



Faaborg-Midtfyn
Kommune

Telesundhed - en digital kronikerindsats på KOL området i Faaborg-Midtfyn Kommune

Opsamling på projektet

Projektperiode: Marts 2014 – september 2014



Pleje og Omsorg
Udsyn mod fremtidens velfærd

Indholdsfortegnelse

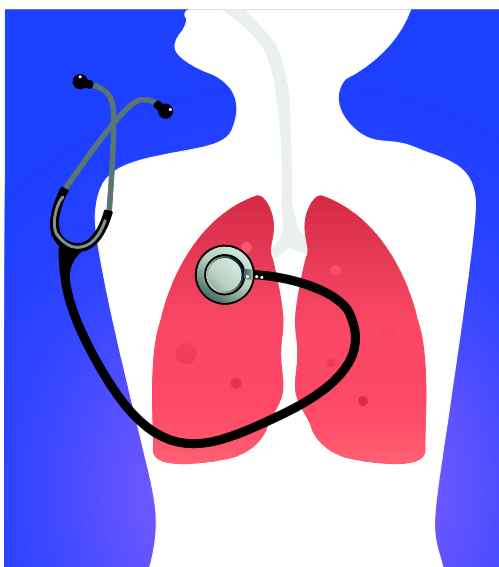
| | |
|--|----|
| Formålet med denne rapport | 3 |
| Telesundhed - en digital kronikerindsats på KOL området i Faaborg-Midtfyn Kommune | 3 |
| Udgifter til behandling og pleje af KOL borgere | 3 |
| Telesundhedsindsats via KMD Viva | 4 |
| Evaluering af telesundhedsprojektet i Faaborg-Midtfyn Kommune | 4 |
| Præsentation af dataindsamling og drøftelser af resultater..... | 6 |
| Det videre forløb for telesundhedsløsningen i Faaborg-Midtfyn Kommune | 12 |
| Opsamlingen er udarbejdet..... | 13 |

Formålet med denne rapport

Med denne rapport ønsker vi at samle op på den viden og de erfaringer, vi har opnået i vores arbejde med telesundhedsprojektet. Vi ved godt, at dette ikke er noget "videnskabeligt" projekt. Et sådan projekt vil tage lang tid og kræve mange ressourcer – har vi tid til at vente?

Ikke desto mindre havde vi ret hurtigt en fornemmelse af, at en telesundhedsindsats rummer et potentiale, som vi gerne vil formidle til andre.

God læselyst.



Telesundhed - en digital kronikerindsats på KOL området i Faaborg-Midtfyn Kommune

I takt med stigningen af antallet af ældre, forventes antallet af kronikere at vokse. De demografiske forskelle betyder, at land- og yderkommunerne vil blive særligt hårdt ramt af denne udvikling. På landsplan vil vi i kommunerne få brug for op mod 8000 ekstra omsorgsmedarbejdere. Væksten i antallet af kronikere har en væsentlig indflydelse på tallet. I dag har 1,8 mio. danskere en kronisk lidelse og halvdelen har mere end én.

KOL patienten oplever ofte akut forværring af sygdommen, hvilket fører til hyppige og ofte langvarige sygehusindlæggelser. Tilstanden er den hyppigste årsag til akut indlæggelse på medicinsk afdeling. Genindlæggeshyppigheden er på 24 pct. inden for 30 dage. Det er estimeret at Faaborg-Midtfyn Kommune har ca. 3600 borgere med kroniske lunge sygdomme, hvilket svarer til ca. 68 personer pr. 1000 indbygger. Flere studier har vist at indirekte omkostninger som tabt produktivitet og u håndgribelige omkostninger som forringet livskvalitet, udgøre en væsentlig del af de samlede merudgifter (samfundsøkonomisk) - i gennemsnit 57,5 pct. ved KOL.

Udgifter til behandling og pleje af KOL borgere

Den direkte merudgift til behandling og pleje af KOL er estimeret til at ligge i spændet 60.000 – 100.000 kr. pr. KOL borger. 33% pct. udgør omkostning til indlæggelser, 20 pct. til overførselsindkomster, 17 pct. til plejehjem og boligydelse, 13. pct. til hjemmepleje og hjælpemidler, 14 pct. til medicin, ambulans behandling og besøg hos egen læge. Den kommunale merudgift er estimeret til 36.000-59.000 kr. pr. KOL borger om året.¹

Borgere med KOL har mange kostbare indlæggelser, der ofte skyldes angst, og det er erfaringen, at de over tid vil blive mere plejekarvende. Med en telesundheds løsning vil de kunne deltage i ugentlige videokonsultationer med en sygeplejerske, deltage online på fælles lungehold og danne netværk med de

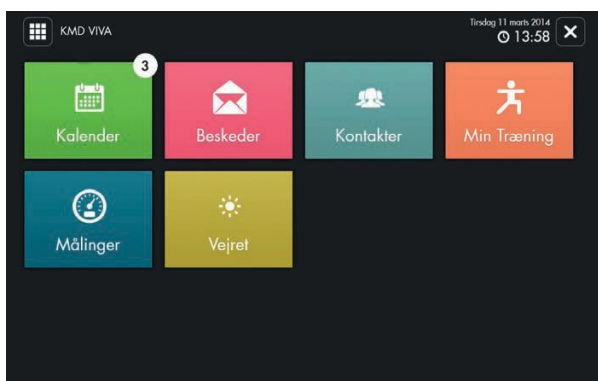
¹ Ovenstående case er udarbejdet med udgangspunkt i rapporten fra CEDI (Center for Digital forvaltning) om digital kronikerindsats i land- og yderkommuner og rapporten om Telemedicinsk behandling af KOL-patienter - potentialer og barrierer, som er udfærdiget af KMD i samarbejde med Danmarks Lungeforening.

andre deltagere, hjemmefra. Det vil skabe øget tryghed for den enkelte borger og væsentligt reducere behovet for genindlæggelser. Både effektiviteten såvel som kvaliteten af behandlingen kan hæves ved hjælp af den nye teknologi.

En reduktion i indlæggelser og genindlæggelser af KOL patienter vil betyde lettelse af et økonomisk pres på både kommunalt og regionalt niveau. Samtidig vil faldet af indlæggelser og genindlæggelser være en indikation på, at KOL patienterne i højere grad undgår akut forværring af deres sygdom, da det som ofte er en årsag til genindlæggelser.

Potentialet for at anvende telesundhedsløsningen og derved bringe behandlingen tættere på borgeren, kan i lige så høj grad gøre sig gældende for andre kronikergrupper som f.eks. diabetes, psykiatri, kroniske inflammatoriske tarmsygdomme mv.

Hvis praktiserende læger og sygehuse ønsker at blive en del af løsningen, vil der være mulighed for at ambulante besøg og lægebesøg kan gennemføres digitalt.



Telesundhedsindsats via KMD Viva

Telesundhedsindsatsen i Faaborg-Midtfyn Kommune foretages via KMD Viva som er online kommunikation, både 1:1 og hold. Her kan borgeren føre samtaler med en fagper-

son 1:1, deltage i holdtræning 1:8 eller i grupper 8:8. Der kan optages og/eller uploades træningsvideoer, der understøtter et forløb eller en mestringsøvelse, og derved give mulighed for terapeuter at træne med borgerne.

Faaborg-Midtfyn Kommune er et godt sted at bo, også hvis borgeren lider af en kronisk sygdom. Med telesundhedsløsningen er Faaborg-Midtfyn Kommune på forkant med det teknologiske område, som dels vil spare transport for borgerne, men også spare indlæggelser og give større livskvalitet for den enkelte.

Telesundhedsprojektet er udarbejdet i meget tæt samarbejde med det frivillige KOL netværk i Faaborg-Midtfyn Kommune. En fortsat drift vil stadig involvere netværket og der kan på sigt være basis for et samarbejde med andre eksterne aktører og erhvervslivet.

Evaluering af telesundhedsprojektet i Faaborg-Midtfyn Kommune

I det følgende beskrives telesundhedsprojektet efterfulgt af evalueringen. Projektet blev afviklet i perioden marts 2014 til september 2014. 15 borgere deltog.

Formål

Formålet var at undersøge effekten og anvendeligheden af KMD Viva i forbindelse med Faaborg-Midtfyn kommunes sygeplejefaglige indsats til borgere med KOL.

Mål

Faaborg-Midtfyn Kommune havde defineret følgende mål:

- Reducere antallet af genindlæggelser for borger i projektet med 25%.
- Reducere antal indlæggelsesdage for borgere i projektet.

- At kunne anvende KMD Viva i den sygeplejefaglige indsats til borgere med KOL.
- Øget livskvalitet for borgerne i projektet.
- Skabe en organisatorisk succes i forhold til implementering af velfærdsteknologi.
- 15 borgere igennem et forløb med KMD Viva.
- Udarbejde en proces for distribution af KMD Viva til borgerne i projektet – (udstyrsafklaring, opsætning, undervisning, nedtagning).

Målgruppe

Borgere med KOL der kunne deltage i projektet blev vurderet ud fra følgende inklusions- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- Diagnosticeret med KOL.
- Bosiddende i Faaborg-Midtfyn Kommune.
- Har haft minimum én indlæggelse relateret til KOL (dette er 1. prioritet – alternativt kunne borgere uden indlæggelser også komme med i projektet).
- Borgere der blev udskrevet uden af få tilbud om en KOL-kuffert.
- Borgere der bliver udskrevet med en KOL-kuffert, blev tilbudt deltagelse i projektet efter aflevering af KOL-kuffert (1 uge).
- Det skulle være muligt at etablere en bredbåndsforbindelse hos borgeren.
- Borgeren skulle kunne tale og forstå dansk.

Eksklusionskriterier:

- Borgere med nedsat hørelse/syn, demens eller andre kognitive forstyrrelser.

Metode

KMD Viva blev anvendt til Faaborg-Midtfyn kommunes sygeplejefaglige indsats indenfor KOL. Projektet blev gennemført i sygeplejeklinikken i Faaborg. KMD Viva blev i den forbindelse anvendt til individuelle samtaler,



herunder respirationsøvelser og hjælp-tilselv hjælpstræning med borgerne, ligesom borgeren kunne se træningsvideoer via systemet.

Anvendelse

KOL-sygeplejerskerne i sygeplejeklinikkerne i Faaborg tilbød udvalgte borgere med KOL opfølgende forløb via online videomøder. Disse forløb omfattede nedenstående ydelser.

Individuelle tryghedssamtaler

Tryghedssamtaler afholdt som udgangspunkt 1 gang om ugen. Under tryghedssamtalerne spørges der til borgernes fysiske og psykiske tilstand. Ved første og sidste samtale gennemføres tjeklisten herunder 15D spørgeskema (til måling af borgernes livskvalitet). Under samtalen registreres ligeledes borgers vejrtrækning og generelle tilstand.

Tryghedssamtalerne giver ligeledes anledning til at følge op på selvtræning og eventuelle andre aftalte aktiviteter.

Varighed pr. møde/session: 20-30 min

Frekvens: 1-2 gange om ugen

For borgere der oplevede forværring eller andet, var der mulighed for opfølgende samtaler.

Borgere der kom med i projektet som følge af en indlæggelse blev tilbudt 2 ugentlige tryk-samtaler i de 2 første uger. Herefter efter vurdering 1 ugentligt møde.

Hjælp-til-selvhjælpstræning

Selvhjælpstræning skulle gøre borgerne i stand til selv at intensivere deres fysiske aktivitet. Med træningsøvelserne får borgeren lavet fysisk aktivitet uden at skulle transportere sig til sygeplejeklinikken og bruge energien på dette.

Disse øvelser var typisk vejtrækningsteknikker og evt med PEP-fløjte, samt mindre fysiske øvelser.

Træning via skærm

Borgeren kunne udføre træning til træningsvideoer, som var lagt ud på borgerens skærm via KMD Viva. Sygeplejersken vurderede, hvor meget selvtræning via skærm borgeren skulle gennemføre om ugen.

Sygeplejerskerne fulgte op på borgerens selvtræning under tryk-samtalerne.

Præsentation af dataindsamling og drøftelser af resultater

I det følgende beskrives evalueringen af projektet. Først gennemgås besvarelserne fra livskvalitetsundersøgelsen også kaldet 15D. Dernæst gennemgås besvarelserne fra spørgeskemaet og til sidst tilbagemeldingen fra mødet i det frivillige netværk, hvor projektet blev drøftet.

Resultaterne fra 15D

Resultaterne fra 15D livskvalitet undersøgelsen, viser ikke en entydig ændring i den ople-

vede livskvalitet. Dog er der enkelte punkter, hvor der ses en fremgang. Resultaterne fortæller dog noget om hvilken gruppe borgere, vi har med at gøre og da deltagerne skulle gennemgå spørgeskemaet indledningsvist i projektet, har 15D ligeledes haft en udredningsfunktion i forhold til KOL-sygeplejerskernes vurdering af den enkelte.

I forhold til resultatet skal der tages højde for, at det har været en svær sommer for KOL patienter. Ligesom det er en generel vurdering, at borgerne generelt er blevet dårligere i løbet af dette halve år. Bl.a. er der 3 borgere, som i løbet af foråret har fået iltapparat og 1 borger som er blevet markant dårligere i løbet af projektperioden.

Resultaterne viste en positiv ændring på følgende faktorer: Vejtrækning, sædvanlige aktiviteter og livskraft.

Besvarelserne fra spørgeskemaet

Resultaterne fra spørgeskemaet er primært opgjort i en procentvis besvarelse og disse resultater bliver vist med en grafisk fremstilling.

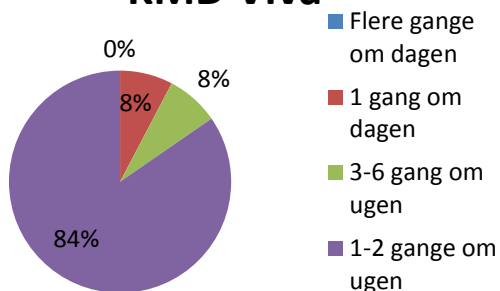
Spørgsmål:

Hvor tit bruge du Viva?

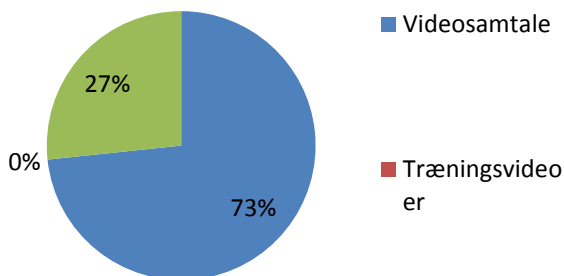
Hvad bruger du Viva til?

Næsten samtlige deltagere anvendte KMD Viva 1-2 gange om ugen. En trænede dagligt. Der har været problemer med træningsvideoen, f.eks. kunne den ikke vises og den var for lang. Det har været svært at motivere deltagerne til brug af træningsvideo, dels fordi de har været for lange, og så er der deltagere der i forvejen deltager på holdtræning. Hvis øvelserne f.eks. kunne have sammenhæng til holdtræningsøvelser ville det give bedre mening ved f.eks. at terapeuterne laver træningsvideoer på max 5 min.

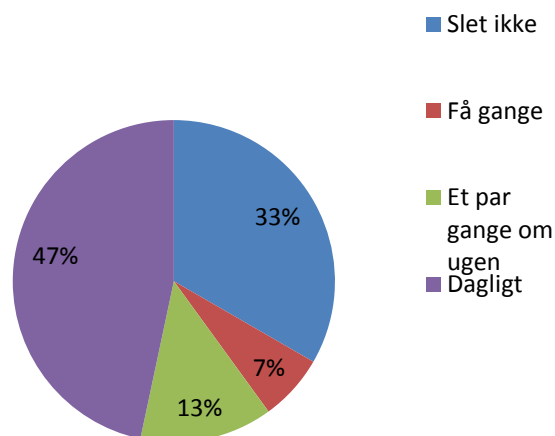
Hvor tit bruger du KMD Viva



Hvad bruger du KMD Viva til?



Havde du benyttet en computer før du startede med at anvende KMD Viva



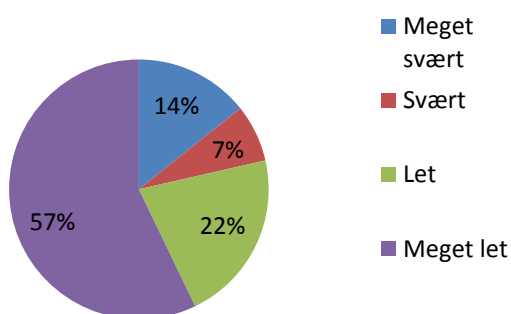
Spørgsmål:

Hvordan synes du det er at bruge Viva?

Havde du benyttet en computer før?

40% havde kun få gange, eller slet ikke, brugt en PC før. Næsten 80% synes dog, det var let at anvende KMD Viva.

Hvordan synes du det er at bruge KMD Viva



Spørgsmål:

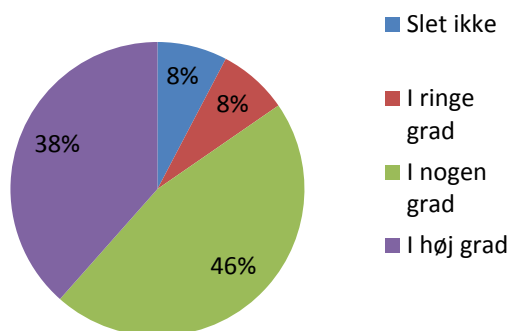
Har brugen af Viva været med til at gøre dig mere tryk i forhold til at håndtere KOL?

Har brugen af Viva givet dig mere kontakt til KOL sygeplejersken?

Synes du det er godt at snakke/træne med KOL sygeplejersken via Viva?

Besvarelsen viser, at indsatsen har gjort deltagerne mere trygge. Der er i den forbindelse flere borgere, der har været kede af at skulle ud af projektet. Alle deltagere synes det i høj grad eller i nogen grad har været godt at tale med KOL sygeplejerskerne via KMD Viva. 27% af deltagerne modtog en KOL-kuffert under projektet (efter indlæggelse har borgen KOL-kufferten en uge). Sygeplejerskerne har i den forbindelse ventet med at tale med de borgere, der er kommet hjem med en KOL-kuffert, til den var sendt retur.

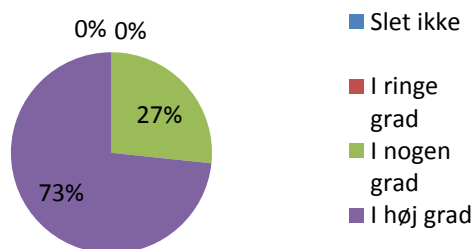
Har brugen af KMD Viva været med til at gøre dig mere tryk i forhold til at håndtere KOL



Har brugen af KMD Viva givet dig mere kontakt til KOL-sygeplejersken?



Synes du det er godt at snakke/træne med KOL-sygeplejersken via KMD Viva

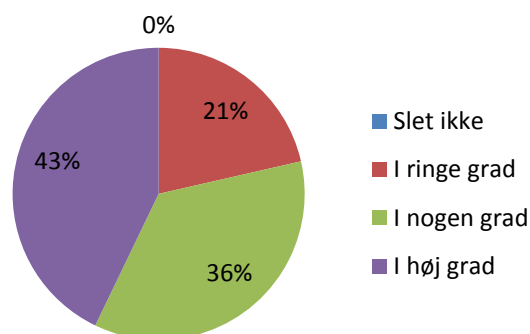


Spørgsmål:

I hvor høj grad har deltagelsen i projektet været med til at du er blevet bedre til at tackle KOL?

Ca. 75 % synes de er blevet bedre til at tackle KOL. KOL sygeplejersken uddyber dette med at borgerne er blevet meget hurtigere til at gå i behandling, både i forhold til depression og generel behandling af sygdom. Borgerne er blevet bedre til egenomsorg.

I hvor høj grad har deltagelsen i projekt online omsorg været med til at du er blevet bedre til at tackle KOL



Tilbage melding fra arrangement, arrangeret af det frivillige KOL netværk

Det frivillige KOL netværk i Faaborg-Midtfyn Kommune, drøftede i fællesskab anvendelsen af KMD Viva. Det følgende afsnit er essensen af drøftelsen:

Det har været meget spændende at deltage. Alle følte det gav trykthed og var meget glade for at være med.

Deltagerne havde alle forberedt sig med spørgsmål, når de skulle have samtaler via skærmen. Samtalerne drejede sig bl.a. om medicin, depression, søvn, luft, lægebesøg, træning m.v. Desværre blev tilbuddet om gymnastik filmen ikke brugt, hvilket en af deltagerne efterfølgende fortrød. Teknikken fungerede bedst med deltagernes egne netforbindelser og kommunens PC. Det gav desværre en del problemer, hvis deltagernes egne pc'er skulle anvendes. Deltagerne var enige om, det havde været bedre at lave projektet om efteråret, hvor de er mere sårbare. Det var super dejligt at kunne se hinanden i forbindelse med samtalerne – både for deltagerne og sygeplejersken.

Gennemgang og opfølgning på formål og mål

I det følgende gennemgås de opstillede mål for projektet og hvorledes de er opfyldt.

Mål: Reducere antallet af genindlæggelser for borger i projektet (25%) + Reducere antal indlæggelsesdage for borgere i projektet.

Flere af borgerne i projektet kunne ikke huske antal indlæggelser i den angivne periode i 2013. Denne usikkerhed fremgår ligeledes af spørgeskemaerne. De data der er indsamlet i forhold til opsamling på målene vedrørende indlæggelser, vurderes derfor med så høj en grad af usikkerhed, at det ikke kan konkluderes om de er nået.

I forhold til reducere af indlæggelser, har det været svært at lave en sammenlignelig måling, da det kan gå rigtig hurtigt med forværring af KOL (ligesom der generelt opleves en negativ progression) – hvilket har været tilfældet for en række projektdeltagere.

En deltager var indlagt ca. 11 gange i løbet af de første 3 mdr. Efter vedkommende indgik i

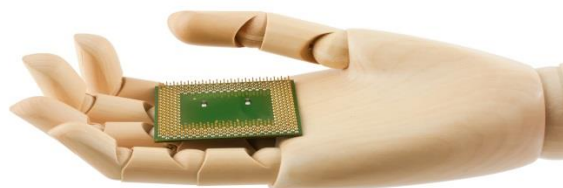
projektet og indtil afslutningen, var der ingen indlæggelser.

Mål: At kunne anvende KMD online omsorg i den sygeplejefaglige indsats til borgere med KOL.

Sygeplejerskerne har i både midtvejsevaluering og i beskrivelsen af den sygeplejefaglige indsats mod KOL før og efter anvendelsen af KMD Viva været positive. Det gør ingen forskel om sygeplejersken sidder foran skærmen, eller hjemme hos borgeren. Nærværet er der i ligeså høj grad. Anvendelse af KMD Viva har givet sygeplejerskerne mere viden om den enkelte borger og har i flere tilfælde identificeret andre problemstillinger. En del af borgerne har kun fået kontakt til KOL sygeplejersken, fordi de har deltaget i projektet. Det har dog i høj grad været berettiget at borgerne fik kontakten uanset deltagelse i projektet. Den øgede sygeplejefaglige indsats øger kvaliteten til de dårlige borgere.

KOL sygeplejersken har hjulpet borgerne i forhold til kontakt med egen læge og regulering af medicin. Det vurderes at dette har været med til at forebygge indlæggelser.

Der er sket en øget videndeling blandt sygeplejersker vedr. KOL i og med det har fået mere fokus.



Mål: Øget livskvalitet for borgerne i projektet.

Overordnet påviser 15D alene ikke en markant forbedring af livskvalitet. Der er dog en lille fremgang på enkelte faktorer: Vejtrækning, sædvanlige aktiviteter og livskraft. Af

svarene fra spørgeskemaundersøgelsen fremgår det endvidere, at borgerne er blevet bedre og mere trygge i forhold til at håndtere KOL.

Mål: Skabe en organisatorisk succes i forhold til implementering af velfærdsteknologi.

Delmålene var at have 15 borgere igennem et forløb med KMD Viva og udarbejde en proces for distribution af KMD Viva til borgerne i projektet – (udstyrsafklaring, opsætning, undervisning, nedtagning).

Der har været 15 borgere igennem projektet i perioden 1. marts 2014 – 30. august 2014.

Projektet har udarbejdet en proces for distribution af KMD Viva til borgere. Denne er dokumenteret og der er etableret en organisation, som kan håndtere dette.

Evaluering af Implementeringsforløb.

Intern organisering. Der er en generel tilfredshed med den interne organisering. Det har fungeret rigtig godt med logbogen som alle kunne skrive i og følge med i. Det anbefales at arbejde videre på denne måde.

Repræsentanten fra det frivillige KOL netværk, var en del af projektgruppen på lige fod med de andre deltagere. Repræsentanten har bl.a. været vigtig i forhold til at skabe den direkte kontakt til projektdeltagerne. På den måde har organiseringen været rigtig god til at understøtte at få borgere i projektet og samtidig få dem hurtigt i gang. Det tætte samarbejde med IT og tilknytning af seniorjobberne til opsætning af udstyr hos borgerne, undervisning og hjælp med tekniske problemer, har været central. Uden denne organisering vurderes det, at projektet havde haft meget større omkostninger.

Kommunikation til interne og eksterne interessenter. Umiddelbart har kommunikationen

været passende. Sygeplejegruppen har været godt informeret om projektet. Der var en flot omtale i Fyns Stiftstidende. Det har bl.a. medført, at en del andre kommuner har ønsket at få mere information.

Erfaring fra telesundhedsprojekt i England

Følgende artikel blev bragt i Altinget Sundhed den 24. oktober 2014.

Artiklen har fokus på anvendelsen af de sundhedsteknologiske løsninger og den kontekst vi vælger at bruge dem i. Artiklen er medtaget i denne rapport, fordi den er med til at illustrere de drøftelser vi har haft i projektet og fordi den hjælper os til at se telesundheds-løsningerne i et andet perspektiv.

I vores projekt har vi i høj grad haft fokus på at forbedre kvaliteten af de ydelser vi leverer, at fagligheden for de involverede sygeplejersker blev styrket, hvilken rolle teknologien skal spille og hvilke organisatoriske udfordringer det giver os at implementere den.



Det giver ikke mening at spørge, om en given velfærdsteknologi fungerer. Det svarer til at spørge, om kirurgi virker, eller hvorvidt telefonen i en lægepraksis dur..

Stanton Newman Professor, School of Health Sciences , City University London

Projektlederne i de danske kommuner og regioner skal lære at stille de rigtige spørgsmål, når de vurderer effekten af nye velfærdsteknologiske tiltag.

Det mener professor Stanton Newman fra School of Health Sciences ved City University London. Han står bag, hvad der ofte refereres

til som verdens største telemedicinske projekt - Whole System Demonstrator (WSD) - som i alt omfatter næsten 6.000 patienter.

Han understreger han med baggrund i projektets resultater, at et for ensidigt fokus på økonomiske gevinster kan skade udruiningen af nye løsninger.

“Det er naivt at tro, at man kan stille et generelt besparelsesmål op for brugen af telehealth.”

Patienterne i Stanton Newmans projekt kan deles ind i to kategorier: En gruppe på 3.200 kronikere, som lider af enten KOL, hjertefejl eller diabetes, samt en gruppe på 2.600 personer, som ved hjælp af bevægelsescensorer og faldalarmer har skullet forbedre deres egen sikkerhed.

I alt har projektet siden 2011 affødt 14 afhandlinger. I sit medbragte materiale tog Newman primært udgangspunkt i den første patientgruppe. Her viste resultaterne, at:

- Genindlæggelser var faldet med 10 procent
- Hasteindlæggelser var faldet med 20 procent
- Sengedage var faldet med 14 procent
- Dødsfald var faldet med 44 procent

Dyrt at redde menneskeliv

Og selv om ingen vil bestride, at det at redde menneskeliv er en positiv ting, er det også dyrt. Meget dyrt.

“Det er et dilemma, som går på tværs af hele sundhedsvæsenet. Halvdelen af alle patienter, der overlever et hjertestop, får kroniske lidelser, og når de samtidig lever længere på grund af den generelle aldersstigning, betyder det, at udgifterne vokser,” forklarer professoren.

Og derfor giver det ifølge ham ikke megen mening, når vi taler om, at velfærdsteknologi

er en vigtig genvej til at høste effektiviseringer i samfundet.



“Når man introducerer ny teknologi, skal man have fokus på at forbedre kvaliteten, og ikke på at spare penge. Problemet er, at man ikke kan være sikker på økonomiske gevinster, og hvis det så er succeskriteriet, bliver projektet en fiasko,” siger han.

“Man er nødt til at overveje, hvilken rolle teknologien skal spille. Resultaterne viser, at det ikke nødvendigvis giver besparelser på kort sigt, så ideen om at lancere telehealth som en genvej til besparelser dur ikke.”

Årsagen til fraværende økonomiske gevinster kan være, at man glemmer at medregne de udgifter, som går til at klargøre organisationen, herunder optræning af medarbejderne.

Stil de rigtige spørgsmål

En central pointe er altså, at man skal holde op med at stille spørgsmål som, hvorvidt en konkret teknologi nu også virker, men i stedet have fokus på organisatoriske udfordringer ved implementeringen.

“Det giver ikke nogen mening at spørge, om en given velfærdsteknologi fungerer. Det svarer til at spørge, om kirurgi virker, eller hvorvidt telefonen i en lægepraksis dur.”

Teknologi gør det svært at glemme sygdom

En anden afgørende pointe er at have øje på brugernes behov.

“Tidligere har man haft en tendens til at overvurdere samfundets vilje til at tage imod telehealth. Men folk vil helst ikke ændre vaner, og derfor er forandringerne ikke gået så stærkt, som man troede, at de ville.”

I WSD svarede seks procent af patienterne, at de ikke ville benytte sig af teknologisk assistance.

“Nogle sagde, at redskaberne konstant mindede dem om, at de var syge. Andre kom hurtigt til at føle sig afhængige af teknologien, mens en tredje gruppe mente, at det bare var en udspekuleret måde fra statens side at skaffe besparelser på.”

Hvilket spørgsmål er så det rigtige at stille, når man skal vurdere effekten af sit sundhedsteknologiske tiltag?

“Man skal spørge, om introduktionen af telehealth på det pågældende område fører til enten forbedret kvalitet af behandlingen uden at øge udgifterne, eller om det giver økonomiske besparelser uden at sænke kvaliteten.”

“Hvis man kan svare ja til et af de ovenstående spørgsmål, så er løsningen værd at gå videre med.”



Det videre forløb for telesundhedsløsningen i Faaborg-Midtfyn Kommune

Målet om at reducere antallet af genindlæggelser og indlæggelsesdage for borgere med

KOL er ikke entydigt nået. Vi har dog gennem projektet hørt mange borgere udtrykke, at telesundhedsløsningen gav dem øget trykthed. Sygeplejerskerne oplever også et kvalitetsløft og giver udtryk for, at de har fået et god og brugbart redskab, der kan understøtte den sygeplejefaglige indsats.

Resultaterne fra det engelske telesundhedsprojekt viste at:

- *Genindlæggelser var faldet med 10 procent*
- *Hasteindlæggelser var faldet med 20 procent*
- *Sengedage var faldet med 14 procent*
- *Dødsfald var faldet med 44 procent*

Hvilket er med til at understøtte vores antagelse om, at vi også kan opnå en væsentlig effekt. Det har ikke været muligt for os at påvise dette med et så lille antal projektdeltagere, men styrket af de engelske erfaringer, har vi valgt at implementere telesundhedsløsningen i den daglige drift pr. 1. december 2014. Kapaciteten bliver som et udgangspunkt 30 borgere.

Pr. 1. december 2014 indgås løsningen i et tværfagligt samarbejde med træningsafdelingen (TAR), ligesom der indledes et samarbejde med Center for kvalitet om at undersøge *implementering af en væsentlig indsats jf. national klinisk retningslinje for KOL - nemlig tidlig målrettet indsat/ rehabilitering efter indlæggelse for exacerbation - indsatsen skal ydes ude i kommunerne.*

- Formålet med indsatsen er at minimere antal genindlæggelser, hvilket skal følges og undersøges.
- Målepunkter vil være på klinisk og patientoplevelse kvalitet.
- Der vil indgå omkostningsberegninger af indsatserne.

Det er planen at følge 30 borgerforløb på hver af de to sygehusenheder + en tilhørende kommune til hvert sygehus,

- OUH svendborg og Faaborg Midtfyn kommune.
- Vejle sygehus og Vejle kommune.

Center for kvalitet står for undersøgelser, interview og rapport - der er søgt og givet tilladelse hos etisk komite. Borgerne følges i 3 mdr. efter udskrivelsen. Projektet afsluttes medio 2015.

Samarbejdet med Center for kvalitet, vil bidrage til at dokumentere indsatsen yderligere og være med til at danne grundlag for beslutningen om en yderligere udbredelse af tele-sundhedsløsningen. Den samlede indsats evalueres december 2015.

Opsamlingen er udarbejdet

November 2014 af
Udviklingskonsulent
Michael Bech Petersen
Pleje og Omsorg
Faaborg-Midtfyn Kommune
mbp@fmk.dk
Tlf.: 7353 5053