

LÆRINGS- OG
KVALITETSTEAMS



LKT KOL

AFSLUTTENDE RAPPORT

2022 - 2024



Region
Hovedstaden



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

midt
regionmidtjylland



Indhold

Indledning.....	1
Baggrund for LKT KOL.....	1
Projektets mål, indsatsområder og indikatorer	2
Initiativer og indsatser.....	3
Tidsmæssigt forløb	4
Datagrundlag	6
Baseline	6
Hvad viser data?	6
Udviklingen i genindlæggelser	7
Er resultatmålet opfyldt?.....	9
Teamenes erfaring med LKT'et.....	10
Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater	12
Bilag 1: Visualisering af sammenhæng mellem resultatmål og procesmål.....	14
Bilag 2: Resultater for hver af de deltagende hospitaler	15
Bilag 3: Resultater opdelt på patienternes bopælskommune	18

Indledning

Lærings- og Kvalitetsteam vedrørende Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (LKT KOL) forløb i perioden september 2022 til september 2024. LKT er et element i Det Nationale Kvalitetsprogram, og har bl.a. til formål at understøtte det klinisknære forbedringsarbejde, forbedre kvaliteten inden for et sundhedsfagligt område, sikre læring på tværs af landsdele og medvirke til at opbygge en forbedringskultur lokalt.

Denne rapport er en afsluttende evaluering af arbejdet med LKT KOL. Den vil blive forelagt Styregruppen for LKT, ekspertgruppen samt de deltagende forbedringsteams, og vil dermed markere afslutningen på arbejdet med LKT KOL.

Det specifikke mål i LKT KOL var, at alle personer med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) skulle have den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse efter en KOL-relateret indlæggelse. Afgrænsningen blev valgt da målet netop kaldte på større fokus på det tværfaglige samarbejde mellem relevante sektorer.

Indsatserne i projektbeskrivelsen for KOL havde ikke været afprøvet i en lignende sammenhæng, og ekspertgruppen for LKT KOL anbefalede derfor, at indsatserne skulle afprøves i lille skala inden de eventuelt skulle udbredes til flere parter. LKT KOL blev på den baggrund afprøvet i tværsektorielle forbedringsteams bestående af et hospital, minimum 1-2 kommuner fra den respektive hospitalsklynge, præhospital samt repræsentanter fra almen praksis. Det var frivilligt, om almen praksis ville deltage.

Der var fem tværsektorielle forbedringsteams, der arbejdede med LKT KOL. Et team i Nordjylland (Aalborg Universitetshospital og Jammerbugt Kommune), et i Hovedstaden (Amager og Hvidovre Hospital og Københavns Kommune) samt et på Sjælland (Slagelse Sygehus og Slagelse Kommune). Derudover var der to teams i Syddanmark (1: Vejle Sygehus og Vejle Kommune samt 2: Odense Universitetshospital med Faaborg-Midtfyn Kommune og Svendborg Kommune). Region Midtjylland deltog ikke med et forbedringsteam.

Nogle kommuner har relativt få personer, der er diagnosticeret med KOL. Det ene af Region Syddanmarks forbedringsteams (Team LKT KOL Fyn) valgte at arbejde med en bredere målgruppe og lave en bredere indsats (den gode indlæggelse), hvori LKT KOL var omfattet.

Region Midtjylland varetog den nationale projektledelse af LKT KOL. De deltagende teams, deres ledelser samt ekspertgruppen for LKT KOL har alle lagt et stort arbejde i LKT KOL, og har dermed bidraget med ihærdighed og entusiasme. Alle skal derfor have en stor tak for engagementet og for det store arbejde med at gennemføre LKT KOL.

Baggrund for LKT KOL

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en af de mest udbredte kroniske sygdomme i Danmark, og dødeligheden er ikke faldet de sidste 20 år. Det skønnes, at

mellem 110.000 og 130.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL, mens omkring 400.000 danskere kan have sygdommen (Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, årsrapport for 2023).

KOL er også karakteriseret ved social ulighed, da både forekomsten af sygdommen og konsekvenser som død eller tab af beskæftigelse er højere blandt personer med kortere uddannelse sammenlignet med øvrige uddannelsesgrupper (Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, årsrapport for 2023). Mange personer med KOL er i risiko for akut forværring af sygdommen, hvilket kræver målrettet behandling og tæt samarbejde mellem sundhedssektorerne.

Styregruppen for LKT valgte, at KOL skulle udpeges som fokus for et LKT med følgende begrundelser:

- Der ikke er en tilfredsstillende kvalitet på området.
- Der er national konsensus om behandlingsformer. En omfattende forskning indenfor KOL har vist, at en lang række behandlingsmodaliteter ud over rygeophør har positiv effekt på forløbet, og der er således i dag dokumentation for, at behandlingen påvirker både selve sygdommens forløb, patientens funktionsniveau samt livskvalitet og formentlig også dødeligheden.
- Det er muligt at tage afsæt i en eksisterende og veletableret klinisk kvalitetsdatabase. Databasen Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL) blev etableret i 2006.

Projektets mål, indsatsområder og indikatorer

LKT KOL havde som overordnet formål at optimere forløb for personer med kronisk obstruktiv lungesygdom på tværs af sektorer. Indsatsens specifikke formål var, at alle personer med KOL fik den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse efter en KOL-relateret indlæggelse.

I LKT KOL blev der indsamlet regionale data for én resultatindikator samt én ulempeindikator. Data var fra Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL).

- Resultatindikator:
Andel af personer¹ med KOL indlagt på grund af akut exacerbation², som genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse (svarende til indikator 16 i DrKOL).
- Ulempeindikator:
Andel af personer med KOL indlagt på grund af akut exacerbation, som dør inden for de første 30 dage efter indlæggelsen (svarende til indikator 17 i DrKOL).

¹ I det efterfølgende skrives der "forløb", fordi det er unikke forløb, der måles på, og ikke den enkelte person.

² Exacerbation betyder forværring i tilstanden.

Det valgte resultatmål kan ses nedenfor:

Resultatmål:

Andelen af personer med KOL, som genindlægges på grund af akut exacerbation inden for 30 dage, skal reduceres med 15 % inden udgangen af 2. kvartal 2024 sammenholdt med baseline 2. kvartal 2022.

LKT KOL tog udgangspunkt i fire indsatsområder, hvortil der var knyttet flere konkrete handlinger. De konkrete handlinger er beskrevet i [projektbeskrivelsen](#)³.

Udover resultat- og ulempeindikatoren har forbedringsteamene i varierende grad lokalt indsamlet og fulgt data for forskellige procesindikatorer. Det har givet dem mulighed for at følge udviklingen af deres igangsatte indsatser.

Der afrapporteres ikke på data for procesindikatorerne. Hovedformålet med monitorering af procesindikatorerne var at understøtte og sikre fremdrift i det lokale arbejde. Procesmålene knyttede sig hver især til de fire indsatsområder. I tabellen nedenfor kan det ses, hvilke indsatsområder de enkelte procesmål hørte til.

Indsatsområde	Procesmål omhandlende
Fokuserede indsatser for særligt sårbare personer med KOL	Risikostratificering
Tryghedsskabende indsatser	Aftalekort
	Selvbehandlingsplan
Rehabiliterende indsatser	Rehabilitering
	Genoptræningsplan
	Dysfagi
	Ernæring
Den præhospitale indsats	Revision af Dansk Indeks

Der blev lavet en visualisering af sammenhængen mellem formålet, resultatmålet, indsatsområderne og procesmålene i form af et driverdiagram for LKT KOL. Visualiseringen indgik i projektbeskrivelsen, og kan ses i det vedlagte bilag 1.

Initiativer og indsatser

Ved afslutningen af LKT KOL blev der udviklet et inspirationskatalog, som indeholder en beskrivelse af de konkrete lokale indsatser, de enkelte teams har arbejdet med i projektperioden. Alle aktivt deltagende teams har beskrevet deres indsatser og kataloget er formidlet til regionerne og de enkelte teams, som inspiration til det fortsatte arbejde. De forskellige teams arbejde med indsatser i LKT KOL kan ses i dette [inspirationskatalog](#)⁴.

³ https://kvalitetsteams.dk/media/20681/projektbeskrivelse-lkt-kol_godkendt-16122021.pdf

⁴ <https://kvalitetsteams.dk/media/ppgcsa1/lkt-kol-inspirationskatalog.pdf>

De deltagende teams har arbejdet med emner inden for indsatsområderne, fx har de arbejdet med:

- Revidering og implementering af Dansk Selskab for Almen Medicins selvbehandlingsplan for KOL-patienter. Selvbehandlingsplanen er blevet revideret i samarbejde mellem almen praksis, kommune og Lungemedicinsk Afdeling.
- Auditering på plejeforløbsplaner fra Lungemedicinsk Afdeling jf. projektbeskrivelsen. Et team har oplyst, at pga. auditering af plejeforløbsplanerne, er de gennem projektet blevet mere fyldestgørende og er i højere grad korrekt udfyldt. Det har ligeledes lettet kommunikationen mellem kommunen og Lungemedicinsk Afdeling.
- Vask af masker og pepfløjter - kvalificering af arbejdsgang, der skaber forbedring og øget fokus på vask af masker og pep-fløjte hos plejepersonalet i kommunen.
- Acceptabel saturation ved udskrivelse. Sygehus og kommune har været opmærksomme på at angive den acceptable saturation for den enkelte borger. Det er forventeligt, at patienter med KOL har en lavere saturation, hvorfor denne indsats kan være forbyggende for unødige genindlæggelser.
- Uddybende patientsamtaler forud for udskrivelse. Udvalgte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter afholder samtaler med udvalgte KOL-patienter, hvor relevante emner tages op med henblik på at afklare patienternes behov for støtte samt hjælp til hvordan, de håndterer deres sygdom for at forebygge indlæggelser.
- Udarbejdelse og implementering af smartphrases i sundhedsplatformen, som skal understøtte arbejdsgange og at de nødvendige informationer dokumenteres korrekt i plejeforløbsplan og epikrise.
- "Trænings-tryk" - en rehabiliterende indsats hvor KOL-relaterede angstproblematikker vurderes og adresseres ved alle borgere, der starter i kommunal KOL-rehabilitering, med henblik på at minimere risikoen for, at angstproblematikker kommer til at stå i vejen for rehabiliteringsudbyttet.
- Tilbud om opfølgende telefonsamtaler, hvor patienter bliver ringet op af sygehuset med mulighed for at følge op på udfordringer og udviklingen i sygdom.
- Undervisning i lungesygdomme til personale på hospital, plejecentre og i sygeplejen.
- Øget fokus på regionstilbud til patientgruppen.
- Patientinvolverende podcasts for KOL-patienter. En serie af patientinvolverende podcasts for at informere patienter med KOL om aspekter af deres sygdom og behandling.

Tidsmæssigt forløb

LKT KOL blev officielt igangsat med 1. læringsseminar den 26. september 2022. Det fremgik af projektbeskrivelsen, at afprøvningen af LKT KOL skulle forløbe i ca. ét år, hvorefter der skulle tages stilling til, om indsatsen skulle udvides med inddragelse af flere forbedringsteams.

I juni 2023 besluttede Styregruppen for LKT, at forbedringsteamene skulle have mere tid til at arbejde med indsatserne, inden der skulle træffes beslutning om evt. at udvide deltagerkredsen.

En kvalitativ evaluering fra januar 2024 viste, at forbedringsteamenes deltagelse i LKT KOL bl.a. havde styrket det tværsektorielle samarbejde, forbedret en række arbejds-gange og givet inspiration til løsninger på udfordringer. Evalueringen viste, at udfordringerne i arbejdet med LKT KOL blev oplevet forskelligt fra team til team. Ekspertgruppen vurderede, at de erfaringer, der var opnået i teamene, med guidning fra den nationale projektledelse ville kunne videregives og tilpasses til en kontekst andre steder.

På den baggrund anbefalede ekspertgruppen, ud fra en helhedsvurdering af data samt forbedringsteamenes tilbagemeldinger om positive effekter, at der skulle inviteres flere teams med i LKT KOL.

I marts 2024 besluttede styregruppen, at LKT KOL ikke skulle udvides med flere teams idet de kvantitative mål ikke var opfyldt (manglende forbedringer af resultat- og ulempeindikatorerne). Styregruppen vurderede, at det tværsektorielle samarbejde og kendskab bør styrkes ved brug af andre værktøjer.

I løbet af LKT-periodens to år blev der afholdt fire nationale læringsseminarer, fem virtuelle netværksmøder og sendt to nyhedsbreve (oktober 2022 og marts 2023). Tidspunkterne og temaerne for de nationale aktiviteter fremgår af oversigten nedenfor.

Tidspunkt	Aktivitet	Tema/fokus
26. – 27. september 2022	1. læringsseminar	Tværsektorielt samarbejde og introduktion til LKT KOL og forbedringsarbejde
22. november 2022	Virtuelt netværksmøde	Baselinedata og MUSIQ-score ⁵
18. januar 2023	2. læringsseminar	Risikostratificeringsværktøjet, samarbejdet med almen praksis og vidensdeling
27. april 2023	Virtuelt netværksmøde	Auditering og data samt risikostratificeringsværktøjet
13. september 2023	Virtuelt netværksmøde	Status og sparring
15. november 2023	3. læringsseminar	Træning, udskrivelse og vidensdeling
31. januar 2024	Virtuelt netværksmøde	Indlæggelsesprocessen
19. juni 2024	Virtuelt netværksmøde	Beslutningshjælper til den sidste tid samt samarbejdet mellem sektorer – også efter LKT-afslutning
26. september 2024	4. læringsseminar	Fastholdelse af indsatser og arbejds-gange

⁵ MUSIQ-score er et redskab til dialog og understøttelse, som har til hensigt at sætte fokus på de steder, hvor der skal arbejdes med forbedringer for at et projekt bliver en succes.

Datagrundlag

De kvantitative data er fra Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL), og omfatter perioden 1. juli 2021 - 1. september 2024, mens de kvalitative data er indsamlet gennem spørgeskemaer til forbedringsteamene i februar 2023, september 2023, februar 2024 og august 2024.

Denne rapport er baseret på resultater for Aalborg Universitetshospital, Sygehus Lillebælt, Odense Universitetshospital, Slagelse Sygehus og Amager-Hvidovre Hospital. Data inkluderer patientforløb fra en række afdelinger på det enkelte hospital, som regionerne har oplyst, har patienter med KOL. I afsnittet "Hvad viser data?" omtales hospitalerne, der deltager i LKT KOL, som "de deltagende afdelinger."

Der er desuden data, hvor hospitalernes resultater er sorteret efter patienternes bopælskommuner. Det drejer sig om personer med KOL, der bor i følgende seks kommuner: Københavns Kommune, Slagelse Kommune, Faaborg-Midtfyn Kommune, Svendborg Kommune, Vejle Kommune og Jammerbugt Kommune.

Da der var valgt en tilgang, hvor indsatserne i første omgang skulle afprøves i mindre skala, betød det, at der deltog relativt få kommuner. De deltagende kommuner havde tilmed få forløb med personer med KOL, hvilket betød, at indsatserne i LKT KOL tilsvarende blev målt på baggrund af relativt få forløb.

De få forløb gør det vanskeligere at belyse, om indsatserne har haft indflydelse på hyppigheden i genindlæggelser. Ydermere ses det, at de kvantitative data er følsomme pga. det lave patientvolumen, og at få patientforløb dermed kan føre til relativt store udsving i data.

Baseline

Baseline for det overordnede resultatmål (nedbringelse af genindlæggelser med 15 % for personer med KOL, som genindlægges på grund af akut forværring inden for 30 dage) var resultaterne for 2. kvartal 2022. Det sammenlignes med resultaterne for 4. kvartal 2024.

Udover dette ønskede den nationale projektledelse en analyse af data, som gav mulighed for at se resultaterne på tværs af alle sæsonudsving. Der er derfor også set på data, hvor baseline er udvidet til et år (1. juli 2021 – 1. juli 2022), som ses i forhold til den resterende projektperiode (1. august 2022 – 1. september 2024). Derved blev antallet af patientforløb inkluderet i analysen også forøget.

Resultaterne af de kvantitative og kvalitative data analyseres i næste afsnit.

Hvad viser data?

I LKT KOL blev der fokuseret på reduktion af genindlæggelser som indikator på, at flere personer får den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse.

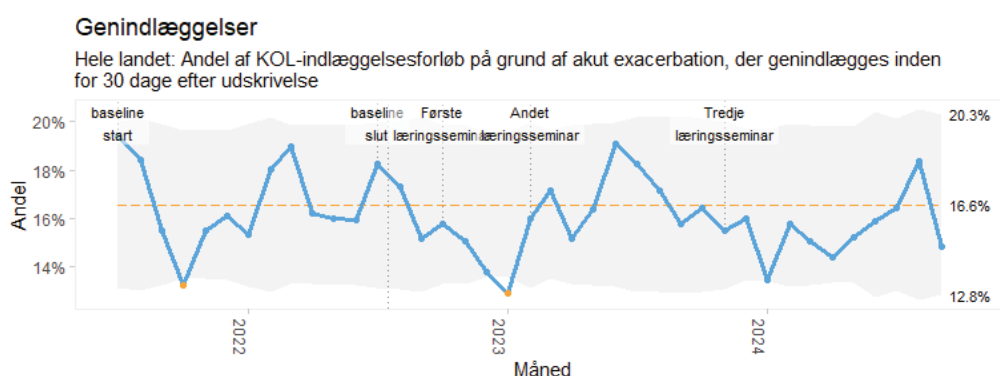
Ekspertgruppen valgte i projektbeskrivelsen for LKT KOL at fokusere på de elementer, hvor det tværsektorielle samarbejde spiller en rolle. Det var en forudsætning, at de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (som fx tilbud om rygestop, registrering af ryge-status, tilbud om uddannelse i sygdomsforståelse mv.) fortsat blev løst ift. gældende regionale forløbsprogrammer og nationale retningslinjer.

Udviklingen i andelen af genindlæggelser og dødelighed for de deltagende hospitalers afdelinger analyseres i de to efterfølgende afsnit. Resultaterne for hver af de deltagende hospitaler kan ses i bilag 2. I bilag 3 kan hospitalernes resultater for de to indikatorer opdelt på patienternes bopælskommune endvidere ses.

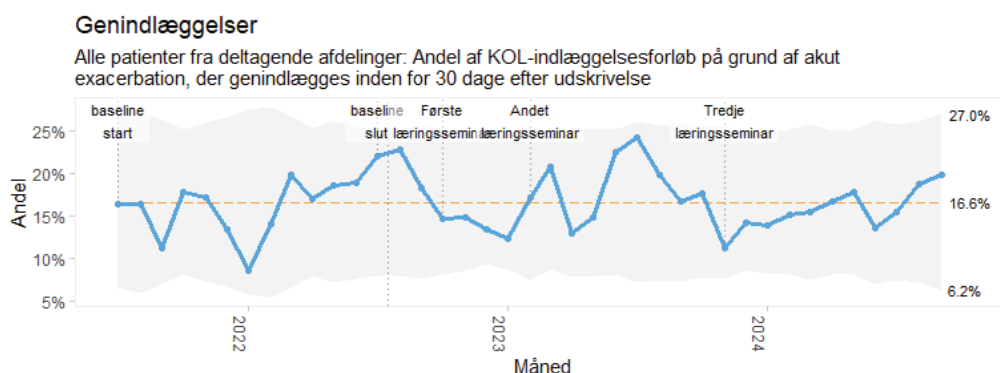
Udviklingen i genindlæggelser

Nedenstående figur 1 og 2 viser udviklingen i genindlæggelser for henholdsvis hospitalsafdelinger i hele landet og for de hospitalsafdelinger, der deltager i LKT KOL. Udviklingen vises i SPC-diagrammer.

Figur 1: Nationale resultater. Andelen af KOL-indlæggelsesforløb pga. akut forværring, hvor personen genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



Figur 2: Patienter fra afdelinger, der deltager i LKT KOL. Andelen af KOL-indlæggelsesforløb pga. akut forværring, hvor personen genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



Den gennemsnitlige rate for baselineperioden er i diagrammerne vist med den vandrette centerlinje. Den er ført hele vejen igennem selvom den kun er beregnet på

baggrund af baselineperioden. Dette er en standard tilgang, når man arbejder med SPC-diagrammer for bedst muligt at kunne identificere forbedringer eller forværringer.

Her er centerlinjen stiplet og orange, hvilket signalerer at der er særlig variation (også kaldet ikke-tilfældig variation). Dette er en indikation på, at udsvingene i data ikke er tilfældige - at der er sket et eller flere skifte i data. Det lader dog til, at der hverken er en opadgående eller nedadgående tendens, som man ellers ofte vil forvente når der er særlig variation.

En nærliggende forklaring kan være, at de skift i data som SPC-diagrammer registrerer skyldes sæsonvariation, som skaber kortvarige skift i data. Sæsonvariationen gør det sværere at se, om der er en forbedring eller forværring i andelen af genindlæggelser med SPC-diagrammerne. Det, at der ikke er nogen langsigtet tendens i genindlæggelserne peger dog mod der ikke er sket nogen udvikling.

Samlet set indikerer resultaterne i figur 2, at det overordnede mål om at reducere andelen af genindlæggelser for personer med KOL, der indlægges pga. akut forværring inden for 30 dage efter udskrivelse, desværre ikke er nået.

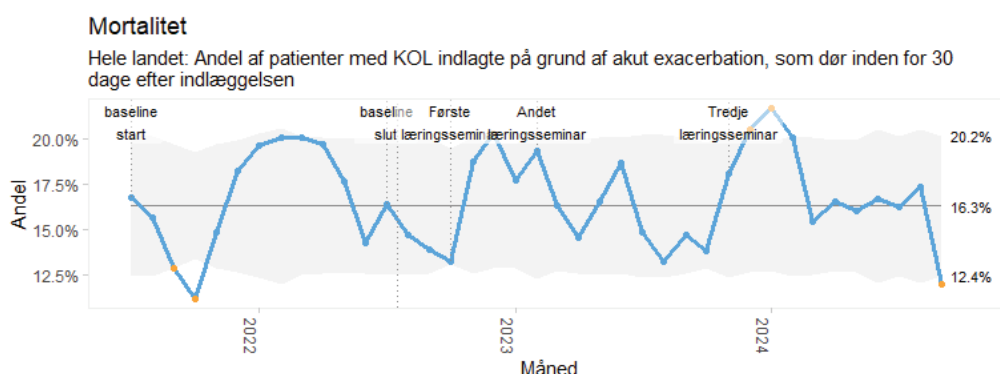
I afsnittet "Er resultatmålet opnået?" sammenlignes resultaterne fra to kvartaler med henblik på at analysere data uden påvirkninger af sæsonvariation.

Udviklingen i dødelighed

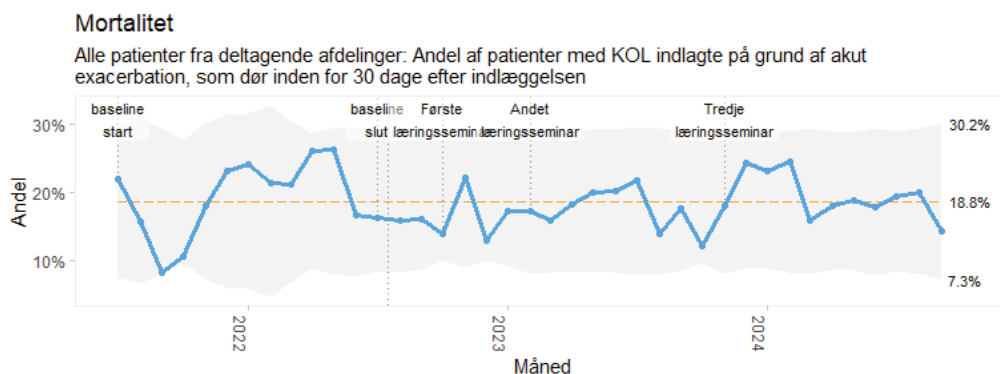
Data for 30-dages dødeligheden følges for at monitorere at nedbringelse af genindlæggelser ikke skaber en u hensigtsmæssig afledt effekt i form af øget dødelighed. Dødeligheden skal således forblive uændret eller reduceres i løbet af projektperioden.

Udviklingen i dødelighed for hele landet og for de afdelinger, der deltager i LKT KOL, kan ses i nedenstående figur 3 og 4.

Figur 3: Nationale resultater. Andelen af personer med KOL indlagt pga. akut forværring, som dør inden for de første 30 dage efter indlæggelsen



Figur 4: Patienter fra afdelinger, der deltager i LKT KOL. Andelen af personer med KOL indlagt pga. akut forværring, som dør inden for de første 30 dage efter indlæggelsen



I lighed med udviklingen i andelen af genindlæggelser, så peger analysen på, at udsvingene i dødelighed ikke er tilfældige. I lighed med genindlæggelserne, så ligner det sæsonudsving. Således peger analysen dermed på, at der er nogle sæsonpåvirkninger, men ingen langsigtet tendens.

Er resultatmålet opfyldt?

Resultatmålet for LKT KOL var, at andelen af KOL-indlæggelsesforløb, hvor personer med KOL genindlægges på grund af akut forværring inden for 30 dage, skal reduceres med 15 % inden udgangen af 2. kvartal 2024 sammenholdt med baseline 2. kvartal 2022.

Resultaterne i tabel 1 viser, at der for hele landet er en nedgang i andelen af genindlæggelser på 6 % fra 2022 til 2024. For de deltagende enheder viser data derimod en stigning i andelen af genindlæggelser på 2,4 % fra 2022 til 2024. Udviklingen i genindlæggelserne er dog ikke statistisk signifikant, da p-værdierne⁶ er over 0,05, hvilket indikerer, at ændringerne kan skyldes tilfældigheder.

Tabel 1: Andelen af KOL-indlæggelsesforløb pga. akut forværring, hvor personen genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse

	Indikator	2. kvartal 2022	2. kvartal 2024	Forskel	P-værdi
Hele landet	Genindlæggelser	16,1 %	15,1 %	- 6,0 %	0,296
Deltagende afdelinger	Genindlæggelser	13,7 %	14,1 %	2,4 %	0,822

I tabel 2 kan det ses, at der en nedgang i dødelighed på 4,7 % fra 2022 til 2024 for hele landet. For de deltagende enheder er der en stigning i dødelighed på 4,2 % i

⁶ P= 0,296 og p= 0,822.

samme periode. De statistiske resultater (p-værdierne) indikerer dog, at udviklingen ikke er statistisk signifikant, og ændringerne kan dermed være tilfældige.

Tabel 2: Andelen af personer med KOL indlagt pga. akut forværring, som dør inden for de første 30 dage efter indlæggelsen

	Indikator	2. kvartal 2022	2. kvartal 2024	Forskel	P-værdi
Hele landet	Dødelighed	17,2 %	16,4 %	- 4,7 %	0,461
Deltagende afdelinger	Dødelighed	15,8 %	16,5 %	4,2 %	0,685

Teamenes erfaring med LKT'et

Forbedringsteamene har arbejdet engageret med at forbedre forløbene for personer med KOL.

Som en del af indsatsområdet 'fokuserede indsatser for særligt sårbare personer med KOL' blev der i samarbejde med Regionernes Kvalitetsudviklingsprogram udviklet et risikostratificeringsværktøj til at identificere personer i særlig høj risiko for at blive genindlagt inden for 30 dage. Værktøjet blev afprøvet og tilpasset inden det blev lanceret i LKT KOL, men det viste sig, at det var vanskeligt for teamene at få det til at fungere i praksis. Et enkelt team meddelte, at risikostratificeringsværktøj gav anledning til gode drøftelser med patienterne og bedre udskrivelse. Brugen af det havde dog ikke tydelig effekt i kommunen.

Teamene oplevede, at der manglede mulighed for effektiv datadeling på tværs af kommuner og hospitaler. De mener, det kan være en forhindring for en sammenhængende indsats. I forhold til procesmålene har teamene selv skulle generere data for at kunne følge indsatserne, hvilket var vanskeligt.

Det blev nævnt af teamene, at en af de største barrierer, for at gennemføre indsatserne i deres travle hverdag var den begrænsede tid og ressourcer, de havde til rådighed. Tre af teamene nævnte i evalueringen, at de manglede tilstrækkelig ledelsesopbakning i forløbet. Det kan have gjort det sværere at prioritere indsatserne tilstrækkeligt.

Af øvrige udfordringer har teamene også nævnt:

- Kommunerne havde et lavt antal af personer med KOL, hvilket gjorde det svært at måle på indsatserne.
- Projektet rettede sig primært mod hospitalsindsatser.
- Forskellige dokumentationssystemer på tværs af sektorer.
- Manglende forventningsafstemning på tværs af sektorer ift. hvor mange ressourcer det var nødvendigt at bruge for at kunne afprøve forbedringsindsatserne.

- Projektbeskrivelsen gav nogle klare rammer og mål for indsatserne, men nogle teams arbejdede primært med andre tiltag end dem, der var beskrevet i projektbeskrivelsen, fordi det gav mere mening.
- Det var svært at få nogle af klinikerne til at engagere sig, fordi de synes, at det valgte setup var for tidskrævende (for mange læringsseminarer og møder over for lang tid).

Teamenes havde også positive erfaringer fra arbejdet med LKT KOL. Det nationale samarbejde gav dem inspiration og motivation til at udvikle og forbedre egen praksis, samt gav anledning til at se på andre arbejdsgange, der med fordel kunne tilrettelægges anderledes.

Teamene nævnte bl.a. følgende udbytte af LKT KOL:

- En betydelig styrke ved LKT KOL var den øgede villighed til at tilpasse arbejdsgange. Dette gjaldt både internt i organisationen og i samarbejdet med kommunen, især inden for KOL-rehabilitering. Denne tilpasningsdygtighed skabte mere smidige og effektive processer.
- Det landsdækkende samarbejde var yderst givende ved at tilbyde inspiration og ideer til løsninger på udfordringer. Dette styrkede evnen til at implementere innovative tiltag og tilpasse os dynamisk til skiftende behov.
- De hentede værdifulde ideer fra andre kommuner og hospitaler, herunder undervisning og rengøring af apparater.
- Gode dialoger og sparring på tværs af landsdele.
- Forbedrede arbejdsgange på tværs af hospital og kommune.
- De fik mulighed for at revaluere instruksdokumenter og procedurer. Dette resulterede i identifikationen af områder, hvor der kunne implementeres forbedringstiltag. Der er sket justeringer og optimeringer for at øge kvaliteten af praksis på flere niveauer.
- Udbredelse af selvbehandlingsplaner i kommunen i samarbejde med almen praksis.
- Opmærksomhed på behovet for at iværksætte flere tiltag rettet mod en meget udsat gruppe borgere. Denne opmærksomhed på de specifikke udfordringer, som denne gruppe står over for, har inspireret til at udvikle skræddersyede løsninger, der kan gøre en forskel i deres hverdag.
- Fokus på vigtigheden i et fælles sprog om patienten/borgeren.
- I løbet af samarbejdet fik de i høj grad styrket relationsdannelsen, hvilket bidrog til en større forståelse for hinandens arbejdsgange. Denne forståelse var ikke kun værdifuld, men skabte også inspirerende lyst til at fortsætte arbejdet med målgruppen på tværs af de forskellige fagområder.
- Fokus på at se det samlede patientforløb, som gjorde dem i stand til at se udover "kasserne".
- Det relationelle, tværfaglige og sparring omkring de enkelte patientforløb.
- Systematisk indsigt i områder med potentiale for forbedringer.
- De fik et øget fokus på patientinddragelse i udarbejdelsen af forløbsplaner. I stedet for at plejepersonalet selv traf beslutninger om patienternes behov, opfordres patienterne til at beskrive deres egne behov og ønsker. Denne

tilgang sikrer, at forløbsplanerne bliver mere personcentrerede og relevante, hvilket i sidste ende forbedrer patienternes oplevelse og tilfredshed med deres behandlingsforløb.

Der har, som beskrevet, været udfordringer i arbejdet undervejs. Og det har været forskelligt, hvor meget tid de forskellige teams har kunne allokere til LKT KOL. Forbedringsteamene har dog oplevet, at der har været samarbejdsvillighed og driftighed i det tværsektorielle arbejde. Arbejdet med LKT KOL har betydet et bedre kendskab til hinanden både internt såvel som eksternt. Det har givet en større forståelse for hinandens arbejdsgange og hverdag på tværs af hospitaler og kommuner.

Alt i alt er der en tættere dialog mellem hospitaler og kommuner, som gør det lettere at løse de udfordringer, der opstår. Flere teams nævner, at de ser frem til at bygge videre på den positive udvikling og skabe endnu flere synergier i fremtiden.

Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

Til det afsluttende læringsseminar i september 2024 var der fokus på fastholdelse af de igangsatte indsatser.

Det er op til de enkelte kommuner, regioner og almene praksisser, hvordan de vil videreføre og fortsat udvikle indsatser til gavn for personer med KOL efter afslutningen af LKT'et.

Forbedringsteamene peger selv på, at de fortsat vil udvikle KOL-området i et tværsektorielt perspektiv ved bl.a.:

- Fastholdelse af prioriterede indsatser efter projektperioden
- Forsat udvikling af telemedicin
- Forsat udvikling af kvalitet i den digitale kommunikation
- Brug af selvbehandlingsplanen: Kendskabet skal udbredes til lægevagten og paramedicinerne
- Bruge selvbehandlingsplanen i øvrige kommuner. Kendskab og vidensdeling via fælleskommunalt netværk for sygepleje
- Ønsker at fortsætte med at udvikle planlægning af udskrivelserne med patienten med KOL i fokus
- KOL-indsats i Nexus⁷ – det vil give muligheden for at få mere datadrevet information om borgere med KOL

Et kerneelement i arbejdet med LKT KOL har været at dele erfaringer og læring på tværs af sektorer og landsdele. Teamene nævnte som feedback på LKT KOL, at den dynamik, der opstod ved at samle professionelle fra forskellige områder, var en kilde til inspiration og nye perspektiver.

⁷ Nexus er en elektronisk omsorgsjournal, der bruges af en række kommuner.

Det udarbejdede inspirationskatalog er et konkret værktøj, hvor de deltagende teams har beskrevet en række af de afprøvede indsatser, de har igangsat som en del af LKT KOL. Kataloget kan bruges som inspiration til at udvikle og forbedre egen praksis. De beskrevne indsatser behøver ikke nødvendigvis at blive igangsat på samme måde som i LKT KOL. Det er vigtigt, at indsatserne tilpasses den lokale kontekst.

Inspirationskataloget er et vidensdelingsværktøj, der gerne skulle inspirere andre til handling. Det indeholder kontaktoplysninger, så interesserede ved, hvor de kan henvende sig for at få yderligere viden om de beskrevne indsatser.

Bilag 2: Resultater for hver af de deltagende hospitaler

Resultater vises i SPC-diagrammer (statistisk proceskontrol-diagrammer). SPC-diagrammerne viser om udsving i data er andet end tilfældige udsving, altså om der er sket et skift i processen.

Dette vises på to måder:

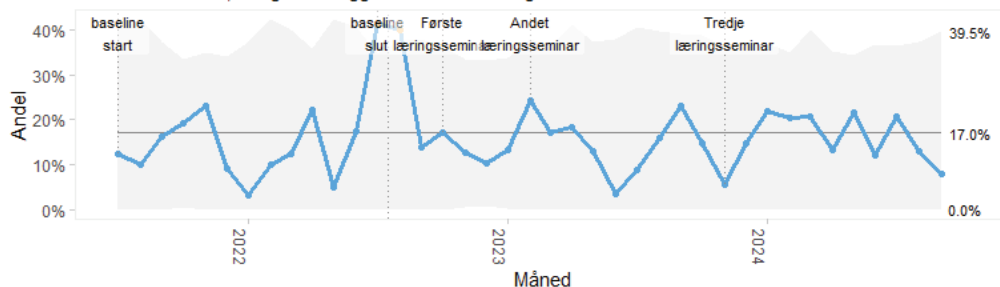
1) Hele periodens gennemsnit er sat ind som en linje. Hvis linjen er rød og stiplet, indikerer analyserne, at der er sket et skift i processen (udtryk for systematisk bevægelse i data). Hvis linjen er sort, er der med større sandsynlighed tale om tilfældige udsving.

2) Grafen har ydre grænser (grå skravering). Hvis et datapunkt falder udenfor disse, er der et udsving så stort, at det ikke virker sandsynligt, at det skyldes en tilfældighed. Dette er markeret med et rødt datapunkt. Den stiplede lodrette streg i grafen markerer afslutningen af baselineperioden.

Der kan forekomme mindre forskelle i data sammenlignet med data i de regionale ledelsesinformationssystemer pga. forskellige håndteringer af data, og hvor opdaterede data er.

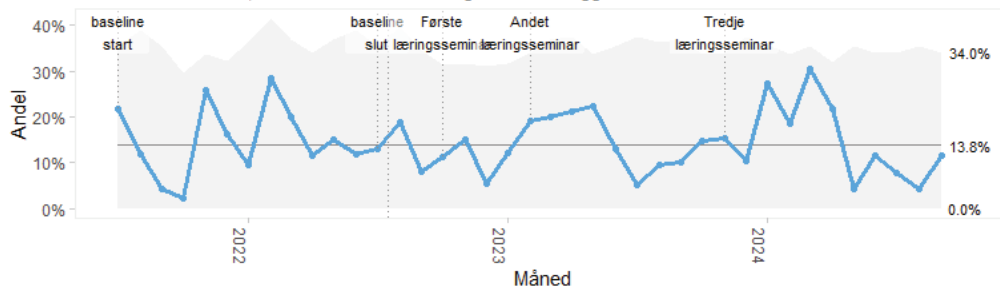
Region Syd – Sygehus Lillebælt Genindlæggelser

Deltagende hospitaler: Region Syd – Sygehus Lillebælt Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



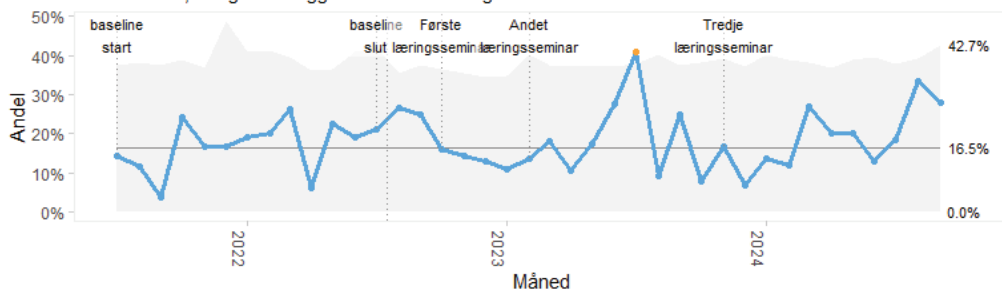
Region Syd – Sygehus Lillebælt Mortalitet

Deltagende hospitaler: Region Syd – Sygehus Lillebælt Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



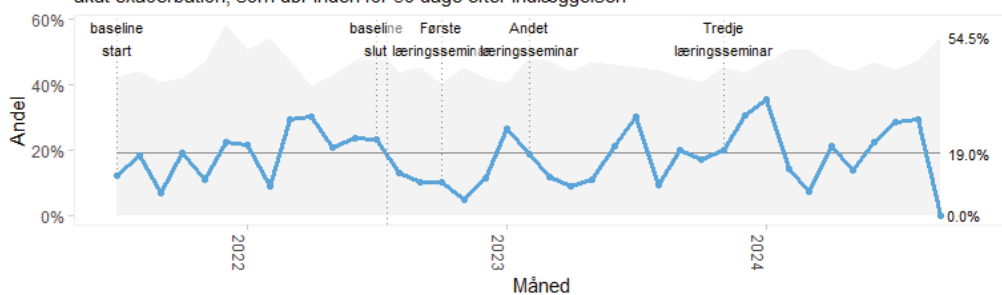
Region Sjælland – Slagelse Genindlæggelser

Deltagende hospitaler: Region Sjælland – Slagelse Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



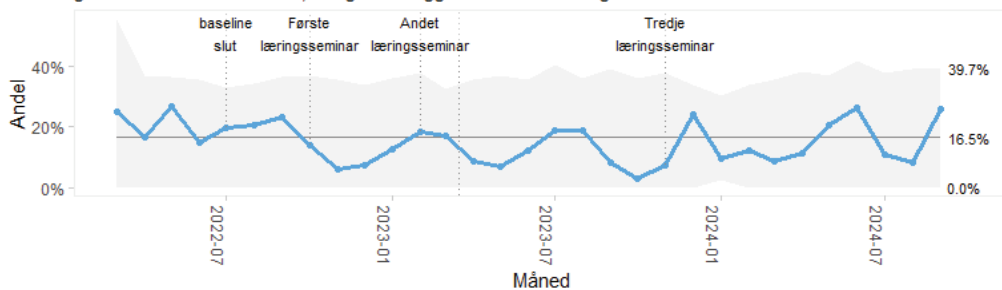
Region Sjælland – Slagelse Mortalitet

Deltagende hospitaler: Region Sjælland – Slagelse Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



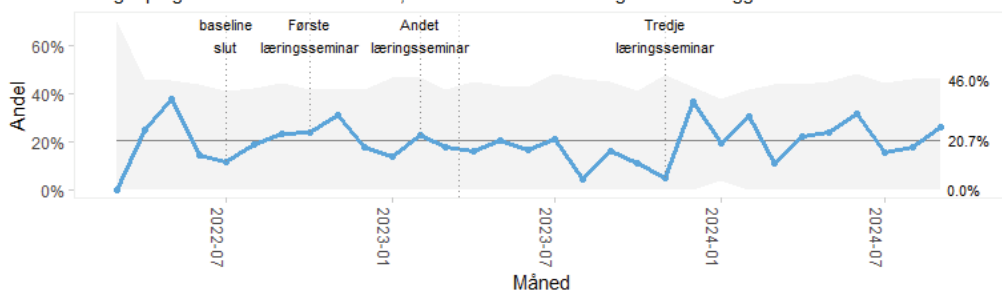
Region Nord - Aalborg Universitetshospital Genindlæggelser

Deltagende hospitaler: Region Nord - Aalborg Universitetshospital Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



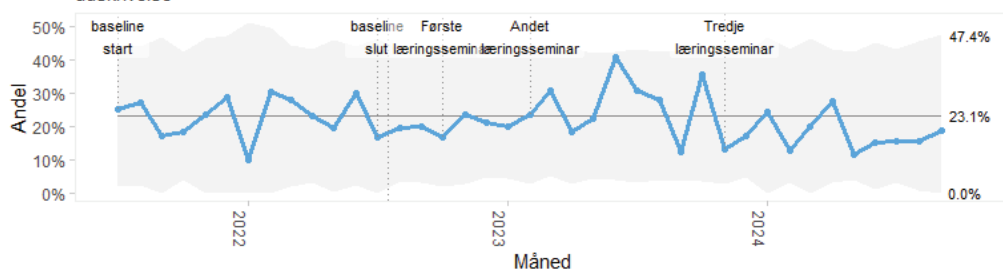
Region Nord - Aalborg Universitetshospital Mortalitet

Deltagende hospitaler: Region Nord - Aalborg Universitetshospital Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



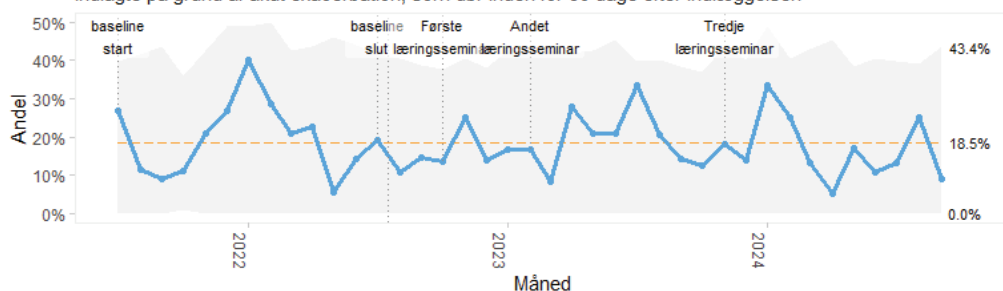
Region Hovedstaden – Amager og Hvidovre Hospital Genindlæggelser

Deltagende hospitaler: Region Hovedstaden – Amager og Hvidovre Hospital Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



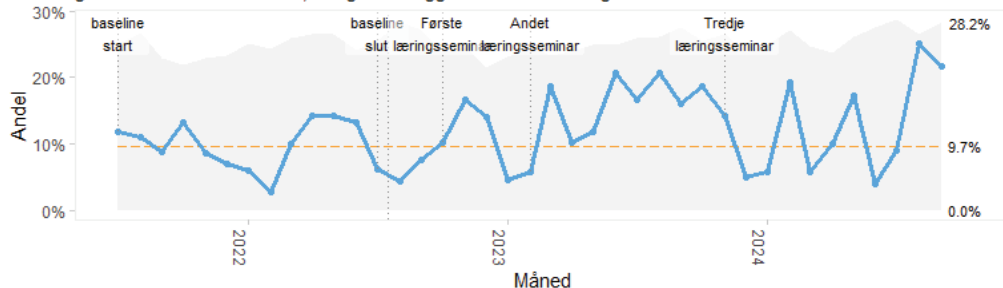
Region Hovedstaden – Amager og Hvidovre Hospital Mortalitet

Deltagende hospitaler: Region Hovedstaden – Amager og Hvidovre Hospital Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



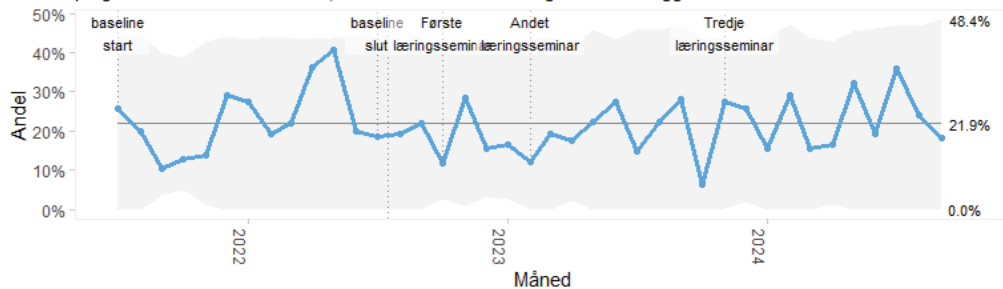
Region Syd – Odense Universitetshospital Genindlæggelser

Deltagende hospitaler: Region Syd – Odense Universitetshospital Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



Region Syd – Odense Universitetshospital Mortalitet

Deltagende hospitaler: Region Syd – Odense Universitetshospital Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



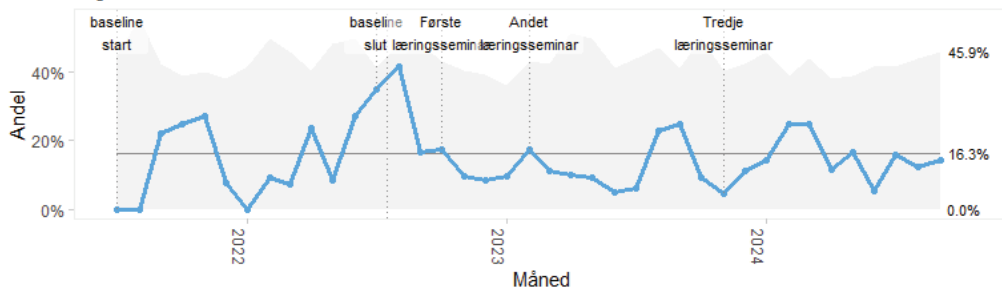
Bilag 3: Resultater opdelt på patienternes bopælskommune

Graferne viser hospitalernes resultater for de to LKT-indikatorer opdelt på patienternes bopælskommune.

Der er ikke data for patienter bosat i Jammerbugt Kommune idet der er for få patientforløb i perioden.

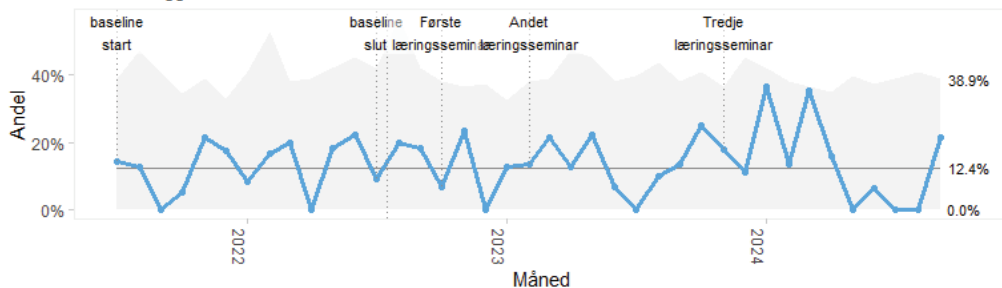
Vejle Genindlæggelser

Vejle Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



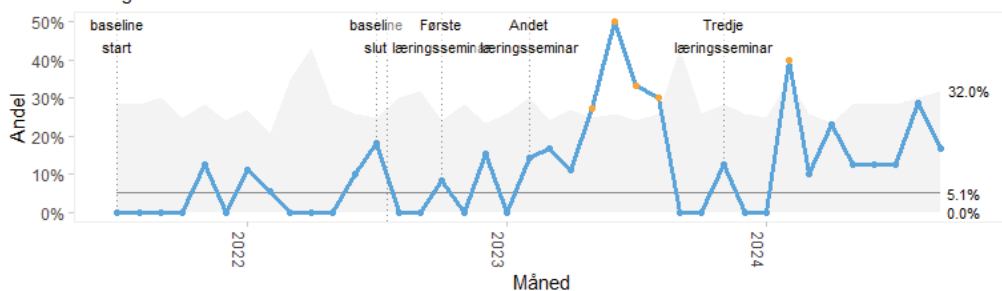
Vejle Mortalitet

Vejle Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



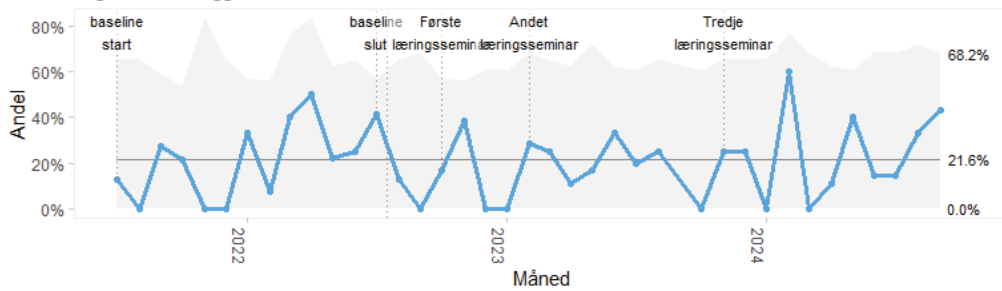
Svendborg Genindlæggelser

Svendborg Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



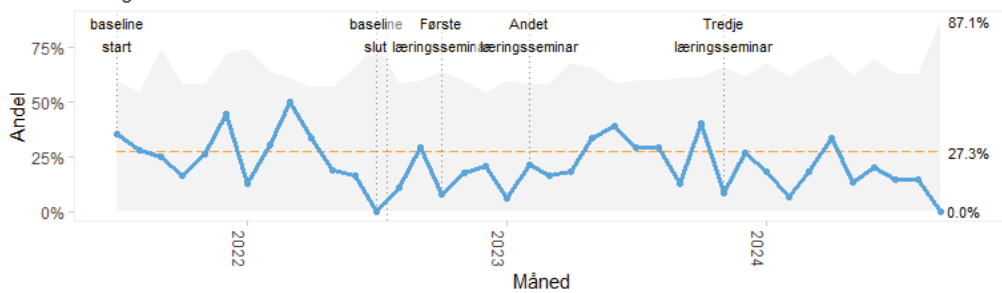
Svendborg Mortalitet

Svendborg Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



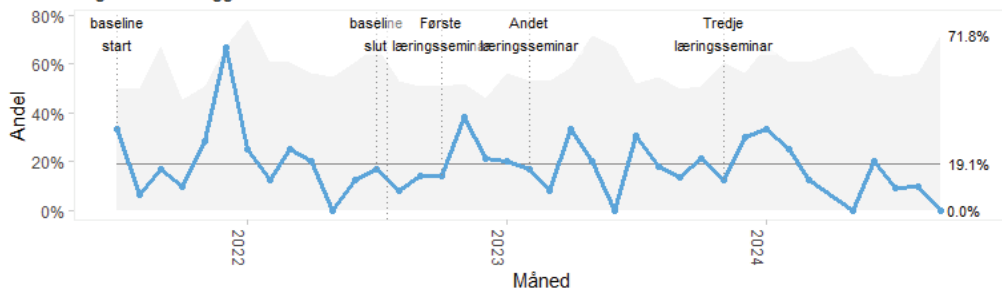
København Genindlæggelser

København Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



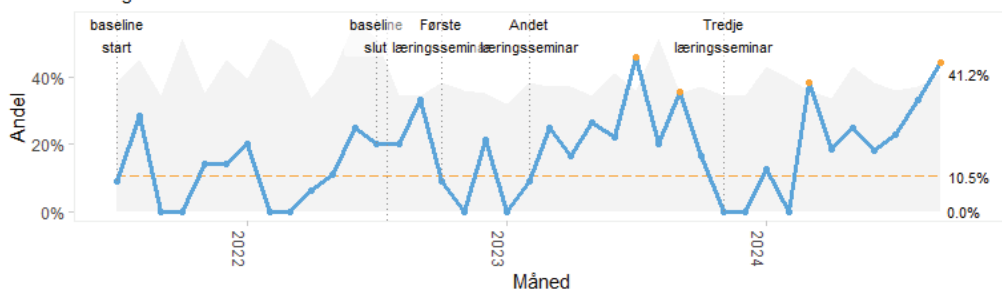
København Mortalitet

København Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



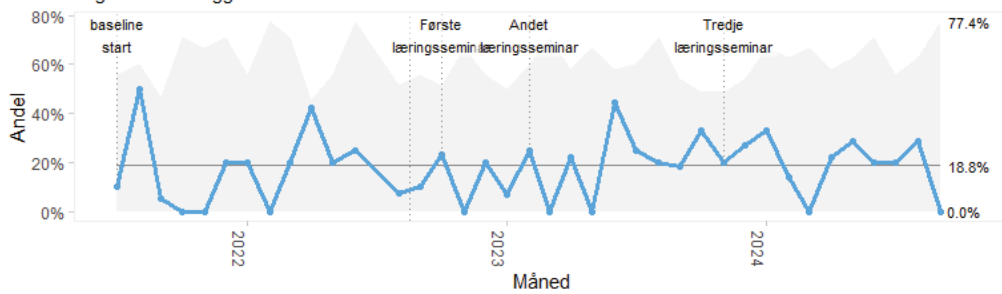
Slagelse Genindlæggelser

Slagelse Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



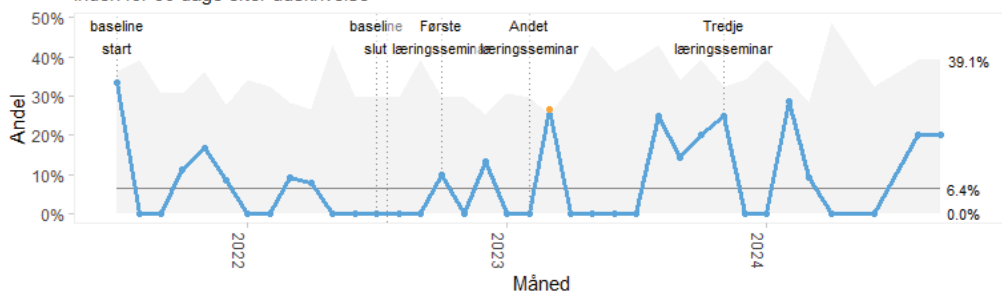
Slagelse Mortalitet

Slagelse Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen



Faaborg-Midtfyn Genindlæggelser

Faaborg-Midtfyn Andel af KOL-indlæggelsesforløb på grund af akut exacerbation, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse



Faaborg-Midtfyn Mortalitet

Faaborg-Midtfyn Andel af patienter med KOL indlagte på grund af akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelsen

