



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Søknad om samhandlingsmidler 2017 – SØ og kommunene i Østfold

Tittel på tiltaket	Sammenhengende oppfølging av eldre med hjertesvikt fra sykehus til hjemmet
Navn på søker	Elin Kolberg Stene (Avansert geriatrisk sykepleier = AGS)
Angi forankring og navn på ansvarlig virksomhet/enhet	Geriatrisk poliklinikk, geriatrisk og endokrinologisk avdeling SØ.
Navn på samarbeidsparter - hvem deltar fra kommune, SØ og brukere	Sykepleiere/leger ved døgnområde hjertemedisin SØ og hjertesvikt-poliklinikken SØ Sykepleiere/leger ved døgnområde geriatri SØ Kontaktsykepleier fra hver hjemmesykepleiesone i Fredrikstad og Sarpsborg kommune (2 utvalgte Østfoldkommuner) Fastlegerepresentant for Fredrikstad kommune og Sarpsborg kommune Farnasøyt SØ. Ved behov tilgang til ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, prest fra SØ eller fra kommunene Fredrikstad og Sarpsborg.
Prosjektansvarlig/ Kontaktperson	Navn: Trond Birkestrand Virksomhet: Fag- og utvikling ledelse, rådgiver administrasjon SØ Adresse: PB 300, 1714 Grålum, Tuneveien 20, 3.etg., Sarpsborg Telefon: 901 81 143 E-post: trond.birkestrand@so-hf.no
Beskrivelse av prosjekt - inkl. bakgrunn for ideen	Bakgrunn: Erfaringer/kunnskap etter arbeid med egen masteroppgave: «Oppfølging av eldre hjemmeboende etter sykehusopphold grunnet hjertesvikt». Viktige prinsipper for å redusere antall unødvendige reinnleggelseser ser ut til å være tverrfaglige team, tidlig intervensjon og oppfølging i hjemmet. Forståelse for og etterlevelse av medikamentell behandling virker å være en spesiell viktig del av oppfølgingen. (Vedlegg 1) Beskrivelse av prosjektet: Geriatrisk poliklinikk har i utgangspunktet tenkt oppfølging av eldre med hjertesvikt, der AGS (med bakgrunn i epikrise/sykepleierapport/opplysninger fra sykehusoppholdet) gjør kartlegging, vurdering av helsetilstand og lager AGS-plan (oppfølgingsplan) sammen med pasient/evt. pårørende og evt. kontaktperson i hjemmesykepleien. Det vil gis tilpasset og individuell informasjon/opplæring til pasient og pårørende. Det er tenkt oppfølging i hjemmet i samarbeid med hjemmesykepleie og fastlege. Pasientens medvirkning vil være sentral. Oppfølgingsplanen er tenkt sendt til pasientens fastlege, med mulighet for justeringer, tilbakemeldinger og kommentarer. Det er tenkt at hjemmesykepleien kan ta over oppfølgingen etter prosjektperioden.
Mål/hensikt (målgruppe)	Koordinert samhandling mellom sykehus, hjemmesykepleie og fastlege. Reduksjon av antall unødvendige sykehusopphold. Tverrfaglighet. Pasienttilfredshet. Brukermedvirkning. Målgruppe: Eldre som har vært innlagt sykehus grunnet hjertesvikt. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for pasientutvalget vil bli gjort samlet i prosjektet «Folkehelse i SØ – hvordan samhandle og tilrettelegge for at kronikere med hjerte- og lungelidelser unngår unødvendige sykehusopphold?»
Er det undersøkt om andre allerede har realisert dette tiltaket? - gi utfyllende informasjon	Egen litteratursammenstilling (master) viser flere intervensjoner for oppfølging av samme pasientgruppe. (Vedlegg 1). Samkjøring av lignende initiativ i SØ.
Redegjør kort for metodikken som er tenkt benyttet	Metodikk etter arbeidsprosess «Kartlegging og vurdering av helsetilstand ved AGS». (Vedlegg 2). Etter henvendelse fra geriatrisk poliklinikk til samhandlingssjef i SØ Odd Petter Nilsen i juli 2017, ble det anbefalt å samkjøre prosjektforslaget fra geriatrisk poliklinikk med prosjektet «Folkehelse i SØ ...», noe geriatrisk poliklinikk er positive til. Avdelingsjef (geriater) Astrid Eri-Montsma er villig til å sitte i styringsgruppen for prosjektet. Overlege Lars Uleberg er villig til å være geriateren som AGS kan henvende seg til ved behov. Seksjonsleder for sykepleie geriatri Mona Martinsen er positiv til å avsette AGS til prosjektet i 50 % stilling, dersom det skaffes økonomiske midler til vikar i geriatrisk poliklinikk. Prosjektet «Folkehelse SØ ...» knyttes også til Læringsnettverket brukermedvirkning «Trygg utskrivning med pasienten som likeverdige partner».
Forventet nytteverdi for brukere/pasienter	Informasjon/opplæring mer effektiv når det tilpasses individuelt og foretas i kjente omgivelser for pasienten. Forverring av hjertesvikt kan oppdages tidligere. Pasienten kan delta mer i vurderingen av behandlingsalternativer og oppfølging. Unødvendige sykehusopphold kan reduseres. Pasientens

	engstelighet kan reduseres. Fastlege kan oppleve mer kontroll på hvordan pasienten har det og kan lettere finjustere medikamentelle endringer i samarbeid med hjemmesykepleier/AGS.
Forventet økonomisk gevinst - Viktig for overføring drift	Færre unødvendige sykehusopphold. Mindre bruk av angstdempende medikamenter for involverte pasienter. Færre henvendelser til legevakt.
Plan for implementering i drift - bruk av funn	At det er laget en strukturert og individuelt tilpasset oppfølgingsplan for pasienten som hjemmesykepleie og fastlege kan bruke og videreutvikle etter prosjekttidens slutt.
Beskriv overføringsverdi	Systematikken ved AGS-vurdering kan overføres til andre pasientgrupper med kroniske lidelser, som for eksempel KOLS. Dersom prosjektet viser positivt resultat kan metodikken utvides til å omfatte flere kommuner.
Hvordan skal prosjektet evalueres - inkl. monitorering/ rapportering under veis	Plan for evaluering samkjøres med prosjektet «Folkehelse SØ... ». Forskningsavdelingen SØ vil bli tilknyttet prosjektet. Se måleparametre i prosjektdirektivet til «Folkehelse i SØ...»
Prosjektets totale budsjett - inkl. egenfinansiering	For delprosjektet fra geriatrisk poliklinikk: - Lønn: 50 % stilling sykepleier med klinisk mastergrad. Geriatrisk poliklinikk hadde tenkt prosjektperiode på 1-2 år, med avtagende hyppighet på hjemmebesøk etter hvert som tiden går. Prosjekttiden må samkjøres med «Folkehelse SØ...» Dersom prosjekttiden blir 1 år, vil det si ca. kr 280 000 i lønnsutgifter. - Foreløpig tenkt utstyr: BT-apparat med ulike størrelser på mansjetter, stetoskop, pulsoksymeter, vekt, høydemål, målebånd, reflekshammer, otoskop, ryggsekk/veske, blodsukkerapparat med tilhørende utstyr, diverse brosjyrer og opplæringsmateriell, utstyr for å sjekke hørsel og syn. Antatt pris kr 10 000 (hvis utstyr ikke kan lånes fra geriatrisk poliklinikk) - Kjøregodtgjørelse/evt. bruk av sykehusets biler for hjemmebesøk - Bærbar PC som kan tas med utenfor sykehuset med DIPS-tilgang For prosjektet «Folkehelse SØ...»: se eget totalbudsjett.
Søknadssum for denne søknad	Antatt ca. kr 300 000
Milepælsplan - prosjektets lengde	Følger milepælsplan til prosjektet «Folkehelse SØ.....»
Ev vedlegg - angi navn og nummer	Vedlegg 1: Introduksjon og oppsummering fra egen masteroppgave: «Oppfølging av eldre hjemmeboende etter sykehusopphold grunnet hjertesvikt» Vedlegg 2: Mal for kartlegging og vurdering av helsetilstand ved AGS

Søknaden med ev vedlegg sendes på e-post til sekretariatet for administrativt samarbeidsutvalg

Jon.Jaeger.Gasvatn@so-hf.no