats for kronikere på baggrund af de opnåede erfaringer fra projektperioden.

75% af alle praktiserende læger i Region Midtjylland har deltaget i projekt Kronikerkompasset. Det svarer til ca. 300 praksis. 550 læger og 650 praksispersonaler har

deltaget

Forskningsenheden for Almen praksis (Aarhus Universitet) har evalueret Kronikerkompasset. Jf. bilag 1 og Bemærkninger til Evaluering af Kronikerkompasset, bilag 2. I evalueringens kvantitative del er defineret en række kvantitative parametre, som henholdsvis Kronikerkompassets praksis-deltagere og ikke-deltagere er blevet målt på.

Derudover har Center for Kvalitetsudvikling udført en undersøgelse før igangsættelse af Kronikerkompasset og efter afslutning af Kronikerkompasset. Undersøgelsen belyser de praktiserende lægers vurdering af deres indsats i egen praksis i forhold til kroniske patienter fra de tre sygdomsområder. Jf. bilag 3.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Generelt

I september 2010 startede projektet med at afholde møder for praksis, som havde tilmeldt sig projekt Kronikerkompasset (1. bølge). I januar 2011 blev den 2. bølge påbegyndt. I den første fase i projektet har praksis fået kendskab til projektets rammer og har sat deres mål for, hvordan de vil optimere behandlinger af kronikere i deres egen praksis. Den næste fase er at implementere, evaluere og tilpasse igangsætte tiltag, som vil bidrage til det endelige formål, at implementere et forløbsprogram. Alle praksis er blevet vejledt af et konsulenthold, som skal understøtte, at praksis implementerer mindst et forløbsprogram i projektperioden (medio 2010 – ultimo 2012).

75% af alle praktiserende læger i Region Midtjylland har deltaget i projekt Kronikerkompasset. Det svarer til ca. 300 praksis. 550 læger og 650 praksispersonaler har deltaget. Hver praksis har deltaget i 5 møder, hvoraf 4 af dem var med kollegapraksis. Det 5. møde var med deltagelse fra kommuner og hospitaler.

Halvdagsmøder

Emnerne til møderne var:

- 1. møde
 - Kendskab til egen praksis
 - Gennembrugsmetoden og forandringsmodellen
 - Forandringskataloger
 - Datafeedback
- 2. møde
 - Organisation og arbejdsdeling i praksis
 - Intern og ekstern stratificering
- 3. møde
 - Patientinddragelse og forebyggelse og egenomsorg
 - Farmaci
- 4. møde
 - Resultater og perspektivering

Derudover har der været afholdt et 5. møde. Her var deltagerne alle repræsentanter fra almen praksis, hospitaler og kommuner. Fokus for møderne var det tværsektorielle

samarbejde om forløbsprogrammerne for AKS, KOL og diabetes.

Mere konkret har praksis bl.a. arbejdet med:

- Rammer for indførelse af forløbsprogrammerne i den kliniske hverdag
- Gennemførelse af stratificering af patienterne i samarbejde med hospitalerne og kommunerne
- Ændring af arbejdsprocesser ved udarbejdelse af vejledninger, fx for arbejdsdeling mellem læge og praksispersonale, medicinordination, planlægning, populationsansvar m.m. Det vil bl.a. sige det tværfaglige samarbejde i den enkelte praksis
- IT understøttelse, herunder systematisk brug af datamodul og ICPC (kodning)
- Udvikling af rammer for datafeedback til praksis og lægernes brug af kliniske data
- Retningslinjer for arbejdsdeling og samarbejde med kommuner og hospitaler i klyngerne

Arbejdet mellem møderne

En vigtig del af Kronikerkompasset har været arbejdet i den enkelte praksis imellem møderne. Her skulle praksis planlægge og udføre tiltag i forhold til de forandringspotentialer, den enkelte praksis havde i forhold til det aktuelle forløbsprogram. Hver praksis har skullet udarbejde en plan for forandringstiltag og dens gennemførelse. Som et led i dette er deltagerne blevet bedt om at aflevere skriftlige procesevalueringer.

Vejledning af praksis

Hver praksis har fået vejledning af en lægefaglig -, It – og proceskonsulent. Region Midtjyllands praksiskonsulentordning er blevet benyttet på projektet. Det vil sige, at praksiskonsulenter har, udover deres almindelige arbejde for Regionen, fået tildelt en rolle på projekt Kronikerkompasset, nemlig vejledning og undervisning af praksis (lægefagligt arbejde). Lægerne, som er en del af denne ordning, er blevet betalt for deres merarbejde på projektet.

Regionens It-konsulenter har været med til alle møder og har et stort kendskab til it-mæssige udfordringer, som praksis har haft i forbindelse med deres arbejde på projektet. Proceskonsulenter har sikret, at praksis har fået vejledning på det organisatoriske område. Regionen har indgået en aftale med Center for Kvalitetsudvikling om processtøtte med hensyn til brug af Gennembrugsmetoden, vejledning og undervisning af praksis.

De væsentligste tiltag i projekt Kronikerkompasset, som er blevet tilbudt almen praksis, har været:

- Brug af dele af Gennembrudsmetoden og Forbedringsmodellen
- Brug af Kronikerdata, populationsoverblik og stratificering
- Medicingennemgang af polyfarmaci-patienter
- Div. redskaber til at forbedre arbejdsgange i egen praksis
- Oplæg og dialog om patientinddragelse og forebyggelse ved egenomsorg
- Oplæg og dialog om sårbare kroniske patienter
- Mulighed for at kommunikere med repræsentanter fra hospitalet og kommunerne

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet levede op til formålene/målsætningerne. Jf. nedenstående i pkt. 5 samt bilag:

- Evaluering af Kronikerkompasset, bilag 1
- Bemærkninger til Evaluering af Kronikerkompasset, bilag 2
- "Tovholder for patienter med kronisk sygdom", bilag 3

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Målet med projektet har været, at deltagende praksis i projektperioden har skullet implementere mindst et af de regionale forløbsprogrammer. Derudover var det målet, at deltagende praksis tilegner sig generelle arbejdsmetoder med henblik på, at praksis arbejder videre med at implementere de øvrige forløbsprogrammer inden for en kortere tidshorisont. Ovenstående mål er opfyldt. Endvidere har stort set alle praksis identificeret deres kronikerpopulation. En stor del af alle praksis har foretaget stratificering ud fra fastlagte indikatorer. Praksis er efter projektperioden bedre udstyret til at varetage tovholderfunktionen for det enkelte patientforløb (fastlæggelse af behandlingsmål og opfølgning).

Derudover har deltagerne i Kronikerkompasset fået erfaringer, som vil kunne benyttes i det fremtidige arbejde med kvalitetsudvikling i almen praksis. Det drejer sig om de erfaringer, de enkelte deltagende praksis har fået i forhold til:

- arbejdet med en struktureret tilgang til kvalitetsudvikling
- arbejdet med populationsoverblik som en tilgang til kvalitetsudvikling
- arbejdet med kvalitetscirkelns tilgang til kvalitetsforbedring (PDSA)
- det tværfaglige samarbejde i klinikken
- arbejdet med konkrete værktøjer til afdækning af egen praksis, udvikling af ny praksis og implementering
- arbejdet med lægemiddelmonitorering og opfølgning

Jf. bilag 1, Evaluering af Kronikerkompasset og Bemærkninger til Evaluering af kronikerkompasset, bilag 2 samt bilag 3, "Tovholder for patienter med kronisk sygdom".

Resumé af:

- Bemærkninger til Evaluering af Kronikerkompasset (bilag 2)
- Evaluering af Kronikerkompasset (bilag 1)
- "Tovholder for patienter med kronisk sygdom" (bilag 3)

Bemærkninger til Evaluering af kronikerkompasset (bilag 2)

På baggrund af den evaluering, som Forskningsenheden for Almen Praksis (Aarhus Universitet) har udarbejdet, har Region Midt, Nære Sundhedstilbud væsentlige bemærkninger i forhold til:

- Evalueringsdesign
- Forhandlingsprocesserne forud for og undervejs med hensyn Kronikerkompassets design
- Den kvalitative undersøgelse

- Den kvantitative undersøgelse

Den politiske ramme og de forudgående og gennemgående forhandlingsprocesser er ikke blevet udfoldet i evalueringen af Kronikerkompasset. I sammenhæng hermed er interviews med Administrationen og PLOM generelt ikke blevet anvendt i rapporten. Konsekvensen heraf er, at en del af evalueringens problematisering vedrørende f.eks. Kronikerkompassets endelige design forbliver noget unuanceret. Det gælder eksempelvis kritikken i evalueringen af manglende kvantitative mål.

Med hensyn til evalueringens kvalitative del er tværfagligheden og dens betydning for Kronikerkompassets forløb er ikke spejlet i Kronikerkompassets evaluering. Praksispersonalet er stærkt underrepræsenteret som informanter i evalueringen. Der er afholdt 1 fokusgruppeinterview med 5 sygeplejersker og 1 sekretær, men 36 læger har deltaget i fokusgruppeinterviews. På trods af praksispersonalets underrepræsentation som informanter har det praksispersonale, der har deltaget i fokusgruppeinterview, ikke fået en stemme i evalueringen af kronikerkompasset. Derudover er tyngden i evalueringens kvalitative del på deltagernes oplevelser af halvdagsmøderne. Den lige så vigtige del af Kronikerkompasset har været det løbende arbejde undervejs i den enkelte praksis. Denne del er ikke udfoldet i evalueringen.

I den kvantitative undersøgelse er resultaterne opgjort på deltagende praksis og ikke-deltagende praksis over tid. Der knytter sig forskellige problemer til valget af måling på disse variabler. For det første er det ikke alle deltagende praksis har arbejdet med alle 3 forløbsprogrammer. Det kan give skævvridninger i resultaterne og kan f.eks. være årsag til, at resultaterne viser meget få forskelle mellem resultaterne på deltagende og ikke-deltagende praksis. For det andet er der en problematik om sammenlignelighed mellem deltagende og ikke-deltagende praksis. I gruppen af ikke-deltagende praksis er der en overrepræsentation af solopraksis. Det kan give skævvridninger i resultaterne, idet de store praksis alt andet lige alene på grund af deres størrelse har forskellige og flere udfordringer i relation til forandrings- og implementeringsarbejde.

Evaluering af Kronikerkompasset (bilag 1)

Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet har udarbejdet Evaluering af Kronikerkompasset. Den består af en kvalitativ og en kvantitativ undersøgelse.

Den kvalitative undersøgelse:

Den kvalitative dataindsamling er foretaget med forskellige typer interviews, feltbesøg i almen praksis, deltagelse i relevante møder samt litteraturstudier af materiale udarbejdet i forbindelse med Kronikerkompasset.

Der har således været afholdt 9 fokusgruppeinterviews med i alt 36 praktiserende læger, 5 praksissygeplejersker samt 1 sekretær. Derudover interviews med praksiskonsulenter, praksisudviklingskonsulenter, efteruddannelsesvejledere og centrale aktører i Nære Sundhedstilbud.

Hovedresultater:

- En del af de deltagende læger udtrykte positive oplevelser med deltagelse i

Kronikerkompasset. Deltagelsen havde givet anledning til at komme i gang med at strukturere indsatsen med kroniske patienter. Samtidig blev der udtrykt tilfredshed med, at Kronikerkompasset lagde op til et større samarbejde på tværs af de forskellige faggrupper i klinikken.

- En del af de interviewede deltagere gav udtryk for, at undervisningsniveauet på halvdagsmøderne var for lavt og for tidskrævende i forhold til udbyttet.
- Flere af de interviewede deltagere udtrykte utilfredshed med den geografisk baserede sammensætning af praksisgrupperne. Denne tog ikke hensyn til praksisstørrelse og faglige interesser og mindskede derved erfaringsudveksling og viden deling.
- Flere af de deltagende læger gav udtryk for, at de havde gavn af at arbejde med Kronikerkompassets værktøjer. Der var divergerende opfattelser med hensyn til brugen af Kronikerdata. Nogle fandt det nemt at gå til, andre havde problemer med det og ønskede mere undervisning i brugen af redskabet.

Den kvantitative undersøgelse:

Datamaterialet i den kvantitative undersøgelse er baseret på 3 tværsnitsundersøgelser af samtlige praksisenheder (alle ydernumre) i Region Midtjylland henholdsvis 2 år før introduktion af Kronikerkompasset, ved introduktion af Kronikerkompasset og ved afslutningen af Kronikerkompasset. Data er ved hver skæringsdato udtrukket fra Kronikerdata.

For at sikre både klinisk og organisatorisk evaluering af Kronikerkompassets effekt udvalgte projektgruppen indikatorerne bredt baseret på kliniske vejledninger og sundhedsydelse.

På diabetesområdet er der udvalgt 23 indikatorer, på KOL-området 16 indikatorer og på AKS-området 21 indikatorer.

På disse 60 indikatorer er der foretaget en sammenligning over tid mellem deltagere og ikke-deltagere i Kronikerkompasset.

Hovedresultater:

- Deltagerne i Kronikerkompasset var signifikant forskellige fra ikke-deltagerne på de målte indikatorer vedrørende kronikeromsorg, behandling og årskontrol. Ikke-deltagerne havde ved baseline lavere andele for 33 ud af 41 indikatorer.
- Både deltagere i Kronikerkompasset og ikke-deltagere havde i 2010-2012 en positiv udvikling for størstedelen af indikatorerne.
- Deltagerne i Kronikerkompasset havde en mere positiv udvikling for 13 indikatorer i perioden 2010-2012 sammenlignet med ikke-deltagerne, men forskellene var beskedne.

Undersøgelsen "Tovholder for patienter med kronisk sygdom" (bilag 3)

Undersøgelsen falder i 2 dele. Den første undersøgelse er blevet foretaget før introduktion af Kronikerkompasset og den anden efter Kronikerkompassets afslutning.

Hovedformålene med undersøgelsen har været at belyse status for lægernes opfattelse af deres praksis og behov i forhold til deres tovholderfunktion i kronikerindsatsen (2010), og om der er sket ændringer i lægernes opfattelse af deres praksis og behov som tovholdere

på kronikerområdet (2012).

Undersøgelsen er organiseret som en spørgeskemaundersøgelse til alle 842 praktiserende læger i Region Midtjylland. Samlet var svarprocenten i 2012 37%. Resultaterne i undersøgelsen er også opgjort på klyngeniveau.

Hovedresultater i 2012:

- De praktiserende læger føler sig i 2012 mere klædt på til at varetage deres rolle som tovholder for patienter med diabetes, KOL og AKS
- Flere praktiserende læger arbejder nu i 2012 med tidlig opsporing af patienter med en potentiel kronisk lidelse
- Flere læger oplever i 2012 at understøtte deres kroniske patienter i egenhåndtering af deres sygdom
- Lægerne oplever både at deres lokale hospital og deres kommune i højere grad har relevante tilbud til deres kroniske patienter end det var tilfældet i 2010
- Mange praktiserende læger benytter i højere grad i 2012 IT i deres praksis til kvalitetssikring af deres behandling af kroniske patienter. Her er der dog store regionale forskelle i svarene

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Driftsøkonomi

Jf. bilag 4

Sundhedsøkonomiske erfaringer

Et af formålene med Kronikerkompasset var bl.a. at understøtte LEON-princippet ved at sikre, at patienter med kroniske lidelser behandles på rette sted i sundhedsvæsenet.

Et andet formål med Kronikerkompasset var at implementere forløbsprogrammerne på KOL, diabetes og AKS områderne. Anbefalingerne i forløbsprogrammerne er udarbejdet med udgangspunkt i gældende lovgivning, relevante kliniske retningslinjer samt i kronikermodellen og dennes centrale principper. Et af disse centrale principper i kronikermodellen er LEON-princippet.

Derfor ligger der også sundhedsøkonomiske konsekvenser i tråd med LEON-princippet ved at implementere forløbsprogrammerne.

Den kvantitative undersøgelse i Evalueringen af Kronikerkompasset har undersøgt implementeringen af forløbsprogrammerne på i alt 60 indikatorer (Diabetes: 23 indikatorer, KOL: 16 indikatorer og AKS: 21 indikatorer). Et af hovedresultaterne i evalueringen af Kronikerkompasset er, at der var en positiv udvikling på størstedelen af indikatorerne.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Deltagerne i Kronikerkompasset har fået erfaringer, som vil kunne benyttes i det

fremtidige arbejde med kvalitetsudvikling i almen praksis. Det drejer sig om de erfaringer, de enkelte deltagende praksis har fået i forhold til:

- arbejdet med en struktureret tilgang til kvalitetsudvikling
- arbejdet med populationsoverblik som en tilgang til kvalitetsudvikling
- arbejdet med kvalitetscirkelns tilgang til kvalitetsforbedring (PDSA)
- det tværfaglige samarbejde i klinikken
- arbejdet med konkrete værktøjer til afdækning af egen praksis, udvikling af ny praksis og implementering
- arbejdet med lægemiddelmonitorering og opfølgning

Erfaringerne vil være brugbare i forhold til de fremtidige indsatser i forhold til eksempelvis:

- implementering af nye forløbsprogrammer, f.eks. forløbsprogram for lænderyglidelser
- kvalitetsudvikling i arbejdet med sårbare patienter (f.eks. ældre medicinske patienter og patienter med en psykiatrisk diagnose, herunder:
- arbejdet med lægemiddelmonitorering og opfølgning
- implementering af Den Danske Kvalitetsmodel

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

På baggrund af Kronikerkompassets afslutning og færdiggørelsen af evalueringen overvejer kontoret for Kvalitet og Lægemidler at tilrettelægge følgende arrangementer:

- Et temamøde forud for behandling af evalueringen i Samarbejdsudvalget og Kvalitet- og Efteruddannelsesudvalget
- En regional workshop
- En national temadag i Danske Regioner
- Session på Nordisk Kongres

De tre første arrangementer har fælles fokus og fælles formål.

Det fælles fokus er processer for forandrings-, lærings- og implementeringsprocesser i almen praksis.

Det vil sige at opsamle viden om, hvad der er igangsættende og hæmmende forandrings-, lærings- og implementeringsprocesser i almen praksis? Hvad er/finde der best practice for forandrings-, lærings- og implementeringstiltag i almen praksis?

Herunder hvad vi har lært i forhold til tilrettelæggelse af forandrings-, lærings- og implementeringsprocesser bl.a. gennem Kronikerkompasset.

Det fælles formål er at opsamle og udbrede viden om forandrings-, lærings- og implementeringsprocesser, der fungerer igangsættende i almen praksis.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Da der har været involveret ca. 300 praksis i Kronikerkompasset og der således er 300

forskellige ledelser og personaler, er der ikke gjort brug af fastholdelsesguiden. Som evalueringen af Kronikerkompasset viser, vil der være mange forskellige erfaringer med arbejdet med implementering af forløbsprogrammerne i den enkelte praksis.

Generelt mener Nære Sundhedstilbud, at der i Kronikerkompassets tilrettelæggelse på mange områder er medtænkt et fastholdelsesperspektiv. Det gælder eksempelvis:

- Der er brugt veldokumenterede anbefalinger via forløbsprogrammerne
- Forløbsprogrammerne betragtes som troværdige
- Tværfaglighed og involvering af praksispersonale
- Organisatoriske forandringer kan skabe fordele for alle involverede (ny arbejdsdeling, mere struktur, større effektivitet)
- Mulighed for monitorering af indsatsen med Kronikerdata
- Mulighed for konsulentsparring i forandringsprocesserne

Der er også efter Kronikerkompassets afslutning muligheder for at fastholde og eventuelt forbedre sin praksis:

- Praksis har adgang til Kronikerdata og deres egen patientpopulation frem til april 2013
- Kronikerdata vil fortsat dataunderstøtte den regionale indsats over for kronisk sygdom, herunder monitorering af forløbsprogrammerne
- I forbindelse med bl.a. indførelse af fælles medicinkort vil der være en intensivering af medicingennemgange i almen praksis
- Ved indførelse af nye forløbsprogrammer på bl.a. lænde-/rygområdet har praksis igen lejlighed til at "tage temperaturen" på sin egen praksis samt benytte redskaberne fra Kronikerkompasset. Det kan give nye og bedre måder at tilrettelægge indsatserne i forhold til de kroniske patienter

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Bilag 1: Evaluering af Kronikerkompasset, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

Bilag 2: Bemærkninger til evaluering af Kronikerkompasset, Region Midt, Nære Sundhedstilbud

Bilag 3: "Tovholder for patienter med kronisk sygdom", Region Midt, Folkesundhed og Kvalitet

Bilag 4: Driftsøkonomi

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller ++, hvor ++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne dokumen- teres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	xxx	x	X
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	xx	x	x
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	Xx	x	x
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	Xx	x	x
5. Bedre patientforløb	Xx	x	x
6. Forløbsprogrammet er implementeret	xxx	x	x
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	xxx	x	x
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	xxx	x	x
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	Xx	x	x
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	Xx	x	x
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	xxx	x	x
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	X		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	X		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	X		
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	Xx		
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	X		
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	X		
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			

23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	Xx	x	x
24. Mere omkostningseffektiv praksis	Xx		
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	Xx		
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 15

Selvevaluering af "Projekt Klinisk Farmaci i Almen Praksis (Forstærket farmaceutisk indsats for patienter med komplekse medicinordinationer)" Nære Sundhedstilbud

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Nære Sundhedstilbud
Regionshuset i Viborg
Skottenborg 26
8800 Viborg

Projektnummer

54698/15

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Projekt Klinisk Farmaci i Almen Praksis (Forstærket farmaceutisk indsats for patienter med komplekse medicinordinationer)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Styregruppeformand og projektansvarlig leder:
Kontorchef Birgitte Haahr
Kvalitet og Lægemidler
Nære Sundhedstilbud
Regionshuset i Viborg
Skottenborg 26
8800 Viborg
Birgitte.haahr@stab.rm.dk
Tlf 7841 2230

Projektleder:
Farmaceut Kirstine Gommesen
Kvalitet og Lægemidler
Nære Sundhedstilbud
Regionshuset i Viborg
Skottenborg 26
8800 Viborg
Kirstine.gommesen@stab.rm.dk
Tlf. 7841 2239

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	X	Patientundervisning og egenomsorg	
-------------------	---	-----------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

15.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31.12.2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet er bevilget forlængelse af projektperioden indtil 31.12.2012. Projektudrulningen blev forsinket, idet evalueringen af pilotprojektet gav anledning til en omfattende tilretning af konceptet og derpå følgende fornyet politisk behandling. Projektet fortsætter sin udrulning i 2013 og afsluttes med en evaluering sep-dec 2013.

Projektets sammenhæng**1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom**

Projektet medvirker direkte til opfyldelse af flere punkter i Danske Regioners Medicinpolitik "Sikker, ensartet og effektiv brug af medicin", hvori det anbefales, at ældre medicinske patienter og kronikere, som får 6 typer medicin eller mere, skal have tilbudt medicingennemgang ved udskrivelse fra sygehus eller én gang årligt ved praktiserende læge.

Medicingennemgang og polyfarmaci er og har været et varmt emne de sidste 1-2 år, og projektets indsats ligger godt i tråd med IRF (Institut for Rationel Farmakoterapi) og de andre regioners indsatser på netop dette område.

Lægemiddelkonsulenterne arbejder tæt sammen med regionens IT-konsulenter. Projektet har relationer til arbejdet med indførelse af Sentinel Datafangst samt Det Fælles Medicinkort (FMK)

Projektet har haft en vis koordination med projekt nr 14, Kronikerkompasset idet fokus på medicinen også ønskes integreret i årskontroller og forløbsprogrammer.

Formål**2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning**

Formålet med den farmaceutiske indsats er at forbedre kvaliteten af lægemiddelbehandlingen hos udvalgte grupper af patienter. Der sættes fokus på patienter med kroniske sygdomme og polyfarmacipatienterne (defineret som patienter, der er i samtidig behandling med seks eller flere lægemidler).

Den farmaceutiske indsats vil endvidere være med til at styrke den praktiserendes læges

rolle som tovholder i forhold til behandlingen af kroniske patienter i et sammenhængende sundhedsvæsen. Fokus på patientgrupper og på enkeltpatienter kan også bidrage til et kompetenceløft i almen praksis.

Det overordnede mål er at almen praksis arbejder hen mod at få skabt systematik i arbejdet med medicinafstemning og medicingennemgang, ikke mindst for patienter med kroniske sygdomme og polyfarmacipatienter.

Helt konkret har projektets forløb til formål at give de praktiserende læger inspiration, viden og værktøjer til selv at foretage medicingennemgang på deres patienter. Lægen har kendskabet til patienten samt ordinations- og seponeringsret. Farmaceutens rolle er at facilitere, inspirere og bidrage med værktøjer og konkret lægemiddelfaglig viden. Her adskiller projektets nuværende koncept sig fra konceptet i den oprindelige protokol, hvor idéen var, at det var farmaceuten, som skulle udføre medicingennemgangene. Evalueringen af pilotprojektet gav anledning til denne ændring af det oprindelige koncept.

Der henvises til:

Evaluering af pilotprojektet (rapport)

Projektbeskrivelse og projektplan, senest opdaterede (notat)

Projekt nr. 15 Status nov 2012 (notat)

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Alle læger i regionen tilbydes efter tur et forløb bestående af to møder. Det første møde foregår i praksis med deltagelse af læger og personale. Farmaceuten medbringer en dagsorden, som sætter fokus på arbejdsgange ved medicinbestilling i praksis, fast medicin, medicinafstemning, FMK og praksis, medicinafstemning. Det er vigtigt, at hvert besøg skræddersys til den enkelte praksis, således at praksis finder emnerne relevante.

Imellem møderne arbejder praksis med at finde en arbejdsform for medicinafstemning og medicingennemgang, som passer til den enkelte praksis.

Forløbets andet møde er for læger, og der er dagsordenen medicingennemgang og prioritering af lægemidler på et højt fagligt niveau. Mødeformen er skift mellem oplæg og gruppearbejde med god mulighed for diskussion og erfaringsudveksling lægerne imellem.

Ca. 2 måneder efter andet møde returnerer hver læge en tilbagemeldingsformular, hvor det angives på hvilken måde praksis har arbejdet med implementering af systematisk medicinafstemning og medicingennemgang.

Deltagende læger modtager et honorar for deltagelse i forløbet og implementering i praksis, i henhold til indgået §2-aftale.

Deltagelse i projektet tilbydes samtlige ca. 850 læger i Region Midtjylland. Uddannelseslæger, vikarer mm opfordres til at deltage sammen med den praksis, de er tilknyttet, men kan ikke modtage honorar. Deltagelse er frivillig, og der er ikke på forhånd sat noget mål (ambition) for deltagerprocent. Ved den endelige evaluering opgøres

deltagerprocent pr. ydernummer.

Der henvises til:

Projektbeskrivelse og projektplan, senest opdaterede (notat)

Projekt nr. 15 Status nov 2012 (notat)

Invitation "Sæt fokus på medicinen" (pdf)

Dregebog for besøg i praksis (farmaceuternes interne dokument)

§2-aftale (pdf)

Evalueringsnotat (notat)

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Det vil en evaluering på baggrund af lægernes tilbagemeldinger afdække.

Alle deltagende praksis udfylder en tilbagemeldingsskabelon, hvor de skal angive på hvilken måde, de har arbejdet med systematik i arbejdet med medicinafstemning og medicingennemgang igennem føløbet. Der indsamles også oplysninger om, om de har arbejdet med særlige patientgrupper, herunder patienter med kroniske sygdomme og polyfarmacipatienter.

En større evaluering af projektet udføres i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus i perioden sept-dec. 2013.

Der henvises til:

Evalueringsnotat (notat)

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Det vigtigste, projektet har opnået (ind til nu)

Udvikling af en model for farmaceutisk intervention i praksis, som er implementerbar, klinisk relevant og accepteret af læger og personale.

Hvad der især har bidraget til disse succeser

Evne og vilje fra projekt- og styregruppens side til at revurdere projektidéen på baggrund af lægernes skepsis overfor pilotprojektet, lytte til lægerne og udvikle et revideret koncept, som er brugbart.

Projektets største udfordringer/problemer/barrierer

Praktiserende lægers skepsis overfor regionens "indblanding", til dels på grund af manglende kendskab til farmaceuternes kompetencer. Problemer og forsinkelser i processen med implementering af det fælles medicinkort (FMK) kan også have haft en vis negativ indvirkning på nærværende projekt.

Hvad der har bidraget til at overvinde disse udfordringer/problemer/barrierer

Opbakning fra styregruppens medlemmer med henblik på positiv reklame for projektet overfor lægerne og aktiv deltagelse i konceptudviklingen.

Farmaceuternes omstillingsparathed mhp at påtage sig forskellige roller som fx facilitator, inspirator og coach udover rollen som den rent faglige lægemiddelspecialist.

Eventuelle utilsigtede, ikke-planlagte konsekvenser af projektet

Ikke direkte dokumenterbart, men projektet kan være medvirkende til en lidt nemmere overgang til FMK for de deltagende praksis. Øgning af praksis' kendskab til lægemiddelkonsulenternes arbejdsfelt og reklame for IT-konsulenternes arbejdsfelt med heraf følgende større efterspørgsel på disse to konsulentgruppers serviceydelser.

Forventede udfordringer i 2013, hvis projektet videreføres

Hvis overenskomstforhandlingerne bryder helt sammen og der opstår konflikt pr. 1. april 2013 forventes det at have en negativ indflydelse på praksis' lyst og vilje til at deltage i projektet. Worst case er, at praksis kollektivt boykotter alt samarbejde med regionen, og at projektet derved vil ligge stille.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Projektet er et kvalitetsprojekt, og formålet er ikke at spare penge. Trods det kan der opstilles mange hypoteser om mulige økonomiske sidegevinster ved projektet. Nogle af disse mulige økonomiske sidegevinster beskrives herunder:

Medicingennemgang vil ikke altid, men ofte føre til, at der seponeres lægemidler, dvs at patienterne derefter i gennemsnit vil være i behandling med færre lægemidler. Dette vil betyde en besparelse for såvel patienten som regionen. I lægemiddelstatistikprogrammet BOB (Bedst og Billigst) kan der foretages et skøn over den mulige besparelse, der kan opnås, hvis patienter i behandling med 6 lægemidler får reduceret deres medicinforbrug med et lægemiddel, hvis patienter i behandling med 11-15 lægemidler får reduceret deres medicinforbrug med to lægemidler, og hvis patienter i behandling med mere end 15 lægemidler får reduceret deres medicinforbrug til 15 lægemidler. Der er tale om en teoretisk besparelse baseret på gennemsnitsprisen for et lægemiddel. Besparelsen kan beregnes for regionen og for hver lægepraksis.

Studier har vist, at godt hver 10. indlæggelse (8-15%) er lægemiddelrelateret som følge af fx uhensigtsmæssigt præparatvalg, forkert dosering, forkert brug hos borgeren mm. Risikoen stiger med alder og antallet af lægemidler (Kilde: Brug medicinen bedre). Optimal og rationel lægemiddelbehandling for den enkelte patient som følge af medicingennemgang bør resultere i færre lægemiddelrelaterede problemer, øget livskvalitet, færre lægemiddelrelaterede indlæggelser og måske færre lægebesøg.

Fremtidige udgifter som følge af projektet:

Den "hyldevare" som projektet skal resultere i, vil være en del af Medicinteamets almindelige opgaveportefølje. Der vil skulle afsættes et mindre beløb til løbende uddannelse og faglig opdatering.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Erfaringerne fra projektet skal gerne danne baggrund for udvikling af en "hyldevare" fra lægemiddelkonsulenterne. En hyldevare er et løbende tilbud om besøg eller kursus arrangeret af lægemiddelkonsulenterne rettet mod både læger og personale i almen praksis. Med gennemførelsen af projektet har vi opnået langt større indsigt i, hvad det er, praksis har brug for og efterspørger, og vi kan således tilpasse vores "produkt" bedre.

Sideløbende med det egentlige projekt har Medicinteamet haft stort fokus på at styrke

egne kompetencer på områderne formidling, kommunikation, facilitering og retorik. Det er kompetencer, som sammen med den rent lægemiddelfaglige viden, skal til for at nå målgruppen og skabe vedvarende forandringer. Til eksempel har vi observeret, at stormøder ikke er særligt hensigtsmæssigt, der hvor formålet er at skabe motivation for forandringer helt ned i den enkelte praksis. Her har det personlige, involverende møde og møder i små grupper langt større effekt.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Erfaringer og resultater fra pilotprojektet er publiceret i form af en posterpræsentation på kongressen "28th International Conference on Pharmacoepidemiology & Therapeutic Risk Management" ("ICPE") august 2012. Posterens forfattere og titel: Ehlers P, MSc Pharm, Gommesen K, MSc Pharm, Ramlov A, MSc Pharm and Toft B, MSc Pharm PhD "Clinical Pharmacy in general practice in Central Denmark Region". (Kopi vedhæftet)

Oplæg for Regionsrådets midlertidige udvalg for multisygdom den 30. november 2011 og det samlede Regionsråd den 23. januar 2012, begge gange med det formål at belyse emnet og omfanget af polyfarmaci, samt at informere politikerne om projektet.

Deltagelse i national erfa-gruppe om medicingennemgang. Gruppen udarbejdede i november 2011 en folder "Kom godt i gang med medicingennemgang i almen praksis". Her et år efter (nov 2012) følges op på brugen af folderen og udbredelsen af den og andre medicingennemgangstiltag initieret af regionerne og IRF i det forløbne år.

Erfaringerne fra projektet skal gerne danne baggrund for udvikling af en "hyldevare" fra lægemiddelkonsulenterne. En hyldevare er et løbende tilbud om besøg eller kursus arrangeret af lægemiddelkonsulenterne rettet mod læger og personale i almen praksis.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Projektet skal planmæssigt overgå til drift i form af den omtalte "hyldevare".

Måleredskabet i "En guide til fastholdelse af praksis" (CFK og NHS 2007) kan måske senere bruges til en opsummering af faktorer, som vi skal være opmærksomme på, hvis vi ønsker at vores tilbud skal bidrage til varige forbedringer. En decideret "scoring" af vores projekt i forhold til guiden giver på flere punkter ikke mening, da modtagelsen af tiltaget er meget forskellig fra praksis til praksis, selv når det tages i betragtning, at tilbuddet er gratis og frivilligt. Responsen fra praksis spænder over alt fra stor skepsis til udelt begejstring. Dette anses blandt farmaceutgruppen og dennes ledere som et vilkår, når man som Region ønsker at involvere (blande?) sig i arbejdsgange og kvalitetsudvikling i almen praksis.

Farmaceuternes tilgang (metode) er at signalere sparringspartner og hjælp til praksis fremfor overvågning, kontrol og indblanding. Derved mener vi også overordnet at bidrage til et fremtidigt positivt samarbejde og en god tone i forholdet mellem almen praksis og Regionen.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Vedhæftet:

- Evaluering af pilotprojekt (rapport udarbejdet af Medicinteamet og Forskningsenheden for almen praksis, Aarhus)
- Projektbeskrivelse og projektplan, senest opdaterede (notat)
- Projekt nr. 15 Status nov 2012 (notat)
- §2-aftale (pdf)
- Invitation "Sæt fokus på medicinen – få besøg i din praksis" (pdf)
- Drejebog for besøg i praksis (farmaceuternes interne dokument)
- Evalueringsnotat (notat)
- "Clinical Pharmacy in general practice in Central Denmark Region" (poster)

Supplerende litteratur:

- Danske Regioners Medicinpolitik "Sikker, ensartet og effektiv brug af medicin" 2011. Findes på Danske Regioners hjemmeside
- Brug medicinen bedre. Perspektiver i klinisk farmaci. Rapport fra Lægemiddelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci. Juni 2004.
- Folder "Kom godt i gang med medicingennemgang i almen praksis" nov 2011, IRF og lægemiddelenhederne i de fem regioner. Findes på www.irf.dk under Medicingennemgang og værktøjer

Ordforklaring:

Medicinteamet = lægemiddelkonsulenterne = farmaceuterne

FMK = Fælles MedicinKort

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller +++, hvor +++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne dokumenteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	?	Delvist
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+	?	?
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb			
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	++	Delvist	Delvist
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++	?	?

10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser	+		
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+		
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	+		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+		
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed	+		
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller +++, hvor +++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne dokumenteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
Andet: projekt nr 15:			
Ændring i antallet af polyfarmacipatienter i de deltagende praksis	++	Ja	
Ændring i antallet af samtidige lægemidler, som polyfarmacipatienterne i de deltagende praksis får ordineret	++	Ja	
Ændring i antal polyfarmacipatienter i behandling med mere end 15 forskellige lægemidler	++	Ja	

Projekt 16

Selvevaluering af "Projekt Kronikerdata (Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland)" (Nære Sundhedstilbud)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Afdelingerne Primær Sundhed og Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland, regionshuset i Viborg.

Projektnummer

54698/16 Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Projekt Kronikerdata (Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsats i Region Midtjylland)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Projektleder:

Lone Kærsvang

Specialkonsulent

Nære Sundhedstilbud

Region Midtjylland

Regionshuset i Viborg

Skottenborg 26, 8800 Viborg

Tlf 7841 2205

E-mail: LONKAE@RM.DK

<http://www.kronikerdata.dk>

Projektlederrollen deles med Fuldmægtig Helene Bech Rosenbrandt, som dog har orlov fra juli 2012 og frem til juni 2013.

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	X	Patientundervisning og egenomsorg	
Projekt nr. 16		(projekt 20-28)	

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

12.10.2012, 30.10.2012, 29.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	30-03-2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet har ansøgt om forlængelse frem til 30. marts 2013.
Frem til 30. marts 2013, vil patientpopulationerne løbende blive opdateret i webapplikationen og dataene vil blive opdateret jævnligt.
Inden projektets udløb, forventes det ligeledes at diagnose-valideringer webapplikationen vil blive overført til ICPC-kode i lægernes egne praksissystemer.
I efteråret 2012 arbejdes der med evaluering og fremtidsperspektiv for populationsoverblik og indsamling af tværsektorielle data for udvalgte patientpopulationer.

Projektets sammenhæng**1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom**

Projektet har været tæt forbundet med et andet pulje-projekt - Kronikerkompasset. Kronikerdata har udgjort dataunderstøttelsen i Kronikerkompasset. Omvendt har projekt Kronikerkompasset udgjort den organisatoriske ramme for afprøvning af populationsoverblik og -data, som projekt Kronikerdata har arbejdet med.

Projekt Kronikerdata er udsprunget af arbejdet med forløbsprogrammer i regionen og med regionens fokus på kronikerindsats generelt. Tanken med projektet, har fra starten været ideen med at sætte fokus på specifikke patientpopulationer og sammenstille eksisterende data fra de tværsektorielle patientforløb.

Parallelt med projektet, er der i regionen blevet arbejdet med andre kvalitetsudviklingsinitiativer rettet imod det tværsektorielle samarbejde omkring de kroniske patientgrupper – her tænkes på videreudvikling af forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og specifikke tiltag imod almen praksis som fx udbredelse af Sentinel datafangst, FKM, elektronisk korrespondance imellem sundhedsprofessionelle, farmakologiprojekt (polyfarmaci) o.lign.

Der er i de sidste 3 år blevet iværksat flere forskellige tiltag omkring kronikerindsats – også på nationalt niveau. Det er fx udvikling og implementering af e-journal, p-journal, sundhedsportalen, NPI-index, MedComs kronikerdatasæt. Inden for praksissektoren har det været udvikling og udbredelse af Sentinel datafangst. Her ud over, er der blevet etableret en række landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i perioden. Der er således sket meget indenfor området med at stille data til rådighed vedr. kronikerindsats. Dog vurderes det fortsat, at der endnu ikke er etableret andre projekter i DK, som i lighed med Projekt Kronikerdata, har sat fokus på identificering af patientpopulationen og samkøring af tværsektorielle data. Sentinel koncentrerer sig om at hente praksisdata og levere kvalitetsrapporter tilbage til praksis. E-journal præsenterer hospitalskontakter for andre hospitalslæger og praktiserende læger. P-journal præsenterer praksisdata for hospitalssektoren osv. I projekt Kronikerdata forsøgte vi at præsentere/sammenstille tværsektorielle data i et overbliksbillede – udover at vi identificerede

patientpopulationerne.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Projekt Kronikerdata er udsprunget af arbejdet med forløbsprogrammer i regionen og med regionens fokus på kronikerindsats generelt. Tanken med projektet, har fra starten været ideen med at sætte fokus på specifikke patientpopulationer og sammenstille eksisterende data fra de tværsektorielle patientforløb.

Målgruppe:

Projekt Kronikerdata blev meget tidligt i projektforløbet knyttet tæt sammen med Projekt Kronikerkompasset, hvor målgruppen var almen praktiserende læger i Region Midtjylland. Den primære målgruppe for Projekt Kronikerdata blev derfor de praktiserende læger i RM, som valgte at deltage i Kronikerkompasset. 277 praksis deltog i Kronikerkompasset, og alle 277 praksis fik adgang til Kronikerdatas webapplikation. I alt blev der tildelt brugeradgang til 1130 praktiserende læger og praksispersonale.

Formålet var, at give deltagerne adgang og overblik over deres kroniske patientpopulationer på praksisniveau.

Populationsoverblik på praksisniveau:

For hver praksis, ville vi identificere egen patientpopulation, for at skabe bevidsthed i praksis om, hvilke patienter og hvor mange patienter, den enkelte praksis havde med diabetes, KOL og/eller AKS-sygdom.

De 3 patientpopulationer blev identificeret ved brug af data fra eksisterende registre og ved hjælp af algoritmer udviklet af Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus.

Relevante tværsektorielle data om patientforløbet:

For de identificerede patientpopulationer, ville projektet indsamle data fra patientforløbene, som vurderedes relevante i forhold til de enkelte patientforløb. Der var tale om både data fra praksissektoren, men også data om undersøgelser og analyser foretaget i hospitalssektoren eller hos andre praktiserende speciallæger. Formålet med indsamlingen af de tværsektorielle data var, at sammenstille data og stille overblikket til rådighed for de deltagende praksis.

Feedback, analyse, dokumentation:

Ambitionsniveauet vedr. dokumentation, feedback og analyse, ændrede sig undervejs i projektforløbet.

I den indledende skrive-fase var ambitionen, at der skulle ske løbende rapportering/feedback til almen praksis, hospitaler, ledelsesniveau og evt. kommunerne. Afrapporteringen skulle bl.a. omfatte eksisterende kliniske indikatorer for kvaliteten af kronikerindsatsen for de samlede patientpopulationer.

Ambitionen blev ændret som følge af nedenstående forhold:

- der var allerede en veletableret afrapportering fra de landsdækkende kliniske databaser, herunder NIP-diabetes og NIP-KOL. Afrapporteringen fra de kliniske

databaser omfattede ganske vist kun andele af de totale patientpopulationer (dvs. patienter behandlet på hospitalerne), men tilsvarende afrapportering på kliniske kvalitetsindikatorer, for patienter behandlet i almen praksis, var stærkt under vejs – via DAK-e og Sentinel Datafangst.

- I forbindelse med opstarten af de store møder i Kronikerkompasset, blev de deltagende praksis informeret om, at de nu kunne få overblik over deres egne kroniske patientpopulationer og tilhørende tværsektorielle data. I forbindelse med disse orienteringer af almen praksis, blev projekt Kronikerdata mødt med skepsis omkring 'hvad er formålet?', 'er det endnu en kontrolforanstaltning fra regionens side?', 'hvad skal regionen bruge disse data og overblik til?'.

For at imødekomme denne skepsis og for at få de deltagende praksis til at fokusere på indsatser over for egne kroniske patienter, blev målsætningen omkring løbende datafeedback og dokumentation, nedprioriteret. Det blev pointeret overfor de deltagende praksis, at overblikket over egne patientpopulationer og de tilhørende datasæt, skulle bruges som grundlag for udvikling i egen praksis. Dataene fra Projekt Kronikerdata, var til brug i egen praksis. Regionen signalerede kraftigt, at der ikke var tænkt nogen som helst former for kontrol ind i disse data. Ambitionerne om at give løbende datafeedback på udvalgte kvalitetsindikatorer, blev derfor nedprioriteret. Det blev vurderet, at det var vigtigt at skabe tillid til, at data og patientpopulationer var et værktøj som blev stillet til rådighed for praksis, i forbindelse med Projekt Kronikerkompasset.

Baggrundsinformation:

- Sideløbende med opstart af Projekt Kronikerdata og Projekt Kronikerkompasset, blev DAK-e og Sentinel Datafangstmodulet også forsøgt udrullet på landsplan, hvor almen praksis blev opfordret til at tilmelde sig på frivillig basis. Det gik trægt med denne tilmelding på frivillig basis. Ideen med Projekt Kronikerdata var også, at tilvænne almen praksis til, at anvende data i kvalitetsudviklingsarbejdet. Projekt Kronikerdata udviklede sig derfor også til, at blive set som et 'for-projekt' til Sentinel Datafangst. Med overenskomsten for almen praksis, som blev indgået primo 2011, blev det aftalt, at alle praktiserende læger i DK, skulle tage datafangstmodulet fra DAK-e i anvendelse inden april 2013.

Kvalitetssøgninger implementeret i Kronikerdata:

- I løbet af 2011, blev der udviklet og implementeret kvalitetssøgninger i webapplikationen i Projekt Kronikerdata. De deltagende praksis i projektet, fik dermed adgang til et redskab, som gav dem overblik over egne patienter, hvor de gængse kvalitetsindikatorer ikke var opfyldt.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Introduktion på 32 opstartsmøder (1. halvdagsmøder)

Der blev afholdt 32 opstartsmøder (1. halvdagsmøder) i Kronikerkompasset, hvor de deltagende praksis mødte op med både praktiserende læge(r) og praksispersonale. En større del af dagsordenen på disse opstartsmøder, var at introducere praksis til Kronikerdata og den webapplikation, som alle deltagerne fik adgang til. Introduktionen omfattede følgende:

- præsentation af metode til identificering af de 3 patientpopulationer i hver praksis
- præsentation af webapplikationen: indhold, adgang, anvendelse, support, søgemuligheder
- inspiration til hvordan data kan understøtte udviklingsarbejdet i den enkelte praksis (planlægning, struktureret opfølgning, udvælgelse af indsatsområder, diagnosekodning)
- introduktion til valideringsopgave i egen praksis

Brugeroprettelser

Dagen efter opstartsmødet, modtog hver praksis deres brugeroprettelse og adgangskode til webapplikationen, sammen med en skriftlig brugervejledning. Der blev oprettet i alt 1130 brugere (både praktiserende læger og praksis-personale), fordelt på 277 forskellige praksis som deltog i Kronikerkompasset.

Opfølgning på 2. halvdagsmøde i Kronikerkompasset

To måneder efter introduktionen på 1. halvdagsmøde, blev der afholdt 32 nye halvdagsmøder (2. halvdagsmøde i Kronikerkompasset). På disse 2. halvdagsmøder blev der foretaget opfølgning på deltagernes anvendelse af webapplikationen. Erfaringerne blev delt mellem deltagerne. Som en del af programmet på 2. halvdagsmøde, var det muligt for de deltagende praksis at stille spørgsmål til egne data i webapplikationen. It-konsulenterne og projektlederen fra Kronikerdata, havde flere individuelle seancer med enkelte praksis, som ønskede hjælp til søgninger i webapplikationen (Kronikerdata).

Ud over vejlednings-seancerne på møderne, var det også muligt for brugerne, at kontakte It-konsulenterne eller projektlederen fra Kronikerdata, pr. telefon eller e-mail, med konkrete spørgsmål omkring data og søgninger i webapplikationen.

Anvendelse/brug for webapplikationen (Kronikerdata)

I løbet af det 1. halve år efter introduktionen af Kronikerdata, blev der foretaget logins svarende til *1 login pr. uge pr. deltagende praksis*. I logfilen kunne vi se, at praksis anvendte webapplikationen til følgende formål:

- primært validering af egne patientpopulationer
- fremsøgning af indsatsområder

Antallet af logins i webapplikationen faldt drastisk herefter, hvilket kan være forårsaget af flere forskellige ting:

- nyhedsinteressen faldt for Kronikerdata
- fokus på ny overenskomst som krævede installation og anvendelse af Sentinel Datafangst
- Manglende tid i hverdagen, manglende prioritering
- Træthed hos praksis, i forhold til projektarbejdet generelt i Kronikerkompasset og Kronikerdata.

Typiske eksempler på brugernes anvendelse af webapplikationen (Kronikerdata):

Stort set alle deltagende praksis, anvendte webapplikationen til at få overblik over egne patientpopulationer inden for sygdomsområderne Diabetes, KOL og AKS. De fleste praksis udvalgte ét sygdomsområde ad gangen, som de arbejdede med i forhold til indsatsområde.

Mange praksis valgte KOL som indsatsområde, og anvendte Kronikerdata til følgende:

- Fremsøgning af egne patienter med KOL, som ikke har fået foretaget en lungefunktionsundersøgelse inden for det sidste år. Denne søgning kunne fx let foretages i webapplikationen, og viste ofte en patientliste på 5-50 KOL-patienter.
- På mødet i Kronikerkompasset (fx 2. halvdagsmøde) blev det drøftet, hvilke muligheder praksis havde for at indkalde relevante patienter til fx en ny lungefunktionsundersøgelse. Flere praksis afprøvede flere forskellige metoder med at indkalde patienterne pr. telefon eller pr. brev eller via informationsmateriale til patienterne i venteværelset.

Andre praksis valgte Diabetes som indsatsområde, og anvendte Kronikerdata til følgende:

- Fremsøgning af egne patienter med Diabetes, som ikke havde fået målt langtidsblodsukker inden for de sidste 12 måneder, eller ikke havde fået målt kolesterol og urinalbumin. Andre eksempler kunne være på patienter som ikke havde fået foretaget øjenundersøgelse eller fodundersøgelser inden for relevante tidsintervaller.
- Erfaring fra drøftelser med brugerne af Kronikerdata.

Ofte fortalte praksis, at årsagen til manglende opfølgning af patienterne var, at diabetes eller KOL-patienterne ikke kom til konsultation i praksis. Praksis fremførte dermed, at de var 'uforskyldte' i de manglende undersøgelser hos patienterne.

Webapplikationen (Kronikerdata) viste sig stærkt anvendelig i disse drøftelser, fordi man i dataene også kunne se, om patienterne havde indløst recepter på medicin i løbet af de sidste fx 12 måneder. Spørgsmålet til praksis blev derfor følgende: *Hvis patienterne ikke komme til konsultation i praksis, og dermed ikke får foretaget de nødvendige løbende undersøgelser for deres KOL eller diabetes sygdom, hvordan kan det så være at patienterne alligevel kan indløse nye recepter på deres medicin.*

I disse drøftelser, baseret på reelle data, kom det frem eller blev det tydeliggjort, at mange patienter ringer til praksis-sekretæren og får fornyet deres recepter, også selv om at patienterne ikke har været til konsultation i gennem lang tid. Det vurderes, at disse drøftelser med praksis, har medført ændringer i procedurerne vedrørende fornyelse af medicin og om krav til løbende konsultation hos kronisk syge patienter.

For praksis som havde valgt AKS som indsatsområde, drejede det sig om meget små patientpopulationer på praksisniveau. Her var fokus på patientpopulationen og på at få overblik over hvilke recepter disse patienter faktisk indløser. Der viste sig at være eksempler på difference mellem ordineret medicin ifølge lægens patientjournal og de faktiske indløste recepter.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projekt Kronikerdata levede op til en del af målsætningen – vedrørende:

- skabe overblik over de 3 patientpopulationer som regionen har udarbejdet forløbsprogrammer på – Diabetes, KOL og AKS
- indsamling af tilgængelige tværsektorielle data, som er relevante i forhold til de 3 sygdomme. Fra projektets start, blev de relevante tværsektorielle datavariabler

identificeret, som lægerne vurderede interessante i forhold til hver af de 3 sygdomsområder. I hele projektperioden 2010-april 2013, foretages der løbende opdatering på datasættet.

- Vedrørende datafeedback, har projektet levet op til del af målsætningen, som omfattede 'data til almen praksis'. De deltagende praksis har i hele projektperioden, haft adgang til at fremsøge indsatsområder – blandt de til rådighed stillede tværsektorielle data i webapplikationen (Kronikerdata).

Projekt Kronikerdata har derimod ikke levet helt op til målsætningen – vedrørende:

- indsamling af et bredere datagrundlag, med data fra både kommune, hospital og praksis. Det har ikke været muligt i projektperioden at inddrage de kommunale data som ville være relevante og anvendelige. Det blev hurtigt konstateret, at de kommunale data var mangelfulde og usystematiske og dermed ikke anvendelige til inddragelse i Projekt Kronikerdata.
- populationsdataene er ikke i projektperioden blevet stillet til rådighed for hospitaler og kommuner, men kun for de deltagende almen praksis. Der viste sig ikke at være juridisk dækning for, at udlevere data på cpr.nummerniveau til kommunerne. Vi ville således gerne have udleveret cpr.-lister til hver kommune, over de identificerede patienter med Diabetes, KOL eller AKS. Formålet skulle være at skabe overblik i den enkelte kommune og opdatere de kommunale systemer med informationen omkring kronisk sygdom, men det viste sig desværre ikke muligt.

Der blev afholdt møder med læger fra hospitalssektoren vedr. drøftelse af populationsoverblik og populationsansvar. Det lykkedes dog ikke, at etablere fælles dataoverblik mellem praksis og hospitalssektoren. Hospitalssektoren var i gang med udrulning af EPJ og integrationsmulighederne i forhold til EPJ-systemet er ikke blevet afdækket i projektperioden.

datafeedback til alle 3 sektorer (hospital, praksis og kommune).

Projekt Kronikerdata har ikke nået, at etablere løbende datafeedback til alle 3 sektorer. Fokus har været på praksis-sektoren. Der er dog lavet forsøg med datafeedback til klyngerne i Region Midtjylland, hvor alle 3 sektorer er repræsenteret – dog uden det store held. Datafeedback delen skal udfoldes yderligere og gøres mere specifik. Der vil blive arbejdet videre hermed i andet regi, med brug af data og populationer fra projekt Kronikerdata.

På halvdagsmøderne i Kronikerkompasset, hvor deltagende praksis deltog i fællesseancer og workshops, med Gennembrudsmodellen som metode, blev der på halvdagsmøderne sat fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem praksis og hospital, og mellem praksis og kommune. Der deltog repræsentanter fra hospital og kommune, og der blev foretaget nogle gode drøftelser af gode og dårlige ting i samarbejdet omkring den kroniske patient. Projekt Kronikerdata leverede jo datagrundlaget til Projekt Kronikerkompasset, men denne del, hvor repræsentanter fra hospitalssektoren og fra den kommunale sektor deltog, blev holdt på et meget kvalitativt grundlag, altså uden dataunderstøttelse.

Som et eksempel på ét af de problemområder, som almen praksis fremlagde i forhold til samarbejdet med kommunerne var, manglende overblik over de kommunale tilbud til de kroniske patienter. Almen praksis efterspurgte en klar og entydig adgang/overblik over

kommunens tilbud.

Kommunen fremførte på tilsvarende vis, manglende adgang til almen praksis eller manglende kendskab til, hvordan information bedst formidles til almen praksis.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

I relation til den oprindelige projektbeskrivelse, er projekt Kronikerdata lykkedes på en række punkter, men er dog ikke kommet helt i mål på en række andre punkter.

Vedr. populationsoverblik:

Det lykkedes med Projekt Kronikerdata, at identificere specifikke patientpopulationer ud fra data i eksisterende registre. Vi har i dag kendskab til patienter i RM, som har diabetes, KOL og/eller AKS. Vi ved godt, at det kun er bedste bud på patientpopulationerne og at der identificeres patienter, som ikke har sygdommen. Efterhånden som praksissektoren får ICPC-diagnosekodet deres patienter, vil det være muligt at lave et bedre bud på patientpopulationerne ved at kombinere praksis-populationerne med hospitals-populationerne. Men indtil det er muligt, lykkedes det med Projekt Kronikerdata at give et bud på populationerne. Der er andre projekter, som har forsøgt noget lignende, fx sundhedsprofilen eller Hvordan har du det? – undersøgelserne. Dansk Diabetes Register og patientforeningerne har også bud på populationsstørrelserne, med det vurderes at Projekt Kronikerdata, giver et mindst lige så validt bud, som de øvrige projekter.

Indsamling af tværsektorielle data:

Der findes rigtig mange forskellige data i de eksisterende registre, som det er muligt at kombinere og omsætte til relevant information. Med projekt Kronikerdata har vi fået startet dette arbejde med at skabe overblik over datakilder, skabe know-how vedrørende samkøring af data og vi er nu ved at udvikle nye anvendelsesmuligheder for disse mange data.

Praksissektoren er blevet opmærksom på at anvende populationstilgangen og dataunderstøttelse i kvalitetsarbejdet

Praksissektoren er med den seneste overenskomst, blevet forpligtiget til at tage Sentinel Datafangst i anvendelse, og tilhørende kvalitetsrapporter for bla deres kroniske patienter. Det er vores vurdering, at de praksis, som har deltaget i Kronikerdata og haft adgang til populationsdataene i webapplikationen, har fået en bedre forudsætning for at agere i det fremtidige kvalitetsarbejde. Adgangen til populationsdataene har muligvis givet praksis et forspring i forhold til andre praksis, som ikke har haft adgang til samme populationsdata.

Kvalitetsmål og målopfyldelse:

I den indledende fase af Projekt Kronikerdata blev det drøftet, om praksis skulle monitoreres i forhold til udvalgte kvalitetsmål og -indikatorer. Af forskellige årsager blev det valgt, **ikke** at opstille kvalitetsmål, som praksis skulle vurderes ud fra. Projektgruppen bag Kronikerdata og Kronikerkompasset besluttede, at adgangen til data, skulle opfattes som et værktøj til udvælgelse af indsatsområder, og til at få overblik over egne patientpopulationer. Webapplikationen var således et værktøj til den enkelte praksis, og det blev lovet de deltagende praksis, at regionen ikke havde til hensigt at anvende dataene til kontrolformål.

I den afsluttende fase af Projekt Kronikerkompasset opstod behovet dog i stigende grad

for, at finde en metode til at undersøge, om projektet havde haft en effekt på kvaliteten af de deltagende praksis' kronikeromsorg. Det blev derfor besluttet, at lade Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus lave en evaluering af Kronikerkompasset, med Kronikerdata som input til den kvantitative del af evalueringen.

Evalueringsrapport baseret på Kronikerdata:

Forskningsenheden for Almen Praksis, har i 2012 udarbejdet en skriftlig rapport med en evaluering af Kronikerkompasset. Rapporten består af en kvalitativ og en kvantitativ evaluering, hvor den kvantitative evaluering er baseret *på data fra Projekt Kronikerdata*. I det følgende refereres kort rapportens konklusioner:

Kvantitativ evaluering – metode:

Den kvantitative evaluering blev baseret på 3 tværsnitsundersøgelser af samtlige praksisenheder (defineret som alle ydernumre) i Region Midtjylland henholdsvis 2 år før introduktionen af Kronikerkompasset (1. maj 2008), ved introduktionen af Kronikerkompasset (1. maj 2010) og ved afslutningen af Kronikerkompasset (1. maj 2012). Ved hver skæringsdato blev der trukket data fra Kronikerdata, som karakteriserede den enkelte praksis. Data blev udtrukket bagudrettet i varierende opfølgningstid afhængigt af den undersøgte variabel og datakildernes tilgængelighed.

Valg af indikatorer for de kroniske lidelser:

Indikatorerne blev udvalgt bredt baseret på kliniske vejledninger og sundhedsydelse. Indikatorerne er udvalgt efter inspiration fra DAK-e, NIP og kliniske guidelines fra DSAM. I den kvantitative evaluering, blev deltagerne udvikling sammenholdt med ikke-deltagerne udvikling i samme periode. Man ville forvente, at deltagerne, ville udvikle sig mere end ikke-deltagerne, målt på de udvalgte indikatorer.

Konklusion på den kvantitative evaluering:

Det generelle billede for alle indikatorer er, at deltagerne ligger højere i målopfyldelse på kvalitetsindikatorerne, end ikke-deltagerne. Man fandt, at der for 13 indikatorer viste sig en signifikant anderledes udvikling i kronikerkompassperioden blandt deltagerne end blandt ikke-deltagerne.

- For patienter med diabetes blev der fundet en mere positiv udvikling for 5 indikatorer for deltagere end for ikke-deltagere.
- For patienter med KOL, blev der fundet en mere positiv udvikling for 4 indikatorer for deltagere end for ikke-deltagere.
- For patienter med AKS blev der fundet en mere positiv udvikling for 3 indikatorer for deltagere end for ikke-deltagere.

Rapporten konkluderer en ændring i kliniske indikatorer i retning af en bedre kvalitet. For eksempel er der flere patienter med kroniske sygdomme, som fik tilbudt en årskontrol. Man konkluderer også, at almen praksis i højere grad indsatte sig som tovholder.

Forbehold

Dog bliver der i rapporten taget en hel del forbehold med hensyn til at konkludere om de positive effekter skyldes deltagelse i Kronikerkompasset og adgang til Kronikerdata.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Projektgruppen bag projekt Kronikerdata vurderer fortsat, at der er et stort potentiale i at indsamle og anvende tværsektorielle data om specifikke patientpopulationer. I administrationen er der i løbet af projektperioden, kommet meget fokus på Triple Aim princippet, hvor populationstilgangen er en del af Triple Aim tilgangen. Der synes ligeledes at være et stigende behov/stigende interesse for at foretage tværsektorielle dataanalyser for udvalgte patientgrupper, hvor data inddrages om både ressourcetræk i almen praksis, hos praktiserende speciallæger samt hospitalskontakter.

Ressourcemæssige forudsætninger for Kronikerdata:

- It-teknik og hardware, it-infrastruktur, driftspartner, driftsaftale
- Aftale med datakilderne om løbende, sikker levering af opdaterede og valide data
- Juridisk afklaring og indhentning af nødvendige tilladelser til brug af data og til samkøring af data
- Know-how hos centrale projektmedarbejdere i forhold til datakendskab og overblik over datamodellen
- Samarbejde med fagprofessionelle, som har overblik over den kliniske hverdag, kendskab til patienterne i målgruppen, kendskab til kliniske vejledninger, indikatorer og øvrige faktorer, som kan have betydning for relevant dataunderstøttelse i forhold til projektarbejde.
- Efterspørgsel efter dataopgørelser, fra administrationen, ledelse og det politiske bagland
- Organisatorisk set-up, hvor i implementeringen kan foregå. Projekt Kronikerdata og understøttelse af kronikerindsatsen handler også meget om kultur, ændrede samarbejdsmønstre, nye arbejdsgange o.lign.
- Inddragelse af forskellige kompetencer og fagprofessionelle, som kan bidrage med administration, support, vejledning og opfølgning i projektets forskellige faser.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Evalueringsrapport bestilt hos KORA

Styregruppen for Projekt Kronikerdata har besluttet at lade KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners analyse og Forskning) foretage en evaluering.

Arbejdstitlen for evalueringen er følgende:

Fremadrettet evaluering af Projekt Kronikerdata

Evalueringen skal belyse erfaringerne med Projekt Kronikerdata i RM med henblik på at bidrage til videre udvikling på området. Evalueringens hovedopgaver vil være følgende:

- Gennem interviews med en række nøgleaktører, afdækkes ønsker og forventninger til brug af data i og vedrørende praksissektoren og i samspillet mellem almen praksis, privat praktiserende speciallæger, hospitaler og kommuner.
- Diskussion og anbefalinger i forbindelse med fremtidig strategi for RM vedrørende det videre arbejde med data på populationsniveau.

Rapporten fra KORA afleveres medio februar 2013

Monitorering af forløbsprogrammer, med udgangspunkt i Projekt Kronikerdata

Ledergruppen i følgende 2 afdelinger i RM: 'Nære Sundhedstilbud' og 'Folkesundhed og kvalitetsudvikling' har truffet beslutning omkring etablering af et system til løbende monitorering af forløbsprogrammer (MAF). MAF skal opbygges med udgangspunkt i Kronikerdata. De dele af Projekt Kronikerdata som videreføres efter 1. april 2013 er således:

- fortsat opdatering af patientpopulationerne for de 3 sygdomsområder; Diabetes, KOL og AKS
- fortsat datafangst fra de samme datakilder som hidtil.

Webapplikationen som har været tilgængelig for de praktiserende læger i RM, lukkes ned pr. 1. april 2013. Til brug for MAF vil der ske supplering med data fra andre datakilder end de nuværende. Der skal fx forsøges indhentet data fra DAK-e på cpr.nummerniveau og der skal indhentes kommunale rehabiliteringsdata.

Projektlederen fra Projekt Kronikerdata indgår fremover i et teamarbejde med projektorganisationen omkring MAF, hvorved erfaringer og arbejdsmetode erhvervet ved Projekt Kronikerdata videreføres i MAF.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Oplæg

Projekt Kronikerdata indgår i regionens samlede ramme for monitorerings-initiativer i forhold til forløbsprogrammer og kronisk sygdom. Monitoreringsrammen er blevet præsenteret i diverse politiske udvalg i RM, herunder Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Monitoreringsrammen er endvidere blevet drøftet i regionens klyngestyregrupper og – implementeringsgrupper.

I løbet af projektperioden 2010-2012, er Projekt Kronikerdata blevet præsenteret mange gange, primært på interne regionale møder, men herudover også på møder i Danske Regioner, KL og Medcom.

Artikler

Projektleder Helene Bech Rosenbrandt har i april 2011 fået publiceret en artikel omkring Projekt Kronikerdata og fokus på tværsektorielt populationsoverblik (Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, april 2011)

Projektleder Lone Kærsvang har bidraget til artikel fra Teknologirådet, november 2011, omkring erfaringerne med at skabe populationsoverblik.

Projektleder Lone Kærsvang er medforfatter på artikel, som er publiceret i BMC – Medical Informatics and Decision Making 2012, 12:38

Titel: Developing an algorithm to identify people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) using administrative data

Hovedforfatter: Margrethe Smith, Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet

Henvendelser omkring projekt Kronikerdata:

Region Syddanmark, Center for Kvalitet har på baggrund af artiklen i DSS

Region Nordjylland, Sundhed og Sammenhæng, har rekvireret materiale om metoden til

identifikation af patientpopulationer, med henblik på evt. implementering i eget regionalt projekt.

Deltagelse i Sundhedsstyrelsens fokusgruppeinterviews

Projekt Kronikerdata blev af Sundhedsstyrelsen udvalgt til at deltage i et fokusgruppeinterview, der havde til formål at uddybe temaet Stratificering.

Udvælgelseskriterierne var projekter, hvor der var gjort særlige spændende erfaringer, skabt resultater på baggrund af indsatser, eller genereret særlig viden dels i forhold til de generelle besvarelser, dels i relation til temaer, som Sundhedsstyrelsen har ønsket at få yderligere belyst med henblik på generel læring og videreudvikling af indsatserne for patienter med kronisk sygdom.

Fokusgruppeinterviewet fandt sted i november 2012. Projektleder Lone Kærsvang deltog sammen med Chefkonsulent Steen Vestergaard-Madsen.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Da der har været involveret næsten 300 praksis i Projekt Kronikerdata og der således er næsten 300 forskellige ledelser og personaler, er der ikke gjort brug af fastholdelsesguiden.

Efter Projekt Kronikerdatas afslutning pr. april 2013, vil der dog fortsat være muligheder for at fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom i RM.

- Alle almen praksis i regionen fortsætter et dataunderstøttede kvalitetsarbejde i regi af DAK-e og Sentinel Datafangst.
- Regionen vil fortsat gøre brug af populationsoverblik og anvendelse af tværsektorielle data i det videre arbejde med opfølgning på nuværende og nye forløbsprogrammer (jf. ovenstående punkt 6)

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Projektlederen for Projekt Kronikerdata ønsker at henvise til projekt Kronikerkompasset (projektnummer 54698: 14), pga. den nære relation imellem de 2 projekter.

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller +++, hvor +++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne Dokumen- teres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	+++	
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+	+	
3. Bedre samarbejde mellem hospital	+	+	

og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+	+	
5. Bedre patientforløb	++	++	
6. Forløbsprogrammet er implementeret	++	+	
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+++	++	
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	+++	++	
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++	++	
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	+++	+++	
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	++	+	
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	++	++	
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	+	+	
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	+	+	
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++	+++	
24. Mere omkostningseffektiv praksis	+		
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	+	+	
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 17

Selvevaluering af "Opfølgende hjemmebesøg" (Opfølgende hjemmebesøg - et udrulningsprojekt)" (Nære Sundhedstilbud)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Nære Sundhedstilbud

Projektnummer

Projektnr. 54698 (implementering af forløbsprogrammer).
Delprojektnr. 17

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Opfølgende hjemmebesøg (Opfølgende hjemmebesøg - et udrulningsprojekt)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Linda Bonde Kirkegaard, AC-fuldmægtig
Skottenborg 26, 8800 Viborg
linkir@stab.rm.dk
78412203

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	X	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	
-------------------------------------	---	------------------------------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet har fået bevilget en forlængelse af projektperioden til udgangen af 2013. Dette skyldes følgende grunde:

- *Udrulning udvidet fra 3 til alle klynger*

Inden projektstart var opfølgende hjemmebesøg allerede implementeret i Vestklynge. Projektet var således oprindeligt planlagt som et udrulningsprojekt i yderligere 3 klynger, men der har i projektperioden vist sig mulighed for, at der indenfor den afsatte økonomiske ramme kan gennemføres udrulning i samtlige klynger i regionen. Midtklyngen startede

implementering i 2011 (Silkeborg apr. 2011, Viborg okt. 2011), Horsens- og Randersklyngen i sept. 2012 og Aarhusklyngen starter januar 2013. Således er opfølgende hjemmebesøg udrullet i alle klynger primo 2013.

- *Udvidelse af alderskriteriet*

Der er iværksat en systematisk afprøvning af en udvidelse af alderskriteriet 65-77 år (Vestklyngen). Analyse og bearbejdning af data vedr. udvidelse af alderskriteriet i Vestklyngen foretages i 2013. Afrapportering udarbejdes af KORA primo 2014.

- *Opfølgende hjemmebesøg med video*

Projektet vil primo 2013 blive suppleret med en række forløbslaboratorier i Aarhusklyngen, hvor opfølgende hjemmebesøg foretages via telemedicin (video). Oprindeligt er ansøgt om et pilotprojekt, men pga. teknologiske udfordringer ift. dækningsgrad er det nødvendigt at afprøve en udarbejdet drejebog gennem forløbslaboratorier med 'rigtige' patienter, inden et egentligt pilotprojekt kan gennemføres.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Region Midtjylland igangsatte primo 2009 en indsats om opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter som en del af regionens kronikerindsats

Det er ligeledes indarbejdet i den generelle sundhedsaftale 2011-2014.

Opfølgende hjemmebesøg er nu blevet lanceret som en del af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient, således indsatsen skal udbredes til hele landet i 2013.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Projektet har til formål at udbrede en dokumenteret indsats til hele Region Midtjylland. Det er således som udgangspunkt et udrulningsprojekt, hvor indsatsen opfølgende hjemmebesøg skal implementeres i hele Region Midtjylland.

Med udvidelsen af projektet omfatter det nu også en udvidelse af alderskriteriet, samt en afprøvning af en telemedicinsk løsning.

Indsatsen opfølgende hjemmebesøg

Indsatsen opfølgende hjemmebesøg har til formål at sikre, at ældre, sårbare patienter gennem opfølgende hjemmebesøg tilbydes et sammenhængende patientforløb med en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordinerende indsats, som giver tryghed efter udskrivelse fra hospitalet.

Dvs.

- Sikre et godt, sammenhængende udskrivningsforløb efter hospitalsindlæggelse
- Forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser
- Sikre opfølgning på patientens behov og sikre opfølgning på planlagte indsatser i epikrisen

Indsatsen tager afsæt i en MTV rapport – om Glostrup-modellen – som har vist, at opfølgende hjemmebesøg sikrer:

- At risikoen for efterfølgende indlæggelse reduceres (23 % reduktion af genindlæggelser inden for et halvt år)
- At egen læge får bedre overblik over patientens medicinske behandling
- At der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen

Målgruppen er borgere på 78+ bosiddende i en af de fem klynger i Region Midtjylland, der udskrives fra udvalgte hospitalsafdelinger (primært medicinske). Endvidere skal patienterne opfylde en række fleksible kriterier (helbredsmæssige, organisatorisk komplekse, sociale), så det er de særligt sårbare ældre medicinske patienter, der udvælges. Der er udarbejdet et screeningsskema til udvælgelse af patienterne.

Det potentielle årlige patientgrundlag i hele Region Midtjylland er = 5.940 borgere – beregnet ud fra inddragelse af både medicinske og ortopædkirurgiske patienter + 78 år. Antal forløb pr. praktiserende læge pr. år = ca. 7,3. I dette estimat er ikke taget højde for spild.

Udvidelse af alderskriteriet

Med baggrund i en række kliniske og organisatoriske argumenter, er der enighed blandt personalet på hospitalet, i kommunerne og almen praktiserende læger (i Vestklyngen) om, at alderskriteriet ikke er en hensigtsmæssig måde at udvælge målgruppen til opfølgende hjemmebesøg efter, idet en borger under 78 år kan have lige så meget gavn af et opfølgende hjemmebesøg som en over. Det er således andre fleksible kriterier, der afgør, hvorvidt borgeren har behov for tilbuddet eller ej. En udvidelse af aldersgrænsen vil betyde, at flere kan få gavn af tilbuddet. At målgruppen gøres større kan være en organisatorisk fordel, da indsatsen kan blive til en fast rutine både for personalet på hospitalet, i kommunen og hos almen praksis, og således ikke en indsats personalet skal huske på for en særlig gruppe patienter. Derfor afprøves en udvidelse af alderskriteriet til 65-77 årige i Vestklyngen i 2012/2013.

Forsøgsordningen evalueres efter 18 måneders forløb. Evalueringen vil omfatte ordningen, herunder økonomien i aftalen og i hvilket omfang ydelserne bruges.

Vurderingen af alderskriteriet bliver højest sandsynligt overhalet indenom af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient, da der her lægges op til, at den overordnede målgruppe er ens i alle fem regioner – Region Midtjylland er pt. den eneste region med et alderskriterium på 78+.

Afprøvningen af opfølgende hjemmebesøg med video

Det samlede studie vil give detaljeret, kvalitativ viden om virkning af opfølgende hjemmebesøg med video ift. til de forskellige aktørers handlingskontekster, arbejdsopgaver og kompetencer. Videoen ændrer de sociotekniske betingelser for lægens og hjemmesygeplejerskens samarbejde, bl.a. får samarbejdet med it-support i region og kommune en afgørende betydning for sikkerheden og kontinuiteten i ydelsen. Observation

af brugernes interaktion med videoen samt interviews med it-region og it-kommune vil derfor være central for at afdække de opgaver, det koordinations- og kontinuitetsarbejde der ligger i at få teknikken til at virke 'hele vejen rundt'. Dette indebærer en velfungerende infrastruktur, en fleksibel ydelse hos egen læge og benyttelse af et mobilt redskab i borgerens hjem. Samlet vil studiet give input til tværsektorielle og -faglige telemedicinske indsatser med video ift.:

- Vilkår for netværks- og bredbåndsforbindelse
- Koordineringsarbejde i region; egen læge og i kommunen; hjemmeplejen og i borgerens hjem

Kortlægning af væsentlige faktorer for måling af kvalitet, patient sikkerhed og ressourceforbrug.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Patienten tilbydes i alt 3 opfølgende besøg

- 1.besøg: i hjemmet 6–8 dage efter udskrivelse.
 - Deltagere: Kommunal hjemmesygeplejerske og patientens praktiserende læge.
 - Der følges op på: udskrivelsen, medicin og medicinændringer, træning, hjælpemidler, praktisk bistand mv.
- 2. besøg: ca. 3 uger efter udskrivelsen i eget hjem eller praksis
 - Deltagere: hjemmesygeplejersken og/eller den praktiserende læge
- 3. besøg: ca. 8 uger efter udskrivelsen i eget hjem eller praksis
 - Deltagere: hjemmesygeplejersken og/eller den praktiserende læge

Region Midtjylland har udarbejdet en § 2 aftale til opfølgende hjemmebesøg. Aftalen er indgået mellem Region Midtjylland og Samarbejdsudvalget for almen praksis 6. maj 2008. Opfølgende hjemmebesøg kan herved ydes til patienter +78 år, der udskrives fra hospitalet, og som tillige opfylder en række behovskriterier (fleksible og objektive inklusionskriterier).

Først kontakt koster 720 kr. + kørsel. Dvs. ca. 850 kr.

Anden og tredje kontakt: Det antages, at lægen kun deltager i 50 % af kontakterne, hvoraf de 40 % i givet fald foregår i lægens praksis (til takst 126,02), mens de 10 % foregår som hjemmebesøg (takst 229,27 kr. + kørsel – dvs. ca. 275 kr.).

Af ydelsesregistreringen fremgår det, at der afholdes flere 1. besøg end 2. og 3. besøg. I 2011 og første halvår af 2012 er der totalt registreret 1346 kontakter/besøg, hvoraf de 1023 er 1. besøg. Hertil skal bemærkes, at 2. og 3. besøg kan afholdes alene af hjemmesygeplejersken, hvis det efter første besøg vurderes relevant (disse besøg fremgår således ikke af ydelsesregistreringen). Endvidere skal bemærkes at Randers- og Horsensklyngen ikke er medregnet i det totale tal, da implementeringen startede september 2012.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet har til formål at udbrede en dokumenteret indsats til hele Region Midtjylland. Det er således som udgangspunkt et udrulningsprojekt, hvor indsatsen opfølgende hjemmebesøg skal implementeres i hele Region Midtjylland.

I januar 2013 er opfølgende hjemmebesøg udrullet til alle klyngerne i Region Midtjylland. Hvorvidt det er implementeret succesfuldt er en anden sag.

Udvidelse af alderskriteriet. En evaluering udarbejdes primo 2014.

Afprøvning af en telemedicinsk løsning via forsøgslaboratorier – her bliver udarbejdet en afrapportering ultimo 2013.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Indsatsen opfølgende hjemmebesøg

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har udarbejdet en omkostningsanalyse af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen – *Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger.* Omkostningsanalysen er offentliggjort 19. maj 2011.

Omkostningsanalyse, der viser:

- 10 % reduktion i andelen af borgere, der genindlægges (Glostrup, 23%)
- Borgere, der får tilbudt ordningen, har gennemsnitlig 11 % færre indlæggelser (Glostrup, 14%)
- Omkostningerne på hospitalerne reduceres - gennemsnitsforbruget af sygehusydelser i opfølgingsperioden er 818 kr. mindre end borgere, som ikke har modtaget tilbuddet
- Der opnås en samlet samfundsøkonomisk besparelse på 12.375 kr.
- Kommunerne sparer 12.688 kr. pr. borger
- Indsatsen er omkostningsneutral for regionen

Dvs. omkostningsanalysen bekræfter Glostrup-undersøgelsens resultat - at det er en god idé at tilbyde ældre, medicinske patienter opfølgende hjemmebesøg efter endt hospitalsindlæggelse, da dette reducerer borgernes risiko for genindlæggelse og giver kommunale og samfundsøkonomiske gevinster

Som et supplement til omkostningsanalysen har Vestklyngen i efteråret 2010 udarbejdet en kvalitativ evaluering med fokus på, hvordan det tværfaglige samarbejde forløber i primærsektoren.

Evalueringen viser, at der generelt er en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg, og at hjemmesygeplejerskerne og almen praktiserende læger i langt de fleste tilfælde ser interventionen som relevant og udbytterig (Johannesen:2010).

Følgende hovedpointer kan fremhæves:

- Besøg, der beskrives som særlig relevante, er besøg, hvor mange komplicerede forhold

gør sig gældende

- Besøg, der vurderes mindre relevante, er, hvor patienten er meget selvhjulpne, og i de tilfælde, hvor der i forvejen er tæt kontakt mellem borger, almen praksis og hjemmepleje
- Oplevelsen af, at opfølgende hjemmebesøg i et vist omfang har styrket samarbejdet og dialogen mellem læge og hjemmepleje

Af tilbagemeldinger fra hjemmesygeplejersker og praktiserende læger kan fremhæves følgende:

Gevinsten for egen læge og hjemmesygeplejerske

- Hjemmesygeplejersken har en enestående chance for fra starten at få samordnet sin indsats med egen læge
- Styr på medicinen
- Der bliver lagt en plan for den umiddelbare fremtid. Planen kan lettere justeres telefonisk ved uforudsete hændelser
- Stedlige læger og hjemmesygeplejersker får et dagligt kendskab til hinanden til gavn for samarbejdet i øvrigt

Gevinsten for borgeren

- Tryghed ved at egen læge og hjemmesygeplejerske kommer i eget hjem på samme tid
- Mulighed for at få talt indlæggelsen igennem og om hvad, der nu skal ske
- Mulighed for sammen med de pårørende at få afstemt forventninger bl.a. til kommunale ydelser
- Gennemgang af nyordineret medicin og oprydning i gammel medicin
- Borgeren får en god snak med egen læge og hjemmesygeplejerske om pleje, kost, motion, praktisk bistand, træning, hjælpemidler etc.

Der vil i foråret 2013 blive udarbejdet en kvalitativ patientundersøgelse i Vestklyngen for at få afdækket patienttilfredsheden med indsatsen.

Projektets største udfordringer/problemer/barrierer

Kvalitative undersøgelser viser, at de største udfordringer/barrierer er generelle organisatoriske problemstillinger. Indsatsen opfølgende hjemmebesøg er organisatorisk kompleks, da den indebærer et samarbejde mellem mange aktører på tværs af sektorer (Voss: 2009; Lund: 2010). Herunder bliver specielt hjemmesygeplejerskernes forudsætninger for at kunne planlægge og koordinere opfølgende hjemmebesøg fremhævet, da det bl.a. indebærer travlhed og en større koordinationsopgave med praktiserende læge.

De kvalitative analysers resultater understøttes af monitoreringen af indsatsen, der indikerer, at det er en stor udfordring at fastholde indsatsen i almindelig drift. Monitoreringen viser, hvor vigtigt det er løbende at holde fokus på indsatsen, så den vedligeholdes, og ikke 'dør' ud.

Der er nedsat koordineringsgrupper i hver klynge til løbende at følge indsatsen bl.a. ud fra fire succeskriterier:

- Identificerer hospitalet det rette antal patienter?

- Hvor mange af de identificerede patienter får 1. besøg?
- Identificerer hospitalet relevante patienter?
- Hvor ofte har lægen modtaget epikrise forud for 1. besøg

Overordnet viser monitoreringen i klyngerne samme tendens:

- Det kræver en stor indsats på hospitalet at huske at screene patienter på 78+. Grundet travlhed, vikardækning mv. er dette en indsats, der løbende skal mindes om. Det kræver således nøglepersoner på afdelingerne, der har ansvar for at følge op og minde om.
- Kun omkring 50 % af de udvalgte får et opfølgende hjemmebesøg. Mulige forklaringer:
 - Besøg aflyses eller udskydes pga. forværring i borgerens tilstand med aflastningsophold, plejehjemsanbringelse, genindlæggelse, død mv.
 - Besøg aflyses grundet egen læge og/eller hjemmesygeplejerske vurderer lav nytteværdi af besøg
 - Aflyses grundet travlhed
- Ca. 70 % af de patienter der modtager 1. besøg vurderes som relevante. Dette er et vigtigt mål for at blive klar på, om hospitalet udvælger de rigtige patienter
- I ca. 85 % af tilfældene har lægen modtaget epikrise forud for 1. besøg. Dette er relevant da besøget ikke kan afholdes uden epikrisen

I Vestklyngen har man ligeledes fulgt op på, hvor mange af de afholdte besøg, der afholdes 6-8 dage efter udskrivelse. Her tyder det på, at kun omkr. 20-25 % afholdes inden for 8 dage. Dvs. der burde være et stort potentiale til at forebygge endnu flere genindlæggelser.

Tilbage meldingen er således, at hjemmesygeplejersker og almen praktiserende læger kan se store fordele ved indsatsen, og hermed også formål der opfyldes. Den store udfordring ligger i at få udvalgt patienterne på hospitalet og at få besøgene gennemført.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Omkostningsanalysen viser (som nævnt ovenfor):

- Omkostningerne på hospitalerne reduceres - gennemsnitsforbruget af sygehusydelser i opfølgingsperioden er 818 kr. mindre end borgere, som ikke har modtaget tilbuddet
- Der opnås en samlet samfundsøkonomisk besparelse på 12.375 kr.
- Kommunerne sparer 12.688 kr. pr. borger
- Indsatsen er omkostningsneutral for regionen

På baggrund af omkostningsanalysen tyder det på, at det vil give mening at rulle opfølgende hjemmebesøg ud til resten af regionen, da man har en forventning om at kunne 'høste' de samme fordele.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Der er udviklet et elektronisk screeningsskema, der er integreret i EPJ. Der arbejdes dog fortsat på at optimere integreringen i EPJ, da dette stadig kan justeres.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Videndelen af erfaringer og resultater fra de forskellige klynger foretages af Region

Midtjylland, der deltager i de fem klyngekoordineringsgrupper.

Derudover er der skrevet en række artikler, udgivet pressemeddelelse for hver klyngeudrulning, diverse oplæg for sundhedsbrugerråd, politikere og andre regioner samt en række rapportudgivelser.

Derudover har Danske Regioner som led i den nationale handleplan for den ældre medicinske patient taget initiativ til videndeling om opfølgende hjemmebesøg.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Koordineringsgrupperne følger løbende op på succeskriterierne, og iværksætter herudfra tiltag til at stramme op på gennemførelsesgraden af indsatsen. Blandt andet videreformidles de gode historier fra kommunerne til hospitalet, så hospitalsrepræsentanterne kan bruge disse i videreformidlingen på hospitalet – indsatsen opleves meningsfuld derude – Jeres screeningen rykker noget. Der arbejdes således både i kommune og på hospital med at synliggøre de åbenlyse fordele ved indsatsen, og ikke kun er merarbejde.

Det er vigtigt, at forberedelsen af implementeringsopstart er påbegyndt i god tid, da indsatsen tager tid og ressourcer. I rapporten *Hvad kan vi lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?* (Voss: 2009) bliver det anbefalet, at afsætte 1½ år til planlægning og gennemførelse af implementeringen for at sikre lokal tilpasning, tid til at få organisationen på plads, få oplært personale mv. Med udgangspunkt heri er alle klynger påbegyndt planlægningsfasen i god tid.

Derudover anbefaler rapporten bl.a. vigtigheden af, at der er ledelsesopbakning.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

- Johannesen, Karina Vodstrup 2010: *Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen*
- Kjellberg, Jakob og Anne Sophie Oxholm 2011: *Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg – Omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger*
- Lund, Claus 2010: *Opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen En kvalitativ undersøgelse af organisationen, aktører, udfordringer og barriere*
- Voss, Henning 2009: *Implementering af opfølgende hjemmebesøg – Hvad kan vi lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?*

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Marker gevinster: Du kan sætte +, ++ eller +++, hvor +++ angiver særlig vigtige gevinster. Kolonne 2 og 3 udfyldes kun hvis du har sat mindst et +	Kan resultaterne Dokumenteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++		delvis
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+++	De kvalitative undersøgelser tyder herpå	
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+		
5. Bedre patientforløb	+++	Der gennemføres en patientundersøgelse i 2013	
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi		Arbejdes der hen imod	
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	+	Får bedre et helhedsbillede af den enkelte borger	
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+++		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	Måske en afledt effekt		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++	Interviews peger herpå. Der gennemføres en patientundersøgelse i 2013	

16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser	+++	Omkostningsanalysen	
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+++	De kvalitative undersøgelser tyder herpå	
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	+++	Ja	
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++	De kvalitative undersøgelser tyder herpå	
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed	++		
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 18

Selvevaluering af "Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kronisk sygdom" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)

Tilskudsmodtager

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) ▪ Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15 ▪ DK-8200 Århus N

Projektnummer

54698/18

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kronisk sygdom

Projektleders navn og kontaktinformation,

Projektleder

Konsulent Simone Witzel

Tel. +45 7841 4054 Mobil +45 40427144

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) ▪ Region Midtjylland

Olof Palmes Allé 15 ▪ DK-8200 Århus N

Anden kontaktperson på projektet

Konsulent Pernille Bjørnholt Nielsen

Tlf. +45 7841 4039

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) ▪ Region Midtjylland

Olof Palmes Allé 15 ▪ DK-8200 Århus N

Leder

Torsten Munch-Hansen

Kontorchef, cand.scient.pol., ph.d.

Tel. +45 7841 4030 / Mobil +45 2945 8796

Folkesundhed og Kvalitetsudvikling ▪ Region Midtjylland

Olof Palmes Allé 15 ▪ DK-8200 Århus N

Hjemmeside, hvor der kan læses mere om projektet:

<http://www.cfk.rm.dk/udgivelser/kvalitetsudvikling+-+sundhed?>

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	X	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	
-------------------------------------	---	------------------------------------------------------	--

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

02-12-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2012

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng**1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom**

Projektet har fokus på patientens oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Projektet bidrager til at undersøge og anvende den viden om borgernes perspektiv på indsatsen inden for de tre sygdomsområder type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdomme, som er iværksat som led i implementering af forløbsprogrammerne. Projektets resultater kan bl.a. anvendes i forbindelse med optimering af forløbsprogrammerne, da resultaterne giver et billede af patienternes oplevelser, som kan danne basis for et oplæg til områder, hvor der er plads til kvalitetsforbedringer.

Formål**2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning**

Formålet med projektet er at udvikle et koncept til at undersøge og anvende viden om borgernes perspektiv på indsatsen inden for de tre sygdomsområder type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdomme. Indenfor de enkelte sygdomsområder vil udgangspunktet være i de forløbsprogrammer, der er udviklet på området i Region Midtjylland.

Projektet gør det muligt at afdække, hvordan forløbsprogrammerne fungerer i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet set med borgernes øjne, og giver bidrag til arbejdet hen mod de mange målsætninger i programmerne.

Projektets resultater bidrager med en feedback fra patienter med en kronisk sygdom til de forskellige sektorer inden for de udvalgte temaer i undersøgelsen. Resultaterne kan sektorerne anvende i arbejde med kvalitetsforbedringer inden for de enkelte områder.

Projektforløbet**3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling**

Projektet baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse, der giver mulighed for at afdække

patientperspektivet i bredden både, hvad angår sektorer, geografisk spredning og variationer indenfor og på tværs af de enkelte sygdomsområder. Der er fulgt op med et fokusgruppeinterview inden for hvert af de tre sygdomsområder, hvor der er foretaget en yderligere udforskning og præcisering af særlige udfordringer vedrørende et sygdomsområde.

Efter projektperioden foreligger der et færdigudviklet undersøgelseskoncept, som det er muligt at sætte i drift ved tilbagevendende undersøgelser. Herunder

- Udviklet et spørgeskema for hvert sygdomsområde med en fælles kerne af spørgsmål for alle tre spørgeskemaer.
- Gennemført spørgeskemaundersøgelse blandt 9.621 patienter.
- Udviklet spørgeguides til fokusgruppeinterview inden for hvert sygdomsområde.
- Gennemført et fokusgruppeinterview inden for hvert sygdomsområde med i alt 19 patienter.
- Udarbejdet en rapport med undersøgelsens resultater incl. anbefalinger der kan arbejdes videre med i de enkelte sektorer.
- Formidlet resultaterne.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Ja. Der henvises til den udarbejdede rapport <http://www.cfk.rm.dk/udgivelser/kvalitetsudvikling+-+sundhed?>

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Der er udviklet et koncept til at undersøge og anvende viden om borgernes perspektiv på indsatsen inden for de tre sygdomsområder type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdomme. Indenfor de enkelte sygdomsområder er udgangspunktet taget i de forløbsprogrammer, der er udviklet på området i Region Midtjylland.

Projektet bidrager dels til at afdække, hvordan forløbsprogrammerne fungerer i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet set med kronisk syge patienters øjne dels til arbejdet hen mod de mange målsætninger i programmerne.

Projektets resultater giver en tilbagemelding fra patienter med en kronisk sygdom inden for de udvalgte temaer i undersøgelsen. Resultaterne kan anvendes i arbejdet med kvalitetsforbedringer inden for de enkelte områder, herunder indenfor de enkelte sygdomsområder, klynge og sektor.

Undersøgelsen er gennemført en gang i projektperioden.

Projektets største udfordringer har været at få de relevante patienter til undersøgelsen. Projekt Kronikerdata er anvendt, som fødesystem for dataudtrækket af patienter til undersøgelsen, men det var samtidig under udvikling. I forbindelse med udsendelse af spørgeskemaer er der forholdsvis mange patienter, som ringer eller på anden måde

kontakter CFK efter de har modtaget spørgeskemaet for at gøre opmærksom på, at de ikke havde den forventede sygdom, og derfor ikke kunne besvare skemaet. Det må forventes at langt fra alle, der ikke mener at have den pågældende diagnose, som de er udvalgt på baggrund af, vil returnere spørgeskemaet eller ringe ind ud fra betragtningen, at det slet ikke vedrører dem.

Udfordringen har samtidig været, at en række patienter med diagnosen KOL slet ikke selv har haft oplevelsen af at have sygdommen. Nogle har oplevelsen af at have luftvejsproblemer eller astma, men oplever ikke, at de har KOL. Det har ikke været muligt at afgøre, hvorvidt patienten rent faktisk slet ikke har KOL, ikke er bekendt med at have fået stillet diagnosen eller måske ikke har forstået, at de har fået diagnosen. Under alle omstændigheder indgår de ikke i undersøgelsen, da deres svar ikke vil give mening.

Der har samtidig været en del respondenter, der har ringet ind og sagt, at de ikke længere har diabetes, eller at deres tal nu er blevet bedre, så de mener ikke, at de har diagnosen.

Ovenstående kan være medvirkende årsag til at den samlede svarprocent er relativ lav (43%).

Hvis projektet videreføres kan undersøgelsen med fordel tilpasses eventuelle ændringer i forløbsprogrammer og eventuelt inddrage de øvrige forløbsprogrammer, som i mellemtiden er udviklet. Udfordringen kan være at have adgang til database med de relevante patienter.

Rapporten med undersøgelsesresultaterne giver et konstruktivt bidrag til omstilling af indsatsen overfor kronisk sygdom.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Projektet kan bidrage til at optimere patientens forløb i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet og derved få en bedre udnyttelse af ressourcerne.

Såfremt undersøgelsen gentages vil omkostningerne til udviklingsdelen blive mindre end i nuværende projekt.

Projektet kan med fordel gennemføres over en kortere tidsperiode end 3 år, hvilket kan bevirke at undersøgelsen kan gennemføres for færre midler.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Det sker ved at skabe opmærksomhed omkring undersøgelsen og sprede resultaterne til relevante interessenter, så de anvendes i det videre arbejde med at forbedre kronisk syge patienters oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

Det er fx sket ved

- posterpræsentation på CFK's interne konference (juni 2012)
- at præsentere resultaterne for Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland (juni 2012)
- at udsende pressemeddelelser i forbindelse med offentliggørelse af rapporten (juli 2012)
- at sende rapporter til repræsentanter i de enkelte sektorer inden for sundhedsvæsenet (fra juni 2012 og fremadrettet)
- tekst på hjemmeside som appetitvækker til at læse rapporten på CFK's hjemmeside (juli 2012)

2012)

- at tilbyde at præsentere resultaterne i relevante fora som klynge styregrupper, implementeringsgrupper, Regionale Kvalitetsteams o.l. (fra august 2012)
- at skrive artikler om undersøgelsens indhold og resultater (frem til udgangen af 2012)
- Abstract til Internationalt Forum 2013, London. Poster om projektet er blevet optaget til konferencen (november 2012)

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Se punkt 6.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Ikke relevante for dette projekt.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

<http://www.cfk.rm.dk/udgivelser/kvalitetsudvikling+-+sundhed?>

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb			
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet			

tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelset kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)	Der sættes fokus på patientens oplevelser. Gevinsten er at patientens perspektiv bliver synligt, Patienternes bidrag tegner et billede af de områder hvor det går godt og mindre godt, som kan anvendes til målrettet at arbejde med kvalitetsforbedringer på de enkelte områder.		

Projekt 19

Selvevaluering af "En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012" (Hospitalsenheden Horsens)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Hospitalsenheden Horsens, Medicinsk Afdeling

Projektnummer

54698/19

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012

Projektleders navn og kontaktoplysninger,

Henning Voss, Kvalitetschef
Sundvej 30, 8700 Horsens
Henning.voss@horsens.rm.dk
Tel. +45 7842 5030 (lokal 25030)
Mob. +45 2531 0305 (lokal 25032)
www. <http://www.hospitalsenheden-horsens.dk/>

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer	X	Patientundervisning og egenomsorg	
Projekt 19			

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

03-12-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	01-03-2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet har søgt om forlængelse til 1. marts 2013 med henblik på at lave en dybere analyse af, hvad patienternes tilfredshed har været med hhv. telemedicin og webbooking.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

En del af projektet indgår som en del af en dybere implementering af forløbsprogrammet for KOL i forhold til "følg-hjem funktionen", men ellers i øvrigt som en del af hospitalets strategi om at anvende ny teknologi og innovation til at bidrage til højere kvalitet og effektivisering.

Projektet skal ses i sammenhæng med at Horsens Klyngen (hospital og nærmeste kommuner) har implementeret opfølgende hjemmebesøg et tilbud for borgere +78 år fra medicinsk afdeling m.fl. Det er et mål, at alle klynger i Region Midtjylland har implementeret opfølgende hjemmebesøg. Der benyttes elektronisk kommunikation mhp effektiv og hurtig formidling mellem hospital og kommune om den enkelte borger.

Patienter, der tilbydes opfølgende hjemmebesøg, vil få det første besøg derhjemme af den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken 6-8 dage efter udskrivelsen. Formålet er at sikre et godt og sammenhængende forløb for patienten efter udskrivelse fra hospitalet og samtidig forbygge eventuelle unødvendige genindlæggelser. Opfølgende hjemmebesøg stammer fra Glostrup som i 2007 viste, at op til 23 procent af genindlæggelserne kan undgås ved hjælp af de opfølgende hjemmebesøg.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Formålet med projektet var at understøtte hospitalets vision om at have fokus på logistikken i hele patientforløbet, herunder at understøtte kroniske syge medicinske patienters forløbsprogrammer **ved at demonstrere værdien af anvendelse af moderne teknologi i form af telemedicinske løsninger, patientlogistik styringssystemer og regionens booking system til dette formål.**

Der var således tale om udviklings- og innovationsprojekt og ikke et forskningsprojekt, hvorved projekterne kunne udvikles løbende på baggrund af input fra patienter og klinikere.

Telemedicin

Målet med telemedicin var at leve op til "følg-hjem" funktionen i forløbsprogrammet for KOL patienter ved at støtte patienten i udskrivelsen til eget hjem og efter forløbet, herunder at undersøge om dette kunne ske ved hjælp af teknologiske løsninger. Hospitalet havde før projektstart vanskeligt ved at overholde forløbsprogrammets retningslinjer for besøg i hjemmet, hvorfor man ønskede at undersøge, om teknologien kunne understøtte dette, om patienterne ville kunne være tilfredse med teknologien og om patient empowerment kunne øges ved hjælp af telemedicinske konsultationer.

Patientflow

Målet med patient logistik systemet var at undersøge, om et sådant med fordel kunne anvendes på tværs af sektorer, herunder at undersøge, hvor og hvordan det kunne støtte de tværsektorielle forløb. Horsens og Odder kommuner blev derfor inviteret til at give deres bidrag til en optimal teknologisk løsning, men man besluttede først at undersøge, hvor de konkrete største udfordringer var, idet der var enighed om, at en teknologisk løsning skal understøtte de rigtige arbejdsgange og processer mellem sektorerne.

Webbooking

Målet med booking systemet var at undersøge, om det kunne anvendes på tværs af sektorer, herunder om patienten selv kunne formå- og ville være tilfreds med - selv at booke tider. Endvidere skulle projektet undersøge, om vagtlægerne ville kunne booke subakutte tider direkte i bookingsystemet til patienterne ifm. et akut vagtlæge besøg. Dette delprojekt ændrede sig undervejs, idet flere dialoger med vagtlægerne gjorde det klart, at de ikke ønskede at få udviklet et system, som de skulle anvende til dette formål. Deres ønske var af en mere lavteknologisk art, nemlig at de skal kunne ringe til en person i akutafdelingen, som så skulle kunne oplyse dem om subakutte tider. Nogle af de teknologiske udfordringer var, at vagtlægerne havde forskellige mobiltelefoner og mobile devices med sig på vagt, at der ikke altid var adgang til 3G (mulighed for at sende data), men at alle vagtlæger har en mobiltelefon og ikke ønsker selv at få adgang til bookingsystemet.

Det nye mål med Webbooking var at facilitere patienternes mulighed for at kunne se tidligere og nuværende aftaler, flytte aftaler der var forud defineret af de enkelte afdelinger samt printe tidligere tilsendte breve og materialer.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Telemedicin

Der blev foretaget en markedsanalyse af, hvilke udbydere af telemedicin, som kunne tilbyde en løsning, som dækkede de kliniske behov.

En leverandør blev valgt og man ansatte en sygeplejerske til at være telekol case manager. Hendes opgave var at varetage video- og telekonsultationer med patienterne, opsætning og nedtagning af udstyr hos patienterne, samt uddanne patienterne og ikke mindst være bindeled til kommuner og praktiserende læger. Man valgte i første omgang en teknologisk løsning med indbygget videokommunikation (synkron), da dette blev prioriteret højt af det kliniske personale på hospitalet. Hertil var der mulighed for udstyr til måling af saturation, lungefunktion og puls.

En informationsfolder til patienterne blev udviklet og der blev sendt information til praktiserende læger og kommuner.

Inklusionskriterier blev valgt til at være patienter, der var indlagt med svær eller meget svær kol. Processen var, at patienterne blev udvalgt på afdelingen inden udskrivelse. Når patienten var kommet hjem, besøgte teleKOL case manageren patienten dagen efter udskrivelsen og medbragte det telemedicinske udstyr og uddannede patienten. Der blev aftalt en frekvens for videokonsultationer. Telekol case manager foretog en generel måling af patienternes helbredstilstand i form af en CAT score. Denne samme måling foretages ligeledes, når patienten afslutter sit telemedicinske forløb og udskrivelse enten til egen læge eller ambulatorium

En delkonklusion i foråret 2011 viste, at de patienter af de inkluderede, som havde den bedste lungefunktion, var lettere at opbygge selvhjulpethed hos, end de patienter, som

havde en dårligere lungefunktion. Derfor flyttede man inklusionskriterierne til at omfatte patienter med moderat kol. Endvidere udvidede man den teknologiske løsning til at omfatte en asynkron løsning, som var væsentligt billigere i drift end den synkrone. Men også for at få undersøgt, hvordan denne løsning ville blive modtaget af patienterne. Processen blev ændret, så patienten efter 2-3 uger med en synkron løsning, blev tilbudt en asynkron løsning, hvis det blev vurderet, at patienten fortsat kunne opbygge mere selvhjulpethed. CAT score blev vurderet før patienten blev igangsat, i forbindelse med overgang til asynkron løsning, samt ved afslutning.

I perioden 1. december 2010 til 1. november 2012 har 85 forskellige patienter haft et telemedicinsk tilbud.

- har i gennemsnit haft den synkrone terminal i 19,5 dage og haft 9 telekonsultationer
- har i gennemsnit haft den asynkrone terminal i 98 dage og haft 19 telefonkonsultationer
- Efter teleforløbet er 38 afsluttet til lungeambulatoriet, 31 til praktiserende læge og 5 til KOL-case manager
- Alle patienter har givet udtryk for, at det telemedicinske tilbud har givet dem en større tryghed (tryghed er ret væsentligt for kol patienter)
- Flere har givet udtryk for, at det har været betryggende at få fulgt op på målingerne (SAT, puls, lungefunktion) efter udskrivelsen, samt at kunne få svar på spørgsmål, hjælp og støtte af en fagperson/specialist
- Alle patienter synes, at teknikken er nem at betjene
- Stort set alle har haft et fald i deres CAT-score efter forløbet (dette er positivt)

Patientflow

Odder og Horsens kommuner blev i efteråret 2009 inviteret til at deltage i projektet, der skulle afdække, om det var realistisk at forvente, at et klinisk logistik styringssystem kunne forbedre samarbejdet omkring medicinske patienter på tværs af kommuner og hospital.

Udgangspunktet var afdækning af to områder; nuværende it systemer, som anvendes i samarbejdet og en afdækning af, hvor det går galt i overgangene – set ud fra et patientperspektiv.

Deltagerne var fra medicinsk sengeafdeling, samt fra kommunernes visitationsafdelinger og plejecentre, samt Caretech Innovation og leverandøren af hospitalets it logistikstyringssystem.

Webbooking

Der blev indledt et tæt samarbejde med regionens leverandør af bookplan om udvikling af et it-system, som skulle gøre det muligt for patienterne selv at flytte tider i ambulatoriet i stedet for at ringe til en sekretær på afdelingen, som så skulle flytte/ombooke tiderne. Det kunne være vanskeligt for patienterne at komme igennem til en sekretær via telefonen og det krævede ressourcer fra sekretærene at tage imod disse telefonkald, samtidigt havde patienterne ikke selv mulighed for at se, hvilke ledige tider, der kunne benyttes.

Et omfattende arbejde med medicinsk ambulatorium blev igangsat med henblik på at få udarbejdet inklusionskriterier. Udfordringen var sammenhængen til andre aktiviteter i patientens behandlingsforløb, idet mange patienters ambulatorietider hænger sammen

med aktiviteter på bestemte tider før og efter ambulatorietider, derfor var det 'simple' opgaver /aftaler der blev valgt som mulige aftaler patienterne selv kan flytte. Patienter med diagnoserne endokrinologi og reumatologi blev inkluderet. Senere blev også patienter i kardiologisk regi og patienter i forløb hos diætister inkluderet.

Et tilsvarende arbejde blev igangsat i regionens IT afdeling, som undersøgte forhold omkring domænenavn, certifikater, IP-adresser, system ejer, Datatilsyn og adgangskrav fx digital signatur/NemID.

En formåling viste følgende

142 patienter ringede over 2 uger for at flytte tider

- 60 til sygeplejerskerne
- 82 til sekretærerne
- 35 ville flytte pga sygdom
- 30 ville flytte pga arbejde
- 10 ville have en tidligere tid
- næsten alle ringede inden for en uge

De første patienter blev inkluderet september 2011 og en pressemeddelelse blev udsendt, der blev udviklet materiale til patienterne. Pr. 1.1.2012 var antallet af inkluderede patienter:

Reumatologi med 69 patienter

Kardiologi med 6 patient

Diætisterne med 11 patienter

Endokrinologi med 30 patienter.

Siden medio januar 2012 har alle patienter på HEH haft mulighed for at kunne se deres tidligere og kommende aftaler samt indkaldelsesbreve og evt. tillægsmateriale. Disse patienter kunne ikke flytte deres tider, blot kigge.

Der er blevet hængt plakater op i alle ambulatorier, udleveret flyers til patienterne, på storskærmen i forhallen vises der information om Webbooking, der er endnu engang skrevet om Webbooking på hospitalets hjemmeside og der har været en artikel i Horsens Folkeblad om webbooking.

På trods af disse tiltag er serveren ikke blevet bestormet og lagt ned af, at for mange brugere vil benytte denne facilitet.

Der kan være flere årsager til at patienterne ikke har været meget aktive i brugen af servicen.

For det første er arbejdsgangen således, at patienten efter endt konsultation får en ny tid til næste besøg. Hvis sekretæren eller sygeplejersken allerede på dette tidspunkt kan give patienten en ny tid, på et for patienten fordelagtigt tidspunkt, har patienten måske ikke så stort behov for at skulle have tiden flyttet. For det andet, er der ikke tradition for i sundhedsvæsenet, at patienterne har mulighed for at anvende denne slags funktionalitet. For det tredje så er der ikke på nuværende tidspunkt krav om at patienterne skal bruge webbooking for at kunne få en ydelse på hospitalet, ikke som i forhold til ansøgning om pension og andet, hvor der skal ansøges via borgerservice på internettet.

Det tager tid at ændre på processer og få kommunikeret budskaberne. I alle indkaldelsesbreve, der sendes til patienterne, bliver der nu orienteret og reklameret for booking.rm.dk. Siden, hvor patienten kan tilgå sine aftaler både kommende og tidligere, samt evt. informationsmateriale.

Efter funktionaliteten igen er blevet tilgængelig, er der dog sket en væsentlig øgning af aktiviteten på serveren.

Vigtigt er det også at succesen på projektet ikke kun opgøres i antallet af flytninger. Ligeså vigtigt er det også at se på, hvor mange der har læst fx indkaldelsesbreve eller informationsmateriale.

I perioden med nedluk blev HEH kontaktet flere gange af patienter der efterspurgte funktionalitet. De manglede ganske enkelt det overblik, som de får i webbooking. De fortalte, at de havde lidelser, der skulle kontrolleres i flere forskellige ambulatorier. De fandt det væsentligt, at de kan få en samlet oversigt.

Bookingsystemet BookPlan som HEH brugte i projektets opstart var en standalone løsning. HEH skulle i maj 2012 implementere Region Midt's fælles elektroniske patientjournal MidtEPJ. I denne journal var BookPlan dybt integreret.

Denne implementering betød, at alle data fra HEH's standalone BookPlan skulle overføres til regionens platform. Det betød desværre også at - af tekniske årsager - Webbooking blev nedtaget og midlertidig taget ud af drift.

Projektet skulle have løbet indtil den 31.4.2012, men sluttede den 23.3.2012.

Der blev i foråret 2010 afholdt indledende drøftelser med vagtlægerne omkring et samarbejde, som skulle føre til udvikling af en teknologisk løsning, som byggede ovenpå regionens BookPlan. Målet var at vagtlægerne i stedet for at indlægge patienter om aften/natten, skulle kunne se ledige subakutte tider dagen efter. Efter flere drøftelser i 2010 og igen i efteråret 2012, måtte dette projekt skrinlægges, da vagtlægerne ikke var interesserede i en sådan løsning.

Projektet besluttede derfor at udvide webbooking løsningen, så den omfattede flere patienter end oprindeligt planlagt, samt en tæt integration til regionens øvrige it systemer, hvorved en skalering til andre ambulatorie områder hurtigere kunne muliggøres, herunder en skalering til regionens øvrige hospitaler.

I sommeren 2012 besluttede Region Midtjylland at tilbyde alle hospitaler at anvende webbooking til deres patienter. Projektet gik således over i en driftsfase pr. 1.10.2012. Hvilket betød at alle patienter nu kan se deres aftaler på tværs af hospitalerne i hele regionen via webbooking.

I foråret 2012 indledte projektet ligeledes drøftelser med både leverandør af telemedicin og Webbooking med henblik på at få udviklet en ny funktionalitet til den telemedicinske løsning, som kunne gøre det lettere for patienter med et telemedicinsk tilbud at flytte aftalte tider med ambulatoriet. Det indledende arbejde viste, at der er et behov og at det teknologisk kan lade sig gøre, men at det ikke kunne realiseres inden for projektperioden.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Telemedicin

Teknologien til telemedicin modtages positivt af patienterne, hvorfor det vurderes, at der ikke her er barrierer for en videre udbredelse af projektet.

Der ses en stigning i patientens selvhjulpethed – målt ved en såkaldt CAT score, som er et mål for patientens velbefindende – i hovedparten af de inkluderede patienter.

Telemedicin kan anvendes som Følg-Hjem funktion i stedet for et udkørende team af kol casemanagere.

Patientflow

Der er et udbredt behov for at kunne udvikle et system, som kan give kommuner og hospital mulighed for at udveksle realtidsopdaterede data om patienterne.

Antallet af IT systemer, som er en del af behandlingen på tværs af sektorer er afdækket og præsenteret i projektet, hvorved målet for delprojektet er opfyldt

Webbooking

Der kan opnås en højere grad af patient inddragelse/selvhjulpethed ved at give patienterne adgang til booking data, samt mulighed for selv at finde data, flytte ambulatorietider, få overblik over egne data etc..

En dybere evaluering vil blive foretaget og afsluttet ultimo februar.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Telemedicin

Projektet har vist

- at telemedicin kan anvendes som supplement til en følg-hjem funktion. Det vurderes, at telemedicin ikke kan erstatte alle følg-hjem møder.
- at patienterne kan anvende teknologien
- at langt hovedparten af patienternes velbefindende stiger, herunder trygheden stiger (CAT scoren) med telemedicin

Den største udfordring er landets mobildækning (3G), hvorved vi ikke kan opnå båndbredde hos 100% af vores borgere til telemedicin.

Patientflow

Projektet har opnået, at kommuner og hospital er enige om, hvad kravspecifikationen er til et fælles it-system, som skal kunne give dem realtidsopdaterede logistik data om patienterne. Herunder, at der er sket en kortlægning af de it-systemer, som influerer på et nyt system. Desuden er der udviklet user-stories, der viser, hvad patienterne har brug for, hvilket ligeledes giver input til kravspecifikationen.

Webbooking

Projektet har opnået at færdigudvikle og teste en løsning, som gør patienterne mere selvhjulpne og som fjerner opgaver fra sekretærerne. Patienterne har været positive i forhold til strategien og endeligt, så er der bygget en platform for informationsudveksling omkring aftaler med patienterne, som kan videreudvikles til at indeholde flere relevante data.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Telemedicin

Den teknologiske løsning, som er valgt er forholdsvis enkel at installere, idet man ikke behøver at have en teknisk baggrund. Den kan installeres af en kliniker. Der er dog brug for support ifm. installation i dagtimerne.

Der er udfordringer med mobildækningen i Danmark, idet der ikke er 100% dækning på 3G båndbredden.

Der har ikke været en positiv økonomisk business case ved anvendelse af telemedicin i vores projekt. Prisen på telemedicin er faldet i projektperioden og forventes at falde yderligere, men vi forventer, at det først ved storskala løsninger kan findes en positiv business case. Teknologien har ikke været egnet til storskala.

Der er ikke fundet svar på, hvordan det organisatoriske set-up skal være i forbindelse med overgang til drift, men det arbejder afdelingsledelsen på.

Patientflow

Det er store omkostninger forbundet med at udvikle det it-system, som der i dette projekt er lavet kravspecifikation til. Der forventes stor effektivisering i overgangene mellem sektorerne i form af reduceret spildtid, når man skal træffe de rigtige personer for at få dybere informationer om patienterne. Der er ikke sat forventede estimater på den forventede reduktion i spildtid.

Webbooking

Samarbejdet mellem hospitalets it løsning og Regionens IT infrastruktur og netværk har været en stor opgave i dette projekt. Endvidere har opgaven med at markedsføre løsningen overfor patienterne været stor, idet det er en kulturændring, at få patienterne til selv at foretage denne opgave.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Telemedicin

Erfaringerne fra det telemedicinske projekt er ført over i et nyt tværsektorielt projekt med Horsens Kommune; Horsens På Forkant med sundhed. Her har direktionerne i hhv. hospital og kommune besluttet, at der skal laves et storskala projekt, som omfatter 400 patienter/borgere, hvor diagnoserne omfatter patienter med kol, diabetes, samt hjertemedicinske patienter og den ældre medicinske patient.

Samarbejdet mellem Horsens kommune samt Hospitalsenheden Horsens har bygget

videre på erfaringerne fra hospitalets telemedicinske projekt og har derfor givet vigtig viden til at få designet et fælles projekt, som lægger vægt på de tværsektorielle udfordringer, sundhedsøkonomien, en teknologisk løsning, som omfatter flere forskellige diagnoser.

Patientflow

Udbyttet af arbejdet med patientflow har ført til, at vi arbejder videre med ideerne og den viden, som er opnået med henblik på at få udviklet det pågældende IT system, som der er udarbejdet de overordnede kravspecifikationer til.

Webbooking

Region Midtjylland har besluttet og idriftsat webbooking i resten af region Midt. Tilbage står den egentlige implementering på de øvrige hospitaler. Afdelingerne på de øvrige hospitaler skal indrulles efterhånden som de finder funktionaliteten anvendelig i deres afdelinger.

På Hospitalsenheden Horsens er der er således dialoger i gang med nye afdelinger om ibrugtagning af funktionaliteterne, som de er nu, men også dialog om videreudvikling af løsningen, så den kan imødekomme endnu flere ønsker og krav fra klinikken.

Udviklingen af en løsning i samarbejde med de praktiserende læger er sat på hold.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Telemedicin

Der er lavet en del videndeling på projektet. Både i form af besøg på hospitalet fra både hjemlige og udenlandske hospitaler, udarbejdelse af en poster, samt deltagelse i konferencer for at sprede budskabet.

Der har været besøg fra blandt andet, som har fået præsenteret løsningen

- EU's sundhedsministre den 23. april 2012
- Besøg af et hollandsk hospital den 22. august 2012
- Besøg af franske journalister den 12. oktober 2012
- Besøg af Glostrup hospital den 7. september 2011
- Besøg af Hvidovre hospital den 12. juni 2012
- Besøg fra Regionshospitalet Viborg 15. juni 2012
- Besøg fra Bisbebjerg hospital og Københavns kommune den 16. marts 2012

Projektet er blevet præsenteret på følgende konferencer

- Telemedicinsk konference på AUH den 26. juni 2012
- Oplæg i samarbejde med Horsens kommune, hvor vi henholdsvis præsenterede vores projektet og efterfølgende havde deltager til workshops
- Oplæg på Vitalaier 27. + 29. oktober 2011 henholdsvis på Sjælland og Jylland. Konferencen bød på forskellige KOL løsninger, hvoraf vi præsenterede det telemedicinske perspektiv
- Indlæg på Sygeplejeforskning og udviklingskonference på AUH; Teknologi og sygepleje-Robotter der batter den 12. januar 2012



Poster teleKOL
04.01.12.pdf

Poster er vedhæftet. Denne vandt posterkonkurrencen til Dansk selskab for sygeplejeforskning.

Flere avisartikler, samt indslag i TV:

- TV2 Østjylland 22. juni 2012
- DR, 26. september 2011:
- <http://www.dr.dk/nu/player/#/tv-avisen-2100/19064/21:33>
- <http://www.dr.dk/P4/Aarhus/Nyheder/Horsens/2011/09/26/065404.htm#.ToAvzd-6X2l.email>
- DR 7. oktober 2011: <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2011/09/26/065404.htm>
- Radio Horsens 19. september 2011: <http://raho.dk/?artikel=105752>
- Omtale på www.lunge.dk

Omtale i Dagens Medicin:

<http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/horsens-skarer-ned-pa-genindlæggelserne/>
<http://www.dagensmedicin.dk/danmarks-bedste-hospital/2011/lungesygdomme/>

Inputgiver til empiri i DSI's undersøgelse: Hjemmeteknologi til KOL-patienter.

Patientflow

Der er afholdt et afsluttende møde mellem hospital og de øvrige deltagere, hvor det blev besluttet, at man sammen ville undersøge mulighederne for at søge om midler til at finansiere udvikling af en løsning.

Webbooking

Der er været indlæg på forskellige konferencer, medieomtale, samt omtale på hospitalets hjemmeside. Der er udsendt informationsbreve og mail's til de deltagende patienter.

Konferencer:

E-sundhedsobservatoriet 11.-12. oktober 2011

E-sundhedsobservatoriet 9.-10. oktober 2012

EU-sundhedsministre 23. april 2012

DR-østjylland

<http://www.dr.dk/P4/Aarhus/Nyheder/Horsens/2011/09/22/135451.htm?rss=true>

Capgemini

<http://www.capgemini.com/health-blog/?p=307&preview=true>

Alt om data

<http://www.infomedia.dk/mo/ViewPDFlauncher.aspx?Dockey=AOD%5c2012%5c04%5c26%5ce32e8849.xml&UrlID=543a0148-b5f0-4f44-9f59-4f29aa425e19>

Børsen - den 17.4.2012

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Telemedicin

Det er besluttet at igangsætte et tværregionalt storskala projekt på baggrund af de

erfaringer, som man havde med det telemedicinske projekt. Dette skal kortlægge sundhedsøkonomien i telemedicin, idet der er truffet aftale med Syddansk Universitet om forskning i emnet.

Patientflow

Hospitalsenheden Horsens har sammen med Odder og Horsens kommuner søgt om midler til at få færdigudviklet en it-løsning. Der afventes svar på disse ansøgninger. Der er enighed omkring rollefordeling og projektorganisation, samt samarbejdspartnere.

Webbooking

Regionen har besluttet at indkøbe en løsning, som kan anvendes af alle hospitaler. Hospitalsenheden Horsens har igangsat et arbejde, der skal sikre implementering i alle afdelinger på hospitalet.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Projektbeskrivelse for telemedicin

Ansøgning til Trygfonden vedr. patientflow

Overblikks rapport på de telemedicinske patienter

Kort konklusion på det telemedicinske projekt

Hertil kommer, at projektet har fået yderligere midler til evaluering, som vil anvende antropologisk metode til at få afdækket patientoplevelserne i forbindelse med telemedicin og webbooking.

Det er planlagt, at der dels gennem kvalitative semistrukturerede interviews og observationer og dels gennem spørgeskemaer indsamles viden om brugernes oplevelse af telemedicin og webbooking. De flere typer af data kobles og analyseres med antropologiske briller, for at gennemskue værdier, behov og udfordringer hos brugerne – herunder både personale og patienter. Da begge løsninger er nye tiltag i sundhedsvæsenet er de kvalitative evalueringer centrale, for at vide, hvor brugerne står og hvordan vi kan komme videre på baggrund af erfaringerne.

Sidst men ikke mindst, så vil evalueringen gennem før og eftermålinger synliggøre den faktuelle brug af systemerne og evt. besparelser eller kvalitetsforbedringer, der er opnået gennem projekterne.

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++		
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+++		
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	+		
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+++		
5. Bedre patientforløb	++		
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+++		
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	++		
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	++		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++		
15. Bedre patientoplevet kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket	+++		
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	+++	Foretager selv monitoreringer. Flytter selv tider i ambulatoriet	
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+		
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+		
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	++		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	+		Ja, ved større skala forventes en driftsøkonomisk effekt, men det afventes

			afdækket i en ny og større projekt.
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 20

Selvevaluering af "Sundhedspædagogisk uddannelsesforløb" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Projektnummer

20

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Sundhedspædagogisk uddannelsesforløb

Projektleders navn og kontaktinformation,

Doris Nørgård, afdelingsleder

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer (projekt 1-19)	<input type="checkbox"/>	Patientundervisning og egenomsorg (projekt 20-28)	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

26.11.12

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	<input type="checkbox"/>	Projektet er ikke afsluttet	<input type="checkbox"/>
Dato for afslutning	31.12.12	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

--

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet har til formål at øge de sundhedsprofessionelles sundhedspædagogiske kompetencer, så de bliver bedre i stand til at planlægge og gennemføre de patientuddannelses tiltag, som er en del af forløbsprogrammerne indenfor KOL, diabetes og hjertesygdomme. Uddannelserne i sundhedspædagogik er gennemført i de forskellige klynger og er blevet igangsat som et led i implementeringen af de forskellige forløbsprogrammer i klyngerne.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

I forbindelse med sundhedsloven i 2007 fik kommunerne et medansvar for den patientrettede forebyggelse. Som et led i at varetage denne opgave blev der oprettet patientuddannelsesstilbud primært til mennesker med kroniske sygdomme. I den forbindelse var der et stort behov for at de sundhedsprofessionelle fik styrket deres sundhedspædagogiske kompetencer for at være i stand til at varetage opgaven.

I en MTV fra Sundhedsstyrelsen i 2009 om patientuddannelse, er det dokumenteret, at sundhedsprofessionelle som underviser på patientuddannelser, skal have en pædagogisk tillægsuddannelse for at sikre, at der skabes rammer for gode lærerprocesser for de deltagende patienter på patientuddannelserne, så patientuddannelserne giver deltagerne de nødvendige forudsætninger for at kunne håndtere livet med sygdom. Der foregår meget patientuddannelse, hvor sundhedsprofessionelle med stor sundhedsfaglig viden underviser, men de mangler de sundhedspædagogiske kompetencer, som er nødvendige for, at patienterne får det fulde udbytte af patientuddannelsen. Projektet her er et led i, at de sundhedsprofessionelle tilegner sig de nødvendige sundhedspædagogiske kompetencer.

Formålet med projektet er at give sundhedsprofessionelle mulighed for at tilegne sig de nødvendige sundhedspædagogiske kompetencer, så de er i stand til at planlægge og gennemføre individuelle vejledningsforløb og gruppeundervisningsforløb med fokus på at patienten styrker sin evne og handlekompetence til at tage vare på eget liv og sundhed.

Projektets målgruppe er sundhedsprofessionelle med mellemlang videregående uddannelse fra hospitaler, kommuner og almen praksis

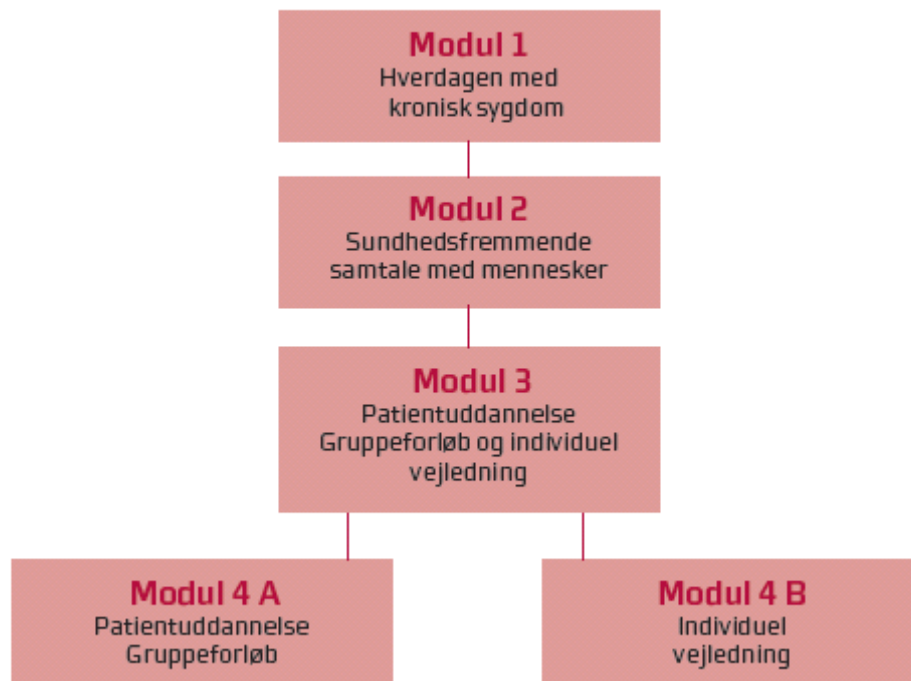
Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Uddannelsesforløbet består af fire moduler, hvor de tre første er af to dages varighed og den sidste af en dags varighed. Uddannelsesforløbet strækker sig over 5 måneder. De to første moduler er for alle, hvorefter deltagerne vælger om de vil deltage i patientuddannelse med fokus på gruppeforløb eller i individuel vejledningsforløb.

Det er hensigten at deltagerne bruger tid mellem undervisningsmodulerne til at omsætte teorien til egen praksis og målrettet arbejder med at udvikle deres sundhedspædagogiske kompetencer gerne i samarbejde med kolleger.

Uddannelse i sundhedspædagogik



I uddannelsen indgår en skriftlig opgave, som deltagerne arbejder med mellem modul 3 og 4. Opgaven giver deltagerne mulighed for at gennemføre en vejledningsopgave eller planlægge og gennemføre en gruppeundervisning med efterfølgende refleksion over, hvordan det gik, hvilke kompetencer har de erhvervet gennem uddannelsesforløbet og hvilke kompetencer skal der arbejdes for at komme i besiddelse af.

Der har deltaget i alt 156 sundhedsprofessionelle i uddannelsen. I figur 1 er der en oversigt over deltagere fordelt på faggrupper og hvor de kommer fra.

Figur 1. Oversigt over antal deltagere på sundhedspædagogisk uddannelse, fordelt på kommuner, sygehuse, praksis og faggrupper

Faggruppe	Kommune	Sygehus	Praksis
Sygeplejerske	47	28	18
Fysioterapeut	29	5	
Ergoterapeut/ Træningsass.	9 1		
Diætist	6		
Forebyg.medarbejder /sundhedskonsulent	7 1 (region)		
Bioanalytiker			1
Sekretær		1	1
Plejhjemsass.	1		
Pædagog	1		
	102	34	20

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet har i hele projektperioden arbejdet ud fra projektets formål og har uddannet 156 sundhedsprofessionelle i sundhedspædagogik. Deltagerne har udfyldt evalueringsskemaer efter uddannelsens afslutning hvor de er blevet bedt om at beskrive, hvad de har lært og om deltagelse i uddannelsen har medført forandring i deres undervisnings- eller vejledningspraksis. Evalueringerne viser samstemmende at deltagerne har haft et stort udbytte af uddannelsen og alle giver eksempler på, hvordan de har ændret deres praksis, så der bliver skabt bedre læringsmuligheder for de patienter, som deltager i patientuddannelse. Evalueringerne viser også, at den individuelle sundhedsvejledning har fået et kvalitetsløft. I evalueringerne peger deltagerne også på, at det har haft stor betydning at være på uddannelse og møde kolleger fra andre områder. Det har givet en større forståelse for arbejdsgange på hospitaler i kommuner og i almen praksis, som gør det muligt at skabe gode forløb for patienterne.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Projektet har åbnet øjnene hos de sundhedsprofessionelle for betydningen af at arbejde med lærerprocesser i patientuddannelse og at det er nødvendigt at involvere patienterne i undervisningen så den tager udgangspunkt i patienternes behov og ikke kun en generel powerpoint formidling af viden.

Projektet er evalueret 1 år efter at deltagerne er færdige med uddannelsen. Der er gennemført tre fokusgruppeinterview. Evalueringen viser, at deltagerne er fortsat med at udvikle deres sundhedspædagogiske kompetencer. De anvender den erhvervede viden, bruger de pædagogiske redskaber og arbejder med at styrke deres færdigheder som underviser og/eller vejleder. Deltagerne giver udtryk for, at de får mange positive tilbagemeldinger fra patienterne. Patienterne udtrykker, at de har fået støtte til at mestre deres liv og har mere mod på livet. Det er ikke muligt at vise en effekt af patientuddannelserne, da det er en meget sporadisk dokumentation der findes indenfor dette område.

De sundhedsprofessionelle peger i interviewene på behovet for, at der er muligheder for opfølgning af uddannelsen gerne i en netværksform, hvor der både er mulighed for at få tilført ny viden og lave en erfaringsudveksling.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Det vil koste 124.500,00 at afholde uddannelsen i lønudgifter til underviser og administrativ assistance. Hertil kommer udgifter til forplejning og lokalelejer. Dette beløbs størrelse vil afhænge af, hvor i regionen uddannelsen afholdes.

Perspektivering og vidensdeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Det skal efterfølgende drøftes om regionen skal fortsætte med at udbyde uddannelsen i

sundhedspædagogik. Det er helt tydeligt, at der fortsat er et stort behov for, at sundhedsprofessionelle som har undervisnings- og vejledningsopgaver, får styrket deres sundhedspædagogiske kompetencer for at sikre et tilstrækkeligt udbytte for de deltagende patienter. Evalueringerne viser tydeligt, at deltagerne har fået et stort udbytte af at gennemgå uddannelsen. Den har løftet kvaliteten betydelig i deres vejledning/undervisning af patienter.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der er foregået spredning af viden om uddannelsen på forskellige konferencer, en afholdt af Sundhedsstyrelsen og en anden afholdt af Region Sjælland. Den sidste resulterede i, at man i Region Sjælland i samarbejde med os, har lavet et uddannelsesforløb i sundhedspædagogik, som nu udbydes til hospitaler og kommuner i Region Sjælland. Da vores afdeling bliver lukket med udgangen af året og det er ikke afklaret, om der skal arbejdes videre med sundhedspædagogik, har vi ikke taget initiativ til at udbrede kendskabet til uddannelsen.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

På grund af den uafklarede situation vedr. patientuddannelse og sundhedspædagogik er der ikke foretaget noget, der kan sikre at uddannelsen videreføres i fremtiden.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

1. Uddannelsesfolder
2. Kvalitativ evaluering af sundhedspædagogik uddannelsen

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+++		Der tages oftere kontakt på tværs af sektorer
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	++		
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+++		
5. Bedre patientforløb	+		
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+++	Ja i den kvalitative evaluering	De nye pædagogiske kompetence anvendes i patientuddannelsen
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++		Ja der er flere uddannelsestilbud i kommunerne
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++		
16. Patienters egenomsorg er styrket	+++		
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	+++		
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+		
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++		
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			

26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 21

Selvevaluering af "Monitorering og evaluering af patientuddannelser - MoEva" (CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland

Regionshuset Aarhus
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
DK-8200 Aarhus N.

Regionshuset Aarhus
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
P.P. Ørums Gade 11, bygn. 1.B
DK-8000 Aarhus C.

Projektnummer

Projekt nummer: 54804/21

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Monitorering og evaluering af patientuddannelser - MoEva

(Udvikling og implementering af et monitorerings- og evalueringsværktøj til patientundervisning der samtidig kan bruges som kvalitetssikring af undervisningsforløbene)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Súsanna við Streym Thomsen
Forsker, ph.d., cand.scient.san - Projektleder
P.P. Ørumsgade 11, bygn. 1.B
DK-8000 Aarhus C.
Mail: susanna.streym@stab.rm.dk
Tlf.: +45 78 41 44 22

Titina Vinter Pedersen
Datamanager
Olof Palmes Allé 15
DK-8200 Aarhus N.
Mail: titina.vinter@stab.rm.dk
Tlf.: 7841 4384
[Hjemmeside](#)

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	X
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	30-04-2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Tilbage i juni 2012 blev der ansøgt og bevilliget en forlængelse af projektperioden frem til d. 30. april 2013.

Ansøgning om forlængelse af projektperioden

Der ansøges om projektforlængelse frem til 30. april 2013. Behovet for forlængelse skyldes primært ansættelse af ny projektleder som følge af sygdom og barsel. Der er udarbejdet en justeret projektplan.

Af Region Midtjyllands samlede bevilling på 23.894.200 kr. fra puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling, er 2.033.000 kr. disponeret til projekt 21. Projektet forventes fortsat afviklet indenfor den tildelte økonomiske ramme. Såfremt ansøgningen om projektforlængelse imødekommes, forventes der ultimo 2012 at være behov for at overføre 190.758 kr. til 2013.

Revideret tids- og procesplan

- 1. halvår 2012:
 - Ny detaljeret projektplan udvikles
 - Fortsat udvikling af monitorerings- og evalueringsværktøjet
 - Færdigudvikling af standardiserede udtræk til brugerne
 - Forberede det færdigudviklede værktøj til afprøvning ude ved den enkelte borger i ca. 4-6 kommuner
 - Implementering/undervisning i nye kommuner/hospitaler, dialog med kommuner og hospitaler
- 2. halvår 2012: Arbejder videre med processerne fra 1. halvår samt nedenstående:
 - Forberede det færdigudviklede værktøj til afprøvning ude hos den enkelte borger (frem til ultimo august)
 - Evalueringer i samarbejde med de implicerede kommuner og hospitaler og ift. Programevalueringen
 - Implementering / undervisning i kommunerne / hospitalerne (gamle som nye), dialog med kommuner og hospitaler
- 3. halvår 2013: Arbejder videre med processerne fra 2. halvår 2012 samt nedenstående:

- Færdigudvikle MoEva, således at det kommer til at ligge som et tilbud til kommuner og hospitaler
- Forberede overgangen fra projekt til drift

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Tilbage i 2007 hvor kommunalreformen trådte i kraft, overgik en del af opgaven vedr. den patientrettede forebyggelse til kommunerne. Allerede her gik det daværende Center for Folkesundhed – CFK med at udvikle et monitorerings- og evalueringsværktøj, da der var stor behov for at kunne monitorere og dokumentere indsatserne vedrørende patientuddannelser. I september 2009 udførte det daværende kontor for Folkesundhed og Kronikerindsats i Viborg en kortlægning af patientuddannelser i Region Midtjylland (kortlægningen kan læses [her](#)). En af konklusionerne og fokusområderne der udsprang af denne kortlægning var:

- at der skulle skabes mere ensartede værktøjer til at evaluere de forskellige patientuddannelser
- at der skulle opnås viden omkring, og evidens for hvilke tilbud der har den største effekt fremadrettet for patienterne

Projekt 21 – MoEva, er blevet gennemført i samarbejde med 9 kommuner, Livsstilscafeer og Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland. Værktøjet er udviklet af CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, og afprøvet ude i kommunerne. Bl.a. har projekt MoEva være en del af evalueringsredskabet i Lærings og Mestring – Patientuddannelse på deltagernes præmisser projektet, udført i Vestklyngen i Region Midt, hvilket blev afsluttet i foråret 2012, rapporten kan hentes [her](#). Ligeledes har MoEva også bidraget med den kvantitative evaluering af Evaluering af projekt Sundheds- og Patientskolen i Norddjurs, rapporten kan læses [her](#). Frem til årsskiftet bidrager MoEva med at levere data til yderligere evalueringer. De kommuner der skal til at bearbejde data fra MoEva er: Holstebro kommune, Viborg kommune, Norddjurs Kommune, Syddjurs Kommune, Lemvig Kommune, Ikast-Brande Kommune, Struer kommune, Ringkøbing-Skjern kommune, Herning Kommune, Hospitalsenheden Vest med KOL hold og diabetesskolen, Livsstilscafeerne (Lucette Meillier) samt et ph.d. studie ved hjerterehabiliteringsenheden ved Hospitalsenheden Vest i Herning.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Der er generelt behov for at indsamle standardiserede data, der kan anvendes til at dokumentere indsatsens effekt, og som samtidig kan anvendes som hjælpemiddel til tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsforløbene.

Projektet har fokus på såvel videreudvikling som implementering af evalueringsværktøjet i samarbejde med brugerne. Værktøjet er et tilbud til hospitaler og kommuner, og det har været nødvendigt med en høj grad af fleksibilitet og revision i værktøjets struktur. Bl.a. er

der i 1. halvår 2012 arbejdet på at reducere værktøjet, således at det anvendes i overensstemmelse med lokale interesser og ambitionsniveau, hermed kan der fortsat opnås sammenlignelighed med andre kommuner og hospitaler i regionen.

Der er tre mål for monitorerings- og evalueringsværktøjet:

- Indsamling af standardiserede og dermed sammenlignelige data fra patientundervisning i kommuner og på hospitaler til brug ved evaluering.
- Løbende udtræk af informationer fra de registrerede data, der kan bruges af frontpersonalet ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsaktiviteter.
- Sammenligning af patientdata med sundhedsprofildata så man kan se, om man rammer målgruppen for den pågældende aktivitet, og hvordan funktionsniveau, livsstil etc. er hos deltagerne sammenlignet med baggrundsbefolkningen og målgruppen.

Projektet vil således danne grundlag for følgende effekter:

- At der sker en rutinemæssig evaluering af patientundervisningen i kommuner og på hospitaler.
- At kvaliteten af patientuddannelserne sikres og løbende forbedres, dels i det daglige arbejde, dels på et overordnet strategisk niveau. I det daglige arbejde vil underviserne kunne bruge data fra systemet i tilrettelæggelsen af undervisningen. På et overordnet strategisk niveau vil data kunne bruges til at vurdere om uddannelserne rammer målgrupperne og har de ønskede effekter.

Ved start var ønsket om målgruppens størrelse, at alle kommuner og hospitaler skulle anvende værktøjet. Dette blev dog ikke til en realitet, det endte således med at alle kommunerne i Vestklyngen, Viborg kommune, Norddjurs Kommune og Syddjurs kommune har anvendt værktøjet til evaluering af deres patientuddannelser i projektperioden 2010-2012. Ligeledes køres der et ph.d. studie ved hjerterehabileringsenheden i Herning – Hospitalsenheden Vest, de har randomiseret deltagerne i to grupper, hvor de måler effekten vha. MoEva. Indsamlingen af data til dette studie færdiggøres sommeren 2013. I forbindelse med evaluering af Forebyggelse af multisygdom – livsstilsfæer, er MoEva blevet anvendt i perioden 2007-2012, hvor de sidste spørgeskemaer bliver indsamlet i december 2012.

Vi forventer at indsatsen fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling mht. idriftsættelse, information og oplysning om at værktøjet findes, vil føre frem til, at fleste kommuner i RM vil tage MoEva i brug.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Projektet MoEva er baseret på udviklingen af et spørgeskema til måling af kvantitative data, således at det vil være muligt at monitorere, evaluere og måle effekt af en given patientuddannelse.

De ydelser vi har leveret til målgruppen har i opstartsfasen været undervisning i brug af værktøjet og internetapplikationen til brug for indtastning af spørgeskemaerne i databasen CFF-Web, samt support til brugerne.

Her i slutfasen har de ydelser vi har leveret til brugerne været, at levere gratis

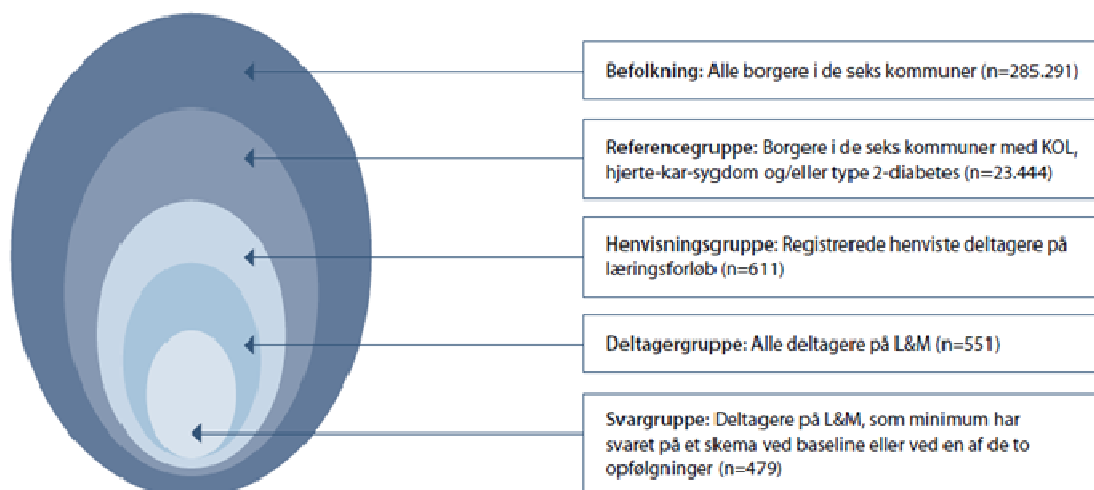
standardudtræk over de indsamlede data fra MoEva.

Standardudtrækket indeholder følgende: Dataoprensning, Rekodning, Beskrivende statistik – Frekvenstabeller, al ønsket data fra SF12, KRAM, HeiQ og Antonovsky med opfølgning med enkelte analyser. Såfremt brugerne selv ønsker at analysere data yderligere, får de al data leveret, oprenset og rekodet leveret på enten en excel-fil, do-fil eller en csv-fil.

Som nævnt under punkt 1, har vi på nuværende tidspunkt været medvirkende til to evalueringsrapporter, og vi har forpligtet os til at levere yderligere data til 10 evalueringer frem til sommeren 2013: *Lemvig, Struer, Ikast-Brande, Herning, Ringkøbing-Skjern, Hospitalsenheden Vest ph.d. projekt, Viborg, Norddjurs, Syddjurs, Livsstilscafeerne.*

Følgende to figurer viser en oversigt over brugen af MoEva i evaluerings- rapporter fra Vestklyngen og fra Norddjurs kommune i Region Midt. Alle kommuner i den vestlige (Vestklyngen) del af Region Midtjylland – Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer – deltog i læring og mestrings projektet, med opfølgning vha. værktøjet MoEva. Desuden deltog Hospitals-enheden Vest med KOL-hold og diabetesskole.

Figur 1: sammenhæng mellem analysens grupperinger, MoEva brugt i forbindelse med Læring og mestrings uddannelserne kvantitative evaluering



Kilde: Læring og Mestring, patientuddannelse på deltagernes præmisser: *Kvantitativ evaluering*

Rapporten kan læses [her](#)

Figur 2: MoEva brugt i forbindelse med evalueringsrapporten fra Norddjurs.

Tidspunkt	Indhold	Antal spørgeskemaer
Ved opstart på Sundheds- og Patientskolen	Basisskema med en række spørgsmål om socioøkonomiske forhold, helbreds- og trivselsforhold/SF-12, samt sundhedsvaner ift. kost, motion og rygning. Spørgsmål vedrørende sundhedsvaner er kun besvaret af de kursister, som har valgt undervisning om det pågældende emne.	I alt 355 skemaer
6 måneder efter afsluttet kursusforløb	Basisskemaet vedrørende helbreds- og trivselsforhold/SF-12 samt sundhedsvaner er besvaret igen.	I alt 53 skemaer
1-4 år efter afsluttet kursusforløb	Samme spørgeskema som ved 6 månedsopfølgning. Skemaerne er udfyldt over telefon af interviewere fra Center for Folkesundhed.	I alt 134 skemaer

Kilde: Evaluering af projekt Sundheds- og Patientskolen – *Norddjurs kommune og Region Midtjylland*
Evalueringsrapporten kan læses [her](#)

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

De erfaringer vi sidder med i øjeblikket er, at fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudviklings side skulle der have været satset mere på den pædagogiske indgangsvinkel i forhold til information og undervisning i brugen af værktøjet. Dette for at forståelsen for vigtigheden af, at indgå i et projekt var mere klart for brugerne. F.eks. viser der sig, at erfaringer fra projektledere ude i kommunerne, giver udtryk for, at brugerne ikke "gider" at udfylde spørgeskemaer anden og tredje gang. Her ville en mere målrettet pædagogisk indgangsvinkel med bl.a. oplysning af håndtering af spørgeskemaerne være at foretrække fra udbyderens side.

Der har været vanskeligheder med at få kommuner og Hospitaler til at afprøve værktøjet. Dette var blandt andet pga. at både brugerne og borgerne gav udtryk for, at spørgeskemaet var for langt og at det ikke passede til de enkelte sundhedstiltag ude i kommunerne. Der har været brugt en del ressourcer på at udvikle værktøjet således, at det kunne præsenteres i en nyere "tyndere" version, uden at man gik på kompromis med at værktøjet ville miste muligheden for, at kunne monitorere, evaluere og måle på effekten. Projektet har også været ramt af sygdoms melding, flere barsler og nye projektledere - således har ovenstående planer været forsinkede i processen.

De enkelte formål hver især:

- **Indsamling af standardiserede og dermed sammenlignelige data fra patientundervisning i kommuner og hospitaler til brug ved evaluering.**

Der har været gjort et stort stykke arbejde med at indsamle de standardiserede data, pga. forskellige ønsker rundt i kommuner og hospitaler mht. hvilke data der skulle indsamles, blev værktøjet opbygget som et modulopdelt spørgeskema. Således er der ikke alle der har indsamlet ens datasæt rundt i regionen. For at ensrette dataindsamlingen mere, har vi arbejdet på at ændre skemaet til et basismodul og ét opfølgingsmodul, opfølgingsmodulet bruges til alle opfølgningerne. Således er den nyeste version der skal lanceres og sættes i drift ikke modulopdelt. Dette vil fremover styrke værktøjet således, at det vil komme til at indsamle mere standardiserede data så kommuner og hospitaler har mulighed for at sammenligne data på tværs.

- **Løbende udtræk af informationer fra de registrerede data, der kan bruges af frontpersonalet ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsaktiviteten.**

Vi har i projektperioden desværre ikke kunne leve op til ovenstående formål hvor brugerne løbende, har kunne gå ind og trække registrerede data. Vi burde her have gjort mere ud af at oplyse dem om, hvilke muligheder lå i brugen af databasen, og hvilke data de selv kunne gå ind og kigge på. Der var blevet stillet i udsigt, at brugerne skulle kunne have mulighed for at trække et "Standardudtræk" fra de data de havde indtastet, det være sig eksempelvis frekvenstabeller af oprensede og rekodede data. Der arbejdes i fremtiden på, at udvikle en sådan funktion i den nye internetportal- Trialpartner, som data fremover skal tastes ind i.

- **Sammenligning af patientdata med sundhedsprofildata så man kan se, om man rammer målgruppen for den pågældende aktivitet, og hvordan funktionsniveau, livsstil etc. er hos deltagerne sammenlignet med baggrundsbefolkningen og målgruppen.**

Det har vi i høj grad kunne leve op til. CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling ligger inde med sundhedsprofildata fra Hvordan Har Du Det, så det har været lettilgængeligt at komme igennem denne proces.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Det vigtigste, projektet har opnået indtil nu

- At 9 kommuner og 1 hospitalsenhed (3 patientuddannelser) og livsstilscafeerne har brugt værktøjet. 6 Kommuner i Vestklyngen er i gang med yderligere evalueringer, vha. data fra MoEva, Norddjurs vil også lave en ekstra evaluering vha. data fra MoEva. Syddjurs bruger også data fra MoEva til evaluering af deres sundhedstiltag i kommunen. Der vil foreligge evaluering fra Livsstilscafeerne vha. data fra MoEva og så er der et randomiseret forsøg i gang ved hospitalsenheden i Herning - hjerterehabilitering der samler data ind vha. MoEva. De bliver færdige med indsamlingen sommeren 2013.
- At brugerne (specielt i Vestklyngen) er blevet glade for værktøjet
- Har været med til to store evalueringer vedr. effekt, og som nævnt ovenfor vil værktøjet blive brugt til flere evalueringer og én ph.d. afhandling.
- At vi nu har fået lavet et monitoreringsredskab, som primo 2013 vil kunne udbydes fra CFK-Datamanagement med en klar beskrivelse, vha. en manual som beskriver brugen af værktøjet, gratisydelse, tilkøbsydelse og support mm.

Hvad der især har bidraget til disse succeser

- Der har været arbejdet ihærdig på, at få værktøjet bredt ud i kommuner og hospitalsregi. Specielt kommunerne har taget imod værktøjet. Der er lagt en del energi i undervisning og opsætning af værktøjet.

Projektets største udfordringer / problemer / barrierer

- En af de store udfordringer har været, at brugerne har syntes at spørgeskemaet har været for langt og ikke passer til lige akkurat deres udbud.
- Det har været besværligt for brugerne at indsamle skemaerne ved den anbefalede spændevide, således viser det sig at spændet ved de indsamlede opfølgingsdata har været stort.

Hvad der har bidraget til at overvinde disse udfordringer / problemer / barrierer

- Der var lagt meget energi i starten at tilpasse spørgeskemaet til hver enkelt kommune, således at de selv kunne til og fravælge forskellige moduler. I sidste ende viste det sig alligevel, at de fleste kommuner valgte nogenlunde samme moduler. Hvor vi i løbet af 2012 besluttede at lave et mere ensartet udkast af spørgeskemaet, således at kommuner og hospitalsenheder får samlet mere ensartede data ind, som således kan sammenlignes på tværs af kommuner / hospitalsenheder.
- Denne model, skal introduceres i 2013.

Eventuelle utilsigtede, ikke-planlagte konsekvenser af projektet

- Ingen

Forventede udfordringer i 2013, hvis projektet videreføres

- Det er fra CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudviklings side hensigten at sætte projektet i drift. Den største udfordring i 2013 er at få de informationer ud vedr. værktøjet som er meget vigtige. Her tænkes der på vigtigheden af at informere brugerne om tanken bag det ensartede værktøj samt vigtigheden af en konsekvent indsamling af data. Informere dem om, at der skal lægges kræfter i opsamlingen, informere dem om hvorfor det er så svært at få data ind når det drejer sig om opsamling af data. MoEva har ofte stødt på, frustrerede projektledere der synes at det er alt for besværligt at få data ind efter 6 og 12 måneder og mener at det skyldes MoEva's sammensætning. Her er det yderst vigtigt for os som center / udbyder, at informere brugerne om vigtigheden af at sætte ressourcer af til at samle data ind ved opfølgninger, og gøre opmærksom på, at der i alle undersøgelser er svært at få opfølgingsdata ind.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

De største udfordringer for MoEva i 2013 vil ligge i at informere og yde støtte til brugerne mht. at lære dem at bruge værktøjet både ved baseline, og opfølgingsdelen. Det er yderst vigtigt, at projektlederne rundt i kommuner og hospitalerne er klar over at der er udfordringer når man laver projekter med f.eks. opfølgning, og at en af udfordringerne er konsekvent registrering. Her skal vi ind og yde den support der skal til.

Ligeledes vil det også være en udfordring i at få fat i nye brugere rundt i regionen, således vil der her foreligge en del PR-arbejdet omkring værktøjet.

Der kan være en økonomisk udfordring til at kompetenceudvikle og implementere værktøjet.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Planen med MoEva er, at denne skal sættes i drift og skal forankres i CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Datamanagement. Når udviklingsprojektet MoEva afsluttes, overgår det til drift og underlægges en systemforvaltning. Systemforvaltningen vil sætte rammerne for driften, supporten, vedligeholdelse og videreudviklingen af MoEva. Driftsansvaret for MoEva vil blive placeret ved CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling – Region Midt. Der skal foreligge en driftsaftale, som skal indgås mellem CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og Datamanagement.

Forslag der skal indgå i driftsaftalen:

- Den skal beskrive det serviceniveau, som CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling – Region Midt, Datamanagement forpligter sig til at levere til brugerne
- Hvem afholder udgifter
- Hvem står for vedligeholdelsen af værktøjet
- Hvem står for supporten til brugerne ude i kommuner og hospitaler
- Hvem står for justeringer og videreudviklingen af værktøjet
- Hvem står for formidlingen/PR af værktøjet i forhold til udbredelse af systemet regionalt og evt. nationalt
- Der skal foreligge en klar organisatorisk tilknytning – hvor MoEva tilhører
- Hvem står for den daglige drift (Datamanagement)
- Hvem ejer data

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

- Fremadrettet: Informationsdag d. 25. januar 2013 for ledere, projektledere og andre interessenter. Informationsdagen afholdes på MarselisborgCentret.
- Hjemmeside: læs mere [her](#)
- Nordisk Folkesundheds konference august 2011 Maiken Rose Hjortbak
- Undervisning omkring MoEva – cand.scient.san uddannelsen på Aarhus Universitet.
- Umiddelbart har vi ikke et præcis overblik over hvem der vil tage MoEva til sig i fremtiden, vi har fået meget positive tilbagemeldinger fra Vestklyngen. Vi har ligeledes fået forespørgsler fra Skanderborg og Svendborg om MoEva og dets fremtid.
- Vores arbejde vil i 2013 også bestå af at "sælge" værktøjet, specielt da dette er det eneste der forefindes nationalt i øjeblikket.
- Artikel: Evalueringsværktøj som hjælpemiddel til patientuddannelser af Jakob Hjort, datamanager og Lucette Meillier Center for Folkesundhed Region Midtjylland. Læs yderligere på s. 36 [her](#)

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

MoEva er udviklet i en dialog med kommunerne. Fremtidig anvendelse af MoEva understøttes af Datamanagement. Se ovenfor (punkt 6+7)

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MoEva – monitorerings og evalueringsværktøj til

patientrettet forebyggelse

<http://www.cfk.rm.dk/projekter/kvalitetsudvikling+++sundhed/moeva+-evalueringsv%C3%A6rkt%C3%B8j+til+patientrettet+forebyggelse?viapreview=true&viaauth>

Evaluering af projekt Sundheds og Patientskolen, Norddjurs Kommune og Region Midtjylland

http://www.norddjurs.dk/media/Evaluering__SOPS.pdf

Læring og Mestring – Patientuddannelse på deltagernes præmisser Kvantitativ evaluering

http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Projekter/Læring%20og%20mestring/Læring%20og%20mestring%20Evalueringer/LM%20Kvantitativ%20evaluering_www.pdf

Midt Liv – Sundhedsprofiler på arbejde. Evalueringsværktøj som hjælpemiddel i patientuddannelse.

Jakob Hjort og Lucette Meillier 2009 nr. 1 s. 36-39

<http://www.cfk.rm.dk/files/sundhed/cfk/udgivelser/sundhedsfremme%20og%20forebyggelse/midt%20liv/mi%28d%29t%20liv%201-2009.pdf>

Region Midtjylland – Kortlægning af patientuddannelser i Region Midtjylland

<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/Patientuddannelse/Kortlægning%20af%20patientuddannelser.pdf>

Region Midtjyllands ansøgning til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom: Bilagsrapport 30. september 2009. Projekt 21: Evaluering- og monitoreringsredskab til patientuddannelse med fokus på kvalitetssikring s. 68-71

<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/KRONISK%20SYGDOM/kronikerområdet/Kronikerpulje/Bilagsrapport%20-%20Region%20Midtjylland.pdf>

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	Ja	Nej
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb	+++	Ja på sigt	nej
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+++	Ja	Ja den gamle CFF-Web, men al data skal overgå til Trialpartner, platformen udviklet til MoEva er planlagt til at være klar til ultimo januar 2013.
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	+++	ja	
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+++	nej	
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++	Ja på sigt	
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+++	ja	
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	+++	(kan dokumenteres på sigt)	
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++	ja	
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++	ja	
16. Patienters egenomsorg er styrket	+++	ja	
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+++	ja	
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			

23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++	ja	
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	+++	ja	
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	+++	ja	
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 22

Selvevaluering af "LM – REHAB – Effekt af Læring og Mestring i hjerteREHABibilitering. Et randomiseret kontrolleret parallelgruppe-studie" (Hospitalsenhed Vest)

Tilskudsmodtager

Hospitalsenheden Vest, Medicinsk Afdeling, Region Midtjylland

Projektnummer

54804/22 (patientundervisning og egenomsorg).

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

LM – REHAB – Effekt af Læring og Mestring i hjerteREHABibilitering. Et randomiseret kontrolleret parallelgruppestudie

Projektleders navn og kontaktinformation,

Birgitte Egholm Jacobsen Projektleder, Gl.landevej 61 – 66, birgitte.jacobsen@vest.rm.dk, Tlf/mobil 78436401/25141005.

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	x
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

25-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	x
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	01-08-2013 (fraset 3 års opfølgning)

Inklusionsperioden begyndte ikke som planlagt 1. september 2010, men først 30. november 2010, hvilket betyder, at inklusionsperioden strækker sig over yderligere tre måneder. Det betyder, at de sidste patienter forventes at blive inkluderet i december 2012.

Dette skyldes blandt andet, at der først 1. marts 2010 mod forventet 1. januar 2010 blev ansat en projektleder. Samt oplæringen og uddannelse af undervisere tog længere tid end forventet.

Der er ikke i den oprindelige projektbeskrivelse taget højde for at de sidste, der bliver inkluderet, jo naturligt skal igennem de otte ugers rehabilitering, og herefter skal der laves tre måneders opfølgning ect., så ambitionen om at afslutte projektet med udgangen af 2012 har aldrig kunnet indfries, selvom vi stoppede inklusionen tidligere.

Det er derfor nødvendigt at forlænge projektet ind i 2013, hvor der skal laves:

- Resultat opgørelse
- Tre måneders og evt. tre års opfølgning

- Afrapportering på kompetence delen

Det betyder at den endelige afrapportering først forventes at foreligge i sensommeren 2013.

Projektets sammenhæng

Regeringen afsatte i 2009 midler til en forstærket indsats for kronisk syge. Projektet er udviklet indenfor rammerne af de støtteberettigede formål ved udmøntningen af puljen vedr. patientundervisning og egenomsorg. I Region Midtjylland er patientuddannelse et af indsatsområderne i strategien for en bedre indsats i forhold til mennesker med kronisk sygdom. Her defineres patientuddannelse som strukturerede uddannelsesforløb, der har til formål at øge patienters livskvalitet og handlekompetence i forhold til at mestre deres sygdom.

ELM er et treårigt pilotprojekt, der er en del af den fælles regional og kommunal indsats i forhold til kronisk syge med forankring i de lovpligtige sundhedsaftaler om forebyggelse og sundhedsfremme mellem region Midtjylland og henholdsvis Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner. Det blev besluttet i foråret 2007 og blev afsluttet med udgangen af år 2011.

LM-REHAB tager udgangspunkt i den eksisterende Hjerterehabilitering (HR) og udvikles på baggrund af erfaringerne fra ELM. Her skal involvering af viden fra erfarne patienter videreudvikles og afprøves samtidig med, at de sundhedspædagogiske kompetencer hos de sundhedsprofessionelle videreudvikles. Endvidere er projektet designet, så effekten af lærings- og mestringsprincipperne kan dokumenteres.

LM-REHAB skal desuden tilpasses de krav til den sundhedsfaglige indsats, som er besluttet i region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom – Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe". HR og LM-REHAB er en del af den såkaldte fase 2-indsats, der defineres som tiden fra udskrivelsen indtil patienten er tilbage i erhverv eller er blevet i stand til at klare hverdagens aktiviteter. Herefter overgår patienterne til kommunen med henblik på fase 3 rehabilitering.

Formål

Bærende ide

Projektets bærende idé er at kvalitetsudvikle, kvalitetssikre og afprøve lærings- og mestringsprincippers praktiske anvendelse i hjerterehabiliteringen i HEV med henblik på dokumentation af effekter.

Formål

Undersøgelsens overordnede formål er at vurdere effekten af LM-konceptet indenfor hjerterehabilitering målt på mestringssevne og livskvalitet samt risikofaktorer, arbejdskapacitet og genindlæggelseshyppighed.

Herunder :

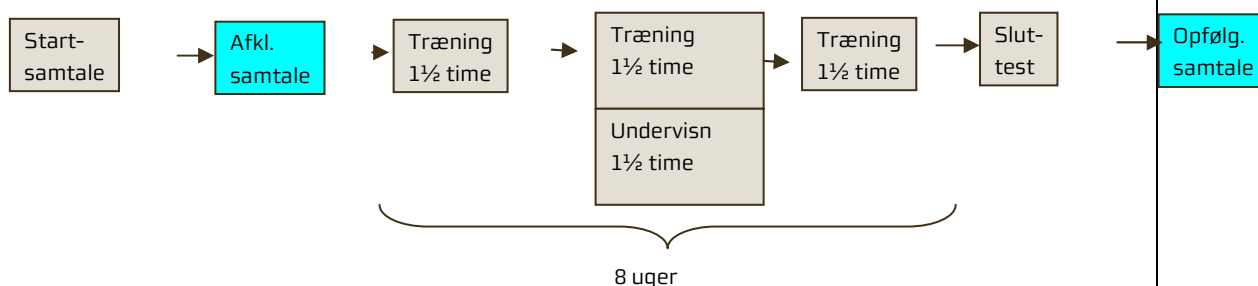
- Udvikle og afprøve involvering af viden fra erfarne patienter i hjerterehabilitering
- Videre udvikling af de sundhedspædagogiske kompetencer i hjerterehabilitering.
- Udvikling af metode til fastholdelse af og fortsat udvikling af sundhedspædagogiske

kompetencer efter projektets afslutning.

Projektforløbet

Rehabiliteringsforløbene i Hospitalsenheden Vest varer otte uger og består af fysisk træning i halvdelen time tre gange om ugen og undervisning derudover i halvdelen time en gang om ugen. Der er 24 planlagte fremmøder i alt over de otte ugers rehabilitering. De otte af fremmøderne består af både fysisk træning og undervisning, og de sidste 16 er udelukkende fysisk træning. Undervisningen er overordnet opdelt i otte temaer, der blandt andet omhandler viden om det normale og syge kredsløb, hjerteundersøgelser, viden om risikofaktorkontrol, støtte til livsstilsforandringer, virkninger og bivirkninger af hjertemedicin, behandling af hjertesygdomme, hensigtsmæssig adfærd ved hjertesymptomer og viden om psykiske følger af kronisk hjertesygdom. Ud af ni spor anvendes otte til projektet - fire hold til interventionsgruppen med LM og fire hold til standardgruppen uden LM det sidste hold er et såkaldt flexhold der benyttes til patienter er ikke ønsker at deltage i projektet. Der er løbende optag på holdene, og der kan maksimalt være 12 patienter på et hold.

Forløbs diagram på et hjerterehabiliterings forløb



De to bokse der er turkis illustrere at de to samtaler er unikke for LM holdene og ellers er forløbene ens fraset den pædagogiske metode som er anderledes.

Pædagogisk bygger LM- undervisningen på høj grad af deltager-involvering og på at udvikle patientens handlekraft og selvstændighed. Principper, der skal sikre en læringsproces, hvor tiden imellem de enkelte undervisningsmoduler bliver aktiv tid til læring. De afklarende individuelle samtaler bygger på metoden "Den motiverende samtale". Her gøres brug af beskrivende og åbne spørgsmålstyper, der kan fremme refleksion hos patienterne. LM konceptet er appliceret i interventionsgruppen således, at der tages udgangspunkt i det, der rør sig hos de enkelte patienter i gruppen i forhold til det tema, der undervises i. Der anvendes ikke faste undervisningsslides, der deltager erfarne patienter, og deltagerne har individuelle afklarende samtaler før og efter rehabiliteringsforløbet. I standardgruppen undervises mere struktureret i de otte temaer ud fra enslydende undervisningsslides på alle tre matrikler.

Forud for opstart på et LM hold er der en afklarende samtale og opfølgende samtale efter afsluttet rehabiliterings forløb. Afviklingen af de afklarende og opfølgende samtaler er fordelt ligelig mellem fysioterapeuterne og sygeplejerskerne, og tiden til samtalerne er berammet til ca. 1 time. Der er udarbejdet en metode for hvordan man laver overlevering mellem de forskellige fagpersoner, så patienternes problemstillinger/udfordringer kan trækkes med ind i undervisningen.

Der er skabt rammer for hvordan planlægningen og evalueringen af træningen og

undervisningen skal forløbe. Der er en høj grad af kontinuitet af det personale der træner og underviser, og der skal som minimum i et 8 ugers forløb tilstræbes at være det samme personale og erfaren patient på holdene. Der er i den forbindelse lavet planer for overlap mellem personalet og afløsningsplaner ved sygdom og ferie.

Målopfyldelse og erfaringer

Inklusion afsluttes den 20. december 2012 hvor målsætningen i forhold til antallet af inkluderede patienter på 750 er opfyldt.

Der er lagt en plan for hvordan vi overgår til drift, selvom vi endnu ikke har resultater fra projektet. Alle holdene skal på sigt afvikles som LM hold, dette for at bevare de kompetencer der er opbygget indtil vi har det endelige svar ang. hvad der er bedst.

Vedrørende selve forskningsdelen forventes der at ligge en rapport efter sommeren 2013 og herudover planlægges det, at der foreligger en kortfattet rapport der beskriver indholdet og processen i projektet som skal være færdig primo 2013.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Da der endnu ikke foreligger nogen resultater, er nedenstående en kort redegørelse af projektets programteori.

Deltagelse i LM-REHAB tilbydes borgere over 18 år, der er indlagt med iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt i Hospitalsenhed Vest, og som har underskrevet informeret samtykke. Deltagelse tilbydes ikke borgere med særligt definerede medicinske tilstande, borgere, der tidligere har deltaget i projektet, eller borgere, der ikke kan fungere i et gruppeforløb. Inklusionen foregår i perioden nov. 2010 til dec. 2012.

Implementering af lærings- og mestringsprincipper i den eksisterende hjerterehabilitering, kræver, at de sundhedsprofessionelle udvikler / tilegner sig særlige sundhedspædagogiske kompetencer, som bringes i spil ved den afklarende samtale, træning og i såkaldte undervisningsforløb.

Herudover skal de:

- Kunne mestre den afklarende samtale
- Kunne planlægge, gennemføre og evaluere LM-REHAB forløbene i ligeværdigt samarbejde med den/de erfarne patienter
- Kunne sikre, at den pædagogiske proces følges mht.
- fokus på ressourcer
- deltagerinvolvering
- aktivt brug af mestringsprocessen
- aktivt brug af de erfarne patienter fortællinger
- styrke deltagernes handlekraft
- Kunne bidrage med faglig viden, når det er relevant
- Lede en individuel proces hos den enkelte deltager i en gruppe.

Eksempler på udfordringer:

- Have blik for, hvor den enkelte deltager er i mestringsprocessen
- Opmærksomhed på hver enkelt
- Tale, så deltagerne forstår det sagte / hverdagssprog

- Gå fra at være formidler til at være processtyrer
- Skabe et 'rum', hvor gruppen er støttende for den enkelte
- Slippe kontrollen ved at tage deltagernes udgangspunkt
- Tåle, at det efterspurgte, ikke er det planlagte
- Styre processen, så man ikke kommer for langt på afveje / holder sig på sporet
- Skabe åbenhed og tillid i en gruppe med løbende optag.

Forudsætninger

- Tilstrækkeligt antal sundhedsprofessionelle i både HR og LM-REHAB til at kunne afvikle de forudsatte antal hold
- Tilstrækkeligt antal uddannede sundhedsprofessionelle i læring og mestring
- Tilstrækkeligt antal uddannede erfarne patienter
- Tilstrækkeligt antal patienter, der ønsker at deltage i projektet
- En vellykket udviklings- og implementeringsperiode med bl.a. mulighed for tilstrækkelig supervision undervejs
- Motivation hos de sundhedsprofessionelle både i HR og LM-REHAB
- Stærk ledelsesmæssig forankring
- Et godt samarbejde mellem HEV, Center for Folkesundhed og Hjerteforeningen
- En projektorganisation og mødestruktur, der sikrer indflydelse og muligheder for at deltage i udvikling og gennemførelse af projektet for alle relevante interessenter.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Der er ansøgt Folkesundhed i Midten (2012) om finansiering af en økonomisk analyse af LM-REHAB, da det vurderes at det er et område der kalder på at få et bedre også økonomisk overblik til at kunne træffe de rette beslutninger.

Nedenstående er oplægget til analysen:

Hypotesen

At det aktuelle koncept for læring og mestring som en del af et integreret hjerterehabileringsforløb for patienter med iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt allerede på kortsigt kan betale sig økonomisk. Konceptet forventes at give anledning til flere omkostninger til etablering og drift af hjerterehabilerings pr. patient, men til gengæld vil der allerede efter 1 år være afledte besparelser, der gør tilbagebetalingstiden relativ kort.

Metode

Der er en forhåbning om at man vil kunne foretage en systematisk litteraturgennemgang af evidensen i allerede publicerede sundhedsøkonomiske eller økonomiske erfaringer med læring og mestring i hjerterehabileringsforløb.

At der vil kunne blive gennemført en økonomisk analyse, hvor de totale omkostninger til etablering til normal drift, normal drift samt afledte omkostninger og besparelser efter 1 år vil blive dokumenteret. I henhold til gældende retningslinjer for økonomisk evaluering udført med udgangspunkt i randomiserede kliniske forsøg bliver der taget et samfundsmæssigt perspektiv, dvs. at alle relevante omkostninger ved de betragtede alternativer medtages, uanset hvem de tilfalder.

Opgørelsen af de relative totale omkostninger tager sit afsæt i tre trin. Først identificeres og kvantificeres de ressourcer, der medgår i hvert hjerterehabileringsforløb. Dernæst

opgøres de relative omkostninger ved at værdiansætte hvert ressourcetræk. De totale omkostninger i hvert alternativ opgøres derefter ved at summere alle omkostninger i patientforløbene (24). Ressourceforbruget vil blive opgjort som en kombination af patientspecifikke og ikke-patientspecifikke data, der indsamles både prospektivt og retrospektivt efter nedenstående skabelon (Tabel 1). Værdiansættelsen vil være baseret på en kombination af direkte estimeringer og af takster. Omkostninger vil blive rapporteret som 2013 DKK.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Der er truffet en foreløbig beslutning om at vi sikre at vi bevare de kompetencer der er oparbejdet på LM holdene. Det betyder at vi efter marts 2013 langsomt konvertere alle holdene til at være LM hold. Dette i takt med at vi har uddannet tilstrækkelig personale og erfarne patienter.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der er lavet en afrapportering der beskriver hvordan projektet har været planlagt, afviklet og hvilke væsentlig udfordringer der har været i forhold til at drive projektet. Målgruppen for denne rapport er fagpersoner og ledere der er ansvarlig for driften af den kommunale og sygehusforankrede hjerterehabilitering.

Der er planen at resultater fra projektet, positive såvel som negative vil blive publiceret i relevante tidsskrifter. Desuden vil resultaterne forsøgt formidlet på kardiologiske kongresser. Der vil tilgå information både mundtlig og skriftlig til det sundhedsfaglige personale og de involverede erfarne patienter tilknyttet hjerterehabiliteringen i Hospitalsenheden Vest.

Afrapporteringen og resultaterne vil endvidere blive lagt ud på diverse relevante hjemmesider.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Personalet der står for et LM hjerterehabiliteringsforløb har alle været igennem et uddannelses forløb og herudover er der løbende givet vejledning som en del af den kompetence udvikling der er nødvendig for at fastholde et godt og kvalificeret tilbud til hjerte patienterne.

Formål med vejledningen er:

- At fagpersonen får vejledning på sine kompetencer i træningen og undervisningen
- At alle partner får tid og ro til at reflektere over undervisning/træningen inden vejledningen starter
- At alle vokser af vejledningen, ved at få spejlet sine stærke sider
- At alle finder kompetencer, der kan udvikles på
- At der laves aftaler i forhold til hvor, hvornår og hvordan ens kompetenceudvikling skal foregå.

Det er planen at alle de "nye" der skal køre holdene skal igennem noget tilsvarende dog vil vejledningen blive planlagt med kollegial vejledning.

Det er de nærmeste ledere der skal stå for den daglige drift og de er stærkt involveret i den fremtidige planlægning.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

- Projektbeskrivelse LM – REHAB
- Afrapportering Af LM – REHAB projektet
- Evt. Protokol – læring og mestring i hjerterehabilitering (LM –REHAB) økonomisk analyse.
- Hjemmeside:
<http://www.cfk.rm.dk/projekter/sundhedsfremme+og+forebyggelse/l%c3%a6rings-+og+mestringsuddannelse/l%c3%a6ring+og+mestring+i+hjerterehabilitering>

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++		x
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	++		x
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	+		x
5. Bedre patientforløb	++		x
6. Forløbsprogrammet er implementeret	++		x
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+++		x
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++		x
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	++		x
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+		x
16. Patienters egenomsorg er styrket	+		x

17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	++		x
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+		x
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 23

Selvevaluering af "Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin." (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland, Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Projektnummer

54804/23

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe."

Delprojekt:

Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin.

Projektleders navn og kontaktinformation,

Adjunkt, ph.d., forskningsansvarlig fysioterapeut Annemette Krintel Petersen,
Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Mail: annempte@rm.dk

Tlf.: 78 45 67 19

Mobil: 22 34 17 17

Seniorforsker, ph.d., Sussie Laustsen,

Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afdeling T, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Mail: sussie.laustsen@ki.au.dk

Tlf.: 78 45 67 35

Mobil: 22 62 99 64

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	x
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

01.12.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	30-06-2013

Oprindelig tidsplan for projektet:

Oprindeligt lå fasen for planlægning og forberedende implementering i 2010 - 2011, men denne fase er forsinket ½ år, og det forskyder projektets øvrige faser.

Forsinkelsen skyldes

- At identifikation af projektets patientmålgruppe og udredning af behov har taget mere tid end planlagt. Patienterne er identificeret i sammenhæng med projekt 8, og der er det særlige krav til inklusionen i projekt 23, at patienterne skal være medicinsk velregulerede og stabile, af hensyn til sikkerheden ved en telemedicinsk styret træning
- At udredningen af de teknologiske behov, krav til monitorering og sikkerhed under hjemmetræningen samt de teknologiske valg af løsninger har været mere tidskrævende end forudset
- At projektet har måttet udvikle egen telemedicinsk applikation til smartphone og webportal, idet det, der er på markedet, ikke har været godt nok.

Ny tidsplan for projektet:

- 2010-2011: Udvikling af teknologi, planlægning og forberedelse
- 2012: Test og tilpasning af teknologi (pilottestning)
- 2013: Projektperiode, afprøvning med patienter
- 1. halvår 2013: Evaluering

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projekt 23 er et af i alt tre delprojekter under den fælles titel "Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe." De tre projekter (8, 23, 24) har en tæt indbyrdes sammenhæng.

Projekt 8 vedr. den fysiske træning på hold afsluttes først og leverer data til det telemedicinske projekt (54804/23) og til databaseprojektet (54804/24).

Det telemedicinske projekt afprøver effekten af telemedicinsk overvågning og feedback om træningsforløb i eget hjem for den patientgruppe, der grundet deres erhvervsarbejde enten takker nej til træningsforløbet i hospitalsregi eller har mange afbud i forløbet. Resultaterne forventes at kunne sikre, at flere i denne gruppe af hjertepatienter gennemfører et træningsforløb, samt at kunne styrke overførelsesværdien af rehabiliteringen og livsstilsændringer til patientens hverdagsliv.

Databaseprojektet etablerer og validerer en tværfaglig og tværsektoriel klinisk database om hjertepatienters funktionsevne i alle 3 faser af rehabiliteringsforløbet. Databasen supplerer eksisterende nationale registre og databaser vedr. hjertepatienter og ses som et redskab til at evaluere og forbedre rehabiliteringsindsatsen, herunder hjertepakker og forløbsprogram for Region Midtjylland.

For alle 3 projekter gælder, at de i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel især relaterer sig til følgende standarder:

- Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed 1.2.3
- Patientinddragelse 2.1.2., 2.1.3
- Forløbsansvar 2.3.3
- Rehabilitering 2.15.1

- Forebyggelse og sundhedsfremme 2.16.3, 2.16.4
- Overdragelse 2.17.1, 2.17.3
- Hjertheinsufficiens 3.5.1

Herudover er 3 projekter, projekt 3, 27 og 28, om anvendelse af telemedicinsk indsats i gang, knyttet til puljen vedr. en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Vi holder os orienterede om resultaterne af projekterne med henblik på gensidig læring og muligt samarbejde, se også punkt 7.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

I den eksisterende litteratur foreligger ingen begrundelse for, at overvågning af vitale værdier hos hjertepatienter under træningsseancer ikke kan ske via telemedicin. Samtidigt ser det ud til, at telemedicinsk hjerterehabilitering har en positiv effekt på såvel patienternes evne til at håndtere eget liv som kroniker som på deres helbredsrelaterede livskvalitet. Endvidere er det beskrevet, at telemedicinske løsninger til hjertepatienter kan resultere i færre indlæggelser, færre ambulante besøg, færre kontakter til akutfunktioner og til primær sektor. På trods heraf er der kun sparsom litteratur om effekten af telemedicinsk træning i eget hjem i fase 2 af hjerterehabiliteringen.

Formålet med projektet er:

- at begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af hjertesygdomme
- at forbedre patientens funktionsniveau og livskvalitet
- at bremse progression af hjertesygdom
- at reducere morbiditet og mortalitet

samt

- at udvikle, afprøve og implementere et telemedicinsk patientuddannelsesstilbud, som skal medvirke til, at patienter kan træne og undervises i egne omgivelser

Vores antagelse er, at visse patientgrupper i erhverv med et telemedicinsk træningstilbud kan styrkes i at gennemføre et træningsforløb og forbedre deres funktionsevne.

Forventede benefits for patienterne:

- Patienterne kan monitorere sig selv
- Bedre inddragelse af pårørende
- Forbedret funktionsevne
- Færre genindlæggelser
- Nedsat morbiditet med færre kontakter til sundhedsvæsenet og færre ambulante besøg på hospital
- Øget helbredsrelateret livskvalitet
- Livsforlængelse
- Øget overførselsværdi til ændret livsstil, da træningsform og træningssted er selvvalgt

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der

tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Projektet er et pilotstudie, hvor den telemedicinske løsning udvikles, afprøves og evalueres.

Overordnet rekruttering af patienter i pilottestningsfasen:

Patienterne rekrutteres fra Aarhus Universitetshospital i Skejbs optageområde efter henvisning til specialiseret genoptræning på hold i Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen i Skejby. Patienterne henvises konsekutivt i perioden d. 1/11 til 31/12 2012.

Rekruttering i forbindelse med det endelige projekt:

Deltagerne er patienter, som på grund af erhvervsarbejde i efterforløbet takker nej til genoptræningsforløbet i hospitalsregi eller har brug for et kombineret, individuelt tilrettelagt forløb. Der indgår 10 patienter.

Forløbets indhold:

- Test inden og efter træningsforløbet. Erfarne fysioterapeuter forestår testningen, overvågningen samt feedback til patienten om den telemedicinske træningsindsats.
 - **Fysiske test:** Kardiorespiratorisk fitness (kondition), VO2 max, måles med Breath by Breath metoden med iltoptagelsesudstyr (Jaeger MasterScreen CPX) på ergometercykel (Lode Corival). Der måles desuden carbondioxid udskillelse, puls, ilt saturation og EKG.
 - **Generelt aktivitetsniveau:** Spørgeskemaet Physical Activity Scale, PAS, anvendes
 - **Isometrisk muskelstyrke og muskel power:** Maksimal voluntær isometrisk knæekstension på dominant side måles siddende på dynamometerstol (Good Muscle Strength, Metitur)
Ekstensionspower i underekstremitet på dominant side måles siddende med Nottingham Leg Extensor Power Rig
 - Helbredsrelateret livskvalitet, HQRQoL:
Spørgeskemaet SF 36
- Desuden registreres en række basisoplysninger om patienterne: køn, alder, nuværende og tidligere hjertediagnoser, tidligere operationer, forbrug af hjertemedicin.
- Valget af teknologisk løsning er et monitoreringsbælte med en tilhørende applikation og webportal.
- Telemedicinsk træning, monitorering og kontakt mellem patient og hospital. 10 patienter gennemfører et 12 ugers træningsforløb.

Inden træningsforløbet:

Patienterne instrueres i at anvende det tekniske udstyr og i at henvende sig til afdelingen, hvis de har spørgsmål om træningen eller tekniske problemer. Det telemedicinske udstyr indstilles ud fra patientens VO2 max test.

Under træningsforløbet:

Patienterne superviseres telemedicinsk i hele forløbet af 2 erfarne fysioterapeuter.

Der er beregnet 4 - 6 telekonsultationer af ½ times varighed fordelt over træningsforløbet for at sikre, at forløbet bliver interaktivt. Hyppigheden tilpasses til den enkelte patient.

Herudover er der løbende kontakt med hver enkelt patient om træningsrelaterede spørgsmål. Kontaktformen vælges i samarbejde med patienten (telefonisk, SMS, Skype).

Patienterne vejledes i træningsintensitet. Progressionen i træningsintensiteten er standardiseret og monitoreres med bælte og sendes via en smartphone. Data fra træningspas sendes anonymiseret til en sikret server. Her kan både patient og fysioterapeut se træningsdata, og dette danner baggrund for vejledning om træningsintensiteten.

I pilotprojektet foregår den undervisning, der indgår i hjerterehabiliteringen med sygeplejerske, fysioterapeut og diætist, på hospitalet.

På sigt vil det teknisk være muligt, at patienter herudover kan monitorere deres blodtryk, vægt, blodsukkerværdier og saturation.

Evalueringsforløbet:

Evalueringen foregår i forbindelse med sluttest ved afslutning på træningsforløbet. Her drøftes testresultater, oplevelser under forløbet, og der vejledes i fortsat livslang motion.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Da projektet stadig er i pilottestnings fasen, jvf. tidsplanen i pkt. om projektets status, er der endnu ingen resultater.

Vi kan ikke præsentere opnåede resultater i denne selvevaluering, fordi projektet er et forskningsprojekt, og derfor skal leve op til reglerne for offentliggørelse/publicering af resultater (Vancouver reglerne).

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Opnåede delresultater/milepæle af projektet pr. 1/12 2012

Milepæle i det forberedende arbejde:

- Etableret samarbejde med Medicoteknisk Afdeling, Region Midtjylland, med den projektleder, som har den koordinerende funktion i forhold til regionens samlede telemedicinske indsats og IT-arkitektur
- Erfaringsudveksling med Medcom
- Samarbejde med udvikler af telemedicinsk udstyr samt udvikler af software
- Erfaringsudveksling om måleudstyr til telemedicinsk projekt på Institut for Folkesundhed (Idræt)
- Blevet medlem af klinisk netværk vedr. telemedicinske projekter i Region Midtjylland
- Projektledelsen og projektgruppen har deltaget i flere nationale telemedicinske konferencer og i ATEA IT-Expo
- Projektledelsen har afgivet høringssvar vedr. strategi for telemedicin for Region Midtjylland

Delresultater for pilottestningsperioden ultimo 2012:

- Interview med 2 patienter om deres vurdering af at indgå i et telemedicinsk træningstilbud, herunder om selvmonitoreringen. Patienternes synspunkter tages med ind i introduktionen til patienter i afprøvningsfasen
- Aktuelt afprøver 4 patienter udstyret, mens de er deltagere på træningshold på hospitalet. Der er stor interesse hos patienterne for denne metode til fysiologiske målinger af træningsintensitet. Patienterne er imødekommende over for den

teletekniske løsninger. Erfaringerne herfra inddrages i projektets afprøvningsfase.
5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet
Det har i dette projekt ikke været formålet at udarbejde sundhedsøkonomiske beregninger på baggrund af undersøgelsen.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?
Da pilotprojektet ikke er afsluttet, er der ikke indgået aftaler om videreførelsen eller ændret praksis endnu. De milepæle/delresultater, der er foretaget på nuværende tidspunkt, er beskrevet i punkt 5. Ifølge tidsplanen, angivet under punktet Projektets status, planlægges det at overføre erfaring fra pilotprojektet om telemedicinsk træning til drift ultimo 2013.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?
<p>I forberedelsesfasen har projektdeltagere ved flere lejligheder informeret om projektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfaringsudveksling med Thomas Decker Christensen, der arbejder med telemedicin på AK-Centret, Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afd. T, Aarhus Universitetshospital i Skejby • Deltagelse i Dansk Selskab for Klinisk Telemedicins Årsmøde 2012 • Præsenteret projektet i de samme fora som projekt 8 • Kontrakt med Medicoteknisk afdeling om teknisk support til projektet til og med 2013 • Diplomstuderende i sundhedsteknologi ved Aarhus School of Engineering, Aarhus University på studiebesøg i projektet, de har interviewet projektledelsen herom • Udveksling med Center for Telemedicin i Region Midtjylland v/Britta Ravn <p>Der vil ske en planlægning af det videre samarbejde med projektsamarbejdspartnerne på Aarhus Universitetshospital i Skejby, i Region Midtjylland, på Aarhus Universitet og i øvrige teknologiske og faglige netværk. Der arbejdes på, at data på sigt inkorporeres i EPJ. Dette er vi i løbende dialog med Region Midtjylland om via Medicoteknisk afdeling.</p> <p>Der bliver lagt en plan for den kommende publicering og formidling af projektets resultater:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektresultaterne vil blive publiceret i peer reviewed videnskabelige tidsskrifter • Projektresultaterne vil blive formidlet skriftligt og mundtligt i relevante faglige fora <p>Vi vil orientere os om resultaterne, der opnås i de beslægtede projekter 3 og 27, 28 og drøfte samarbejdsmuligheder om</p> <ul style="list-style-type: none"> • videndeling af resultater • fælles læring på tværs af projekter og sektorer og udveksling af erfaringer med at indføre og fastholde ændringer klinisk, personalemæssigt, organisatorisk og i relation til den teknologiske udvikling på det telemedicinske område

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?
Da projektet ikke er færdigt, kan vi ikke bidrage til dette punkt ud over allerede anførte

oplysninger.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++		
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	ikke en del af projektet		
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	ikke en del af projektet		
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	ikke en del af projektet		
5. Bedre patientforløb	++		
6. Forløbsprogrammet er implementeret	++		
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+++		
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	ikke en del af projektet		
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+++		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	ikke en del af projektet		
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	ikke en del af projektet		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	ikke en del af projektet		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++		
15. Bedre patientoplevelset kvalitet i indsatsen	uvist, men forventeligt		
16. Patienters egenomsorg er styrket	++		
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	+++		
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+++		
19. Færre akutte indlæggelser	forventeligt		
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	++		

21. Sundhedsøkonomisk gevinst	forventeligt		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	forventeligt		
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	+++		
24. Mere omkostningseffektiv praksis	forventeligt		
25. Højere patientsikkerhed	ikke en del af projektet		
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	forventeligt		
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	ikke en del af projektet		
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	++		

Projekt 24

Selvevaluering af "Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsdatabase for kirurgiske og medicinske hjertepatienter." (Aarhus Universitetshospital)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland, Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Projektnummer

54804/24

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe."

Delprojekt:

Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsdatabase for kirurgiske og medicinske hjertepatienter.

Projektleders navn og kontaktinformation,

Adjunkt, ph.d., forskningsansvarlig fysioterapeut Annemette Krintel Petersen,
Fysioterapi – og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Mail: annempe@rm.dk

Tlf.: 78 45 67 19

Mobil: 22 34 17 17

Seniorforsker, ph.d., Sussie Laustsen,

Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afdeling T, Aarhus Universitetshospital i Skejby

Mail: sussie.laustsen@ki.au.dk

Tlf.: 78 45 67 35

Mobil: 22 62 99 64

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	x
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

01-12-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet	X	Projektet er ikke afsluttet	
Dato for afslutning	31-12-2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Tidsplan for projektet:

- Dataindsamling august 2011 til august 2012
- Validering af variabelsættet december 2012
- Anvendes i EPJ efterhånden som datasættet valideres

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projekt 24 er et af i alt tre delprojekter under den fælles titel "Planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats som beskrevet i Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe." De tre projekter (8, 23, 24) har en tæt indbyrdes sammenhæng.

Projekt 8 vedr. den fysiske træning på hold afsluttes først og leverer data til det telemedicinske projekt (54804/23) og til databaseprojektet (54804/24).

Det telemedicinske projekt afprøver effekten af telemedicinsk overvågning og feedback om træningsforløb i eget hjem for den patientgruppe, der grundet deres erhvervsarbejde enten takker nej til træningsforløbet i hospitalsregi eller har mange afbud i forløbet. Resultaterne forventes at kunne sikre, at flere i denne gruppe af hjertepatienter gennemfører et træningsforløb, samt at kunne styrke overførelsesværdien af rehabiliteringen og livsstilsændringer til patientens hverdagsliv.

Databaseprojektet etablerer og validerer en tværfaglig og tværsektoriel klinisk database om hjertepatienters funktionsevne i alle 3 faser af rehabiliteringsforløbet. Databasen supplerer eksisterende nationale registre og databaser vedr. hjertepatienter og ses som et redskab til at evaluere og forbedre rehabiliteringsindsatsen, herunder hjertepakker og forløbsprogram for Region Midtjylland.

For alle 3 projekter gælder, at de i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel især relaterer sig til følgende standarder:

- Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed 1.2.3
- Patientinddragelse 2.1.2., 2.1.3
- Forløbsansvar 2.3.3
- Rehabilitering 2.15.1
- Forebyggelse og sundhedsfremme 2.16.3, 2.16.4
- Overdragelse 2.17.1, 2.17.3
- Hjertheinsufficiens 3.5.1

Herudover er 1 projekt, projekt 16, vedr. etablering af et fælles datafundament og datafeedback for alle 3 sektorer i gang, knyttet til puljen vedr. en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Vi vil holde os orienterede om resultaterne af projektet med henblik på gensidig læring og muligt samarbejde, se også punkt 7.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede

målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

De allerede eksisterende databaser om hjertepatienters behandling og effekten heraf indeholder ikke data om patienternes funktionsevne. Derfor afdækkes med dette pilotprojekt, hvilke funktionsevnevariable der er relevante at monitorere i en klinisk hverdag.

Vi måler på, dokumenterer og skaber adgang til data, som ikke tidligere har været indsamlet og dokumenteret systematisk. Databasen vil kunne supplere eksisterende registre og databaser og bidrage med oplysninger, som potentielt kan medføre bedre behandling/kvalitetsudvikling til gavn for hjertepatienterne, samt medvirke til en forbedret ressourceudnyttelse. Databasen vil endvidere kunne anvendes til overvågning af sundhedsfaglig kvalitet.

De valgte variable til beskrivelse af patienternes funktionsevne vil på sigt også kunne anvendes i forhold til andre kronikergrupper.

Den anvendte tekniske løsning tager højde for genanvendelse af eksisterende data og vil kunne tilpasses en overordnet strategi for dataanvendelse.

Formålet med projektet er:

i et pilotprojekt at monitorere, generere og overvåge data om kirurgiske og medicinske hjertepatienters forløb, med henblik på systematisk kvalitetsudvikling af den tværfaglige og tværsektorielle rehabiliteringsindsats. På længere sigt er det hensigten, også at udbrede anvendelsen til andre kronikergrupper.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Projektet er et longitudinelt follow-up pilot studie baseret på en løbende inklusion og follow-up af patienter med hjertesygdom, som behandles og rehabiliteres på Aarhus Universitetshospital i Skejby, i perioden 1. august 2011 til 31.juli 2012. Alle inkluderede patienter følges i alle 3 faser af rehabiliteringsforløbet, hvor de udvalgte variable, der følger anbefalingerne i Region Midtjyllands Forløbsprogram for hjertekarsygdom, indsamles, valideres og analyseres.

Projektet gennemføres som et samarbejde mellem Fysioterapi - og Ergoterapiafdelingen, Hjerter-, lunge-, karkirurgisk afdeling T og Kardiologisk afdeling B, Aarhus Universitetshospital i Skejby samt Aarhus Kommune og praktiserende læger.

Deltagende patienter:

- Alle patienter indlagt på Aarhus Universitetshospital og behandlet hjertemedicinsk eller hjertekirurgisk i perioden 01.08 2011 til 31.07 2012 indgår i databasen.
- Patienterne har de samme diagnoser som patienterne, der deltager i projekt 8
- Stabil angina pectoris
- Ustabil angina pectoris
- AMI (STEMI og NONSTEMI)
- Venstresidigt hjertesvigt
- Operationskrævende venstresidig klapsygdom

Følgende data indsamles ved validerede målemetoder (se bilag 1 Registreringsskema):

I fase 1 under indlæggelse
 Demografiske data (uddannelse, erhverv, civil status, selvhjulpethed)
 Cirkulation (BT, puls, vægt) ved indlæggelse og udskrivelse
 Respiration (ilt saturation) ved indlæggelse og udskrivelse
 Screening for ernæringsmæssig risiko, taljemål
 Mobiliseringsevne (New Mobility Score)
 Rygestatus, nikotinafhængighed (Fagerströms test)
 Genoptræningsplan
 I fase 2 under ambulant genoptræningsforløb på hospital
 Cirkulation (BT, puls, vægt)
 Ernæring, taljemål
 Psykosocial funktion (screening for angst, depression, alkoholforbrug, selvopfattet helbred, livskvalitet SF 36),
 Mobiliseringsevne (New Mobility Score)
 Fysisk aktivitetsniveau (kondital, muskelstyrke - og power)
 Rygestatus og test for nikotinafhængighed (Fagerströms test)
 Deltagelse i træningsseancer
 Ernærings - og sygeplejevejledning
 I fase 3 under opfølgende indsats i Aarhus Kommune og hos praktiserende læge
 Fysisk aktivitetsniveau
 Psykosocial funktion (se indhold ovenfor)
 Ernæring (kolesteroltal, taljemål)
 Der er pr. 01.12 2012 indtastet data om 231 patienter.

Målopfylde og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Dataindsamlingen afsluttes rettidigt og formålet med projektet opfyldes.
 Resultaterne er ikke færdigopgjort, men allerede nu kan vi se, at New Mobility Score har vist sig at være klinisk uegnet til målgruppen. Den er ikke specifik nok, da hovedparten af patienterne scorer 9 point, som er den maksimale score (se bilag 1 "Registreringsskema til database om funktionsevne og rehabilitering af patienter med hjertekarsygdom og hjerteinsufficiens", marts 2011).
 Vi kan ikke præsentere opnåede resultater i denne selvevaluering, fordi projektet er et forskningsprojekt, og derfor skal leve op til reglerne for offentliggørelse/publicering af resultater (Vancouver reglerne).

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Opnåede delresultater/milepæle af projektet pr. 1/12 2012:

Milepæle:

- Nedsat styregruppe til organisering af projektet (se kommissorium i bilag 2)
- Udvalgt variable sæt til databasen, har været til høring hos samarbejdspartnerne i Skejby, i Aarhus Kommune, i Region Midtjylland og hos praksiskoordinator, jvf. kommissoriet bilag 2
- Udarbejdet kravsspecifikation til database
- Valgt en web baseret IT løsning, som er udarbejdet af softwareudvikler fra Region

Midtjylland

- Gennemført en pilot test
- Afgrænset udbredelsesområdet til Aarhus Universitetshospitals eget optageområde
- Skabt kontakt til lignende projekter i Region Nordjylland og Region Hovedstaden
- Sparring i forhold til Region Midtjyllands monitoreringsindsatser på kronikerområdet
- Flest mulige data integreres i patientforløbet i EPJ

Erfaringerne fra projektet er, at det er uhyre vanskeligt at skabe en projektorganisation på tværs af specialer og sektorer på trods af fælles forløbsprogram og nedsat styregruppe. Vi henviser venligst til midtvejsevalueringen.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Det har i dette projekt ikke været formålet at udarbejde sundhedsøkonomiske beregninger på baggrund af undersøgelsen.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Vi forventer, at databasen kan anvendes til et hurtigere og mere effektivt overblik over data til audits, kvalitetsudviklingsprojekter og kommende akkrediteringer. Vi arbejder på, at de klinisk valide data om funktionsevne integreres i EPJ.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

I **projektperioden** har projektledelsen ved flere lejligheder informeret om projektet

- Møder: i Ledelsesforum Region Midtjylland, i Følgegruppen for implementering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland
- Undervisning: cand.cur. stud. og cand. scient. san. stud.
- Artikler:
 - Markholt N, Ahlmann MA, Rønfeldt L, Laustsen S. Tværfagligt hjerterehabiliteringsprojekt på Aarhus Universitetshospital, Skejby. Diætisten 2011;109 (19):11-12

Der bliver lagt en plan for den kommende publicering og formidling af projektets resultater:

- Projektresultaterne vil blive publiceret i peer reviewed videnskabelige tidsskrifter
- Projektresultaterne vil blive formidlet skriftligt og mundtligt i relevante faglige fora

Vi vil orientere os om resultaterne, der opnås i det beslægtede projekt 16, og drøfte samarbejdsmuligheder om

- videndeling af resultater
- fælles læring på tværs af projekter og sektorer og udveksling af erfaringer med at indføre og fastholde ændringer klinisk, personalemæssigt, organisatorisk og i relation til den teknologiske udvikling

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

De validerede kliniske data integreres i EPJ. Data kan derfor, hvor det er relevant, overføres

til andre kronikergrupper.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Bilagsliste:

Bilag 1, Registreringsskema til database om funktionsevne og rehabilitering af patienter med hjertekarsygdom og hjertheinsufficiens, marts 2011

Bilag 2, Kommissorium for styregruppe

Bilag 3, Organisering af databaseprojekt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+	Styregruppen	ikke relevant
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	+	Styregruppen	ikke relevant
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb	++	ja	delvist
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+++		
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	++		
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevet kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	++	ja	EPJ kompatibel
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			

23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	++	ja	kan ses af EPJ
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Navn/CPR (stor label)

Registreringsskema til database om funktionsevne og rehabilitering af patienter med hjertekarsygdom og hjertheinsufficiens

Aarhus Universitetshospital, marts 2011

Dette registreringsskema beskriver patientens funktionsevne og funktions-evnetab i alle tre faser af hjerterehabilitering fra første indlæggelse til opfølgning i primær sektor og hos egen læge. Baggrunden for registreringen er tværfaglige anbefalinger fra "Forløbsprogram for hjertekarsygdom" 2008 i Region midtjylland.

I registreringsskemaet er markeret tekst med tre farver.

Sort tekst og felter udfyldes af plejepersonalet

Blå tekst og felter udfyldes af fysioterapeuter

Pink tekst og felter udfyldes af diætist

Patienten er udgået af rehabiliteringsforløbet d. _____

Begrundelse: _____

Informeret samtykke fra hjertepatienter

Kære hjertepatient

På Aarhus Universitetshospital er vi i gang med en undersøgelse, der følger hvordan det går dig som hjertepatient. Du bliver fulgt fra indlæggelsen til et evt. forløb på dit lokale sundhedscenter. Undersøgelsen har fokus på at registrere dit funktionsniveau i en database både under indlæggelse og i efterforløbet. Formålet med undersøgelsen er at udvikle den tværfaglige indsats for hjertepatienter på hospitalet, hos egen læge og i kommunen med fokus på funktionsniveau.

I forbindelse med undersøgelsen vil vi bede dig om lov til at indhente og opbevare oplysninger indsamlet under din indlæggelse, hos din egen læge og i kommunen. Alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt. Opbevaring af dine data vil ske på hospitalets interne og sikrede netværk. Ved afrapportering vil dine oplysninger blive behandlet anonymiseret.

Undertegnede patient er informeret om ovenstående. Jeg er indforstået med, at oplysninger om mit forløb som hjertepatient på hospitalet, hos egen læge og i Aarhus Kommune kan indhentes til brug til hjerterehabiliteringsdatabase på Aarhus Universitetshospital, Skejby.

Dato _____ Underskrift _____

Undertegnede sundhedsperson har informeret patienten om hjerterehabiliteringsdatabase på Aarhus Universitetshospital, Skejby.

Dato _____ Underskrift _____

Udfyldes v/første patientkontakt

Navn/CPR (stor label)

Dato _____

Initialer _____

Uddannelse

ingen

☐

kort

☐

faglært

☐

mellem

☐

lang

☐

anden

☐

Erhverv

ledig

☐

sygemeldt

☐

pensionist

☐

arbejde

☐

andet

☐

Civilstatus

bor alene

☐

bor m/ partner

☐

Socialt

Selvhjulpen

☐

Klarer sig med hjemmehjælp

☐

Plejehjem/plejebolig

☐

Fase 1: udfyldes i afd. B ved indlæggelsen

Navn/CPR (stor label)		Dato _____ Initialer _____																									
Cirkulation	BT Puls Vægt	Systolisk/diastolisk mmHg slag/minut Kilo med 1 decimal																									
		_____ _____ _____																									
	Kommentarer til vægt fx ødemer _____																										
Respiration	Ilt saturation u/ilt Procent	_____ _____																									
Ernæring	Screening jf. sundhedsstyrelsen Taljemål	Total score (0-7) _____ cm med 1 decimal _____																									
<i>Måling af taljeomkreds foregår ved, at patienten står oprejst med let spredte ben og afslappet vejrtrækning. Målebåndet placeres i et vandret plan, præcis mellem det nederste ribben og den øverste del af hoftekammen. Mærk efter i siden og find punktet ved at trykke ind mod skelettet. Brug ikke navlen som pejlemærke, da navlen flytter sig med maveskindet, hvilket gør det umuligt at standardisere målingen. Under let udånding måles taljens omfang.</i>																											
Mobilisering	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">New Mobility Score</th> </tr> <tr> <th>Mobilitet</th> <th>Uden besvær og uden gangredskab</th> <th>Med et gangredskab</th> <th>Med hjælp fra en anden person</th> <th>Kan slet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I stand til at komme omkring indendørs</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>I stand til at komme omkring udendørs</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>I stand til at gå på indkøb</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		New Mobility Score					Mobilitet	Uden besvær og uden gangredskab	Med et gangredskab	Med hjælp fra en anden person	Kan slet ikke	I stand til at komme omkring indendørs	3	2	1	0	I stand til at komme omkring udendørs	3	2	1	0	I stand til at gå på indkøb	3	2	1	0
New Mobility Score																											
Mobilitet	Uden besvær og uden gangredskab	Med et gangredskab	Med hjælp fra en anden person	Kan slet ikke																							
I stand til at komme omkring indendørs	3	2	1	0																							
I stand til at komme omkring udendørs	3	2	1	0																							
I stand til at gå på indkøb	3	2	1	0																							
	Resultat <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Inde (0-3) ___ Ude (0-3) ___ Indkøb (0-3) ___ Total (0-9) ___ </div>																										

Rygning

ikke ryger

tidl. ryger

ryger

Hvis ryger Fagerstrøms test

Fagerstrøms test

	Points
1. Hvor lang tid går der, fra du vågner til du til ryger dagens første cigaret?	Under 5 min. 3 6-30 min. 2 31-60 min. 1 Over 60 min. 0
2. Har du svært ved at lade være med at ryge, hvor det er forbudt?	Ja 1 Nej 0
3. Hvilken cigaret er sværest at undvære?	Den om morgenen 1 En anden 0
4. Gram tobak dagligt 1 cigaret = 1 g 1 cerut/pibestop = 3 g 1 cigar = 4 g	1 -10 g 0 11 - 20 g 1 21 - 30 g 2 over 30 g 3
5. Ryger du mere først på dagen end resten af døgnet?	Ja 1 Nej 0
6. Ryger du, når du er syg eller sengeliggende?	Ja 1 Nej 0
SUM	

Fase 1: udfyldes i afd. B ved udskrivelsen

Navn/CPR (stor label)

Initialer		Afsnit		Dato	
Cirkulation	BT	Systolisk/diastolisk mmHg			
	Puls	slag/minut			
	Vægt	Kilo med 1 decimal			
	Kommentarer til vægt fx ødemer 				
Respiration	Iltsaturation u/ilt	Procent			
Forløb	Er der udarbejdet en genoptræningsplan			ja	
				nej	

Fase 1: udfyldes i afd. T ved indlæggelsen

Navn/CPR (stor label)		Dato _____ Initialer _____																									
Cirkulation	BT Systolisk/diastolisk mmHg _____ Puls slag/minut _____ Vægt Kilo med 1 decimal _____																										
Kommentarer til vægt fx ødemer _____																											
Respiration	Ilt saturation u/ilt _____	Procent _____																									
Ernæring	Screening jf. sundhedsstyrelsen _____ Taljemål _____	Total score (0-7) _____ cm med 1 decimal _____																									
<p><i>Måling af taljeomkreds foregår ved, at patienten står oprejst med let spredte ben og afslappet vejrtrækning. Målebåndet placeres i et vandret plan, præcis mellem det nederste ribben og den øverste del af hoftekammen. Mærk efter i siden og find punktet ved at trykke ind mod skelettet. Brug ikke navlen som pejlemærke, da navlen flytter sig med maveskindet, hvilket gør det umuligt at standardisere målingen. Under let udånding måles taljens omfang.</i></p>																											
Mobilisering	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">New Mobility Score</th> </tr> <tr> <th>Mobilitet</th> <th>Uden besvær og uden gangredskab</th> <th>Med et gangredskab</th> <th>Med hjælp fra en anden person</th> <th>Kan slet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I stand til at komme omkring indendørs</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>I stand til at komme omkring udendørs</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>I stand til at gå på indkøb</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		New Mobility Score					Mobilitet	Uden besvær og uden gangredskab	Med et gangredskab	Med hjælp fra en anden person	Kan slet ikke	I stand til at komme omkring indendørs	3	2	1	0	I stand til at komme omkring udendørs	3	2	1	0	I stand til at gå på indkøb	3	2	1	0
New Mobility Score																											
Mobilitet	Uden besvær og uden gangredskab	Med et gangredskab	Med hjælp fra en anden person	Kan slet ikke																							
I stand til at komme omkring indendørs	3	2	1	0																							
I stand til at komme omkring udendørs	3	2	1	0																							
I stand til at gå på indkøb	3	2	1	0																							
Resultat																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Inde (0-3) _____</td> <td style="width: 25%;">Ude (0-3) _____</td> <td style="width: 25%;">Indkøb (0-3) _____</td> <td style="width: 25%;">Total (0-9) _____</td> </tr> </table>			Inde (0-3) _____	Ude (0-3) _____	Indkøb (0-3) _____	Total (0-9) _____																					
Inde (0-3) _____	Ude (0-3) _____	Indkøb (0-3) _____	Total (0-9) _____																								

Registreringsskema til database om funktionsevne og rehabilitering af patienter med hjertekarsygdom og hjerteinsufficiens.
 Aarhus Universitetshospital, marts 2011

Rygning	ikke ryger	<input type="text"/>	Hvis ryger Fagerstrøms test
	tidl. ryger	<input type="text"/>	
	ryger	<input type="text"/>	

Fagerstrøms test

	Points
1. Hvor lang tid går der, fra du vågner til du til ryger dagens første cigaret?	Under 5 min. 3 6-30 min. 2 31-60 min. 1 Over 60 min. 0
2. Har du svært ved at lade være med at ryge, hvor det er forbudt?	Ja 1 Nej 0
3. Hvilken cigaret er sværest at undvære?	Den om morgenen 1 En anden 0
4. Gram tobak dagligt 1 cigaret = 1 g 1 cerut/pibestop = 3 g 1 cigar = 4 g	1 -10 g 0 11 - 20 g 1 21 - 30 g 2 over 30 g 3
5. Ryger du mere først på dagen end resten af døgnet?	Ja 1 Nej 0
6. Ryger du, når du er syg eller sengeliggende?	Ja 1 Nej 0
SUM	

Fase 1: udfyldes i afd. T ved udskrivelsen

Navn/CPR (stor label)

Initialer	_____	Afsnit	_____	Dato	_____
Cirkulation	BT	Systolisk/diastolisk mmHg	_____	_____	
	Puls	slag/minut	_____	_____	
	Vægt	Kilo med 1 decimal	_____	_____	
	Kommentarer til vægt fx ødemer _____				
Respiration	litsaturation u/ilt	Procent	_____		
Forløb	Er der udarbejdet en genoptræningsplan	ja	<input type="checkbox"/>		
		nej	<input type="checkbox"/>		

Fase 2: Udfyldes v/ 1. ambulante rehabiliteringssamtale

Navn/CPR (stor label)		Dato _____ Initialer _____
-----------------------	--	---------------------------------------------

Cirkulation	BT	Systolisk/diastolisk mmHg	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
	Puls	slag/minut	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
	Vægt	Kilo med 1 decimal	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>

Kommentarer til vægt fx ødemer _____

Ernæring	Taljemål	cm med 1 decimal _____
-----------------	----------	------------------------

Måling af taljeomkreds foregår ved, at patienten står oprejst med let spredte ben og afslappet vejtrækning. Målebåndet placeres i et vandret plan, præcis mellem det nederste ribben og den øverste del af hoftekammen. Mærk efter i siden og find punktet ved at trykke ind mod skelettet. Brug ikke navlen som pejlemærke, da navlen flytter sig med maveskindet, hvilket gør det umuligt at standardisere målingen. Under let udånding måles taljens omfang.

Psykosocial	Screening for angst/depression jf. forløbsprogram	Ja <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> nej <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	Hvis ja til screenet, er patienten angst/deprimeret?	Ja <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Nej <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	Screening for alkoholafhængighed jf. forløbsprogrammet?	ja <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Nej <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	Hvis ja til screenet, er personen alkoholiker?	Ja <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Nej <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Fase 2: udfyldes ved træningsstart

Navn/CPR (stor label)

Dato _____

Initialer _____

Mobilisering

New Mobility Score				
Mobilitet	Uden besvær og uden gangredskab	Med et gangredskab	Med hjælp fra en anden person	Kan slet ikke
I stand til at komme omkring indendørs	3	2	1	0
I stand til at komme omkring udendørs	3	2	1	0
I stand til at gå på indkøb	3	2	1	0

Resultat (NMS)

Inde (0-3)	___	Ude (0-3)	___	Indkøb (0-3)	___	Total (0-9)	___
------------	-----	-----------	-----	--------------	-----	-------------	-----

Fysisk aktivitet

Physical activity score

Total antal timer + minutter _____

Cirkulation

VO₂MAX

L per minut _____

Max Watt _____

Kondital ml O₂/kg/min _____

Cykeltest m/snakkegrænsen

Watt _____

Muskel power

Watt _____

Psykosocial

SF-36

Fysisk score (0-100) _____

Mental score (0-100) _____

Fase 2: udfyldes ved træningsafslutning

Navn/CPR (stor label)

Dato _____

Initialer _____

Mobilisering

New Mobility Score				
Mobilitet	Uden besvær og uden gangredskab	Med et gangredskab	Med hjælp fra en anden person	Kan slet ikke
I stand til at komme omkring indendørs	3	2	1	0
I stand til at komme omkring udendørs	3	2	1	0
I stand til at gå på indkøb	3	2	1	0

Resultat (NMS)

Inde (0-3)	___	Ude (0-3)	___	Indkøb (0-3)	___	Total (0-9)	___
------------	-----	-----------	-----	--------------	-----	-------------	-----

Fysisk aktivitet

Physical activity score

Total antal timer + minutter _____

Cirkulation

VO₂MAX

L per minut

Max Watt

Kondital ml O₂/kg/min

Cykeltest m/snakkegrænsen

Watt

Muskel power

Watt

Psykosocial

SF-36

Fysisk score (0-100)

Mental score (0-100)

Deltagelse i træning

% fremmøde

Fase 2: udfyldes ved afslutning på rehab-intervention

Navn/CPR (stor label)

Initialer spl _____

Dato _____

Initialer diætist _____

Ernæring **Taljemål**

cm med 1 decimal _____

Deltagelse i diættejledning

% fremmøde _____

Deltagelse i sygeplejevejledning

% fremmøde _____

Rygning

Ryger

☐

Ex ryger

☐

Ikke ryger

☐

Hvis ryger Fagerstrøms test

Hvis ryger, tilbudt rygestop?

ja

☐

nej

☐

Fagerstrøms test

		Points
1. Hvor lang tid går der, fra du vågner til du til ryger dagens første cigaret?	Under 5 min. 6-30 min. 31-60 min. Over 60 min.	3 2 1 0
2. Har du svært ved at lade være med at ryge, hvor det er forbudt?	Ja Nej	1 0
3. Hvilken cigaret er sværest at undvære?	Den om morgenen En anden	1 0
4. Gram tobak dagligt 1 cigaret = 1 g 1 cerut/pibestop = 3 g 1 cigar = 4 g	1 -10 g 11 - 20 g 21 - 30 g over 30 g	0 1 2 3
5. Ryger du mere først på dagen end resten af døgnet?	Ja Nej	1 0
6. Ryger du, når du er syg eller sengeliggende?	Ja Nej	1 0
SUM		

Registreringsskema til database om funktionsevne og rehabilitering af patienter med hjertekarsygdom og hjerteinsufficiens.
Aarhus Universitetshospital, marts 2011

13

Fase 3: Data fra Århus Kommune/egen læge

Navn	_____		Dato	_____
Cpr	_____		Initialer	_____
Cirkulation	cykeltest m/ snakkegrænse start	watt	_____	
	cykeltest m/ snakkegrænse slut	watt	_____	
Psykosocial	Screening for angst/depression jf. forløbsprogram		Ja	<input type="checkbox"/>
			nej	<input type="checkbox"/>
	Hvis ja til screenet, er patienten angst/deprimeret?		Ja	<input type="checkbox"/>
			Nej	<input type="checkbox"/>
	Screening for alkoholaafhængighed jf. forløbsprogrammet?		ja	<input type="checkbox"/>
			Nej	<input type="checkbox"/>
	Hvis ja til screenet, er personen alkoholiker?		Ja	<input type="checkbox"/>
			Nej	<input type="checkbox"/>
	SF-36	Fysisk score	0 - 100	_____
		Mental score	0 - 100	_____
Ernæring	Kolesterol fastende	Total kolesterol mmol/l	_____	<input type="checkbox"/> uoplyst
		LDL mmol/l	_____	<input type="checkbox"/>
		HDL mmol/l	_____	<input type="checkbox"/>
		Triglycerid mmol/l	_____	<input type="checkbox"/>
	Taljemål	cm	_____	<input type="checkbox"/>

Bilag 2 Kommissorium for Styregruppe

Dato : 02.06.2010

Journalnr. :

Sagsbehandler : Tatjana Brendstrup

Tel. : 5592

tatjana.brendstrup@skejby.rm.dk

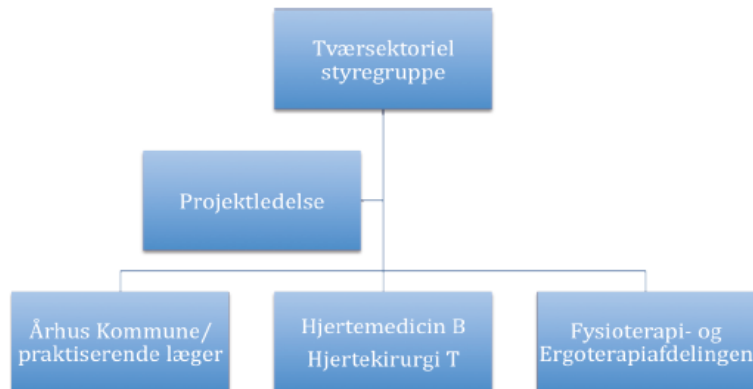
Forslag til kommissorium for database projektets styregruppe

Side 1/1

- Sikre etablering af en lokal forsknings- og udviklingsdatabase for hjerterehabiliteringen, som på længere sigt kan danne grundlag for en national database
- koordinere valg af datasæt for alle faser af hjerterehabilitering som beskrevet i Forløbsprogram for hjertekarsygdom, Region Midtjylland
- vælge en bæredygtig IT-løsning herunder kravspecifikation for databasen
- fastlægge niveauet for validering af datasæt i databasen
- koordinere databasen med Region Midtjyllands øvrige initiativer på IT-området

Mødehyppighed: ca. 3 timer/kvartal i 2010-2013

Bilag 3 Organisering af databaseprojekt



Figuren illustrerer, hvordan databaseprojektet er organiseret.

Den tværsæktorielle styregruppe består af repræsentanter fra Region Midtjylland, Århus Kommune, praksiskoordinator og ÅUH, Skejby. Styregruppen er desuden tværfagligt repræsenteret med læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, embedsmænd og IT-kyndige folk. Projektledelsen består af Mette Krintel Petersen og Sussie Laustsen. Sussie Laustsen er formand for styregruppen.

Århus Kommune er repræsenteret med rehabiliteringschef Lykke Jensen og de praktiserende læger ved praksiskoordinator for hjertekarområdet tilknyttet ÅUH i Skejby Ellen Ladegaard.

I Hjertemedicinsk afdeling B, ÅUH i Skejby er 4 sengeafsnit og 1 ambulatorium involveret. Der er ansat 1 registreringsansvarlig sygeplejerske Lene Heilskov 1 dag per uge.

I Hjerter-, lunge-, karkirurgisk afdeling T, ÅUH i Skejby er 1 afsnit involveret. I dette afsnit er der ansat én ½ tids projektsygeplejerske Malene Ahrensbach Ahlmann, som også fungerer som registreringsansvarlig.

I Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, ÅUH i Skejby er projektledelsen forankret sammen med projektkoordinatoren. Projektkoordinatoren koordinerer flere projekter under kronikerpuljemidlerne for hjertekarområdet. Registreringsansvarlige er de fysioterapeuter, der underviser patienter i fysisk træning i hjerterehabilitering (Fase 2). Endeligt foregår indtastning af data til databasen i pilotfasen via en ansæt sekretær i Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen.

Projekt 25

Selvevaluering af "Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL" (Hospitalsenhed Midt)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Hospitalsenhed Midt
Medicinsk afdeling
Lungemedicinsk speciale
RH Viborg, RH Skive

Projektnummer

Projekt nr. 54804 /25 Kend din KOL – selvbehandling

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL

Projektleders navn og kontaktinformation,

Afdelingssygeplejerske Else Marie Hansen
Lungemedicinsk afdeling, Hospitalsenhed Midt, RH Viborg, RH Skive
Heibergs Allé 2 ▪ Postboks 130 ▪ DK-8800 Viborg Tlf. dir. + 45 78448101 ▪ Mobil: + 45 20578623 E-mail: else-marie.hansen@Viborg.RM.dk
Lungemedicinsk overlæge Michael Skov Jensen
Medicinsk afdeling
Hospitalsenhed Midt Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Skive Heibergs Allé 4
▪ Postboks 130 ▪ DK-8800 Viborg Tlf. dir. + 45 7844 7038 ▪ Mobil + 45 2487 7151 E-mail: michael.skov.jensen@Viborg.RM.dk

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	x
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

30-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	x
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	Juni 2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektperioden er blevet forlænget for at opnå det ønskede antal patienter og til at få

tilstrækkeligt datamateriale til evaluering af projektet.

Ca. 120 – 150 patienter ønskes indgået i projektet for at opnå mere eksakt viden om effekterne ved at indføre selvbehandlingsplan for KOL - patienter.

Vi fundet det overraskende med det store antal " Kognitivt ikke egnede patienter", der har været i projektets målgruppe og som ekskluderes fra deltagelse i projektet og ønsker dermed at forlænge projektperioden for at nå det ønskede antal patienter.

Inklusionsstedet er udvidet fra Sengeafdeling til også at være på A24- det akutte modtageafsnit, da nogle patienter udskrives derfra. Dette afsnit var ikke med i starten.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet relaterer sig til forløbsprogrammet for KOL patienter, der allerede blev implementeret i 2008 og hvor størstedelen af foreslåede tiltag i forvejen blev efterfulgt i lungespecialet.

Region Midt har stor fokus på indsats til patienter med kronisk sygdom og Det Nære Sundhedsvæsen. Medicinsk afdeling, RH Viborg arbejder med stor fokus på samme emne også i relation til klyngesamarbejdet i Midt klyngen.

Det lungemedicinske speciale har siden 1999 haft særlige indsatsområder til KOL patienter såsom udgående ilt sygeplejerske, udgående KOL – sygeplejerske samt en delestilling i samarbejde med Skive kommune i forhold til KOL patienter og patientrettet forebyggelse i kommunen. Som et forholdsvist nyt tiltag er der igangsat en udgående KOL sygeplejerske internt i medicinsk afdeling til tilsyn etc. på patienter med KOL indlagt på andre medicinske afsnit på RH Viborg. Dette overvejes udbredt til andre specialer på sigt.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe -

At have KOL sygdommen betyder oftest tilstedeværelse af gennemsnitlig 3-4 exacerbationer (forværringer i KOL sygdommen, som kræver medicinsk behandling) pr. år. Ofte negligerer patienterne symptomerne og udskyder deres kontakt til egen læge, hvilket ofte betyder, at forværringen da er så fremskreden, at det kræver en hospitalsindlæggelse. Med dette projekt søges disse indlæggelser minimeret.

Projektet består i indførelse af selvbehandlingsplan til KOL-patienter, suppleret med etablering af telefonrådgivning fra det lungemedicinske ambulatorium ved Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup.

Med projektet opnås mere eksakt viden om effekterne ved at indføre selvbehandlingsplan for KOL-patienter, ligesom der vil foregå formidling af viden om KOL-sygdommen til den kommunale hjemmepleje. Endvidere vil telefonrådgivningen give såvel den kommunale hjemmepleje som praktiserende læger, øvrige sygehusafdelinger, patienter og pårørende mulighed for råd og vejledning fra specialister i det lungemedicinske ambulatorium.

DEL 1: Selvbehandlingsplan.**Formål:**

- Reducere antallet af indlæggelser.
- Øge patienternes egenomsorg og mestringsstrategier, og dermed bedre livkvaliteten.
- Øge pårørendes viden og forståelse for sygdommen
- Øge hjemmeplejens viden og forståelse for sygdommen

DEL 2: Telefonrådgivning**Formål:**

- At optimere behandling af KOL
- At undgå indlæggelser
- Optimere behandlingsforløb indenfor sygehusregi
- Øget tryghed og livskvalitet for patienter med KOL og deres pårørende.

Der er ikke ændret i formål for projektet undervejs.

Målgruppen for projektet beskrives under punkt 3.

Projektforløbet**3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling****DEL 1. Selvbehandlingsplan til KOL- patienter.**

Denne del af projektet består i at introducere patienterne til en selvbehandlingsplan. Patienter oplæres i at reagere på symptomer på eksacerbationer. Herved kan sikres tidligere behandlingsstart ved eksacerbationer, ligesom patientens egenomsorg og mestringsstrategier i forhold til kronisk sygdom kan styrkes.

En selvbehandlingsplan består af en mundtlig undervisning og en skriftlig vejledning, som patienten kan følge, når der opstår symptomer på forværring (GOLD kriterium for forværring), og som inkluderer selvadministration af prednisolon og antibiotika, som haves klar i hjemmet.

Herudover omfatter oplæringen dyspnøhåndtering, hosteteknik, PEP-fløjte, tjek af devicescompliance (teknik og sugekraft).

Patienterne bliver informeret om at kontakte KOL- linjen, egen læge eller vagtlæge/112 ved manglende effekt af behandlingen, og ved tvivl/utryghed ved start af behandling.

På baggrund af egne patienterfaringer og engelske undersøgelser er det opfattelsen, at dette kan reducere antallet af indlæggelser.

Målgruppe

Ca. 120 – 150 patienter forventes at indgå i projektet.

Inklusionskriterier:

- Patienter med moderat, svær og meget svær KOL, indlagt med forværring i minimum 24 timer.
- GOLD-kriterium for forværring = Akut forværring af patientens dyspnø, hoste og/eller ekspektoration ud over vanlig dag-til-dag variation

- Ryger/eks-ryger minimum 10 pakkeår /arbejdsbetinget
- Alder over 40 år.
- Kunne samarbejde, forstå dansk

Eksklusionskriterier:

- Acidose på udskrivelsesdagen
- Lungeinfiltrat på thorax røntgen
- Alvorlige ustabile medicinske tilstande incl. pseudomonasinfektion
- Deltagelse i andre kliniske projekter
- Samtykkeerklæring ikke underskrevet = ønsker ikke at deltage
- Malign sygdom
- Demens

Hvis eksklusionskriterier opstår i løbet af projektperioden, ekskluderes patienten.

Under indlæggelsen:

- Patienten inkluderes
- Patienten informeres om projektet, underskriver samtykkeerklæring
- Der udleveres skriftligt materiale om projektet
- Der gives vanlig lungefysioterapi med vejledning i åndenødshåndtering, hosteteknik og brug af pepfløjte, skriftlig vejledning udleveres. (hvis problemer kan der etableres opfølgende hjemmebesøg ved fysioterapeut / honoreres pr besøg incl. Kørsel).
- Recept på hjemmebehandlingsmedicin skrives af udskrivende læge og udleveres til patienten. Overlæge udarbejder standard for prednisolonkur med og uden nedtrapning og anvendte antibiotica.
- Projektsygeplejerske udleverer livskvalitetsskema til udfyldelse lige inden 1. besøg
- Aftaler tid for 1.hjemmebesøg 3 – 5 uger efter udskrivelse.

1. hjemmebesøg (ca. 2 timers varighed + kørsel):

- Patienten har mulighed for at invitere hjemmeplejen til besøget med henblik på deres støtte til tidlig behandlingsstart og samtidig vejledning og undervisning af hjemmeplejen i håndtering af forværring.
- Ægtefælle eller anden pårørende kan deltage i besøget.
- Undervisning/vejledning i forværring med udgangspunkt i patientens erfaring dermed (del af selvbehandlingsplan).
- De 4 trin i selvbehandling af forværring, plan udleveres og gennemgås.
- Opfølgning på medicin og devicescompliance
- Opfølgning på åndenødshåndtering, hosteteknik og anvendelse af pepfløjte
- Livskvalitetsskema CAT og CCQ, skal udfyldes minimum 4 uger efter eksacerbation.
- Der laves lungefunktionsmåling for NIP registrering.
- Aftale om telefonisk at kontakte projektsygeplejerske ved start af selvbehandling. Ved forværring (- lørdag/søndag, der først kommende mandag) samt vejledning i udfyldelse af skema 4 ved start af selvbehandling.
- Skema 3 anvendes til dataindsamling
- Besøget dokumenteres i journal, standardformulering!
- NIP registrering
- Data til database v. projektsekretær

Telefon opfølgning

- Projektsygeplejersken foretager opfølgende opringning 10-14 dage efter start af selvbehandling. - kan visitere til indlæggelse ved behov
- Information om KOL telefonrådgivning.
- Vi sørger for at bestille selvbehandlingsmedicin til patienten.
- Aftale for besøg 2 ca. 3 måneder senere
- Skema 5 anvendes ved dataindsamling

Hjemmebesøg efter 3, 6 og 12 mdr., hvor telefonkonsultation kan overvejes og anvendes ved besøg 3 og 6 mdr. OBS besøg 1 og 4 skal være min. 4 uger efter exacerbation.

- Anvendt selvbehandling, erfaringer, problemstillinger m.v.
- Der gives supplerende vejledning/undervisning i håndtering af forværringer
- Livskvalitetsskema igen ved besøg 12 måneder
- Aftale for næstfølgende besøg
- Vi sikrer, at patienten har selvbehandlingsmedicin liggende.

Skema om livskvalitet anvendes ved dataindsamling.

DEL 2: Telefonrådgivning.

Projektet vedr. selvbehandlingsplan suppleres med etablering af en telefonrådgivning fra det lungemedicinske regi.

Baggrunden er, at behandling af KOL varetages af mange parter. Behandlingen bør - for at sikre den optimale effekt - være funderet i nyeste evidensbaserede viden. Denne erfaring og viden om specialet kan være svær at opnå i primær sektor samt indenfor andre specialer på hospitalet.

I det lungemedicinske speciale erfares der derfor ofte et behov for at formidle sin viden til praktiserende læger og hjemmeplejen, ligesom også patienter og pårørende er blevet mere opsøgende i forhold til viden om KOL området.

Målgruppe:

Fagpersoner indenfor primær sektoren

Fagpersoner indenfor sekundær sektoren

Patienter med KOL-sygdommen.

Pårørende til patienter med KOL-sygdommen.

Metode:

- Fast telefontid 2 timer dagligt på hverdage.
- Telefonen passes af sygeplejerske med specialviden om KOL behandling med mulighed for sparring med lungemedicinsk overlæge.
- Postkasse for spørgsmål på e-mail. Autosvar med snarest muligt svar på spørgsmål, max. inden for 1 uge. E-mail adresse: KOLlinien@viborg.rm.dk
- Telefon m. "GULD nr"

Målopfylde og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Resultaterne er ikke gjort op endnu.

Det forventes at projektets 1. del vil have øget patientens mestringssevne og øget livskvalitet hvilket et kvalitativt interview af 4 deltagende patienter dokumenterer i

anden sammenhæng

(udarbejdelse af master).

Det forventes, at projektets 2.del vil have følgende sundhedsmæssige effekter i forhold til:

1. Optimal behandling af KOL
2. Tryghed og livskvalitet for KOL patienter
3. Færre indlæggelser
4. Styrke indsatsen til den lungemedicinske patient indlagt på anden sygehusafdeling.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

I forløbet er der d.d. inkluderet 134 patienter

- Pr. 30.11 2012: 41 ekskluderet i forløbet eller døde
- 93 aktive, hvoraf de 18 endnu ikke er afsluttet. Sidste patient forventes afsluttet April 2013.

Årsager til eksklusion i forløbet:

- Ønsker ikke at deltage
- Kognitivt ikke egnede
- Ustabile med. tilstande
- Forebyggende antibiotikabehandling
- Døde i forløbet

Ekskluderet indtil nu: 348 patienter

Årsager:

- Kognitivt ikke egnede
- Ustabile med.tilstande
- Demens
- Profylaktisk antibiotikabehandling
- Malign sygdom
- Ønsker ikke at deltage, tør ikke tage ansvar for selvbehandling

En ret stor del af de ekskluderede er på grund af manglende kognitive evner. Dette vil blive nærmere bearbejdet med henblik på eventuelt at finde sammenhæng mellem KOL og kognitive evner samt egnede screeningsredskaber og der vil komme bud på, hvordan vi praktisk håndterer dette i plejen i forhold til vejledning/oplæring af KOL patienten.

Inklusionsstedet er i projektperioden udvidet fra Sengeafdeling M 13- 2 til også at være på A24- det akutte modtageafsnit, da nogle patienter udskrives derfra.

Antagelser om resultater:

Alle får besøg og ikke telefonisk konsultation, som var en mulighed for den enkelte patient. Den direkte kontakt er fundet nødvendig, da observation af patienten har været vigtig i vejledning i symptomer og adfærd.

Patient har udvist tryghed ved at kunne starte selvbehandling og blevet mere opmærksom på egne symptomer på forværring og kunnet starte behandling i tide. Vores antagelse er, at der har været færre kontakter til praktiserende læge /vagtlæge og færre indlæggelser med forværring hos de patienter, der har deltaget i projektet.

De patienter, der ikke tidligere har været i kontakt med KOL – eller lltsygeplejerske, har givet udtryk for, at de oplever et stort kvalitetsløft i form af øget viden og vejledning fra personaleside.

KOL linien (tlf. og mail) anvendes kun sparsomt og fortrinsvis af projektpatienter og personale. Men der ses en tendens til, at antallet af henvendelser fra andre afsnit er stigende. Dette følger vi op på.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Da projektet endnu ikke er afsluttet, har vi ingen resultatopgørelser økonomisk. Resultaterne skal sættes i relation til det samfundsøkonomiske perspektiv, da KOL patienter generelt har flere indlæggelser på et år med opblussen og dermed forbrug af sundhedsydelser. Det antages, at der muligvis minimeres i dette via projektet. Følgende opgørelser vil blive anvendt:

Målepunkter (metode) til DEL 1

Data 1 år FØR inklusion, i projektåret (overvejer, om vi skal se, hvordan det er gået 1 år efter slut projekt):

- "Billede" af KOL patienten(KOL grad, alder, køn, MRC)
- Antal eksacerbationer
- Antal hjemmebehandlinger
- Antal indlæggelser med KOL exacerbation
- Antal kontakter til praktiserende læge med KOL problemer
- Antal kontakter tlf. + hjemmebesøg (tidsforbrug)
- Livskvalitetsskema CAT og CCQ
- Spørgeskema til pårørende

Målepunkter (metode) til DEL 2

- Antal opkald
- Tidsforbrug udover telefontid
- Registrering af hvem, der benytter sig af telefonrådgivning.
- Registrering af spørgsmålskategorier
- Effekt (sundhedsmæssig)

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Da projektet ikke er afsluttet, er dette ikke afklaret - men det kunne overvejes at kombinere projektets resultater med telemedicin. Der er gjort nogle erfaringer, og de kan bruges til at prøve det sammen med telemedicin.

Omkring KOL linjen har dette afdækket et behov for en udgående funktion af KOL sygeplejersker på hospitalsenhederne, der er startet den 1. oktober 2012.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Vi forestiller os at præsentere den opsamlede viden som poster til FSLA, Nordisk lungekongres 2013. ERS kongres mm.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Der er en oparbejdet viden og erfaring hos det personale, der har været aktører i projektet, og denne viden og erfaring skulle gerne anvendes til gavn for patientgruppen fremover. Endelig stillingtagen efter opgørelse af resultaterne. Skemaet er udfyldt og fordrer ikke yderlig forklaring på nuværende tidspunkt.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Forløbsbeskrivelse for KOL, RM hjemmeside, 2012

Statusbeskrivelser er indsendt undervejs til RM og kan rekvireres derfra eller ved kontakt til afdelingen.

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	Det bliver de	
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	++		
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	++		
5. Bedre patientforløb	+++		
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	++		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++		
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	+++		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	+++		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++		
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++		
16. Patienters egenomsorg er styrket	+++		
17. Patienter medvirker mere aktivt i	+++		

indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+++		
19. Færre akutte indlæggelser	(tror vi)		
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	++		
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	(tror vi)		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	(tror vi)		
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	(tror vi)		
24. Mere omkostningseffektiv praksis	(tror vi)		
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	(tror vi)		
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 26

Selvevaluering af "Etablering af diabeteskole" (Hospitalsenhed Midt)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Diagnostisk Center, Afsnit M2
Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg

Projektnummer

54804/26

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Etablering af diabeteskole

Projektleders navn og kontaktinformation,

Klavs Würgler Hansen, overlæge, dr.med.
Diagnostisk Center
Falkevej 1-3
8600 Silkeborg
Mail : Klavhans@rm.dk
Tlf: 784 17847

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	x
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

25-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	
Dato for afslutning	31.12.2012	Dato for forventet afslutning	

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Diabeteskolen fortsætter permanent.
Vi er i færd med at evaluere bruger tilfredsheden ved et tlf. baseret interview med de sidste 50 deltagere i diabeteskolen.
Evalueringen foretages af AC fuldmægtig Louise Boisen mail: louboi@rm.dk tlf 78417817

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Forløbsprogram for type 2 diabetes i Region Midt tilsiger at alle diabetescentre skal tilbyde gruppebaseret undervisning (= diabetesskole) af nykonstaterede type 2 diabetes patienter. Vi havde ikke nogen diabetesskole i Silkeborg. Projektet havde således det formål at opfylde kroniker programmets forventninger.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning

Projektet skal hjælpe nykonstaterede type 2 diabetes pt. til bedre at kunne mestre deres hverdag med en kronisk sygdom og derved øge deres egenomsorg. Et patient interview i det gamle Århus Amt afslørede at pt. foretrak DM skole frem for individuel undervisning først og fremmest på grund af muligheden for at udveksle erfaringer med andre i samme situation. Dette var baggrunden for kravet om DM skole i forløbsprogrammet for Århus Amt, der lige nåede at blive formuleret før regionen blev etableret. Dette synspunkt blev direkte overtaget ad Forløbsprogrammet for Region Midt. Der var i øvrigt stort personsammenfald mellem forfatterne til de to programmer.

Projektet har således til formål at etablere en diabetesskole ved et diabetes center, der hidtil har betjent sig af individuel undervisning.

Antallet af nykonstaterede type 2 diabetes pt. i Silkeborg klyngen er ca 60 per år.

Det bemærkes at forløbsprogrammets ønske om diabetesskole har sin rod i fokuseret patient interview i det gamle Århus Amt. Der er ikke overbevisende videnskabeligt belæg for at det går pt. bedre (vedr. intermediære endepunkter så som DM regulation, blodtryk lipidstatus etc eller færre senkomplikationer) hos pt. der har modtaget gruppebaseret frem for individuel undervisning.

Evaluerings på hårde eller blot intermediære endepunkter vil ikke give mening. Derfor evaluerer vi den selvoplevede bruger tilfredshed

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Diabetesskolen i Silkeborg er opbygget som to fulde dages kursus forløb med gratis frokost buffet, der udnyttes i pædagogisk øjemed med deltagelse af diætist. Der er undervisning ved diabetessygeplejerske, overlæge, fodterapeut, socialrådgiver og diætist.

For nærmere oplysning se e-dok Hospitals Enhed Midt, Diagnostisk Center: 3.2.12

Diabetesskolen afholdes 6 gange om året og på nuværende tidspunkt har ca 120 pt. deltaget.

Målopfylde og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Vi har etableret en diabetesskole med et kursus program, der efterhånden er blevet justeret efter de tilbagemeldinger fra pt. vi har fået undervejs. Dermed er projektets mål opfyldt. Patient evalueringen eftersendes så snart vores kvalitetsafdeling er blevet færdige med tlf interviewet, jf. bilag.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Eksterne udgifter til DM skolen er timebetaling til fodterapeut.

Interne udgifter (udover frokost buffet) kan ikke angives, idet der er tale om en afvejning af hvilke DRG indtægter vi går glip af ved at to sygeplejersker ikke har individuelle diabetes konsultationer i to dage, men i stedet underviser et hold på 6-10 personer. Det samme kan siges om udgift til diætist og overlæge undervisning.

Det er vanskeligt at udtale sig om DM skolen hvad DRG indtjening angår er neutral, men det er formentlig tæt på.

Det synes oplagt at store dele af de oplysninger der gives på DM skolen er generelle og med "stordrifts fordele" kan videregives til en gruppe frem for individuelt.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Diabetesskolen videreføres fordi det er et krav for opfyldelse af forløbsprogrammet. Hvis vi havde valgt ville vi alligevel ikke gå tilbage til individuel undervisning, idet det er vores opfattelse at summen den viden, der bibringes ved skole undervisning er større og mere brugbar end ved den individuelle undervisning. Vi mærker også tydeligt patienternes indbyrdes kontakt og spontane netværksdannelse.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Silkeborg var det eneste sted i Region Midt hvor der ikke i forvejen var gruppebaseret undervisning, så det er snarere os der har modtaget impulser udefra (visse elementer af DM skolen stammer fra Horsens) end det omvendte.

Når resultatet af tlf interview af pt. foreligger vil vi tage vores kvalitetsafdeling med på råd med hensyn til den bedst mulige videnspredning. Det er en stor opgave at foretage tlf interview af 50 personer samt evaluere resultatet og disse erfaringer bør være tilgængelig

for de andre.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Som nævnt fortsætter diabetesskolen permanent

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Resultatet af tlf. interview eftersendes så snart det er færdigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom			
2. Bedre tværsektorielt samarbejde			
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb			
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi			
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer			
10. Patientpopulationen får bedre tilbud			
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol			
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud			
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom			
15. Bedre patientoplevelse i kvaliteten af indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket			
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen			
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom			
19. Færre akutte indlæggelser			
20. Positiv sundhedsfaglig effekt			
21. Sundhedsøkonomisk gevinst			

22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet			
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet			
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed			
26. Patienters helbred/prognose er forbedret			
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom			
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer			
Andet? (skriv)			

Projekt 27

Selvevaluering af "Udbredelse af selvstyret AK-behandling"

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
AK-centret, Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk afd.T, Aarhus Universitetshospital samt AK-centrene ved Regionhospitalet Herning, Regionshospitalet Horsens samt Regionshospitalet Viborg.

Projektnummer

54804/27

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Udbredelse af selvstyret AK-behandling

Projektleders navn og kontaktinformation

Afdelingslæge, lektor, dr.med., ph.d. Thomas Decker Christensen. Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk afd.T, Aarhus Universitetshospital. Tlf.: 7845 3029 / 2941 8528, e-mail: tdc@ki.au.dk

Ovenstående overtog projektet fra professor, dr.med. J. Michael Hasenkam pr. august 2011, da han fik andet arbejde og dermed ikke kunne fortsætte projektet.

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	X
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

20.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	(31.12.2012) Se nedenfor

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet forventes afsluttet indenfor den planlagte tidsramme (31-12-2012). Der mangler dog pt. en implementering af dataindtastningsmodulet til at omfatte alle patienter. Der er ikke beregnet forlængelse af projektperioden, da Sundhed.dk først sent i forløbet har givet en endelig tilbagemelding om tidspunkt for endelig færdiggørelse. Vi

forventer ikke yderligere økonomiske udgifter desangående, så implementeringen kan godt foregå udenfor projektperioden.

Sundhed.dk (som tager sig af den tekniske del af projektet) er igen forsinket med databasen. De første versioner viste sig, efter testfase, at indeholde væsentlige fejl. Indtastningsmodulet vil derfor igen blive testet ved projektgruppen (Marianne Maegaard, Jørn Enggaard og Thomas Decker Christensen) samt en mindre gruppe af patienter (ca. 20 patienter). Dette forventes afsluttet senest pr. 31.12.2012, hvorefter det først skal implementeres til de øvrige patienter i Region Midt.

Projektlederen har haft stor gavn af Medicoteknisk afdeling (initialt Casper Facius, senere Jørn Enggaard) til den tekniske support/rådgivning af projekt. Afdelingsledelsen på Hjerter-, Lunge-, Karkirurgisk afd.T har endvidere også bakket fuldt op om projektet.

Det er pga. Sundhed.dk, at den tekniske løsning ikke er på plads. De har skullet lave programmeringen mv. og lægge det op til brug. Sundhed.dk har haft store udfordringer pga. personalemæssige problemer/udskiftninger, lav prioritering af opgaven, tekniske udfordringer. Derfor er det ikke implementeret endnu, og denne implementering vil således finde ske i løbet af starten af 2013.

Vedr. dataindsamling, evaluerings- og formidlingsaktiviteter henvises der til nedenstående.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

Projektet har øget samarbejdet ml. AK-centrene i Region Midt.

Projektet falder i særdeles god tråd med ønsket om øget egen omsorg ved kronisk sygdom (selvstyret AK-behandling) og en øget telemedicinsk indsats (on-line indtastning af data foretaget af patienten selv). Der er ikke foregået noget formaliseret samarbejde eller væsentlig vidensdeling ml. dette projekt i Region Midt og projekter i de øvrige regioner.

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning:

Projektet omhandler udbredelse af selvstyret AK-behandling og består af to delprojekter:

1) Et IT-system med en database, hvor patienter selv indtaster oplysninger via web-løsning på sundhed.dk og 2) Oprettelse af et nyt AK-center i Vest/Herning

Det som bliver evalueret og vurderet i dette skrift er kun delprojekt nr. 1.

Kort klinisk baggrund: AK-behandling er behandling med vitamin K-antagonister (warfarin (Marevan®) og phenprocoumon (Marcoumar®)), og det kræver monitorering med INR for at bestemme dosis af vitamin K-antagonist. Behandlingen gives til patienter med en øget risiko for tromboembolier (f.eks. atrieflimmer, trombofili, mekanisk hjerteklapper). Det drejer sig om patienter i alle aldre, og det er ofte en livslang behandling.

Opgaven er at hjælpe patienter i selvstyret AK-behandling og dermed udbrede denne behandlingsform ved at gøre det endnu mere attraktivt/lettere at være i denne behandlingsform. Endvidere vil projektet kunne afhjælpe sygeplejersker i AK-centrene,

således at de ikke skal sidde og taste patientens data ind (INR-værdier samt antal tabletter indtaget af patienten).

Et delprojekt var at lave en on-line information til patienterne, og det blev gjort ved at lave 3 stk. instruktionsvideoer, og disse vil blive/er lagt ud på AK-centrenes hjemmesider.

Der er tale om ca. 2.500 patienter i selvstyret AK-behandling ud af ca. 20.000 patienter i AK-behandling i Region Midt. Det antages, at ca. 50% af alle patienter i AK-behandling er egnet til selvstyret AK-behandling.

Formålet er ikke direkte at udbrede selvstyret AK-behandling (ved f.eks. reklamering), men at gøre det mere effektivt/attraktivt at være i selvstyret AK-behandling. Dermed skulle der gerne komme flere patienter og øge tilfredsheden med behandlingskonceptet.

Dataindtastningsmodulet er ved igen at blive afprøvet og evalueret af/hos ca. 20 patienter samt projektgruppen, inden det blev/bliver udbredt til alle patienter i regionen. Ellers er der fra projektgruppens side ikke planlagt nogen yderligere evaluering

Mht. dokumentation specifikt for selve projektets effekt (on-line dataindtastning) er dette meget svært at gøre, men der er særdeles god dokumentation for selvstyret AK-behandling (f.eks. Heneghan et al. The Lancet 2012;28(379):322-334.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

Ydelser:

- On-line dataindtastning af INR – værdier samt antal tabletter indtaget: Dette fritager patienter for at indsende disse data pr. alm. post (som hidtil gjort hver 3.mdr.) samt frigør ressourcer for sygeplejerskerne i AK-centrene, som ikke skal foretage indtastningen, men kun forholde sig til det rent faglige (hvordan er kvaliteten af behandlingen og eventuelle tiltag desangående). Det mindsker formentlig også risikoen for fejlindtastning, men dette er ikke dokumenteret
- On-line instruktionsvideoer: Patienten kan umiddelbart få svar på spg., og det frigør formentlig også tid for sygeplejerskerne
- Alle patienter i selvstyret AK-behandling skal omfattes af ovenstående, forudsætter det dog, at de har adgang til internettet
- Vi har testet systemet på ca. 20 patienter, som har været meget tilfredse med systemet. Men som anført overfor, fungerer systemet ikke tilfredsstillende endnu. Vi ved derfor ikke, hvor mange patienter i selvstyret AK-behandling, som kan anvende IT-systemet. Da patienter i selvstyret AK-behandling er en selekteret gruppe (bl.a. motiverede og vidende om deres behandling/sygdom) sammenlignet med den samlede gruppe af patienter i AK-behandling, forventer vi helt klart, at langt de fleste (> 90%) vil kunne anvende systemet.
- Regionshospitalet Viborg anvender pt. Intramed systemet til indtastning/indrapportering af INR data, men har deltaget i møderne ifm. projektet. Om de vil anvende det system, som er udviklet ifm. dette projekt er ikke afklaret for nærværende.
- Egenomsorg generelt ifm. selvstyret AK-behandling:
 - Patienter henvises til selvstyret AK-behandling via egen læge/hospitalsafdeling. Patienterne kan altid fortryde, og så gå tilbage til almindelig AK-behandling. Hvis patienterne ikke ønsker IT-løsning ifm. selvstyret AK-behandling, er behandlingen stadig gennemførlig. Egen læge oplyses altid om opstart af behandling via brev/EPJ,

og egen læge informeres også om, at vedkommende altid kan henvende sig til AK-centret. Vedr. patienternes co-morbiditet/multisygdom er man selvsagt opmærksom på dette, da det ofte har indflydelse på AK-behandling, Men ellers er det kun AK-behandlingen, som varetages og den koordinering som dette måtte kræve ifm. patientens øvrige sygdomme. Der er kun yderst sjældent samarbejde med kommunerne.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet med dataindtastning er testet hos ca. 20 patienter, og hos disse patienter var der stor tilfredshed med konceptet.

Målet er at alle patienter i selvstyret AK-behandling (som har internet adgang) skal anvende muligheden for dataindtastning. Om dette vil ske, kan vi pt. ikke vurdere, da vi skal i gang med at implementere det. Endvidere skulle det gerne aflaste sygeplejerskerne i AK-centret. Begge aspekter vil vi evaluere primo 2013.

Vi påregner, at det vil gøre datasikkerheden større, da man "springer" et led over (nemlig sygeplejersken), og fagpersonalets tid kan derfor anvendes til patientrelaterede emner, projekter, forskning samt kvalitetssikring.

Mht. tidsplan og problemer med Sundhed.dk henvises der til det beskrevne ovenfor.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

- Vigtigst er at on-line dataindtastningen kommer til fungere og så implementeres til klinisk brug.
- Instruktionsvideoerne er en "sidegevinst" ved projektet
- Barriere for projektet har helt klart været, at det firma/instans (Sundhed.dk), som skulle levere / udvikle dataindtastningsmodulet ikke har levet op til forventningerne; Det har været præget af forsinkelser, personaleudskiftninger etc.
- Projektet har afgjort medvirket til et øget og bedre samarbejde ml. AK-centrene i Region Midt
- Implementering af dataindtastningsmodulet til alle patienter vil foregå fra starten af 2013 under forudsætning af, at Sundhed.dk kan få systemet til at fungere.
- Effektiv vurdering er beskrevet ovenfor
- Egenomsorgen for patienterne er også beskrevet ovenfor

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Projektet har langt fra været så dyrt som først antaget, og der er derfor overført økonomiske midler fra projektet til andre projekter i regionen.

On-line dataindtastning af INR – værdier samt antal tabletter indtaget: Dette fritager patienter for at indsende disse data pr. alm. post (som hidtil gjort hver 3.mdr.) samt frigør ressourcer for sygeplejerskerne i AK-centrene, som ikke skal foretage indtastningen, men kun forholde sig til det rent faglige (hvordan er kvaliteten af behandlingen mv.). Vi kan dog ikke direkte dokumentere nogen økonomisk effekt / nyttevirkning, da det ikke er implementeret endnu (se ovenfor)

Perspektivering og videns deling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Dataindtastningsmetoden vil blive anvendt af alle (næsten) patienter i selvstyret AK-behandling (implementering vil foregå fra starten af 2013).

On-line instruktionsvideoerne ligger/vil ligge på AK-centrenes hjemmesider.

Det er endvidere aftalt, at AK-centrene i Region Midt fremover fortsat skal mødes, bl.a. for at udveksle erfaringer.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der er ikke pt. sket nogen videnspredning omkring projektet, udover at instruktionsvideoerne ligger på / planlægges at ligge på AK-centrenes hjemmesider.

Alle patienter i selvstyret AK-behandling vil selvsagt blive orienteret om dataindtastningsmodulet, da de jo skal anvende det. Endvidere er alt personale på AK-centret involveret i projektet.

Vi påregner, at de konkrete tiltag/ændringer, som projektet har medført, vil blive kommunikeret ud til det fagpersonale, som henviser patienter til selvstyret AK-behandling. Det vil primært ske ved information på AK-centrenes hjemmesider samt til diverse møder med fagpersonel.

Der pågår projekter omkring selvstyret AK-behandling i Region Nordjylland, region Syddanmark samt region Hovedstaden (Rigshospitalet). Disse projekter har primært til formål at udbrede selvstyret AK-behandling. Der er ikke foregået nogen formaliseret koordinering ml. disse projekter og vores projekt.

I disse år kommer der til en af patienterne (f.eks. atrieflimmerpatienterne) alternativer til alm. AK-behandling i form af direkte og indirekte trombinhæmmere (f.eks. dabigatran (Pradaxa®)), som ikke kræver monitorering. Disse nye behandlingsmetoder er absolut ikke uden problemer, både mht. klinisk effekt og økonomiske udgifter. Fremkomsten af disse nye præparater vil øge "konkurrencen" ml. den gamle AK-behandling med vitamin K-antagonister og de nye alternativer. Således er det vigtigt af stor betydning at optimere vitamin K-antagonist behandling, f.eks. ved udbredelse af selvstyret AK-behandling. Sidstnævnte behandlingsform vil formentlig give bedre behandlingsresultat end de nye alternativer (Christensen TD et al. Circulation 2012;126(4):e45)

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Der er redegjort for dette, jf. ovenstående

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

NIHIL

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	+++	(Ja)	(Ja)
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
5. Bedre patientforløb	+++	(Ja)	(Ja)
6. Forløbsprogrammet er implementeret	+++	Ja	(Ja)
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	+++	Ja	Ja
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	++	Ja	(Ja)
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+	Nej	Nej
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	++	Nej	Ja
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol		Nej	Nej
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++	Ja	Ja
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++	(Ja)	(Ja)
16. Patienters egenomsorg er styrket	+++	Ja	Ja
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	+++	Ja	Ja
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	+	(Ja)	(Ja)
19. Færre akutte indlæggelser	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	+	Nej	Nej
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	+	(Ja)	(Ja)
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	+	(Ja)	Nej
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	++	(Ja)	Nej
24. Mere omkostningseffektiv praksis	+	Ja	Ja
25. Højere patientsikkerhed	+	Nej	Ja
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	(+)	Nej	Nej
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	++	Ja	Ja
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	++	Ja	Ja

Projekt 27

Selvevaluering af "Udbredelse af selvstyret AK-behandling til Hospitalsenheden Vest"

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Hospitalsenheden Vest, Medicinsk Afdeling, Kardiologisk Sektion

Projektnummer

54804/27

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Udbredelse af selvstyret AK-behandling til Hospitalsenheden Vest

Projektleders navn og kontaktinformation

Troels Niemann, Specialeansvarlig overlæge, PhD
Medicinsk Afdeling, Kardiologisk sektion
Hospitalsenheden Vest
Gl. Landevej 61, 7400 Herning
30709012.

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	X
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29.11.2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	X
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31.12.2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Der er bevilget en projektførlængelse til 31.12.2013.
Projektet kom først i gang i 2. halvår 2010.
Det har taget lidt længere tid med at få gjort klar til start end forventet på ansøgningstidspunktet.
Samtidig har der været rekrutteringsproblemer, idet man havde forventet 50 patienter pr. år, i alt 150 patienter i projektperioden. Årsagerne til rekrutteringsproblemerne har været flere: Det forlød før projektstart at man i Skejby havde en del pt fra HEV optageområde på venteliste til oplæring i selvstyret AK-behandling, som kunne flyttes direkte til HEV. Det

viste sig at der var yderst få. Det har været svært at finde egnede patienter, og de praktiserende læger har nok været tøvende med at henvise, idet de har en egen interesse i at have disse pt til monitorering i almen praksis. En del pt er sprunget fra lige før start på oplæring, dvs. de er fortsat hos egen læge. Samtidig med projektet har man indført og kraftigt markedsført nye præparater (Pradaxa og Xarelto) til AK-behandling, som ikke kræver monitorering.

Der er på nuværende tidspunkt inkluderet 65 pt, 6 pt i 2010, 25 pt i 2011 og 34 pt i 2012. Realistisk set kan der ikke forventes inkluderet mere end 30-40 pt i den resterende del af projektperioden, dvs. den samlede projektpopulation forventes ikke at blive højere end 105 pt. Der er ikke venteliste til projektet, og der har været og pågår "reklame" for projektet dels i nyhedsbreve og på konferencer, mundtligt overfor mulige kandidater og via skærme i Klinisk Biokemisk Afdeling.

Projektets sammenhæng

1. Beskriv kort projektets sammenhæng til øvrige tiltag i eller på tværs af regionen/kommunen, herunder om projektet indgår som en del af en eventuelt større indsats eller lokal strategi for at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom

I sammenhæng med dette projekt er der ved at blive etableret en fælles IT-plattform mellem AK-centrene i Region Midtjylland (Coagubase).

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe - jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning:

Formål: Udbredelse af selvstyret AK-behandling til patienter i Hospitalsenheden Vests område.

Målsætning: Der er forventet 50 patienter pr. år (i alt 150 patienter i projektperioden).

Målgruppe: Patienter i livslang AK-behandling som efter et kursusforløb kan selvstyre deres AK-behandling.

Succeskriterier:

- Færre ambulante besøg efter endt oplæring.
- Bedre terapeutisk behandlingsniveau.

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

I et 27 ugers individuelt forløb oplæres og kontrolleres patienten. Der indledes med en samtale hvor bla. egnethed til selvstyret AK-behandling vurderes og principperne gennemgås. Der er herefter opfølgende samtaler og løbende tæt kontrol af behandlingen og oplæringsforløbet afsluttes med en eksamen. Herefter står pt. selv for AK-behandlingen med supervision.

Supervision: Alle pt. i selvstyret AK-behandling skal være under supervision af en AK-enhed. Pt. registrerer efter et skema løbende INR-værdier og dosering, og værdierne indsendes til AK-enheden til kontrol. Det apparat som udleveres til pt. til INR-måling testes også løbende med kontrolmålinger.

Målopfyldeelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Ift den forventede inklusion af egnede pt er målet på 50 pt/ år ikke opnået, se ovenfor. For de inkluderede pt har uddannelsesforløbet og behandlingen været en stor succes. Tiden i terapeutisk niveau har været på 75-90% for langt hovedparten af pt., hvilket er meget flot sammenlignet med det forventede.

Pt har tilkendegivet stor tilfredshed med uddannelsesmateriale og forløbet, og med at have fået øget kendskab til egen behandling og betydeligt flere muligheder for at rejse og være "fri". De ser mere sig selv som borgere og ikke som patienter.

"Inddragelse af patienten i håndtering af sygdommen" mindsker risikoen for indlæggelse og giver i højere grad patienten mulighed for at styre og overvåge den livslange sygdom. Det er klart erfaringen at patienterne efter endt kursusforløb er i stand til på betryggende vis at selvstyre og tage ansvar for egen behandling.

Projektet har styrket det tværfaglige samarbejde mellem Medicinsk Afdeling og Klinisk Biokemisk Afdeling. Desuden er det regionale samarbejde på tværs af regionen styrket via netværks- og styregruppemøder.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Inklusionen af pt har, som tidligere anført, været den største barriere. Antallet er dog ikke noget mål i sig selv, det er nærmere at indføre teknologien og se at den virker.

Det har været en barriere for rekrutteringen at der samtidig med indførelse af selvstyret AK-behandling er indført nye stoffer (som anført) til AK-behandling som ikke kræver monitorering.

Det har været en succes at deltage for både patienter og personale. Det er lykkedes at oplære langt de fleste patienter i selvstyret AK-behandling, og behandlingen har været særdeles velreguleret. Det er flere gange i videnskabelige arbejder vist at patienter i selvstyret AK-behandling har mere tid indenfor det "terapeutiske interval" sammenlignet med patienter i AK-behandling styret via f.eks. den praktiserende læge.

Projektet har styrket den tværfaglige indsats mellem Klinisk Biokemisk Afdeling og Medicinsk Afdeling.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

I starten af projektet blev der brugt en del tid og ressourcer på at udarbejde undervisningsmateriale til patientundervisningen. Materialet tog udgangspunkt i det tilsvarende som er udarbejdet og anvendes af de andre centre i Region Midtjylland som varetager selvstyret AK-behandling.

Efterfølgende har der været dels en "styk-pris" pr. deltager (apparat og målestrimler) samt faste omkostninger til plejepersonalet til follow-up. Tidsforbruget til follow-up har været øget i takt med inklusion af flere og flere pt. Det er vurderingen at vi ved projektets afslutning den 31.12.2013 vil have forbrugt alle de tildelte projektmidler.

Overordnet set har projektet i perioden bidraget til at nedsætte antallet af besøg hos den praktiserende læge til kontrol af AK-behandling. Det er der ikke foretaget målinger på som en del af projektet.

Den nye praksis ønskes videreført i afdelingen, da

- det har vist sig at være sikkert og effektivt at uddanne patienterne til selvstyret AK-behandling

- det er et godt sundhedstilbud til patienter som har langt til sygehus og den praktiserende læge
- det giver patienterne større indsigt i og forståelse for egen sygdom og behandling, og dermed også et medansvar for eget helbred
- selvstyret AK-behandling giver patienterne bedre muligheder for at rejse og være uafhængige, trods kronisk sygdom.
- dette sundhedstilbud er i tråd med de tilbud som gives i den øvrige del af Region Midtjylland.
- det har vist sig at være en effektiv måde til undersøgelse af om den enkelte pt er egnet til selvstyret AK-behandling, eller om man er nødt til at anvende de nyere og meget dyrere stoffer.

Perspektivering og videns deling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Se ovenfor. Tilbuddet om uddannelse af patienter til selvstyret AK-behandling ønskes at fortsætte i afdelingen.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Der foregår regional videns deling på området, hvor afdelingen og de tilknyttede læger og sygeplejersker og bioanalytikere deltager.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Erfaringen med projektet er:

- at selvstyret AK-behandling har åbenlyse fordele for alle involverede, da metoden med at uddanne pt er effektiv, har høj patientfredshed, øger egenomsorgen og letter arbejdet og omkostningerne for sundhedsvæsenet
- at fordelene er veldokumenterede og betragtes som troværdige
- at selvstyret AK-behandling kan tilpasses og videreudvikles
- at selvstyret AK-behandling understøttes af et monitoreringssystem idet afdelingen deltager i en regional database med indsamling af de forskellige centres målinger.

Det er vores erfaring at det er væsentligt for et godt resultat

- at personalet, som skal varetage uddannelse af pt i selvstyret AK-behandling, er blevet involveret fra starten og alle har fået tilstrækkelig oplæring i den nye metode
- at personalet oplever et medejerskab overfor undervisningsmaterialet, metoden og den løbende kvalitetssikring af behandlingen
- at ledelsen er engageret i at indføre og fastholde selvstyret AK-behandling

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	++	JA	Det vil den blive
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	+	Ikke relevant	Det vil den blive
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis			
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital			
5. Bedre patientforløb	+		
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	Under udarbejdelse		
8. Professionelle har bedre populationsoverblik			
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	+	JA	
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	+++	JA	
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	++ da det er egen kontrol		
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	++ bedre muligheder for frihed		
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes			
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	+++	JA	
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen	+++	Nej, ikke direkte, men er implicit	
16. Patienters egenomsorg er styrket	+++	Do.	
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	+++	Do.	
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	++	Do.	
19. Færre akutte indlæggelser	+	Do.	
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	++		
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	++		
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	In-direkte		
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	++	JA	
24. Mere omkostningseffektiv praksis			
25. Højere patientsikkerhed	++	JA	
26. Patienters helbred/prognose er forbedret	+	Nej	
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	++	Nej	
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	Uafklaret		

Andet? (skriv) Data er endnu ikke gjort op og derfor er det vanskeligt at besvare ovenstående fyldestgørende.			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Projekt 28

Selvevaluering af "Telemedicinsk service til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Et klinisk randomiseret, kontrolleret studie til vurdering af den kliniske effekt og de økonomiske konsekvenser af telemedicinsk service" (Hospitalsenhed Midt)

Tilskudsmodtager

Region Midtjylland
Diagnostisk Center, Afsnit M3
Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg

Projektnummer

Projekt 28
54804 Patientundervisning og egenomsorg
54804/28

Projektets navn(e) eller betegnelse(r)

Telemedicinsk service til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.
Et klinisk randomiseret, kontrolleret studie til vurdering af den kliniske effekt og de økonomiske konsekvenser af telemedicinsk service.
(Telemedicin til KOL-patienter via Center of Excellence, Regionshospitalet Silkeborg)

Projektleders navn og kontaktinformation,

Ovl. Frank Dyekjær Andersen
Medicinsk afdeling M3
Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg
E-mail: franande@rm.dk / franka@dadlnet.dk
Tlf: 78417844 / 60935233

Projektet er finansieret via puljen vedrørende (sæt kryds)

Forløbsprogrammer		Patientundervisning og egenomsorg	x
-------------------	--	-----------------------------------	---

Dato for udfyldelse af selvevalueringsskabelon

29-11-2012

Projektets status (sæt kryds og angiv dato)

Projektet er afsluttet		Projektet er ikke afsluttet	x
Dato for afslutning		Dato for forventet afslutning	31-12-2013

Eventuelle bemærkninger vedr. status for projektets gennemførelse kan angives i boksen nedenfor

Projektet har ansøgt om og fået bevilget forlængelse af projektperioden. Dette på baggrund af projektets udformning som klinisk randomiseret forskningsprojekt.

Undersøgelsens starttidspunkt blev forskudt på baggrund af tidsforbrug på protokol skrivning og godkendelse af studiet via Etisk Komite og Datatilsynet. Det forventes at der kan inkluderes omkring 60 patienter per år med vores aktuelle optageområde. Optageområdet er blevet reduceret siden protokollen blev udfærdiget. Vi har aktuelt via Etisk Komite fået godkendt ansøgning om, at måtte inkludere patienter i samarbejde med Regionshospitalet Viborg, med henblik på at udvide optageområdet og dermed inkludere patienter hurtigere.

Projektet er godkendt af Etisk Komite og Datatilsynet. Målet er at inkludere i alt 100 patienter til henholdsvis kontrol og interventionsgruppe (i alt 200). Det forventes at 250 patienter i alt skal randomiseres for at opnå disse tal. Statistisk analyse har vist at der skal det antal patienter til for at sige noget om effekten af telemedicin hvad angår effekt på genindlæggelses antal. Der er til dato inkluderet 89 patienter.

Der pågår løbende evaluering af patienternes tilstand ved ambulante kontroller efter 3, 6, 12 og 24 måneder, som beskrevet i medsendte protokol. Formålet med evaluering efter 24 måneder er, at få vurderet om interventionens eventuelle effekter rækker længere end blot interventionsperioden.

Der føres løbende database over effektparametre, såsom antal eksacerbationer, antal kontakter til egen læge, antal indlæggelser, indlæggelsesvarighed, tidsforbrug til monitorering osv. Der foretages i samarbejde med Dansk Sundheds Institut (DSI) en økonomisk evaluering af indsatsen. DSI er i gang med, i samarbejde med blandt andre vores projekt, at udfærdige en rapport om antropologiske aspekter af indførelse af telemedicin på KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) området.

Det er planen efter færdiggørelse af projektet at formidle erfaringer og data via videnskabelige artikler. Evidensen på området er generelt sparsom.

Projektets sammenhæng

Regionshospitalet Silkeborg blev i 2007/2008 udset til at varetage en speciel opgave i det danske sundhedsvæsen. Der skulle fokuseres på opgaver som at:

- Omlægge ydelser fra indlæggelse til ambulant behandling
- Omlægge indlæggelser fra akutte til subakutte
- Styrke samarbejde på tværs af sektorer: Sygehus – Kommune – Praksis
- Lette overgange mellem sektorer

Derudover skulle fokuseres på at:

- Indtænke den teknologiske udvikling
- Fokus på brugerinddragelse
- Opnå erfaringer med ovenstående
- Udbrede erfaringer til andre

Som led i disse opgaver og foci, så vi det som et naturligt tiltag blandt andre, at fokusere på

brug af telemedicin. Dette med henblik på brugerinddragelse i behandlingen og opnåelse af "patient empowerment". Målet var at patienterne skulle lære mere om egen sygdom og lære, at reagere hensigtsmæssigt ved forværring i egen tilstand. Dette primært med henblik på at undgå hyppige indlæggelser som tenderer mod at forringe patientens fysiske tilstand yderligere. Det er velkendt, at der er høj mortalitet ved indlæggelser for KOL forværring, både under indlæggelsen og i månederne efter. Som led i indførelse af telemedicinsk service blev også målene om at indtænke den teknologiske udvikling og brugerinddragelse opfyldt.

Før vi startede vores eget telemedicinske projekt besøgte vi Ålborg Sygehus, som på daværende tidspunkt var i gang med et projekt omkring telemedicin til KOL patienter. De benyttede samme teknologiske løsning som vi senere valgte: En enkel asynkron (ikke video baseret) løsning uden behov for IT kompetencer for brugeren. Systemet sender data via GSM nettet og behøver på den måde ikke internet opkobling. Derudover fungerer det som "plug and play" så patienterne i en evt. drift situation ville kunne udskrives med udstyret, og selv sætte det op hjemme.

Til forskel fra Telekat projektet i Ålborg som var meget innovativt, valgte vi af hensyn til at kunne fremlægge dokumentation for effekt på indlæggelses frekvens, at tilrettelægge et mere "stramt" koncept. Af den grund har vi ikke valgt at lade patientens egen læge eller hjemmeplejen "kikke med" på data, omend denne mulighed eksisterer med løsningen. Vi synes brugen af telemedicin ligger fint i tråd med forløbsprogrammet for KOL patienter, hvor der også er fokus på brugerinddragelse, dygtiggørelse af patienterne omkring egen sygdom, og selvbehandlingsstrategier.

Indsatsen med telemedicinsk service til en stor kronikergruppe, ligger tæt op af formuleringer/planer i udgivelser fra sundhedsstyrelsen gennem de senere år. Her har været:

- Fokus på videns/erfaringsdeling
- Fokus på sammenhæng i indsats på tværs af sektorer
- Fokus på forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse
- Primær indsats overfor patienter med kronisk sygdom
- Fokus på "patient empowerment" og patientinddragelse via patientuddannelse og øget egenomsorg/egenbehandling

Formål

2. Angiv projektets formål/målsætning og målgruppe

Det skønnes, at der i dag er op imod 430.000 danskere, som lider af KOL. KOL er en kronisk betændelses/inflammationstilstand i luftvejene, som også medfører forskellige grader af systemisk sygdom. Af de 430.000 patienter, vurderes 270.000 at have klinisk betydende KOL. Patienter med svær og meget svær sygdom (grad 3 & 4) udgør 40.000. Disse 40.000 patienter svarer til en prævalens i befolkningen på 1,4 %.

Sygdommen kan medføre hyppige indlæggelser, for den gruppe af patienter som har svær eller meget svær sygdom (grad 3 & 4). Den hyppigste indlæggelsesårsag er akut forværring i tilstanden (eksacerbation), med eller uden infektion. Prognosen for disse akut indlagte patienter er yderst alvorlig, og opgørelser fra danske sygehuse påviser høj dødelighed og genindlæggelsesfrekvens. Således genindlægges 14 % af patienterne indenfor den første måned efter udskrivelse. Der er påvist en mortalitet på 9 % under indlæggelsen, samt en

mortalitet på op imod 20 % og 35 % efter henholdsvis tre og tolv måneder. De patienter som lider af KOL i svær eller meget svær grad har som anført ofte brug for hyppige indlæggelser på sygehus ved forværringer i tilstanden. Patientgruppen udgør ca. 20 % af de akutte indlæggelser på de medicinske afdelinger, og beslaglægger dermed en stor del af de tilgængelige ressourcer. Set i et overordnet perspektiv hører KOL til gruppen af de fem mest ressourcekrævende sygdomme i Danmark.

Analyse fra 2002 viser også at knap 12.000 patienter, det år var indlagt på landets hospitaler med KOL som hovedårsag (aktionsdiagnose). Tilsammen havde disse patienter ca. 19.000 indlæggelser med i alt ca. 131.000 sengedage. I dag er tallet højere. I 2005 var der 21.000 indlæggelser med i alt 141.000 sengedage.

En mulig medvirkende faktor til løsning på de sygdomsmæssige og økonomiske udfordringer som sygdommen giver, kan være brugen af telemedicin. Der er udviklet forskellige telemedicinske løsninger, som gør det muligt at monitorere KOL patienten i eget hjem. Det telemedicinske udstyr gør det muligt, løbende at vurdere patientens tilstand, og teoretisk set give en rettidig justering af den igangværende behandling. Evidensen for de telemedicinske løsnings effekt er sparsom.

Regionshospitalet Silkeborg ønskede at afprøve en telemedicinsk løsning, som et klinisk randomiseret forsøg, hvor patienter med hyppig indlæggelse for KOL, tilbydes det telemedicinske udstyr. Forsøget gennemføres som et randomiseret studie med kontrolgruppe og interventionsgruppe.

Forløbsvarigheden for den enkelte patient andrager 6 måneder hvad angår monitorering. Den primære studieperiode andrager 12 måneder. Derefter møder patienten til et studierelevant ambulatoriebesøg efter i alt 24 måneder. Dette er med henblik på at vurdere eventuelle langtidseffekter af interventionen. Patienterne modtager i studieperioden standartbehandling for KOL, samt ambulante kontroller i standardiseret frekvens. Alle patienter udskrives med en selvbehandlingsplan, som bygger på den vejledning der findes i KOL behandlingsplanen fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

Vi ønsker at teste hypoteser om, at

- En telemedicinsk løsning kan være med til at reducere KOL patientens behov for ikke-planlagte og akutte sundhedsydelser. Dette gælder ydelser på sygehuset (akutte indlæggelser og skadestuebesøg, samt akutte ambulatoriebesøg), såvel som ydelser via almen praksis (sygebesøg, uplanlagte konsultationer, telefonkonsultationer).
- En telemedicinsk løsning kan give patienten en bedre livskvalitet trods tilstedeværelsen af en svær kronisk sygdom. Udstyret forbedrer det selvvaluerede helbred.
- Den telemedicinske løsning reducerer sundhedsudgifter bedømt på en analyse af forholdet mellem prisen på interventionen i forhold til besparelser på andre sundhedsydelser. Udstyret nedsætter brug af sundhedsydelser i såvel primær som sekundære sektorer.
- Effekten af interventionen rækker tidsmæssigt længere end selve interventionen. Patienten opnår læring omkring egen sygdom. Denne læring støtter patientens egenomsorg og selvbehandling så svære og indlæggelseskrævende forværringer forebygges også efter interventionsophør (6 måneder).
- Det er muligt at vurdere hvilke monitoreringsparametre/fysiologiske parametre der forudsiger behov for øget behandling af patienten. Målet er gennem telemedicinsk baseret monitorering, og efterfølgende kontakt til patienten ved tegn på forværring i tilstanden, at opstarte tidlig behandling/intervention med henblik på at forebygge yderligere forværring, og der igennem også oplære patienten i korrekt "egenomsorg og

behandling”.

Se skema over forløbet i protokol

Se bilag med selvbehandlingsplan

Se bilag med oprindelig godkendt protokol

Projektforløbet

3. Beskriv kort de væsentligste tiltag i projektet, herunder fx konkrete tilbud, der tilbydes patienter a) som led i forløbsprogrammet, b) om patientuddannelse, c) om egenbehandling

I interventionsgruppen modtager patienterne service som alle andre KOL patienter hvad angår rehabilitering, iltkontroller osv. Derudover monitoreres patienterne hjemme ved hjælp af Tunstall Healthcare's telemedicinske udstyr. Patienterne udfører minimum tre gange ugentligt, måling af iltmætning i blodet, puls, lungefunktion og vægt. Derudover svarer de på et standardiseret spørgetræ om åndenød, hoste, opspyt og farve på opspyt. Alle spørgsmål skal besvares i tilslutning til monitorering. Patienterne modtager selv oplysning om svarene på de udførte målinger og kan efter evne selv reagere herpå. I forbindelse med en forværring i patientens tilstand kan monitoreringshyppigheden øges til daglige målinger på foranledning af sygehus kontakt til patienten, eller ved patientens eget valg.

Undersøgelsesresultaterne (puls, iltmætning, lungefunktion og vægt) samt svar på spørgsmålene (Ja/Nej), sendes til en certificeret server som hostes af RegionMidt. Denne server tilgås fra sygehuset, og det er således muligt at følge patienterne, både på baggrund af svar på spørgsmål (anamnese), og på baggrund af objektive mål for patientens tilstand. For hver patient etableres for de enkelte målinger et individuelt "normalområde", indenfor hvilken der ikke skiftes kategori mellem grøn-gul-rød (se nedenfor). Dette "normalområde" fastsættes i forbindelse med interventionsstart, og tilrettes efter patientens tilstand. Ved tydelig bedring i værdier hæves grænserne. Ved varig forværring sænkes grænserne eventuelt for at gøre monitoreringen operationel.

GRØN kategori indikerer at patientens tilstand er stabil. Hverken svar på de specifikke og standardiserede spørgsmål, eller målingerne, tyder på forværring i patientens tilstand. Ingen intervention er nødvendig, og patientens svar/målinger kan godkendes af projektmedarbejdere uden yderligere.

GUL kategori indikerer at et eller flere af patientens svar på spørgsmål tyder på en forværring i patientens tilstand. Dette medfører telefonisk kontakt til patienten samme dag. Der gives i samråd med patienten, råd omkring det efterfølgende forløb og den videre behandling. Patienten starter eventuelt behandling efter selvbehandlingsplan. Der kan gives råd om henvendelse til egen læge, eller om fremskyndet kontrol på sygehuset. Eventuelt er patientens tilstand sådan at indlæggelse tilrådes.

RØD kategori indikerer at et eller flere af patientens målinger (saturation, puls, lungefunktion eller vægt) er ændret udover fastsatte grænser. Medfører telefonisk kontakt til patienten.

Alle patienterne, både i interventions og kontrolgruppe, bliver i forbindelse med hjemmebesøget efter udskrivelsen grundigt orienteret om en selvbehandlingsplan (se

bilag). Her står anført kriterier for opstart på behandling ved tegn på forværring. Behandling kan startes selvstændigt men det anbefales at kontakte egen læge førstkommande hverdag. Hos patienten, i eget hjem, ligger en kopi med disse oplysninger, som kan ses af egen læge og hjemmehjælpen ved besøg hos patienten.

Informationer (målinger og svar på spørgsmål) gennemses for hver enkelt patient, i hverdagene. Der etableres kontakt mellem projektsygeplejerske og patient, hvis patientens tilstand forværres. Denne kontakt foregår telefonisk, efter et på forhånd planlagt mønster (se bilag 13). Patienten kontaktes ved kategoriskift fra grøn til gul, grøn til rød, eller gul til rød. Ved samtalen med patienten, vurderes om en eventuel behandling (øget frekvens eller dosis af inhalationsmedicin, antibiotisk behandling, prednisolon® behandling) eller et besøg/en konsultation (projektsygeplejerske eller egen læge) er på sin plads. Denne vurdering sker enten på specialsygeplejerske niveau, eller ved konference mellem specialsygeplejerske og speciallæge i medicin: lungemedicin. Disse kontakter journalføres dels i patientens sygehusjournal, og dels i patientens CRF. Eventuelle tiltag journalføres. Patienterne i interventionsgruppen kan desuden kontakte egen læge på eget initiativ.

Alle patienter ses til ambulante kontroller/opfølgning henholdsvis 3, 6, 12, 24 måneder efter udskrivelse. Ved disse kontroller fokuseres for alle patienter på aspekter ved det at have kronisk obstruktiv lungesygdom. Principper for brug af selvbehandlingsplanen repeteres. Der tages stilling til tilbud såsom rehabilitering, dexametason scanning, besøg ved iltsygeplejerske osv. Ved kontrollerne er der deltagelse af projektsygeplejerske og speciallæge i lungesygdomme. Dette for at sikre ensartet tilbud til alle både i kontrol og interventionsgruppe.

Behovet for kontakt til patienterne varierer meget. Nogle patienter er meget "stabile" og behøver ikke kontakt mellem de ambulante besøg. Andre kræver hyppig telefonisk kontakt på grund af forværring i tilstanden. Det er til dato ikke gjort op hvad det "gennemsnitlige" antal kontakter over et 6 måneders monitoreringsforløb er, men det ligger i omegnen af 5-10 skønsmæssigt. For enkelte patienter har det været nødvendigt at træffe specifikke aftaler med hjemmeplejen og patientens egen læge for at optimere forløbet. Dette til alle parter tilfredshed. Alle kontakter dokumenteres med angivelse af varighed af kontakten med henblik på at kunne opgøre "tidsforbrug" ved monitoreringen i dagligdagen. Dette som led i den endelige økonomiske analyse af projektet.

Patienternes egen læge informeres ved projektstart om forløbet for den telemedicinske monitorering. Dette gælder for de patienter der kommer i interventionsgruppen. Egen læge informeres om at dennes rolle overfor patienten i øvrigt er uændret. Personalet på sygehuset "overtager" ikke patienten hvad angår daglig behandling, udover hvad der aftales med patienten hvis kontakt til denne er nødvendig på baggrund af modtagne data / symptomoplysninger.

Ad organisation:

I det daglige arbejde med at vurdere monitoreringsdata, deltager læge og specialsygeplejerske således, at læge varetager monitoreringen om onsdagen medens specialsygeplejersker varetager monitoreringen de øvrige hverdage. Denne organisation og den mulighed der er i softwaren for at skrive beskeder fra dag til dag, gør at der er løbende læring mellem personale-deltagere. Sygeplejerskerne lærer af lægens

handlingsmønstre og omvendt. Fra dag til dag kan man følge med i "hvad der sker" med den enkelte patient. Der gives beskeder om behandlingsopstart, planlagte ekspektorat prøver, medicinering, sub-akutte besøg, kontakter til patientens egen læge osv. Der opstår en fælles læring og forståelse af korrekte handle-mønstre i forskellige situationer. En person har dagligt kunne varetage alle opgaver i forbindelse med projektet. Det være sig den daglige monitorering af patienter, aflevering/afhentning af udstyr, varetagelse af ambulante returbesøg, screening af afdelingen for potentielle deltagere osv. Mange af de rent forskningsmæssige arbejdsopgaver såsom eksempelvis dokumentation, ville falde bort i en evt. drift situation.

Målopfyldelse og erfaringer

4. Levede projektet op til formålet/målsætningen, jf. den oprindeligt formulerede målsætning i projektansøgningen og eventuelle senere af ministeriet godkendte ændringer til denne målsætning.

Projektet bliver gennemført som et prospektivt randomiseret studie med veldefinerede mål. Der er planlagt randomiseret 250 patienter i alt hvoraf der på nuværende tidspunkt er inkluderet 89. Målet er 100 patienter i henholdsvis kontrol og interventionsgruppe.

Dansk Sundheds Institut er i gang med at udfærdige en fyldestgørende rapport til belysning af antropologiske aspekter af det at indføre telemedicinsk service på KOL området. Rapporten forventes indenfor de kommende måneder. Den er blevet til i samarbejde med hospitaler som kører telemedicinske projekter på KOL området, blandt andre vores projekt.

Da vores studie er designet som anført, er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at udtale sig endeligt om effekter. Vi har dog data for antallet af indlæggelser og indlæggelses dage for en del patienter. Vi har opgjort data for de første patienter, der har været til 6 måneders kontrol. For ligeligt antal i hver gruppe kan vi præsentere data for 19 patienter i kontrolgruppen sammenlignet med 19 patienter i monitoreringsgruppen. Det ser ud som følger, når der optælles på KOL forværringer eller lungebetændelse som diagnoser:

Patientgruppe	Indlæggelser	Indlæggelsesdage
Kontroller	18	120
Monitorerede	8	51

Som det fremgår, er der en klar tendens til reduktion i såvel indlæggelses antal som varighed med omkring 50 %. Denne reduktion giver en væsentlig økonomisk besparelse, ligesom det forventes at måtte øge den enkelte patients livskvalitet at undgå hyppige og potentielt langvarige indlæggelser. Vores håb var oprindeligt at kunne opnå en reduktion omkring 25-30 %.

Prisen for monitoreringen er lidt svær at gøre op så længe vi ikke har data for tidsforbrug

osv. En endelig analyse heraf følger senere. Selve monitoreringen af den enkelte patient koster i leje af udstyr og pris for datatrafik, 6200 danske kroner i alt for 6 måneder.

Vi har oplevet en høj patienttilfredshed med monitoreringen. Patienterne udtrykker følelse af øget tryghed i dagligdagen. De er glade for at "blive holdt øje med", og følger også til en vis grad selv med i data som bliver kommunikeret til patienten i løbet af monitoreringen. Patienterne føler i afslutningen af forløbet at de har lært mere om deres sygdom, og om korrekt handlemønster i tilfælde af oplevet forværring i deres tilstand. Patientens pårørende er også glade for monitoreringen af deres familiemedlem. Mange, både patienter og pårørende er imidlertid lidt bekymrede når monitoreringsperioden er ovre og de skal aflevere udstyret. Vi bekræfter her for patienten at målet har været øget kendskab til hændelser omkring en forværring, og henviser til fortsat støtte via deres opnåede læring og fortsatte mulighed for at benytte selvbehandlingsplanen. Nogle patienter har ønsket at købe en saturations måler for selv at kunne monitorere videre.

For antropologiske effekter i øvrigt henvises til omtalte rapport fra DSI.

Vi forventer at kunne dokumentere lagt flere potentielle effekter når studiet er tilendebragt. Dette både hvad angår: indlæggelsesfrekvens, indlæggelsesvarighed, antal uplanlagte kontakter til egen læge, antal skadestuebesøg, hvilke monitoreringsdata der "fanger" forværringer, om der er effekt også efter at den primære monitorering ophører og økonomiske konsekvenser af interventionen. Projektet har fået forlængelse til 2013.

5. Beskriv og vurder projektets resultater og erfaringer i relation til projektbeskrivelsen og herunder eventuelle afvigelser mellem forventede og faktiske resultater

Der er gjort meget ud af forberedelse til dette studie. Der er udfærdiget protokol på baggrund af blandt andet et pilotstudie. Formålet hermed var at få overblik over korrekte in og eksklusionskriterier. Derudover gennemførte vi ambulante besøg med henblik på viden om tidsforbrug i forbindelse hermed. Forberedelserne har hjulpet os til at planlægge organisationen omkring tilbuddet. Vi ved hvordan tiden skal bruges mest hensigtsmæssigt. Vi ved hvem der skal gøre hvad osv. Vi har fået en god organisation op at køre, hvilket styrker studiet i dagligdagen. Kendskabet til organisationen gør også at en evt. implementeringsstrategi vil kunne lægges.

Telemedicin er en forholdsvis ny teknologi, og vi forudså at der kunne komme problemer på den baggrund. Vi var bekymrede for mobildækningen, og for brugen af den software der følger med systemet. Imidlertid her der kun været relativt få problemer/barrierer.

- Vi har for enkelte patienters vedkommende haft problemer med dækning på GSM nettet. For de fleste har problemet kunnet løses ved at flytte apparaturet i hjemmet. For en enkelt patients vedkommende måtte monitoreringen afbrydes. Der arbejdes på en fremtidig løsning på problemet.
- Ved en enkelt lejlighed har vi kortvarigt (timer) mistet forbindelse med alle monitorerede patienter på grund af server problem. Der har skyldtes opgradering på den server der hoster data. Problemet kan løses med bedre kommunikation til service personale.
- Ved en lejlighed mistede vi forbindelse (timer) af ukendt årsag. Problemet blev løst ved genstart af monitorer i patienternes hjem. Dette blev arrangeret via telefonisk kontakt til patienterne.

Udbyder af den telemedicinske løsning som vi benytter, tilbyder fremadrettet en callcenter funktion som uden vores assistance "fanger og retter" sådanne tilfælde. Callcenteret kan også frasortere andre tekniske problemstillinger såsom mistede opkald, apparat fejl (på eksempelvis iltmåleren) osv. Denne service kan tilbydes uden meromkostning.

Et vigtigt mål med indsatsen er at søge at omlægge akutte tiltag (indlæggelser, uplanlagt besøg hos egen læge, skadestue besøg) til mere ambulant og planlagt aktivitet. Dette som led i at styrke indsatsen overfor patienter med svær kronisk sygdom. Vi har fokuseret meget på at kunne reducere indlæggelses antal og varighed. Man kunne imidlertid også tænke sig at behovet for hyppigt ambulant fremmøde kunne reduceres. Hvis patienten i forvejen følges med monitorering, kunne intervallerne mellem ambulante besøg på sygehuset evt. reduceres. I vores studie har fokus ikke været her, men formentlig kunne en sådan effekt opnås med henblik på bedre ressource udnyttelse i fremtiden. Patienternes egenomsorg og mulighed for selvbehandling styrkes jo med tiltaget. En vanlig ambulatoriefremmøde frekvens kunne evt. reduceres fra eksempelvis hver halve til hvert hele år eller fra hvert år til hvert andet år.

5.a Særligt om de drifts- og sundhedsøkonomiske erfaringer og resultater fra projektet

Som anført er studiet forberedt til at kunne sige noget om økonomiske konsekvenser af en eventuel drift situation. En stor del af den tid der benyttes på processen aktuelt, ville falde bort i daglig drift (Information om studiet til pt., dokumentation i CRF og database, tidsforbrug på tekniske / monitoreringsrelaterede problemer osv.) I en fremtidig økonomisk analyse skal ses på omkostninger ved løsningen i forhold til besparelser både i primær og sekundær sektoren. Derudover kan tænkes i besparelser i andre sammenhænge såsom transport, hjemmepleje, behov for aflastningspladser efter indlæggelse osv. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at komme dette nærmere. Umiddelbart kan kun ses på besparelse ved undgåede indlæggelser (10 i materialet på 19 patienter) i relation til pris på udstyr (6200 kroner for 6 mdr. monitorering) og personaleforbrug. Umiddelbart skønnes en evt. business case at kunne blive positiv da udstyret er billigt at leje. En typisk indlæggelse for denne patientkategori har en DRG værdi på min. 25-35.000 kroner uden biddiagnoser medregnet.

I en kommende business case skal også tages højde for evt. personale undervisning. Aktuelt er tre sygeplejersker udlært i brug af både hardware og software. Uddannelsen er primært foregået via demonstration fra udbydende firma. Herefter ved sidemand's uddannelse i egen afdeling. Uddannelsen er ikke krævende eller tidstung.

I drift ville man kunne monitorere patienter på lang afstand fra et enkelt center tilknyttet lungemedicinsk afdeling. Der er ikke antalsmæssig begrænsning hvad angår software og hardware. Vi gør i aktuelle studie op hvad tidsforbruget på monitoreringen er.

Perspektivering og videndeling

6. Hvordan vil resultater og erfaringer fra projektet blive bragt i anvendelse fremadrettet?

Her henvises til punkt 5a. Vi har ønske om at videreføre projektet efter endt studieperiode. Dette på grund af de foreløbige resultater og høj grad af patienttilfredshed med ordningen. Data for effekter i større skala følger senere.

7. Hvilke tiltag eller planer er der iværksat i forhold til at sprede viden - lokalt og nationalt - om de resultater og erfaringer, der er opnået undervejs i projektet?

Vi forventer at publicere forskningsresultater efter at studiet er færdiggjort. Vi regner med international publicering. Vi har haft en artikel i Midtjyllands Avis, men har ellers været tilbageholdende med at melde for kraftigt ud. Vi vil gerne have flere håndfaste data inden da.

Vi har i forløbet haft møder med omkringliggende hospitaler (Horsens og Viborg) om telemedicinens fremtid i regionen. Vi gør os tanker om eventuelle opfølgende projekter.

Vi har afholdt møde med læger og teknikere fra et hospital i København, til vidensdeling forud for planlagt projekt i deres regi.

8. Hvilke tiltag er iværksat for at sikre og fastholde en ny og bedre praksis/indsats overfor kronisk sygdom?

Vi har prøvet at selvevaluere ved hjælp af "The sustainability model". Nogle af svarene er selvfølgelig ikke nagelfaste, men beror på et aktuelt skøn. Dette gælder eksempelvis udsagn om øget effektivitet, og om "lettet arbejde". Det er også indtil videre svært at sige at fordelene er veldokumenterede og åbenlyse, om end vi lokalt tror herpå.

Vores (måske lidt optimistiske) forsøg på point givning ender med:

Process: 8,7 – 9,1 – 3,4 – 3,3. I alt 24,5 point

Personale: 11,5 – 11 – 6,2 – 6,7. I alt 35,4 point

Organisation: 7,2 – 4,4. I alt 11,6 point

Samlet **71,5 point** tydende på optimisme hvad angår mulighed for fastholdelse af tiltaget/forandringen i praksis. Vi føler i høj grad at tiltaget kan øge effektiviteten, hvis det holder stik at akutte indlæggelser kan forebygges på KOL området. De ressourcer der ikke skal benyttes i forbindelse med en sådan indlæggelse kan benyttes et andet sted i organisationen.

Der har været høj grad af personale engagement og der er taget ejerskab på "systemet" og den nye måde at håndtere patienter på. Der er et højt ønske om fastholdelse af metoden i dagligdagen.

Som det er fremgået ligger forandringen godt i tråd med strategien for Hospitalsenheden generelt. Her er fokus på omlægning fra akut til elektiv aktivitet. Der er fokus på brug af ny teknologi. Der er fokus på brugerinddragelse og patientuddannelse. Ledelsen er i høj grad "gearet" til forandring, og støtter nye tiltag.

9. Kilder, litteraturliste og bilagsoversigt

Bilag:

Projekt protokol, incl. skema over forløb

Selvbehandlingsplan, Deltagerinformation

Eks på intervention ved patientkontakt

Indsat:

Referenceliste

10. Skematisk overblik

De 28 bud på gevinster skal ses som en bruttoliste med mulige, relevante gevinster. Skriv "ikke relevant" eller undlad at udfylde de rækker, som ikke giver mening for det konkrete projekt.

Hvad har været projektets gevinster? Hvilke resultater er opnået?	Fremhæv vigtigste gevinster: +++/++/+	Kan resul- taterne doku- menteres?	Er den nye praksis, implementeret i daglig drift?
1. Forstærket indsats overfor kronisk sygdom	xxx	JA	Ikke endnu
2. Bedre tværsektorielt samarbejde	X	Nej	
3. Bedre samarbejde mellem hospital og almen praksis	Xxpotentielt		
4. Bedre samarbejde mellem kommuner og hospital	Xxpotentielt		
5. Bedre patientforløb	xxx	JA senere	
6. Forløbsprogrammet er implementeret			
7. Indsatsen understøttes af relevant teknologi	xxx	JA	
8. Professionelle har bedre populationsoverblik	X		
9. Professionelle har udviklet deres kompetencer	X		
10. Patientpopulationen får bedre tilbud	Xx	JA	
11. Flere mennesker med kronisk sygdom kommer til regelmæssig kontrol	X	JA/NEJ	
12. Sårbare patienter får målrettet tilbud	xx	JA	
13. Den sociale ulighed i sundhed udjævnes	X		
14. Flere patienter er uddannet i egen sygdom	xx	JA	
15. Bedre patientoplevelse kvalitet i indsatsen			
16. Patienters egenomsorg er styrket	Xx	Nej	
17. Patienter medvirker mere aktivt i indsatsen	Xxx	JA senere	
18. Flere med kronisk sygdom kan forebygge, undersøge og/eller behandle egen sygdom	Xxx	JA	
19. Færre akutte indlæggelser	Xxx	JA	
20. Positiv sundhedsfaglig effekt	Xxx	JA	
21. Sundhedsøkonomisk gevinst	Xx	Mangler data	
22. Driftsøkonomisk fordel for hospitalet	Xxpotentielt	Mangler data	
23. Bedre sundhedsfaglig kvalitet	Xxpotentielt	potentielt	
24. Mere omkostningseffektiv praksis	X	potentielt	
25. Højere patientsikkerhed		potentielt	
26. Patienters helbred/prognose er forbedret		potentielt	
27. Øget produktivitet i indsatsen overfor kronisk sygdom	Xx	potentielt	
28. Flere patienter hjælpes for uændrede ressourcer	xx	Mangler data	
Andet? (skriv)			

Referencer:

- 1) L. Bartoli, P. Zanaboni, C. Masella, and N. Ursini. Systematic **review** of telemedicine services for patients affected by chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Telemed.J.E.Health* 15 (9):877-883, 2009.
- 2) B. McKinstry, H. Pinnock, and A. Sheikh. Telemedicine for management of patients with COPD? *Lancet* 374 (9691):672-673, 2009.
- 3) J. Polisen, D. Coyle, K. Coyle, and S. McGill. Home telehealth for chronic disease management: a **systematic review** and an analysis of economic evaluations. *Int.J Technol.Assess.Health Care* 25(3):339-349, 2009.
- 4) T. Raza, M. Joshi, R. M. Schapira, and Z. Agha. Pulmonary telemedicine--a model to access the subspecialist services in underserved rural areas. *Int.J.Med.Inform.* 78 (1):53-59, 2009.
- 5) M. Vitacca, L. Bianchi, A. Guerra, C. Fracchia, A. Spanevello, B. Balbi, and S. Scalvini. Teleassistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *Eur.Respir.J.* 33 (2):411-418, 2009.
- 6) T. Botsis, G. Demiris, S. Pedersen, and G. Hartvigsen. Home telecare technologies for the elderly. *J.Telemed.Telecare.* 14 (7):333-337, 2008.
- 7) T. Botsis and G. Hartvigsen. Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *J.Telemed.Telecare.* 14 (4):195-203, 2008.
- 8) F. S. Mair, J. Hiscock, and S. C. Beaton. Understanding factors that inhibit or promote the utilization of telecare in chronic lung disease. *Chronic.Illn.* 4 (2):110-117, 2008.
- 9) J. C. Trappenburg, A. Niesink, de Weert-van Oene GH, H. van der Zeijden, Snippenburg R. van, A. Peters, J. W. Lammers, and A. J. Schrijvers. Effects of telemonitoring in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Telemed.J.E.Health* 14 (2):138-146, 2008.
- 10) A. Lokke, P. G. Fabricius, J. Vestbo, J. L. Marott, and P. Lange. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Copenhagen. Results from The Copenhagen City Heart Study. *Ugeskr.Laeger* 169 (46):3956-3960, 2007.
- 11) P. Whitten, L. K. Johannessen, T. Soerensen, D. Gammon, and M. Mackert. A **systematic review** of research methodology in telemedicine studies. *J.Telemed.Telecare.* 13 (5):230-235, 2007.
- 12) P. Whitten and M. Mickus. Home telecare for COPD/CHF patients: outcomes and perceptions. *J.Telemed.Telecare.* 13 (2):69-73, 2007.
- 13) A. Casas, T. Troosters, J. Garcia-Aymerich, J. Roca, C. Hernandez, A. Alonso, Pozo F. del, Toledo P. de, J. M. Anto, R. Rodriguez-Roisin, and M. Decramer. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur.Respir.J* 28 (1):123-130, 2006.
- 14) Toledo P. de, S. Jimenez, Pozo F. del, J. Roca, A. Alonso, and C. Hernandez. Telemedicine experience for chronic care in COPD. *IEEE Trans.Inf.Technol.Biomed.* 10 (3):567-573, 2006.
- 15) S. M. Finkelstein and E. Ratner. Managing chronic disease through home telehealth. *Minn.Med* 89(11):42-45, 2006.
- 16) S. M. Finkelstein, S. M. Speedie, and S. Potthoff. Home telehealth improves clinical outcomes at lower cost for home healthcare. *Telemed.J.E.Health* 12 (2):128-136, 2006.
- 17) A. Lokke, P. Lange, J. Vestbo, and P. G. Fabricius. Developing COPD--25 years follow-up study of the general population. *Ugeskr.Laeger* 168 (50):4422-4424, 2006.
- 18) F. S. Mair, P. Goldstein, C. Shiels, C. Roberts, R. Angus, J. O'Connor, A. Haycox, and S. Capewell. Recruitment difficulties in a home telecare trial. *J.Telemed.Telecare.* 12 Suppl 1:26-28, 2006.
- 19) M. Vitacca, G. Assoni, P. Pizzocaro, A. Guerra, L. Marchina, S. Scalvini, F. Glisenti, A. Spanevello, L. Bianchi, L. Barbano, A. Giordano, and B. Balbi. A pilot study of nurse-led, home monitoring for patients with chronic respiratory failure and with mechanical ventilation assistance. *J.Telemed.Telecare.* 12 (7):337-342, 2006.

- 20) J. A. Brebner, E. M. Brebner, and H. Ruddick-Bracken. Experience-based guidelines for the implementation of telemedicine services. *J. Telemed. Telecare*. 11 Suppl 1:3-5, 2005.
- 21) N. M. Hjelm. Benefits and drawbacks of telemedicine. *J. Telemed. Telecare*. 11 (2):60-70, 2005.
- 22) F. S. Mair, P. Goldstein, C. May, R. Angus, C. Shiels, D. Hibbert, J. O'Connor, A. Boland, C. Roberts, A. Haycox, and S. Capewell. Patient and provider perspectives on home telecare: preliminary results from a randomized controlled trial. *J. Telemed. Telecare*. 11 Suppl 1:95-97, 2005.
- 23) T. Vontetsianos, P. Giovas, T. Katsaras, A. Rigopoulou, G. Mpirmipa, P. Giaboudakis, S. Koyrelea, G. Kontopyrgias, and B. Tsoukas. Telemedicine-assisted home support for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: preliminary results after nine-month follow-up. *J. Telemed. Telecare*. 11 Suppl 1:86-88, 2005.
- 24) K. W. Wong, F. K. Wong, and M. F. Chan. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J. Adv. Nurs*. 49 (2):210-222, 2005.
- 25) Alonso. A new model for home care for COPD. *Stud. Health Technol. Inform.* 103:368-373, 2004.
- 26) S. M. Finkelstein, S. M. Speedie, G. Demiris, M. Veen, J. M. Lundgren, and S. Potthoff. Telehomecare: quality, perception, satisfaction. *Telemed. J. E. Health* 10 (2):122-128, 2004.
- 27) D. Hibbert, F. S. Mair, C. R. May, A. Boland, J. O'Connor, S. Capewell, and R. M. Angus. Health professionals' responses to the introduction of a home telehealth service. *J. Telemed. Telecare*. 10 (4):226-230, 2004.
- 28) H. C. Noel, D. C. Vogel, J. J. Erdos, D. Cornwall, and F. Levin. Home telehealth reduces healthcare costs. *Telemed. J. E. Health* 10 (2):170-183, 2004.
- 29) J. Bourbeau, M. Julien, F. Maltais, M. Rouleau, A. Beaupre, R. Begin, P. Renzi, D. Nault, E. Borycki, K. Schwartzman, R. Singh, and J. P. Collet. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch. Intern. Med* 163 (5):585-591, 2003.
- 30) J. Dale, S. Connor, and K. Tolley. An evaluation of the west Surrey telemedicine monitoring project. *J. Telemed. Telecare*. 9 Suppl 1:S39-S41, 2003.
- 31) E. Egan, A. Clavarino, L. Burrage, M. Teuwen, and E. White. A randomized control trial of nursing-based case management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincott's Case Manag.* 7 (5):170-179, 2002.
- 32) P. S. Whitten, F. S. Mair, A. Haycox, C. R. May, T. L. Williams, and S. Hellmich. **Systematic review** of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *BMJ* 324 (7351):1434-1437, 2002.
- 33) R. Currell, C. Urquhart, P. Wainwright, and R. Lewis. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Nurs. Times* 97 (35):35, 2001.
- 34) E. Farrero, J. Escarabill, E. Prats, M. Maderal, and F. Manresa. Impact of a hospital-based homecare program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest* 119(2):364-369, 2001.
- 35) M. Young, D. Sparrow, D. Gottlieb, A. Selim, and R. Friedman. A telephone-linked computer system for COPD care. *Chest* 119 (5):1565-1575, 2001.
- 36) F. S. Mair, A. Haycox, C. May, and T. Williams. A **review** of telemedicine cost-effectiveness studies. *J. Telemed. Telecare*. 6 Suppl 1:S38-S40, 2000.
- 37) Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed.
- 38) Otte folkesygdomme - forekomst og udvikling, Statens Institut for Folkesundhed
- 39) Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis.
- 40) British Journal of General Practice 2012

