

Udfordringer og potentialer ved anvendelse af velfærdsteknologi i rehabilitering på hospitaler

Charlotte Kira Kimby
Afdelingsleder, Cand.Scient.soc. Ph.d.

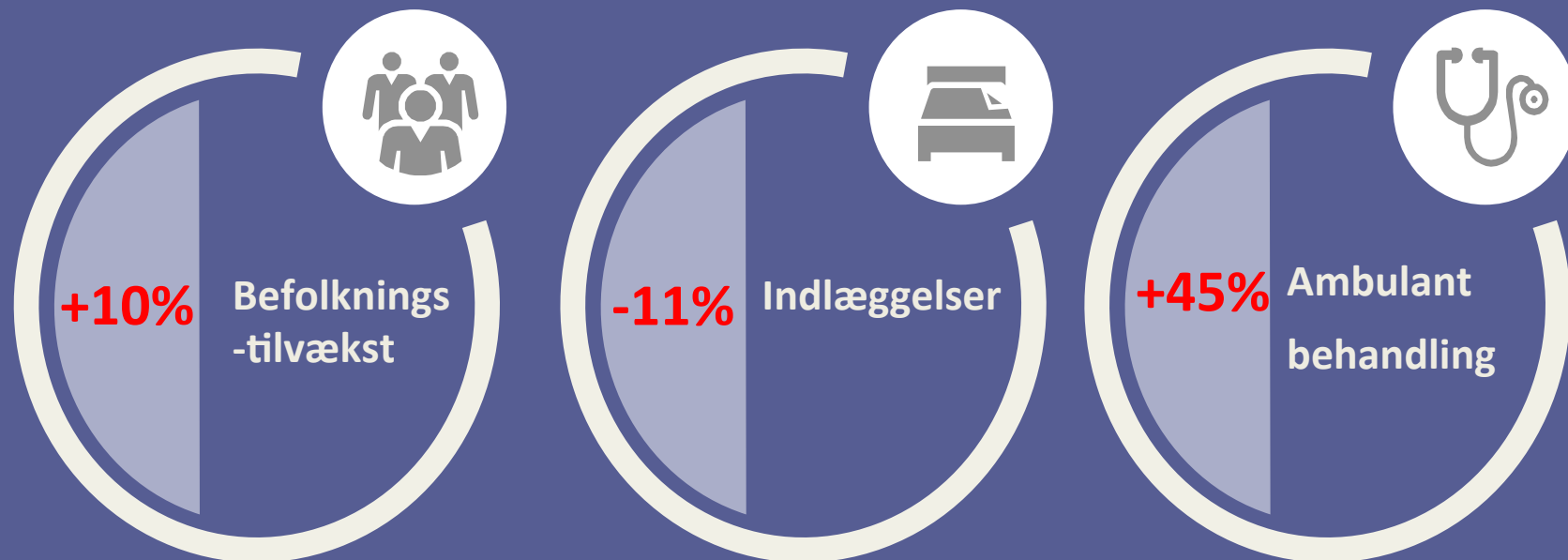
REGION



VihTek

Videncenter for hjælpemidler
og velfærdsteknologi

Region Hovedstaden i 2020



Vi har brug for mere effektiv service af høj kvalitet med reducerede omkostninger!

Et innovationsimperativ!

Mål:
Mere sundhed
Færre omkostninger

The diagram consists of three main circles connected by a horizontal line. The first circle on the left is yellow and contains the text 'Mål: Mere sundhed Færre omkostninger'. The second circle in the middle is dark blue and contains the text 'Praksisnær udvikling'. The third circle on the right is grey and contains the text 'At udvikle, test og implementere løsninger der forbedre behandling og arbejdsgange og reducerer omkostninger'. There are several small circles of various colors (yellow, grey, dark blue) scattered around the main circles, and a small yellow dot is located above the grey circle.

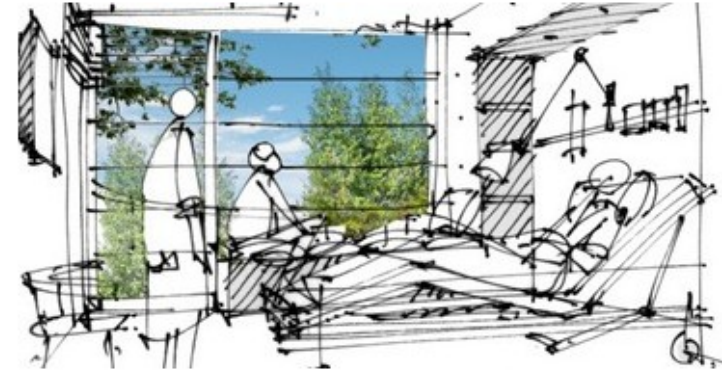
**Praksisnær
udvikling**

At udvikle, test og
implementere
løsninger der
forbedre behandling
og arbejdsgange og
reducerer
omkostninger

VihTeks strategiske indsatsområder

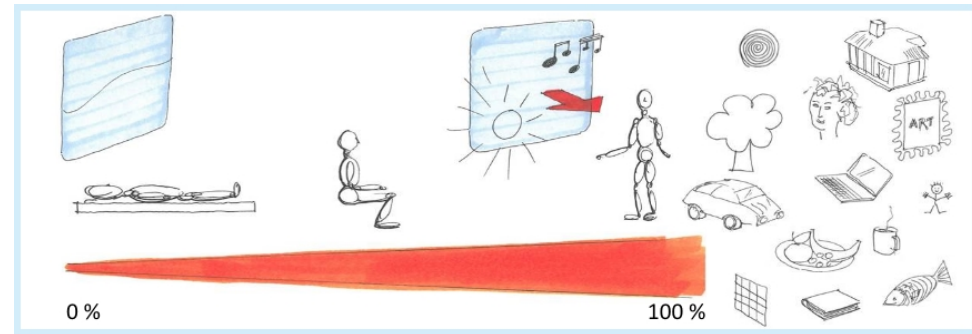
- Bedre rehabilitering
- Forebyggelse af komplikationer
- Forbedret tværsektorielt samarbejde

Udfordringer



- Hvordan aktiverer vi patienternes egne ressourcer?
 - Hvordan motiverer vi?
 - Hvordan ændrer vi organisationskulturen og patientkulturen?
 - Hvordan laver vi brugervenlige, motiverende klinisk relevante løsninger til en rimelig pris?
- Hvordan målretter vi ydelser, så vi tilbyder differentierede patienter relevante tilbud?
 - Hvordan sikrer vi ressourcer bruges, hvor de er mest relevante
 - Hvordan segmenterer vi hurtigt og objektivt?
- Hvordan udnytter vi teknologien til at integrerer patienternes hverdagsliv i rehabiliteringen?
 - Hvad er patienternes største udfordringer efter udskrivelse?
- Hvordan skaber vi rehabiliterende omgivelser?
 - Hvordan sikrer vi at de fysiske rammer understøtter fysisk, kognitiv, psykisk og social rehabilitering?
- Hvordan skaber vi bedre kontinuitet for patienten på tværs af sektorer?
 - hvordan sikrer vi optimal videndeling med hospital og kommune?

Potentiale



- Brugervenlige selvtræningsteknologier designet til og i samarbejde med hospitaler, kommuner og patienter
- At kombinere kommercielle spil med rehabiliteringsteknologier
- At bruge patienters egne tablets / devices
- Klar og let patientsegmentering
- Smartskærmløsning til patienter
- Hyperfølsom aktivitetsmonitorering til hele indlæggelsen





Udfordringer i praksis og retninger for rehabilitering og demens i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Birgitte Hein Klüwer
Psykolog, pl.hj.ass.

Konsulent lokalområde
Vesterbro, Kgs. Enghave og Valby

01/06/16



9 introduktioner til rehabilitering og demens

- > Københavnske borgere med demens i tal
- > Praksiserfaring som begrundelse for valg af rehabiliteringsindsatser
- > Effekter vi gerne vil se mere af i KK

Temaer for evidensforskningen

Det der virker, virker ikke for alle med demens

Målgrupper for evidensforskningen

Udfordringer for medarbejderne i praksis



Københavnske borgere med demens i tal

- > Antallet af københavnske borgere med demens forventes samlet at stige i perioden frem til 2030
 - > Stigning i aldersgruppen 60-74 år: fra 1600 til 2000
 - > Stigning i aldersgruppen 75-84 år: fra **1500 til 2700**
 - > Stigning i aldersgruppen 85-89 år: fra 950 til 1325
 - > Fald i aldersgruppen 90+: fra 1415-1075
-
- > I alt er 2500 udredt og har en demensdiagnose ud af de 6000 københavnske borgere der formodes at have demenssygdom



Rehabiliteringsindsatser vælges eller fravælges ofte alene på baggrund af praksiserfaring

- > Mange spredte indsatser der generelt fører til både positive og negative betydninger for borgere med demens og deres pårørende
- > Vi har ikke sikker viden om hvorvidt der sker ændring i sundhed og velfærd for en borger med demens som følge af bestemte interventioner
- > Vi ønsker at koble evidens med fagpersonernes rehabiliteringsekspertise og borgernes unikke erfaringer, værdier, sygdomsforståelser og ønsker



SUF effekter af rehabiliterings-indsatser for borgere med demens – flere får

- > Helbredsbetiget livskvalitet
 - > Kognitive funktionstab som følge af demens
 - > Funktionstab ved andre sygdomme samtidig med demenssygdom
 - > Funktionstab, øget sygelighed og tidlig død ved overbelastning af pårørende
- > Livskvalitet der er betinget af social deltagelse
 - > Funktionstab der bidrager til social isolation (også for pårørende)
- > Livskvalitet der er betinget af at hjælpen understøtter mestring i hverdagslivets aktiviteter
 - > Funktionstab som følge af professionel hjælp der bredt kompenserer uhensigtsmæssigt i hverdagens aktiviteter – 'stjæler' ressourcer
 - > Funktionstab som følge af uhensigtsmæssig pårørendestøtte
- > Flere gode leveår i egen bolig med mindre afhængighedsoplevelse af hjælp
- > Mere lige adgang til sundhed og velfærd for



Redskaber, metoder, evidens – tematisk

- > Fysisk træning
- > Sansestimulering
- > Hverdagsaktiviteter
- > Teknologi, tolke redskaber, struktur og hukommelse, sikkerhed
- > Social deltagelse
- > Inddragelse af borgeren i rehabiliteringsprocessen
- > Inddragelse af og samarbejde med pårørende
- > Pårørende støtte



Rehabiliteringsindsatser der virker – virker ikke for enhver borger med demens

- > Der er behov for mere solid viden om hvordan indsatser kan tilrettelægges bedst for mere systematisk at sikre de rehabiliteringspotentialer der er knyttet til forskellige
 - > Demensformer
 - > Udviklingsgrader af demenssygdommen
 - > Alder for sygdomsdebut
 - > Kontekst og sociale netværk – fx alene eller samboende, hjemmepleje, midlertidige opholdssteder, plejebolig



Målgrupper for evidensforskningen

- > Yngre borgere tidligt i demensforløbet – kan udvikling af kognitive funktionstab forsinkes ved hjælp af fysisk træning?
- > Borgere med middelsvær til svær demens og adfærdsproblematikker – kan sansestimulerende rehabiliteringsindsatser føre til tryghed og balance mellem aktivitet og ro i for borgere i almindelige plejebolig?
- > Ældre borgere med middelsvær demens – kan livshistorie og reminiscens som rehabiliteringsindsatser understøtte hverdagslivets aktiviteter
- > Hvilke (tematiske) evidensbaserede rehabiliteringsindsatser kan iværksættes tidligt og kontinuerlig med henblik på at få øget rehabiliteringseffekter i senere stadier?



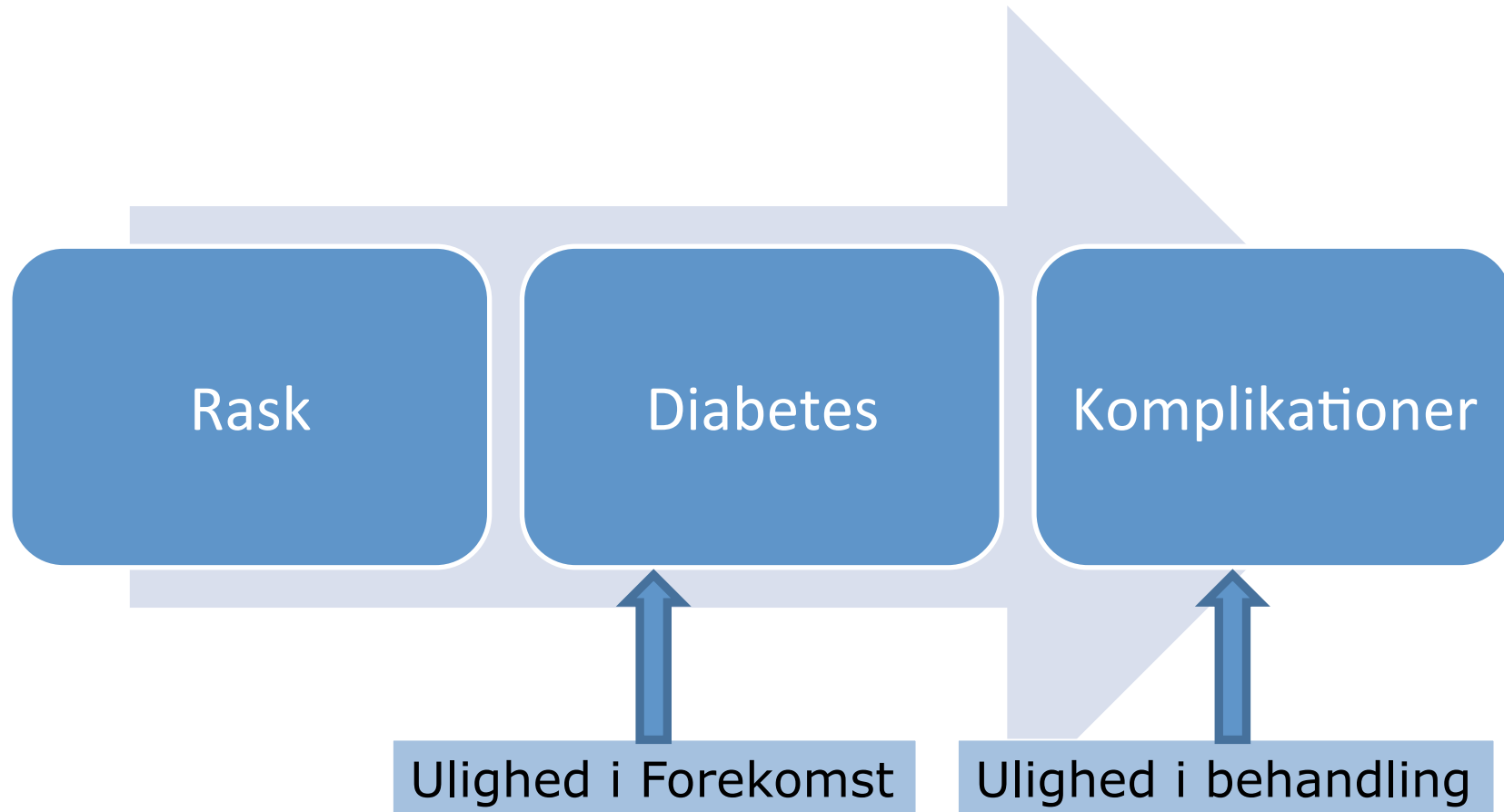
Udfordringer i praksis for medarbejderne

- > Rehabiliterings indsatser med de max fastsatte tidsrammer risikerer at indsatsens mål ikke opnås
 - > Begrænset tidsramme gør det svært at prøve flere ting af, opnå erfaringer og etablere organisering med demensfaglige ressourcer
- > Nedsat eller manglende sygdomsindsigt risikerer at føre til eksklusion fra rehabilitering eller uhensigtsmæssig compensation
 - > Kan fx ikke deltage i almindelig anvendte redskaber som fx Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS) og gør målsætning sammen med borgen vanskelig
 - > Kan fx ikke følge instruktioner i en given kontekst og gør træning vanskelig at gennemføre
- > Redskaber der har svært ved at måle fx 'så meningsfuld hverdag som muligt'

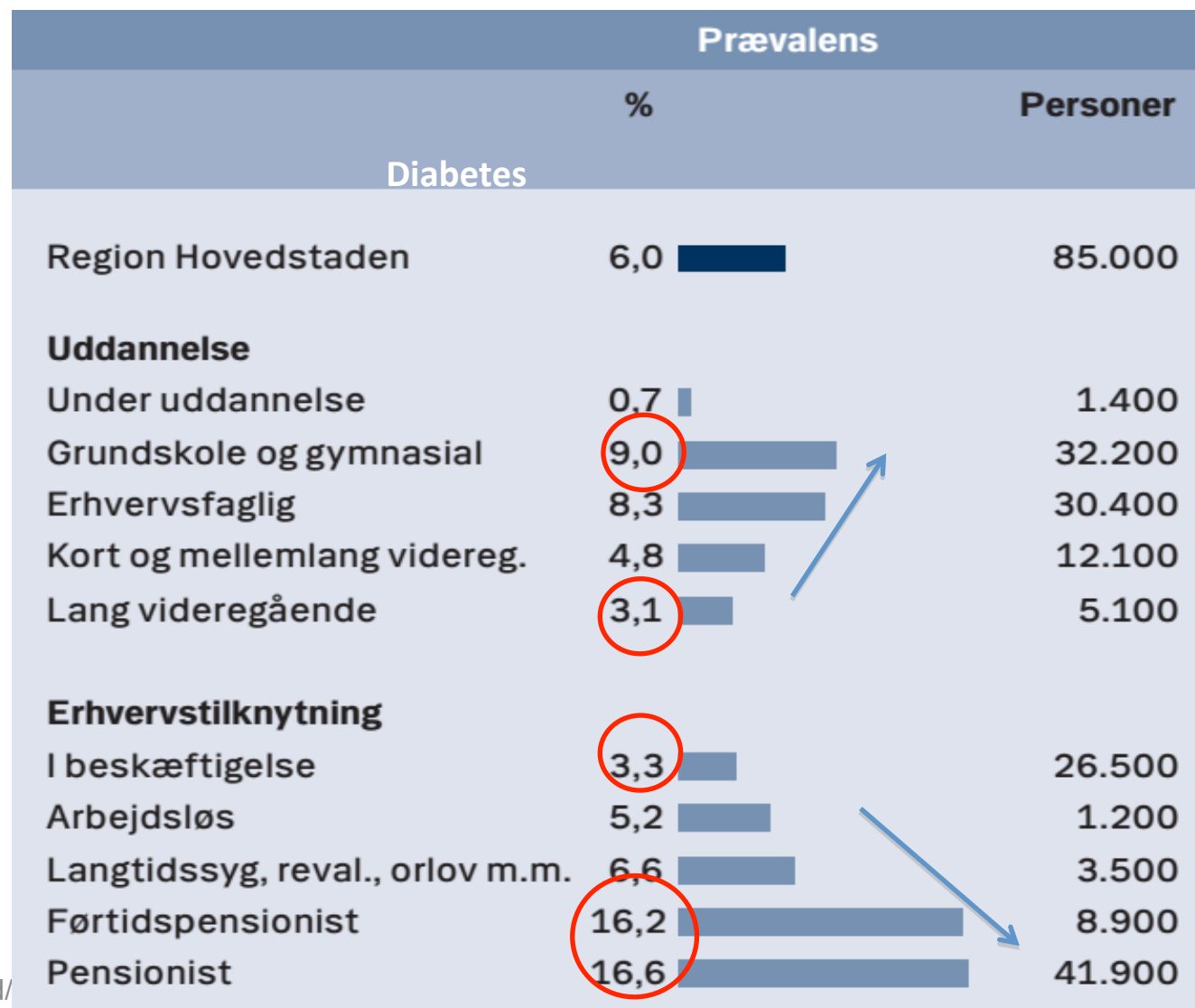
Social ulighed og diabetes

Charlotte Glümer
Centerchef, Center for Diabetes
Adj. Professor AAU
Tidligere Sektionschef Forskningscenter for
Forebyggelse og Sundhed

Social ulighed – hvorfor?



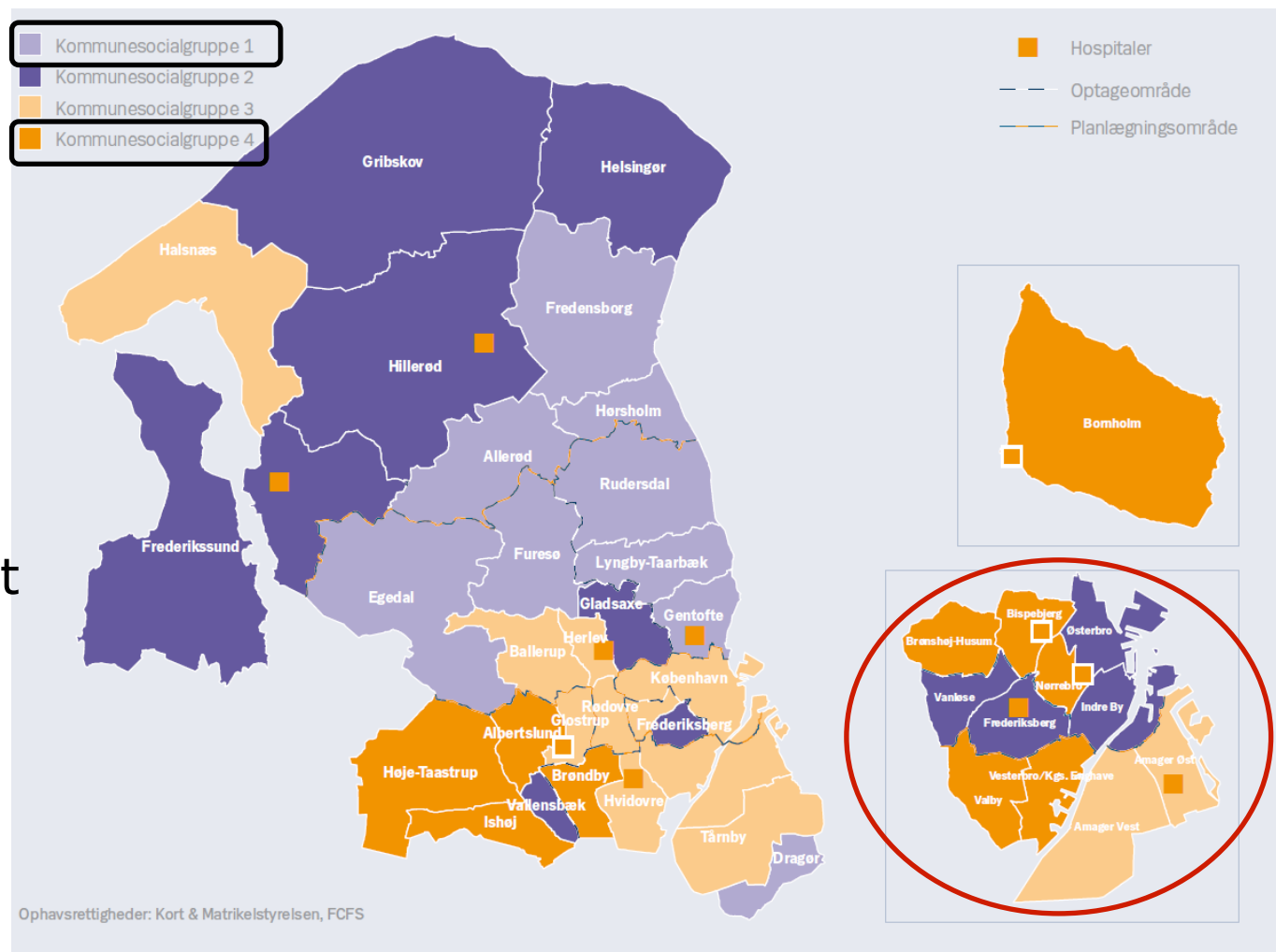
Social ulighed i forekomst af Diabetes



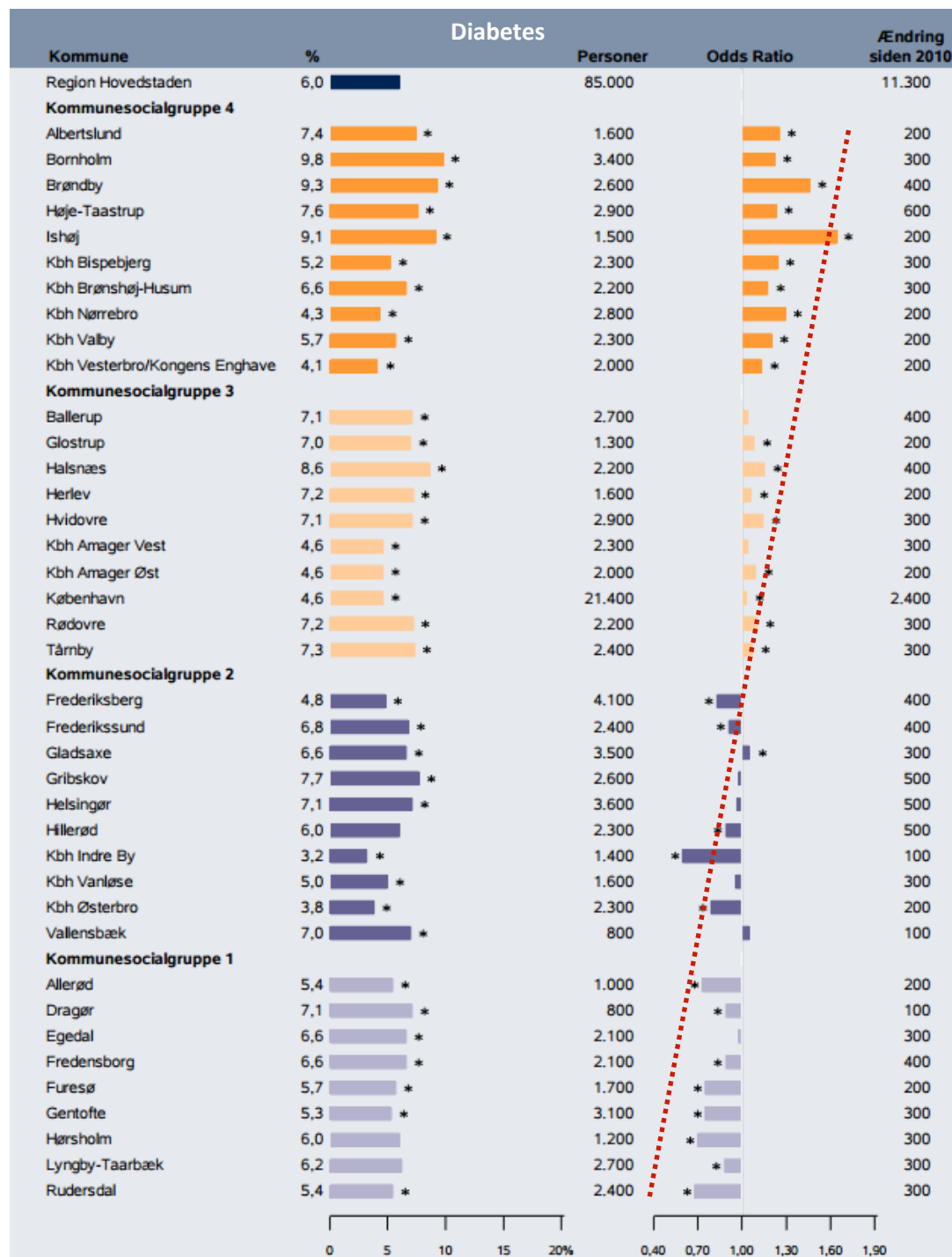
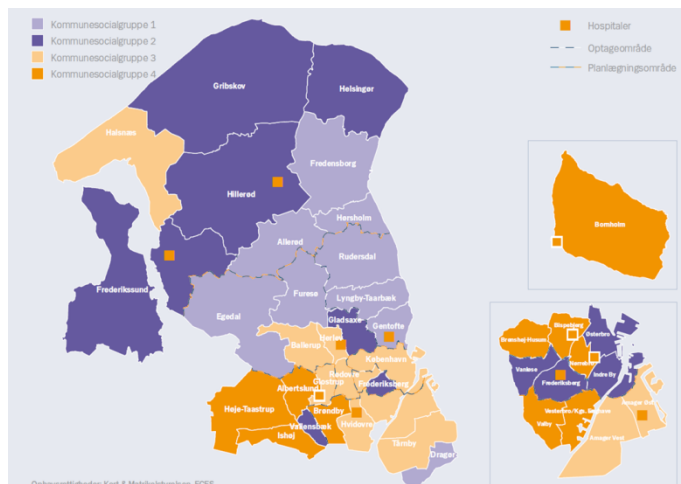
Geografisk variation - i sociale forhold

Kommunesocialgruppe

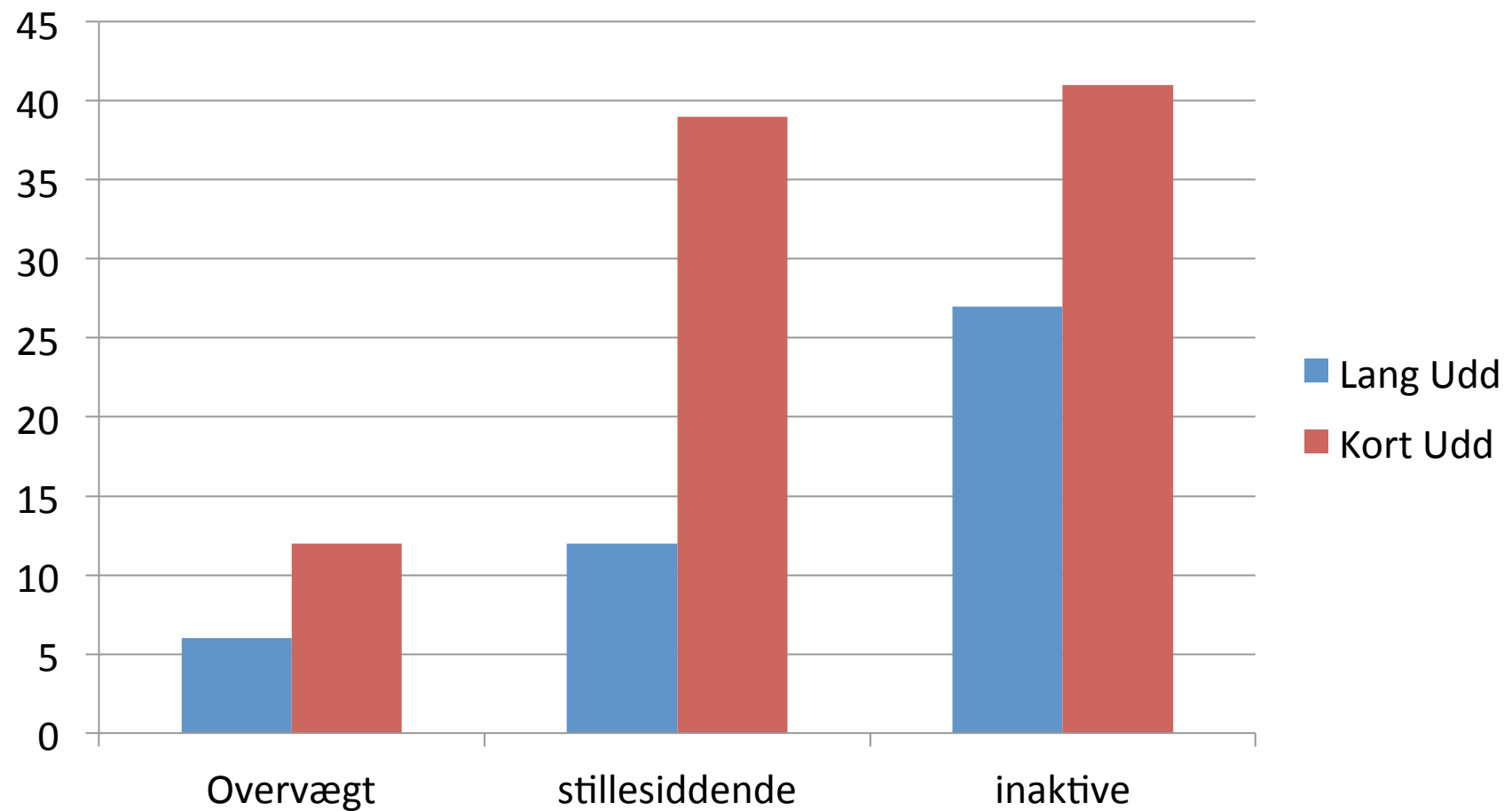
- ↑ Andel med kort uddannelse
- ↑ Andel uden for arbejdsmarkedet
- ↕ Gennemsnitlig bruttoindkomst



Social ulighed på tværs af kommunerne



Hvorfor denne ulighed?



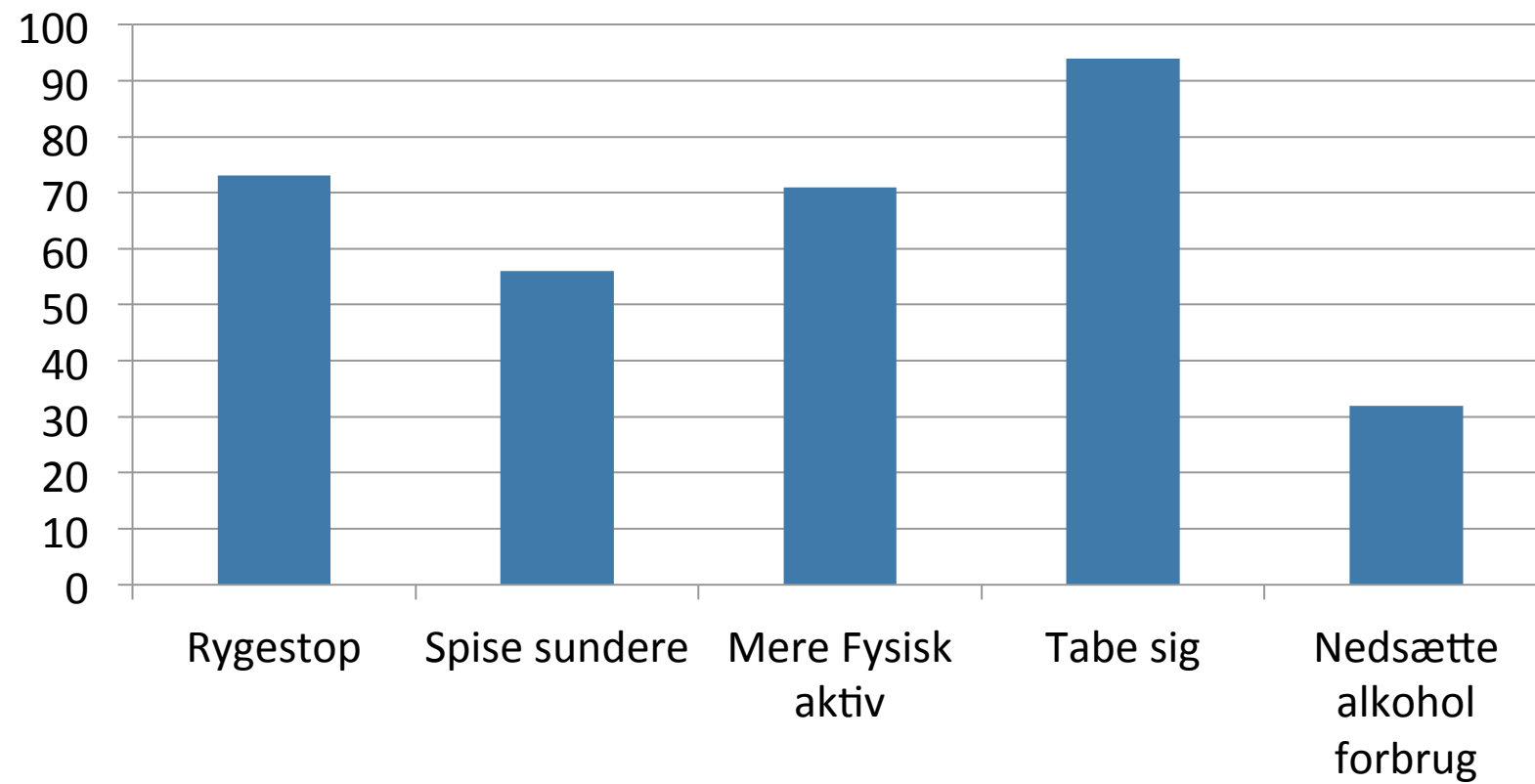
Ulighed i behandling

- Kort uddannede
 - Har flere kroniske sygdomme
 - Bliver ikke henvist til forløb
 - Tager sjældnere i mod tilbud
 - Dropper oftere ud af tilbud
 - Har flere kontakter til sekundære sundhedsvæsen – flere akutte kontakter, indlæggelser
- Hvorfor?
 - Kronisk sygdomme er ikke hovedproblemet i deres hverdag
 - Økonomi – manglende netværk – Ensomhed - Uden for arbejdsmarkedet – OSV-

Forebyggelsesstrategier

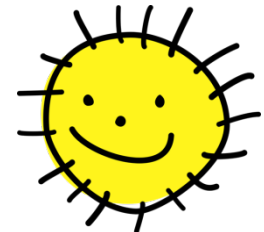
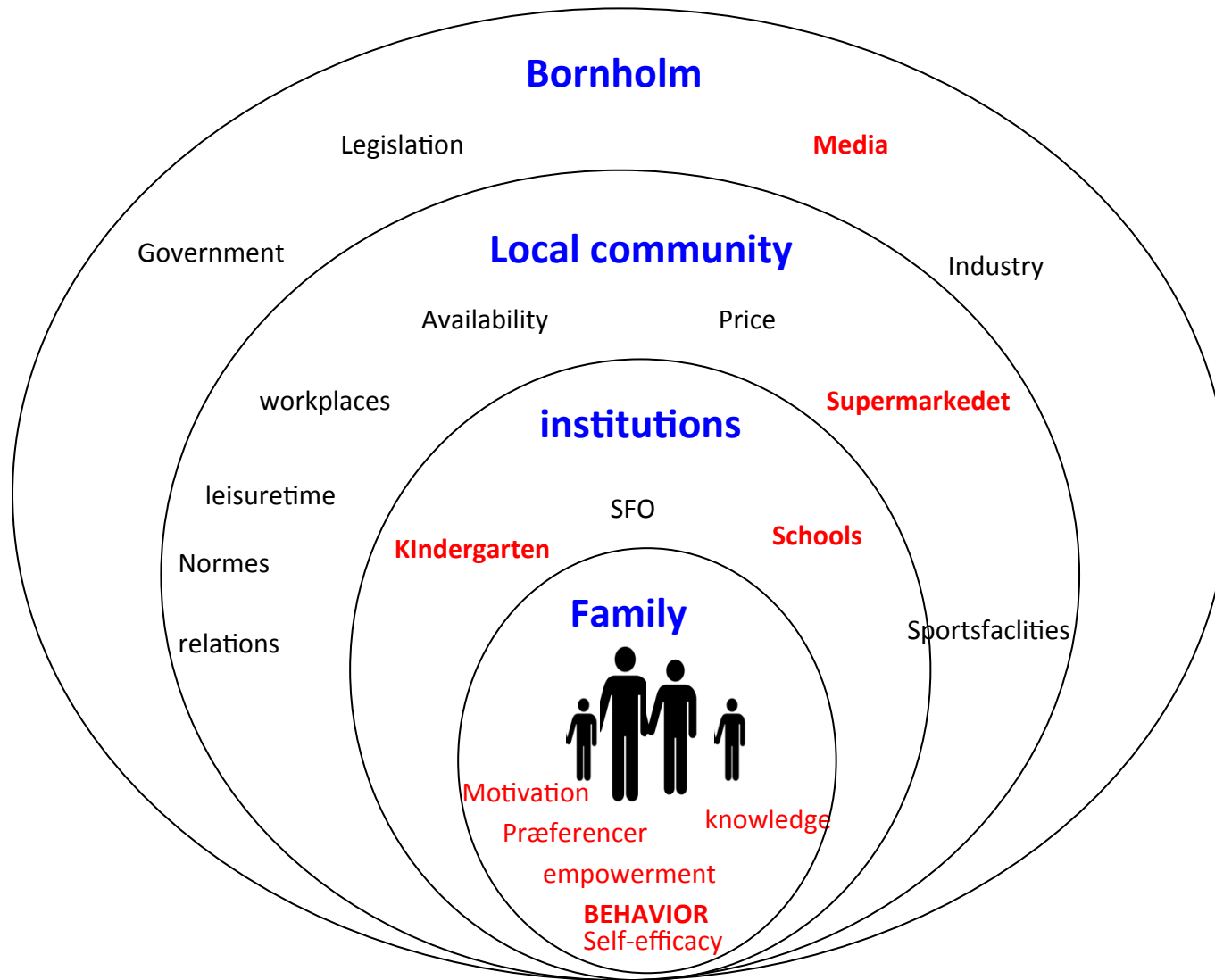
- **Befolkningsorienterede strategier**
 - Massekampagner
 - Fortæl befolkningen, hvad der er rigtigt
 - **Initiativ og ansvar: Borgeren**
 - Strukturel strategi
 - Sundhedsfremmende rammer/regulering ("Gøre de sunde valg til de nemme valg")
 - **Initiativ og ansvar: Det politisk administrative system**
- **Individorienteret strategi**
 - Højrisikostrategi: Indsats over for individer med kendte risikofaktorer
 - **Initiativ og ansvar: Borgeren**

Motivation til adfærdsændring

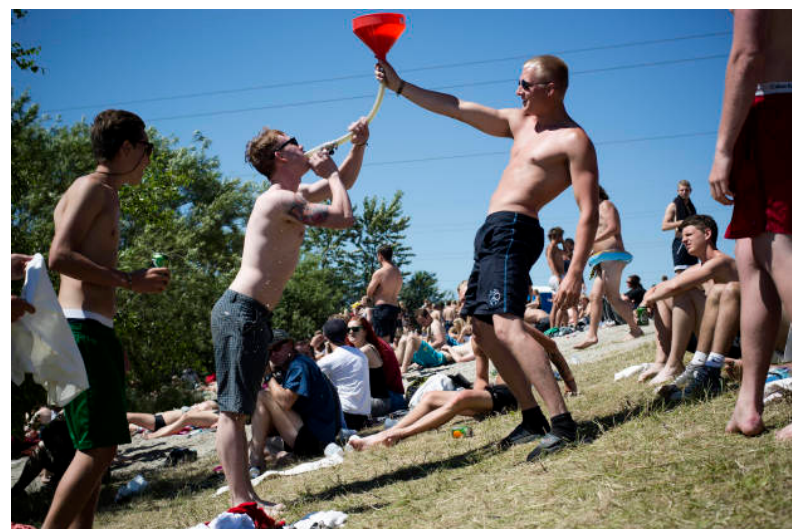


Sundhedsprofil, Region Hovedstaden, 2013

Sundhedsadfærd er påvirket af mange faktorer



Hvorfor – ”sygdomsskabende” miljøer



Sundhedsfremmende miljøer – gør det sunde valg til det nemme valg



Living Cities – where it is easy to be active

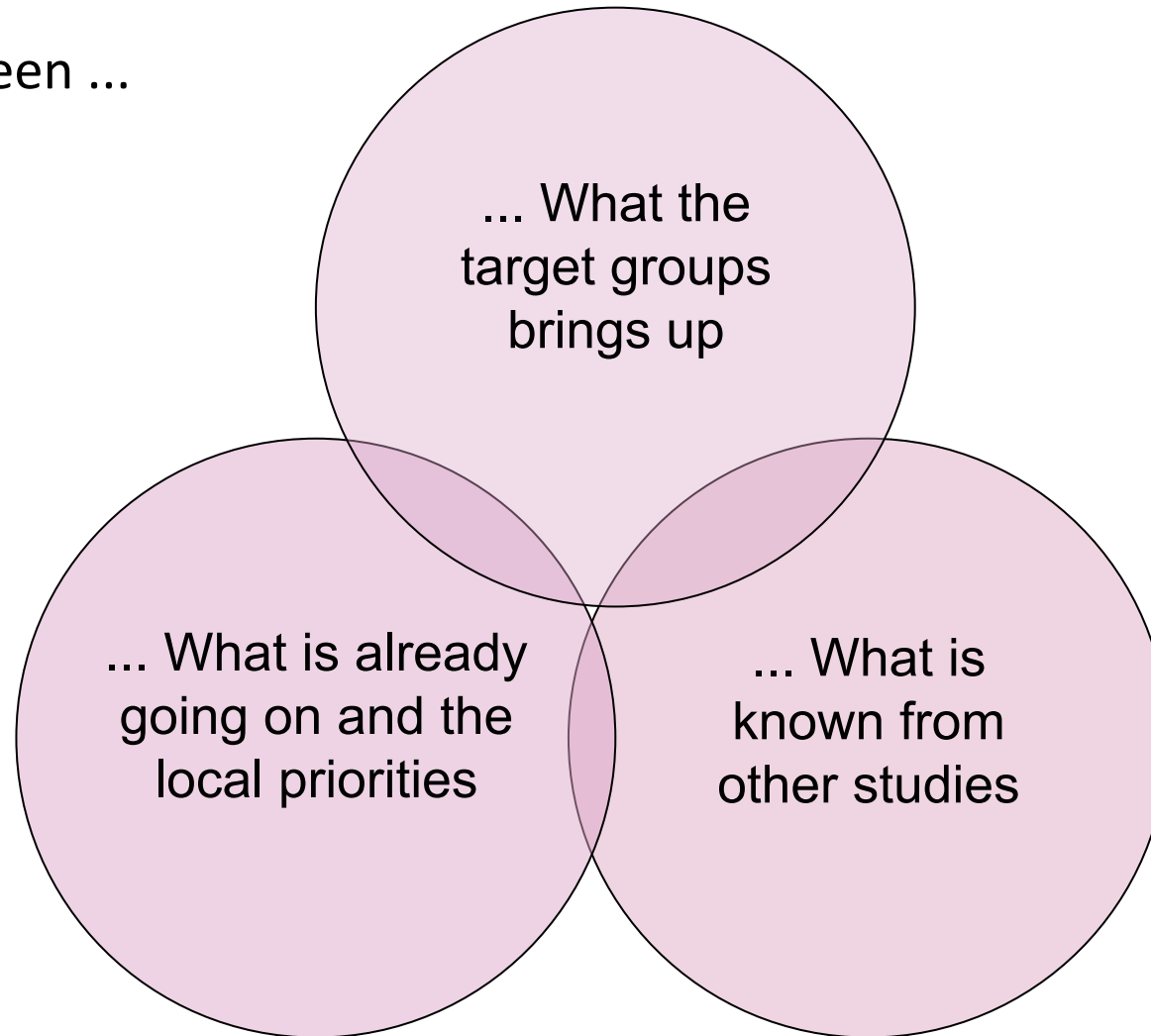


Copenhagen today:

- Numbers of individuals using bike increase
- Obesity stagnate

Development of interventions

... a balance between ...



Konklusion

- Ulighed i sundhed og diabetes er et stigende problem
- Kombinerede forebyggelsesstrategier er vejen frem
 - Rammer, der understøtter sund levevis i dagligdagen
 - Informationer/kampagner om sundhed
 - Differentierede indsatser til borgerne



Borgerrettet forebyggelse

CACHET Workshop 1. juni 2016

Centerchef Katrine Schjønning, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Middellevetid i København



Stigning i middellevetid

Steget 4,5 år siden 1995. Men vi er stadig 2,2 år under det nationale gennemsnit

Ulighed i sundhed

Jo højere uddannelse jo højere middellevetid

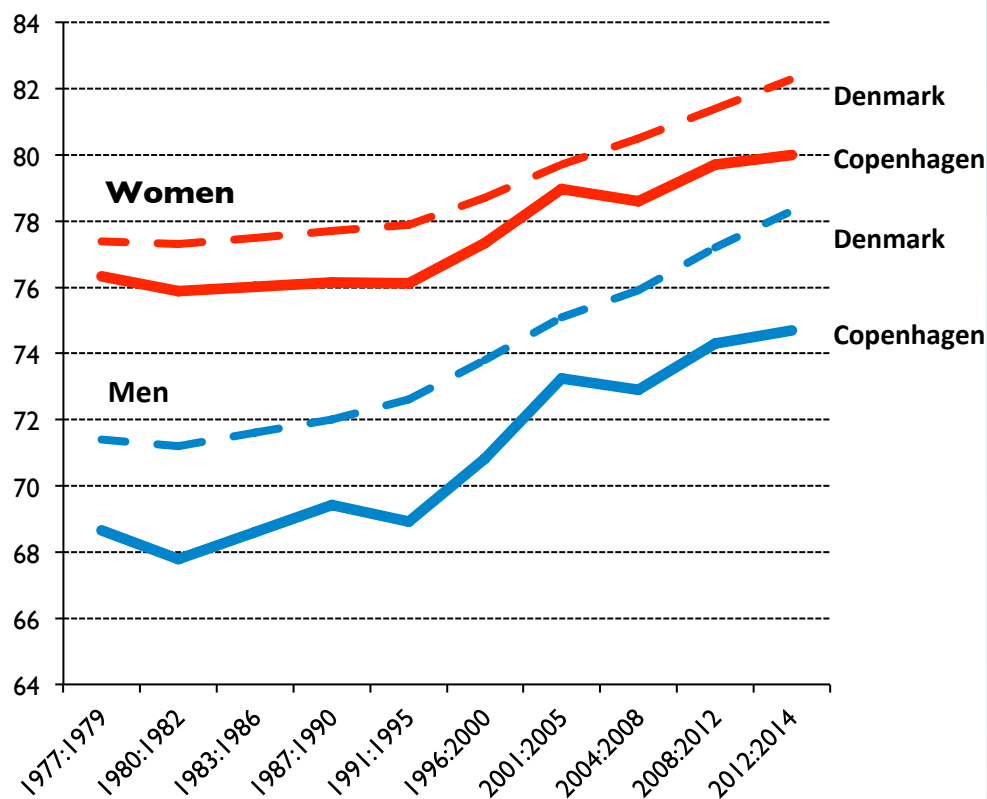
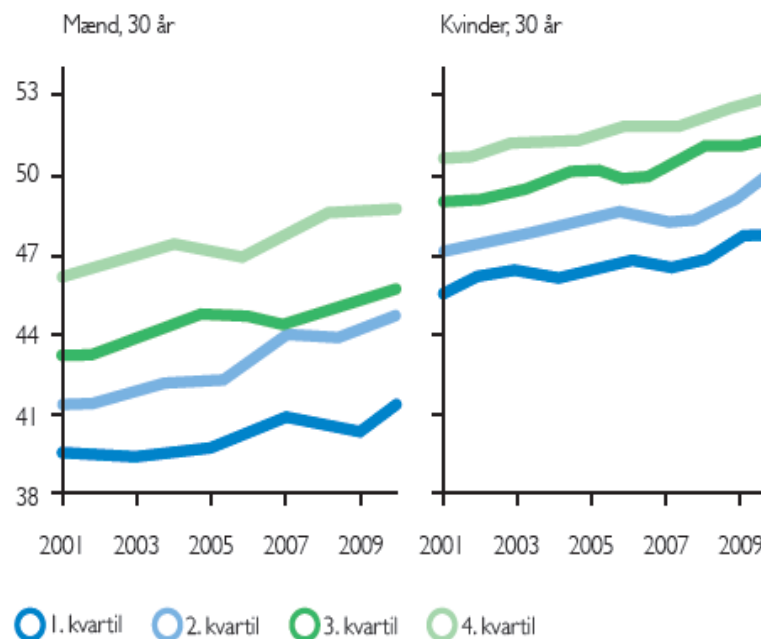


Fig 2.1 - Restlevetid ved 30-års alderen for fire uddannelses-kvartiler i København 2001-10. Forventet restlevetid i år

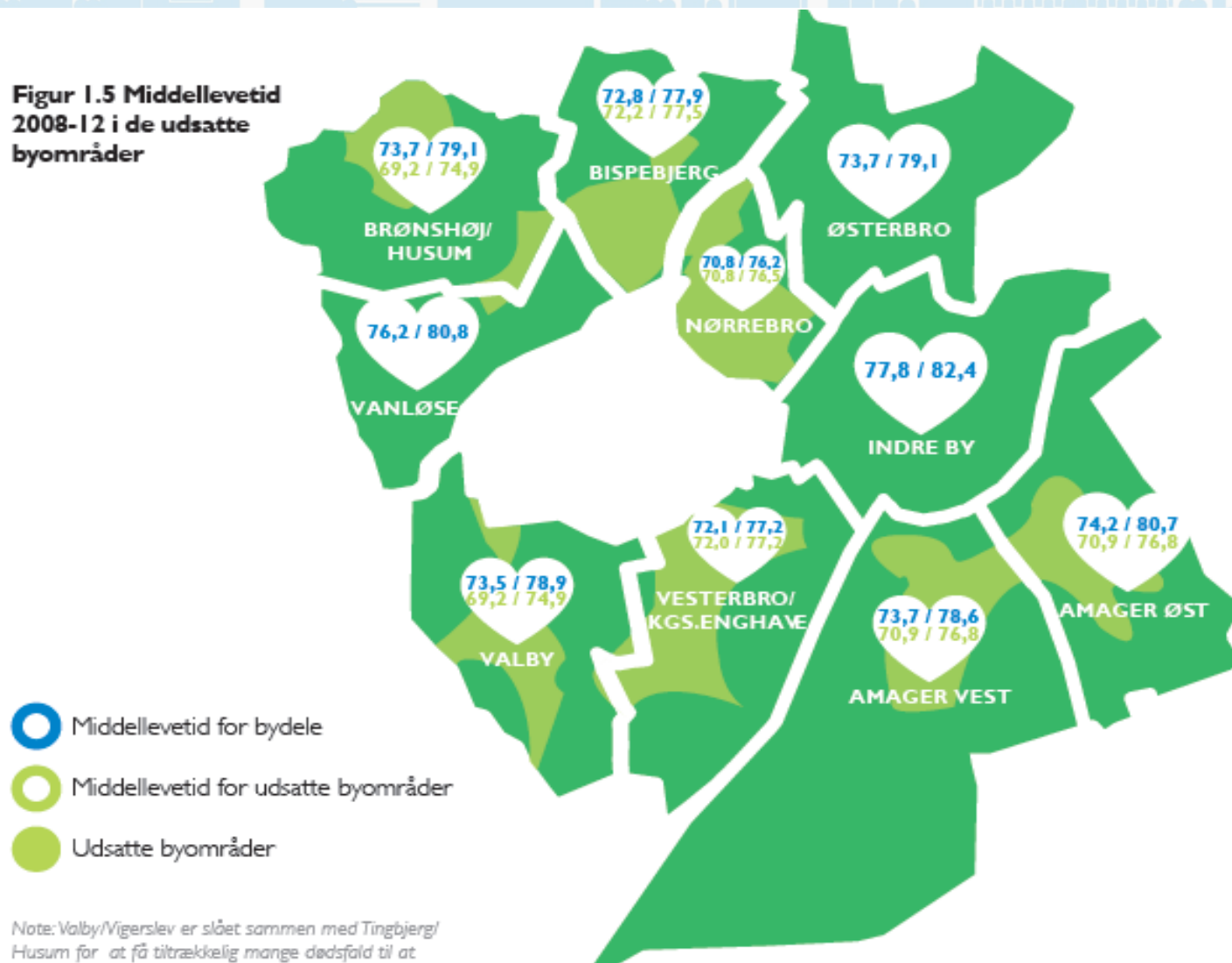


En kvartil svarer til en fjerdel af befolkningen

Middellevetid i bydele og i de udsatte byområder



Figur 1.5 Middellevetid 2008-12 i de udsatte byområder



Note: Valby/Vigerslev er slået sammen med Tingbjerg/Husum for at få tiltrækkelig mange dødsfald til at kunne udregne middellevetiden

Sundhedstilstanden i København

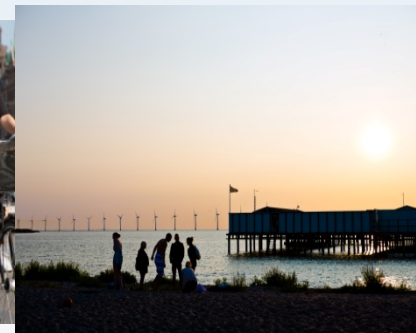


- **17 %** ryger dagligt
- **23 %** af københavnernes har et storforbrug af alkohol eller tegn på alkoholafhængighed (risikabelt alkoholadfærd)
- **28 %** er fysisk inaktive (mindre end 30 minutters moderat til hård fysisk aktivitet om dagen)
- **26 %** er moderat overvægtige (BMI>25) og
- **10 %** lider af svær overvægt (BMI>30)

Kronisk sygdom i København



- **37 %** har mere end én kronisk sygdom
- **5 %** (25.000) har diabetes. I 2040 vil det tal være fordoblet
- **3 %** (14.300) har hjerte-kar-sygdomme
- **2 %** (11.000) har kræft. Det vil stige mere end 50 % over de næste 10 år





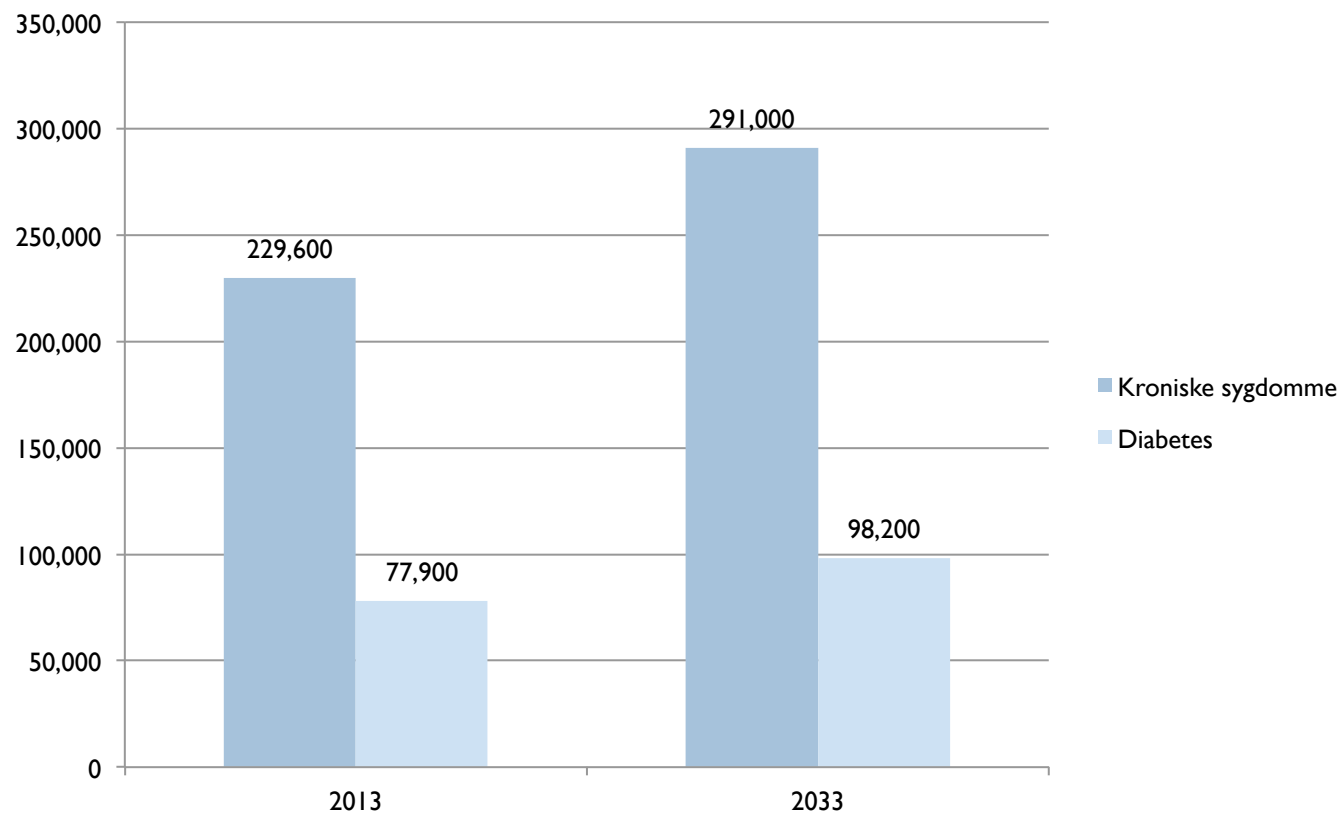
Ny retning for sundhedshusene – hvorfor?

- **... fordi der er et ydre pres**
 - øget grad af specialisering på sygehusene, flere og mere komplekse opgaver, stigning i kroniske sygdomme
- **... fordi der er et tydeligt politisk mål**
 - stor og voksende udfordring med den sociale ulighed i sundhed
- **... fordi København har høje faglige ambitioner**
 - præge den nationale dagsorden på sundhedsområdet og det nære sundhedsvæsen
 - gå forrest, når det kommer til diabetes samt borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme





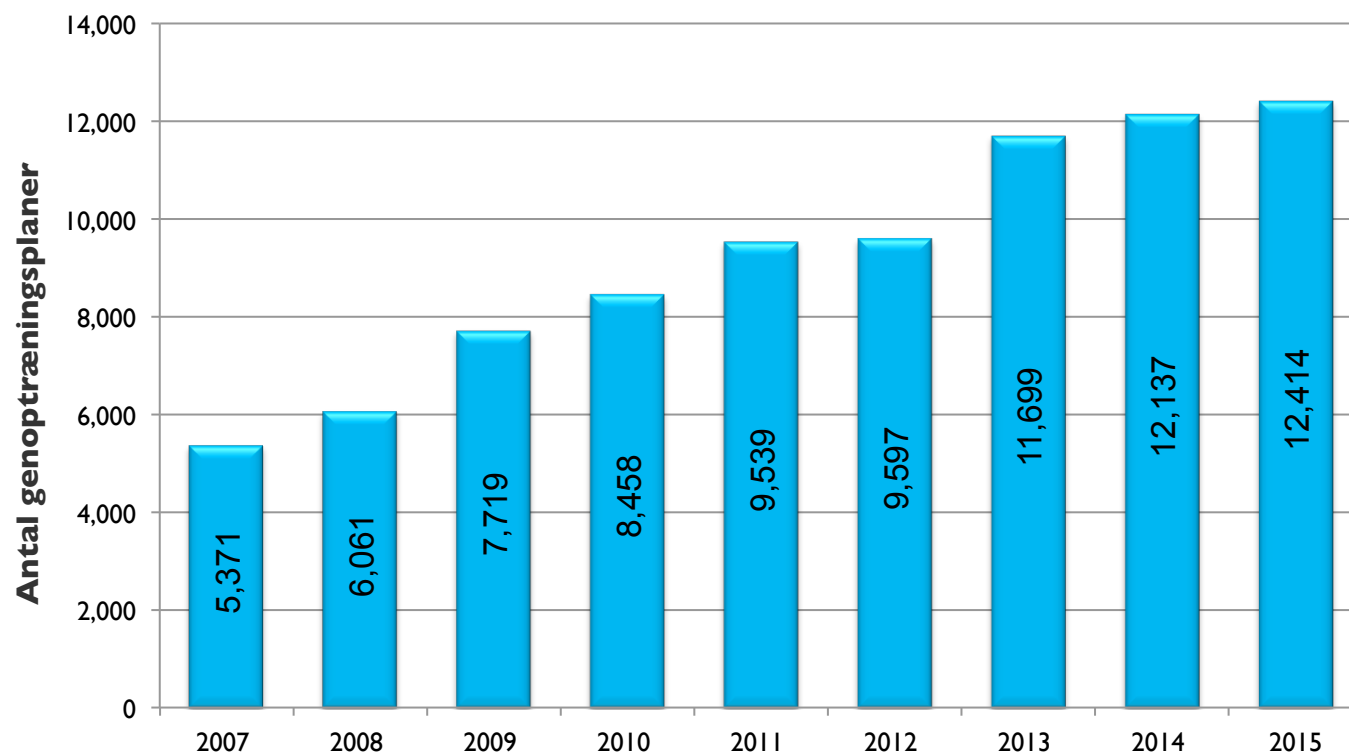
Fremskrivning af kroniske sygdomme og diabetes i Region Hovedstaden



Kroniske sygdomme: Blodprop i hjertet, diabetes, KOL, kræft og depression



Øget behov for genoptræning – hertil kommer rehabilitering ind i ældreplejen

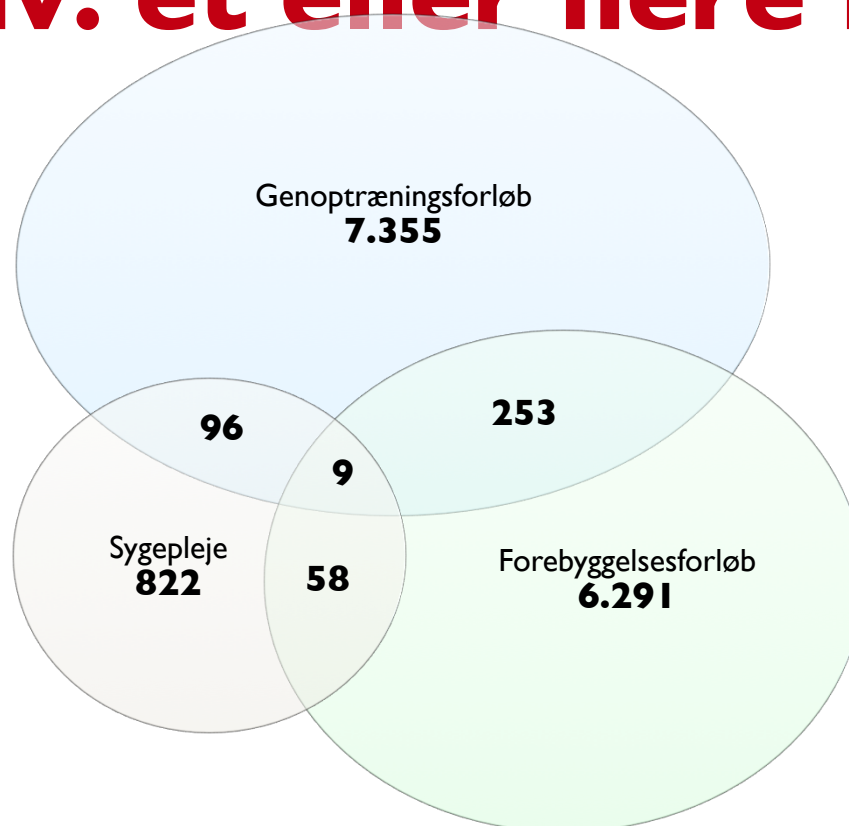


Kilde: KOS

Note: Figuren viser en stigning i antallet af almene genoptræningsplaner fra 2007 og frem. I 2013 ses en markant høj stigning i forhold til de tidligere år. Dette hæger bl.a. sammen med et øget antal genoptræningsplaner indenfor diagnosegrupperne af yngre borgere med ledoperationer, smerter i led/muskler og rygsmerter. Der ses ligeledes en høj stigning i antallet af genoptræningsplaner indenfor det geriatriske område (den ældre medicinske patient).

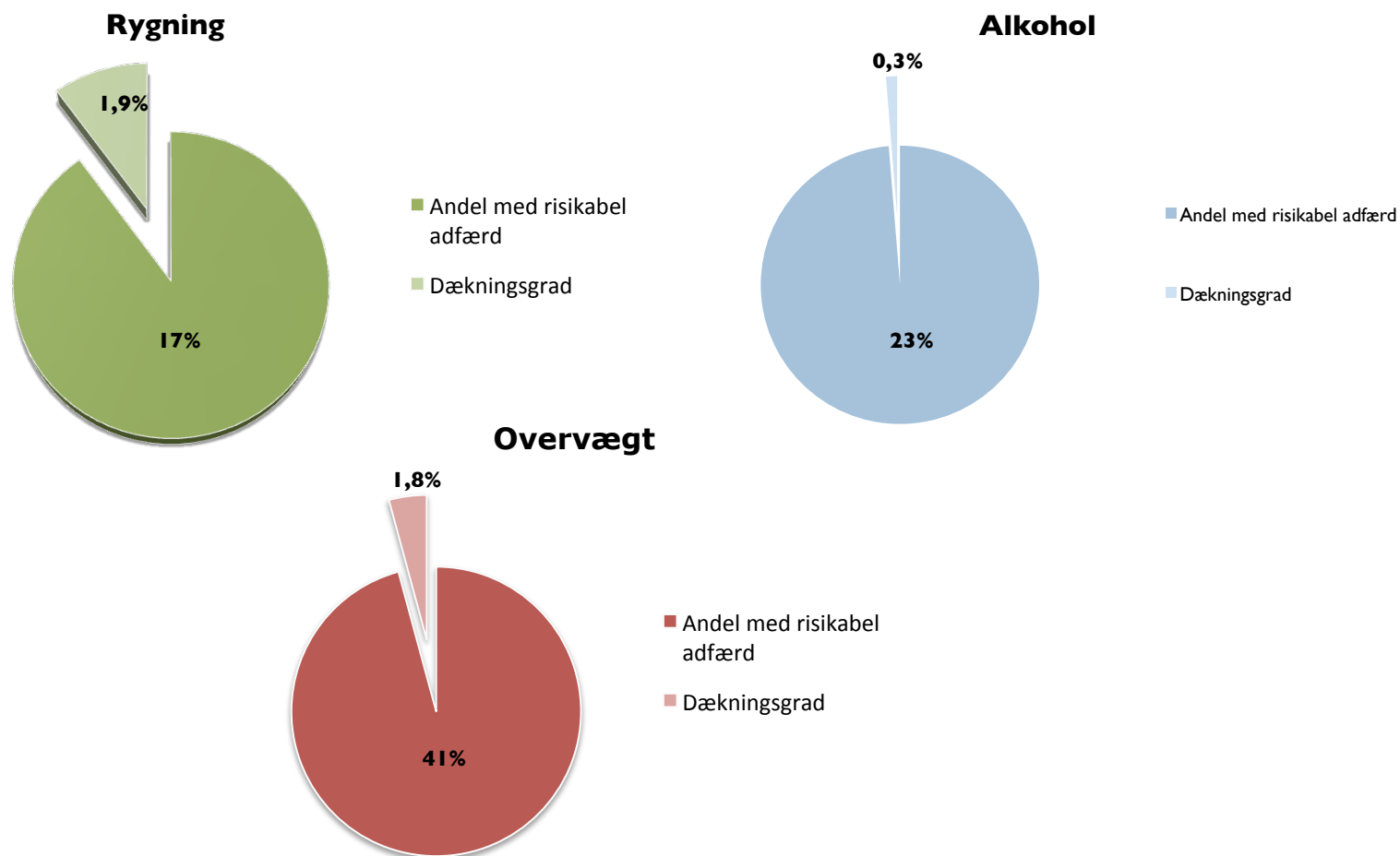


Antal borgere i forløb som har hhv. et eller flere forløb i 2014





Dækningsgrader på forebyggelsesområdet





- # Svar på udfordringerne
- Etablering af et center for diabetes i København
 - Omdrejningspunktet for de fem sundhedshuse bliver borgernes behov for genoptræning og patientrettet forebyggelse, samt den ældre medicinske patient
 - Ny retning for den borgerrettede forebyggelsesindsats – strukturel forebyggelse i borgerens nærmiljø
 - Enstrengt ledelse i sundhedshusene
 - I lighed med center for diabetes vil Neurologi- og rehabiliterings-center København, Center for Børn og Unges Sundhed (tidligere BørneVægtsCentret) og Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) placeres som bydækkende specialiserede tilbud

=> Fra den 1. juli 2016