

Lighed i sundhed – i en telemedicinsk verden

- et pilotprojekt om styrket samarbejde om og anvendelse af digitale løsninger

Overordnet formål

Sundhedsklynge Nord vil i regi af Det Nordjyske eSundhedsvæsen arbejde med et pilotprojekt, der skal sikre, at kronisk syge borgere ved hjælp af digitale værktøjer kan håndtere eget helbred og hverdag så længe som muligt i eget hjem. Der skal således være fokus på at udvælge og afprøve digitale redskaber, som kan motivere borgerne til at øge deres egenomsorg og samtidig give borgerne tryghed således, at det kan erstatte fysisk kontakt med sundhedsvæsenet.

Borgernes sundhedskompetencer er omdrejningspunktet i projektet, hvorfor de rette redskaber skal udvælges og videreudvikles i tæt samarbejde med borgerne.

Problemstilling

En del ældre borgere indlægges på baggrund af forværring af KOL, som vurderes at kunne undgås ved tidligere opsporing. Dette ses bl.a. i en nylig audit foretaget på Regionshospital Nordjylland (henvis - afventer rapport).

I et digitalt perspektiv er det i forlængelse heraf oplagt at se på TeleCare Nord, hvis formål bl.a. er at være et redskab til at opdage forværring i sygdommen, inden den udvikler sig, samt give borgeren øget viden om sin sygdom til at tage hånd om denne¹ og udøve egenomsorg.

Hvad får en borger tilknyttet TeleCare Nord KOL?

Borgeren får leveret et Telekit (kuffert) med telemedicinsk udstyr. Telekittet består af et blodtryksapparat, en elektronisk skærm en iltmætningsmåler (til KOL patienter) og evt. en vægt. Det er gratis at låne udstyret.

Borgeren skal selv måle sin iltmætning, puls, blodtryk og vægt samt svare på forskellige spørgsmål, der handler om sygdommen. Dette skal gøres 1-2 gange om ugen. Målingerne overføres fra udstyret til skærmen via bluetooth, hvorefter patienten sender det til sundhedspersonale.

På skærmen kan man også skrive til og modtage beskeder fra sundhedspersonale. Træningsvideoer er ligeledes tilgængelige på skærmen.

¹ <https://sundhedstilbud.aalborg.dk/lungesygdomme/kol-hjemmemonitorering-telecare-nord/>

På tværs af sektorerne vurderes det imidlertid, at det fortsat er muligt at få større udbytte af TeleCare Nord (TCN), men det kræver et andet og mere målrettet og fleksibelt set-up.

Ligeledes anvendes data fra TCN ikke optimalt på tværs af sektorer. Her vurderes at være et potentiale for at kunne differentiere og tilpasse indsatsen til den enkelte yderligere ved i højere grad at anvende de data, der er genereret via TCN.

Der er samtidig ikke blevet henvist borgere til TCN i tilstrækkelig grad, og det vurderes, at en større gruppe af borgere ville kunne nyde gavn af tilbuddet. Blandt andet den gruppe af borgere, der har dårligere forudsætninger ift. både personlige og digitale sundhedskompetencer.

Der opleves altså at være et uudnyttet potentiale i forhold til;

- at reducere borgeres fysiske kontakter til sundhedsvæsenet
- at styrke borgeres egenomsorg
- at forbedre sundhedsvæsenets organisatoriske sundhedskompetencer
- og dermed også til at styrke lighed i sundhed

På baggrund af ovenstående potentialer vil dette pilotprojekt derfor arbejde med;

- at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring TeleCare Nord
- at udvide og udbrede anvendelsen af TeleCare Nord kuffertens udstyr og digitale løsninger (tidligere opsporing af forværring og rettidig opstart af behandling)
- at afdække, hvor i det tværsektorielle samarbejde, der er barrierer for udbredelsen af og anvendelsen af digitale og teknologiske løsninger.

Målgruppe

Målgruppen afgrænses i pilotprojektet til +65-årige borgere med KOL i Hjørring Kommune. Pilotprojektet tager derfor udgangspunkt i TeleCare Nord KOL.

Den seneste sundhedsprofilundersøgelse² viser, at 12,1 % af de +65-årige i Hjørring Kommune lider af KOL. Derudover er dette en målgruppe, der ofte indlægges, hvilket bl.a. kan ses af den tidl. nævnte audit udført på RHN på borgere i modtagelsen.

Man vil ofte med denne målgruppe se en forværring i dagene op til en indlæggelse og ved at bruge målingerne fra TCN og have tættere kontakt mellem de kommunale medarbejdere og hospitalet samt almen praksis, vil man kunne reagere tidligere og i nogle tilfælde undgå indlæggelse.

Målgruppen vælges derfor også på baggrund af, at der er et potentiale i at undgå indlæggelser og styrke mulighederne for, at borger generelt kan undgå fysiske kontakter til sundhedsvæsenet og dermed bliver i eget hjem/plejebolig.

² danskernessundhed.dk

Løsninger

Understøttelse af borgers anvendelse af TeleCare Nord KOL

For at kunne understøtte målgruppens behandling og egenomsorg bedst muligt, vil der i pilotprojektet være fokus på borgere, der enten er tilknyttet sygehjemmeplejen eller bor på ældrecenter i Hjørring Kommune. Her vil der være et støttesystem i form af personale rundt om TCN, hvilket både kan styrke anvendelsen og brugen af TCN samt give mulighed for lokal kompetenceudvikling af medarbejdere.

Det fremgår af 'Retning for det nordjyske eSundhedsvæsen' "at de teknologiske løsninger ikke må ekskludere de borgere, som ikke er i stand til at anvende digitale løsninger."³

Via øgede organisatoriske sundhedskompetencer kan medarbejderne understøtte brugen af TeleCare Nord kan de teknologiske løsninger anvendes af borgere, der ikke ellers har de nødvendige digitale sundhedskompetencer.

Kontakten med borgere via skærmløsningen fra TCN/videoløsningen i TELMA sker derfor i pilotprojektet sammen med de kommunale medarbejdere.

Øget anvendelse af TCN data

Det kan fx være, at borger ikke indkaldes til lungefunktionsmåling på hospitalet, hvis TCN målingerne viser, at borger er stabil.

Anvendelse af de data, der er til rådighed, er derudover ét af principperne i 'Retning for det nordjyske eSundhedsvæsen', hvor det også understreges, at vi ikke skal indsamle data unødigt, der allerede er indsamlet af en anden part.⁴

Det understøtter samtidig arbejdet med 'omsorgstrappen', hvor man har fokus på at flytte opgaverne til det niveau, hvor det giver mest mening for både borger og det samlede sundhedsvæsen.

Kompetenceudvikling og vidensdeling

Medarbejderne på ældrecentre og i sygehjemmeplejen sidemandsoplæres af Sundhedscenterets sygeplejersker mhp. understøttelse af TCN set-up med udgangspunkt i den enkelte borger. Personalet vil ligeledes kunne trække på Sundhedscenterets sygeplejersker med henblik på råd og vejledning.

Sundhedscenterets KOL-sygeplejersker har en specialviden om KOL og TCN KOL. I dag er det KOL-sygeplejerskerne, der oplærer borgere i brugen af KOL-kufferten og modtager og analyserer de ugentlige indsendte målinger fra borgeren. Det vil også være KOL-sygeplejerskerne, der modtager og analyserer målinger fra borgere i projektet.

³ [Retning-for-det-nordjyske-eSundhedsvaesen_2024.pdf](#)

⁴ [Retning-for-det-nordjyske-eSundhedsvaesen_2024.pdf](#)

Udvidet anvendelse af skærmløsning

Derudover afsøges det, om TCN skærmløsningen kan bruges til andre formål, der letter borgers adgang til sundhedsvæsenet. Det kan være i relation til Hjørring Kommunes E-team, der er en dedikeret enhed, der udelukkende leverer digitale og teknologiske løsninger på tværs af sundheds-, ældre- og handicapområdet.

Systematisk inklusion til TeleCare Nord

Desuden fokuseres på en mere systematisk inklusion til TCN KOL når en borger indlægges på hospitalet. Det kan fx ske ved, at der i pilotprojektet også arbejdes med at etablere en digital systematik i henvisningerne, således at der popper et spørgsmål op om en mulig henvisning til TeleCare Nord KOL, når en læge diagnosticerer en borger med KOL.

Der tages således udgangspunkt i de eksisterende rammer og arbejdsfordelingen for TCN, men udstyret og teknologien anvendes på en anden måde, der skal skabe mere værdi for både borgere og sundhedsvæsenet. Sideløbende udfordres de eksisterende rammer i forhold til, om de giver de nødvendige forudsætninger for at udbrede anvendelsen af teknologiske og digitale løsninger og 'prioritere et digitalt førstevalg' som beskrevet i retningen for det nordjyske eSundhedsvæsen.

Sundhedskompetencer

Den beskrevne målgruppe er en gruppe borgere, der for de flestes vedkommende vil have lave (digitale) sundhedskompetencer.

Derfor skal pilotprojektet bidrage til at styrke de organisatoriske sundhedskompetencer, så det kan kompensere herfor.

Sundhedsstyrelsens definition af organisatoriske sundhedskompetencer:

”Organisatorisk sundhedskompetence (engelsk: health literacy responsiveness) er den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetence”.

Kilde: [Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen](#)

Med udgangspunkt i ovenstående begreb lægges fokus således på sundhedsvæsenet, og der åbnes op for, at man tilpasser indsatser ud fra den enkelte borgers behov og personlige sundhedskompetencer. Det vil sige, at borgerens lave sundhedskompetencer opvejes af øgede organisatoriske sundhedskompetencer. Borgers forløb og indsatser fra både kommunens og hospitalets side baseres på og tilpasses således i projektet ud fra de data, der bl.a. indsamles i TCN.

Der laves et fleksibelt og understøttende set-up i projektet, hvor medarbejderne i højere grad klædes på til at kunne sikre, at denne målgruppe får lige så gode muligheder som andre for at håndtere egen sygdom ved hjælp af teknologiske løsninger. Ved at medarbejderne understøtter brugen af TCN

sammen med borgeren, får målgruppen adgang til et sundhedstilbud, som grundet lave digitale sundhedskompetencer ellers ikke var tilgængeligt.

Målgruppen vurderes at have vænnet sig til at have det dårligt og rækker ikke ud efter hjælp fra sundhedsvæsenet. En styrket kontakt med sundhedsfaglige med udgangspunkt i borgers kompetencer og behov vil både kunne forbedre målgruppens livskvalitet og mestring af egen sygdom samt kunne forebygge forværring af sygdommen og tilhørende angst og stress og dermed også reducere ressourcetrækket i sundhedsvæsenet.

Mål

Pilotprojektets langsigtede mål er at;

- Reducere kontakter til sundhedsvæsenet.
- Reducere genindlæggelser.
- Gå ned i specialistniveau (jf. omsorgstrappen).
- Viden om KOL (fra Sundhedscenteret) spredes og anvendes i højere grad.
- Udbrede TCN KOL til flere relevante borgere.
- Finde nye løsninger og udfordringer og barrierer forbundet med dette.

Data og evaluering

Ved pilotprojektets afslutning foreslås det, at der evalueres på følgende:

- Antal indlæggelser for målgruppen med udgangspunkt i antal indlæggelser pr. 1000 indbyggere i audit
- Antallet af henvisninger til TeleCare Nord KOL
- Oplevelsen af værdien af projektet hos medarbejderne på Regionshospitalet, ældrecentre, sygehjemmeplejen og Sundhedscenteret
- Eventuel en kvalitativ evaluering i form af interviews med involverede borgere om deres oplevelser af projektet.

Data og evaluering skal konkretiseres yderligere af den gruppe, der skal udføre pilotprojektet.

Set-up i pilotprojektet

Som nævnt tager pilotprojektet udgangspunkt i de eksisterende arbejdsgange i TCN KOL.

Men det vil bl.a. være hensigtsmæssigt at udfordre den nuværende henvisning og omfattende krav til information ifm. TCN. Det vurderes, at nedenstående information er tilstrækkeligt til at kunne henvise en borger til TCN:

- KOL-diagnose
- Komorbiditet
- Telefonnummer

TCN-kufferten kan være ude ved borger efter 3-4 dage, og TCN sekretariatet har meddelt, at det kan gå hurtigere ved særlige behov.

Pilotprojektet vil køre i to sammenhængende og parallelle spor, hvor henholdsvis hospital og kommune er drivende ift. at screene og opspore borgere. Det tredje spor er fælles og målrettet det overordnede, tværregionale arbejde med det nordjyske eSundhedsvæsen.

Spor 1 (Regionshospital Nordjylland)

Screening og henvisning af borgere med KOL, der indlægges på hospitalet, som enten er tilknyttet sygehjemmeplejen eller bor på ældrecenter i Hjørring Kommune.

Spor 2 (Hjørring Kommune)

Kommunen opsporer borgere i målgruppen på (udvalgte) ældrecentre.

Spor 3 (Regionshospital Nordjylland og Hjørring Kommune)

I projektperioden observeres det, hvor man støder på barrierer (tekniske, juridiske, økonomiske osv.) for at udbrede anvendelsen af de teknologiske løsninger, der arbejdes med i projektet.

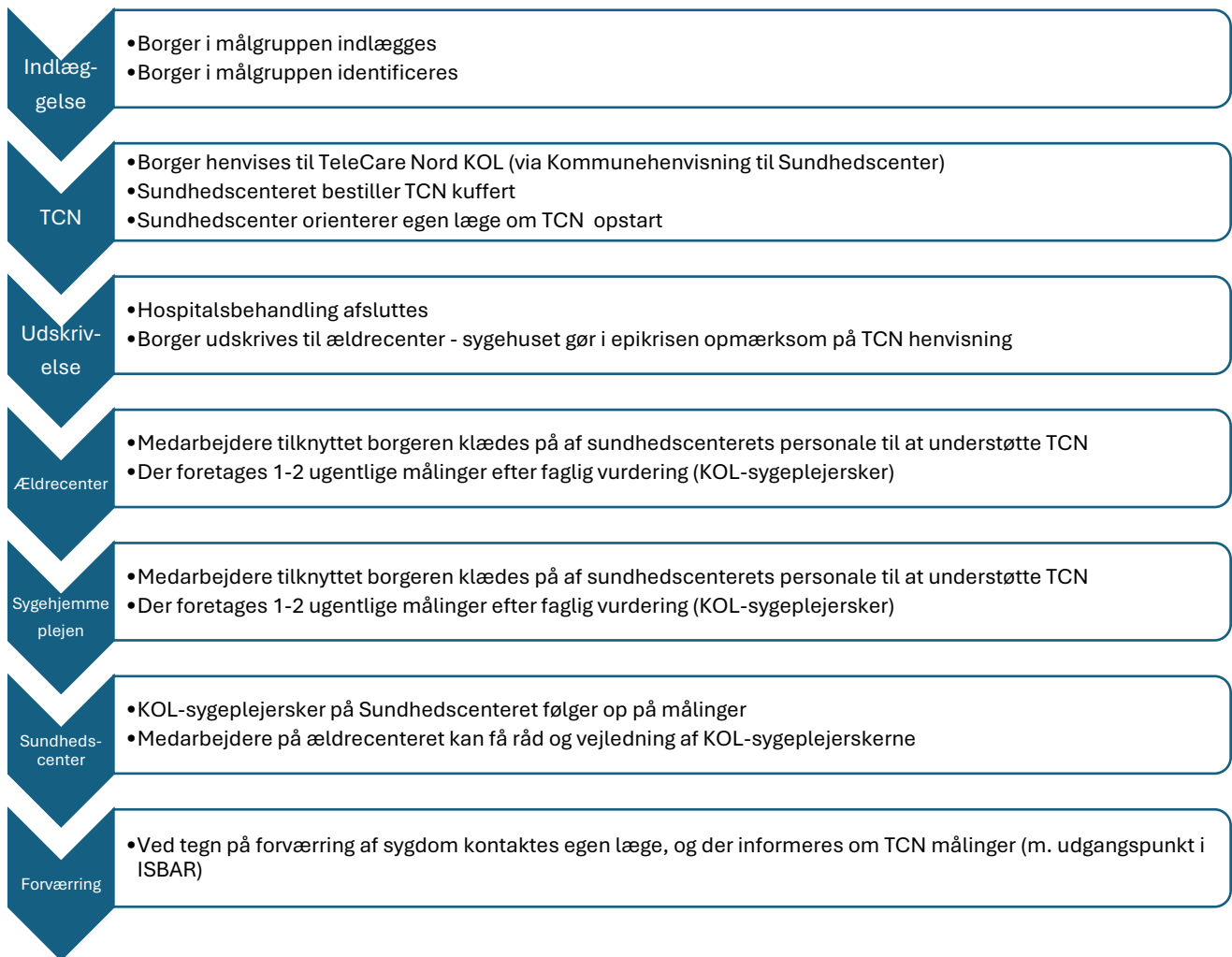
Som udgangspunkt er målet, at der i pilotprojektets første 4 måneder opspores og henvises 25 borgere i målgruppen fra Hjørring Kommune til TeleCare Nord KOL. Det giver omkring 6 måneder til at følge gruppen og mulighed for at opnå en effekt, der kan måles ved projektets afslutning.

Nedenfor gennemgås et overordnet borgerflow i pilotprojektet for at synliggøre, hvad der overordnet gøres hvornår ift. borgere i pilotprojektet.

Borgerflow

Spor 1

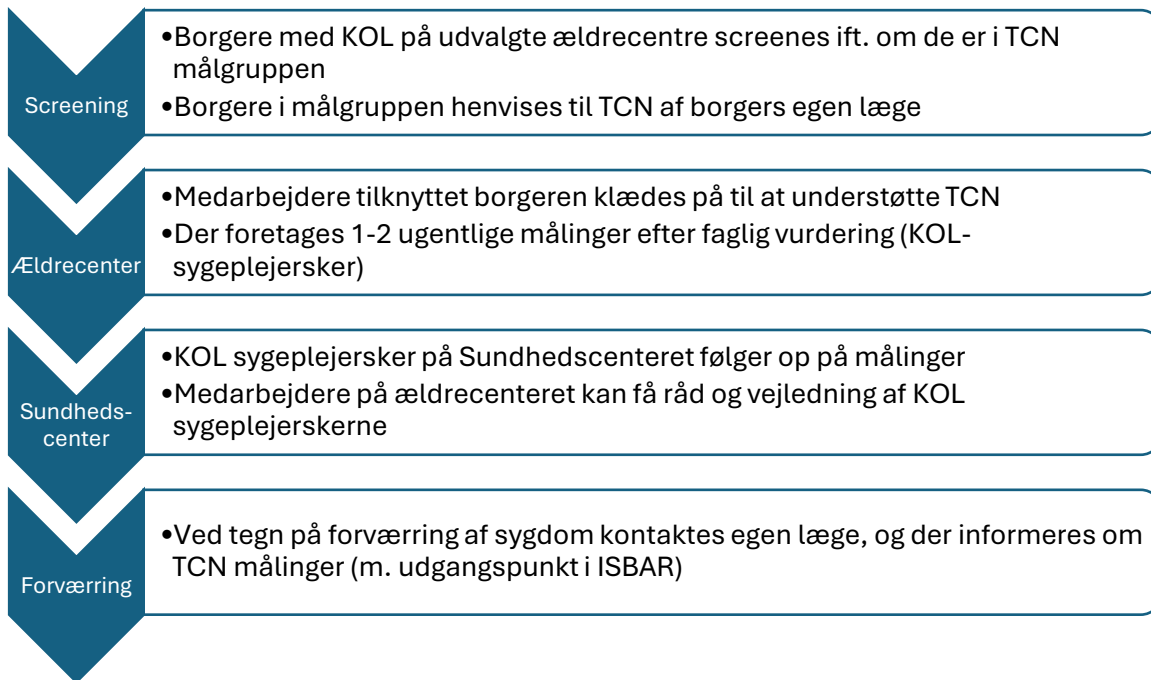
Hospitalet vurderer, om +65-årige borgere diagnosticeret med KOL, der indlægges igennem akutmodtagelsen, er i målgruppen for pilotprojektet. Her vil både være tale om borgere i eget hjem med kommunal hjælp fra sygehjemmeplejen samt borgere på ældrecentre.



Spør 2

I spor 2 opsporer sundhedscenterets KOL-sygeplejersker ældrecenterbeboere på udvalgte centre, der ikke tidligere har været henvist til TCN KOL.

Der tages udgangspunkt i den målgruppe, da der ikke i dag er et særligt stort fokus på den patientrettede forebyggelse til de borgere. En målrettet indsats knyttet op på TCN KOL forventes derfor forholdsvis hurtigt at kunne have en effekt i forhold til tidligere opsporing af forværringer og bedre håndtering af sygdommen, samt forbedret livskvalitet for borgerne.



Spør 3

Spør 3 kører sideløbende med spør 1 og 2 igennem hele projektperioden. Spør 3 er eksplorativt og handler om at afdække, hvor i de tværsektorielle samarbejde, der er udfordringer og barrierer i forhold til at øge og udbrede anvendelse af digitale og teknologiske løsninger. Det kan bl.a. være i forhold til teknologiens begrænsninger, GDPR eller økonomi.

Nogle af de udfordringer, projektet formentlig vil skulle forholde sig til vil være;

- Manglende muligheder for deling af data (gælder både ift. Sundhedsjournalen og kommunens omsorgssystem (Cura)).
- Medarbejders muligheder for at anvende TCN, hvis det kræver, at borger kan bruge MitID.
- Kan TCN skærmløsningen bruges til andre formål (dialog med TCN sekretariatet).
- Er det teknisk muligt (og relevant) at integrere en systematik i dokumentationen, hvor hospitalets medarbejdere skal forholde sig til, om borger er i målgruppen for TCN KOL/at der foreligger nye TCN data.
- Er det muligt inden for de nationale retningslinjer at lave individuelt tilpassede forløb.

Ved projektets evaluering beskrives disse udfordringer og barrierer med henblik på at løfte disse problemstillinger enten i klyngen/sundhedsrådet, regionalt eller nationalt.

Skalérbarhed og videreudvikling

Set-up'et kan umiddelbart etableres i alle kommuner og udvides til flere kronikergrupper i TeleCare Nord, da det findes i alle nordjyske kommuner. I sundhedsklyngen forventes set-up'et med screening af borgere i akutmodtagelsen at være nemt skalérbart til de øvrige kommuner, der ligeledes er

optageområde for Regionshospitalet. Der forventes at være lignende gevinster i andre kommuner som i pilotprojektet – også ved opsporing af borgere på ældrecentre.

På sigt vil det være hensigtsmæssigt med en fælles platform til korrespondance mellem sygehuslæger og kommune for yderligere at styrke samarbejdet og anvendelsen af data om borgeren. Det er et stort arbejde, der ligger uden for det, som dette projekt kan opnå, bl.a. fordi det kræver en kulturændring, hvis sygehuslæger skal reagere på henvendelser fra kommunale medarbejdere.

Dermed kan pilotprojektet også ses som et første skridt til at afdække mulighederne og gevinsterne ved et bredt 'telecenter' på sygehuset, der sikrer overblik og koordination ift. borger i flere målgrupper.

Der arbejdes både regionalt og i Sundhedsklynge Nord på at styrke samarbejdet omkring brugen af POCT-udstyr, og projektgruppen bør orientere sig om udviklingen af det og eventuel kobling til pilotprojektet.

Pilotprojektet – og en evt. udbredelse - kan ligeledes understøtte flere principper og pejlemærker i Sundhedsaftalen herunder;

- Mest mulig sundhed for de fælles ressourcer (princip)
- Digitale løsninger og velfærdsteknologi (princip)
- Øget lighed i sundhed (princip)
- Et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen (pejlemærke)
- Styrket forebyggelse (pejlemærke)

Projektorganisation

Leder, Lungemedicinsk afdeling, Regionshospital Nordjylland

Sygeplejerske, Lungemedicinsk afdeling, Regionshospital Nordjylland

Afdelingsleder Sundhedscenter, Hjørring Kommune

KOL-sygeplejerske, Hjørring Kommune

Lederrepræsentant for ældrecentre, Hjørring Kommune

Medarbejderrepræsentant for ældrecentre, Hjørring Kommune

Lederrepræsentant for sygehjemmeplejen, Hjørring Kommune

Repræsentant fra TeleCare Nord sekretariatet (evt. ad hoc)

PLO-repræsentant (skal afklares)

Projektledelse (Konsulent, Regionshospitalet)

Driftsforum Somatik foreslås som styregruppe i projektperioden. Faglig Sundhedsklynge orienteres og træffer beslutning om evt. udbredelse.

Tidsplan

Opstart: februar 2025

Screening og opsporing af borgere: februar til maj 2025 (eller til der er henvist 25 borgere)

Afslutning af projektet: ultimo 2025

Evaluering: ultimo 2025/primus 2026 (skal koordineres ift. Det Nordjyske eSundhedsvæsen)

Økonomi

Ressourcer, der anvendes i projektet:

- Deltagelse i projektmøder (alle deltagere i projektgruppen)
- Tid til oplæring (personale på ældrecentre, i sygehjemmeplejen og på sundhedscenteret)
- Udførelse af målinger (ældrecenter- og sygehjemmeplejepersonale)
- Analysering og handling på indsendte målinger (sundhedscenterpersonale) op til to gange om ugen
- Henvielse til TCN fra RHN
- Gennemførelse af evaluering – inddragelse af frontpersonale
- Projektledelse

Der er afsat 250.000 kr. af de fælles klyngemidler til projektet.

Der er ligeledes afsat regionale midler til projektledelse.

Forventede økonomiske gevinster:

- Færre udgifter til kørsel ifm. indlæggelse og ambulante besøg
- Undgår eller udskyder forværringer, der gør borger mere pleje- og behandlingskrævende

Projektbeskrivelsen er udarbejdet af:

Charlotte Færch, områdeleder Sundhed, Hjørring Kommune

Lene Baier, afdelingsleder Sundhedscenter, Hjørring Kommune

Susanne Bünger, Teamkoordinator, Det Nære Sundhedsvæsen og Digitalisering, Regionshospital Nordjylland

Christina Skov, chefsygeplejerske, Afdeling for Hjerte- og Hormonsygdomme, Regionshospital Nordjylland

Trine Pernille Søndergaard, chefsygeplejerske, Medicinsk Afdeling, Regionshospital Nordjylland

Nadia Flyvholm Bak, konsulent, Hjørring Kommune