



Lemvig Kommune



Evalueringsrapport

Af projektet Kompetenceudvikling, teknologi og dataunderstøttelse under overskriften: Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger ”i eget hjem”

Natascha Kammeyer Damgaard og Henriette Zimmermann



Forord

Denne rapport er en evaluering af projektet Kompetenceudvikling, teknologi og dataunderstøttelse under overskriften: Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem. Projektet består af tre delelementer:

- Delelement 1 – Forebyggelse af antallet af forebyggelige indlæggelser
- Delelement 2 – Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL
- Delelement 3 – Sårprojekt

Rapporten er opdelt således at hver af delelementerne er beskrevet separat, hvilket giver læserne mulighed for kun at læse om evalueringen af et af delelementerne, såfremt dette ønskes.

Evalueringen henvender sig til personer som har deltaget i projektet eller andre som har interesse heri. Rapporten giver et indblik i delelementerne, samt hvad resultater der er opnået gennem projektperioden. Rapporten vil for hvert af delelementerne indeholde både en kvantitativ og en kvalitativ evaluering. Evalueringens formål er at give de implicerede parter et samlet overblik over resultaterne i projektet, samt mulighed for at anvende denne viden i deres daglige praksis.

Der skal lyde en stor tak til de personer som har deltaget i projektet. Herunder blandt andet deltagerne i de nedsatte arbejdsgrupper, som har arbejdet engageret med udviklingen af delelementerne.

Derudover tak til DECACTUM og KvaliCare, som har bidraget til evalueringen af henholdsvis delelement 2 og delelement 3. I delelement 2 har DEFACTUM lavet den kvantitative evaluering af delelementet. KvaliCare har gennem projektet udarbejdet såranalyser, disse er blevet udarbejdet på årsbasis med baseline analysen i 2013, 1. opfølgning i 2014 og 2. opfølgning i 2015. Uddrag af såranalyserne vil være at finde i den kvantitative evaluering af delelement 3.

- Natascha Kammeyer Damgaard

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	6
2	Introduktion til projektet	6
3	Introduktion til organisationerne	7
	Sammenfatning af evalueringsrapport vedr. delelement 1	10
4	Delprojekt 1: forebyggelige indlæggelser	11
4.1	<i>Fokus, indsatser og målgruppe</i>	12
4.1.1	Fokus.....	12
4.1.2	Indsatser.....	13
4.1.3	Målgruppe.....	13
4.2	<i>Gennemførelse af kompetenceudviklingen</i>	14
4.2.1	Det brede kompetenceløft i 2013 og 2014.....	14
4.2.1.1	Uddannelsesforløb for Social- og sundhedsassistenterne.....	14
4.2.1.2	Diplommoduler for sygeplejersker og terapeuter.....	15
4.2.1.3	Kompetenceforløb i Region Midt for sygeplejersker i primærsektoren.....	16
4.2.2	Kompetenceudvikling inden for området TOBS i 2015.....	16
4.3	<i>Dataindsamling for evaluering af delelement 1</i>	17
4.3.1	Dataindsamlingens hoveddele.....	17
4.3.1.1	Den kvalitative dataindsamling.....	17
4.3.1.1.1	Spørgeguide og den tværgående diskussion.....	18
4.3.1.1.2	Andet datamateriale.....	19
4.3.1.2	Den kvantitative dataindsamling.....	19
4.4	<i>Den kvalitative evaluering</i>	19
4.4.1	Den medarbejderoplevede kvalitet.....	19
4.4.1.1	Udvikling og gennemførelse af kompetenceudviklingsforløbene.....	19
4.4.1.2	Det styrkede tværsektorielle samarbejde efter endt uddannelsesforløb.....	20
4.4.1.3	Borgeren i det sammenhængende patientforløb.....	22
4.4.1.4	Det interne og tværfaglige samarbejde – ændrede arbejdsgange.....	24
4.4.1.5	Social – og sundhedsassistentens kompetenceløft.....	26
4.4.1.6	Det faglige indhold på kompetenceudviklingsforløbene.....	27
4.4.1.7	Sygeplejersken Janes kompetenceudvikling.....	28
4.4.1.8	Opfølgningen på det brede kompetenceløft.....	30
4.4.1.9	Videndeling gennem vidensgrupper.....	31
4.4.1.10	Opfølgningen på det brede kompetenceløft.....	32
4.4.1.11	At forebygge indlæggelser gennem kompetenceudvikling/ afslutning/konklusion.....	35
4.4.1.12	Konklusion.....	36
4.5	<i>Den kvantitative evaluering</i>	37
4.5.1	Nøgletal på forebyggelige indlæggelser.....	37
4.5.2	Fordelingen af forebyggelige indlæggelser i Holstebro Kommune.....	39
4.5.3	Fordelingen af forebyggelige indlæggelser i Lemvig Kommune.....	41
4.5.4	Fordelingen af forebyggelige indlæggelser i Struer Kommune.....	42
	Sammenfatning af evalueringsrapport vedr. delelement 2	46
5	Delprojekt 2: udvikling af mestringstrategier for borgere med KOL	47
5.1	<i>Målgruppe, forløb og indsatser</i>	49

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

5.1.1	Målgruppe.....	49
5.1.1.1	Fordelingen af borgere i projektet.....	50
5.1.1.2	Opsamling på målgruppeafgrænsning og rekruttering.....	50
5.1.2	Forløb.....	51
5.1.2.1	Indsatser.....	52
5.1.2.1.1	Virtuel vedligeholdende træning.....	52
5.1.2.1.2	Teknologi til virtuel træning.....	52
5.1.2.1.3	Handleplaner.....	52
5.1.2.1.4	Sociale arrangementer – gruppemøde og motivationsmøder.....	53
5.1.2.1.5	Kompetenceudvikling af træningsterapeuter.....	53
5.2	<i>Dataindsamling for evaluering af delelement 2.....</i>	53
5.2.1	Dataindsamlingens hoveddele.....	53
5.2.1.1	Den kvantitative dataindsamling.....	54
5.2.1.2	Den kvalitative dataindsamling.....	54
5.2.1.2.1	Interview.....	54
5.2.1.2.2	Deltagerobservation.....	55
5.2.1.2.3	Øvrigt datamateriale.....	55
5.3	<i>Den kvalitative evaluering.....</i>	56
5.3.1	Den brugeroplevede kvalitet.....	56
5.3.1.1	Funktionsniveau og mestringsevne over et år.....	56
5.3.2	Målgruppeafgrænsning og randomisering.....	61
5.3.3	Tekniske udfordringer.....	62
5.3.4	Opfølgingsmøderne.....	63
5.3.5	Motivation.....	64
5.3.5.1.1	Supervision og test.....	64
5.3.5.1.2	Feedback.....	64
5.3.5.1.3	Projektdeltagelse.....	65
5.3.5.1.4	Demotiverende faktorer.....	65
5.3.6	Skærmens plads i hjemmet.....	66
5.3.7	Procesevaluering – nuværende erfaringer (okt/nov 2015).....	69
5.3.8	Evaluering af den forlængede projektperiode.....	71
5.3.8.1	Dataindsamlingen.....	72
5.3.8.2	Rekruttering af borgere til projektet.....	72
5.3.8.3	Målgruppen.....	73
5.3.8.4	Det sociale.....	74
5.3.8.5	Teknologien.....	75
5.3.8.6	Bevidsthed om mulighederne for at anvende velfærdsteknologi.....	76
5.3.8.7	Opsummering på erfaringerne fra forlængelsen.....	76
5.3.9	Konklusion.....	76
5.4	<i>Den Kvantitative evaluering.....</i>	77
5.4.1	1.0. Indledning.....	79
5.4.1.1	1.1. Opgavebeskrivelse.....	79
5.4.2	1.2. Formål.....	79
5.4.3	2.0. Metode.....	79
5.4.3.1	2.1. Interventionen.....	80
5.4.3.2	2.2. Population.....	80
5.4.3.3	2.3. Randomisering.....	80
5.4.3.4	2.4. Datagrundlag.....	82
5.4.3.5	2.5. Effektmål.....	82
5.4.3.5.1	2.5.1. Fysiske tests (rejse-sætte-sig, 6-min. gangtest).....	82
5.4.3.5.2	2.5.2. heiQTM.....	82

Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

5.4.3.5.3	2.5.3. SF-12.....	83
5.4.3.5.4	2.5.4. Indlæggelse og genindlæggelse.....	84
5.4.3.6	2.6. Statistisk analyse.....	85
5.4.3.7	2.7. Tilladelse til brug af data.....	86
5.4.4	3.0. Resultater.....	86
5.4.4.1	3.1. Datakomplethed.....	86
5.4.4.2	3.2. Baseline karakteristika.....	86
5.4.4.3	3.3. Fysisk og psykisk funktionsevne – SF-12.....	88
5.4.4.3.1	3.3.1. SF-12 ved baseline.....	88
5.4.4.3.2	3.3.2. SF-12 ved 3 måneder.....	89
5.4.4.3.3	3.3.3. SF-12 ved 6 måneder.....	90
5.4.4.3.4	3.3.4. SF-12 ved 12 måneder.....	91
5.4.4.4	3.4. Indlæggelse og genindlæggelse på hospital.....	92
5.4.4.5	3.5. HeiQ.....	92
5.4.4.5.1	3.5.1. Baseline – 3 måneder.....	92
5.4.4.5.2	3.5.2. Baseline – 6 måneder.....	94
5.4.4.5.3	3.5.3. Baseline – 12 måneder.....	96
5.4.4.6	3.6. Fysiske test -rejse-sætte-sig.....	97
5.4.4.7	3.7. Fysiske test – 6-min. gangtest.....	98
5.4.5	4.0. Opsamling.....	98
5.4.6	5.0. Konklusion.....	98
5.4.7	6.0. Litteratur.....	99

Sammenfatning af evalueringsrapport vedr. Delelement 3 101

6	Delelement 3 – Sårprojekt.....	102
6.1	<i>Målgruppe, indsatser og fokus.....</i>	<i>103</i>
6.2	<i>Dataindsamling for evaluering af delelement 3.....</i>	<i>104</i>
6.2.1	<i>Dataindsamlingens hoveddele.....</i>	<i>104</i>
6.3	<i>Den kvalitative evaluering.....</i>	<i>106</i>
6.3.1	<i>Den medarbejderoplevede kvalitet.....</i>	<i>106</i>
6.3.1.1	<i>Forløb og indhold på kurset.....</i>	<i>106</i>
6.3.1.2	<i>Opfølgning.....</i>	<i>107</i>
6.3.1.3	<i>Ændrede arbejdsgange.....</i>	<i>107</i>
6.3.1.4	<i>Det tværsektorielle samarbejde.....</i>	<i>108</i>
6.3.1.5	<i>Pleje.net.....</i>	<i>109</i>
6.3.1.6	<i>KvaliCare.....</i>	<i>110</i>
6.3.1.7	<i>Opsamling på den kvalitative evaluerings resultater i forhold til projektmålene for delelementet.....</i>	<i>112</i>
6.4	<i>Den kvantitative evaluering – såranalyserne fra KvaliCare.....</i>	<i>113</i>
6.4.1	<i>Forekomsten af sår.....</i>	<i>113</i>
6.4.2	<i>Fordelingen af sår på køn.....</i>	<i>115</i>
6.4.3	<i>Fordeling af sårtyper.....</i>	<i>116</i>
6.4.4	<i>Sårets alder.....</i>	<i>119</i>
6.4.5	<i>Frekvensen af forbindelsesskift.....</i>	<i>121</i>
6.4.6	<i>Konklusion fra såranalyserne:.....</i>	<i>123</i>
6.4.6.1	<i>Holstebro Kommune.....</i>	<i>123</i>
6.4.6.2	<i>Lemvig Kommune.....</i>	<i>123</i>
6.4.6.3	<i>Struer Kommune.....</i>	<i>123</i>
7	Appendix.....	124
8	Kilder.....	125

1 Indledning

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen indebærer at kommunerne i højere grad skal kunne påtage sig nogle af de opgaver, som i dag udføres i sygehusregi. Denne opgaveglidning medfører nye krav til kommunernes organisering og udførelse af ældrepleje.

KL og kommunerne har en vision for det nære sundhedsvæsen, hvilket er:

"at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommuner på tværs af forvaltningsområder arbejder sammen med almen praksis om at give danskerne et sundere, længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne." (Det nære sundhedsvæsen, KL).

I den forbindelse er det blevet ansøgt Ministeriet om midler til udvikling af det næresundhedsvæsen målrettet Nordvestjylland, hvilket indbefatter kommunerne Lemvig, Struer og Holstebro Kommune, samt Region Midtjylland.

2 Introduktion til projektet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet) afsatte i marts 2011 85 mio. kr. til et sundheds- og akuthus i Holstebro. Heraf blev der afsat 10 mio. kr. målrettet kompetenceløft, teknologi- og dataunderstøttelse i Nordvestjylland. Puljen på 10 mio. kr. udmøntedes i et projekt på tværs af de nordvestjyske kommuner Holstebro, Lemvig og Struer og Region Midtjylland.

Formålet med projektet er at iværksætte kompetenceudvikling, teknologi og dataunderstøttelse, der fremmer samarbejdet mellem de aktuelle kommuner, Region Midtjylland, almen praksis og andre sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen.

Målet med kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse er at medvirke til:

- At fremtidens sundhedsvæsen appellerer til nytænkning og anderledes indsats over for patienter og borgerne, således at de tager ansvar for egen sundhed, og der fortsat i høj grad løses sundhedsopgaver lokalt samtidigt med, at en række opgaver specialiseres, særligt på hospitalsområdet, hvorved dele af sundhedsvæsenet centraliseres.
- At størstedelen af alle sundhedsydelser gives i lokalmiljøet, og primærsektoren som udgangspunkt er omdrejningspunkt herfor. Kun behandling på hovedfunktions- og specialfunktionsniveau skal foregå på et hospital.

Med henblik på at sikre en målrettet og fokuseret indsats af de 10 mio. kr. besluttede Region Midtjylland, Lemvig, Struer og Holstebro kommuner at foretage en afgrænsning af projektet i udvalgte temaer og delprojekter.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Med udgangspunkt i fælles drøftelser besluttedes det, at arbejde under følgende overordnet projektramme:

Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud
- flere løsninger i eget hjem

Inden for denne ramme fokuseres på tre delprojekter:

1. Delprojekt 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser
2. Delprojekt 2: Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL
3. Delprojekt 3: Sårprojekt med afsæt i positive erfaringer fra eksisterende projekt

Inden for hvert delprojekt blev der så vidt muligt fokuseret på følgende tre delindsatsområder – hvor der i praksis kan være overlap mellem indsatserne:

- Faglig udvikling af sundhedsfaglige personalegrupper
- Kompetenceudvikling inden for emnerne patientempowerment, mestring og borgerinddragelse
- Øget anvendelse af telemedicin og velfærdsteknologi

3 Introduktion til organisationerne

De tre Nordvestjyske kommuner og Region Midtjylland er fire forskellige organisationer både i forhold til areal og indbyggere, hvilket vil blive beskrevet i det følgende.

Lemvig Kommune dækker et areal på 508,17 km², og havde i udgangen af 2013 20.920 indbyggere, hvoraf ca. 7.000 bor i Lemvig by. Indbyggertallet var i 2016 faldet til 20.399 personer.

Struer Kommune havde et indbyggertal i 2013 på 21.591, hvilket i 2016 var faldet til 21.474. Struer Kommunes areal er på 246,2 km².

Holstebro Kommune, som er den største af de tre kommuner, har et areal på 793 km², og et indbyggertal på 57.239 i 2013. Heraf er knap 35.000 af disse bosiddende i Holstebro by. Indbyggertallet er i 2016 steget til 57.661.

Region Midtjylland består af 19 kommuner, hvoraf Lemvig, Struer og Holstebro kommuner er en del heraf.

Både Struer og Lemvig kommuner er indbyggermæssigt små kommuner. De har dog i forhold til landsbasis en højere andel af ældre borgere. Den gennemsnitlige alder for hele Danmark lå i

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

2013 på 40,7 år. I samme år var gennemsnitsalderen i Struer Kommune på 42,9 og i Lemvig Kommune på 43,5. Begge kommuner ligger derfor over landsgennemsnittet. Hvorimod Holstebro Kommune i 2013 havde en gennemsnitslevealder på 40,5, hvilket ligger lige under landsgennemsnittet. Dog er gennemsnitalderen de seneste par år steget (kilde: Danmarks statistiks hjemmeside, besøgt den 23. januar 2014), og prognoserne er at denne udvikling fortsætter med flere ældre.

Ses der blot på de nyeste tal fra 2016 er gennemsnitsalderen steget på landsplan til 41,2 år, hvilket er samme niveau som Holstebro Kommune ligger på. Dog er gennemsnitsalderen for Struer og Lemvig kommuner tilsvarende steget, og Struer Kommunes gennemsnitsalder i 2016 er 44 år, mens den for Lemvig Kommune er 44,9 år. Det ses derfor tydeligt at disse to kommuner har en befolkningssammensætning af flere ældre, end for eksempel Holstebro Kommune eller landsgennemsnittet.

Evalueringsrapport

Delelement 1:

Reduktion af antallet af Forebyggelige indlæggelser

Natascha Kammeyer Damgaard og Henriette Zimmermann

Sammenfatning af evalueringsrapport vedr. delelement 1

I forbindelse med projekt "Kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse under overskriften: Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem" har det været muligt, at tilrettelægge og gennemføre to overordnede kompetenceforløb i forbindelse med delelement 1: 1. Det brede kompetenceløft i 2013 og 2014 og 2. Kompetenceudvikling i forbindelse med TOBS, på tværs af organisationerne i 2015.

Evalueringen viser at:

- Det brede kompetenceløft har bidraget til en medarbejderoplevet styrkelse af det tværfaglige samarbejde internt i organisationerne og et tilsvarende medarbejderoplevet styrket tværsektorielt samarbejde.
- Medarbejderne oplever kompetenceløftet har bidraget til en bredere omstillingsparathed i forhold til nye initiativer og øvrig videreuddannelse.
- Flere medarbejdere fortæller at kompetenceløftet har medvirket til en styrkelse af den faglige identitet.
- Det brede kompetenceløft har ledt til ændrede arbejdsgange på aktørniveau.
- Det er svært for medarbejderne at etablere direkte sammenhæng mellem kompetenceudviklingen og konkret forebyggelse af indlæggelse
- Flere medarbejdere efterspørger en bedre opfølgning efter endt uddannelsesforløb
- Nye projekter og indsatsområder fylder meget for frontmedarbejderne, hvilket opfattes som tidskrævende og paradoks
- Dataindsamlingen har været vanskelig at gennemføre og evalueringsmaterialets har således sine begrænsninger
- I Lemvig og Holstebro kommuner ses der en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser fra 2012 til 2014, mens det er et fald fra 2014 til 2015. Struer Kommune har et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser i alle årene fra 2012 til 2015
- For alle tre kommuner er gældende at den hyppigste årsag til at borgerne indlægges med en forebyggelig indlæggelse er grundet nedre luftvejssygdomme, efterfulgt af brud, som er den anden hyppigste

4 Delprojekt 1: forebyggelige indlæggelser

I 2011 bevilligede det daværende Ministerium for Forebyggelse og Sundhed 10 mio. kr. til projekter målrettet kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse, der ville fremme samarbejdet mellem Lemvig, Struer og Holstebro kommuner, Region Midtjylland og andre sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen. Da det samlede sundhedsvæsen ændrer sig mod en højere effektivitet, hvor hospitaler udvikler stigende specialisering, vil kommunerne få overdraget flere opgaver. Parterne i sundhedsvæsenet vil dermed få nye roller og opgaver og målet med projektet var, at imødekomme et sundhedsvæsen i konstant udvikling, og hvor specialiseret hospitalsbehandling kombineres med en række nære sundhedstilbud. Projektet skulle således både medvirke til en anderledes sundhedsfaglig indsats over for borgeren samt appellere til en styrkelse af borgerens forudsætninger for at bevare ansvaret for egen sundhed.

Den overoverordnede projektramme var ”Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem” og for at sikre en målrettet og fokuseret indsats blev der inden for denne projektramme fokuseret på tre delprojekter:

- 1. Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser**
2. Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL
3. Sårprojekt med afsæt i positive erfaringer fra eksisterende projekt

I nærværende kapitel vil det udelukkende handle om delprojekt 1

Baggrunden for at igangsætte et projekt vedrørende reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser er, at mange ressourcer anvendes uhensigtsmæssigt, når der sker indlæggelser, der kunne have været forebygget ved en tidlig og virkningsfuld indsats. Herudover påfører disse indlæggelser borgerne unødvendige lidelser og risiko for yderligere tab af funktionsevne. Samtidig er der ved indlæggelse risiko for, at patienten/borgeren pådrager sig nye sygdomme.

Målene for delelement 1 var derfor, at andelen af forebyggelige indlæggelser reduceres samt at fastholde niveauet der hvor det i forvejen er lavt.

Med forebyggelige indlæggelser menes meningsløse indlæggelser, der kunne have været undgået. Sundhedsstyrelsen definerer forebyggelige indlæggelser og forebyggelige genindlæggelser som følgende områder:

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Hjerneblødning
Dehydrering
Forstoppelse
Lungebetændelse
Blærebetændelse
Astma/bronkitis (KOL)
Hjertesvigt
Gastroenteritis
Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel)
Social og plejemæssige forhold
Tryksår

(kilde: sundhedsstyrelsen, Monitorering af sundhedsaftalerne, 2011, 2. 11-12)

Det blev vurderet som relevant, at kunne vurdere på om man efter projektets afslutning kunne måle en effekt af projektets indsatser og en forbedring i forhold til andelen af forebyggelige genindlæggelser i de tre Kommuner og Regionen samt om der kan spores en forbedring i forhold til andelen af forebyggelige indlæggelser for de tre kommuner. Dette uddybes i afsnit 4.5, Den kvantitative evaluering, hvor nøgletallene bliver præsenteret.

4.1 Fokus, indsatser og målgruppe

4.1.1 Fokus

Fokus i dette delelement er som nævnt at forebygge unødige (gen)indlæggelser og dette søges gennem et bredt kompetenceløft af målgruppen sygeplejersker, terapeuter samt social- og sundhedsassistenter. Forebyggelse af ikke planlagte indlæggelser kræver for det første, at der er de fornødne kompetencer til at identificere faresignaler, der varsler en akutsituation, som vil kunne forebygges med en hurtig indsats. Derfor søges forebyggelige indlæggelser reduceret ved at kompetenceudvikle på tværs af kommuner, almen praksis og region. For det andet kræver det, et godt samarbejde mellem kommunerne, de alment praktiserede læger og sygehusvæsenet.

Projektet har således søgt at reducere andelen af forebyggelige indlæggelser ved, at fokusere på følgende dele:

1. Kompetenceudvikling
2. Samarbejdet mellem praktiserende læger, sygehus og de tre kommuner i projektet

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

I kompetenceudviklingen har der været fokus på rehabilitering, mestring, sektorovergange og tværfaglige samarbejde, ligesom der også har været et klinisk fokus. Selve indholdet og forløbene i kompetenceudviklingen beskrives nærmere i afsnit 4.2.

Som nævnt har der ligeledes været fokus på at styrke samarbejdet mellem praktiserende læger, sygehus og de tre kommuner i projektet, da det vurderes at være en forudsætning for optimal udnyttelse af den kompetenceudvikling, som projektet fokuserer på.

4.1.2 Indsatser

Indsatserne i dette delelement har været todelt og både rettet sig mod det tværsektorielle samarbejde vedrørende udviklingen af de specifikke uddannelsesforløb og den tværfaglige og tværsektorielle gennemførelse af uddannelsesforløbene.

Projektarbejdet handlede således i første omgang om, at etablere en tværsektoriel arbejdsgruppe, der i samarbejde med de aktuelle uddannelsesinstitutioner udviklede og designede uddannelsesforløb, der stemte overens med projektbeskrivelsens fokus på reduktion af forebyggelige indlæggelser. Dernæst drejede projektarbejdet sig om den konkrete gennemførelse af de kompetenceudviklende uddannelsesforløb.

Selve udførelsen af indsatserne – de kompetenceudviklende uddannelsesforløb – er blevet afviklet i to rul. Det første (og det største) rul blev afviklet i årene 2013 og 2014 med uddannelsesforløb på VIA-University College i Holstebro, Social- og sundhedsskolen i Holstebro og regionale forløb i Holstebro. Det andet rul blev afviklet i efteråret 2015, hvor der blev afholdt 4 x 2 timers undervisning inden for området TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) af overlæge Ove Ammitzbøll.

Foruden de ovennævnte kompetenceudviklingsforløb blev der i november 2014 afholdt en fælles temadag, hvor der var fokus på videndeling og netværk. Her afholdte de fagprofessionelle oplæg om deres erfaringer med projektet og der var produceret film om projektindsatserne set fra borgerens perspektiv.

4.1.3 Målgruppe

Målgruppen for de kompetenceudviklende kompetenceforløb var oprindeligt:

1. Personale med mellemlang videregående uddannelse i koordinerende funktioner (primært sygeplejersker og terapeuter) ansat i regionen, i kommunerne og i almen praksis.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

2. Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter fra kommunerne og regionen
3. Personale og funktioner – primært i praksis og på hospitalerne - som kan sikre en øget adgang til specialer og funktioner, der kan medvirke til forebyggelse af indlæggelser.

Målgruppen for kompetenceudviklingsforløbene har således primært været målrettet de fagprofessionelle medarbejdere og sekundært borgerne. Den kvalitative gevinst for borgeren, ved at øge fokus på en reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, beskriver medarbejderne under interview, hvilket belyses i afsnit 4.4. Her kvalificerer medarbejderne gennem interview betydningen af deres kompetenceløft og deraf den kvalitative gevinst for borgeren.

Målgruppeafgrænsningen med fokus på sygeplejersker, terapeuter og andre med mellemlang videregående uddannelse begrundes i, at netop denne personalegruppe varetager særlige nøglepositioner i det nære sundhedsvæsen. Personalegruppen er med til at sikre gode forløb og sektorovergange samt understøtter de den fortløbende læringsproces hos det øvrige personale.

Overordnet fokus på social- og sundhedsassistenternes kompetenceudvikling har været en styrkelse af den faglige identitet og dermed en øget bevidstheden om egen kernefaglighed, hvilket styrker social- og sundhedsassistenten i at præcisere egen faglighed i samarbejdet med borgeren og andre kolleger.

I de kommende afsnit vil de kompetenceudviklende uddannelsesforløb blive beskrevet.

4.2 Gennemførelse af kompetenceudviklingen

4.2.1 Det brede kompetenceløft i 2013 og 2014

Som tidligere nævnt henvendte det brede kompetenceløft sig til sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter. I alt har 223 medarbejdere været på kompetenceudviklende uddannelsesforløb. Fordelingen af medarbejdere og beskrivelsen af på de tre uddannelsesinstitutioner kan ses i nedenstående afsnit.

4.2.1.1 Uddannelsesforløb for Social- og sundhedsassistenterne

106 social- og sundhedsassistenter gennemførte et uddannelsesforløb på Social- og Sundhedsskolen Herning/Holstebro afdelingen (Herefter SOSU-Skolen). Uddannelsesforløbene var resultat af et samarbejde mellem arbejdsgruppen for delelement 1 og SOSU-Skolen. Der blev tilrettelagt et uddannelsesforløb, der opfyldte de fokusområder

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

projektet havde som målsætning og den røde tråd i undervisningen blev således "rehabilitering", "mestring", "overgange" og "tværfaglighed". Forløbet bestod af en basis del og en faglig del.

Basisdelen varede i 16 dage og bestod af undervisning i emnerne: "selvledelse og formidling i omsorgsarbejdet", "kvalitet i offentlige velfærdsydelser", "velfærdsteknologi", "sundhedspædagogik" og "dokumentation og evaluering med fokus på overgange i sundhedssektoren" (Bilag: "Mål for basisdel – SOSU skolen).

Den faglige del varede i 20 dage og bestod af undervisning i emnerne: "forebyggelse og sundhedsfremme", "innovation: idéudvikling m.m.", "tidlig opsporing af sygdomstegn", "ernæringscreening i ældreplejen m.m.", "tværfagligt samarbejde om måltidet" og "de almindeligst forekommende sygdomme hos ældre" (Bilag: "Mål for faglig del – SOSU skolen).

Antal deltagere og fordeling

Lemvig	Struer	Holstebro	Hospitalsenheden Vest
0	50	53	3

Der har i alt været afholdt 4 hold på SOSU-Skolen i perioden fra 19. august 2013 til 7. marts 2014.

Hold 1 i tidsrummet den 19. aug. – 11. okt. 2013

Hold 2 i tidsrummet den 21. okt. – 13. dec. 2013

Hold 3 i tidsrummet den 6. jan. – 7. mar. 2014

Hold 4 i tidsrummet den 10. mar. – 7. maj 2014

4.2.1.2 Diplommoduler for sygeplejersker og terapeuter

72 sygeplejersker og terapeuter gennemførte de to diplommoduler: "Rehabilitering i forhold til en udvalgt målgruppe" og "Sammenhængende patient- og borgerforløb", der begge giver 5 ECTS-point, på VIA University College, Campus Holstebro (herefter VIA).

Målene for videreuddannelsesforløbene er:

At medarbejderne udvikler kompetencer i det sammenhængende patient- og borgerforløb, sundhedsfremme og forebyggelse, empowerment og mestring, der samtidigt imødekommer aktuelle udfordringer i det nære sundhedsvæsen.

At etablere og facilitere netværksdannelse på tværs af afdelinger og sektorer (Bilag: "Sammenhæng i patient- og brugerforløb i sundhedsvæsenet" og "Rehabilitering i forhold til en udvalgt gruppe").

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Antal deltagere og fordeling

Lemvig	Struer	Holstebro	Hospitalsenheden Vest
26	13	21	12

Der har i alt været afholdt tre hold på VIA:

Hold 1 i tidsrummet den 9. sep. – 25. okt. 2013

Hold 2 i tidsrummet den 28. okt. – 13. dec. 2013

Hold 3 i tidsrummet den 6. Jan. – 21. feb. 2014

4.2.1.3 *Kompetenceforløb i Region Midt for sygeplejersker i primærsektoren*

45 sygeplejersker kompetenceforløbet "Kompetenceløft til sygeplejersker i primærsektoren i forhold til det nære sundhedsvæsen" afholdt af Region Midt i foråret og efteråret 2014.

Kompetenceforløbet strækker sig over 4 moduler á tre dages varighed, i alt 12 dages undervisning. De fire moduler omfatter følgende temaer:

1. Luftvejene, kredsløb (ABCD)
2. Den bevidsthedspåvirkede borger, geriatri, TOKS hos den medicinske borger, etik
3. Ernæring, IV-behandling i eget hjem, urologi
4. Psykiatri, konflikthåndtering, mestring.

Antal deltagere og fordeling

Lemvig	Struer	Holstebro	Hospitalsenheden Vest
16	8	21	0

4.2.2 **Kompetenceudvikling inden for området TOBS i 2015**

Da man i slutningen af 2014 kunne se, at der var økonomi til yderligere kompetenceudvikling, valgte styregruppen i projektet, at prioritere yderligere økonomiske midler til kompetenceudvikling inden for området TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom.) Målgruppen for denne undervisning blev de faggrupper, der varetager TOBS i hverdagen samt deres samarbejdspartnere. Således blev undervisningen målrettet sygeplejersker, social og sundhedsassistenter og almen praksis. Der var ikke deltagelse fra regionen, da TOBS ikke er et redskab man bruger på hospitalet.

4.3 Dataindsamling for evaluering af delelement 1

4.3.1 Dataindsamlingens hoveddele

I den oprindelige projektbeskrivelse var der angivet følgende metode til dataindsamling til den samlede evaluering:

1. Evaluering af kompetenceforløbene på uddannelsesinstitutionerne
2. Evaluering af medarbejdernes brug af kompetenceløftet i deres hverdag, som evalueres efter en periode.
3. Det kvantitative datatræk.

For punkt 1 gælder det, at uddannelsesinstitutionernes evalueringspraksis primært har været brugt til den fortløbende justering og tilrettelæggelse af undervisningen og vil derfor ikke yderligere bruges i nærværende evaluering.

For punkt 2 er der fokus på medarbejdernes brug af kompetenceløftet i den efterfølgende arbejdspraksis og dataindsamlingen er tilvejebragt via kvalitativ dataindsamling og primært interview på gruppeniveau.

I den kvalitative evaluering vægtes betydningen af kompetenceudviklingen for medarbejderne. Evalueringen tager – således i overensstemmelse med målgruppe for kompetenceudviklingen – *primært* afsæt i medarbejdernes selvvaluerede betydning af kompetenceudviklingen og *sekundært* afsæt i den formodede betydning for borgeren.

For punkt 3 er der trukket tal for forebyggelige indlæggelser i perioden 2012-2015. Dette grundet i at kompetenceforløbene startede i 2013, og det var ønsket at se om kompetenceløftet havde en indflydelse over tid, da både mange medarbejdere skulle af sted, men også for at give tid til at implementere den teoretiske viden i praksis.

Det skal dog siges at udviklingen i tallene ikke alene kan tilskrives kompetenceforløbene, da de forskellige organisationer sideløbende med dette projekt også har indført en del andre tiltag, som også kan have indflydelse på tallenes udvikling. Derudover har den ændring der pågår med omlægning af opgaver fra hospitaler til kommuner, altså udviklingen af det nære sundhedsvæsen, også indflydelse på tallene på praksis på området i disse år ændre sig meget f.eks. med hurtigere udskrivelser af borgere.

4.3.1.1 Den kvalitative dataindsamling

Datagenerering gennem kvalitative metoder – i dette tilfælde kvalitative interview, gruppeinterview og fokusgrupper giver mulighed for, at belyse de erfaringer og oplevelser

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

medarbejderne har haft i forbindelse med deres undervisningsforløb. Det er en mulighed for at forstå de forskelligartede perspektiver medarbejderne har haft i forbindelse med kompetenceudviklingen og samtidigt blive klogere på, hvordan medarbejderne efterfølgende har benyttet kompetenceudviklingen i deres hverdag.

Skema over interview på gruppeniveau: Gruppeinterview/fokusgrupper

Organisation	SOSU-Skolen	VIA University College	De regionale forløb	Samlet antal interviewede
Holstebro Kommune	X	X	X	10
Struer Kommune	X	X	X	12
Lemvig Kommune	Ingen deltagelse	X (2 interview)	X	10
HEV	Ikke afholdt interview	X	Ingen deltagelse	2

I alt er der gennemført interview med 34 medarbejdere og derudover er der gennemført interview med to ledere. Der har været afholdt otte gruppeinterview med to til tre deltagere i hver og to fokusgrupper med henholdsvis fem og seks deltagere. Antallet i grupperne har således spændt fra 2-6 deltagere og repræsentationen i interviewene har været rimelig homogen. Deltagerne er blevet spurgt ind til deres daglige arbejde og således en velkendt praksis. Derfor har samtalen og diskussionerne gledet frit og uhæmmet blandt deltagerne.

4.3.1.1 Spørgeguide og den tværgående diskussion

Der er anvendt spørgeguide under interviewene og med få justeringer er den samme spørgeguide anvendt som rettesnor for samtlige interview. Spørgeguiden er ikke brugt slavisk, men anvendt som en overordnet ramme til, at styre samtalen og diskussionen. Spørgeguiden har således været fleksibel nok til at følge interessante afstikkere, uden at interviewet tabte sit oprindelige sigte (Dawson et al. 1992: 4).

Det har været muligt at inddrage eksempler og perspektiver fra et interview til et andet. Dette har både tjent til at nuancere og eller bekræftet deltagerens perspektiver, holdninger og erfaringer. Denne diskussion på tværs af interviewene har været en fordel i de gruppeinterview med få deltagere eller i gruppeinterview med homogen besvarelse. Der har således været en slags metadiskussion mellem deltagerne – på tværs af gruppeinterviewene.

4.3.1.1.2 Andet datamateriale

Foruden ovennævnte metoder trækkes der på de fortløbende data, der undervejs er opsamlet i projektperioden, herunder mødenotater, mail-korrespondancer og lignende. Interviewene har taget udgangspunkt i det brede kompetenceløft i årene 2013 og 2014, men flere deltagere har spontant talt om udbredelsen af TOBS, som et nyt initiativ og positivt initiativ, hvilket også inddrages i nærværende evaluering.

4.3.1.2 Den kvantitative dataindsamling

Data er trukket fra E-sundhed, som er Sundhedsdatastyrelsens indgang til sundhedsdata på regions-, hospitals- og kommunalt niveau. Data er trukket fra det lukkede E-sundhed, som opgør både aktiviteten og økonomien baseret på DRG-systemet.

4.4 Den kvalitative evaluering

Med afsæt i den kvalitative dataindsamling vil det i det kommende kapitel – Den brugeroplevede kvalitet – være muligt, at konkretisere anvendeligheden af kompetenceløftet i den efterfølgende arbejdspraksis. Det vil derfor handle om medarbejdernes oplevelse af, at deltage på de kompetenceudviklende uddannelsesforløb og den efterfølgende arbejdspraksis.

4.4.1 Den medarbejderoplevede kvalitet

4.4.1.1 Udvikling og gennemførelse af kompetenceudviklingsforløbene

Det har været en målsætning i projektet, at etablere en god platform for det tværsektorielle samarbejde mellem Lemvig, Struer og Holstebro Kommuner, Region Midtjylland og Almen Praksis. På det overordnede og planlæggende niveau har arbejdsgruppen arbejdet på, at tilrettelægge de to overordnede kompetenceforløb. På tværs af både faglige og sektorielle grænser er det lykkedes at tilrettelægge gode kompetenceudviklingsforløb – i første omgang det brede kompetenceløft i 2013 og 2014 og dernæst kompetenceudvikling i forbindelse med TOBS.

”Jeg tænker, det har været en ”gave” at være med i projektet og helt fra start. Der har og er udfordringer undervejs i et så stort samarbejde mellem 3 selvstændige Kommuner og Regionen. Alt i Alt – og specielt på det niveau, jeg har arbejdet på – så tænker jeg, at det har været givtigt for det fremadrettede samarbejde”

(Afdelingsleder og medlem af arbejdsgruppen)

Som man kan se i ovenstående citat, så beskrives det generelle samarbejde og selve planlægningen og tilrettelæggelsen af kompetenceforløbene som noget generelt godt, der har

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

bidraget til en styrkelse af det tværsektorielle samarbejde mellem de tre kommuner og Regionen.

Udviklingen af uddannelsesforløbene beskrives således som en god proces og en væsentlig platform for det videre tværsektorielle samarbejde om, at styrke det nuværende og fremtidige nære sundhedsvæsen. I forbindelse med selve gennemførelsen af uddannelsesforløbene er den generelle tilbagemelding på medarbejderniveau ligeledes overordnet positiv.

"På en eller anden måde gav det et helt utroligt løft til arbejdet. Det her med at få gode idéer og fifs fra hinanden - også fra de andre kommuner - det var virkelig godt" (...) "Ja, det var godt, at udveksle erfaringer med hinanden. Det der med, at se forskellen fra kommune til kommune - så fik man lige nogle hints til noget, man kunne efterspørge, når man kom hjem igen."

(Fokusgruppe med SSA)

Ovenstående er et udsnit af en dialog mellem to social- og sundhedsassistenter, der reflekterer over det generelle udbytte af uddannelsesforløbenes tværsektorielle karakter. Citatet repræsenterer fint det generelle billede de interviewede medarbejdere har givet under interviewene. Overordnet set beskrives det meget positivt, at uddannelsesforløbene har været tværsektorielle (og tværfaglige). Dette har givet en god dynamik på holdene og overordnet set beskriver de interviewede medarbejdere, at de - i varierende grad - har fået noget med hjem til deres arbejdspladser. Netop denne dynamik og diskussionslyst på holdene fremhæves som en væsentlig bidrager til en større respekt for hinanden og tilsvarende større forståelse for hinandens arbejdsområder, hvilket italesættes som det egentlige løft i kompetenceløftet.

I de kommende afsnit i dette kapitel vil der dykkes yderligere ned i den medarbejderoplevede kvalitet ved det brede kompetenceløft og i kommende afsnit uddybes det, hvordan det tværsektorielle undervisningsrum har styrket det tværsektorielle samarbejde efter endt uddannelsesforløb.

4.4.1.2 Det styrkede tværsektorielle samarbejde efter endt uddannelsesforløb

Som nævnt gav de interviewede medarbejdere generelt udtryk for, at det har været en styrke for undervisningen, at de kom fra forskellige organisationer og faglige områder. Dette gav anledning til det de selv beskriver som "aha"-oplevelser, hvilket har bidraget til en større forståelse og respekt for hinandens arbejdsgange. De fortæller at der i undervisnings- og studiemiljøet blev etableret et godt rum for diskussioner og videndeling.

"Jeg synes jo det er fedt, de gange jeg har ringet sammen med én, jeg har været på kursus med. (...) "Nej, er det dig". Det er jo en helt anden snak. (...) det giver bare en anden tryghed, når man så ringer på sygehuset."

(Lene, sygeplejerske)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Ligesom sygeplejersken i citatet fortæller flere af de interviewede medarbejdere, at de sociale relationer, der blev etableret på uddannelsesforløbene har skubbet til et stærkere tværsektorielt samarbejde efter endt uddannelsesforløb. Det personlige kendskab til medarbejderen i den anden ende af telefonen, opleves mere trygt end tidligere.

Som nævnt beskrev de interviewede medarbejdere, at samarbejdet blev styrket på grund af en øget forståelse for hinandens arbejdsgange på tværs af organisationerne. Da de interviewede deltagere blev bedt om at konkretiserer, hvordan dette samarbejde kunne tage sig ud i hverdagens arbejdspraksis blev de såkaldte ”opfølgende hjemmebesøg¹” flere gange nævnt som eksempel.

”Jeg er blevet meget mere opsøgende omkring det nu, når der kommer en avis omkring opfølgende hjemmebesøg. Jeg ved jo nu hvor meget det gavner med de besøg. Så nu tager vi dem. Det tager noget tid, men det giver tilfaldt igen. Det gør det altså.”

(Pia, sygeplejerske)

Hvad er opfølgende hjemmebesøg?

(Interviewer)

Det er jo det sammenhængende patientforløb og der hvor vi tager over, når borgeren kommer hjem fra sygehus.

(Annette, sygeplejerske)

Ja, det er når man har været indlagt, så scorer man den kære beboere ud fra hvad de kan. Så ringer jeg ned til en kollega og fortæller, at den og den borger er kommet hjem. Hvornår har du tid til at lave et opfølgende hjemmebesøg, så vi får sat det i system med det samme.

(Hanne, sygeplejerske)

Sygeplejersken Pia fortæller her, hvordan hun er blevet mere opsøgende omkring de opfølgende hjemmebesøg og hvordan hun er blevet bedre til, at sætte det i system samt at prioritere det som en opgave, hvilket de andre sygeplejersker understøtter med deres betragtninger. Intervieweren beder dem uddybe forskellen fra før og efter uddannelsesforløbene, hvilket nedenstående er et eksempel på.

¹ Aftalen om opfølgende hjemmebesøg har til formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb for særligt sårbare patienter, der udskrives fra sygehusindlæggelse. Konkret skal de opfølgende hjemmebesøg vurdere om sikre opfølgning på patientens behov for støtte i hverdagen, hospitalets vejledning vedrørende udskrivning og patientens medicinforbrug (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/administration/paragraf2-aftaler/opfoelgende-hjemmebesoeg>).

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

"Ej, det kommer til at lyde som om at jeg har været helt ugidelig før. Det var jeg altså ikke! Men det betyder altså noget, når jeg kan se, at det er den og den, der skriver til mig. Jeg tænker jo med det samme, det var jo hende jeg var på kursus med. Synes I ikke også at det betyder noget?"

[henvendt til sine kolleger]"

(Hanne, sygeplejerske)

"Jo, da! Bare det hvis du har en telefonsamtale med nogen, så kan man lige sige: "Nej, Hej Mette!"

(Pia, sygeplejerske)

"Ja, det er helt tydeligt, at når Mette ringer om et eller andet... Den der forståelse for hinandens arbejde. Altså den har jo altid været god, men nu er den bare blevet super, super god."

(Berit, sygeplejerske)

Jeg skal lige forstå det – for I to har jo ikke været på hold sammen. Så selvom at du ikke selv har været på hold med Mette, så kan du alligevel mærke en forskel, fordi du ved, at hun har været af sted på et tilsvarende uddannelsesforløb (...) Er det sådan jeg skal forstå det?"

(Interviewer)

"Ja, ja, det er lige netop sådan! Samarbejdet bliver meget nemmere og det er helt vildt fint. Man kan simpelthen ikke have været på det modulkursus og ikke fået en større forståelse for hinandens arbejdsgange. Det tror jeg simpelthen ikke."

(Hanne, sygeplejerske)

I ovenstående udsnit belyser de tre sygeplejersker, hvordan de oplever, at det tværsektorielle samarbejde er blevet styrket efter uddannelsesforløbene. De eksemplificere med de opfølgende hjemmebesøg, som de selv oplever, at de har fået mere fokus på. Man skal i dette eksempel lægge mærke til, at det styrkede samarbejde både handler om den direkte personlige relation mellem medarbejderen fra kommunen og medarbejderen på hospitalet, der og den indirekte relation, der etableres på baggrund af et styrket kendskab til hinandens arbejdsgange. Dette uddybes i kommende eksempel, hvor den samme gruppe af sygeplejersker reflekterer over det sammenhængende patientforløb

4.4.1.3 Borgeren i det sammenhængende patientforløb

"Jeg ved godt at det er et krav, at vi sender en indlæggelsesrapport. Det var det også før. Men i kraft af, at vi har været på denne uddannelse, så kan vi nu bedre se, hvad det betyder (...) Vi fik af vide, at det faktisk betyder noget for dem [medarbejderne på sygehuset], når vi laver dem (...) Jeg kan også godt finde på nu, at ringe til dem og sige, jeg har lige lavet en indlæggelsesrapport til Jer. Det er ikke for at pudse min glorie, at jeg gør det. Det er simpelthen bare for at få processen positivt i gang. Og de bliver meget sådan: "okay, hvor dejligt!"

(Berit, sygeplejerske)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

"Ja, men det er jo også sådan, at dets bedre forarbejde man har gjort til sine kolleger [medarbejderne på sygehuset], dets bedre er det resultat man får tilbage."
(Pia, sygeplejerske)

"Jeg fornemmer, at du her taler om borgeren. Kan vi snakke om, hvad borgeren har fået ud af at I har været på kompetenceløft og at I er blevet bedre til at samarbejde på tværs?"
(interviewer)

"Der er mere styr på det, ja! De får lov at være herre i eget liv, fordi vi giver dem overblikket."
(Berit, sygeplejerske)

"Ja, de kan mærke, at der er mere styr på det."
(Hanne, sygeplejersker)

"Ja, og de slapper da mere af med det."
(Pia, sygeplejerske)

Sammenfattende kan man sige, at sygeplejerskernes oplevelse er, at borgeren oplever en stærkere kontinuitet og sammenhæng fordi de på tværs af sektorielle grænser er blevet bedre til at samarbejde.

"Jamen, det er jo hr. Jensen vi sender af sted og ikke 15.09.XX [CPR.nr.] og det betyder da meget for dem. Der er jo lavet meget forskning på det der med at blive tabt mellem to stole ikke også. Det er da ikke rart."
(Hanne, sygeplejerske)

De fortæller videre, at de også er blevet bedre til at støtte borgeren, så denne oplever en stærkere styring, kontinuitet og sammenhæng i deres patientforløb.

"Det er også, når de er frustrerede over, at være blevet udskrevet, når de ikke selv mener, at de var raske nok til det. Der er det jo vigtigt, at vi ikke kører med på den. Der er det vores opgave, at de får etableret et bedre sammenhæng. Der kan vi jo sige, det er sådan det er. Nu er du her og det er godt (...) Vi kan ikke ændre rammen, men vi kan løfte det positivt."
(Berit, sygeplejerske)

Eksemplerne viser tydeligt, hvordan medarbejderne oplever, at det sammenhængende patientforløb etableres ved, at sikre god kommunikation i sektorovergangene. Derudover fortæller de også, at de ud over en øget opmærksomhed på kommunikationen mellem sundhedspersonalet, også har fået mere fokus på, at hjælpe borgeren med at etablere

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

sammenhæng ved, at etablere faglig ro omkring deres patientforløb og afhjælpe borgerens eventuelle frustration omkring deres udskrivelse.

Det kommende afsnit beskriver hvordan interne arbejdsgange og det tværfaglige samarbejde ligeledes er blevet styrket via det brede kompetenceløft.

4.4.1.4 Det interne og tværfaglige samarbejde – ændrede arbejdsgange

Som beskrevet henvendte uddannelsesforløbene på VIA sig både til sygeplejersker og terapeuter og der var således fokus på den tværfaglige dimension i undervisningen. Der var også indlagt en feltstudiedag, hvor man kunne få indsigt i hvordan andre kolleger – både internt og eksternt – arbejdede. Ligesom i det forrige eksempel fortæller de interviewede medarbejdere, hvordan også det interne samarbejde er blevet styrket gennem et større kendskab til hinandens arbejdsområder. De fortæller, at det var en øjenåbner, at være på feltstudiedag – selv inden for egen organisation.

"Jeg tænkte meget før, vi er jo på samme system, så de kan jo bare læse det jeg skriver"
(Nell, sygeplejerske)

"Men det har vi jo ikke tid til i hjemmeplejen"
(Jane, sygeplejerske)

"Nej, det har I ikke og det kunne jeg jo se på min studiedag. Nu skriver jeg det hele sammen, for I kan jo ikke læse ti dage tilbage. Det har I ikke tid til"
(Nell, sygeplejerske)

"Nej, og det er I også blevet gode til!"
(Jane, sygeplejerske)

Eksemplet her viser hvordan studiedagen har givet medarbejderne et indblik ind i hinandens arbejdspraksis internt i samme organisation. Denne mulighed har udvidet kendskab til hinanden arbejdsområder – og arbejdspress – hvilket skabte grobund for et bedre samarbejde på tværs i organisationen.

Ovenstående citater er et konkret eksempel på, hvordan indsigten i hinandens arbejdspraksis har givet anledning til små ændringer i arbejdsgange på aktørniveau. Samarbejdet er styrket gennem kendskab og hensynet tages i form af små ændringer for den anden kollegas skyld. Denne ændring – og den øget opmærksomhed på at målrette kommunikationen – bliver en implicit anerkendelse af hinandens forskellige arbejdsudfordringer.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Eksemplet viser to sygeplejersker refleksion over ændrede arbejdsgange, men også på det tværfaglige niveau er kendskabet til hinanden – og deraf samarbejdet – blevet styrket.

"Vi er jo meget forskellige i vores tilgang. Så bare det, at være sammen med sygeplejersker gav mange "aha" oplevelser for mig (...). Vi kom til at kende hinanden bedre og vi fik en større respekt for hinandens fagområder"
(Malene, ergoterapeut)

I tråd med ovenstående citat, kommer de interviewede medarbejdere med flere eksempler på, hvordan de intern i organisationerne er blevet bedre til at inddrage tværfaglige samarbejdspartnere. Nye arbejdsgange er blevet sat i system i den daglige praksis og her nævnes især, hvordan sygeplejersken – bredt set - er blevet bedre til, at inddrage terapeuterne i processen omkring borgeren – i det sammenhængende patientforløb. Én af de interviewede sygeplejersker fortæller således, at de på hendes arbejdsplads nu har en ergoterapeut med til deres såkaldte bomøder.

"Ved fast at have en ergoterapeut med på møderne kommer man omkring hele mennesket, på en anden måde end før. Vi har jo forskellige tilgange til borgeren og kan derfor supplere hinanden bedre nu"
(Louise, Sygeplejerske)

Samtidigt med medarbejderne fortæller, hvordan de har ændret arbejdsgange på aktørniveau, så fortæller de også, at det kræver et særligt fokus, at bevare det gode tværfaglige samarbejde.

"Det er svært at holde gryden i kog"
(Linda, fysioterapeut)

Linda, der er fysioterapeut kunne fortælle, hvordan de på hendes arbejdsplads havde indført, at terapeuterne fast blev inviteret med på de opfølgende hjemmebesøg. Hun kunne tilsvarende fortælle, at det var svært at "holde gryden i kog" og at der efter en tidsperiode gik længere og længere tid i mellem, at hun og hendes terapeutkolleger blev inviteret med på de opfølgende hjemmebesøg.

For at imødekomme at det kan være svært at skabe – og bevare – et godt tværfagligt samarbejds miljø, fortæller enkelte medarbejdere, at de eksempelvis har ændret deres praksis omkring frokost.

"Det er måske en lille ting, men vi er da begyndt at spise frokost sammen. Det styrker vores samarbejde og vi kommer hele vejen rundt om borgeren – fordi vi løbende sparre med hinanden"
(Johanne, sygeplejerske)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Når det praktisk kan lade sig gøre, spiser de tværfaglige kolleger frokost sammen på denne arbejdsplads. Dette har løsnet op for det sociale fællesskab og skabt et mere frugtbart miljø for det tværfaglige samarbejde. Generelt tegner de interviewede medarbejdere et billede af, at det brede kompetenceløft i noget omfang har bidraget til justeringer og ændringer på arbejdsgange på aktørniveau, hvilket har bidraget til et bedre tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om borgeren/patienten.

I de forrige afsnit har det handlet om hvordan det brede kompetenceløft har bidraget til en styrkelse af såvel det tværfaglige som de tværsektorielle samarbejder omkring borgeren/patienten. I de kommende afsnit dykkes der ned i den monofaglige betydning af kompetenceløftet. I første omgang reflekterer 6 social og sundhedsassistenter over den betydning det brede kompetenceløft har haft for deres faglige identitet

4.4.1.5 Social – og sundhedsassistentens kompetenceløft

"Men det er også det her med, hvad betyder det egentligt for borgeren at blive indlagt. Ikke kun for kommunekassen, men for borgeren. Det betyder jo faktisk noget for mennesket at blive indlagt. Der er jeg da blevet bedre til at melde tilbage til de andre og få sagt sådan og sådan, så man kan tage det i opløbet."

(Marlene)

"Ja, jeg tror også at borgeren kan mærke, at vi er blevet mere motiveret i vores arbejde. Vi er blevet bedre til at afholde den motiverende samtale."

(Hanne)

Interviewer

"Hvad siger I andre?"

"Jeg har godt nok lidt svært ved at forholde mig til, at det skulle være på grund af de 8 uger."

(Ketty)

"Jamen det er jo en proces, hvor vi alle har løftet os."

(Hanne)

"Er I blevet bedre til at forebygge indlæggelser efter dette kompetenceløft?"

(Interviewer)

"Jeg synes at vi er blevet skarpere end vi var før – både i forhold til dokumentation og sådan noget."

(Hanne)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

"Jamen er det noget, der er kommet på grund af forløbet?"

(Ketty)

"Ja, vi er blevet mere skarpe. Vi var slet ikke med i udviklingen før. Det er vi nu!"

(Hanne)

"Ja, det vil jeg også sige. Efter dette kursus er jeg blandt andet blevet mere opmærksom på, at vi saftsuseme skal have styr på de medicinlister. Så jo, jeg vil også sige, at vi er blevet mere skarpe efter dette forløb."

(Ulla)

"Ja, vi ved hvordan vi skal gøre det nu. Vi har fået styr på vores autorisation og på dokumentationen. Så ja, fandme!"

(Hanne)

Social- og sundhedsassistenterne i denne fokusgruppe var gode til at reflektere over det de havde lært på deres kompetenceudviklingsforløb, og det de efterfølgende kunne bruge i deres hverdag. De var imidlertid ikke helt enige om udbyttet, men ved at sætte ord på deres uenighed og udfordre hinanden med kritiske spørgsmål viser de, hvordan de har fået styrket deres faglige identitet gennem kompetenceløftet.

"Jeg ved godt at det ikke er det du skal interviewe mig om, men jeg har sådan lyst til at sige, at jeg godt kan mærke at assistenterne har været på kompetenceudvikling. (...) Jeg kan mærke det på den måde, at jeg ikke får så mange opringninger som jeg fik tidligere, og når de kommer, så er de meget mere kvalificeret i deres observationer."

Langt de fleste af de interviewede social- og sundhedsassistenter gav udtryk for, at de kunne mærke et fagligt løft efter kompetenceudviklingsforløbene, hvilket flere af de interviewede sygeplejersker uopfordret understøttede. Omvendt er der flere medarbejdere ligesom social- og sundhedsassistenten Ketty der, i nogen grad, har vanskeligt ved at koble kompetenceudviklingsforløbene med et egentligt udbytte. For de flestes vedkommende fortæller de, at det har at gøre med det faglige indhold på kompetenceudviklingsforløbene, at indholdet ikke matchede de indledende forventninger, hvilket det skal handle om i kommende afsnit.

4.4.1.6 Det faglige indhold på kompetenceudviklingsforløbene

"Jeg følte da sådan set ikke rigtig, at mine mange års erfaring blev respekteret, når vi skulle gennemgå sygdomme fra bunden – det er jo vores grundviden. Det vidste vi jo i forvejen! (...) Jeg troede rigtig, at jeg skulle have den nyeste viden. Det var i hvert fald lige sådan jeg havde det",

(Grethe, SSA)

De ikke indfrie forventninger har været med til, at sløre medarbejdernes oplevelse af udbytte, hvilket for nogens vedkommende først blev synliggjort under interviewene. Gennem interviewene får medarbejderne reflekteret og forholdt sig kritisk til hinanden og til sig selv. I denne proces bliver de bevidstgjort om egen læring og den overordnede proces, der fulgte efter uddannelsesforløbene, hvor læringen forplantede sig i det daglige arbejde.

For de interviewede medarbejdere, der var meget kritiske i forhold til det egentlige udbytte af kompetenceløftet har langt de fleste oplevet, at interviewets diskussions- og refleksionsrum har ændret deres blik på deres individuelle udbytte af kompetenceudviklingen.

"Jeg synes, at det har været dejligt, at være her i dag [interviewet]. Jeg havde nok glemt en del og egentligt ikke regnet med, at jeg havde fået så meget ud af forløbet, som jeg har. Men det har da givet noget. Det kan jeg da mærke nu, efter vi har talt om det"

(Helle, sygeplejerske)

"Ja, det har været godt at få snakket om. Jeg var måske nok lidt negativ, da jeg kørte herud – og synes måske ikke, at jeg havde fået så meget ud af det – men efter denne snak, så kan jeg jo se...

Ahh, jeg giver dig ret! [henvendt til en kollega]. Den mulighed for fordybelse vi havde på forløbet, den har givet noget i mit daglige arbejde, det har det da!"

(Ketty, SSA)

At undervisningen ikke helt matchede medarbejdernes faglige forventninger knytter sig mest til social- og sundhedsassistenterne og i et mindre omfang for de interviewede sygeplejersker, der deltog på de regionale uddannelsesforløb. For de medarbejdere (sygeplejersker og terapeuter), der deltog på VIA-forløbene var der flere, der – i varierende omfang – gav udtryk for en vis usikkerhed i at skulle gennemføre et kursus på diplomniveau. For én medarbejder, sygeplejersken Jane, var det især de opgavespecifikke krav, der fulgte med diplommodulerne, der var en udfordring.

4.4.1.7 Sygeplejersken Janes kompetenceudvikling

"Jeg synes det var hårdt og jeg må også sige, at det tog lidt modet fra mig, at læse på den måde. Det må jeg sige. Der var meget læsestof, og den opgave der, den tog altså næsten pippet fra mig (...). Jeg føler ikke, at jeg kunne bruge det til noget. Ja, sådan har jeg det bare."

(Jane)

Undervejs i interviewet præciserer Jane gentagende gange, at det med at skrive en opgave har været en stor mundfuld for hende, men hun fortæller samtidigt, at det har været spændende at læse og få ny viden. Her er hun særligt begejstret for den viden hun opnåede angående sundhedsaftalerne, hvilket hun efterfølgende bruger i sit arbejde, fortæller hun.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

"Hvordan er det noget du kan bruge i dit arbejde?"

(Interviewer)

"Jeg er blevet mere opmærksom på at søge ny viden."

(Jane)

"Kan du komme med et eksempel på det?"

(Interviewer)

"Det er sådan noget med at finde ud af, hvad de kliniske retningslinjer egentligt siger. Det kan godt lidt være en jungle, at finde rundt i somme tider, men jeg synes at jeg er blevet bedre til det efter dette kursus. (...) Jeg bruger mere tid på det – også privat. Derhjemme kan jeg godt finde på at søge på... Ja, forleden søgte jeg på, hvad de gør i Århus kommune i forhold til smertepaster. Så på den måde er jeg blevet mere nysgerrig. Det er måske ikke specifikt på det rehabiliterende, men sådan generelt mere nysgerrig. Jo, jeg er da blevet mere vidende, så det har da bestemt givet mig noget"

(Jane)

Jane var forinden kompetenceforløbet på VIA meget skeptisk overfor om hun kunne følge med på det faglige niveau, der var på diplommodulerne og det første hun sagde, da hun ankom til interviewet var, at hun ikke følte at hun havde lært noget. Undervejs i interviewet reflekterede Jane – sammen med sine kolleger – over den undervisning hun havde modtaget samt over hvilke kompetencer der efterfølgende var fulgt med tilbage på arbejdspladsen. I denne refleksion blev det tydeligt for Jane – og alle os andre – at hun havde fået *noget* med fra undervisningen. Det blev tydeligt for hende, at hun havde opnået kompetencer til at indhente ny viden, der ikke alene knyttede sig til den konkrete viden – vedr. rehabilitering, som hun havde modtaget på kurset. Intervieweren udfordrer Jane med spørgsmålene og deltager i refleksionen undervejs i interviewet.

"Jeg fristes da til at sige, at du har udviklet en metodisk kompetence til at indhente ny viden.

Hvad mener du om det?"

(Interviewer)

"Ja, det lyder da egentlig meget flot. Det går jeg hjem og skriver på mit CV. (...) Nej, nu laver jeg fis med det, men det er da ikke uvæsentligt. Det er jo en måde at søge ny viden på. Det er både noget med, hvordan man søger ny viden, men også hvordan man forholder sig kritisk til det"

(Jane)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Da vi afslutter interviewet fortæller Jane, at hun egentligt havde været bekymret for, om hun kunne huske noget fra sit kompetenceudviklingsforløb. Hun fortæller, at det har været rart, at få sat ord, på det hun har lært og at hun ville ønske, at hun havde fået den mulighed noget før.

Janes historie medtages i denne evaluering, da hendes fortælling på fin vis repræsenterer den skepsis, der har været fra flere af de interviewede medarbejders side, i forhold til at overføre det faglige indhold på kompetenceudviklingsforløbene til en konkret arbejdspraksis. Langt de fleste interviewede medarbejdere har således givet udtryk for, at interviewet var den opfølgning de manglede for at koble teori til praksis. Interviewene var en bevidstgørelsesproces, hvor medarbejderne tydeligere blev i stand til at få øje på den nye viden og anderledes tilgang til arbejdsgangene etableret af baggrund af det brede kompetenceløft.

4.4.1.8 Opfølgningen på det brede kompetenceløft

I projektet var det en del af procesplanen, at der skulle have været et indledende og afstemmende møde mellem medarbejder og leder, og tilsvarende have været et opfølgende møde mellem leder og medarbejder efter endt forløb.

"Jeg havde indtryk af, at der var et startmøde og et slutmøde. Der var et møde forinden, men det efterfølgende møde, hvor man skulle snakke om, hvad er det egentligt du har lært, det blev ikke rigtig til noget. Det smuldrede lidt, da vi så kom tilbage."

(Britta, sygeplejerske)

Langt de fleste interviewede medarbejdere husker, at de havde en samtale inden forløbet, men omvendt kunne de fleste fortælle, at de ikke havde haft den efterfølgende samtale med deres ledere.

Årsagen til at den ikke blev afholdt, blev forklaret med, at der ikke var tid til det i forhold til de almindelige daglige driftsopgaver. Derudover blev andre projekter og nye initiativer eller ledelsesskift nævnt som medvirkende årsag til, at der ikke blev afholdt en opfølgende samtale med lederen. Flere af medarbejderne giver udtryk for ærgrelse, når de taler om det.

"Vi var så tændte, men der gik ikke lang tid, så var bare tilbage til det samme igen"

(Louise, sygeplejerske)

Da de interviewede medarbejdere er et udsnit af det samlede antal medarbejdere, skal der tages forbehold for, at der kan være afdelinger hvor man mere systematisk har fulgt op på undervisningen. Generelt gælder det for de interviewede medarbejdere, at de efterspørger en mere tydelig opfølgning og deraf opsamling på den nye viden de modtog på kompetenceudviklingsforløbene.

I nedenstående afsnit redegøres der for én af de måder, hvorpå der blev lavet opfølgning og videndeling blandt medarbejderne.

4.4.1.9 Videndeling gennem vidensgrupper

"Vi kunne jo ligeså godt alle få gavn af den nye viden"

(Annette, områdeleder)

Sådan sagde Annette, der er områdeleder under et gruppeinterview. Hun fortalte, at hun havde indkaldt til en temaeftersmiddag, hvor deltagerne skulle præsentere et fem minutters oplæg, der tog afsæt i én af de opgaver, de havde skrevet på uddannelsesforløbet. Derudover skulle alle skrive det væsentligste, de havde lært på uddannelsesforløbene, ned på en post it og efterfølgende fulgte en proces, hvor der blev dannet fire vidensgrupper, der hver i sær skulle arbejde videre med den viden, der var opnået på diplommodulerne.

"Så kom den indbydelse til, at vi skal fremlægge de her opgaver. (...) Der tænkte jeg, det er sgu godt nok seriøst det her, Annette [henvendt til områdelederen]. Men altså, vi blev båret videre i processen. Det har jeg godt nok aldrig nogensinde prøvet før. Det var bare super flot, det var det altså. (...) Det var et stort stykke arbejde for os, men det at man seriøst tager det med videre. Det kunne jeg meget godt lide. Det var ordentligt."

(Berit, sygeplejerske)

"Hvis nu ikke der ikke var blevet etableret de her vidensgrupper, hvordan tror I så, at det havde været at komme tilbage?"

(Interviewer)

"Så tror jeg, at vi ville have sagt som vores kolleger i de andre områder: "vi kom hjem og så var vi høje i 14 dage og så var det tilbage i den daglige arbejdsgang". Det kunne jeg godt være bekymret for ville have været scenariet"

(Pia, sygeplejerske)

Sygeplejerskerne fortæller her, hvordan det efterfølgende arbejde i de vidensgrupper, der blev etableret var meget givende. De fortæller også, at det var en udfordring at samle folk i grupperne, men at det har været meget lærerigt og udviklende for den enkelte sygeplejerske.

"Jeg synes, at der ligger rigtig meget anerkendelse i, at Annette hun siger: "Jeg tror, at I har lært en helt masse som vi kan bruge i vores organisation og det vil jeg gerne høre noget mere om.

Allerede der, der tænker man wow, hun tror virkelig på os. Det var da også sådan lidt at man sådan skulle op og fremlægge det foran hele salen ikke. Men det var bare motiverende hele vejen igennem. Det var ikke sådan nu har i været af sted så nu skal i sådan og sådan – nej, det var vis os, hvad I har lært, for I kan en helt masse."

(Hanne, sygeplejerske)

For de interviewede medarbejdere, hvor der efterfølgende har været opfølgning på deres undervisning, er der generelt en større glæde og indsigt i læringen – og koblingen mellem teori og praksis forekommer tydeligere. For de interviewede medarbejdere, der ikke har oplevet en egentlig opfølgning på deres kompetenceudvikling, er der en tendens til, at de i et vist omfang føler, at den nye viden er gået tabt eller slet ikke opnået, hvilket de beskriver som frustrerende og demotiverende.

4.4.1.10 Opfølgningen på det brede kompetenceløft

I den klassiske antropologi analyserer den franske antropolog Marcel Mauss, hvordan gavegivning er en social handling, der skaber relationer, sammenhæng og fællesskab. Det, at vi – som sociale individer – giver "gaver" til hinanden, er således med til at binde os sammen som sociale individer, hvilket er afgørende for etableringen af sammenhængskraft i et fællesskab (Mauss:1954). Gaver kan forstås bredt – og kan således både forstås som konkrete gaver, men "gaven" kan også forstås som noget immaterielt – og noget man giver til hinanden i form af omsorg, tid, eller andre former for opmærksomhed.

I det kvalitative datamateriale, der er indsamlet i forbindelse med nærværende evaluering, er der talrige eksempler på medarbejdere, der taler om kompetenceløftet som en *gave* og som noget de fik *foræret* og at det var noget ud over det sædvanlige.

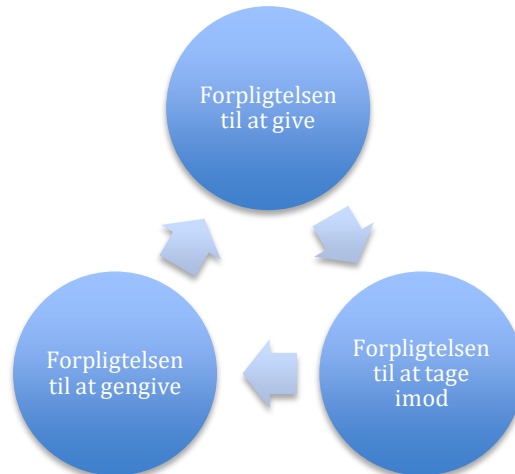
"Jeg tænker, det har været en "gave" at være med i projektet og helt fra start (...)"

Sådan omtalte den tidligere citerede afdelingsleder og medlem af arbejdsgruppen for delelement 1, sit engagement i arbejdsgruppen (se citat på side 11).

"Jeg synes faktisk, at det lidt var en gave"
(Anni, SSA)

Medarbejderne bruger således "gaven" som en metafor for kompetenceudviklingsforløb og Mauss ville sige, at gaven – og det at give, modtage og gengive en gave – er en måde at initiere og bevare relationer til hinanden i sociale fællesskaber. Forenklet kan det siges, at den indre logik i gaven som social fællesskabs-skaber er bundet op på tre forpligtelser: 1. Forpligtelsen til at give gaven, 2. Forpligtelsen til at tage imod gaven og 3. Forpligtelsen til at gengive gaven. Nedenstående grafik gengiver det cykliske forhold, der er i gaveudvekslingens indre logik jf. Mauss.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



Hvis ikke man lever op til én af de tre forpligtelser, er der risiko for at den specifikke sociale relation mellem giver, modtager og gengiver bryder sammen. Det vil altså sige, at hvis ikke gavegivningens indre logik opfyldes, er der i første omgang risiko for at den sociale relation brydes (og der opstår fjendskab mellem giver, modtager eller gengiver) og dernæst er der risiko for, at det sociale fællesskab, der etableres i denne gaveudveksling udfordres og på sigt tilsvarende nedbrydes. Dette er et grundlæggende vilkår i social samhandling og dermed også noget, der implicit trækkes med ind på en arbejdsplads. Efter denne meget forenklede indføring i Mauss' klassiske teoretiske apparat, vil de kommende citater belyse, hvordan flere medarbejdere umiddelbart gav udtryk for skuffelse over, at der ikke blev fulgt på den kompetenceudviklingen efter uddannelsesforløbet afsluttedes.

"... Jeg kan nemlig huske, at vi talte om alt det guld, der lå i de opgaver vi har skrevet. Uanset hvilken karakter, man så måtte have fået for den, så har man gjort sig tanker om, hvordan man kunne bruge den nye viden i sit arbejde. (...) Det kunne jo være godt, hvis man havde sagt: "nu skal vi til at søsætte noget rehabilitering, så vi skal have gang i noget af alt det guld, der ligger fra de mennesker vi har haft af sted kursus, men det er ligesom om at de ikke aner hvad vi havde med tilbage."

(Meta, sygeplejerske)

"Kan I sige noget om, hvordan det så var at komme tilbage?"

(Interviewer)

"Det føles som en ligegyldighed. Det er jo netop den manglende interesse i mig, der gør at jeg måske også mister interessen. Jeg kan huske, at da jeg skrev opgaven, så tænkte jeg: "den kommer de simpelthen ikke uden om denne her". Den handlede om det her med at systemerne ikke taler sammen. Men jeg tabte måske gejsten lidt i det."

(Jane, sygeplejerske)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

"Det er lige netop det der sker. Det føles som om, at der bliver brugt en masse penge på at sende folk på kursus i diverse kompetenceforløb, "Anerkendende kommunikations-værk" eller "diplom-halløjsa" og det man får ud af det er medarbejdere, der kommer hjem og er tændte og høje over at have været af sted, men så når der er gået en måned, så kan de ikke huske, at de har været af sted. Vi VILLE det bare så gerne, men så kom hverdagen."

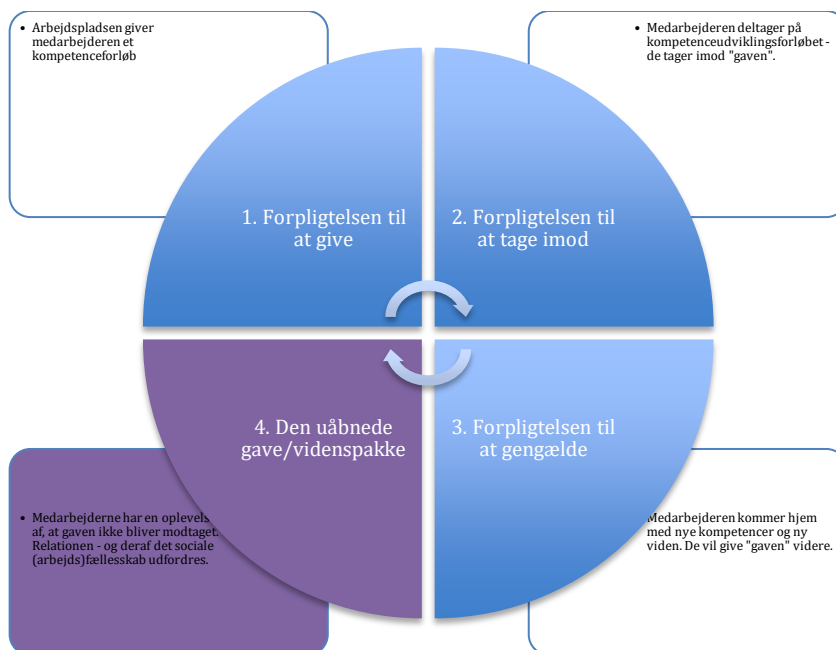
(Meta, sygeplejerske)

"Nu sagde du guld før og en anden sagde, at I kom hjem med alt det her nye viden – og jeg får sådan et billede, og jeg får et billede af Jer med en favn fuld af videns-pakker – hvad siger I til det billede?"

Interviewer

"Jamen, det var jo præcis sådan det var. Vi havde en favn fuld af videns-pakker og det sårer da én, når de ikke bliver pakket op."

(Meta, sygeplejerske)



I ovenstående placeres medarbejdernes oplevede skuffelse som resultat af gaven, der ikke kunne gengives. Som sociale individer har vi en tavs forventning om, at de gaver – af materiel såvel som immateriel karakter – bliver modtaget og gengældt, det er vores sociale kontrakt med hinanden. På en arbejdsplads er denne sociale kontrakt underordnet i forhold til den formelle kontrakt mellem arbejdsgiver og arbejdsmodtager. Man kan derfor sige, at arbejdsgiver for så

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

vidt ikke er forpligtet til at tage imod gaven – og den videnspakke medarbejderen kommer med – men omvendt ville en tilsvarende handling i andre sociale domæner føre til mistillid og potentielt brud på relationen. Medarbejdernes oplevelser i ovenstående citater er skuffelse, ligegyldighed og én fortæller, at hun bliver såret.

Medarbejderne føler at det er vigtig at give noget tilbage til arbejdspladsen, fordi de har modtager denne gave, som kan hjælpe dem i deres dagligdag med at forebygge indlæggelser.

4.4.1.11 At forebygge indlæggelser gennem kompetenceudvikling/afslutning/konklusion

Den overordnede projektramme har været, at forebygge indlæggelser gennem kompetenceudvikling af medarbejderne. Under interviewene er medarbejderne blevet spurgt til, hvordan de oplever at deres kompetenceudvikling er bidragende til en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser.

"Det er jo rigtigt svært at måle på, men det kommer det da til i forhold til det rehabiliterende. For det er jo det her med at komme hele vejen rundt (...) At blive bevidste om, hvordan tingene hænger sammen for borgeren. Hvis vi kan lave netværksskabelse for dem og sørge for rammer, hvor de kan holde øje med hinanden og tage hånd om hinanden, så kan det da være at vi også kan undgå indlæggelser. Vi er ikke helt nået dertil endnu, men vi er da bevidste om det. Men det er da også noget med at vi samarbejder noget mere og bedre. Der kan være nogle forløb for borgeren, hvor det giver mening, at vi samarbejder noget mere. Eksempelvis ved faldforebyggelse, her er det ikke en faggruppe, men faktisk noget vi gør sammen."

(Malene, ergoterapeut)

"Kan du uddybe det?"

Interviewer

"Nej, man kan ikke sådan sige: "at jeg har lært sådan og sådan og så virker det forebyggende på den måde" det synes jeg ikke at man kan. Men man kan tage det med sig og inddrage det i sit arbejde. Det har en effekt, tænker jeg."

(Malene, ergoterapeut)

De interviewede medarbejdere har generelt haft svært ved at trække en direkte linje mellem det brede kompetenceløft og det at forebygge indlæggelser. Samlet set peger de imidlertid på, at der er blevet etableret en større bevidsthed om at forebygge indlæggelser, og at de er blevet bedre til at samarbejde på tværs af faggrupper. Ovenstående citat fortæller også, at man er bedre til at komme "hele vejen rundt" og mere bevidste om hvordan "tingene hænger sammen for borgeren". Så selvom at medarbejderen selv har svært ved at trække en direkte linje mellem

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

hendes kompetenceforløb og hendes kompetencer til at forebygge indlæggelser, så kommer hun – alene i dette citat – omkring de fokusområder, kompetenceudviklingen i sin oprindelige form havde, nemlig rehabilitering, mestring, sektorovergange og tværfaglig samarbejde.

4.4.1.12 Konklusion

Sammenfattende giver de interviewede medarbejdere udtryk for, at de oplever et styrket tværsektorielt samarbejde efter at have deltaget på de kompetenceudviklende uddannelsesforløb. Dette er udsprunget af en større forståelse for hinandens arbejdsgange samt et øget fokus på kommunikation og dennes betydning for det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Samarbejdet, såvel det tværfaglige som det tværsektorielle – nævnes generelt som en af de helt store gevinster ved de kompetenceudviklende uddannelsesforløb. De interviewede medarbejdere fortæller, at der med det større kendskab til hinandens faglighed og arbejdsområder er opstået en større indbyrdes respekt, hvilket har dannet grobund for et stærkere samarbejde.

Som nævnt har det generelt været vanskeligt for de interviewede medarbejdere, at konkretisere, hvad de har lært på det brede kompetenceløft og hvad kompetenceløftet efterfølgende har bidraget til. Dette gør sig gældende for alle de interviewede faggrupper og således sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter. Ligeledes opleves der for nogle af medarbejderne en frustration over at deres gave ikke bliver taget imod, når de kommer tilbage på arbejdspladsen.

4.5 Den kvantitative evaluering

Den kvantitative evaluering vil tage afsæt i et af målene i delelement 1, som var at andelen af forebyggelige indlæggelser skulle reduceres eller fastholdes der hvor niveauet i forvejen var lavt. Der vil blive set nærmere på tallene for forebyggelige indlæggelser. Det skal dog pointeres at ændringerne i udviklingen ikke alene kan tilskrives delelementet, da organisationerne har mange andre tiltag og projekter kørende, som også har indflydelse på antallet af forebyggelige indlæggelser.

4.5.1 Nøgletal på forbyggelige indlæggelser

En forebyggelig indlæggelse defineres som en indlæggelse, hvor borgeren er indlagt med en af følgende diagnoser: Blodmangel, blærebetændelse, forstoppelse, Gastroenteritis (mave-tarm-infektion), knoglebrud, KOL/Bronkitis, lungebetændelse, sociale og plejemæssige forhold, tryksår eller væskemangel, for diagnosekoder se afsnit 7, Appendix. Definitionen er hentet fra E-sundhed/KØS februar 2016. Der foreligger altså ikke en konkret vurdering af, hvorvidt den enkelte indlæggelse potentielt kunne have været forebygget, da definitionen udelukkende beror på ovenstående diagnosegrupper. Dette betyder, at potentialet for forbedringer i forhold til denne type indlæggelser bør tolkes med en vis forsigtighed. Da det ikke er alle forebyggelige indlæggelser, der reelt kan forebygges.

Yderligere er det vigtigt at notere sig, at personalet i kommunen ikke alene er ansvarlige for, hvorvidt en borger indlæggelse, her spiller også almen praksis, pårørende mv. ind.

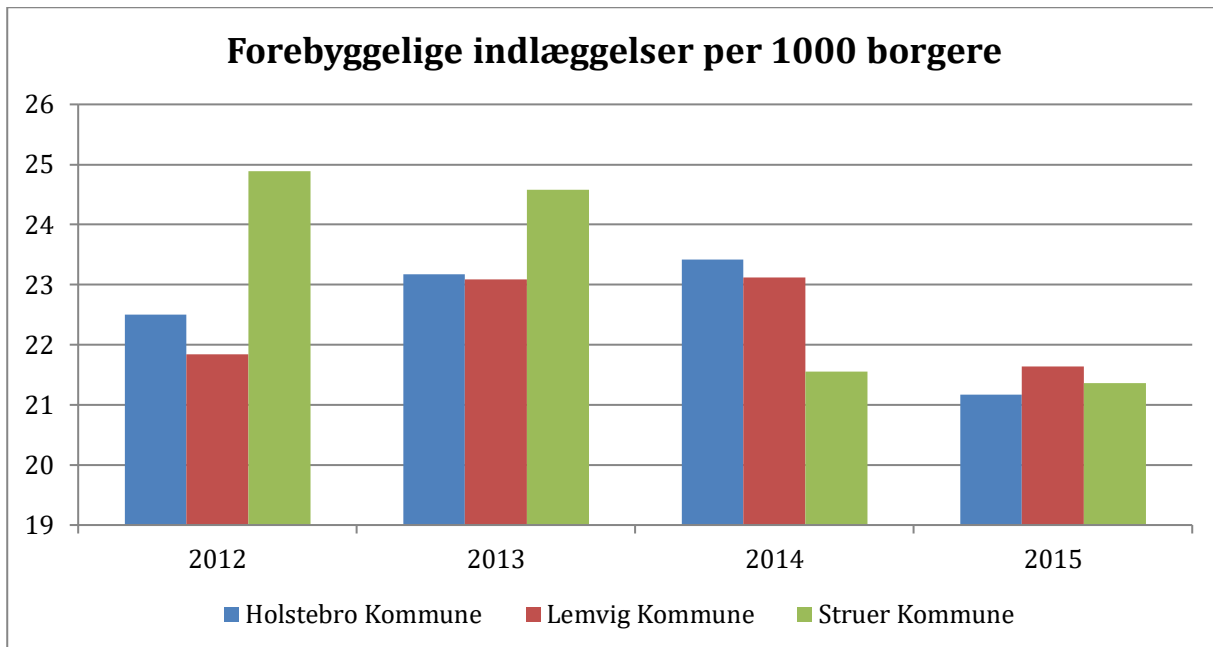
Projektet Kompetenceudvikling, teknologi og dataunderstøttelse er ikke det eneste tiltag der er i kommunerne omkring at reducere forebyggelige indlæggelser. Der kører mange andre projekter sideløbende med dette og en eventuelt effekt vil derfor ikke alene kunne tilskrives dette projekt.

Men for at give et indblik i udviklingen af forebyggelige indlæggelser vil der i det følgende blive set på antallet af forebyggelige indlæggelser fra 2012 til 2015 både i mellem kommunerne, men også intern i kommunerne på aktionsdiagnoser. Der er i tallene ikke taget højde for om borgere har haft kontakt til kommunen inden indlæggelse, hvorved det ikke er sikkert, at de kommunale medarbejdere har haft mulighed for at forhindre den forebyggelige indlæggelse, da de ikke forinden har haft kendskab til borgeren og dennes tilstand, og derved har haft mulighed for at igangsætte forebyggelige tiltag. Data, som præsenteret i det følgende, viser både antallet af forebyggelige indlæggelser for alle borgere i kommunerne, og derefter præsenteres de samme tal, denne gang dog kun for borgere over 65 år, da det typisk er denne aldersgruppe, som kommunen har kontakt til. Begge figurerne illustreres i forhold til antallet af indlæggelser per 1000 borgere, da dette giver mulighed for at sammenligne kommunerne på tværs.

I nedenstående er udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser per 1000 borgere i Lemvig, Struer og Holstebro Kommuner præsenteret, og figuren indeholder data fra borgere i

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

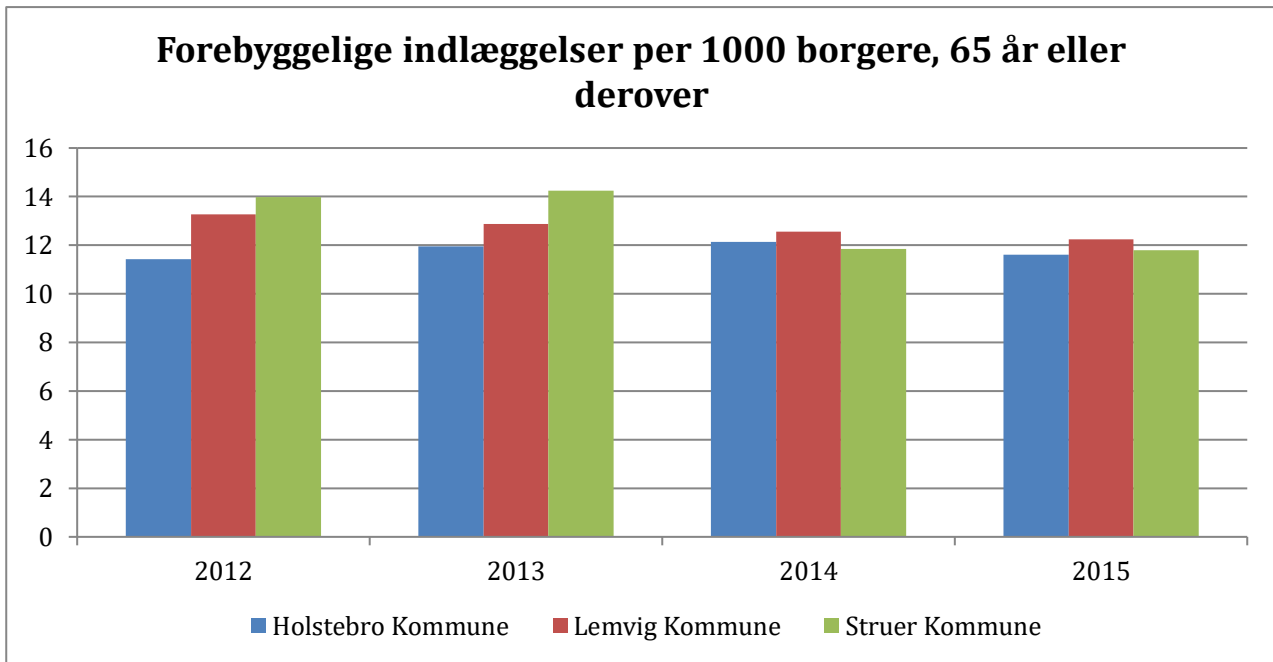
alle aldersgrupper. Det ses i figur 1, at Holstebro Kommune oplever en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelse fra 2012 til 2014, det samme billede viser sig for Lemvig Kommune, mens begge kommuner oplever et fald fra 2014 til 2015. Struer Kommune derimod oplever hvert år et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser fra 2012 til 2015, og går fra ca. 25 indlæggelser per 1000 borgere i 2012 til ca. 21 indlæggelser i 2015.



Figur 1: Antallet af forebyggelige indlæggelser per 1000 borgere fordelt mellem årene 2012-2015 for Holstebro, Lemvig og Struer kommuner.

Figur 2 viser antallet af forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år, og i Holstebro Kommune ses det, at for borgere over 65 år er der ligeledes en stigning fra 2012 til 2014, hvorefter der i 2014 til 2015 opleves et fald. Dette billede var det samme, der viste sig for alle borgere i kommunen. Det laveste antal af forebyggelige indlæggelser i Holstebro Kommune var i 2012, hvor niveauet lå på 11,43 indlæggelser per 1000 borgere, mens det i 2015 lå på 11,60. I Lemvig Kommune ses der et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år for alle årene 2012-2015, og Lemvig Kommune har sit højeste niveau i 2012 på 13,28 indlæggelser per 1000 borgere og går til det laveste niveau i 2015 på 12,25. Struer Kommune oplever en stigning fra 2012 til 2013, hvorefter der er et fald i både 2014 og 2015. Struer Kommune har deres højeste niveau af forebyggelige indlæggelser af borgere over 65 år i 2013, hvor dette ligger på 14,24 indlæggelser per 1000 borgere, dette niveau er dog faldet til 11,80 i 2015, hvilket er et betydeligt fald.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



Figur 2: Antallet af forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år i Holstebro, Lemvig og Struer kommuner for årene 2012-2015.

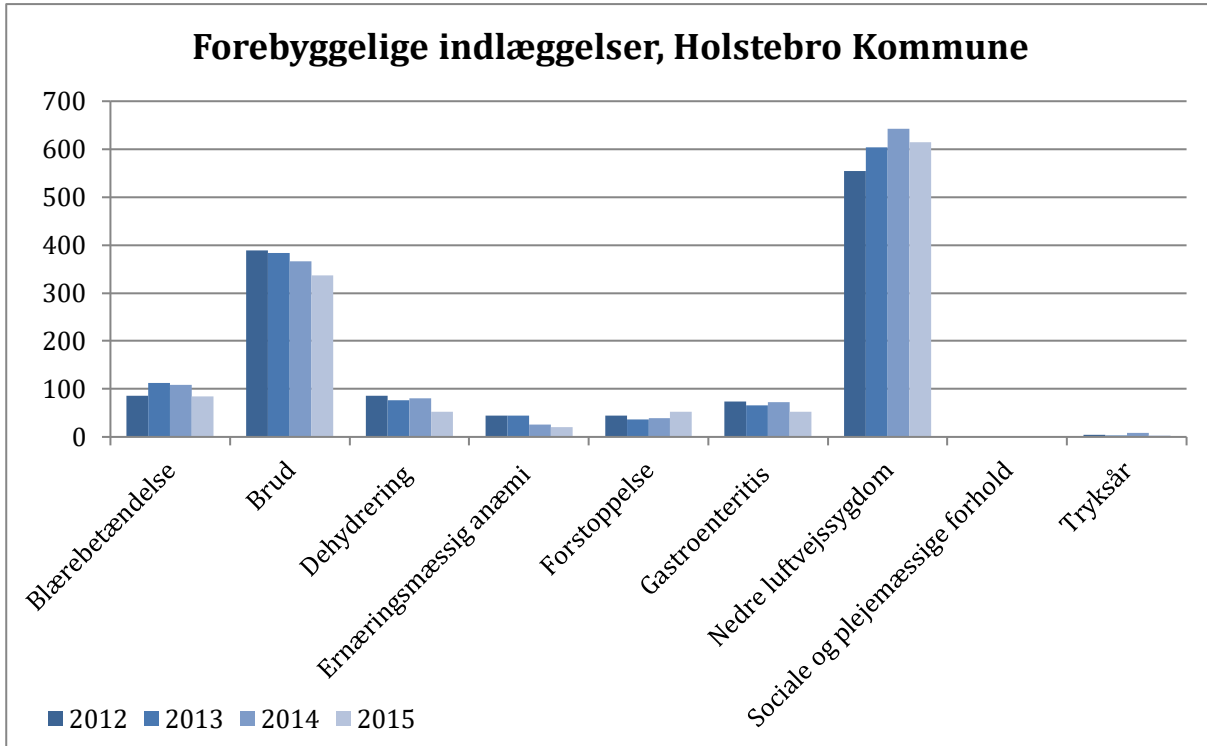
Sammenlignes udviklingen af forebyggelige indlæggelser for alle borgere i kommunen, og borgere i aldersgruppen over 65 år, ses det at aldersgruppe af borgere over 65 år i årene 2012-2015 udgør mellem 53-55% af alle de forebyggelige indlæggelser. Der er derved en stor andel af borgere under 65 år, som bliver indlagt med en forebyggelige diagnose, altså mellem 45-47%.

I det følgende vil der blive kigget nærmere på fordelingen af forebyggelige indlæggelser internt i kommunerne, hvorved der gives et billede af hvordan dette har udviklet sig fra 2012 til 2015 på hvert af områderne indenfor de forebyggelige indlæggelser. Her vil der ligeledes blive vist et billede af hvordan det ser ud for alle borgere i kommunen og borgerne over 65 år.

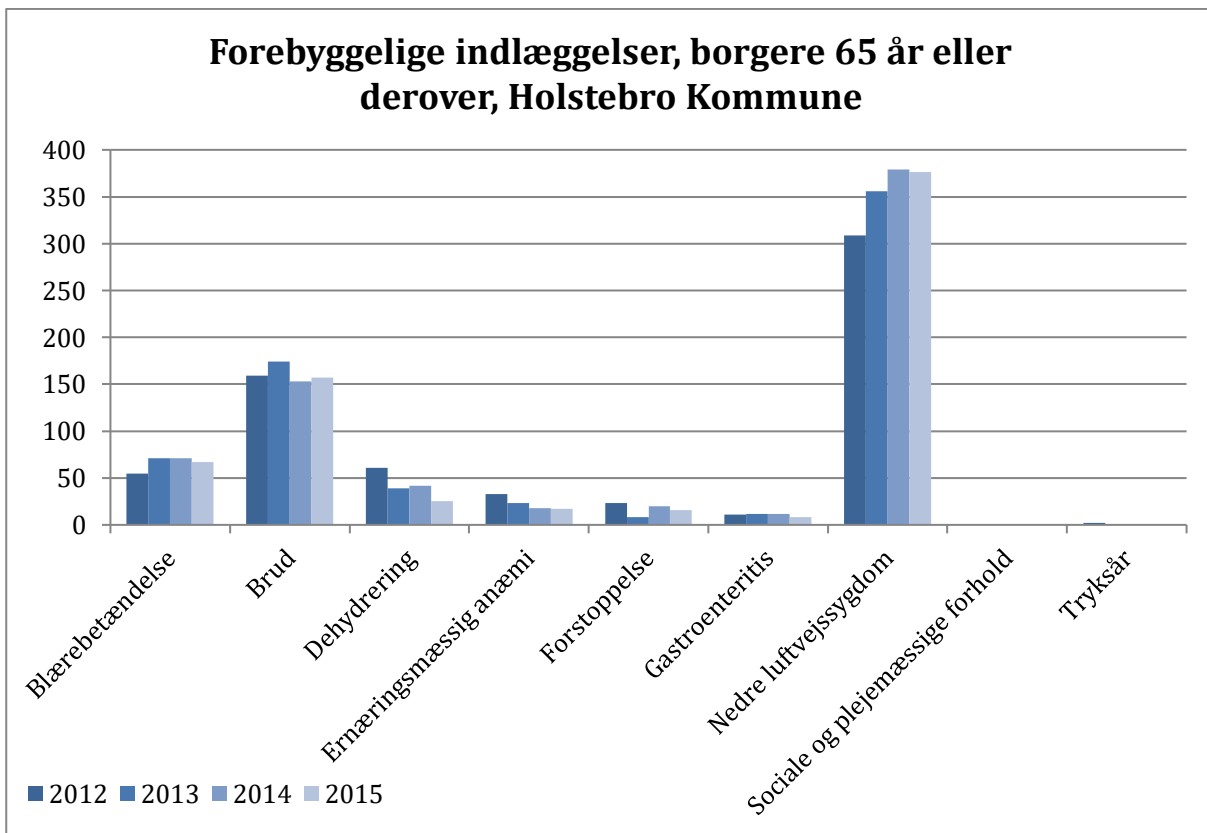
4.5.2 Fordelingen af forebyggelige indlæggelser i Holstebro Kommune

I figur 3 er vist antallet af forebyggelige indlæggelser i Holstebro Kommune for alle borgerne i kommunen, mens der i figur 4 er vist det sammen, men for borgere over 65 år. For begge figurene er det tydeligt at se, at der er flest forbyggelige indlæggelser på nedre luftvejssygdomme, brud og blærebetændelse. Nedre luftvejssygdomme er klart den hyppigste årsag til en forebyggelig indlæggelse og udgjorde i 2015 50 % af alle de forebyggelige indlæggelser for alle borgere i kommunen og 56 % af indlæggelser for borgere over 65 år. De tre hyppigst diagnoser indenfor denne gruppering udgjorde henholdsvis 85 % og 90 % for alle borgere i kommune og borgere over 65 år.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



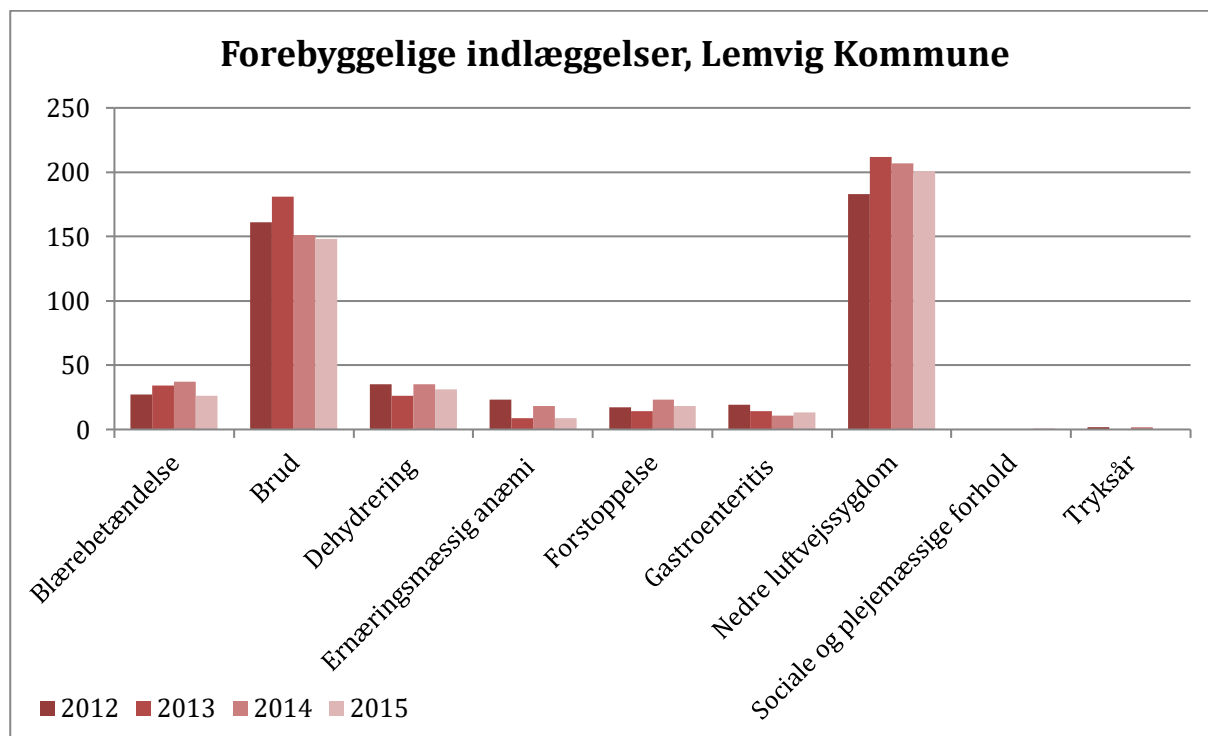
Figur 3: Fordelingen af antallet af forebyggelige indlæggelser på områderne fra 2012-2015 for alle borgere i Holstebro Kommune.



Figur 4: Fordelingen af antallet af forebyggelige indlæggelser på områderne fra 2012-2015 for borgere over 65 år i Holstebro Kommune.

4.5.3 Fordelingen af forebyggelige indlæggelser i Lemvig Kommune

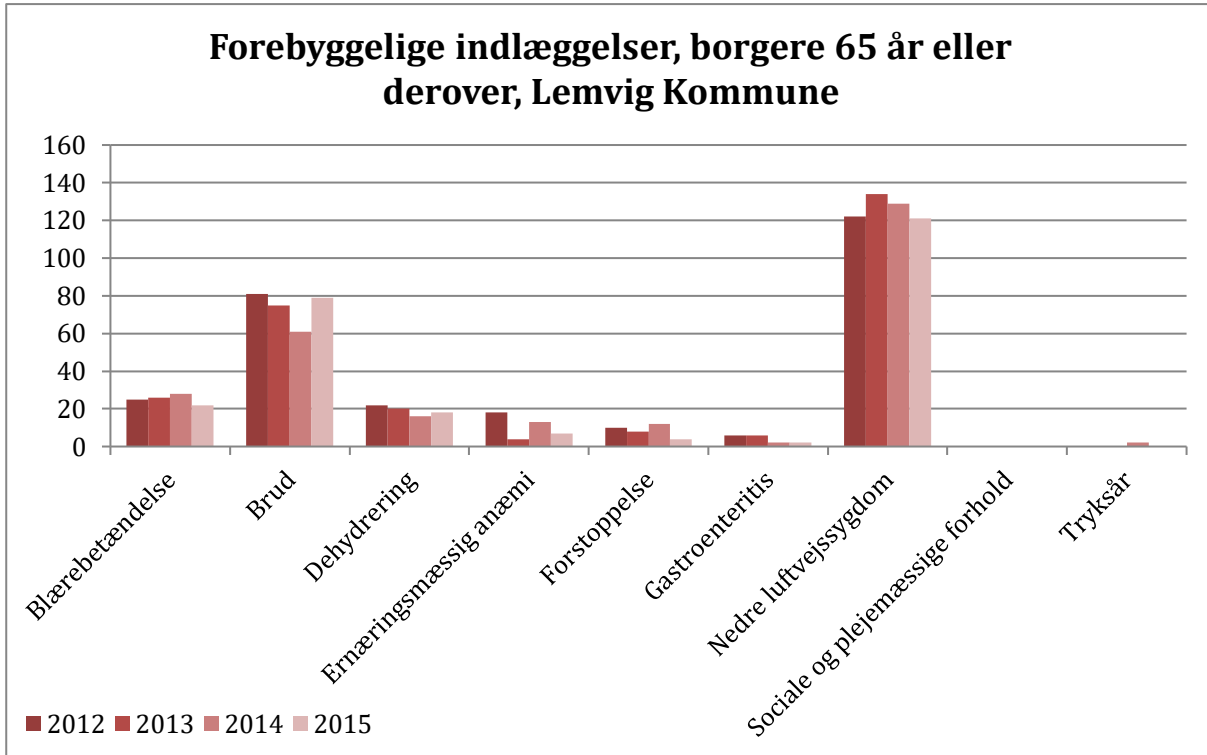
I Lemvig Kommune er de to hyppigst forebyggelige diagnoser, som borgere i kommunen indlægges med nedre luftvejssygdom og brud, og udgjorde i 2015 ca. 78 % af alle de forebyggelige indlæggelser, se figur 5. Tages blærebetændelse og dehydrering med, som er de to næste mest hyppige forebyggelige diagnoser, udgjorde de fire diagnoser i 2015 samlet set 91 % af alle de forebyggelige indlæggelser.



Figur 5: Fordelingen af antallet af forebyggelige indlæggelser på områderne fra 2012-2015 for alle borgere i Lemvig Kommune.

Ses der på de forebyggelige indlæggelser af borger over 65 år i Lemvig Kommune er det igen nedre luftvejsygdomme og brud der er de hyppigste forebyggelige diagnoser efterfuldt af blærebetændelse, se figur 6.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

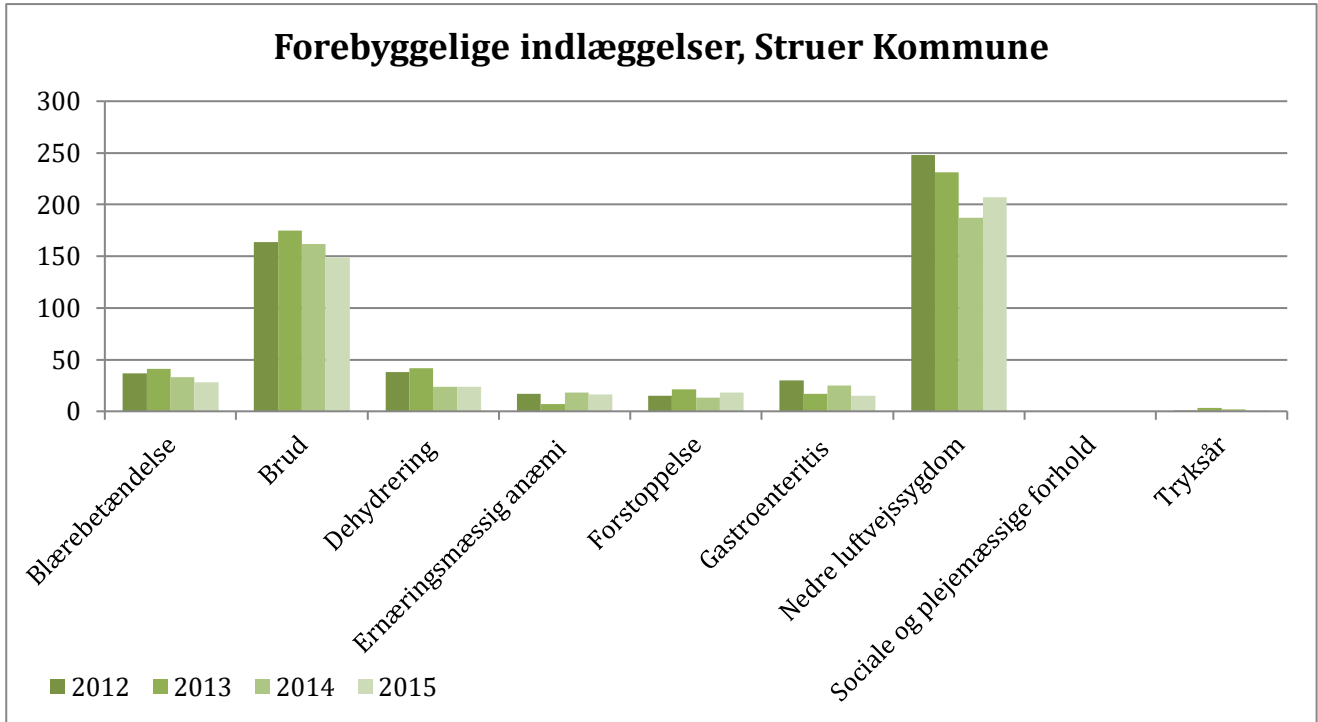


Figur 6: Fordelingen af antallet af forebyggelige indlæggelser på områderne fra 2012-2015 for borgere over 65 år i Lemvig Kommune.

4.5.4 Fordelingen af forebyggelige indlæggelser i Struer Kommune

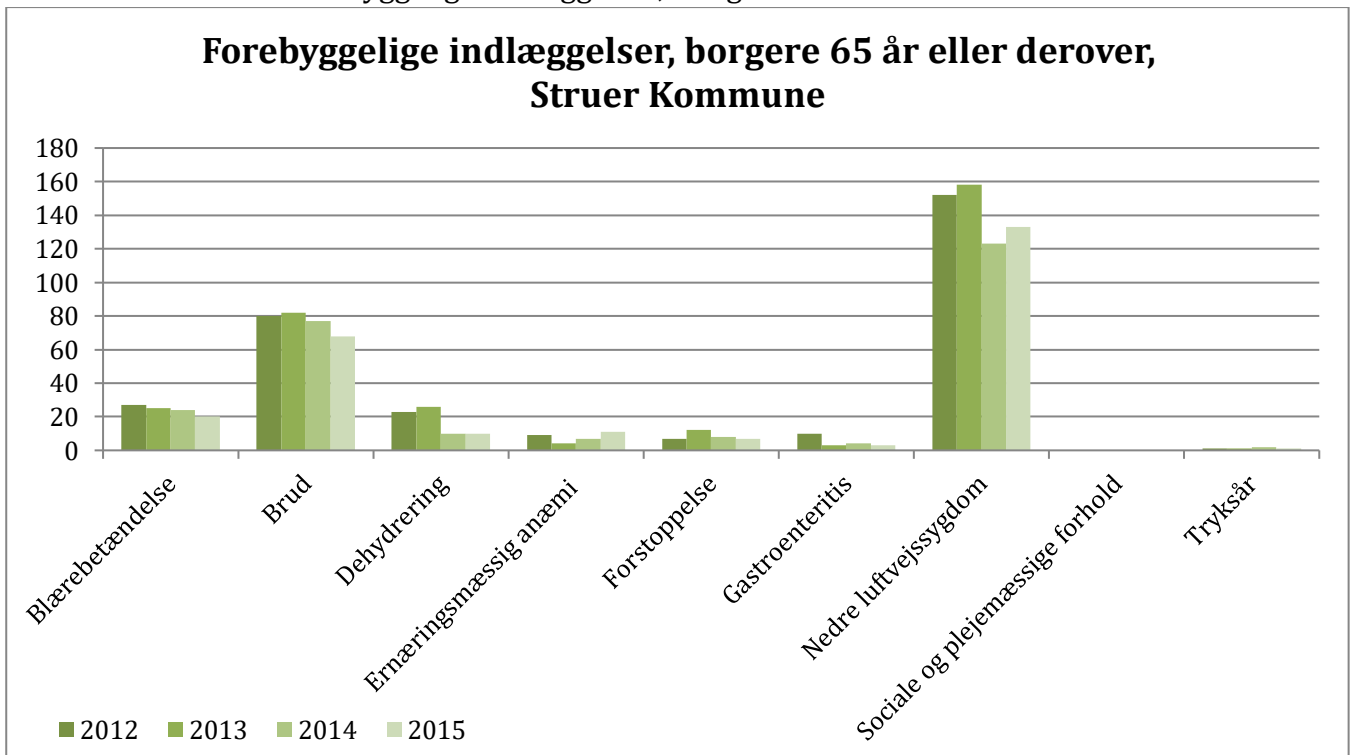
Figur 7 viser antallet af forebyggelige indlæggelser i Struer Kommune fordelt på områder. Her ses det at nedre luftvejssygdomme og brud er de hyppigste forebyggelige diagnoser, og disse to udgør 78 % af alle forebyggelige indlæggelse.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



Figur 7: Fordelingen af antallet af forebyggelige indlæggelser på områderne fra 2012-2015 for alle borgere i Struer Kommune.

For borgere over 65 år ses det samme billede, hvor nedre luftvejssygdom og brud er de hyppigste diagnoser efterfulgt af blærebetændelse. De tre forebyggelige diagnoser udgjorde i 2015 84 % af alle de forebyggelige indlæggelser, se figur 8.



Figur 8: Fordelingen af antallet af forebyggelige indlæggelser på områderne fra 2012-2015 for borgere over 65 år i Struer Kommune.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Der viser sig et meget klar billede af, at uanset hvilken kommune der ses på, så er nedre luftvejssygdomme den hyppigste årsag til at borgere indlægges med en forebyggelig indlæggelse. Den anden hyppigste er brud, og dette samme billede ses uafhængigt af om der kigges på alle borgere i kommunen eller kun borgere over 65 år.

Evalueringsrapport

Delelement 2:

Udvikling af mestringsstrategier for borgere med

KOL

Sammenfatning af evalueringsrapport vedr. delelement 2

I forbindelse med projekt "kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse. Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem" har det været muligt, at afprøve virtuel træning af borgere med sygdommen KOL.

Projektet er kontrolleret og randomiseret, hvilket betyder at de inkluderede borgere er opdelt i henholdsvis en kontrolgruppe og interventionsgruppe. Projektambitionen var at inkludere 48 borgere i projektet – 24 i kontrolgruppen og 24 i interventionsgruppen. Det har således været muligt at afprøve 8 skærme i henholdsvis Struer, Lemvig og Holstebro kommuner. Den virtuelle træning har forløbet over 12 måneder med henblik på at undersøge langtidseffekterne af vedligeholdende træning.

Resultaterne viser

- At det i et vist omfang har været muligt at gennemføre virtuel træning for borgere med sygdommen KOL.
- At langt de fleste borgere kan lide at træne med skærmen og føler, at de får noget ud af det.
- At den virtuelle træning kan understøtte borgernes evne til at mestre egen sygdom.
- At der ikke nødvendigvis er overensstemmelse mellem borgernes testresultater af effektmål og egen oplevelse af fysisk niveau
- At virtuel træning fortsat vurderes til at have potentiale, med det forbehold, at den anvendte teknologi vurderes at være umoden i forhold til forventningen.
- At der flere borgere, der ikke har gennemført projektforløbet pga. tekniske og driftsmæssige udfordringer ved den anvendte teknologi
- At organisationen og opgavefordeling i forhold til rekruttering af borgere til projektet har vist sig at være en udfordring, hvilket har resulteret "tomgang" af skærme.
- At skærmens feedback til borgeren i form af smiley-ordningen, både kan være motivationsfremmende men også i enkelte tilfælde demotiverende.
- At det kvantitative datamateriale var for ukomplet til at kunne påvise nogen effekt af den virtuelle træning.
- At den virtuelle træning kunne ramme en målgruppe, som ellers var svær at ramme med de traditionelle tilbud: fysisk svage, men kognitivt velfungerende KOL-patienter der har en høj grad af selvkontrol samt psykosociale omstændigheder, der gør, at de har svært ved at forlade hjemmet.

Projektet er forlænget og den første del af den kvalitative evaluering samt den kvantitative evaluering tager udgangspunkt i det kontrollerede og randomiserede projekt der løb fra maj/juni 2014 – maj/Juni 2015. Derudover er der udarbejdet en kvalitativ evaluering af den forlængede projektperiode som forløb til udgangen af 2016.

5 Delprojekt 2: udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL

I 2011 bevilligede det daværende Ministerium for forebyggelse og sundhed 10 mio. kr. til projekter målrettet kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse, der ville fremme samarbejdet mellem Lemvig, Struer og Holstebro kommuner, Region Midtjylland og andre sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen. Da det samlede sundhedsvæsen ændrer sig mod en højere effektivitet, hvor hospitaler udvikler stigende specialisering, vil kommunerne få overdraget flere opgaver. Parterne i sundhedsvæsenet vil dermed få nye roller og opgaver og målet med projektet var, at imødekomme et sundhedsvæsen i konstant udvikling, og hvor specialiseret hospitalsbehandling kombineres med en række nære sundhedstilbud. Projektet skulle således både medvirke til en anderledes sundhedsfaglig indsats over for borgeren samt appellere til en styrkelse af borgerens forudsætninger for at bevare ansvaret for egen sundhed.

Den overoverordnede projektramme var "Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem" og for at sikre en målrettet og fokuseret indsats blev der inden for denne projektramme fokuseret på tre delprojekter:

4. Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser
- 5. Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL**
6. Sårprojekt med afsæt i positive erfaringer fra eksisterende projekt

I nærværende kapitel vil det udelukkende handle om delprojekt 2:

KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) er en diagnose i vækst i Danmark generelt – og i Nordvestjylland specifikt. KOL er en diagnosegruppe, hvor udviklingen af virtuelle sundhedstilbud vurderes, at kunne få en betydning for opnåelse og fastholdelse af hensigtsmæssig livsstilsændring, således at borgeren vil tilegne sig viden om sin sygdom og lære at handle aktivt, inden der opstår forværring af tilstanden.

Borgere med sygdommen KOL opleves som en udsat gruppe, der har mange udfordringer i hverdagen. Kronisk sygdom er i et borgerperspektiv forbundet med usikkerhed og stor forandring i hverdagslivet. Det erfarer, at nogle borgere er bedre i stand til at mestre deres liv – også med kronisk sygdom – andre har behov for støtte til at lære at takle de udfordringer, som kronisk sygdom medfører.

Vinteren er ofte en periode, hvor KOL-patienten oplever en forværring i sin sygdom, hvilket nok primært skyldes en øget risiko for infektioner – og med dette in mente ønskede projektet

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

at undersøge langtidseffekterne af virtuel træning. Delelementet vil løbe over en 12 måneders periode.

Erfaringerne fra kommunale og regionale rehabiliteringsforløb viser, at når rehabiliteringsforløbene afsluttes, fortsætter nogle borgere træning på egen hånd eller benytter sig af de træningsmuligheder, der findes i lokalområdet. Der er dog imidlertid en gruppe borgere, der ikke fortsætter med træning, når rehabiliteringsforløbene afsluttes. Erfaringerne er også, at en del af de borgere, der fortsætter med træning, i perioder f.eks. pga. dårligt vejr eller forværring af sygdommen ikke kan træne med samme frekvens. Mangel på bl.a. træning kan føre til dårlig trivsel, dårlig håndtering af sygdommen samt genindlæggelse (Høst & Beyer, 2005). Derfor er det vigtigt at fastholde borgerne i træningen og mestring af deres sygdom. Her vil telemedicinske løsninger give en mulighed for at tilbyde individuelle træningsløsninger i borgernes hjem og dermed styrke borgerne i at mestre deres sygdom, hvorved det formodes, at indlæggelser og genindlæggelser kan reduceres, og borgerens livskvalitet kan øges.

En undersøgelse fra 2002 estimerer samfundets omkostninger relateret til KOL. Disse omkostninger estimeres til at være ca. 3 mia. kr., hvilket svarer til omkring 10 % af de samlede sygehus- og sygesikringsomkostninger i Danmark til behandling af personer på 40 år eller derover (Bilde & Svenning, 2004). Et beløb der, set i lyset af udviklingen i antallet af borgere med KOL, må forventes at være højere i dag (Forløbsprogramgruppen). Udgifterne til KOL omfatter ikke kun øgede sundhedsudgifter, men også øgede socialudgifter. Sundhedsudgifterne stiger i takt med sygdomsgraden (Jensen, Fenger-Grøn, Fonager, Omland, Vinding, & Hansen, 2013), og udgifterne er derfor i overvejende grad koncentreret om borgere med KOL i svær og meget svær grad (Forløbsprogramgruppen)

I projektbeskrivelsen var der fokus på, at inkorporere en sundhedspædagogisk tilgang, der kunne sætte borgeren i centrum for, at påtage sig og bevare ansvaret for egen sundhed. Der var således et fokus på, at sikre en optimal opgavefordeling mellem patient, pårørende og sundhedspersonale. Med det in mente var det projektets antagelse, at nye telemedicinske løsninger skulle understøtte borgerens evne til at mestre eget liv, trivsel og sundhed, hvilket sammenlagt skulle medvirke til en styrkelse af borgerens tro på egen formåen.

Formålet med delprojekt 2: Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL var derfor, at undersøge om et individuelt virtuelt træningsprogram ville have effekt på rehabiliteringen af borgere med sygdommen KOL og de konkrete mål var at:

- Borgerens funktionsevne vedligeholdes eller forbedres over et år
- Borgerens mestringsevne fastholdes eller øges over et år
- Borgerens livskvalitet øges over et år
- Borgerens indlæggelser og genindlæggelser reduceres
- Terapeuter gennemfører et kompetenceforløb

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tilrettelæggelsen af et virtuelt træningsprogram skulle øge inddragelsen af borgeren i egen sygdom, fremme borgerens rehabilitering og derved støtte borgeren i, at fastholde vedligeholdende træning i hjemmet med henblik på at forebygge indlæggelser, genindlæggelser og øge borgernes generelle livskvalitet.

Inden vi kommer til den brugeroplevede kvalitet ved projektets indsatser og de foreløbige erfaringer, vil målgruppe, projektforsløb og dataindsamling blive beskrevet.

5.1 Målgruppe, forløb og indsatser

5.1.1 Målgruppe

Den primære målgruppe i projektet var borgere med sygdommen KOL og inklusionskriteriet var, at de skulle have deltaget på et kommunalt eller regionalt KOL-rehabilitering i foråret 2014, og være bosiddende i enten Holstebro, Struer eller Lemvig Kommune. For at udbrede rekrutteringsmuligheden kunne projektet ligeledes inkludere eventuelle borgere, der havde deltaget på et tidligere KOL-rehabiliteringshold i de tre kommuner.

Gennemgående for de KOL-rehabiliteringsforløbene borgerne har deltaget på er, at de strækker sig fra 8-12 uger og består af træning, undervisning og socialt samvær. Der bliver blandt andet undervist i emner som sygdomsforståelse, hverdagsliv/arbejdsliv, medicin, kost, motion og konkrete vejrtrækningsteknikker. Målet var at styrke patienternes handlingskompetencer, og støtte dem i at mestre egen sygdom på det fysiske, psykiske og sociale plan.

Den sekundære målgruppe i projektet er træningsterapeuterne, som har kontakt til borgeren i rehabiliteringsforløbet. Der har været fokus på at træningsterapeuterne, skulle være med til at udvikle projektet, og især de kommunale træningsterapeuter har haft en væsentlig rolle i forhold til projektet, da de har administreret den virtuelle træning og tilpasset denne i samarbejde med borgeren.

5.1.1.1 Fordelingen af borgere i projektet

I nedenstående tabel kan man se hvordan borgerne fordeler sig på kommune og køn i henholdsvis interventionsgruppe, kontrolgruppe og case-forløb.

Kommune	Interventions- gruppe	Kontrolgruppe	Case-forløb
Holstebro	4	4	2
Kvinder	2	1	1
Mænd	2	3	1
Lemvig	6	9	1
Kvinder	4	5	
Mænd	2	4	1
Struer	7	5	1
Kvinder	5	4	1
Mænd	2	1	

Den aldersmæssige fordeling på deltagerne er bred og den yngste interviewdeltagerne er 56 år og den ældste er 82 år. De bor geografisk spredt over et stort område og de er bosiddende i såvel byområder som landområder.

Alle i interventionsgruppen har benyttet samme teknologi til den virtuelle træning og alle har fået tilrettelagt et individuelt træningsforløb af den tilknyttede fysioterapeut. Nogle deltagere har benyttet skærmtøningen som eneste træningsform, hvor andre har brugt det som et supplement til andet træning.

Ovenstående tabel viser, at der er en overrepræsentation af kvindelige deltagere i projektet. Evalueringen fokuserer ikke yderligere på denne kønslige bias og der tages – grundet projektets begrænsede deltagerstørrelse – heller ikke stilling til, om virtuel træning appellerer mere til det ene køn fremfor det andet. Det bemærkes imidlertid, at 4 ud af de i alt 5 mænd, der har deltaget i projektets interventionsgruppe, overordnet set har trænet stabilt.

5.1.1.2 Opsamling på målgruppeafgrænsning og rekruttering

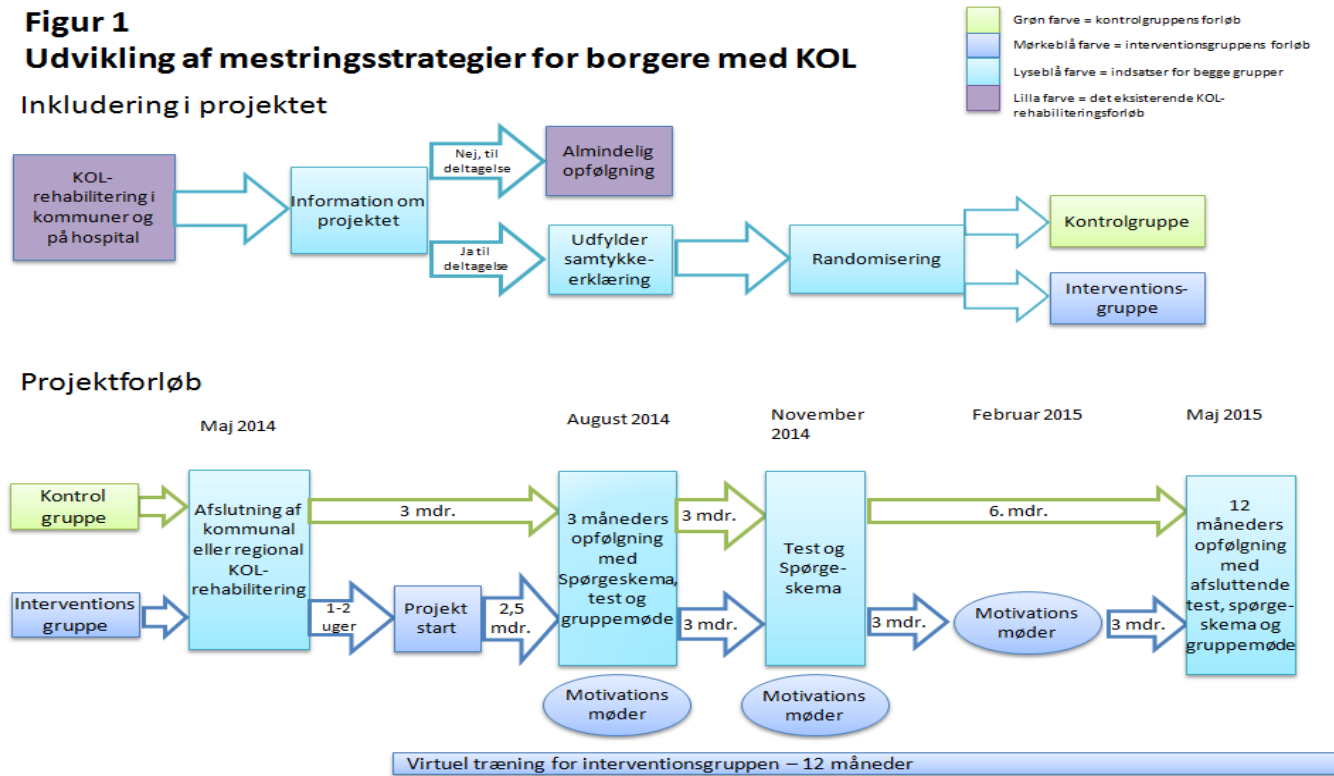
Det har generelt og gennemgående været en stor udfordring, at rekruttere borgere til projektet. Forklaringen på dette har dels noget med målgruppeafgrænsningen at gøre, dels noget med organiseringen af projektet at gøre og dels noget med det teknologiske udstyr – og det plads teknologien kræver i hjemmet – at gøre. Dette uddybes senere, men nævnes her, da man allerede i meget tidligt i forløbet havde vanskeligt ved, at rekruttere borgere til den virtuelle træning, hvilket resulterede i en vis "tomgang" i skærmene.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

De tre kommuner havde som tidligere nævnt hver 8 skærme til afprøvning i et år. Af de i alt 24 skærme har de 21 skærme været ude hos borgerne til afprøvning i hele projektperioden. De resterende tre skærme – to til Holstebro Kommune og en til Lemvig Kommune – kom i brug primo 2015 og således et halvt år inde i projektet. I Struer Kommune har alle de tildelte 8 skærme været ude hos borgerne i stort set hele projektperioden. Der har været en enkel udskiftning i Struer Kommune, da en borger valgte at træde ud af projektet i december 2014. Denne skærm blev sat op hos ny borger i januar 2015. At skærmene har været ude hos borgerne er ikke indikerende for at skærmene har været i brug. Der er flere, der har trænet sporadisk og enkelte steder kom de aldrig rigtig i brug.

5.1.2 Forløb

I nedenstående figur kan man se borgerens forløb fra deres KOL-rehabiliteringsforløb og videre til det virtuelle træningsforløb. Den virtuelle træningsdel, der strakte sig over et år blev igangsat i maj/juni 2014 og tilsvarende afsluttet maj/juni 2015



Som nævnt var projektets inklusionskriterium borgere, der havde gennemført et kommunalt eller regionalt rehabiliteringsforløb. Projektet blev gennemført som et kontrolleret og randomiseret projekt med en interventionsgruppe og en kontrolgruppe over et år. Forinden selve randomiseringen, hvor de interesserede borgere skulle udvælges til enten kontrolgruppe

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

eller interventionsgruppe, var borgerne blevet oplyst om, at udvælgelsen ville foregå via lodtrækning og at det således var tilfældigt, om de ville få tildelt en skærm eller om de kom i kontrolgruppen. De blev alle oplyst om varigheden af projektet – og at de ville blive fulgt, testet og bedt om at udfylde spørgeskemaer løbende i det år projektet forløb. På trods af dette var der flere borgere i kontrolgruppen, der blev så skuffede over ikke at modtage en skærm, at de reelt set ikke har deltaget i de opfølgende møder og ligeledes ikke har udfyldt spørgeskemaer.

Den styrende teoretiske antagelse var, at interventionsgruppen vil have en højere grad af motivation til at fastholde den vedligeholdende træning, og dermed fastholde et højere funktionsniveau og livskvalitet end kontrolgruppen. Den virtuelle træning vil forløbe over 12 måneder med henblik på at undersøge langtidseffekterne af vedligeholdende træning.

5.1.2.1 Indsatser

Indsatserne i delprojekt 2 indeholdte flere elementer, hvilke skitseres i nedenstående:

- Virtuel vedligeholdende træning
- Teknologi til virtuel træning
- Udarbejdelse af handleplan
- Sociale arrangementer
- Kompetenceudvikling af træningsterapeuter

5.1.2.1.1 Virtuel vedligeholdende træning

Den primære indsats var at udvikle et vedligeholdende virtuelt træningstilbud, der kunne støtte og fastholde borgeren i medansvaret for egen sygdom – efter det gennemførte KOL-rehabiliteringsforløb. Til dette formål fik borgerne i interventionsgruppen udleveret en skærm, hvorfra de blev instrueret i at udføre den virtuelle træning.

5.1.2.1.2 Teknologi til virtuel træning

Den udvalgte teknologi blev en telemedicinsk løsning fra Welfare Denmark. Med denne løsning får borgerne udleveret en skærm, hvorfra de instrueres i at udføre den virtuelle træning, samt et Kinect kamera som registrerer øvelsernes udførelse. Træningssettet er i kontakt med et administrationssystem på terapeuternes computer. Terapeuterne modtager træningsdata fra borgerne digitalt og kan dermed aflæse, om træningen rent faktisk gennemføres, og på hvilket niveau træningen gennemføres. Dette muliggør, at terapeuterne kan supervisere borgerne ud fra faktuelle oplysninger i forhold til udførelsen af træning.

5.1.2.1.3 Handleplaner

Med henblik på, at borgeren i højere grad inddrages i egen sygdomshåndtering, var der også i projektet fokus på, at udarbejde handlingsplaner der skulle styrke borgeren i, at håndtere sin

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

egen sygdom i hverdagen. Handleplanen blev udarbejdet og løbende opdateret i samarbejde mellem borgeren og træningsterapeuten eller den tilknyttede forløbskoordinator.

5.1.2.1.4 Sociale arrangementer – gruppemøde og motivationsmøder

Udover den virtuelle træning og handleplaner blev borgerne – såvel interventionsgruppe som kontrolgruppe – inviteret til opfølgende gruppe- og motivationsmøder ved projektets tredje, sjette, niende og tolvte måned. Her var der lagt op til socialt samvær, erfaringsudveksling og motivation.

5.1.2.1.5 Kompetenceudvikling af træningsterapeuter

Det var en forudsætning at træningsterapeuterne havde tilstrækkelige kompetencer i forhold til sundhedspædagogiske metoder, således de kunne støtte borgerens mestringsevne og egenomsorg og der blev tilbudt en Lærings- og Mestringsuddannelse i primo 2014 (Region Midtjylland, 2013). Der har i alt været 5 terapeuter på kompetenceløftet i delprojekt 2. Terapeuterne blev tilbudt fælles oplæring i teknologien, som blev varetaget af Welfare Denmark.

5.2 Dataindsamling for evaluering af delelement 2

5.2.1 Dataindsamlingens hoveddele

1. Systematisk og fortløbende dataindsamling: (ved opstart, ved 3. mdr., ved 6 mdr. og ved afslutning af projektet maj/juni 2015): Effektmålinger, tests og dataflow fra skærmene samt Moeva-skemaerne vedr. mestringsevne og livskvalitet.
2. Regionalt datatræk vedr. indlæggelser og genindlæggelser for de KOL borgere, der har deltaget i projektet (både intervention og kontrolgruppe).
3. Kvalitativ dataindsamling: Interview med 10 borgere, herunder deltagere der afbrød træningsforløb og fra kontrolgruppen, interview med terapeuter, deltagerobservation i borgerens eget hjem samt fortløbende data fra motivationsmøder med borgerne, mailkorrespondancer samt møder i arbejdsgruppe, styregruppe og projektgruppe.

For punkt 1-2 af dataindsamlingen er fokus på de opstillede mål. Dertil er der udarbejdet en evaluering af DEFACTUM. Punkt 3 er på aktørniveau og har fokus på den brugeroplevede kvalitet for såvel de inkluderede borgere som terapeuterne, der har arbejdet med den virtuelle træning i projektet. Interviewene er afholdt forinden den statistiske bearbejdning af de kvantitative data, men der er under interviewene taget stilling til de umiddelbare data, der er indsamlet fortløbende under projektperioden.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Skema over dataindsamlingens hoveddele

Data	Baseline	Ved 3. Måned	Ved 6. måned	Ved 9. måned	Slut ved 12. måned
Test	6 min gangtest og RSS	6 min gangtest og RSS	6 min gangtest og RSS		6 min gangtest og RSS
Borgerens oplevelse af mestringssevne og livskvalitet	Spørgeskema	Spørgeskema	Spørgeskema		Spørgeskema og til dels interview
Terapeuternes oplevelser				Kombineret arbejds- og terapeutgruppemøde	Interview
Borgernes oplevelser			Deltagerobservation ved opfølgingsmøde	Deltagerobservation ved opfølgingsmøde	Interview

5.2.1.1 Den kvantitative dataindsamling

Den kvantitative evaluering af delelement 2 vil blive bearbejdet af DEFACTUM, og findes i 5.4 Den Kvantitative Evaluering.

5.2.1.2 Den kvalitative dataindsamling

5.2.1.2.1 Interview

Der er udført 10 kvalitative borgerinterview, der fordeler sig på følgende måde: syv borgere fra interventionsgruppen, en borger fra kontrolgruppen og to interview med borgere, der valgte at afbryde træningsforløbet før projektperioden sluttede. Flere interview er udført med borgerens ægtefælle, hvilket har bidraget datamaterialet med refleksioner og betragtninger set fra den pårørende vinkel. Derudover er der udført interview med de tilknyttede fysioterapeuter.

Der er ikke foretaget en statistisk analyse af interviewene. Som metode fokuserer det kvalitative sig på, at skabe indsigt i, hvordan vi mennesker opfatter den verden vi er i. Der er derfor i den kvalitative dataindsamling – og efterfølgende analyse – i høj grad fokus på, at skabe sammenhæng mellem menneskets kontekst(er) og deres handling(er). Evalueringen er på aktørniveau og der dykkes således dybere ned i den brugeroplevede kvalitet ved såvel den virtuelle træning som det, at være deltager i et projekt. Der etableres således en større forståelse for, hvad der ligger bag deltagerne handlinger og vi bliver eksempelvis klogere på,

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

hvorfor der er deltagere, som vælger at afbryde deres træningsforløb inden projektperioden slutter og *hvorfor* nogle deltagere motiveres af skærmen feedback-løsning mens andre i nogen grad demotiveres af samme. I nedenstående oversigt kan man se hvordan interviewene har fordelt sig.

Kommune	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Afbrudte forløb	Terapeuter
Holstebro				
	Martin			Ulf
	Berit			
			Elin	
Lemvig				
	Bent			
	Erling		Judy	Merete
	Rita			
Struer				
	Jens	Jonna	Regitze	Kirsten og Annette
	Henny			

Interviewpersonerne er udvalgt i samarbejde mellem projektlederen og træningsterapeuterne.

Derudover blev to af terapeuterne interviewet igen i februar/marts 2017, for at følge op på de erfaringer, der var gjort i forbindelse med forlængelsen af projektperioden til udgangen 2016.

5.2.1.2.2 Deltagerobservation

Der er løbende indsamlet kvalitative data gennem metoden deltagerobservation. Dette foregik i borgerens eget hjem og ved de opfølgende møder, der har været afholdt hver tredje måned. Da man i begyndelsen af 2015 skiftede it-leverandør i de tre kommuner, skulle der i denne forbindelse udskiftes simkort i skærmens routere. Ved denne lejlighed besøgte projektlederen de fleste borgere og enkelte steder kunne hun udføre træningsprogrammet sammen med borgeren. Dette gav indsigt i hvordan skærmene fungerede i praksis².

5.2.1.2.3 Øvrigt datamateriale

Derudover er der i evalueringen taget stilling til de fortløbende erfaringer med projektet, der er opsamlet på møder og gennem mailkorrespondancer. Disse fortløbende erfaringer er sammenholdt i det øvrige datamateriale.

² Der blev ved denne lejlighed opsnappet driftsproblemer med enkelte af skærmene, der efterfølgende kom til reparation.

5.3 Den kvalitative evaluering

5.3.1 Den brugeroplevede kvalitet

I dette afsnit bringes den brugeroplevede kvalitet ved den virtuelle træning i spil – og det er således såvel borgerens oplevelser og erfaringer med den virtuelle træning som fysioterapeuternes. Fokus er således rettet mod hvorledes oplevelsen af det virtuelle træningsudstyr understøtter træning i eget hjem. Det er ikke de kommende eksempler i *sig selv*, der udgør selve opfyldelsen - eller mangel på samme – af de opstillede projektmål. Ligesom det heller ikke er eksemplerne i *sig selv*, der påviser hverken udfordringerne eller potentialet ved den virtuelle træning. Det er en samlet mængde af fællestræk, der peger i retning af en generel tendens og som kan illustreres igennem de følgende eksempler.

Med afsæt i de to første projektmål: 1. at borgerens funktionsevne vedligeholdes eller forbedres over et år og 2. borgerens mestringssevne fastholdes eller øges over et år, baserer næste afsnit sig primært på en kvalitativ beskrivelse af den brugeroplevede kvalitet ved den virtuelle træning. I de første fortællinger møder vi tre borgere – Erik, Bent og Rita – der med deres fortællinger illustrerer, hvordan projektets grundlæggende antagelse om, at telemedicinske løsninger kan understøtte patientens egen mestringssevne og således medvirke til en styrkelse af patientens tro på egen formåen, i stor udstrækning er lykkedes i deres tilfælde. De viser ikke overvældende bedring i selve testen, men de fortæller med egne ord, hvordan deres egne oplevelser med den virtuelle træning, har givet dem en mulighed for at bevare – og i noget omfang forbedre – deres fysiske niveau.

5.3.1.1 Funktionsniveau og mestringssevne over et år

"Jeg frygter ikke vinteren i år"

(Erling)

"Jeg frygter ikke vinteren i år", sagde Erling ved 6. måneders opfølgingsmødet, da det blev hans tur til at fortælle, hvordan det gik med ham og om han holdt gang i træningen. Han fortalte hvor glad han var for at træne med skærmen, og at han i hvert fald brugte den 3-4 gange om ugen og ind i mellem hver dag. Han fortalte hvordan han vanligtvis blev meget påvirket i sin KOL om vinteren, men i år var det noget andet – han frygtede den ikke – og han fortsatte med at sige: *"Jeg har reduceret mit medicinforbrug og jeg er ikke i tvivl om, at det er skærmen, der er årsagen til det"*. Der er ingen tvivl hos Erling om, at skærmtræningen har tjent ham godt.

Erling er 62 år og fik konstateret astma i 1985. Efter hans eget udsagn udviklede astmaen sig stille og roligt over årene og for omkring 10-12 år siden fik han konstateret KOL. Han lever sammen med sin kone Jette. De har tre børn og syv børnebørn. Han fortæller at han ind i mellem føler sig begrænset af sin sygdom. Særligt i forhold til børnebørnene, som han eksempelvis ikke

Evalueringsrapport

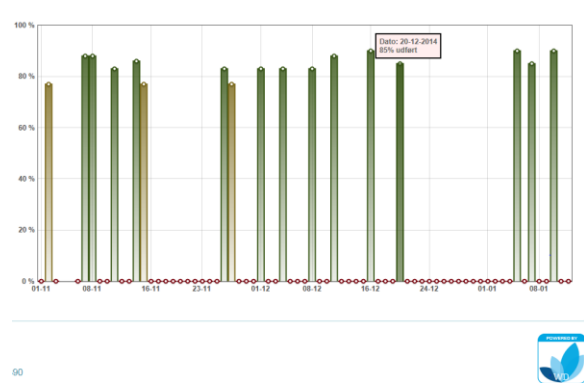
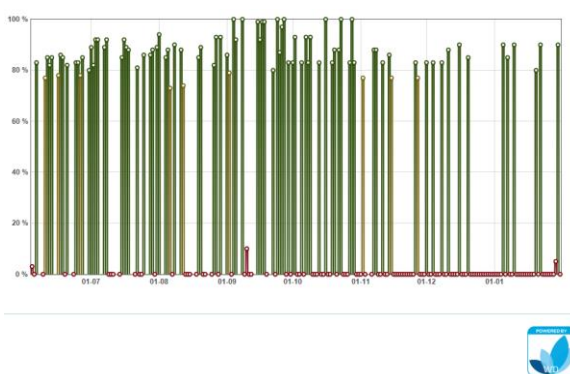
Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

kan spille fodbold med "... Men i stedet så kommer de nu og siger: morfar, må jeg komme ned og lave gymnastik med dig", fortæller han.

	Dato	6 min gangtest	Rejse-sætte-sig
		Meter på 6 min	Antal pr. 30 sek.
Start	8. maj 2014	498 m	14
3 mdr.	4. september 2014	465 m	13
6 mdr.	4. december 2014	497 m	14
12 mdr.	Maj/juni 2015	Ikke testet	Ikke testet

Hvis man ser isoleret på Erlings tests kan man se et dyk ved den 3. måned, hvor deltagerne blev testet ved opfølgingsmødet. Man kan tilsvarende se, hvordan han ved den 6. måned har genoprettet funktionsniveauet og således fortsat holder niveauet. Når man sammenligner første og sidste test (ved 6 mdr.) er der for så vidt ikke tale om en egentlig forbedring af hans funktionsniveau. Til hans egen oplevelse af at blive testen sagde han følgende: "Det var da helt ok, og det er jo også gået fremad, hver gang jeg har været nede og blive testet. Det er i hvert fald min fornemmelse". Så selvom resultaterne ved sidste test stort set ligner den første test, så er det Erlings klare fornemmelse, at testen afspejler en oplevelse af, at han har fået det væsentligt bedre i forbindelse med skærptræningen.

At Erling har fået det bedre beskriver han og hustruen med, at han er blevet væsentlig mere aktiv og føler sig generelt bedre tilpas i hverdagen. De oplever begge, at han har mere luft end før og kan udføre flere andre ting i dagligdagen end han kunne før. Han fortæller også, at han ikke har oplevet et dyk i sin KOL i de sidste mange måneder, hvilket han selv kæder sammen med skærptræningen.



Ifølge Erlings træningsstatistik kan man se, at han træner stabilt frem til midten af november. Herefter bliver træningen mere sporadisk – og med pause fra den 16. november til 26. november, hvor han langsomt genoptager træningen igen. Han holder igen pause i den virtuelle træning fra den 20. december indtil den 5. januar. At den sidstnævnte træningspause falder

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

sammen med julen og nytåret, kan forklare nogen af træningspausen, men Erling fortæller også, at han i de ovennævnte perioder døjede med en lungebetændelse, og han siger: *"...men jeg har ikke haft et anfald og skærmen har helt sikkert sparet mig for en indlæggelse"*. På trods af lungebetændelsen holder Erling – med ovennævnte pauser i træningen – fast i sin regelmæssige træning.

Udover at Erling oplever, at den regelmæssige træning forbedrer hans evne til fysisk at komme sig ovenpå lungebetændelsen, så har Erling også en oplevelse af, at kunne mestre sin sygdom på en anden måde end tidligere, i det han fortæller, at han ikke længere bliver bange når han bliver forpustet *"det er en god erfaring, der holder angsten nede"*, siger han. Så på baggrund af dels den kontinuerlige regelmæssige træning og dels det forudgående KOL-rehabiliteringsforløb, har Erling både opnået ny viden og "nye" kropslige erfaringer med at blive forpustet, hvilket gør ham bedre i stand til at mestre og håndtere den lungebetændelse han pådrog sig under projektforløbet.

I Erlings tilfælde bliver projektets grundlæggende antagelse om, at telemedicinske løsninger kan understøtte mestringssevne og medvirke til at deltagerne oplevede en tro på egen formåen, indfriet. Desværre forholder det sig sådan, at Erling i begyndelsen af det nye år fik et sammenfald i ryggen, der forhindrer ham i at træne i samme omfang som tidligere. Ved det afsluttende interview siger han: *"Nu går det ikke så godt med det kondi lige nu, fordi jeg jo ikke rører mig ligeså meget. Jeg er sikker på at det kommer tilbage igen, for det har bare været kanon godt at træne med skærmen"*. Erling er ærgerlig over ikke at kunne træne i samme omfang som tidligere, men han fortæller også, at han har fået så meget ud af at træne regelmæssigt, at han føler sig overbevist om, at han vil komme tilbage til det igen. Ved projektperiodens ophør får Erling tilbudt at beholde skærmen foreløbigt og han har langsomt genoptaget træningen, som er tilpasset hans nuværende fysiske situation.

"Jeg vil da vove den påstand, at det [niveauet] er blevet bedre"

(Bent)

Ligesom i Erlings tilfælde bekræfter Bents historie, hvordan den virtuelle træning har været med til, at understøtte deltagernes evne til at mestre egen sygdom samt en styrkelse af deres tro på egen formåen. Bent, der er 69 år fortæller, at han fik konstateret KOL for omtrent 10 år siden. Indtil han begyndte på lærings-mestringsholdet, dyrkede han ikke regelmæssig motion. I dag går han til træning i det lokale fitnesscenter tre gange om ugen og han træner ligeledes virtuel træning med skærmen tre gange om ugen. Han har trænet stabilt i hele projektperioden. *"Jeg vil da vove den påstand, at det [niveauet] er blevet bedre"*, svarede Bent prompte på spørgsmålet om, hvor han selv mente det fysiske niveau var i forhold til før han begyndte at træne regelmæssigt, og han mener selv, at han kan mærke en klar forskel til det bedre efter, at han er begyndt at træne regelmæssigt.

Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

	Dato	6 min gangtest	Rejse-sætte-sig
		Meter på 6 min	Antal pr. 30 sek.
Start	8. maj 2014	358 m	13
3 mdr.	4. september 2014	330 m	13
6 mdr.	4 december 2014	420 m	11
12 mdr.	18. juni 2015	360 m	13

(Bent udfører alle tests med funktionsilt. Ved starttest benyttes desuden rollator)

I forhold til testen sagde Bent under interviewet: *"Hun [fysioterapeuten] har da været særdeles tilfreds med testen. Det kommer jo også meget an på dagen. Sidste gang gik jeg 450 m og gangen før var det 350 m. Det skifter jo meget fra dag til dag"*, sagde han. Selvom det ikke umiddelbart kan ses i testen, så har Bent en oplevelse af, at hans fysiske niveau er blevet bedre (han benyttede også rollator ved første test). Han kan mærke en fysisk velvære i kroppen, når han træner og han kan omvendt mærke, hvis ikke han får trænet. Bent fortæller, at han er klar over, at han træner for at vedligeholde niveauet og holde sygdommen i ave. Den virtuelle træning har således støttet Bent i at gøre regelmæssig motion til en fast del af hverdagen. Han planlægger at erstatte den virtuelle træning med en træningsdvd, så han fortsat kan supplere den træning han udfører i fitnesscentret med træning i hjemmet.

"Jeg kunne mærke det allerede efter en uge"

(Rita)

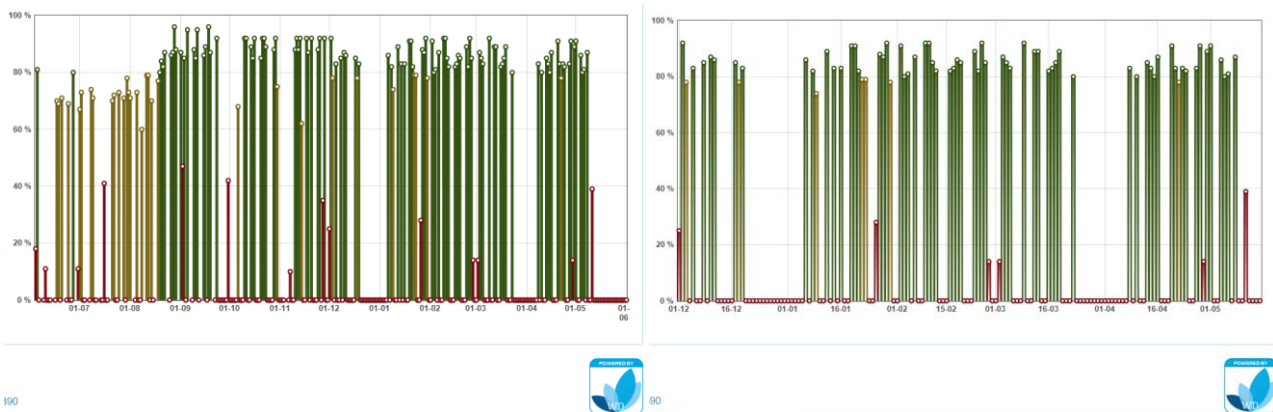
Rita på 74 år fortæller, at hun fik konstateret KOL et års tid inden projektstart. Hendes oplevelse med sygdommen er, at den er kommet snigende inden for en lang årrække, hvor hun eksempelvis begyndte at opleve et tiltagende pres, når hun skulle op ad trapper. Under interviewet, da Rita bliver spurgt til hvilke betydning det har haft for hende at træne med skærmen, sagde hun: *"Jeg kunne mærke det allerede efter en uge"*. Især vejrtrækningsøvelsen har hjulpet hende meget, fortæller hun. Så hver gang Rita skræller kartofler eller lige inden hun falder søvn, laver hun den øvelse. Dette viser, hvordan Rita har været i stand til at gøre motionen til en aktiv del af hendes hverdag.

	Dato	6 min gangtest	Rejse-sætte-sig
		Meter på 6 min	Antal pr. 30 sek.
Start	8. maj 2014	495 m	13
3 mdr.	4. september 2014	450 m	10
6 mdr.	4. december 2014	495 m	11
12 mdr.	18. juni 2015	510 m	12

"Du må ikke tage min skærm fra mig. Jeg elsker den", udbrød Rita ved 9 måneders opfølgingsmødet for interventionsgruppen. Dette stemmer fuldstændig overens med, at Rita,

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

under hele forløbet, har givet udtryk for, hvor glad hun var for *sin* skærm, hvor meget hun brugte den og hvor meget hun fik ud af, at træne med skærmen – og så meget, at hun ikke kunne undvære den. Ritas mand kan også fortælle, hvordan Ritas "kondi" har forbedret sig efter hun har fået skærmen. De er umiddelbart interesseret i at høre om de eventuelt kunne beholde skærmen efter projektperioden stopper – gerne mod en egenbetaling. Ved det afsluttende opfølgningsmøde får Rita tilbudt at beholde skærmen i en periode, men meget overraskende fortæller hun, at hun ikke længere ønskede at beholde skærmen. Hun er fortsat meget glad for den og for det løft det har givet hende til, at gøre andre ting eksempelvis at cykle. *"Jeg kan altså ikke sige andet end godt om den skærm, men man er jo også nødt til at gøre noget selv"*, sagde hun. Som man kan se har Rita med få undtagelser trænet regelmæssigt over hele projektperioden og motion er blevet en del af hendes daglige rutiner.



(Træningsperiode fra juni 2014-juni 2015)

(Træningsperiode fra december 2014 til juni 2015)

Som man kan se i den graf til højre, så stopper Rita med at træne i begyndelsen af maj 2015. I samme periode bliver hun meget syg af en urinvejsinfektion og er sengeliggende i en kortere periode. Hun kommer ikke til at træne med skærmen herefter, men som hun siger *"Nu har jeg jo ikke trænet med den skærm i en måned, men jeg fandt jo ud af, at jeg godt kunne finde ud af det uden. Nu ved jeg jo, hvad der skal til og det går jo vældigt nu"*.

Rita har erstattet den daglige skærmtræning med anden motion – og hun træner fortsat enkelte af øvelserne fra programmet. Hun fortæller, at skærmtræningen nemt kan erstattes med en træningsdvd og at hun føler sig bedre i stand til at træne på egen hånd fremover, uden "kontrollen" fra terapeuten. *"Men det var det skub, der skulle til"*, sagde hun. I Ritas fortælling skal man lægge mærke til, hvordan den virtuelle træning har været med til, at understøtte hende i, at ændre sine daglige vaner, ligesom det over tid har understøttet hende i at indføre motion som en del af de daglige rutiner. Derudover repræsenterer Rita også den gruppe af borgere i projektet, der er blevet nævnt som "de gode KOL-borgere".

5.3.2 Målgruppeafgrænsning og randomisering

For terapeuterne har det været et gennemgående tema undervejs i projektperioden, at det ikke var den oprindelige tiltænkte målgruppe, der fik mulighed for, at afprøve den virtuelle teknologi. *"Vi havde jo tænkt, at det skulle være et projekt til de svageste KOL-borgere og dem, der ikke kunne komme hjemmefra",* sagde én af terapeuterne *"Ja, men det var de gode, der fik en skærm",* sagde en anden og en tredje supplerede: *"Vi har simpelthen skudt forbi målet. De havde et højere fysisk niveau og min oplevelse var, at de var for gode. I forvejen gik de på hold to og tre gange om ugen. Ja, oprindeligt var målet, at vi skulle fange de borgere, der var for dårlige til, at gå på et af de traditionelle træningstilbud, men dem vi fik var for gode og jeg ville aldrig have valgt dem til at bruge en skærm".* Citaterne stammer fra terapeuter i alle tre kommuner.

Ifølge terapeuterne var det således primært gruppen af "de gode KOL-borgere", der fik tildelt en skærm ved randomiseringen³, hvilket de beskriver som en stor udfordring for gennemførelsen af projektet. Også flere borgere i interventionsgruppen bemærker noget tilsvarende og giver udtryk for, at der var borgere i kontrolgruppen, der ville have haft mere gavn af skærmen end dem selv.

Omvendt giver flere af terapeuterne også udtryk for, at denne gruppe har haft udbytte af den vedligeholdende træning. *"Også dem, der var gode, de har fået mere opmærksomhed på deres KOL og forholder sig anderledes til deres sygdom og til det at træne i dag. På den måde har de fået nogle strategier på et højere niveau".* Så på trods af, at udgangspunktet ikke var så dårligt for de inkluderede borgere i projektet, så giver flere af terapeuterne udtryk for, at deres faglige vurdering er, at også denne gruppe af patienter med sygdommen KOL kan profitere af den virtuelle træning.

Som tidligere nævnt har den grundlæggende teoretiske antagelse i projektet været, at man via den virtuelle træning kan understøtte borgeren i eget rehabiliteringsforløb og dermed hjælpe borgeren med at opnå handlingskompetencer til at varetage og mestre eget liv, trivsel og sundhed.

Denne antagelse skulle udfordres i det randomiserede projekt – ved at opstille to grupper: interventionsgruppen og kontrolgruppen. Det har vist sig at randomiseringen – og selve lodtrækningen – har haft afgørende betydning for kontrolgruppedeltageres engagement i projektet. For det første gav de borgere, der kom i kontrolgruppen udtryk for stor skuffelse og frustration over ikke at blive udvalgt til at bruge skærm. Som konsekvens heraf har flere af kontrolgruppedeltagerne undladt at deltage i projektets opfølgende møder og undladt at besvare spørgeskemaer samt at lade sig teste. For det andet var der flere af de tilbageværende kontrolgruppedeltagere, der mobiliserede en vis gejst i forhold til det, at være i kontrolgruppen. For dem har det været vigtigt, at fastholde træning. *"De skal ikke have noget på mig, det kan jeg*

³ Randomiseringen var den proces, hvor deltagerne selv trak lod og kom i henholdsvis interventionsgruppen (virtuel skærmtræning) eller kontrolgruppen. For uddybelse se afsnit X (side ??).

sige dig”, sagde én af borgerne fra kontrolgruppen, ved en opfølgende test. Der har således været en stærk motivationsfaktor i den konkurrerende dimension mellem de to grupper. Motivationsfaktorerne uddybes i et senere afsnit, og i det kommende afsnit skal det handle om de tekniske og driftsmæssige udfordringer, der har været i projektet.

5.3.3 Tekniske udfordringer

Man har ikke i projektperioden registreret de tekniske fejl og driftsmæssige udfald, der har været ved den anvendte teknologi. Der foreligger således ikke en systematisk oversigt over de udfordringer og det tidsforbrug, der har været i forbindelse med tekniske udfordringer. Den kvalitative vurdering er, at teknologien som udgangspunkt ikke har indfriet forventningen. Den generelle tilbagemelding fra terapeuterne har været, at teknologien har været for tung og umoden. Detaljens med at skærmen skulle registrere borgerens bevægelser og efterfølgende give borgeren feedback på, om øvelserne var korrekt udført har ikke fungeret optimalt, hvilket har været en stor udfordring for såvel borgere som fysioterapeuterne.

Deltagerne fortæller at kinect-kameraet ikke har været i stand til at aflæse dem ordentligt når de udførte træningen. Øvelserne er ikke blevet registreret korrekt og borgeren har blandt oplevet, at de skulle gentage øvelserne mange gange før kameraet registrerede deres bevægelse. Det har været svært for borgeren at korrigere øvelsen, da det ikke altid har været gennemskueligt, hvordan øvelsen skulle udføres korrekt for at blive registreret. De kvalitative observationsstudier understøtter dette.

Der er jo primært sådan, at den aflæser én en gang, men jeg har jo som sagt flere gange været ude for, at den gør det sådan lidt efter igen. Det er jo ikke sådan, at den afbryder i øvelserne, men det er i mellem øvelserne og så står man igen der og løfter hånden og så sker der igen ikke en fløjtende skid. Og der bliver man jo lidt irriteret, for du bruger en masse tid på at komme ind i systemet. Men altså, det har kun været 25 % af tiden, hvor det jo resten af tiden er gået fint.

(Bent)

Som man kan læse i ovenstående citat fra Bent, så har disse tekniske udfordringer været meget forstyrrende og generelt meget irriterende for borgerne, der har følt sig bremsede i træningsprogrammet. Bent, der gennemgående har været meget tilfreds med, at bruge skærmen og som i øvrigt fortæller, at hvis han havde mere plads, ville han gerne have haft beholdt skærmen, giver her udtryk for, at der kun har været problemer 25 % af tiden. Han har vænnet sig til, at det er sådan og fortæller at det i øvrigt er *gået fint* den resterende tid. Det er langt fra alle, der har mødt udfordringerne med skærmen med samme forståelse og der er noget, der tyder på at disse udfordringer har haft indvirkning på de borgere, der aldrig rigtig kom i gang med træningen.

På grund af ovennævnte udfordringer blev det anbefalet fra producentens side, at sætte systemet op til, at registrere på tid frem for på antal øvelser. Det har fysioterapeuterne valgt at

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

gøre hos de borgere, der i særdelshed har været udfordret af de ovennævnte tekniske udfordringer. Denne ændring havde positiv effekt og gav en lettelse på flowet i øvelserne, da deltagerne ikke hele tiden blev fastholdt i samme øvelse.

Lysforholdene i rummet kan forklare nogle af de tekniske udfordringer der har været. For lidt eller for meget lys kan forstyrre kameraet og elementer i rummets baggrund kan virke forstyrrende for kameraets mulighed for at fange borgerens bevægelser. Her har producenten i enkle tilfælde anbefalet, at borgeren kunne hænge et hvidt klæde op som bagtæppe, således at kameraet nemmere kunne fange borgerens bevægelser. Dette er ikke blevet effektueret i praksis, da denne løsning forekom for bøvlet for de pågældende borgere.

Efter de første par måneder var justeringerne på plads og borgerne kunne mere selvstændigt varetage træningen og de fandt blandt andet ud af, hvordan de skulle tilpasse belysningen således at kameraet bedst kunne opfange deres bevægelser. De tekniske og driftsmæssige udfordringer har været et stort emne ved de løbende opfølgingsmøder, hvilket har været frustrerende for såvel borgere som terapeuter.

5.3.4 Opfølgingsmøderne

Det sociale element i den kontinuerlige opfølgning kom til at bestå af et "cafe-arrangement", hvor borgerne primært udvekslede erfaringer om deres træning (både den virtuelle, men også andet træning), om det at have sygdommen KOL og om det at være en del af et projekt. Ved disse opfølgninger blev borgerne hver især testet og her opstod en positiv konkurrence indbyrdes men også med sig selv i forhold til de forgående tests.

"Vi er blevet så gode at vi nu også hoster i takt"
(Birger, afslutningsmøde)

Forsamlingen bryder ud i hjertelig latter, da Birger ved det afsluttende møde i juni 2015 gør reklame for det lokale KOL-kor og siger: *"Vi er blevet så gode at vi nu også hoster i takt"*. I alle kommuner har der været en positiv stemning ved opfølgingsmøderne og der blev udvekslet opmuntrende bemærkninger til hinanden. Der er blevet lagt mærke til hinanden og aktivt taget stilling til hinandens oplevelser og forbedringer. *"Det er jo bare en solstrålehistorie"*, sagde én af deltagerne, da han blev præsenteret for én af de andre deltagers fortælling om, at hun havde fået det så meget bedre efter sin daglige træning med skærmen.

Med opfølgingsmøderne har det været meningen at man ville etablere en social platform, hvor deltagerne kunne bruge hinanden og udveksle erfaringer, hvilket i nogen grad er lykket og generelt giver de interviewede borgere udtryk for, at det har været godt at deltage i møderne.

Som man kan se i oversigten over projektforsløbet, så er borgerne ligeledes blevet testet ved nogle af de opfølgende møder og også denne test beskriver flere som en motivationsfaktor. Der

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

var en interesse i hinandens testresultater – og der blev spurgt ind til hinanden. Især i Struer kommune, hvor flere af borgerne blev testet samtidigt opstod der en konkurrerende stemning omkring det at blive testet. *"De løb jo næsten"*, sagde én af terapeuterne. Dette konkurrerende miljø gik på tværs af interventions- og kontrolgruppe, der deltog i de opfølgende møder hver tredje måned. *"Der går jo også lidt konkurrence i det. Man holder hinanden oppe på det"* (kontrolgruppedeltager ved opfølgingsmøde).

5.3.5 Motivation

Borgerens træningsmotivation kan overordnes i fire kategorier: 1. Supervision og test, 2. Feedback, 3. Projektdeltagelse og 4. Demotiverende faktorer

5.3.5.1.1 Supervision og test

Bevidstheden om at terapeuten har kunnet supervisere borgerens træningsaktivitet har haft væsentlig betydning for borgerens motivation for at træne. Flere borgere har således givet udtryk for, at dette har været det "skub", der skulle til for at komme i gang med træningen samt at fastholde træningen.

Der er flere studier der viser at supervisionen i de telemedicinske løsninger, er afgørende for borgerens motivation. De føler, at de har en kontakt, hvor de kan få vejledning og støtte, hvis de har brug for det. Desuden virker det motiverende, at en fagperson kommer med feedback på den træning som udføres (Monninkhof, et al., 2004) (T. M. Burkow, 2013). Terapeuterne er løbende blevet adviseret om borgernes træningsaktivitet og det har derfor været muligt for terapeuterne, at holde øje med om borgeren trænede regelmæssigt. Denne mulighed for, at der virtuelt kunne blive holdt øje med én, beskrives af borgerne som meget motiverende. *"Det ville jo have været nemmere, at sige fra, hvis ikke der havde været kontrol på. Det er jo egentligt forfærdeligt, at man har det sådan"*. Terapeuterne har i enkle tilfælde lavet et udtræk på borgerens træningsstatistik, og brugt dette som et aktivt redskab til, at få borgeren til at fokusere på træningen.

5.3.5.1.2 Feedback

Borgerne har modtaget feedback på de konkrete øvelser de udfører, både i forhold til korrekt udført øvelse og antal øvelser. Efter hver udført øvelse har de således modtaget en smiley på om de har udført øvelserne korrekt. Systemet kan både sættes op til at øvelser på antal eller øvelser på tid. Ved førstnævnte antal øvelser aflæser systemet borgerens bevægelser. Når systemet anderkender øvelsen for korrekt udført kvitteres der med en smiley, der afhænger af kvaliteten af den udførte øvelse.

Denne feedbackdetalje har haft indvirkning på borgernes træningsmotivation. De fleste har som udgangspunkt givet udtryk for, at det var vigtigt med denne feedback – og at det virkede

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

motiverende, men samtidigt er oplevelsen også, at skærmens feedback ikke altid har været korrekt, hvilket har været et irritationsmoment for langt de fleste.

"Argh, det fungerer bare slet ikke som den skal. Jeg står og spræller, så selv katten smutter!", sagde én af borgerne ved ét opfølgingsmøde. Det var hans oplevelse, at kameraet ikke aflæste hans bevægelser, hvilket kunne bekræftes ved et opfølgende besøg i hjemmet. For denne borger har irritationen over systemet begrænset ham i hans træning – også efter fejlen blev udbedret. Der var ikke nok flow mellem øvelserne og de blev for rigide og afbrudte, hvilket til sidst fik ham til at opgive træningen.

Hvor det for den ovennævnte borger begrænsede hans træningsmotivation, var der andre, der fik omsat irritationen til motivation. Med et smil på læben sagde en anden borger på et opfølgingsmøde: "Det er bare gået hamrende godt de sidste tre måneder. Jeg skal helt op på 50 gange for at få 100 % i den der, hvor man plukker æbler".

Det har generelt været vanskeligt for borgerne at gennemskue, hvordan de skulle korrigere øvelsen således at de fik en god feedback – 100 % glad smiley.

5.3.5.1.3 Projektdeltagelse

Af andre træningsmotivationsfaktorer kan det nævnes, at flere af borgerne i projektet har været meget bevidste om, at de har været en del af et projekt. Selve "projektet" har haft en plads i deres bevidsthed – og haft en autoritær betydning for dem. *"Hvis man har sagt ja, til at deltage i noget, så skal man også gennemføre det"* (borgerinterview).

Tilsvarende har flere borgere tilkendegivet, at de følte sig forpligtet til at bruge skærmen, for de jo havde været i den heldige gruppe, der fik en skærm ved lodtrækningen. *"Der var jo også andre, der gerne ville have haft en skærm. Så får man jo dårlig samvittighed, hvis ikke man bruger den."*, sagde en borger på et opfølgingsmøde.

5.3.5.1.4 Demotiverende faktorer

At det tekniske ikke har levet op til forventningerne og ikke fungeret lige så glat som ønsket, har fyldt meget under motivationssamtalerne/opfølgningssamtalerne. De fleste har givet udtryk for at de har været glade for at have skærmen, men at de udfordringer, der har været med at få skærmen til at fungere har været tidskrævende.

"Det flyttede fokus fra træningen", sagde én af terapeuterne under et interview og heller ikke for terapeuternes side, har produktet levet op til det forventede. "Det har hjulpet lidt, der hvor vi har ændrede på det og satte øvelserne på tid fremfor antal udførte øvelser. Men altså det skulle jo gerne have fungeret noget bedre", sagde en anden terapeut. Det har været frustrerende – og i nogen grad demotiverende – for såvel borgere som terapeuter, at de tekniske udfordringer har fyldt så meget.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Flere borgere fortæller at det har været svært at holde gejsten og træningsmotivationen oppe over et helt år. Dette skyldes blandt andet, at det stort set har været de samme øvelser, de har trænet. "Hvis man nu havde to til tre forskellige træningsprogrammer maskinen tilfældigt udvalgte for én, så kunne det måske have været lidt mere spændende", sagde én af borgerne under et interview og også fysioterapeuternes efterspørger en større grad konkurrerende og dynamiske øvelsesudvalg. Terapeuterne har udskiftet øvelserne og justeret programmerne i samarbejde med borgernes ønsker undervejs. Terapeuterne kunne godt have ønsket sig et større udvalg af konditionstrænende øvelser og der har ligeledes manglet øvelser med balance.

5.3.6 Skærmens plads i hjemmet

På de kommende sider vises det, hvordan borgerne har indrettet sig med træningsskærmen, der har fået plads i enten stuen, soveværelset eller kontoret.



På ovenstående billede er vi på besøg hos Berit, der havde skærmen stående i soveværelse.

På nedenstående billeder er vi på besøg hos Rita, der tilsvarende har haft skærmen stående i soveværelset. Hun valgte at dække den til, når den ikke var i brug.

Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



Både Berit og Rita var meget glade for at træne med skærmen, men ønskede begge at komme af med den, da projektperioden stoppede. Begge havde de fået tilbuddet om at fortsætte.

På de næste billeder er skærmene placeret i deltagernes stuer. På det første billede er vi hjemme hos Bent, der ligeledes havde fået tilbudt at beholde skærmen, men tilsvarende afslået. Havde han haft bedre plads til den, ville han gerne have beholdt den, men den har fyldt i stuen og hustruen har glædet sig til at komme af med den.



Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Nedenstående billede er taget hos Judy, hvor skærmen også var placeret i stuen. Judy har gennemgående haft mange tekniske og driftsmæssige vanskeligheder med brug af skærmen, hvilket til sidst fik hende til at opgive skærptræningen og projektet.



Det sidste billede er taget hos Helle, der har haft skærmen til at stå i sit arbejdsværelse. Hun oplevede ikke at skærmen optog for meget plads og kunne godt have tænkt sig, at beholde skærmen, men i Struer Kommune valgte man at indsamle skærmene for at få afprøvet skærmene hos flere borgere.



Netop at skærmen tager noget plads fortæller én af fysioterapeuterne, har været en udfordring i forhold til at rekruttere borgere til projektet *"Det har bare været svært at få dem med på vognen. For det de ser, er, en stor kolos, der skal have en fast plads i hjemmet."* Han fortæller, at

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

mange bor i små hjem og at de ikke har plads til det. Der skal være to meters afstand mellem skærmens kamera og deltageren og der skal ligeledes være en meter på hver side af deltageren. Flere deltagere har givet udtryk for, at det har været godt at komme af med skærmen igen. Dette har de primært begrundet med, at skærmen optager en del plads i hjemmet.

Ovennævnte fysioterapeuts oplevelse er, at nogle af de udfordringer, der har været i forbindelse med at rekruttere nye deltagere til skærmtræningen blandt andet skyldes, at når de potentielle nye skærmbrugere finder ud af hvor meget plads skærmen tager, herunder den plads, der skal være mellem skærm og deltager – så vælger flere det fra.

5.3.7 Procesevaluering – nuværende erfaringer (okt/nov 2015)

Det randomiserede projekt – og selve afprøvningen af den virtuelle træning – foregik fra juni 2014 til juni 2015. Her havde kommunerne mulighed for at afprøve 24 skærme til virtuel træning i et år - og hver kommune har således haft mulighed for at afprøve 8 skærme hver. Forinden selve projektet og afprøvningen af den virtuelle teknologi, forelå der en lang periode med projektplanlægning. I den planlæggende fase af projektet, blev dette delelement omtalt som et meget ambitiøst projekt og den oprindelige projekttid var, at afholde live virtuel holdtræning, med den specifikke målgruppe af borgere med sygdommen KOL.

Da man undervejs i projekteringen fandt ud af, at IT-infrastrukturen i Vestjylland ikke understøttede dette, tilpassede man projekteringen til de gældende IT-forhold og skiftede fokus i projektet. Fremfor at én terapeut trænede et hold af de udvalgte borgere, skulle træningen baseres på individuel træning, sådan som beskrevet i nærværende evaluering.

Dette fokusskifte havde betydning for målgruppeafgrænsningen. Idet borgeren ikke længere kunne modtage live – og direkte – supervision fra en terapeut, stillede det andre krav til målgruppeafgrænsningen. Arbejdsgruppen vurderede at den udvalgte målgruppe af borgere/patienter med sygdommen KOL skulle have et vist niveau i forhold til at kunne mestre deres egen sygdom. De skulle være i stand til at vurdere egen træningskapacitet og ud fra dette træne hensigtsmæssigt. Denne målgruppeafgrænsning har haft indflydelse på, at de udvalgte borgere fysiske, kognitive og sociale overskud har været stærkere end den oprindelige tanke om, at understøtte den gruppe af borgere med sygdommen KOL, der ikke selv kunne komme til øvrige træningstilbud pga. sygdommen og eller store afstande.

Selve arbejdsprocessen – med at projektere delelement 2 – strakte sig over flere år og beskrives som lang og udfordrende. Grundet de ovennævnte udfordringer med IT-infrastrukturen og den efterfølgende proces med at tilpasse projektet samt justere på målgruppen forlængede projektet.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Den langvarige proces samt det forhold, at selve præmissen for projektet ændrede sig sent i projektperioden, har retrospektivt haft betydning for det momentum, der nødvendigvis må være, når et projekt skal løbes i gang.

*”Det var en hård fødsel og vi fik ligesom aldrig holdt en barnedåb”
(medlem af arbejdsgruppen)*

Sådan beskrev ét af arbejdsgruppemedlemmerne delelementet under et interview. Hun kunne fortælle, hvordan der i projektet var blevet afholdt mange møder – og der var blevet lagt mange arbejdstimer ind i selve projektplanlægningen.

Der er dateret møder fra arbejdsgruppen fra maj 2012 og frem til maj 2014, hvor projektet løbes i gang. Delelementet har også været udfordret af skiftende formandsskaber, i alt har der været tre forskellige personer, som har haft formandsskabet. Det seneste formandskab har givet udtryk for, at der manglede noget generel tilbagemelding til arbejdsgruppen, da man hurtig mistede fornemmelse for i hvor høj grad projektet levede i praksis. Som citatet antyder, så fik man aldrig afholdt en opsamling – og markeret at projektet endeligt var kommet i gang.

Ved gennemlæsning af referater fra arbejdsgruppemøderne bemærkes det, at man tidligt i projektførelsen anbefalede ikke at gennemføre projektet som et kontrolleret studie, sådan som det ellers blev.

*”Det er ikke muligt at gennemføre et kontrolleret studie, som vil producere evidens af god kvalitet, fordi det bliver svært at rekruttere en indsatsgruppe og referencegruppe af en størrelse som et kontrolleret studie kræver – der er enighed om, at projektets evaluering ikke kan måle på indlæggelser, da projektet i alt kun varer to år, og en målbar effekt i form af færre indlæggelser først kan opnås efter en længere indsatsperiode”
(Arbejdsgruppemøde den 23. august 2012)*

Som man kan se i ovenstående vurderede arbejdsgruppen, at et kontrolleret studie ville være problematisk i forhold til at rekruttere indsats- og referencegruppe i det omfang et kontrolleret studie kræver. Det kan derfor undre, at man alligevel valgte at gå imod egen anbefaling og som man kan se i nedenstående udsnit, at åbne op for muligheden for et kontrolleret studie:

*”Halvdelen af deltagerne på efterårsholdet kan tildeles en skærm. Udvælgelsen kan ske randomiseret eller ved den kliniske erfaring.”
(arbejdsgruppemødet den 4. april 2013)*

*”Da der ikke er den store population i projektet vil det være svært at sige noget kvantitativt om effekten.”
(arbejdsgruppemødet den 4. april 2013)*

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

I forhold til de udsnit fra arbejdsgruppemøde, der præsenteres her, så har man i arbejdsgruppen flyttet sig fra det tidligere arbejdsgruppemøde fra august 2012, hvor den indledende vurdering var, at det ikke ville være muligt, at gennemføre et kontrolleret studie, der vil producere evidens af god kvalitet. Der sker således et skift i planlægningen og ni måneder efter er man opsat på, at gennemføre projektet som et kontrolleret studie. Ved arbejdsgruppemødet den 4. april kan man se, at det drøftes, at udvælgelsen enten kan være randomiseret eller baseres på en klinisk vurdering. I kommende udsnit kan man se, hvordan arbejdsgruppen træffer beslutning om, at udvælgelsen skal ske randomiseret

Dette [udvælgelsen] sker ved randomisering, hvor borgeren trækker lod om deltagelse i enten intervention- eller kontrolgruppen. Ved randomisering minimeres tilfældighederne, som ellers kan spille ind på resultaterne.

(Arbejdsgruppemøde den 2. juli 2013)

Den 2. juli er man således gået væk fra muligheden om, at udvælgelsen skal ske på en klinisk vurdering, som det ellers også blev betragtet som en mulighed ved arbejdsgruppemødet den 4. April 2013.

Som tidligere beskrevet har netop randomiseringen – og selve udvælgelsen af borgere via lodtrækning – haft stor betydning for borgernes engagement i projektet.

"Hvis vi kunne have gjort det om, så skulle vi have kommunikeret det bedre ud, hvad det indebar at deltage i et projekt over så lang tid, og informeret dem bedre om lodtrækningen. De følte sig snydt!"

Terapeuterne fortæller, at flere af borgerne blev meget skuffet over, at de ikke fik en skærm, hvilket for fleres vedkommende havde den betydning, at de undlod at deltage i projektets opfølgingsmøder, tests samt undlod at besvare spørgeskema.

Terapeuterne fortæller også, med afsæt i en faglig vurdering, at lodtrækning faldt uheldigt ud, og de ville have valgt anderledes, hvis ikke fordelingen af borgere i henholdsvis interventions- og kontrolgruppe, var foregået randomiseret.

5.3.8 Evaluering af den forlængede projektperiode

Som følge af ovenstående overvejelser om hvorvidt det var de rigtige borgere der i første omgang havde modtaget skærmene til hjemmetræning, blev det besluttet at forlænge projektperioden. I den forlængede projektperiode var det terapeuterne, som udvalgte borgere til projektet på baggrund af en faglig vurdering. Derudover fik enkelte af de tidligere deltagere lov til at beholde skærmene og træne videre med dem i det omfang, der var ledige skærme nok.

5.3.8.1 Dataindsamlingen

Det var ønsket at interviewe både borgere og terapeuter i forbindelse med forlængelsen af projektperioden. Det viste sig dog, at det ikke var muligt at interviewe borgere. Borgerne begrundede deres afslag med, at de følte at forløbet var afsluttet og derfor ikke ønskede at bruge mere tid på det. Derudover var det kun to af terapeuterne (fra henholdsvis Struer og Holstebro), der besvarede henvendelsen om at deltage i et interview. Det betyder således at den følgende evaluering bygger på et interview med en terapeut fra Holstebro og et telefoninterview med en terapeut fra Struer.

Det vurderes, at disse to interviews er med til at give et godt indblik i erfaringerne i den forlængede projektperiode i henholdsvis Struer og Holstebro Kommune. Det skyldes, at de to terapeuter har haft kontakt til alle de trænende borgere i de respektive kommuner, samt løbende har drøftet træningsforløbet og erfaringerne med borgerne. De kan ikke videregive de enkelte borgeres subjektive oplevelser af træningen, men de kan videregive både generelle betragtninger på tværs af forløbene, samt de konkrete oplevelser borgerne har givet udtryk for til dem. Derudover har de kunnet give deres faglige vurderingerne af forløbet og sammenholde det med erfaringer fra borgere, der har modtaget almindelig genoptræning.

5.3.8.2 Rekruttering af borgere til projektet

I Struer Kommune fik tre borgere fra det oprindelige projektforsøg lov til at beholde deres skærme og træne videre med dem. De tre borgere var blevet varslet om, at hvis der var nye borgere der var interesserede i at få skærmene, skulle de aflevere dem. I praksis blev dog ikke relevant. Ud over de tre skærme, personerne fra den oprindelige projektperiode beholdte, fik yderligere tre personer udleveret en skærm. Af disse trænede to i hele projektperioden. Den tredje person havde skærmen i 14 dage, før han afgik ved døden.

I Holstebro Kommune fik de personer der allerede havde skærmen mulighed for at fortsætte med at bruge den til træning. Der var to som ønskede at fortsætte med at bruge skærmene og derudover deltog fire nye borgere i projektet.

Både i Holstebro Kommune og i Struer Kommune oplevede terapeuterne problemer med at rekruttere nye borgere til projektet. Som nævnt i afsnit 5.3.6 "Skærmens plads i hjemmet" betød størrelsen af skærmen, samt den plads det krævedes for at kunne træne foran den, at flere borgere meldte fra. For nogle gjaldt det, at de ikke havde lyst til at afsætte så meget plads, og andre, eksempelvis personer der bor i ældreboliger, havde simpelthen ikke plads i hjemmet til den. Derudover oplevede man i Holstebro Kommune at flere borgere ikke ønskede at fortsætte med skærmene, fordi øvelserne begyndte at føles ensformige.

I Struer Kommune påpegede terapeuten endvidere, at projektet aldrig formåede at blive en del af den fælles tankegang. Det betød at skærmene ikke blev tilbudt bredt ud til borgerne, simpelthen fordi terapeuterne ikke var opmærksomme på, at det måske kunne være et relevant tilbud for borgeren. Her kunne der således potentielt have været flere relevante borgere i målgruppen.

5.3.8.3 Målgruppen

Formålet med forlængelsen af KOL-projektet var at afprøve teknologien på en ny målgruppe. Det lykkedes også at rekruttere dårligere KOL-patienter i den forlængede projektperiode, og de seks nye borgere blev således alle vurderet til at være dårligere end borgerne fra den oprindelige projektperiode af terapeuterne.

Der var blandede erfaringer med at anvende skærmene til de dårligere borgere. I dette afsnit vil der først være nogle eksempler på forskellige borgertyper og i hvilket omfang de har fået noget ud af at træne med skærmen. Afsluttende vil nogle af terapeuternes generelle betragtninger i forhold til målgruppen for virtuel træning blive præsenteret.

Begge terapeuter oplevede at teknologien kunne indfange en målgruppe, som træning ved fremmøde ikke havde mulighed for. Det var tale om borgere som var fysisk dårlige, men kognitivt stærke og samtidig havde viljestyrken til også at få trænet derhjemme. Derudover havde de nogle psykosociale omstændigheder der gjorde, at de havde svært ved at bevæge sig ud for hjemmet og til træning. Det er vigtigt at alle kriterierne er opfyldt, da nogle andre tilbud ellers kunne være relevante. Dette vil der komme nogle eksempler på nedenfor. Eksemplerne er sammenskrevet på baggrund af terapeuternes fortællinger, og afspejler derfor ikke nødvendigvis et konkret borger-forløb.

Et eksempel på en borger, der får rigtig meget ud af at træne med skærmen er en borger med social angst, som er flov over sin sygdom. Hendes funktionsniveau kan svinge rigtig meget i løbet af dagen, og der er derfor forskelligt hvornår på dagen det passer hende bedst at træne. Hun har svært ved at magte at komme hjemmefra og har samtidig svært ved at træne på hold på grund af sin socialfobi. Skærmen muliggør, at hun kan træne på det tidspunkt af dagen, som passer hende bedst, og løsningen er derfor fleksibel i forhold til hendes hverdag. Samtidig er hun kognitiv velfungerende, så hun kan finde ud af at tænde for skærmen og følge instruktionerne. Hun har været vant til at være aktiv, før hun blev syg, så hun sørger for at træne jævnlige. Også de dage, hvor hun egentlig ikke har lyst. Efter at have trænet i en periode med skærmen begynder hun at føle, at hun har kontrol over sin sygdom, hvilket gør at hun i højere grad tør bevæge sig ud fra hjemmet.

Hvis en borger mangler viljestyrken til at træne på egen hånd, er skærmen ikke en løsning. Et eksempel kan være en patient som flere gange udtrykker sin glæde ved at have skærmen derhjemme, men terapeuten kan se på borgerens log, at de ikke træner regelmæssigt. På trods af flere opfordringer fra terapeuten får borgeren ikke rigtig brugt skærmen. Han er dog stadig glad for at have den, fordi det giver en tryghed at vide, man altid kan komme i kontakt med terapeuten, og han vil derfor gerne beholde den, selvom den bare står i et hjørne af soveværelset og aldrig bliver brugt. Der er ikke et godt alternativ til denne type borger, da han sandsynligvis heller ikke ville møde op til holdtræning.

Hvis en borger ikke har nogle psykosociale omstændigheder, der gør at de ikke kan komme afsted til træning, kan det diskuteres om skærmen er det bedste tilbud til dem. Jævnfør den

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

kvalitative evaluering af den oprindelige projektperiode, var der flere borgere som var glade for skærmen, men da de blev tilbudt at beholde den takkede de nej. Et eksempel kan være en borger der har gået til KOL-træning to gange om ugen. Derudover har han gået på det lokale motionscenter og til gymnastik en gang om ugen. Nu får han så udleveret en skærm til at træne hjemme i stedet. Han træner regelmæssigt, men efter noget tid begynder han at synes det er kedeligt at lave de samme øvelser igen og igen. Samtidig er øvelserne ikke så udfordrende som han har været vant til. Eksempelvis skal han til nogle af øvelserne sidde på en stol og vifte med armene, hvor han var vant til at bruge hele kroppen. Samtidig savner han det sociale i at træne sammen med andre. Han bruger derfor skærmen mindre og mindre, og genoptager i stedet træning i det lokale motionscenter. Til sidst står skærmen egentlig bare og samler støv.

Til en sådan borger kunne man diskutere om ikke andre tilbud kunne være mere relevante. Det kunne være at hjælpe dem i gang med at træne i frivilligt regi eller holdtræning. For en sådan borger kan skærmen have den modsatte effekt end den ønskede og nedsætte træningsniveauet samtidig med den kan have en isolerende effekt.

Overordnet set var det altså en meget specifik målgruppe som terapeuterne vurderede ville få noget ud af at træne med skærmene, og en målgruppe som ikke er ret stor. Samtidig er det også en gruppe som kan være svær at få til at deltage i træning på hold eller i motionscentrene og skærmen formår altså at få en gruppe borgere til at træne, som ellers ikke havde gjort det.

Generelt satte den ene terapeut også spørgsmålstegn ved om den gruppe af KOL-patienter der er nået dertil i deres sygdomsforløb, hvor de har brug for træning i kommunalt regi, også er en gruppe, hvor velfærdsteknologiske løsninger er de bedste løsninger. Der kan være en indbygget modstand mod teknologien, som gør at det har været svært at rekruttere borgere til projektet og gør at resultaterne ikke er blevet bedre, end de er. Hvis det samme projekt var blevet lavet om ti år, kan det være at flere borgere ville have været interesserede i at træne med en skærm.

5.3.8.4 Det sociale

I den oprindelige projektperiode var der opfølgingsmøder, hvor de personer der trænede med skærmen mødtes med hinanden og kontrolgruppen. Som beskrevet i afsnit 5.3.4 "Opfølgingsmøderne" opstod der her et fællesskab både på tværs af grupperne og indbyrdes mellem de hjemmetrænende. I den forlængede periode, var der ikke møder, og det sociale aspekt af træningen var således ikke til stede. Terapeuterne vurderede ikke at det manglende sociale aspekt havde betydning for i hvor stort et omfang borgerne trænede. For de borgere der, som beskrevet ovenfor, havde problemer med eksempelvis social angst, kunne det ligefrem være en fordel, at de ikke skulle deltage i opfølgingsmøder sammen med andre borgere.

Til gengæld fremhævede de begge, at for de borgere der ikke havde psykosociale omstændigheder, som gjorde det svært for dem at komme ud, ville det være bedre hvis de trænede sammen med andre. KOL kan være en isolerende sygdom, og at træne sammen med andre kan være med til at sikre patienten ikke bliver isoleret. Eksempelvis havde de borgere der var opstartet virtuel træning efter et lærings- og mestringsforløb givet udtryk for, at de hellere ville have fortsat med at mødes, hvis de havde haft et sted hvor de kunne gøre det. Til denne gruppe ville hjælp til at starte træningshold op i eksempelvis det lokale motionscenter

eller forsamlingshus være mere meningsfuldt end træning derhjemme foran en skærm. En af terapeuterne fremhæver at hjælp til at opstarte frivillige initiativer ville kunne give et større udbytte for denne gruppe af patienter, samtidig med at det ville kræve langt færre resurser for kommunen.

5.3.8.5 Teknologien

I den oprindelige projektperiode, jævnfor evalueringen af denne, fyldte udfordringer med teknologien meget både for borgerne og for terapeuterne. For at undgå alt for mange gentagelser, vil disse ikke blive skitseret igen, men det skal nævnes, at de tekniske udfordringer stadig gjorde sig gældende i den forlængede projektperiode.

Overordnet satte den ene terapeut spørgsmålstegn ved om KOL-patienter var den rigtige målgruppe for teknologien. Skærmløsningen var udviklet til at registrere meget specifikke bevægelser og give borgeren feedback på i hvor høj grad de gengav bevægelserne korrekt. Øvelsesvalget var endvidere primært rettet mod biomekaniske problemstillinger. Begge terapeuter påpegede at øvelsesudvalget var for småt og stereotyp. Den ene fremhævede dog, at der hen imod projektets afslutning var blevet et lidt større udvalg af øvelser. Da det, i forhold til KOL-patienter, er vigtigere at de får pulsen op og kommer til at puste og mindre vigtigt hvorvidt de laver specifikke bevægelser præcist eller ej, ramte øvelsesudvalget en smule skævt i forhold til målgruppen. De kunne have haft større glæde af eksempelvis små spil eller andre mere aktivitetsbetonede øvelser. Skærmløsningen ville måske være bedre egnet til dårlige hofte- og knæpatienter, som blev udskrevet fra hospitalet, og som var kognitivt velfungerende.

For at imødegå de tekniske udfordringer indstillede man, som tidligere nævnt, skærmene til at lave øvelser på tid fremfor at registrere per øvelse. Det havde dog den ulempe at terapeuten ikke kunne se i hvor høj grad borgeren fik bevæget hele kroppen samt pulsen i vejret, da skærmen ville registrere en bevægelse uanset om man viftede en hånd eller bevægede hele kroppen.

I forhold til hvorvidt man kunne anvende andre eksisterende løsninger som erstatning for skærmene afveg terapeuternes holdninger fra hinanden. Begge terapeuter oplevede at borgerne trænede videre med enten udprintede træningsplaner, træningsdvd eller andre former for hjemmetræning. Den ene oplevede det som ligeså velfungerende, som træning med skærmene, hvor den anden terapeut mente at alternativerne var mindre gode. Dette begrundede terapeuten med, at de andre løsninger ikke indeholdt en kontrolfunktion, hvilket hun fandt var en vigtig del af motivationen for borgeren. Med andre ord, gav det en hvis motivation for borgerne at vide, der sad en terapeut og kunne følge med i om de udførte deres træning eller ej. Den anden terapeut mente, at en sms-løsning, hvor borgeren blev mindet om at træne, fungerede ligeså godt.

Begge terapeuter var dog enige om at teknologien var for dyr i forhold til udbyttet. Med den relativt lille målgruppe og de begrænsninger teknologien havde, var der enighed om ikke at fortsætte med at anvende teknologien. I Holstebro Kommune mente man, at alternativer

bestående i billeder af øvelser eller apps med øvelsesprogrammer kombineret med sms påmindelser om at træne, er et ligeså godt alternativ til skærmen. I Struer Kommune havde man undersøgt muligheden for at fortsætte med at anvende skærmene efter projektperiodens ophør, da man mente at muligheden for monitorering af patientens træning, var en vigtig feature som de alternative hjemmetræningsløsninger manglede. Man konkluderede dog at løsningen var for dyr.

5.3.8.6 Bevidsthed om mulighederne for at anvende velfærdsteknologi

I interviewet reflekterede begge terapeuter over erfaringerne med at anvende velfærdsteknologiske løsninger, såvel som alternative løsninger, når skærmene ikke længere blev anvendt. En af terapeuterne gav udtryk for at projektet havde været med til at velfærdsteknologiske løsninger er blevet en del af både hende og kollegaernes overvejelser, når de skal finde det rigtige tilbud til en borger. Selvom det blev besluttet ikke at arbejde videre med den specifikke teknologi anvendt i dette projekt, har projektet således været med til at skabe en bevidsthed om teknologiske løsninger som et alternativ eller supplement til traditionelle træningstilbud.

5.3.8.7 Opsummering på erfaringerne fra forlængelsen

Erfaringerne fra forlængelsen viser, at der er en målgruppe som vil have gavn af virtuel skærmtræning. Denne målgruppe er KOL-patienter som er fysisk dårlige, kognitivt velfungerende har en høj grad af selvkontrol og som har psykosociale omstændigheder, der gør at de har svært ved at forlade hjemmet. Det er en relativ lille målgruppe. Der var uenighed om hvorvidt andre eksisterende tilbud, kunne ramme denne målgruppe ligeså godt som den virtuelle træning, men enighed om at Welfare Denmark løsningen var for dyr.

5.3.9 Konklusion

Dette delprojekt har haft en lang opstartsperiode, da det viste sig, at den oprindelige plan om at lave live virtueltræning ikke kunne lade sig gøre i praksis. I stedet skiftede projektet retning, så der blev indkøbt en teknologisk løsning med skærmtræning fra Welfare Denmark. Projektets oprindelige projektperiode løb fra maj 2014 til maj 2015. Det blev efterfølgende besluttet at forlænge denne periode til udgangen af 2016. I den oprindelige projektperiode trænede 17 borgere. I den forlængede projektperiode var i alt 12 skærme i brug i Holstebro og Struer samt et ukendt antal af de 8 skærme der var til rådighed i Lemvig Kommune.

Erfaringerne fra projektet viser, at det har været muligt at gennemføre virtuel træning for borgere med sygdommen KOL, men hvilke teknologiske løsninger der er mulighed for at anvende afhænger af it-infrastrukturen i området.

Evalueringen af den oprindelige projektperiode viser, at de fleste af borgerne kunne lide at træne med skærmen og følte at de fik noget ud af det. Evalueringen af den forlængede periode

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

viste dog, at flere af borgerne ikke ønskede at fortsætte med den virtuelle træning, da de på et tidspunkt begyndte at finde øvelsesudvalget for ensformigt samt savnede det sociale aspekt i træningen. På tværs af de to projektperioder viser den kvalitative evaluering at den virtuelle løsning kan understøtte borgernes evne til at meste egen sygdom.

Evalueringen af den oprindelige projektperiode viste, at der ikke nødvendigvis var en sammenhæng mellem borgernes effektmål og egen oplevelse af fysisk niveau. De interviewede borgere vurderede alle at deres fysisk niveau var bedret, hvor testene viste at de var på samme niveau som ved opstart. Da KOL-sygdommen er karakteriseret ved et nedadgående funktionsniveau, er det dog fra et fagligt synspunkt en succes at borgernes funktionsniveau fastholdes i hele projektperioden.

I begge projektperioder oplevede borgerne tekniske og driftsmæssige udfordringer med den anvendte teknologi. Disse medførte i nogle tilfælde at borgerne frafaldt forløbet og i andre tilfælde at de ikke fik trænet optimalt.

Det var en udfordring at rekruttere borgere til den virtuelle træning. Det skyldtes primært to ting. For det første at kendskabet til den virtuelle træning ikke alle steder var blevet bredt ud i hele organisationen, og at alle relevante borgere således ikke fik tilbudt virtuel genoptræning. For det andet kræver teknologien meget plads i hjemmet, hvilket afskrækkede nogle og for andre simpelthen gjorde at de ikke havde mulighed for at anvende teknologien, da deres hjem ikke havde steder med den fornødne plads. Dette resulterede i at der var tomgang af skærme, samt at ikke alle skærme blev taget i brug i den forlængede projektperiode.

Den forlængede projektperiode viste, at der er en målgruppe for den virtuelle skærmtræning, men at dette er en relativt smal målgruppe. KOL-patienter med et dårligt funktionsniveau som er kognitivt stærke, har en høj grad af selvkontrol en god kropsforståelse samt psykosociale omstændigheder der gør, at de har svært ved at komme hjemmefra. Hvorvidt denne gruppe også kunne rammes af andre eksisterende tilbud, var der divergerende holdninger til.

Det vurderes at virtuel træning har potentiale, men at den anvendte teknologi har været for umoden i forhold til forventningerne.

5.4 Den Kvantitative evaluering

Den kvantitative evaluering er udarbejdet af Defactum. Evalueringsrapporten er således indsat i dette afsnit, som en del af den samlede evalueringsrapport for hele projektet.

Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud

Holstebro Kommune, Struer Kommune, Lemvig Kommune

Evaluering af delprojekt 2

Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL

5.4.1 1.0. Indledning

5.4.1.1 1.1. Opgavebeskrivelse

Projektet "Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL" er delprojekt 2 i det samlede projekt Kompetenceudvikling, teknologi og dataunderstøttelse under overskriften: Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem. Som afvikles i et samarbejde mellem Holstebro Kommune, Lemvig Kommune, Struer Kommune og Region Midtjylland (omtales herefter som opgavestillerne).

Nærværende aftale omfatter udelukkende evaluering af delprojekt 2, og resultaterne for evalueringen præsenteres i denne rapport. Der henvises til projektbeskrivelsen fra Holstebro Kommune, Struer Kommune, Lemvig Kommune og Region Midtjylland af december 2013 for yderligere information om projektets baggrund og design.

DEFACTUM har gennemført analyse af data og fortolkning af resultaterne i denne evaluering, men har ikke været involveret i design og dataindsamling i forbindelse med evalueringen. DEFACTUM har således kun været inddraget i evalueringens afrapporteringsfase.

Primær udfører og kontaktperson hos DEFACTUM er cand.scient.san. Anne Marie S. Jensen, anne.marie.jensen@stab.rm.dk.

5.4.2 1.2. Formål

Formålet med projektet er at undersøge, hvorvidt et individuelt virtuelt træningsprogram efter endt KOL-rehabilitering har effekt på udvalgte rehabiliteringsparametre hos borgere med KOL i op til 12 måneder efter et afsluttet forløb i kommune/på sygehus. Det virtuelle træningsprogram, indbefatter at borgerne får udleveret en skærm, hvorfra de instrueres i at udføre den virtuelle træning.

Målet for det virtuelle træningsforløb som intervention er at:

- Borgerens funktionsevne vedligeholdes eller forbedres over et år
- Borgerens mestringssevne fastholdes eller øges over et år
- Borgerens livskvalitet øges over et år
- Borgerens indlæggelser og genindlæggelser reduceres

5.4.3 2.0. Metode

Projektet blev gennemført som et randomiseret forsøg med en interventions og en kontrolgruppe. Interventionsgruppen modtager et individuelt virtuelt træningsprogram i hjemmet efter afsluttet KOL-rehabilitering og sammenlignes med borgere med samme sygdom (kontroller), som også har modtaget KOL-rehabilitering, men som ikke tilbydes efterfølgende virtuel vedvarende træning i hjemmet. Figur 1 er taget fra projektbeskrivelsen fra de tre kommuner og illustrerer projekt design og borgenes forløb gennem projektet.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

5.4.3.1 2.1. Interventionen

Borgerne i interventionsgruppen får udleveret en skærm, hvorfra de instrueres i at udføre den virtuelle træning. Terapeuterne modtager borgerens træningsdata, når borgerne har trænet. Ud fra disse træningsdata kan terapeuterne vejlede borgerne i deres træningsindsats. Terapeuterne skal tjekke data en gang om ugen, og træningsplanen skal ændres efter behov i dialog med borgeren. Træningen løber over 12 måneder.

Borgere i kontrolgruppen følger det konventionelle forløb i kommunen efter afsluttet KOL-rehabilitering i kommune/på sygehus.

5.4.3.2 2.2. Population

Følgende borgere blev inkluderet: borgere med KOL, som havde deltaget på kommunal eller regional KOL-rehabilitering i foråret 2014, og som havde bopæl i enten Holstebro, Struer eller Lemvig Kommune. Endvidere blev borgere, som havde deltaget på tidligere KOL-rehabiliteringshold i de tre kommuner, inkluderet.

I henhold til projektbeskrivelsen fra de tre kommuner og Region Midt skulle projektet inkludere 48 borgere med KOL i en interventionsgruppe (n=24) og en kontrolgruppe (n=24). Hver kommune skulle deltage med 16 borgere fra de kommunale rehabiliteringsforløb suppleret med borgere fra det regionale rehabiliteringsforløb og eventuelt deltagere fra tidligere rehabiliteringsforløb, jf. figur 1.

Ved afslutning af projektet var der inkluderet 17 borgere i interventionsgruppen og 18 borgere som kontroller.

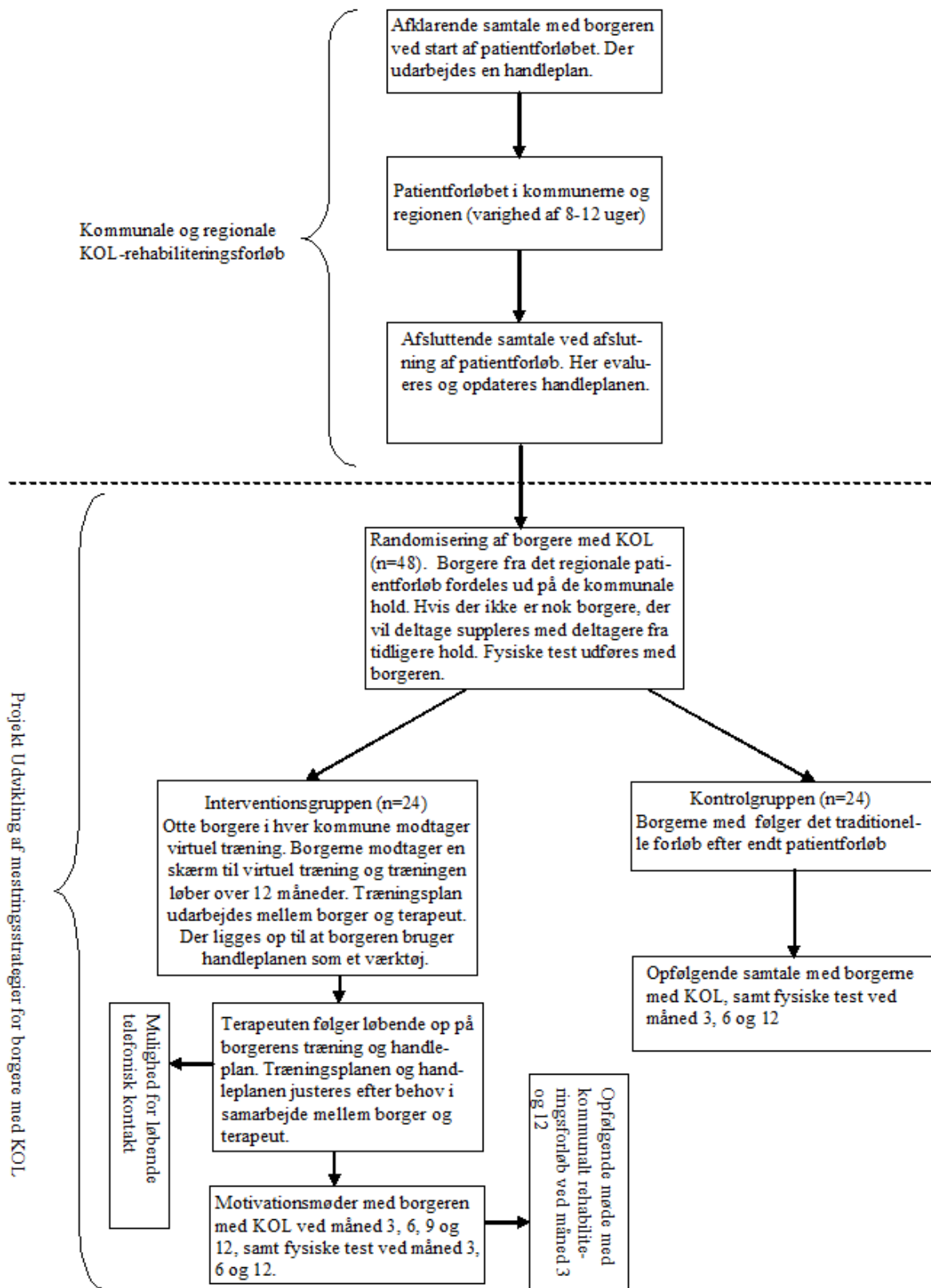
5.4.3.3 2.3. Randomisering

Alle borgere fra målgruppen, som ønskede at deltage i projektet, blev randomiseret til enten interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Hver kommune fik tildelt 16 pladser, som blev synliggjort ved hjælp af 16 lodder. På 8 af lodderne anførtes "intervention" og på 8 lodder anførtes "kontrol". Når deltagerne fra KOL-rehabiliteringsholdene havde sagt ja til at deltage, trak de et lod. Skete der et frafald inden for forsøgets første tre måneder ville nye borgere kunne indgå ud fra de beskrevne inklusionskriterier. Ellers blev inklusion af nye borgere lukket.

Alle 35 borgere havde deltaget i de sædvanlige KOL-rehabiliteringsforløb i enten kommunen eller på hospitalet, som de var henvist til. Interventionsgruppen modtog derefter virtuel træning i 12 måneder, mens kontrolgruppen fulgte den normale praksis efter afsluttende rehabiliteringsforløb.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Figur 1: (jf. projektbeskrivelsen side 13): Borgernes forløb gennem projektet.



Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

5.4.3.4 2.4. Datagrundlag

Alle data til evalueringen er blevet leveret af Natascha Kammeyer Damgaard, Holstebro Kommune. Der blev udført målinger ved baseline 1. juni 2014, ved 3 måneder, ved 6 måneder og efter 12 måneder.

Data for indlæggelse og genindlæggelse er baseret på et udtræk fra Landpatientregistret for alle hospitalskontakter i Region Midtjylland i perioden 1. juni 2014 til 31. maj 2015. Disse data er også blevet leveret af Natascha Kammeyer Damgaard, Holstebro Kommune.

Observationsperiode defineres som tid fra indexdato til indexdato+365 dage. For interventionsgruppen blev indexdato defineret som den registrerede dato for installation af virtuel skærm i hjemmet (borger modtager personligt). Patientforløbene blev afsluttet omkring den 1. maj 2014, hvorefter skærmene blev installeret hos borgerne og indexdato er derfor sat til 1. juni 2014. For kontrolgruppen blev indexdato for afslutning af patientuddannelse i kommune/på hospital sat til 1. juni 2014.

5.4.3.5 2.5. Effektmål

5.4.3.5.1 2.5.1. Fysiske tests (rejse-sætte-sig, 6-min. gangtest)

Rejse-sætte-sig-test har til formål at vurdere styrken i underkølemembranerne, som er af stor betydning for udførelsen af dagligdags aktiviteter. Ved testen skal personen rejse og sætte sig fra en stol flest muligt antal gange på 30 sekunder uden brug af armlæn (1). 6 minutters gangtest handler om, at testpersonen skal gå så langt som muligt på seks minutter. Testen bliver brugt som et mål for den almene funktionstilstand. Resultat af gangtesten vurderer både kredsløbsfunktionen og bevægeapparatets tilstand som helhed (2).

5.4.3.5.2 2.5.2. heiQTM

'At mestre dagligdagen': HeiQ måles ved hjælp af et australsk udviklet og valideret spørgeskema Health education impact questionnaire (heiQ™) til brug i patientuddannelser og interventioner med fokus på mestring af kroniske tilstande. Beskrivelsen af HeiQ er taget fra Moeva-manualen, der er udarbejdet af DEFACTUM som vejledning til brug i forbindelse af arbejdet med monitorering og evalueringsværktøjet (3). Skemaets 40 spørgsmål er placeret tilfældigt, men indgår i otte forskellige domæner: sundhedsrelateret adfærd, positivt og aktivt engagement i livet, følelsesmæssigt velbefindende, selvmonitorering og indsigt, konstruktive holdninger og tilgange, færdigheder og hjælpemidler, social integration og støtte, navigering i sundhedsvæsenet. Tabel 1 viser en uddybende beskrivelse af de otte domæner.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tabel 1: De otte domæner i HeiQ med fortolkning

	Domæner	Fortolkning
1	Positivt og aktivt engagement i livet	En høj score karakteriserer personer, som er aktivt engagerede i livet, og som er motiverede for at forbedre deres levevilkår
2	Sundhedsrelateret adfærd	En høj score indikerer høj grad af sundhedsfremmende og forebyggende adfærd
3	Færdigheder og hjælpemidler	En høj score er karakteristisk for personer, som har højt udviklede færdigheder til at lette symptomer og teknikker til at håndtere eget helbred
4	Konstruktive holdninger og tilgange	En høj score identificerer individer, som forsøger at minimere konsekvenserne af sygdommen, og som er besluttet på ikke at lade sygdommen kontrollere deres liv
5	Selvmonitorering og indsigt	En høj score identificerer selvmonitorering, egenomsorg, at personen sætter fornuftige grænser og mål og har indsigt i det at leve med et helbredsproblem
6	Navigering i sundhedsvæsenet	En høj score karakteriserer personer, som har tillid til deres evne til at kommunikere med sundhedsprofessionelle, og som har en god forståelse for på hvilke måder, sundhedsvæsenet kan imødekomme deres behov
7	Social integration og støtte	En høj score indikerer en høj grad af social integration, god oplevelse af støtte, at personen søger støtte fra andre og ikke oplever sygdomsrelateret isolation
8	Følelsesmæssigt velbefindende (omvendt skala)	En høj score identificerer personer, som har en høj grad af helbredsrelaterede negative følelser, negative holdninger til livet og høj grad af angst, stress, vrede og depression

5.4.3.5.3 2.5.3. SF-12

Fysisk og psykisk funktionsevne er målt ved Short Form 12 Health Survey version 2 (SF-12): Beskrivelsen af SF-12 er taget fra Moeva-manualen, der er udarbejdet af DEFACTUM som vejledning til brug i forbindelse af arbejdet med monitorerings og evalueringsværktøjet (3). SF-12 er et generisk, det vil sige et ikke-sygdomsspecifikt, mål, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne. SF-12 er udviklet i USA og efterfølgende valideret i en række lande, herunder Danmark. SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer. De otte skalaer beskriver fysiske, psykiske og sociale sider af livskvalitet og funktionsevne. Tilsammen tegner de en funktionsprofil af en person eller en gruppe.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Fire skalaer beskriver fysisk funktionsevne og den generelle helbredstilstand. Det er skalaerne Fysisk funktion, Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte og Alment helbred. Og fire skalaer beskriver psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand. Det er skalaerne Energi, Social funktion, Psykisk betingede begrænsninger og Psykisk trivsel.

For hver af de otte skalaer udregnes en score (0-100) for den enkelte respondent, som sammenlignes med en norm for hver af de otte skalaer. Referencebefolkningen er en US general population og har et gennemsnit på 50 og en standardafvigelse på 10. Værdier under 50 betyder, at det selvvaluerede helbred opleves værre end normen. Et almindeligt brugt mål til at angive betydningen af forskellen mellem to skalaværdier er effektstørrelse. Den siger noget om, hvorvidt forskellen mellem to grupper er stor eller lille. Her bør nævnes, at det er foreslået, at en forskel på 5 point mellem et gruppegennemsnit og en referencegruppe er "klinisk og socialt relevant" (3). I tabel 2 ses de 8 skalaer i SF-12.

Tabel 2: Skalaer i SF-12

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
Fysisk funktion	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.	Udfører almindelige fysiske aktiviteter så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper.
Fysisk betingede begrænsninger	Har problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål på grund af det fysiske helbred.	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål på grund af det fysiske helbred.
Fysisk smerte	Har smerter som vanskeliggør daglige gøremål meget	Er ikke begrænset af smerter.
Alment helbred	Vurderer sit eget helbred som dårligt.	Vurderer sit eget helbred som fremragende.
Energi	Har ingen energi.	Er fuld af energi.
Social funktion	Har svært ved at se andre mennesker på grund af fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.	Har ingen problemer med at se andre mennesker på grund af fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer.
Psykisk betingede begrænsninger	Har svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål på grund af følelsesmæssige problemer.	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål på grund af følelsesmæssige problemer.
Psykisk trivsel	Føler sig trist til mode og anspændt hele tiden.	Føler sig rolig, afslappet og glad hele tiden.

5.4.3.5.4 2.5.4. Indlæggelse og genindlæggelse

Der er inkluderet indlæggelser i observationsperioden fra indexdato til indexdato+365 dage. Alle indlæggelser på offentlige hospitaler i Region Midtjylland tæller med, hermed kan der også tælles genindlæggelser på tværs af hospitaler og somatik/ psykiatri. Dog er der nedenstående undtagelser (aktionsdiagnoser på den akutte indlæggelse):

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

- Cancer-diagnoser (DC*, DD00*-DD09' og DD37*-DD48*)
Fødsler (D080*-D084*)
- Læsioner og forgiftninger (DS*-DT*, dog medtages DT36*-DT50* og DT80*-DT89*)
- Vold, selvbeskadigelse og diverse uspecifikke undersøgelsesdiagnoser (DX*-DZ*, dog medtages DZ03*, DZ42*, DZ47*-DZ48*, DZ54* og DZ74*-DZ75*)
- Herudover undtages indlagte patienter fra nævneren, hvis deres indlæggelse afsluttes med afslutningsmåde 8 (død).

Kun akutte indlæggelser kan tælle som genindlæggelser. Hver akut indlæggelse kan max tælle som én genindlæggelse.

Genindlæggelser beregnes således:

- Tæller: Antal akutte indlæggelser mellem 8 timer til 30 dage efter en tidligere indlæggelses udskrivningstidspunkt (fraregnet undtagelser).
- Nævner: Antal indlæggelser i perioden (fraregnet undtagelser).

5.4.3.6 2.6. Statistisk analyse

Data blev analyseret med fokus på ændringer i indlæggelsesfrekvens, funktionsevne, mestringssevne og livskvalitet, og effekten var eventuelle forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe. De fysiske tests, heiQ™ og SF-12 for de to grupper blev sammenlignet ved baseline, 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder. Alle analyser blev foretaget i statistiksoftware programmet Stata 14.

Variablene i baggrundstabellen opgives i antal og procent (%) eller gennemsnit og 95% konfidensinterval.

For SF-12 analyser blev der foretaget en non-parametrisk test, Wilcoxon signed-rank test for om der inden for hver gruppe var forskelle mellem baseline og de efterfølgende målinger. Til sidst er der med en non-parametrisk Wilcoxon rank-sum test, testet om der var forskel på ændringerne i målingerne imellem de to grupper.

Beskrivelsen af analyser for heiQ™ er taget fra rapporten "Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvantitativ evaluering" (4). Først undersøges om forskellene mellem baseline og de tre opfølgninger var signifikante. Til dette blev Wilcoxon signed-rank test anvendt. Derefter blev der udregnet en gruppeeffektstørrelse for hvert af de otte heiQ™-domæner. Denne blev beregnet ved at dividere gennemsnittet af den eventuelle forskel mellem baseline og henholdsvis 1. opfølgning, 2. opfølgning og 3. opfølgning med standarddeviationen ved baseline. Ved vurdering af effektstørrelsen blev Jakob Cohens tommelfingerregel, Cohens d, anvendt. En effektstørrelse mellem 0,2-0,49 betegnes som lille, 0,5-0,8 betegnes som mellem, og en effektstørrelse over 0,8 er stor effekt. Til sidst beregnes den individuelle reliable ændring for hver svardeltager og der sættes et punkt for en positiv reliable ændring. Til denne udregning blev classical Reliable Change Index anvendt. Som mål for reliable ændringer blev der anvendt formel 6. Der er sat cut-off-punkt ved definition af positive reliable ændringer på 1,65, hvilket svarer til en p-værdi på 0,1. Endvidere blev der taget højde for, at deltagere, der har en høj score ved baseline, kunne opnå positive reliable ændringer. Dette blev gjort for begge grupper (4).

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Ved de fysiske test blev der anvendt parametriske test, t-test for at se om der var forskelle på resultaterne ved baseline, 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder i de to grupper. Der blev anvendt parret t-test til at teste om der var signifikante forskelle fra baseline til de efterfølgende målinger.

Generelt vurderes et estimat til at være statistisk signifikant, hvis der er en p-værdi $\leq 0,05$.

For at få mest information med i rapporten fremgår estimater for de forskellige målinger med alle besvarelser, dvs. de borger der kun havde besvaret nogle af målingerne også er med. Ved test mellem baseline og de efterfølgende målinger indgår dog kun de borgere, hvor der er komplette besvarelser.

5.4.3.7 2.7. Tilladelse til brug af data

Juridisk afdeling i Region Midtjylland har pr. 9. juni 2016 givet tilladelse til at data må anvendes som anført ovenfor, registreret under RM sagsnummer 1-16-02-364-16. Projektanmeldelsen vil henhøre til Region Midtjyllands generelle anmeldelse til Datatilsynet, "Sundhedsvidenskabelig forskning i Region Midtjylland", jf. persondatalovens § 43 og godkendt af Datatilsynet under journalnummer 2012-58-006.

5.4.4 3.0. Resultater

5.4.4.1 3.1. Datakomplethed

Alle skemaer ved de forskellige målinger er ikke udfyldt, hvilket medfører en begrænset mængde af data. Dette er gældende for både interventions og kontrolgruppen. Derfor bliver alle estimater i tabellerne usikre. Især resultaterne for ændringer fra baseline til de efterfølgende målinger er behæftet med stor usikkerhed, da disse estimater kun beregnes for de borgere der har udfyldt begge skemaer.

5.4.4.2 3.2. Baseline karakteristika

Baggrundsoplysninger fordelt på intervention og kontrolgruppen ses i tabel 3. På variablene køn og alder adskiller de to grupper sig ikke væsentligt fra hinanden. Der er lidt færre mænd end kvinder der deltager i de to grupper. Den gennemsnitlige alder for grupperne er estimeret til 66 år. I tabel 3 ses, at der med 49 % (n=5) er en større andel af daglige rygere i interventionsgruppen, sammenlignet med 11 % (n=2) i kontrolgruppen, dog er andelen af uoplyste større i kontrolgruppen og kan eventuelt forklare forskellen. I forhold til BMI er de to grupper ens med en gennemsnitlig BMI på henholdsvis 27,9 (intervention) og 27,4 (kontrol). Tilsyneladende bor flere borgere i interventionsgruppen alene (n=5, 29,4 %) sammenlignet med 5,6 % (n=1) i kontrolgruppen. Der er flere uoplyste besvarelser i kontrolgruppen.

Tabel 3: Baseline karakteristika for intervention og kontrolgruppen.

	Intervention			Kontrol		
	Antal	%		antal	%	
Køn						
Mand	6	35		8	44	
Kvinde	11	65		10	56	
Alder	Antal	median	Min/Max	Antal	Median	Min/Max
Samlet	17	66	(54 - 81)	18	65,5	(47 - 75)
Mand	6	67	(58 - 81)	8	66,5	(57 - 75)
Kvinde	11	65	(54 - 72)	10	61	(47 - 71)

Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Lungefunktion	Antal	Gennemsnit	95 % CI	Antal	Gennemsnit	95 % CI
FEV ₁	9	0,4	(0,3- 0,5)	8	0,5	(0,3-0,7)
Uoplyst	8			10		
	Antal	%		Antal	%	
MRC-grad < 3	5	29,4		6	33,3	
MRC-grad ≥ 3	5	29,4		7	38,9	
Uoplyst	7	41,2		5	27,8	
	Antal	%		Antal	%	
Rygestatus	Antal	%		Antal	%	
Ryger, hver dag	5	49		2	11	
Nej, jeg er holdt op	9	53		9	50	
Nej, jeg har aldrig røget	1	6		1	6	
Uoplyst	2	12		6	33	
	Antal	Gennemsnit	95 % CI	Antal	Gennemsnit	95 % CI
BMI	Antal	Gennemsnit	95 % CI	Antal	Gennemsnit	95 % CI
Samlet	17	27,9	(24,3-31, 3)	15	27,4	(23,9 - 31,0)
Mand	6	25,6	(21,0- 30,1)	8	26,1	(21,2 - 30,1)
Kvinde	11	29,0	(23,7- 34,2)	7	29,0	(22,4 - 35,6)
Uoplyst	0			3		
	Antal	%		Antal	%	
Bor alene	Antal	%		Antal	%	
Ja	5	29,4		1	5,6	
Nej	10	58,8		9	50	
Uoplyst	2	11,8		8	44,44	

Sværhedsgraden af lungefunktionsnedsættelsen, angives som FEV₁ i % af den forventede værdi og MRC-dyspnø skala (5). FEV₁ ligger på omkring 40-50 % for begge grupper. Udgangspunktet ses at være lidt lavere for interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Borgerne ligger i gruppen moderat/svær KOL(5).

Tabel 4: Stratificering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

Sværhedsgrad	FEV ₁ værdi i % af forventet
Mild	>80 %
Moderat	50 % < FEV ₁ < 80 %
Svær	30 % < FEV ₁ < 50 %
Meget svær	FEV ₁ < 30 %

Den gennemsnitlige MRC-grad er på henholdsvis 2,7 for interventionsgruppen og 2,8 for kontrolgruppen, hvilket er lige uden for referencerammen for, hvem der bør tilbydes rehabilitering i Region Midt, her er det MRC-grad ≥ 3 (5). Der er således borgere der er får KOL-rehabilitering på trods af en MRC-grad mindre end 3. MRC-dyspnø skala er vist i tabel 5.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tabel 5: MRC-dyspnø Skala

MRC-dyspnø Skala	
Grad 1	Patienten får kun åndenød ved svær anstrengelse
Grad 2	Patienten får kun åndenød ved hurtig gang eller gang op ad lille bakke
Grad 3	Patienten går langsommere end sine jævnaldrende pga. åndenød eller er nødt til at stoppe op ved gang i eget tempo
Grad 4	Patienten må standse op for at få vejret efter 100 meters gang
Grad 5	Patienten har for meget åndenød til at forlade sit hjem eller får åndenød ved påklædning

5.4.4.3 3.3. Fysisk og psykisk funktionsevne – SF-12

Alle registrerede observationer er med i de viste figurer, dvs. det er ikke kun de borgere der har svaret ved samtlige målinger.

Ved baseline er datakompletheden for SF-12 i interventionsgruppen: 13 deltagere har udfyldt hele skemaet, 2 har udfyldt delvist og 2 har ikke udfyldt. I kontrolgruppen har 11 udfyldt hele skemaet for SF-12, 2 delvist og 5 har ikke udfyldt.

Ved 3 måneder er datakompletheden for SF-12 i interventionsgruppen: 11 har udfyldt hele skemaet, 1 har delvist udfyldt, 5 har ikke udfyldt. I kontrolgruppen: 9 har udfyldt alle skemaer for SF-12, 4 har delvist udfyldt, 5 har ikke udfyldt.

Ved 6 måneder er datakompletheden for SF-12 i intervention: 11 har udfyldt hele skemaet, 1 har delvist udfyldt og 5 har ikke udfyldt. I kontrolgruppen har 7 udfyldt, 2 har delvist udfyldt og 9 har ikke udfyldt skemaet for SF-12.

Ved 12 måneder er datakompletheden for SF-12 i interventionsgruppen: 12 har udfyldt hele skemaet, 2 har delvist udfyldt og 3 har ikke udfyldt. I kontrolgruppen har 9 udfyldt og 1 delvist og 8 har ikke udfyldt skemaet for SF-12.

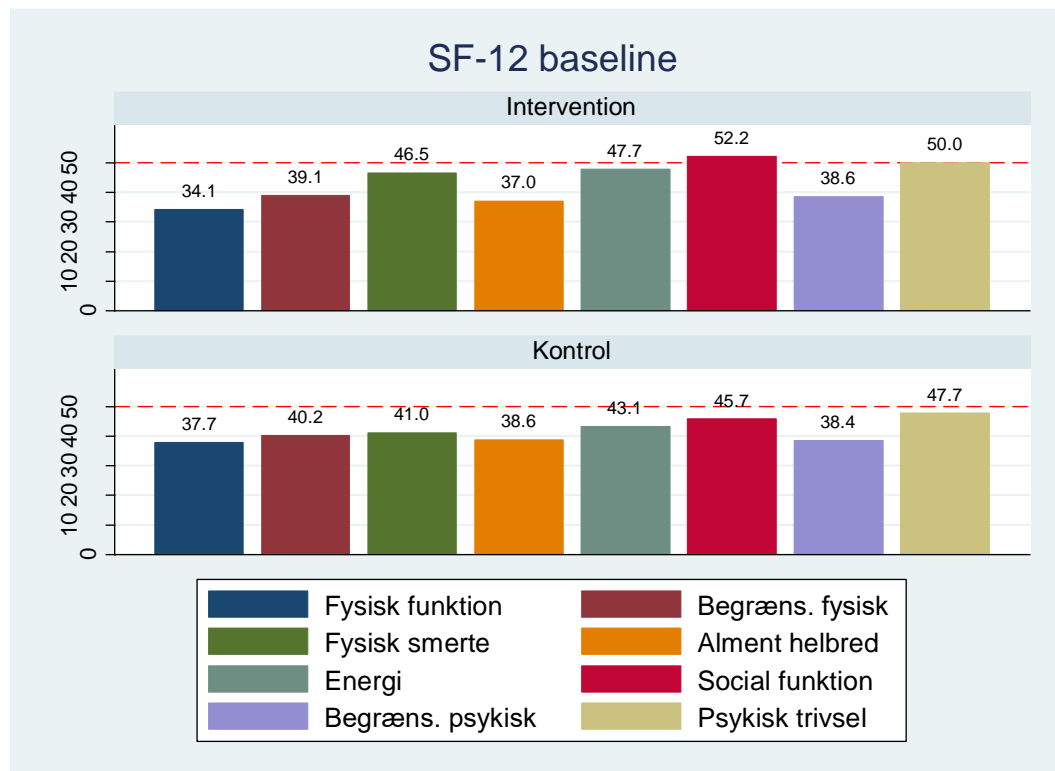
5.4.4.3.1 3.3.1. SF-12 ved baseline

I figur 2 ses resultaterne for SF-12 ved baseline for de to grupper. Alle område på nær social funktion og psykisk trivsel ligger under normen på 50 for referencebefolkningen (US general population). Dette betyder at begge grupper oplever et selv vurderet helbred der er dårligere end normen. For interventions gruppen ses de to laveste gennemsnit score i skalaen fysisk funktion med en gennemsnits score på 34,1 (95 % CI: 30,6-37,6) og ved skalaen alment helbred, hvor der er en

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

gennemsnitscore på 37,0 (95% CI: 32,0-42,0). For kontrol gruppen ses de laveste score ved fysisk funktion 37,7 (95 % CI: 29,2-46,2) og psykisk betingede begrænsning 38,4 (95 % CI:29,7-47,2).

Figur 2: SF-12 ved baseline for de to grupper



5.4.4.3.2 3.3.2. SF-12 ved 3 måneder

Resultaterne for selv vurderet helbred ved 3 måneder ses i figur 3.

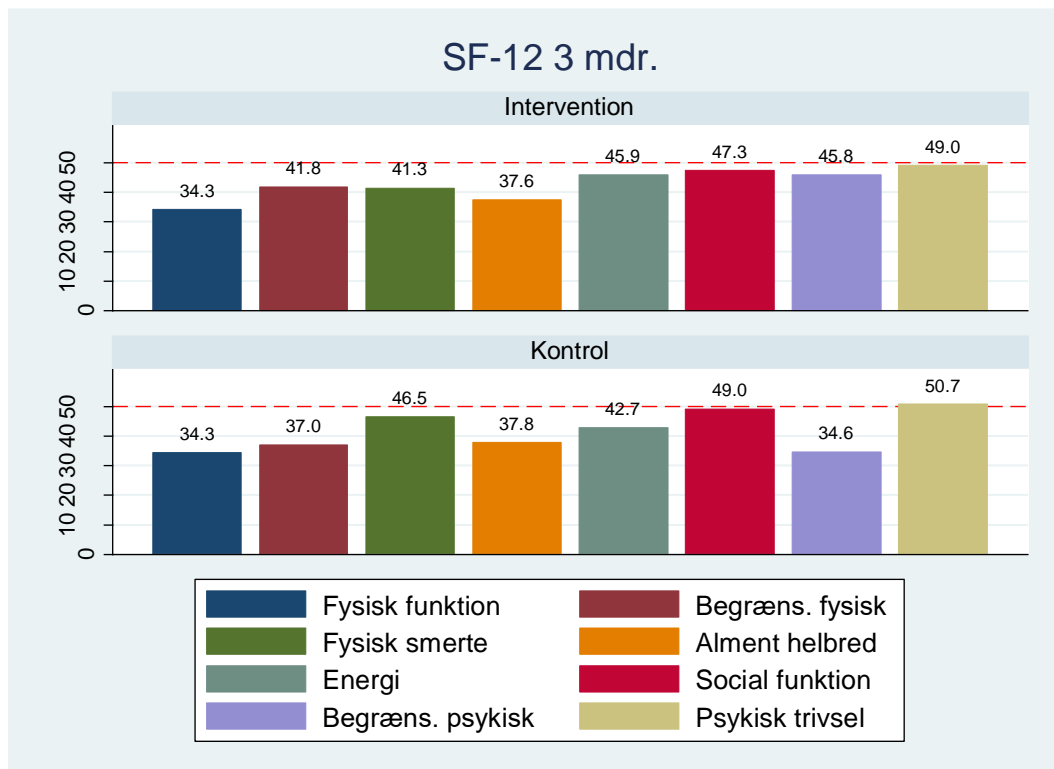
Ved 3 måneder er de to skalaer med laveste score for interventionsgruppen stadig fysisk funktion 34,3 (95 % CI:28,4 - 40,2) og alment helbred 37,6 (95% CI:31,6 - 43,5). For kontrolgruppen er det også et uændret billede i forhold til baseline, igen er de to skalaer med laveste score fysik funktion 34,3 (95 % CI:26,8 - 41,8) og psykisk betingede begrænsning 34,6 (95 % CI:23,4 – 45,9). Ved analyse kan der ikke påvises signifikante forskelle mellem de to grupper ved 3 måneders besvarelsen. Når resultaterne ved 3 måneder sammenlignes med resultaterne ved baseline analyseres der kun på de borgere der har udfyldt både ved baseline og ved 3 måneder.

Datakompletheden for interventionsgruppen ved både baseline og 3 måneder: 9 har udfyldt, 1 har delvist udfyldt, 7 har ikke udfyldt. Datakompletheden for kontrolgruppen ved både baseline og 3 måneder: 7 har udfyldt, 2 delvist og 9 har ikke udfyldt.

Ved test af forskelle i ændringer mellem baseline og 3 måneder for interventionsgruppen ses der en signifikant ændring ved skalaen "psykisk betingede begrænsning" mellem baseline(38,6) og 3 måneders opfølgning (45,8).

Figur 3: Selvvurderet helbred og fysisk funktionalitet ved 3 måneder.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



5.4.4.3.3 3.3.3. SF-12 ved 6 måneder

Resultaterne for selv vurderet helbred og funktionsniveau målt ved 6 måneder ses i figur 4.

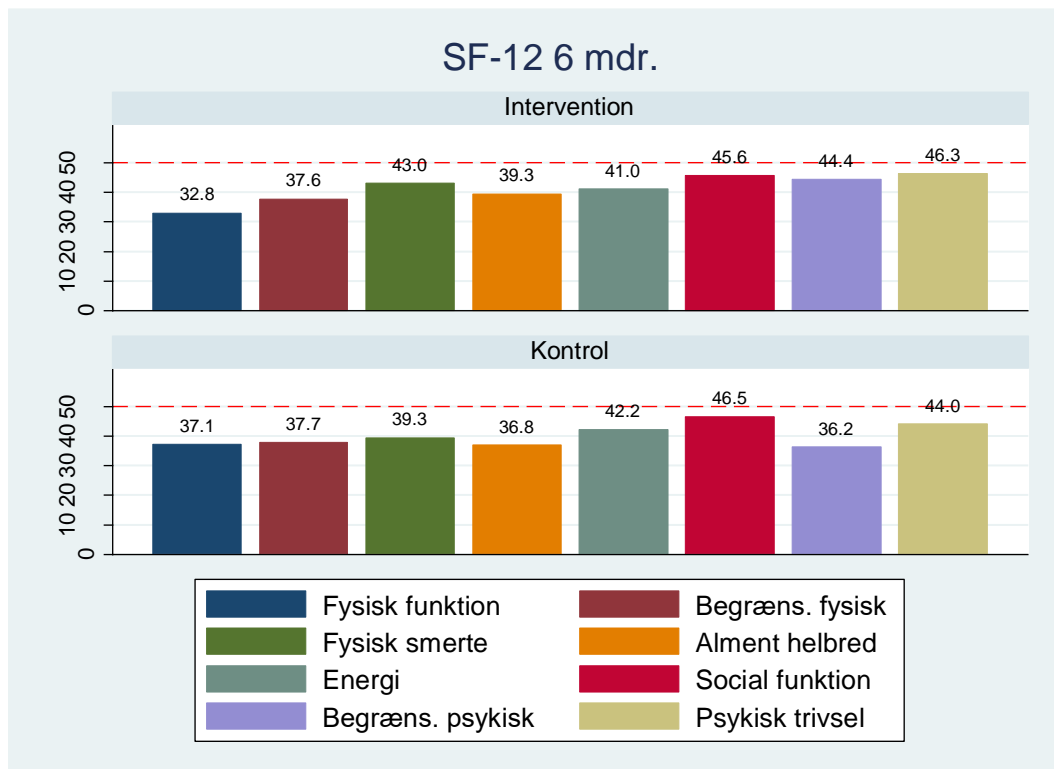
Når resultaterne ved 6 måneder sammenlignes med resultaterne ved baseline analyseres der kun på de borgere der har udfyldt både ved baseline og ved 6 måneder.

Datakompletheden for interventionsgruppen ved både baseline og 6 måneder: 10 har udfyldt, 1 har delvist udfyldt, 6 har ikke udfyldt. Datakompletheden for kontrolgruppen ved både baseline og 6 måneder: 4 har udfyldt, 1 delvist og 13 har ikke udfyldt.

Der kan ikke tolkes på resultaterne for analyser da datakompletheden for især kontrolgruppen er lav, da der er for få patienter med.

Figur 4: SF-12 målt ved 6 måneder

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



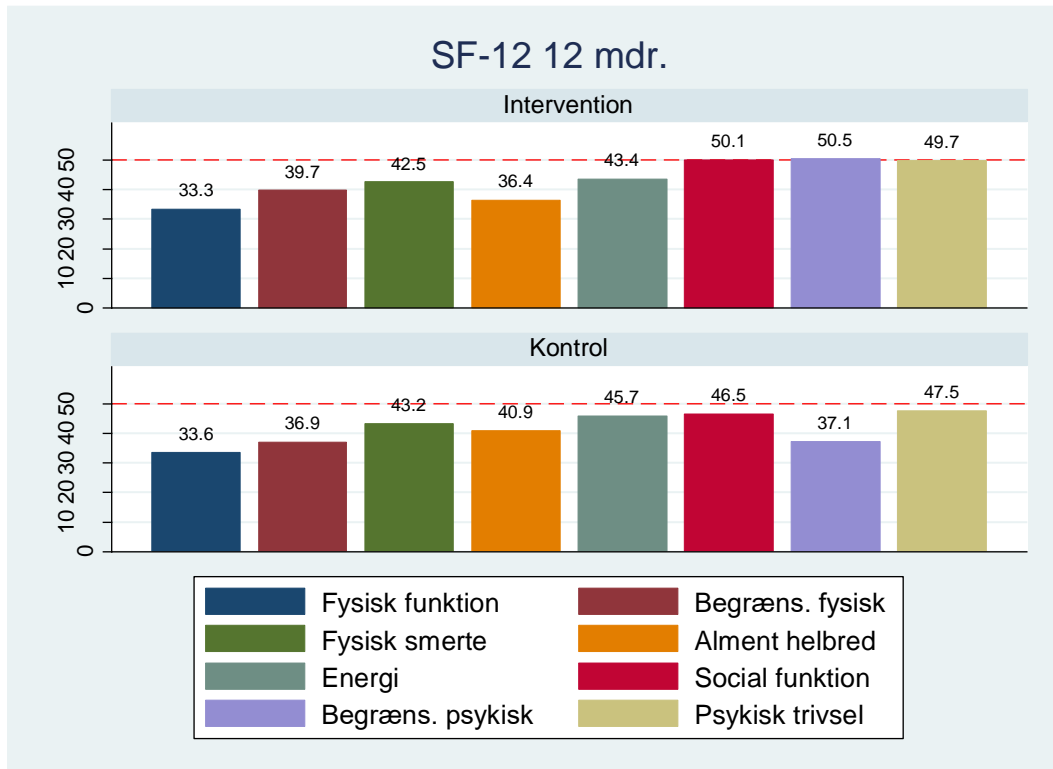
5.4.4.3.4 3.3.4. SF-12 ved 12 måneder

Resultaterne for selv vurderet helbred og funktionsniveau målt ved 12 måneder ses i figur 5. Når resultaterne ved 12 måneder sammenlignes med resultaterne ved baseline analyseres der kun på de borgere der har udfyldt både ved baseline og ved 12 måneder.

Datakompletheden for interventionsgruppen ved både baseline og 12 måneder: 11 har udfyldt, 2 har delvist udfyldt, 4 har ikke udfyldt. Datakompletheden for kontrolgruppen ved både baseline og 12 måneder: 6 har udfyldt og 12 har ikke udfyldt.

Der kan ikke tolkes på resultaterne for analyserne, da datakompletheden for især kontrolgruppen er lav, da der er for få patienter med.

Figur 5: SF-12 ved 12 måneder



5.4.4.4 3.4. Indlæggelse og genindlæggelse på hospital

Jf. tabel 6 har 9 ud af alle deltagere været hospitalsindlagt i en kortere eller periode i perioden 1.juni 2014 – 31. maj 2015 (6 i interventionsgruppen og 3 i kontrolgruppen).

Der er 1 deltager i interventionsgruppen der har haft en genindlæggelse i hele perioden.

Tabel 6: Indlæggelse fordelt på intervention og kontrolgruppen

	Intervention		Kontrol	
	antal personer	median (min/max)	antal personer	median (min/max)
Indlæggelser	6		3	
Genindlæggelser	1		0	
Ambulante besøg	13	2 (1/10)	11	4 (1/18)

5.4.4.5 3.5. HeiQ

5.4.4.5.1 3.5.1. Baseline – 3 måneder

Jf. tabel 7 havde interventionsgruppen fra baseline til 3-måneders follow-up positiv reliabel ændring i 4 ud af 8 domæner (sundhedsrelateret adfærd, færdigheder og hjælpemidler, selvmonitorering og indsigt samt navigering i sundhedsvæsenet). Kontrolgruppen havde tilsvarende positiv reliabel ændring i 3 ud af 8 domæner (selvmonitorering og indsigt, navigering i sundhedsvæsenet samt følelsesmæssigt velbefindende), jf. Tabel 8.

Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tabel 7: Baseline – 3 måneder, interventionsgruppen

Intervention								
	Antal ved baseline	Baseline gennemsnit	Antal ved 3 mdr	3 mdr. gennemsnit	Gens. ændring*	Gruppeteffekt størrelse	Antal komplette besvarelser	Antal med positive reliable ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	15	3,3	12	3,1	-0,2	-0,6	10	0 (0,0%)
Sundhedsrelateret adfærd	15	3,1	12	3,1	0,1	0,1	10	2 (20,0%)
Færdigheder og hjælpemidler	15	3,1	12	3,1	0,1	0,1	10	1 (10,0%)
Konstruktive holdninger og tilgange	15	3,2	12	2,9	0,0	-0,2	10	0 (0,0%)
Selvmonitorering og indsigt	15	3,1	12	3,2	-0,1	-0,2	10	1 (10,0%)
Navigering i sundhedsvæsenet	15	3,5	12	3,4	-0,1	-0,4	10	3 (30,0%)
Social integration og støtte	15	3,2	12	3,2	0,0	0,1	10	0 (0,0%)
Følelsesmæssigt velbefindende	15	2,8	12	2,6	1,0	0,1	10	0 (0,0%)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tabel 8: Baseline – 3 måneder, kontrolgruppen

Kontrol								
	Antal ved baseline	Baseline gennemsnit	Antal ved 3 mdr	3 mdr. gennemsnit	Gens. ændring*	Gruppeeffektstørrelse	Antal komplette besvarelser	Antal med positive reliable ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	13	3,0	13	3,1	0,2	0,6	9	0 (0,0%)
Sundhedsrelateret adfærd	13	2,6	13	2,7	0,2	0,3	9	0 (0,0%)
Færdigheder og hjælpemidler	13	3,0	13	3,0	-0,1	-0,3	9	0 (0,0%)
Konstruktive holdninger og tilgange	13	2,9	13	3,0	0,0	0,0	9	0 (0,0%)
Selvmonitorering og indsigt	13	3,0	13	3,0	0,1	0,2	9	1 (11,1%)
Navigering i sundhedsvæsenet	13	3,2	13	3,4	0,0	0,1	9	1 (11,1%)
Social integration og støtte	13	3,0	13	3,1	-0,1	-0,2	9	0 (0,0%)
Følelsesmæssigt velbefindende	13	2,6	13	2,6	0,1	0,2	9	3 (33,3%)

5.4.4.5.2 3.5.2. Baseline – 6 måneder

Tabel 9 viser, at fra baseline til 6-måneders follow-up havde interventionsgruppen positiv reliabel ændring i 6 ud af 8 domæner (sundhedsrelateret adfærd, færdigheder og hjælpemidler, konstruktive holdninger og tilgange, selvmonitorering og indsigt, navigering i sundhedsvæsenet samt følelsesmæssigt velbefindende). Tilsvarende havde kontrolgruppen også positiv reliabel ændring i 6 ud af 8 domæner, jf. tabel 10 (positivt og aktivt engagement i livet, færdigheder og hjælpemidler, konstruktive holdninger og tilgange, selvmonitorering og indsigt, navigering i sundhedsvæsenet og social integration og støtte).

Evalueringsrapport

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tabel 9: Baseline – 6 måneder, interventionsgruppen

Intervention								
	Antal ved baseline	Baseline gennemsnit	Antal ved 6 mdr	6 mdr. gennemsnit	Gens. ændring*	Gruppeteffektstørrelse	Antal komplette besvarelser	Antal med positive reliable ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	15	3,3	11	3,2	0,1	0,1	10	0 (0,0%)
Sundhedsrelateret adfærd	15	3,1	11	3,3	0,2	0,4	10	1 (10,0%)
Færdigheder og hjælpemidler	15	3,1	11	3,2	0,2	0,6	10	2 (20,0%)
Konstruktive holdninger og tilgange	15	3,2	11	3,1	-0,1	-0,1	10	1 (10,0%)
Selvmonitorering og indsigt	15	3,1	11	3,2	0,2	0,5	10	2 (20,0%)
Navigation i sundhedsvæsenet	15	3,5	11	3,5	-0,1	-0,2	10	3 (30,0%)
Social integration og støtte	15	3,2	11	3,2	0,1	0,2	10	0 (0,0%)
Følelsesmæssigt velbefindende	15	2,8	11	2,6	-0,1	-0,1	10	2 (20,0%)

Tabel 10: Baseline – 6 måneder, kontrolgruppen

Kontrol								
	Antal ved baseline	Baseline gennemsnit	Antal ved 6 mdr	6 mdr. gennemsnit	Gens. ændring*	Gruppeteffektstørrelse	Antal komplette besvarelser	Antal med positive reliable ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	13	3,0	9	3,1	0,2	0,6	5	2 (40,0%)
Sundhedsrelateret adfærd	13	2,6	9	2,8	0,2	0,3	5	0 (0,0%)
Færdigheder og hjælpemidler	13	3,0	9	2,9	-0,1	-0,1	5	1 (20,0%)
Konstruktive holdninger og tilgange	13	2,9	9	3,1	0,4	0,7	5	1 (20,0%)
Selvmonitorering og indsigt	13	3,0	9	3,0	0,2	0,5	5	1 (20,0%)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Navigation i sundhedsvæsenet	13	3,2	9	3,4	0,2	0,5	5	1 (20,0%)
Social integration og støtte	13	3,0	9	3,0	0,4	0,7	5	1 (20,0%)
Følelsesmæssigt velbefindende	13	2,6	9	2,6	-0,1	-0,2	5	0 (0,0%)

5.4.4.5.3 3.5.3. Baseline – 12 måneder

Fra baseline til 12-måneders follow-up havde interventionsgruppen positiv reliabel ændring i 5 ud af 8 domæner (positivt og aktivt engagement i livet, færdigheder og hjælpemidler, konstruktive holdninger og tilgange, selvmonitorering og indsigt samt navigation i sundhedsvæsenet), hvorimod kontrolgruppen havde positiv reliabel udvikling i 6 ud af 8 domæner (positivt og aktivt engagement i livet, sundhedsrelateret adfærd, konstruktive holdninger og tilgange, selvmonitorering og indsigt, navigation i sundhedsvæsenet samt følelsesmæssigt velbefindende), jf. Tabel 11 og Tabel 12.

Tabel 11: Baseline – 12 måneder, interventionsgruppen

Intervention								
	Antal ved baseline	Baseline gennemsnit	Antal ved 12 mdr	12 mdr. gennemsnit	Gens. ændring*	Gruppe effekts størrelse	Antal komplette besvar	Antal med positive reliable ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	15	3,3	14	3,1	-0,2	-0,5	13	1 (7,7%)
Sundhedsrelateret adfærd	15	3,1	14	3,0	0,0	0,0	13	0 (0,0%)
Færdigheder og hjælpemidler	15	3,1	13	3,1	0,0	-0,1	12	1 (8,33%)
Konstruktive holdninger og tilgange	15	3,2	13	3,2	0,0	0,1	12	2 (16,7%)
Selvmonitorering og indsigt	15	3,1	14	3,1	0,0	0,1	13	1 (7,7%)
Navigation i sundhedsvæsenet	15	3,5	13	3,2	-0,3	-0,7	12	3 (25,0%)
Social integration og støtte	15	3,2	13	3,2	-0,1	-0,1	12	0 (0,0%)
Følelsesmæssigt velbefindende	15	2,8	14	2,7	-0,1	-0,2	13	0 (0,0%)

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Tabel 12: Baseline – 12 måneder, kontrolgruppen

Kontrol								
	Antal ved baseline	Baseline gennemsnit	Antal ved 12 mdr	12 mdr. gennemsnit	Gens. ændring*	Gruppe effektstørrelse	Antal komplette besvar	Antal med positive reliable ændringer (%)
Positivt og aktivt engagement i livet	13	3,0	10	3,2	0,2	0,5	6	1 (16,7%)
Sundhedsrelateret adfærd	13	2,6	9	2,8	0,2	0,3	6	2 (33,3%)
Færdigheder og hjælpemidler	13	3,0	9	3,1	0,0	0,1	6	0 (0,0%)
Konstruktive holdninger og tilgange	13	2,9	10	3,1	0,4	0,7	6	2 (33,3%)
Selvmonitorering og indsigt	13	3,0	10	3,1	0,1	0,3	6	1 (16,7%)
Navigering i sundhedsvæsenet	13	3,2	10	3,2	0,2	0,4	6	2 (33,3%)
Social integration og støtte	13	3,0	10	3,1	0,3	0,6	6	0 (0,0%)
Følelsesmæssigt velbefindende	13	2,6	9	2,6	0,6	0,1	6	1 (16,7%)

5.4.4.6 3.6. Fysiske test -rejse-sætte-sig

Resultaterne for rejse-sætte-sig test ved baseline, 3 måneder, 6 måneder og 12 måneder vises i tabel 13. Der er ingen statistiske signifikante forskelle på de to grupper ved baseline og ved de op følgende målinger efter 3, 6 og 12 måneder.

Tabel 13: Rejse-sætte-sig fordelt på intervention og kontrolgruppen

rejse-sætte sig	Intervention			Kontrol		
	antal	Gennemsnit rejse-sætte-sig	95 % CI	antal	Gennemsnit rejse-sætte-sig	95 % CI
baseline	15	13,1	(12,0 – 14,3)	15	14,7	(12,1 – 17,4)
3 måneder	13	14,2	(12,5 – 16,0)	10	13,4	(8,8 – 18,0)
6 måneder	12	13,2	(11,6 – 14,7)	10	14,9	(11,0 – 18,8)
12 måneder	9	17,8	(13,3 – 16,7)	5	17,8	(9,00 – 26,6)

5.4.4.7 3.7. Fysiske test – 6-min. gangtest

I tabel 14 ses resultaterne for borgernes 6-minutters gangtest. Der er ingen statistiske signifikante forskelle på de to grupper ved baseline og ved de op følgende målinger.

Tabel 14: 6 min. gangtest fordelt på intervention og kontrolgruppen

gangtest	Intervention			Kontrol		
	antal	Gennemsnit antal meter	95 % CI	antal	Gennemsnit antal meter	95 % CI
baseline	17	426,6	(396,4 - 456,8)	18	406,6	(317,1 - 496,0)
3 måneder	13	432,4	(389,3 - 475,5)	11	410,9	(329,7 - 491,9)
6 måneder	10	458,1	(391,4 - 524,8)	11	429,7	(320,4 - 539,0)
12 måneder	9	453,1	(388,5 - 517,6)	6	437,5	(236,2 - 638,9)

5.4.5 4.0. Opsamling

I dette randomiserede, kontrollerede forsøg er det blevet undersøgt, om et individuelt virtuelt træningsprogram efter afsluttet KOL-rehabilitering har effekt på udvalgte rehabiliteringsparametre indenfor et år. Der indgik i alt 17 borgere i interventionsgruppen, som modtog virtuel træning i hjemmet efter endt KOL-rehabilitering og 18 borgere i kontrolgruppen, som fulgte den normale praksis efter endt KOL-rehabilitering i perioden primo juni 2014 – ultimo maj 2015. Ved baseline blev der indsamlet oplysninger om følgende forhold: alder, køn, lungefunktion (FEV₁ og MRC-dyspnø skala), rygestatus, BMI og boform. Endvidere blev der udført målinger ved baseline samt efter 3, 6 og 12 måneder på følgende effekt-parameter: rejse-sætte-sig (fysisk funktionsevne), 6-min. gangtest (funktionsevne), heiQ™ (mestring), SF-12 (fysisk og psykisk funktionsevne) og hospitalsindlæggelser/genindlæggelser.

Resultaterne i denne rapport giver ikke et entydigt billede af effekten af det virtuelle træningsprogram. Det skyldes, at datagrundlaget er begrænset på grund af meget få borgere i interventions- og kontrolgruppen og, i nogle tilfælde, manglende data ved de forskellige målinger. Et lille datagrundlag kan gøre det umuligt at påvise faktiske forskelle. Det kan derfor ikke udelukkes, at det virtuelle træningsprogram har effekt, men at det blot ikke har været muligt at påvise effekten på grund af for få data. I statistiske analyser er der samtidig risiko for, at nogle forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen skyldes tilfældigheder og ikke er et udtryk for reelle forskelle.

5.4.6 5.0. Konklusion

Resultaterne i dette projekt er behæftet med stor usikkerhed, og det er derfor ikke muligt at drage nogle endegyldige konklusioner om effekten af det virtuelle træningsprogram.

5.4.7 6.0. Litteratur

- (1) Geriatiske funktionstests Sundhed.dk. Tilgængelig:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-ament-og-uspecificeret/geriatiske-funktionstests/>. Besøgt 15-01-2017,2017
- (2) Fysio (6 min gangtest). Tilgængelig: <http://www.gerontofys.dk/Fagligt1/Tests/6-minutters-gangtest/>.
Besøgt 15-01-2017,2017
- (3) Moeva - monitorering og evaluering af patientuddannelser; Manual
© CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013
- (4) Vinther-Jensen & Jensen. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvantitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland 2012.
- (5) Forløbsprogramgruppen, "Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom", Region Midtjylland.

Evalueringsrapport

Delelement 3:

Sårprojekt – udvikling og implementering af positive erfaringer fra eksisterende projekt.

Natascha Kammeyer Damgaard og Henriette Zimmermann

Sammenfatning af evalueringsrapport vedr. Delelement 3

I forbindelse med projekt "kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse. Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem" har det været muligt, at uddanne kommunale sårresurse- og sårnøglepersoner, implementere journalsystemet pleje.net samt afprøve e-læringsprogrammet KvaliCare. Projektet forløb fra juli 2013 til udgangen af 2015.

Resultaterne viser at:

- At medarbejderne har oplevet at sårkurset har løftet kompetenceniveauet inden for behandling af sår.
- At samarbejdet mellem sårklinikken og sårresurse/sårnøglepersonerne er forbedret.
- At kompetenceløftet har medført en bedre og mere ensartet sårbehandling.
- At der skal afsættes tid for at sikre en ordentlig implementering af e-læringsprogrammer.
- At det anbefales man gennemgår og fastlægger arbejdsgange for brugen af pleje.net.
- At medarbejderne savner mere opfølgning på deres uddannelse. Dette kunne være i form af enten erfa-møder med deltagelse af sårsygeplejerske eller en dag på sårklinikken.
- Forekomsten af sår i Holstebro Kommune faldt fra 2013 til analysen i 2014, men i 2015 var der en stigning i antallet af sår, hovedsageligt pga. øget forekomst af traumesår og kirurgiske sår.
- I Holstebro Kommune har 59% af sygeplejerskerne i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling. 58% af ssa gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling. 66% af ssh gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse.
- Forekomsten af sår i Lemvig Kommune faldt med 22 % fra 2013 til analyseugen 2014, men i 2015 har der været en voldsom stigning i antallet af sår.
- I Lemvig Kommune har 57% af sygeplejerskerne i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling. 63% af ssa gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling. 70% af ssh gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse.
- Forekomsten af sår i Struer Kommune faldt med 29 % fra 2013 til analyseugen 2014, og i 2015 er resultatet fastholdt, men ikke yderligere reduceret.
- I Struer Kommune har 67% af sygeplejerskerne i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling. 75% af ssa gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling. 80% af ssh gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse.

6 Delelement 3 – Sårprojekt

I 2011 bevilligede det daværende Ministerium for forebyggelse og sundhed 10 mio. kr. til projekter målrettet kompetenceudvikling, teknologi- og dataunderstøttelse, der ville fremme samarbejdet mellem Lemvig, Struer og Holstebro kommuner, Region Midtjylland og andre sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen. Da det samlede sundhedsvæsen ændrer sig mod en højere effektivitet, hvor hospitaler udvikler stigende specialisering, vil kommunerne få overdraget flere opgaver. Parterne i sundhedsvæsenet vil dermed få nye roller og opgaver og målet med projektet var, at imødekomme et sundhedsvæsen i konstant udvikling, og hvor specialiseret hospitalsbehandling kombineres med en række nære sundhedstilbud. Projektet skulle således både medvirke til en anderledes sundhedsfaglig indsats over for borgeren samt appellere til en styrkelse af borgerens forudsætninger for at bevare ansvaret for egen sundhed.

Den overoverordnede projektramme var ”Omstilling og udvikling af borgernære sundhedstilbud – flere løsninger i eget hjem” og for at sikre en målrettet og fokuseret indsats blev der inden for denne projektramme fokuseret på tre delprojekter:

7. Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser
8. Udvikling af mestringsstrategier for borgere med KOL
- 9. Sårprojekt udvikling og implementering af positive erfaringer fra eksisterende projekt**

I nærværende kapitel vil det udelukkende handle om delprojekt 3

Baggrunden for dette projekt er, at diabetes er en diagnose i vækst og en sygdom med store menneskelige konsekvenser, herunder ikke mindst sår med deraf følgende smerter og risiko for amputationer m.v. Udgangspunktet for projektet var, at den praktiserende læge ofte selvstændigt forestod behandlingen af diabetiske sårpatienter, og at henvisning, visitation, og behandling foregik uensartet. I projektet understøttedes den praktiserende læges behandling af såret, og der arbejdes også på en tidligere og hurtigere opsporing af behandlingskrævende diabetiske fodsår.

Med afsæt i projektet ”Telemedicinsk Specialbistand ved behandling af patienter med Diabetiske Fodsår i Almen Praksis, kommunerne og regionshospitaler i Region Midtjylland” var det nærværende projekts idé at begrænse udviklingen af diabetiske sår og følgerne heraf via et kompetenceløft af hjemmesygeplejersker og etablering af telemedicinske/teknologiske løsninger, der sikrer data flowet mellem hjemmesygeplejersker, sårsygeplejersker og praktiserende læger. Dermed understøttedes og udbredtes eksisterende erfaringer.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Målene for delelement 3 er derfor at

- Antallet af amputationer som følge af diabetiske sår reduceres
- Kortere patientforløb
- Færre indlæggelser på grund af komplikationer
- Kompetenceløft af hjemmesygeplejersker med henblik på at understøtte tidlig diagnostik og behandling.

Delelement 3 blev sammen med de to øvrige delelementer opstartet i 2011, hvor midlerne til projektet blev afsat. Aktiviteterne i delelementet blev planlagt og der blev lagt en tidsplan, denne er dog blevet revurderet gennem projektet, da delelementet har været udfordret af vedtagelsen af den nationale implementering af telemedicinske sårvurdering. Ifølge den nationale tidsplan skulle projektet i drift og udbredelse fra juli 2013. Delelementet besluttede derfor at sætte nogle af projektaktiviteterne på standby og afvente udmeldingerne om den nationale plan således, at de i delelementet iværksatte aktiviteter enten fulgte eller supplerer den nationale implementering af telemedicinsk sårvurdering velvidende, at det betød en forsinkelse i forhold til den oprindelige tidsplan for delelementet. Der var heldigvis god overensstemmelse mellem de to projekter, og de planlagte aktiviteter i projekterne var meget ens, hvilket gjorde at delelementet ikke behøvede den store tilretning for at gå i tråd med det nationale projekt. Det nationale projekt havde fokus på diabetisk fodsår og venøse bensår, hvorimod delelement til at starte med kun havde fokus på de diabetiske fodsår. Delelementets formål blev derfor udvidet til også at omfatte venøse bensår og delelementet skiftede navn fra Diabetiske fodsår til Sårprojektet.

6.1 Målgruppe, indsatser og fokus

Målgruppen for projektet har været hjemmesygeplejersker og sårsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, -hjælpere i de tre kommuner, praktiserende læger og personale på hospitalet.

De konkrete tiltag, som er indeholdt i delelementet er som følgende:

- Understøttelse af etablering af sårklinikker
- Uddannelse af sårsygeplejersker i Lemvig og Struer kommuner - netværk mellem sårsygeplejerskerne
- Kompetenceløft af personalet gennem e-læring. Dette omfatter alle social- og sundhedshjælpere, -assistenter og sygeplejersker
- Telemedicin til at sikre billeder og kommunikation på tværs af sektorer

Kvalicare blev valgt som e-læringsprogram til kompetenceløftet af personalet. Det er muligt at lokaltilpasse e-læringsprogrammet i forhold til kommunen og dennes retningslinjer på området. Plejepersonalet har gennem e-læringsprogrammet mulighed for kompetenceløft inden for forebyggelse og behandling af tryksår, bensår og diabetiske fodsår samt sårbehandling og sårforebyggelse. Kurserne er tilgængelige for medarbejderne hele tiden, og en årsplan sikrer særligt fokus på hvert sårområde inden for en fastlagt gennemsynsperiode.

Kvalicare udarbejder ligeledes såranalyser, og disse blev valgt til at følge udviklingen af sår blandt kommunernes borgere. Det blev til start udarbejdet en baseline såranalyse og derefter en årlig såranalyse.

6.2 Dataindsamling for evaluering af delement 3

6.2.1 Dataindsamlingens hoveddele

1. Såranalyserne er udarbejdet ved opstart (baseline), efter 1 år og efter 2 år. Data der blev indsamlet er antallet af sår, sårdiagnose, estimeret tidsforbrug, om sårene er lægediagnosticerede samt information om skiftfrekvens af forbindinger og hvilke faggrupper, der har været involveret i sårbehandlingen. Såranalyserne er udarbejdet ved opstart (baseline), efter 1 år og efter 2 år.
2. Den kvalitative dataindsamling bestod i interviews med sårsygeplejerske og sårressourcepersoner/sårnøglepersoner, et kortere observationsstudie i sårklinikken samt fortløbende og uformelle interviews med sårsygeplejersken.

For punkt 1 af dataindsamlingen er fokus på de opstillede mål, som beskrevet i afsnit 6 "Delement 3 – Sårprojekt".

Baselineanalysen er udført i august 2013, den et årlige såranalyse er udført i november 2014 og den anden årlige analyse er gennemført i 2015.

Punkt 2, den kvalitative dataindsamling, er på aktørniveau og har fokus på den medarbejderoplevede kvalitet. Der er blevet udført interviews med en sårsygeplejerske og en sårressourceperson fra Lemvig Kommune og to sårnøglepersoner fra Holstebro Kommune. Interviewene blev udført i efteråret 2015, og de interviewede har således kunne forholde sig til de foreløbige resultater fra såranalyserne.

I Struer kommune var situationen med sårnøglepersonerne, anderledes end i de øvrige kommuner i efteråret 2015, hvor interviewene blev udført, hvilket har medført at der ikke er udført interviews med en medarbejder herfra. En af de uddannede sårnøglepersoner opsagde sin stilling, en anden blev sygemeldt, og da interviewrunden blev iværksat var det ikke muligt (af forskellige årsager – den ene var netop ansat og var knap nok færdig med sit introforløb, den anden netop vendt tilbage efter et langt sygdomsforløb) at interviewe de pågældende sårnøglepersoner. Sårsygeplejersken kan imidlertid fortælle, at projektet, der har haft en langt tilløb endeligt er ved at finde fodfæste. Det har været store omvæltninger, men der er blevet iværksat en lokal plan for hvordan man bedst styrker samarbejdet mellem sårsygeplejersken og sårnøglepersonerne fremover.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Derudover har der været fortløbende og uformelle interview med sårsygeplejerske i Region Midtjylland og udført deltagerobservation i Regionshospitalet Holstebro sårambulatorium, de kommunale sygeplejeklinikker. Her er der blevet udført uformelle interview med borgere, der indirekte har været tilknyttet projektet.

Medarbejderen som stod for at afholde interviews og foretog observationsstudiet har inden evalueringens færdiggørelse opsagt sin stilling. Da det ikke har været muligt at få udleveret lydfilerne er den nedenstående kvalitative del af evalueringen skrevet på baggrund af delvise transskriberinger og noter fra interviews og observationer. Det giver nogle klare udfordringer i forhold til analysen af de kvalitative data. Med udgangspunkt i Louise Cortis og Paul Thompsons tekst om sekundær analyse af kvalitativt data (Corti og Thompson, 2010) vil udfordringerne, samt hvordan disse er søgt imødegået, kort blive skitseret.

Først og fremmest er *manglen på kontekst* en udfordring. I og med at analysen bliver beskrevet på baggrund af observationer og interviews, hvor forfatteren ikke har været til stede, mangler der den kontekst hvori udsagn blev ytret. Når sammenhængen hvori udsagnene skal ses mangler, opstår der en risiko for at de bliver fejlfortolket. Det har ikke været muligt fuldt ud at undgå denne faldgrube, da det ville have krævet mere detaljerede noter og adgang til lydfiler. For at mindske risikoen er der i analysearbejdet taget udgangspunkt i den tematiske opdeling af udsagn, den opsagte medarbejder efterlod. Herud over er der anvendt et forsigtighedsprincip i analysen af transskriberingen af de interviews, som ikke var blevet behandlet af medarbejderen som udførte disse. Forsigtighedsprincippet giver sig udtryk i, at kun udsagn der klart tilkendegiver hvad respondenterne omtaler bliver anvendt. I tvivlsspørgsmål bliver udsagnet ikke inddraget i analysearbejdet.

Transskriberingen har været tematisk, idet der kun er blevet transskriberet dele af interviewet som interviewer har vurderet relevant. Derudover har der været fokus på mening fremfor at transskribere den eksakte ordlyd og formulering. Det betyder, at det materiale der har været til rådighed til evalueringen allerede er blevet tolket på, og det ikke er muligt at gå tilbage for at undersøge på hvilken data denne tolkning beror. Det betyder endvidere, at der ikke er adgang til det fulde data i udarbejdelsen af evalueringen.

Da det ikke af gode grunde ikke er muligt at vide, hvad der ikke er til rådighed, er det også svært at gisne om, hvilken indflydelse (om nogen) den *udeladte data* ville have på analysens indhold og konklusion. Det er dog ikke kun en ulempe, idet forarbejdningen af dataene til en hvis grad kan hjælpe med at afbøde de problematikker, der opstår, som følge af den ovenfor beskrevne udfordring i forhold til manglen på kontekst. Den tematiske transskribering, og de bemærkninger som interviewer har indskudt i denne, bidrager til at sætte udsagnene ind i en kontekst.

Der har også været nogle *etiske overvejelser* i forbindelse med at analysen af data er varetaget af en anden end den person som udarbejdede observationerne og interviews. Respondenter har givet deres samtykke til personen der udarbejdede interviewene. Deres samtykke er givet under den forudsætning, at interviewmaterialet bliver behandlet fortroligt og ikke videregivet

til tredjepart. Intervieweren har vurderet, at samtykket ikke strakte sig til en anden projektleder kunne varetage databehandlingen af lydfileerne, og har derfor udarbejdet opsummeringer af lydfilens indhold. I tilfælde hvor det blev vurderet indholdet ikke var af fortrolig karakter er der inkluderet transskribering af udsagn. På denne måde er kun oplysninger, som alligevel i et eller andet omfang ville være offentliggjort i forbindelse med nærværende rapports offentliggørelse, blevet videregivet.

6.3 Den kvalitative evaluering

6.3.1 Den medarbejderoplevede kvalitet

I dette afsnit bringes den medarbejderoplevede kvalitet ved et kompetenceløft af hjemmesygeplejersker gennem uddannelse, kompetenceløft af personalet gennem e-læring og implementering af en telemedicinsk løsning til udveksling af oplysninger på tværs af sektorer i spil. Fokus er således rettet mod hvorledes medarbejderen oplever at tiltagene i delprojektet har bidraget til at opfylde delprojektets målsætninger. Det er ikke de kommende eksempler i *sig selv*, der udgør selve opfyldelsen - eller mangel på samme - af de opstillede projektmål. Ligesom det heller ikke er eksemplerne i *sig selv*, der påviser hverken udfordringerne eller potentialet ved den virtuelle træning. Det er en samlet mængde af fællestræk, der peger i retning af en generel tendens og som kan illustreres igennem de følgende eksempler.

Den kvalitative beskrivelse af den medarbejderoplevede kvalitet vil tage udgangspunkt i det fjerde projektmål: Kompetenceløft af hjemmesygeplejersker med henblik på at understøtte tidlig diagnostik og behandling, da det er dette projektmål det er mest meningsfuldt at evaluere på kvalitativt. De tre andre projektmål (antallet af amputationer som følge af diabetiske sår reduceres, kortere patientforløb og færre indlæggelser på grund af komplikationer) vil også blive inddraget i den kvalitative evaluering, i det omfang de interviewede medarbejdere har forholdt sig til dem, men de optræder ikke som særskilte emner i denne del af evalueringen. De er i stedet for genstandsfeltet for den kvantitative evaluering af delprojektet som findes i det efterfølgende kapitel 6.4 "Den kvantitative evaluering – såranalyserne fra KvaliCare".

6.3.1.1 Forløb og indhold på kurset

Medarbejder, der har været afsted på kursus, fortæller at de generelt har været glade for det kursus, de har været på i Viborg. Kurset varede i alt fire dage, som var fordelt over to gange. De fandt at kurset indeholdt relevant viden som blev formidlet godt af dygtige undervisere. Desuden fremhæver de, at der var en god blanding af deltagere fra sygehus, almen praksis og hjemmesygeplejersker, hvilket gav anledning til gode diskussioner på tværs af sektorer "Det var rigtig godt!", som en af medarbejderne udtrykker det.

For de medarbejdere som var afsted på sårkursus har der for alle vedkommende været en personlig faglig interesse i at komme på kursus. Som den ene sygeplejerske sagde: "Jeg ville bare

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

gerne have lov til at grave i nogle sår”, da dette kompetenceudviklingsforløb inden for sårområdet blev udbudt. De fleste af dem, har altså på forhånd haft en særlig faglig interesse i sårområdet. Derudover har interessen i at være opdateret på den nyeste faglige viden, været en vigtig årsag til at medarbejderne har valgt at deltage i kompetenceudviklingsforløbet.

Det har været forskelligt om medarbejderne har modtaget et praktisk forløb på sygeplejeklinikken samt, for dem der har, om forløbet lå før eller efter det teoretiske kursus. I Lemvig var kurset ikke en del af et forløb, der inkluderede praktisk opfølgning i sygeplejeklinikken. Her gav sårresursepersonen udtryk for, at de mener, at de også ville have haft noget ud af at have været på et sådant forløb: *”Det ville egentligt have været fint! Og det ville jeg have kunnet lære noget af!”*

I Holstebro Kommune var der forskel på om det praktiske forløb lå før eller efter det teoretiske kursus. Begge de interviewede er enige om, at de har fået rigtig meget ud af deres ophold på klinikken: *”Egentlig så jeg det [ophold på sygeplejeklinikken] som en kobling mellem teori og praksis. Det var godt at komme ned i sygeplejeklinikken.”* og *”Det var bare sindssygt godt. De er bare så knalddygtige dernede. Også det der samarbejde vi har fået efter. Det er bare SÅ godt!”* Sårresursepersonen der først var på klinikken og derefter på kursus gav udtryk for, at det var en god måde at tilrettelægge forløbet på: *”Det var godt med den grobund i sygeplejeklinikken inden man skulle bygge den der teori ovenpå.”* Medarbejderen som modtog kurset før klinikopholdet, mener ligeledes, at det havde været mest optimalt, hvis det havde været omvendt: *”Jeg ville gerne have været i sygeplejeklinikken først, så jeg havde haft lidt mere praktisk med mig inden den teoretiske del.”*

6.3.1.2 Opfølgning

Generelt efterspørger medarbejderne en højere grad af opfølgning, end den de har oplevet at få. Både i forhold til det teoretiske, så de kan blive ved med at være opdateret på den nyeste faglige viden samt få genopfrisket de ting, de lærte på det første kursus, men også i forhold til det praktiske forløb på sygeplejeklinikken: *”Det ville være noget af det, der kunne holde det oppe, at vi havde en dag i klinikken [...] Det ville være en god måde at holde vores kompetencer ved lige.”* Flere af dem fremhæver også, at det ville være med til at fastholde et godt samarbejde med sårsygeplejerskerne på sårklinikken, og dermed fastholde det gode tværsektorielle samarbejde.

6.3.1.3 Ændrede arbejdsgange

Der er nogle ting, som medarbejderne er blevet mere bevidste om efter de har modtaget undervisningen. For det første har det givet sig udtryk i mere målrettede handleplaner. En af medarbejderne fortæller, således: *”Det er efterfølgende blevet mig, der tager mig af de sår, der er. Det giver en tryghed for mine kolleger.”* De målrettede handleplaner kommer eksempelvis til udtryk ved, at man i Holstebro har udarbejdet et flow-chart. Dette har været med til at bevirke at kollegaerne er bedre til at inddrage sårnøglepersonen, når det er relevant. Både i forhold til sparring og til at tage sårnøglepersonen med ud til relevante borgere. Som en af de andre

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

fremhæver, er sårresurse/sårnøglepersonerne med til at kvalitetssikre behandlingen, hvilket bevirker at sårbehandlingen er blevet intensiveret og mere ensartet, da man er mere konsekvent i behandlingen af sårene samt skarpere på hvilket type sår, man har med at gøre. Endvidere kan sårnøglepersonen være med til at skabe en mere bred kontakt mellem hjemmesygeplejen og sårsygeplejerskerne: *"Hvis jeg ikke selv kan komme videre i det, så beder jeg dem om, at de selv tager kontakt til sårsygeplejersken, for det er også vigtigt, at de har den direkte kontakt."*

For det andet bliver der også nævnt på tværs af interviewene, at kompetenceudviklingsforløbet har været med til kvalitetssikre behandlingen af sårene. De fremhæver eksempelvis, at de er bedre til at være mere aktive i sårbehandlingen, eksempelvis ved at debridere såret, end de var før kurset: *"Jeg er sådan helt personligt blevet mere modig i forbindelse med at debridere sår. Vi gør aktivt mere for såret. Det heler hurtigere. Eksempelvis turde vi nærmest ikke at røre ved et diabetisk fodsår før, hvor vi nu aktivt går ind og debridere i såret."* Derudover nævner sårresursepersonen fra Lemvig, at det også har bevirket, at kommunens produktliste er blevet bedre.

For det fjerde har de ændrede arbejdsgange bevirket en styrkelse af det forebyggende arbejde. Det giver sig udtryk i en styrket opmærksomhed på samarbejdspartnere og andre aspekter af såret, herunder smerter ved såret. Arbejdsgangene styrker det forebyggende arbejde både i forhold til at forebygge at sårene udvikler sig til at være mere behandlingskrævende, men også i forhold til at sårnøgle og sårresursepersonerne underviser hjælperne i forebyggelse af sår, så der sker også et bredere kompetenceløft der styrker det forebyggende arbejde.

6.3.1.4 Det tværsektorielle samarbejde

"Det er ikke kun det tværsektorielle samarbejde, der er styrket igennem det her projekt. Det er også samarbejdet internt i kommunen, der er blevet bedre."

Som det allerede har kort er fremgået i de forudgående afsnit, er et af de områder, som er med til at skabe et løft i behandlingen af sår, det øgede samarbejde mellem sårresurse/sårnøglepersonerne og sårsygeplejersken. Eksempelvis beskriver sårresursepersonen fra Lemvig samarbejdet således: *"Jeg synes egentlig vi forholder os ret meget til de retningslinjer der er. Det er sådan noget med hvornår vi skal have hende inddraget. Det er hvis sårhelingen ikke går som den skal eller ved diabetiske fodssår og sådan. Samarbejdet mellem mig og [sårsygeplejerske] er rigtig godt. Vi skal bruge hende og det gør vi også. [Sårsygeplejerske] er også god til at slippe igen. Ofte ser hun kun såret en gang."* En anden fremhæver, at hun er blevet bedre til at vurdere hvornår hun har brug for sparring samt til at beskrive såret, så hun kan klæde sårsygeplejersken bedst muligt på, når hun har brug for sparring. Det bliver også fremhævet at den tættere kontakt til sårsygeplejerskerne i klinikken, gør, at de sender flere patienter til sårklinikken frem for sårambulatoriet.

Som tidligere nævnt, opfordrer sårnøglepersonen også sine kollegaer til at tage direkte kontakt til sårsygeplejersken, når der er behov. En af anbefalingerne fra sårressourcepersonerne er

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

således også, at alle får en dag hos sårsygeplejerskerne, så de også kan få praktisk erfaring med sår.

En anden anbefaling er, at der bliver afholdt erfa-møder mere jævnligt, og at sårsygeplejersken også skulle deltage på enkelte møder. Dette både for at videregive den sidste nye viden om sårområdet, men også for at sikre at det gode samarbejde mellem sårresurse/sårnøglepersoner og sårsygeplejerskerne bliver fastholdt. Denne anbefaling kan ses i sammenhæng med deres ønske om mere opfølgning på deres kompetenceudviklingsforløb, som blev præsenteret i afsnit 6.3.1.2 "Opfølgning".

6.3.1.5 Pleje.net

Pleje.net er et program til journalisering og udveksling af informationer vedrørende sårpatienter på tværs af sektorer. I programmet kan informationer om patienten samt billeder af såret udveksles på tværs af sektorerne og den kommunale plejer kan anvende det til at kontakte sygehuset.

I interviewene og under observationerne, bliver der udtrykt forskellige holdninger til pleje.net. Nogle er rigtig glade for det, nogle får ikke brugt det så meget og andre igen synes det primært er en ekstra dokumentationsopgave, som ikke giver meget værdi til arbejdet med sår. I dette afsnit vil der fremgå hvilke fordele medarbejderne ser ved programmet samt hvilke ulemper, de har oplevet.

Under observationerne på sårklinikken gav sårsygeplejerskerne udtryk for, at de var rigtig glade for pleje.net. Eksempelvis sagde en af sårsygeplejerskerne: *"Der kan godt være at det tager lidt tid det her med at oprette i pleje.net, men der er ingen tvivl om, at det her er fremtiden"* siger hun og fortsætter: *"det er både noget med afstanden til sårambulatoriet, men det er også det der med at sikre kortere helingstid for sårene – og for borgerne"*. Her er det særligt kommunikationen med sygehuset som bliver fremhævet. I forhold til kommunikationen mellem sårresurse/sårnøglepersoner og sårklinikken gennem pleje.net, ser billedet lidt anderledes ud, hvilket der vil blive vendt tilbage til nedenfor.

En anden fordel ved programmet som sårsygeplejerskerne fremhæver er, at de i højere grad kan inddrage patienterne i deres behandlingsforløb. Eksempelvis sagde en af patienterne på sårklinikken: *"Det er da rart, at jeg selv kan følge med på computeren"*. Sårsygeplejersken fortæller også at pleje.net kan gøre det lettere for patienten at se sammenhængen mellem eksempelvis sårhelingen og et vægttab, og den aktive deltagelse i deres egen sårbehandlingsforløb, kan således være en motivationsfaktor for patienterne.

Sårnøglepersonerne giver udtryk for, at de kun anvender pleje.net, hvis der er et sår, de gerne vil have sparring omkring. For sårresurse/sårnøglepersoner er den primære fordel ved pleje.net, at de kan sende billeder gennem programmet til sårklinikken. De giver dog også udtryk for, at det kunne de ligeså godt gøre uden om programmet via deres mobiltelefoner.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Når sårresurse/sårnøglepersoner bliver spurgt til, hvorfor de ikke højere grad anvender pleje.net angiver de primært to grunde: deres kollegaer har ikke adgang til programmet samt at de også skal oprette patienten i andre systemer, så det giver dobbeltdokumentation.

I forhold til den første begrundelse udtrykker sårresursepersonen det således: *"Jeg bliver en lille ø. Jeg tror, at hvis alle brugte det fuldt ud, jamen så ville man få mere ud af det [...]".* En sårnøgleperson siger ligeledes: *"Jeg er den eneste, der kan komme på pleje.net. Det er lidt en frustration i hverdagen, for jeg er her jo ikke hele tiden, og jeg har jo også et almindeligt program."* Denne problematik hænger til dels sammen med problematikken vedrørende dobbeltdokumentation. Når deres kollegaer ikke har adgang til pleje.net er de således nødt til at oprette patienten to steder, for at kollegaerne også har adgang til informationerne. Derudover giver programmet ikke mulighed for at intern sparring med kollegaerne.

For det andet fremhæver de problematikken omkring, at de skal oprette patienter flere forskellige steder, og dokumentationsopgaver derfor kommer til at fylde uforholdsmæssigt meget i arbejdstiden: *"Jeg kan godt sige, at jeg skal bruge en time til Avaleo eller Plejenet. Men hvis jeg gør det, så er der jo nogle andre, der skal løbe hurtigere. Det er virkelig en kunst det der."* generelt føler sårnøglepersonerne, at de er udfordrede på at nå deres arbejdsopgaver i arbejdstiden, hvilket der vil blive vendt tilbage til og uddybet i afsnit 6.3.1.6 KvaliCare.

Adspurgt i interviewene er der ingen af sårresurse/sårnøglepersonerne der opretter borgere selv i pleje.net. De har alle en forståelse af, at der er enten sårsygeplejerskerne på sårklinikken og/eller personalet på sårambulatoriet, der står for dette. Sårsygeplejerskerne så til gengæld gerne, at såvel sårambulatoriet som de kommunale sårnøglepersoner oprettede i plejenet. Her kunne en anbefaling være, at få gennemset og justeret på samarbejdsaftalerne, så det er klart, hvem der har ansvaret for hvad, i forhold til dokumentation i pleje.net.

6.3.1.6 KvaliCare

KvaliCare er et e-læringsprogram og opslagsværk. Programmet består af en række kurser i forskellige aspekter af sårsygepleje. I interviewene bliver der givet udtryk for, at programmet aldrig er blevet en del af deres hverdag, og de kun har brugt det i begrænset omfang. Det skyldes, at de oplever e-læringsdelen som uoverskuelig, at den viden der findes i programmet også kan findes (nemmere) andre steder samt at der ikke er afsat tid inden for arbejdstiden til at gennemføre e-læringsdelen eller generelt sætte sig ind i programmet. Der opleves dog også fordele ved programmet, da det giver mulighed for at brede viden om sårpleje ud til en større gruppe, hvilket kan skabe en mere ensartet sårbehandling. Disse pointer vil blive uddybet nedenfor.

Alle interviewpersonerne fremhæver manglende tid, som afgørende for at de og deres kollegaer ikke anvender KvaliCare som et naturligt redskab i hverdagen. Der er ikke afsat tid til at bruge programmet i arbejdstiden, men de har i stedet fået besked på, at de skal gennemføre kurserne derhjemme, og så skrive det på som overarbejde. En af interviewpersonerne siger således: *"Jeg kan huske, at min leder sagde til mig, at vi skulle gå hjem og tage det og så skulle vi skrive det på"*

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

som overarbejde. Men så bliver det jo igen noget man skal gøre uden for sin arbejdstid. Det kunne være rart at komme hjem og så havde man fri, ikke.". Både i Holstebro og Lemvig har sårresurse/sårnøglepersonerne skulle sætte sig ind i programmet uden for arbejdstiden.

I forlængelse med udfordringen med at afsætte tid til at sætte sig ind i programmet og gennemfører de forskellige kurser, oplever medarbejderne også at systemet ikke er specielt brugervenligt: *"Jeg råber lidt op om det der KvaliCare. Der er lige kommet et nyt kursus. [...] og jeg prøver at sige, gå ind og kig på de forskellige sår, og så siger de [de andre primærsygeplejersker]: "åh, det er så bøvlet og vi kan ikke finde noget derinde og det kommer ikke frem og..."[...] Det er ikke så nemt at søge i."* De mange forløb man skal gennemføre er alle synlige på en gang, og det kan virke uoverskueligt at komme i gang med, hvilket fører til, at de giver op på forhånd. En af sårnøglepersonerne foreslår, at man i stedet bliver præsenteret for et forløb af gangen: *"Vi har talt om at det kunne være fedt, hvis det var ligesom et computerspil, hvor man kunne lukke en bane op ad gangen."*

Det er forskelligt til hvad og i hvilket omfang sårresurse/sårnøglepersonerne anvender KvaliCare. En af sårnøglepersonerne svarer således, adspurgt til hendes brug af KvaliCare: *"Jeg bruger det mest som et opslagsværk. Jeg bruger det på den måde. Hvis man får et spørgsmål, så kan man lige gå ind i KvaliCares opslagsværk under et kursus. [...] [men] den viden, der er derinde, kan man finde andre steder."* Hun synes ikke, at KvaliCare bidrager med viden, som hun ikke ville kunne finde andet steds eller at hun har fået meget ud af de kurser der ligger i programmet. Den anden sårnøgleperson anvender KvaliCare til at udarbejde retningslinjer for behandlingen af sår til sine kollegaer: *"Jeg bruger det meget i forhold til retningslinjer. Hvis vi har nogle flere-gangs-skiftesæt med sakse eller pincetter, der skal koges, jamen så går jeg derind og skriver en handlings... og hvor der står udførligt, hvordan jeg skal gøre og så skriver jeg den ud og giver den med ud til den borger, hvor det skal bruges."* Her kan man også argumentere for, at den viden kunne findes andre steder.

Sårresursepersonen er den eneste af interviewpersonerne, som fremhæver e-lærings aspektet i KvaliCare. Som de andre ser hun manglende tid, som en udfordring i forhold til at for alvor få sat sig ind i programmet, men hun synes e-lærings aspektet skaber et kompetenceløft: *"Det er jo den viden vi skal bruge [som findes i KvaliCare] og det er jo super, at vi får den samme viden. Jeg er ikke så god til at gå ud og undervise og så er det godt at de har adgang til den viden."* Hun fortsætter med at give et eksempel på hvordan: *"Det er sådan noget, der er kommet i kølvandet [via KvaliCare] på det her. Hvis jeg havde sagt til dem "når du har haft ham i bad så skal du gå ud i skuffen og tage et stykke vitawrap," så har jeg sådan på fornemmelsen, at de havde tænkt, nu rabler det da for hende. Men de har set det der [på KvaliCare] og alle har set det samme og så er det jo sådan man gør."* Hun er også den eneste af de interviewede, som synes, man bør fortsætte med at bruge KvaliCare efter projektperiodens afslutning.

Opsummerende er KvaliCare ikke i projektperioden blevet en naturlig del af sårresurse/sårnøglepersonernes arbejde. Der har ikke været afsat tid til at gennemføre e-læringskurserne og sætte sig ind i programmet, hvilket har medført, at medarbejderne har skulle gøre det i deres fritid. Anvendelsen af og udbredelsen af programmet kommer således til

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

at afhænge af den enkelte medarbejders engagement. Sårresursepersonen peger på, at programmet har potentiale til at give et bredt kompetenceløft i forhold til sårbehandlingen, men at det også kræver, at der bliver prioriteret at afsætte tid til at bruge programmet i arbejdstiden.

6.3.1.7 Opsamling på den kvalitative evalueringens resultater i forhold til projektmålene for delelementet

Ovenstående kvalitative analyse bygger på interviews med kommunale sårresurse/sårnøglepersoner fra Holstebro og Lemvig Kommune samt observationer og uformelle interviews på sårklinikken. Da dataindsamlingen foregik var det ikke muligt at interviewe en sårnøgleperson fra Struer Kommune. Erfaringerne fra Struer Kommune indgår således ikke i den kvalitative evaluering.

Overordnet har sårprojektet bidraget til et bedre samarbejde mellem de kommunale sårresurse/sårnøglepersoner og sårklinikken. Dette kommer blandt andet til udtryk ved at de kommunale sårresurse/sårnøglepersoner er bedre til at inddrage sårsygeplejersken og i større omfang henviser patienterne til sårklinikken frem for sårambulatoriet. Derudover har det givet et kompetenceløft til den kommunale sårbehandling, som har medført at medarbejderne oplever end bedre og mere ensartet behandling af sår. I Lemvig Kommune har det endvidere givet et løft til produktlisten.

I forhold til e-lærings programmet QualiCare er dette ikke i projektperioden blevet en naturlig del af medarbejdernes hverdag. Interviewpersonerne fra Holstebro Kommune oplever ikke at programmet har givet et kompetenceløft eller bidraget med ny viden. I Lemvig Kommune har sårresursepersonen mere positive erfaringer med programmet, som hun oplever giver et kompetenceløft hos kollegaerne og kan være med til at understøtte implementeringen af nye tilgange til behandlingen af sår.

Med udgangspunkt i den kvalitative evaluering fremkommer der tre anbefalinger. For det første savner sårresurse/sårnøglepersonerne end højere grad af opfølgning på deres kursus. Dette være sig både i form af løbende at blive opdateret på den nyeste viden om sår samt en opfølgende dag på sårklinikken, således de gode samarbejde med sårsygeplejerskerne kan fastholdes. For det andet er en anbefaling at gennemgå og fastlægge arbejdsgangen i forhold til pleje.net, da ansvarsfordelingen i forhold til at oprette patienter i programmet er uklar. For det tredje anbefales det, at der fremover afsættes tid hvis man ønsker at implementere et e-læringsprojekt. Hvis der ikke er afsat tid til at medarbejderen kan sætte sig ind i programmet i sin arbejdstid, bliver implementeringen afhængig af den enkelte medarbejders engagement i programmet, hvilket kan medføre at programmet aldrig bliver taget rigtig i brug.

6.4 Den kvantitative evaluering – såranalyserne fra KvaliCare

I delelement 3 – Sårprojektet er der i projektet blevet indgået et samarbejde med KvaliCare, som blandt andet har leveret e-læringsprogrammet til kommunerne, Derudover har KvaliCare også hvert år udarbejdet et Såranalyse til Holstebro, Lemvig og Struer kommuner, og i det nedenstående er det uddrag af disse såranalyser, som vil præsenteret.

Holstebro, Lemvig og Struer kommuner startede med KvaliCare Sårkoncept i 2013 umiddelbart efter udfærdigelsen af den første baselineanalyse.

Kurserne har været tilgængelige for medarbejderne hele tiden, men en årsplan har sikret særlig fokus på hvert sårområde inden for en fastlagt periode.

I 2014 og 2015 har det været obligatorisk for plejepersonalet at se de lokaltilpassede e-learning- kurser i en aftalt periode. Kurserne omhandler forebyggelse og behandling af tryksår, bensår og diabetiske fodsår samt sårbehandling og sårforebyggelse. Når organisationen udvikler brugen af e-learning bliver det muligt at organisere målrettet indsats i et bestemt område eller en bestemt gruppe der har udfordringer på et givent område. Således at ikke alle ser alt, men kun ser det, som man har udfordringer med i gruppen.

E-learningkurserne holdes løbende opdateret både generelt og i forhold til lokale retningslinjer og udkommer i nye versioner. Undervisningsmaterialet holdes opdateret i forhold til lokale retningslinjer, arbejdsgange, tilgængelige produkter, hjælpemidler etc.

I perioder med planlagt fokus på et bestemt kursus for alle faggrupper har managers fået tilsendt statusrapporter over personalets aktiviteter.

Managers kan til enhver tid selv tjekke personalets læringsaktiviteter i de enkelte grupper og afdelinger, hvis der er behov for det.

Der bliver gennemført årlige tværsnitsundersøgelser i forhold til antal sår blandt kommunernes borgere. Resultatet bruges til kvalitetssikring og – udvikling samt kompetenceudvikling på området.

6.4.1 Forekomsten af sår

Nøgletal omkring indbygger tallene i kommunerne findes i kapitel 3 "Introduktion til organisationerne".

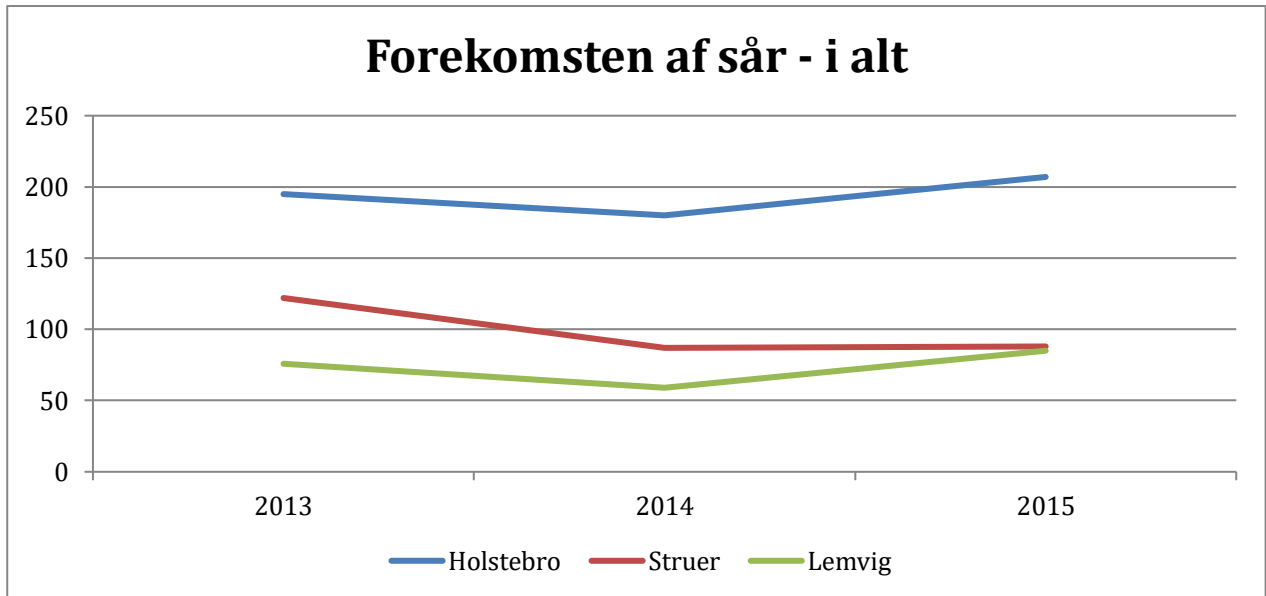
Forekomsten af borgere over 65 år fordeler sig som følgende i 2015:

- Holstebro 18,8 %
- Lemvig 23,1 %
- Struer 22,4 %
- Landsgennemsnit 18,6 %

De tre kommuner ligger alle over landsgennemsnittet.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

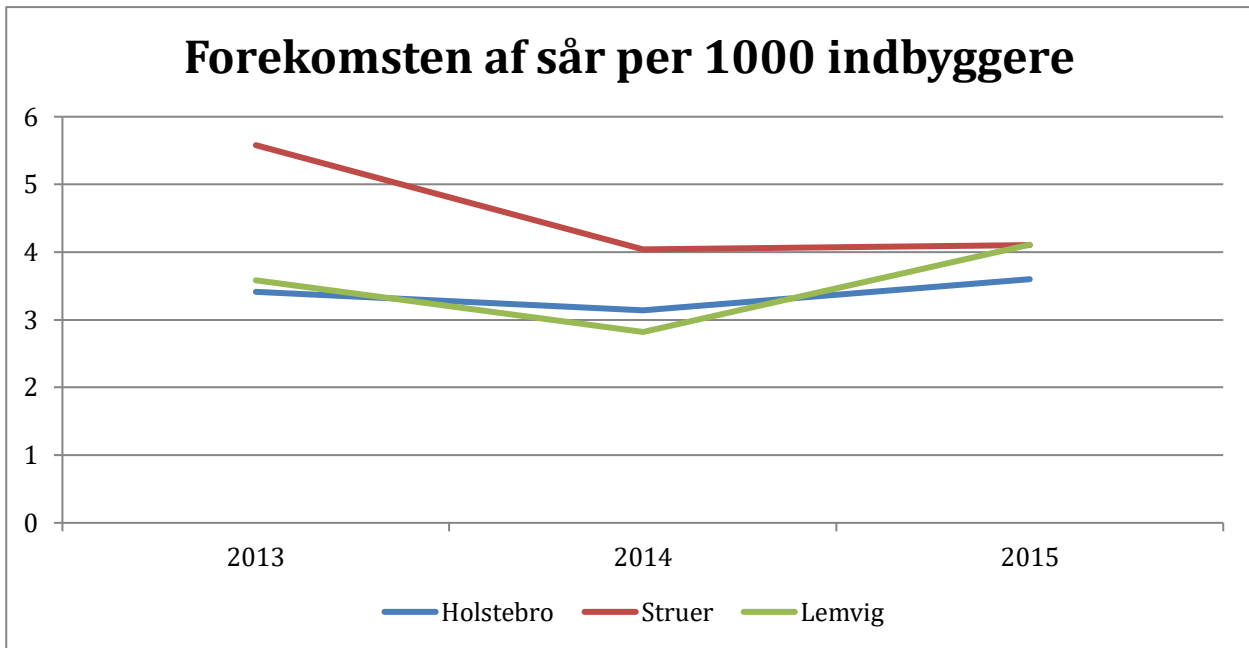
I figur 9 er antallet af sår i Holstebro, Lemvig og Struer vist, her ses det at der er et fald i antal af sår fra 2013 til 2014, hvorimod der for alle kommuner er en stigning fra 2014 til 2015. Struer Kommune har en mindre stigningen, mens stigningen for Holstebro og Lemvig kommuner er større.



Figur 9: Forekomsten af sår i antal fra 2012-2015 i Holstebro, Lemvig og Struer kommuner.

I figur 10 er antallet af sår fordelt per 1000 indbyggere, hvorledes det er muligt at sammenligne kommunerne med hinanden. Her ses det at Struer har et højere udgangspunkt fra starten af end de to andre kommuner, mens kommunerne i 2015 kun har en difference i mellem sig på 0,5 sår per 1000 indbyggere, og ligger mellem 3,6 og 4,11.

Uden indsats øges antallet af sår med 3 % om året. Høje Tåstrup Kommune har opnået en forekomst på 1,6 sår pr. 1000 indbyggere i 2014, hvor deres andel af borgere over 65 år lå på 16,6 %.



Figur 10: Forekomsten af sår i antal per 1000 indbyggere fra 2012-2015 i Holstebro, Lemvig og Struer kommuner.

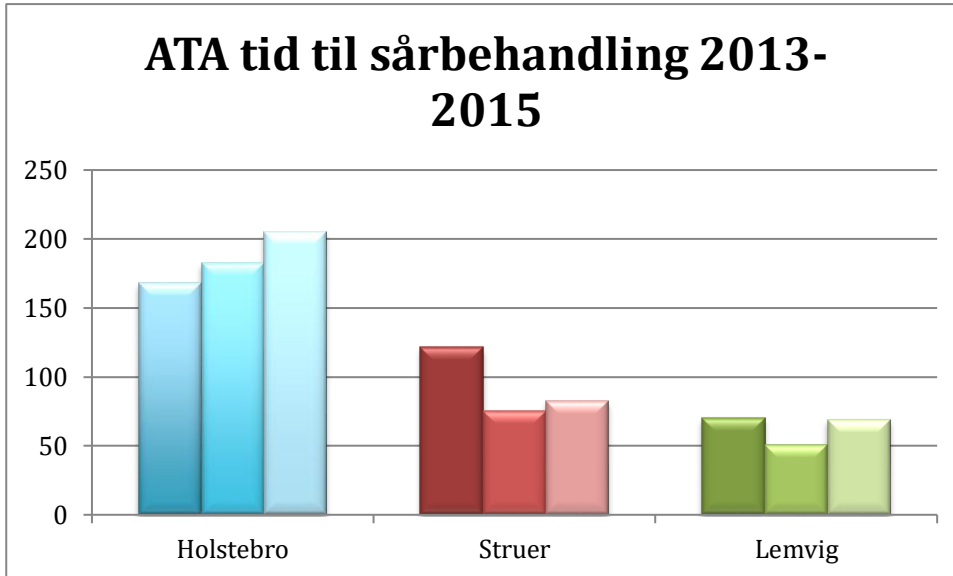
6.4.2 Fordelingen af sår på køn

Fordelingen af sår på køn i 2015 er for kommunerne, som vist i nedenstående tabel.

Kommune	Holstebro	Lemvig	Struer
Mænd	59 %	49 %	44 %
Kvinder	41 %	51 %	56 %

Ressourceforbrug til sårbehandling i Holstebro, Lemvig og Struer kommuner

Den leveret ATA tid til sårbehandling er oplyst af sygeplejerskerne i de respektive kommuner. Udviklingen i ATA tiden er vist i figur 3, hvor det ses af Holstebro Kommune har oplevet en stigning i ATA tiden mens Lemvig og Struer kommuner har haft et fald i ATA tiden fra 2013 til 2014, mens det har været en stigning i tiden for begge kommuner fra 2014 til 2015, se figur 11.



Figur 11: ATA tiden til sårbehandling i 2013-2015 i de tre kommuner.

I Holstebro Kommune er der foretaget 588,4 forbindingsskift i analyseugen i 2015, og den gennemsnitlige tid der anvendes til 1 skift er 20,8 minut. I 2014 blev der foretaget 550,6 skift og tiden til 1 skift var 19,9 minut.

Den gennemsnitlige skiftfrekvens i 2015 er 2,8 skift pr. uge. I 2014 var skiftfrekvensen 3,1 Ifølge KvaliCare udregninger er den gennemsnitlige omkostning pr sår/uge 727,65 kr.

I Lemvig Kommune er der foretaget 225,3 forbindingsskift i analyseugen i 2015, og den gennemsnitlige tid der anvendes til 1 skift er 18,3 minut.

I 2014 blev der foretaget 173,2 forbindingsskift og den gennemsnitlige tidsanvendelse var 17,5 minutter.

Den gennemsnitlige skiftfrekvens i 2015 er 2,7 skift pr. uge. I 2014 var skiftfrekvensen 2,9. 23 sår kræver forbindingsskift i weekenden.

Ifølge KvaliCare udregninger er den gennemsnitlige omkostning pr sår/uge 576,86 kr.

I Struer Kommune er der foretaget 259,8 forbindingsskift i analyseugen i 2015, og den gennemsnitlige tid der anvendes til 1 skift er 19 minutter. I 2014 var der 227,8 forbindingsskift og den gennemsnitlige tid var 19,8 min.

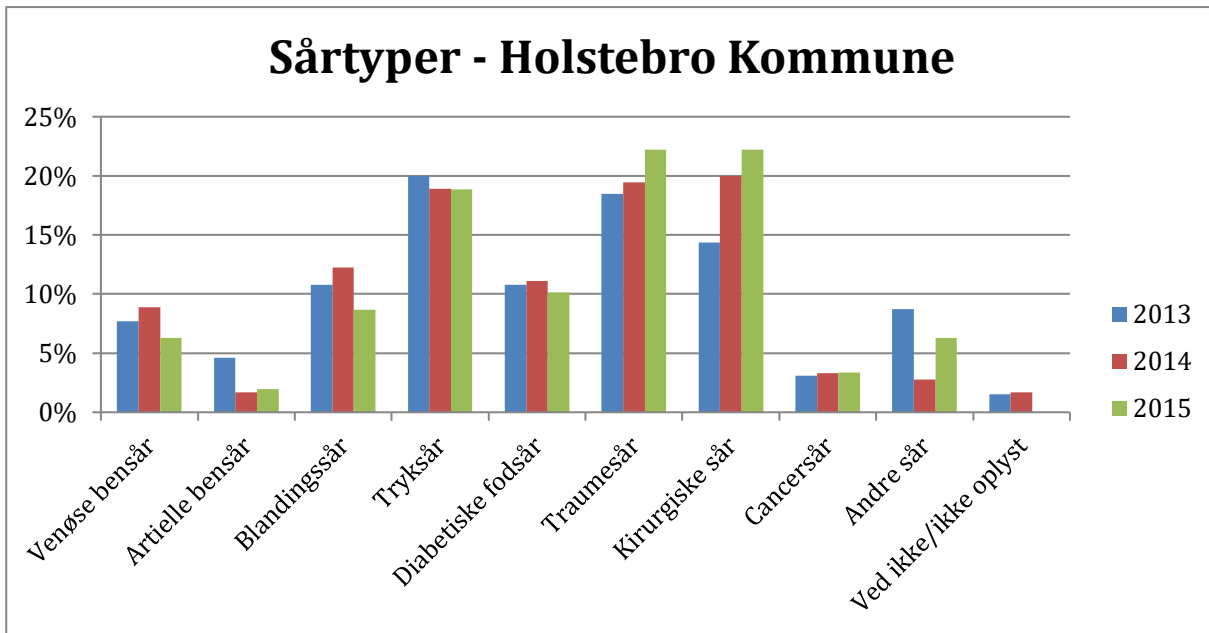
Den gennemsnitlige skiftfrekvens i 2015 er 3 skift pr. uge. I 2014 var det 2,6 skift pr. uge.

Ifølge KvaliCare udregninger er den gennemsnitlige omkostning pr sår/uge 641,10 kr.

6.4.3 Fordeling af sårtyper

Fordelingen af sårtyper i Holstebro, Lemvig og Struer kommuner er opgivet i figur 12, 13 og 14.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



Figur 12: Den procentvise fordeling af sårtyper i Holstebro Kommune i 2013-2015.

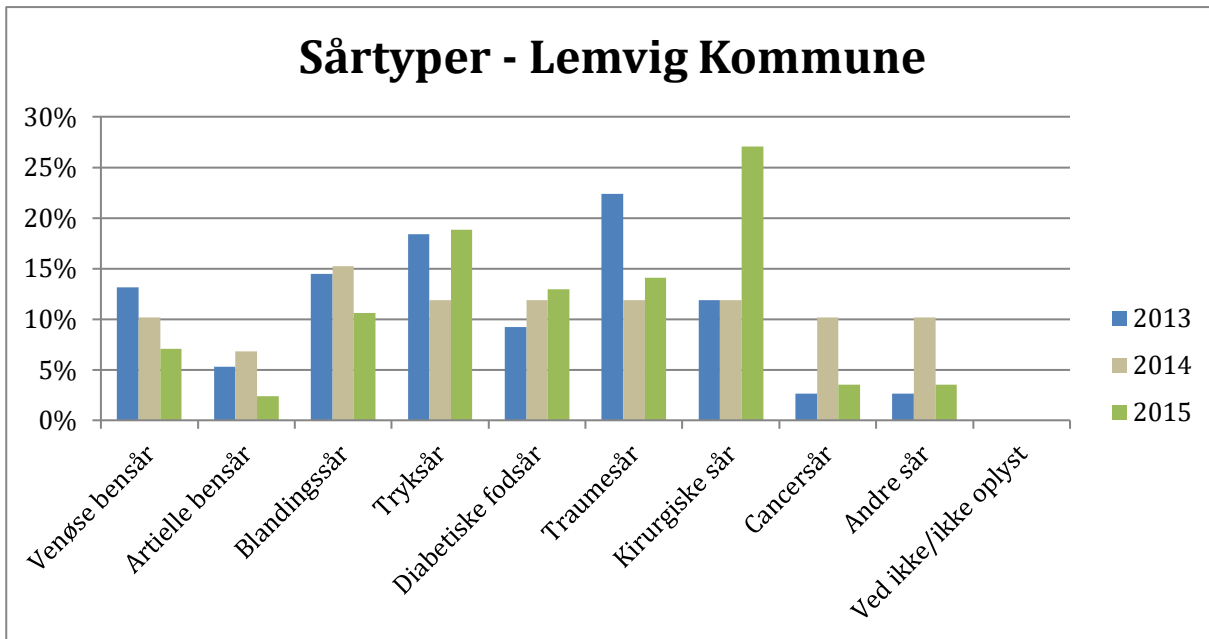
I 2015 er der for 67,5 % af sårene en lægediagnose mens tallenes for 2014 og 2013 var 79,4 % og 76,9 %.

I analyseugen blev 21 sår tilset i Holstebro Kommunes Klinik, hvilket sidste år var 24 sår.

I nedenstående vil udviklingen fra 2013 til 2015 være vist i forhold til bensår, tryksår, diabetiske fodsår, traumesår, kirurgiske sår og andre sår:

År	2013	2014	2015
Bensår	45 sår	41 sår	35 sår
Tryksår	39 sår	34 sår	39 sår
Diabetiske fodsår	21 sår	20 sår	21 sår
Traumesår	36 sår	35 sår	46 sår
Kirurgiske sår	28 sår	36 sår	46 sår
Andre sår	17 sår	5 sår	13 sår

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



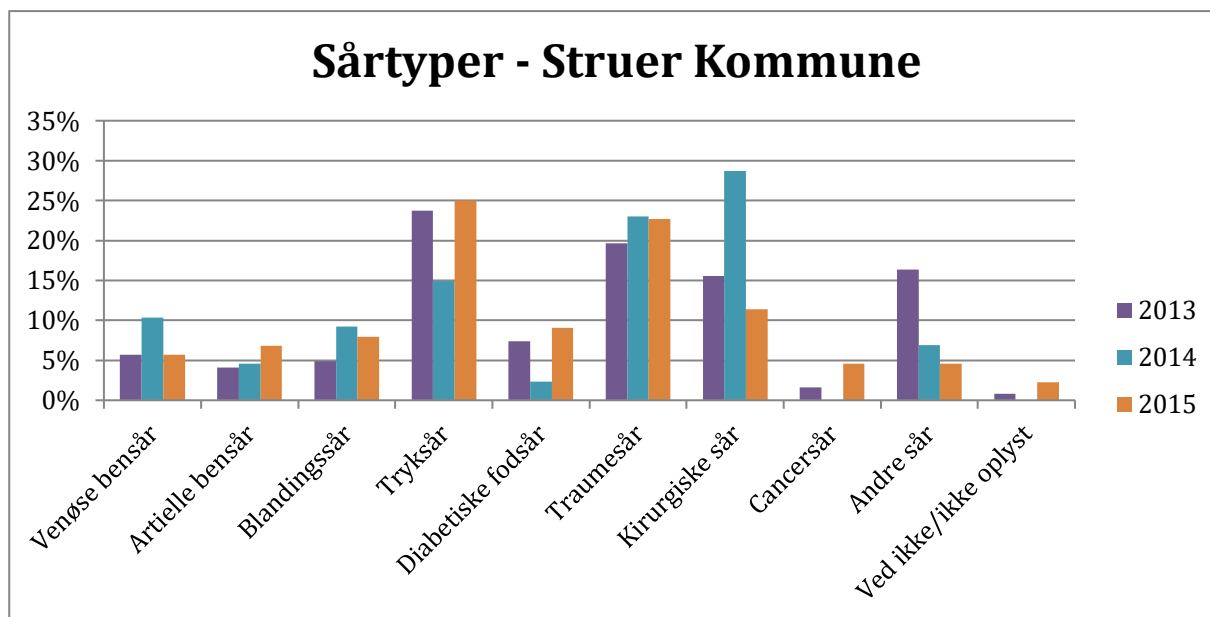
Figur 13: Den procentvise fordeling af sårtyper i Lemvig Kommune i 2013-2015.

I 2015 er der for 76,5 % af sårene en lægediagnose mens tallenes for 2014 og 2013 var 76,2 % og 73,7 %.

I analyseugen blev 24 sår tilset i Lemvig Kommunes Klinik, hvilket sidste år var det 19 sår.

I nedenstående vil udviklingen fra 2013 til 2015 være vist i forhold til bensår, tryksår, diabetiske fodsår, traumesår, kirurgiske sår og andre sår:

År	2013	2014	2015
Bensår	25 sår	19 sår	17 sår
Tryksår	14 sår	7 sår	16 sår
Diabetiske fodsår	7 sår	7 sår	11 sår
Traumesår	17 sår	7 sår	12 sår
Kirurgiske sår	9 sår	7 sår	23 sår
Andre sår	2 sår	6 sår	3 sår



Figur 14: Den procentvise fordeling af sårtyper i Struer Kommune i 2013-2015.

I 2015 er der for 54,5 % af sårene en lægediagnose mens tallenes for 2014 og 2013 var 77 % og 63,1 %.

I analyseugen blev 21 sår tilset i Struer Kommunes Klinik.

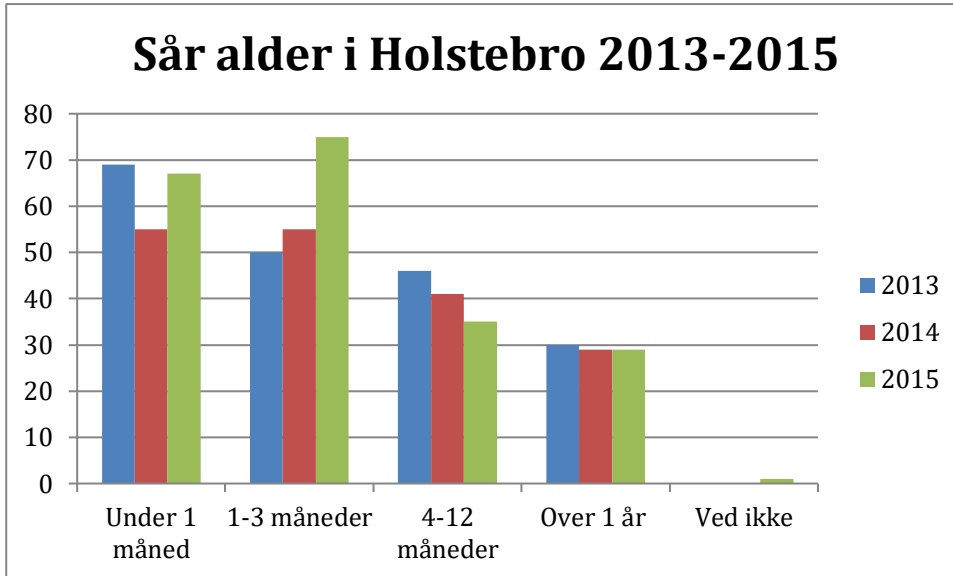
I nedenstående vil udviklingen fra 2013 til 2015 være vist i forhold til bensår, tryksår, diabetiske fodsår, traumesår, kirurgiske sår og andre sår:

År	2013	2014	2015
Bensår	18 sår	21 sår	18 sår
Tryksår	29 sår	13 sår	22 sår
Diabetiske fodsår	9 sår	2 sår	8 sår
Traumesår	24 sår	20 sår	20 sår
Kirurgiske sår	19 sår	25 sår	10 sår
Andre sår	20 sår	6 sår	4 sår

6.4.4 Sårets alder

Varigheden af sårene fremgår af nedenstående tabel

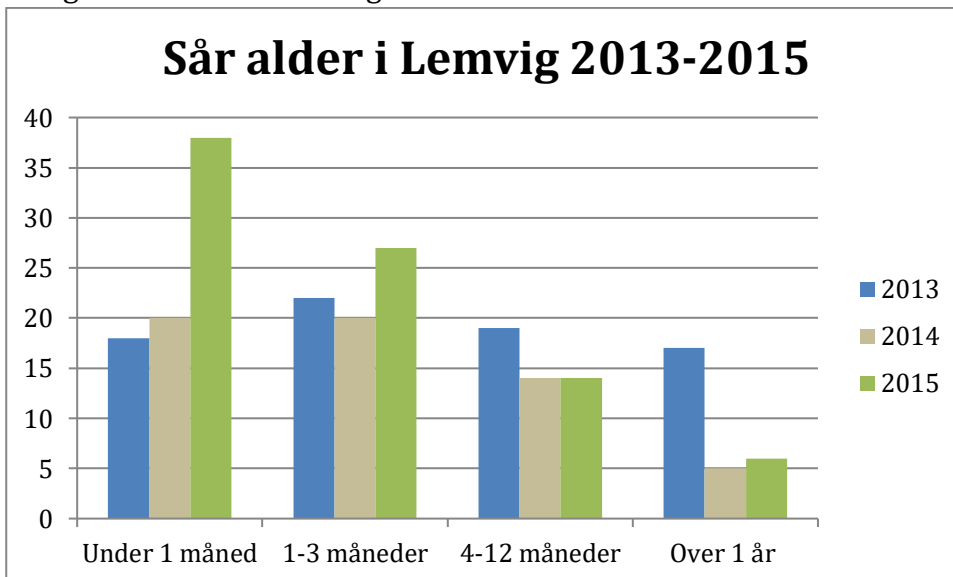
Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser



Antallet af sår, der har været mere end 1 år er udspecificeret i nedenstående tabel.

År	2013	2014	2015
Sår over 1 år	30 sår	29 sår	29 sår

Varigheden af sårene fremgår af nedenstående tabel

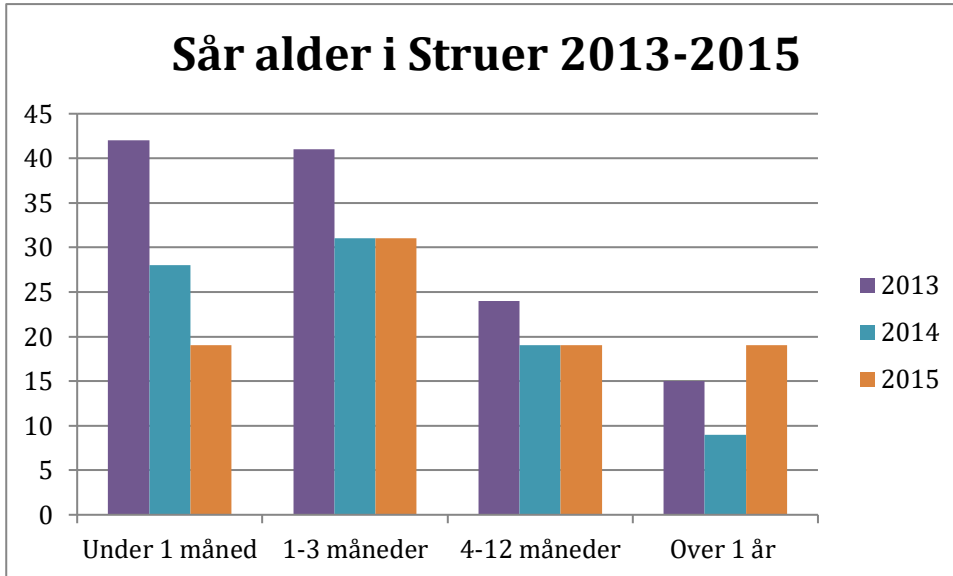


Antallet af sår, der har været mere end 1 år er udspecificeret i nedenstående tabel.

År	2013	2014	2015
Sår over 1 år	17 sår	5 sår	6 sår

Varigheden af sårene fremgår af nedenstående tabel

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

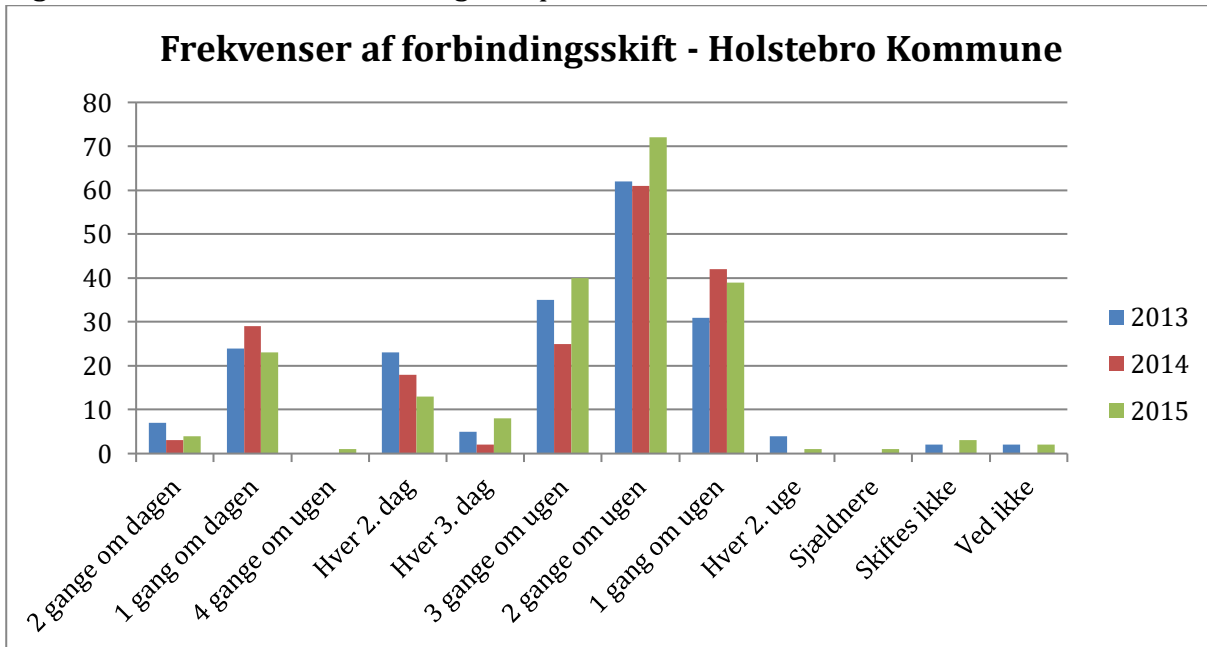


Antallet af sår, der har været mere end 1 år er udspecificeret i nedenstående tabel.

År	2013	2014	2015
Sår over 1 år	15 sår	9 sår	19 sår

6.4.5 Frekvensen af forbindingsskift

Figuren viser hvor ofte forbindingerne på sårene skiftes.

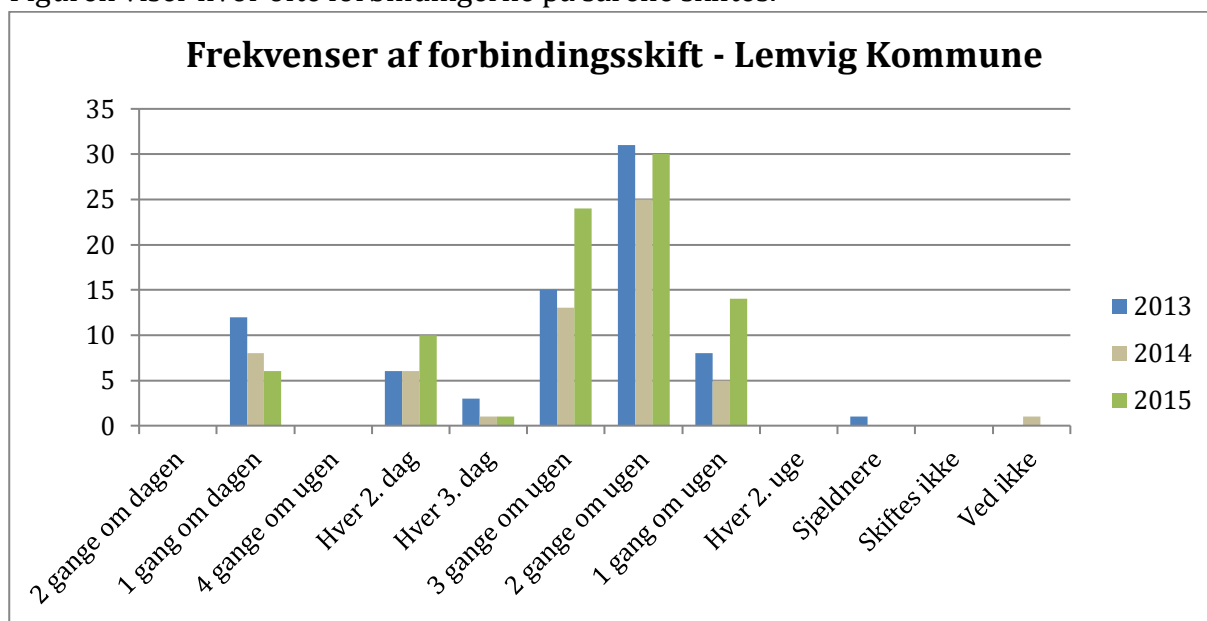


Nedenstående viser en udspecificering af antallet af sår, hvor der skiftes forbindelse 1 eller 2 gange i døgnet

År	2013	2014	2015
Sår der behandles dagligt	31 sår	32 sår	27 sår

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Figuren viser hvor ofte forbindingerne på sårene skiftes.

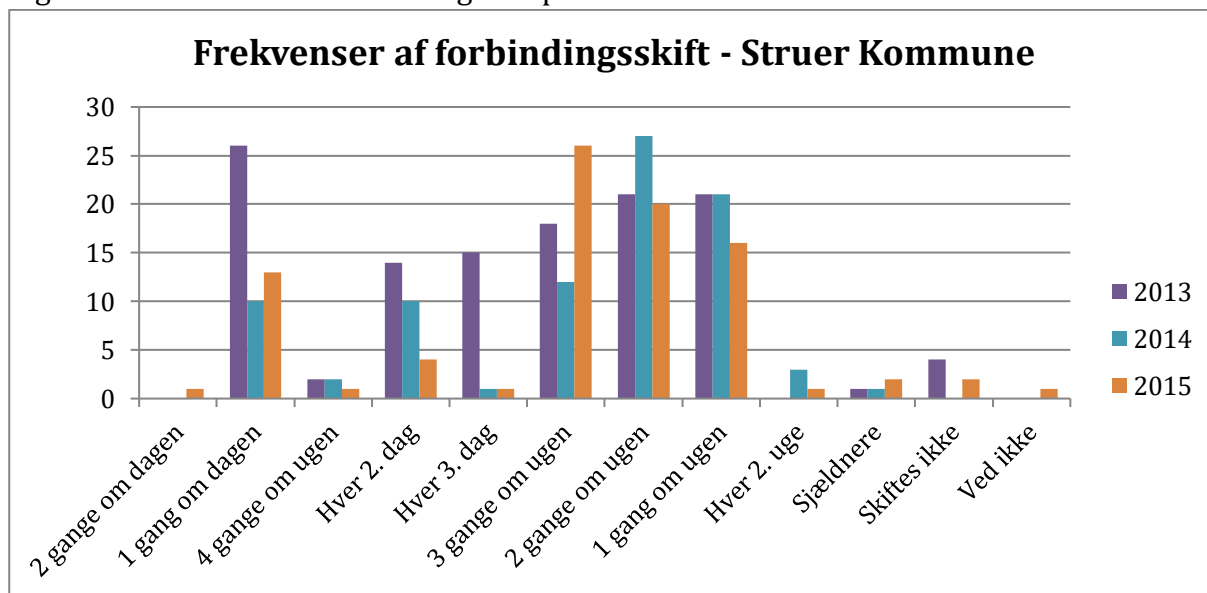


Nedenstående viser en udspecificering af antallet af sår, hvor der skiftes forbindelse 1 eller 2 gange i døgnet

År	2013	2014	2015
Sår der behandles dagligt	12 sår	8 sår	6 sår

Det ses at antallet af daglige forbindingskift er reduceret hvert år.

Figuren viser hvor ofte forbindingerne på sårene skiftes.



Nedenstående viser en udspecificering af antallet af sår, hvor der skiftes forbindelse 1 eller 2 gange i døgnet

År	2013	2014	2015
Sår der behandles dagligt	26 sår	10 sår	14 sår

6.4.6 Konklusion fra såranalyserne:

6.4.6.1 Holstebro Kommune

Forekomsten af sår faldt fra 2013 til analysen i 2014, men i 2015 var der en stigning i antallet af sår, hovedsageligt pga. øget forekomst af traumesår og kirurgiske sår.

Læringsaktiviteter

I 2014 var det obligatorisk for alt plejepersonale at se alle kurser. I 2015 har der været opsamling i forhold til det personale der endnu ikke havde set kurserne.

59% af sygeplejerskerne har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling

58% af ssa gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling

66% af ssh gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse.

6.4.6.2 Lemvig Kommune

Forekomsten af sår faldt med 22 % fra 2013 til analyseugen 2014, men i 2015 har der været en voldsom stigning i antallet af sår. Sårsygeplejerskerne fortæller at der er ansat mange nye sygeplejersker i 2015, som ikke nødvendigvis er blevet oprettet i KvaliCare endnu.

Læringsaktiviteter

I 2014 var det obligatorisk for alt plejepersonale at se alle kurser. I 2015 har der været opsamling i 2. halvår, i forhold til det personale der endnu ikke havde set kurserne.

57% af sygeplejerskerne har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling

63% af ssa gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling

70% af ssh gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse.

6.4.6.3 Struer Kommune

Forekomsten af sår faldt med 29 % fra 2013 til analyseugen 2014, og i 2015 er resultatet fastholdt, men ikke yderligere reduceret. Mange sår ses ikke af lægelige samarbejdspartnere, og den manglende reduktion kunne også skyldes mange nye sygeplejersker i år, som ikke nødvendigvis er oprettet i KvaliCare endnu.

Læringsaktiviteter

I 2014 var det obligatorisk for alt plejepersonale at se alle kurser. I 2015 har der været opsamling for kurserne der handler om bensår og tryksår.

67% af sygeplejerskerne har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling

75% af ssa gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse og behandling

80% af ssh gruppen har i gennemsnit set kurserne om sårforebyggelse.

7 Appendix

Diagnosekoder for forebyggelige indlæggelser:

- Dehydrering (DE869)
- Forstoppelse (DK590)
- Nedre luftvejssygdom (DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47)
- Blærebetændelse (DN30, undtaget DN303 og DN304)
- Gastroenteritis (DA09)
- Brud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92)
- Ernæringsbetinget anæmi (DD50, DD51, DD52, DD53)
- Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74, DZ75)
- Tryksår (DL89)

Diagnosekoderne er valgt på baggrund af at det er disse der bliver brugt af Region Midtjylland og i rapporten Sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet Synlige resultater fra 2015.

Tal på uddannelse

Personer på uddannelse

Første forløb

Samlet 223

Terapeuter og sygeplejersker på VIA University College – 72 personer

Social- og sundhedsassistenter på Social- og SundhedsSkolen – 106 personer

Sygeplejersker på regionalt kompetenceforløb – 45 personer

Andet forløb

TOBS og tidlig opsporing

Samlet 545 personer

503 fra kommunerne

42 fra almen praksis herunder blandt andet læger og praksispersonale tilknyttet lægeklinikkerne

8 Kilder

- Bilde, L., & Svenning, A. R. (2004). *Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)*. DSI.
- Brazier, J., Roberts, J., & Deverill, M. (2. vol. 21 2002). The Estimation of a preference-Based Measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, s. 271-292.
- Brooks, D., Krip, B., Mangovski-Alzamora, S., & Goldstein, R. S. (Juli 2002). The effect of postrehabilitation programmes among individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory journal*, s. 20-29.
- Corti, L., & Thompson, P. (2010), Secondary analysis of archived data. *Qualitative Research Practice* (red. Seale, C., Giampietro, G., Gubrium, J. F., & Silverman, D.), s. 297-313.
- Cote, C. G., & Celli, B. R. (Oktober 2005). Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. *European Respiratory journal*, s. 630-36.
- Forløbsprogramgruppen. (u.d.). *Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom*. Region Midtjylland.
- Høst, D., & Beyer, N. (2005). *Kliniske retningslinjer for fysisk træning til patienter med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse - et rehabiliteringstilbud på Bispebjerg Hospital og Sundhedscenter Østerbro*.
- Jensen, M. B., Fenger-Grøn, M., Fonager, K., Omland, Ø., Vinding, A. L., & Hansen, J. G. (14. januar 2013). Kronisk obstruktiv lungesygdom fører til stort forbrug af sundhedsydelser og sociale udgifter. *Ugeskrift for Læger*, s. 131.
- Ketelaars, C. A., Abu-Saad, H. H., Schlösser, M. A., Mostert, R., & Wouters, E. F. (August 1997). Long-term Outcome of Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. *Chest Journal*, s. 363-69.
- Monninkhof, E., Van der Aa, M., Van der Valk, P., Van der Palen, J., Zielhuis, G., Koning, K., et al. (2004). *A qualitativ evaluation of a comprehensive self-management programme for COPD patients: effectiveness from patients perspective*. 177-84: Patient Education and Counseling.
- Osborne, R. H., Elsworth, G. R., & Whitfield, K. (Maj 2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, s. 192-201.
- Region Hovedstaden. (u.d.). Manual 30-sekunder rejse-sætte-sig-test (RSS).
- Region Hovedstaden. (u.d.). Manual 6-minutters gangtest.
- Region Midtjylland. (2013). *Læring- og mestningsprincippet. Fagpersoner og erfarne patienter i Vestklyngen 2014*. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
- Ringbæk, T. J., Brøndum, E., Bolton, S., Martinez, G., & Lange, P. (23. April 2007). Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom Tolvmånederseffekten af et syvugersprogram. *Ugeskrift for Læger*, s. 1572-76.
- T. M. Burkow, L. K. (Marts 2013). Internet-enabled pulmonary rehabilitation and diabetes education in group settings at home: a preliminary study of patient acceptability. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, s. 13-33.

Delelement 1: Reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser

Troosters, T., Gosselink, R., & Decramer, M. (August 2000). Short- and long-term effects of outpatient rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *The American Journal of Medicine*, s. 207-212.