

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

- Sammenfatning og konklusioner
- Tværgående analyser
- Eksterne vurderinger af de enkelte projekter

Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Kvalitetsudvikling Sundhed, Region Midtjylland, 2013

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

Emneord: Evaluering, Chronic Care, puljemidler, omkostningseffektivitet, partnerskab, forløbsprogrammer

Sprog: Dansk

Versionsdato: 26. marts 2013

Udgivet af: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, marts 2013

Design: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Redaktion/forfattere:

Jesper Buchholdt Gjørup

Birthe Hellqvist Dahl

Denne publikation citeres således:

Titel: Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012

Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Kvalitetsudvikling Sundhed, 2013

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling Sundhed

Olof Palmes Alle 15

DK-8200 Aarhus N

Tlf. +45 7841 4043, e-mail: jesper.gjoerup@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

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

Indhold

SAMMENFATNING, ANBEFALINGER OG KONKLUSION	1
BAGGRUND OG FORMÅL	6
ORGANISERING	8
METODEVALG	10
EVALUERINGENS FEM SPØRGSMÅL OG SVAR	14
Indføres en ny og bedre praksis?	16
Bliver patientforløb og tværsektorielt samarbejde bedre?	23
Stiger omkostningseffektiviteten?	25
Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?	26
Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?	28
HVAD KAN MED FORDEL UDBREDES OG VIDEREFØRES?	30
ANDRE VIGTIGE PROJEKTERFARINGER	37
Erfaringer med implementering	37
Flere projekter er påvirket af begivenheder og forandringer	37
Evalueringsmetodiske erfaringer	38
Monitoreringsproblemstillinger	38
Forskning versus implementering	39
It-systemers betydning	39
Standardisering versus individualisering	40
Erfaringer med puljeprojekter	40
HVEM HAR VURDERET PROJEKTERNE?	42
REFERENCER	45
BILAG	51
Bilag 1: Projektprogrammet: 28 puljeprojekter til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i Region Midtjylland 2010-2012	52
Bilag 2. Eksterne evalueringer af de 28 projekter	54

Der findes også en særskilt bilagsrapport:

**Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012 – selvevalueringer
(bilagsrapport)**

Læsevejledning

Denne programevaluering indeholder både tværgående analyser og vurderinger og rapportering af det enkelte projekts resultater og erfaringer.

Hvis du er interesseret i at få et overblik - og ønsker viden om resultaterne af og erfaringerne med alle projekterne i den statsligt finansierede forstærkede indsats i Region Midtjylland kan du med fordel læse sammenfatningen med konklusion og anbefalinger side 1-5.

Du kan også benytte oversigtsskemaerne

Oversigt 1 side 11 viser projektevalueringsforløbet i Region Midtjylland.

Oversigt 2 side 14 viser 28 projekter opdelt på sygdomsområder/forløbsprogrammer.

Oversigt 3 side 17-22 viser hvordan de 28 projekter har bidraget til omstilling af indsatsen.

Oversigt 4 side 32-35 giver bud på hvad som med fordel kan udbredes på baggrund af erfaringer og resultater fra projekterne.

Fra side 13 uddybes svarene på i hvor høj grad projekterne har ført til en omstilling af indsatsen.

Hvis du er interesseret i evaluatorernes anbefalinger til hvad der med fordel kan videreføres og udbredes, kan du slå op på side 29.

Her finder du også et oversigtsskema, som opsummerer vigtige resultater og erfaringer på tværs af projekter.

Hvis du vil læse om mere generelle erfaringer og læringspointer fra programevalueringen kan du slå op på side 36.

Hvis du vil vide mere om resultater og erfaringer fra det enkelte projekt kan du finde den eksterne vurdering af projekterne i bilag 2 og projektets selvevaluering i en særskilt bilagsrapport. Projekternes selvevalueringer er struktureret efter Sundhedsministeriets skabelon for slutrapportering.

Sammenfatning, anbefalinger og konklusion

Region Midtjylland udarbejdede tidligt en strategi for en bedre indsats for patienter med kronisk sygdom (2007) og tre forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes og hjertesygdom (AKS) (2009). Der blev desuden etableret en tværsektoriel organisation for klyngesamarbejde omkring det enkelte hospital til at understøtte implementeringen af de strategiske dokumenter.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse etablerede i 2009 to puljer med i alt 590 mio. kr. til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i treårs perioden fra 2010 til 2012. Region Midtjylland ansøgte om finansiering af 28 projekter og modtog i alt 82 millioner.

Denne rapport evaluerer projekternes resultater og erfaringer - med det forbehold at 13 projekter først slutrapporterer i 2013.

Evalueringsdesign og metode. Evalueringsdesignet er beskrevet af CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (juni 2012), og godkendt af programstyregruppen og Sundhedsministeriet. Evalueringen indeholder både selvevaluering og ekstern vurdering af det enkelte projekt. Den eksterne vurdering sætter fokus på projekternes bidrag til en styrket indsats til patienter med kroniske sygdomme på baggrund af fem nøglespørgsmål:

- Indføres der en ny og bedre praksis?
- Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
- Stiger omkostningseffektiviteten?
- Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
- Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Denne rapport indeholder udover en vurdering af hvert enkelt af de 28 projekter på baggrund af de 5 nøglespørgsmål også en sammenfatning af projekternes resultater og erfaringer, som svarer til Sundhedsministeriets krav til slutrapportering i bevillingstilsagn og skabelon til slutrapportering.

Evalueringsrapporten består af

- Sammenfatning, konklusion og anbefalinger
- Tværgående analyser og vurderinger
- Projektoversigt med økonomiske rammer (bilag 1)
- Ekstern vurdering af det enkelte projekt (bilag 2)
- Projekternes selvevalueringer (særsilt bilagsrapport)

Konklusion

De 28 projekter bidrager alle til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Projekternes mål og intentioner og de igangsatte tiltag er i overensstemmelse med formålet med de to statslige puljer, samt nationale og regionale strategier om indsatsen overfor kronisk sygdom, herunder elementerne i Kronikermodellen (the Chronic Care Model – fremover forkortet CC-modellen).

Samlet set er det indtrykket, at projekterne har medvirket til at styrke og omstille indsatsen overfor kronisk sygdom, ved at de involverede aktører i almen praksis, på relevante hospitalsafdelinger og stabe har iværksat en række konkrete patientrettede og organisatoriske tiltag i forbindelse med implementering af forløbsprogrammernes anbefalinger.

Det konkrete indhold heri fremgår af vurderingen af hvert af de 28 projekter (bilag 2) og oversigt 3, side 17-22.

De vigtigste resultater af puljeprojekterne vurderes sammenfattende til følgende: Den tidlige opsporing af risikopatienter er styrket. En større andel af patienter med kronisk sygdom stratificeres, behandles og rehabiliteres jf. forløbsprogrammets anbefalinger. Sundhedsprofessionelle i de tre sektorer har udviklet deres kompetencer som forudsætning for at kunne varetage forløbsprogrammernes opgaver på et højt fagligt og sikkert niveau. Der er på tværs af afdelinger og sektorer opnået et større kendskab til hinanden og det konkrete indhold i forløbsprogrammerne til styrkelse af effektive arbejdsgange, kvalitetssikring af indsatsen og større sammenhæng i tværfaglige og tværsektorielle patientforløb. Der er etableret datagrundlag til kvalitetsudvikling af en fremadrettet proaktiv sundhedsfaglig indsats og indhentet ny viden og erfaring med interne og eksterne udgående funktioner og anvendelse af telemedicinske løsninger, herunder dokumenteret en væsentlig viden om hvordan patienterne selv oplever og vurderer indsatsen.

Vurderingen er primært baseret på kvalitative og sekundære data suppleret af aktivitetstal og spørgeskemabaserede data om den patientoplevede kvalitet i de enkelte projekter.

De afsluttede projekter og evalueringsprocessen har indtil nu kun i beskedent omfang tilvejebragt kvantitative data, som dokumentation for i hvilket omfang projekterne har ført til positive sundhedsfaglige effekter, en øget omkostningseffektivitet, øget egenomsorg og en varig forbedring af indsatsen. Flere uafsluttede projekter indsamler relevante data, som først formidles i 2013 eller 2014.

Udvikling og gennemførelse af de 28 projekter har også bidraget med en lang række erfaringer, som kan bruges til at fokusere og styrke indsatsen fremadrettet i den enkelte almene praksis, i kommunerne, på hospitalerne, i klyngesamarbejdet og det regionale sundhedssamarbejde. Rapporten giver i oversigt 4 en række eksempler på praksis, som – på baggrund af projekternes erfaringer – med fordel kan videreføres og udbredes.

Anbefalinger

Evalueringen identificerer en række eksempler på god praksis, som er baseret på de konkrete projekters erfaringer. Rapporten tager ikke konkret stilling til, om de enkelte projekter skal videreføres og evt. behov for fortsat ekstern finansiering.

De indsatsområder som vurderes som centrale i den fremtidige indsats til patienter med kroniske sygdomme er:

I forhold til patienterne:

- Skræddersyede patientforløb til kroniske patienter

- Etablering af udvidet kontaktpersonordning/forløbskoordination for udvalgte sårbare patienter med en eller flere kroniske sygdomme
- Fokus på styrkelse af egenbehandling for de patienter, der formår at påtage sig et udvidet ansvar
- Etablering af shared-care ordninger på udvalgte områder
- Etablering af specialsygeplejersketilbud under supervision
- Call-center-tilbud til patienter
- Øget anvendelse af monitorering i patientens hjem

I forhold til behandlerteams:

- Differentieret kompetenceudvikling
- Fokus på arbejdsdelingen mellem tværfaglige aktører med henblik på at sikre kontinuitet og undgå overlappende funktioner
- Styrkelse af det gensidige kendskab på alle niveauer mellem de tre sektorområder
- Fortsat arbejde med kendskab til og systematisk implementering af forløbsprogrammer

Videreudvikle og kvalitetssikre sundhedspædagogiske uddannelsesstilbud til patienter og professionelle, der i højere grad involverer patienter og sikrer læring i relation til håndtering af hverdagen med en eller flere kroniske sygdomme.

I forhold til det organisatoriske niveau:

- Arbejde med it-systemers brug på tværs af sektorområder og i forhold til patient/pårørende
- Sikre effektiv logistik og bæredygtig infrastruktur i den enkelte enhed, tværsektorielt og regionalt
- Kvalificering af kvalitetsindsatsers bidrag til omkostningseffektivitet
- Fremme dækkende monitoreringssystemer, der kan dokumentere status og ændringer

Oversigt 3 og 4 illustrerer indholdet i anbefalingerne.

På baggrund af de fem evalueringsspørgsmål er den sammenfattende konklusion på tværs af projekterne:

Indføres en ny og bedre praksis?

Ni projekter er designet som klinisk forskning og har ikke publiceret deres resultater.

Fem projekter har afprøvet telemedicinske løsninger.

Ny praksis drejer sig mere konkret om:

- differentierede tilbud i hjerterehabilitering
- udvalgte patienter tildeles en personlig kontaktperson
- understøttelse af patientens egenomsorg ved at give bedre mulighed for sygdomsmonitorering, selvbehandling og/eller træning i eget hjem, evt. understøttet af telemedicinske løsninger til patienter med KOL eller hjertesygdom
- styrket monitorering af den enkelte patient, bl.a. ved hjælp af telemedicinsk udstyr og nye it-systemer og databaser
- opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse af særligt sårbare patienter
- differentierede patientuddannelsesstilbud
- opgaveflytning af koordinerende, rådgivende, vejledende og kliniske opgaver til udvalgte specialsygeplejersker, herunder
- øget tilgængelighed for telefonisk rådgivning af almen praksis og patienter

- kompetenceudvikling af sundhedspersonale
- udvikling og implementering af it til at styrke den tværsektorielle kommunikation, fx metoder til at monitorere indsatsen overfor kronisk sygdom på populationsniveau, spørgeskemaer til patienterne og en database, der samler oplysninger fra flere forskellige registre et sted, telemedicinsk løsning og database til samarbejde om diabetisk fodsår.

Ovenstående eksempler på ny praksis vurderes til at kunne bidrage væsentligt til at styrke kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats, men der er kun i begrænset omfang foretaget en systematisk dataindsamling, effektmåling og en sundhedsøkonomisk analyse.

Udfordringen med udvikling af monitoreringssystemer på tværs af hospital, almen praksis, kommunale tilbud og borgerens egenomsorgskapacitet i hverdagslivet er kompleks og tidskrævende.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Mange af projekterne har haft som mål at skabe bedre patientforløb og/eller et bedre tværsektorielt samarbejde. I otte projekter indgår tværsektorielt samarbejde direkte som en del af projektets navn, og 20 projekter har fokus på det tværsektorielle samarbejde. Cirka halvdelen af projekterne involverer kommunerne og et tilsvarende antal involverer almen praksis. Konkrete eksempler på indhold i projekter til styrkelse af patientforløb og det tværsektorielle samarbejde er:

- øget tilgængelighed for hospitalernes telefoniske rådgivning af primærsektorens personale og patienter
- kompetenceudvikling af sundhedspersonale
- afprøvning af IT til at styrke den tværsektorielle kommunikation
- afprøvning af metoder til at monitorere indsatsen overfor kronisk sygdom

Der findes endnu kun sparsom dokumentation for, at puljeprojekterne har sikret en mere koordineret indsats overfor borgerne., men flere af de hospitalernes udgående funktioner har fået positiv feedback fra personalet i almen praksis og de kommuner, som har benyttet tilbuddene.

Et projekt (18) var rettet mod at afdække patienternes oplevelse af sammenhæng. Projektet synliggjorde mange forbedringsmuligheder, i særlig grad for patienter med KOL.

Stiger omkostningseffektiviteten?

At have fokus på omkostningseffektivitet udgør en af de væsentligste udfordringer for sundhedsvæsenet for at kunne imødekomme det stigende antal patienter, der lever længere med en eller flere kroniske sygdomme. I nogle projektbeskrivelser anføres færre genindlæggelser som mål eller forventet effekt, eksempelvis projekt 17,22, 25 og 28, men de fleste projekter mangler data om omkostningseffektivitet. Der er derfor fremadrettet behov for at kvalitetsudviklingsprojekter udvikles ud fra en bredere interesse, end et optimeret tilbud til patienterne, men også ud fra i hvilket omfang de bidrager til, at ressourcerne udnyttes bedst muligt.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

De fleste projekter har bestræbt sig på at understøtte patientens aktive rolle og styrke egenomsorgen ved fx at give bedre mulighed for sygdomsmonitorering, egenbehandling og/eller træning i eget hjem, inkl. telemedicinske løsninger til patienter med KOL eller hjertesygdom.

Nogle projekter vurderes til direkte at have bidraget til at styrke patienters egenomsorg via patientuddannelse (fx 7, 22, 23, 25, 26, 27 og 28). Andre projekter vurderes til at have haft en indirekte betydning ved at påvirke ansattes opfattelser af patientrollen via kompetenceudvikling af og feedback til sundhedspersonale (fx 14, 20 og 21).

Nogle projekter har dokumenteret patientoplevelser (især 18). Nogle projekter har systematisk indsamlet patientoplevelser til evalueringen af projektet (fx 10, 11, 12, 19, 26 og 28).

Nogle projekter har afprøvet patientens rolle i forhold til telemedicinske løsninger (19, 28).

Det er relevant at vurdere om indsatsen bidrager til mere patientinddragelse og aktivering af patienten eller til en serviceforøgelse for en passiv patient. Det er indtrykket, at de fleste projekter arbejder med en tilgang om, at patienten skal indgå i et partnerskab. Projekterne 14, 18, 20 og 22 er eksempler på, at patienter har haft en aktiv rolle i projektets gennemførelse.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Mange projekter har haft til formål at implementere dele af et forløbsprogram (1-12, 14) eller udbrede en anden god praksis (15, 17, 21, 27). Nogle projekter har i projektperioden helt eller delvist implementeret en ny lokal praksis (fx 1, 7, 9, 17, 22 og 26)

Mange projekttiltag mangler dokumentation for især omkostningseffektivitet, hvilket mindsker sandsynligheden for at tiltagene fortsætter efter projektperioden (fx 2, 5, 6, 11). Der foreligger ikke endelige resultater af forskningsprojekterne, men enkelte af disse vurderes til at være for små til at ville kunne vise signifikante effekter.

Mange af projekternes innovative løsninger, lovende ideer og tiltag vil kunne styrkes i relation til fastholdelse ved at sikre en hensigtsmæssig og bæredygtig infrastruktur, koordination af indsatser og dataindsamling og af systematisk implementering og kompetenceudvikling.

Der er således tegn til, at nogle af de ideer, som de gennemførte projekter hviler på, skal have fortsat opmærksomhed for at den styrkede indsats kan fastholdes og videreudvikles.

Andre vigtige erfaringer

Denne evalueringsrapport beskriver også en række erfaringer, som går på tværs af projekterne. Det drejer sig om følgende temaer, som uddybes på side 36 i rapporten: implementering, påvirkninger, evalueringsmetode, monitorering, forskning, it-systemers betydning, standardisering og puljep projekter.

Baggrund og formål

På baggrund af finanslovsaftalen og økonomiaftaler for 2009 og 2010 udmøntede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i alt 590 mio. kr. til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i treårs perioden fra 2010 til 2012. Midlerne til regioner og kommuner blev udmøntet via to puljer. En vedrørende forløbsprogrammer, hvortil regioner og kommuner var ansøgningsberettigede parter, og en pulje vedrørende patientundervisning og egenbehandling, hvortil regioner var ansøgningsberettigede. Region Midtjylland modtog i alt 82 millioner fra de to statslige puljer.

Formålet med puljemidlerne var at støtte initiativer, der i særlig grad vurderes at kunne:

- fremme effektive forløb ved sikring af en klar opgavefordeling mellem det regionale sundhedsvæsen, almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen mv. i forhold til fælles, kronisk syge patienter, herunder ved implementering af tværsektorielle henvisningsvejledninger,
- fremme effektive forløb for patienter, herunder effektiv koordination og behandling af patienter med samtidig forekomst af forskellige sygdomme, (høj) alder, dårligt socialt netværk eller behandlingsbehov, der vanskeligt rummes inde for standardiserede forløb,
- fremme sammenhæng i patientforløbet i forbindelse med indlæggelse på og udskrivning fra hospital, herunder minimering af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser og hospitalskontakter, ikke mindst i forhold til ældre, medicinske patienter,
- fremme relevant adgang til hurtig klinisk vejledning og vidensdeling mellem især hospital og almen praksis og den kommunale sygepleje om fælles patientgrupper og fælles konkrete patienter især med henblik på effektive forløb,
- fremme klinisk kompetenceudvikling hos sundhedspersoner, herunder især klinikpersonalet i almen praksis samt personalet i den kommunale sygepleje, især med henblik på fremme af effektive forløb.
- fremme it-initiativer med henblik på at understøtte effektive behandlingsforløb på tværs af sektorer og enheder i sundhedsvæsenet. Initiativerne skal være i overensstemmelse med den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet og tilhørende handlingsplaner.
- Fremme af kvalitetssikring og koordinering af patientuddannelsesprogrammer (sygdomsspecifikke og generiske), der vedrører indsatsen i både regionen og flest mulige af kommunerne i regionen.
- Fremme af brug af egenbehandling på udvalgte sygdomsområder, fx antikoagulationsbehandling (behandling med blodfortyndende medicin) af hjertepatienter mv.

Udmøntningen af projektmidlerne skulle således samlet set medvirke til at forbedre og udvikle sundhedsvæsenets indsatser over for personer med kroniske sygdomme.

De 28 projekter i Region Midtjylland er overordnet vurderet som led i en omstilling af sundhedsvæsenet, så det understøtter sammenhængende – ofte tværsektorielle patientforløb med høj klinisk kvalitet leveret på laveste omkostningsniveau og med et

særligt fokus på styrkelse af patienternes egenomsorg. Konkret understøtter de regionale projekter følgende indsatsområder:

- implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kronisk sygdom (KOL, Type 2 diabetes og hjertekarsygdom),
- indsatsen overfor patienter med kroniske sygdomme i almen praksis,
- patientundervisning, egenbehandling og monitorering og dokumentation af indsatsen overfor patienter med kroniske sygdomme.

En oversigt over det samlede projektprogram fremgår af bilag 1 med projekttitel, projektnr., bevilligede projektmidler og projektansvarlig enhed.

Tildelingen af puljemidler for regionen og for det enkelte projekt var forbundet med krav om slutrapport, således at erfaringer kan udbredes og videreudvikles til gavn for indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

De projekter, som blev finansieret af puljemidlerne, er tidligere evalueret på et nationalt og overordnet tematiseret niveau af konsulentfirmaet Implement på foranledning af Sundhedsstyrelsen. I den evaluering udfyldte alle projekter et spørgeskema, og udvalgte projekter blev inviteret til at deltage i fokusgrupper om udvalgte emner (Implement, 2012).

Region Midtjyllands evaluering beskriver, analyserer og vurderer hver enkelt af de 28 projekter i Region Midtjylland mere indgående end den nationale evaluering.

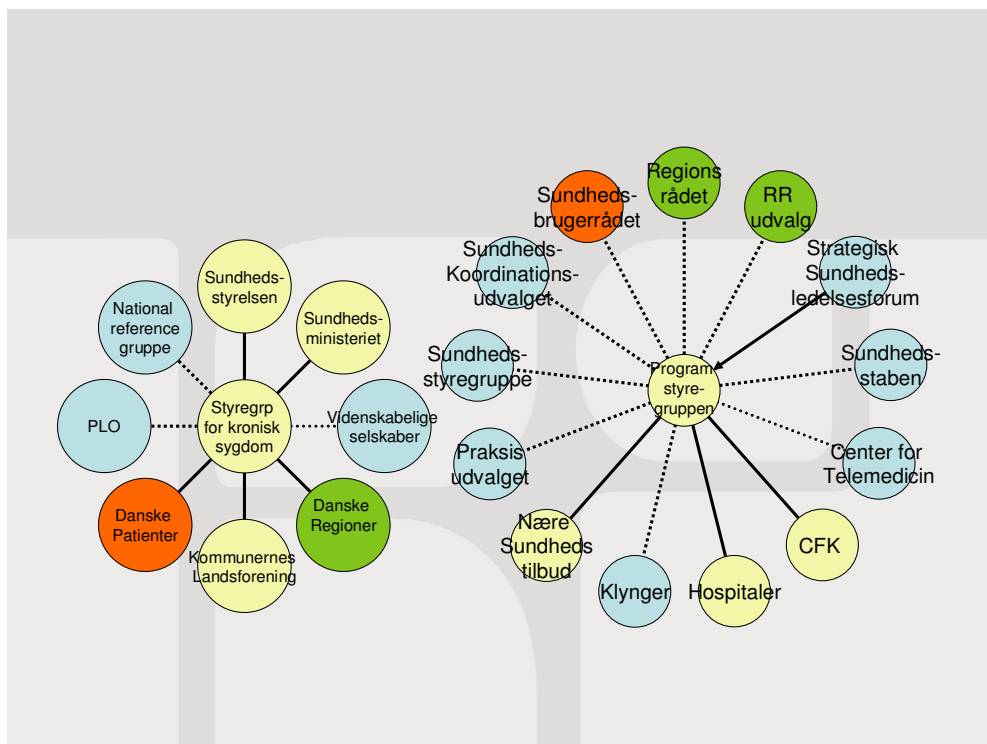
Målene med den samlede evaluering i Region Midtjylland har været:

- At relevante beslutningstagere opnår et kvalificeret grundlag for at vurdere om der i det enkelte projekt er tale om ny og/eller mere omkostningseffektiv praksis, som skal videreføres og udbredes.
- At klinikere, ledere og administratorer, der deltager i udviklingen af indsatsen overfor kronisk sygdom, får en viden, som kan bruges fremadrettet til spredning af god praksis og dialog om fremtidig strategi og udvikling.
- At lederne af de 28 projekter oplever programevalueringsprocessen som relevant og inspirerende - og ikke som unødigt dobbeltarbejde.
- At programevalueringen koordineres og hænger godt sammen med de lokale evalueringsaktiviteter og de nationale tiltag (slutrapport til Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsens tematiske erfaringsopsamling).
- At Region Midtjylland opfylder Sundhedsministeriets krav til slutrapportering.

Organisering

Arbejdet med at forbedre og udvikle sundhedsvæsenets indsatser for borgere med kroniske sygdomme foregår i et netværk af interesser og organisationer på både nationalt niveau og regionalt niveau. Figur 1 giver et billede af kompleksiteten.

Figur 1. Nationale og regionale aktører omkring implementerings- og evalueringsprocessen



Kompleksiteten er også afspejlet i organiseringen af evalueringsprocessen. Evalueringen af de 28 projekter rettet mod patienter med kroniske sygdomme i Region Midtjylland har været styret af en programstyregruppe sammensat af ledelsesrepræsentanter fra de projektansvarlige enheder:

- Vicedirektør Kjeld Martinussen, Nære Sundhedstilbud (formand)
- Chefsygeplejerske Inge Pia Christensen, Hospitalsenheden Horsens
- Chefsygeplejerske Marianne Jensen, Regionshospitalet Randers og Grenaa
- Chefsygeplejerske Ida Götke, Hospitalsenheden Vest
- Chefsygeplejerske Tove Birgit Kristensen, Regionshospitalet Viborg/Silkeborg
- Centerchef Eva Sejersdal Knudsen, Aarhus Universitetshospital
- Forskningsleder Claus Vinther Nielsen, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Kontorchef Jens Bejer Damgaard, Nære Sundhedstilbud, Strategi og Planlægning
- Programkoordinator Mette Kvist, Nære Sundhedstilbud, Strategi og Planlægning (sekretariat)

Programstyregruppen har til opgave at:

- sikre fremdrift i projekterne og det samlede regionale projektprogram "Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom",
- varetage overordnet styring og prioritering af den samlede projektbevilling,

- sikre evaluering af projektprogrammet, herunder – så vidt muligt – evaluering af projekternes omkostningseffektivitet,
- på baggrund af evalueringen skal programstyregruppen, vurdere hvilke projekttiltag, som bør videreføres og udbredes,
- medvirke til at sikre information, afrapportering og koordinering med øvrige tiltag i Region Midtjylland, både regionalt og lokalt i klyngerne.

Det overordnede evalueringsarbejde har været udført af konsulenter fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (herefter benævnt CFK). Herudover har der været involveret faglige eksperter i evalueringen, for at sikre en uvildig vurdering af projekter, som CFK har været involveret - og for at inddrage særlig faglig ekspertise i udvalgte projekter.

Metodevalg

Evalueringen er gennemført som en programevaluering, hvor det enkelte projekt er vurderet ud fra fem spørgsmål, der er formulerede med udgangspunkt i Regionens mål, strategier og pejlemærker for en styrkelse af indsatsen for kronisk sygdom ("Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats", november 2007). Spørgsmålene er programstyregruppens kriterier for, om det enkelte projekt bidrager til at omstille, styrke og effektivisere sundhedsvæsenets indsats overfor kronisk sygdom:

- Indføres der en ny og bedre praksis?
- Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
- Stiger omkostningseffektiviteten?
- Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
- Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Konsulenter fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har gennemført programevalueringsopgaven i et dialogbaseret samspil med programstyregruppen, projektlederne, klinikere, administratorer, projektejere/ledere, uafhængige eksperter og programsekretariatet.

Programevalueringen bygger på tre hovedelementer: selvevaluering, ekstern vurdering og vidensdeling.

1. Selvevaluering skal sikre, at projekternes egen viden, dataindsamling og planlagte evaluering indgår aktivt i programevalueringen, og at den eksterne vurdering bygger på et skriftligt grundlag. Selvevalueringen skal belyse de af programstyregruppen valgte kriterier for at videreføre og udbrede projektaktiviteten. Selvevalueringen skal således give et grundlag for at vurdere, om projektet bidrager til en omstilling og en styrkelse af indsatsen over for kroniske sygdomme i sin lokale kontekst. Selvevalueringen har været styret af en skabelon, der tog udgangspunkt i ministeriets krav til slutrapportering – udbygget med det, der har været programevalueringens sigte.

Skabelonen for selvevalueringen er for hvert projekt suppleret af en række specifikke spørgsmål. Desuden er projekterne tilbudt et standardiseret måleredskab ("Fastholdelse af ny praksis" oversat til dansk af CFK fra NHS Sustainability Model), som giver en score på 0-100 på sandsynligheden for at projektets tiltag og resultater ("den nye praksis") kan fastholdes. Selvevalueringen blev gennemført af projektlederen, og CFK har i forbindelse med introduktion og vejledning af projektlederne opfordret til at selvevalueringen foregik i et samarbejde med relevante ledere, brugere og samarbejdspartnere.

Selvevalueringerne blev sendt til CFK primo december 2012 og er samlet i en særskilt bilagsrapport.

2. Ekstern vurdering. Alle projekter er vurderet skriftligt på baggrund af selvevalueringsrapporten og et dialogmøde med konsulenter fra CFK og/eller en ekstern sundhedsfaglig ekspert. De eksterne vurderinger bygger derudover på øvrige tilgængelige projektdokumenter, relevante evalueringsrapporter, inkl. MTV rapporter,

forløbsprogrammer, kliniske retningslinjer mm. Det samlede skriftlige baggrundsmateriale for den samlede vurdering af projekterne er således meget omfattende.

Herudover har de mange møder og telefoniske kontakter mellem evaluatorene og projekterne givet de medvirkende evaluatore uddybende viden om indholdet af de enkelte projekter, den kontekst, de indgår i, og den samlede proces fra ansøgning om puljemidler, projektopstart, gennemførelse og evaluering. Denne viden anvendes i rapportens afsluttende afsnit om andre vigtige projekterfaringer.

Den eksterne vurdering af hvert af de 28 projekter fremgår af denne rapports bilag 2.

3. Vidensdeling og erfaringsudveksling er for nogle projekter sket på projekternes eget initiativ via telefonen, mail og besøg hos hinanden (netværksmøder). Som et element i evalueringsprocessen har CFK på baggrund af viden om kronisk sygdom, sundhedsvæsenet, dataindsamling, evaluering, kvalitetsudvikling og patientperspektivet forsøgt at udfordre, inspirere og kvalificere projekternes evalueringer og facilitere vidensdeling og spredning af god praksis mellem projekterne på tre netværksmøder.

Region Midtjylland arrangerer i samarbejde med kommunerne som led i vidensdeling og erfaringsudveksling om resultaterne af puljeprojekterne desuden en konference den 8.maj 2013. Målgrupperne for konferencen er kommunale og regionale politikere, projektledere, klinikere, ledere, administratorer, brugerrepræsentanter og faglige organisationer med interesse for indsatsen til patienter med kronisk sygdom.

Opfølgningen på denne evalueringsrapport, herunder implementeringsstøtte på udvalgte områder sker i programstyregruppen i et tæt samarbejde mellem Nære Sundhedstilbud, hospitalerne og CFK og bliver koordineret med andre lignende nationale, regionale og/eller lokale tiltag og arrangementer.

Den samlede programevalueringsproces har bestået af de faser og aktiviteter der fremgår af oversigten på næste side.

Oversigt 1. Projektevalueringsforløbet i Region Midtjylland

Tid	Aktivitet
4. kvartal 2011	Programstyregruppen mødes første gang og drøfter evaluering
1. kvartal 2012	Programstyregruppe drøfter og godkender evalueringsdesign.
2. kvartal 2012	Programstyregruppen drøfter status på projekterne.
	CFK formulerer specifikke spørgsmål til hvert projekt.
	Projekterne deltager i netværksmøder arrangeret af CFK.
	Sundhedsministeriet godkender programevalueringen som nyt delprojekt.
	Sundhedsministeriet udmelder skabelon for slutevaluering.
3. kvartal 2012	CFK udsender selvevalueringsskabelon og skriftlig vejledning til alle projekter.
	Projektlederne går i gang med selvevaluering, inkl. Dialog med klynge og ledelse. Konsulenter fra CFK bidrager med vejledning.
4. kvartal 2012	Det enkelte projekt sender skriftlig selvevaluering til CFK.
	Programstyregruppen drøfter hovedindtryk af selvevalueringerne
	Eksterne evaluators besøger projekter.
	CFK udarbejder en skriftlig vurdering af hvert projekt.
1. kvartal 2013	CFK udarbejder evalueringsrapport til programstyregruppe.
	Programstyregruppen drøfter evalueringsrapporten
	Region Midtjylland sender slutrapporter og statusrapporter til Sundhedsministeriet.
2. kvartal 2013	Videndeling og formidling – bl.a. på en konference 8. maj
Senere i 2013	Implementeringsstøtte til udvalgt ny og bedre praksis. Projekter, der har fået forlænget projektperioden afsluttes, afrapporterer og vurderes med henblik på eventuel implementering og udbredelse af en ny og bedre praksis.

Det har været tilstræbt at planlægge og designe den samlede regionale evalueringsproces sådan at de enkelte projekter ikke pålægges unødigt ekstraarbejde. Programevalueringen er derfor blevet søgt synkroniseret med lokale og statslige evalueringsaktiviteter. Mange af projekterne har givet udtryk for, at de har haft stor glæde af netværksmøderne og evalueringsbesøgene, men at de skulle have været placeret og/eller integreret i projekterne på et langt tidligere tidspunkt. Enkelte af forskningsprojekterne har umiddelbart ikke kunnet se nogen mening med evalueringsbesøg før fremkomst af konkrete projektsresultater og evt. publicering.

12 af projekterne blev forlænget ind i 2013, og det har derfor på nuværende tidspunkt ikke været muligt at foretage en endelig evaluering af disse.

CFK har i nogle af projekterne haft en forudgående udførende rolle. Det drejer sig om projekterne:

Projekt 13: Litteraturstudie af lænde-ryg

Projekt 14: Kronikkerkompasset

Projekt 18: Patienternes Perspektiv

Projekt 20: Sundhedspædagogisk uddannelse

Projekt 21: MoEva

I vurderingen af disse projekter har der derfor deltaget eksterne eksperter til sikring af en uvildig og kvalificeret vurdering af det enkelte projekt.

CFK har desuden gennemført en undersøgelse blandt patienter og skrevet en evalueringsrapport til projekt 10: Hjerterehabilitering på Regionshospitalet Randers og har bidraget til projekt 22: Læring og Mestring i hjerterehabilitering i Hospitalsenheden Vest.

Programevalueringen er organiseret, så evaluatoren af det enkelte af de syv projekter ikke personligt har været involveret i projektet.

Evalueringsens fem spørgsmål og svar

Indsatsen overfor kroniske sygdomme tager udgangspunkt i indholdet i CC-modellen. Sundhedsvæsenet har traditionelt været indrettet på varetagelse af akut sygdom. En forstærket indsats til patienter med kronisk sygdom kræver en proaktiv kontinuerlig indsats og styrkelse af forebyggelse og af patientens egenomsorg. Implementering af CC-modellens elementer indbefatter således et paradigmeskift for at kunne imødekomme et stigende antal patienters behov for en sammenhængende indsats karakteriseret af kontinuitet, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om velkoordinerede forløb. En indsats som samtidig skal føre til bedre livskvalitet og reducere forbruget af dyre sundhedsydelser. Et centralt element i denne indsats er stratificering af patienterne i forhold til, hvor kompleks og behandlingskrævende deres sygdom er.

Konceptet i CC-modellen stiller betydelige krav til omstilling af strukturen i et højteknologisk tiltagende specialiseret og dermed fragmenteret sundhedsvæsen. Konkrete studier af redesign-processer i udlandet viser, at selve omlægningsperioden indebærer ekstraomkostninger, men at det på sigt synes at være en mulighed at komme ned på et omkostningsniveau svarende til udgangspunktet (Coleman et al., 2009). Erfaringerne med en forstærket indsats over for patienter med kronisk sygdom tyder herudover på, at man kan forbedre kvalitetsniveauet. Disse konklusioner bygger på studier, hvor de ansatte var højt motiverede, og omstillingerne var rettet mod patienter med en enkelt kronisk sygdom. Et bredt anlagt redesign af praksis, der bygger på CC-modellen rummer således mange udfordringer.

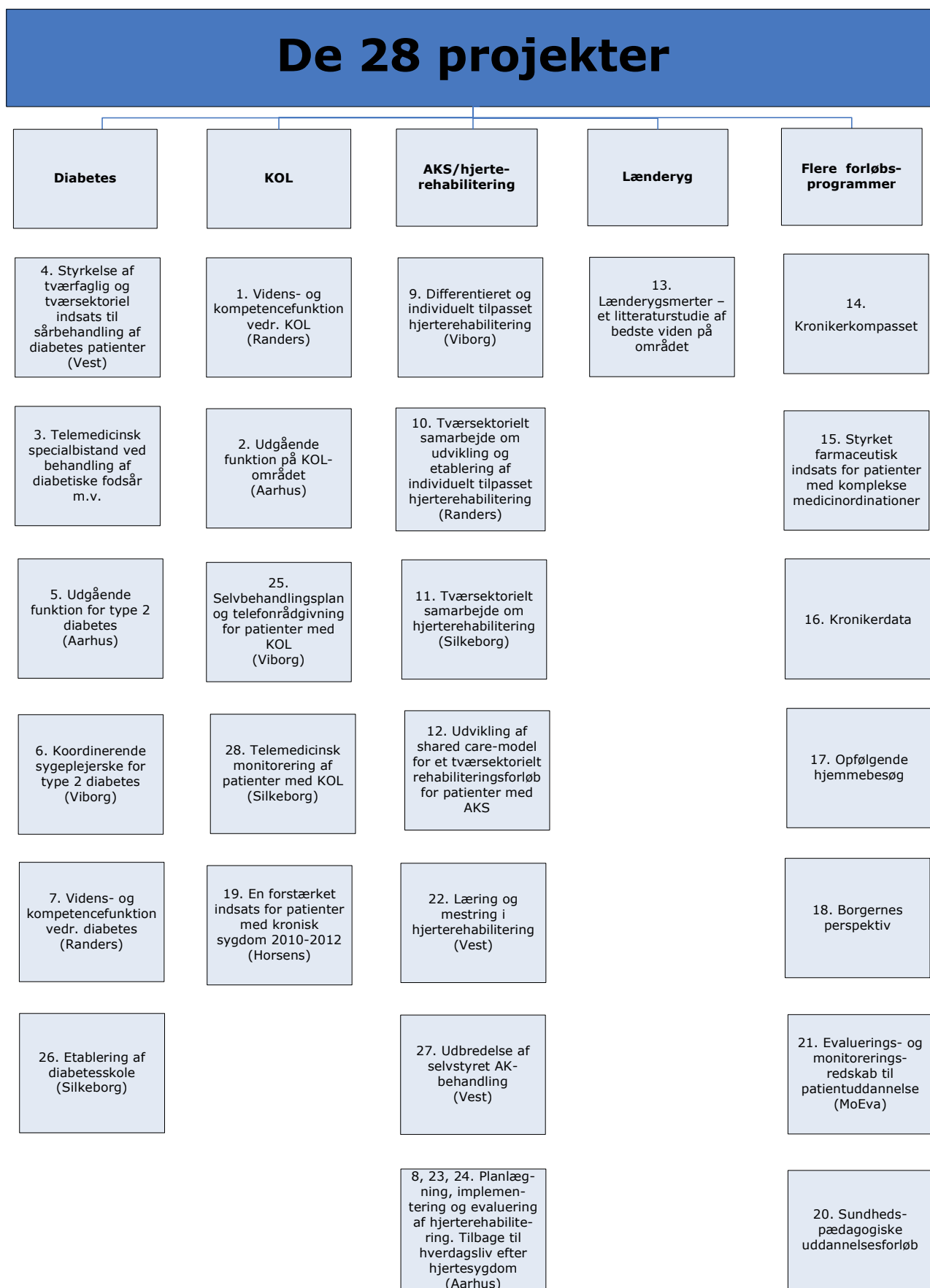
For at sikre en fokus på denne omstilling af indsatsen har fem hovedspørgsmål ligget til grund for en vurdering af hvert af de 28 projekter:

- Indføres der ny og bedre praksis?
- Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
- Stiger omkostningseffektiviteten?
- Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
- Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Resultaterne fremlægges i det følgende i forhold til de fem hovedspørgsmål, hvor der i gennemgangen lægges vægt på hovedtendenser, på opdeling af projekterne i forskellige typer og på fremhævelse af positive og negative effekter.

På næste side er de 28 projekter i oversigt 2 opstillet i forhold til deres indsatsområde. Heraf fremgår det, at der er tale om projekter, som spreder sig på tværs af forløbsprogrammerne, og at interventionerne er af meget forskellig karakter

Oversigt 2. De 28 projekter opdelt på sygdomsområder/forløbsprogrammer



Indføres en ny og bedre praksis?

De 28 projekter sigter mod at påvirke praksis på forskellig måde. Man kan tale om fire forskellige tilgange:

- Implementering af anbefalet praksis, som stammer fra forløbsprogrammerne
- Afprøvning af en ny lovende praksis, men uden forskningsdel
- Iværksættelse af forsøg som evalueres i en forskningsmæssig sammenhæng
- Midlertidige tiltag rettet mod bredere grupper – kommuner, ansatte og patienter

Vægten i projekterne har været ligeligt fordelt på de fire tilgange, og de forskellige tilgange influerer på, i hvilken grad der generelt er tale om udvikling eller testning af bidraget til ny praksis.

Implementering af anbefalet praksis, som stammer fra forløbsprogrammerne. Overordnet set er der flere eksempler på, at projekterne har resulteret i ny praksis overfor behandlingen af patienter med kronisk sygdom i henhold til forløbsprogrammerne. Det gælder fx for projekt 1, hvor en specialuddannet sygeplejerske via opgaveflytning aflaster en afdelings speciallæger, så ventetiden for områdets KOL-patienter reduceres, og samtidigt øges service overfor kommuner og almen praksis i form af besøg og øget mulighed for rådgivningsvirksomhed. Efterfølgende har afdelingens ledelse styrket funktionen ved ansættelse af en ekstra specialuddannet sygeplejerske. Et tilsvarende tiltag er set på diabetesområdet (projekt 5, 6, 26), hvor der dog mere er tale om at udvide og kvalificere en allerede eksisterende praksis.

Afprøvning af en ny lovende praksis, men uden forskningsdel. Projekterne har også afprøvet nye hypoteser, som er udsprunget af en lokal praksis med sigte på bedre behandling af patienter med kroniske sygdomme. Det gælder fx et udviklings- og innovationsprojekt på Regionshospitalet Horsens, hvis mål var at afprøve teknologiske løsninger med telemedicin for KOL-patienter (etablering af en telekol-case manager funktion), et tværsektorielt patientlogistiksystem og web-booking af ambulante tider på tværs af sektorer. Det er dog ikke lykket hospitalet at indføre nye IT-løsninger, der forbedrer kommunikationen med kommuner og almen praksis.

Iværksættelse af forsøg som evalueres i en forskningsmæssig sammenhæng. Projekterne omfatter en del projekter som har et forskningsmæssigt design med randomiseret interventionsgruppe og kontrolgruppe. Det gælder fx et integration af lærings-/mestringskonceptet for hjertepatienter, hvor interventionsgruppen et otte ugers hjerterehabiliteringstilbud med den nævnte sundhedspædagogiske tilgang tilrettelagt med 24 planlagte fremmøder og stor vægt på fysisk træning sammenlignet med et tilsvarende tilbud med den vanlige sundhedspædagogiske tilgang. Med en ambition om, at inkludere 750 patienter, vil projektet først kunne fremlægge et resultat efter den fastsatte puljeperiode. Tilsvarende problemstillinger findes i projekterne 8, 12, 23, 24, 25, 28.

Midlertidige tiltag rettet mod bredere grupper – kommuner, ansatte og patienter. Andre projekter har bidraget til implementering af forløbsprogrammer gennem en ekstraordinær indsats. Disse projekter har via tilbud om kompetenceudvikling og/eller etablering af relationer, søgt at bidrage til implementering af forløbsprogrammer og kvalitetsudvikling

af den fremadrettede sundhedsfaglige indsats. Det gælder fx for projekt 2, hvor en KOL-sygeplejerske har besøgt omkring 50 lægepraksis med henblik på at øge kendskabet til hospitalets tilbud og oplære klinikpersonalet i specifikke færdigheder. Det samme gør sig i vid udstrækning gældende i projekt 14, (Kronikerkompasset), hvor 75 % af alle lægepraksis i regionen har deltaget i halvdagsmøder med det formål at implementere forløbsprogrammer i almen praksis. Halvdagsmøderne blev understøttet af tilbud om sygdomsspecifikke kurser til klinikpersonalet (systematisk klinisk kompetenceudvikling) og af Kronikerdata.dk (projekt 15), der gav mulighed for populationsoverblik,

Der er således tale om en ny praksis med databaseret grundlag for kvalitetsudvikling, og hvor den enkelte læge kan gennemgå sin patientpopulation for eksempelvis manglende årskontroller og procedurer vedr. receptfornyelse/ medicinfornyelse.

Projekternes forventede indflydelse på den konkrete praksis fremgår af oversigt 3 side 17.

Oversigt 3.

Howdan har projekterne bidraget til omstilling af indsatsen for patienter med kronisk sygdom?

Projekt	Resultater	Erfaringer	Dokumentation	Implementeret i praksis?
Projekt 1 KOL Randers	Afprøvet KOL-sygeplejerske-ordning med flere funktioner Ventetid i ambulatoriet er reduceret. KOL-behandling – bl.a. via tilsyn - er styrket	Opgaveflytning fra speciallæge til KOL-sygeplejerske er muligt	Ledelsens vurdering er baseret på antallet af selvstændige sygeplejekonsultationer og dialog	Ja. Udvides til to personer
Projekt 2 KOL Aarhus	Afprøvet KOL-sygeplejerske med udgående funktion Samarbejdet med cirka 50 almen praksis.	Klinikpersonale har brug for kompetenceudvikling indenfor KOL. Apparaturlitet varierer.	Registrerings-skema, der dokumenteret omfanget af kontakter til almen praksis	Nej. Udgående funktion videreføres ikke, men det er fortsat muligt for klinikpersonale at besøge ambulatoriet
Projekt 3 Diabetisk fodsår AUH i samarbejde med Vest	Afprøvet synkron telemedicinsk løsning i almen praksis. Udvalgte almen praksis i Vestjylland fik lettere adgang til specialistråd fra AUH Flere praktiserende læger vurderer projektet gav bedre tværsektorielt samarbejde og bedre patientforløb	Meget få patienter pr læge. Udvikling af optimal teknologisk løsning er meget ressourcekrævende Tidskrævende at opbygge nødvendig gensidig tillid på tværs af sektorer. Billedkommunikation er velegnet til rådgivning om sår	Svar fra spørgeskemaer til deltagerne formidles i selvevaluering. Forskning baseres på registreringer i database.	Nej
Projekt 4 Diabetisk fodsår Vest	Udviklet tværsektorielle retningslinjer med billeder på baggrund af MTV og cases	Implementering kræver en systematisk indsats, som bl.a. kan ske via fælles skolebænk	Retningslinjerne er tilgængelige på e-dok.rm.dk	Delvist. Formidlet på fælles skolebænk med 80 deltagere den 5. marts 2013
Projekt 5 Diabetes Aarhus	Afprøvet ordning med udgående diabetessygeplejerske Har styrket samarbejdet med almen praksis og bidraget til kompetenceudvikling af klinikpersonale	Et fortsat behov for kompetenceudvikling af personalet i almen praksis og adgang til specialrådgivning	Registrering af antal besøg og spørgeskemaundersøgelse	Nej. Udgående funktion videreføres ikke. Den sygeplejebaserede telefonrådgivning fortsætter
Projekt 6 Diabetes Viborg	Afprøvet ordning med udgående diabetes-sygeplejerske inkl. telefonisk specialist rådgivning for almen praksis og kommuner	Der var ikke stor efterspørgsel efter besøg i almen praksis bl.a. pga. konkurrerende projekter	Spørgeskemaer til almen praksis og kommune + fokusgruppe-interview	Nej. Ingen planer om at videreføre tilbudet. Viborg Kommune har ansat projektets diabetessygeplejerske som nøgleperson

Projekt	Resultater	Erfaringer	Dokumentation	Implementeret i praksis?
Projekt 7 Diabetes Randers	Etableret diabetesskole. Afprøvet udgående funktion ift. andre afdelinger, som styrker beh.+pleje. Telefonrådgivning af almen praksis	Specialsygeplejer ske kan varetage medicinske tilsyn på diabetespatienter på andre afdelinger	Spørgeskemaer til deltagere på diabetesskole.	Diabetesskolen og Telefonrådgivning Samarbejdet omkring sundhedscentret fortsætter
Projekt 8 Hjerte- rehabilitering Aarhus	Ikke publiceret forskning, som bl.a. tester forløbsprogrammets anbefalinger. Viden om patientperspektivet.	Uddybet viden om årsager til fravælgelse af hjerterehab. og betydning af psykosocial støtte. Valg af mange mindre projekter har nogle ulemper	Kvalitative interviews og rapport. 2 af 4 indsamler en række data, men projekternes resultater afventer publicering	Nej. Men dele af den opnåede viden indgår i fremadrettet planlægning af hjerterehabiliterings-tilbud og elementer heraf.
Projekt 9 Hjerte- rehabilitering Viborg	Afprøvet socialt differentieret tilbud til patienter med hjertesvigt.. 80 patienter fik op til 13 samtaler.	Det kan lykkes at få patienter med svære livsvilkår til at deltage og gennemføre rehabilitering.	Data om patienterne registreres, men resultater rapporteres først i december 2013	Nej. På baggrund af projektet vil hospitalet søge at etablere et tilbud i samarbejde med kommune og almen praksis
Projekt 10 Hjerterehabilitering Randers	Indført 13 nye rutiner, der bidrager til at implementere forløbsprogrammet og styrker det tværsektorielle samarbejde	Ekstra samtaler og ekstra hold betyder et merforbrug på over 400 timer pr. år	Evalueringsrapport fra CFK baseret på spørgeskemaer og fokusgrupper (2012).	I princippet, men der er en uafklaret ressourceproblematik
Projekt 11 Hjerte- rehabilitering Silkeborg	Afprøvet model med personlig kontaktperson, som har hjulpet socialt udsatte og sårbare patienter	Det er muligt at få sårbare patienter til at gennemføre forløb og ændre livsstil. Forløbene er komplekse med mange skift	Evalueringsrapport baseret på interviews med 9 patienter (Mikkelsen H 2012)	Ja
Projekt 12 Hjerte- rehabilitering shared care	Afprøver kommunal hjerterehabilitering i fase 2 i flere kommuner og i samarbejde med to forskellige hospitaler	Svært at inkludere nok patienter – bl.a. pga. konkurrerende projekter	Uafsluttet forskning med mange spørgeskemaer/målinger. Ingen resultater er offentliggjort.	Nej Projektet er forlænget ind i 2013
Projekt 13 Lænderyg- smerter litteraturstudium	Bidraget til forløbsprogrammet ved at formidle den bedste viden fra litteraturen	Meget relevant viden er ikke baseret på randomiserede forsøg.	Rapport fra 2010 (Momsen AM) Forløbsprogram fra 2012 (Region Midt)	Studiet blev anvendt af forløbsprogramgruppen

Projekt	Resultater	Erfaringer	Dokumentation	Implementeret i praksis?
Projekt 14 Kroniker-kompasset	<p>Praktiserende læger har implementeret dele af forløbsprogrammerne vedr. diabetes, AKS og KOL</p> <p>Mere struktureret indsats.</p> <p>Øget fokus på implementeringsmetoder i almen praksis.</p> <p>Praksispersonale er efteruddannet i de tre sygdomsområder</p>	<p>Almen praksis har forskellige ønsker og behov for kompetenceudvikling.</p> <p>Klinikpersonale kan bidrage i betydelig grad til implementering af forløbsprogram</p>	<p>Evalueringsrapport (Forskningsenheden for almen medicin. 2012)</p> <p>Spørgeskemaundersøgelse fra CFK (Jensen M, 2012)</p> <p>Statusrapporter fra alle deltagere og evalueringer fra deltagere i sygdomsspecifikke kurser (ikke offentliggjort)</p>	<p>Forløbsprogrammer er implementeret i mange almen praksis. Almen praksis er introduceret til implementeringsmetoder.</p> <p>Kompetenceudvikling af klinikpersonale fortsætter.</p> <p>Projektet er forlænget ind i 2013</p>
Projekt 15 Kronikerdata	<p>Datasæt stillet til rådighed for almen praksis er brugt til overblik over populationen og til at identificere patienter med behov for proaktiv indsats</p>	<p>Mange uløste udfordringer ved at skaffe og bruge data på tværs af sektorer.</p>	<p>Brugt til evalueringsrapport vedr. Kronikerkompasset (se projekt 14)</p> <p>Fremadrettet ekstern evaluering af Kronikerdata (Brøcker 2013)</p>	<p>Nej. Skal integreres i regional monitorering og bruge data fra Sentinel.</p> <p>Projektet er forlænget ind i 2013</p>
Projekt 16 Klinisk farmaci i almen praksis	<p>Halvdelen af almen praksis har deltaget i mødet om farmaceutisk vejledning.</p> <p>Farmaceuter underviste desuden på Kronikerkompasset.</p> <p>Mere fokus på polyfarmaci</p>	<p>Mange praktiserende læger ønsker ikke, at farmaceuter deltager direkte i farmakologisk patientbehandling</p> <p>Er mere positivt indstillet over faglig sparring og vejledning</p>	<p>Ikke endnu.</p> <p>Evalueringsrapport senere i 2013</p>	<p>Projektet forlænget ind i 2013</p>
Projekt 17 Opfølgende hjemmebesøg	<p>Ordningen er udbredt til alle klynger.</p> <p>Aftale med almen praksis om honorering.</p>	<p>Mange logistiske udfordringer med opfølgende hjemmebesøg indenfor den optimale tidshorisont efter udskrivelse.</p> <p>Screeningredskab skal justeres.</p> <p>Mange gode implementeringsmetoder</p>	<p>MTV fra Glostrup</p> <p>Sundhedsøkonomisk analyse fra Vest (Oxholm 2011).</p> <p>De enkelte klynger monitorerer implementering</p>	<p>Ja delvis. Forankret i klyngerne</p> <p>Projektet er forlænget ind i 2013</p>

Projekt	Resultater	Erfaringer	Dokumentation	Implementeret i praksis?
Projekt 18 Patienternes perspektiv	Udviklet og afprøvet redskab, som kan monitorere og dokumentere patienternes oplevelser og tilfredshed med den tværsektorielle indsats. 4000 personer har bidraget til ny viden om patienternes oplevelser og vurderinger.	Der er udfordringer med at identificere den relevante målgruppe og opnå en tilstrækkelig høj svarprocent	Rapport fra 2011, der dokumenterer, at patienter oplever betydelige problemer i den tværsektorielle indsats, især udtalt for patienter med KOL. (Jensen 2012)	Resultaterne er formidlet i klyngerne. Det er ikke afgjort om undersøgelsen gentages.
Projekt 19 Horsens	Ny viden om KOL patienters oplevelser af telemedicin. To telemedicinske løsninger afprøvet på KOL-patienter. Dokumenteret viden om tværsektoriel kommunikation Webbooking afprøvet	Kun halvdelen af målgruppen kan og vil benytte telemedicin Tryghed og læring afhænger også af brugeren. Kontakt med KOL-sygeplejerske værdsættes. Vagtlæger ønsker ikke mulighed for webbooking.	Evalueringsrap fra om tele-KOL og webbooking (Larsen 2013) Rapport fra 2010 om tværsektoriel kommunikation	Nej, men Tele KOL fortsætter i et nyt projekt med kommune Nej, Finansiering i af patientlogistik ikke afklaret Delvist. Webbooking er nu en teknisk mulighed for alle hospitaler
Projekt 20 Sundheds-pædagogisk uddannelse	Udviklet og gennemført sundhedspædagogisk efteruddannelse, der skærper fokus på patienternes læring og mestring og inkluderer brug af erfarne patienter.	Patienter og deltagelse af sundhedspersonale fra alle sektorer bidrager til at styrke det tværfaglige samarbejde.	Notat med resultater af fokusgruppe-interviews med deltagerne Der er udfyldt skriftlige deltagerevalueringer	Nej. Afventer stillingtagen til finansiering.
Projekt 21 Monitorering af patientuddan. MoEVA	Udviklet og afprøvet redskab til kvalitetsmonitorering af patientuddannelse. Anvendt i ni kommuner og i projekt 22	En udfordring at anvende mange standardiserede spørgsmål til ret forskellige tilbud.	MOEVA er brugt i flere evalueringsrapporter, bl.a. CFKs evaluerings-rapporter om Læring og Mestring	Nej. Redskabet er fortsat under udvikling, men mange kommuner ønsker at bruge det Projektet er forlænget ind i 2013
Projekt 22 Læring og Mestring i Hjerterehabilitering, fase 2, Vest	Afprøvet læring/mestring i hjerterehabiliteringstilbud i stor skala. Der er gennemført over 30 hold med i alt 400 deltagere. Resultater er endnu ikke tilgængelige (ph.d.-projekt)	Mange patienter vil gerne deltage i HR - læring og mestring. Kun få patienter i optageområdet har behov for et individualiseret tilbud.	Forskningsresultat er afleveret i efteråret 2013	Ja. Ledelsen har foreløbigt besluttet at anvende Læring og Mestrings-konceptet i hjerterehabilitering fremadrettet.

Projekt	Resultater	Erfaringer	Dokumentation	Implementeret i praksis?
Projekt 23 og delprojekt 8 Hjerte-rehabilitering i Aarhus	Forskning i fysisk træning ved hjerterehabilitering. Udviklet og afprøvet tele- monitorering af fysisk træning udenfor hospital	Øger mulighed for og tryghed ved fysisk træning udenfor hospital.	Endnu ingen offentliggjorte resultater. Forskningen skal publiceres i peer-review tidsskrift.	Nej
Projekt 24 Hjerte-rehabiliterings-database med fokus på fysisk træning	Udviklet og afprøvet database om deltagere i hjerterehabilitering med oplysninger om funktionsevne. Endnu ingen offentliggjorte uddata	Det valgte mål for funktionsevne er ikke sensitivt nok. Etablering af egne databaser giver lokalt overblik, men resulterer i dobbeltregistrering.	Endnu ingen offentliggjorte resultater. Forskningen skal publiceres i peer-review tidsskrift.	Nej. Databasen er opbygget, så den matcher regionens overordnede it-strategi, og data kan overføres til kliniske databaser
Projekt 25 KOL Viborg	Afprøver selvbehandlingsplan, sammen med en model for oplæring i form af systematiske hjemmebesøg og adgang til specialuddannet sygeplejerske. Oprettet telefonisk rådgivning for alle afdelingens og øvrige afdelingers KOL patienter. De deltagende patienter er glade for tilbuddet.	Kun ca. en fjerdedel af den screenede målgruppe kan og vil indgå i det udvidede tilbud. Ptt lægger især vægt på adgangen til specialiseret sygeplejerske og et behov for en udvidelse af tilgængeligheden. Sideløbende med projektet er der udviklet en funktion, hvor en specialuddannet sygeplejerske tilser KOL patienter på hospitalets øvrige afdelinger.	Effekten er endnu ikke afrapporteret	Afventer projektets resultater, inklusive en omkostningsanalyse. Projektperioden forlænget ind i 2013
Projekt 26 Diabetesskole Silkeborg	Oprettet diabetesskole. 120 har deltaget i diabetesskolen i Silkeborg. Deltagerne er generelt godt tilfredse.	Skolen kører 6 gange om året. Ikke alle deltagere er nydiagnosticerede	Rapport baseret på telefon-interview (Aarhus R, 2012)	Ja
Projekt 27 Udbredelse af selvstyret AK-behandling	70 patienter oplært til selvstyret AK-behandling. Langt de fleste patienter er velregulerede.	Færre henviste patienter end forventet. Ny medicin ændrer forudsætningerne	Data er ikke offentliggjort, men findes i database	Ja i Vest Regionalt it-system er ikke implementeret. Sundhed.dk har ikke leveret indtastningsmodul

Projekt	Resultater	Erfaringer	Dokumentation	Implementeret i praksis?
Projekt 28 KOL telemedicin Silkeborg	Asynkron løsning afprøves. Foreløbige resultater tyder på en reduktion af antallet af indlæggelser. Tilfredse deltagere.	Inklusion af patienter forsinket. Ikke alle i målgruppen kan og vil deltage.	Afreporteres først i 2014	Nej Forskningsprojektet er forlænget ind i 2013

Bliver patientforløb og tværsektorielt samarbejde bedre?

Projekterne om kronisk sygdom arbejder med tværsektorielle problemstillinger og patientforløb på forskellig måde:

- Fokus på problemstillingens omfang og karakter
- Formidling af data og holdninger på tværs af sektorer
- Bredere tiltag til bedre samarbejde på tværs af sektorer
- Konkrete tiltag til bedre samarbejde i en klynge
- Nogle projekter er uden et tværsektorielt perspektiv

Fokus på problemstillingens omfang og karakter. Et af de væsentlige projekter sætter fokus på, hvad patienterne i de tre udvalgte grupper af kroniske sygdomme faktisk oplever på tværs af sektorer (projekt 18). Projektet har udviklet et spørgeskema til evaluering af de kroniske patienters oplevelse af eksisterende praksisformer mellem almen praksis, hospitalet og kommunen. Resultatet af denne meget omfattende undersøgelse med svar fra 4.174 patienter dokumenterer, at de kroniske patienter oplever kontakten til det samlede sundhedsvæsen som problematisk. Det er et umiddelbart bemærkelsesværdigt resultat, fordi det står i kontrast til de resultater, der opnås, når man spørger patienter i al almindelighed i sundhedsvæsenet (Enheden for Brugerundersøgelser, 2012). Undersøgelsen peger også på, at der er forskelle mellem klynger og de tre grupper af kronisk syge patienter. Tilbage meldingen til klynger af praksislæger, kommuner og hospital vurderes som et godt tiltag til at styrke den tværsektorielle indsats til gavn for patienternes oplevelse af kontinuitet. Undersøgelsen peger således både på forbedringspotentiale og på konkrete indsatsområder.

Patientundersøgelsen er imidlertid begrænset af en ringe svarprocent, og af at data har en potentiel mulighed for bias, da den er udtaget på baggrund af de data, som er valideret af et udsnit af regionens praksislæger. Eventuel gentagelse af undersøgelsen må forholde sig til denne problemstilling.

Formidling af data og holdninger på tværs af sektorer. Projektet om kronikerdata (projekt 16) og kronikerkompasset (projekt 14) har ligesom patientundersøgelsen et bredt fokus på samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Kronikerdata udgør et konkret værktøj, som almen praksis kan bruge til finde frem til de patienter, der ifølge registrerede data i sundhedsvæsenet muligvis ikke følger anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Projektet har dog ikke haft den tværsektorielle betydning, som det var planlagt. Det er af flere grunde ikke blevet det datagrundlag for klyngesamarbejdet, som det har potentiale til. En forklaring er, at der i almen praksis findes en skepsis overfor

hvordan data vil blive brugt af regionen og kommunerne. Men der er også tekniske forhindringer og udfordringer, der handler om kommuner og hospitaler. Den fremadrettede evaluering af Kronikerdata beskriver en række af disse udfordringer. (Brøcker 2013)

Bredere tiltag til bedre samarbejde på tværs af sektorer. Et tilsvarende bredt sigte på tværs af sektorer ses i farmaci-projektet (projekt 15). Sigtet er et kompetenceløft i de praktiserende lægers medicinanvendelse. 50 % af regionens læger har deltaget. Men også her er projektets ambition begrænset af, at regionens praksislæger er skeptiske overfor regionens intention med projektet. Modsat opleves regionens projekt om hjemmebesøg hos udvalgte grupper af patienter (projekt 17), som et tværsektorielt projekt, der giver god mening for de lokale sundhedsprofessionelle. Projektet implementerer opfølgende besøg af hjemmesygeplejerske og den praktiserende læge hos patienter efter udskrivelsen fra hospitalet. Vanskelighederne i dette projekt består derimod i at finde besøgstider som passer både kommunen og den praktiserende læge, da disse har forskellig dagsrytme. Projekt 20 og 21 har ligeledes et bredt holdningspåvirkende sundhedspædagogisk uddannelsesforløb med potentiel interesse overfor flere sektorer og dertil et monitoreringstilbud om at måle effekten af indsatsen.

Konkrete tiltag til bedre samarbejde i en klynge. Konkrete tiltag til bedre patientforløb i konkrete klynger er godt repræsenteret i projektporteføljen (Projekt 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 19, 25). Projekterne sætter ind overfor de områder som opleves problematiske i patientundersøgelsen (projekt 18). Erfaringerne fra disse konkrete implementeringsprojekter af praksis på tværs af sektorer er blandede. De mest positive erfaringer rapporteres fra projekt 1, hvor Regionshospitalet Randers har ansat en specialsygeplejerske som kan kompensere på de lange ventetider betinget af få speciallægetimer. Samme fænomen ses på diabetesområdet i projekt 5 og 6, og på hjerteområdet i projekt 9, 10 og 11. Fælles for disse konkrete projekter er, at traditionelt lægearbejde varetages af specialsygeplejersker under supervision, og at fokus sættes på særligt udsatte patienter. Ikke alle projekter indebærer ny tværsektoriel praksis, men projektlederne har bidraget til at funktionerne styrkes og kvalificeres.

Nogle projekter er uden et tværsektorielt perspektiv. Nogle projekter har en karakter, der søger at afdække hvilke konkret praksisformer, der er mest effektive i behandlingen af kroniske sygdomme uden at der er et direkte på tværs af sektorer. I disse projekter er fokus rettet på egen praksis. Det gælder projekterne 8, 23, 24, 27. Projekterne ønsker mere eller ny viden om effekter med henblik på eksempelvis frekvens og intensitet af rehabiliteringstilbud, projekt 8, eller viden om den mest hensigtsmæssige organisatoriske placering af aktiviteten på hospitalet. Projekterne rummer således ikke direkte noget bidrag til bedre patientforløb på tværs af sektorer. Sidstnævnte gælder fx projekt 27, hvor der gøres bestræbelser på at få flere patienter til at følge en selvstyret AK-behandling på hospitalet, men hvor der er vanskeligheder med at få de praktiserende læger til at henvise til behandling på hospitalet. Forklaringerne kan være mange, herunder finansiering og fremkomsten af ny medicin, der ikke kræver samme form for monitorering.

Noget af det projekterfaringer bekræfter kan bidrage til bedre tværsektorielle forløb er kendskab til forløbsprogrammerne, styrkelse af personlige kontakter og gensidigt kendskab til arbejdsmåder i de andre sektorer. Noget af det som kan modarbejde bedre

patientforløb, synes at være økonomiske incitamentsstrukturer, koordinerende funktioner og ændret ansvarsområder og kompetencer, der opleves som en forringelse af den faglige kvalitet. Endelig er der også eksempler på juridiske og tekniske udfordringer.

Stiger omkostningseffektiviteten?

CC-modellen, nationale og regionale strategier betoner et udtalt og stigende behov for at øge omkostningseffektiviteten. Det indebærer en væsentlig interesse for at kunne vurdere i hvilket omfang det enkelte projekt bidrager til at øge omkostningseffektiviteten, om der forekommer øget produktivitet (mere aktivitet for færre eller uændrede ressourcer), om flere patienter behandles med færre eller uændrede ressourcer, og om de metoder, der anvendes er effektive og giver værdi for pengene. Det omhandler også, hvorvidt der skabes øget sundhedsfaglig, organisatorisk og/eller patientoplevelse kvalitet med færre eller uændrede ressourcer, og om der genereres færre omkostninger og/eller større effekter for det samlede sundhedsvæsen, herunder om projektet har afledte effekter og konsekvenser for andre sektorer. Herunder indgår implicit om mindst indgribende behandling på lavest effektive omkostningsniveau - LEON-princippet.

Omkostningseffektiviteten har kun været et fokusområde i få af projekterne. Det er en konstatering, som er velkendt i den internationale litteratur (Kilpatrick et al., 2005).

Alle afprøvede tiltag forudsætter, at der opnås markante kvalitetsforbedringer, fx i form af færre genindlæggelser, mindre medicinforbrug, klart større patientsikkerhed osv., men projekterne formår på nuværende tidspunkt ikke, at dokumentere en klar positiv gevinst, hvad angår klinisk kvalitet uden at det har krævet betydelige serviceudvidelser. Flere af de ikke-afsluttede projekter har planer om at analysere omkostningseffektiviteten.

Patienter, der får besøg i hjemmet føler sig mere trygge. Patienter, som bevarer kontakten til hospitalet via telemedicin og telefonsamtaler, er godt tilfredse. Men det er samtidig eksempler på serviceforbedringer, der er dyrere end den nuværende praksis.

De bedste eksempler på (potentielt) omkostningseffektive løsninger er:

- Udbredelse af opfølgende hjemmebesøg (projekt 17)
- Udbredelse af selvstyret AK-behandling (projekt 27). En sparet arbejdsgang ved indtastning af data vedr. AK-behandling, men denne løsning er endnu ikke i drift.
- Et forsøg på at lægge opgaver med hjerterehabilitering i fase 2 ud til kommunerne (projekt 12)
- Indførelse af gruppeundervisning frem for individuel undervisning af diabetespatienter i Silkeborg, men hospitalet vurderer at det blot er omkostningsneutralt pga. eksisterende DRG-takster (projekt 26).
- En sparet arbejdsgang ved booking af patienter i Horsens. Men der foreligger ingen dokumentation for et sparet tidsforbrug (projekt 19), <http://www.information.dk/453056>.
- Anvendelse af specialsygeplejersker i stedet for speciallæger til opfølgende konsultationer og medicinske tilsyn Økonomiske konsekvenser afhænger af, om der er tale om nye tiltag eller man erstatter tidligere praksis med ny praksis. (projekt 1, 5).

Der kan være mange grunde til projekternes manglende fokus på omkostningseffektivitet. Meget tyder på, at kvalitetsovervejelserne umiddelbart er styrende for valg af indholdet i

projekter. Det betyder samtidig at der er eksempler på, at nye projekter kan indebære øgede omkostninger. Det gælder fx for et telemedicinsk projekt for KOL-patienter i Horsens (projekt 19), hvor man på baggrund af en vurdering af potentialet for opnåelse af øget egenomsorg har udvidet målgruppen for indsatsen til også at omfatte patienter med en moderat lidelse. Dette må på kort sigt øge omkostningerne og svarer ikke til forløbsprogrammets aftaler om stratificering af indsatsen til KOL patienter. Det kan ikke udelukke en omkostningseffektiv praksis på længere sigt, men vil kræve et større kontrolleret projekt med systematisk dataopsamling af en række mere kvantitative parametre.

Det er i den forbindelse relevant at diskutere, hvilken tilgang, der er mest hensigtsmæssige, når et stigende antal patienter med kroniske sygdomme mere en nogen sinde nødvendiggør prioritering af knappe sundhedsressourcer. Et Cochrane-studie viser, at når patienter inddrages i sundhedsbeslutninger om behandling og screening ønsker de færre ydelser, uden at der herved kan påvises negative effekter i øvrigt (O'Connor et al., 2009). Et fænomen der foldes ud af den amerikanske epidemiolog John Wennberg. Han taler om tre grupper af sundhedsydelser (Wennberg, 2010). Den første gruppe betegnes som *effektiv og nødvendig behandling* (15 %). Det er tale om veldokumenterede behandlingsformer, hvor bivirkninger har mindre betydning end behandlingseffekten. Sådanne behandlinger kan med fordel støttes af kliniske retningslinjer baseret på evidens.

Den anden gruppe af sundhedsydelser betegnes som *præferencebaserede behandlinger* (25 %). Her foreligger der valgmuligheder i forhold til forskellige behandlinger med forskellige fordele og ulemper. Lige netop for den slags ydelser er det vigtigt, at patienten er medinddraget, både af hensyn til patienten og økonomien.

Resten af sundhedsydelserne betegnes som *udbudssensitive behandlinger* (60 %). Her var det kapaciteten af udbud i et sundhedsvæsen, der bestemmer forbruget. Det er ydelser, som ikke indebærer et bedre outcome, men tværtimod ofte er forbundet med omkostninger og dårlige patientoplevelser.

Udgangspunktet for Wennberg er, at sundhedsydelser generelt har en usikker teknologi. For nogle ydelser er der ikke den store forskel mellem behandling og ikke behandling, og i den forbindelse er det vigtigt, at tage patienternes meninger med ind i et partnerskab omkring beslutning og behandling. En anbefaling som også indgår i den eksterne vurdering af projekt 13 om behandling af ryg- og lændesmerter.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Evalueringsinteressen i denne sammenhæng er rettet imod i hvilken grad patienterne er aktive og om der sker en styrkelse af egenomsorgen.

En lang række af de 28 projekter i regionen arbejder med forskellige sider af patientrollen, via etablering af patientskoler, undervisningstilbud, rehabiliteringstilbud og ved redskaber til synliggørelse af patientens perspektiv på de tilbud patienten oplever (projekterne 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28.). Projekterne kan ud fra en interesse for patientens rolle opdeles i følgende typer:

- Projekter, der har fokus på dokumentation af patientoplevelser

- Projekter, som har et særskilt fokus på at påvirke ansattes opfattelser af patientrollen
- Patientuddannelse om specifikke kroniske sygdomme
- Projekter, der udspringer af overvejelser om ny teknologi
- Projekter, hvor patientevaluering spiller en central rolle i evalueringen af projektet
- Projekter, hvor patienter har en styrende eller medbestemmende rolle
- Projekter, hvor patientrollen ikke diskuteres

Projekter, der har fokus på dokumentation af patientoplevelser. Projekt 18 rummer en bred undersøgelse af patienternes oplevelser og af de rolleforventninger, når de møder i sundhedsvæsenet. Projekt 21 har etableret et redskab til standardiseret monitorering af patientuddannelser, som også inddrager patienternes vurdering af mestringsevne. I begge projekter er der således fokus på den aktive patients oplevelser, og begge redskaber er valideret med inddragelse af patienter.

Projekter, som har et særskilt fokus på at påvirke ansattes opfattelser af patientrollen. Der findes også projekter, som har et særskilt fokus på at påvirke ansattes holdninger og kompetencer i retning af at styrke patienternes egenomsorg. Det gælder navnlig projektet om et sundhedspædagogisk uddannelsesforløb (projekt 20, som er rettet mod sundhedsprofessionelle i alle tre sektorer, og som er udviklet på tværs af sektorer). Et projekt som medinddrager patienter som undervisere og er med til at sprede viden om betydningen af patienternes egenomsorg og aktive roller.

Patientuddannelse om specifikke kroniske sygdomme. Patientuddannelse omhandler både viden og færdigheder og medvirker til at præge patienternes forventninger til sundhedsvæsenets brug og egen rolle heri. Patientuddannelse indgår i projekterne 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19, 22, 23, 25, 26, 27 og 28. Nogle tilbud er tæt integreret i den øvrige praksis på hospitalet, således at patientuddannelse også rummer en rådgivningsfunktion overfor patienter, andre afdelinger, almen praksis og kommunen.

Projekter, der udspringer af overvejelser om ny teknologi. Telemedicinske projekter udvikles side om side med ændrede opfattelser af patientrollen. Projekterne tager udgangspunkt i en stratificering af patienterne i forhold til, hvem der kan klare enkel basisuddannelse, og hvem der kan mestre en løsning med selvmonitorering i forhold til en telemedicinsk løsning, og hvor patienterne får en udvidet rolle som diagnostisk medaktør. (fx 23, 24, 27 og 28). I praksis har det vist sig, at der sker en betydelig eksklusion på baggrund af, hvem der reelt kan, og hvem der ønsker en sådan løsning. Det gælder KOL-projektet i Horsens og Silkeborg (projekt 19 og 28).

Projekter, hvor patientevaluering spiller en central rolle i evalueringen af projektet. Det er kun få af projekterne, der er evalueret ved gennemførelse af en systematisk undersøgelse af patienternes oplevelse af det nye tiltag. En vigtig undtagelse er projekt 10, hvor en midtvejsevaluering af projektet baseret på patientoplevelser gav anledning til justeringer. Andre eksempler på patientinddragelse i evaluering af projekter er 11, 19 og 26 og forskningsprojekterne.

Projekt 19 udmærker sig ved at have gennemført et antropologisk studie af patienternes oplevelse af at indgå i et telemedicinsk projekt. Resultaterne herfra peger på, at patienterne oplever øget tryghed ved at indgå i projektet. Men det er uvist om denne

tryghed stammer fra de objektive målinger eller fra den udvidede tilgængelighed til casemanageren. Studiet viser også at nogle patienter oplever utryghed, når ordningen ophører.

Projekter, hvor patienter har en styrende eller medbestemmende rolle. Det er endnu ikke almindeligt at inddrage patienter som ligeværdige partnere i udviklingen af nye projekter og tilbud. Typisk er det sundhedsprofessionelle, som planlægger indsatsen på vegne af patienterne. Patienter medinddrages typisk kun i deres eget patientforløb. Undtagelser i dette projektprogram er fx projekt 22, hvor erfarne patienter er medundervisere på et hjerterehabiliteringsforløb ud fra Læring og Mestrings-tankegangen og projekt 14, hvor praktiserende læger inviterede patienter med på et halvdagsmøde med fokus på hvordan almen praksis bedst kan styrke indsatsen med at støtte patienternes egenomsorg.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

I hvilket omfang projekterne bidrager robust til at ny praksis fastholdes i fremtidig drift, kan belyses ud fra, hvor bredt et fokus, projektet har, i hvilken grad der faktisk sker en integrering af den nye praksis i daglig drift, og i hvilken grad den nye praksis er robust overfor pres over tid (Glasgow et al., 1999). Her drejer det sig om at lokalisere hvilke kræfter, der spiller med og hvilke der modarbejder den nye praksis.

En faktor, der har stor betydning for etablering af ny praksis er, om ny praksis giver mening for de mest centrale aktører. Det har en særlig betydning, fordi indsatsen på området for kroniske sygdomme kræver samarbejde på tværs af tre forskellige sektorer med hver deres organisering og værdisystemer. Dernæst betyder det noget, om den nye praksis afløser en tidligere praksis, eller om der mere er tale om en serviceudvidelse. I begge situationer er det betydningsfuldt, hvordan de økonomiske effekter af ændringen fordeler sig på de deltagende organisationer.

Projekterne har uden tvivl alle i forskellig grad givet god mening, så vi giver kun her et par eksempler på projekter, som er implementeret og/eller udvidet i daglig klinisk praksis. Det drejer sig om projekt 1, hvor der nu er ansat 2 specialuddannede KOL-sygeplejersker og projekt 22, hvor ledelsen har besluttet at fortsætte med integration af Lærings-/mestringskonceptet i hjerterehabiliteringstilbuddet før projektresultaterne foreligger. Derudover henvises til afsnittet om erfaringer med implementering side 36 og afsnittet om hvad der med fordel kan udbredes og videreføres side 29.

Etablering af ny praksis i et eksisterende samarbejde. Succes for etablering af en ny praksis i en allerede eksisterende samarbejdsrelation forudsætter, at de involverede parter er inddraget i udformningen af projektet, så det giver mening for alle involverede parter. Et godt eksempel på et projekt, der har arbejdet systematisk med at udbrede og fastholde god praksis er projektet om opfølgende hjemmebesøg efter hospitalsudskrivelse (projekt 17). Her er relevante lokale aktører fra de tre involverede sektorer medinddraget i udviklingen af projektet og der er arbejdet med redskaber, retningslinjer, monitorering, aftaler, information, IT-støttesystemer. Herudover har projektet støtte af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient.

Etablering af et nyt servicetilbud, der koster ressourcer. Nogle projekter indeholder et tilbud til kroniske patienter, som ikke afløser noget tidligere tilbud, men nærmere må ses

som et tilbud til at imødekomme et behov, der ikke tidligere har været dækket. Det indebærer at projektet kan komme i vanskeligheder, når projektstøtten til projektet ophører. Det gælder fx for projektet om monitorering af patientuddannelser (projekt 21), som blev etableret ved en tidligere projektbevilling, og i denne sammenhæng videreudviklet for puljefølge. Videreførelse afhænger af udefrakommende finansiering. Samme fænomen kan ses i et hjerterehabiliteringsprojekt for udsatte patienter på Regionshospitalet Randers, hvor der er indført 13 nye rutiner med flere individuelle samtaler (projekt 10). Tilsvarende gælder for i et hjerterehabiliteringsprojekt i Viborg (projekt 9), hvor patienterne blev vurderet som for behandlingskrævende i kommunen, og projektet er nu afhængigt af udefrakommende finansiering. Modsat er det lykkedes for et hjerteprojekt på Regionshospitalet Silkeborg at fastholde et hjerterehabiliteringsprojekt for særligt sårbare patienter med et individuelt fokus.

Etablering af ny praksis, der frigør ressourcer til andre formål. Projekter med det formål at frisætte ressourcer, forekommer kun sparsomt i projektprogrammet. En undtagelse er eksempelvis projekt 26 i Silkeborg, hvor man har ladet individuel undervisning i mestring af diabetes afløse af gruppebaseret undervisning. Alligevel indebærer det ikke frigørelse af ressourcer på grund af DRG-systemets satser.

Gennemgang af projekterne har også haft et fokus på, hvad der fremmer og bremser etablering af nye praksisformer. Det der fremmer implementering af ny praksis er fx ildsjæle, der driver projekterne, og når projekterne, som tidligere nævnt giver god mening for de sundhedsprofessionelle i daglig praksis, hvilket kan illustreres med projekterne 1, 15, 22 og 26. Særligt projekt 15 og 22 lægger op til styrkelse af fælles sprog og kultur på tværs af deltagende praktiserende læger og administrativt ansatte. I farmaciprojektet finder der herudover en vidensoverføring sted med hensyn til, hvad praktiserende læger kan bruge farmaceuter og farmakologer til.

Barrierer for at fastholde en ny praksis er mangel på støttesystemer og infrastruktur i form af fx integration af den nye praksis i den elektroniske patientjournal. En anden kritisk begivenhed er hvis en nøglemedarbejder rejser. Der er også eksempler på at forløbsprogrammets principper om fx stratificering af patienterne ikke deles af de sundhedsprofessionelle, som har et nært kendskab til den enkelte patient. Endelig er der eksempler på at forskellige økonomiske interesser, incitamenter og styringstiltag påvirker projekternes fremdrift negativt. Sådanne bremsende effekter ses fx i projekterne 9, 14, 19, 25, 27 og 28,

Hvad kan med fordel udbredes og videreføres?

Målet med dette afsnit er, at sammenfatte og udkrystallisere den praksis fra projekterne, som evaluatorerne vurderer som mest lovende og som gode svar på nogle af de udfordringer, der er nævnt i strategien for kronisk sygdom i 2007 – eller i senere strategidokumenter. Det kan også være erfaringer, der udfordrer/supplerer den hidtidige strategi, de gældende retningslinjer, allerede indgåede aftaler, forløbsprogrammer mv.

Implementering af CC-modellens strategiske elementer har som tidligere omtalt fokus på kvalitetsudvikling, omkostningseffektivitet og at samle og organisere indsatsen, så patienten stratificeres til rettidig behandling afpasset individuelle behov og sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet. Med det for øje bliver målet med evalueringen, at vurdere hvilke indsatser og ny praksis, der bidrager til kvalitetsudvikling og omkostningseffektivitet, og at sikre sammenhæng i indsatsen over for den enkelte patients individuelle behov, herunder en styrkelse af patientens egenomsorg. Det er initiativer der kan rettes mod flere sider af sundhedsvæsenets indsats: først og fremmest mod *patienten*, dernæst mod *behandlerteamet* og endelig mod *organisatoriske praksisformer*.

Vi har ikke fundet projektræsultater, som kan spredes helt uden tilpasning. Det, der med fordel kan spredes er først og fremmest ny praksis i form af initiativer, tiltag og interventioner, som må tilpasses en lokal kontekst ud fra indhøstede erfaringer og erkendte behov. Udvalgelsen er sket på baggrund af en analyse og vurdering af projekternes resultater og erfaringer. Resultaterne er foreløbige, tentative og overvejende baseret på kvalitative data.

Forslagene er også baseret på de indsamlede data om patienternes oplevelser og ønsker. Derfor bygger den anbefalede nye praksis kun i en vis udstrækning på forskningsbaseret evidens og/eller solid veldokumenteret praksis. Den identificerede nye praksis er typisk interventioner, tiltag og principper, som allerede er formuleret i strategidokumenter, men hvor de 28 projekter har gjort sig konkrete erfaringer med udmøntning og effekt i praksis. Den konkrete praksis skal fortsat tilpasses de lokale forhold, hvis det besluttet at implementere i drift eller stor skala.

Der er på baggrund af projekterne identificeret **ny god praksis målrettet patienter**, som i CC-modellen betegnes som mødet mellem den informerede og aktive patient og det velforberejede behandler team: Det drejer sig om følgende seks konkrete indsatser:

- Forløbsprogrammet lægger vægt på individuelle og socialt differentierede tilbud tilpasset den enkelte patient. På baggrund af projekterfaringerne kan det "oversættes" til, at der er behov for flere **skræddersyede forløb og tilbud**. Mange af de afprøvede tilbud passer kun til en mindre del af patienterne. Der er således brug for en vifte af tilbud og mindst en afklarende samtale, hvor der lægges en plan for den enkelte patient.
- Forløbsprogrammet anbefaler en intensiveret indsats til patienter med svær sygdom og komplekse behov. Det kan være i form af en case manager eller forløbskoordinator. Begrebet forløbskoordination opfattes og anvendes forskelligt og med forskellige formål. Erfaringer fra flere projekter (9, 11 og 19) er, at det er muligt at understøtte

svært syge og udsatte og sårbare patienter til eksempelvis at deltage i og gennemføre hjerterehabilitering, øge medicincompliance og fastholde livsstilsændringer. Men det er tidskrævende og kræver tilgængelighed til en **personlig kontaktperson**, der tager sig tid til at lære personen/patienten/borgeren at kende, opbygge en tillidsfuld relation og bevare kontakt i et længere forløb. Det er afprøvet i hospitalsregi (fx i Silkeborg), hvor kontaktpersonen også har kunnet agere koordinator i et AKS-patientforløb, der omfatter flere sygehuse. Fremadrettet kan en sådan ordning muligvis forankres i almen praksis eller i kommunalt regi.

- Nogle patienter kan evt. understøttet af vejledning, selvbehandlingsplaner og telemedicinske monitoreringssystemer overtage store dele af undersøgelses- og behandlingsopgaven selv, og har kun brug for en enkel årskontrol hos egen læge. For patienter i AK-behandling og patienter med KOL, er det imidlertid af patientsikkerhedsmæssige årsager vigtigt med mere omfattende oplæring og løbende overvågning/supervision af **egenbehandling i relation til intensivering af behandling ved tegn på akutte forværringer**.
- Det velforberedte behandlerteam kan foregå som etablering af "**shared care-ordninger**" på udvalgte områder. I projekt 12 benyttes shared care om en ordning, hvor kommunerne overtager hjerterehabiliteringsopgaver fra hospitalet i fase 2. I projekt 3 er afprøvet en model, hvor almen praksis samarbejder tæt med specialister på sygehuset om diabetisk fodsår. I Horsens (projekt 19) er der fokus på den tværsektorielle kommunikation. Ordningerne kan med fordel understøttes af tilgængelighed til tidstro patientdata, tilgængelige opdaterede kliniske retningslinjer og personale med opdaterede kliniske og sundhedspædagogiske kompetencer.
- I Silkeborg, Viborg og Horsens har patienter haft **adgang til at ringe til en specialsygeplejerske i KOL**. Patienter fremhæver konsistent det positive ved denne adgang, og som væsentlig for tryghed og sikkerhed i hverdagen. De oplever at få kompetent rådgivning af en person, de kender og som har de nødvendige faglige kompetencer. Problemet er, at ordningen kun fungerer i almindelig dagarbejdstid og tilgængelighed derfor er begrænset. Patienter, der får det skidt om natten og i weekenden må benytte vagtlægen, som måske ikke kender patienter eller har tilstrækkeligt kendskab til KOL. Lungemedicinsk afdeling i Randers har testet anvendelse af en specialsygeplejersker som nøgleperson og tilgængelig vejleder internt og eksternt. Aarhus og Viborg har stillet specialsygeplejersker til rådighed for almen praksis (2, 4, 6).
- **Call-center** kan tilgodese borgere (og sundhedspersonale), der har akut behov for en ekspertvurdering og rådgivning. Data skal kunne udveksles let mellem alle, der har med patienten at gøre. Denne praksis er i projekterne kun afprøvet med sygeplejerskebemanding i almindelig dagarbejdstid. Men særligt KOL-patienter efterspørger en 24/7-tilgængelighed (19).
- **Styrket monitorering på patientniveau** peger på de muligheder og potentiale, der ligger i telemedicin og PRO-systemer. I den sammenhæng er det vigtigt at erkende, at standardiserede løsninger ikke er egnede til brug overfor alle patienter. Brugen af ny teknologi kan bruges med forskelligt formål og med forskellig sundhedspædagogisk tilgang. Projekt 19 og 26 bidrager med ny viden herom som grundlag for fremadrettet implementering af ny og bedre praksis. Det afgørende er, at kunne differentiere mellem, hvorvidt indrapporterede data bruges til supervision og monitorering, dialog med patienten, eller til målrettet styrkelse af empowerment og patientens egenomsorg.

Den gode praksis handler også om understøttelse af **det velforberedte behandlerteam**, så de besidder nødvendig viden og kompetencer og har kendskab til hinanden og de indsatser, de hver især bidrager. Der er på baggrund af projekterne identificeret eksempler på ny og bedre praksis:

- Mange projekter har arbejdet med ***differentieret kompetenceudvikling*** af sundhedspersonale. Kronikerkompasset har efteruddannet klinikpersonale fra almen praksis på sygdomsspecifikke kurser, og har gennemført tværfaglige halvdagsmøder, hvor læger, sygeplejersker og sekretærer kunne mødes på tværs af klinikere og udveksle erfaringer og idéer
- Styrkelse af det ***gensidige kendskab*** mellem de tre sektorområder er sket i projekterne via møder, fælles skolebænk arrangementer og besøg hos hinanden

Den gode praksis er afhængig af den kontekst ordningen fungerer i, som skal understøtte konceptet i CC-modellen og anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Projekterne bidrager kun i beskedent omfang til bedre og ny praksis i relation hertil. Derimod afdækker flere af projekterne, hvad der sker, når *de organisatoriske* rammer, inklusive de økonomiske incitamenter, it-systemerne, logistikken og omkostningseffektiviteten ikke spiller en central rolle, når praksis fastlægges. Uden at denne organisatoriske infrastruktur er på plads, vil CC-modellens strategier ikke kunne realiseres. Følgende indsatsområder vurderes som centrale:

- Arbejde med ***it-systemers brug på tværs af sektorområder og i forhold til patient/pårørende***
- Fremme dækkende ***monitoreringssystemer, der kan dokumentere status og ændringer***

De enkelte eksempler på ny og bedre praksis kommenteres i oversigt 4 på næste side. For hvert eksempel beskrives, hvori tiltaget eller interventionen består, hvilke resultater der er opnået, hvilke omkostninger og risici der er forbundet hermed, hvilke forudsætninger der kan stilles op og endelig peges der på konkrete eksempler på projekter, der har afprøvet den nye praksis – helt eller delvist.

Oversigt 4. Hvad kan udbredes? - med hvilke resultater, omkostninger og forudsætninger

Ny praksis	Resultater	Omkostninger og risici	Forudsætninger	Eksempler. Projekter, som har gjort relevante erfaringer
Patientfokus				
Skræddersyede forløb Differentierede tilbud til patienterne, som i højere grad tilgodeser individuelle problemer, behov og ønsker og som integrerer en eksplicit sundhedspædagogisk tilgang, der har fokus på styrkelse af egenomsorg	Bidrag til at socialt udsatte opnår større livskvalitet og lever længere. Mulighed for at bryde social ulighed i sundhed. Langsigtet reduktion af omkostninger til gruppen af patienter med størst forbrug af sundhedsydelse	Øgede udgifter til mere langstrakte, individuelle forløb. At patienterne ikke opnår de forventede effekter eller bevarer disse. At det udvidede tilbud, hvis det forankres i sekundærsektor, øger ventetid for andre opgaver, som kræver en specialiseret indsats.	Afklarende individuelle samtaler At personalet besidder de nødvendige faglige, sundhedspædagogiske og menneskelige egenskaber til at kunne rumme sårbare patienters problemer og livsvilkår. Ressourcefokuseret og risikobaseret stratificering. Differentierede tilbud, der tilgodeser den enkelte og afviger fra standardtilbud	I Kronikerkompasset (14) arbejdes målrettet med stratificering i forbindelse med behandling, kontrol og henvisning til rehabilitering. Hjerterehabileringsprojekterne 8, 9, 10 og 11. inklusive fra Læring og Mestring i Vest (22) indeholder individuelle afklarende samtaler. Sundhedspædagogisk uddannelse med vægt på stor deltagerinvolvering projekt 20
Personlig kontaktperson med særlige koordinerende opgaver Forløbskoordinator for udvalgte individuelle forløb	Hjælp til at patienter med komplekse behov og svær sygdom kan navigere rundt i et komplekst system Bidrag til overblik, øget tryghed og compliance. Reduktion af sundhedsudgifter til de mest ressourcekrævende patienter	Uklarhed om opgavefordeling og ansvars- og kompetencefordeling i forhold til øvrige kontaktpersoner i primærsektoren socialforvaltning, hospitalslæger og praktiserende læges tovholderrolle. Sygdomsspecifikke ordninger	Nøje udvælgelse af både borger og professionel Målrettet kompetenceudvikling Systemkendskab, faglige og personlige kompetencer Logistikken og tilgængeligheden. Nogle gange er 24/7-callcenter mere nyttigt	Hjerterehabilering i Silkeborg og Viborg (9, 11) Tele-KOL-Casemanager i Horsens (19) og Silkeborg (28)
Egenbehandling Patienten som partner og diagnostisk medaktør Selvmonitorering Selvbehandling	Større frihed for patienten Færre ambulante besøg på hospitalet efter oplæring Bidrager til øget patientsikkerhed Potentielt færre indlæggelser Omkostningseffektivt for nogle patientgrupper	Investering i oplæring og udstyr. Startomkostninger. Løbende overvågning. Risiko for falsk tryghed. Symptomer på komorbiditet overses. Afhængig af målinger, mister	Visitation/udvælgelse: Patienter, der kan og vil Støttesystem (24/7?) Oplæring/patientskole Løbende supervision Monitorering	Selvstyret AK-behandling (27) KOL i Viborg (25) KOL i Silkeborg (26) Fysisk træning i eget hjem (8)

Ny praksis	Resultater	Omkostninger og risici	Forudsætninger	Eksempler. Projekter, som har gjort relevante erfaringer
		tillid til egen dømmekraft. god til patienter som er "bad percievers", Sygdommen fylder for meget i hverdagen		
Specialsygeplejersker Rådgiver og vejleder kolleger på sygehus, i kommuner og almen praksis. Opgaveflytning fra speciallæger i form af selvstændige konsultationer og tilsyn af patienter på andre afdelinger. Selvstændige ambulante kontroller og/eller telemedicinske kontroller Vejleder og rådgiver sundhedspersonale og udvalgte patienter telefonisk	Nedsætte ventetider i ambulatorier Hurtigere og mere kvalificeret undersøgelse, behandling og pleje Supplere/aflaste/substituere speciallæger Styrket tværfagligt teamarbejde Større tilgængelighed til Ekspertviden for patienter, personale på andre afdelinger og praktiserende læger	Udgående funktioner sker på bekostning af andre opgaver "Shared care" kan risikere at blive dyrere uden det bliver bedre. Uklarheder om roller og ansvar: lægen har ansvar for diagnostik og behandling Patientsikkerhed, hvis vitale symptomer fra anden multisygdom overses eller mistolkes	Styr på patientsikkerhed og økonomi. Klarhed omkring ansvars- og kompetencefordeling Lægelig supervision/ bagvagt Sygeplejerskerne skal være erfarne, teoretisk opdaterede og være indstillet på at påtage sig et udvidet selvstændigt ansvar Rammeordinationer Kliniske retningslinjer E-dok-dokumenter Faglig bæredygtighed /kapacitet og arbejdstilrettelæggelse: Tilgængelighed vigtig Det er formentlig ikke nok med to timers telefontid.	KOL, diabetes og hjerte i Randers (1,7,10) Diabetes i Aarhus (5) Telemedicinsk diabetisk fodsår (3) KOL i Viborg (25) Selvstyret AK-behandling (27) Modellen er også kendt fra mobile akutteam, hvor intensivsygeplejerske kommer ud på sengeafdeling, og hygiejnesygeplejerske ordningen.
Call-center	Tilgodese borgere (og sundhedspersonale), der har akut behov for en ekspertvurdering og rådgivning	Call-center-funktionen risikerer at interferere med egen læges og vagtlægens akutfunktion Stiller krav om adgang til opdaterede data . Visse former for rådgivning afhænger af personkendskab	Data skal kunne udveksles let mellem alle der har med patienten at gøre Kompetencer i relation til telekommunikation Tilgængelig svarende til patienternes behov. Evt. mulighed for at integrere funktionen med præhospitalet/ døgnåbne specialafdelinger på sygehusene	Denne praksis er i projekterne kun afprøvet med sygeplejerskebemanding i almindelig dagarbejdstid på hverdage KOL patienter efterspørger en 24/7-tilgængelighed

Ny praksis	Resultater	Omkostninger og risici	Forudsætninger	Eksempler. Projekter, som har gjort relevante erfaringer
Styrket monitorering af det enkelte forløb	<p>Bedre klinisk overblik Øget tryghed hos en gruppe af patienter. Tryghed og sikkerhed øges ved sideløbende tilgængelighed til specialvejledning</p> <p>Grundlag for kontinuerlig og tidligt indsættende Selvbehandling, og dermed reduktion af indlæggelser og ambulante kontrolbesøg</p> <p>Mulighed for at individualisere indikatorer for intensivering og/eller justering af behandling</p>	<p>Ikke alle patienter er i stand til eller ønsker et udvidet ansvar som meddiagnostisk aktør</p> <p>Risiko for at fejlfortolke symptomer eller ikke kunne registrere eller differentiere symptomer ved komorbiditet</p>	<p>Integration med EPJ Patientens adgang til egne data (personniveau)</p> <p>Systematisk oplæring af patient og pårørende</p> <p>PRO eller anden Kommunikationsstandard</p> <p>Afklaring af Almen praksis/egen læges og vagtlægens rolle og ansvars-kompetencefordeling mellem det involverede sygehuspersonale og primærsektorens personale</p>	<p>Kronikerdata (15) Selvstyret AK-behandling (27) Tele KOL (19 og 28) Patientlogistik Horsens (19) Forskningsprojekterne Fysisk træning i eget hjem (23)</p>
Behandlerfokus				
Differentieret kompetenceudvikling Efteruddannelse Fælles skolebænk Tværfaglige arrangementer Telefonrådgivning Supervision Adgang til færdigheds-træning og studiebesøg i hospitalets specialiserede ambulatorier	<p>Sundhedspersonale opnår nødvendig: - Sygdomsspecifik viden</p> <p>- Praktiske færdigheder</p> <p>Sundhedspædagogisk viden og kompetence</p> <p>- Kendskab til det samlede patientforløb, andre aktørers bidrag og tilbud</p> <p>- Systemkendskab</p> <p>- Effektive patientforløb og omkostningseffektiv praksis</p> <p>- Kendskab til forløbsprogrammerne</p>	<p>For stort tidsforbrug</p> <p>For lille udbytte</p> <p>Spredning af viden der ikke matcher nyeste evidens eller best practice</p>	<p>Tilbud tilpasset målgruppens behov Undervisere med nødvendige kliniske, sundhedspædagogiske og kommunikative kompetencer</p> <p>Kontinuerlig klinisk og pædagogisk opdatering og adgang til supervision "Train the trainer"</p> <p>Ledelsesmæssig prioritering af kompetenceudvikling</p>	<p>Kronikerkompasset (14) Sundhedspædagogisk uddannelse (20) Læring og Mestring i Vest(22) Diabetisk fodsår i Vest(4) Diabetes i Aarhus (5) Diabetes i Viborg (6) KOL i Aarhus (2)</p>
Gensidigt sektorkendskab	<p>Opbygning af relationer Systemkendskab Sammenhæng i patientforløb og reduktion af overlappende funktioner</p>	<p>For stort tidsforbrug</p> <p>For lille udbytte</p>	<p>Arrangementer tilpasset målgruppens behov Kompetente undervisere og facilitatorer Ledelsesmæssig opbakning</p>	<p>Kronikerkompasset (14) Diabetes i Aarhus(5) KOL i Aarhus (2) KOL i Randers (1) KOL i Viborg(25) Diabetes i Viborg(6) Diabetes i Randers (7) Shared care hjerterehabilitering (12) Opfølgende hjemmebesøg (17)</p>

Ny praksis	Resultater	Omkostninger og risici	Forudsætninger	Eksempler. Projekter, som har gjort relevante erfaringer
Organisationsfokus				
It-systemer	Populationsoverblik Kvalitetssikring Sammenhængende patientforløb	Udfordringer med sikring af datakomplethed Risiko for dobbelt-registrering Juridiske og etiske udfordringer	Data kan overføres sikkert og rettidigt Indgår i overordnede strategier for anvendelse af IT og overholder lovgivning for dataoverførsel	Kronikerdata (15) Hjerterehabilitering (24) Horsens webbooking og analyse af tværsektoriel kommunikation mhp it-understøttet patientlogistik (19)
Styrket monitorering på populations-niveau	Overblik, der giver bedre grundlag for fortsat kvalitetsudvikling og analyser af omkostningseffektivitet	Uønskede måleeffekter	Monitorering på individniveau Klinisk database Adgang til data fra andre sektorer	Patienternes perspektiv (18) Kronikerdata (15) MoEva (21) Hjerterehabiliterings-database (24) AK-database (27)

Andre vigtige projekterfaringer

I det følgende diskuteres kort nogle af de temaer, som er fremkommet i dialogerne med repræsentanterne for de 28 projekter, og som i enkelte tilfælde suppleres med reference til litteraturen:

Erfaringer med implementering

Som et led i selvevalueringen er projekterne blevet opfordret til bruge måleredskabet i Guide for Fastforholdelse af ny praksis (Maher 2007). Ud fra fastholdelsesguiden er der størst sandsynlighed for at fastholdelse lykkes, hvis projektet/implementeringen har haft en engageret ledelse, involveret og oplært de berørte medarbejdere, indført nogle tiltag, som er veldokumenterede og alle haft en fordel i, og som er i overensstemmelse med afdelingens/hospitalets mål og strategier. Herudover skal den daglige praksis understøttes af monitorering og infrastruktur (Maher 2007).

Nogle af projekterne har haft til opgave at implementere dele af et forløbsprogram ved at indføre nye tilbud og rutiner i den kliniske hverdag. Andre har afprøvet noget, som måske skal implementeres senere. Her er udvalgte eksempler på god implementeringspraksis, vi har kunnet identificere i nogle af de 28 projekter:

- Der er nedsat en tværfaglig gruppe (fx sekretær, sygeplejerske og læge), som har fået til opgave at indføre den nye praksis
- Der er givet plads til at afprøve nogle arbejdsgange (fx PDSA-test)
- Der er informeret ud til de, der skal gøre noget (fx almen praksis via praksis.dk)
- De medarbejdere, som skal løse opgaven er oplært/uddannet (fx kurser eller fælles skolebænk)
- Der er lavet it-baserede redskaber til at understøtte den nye praksis (fx SFI i EPJ, Kronikerdata)
- Der er aftalt en måde at overvåge implementeringen på (fx aktivitetsregistrering, journalaudit og/eller registerudtræk)
- Der er lavet evaluering undervejs, hvor der er mulighed for at justere indsatsen
- Den nye praksis er beskrevet i et retningsgivende dokument (fx flowchart eller instruks i e-dok)
- Der er en afklaring på finansieringen (fx honoraraftale med almen praksis)
- Der er aktiv opbakning fra ledelsen (fx den ledende overlæge eller oversygeplejersken på afdelingen)

Flere projekter er påvirket af begivenheder og forandringer

Projekternes vilkår er, at de gennemføres i en hverdag præget af omstruktureringer og forandringer. Eksempler på mere konkrete forandringer, der har haft indflydelse på projekterne er:

- Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).
- Implementering af den fælles elektroniske patientjournal (Midt-EPJ).
- Ændring af optageområder
- Nye nationale retningslinjer for diabetes.

- Ny overenskomst for almen praksis, hvor Sentinel datafangst og diagnosekodning bliver obligatorisk og en forebyggelsesydelse erstattes af et højere grundhonorar.
- Ny ledelsesstruktur i Midt, Vest og Aarhus, som betyder at flere af de afdelinger, hvor projekterne er forankret, har fået ny afdelingsledelse.

Der er i projekterne også mange eksempler på mere personlige forhold, hvor afdelingsledelsen eller projektlederen udskiftes, forekomst af længerevarende fravær, skift i tidsbegrænsede ansættelser og karrierevalg. Det er vilkårene for projekter i en stramt styret driftsorganisation, der ofte ikke har ressourcerne til at kompensere herfor fagligt og eller organisatorisk, når forudsætningerne skifter.

Evalueringsmetodiske erfaringer

Det er store metodiske udfordringer forbundet med at undersøge og vurdere projekternes resultater. Mange projekter har som tidligere nævnt ikke indsamlet data, der er tilstrækkelige og/eller velegnede til at kunne belyse den nye praksis' sundhedsfaglige effekter, bruger-/patientoplevede kvalitet, omkostningseffektivitet og sundhedsøkonomiske konsekvenser. Det har heller ikke været formuleret som et krav til projekterne.

Flere projekters formål, målgrupper, effektmål og interventioner overlapper, hvilket vanskeliggør muligheden for at vurdere effekten af det enkelte projekts tiltag. Flere projekters potentielle effekter påvirkes også af forhold, fx af dagligt klinisk arbejde, som foregår og udvikles uafhængigt af projektet.

Selvevalueringen af det enkelte projekt har været prioriteret i varierende grad og på forskellige måder. Nogle projekter har været evalueret af eksterne evaluatore. Andre evalueres af projektlederne selv. Knap halvdelen af de 28 projekter er ikke afsluttet, evalueret og afrapporteret ved den samlede evaluerings afslutning primo 2013. Det gælder specielt de projekter, som er designet som klinisk forskning, som ikke når at inkludere et tilstrækkeligt antal patienter inden projektperioden udløber.

Mange af projekternes selvevalueringer har generelt vanskeligt ved at give et dækkende billede af det der er kommet ud af projekterne. Der har ikke fra starten været krav om systematisk dataindsamling. Projekterne har i selvevalueringsprocessen i 2012 fået tilbudt vejledning, men det har været en lokal prioritering, hvor mange ressourcer der skulle bruges på evaluering og dokumentation. Det har generelt været en udfordring at de relevante data ikke bare kunne trækkes ud af eksisterende registre.

Monitoreringsproblemstillinger

En væsentlig forhindring for at kunne forbedre indsatsen overfor mennesker med kronisk sygdom er, at der endnu ikke findes tilgængelige og tilstrækkelige data, der kan bruges til at monitorere den tværsektorielle indsats for mennesker med kronisk sygdom. Det er derfor fortsat vanskeligt at afgøre i hvor høj grad forløbsprogrammerne er implementeret og om der sker forbedringer af indsatsen over tid.

Der har været udarbejdet kvalitative beskrivelser af status for indsatsen overfor kronisk sygdom, hvor hospitalerne har redegjort for, hvor langt de var med at implementere forløbsprogrammet, men der mangler et overblik på populationsniveau om, hvor stor en

andel af patienter med diabetes, KOL og AKS som får de tilbud, som forløbsprogrammerne fastlægger som god praksis.

Opgaven med at udvikle et monitoreringsredskab er i gang, og der er udvalgt en række indikatorer. Udfordringen er blandt andet løbende at kunne udtrække data fra kommuner og almen praksis, der er sammenlignelige på tværs af klynger og over tid.

Forskning versus implementering

Det har i flere projekter været et problem at inkludere et tilstrækkeligt antal patienter til det enkelte forskningsprojekt. En del af forklaringen er at flere projekter havde overlappende målgrupper. Her kunne koordinering på forhånd have været ønskelig.

Konsekvensen er formentlig, at det bliver begrænset hvilken ny videnskabelig anerkendt viden, som projekterne kan forventes at frembringe. Programevalueringen har ikke haft til formål at vurdere den videnskabelige kvalitet af de igangsatte forskningsprojekter. Dokumenterne og dialogen med projekterne tyder heller ikke på at forskningsprotokoller og ansøgninger om forskningsprojekter er blevet systematisk og kritisk vurderet af eksterne personer med forskningskompetence,

Region Midtjylland har valgt at give penge til forskningsprojekter, der har til formål at teste dele af evidensen bag forløbsprogrammerne, selvom forløbsprogrammerne endnu ikke er fuldt implementeret af hospitalerne.

De forskellige forskningsprojekter kan potentielt skabe ny og værdifuld viden, men de fleste af dem indfører samtidig nye (midlertidige) serviceforbedringer i form af flere samtaler, besøg i hjemmet mv. Den afprøvede praksis er således ikke direkte til at implementere uden øgede omkostninger.

Forskningsprojekterne bidrager også til kompetenceudvikling af personale og afprøvning af, hvad der med fordel kan monitoreres eksempelvis i patienternes eget hjem.

It-systemers betydning

Nogle projekter har oprettet nye databaser, som giver mulighed for at monitorere kvaliteten af indsatsen (3, 8/23/24, 9, 12, 16, 21, 22, 25, 27, 28). Der fremgår dog kun meget få tal på indsatsen i projekternes selvevaluering. De mange forskellige databaser rummer mange relevante data, men de kan give problemer i forhold til overholdelse af persondataloven og kvalitetsstrategiens mål om, at data kun skal indtastes en gang.

Projektet i Horsens har undersøgt den tværsektorielle kommunikation med henblik på at udvikle konkrete it-løsninger (projekt 19 og Mejnertz 2012). Erfaringerne herfra understreger betydningen af et bredt perspektiv på implementering af nye it-initiativer: jura, organisation, økonomi etc. (The Metho Telemed team, 2010).

Øget vægt på evaluering, kvalitetsudvikling og transparens har øget betydningen og presset på sundhedsvæsenets informationssystemer. Fra at være en uinteressant teknisk niche, ses informationsinfrastrukturen i dag som en nøgelfaktor i hele den overordnede ledelsesstruktur, hvilket også fremgår og indgår i en del af de 28 projekter. At gøre

sundhedsvæsenet transparent og baseret på data indebærer, at der opstår spændinger mellem ønsker der kan ses som relativt tekniske, fx kategoriseringer, detaljeringsgrader, databaseindhold, analysemetoder og adgangsforhold. Men i alle disse tekniske forhold ligger megen påvirkning af praksis i forhold til faglig kvalitet, omkostninger, professionel autonomi og koordination af patientforløb. Nogle interessenter vil prioritere det daglige kliniske arbejde med at sikre kontinuitet for patienten med tidstro data, andre vil prioritere at systemerne kan spille en rolle i dokumentationen af klinisk kvalitet eller medvirke til at frembringe data til forskning eller offentliggørelse (Vikkelsø, 2007). Andre vil prioritere automatisk indberetning til patientregistre og DRG-systemer. Pointen er, at kravene er blevet så mange og så forskellige, at alle ikke kan få deres ønsker opfyldt i udviklingen af it-systemerne, hvorfor der foretages valg og fravalg, og her er det ikke sikkert, at hensynet til kontinuerede patientforløb er det stærkeste.

Standardisering versus individualisering

De indhøstede projekterfaringer peger også på, at der i forbindelse med implementering af CC-modellens principper om forløbsprogrammernes elementer må tages et stort hensyn til, at komplekse patientforløb meget vanskeligt kan standardiseres. Nogle patienter har en eller flere sygdomme. Nogle patienter kan indgå i mere involverende løsninger – andre kan ikke. Nogle patienter ønsker ikke bestemte løsninger, fordi de passer dårligt med andre livsvilkår. Erfaringerne peger på, at det er nødvendigt at patienternes forskellighed respekteres, når der findes løsninger, og at dette må ske på individniveau. Behovet for at tilpasse ydelser til det enkelte individ kan komme i konflikt med målet om øget omkostningseffektivitet.

En ambition om partnerskab mellem den enkelte patient med kronisk sygdom og sundhedsvæsenet er en udfordrende opgave i et opdelt sundhedsvæsen med forskellige sektorer og med høj grad af specialisering. Det kræver blandt andet, at alle parter har adgang til relevante opdaterede informationer. Det kræver koordinerede informationssystemer, rutiner der går på tværs af sektorgrænser og fælles forventninger til hvilket forløb bestemte patienter skal tilbydes. Konkret kan det betyde fælles it-systemer, afklarede regler omkring informationsdeling og kurser, der afstemmer rolleforventningerne. I virkelighedens verden er der stadig et stort arbejde at gøre.

Erfaringer med puljeprojekter

Der bruges mange ressourcer på at skrive ansøgninger, lave statusbeskrivelser og evalueringer. Alligevel er der en markant mangel på relevant dokumentation af aktivitet hen over tidsperioden i de fleste projekter. Det kan være svært kvantitativt at få overblik over, hvad der er sket. Ingen af projekterne har i selvevalueringen fx en graf, der viser udviklingen i antallet af ydelser, patienter eller andre relevante enheder i løbet af projektperioden. Det er således vanskeligt at se hvordan projekterne rent kvantitativt har udviklet sig fra begyndelsen af 2010 og frem til afslutningen ultimo 2012.

Det generelle indtryk er, at de færreste projekter vil kunne dokumentere en støt stigende produktivitet, hvor flere og flere patienter har fået glæde af de ydelser/tilbud, projektet har til formål at afprøve og evt. implementere.

Et kritisk spørgsmål, som dokumentationen af og dialogen med de 28 projekter giver anledning til er, om puljer er den mest effektive måde at skabe varige forbedringer, eller om det kan bidrage til udvikling af en projektkultur, der orienterer sig mod ekstern finansiering, og bruger mange ressourcer på projektaktiviteter, i stedet for at udnytte den tildelte budgetramme bedst muligt til implementering af hensigtsmæssig daglig drift?

Hvem har vurderet projekterne?

Birthe Hellqvist Dahl er uddannet sygeplejerske og Master i Kvalitetsledelse. Birthe har i mange år været oversygeplejerske på Lungemedicinsk afdeling på Århus Kommunehospital. Hun har gennemført et større randomiseret forskningsprojekt af effekten af casemanagement. Hun er nu uddannelsesleder og specialkonsulent indenfor kronikerområdet i CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og ansvarlig for efter- og videreuddannelse af sundhedspersonale i kroniske sygdomme og den danske version af Education for Health. Birthe er desuden formand for det danske selskab for lungesygeplejersker, medlem af Sundhedsstyrelsens referencegruppe for kronisk sygdom og forfatter og redaktør af bøger om kronisk sygdom. Birthe har bidraget til projekt Kronikerkompasset som kursusleder og underviser på sygdomsspecifikke kurser for klinikpersonale ansat i almen praksis. Birthe har været vejleder for KOL-projekterne i Viborg, Silkeborg og Randers (1, 25, 28) og har været den gennemgående sundhedsfaglige evaluator og deltaget i alle dialogmøder (på nær 14 og 27/Aarhus). Hun er desuden hovedforfatter af den eksterne vurdering af syv projekter (1, 8, 22, 23, 24, 25, 28) medredaktør på rapporten om det samlede evalueringsprojekt.

Jesper Buchholdt Gjørup har en samfundsvidenskabelig kandidatuddannelse med speciale i implementering og evaluering. Han har blandt andet erfaring med at gennemføre surveys ud fra Den Danske Kvalitetsmodel, patientsikkerhedsarbejde, implementering af forløbsprogrammer, monitorering ud fra nationale kvalitetsindikatorer, evalueringer, undervisning på speciallægeuddannelsen og lederuddannelser. Han har selv været proceskonsulent på et projekter, nemlig Kronikerkompasset og har derigennem opnået kendskab til Kronikerdata, Farmaciprojektet og flere af hospitalsprojekterne. Jesper har været vejleder i selvevaluering for KOL-projektet i Aarhus (2), hjerteprojekterne og CFK-projekterne og deltaget i alle dialogmøderne (på nær projekt 6) Jesper er hovedforfatter af seks eksterne vurderinger (2, 9, 10, 11, 12, 27) og har herudover stået for koordinering og rapportering af det samlede evalueringsprojekt.

Lisbeth Ørtenblad er antropolog og Master i Public Health og har mange års erfaring med at evaluere indsatser i sundhedsvæsenet. Hun har desuden gennemført undersøgelser af patienternes perspektiv på kronisk sygdom og sundhedsvæsenets indsats overfor kronisk sygdom. Lisbeth har været vejleder i selvevaluering og interviewer på dialogmøderne med diabetesprojekterne og hovedforfatter på de eksterne vurderinger af disse projekter (3-7 + 26)

Pernille Bjørnholt Nielsen er sociolog og har i mange år evalueret og undersøgt indsats og organisering i sundhedsvæsenet. Specielt ud fra patientens perspektiv (den brugeroplevede kvalitet). Hun har bl.a. gennemført undersøgelser af patientoplevelser blandt patienter med kronisk sygdom og har arbejdet med at udvikle et nyt koncept for tværsektorielt audit for at belyse indsatsen overfor kronisk sygdom. Pernille har deltaget i projektet Patienternes perspektiv og har været med til at evaluere hjerteprojektet i Randers ud fra et patientperspektiv. Pernille har været vejleder i selvevaluering for – og interviewer i dialogmøderne med – projekterne i Nære Sundhedstilbud (14-17) og hovedforfatter på de eksterne vurderinger af disse projekter

Anette Bunk er kvalitetskonsulent i Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest (KCKS-Vest) og arbejder blandt andet med nationale kvalitetsdatabaser fra KOL og diabetes. Hun er medforfatter til artikler om kvalitetsudvikling og KOL, er oprindeligt uddannet ergoterapeut og har en kandidatuddannelse i sundhedsvidenskab. Anette har været sundhedsfaglig evaluator af KOL-projektet i Aarhus (2).

Anne Frølich er speciallæge, ph.d. og forskningsleder på Bispebjerg Hospital, afdelingen for sammenhængende patientforløb. Hun er medforfatter til flere forløbsprogrammer og har forsket i, hvordan indsatsen overfor kronisk sygdom kan evalueres og monitoreres. Hun sidder i Sundhedsstyrelsens referencegruppe for kronisk sygdom. Anne forsker i udvikling af sammenhængende patientforløb for patienter med kroniske sygdomme mellem hospital, sundhedscentre, kommune og praktiserende læger. Er teamleder for Afdeling for sammenhængende patientforløb, Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden. Anne har vurderet Kronikerkompasset (14).

Britta Ravn er leder af Region Midtjyllands Center for Telemedicin. Hun har bl.a. erfaring med indsatsen for patienter med kronisk sygdom fra sin tid som afdelingssygeplejerske på en medicinsk afdeling og som projektleder, kontorchef og chefkonsulent i Center for Kvalitetsudvikling. Hun har bl.a. været proceskonsulent for almen praksis i projekt Kronikerkompasset. Britta har deltaget i dialogmøderne om fire telemedicinske projekter (3,19, 27, 28)

Elin Kallestrup er kontorchef i Kvalitet og Sundhedsdata, der har ansvar for strategisk planlægning af Region Midtjyllands kvalitetsarbejde. Elin har blandt andet ansvar for, i samarbejde med de øvrige sundhedsaktører i regionen, at udarbejde og følge op på Region Midtjyllands Kvalitetsstrategi. Hun varetager derudover en række koordinerende opgaver på kvalitetsområdet. Elin har deltaget i dialogmødet om Kronikerdata (projekt 15).

Henrik Lolle er ph.d., lektor på Aalborg Universitet, Institut for Statskundskab og er tilknyttet Forskningscenter for Evaluering og har skrevet flere artikler om brugerundersøgelser og evalueringsmetode. Henrik har vurderet CFKs spørgeskemaundersøgelse om Patientens Perspektiv (projekt 18).

Kirsten Lomborg, MScN, ph.d., er professor ved Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhed, Sektion for Sygepleje ved Aarhus Universitet og leder af Aarhus Universitetshospitals strategiske forskningsprogram "Patientinvolvering". Kirsten har en særlig forskningsmæssig interesse for lungesagen, er vejleder for flere ph.d.-projekter i patientuddannelse til mennesker med forskellige kroniske sygdomme, og er repræsenteret i Danmark Lungeforenings og Diabetesforeningens Forskningsudvalg. Kirsten har vurderet CFKs projekter: Sundhedspædagogisk uddannelse (20) og MOEVA (21).

Lucette Meillier er chefkonsulent og seniorforsker i CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Lucette har bl.a. undersøgt og skrevet omsocialt differentieret hjerterehabilitering og har været medlem af Region Midtjyllands forløbsprogramgruppe for AKS. Aktuelt forsker hun i multisygdom. Lucette har deltaget i dialogmøderne om hjerteprojekterne i Aarhus (8,12, 23, 24)

Paul Bartels er læge og leder af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprograms fællessekretariat for klinisk kvalitet og kvalitetsdatabase (RKKP) og er medlem af Danske Regioners Temagruppe om Kvalitet og næstformand for den europæiske kvalitetsorganisation European Society for Quality in Healthcare (ESQH). Paul har været overlæge og cheflæge i Randers, og var i 1999 med til at stifte det nationale indikatorprojekt (NIP). Han er medredaktør på bogen 'Kvalitetsudvikling i praksis' og på flere peer-review-artikler om kvalitet og patientsikkerhed. Paul har vurderet CFKs projekt: Litteraturstudiet vedr. Lænderygsmerter (13).

Rikke Willemoes er sygeplejerske og master i læring og er ansat som uddannelseskonsulent i Region Midtjyllands Center for Kompetenceudvikling. Rikke har bidraget til at få vurderet CFKs projekt om Sundhedspædagogisk uddannelse (20) ud fra et efteruddannelsesperspektiv.

Referencer

Balleby, MS og Ørtenblad, L. Borgernes perspektiv. Udfordringer for kronikerindsatsen 2009. Center for Kvalitetsudvikling.

Ballegaard SA, Thorsen MK, Bro LL og Wentzer HS. KORA. Hjemmeteknologi til patienter med KOL. Patient, professionelle og organisatoriske perspektiver. KORA 2012

Brøcker, A og Christensen, IE: Datafangst, patientpopulationer og datadeling på tværs af sektorer. En fremadrettet evaluering af Projekt Kronikerdata. KORA marts 2013. (projekt 16)

Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. Dansk Sundhedsinstitut. April 2012

Caretech Innovation. Evaluering af projekt Tværsektoriel kommunikation (fundet på Alexandra-instituttets hjemmeside) (projekt 19)

Coleman K, Austin BT, Branch C et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs* 2009; 28:75-85.

Dansk Sundhedsinstitut: Health literacy. Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen 2009

Enheden for Brugerundersøgelser: Kronisk syges oplevelser med sundhedsvæsenet. Forsknings- og udviklingsrapport om mennesker med kroniske sygdomme. Enheden for brugerundersøgelser. 2007

Enheden for Brugerundersøgelser: Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2011. København: Enheden for Brugerundersøgelser 2012

Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet: Forskning i Kvalitet & Patientsikkerhed. Strategi. 4. udkast. 2011. (www.fpk.dk).

Forskningsenheden for almen medicin: Kronikerkompasset. Evalueringsrapport 2012 (projekt 14)

Gjørup, JB: "Projektbeskrivelse: Evaluering af program med 28 projekter til forstærket indsats overfor kronisk sygdom i Region Midtjylland. Kronikerprogrammet", CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 13. juni 2012.

Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-Aim Framework. *American Journal of Public Health* 1999;89: 1322-27.

Grøn L og Hansen J: Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Region Syddanmark og DSI – Dansk Sundhedsinstitut. Maj 2012

Holm T, Lassen JF, Genefke J, Melchiosen H, Hybel U, Sørensen J: Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Hospitalsenhed Vest: Forløbsbeskrivelse for diabetisk fodsår i e-dok.rm.dk Region Midtjylland. 2012 (projekt 4)

Hvilsted Rasmussen L, Jespersen J, Bloch Münster AM, Godtfredsen J, Husted S, Lassen JF, Decker Christensen T, Pilegaard H, Sørensen J, Olsen J: Selvmonitoreret blodfortyndende behandling – en kommenteret udenlandsk medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, Monitorering og Medicinsk teknologivurdering 2009

Implement Consulting Group. Tematisk evaluering af kronikerpuljeprojekterne. 2012. Sundhedsstyrelsen.

Jensen M: Tovholder for patienter med kronisk sygdom - Lægers oplevelser i almen praksis i Region Midtjylland. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2012

Jensen M, Nielsen PB, Witzel, S. Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. 2012 (projekt 18)

Kilpatrick KE, Lohr KN, Leatherman S et al. The insufficiency of evidence to establish the business case for quality. *International Journal for Quality in Health Care* 2005;17: 347-55.

Knudsen, BT: Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Evaluering af kompetencer, organisering og implementering. Region Midtjylland. CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Forskning og Udvikling. Maj 2012 (brun forside)

Knudsen BT et al: Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Region Midtjylland. CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Maj 2012 (grøn forside)

Larsen MRL, Jørgensen AF, Windfeldt TB og Antonsen CE: Evaluering af kronikermiddelpuljerne. Telemedicin og Webbooking. Marts 2013 (projekt 19)

Maher, Gustafson & Evans: "En guide til fastholdelse af praksis – vejledning og måleredskab". Oversat af Isager A-MK, udgivet af Center for Kvalitetsudvikling, 2007.

Martin HM: Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. Dansk Sundhedsinstitut. DSI rapport 2010.01

Mejnertz L: En karruseltur rundt om patienten. Tværsektoriel kommunikation. Caretech Innovation. 2012. (projekt 19)

Mikkelsen, H og Aarhus, R: Hjerterehabilitering i Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt. En opsamling af patienters oplevelse af at deltage i hjerterehabilitering baseret på kvalitative interviews. November 2012.
(projekt 11)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Sundhedsforskning – et samarbejde mellem forskere og brugere, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012

Momsen AM: Lænderygsmerter. Litteraturstudie af bedste viden på området. , Marselisborgcentret, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. Maj 2010
(projekt 13)

Nielsen M, Christiansen AH og Hansen J: Evaluering af sundhedspædagogisk kompetenceudviklingskursus i Region Hovedstaden. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og regioners Analyse og Forskning. September 2012

Nørgaard, D. "Kvalitativ evaluering af uddannelsesforløb bestående af fokusgruppeinterview i Horsens og Viborg", CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2012
(projekt 20)

O'Connor, A. M., Bennett, C. L., Stacey, D., Barry, M., Col , N. F., Eden, K. B., Entwistle, V. A., Fiset, V., Holmes-Rovner, M., Khangura, S., Llewellyn-Thomas, H., & Rovner, D. 2009. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).

Oxholm, AS og Kjellberg J: Delrapport fra Vestklyngen: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger. Dansk Sundhedsinstitut, maj 2011
(projekt 17)

PLO og KL. Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning. 2011. PLO og KL. København.

Poulsen BK, Grove EL og Husted SE: New Oral Anticoagulants
Review article i *Drugs* 2012; 72 (13); 1739-1753

Projektrapport om patienternes oplevelser af betydningen af psykosocial omsorg i hjerterehabilitering
(projekt 8).

RADS Fagudvalget for lægemidler til antitrombotisk forebyggelse og behandling: Baggrundsnotat: Oral antikoagulationsbehandling ved non-valvulær atrieflimren. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin. 24. januar 2013

Region Midtjylland: Ansøgninger til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. 30. september 2009

Region Midtjylland: Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland 2010 -13. Kvalitet og Sundhedsdata

Region Midtjylland: Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats”, 2007. Regionalt Sundhedssamarbejde. Viborg,

Region Midtjylland: Forløbsprogram for type 2 diabetes. Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes. 2009 (Udateret)

Region Midtjylland. Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Forløbsprogramgruppen for KOL. 2009 (Udateret.)

Region Midtjylland. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe. 3. udgave revideret oktober 2012.

Region Midtjylland: Forløbsprogram for lænderygsmerte. 2012

Region Midtjylland. Hospitalsplan for Region Midtjylland. 22. oktober 2008. Viborg.

Region Midtjylland: retningsgivende dokumenter om opfølgende hjemmebesøg, www.e-dok.rm.dk (projekt 17)

Region Midtjylland: Generel sundhedsaftale, September 2010

Region Midtjylland: Sundhedsplan for Region Midtjylland 2009. Regionshuset Viborg.

Riiskjær, Erik. Patienten som partner: Handlemuligheder og effekter. Notat. CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. 2012.

Russell EG, Lichtenstein E, Marcus AC. Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health*, 2003, 93, 8 , 1261-7.

Rytter L, Sørensen PT, Foged L, Ærthøj JP, Søndergaard J, Glintborg D, Degn-Petersen B og Damsgaard EM: Den ældre medicinske patient. Klinisk vejledning for almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin 2012

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999:1 (1)

Sundberg T, Halpin J, Warenmark A et al. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. *BMC Health Services Research*, 2007;7:107.

Sundhedskoordinationsudvalget: Idé - og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen. Region Midtjylland. November 2011.

Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model
Sundhedsstyrelsen 2012

Sundhedsstyrelsen: Kronisk sygdom - Patient, sundhedsvæsen og samfund -
Forudsætninger for det gode forløb, Sundhedsstyrelsen 2005.

Sundhedsstyrelsen: Kvalitetssikring af patientuddannelse. December 2012

Sundhedsstyrelsen: Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og
patientuddannelse. Et idékatalog. 2006

Sundhedsstyrelsen: "Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats overfor patienter med ondt i
ryggen", MTV 2010

The Metho Telemed team. The MAST Manual. MAST - Model for Assessment of
Telemedicine. 2010.

Thorne, SE, Nyhlin, K T & Paterson, BL. 2000. Attitudes toward patient expertise in chronic
illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37: 303-11.

Vikkelsø, S. 2007. In between curing and counting: Performative effects of experiments
with healthcare information infrastructure. *Financial Accountability & Management*, 23(3):
269-88.

Vinter-Jensen K og Jensen AMS: Læring og Mestring. Patientuddannelse på deltagernes
præmisser. Kvantitativ evaluering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. April 2012
(blå forside)

Wennberg, JE. 2010. Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care.
New York: Oxford University Press.

Willemann M og Hanak ML: Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og
sundhedsfremme. Temahæfte om egenomsorg. Sundhedsstyrelsen 2006

Wittrup, I: Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Kvalitativ
evaluering. Region Midtjylland. CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. November 2011
(rød forside)

Witzel S, Skærlund, KR: Evaluering af Projekt hjerterehabilitering. CFK Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling 2012.
(projekt 10)

Økonomi og Indenrigsministeriet: Evaluering af kommunalreformen. Afrapportering fra
udvalget om evaluering af kommunalreformen. Marts 2013

Ørtenblad L og Balleby M: Perspektiv på den faglige indsats blandt borgere med
lænderygsmærter – Et bidrag til udvikling af forløbsprogram for lænderygsmærter i Region
Midtjylland. Center for Kvalitetsudvikling. Maj 2010

Ørtenblad, L, Hansen J, Jørgensen D. Evaluering af projekt for udvikling af kommunal rehabilitering til borgere med kronisk sygdom ifølge forløbsprogrammerne for KOL,T2DM og AKS i Skanderborg, Favrskov og Silkeborg Kommune. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2012.

Aarhus, R: "Evaluering af diabetesskolen". Diagnostisk Center. Regionshospitalet Silkeborg, november 2012 (projekt 26)

Bilag

Bilag 1: Projektprogrammet: 28 puljeprojekter til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i Region Midtjylland 2010-2012

Puljen vedrørende forløbsprogrammer			
Titel	Projekt-nummer	Puljemidler i alt 2010-2012 (afrundet i hele tusinde kr)	Projektsansvarlig enhed
Viden- og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)	1	985.000	Regionshospitalet Randers og Grenaa
Udgående funktion på KOL-området – undervisning i hjemmeplejen og almen praksis	2	1.005.000	Aarhus Universitetshospital
Telemedicinsk specialbistand ved behandling af diabetiske fødsår i almen praksis, lokalcentre og regionshospitalet i Region Midtjylland	3	1.985.000	Aarhus Universitetshospital
Styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats til sårbehandling af den diabetiske patient med særligt fokus på egenomsorg og forebyggelse via faglig støtte	4	813.000	Hospitalsenheden Vest
Udgående funktion for type 2 diabetes	5	1.004.000	Aarhus Universitetshospital
Koordinerende sygeplejerske for type 2 diabetes (Viborg)	6	1.292.000	Hospitalsenhed. Midt
Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes	7	847.000	Regionshospitalet Randers og Grenaa
Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin	8	4.531.000	Aarhus Universitetshospital
Differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering (Viborg)	9	1.134.000 (*)	Hospitalsenhed Midt
Tværsektorielt samarbejde om udvikling og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering	10	1.252.000	Regionshospitalet Randers og Grenaa
Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering (Silkeborg)	11	816.000	Hospitalsenhed Midt
Udvikling af shared care-model for et tværsektorielt rehabiliteringsforløb for patienter med AKS	12	4.650.000 (*)	Aarhus Universitetshospital
Lænderygsmerter – et litteraturstudie af bedste viden på området	13	300.000	CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikl.
Kronikerkompasset (tidligere ”Omstilling og kompetenceudvikling i almen praksis”)	14	14.800.000 (*)	Nære Sundhedstilbud
Styrket farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer	15	7.750.000 (*)	Nære Sundhedstilbud
Datafangst og datafeedback i den tværsektorielle kronikerindsats – Projekt Kronikerdata (tidligere ”Dokumentation, datafeedback og vidensdeling for den tværsektorielle kronikerindsat i Region Midtjylland”)	16	6.725.000 (*)	Nære Sundhedstilbud
Opfølgende hjemmebesøg	17	1.600.000 (*)	Nære Sundhedstilbud
Borgernes perspektiv – en styrket implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kroniske sygdomme	18	1.399.000	CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikl.
Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og Regionshospitalet Horsens, Odder og Brædstrup	19	2.995.000 (*)	Hospitalsenheden Horsens

(*) Det oplyste beløb er den oprindelige budget. Projektet er forlænget ind i 2013 og har ikke aflagt endeligt regnskab.

(Bilag 1, fortsat)**Puljen vedr. patientundervisning og egenbehandling**

Titel	Projekt-nummer	Puljemidler i alt 2010-2012	Projektsansvarlig enhed
Sundhedspædagogiske uddannelsesforløb	20	1.882.000	CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikl.
Evaluerings- og monitoreringsredskab til patientuddannelse med fokus på kvalitetssikring	21	2.034.000 (*)	CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikl.
Læring og mestring i hjerterehabilitering	22	5.396.000 (*)	Hospitalsenhed Vest
Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin	23	1.840.000 (*)	Aarhus Universitetshospital
Udvikling af tværfaglig og tværsektoriel database for hjertepatienter	24	1.038.000	Aarhus Universitetshospital
Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL (Viborg)	25	2.522.000 (*)	Hospitalsenhed Midt
Etablering af diabetesskole (Silkeborg)	26	801.000	Hospitalsenhed Midt
Udbredelse af selvstyret AK-behandling og udvikling af regional IT-plattform som behandlingsstøtte (Herning + alle AK-centre)	27	6.406.000 (*)	AUH og Hospitalsenhed Vest
Telemedicinsk monitorering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (Silkeborg)	28	1.860.000 (*)	Hospitalsenhed Midt

(*) Det oplyste beløb er det oprindelige budget. Projektet er forlænget ind i 2013 og har ikke aflagt endeligt regnskab.

Programevaluering, formidling og implementeringsstøtte		2.250.000 (*)	Nære Sundhedstilbud
--	--	---------------	---------------------

(*) Foreløbigt budget

Bilag 2. Eksterne evalueringer af de 28 projekter

Projekt 1:

Videns – og kompetencefunktion med specialuddannet sygeplejerske ved Lungemedicinsk afdeling

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 30. november 2012
- Evalueringsbesøg den 22. februar 2013

Tilstede ved besøget den 22. februar 2013 var følgende

For projektet	Interviewteam
Terje Erdal Knudsen, overlæge	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Mette Rothdam, KOL-sygeplejerske	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Bente Fogh, oversygeplejerske	
Steffen Kristensen, ledende overlæge	

Projektets formål og mål

Formålet med at oprette en viden- og kompetencefunktion indenfor Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) i form af en specialuddannet KOL-sygeplejerske tilknyttet lungeteamet på Lungemedicinsk Afdeling i Randers er at øge fokus på KOL og understøtte implementering af forløbsprogrammet for KOL. Målene med ordningen er:

- At optimere KOL-behandling i egen afdeling
- At optimere KOL-behandling på tværs af afdelinger og tværsektorielt
- Kompetenceudvikling af plejepersonale i kommuner og almen praksis

Afdelingen har tidligere haft en specialuddannet sygeplejerske med udgående funktion til svært syge patienter med KOL. Den nye funktion blev etableret på baggrund af lange ventetider for patienter til ambulant udredning og behandling af KOL og få speciallæger til at varetage en række rutinemæssige opgaver, inklusive medicinske tilsyn på hospitalets øvrige afdelinger. KOL-sygeplejersken indgår i afdelingens tværfaglige lungeteam og varetager selvstændige konsultationer. Funktionen indebærer således opgaver, der tidligere blev varetaget af afdelingens læger, inklusive en stor del af de opgaver, som er forbundet med tilsyn af patienter, der er indlagt med KOL på hospitalets øvrige afdelinger. KOL-sygeplejersken varetager en hotline funktion for akutte henvendelser/forespørgsler fra almen praksis. KOL-sygeplejersken indgår desuden i tværfaglige og tværsektorielle fora i relation til implementering af forløbsprogrammet for KOL og underviser personale i primærsektoren og patienter, der deltager i rehabiliteringsprogrammer på hospitalet og i Randers Kommune.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Der er tale om en nyoprettet funktion, hvor en specialuddannet sygeplejerske udover gennemførelse af diagnostiske tests også varetager en del af de opgaver, som traditionelt varetages af afdelingens speciallæger, hvorved ventetiden i ambulatoriet er reduceret med flere måneder. Samtidig er det muligt at tilbyde lungemedicinsk specialviden hurtigere og i et større omfang end tidligere til patienter, der er indlagt på hospitalets øvrige afdelinger og almen praksis og. Der foreligger ikke konkrete data for kvaliteten af ydelserne og omfanget heraf.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

KOL-sygeplejersken underviser såvel patienter som personale i rehabiliteringsprogrammer i hospitals- og kommunalt regi og får derved et uddybet kendskab til det involverede team i begge sektorer.

Det bidrager til at styrke samarbejdet på tværs af sektorgrænser i forbindelse med implementering og opfølgning på forløbsprogrammet for KOL. Det samme gør sig gældende i forbindelse med patientens oplevelse af et sammenhængende forløb, i og med, at de møder "et kendt ansigt" i forbindelse med opfølgning i ambulant regi, evt. indlæggelse på en af hospitalets øvrige afdelinger eller deltagelse i rehabiliteringstilbud. Det fremgår af selvevalueringen, at læger fra egen afdeling, andre afdelinger og patienter er meget tilfredse med ordningen, men der foreligger ikke systematisk evaluering heraf.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Der er i forbindelse med etablering af de selvstændige sygeplejekonsultationer i ambulatoriet, varetagelsen af hotlinefunktion for almen praksis og den udgående funktion til hospitalets øvrige afdelinger tale om opgaveflytning fra speciallæge til en specialuddannet sygeplejerske. KOL sygeplejersken varetager selvstændigt vurdering af ca. 35 patienter pr. måned. Udover at reducere ventetiden i ambulatoriet og potentielt forebygge indlæggelser/reducere indlæggelsestiden i egen og andre afdelinger reduceres omkostningerne jf. LEON-princippet. Det har ifølge afdelingsledelsen afhjulpet presset på sengeafdelingen i forbindelse med reduktion af antallet af sengepladser. Der foreligger ikke konkrete analyser eller opgørelse af de økonomiske besparelser, der er forbundet med ordningen afvejet mod udgifterne hertil. Det er ledelsens vurdering, at den specialuddannede sygeplejerske kompenserer for afdelingens generelle mangel på speciallæger, hvorfor det ikke er muligt samtidig at reducere den nuværende lægelige kapacitet eller nedlægge andre funktioner.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Den specialuddannede sygeplejerske varetager vejledende og undervisende funktioner af patienter i ambulatoriet, på øvrige afdelinger og i forbindelse med rehabiliteringsprogrammer. Der lægges vægt på, at patienterne opnår viden og færdigheder til at kunne håndtere hverdagen med KOL så selvstændigt som muligt, herunder påbegynde tidlig behandling ved tegn på akutte forværringer af sygdommen. Der foreligger ikke konkret dokumentation for effekten heraf.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Afdelingens ledelse har besluttet, at funktionen efter projektperioden fortsætter og udvides med ansættelse af endnu en specialuddannet KOL-sygeplejerske. Det vil udover en kapacitetsudvidelse gøre funktionen mindre sårbar i relation til sygdom, ferier og evt. personaleudskiftning.

Der er løbende opmærksomhed på videndeling tværfagligt, tværsektorielt og i relevante faglige miljøer om kliniske og organisatoriske udfordringer og fordele i forbindelse med varetagelsen af patienter med KOL.

Konklusion

Etablering af en viden- og kompetencefunktion i form af en specialuddannet sygeplejerske med selvstændige funktioner i egen afdeling, på tværs af hospitalets øvrige afdelinger og tværsektorielt vurderes til at have bidraget positivt til kvalitetsudvikling af indsatsen til patienter med KOL og implementering af forløbsprogrammet anbefalinger. Funktionen udgør jf. afdelingsledelsen en løsning på reduktion af stationære senge og mangel på speciallæger i Lungemedicinsk Afdeling i form af reduktion af ambulante ventetider og ventetid på medicinske speciallægetilsyn. Der foreligger ikke data for reduktion af indlæggelser, reduceret indlæggelsestid og konkrete analyser og opgørelser for funktionens omkostningseffektivitet.

Projekt 2:

Undervisningstilbud om KOL til almen praksis - kronikerkompasset

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 29. november 2012
- Dialogmøde den 19. december 2012

Tilstede ved besøget den 19. december 2012 var følgende:

For projektet - AUH	Interviewerteam
Maiken Agnete Breum, projektsygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Pernille Hauschildt, ledende overlæge	Anette Ehlers Bunk, Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest, kontaktperson for Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL)
Mogens Jakobsen, praksiskonsulent	
Eva Sejersdal Knudsen, centerchef	
Ole Ledet-Pedersen, centerchef	

Projektets mål

Projektet har afprøvet en udgående funktion overfor almen praksis, hvor en KOL-sygeplejerske fra Lungemedicinsk Ambulatorium tilbød klinikpersonale i almen praksis undervisning og vejledning i spirometri, inhalatorer, stratificering af patienter (som forudsætning for korrekte henvisninger) og forløbsprogrammet for KOL. KOL-sygeplejersken har besøgt klinikker i almen praksis og/eller klinikpersonalet har besøgt lungeambulatoriet. Nogle af vejledningsydelserne har været i form af supervision af patientkontakter, andre har været i form af mail eller telefonkontakt.

Projektsygeplejersken har desuden kontaktet en lang række aktører for at sikre et bedre overblik over den samlede indsats og kunne videreformidle de tilbud, som almen praksis og deres KOL-patienter kan benytte, herunder muligheden for akut ambulant besøg i lungeambulatoriet.

Projektet vurderes her ud fra programevalueringens fem opstillede evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Vejledning og undervisning af klinikpersonale i almen praksis kan forventes at bidrage til, at almen praksis udfører flere korrekte spirometrier og bedre patientvejledning i medicininalation og bidrager til bedre diagnosticering af KOL i almen praksis.

Projektets vigtigste resultater har været,

- at klinikpersonale i cirka halvdelen af 120 almene praksis har fået hjælp til at udføre og fortolke spirometri, kalibrere spirometre og vejlede patienter i medicininalation,
- at almen praksis har fået hjælp til at håndtere konkrete patientspecifikke problematikker (jf. hospitalets rådgivningsfunktion beskrevet i forløbsprogrammet),
- at patienter nu i Folkesundhed Aarhus (kommunens sundhedscenter) kan få udmålt korrekt modstand, samt få instruktion i anvendelse af samt få udleveret PEP-fløjter.

Herudover har projektsygeplejersken på foranledning af praksiskonsulenten, aktivt bidraget til at udvikle DSAM og Lægeforeningens e-læringsprogram om spirometri (besøgt af 1000 personer).

Et tegn på at projektets tiltag har haft en positiv effekt kunne være, at praktiserende læger i Aarhus-området havde haft en større stigning i antallet af spirometrier end resten af regionen og/eller mere valide måleresultater eller mere korrekte henvisninger. Der foreligger imidlertid ingen opgørelser, der belyser dette. En mulig effekt hvad angår ovenstående ville bl.a. skulle sammenholdes med andre tiltag og projekter for samme målgruppe som fx Kronikerkompasset. Dette er ikke undersøgt.

Projektet tyder på, at der kan være brug for at styrke kvalitetssikringen i medicoteknisk udstyr i almen praksis, jvf de nationale kvalitetsstandarder for hospitalsområdet i Den Danske Kvalitetsmodel (organisatoriske akkrediteringsstandarder Apparat og teknologi 1.7.1 – 1.7.4).

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Projektet har handlet om at styrke samarbejdet mellem hospital og almen praksis.

Og der er mange fra almen praksis, der har meldt positiv tilbage på den hjælp de har fået.

Efterspørgslen efter KOL-sygeplejerskens ydelser har imidlertid ikke været så stor som forventet. Halvdelen af klinikkerne i målgruppen og kommunen ønskede ikke besøg/undervisning/vejledning.

Projektet har aktivt forholdt sig til KOL-forløbsprogrammet og andre projekter, der handler om almen praksis, fx Kronikerkompasset, Kronikerdata og klinisk farmaci.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projektet har ikke dokumenteret, at en KOL-sygeplejerske, der besøger almen praksis og tilbyder kliniktilpasset vejledning og undervisning, er et omkostningseffektivt tiltag.

Hvis indsatsen fører til bedre og mere relevante henvisninger til hospitalet med valide spirometridata (FEV-1, FVC) og dermed bedre visitation til hospitalets specialiserede ambulatorier kan tiltaget bidrage til bedre patientforløb og bedre udnyttelse af hospitalets ressourcer.

Projektet har ikke tilvejebragt dokumentation for, at det er mere omkostningseffektivt at lade en KOL-sygeplejerske fra sygehuset udføre vejledning og undervisning i den enkelte almene praksis end at gennemføre kurser for klinikpersonale og/eller tilbyde oplæring i spirometri i KOL-ambulatoriet.

Anvendelse af lægeforeningens e-læringsprogram i spirometri, som projektsygeplejersken har bidraget til, er formentlig omkostningseffektivt. Det ligger dog uden for denne evaluerings opgave at vurdere omkostningseffektiviteten i at udvikle og anvende e-læringsprogrammet.

Styrkes patienternes egenomsorg?

En korrekt udført og fortolket lungefunktionsundersøgelse og dermed en bedre diagnosticering af KOL i almen praksis kan formentlig bidrage til en større sygdomserkendelse og dermed mere sundhedsfremmende adfærd (rygeophør, motion mm). Desuden kan korrekt udført lungefunktionsundersøgelse bidrage til forebyggelse.

En bedre vejledning i medicininalation kan også forventes at styrke patienternes egenomsorg.

Projektsygeplejerskens besøg i almen praksis har formentlig bidraget til dette. Effekten er ikke dokumenteret, men den positive feedback fra almen praksis tyder på det.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Den opsøgende virksomhed overfor almen praksis vil – af prioriteringsmæssige grunde – ikke umiddelbart blive videreført af hospitalet. Der vil fortsat være mulighed for at klinikpersonale kan komme på besøg i lungeambulatoriet og få hjælp til at udføre og fortolke en spirometri og andre KOL-opgaver.

Det, der med fordel kan udbredes på baggrund af projektet, er opmærksomheden på, om almen praksis har det rette medicotekniske udstyr og om dette betjenes korrekt. Hospitalet planlægger at skrive en artikel om det til Best Practice og Sygeplejersken. Det kan også ske ved at udbrede kendskabet til e-læringsprogrammet, at lave kvalitetsikringstiltag (fx sammenligne spirometriresultater på enkelte KOL-patienter fra almen praksis og ambulatorier og give feedback til patientens egne læge). Problematikken kan drøftes i klyngernes implementeringsgrupper og i KOL-forløbsprogramgruppen og til den regionale - og eventuelle lokale - tværsektorielle KOL-audit.

Kvalitetssikringen af spirometrier vil formentlig også kunne blive en del af arbejdet DDKM for almen praksis (standarder vedr. medicoteknik).

Konklusion

Projektet har afprøvet en metode til at styrke samarbejdet mellem hospital og almen praksis. Der er påvist et behov for kvalitetsforbedringer af KOL-indsatsen i almen praksis, men der er ikke overbevisende dokumentation for, at det er den metode, som skal videreføres og spredes.

Projektet har aktivt forholdt sig til og samarbejdet med andre projekter, der retter sig mod almen praksis bl.a. klinisk farmaci, kronikerkompasset og kronikerdata.

Projektet har styrket samarbejdet mellem lungemedicinsk afdeling og almen praksis og opkvalificeret klinikpersonale i at udføre og fortolke spirometrier og vejlede patienter i korrekt medicintagning.

Projekt 3:

Telemedicinsk specialistbistand ved behandling af patienter med diabetiske fodsår i almen praksis, kommunerne og regionshospitalet i Region Midtjylland, Aarhus Universitetshospital, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering indleveret den 6. februar 2013
- Dialog møde den 10. januar 2013, hvor dokumentation af indsatsen, resultater og erfaringer med projektgennemførelse blev drøftet.

Tilstede ved dialogmødet var:

For projektet	Interviewerteam
Niels Ejsskjær, klinisk lektor, Ph.d., læge	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Benjamin Schnack Rasmussen, Ph.d.-stud., læge	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Michael Væggemose, videnskabelig medarbejder, civilingeniør	Lisbeth Ørtenblad, konsulent i CFK
Jeanette Brædstrup, sårsygeplejerske, MEA	Britta Ravn, centerchef, Center for Telemedicin, Region Midtjylland
Mette H. Poulsen, planlægningskonsulent	
Elsé Vestbo, ledende overlæge, MEA	
Trine Bøje, oversygeplejerske, MEA	
Anette S. Kjeldsen, centerchef, Akutcentret	
Lars Duedal Madsen, praktiserende læge	

Den eksterne vurdering af projektet er foretaget i forhold til kronikerprogramevalueringens fem succeskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Der er tale om et unikt pilotprojekt, idet der fokuseres på almen praksis rolle ved optimering af forløb hos patienter med diabetiske fodsår ved hjælp af telemedicin. Pilotprojektet er hospitalsinitieret af MEA, som faciliterer processen. Pilotprojektet gennemføres i region vest, hvor Sårcenter Vest (specialister) leverer specialistbistand til primærsektor (almen praksis, sygeplejeklinik) i samarbejde med andre hospitalsafdelinger.

Projektets mål har været at øge klinisk kompetence blandt involverede parter, at optimere behandlingen i forhold til en række parametre, at skabe patientnære forløb og ensartet behandling på tværs af regionen samt at skabe lettilgængelig specialistbistand med fastholdelse af praktiserende læge som tovholder og behandlingsansvarlig.

Selvevalueringen bygger primært på spørgeskemaer til de involverede praktiserende læger og andet sundhedsfagligt personale samt projektlederens og medarbejderens erfaring med etablering og gennemførelse af projektet. Derudover findes kvantitative data som omhandler patientrettede resultater af det telemedicinske

projekt. Disse data formidles i form af artikler på et senere tidspunkt, så på baggrund af selvevalueringen er det ikke muligt at se resultater i form af fx udvikling af komplikationer, varighed af forløb, hurtig intervention, indlæggelseshyppighed og varighed etc.

Indføres ny og bedre praksis?

Data vedr. optimering af patientforløb og bedre behandlingskvalitet formidles på et senere tidspunkt i artikler, så på baggrund af selvevaluering er det vanskeligt at sige noget præcist herom.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

De praktiserende læger giver udtryk for stort udbytte af det telemedicinske tiltag, eksempelvis i forhold til kompetenceløft, let adgang til specialister, bedre og lettere samarbejde på tværs af sektorer, forbedret kommunikation etc. De positive vurderinger forekommer på trods af, at de praktiserende læger også oplever en øget arbejdsbyrde som konsekvens af telemedicinsk specialbistand.

Kommunernes rolle og inddragelse i projektet fremgår ikke specifikt af selvevalueringen.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projektet har ikke haft fokus på dette parameter.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Det skønnes ikke relevant for dette projekt, primært fordi projektet ikke direkte involverer patienten, som overordnet modtager samme type behandling som normalt. Der er beretninger om at patienterne føler sig trygge ved det telemedicinske set-up.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet har været præget af teknologiske udfordringer, både i forhold til at få det tekniske udstyr til at fungere efter hensigten samt i forhold til at få tilstrækkelig god billedkvalitet. Derudover er det projektledernes vurdering, at der kan være omfattende organisatoriske barrierer i forbindelse med introduktion af telemedicinske arbejdsformer. Erfaringen er på den baggrund, at det kræver engagerede og erfarne medarbejdere samt tid at etablere velfungerende telemedicinske løsninger. I selvevalueringen er der gennemført en implementerings score som udtryk for projektets kliniske implementering med hensyn til arbejdsformen, som bekræfter ovenstående.

Vigtige erfaringer fra projektet

De involverede læger er udvalgt på baggrund af deres interesse for såvel diabetes som telemedicin, og resultaterne af evalueringen skal derfor ses på baggrund af, at det er en selekteret gruppe (engagerede, erfarne), der indgår i projektet. Generelt vurderer projektlederne, at det er ressourcekrævende at etablere samarbejde via telemedicin, hvorfor det er væsentligt i en etableringsfase at involvere dedikerede og engagerede medarbejdere.

Inkludering af patienter i projektet er forekommet over en lang periode, hvorfor det tager tid at få erfaring med brug af det telemedicinske apparatur. Generelt er der få patienter inkluderet i pilotprojektet, og hvis det afspejler den normale patientpopulation vil det være væsentligt at drøfte dimensioneringen i forhold til om et telemedicinsk set-up i almen praksis er realistisk og hensigtsmæssigt.

Der peges på en drøftelse af, om det er hensigtsmæssigt at fastholde den praktiserende læge som tovholder, uanset hvilket niveau af forløbsprogrammets stratificering patienten befinder sig på, eller om man skal differentiere mellem tovholder og behandlingsansvarlig afhængigt af stratificeringsniveau.

Konklusion

Selvevalueringen vurderes af evaluaterne som solid, og den forholder sig konstruktivt kritisk til egne resultater.

Selvevalueringen bidrager med viden om:

- tilgængelighed af specialistbistand,
- udvikling af kompetence blandt de deltagende sundhedsfaglige medarbejdere,
- organisatoriske og tekniske udfordringer ved etablering af et telemedicinsk tiltag,
- tekniske og kompetencemæssige forudsætninger for, at det telemedicinske tiltag kan lykkes.

Projekt 4:

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

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering indleveret den 3. december 2012
- Dialog møde den 15. januar 2013, hvor dokumentation af indsatsen, resultater og erfaringer med projektgennemførelse blev drøftet.

Dialogmødet blev gennemført som videokonference, og tilstede var:

For projektet	Interviewerteam
Susanne Gammelgaard, afdelingssygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Lone Geertzen, ledende oversygeplejerske	Birthe Hellquist, specialkonsulent i CFK
Birgit Kyser, sårsygeplejerske	Lisbeth Ørtenblad, konsulent i CFK

Den eksterne vurdering af projektet er foretaget i forhold til kronikerprogramevalueringens fem succeskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Projektets formål er at styrke samarbejdet mellem primær og sekundær sektor samt støtte kvalificering af medarbejdere vedrørende diabetiske fodsår med henblik på at forbedre kendskab til arbejdsgange og forløb. Det er målet, at projektet skal resultere i hurtigere ophealing og reduktion af senkomplikationer samt bidrage til patienternes forståelse for forebyggende tiltag og egenomsorg.

I projektperioden er der udarbejdet retningslinjer angående diabetiske fodsår i form af E-dokument. Dokumentet er udviklet blandt andet på baggrund af en national MTV. Desuden blev to casestudier anvendt til at sikre relevans for konkrete forløb i praksis. Dokumentet er lokalt forankret og er ikke koordineret regionalt.

I projektperioden er der planlagt, men endnu ikke gennemført, fælles skolebænk. Deltagere hertil er primært praksissygeplejersker samt sundhedsfaglige kommunale medarbejdere, mens kun få medarbejdere i hospitalsregi er tilmeldt. Undervisningsprogram og materiale, bl.a. en film, er planlagt. Arrangementet forventes at bidrage til at styrke samarbejde mellem primær og sekundær sektor med henblik på at optimere behandling af diabetiske fodsår.

Indføres ny og bedre praksis?

Generelt kan E-dokument og fælles skolebænk ikke kategoriseres som ny praksis, men det kan potentielt bidrage til en bedre praksis. Imidlertid foreligger der ikke dokumentation for omfang af anvendelse af dokumentet, eller for betydning for kvaliteten af patientbehandlinger. Projektdeltagernes vurdering er, at dokumentet anvendes, men ikke i det omfang man kunne ønske. Der efterspørges en tydeligere kobling til praksis, eksempelvis via samarbejde med praksiskonsulenten. Der er plan om at udbrede kendskabet via 'fælles skolebænk'.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Anvendelse af det udarbejdede E-dokument er ikke koordineret med det telemedicinske projekt om behandling af fodsår.

De projektansvarlige giver udtryk for, at det er deres vurdering, at de alment praktiserende læger via anvendelse af E-dokumentet opdager fodsår og reagerer hurtigere på dette end tidligere. Men E-dokumentets anvendelse i form af forbedrede patientforløb eller styrkelse af det tværfaglige samarbejde er ikke dokumenteret.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projektet har ikke haft fokus på dette parameter.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projektet har ikke haft fokus på dette i deres dokumentation, så det er ikke muligt at dokumentere dette.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet afsluttes, når fælles skolebænk er gennemført i marts 2013. Der er dog et ønske om at afvikle yderligere 'fælles skolebænk', hvis der viser sig interesse for det.

Vigtige erfaringer fra projektet

Projektet har i projektperioden været meget belastet af organisatoriske ændringer med sammenlægning af hospitalsenheder i vest. Som følge heraf er der forekommet en del personaleudskiftning, og generelt har de organisatoriske ændringer gjort det vanskeligt at tilrettelægge og gennemføre projektet som oprindeligt planlagt.

På baggrund af projektets erfaringer er der en interesse for at etablere et sårteam som en udgående og rådgivende funktion på tværs af sektorer.

Konklusion

Der er i projektperioden udviklet et E-dokument som er udarbejdet på baggrund af nationale retningslinjer og MTV til understøttelse af den tværfaglige indsats i forbindelse med forebyggelse og håndtering af diabetiske fodsår.

Der er i projektperioden planlagt et tværfagligt og tværsektorielt seminar i form af konceptet "fælles skolebænk", inklusive udvikling af diverse undervisnings- og informationsmaterialer. Det er forventningen, at seminaret vil støtte det tværfaglige samarbejde om forebyggelse og håndtering af diabetiske fodsår svarende til forløbsprogrammets anbefalinger.

Projekt 5:

Diabeteskonsulent. Type 2 diabetes i almen praksis. Aarhus Universitetshospital, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA ambulatorium, Nørrebrogade og Tage Hansens Gade.

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering indleveret den 3. december 2012
- Dialog møde den 14. januar 2013, hvor dokumentation af indsatsen, resultater og erfaringer med projektgennemførelse blev drøftet.

Tilstede ved dialogmødet den 14. januar 2013 var:

For projektet	Interviewerteam
Helle Jensby, afdelingssygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Tove Amby, specialeansvarlig diabetessygeplejerske	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Aase Jensen, diabetessygeplejerske	Lisbeth Ørtenblad, konsulent i CFK
Mette H. Poulsen, planlægningskonsulent	
Trine Bøje, oversygeplejerske, MEA	
Anette S. Kjeldsen, centerchef, Akutcentret	
Guri V. Engmark, afdelingssygeplejerske, MEA	

Den eksterne vurdering af projektet er foretaget i forhold til kronikerprogramevalueringens fem succeskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Projektet formål har været at styrke samarbejdet mellem almen praksis og hospital (medicinsk endokrinologisk ambulatorium), lette overgange mellem sektorerne samt yde støtte til kvalificering af almen praksis, primært med hensyn til stratificering af patienter og behandlingsansvar i henhold til Forløbsprogrammet for diabetes type 2. Målsætningen er søgt opnået gennem undervisning, rådgivning om patientbehandlinger (telefonisk såvel som konkrete møder) samt introducerende og rådgivende møder i almen praksis (der har været afholdt i alt 59 timers undervisning i almen praksis).

Der har i flere år været en udgående diabetessygeplejerske fra Medicinsk Endokrinologisk Afdeling i Aarhus, som kunne tage på hjemmebesøg, undervise indlagte patienter og personale i diabetes på øvrige afdelinger på Aarhus Universitetshospital samt undervise og være sparringspartner for primær sektor. I projektet er funktionen blevet oprustet til to erfarne diabetessygeplejersker, som i halvdelen af deres arbejdstid specifikt har haft til opgave at styrke samarbejdet med almen praksis.

Projektets resultater er dokumenteret via spørgeskemaer til almen praksis i kommunen samt registreringer af aktiviteter og henvendelser. Desuden projektlederens erfaringer med etablering og gennemførelse af projektet.

Indføres ny og bedre praksis?

Forløbsprogrammet for diabetes type 2 beskriver, hvilke opgaver hospitalet har, herunder en telefonrådgivning af almen praksis, betjent af speciallæger.

I projektet udvides et eksisterende tilbud med rådgivning udført af erfarne diabetessygeplejersker, til også at omfatte besøg i almen praksis og generelt mere fokuseret at varetage en rådgivning af almen praksis, herunder varetagelse af telefonrådgivning.

Projektets erfaringer og tilbagemeldinger fra almen praksis tyder på, at det er muligt for en erfaren diabetessygeplejerske at udføre kvalificeret telefonrådgivning og anden form for rådgivning af almen praksis. De praktiserende læger, som deltager i undersøgelsen, udtrykker overvejende, at tilbuddet bidrager til at styrke og kvalificere praksis.

Almen praksis har benyttet muligheden for at få en erfaren diabetessygeplejerske til at forholde sig til diabetesbehandlingen af enkelte patienter, og også på denne hjælp er der positive tilbagemeldinger i form af at det i konkrete situationer formentlig har betydet, at patienter har fået en bedre behandling, eller at patienter ikke behøvede at blive henvist til ambulatoriet.

Det er opgjort, hvor mange patienter der er indgået i rådgivningen samt antal henvendelser, hvorimod dokumentation for virkning på patientniveau, ændring i henvisninger, i hvor mange tilfælde, det har betydet en positiv forskel etc. ikke er dokumenteret. Audit og andre kvantificerbare metoder til dokumentation af kliniske forbedringer for patienterne er fravalgt som evalueringsmetode til fordel for prioritering af at sikre et godt og tillidsfuldt samarbejde med de praktiserende læger.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Diabetessygeplejerskerne har kontaktet 111 praksis klinikker, og har besøgt og holdt møder med læger og klinikpersonale fra almen praksis. Det er forskellige typer af praksis, der har benyttet tilbuddet. I alt 79 praksis har benyttet sig af tilbuddet. 32 praksis har ikke har benyttet tilbuddet, hvilket der er forskellige årsager til, eksempelvis at de pågældende praksis ikke har et behov for det, ikke har tid, eller ikke kendt til tilbuddet (oplysninger fremgik under dialogmødet).

De praktiserende læger, som har benyttet tilbuddet (i alt 415 henvendelser fra almen praksis i projektperioden), tilkendegiver, at det kvalificerer deres behandling af diabetespatienter, og generelt giver de udtryk for positive vurderinger af tilbuddets bidrag til styrkelse af samarbejdet, blandt andet i form af lettilgængelig og hurtig hjælp, kvalificeret og anvendelig rådgivning mv.

Hospitalet oplyser, at flere patienter henvises til diabetesskolen og afdelingssygeplejersken vurderer, at det kan tilskrives diabetessygeplejerskernes indsats. Der er ikke konkret dokumentation på den stigning. Andre af regionens tiltag vedrørende implementering af forløbsprogrammet for diabetes kan imidlertid også have bidraget til det.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Diabetessygeplejerskernes telefonrådgivning er potentielt en mere omkostningseffektiv praksis end alternativet, hvis det kan aflaste speciallægerne og ambulatoriet samt være med til at forebygge senkomplikationer. Den udgående rådgivningsfunktion på hospitalet, som projektet har afprøvet, synes også at bidrage til at opkvalificere almen praksis til at varetage diabetesbehandling.

Imidlertid kan der på det foreliggende grundlag ikke laves sundhedsøkonomiske beregninger på om en sådan investering er omkostningseffektiv. Det er ikke gjort op om henvisningsmønstret ændrer sig (dvs. i hvilken udstrækning følges stratificeringsanvisninger i Forløbsprogrammet for diabetes type 2), om patienterne bliver mere velregulerede osv., ligesom det ikke er dokumenteret om omfanget af kontakter fra praktiserende læge til

speciallæge har ændret sig i perioden. Tilbuddet er ikke systematisk sammenlignet med alternative eller eksisterende måder at styrke indsatsen.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Der har ikke været fokus på patientudbytte eller på kliniske effektmål i dokumentationen af projektet, så det er ikke muligt at påvise dette. Der kan dog ses en øget henvendelse i diabetesskolen i projektperioden, men om det skyldes dette projekt eller kombination med en generel intensiveret kronikerindsats vides ikke. Det er således ikke muligt på baggrund af den foreliggende dokumentation at vurdere effekten på patientniveau.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

AUH har besluttet at videreføre rådgivningstilbuddet til almen praksis i en reduceret form, så diabetes-sygeplejersken som udgangspunkt kontaktes via telefon. Der forventes henvendelser af ca. to timers varighed for hver af de to projektsygeplejersker fordelt over ugens dage. Om almen praksis forsat vil opleve tilbuddet som nyttigt vil blandt andet afhænge af tilgængeligheden, og om muligheden for at få en hurtig respons på henvendelsen. Desuden anvendes telefonrådgivningens nøglepersoner også anvendes internt i hospitalsregi.

Hospitalets planer om at koble den vagttelefonordning, der i forvejen findes internt på hospitalet med telefonrådgivningen til almen praksis, øger formentlig sandsynligheden for at tilbuddet kan fastholdes.

Dimensioneringen af projektet i forhold til andre hospitalers interesse i at etablere en sådan funktion blev vurderet til ca. 50 praksis pr. udgående sygeplejerske.

Vigtige erfaringer fra projektet

Det er tids- og ressourcekrævende at etablere en udgående funktion og samarbejde med almen praksis omkring dette. Gentagende henvendelser for at gøre opmærksom på tilbuddet har været nødvendige, ligesom det har været nødvendigt at eksperimentere med, hvilke tidspunkter og henvendelsesformer, der var mest hensigtsmæssige.

Der har været en stigende henvendelse gennem projektperioden, hvilket tyder på, at et øget kendskab til funktionen medfører en øget anvendelse, og dermed formentlig et vidensbehov blandt de praktiserende læger og deres klinikpersonale.

De projektansvarlige vurderer på baggrund af erfaringer i projektet, at en meget væsentlig forudsætning for at etablere et tillidsfuldt og ligeværdigt samarbejde er en høj grad af såvel faglige som personlige kompetencer hos den udgående sygeplejerske funktion samt tydelig og klar bevidsthed og udmeldinger om egne kompetencer.

Konklusion

- Den udadgående, rådgivende specialistfunktion til praktiserende læger opfylder Forløbsprogrammet for diabetes type 2 krav om tilgængelighed af specialistrådgivning. Rådgivningen er søgt erstattet af diabetessygeplejerske frem for speciallæge, og funktionen synes at være velfungerende.
- De praktiserende læger udtrykker både tilfredshed med og et behov for en udgående, rådgivende funktion, men erfaringen er også, at det kræver vedligeholdelse for fortsat brug af funktionen.
- Det anbefales, at funktionen fremadrettet dokumenteres med afsæt i allerede foreliggende data
- Stratificering af patienter iht. Forløbsprogrammet for diabetes type 2 kræver fortsat opmærksomhed.

Projekt 6:

Forløbsprogram for type 2 diabetes – koordinerende sygeplejerske. Hospitalsenheden Midt, Regionshospitalet Viborg, Endokrinologisk Ambulatorium, Medicinsk afdeling.

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering indleveret den 3. december 2012
- Dialogmøde den 18. januar 2013, hvor dokumentation af indsatsen, resultater og erfaringer med projektgennemførelse blev drøftet.

Tilstede ved dialogmødet den 18. januar 2013 var:

For projektet	Interviewerteam
Alice Kristensen, afdelingssygeplejerske, MEA	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Bente Dam, oversygeplejerske, MEA	Lisbeth Ørtenblad, konsulent i CFK
Nanna Pedersen, fuldmægtig, medicinsk afdeling	
Hanne Christensen Dalgaard, vicekontorchef, Økonomi og planlægning	
Annette Fenger, klinisk udviklings- og kvalitetskoordinator	

Den eksterne vurdering af projektet er foretaget i forhold til kronikerprogramevalueringens fem succeskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Formålet med projektet er at opnå sammenhængende patientforløb samt stratificering i henhold til Forløbsprogram for diabetes type 2.

Målene for projektet er at udvikle hensigtsmæssige og rationelle arbejdsgange på tværs af sektorer i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet samt at opkvalificere sundhedsfaglige personale i almen praksis og kommunale sektor. Projektets aktører er ambulatoriet samt hjemmepleje og almen praksis i Viborg og Skive kommuner.

Projektet er dokumenteret via spørgeskemaer til almen praksis og kommunale medarbejdere, registrering af undervisning til kommunale sundhedsfaglige personale, registrering af undervisning i praksis samt et fokusgruppeinterview med henholdsvis alment praktiserende læger og medarbejdere ved endokrinologisk ambulatorium.

Indføres ny og bedre praksis?

Dele af projektet – adgang til specialistrådgivning via telefonisk rådgivning – var tilgængelig før projektstart, men funktionen synes gennem projektperioden at være mere udbredt og kendt. De alment praktiserende læger giver udtryk for, at samarbejde samt vidensdeling og optimering er forbedret. Almen praksis tilkendegiver, at de oplever en mere kompetent behandling af diabetespatienter, og almen praksis og kommunale medarbejdere giver udtryk for at specialiseret viden er lettere tilgængelig.

I løbet af projektperioden blev det klart, at det var den kliniske specialviden om konkrete patienter der blev efterspurgt frem for støtte til generel implementering af forløbsprogrammet.

Projektets dokumentation af anvendelse af funktionen – målt på antallet af henvendelser – giver ikke mulighed for at vurdere dels hvilke typer praksis, der er tale om (er det eks. de der har et behov for specialiseret viden og/eller behov for fokus på samarbejde med specialiseret instans, der benytter funktionen), dels om der er et forventeligt omfang af anvendelse, dvs. om indsatsen står mål med brugen af funktionen. Projektets erfaring er, at der på den ene side er en del solo-praksis, som har et behov for specialiseret viden, men samtidig er de praksis, der har benyttet tilbuddet, meget forskellige.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Projektet har oplevet store udfordringer med at etablere kontakt til og samarbejde med almen praksis. Det vurderes især at skyldes sideløbende og potentielt konkurrerende tilbud til almen praksis i projektperioden. Det peger på utilstrækkelig koordinering af regionens samlede kronikerindsats. Derudover har der været forskel på omfanget af deltagelse blandt praktiserende læger fra henholdsvis Viborg og Skive kommuner, hvilket af de projektansvarlige tilskrives historiske forhold. Projektet har imidlertid oplevet en stigende henvendelse fra praktiserende læger i projektperioden, så der ved projektafslutning er daglige henvendelser.

Respons fra de deltagende praktiserende læger er, at der er udviklet konkrete hensigtsmæssige arbejdsgange, og at praksispersonalet får øget viden om varetagelse af diabetespatienter. Det kommer eksempelvis til udtryk ved synlighed og lettere kontakt med specialiseret viden via den udgående sygeplejefunktion.

Projektets erfaringer er, at det er væsentligt, at den koordinerende funktion bemandes af en erfaren og fagligt meget velkvalificeret sygeplejerske med henblik på at opnå et tillidsfuldt og ligeværdigt samarbejde med almen praksis.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Det er ud fra den tilgængelige dokumentation ikke muligt at dokumentere omkostningseffektivitet. Der er en formodning om, at indlagte patienter med diabetes fra andre afdelinger udskrives tidligere samt får diabetesbehandling optimeret, og på den måde kan erstatte medicinsk tilsyn. Der er dog ingen dokumentation for denne formodning.

Allerede tilgængelige data vil fremadrettet kunne anvendes til at undersøge omkostningseffektivitet (eksempelvis ændring i antallet af nyhenviste patienter, indlæggelsesvarighed og hyppighed).

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projektets primære fokus omhandlede arbejdsgange og kompetenceudvikling af personalet.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet afsluttes pr. 1. januar 2013. Der er ikke planer om, at det overgår til drift.

Vigtige erfaringer fra projektet

Projektet har synliggjort et behov for ansættelse af en diabetes-nøgleperson i kommunalt regi, hvilket er effektueret ved ansættelse af den involverede projektsygeplejerske i Viborg Kommune til at varetage den kommunale diabetesindsats og samarbejde med de øvrige sektorer vedr. diabetespatienter. Det forventes herigennem at opkvalificere indsatsen i kommunalt regi (fx via kompetenceløft til personale) og at understøtte samspillet mellem almen praksis og kommune.

Konklusion

En funktion som udgående sygeplejerske kan medvirke til at øge praksispersonalets faglige viden om diabetes, som især efterspørges af almen praksis i relation til kliniske emner og håndtering af konkrete patienter frem for implementeringsstøtte.

Videreførelse af funktionen indebærer overvejelser om finansiering af ordningen og incitamenter knyttet hertil samt lægelig involvering og opbakning.

Projekt 7:

Viden og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes med diabetessygeplejersker. Endokrinologisk Klinik, Regionshospitalet Randers og Grenaa.

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering indleveret den 3. december 2012
- Dialogmøde den 9. januar 2013, hvor dokumentation af indsatsen, resultater og erfaringer med projektgennemførelse blev drøftet.

Tilstede ved dialogmødet d. 9en januar 2013 var:

For projektet	Interviewerteam
Steffen Kristensen, ledende overlæge	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Jette Sejer Jakobsen, afdelingssygeplejerske	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Kirsten Kudahl Alstrup, overlæge	Lisbeth Ørtenblad, konsulent i CFK

Den eksterne vurdering af projektet er foretaget i forhold til kronikerprogramevalueringens fem succeskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Projektets mål er udvikling af det sundhedsfaglige personales viden og handlekompetence på tværs af sektorer samt styrkelse af egenomsorgs kapacitet blandt patienter. Målene er søgt opnået gennem etablering af en diabetesskole, undervisning af sundhedsfagligt personale i primær sektor, etablering af let tilgængelig adgang til specialist viden samt udgående diabetessygeplejerske i hospitalsregi.

Indføres ny og bedre praksis?

Diabetesskolens deltagerantal er i undertal i forhold til at imødekomme befolkningsunderlaget, men antallet af deltagere har været stigende i perioden. Der er overvejet aftenforløb for erhvervsaktive samt individuelle forløb i ambulatoriet. Det vides ikke, hvordan deltagergruppen er karakteriseret i forhold til at nå andre specifikke grupper. Deltagerne udfylder skriftlige tilbagemeldinger ved afslutning af forløbet, som projektlederne giver udtryk for viser tilfredshed blandt deltagerne.

Den udgående funktion i hospitalsregi er en udvidelse og intensivering af en eksisterende praksis. Omfang og anvendelse i forhold til antal kontakter, fordeling og indhold af disse, er registreret, hvorimod effekt, eksempelvis i forhold til indlæggelsestid, justering af behandling, erstatning af medicinsk tilsyn etc., ikke er dokumenteret. Erfaringen er, at der sker en opgaveflytning via det opsøgende arbejde på hospitalets afdelinger samt at indsatsen kvalificerer patientbehandlingen. Derudover er det erfaringen at anvendelse af retningslinjer for diabetes styrkes på andre afdelinger end på endokrinologisk afdeling.

Funktionen har ikke været efterspurgt i psykiatrien, men projektlederne giver udtryk for, at der er et behov for funktionen på psykiatriske afdelinger og blandt psykiatripatienter, og at den del ønskes styrket.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Den telefoniske kontakt mellem almen praksis og specialister er uændret i projektperioden. Erfaringen er, at der er nem tilgængelighed til specialiseret viden målrettet specifikke patienter. Anvendelse og virkning er ikke registreret. Derudover er kompetenceudviklingen styrket via fælles skolebænk. Det formodes at bidrage til bedre patienttilbud, men der er ikke foretaget systematisk evaluering heraf.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Der er i kraft af projektets aktiviteter en potentiel mere effektiv ressourceudnyttelse, fx i form af erstatning af medicinsk tilsyn, kortere indlæggelsestid, fordi der iværksættes bedre diabetesbehandling og patienten ikke venter på specialistbehandling. Projektet har imidlertid ikke haft fokus på dokumentation af dette. Fremadrettet er det imidlertid muligt at foretage dette på baggrund af allerede foreliggende data.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Det formodes at finde sted via deltagelse i diabetesskolen, men det er ikke dokumenteret.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Diabetesskolen samt den udgående diabetessygeplejerske i hospitals regi overgår til drift fremover. Ansvarsfordeling i forhold til løbende kompetenceudvikling fx via fælles skolebænk er uafklaret, ligesom initiativer målrettet styrkelse/fastholdelse af samarbejde med almen praksis. Projektdeltagerne giver udtryk for en interesse for etableret tværfaglig og tværsektorielt samarbejde forankret i sundhedscentret omkring den enkelte patient.

Vigtige erfaringer fra projektet

Projektmidlerne er anvendt til en indsats, der ikke kun implementerer anbefalinger i Forløbsprogrammet for diabetes type 2 (fx diabetesskole), men også til udvikling af funktioner, der har potentiale til at sikre en bedre og mere proaktiv, cost effective praksis (fx diabetessygeplejerskens udgående funktion til andre afdelinger).

Konklusion

Der er en stor bredde i de tiltag, der er iværksat med hensyn til kompetenceudvikling blandt personale og øget egenomsorg blandt patienter. Projektledernes erfaringer med etablering og gennemførelse af de forskellige initiativer peger på, at mange ting synes at være lykkedes godt. Der er dog ikke systematisk dokumentation af dette.

Projekt 8:

Planlægning, implementering og evaluering af hjerterehabilitering. Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom

Delprojekt A: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af diætisk og sygeplejefaglig intervention i hjerterehabilitering

Delprojekt B: "Hjerterehabilitering – mener du fysisk træning?"

Fravalg af ambulant hjerterehabilitering efter Akut Koronart Syndrom; En interviewundersøgelse

Delprojekt C: Patienternes oplevelse af den psykosociale omsorgs betydning i hjerterehabiliteringen - et udviklingsprojekt til forbedring af praksis

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevalueringer pr. 30. november 2012
- Dialogmøde den 6. februar 2013
- Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe
- Projektrapport om patienternes oplevelser af betydningen af psykosocial omsorg i hjerterehabilitering

Tilstede ved besøget den 6. februar 2013 var følgende:

For projektet - Region Midtjylland	Interviewteam
Sussie Laustsen, seniorforsker	Birthe Hellqvist, specialkonsulent i CFK
Anne Mette Krintel, forskningsansvarlig fysioterapeut Ulla Skou, ledende terapeut, Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Jette Svanholm, forskningssygeplejerske	Lucette Meillier, seniorforsker i CFK
Mette Hyldgaard Poulsen, fuldmægtig	
Ole Ledet-Pedersen, centerchef	
Anette Jensen, oversygeplejerske, Hjerter-Lunge-Karkirurgisk Afdeling	

Projektets mål

Projekt 8 består af fire delprojekter med titlen "Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom".

Det overordnede fælles formål er: Planlægning, implementering og evaluering af rehabiliteringsindsats med udgangspunkt i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertesygdom. Fokus på blodprop i hjertet og svær hjertekrampe".

Tre af delprojekterne omhandler undervisende, vejledende og omsorgsmæssige interventioner af hjerterehabiliteringsprogrammet, som primært varetages af sygeplejersker og diætister samt årsager til patienternes fravalg af deltagelse. Vi har for overskuelighedens skyld valgt at beskrive og vurdere de tre

delprojekter i et samlet dokument. Det fjerde delprojekt omhandler fysisk træning og er tæt forbundet med projekt 23 og 24, som vurderes samlet i et andet dokument.

Formålet for alle delprojekterne er:

- at begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af hjertesygdomme,
- at forbedre patientens funktionsniveau og livskvalitet,
- at bremse progression af hjertesygdom.

Delprojekt A's mål er at teste, hvorvidt individuelle sygeplejefaglige og diætetiske interventioner har større effekt på hjertekirurgiske patienters sygdomsforståelse, medicin compliance, livsstil og kostforståelse sammenlignet med afdelingens eksisterende gruppebaserede sygeplejefaglige og diætetiske intervention i hjerterehabileringsforløb. Projektet er designet som et kvasi eksperimentelt interventionsstudie, hvor 108 patienter blev opdelt i 2 grupper. Patienterne i de to grupper modtog enten et 8 ugers gruppebaseret undervisningsprogram eller 12 ugers individuelt baseret undervisning. Effekten vurderes i form af en før- og eftermåling af kliniske parametre. Desuden måles effekt via et valideret spørgeskema, som tager udgangspunkt i spørgsmål fra spørgeskemaet Addition 2007: Vaner og helbred og Addition 2007: Sundhed og livsstil. Projektets konkrete resultater afventer publicering og har i forløbet haft udfordringer i forbindelse med udskiftning af projektmedarbejdere og logistisk i forbindelse med patienternes deltagelse i andre af afdelingens delprojekter. Erfaringen i forbindelse med selvevalueringen er, at patienterne er meget tilfredse med de individuelle samtaler, og at personalet har fået opkvalificeret kompetencer indenfor pædagogik, forskning og dokumentation. Der er udarbejdet en tværfaglig epikrise, som er integreret i EPJ i form af et korrespondancebrev.

Delprojekt B's formål er at styrke indsatsen til målgruppen for hjerterehabilerings med henblik på at øge antallet af deltagere. Målet er at opnå en dybere forståelse for årsager til at patienter fravælger ambulant rehabilitering i hospitalsregi i en dansk/skandinavisk kontekst som grundlag for evt. justeringer af tilbuddet. Projektets resultater hviler på interview af fem patienter, alle mænd, som har været indlagt med AKS og bevidst har fravalgt at deltage i ambulant hjerterehabilerings. Indholdet i de semistrukturerede interview hviler på en forudgående afdækning af den eksisterende litteratur på området. Resultatet af projektet var en mere nuanceret viden om årsager til, at en meget stor andel af patienterne fravælger hjerterehabileringsstilbuddet. Der kunne afdækkes tre temaer. Det drejer sig om:

1. Patienternes opfattelse af formål og indhold,
2. At der ikke tages tilstrækkeligt afsæt i den enkeltes patients ønsker og behov
3. Patienternes behov for autonomi.

Afdelingen arbejder efterfølgende med at få integreret temaerne i daglig praksis og spredt viden herom i relevante fora, herunder at styrke det tværfaglige samarbejde og en mere individuel og kønsdifferentieret tilgang. Resultater, der kan følges op af en kvantitativ analyse, som samtidig kan afdække evt. barrierer af organisatorisk karakter.

Det fremgår af selvevalueringen, at projektet har sit afsæt i afdelingens udviklings- og forskningsstrategi for sygeplejen og har haft et selvstændigt mål om, at den projektansvarlige tilegner sig akademiske færdigheder til at gennemføre et udviklingsprojekt.

Delprojekt C: Der foreligger ikke nogen selvevaluering af projektet, men projektet er afsluttet og vurderingen er foretaget på baggrund af den afsluttende projektrapport.

Formålet var at undersøge, hvilke forhold den enkelte patient oplever som betydningsfulde i rehabiliteringsforløbet i relation til at genvinde psykisk og social trivsel efter indlæggelse med AKS. Formålet var dernæst at undersøge, hvorvidt patienterne har oplevet, at de sundhedsprofessionelle har taget udgangspunkt i

og givet støtte i netop disse individuelle problemstillinger og behov. Projektet er gennemført i form af semistrukturerede forskningsinterview af fem patienter umiddelbart efter udskrivelse for AKS og dermed efter fase 1 af hjerterehabilitering og fem patienter, der netop havde gennemført fase 2 i hjerterehabiliteringsprogrammet, i alt 10 patienter. Projektet har afdækket følgende fem elementer som betydningsfulde i relation til psykosocial rehabilitering: Ro, nærvær og tilgængelighed, klare retningslinjer, positive tilbagemeldinger og fysisk genoptræning. Patienterne udtrykker samtidig, at de i vid udstrækning har fået imødekommet disse behov. Projektets konklusion er, at der fremadrettet skal rettes yderligere opmærksomhed på de identificerede temaer.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Delprojekt A: Projektet implementerer og tester forløbsprogrammets anbefalinger om individuelle sygeplejefaglige og diætiske intervention kombineret med gruppebaseret vejledning og undervisning for målgruppen i fase 1 og 2 af hjerterehabilitering. Den sundhedspædagogiske tilgang svarer ligeledes til forløbsprogrammet anbefalinger med vægt på individualisering af. Der er således ikke tale om en generel ny og bedre praksis, men en evt. styrkelse af evidensen for forløbsprogrammets anbefalinger. Der foreligger ikke konkrete resultater på nuværende tidspunkt. Data er indført i afdelingens nye database og der er udviklet en tværfaglig epikrise, som indgår som et korrespondancebrev i EPJ. Det er erfaringen, at det involverede personale har øget sine forskningsmæssige og pædagogiske kompetencer, og kompetencer indenfor dokumentation.

Delprojekt B har resulteret i mere nuanceret viden om mænds fravalg af deltagelse i rehabilitering i egen afdeling og dermed en dansk kontekst. Der arbejdes i afdelingen på at øge fokus på de temaer, projektet har afdækket, inklusive at nogle patienter ikke bryder sig om patientrollen og sætter lighedstegn mellem rehabilitering og fysisk træning. Men det vil kræve en større kvantitativ undersøgelse at kunne dokumentere, at et større fokus på patienternes perspektiv og evt. justeringer af organiseringen af tilbuddet fremadrettet resulterer i, at flere vælger at deltage og gennemføre rehabiliteringstilbuddet.

Delprojekt C: Der foreligger omfattende viden i litteraturen om betydningen af psykosociale forhold i relation til patienternes gennemlevelse af sygdomsforløbet og evne til at håndtere hverdagslivet efterfølgende. Projektet bidrager med uddybet viden om, hvilke faktorer og temaer, individuelle patienter oplever som mest betydningsfuldt såvel i fase et, mellem fase 1 og 2 og efter fase af 2 af hjerterehabiliteringsforløbet. Temaer og aspekter, som vigtigheden af ro, tilgængelighed og behov for positiv feedback og klare anbefalinger om sygdomsmæssige konsekvenser for håndtering af forskellige forhold. Forhold som afdelingens patienter i forvejen i vid udstrækning oplever, bliver imødekommet på afdelingen. Der er således ikke tale om grundlæggende ny viden, men bekræftelse på, hvad der er væsentlig for patienterne selv og hvor opmærksomheden også fremad bør fokuseres.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Delprojekt A: Der er i projektperioden blevet udarbejdet en tværfaglig epikrise, som udarbejdes af sygeplejerske, diætist og fysioterapeut, som sendes til praktiserende læge ved afslutning af rehabiliteringsforløbet og kommunen ved behov. Sygeplejersken opfordrer patienten til at bestille tid hos egen læge med henblik på drøftelse af deltagelse i hele eller dele af et kommunalt rehabiliteringsforløb. Det svarer til forløbsprogrammets

anbefalinger og må i forbindelse med implementeringen heraf forventes at bidrage til styrkelse af kontinuitet i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Delprojekt B: I den udstrækning mere nuanceret viden om patienternes årsager til fravalg af deltagelse i hjerterehabilitering kan omsættes og integreres i daglig praksis, må det formodes, at flere patienter finder det attraktivt at deltage og at patientforløbet forbedres.

Delprojekt C: Projektets positive fund befinder sig inden for et område, hvor patienterne i forvejen oplever stor tilfredshed med forløbet, så potentialet for væsentlig forbedringer lokalt må være begrænsede. Det forbedrer det tværsektorielle arbejde, at afdelingen bevidst arbejder på at sprede viden om best practice indenfor et væsentligt område for patienter med AKS.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Ingen af delprojekterne har fokus på omkostningseffektivitet. Der er ikke planlagt nogen nærmere beregning af, hvad omkostningerne forbundet med den individuelle intervention primært i form af et merforbrug til sygepleje- og diætistsamtaler udgør overfor de forventede gevinster for patienterne på kortere og længere sigt og evt. reduktion af forbrug af andre sundhedsressourcer, reduktion af andre tiltag.

For alle tre delprojekter gælder, at hvis en mere individuel tilgang og større differentiering i tilbuddet resulterer i en større deltagelse, må det forventes, at tilbuddet på sigt bliver mere omkostningseffektivt på baggrund af veldokumenterede gevinster ved deltagelse i hjerterehabilitering.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projektets formål er, at bedre sygdomsforståelse, medicin compliance og modifikation af relevante livsstilsfaktorer.

Der foreligger endnu ikke publicerede data som kan dokumentere dette og det nuværende projekts resultater afventer publikation.

Det er projektledelsens indtryk, at de deltagende patienter er positivt indstillede overfor at medvirke aktivt i såvel individuelle som grupperelaterede interventioner. I lighed med de øvrige punkter må det antages, at hvis det med et mere individuelt og differentieret tilbud lykkes at få flere patienter til at deltage i og gennemføre rehabiliteringstilbud, så vil de interventioner, der er målrettet styrkelse af egenomsorg og fastholdelse af livsstilsændringer også nå flere.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Delprojekt A: Projektets resultater foreligger ikke, og selvevalueringen indeholder ikke konkrete fremadrettede planer. Det fremgår af selvevalueringen, at den individuelle tilgang byder på logistiske udfordringer blandt andet på grund af en del aflysninger. Det vil derfor i relation til implementering i drift kræve nøje overvejelser om organiseringen af tilbuddet, inklusive medinddragelse af resultaterne af delprojekt 2 og 3.

Delprojekt B og C: Den indhentede mere nuancerede viden indgår i afdelingens skærpede fokus på patienternes individuelle opfattelser og behov såvel i relation til deltagelse i rehabilitering og betydningen af, hvad der er væsentligst også fremover at fokusere på i relation til psykosocial støtte af patienter efter AKS. Herunder at tilbuddene så vidt muligt koordineres, så projekternes fund indgår i og koordineres på tværs af afdelinger og sektorer.

Konklusion

De tre delprojekter omhandler delelementer af hjerterehabiliteringsprogrammet, som varetages af sygeplejersker og diætister. Desuden om årsager til patienternes fravalg af rehabilitering. Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke konkrete resultater af delprojekt A.

Der arbejdes i internt i afdelingen og i relevante fora på at skærpe fokus på og integrere den uddybende viden om årsager til, at så mange patienter fravæger at deltage i afdelingens nuværende rehabiliteringstilbud.

Der arbejdes ligeledes på at skærpe og bibeholde fokus på de psykosociale forhold, som patienter oplever som mest betydningsfulde i relation til fase 1 og af rehabiliteringsforløbet.

Det kan anbefales, at der fremover sættes mere på tværfaglig og tværsektorielt samarbejde og koordination i tilrettelæggelse og udvikling af hjerterehabiliteringstilbud. En af udfordringerne for både patienter og personale i forbindelse med de mange udviklingsprojekter består i, at de er rettet mod samme målgruppe, men foregår adskilte og sideløbende eller i forlængelse af hinanden. Udover problemer med rekruttering, kan det i sig selv bidrage til fragmentering frem for koordinering af tilbuddet og risiko for overlap af funktioner og registreringspraksis. Sidstnævnte øger omkostninger for såvel patienter som det involverede personale. Der er i projekterne kun sparsomt fokus på styrket samarbejde med primærsektoren, hvor den konsoliderede viden om patienternes perspektiv og fremover især organisatoriske barrierer vil være væsentlig at inddrage.

Projekt 9:

Differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering i Viborg

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 3. december 2012
- Dialogmøde den 18. januar 2013

I dialogmødet den 18. januar 2013 deltog:

Fra projektet - Hospitalsenhed Midt, Viborg	Evaluators fra CFK
Marianne Lønvig, afdelingssygeplejerske	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Bente Dam, oversygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Anette Fenger, klinisk udviklingskoordinator	
Nanna Pedersen, fuldmægtig	

Projektets mål

Formålet med projektet er at fremme patienternes og 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.

Målgruppen er patienter under 70 år med hjertesvigt på iskæmisk basis (EF mindre end 45%) og NYHA klasse 1-3. Hovedparten af disse patienter har hjertesvigt som følge af AKS. Gruppen er bl.a. karakteriseret ved alkoholmisbrug og tobaksrygning.

Projektet vil implementere forløbsprogrammets anbefalinger om at tilbyde individuelt tilpasset og socialt differentieret hjerterehabilitering til en udsat og sårbar gruppe, så patienterne bliver i stand til at mestre egen situation. Projektet har dermed lighedspunkter med det hjerterehabiliteringsprojekt, som hospitalet har gennemført i Silkeborg.

Projektet vil her blive vurderet ud fra fem evalueringskriterier, nemlig:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres en ny og bedre praksis?

I løbet af projektperioden har 80 sårbare og udsatte hjertesvigtspatienter fået et tilbud, der lever op til forløbsprogrammets anbefalinger om individuelt tilpasset hjerterehabilitering. Det individuelt tilpassede tilbud bestod af 11-13 ekstra samtaler (fire med sygeplejerske, 4 med diætist, 2-4 med psykolog og en med kommunal

socialrådgiver), kommunalt rygestopkursus og regelmæssig kontrol i hjertesvigt-klinikken efter optitrering af antikongestiv behandling. Sygeplejerskerne er efteruddannet med et sundhedspædagogisk kursus i læring/mestring. Oplysninger om de inkluderede patienters genindlæggelser, livsstil, compliance og egen vurdering indtastes i database, så resultaterne af projektet kan gøres op.

Første tegn på om projektets indsats lykkes, er at patienterne i målgruppen vælger at deltage i de mange samtaler, rygestopkurset (hvis de ryger) og de fortsatte kontroller i hjertesvigt-klinikken. Der er endnu ikke lavet en opgørelse, der viser hvor mange patienter, der på nuværende tidspunkt har modtaget det samlede tilbud. De foreløbige erfaringer er, at en del patienter fravalgte tilbuddet om psykologsamtaler. Det har betydet at patienterne nu får tilbudt gruppesamtaler som alternativ til individuelle samtaler.

Et andet tegn på om indsatsen lykkes, er at patienterne og de pårørende oplever, at det ret omfattende forløb med mere end 10 samtaler er individuelt tilpasset. Dette er ikke systematisk undersøgt.

Andre, mere langsigtede mål for om indsatsen lykkes, er at patienterne holder op med at ryge, spiser sundere og dermed opnår en bedre prognose og formentlig bedre livskvalitet. Der må således forventes registrerbare ændringer i patienternes livsstil, medicinforbrug, selvrapporterede livskvalitet - målt på spørgeskemaer før og efter. Planen er, at gøre disse data op sidst på året.

Ved at benytte spørgeskemaet fra befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det?" er der i princippet mulighed for at sammenligne med en relevant kontrolgruppe. Men dette er ikke en del af projektet.

Erfaringen fra andre projekter er, at det kan blive svært at få et godt datagrundlag til at vurdere forskellen mellem før og efter, fordi mange patienter ikke får udfyldt spørgeskemaerne flere gange i perioden. Frafaldet vil give statistisk usikkerhed.

En af grundene til at projektet blev etableret var oplevelsen af, at patienterne i målgruppen holdt op med at tage deres hjertemedicin. Det er uklart, præcis hvordan denne parameter vil blive undersøgt, herunder om der indsamles data om indløste recepter. Det er vanskeligt at undersøge medicin-compliance præcist, fordi indløst medicin ikke altid tages, og fordi patientens egen hukommelse og udsagn om medicinforbrug ikke altid er korrekte.

Det kan blive vanskeligt at dokumentere et fald i genindlæggelser, da der ikke sammenlignes systematisk med en randomiseret kontrolgruppe. Hospitalets plan er at sammenligne projektets deltagere med andre hjertesvigtspatienter på en række nationale kvalitetsindikatorer for hjertesvigt. Dette vil forudsætte, at de to grupper er sammenlignelige på andre parametre end diagnosen hjertesvigt. Målgruppen er karakteriseret ved en høj mortalitet. Men hospitalet forventer ikke en målbar reduktion af mortaliteten i den periode, hvor dataindsamlingen foregår.

Projektet er et element i hospitalets implementering af forløbsprogrammet for hjertesygdom. Hospitalet har ikke lavet opgørelse, der viser om andre sårbare og udsatte AKS-patienter (end den definerede projektmålgruppe) får tilbud om individuelt tilpasset og socialt differentieret hjerterehabilitering, og dermed i hvor høj grad den del af forløbsprogrammet nu er implementeret. Hospitalet har oplyst, at det hvert år har cirka 500 nye patienter med AKS og omkring hver 3. deltager i hjerterehabilitering. Der er således et stort forbedringspotentiale.

Projektet afrapporterer først resultaterne i december 2013, da en del af samtalerne og kontrollerne først foregår i 2013.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Det udvidede tilbud til hjertesvigtspatienter involverer kommunen ved at tilbyde en samtale med en kommunal socialrådgiver og hjælp til rygestop i kommunal regi. Hospitalet har været i dialog med Viborg Kommune om mulighederne for at afslutte patienterne og henvise til et kommunalt tilbud, men foreløbigt har den kommunale holdning været, at disse patienter er for syge til et kommunalt hjerterehabiliteringstilbud i fase 3. Hospitalet oplyser, at patienterne også selv har fravalgt det kommunale sundhedscenters tilbud.

Patienternes egen læge er ikke direkte involveret i hospitalets tilbud til målgruppen. Dog henvises patienterne til egen læge, hvis en screening for angst og depression og en efterfølgende samtale med læge og sygeplejerske tyder på et behov for videre udredning og behandling for de psykiske lidelser. Det er ikke en del af projektets dataindsamling at opføre patientens kontakt til egen læge.

Projektet er således en afprøvning af et udvidet hospitalstilbud til patienter, som fremadrettet forventes at gå til regelmæssig kontrol i hjertesvigtklinikken, og dermed ikke afsluttes til kommunen og egen læge.

Hospitalet deltager i et shared care projekt om hjerterehabilitering (projekt nr. 12), hvor kommunerne involveres i fase 2, men det er for en gruppe af patienter, som ikke har hjertesvigt.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Den nye praksis er et udvidet tilbud på hospitalet, som umiddelbart er dyrere end den hidtidige indsats. Om det er en sundhedsmæssig god investering og et omkostningseffektivt tilbud afhænger således af en sundhedsgevinst, som ikke er klarlagt.

Men det kan ud fra undersøgelsesdesignet blive vanskeligt at vurdere, om det udvidede tilbud er omkostningseffektivt. De faktiske omkostninger bliver således ikke opgjort. Der kan være andre forskelle på deltagerne og andre hjertesvigtspatienter, så det kan blive et problem at finde et relevant sammenligningsgrundlag uden en randomiseret kontrolgruppe.

Muligvis ville en samkørsel og analyse af data om hjertesvigtspatienter og "Hvordan har du det"-data kunne give et sådant sammenligningsgrundlag, men det er ikke en del af projektet.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projektet handler om at hjælpe sårbare og udsatte patienter med at leve på en mere hjerte-sund måde.

I hvor høj grad det lykkes er endnu ikke afklaret. Der kan med fordel indhentes kvalitative oplysninger fra patienter og pårørende for at afdække dette. Spørgsmålet er, om sundhedspersonalets viden fra de mange samtaler bliver en del af projektets endelige evaluering.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Hospitalet inkluderer ikke længere patienter til det udvidede tilbud. Eventuelle positive resultater kan således kun forventes for de patienter, som har fået ændret vaner i projektperioden.

Erfaringen er, at det med et udvidet mere fleksibelt og individualiseret tilbud lykkedes at få patienter med meget komplekse problemstillinger og svære livsvilkår til at deltage og gennemføre et længerevarende rehabiliteringstilbud. Det er også indtrykket, at patienterne er motiveret for og i stand til at fastholde den medicinske behandling og ændre livsstil i form af eksempelvis rygeophør, som udgør den største risikofaktor.

Flere års opfølgning på eksempelvis antal af genindlæggelser og mortalitet vil medvirke til at kunne dokumentere mere langsigtede effekter af en intensiveret indsats.

Erfaringerne fra projektet har øget forståelse og rummelighed overfor patienternes særlige problemstillinger og behov og har bidraget til kompetenceudvikling af det sundhedspersonale, som står for hospitalets hjerterehabilitering

Hospitalet vil i 2013 på baggrund af projektets erfaringer søge at etablere et individuelt tilbud til de sårbare og udsatte hjertepatienter i samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger.

Konklusion

Projektet tager fat på en vigtig problemstilling, nemlig social ulighed i sundhed, ved at afprøve et særligt tilbud til en gruppe særligt syge, udsatte og sårbare AKS-patienter.

Der er endnu ikke et datamæssigt grundlag for at vurdere om indsatsen er lykket. Det bliver en udfordring at dokumentere en eventuel sundhedsgevinst med det valgte evalueringsdesign.

Hospitalet viderefører ikke det tilbud, som er prøvet af i projektperioden.

Projekt 10:

Hjerterehabilitering i Randers

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 23. november 2012
- Simone Witzel: "Evaluering af Projekt hjerterehabilitering", CFK, oktober 2012
- Dialogmøde den 23. januar 2013

Tilstede ved besøget den 23. januar var følgende:

For projektet	Interviewteam
Gitte Madsen, udviklingsterapeut	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Charlotte Lykkegaard Jensen, sygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Steffen Kristensen, ledende overlæge	Lisbeth Ørtenblad, konsulent i CFK
Elisabeth Jensen Juhl, afdelingssygeplejerske	

Projektets mål

Projektet havde kort fortalt til formål at udvikle indsatsen til AKS-patienter i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Det skulle medvirke til at implementere forløbsprogrammet ved at udvikle et samlet og velkoordineret hjerterehabiliteringsforløb med afklarede samarbejdsrelationerne mellem hospital, kommune og praktiserende læge og en målrettet rehabilitering, hvor patienter får viden, forståelse og en aktiv rolle forebyggelse. Dernæst havde projektet til formål at etablere et tilbud om socialt differentieret hjerterehabilitering for udsatte hjertepatienter (forkortet version). Herudover er der formuleret seks mål for den patientoplevede kvalitet, et mål for sundhedspersonalets oplevelse af sammenhæng og et mål om ekstra, individuel støttemulighed for udsatte patienter.

Projektet vurderes af CFK i forhold til de fem kriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Det er hospitalets vurdering, at projektet har bidraget til at implementere forløbsprogrammet.

Projektet har foranlediget, at hospitalet har besluttet 13 nye rutiner/arbejdsgange for at sikre sammenhængende forløb for hjertepatienter. Nogle af rutinerne svarer til anbefalingerne i forløbsprogrammet, fx at patienten under indlæggelse (i fase 1) møder et medlem af rehabiliteringsteamet, får bestilt tid hos egen læge og får en rehabiliteringsplan, og at den videre rehabilitering (indledende samtale i fase 2) sker inden for 2 uger efter

indlæggelse samt at alle patienter får tildelt en kontaktperson med konkrete tværsektorielle og opfølgende opgaver. Hospitalet har derudover indført flere individuelle samtaler i fase 2 som standard, nemlig tre individuelle samtaler med en sygeplejerske (heraf en om screening for angst og depression) og tre individuelle samtaler med en fysioterapeut. Det ligger udover minimumskravene i forløbsprogrammet.

Alle patienter i projektet blev screenet med henblik på en social differentieret og mere individuel indsats.

I praksis har hospitalet imidlertid haft problemer med at leve op til deres egne tidsfrister og ikke alle patienter har fået tilbudt de samtaler, der var besluttet. Blandt andet er det ikke alle blandt de udsatte patienter, som har fået tilbudt en ekstra samtale.

Spørgeskemaundersøgelsen "Evaluering af Projekt hjerterehabilitering", som CFK har gennemført, dokumenterer, at mange patienter oplever det samlede rehabiliteringsforløb som godt, og tallene tyder på, at der er sket forbedringer i løbet af projektperioden. Vurderingen bekræftes af tilkendegivelser på dialogmøder mellem de tre sektorer.

Projektet er således et godt eksempel på, at feedback fra patienterne har bidraget til at videreudvikle indsatsen.

Der mangler dokumentation for, at den særlige indsats overfor sårbare og udsatte patienter har virket. Der er ikke lavet særskilte analyser af denne gruppes spørgeskemabesvarelser.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Det har været en vigtig del af projektet at sikre, at almen praksis, kommuner og hospital kendte alle tilbud til hjertepatienter i de tre rehabiliteringsfaser. Der er lavet skriftligt materiale om de forskellige tilbud, arrangeret studiebesøg og fælles skolebænk, alt sammen koordineret af klyngens implementeringsgruppe.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projektet har betydet, at hospitalet nu har et standardforløb for hjertepatienter, som er mere tidskrævende end tidligere.

Hospitalet estimerer selv, at tre ekstra individuelle samtaler giver et medforbrug på 2,5 timer pr. patient.

Desuden er antallet rehabiliteringshold pr. år og antallet af lektioner på hvert hold forøget, hvilket betyder et merforbrug af personaletimer på 438 timer pr. år. Hospitalet konstaterer selv, at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt de implementerede tiltag kan bidrage til en god ressourceudnyttelse.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Hele projektidéen med at forbedre hjerterehabiliteringen handler om at styrke patienternes mulighed for at klare sig efter den akutte fase og forebygge nye blodpropper og hjertekramper.

Patienterne er ikke direkte blevet spurgt om dette er lykket, men der er kommentarer i spørgeskemadata, der tyder på at nogle patienter har ændret vaner i retning af en mere hjertesund livsstil.

Et tegn på styrket egenomsorg er, at flere patienter vælger at fortsætte hjerterehabiliteringen efter fase 2. Således er andelen af patienter, der svarer at de benyttet sig af det kommunale tilbud steget i løbet af projektperioden. Samlet set er det dog kun cirka 60 patienter ud af de 175 patienter, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, der aktivt tilkendegiver, at de er fortsat deres hjerterehabilitering i kommunalt regi.

Der kan derudover være patienter, der har fortsat deres træning på egen hånd, i foreninger eller fitnesscentre. Hospitalet oplyser, at det ikke er et mål at få patienter til at deltage i kommunens rehabilitering.

De tilgængelige tal tyder på, at der stadig er forbedringsmuligheder. Kun halvdelen af patienterne (der har svaret på spørgeskemaet) har haft en individuel samtale med en diætist og en tilsvarende andel oplyser, at de har benyttet hospitalets tilbud om fysisk træning og undervisning i grupper.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Hospitalet tilkendegiver selv, at de har et problem med at videreføre indsatsen efter projektperioden, fordi der mangler personaleressourcer til at løse opgaven. Det er derfor et åbent spørgsmål, om de aftalte standarder kan implementeres i daglig drift.

Muligvis er der brug for at differentiere indsatsen yderligere, så ikke alle AKS-patienter får tilbudt så mange individuelle samtaler.

Konklusion

Projektet har arbejdet systematisk med at implementere forløbsprogrammet – i et tværsektorielt samarbejde. Der er oprettet flere rehabiliteringshold for at reducere ventetiden fra fase 1 til 2.

Hospitalet har via spørgeskemaer og fokusgruppeinterviews fået tilbagemeldinger fra patienterne, og dette har givet anledning til justeringer af indsatsen, som i spørgeskemaundersøgelsen kan dokumentere som forbedringer på flere områder.

Den nuværende indsats overstiger de ressourcer hospitalet har afsat til hjerterehabilitering. Der er derfor brug for en ledelsesmæssig stillingtagen og prioritering for at kunne videreføre og evt. justere indsatsen.

Projekt 11:

Hjerterehabilitering på Regionshospitalet i Silkeborg

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 3. december 2012, herunder:
- Hanne Mikkelsen og Rikke Aarhus: "Hjerterehabilitering i Diagnostisk Center. Regionshospitalet Silkeborg – Hospitalsenhed Midt. En opsamling af patienters oplevelse af at deltage i hjerterehabilitering baseret på kvalitative interviews", november 2012
- Dialogmøde den 23. januar 2013

Tilstede på mødet den 23. januar 2013 var følgende:

For projektet , Diagnostisk Center	Evaluators fra CFK
Hanne Mikkelsen, sygeplejerske	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Heidi Sabroe, afdelingssygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Mette Kragh Svendsen, ledende terapeut	
Aage Nørgaard, overlæge	

Projektets mål

Projektet blev gennemført fra april 2010 til udgangen af 2012 og havde til formål at højne indsatsen for den enkelte patient i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Målene var:

1. at sikre at patienterne får den relevante rehabilitering efter hjertesygdom,
2. at optimere socialt differentierede patientforløb,
3. at sikre koordinering af tværfaglig, tværsektoriel behandling og rehabilitering samt løbende opfølgning.

Projektet vurderes efterfølgende af CFK i forhold til de fem kriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Diagnostisk Center har afprøvet en praksis, hvor sårbare AKS-patienter tilknyttes en af tre sygeplejersker som casemanager/forløbskoordinator. En patient kalder denne funktion for en "livline". Sygeplejersken tilbyder individuelle samtaler med patienten og eventuel pårørende og forsøger at hjælpe dem med det, der har betydning for deres rehabilitering. Der er afsat tid til at lytte og støtte den enkelte. Dermed har hospitalet fået indført forløbsprogrammets tilbud om socialt differentieret og individuelt tilpasset hjerterehabilitering.

Hospitalet har med kvalitative data dokumenteret eksempler på den individuelle vejledning og støtte til medicincompliance og livsstilsændringer. Der er ikke lavet systematiske opgørelser, der viser hvor mange patienter, der er hjulpet med hvad, hvor mange af AKS-patienterne, der får den relevante rehabilitering, og hvordan dette har udviklet sig over tid.

Hospitalet har ikke implementeret alle elementer i forløbsprogrammet for AKS fuldt ud. Der er fortsat ikke læge med til første samtale i hjerterehabiliteringens fase 2, og der er for lang ventetid i ambulatoriet. En nytiltrådt overlæge forventes at afhjælpe dette. Det er ikke alle patienter, der får lavet cykeltest. Nogle patienter fravælger træning. Omfanget af hospitalets standard hjerterehabiliterings fysiske træning er ændret, så de nu er i overensstemmelse med forløbsprogrammet (fra 2x2 timer til 3x1 timer om ugen i 12 uger, mod før 8 uger). Kapaciteten er udvidet fra 2 til 3 hold.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Hospitalet har som en del af projektet systematisk vurderet forskellen på den hidtidige hjerterehabilitering og den hjerterehabilitering, der er beskrevet i forløbsprogrammet og identificeret manglerne. Herefter er der bl.a. lavet henvisningsblanketter til rehabilitering på hospital (fase 2) og til kommunal rehabilitering (fase 3).

Hospitalet har med metoden "at gå i patientens fodspor" og i sin opsamling af patienters oplevelser af at deltage i hjerterehabilitering baseret på kvalitative interviews (november 2012) afdækket og dokumenteret, at der er et stort forbedringspotentiale, når det handler om forløbet for hjertepatienter,

Fra efteråret 2011 har akutplanen betydet, at patientforløbene for hjertepatienter i Silkeborgområdet har ændret sig. Patienter med AKS køres i den akutte fase 1 som hovedregel direkte til Viborg eller Skejby, hvilket betyder, at patienter fra Silkeborg ikke møder de sundhedspersoner, som står for hjerterehabilitering i fase 2, under deres indlæggelse.

Hospitalet har i projektet taget en række initiativer for at forbedre patientforløbene og forebygge kontinuitetsproblemer. Hospitalet har fx indført sammedags-udredning og genindført tilbud om rygestop på hospitalet – for at sikre at det integreres med hospitalets hjerterehabiliteringstilbud i fase 2. En vigtig del af projektet har været at opspore og kontakte patienter i målgruppen for hjerterehabilitering. Deltagere i hospitalets rehabiliteringshold møder en sundhedskonsulent fra Silkeborg Kommune i fase 2.

Der er stadig udfordringer med at sikre det gode patientforløb for hjertepatienter på tværs af hospitaler: der er fx ikke indført rutiner med at tjekke CPR-lister i EPJ, da Viborg endnu ikke er på Midt-EPJ.

Hospitalet har arbejdet sammen med kommuner og almen praksis for at få forløbsprogrammet implementeret. Der har været studiebesøg og gensidig undervisning af personale.

Hospitalet har siden 2011 også deltaget i et projekt, hvor en shared care model afprøves (projekt nr. 12). Nogle af de patienter, som – efter randomisering – tilbydes rehabilitering i det kommunale sundhedscenter, vælger at kontakte hospitalet efter første samtale i fase 2.

Hospitalet har ingen data, der viser i hvor høj grad, at projektet har medført, at hjertepatienterne i højere grad tilbydes og gennemfører hjerterehabilitering. Men et erkendt problem er for lange ventetider.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Hospitalets har i perioden 2011-2012 fået omkring 30 nye AKS-patienter om måneden. Projektets aktivitet i form af antal deltagende patienter, antal rehabiliteringsforløb, antal samtaler osv. er ikke systematisk gjort op, da it-

systemerne ikke understøtter dette. Mange sygeplejerskeydelser registreres ikke. I stedet har hospitalet fremlagt kalendere, den planlagte aktivitet og dermed kapaciteten på en almindelig uge. Der er afsat tid til 2 samtaler mere pr. uge til socialt differentierede forløb. Ud fra de fremlagte dokumenter kan omkostningerne til hospitalets hjerterehabiliteringsindsats anslås til omkring 30 sygeplejersketimer og 10 fysioterapeuttimer ugentligt.

Der er fremlagt kvalitative data med et konkret eksempel på, at det er lykkedes at hjælpe en sårbar patient menneske på en måde, så det potentielt bidrager til en bedre sundhedstilstand og dermed sparede omkostninger i sundhedsvæsenet på længere sigt. Hospitalets sygeplejersker har kendskab til de kommunale tilbud og henviser til dem. Men patienterne har mange skift, og nogle sårbare patienter tilbydes derfor individuelle samtaler over et længere forløb for at sikre kontinuitet og personkendskab. En enkelt patient har haft 20 samtaler. Der er et stort forbedringspotentiale menneskeligt og samfundsøkonomisk, hvis det lykkes at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Hospitalet har således investeret flere ressourcer i at tilbyde flere individuelle samtaler, hvoraf nogle er dedikeret til udsatte og sårbare.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Hospitalet har implementeret flere tiltag, der kan styrke støtten til egenomsorg, herunder individuelle samtaler med opfordring til at medbringe pårørende, rygestoptilbud, mere tid til dialogbaseret undervisning og øget kapacitet til fysisk træning. Dermed er der bedre tilgængelighed til hospitalets væsentligste tilbud om støtte af egenomsorg.

Der er i henvisningsblanketten til kommunal rehabilitering fokus på patientens egne mål, jf. anbefalingerne i forløbsprogrammet.

Projektet har haft meget fokus på patienter i en sårbar situation, som har brug for individuelt tilpasset hjælp til at tage vare på deres eget helbred og livssituation. Her bliver sundhedspersonalets empati og sundhedspædagogiske kompetencer til at støtte egenomsorg helt afgørende, så patienterne ikke fastholdes i en passiv rolle. Historien om patienten, der er kommet godt videre i sit liv er det gode eksempel.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Hospitalet har besluttet at videreføre tilbuddet om individuelt tilpasset hjerterehabilitering. Selvevalueringen oplyser, at de konkrete tiltag er etableret og implementeret, og at hospitalet har bevilget ressourcer til at hjerterehabilitering kan fortsætte, og der meldes om opbakning fra den lokale ledelse og de relevante medarbejdere.

Når Midt-EPJ implementeres i Viborg er endnu en forhindring for gode hjerterehabiliteringsforløb fjernet. Men patienterne vil stadig have et forløb med mange skift og risici for kontinuitetsbrud.

Konklusion

Projektet har arbejdet systematisk med at implementere forløbsprogrammet, herunder at sikre sammenhæng mellem hospitaler (3 matrikler), kommune og almen praksis.

Der er stadig forbedringsmuligheder fx når det handler om ventetider og it-understøttelse af patientforløb og populationsoverblik.

Hospitalet har i projektet gjort sig vigtige erfaringer med, hvordan der kan arbejdes med at reducere social ulighed i sundhed ved at indføre en udvidet kontaktpersonordning (forløbskoordinator/casemanager-funktion) på

sygehuset. Omkostningseffektiviteten i denne indsats afhænger meget af den sundhedsmæssige gevinst i det enkelte patientforløb.

Patientperspektivet på hjerterehabilitering er blevet undersøgt, analyseret og dokumenteret med meget relevante kvalitative data baseret på ni patientinterviews.

Projekt 12:

Shared Care hjerterehabilitering, AUH

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering dateret 2. december 2012
- Dialogmøde den 6. februar 2013

Tilstede ved besøget d. 06/02 2013 var følgende

For projektet - AUH	Vurderingsteamet fra CFK
Jannik Buus Bertelsen, projektleder	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Kent Lodberg Christensen, overlæge	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Ole Ledet-Pedersen, centerchef	Lucette Meillier, seniorforsker i CFK
Mette Hyldgaard, planlægningskonsulent	

Projektets mål

Projektet er et forskningsprojekt, som har til formål at undersøge en shared care-model for fase 2 af rehabilitering efter AKS overfor den nuværende rehabilitering på sygehus. Målet er at opnå højere gennemførelsesprocent, større deltagelse og mere kontinuitet i forløbet. Der måles på en lang række parametre for at kunne sammenligne de to tilbud.

Projektet er forlænget og har efter planen først indsamlet alle relevante data ved et-års opfølgning i foråret 2014. Projektet er blevet forsinket og dyrere end forventet, bl.a. fordi inklusion af et tilstrækkeligt antal patienter har forudsat, at projektet foregår på flere matrikler og dermed indebærer aflønning af projektpersonale i både Aarhus, Silkeborg og Viborg. Der er endnu (februar 2013) ikke inkluderet et tilstrækkeligt antal patienter til at projektet kan opfylde sit formål. AUH har ansøgt regionen om yderligere midler til projektet.

Projektet vurderes her ud fra programevalueringens fem evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Shared care indebærer, at kommunen og patientens egen praktiserende læge overtager dele af rehabiliteringsopgaven allerede i fase 2. I forløbsprogrammet nævnes denne mulighed, som dog forudsættes evalueret, da evidensen for positiv effekt af hjerterehabilitering bygger på undersøgelser af en specialiseret sygehusindsats (jf. MTV-rapport fra 2006). Det er således ikke givet, at shared care er en bedre praksis.

Rehabilitering i sundhedscentre kan i nogle kommuner indebære en større tilgængelighed for nogle patienter og pårørende. Et tættere samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis kan føre til bedre kontinuitet i rehabiliteringsforløbet. Flere patienter vil muligvis fortsætte hjerterehabilitering i fase 3, hvis de introduceres til kommunens sundhedscenter i fase 2. Men der er ikke tilgængelige data, der dokumenterer dette.

Projektets inklusions- og eksklusionskriterier betyder, at nogle patienter i målgruppen for hjerterehabilitering ikke er omfattet af projektet. Patienter med behov for det tilbydes individuel, udvidet rehabilitering. Men projektet indeholder ikke nye tiltag, der sikrer at socialt udsatte tilbydes og tager imod et særligt tilrettelagt individuelt tilbud. Projektet afprøver således ikke en ny og mere socialt differentieret praksis.

Da projektet er et uafsluttet forskningsprojekt, er der endnu ingen dokumenteret viden om den nye praksis er bedre. For at undersøge om shared care rehabilitering i fase 2 er lige så god som hospitalets eksisterende tilbud indsamles ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer data om patienternes helbredstilstand og livskvalitet (SF-12, HaertQoL, EQ5D, NYHA, BT, Angst, depression), KRAM-vaner, medicinforbrug, forbrug af sundhedsydelser (sygehusindlæggelser, egen læge, individuelle samtaler), tilfredshed med forløbet, støtte til egenomsorg, arbejdssituation, livssituation, fysisk træning, arbejdskapacitet m.m.). Det giver mulighed for at sammenligne to typer hjerterehabilitering på en række variable og identificere en eventuel sundhedsgevinst. Projektet er således veldokumenteret med mange relevante data, som dog endnu ikke kan offentliggøres. Som i mange andre forskningsprojekter, hvor dataindsamling er baseret på spørgeskemaer, er datakomplethed en kritisk faktor. Alle patienter skal udfylde cirka 80 sider spørgeskemaer med over 200 spørgsmål i løbet af et år. Hertil kommer data indsamlet af sundhedspersonale.

Projektet har bidraget til, at dele af forløbsprogrammet er blevet implementeret på hospitalet, fx screening for depression og angst og konditionstest på cykel. Projektet har arbejdet med systematisk at identificere/opspore målgruppen for hjerterehabilitering. Det afprøvede rehabiliteringsforløb indeholder fysisk træning 2 gange om ugen, mens forløbsprogrammets minimumsstandard er "cirka 3 gange ugentligt". Den fysiske træning er således ikke udtryk for en ny og bedre praksis i et regionsperspektiv.

Undervisningen i fase 2 i shared care-modellen foregår gruppebaseret sammen med diabetes og KOL-patienter, mens den på sygehuset foregår som individuelle samtaler. Det er derfor væsentligt at evaluere på om patienter med AKS får mulighed for at udveksle erfaringer med hinanden og får den fornødne hjertesygdomsspecifikke undervisning.

Den medicinske behandling revurderes af kardiologen på sygehuset i uge 10 for kontrolgruppen, mens egen læge først forventes at revurdere medicinen i uge 15 for shared care-gruppen. Den forskel har måske klinisk betydning og kan dermed være en bias i vurderingen af shared care-modellen.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Shared care handler om at hjælpe patienten på tværs af sektorer og organisatoriske grænser. I projektet afprøves en model med delt ansvar, hvor hospitalerne i Aarhus, Silkeborg og Viborg (fra 2011) overdrager opgaver til ansatte i kommunale sundhedscentre. Projektlederen (hertelæge) har undervist sundhedscentrenes personale i tre timer for at sikre en tilstrækkelig faglig viden om hjertesygdom. Fase 2 starter fortsat med, at patienten kommer til samtale med læge og sygeplejerske i hjerreambulatoriet senest 2 uger efter udskrivelse og lægger en plan. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at vurdere om det lykkes at skabe større kontinuitet og større deltagelse og højere gennemførelsesgrad i det samlede hjerterehabiliteringsforløb.

Praktiserende læge forventes i projektet at få en mere aktiv rolle i shared care-modellen. Sygehuset informerer tidligt de praktiserende læger og sikrer sig, at de får den information de skal bruge, fx patientens egne mål. Og patienten skal gå til egen læge ved uplanlagt behov

Forløbsprogrammet foreskriver, at patienten møder sin praktiserende læge inden for 2 uger. I projektet er standarden, at "alle patienter opfordres til kontrol ved egen læge cirka 6 uger efter udskrivelse". Næste planlagte besøg ved egen læge i shared care-modellen er i uge 13-15 (efter cirka 3 måneder = ved afslutningen på fase 2), med mindre en screening i uge 6 giver mistanke om depression. Projektkontrol på sygehuset er i uge 15-17. I hvor høj grad egen læge får en mere aktiv rolle i shared care modellen kan afklares, når resultaterne publiceres, da patienterne bl.a. spørges, hvor meget de har været ved egen læge.

Der foreligger ikke data om hvordan praktiserende læger, sundhedspersonale i kommunale sundhedscentre og hospitalets almindelige personale oplever samarbejdet, men projektlederen oplyser at sundhedscenterpersonalet har taget positivt imod projektet. Patienterne får spørgeskemaer om hvordan de oplever samarbejdet, som endnu ikke er databehandlet og offentliggjort.

CFK kan på det nuværende grundlag ikke vurdere om det tværsektorielle samarbejde er forbedret i kraft af projektet. Det kunne være relevant at undersøge sundhedspersonalets oplevelse af samspillet og rollefordelingen nærmere.

Stiger omkostningseffektiviteten?

En shared care-model, hvor opgaver flyttes ud fra sygehuset tilgodeser som udgangspunkt leon-princippet. I en MTV om shared care fra Sundhedsstyrelsen (2006) var vurderingen imidlertid, at de direkte udgifter til shared care formentlig er højere end at lade enten hospitalet eller almen praksis varetage opgaven. Den sundhedsøkonomiske gevinst ved den afprøvede shared care-model afhænger derfor måske af, at der kan opnås klare fordele.

Projektets oprindelige plan var at lave en MTV-rapport ved projektets afslutning, som skulle opgøre udgifter forbundet med behandlingsindsatsen og teste om shared care-modellen er omkostningseffektiv. Projektet vil opgøre de økonomiske omkostninger ved shared care rehabilitering overfor den nuværende rehabilitering efter 12 måneder. Men der samles ikke løbende oplysninger ind om sundhedspersonales tidsforbrug.

Det ville kunne øge omkostningseffektiviteten, hvis shared care-modellen i højere grad kan forebygge nye akutte hjertetilfælde og genindlæggelser og om det øger patienternes funktionsevne. De projektansvarlige forventer dog ikke at kunne påvise den slags effekter, men intensionen er at lave registerbaserede follow-up-studier.

Gruppebaseret undervisning på et kommunalt sundhedscenter er måske mere omkostningseffektivt end individuelle tilbud på hospitalet – for nogle patienter. Projektet kan bidrage til at afklare dette.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projektet indsamler oplysninger om patientens aktive medvirken og egenomsorg, herunder livsstil (KRAM), fysisk træning, medicinforbrug og patientens vurdering af støtte fra sundhedspersonale (PACIC). I projektet forventes ikke en gevinst i form af øget egenomsorg ved at lade hjerterehabilitering foregå ude i kommunernes sundhedscentre. Men opfyldes målet om øget deltagelse i hjerterehabilitering kan det forventes at flere patienter har fået større viden, ændret holdninger og vaner og fx er kommet i gang med fysisk træning.

En vigtig del af fase 2 er, at hjertepatienterne opnår en diagnosespecifik viden for at kunne tage vare på egen sundhed. Kommunens hold går på tværs af diagnoser, og AKS-patienter kommer derfor på hold med diabetespatienter og KOL-patienter, som har et andet behov for viden og ikke selv har personlige erfaringer med AKS. Foreløbige aktivitetstal fra projektet tyder på, at en del kommuner ikke har patientgrundlag til løbende at oprette hold med flere hjertepatienter. Sundhedscentrenes holdsammensætning er derfor relevant at evaluere shared care-modellen på. En opgørelse af incidensen opdelt på kommune og uger kunne også være relevant for at

kunne vurdere muligheden for at tilbyde hurtig og gruppebaseret rehabilitering, hvor mennesker efter AKS kan møde hinanden.

Der kan muligvis opnås en større deltagelse i hjerterehabilitering, hvis patienterne får lov at vælge om de foretrækker at deltage i hjerterehabilitering på sygehus eller i sundhedscenter. Projektdesignet (randomiseret kontrolleret forsøg) betyder, at dette ikke har været afprøvet i projektperioden.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet har udviklet sig til at blive et forsøg på fire sygehusmatrikler og i otte kommuner. Dermed er udbredelsen allerede i gang og mange ansatte i de kommunale sundhedscentre har fået erfaring med at tilbyde fase 2-hjerterehabilitering. Samtidig har hospitalerne gjort sig erfaringer med et tættere samarbejde med sundhedscentrene.

Projektet oplyser, at der er indgået en sundhedsaftale i Aarhus-klyngen, hvor almen praksis og det kommunale sundhedscenter kan overtage opgaver fra hospitalet i hjerterehabiliteringens fase 2. Det øger sandsynligheden for at kunne videreføre shared care-ordningen efter projektperioden.

Den ledende overlæge, der tog initiativ til shared care-projektet har fået nyt arbejde. Der er ikke taget ledelsesmæssig beslutning om hvad der skal ske med shared care-ordningen, når inklusionen til forskningsprojektet ophører.

Konklusion

Formålet med projektet er at skabe ny viden/evidens og ikke at implementere forløbsprogrammet. Projektet kan bidrage med viden om mulighederne for at inddrage især kommunerne mere i hjerterehabiliteringens fase 2. Projektet afprøver en shared care-model, som måske kan afhjælpe problemet med stort frafald og manglende deltagelse i hjerterehabilitering. Involveringen af otte kommuner i bestræbelserne på at styrke indsatsen overfor kronisk sygdom er i god overensstemmelse med LEON-princippet og dermed bestræbelserne på at udvikle og implementere en mere omkostningseffektiv indsats. Hospitalerne i Aarhus, Silkeborg og Viborg, otte forskellige kommuner og række praktiserende læger har formentlig fået en nyttig viden om hjerterehabilitering og et kendskab til hinandens tilbud, som kan anvendes i fase 3, uanset udfaldet af forskningsprojektet. Projektet offentliggør tidligst sine resultater i 2014.

Projekt 13:

Litteraturstudium om lænderygsmerter

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 22. november 2012 (5 sider)
- Lænderygsmerter – litteraturstudie af bedste viden på området, MarselisborgCentret, maj 2010 (83 sider)
- Forløbsprogram for lænderygsmerter, godkendt af Regionsrådet 22. august 2012 (68 sider + 41 siders bilag)
- Møde den 14. januar 2013
- Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats overfor patienter med ondt i ryggen (MTV 2010 - sammenfatning)
- Perspektiv på den faglige indsats blandt borgere med lænderygsmerter, Center for Kvalitetsudvikling, maj 2010

Tilstede ved mødet d. 14/01 var følgende

For projektet - MarselisborgCentret	Interviewer team
Anne-Mette Momsen, projektleder	Paul Bartels, leder af RKKP
Claus Vinther Nielsen, professor og forskningsleder	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK

Projektets mål

Formålet med litteraturstudiet var at samle den bedste viden om lænderygsmerter, at skabe et overblik over foreliggende viden, som efterfølgende kan danne baggrund for forløbsgruppens arbejde med henblik på at planlægge den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats. Primært for at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats overfor patienter med lænderygsmerter. Sekundært for at sikre opsamling af viden om rehabiliteringsindsatser, der ydes efter andre lovgivninger end sundhedsloven med henblik på at undgå langvarige forløb, unødvendige operationer og behandlinger for at undgå sygemeldinger og udstødning.

Projektet vurderes ud fra de fem opstillede kriterier, som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Et studie af den relevante litteratur er én forudsætning for, at forløbsprogrammet kan bygge på best practice og evidens.

Litteraturstudiet (dette projekt) har via systematisk litteratursøgning fundet og refereret mange relevante artikler, primært metaanalyser, systematiske reviews, MTV-rapporter og guidelines for best practice, hvad angår diagnosticering og behandling samt prognostiske faktorer for udvikling af lænderygsmærter.

Et af litteraturstudiets budskaber er, at lænderygsmærter er et symptom eller en tilstand, men ikke en veldefineret sygdom, og at litteraturen langt fra er entydig på grund af forskellig definition af henholdsvis lænderygsmerte og forbedring, der fortsat mangler viden om, hvad der er best practice på området.

Der har i de sidste år været en øget forskningsmæssig interesse for dokumentation af patientperspektivets betydning (fx Wennberg 2010). Viden baseret på undersøgelser af oplevelser og præferencer blandt mennesker med smerter, fx i form af data fra offentliggjorte patient- og befolkningsundersøgelser og litteratur om patientcentrering, empowerment og egenomsorg kunne have været et relevant supplement til den videnskabelige litteratur om lænderygsmærter - og den gennemførte fokusgruppeundersøgelse. Men det var ikke formuleret som en del af opgaven.

Forskeren, der har gennemført litteraturstudiet, præsenterede litteraturstudiet og et andet litteraturstudie om kommunal rehabilitering på forløbsprogramgruppens første møde i maj 2010 og fik mulighed for at kommentere nogle udkast til forløbsprogram. I forløbsprogrammet er der tydelige referencer til litteraturstudiet og dets fund og konklusioner.

Det er endnu for tidligt at vurdere, i hvor høj og på hvilken måde forløbsprogrammet implementeres.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Litteraturstudiet har bl.a. fokus på patientforløb og det tværsektorielle samarbejde, men den publicerede viden om effekt af organisering af indsatsen er sparsom.

Der er dog erfaringer fra studier i både Danmark og en række andre europæiske lande, med positive resultater med hensyn til mindre sygefravær efter tidlig, tværfaglig rehabilitering.

En mindretalsudtalelse fra kiropaktorerne viser, at der ikke er skabt konsensus om det gode patientforløb og det tværsektorielle samarbejde i forløbsprogramgruppen.

Litteraturstudiet tilvejebringer ikke viden om, hvordan mennesker med lænderygsmærter oplever patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Litteraturstudiet dokumenterer, at der er store samfundsmæssige omkostninger ved lænderygsmærter, blandt andet på grund af sygefravær, medicin og kontakter til sundhedsvæsenet. Ændringer i indsatsen kan således have store økonomiske konsekvenser.

Litteraturstudiet identificerer også en mulig overbehandling. En oplysning om at 1/3 af operationerne kunne undgås er dog ikke dokumenteret med henvisning til litteraturen.

Forløbsprogramgruppen har på baggrund af litteraturgennemgangen valgt at anbefale en afventende behandlingsstrategi. Litteraturstudiet indeholder imidlertid ingen analyser af, hvad det samfundsøkonomisk koster at lade mennesker med ondt i ryggen vente med at få behandling.

Det kan diskuteres, om det er omkostningseffektivt at regionen gennemfører sit eget studium af den internationale og nationale litteratur om lænderygmerter.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Litteraturstudiet har dokumenteret, at støtte til egenomsorg, herunder patientaktiverende rådgivning, øvelser og superviseret træning og samtale er en væsentlig del af best practice, når det handler om udredning, behandling og sekundær forebyggelse af lænderygmerter.

Hvis den viden via forløbsprogrammet kommunikerer ud til det kliniske personale og videre til de mennesker, der op søger sundhedsvæsenet med ondt i ryggen, vil det potentielt kunne styrke patienternes egenomsorg og aktive deltagelse i forløbet.

Litteraturstudiet har fokus på lænderyg, og ikke på den litteratur, der handler om, hvordan sundhedsprofessionelle bedst støtter egenomsorg, mestring, handlekompetence og empowerment, så visionen om den aktive og informerede patienter kan realiseres.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Det fremgår af selvevalueringen, at der ikke lagt en plan for, hvordan litteraturstudiets viden løbende opdateres. Opgaven med at holde forløbsprogrammets evidens opdateret er dermed en opgave for de klinikere, som er medlemmer af forløbsprogramgruppen.

Det kan med fordel overvejes at koordinere indsatsen på tværs af regioner for at sikre at forløbsprogrammet løbende opdateres i takt med, at der offentliggøres ny viden.

Konklusion

Projektets formål om at lade forløbsprogrammet være baseret på den bedste viden er i overensstemmelse med målene for omstillingen af indsatsen overfor kronisk sygdom.

Litteraturstudiet er gennemført og afrapporteret i overensstemmelse med god praksis på området på linje med dokumentalistrapporter i RKKP/NIP-regi. Forskeren, der har gennemført litteraturstudiet, har haft en relevant baggrundsgruppe, men der er ikke gennemført et egentligt kritisk peer-review af rapporten.

Litteraturstudiet har givet anledning til, at den nuværende behandling af patienter med lænderygmerter i den akutte fase er blevet diskuteret, og har bidraget til, at forløbsprogramgruppen har valgt at anbefale en afventende behandlingsstrategi.

På den måde kan litteraturstudiet have bidraget til, at mennesker med lænderygmerter fremover i højere grad udøver egenomsorg og vælger træning frem for manuel terapi. Samfundsøkonomisk kan det muligvis effektivisere indsatsen og føre til færre udgifter til behandling i den akutte fase.

Litteraturstudiet har imidlertid ikke skabt grundlag for, at der i forløbsprogramgruppen kunne skabes konsensus om en afventende behandlingsstrategi blandt fagpersoner, idet kiropraktorerne stiller spørgsmålstegn ved evidensen.

Patientperspektivet og egenomsorg er kun svagt repræsenteret i litteraturstudiets gennemgang af bedste viden, fordi der er fokuseret på artikler udvalgt efter biomedicinske forskningsstandarder.

Fremadrettet kan systematiske litteraturstudier med fordel laves nationalt.

Projekt 14:

Kronikerkompasset

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering med tilhørende bilag pr. 3. december 2012
- Evalueringsrapport: "Kronikerkompasset Evalueringsrapport 2012"
- Evalueringsrapport: "Tovholder for patienter med kronisk sygdom – lægers oplevelser i almen praksis i Region Midtjylland"
- Dialogmøde den 7. januar 2013

Tilstede ved besøget den 7. januar var følgende:

For projektet - Region Midtjylland	Interviewerteam
Marie Louise Heine Jensen, projektmedarbejder	Anne Frølich, overlæge, forskningsleder ph.d., Region Hovedstaden
Søs M. Jensen konsulent, cand.scient.adm., projektleder	Pernille Bjørnholt Nielsen, konsulent i CFK
Birgitte Haahr, kontorchef	
Steen Vestergaard-Madsen, chefkonsulent	
Lars Foged, praksisudviklingskonsulent, Region Midtjylland	
Øvrig deltager:	
Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK	

Projektets mål

Kronikerkompasset er et organisatorisk projekt, hvor målet var, at deltagende lægepraksis har skullet implementere mindst et forløbsprogram (AKS; KOL, eller diabetes) samt tilegnet sig generelle arbejdsmetoder med henblik på at implementere andre forløbsprogrammer. Projektet sigtede således mod, at almen praksis stratificerer og agerer proaktivt i forhold til patienter med kroniske sygdomme.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

I almen praksis har man fået funderet et udviklingsrum, hvor praktiserende læger og klinikpersonalet i fællesskab har arbejdet med og skabt kvalitetsudvikling. Dette vurderes at være en af de store gevinster ved Kronikerkompasset.

De vigtigste erfaringer i forhold til almen praksis er:

- almen praksis har arbejdet systematisk med data for de kroniske patienter, der var tilknyttet de enkelte praksis. Dette var med til at skabe overblik over kronikerpopulationen, hvilket ikke havde været muligt før,
- interventionen over for de praktiserende læger var en kombination af et facilitatorkorps samt halvdagsmøder med de praktiserende læger. Projektresultaterne viser at fællesoplæg, afprøvning i egen praksis og senere opsamling fungerer for almen praksis,
- for 13 ud af 60 indikatorer udvikler deltagende praksis sig bedre end ikke-deltagerne praksis,
- medicineringen forbedres i projektperioden,
- de praktiserende læger ønsker ikke en benchmarking,
- ved deltagelse i projektet blev der skabt et læringsrum blandt praktiserende læger,
- projektet viser at det var muligt at opnå fælles sprog og kultur på tværs af deltagere og stabsfunktioner.

De vigtige erfaringer i forhold til stabsfunktionen i regionen er:

- tidlig og synkron inddragelse af eksempelvis styregruppe, konsulenter og undervisningsgrupper er nødvendig,
- tydelighed om meningen med indsatsen samt forventningsafstemning mellem de deltagende læger og stabsfunktionen er centralt for samarbejdet,
- det skal sikres, at der findes et relevant match mellem undervisningsniveau/undervisere og deltagere i undervisningen. I projektet blev undervisningsniveauet vurderet som for lavt af de deltagende praksis. Derudover var det erfaringen at sammensætningen af de deltagende praksis ikke var hensigtsmæssig i forhold til forskelle på at være en enkeltmandspraksis versus flermandspraksis,
- det er i evalueringen vigtigt at kunne differentiere målgruppen på en nuanceret måde. Populationen har været opdel i deltagende versus ikke deltagende praksis, hvor de selv har kunnet vælge om et to eller tre forløbsprogrammer skulle implementeres. Når resultaterne opgøres er det vigtigt at kunne nuancere billedet i forhold til om praksis har arbejdet aktivt med alle tre programmer for KOL, diabetes og AKS eller blot et enkelt,
- anvendelse af PDSA på kronikerkompassets eget design kræver en tidsplan der tillader det,
- det er vigtigt at få tydeliggjort overfor deltagerne hvilken rolle konsulenterne og lægekonsulenterne har,
- anvendelse af it som kommunikation med brug af hjemmeside med blog kræver en større indsats for at blive anvendt relevant af de praktiserende læger.

Den eksterne evaluering inddrager kun lægernes vurdering af kronikerkompasset. Der mangler evaluering af klinikpersonalets betydning for kvalitetsudviklingen i almen praksis via deres deltagelse i Kronikerkompasset. Derudover er processen i projektet ikke evalueret. Dette vurderes at have været en central del af projektet og en væsentlig del af indsatsen for kronikerkompasset.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Selvom forbedringer af patientforløbene ikke er fremhævet i selvevalueringen, har projektet arbejdet systematisk med data for de kroniske patienter herunder er der fx sket forbedringer af medicineringen, hvilket må forventes at bidrage til et bedre forløb for patienterne.

Der er ikke dokumentation for, at det tværsektorielle samarbejde er blevet bedre som en følge af Kronikerkompasset. Dog har de praktiserende læger på nogle af de afholdte møder mødtes med repræsentanter fra hospitaler og kommuner, hvorved projektet har arbejdet med samarbejdet på tværs.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projektet har ikke opstillet succeskriterier herfor og kan ikke dokumentere en omkostningseffektivitet. En mulig konsekvens af lægernes indsats over for egen population kan være færre indlæggelser, hvor mål for fx omkostninger pr. læge sammenholdt med hospitalsomkostninger kunne være en økonomisk indikator.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Selvevalueringen redegør i mindre grad for resultater opnået i forhold til egenomsorgen. Dog nævnes, at flere læger i 2012 understøtter patienternes egenomsorg.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

En høj procentdel af de praktiserende læger deltager i projektet nemlig 75 % af alle praktiserende læger i Region Midtjylland er med i Kronikerkompasset, hvilket i sig selv er yderst positivt resultat i forhold til udbredelsen af ny praksis. Den store andel, der har været med, højner sandsynligheden for, at resultaterne kan fastholdes på sigt. Samtidig er Sentinel blevet indført, hvorved lægernes registreringspraksis automatisk fremmes.

Hvis tilsvarende projektet gennemføres mener projektet, at formen med to møder og hjemmearbejde derimellem en brugbar vej for denne målgruppe. Der leveres dog ikke overbevisende dokumentation for at denne form er bedre end en række andre alternativer.

Konklusion

Projektet er overordnet et meget visionært projekt, hvor populationstilgangen var helt ny på det tidspunkt, hvor projektet startede. Projektet har arbejdet tæt sammen med to andre projekter under kronikerprogrammerne og det er umiddelbart ikke let at adskille herværende projekt fra kronikerdata og farmaciprojektet. De tre projekter hænger indholdsmæssigt tæt sammen.

Projektet har ikke givet en klar definition af, hvad det vil sige at have implementeret et forløbsprogram, hvilket udfordrer konklusionerne om, hvorvidt det er implementeret og målingen heraf. Tovholderbegrebet er endvidere ikke klart defineret, hvilket gør det utydeligt, hvad det er lægerne konkret er blevet bedre til i forhold til at varetage deres rolle som tovholder.

Projektet har haft et ønske om at fremme almen praksis forståelse af den samlede population af mennesker med kroniske sygdommes behov. Dette mål synes at være nået i projektet i de deltagende praksis. Herudover har projektet opnået at forløbsprogrammerne er "kommet ud i" almen praksis ligesom anvendelse af kendte kvalitetsredskaber er taget op i almen praksis. Projektet har været med til at understøtte, at nye processer er igangsat i de tre sektorer. Samlet viser de kvantitative data, at praktiserende lægers indsatser er forbedret i projektperioden i begge grupper af praktiserende læger, dog mest i gruppen af læger der deltog i projektet.

Forskelle mellem deltagende og ikke deltagende praksis må tages med et vist forbehold, da de to grupper af almen praktiserende læger var forskellige både med hensyn til sammensætning af praksis i forhold til enkeltmands- og flermandspraksis, køn og alder. Derudover er deltagende praksis sammenlignet med ikke-deltagende praksis, selvom ikke alle deltagende praksis havde arbejdet med alle forløbsprogrammer, men fx kun et enkelt af disse. Der findes således grundlæggende organisatoriske forskelle mellem de to grupper, som i sig selv i nogen grad kan forklare de observerede forskelle i de opnåede resultater. Designet af Kronikerkompasset gør det derved vanskeligt at tolke projektets kvantitative resultater.

Meget tyder på, at projektet har understøttet en forandringsproces omkring en mere struktureret og organiseret indsats i almen praksis i forhold til de tre forløbsprogrammer, der er blevet implementeret delvist i projektperioden.

Den kvalitative evaluering viser samlet, at projektet har understøttet udviklingen af ny viden og nye processer og udviklingsmetoder i almen praksis. Derudover har projektet understøttet og fremmet forståelsen for anvendelse af populationsdata i en praktisk tilgang, hvilket er et positivt resultat. Udeladt af evalueringen er dog hvilken betydning, det har haft for kvalitetsudviklingen i almen praksis, at praksispersonalet har deltaget aktivt i Kronikerkompasset.

Desværre er ikke al væsentlig information eksempelvis den information som almen praksis har lagt på projektets hjemmeside bearbejdet, således at den har kunnet indgå mere aktivt i den samlede vurdering af projektet, ej heller indgår resultater fra statusrapporterne, hvor hver læge har noteret egne kommentarer i projektets selvevaluering.

Projekt 15:

Farmaci

Indledning

Dette notat er en opsamling på evaluators vurdering af selvevaluering afleveret 3. december 2012 og efterfølgende besøg den 14. december 2012 i Viborg.

Projektet her fået forlængelse til 2013, hvorved afprøvning og dataindsamling i forbindelse hermed endnu ikke er afsluttet.

Tilstede ved besøget den 14. december 2012 var følgende:

For projektet i Region Midtjylland	Interviewerteam
Kirstine Gommesen, lægemiddelkonsulent og projektleder	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Pia Ehlers, lægemiddelkonsulent	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
	Pernille Bjørnholt Nielsen, konsulent i CFK

Evalueringskriterier

Evalueringen forholder sig til projektets vurdering af opnåede resultater og gevinster. Herunder med særligt fokus på følgende fem parametre:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Formålet med projekt 15 beskrives som, at almen praksis bliver bedre til at arbejde systematisk med medicinafstemning og medicingennemgang. Målet er, at farmaceuten gennem coaching og vejledning styrker den praktiserende læges kompetencer i relation til optimal og rationel farmakologisk behandling af den enkelte patient.

Det fremgår ikke eksplicit, hvad optimal lægemiddelbehandling er for den enkelte patient eller patientgruppe, og projektets primære formål er ikke reduktion af lægemiddelrelaterede omkostninger. Samtidig bygger implicitte mål på en forventning om, at systematisk medicingennemgang resulterer i reduktion af forbruget af lægemidler, skift til tilsvarende billigere lægemidler, færre lægemiddelrelaterede problemer, øget livskvalitet, færre lægemiddelrelaterede indlæggelser og måske færre lægebesøg.

Der er udviklet et sæt af indikatorer, men spørgsmålet er igen, hvilket grundlag og kriterier indikatorerne bygger på, og hvem, der har været involveret i valget heraf? Det overvejes at ændre nogle af disse indikatorer i den afsluttende evaluering.

Indføres ny og bedre praksis?

Fokus for projektet har især været rettet mod en styrket indsats over for patienter med kronisk sygdom og dernæst bedre populationsoverblik samt udvikling af kompetencer hos de professionelle.

En måde at nå målet opnås eksempelvis ved, at der bliver ryddet op i de lægemidler, der bliver fornyet pr. automatik gennem fornyelse via sekretær. En anden ny praksis kan være, at der i almen praksis bliver talt om, hvad de helt konkret gør i dagligdagen, hvilket skaber en bevidsthed om rutiner og samarbejdet i klinikken. Samtidig er der fokus på, at det tværfaglige team fungerer, hvor fx noget arbejde kan varetages af klinikpersonale og andet af lægen. Idéen er, at det bliver en mere effektiv måde at arbejde på. Herunder at almen praksis oplever det som en naturlig del af det daglige arbejde frem for en ekstra opgave. Projektet indfører en ny praksis i den forstand, at medicingennemgangen bliver mere systematisk, men der er ikke opstillet mål for, hvor mange af lægerne der bruger denne systematik og om denne er mere effektiv. Lægerne modtager et evalueringsspørgeskema om konsulentbesøget, men de adspørges ikke systematisk om ovennævnte.

Projektets indsats er noget, der allerede tilbydes i regions regi. Projektet har dog helt overordnet set skabt opmærksomhed på ydelsen, og øget sandsynligheden for at lægerne henvender sig. Set fra et evalueringssynspunkt er den øgede opmærksomhed en gevinst i sig selv. Det gælder både opmærksomhed på farmaceuterne og farmakologernes kompetencer og hjælpemuligheder for almen praksis. Viden om, hvad det er regionen tilbyder, er en central sideeffekt.

Projektet har overvejet at inddrage en opgørelse over, hvor mange der henvender sig efterfølgende om et ekstra frivilligt tilbud om at farmaceuterne kommer ud efterfølgende, hvilket vurderes som relevant som opfølgning og dokumentation af indsatsen.

Dokumentation af effekterne

Projektets dokumentation af de forventede effekter er bundet op på en evaluering, der endnu ikke foreligger. Hvorvidt lægerne accepterer den nye løsning forventes målt gennem et spørgeskema til lægerne. Den kommende evaluering måler på tre parametre:

- Ændring i antallet af polyfarmacipatienter i de deltagende praksis
- Ændring i antallet af samtidige lægemidler, som polyfarmacipatienterne i de deltagende praksis får ordineret
- Ændring i antal polyfarmacipatienter i behandling med mere end 15 forskellige lægemidler

Det nævnes ikke i selvevalueringen, men det vil være muligt at måle på, hvorvidt antallet af kontakter til sundhedsvæsenet reduceres som en formodet effekt af indsatsen. Dette vurderes at være et meget relevant mål, som den kommende evaluering kan konkludere i forhold til. De primære mål som listet ovenfor handler nemlig om ændringer i antallet polyfarmacipatienter/antal lægemidler og ikke om, hvorvidt henvendelserne fra patienterne rent faktisk falder.

Projektet har fokus på at møde praksis, der hvor de står og med de udfordringer de hver især har, men uden at farmaceuterne skal følge op på handleplanerne fra praksis. Evaluator undrer sig over, at der ikke indsamles data, der kan kategoriseres og generes på regionsniveau for at sige noget om, hvad almen praksis har styr på, og hvad de ikke har? Projektet forklarer, at de opsamler viden fra et sted til et andet via den personlige kontakt og de erfaringer den enkelte gør sig. Set fra et evalueringssynspunkt kan det være sårbart at viden forbliver hos det enkelte individ og ikke systematisk opsamles.

Klinikpersonalets vurdering indgår ikke evalueringen, men kan dog tænkes at være anderledes end lægernes. Projektet er enig i denne vurdering, men argumentet er, at lægerne ikke kan udtale sig på hele klinikkens vegne, når de svarer på det fysiske evalueringsskema ved møde 2. Evaluators gør opmærksom på, at klinikpersonalets vurdering kan indsamles på anden vis. Projektet tager disse overvejelser med i den afsluttende evaluering.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Der er ikke opstillet mål for om patientforløbet bliver bedre. Det er ikke eksplicit formuleret i selvevalueringen på hvilken måde patienten får gavn af projektet. Ved mødet kommer det frem at antallet af patienter med 25-30 lægemidler forventes at blive reduceret, hvoraf det kan udledes, at det for denne patientgruppe er tegn på en forbedring med begrundelse i at et så højt antal i sig selv er en uhensigtsmæssighed.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Styregruppen har valgt at sætte fokus på, at projektet er et kvalitetsprojekt og ikke et besparelsesprojekt. Økonomien indgår ikke som et direkte mål i projektet, men reduktion i antallet af lægemidler har en sammenhæng med udgifter til medicin.

Projektet har fokus på læring i praksis, hvor der ses på arbejdsgangsprocesser og uhensigtsmæssigheder, der ønskes reduceret, hvilket kunne have betydning omkostningseffektivt set via færre medicinudgifter og større patientoplevelse kvalitet.

Nogle patienter vil som konsekvens af indsatsen få sat antal af lægemidler op andre ned, men for den gruppe, der får 25-30 lægemidler er det så højt, at en reduktion heri vil kunne tolkes som en kvalitetsforbedring, hvorfor det undrer evaluators, at dette mål ikke indgår som en del af overvejelserne i forhold til omkostningseffektiviteten.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Det er evaluators vurdering, at projektet ikke er optaget af dette punkt.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet har tilpasset sit oprindelige design på baggrund af evalueringen af pilotprojektet. Det er således positivt, at projektet formår at indarbejde de erfaringer og den læring pilotprojektet har givet undervejs. Projektet formår således at tage højde for, hvad der realistisk set kan lade sig gøre, når der tages højde for lægernes modstand mod fx stormøder og læring via farmaceuternes medicingennemgang af egne patienter.

Projektet har tilladt at opnået læring har været med til at re-designe projektet. Projektet har taget til efterretning, at lægerne ikke ønsker farmaceuter involveret i det daglige arbejde på den måde, som pilotprojektet var designet. Dette har betydet, at indsatsen nu struktureres som to på hinanden følgende møder mellem farmaceuter og læger. Første møde i den enkelte praksis og andet møde på tværs af flere praksis, hvor både en klinisk farmakolog og en farmaceut underviser. Farmakologerne er højt respekteret for deres faglighed, og det giver en god dynamik at have flere undervisere med forskellig baggrund.

På baggrund af pilotprojektet er farmakologerne inddraget på møde 2. Farmakologernes faglighed er meget respekteret, og for at udnytte dette og skabe mere dynamik, blev de inddraget i møde 2. Opfattelsen er, at dette er givtigt for alle parter. Projektet har taget dette til sig ved at kommunikere med lægerne på en måde, der gør, at de lytter til de budskaber, projektet ønsker at komme med. Pilotprojektet viste dårlig forventningsafstemning og at præsentation af alt for mange ændringsforslag fra farmaceuterne var for meget for lægerne.

Evaluators stiller spørgsmålstejn ved, hvorfor forslaget om hotline og det årlige møde som pilotevalueringen foreslår ikke indgår i projektet. Argumentet er, at det årlige møde faktisk kan betragtes som det projektet gør nu med besøg i praksis på møde 1. Dette tiltag opfylder kriterier med et årligt møde. Spørgsmålet er dog når projektet udløber, hvorvidt mødet opretholdes der hvor lægerne ikke henvender sig selv? Projektet har dog en forventning om, at tilbuddet om et årligt møde kan videreføres.

Projektet mener, at der i forvejen er en hotline-funktion i betydningen, at de altid kan ringe (almindelig åbningstid), og samtidig er der planer om et tværgående projektet på tværs af hospital og praktiserende læger. Spørgsmålet handler snarere om, at lægerne ikke er vidende om, at de kan ringe. Funktionen er derved til stede, men viden herom er mangelfuld. Der arbejdes på hotline-tankens i forbindelse med et kommende projekt: Den Ældre Medicinske Patient.

50% af lægepraksis i Region Midtjylland forventes at deltage i projektet. Det er stadig uafklaret om de praksis, der ikke deltager afviger væsentligt fra denne gruppe, og hvilke konsekvenser det vil få for spredningen generelt. Er det dem, hvor det fungerer dårligst, der ikke er med? Projektet ved ikke noget om, hvorvidt frafaldsgruppen adskiller sig væsentlig fra den deltagende gruppe. Dette kan derved have betydning i forhold til generaliserbarheden.

Projektet italesætter selv, at der måske mangler mere viden via fx interview af involverede parter som pilotevalueringen ikke inkluderer, herunder farmaceuternes egen vurdering.

Evaluators stiller spørgsmålstejn ved, at projektet og vurderingen deraf baserer sig på en indsats, der er mere omfattende end den, der er tænkt fremadrettet. Spørgsmålet er hvorvidt projektet skaber erfaringer, som kan bruges fremadrettet, når projektet ophører og driften kører videre? Hvad får patienterne ud af det? Hvordan fastholdes praksis, hvordan inkluderes nye læger? Hvordan sikres, at hele populationen får gavn heraf? Hvordan forholder projektet sig til, at "hyldevaren" ikke er det, der testes nu, men at driften vil udgøre en væsentlig mindre model, som minder om tidligere indsatser og hvilke konsekvenser har det?

Projektet har planer om at knytte sig tættere på almen praksis via deres medicinteam. Ligesom it-konsulenterne knytter sig til faste kommuner har de planer om at opdele sig i primære konsulenter til bestemte kommuner og derved være fast kontaktperson, herunder evt. holde øje med ordinationsmønstre eller skabe opmærksomhed i tilfælde af særlige indsatser. Samtidig er der planer om at besøge alle nye praktiserende læger, der kommer til, og medtænke PR-indsatsen løbende.

Konklusion

Projektet har fået skabt en opmærksomhed på at arbejde systematisk med medicinering i almen praksis blandt de deltagende praksis, og samtidig en bevidsthed om, hvad regionens farmaceuter og farmakologer kan bruges til. Projektet formår at indarbejde læring undervejs i projektperioden og sadler således om i forhold til tilgangen og kommunikationen med de praktiserende læger. Der er derved opnået læring i forhold til, hvordan besøget hos lægerne skal foregå og hvor indholdet tilrettelægges så det er acceptabelt for lægerne. Det har været en udfordring for projektet, at farmaceuterne kommer som "dem fra regionen", hvilket ikke nødvendigvis modtages med begejstring hos alle læger. De to kulturer taler ikke altid samme sprog, og nogle læger oplever, at farmaceuterne ikke har nok kendskab til dagligdagen i almen praksis. Farmakologernes faglighed er meget respekteret, og for at udbytte dette og skabe mere dynamik i undervisningen blev de inddraget i møde 2. Opfattelsen er at det er givtigt for alle parter.

Projektet har derved indtil nu opnået at udarbejde en model for, hvordan regionen kan sammensætte forløb med almen praksis med henblik på bedre farmaceutisk praksis. Hvor stor en andel af lægerne som rent faktisk opstiller konkrete mål og udarbejder samt implementerer en procedure for medicingennemgang fremgår ikke på

nuværende tidspunkt, men foreligger ved projektets afslutning. Det er en styrke ved projektet, at måling af lægernes vurdering af deres eget arbejde med systematisk medicingennemgang er medtænkt i designet.

Det er uklart hvorvidt de 50% af læger som deltager adskiller sig fra de 50%, som ikke gør det, og hvilke konsekvenser det i givet fald vil få i forhold til spredning til restgruppen.

Projekt 16:

Kronikerdata

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 3. december 2012
- Dialogmøde den 18. februar 2013

Tilstede ved dialogbesøget den 18. februar var følgende:

For projektet - Region Midtjylland	Interviewerteam
Lone Kærsvang, projektleder	Elin Kallestrup, kontorchef, Strategisk Kvalitet, Region Midtjylland
Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Strategi og Planlægning	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
	Pernille Bjørnholt Nielsen, konsulent i CFK

Projektets mål

Formålet med Kronikerdata er at sætte fokus på patientpopulationer og sammenstille eksisterende data fra både praksissektoren og hospital samt praktiserende speciallæger. Målgruppen er de praktiserende læger i Region Midtjylland som har valgt at deltage i Kronikerkompasset (projekt 14). Fokus i projekt Kronikerdata er populationsoverblik, tværsektorielle patientforløb og feedback, analyse samt dokumentation. Sidstnævnte fokusområde er undervejs revurderet.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet er knyttet sammen med to andre projekter, der også har modtaget puljemidler: Projekt 14 Kronikerkompasset og Projekt 18 Borgernes Perspektiv.

Kronikerkompasset har gjort brug af data fra kronikerdata og de deltagerne praktiserende læger fra Kronikerkompasset er identisk med de deltagende praksis i projekt 16. Borgernes perspektiv, projekt 26 har gjort brug af en stikprøve af de validerede data fra Kronikerdata og udtrukket patienter på denne baggrund.

Projektet har fået forlænget projektperioden til 30. marts 2013, og er således ikke afsluttet endnu. Det betyder, at en evalueringsrapport fra KORA med sigte på bl.a. fremadrettede behov, muligheder med data og dataunderstøttelse, endnu ikke foreligger.

Indføres ny og bedre praksis?

Da projektet startede, var det først og fremmest en ny praksis, at der indsamledes data på tværs af de angivne kilder, som de praktiserende læger skulle validere i forhold til om patienterne havde de forventede diagnoser. Den nye og spændende praksis, som projektet har afprøvet er at stille et datasæt til rådighed for almen praksis, der skulle i gang med at implementere forløbsprogrammer og dermed styrke den praktiserende læges grundlag for at agere proaktivt og varetage sin centrale rolle som tovholder i relation til patienter med kroniske sygdomme. Projektet har været et forsøg på at identificere populationen af borgere med mindst en af de tre kroniske sygdomme.

Projektet har formået at ændre på praksis ved at flere læger er blevet opmærksomme på, at deres patienter får receptfornyelser uden om opfølgningsbesøg hos lægen selv. Derfor har det givet anledning for ændringer af procedurer for fornyelse af medicin til kroniske patienter. Der er ikke indhentet systematisk viden herom, men på Kronikermøderne har der været givet eksempler herpå for især KOL-patienterne. Derudover er der en erfaring som følge af lægernes syn på egne data, at mange diabetikere ikke får deres årskontrol som forløbsprogrammet netop foreskriver. Kronikerdata har gjort det muligt for almen praksis at finde de patienter, der ikke har været til forebyggende konsultation kontrol for nyligt.

Projektet sigter på bedre populationsoverblik, hvorfor antallet af læger og patienter som indsatsen vedrører interessant. Målgruppen for projektet er defineret som de praktiserende læger, der har tilmeldt sig Kronikerkompasset, og udgør 75% af de praktiserende læger i regionen. Det var frivilligt for lægerne at deltage. 277 praksis har deltaget og der er oprettet 1130 brugere til webapplikationen, idet både læger og klinikpersonale har fået login. Der er fulgt op på, hvor mange der har logget ind især i starten af perioden, og et login i gennemsnit pr. praksis pr. uge er et tal som gengives i selvevalueringen. Selvevalueringen inkluderer ikke tal for hvor mange af de 1130, der har logget ind efter deres oprettelse, og det er derfor ikke muligt med de tal, der foreligger at sige noget om, hvorvidt det især er de samme brugere som logger ind. En vurdering er, at ca. 30% finder det som værende et godt redskab, 10% finder det uden interesse og 60% er ikke rigtig kommet i gang med at bruge det. Der er i starten fulgt op på login og en tendens til faldende nyhedsværdi var at spore blandt lægerne. I denne sammenhæng er det relevant at bemærke, at de læger der ikke er med i kronikerkompasset adskiller sig både med hensyn til sammensætning af praksis i forhold til enkeltmands- og flermandspraksis, køn og alder (jf. "Kronikerkompasset Evalueringsrapport 2012"). Dette forbehold må inddrages i forhold til at udtale sig generelt om populationen af patienter med kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Et af formålene med projektet er at skabe overblik over populationen, hvorved det er relevant at arbejde på at sikre, at hele populationen kommer med.

Blandt de 277 deltagende lægepraksis er det 50%, som har valideret data for deres patienter.

Den tiltænkte indsats med analyse, feedback og dokumentation med udgangspunkt i lægernes data har ikke kunnet gennemføres i projektperioden, da lægerne mødte regionen med stor skepsis over for denne del vedrørende målet om at bruge Kronikerdata som redskab til at skabe populationsoverblik for klyngerne og regionen. Det generelle indtryk er, at de praktiserende læger ikke har været interesseret i en potentiel kontrolinstans, og ikke har været begejstrede for tanken om at regionen skal monitorere data for deres patienter med bekymring for negativ brug af data i et kontrolleringsøjemed. Projektet har derfor været nødt til at fravige idéen om løbende datafeedback og dokumentation på grund af manglende opbakning fra lægernes side til at anvende data til andet end den enkelte læges eget brug. Samtidig har Sentinel og DAK-e været på vej med andre it-løsninger.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Patienterne er ikke direkte adspurgt eller inddraget. Projektet formår dog at gøre de praktiserende læger opmærksomme på egne populationer, hvilket bl.a. har den konsekvens at nogen opdager, at patienterne automatisk får fornyet medicin uden om lægen, hvilket i sidste ende har betydning for patientens forløb.

Kronikerdata har gjort det lettere for mange læger at finde frem til patienter, som ikke har fået deres årskontrol eller andre kliniske mål som er mangelfulde. Det må forventes, at de også agerer i forhold hertil og bidrager til et bedre forløb for patienten. Der kan ikke leveres eksakte tal for hvor mange patienter, der har fået ændret i deres forløb som følge af Kronikerdata.

Med hensyn til det tværsektorielle samarbejde mellem hospitalet, kommunerne og praktiserende læger er det relevant hvorledes samarbejdsfladerne styrkes og hvorvidt lægens rolle som tovholder for de kroniske syge patienter styrkes. Det er en styrke ved projektet, at de praktiserende læger får mulighed for at få overblik over egne patienter med de tre pågældende diagnoser. Derved vil det være lettere for lægen at målrette tiltag i relation til tidlig opsporing og agere som tovholder for den enkelte patient.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projektet har ikke direkte haft dette parameter med. Kronikerdata giver mange praktiserende læger et hurtigere overblik over deres KOL/Astma, AKS og diabetespopulationer og den enkelte patients undersøgelser, analyseresultater og indløste recepter. Det har givet den praktiserende læge bedre mulighed for at være proaktiv og kontakte patienter, der ikke kommer til regelmæssig kontrol. Om det vil bidrage færre komplikationer og reducere forbruget af sundhedsydelser kan ikke dokumenteres. Om det øger eller mindsker praktiserendes læges tidsforbrug afhænger bl.a. af arbejdsgange og patientjournalssystem. Hvis data kan bidrage til identifikation af og prioritering af indsatser til patienter med komplekse behov og stort forbrug af sundhedsydelser er der en potentiel mulighed for større grad af en costeffektiv indsats.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Kronikerdata har givet praktiserende læger mulighed for at identificere hvilke patienter, der ikke har været til kontrol for nylig. Dermed har Kronikerdata været et redskab til at finde sårbare patienter, som har brug for støtte til egenomsorg. Nogle praktiserende læge har fravalgt at benytte kronikerdata som redskab til at være proaktive med den begrundelse at det kan risikere at fratage borgeren sin autonomi og sit personlige ansvar for egenomsorg.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Webapplikationen lukkes ned i april 2013, hvorved lægerne ikke længere skal validere egne patienter eller har adgang til overblikket over de tre diagnosegrupper. Denne del videreføres således ikke i sin nuværende form. Der etableres i stedet et løbende monitoreringssystem af forløbsprogrammer (MAF) som opbygges med udgangspunkt i Kronikerdata. Opdatering af patientpopulationen skal foregå via ICPC kodninger for de tre sygdomsområder; diabetes, AKS og KOL med datafangst fra de samme kilder i kronikerdata. Derudover tænkes populationerne for to andre forløbsprogrammer ligeledes ind nemlig lænde-ryg og depression. Idéen er indhentning af data på CPR-niveau og en indsamling/kobling af kommunale rehabiliteringsdata på individniveau.

Den praksis lægerne har opnået med validering af egne data videreføres ikke i sin nuværende form. Det kan være tale om at lægernes erfaringer med brug af databasen giver dem en fordel fremadrettet i forhold til overgange til Sentinel. Projektet kan ikke dokumentere, at det er en generel pointe, da deltagende praksis ikke er adspurgt, og der ikke foreligger nogen systematisk vidensindsamling herom, men vurderingen er udelukkende baseret på tilbagemeldinger på Kronikerkompasmøderne (møder for praktiserende læger og klinikpersonale afholdt i forbindelse med projekt 14).

Derudover har projektet været med til at sætte fokus på tankegange omkring monitorering og analyse af data på tværs af systemet og af praktiserendes lægers praksis. Et område hvor der ikke er samme tradition for monitorering, akkreditering, systematisk patienttilfredsundersøgelser m.v. Projektledelsen vurderer derved, at

projektet er med til at vænne de praktiserende læger til tankegangen om mere monitorering, at skulle forholde sig til kvalitetsrapporter osv.

Projektet har brugt erfaringerne fra kronikerdata i kommunikationen med medarbejderne der arbejder med Sentinelløsningen, hvorved brugbar viden fra datamodulet er videregivet i denne sammenhæng, hvilket vurderes som en hensigtsmæssig spredning af viden.

I forbindelse med brug af data til andre projekter, er det besluttet, at databasen fremover ikke udleverer validerede data. Dette begrundes med kritik i forbindelse med videregivelse af data fra Kronikerdata til projekt 18, hvor nogle læger og patienter har reageret negativt over at blive kontaktet af regionen i et patienttilfredshedsærinde.

Konklusion

Projektet har formået at bidrage til overblikket over populationsgrupperne for de tre diagnosegrupper KOL, AKS og diabetes for en gruppe af lægepraksis der svarer til ca. 37%¹ af de praktiserende læger i regionen. Intensionen om inddragelse af kommunale data lykkes ikke, ej heller integrationen med EPJ. Data er udelukkende tilgængelig for almen praksis. Ambitionen er dog, at data skal anvendes af en bredere kreds end almen praksis. Fremadrettet vil valideringen blive erstattet af ICPC kodningen via Sentinel, hvorved webapplikationen for kronikerdata lukkes.

De deltagende praksis har fået et værktøj til at spotte uhensigtsmæssigheder i forhold til egen population af kronisk syge patienter, herunder eksempelvis manglende årskontroller og medicinfornyelsesprocedurer.

MAF opbygges som monitoreringsværktøj med udgangspunkt i kronikerdata. Det er samtidig hensigten, at data skal bruges til en større kreds af modtagere. De praktiserende læger har været de primære modtagere i projektperioden, men fremadrettet er det intensionen, at regionen bliver bedre til at udnytte resultaterne, og der bliver formidlet flere resultater til en større skare. Det er dog vurderingen, at der er en vis risiko forbundet med netop at bruge data mere bredt, når lægerne i udgangspunktet har udtrykt lav grad af tillid til regionen. De har eksempelvis været meget opmærksomme på sikkerhedsspecifikationer og juridiske aspekter ved projektet. Hvis regionen kører frem med et budskab om, at "vi har data, og vi har tænkt os at bruge det" er det værd nøje at overveje kommunikationen omkring dette set i lyset af manglende tillid, som projektet har mødt blandt lægerne. Herunder også hvad der sendes af signaler til de læger, der netop ikke deltog i projektet, og måske har en endnu større skepsis overfor konceptet.

Kommunikationen og samarbejdet med de praktiserende læger er et område med forbedringspotentiale, hvor opbygning af tillid med fordel kan styrkes til fordel for projekter af denne type. Det kan i denne forbindelse overvejes at lade primærsektor indgå i et tættere arbejde med opbygning af monitoreringen, og involvere et udsnit af lægerne aktivt fra starten i det fremadrettede arbejde.

¹ 75% af lægepraksis i regionen har deltaget, 50% af disse har valideret data.

Projekt: 17, Opfølgende hjemmebesøg

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 3/12 2012
- DSI evalueringsrapport: "Delrapport fra Vestklyngen: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg" Juni 2012
- Dialogmøde d.8. februar 2013

Tilstede ved dialogmødet d. 08/02 var følgende

For projektet	Interviewerteam
Linda Bonde Kirkegaard, AC-fuldmægtig. Projektleder Region Midtjylland	Birte H. Dahl, uddannelsesleder, specialkonsulent
Anne Brøcker, Senior projektleder, KORA	Jesper B. Gjørup, konsulent CFK
	Pernille B. Nielsen, konsulent CFK

Projektets mål

Projektets formål er at udbrede opfølgende hjemmebesøg i hele Region Midtjylland. Indsatsen skal sikre et sammenhængende udskrivelsesforløb, forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser og sikre opfølgning på patientens behov og planlagte indsatser i epikrisen. Implementeringsprocessen er sket løbende i alle regionens klynger. Den første klynge, Vestklyngen, startede således med screening og efterfølgende besøg fra 15. januar 2009. Den sidste klynge, Aarhusklyngen, er startet med screening af patienter med henblik på opfølgende hjemmebesøg fra 4. februar 2013.

Projektet er ikke afsluttet, da det har fået bevilliget forlængelse til 31/12 2013.

Projekt er et implementeringsprojekt og baserer sig på allerede eksisterende viden fra et studie gennemført i Glostrup fra 2007. Dansk Sundhedsinstitut yder implementeringsstøtte under opstart og udbredelse af indsatsen.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Der indføres ny og bedre praksis
2. Patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bliver bedre
3. Omkostningseffektiviteten stiger
4. Patienternes egenomsorg styrkes
5. Den nye praksis og dermed projektets positive resultater kan fastholdes, når det overgår til drift.

Indføring af en ny og bedre praksis

Den nye praksis er, at både praktiserende læge og hjemmesygeplejerske deltager ved et opfølgende besøg i borgerens hjem efter udskrivelse fra hospitalet. Projektet adskiller sig således fra andre tiltag som fx geriatrisk team, hvor det er hospitalspersonale, som tager ud.

Projektet har åbnet for muligheden for at hospitalerne kan benytte et screeningsværktøj. Hospitalerne udvælger målgruppen til opfølgende hjemmebesøg. Opfølgende hjemmebesøg foregår i Vestklyngen og i Midtklyngen med udgangspunkt i screening på papir, og fremsendelse af henvisning via fax. I forbindelse med implementering i klyngerne Randers, Horsens og Aarhus, er screeningsværktøjet fra Midtklyngen udviklet yderligere af en regional arbejdsgruppe, og er derefter lagt som SFI (sundhedsfaglig information) i EPJ. Diverse støttedokumenter til implementering er lagt i E-dok. Efter screening i EPJ, kan data nu sendes elektronisk (via en korrespondancemeddelelse) til de involverede kommuner. Den kommunale hjemmepleje tager herefter kontakt til den praktiserende læge, og det videre forløb aftales. Screeningsværktøjet udvikles undervejs. Hvorvidt besøgene rent faktisk er implementeret er mere uvist.

De foreløbige data viser imidlertid, at ordningen ikke er fuldt implementeret idet en relativ høj andel af de patienter/borgere, som hospitalet screener ikke får indsatsen opfølgende hjemmebesøg.

Det vurderes, at ca. 50% af de patienter som udvælges på hospitalet får et besøg, ud af disse er det 20-25% som får besøget inden for 8 dage, som tidligere studier anbefaler. Hvor hurtigt de resterende får besøg fremgår ikke af selvevalueringen. CFK har modtaget yderligere materiale som viser, at Vestklyngen har lavet statistik herfor, hvor ca. 25% besøges inden for 9-12 dage og de sidste 50% besøges 13 dage eller mere efter udskrivelse.

Da implementeringsprocessen er foregået løbende i klyngerne, er der forskel på, hvor veletableret praksis på nuværende tidspunkt er. Ovenstående tal fra Vestklyngen viser dog, at der fortsat er behov for at styrke indsatsen, hvis målgruppen skal modtage et opfølgende hjemmebesøg.

Reduktion og forebyggelse af genindlæggelser kan ikke entydigt dokumenteres på nuværende tidspunkt. Det er ikke muligt præcist at sige, hvor mange genindlæggelser der forebygges, og hvad det koster. Pga. forbehold, sammensætning, og udfordringer ved målingen. I Glostrup undersøgelsen var et resultat, at andel borgere der blev genindlagt mindst en gang, kunne reduceres med 23% , i Vestklyngen var tilsvarende tal 10%. Samtidig fik borgere, der fik tilbudt opfølgende hjemmebesøg i gennemsnit reduceret antal indlæggelser med 11% Dette var dog ikke et statistisk signifikant resultat. I Region Midtjylland er opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen blevet til et triple aim projekt, hvor det er planen at undersøge genindlæggelsesfrekvensen.

Projektet afprøver dele af konceptet på flere fronter og tage læring af de indsamlede erfaringer undervejs. Alderskriteriet er justeret undervejs på forsøgsbasis fra 78+ til 65+ årige i en enkelte klynge. I forbindelse med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, skal opfølgende hjemmebesøg udrulles i hele landet. I den forbindelse arbejdes der på at få alderskriteriet ophævet, og lade inklusionskriterierne alene være fleksible således at de sociale faktorer, helbredsmæssige og organisatoriske aspekter bliver afgørende. Alder er ikke nødvendigvis et afgørende kriterium er erfaringen blandt de sundhedsprofessionelle. Samtidig er det en anbefaling fra Glostrup studiet at lade kriterierne være fleksible, og argumenterne herfor virker overbevisende.

Screeningsskemaet der anvendes på hospitalet er udviklet i Silkeborg. En regional sammensat gruppe med repræsentation af klinikere fra alle medvirkende hospitaler plus praksis har videreudviklet screeningsskemaet til en SFI. Projektet har efterfølgende valgt at nedjustere den score som screeningsskemaet anvender, fordi der nogle steder visiteres for få patienter til et opfølgende besøg, hvor den faglige vurdering umiddelbart er, at patienten er egnet, men scoren er for lav på skemaet. Med henblik på yderligere finpudsning og validering af skemaet genoplives den regionale arbejdsgruppe i foråret 2013. Projektet formår således at tilpasse redskabet i forhold til praksis, hvilket giver god mening.

Der har været forsøgt at indføre en praksis med, at der popper et flag op, når en patient opfylder alderskriteriet i forhold til at højde andelen der screenes, men dette har været en praksis, der ikke har kunnet indføres på hospitalerne af tekniske årsager.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Projektet giver mening for de sundhedsprofessionelle, og det har positive konsekvenser for samarbejdet at læger og hjemmesygeplejersker mødes fysisk sammen med den enkelte borger. Den kvalitative undersøgelse støtter disse erfaringer.

De it-tekniske løsninger understøtter udførelsen i kraft af elektronisk patientjournal, som gør det hurtigere, lettere og nemmere, at screene patienterne, kommunikere screeningsresultatet til den kommunale hjemmepleje, og følge op på de fælles succeskriterier Dette virker befordrende på samarbejdet.

Projektet afprøver telemedicinske løsninger også, hvor hjemmesygeplejersken som den eneste besøger borgerens i eget hjem, og hvor lægen i stedet medvirker via en skærm. Setup er i givet fald anderledes og hvad det har af konsekvenser for borgeren og relationen mellem de sundhedsprofessionelle vides ikke endnu. En forudsætning er samtidig at teknikken virker hver gang, hvilket ikke nødvendigvis gør sig gældende. Forventningen er at besøgene kan afholdes hurtigere.

Stiger omkostningseffektiviteten?

DSI rapport for samfundsøkonomiske gevinster konkluderer, at der i Vestklyngen blev opnået en samfundsøkonomisk besparelse på 12.375 kr. og at kommunerne sparer 12.688 kr. pr. borger, hvilket af DSI vurderes som statistisk signifikant. Der er stor variation i de kommunale udgifter i analysen, og analysen bygger på en ikke fuldt implementeret ordning. Hvis antallet af genindlæggelser også kan reduceres signifikant kan opfølgende hjemme besøg blive en meget omkostningseffektiv ordning. Det forudsætter dog formentlig, at flere henviste patienter får besøg, og at den screening, der gennemføres på hospitalerne er effektiv.

Styrkes patienternes egenomsorg?

Det er planlagt at spørge patienterne i 2013. Det er ikke konkret beskrevet hvordan egen læge og hjemmesygeplejersken bidrager til øget egenomsorg i selvevalueringen. Men muligheden for dataindsamling herpå er der, fx idet en del af det opfølgende hjemmebesøg inkluderer en fælles gennemgang af patientens samlede situation.

Kan den nye praksis og dermed projektets positive resultater fastholdes, når det overgår til drift?

I hver klynge er nedsat en lokal koordineringsgruppe som mødes en gang i kvartalet. Fokus for møderne er på opfølgning af en række fælles succeskriterier, herunder om der screenes og udpeges det rette antal patienter, om 1., 2., og 3. besøg gennemføres, om besøgene er relevante, og om lægen har modtaget epikrisen inden første besøg. Denne aktivitet vurderes at være et initiativ, der fastholder og understøtter praksis.

Det vurderes at ville give et skarpere billede af udgifter/besparelser, hvis der skelnes mellem patienter, der modtager besøg, og patienter, der er udvalgt til at få tilbuddet. I videreførelsen af projektet med triple aim vinklen skelnes der mellem faktiske besøg og forventede besøg.

De kvalitative studier tyder på en række fordele ved det fysiske møde, medicinændringer og lignende som kun sker, hvis mødet faktisk finder sted. En monitorering, der viste hvad forskellige grupper af borgere/patienter opnåede ved et opfølgende hjemmebesøg kunne formentlig øge sandsynligheden for at synliggøre og fastholde de positive resultater ved at dokumentere de opfølgende hjemmebesøgs effekt.

En risiko ved at sænke alderskriteriet til 65+ er, at flere skal screenes og flere henvises, men når de kvalitative resultater samtidig viser, at begrundelser for ikke at gennemføre besøg inden for aftalt tid er travlhed, genindlæggelser, manglende mulighed for at koordinere lægens og hjemmesygeplejerskens kalender, sygdom, ferieperioder og lignende, så synes det usandsynligt, at endnu flere patienter kan køres igennem ordningen. I en travl hver dag er det vigtigt at sikre, at de borgere med størst behov for opfølgende hjemmebesøg rent faktisk får det. Der er i forvejen mange i målgruppen, som ikke får besøget.

Konklusion

Projektet har til formål at implementere en praksis, som er nationalt anerkendt, og der er truffet beslutning om at udrulle praksis med det opfølgende hjemmebesøg i hele landet. Projekt 17 har et potentiale som et omkostningseffektivt tiltag, men der foreligger endnu ikke overbevisende data for at antallet af genindlæggelser reduceres.

Projektet har potentiale til i 2013 at øge implementeringsgraden.

En styrkelse af monitoreringen med fokus på andel gennemførte besøg inden for 8 dage, det videre forløb for de borgere der besøges, sammenligning på tværs af klynger/tidsperioder og fx yderligere brug af journalaudit vil styrke monitoreringen og fastholdelse af god praksis. Projektet har planer om denne type af aktiviteter, når indsatsen er udrullet i alle klynger. Det vil være meget relevant at inddrage resultaterne heraf i den endelige evaluering.

De foreløbige tilkendegivelser tyder på, at opfølgende hjemmebesøg giver mening for både hospitaler, almen praksis læger og hjemmesygeplejersker.

I kraft af at projektet ikke er afsluttet, og patienter/borgerne ikke adspurgt, er det ikke muligt at evaluere på, hvorvidt udrulningen er succesfuld set med patienternes øjne.

Senere i 2013 vil det være muligt at vurdere om en telemedicinsk løsning er brugbar.

Det er positivt, at projektet formår at justere kriterier undervejs i forhold til den virkelighed de møder. Både alderskriteriet og screeningskriterierne er revurderet.

Projektet anvender relevante implementeringsmetoder og -redskaber, fx en implementeringsgruppe, skabeloner (SFI) i den elektronisk patientjournal og audit, retningslinjer og monitorering på opfølgende hjemmebesøg. Det er positivt, at det er muligt for kommunerne at trække tallene i deres omsorgssystem.

Projektet kan drage de erfaringer, at det er en udfordring at trække medarbejdere ind i det, og få udrullet en standard på noget som de ikke selv har været en del af. Projektledelsen oplever at ejerskabet i Vestklyngen er højere, fordi de har været med fra start. Involvering tidligt i projektet er derved afgørende.

Det er også en erfaring, at det er en koordineringsmæssig stor udfordring at finde egnede tider for læger og hjemmesygeplejersker at tage ud. Lægerne vil gerne efter kl. 15 mens hjemmeplejen gerne vil før. For at imødegå dette er der nogen steder indført udvidet åbningstid i kommunen. Et andet sted har lægepraksis afsat fast tid om ugen til hjemmebesøg, hvilket fungerer godt, men udfordringen er, at lægerne har fuldstændig selvbestemmelse og kan være svære generelt at påvirke til en bestemt ny praksis. De gode erfaringer og løsningsforslag drøftes og deles på koordineringsgruppemøderne.

Det vurderes som positivt, at projektet forholder sig til faktiske besøg og ikke kun intention to treat, hvor de tilbudte besøg er optællingsenhed. En skelnen mellem faktiske besøg og tilbudte vil være brugbart i en videre dokumentation af indsatsen.

Projekt 18:

Patienternes perspektiv (CFK)

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 3. december 2012
- Jensen, M., Nielsen, P. B., Witzel, S. (2012). Patienternes perspektiv på kronisk sygdom – oplevelser på tværs af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland (inkl. bilag).
- Evalueringsbesøg den 28. februar 2013

Tilstede ved besøget d. 28. februar 2013 var følgende:

For projektet	Interviewerteam
Simone Witzel, konsulent i CFK	Henrik Lolle, lektor, ph.d., Aalborg Universitets ForskningsCenter for Evaluering
Pernille Bjørnholt Nielsen, konsulent i CFK	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK

Projektets mål

- Udvikling af et undersøgelseskoncept, hvori der indgår en spørgeskemaundersøgelse, der giver en tilbagemelding på patienternes oplevelse af deres behandling på tværs af sektorer inden for de tre sygdomsområder AKS, KOL og type 2 diabetes samt opfølgning på resultaterne via fokusgruppeinterviews.
- Afdækning af, hvordan forløbsprogrammerne fungerer i forhold til overgange, sammenhæng og effektivitet set med patienternes øjne, og give betydningsfulde bidrag til arbejdet hen mod de mange målsætninger i programmerne.

Projektet vil som led i Region Midtjyllands programevaluering, så vidt muligt, blive vurderet i forhold til fem evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

I sin grundstruktur vurderes konceptet som rigtig godt og velegnet til sit formål. Kombinationen af spørgeskema og fokusgruppeinterview virker fornuftig. Spørgeskemaundersøgelsen er det primære, og skemaerne vurderes til at være grundigt valideret i to runder med kvalitative interviews. Fokusgruppeinterviewene indfanger meget tydeligt nogle aspekter, som spørgeskemaerne ikke gør. Desuden kan fokusgruppeinterviewene benyttes som et

redskab til yderligere at udvikle skemaerne, hvis projektet videreføres. Det virker således som om, nogle af de aspekter, der i konceptets nuværende version kun ses gennem fokusgruppeinterviewene, bør kunne indfanges også via spørgeskemaspørgsmål. Dette gælder fx aspektet vedrørende patienternes sociale netværk med andre patienter.

Dernæst er det også særdeles positivt, at der i analyserapporten fra undersøgelsen, der i sig selv må betragtes som en del af konceptet, ikke blot opremses en lang række resultater på må og få, men at der samles op med anbefalinger ud fra analysernes resultater, sådan at de relevante aktører i behandlingssystem og kommune kan læse sig til, hvor det kan være fornuftigt at sætte yderligere kræfter ind. Opdelingen i spørgeskema og rapportering i praktiserende læge, sygehus, tage vare på sig selv etc. indfanger i øvrigt fint de forskellige temaer, der kan tænkes relevante.

Der er altså al mulig grund til at tro, at projektet kan bidrage til ny og bedre praksis på området. Endelig kan selve det at spørge patienter gennem spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterview i sig selv være del af en ny og bedre praksis. Det vurderes som god praksis at indfange brugerdimensionen også, så der ikke alene sigtes mod professionelt opstillede kriterier for god praksis. Ikke mindst for indsatser rettet mod *kronisk* syge vil det være fornuftigt.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Spørgeskema og fokusgruppeinterview indfanger fint forløb og tværsektorielt samarbejde, så der er al mulig grund til at tro, at information fra resultaterne vil kunne benyttes i det øjemed.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Jævnfør ovenfor vurderes projektet at kunne medføre stigende effektivitet forstået som bedre praksis, men hvorvidt omkostningseffektiviteten bedres er ikke vurderet her. Det ville kræve et helt andet grundlag.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

I spørgeskema og fokusgruppeinterview er der fokus på patientens egenomsorg. I sidste ende kan resultaterne fra undersøgelsen medføre ændret praksis, hvorigennem patienternes egenomsorg vil kunne styrkes. Desuden vil blot det at deltage i spørgeskemaundersøgelse og måske især fokusgruppeinterview kunne virke ansporende for patientens egenomsorg.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Undersøgelsen er godt designet for videreudvikling til en fortløbende evaluering/monitorering. Det kræver imidlertid, at der gennemtænkes et forløbsdesign for både stikprøveudtræk og analyse/rapportering.

Konklusion

Alt i alt vurderes konceptet som fint i forhold til formålet. Og med hensyntagen til kritiske kommentarer og spørgsmål i bilag vil det kunne fungere som et glimrende grundlag for en fortløbende evaluering/monitorering af praksis set fra patienternes perspektiv.

Bilag:

I det følgende vil der blive oplistet en række spørgsmål og kritikpunkter til konceptet, forstået som et koncept der fortløbende evaluerer praksis gennem patienternes synsvinkel. Disse vil være inddelt i følgende temaer: design/stikprøve, generelt, spørgeskema og analyse/rapportering.

Design/stikprøve:

Der udsendes spørgeskema til et udtræk fra en population af kronisk syge (inden for de tre patientgrupper), i alt 9.621 patienter. Det er endvidere muligt for patienten at udfylde skemaet på en internetside i stedet. Der følges ikke op med rykkerprocedure.

Der ses nogle forholdsvis ringe svarprocenter, i alt 43 pct., men for den ringest repræsenterede patientgruppe kun 36 pct. Jeg skriver med fortsæt "forholdsvis" her, for det er kendt, at svarprocenterne for spørgeskemaundersøgelser generelt har været for nedadgående, sådan at man ofte må acceptere svarprocenter i omegnen af de 50 pct. Hvis der ikke ser ud til at være nogen synderlig skævhed i frafaldet, behøver dette heller ikke at være noget stort problem. Til gengæld kan det ved skævhed i frafaldet gå hen og blive et særdeles stort problem.

Frafaldsanalysen, der er foretaget på baggrund af oplysningerne om populationsfordelingen for patientgruppe, alder og køn, viser ikke foruroligende skævhed, og skævhed på sådanne parametre er desuden kun et problem, i det omfang at parametrene er korrelerede med den variabel, der analyseres, samtidig med, at de ikke indgår i den specifikke analyse. Til gengæld er der formodninger om, at det især er de forholdsvis raske patienter samt de meget syge patienter, der falder fra, hvilket er problematisk. Det er ikke nødvendigvis meget problematisk i forhold til at kunne analysere og konkludere vedrørende udvikling, da det må forventes, at frafaldet vil være nogenlunde lige skævt hen over årene. Det ville i øvrigt i den forbindelse være kærkomment, hvis der kunne foretages bortfaldsanalyse på parametre for, hvor alvorligt den enkelte patient er ramt af sygdommen – tal for lungekapacitet fx eller hvad der nu er relevant. På den måde vil man dels kunne undersøge indsatsen for forskellige patientgrupper bedre end nu, dels kunne vurdere skævheden i data bedre.

For at forsøge at forbedre fremtidige svarfrekvenser kan det overvejes, om der skulle følges op med rykkerprocedure. Ikke mindst telefonisk rykkerprocedure samt tilbud om personligt interview på respondentens bopæl vurderes til at ville give mindre skævhed. Dette kunne kombineres med en mindre stikprøve.

Alternativt kunne man udvælge en mindre del af den samlede stikprøve, hvor man sætter ekstra hårdt ind med opfølgning og tilbud om personligt interview, hvorpå denne del kan sammenlignes med resten af respondenterne for på den måde at tjekke skævhed i bortfaldet og evt. finde vejningsmuligheder.

Det kan også overvejes, om der kan findes en måde, hvorpå de mest raske patienter, der slet ikke ser sig selv som havende en diagnose endsige sygdom, kan udelades fra stikprøven. En stor del af disse svarer alligevel ikke og er en væsentlig årsag til skævheder i analyserammen. Desuden kan der stilles spørgsmål ved, hvor interesserede man er i denne gruppe, og nogle kan ligefrem føle sig forulempet af at få et brev, der oplyser dem om en sygdom, de helst vil glemme.

Som et sidste punkt i forbindelse med design og stikprøve skal knyttes nogle kommentarer til den fremtidige longitudinelle dimension af konceptet. Det har ikke været muligt at finde nogen overvejelser om karakteren af denne dimension, dvs. fx om de gentagne surveys i analyserne vil betragtes som gentagne tværsnitsdata, eller om man vil følge de samme patienter over tid. Rent metodisk/designmæssigt har netop disse patientgrupper den fordel, at der kan designes som panelundersøgelse. Som forsvar for gentagne tværsnitsdesign kan der dog argumenteres for, at patienterne alt andet lige typisk vil opleve en forværring af symptomerne, hvilket kan medføre generelt mere negative besvarelser, sådan at eventuelle forbedringer af indsatsen vil blive skjult, til forskel fra, hvad der vil være tilfældet med ordinære gentagne tværsnitsdesign, der ikke rummer samme

potentielle problem. Udtrækningsmæssigt vil det også være mindre ressourcekrævende og være mindre belastende for den enkelte patient at basere undersøgelsen på gentagne tværsnit. Endelig er også en del spørgsmål i spørgeskemaet rettet specifikt mod indsatser i starten af kontakten mellem patient og sundhedssystem.

Spørgeskema:

Som skrevet indledningsvis, vurderes skemaet overordnet som et rigtig godt værktøj i forbindelse med vurdering og "overvågning" af indsatsen over tid. Jeg har imidlertid også nogle lidt mere kritiske kommentarer og spørgsmål. Der vil altid kunne stilles kritiske spørgsmål til sådan et spørgeskema, ikke mindst til de enkelte spørgsmål, hvilket hænger sammen med, at man, uanset på hvilken måde der spørges, vil kunne drage pålidelighed og gyldighed i tvivl. For nogle af punkterne skal nedenstående derfor mere ses som en påmindelse om, at de nævnte aspekter bør gennemtænkes, ikke at den aktuelle udformning nødvendigvis er ringe.

Jeg savner nogle få spørgsmål angående den generelle livskvalitet eller "well-being". Det kunne være et enkelt eller to spørgsmål angående tilfredshed med livet og lykke samt eventuelt også et spørgsmål om den generelle tillid til sundhedssystemet. I sidste ende er det, hvad en god indsats sigter mod at forbedre.

Sektionen "At tage vare på dig selv" i skemaet er vigtig at have med, da det at kunne tage vare på sig selv må formodes at være et særdeles vigtigt parameter i forhold til at minimere sygdommens forringelse af livskvalitet, samtidig med at indsatser fra læge, sygehus osv. ofte vil være rettet direkte mod det at tage vare på sig selv, fx ved at anspore til motion eller til at holde op med at ryge. Spørgsmålene i denne sektion har dog for de flestes vedkommende ikke noget direkte med det at tage vare på sig selv at gøre, men mere på hvor slem sygdommen føles. Jeg savner her nogle spørgsmål om f.eks. kost- og motionsvaner (rygning dækkes ind ved et spørgsmål under sektionen "Din baggrund").

Kommentarer til enkeltspørgsmål:

Ved sp. 15 for diabetikere (gentages for de øvrige grupper) kunne svarkategorierne genovervejes. Man kan i hvert fald ikke uden videre tolke noget om indsatsens kvalitet ud fra svarene, uden at koble dem sammen med svar på andre spørgsmål. Hvis respondenterne ikke ryger, vil vedkommende sandsynligvis svare enten "I mindre grad" eller "Slet ikke". Det er bare ikke udtryk for utilfredshed. Det samme gælder fx, hvis respondenterne motionerer rigeligt. Dette spørgsmål inkl. svar er sikkert et eksempel på, at egentlige tilfredshedssvar ville give et mere positivt billede, men måske også et mere sandfærdigt billede med hensyn til vurderingen af indsatsen. Nogle respondenter vil sikkert gennemskue, at der her er tale om en evaluering af indsatsen, og vil så svare lidt hen i retning af et tilfredshedsspørgsmål, men det er sikkert et fåtal. Jeg er klar over problemerne i tilfredshedsspørgsmål og man kunne evt. finde på noget helt tredje. Man kan selvfølgelig i analyserne sammenholde med spørgsmål angående rygevaner, motionsvaner etc., men det bliver lidt mere kompliceret. Alternativt kunne der måske spørges til, om respondenterne har savnet (eller mangler) at tale mere med lægen om rygning.

Ved sp. 18 for diabetikere (gentages) vedrørende sygehusets undervisningstilbud bliver respondenterne ledt uden om det følgende spørgsmål, der handler om tilpasning til patientens dagligdag. Det kunne jo netop være manglende tilpasning, der får patienten til ikke at benytte tilbuddene.

Ved svarkategorierne til sp. 27 for diabetikere (gentages) vedrørende kommunens sundhedstilbud ser det ud til, at respondenterne muligvis kender nogle, men ikke nødvendigvis alle tilbud. Men hvordan skal respondenterne selv kunne vide, om han/hun kender alle?

Analyse og rapportering:

Det er af og til lidt vanskeligt for læseren af rapporten at se systematikken i analysen. Der tænkes ikke her på inddelingen i hovedområder/afsnit, men mere på, hvornår en nævnt sammenhæng/forskel er statistisk signifikant

(stærkt eller svagt), hvornår der foretages multivariate analyser med kontrol, hvilke overvejelser der ligger bag kontrolfaktorer, eller om der er foretaget trinvis modelopbygning, hvilke forskelle/sammenhænge der trækkes frem i teksten etc.

Med hensyn til spørgsmålet om eventuel trinvis modelopbygning i regressionsanalyserne angår dette at blive lidt klogere på de sociale mekanismer, der ligger bag sammenhængene. Her vil et konkret eksempel være på sin plads. Ses der på forskel mellem mænd og kvinder på en variabel af interesse, så vil det ud over en fuld model med samtlige kontrolvariabler være fornuftigt at se nogle forudgående modeller, som minimum den bivariate. Hvis der findes en effekt fra køn, og hvis denne effekt medieres gennem en variabel, der måler regelmæssigheden af lægekontrolbesøg, så vil en fuld model alene forbise dette sammenhængsmønster. Så der kunne måske overvejes lidt mere trinvis modelopbygning. Det er – indrømmet – dog også altid et ressourcespørgsmål, og det er lettere for forskere, der ofte laver pindehuggeri over en enkelt afhængig variabel.

Til gengæld kan det ikke anbefales, at der uden videre foretages test af samtlige tovejs interaktionseffekter, men at sådanne kun testes, hvis der er en speciel interesse og/eller forventning. Der skrives fx i rapporten (s. 7): "Men selv de diabetespatienter der ikke går til kontrol, har tendens til at være mere tilfredse end KOL-patienter, der går til kontrol. Ligeledes gælder, at selvom køn ikke i sig selv er udslagsgivende, så forøges den negative effekt for de kvinder, der ikke går til kontrol hos egen læge." Her beskrives en interaktionseffekt, men det er faktisk lidt vanskeligt ud fra den korte tekst at vurdere, hvad der egentlig er på spil. Hvad menes der fx med, at køn ikke i sig selv er udslagsgivende? Betyder det, at der ikke er nogen effekt fra køn, når interaktionseffekten udelades, eller betyder det, at hovedeffekten for køn i modellen er insignifikant? Og hvad kan forklare det? Og hvad skal en læge tænke om sådan et fund?

Det kan altså i nogle situationer anbefales at skære lidt ned på antallet af modeller og i andre situationer, at der estimeres flere modeller.

Det er vanskeligt at se, hvilke kriterier der er benyttet, når der skrives citater fra fokusgruppeinterviewene. Det kan næsten ikke passe, at de er valgt helt tilfældigt, som der står i rapporten. Der er endvidere så mange kommentarer, at der muligvis ville kunne foretages egentlige analyser på dem.

Der nævnes konklusioner i rapporten, som ikke følges op af diskussion, anbefaling eller andet, og de virker nogle gange unødvendige. Fx en konklusion som: "Sammenlignes faglærte kvinder med højtuddannede mænd, har de faglærte kvinder større sandsynlighed for at opleve, at tilbuddene i høj grad lever op til deres behov." For det første er det et fund, der, selvom det sikkert er fundet statistisk signifikant på 0,05 niveau, virker som lidt af en tilfældighed. Når der foretages så mange analyser/test, vil der selv ved et rent tilfældigt talmateriale forekomme mønstre, der vil stå frem som signifikante. Men skulle der være noget om sådan et fund (med fx en meget lille p-værdi tilknyttet), så fordrer det lidt overvejelse. Hvad betyder det? Hvordan kan det være? Hvad kan man bruge det til fremadrettet?

Projekt 19:

Forstærket indsats for kronisk sygdom, Horsens

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 3. december 2012
- Evalueringsmøde den 18. februar 2013
- Evalueringsrapport (i udkast fra 2. marts 2013)
- Louise Mejnertz: "En karruseltur rundt om patienten. En etnografisk undersøgelse af den tværsektorielle kommunikation imellem hospital, kommune, praktiserende læge og borger/patient", Caretech, februar 2012
- Evaluering af projekt "Tværsektoriel kommunikation".
- Årsrapport fra Caretech <http://www.e-pages.dk/alexandra/13/>

Tilstede ved besøget den 18. februar 2013 var følgende:

For projektet - HE Horsens	Vurderingsteam
Gitte Friis Kjeldsen, projektleder	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
	Britta Ravn, leder, Center for Telemedicin

Projektets formål og mål

Det overordnede formål med projektet har været at understøtte hospitalets vision om at have fokus på logistikken i hele patientforløbet. Projektet består af 3 delprojekter, som har til formål at understøtte forløbsprogrammer for kronisk syge medicinske patienter ved at demonstrere værdien af anvendelse af moderne teknologi i form af:

Delprojekt 1: telemedicinske løsninger,

Delprojekt 2: patientlogistik styringssystemer,

Delprojekt 3: regionens booking system til dette formål.

De tre delprojekter kategoriseres af hospitalet som udviklings- og innovationsprojekter, hvis mål er:

Delprojekt 1: At understøtte følge-hjem funktionen svarende til KOL-forløbsprogrammets anbefalinger og hospitalets retningslinjer specielt med henblik på "patient empowerment", der på sigt kan reducere antallet af indlæggelser og øge patienternes tryghed i hverdagen.

Delprojekt 2: Patientflow, hvor målet var at undersøge om patientlogistiksystemet med fordel kan anvendes på tværs af sektorer og understøtte tværsektorielle forløb, arbejdsgange og processer.

Delprojekt 3: Webbooking, hvor målet var at undersøge om bookingsystemet kan anvendes på tværs af sektorer, herunder om patienter og vagtlæger selv kan og vil booke tider. Målet blev ændret til at facilitere patienters mulighed for at se nuværende og tidligere aftaler, flytte aftaler og udskrive materiale.

Sideløbende med ovenstående projekter er der implementeret opfølgende hjemmebesøg, hvor der i forbindelse hermed er indført elektronisk kommunikation for at sikre hurtig og effektiv kommunikation mellem hospital, borger og kommune om den enkelte borger

Delprojekt 1:

Målgruppen for den telemedicinske intervention var patienter med svær og meget svær KOL, der har været indlagt eller følges ambulant på Hospitalsenheden Horsens. Kriterierne for tilbuddet bygger dels på en samlet lægefaglig vurdering af sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet, dels en tværfaglig individuel vurdering af patientens behov og egnethed for at kunne have gavn af og være i stand til at kunne anvende teknologien.

Det telemedicinske udstyr består af to forskellige modeller. Patienten modtager en synkron model, der giver mulighed for at patienter og TELEKOL casemanager (TKC) kan se hinanden i forbindelse med telekonsultationer. Det giver mulighed for at observere patienten samt kontrollere patientens målinger direkte. Hvis TKC vurderer, at patienten kan have gavn af et længere forløb tilbydes patienten en driftsmæssig billigere asynkron model. Den består af en tablet, hvor patienten uobserveret foretager aftalte målinger og kommunikerer med TKC via telefon.

Inklusionskriterierne er ændret til at indbefatte patienter med moderat sygdom, fordi den ansvarlige overlæge vurderede, at der opnås mere læring hos patienter med moderat sygdom.

Der er på evalueringstidspunktet inkluderet i alt 85 patienter. Disse patienter har i gennemsnit haft den synkrone telemedicinske model i 19,5 dage samt 9 telekonsultationer, og den asynkrone model i 98 dage samt 19 telekonsultationer.

Projektets design og mål som et udviklingsprojekt er årsag til, at der ikke er valgt en sammenlignelig kontrolgruppe. Der er gennemført en kvalitativ evaluering af delprojekt 1 og 3, som jf. projektets mål har fokus på patientperspektivet.

Delprojekt 2:

Målet med projektet var at undersøge, om man med en teknologisk løsning kan skabe en bedre logistik på tværs af sektorgrænser og øge omkostningseffektiviteten. Målgruppen var ikke defineret som patienter med kroniske sygdomme, men patienter/borgere med kontakt til kommunens plejecentre, som bliver indlagt på – og udskrevet fra – sygehuset.

Projektet er sket i tæt samarbejde med hospitalets leverandør af logistiksystem, samt Horsens og Odder kommuner. Det blev tidligt i projektfasen besluttet, at det var væsentligt først at foretage en grundig arbejdsgangsanalyse, for at sikre, at valg og indhold af den teknologiske løsning kommer til at understøtte effektive arbejdsgange og processer mellem sektorerne.

Caretech Innovation har ledet projektet og har lavet en rapport (baseret på interviews og feltstudier og et to workshops) og en kort evalueringsrapport. Hospitalet har efterfølgende arbejdet med at skaffe penge til at gå videre med projektet.

Delprojekt 3:

Baggrunden for at indføre, at patienter og personale fra primærsektoren selv kan booke og ændre tider i ambulatorier er, at det ofte er vanskeligt at komme igennem til en sekretær via telefon, og at der bruges mange sekretærressourcer på at ændre tider. Patienterne har ikke selv adgang til at se ledige tider, når de ønsker at ændre på bookingen, og der er mange udeblivelser. Målet på lidt længere sigt, er således at kunne nedbringe antallet af opkald til og udeblivelser fra ambulatoriet.

Det oprindelige mål med udviklingsprojektet blev på grund af især vagtlægernes holdninger til selv at skulle booke tider og krav og forventninger til teknologisk løsning ændret til at understøtte patienters mulighed for at se nuværende og tidligere aftaler, flytte aftaler, se indkaldelsesbreve og udskrive materiale.

Der er gennemført et omfattende arbejde, for at vurdere, hvilke ambulante besøg, patienterne selv kan booke, da mange konsultationer kræver koordination af tiltag før eller efter disse. Valget er derfor faldet på relativt "simple" rutinemæssige kontroller i første omgang inden for det medicinske område.

Der er i regionens it-afdeling igangsat et tilsvarende arbejde, som undersøgte administrative og juridiske forhold. Webbooking blev igangsat september 2011 og blev forlænget til marts 2012, fordi det måtte lukke ned i forbindelse med implementering af MIDT-EPJ. Alle patienter tilknyttet HEH har siden januar 2012 haft adgang til tidligere og kommende aftaler og korrespondancer i forbindelse hermed, men ikke haft mulighed for at flytte tider.

Der foreligger en evalueringsrapport om webbooking med fokus på patientperspektivet. Evalueringsrapporten indeholder detaljerede oplysninger om WEB booking i praksis og har derudover forholdt sig til følgende fire punkter:

1. Hvordan oplever patienterne at bruge webbooking?
2. Hvor meget er webbooking blevet brugt af patienterne?
3. Hvilke patienter bruger webbooking?
4. Hvordan har personalet oplevet webbooking?

Personalets har haft betænkeligheder ved at indføre systemet og i den forbindelse uddelegere et større ansvar til patienterne, hvilket blandt andet stiller krav til forandringsledelse. Det kræver tid at ændre rutiner og processer, og indtrykket er derudover, at markedsføringen over for patienterne har været utilstrækkelig.

Projektet vurderes i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres en ny og bedre praksis?

Delprojekt 1: Projektet er et udviklingsprojekt, som tester to typer af telemedicinske løsninger. Interventionen udgør en supplerende service som understøttelse til afdelingens nuværende udgående funktioner og ambulante opfølgning af patienter med moderat til svær KOL. Heri indgår en funktion som casemanager, som jf. forløbsprogrammet for KOL anbefales til den lille gruppe af KOL-populationen, som har svær sygdom og/eller komplekse behov. Målgruppen for en intensiveret indsats er således udvidet til en potentiel meget større andel af populationen, som anbefales at blive fulgt i almen praksis. Den konkrete effekt heraf er uafklaret.

Effekten er målt ved CAT-score før og efter interventionen, som er samlet mål for patientens oplevelse af åndenød og daglige formåen. CAT-scoren viser en generel faldende tendens, hvilket er udtryk for en bedring i patientens tilstand og som svarer til en veldokumenteret bedring for patienter generelt efter en forværring af sygdommen.

Projektet har gennemført en etnografisk undersøgelse og evaluering af patienternes opfattelse af telemedicinske konsultationer, som bidrager med ny og værdifuld viden om patientperspektivet i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering.

Den overordnede konklusion er, at der er stor forskel på, hvad patienterne opnår ved den telemedicinske løsning og i hvilket omfang. De deltagende patienter har nemt ved at anvende udstyret og er glade for den udvidede adgang til TCK.

Tryghed er ikke overraskende et gennemgående tema på baggrund af svært syge lungepatienters vedvarende åndenød. For de, som opnår øget tryghed i forbindelse med brug af telemedicinske målinger og konsultationer, mindskes eller bortfalder denne, når udstyret fjernes.

Delforprojekt 2: Projektet har ikke indført en ny praksis, men har med etnografisk metode og workshop undersøgt og beskrevet nuværende tværsektorielle arbejdsgange og 19 sundhedspersoners visioner for den fremtidige kommunikation.

Desuden er de relevante it-systemer opregnet. En lægestuderende har som en del af projektet lavet en ret omfattende kortlægning af relaterede projekter og undersøgelser. De nyeste MedCom standarder om funktionsevne, Region Syddanmarks shared care platform og Kronikerdata er ikke med på listen, som formentlig er lavet i 2011.

Delforprojekt 3

Projektet har undersøgt omfanget af, tidspunktet for og årsagen til, at patienter henvender sig telefonisk for at ændre tider som udgangspunkt for at udvikle og implementere en teknologisk løsning til på sigt at nedsætte antallet af henvendelser og undgå aflysninger.

Projektet har dernæst gennemført et omfattende arbejde med at udvælge hvilke typer af ambulante tider, det af logistiske årsager reelt er muligt, at patienterne selv kan flytte, idet en række ambulante konsultationer stiller krav til koordination af tiltag før og efter det konkrete besøg. Der sættes på enkle konsultationer, som ikke kræver nævneværdig koordination med forudgående eller efterfølgende aktiviteter.

Udviklingsprojektet er ikke specielt målrettet patienter med kroniske sygdomme og det er uklart, i hvilket omfang, det specifikt har styrket indsatsen til mennesker med kroniske sygdomme.

Det valgte bookingsystem var en såkaldt stand alone løsning, som det er lykkedes at integrere i Region Midtjyllands fælles elektroniske patientjournal, MIDT-EPJ.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Delforprojekt 1:

Det er kun en mindre del af patientpopulationen, der får tilbudt ordningen. Projektets erfaringer er, at der er stor forskel på, hvordan og i hvilken grad patienterne oplever at have gavn af de telemedicinske løsninger. For de, som oplever sig mere trygge, er der, i den periode de har udstyret, tale om et bedre forløb i denne periode. Det modsvares af et tilsvarende ringere forløb, når ordningen ophører. Med en tidsbegrænset ordning er forbedringen dermed midlertidig i relation til målet om øget tryghed.

Patienterne oplever stor tilfredshed med udvidet adgang til TKC, som indgår som en integreret del af det organisatoriske set up, hvilket i sig selv set fra et patientperspektiv må anses som et bedre patientforløb.

Patienter med KOL har i vid udstrækning komorbiditet, oftest hjertesygdom. Hjertesygdommen og tilstedeværelse af andre sygdomme kan give samme symptomer, som ikke opfanges af de indbyggede mål og spørgsmål. For patienter, som har flere sygdomme og tillægger de indbyggede objektive funktionsmål stor værdi, kan der være tale om en falsk opfattelse af tryghed og risiko for fejlbehandling.

Det er uklart, hvilken rolle kommunerne og almen praksis har i KOL-telemedicin, og hvordan de får adgang til de data, som aktuelt oplagres i forbindelse med hjemmemonitoreringen. Der er besluttet og igangsat et nyt tværsektorielt projekt i april 2012, hvor målet er, at kommuner og hospital har adgang til de samme data.

Delprojekt 2

Hele projektet har haft til formål at styrke det tværsektorielle samarbejde, og dette delprojekt har haft speciel fokus på den tværsektorielle kommunikation. Delprojektet er foregået i tæt samarbejde med Odder og Horsens Kommune. Fire praktiserende læger og otte kommunale ansatte er blevet interviewet, og sundhedspersonale fra to kommuner og en praktiserende læge deltog i en workshop om tværsektoriel kommunikation.

Projektet har først og fremmest fokus på samarbejdet om borgere, som benytter den kommunale pleje, omsorgs- og genoptræning. Specielt måske den ældre medicinske patient.

Delprojekt 3

Webbooking var i første omgang tænkt som et redskab til vagtlæger og dermed en teknologisk løsning på tværsektoriel kommunikation. Vagtlægerne foretrak imidlertid at kunne ringe til sygehuset. Det er derfor ikke blevet en løsning, der giver praktiserende læger - og kommunens hjemmepleje - mulighed for at følge med i patientens/brugerens aftaler med sygehuset. Det er en teknisk mulighed for patienter, som ikke involverer hverken kommune eller almen praksis.

Webbooking kan give bedre patientforløb, fordi nogle patienter har teknisk mulighed for at flytte deres aftaler til en dag, der passer dem bedre. Muligheden for at opnå bedre patientforløb forudsætter imidlertid, at der er ledige tider at vælge i mellem, at borgeren kun har en aftale - og ikke et helt forløb, hvor logistikken skal passe. Og at patienten ikke har brug for at hospitalet koordinerer med kommune og almen praksis.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Delprojekt 1: Der er ikke udarbejdet business cases på it-løsningerne, og der foreligger ikke systematisk opgørelse af tidsforbrug for hverken personale eller patienter eller opgørelser over antal indlæggelser, træk på andre sundhedsydelser.

Telemedicinske tilbud til KOL-patienter er en ekstra investering i forhold til hidtidig praksis i form af telemedicinsk kontakt til hospitalet og i snit 29 video- og telefonkontakter pr. patient, samt udgifter til telemedicinsk udstyr.

Det vides således ikke, hvad det har kostet at opnå, at patienterne oplevede, at den telemedicinske hjemmemonitorering og kontakten til hospitalet efter udskrivning gav dem tryghed i en tidsbegrænset periode.

For de patienter, som i løbet af det intensiverede forløb tilegner sig viden og færdigheder til at påtage sig et større selvstændigt ansvar i relation til proaktiv handling ved tegn på en akut forværring, vil der potentielt være tale om at reducere antallet af indlæggelser og/eller afkorte forløbet, men dette er ikke dokumenteret. Projektets design giver ikke mulighed for sammenligning af omkostningseffektivitet med andre modeller for indhold og organisering af monitorering og opfølgning af patientgruppen.

Delprojekt 2:

Undersøgelsen af den tværsektorielle kommunikation har identificeret arbejdsgange, som opleves unødigt tidskrævende og dermed dokumenteret, at der foregår unødigt spild. Men der er ikke tilstrækkelig datagrundlag til at kunne lave business case for en fremtidig it-løsning.

Udvikling af et tværsektorielt it-system er forbundet med store omkostninger. Forventningen er, at en it-løsning vil resultere i effektiviseringer på tværs af sektorer i form af reduceret spildtid, blandt andet via nemmere overblik over relevante kontaktpersoner for opnåelse af nødvendig information.

Delprojekt 3:

Personalet oplever ikke, at de har fået færre opkald fra patienterne. En nyere konkret opgørelse tyder dog på, at sekretærerne har fået nedsat arbejdsbyrden, da 465 patienter i løbet af tre måneder selv har flyttet deres tider. Der forventes en større effekt på de ønskede mål i takt med, at webbooking bliver kendt, og patienterne har vænnet sig til ordningen.

Der foreligger ikke data for, om patienterne har direkte eller indirekte økonomiske fordele af selv at kunne ændre på ambulante besøg.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Den antropologiske evaluering fokuserer på patient empowerment, kompetenceudvikling og information, hvor der skelnes mellem patienters behov for tryghed og ønske om læring.

Fra et professionelt perspektiv er målet, at patienterne via telemedicinske konsultationer gradvist oplæres til at kunne tage et større medansvar for egen sygdom, specielt i relation til proaktiv handling ved tegn på en akut opblussen af sygdommen - og dermed på sigt forebyggelse af evt. indlæggelse. Det er samtidig målet, at patienterne oplever en større grad af tryghed.

Set fra et patientperspektiv har projektet påvist, at formålet med de telemedicinske tilbud fremstår uklart for mange patienter - især med hensyn til den implicitte forventning om at tilegne sig viden til at kunne handle mere autonomt og proaktivt på en evt. forværring. Resultatet af den kvalitative vurdering er, at patienterne har meget forskellige opfattelser og vurderinger af, hvorvidt det er den telemedicinske løsning, der via de objektive målinger gør dem i stand til at udøve en højere grad af egenomsorg og/eller gør dem mere trygge eller det er den udvidede tilgængeligheden til TKC eller begge dele.

Det er således spørgsmålet, om det kun er en mindre del af målgruppen, der reelt tilegner sig tilstrækkelig viden og færdigheder til at kunne forstå og handle korrekt og i tide ved tegn på en akut forværring.

Patienterne har egne opfattelser vedrørende brug af medicin. I dette projekt særligt relation til antibiotika og prednisolon, som influerer på medicin compliance i relation til en akut forværring. Projektets resultater tyder således på, at patienterne er utilbøjelige eller afventende med selv at iværksætte denne form for behandling, til de har rådført sig med de sundhedsprofessionelle.

Det er ikke dokumenteret, at den anvendte CAT-score er egnet til vurdering af egenomsorg.

Delprojekt 2:

7 borger-patienter og 3 pårørende er blevet interviewet af en etnograf. Der var ingen borger-/patient-/pårørendedeltagelse i workshoppen. Borgernes holdning til visionen om at stille data til rådighed på tværs af sektorer er ikke systematisk undersøgt, men der er via interviews indsamlet tilkendegivelser fra enkelte borgere/patienter og pårørende. Det er først og fremmest en medarbejder- og teknologidrevet innovationsproces mere end en aktiv inddragelse af brugerne af sundhedsvæsenet.

Der er ikke taget stilling til borgerens rolle ud over informeret samtykke.

Det er oplagt fremadrettet at overveje borgerens (patientens/pårørendes) egen rolle i forhold til de data, som skal udveksles mellem sektorerne.

Delprojekt 3:

Projektets kvantitative data viser, at over halvdelen af projektdeltagerne ikke bruger siden eller kun har kigget på siden og ikke ændret noget, væsentligst fordi de ikke har oplevet et behov.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at tilfredsheden blandt de få, der har svaret herpå er lavere end ønsket, kun 60 % er meget tilfreds eller tilfreds, hvilket skyldes periodisk manglende adgang eller mangel på tider, patienterne kunne disponere over og derfor alligevel måtte henvende sig telefonisk som vanligt.

Evalueringen har identificeret hvilke typer af patienter, som ser fordele og ulemper ved brug af systemet. For en subgruppe af patienterne viser evalueringen, at de har fået et overblik over deres ambulante besøg, som de ikke tidligere har haft. For patienter med flere kroniske sygdomme, som kræver opfølgning i forskellige sygehusambulatorier, giver webbooking patienterne bedre mulighed for overblik og koordination af forløbene.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Delprojekt 1: Der er truffet beslutninger om, at projektet skal udvides til et større tværsektorielt telemedicinsk projekt, der inkluderer flere patientgrupper. Der er endnu ikke truffet beslutning om valg af teknologisk løsning og model for organisatorisk back up. Det er uklart, hvordan projektet fremadrettet skal koordineres med de opfølgende hjemmebesøg, men hvis målgruppen fortsat skal inkludere patientgruppen med moderat sygdom er der tale om en meget stor del af patientpopulationen, som jf. forløbsprogrammet bør følges i primærsektoren. Det må anbefales at sikre, at den teknologiske løsning tager højde for målgruppens høje grad af komorbiditet.

Delprojekt 2:

Idéen til patientlogistik-systemet er udviklet i et samarbejde mellem hospitalet og Horsens og Odder kommuner. På baggrund af projektets erfaringer arbejdes der videre med at få udviklet det pågældende it-system. Der er søgt penge til at forsætte arbejdet.

Det er oplagt at vurdere allerede udviklede løsninger i forhold til de problemer og visioner, der er dokumenteret i Horsens.

Delprojektet er del af sygehusets innovationsstrategi, hvor regionen, hospitalet og private firmaer indgår i et samarbejde, og hvor idéen også er at produktudvikle med henblik på at sælge på et marked. Der er i denne evaluering ikke taget stilling til de juridiske aspekter og kontraktlige aftaler for det videre arbejde.

Delprojekt 3:

Region Midtjylland har besluttet at webbooking indgår i drift på alle regionens hospitaler. Der arbejdes med implementering af patienternes mulighed for selv at kunne ændre tider og at udvide omfanget heraf. Der er aktuelt ikke planer om at udvide webbooking til at omfatte de praktiserende læger.

Konklusion

Hospitalsenheden i Horsens har afprøvet en og udviklet og delvist implementeret en anden it-løsning, der kan understøtte kommunikationen mellem hospital og borgerens eget hjem. Hospitalet har desuden medvirket i en veldokumenteret dialog med kommuner og almen praksis om den aktuelle og den fremtidige tværsektorielle kommunikation – med særlig fokus på den ældre medicinske patient.

Der er indhøstet værdifulde erfaringer i forbindelse med etablering af tiltag, som ændrer på rutinemæssige arbejdsgange, kulturmæssige forhold og ansvars- og kompetencefordelingen mellem de involverede aktører, herunder ikke mindst patienterne selv.

Målgruppen for Telemedicin for KOL er ændret til patienter med moderat KOL, hvilket udvider målgruppen for en intensiveret indsats betydeligt, og som derfor vil kræve nøje overvejelser om valg af telemedicinsk løsning og organisatorisk back up.

Den antropologiske evaluering har bidraget med ny og værdifuld viden om patienternes oplevelse af, hvordan og i hvilket omfang telemedicinsk hjemmemonitorering gavner patienter med KOL.

Det vil fremadrettet være væsentligt fortsat at sammenligne forskellige modeller for hjemmemonitorering af målgruppen før beslutning om valg af en konkret model for implementering i daglig drift og/eller udbredelse i stor skala. Det anbefales derfor, at Center for Telemedicin samler resultater fra delprojekt 1 og det efterfølgende projekt "Horsens på forkant", øvrige projekter i Region Midtjylland, erfaringer fra TeleCare Nord i Region Nordjylland og Klinisk Integreret Hjemmemonitorering til patienter med KOL i Region Hovedstaden i en samlet anbefaling om udbredelse af telemedicinsk tilbud til patienter med KOL i Region Midtjylland.

Patientlogistik/tværasektoriel kommunikation er ikke praktisk afprøvet, men projektet har i samarbejde med kommunerne og en privat virksomhed arbejdet innovativt med at lette den tværasektorielle kommunikation. Rapporten om projektet giver ikke umiddelbart nogen ny og operationel viden om udfordringerne i det tværasektorielle samarbejde, men dokumenterer nogle af de generelle udfordringer med lokale kvalitative data. Det er et innovationsprojekt, hvor der synes at være langt til implementering af konkrete løsninger.

Webbooking er rent teknisk udbredt til hele regionen, men organisatorisk er der mange uafklarede spørgsmål om omkostningseffektivitet, det tværasektorielle samarbejde og patientrollen (i forhold til praktiserende læge som tovholder).

Projekt 20:

Sundhedspædagogisk Uddannelsesforløb

Grundlag for ekstern vurdering

Selvevaluering pr. 26. november 2012

- Evalueringsbesøg den 11. februar 2013
- Program for uddannelse i sundhedspædagogik
- Kvalitativ evaluering af uddannelsesforløb bestående af fokusgruppeinterview i Horsens og Viborg

Tilstede ved besøget den 11. februar 2013 var følgende :

For projektet	Evaluator
Camilla Palmhøj Nielsen, forskningsleder	Kirsten Lomborg, professor, Aarhus Universitetshospital, Health, Klinisk Institut
Inge Vittrup, programleder	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Ellen Aavad Holm, sundhedsfaglig konsulent	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK

Projektets mål

Formål med udvikling og udbud af et sundhedspædagogisk efteruddannelsesforløb er at kunne tilbyde et målrettet uddannelsesforløb til styrkelse af det tværfaglige sundhedspersonales sundhedspædagogiske kompetencer med henblik på at øge patienternes egenomsorg.

Målene med den sundhedspædagogiske uddannelse er:

- at deltagerne får forståelse for sårbare kroniske patienters situation og muligheder for at mestre livet,
- at deltagerne udvikler deres sundhedspædagogiske kompetencer til at planlægge og gennemføre individuelle vejledningsforløb og/eller gruppeundervisningsforløb så patienten/borgeren styrker sin evne og handlekompetence i forhold til at tage hånd om eget liv og sundhed,
- at deltagerne får indsigt i arbejdsgange i de andre sektorer og kan medvirke til at skabe sammenhængende forløb for mennesker med kroniske lidelser,
- at deltagerne tilegner sig redskaber til fortsat at kunne arbejde med egen kompetenceudvikling.

Sundhedsstyrelsen peger i 2009 i en MTV-rapport om patientuddannelse på behovet for at arbejde strategisk med sundhedspædagogik, så der er sammenhæng mellem det teoretiske grundlag og den pædagogiske praksis. Traditionelle patientuddannelsesforløb består ofte af en række multifacetterede indsatser, hvor delelementer gennemføres uden tydelig sammenhæng og uden et eksplicit værdigrundlag. Det er i den sammenhæng derfor også en udfordring at udvikle kompetencerne hos en tværfaglig gruppe af medarbejdere, som i samarbejde skal dække indholdet i en multifacetteret patientuddannelse.

Dette sundhedspædagogiske uddannelsesforløb bygger på en eksplicit ideologi, sundhedspædagogisk teori og fortolkning af kompetencebegrebet og svarer til det sundhedspædagogiske værdigrundlag, teori og metode, som

forinden var udviklet og målrettet til undervisere på uddannelseskonceptet Læring og Mestring. Det bærende princip i den tidligere og nuværende uddannelse er, at professionel faglig indsigt "går hånd i hånd" med erfaringsbaseret viden. For at imødekomme udfordringen med, at undervisningsforløbene udvikler de kompetencer, den specifikke målgruppe af patienter med kroniske sygdomme har brug for i relation til at mestre dagligdagen med en eller flere kroniske sygdomme, tilstræbes det, at deltagerne udvikler kompetencer til at indgå i et ligeværdigt samarbejde med patienter i relation til planlægning og gennemførelse af individuelle og gruppebaserede patientuddannelsesforløb.

Uddannelsen er udviklet i samarbejde med repræsentanter fra kommuner, almen praksis og hospitaler, og har organisatorisk været forankret i CFK, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Holstebro. Vejledning og kompetenceudvikling indenfor sundhedsfremme har indtil udgangen af 2012 været finansieret af projekt og puljemidler, og de medarbejdere, der hidtil har været involveret heri, er i forbindelse med ophør af ekstern finansiering ikke længere ansat i CFK.

Uddannelsen indgår ikke i det formaliserede uddannelsessystem, og der opnås ikke formaliseret vurdering og meritering af de opnåede kompetencer.

På evalueringstidspunktet har 156 sundhedsprofessionelle fra såvel hospitaler, almen praksis og kommuner gennemført uddannelsen. Projektlederne og 2 af de øvrige 5 undervisere har gennemført en kvalitativ vurdering af effekten af uddannelsesforløbet i form af fokusgruppeinterview.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Uddannelsen er et af flere nye tiltag og forsøg på at imødekomme de udfordringer, som er forbundet med at kunne styrke mennesker med kroniske sygdommes egenomsorg, herunder at sikre samspil mellem pædagogik og sociale og kulturelle og fysiske rammer for patientuddannelse, som afspejles i uddannelsen af det involverede sundhedspersonale. Opbygningen og indholdet af uddannelsen svarer på en række punkter til grund, efter- og videreuddannelsesstilbud i regi af professionshøjskolerne og universiteter. Det unikke ved uddannelsen er, at der i særlig grad er vægt på inddragelse af patienter. Målgruppen er erfarne sundhedsprofessionelle, som har behov for sundhedspædagogisk kompetenceudvikling, men som ikke er parate til at søge optagelse på en diplomuddannelse i sundhedspædagogik. Tilgangen er mere individuel end den velkendte, mere standardiserede Stanfordmodel, hvor ekspertpatienter underviser medpatienter. Den pågældende efteruddannelse har også på et tidligere tidspunkt haft særligt fokus på læringsbegrebet.

Der er ikke foretaget nogen sammenligning af effekten i forhold til alternative uddannelsesstilbud.

Selvevalueringen henviser til deltagernes individuelle evaluering og en kvalitativ evaluering i form af fokusgruppeinterview et år efter deltagelse. Begge evalueringer indeholder således deltagernes og 3 af underviserne egne vurderinger af uddannelsens betydning for eget arbejde med patientundervisning, det sundhedspædagogiske arbejde generelt og på den konkrete arbejdsplads. Det fremgår tydeligt af selvevalueringen, at uddannelsen har betydet, at indholdet i vejledning og undervisning er blevet mere konkret og målrettet patienternes hverdagsliv. Dette viser sig blandt andet ved, at underviserne modtager mange positive tilkendegivelser fra patienterne. Der foreligger ikke dokumentation for, hvordan patienter, pårørende, kolleger og

ledere vurderer effekten af uddannelsen, og der mangler tilsvarende andre uddannelser, eksakt viden om langtidseffekter og behov for opfølgning.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Uddannelsesforløbet er gennemført og tilrettelagt lokalt i forskellige klynger som led i implementering af forløbsprogrammerne. Der har været deltagelse af repræsentanter fra alle sektorer med forskellig og tværfaglig baggrund, inklusive patienter, som helt centralt har kendskab til forløbet på tværs af sektorer. Det fremgår at såvel selvevalueringen som data fra fokusgrupperne, at uddannelsen i sig selv har forbedret patientforløbene og/eller det tværsektorielle samarbejde, blandt andet ved at fremme kendskab til hinanden og styrkelse af relationer og mulighed for dannelse af netværk.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Uddannelsen har hidtil udover forfinansiering fra ministeriets pulje, indbefattet en deltagerbetaling, som er relativt lav. (2.900 kr. pr. deltager). Der er ikke foretaget nogen omkostningsanalyse af uddannelsen sammenlignet med andre uddannelses tilbud af tilsvarende omfang. Det er ikke muligt for CFK at varetage opgaven med kompetenceudvikling uden regional medfinansiering og/eller deltagerbetaling.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projektets centrale formål og omdrejningspunkt er brugernes aktive involvering med henblik på at øge egenomsorgskapaciteten, specifikt med fokus på øget livskvalitet og evnen til mestre hverdagslivet med kronisk sygdom. Der er ikke foretaget en specifik evaluering af graden af patienternes egenomsorg, men det er både undervisernes og deltagernes vurdering, at de via en større bevidsthed om aktiv involvering af patienterne med fokus på hverdagslivet i højere grad formår at styrke patienternes handlekompetence og tiltro til at kunne mestre livet med en kronisk sygdom.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet var på tidspunktet for selvevaluering ikke afsluttet, og der er ikke taget endelig stilling til uddannelsens videreførelse og organisatoriske forankring fremadrettet. Forskellige muligheder og modeller overvejes, men uanset udfaldet af en endelig beslutning herom, videreføres idegrundlaget allerede i forskellige nye uddannelses tiltag til andre målgrupper i regi af CFK.

CFK har opnået værdifulde erfaringer med at koble sundhedspædagogiske teori og metode med en konkret uddannelsespraksis. En viden som på baggrund af CFKs brede forskningskompetencer indenfor sundhedsfremme og forebyggelse fremadrettet kan bringes i spil i form af forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter i samarbejde med relevante uddannelses- og forskningsmiljøer vedrørende identifikation, udvikling, implementering og effektmåling af sundhedspædagogiske teori og metoder til kompetenceudvikling af såvel patienter med kroniske sygdomme som det personale, der varetager vejledning og uddannelse af mennesker med kroniske sygdomme.

Konklusion

Det sundhedspædagogiske uddannelses tilbud imødekommer et efterspurgt behov for styrkelse af sundhedspædagogiske kompetencer hos det tværfaglige personale i kommuner, almen praksis og hospitalet.

Uddannelsen er et eksempel på, hvordan en eksplicit ideologi og teori kan omsættes i en konkret uddannelsespraksis. Der foreligger ikke kvantitative data for, i hvilket omfang deltagerne opnår de fastsatte mål og kompetencer, men undervisernes og deltagernes egne kvalitative vurderinger giver positivt udtryk herfor. Det er på det foreliggende grundlag ikke muligt at sammenligne uddannelsens effekt og omkostninger med andre

sundhedspædagogiske uddannelses tilbud, men fremadrettet brug af MOEVA ville måske kunne give delvist svar herpå. Det er uvist, om uddannelsen fremadrettet er bæredygtig uden medfinansiering.

Da kompetenceudvikling af sundhedspersonale indenfor sundhedspædagogik er et centralt satsområde i relation til styrkelse af patienternes egenomsorg, er der behov for en overordnet politisk stillingtagen til, hvordan den sundhedspædagogiske opkvalificering af medarbejdere ikke kun i kommunerne, men også på hospitaler og almen praksis fremadrettet skal foregå.

Det kan i den forbindelse overvejes, om uddannelsen med fordel kan integreres i det formaliserede uddannelsessystem af hensyn til formaliseret vurdering og meritering af opnåede kompetencer.

Projekt 21:

Monitorering og Evaluering af patientuddannelse (MoEva)

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 30/11 2012
- Vinter-Jensen og Jensen: "Læring og Mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Kvantitativ evaluering". Rapport på 80 sider udgivet af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, april 2012
- Evalueringsbesøg d.11. februar 2013

Tilstede ved besøget d. 11/02 2013 var følgende

For projektet	Interviewerteam
Forskningsleder Camilla Palmhøj, CFK	Professor Kirsten Lomborg, Aarhus Universitet
Programleder Inge Wittrup, CFK	Birthe Hellqvist, specialkonsulent i CFK
Sundhedskonsulent Ellen Aavad Holm, CFK	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Datamanager Stine Albæk Poulsen, CFK	

Projektets mål

Projektet har til formål at udvikle og implementere et monitorerings- og evalueringsværktøj til patientundervisning, der samtidig kan bruges som kvalitetssikring af undervisningsforløbene.

De oprindelige intentioner med MoEva var, at der som efterspurgt i Sundhedsstyrelsen MTV rapport om patientuddannelse skulle skabes mere ensartede værktøjer til at evaluere de forskellige patientuddannelser, og at der skulle opnås viden om og evidens for, hvilke uddannelsesstilbud, der har den største effekt fremadrettet for patienterne.

Der er formuleret tre mål for monitorerings- og evalueringsværktøjet:

1. Indsamling af standardiserede og dermed sammenlignelige data fra patientundervisning i kommuner og på hospitaler til brug ved evaluering.
2. Løbende udtræk af informationer fra de registrerede data, der kan bruges af frontpersonalet ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsaktiviteter.
3. 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.

De forventede effekter af MoEva var:

1. At der sker en rutinemæssig evaluering af patientundervisningen i kommuner og på hospitaler.
2. At kvaliteten af patientuddannelserne sikres og løbende forbedres, dels i det daglige arbejde, dels på et overordnet strategisk niveau. Underviserne får mulighed for at kunne bruge data fra systemet i

Udviklingen af værktøjet MoEva begyndte allerede i 2006 og blev taget i brug i 2007. (KVJ 2012)
MoEva-projektet har været påvirket af orlov, sygdom, projektlederskift og skift af projektansvarlig chef.
Projektet er forlænget ind i 2013.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Udviklingen og brugen af MoEva er sket i en periode, hvor kommunerne har arbejdet på at integrere evalueringskompetencer i egen opgaveløsning. Det har derfor været en stor opgave at sikre en god balance mellem kommunerne behov for data til egen opgaveløsning på den ene side og nødvendigheden af datakomplethed i forhold til redskabets mere overordnede strategiske anvendelsesområder på den anden. Redskabet kan først nu betragtes som færdigudviklet så kommunerne for alvor kan bruge data. En række kommuner har således investeret i udviklingen med en forventning om fortsat at bruge MoEva til kvalitetsudvikling af egne patientuddannelsesaktiviteter.

MoEva bruges i øjeblikket til at evaluere uddannelse til mennesker med kronisk sygdom i ni kommuner og på Hospitalsenhed Vest (HEV) og har bl.a. været brugt i en omfattende kvantitativ evaluering af Lærings- og Mestrings-konceptet, som har givet anledning til at vurdere MoEva som monitorerings- og evalueringsredskab.

Mange deltagere i de evaluerede sundhedstilbud har ikke udfyldt spørgeskemaerne. Det kan skyldes spørgeskemaernes omfang (antal spørgsmål) og indhold (spørgsmålenes emner og formulering), om formålet med spørgeskemaerne er tydeligt for de involverede og måden kommunerne har indtastet og indsamlet disse.

MoEva kan bruges som redskab til at vurdere om sundhedsuddannelsen når sin målgruppe, herunder i hvor høj grad gruppen af borgere, som er særligt udsatte, benytter sig af tilbuddet.

MoEva har på nuværende tidspunkt ikke fungeret som et monitoreringsredskab, der kan bidrage til løbende kvalitetsudvikling af sundhedsuddannelser ved løbende at give feedback til underviserne – fx om data for det enkelte hold. Med en ny web-plattform (TrialPartner) er kommunernes mulighed for at få løbende udtræk fra datasættet forbedret.

Det er således ikke på nuværende tidspunkt dokumenteret, at projektets to første formål kan opfyldes med det koncept, som er udviklet. Fx foreligger der ikke dokumentation for, at MoEva bidrager til at professionelle ændrer patientuddannelsen, patientpopulationen får bedre tilbud, flere patienter uddannes i egen sygdom, at patienter oplever en bedre sundhedsfaglig kvalitet eller at patienters helbred/prognose/livskvalitet forbedres.

Det er ikke undersøgt hvordan MoEva som måleredskab påvirker deltagere, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

MoEva har ikke haft til formål at bidrage til et bedre tværsektorielt samarbejde. Det har ikke været en del af projektet at stille data fra det kommunale tilbuds deltagere til rådighed for almen praksis og hospitalerne – eller omvendt.

Hvis MoEva på et tidspunkt kan bidrage til at kommuner og hospitalers patientskoler bliver bedre i stand til at dokumentere kvaliteten og/eller effekten af deres indsats i forhold til patientundervisning, kan det formentlige bidrage til, at almen praksis henviser flere patienter hertil, og at flere borgere/patienter tager imod kommunens tilbud om kommunal rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme.

Det har ikke været en del af MoEva-projektet at afklare, om spørgeskemaerne kan bruges som redskab til at monitorere tværsektorielle forløb, jf. forløbsprogrammerne, og om/hvordan MoEva i så fald kan kombineres med det spørgeskema, som CFK har udviklet til patienter/borgere med kronisk sygdom (projekt 18)

Stiger omkostningseffektiviteten?

Idéen med MoEva er at bidrage til, at patientuddannelser og kommunale sundhedstilbud bliver mere effektive. Aktuelt registrerer de deltagende kommuner og den ene hospitalsafdeling effekter af egne patientuddannelsesforløb som fundament for den løbende kvalitetsudvikling.

Da MoEva endnu ikke er brugt til at sammenligne effekter af forskellige patientuddannelser, er det dog endnu ikke dokumenteret, hvorvidt MoEva er et evalueringsredskab, der kan bidrage til at effektivisere patientuddannelser og kommunale sundhedstilbud.

Anvendelse af MoEva som redskab i daglig drift udgør i første omgang en omkostning – eller investering – i form af tidsforbrug for både deltagere (mennesker med kronisk sygdom), kommuner og region.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Formålet med MoEva er ikke i sig selv at fremme egenomsorg, men at udvikle kvaliteten i patientuddannelse til i højere grad at fremme egenomsorg. Da MoEva indeholder spørgsmål, der belyser deltagernes egenomsorgskapacitet og mestringssevne, så hjælper MoEva med at holde fokus på egenomsorg.

Potentielt kan spørgsmålene således bruges som et redskab til, at mennesker med kronisk sygdom bliver mere opmærksomme på, hvad der har betydning for deres sundhed og motivere til adfærdsændringer og sundhedsfremmende tiltag – og fx få mere ud af de kommunale sundhedstilbud. Men det er ikke sådan anvendelsen af MoEva er lanceret.

Der er data, der viser, at MoEva-spørgeskemaerne af nogle sundhedsprofessionelle er blevet brugt som et konkret udgangspunkt for en samtale med borgeren med kronisk sygdom. Men det er ikke belyst om dette – eller anvendelsen af redskabet i øvrigt – styrker egenomsorgen.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

MoEva er i tidligere versioner prøvet af i 10 kommuner og på Hospitalsenhed Vest.

Der er sundhedsprofessionelle og kommuner, som har haft positive erfaringer med MoEva som evalueringsredskab. Der er forespørgsler fra andre kommuner.

For at fremme udbredelsen af MoEva og dermed styrke dets kapacitet har de ansvarlige for MoEva inden for klyngestrukturen planlagt at drøfte redskabet med kommuner, hospitaler og praktiserende læger. På den tekniske side (med brug af TrialPartner) er der nu skabt muliggør for online besvarelser på tablets.

Sundhedsprofilen/befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det?" (HHDD) udgør et nationalt undersøgelseskoncept, som er anerkendt af kommuner, region og folkesundheds-fagprofessionelle. HHDD er planlagt til at blive gentaget regelmæssigt i de kommende år. Det at MoEva er koblet tæt sammen med HHDD øger sandsynligheden for, at redskabet kan blive anerkendt som et evaluerings - og monitoreringsredskab for patientuddannelser og kommunale sundhedstilbud i hele landet.

Finansieringen af MoEva efter projektperioden er fortsat uafklaret.

MoEva er afhængig af at både borgere/deltagere og kommunalt ansatte vil bruge tid på dataindsamling. Det vil således øge sandsynligheden for at videreføre konceptet, at alle parter opfatter redskabet og de resultater, det kan afstedkomme som relevant og vigtigt og således er tidsinvesteringen værd.

Der udvikles i øjeblikket apps til smartphone eller tablet, som giver patienter mulighed for at indtaste, sende og selv følge med i egne data og med mulighed for at sundhedsprofessionelle kan få adgang til relevante oplysninger om patienten. Der arbejdes med diagnosespecifikke patient reported outcome measures (PROM) på hospitaler (fx Ambufleks), som integreres med den elektroniske patientjournal (EPJ). MoEva er som redskab ikke umiddelbart klar til at blive en integreret del af den udvikling.

Vigtige erfaringer fra projektet

MoEva-projektet har opnået metodiske og organisatoriske erfaringer med at evaluere kommunale patientuddannelsesstilbud og hospitalernes patientuddannelse.

Konklusion

MoEva er et ambitiøst projekt målrettet udvikling og implementering af et redskab til at tilvejebringe mere sikker viden om patientuddannelsers og kommunale sundhedstilbuds effektivitet.

MoEva er et bidrag til en nationalt efterspurgt kvalitetssikring af patientuddannelser og CFK har et stort engagement i at udmønte potentialet i MoEva.

Anvendelsen af nogle af de samme spørgsmål som befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det?" giver mulighed for systematisk at sammenligne oplysninger om deltagere med målgruppen før og efter forløbet, og at sammenligne forskellige sundhedsuddannelsers effekt.

Projektet kan for en udenforstående forekomme stærk fokuseret på etablering af databasen med tilsvarende mindre fokus på de, der skal bruge redskabet lokalt. Hvis projektet skal videreføres, er dialogen med dets brugere om formål, praktiske implikationer, nytteværdi etc. afgørende for succes.

En af projektets største udfordringer er, at monitorering og standardiseret evaluering ved hjælp af generiske og validerede standardspørgeskemaer er svær at forene med hensyn til lokale ønsker om evalueringer tilpasset til det enkelte kursus.

Men det er på det foreliggende grundlag og på nuværende tidspunkt uafklaret

- om MoEva som redskab kan måle effekten af – og dermed sammenligne - konkrete sundhedstilbud
- om MoEva kommer til at fungere som monitoreringsredskab
- om MoEva kan fungere som redskab til at styrke egenomsorg
- om MoEva kan bruges som redskab til at effektivisere indsatsen
- om alle kommuner - og især hospitalernes patientskoler vil benytte redskabet
- om borgerne/deltagerne vil udfylde det omfattende spørgeskemaet flere gange, så effekten kan måles
- om/hvordan MoEva kan blive en integreret del af monitoreringen af indsatsen overfor kronisk sygdom
- om der er udviklet og lanceret alternative og bedre redskaber til måle effekt af sundhedstilbud
- om MoEva kan integreres med de i gangværende forsøg på at integrere patient reported outcome measures i den elektroniske patientjournal (fx Ambufleks)

Projekt 22:

Læring og Mestring i Hjerterehabilitering, Vest

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 25. november 2012
- Videomøde den 23. januar 2013
- Protokol: LM-REHAB, dateret 1. november 2010
- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling: "Læring & Mestring" 4 evalueringsrapporter udgivet i perioden 2011-2012
- MTV om patientuddannelse
- Sundhedsstyrelsens rapport om patientuddannelse 2012

Deltagere i videomødet den 23. januar 2013:

For projektet - Hospitalsenhed Vest	Vurderingsteamet fra CFK
Birgitte Egholm Jacobsen	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Bodil Overgaard-Akselsen, oversygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK

Projektets mål

Formål med projektet er at integrere og teste effekten af Lærings-mestring-konceptet inden for hjerterehabilitering, herunder

- Udvikle og afprøve involvering af viden fra erfarne patienter i hjerterehabilitering
- Videreudvikle de sundhedspædagogiske kompetencer for det involverede personale
- Udvikle metode til fastholdelse og udvikling af sundhedspædagogiske kompetencer

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Projektet afprøver en ny praksis i form af integration af Lærings- og Mestringskonceptet sundhedspædagogiske tilgang i det eksisterende tilbud om hjerterehabilitering med det formål at undersøge effekten før evt. fremadrettet implementering i daglig drift.

Projektet gennemføres som et kontrolleret parallelstudie, hvor den eneste forskel, grupperne imellem, består i valg af sundhedspædagogisk tilgang og brug af erfarne patienter. Der er i projektperioden inkluderet 830

patienter, som efterfølgende er randomiseret i 2 grupper. Projektledelsen vurderer, at der er en deltagelsesprocent på 25-30 % af målgruppen og en efterfølgende frafaldsprocent på 15 %.

Hospitalet har før resultaterne af projektet foreligger valgt at videreføre og udbrede projektets praksis i drift efter projektperioden. Argumentet herfor er at fastholde kompetencerne, hvis undersøgelsen viser sig at have en forventet god effekt.

Det nye i tilbuddet om hjerterehabilitering er sammenlignet med standard-hjerterehabiliteringsforløbet i Vest:

- at underviserne har fået en sundhedspædagogisk efteruddannelse på otte kursusdage,
- at patienten får to individuelle samtaler mere, nemlig en afklarende samtale inden gruppeforløbet og en opfølgende samtale,
- at underviserne har fokus på at fremme deltagerinvolvering ud fra sundhedspædagogiske læringsprincipper,
- at der derfor ikke benyttes en standardiseret gennemgang af slides,
- at der deltager erfarne patienter som medundervisere, som har fået kursus på fire kursusdage.

Den forventede ny og bedre praksis er, at den afprøvede sundhedspædagogiske metode bygger på en eksplicit metode til større grad af deltagerinvolvering sammenlignet med klassiske ekspertforedrag, der i højere grad er kendetegnet ved overførsel af viden. Forløbsprogrammets beskrivelse af gruppeundervisningstilbuddet i fase 2 understreger også, at undervisningen skal være dialogbaseret og udnytte gruppens samlede ressourcer. På den måde er den afprøvede sundhedspædagogiske tilgang i god overensstemmelse med forløbsprogrammets fælles minimums standard.

Et andet element i den nye praksis er at inddrage erfarne patienter i uddannelsen af AKS-patienter allerede i fase 2.

En af udfordringerne ved undersøgelsesdesignet er, at tilbuddet i kontrolgruppen ikke har samme varighed og frekvens som forløbsprogrammets anbefalinger, nemlig 8 uger med 3 sessioner ugentlig i stedet for 12 uger med 2 sessioner ugentlig. Sidstnævnte er på nuværende tidspunkt implementeret på andre af regionens hospitaler. Det beror på et skøn om, at et kortere forløb med flere sessioner om ugen er lige effektivt som et længerevarende forløb med færre sessioner per uge.

Forløbsprogrammet beskriver udførligt den sundhedspædagogiske tilgang, og understreger betydningen af, at underviserne besidder sundhedspædagogiske kompetencer og satser på deltagerinvolvering og individualisering af tilbuddet. Der er ikke tale om et eksplicit krav til en specifik sundhedspædagogisk efteruddannelse i de foreliggende nationale og regionale anbefalinger eller krav om involvering af erfarne patienter i undervisningen.

Det er generelt vanskeligt at dokumentere effekt af undervisning alene, og det er derfor spørgsmålet, om den valgte sundhedspædagogiske tilgang og involvering af ekspertpatienter adskiller sig så markant fra forløbsprogrammets anbefalinger, så der kan påvises en signifikant forskel. Det kan således blive meget vanskeligt at dokumentere og konkludere, at integration af principperne for Læring og Mestring i hjerterehabiliteringsprogrammet i sig selv giver et bedre patient-outcome end implementering af forløbsprogrammets anbefalinger.

Hospitalet adskiller sig fra andre hospitaler ved at have beskrevet en teamsamtale med den enkelte patient, hvor både læge, sygeplejerske og fysioterapeut deltager som standard. I hvor høj grad det lykkes at gennemføre samtaler, hvor alle tre fagpersoner er til stede er en nødvendig information for at kunne vurdere denne praksis.

For de relativt få patienter, som ikke ønsker eller kan deltage i det gruppebaserede tilbud, har der været mulighed for at deltage i individualiserede samtaler i hjerteklinikken.

Et af projektets eksklusionskriterier er "[senil demens eller] anden grund til dårlig kompliance". Det kunne være relevant at opgøre, hvor mange patienter, der er ekskluderet på grund af dette kriterium. Projektet oplyser, at der skal indsamles data om "frafaldsgruppen", og at det formentlig vil være muligt at indhente data med henblik på stratificering for etnicitet, socialklasse, uddannelse og diagnoser. Frafaldsanalysen er ikke en del af projektet.

Projektet vil i kraft af undersøgelsen indsamle data om patienterne ændrer livsstil, om patienterne oplever, at de har styr på sygdommen, og om de ved, hvad de selv kan gøre. Deltagerne spørges fx om de får dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud.

Personalet i interventionsgruppen får svarende Lærings- og Mestringskonceptet en særlig uddannelse og supervision i den valgte sundhedspædagogiske tilgang. Personale, der uddanner patienterne i kontrolgruppen har også sundhedspædagogiske kompetencer, men det fremgår ikke, hvilken form for efteruddannelse og supervision personalet i kontrolgruppen har modtaget før eller i løbet af projektperioden.

Patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bliver bedre

Læring og Mestring har fokus på "det daglige levede liv" og tager udgangspunkt i deltagernes behov. Dermed kan det indirekte forventes, at der vil komme mere sammenhæng i relationen mellem hospital og patientens hverdag i hjemmet.

Projektet har som udgangspunkt fokus på hospitalets eget tilbud til patienterne. Kommunens bidrag er ikke beskrevet som en del af projektet, og det fremgår ikke, i hvilket omfang kommunen og patientens egen læge inddrages på en anden måde end hidtil.

Kommuner i Vest har implementeret Læring og Mestring på deres sundhedscentre. På den måde kan fase 2 og 3 i hjerterehabilitering muligvis opleves som mere sammenhængende af deltagerne. Men der risikerer også at blive overlap til, hvad der foregår i fase 2 og 3, hvilket ville kunne belyses ved at tydeliggøre indholdet i undervisningen og evt. spørge deltagerne om deres oplevelse heraf.

Stiger omkostningseffektiviteten?

I projektets selvevaluering oplyses, at der er ansøgt om finansiering til en økonomisk analyse. Konceptet forventes at give anledning til flere omkostninger til etablering og drift af hjerterehabilitering pr. patienter, men at der allerede efter et år vil være afledte besparelser. Det er ikke oplyst hvilke besparelser, men genindlæggelses-hyppighed er et effektmål i forskningsprotokollen.

Læring og Mestrings-konceptet er dyrere end standardforløbet. Hver patient får to ekstra individuelle samtaler i form af en afklarende samtale inden gruppeforløbet og en opfølgende samtale efter gruppeforløbet.

Ud fra protokollens nøgletal og budget kan merudgifter pr. hold beregnes til 32.400 kr., forudsat der afvikles 22 LM-hold om året. Hvis alle hold er fyldt op svarer det til en ekstraudgift på 2.700 kr. pr. deltager.

Hertil kommer efteruddannelse og løbende vejledning af sundhedspersonale og erfarne patienter.

Der er ikke bevilliget midler til en planlagt systematisk sundhedsøkonomisk analyse, men projektledelsen oplyser, at der vil blive foretaget en sammenligning af de samlede omkostninger, der er forbundet med de to tilbud.

Ved at sammenligne med tal fra befolkningsundersøgelsen og det patientadministrative system, ville det muligvis kunne lade sig gøre at sammenligne effekten af forskellige hjerterehabiliteringsforløb. Det kunne også være interessant systematisk at sammenligne effekterne af Læring og Mestring i Vest med shared care-projektet og hjerteprojekterne på Skejby (projekt nr. 12 og projekt nr. 8).

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Argumentet for at anvende konceptet "læring og mestring" er at styrke egenomsorgen. Det må forventes, at en systematisk efteruddannelse af det undervisende personale og en efterfølgende systematisk brug af sundhedspædagogiske metoder har bidraget til at styrke deltagernes egenomsorg.

Erfaringen fra tidligere lærings- og mestringsforløb er også, at inddragelsen af erfarne patienter i undervisningen bidrager positivt til at deltagernes mestringsevne styrkes.

I projektet undersøges denne forventede effekt ved hjælp af spørgeskemaer og målinger. Den vigtigste måde at belyse effekten på egenomsorg, som i projektet benævnes, mestringsevne, er standardspørgeskemaet Health Education Impact Questionnaire (heiQ). Herudover benyttes standardspørgeskemaerne SF-12 (livskvalitet), MDI (depression) og spørgsmål om selvrapporterede livsstilsfaktorer fra befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det?", en opgørelse af antal gennemførte trænings- og undervisningssessioner og en række kliniske målinger (BMI, BT m.m.).

Det fremgår ikke, hvilken sundhedspædagogisk tilgang der anvendes og hvordan i relation til de 400 deltagere i kontrolgruppen med henblik på styrkelse af egenomsorg.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Hospitalet har allerede besluttet at videreføre og udbrede Læring og Mestrings-konceptet i hjerterehabiliteringen efter projektperioden. Med den beslutning signalerer ledelsen også, at de forventer at Læring og Mestring er mindst lige så god som den hidtidige hjerterehabilitering.

Spørgsmålet er, hvordan projektets høje prioritering af efteruddannelse, temadage mv. og den store og positive opmærksomhed, der har været fra ledelsesside, har haft på af betydning for evt. positive resultater?

Det er relevant at følge, hvorvidt det praksisfællesskab, der er etableret mellem sundhedspersonale og patienter, er bæredygtigt i det lange løb.

Konklusion

Projektet bidrager til at sikre, at hjerterehabilitering bygger på patientinvolverende sundhedspædagogik, hvor der især fokuseres på mestring af hverdagslivet. Fokus på en involverende sundhedspædagogisk tilgang i hjerterehabiliteringen er i fuld overensstemmelse med forløbsprogrammet og nationale anbefalinger.

Det store antal patienter og forskningsdesignet bidrager positivt til at regionen senere i 2013 opnår mere viden om, hvordan Læring og Mestring fungerer i hospitalets specialiserede hjerteundervisning. Men hjerterehabiliteringsprogrammet i både interventionsgruppen og kontrolgruppen er ikke direkte sammenlignelig med andre hospitalers hjerterehabilitering mht varighed og frekvens af ugentlige fremmøder på hospitalet.

Da det afprøvede koncept er dyrere pr. hold og patient end standardforløbet, er det afgørende, at der bliver gennemført en systematisk sundhedsøkonomisk analyse.

Det bliver spændende at få opgjort, om det er lykkedes for Vest at udvikle et tilbud, der også appellerer til, og dermed kan rekruttere og fastholde, flere af de sårbare og udsatte patienter.

Projekt 8, 23, 24:

Planlægning, implementering og evaluering af hjerterehabilitering. Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom

Delprojekt 8: Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom. Undersøgelse af effekten af fysisk træning i hjerterehabilitering

Projekt 23: Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning i eget hjem via telemedicin

Projekt 24: Udvikling og etablering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsdatabase for kirurgiske og medicinske hjertepatienter

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering pr. 1. februar 2012
- Dialogbesøg den 6. februar 2013
- Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe

Tilstede ved besøget den 6. februar 2013 var følgende:

For projektet - Region Midtjylland	Interviewteam
Sussie Laustsen, seniorforsker	Birthe Hellqvist, specialkonsulent i CFK
Anne Mette Krintel, forskningsansvarlig fysioterapeut Ulla Schou, afdelingsleder, Ergo- og fysioterapiafdelingen	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Jette Svanholm, forskningssygeplejerske	Lucette Meillier, seniorforsker i CFK
Mette Hyltegaard Poulsen, fuldmægtig	
Ole Ledet Pedersen, centerchef	
Anette Jensen, oversygeplejerske, Hjerte-Lunge- Karkirurgisk Afdeling	

Projektets mål

Projekt 8 består af en 4 delprojekter med titlen "Tilbage til hverdagsliv efter hjertesygdom".

Det overordnede fælles formål er planlægning, implementering og evaluering af rehabiliteringsindsats med udgangspunkt i Region Midtjyllands "Forløbsprogram for hjertesygdom. Fokus på blodprop i hjertet og svær hjertekrampe".

Delprojekt 8 vedrørende fysisk træning er tæt forbundet med og har ved afslutning på projektet leveret data til projekt 23 og projekt 24. Derfor beskrives og vurderes de 3 projekter samlet i dette dokument. De resterende 3 delprojekter under projekt 8 beskrives og vurderes for overskuelighedens skyld i et andet samlet dokument.

Formålet for alle delprojekterne er:

- at begrænse de fysiske, psykiske og sociale negative konsekvenser af hjertesygdomme,
- at forbedre patientens funktionsniveau og livskvalitet,
- at bremse progression af hjertesygdom.

Delprojekt 8

Formålet med projektet er at undersøge effekten af et optimeret genoptræningsforløb jf. de anbefalinger, der foreligger i Region Midtjyllands forløbsprogram for hjertekarsygdom sammenlignet med det tilbud, der vanligt tilbydes patientgruppen i eget optageområde på Aarhus Universitetshospital i Skejby. Argumentet for at teste forløbsprogrammets anbefalinger er, at der ifølge projektlederne ikke foreligger solid 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. Målet er således at styrke grundlaget for mere præcise rekommandationer vedrørende varighed og intensitet af den fysiske genoptræning af målgruppen. Projektet gennemføres som et randomiseret klinisk kontrolleret studie. Der blev i projektperioden screenet i alt 379 patienter, som opfyldte inklusionskriterierne. Heraf fravalgte 215 at deltage og 34 patienter udgik i løbet af projektperioden, svarende til ca. 2/3 af målgruppen for interventionen. Der er løbende foretaget en kvalitativ opfølgning vedrørende årsagerne til, at så mange fravælger at deltage. Erfaringen er, at det generelt er patienter med svær sygdom, som takker nej til den fysiske træningsdel af hjerterehabiliteringsprogrammet. Projektets resultater afventer publicering.

Projekt 23 er et pilotprojekt, som udvikler, afprøver og evaluerer effekten af telemedicinsk overvågning og feedback om træningsforløb i eget hjem for den patientgruppe, som fravælger tilbud om træningsforløb i hospitalsregi på grund af erhvervsarbejde eller har mange afbud. Målet med det telemedicinske patientuddannelsesstilbud er at kunne bidrage til, at patienterne kan træne og undervises i egne omgivelser, og at et større antal af målgruppen derved gennemfører træningsforløbet og øger deres funktionsevne. Den teknologiske løsning består af et monitoreringsbælte med en telemedicinsk applikation til smartphone og webportal. En applikation, projektet selv har udviklet. Patienterne gennemfører et træningsforløb af 12 ugers varighed og superviseres i hele forløbet af 2 erfarne fysioterapeuter. For at sikre en interaktiv undervisning er der planlagt 4-6 telekonsultationer af en halv times varighed samt løbende kontakt vedrørende træningsrelaterede spørgsmål. Træningsintensiteten progredieres standardiseret og monitoreres via bæltet, som sendes via smartphone. Data sendes til en sikret server, som både patient og fysioterapeut har adgang til og som danner baggrund for vejledning om træningsintensitet. Den øvrige del af hjerterehabiliteringsprogrammet foregår i hospitalsregi. Evaluering af projektet foregår i forbindelse med afslutning af træningsforløbet. Der foreligger på evalueringstidspunktet ikke konkrete data, men stor interesse fra potentielle patienter og positive tilkendegivelser fra patienter, som har deltaget i pilotprojektet.

Projekt 24 er svarende til projekt 23 et pilotprojekt, som etablerer og validerer en tværfaglig og tværsektoriel klinisk database. Der findes allerede databaser til opsamling og vurdering af behandling af hjertepatienter, og det er blevet besluttet at oprette en national database. De eksisterende databaser indeholder ikke data vedrørende patienternes funktionsevne. Målet med pilotprojektet er derfor at identificere og monitorere data for funktionsvariable, som er relevante i en klinisk hverdag og på længere sigt kan anvendes til andre patientgrupper. Databasen er således et supplement til eksisterende registre og databaser, og tænkt som et redskab til løbende kvalitetsmonitorering. Der er valgt en simpel teknologisk løsning, som kan tilpasses den overordnede strategi for dataanvendelse, herunder kommunikere med EPJ. I projektperioden inkluderes alle patienter, som behandles og rehabiliteres på Aarhus Universitetshospital i Skejby, og følges i alle faser af rehabiliteringen. Projektet involverer en række samarbejdspartnere og aktører på tværs af afdelinger og sektorgrænser, som især har budt på teknologiske udfordringer i kommunalt regi. Resultaterne er ikke endelig opgjort, men erfaringen er, at en af variablerne for vurdering af patienternes funktionsevne ikke er velegnet, da den har vist sig for uspecifik til formålet.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier som er:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Projekt 8: Jf. regionens forløbsprogram anbefales en intensiveret fysisk træning 3 gange ugentligt af minimum 12 ugers varighed. Der er således ikke tale om en ny og bedre praksis sammenlignet med anbefalingerne, men testning af effekt af en intensiveret indsats sammenlignet med afdelingens eksisterende tilbud om genoptræning. Der efterspørges mere eksakt viden som grundlag for træningsvarighed og intensitet.

Der er et betydeligt antal patienter, som ikke ønsker at deltage eller falder fra. Antallet af inkluderede patienter kan svække projektets styrke til at kunne demonstrere signifikante resultater. Projektets resultater foreligger ikke og afventer publicering.

Det bør overvejes, om det er muligt på baggrund af nuværende viden om målgruppens behov og ønsker koblet med ny viden fra øvrige delprojekter, at rehabiliteringstilbuddet tilrettelægges og differentieres, så flere patienter ønsker og er i stand til at deltage og gennemføre forløbet.

Projekt 23: Det telemedicinske projekt udvikler og afprøver et spændende koncept, som kan bidrage til at en subpopulation kan og vil gennemføre et træningsprogram, som er mere fleksibelt i relation til den enkelte patients hverdagsliv og giver mulighed for større individualisering af monitorering og justering af træningsintensitet.

Projekt 24: Etablering af en ny database giver mulighed for identifikation og afprøvning af ny viden om specifikke og relevante variable for funktionsvene. Databasen er tænkt som et redskab til kvalitetsudvikling, men der kan også være tale om dobbeltregistrering af dele af patientpopulationen.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Projekt 8: Der foreligger endnu ikke konkrete data for sammenligning mellem de forskellige modeller for fysisk genoptræning, men hvis der kan opnås samme effekt af et 8 ugers program med fremmøde 2 gange ugentligt som med et 12 ugers program med fremmøde 3 gange ugentligt vil det kunne anses som forbedring af patientforløbet. Spørgsmålet er samtidig, hvilken effekt det vil have på længere sigt med hensyn til eksempelvis fastholdelse af livsstilsændringer.

Projekt 23: Det telemedicinske projekt kan være en mere praktisk og attraktiv løsning for en subpopulation af den samlede målgruppe og kan styrke samarbejdet med patientens hjemmeteam i og med at træningen foregår i de omgivelser, patienten befinder sig i.

Projekt 24: Databasen er designet til at indsamle og monitorere data og effekter for det samlede rehabiliteringsforløb, hvilket udgør et godt grundlag for koordination og kvalitetsudvikling af den samlede indsats. Erfaringen fra pilotprojektet er, at det er vanskeligt at etablere en projektorganisation på tværs af sektorgrænserne i relation til fælles dataindsamling og kvalitetsmonitorering. En afgørende forudsætning herfor er, dels at der er enighed om fælles formål og mål, dels at de involverede parter føler ejerskab og mening med projektet og besidder de nødvendige faglige og teknologiske ressourcer.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Projekt 8: Der er ikke planlagt nogen nærmere beregning af omkostninger sammenholdt med mulige gevinster af forløbsprogrammets anbefalede praksis overfor afdelingens nuværende praksis. Hvis der kan opnås samme effekter på kortere og længere sigt, må det forventes at være en mere omkostningseffektiv praksis for sundhedsvæsenet og de involverede patienter.

Projekt 23: Med hensyn til udvikling og afprøvning af den telemedicinske løsning til en subgruppe af populationen er der på kort sigt tale om en investering i udvikling og afprøvning af teknologi, som i relation til afprøvning i storskala vil blive relativt mindre i relation til udstyret. Samtidig vil omkostningerne til individuel supervision og monitorering forventes at stige. De økonomiske udgifter skal sammenholdes med opnåede positive helbredsgevinster på kortere og længere sigt for en relativt yngre patientgruppe, der har været og befinder sig i risiko for en livstruende sygdom og hvad det indebærer for den enkelte, familien, træk på sundhedsydelser og tab af erhvervsevne. Det vil derfor være relevant at foretage en mere grundig analyse af omkostningseffektivitet før beslutning om implementering, herunder organisering af indsatsen.

Projekt 24: Databasen er ikke i sig selv en omkostningseffektiv løsning, og udgør på nuværende tidspunkt såvel en investering til generering af ny viden om funktionsvariable og et supplement til eksisterende databaser som en kilde til dobbeltregistrering, og hvad det indebærer af ekstra tidsforbrug for patienter og personale. Dette vil mindskes ved integration i eksisterende eller den kommende nationale database. Databasen kan på sigt medvirke til en mere omkostningseffektiv rehabiliteringsindsats, hvis det lykkedes at indsamle data på tværs af sektorer, som dokumenterer, at en større del af indsatsen kan foregå i kommunen og/eller patientens eget hjem jf. LEON-princippet.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Projekt 8: Det er uvist i hvilket omfang længden og intensiteten af den fysiske træning influerer på patienternes fastholdelse af livsstilsændringer i form af øget fysisk aktivitet som udtryk for en øget egenomsorg. Der foreligger ikke data for, om en større del af den samlede målgruppe rekrutteres til og gennemfører rehabiliteringsprogrammet. Indsatserne i projekterne følger forløbsprogrammets anbefalinger for en individualiseret indsats og opmærksomhed på sårbare patienters behov for en mere individuel og intensiveret indsats i øvrige dele af rehabiliteringsprogrammet.

Projekt 23: For gruppen af patienter, som på grund af erhvervsmæssige forhold ville fravælge og/eller ikke gennemfører det standardiserede tilbud om træning og som tilbydes et telemedicinsk tilbud er der tale om en potentiel styrkelse af patientens egenomsorg i form af mulighed for og tryghed ved at kunne træne i eget hjem. Der foreligger ikke data herfor på nuværende tidspunkt.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets resultater foreligger ikke, og selvevalueringen indeholder ikke konkrete fremadrettede planer for hvilken model og organisering heraf, der fremadrettet vælges vedrørende den fysiske træning, herunder telemedicinsk løsning.

Der er i forbindelse med projekterne udviklet og testet forskellige fysiologiske tests, som allerede er implementeret i klinisk praksis. Databasen er udviklet således, at der tages højde for genanvendelse af eksisterende data og tilpasning i en overordnet lokal og national strategi for dataanvendelse.

Konklusion

Ovenstående 3 projekter er tæt forbundne og skal ses og vurderes i sammenhæng med endnu 3 delprojekter, der har samme overordnede formål – planlægning, implementering og evaluering af tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsindsats af patienter med hjertesygdom.

Projekterne gennemføres som forskningsprojekter/pilotprojekter sideløbende eller konsekutivt. Delprojekt 8 vedr. fysisk træning tester forløbsprogrammets anbefalinger og resultaterne foreligger ikke på nuværende tidspunkt.

Det telemedicinske projekt udvikler og afprøver en ny teknologi, som har potentiale til, at en subpopulation tilbydes et mere individuelt og fleksibelt uddannelsesstilbud, som potentielt bidrager til at en større del af målgruppen ønsker og gennemfører et 12 ugers træningsforløb. Tilbuddet har vakt interesse og deltagerne udtrykker tilfredshed og tryk hermed, men der foreligger ikke konkrete resultater.

Databasen udvikler og opsamler ny viden om funktionsvariabler, som forventes at kunne anvendes til andre patientgrupper, men som aktuelt primært er til stor gavn for forskning og kvalitetsudvikling i egen afdeling og på sigt på tværs af sektorer i relation til den samlede rehabiliteringsindsats.

Der er således tale om forsknings- og udviklingsprojekter relateret til den fysiske træning af hjerterehabilerende samt redskab til kvalitetssikring af den samlede indsats, som ikke har fokus på implementering. Opdelingen i flere og mindre delprojekter giver mulighed for ny viden om mange specifikke emner. Samtidig er der risiko for, at projekterne "konkurrerer" med hinanden i relation til rekruttering af patienter, som skal deltage i flere og langvarige projekter og risiko for svækkelse af projekterne på grund af et for lille antal deltagere til at kunne opnå signifikante resultater.

Projekt 25:

Kend din KOL Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL

Grundlag for ekstern vurdering

Selvevaluering pr. 30. november 2012

- Evalueringsbesøg den 18. januar 2013
- Projektprotokol med selvbehandlingsplan

Tilstede ved besøget den 18. januar 2013 var følgende:

For projektet	Interviewteam
Else Marie Hansen, afdelingssygeplejerske	
Anette Fenger, klinisk udviklingskoordinator Lisbeth Hougaard, KOL-sygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Bente Dam, oversygeplejerske Hanne Dalgaard, vicekontorchef	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK

Projektets formål og mål

Lungemedicinsk Afdeling ved Regionshospitalet i Skive og Viborg har i flere år haft betydeligt fokus på KOL og implementeret forløbsprogrammets anbefalinger. Projektet består af to delprojekter, som udvikler, undersøger og implementerer dele af KOL-forløbsprogrammets anbefalinger vedr. behandling og forebyggelse af akutte forværringer, optimering af behandling og styrkelse af patienternes egenomsorg. Formålet er reduktion af indlæggelser og bedring af livskvalitet.

Delprojekt 1 er en kontrolleret undersøgelse af effekterne af en skriftlig selvbehandlingsplan, som patienterne oplæres i at kunne anvende i forbindelse med tegn på en akut forværring. Introduktion og opfølgning sker jf. et fastlagt regime bestående af en mundtlig introduktion før udskrivelse og 4 efterfølgende besøg af KOL-sygeplejerske i eget hjem fordelt over 12 måneder. Patienterne har derudover adgang til KOL-telefonrådgivning på hverdage. Målene med delprojekt 1 er via introduktion og oplæring i brug af selvbehandlingsplan at:

- reducere antallet af indlæggelser,
- bedre patienternes egenomsorg og mestring og dermed øge livskvaliteten,
- øge pårørendes viden og forståelse for KOL,
- øge hjemmeplejens viden og forståelse.

Projektet er forlænget til medio 2013 med henblik på at kunne inkludere 150 patienter. Det har vist sig, at kun ca. en fjerdedel af målgruppen reelt kan inkluderes i og gennemfører projektet. Effektmåling består i før- og eftermåling af kliniske nøgleparametre, livskvalitet, antal hjemmebehandlinger og forbrug af sundhedsydelser. Patienterne mestringsevne vurderes ved kvalitativt interview af fire patienter som led i masterafhandling.

Delprojekt 2 består af oprettelse og afprøvning af en telefonrådgivning, hvis formål er at tilbyde lungemedicinsk specialiseret rådgivning og vejledning for sundhedsprofessionelle fra andre afdelinger, primærsektoren, patienter

og pårørende. Rådgivningen er tilgængelig i 2 timer på hverdage og varetages af en sygeplejerske med specialviden om KOL, der ved behov rådfører sig med speciallæge i lungemedicin. Ordningen suppleres af mulighed for skriftlig vejledning via mail.

Målene med delprojekt 2 er at:

- optimere behandling af KOL,
- øge tryghed og livskvalitet for patienter med KOL,
- reducere antallet af indlæggelser,
- styrke indsatsen til patienter, der indlægges på hospitalets øvrige afdelinger.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Delprojekt 1 videreudvikler og tester en skriftlig selvbehandlingsplan. Dele af selvbehandlingsplanen er nye, og det samme gælder den strukturerede oplæring i brugen heraf i form af 4 besøg i patientens eget hjem. Der er således reelt tale om en supplerende udgående funktion, hvori der udover oplæring i brug af selvbehandlingsplan vejledes i inhalationsteknik, håndtering af åndenød, sekretmobilisering, måling af dokumentation af kliniske nøgleparametre, udfyldelse af spørgeskemaer om livskvalitet, dokumentation af NIP kvalitetsindikatorer mm. Hjemmeplejens personale og pårørende inviteres til at deltage i hjemmebesøgene, hvis patienterne ønsker dette. Samtidig tilbydes telefonisk og skriftlig rådgivning.

Der foreligger endnu ikke konkrete data for opstillede effektmål.

Projektets design uden kontrolgruppe og samtidige supplerende interventioner gør det vanskeligt at vurdere effekten af selvbehandlingsplanen isoleret. Det er således vanskeligt at isolere effekten heraf overfor effekt af de fire hjemmebesøg af sygeplejersken i sig selv, andre interventioner som eks. medicinændringer, telefonrådgivningen eller eksempelvis deltagelse i rehabilitering.

Projektet har inkluderet i alt 482 patienter, men efterfølgende ekskluderet 348 patienter. Det store frafald er kommet bag på projektets ledelse, men svarer til deltagelsesprocenten af tilsvarende udgående funktioner målrettet reduktion af antal indlæggelser og/eller indlæggelsestid. Primært på grund af, at patienterne lider af komplicerende, ustabil komorbiditet eller har kognitive begrænsninger, der gør, at patienterne ikke er egnede til ordningen.

Der er forud for projektet ikke foretaget nogen systematisk litteratursøgning om best practice i relation til udformning og indhold af selvbehandlingsplan. Indholdet bygger på principperne herfor i DSAMs vejledning og har videreudviklet denne.

Delprojekt 2 vedr. telefonrådgivningen suppleret med mulighed for skriftlig vejledning er et bud på implementering af forløbsprogrammets anbefalinger om let tilgængelighed til specialressourcer for såvel personalet i primærsektoren, og i dette tilfælde også patienter og pårørende. Rådgivningen anvendes kun sparsomt, - fortrinsvis af deltagende projektpatienter og i stigende omfang af personale fra andre afdelinger. Spørgsmålet er, om telefonrådgivningen ville blive anvendt hyppigere, hvis der ikke samtidig er mulighed for enten hjemmebesøg og/eller besøg af den udgående sygeplejerske til hospitalets øvrige medicinske afdelinger.

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

KOL-sygeplejersken tilbyder i forbindelse med de 4 hjemmebesøg undervisning af såvel patienter som pårørende og evt. tilknyttet personale i patientens eget hjem, hvilket øger muligheden for at sikre kontinuitet i patientforløbet og bedre koordination heraf. Der er ikke planlagt specifik måling heraf, udover hvad der direkte eller indirekte kan udledes af de planlagte kvalitative patientinterviews.

Telefonrådgivningen udgør en hotlinefunktion for patienter, pårørende og personale fra primærsektoren, som både direkte og indirekte kan influere på kvaliteten og kontinuiteten af indsatsen i den enkelte enhed, på tværs af de medicinske afsnit og på tværs af sektorgrænser. Telefonrådgivningen er begrænset til 2 timer på hverdage og der er fastsat en frist på skriftlige svar på en uge på skriftlige henvendelser. 2 timers tilgængelighed kan være en barriere for brugen heraf og omfanget af de potentielle gevinster. Der foreligger på evalueringstidspunktet ikke konkrete data herfor. Der er informeret om telefonrådgivningen på hjemmeside og udarbejdet en informations-brochure.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Et er hovedformålene med de to delprojekter er, at reducere antallet af indlæggelser og træk på andre sundhedsydelser samtidig med, at patienternes tryghed og livskvalitet øges.

Delprojekt 1 indbefatter udover udvikling og testning af en selvbehandlingsplan, der introduceres i hospitalsregi, også en udgående funktion af en KOL-sygeplejerske. Heraf var der indledningsvist lagt op til, at to af de 4 besøg kunne foregå som en telefonkonsultation, hvilket blev fravalgt tidligt i projektet, da det forekom uhensigtsmæssigt i relation til udførelse af projektets konkrete indhold og forventede mål. Hjemmebesøg udgør en forholdsvis dyr løsning på oplæring i brug af en selvbehandlingsplan alene. Samtidig er det kun muligt at inkludere ¼ af den tilsigtede målgruppe. En vurdering af omkostningseffektivitet af den valgte løsning med 4 hjemmebesøg kræver afvejning af potentielle besparelser og opnåede gevinster op mod udgifter til ordningen i form af lønudgifter relateret til introduktion i hospitalsregi, direkte og indirekte transportudgifter, tidsforbrug til telefon- og mailrådgivning, tidsforbrug for patienter, pårørende, personale i primærsektoren m.m. Der er planer om at gennemføre en vurdering af besparelser af indførelse af den valgte selvbehandlingsplan og de supplerende hjemmebesøg koblet med adgang til telefonrådgivning før, et år efter og også på længere sigt. Det vil være relevant at sammenligne projektets resultater med alternative modeller for introduktion, oplæring og monitorering af patienter i brug af selvbehandlingsplaner i relation til håndtering og forebyggelse af akutte forværringer, inklusive brug af telemedicinske løsninger. Det er desuden væsentligt at vurdere, om nogle patienter sideløbende modtager information eller tilknyttes tilbud med samme indhold eller dele heraf i forskellige regi - eksempelvis i forbindelse med deltagelse i hospitalets eller kommunens rehabiliteringstilbud.

Delprojekt 2 implementerer forløbsprogrammets anbefalinger om en hotlinefunktion, som kan være en mere omkostningseffektiv praksis i det omfang, det lykkedes at forebygge eller reducere omfanget af andre sundhedsydelser i ambulatoriet, sengeafdelinger og/eller almen praksis uden at reducere den sundhedsfaglige kvalitet.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Målet er, at patienterne efter introduktion og systematisk oplæring i brug af en selvbehandlingsplan, som inkluderer udlevering af relevant medicin til tidlig start af intensiveret behandling, i højere grad bliver i stand til at genkende tegn på en akut forværring af sygdommen og føler sig tryk ved at kunne handle selvstændigt herpå og undgå unødigt forsinkelse og progression af situationen. Der bliver opsamlet data for antallet af egenbehandlinger i hjemmet og kvalitativt interview af 4 patienter. Der er ikke planlagt systematisk opgørelse af samme mål, for patienter, som ikke indgår i ordningen. Deltagerne i interventionsgruppen udgør qua inklusions- og eksklusionskriterierne en mindre proportion af målgruppen, som måske udgør den mindst sygeandel af

målgruppen for den tilkoblede udgående funktion. Som tidligere omtalt er det vanskeligt at vurdere, om det er selvbehandlingsplanen i sig selv eller andre dele af interventionen i dette projekt, der influerer på patientens tryghed og egenomsorg.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Afdelingens ledelse afventer foreløbig de konkrete resultater af projektet før stillingtagen til fortsættelse i daglig drift. Det vil ikke kræve en væsentlig ressourcetilførsel at indføre instruktion og udlevering af den konkrete selvbehandlingsplan, da mundtlig og skriftlig information og vejledning er implementeret i den rutinemæssige behandling og opfølgning af patientgruppen. Det vurderes også at være relativt enkelt at bevare en hotlinefunktion, som kan kombineres med afdelingens nuværende udgående funktioner til andre afdelinger og patienter med KOL, som er i vedvarende iltbehandling. Det vil udover en kapacitetsudvidelse gøre funktionen mindre sårbar i relation til sygdom, ferier og evt. personaleudskiftning.

Selvom der på nuværende tidspunkt ikke foreligger konkrete resultater, er det projektdeltagernes erfaring, at patienterne er glade for og trygge ved ordningen. Det er også indtrykket, at der er tale om et mindre antal indlæggelser blandt de patienter, som indgår i projektet. Der er løbende opmærksomhed på videndeling tværfagligt, tværsektorielt og i relevante faglige miljøer om kliniske og organisatoriske udfordringer og fordele i forbindelse med varetagelsen af patienter med KOL.

Konklusion

Udvikling og testning af en selvbehandlingsplan målrettet proaktiv intervention ved tegn på akut forværring af sygdommen kan give værdifuld ny viden om effekterne i relation til styrkelse af patienternes tryghed, egenomsorgskapacitet, livskvalitet samt mulighed for at reducere antallet af eller varigheden af indlæggelser og forbrug af andre sundhedsydelser. Afdelingen har udviklet og implementeret selvbehandlingsplan som del en pakkeløsning i form af en tilkoblet udgående følge-hjem-funktion og telefonrådgivning med henblik på reduktion af antallet af indlæggelser og reduktion af indlæggelsestid.

Det har hidtil kun været muligt at anvende selvbehandlingsplanen hos godt en fjerdedel af de patienter, som indlægges med en forværring af sygdommen. På tidspunktet for evaluering er der indhøstet positive erfaringer i form af udtryk for tryghed og tilfredshed blandt de deltagende patienter og et indtryk af reduktion af indlæggelser fra det involverede personale. Det bliver på grund af projektets design imidlertid vanskeligt at vurdere om evt. positive gevinster skyldes selvbehandlingsplanen eller de opfølgende hjemmebesøg, herunder den nyetablerede telefonrådgivning. Projektet får på den måde svært ved at indfri sit mål om at opnå mere eksakt viden om effekten af en selvbehandlingsplan. Interventionen vurderes til at være en dyr løsning primært på grund af 4 hjemmebesøg til en mindre del af målgruppen. Det er uafklaret, om der er alternative, mere omkostningseffektive løsninger på oplæring og anvendelse af selvbehandlingsplaner med henblik på styrkelse af patienternes tryghed, egenomsorg og reduktion af dyre sundhedsydelser.

Det er uafklaret, om den testede model med en udgående sygeplejerske når gruppen af patienter med behov for en særlig intensiveret indsats, og dermed det største potentiale for reduktion af indlæggelser på grund af akutte forværringer.

Telefonrådgivningen er et godt bud på implementering af forløbsprogrammets anbefalinger om en hotline-funktion for alment praktiserende læger og øvrigt involveret sundhedspersonale fra andre medicinske afdelinger – og ikke mindst patienter og pårørende. En potentiel effekt på den sundhedsfaglige kvalitet og direkte effekt på forbrug af sundhedsydelser kan være begrænset af kun 2 timers tilgængelighed på hverdage og er generelt vanskeligt at vurdere isoleret på grund af en række sideløbende tiltag og interventioner.

Projekt 26:

Etablering af diabetesskole ved Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering indleveret den 3. december 2012
- Evalueringsrapport: "Evaluering af Diabetesskolen", Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg, november 2012

Der har ikke været et dialogmøde om projektet, idet hospitalsledelse og projektledelse i stedet tilbød at evaluatore fra CFK overvære et kursusforløb helt eller delvist, hvilket blev fravalgt.

Den eksterne vurdering af projektet er foretaget i forhold til kronikerprogramevalueringens fem succeskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektets mål

Projektet formål har været at etablere en diabetesskole med henblik på at imødekomme forløbsprogrammets forventninger. Formålet med skolen er gennem holdundervisning at give deltagerne viden og redskaber til bedre at mestre deres tilværelse med diabetes og derigennem at øge deres egenomsorg.

1. Indføres en ny og bedre praksis?

Det fremgår af ovennævnte materiale, at diabetesskolens forløb er tilrettelagt under inspiration af en patientundersøgelse i det tidligere Aarhus Amt samt diabetesskole i Horsens. Indholdet er løbende justeret på baggrund af respons fra deltagerne, så programmet tilpasses patientgrundlagets behov.

Forløbenes aktuelle indhold ser ud til at indfri de forslag til undervisningstemaer, der fremgår af Forløbsprogrammet for diabetes type 2. Undervisningen varetages af en tværfaglig stab af sundhedsfagligt personale. Derudover underviser en socialrådgiver fra kommunens rehabiliteringstilbud. Det oplyses ikke om der i tilrettelæggelse af forløbet er foretaget yderligere koordinering med det kommunale rehabiliteringsforløb. Varigheden er to dage. Flere af deltagerne efterspørger yderligere kursusdage, evt. i form af opfølgingsforløb/-dag.

Kun en relativ lille del af deltagergruppen er nydiagnosticerede (knap 1/5), mens knap halvdelen har været diagnosticeret med diabetes i mindst 10 måneder. At en så forholdsvis stor andel af deltagerantallet ikke er nydiagnosticeret, kan skyldes, at der har været et udækket behov i området. Det fremgår ikke tydeligt, om hele målgruppe nås, det vil sige, om man fremover har kontakt til alle nydiagnosticerede diabetikere (estimeret til ca. 60 personer), eller om skolen når særlige målgrupper, eksempelvis erhvervsaktive, sårbare grupper etc.

Evalueringsrapporten viser, at deltagerne giver udtryk for et overvejende positivt udbytte af forløbet, eksempelvis at de anvender det de har lært, at de er mere opmærksomme på betydning af kost, motion mv. for sygdommens udvikling, og er 'mere motiverede til at tage vare på sig selv'. Det vil sige deltagerne giver generelt udtryk for, at deres egenomsorg styrkes. Der er ikke evalueret på kliniske mål eller på den langsigtede virkning af forløbene.

2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Ca. halvdelen af deltagerne er henvist fra almen praksis, og information om diabetesskolen er tilgængelig på praksis.dk som Forløbsprogrammet for diabetes type 2 anbefaler. På trods af det er det ikke helt klart om de praktiserende læger henviser til diabetesskolen i tilstrækkelig grad. Eksempelvis efterspørger deltagerne mere information til de praktiserende læger, så de i højere grad er opmærksomme på at henvise nydiagnosticerede patienter. Det kan også konstateres at over halvdelen af deltagerne har fået information om skolen fra ambulatoriet eller andre steder.

Der samarbejdes med kommunal socialrådgiver med hensyn til undervisning på diabetesskolen, men det fremgår ikke af evalueringsmaterialet om forløbet indholdsmæssigt og if. tilrettelæggelse er yderligere koordineret med kommunens rehabiliteringstilbud.

Endelig efterspørger deltagerne at der lægges mere vægt på information om tilbud i kommunalt regi samt samarbejde med Diabetesforeningen.

3. Stiger omkostningseffektiviteten?

Der er i selvevalueringen overvejelser over omkostningseffektivitet. Det skønnes at seks hold årligt á 6-10 personer er mere omkostningseffektiv end individuel undervisning/formidling set i forhold til udgifter forbundet med afholdelse af kurser (lokaler, forplejning, omkostninger forbundet med personalets undervisning) og relateret til DRG indtjening. Projektledelsens vurdering er, at indsatsen omkostningseffektivitet er neutral, men det er ikke dokumenteret.

4. Styrkes patienternes egenomsorg?

Der er foretaget telefoninterview med 39 deltagere (ud af 50 invitationer) blandt de diabetikere, som sidst har deltaget i forløbene, svarende til ca. 1/3 af det samlede antal deltagere. Interviewpersonerne giver overvejende udtryk for tilfredshed med forløbet og deres udbytte, herunder at de efterfølgende i deres hverdag bruger de ting, de er introduceret til i forløbet.

Imidlertid er de personer, som ikke har taget imod tilbuddet ikke blevet interviewet, ligesom der ikke er foretaget en frafaldsanalyse. Størstedelen af deltagerne er midaldrende eller ældre, og deltagere med en erhvervsfaglig uddannelsesbaggrund udgør den største gruppe. Imidlertid oplyses det ikke, om disse karakteristika svarer til målgruppen. Udover disse parametre fremgår der ikke andre deltagerkarakteristika, og der vides derfor ikke om man når den relevante målgruppe, har kontakt med specifikke grupper (eks. unge, erhvervsaktive, sårbare grupper).

5. Kan den nye praksis og dermed projektets positive resultater fastholdes?

Skolen er i drift. Dimensioneringen fremgår ikke af selvevalueringen, men det nævnes, at incidensen af diabetikere i Silkeborg er ca. 60.

Vigtige erfaringer fra projektet

Diabetesskolen har opnået erfaringer med hensyn til organisering og tilrettelæggelse af kursusforløb for diabetikere samt har evalueret indsatsen med afsæt i deltagernes vurderinger af udbytte.

Konklusion

- Diabetesskolen indfrier forløbsprogrammets krav til indhold, tilrettelæggelse, underviserkompetence mv.
- 10% af kursUSDeltagerne vurderer at kursusforløbet er for kort, mens hovedparten af deltagerne vurderer det som passende. Flere efterspørger dog mulighed for en opfølgingsdag.
- Der synes at være et behov for at styrke information til praktiserende læger samt koordinere med andre relevante tilbud (kommune, Diabetesforening).

- Dokumentation for overblikket over diabetespopulationen kan styrkes, bl.a. if. at foretage vurderinger af om målgruppen nås, om der er grupper med særlige behov etc.

Projekt 27:

Udbredelse af selvstyret AK-behandling

Grundlag for ekstern vurdering

- Selvevaluering for hvert af de to delprojekter
- Dialogmøder den 4. og 8. februar 2013
- Sundhedsstyrelsen: Selvmonitoreret blodfortyndende behandling, UKMTV 2009
- Sundhedsstyrelsen: Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel, MTV fra 2006
- RADS behandlingsvejledning og baggrundsnotat, januar 2013
- Dansk Cardiologisk Selskabs vejledning april 2012 (nbv.cardio.dk)
- AK-centrets hjemmeside, e-dok.rm.dk og diverse andre tekster om AK-behandling
- Pressemeddelelse fra Hospitalsenhed Midt om AK-online, 12. juli 2012

Tilstede ved besøget den 4. februar 2013 var følgende:

For projektet - Hospitalsenhed Vest	Interviewere
Troels Niemann, specialeansvarlig overlæge, ph.d.	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK
Steen Husted, ledende overlæge	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Bente Lisbeth Vig, afdelingssygeplejerske	

Tilstede ved besøget den 8. februar 2013 var følgende:

For projektet - AUH	Interviewere
Thomas Decker Christensen, projektleder, lektor, dr.med., ph.d. afdelingslæge, Afd. T	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
Marianne Mægaard, specialeansvarlig sygeplejerske	Britta Ravn, Center for Telemedicin
Lars Ilkjær, ledende overlæge, Afd. T	
Ole Ledet-Pedersen, centerchef	
Mette Hyldgaard Poulsen, planlægningskonsulent	

Projektets mål

Formålet med projektet er at udbrede selvstyret AK-behandling ved at få flere patienter til at overgå til selv at tage blodprøver og dosere deres blodfortyndende medicin efter oplæring og under supervision fra et AK-center på hospitalet. (AK er en forkortelse for antikoagulation og handler om at hæmme blodets evne til at størkne (koagulere)). Projektet er allerede formuleret i regionens strategi for kronisk sygdom i 2007.

Projektet består af to delprojekter:

- En fælles it-system for alle regionens AK-centre med webadgang via Sundhed.dk, hvor patienter selv indtaster egne data i en fælles regional database og kan få beslutningsstøtte og adgang til e-læring.

- Etablering af nyt AK-center i Hospitalsenhed Vest, Herning, som kan udvide kapaciteten af selvstyret AK-behandling og give større tilgængelighed for vestjyske patienter. Projektet er forlænget, så det fortsætter i hele 2013.

Det ene delprojekt, forankret på AUH, handler om at udvikle og implementere en it-løsning, hvor patienter i selvstyret AK-behandling selv kan indtaste data om INR og medicinforbrug. It-systemet skal give patienterne fri adgang til digital beslutningsstøtte og e-læring. Konkrete mål og forventede effekter i dette delprojekt er bl.a.:

- at gøre det lettere/mere attraktivt for patienter at være i selvstyret AK-behandling,
- alle patienter i selvstyret AK-behandling indtaster selv deres data. Forventningen er mindst 90%,
- patienterne er via indtastningsmodulet regelmæssigt i direkte kontakt med AK-centret,
- AK-centrets personale sparer tid ved ikke at skulle indtaste data,
- etableringen af en fælles regional klinisk database med bedre mulighed for at monitorere behandlingskvalitet m.m.,
- den kliniske database opdateres nemmere og hyppigere med færre indtastningsfejl, fordi patienterne overtager opgaven. Data fra andre systemer overføres fra laboratoriesystem og patientadministrativt system,
- e-lærings-modulet understøtter oplæring og vedligeholdelse af praktiske og teoretiske færdigheder, og patienterne er tilfredse med det.

Det andet delprojekt er oprettelsen af et nyt AK-center i Hospitalsenhed Vest, Herning. Konkrete mål i dette projekt er

- at få 150 patienter i AK-behandling i løbet af projektperioden
- færre ambulante besøg efter endt oplæring
- bedre terapeutisk behandlingsniveau

Projektet vurderes efterfølgende i forhold til programevalueringens fem kriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Sundhedsstyrelsens kommenterede udenlandske medicinske teknologivurdering (2009) konkluderede, at selvmonitoreret behandling er en sikker og effektiv metode for udvalgte og motiverede patienter med særlige behov, der gennem oplæring i selvmonitoreret behandling har opnået en øget sygdomsforståelse. De danske eksperter, som bl.a. bestod af to af lægerne i dette projekt, anbefalede at målrette selvmonitorering til de patientgrupper, som forventes at have størst effekt og/eller mest glæde af selvmonitorering. Siden da er der publiceret flere artikler og en dansk doktorafhandling om selvstyret AK-behandling baseret på data fra patienter i selvstyret AK-behandling i Skejby, som bekræfter den konklusion. I selvevalueringen oplyses om projekterfaringerne fra Herning, at "selvstyret AK-behandling har åbenlyse fordele for alle involverede".

Fordelene for patienterne er velbeskrevet. Alligevel er der stadig mange flere patienter, der kunne have fordel af at være i selvstyret AK-behandling, men som ikke henvises. Det kan skyldes, at patienterne fravælger AK-behandling grundet frygt for bivirkninger, blodprøvetagning eller uvilje til at medvirke til hyppige kontroller (RADS 2013).

Etableringen af AK-centret i Herning kom senere i gang (efteråret 2010) og processen er gået betydeligt langsommere end forventet. Der er foreløbigt kun 70 vestjyske patienter, som er kommet i gang med selvstyret AK-behandling, og en del patienter har fravalgt tilbuddet efter henvisningen. Hovedparten af de oplærte patienter

har i 75-90% af tiden haft en INR-værdi (mål for blodets størkningsevne) på det tilsigtede niveau, hvilken mindsker risikoen for blodpropper og blødninger, og er tegn på at de kan og vil styre deres egen AK-behandling. Der er i projektet ikke systematisk indsamlet data om de patienter, som fravælger selvstyret AK-behandling, men der rapporteres om tilfredshed blandt dem, som gennemfører oplæringen.

Der er kommet ny blodfortyndende medicin på markedet til mange af de patienter, som er i målgruppen for selvstyret AK-behandling, nemlig patienter med atrieflimren og Venøs Tromboemboli (VTE). Vejledningen i Peroral antikoagulationsbehandling fra Dansk Cardiologisk Selskab blev revideret i april 2012. Rådet for anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) har i januar 2013 udsendt en ny faglig anbefaling. Selvstyret AK-behandling anerkendes som primær behandlingsmetode, men den nye medicin udgør for nogle patienter og praktiserende læger et nemmere alternativ.

It-systemet, som skal give patienter i selvstyret AK-behandling mulighed for selv at indtaste deres oplysninger via Sundhed.dk, fungerer endnu ikke. Planen er, at indtastningsmodulet skal forenkle arbejdsgangen med at opdatere AK-centrets kliniske database, CoagoBase, som AK-centret i Skejby har anvendt siden 1996 og som AK-centret i Horsens og Herning også benytter. Coagobase er en del af patientjournalen for patienter i AK-behandling, hvor oplysninger om patientens INR tal, forbrug af blodfortyndende medicin og eventuelle komplikationer registres. Kontakten med patienten registreres i Midt-EPJ.

Relevante it-systemer på markedet, herunder Intramed, Devitec (CoagoBase) og Ambuflex blev vurderet inden udviklingen af et nyt it-system blev igangsat. Siden da er Den Danske Kvalitetsmodel og MIDT-EPJ indført og der er arbejdet med integration af sundhedsdata. Det giver anledning til at revurdere om den planlagte it-løsning lever op til de aktuelle krav til it-systemer og om der er alternative it-systemer, som kunne fungere som en bedre løsning. Andre AK-centre (bl.a. Viborg og Vejle) benytter et andet udviklet it-system (Intramed), som allerede nu giver patienter i selvstyret AK-behandling mulighed for at indtaste data via sundhed.dk. Der er endnu ingen integration mellem AK-centrenes databaser og den elektroniske patientjournal MIDT-EPJ. Det nye it-system løser således ikke problemet med, at de kliniske oplysninger om patienter, der (også) er i AK-behandling, ikke er samlet et sted.

Der mangler en opdateret systematisk sammenligning af de forskellige it-løsningers fordele og ulemper, herunder økonomien og funktionaliteten. Og der mangler en afklaring af, hvor hurtig de oplysninger, patienten indtaster, skal ses og vurderes af sundhedspersonalet. Ansvarsforhold og patientsikkerhed i forhold til at reagere tilstrækkeligt hurtigt på "skæve værdier".

Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?

Med den planlagte it-løsning får patienterne mulighed for nemmere elektronisk kommunikation med hospitalet. Der er ikke taget stilling til om hospitalet vil benytte muligheden for at overvåge og reagere på data om dårligt regulerede patienter med hyppigere intervaller inden det sker i dag. Center for Telemedicin har bedt juridisk afdeling om en vurdering af det retlige ansvar.

Den nuværende praksis for selvstyret AK-behandling anses for meget sikker.

De fleste patienter i AK-behandling går til kontrol på hospital eller hos egen læge. Projektet bygger på en vurdering af, at AK-behandling bedst foregår i et samspil mellem patienten og specialister på hospitalet. Praktiserende læger er dermed tiltænkt rollen som dem, der henviser patienter, der er målgruppen for AK-behandling til nærmere udredning og eventuelt oplæring i selvstyret behandling i AK-centret.

Den skriftlige information til praktiserende læger om selvstyret AK-behandling er ikke optimal. Forløbsbeskrivelsen for selvstyret AK-behandling på praksis.dk er fra 2003 og oplyser ikke, at almen praksis kan henvise til selvstyret

AK-behandling i Herning, Viborg og Horsens. Til gengæld står der, at patientens praktiserende læge har mulighed for løbende at blive informeret om behandling og INR-værdier.

De nye lægemiddelvejledninger stiller krav til den behandlingsansvarlige læge og gør det muligvis vanskeligere for læger i almen praksis at varetage for AK-behandling.

Uafhængigt af disse nye lægemiddelproblemstillinger skal patienter med andre sygdomme gå hos egen læge (eller i andre sygehusambulatorier) og vil dermed få to samtidige behandlere, hvis de skal i selvstyret AK-behandling. AK-centret opererer med shared care som en mulighed. Den ledende overlæge har tidligere afprøvet en shared care-model i Aarhus, og det er dokumenteret i en MTV fra 2006. Det er ikke uden problemer.

Det vil være relevant at undersøge, om de producerede videoer kan bruges i og af almen praksis til effektivt at informere om muligheden for selvstyret AK-behandling og dermed give et bedre grundlag for at give et informeret samtykke til at deltage i projektet om selvstyret AK behandling, når de kommer til specialklinikken.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Sundhedsstyrelsens kommenterede udenlandske MTV fra 2009 gennemgår litteraturen. En engelsk artikel konkluderer, at selvstyring er dyrere end rutinebehandling og at det næppe er omkostningseffektivt opgjort i kvalitetsjusterede leveår. De danske eksperter, som kommenterede denne MTV henviser til tre danske studier og et svensk studie, der afviger fra det engelske datagrundlag og opfordrer til at gennemgå organisationen kritisk og evaluere de forskellige logistiske muligheder. Projektlederen har henvist til nyere udenlandsk litteratur, der tyder på, at selvstyret AK-behandling er omkostningseffektiv – sammenlignet med traditionel AK-behandling. Der er ikke sammenlignet med den nye medicin. Selvstyret AK-behandling formentlig fortsat omkostningseffektiv for nogle patienter, men ikke for alle.

Der er ikke udarbejdet en egentlig business case på it-løsningen. Det er estimeret, at sygeplejerskerne i AK-centret i Skejby vil kunne spare 10 timer om ugen ved at slippe for at indtaste data om den enkelte patient. Der er ingen aktuelle planer om at monitorere patienter hyppigere. It-systemet må derfor forventes at kunne frigøre kapacitet i AK-centret, som fx kan bruges på at oplære flere patienter i selvstyret AK-behandling. It-løsningen forventes også at kunne bidrage til at flere patienter overgår til selvstyret AK-behandling, hvis elektronisk indtastning vurderes som attraktiv for de fleste patienter.

E-læringsmodulets instruktionsvideoer, som skal gøres tilgængelige på internettet vil formentlig kunne bidrage til at udnytte personaleressourcerne effektivt, fordi de kan give patienter og pårørende mulighed for at blive informeret mundtligt uden at der skal bruges personaletid på det. Videoernes funktionstid er ikke ubegrænset, fordi de skal være aktuelle hvad angår arbejdsgange, udstyr og viden. Så der skal formentlig investeres i produktion af nye videoer på et tidspunkt. Det gør det oplagt at evaluere videoerne og vurdere udbyttet i forhold til investeringen.

Projektet har bl.a. til formål at effektivisere selvstyret AK-behandling. Derfor er det relevant at overveje om andre tiltag kunne understøtte dette. Undervisningen i selvstyret AK-behandling er et 27 ugers individuelt forløb, hvor den enkelte patient 3-4 gange møder frem på hospitalet, undervises og oplæres i selvstyret AK-behandling. Nogle steder uden for regionen foregår en del af undervisningen som en AK-skole med gruppeundervisning. It-løsningen giver mulighed for at differentiere/individualisere indsatsen/oplæringen. Nogle patienter kan måske nøjes med færre besøg på hospitalet. Nogle skal måske kun skal oplæres i at måle deres INR-værdi og have hjælp til at dosere medicinen.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Selvstyret AK-behandling anerkendes af Sundhedsstyrelsen som et godt eksempel på selvbehandling.

Hvis it-systemet og oprettelsen af et nyt AK-center bidrager til at flere patienter selv kan styre deres AK-behandling, vil det være en gevinst, fordi flere patienter med kronisk sygdom dermed uddannes i deres egen sygdom, selv holder øje, forebygger komplikationer og behandler deres sygdom. Projektets planlagte tiltag er således et bidrag til at ændre rollefordelingen mellem mennesker med kronisk sygdom og de sundhedsprofessionelle og give flere patienter en mere aktiv rolle.

Patientperspektivet på selvstyret AK-behandling bør dog undersøges nærmere for at afdække eventuelle forhold, der kan modvirke egenomsorg og forhindre nogle i at påtage sig en mere aktiv rolle i deres egen behandling.

Projektet har ikke rapporteret om, i hvor høj grad de 70 vestjyske patienter, som er overgået til selvstyret AK-behandling i projektperioden, klarer sig selv, og hvor meget de får hjælp af sundhedspersonalet til at dosere deres medicin. Det vides heller ikke om de 70 i øvrigt lever sundere, har færre risici forhold til KRAM-faktorerne og har en større livskvalitet end sammenlignelige vestjyske patienter i traditionel AK-behandling eller i behandling med ny medicin.

Da indtastningsmodulet endnu ikke fungerer, er der endnu ingen erfaringer med hvordan indtastning af egne data og sygehusenes adgang til mere ajourførte data, påvirker patientens rolle og egenomsorg. Der er ikke indhentet erfaringer med dette fra andre AK-centre (fx Viborg), hvor patienter allerede har den mulighed, og der er ingen planer om systematisk at undersøge det.

Den planlagte beslutningsstøtte af patienterne kan potentielt hjælpe patienter med i en endnu højere grad at tage beslutninger om medicindosering uafhængigt af AK-centrets personale. Men her er foreløbigt ingen erfaringer.

Den planlagte it-løsning giver mulighed at differentiere indsatsen overfor patienter med selvstyret AK-behandling yderligere, så nogle følges tættere. Patienten selvmonitorering kan således superviseres, hvis dette findes relevant og omkostningseffektivt.

Et vigtigt tiltag i projektet med henblik på at styrke egenomsorgen er, at der er udviklet 3 instruktionsvideoer, som skal være tilgængelige for patienterne via hjemmesiden. Men de er endnu ikke tilgængelige og indgår derfor ikke i denne vurdering. Det vil være relevant at evaluere effekten på patienternes viden, adfærd og INR-værdier, og i hvert fald indsamle feedback fra patienterne på de tre videoer. Center for Selvstyret Antikoagulationsbehandling i Skejby har i forvejen en veludbygget hjemmeside med skriftlig patientinformation.

Sammenlignes med patientuddannelse overfor andre kroniske sygdomme er det oplagt at undersøge andres erfaringer med at bruge gruppebaserede undervisningstilbud som en måde at støtte egenomsorgen ved at anvende AK-patienternes egne erfaringer.

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Hvis målgruppen for selvstyret AK-behandling er 5-7.000 større end dem, der i øjeblikket er i selvstyret AK-behandling er der fortsat en stor og uløst udfordring for hospitalerne med at få kapacitet til at overtage opgaven fra almen praksis. Hvis hospitalerne opretter "satelitter" til centrene for at ændre forudsætningerne for hidtidige resultater.

Der er ikke sikker viden om, at målgruppen for selvstyret AK-behandling er så stor, som det er forudsat i projektet. Men forventningen fra AK-centrene er, at antallet af patienter i målgruppen stiger.

Projektet har ikke afdækket, hvor mange patienter, der evt. kan måle – eller få målt – deres INR-værdi i eget hjem uden at skulle overtage behandlingsansvaret, men forventningen fra de behandlingsansvarlige læger er, at der vil komme flere individuelt tilpassede forløb.

Det er uklart hvilket betydning den nye medicin har for den videre udbredelse af selvstyret AK-behandling, herunder om den hidtidige evidens for selvstyret AK-behandling suppleret af vejledningerne fra Cardiologisk Selskab og RADS er tilstrækkeligt grundlag for en fortsat udbredelse.

Der kan derfor være behov for en mere systematisk revurdering af de sundhedsøkonomiske, teknologiske, organisatoriske og patientrelaterede aspekter. Det kunne fx ske ved at få udarbejdet en national MTV.

It-løsningen er endnu ikke i drift og det er derfor fortsat uklart om systemet kommer til at fungere med de forventede fordele for patienter og sygeplejersker.

Sundhed.dk, som er leverandør på indtastningsmodulet, har i flere omgange udsat leverancen og har erkendt deres ansvar for den meget langvarige forsinkelse.

Det står ikke klart i hvor høj grad it-systemet er fremtidssikret og derfor har potentiale til at blive videreført og udbredt, som det var ambitionen. Det er således fortsat uafklaret om den planlagte it-løsning bliver bedre og/eller billigere end den løsning, som aktuelt anvendes i Viborg. Andre udfordringer er integrationen med MIDT-EPJ og nationale kliniske kvalitetsdatabaser, sammenhængen med hjemmemonitorering og selvbehandling af andre sygdomme (fx PRO-løsninger som Ambufleks) og dataadgang for egen læge, vagtlæge, hjemmepleje og for hospitaler uden for regionen.

Projektlederen for it-projektet har fået nyt arbejde i udlandet (men forventes fortsat at være tilknyttet). Dermed er begge de læger, som har drevet projektet, ikke længere i AK-centret. Der har også været personudskiftninger i den tekniske support af projektet. Det kan give kontinuitetsbrud og informationstab, som også kan blive et problem fremadrettet.

I AK-centret i Herning er vigtige forudsætninger for at kunne videreføre de gode behandlingsresultater for vestjyske patienter i selvstyret AK-behandling til stede ved at ledelsen har prioriteret opbygningen af et center med flere læger og sygeplejersker tilknyttet. Den ledende overlæge har stor viden på området og er personligt engageret. Den specialeansvarlige overlæge har været med fra starten. Der er i projektperioden investeret i involvering og kompetenceudvikling af personale og i udviklingen af nyt undervisningsmateriale til patienterne. Der mangler tilsyneladende en god samarbejdsrelation til almen praksis. Det er uklart om hospitalet har implementeret arbejdsgange, der sikrer at indlagte patienter i AK-behandling tilbydes at komme i selvstyret AK-behandling. Der er ingen retningsgivende dokumenter på e-dok.rm.dk, der beskriver sådanne arbejdsgange.

Konklusion

Projektet er en udbredelse og videreudvikling af en mangeårig og anerkendt indsats med klare fordele for patienterne. Idéen om at bruge internettet endnu mere i kommunikationen mellem AK-center og patienter og at lade det ske via Sundhed.dk er god. Den konkrete it-løsning er imidlertid ikke leveret af sundhed.dk endnu og har været meget længe undervejs. Det er ikke dokumenteret at it-systemet aktuelt er den mest omkostningseffektive og fremtidsrettede it-løsning.

Intentionen om at gøre selvstyret AK-behandling mere tilgængelig for målgruppen ved at oprette et AK-center i Herning er god og der er ledelsesmæssig vilje til at prioritere indsatsen. Den praktiske implementering udfordres af, at færre patienter end forventet er blevet henvist til det nye AK-center. Der er formentlig flere grunde til det, og

det kunne undersøges nærmere. Der synes at være problemer med at få almen praksis til at henvise til selvstyret AK-behandling, og der kan være grunde til det, som endnu ikke er klarlagt.

Den træge start for AK-centret i Vest og den nye og dyrere medicin, som kan substituere den hidtidige AK-behandling for nogle patienter, gør det oplagt at overveje at opdatere det regionale beslutningsgrundlag for at udbrede selvstyret AK-behandling, herunder belyse de sundhedsøkonomiske, teknologiske, organisatoriske og patientrelaterede aspekter bedre. Det kunne bl.a. ske ved at få udarbejdet en national MTV og ved at analysere de tilgængelige data i regionen. Der bør også foretages en telemedicinsk vurdering af AK-behandling i Region Midtjylland, herunder en juridisk vurdering af dataflow og ansvar.

Projekt 28:

Telemedicinsk service til patienter med KOL. Lungemedicinsk Afdeling, Regionshospitalet i Silkeborg

Grundlag for ekstern vurdering

Selvevaluering pr. 29. november 2012

- Evalueringsbesøg den 30. januar 2013
- Projektprotokol
- KORA rapport om hjemmeteknologi til patienter med KOL

Tilstede ved besøget den 30. januar 2013 var følgende:

For projektet	Interviewteam
Frank Dyekjær Andersen, overlæge	Britta Ravn, leder af Center for Telemedicin
Sanne Børgesen, forskningssygeplejerske	Jesper Buchholdt Gjørup, konsulent i CFK
	Birthe Hellqvist Dahl, specialkonsulent i CFK

Projektets formål og mål

Formålet med projektet er at vurdere, om telemedicinsk hjemmemonitorering af patienter med moderat og svær KOL er en klinisk sikker og omkostningseffektiv løsning til nedsættelse af antal indlæggelsesdage og forebyggelse af genindlæggelser på grund af akutte forværringer af sygdommen. Projektets mål er også at kunne udvikle indikatorer, som kan danne grundlag for egenomsorg og livskvalitet.

Projektet er designet som et klinisk randomiseret parallelstudie, der gennemføres på Hospitalsenhed Midt, Silkeborg. Projektperioden er blevet forlænget til udgangen af 2013 af hensyn til inklusion af et tilstrækkeligt antal deltagere til at kunne påvise en evt. signifikant effekt på primære effekt mål. På tidspunktet for selvevaluering var det af strukturelle årsager kun lykkedes at inkludere 88 af de nødvendige 200 patienter. Et udvidet samarbejde med lungemedicinsk afdeling i Viborg/Skive efter omstrukturering indenfor det medicinske område har ikke bidraget væsentligt til rekruttering af patienterne.

Den valgte telemedicinske løsning består af en enkel asynkron løsning i form af en terminal til monitorering og vurdering af kliniske nøgleparametre og nøglesymptomer. I forbindelse med projektet testes samtidig en selvbehandlingsplan, hvor der i monitoreringsgruppen er fastsat individuelle værdier som udgangspunkt for intensivering af behandling efter rådgivning af den tilknyttede telekolsygeplejerske.

Den valgte telemedicinske løsning indgår i en rapport, der er udgivet af KORA, som belyser hvordan denne og to andre telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering af samme målgruppe tages i brug af sundhedsfagligt personale og patienter med KOL.

Der er planlagt en sundhedsøkonomisk analyse i samarbejde med KORA.

Projektet evalueres efterfølgende i forhold til de fem opstillede evalueringskriterier:

1. Indføres ny og bedre praksis?
2. Bliver patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bedre?
3. Stiger omkostningseffektiviteten?
4. Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?
5. Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Indføres ny og bedre praksis?

Projektets intervention tester en specifik enkel telemedicinsk løsning til hjemmemonitorering sideløbende med ambulant 3, 6, 12 og 24 måneder efter inklusion. Der er derfor tale om vurdering af effekten af en ny teknologi, hvor patienterne i projektperioden samtidig følges med hyppige intervaller i ambulatoriet, og dermed en ekstra service i forhold til anbefalingerne i regionens forløbsprogram for KOL. Projektet udmærker sig ved at være designet til så vidt muligt at kunne vurdere effekten af den telemedicinske hjemmemonitorering isoleret fra øvrige interventioner. Alligevel kan det blive vanskeligt at vurdere, om det er brug af teknologi som redskab til indrapportering af udvalgte nøgleparametre alene eller eksempelvis den øgede kontakten med telekolsygeplejersken, der er årsag til evt. positive resultater.

Projektet ønsker at kunne udlede og pege på hvilke objektive tegn og symptomer, der fremover er relevante indikatorer for intensivering og proaktiv behandling af en akut forværring. Patienterne måler og indtaster dagligt eller tre gange ugentligt lungefunktion, iltmætning, puls og vægt. Foreløbigt er erfaringen, at lungefunktionsmåling tilsyneladende ikke er en sensitiv prædikator for en akut forværring og derfor ikke bidrager væsentligt som prædikator for en forværring i forhold til de øvrige parametre. Der foreligger på nuværende tidspunkt kun præliminære data for primære effektmål for en lille gruppe af patienterne uden nærmere beskrivelse af demografiske forhold, komorbiditet, medicinsk behandling og multivariansanalyse af relevante forhold.

Der er en potentiel risiko forbundet med telemedicinsk hjemmemonitorering og valg af måleparametre, da de ikke kan differentiere mellem åndenød på grund af KOL og/eller hjertesygdom.

Patienter med KOL føler sig ofte utrygge på grund af den vedvarende åndenød, som forværres ved en akut opblussen af sygdommen. Mange af de deltagende patienter giver udtryk for, at de er trygge ved at blive fulgt så tæt og at blive "holdt øje med" på baggrund af objektive mål. Denne form for overvågning vil måske opleves negativt af andre patienter, som derfor fravælger løsningen. Dette aspekt indgår i KORAs rapport, men er ikke undersøgt særskilt i projektet.

Bliver patientforløbet og det tværsektorielle samarbejde bedre?

For de patienter, som ønsker at indgå i projektet, giver den valgte telemedicinske løsning og organisering af opfølgning herpå i form af hyppige telefoniske og ambulante kontakter udvidede rammer for et mere kontinuerligt og individualiseret tilbud. Samtidig er der mulighed for større involvering af ikke kun patienten selv, men også evt. pårørende og hjemmeplejen. I takt med udvikling af de teknologiske muligheder for dataudveksling, vil data formentlig fremadrettet kunne tilgå den praktiserende læge og kommunen - og dermed styrke det tværsektorielle samarbejde om patienten.

Den kontinuerlige overvågning kan i projektperioden varetages af en person. Arbejdet varetages en dag om ugen af ansvarlig speciallæge og øvrige dage af telekolsygeplejerske. Udover at sikre den nødvendige kliniske tværfaglige overvågning fremhæver projektlederne den samtidige mulighed for styrkelse af det tværfaglige samarbejde og læring.

Stiger omkostningseffektiviteten?

Det er erfaringen hidtil, at ca. 80 % af de patienter, som opfylder inklusionskriterierne kan og vil indgå i den tilbudte løsning. Data for de første i alt 38 patienter efter 6 måneders kontrolbesøg viser en reduktion i antallet af indlæggelser med 50 % i forhold til kontrolgruppen og dermed en stor reduktion i antallet af indlæggelser. Det er derfor vigtigt at få gennemført projektet og foretaget de nødvendige analyser samt opgjort primære og sekundære effektmål på både kortere og længere sigt.

Der er tale om en ekstra service i forhold til det eksisterende opfølgningstilbud, så investeringen i det telemedicinske udstyr og omkostninger til backup-organisering vil skulle sammenholdes med reduktion af andre sundhedsydelser og opnåelse af øvrige positive helbredsmæssige gevinster for den enkelte.

Planen er som tidligere omtalt, at KORA gennemfører en sundhedsøkonomisk analyse, når der er inkluderet et tilstrækkeligt antal patienter.

Styrkes patienternes egenomsorg og aktive rolle?

Det er et af projektets mål at styrke patientens egenomsorg. Projektets organisering indebærer, at patienterne selv vælger, hvornår på dagen aftalte målinger og svar på nøglespørgsmål foretages og videreformidles. Teknologien har en daglig indbygget reminder herpå. Resultaterne overvåges og vurderes centralt af telekolsygeplejersken, som ved tegn på forværring kontakter patienten og vejleder om intensivering af den medicinske behandling. Patienten kan både i kontrolgruppen og i interventionsgruppen også selv intensivere behandlingen på baggrund af den individuelle behandlingsplan. Spørgsmålet er derfor, om den supplerende telemedicinske løsning i virkeligheden kan reducere patientens egenomsorg i og med, at de kan vælge at afvente en telefonisk henvendelse og vejledning fra telekolsygeplejersken, før de selv handler på tegn ved en forværring. Spørgsmålet er ligeledes, om patienterne vil kunne opnå samme grad af egenomsorg og tryghed ved en kontinuerlig telefonisk henvendelse og/eller tilgængelighed til selv at kunne kontakte en sygeplejerske med kendskab til KOL og patientens situation?

Kan ny praksis fastholdes i fremtidig drift?

Projektet er helt på linje på generelle strategier for en styrket indsats til kronisk syge og de udstukne strategier og retningslinjer inklusive ønske om integration af teknologiske løsninger for Center of Excellence, forankret ved Regionshospitalet i Silkeborg.

Der er stor opbakning fra afdelingsledelsen til at fortsætte projektet, til der er inkluderet et tilstrækkeligt antal patienter, til at kunne opnå et signifikant resultat på de valgte effektparametre.

Selvom der på nuværende tidspunkt ikke foreligger konkrete resultater, er det projektdeltagernes erfaring, at de deltagende patienterne er glade for og trykke ved ordningen, og at de nemt kan anvende det telemedicinske udstyr. Afdelingens ledelse afventer foreløbig de konkrete resultater af projektet før stillingtagen til fortsættelse i daglig drift.

Projektets ledelse har betydelig opmærksomhed på videndeling tværfagligt, tværsektorielt og i relevante faglige miljøer om udfordringer og fordele i forbindelse med udvikling og implementering af telemedicinske løsninger i forbindelse med monitorering og behandling af patienter med KOL.

Konklusion

Udvikling og testning af en individualiseret selvbehandlingsplan kombineret med telemedicinsk hjemme-monitorering vil kunne bidrage med værdifuld ny viden om effekterne i relation til styrkelse af patienternes

tryghed, egenomsorgskapacitet og livskvalitet. Herunder hvilke måleparametre, der med fordel kan anvendes i hjemmemonitorering samt i hvilket omfang, det er muligt at reducere antallet af eller varigheden af indlæggelser og forbrug af andre sundhedsydelser. Projektets design er meget seriøst og et relevant forsøg på at kunne vurdere effekten af en relativt simpel teknologisk løsning til hjemmemonitorering af patienter, der har været indlagt med en akut forværring af KOL. Derfor er det vigtigt, at projektet gennemføres og at samarbejdspartnere bidrager aktivt til at sikre rekruttering af et tilstrækkeligt antal patienter.

Man bør ud fra et patientsikkerhedsmæssigt synspunkt være opmærksom på patienter med svær sygdom og komorbiditet.

Det har hidtil været vanskeligt at kunne rekruttere et tilstrækkeligt antal deltagere. På tidspunktet for evaluering er der indhøstet positive erfaringer i form af udtryk af stor tryghed og tilfredshed blandt de deltagende patienter. Foreløbige data peger på betydelig reduktion af indlæggelser.

Det er dog for tidligt at drage nogle konklusioner om de konkrete resultater på så få patienter.

Det vil fremadrettet være væsentligt fortsat at sammenligne forskellige modeller for hjemmemonitorering af målgruppen før beslutning om valg af en konkret model for implementering i daglig drift og/eller udbredelse i stor skala.

Det anbefales derfor, at Center for Telemedicin samler resultater fra dette projekt, øvrige projekter i Region Midtjylland, erfaringer fra TeleCare Nord i Region Nordjylland og Klinisk Integreret Hjemmemonitorering til patienter med KOL i Region Hovedstaden i en samlet anbefaling om udbredelse af telemedicinsk tilbud til patienter med KOL i Region Midtjylland.

