



Evalueringsrapport

Pulsoximeter i Hjemmesygeplejen



VelfærdsInnovation
Sjælland



IDENTIFIKATION • Sig dit navn, din funktion og afdeling eller afsnit • Sig patientens navn, alder og afdeling	
SITUATION • "Jeg ringer fordi... (beskriv)" • "Jeg har målt følgende værdier: BT / Puls / RF / SAT / Temp / BT / Puls / RF / SAT / Temp / • "Jeg har observeret væsentlige ændr. RF/bevidsthedniveau/Sat/hudfarv	
BAGGRUND • Indlæggelsesdiagnose og -år • Kort referat af sygehistorie!	
ANALYSE • "Jeg mener, at problemet er..." • "Problemet er nok kardialt/respiratorisk..." • "Jeg vurderer ikke problemet, men pt. har..." • "Patienten er ustabil. Vi må gøre noget!" • "Jeg er bekymret"	
RÅD • "Skal vi ikke.../ber..." • "Hvad synes du, i..." • "Hvilke undersøgelser..." • "Hvad mener du..." • "Hvornår skal vi..."	

Plejeplan Gældende for: kol kol (1212121212) Rynkevangen 16 4400 Kalundborg		Modul: Klient Rapport 71 (1/2)
Problem 06-02-2013 INJUK: Søger her xCO2sat... ABC	Mål 06-02-2013 INJUK - Opnå bedst muligt livskvalitet ved at: - Forhindre fortsat sygdomsprogression - Minske de daglige symptomer - Forhindre og behandle eksacerbationer	Handling 06-02-2013 INJUK - Vurdering af compliance: - Vurdering af medicinstatus: - træning: - vurdering af behovet for rehabilitering / fysisk Ryge status: - rygestop Ernæringsstatus: - BMI < 20,5 og > 30 foresages ernæringsintervention Osteoporose - vurdering af behov for D vitamin og kalk Vaccinationer: - influenza og pneumococ - Inflindsstilling er aftalt til _____ i flg. aftale med - Saturation habituel _____ - Øvrige saturationsværdier noteres i målinger - Obs tegn på CO2 ophobning - Sikre hensigtsmæssig lejrning så åndedrætsmuskulaturen får plads - Overvej depression - Bøvløgende (phenergan efter legeordination)
Overskrift 06		Periode: Ej angivet
		Evaluering



Kontaktpersoner:

Trine Jensen mail: trij@holb.dk telefon: 72 36 74 66
 Hasse Petersen mail: haspe@holb.dk telefon: 72 36 74 67

Evalueringsrapporten er udarbejdet i samarbejde mellem VelfærdsInnovation Sjælland og de 11 deltagende kommuner

Version 1, d. 28. marts 2014

Indholdsfortegnelse

1.	Baggrund.....	4
2.	Formål.....	5
3.	Metoder til Effektmåling.....	7
3.1	Helbredsproblem og teknologi.....	7
3.2	Sikkerhed.....	7
3.3	Klinisk effekt (effekt på borgerens helbred).....	7
3.4	Patientens/Borgerens perspektiver.....	7
3.5	Økonomiske aspekter.....	8
3.6	Organisatoriske aspekter.....	9
3.7	Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter.....	9
4.	Resultater.....	10
4.1	Helbredsproblem og teknologi.....	10
4.2	Sikkerhed.....	11
4.3	Klinisk effekt.....	11
4.4	Patientens/borgerens perspektiver.....	12
4.5	Økonomiske aspekter.....	13
4.6	Organisatoriske aspekter.....	15
4.7	Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter.....	18
5.	Konklusion.....	19
6.	Perspektivering.....	21
7.	Anbefalinger.....	22
	Bilag 1: Resultat af kvantitativ evaluering.....	23
	Bilag 2: Resultat af spørgeskemaundersøgelse (kvalitativ evaluering).....	24
	Bilag 3: Resultater fra effektmåling i de enkelte Kommuner.....	46

1. BAGGRUND

Dette projekt tog fra begyndelsen afsæt i erfaringer fra Solrød Kommune, som i de sidste par år har anvendt pulsoximeter i hjemmesygeplejen under besøg hos borgere med KOL. Hjemmesygeplejen i Solrød havde oplevet, at anvendelsen af pulsoximeter havde støttet dem i opgaven med at berolige borgere samt opkvalificeret dialogen mellem medarbejderne og praktiserende læge/vagtlæge i tvivlstilfælde om indlæggelse. Hertil kommer, at medarbejderne var overbeviste om, at anvendelse af et pulsoximeter havde været med til at forebygge enkelte u hensigtsmæssige (gen-)indlæggelser¹ af borgere med KOL. Fra nu af benævnes (gen-)indlæggelser som indlæggelser.

På baggrund af erfaringerne fra Solrød Kommune blev det i regi af VelfærdsInnovation Sjælland besluttet at invitere de 17 kommuner i Region Sjælland til et tværkommunalt samarbejde omkring opkvalificering af hjemmesygeplejen i situationer, hvor en borger med KOL føler sig dårligere end vanligt. 11 kommuner valgte at indgå i dette samarbejde: Greve, Guldborgsund, Holbæk, Kalundborg, Køge, Lolland, Næstved, Slagelse, Solrød, Sorø og Stevns. Projektet kom til at hedde 'Pulsoximeter i Hjemmesygeplejen'.

Projektevalueringen inkluderede en kvalitativ og en kvantitativ evaluering af effekterne af anvendelse af løsningsrummet (se Afsnit 5.1 for yderligere informationer omkring løsningsrummet) på baggrund af et 5 måneders forløbsstudium i 10 af de 11 kommuner². Denne evalueringsrapport præsenterer resultaterne fra den kvalitative og kvantitative evaluering af forløbsstudiet.

¹ Forebyggelige indlæggelser dækker over primære indlæggelser, genindlæggelser og 0-dagsindlæggelser

² Undervisningsforløbet kunne i Greve kommune ikke gennemføres inden opstart af forløbsstudiet, hvorfor Greve ikke deltog. Se nærmere omkring baggrunden for dette i Bilag 3

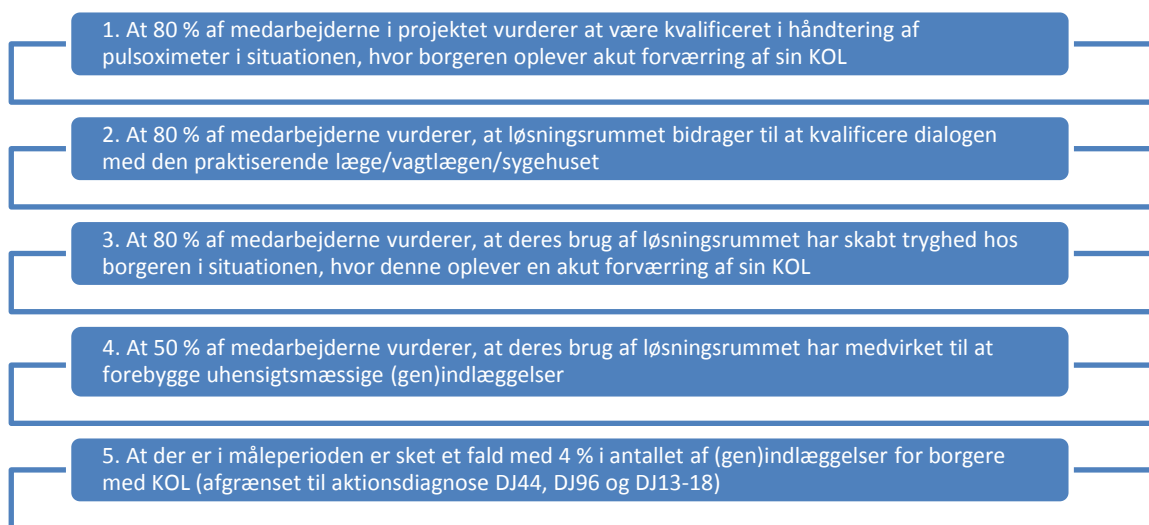
2. FORMÅL

Projektets overordnede formål er at opkvalificere medarbejderen i hjemmesygeplejen i situationen, hvor en borger med KOL føler sig dårligere end vanligt. Der er blevet arbejdet ud fra følgende delmål:

- at skabe bedre arbejdsvilkår for hjemmesygeplejerske/SOSU assistent ved at give medarbejdere bedre handlemuligheder i situationen, hvor en borger med KOL oplever akut forværring
- at skabe tryghed og serviceforbedring for borgere med moderat til meget svær KOL
- at skabe besparelse for kommuner gennem reduktion i antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser³ af borgere med KOL

For yderligere oplysninger omkring projektets indhold og fremgangsmåde henvises til Projektbeskrivelsen.

Effektmåling i projektet har til formål at påvise effekter af anvendelse af det indførte løsningsrum hos de deltagende kommuner. Effektmålingen fokuserer først og fremmest på de på forhånd opsatte succeskriterier, se Figur 1 nedenfor. Derudover omfatter effektmålingen en kvalitativ evaluering (via spørgeskemaundersøgelse til medarbejdere) af øvrige potentielle effekter af projektet.

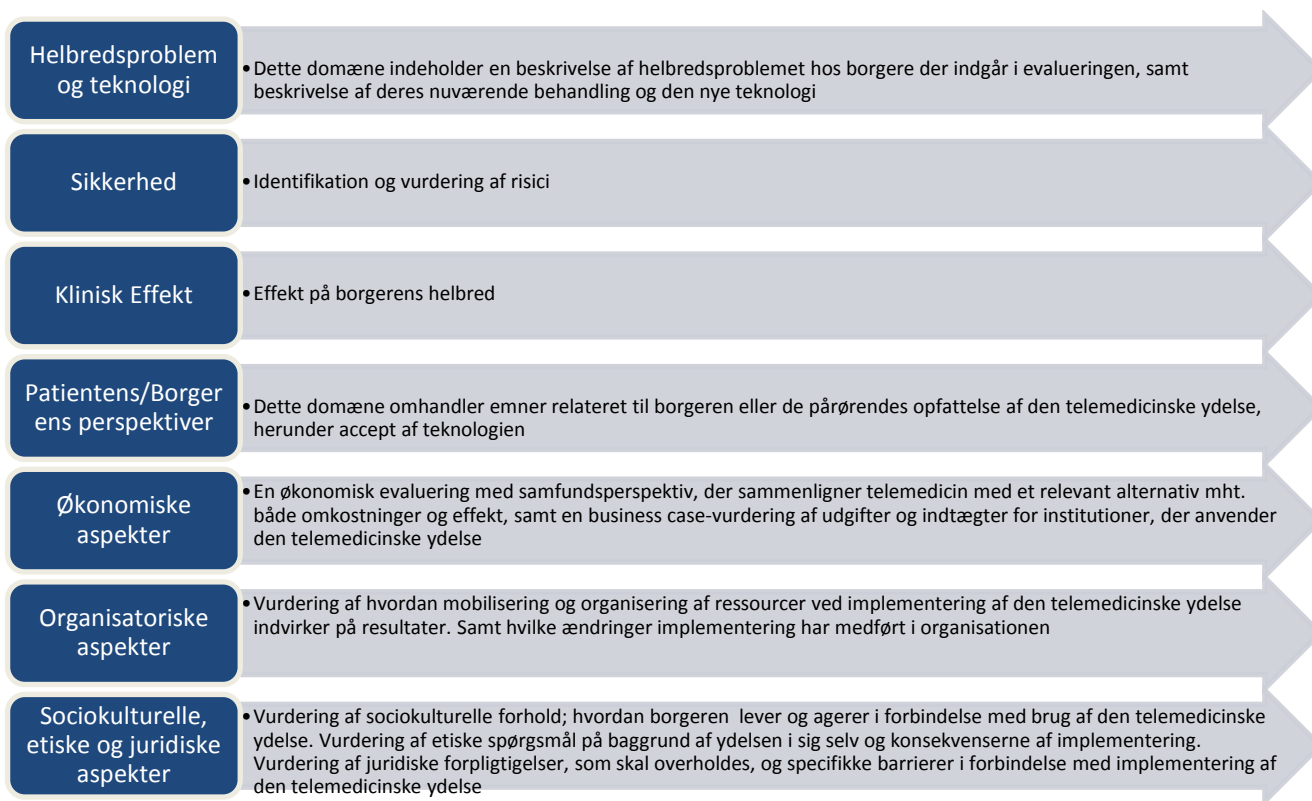


Figur 1: Succeskriterier for Pulsoximeter i Hjemmesygeplejen

Resultaterne af effektmålingen beskrives ved hjælp af MAST evalueringsmodellen (Model for ASsessment of Telemedicine)⁴. MAST er en standardiseret metode til en multidisciplinær evaluering af effekter og konsekvenser af telemedicinske og velfærdsteknologiske projekter. MAST modellen anvendes i dette projekt til at sikre en tværgående og dækkende beskrivelse af resultaterne fra anvendelse af projektets løsningsrum og de deraf ændrede arbejdsgange. Således beskrives resultater og erfaringer i henhold til de 7 domæner i MAST modellen (se Figur 2 nedenfor).

³ (gen)indlæggelser dækker over primære indlæggelser, genindlæggelser og 0-dagsindlæggelser

⁴ Se mere om MAST modellen på: <http://www.ouh.dk/wm330310>



Figur 2: MAST modellens 7 domæner

I Afsnit 3 i denne Evalueringsrapport redegøres for de anvendte metoder til effektmåling i projektet. Resultaterne af effektmålingen fremkommer i Afsnit 4. Konklusioner af projektet fremkommer i Afsnit 5, Perspektivering beskrives i Afsnit 6. Endelig fremgår anbefalinger til andre kommuner, der ønsker at implementere projektets løsningsrum, af Afsnit 7.

Resultater af effektmåling i Afsnit 4 bygger på opsamling af resultater fra de enkelte kommuner.

Resultater af effektmålinger fra de enkelte kommuner er beskrevet i Bilag 3. Her beskrives kommunernes individuelt opnåede resultater i forhold til de opstillede succeskriterier for projektet.

3. METODER TIL EFFEKTMÅLING

I dette afsnit redegøres kort for de metoder, der er anvendt til effektmåling i henhold til projektets fem succeskriterier. Metoderne til effektmåling beskrives i henhold til inddeling i de 7 domæner jf. MAST modellen.

3.1 Helbredsproblem og teknologi

For at identificere relevante borgere med KOL til forløbsstudiet, har de enkelte kommuner gennemgået information om borgere, der er visiteret til sygeplejeydelser. Inklusionskriteriet for borgere var en KOL diagnose i moderat til meget svær grad. Borgere med demens eller anden sygdom, som ville umuliggøre deltagelse, blev ekskluderet. Fra nu af benævnes denne borgergruppe som 'borgere med KOL'.

3.2 Sikkerhed

Det er vurderet, at der ikke er risici ved anvendelse af løsningsrummet i forhold til borgerens sikkerhed. Ligeledes vurderes der ikke at være risici ved anvendelse af løsningsrummet i forhold til medarbejdere. Effektmåling af projektet inkluderer derfor ikke en evaluering af risici for hverken borgere eller medarbejdere.

3.3 Klinisk effekt (effekt på borgerens helbred)

Effekter på borgernes helbred som resultat af anvendelse af løsningsrummet er vurderet ved hjælp af en kvalitativ evaluering. Denne består af kvalitative interviews med kommunale projektledere, og i nogle tilfælde, nøglemedarbejdere i kommunen. Disse interviews tog udgangspunkt i resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt medarbejdere som havde deltaget i forløbsstudiet. Interviews inkluderede også aspekter, der ikke umiddelbart blev berørt i spørgeskemaet.

3.4 Patientens/Borgerens perspektiver

Borgernes perspektiver vurderes kvalitativt i henhold til Succeskriterium 3 i Figur 1 ovenfor 'At 80 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af løsningsrummet har skabt tryghed hos borgeren i situationer, hvor denne føler sig dårligere end vanligt'.

Den kvalitative evaluering består af en spørgeskemaundersøgelse hos relevante medarbejdere. Spørgeskemaet er udsendt til alle medarbejdere der har deltaget i undervisning og/eller har anvendt (eller haft mulighed for at anvende) de enkelte dele af løsningsrummet i forløbsstudiet. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blev efterfølgende kvalificeret via interviews med kommunale projektledere, og i nogle tilfælde nøglemedarbejdere i kommunen.

Spørgeskemaet til medarbejdere indeholdt 2 spørgsmål omkring medarbejdernes vurderinger af borgernes tryghed ved anvendelse af løsningsrummet:

- Borger giver udtryk for, at han/hun oplever tryghed ved at kunne kontakte sygeplejersken/ assistenten i situationer med akut forværring
- Borger giver udtryk for, at han/hun oplever tryghed ved at kunne få foretaget en klinisk vurdering i situationer med akut forværring

3.5 Økonomiske aspekter

Som led i et forløbsstudium er den økonomiske effekt af projektet evalueret i henhold til Succeskriterium 5 i Figur 1 ovenfor: 'At der er i måleperioden er sket et fald med 4 % i antallet af (gen)indlæggelser for borgere med KOL'. Dette succeskriterium tog udgangspunkt i den oprindelige business case, som var en del af beslutningsgrundlaget for igangsætning af projektet.

Med det udgangspunkt har hver deltagende kommune set på antallet af indlæggelser af borgere med KOL på personnummerniveau igennem et forløbsstudie uden kontrolgruppe i perioden fra maj til september 2013 (fem måneder). Resultatet heraf blev sammenholdt med antallet af indlæggelser af de samme borgere i den tilsvarende periode fra maj til september 2012. Resultaterne indeholder ikke data for borgere, som er afgået ved døden eller fraflyttet kommunen under forløbsstudiet. Dataudtræk over antal indlæggelser er blevet foretaget via KØS-databasen (Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag) hos de deltagende kommuner. Med henblik på at sikre et sammenligningsgrundlag henover kommunerne, har kommunerne foretaget identiske dataudtræk⁵ på personnummerniveau i KØS:

- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ44 (Kronisk obstruktiv lungesygdom, anden),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ96 (Respirationsinsufficiens),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ13 (Pneumokok-lungebetændelse),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ14 (Hæmofilus-lungebetændelse),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ15 (Bakteriel lungebetændelse som følge af andet infektiøst agens, ikke klassificeret andetsteds),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ16 (Lungebetændelse som følge af andet infektiøst agens, ikke klassificeret andetsteds),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ17 (Lungebetændelse ved sygdom klassificeret andetsteds),
- Et dataudtræk over antal indlæggelser i henholdsvis 2012 og 2013 med aktionsdiagnose DJ18 (Lungebetændelse, agens ikke specificeret),

⁵ Der anvendes aktionsdiagnoser (DJ44, DJ96, DJ13-18) for borgere med KOL i henhold til Det Nationale Indikatorprojekts inklusionskriterier for patienter med KOL: https://www.sundhed.dk/content/cms/90/4690_drkol_%C3%A5rsrapport2011_kommenteret_v3_20120426.pdf

Det påpeges, at den økonomiske effekt af anvendelse af projektets løsningsrum er korreleret med effekter af kommunal telerehabilitering og sygehusrehabilitering af borgere med KOL, rygestopkurser og tidlig identifikation af diagnosen KOL mm. Resultatet af den kvantitative evaluering skal læses med disse forbehold for usikkerheder.

Udover en kvantitativ evaluering er den økonomiske effekt evalueret kvalitativt (via spørgeskemaundersøgelse) i henhold til Succeskriterium 4: 'At 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af løsningsrummet har medvirket til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser'. Resultatet af medarbejdernes vurderinger af forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser sammenholdes med resultatet af den kvantitative evaluering vedrørende forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.

3.6 Organisatoriske aspekter

De organisatoriske aspekter af projektet evalueres kvalitativt i henhold til Succeskriterium 1 og 2:

- 'At 80 % af medarbejderne i projektet vurderer, at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL'
- 'At 80 % af medarbejderne vurderer, at løsningsrummet bidrager til at kvalificere dialogen med den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset'

Den kvalitative evaluering blev foretaget ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse hos relevante medarbejdere. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blev efterfølgende kvalificeret via interviews af kommunale projektledere, og i nogle tilfælde af nøglemedarbejdere i kommunen. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål omkring medarbejdernes vurderinger af egne kompetencer ved brug af løsningsrummet. Derudover indeholdt det en vurdering af, hvorvidt de enkelte dele af projektets løsningsrum bidrager til en kvalificeret dialog med de regionale sundhedsaktører.

3.7 Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter

Der vurderes ikke at være sociokulturelle, etiske eller juridiske aspekter ved det indførte løsningsrum. Der er derfor ikke foretaget effektmåling vedrørende disse aspekter som en del af evalueringen.

4. RESULTATER

Resultater/effekter af anvendelse af projektets løsningsrum beskrives i henhold til MAST modellen i dette afsnit. Udover effektmåling i henhold til succeskriterier redegøres der kort for øvrige effekter af anvendelse af løsningsrummet.

4.1 Helbredsproblem og teknologi

Projektet er målrettet borgere med moderat til meget svær KOL. Borgere med dette niveau af KOL kan ofte opleve situationer med akut forværring, i form af f.eks. vejrtrækningsproblemer og deraf følgende angst.

Projektets løsningsrum indebærer:

1. Anvendelse af Pulsoximeter
2. Udarbejdelse og anvendelse af KOL plejeplaner (handle-/plejeplaner), som lægges ind i det kommunale journaliseringsystem
3. Anvendelse af et kommunikationsredskab til opkvalificering af eventuel dialog mellem hjemmesygepleje og læge/vagtlæge

Inden anvendelse af løsningsrummet i de deltagende kommuner oplevede nogle af medarbejderne i hjemmesygeplejen, at det var vanskeligere at foretage en objektiv vurdering af, hvor kritisk en borgers tilstand var. Dermed var der større risiko for, at der ville blive foretaget en uhensigtsmæssig indlæggelse i tvivlssituationer.

En indlæggelse kan medføre en forringelse af en borgers almentilstand i en periode efter udskrivelse fra sygehus, og forårsager desuden en vis turbulens i en borgers dagligdag. Dette kan medføre en tilvænningsperiode ved hjemkomst efter sygehusudskrivning, hvor en borger ikke fysisk er i stand til at udføre de samme opgaver som før indlæggelsen. Samtidig kan borgere efter sygehusudskrivelse opleve et mentalt pres ved at skulle træne sig op til samme tilstand som tidligere og evt. tilrettelægge sin dagligdag anderledes. Indlæggelser af borgere med KOL udgør desuden en væsentlig udgift for kommunerne. Uhensigtsmæssige indlæggelser bør derfor så vidt muligt forebygges, både af hensyn til en borgers fysiske og mentale tilstand samt med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige omkostninger hos kommunerne.

Der blev foretaget undervisning af medarbejdere i hjemmesygeplejen hos de enkelte kommuner omkring anvendelse af løsningsrummet. Undervisningsforløbet har medvirket til at sikre en større viden omkring KOL og konsekvenser for de borgere, der lever med sygdommen. Denne viden medvirker til en større forståelse blandt medarbejderne for den situation, som borgeren befinder sig i (i almen tilstand og ved akut forværring). Dertil kommer en større viden blandt medarbejderne om, hvordan de kan hjælpe den enkelte borger.

Anvendelse af KOL plejeplaner giver medarbejderen et indblik i en borgers almentilstand, samt mulighed for at notere observationer omkring løbende udvikling i en borgers sygdomsforløb. Dermed kan anvendelse af plejeplaner bidrage til, at medarbejderne nemmere og tidligere kan opspore en ændring i tilstanden hos en borger.

Muligheden for at måle en borgers puls og iltmætning via pulsoximeter kan hjælpe medarbejderne til at foretage en mere kvalificeret vurdering af en borgers tilstand - ved at sammenholde almentilstand med akut forværring. Målingen fungerer som et supplement til øvrige observationer af en borgers tilstand i situationen, hvor borgeren føler sig dårligere en vanligt.

Endelig kan brugen af ISBAR (eller andet kommunikationsredskab) være med til at sikre en vis kvalitet i kommunikationen af hjemmesygeplejens observationer til praktiserende læge/vagtlæge. Et kommunikationsredskab bidrager dermed til at sikre et bedre beslutningsgrundlag hos praktiserende læger/vagtlæger i forbindelse med tvivlssituationer omkring indlæggelse.

4.2 Sikkerhed

Implementering af det beskrevne løsningsrum gav oprindeligt anledning til bekymring blandt aktører i sundhedsvæsenet pga. ændrede arbejdsgange omkring vurdering af borgers tilstand. Bekymringen opstod især i forhold til en evt. glidning i opgaveløsning fra regionale til kommunale sundhedsaktører, og hvorvidt borgers sikkerhed påvirkedes af dette skifte. Det vurderes, at ændringer i arbejdsgange ikke har vist sig at medføre en ændring i borgers sikkerhed. I tvivlssituationer overtager de kommunale sundhedsaktører ikke vurderingsopgaven fra de regionale aktører, men supplerer derimod de regionale sundhedsaktørers beslutningsgrundlag med yderligere og mere kvalificerede iagttagelser, som kommunikeres over telefonen.

Der vurderes ikke at være risici ved anvendelse af pulsoximeter. Pulsoximeter er en pålidelig teknologi uden store udsving eller udfald. Forudsætning for pålidelighed er korrekt anvendelse, for så vidt angår brug og rengøring mm.

4.3 Klinisk effekt

Alle deltagende kommuner har oplevet, at en del borgere er afgået ved døden i løbet af forløbsstudiet. Dette skal ses i lyset af, at mange af borgerne i forløbsstudiet befandt sig på et meget fremskredet stadie i sygdomsforløbet.

Ved 1) at kende borgers almentilstand, 2) foretage regelmæssige målinger, og 3) registrere udvikling i sygdomsforløbet, er der mulighed for tidligere at registrere en ændring i borgers tilstand. Dermed kan der sættes ind med medicinsk behandling, hvor dette er godkendt af praktiserende læge. I nogle tilfælde kan en hurtig indsats være medvirkende til, at sygdommen ikke udvikler sig så hurtigt. På baggrund af forløbsstudiet har flere medarbejdere i hjemmesygeplejen indikeret, at de har en formodning om, at anvendelse af løsningsrummet har bidraget til en lille positiv effekt på sygelighed hos borgere med KOL.

Efter sygehusudskrivning observeres i flere tilfælde en forværring, eller i bedste fald en stilstand i borgers sygdomsforløb, pga. funktionstab ved immobilisering. At forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser kan derfor indvirke positivt på en borgers livskvalitet, da der dermed ikke sker en forværring i forløbet pga. funktionstab. Borgeren oplever ikke at få afbrudt sin livsrytme ved indlæggelse, og undgår samtidig det mentale pres, der kan ligge i at skulle genoptage en hverdag med nedsatte funktionsevner. Dette kan føre til større livskvalitet hos borgerne. På baggrund af forløbsstudiet har flere medarbejdere i hjemmesygeplejen indikeret, at de har observeret en øget livsglæde hos borgere med KOL, som har oplevet forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Udover effekt på livskvalitet ved at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, har flere medarbejdere observeret en mindre effekt på borgers mestring af egen sygdom. En større medinddragelse af borgere i eget sygdomsforløb medfører, at en del borgere nu bedre forstår og mestrer egen sygdom. De har hermed bedre mulighed for at handle i situationer, hvor de føler sig dårligere end vanligt. Dette er medvirkende til, at borgere kan opleve færre angstanfald, og derved opnår en bedre livskvalitet.

På baggrund af forløbsstudiet har flere medarbejdere i nogle kommuner observeret adfærdsmæssige ændringer hos borgere med KOL i form af øget ansvarsfølelse over for egen tilstand. Øget indsigt i egen almentilstand, selvbehandlingsplaner mm., kan være medvirkende til en ændret selvopfattelse, som bevirker at en borger tager større ansvar for eget sygdomsforløb. Anvendelse af løsningsrummet er i nogle kommuner blevet kombineret med information om borgertilbud, såsom træningsprogrammer, kostvejledning, rygestop mm. I disse kommuner har medarbejderne observeret en tendens til, at nogle borgere yder større egenomsorg og derfor har større tilbøjelighed til at tage imod tilbuddene.

4.4 Patientens/borgerens perspektiver

Jf. resultatet af spørgeskemaundersøgelsen vurderer flertallet af medarbejderne, at borgere med KOL oplever tryghed som resultat af anvendelse af løsningsrummet. 63 % af medarbejderne vurderer, at borgerne oplever tryghed ved at kunne kontakte hjemmesygeplejen i situationer med akut forværring. 54 % vurderer, at borgerne oplever tryghed ved at kunne få foretaget en klinisk vurdering.

Spørgeskemaundersøgelsen understøtter herved forløbsstudiets delmål om at skabe tryghed for borgeren. Dette stemmer ligeledes overens med resultatet fra de kvalitative interviews. Her giver medarbejderne udtryk for, at det er det faktum, at hjemmesygeplejen kan køre ud på hjemmebesøg, der er med til at skabe mest tryghed hos borgerne. Hos nogle kommuner kører hjemmesygeplejen nu ud 24/7. Omvendt er Succeskriterie 3 'at 80 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af løsningsrummet har skabt tryghed hos borgeren, i situationer hvor denne føler sig dårligere end vanligt', ikke indfriet. Det skyldes, at kun hhv. 63 % og 54 % af medarbejderne vurderer dette.

4.5 Økonomiske aspekter

Følgende Figur 3 viser en oversigt over antallet af indlæggelser af borgere med KOL på tværs af ti deltagende kommuner i 2012 og 2013:

Aktionsdiagnoser	Antal indlæggelser i 2012	Antal indlæggelser i 2013
DJ44	59	44
DJ96	9	16
DJ13-18	22	39
Samlet antal indlæggelser	90	99

Figur 3: Tabel over antal indlæggelser af borgere med KOL, som deltog i forløbsstudiet, jf. data i Bilag 1

I ovenstående Figur 3 observeres følgende tendenser i antallet af indlæggelser af borgere med KOL fra 2012 til 2013 under de enkelte aktionsdiagnosekoder:

- Fald i antallet af indlæggelser af borgere med KOL med aktionsdiagnose DJ44 fra 2012 til 2013
- Stigning i antallet af indlæggelser af borgere med KOL med aktionsdiagnose DJ96 fra 2012 til 2013
- Stigning i antallet af indlæggelser af borgere med KOL med aktionsdiagnose DJ13-18 fra 2012 til 2013

På baggrund af det samlede antal af aktionsdiagnoser (DJ44, DJ96 og DJ13-18) observeres følgende tendens i antallet af indlæggelser af borgere med KOL fra 2012 til 2013:

- En lille stigning i antallet af indlæggelser (90 indlæggelser i 2012 og 99 indlæggelser i 2013) af borgere med KOL med aktionsdiagnoser DJ44, DJ96 eller DJ13-18

Ovenstående tendenser/formodninger skal betragtes med forbehold for usikkerheder og korrelerede effekter fra andre forebyggende tiltag overfor borgere med KOL, såsom kommunal telerehabilitering, sygehus rehabilitering, kommunale rygestopkurser og tidlig identificering af KOL mm. Adskillige af borgerne med KOL i dette forløbsstudium indgik samtidigt i flere af disse tiltag.

Borgere med KOL har ofte multisygdomme/ko-morbiditet. Det betyder i praksis, at sygehuse kan have flere mulige aktionsdiagnosekoder relateret til KOL, som den enkelte borger kan indlægges under. Dette kan medføre en vis usikkerhed i forhold til valg af aktionsdiagnose for en indlæggelse (eller et ambulansbesøg) af borgere med KOL på sygehuse (DJ96, DJ13-18 eller DJ44?).

På den baggrund vurderes det at være mest hensigtsmæssigt at estimere projektets evt. økonomiske effekt ved at se på antallet af indlæggelser af borgere med KOL henover det samlede antal aktionsdiagnoser

(DJ44, DJ96 og DJ13-18). På den måde kan evt. usikkerheder ved sygehusenes kodninger af aktionsdiagnoser for borgere med KOL elimineres.

Med det udgangspunkt observeres en lille stigning i antallet af indlæggelser af borgere med KOL med aktionsdiagnoser DJ44, DJ96 eller DJ13-18 (90 indlæggelser i 2012 og 99 indlæggelser i 2013) som følge af anvendelse af løsningsrummet i 2013. Det vurderes hermed, at resultatet af forløbsstudiet ikke påviser, at anvendelsen af løsningsrummet har en effekt i form af en reduktion i antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL. Omvendt er der tale om et forløbsstudie med betydelige usikkerheder. Derfor kan det ikke udelukkes, at anvendelsen af løsningsrummet muligvis har bidraget til forebyggelse af et mindre antal af uhensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL, som ikke ville have fundet sted, hvis ikke kommunerne havde anvendt løsningsrummet.

Oprindeligt blev Succeskriterie 5 opstillet med henblik på at estimere en mulig økonomisk effekt af anvendelse af løsningsrummet: 'At der er i måleperioden er sket et fald med 4 % i antallet af (gen) indlæggelser for borgere med KOL' (afgrænset til aktionsdiagnose DJ44). I løbet af forløbsstudiet blev flere aktionsdiagnoser for de deltagende borgere inkluderet (DJ44, DJ96 og DJ13-18). Dette er i overensstemmelse med anvendte diagnosekoder i det Nationale Indikatorprojekt. Selvom resultatet af forløbsstudiet egentligt lever op til Succeskriterie 5, hvis der 'kun' ses på antallet af indlæggelser af borgere med aktionsdiagnose DJ44 (59 indlæggelser i 2012 og 44 indlæggelser i 2013), skønnes det, at en sådan betragtning ikke er hensigtsmæssig. På baggrund af det samlede antal af aktionsdiagnoser (DJ44, DJ96 og DJ13-18) observeres en lille stigning i antallet af indlæggelser af borgere med KOL. Med det udgangspunkt vurderes det, at resultatet af den kvantitative evaluering ikke umiddelbart opfylder kravene til projektets Succeskriterie 5.

Resultatet af den kvalitative evaluering jf. Bilag 2 viser, at 33 % (ca. 60 ud af 180) af medarbejderne har indikeret, at deres anvendelse af løsningsrummet har medvirket til at forebygge en uhensigtsmæssig indlæggelse af en borger med KOL igennem forløbsstudiet.

Resultatet '33 %' opfylder ikke umiddelbart kravene til Succeskriterie 4: At 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af projektets løsningsrum har medvirket til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL. 33 % skal dog ses i lyset af, at der har hersket en stor usikkerhed blandt medarbejderne i hjemmesygeplejen om, hvorvidt deres indsats rent faktisk har medvirket til at forebygge en uhensigtsmæssig indlæggelse af en borger med KOL.

I visse situationer, hvor den kommunale hjemmesygepleje tilkaldes, er borgere med KOL ikke altid så dårlige, at de reelt bør indlægges. Der kan være tale om angsttilfælde, hvor der ikke er yderligere komplikationer. Det kan eksempelvis være i disse situationer, at hjemmesygeplejen har vurderet, at de har medvirket til at forebygge en uhensigtsmæssig indlæggelse. Det er endvidere vurderet, at effekten af

anvendelse af løsningsrummet er relateret til, hvorvidt hjemmesygeplejen i forvejen foretog hjemmebesøg hos borgere med KOL i de enkelte kommuner før projektstart eller ej.

Hjemmesygeplejens indsats overfor borgere med KOL - i situationer hvor borgere føler sig dårligere end vanligt - bør holdes op imod borgernes alternative mulighed for at ringe til praktiserende læge og/eller vagtlæge. Der kan være tale om alternative scenarier med at ringe til praktiserende læge eller vagtlæge, herunder:

- En borger kunne have ringet til praktiserende læge på en hverdag og modtaget behandling og ingen indlæggelse
- En borger kunne have ringet til vagtlægen på et kritisk tidspunkt, hvor vagtlægen ikke ville have mulighed for at køre ud til borgeren. Dette kunne have medvirket til, at borgeren ville være blevet indlagt på baggrund af en telefonsamtale
- En borger kunne føle sig dårligere end vanligt i løbet af fredag aften eller i weekenden. Men borgeren venter til mandag morgen med at ringe til praktiserende læge. Dette kunne muligvis have medført en forværring henover weekenden, hvilket kunne have ført til en indlæggelse i sidste ende

På den baggrund kan det være vanskeligt for medarbejdere i hjemmesygeplejen at vurdere, om de konkret er med til at forebygge en u hensigtsmæssig indlæggelse af en borger med KOL, som et resultat af anvendelse af projektets løsningsrum. Resultatet af den kvalitative evaluering skal derfor betragtes med forbehold for usikkerheder.

Ikke desto mindre giver resultatet af den kvalitative evaluering, som fremgår af Bilag 3, en formodning om, at hjemmesygeplejen er med til at forebygge et lille antal af u hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL. Disse forebyggelser af u hensigtsmæssige indlæggelser ville muligvis ikke have fundet sted i et af overstående scenarier, hvis borgere med KOL ville have ringet til praktiserende læge eller vagtlæge i stedet for til den kommunale hjemmesygepleje. Det vurderes, at der primært er tale om besøg af hjemmesygeplejen hos borgere med KOL, som oplever angst. I tvivlstilfælde om indlæggelse af en borger vil hjemmesygeplejen kontakte praktiserende læge eller vagtlægen.

Hertil kommer, at anvendelse af projektets løsningsrum også har medvirket til, at et par enkelte hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL har fundet sted - som ellers ikke ville have fundet sted, hvis ikke løsningsrummet var anvendt i hjemmesygeplejen. Dette ligger i tråd med projektets formål om at opkvalificere hjemmesygeplejen i situationer, hvor borgere med KOL føler sig dårligere end vanligt.

4.6 Organisatoriske aspekter

Alle deltagende kommuner har gennemført undervisning af sygeplejersker, og i nogle tilfælde også SOSU assistenter. Fælles for kommunale undervisningsforløb er, at de indeholdt undervisning i KOL sygdomsforløb, brugen af pulsoximeter, samt udarbejdelse af KOL plejeplaner. Derudover valgte nogle kommuner at supplere undervisningen med andre tiltag overfor borgere med KOL, såsom anvendelse af et

kommunikationsredskab og træningsøvelser mm. Enkelte kommuner forestod selv undervisningen. De fleste kommuner valgte dog at indgå samarbejde med enten lokale praktiserende læger eller medarbejdere fra lungemedicinsk ambulatorium/afdeling på et nærliggende sygehus.

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at 88 % af medarbejderne, der har anvendt pulsoximeter i forløbsstudiet, føler sig sikre i anvendelsen af pulsoximeter ved akut forværring hos en borger med KOL. Succeskriterie 1 'at 80 % af medarbejderne i projektet vurderer, at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor en borger oplevet akut forværring af sin KOL' er dermed indfriet. Det vurderes, at resultatet i høj grad skyldes undervisning i brugen af pulsoximeter.

Jf. de kvalitative interviews værdsætter medarbejderne deres opkvalificering inden for viden om KOL og behandlingsmuligheder. Medarbejderne vurderer endvidere, at øget fokus på KOL internt i kommunen på sigt kan bidrage til hurtigere behandling af borgere med KOL. For de kommuner, der har gennemført undervisning i samarbejde med regionale sundhedsaktører, vurderes det endvidere, at dette samarbejde har medført større åbenhed og nemmere tilgang til dialog på tværs af sektorerne. Samtidig vurderes det, at der er opnået større indsigt i opgaver på tværs af sektorer, samt øget forståelse for hvordan begge sektorer evt. kan supportere hinanden.

Jf. Spørgeskemaundersøgelsen vurderer 82,2 % af medarbejderne (som har anvendt dele af løsningsrummet og været i kontakt med regionale sundhedsaktører), at anvendelse af løsningsrummet bidrager til at kvalificere dialogen med de regionale sundhedsaktører. Succeskriterie 2, 'at 80 % af medarbejderne vurderer, at løsningsrummet bidrager til at kvalificere dialogen med den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset' er dermed opfyldt. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelse viser, at det især er pulsoximeter-målingen (89,3 %) og anvendelse af ISBAR eller andet kommunikationsværktøj (84,3 %), der bidrager til denne kvalificering.

Samarbejdet med praktiserende læger har vist sig at bidrage til effekten af anvendelse af projektets løsningsrum. Flere medarbejdere har indikeret, at hvor samarbejdet med praktiserende læger har forløbet godt, er der:

- blevet udarbejdet flere selvbehandlingsplaner med medicin ordineret af praktiserende læger, hvilket giver hjemmesygeplejen bedre muligheder for at igangsætte behandling i hjemmet ved forværring
- sket en svag holdningsændring hos praktiserende læger i forhold til hjemmesygeplejens vurdering af en borgers tilstand, i form af en større tillid til, at der foretages en kvalificeret vurdering

I en enkelt kommune (Slagelse) har samarbejdet med praktiserende læger udviklet sig så positivt i løbet af forløbsstudiet, at praktiserende læger nu henviser borgere til kommunens tilbud. Dette har medvirket til, at hjemmesygeplejen nu har bedre overblik over- og kendskab til borgere med KOL i kommunen.

Før projektstart udarbejdede de deltagende kommuner ikke systematisk KOL plejeplaner for borgere, som det blev gjort i projektet. Det påpeges, at kommunerne efter projektstart har anvendt forskellige

fremgangsmåder til udarbejdelse af KOL plejeplaner. Forskellen i implementering af plejeplaner på tværs af kommunerne har hovedsagligt ligget i hvilken medarbejdergruppe, der har udarbejdet plejeplanerne, samt hvordan KOL plejeplaner blev overleveret til øvrige medarbejdere. I kommuner, hvor der er KOL sygeplejersker ansat, er plejeplanerne som udgangspunkt udarbejdet af disse. For langt de fleste af de øvrige kommuner er plejeplaner udarbejdet af almene sygeplejersker. I nogle tilfælde blev de udarbejdet i samarbejde mellem sygeplejersker og SOSU assistenter. Enkelte kommuner har oplevet udfordringer med at få udarbejdet plejeplaner for alle inkluderede borgere, da dette arbejde er forholdsvist tidskrævende. Det vurderes, at der er brug for ca. 1 time per borger til udarbejdelse af en KOL plejeplan samt evt. dialog med praktiserende læge omkring selvbehandlingsplan mm.

Der er forskel på hvordan medarbejdere, som ikke har udarbejdet plejeplaner, i de forskellige kommuner anvender KOL plejeplaner. Dette kan være influeret af, i hvilket omfang den enkelte kommune har kommunikeret formålet med anvendelse af KOL plejeplaner, samt af hvordan den bredere medarbejdergruppe har taget imod muligheden for anvendelse af KOL plejeplaner. I flere kommuner har man oplevet, at plejeplanerne ikke anvendes i det daglige arbejde af den bredere medarbejderskare men kun af enkelte nøglepersoner (som ofte er de personer der har været med til at udarbejde plejeplanerne). De kvalitative interviews tilvejebragte hovedsageligt to årsager til, at medarbejderne ikke i større omfang har anvendt plejeplanerne: Plejeplanerne er blevet opfattet af medarbejderne som utilgængelige og/eller for komplicerede. Derudover har visse medarbejdere ikke været tilstrækkelig opmærksomme på, at de eksisterede.

Derudover har anvendelse af KOL plejeplaner været influeret af, hvorvidt en KOL plejeplan har indeholdt en selvbehandlingsplan. Har dette været tilfældet, har medarbejderne i højere grad kunnet se formålet med at anvende plejeplanerne.

Flere af de deltagende kommuner valgte at udelade anvendelse af et kommunikationsværktøj fra løsningsrummet. Dette skyldtes bl.a., at flere kommuner vurderede, at det ikke var tilstrækkeligt værdifuldt at anvende et kommunikationsredskab som en del af løsningsrummet. Jf. kvalitative interviews indikerer flere medarbejdere, at de har en mere struktureret tilgang til observation og analyse af tilstanden hos en borger med KOL på baggrund af anvendelse af et kommunikationsredskab.

Jf. de kvalitative interviews indikerer projektledere og medarbejdere på tværs af de deltagende kommuner, at en succesfuld implementering af løsningsrummet vil kræve opbakning fra ledelse på flere niveauer såvel som medarbejdergrupper. Derudover vil det kræve, at de involverede parter i kommunen påtager sig ansvaret for at sikre implementeringen. Herunder at mellemledere i hjemmesygeplejen og den overordnede ledelse bliver enige om behovet for ressourcer til implementering af løsningsrummet i den enkelte kommune.

På baggrund af de kvalitative interviews med medarbejderne, vurderes den organisatoriske placering af den kommunale projektleder, eksempelvis i eller udenfor hjemmesygeplejen, at kunne have indflydelse på effekten af anvendelse af løsningsrummet. Denne vurdering skal betragtes med forbehold for usikkerhed,

da effekten samtidig afhænger af en overordnet organisering af hjemmesygeplejen i de enkelte kommuner samt opbakning fra både ledelse og medarbejdere.

4.7 Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter

Der vurderes ikke at være hverken sociokulturelle eller etiske problemer ved indførelse af løsningsrummet.

Der vurderes ikke at være sket ændringer i juridiske forpligtelser med indførelse af ændrede arbejdsgange og anvendelse af nyt løsningsrum hos kommunerne.

5. KONKLUSION

Borgere med KOL har ofte multisygdomme/ko-morbiditet. Det betyder i praksis, at sygehuse kan have flere mulige aktionsdiagnosekoder relateret til KOL, som den enkelte borger kan indlægges under. Dette kan medføre en vis usikkerhed i forhold til valg af aktionsdiagnose for en indlæggelse (eller et ambulat besøg) af borgere med KOL på sygehuse (DJ96, DJ13-18 eller DJ44?). På den baggrund vurderes det at være mest hensigtsmæssigt at estimere den økonomiske effekt af anvendelse af løsningsrummet på følgende måde: At se på antallet af indlæggelser af borgere med KOL med udgangspunkt i det samlede antal aktionsdiagnoser (DJ44, DJ96 og DJ13-18) i overensstemmelse med anvendte diagnosekoder i det Nationale Indikatorprojekt. På den måde kan evt. usikkerheder ved sygehusenes kodninger af aktionsdiagnoser for borgere med KOL elimineres.

Med det udgangspunkt observeres en lille stigning i antallet af indlæggelser af borgere med KOL med aktionsdiagnoser DJ44, DJ96 eller DJ13-18, som resultat af anvendelse af løsningsrummet i 2013. Det vurderes hermed, at resultatet af forløbsstudiet ikke påviser, at anvendelsen af løsningsrummet har en effekt i form af en reduktion i antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL. Omvendt er der tale om et forløbsstudie med betydelige usikkerheder. Derfor kan det ikke udelukkes, at anvendelsen af løsningsrummet muligvis har bidraget til forebyggelse af et mindre antal af u hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL, som ikke ville have fundet sted, hvis ikke kommunerne havde anvendt løsningsrummet.

Den kvalitative evaluering (interviews med kommunerne) giver en formodning om, at hjemmesygeplejen er med til at forebygge et lille antal af u hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL. Det vurderes, at flertallet af disse u hensigtsmæssige indlæggelser også ville have været forebygget, hvis borgere med KOL havde ringet til praktiserende læge eller vagtlæge i stedet for til den kommunale hjemmesygepleje. Det vurderes endvidere, at hjemmesygeplejen på tværs af kommunerne har forebygget enkelte tilfælde af u hensigtsmæssige indlæggelser, som ikke ville være blevet forebygget, hvis borgere med KOL havde ringet til vagtlægen eller praktiserende læge i stedet for til den kommunale hjemmesygepleje. Det vurderes, at der primært er tale om u hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL, som oplever angst. I tvivlstilfælde om indlæggelse af en borger vil hjemmesygeplejen kontakte praktiserende læge eller vagtlægen.

Hertil kommer, at anvendelse af løsningsrummet også har medvirket til, at et par enkelte hensigtsmæssige indlæggelser af borgere med KOL har fundet sted. Det er vurderet, at disse ikke ville have fundet sted, hvis ikke løsningsrummet var anvendt i hjemmesygeplejen. Dette ligger i tråd med projektets overordnede formål om at opkvalificere hjemmesygeplejen i situationer, hvor borgere med KOL føler sig dårligere end vanligt.

Den kvalitative evaluering viser derudover, at kommunale undervisningsforløb har bidraget til en opkvalificering af hjemmesygeplejen hos de deltagende kommuner til at agere overfor borgere med KOL med akut forværring. Herunder med viden om KOL, vurdering af borgers tilstand, samt behandlingsmuligheder i samarbejde med praktiserende læger. Denne opkvalificering giver medarbejderne bedre handlemuligheder, samt gør dem i stand til at handle hurtigere ved besøg i hjemmet hos borgere med KOL i situationer, hvor de føler sig dårligere end vanligt.

Den kvalitative evaluering viser samtidigt, at anvendelse af projektets løsningsrum har medvirket til at kvalificere dialogen mellem hjemmesygeplejen og de regionale sundhedsaktører. Opkvalificering af dialog i situationer, hvor en borger føler sig dårligere end vanligt, kan medføre et mere fyldestgørende beslutningsgrundlag hos regionale sundhedsaktører i forhold til, om det vil være hensigtsmæssigt at foretage en indlæggelse.

Endeligt viser den kvalitative evaluering, at borgere med KOL føler tryghed ved muligheden for at kunne kontakte den kommunale hjemmesygepleje i situationer, hvor de føler sig dårligere end vanligt. Hertil kommer, at borgere med KOL føler tryghed ved, at hjemmesygeplejen kører ud i forbindelse med disse situationer. I nogle kommuner kører hjemmesygeplejen ud 24/7.

6. PERSPEKTIVERING

Dette forløbsstudie bygger på en interventionsgruppe med 320 borgere med moderat til meget svær KOL fra 10 kommuner i Region Sjælland. Forløbsstudiet indeholder ikke en kontrolgruppe. Hvis en kontrolgruppe skulle opsættes i praksis, vurderes det, at det vil være mest hensigtsmæssigt, hvis hver deltagende kommune ville opsætte en kontrolgruppe såvel som en interventionsgruppe.

Det vurderes ikke desto mindre at være vanskeligt at opsætte en kontrolgruppe til et sådan forløbsstudie hos kommunerne. Det vil betyde, at den kommunale hjemmesygepleje ikke kan foretage hjemmebesøg hos borgere, som deltager i kontrolgruppen. Dette skal ses i lyset af, at en del borgere med KOL har en væsentlig risiko for sygdomsforværring og hurtig progression af deres sygdom med døden til følge, mens de skulle deltage i en kontrolgruppe. Dertil kommer, at borgere i en kontrolgruppe ideelt set ikke burde deltage i hverken kommunal rehabilitering, sygehus rehabilitering eller rygestopkurser mm.

På den anden side vurderes det at være problematisk, at der ikke er blevet anvendt en kontrolgruppe i forløbsstudiet. Anvendelse af en kontrolgruppe kunne muligvis have tilvejebragt en tydeligere indikation af, om anvendelse af løsningsrummet har påvirket udviklingen i antallet af indlæggelser af borgere med KOL med følgende aktionsdiagnosekoder: DJ44, DJ96 eller DJ13-18. Det kan ikke udelukkes, at fordelingen af indlæggelser af borgere med KOL med disse aktionsdiagnoser vil se anderledes ud i en evt. kontrolgruppe sammenlignet med en interventionsgruppe.

Som en del af løsningsrummet har kommunerne udarbejdet plejeplaner for borgere med KOL. Disse er blevet lagt ind i de kommunale journaliseringssystemer. Det tog flere ressourcer hos kommunerne end først antaget at udarbejde plejeplanerne, hvilket medførte, at mange plejeplaner først blev udarbejdet langt inde i forløbsstudiet hos de deltagende kommuner. Det vurderes på den baggrund, at effekten af anvendelse af plejeplanerne i væsentlig grad ikke nåede at slå igennem på resultatet af dette forløbsstudie. Effekten af anvendelse af plejeplanerne forventes at slå igennem på længere sigt.

Hos nogle af de deltagende kommuner er hjemmesygeplejen udover anvendelse af løsningsrummet begyndt at behandle borgere med KOL i hjemmet i samarbejde med praktiserende læger. Det sker i henhold til selvbehandlingsplaner, som fremgår af plejeplanerne. De praktiserende læger ordinerer medicinen til behandling.

Som en del af den kvalitative evaluering vurderede medarbejdere i hvilken grad, at borgere oplevede tryghed ved at kunne kontakte hjemmesygeplejen og ved anvendelse af løsningsrummet. Det vil være mere hensigtsmæssigt at lade borgere med KOL i interventionsgruppen selv foretage denne vurdering. Af ressourcemæssige årsager blev det besluttet at lade medarbejderne foretage denne vurdering som en del af en større spørgeskemaundersøgelse hos medarbejderne.

7. ANBEFALINGER

Her kommer en række af anbefalinger til andre kommuner, som har interesse i at implementere løsningsrummet til opkvalificering af hjemmesygeplejen. Det anbefales:

- at indtænke projektets løsningsrum som en del af en samlet indsats med KOL forløbsprogram, genoptræning, rygestopkurser mm.
- at indkøbe etui til opbevaring af pulsoximeter
- at overveje indkøb af pulsoximeter med en bluetooth-funktion. Dette kan muliggøre overførsel af målinger til journaliseringssystemer mm.
- at overveje indkøb af Continua certificeret pulsoximeter, da dette muligvis kan blive et lovmæssigt krav på sigt i Danmark. Det forventes, at dette vil medføre en betydelig merudgift til indkøb af pulsoximeter
- at følge projektets inklusions- og eksklusionskriterier til udpegelse af borgere med KOL
- at udpegning af borgere med KOL foretages af hjemmesygeplejen
- at kvalificere relevante medarbejdere i hjemmesygeplejen til at kunne anvende KOL plejeplaner
- at anvende retningslinjer for hvilken information der bør registreres i KOL plejeplaner
- at overveje anvendelse af et Action Card/Golden Guidelines som supplement til anvendelse af KOL plejeplaner
- at kvalificere SOSU medhjælpere til at kunne foretage tidlig opsporing af KOL
- at gennemføre undervisningsforløb i samarbejde med regionale sundhedsaktører, inklusiv læger/sygeplejersker fra et nærliggende sygehus og/eller praktiserende læger
- at påbegynde og opretholde dialog med regionale sundhedsaktører omkring anvendelse af løsningsrummet i hjemmesygeplejen så tidligt som muligt
- at sikre en løbende rapportering til ledelsen omkring forebyggelse af uheldige indlæggelser af borgere med KOL som resultat af anvendelse af løsningsrummet i hjemmesygeplejen
- at sikre ledelsesmæssigt ansvar og løbende opfølgning på en succesfuld anvendelse af løsningsrummet i hjemmesygeplejen, inklusiv alle ledelsesmæssige niveauer
- at sikre ressourcer til rådighed i hjemmesygeplejen til anvendelse af løsningsrummet, herunder til undervisning og udarbejdelse af KOL plejeplaner

BILAG 1: RESULTAT AF KVANTITATIV EVALUERING

Forløbsstudium Pulsoximeter i Hjemmesygeplejen

Måleperiode 1. Maj - 30. September 2012 og 2013

		Guldborgsund		Holbæk		Kalundborg		Køge		Lolland		Nastved		Stagetse		Solrød		Sorø		Stevns		Total	
Antal borgere inkluderet i projektet		70		19		43		41		12		36		26		6		53		14		320	
2012																							
D140 - Kronisk obstr. lungesygdt. m. akut nedre luftvejsinfektion		7						2				1										10	
D144		8		6		1		2		1		3		2								26	
D141 - Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut eksacerbation UNS		6		4		3		1		1		3		2								20	
D149 - Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS		6		4		3		1		1		3		2								20	
D1960 - Akut respirationsinsufficiens		21		10		4		8		2		7		4		0		2		1		59	
D1961 - Kronisk respirationsinsufficiens				2				2										1				3	
D1969 - Respirationsinsufficiens UNS				2				2										1				3	
D139 - Pneumoni forårsaget af Streptococcus pneumoniae		0		2		0		1		1		0		0		0		1		1		9	
D158 - Anden bakteriel pneumoni								4		1		0		0				1		1		1	
D13-18								1										1		1		0	
D159 - Bakteriel pneumoni UNS		2		1		4		4		4		6		1		1		1		1		3	
D189 - Pneumoni UNS		2		1		4		4		0		6		0		1		2		1		22	
Totalt antal (akutte) indlæggelser (udskrivninger)		23		13		8		17		3		13		4		1		5		3		90	
2013																							
D140 - Kronisk obstr. lungesygdt. m. akut nedre luftvejsinfektion		4						1		1												10	
D144		6		1		2		3		5		3		2								21	
D141 - Kronisk obstruktiv lungesygdom med akut eksacerbation UNS		2		2		2		4		1		2		0		1		2		0		13	
D149 - Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS		12		1		4		8		7		5		0		1		6		0		44	
D1960 - Akut respirationsinsufficiens		1		1		3		2		2		3		1		1		2		2		11	
D1961 - Kronisk respirationsinsufficiens				1														2				5	
D1969 - Respirationsinsufficiens UNS				1		3		0		2		3		3		1		2		0		16	
D139 - Pneumoni forårsaget af Streptococcus pneumoniae		1		1		3		0		2		3		3		1		2		0		0	
D158 - Anden bakteriel pneumoni								3				1						2		2		1	
D13-18								3		3		2						8		8		8	
D159 - Bakteriel pneumoni UNS		7		1		3		7		3		2		0		0		10		10		39	
D189 - Pneumoni UNS		7		1		5		10		3		3		0		0		10		10		39	
Totalt antal (akutte) indlæggelser (udskrivninger)		20		3		12		18		12		11		3		2		18		0		99	

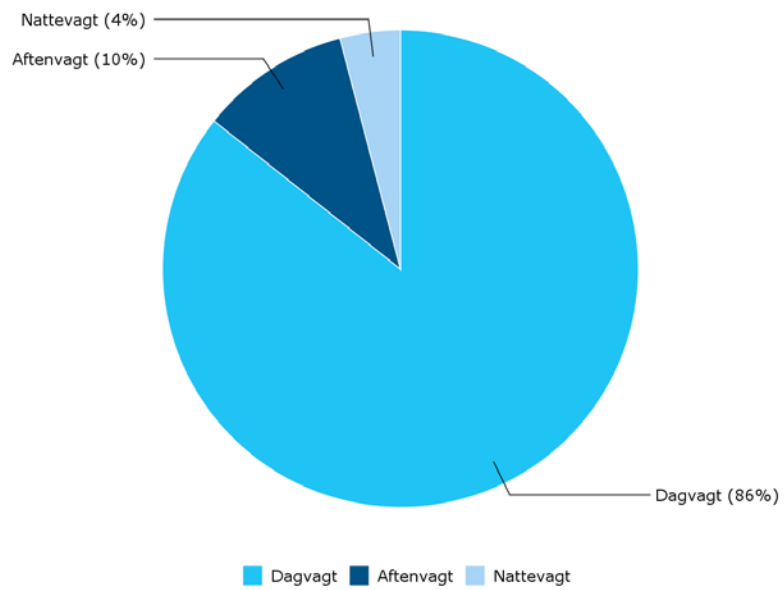
BILAG 2: RESULTAT AF SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE (KVALITATIV EVALUERING)

Baggrundsdata

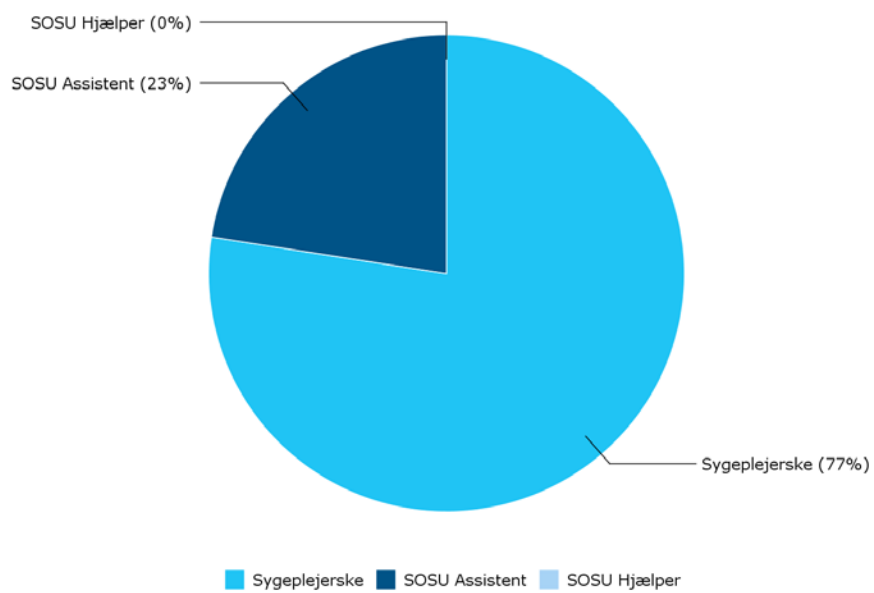
Hvilken kommune er du ansat i?

	Respondenter	Procent
Guldborgsund	26	13,4 %
Holbæk	6	3,1 %
Kalundborg	36	18,6 %
Køge	18	9,3 %
Lolland	5	2,6 %
Næstved	55	28,4 %
Slagelse	14	7,2 %
Solrød	9	4,6 %
Sorø	22	11,3 %
Stevns	3	1,5 %
I alt	194	100,0 %

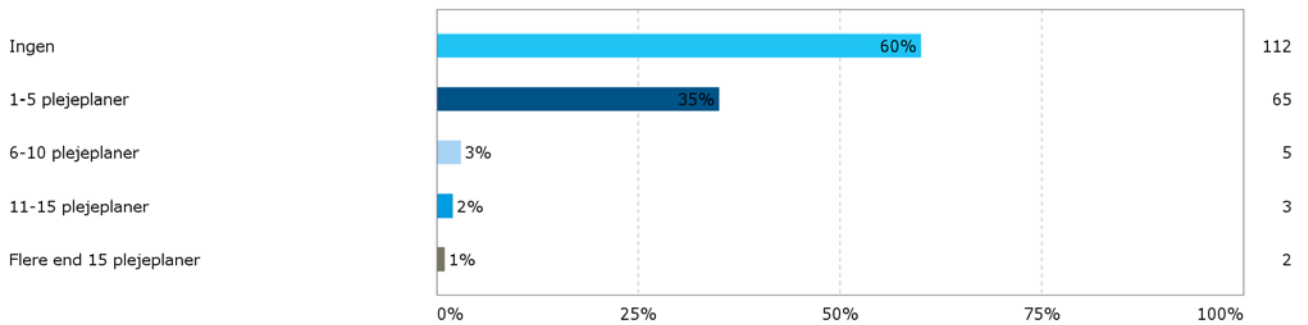
Går du fortrinsvis i:



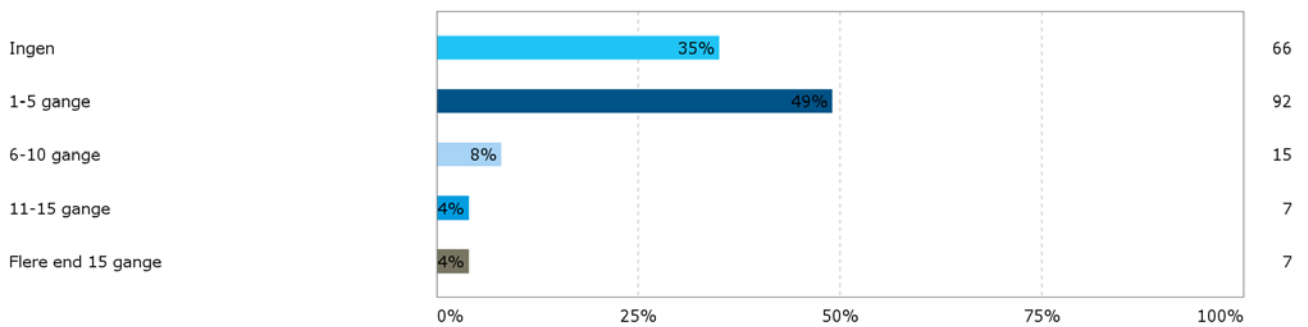
Hvad er din stilling/funktion?



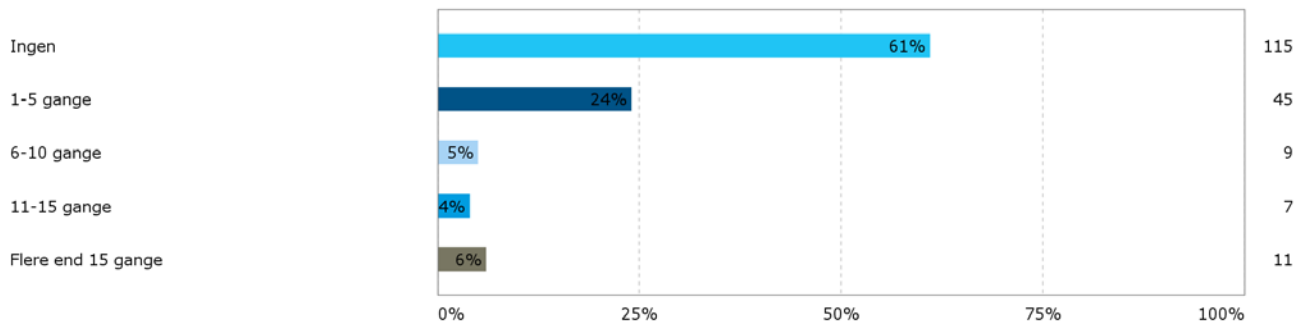
Hvor mange KOL-plejeplaner (også kaldet handleplan eller pleje/handleplan) har du været med til at udarbejde inden for de sidste 4-5 måneder?



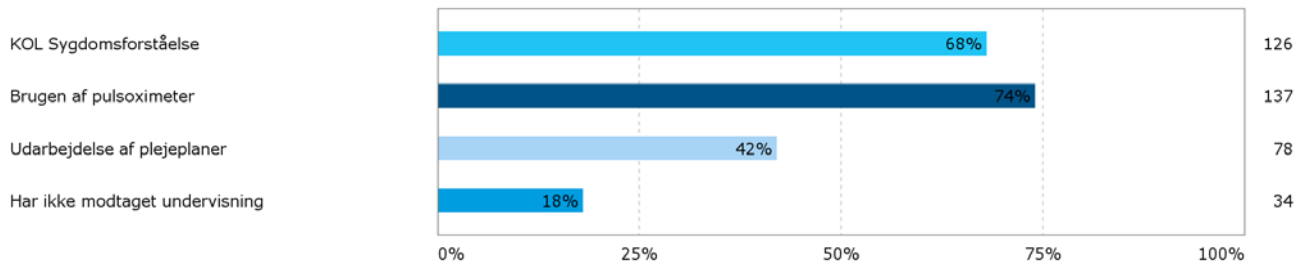
Hvor mange gange har du inden for de sidste 4-5 måneder foretaget en pulsoximeter-måling hos en borger?



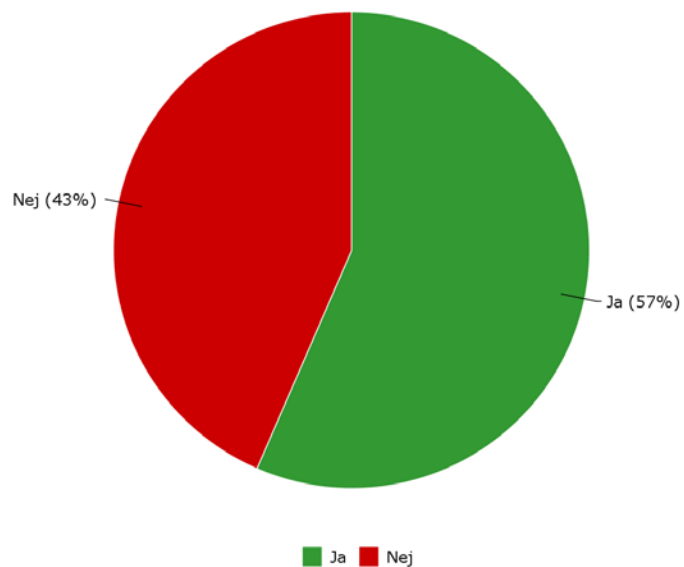
Hvor mange gange har du brugt ISBAR/Andet kommunikationsredskab indenfor de sidste 4-5 måneder?



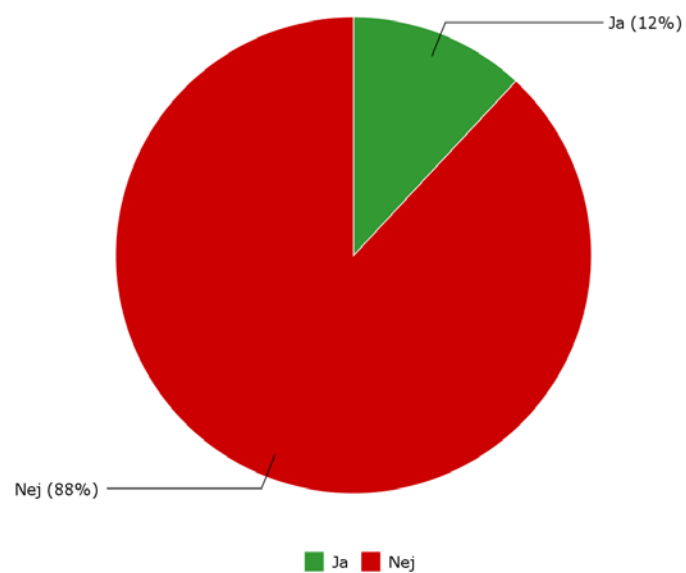
Som en del af Pulsoximeterprojektet har jeg modtaget undervisning (ved klasseundervisning og/eller sidemandsoplæring) i: (Flere svarmuligheder)



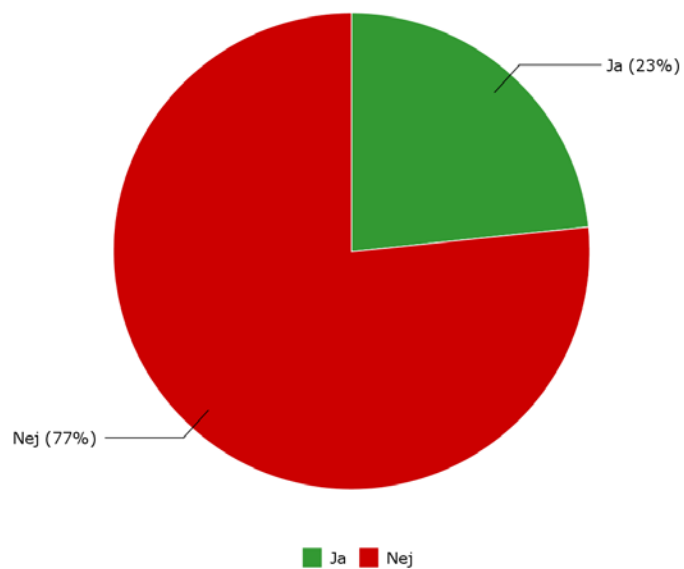
Jeg har, indenfor de sidste 4-5 måneder, været i kontakt med praktiserende læge i forbindelse med mit arbejde med en eller flere KOL-borgere



Jeg har, indenfor de sidste 4-5 måneder, været i kontakt med et lunge-ambulatorium i forbindelse med mit arbejde med en eller flere KOL-borgere

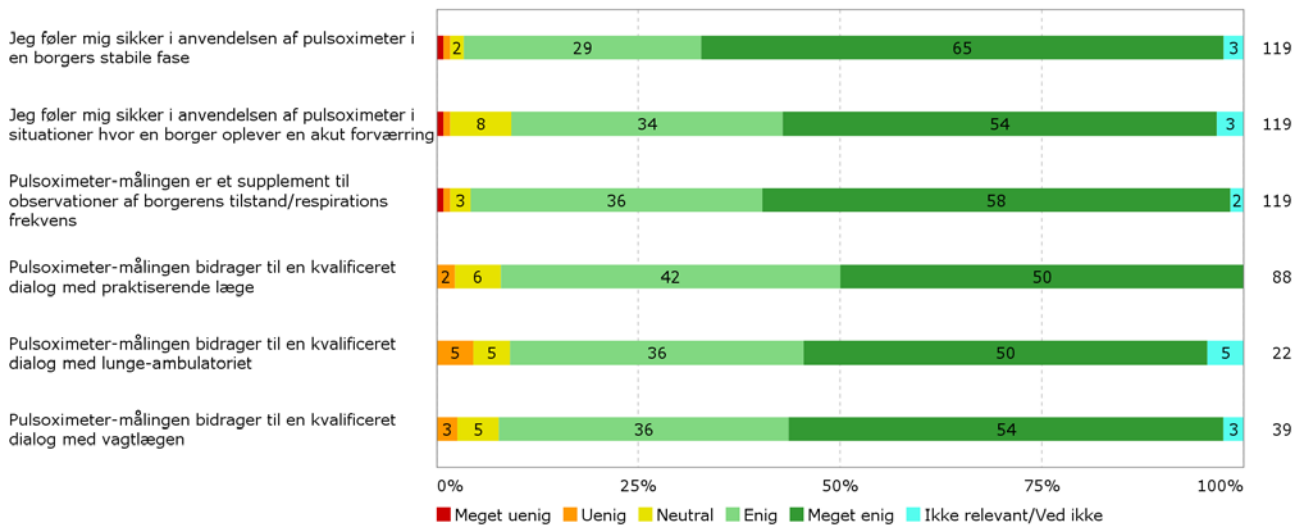


Jeg har, indenfor de sidste 4-5 måneder, været i kontakt med vagtlæge i forbindelse med mit arbejde med en eller flere KOL-borgere



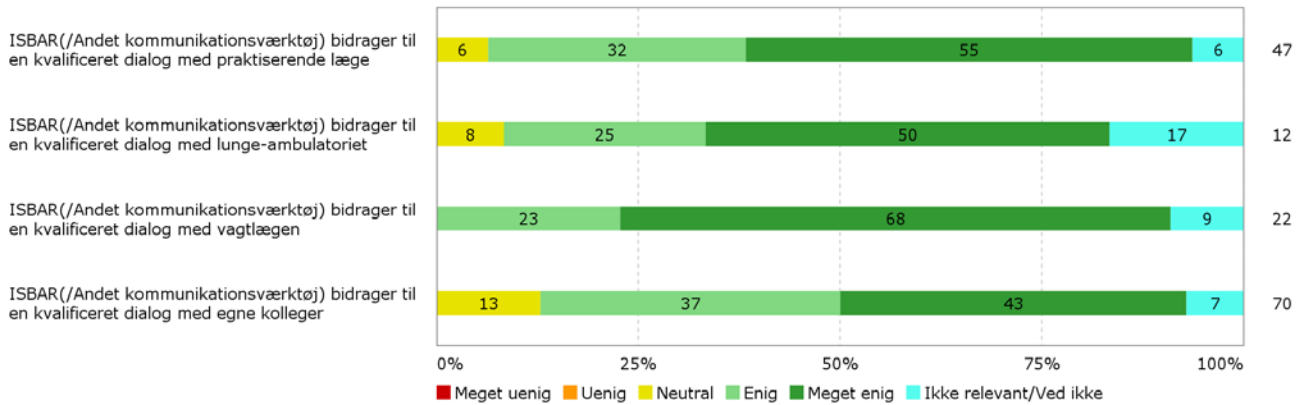
Pulsoximeter

Hvor enig er du i følgende udsagn?



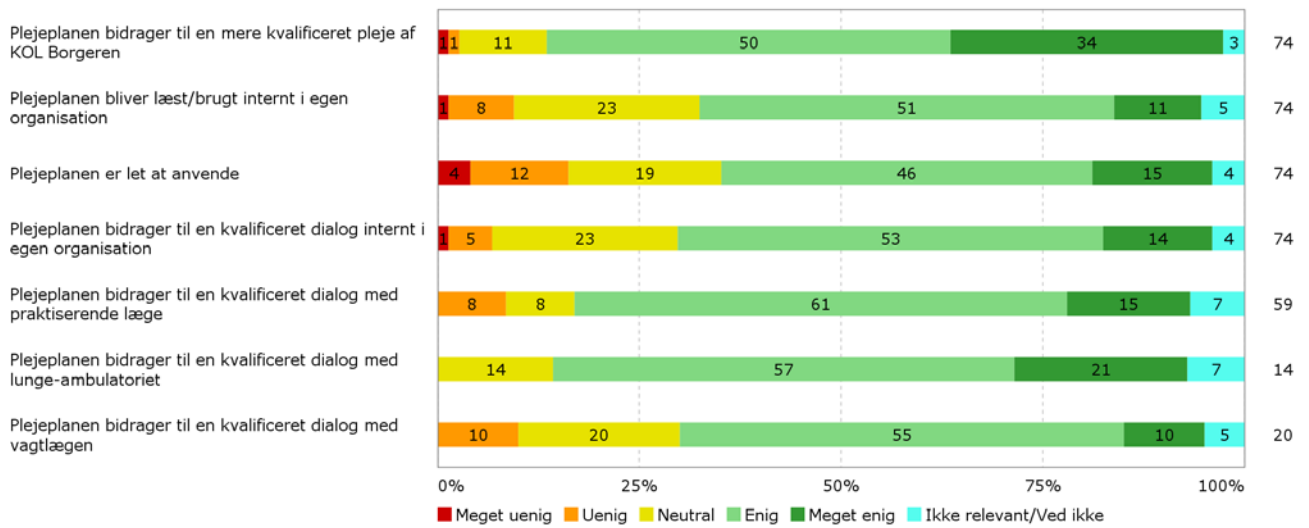
ISBAR (/Andet kommunikationsværktøj)

Hvor enig er du i følgende udsagn?



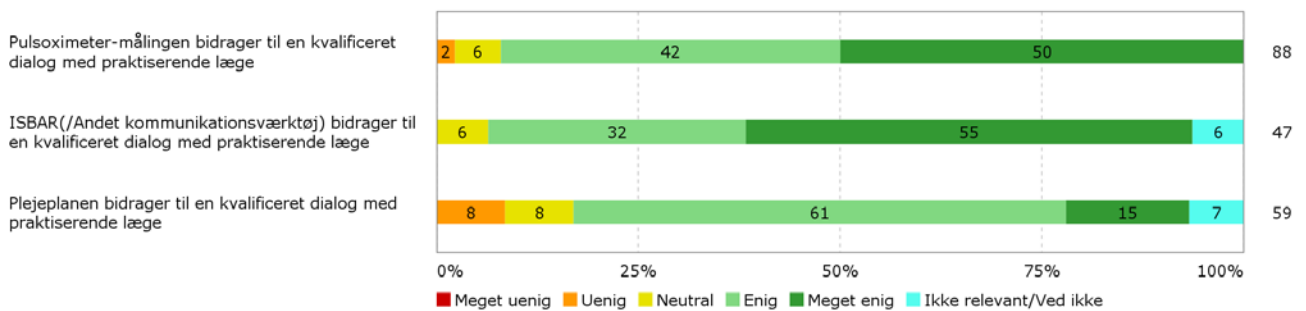
Plejeplan

Hvor enig er du i følgende udsagn?



På de følgende sider angives medarbejdernes vurdering af det samlede løsningsrums bidrag til dialogen med de individuelle regionale sundhedsaktører.

Løsningsrummet bidrager til en kvalificeret dialog med praktiserende læge

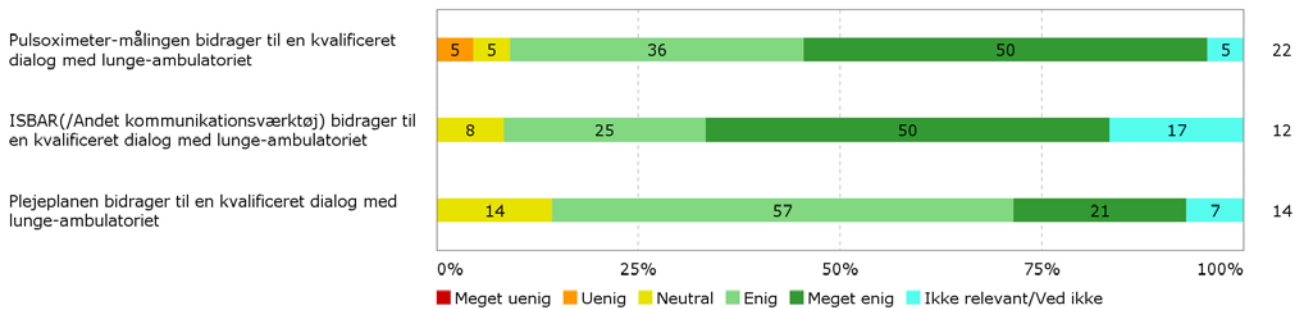


Gennemsnit for de tre dele af løsningsrummet:

- Pulsoximeter: 92 %
- ISBAR(/Andet kommunikationsværktøj): 87 %
- Plejeplan: 76 %
- **Totalt: 85 %**

85 % af de adspurgte (som har brugt et eller flere af de indførte værktøjer i projektperioden) er enige eller meget enige i, at det samlede løsningsrum bidrager til en kvalificeret dialog med den praktiserende læge.

Løsningsrummet bidrager til en kvalificeret dialog med lungeambulatoriet

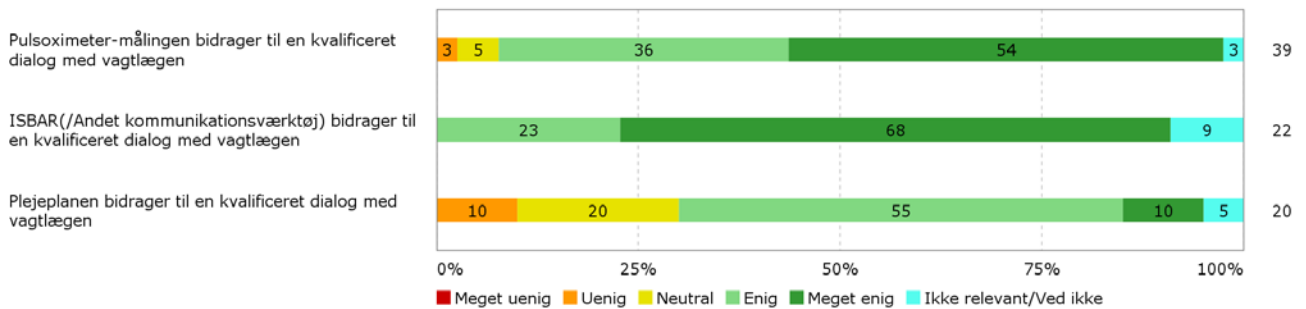


Gennemsnit for de tre dele af løsningsrummet:

- Pulsoximeter: 86 %
- ISBAR(/Andet kommunikationsværktøj): 75 %
- Plejeplan: 78 %
- **Totalt: 79,7 %**

79,7 % af de adspurgte (som har brugt et eller flere af de indførte værktøjer i projektperioden) er enige eller meget enige i, at det samlede løsningsrum bidrager til en kvalificeret dialog med lungeambulatoriet.

Løsningsrummet bidrager til en kvalificeret dialog med vagtlægen



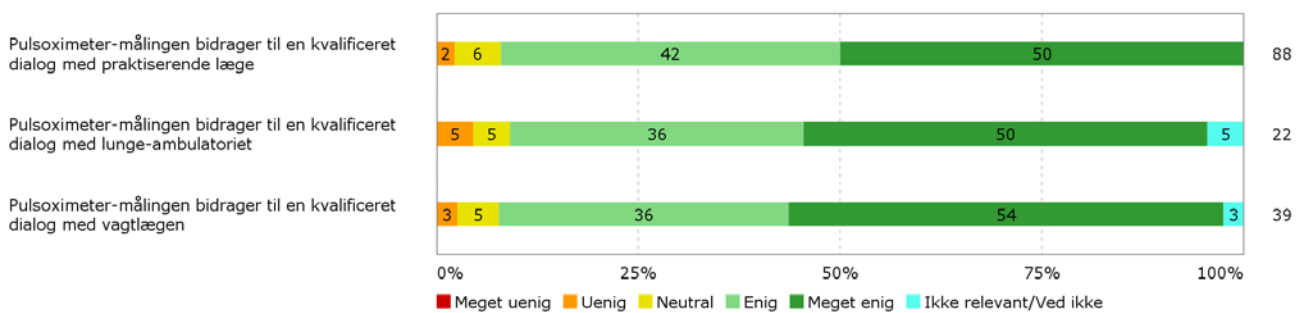
Gennemsnit for de tre dele af løsningsrummet:

- Pulsoximeter: 90 %
- ISBAR(/Andet kommunikationsværktøj): 91 %
- Plejeplan: 65 %
- **Totalt: 82 %**

82 % af de adspurgte (som har brugt et eller flere af de indførte værktøjer i projektperioden) er enige eller meget enige i, at det samlede løsningsrum bidrager til en kvalificeret dialog med vagtlægen.

På de følgende sider angives medarbejdernes vurdering af de individuelle dele af løsningsrummets bidrag til en kvalificeret dialog med de regionale sundhedsaktører, samlet set.

Pulsoximeter-målingen bidrager til en kvalificeret dialog med sundhedsaktører

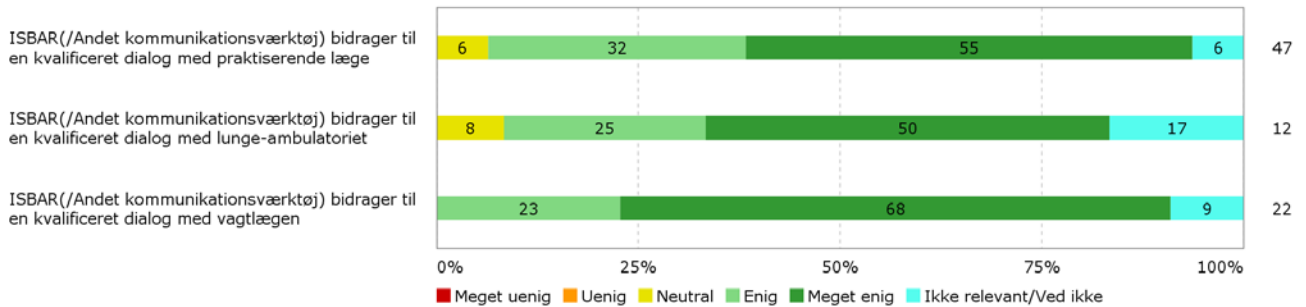


Gennemsnit for de tre sundhedsaktører:

- Praktiserende læge: 92 %
- Lunge-ambulatoriet: 86 %
- Vagtlæge: 90 %
- **Totalt: 89,3 %**

89,3 % af de adspurgte (som har brugt pulsoximeter i projektperioden) er enige eller meget enige i, at pulsoximeter-målingen bidrager til en kvalificeret dialog med de tre sundhedsaktører.

ISBAR(/Andet kommunikationsværktøj) bidrager til en kvalificeret dialog med sundhedsaktører

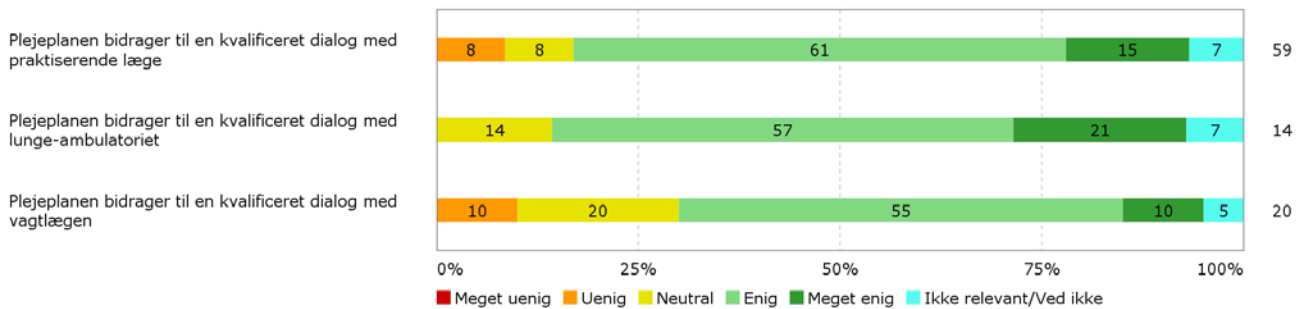


Gennemsnit for de tre sundhedsaktører:

- Praktiserende læge: 87 %
- Lunge-ambulatoriet: 75 %
- Vagtlæge: 91 %
- **Totalt: 84,3 %**

84,3 % af de adspurgte (som har brugt pulsoximeter i projektperioden) er enige eller meget enige i, at ISBAR(/Andet kommunikationsværktøj) bidrager til en kvalificeret dialog med de tre sundhedsaktører.

Plejeplanen bidrager til en kvalificeret dialog med sundhedsaktører



Gennemsnit for de tre sundhedsaktører:

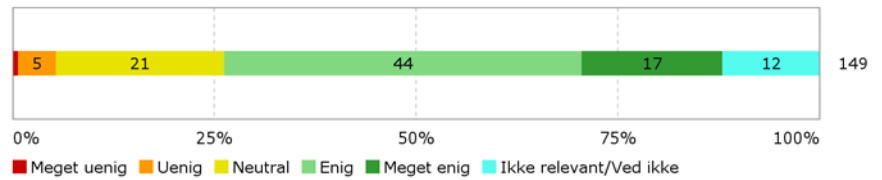
- Praktiserende læge: 76 %
- Lunge-ambulatoriet: 78 %
- Vagtlæge: 65 %
- **Totalt: 73 %**

73 % af de adspurgte (som har brugt pulsoximeter i projektperioden) er enige eller meget enige i, at plejeplanen bidrager til en kvalificeret dialog med de tre sundhedsaktører.

Undervisning

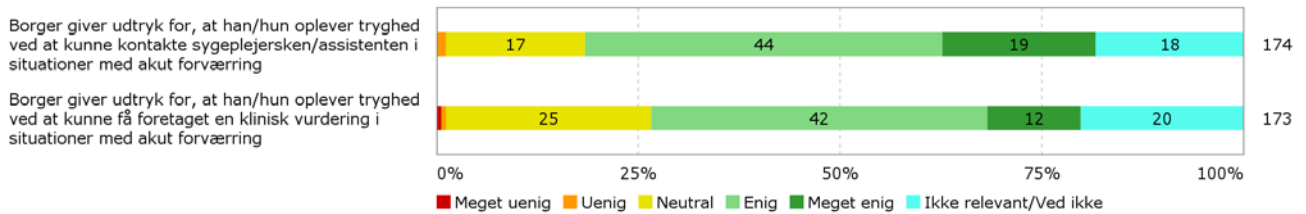
Hvor enig er du i følgende udsagn?

Efter undervisning, i eksempelvis KOL sygdomsforståelse og/eller brugen af pulsoximeter og/eller udarbejdelse af plejeplaner kan jeg bed...



Borger

Hvor enig er du i følgende udsagn?



Gennemsnit tryghedsfølelse hos borger:

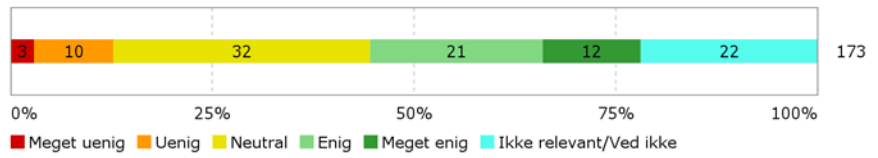
- Kunne tilkalde sygeplejerske: 63 %
- Få foretaget klinisk vurdering: 54 %
- **Totalt** (ovenstående/2): **58,5 %**

58,5 % af de adspurgte er enige eller meget enige i, at borger oplever øget tryghed ved projektets løsningsrum

Forebyggede indlæggelser

Hvor enig er du i følgende udsagn?

Jeg har i perioden medvirket til at forebygge (gen) indlæggelser hos borgere med KOL



Filter: Intet filter

Har du nogen yderligere kommentarer til Projekt Pulsoximeter eller til de værktøjer og processer som er blevet præsenteret i dit daglige arbejde i forbindelse med projektet?

- ISBAR er hvad vi altid har gjort det skal åbenbart bare kaldes noget andet der er ikke noget nyt i det
- Mht. ISBAR, så er den ny for mig, men stemmer imidlertid overens med, hvordan jeg hidtil har arbejdet.
Har også brugt pulsoximeter hos borgere uden KOL, f.eks. i forbindelse med længerevarende krampeanfald.
- Der har været mange udfordringer at arbejde med i forhold til hvem lægen var, flere af lægerne var ikke interesseret i at give selvbeh. planer og flere havde ikke set patienterne i flere år og flere havde ikke en lungefunktionsundersøgelse, så det tog tid at komme i gang.
- God undervisning, men svært at holde fast i viden, når man ikke anvender det i praksis.
Har 1 borger som har kol men som ikke ønsker at deltage i projektet.
Den viden jeg har modtaget på kurset kan jeg dog bruge som rettesnor for plejen af borger.
- Jeg har ikke haft kontakt til borgerne med KOL efter undervisningen, derfor kan jeg kun svare ved ikke til de sidste spørgsmål.
- vi har i Sorø ikke benyttet ISBAR(ledelsesbeslutning).
- Jeg kunne godt ønske, at vores puls-oxymetre var mere præcise. Jeg oplever ofte at de måler forkert, og at man er nødt til at prøve flere gange på flere forskellige fingre, for at få et reelt billede af, hvordan borgeren saturerer.
Jeg har dog oplevet, at pulsoxymetret var et rigtig godt redskab hos en borger med svær KOL, der saturerede meget lavt, og blev indlagt med 112 (det var borgerens eget pulsoxymeter).
- Projekt og processer er meget godt, desværre har jeg ikke rigtig haft mulighed til og anvende den endnu da de borger vi har i vores team har været godt sitabil siden vi blev præsenteret til projekten.
- Arbejder i øjeblikket på at få en ny borger med svær KOL ind i samme behandlingsmulighed, via e.l.
- Jeg synes at pulsoxymetret er for usikkert (for dårlig kvalitet) til at lave en troværdig måling måling.
Men det er super med en plan og akut pakke med antibiotika og prednisolon.
- Ærligt at det fra ledelsen ikke bliver prioriteret højere, når et sådan projekt i søen
- jeg er præsenteret for ISBAR, men har generelt anvendt dette tidl. ved kontakt til læge. Har ikke anvendt/haft borger med KOL under projektet
- Haft et tilfælde, hvor egen læge vælger ikke at opstarte beh trods forhøjet tp, puls og resp-frekvens, fordi sat var indenfor pt niveau. Hun blev indl om aftenen med pneumoni.
- Jeg er fuldstændig overbevist om at arbejdet med pulsoximeteret har givet os bedre mulighed for at hjælpe og behandle borgere i eget hjem.
Under alle omstændigheder har projektet givet øget fokus på borger med KOL, hvilket jeg er overbevist om på sigt gør at vi sammen med egen læge vil kunne få behandlet borgerne bedre hjemme.
- Vi ønsker at vi som sygeplejersker kunne få en SAT måler hver. Det har kostet os meget tid at skulle tilbage på kontoret for hente apparatet i akutte situationer..
- pulsoximeter har ikke været tilgængeligt i dagligdagen

- Nogle borgere har selv anskaffet pulsoximeter uden der forligger en handleplan, det kan vi ikke bruge til noget.
Pulsoximeter har mange fejlkilder.
- Jeg oplever, at være meget bedre klædt på til at hjælpe KOL-borgeren i dennes sygdom- jeg arbejder deltid og fortrinsvis i aftenvagte. Jeg mener klart, at focus på KOL er et godt redskab, at hjælpe borgeren med.
- helt klart det at der kommer en spl i hjemmet der gør en forskel
- Det skal være meget nemmere at føre data ind. I må regne med at mange oplysninger skal vi have fra egen læge, der måske først skal til at foretage lungefunktionsundersøgelse - data løber ind over 1 måned eller 2 og så skal det være muligt at indføre dem, hvilket ikke er muligt i dag.
Der skal alle data ind samtidig
- den borger vi havde med at gøre var hjemme i mindre end 1 døgn og er mors d.d.
Så jeg har ikke nået at bruge redskabet optimalt, til at kunne være helt konkret og har derfor ikke meget erfaring med det, desværre
- Jeg har desværre kun haft en borger med KOL, og det tog alt for lang tid at få pulsoximeteret ud til borgeren, da vi fik af vide at lægen først skulle lave en handleplan. Ydermere var det kun sygeplejerskerne som fik lov at lave handleplaner, hvilket gjorde processen meget langsom.
Jeg oplevede derfor ikke den positive effekt af pulsoximeteret.
- Det er vores KOL sygepl. der primært sidder med KOL borgerne derfor har jeg ikke været med i det.
- Jeg har ikke haft en situation med en KOL-borger i perioden. (derfor er svarene som de er)
Selve kommunikationsredskabet - ISBAR - bruges fint i andre situationer også.
- Vi har ikke haft tid til at sidde flere spl'er og lave plejeplaner. det kunne have været rart, da vi ikke fik undervisning i udfyldelsen og brugen af plejeplanerne.
Det ville være en go ide at alle spl'er fik deres eget pulsoximeter, så man ikke skal bruge tis/kørsel/penge på at hente det fra kontoret. det er jo ikke altid man ved på forhånd at borgeren s tilstand er forværret, inden man står i det..
- Det har været utrolig svært at svare på spørgeskemaet da vi ikke har en KOL borger i mit team. Jeg har været med til at lave en KOL handleplan, men det var i et andet andet team så jeg ved ikke hvordan det er gået ham efterfølgende.
- den borger som havde kol er nu mors
- Det er ikke kun efter introduktion af pulsoximeteret, at vi kan berolige borgerne. Støtte i hverdagen samt under forværring giver også tryghed og er enormt vigtig, når man har med KOLpt. At gøre. Og især kontinuiteten ved fast splj.
- Det er bare godt at blive opdateret og få lov at anvende viden
- Jeg har ikke haft brug for anvendelse af pulsoximeteret, da der ikke er nogen kol-patienter, som har haft forværring.
- Det er en stor hjælp af have en kol- sygepl. Som man kan spørge til råds og samtidig kunne sende kol sygepl. På besøg hvis der er nogen tvivls spørgsmål. Godt projekt.
- ikke alle sygeplejersker har et pulsoximeter
- JA, jeg kunne ønske at Pleje planer/handleplaner blev kortet ned iforhold til alt det skrift, jeg oplever, at når jeg spørger nogle kollegaer om de læser planerne så melder nogle at de synes den virker uoverskuelig når der står så meget.
Det kunne være evt være en fordel hvis der kunne bruges feks RØD skrift hvor "vores kommentar, os der tilføjer i handleplanen". Nemmere for alle at overskue.

- Synes undervisningen var god og jeg fik en bredere viden inden for KOL-patienter. synes borgere generelt er godt informeret om sygdommen og behandlings muligheder.
- jeg fik en borger udskrevet fredag. Allerede i weekenden følte han angst og ringede til valgtlægen og fortalte at han havde en AB kur + prednisolon og vagtlægen gav grønt lys. Jeg tror ikke det var en relevant behandling, men han reagerede ud fra at "handleplanen" var lagt, snakkede ikke med en spl i den omtalte weekend.

BILAG 3: RESULTATER FRA EFFEKTMÅLING I DE ENKELTE KOMMUNER

Greve

Greve kommune har deltaget i Projekt Pulsoximeter i indledende faser og dermed også i beskrivelse af projektet, definition af succeskriterier og planlægning af projektforsløb. Af forskellige årsager, som beskrives nedenfor, fik man i Greve kommune ikke gennemført undervisning i tide til at være en del af den planlagte driftsperiode, og det gav derfor heller ikke mening at gennemføre effektmåling. Af samme grund findes der ikke resultater af effektmåling for Greve.

Greve kommune ønsker dog stadig at bruge værktøjerne fra løsningsrummet i projektet og har derfor, i efteråret 2013, iværksat undervisning og indført brug af pulsoximeter i hjemmesygeplejen i Greve kommune. Dette er sket i forbindelse med andre tiltag omkring KOL og tidlig opsporing. Se nedenfor for beskrivelse af disse.

Man ønskede i Greve kommune at gennemføre undervisning af hjemmesygeplejerskerne med praktiserende læge Jette Elbrønd som underviser. Der viste sig dog udfordringer ved at få aftalt et tidspunkt for undervisningen, hvilket bl.a. var medvirkende til at undervisningen ikke blev gennemført i tide til at indgå i det planlagte driftsforsløb i projektet. Man diskuterede tidligt, hvorvidt man skulle finde en anden underviser for at sikre at undervisningen blev gennemført før sommer. Det blev dog besluttet, at holde fast i beslutningen om at undervisning skulle foretages af Jette Elbrønd, da hun – udover kvalificeret undervisning i KOL – kunne bidrage med lægeperspektivet og havde mulighed for at gå mere i dybden. Derudover var Jette med til at definere løsningsrum for projektet og er en rigtig god formidler.

Denne beslutning bevirkede dog, at det af hensyn til Jette Elbrønds praksis og sygeplejerskernes vagtplan ikke var muligt at gennemføre undervisningen af hjemmesygeplejerskerne før den 5. november 2013. Undervisningen indeholdt KOL sygdomsforståelse, sygdomsforværring, medicinering, samt brug af pulsoximeter.

Noget tyder dog på, at beslutningen om at få en ekstern underviser – og i særdeleshed det at det var en praktiserende læge – til at forestå undervisningen har været fornuftig. Sygeplejerskerne har efterfølgende udtrykt stor begejstring for undervisningen, og for underviser.

Alle sygeplejersker, der har deltaget i undervisning, har fået udleveret et pulsoximeter som personligt redskab. Målinger indgår som en del af observationer i forhold til TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom), som er et observationsskema med indlagt risikoscore. Der arbejdes pt. på at udarbejde en instruks for hvornår der skal foretages pulsoximeter-måling.

Man har gennemgået projektets udkast KOL plejeplan, og denne testes i 2014 – igen som et element i indsatsen omkring tidlig opsporing. Det er dog vigtigt at få disse til at hænge sammen med borgers journal på en enkel måde, så man derigennem sikrer at medarbejdere bruger den.

ISBAR blev kort gennemgået på undervisningsdage men er et officielt redskab i kommunen. Sygeplejerskerne ønsker dog at meldinger fra assistenter/hjælpere var lidt bedre struktureret, og man kigger derfor på hvordan dette (eller tilsvarende kommunikationsredskaber) kan integreres i det daglige arbejde. Dette kunne evt. være ved at sygeplejersken ved dialog med assistenter/hjælpere spørger ind til de punkter der ligger i ISBAR. Igen, ønsker man dog at dette skal være en del af en større sammenhæng og struktureres med observationsskema osv.

Der er i Greve kommune stor fokus fra ledelsens side på, at indsatsen foretages i samråd med praktiserende læger. Der er derfor aftalt møde med lokal praksiskoordinator ultimo 2013.

Afprøvning af de enkelte værktøjer er første skridt af en større indsats. Resultater herfra skal danne input til større tiltag omkring tidlig opsporing.

Guldborgsund

Forløbsstudie

I Guldborgsund kommune var 109 borgere fra starten udpeget til at blive inkluderet i projektet. Det viste sig dog lidt ind i forløbet, at ikke alle matchede inklusionskriterier, bl.a. pga. demens, eller fordi det viste sig at de ikke havde KOL. Derudover er en del af de inkluderede borgere afgået ved døden eller fraflyttet kommunen. Ved afslutning af projektperioden var 70 borgere stadig en del af projektet, og data til forløbsstudiet er trukket på disse borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Guldborgsund kommune valgte man kun at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunens sygeplejersker, da kun de blev undervist som en del af projektet, og har gjort brug af de indførte værktøjer. Assisterer og hjælpere har modtaget undervisning omkring KOL sygdomsforståelse som en del af KOL Forløbsprogram, men har ikke direkte været involveret i dette projekt.

Svarprocenten for Guldborgsund kommune ligger kun på ca. 30%, hvilket gør, at resultatet af spørgeskemaundersøgelsen ikke kan tolkes som et generelt billede af hvordan projektet er gået, men mere er en indikation af medarbejdernes opfattelse af projektets effekt.

Undervisning af sygeplejersker i Guldborgsund kommune blev håndteret af KOL sygeplejersken i de enkelte distrikter. Undervisning er derfor blevet håndteret forskelligt i distrikterne afhængig af den pågældende KOL sygeplejerske, dog altid med det samme indhold, da undervisning er baseret på et fælles undervisningsprogram.

Stort set alle KOL plejeplaner er udarbejdet af KOL sygeplejersker, hvilket også viser sig i spørgeskemaet, da hele 84% af de adspurgte ikke har været med til at udarbejde KOL plejeplan. Denne løsning har sikret, at plejeplaner er udfyldt med alle relevante oplysninger, men har desværre også vist sig at være medvirkende til manglende ejerskab hos de øvrige sygeplejersker, da man ikke har gjort brug af dem udover gruppen af specialist sygeplejersker.

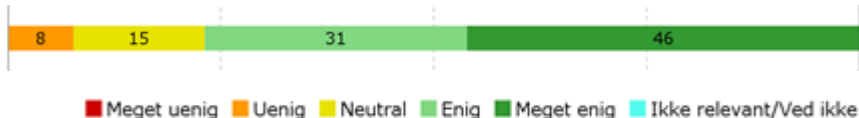
Man havde på forhånd udpeget ca. 120 borgere til at deltage i projektet. I forbindelse med udarbejdelse af plejeplaner, viste det sig dog at ca. halvdelen af disse alligevel ikke var kandidater til at deltage, og gruppen af inkluderede borgere blev derfor reduceret kraftigt. Dette har bl.a. haft den betydning, at mange sygeplejersker slet ikke har været i kontakt med KOL borgere i perioden, og derfor ikke har haft mulighed for at gøre brug af de indførte værktøjer.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: 80 % af medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL

I Guldborgsund var resultatet for det kriterium **77%**

Hvor enig er du i følgende udsagn?
 - Jeg føler mig sikker i anvendelsen af pulsoximeter i situationer hvor en borger oplever en ak...



Dette resultat ligger ikke bare under succeskriteriet, men også under gennemsnittet for de deltagende kommuner.

Forklaringen på dette skal måske findes i det faktum, at kun ca. halvdelen af de adspurgte har brugt pulsoximeteret, og af dem der har brugt pulsoximeter har den overvejende del (40%) kun brugt det 1-5 gange i projektperioden. Man har altså ikke benyttet sig af muligheden for at foretage målinger og oparbejde rutine i brugen af pulsoximeter.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/ vagtlægen/sygehuset

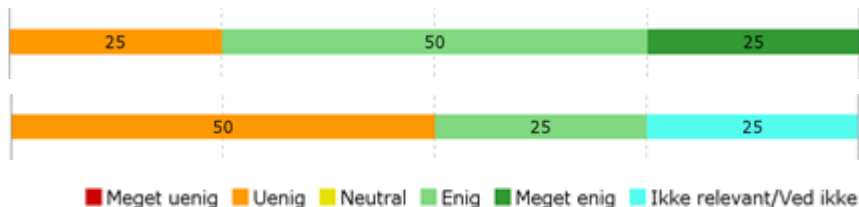
Resultaterne på dette område ligger generelt lavt i Guldborgsund – på henholdsvis 50 % (praktiserende læge), 0 % (lungeambulatorium) og 30 % (vagtlæge). Dog har kun få medarbejdere været i kontakt med lungeambulatorium, og det er derfor især de øvrige resultater der fokuseres på.

Det skal nævnes at ISBAR ikke er inkluderet i resultaterne, da man har valgt ikke at inkludere dette i løsningspakken i Guldborgsund kommune.

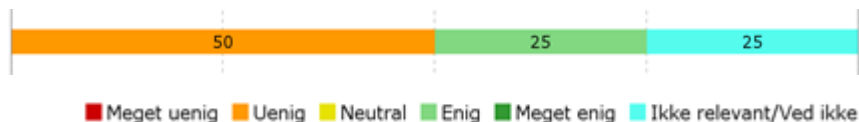
Praktiserende læge:

Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med praktiserende læge: **50 %** (sammenlagt resultat af de to spørgsmål nedenfor, divideret med 2)

Hvor enig er du i følgende udsagn?
 - Pulsoximeter-målingen bidrager til en kvalificeret dialog med praktiserende læge



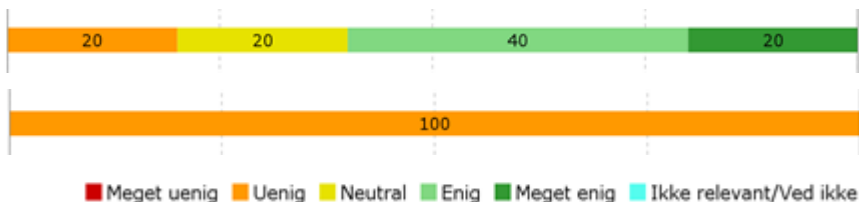
Hvor enig er du i følgende udsagn?
 - Plejeplanen bidrager til en kvalificeret dialog med praktiserende læge



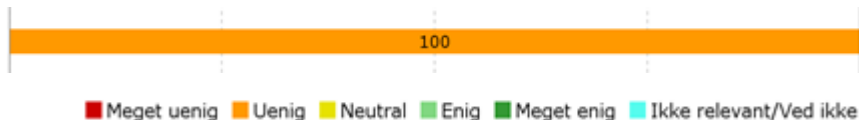
Vagtlæge:

Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med vagtlæge: **30 %** (sammenlagt resultat af de to spørgsmål nedenfor, divideret med 2)

Hvor enig er du i følgende udsagn?
 - Pulsoximeter-målingen bidrager til en kvalificeret dialog med vagtlægen



Hvor enig er du i følgende udsagn?
 - Plejeplanen bidrager til en kvalificeret dialog med vagtlægen



Tallene indikerer, at man generelt ikke føler, at de indførte værktøjer har bidraget til at kvalificere dialogen med aktørerne i sundhedsvæsenet.

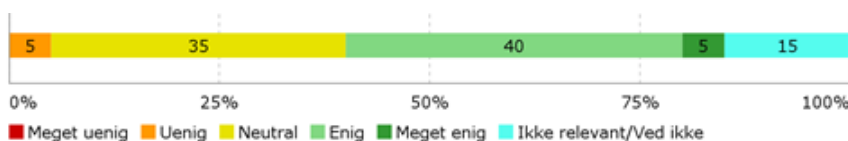
Af resultatet fremgår det også, at man især ikke føler, at plejeplanen har bidraget. En del af forklaringen på dette skal nok findes i ovennævnte faktum, at kun specialistsygeplejersker har udarbejdet plejeplaner. Bruger man ikke handleplaner, bidrager de naturligvis heller ikke til dialogen.

Derudover, indikerer mundtlig input fra både medarbejdere og ledere, at man blandt almen sygeplejersker i Guldborgsund kommune ikke er så vant til at arbejde med handleplaner og derfor ikke har den store erfaring med brugen af dem.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryk hos borgeren i situationen hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

For Guldborgsund kommune er resultatet på det spørgsmål der vedrører dette kriterium: **45%**

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Borger giver udtryk for, at han/hun oplever tryk ved at kunne få foretaget en klini...



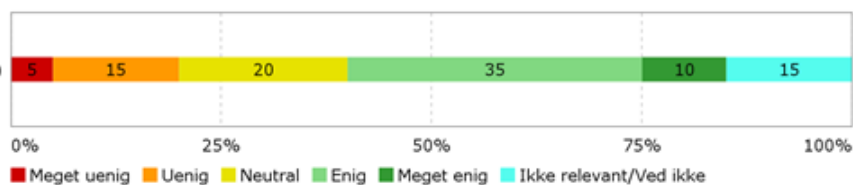
Ligesom ovenfor er dette resultat under succeskriteriet, samt lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner (54%). Resultatet skal dog ses i lyset af de øvrige kommentarer omkring brugen af pulsoximeter og plejeplaner. Hvis man ikke føler sig kvalificeret i at bruge de indførte værktøjer, så vil man naturligt nok heller ikke vurdere, at borger føler sig mere tryk ved ens håndtering af dem.

Dette understøttes af den forholdsvis store andel besvarelser på Neutral/Ved Ikke (50%).

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser

For Guldborgsund er resultatet på det spørgsmål der vedrører dette kriterium: **45 %**

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Jeg har i perioden medvirket til at forebygge (gen) indlæggelser hos borgere med KOL



På netop dette spørgsmål ligger Guldborgsund faktisk over gennemsnittet blandt de deltagende kommuner, om end man heller ikke her har nået succeskriteriet. Samtidig har Guldborgsund en forholdsvis høj andel af Uenig/Meget Uenig besvarelser, hvilket kunne være et resultat af at så få af medarbejderne har været i kontakt med KOL borgere i projektperioden, og derfor ikke har haft mulighed for at forebygge.

Resultatet her kunne også til dels være en afspejling af mundtligt input som går på, at man i højere grad mener, at det er tiltag under forløbsprogrammet der medvirker til forebyggelse, end de indførte værktøjer i forbindelse med Projektet.

Generelle erfaringer

Udbredelsen af projektet i Guldborgsund kommune, var i høj grad hængt op på KOL sygeplejerskerne i de enkelte distrikter, da disse forestod undervisning af kolleger samt udarbejdede handleplaner. Samtidig har man, i Guldborgsund, oplevet en stor udskiftning blandt KOL sygeplejerskerne idet 3 af de oprindelige 4, i projektperioden har forladt deres stilling. Disse to aspekter har tilsammen desværre medført, at projektet i de fleste distrikter ikke er blevet implementeret til alle sygeplejersker, idet man ikke er lykket med at udbrede tiltage ud over de udvalgte nøglepersoner.

Fremtiden

I Guldborgsund har man besluttet også fremover benytte pulsoximeter, som ligesom under projektforløbet, vil være placeret i sygeplejerskens akuttaske i bilen.

Derudover kigger man pt. på at udbrede brugen af handleplaner blandt sygepleje gruppen – ikke blot relateret til KOL men på et mere overordnet plan. Projektet har medvirket til at belyse den udfordring man oplever omkring brugen af handleplaner, og dette område er nu udpeget som generelt indsatsområde for kommunens sygepleje.

Holbæk

Forløbsstudie

I Holbæk kommune er data til forløbsstudiet trukket på 19 borgere. Desværre kendes ikke det præcise antal inkluderede borgere fra start af projektet, men det vides med sikkerhed at 3 borgere er afgået ved døden i projektperioden.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Holbæk kommune er spørgeskemaet besvaret af både sygeplejersker og assistenter. Dog er overvægten af besvarelser fra sygepleje-gruppen (83 %).

Selvom svarprocenten i Holbæk kommune er på over 80 %, så er der reelt kun modtaget besvarelser fra 6 personer - en afspejling af, at projektet har været koncentreret blandt en lille gruppe af medarbejdere. De besvarelser der er modtaget er fra de medarbejdere der har arbejdet intensivt med de indførte redskaber.

I Holbæk kommune blev der arrangeret en undervisningsseance i KOL sygdomsforståelse ved Dansk Lungeforening. Undervisning i brug af pulsoximeter og udarbejdelse af plejeplaner er blevet håndteret på teammøder og som sidemandsoplæring.

I Holbæk kommune valgte man ikke at inkludere ISBAR i løsningspakken.

I Holbæk kommune har kun 34 % af de adspurgte medarbejdere været med til at udarbejde en KOL plejeplan, og 17 % har ikke foretaget en pulsoximeter-måling i projektperioden.

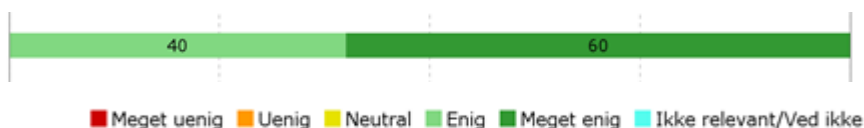
Mundtligt input indikerer, at man i situationer hvor det har været nødvendigt at bruge de ny indførte værktøjer (pulsoximeter og plejeplan), oftest har kontaktet projektleder eller en af de øvrige medarbejdere der vidste hvordan værktøjerne skulle bruges fremfor selv at sætte sig ind i brugen. En indikation af, at værktøjerne ikke er blevet tilstrækkeligt godt implementeret i dagligdagen blandt alle medarbejdere.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: 80 % af medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL

I Holbæk var resultatet for spørgsmålet der vedrører dette kriterium på hele **100 %**

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Jeg føler mig sikker i anvendelsen af pulsoximeter i situationer hvor en borger oplever en ak...

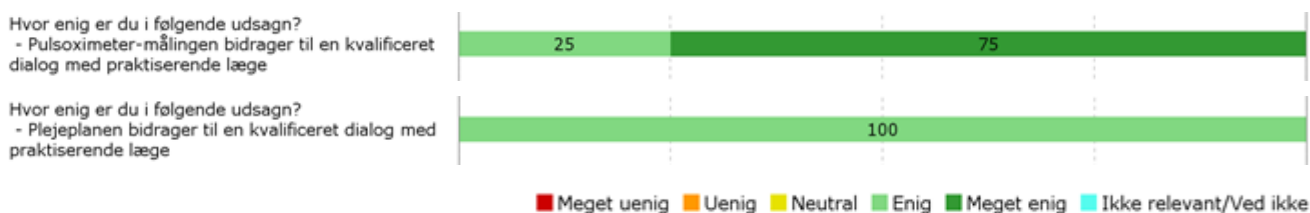


Input fra sygeplejersker understreger dette, da man giver indtryk af at man er tryk ved at bruge pulsoximeter og mener det er et godt supplement til øvrige iagttagelser. Det skal nævnes, at kun sygeplejersker har foretaget målinger med pulsoximeter.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/ vagtlægen/sygehuset

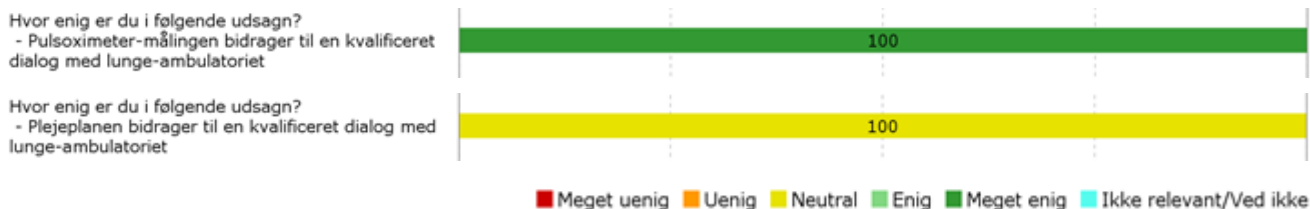
Praktiserende læge:

For Holbæk er det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med praktiserende læge: **100 %** (sammenlagt resultat af de to spørgsmål nedenfor, divideret med 2)



Lunge ambulatorium (sygehus):

Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med Lunge ambulatorium (Sygehus): **50 %** (sammenlagt resultat af de to spørgsmål nedenfor, divideret med 2)



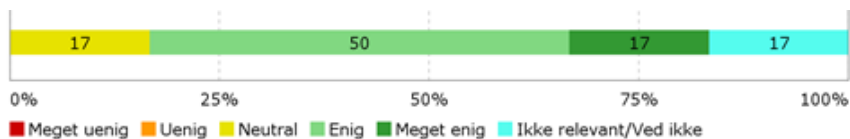
Samme resultat sås i forhold til dialog med vagtlæge.

Pga. det generelt lave antal besvarelser, og spørgeskemaets opbygning har kun 2 personer svaret på disse spørgsmål, hvilket naturligvis gør at resultaterne er farvet af få personers erfaringer. Af denne grund er det svært, med baggrund alene i disse tal, at konkludere hvorvidt dialogen med sundhedsvæsenet generelt er blevet mere kvalificeret.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryk hos borgeren i situationen hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

For Holbæk kommune er resultatet på det spørgsmål der vedrører dette kriterium: **67%**, hvilket er væsentligt højere end gennemsnit for alle deltagende kommuner (54%), men dog stadig under det fastsatte Succeskriterium.

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Borger giver udtryk for, at han/hun oplever tryk ved at kunne få foretaget en klini...



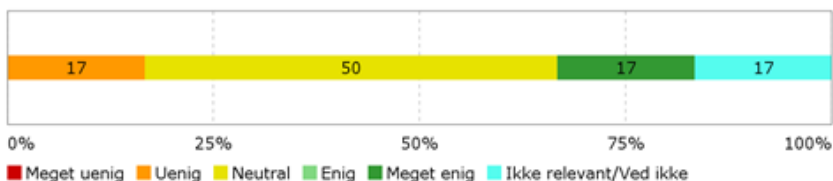
Ligesom øvrige kommuner, er der også i Holbæk tvivl blandt medarbejderne om hvorvidt det blot er det, at de kommer ud til borger, eller om det er pulsoximeter-målingen der giver borger tryk. Desuden har de fleste medarbejdere ikke direkte spurgt borger om de føler sig mere tryk, og har derfor svært ved at vurdere borgers tryk.

Det skal nævnes, at borgere i Holbæk ikke kontaktede sygepleje-teamet direkte, men derimod hjemmeplejen, som så efterfølgende kontaktede sygeplejersken.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge uheldsmæssige indlæggelser

For Holbæk er resultatet på det spørgsmål der vedrører dette kriterium: **17 %**

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Jeg har i perioden medvirket til at forebygge (gen) indlæggelser hos borgere med KOL



Størstedelen af øvrige svar befinder sig i kategorien Neutral eller Ved Ikke, hvilket tyder på, at man er i tvivl om hvorvidt man reelt har forebygget indlæggelse. I mange tilfælde får man ikke nødvendigvis information om borger senere er blevet indlagt, og kan derfor ikke vurdere forebyggelse.

Mundligt input fra distrikterne i Holbæk tyder dog på, at man har opfattelse af at have forebygget indlæggelser for i hvert fald 2-3 borgere. Derudover har 3 borgere i Holbæk i perioden været selvadministrerende med medicin med udgangspunkt i KOL plejeplan, og efter aftale med praktiserende læge.

Generelle erfaringer

Overordnet set opleves de indførte værktøjer som et godt supplement og man er glade for det kompetenceløft der er sket blandt medarbejdere i forhold til KOL sygdomsforståelse. Dog må det konstateres, at værktøjerne ikke er blevet tilstrækkelig godt implementeret i den brede medarbejdergruppe, fordi man ofte har valgt at involvere nøglepersoner når behovet for at bruge værktøjer er opstået. Der forestår derfor en opgave i forhold til videre udbredelse i Holbæk Kommune.

Fremtiden

Holbæk kommune har valgt også fremover at aflægge nye borgere med KOL et indledende besøg med henblik på udarbejdelse af plejeplan, og information til borger om brugen af pulsoximeter. Derudover er der indkøbt flere pulsoximeter til brug i sygepleje-grupperne.

Kalundborg

Forløbsstudie

I Kalundborg kommune var 49 borgere fra start inkluderet i projektet. I løbet af projektperioden er 6 borgere blevet ekskluderet; 3 er afgået ved døden, en borger valgte selv at sige fra, en deltog ikke pga. manglende accept fra praktiserende læge, og en blev ekskluderet pga. ringe egenomsorg. Data til forløbsstudiet er derfor trukket på 43 borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Kalundborg kommune er spørgeskemaundersøgelsen foretaget blandt sygeplejersker, da assistenter kun er blevet undervist i sygdomslære og derfor ikke har gjort brug af de indførte værktøjer.

Svarprocenten ligger højt på ca. 62 %, og generelt ligger resultaterne for Kalundborg kommune over gennemsnittet for de deltagende kommuner, hvilket vidner om en fin indsats i forhold til implementering.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: 80 % af medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL

I Kalundborg var resultatet for det spørgsmål der vedrører dette kriterium på **94 %**



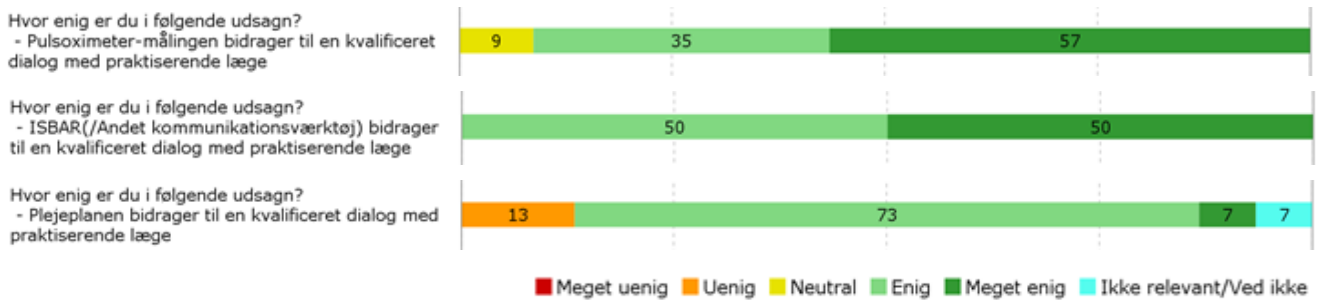
Dette resultat er en indikation af, at den gennemførte undervisning omkring brugen af pulsoximeter har været effektiv. Samtidig viser spørgeskemaet at hele 89 % af de adspurgte har brugt pulsoximeter hos en borger med KOL i løbet af projektperioden, hvilket naturligvis også er med til at højne sikkerhed i brugen.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset

Resultaterne på dette område ligger generelt højt i Kalundborg – på henholdsvis 90,6 % (praktiserende læge), 100 % (lungeambulatorium) og 100 % (vagtlæge). Dog har kun få medarbejdere været i kontakt med lungeambulatorium, og det er derfor især de to andre resultater, der er interessante.

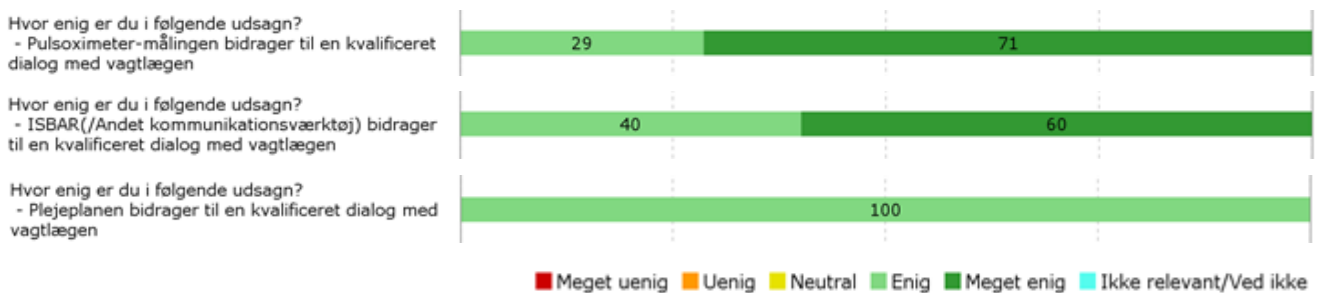
Praktiserende læge:

Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med praktiserende læge: **90,6 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



Vagtlæge:

Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med vagtlæge: **100 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)

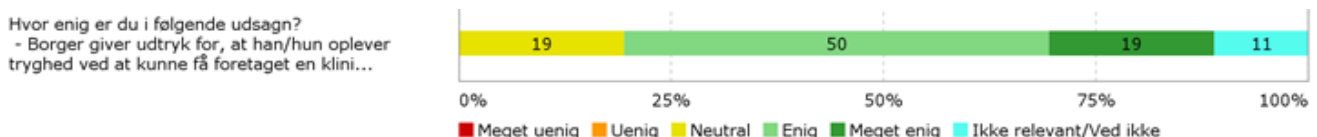


Generelt mener sygeplejerskerne i Kalundborg kommune, at de indførte redskaber har opkvalificeret dialogen med sundhedsvæsenet.

Der ses dog en lille tendens til, at plejeplanen ikke har bidraget så meget som de øvrige værktøjer. Dette er formodentlig en afspejling af øvrige resultater omkring plejeplanen, hvor 18% er uenige i, at den er let at anvende, og hele 30% svarer Neutral eller Ved Ikke. Dette kan evt. skyldes, at undervisning ikke har lagt tilstrækkelig vægt på plejeplan (kun 44% mener at have modtaget undervisning i udarbejdelse af plejeplan). Det kan derfor være nødvendigt at gentage undervisning på området, samt evt. gennemgå plejeplan med henblik på revision, sådan at den bliver nemmere at anvende.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryghed hos borgeren i situationen, hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

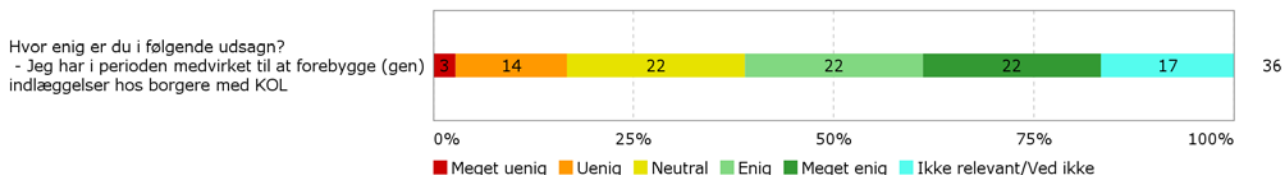
For Kalundborg kommune er resultatet på det spørgsmål, der vedrører dette kriterium: **69%**



Selvom resultatet for Kalundborg kommune ikke møder succeskriteriet, så ligger det dog væsentligt over gennemsnittet for deltagende kommuner (54%). Dette hænger fint sammen med det faktum, at en stor del af de adspurgte føler sig sikker i håndtering af pulsoximeter. Dog er kilden til tryghed hos borger, ikke nødvendigvis kun den kliniske vurdering, men det faktum at sygeplejersken er der og kan berolige borger – bl.a. ved hjælp af pulsoximetermålingen.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser

For Kalundborg er resultatet på det spørgsmål, der vedrører dette kriterium: **44 %**



Dog viser resultatet for Kalundborg også en stor andel af besvarelser på Neutral/Ved Ikke. Dette kan, ligesom for øvrige kommuner skyldes, at man reelt ikke ved, om man har forebygget indlæggelser. Derudover indikerer input, at man også har oplevet, at borgere, på trods af besøg af sygeplejersken, ikke altid har været så dårlige, at de burde indlægges. Derfor ikke reel forebyggelse, da borger under alle omstændigheder ikke ville være blevet indlagt.

Generelle erfaringer

Overordnet set, viser feedback fra Kalundborg at plejen omkring borgere med KOL er blevet mere kvalificeret som et resultat af dette projekt. Det er, overordnet set, små tiltag der er blevet indført, men disse gør samlet set en forskel – om end i lille målestok. Der er altså tale om små skridt i den rigtige retning, med de værktøjer der er indført som en del af projektet.

Fremtiden

I Kalundborg har man besluttet fremover fortsat at inddrage nye borgere med KOL, sådan at disse også har mulighed for at kontakte kommunens sygepleje og få besøg af sygeplejersken ved akut forværrelse, desuden har lægerne, som sidder i KLU besluttet, at de vil opfordre, de øvrige læger i at inddrage hjemmesygeplejersken hos de patienter, som vil have glæde af selvbehandlings plan understøttet af pulsoximeter måling.

Køge

Forløbsstudie

I Køge kommune er data til forløbsstudiet trukket på 41 borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

Det har desværre ikke været muligt at lave opfølgende interviews på spørgeskemaundersøgelsen i Køge kommune, hvilket er årsagen til at resultaterne nedenfor ikke er kvalificeret med mundtligt input fra projektleder/medarbejdere.

I Køge kommune er spørgeskemaet udelukkende udsendt til sygeplejersker, da kun de har deltaget i undervisning.

I Køge kommune valgte man, som en del af projektet, udelukkende at fokusere på kompetenceudvikling af sygeplejegruppen. Undervisningen blev gennemført i samarbejde med Køge sygehus, og praktiserende læge i Borup.

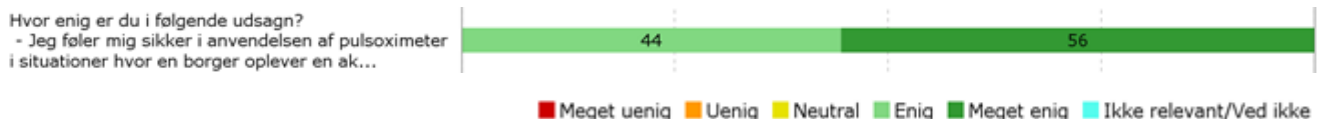
Man har udarbejdet KOL Plejeplaner, men har ikke inkluderet selvbehandlingsplaner.

I Køge kommune valgte man, at give alle KOL borgere sammen behandling, men kun en udvalgt gruppe blev monitoreret som en del af projektet.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: 80 % af medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL

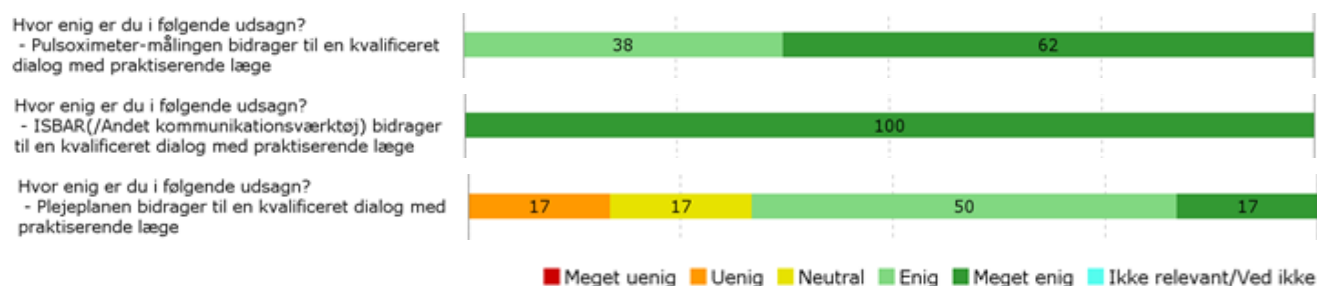
I Køge var resultatet for spørgsmålet der vedrører dette kriterium på hele **100 %**



Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/ vagtlægen/sygehuset

Praktiserende læge:

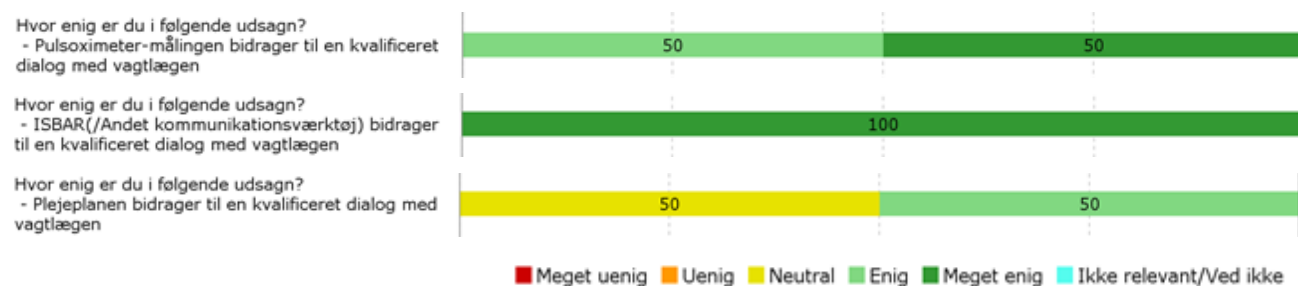
For Køge er det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med praktiserende læge: **89 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



For så vidt angår Lunge ambulatorium (sygehus), så har ingen af de adspurgte medarbejdere været i kontakt med dem i projektperioden, og der forefindes derfor ikke noget data på om dialogen der er blevet opkvalificeret.

Vagtlæge:

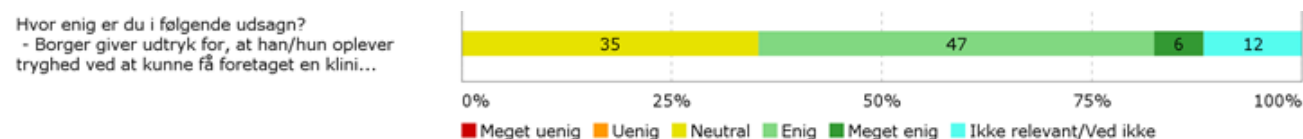
Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med vagtlægen ligger på **83,3 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



Ligesom for dialogen med praktiserende læge, ser det ud til at plejeplanen er det af de indførte værktøjer der bidrager mindst til at opkvalificere dialogen med sundhedsaktørerne. Dette kan skyldes, at ikke alle er undervist i udarbejdelse af KOL plejeplaner. Men da der ikke er lavet kvalitative interviews, kan der desværre ikke drages nogen konklusioner på hvorvidt dette er den egentlig årsag.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryghed hos borgeren i situationen hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

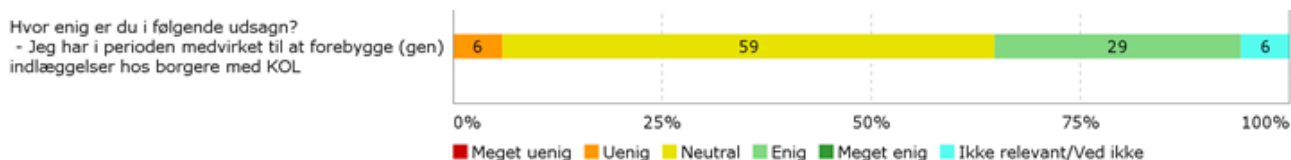
For Køge kommune er resultatet på det spørgsmål der vedrører dette kriterium: **53%**, og altså under det fastsatte Succeskriterium.



Ligesom øvrige kommuner, ses der også i Køge en stor andel af besvarelser med Ved Ikke/Neutral, hvilket indikerer tvivl om hvorvidt man har forøget trygheden blandt borgere med KOL.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

For Køge er resultatet på spørgsmålet der vedrører dette kriterium: **29 %**, hvilket er noget lavere end det fastsatte Succeskriterium, og også en anelse lavere end gennemsnittet for deltagende kommuner.



Også her ses en meget stor del af øvrige svar i kategorien Neutral eller Ved Ikke (65 %), hvilket tyder på, at man er i tvivl om hvorvidt man reelt har forebygget indlæggelse.

Generelle erfaringer

I Køge kommune har man oplevet et par situationer, som ikke var direkte tilsigtet med projektet, men som ikke desto mindre er et resultat af, at man nu foretager målinger med pulsoximeter.

I et tilfælde valgte man at foretage en måling på en borger som ikke viste alvorlige tegn på forværring. Målingen indikerede dog så dårlig saturation, at man valgte at indlægge vedkommende. Dette var ikke tilsigtet med projektet, men dog alligevel et positivt resultat, fordi borger blev indlagt tidligere end man ellers ville have gjort, og dermed kom i behandling hurtigere.

I et andet tilfælde, har en borger ved gentagne målinger vist så god saturation, at man nu overvejer hvorvidt vedkommende fremadrettet har brug for hjemmepleje. Igen, en utilsigtet situation, men med potentiel besparelse for kommunen.

Fremtiden

Kommentarer i spørgeskemaet indikerer en utilfredshed blandt sygeplejersker om, at ikke alle havde deres eget pulsoximeter, men skulle tilbage på kontoret og hente det når det skulle bruges. Dette har medført forsinkelser i hvor hurtigt man kunne foretage målingen i situationer hvor borger oplevede akut forværring. Sygeplejerskerne har derfor anmodet om at få indkøbt flere pulsoximetre, hvilket man pt. overvejer.

Man har i Køge kommune planer om også at arrangere undervisning af assistenter, da den medarbejdergruppe ofte har helhedsplejen, og derfor også bør være bedre rustet til at håndtere borgere med KOL.

Lolland

Forløbsstudie

I Lolland Kommune var der fra start inkluderet 18 borgere i projektet. I løbet af projektperioden afgik 5 af de inkluderede borgere ved døden, og en enkelt ønskede ikke at deltage. Data til forløbsstudie er trukket på i alt 12 borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Lolland kommune, valgte man at undervise både sygeplejersker og assistenter. Undervisningen var dog ikke specifik i forhold til projektet, men blev udført som en del af KOL forløbsprogram, hvor man valgte også at inkludere brug af pulsoximeter, KOL og træning, samt mere generelle emner såsom sundhedspædagogik. Undervisningen blev godt modtaget af medarbejdere, og man har været glade for det kompetenceløft man har fået i forbindelse med undervisning. Kompetencerne bliver brugt af medarbejdere, dog ikke som en del af Projektet, da dette ikke er blevet fuldt implementeret.

I projektperioden er der udarbejdet ca. 7 plejeplaner. Disse er udarbejdet af nøglemedarbejdere, og tilsyneladende ikke blevet konsulteret/brugt af andre end nøglemedarbejdere.

Da ikke mange plejeplaner er blevet udarbejdet, har også kun en meget lille del af medarbejdere haft kontakt til den praktiserende læge, og der er ikke blevet udarbejdet selvbehandlingsplan.

I forhold til brugen af pulsoximeter, er der stort set ingen borgere, der har kontaktet sygeplejen. Det skal i den forbindelse nævnes, at man i Lolland kommune valgte at placere pulsoximeter i borgers hjem (hos de borgere der var udvalgt til at deltage i projektet). Dette har vist sig ikke at være hensigtsmæssigt, da borger ikke ved hvordan det bruges og samtidig tilsyneladende ikke var klar over, at de kunne kontakte sygeplejen.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

I Lolland kommune har kun 5 personer svaret på spørgeskemaet. Skemaet er sendt til ca. 20 personer og svarprocenten er derfor meget lav. Dette betyder, at resultatet af spørgeskemaundersøgelsen i Lolland kommune ikke kan bruges til at drage konklusioner på effekten af projektet. Resultaterne vil derfor ikke blive gennemgået, men blot brugt som indikatorer på udviklingen i Lolland Kommune i relation til brugen af de indførte værktøjer.

En del af forklaringen på den lave svarprocent skal måske findes i det faktum, at kun meget få medarbejdere har været i kontakt med de borgere med KOL der var inkluderet i projektet. Dette skyldes bl.a. at nogle af de udvalgte borgere er døde i projektperioden, nogle viste sig alligevel ikke at have KOL og endelig har en stor procentdel ikke haft besøg af sygeplejen i perioden.

Generelle erfaringer

Implementering af nye arbejdsgange og værktøjer i forbindelse med Projektet kan ikke betragtes som gennemført i Lolland Kommune, da disse ikke er udbredt ud over nøglemedarbejdere.

Man oplevede, fra start, en stor opbakning til projektet fra både medarbejdere og ledere. Man gjorde meget ud af forberedelse og planlægning, og havde nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, hvor man diskuterede og planlagde retning og metode for implementering af nye værktøjer. Da det kom til selve udrulningen, blev man dog overhalet af virkeligheden og de daglige opgaver i planlægningen. Det viste sig ikke muligt at afsætte tid til implementering, såsom f.eks. udarbejdelse af handleplaner, hvilket er en væsentlig årsag til at implementering ikke er lykket.

Det at implementering ikke fuldt ud er lykket, betyder dog ikke, at man ikke har høstet gevinster af projektet i Lolland kommune.

Som tidligere nævnt, er der sket et væsentligt kompetenceløft blandt medarbejderne, som er værdsat og som er medvirkende til en større forståelse af KOL som sygdom og situationen for borgere med KOL. Desuden er man lykket med at få sat fokus på borgers evne til at mestre egen sygdom, samt på vigtigheden af en sundhedsfremmende/forebyggende indsats på området.

Endelig har man, igennem projektforløbet, erhvervet sig viden omkring hvilke faktorer der påvirker implementering af nye arbejdsgange i kommunen. Dette kan vise sig at være værdifuld viden for fremtidige projekter i sygeplejen.

Fremtiden

I Lolland kommune har man besluttet fortsat at bruge pulsoximeter ved besøg hos borgere med KOL. Dog vil man, baseret på erfaring fra projektet, foretage nogle justeringer, bl.a. vil pulsoximeter fremover blive placeret i sygeplejerskens akuttaske og ikke hos borger.

I forhold til plejeplaner og øvrige tiltag fra projektet er det endnu ikke besluttet, hvordan man ønsker at føre dette videre udover projektperioden.

Næstved

Forløbsstudie

I Næstved Kommune var der fra start inkluderet 61 borgere i projektet. I løbet af projektperioden blev totalt 25 borgere ekskluderet: 12 er afgang ved døden, 7 har ikke fået udarbejdet handleplan, og øvrigt frafald skyldes manglende diagnose, at borger ikke har ønsket at deltage eller andet. Data til forløbsstudie er trukket på i alt 36 borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Næstved kommune er spørgeskemaet sendt til både sygeplejersker og assistenter, da relevante medarbejdere i disse medarbejdergrupper er undervist og har haft mulighed for at bruge de indførte værktøjer (Ca. 2/3 af besvarelserne i undersøgelsen er afgivet af assistenter). Pulsoximeter har været placeret i borgers hjem.

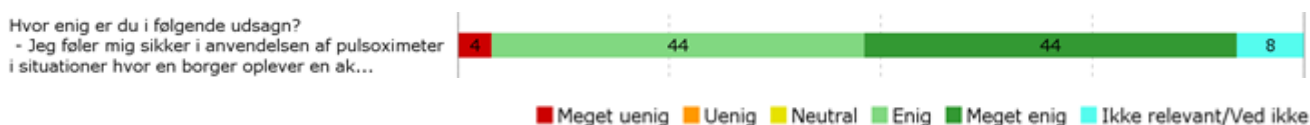
Alle medarbejdere, der har deltaget i projektet er blevet udvalgt ud fra, at de leverer en sygeplejeydelse hos borgere med KOL. Det drejer sig om i alt ca. 100 medarbejdere (sygeplejersker og assistenter).

Undervisning blev gennemført samlet for både assistenter og sygeplejersker og indeholdt sygdomsforståelse, brug af pulsoximeter, samt udarbejdelse af plejeplaner.

Svarprocenten for Næstved ligger højt på ca. 67 %, hvilket gør at resultaterne må betragtes som en valid indikator for effekten af de indførte tiltag i Næstved kommune.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: 80 % af de adspurgte medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL



Her lander Næstved på 88 %, hvilket gør at man klart møder det opstillede Succeskriterium, om end er placeret lige under gennemsnittet for de deltagende kommuner (89 %).

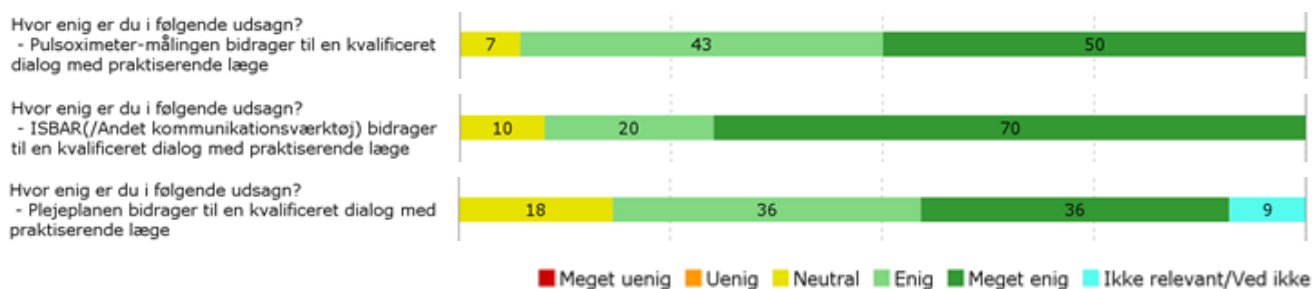
Kigger man lidt nærmere på tallene, så ses det at besvarelser fra sygeplejersker ligger på 100 %, og fra assistenter på 80 %, hvilket formodentlig kan forklares med, at sygeplejersker har haft større mulighed for at bruge pulsoximeter, og derfor føler sig mere sikre i anvendelsen.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset

Resultaterne på dette område ligger generelt over de opstillede succeskriterier, om end for et enkel resultats vedkommende under gennemsnittet for de deltagende kommuner (lungeambulatorium). Dog er antal af besvarelser for lungeambulatoriet ret lav, da kun få af de adspurgte medarbejdere har været i kontakt med ambulatoriet i projektperioden, derfor behandles disse besvarelser ikke her.

Praktiserende læge:

Det samlede resultat vedrørende dialog med praktiserende læge: **85 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



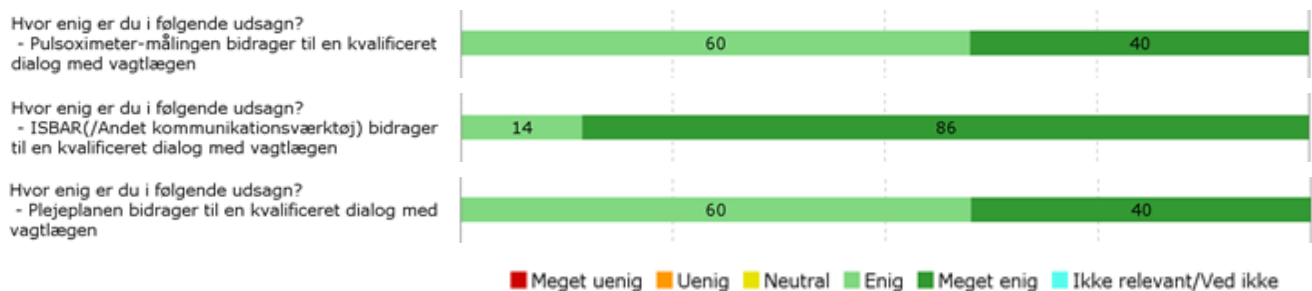
Overordnet set ligger resultatet for plejeplaner lavere end de øvrige. Det kan der være to forklaringer på;

For det første, valgte man i Næstved kommune at fordele opgaverne sådan at sygeplejersker udarbejdede plejeplaner i samarbejde med assistenter. Mundtligt input tyder dog på, at det i praksis ofte har været sygeplejerskerne der har udarbejdet plejeplaner alene, uden involvering af assistenter, som derfor måske ikke føler den store nytteværdi af plejeplanerne.

I Næstved Kommune har ledelsen et øget fokus på anvendelse af handleplaner i almindelighed, især blandt udekørende personale. I forbindelse med Region Sjællands projekt om KOL-kompetencecenter har kommunen valgt at indgå i et samarbejde med KOL-Kompetencecentret omkring opkvalificering af KOL-plejeplanerne.

Vagtlæge:

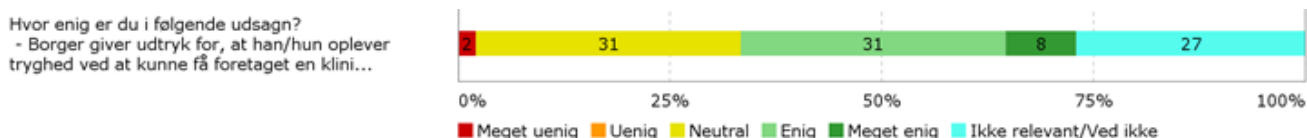
Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med vagtlægen: **100 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3).



Dette indikerer med al tydelighed, at man føler at de indførte værktøjer er nyttige i de situationer hvor der er behov for dialog med vagtlæge, hvilket oftest vil være i situationer hvor borgeren oplever akut forværring. Især opleves ISBAR som et nyttigt redskab i dialogen, med hele 86% meget enig.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryghed hos borgeren i situationen, hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

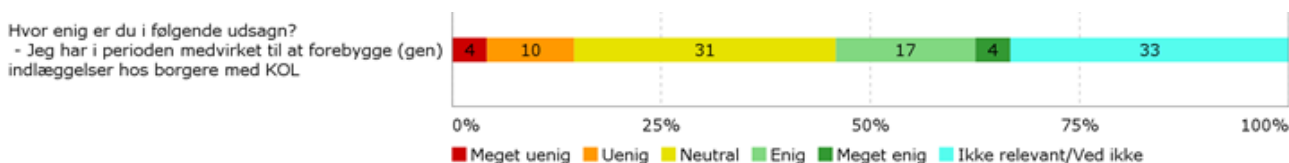
For Næstved kommune er resultatet på det spørgsmål, der vedrører dette kriterium: **39%**, hvilket er lavere end succeskriteriet, og desuden også lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner (54%).



Som det fremgår har en stor del af de adspurgte medarbejdere (58%) svaret Neutral/Ved Ikke til dette spørgsmål hvilket indikerer, at man her, som i mange af de øvrige kommuner, er i tvivl. Kommentarer på spørgeskemaet indikerer desuden, at en del af de adspurgte ikke har været i kontakt med borgere med KOL i projektperioden, hvilket naturligvis også influerer på besvarelserne på dette spørgsmål.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser

I Næstved opnåede man et resultat på **21 %** vedrørende dette kriterium, hvilket også er lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner (33 %).



En stor andel af øvrige besvarelser i Næstved ligger på Neutral/Ved Ikke, hvilket indikerer en general usikkerhed på om man har forebygget indlæggelser.

Dog er 14 % af de adspurgte uenige i, at have forebygget indlæggelser. Kommentarer fra respondenter indikerer, at en del af de adspurgte ikke har været i kontakt med en borger med KOL i projektperioden. Dette kunne muligvis være forklaringen på at man ikke mener at have forebygget indlæggelser.

Generelle erfaringer

Overordnet set, peges der i Næstved især på opkvalificering af medarbejdere som en succeshistorie i projektet. Succesen ligger især i effekten af opkvalificeringen, i form af medarbejdere der er langt bedre stillede til at vurdere borgere med KOL og den nødvendige medicinering.

En anden gevinst ved projektet er medarbejdernes ændrede tilgang til KOL borgere og KOL sygdommen. Den større viden om sygdommen og følgerne for borgere med diagnosen KOL, har givet medarbejderne en bedre forståelse af borgerens situation og hvordan man kan hjælpe. Flere medarbejdere har også fået fokus på hvordan borgere med KOL kan relateres til rehabilitering, i form af træning der kan øge borgers mobilitet og dermed livsværdi.

Fremtiden

I Næstved er det besluttet at indføre samme arbejdsgange for alle borgere der fremover diagnosticeres med KOL. Desuden er det blevet besluttet, at der indkøbes et større antal pulsoximeter, sådan at de, udover fortsat at være placeret i borgers hjem, også fremover vil blive en fast bestanddel af sygeplejerskernes tasker, så de er nemt tilgængelige.

Som følge af erfaringerne med opkvalificering af medarbejderne som en del af projektet, har man planlagt en årlig session i forhold til kompetenceudvikling af medarbejderne i de enkelte distrikter, omkring KOL sygdomsforståelse, diagnosticering og medicinering.

KOL er et fokusområde i Næstved kommune og der er pt. flere tiltag i gang, bl.a. samarbejder man med Region Sjælland omkring KOL Kompetencecenter placeret på Næstved Sygehus. Dog er disse tiltag spredt lidt blandt kommunens forskellige centre, og der er derfor behov for at få koordineret de forskellige tiltag og sikre at alle arbejder mod det samme mål. Dette arbejde er netop startet.

Slagelse

Forløbsstudie

Ved projektstart var 17 borgere inkluderet i projektet, og henover projektperioden kom enkelte flere til, så der totalt var 36 borgere. Dog er der i projektperioden også blevet ekskluderet borgere: 9 er afgået ved døden og en er frafaldet grundet afvisning fra praktiserende læge. Data til forløbsstudiet er i Slagelse kommune trukket på 26 borgere.

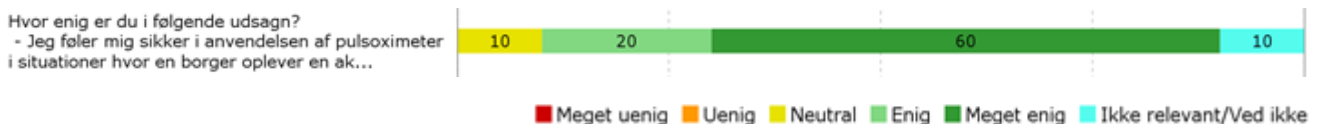
Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Slagelse kommune er spørgeskemaet sendt til nøglepersoner i de enkelte distrikter. Man har valgt ikke at inkludere basissygeplejersker i spørgeskemaundersøgelsen, da disse ikke har udarbejdet plejeplaner.

Svarprocenten for Slagelse ligger på ca. 50 %, hvilket gør at resultaterne må betragtes som en god indikator for udbytte i Slagelse kommune. Resultaterne her, kan dog sammenholdes med statistik indhentet i kommunen i projektperioden, omkring antal interventioner, behandlinger osv., hvilket giver en fornuftigt billede af effekten af de indførte tiltag.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: her rammer Slagelse plet i og med, at 80 % af de adspurgte medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL



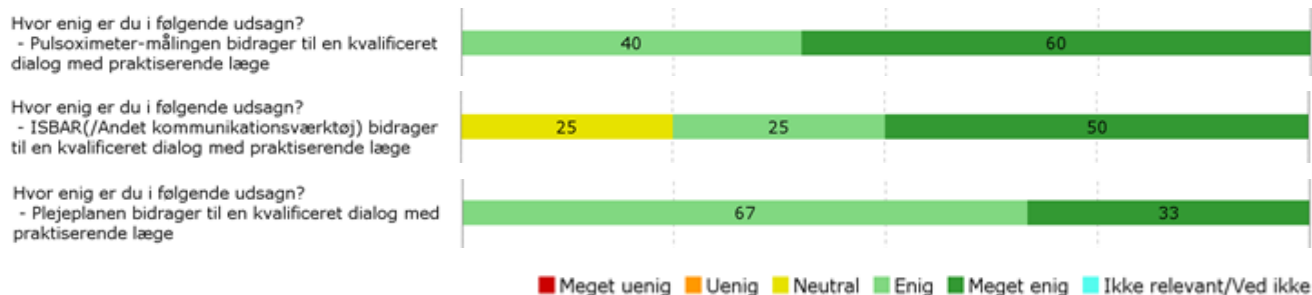
Undervisning omkring brugen af pulsoximeter var i Slagelse inkluderet i det samlede undervisningstilbud, og alle der er undervist er derfor også undervist i dette.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset

Resultaterne på dette område ligger generelt højt i Slagelse – på henholdsvis 91,6 % (praktiserende læge), 100 % (lungeambulatorium) og 100 % (vagtlæge). Dog har kun få medarbejdere været i kontakt med henholdsvis vagtlæge og lungeambulatorium, og det er derfor især det første resultat, der er interessant.

Praktiserende læge:

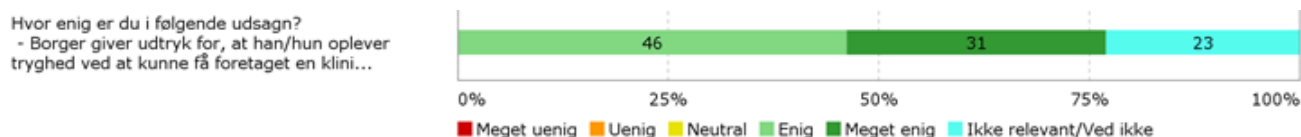
Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med praktiserende læge: **91,6 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



I slagelse har man, modsat nogle af de andre kommuner, oplevet et rigtig godt samarbejde med praktiserende læger. Generelt har de praktiserende læger i Slagelse kommune taget rigtig godt imod initiativet, og har samarbejdet omkring at få udarbejdet udførlige handleplaner inkl. medicinering. Lægerne i nogle distrikter gør nu også opmærksom på kommunens tilbud, og opfordrer borgere med KOL til at kontakte kommunens sygepleje for at blive omfattet af disse.

Dette veletablerede samarbejde skyldes bl.a., at man har italesat kommunens tiltag overfor lægerne, og har været meget vedholdende i forhold til at informere om hvad det er man kan tilbyde i kommunalt regi, og hvordan man kan samarbejde på tværs af sektorerne.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryghed hos borgeren i situationen, hvor de oplever en akut forværring af sin KOL
For Slagelse kommune er resultatet på det spørgsmål, der vedrører dette kriterium: **77%**



Selvom resultatet for Kalundborg kommune ikke møder succeskriteriet, så ligger det dog væsentligt over gennemsnittet for deltagende kommuner (54%).

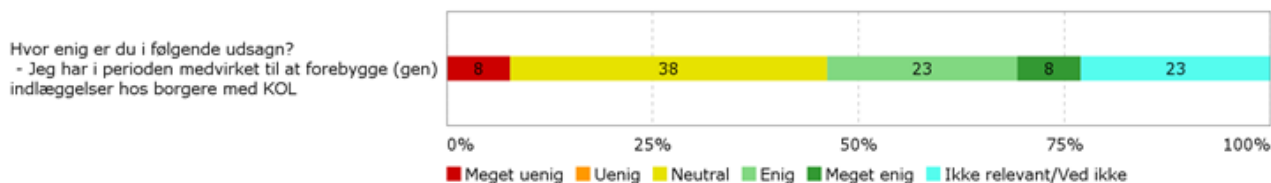
En del af forklaringen her, kan måske findes i, at man i Slagelse har gjort meget ud af at medindrage borger i eget forløb. Eksempelvis gennemgår sygeplejersken plejeplan (inkl. behandlingsplan fra læge) med borger, og planen er også tilgængelig i borgers hjem, så de selv har mulighed for at tjekke behandling og aktion. Man har desuden indført en procedure, hvor man, i forbindelse med igangsætning af behandling, gennemfører et opfølgende besøg inden for 24 timer, for at følge op på om behandlingen har haft en effekt, og borger er mere tryk.

Derudover går man samtidig ind og vurderer behov for eksempelvis træning, rygestopkurser osv. og tilbyder det i forbindelse med besøg.

Ifølge mundtlig input fra sygeplejerskerne, har alle disse tiltag tilsammen, været en medvirkende årsag til at borger føler sig mere tryk.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

I Slagelse opnåede man et resultat på **31 %** vedrørende det kriterium, hvilket også er lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner.



En stor andel af øvrige besvarelser i Slagelse ligger på Neutral/Ved Ikke, hvilket indikerer en general usikkerhed på om man har forebygget indlæggelser.

Pga. de øvrige gode resultater i Slagelse kommune og mundtlig input fra sygeplejersker, kan dette resultat undre lidt. Dette skyldes dog sandsynligvis ovennævnte usikkerhed.

Sammenholdes dette med den statistik man har indhentet i Slagelse kommune, ses en tydelig indikation af, at der er forebygget indlæggelser. Blandt de 70 borgere der har været inkluderet i projektet i Slagelse kommune, har man fra projektstart til den 23. januar 2014 haft 47 interventioner ved akut forværring. Af disse er kun 6 efterfølgende blevet indlagt. Ved disse interventioner er kun 6 borgere efterfølgende blevet indlagt. Ved de øvrige interventioner har sygeplejersken enten startet behandling i eget hjem uden efterfølgende indlæggelse, eller der har været tale om angstanfald med fin måling, hvor behandling ikke var nødvendig. Det er naturligvis svært at vide, hvor mange af disse der ville være blevet indlagt hvis ikke der havde foreligget handleplan og sygeplejen havde haft mulighed for at køre ud til observation og foretage målinger, men det er da i hvert fald et positivt resultat.

Generelle erfaringer

Overordnet set, peges der i Slagelse især på behandling i hjemmet som et positivt udbytte af projektet. En afledning af dette har været et styrket samarbejde med praktiserende læger, inkl. en større gensidig forståelse for hvordan man den kommunale sygepleje og lægerne kan supplere hinanden.

En anden gevinst ved projektet er et større selv-ansvar hos borgere omkring egen sygdom. Borgerinddragelse, struktureret opfølgning på handleplaner og medicinering, samt den generelt øgede dialog med borgere omkring eget forløb har medvirket til at øge borgers ansvarsfølelse og bevidsthed omkring egen situation, hvilket i sig selv har påvirket borgers situation i positiv retning.

En stor del af forklaringen på de gode resultater i Slagelse kommune skal findes i det faktum, at man konsekvent har bakket op omkring projektet på alle niveauer i organisationen, og har sikret, at de nødvendige ressourcer er blevet afsat til at nå derhen hvor man gerne ville med de indførte tiltag. Derudover, findes en del af forklaringen også i måden man er organiseret på i sygeplejen, hvor alle sygeplejegrupper er samlet under en leder og under samme tag, hvilket har gjort det nemmere at få udbredt de indførte procedurer som led i projektet.

Fremtiden

I Slagelse er det besluttet, at de tiltag der er indført med projektet fortsættes fremover. De resultater, man har opnået i Slagelse, peger på, at det man har gjort har været det rigtige, og man ser derfor ikke umiddelbart nogen grund til at foretage ændringer i proceduren. Eneste tiltag vil være i forhold til at få italesat sygeplejens indsats overfor lægerne i de distrikter, hvor samarbejdet med disse ikke har fungeret helt så optimalt som i de øvrige distrikter.

Solrød

Forløbsstudie

I Solrød kommune blev 7 borgere udpeget til at blive inkluderet i projektet. I projektperioden er en borger afgået ved døden. Data til forløbsstudiet er derfor trukket på 6 individuelle borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Solrød kommune er spørgeskemaet til eftermåling sendt til sygeplejersker og assistenter, da disse medarbejdergrupper begge er blevet undervist og har haft mulighed for at gøre brug af værktøjerne efterfølgende.

Projekt Pulsoximeter bygger på erfaringer fra Solrød kommune. Man havde altså allerede indført brugen af pulsoximeter i kommunen, og havde samarbejde med vagtlæger i forbindelse med KOL borgere som var indlagt på aflastningspladser på plejecentret Christians Have. I disse tilfælde styrede personalet behandlingen til stor tilfredshed for vagtlægen. Man arbejdede dog ikke systematisk med observationer og udarbejdelse af KOL plejeplaner, dette blev koblet på som en del af Projekt Pulsoximeter.

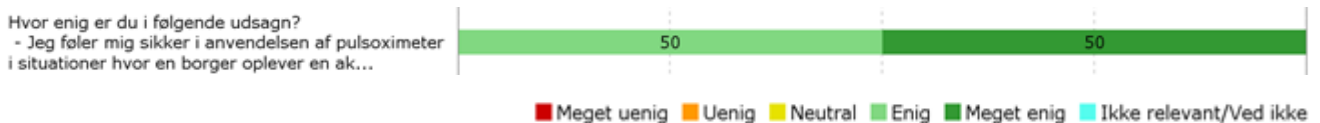
Undervisning blev forestået af en af kommunens sygeplejersker, og blev gennemført samlet for både assistenter og sygeplejersker. Undervisningen indeholdt sygdomsforståelse, brug af pulsoximeter, samt brug af ABCDE modellen til observationer før/under/efter (I Solrød valgte man at indføre denne model fremfor ISBAR). Der blev ikke undervist i udarbejdelse af plejeplaner, da disse blev udarbejdet af den sygeplejerske der ledede projektet i Solrød kommune.

Svarprocenten for Solrød ligger ret lavt på ca. 33 %, hvilket gør at resultaterne ikke kan bruges som fuldgyldig effektmåling, men blot som en indikator på effekten af de indførte tiltag i Solrød kommune. Input fra medarbejdere viser, at det kun er de medarbejdere der har været i kontakt med borgere med KOL der har besvaret spørgeskemaet (9 personer).

I Solrød arbejder man med kontaktgrupper for borgere med KOL, sådan at det er bestemte medarbejdere der besøger borgere med KOL. Dette gælder både for sygeplejersker og assistenter, og gøres for at skabe tryghed og kunne følge udvikling i borgers tilstand ved at kunne sammenholde med tidligere besøg.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier:

Succeskriterium 1: 80 % af de adspurgte medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL



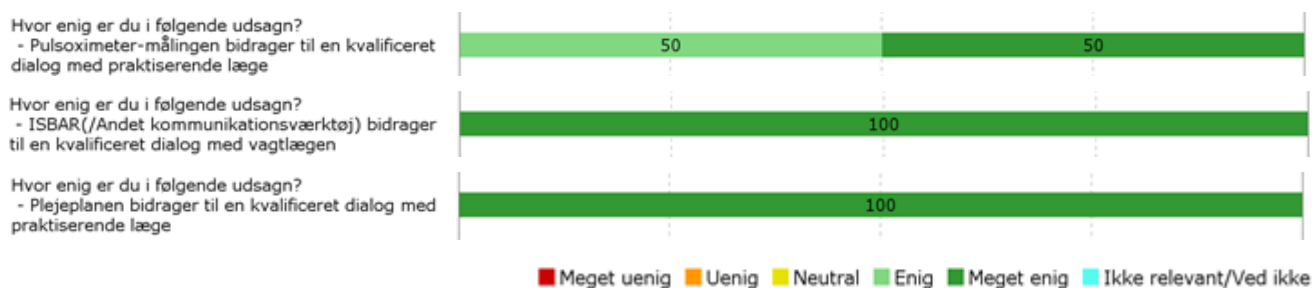
Her lander Solrød på 100 %, hvilket gør at man klart møder det opstillede Succeskriterium. Dog, som tidligere nævnt, med en lav svarprocent, som dog er koncentreret blandt medarbejdere der rent faktisk har været i kontakt med borgere med KOL.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset

Resultaterne på dette område ligger generelt over de opstillede succeskriterier. Resultat for så vidt angår kontakt med lungeambulatoriet er ikke relevant at inkludere her, da ingen af de adspurgte medarbejdere har været i kontakt med ambulatoriet i projektperioden.

Praktiserende læge:

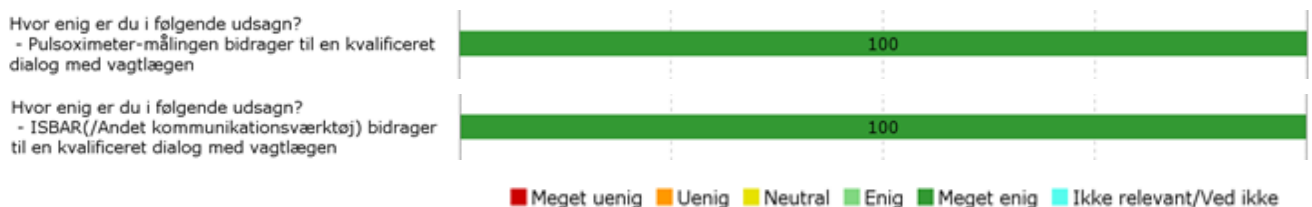
Det samlede resultat vedrørende dialog med praktiserende læge: **100 %** (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



Dette indikerer tydeligt, at man føler at de indførte værktøjer er nyttige i de situationer hvor der er behov for dialog med praktiserende læge, hvilket oftest vil være i situationer hvor borgeren oplever akut forværring.

Vagtlæge:

Det samlede resultat af spørgsmål der vedrører dialog med vagtlægen: **100 %** (sammenlagt resultat af de to spørgsmål nedenfor, divideret med 2)



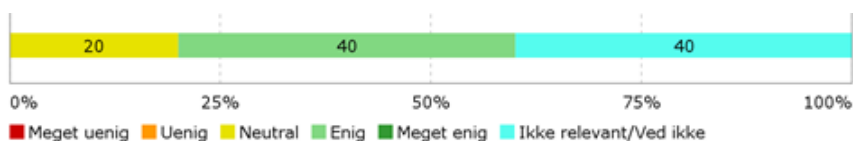
Kun en af de adspurgte medarbejdere har været med til at udarbejde plejeplaner, og vedkommende har ikke været i kontakt med vagtlæge i projektperioden. Af den grund er der ingen resultater for brug af plejeplaner i dialogen med vagtlæge.

For så vidt angår plejeplanerne, så blev disse udarbejdet af sygeplejersken som var projektleder på projektet, og øvrige medarbejdere har blot skulle anvende de udarbejdede plejeplaner. Dette medfører ofte en lavere involvering generelt blandt medarbejdere, men kan ikke umiddelbart påvises her, hvilket dog kan skyldes det lave antal besvarelser, der gør det svært at drage endelige konklusioner.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryghed hos borgeren i situationen, hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

For Solrød kommune er resultatet på spørgsmålet, der vedrører dette kriterium: **40%**, hvilket er lavere end succeskriteriet, og desuden også lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner (54%).

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Borger giver udtryk for, at han/hun oplever tryghed ved at kunne få foretaget en klini...

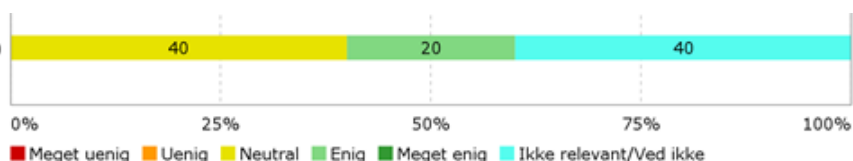


Ligesom for mange af de øvrige kommuner, har en stor del af de adspurgte medarbejdere i Solrød kommune (60%) svaret Neutral/Ved Ikke til dette spørgsmål. Man er altså også i Solrød i tvivl om hvorvidt borgere oplever større tryghed, sandsynligvis fordi man ikke har haft dialog med borgere omkring oplevet tryghed, og derfor ikke ser sig i stand til at vurdere dette.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

I Solrød opnåede man et resultat på **20 %** vedrørende dette kriterium, hvilket også er lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner (33 %).

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Jeg har i perioden medvirket til at forebygge (gen) indlæggelser hos borgere med KOL



Alle øvrige besvarelser i Solrød ligger på Neutral/Ved Ikke, hvilket indikerer en general usikkerhed på om man har forebygget indlæggelser. I mange af de øvrige kommuner, har man set et lignende resultat, hvor det dog oftest har skyldtes, at man ikke selv har fulgt op på behandlingen og derfor ikke nødvendigvis har vidst hvad der er sket med borger efter besøget. Dette er dog sandsynligvis ikke forklaringen i Solrød, da man her arbejder med kontaktgrupper. Der er dog desværre ikke indkommet kommentarer eller andet input der kan indikere hvad der egentlig ligger til grund for det høje antal neutrale besvarelser

Generelle erfaringer

Overordnet set, peges der i Solrød på opkvalificering af medarbejdere, og deraf øgede faglighed som en del af gevinsten ved projektet. Dette specifikke projekt har medført øget fokus på faglighed og bl.a. ABCDE-modellen har været med til at indføre en mere systematisk tilgang til borger. Dette har tilsammen givet medarbejdere bedre muligheder for at vurdere tilstanden hos borgere med KOL, og agere på de observationer man gør sig.

Man har, i Solrød, formået at løfte dette udover Projektet, og op på et mere generelt plan. Man observerer nu på en anden måde generelt i sygeplejen og blandt assistenter. Langt de fleste medarbejdere forholder sig nu anderledes til akut syge borgere. Man oplever, at medarbejdere ikke agerer så hjælpeløst mere, men er blevet mere handlingsparate overfor den voksende gruppe af borgere som man tidligere ikke havde så mange af i det kommunale plejesystem, fordi de før blev indlagt og var indlagt i længere tid. Man har, med projektet, fået en større systematik omkring observation af borgers tilstand, idet man nu observerer og noterer på en bestemt måde. Denne systematik, samt den øgede viden om KOL sygdommen, gør at medarbejderne føler sig bedre rustet – både i forhold til borgere med KOL og på et mere generelt plan.

Fremtiden

I Solrød ønsker man at arbejde videre med de indførte arbejdsgange som, for nogles tilfælde, også var en del af arbejdsmetoder inden opstart af Projekt Pulsoximeter

En af udfordringerne i projektperioden, har dog været at få arbejdsgange og værktøjer implementeret ud over nøglepersoner, og det er derfor en af de områder man især vil arbejde med i det videre forløb, for at sikre bedre udbredelse.

Sorø

Forløbsstudie

Data til forløbsstudiet er i Sorø kommune trukket på 53 borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Sorø kommune er spørgeskemaet kun sendt til sygeplejersker, da assistenter ikke blev undervist og derfor heller ikke har gjort brug af de indførte redskaber.

Overordnet set, er resultatet af spørgeskemaundersøgelsen for Sorø ikke overraskende, da den afspejler de udfordringer man også er blevet klar over i løbet af projektet.

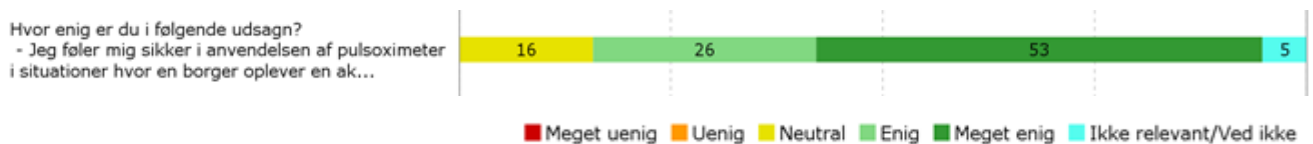
Undervisning af sygeplejersker i Sorø kommune blev håndteret i forskellige fora. Der blev arrangeret en undervisnings session med sygeplejerske fra Slagelse sygehus. Denne session var især fokuseret omkring KOL sygdomsforståelse. Undervisning i brug af pulsoximeter og plejeplaner blev håndteret internt i kommunen. Pulsoximeter blev gennemgået på morgenmøder i sygeplejegruppen, og plejeplaner på personalemøder.

I Sorø kommune valgte man ikke at inkludere ISBAR i løsningspakken.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Sorøs resultater ligger for de fleste af de opstillede succeskriterier på linje med det samlede resultat af spørgeskemaundersøgelsen. Her nævnes de områder hvor Sorø har anderledes resultater.

Succeskriterium 1: at 80 % af medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL, var resultatet for Sorø 79 %, mod et samlet resultat på 89 %.



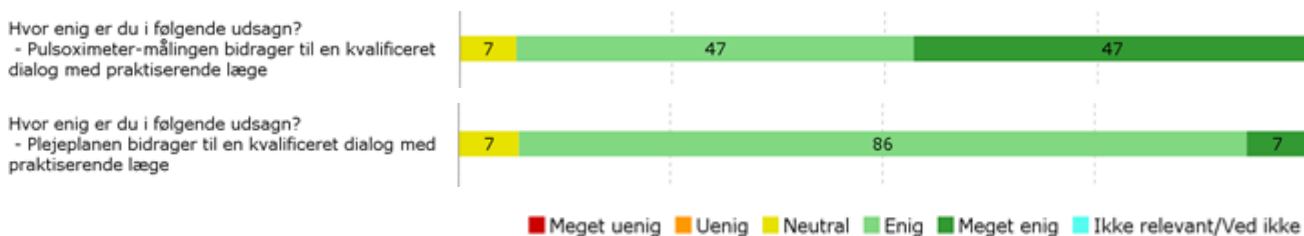
Input fra sygeplejegruppen indikerer, at man har følt at pulsoximeter har været lidt ustabil, og derfor ikke har kunnet give præcise målinger, hvilket kunne være årsagen til at Sorø her ligger lavere end gennemsnittet.

En ide til at arbejde med dette område, kunne være at finde en måde til at sikre udbredelse af brugen af pulsoximeter og dermed gøre medarbejderne mere fortrolige med det som arbejdsredskab.

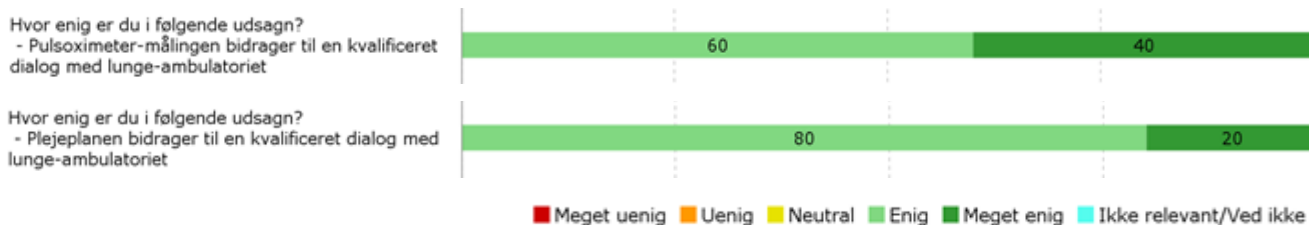
Man valgte i Sorø at indkøbe den type pulsoximeter der blev peget på af arbejdsgruppen for indkøb, hvilket er en forholdsvis billig udgave, som dog klart dækker behovet i forhold til projektet. Til det videre forløb, kunne det dog overvejes at undersøge andre muligheder og evt. indkøbe en mere stabil udgave.

Succeskriterium 2: at 80 % af medarbejderne vurderer at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/ vagtlægen/sygehuset vurderes her for de tre grupper enkeltvis. For to af de tre grupper, nemlig praktiserende læge og lungeambulatorium, ligger Sorø højere end gennemsnittet. For vagtlægen, er man i Sorø på niveau med de øvrige kommuner.

I forhold til den praktiserende læge, er resultatet af undersøgelsen i Sorø at 93,5 % er enig eller meget enig i, at de indførte redskaber (pulsoximeter og plejeplan) bidrager til en mere kvalificeret dialog (gennemsnit 84,6 %).



I forhold til lunge ambulatorium (sygehus), er resultatet at 100 % er enig eller meget enig i, at de indførte redskaber (pulsoximeter og plejeplan) bidrager til en kvalificeret dialog (gennemsnit 91,6 %).



Samlet set, oplever man altså i Sorø klart at de implementerede redskaber bidrager til en kvalificeret dialog med sundhedsvæsenet. Hvis man kigger lidt nærmere på tallene, fremgår det dog, at plejeplanen ikke anses for at bidrage helt så godt som pulsoximeter-målingen.

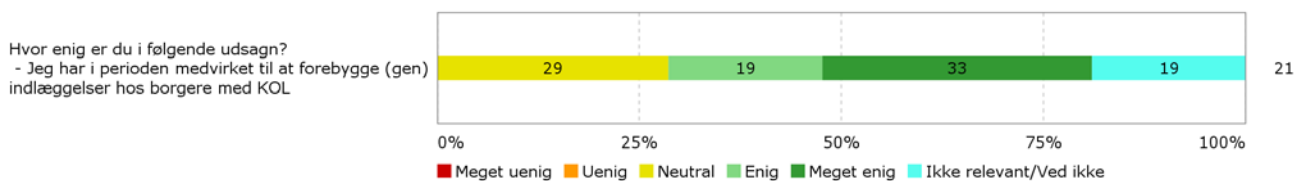
Dette kan skyldes to ting.

Dels har man i Sorø kommune ikke haft tilgang til plejeplanen i borgers hjem før for nylig (med indførelse af iPads til sygeplejerskerne), og man har altså ikke i starten af projekt forløbet kunne bruge data fra plejeplanen i dialog med sundhedsvæsenet.

Et andet aspekt kan være plejeplanens anvendelighed. Den plejeplan der er indført med projektet er ret omfattende, for at sikre at man får dækket alle aspekter. Dette gør, at den ikke er så overskuelig i forhold til at finde information om borgeren, og derfor måske ikke så anvendelig i dialogen.

Succeskriterium 4: at 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Her ligger Sorø et pænt stykke over gennemsnittet af de medvirkende kommuner, idet hele 52 % af medarbejderne er enige eller meget enige i dette udsagn, mod gennemsnittet på 33 %.



Dette indikerer, at mange har en klar fornemmelse af at have gjort en forskel ved at bruge de indførte redskaber.

Dog er der i besvarelsene stadig en forholdsvis stor andel (48 %) som tilsyneladende er i tvivl (Neutral eller Ved Ikke besvarelser). Dette svarer meget godt til input fra sygeplejegruppen som indikerer, at man ofte har været i tvivl om hvorvidt man reelt har forebygget indlæggelse. Det kan for sygeplejersken der kommer ud være svært at afgøre om den indsats man gør, er tilstrækkelig til at forhindre at borger bliver indlagt efterfølgende. Hvis borger ikke havde haft mulighed for at ringe til sygeplejerske, og de kunne agere, ville det så have ført til indlæggelse? Den vurdering kan være svær for den enkelte sygeplejerske at lave.

Generelle erfaringer

Bortset fra resultatet i forhold til det første Succeskriterium, så ligger Sorø generelt over gennemsnittet i de deltagende kommuner, hvilket viser at man her har haft succes med at få implementeret nye arbejdsgange og redskaber. En af forklaringerne på det kan være, at man har valgt at organisere sig sådan at der i hvert distrikt har været udpeget en nøgleperson, som har stået for undervisning og udbredelse blandt egne kolleger, og jævnligt har mødtes med de øvrige nøglepersoner og projektleder, for at sparre omkring hvordan man griber det an. Nøglepersonerne har taget ansvar og følt ejerskab og har derigennem været med til at sikre opbakning i de enkelte distrikter.

Fremtiden

Enkelte områder kunne overvejes at kigge lidt nærmere på, i det videre forløb. Nogle af disse er nævnt under de enkelte resultater ovenfor.

Derudover, kunne man eksempelvis overveje at forenkle plejeplanen en smule for at gøre den nemmere at anvende i det daglige arbejde. Dette gælder dog generelt for kommunerne.

Derudover, kan der med fordel kigges lidt på anvendelse af pulsoximeter, og evt. køre en ny runde af undervisning i brugen af det, og de usikkerhedsmomenter der kan være, sådan at medarbejderne bliver mere fortrolige med redskabet og dermed brugen af det.

Stevns

Forløbsstudie

I Stevns kommune blev der fra starten af projektet inkluderet 17 borgere. 3 af disse borgere er dog afgået ved døden i projektperioden, og data er derfor trukket på 14 borgere.

Resultat af spørgeskemaundersøgelse

I Stevns kommune blev projektet håndteret i et af flere distrikter, og er derfor kun implementeret i dette distrikt. Spørgeskemaet blev sendt til de 5 sygeplejersker i distriktet (KOL sygeplejersker og få almen sygeplejersker) som har været aktivt involveret i projektet. Udarbejdelse af plejeplaner samt måling med pulsoximeter blev håndteret af disse sygeplejersker. Det var et valg fra ledelsens side at holde disse opgaver på få hænder. Man vurderer, at det bør være sygeplejersker der har kontakt til sundhedsaktører, og dermed også dem der håndterer de i den forbindelse relevante arbejdsopgaver.

Både sygeplejersker og assistenter er blevet undervist i sygdomsforståelse. Denne del af undervisningen blev forestået af en overlæge og sygeplejerske fra lungeambulatoriet ved Køge Sygehus. Dette blev taget rigtig godt imod af kommunens medarbejdere, og har samtidig givet et bedre kendskab til samarbejdspartnere på sygehuset.

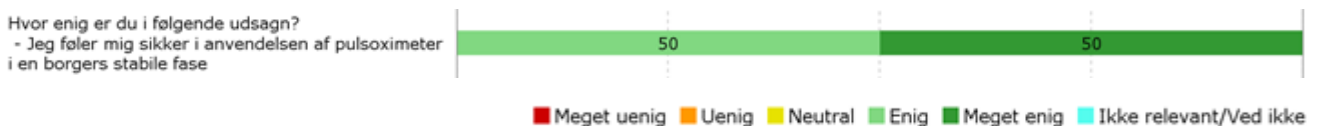
Derudover er sygeplejersker undervist i udarbejdelse af plejeplaner og brug af pulsoximeter. Denne del af undervisningen blev håndteret internt i kommunen.

I Stevns valgte man ikke at inkludere ISBAR i løsningsrummet.

Der er modtaget 3 besvarelser på spørgeskemaet i Stevns kommune, og svarprocenten ligger derfor relativt højt på ca. 60 %. På trods af det, kan resultaterne for Stevns kommune ikke bruges til at uddrage store konklusioner, men blot betragtes som en indikator for effekten af de indførte tiltag, pga. det lave antal mulige besvarelser.

Resultater i forhold til de opstillede succeskriterier

Succeskriterium 1: 80 % af de adspurgte medarbejderne oplever at være kvalificeret i håndtering af pulsoximeter i situationen hvor borgeren oplever akut forværring af sin KOL



I Stevns opnåede man et resultat på 100 % på dette kriterium, hvilket gør at man klart møder det opstillede Succeskriterium.

Dog skal det siges, at kun to af de adspurgte har benyttet pulsoximeter, og det kan derfor ikke betragtes som en reel indikation af situationen i Stevns kommune, men et udtryk for disse to personers opfattelse.

Succeskriterium 2: 80 % af medarbejderne vurderer, at de har haft en kvalificeret dialog mellem medarbejderen og den praktiserende læge/vagtlægen/sygehuset

I Stevs kommune har ingen af de adspurgte været i kontakt med hverken vagtlæge eller lungeambulatorium, og der findes derfor ingen indikation om hvorvidt dialogen med disse sundhedsaktører er blevet mere kvalificeret.

Dog skal det nævnes, at der i forbindelse med undervisning blev givet en invitation til at kommunens sygeplejersker kunne komme ind og følge arbejdet på lungeambulatoriet. En enkelt sygeplejerske tog imod tilbuddet, og anså det for meget givtigt. Vedkommende fik større indsigt i hvordan man arbejder på sygehuset og en masse god viden med sig hjem. Samtidig meldte medarbejdere på sygehuset, at man dér havde fået en større forståelse for det kommunale arbejde, og det at situationen er anderledes for borgeren i hjemmet end på sygehuset.

Samarbejdet med lungeambulatoriet vurderes derfor at være blevet styrket som følge af den undervisning der fandt sted som en del af projektet.

I forhold til dialogen med den praktiserende læge, ligger det samlede resultat på 83,3 % (sammenlagt resultat af de tre spørgsmål nedenfor, divideret med 3)



Som tidligere nævnt, indgik ISBAR ikke officielt i løsningsrummet i Stevns kommune, men en enkelt sygeplejerske har dog alligevel benyttet redskabet, og mener at det har bidraget til dialogen.

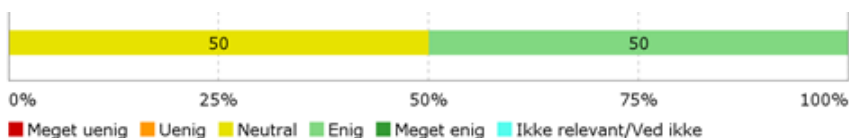
Udregnes resultatet uden at indregne ISBAR, ender det på 75 %. Hvilket ikke er helt på højde med hverken det fastsatte Succeskriterium eller gennemsnittet for de deltagende kommuner (84,6 %).

Resultatet på plejeplaner er med til at trække gennemsnittet for dette Succeskriterium ned for Stevns kommune. Man har forsøgt at gøre plejeplaner så let tilgængelige som muligt ved at få udarbejdet en skabelon der er tilgængelig i omsorgssystemet. Som en del af projektet er der blevet udarbejdet KOL plejeplan på stort set alle inkluderede borgere. På trods heraf, ser brugen af dem ikke ud til at være slået igennem. En del af forklaringen på dette skal muligvis findes i det faktum, at man valgte at lade nogle få sygeplejersker udarbejde plejeplaner og dermed ikke fik dem integreret for alle. En del af de sygeplejersker der ikke har været med til at udarbejde plejeplaner, ved sandsynligvis ikke engang at de eksisterer, og gør derfor naturligt nok ikke brug af dem.

Succes kriterium 3: 80 % af medarbejderne vurderer, at deres kvalificerede håndtering med brug af pulsoximeter har skabt tryghed hos borgeren i situationen, hvor de oplever en akut forværring af sin KOL

For Stevns kommune er resultatet på spørgsmålet, der vedrører dette kriterium: 50%, hvilket er lavere end succeskriteriet, og desuden også lavere end gennemsnittet for de deltagende kommuner (54%). Igen skal det dog nævnes det lille antal besvarelser. Dette er altså ikke et generelt udtryk for situationen i Stevns kommune, men en indikator.

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Borger giver udtryk for, at han/hun oplever tryghed ved at kunne få foretaget en klini...

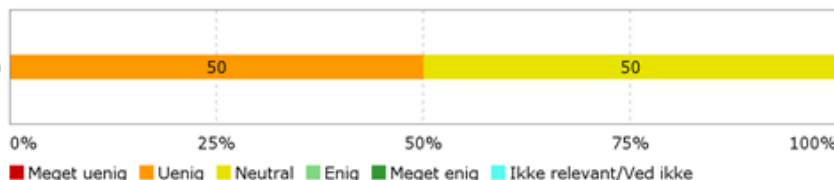


Ligesom for mange af de øvrige kommuner er der et højt antal besvarelser på Neutral/Ved. Også her er det et udtryk for at man ikke har set sig i stand til at vurdere borgers følelse af tryghed.

Succes kriterium 4: 50 % af medarbejderne vurderer, at deres brug af pulsoximeter har medvirket til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser

I Stevns svarede ingen af de adspurgte at de mente at have medvirket til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Hvor enig er du i følgende udsagn?
- Jeg har i perioden medvirket til at forebygge (gen) indlæggelser hos borgere med KOL



Igen har kun 2 medarbejdere været i kontakt med KOL borgere i projektforsløbet, og resultatet er derfor kun en indikation, men kan forklares ved at man er i tvivl om hvorvidt det var ens egen indsats der gjorde en forskel.

Generelle erfaringer

Overordnet set, peges der i Stevns på opkvalificering af medarbejdere som den del af projektet der bidrager til mest i den lokale organisation. Medarbejderne har fået langt større viden om KOL og sygdomsforløb, hvilket er værdsat i medarbejderstaben.

Bl.a. på grund af beslutning om at holde opgaverne med udarbejdelse af handleplan og pulsoximeter-målinger på udvalgte sygeplejerskers hænder, kan implementering af løsningsrum dog ikke betragtes som værende en succes i Stevns kommune. Kun meget få medarbejdere har kendskab til KOL plejeplaner, og vil være i stand til at foretage en pulsoximeter-måling. Så selvom alle medarbejdere har større forståelse for

sygdommen og derfor nemmere vil være i stand til at spotte en ændring i borgers tilstand, så vil de altså ikke være i stand til at handle på den, men kan så tilkalde en af de 5 udvalgte sygeplejersker.

Udover det organisatoriske, har tiden været en vigtig faktor i implementeringen. På trods af meldinger fra ledelse om, at man kan bruge den fornødne tid, så har der været udfordringer med at få sygeplejerskerne til at prioritere opgaven. Sygeplejegruppen er omdrejningspunktet for mange igangværende tiltag og har haft mange andre opgaver ind over dagligdagen. De har derfor haft svært ved at finde tiden til at få udarbejdet plejeplaner og kommunikeret til øvrige medarbejdere. Viljen har været der, men mængden af opgaver i sygeplejen har været en udfordring.

Fremtiden

I Stevns arbejder man med en plan om at implementere samme arbejdsgange i alle øvrige distrikter. Dog skal der først evalueres på implementering i det udvalgte distrikt, og på den baggrund tages stilling til om man ønsker at indføre i alle øvrige distrikter og i hvilket omfang. Man påtænker, at både pulsoximeter og KOL plejeplaner vil være en fast del af sygeplejen fremadrettet. Dog skal der foretages små justeringer på plejeplaner, og indkøbes flere pulsoximetre. Derudover, overvejer man om ISBAR bør implementeres fremadrettet.

Derudover påtænker man også at lade alle hjælpere gennemgå en opkvalificering omkring KOL sygdomsforståelse. Det er ofte hjælpere der kommer meget hos borger og derfor ville kunne spotte små ændringer i tilstanden. Dette ville kunne struktureres ved at sikre, at hjælpere har en større viden om sygdommen og især om hvilke symptomer de kan lægge mærke til, sådan at de kan tilkalde sygeplejen hvis det vurderes at være nødvendigt. Det er tanken, at dette kan medvirke til tidligere opsporing af sygdommen hos ikke diagnosticerede borgere, samt hurtigere handling hos borgere med KOL.