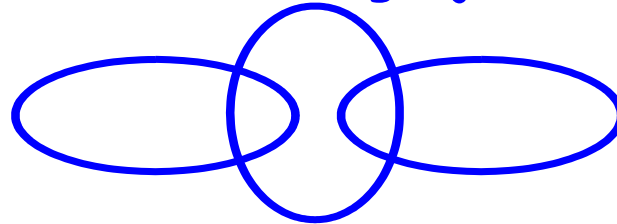


Samhandlingskjeden



kronisk syke

Felles fagdag 12.november 2009
Prosjektleder Klara Borgen

HELSE  MIDT-NORGE

 **NTNU**
Det skapende universitet



Trondheim kommune



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

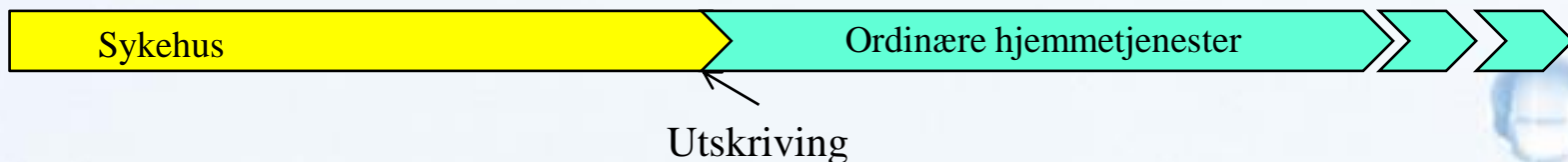


Målsetting

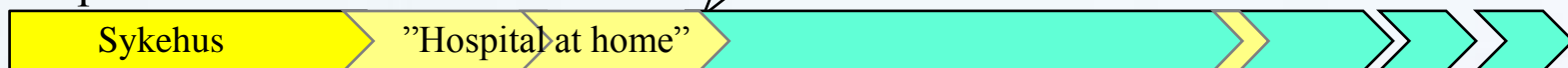
**Utvikle en
systematisk samhandlingskjede
for kronisk syke mellom
spesialist- og primærhelsetjenesten**

Samhandlingsmodeller ved tidlig utskriving til hjemmet

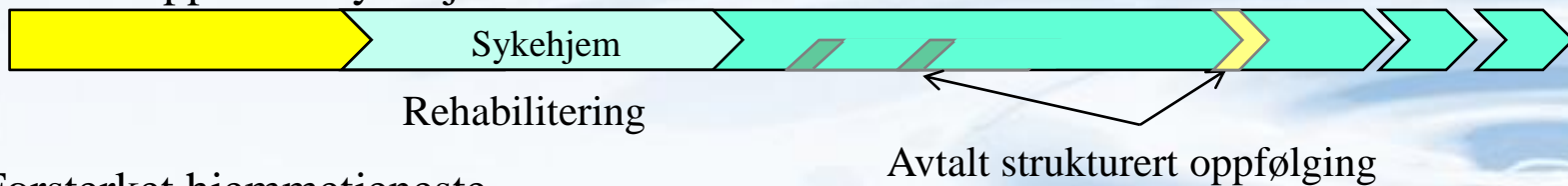
1. Vanlig utskrivningsforløp



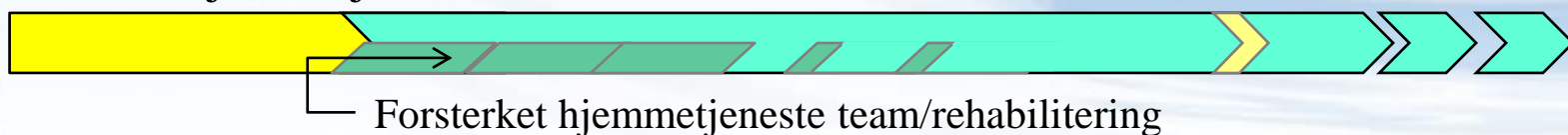
2. "Hospital at home"



3. Interimsopphold i sykehjem



4. Forsterket hjemmetjeneste



5. Forsterket hjemmetjeneste med veiledning



Kommunehelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten

Aktører i samhandling om kronisk syke



Andre viktige tjenester

Bakgrunn


- Ved usikkerhet og utrygghet ringes som regel legevakt/AMK
 - Akuttkjeden fungerer ikke så bra for kronisk syke, mange blir innlagt da legevakt ikke kjenner til pasienten eller ikke har tilgjengelig informasjon om pasienten
- Ønske om mer fokus på forebyggende tiltak og mer involvering av fastlegen

Et samhandlingsprosjekt

- Prosjekteier
St.Olavs Hospital
- Kommuner
 - Trondheim, Fræna, Sunndal, Surnadal, Hitra og Orkdal kommune.
- Sykehus
 - St.Olavs Hospital (Øya og Orkdal sykehus) og Molde sykehus
- Andre
 - HMN HF og SINTEF



Finansiering

- Midler fra EU, HOD, HMN HF
 - NFR og NTNU finansierer hver sin stipendiat som skal evaluere prosjektet
- 

Samhandlingskjeden kronisk syke



1: Nexes

2: Trening og Mestring

3: Helhetlig Pasientforløp i eget Hjem
HPH



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

1. Nexes

Konsortium med

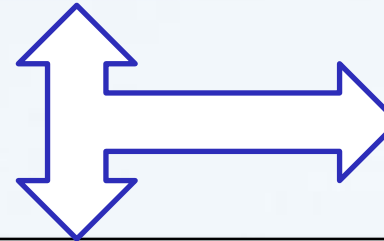
HMN HF, ST.Olavs,
Trondheim kommune,
SINTEF

Styringsgruppe

Prosjekteiere, deltagende aktører
og brukerrepresentanter

2. Trening og mestring

Hilde S. Solberg, Helge
Garåsen, Lokale ansvarlige



3. Prosjektgruppe HPH

Eva Rinnan, Merete Knudsen, Klara Borgen, Tove Røsstad, Line Kristoffersen

Geografisk gruppe Orkdal

en fra hver kommune og sykehus
Støtte Merete og Eva

St.Olavs/Orkdal
lokale kontaktpersoner

Hitra kommune
Lokal kontaktperson

Orkdal kommune
Lokal kontaktperson

Surnadal kommune
Lokal kontaktperson

Geografisk gruppe Trondheim

Repr. Fra geriatri og hj,svikt
Line, Merete, Eva, Tove,

St.Olavs/Øya
geriatri og hjertesvikt
kontaktpersoner

Trondheim kommune
Lokale kontaktpersoner

Geografisk gruppe Molde

En fra hver kommune, sykehus og
støtte fra Eva og Merete

Molde Sykehus
Lokale kontaktpersoner

Fræna kommune
Lokal kontaktperson

Sunndal kommune
Lokal kontaktperson

1: Nexes



- Living Healthy at Home
- Eu prosjekt i samarbeid med Barcelona og Athen
- Vurdere mulig IKT støtte til samhandlingskjeden
 - ELINk, medaxsess, callsenter
- Lokalt samarbeider HMN HF, Trondheim kommune, SINTEF, og ST.Olavs Hospital

Kommunikasjon om kronisk syke - “Call Centre”



2: Trening og Mestrings Program

- Trening og opplæringsprogram med fokus på mestring og forebygging
 - Utviklet i samarbeid med fagpersonell og brukere
 - Tilbud til hjemmeboende over 45 år, med en kronisk sykdom.
- Alle får tilbud om trening mens halvparten blir randomisert til opplæringsdel i tillegg.
- Nytt å tilby pasientopplæring (på tvers av diagnoser) i primærhelsetjenesten.

Programmets faser

Fase 1

Opplæring i kombinasjon med fysisk trening
(Baseline)

Fase 2

Utprøving på egenhånd i ca 9 mnd.

Fase 3


Veiledet oppfølging (4 uker, fra 11.-12.mnd)

Opplæringens struktur og innhold

Tidspunkt	Tema	Innhold
1.samling	Oppstart. Etablere gruppe, bli kjent.	Informasjon om programmet: -struktur og innhold. Avklare forventninger. Taushetsplikt
2.samling	Aktivitet og sosial deltakelse.	Praktisk håndtering dersom min sykdom påvirker min mulighet til aktivitet og sosial deltakelse.
3.samling	Kronisk(e) sykdom(mer) Mulighet for å påvirke egen situasjon.	Mestring og strategier. Praktiske eksempler og forslag til tiltak i fht. utfordringer i hverdagen.
4.samling	Familie ~ pårørende.	Fokusere på pårørende og deres situasjon når et familie – medlem har kronisk sykdom.
5.samling	Kommunikasjon og samhandling.	Belyse hvordan kommunikasjon kan påvirke relasjoner.
6.samling	"Veien videre". Avrunding, evaluering. ^{HSS}	Hva er viktigst for meg å jobbe videre med? Hvordan? Informasjon om lokale tilbud.



Evaluering

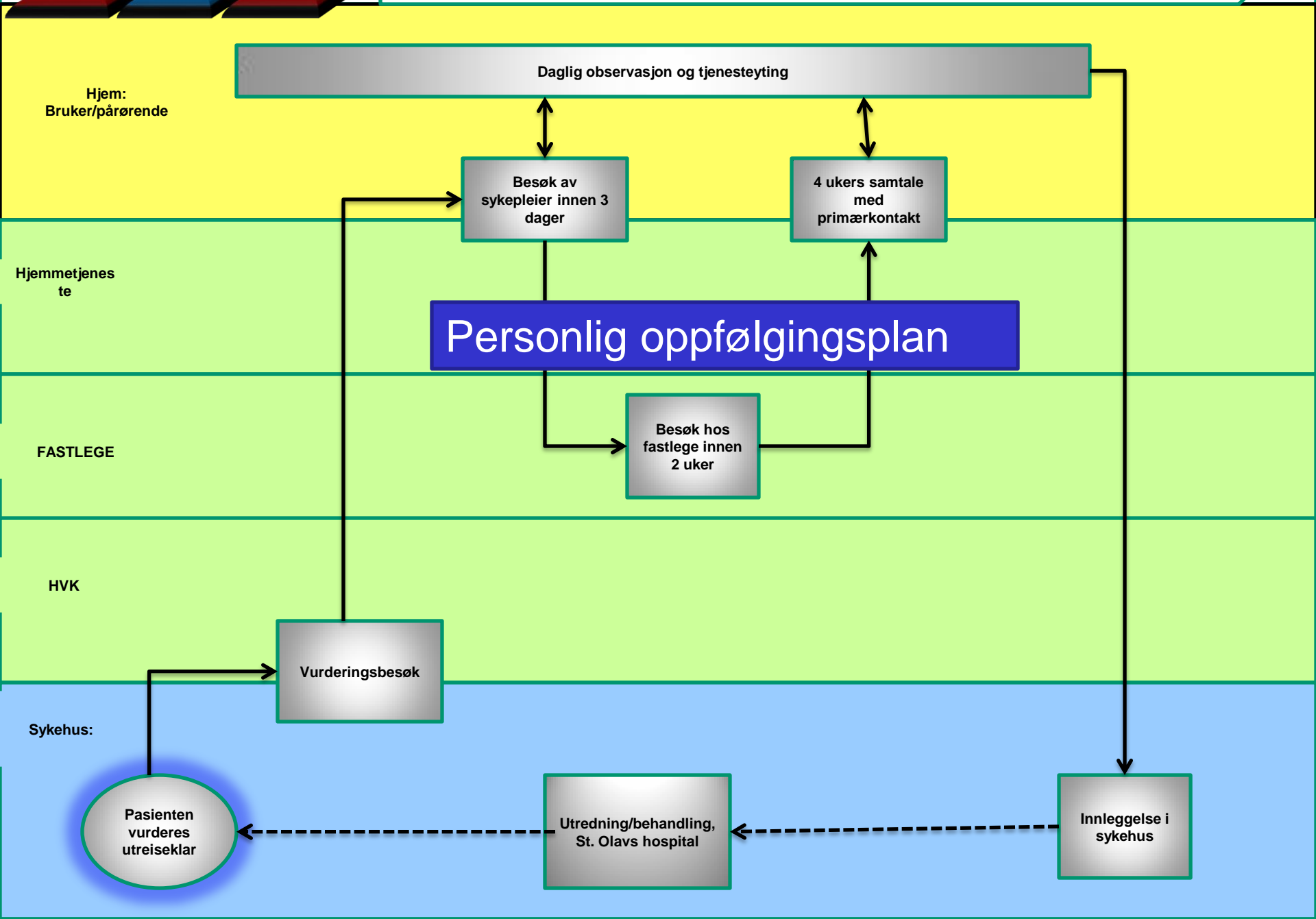
- Stipendiat Hilde Solberg
 - Trondheim, Fræna, Hitra, Surnadal, Sunndal kommune
 - Samarbeider med lokale fysioterapeuter og sykepleiere for gjennomføring av programmet
- 



3: Helhetlig pasientforløp i eget hjem

- Program for systematisk oppfølging av hjemmetjenestene med fokus på mestring og forebygging.
 - Utviklet av fagfolk og brukere i alle deltagende kommuner og sykehus.
 - Nye pasientforløp utarbeidet
 - Programmet piloteres ved Bergheim sone i Trondheim.
 - St. Olavs ved Geriatrisk og Hjertemed.avd har startet nye forløp
- Bredding fra 1.desember







Kvalitet!!!!

- Kompetanse i hjemmetjenestene
 - Fase 1: HPH – basiskompetanse
 - Roller, ansvar/juss, dokumentasjon,
 - Fase 2: HPH - Systematikk
 - Fase 3: Spesialisert kompetanse
- Bedre utskriving og innleggelse rutiner
- Mer ansvar og involvering av fastlegen



Deltagere

- Trondheim kommune og St.Olavs Hospital, Øya
- Sunndal og Fræna kommune mot Molde sykehus
- Surnadal, Hitra, Orkdal kommune mot Orkdal sykehus

Evaluering

- Stipendiat Tove Røsstad
- Gjennomfører store bruker og ansatte-undersøkelser i alle kommunene før og etter samt ulike andre undersøkelser på individnivå underveis



Ulik TIDSPLAN

- Prosjektperioden ut 2010
 - Ulike løp
 - Evt forlengelse vurderes etter jul
- Forskning går ulikt
 - 1. Nexes medio 2011
 - 2. TM medio 2011
 - 3. HPH ut 2011

Mer info?

- WWW.stolav.no/samhandlingskjeden
- www.nexeshealth.eu

