

Alternativer til innleggelse for eldre og kroniske syke - Del 3

*Erfaringer og evalueringer fra prosjekter som kan redusere
liggedøgn i sykehus*

Notat fra Kunnskapssenteret
Juni 2015

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Notat: ISBN 978-82-8121-358-6

Juni 2015

Tittel	Alternativer til innleggelse for eldre og kroniske syke. Del 3. Erfaringer og evalueringer fra prosjekter som kan redusere liggedøgn i sykehus.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Marie Brudvik, <i>seniorrådgiver (prosjektleder)</i> Toril Bakke, <i>seniorrådgiver</i>
ISBN	978-82-8121-358-6
Prosjektnummer	607C
Rapporttype	Notat
Antall sider	64
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet
Nøkkelord	Innleggelser, reinnleggelse, liggedøgn, kvalitetsforbedring, prosjekter
Sitering	Brudvik M., Bakke T., Alternativer til innleggelse for eldre og kroniske syke, del 3: Erfaringer og evalueringer fra prosjekter som kan redusere liggedøgn i sykehus. Notat 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke alle som har bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, juni 2010

Hovedfunn

I dette notatet presenteres tolv ulike tiltak i kommunehelsetjenesten hvor evalueringer og erfaring har vist effekt når det gjelder reduksjon i antall innleggelser og liggedøgn i sykehus for kronisk syke og eldre. Dette samtidig som kvaliteten på tjenestene ivaretas. Eksemplene er innhentet som del av et større prosjekt.

Alternativer til innleggelse for eldre og kroniske syke. Erfaringer og evalueringer fra prosjekter som kan redusere liggedøgn i sykehus.

Hva slags rapport er dette?

Notat

Hva er inkludert?

- Se kriterier s. 9

Hva er ikke inkludert?

- Se s. 10

Hvem står bak denne rapporten?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter prosjekter ble avsluttet Juni 2010.

Innhold

Hovedfunn	4
Innhold	5
Forord	6
Problemstilling	7
Innledning	8
Metode	9
Populasjon	9
Søkestrategi.....	9
Inklusjonskriterier.....	10
Eksklusjonskriterier	11
Begrensninger.....	11
Resultat	12
Antall prosjekter	12
Generelle kommentarer til prosjektgjennomgangen	12
Prosjekter som er relevante i forhold til inklusjonskriteriene	13
Diskusjon	14
Konklusjon	15
Behov for videre kartlegging.....	15
Oversikt over tiltak	16
Tiltak	42
Metodehåndbok akutte prosedyrer sykepleiere	42
Annen aktivitet.....	42
Annen evaluering	46
Redegjørelse for betydningen av ART fra prosessansvarlig lege	46
Referanser	64

Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet og Samhandlingsavdelingen i Helse og omsorgsdepartementet *å kartlegge og beskrive tiltak som kan redusere innleggelses og liggedøgn i sykehus for eldre og kronisk syke.*

For Kunnskapssenteret innebærer dette tre delprosjekt - både å lage en systematisk kunnskapsoppsummering, kartlegge litteratur, og samle gode eksempler fra Norge og utlandet, dersom slike finnes.

Dette notatet er resultatet av delprosjektet som har hatt som mål å beskrive eksempler på tiltak i kommunene hvor evalueringer og erfaring har vist effekt når det gjelder reduksjon i antall innleggelses og liggedøgn i sykehus for kronisk syke og eldre. Dette samtidig som kvaliteten i tilbudet ivaretas eller styrkes.

Dette prosjektet har bestått av:

- Prosjektleder: Avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl
- Ledere av delprosjektene, seksjonsleder Gunn Elisabeth Vist, avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl og seniorrådgiver Marie Brudvik
- Deltakere i arbeidsgruppen for dette delprosjektet er seniorrådgiverne Marie Brudvik og Toril Bakke.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Anders Vege
Seksjonsleder

Marie Brudvik
Prosjektleder

Problemstilling

Problemstillingen i dette delprosjektet har vært: Hvilke tiltak kan forebygge sykehusinnleggelse og/eller redusere liggetid hos gruppen eldre og personer med kronisk sykdom? Dette samtidig som kvaliteten i tilbudet ivaretas eller styrkes.

Det er gjennomført en rekke kvalitetsforbedringstiltak i Norge i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, og det er et ønske fra overordnede myndigheter å få en oversikt over disse tiltakene med tanke på bedre utnyttelse av helsesektorens ressurser. Det er i dag ikke etablert praksis eller krav til publisering av kvalitetsforbedringsprosjekter, og resultatene av slike prosjekter er derfor ofte vanskelig tilgjengelig, eller ikke tilgjengelig i det hele tatt.

Innledning

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet og Samhandlingsavdelingen i Helse og omsorgsdepartementet (HOD) *å kartlegge og beskrive tiltak som kan redusere innleggelser og liggedøgn i sykehus for eldre og kronisk syke*. Eksemplene skal bidra til at kommunene blir inspirert til å forme sin "nye kommune-rolle" gjennom blant annet:

- Økt satsing på forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats.
- Utvikling av tilbud før, istedenfor og etter sykehus-/institusjonsopphold.

For Kunnskapssenteret har oppdraget medført tre ulike delprosjekt - både å lage en systematisk kunnskapsoppsummering, kartlegge litteratur, og samle gode eksempler fra tiltak i kommuner.

Dette notatet er resultatet av delprosjektet som har hatt som mål å samle og beskrive eksempler på tiltak som synes å forebygge sykehusinnleggelser og/eller reduserer varigheten av sykehusopphold for gruppen eldre og personer med kronisk sykdom. Dette samtidig som kvaliteten i tilbudet ivaretas eller styrkes.

Mens de to andre delprosjektene ser på tiltak som er publisert og tilgjengelig i forskningsdatabaser, har dette delprosjektet søkt etter kvalitetsforbedringstiltak og tiltak som ikke har blitt publisert som forskning. Bakgrunnen for oppdraget er det pågående arbeidet med Samhandlingsreformen der man søker å styrke kommunenes muligheter til å behandle pasienter, samtidig som det skal satses på forebyggende tiltak overfor risikogrupper. Kartleggingen har hatt som mål å bygge videre på det arbeidet som er gjort i forkant av Stortingsmelding 47 (1).

Metode

Populasjon

Vi har søkt etter tiltak for kronisk syke - alle kroniske sykdommer uavhengig av aldersgruppe, og eldre.

Søkestrategi

I arbeidet med å finne prosjekter og tiltak har vi valgt tre ulike søkestrategier, samt kombinert disse: Følge mottakere av prosjektmidler, snowball-sampling¹, og søk på internett.

Følge prosjektmidlene

Vi valgte å begynne kartleggingen ved å søke hos instanser som utlyser midler til kvalitetsforbedring av helsetjenesten. Ved å gjennomgå lister over mottakere av ulike typer prosjektmidler i perioden 2007- 2009 ønsket vi å få en bred oversikt over aktuelle tiltak som har blitt gjennomført, eller er i ferd med å gjennomføres på området.

Eksempler på finansieringskilder er HOD, Helsedirektoratet og Helsedialog (Helse Sør-Øst RHF). Den konkrete kartleggingen ble gjennomført ved å lese titler og innledninger på prosjekter som er tildelt midler, og deretter en gjennomlesing av tilgjengelig prosjektinformasjon på de tiltakene som oppfyller inklusjonskriteriene.

Fordelen med denne søkestrategien er at den kan fange inn mange prosjekter/tiltak som ikke er forsket på, og som ikke er publisert i noen fagtidsskrift. Vi ønsker å trekke frem prosjektoversikten til Helsedialog som spesielt tilgjengelig når det gjelder oversikt over prosjekter, fremdriftsplan, kontaktinformasjon og sluttrapporter. Denne oversikten har vært til stor hjelp i søkearbeidet.

En mulig svakhet med denne søkestrategien er at prosjekter/søknader som ikke er tildelt midler, men likevel kunne ha oppfylt inklusjonskriteriene ikke blir fanget opp.

Snowball sampling

Snowball sampling er en metode for innsamling av data som blir benyttet i studier med kvalitativt forskningsdesign. Hensikten er å kartlegge informasjonsrike infor-

¹ Begrepet "Snowball Sampling" ble første gang benyttet i en artikkel av Leo A. Goodman i tidsskriftet The Annals of Mathematical Statistics i 1961

manter, dvs. personer med kunnskap på et bestemt område som igjen kan henvise til andre kunnskapsrike personer eller fagmiljø på dette området (2).

Vi har fått resultater ved å sende forespørsler ut til fagpersoner som vi kjenner til gjennom tidligere prosjekter og som vi antar har kjennskap til prosjekter eller personer som vi igjen kan kontakte.

Søk på internett

Vi har brukt søkemotorene Google og Kvasir for å finne frem til aktuelle prosjekter. Dette har vi gjort enten ved målrettet å søke opp aktuelle organisasjoner/ instanser for å få oversikt over deres prosjekter, eller ved å følge tips om prosjekter eller sentrale personer som er kommet inn underveis gjennom snowball samling.

Når det gjelder effekten av de ulike søkestrategiene, er det kombinasjonen av de tre som har gitt flest resultat. Det er derfor vanskelig å si konkret hvilken strategi som har ført til hvilke eksempler.

- Vi har sendt henvendelser til noen miljøer og organisasjoner om hvorvidt de er involvert i, eller har kjennskap til prosjekter som faller innenfor inklusjonskriteriene.
- Vi har mottatt flere tips som har vist seg fruktbare. Dette har ledet til konkrete prosjekter, og vi har funnet frem til rapporter og notater med referanse til prosjekter.
- Vi har også mottatt tips om flere steder vi bør henvende oss som vi i dag ikke har hatt tid til å følge opp. Dette gjelder blant annet skadeforebyggende arbeid blant eldre.

Inklusjonskriterier

1. Prosjekter hvor det spesifikt uttrykkes at de har som mål å forhindre sykehusinnleggelse, redusere liggetid i sykehus, eller forhindre reinnleggelse.
2. Forebyggende tiltak overfor risikogrupper – inkludert primærforebyggende tiltak, for eksempel det å forhindre fall hos eldre.
3. Prosjekter avsluttet etter 2006. Dette er en avveining basert på kapasitet samt at det har vært gjort søk av eksempler under arbeidet med Samhandlingsreformen.
4. Prosjekter i kommunen og samarbeidsprosjekt kommune/sykehus.
5. Norske prosjekter.
6. Internasjonale prosjekt som vi kommer over i kartleggingsprosessen og som oppfyller kriteriene.

Prosjekter som har fokus på pårørende inkluderes i den grad de oppfyller kriteriene 1 og 2.

Eksklusjonskriterier

- Prosjekter som kun foregår i sykehus
- Prosjekter som ikke er evaluert i forhold til liggedøgn på sykehus
- Forebyggende tiltak mot befolkningen generelt

Begrensninger

En av de største utfordringene i søkearbeidet har vært å få tilbakemelding fra de kontaktpersoner og institusjoner som vi har kontaktet. I det vi skriver dette notatet venter vi fremdeles på tilbakemelding om interessante prosjekter fra ulike fagmiljø.

Mange kvalitetsforbedringstiltak evalueres ikke systematisk. Effekten av tiltak blir ikke målt og dokumentert. Dermed blir det vanskelig å konkludere om hvorvidt tiltakene som blir iverksatt er en forbedring og ikke kun en forandring.

En annen utfordring som vi har blitt klar over underveis, er at det per i dag ikke finnes noe felles register eller database på nasjonalt nivå med oversikt over prosjekter som mottar offentlige midler til kvalitetsforbedring. Erfaringene fra prosjekterarbeid som gjøres i kommunene blir dermed vanskelig tilgjengelig. Kunnskap om tiltak som virker vil dermed ikke spres for læring på tvers av organisasjoner, nivåer og regioner.

Resultat

Antall prosjekter

Vi har til sammen identifisert ca 260 prosjekter som vi har vurdert opp mot inklusjonskriteriene. Tolv eksempler er valgt ut og beskrives i rapporten. Det er flere prosjekter som er interessante, men hvor vi ikke har lyktes å innhente nok informasjon til å inkludere dem i oversikten

Generelle kommentarer til prosjektgjennomgangen

Kartleggingen som er gjort har vist at det er igangsatt en rekke prosjekter som søker å imøtekomme intensjonene i Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen. Flere av disse prosjektene har som mål å redusere sykehusinnleggelser og liggetid på sykehus samtidig som kvaliteten i tilbudet ivaretas eller forbedres. Vi har valgt å løfte frem tolv prosjekter. I noen av dem viser evalueringer at sykehusinnleggelser og liggetider på sykehus er redusert. Andre eksempler er valgt ut selv om de ikke er avsluttet og evaluert fordi de er spennende og/eller nyskapende.

En rekke prosjekter har i sin prosjektbeskrivelse ført opp reduksjon av innleggelser og liggetid som mål, delmål eller begrunnelse for prosjektet. Dette uten at prosjektene er evaluert eller målt i forhold til målene. Årsaken til dette er ikke kjent, men kan ha sammenheng med flere faktorer, blant annet:

- Det primære ønsket er å bedre kvaliteten på behandlingen, og reduksjon av sykehusinnleggelser sees på som en effekt av god behandling.
- I noen tilfeller ønsker praksisfeltet å implementere kunnskap som er dokumentert gjennom forskning. Det vises da til at tiltakene tidligere har ført til reduksjon av sykehusinnleggelser, og at man forventer at det samme skjer igjen ved å iverksette de samme tiltakene.

I oversikten har vi ikke tatt med prosjekter som er innenfor inklusjonskriteriene, men ikke er avsluttet og evaluert. I etterkant av at Stortingsmelding nr 47 ble lansert har det vært startet opp en rekke prosjekter i henhold til intensjonene i stortingsmeldingen. I løpet av arbeidet med å samle eksempler har vi vært i kontakt med flere kommuner og helseforetak som holder på å iverksette tiltak som har forebygging av

sykehusinnleggelser som formål. Resultatene fra disse prosjektene foreligger ikke ennå, men vil kunne belyse problemstillingen på et senere tidspunkt.

Prosjekter som er relevante i forhold til inklusjonskriteriene

Prosjektene som ble vurdert til å falle innenfor inklusjonskriteriene er beskrevet i tabells form. Vi har valgt ut noen sentrale variabler som vi beskriver prosjektene/tiltakene i forhold til. I tillegg til de prosjekter som klart faller innenfor kriteriene har vi valgt å beskrive noen prosjekter som ikke åpenbart faller innenfor kriteriene, men som synes å ha effekt på sykehusinnleggelser og representerer nytenking.

Forebygging av skade blant eldre

I oversikten er det kun presentert ett eksempel på et rent skadeforebyggende prosjekt i kommunen. Dette prosjektet, Spreke og trygge eldre - Forebygging av fall, er en del av prosjektet Trygge eldre i regi av Skadeforebyggende forum². Til sammen 16 kommuner har deltatt i prosjektet og arbeidet systematisk med å forebygge fall blant eldre. En sammenlikning av hoftebrudd mellom prosjektkommunene og resten av kommunene i landet, viser at prosjektkommunene ligger lavere enn de øvrige og at det er en nedgang for 2008 i prosjektkommunene³. (3).

De deltakende kommunene har selv bestemt hvilke forebyggende tiltak som skal iverksettes og utprøves. Tiltakene har variert mellom holdningsendring (for eksempel informasjon), atferdsendring (for eksempel trimgrupper), og strukturelle tiltak (som fallregistrering, risiko og sårbarhetsanalyser). Arbeidet har i de fleste kommunene vært en del av kommunens helseplan og således en del av den tjenesten som kommunen tilbyr de eldre. Designet og evalueringen av dette prosjektet gjør det egnet til å trekkes frem i denne rapporten.

²Skadeforebyggende forum er en medlemsorganisasjon som samler aktører fra privat og offentlig sektor til et nasjonalt og tverrsektorielt samarbeid, og felles innsats. Frivillige organisasjoner, kommuner, helse- og forskningsinstitusjoner, forsikringsselskaper, og næringslivsaktører deltar i virksomheten. Det er opprettet egne fagråd som samler kompetanse innenfor ulike sektorer. Skadeforebyggende forum er nasjonalt knutepunkt for WHO's program Safe Communities / Trygge lokalsamfunn.

³ I følge rapporten var det gått for kort tid til at det kan dokumenteres at nedgangen skyldes de tiltakene som er iverksatt, men at tallene for 2009 og 2010 kan gi et bedre bilde når de foreligger.

Diskusjon

I oversikten over tiltak har løftet frem relevante karakteristika som:

- Systemer og strukturer for administrativt samarbeid
- Systemer og strukturer for (tverr)faglig samarbeid
- Systemer og strukturer for oppfølging av resultater
- Modeller for samarbeid om finansiering, eierskap og styring
- Modeller for etablering og videreutvikling av robuste fagmiljøer som sikrer mer kompetanse og større faglig bredde i tilbudet
- IKT som virkemiddel for å understøtte samhandling

Felles for tiltakene, enten det er snakk om ambulerende team eller etablering av spesialiserte enheter for avlastning av sykehus, er at de er utformet i tråd med prinsippet Laveste Effektive OmsorgsNivå (LEON) for organisering av helsevesenets aktiviteter.

I flere av tiltakene har spesialisthelsetjenesten en veiledende rolle overfor kommunehelsetjenesten, og det er tilrettelagt for kompetanseoverføring mellom nivåene. I begge eksemplene for KOLS pasienter har kommunen en rolle som støtter opp om tiltak fra sykehuset og som derfor medfører at tiltakene lar seg gjennomføre.

I tre av prosjektene har IKT- virkemiddel blitt tatt i bruk som tiltak for å understøtte samhandlingen både mellom sykehus og kommune, (*Nettbasert sårveiledning og Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin*) og mellom pasient og sykehus (*KOLS-koffert- hjemmediagnostikk for KOLS-pasienter*).

Det varierer hvem som har tatt initiativ til de ulike tiltakene. De fleste tiltakene som er beskrevet er samarbeidsprosjekter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

De fleste tiltakene har ikke primært som målsetning å bidra til færre liggedøgn i sykehusene, men dette fremkommer ofte som en av flere delmål og som resultat av at man ønsker å bidra til bedre helsetjenester i kommunene. Unntaket her er det skadeforebyggende arbeidet som har forebygging av fall og behov for helsetjeneste som sitt primærmål.

Konklusjon

Prosjektene som er kartlagt har stor variasjon i forhold til diagnosegrupper og tiltak. De som er inkludert i rapporten viser flere som er kommet i stand som samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og hvor kompetanseoverføring er et viktig tiltak. I løpet av kartleggingen har vi kommet over få prosjekter som ensidig springer ut av kommunehelsetjenesten. Det er uvisst om dette skyldes at det er færre tiltak igangsatt i kommunehelsetjenesten eller om vår søkestrategi gjør samarbeidsprosjektene lettere tilgjengelig.

Behov for videre kartlegging

Det har, innenfor rammene av dette delprosjektet, ikke vært mulig å gjøre en grundig kartlegging av alle tiltak i norske kommuner som reduserer innleggelse og liggetid i sykehus. Samhandlingsreformen legger til grunn at utvikling av bedre tjenester i kommunene og bedre samhandling vil ha positiv effekt både når det gjelder kostnader og kvalitet. Vi trenger mer kunnskap om hvilke tiltak og faktorer som gir effekt i form av bedre utnyttelse av helsesektorens ressurser.

En konklusjon fra arbeidet med å finne frem til de gode eksemplene, er at erfaringene fra kvalitetsforbedringsarbeid som gjøres i kommunene i dag i altfor liten grad dokumenteres og gjøres tilgjengelig. Kunnskap om tiltak som virker vil dermed ikke spres og bidra til læring på tvers av organisasjoner, nivåer og regioner.

Oversikt over tiltak

Følgende prosjekter er beskrevet i dette notatet:

Prosjekt	Fylke
Varige boliger for vanskeligstilte - Schandorffs-gate 4	Oslo
Effekter av utvidet slagenhetbehandling og samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste	Sør-Trøndelag
Fordi de fortjener det – rask og god hjelp til ungdom med rusproblemer og psykisk lidelse	Akershus
Psykisk helsetjeneste for barn og unge	Akershus
Utskrivningsklare pasienter raskere ut fra sykehus	Oslo
Intravenøs behandling på sykehjem - samhandling med spesialisthelsetjenesten – Telemark og Vestfold	Telemark/ Vestfold
Ambulerende team – Sykehuset Østfold HFog Sarpsborg kommune	Østfold
Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) for KOLS	Buskerud
Spreke og trygge eldre - Forebygging av fall	Nord-Trøndelag
KOLS-koffert- hjemmediagnostikk for KOLS-pasienter	Rogaland
Nettbasert sårveiledning	Nordland/ Troms
Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin	Finnmark

Tittel	Varige boliger for vanskeligstilte - Schandorffs-gate 4
Organisasjon	Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO)
Populasjon	Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet
Kort beskrivelse	
Tiltaket handler om varige boliger for vanskeligstilte, i denne sammenhengen personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet. I leiligheter eid av Kirkens Bymisjon har de et trygt sted å bo over lang tid og får bo-oppfølging. En evaluering viser at tiltaket reduserer innleggelse i sykehus	
Effekt av tiltak:	
Fra 2005 til 2007 har: <ul style="list-style-type: none"> • Antall innleggelse i psykisk helsevern blitt redusert med ca 50 % (fra 25 til 12) på de 11 beboerne. • Antall liggedøgn ble redusert med ca 45 % (fra 99 til 58)¹. • Antall tvangsinnleggelse ble redusert med ca 75 % (fra 95 % av innleggelsene til 25 %). 	
Annen evaluering	
<ul style="list-style-type: none"> • Ingen av beboerne har mistet tilbudet i løpet av disse tre årene. • Det er oppnådd gode resultater når det gjelder stabilisering av den enkelte beboers daglige liv. 	
Mål	

¹ To av beboerne står for i alt 41 av disse døgnene.

At beboerne greier å bo i leilighetene over lang tid.
Tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Varige boliger for vanskeligstilte • Bo-oppfølging for å lære beboerne å mestre å bo • Samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten og bydelene – ubyråkratisk og fleksibelt
Varighet av prosjekt/ Tid for implementering
Tiltaket er permanent, SKBO eier leilighetene.
Ressursbruk
6 personer i turnus følger opp 11 beboere.
Yrkesgrupper involvert
Miljøpersonale.
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
Ikke beskrevet
Overføringsverdi
Erfaringene som er gjort i dette prosjektet er også gjort i liknende prosjekt med den samme målgruppe (4). Overføringsverdien av tiltaket - varige boliger kombinert med bo-oppfølging, er derfor stor når det gjelder målgruppen.

Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet:

Rapport: Oslo kommune Bydel St Hanshaugen. Gode hus for skjeve liv ... i Schandorffsgate 4. Oslo: Oslo kommune; 2009. (5)

Kontaktinformasjon

Marit Nybø, Daglig leder, 95926083

Camilla Fjeld, Administrasjonsleder, 41622376

Inntak, 41005760

Tittel	Effekter av utvidet slagenhetbehandling og samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste
Organisasjon	Seksjon for hjerneslag Medisinsk avdeling St. Olavs Hospital, primærhelsetjenesten Trondheim kommune og Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.
Populasjon	Pasienter med hjerneslag.
Kort beskrivelse	
Tiltaket handler om utvidet slagenhetbehandling, et samarbeidsprosjekt mellom Seksjon for hjerneslag Medisinsk avdeling St. Olavs Hospital, primærhelsetjenesten Trondheim kommune og Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Evalueringen viser at liggetiden i institusjon ble redusert sammenlignet med tradisjonell behandling i ordinær slagenhet.	
Effekt av tiltak:	
Pasienter med slag er de som opptar flest liggedøgn på norske sykehus. Sammenlignet med tradisjonell behandling i ordinær slagenhet ble liggetiden i institusjon redusert med 40 % i dette prosjektet som innebar å bygge opp en effektiv slagbehandlingsskjede. Det var ingen økning i ressursforbruk eller kostnader. I tillegg oppnådde pasientene i intervensjonsgruppen signifikant bedre funksjonsnivå og redusert risiko for alvorlig funksjonshemming og død, samt bedre livskvalitet.	
Annen evaluering	
Ikke beskrevet	
Mål	<ul style="list-style-type: none"> • Å utvikle en effektiv behandlingsskjede gjennom et tett samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten. • Å undersøke om en behandlingsskjede koordinert av et ambulerende team gir helsegevinst og bedre ressursutnytting sammenlignet med tradisjonell slagbehandling.
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging i slagbehandlingsskjede - fra akutt behandling i slagenhet til ambulant team i hjemmet. • Forpliktene samarbeid på tvers av forvaltningsnivå.

	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering mens pasientene bor hjemme.
Varighet av prosjekt/ tid for implementering	
Studien som ligger til grunn for avhandlingen ble gjennomført fra 1995 – 1998.	
Ressursbruk	
Ingen ekstra ressurser ble satt inn.	
Yrkesgrupper involvert	
Ikke beskrevet.	
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende	
Ikke beskrevet.	
Overføringsverdi	
<p>Akutt behandling og rehabilitering i slagenhet er det mest effektive tilbudet for pasienter som rammes av hjerneslag, og alle bør få dette tilbudet i starten. Slagenhetsstudiene indikerer at rehabilitering med vektlegging på funksjonell trening er av de viktigste elementer i behandlingen, og at denne bør starte i løpet av de første 24 timer etter at slaget rammer. I den videre behandlingsskjeden er oppfølging og rehabilitering med utgangspunkt i hjemmet best dokumentert, og en systematisk og koordinert organisering av rehabiliteringstiltak i samarbeid mellom slagenhet og primærhelsetjenesten bør vektlegges. Det foreliggende prosjektet er i tråd med kunnskapsbasert praksis på feltet, og har derfor overføringsverdi til samme målgruppe og andre samarbeidsprosjekt mellom kommune og sykehus.</p>	
Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet:	
<p>Fjærtoft H, Indredavik B. Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Tidsskr Nor Legeforen 2007;127(4):442-445. (6) Fjærtoft H. Extended stroke unit service and early supported discharge : short and long-term effects [PhD]. Trondheim: NTNU; 2005. (7)</p>	

Kontaktinformasjon
Hild Fjærtøft, Institutt for nevromedisin, NTNU. Tlf.: 72575888
Finansiering
Prosjektet ble finansiert av det daværende Sosial- og helsedepartementet og stiftelsen Helse og rehabilitering.

Tittel	Fordi de fortjener det – rask og god hjelp til ungdom med rusproblemer og psykisk lidelse
Organisasjon	Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Sykehuset Asker og Bærum i tett samarbeid med kommunale instanser.
Populasjon	Ungdom med rusproblemer og psykisk lidelse.
Kort beskrivelse	
Tiltaket "Fordi de fortjener det", handler om rask og god hjelp til ungdom med rusproblemer og psykisk lidelse. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Sykehuset Asker og Bærum og kommunale instanser. Tiltaket har en sekundærforebyggende profil. Selv om effekten ikke er målt i forhold til reduksjon av innleggelses og liggedøgn i sykehus, kan det antas at det finnes en sammenheng på sikt ettersom ungdommene får god hjelp når de trenger det.	
Effekt av tiltak:	
<ul style="list-style-type: none"> • 80,6 % av alle under 20 år får nå time innen 3 uker. Målet var at alle – 100 %, skulle ha time innen 3 uker. Se Mål. Effekten av tiltakene måles ved hjelp av en sjekklister. Se Tiltak. • Prosentandelen "ikke møtt" til avtale sank fra 33 til 26,9 etter iverksetting av tiltak. 	
Annen evaluering	
Ikke beskrevet.	
Mål	
Hovedmål:	
<ul style="list-style-type: none"> • Alle under 20 år skal ha time innen 3 uker. 	
Delmål:	
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere andelen "ikke-møtt" til timer på PUT 	

- Drive mer utadrettet virksomhet i forhold til andre instanser som også jobber med prosjektets målgruppe

Tiltak

- Sjekkliste² der hvert punkt beskriver en praksis de mener vil føre til kvalitetsforbedring. Punktene kan til sammen gi 100 poeng. Det som blir vurdert som mest viktig gis flest poeng. At alle under 20 år får time innen 3 uker er det viktigste punktet og er derfor tildelt 20 poeng. Mål: En snittskåre på over 80 poeng.
- Tilrettelegging før 1. time (kartlegge behov for transport, følge, alternativt møtested, tidspunkt på dagen osv).
- Alltid vurdere familiearbeid
- Alltid vurdere samarbeid med andre instanser
- Standardisert kartlegging de første tre timene for ikke å gå glipp av viktig informasjon
- Bruk av SMS i kommunikasjonen
- Tildeling av behandler ved mottak av henvisning.
- Foreldregrupper
- Gruppe for unge mødre med rusbakgrunn

Varighet av prosjekt/ tid for implementering

Prosjekt gjennomført i 2008, videreutviklet til å omfatte alle under 23 år i 2009. I tillegg:

² Sjekklisten er et hjelpemiddel, ikke et mål i seg selv. De faglige kliniske vurderingene i forhold til brukerens behov og situasjon veier tyngst og sjekklisten følges derfor ikke slavisk.

- Evaluere selv behandlingsprosessen
- Utvikle brukerundersøkelse
- Videreutvikle og spisse tiltak i forhold til ikke-møtte problematikk. Mål: ned i 20 %.
- Videreutvikle systematisk samarbeid med andre aktuelle instanser – barnevern, helsesøstre og PPT.
- Veilede nyopprettet kommunalt ambulant team.

Ressursbruk

Oppgis ikke.

Yrkesgrupper involvert

Alle i teamet.

Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende

Oppgis ikke.

Overføringsverdi

En fordel ved dette prosjektet er at det evalueres kontinuerlig gjennom systematiske målinger. Resultatene kan tyde på at tiltakene som settes i gang har effekt i forhold til målgruppen. Tiltakene er relativt enkle å gjennomføre og kan dermed tilpasses andre psykiatriske ungdomsteam.

Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet

Kontaktinformasjon

Hanne Naug, psykologspesialist og prosjektleder Psykiatrisk ungdomsteam (PUT). Hanne.Naug@vestreviken.no

Finansiering

Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnoser. Det oppgis ikke konkret hva midlene har gått til.

Tittel	..Psykisk helsetjeneste for barn og unge
Organisasjon	Lørenskog kommune
Populasjon	Ungdom mellom 13 og 23 år
Kort beskrivelse	
<p>Tiltaket er et lavterskeltilbud i regi av Lørenskog kommune og målgruppen er ungdom mellom 13 og 23 år. Visjonen er: Velkommen – vi har null ventetid. Psykologer kan gi time på dagen uten rekvisisjon til ungdom og deres familier. Tiltaket er av forebyggende karakter og det finnes ingen statistikk i forhold til hvor mange innleggelses som evt. har vært unngått, eller liggedøgn som har blitt redusert. Samtidig indikerer tall at aktiviteten er stor, og det kan derfor antas at tiltaket har forebygget innleggelses.</p>	
Vurdering av effekt av tiltak:	
<p>Tiltaket er av forebyggende karakter og det finnes ingen statistikk i forhold til hvor mange innleggelses som har vært unngått, eller liggedøgn som har blitt redusert. Samtidig indikerer tall at aktiviteten er stor, og det kan derfor antas at tiltaket har forebygget innleggelses, ikke minst når man ser på temaene som har vært i fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvendelsene: Alt fra enkle utviklings spørsmål til bekymring for mer sammensatt symptombilde – samspill, utagering, tristhet, angst, fobier, atferdsproblemer, uro, selvmordsbekymring, traumer og somatiske plager og smerter. • Til sammen 506 barn, unge, gravide og deres familier benyttet seg av tilbudet i 2009 • Antall samtaler med barn/ungdom/familier: 1.335 • Tlf. konsultasjoner: 717 • Gruppesamtaler barn/foreldre: 19 • Konsultasjoner samarbeidspartnere: 676 	

Mål
Velkommen – vi har null ventetid!
Tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Spesialister (psykologer) ansatt på kommunalt nivå • De som trenger det kan møte opp uten henvisning • Vurdering, rådgivning og korttidsbehandling for barn, unge og deres familier, samt gravide og kvinner med svangerskapsdepresjon. • Konsultasjoner/veiledning samarbeidspartnere, ikke minst helsestasjoner for både barn og unge
Varighet av prosjekt/ tid for implementering
Tiltaket er tenkt å være varig, men vurderes nedlagt.
Ressursbruk
7,9 årsverk – 5 kliniske psykologer, spesialkonsulenter, leder og sekretær
Yrkesgrupper involvert
Se Ressursbruk
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
Ikke beskrevet.
Overføringsverdi
Tiltaket blir fremhevet som en god modell for lignende tiltak.

Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet
Kontaktinformasjon
Lørenskog kommune.
Finansiering
Tiltaket er inne på kommunalt budsjett.

Tittel	Utskrivningsklare pasienter raskere ut fra sykehus
Organisasjon	Prosjektsamarbeid mellom bydeler i Oslo, Diakonhjemmet Sykehus og Helse Sør-Øst RHF.
Populasjon	Pasienter innlagt på Diakonhjemmet sykehus.
Kort beskrivelse	
Tiltaket handler om å få utskrivningsklare pasienter raskere ut fra sykehus. Dette er et prosjektsamarbeid mellom bydeler i Oslo, Diakonhjemmet Sykehus og Helse Sør-Øst RHF. Evaluering har vist at antall B-meldte pasienter med liggetid over 10 dager ved Diakonhjemmet sykehus har sunket i alle de samarbeidende bydelene.	
Vurdering av effekt av tiltak:	
<ul style="list-style-type: none"> • Antall B-meldte pasienter med liggetid over 10 dager ved Diakonhjemmet fra bydel Frogner er redusert fra 10 i uke 8 i år til 4 i uke 21. • Antall B-meldte pasienter med liggetid over 10 dager ved Diakonhjemmet fra bydel Ullern er redusert fra 12 i uke 8 i år til 2 i uke 21. • Antall B-meldte pasienter med liggetid over 10 dager ved Diakonhjemmet fra bydel Vestre Aker er redusert fra 17 i uke 8 i år til 1 i uke 21. 	
Mål	
Hovedmål: <ul style="list-style-type: none"> • Etablere felles problemforståelse, herunder felles forståelse for roller og ansvarsforhold • Sikre gode pasientforløp etter LEON – prinsippet Delmål: <ul style="list-style-type: none"> • Styrke kompetanseoverføringen mellom sykehuset og bydelene • Effektivisere bydelenes pleie - og omsorgskjede med særlig fokus på bruken av korttids- og rehabiliteringsplasser 	

- Redusere tiden fra en pasient er meldt utskrivingsklar til et omsorgstilbud på riktig nivå står klart
- Redusere liggetider for utskrivingsklare pasienter
- Evaluere de tiltak/rutiner som allerede er satt i verk for å avhjelpe situasjonen.

Tiltak

- Samarbeidsavtalen ved DS gjennomgås med sikte på å få vurdert eksisterende samarbeidsfora og å sikre etablering av rutiner for tidlig kontakt rundt B – meldte
- Direktørmøtet foreslås utvidet med sjefslege og samhandlingsdirektør. Dette for å sikre en bedret forankring innad i sykehusets legestab og i forhold til utskrivinger
- Det gjennomføres samling/seminar mellom bydelene og sykehuset med sikte på opplæring av sykehusansatte i hva bydelene har av ansvar og tilbud. Dette for å hindre at sykehusets ansatte "anbefaler" tiltak i bydelene
- DS og bydelene gjennomgår samhandlingsrutinene i LDS sektoren og vurderer om disse bør tas i bruk
- Det anbefales å innføre en felles, rullerende opplæring av ansatte ved sykehuset og ved bydelens bestillerkontor i de sentrale rutiner som regulerer samarbeidet ved utskriving av pasienter
- Det videre arbeid gjennomføres gjennom den ordinære linjeorganiseringen

Bydel Frogner har iverksatt følgende tiltak knyttet til rutiner for B-meldte fra somatikken:

- Bydelen mottar A-skjema på fax
- Søknadskontorets "telefonvakt" ringer avdelingen samme dag for å få vite hvem pasienten er
- Saksbehandler ringer neste dag etter postmøtet, for å få ytterligere informasjon

- Saksbehandler eventuelt sammen med innsatsteam, reiser på vurderingsbesøk på DS for å planlegge utskrivelse til hjemmet eventuelt til korttidsavdeling
- B-skjema kommer på fax
- Skal pasienten hjem, kontaktes hjemmetjenesten og eventuelt ergoterapeut for klargjøring i hjemmet. Må pasienten til et korttidsopphold, settes vedkommende på venteliste

Bydel Ullern har iverksatt følgende tiltak:

- Arbeidet med å etablere en intermediær avdeling for DS sektoren
- Etablering av og bruk av innsatsteam, etablert våren 2008 og utvidet fra 2,6 til 3,6 årsverk i 2009
- Utbygging av en differensiert tiltakskjede på bydel
- Økt en-bloc kjøp av korttidsplasser fra sykehjemsetaten fra 18 (2008) til 24 (2009)
- Vil foreta en gjennomgang med sykehjemsetaten på bruk av korttids plassene, slik at plassene ikke blir en "sluse" inn til permanent sykehjemsplass
- Redusert saksbehandlingstiden for langtidsplasser med mål om å unngå at langtidsliggere blokkerer korttids plassene
- Økt fokus på økt sirkulasjon av korttids plassene
- Styrking av både hjemmesykepleie og hjemmehjelp
- Søknadskontoret et styrket med en saksbehandler fra midten av mars d.å., noe som har medføre at vurderinger går raskere og bedre

Bydel Vestre Aker har iverksatt følgende tiltak:

- Bydelen har vurdert at 40 korttidsplasser vil dekke behovet, men har opplevd at plasser blokkeres av pasienter som venter på sitt

første valg til sykehjems plass. Bydelen har nå iverksatt en flytting av slike pasienter til andre langtids plasser i påvente av førstevalget. Dette som et tiltak for å få frigjort korttids plasser til korttids bruk.

- Fra og med januar 2009 har bydelen etablert dagrehabilitering bemannet med 1 fysioterapeut, 1 ergoterapeut og 1 sykepleier. Disse går inn hos brukere som skrives ut fra sykehus og sykehjem. I tillegg gis tjenesten til brukere for å forebygge slike innleggelse.
- Bydelens innsatsteam ble opprettet høsten 2007 og er bemannet med tre fysioterapeuter, en ergoterapeut og en sykepleier. De er operative på dagtid og kveld hele uken.
- Det er etablert 10 nye leiligheter for eldre som trenger trygghet utover det som hjemmetjenesten kan bidra med. Innflytting i april 2009.
- Samarbeidet med Diakonhjemmets høgskole er styrket og tilbyr bl.a. praksis plass for 12 sykepleiestudenter hvert semester. Utvides fra neste studieår.
- Bydelen har iverksatt et prosjekt: "Omsorgstrappa" med bl.a. en pasientkoordinator som løpende skal følge opp inneliggende pasienter ved DS. Tilbakemeldingen fra DS er svært positive, og anses å være en av årsakene til reduksjonen i langtids liggere fra Vestre Aker.

Varighet av prosjekt/ tid for implementering

2009.

Ressurs bruk

Ikke beskrevet.

Yrkes grupper involvert

Helsepersonell.

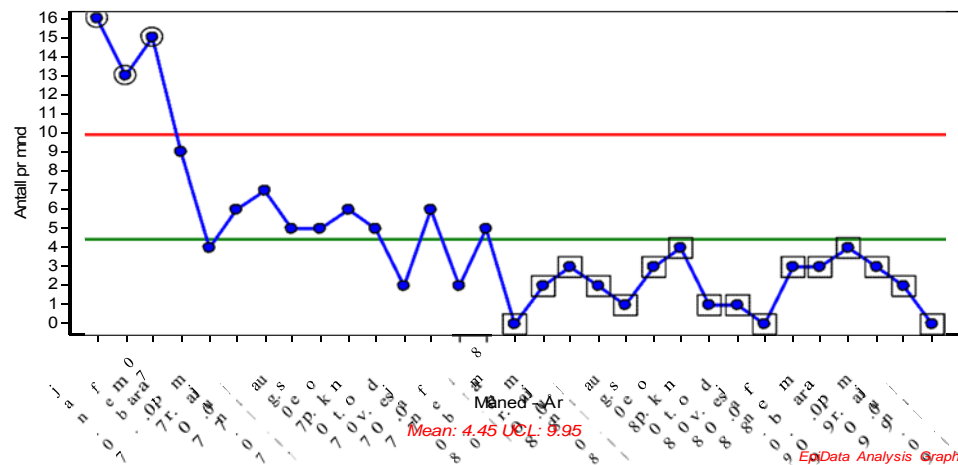
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende

Ikke oppgitt.
Overføringsverdi
Tiltakene er evaluert og det kan synes som om målet om redusert liggetid for utskrivingsklare pasienter er i ferd med å nås. Tiltakene i den forbindelse er grundig beskrevet i en rapport, og kan sånn sett gjennomføres av andre bydeler/kommuner i samarbeid med sine lokalsykehus.
Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet
Kontaktinformasjon
Bydelsdirektør Knut Egger i Bydel Sagene Tlfnr Oslo commune: 02 180 E-post: postmottak@bsa.oslo.kommune.no
Finansiering
Ikke oppgitt

Tittel	Intravenøs behandling på sykehjem - samhandling med spesialisthelsetjenesten – Telemark og Vestfold
Organisasjon	Telemark: Kommunene Skien, Porsgrunn og Nome og Sykehuset Telemark HF Vestfold: Kommunene i Vestfold, Sykehuset i Vestfold, Høgskolen i Vestfold, Universitetet i Oslo og Senter for antibiotikabruk i primærmedisin.
Populasjon	Pasienter på sykehjem
Kort beskrivelse	
Kompetanseoverføring mellom helseforetak og kommuner, dvs. å veilede i forhold til intravenøs behandling og forebygging, observasjon og tiltak rundt urinveisinfeksjon, lungebetennelse og dehydrering. Gode erfaringer fra kommuner i Telemark har ført til forskningsprosjekt i Vestfold.	
Vurdering av effekt av tiltak:	
Det er registrert innleggelse fra sykehjem i prosjektperioden. Registreringene viser nedgang i innleggelse. For Skien kommune synes nedgangen å være signifikant. For kommunene Nome og Porsgrunn er resultatene ikke like klare. Modellen og registreringene fra Telemark er vurdert så interessante at det er startet opp en oppfølging i Vestfold med et prosjekt med forskningsdesign.	

I-diagram. Antall innleggelser pga infeksjoner fra sykehjem i Nome, Porsgrunn og Skien

01.01.07 - 31.07.09



Annen evaluering

Ikke beskrevet

Mål

Målet var å redusere sykehusinnleggelser fra sykehjem der innleggesårsak er pneumoni, urinveisinfeksjon og dehydrering eller innleggesårsaker som fører til at det blir påvist.

Tiltak

Kompetanseoverføring mellom helseforetak og kommuner, dvs. å veilede i forhold til intravenøs behandling og forebygging, observasjon og tiltak rundt urinveisinfeksjon, lungebetennelse og dehydrering.

Gjennomføring:

- Prosjektleder har hatt kurs en fast dag pr. uke i 2 måneder hos de ulike sykehjemmene.
- I etterkant av kursene har det vært tilbud om kontinuerlig telefonveiledning og oppfølging hver 14.dag.
- Leger ordinerer behandling og sykepleiere legger inn venfloner og administrerer behandlingen. Alt pleiepersonell er med og observerer pasientens tilstand.
- Alle sykehjem har fått en prosjektperm med informasjon om prosjektet. Der er forelesninger samlet, observasjonskjemaer, aktuelle telefonnummer for å få hjelp.
- Avtale med ambulansen om at de kunne hjelpe til med å legge inn venflon dersom sykehjemmene ikke skulle få dette til.
- Kurs for leger som ble arrangert på kveldstid med tema urinveisinfeksjon, pneumoni og dehydrering med fokus på behandling. Kurset var for legevakt og tilsynsleger på sykehjem. Overleger fra sykehuset Telemark og Telelab underviste.

Varighet av prosjekt/ tid for implementering

Prosjektet - "Intravenøs behandling på sykehjem - samhandling med spesialisthelsetjenesten" - ble opprettet ved sykehuset Telemark HF 1.november -07. Det ble bevilget penger til viderføring og utvidelse til 1.november 09.

Ressursbruk

Ikke beskrevet

Yrkesgrupper involvert

Helsepersonell ved sykehjem, veiledere fra sykehus, ambulanspersonell, prosjektledelse.

Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
Ikke beskrevet
Videreføring og forskning
<p>Tiltaksmodellen og registreringene fra Telemark er vurdert å være så interessante at det er startet opp en et liknende prosjekt i Vestfold. Prosjektet i Vestfold har et design for implementering og studium av effekten av intervensjonene. Nygård Undervisningssykehjem samarbeider med SiV, Høgskolen i Vestfold, Universitetet i Oslo og Senter for antibiotikabruk i primærmedisin om å styrke kompetansen i førstelinjetjenesten på intravenøs behandling av pasienter i sykehjem med infeksjoner.</p> <p>Det gjennomføres et forskningsprosjekt samtidig med intravenøsprosjektet i Vestfold. Dette forskningsprosjektet følger en "trappvis modell" (Stepped wedge studie MRC, England), kontroll før inklusjon, intervensjon etter. Rekkefølgen randomiseres (loddtrekning). I løpet av prosjektet vil det gjennomføres en registrering av alle innleggelser SiV med tiltak, komplikasjoner, liggedøgn. Oppstart var oktober 2009.</p> <p>Intervensjonen er et strukturert opplæringsprogram i intravenøs behandling av dehydrering og infeksjoner i sykehjem:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Opplæring av personell på sykehjem<ol style="list-style-type: none">a. Teoretisk bakgrunn til alt helsepersonellb. Praktisk undervisning til alt helsepersonellc. Innhenting av samtykke fra pasienten om innhenting av data2. Opplæring av sykehjemsleger<ol style="list-style-type: none">a. Teoretisk bakgrunnb. Praktisk gjennomføring – spesielt kveld/natt og helg/ferier3. Opplæring av legevaktsleger

- a. Prosedyre for hva som skal gjøres på sykehjem før henvendelse
 - b. Momenter i forhold til diagnostikk, intravenøs rehydrering og antibiotikabehandling sykehjem og vurdering behov for av innleggelse
4. Kontinuerlig oppfølging over en toårs periode
- a. Månedlige besøk på alle sykehjem med oppfrisking av teori og praksis
 - b. Mulighet for umiddelbar kontakt med prosjektledelsen ved behov

Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet

Kontaktinformasjon

Lisbeth Østby, prosjektleder Telemark og Vestfold

- Tlf 35004457/ 91820728
- E-post: ostl@sthf.no

Morten Lindbæk, UiO institutt for allmenntmedisin

- Tlf: 22 85 06 46/ 924 54 850

E-post: morten.lindbak@medisin.uio.no

Øvrige:

- Sykehuset i Vestfold HF: Irene Jørgensen
- Nygård undervisningssykehjem: Vibeke Bostrøm
- Høyskolen i Vestfold: May Elin Thengs Horntvedt

Finansiering

Telemark: Samarbeid bestående av Helsedialog (Helse Sør-Øst), kommunene Skien, Porsgrunn og Nome og Sykehuset Telemark HF

Vestfold: Ikke oppgitt

Tittel	Ambulerende team – Sykehuset Østfold HF og Sarpsborg kommune
Organisasjon	Sykehuset Østfold HF og Sarpsborg kommune
Populasjon	Beboere på sykehjem
Vurdering av effekt av tiltak:	
<p>Sarpsborg kommune har ført statistikk over alle sykehjemspasienter som blir lagt inn på sykehus. I tillegg registrerer det enkelte sykehjem sine intravenøstilfeller. Siden oppstarten med registrering i september 2008 og ut mars 2009 har det vært 83 pasienter som har fått intravenøs behandling og som dermed har sluppet sykehusinnleggelse.</p> <p>I perioden 15/9-08 til slutten av januar 2009 ble 49 pasienter sendt til sykehus og 54 pasienter ble behandlet med utvidet behandling på sykehjem. I denne perioden var antall sykehusinnleggelse halvert. De fleste pasientene har fått antibiotika og/eller væske intravenøst. I tillegg til færre innleggelse kunne 8 pasienter komme tidligere tilbake til sykehjemmet i samme periode.</p>	
Annen evaluering	
Ikke beskrevet	
Mål	
<p>Med pasienten i fokus har man hatt følgende mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre pasientene effektiv og god behandling hvor nødvendig tiltak ytes på rett sted til riktig tid. • Øke kvaliteten for sykehjemsbeboere som blir akutt syke ved at de behandles på sykehjemmet. • Utvikle systemer for økt samhandling og kompetanseoverføring. • Øke respekten for hverandre, mer kjennskap til hverandres hverdag. • Styrke eksisterende samarbeid, sikre behandlingsskjeden og gi mulighet for utvikling av nye samarbeidsformer over forvaltningsnivåene. 	

Tiltak

Kompetanseutvikling – Undervisning

Undervisning og kompetanseheving er i fokus i samhandlingen. Overlegene holdt undervisning i akutte sykdommer og klinisk blikk over to halve dager, hvor 98 helsearbeidere deltok første dag og 72 annen dag. Teorien var basert på prosedyrer som lege Øystein Almås ved Sykehuset Østfold har utarbeidet.

Ambulerende team og koordinerende sykepleier har også hatt undervisning ved alle sykehjemmene i væske- og antibiotikabehandling, samt praktisk øvelse på venfloninnlegging.

Totalt har 73 sykepleiere deltatt. I tillegg til oppstartsundervisningen blir også undervisning gitt etter behov. Ambulerende team tilbyr undervisning i ulike tema som: væskebehandling, hjerte-/lungeredning, klinisk blikk, sentralt venekateter (CVK), veneport (VAP), kateterisering, EKG, medikamentregning, demens/akutt forvirring, sykepleie til pasienter med respirasjonsproblemer eller med ernæringsproblem, smertestillende og palliasjon.

13 sykepleiere har fått undervisning i veneport (VAP), 16 sykepleiere har fått undervisning i klinisk blikk og 14 helsepersonell i hjerte-/lungeredning. Eldreoverlege Rebecca Setsaas Skage har undervist ved flere av sykehjemmene om demens, akutt forvirring og medikamenter.

Metodehåndbok akutte prosedyrer sykepleiere

Det er utarbeidet en metodebok for sykepleiere som inneholder kliniske problemstillinger med utgangspunkt i symptomer og ikke diagnoser. Problemstillingene har fokus på hvilke undersøkelser sykepleierne kan gjøre, samt retningslinjer for når lege bør kontaktes.

Sykepleievurderingen ved akutte forverrelser hos en pasient er sett på som svært viktig for kvaliteten og resultatet for pasienten, og et observasjonsskjema ble utarbeidet til dette formålet. Metodehåndboka ble i oktober 2008 utvidet til å favne retningslinjer også for sykehjemsleger og ble da en Kvalitetshåndbok for alle ansatte ved Sarpsborg kommunes sykehjem.

Annen aktivitet

Det har vært flere møteplasser der viktige temaer har blitt tatt opp, blant annet møtevirksomhet med sykehjemsleger, emnekurs for sykehjemsleger i

Østfold, evalueringsmøte med sykehuset, informasjon til politikere i Hovedutvalg for helse og sosial i Sarpsborg kommune.
Varighet av prosjekt/ tid for implementering
Ikke beskrevet
Ressursbruk
I følge rapporten har den nye legenormen for sykehjem i Sarpsborg som ble innført i 2007 vært en forutsetning for å lykkes. Konsekvensene av norm for legetjenesten var at legedekningen økte med 2 årsverk, fra 3,5 til 5,5 årsverk. I dag er 4 overleger i fulle stillinger og 9 fastleger i deltidsstillinger ansatt ved sykehjemmene. Det er etablert faglig fora for alle sykehjemsleger med faste møter 2-3 ganger i året.
Yrkesgrupper involvert
Se under ressursbruk
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
Ikke oppgitt
Overføringsverdi
Ikke vurdert
Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet

Kontaktinformasjon
Sarpsborg kommune: <ul style="list-style-type: none">• Øivind W. Johansen Helsesjef• Arne Holmstøen Seksjonsleder pleie og omsorg
Finansiering
Ambulerende team er kostnadsfritt for kommunene (gratis tilbud fra SØF). Det er skrevet avtaler med 3 kommuner som er forpliktende for begge parter og som tar utgangspunkt i den overordnede samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold og 17 av fylkets kommuner.

Tittel	Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) for KOLS
Organisasjon	Vestre Viken HF- Ringerike sykehus, Ringerike kommune
Populasjon	Pasienter med kronisk obstruktive lungesykdommer (KOLS)
Kort beskrivelse	
Samarbeid og kompetanseoverføring mellom sykehus og kommune om KOLS-pasienter.	
Vurdering av effekt av tiltak:	
<p>Effekten av tiltaket har en foreløpig evaluering. Evalueringen foreligger som internt notat i Ringerike sykehus.</p> <p>Ressursenheten (RES-kommunen) og lungelege (sykehus) estimerer i sine redegjørelser at ART hittil har forhindrede 6 innleggelses, og at ytterligere 6-8 kunne vært unngått om ART hadde vært henvist.</p> <p>Materialet synes lite til å trekke klare konklusjoner. Det påpekes at det er vanskelig å tallfeste resultater før tilbudet har pågått i minst ett år for alle pasientene i materialet. <i>Tendensen</i> i materialet kan tyde på at pasientene klarer å holde seg hjemme lengre mellom hver sykehusinnleggelse etter oppstart ART.</p> <p>Forskjellen ligger foreløpig på et gjennomsnitt på 2,5 til 4 måneder med lengre hjemmetid. Foreløpig har 14 av 26 ikke hatt reinnleggelse etter oppstart av ART. Av de tolv pasientene som er reinnlagt, har syv redusert liggetiden mellom en og fem dager. De andre fem har økt liggetiden mellom to og fem dager, mens fire av disse har samtidig økt hjemmetiden mellom hver innleggelse i forhold til før.</p> <p>Liggetid og hjemmetid før/etter oppstart ART vil ikke kunne fungere ordentlig som resultatindikatorer før det har gått ett år etter oppstart ART på alle de 26 pasientene i materialet. Dessuten må det beregnes forventet utvikling (siden en pasient med KOLS vil trenge stadig mer ressurskrevende helsehjelp). Poenget er å finne ut hvordan ART klarer å bremse den negative utviklingen.</p> <p>Dersom tendensen fortsetter ut året etter oppstart ART, vil liggetiden til disse syv være redusert med gjennomsnittlig 27 døgn per pasient.</p>	

Annen evaluering

Det er i hovedsak kvalitative data som gir den mest dekkende beskrivelsen av resultatene så tidlig etter oppstart, og denne tyder på tiltaket har positiv betydning for pasientene, både i form av livskvalitet og evne til å mestre egen sykdom uten innleggelse.

Redegjørelse for betydningen av ART fra prosessansvarlig lege

Meget viktig tiltak for kroniske lungepasienter at noen observerer funksjonen i hjemmet. Det er uhyre viktig når det gjelder:

- 1) Oxygentilpasning og opplæring. Jeg opplever at pasientene gir inntrykk av å forstå all informasjonen om utstyr og bruk når de er hos oss, men når de kommer hjem er all info borte og alle spørsmålene kommer. Da er ambulanseteam gull verdt.
- 2) Vurdering av hjelpetiltak for avansert syke KOLS-pasienter. Vi ser ikke helheten når de er her. Vi har hatt noen unødvendige innleggelse av den grunn. Jeg kan umiddelbart tenke på i hvert fall **6-8** innleggelse siste året som jeg mener ville vært unngått om ambulanseteam hadde vært innkoplet.
- 3) Ved nyoppdaget nevromuskulær sykdom. Da trengs noen som drar i gang teamet rundt slike pasienter. Da er ambulanseteam meget nyttig. De har lav terskel for å kontakte sykehuslegen for oppklaring og diskusjon rundt praktiske løsninger, og samtidig i starten en del av teamet.

Redegjørelse for betydningen av ART fra Ressursenheten Ringerike kommune

KOLS pasienter er en palliativ pasientgruppe som per i dag ikke har noe palliativt team.

Ressursenheten (RES) har hatt et nært samarbeid med Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) rundt KOLS-pasientene i ca ett år. ART skaffer RES informasjon om dårlige KOLS-pasienter som trenger oppfølging, og lærer opp personalet slik at de blir tryggere på hvordan de kan hjelpe KOLS-pasientene hjemme. ART har undervist en hel fagdag om hjerneslag, og gitt opplæring i støtte til lungefysioterapi og bruk av PEEF-ventil. RES mener dette har ført til bedre livskvalitet for pasientene, som for eksempel:

- Pasient A ringte ofte 113 om morgenen fordi hun fikk alvorlige problemer med pusten. Etter samarbeidet med ART unngikk hun de akutte morgenanfallene, hun unngikk sykehusinnleggelse, og hun fikk så mye bedre livskvalitet at hun til og med kunne komme seg ut av huset den siste tiden hun hadde igjen å leve.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Pasient B, som før hadde legevaktsbesøk 3 ganger i uken og hyppige sykehusinnleggelse, klarer seg nå med besøk fra hjemmesykepleien. ○ Personalet forteller at de har klart å okkupere mange anfall hos pasient C, der de før opplæringen ville ha ringt etter ambulanse. Det tette samarbeidet med sykehuset har særlig hindret sykehusinnleggelse i helgene.
Mål
Ikke beskrevet
Tiltak
Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) for KOLS- pasienter kartlegger og tilrettelegger hjemmesituasjonen til pasientene i forbindelse med innleggelse, og det er et samarbeid med det lokale støtteapparatet på henvisning fra sykehuslege og kommunehelsetjenesten. Ressursenheten (RES) i Ringerike kommune har hatt et nært samarbeid med Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) rundt KOLS-pasientene i ca ett år. ART skaffer RES informasjon om dårlige KOLS-pasienter som trenger oppfølging, og lærer opp personalet slik at de blir tryggere på hvordan de kan hjelpe KOLS-pasientene hjemme.
Varighet av prosjekt/ tid for implementering
Ikke beskrevet
Ressursbruk
Ikke beskrevet
Yrkesgrupper involvert
Helsearbeidere
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
Ikke beskrevet
Overføringsverdi

Ikke beskrevet	
Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet	
Kontaktinformasjon	
Aleidis Skard Brandrud, Tlf 90731433, E-post: Aleidis.Skard.Brandrud@vestreviken.no	
Finansiering	Ikke beskrevet

Tittel	<u>Spreke og trygge eldre - Forebygging av fall</u>
Organisasjon	Eldrerådet i Nord-Trøndelag Fylkeskommune og Midtre Namdal Region
Populasjon	Personer over 65 år
Kort beskrivelse	
<p>Prosjektet for forebygging av fall ble igangsatt av Eldrerådet i Nord-Trøndelag Fylkeskommune og Midtre Namdal Region. Årlig er det ca 9000 voksne nordmenn som pådrar seg lårhalsbrudd. 8 av 10 er kvinner. Tidligere undersøkelser viser at 30 % av personer over 65 år faller hvert år, hyppigere etter fylte 75 år ³. Det ble prøvd ut tre ulike tiltakspakker i Midtre Namdal Region. Den ene tiltakspakken synes å ha fallforebyggende effekt. Prosjektet er en del av prosjektet Trygge eldre i regi av Skadeforebyggende forum.</p>	
Vurdering av effekt av tiltak:	
<p>Hovedtiltakene i tre tiltakspakker har vært forebyggende hjemmebesøk, Risiko Og Sårbarhetsanalyser (ROS) og undervisning til de eldre og personell i omsorgstjenesten. Ved hjelp av ansatte i hjemmetjenesten og i institusjoner, samt enkelte legekantor registrerte prosjektet til sammen 1221 fall.</p> <p>For å sammenligne de ulike forebyggende tiltakene, er fall og skadestatistikken for de siste 6 mnd av 2007 sammenlignet med de siste 6 mnd av 2008.</p> <p>Prosjektet klarer ikke på dette grunnlaget å finne signifikante forskjeller mellom gruppene eller innad i gruppene.</p> <p>Mange av de forebyggende tiltakene kom sent i gang. Hvis en tar hensyn til dette og sammenligner de siste 4 måneder av 2007 og 2008, observeres signifikant reduksjon i antall fall i gruppen som mottok forebyggende hjemmebesøk, men ikke i de to andre gruppene. Denne tiltakspakken er sannsynlig den av de forebyggende tiltakene som er nærmest til å dokumentere effekt på fallforebygging og derved skadeforebyggende effekt.</p>	
Mål	

³ Fakta om beinskjørhet og brudd, Folkehelseinstituttet 2007

<p>Prosjektets overordnede mål har vært å bidra til et meningsfylt og vitalt liv for eldre.</p> <p>Prosjektets resultatmål :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall fallulykker i Midtre Namdal Region er redusert etter at det er satt i gang tiltak. • Utarbeide en modell for forebyggende arbeid blant eldre som reduserer fallulykker i hjemme- og nærmiljø som kan benyttes av andre kommuner. • Observere og evaluere hvilke tiltak som gir mest effekt i MNR-kommunene. • Utarbeide en rapport med alle fakta omkring prosjektet.
<p>Tiltak</p>
<p>Pakken som viste signifikante resultater ble gjennomført i kommunene Fosnes, Overhalla, Namsos Vest og besto av forebyggende hjemmebesøk, trimgruppe med fysioterapeut og seniorer, trim med aktivitør og informasjon.</p> <p>De øvrige pakkene som ble gjennom ført besto av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ROS-analyser, ernæringstiltak, skyss og informasjon • Undervisning ansatte, undervisning 65+, skyss, sosiale tilstelninger og informasjon
<p>Varighet av prosjekt/ tid for implementering</p>
<p>Prosjektet registrerte fall i perioden 01.05.07-31.12.2008.</p>
<p>Ressursbruk</p>
<p>Ikke oppgitt</p>
<p>Yrkesgrupper involvert</p>

Tverrfaglig prosjekt der ulike yrkesgrupper og spesialtiter har deltatt. Hjemmebesøkene ble foretatt av fagutøvere med helseutdanning.
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
Prosjektet arbeidet forebyggende, og forutsatte dermed høy grad av involvering av målgruppen.
Overføringsverdi
Prosjektet anbefaler at en allmenn bevisstgjøring på konsekvenser av fall, samt hjemmebesøk med vurdering av fallforebyggende tiltak har sannsynligvis den beste effekten for å forebygge at eldre faller og derved pådrar seg skader og forringelse av livskvaliteten. ⁴
Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet
Saghaug E. Trygge eldre: forebygging av fallulykker hos eldre: iverksetting og utprøving av tverrsektorielle tiltak og samarbeidsløsninger. Oslo: Skadeforebyggende forum; 2010. (3)
Kontaktinformasjon
<p>Prosjektledere</p> <ul style="list-style-type: none"> • May Karin Kjølstad • Sissel Pettersen <p>Kommuneoverlegen i Midtre Namdal Region;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per W. Tvete <p>Skadeforebyggende forum - prosjektleder Trygge eldre</p>

⁴ Tilbakemelding fra Skadeforebyggende forum tyder på at prosjektet ikke videreført etter prosjektavslutning.

Elisabeth Saghaug

- Tlf. 23 28 44 28/980 25505
- eldresikkerhet@skafor.org

Finansiering

Eldrerådet i Nord-Trøndelag Fylkeskommune

Tittel	KOLS-koffert- hjemmediagnostikk for KOLS-pasienter		
Organisasjon	Dalane DMS.		
Populasjon	Pasienter med kronisk obstruktive lungesykdommer (KOLS)		
Kort beskrivelse			
Dalane DMS satt i gang et pilotprosjekt der en KOLS-koffert, som er en elektronisk diagnoseenhet, blir installert i hjemmet KOLS-pasienter. Kofferten er utviklet og utprøvd Danmark, og kan vise til reduksjon av reinnleggelser.			
Vurdering av effekt av tiltak:			
Utprøving i Danmark viser at en pasient med "KOLS" er innlagt opp til 4 ganger om året i 7 dager per innleggelse. Ved bruk av KOLS-koffert viser forsøket at man reduserer med 24 dagers innleggelse per pasient i målgruppen pr år.			
	Telemedisin / KOLS-koffert (n: 50)	Kontrollgruppe (n: 50)	Endring
Antall gjeninnleggelser	8	15	46% forbedring
Antall gjeninnleggingsdager	37 (4,6)	116 (7,7)	68% forbedring
Antall gjeninnleggelser med forverring	6	11	45% forbedring
Gjeninnleggingsdager med forverring	15(2,5) (3 <1 døgnet)	48 (4,4) (2<1 døgnet)	69% Forbedring
Annen evaluering			
Prosjektet viser til høy pasienttilfredshet, og evalueres som like godt og eller bedre enn å bli liggende på sykehuset.			
Mål			

Utstyret i kofferten ville gi økt trygghet for pasientene, redusert liggetid på sykehus og mindre reinnleggelse. Dessuten vil det kunne redusere belastningen både på spesialisthelsetjenesten og for hjemmesykepleierne
Tiltak
<p>KOLS-kofferten som er en elektronisk diagnoseenhet, blir installert i hjemmet KOLS-pasienter. I kofferten finnes blant annet en pc med videokamera slik at pasienten på en skjerm kan se lungesykepleieren som de snakker med. Den gir dermed toveis kommunikasjon via direkte overføring av bilde og lyd. Dette gjør det mulig for medisinsk personell å kommunisere og behandle pasienten fra en sentral ved sykehuset.</p> <p>De aktuelle KOLS- pasientene får koffertene med seg hjem i 14 dager. Sykepleier har i dette tidsrommet daglig kontakt med den hjemmeværende lungepasienten</p> <p>KOLS-kofferten inneholder også utstyr som kan foreta nødvendige målinger i forbindelse med lungesykdommen, blant annet surstoffmetningen, i blodet og den kan også registrere hjertefrekvens.</p>
Ressursbruk
Ansatt en sykepleier i 50% stilling. Koffertene betjenes av tre sykepleiere og med en sykepleier i reserve. Installasjonsteam fra kommunen.
Yrkesgrupper involvert
Se ressursbruk og finansiering.
Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende
KOLS-kofferten medfører økt egeninnsats i forhold til behandling.
Overføringsverdi
Overføringsverdi i forhold til pasienter i diagnosegruppen. DMSet har søkt HOD om midler til å prøve ut tilsvarende kofferter for andre kronikergrupper eks.hjertesvikt.

Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet	
Sorknæs AD, Madsen H, Hallas J, Jest P, Hansen-Nord M. Nurse tele-consultations with discharged COPD patients reduce early readmissions: an interventional study. Clin Respir J 2011;5(1):26-34. (8)	
Kontaktinformasjon	
Prosjektleder, DDMS Johannes Bergsåker-Aspøy, e-post: bajo@sus.no	
Finansiering	
Samhandlingsmidler fra HOD, ca 2 mill.	

Tittel	Nettbasert sårveiledning
Organisasjon	Universitetssykehuset i Nord-Norge, 10 kommuner i Troms og Nordland, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
Populasjon	Hjemmeboende pasienter med leggsår
Kort beskrivelse	
<p>Pasienter med leggsår som ikke vil gro blir henvist til spesialisthelsetjenesten på grunn av manglende sårheling. Dette er en belastning for så vel pasientene som sykepleierne og helsevesenet. I samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) tok Hudavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge initiativ til prosjektet Nettbasert sårveiledning. De tilbød pleie- og omsorgstjenesten i to fylker nettbasert veiledning i behandling av vanskelig helende venøse og arterielle sår for pasienter som allerede var henvist til Hudavdelingen. (9)(10)</p>	
Vurdering av effekt av tiltak	
<p>Året før prosjektstart hadde de 15 pasientene vært innlagt til sammen 5 ganger og vært til 54 polikliniske konsultasjoner for leggsårene. I veiledningsåret ble 15 polikliniske kontroller gjennomført, uten en eneste innleggelse.</p>	
Annen evaluering	
<p>Erfaringene fra studien er beskrevet i artikkelen, <i>Nettbasert sårveiledning: Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling i hjemmetjenesten, Nordisk tidsskrift for helseforskning, Nr.1 2010.</i> (9) Studien viser at når pasientens vanskelig helende leggsår skulle behandles i brukernes hjem, var det behov for regelmessig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten over en lengre periode. Tilsendt sårprosedyre er ikke nok for å sikre behandlingskvaliteten. Det var også behov for utveksling av faglige, skjønnsmessige vurderinger mellom nivåene i helsesektoren underveis i behandlingsforløpet.</p> <p>Bruk av tjenesten Nettbasert sårveiledning innebar kunnskapsutvikling for dem som fikk være med på prosjektets opprinnelige premisser, altså for dem som fikk sendt både bilder og tekst til Sårteamet på UNN. Med kompetansen fulgte også en selvtillit i forhold til sårbehandling som gjorde dem til kompetente hjemmesykepleiere som kunne yte god helsehjelp også i spesialtilfellene. Gjennom den nettbaserte veiledningen ble det mulig for spesialisthelsetjenesten å følge opp behandlingen av den enkelte pasient gjennom et tett samarbeid med hjemmesykepleierne. Økonomisk ville et slikt tett samarbeid vært urealistisk</p>	

uten bruk av IKT. Dermed fikk brukeren kvalifisert utført sårbehandling i sitt eget hjem, og hjemmesykepleierne fikk utviklet både behandlingskompetanse og kompetanse i kommunikasjon om vanskelig helende sår. Resultatet var heling av sår, og/eller færre sykehusinnleggelseser

Mål

Med dette tilbudet ville en forsøke å kompensere for manglende erfaring og kunnskap gjennom de mulighetene som lå i nettbasert samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tiltak

Prosjektet la opp til tre ulike måter å dokumentere sår på (9)(10):

- For det første var det et sårskjema som skulle sikre at de generelle opplysningene sårteamet trengte for å veilede, ble dokumentert. Et standardisert skjema fra Norsk interessegruppe for sårheling ble tilpasset og integrert i systemet. Skjemaet inneholdt rubrikker som sykepleierne skulle krysse av i for ulike aspekter ved såret.
- For det andre skulle digitale bilder, som hjemmesykepleierne hadde tatt av brukerens leggsår, legges ved henvendelsene. Ideen med bruk av bilder var basert på tidligere erfaringer fra samhandling med primærhelsetjenesten og god dokumentasjon på at diagnostisering ved hjelp av digitale bilder kan erstatte rutinekonsultasjoner hos en dermatolog. Med bilde av såret ville aspekter som tidligere ikke var kommet fram i muntlig kommunikasjon, bli dokumentert.
- Det tredje elementet var en utstrakt mulighet til å skrive i fritekst. Slik fikk hjemmesykepleierne skjønnsmessige vurderinger, som er en viktig del av det sykepleiefaglige arbeidet, plass i systemet. All dokumentasjon skulle sendes til hudavdelingen via Norsk Helsenett. Sårteamet skulle gi tilbakemelding elektronisk, og veiledningen skulle pågå til tilheling skjedde eller inntil ett år.

Kommunikasjonsløsningen Well Arena med nettportalen MinDoktor.no ble valgt som medium for kommunikasjon mellom første- og andrelinjetjenesten (Løsningen tilfredstilte kravene i personvernlovgivningen, og teknologien skulle være like brukervennlig som innlogging til en nettbank. Well Arena ble installert på sårteamets PC, mens hjemmetjenesten skulle klare seg med PCer som var tilkopleet Internett, mobiltelefon og kamera.

Pasientenes primærkontakter skulle delta under den innledende kliniske konsultasjonen ved hudavdelingen. Dersom det var ønske om det, ga sårteamet der opplæring i sårbehandlingen, bruk av MinDoktor.no og nærbildefotografering. Pleierne fikk med seg en forenklet brukerveiledning i nærbildefotografering som var tilpasset et utlånt kamera. Tilbake i kommunen fotograferte hjemmesykepleieren brukerens leggsår ved hjemmebesøk. på kontoret senere på dagen skulle sykepleieren fylle ut sårskjemaet, stille spørsmål til sårteamet i fritekstfeltet og legge ved bildene. Sårteamet skulle gi

<p>veiledning på bakgrunn av egne pasientdata fra den kliniske konsultasjonen på sykehuset, samt dokumentasjonen som var sendt fra hjemmetjenesten.</p> <p>Sårteamet anbefalte at sykepleierne sendte dokumentasjonen med digitale leggsårbilder ukentlig den første måneden, og deretter ved behov.</p>
<p>Varighet av prosjekt/ tid for implementering</p>
<p>Ca. 2006 – 2008</p>
<p>Ressursbruk</p>
<p>Ikke beskrevet</p>
<p>Yrkesgrupper involvert</p>
<p>Hjemmesykepleie, sårteam hudavdelingen på sykehus</p>
<p>Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende</p>
<p>Ikke beskrevet</p>
<p>Overføringsverdi</p>
<p>Prosjektet videreføres i løpet av høsten 2010 med prosjektet webbasert sårjournal. Dette er et samhandlingsverktøy som gjør det mulig å lagre, sende og motta sår dokumentasjon mellom 1. og 2. linjetejenesten, samt faggrupper og pasienten. Målet er å skape incentiv til dialog, behandling på rett nivå og deling av kunnskap og oppgaver for god behandling og omsorg.</p> <p>Formålet med prosjektet er å produsere kunnskap om betydningen av (deling av) kunnskap og oppgaver, ansvar og roller, for vilje til- og tilrettelegging for samhandling. Dette er sentrale incentiver og betingelser i tillegg til teknologiske, juridiske og økonomiske.</p> <p>Prosjektperioden er fra juni 2010 – januar 2012. Prosjektet er finansiert av programmet Helsetjenesteforskning, samhandling og telemedisin i Helse Nord.</p>
<p>Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet</p>
<p>Nyheim B, Lotherington AT, Steen A. Nettbasert sårveiledning: Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling i hjemmetjenesten. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010;6(1):40-55. (9)</p>

Aanestad M, Olausen I. IKT og samhandling i helsesektoren: digitale lappetepper eller sømløs integrasjon? Trondheim: Tapir akademisk; 2010. (10)

Kontaktinformasjon

Kontaktperson hos NST:

Beate Nyheim

- Telefon 975 43 010
- E-post: beate.nyheim@telemet.no

Finansiering

Store deler av arbeidet er finansiert av telemedisinsk forskningsprogram i Helse Nord (Som nå heter Helsetjenesteforskning, samhandling og telemedisin i Helse Nord), mens lønnsutgiftene til sykepleieren og legen i prosjektet dekkes av hudavdelinga ved UNN.

Tittel	Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin
Organisasjon	Helse Finnmark HF var prosjekteier og Nasjonalt senter for telemedisin (NST) var prosjektleder. I tillegg deltok lokalsykehusene i Kirkenes og Hammerfest, seks sykestuer og Universitetssykehuset Nord Norge.
Populasjon	Aktuelle pasientgrupper som får et tilbud ved sykestuene er geriatriske pasienter, pasienter med kreftsykdom, pasienter med annen kronisk sykdom og pasienter med enklere akutttilstander. ⁵
Kort beskrivelse	<p>Prosjektet "Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin" ble gjennomført i perioden 2007 – 2009 med Helse Finnmark HF som prosjekteier og Nasjonalt senter for telemedisin (NST) som prosjektleder. I tillegg deltok lokalsykehusene i Kirkenes og Hammerfest, seks sykestuer og Universitetssykehuset Nord Norge. I tillegg var også UNN med Kreftavdelingen og Geriatrisk avdeling aktivt med mot slutten.</p> <p>Prosjektet har vært en videreføring og -utvikling av prosjektet "Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark".</p>
Vurdering av effekt av tiltak:	<p>Prosjektet er ikke særskilt evaluert forhold til effekt på sykehusinnleggelse, men viser til tilbakemeldinger fra sykestuene som peker på at de har spart henvisninger til sykehuset. Prosjektet er evaluert kvalitativt i NST-rapporten <i>Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin</i>.</p> <p>Prosjektrapporten konkluderer med at (11):</p> <p>"Status pr. mai 2010 viser at det har lyktes prosjektet å implementere telemedisin på en måte som gir helsefaglig gevinst i form av sparte pasientreiser, god kompetanseutveksling og nettverksbygging. I forhold til prosjektets formål, som var å gi tilgang til spesialistkompetanse innen akuttmedisin, medisin og kirurgi, kan vi si at prosjektet delvis har lyktes."</p>

⁵ Det er 40 sykestuesenger i Finnmark fordelt på 16 kommuner; Alta, Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nesseby, Nordkapp, Porsanger, Tana, Vadsø og Vardø. Den største sykestuen er Alta med 9 senger. I 2008 dekket Helse Finnmark ca halvparten av kostnadene med et fast tilskudd til kommunene (ca 490. 000 kroner pr. seng). Helse Nord har siden 2006 ledet sykestueprosjektet for videreutvikling av sykestuene i Finnmark. Hovedfokus er tjenesteinnholdet og hvordan sykestuene kan utvikles videre i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Se Helsedirektoratets nettsider for informasjon: http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/fagnytt/sykestuer_som_tilbyr_spesialisthelsetjenester_320144 og http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/sykestueprosjektet/prosjekt_sykestuefinansiering_675594

Annen evaluering
Effekt av tiltaket underbygges imidlertid av en rapport fra 2007 som gjør rede for det samfunnsøkonomiske potensialet ved innføring av telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykehus og sykestuer i Finnmark.
Mål
<p>Prosjektets formål var å sikre at lokalsykehusene og sykestuene i Finnmark med bruk av telemedisin skulle få tilgang til spesialistkompetanse innen akuttmedisin, medisin og kirurgi.</p> <p>Målene blir i rapporten definert slik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utplassere telemedisinske løsninger ved sykestuene i Karasjok og Lakselv i Finnmark etter sykestue/VAKe-modellen. • Opplæring av personell i bruk av utstyr for telemedisinske tjenester. • Opprette nye telemedisinske tjenester innen pediatri, geriatri og kreft. • Videreutvikle programvare for sentral drift og vedlikehold av teknologisk løsning for telemedisinsk tjeneste. • Utarbeide rutiner for telemedisinsk bruk mellom lokalsykehus og sykestuer.
Tiltak
<p>Prosjektet bestod av tre arbeidspakker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk telemedisin ved sykestuene i Karasjok og Lakselv. • Videreutvikle eksisterende telemedisinske tjenester mellom lokalsykehus og sykestuer. • Videreutvikle programvare for sentral drift og vedlikehold. <p>Prosjektet ble forankret hos direktøren i Helse Finnmark HF og ut i de seks kommunene som har sykestuer. Det ble også avklart med Kreftavdelingen og Geriatrik avdeling ved UNN at de ønsket å være med. Deltakerne forpliktet seg i forkant av prosjektet til å delta gjennom signering av intensjonsavtaler.</p> <p>Prosjektet vektla følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bygge på erfaringer fra tidligere gjennomførte prosjekter (Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykehus og sykestuer i Finnmark, VAKe Finnmark)

- eksisterende infrastruktur
- lokal organisering
- forankring i de lokale organisasjonene
- opplæring i bruk av systemer og teknologi
- utvikle nye rutiner for samhandling

Ressursbruk

Ikke beskrevet

Yrkesgrupper involvert

Sykepleiere, leger og teknisk personale

Involvering og egeninnsats av pasienter og pårørende

Løsningene gir mulighet til involvering av pasienter, men dette kun utnyttet i noen tilfeller.

Overføringsverdi

Stor i forhold til andre geografiske områder og pasientgrupper.

Referanse til ressurser der prosjektet er beskrevet

Øvernes E. Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin. Tromsø: Nasjonalt senter for telemedisin; 2010. (NST- rapport: 12-2010). (11)
 Kvalø SA, Mork H. Samfunnsøkonomisk evaluering av telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykehus og sykestuer i Finnmark. Tromsø: Nasjonalt senter for telemedisin; 2007. (12)

Kontaktinformasjon
Kontaktperson hos NST: Eirik Øvernes, Project Manager, Specialist Consultant Telefon: 48133173 E-post: eirik.overnes@telemed.no
Finansiering
Lokalsykehusmidler, Helsedirektoratet

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
2. Goodman LA. Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics* 1961;32(1):148-170.
3. Saghaug E. Trygge eldre: forebygging av fallulykker hos eldre: iverksetting og utprøving av tverrsektorielle tiltak og samarbeidsløsninger. Oslo: Skadeforebyggende forum; 2010.
4. Goldfinger S, Schutt R, Tolomiczendo G, Turner W, Ware N, Penk W, et al. Housing persons who are homeless and mentally ill: independent living or evolving consumer households? I: Breakey WR, Thompson JW, red. *Mentally ill and homeless: special programs for special needs*. Amsterdam: Harwood; 1997. (Chronic Mental Illness, v. 6.). s. 29-50.
5. Oslo kommune Bydel St Hanshaugen. Gode hus for skjeve liv ... i Schandorffsgate 4. Oslo: Oslo kommune; 2009.
6. Fjærtøft H, Indredavik B. Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007;127(4):442-445.
7. Fjærtøft H. Extended stroke unit service and early supported discharge: short and long-term effects [PhD]. Trondheim: NTNU; 2005.
8. Sorknæs AD, Madsen H, Hallas J, Jest P, Hansen-Nord M. Nurse tele-consultations with discharged COPD patients reduce early readmissions: an interventional study. *Clin Respir J* 2011;5(1):26-34.
9. Nyheim B, Lotherington AT, Steen A. Nettbasert sårveiledning: Kunnskapsutvikling og bedre mestring av leggsårbehandling i hjemmetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2010;6(1):40-55.
10. Aanestad M, Olaussen I. IKT og samhandling i helsesektoren: digitale lappetepper eller sømløs integrasjon? Trondheim: Tapir akademisk; 2010.
11. Øvernes E. Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin. Tromsø: Nasjonalt senter for telemedisin; 2010. (NST- rapport: 12-2010).
12. Kvalø SA, Mork H. Samfunnsøkonomisk evaluering av telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykehus og sykestuer i Finnmark. Tromsø: Nasjonalt senter for telemedisin; 2007.