

# Pasientar med behov for langvarige og koordinerte somatiske tenester

---

Sluttrapport frå arbeidsgruppe  
Utviklingsprosjektet Nordfjord sjukehus

Nordfjord 1. oktober 2012

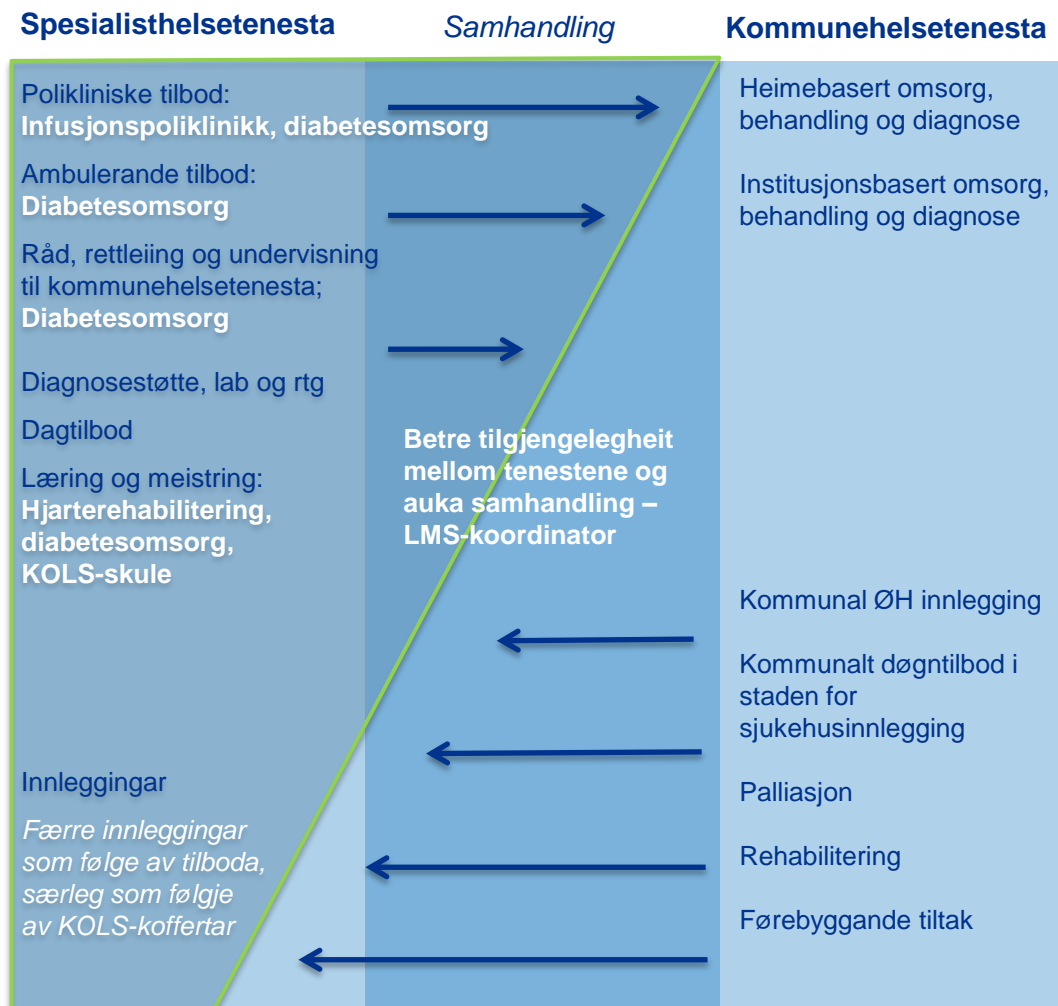
# Arbeidsgruppa foreslår infusjonspoliklinikk, hjarterehabilitering, styrking av diabetestilbod, KOLS-skule og KOLS-koffertar til pasientar frå Nordfjord

## Samandrag

- Arbeidsgruppa foreslår at det blir oppretta følgjande tilbod til pasientar med behov for langvarige og koordinerte somatiske tenester:
  - **Infusjonspoliklinikk** som skal gje infusjonar til pasientar med nevrologiske, revmatiske, hud- og kreftsjukdommar, i tillegg til Remicade-infusjonar og polikliniske blodtransfusjonar
  - **Hjarterehabiliteringstilbod** for pasientar frå heile Sogn og Fjordane. Tilbodet skal vere eit tverrfagleg «startkurs» som er ein kombinasjon av lærings- og meistringskurs og fysisk opptrening. Opplegget bør vere ei blanding av individuell tilpassing/oppfølging og trening/undervisning i grupper
  - **Ei styrking av tilbodet til diabetespasientar**, då spesielt gjennom ambulerung ut til kommunane for å diskutere generelle problemstillingar, einskilde pasientar eller praktiske problemstillingar, ha felleskonsultasjonar samt halde kurs. Spesialistar i spesialhelsetenesta bør ha faste telefontider der fagpersonell frå kommunane kan ringe for råd og rettleiing
  - **KOLS-skule** – tilsvarande det FSS, LSH og avdeling Florø har, slik at KOLS-pasientar som bur i Nordfjordregionen får nytte seg av eit slikt tilbod nærare heimen. Arbeidsgruppa foreslår dessutan at det blir leigd to **KOLS-koffertar** til bruk for pasientar i Nordfjordregionen. Dette tilbodet skal vere eit pilotprosjekt og finst per i dag ikkje som tilbod for pasientar i Sogn og Fjordane
- Arbeidsgruppa anbefaler at det vert tilsett ein LMS-koordinator ved NSH som skal koordinere oppstart og drift av dei ulike rehabiliteringstilboda

## Tilboda føreslått i denne rapporten skal styrke samhandlinga med kommunehelsetenesta

- Tilboda som er føreslegne i denne rapporten er for forholdsvis store pasientgrupper, for pasientgrupper med trong for gjentatt oppfølging, og tilboda er medisinsk mogleg å desentralisere til lokalsjukehus
- Tilboda som er skildra skal styrke samhandlinga med kommunehelsetenesta på fleire område. Mellom anna sikrar dei ei god overgang mellom helsetenestene, koordinerte heilskaplege pasientforløp tilpassa pasientane sine behov og kompetansebygging på tvers av helsetenestane. Denne auka samhandlinga er illustrert i figuren til høgre



# Innhold

Om arbeidet

Forslag til tilbud

Infusjonspoliklinikk

Hjarterehabilitering

Diabetes

KOLS

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

Generelle moment rundt tilboda

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

## Løysingane er i rapporten hovudsakleg presentert separat for kvar enkelt sjukdomsgruppe

### Oppbygning av rapporten

- Løysingane vert i rapporten presentert for kvar enkelt sjukdomsgruppe. Dei ulike tilboda som er skildra er hovudsakleg infusjonspoliklinikk, hjarterehabilitering, diabetesomsorg og KOLS-rehabilitering
- Felles generelle moment rundt tilboda er presentert i dei siste kapitla. Dette er område som koordinering og organisering, telemedisin, nasjonal overføringsverdi, generell ROS-analyse, økonomiske konsekvensar og forslag til vidare arbeid

## Deltakarar i arbeidsgruppa

Namn	Stilling	Representerer
Signe Nordvik (leiar)	Avdelingssjef ANRR	Helse Førde
Laila Haugland	Seksjonsleiar, medisinsk seksjon	NSH, Helse Førde
Ruth Sissel Bjørhovde	Fysioterapeut	NSH, Helse Førde
Jon Sverre Arnestad	Overlege medisin	NSH, Helse Førde
Synnøve Aasebø	NSF, medisinsk klinikk	NSH, Helse Førde
Vigdis Hestad Smørdal	Fagforbundet	NSH, Helse Førde
Gerd Johannesen	Verneombod	NSH, Helse Førde
Stig Igland	Avdelingssjef, Lærings- og meistringssenteret	Helse Førde
Vidar Roseth	Samhandlingssjef	Helse Førde
Sigrídur Einarsdóttir	Avdelingssjukepleiar	Stryn kommune
Rune Kalhagen <sup>1</sup>	Fastlege	Stryn kommune
Gerd Bjørkedal	Brukar	Brukar
Maria Estenstad	Prosjektstøtte, Deloitte	Ekstern prosjektstøtte

## Arbeidsgruppa har hatt seks arbeidsgruppemøte i perioden april til september

### Arbeidsgruppa sin arbeidsprosess

- Arbeidsgruppa har hatt seks arbeidsgruppemøte i perioden april til september 2012, som alle har vorte heldne ved Nordfjord sjukehus. Eitt av møta var helde saman med arbeidsgruppa *Eldre med samansette psykiske og fysiske utgreiings- og behandlingsbehov*. I tida mellom arbeidsgruppemøta har deltakarar arbeidd med ulike tema
- Gruppa har undervegs levert delrapportar med ulike tema. Alle delrapportane er inkludert i denne sluttrapporten
- I tillegg til deltakarane i arbeidsgruppa har gruppa fått viktige innspel frå diabetessjukepleiar ved NSH, Magnhild Ravnestad, sjukepleiar ved FSS, Grete Grimelid, avdelingssjef medisinsk avdeling Helse Førde, Trine Vingsnes og representantar frå det interkommunale prosjektet rundt lokalmedisinske tenester
- På grunn av anna arbeid i samband med utviklingsprosjektet har ikkje brukarrepresentanten hatt moglegheit til å delteke i arbeidet

# Arbeidsgruppa skal gi framlegg til framtidige tenestetilbod ved Nordfjord sjukehus

## Overordna mål med arbeidet

- Gi framlegg til framtidige spesialisthelsetenestetilbod på lokalsjukehusnivå/ved Nordfjord sjukehus til pasientar med behov for langvarige og koordinerte somatiske tenester
- Framlegget skal medverke til at pasientgruppene får samordna, føreseieleg og tilgjengeleg hjelp i rett tid, på beste effektive omsorgsnivå (BEON)<sup>1</sup>

## Delmål og ønska gevinstar

- Samanhengande tilbod for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester
- Pasientane opplever at tenestene er trygge, har god kvalitet og er samordna
- Tilgjengelege helsetenester for pasientane på beste effektive omsorgsnivå (BEON)
- Organisering av tenestene som førebyggjer ikkje naudsynte innleggingar
- Kostnadseffektive tenester som oppfyller faglege kvalitetskrav
- Systematisk samhandling mellom spesialitetar internt i Helse Førde HF
- Strukturert, målretta samhandling mellom sjukehus, kommunehelsetenesta og fastlegar
- IKT/telemedisin blir nytta på ein tenleg måte for effektiv pasientbehandling



# Nasjonale, regionale og lokale føringar legg rammer for arbeidet til arbeidsgruppa

## Nasjonale, regionale og lokale føringar

- Nasjonale faglige retningslinjer og rettleiarar innan dei aktuelle diagnosegruppene
- Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Rapport frå Helsedirektoratet 2011 «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet»
- Aktuelle regionale føringar
- Aktuelle lokale prosjekt, t.d. «koordinerte pasientforløp»
- Kartleggingar gjort i Helse Førde HF, m.a. prosjekt medisin 2012 og pasientstrømsanalyser utført i regi av Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus
- Styringsdokument og andre sentrale føringar for helseføretaket
- Føringar om framtidig samhandling og oppgåvefordeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta, m.a. samhandlingsreforma

## Kritiske suksessfaktorar

- Vere nytenkande innanfor rammene til prosjektet
- Sikre nasjonal verdi. Prosjektet skal vere ein pilot for å gi innspel til å vidareutvikle innhald og organisering av andre lokalsjukehus
- Finne løysingar som sikrar eit framtidsretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseføretaket

## Arbeidsgruppa har fokus på rehabilitering knytt til hjartesykdommar, KOLS og diabetes

### Pasientgrupper/tema som skal inngå i arbeidet til gruppa

- Pasientar som behøver infusjonar
- Hjartelidingar (hjarterehabilitering)
- Lungelidingar (KOLS)
- Diabetes
- Muskel-/skjelettsystemet og bindevev
- Smertelindring

### Pasientgrupper som inngår i mandatet til arbeidsgruppa, men som gruppa ikkje har fokus på

- Nyresvikt – dialyse (separat arbeid i regi av Helse Førde)
- Kreftlidingar (separat prosjekt  
Medikamentell kreftbehandling i regi av Helse Førde)
- Hudsjukdommar (separat prosjekt – behov for desentraliserte polikliniske tenester – i regi av utviklingsprosjektet)
- Slagpasientar (separat prosjekt i regi av Helse Førde)

- Arbeidsgruppa har hovudsakleg arbeidd med løysingar separat for dei ulike sjukdomsgruppene. I tillegg har gruppa sett på overordna generelle løysingar for den samla pasientgruppa. Dette gjeld særleg organisering og koordinering av dei ulike føreslegne tilboda

## Tilbod til dei aktuelle pasientane lokalt er viktig fordi dei ofte vil ha behov for tenester frå spesialisthelsetenesta

### Bakgrunn

- Pasientar med samansette, langvarige lidingar vil jamleg ha behov for helsetenester både frå kommune- og spesialisthelsetenesta. For mange pasientar med samansette, langvarige lidingar, vil det vere viktig å få hjelp nær eller i heimen. Mange av desse vil ha behov for eit individuelt tilpassa og langsiktig tilbod, der spesialisthelsetenesta understøttar og supplerer det kommunale tilbodet. Utvikling av heilskapelege pasientløp med god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, er hjelpemiddel for å kunne tilby denne pasientgruppa hjelp etter prinsippet om beste omsorgsnivå. Det er difor viktig å legge til rette både for gode spesialiserte helsetenester i nærleiken av pasienten, og for at spesialisthelsetenesta gir naudsynt støtte til utvikling av kommunehelsetenesta

# Innhold

Om arbeidet

Forslag til tilbud

Infusjonspoliklinikk

Hjarterehabilitering

Diabetes

KOLS

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

Generelle moment rundt tilboda

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

## Polikliniske infusjonar til pasientar frå Nordfjord vert i dag i all hovudsak gjeve ved FSS

### Dagens tilbod

- Polikliniske infusjonar til pasientar frå Nordfjordregionen vert i dag i all hovudsak gjeve ved Førde sentralsjukehus. Dette gjeld både nevrologiske og revmatiske pasientar og pasientar med kreft og magetarmsjukdomar
- Pasientane dette gjeld har ei lang reisetid til Førde, kor dei får behandling i eit visst intervall over lengre periodar. Arbeidsgruppa meiner at eit tilbod ved NSH vil betre situasjonen for pasientane, då dei kan få behandlingane nærare heimen sin og redusere reisetid
- I dag er det tre kreftsjukepleiarar ved NSH. Frå 1. oktober 2012 skal poliklinikken vere open kvar dag

# Arbeidsgruppa foreslår at ulike typar infusjonar kan gjevast ved ein infusjonspoliklinikk ved NSH

## Forslag til løysing

- Prosjekt Medikamentell kreftbehandling / kreftpoliklinikken planlegg å gjennomføre infusjonar ved NSH. Arbeidsgruppa foreslår at andre avdelingar kan samarbeide om ulike typar infusjonsbehandling ved NSH i ein infusjonspoliklinikk. Her kan også blodtransfusjonar gjennomførast
- Prosjekt Medikamentell kreftbehandling har utarbeidd ulike malar og prosedyrar for eit infusjonstilbod ved NSH. Desse kan nyttast også for andre pasientgrupper som skal få infusjonar her. Det er spesielt viktig med tydelege prosedyrar, rutinar og god eintydig informasjon slik at behandlinga blir lik og med god kvalitet ved alle sjukehusa (FSS, NSH og LSH). Tiltak for å sikre lik og god kvalitet kan vere:
  - Månadlege møte mellom dei ansvarlege ved dei ulike sjukehusa med utveksling av informasjon rundt aktuelle emne/problemstillingar (videokonferanse/telemedisin kan nyttast)
  - La sjukepleiarar og legar hospitere på tvers av sjukehusa for fagleg oppdatering
  - Ved NSH bør det vere éin sjukepleiar som er ansvarleg og som FSS kan ha fast kontakt med
- Eit døme på ein mal som prosjekt Medikamentell kreftbehandling har utarbeidd er behandlingsplan. Denne kan nyttast for alle infusjonspasientar (mal i DIPS). Onkologen har ansvar for å sette opp planen, medan ansvarleg lege lokalt har ansvar for gjennomføring. Behandlingsplanen og journalnotat går også til fastlegen via DIPS

# Infusjonspoliklinikken ved NSH skal gje infusjonar til pasientar med nevrologiske, revmatiske, hud- og kreftsjukdommar

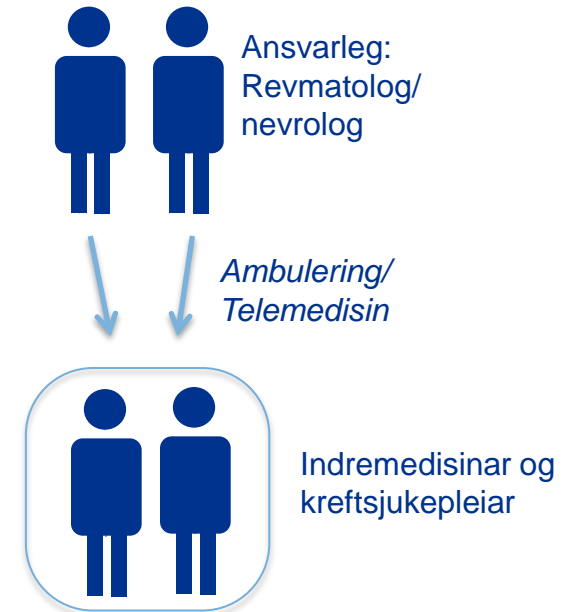
## Omfang av pasientar

- Infusjonspoliklinikken skal gje eit tilbod til pasientar som skal ha infusjonar i spesialisthelsetenesta og kan få eit tilbod på Nordfjord sjukhus. Det kan vere alle typar kreftpasientar og er ikkje diagnoseavhengig, men avhengig av type kur og ei individuell vurdering av kvar enkelt pasient. Andre aktuelle pasientgrupper er MS, revmatiske sjukdommar og hudsjukdommar
- Per i dag er det snakk om 2-3 nevrologiske pasientar (MS) 1 gang per månad og 10 pasientar med revmatisk sjukdom som skal ha infusjon 4.-6. kvar veke. Per i dag er det ca. 10 kreftpasientar som får cellegift og 6 andre kreftpasientar som får behandling. Det kan vere kvar veke eller anna kvar veke alt etter type kur og pasienten sin tilstand. I tillegg kjem Remicade-infusjonar og polikliniske blodtransfusjonar
- Det er sannsynleg at omfanget av pasientar vil auke etter at det lokale tilbodet er etablert og dermed vert meir tilgjengeleg

# Infusjonane kan bli gjevne av kreftsjukepleiarar, utan revmatolog/nevrolog til stades

## Kompetansebehov

- Revmatologar og nevrologar frå FSS kan ambulere ved NSH 1-2 dagar i månaden og gje behandlingar. Dei vil då undersøke pasientane med tanke på sjukdomsaktivitet og effekt av behandlinga slik at denne kan korrigerast etter behov. Infusjonar kan også bli gjevne desse dagane
- Infusjonane kan hovudsakleg bli gjevne lokalt ved NSH utan revmatolog/nevrolog til stades. Det vil då vere behov for lege (indremedisinar) og sjukepleiar med relevant erfaring
- Revmatologen/nevrologen vil vere fagleg ansvarleg, medan indremedisinaren er ansvarleg for gjennomføringa når dei ikkje er til stades. Revmatologen/nevrologen kan då kontaktast ved behov ved hjelp av telemedisinsk utstyr dersom det skulle vere behov for det
- Sjukepleiarane som gjev infusjonane er kreftsjukepleiarar/sjukepleiar med opplæring i infusjonsbehandling. Dette er viktig for å sikre tilstrekkeleg fagleg kvalitet og for å ha sjukepleiarar som gjev infusjonar ofte – det er viktig med mengdetrening. Stillingsprosenten for desse vil dermed måtte aukast. Frå 1. oktober 2012 vil poliklinikken vere open kvar dag. Dette tilbodet er ein del av prosjekt Medikamentell kreftbehandling der kreftpasientar skal få behandling ved NSH





## Infusjonspoliklinikken vil mellom anna ha behov for infusjonspumper, løfte-/kvilestolar og undersøkelsesbenk

### Utstysbehov

Infusjonspoliklinikk, totalt behov	233.000
4 stk løfte-/kvilestolar	100.000
6 serveringsbord med hjul	9000
1 trillebord til oppdekking	6000
1 undersøkelsesbenk	30.000
4 infusjonspumper (Har to stk i dag. Det er tenkt at opptil seks pasientar kan verte behandla kvar dag, slik at behov for nytt utstyr er fire pumper)	56.000
1 saturasjonsmålar	22.000
1 TV	5000
Gardin/skjerm Brett mellom pasientane (seks plassar til pasientar)	5000

Det er elles viktig at det blir avsett tilstrekkeleg areal til infusjonspoliklinikken (ref. arealprosjektet)

# Infusjonsbehandlninga vert ein del av poliklinikken ved NSH

## Organisering

- Infusjonsbehandlninga vert ein del av poliklinikken på NSH. Leiaren av denne må samarbeide med ulike poliklinikkar ved FSS
- Medisinsk klinikk har den største aktiviteten ved NSH, så det er naturleg at den felles poliklinikken er organisert i medisinsk klinikk

## Tilbudet vil gje kortare reisetid og mindre belastning for pasientane

### Styrker ved løysinga

- Kortare reisetid for pasientane gir mindre belastning
- Reduserte reisekostnader for helseføretaket
- Polikliniske infusjonar er ei behandling som enkelt kan overførast til lokalsjukehusa med tanke på kompetansebehov hjå personell
- Felles prosedyre for infusjonsbehandling i helseføretaket

# Kritiske suksessfaktorar for infusjonspoliklinikken

## Kritisk suksessfaktor

1. Tilstrekkelege økonomiske rammer

2. Pasientane som skal bli behandla ved infusjonspoliklinikken høyrer til ulike avdelingar; det kan derfor vere utfordrande med tanke på administrering/økonomi. Dette gjeld generelt for dei polikliniske tilboda

3. Tilstrekkeleg areal

4. Kvalitetssikring av tilbodet; Kommunikasjon og ansvarsfordeling, avklare ansvarsforhold

5. Informasjon om nye medikament, kursing, etc. skal også vere tilbod til lokalsjukehuset

## Tiltak for å sikre suksess

- Midlar til innkjøp av naudsynt utstyr vert innvilga

- Avklare økonomisk ansvar og prosess for økonomisk handtering

- Arealprosjektet tek omsyn til plassen som infusjonspoliklinikken treng

- Avklare kven som har det faglege ansvaret
- Gode system

- Avklare informasjonskanalar og kommunikasjon rundt dette

## Risikomatrise

**Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei**

Konsekvens	Svært høg	Usannsynleg	Lite sannsynleg 1 3	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
	Høg	Usannsynleg	4	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
	Moderat	Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
	Liten	Usannsynleg	Lite sannsynleg	2 5	Mogleg	Sannsynleg
	Ingen	Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Sannsynlighet				

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

Hjarterehabilitering

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

## Berre eit lite utval pasientar frå Nordfjord får i dag tilbod om organisert hjarterehabilitering

### Dagens tilbod til pasientar frå Nordfjord

- I dag er det berre eit lite utval av pasientar frå Nordfjordregionen som får tilbod om organisert hjarterehabilitering
- Fleirtalet reiser heim etter medisinsk ferdigbehandling. Dei tek sjølv ansvar for rehabilitering ut ifrå informasjon og opplæring som dei har fått på sentral- og lokalsjukehus. Fastlege har ansvar for pasientane vidare
- Nokre vert søkte til Krokeide Rehabiliteringssenter ved Bergen<sup>1</sup>. Det er gjerne personar i yrkesaktiv alder
- Pasientar med meir samansette problem og trong for tettare oppfølging vert tilvist til fysikalsk institutt. Dette kan vere personar med muskel –og skjelettlidingar, overvekt, ein inaktiv livsstil m.m.
- Tidlegare vart nokon tilvist til privat opptreningsinstitusjon, men i dag er dette ikkje praksis

# Forsking viser at rehabilitering reduserer sjukelegheit og dødelegheit og betrar funksjonsnivå for hjartepasientar

## Bakgrunn

- Fleire pasientar reagerer på at dei vert overlatne til seg sjølv i den tidlege fasen etter behandling. Dei har stort behov for råd og rettleiing i ein fase som er prega av reaksjon på det som har hendt, utryggleik i forhold til eigen kropp og ny situasjon
- Spesialisthelsetenesta har ansvar for opplæring og undervisning av pasientar og pårørande (LMS). Arbeidsgruppa meiner tidleg tverrfagleg rehabilitering vil hjelpe desse pasientane til å kome fortare attende til sitt daglege liv, at rehabiliteringsfasen kan bli kortare og at dei samtidig kan løfte seg til eit betre funksjonsnivå. Eit hjarterehabiliteringstilbod vil slik kunne spare både menneske og økonomi
- Eit hjarterehabiliteringstilbod vil ha behov for spesialisert kompetanse, særleg ved overvaking i samband med trening. Tilbodet vil derfor vere ei oppgåve for spesialisthelsetenesta

## Forsking på effekten

- Hjarterehabilitering har klasse 1 indikasjon, dvs. at det er godt dokumentert at det er nyttig og effektivt samt kostnadseffektivt
- Rehabilitering betrar sjukelegheit og dødelegheit og betrar funksjonsnivå og trivsel for hjartepasientar (koronarsjukdom, klaffopererte og ved hjartesykt)<sup>1</sup>. Det er dokumentert minst 20 % redusert dødelegheit ved kransåresykdom og 35 % redusert dødelegheit ved hjartesykt

<sup>1</sup>M.a. Braun et al (2012): Components of cardiac rehabilitation and exercise prescription , Wenger (2012): Cardiac rehabilitation: Exercise training and secondary prevention of coronary heart disease in older adults

# Arbeidsgruppa foreslår at det blir oppretta eit poliklinisk hjarterehabiliteringstilbod ved NSH

## Forslag til løysing

- Arbeidsgruppa foreslår at det blir oppretta eit poliklinisk hjarterehabiliteringstilbod ved Nordfjord sjukehus for pasientar frå hele Sogn og Fjordane. Styret i Helse Førde har i styresak 43/12 den 30. august 2012 vedteke at dette tilbodet skal opprettast
- Tilbodet skal vere spesialisert og individuelt for den enkelte pasient. Tverrfagleg kompetanse i form av lege, fysioterapeut og sjukepleiar skal tilbydast og ernæringsfysiolog og psykolog bør også nyttast. Tilbodet skal vere av høg kvalitet og ta i bruk moderne prinsipp for hjarterehabilitering
- Arbeidsgruppa foreslår eit tverrfagleg «startkurs» som er ein kombinasjon av lærings- og meistringskurs (undervisning om hjartesjukdom og livsstil/kosthald, brukarrepresentant deler av erfaringar) og fysisk opptrening. Opplegget bør vere ei blanding av individuell tilpassing/oppfølging og trening/undervisning i grupper
- Arbeidsgruppa foreslår at kurset går over tre dagar i ei veke og deretter to dagar veka etter. Dette kurset kan arrangerast ein gong i månaden, slik at pasientane ikkje må vente lenge etter operasjon/hending på å starte rehabiliteringa. Etter kurset bør pasientane fortsette å få rehabilitering ved poliklinikken i form av fysisk opptrening over lengre tid
- Ved oppstart og avslutning av rehabiliteringa skal det vere individuell testing og samtale. Dette er viktig både for at kvar person skal trene på sitt nivå og at ein skal kunne måle effekt av tiltaket
- Det bør leggst opp til sosiale aktivitetar på kveldane som deltakarane som er tilreisande og bur på hotell/pasienthotell kan få tilbod om. Dette kan vere kino, opera, turløyper, basseng, etc.
- To til tre månader etter opplegget bør deltakarane kallast inn til oppfølging og evaluering av opplegget hjå sjukepleiar/kardiolog på sjukehuset



## Tilbodet skal mellom anna vere for pasientar med hjarteinfarkt, kransåresjukdom, hjarteklaffopererte og som nettopp har fått PCI

### Pasientgrupper

- Rehabiliteringstilbod til hjartesjuka skal først og fremst vere knytt opp imot ei akutthending som har ført til innlegging på sjukehus
- Tilbodet ved NSH bør vere for pasientar ved medisinsk avdeling med diagnosane hjarteinfarkt, operasjon for kransåresjukdom (stabil angina pectoris, etter behandling av trange kransårer) og hjarteklaffopererte. Dei som har fått PCI (angioplasti, prosedyre for å behandle innsnevringar i koronararteriene) er også i målgruppa, men må nåast på ein annan måte, ettersom dei ikkje nødvendigvis er innom lokalsjukehus ved utskriving. Ei ordning kan vere å få tilsendt epikrise på pasientar som har vore til PCI
- Pasientar med hjertesvikt som lege ser på som stabile kan inkluderast frå poliklinikk eller legekontor
- Andre pasientar som står i fare for å få hjartesykje bør kunne inkluderast i rehabiliteringa etter kvart
- Pasientgrupper med ustabil angina, ukompensert hjertesvikt, alvorlege rytmeforstyringar og aorta stenose er ikkje kandidatar for den heilskaplege hjerterehabiliteringa<sup>1</sup>

### Tilvising

- Pasientar vil bli tilvist frå alle avdelingar som har hjartepasientar, der lege meiner at pasienten er i målgruppa, og der pasienten kan/vil nytte tilbodet
- Fastlegane må også kjenne til tilbodet og kunne tilvise pasientar. Også lege ved poliklinikk som møter pasientar i målgruppa kan tilvise

<sup>1</sup>Mæland 2006: Helhetlig hjerterehabilitering

## Arbeidsgruppa foreslår at tilbodet skal vere for pasientar i heile Sogn og Fjordane

### Geografisk område

- Arbeidsgruppa foreslår at tilbodet skal vere tilgjengeleg for pasientar i heile Sogn og Fjordane, då eit slikt tilbod ikkje finst i Helse Førde i dag
- På grunn av nærleik til tilbodet er det mest sannsynleg at flest pasientar frå Nordfjordregionen vil nytte seg av rehabiliteringa. Etter ein periode bør det vurderast kor vidt tilbodet bør etablerast også ved andre sjukehus i fylket, slik at terskelen for pasientar utanfor Nordfjord til å nytte seg av eit slikt tilbod blir lågare
- Dei pasientane som bur nært sjukehuset kan bu heime, medan andre kan bu på pasienthotell, evt. vanleg hotell

# Rehabiliteringa ved poliklinikken skal avsluttast med overgang til anna eigna tilbod i kommunen

## Samhandling med kommunehelsetenesta

- Overgangen mellom rehabilitering og sekundærførebygging er flytande og individuell, men dei aktuelle pasientane bør få tilbod om poliklinisk hjarterehabilitering ved NSH før kommunane tek over med relevant tilbod
- Rehabiliteringa ved poliklinikken bør avsluttast med konkret tilvising/overgang til anna eigna tilbod i kommunen, t.d. frisklivssentral eller «Aktiv på dagtid». Det kan også vere at kommunane har ressurs-/fagpersonar, t.d. fysioterapeutar/hjartesjukepleiarar, som kan undervise eller støtte opp under rehabilitering ved poliklinikken. Fastlegen og evt. lokallag av LHL må trekkast inn, medan foreiningar og organisasjonar kan tilby andre treningsmoglegheiter. Det er essensielt at fagpersonellet i poliklinikken har god oversikt over kva tilbod dei ulike kommunane har. Overgangen bør diskuterast allereie i startsamtalet i rehabiliteringa ved poliklinikken. Hjartepasientar kan ha bruk for tilbod som kosthaldskurs, røykeslutt, oppfølging av psykisk helse, sosionom, etc.
- Foretaket må syte for at hjarterehabiliteringstilbodet er godt kjent blant fastlegane og anna helsepersonell i kommunane. Det kan bli lagd brosjyre og elles må poliklinikken ha personleg kontakt med ulike aktørar

### Hjarterehabilitering NSH

Overgangs-  
samtale

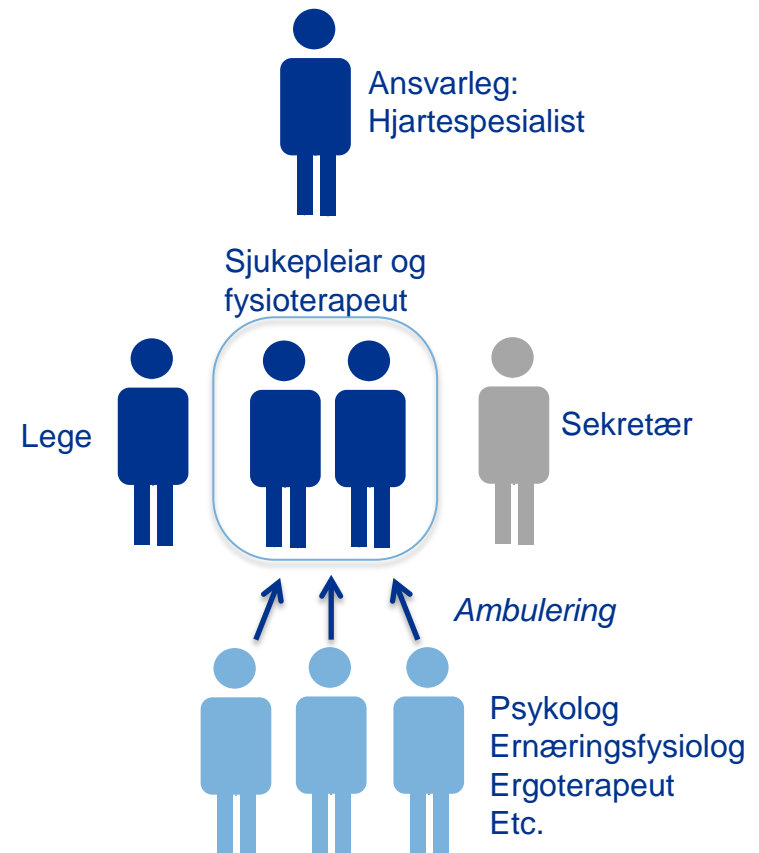
### Tilbod kommunehelsetenesta/ andre

- Fastlege/ressurspersonar
- Frisklivssentral/«Aktiv på dagtid»
- Hjarte-/lungeforeining (LHL)
- Treingstilbod gjennom organisasjonar/treningsse nter
- Kurs

# Tilbodet bør drivast av fysioterapeut og sjukepleiar saman

## Kompetansebehov

- Det er naturleg at tilbodet vert drive av fysioterapeut og sjukepleiar saman. Det må også vere ein legeressurs med spesiell interesse for tiltaket tilknytt poliklinikken, hjertespesialist bør ha overordna ansvar. Tilbodet vil dessutan ha behov for noko sekretæreneste. Fysioterapi vil ha trong for ei del- eller heiltidsstilling som kan ta spesielt ansvar for hjarterehabiliteringa. Det vil og vere ein stor fordel med sjukepleiar med vidareutdanning innan kardiologi
- For å kunne starte med hjarterehabilitering må personalet som skal ha ansvar for det ha opplæring. Det kan gjerne nyttast fagpersonar frå andre sjukehus til undervisning for pasient og pårørende eller at eventuelle ressurspersonar blir leigd inn frå kommunane, t.d. psykolog, ernæringsfysiolog (tilreisande frå FSS) og ergoterapeut
- Hjartekurs er også mogleg kompetansehevingstiltak



## Tilbodet vil ha behov for styrketreningsapparat og tredemølle for måling av oksygenopptak

### Utstysrbehov og økonomiske konsekvensar

- Det vil vere behov for fleire styrketreningsapparat samt to nye tredemøller. Tredemøller er svært viktige for individuell trening (desse kan stå tett og er relativt lite plasskrevande)
- Det vil og vere behov for testutstyr for maksimalt oksygenopptak. Dette kan også brukast til testing av lungepasientar (ein planlegg også rehabilitering for KOLS-pasientar). Utstyret gjer at ein lett kan måle og dokumentere effekten av treninga. Dette er viktig for motivasjon og meistringfølelse for pasienten. Testtredemølla må stå i tilstøytande rom på grunn av plassmangel i gymsal
- Tilbodet vil vere avhengig av å nytte auditorium til undervisning, eventuelt nytte biblioteket eller videorom.
- Tilgang til garderobe og dusj kan med noko ombygging kunne løysast utifrå eksisterande rom

Hjarterehabilitering, totalt behov	575.000
Styrketreningsapparat, t.d. strikk, lause vekter, matter, stepkasser, andre app.	100.000
Tredemølle, 1 stk	100.000
Testtredemølle for maksimum oksygenopptak, 1 stk	200.000
Vidareutdanning hjartesjukepleiar	100.000
Kompetanseheving fysioterapeut	75.000

## Hjarterehabiliteringstilbudet bør ligge under medisinsk avdeling og ha base i fysioterapiavdelinga

### Organisering

- Det vil vere naturleg at poliklinikk for hjarterehabilitering er ein del av medisinsk avdeling/klinikk ved NSH. Fysioterapiavdelinga vil vere ein naturleg base for tilbudet; det er her det vil vere behov for utstyr og areal
- Arbeidsgruppa foreslår at ein LMS-koordinator organiserer og koordinerer alle LMS-tilboda ved Nordfjord sjukehus, også hjarterehabiliteringa. Dette er nærare omtala i kapittelet *Generelt om organisering av tilboda ved NSH*

## Tilbudet vil hjelpe pasientar opp til eit betre funksjonsnivå

### Styrker ved løysinga

- Tidleg tverrfagleg rehabilitering som skissert vil hjelpe aktuelle pasientar til å kome fortare attende til sitt daglege liv, rehabiliteringsfasen kan bli kortare og dei kan løftast til eit betre funksjonsnivå
- Kortare rehabiliteringsfase og betre funksjonsnivå vil kunne føre til at pasientane kjem raskare tilbake i jobb og slik spare samfunnet økonomisk
- Det skisserte tilbudet vil kunne føre til at færre pasientar treng å reise til Krokeide for rehabilitering – gjestepasientkostnadene vil dermed reduserast

# Kritiske suksessfaktorar for tilbod om hjarterehabilitering

## Kritisk suksessfaktor

1. Tilstreккеlege økonomiske rammer

2. Forankring i leiinga

3. Tilstreккеleg tal pasientar. Det er uvisst kor mange pasientar som kjem til å nytte tilbodet. Det kan vere ei utfordring å samle nok pasientar til å gjennomføre startkursa

4. Ha ein LMS-kordinator som koordinerer tilbodet og sikrar eit godt pasientforløp

5. Tilgang på legeressurs, sjukepleiar og fysioterapeut med erfaring med opptrening

6. Tilgong på tilstreккеleg areal og utstyr

7. Overnatting for tilreisande

## Tiltak for å sikre suksess

- Midlar vert innvilga

- Involvering og kommunikasjon

- Det er viktig å informere og samarbeide godt nok med fastlegane og andre avdelingar, for at pasientane skal få høyre om tilbodet og for at dei skal bli tilviste
- Samkøyre med andre rehabiliteringstilbod, t.d. med KOLS-skulen

- Innvilga midlar til å tilsette LMS-kordinator

- Rekruttering/kompetanseheving

- Innvilga midlar til innkjøp av utstyr
- Tilgang på undervisningsrom og treningsrom

- Pasienthotell/nytte vanleg hotell

## Risikomatrikse

Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei

Konsekvens	Svært høg		1			
	Høg	6	2, 5	4		
	Moderat			3		
	Liten		7			
	Ingen					
		Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Sannsynlighet				



## Arbeidsgruppa foreslår at ei prosjektgruppe med fagspesialistar detaljerer ut tilbodet

### Vegen vidare

- Det bør opprettast ei prosjektgruppe snarast bestående av fagfolk som hjartespesialist og fysioterapeut, sjukepleiar, brukar/LHL-foreining, som detaljerer korleis tilbodet skal vere (denne gruppa kan starte arbeidet før LMS-koordinatoren er tilsett)
- Arbeidsgruppa anslår at oppstart av hjarterehabiliteringstilbodet kan skje 1. februar 2013

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

## I samhøve med nasjonale retningsliner skal alle indremedisinske avdelingar ha egne diabetesteam

### Nasjonale faglege retningsliner for diabetes

- Pasientar med type 1-diabetes bør som hovudregel vitja spesialisthelsetenesta minst éin gong per år. Samarbeid mellom dei forskjellige aktørane er viktig. Pasientar med type 2-diabetes vert kontrollert hovudsakleg hos fastlegane. Hos pasientar med type 2-diabetes som har ein dårleg regulert diabetes eller kompliserande tilleggssjukdom, kan det vere nødvendig med eit delt ansvar mellom fastlege og spesialisthelsetenesta
- Alle indremedisinske avdelingar skal ha egne diabetesteam. Eit diabetesteam består av overlege med spesialkompetanse innan diabetes (fagleg ansvarleg), diabetessjukepleiar, klinisk ernæringsfysiolog, psykolog, lege i utdanningsstilling og fotterapeut. Dei skal også ha eigen fotsårklinikk med samarbeid med karkirurg, ortoped og ortopediingeniør, samt etablert samarbeid med sosionom for trygdesaker og sosiale problemstillingar. Rutinar for samarbeid med aktuelle spesialitetar som augelege, nevrolog, nevrofysiolog, kardiolog og nefrolog for behandling av diabeteskomplikasjonar er viktig. Små lokalsjukehus kan ha eit mindre team med minimum overlege med spesialkompetanse og diabetessjukepleiar, og etablerte rutinar for samarbeid med teamet på nærmaste større sjukehus
- Diabetesteamet skal av pasientbehandling ha konsultasjonar, formidle kontakt (tilvising) til andre behandlarar, t.d. fotterapeut, augelege, ortopediingeniør, sårpoliklinikk og andre, utarbeide individuelle behandlingsplanar for pasientar med spesielle behov, ha teammøte for drøfting av problemkasus, faglege spørsmål og arbeidsrutinar, kvalitetssikring av behandlinga gjennom deltaking i dei nasjonale kvalitetsregistra for diabetes. I tillegg skal teamet drive opplæring av pasientar, pårørande og helsepersonell

# Nordfjord sjukehus har i dag poliklinisk tilbod og arrangerer startkurs for diabetikarar

## Dagens tilbod ved NSH for vaksne diabetikarar

- Mange av diabetespasientane får påvist sjukdommen før dei vert tilviste til NSH. Nokre får og diagnosen når dei er til kontroll på sjukehuset eller er innlagd på grunn av andre problem. Dei med type 2 diabetes vert ofte teke hand om av primærlege, men det er og mykje avhengig av kva kompetanse kvar lege har og kor samansett problem kvar enkelt har. Dette bør behandlast individuelt etter dei nasjonale retningslinene. Når pasienten kan ta hand om sjukdommen på ein god måte etter behandling av spesialisthelsetenesta, bør primærlegen følgje dei vidare. Dersom sjukdommen endrar seg med akutt forverring, t.d ketoacidose, får dei augeblikkeleg hjelp av spesialisthelsetenesta til alt har normalisert seg. Det kan og vere andre ting som krev sjukehusbehandling. Oppfølging av pasient vert etter behov på poliklinikken eller hos primærlege
- Diabetestilbodet ved NSH starta i 2003 med ein lege og ein diabetessjukepleiar (diabetesteam). Pasientane var tidlegare til behandling etter behov eller kvar andre eller sjette månad
- Tilbodet i dag er eit poliklinisk tilbod fem dagar i månaden (kvar torsdag og ein fredag i månaden). Diabetessjukepleiaren har dessutan saman med lege ansvar for å behandle og følgje opp pasientar som er innlagde på medisinsk avdeling (etter nasjonale retningsliner frå Helsedirektoratet i 2009). Diabetessjukepleiar har i dag i utgangspunktet 100 % stilling, men ein stor del av tida vert brukt til andre formål enn diabetesomsorg (t.d. dialyse). På grunn av mangel på sjukepleiarar med kompetanse har diabetessjukepleiaren ofte vore kontakta på fritida
- I tillegg til det polikliniske tilbodet vert det arrangert startkurs etter retningsliner frå Diabetesforbundet. Legen har det faglege ansvaret, medan diabetessjukepleiaren har det praktiske ansvaret. Kurset går over tre dagar vår og haust. Her deltek også fysioterapeut, ernæringsfysiolog, hudpoliklinikk, fotterapeut, tannpleiar, psykiatrisenteret og NAV
- Kommunelegar har hospitert ved diabetespoliklinikken. I tillegg har diabetesteamet hatt kurs og opplæring for helsepersonell i kommunane. Det har ikkje vore utarbeidd retningsliner for samarbeid mellom første- og andrelinetenesta
- Legen som har vore tilknytt diabetespoliklinikken er frå hausten 2011 ikkje tilsett ved NSH, men har vore tilbake enkelte veker for oppfølging av diabetespasientar. Utanom dette har det ikkje vore tilgang til endokrinolog

## Arbeidsgruppa foreslår at diabetesteamet også skal ambulere ut til kommunane

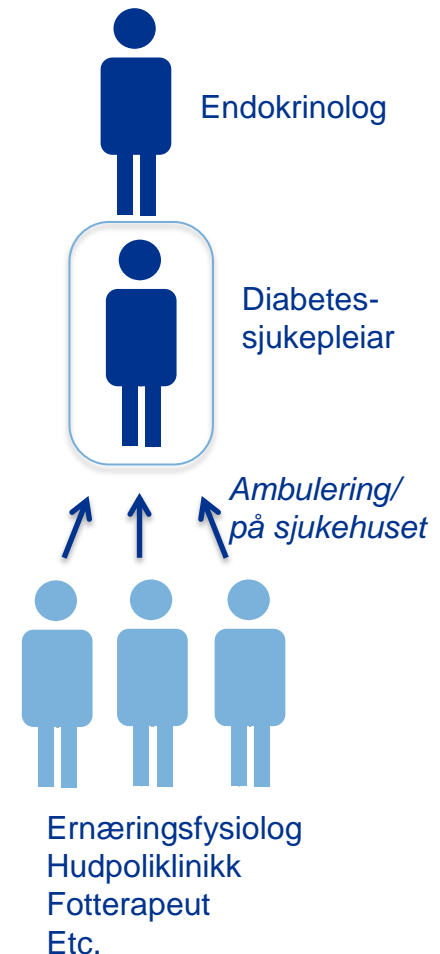
### Forslag til løysing

- Arbeidsgruppa foreslår at diabetesteamet kan ambulere ut til kommunane (t.d. i heimesjukepleien/på sjukeheimane/legekontora) for å diskutere generelle problemstillingar, einskilde pasientar eller praktiske problemstillingar, ha felleskonsultasjonar samt halde kurs. Dette er skildra nærare på side 35
- Spesialistar i spesialhelsetenesta bør ha faste telefontider der fagpersonell frå kommunane kan ringe for råd og rettleiing. Slik vil unødvendige konsultasjonar ved spesialisthelsetenesta kunne unngåast
- Det bør utarbeidast rutinar for diabetesteamet ved sjukehuset samt kommunepersonell som arbeider med diabetes og sjukehusa seg imellom. Det skal leggjast til rette for gjensidig kunnskapsoverføring. Det bør utarbeidast ei forpliktande samarbeidsavtale mellom kommunane og spesialisthelsetenesta som stadfestar overgang mellom første- og andrelinetenesta
- Startkurs/meistringskurs bør vidareførast slik det er i dag. Pårørande bør òg vere med på opplæringa, då det viser seg at det då er større sjanse for livsstilsending
- Dei som har behov for oppfølging av spesialisthelsetenesta bør få kontroll ved poliklinikk kvar 2. til 6. månad og minst ein gong i året. Ved behov kan kontroll utførast hyppigare
- Diabetesteamet skal framleis vere tilgjengeleg for innlagde pasientar, samt for eventuelle observasjonspasientar på legevakt eller kommunale senger på sjukehuset, for hjelp ved diabetesrelaterte problemstillingar
- Rutine for tilvising av pasient til spesialisthelsetenesta bør vere som no. Dette sikrer god oversikt og oppfølging. Legen ved poliklinikken tilviser eventuelt til andre spesialistar
- Gruppa meiner at det bør vurderast om tilbodet ved NSH bør tilpassast barn under 16 år, som i dag må til Førde for å få eit tilbod ved FSS. Diabetes er eit aukande problem blant unge, og det ville vere positivt for desse å sleppe den lange reisevegen

# Tida til diabetessjukepleiaren bør i større grad frigjerast til arbeidet med diabetesomsorg

## Kompetansebehov

- Det bør vere kontinuerleg tilgang til spesialist i diabetes og andre endokrine sjukdomar (endokrinolog). Endokrinologen bør ha telefontid til faste tider fleire gonger i veka til spørsmål frå leger i kommunehelstenesta, slik det t.d. allereie er innan psykiatrien
- Tida til diabetessjukepleiaren bør i større grad frigjerast slik at den reelle stillingsprosenten til diabetesomsorg er 100 %. I tillegg er det ønskeleg med ytterlegare ein diabetessjukepleiar med 50 % stilling til diabetestilbodet
- Ein ernæringsfysiolog bør ha faste dagar på sjukehuset. Denne vil vere til nytte for fleire enn berre diabetikarane. Ernæringskunnskap er i tillegg til medisiner og mosjon ein av dei viktigaste hjørnesteinane for diabetikarar
- Ein fotterapeut bør tilsettast i 25 % stilling. Alternativt bør det vere fastare rammer rundt leige av fotterapeut. Føter og god fotpleie er viktig for førebygging av fotproblem/sår som diabetikarar er spesielt utsette for og som er vanskeleg å behandle. I verste fall kan desse føre til amputasjon
- Hudpoliklinikken er tilgjengeleg for diabetespoliklinikken. Denne bør ha spesialkompetanse på diabetes, hudsjukdomar og sårbehandling
- Kommunane bør også økonomisk legge til rette for å utdanne fleire diabetessjukepleiarar
- Det bør bli gitt opplæring i og innarbeiding av NOKLUS (elektronisk pasientsystem) til bruk i oppfølginga av diabetespasientane (det viktigaste er utbygging av felles elektronisk journalsystem)



# Ambulering skal auke kunnskapsnivået i kommunane og halde pasientane lenger på eit lågare helsetenenivå

## Samhandling med primærhelsetenesta

### Ambulering

- Arbeidsgruppa foreslår at diabetesteamet kan ambulere ut til kommunane (t.d. i heimesjukepleien/på sjukeheimane/legekontora) og møte sjukepleiar/lege der. Til dømes kan dette gjerast kvar andre månad. Ein kan då diskutere generelle problemstillingar, einstilte pasientar eller praktiske problemstillingar. Ein kan i særskilde tilfelle ha felleskonsultasjonar. På denne måten blir ein betre kjent mellom behandlarane, kunnskapsnivået i primærhelsetenesta kan auke, samhandlinga går lettare og pasientbehandlinga blir truleg betre og kan haldast lenger på eit lågare nivå

### Kurs/ opplæring

- Lege og diabetessjukepleiar har hatt kurs og opplæring for helsepersonell i kommunane før og bør også kunne få til dette i framtida
- Det bør leggjast til rette for å få på plass elektronisk kommunikasjon også frå fastlege til endokrinolog/diabetessjukepleiar (epikrise) for pasientar som går til begge nivå for oppfølging

### Elektronisk kommunikasjon

### Hospitering

- Det bør vere tilrettelagt for å hospitere på diabetespoliklinikken både for personell i 1. og 2. linetenesta

### Tilbod i 1.linetenesta

- Samarbeid med frisklivssentralar og kommunalt kompetansesenter for rettleiing og oppfølging av personar som har behov for å endre levevaner. Tiltak kan vere knytt til fysisk aktivitet, kosthald og tobakk og er lågterskeltilbod. Samarbeidspartar er kommunelegar, fastlegar, ergo- og fysioterapeut og NAV

# Kommunane bør ha ein kontaktperson som samarbeider med diabetesteamet ved NSH

## Tilbod i primærhelsetenesta

### Kontakt- person

- Det bør vere ein kontaktperson i kommunane som samarbeider med diabetesansvarleg på sjukehuset for å sikre betre oppfølging i heimen for dei som treng det. Denne vil slik vere bindeledd mellom fyrste- og andrelinjetenesta og bør ha kompetanse innan diabetes. Dette kan t.d. ivaretakast av heimesjukepleien og kan gjerne vere ein sjukepleiar som kan sikre betre oppfølging i heimen. Fastlegen er den som har det faglege ansvaret

### Ansvars- område

- Om dei som har diabetes skal følgjast opp av spesialisthelsetenesta og eventuelt kor ofte er avhengig av kompetansen i kommunane. Stabile, velbehandla pasientar bør uansett fastlegen ha ansvar for. Dette også for at dei ikkje skal ta opp plasser for dei som har meir behov for spesialistkompetanse

### Tilbod

- Kommunane bør ha eit tilbod om vidare oppfølging for endring av levevaner og opplæring i å leve med kronisk sjukdom. Det bør kartleggast nærare kva tilbod og kvalitet dei ulike kommunane kan gje i dag. Det kan vurderast om noko av arbeidet kan overførast til kommunane

### Lokale LMS- kurs

- Lærings- og meistringssenteret bør samarbeide om lokale tilbod med kommunane. Lokale kurs vil kunne føre til at fleire deltek og reisepengar for deltakarar kan sparast



# Det bør rettast meir fokus på samarbeid med ulike organisasjonar, foreiningar og fora

## Samhandling med andre interessentar

### Organisa- sjonar

- Det bør rettast meir fokus på samarbeid med brukarorganisasjonar/lokalforeiningar/frivillige organisasjonar. Brukarorganisasjonar kan sjå andre behov enn dei profesjonelle. Målet er at pasienten vert ekspert på eigen sjukdom

### Idrettslag

- Frivillige organisasjonar som idrettslag har tilbod om fysisk aktivitet som kan nyttast

### Høgskule/ forskning

- Samarbeid med høgskule/forskning: Samarbeide med dei som har kompetanse på diabetes, t.d. Høgskulen i Bergen, for å halde seg oppdatert og sikre betre behandling og opplæring

### Diabetes- forbundet

- Det finst diabetesforum i Sogn og Fjordane og kvart andre år er det samling. Denne er det viktig at både representantar frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta deltek på. I tillegg har Diabetesforbundet andre arrangement – også lokalt

# Av utstyr til diabetestilbodet vil det vere behov for å kjøpe inn utstyrspakke til fotterapeut

## Andre moment

### Utstysrbehov

- Det vil kunne vere behov for å kjøpe inn utstyrspakke til fotterapeut. Denne vil omtrentleg ha ein kostnad på 25 000 NOK (+mva). Sannsynlegvis vil lokalitetane slik dei er i dag vere tilstrekkelege
- Det viktigaste behovet er eit tilrettelagt rom for å ta imot pasient og pårørnde
- Noko som kan vurderast ytterlegere er tilgang til kjøkken for matkurs

Diabetes, totalt behov	125.000
Utstyrspakke til fotterapeut	25.000
Vidareutdanning diabetes	100.000

### Organisering

- Tilbodet bør ligge under medisinsk klinikk, slik det er i dag

### Telemedisin

- Telemedisin kan t.d. kan vere nyttig ved sår vurdering

### Bakgrunn i retningslinjer

- Etter dei nasjonale retningslinjene skal spesialisthelsetenesta behandle, gje opplæring til nydiagnostiserte eller personar som har behov for spesialistkompetanse. Dette er uavhengig av kva type diabetes ein har

## Ein betre kvalitet på diabetesomsorga vil kunne medføre store helsemessige gevinstar

### Styrker ved løysinga

- Ein betre kvalitet på diabetesomsorga vil kunne medføre store helsemessige gevinstar for den enkelte pasient ved å førebygge andre plager og slik også økonomisk gevinst for samfunnet<sup>1</sup>
- Betre samhandling mellom behandlingsnivåa
- Auka kunnskap om diabetes hos legane/sjukepleiarane både i spesialist- og primærhelsetenesta
- Rett behandling på rett stad til rett tid
- Meir kunnskap om eigen sjukdom, og betre kontroll over eigen sjukdom for pasientane

# Kritiske suksessfaktorar for diabetestilbodet

## Kritisk suksessfaktor

1. Tilgang på endokrinolog
2. Tilgang på personale med spesiell kompetanse innan diabetes (sjukepleiar)
3. Det kan vere ei utfordring å få frigitt tid til personale til å hospitere i kommunane og motsatt, og å få kommunelegane til å sjå behovet for dette
4. Tverrfagleg samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetenesta, samt interkommunalt og andre nemnde partar

5. Pasientmedverknad vil styrke tilbod

## Tiltak for å sikre suksess

- Ambulering frå FSS
- Telemedisinsk kontakt
- Midlar innvilga til å ta vidareutdanning
- Halde på personell som har interesse av å ta vidareutdanning
- Avklarte faste tider for hospitering
- Lønn til kommunelegar
- God informasjonsflyt mellom helsetenestene – avklarte kommunikasjonskanalar
- Brukarrepresentant med i utvikninga av betra tilbod
- Nytte brukar i kurs

## Risikomatrise

**Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei**

Konsekvens	Svært høg	Usannsynleg	Lite sannsynleg 1 2	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
	Høg	Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
	Moderat	Usannsynleg	Lite sannsynleg 5	Mogleg 3 4	Sannsynleg	Sikker hending
	Liten	Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
	Ingen	Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Sannsynlighet				

## Diabetessjukepleiaren ved NSH kan leie arbeidet med å vidareutvikle tilbodet

### Vegen vidare

- Diabetessjukepleiaren som er tilsett ved NSH i dag kan leie arbeidet med å vidareutvikle tilbodet slik det er skildra her. Dette kan skje så snart ho får frigitt tida si meir. Tilbodet vil kunne vere fullt oppe og gå når ny diabetessjukepleiar er på plass

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

**KOLS**

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

# I dag finst det ikkje rehabiliteringstilbod for KOLS-pasientar ved Nordfjord sjukehus

## Dagens tilbod

- I dag har Helse Førde HF rehabiliteringstilbod (KOLS-skule) for personar med pusteproblem som skuldast kronisk bronkitt, emfysem og kronisk astma ved Førde sentralsjukehus (sidan 2002), Lærdal sjukehus (sidan 2011) og på Florø (sidan 2001). Dette tilbodet er per i dag ikkje etablert ved Nordfjord sjukehus

# KOLS-pasientar er ei stor og aukande pasientgruppe, og det er derfor viktig å ha gode tilbod for desse

## Bakgrunn

- Tilbod om rehabilitering til KOLS-pasientar var planlagt starta opp ved Nordfjord sjukehus i 2011. Dette vart likevel ikkje gjort
- Rehabilitering av KOLS-pasientar er i tråd med:
  - Ei av hovudoppgåvene for sjukehusa er opplæring og meistring hos pasientar og pårørande
  - Internasjonale guidelines: GOLD, ATS, BTS
  - Nasjonal KOLS-strategi 2006-2011
  - Studiar viser at rehabilitering har effekt på tungpust, toleranse for aktivitet og livskvalitet
- KOLS er eit folkehelseproblem og førekomsten er aukande både i Noreg og i resten av verda. I dag lever truleg 250 000-300 000 i Noreg med KOLS ifølgje Nasjonal fagleg retningslinje for diagnostisering og oppfølging av personer med KOLS 2011
- Sannsyn for reinnleggelse for pasientar på 67 år eller eldre med KOLS eller astma ved Nordfjord sjukehus er 28,8 %. Dette er høgaste del reinnleggelsar av alle sjukehusa i Helse Førde. Førde sentralsjukehus har 19,9 % og Lærdal sjukehus har 22,6 % sannsyn. Tala er berekna av Kunnskapsenteret i 2012, ut frå talmateriale frå perioden 2005-2009



# Arbeidsgruppa foreslår at det vert oppretta KOLS-skule ved NSH og at det vert leigd KOLS-koffertar som heimebuande kan nytte ved akutt forverring

## Forslag til løysing

### KOLS-skule

- Arbeidsgruppa anbefaler at eit rehabiliteringstilbod til KOLS-pasientar – KOLS-skule – tilsvarande det Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og avdeling Florø har, vert starta opp også på Nordfjord sjukehus, slik at KOLS-pasientar som bur i Nordfjordregionen får nytte seg av eit slikt tilbod nærare heimen

### KOLS-koffertar

- Arbeidsgruppa foreslår at det blir leigd to KOLS-koffertar til bruk for pasientar i Nordfjordregionen. KOLS-koffert skal vere eit tilbod til personar med alvorleg KOLS som er heimebuande ( $FEV1 < 50$ ) ved akutt forverring, og skal vere i staden for, eller etter, sjukehusinnlegging. Dette tilbodet skal vere eit pilotprosjekt og finst per i dag ikkje som tilbod for pasientar i Sogn og Fjordane

### Oksygenperm

- Oksygenbrukarar skal få og ha tilgjengeleg ein oksygenperm med nyttig informasjon i høve sjukdommen

## Målet med KOLS-skulen er mellom anna å betre meistring av livssituasjon og motivere til fysisk aktivitet og røykeslutt

### Forslag til løysing: KOLS-skule

- Arbeidsgruppa anbefaler at eit rehabiliteringstilbod til KOLS-pasientar tilsvarande det Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og avdeling Florø har, vert starta opp også på Nordfjord sjukehus, slik at KOLS-pasientar som bur i Nordfjordregionen får nytte seg av eit slikt tilbod nærare heimen
- Rehabiliteringstilbodet (KOLS-skulen) skal vere for personar med pusteproblem som skuldast kronisk bronkitt, emfysem og kronisk astma. Deltakarane skal tilvisast frå lege
- Tema i kurset skal vere: oppbygging og funksjon av lungene, sjukdomslære, medikamentlære, treningslære, pusteteknikk, trening og avspenning, kosthald, energiøkonomisering, meistring av kvardagen (praktisk og kjenslemessig) og røykestopp. Det bør også vere besøk av ein brukarrepresentant på kurset, som kan fortelje om eigne erfaringar
- Rehabiliteringa foreslåast å gå føre seg i grupper på 4 - 6 personar, éin dag for veka i ti veker
- Tilsvarande tilbod ved FSS, LSH og avdeling Florø bør det arrangerast kurs to gonger i året (for to grupper)
- Målet med kurset er å auke kunnskap og innsikt i eigen sjukdom, betre meistring av livssituasjonen, auke evna til å klare dei daglege aktivitetane, motivere til fysisk aktivitet og motivere til røykeslutt

## Det er viktig å sikre overgang til eit relevant tilbod i heimkommunen etter rehabiliteringa ved NSH

### Samhandling

- Det er som ved hjarterehabiliteringstilbodet viktig å sikre overgang til eit relevant tilbod i heimkommunen etter rehabiliteringa ved NSH
- Det er dessutan viktig at kommunehelsetenesta har moglegheit til å kommunisere med spesialisthelsetenesta for å diskutere utfordringar knytt til KOLS-pasientar. Brukarvennlege telemedisinske løysingar vil her vere essensielt
- Oksygenkontaktar i kommunane har samlingar ein gong i året, dette nettverket er det viktig at også spesialisthelsetenesta er representert i

## NSH må dra nytte av resultat som andre KOLS-relaterte prosjekt i fylket kjem opp med

### Andre relevante pågåande prosjekt

- Årdal kommune fekk i 2010 tildelt midlar til gjennomføring av eit KOLS-prosjekt. Prosjektleiing vart tilsett 1. januar 2012 og no er forprosjektet gjennomført. Tiltak for å betre tenestetilbodet til menneske med KOLS i Årdal kommune er utarbeidd. Måla for prosjektet er mellom anna eit styrka tverrfagleg samarbeid og meir samhandling med spesialisthelsetenesta og eit lokalt og lett tilgjengeleg meistringskurs der brukarane kan få råd og rettleiing med sikte på heva meistring
- I august 2012 starta det fylkesdekkande prosjektet *Heilskapelege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for KOLS-pasientar og utvikling av arbeidsmetodikk for pasientforløp* opp som ser på behov for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Prosjektet vil ha nær kontakt med Årdalsprosjektet. I tillegg til Årdal kommune, vil kommunane Jølster og Vågsøy delta særskilt i prosjektet. Det toårlege prosjektet har som mål at pasientar skal oppleve rett behandling til rett tid gjennom eit heilskapeleg og koordinert tenestetilbod frå spesialist- og kommunehelsetenesta
- For eit KOLS-tilbod ved Nordfjord sjukehus er det viktig å dra nytte av resultatane som desse prosjekta kjem opp med

## Døme på timeplan veke 1-4 for KOLS-skulen

Klokkeslett	Veke 1	Veke 2	Veke 3	Veke 4
09.30	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. av erfaring	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. av erfaring.	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. av erfaring.	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. av erfaring.
10.00	Fysioterapi	Fysioterapi	Fysioterapi	Fysioterapi
11.30	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj
12.30	Snakke om mål for rehabilitering Sette mål	Lungene sin funksjon v/spl KOLS Årsaker og behandling v/lege	Brukar fortel Målsetting Medisin Inhalasjons-teknikk v/sjukepleiar	Mestring av kronisk lungesjukdom v/ sjukepleiar Røyking

## Døme på timeplan veke 5-9 for KOLS-skulen

Klokkeslett	Veke 5	Veke 6	Veke 7	Veke 8	Veke 9
09.30	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv.av erfaring.	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. av erfaring.	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. av erfaring.	Individuelle testar/samtalar heile dagen Lege us.	Samtale i gruppa. Korleis har du det? Utfordringar i kvardagen. Utv. Av erfaring.
10.00	Fysioterapi	Fysioterapi	Fysioterapi	Fysioterapi	Fysioterapi
11.30	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj
12.30 – 14.30	Aktivitetar v/ergoterapeut	Kostrettleiing v/ dietetkar Trygderettar v/ sosionom	Aktivitetar v/ergoterapeut	Spirometri m/ eigne medisinar Gangtest	Korleis behandle forverring? v/lege, evt. LHL Behandlingsplan

# Arbeidsgruppa foreslår at det som eit pilotprosjekt blir leigd to KOLS-koffertar til bruk for pasientar i Nordfjord

## Forslag til løysing: KOLS-koffert

- Arbeidsgruppa foreslår at det blir leigd to KOLS-koffertar til bruk for pasientar i Nordfjordregionen
- KOLS-koffert skal vere eit tilbod til personar med alvorleg KOLS som er heimebuande ( $FEV1 < 50$ ) ved akutt forverring, og skal vere i staden for, eller etter, sjukehusinnlegging. Pasienten skal bli tilvist frå sjukehus eller fastlege
- KOLS-koffert er ein PC med videokamera og innebygd telefon (skype med web), som gjer det mogleg for pasienten å vere heime og ha konsultasjonar med sjukepleiar med spesialkompetanse ved sjukehuset. Pasienten kan blåse en spirometri (lungefunksjonsprøve), samt måle oksygeninnhold i blodet og hjertefrekvens. Informasjonen overføres til sjukepleiaren, som har back-up med lege og fysioterapeut. Sjukepleiaren utfører avtalte konsultasjonar dagleg i ca. to veker med pasienten. Arbeidsgruppa foreslår at lungesjukepleiarar ved medisinsk poliklinikk ved FSS, eller lungesjukepleiar ved NSH, dersom dette vert tilsett, gjennomfører konsultasjonane
- Dalane DMS (tidlegare Eigersund sjukehus) har hatt KOLS-koffertar sidan 2009. Dei opplever at pasientane synast at kofferten er svært brukarvennleg; pasientane opplever meistringsevne og auka tryggleik. Dalane erfarer også at pasientane kan sendast heim frå sjukehus tidlegare og at dei unngår reinnleggingar. Dei har nettopp starta opp kvantitative studium av bruken og konsekvensane, så resultatane er ikkje klare. Studium frå Danmark viser at reinnleggingar har blitt redusert med 68 % ved bruk av KOLS-koffertar<sup>1</sup>
- Kofferten kan også nyttast til andre kronikergrupper; Dalane DMS skal no starte prosjekt for å sjå på korleis kofferten kan nyttast mot hjertesviktpasientar

<sup>1</sup>Informasjon frå avdelingsleiar ved Dalane DMS

## Kostnad for leige av KOLS-koffert må sjåast opp imot sparte kostnader ved reduserte liggedøgn

### Utstysbehov

- Arbeidsgruppa foreslår leige av to KOLS-koffertar til bruk for Nordfjordpasientar. Investering i sjukepleiarsentral knytt til dette er på ca. 25 000 NOK. Månadleg leige per koffert er 8000 NOK. I tillegg kjem kostnad knytt til mobilt breiband. Å leige to koffertar i eitt år vil dermed ha ein kostnad på i underkant av 200.000 NOK
- Kostnaden må sjåast opp imot sparte kostnader ved redusering av tal liggedøgn

<b>KOLS-rehabilitering, totalt behov</b>	<b>425.000</b>
Leige av to KOLS-koffertar i to år	400.000
Utstyr til sjukepleiarsentral i samband med KOLS-koffertar	25.000



# Alle oksygenbrukarar bør ha ein oksygenperm tilgjengeleg

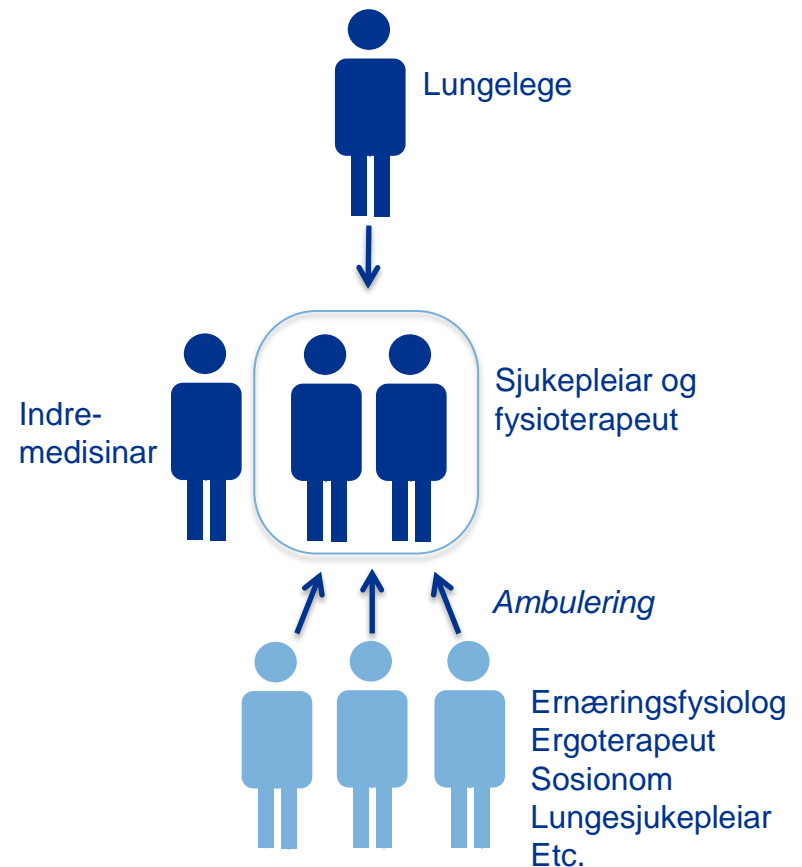
## Oksygenperm

- Oksygenperm er noko alle oksygenbrukarar skal få og ha tilgjengeleg
- I permen skal brukaren finne følgjande informasjon:
  - Medisinske opplysningar
  - Behandlingsplanar (frå DIPS)
  - O2-dosering
  - Køy rerute for gasslevering
  - Viktige telefonnummer, bruks
  - Bruksretteiingar for O2 og inhalasjon
  - Slimmobilisering, øvingar og avspenning
  - Nyttige lenkjer

# Lungelege kan undervise ved KOLS-skulen når ho/han har desentralisert poliklinikk

## Kompetansebehov

- Lungelege kan undervise ved KOLS-skulen når han/ho har desentralisert poliklinikk ved NSH. Elles kan indremedisinar undervise. Lungesjukepleiar frå Førde sentralsjukehus kan også bidra med å undervise
- Fysioterapeut
- Sjukepleiar
- Ergoterapeut
- Kosthaldrettleiar
- NAV / Sosionom
- Det vil vere behov for opplæring av helsepersonellet som skal betene KOLS-koffertane



## KOLS-skulen bør ligge under medisinsk avdeling og ha base i fysioterapiavdelinga

### Organisering

- Det vil vere naturleg at tilbodet er ein del av medisinsk avdeling/klinikk ved NSH. Fysioterapiavdelinga vil kunne vere ein naturleg base for tilbodet; det er her det vil vere behov for utstyr og areal
- Som allereie nemnt foreslår arbeidsgruppa at ein LMS-kordinator organiserer alle LMS-tilboda ved Nordfjord sjukehus, også KOLS-skulen. Dette er nærare omtala i kapittelet *Generelt om organisering av tilboda ved NSH*

## Sidan opplegget med KOLS-skule er godt utprøvd ved FSS, LSH og avdeling Florø vil det lette oppstartsarbeidet ved Nordfjord sjukehus

### Styrker ved løysinga

- Studiar viser at rehabilitering har effekt på tungpust, toleranse for aktivitet og livskvalitet
- KOLS-skulen vert tilgjengeleg også for pasientar som bur i Nordfjordregionen. Dei treng ikkje å reise langt kvar veke for å delta
- Sidan opplegget er godt utprøvd både ved FSS, LSH og på Florø, vil det lette oppstartsarbeidet ved NSH
- KOLS-koffertane vil kunne føre til færre innleggingar og at pasientar kan reise heim tidlegare etter innlegging

# Kritiske suksessfaktorar for KOLS-tilbod

## Kritisk suksessfaktor

1. Tilstrekkelege økonomiske rammer

2. Tilvising av tilstrekkeleg tal pasientar til KOLS-skulen

3. Tilgang på fagressursar med interesse for tilbodet

4. Tilstrekkeleg opplæring av helsepersonale som skal handtere KOLS-koffertane

5. Tverrfagleg samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetenesta

## Tiltak for å sikre suksess

- Midlar vert innvilga
- Det er viktig å informere og samarbeide godt nok med fastlegane og andre avdelingar, for at pasientane skal få høyre om tilbodet og for at dei skal bli tilviste
- Fastlegane motiverer pasientane til deltaking
- Nytte eksisterande ressursar frå NSH og FSS
- Involvere fagpersonell frå andre sjukehus som har teke i bruk koffertane
- God informasjonsflyt mellom helsetenestene – avklarte kommunikasjonskanalar

## Risikomatrise

**Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei**

Konsekvens	Svært høg		1			
	Høg	3	4			
	Moderat			2	5	
	Liten					
	Ingen					
		Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Sannsynlighet				

## Ein LMS-koordinator vil kunne leie oppstarten av tilbudet med hjelp frå fagpersonar ved FSS

### Vegen vidare

- I og med at Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og avdeling Florø har eit tilsvarande rehabiliteringsopplegg, vil det vere mindre ekstraarbeid med oppstartsprosessen ved Nordfjord sjukehus enn med eit nytt opplegg som ikkje er prøvd ut. LMS-koordinatoren som foreslås å verte tilsett, er tenkt å leie oppstarten av tilbudet – med hjelp frå fagpersonar ved t.d. Førde sentralsjukehus. Det vil seie at så snart denne er tilsett kan tilbudet bli nærare planlagt og settast i verk. Avhengig av når LMS-koordinatoren vert tilsett anslår arbeidsgruppa at oppstart av hjarterehabiliteringstilbudet kan skje 1. mars 2013
- Ved oppstart av bruk av KOLS-koffertar vil det vere essensielt med opplæring av helsepersonell som skal nytte utstyret og å besøke stadar der utstyret er teke i bruk, t.d. Dalane DMS. LMS-koordinatoren kan også leie oppstarten av eit slikt tilbud. Arbeidet med dette må skje i samarbeid med medisinsk poliklikk ved FSS

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

# Bakgrunn

## Bakgrunn

### **Moment som prosjektgruppa meiner er vesentlege ved etablering av tilbod i samband med smertelindring:**

- Stor gruppe med stort behov, relativt stor del unge
- Vekt på meistring av kroniske smerter, ikkje vekt på diagnose/årsak til smerte
- Tenke ulike løysingar for å byggje opp tilbodet, t.d. samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern, samarbeid mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, meistringstilbod
- Leggje vekt på eit tilgjengeleg tilbod

### **Vesentlege moment for tilbod i samband med muskel-/skjelettlidingar og revmatisme:**

- Viktig for pasientane å få oppfølgingskonsultasjonar/samtaler/regulering av medisinerer lokalt og sleppe lange reisevegar
- Infusjonspoliklinikk
- Telemedisinsk støtte i oppfølging
- Lærings- og meistringstilbod i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta, arbeidsdeling med frisklivssentral
- Beskrive samanhengande pasientforløp



# Dagens tilbud ved Førde sentralsjukehus: Smertepoliklinikk

## Dagens tilbud ved Førde sentralsjukehus

- Smertepoliklinikk ved FSS vart oppretta i januar 2012. Den er open ei veke per måned og gjev tilbud til pasientar med langvarige/kroniske smerteproblem. Dette er ikkje tilbud til pasientar med maligne smerter
- Det er tilsett lege, revmatolog i 25 %, som også vikarierer i 25 % stilling som revmatolog på revmatisk poliklinikk. Sengeposten og fysioterapiseksjonen har avsett 20 % stilling til sjukepleiar og fysioterapeut. Ein av sekretærane i Servicesenteret bruker ca. 50 % arbeidstid til Smertepoliklinikken. Frå januar tom. August i 2012 har psykolog frå Smerteklinikken på Haukeland arbeidd ved smertepoliklinikken ved FSS to dagar per måned og frå 1. september skal FSS' eigen psykolog overta tilbudet som då vert auka opp til tre dagar per måned. Planen var at det skulle vere aktivitet to veker per måned, men då avdelinga ikkje fekk ekstramidlar til dette i budsjettet for 2012 vart det starta opp med ei veke. Avdelinga har i budsjettarbeidet for 2013 teke opp sak om auke til to veker per måned, men det er uvisst om dette går igjennom
- Frå 1. januar til 28. august i 2012 har smertepoliklinikken fått 67 tilvisingar, der 20 er frå dei sju nordfjordkommunane. 67 er om lag det same som smerteklinikken på Haukeland hadde per år frå Sogn og Fjordane. Poliklinikken tek imot tilvisingar frå fastlege, ikkje sjukehuslegar, då pasienten må ha ein fastlege som følgjer opp. Dei tilsette i poliklinikken vurderer i fellesskap (tverrfagleg) tilvisingar og pasientane vert sett opp til samtale/undersøking med lege, sjukepleiar, fysioterapeut og psykolog. Pasienten kan ikkje ha time hos alle fire på same dag, vanlegvis berre to av dei og møter i tillegg til eit oppsummerande tverrfagleg møte. Planlegging og oppsett av timar krev ei god organisering

## Dagens tilbud ved FSS avdeling Florø: Meistringsprogram

### Dagens tilbud ved FSS avdeling Florø

- Avdeling Florø har meistringsprogram for personar med kroniske smerter. Målgruppa er dei som har kroniske smerter i skjelett og musklar
- Innhald i kurset er smertefysiologi, smertemeistring, tilpassa fysisk aktivitet, oppmerksomheitstrening, ergonomi og endre vanar. Ansvarleg for tema er brukarrepresentant, lege (fysikalsk medisinar), sjukepleiar, fysioterapeut og ergoterapeut. Det er medisinsk poliklinikk i Florø i samarbeid med Lærings- og meistringssenteret som er ansvarleg for kurset, som går ein dag per veke i seks veker. Det er fastlegar/sjukehuslegar som tilviser

# Arbeidsgruppa si vurdering av smertebehandling ved Nordfjord sjukehus

## Vurdering av smertebehandling ved Nordfjord sjukehus

### Utfordringar:

- Rekruttering av eit tverrfagleg team: Eit eige team vil også måtte ha andre arbeidsoppgåver i sjukehuset. Smertepoliklinikken vert berre ein liten del av arbeidet til lege, sjukepleiar, psykolog og fysioterapeut. Dei som skal jobbe med dette fagfeltet må ha spesiell interesse for smerte
- Opplæring: FSS sitt team hospiterte ei veke på Haukeland og ei veke på St. Olavs hospital i tillegg til å ha tverrfagleg smertekurs i fem dagar i Bergen (årleg kurs kvar haust)
- Det er eit relativt lite tal pasientar som ein desentralisert smertepoliklinikk vil vere aktuell for (om lag 20 personar). Det er usikkert om det vil vere tilstrekkeleg tal pasientar til å oppretthalde kompetanse og engasjement

### Alternative forslag:

- Smertebehandling vert å kome attende til når legar er tilsette i Nordfjord sjukehus og om det då er legar som kan vere aktuelle for smertebehandling
- Eit alternativ er at smertelege ved FSS har desentralisert poliklinikk på Nordfjord sjukehus, t.d. éin dag i veka, og at resten av teamet er lokalt tilsette, t.d. fysioterapeut, psykolog og sjukepleiar
- Eit anna alternativ er eit meistringstilbod tilsvarande det Florø sjukehus har. Dette kan vere ein del av LMS-tilbodet i Nordfjord sjukehus dersom ein har lege som kan ta fagansvar

## Muskel- og skjelettlidingar – ryggplagar

### Dagens tilbud i Helse Førde og vurdering

- Førde sentralsjukehus hadde tidlegare muskel- og skjelettpoliklinikk, men denne vart lagt ned pga. mangel på lege. No er det nett starta opp att i mindre målestokk med fysikalsk medisinar, fysioterapeut og ergoterapeut og evt. sosionom. Smertelegen har teke initiativ til samarbeid mellom smertelege, fysikalsk medisinar, nevrolog og ortoped om eit tettare samarbeid om pasientar med langvarige smerteproblem som vert tilvist desse avdelingane. Det vert arbeidd vidare med dette. Mange av desse pasientgruppene treng ei tverrfagleg tilnærming som smertepoliklinikken kan gje

### Forslag:

- Arbeidsgruppa vil ikkje på noverande tidspunkt føreslå eit konkret tilbod, men anbefaler at helseføretaket utgreier dette feltet vidare i pågåande arbeid innan fagområdet, og at ein i dette arbeidet ser på lokalsjukehusa si rolle/funksjon

# Muskel- og skjelettlidingar – pasientar med revmatiske sjukdommar

## Dagens tilbod i Helse Førde og vurdering

- Revmatologisk avdeling er ein del av ANRR og har følgjande tilbod ved Førde sentralsjukehus: revmatologisk poliklinikk; vurdering, utgreiing og behandling der infusjonar er ein del av dette. I tillegg finst LMS-tilbod innan osteoporose, reumatroid atritt, småleddsatrose og Spondylartritt (Bechtrew). Det er også LMS-tilbod innan osteoporose i Florø
- Pasientar med revmatiske sjukdommar har tilbod opp opptrening/vedlikehaldstrening – dette er for dagpasientar, heimebuande og pasientar som bur på Sunnfjord hotell. I samarbeid med FSS starta Sogndal kommune opp eit tilbod til pasientar med revmatiske sjukdommar med utslag i hender/fingrar; handtrening med voksbehandling som vert drive av ergoterapeut i kommunen

## Forslag:

- Opptrening/vedlikehaldstrening for pasientar med revmatiske sjukdommar er av ein meir generell art utan stor kompleksitet og intensitet, og arbeidsgruppa meiner at eit slikt tilbod vil vere kommunehelsetenesta sitt formelle ansvar<sup>1</sup>. Arbeidsgruppa meiner likevel at spesialisthelsetenesta bør støtte i oppstarten av slike tilbod i kommunane. Slike tilbod kan t.d. vere trening i basseng med fysioterapeut éin dag i veka. T.d. for Eid kommune sitt tilfelle kan bassenget ved Nordfjord hotell, som alltid er oppvarma, nyttast
- Utfordringa for å få eit slikt tilbod opp å gå i kommunane er økonomiske prioriteringar

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

# Ortopediske pasientar kan verte vurdert for å få rehabilitering ved NSH etter tredje postoperative dag

## Rehabilitering av pasientar med akutt funksjonssvikt

Aktuelle rehabiliteringstilbod til pasientar frå nordfjordregionen som skal heim, kan vere:

### Lårhalsbrot

- Pasientar kan verte overført til Nordfjord sjukehus etter tredje postoperative dag (dersom Hgb/røntgen og sår er OK). Pasientane vil då ha behov for sjukepleie, fysioterapi og ergoterapi i ca. 1,5 veke før heimreise
- Ortoped ved Nordfjord sjukehus eller ortoped ved Førde sentralsjukehus via telemedisin kan nyttast i rehabiliteringa
- Det må avklarast kva lege som har ansvar for pasientane når dei er ved NSH. Lege/ortoped må ta ansvar for når dei er utskrivingsklare
- Eit slikt rehabiliteringstilbod ved Nordfjord sjukehus vil kreve fleire sengeplassar. Arbeidsgruppa estimerer eit behov på to ekstra senger (og dermed ekstra sjukepleiestillingar)

### Hofteprotese

- Pasientar som bur åleine eller har heim som ikkje er tilrettelagt, og som samtidig har tilleggssjukdommar kan verte overført til Nordfjord sjukehus etter tredje postoperative dag. Dei vil ha behov for sjukepleie, fysioterapi og ergoterapi i 1-2 veker

**Andre ortopediske pasientar**, spesielt eldre med brotskade, kan også trenge opptrening etter operasjon

- Dersom det vert eit tilbod om rehabilitering/medisinsk etterbehandling ved Nordfjord sjukehus vil det bli eit godt tilbod for pasientane nærare heimstaden

## Pasientar frå Nordfjord bør få den spesialiserte rehabiliteringa, når det er mogleg, ved NSH

### Rehabilitering av slagpasientar

- Etter den akutte fasen vil nokre pasientar dra heim, nokre til sjukeheim og nokre til spesialisert rehabilitering. Pasientar frå Nordfjord bør få den spesialiserte rehabiliteringa, når det er mogleg, ved NSH. Det må etablerast utvalskriterier for kven som skal få rehabilitering ved NSH – samtidig er det ei individuell vurdering
- Logopeden frå heimkommunen, evt. logoped i Eid, kan kome til NSH og drive behandling før pasienten kjem heim, då fortset logopeden behandlinga der i kommunen sin regi. Det er per i dag dårleg tilgang på logoped, spesielt i Eid. Dette er kritisk, ein kan kjøpe tenester av privatpraktiserande. Dersom pasienten ikkje kan få tilbod om logoped på Eid må pasienten bli ved FSS og få logopedtilbod der



# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

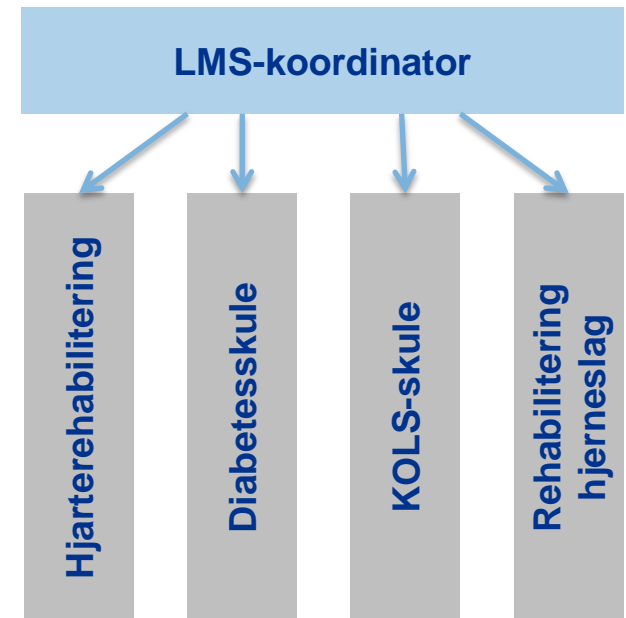
Vegen vidare

---

# Koordinering av LMS-tilboda ved NSH bør handterast av ein stadleg LMS-koordinator

## Organisering av tilboda

- Arbeidsgruppa foreslår at ein LMS-koordinator organiserer alle LMS-tilboda ved Nordfjord sjukehus, for alle klinikkar. Det er førebels planlagt LMS-tilbod innan diabetes, KOLS, hjarte og hjerneslag. Koordinatoren bør vere ein stadleg representant tilsett organisatorisk i LMS (slik sjukepleiar er i Florø). Vedkomande skal planlegge, organisere og delta i gjennomføringa av tilbodet. T.d. kan vedkomande stå for undervisninga innan eitt av områda og ha ansvar for å drifte alle LMS-tilboda
- Arbeidsgruppa meiner det kan vere store fordelar ved å køyre delar av KOLS-skulen saman med hjarterehabiliteringstilbodet. Dette vil vere aktivitetar som fysioterapi, treningslære, kosthald og ernæring, røykeslutt, sosiale aktivitetar, kommunal oppfølging og evt. psykolog. Slik vil ein unngå å køyre same type kursaktivitetar unødvendig mange gonger – og det vil vere lettare å fylla opp ei stor nok gruppe til å gjennomføre kurs
- LMS-koordinatoren skal vere kontaktperson for kommunane – informere om tilboda ved NSH og samtidig ha oversikt over dei ulike rehabiliteringstilboda og andre tilbod som kommunane har, som pasientar kan overførast til. Koordinatoren må også samarbeide godt med poliklinikkane. Gruppa foreslår også at denne kan koordinere og leie utdjupinga og nærare planlegging av dei ulike tilboda
- Arbeidsgruppa foreslår at denne stillinga skal vere ei fast stilling på ca. 75 %. Denne kan verte finansiert av utviklingsprosjektet dei første to åra
- Det er svært viktig at denne stillinga kjem på plass snarast mogleg



# Telemedisin kan nyttast i samhandling mellom sjukehus, mellom helsetenestene og med pasientar heime

## Telemedisin – bruksområde

Telemedisinsk utstyr kan verte nytta til ulik type bruk. Arbeidsgruppa meiner at utstyret kan vere hensiktsmessig å nytte ved:

- **Samhandling mellom sjukehus i spesialisthelsetenesta**
  - Pasientbehandling – spesialistar FSS kommuniserer med personell ved NSH, kan vere relevant t.d. for dialyse, hud og slag
  - For tilsette både i 1. og 2. linetenesta: Kunne følgje med på undervisning frå andre føretak og nasjonale senter etter fastsett program (jfr. Telemedisin Tromsø, Sunnaas m.m.)
- **Samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta(legekontor/sjukeheim)**
  - Rettleiing og rådgjeving av tilsette i kommunehelsetenesta ved spesifikke saker/pasientar, både mot heimetenesta, institusjonar og fastlegar. Det er viktig at Helse Førde også lærer av kommunane og at dette er ein lite ressurskrevjande måte å halde kontakt på
  - Opplæring, undervisning og kurs
  - Faglege nettverksmøte, dialogmøte og andre møte
  - Kontakt med pasient ved utskriving, t.d. sosionom eller annan representant frå kommune snakkar med pasient ved utskriving
- **Pasientbehandling** når pasient er heime
  - KOLS-koffert. Kan verte aktuelt for andre pasientgrupper også
- **Kontrollsamtaler/oppfølging av pasient heime via Skype/telefon dagen etter utskriving**

## Det er naudsynt med brukarvenleg utstyr, tilstrekkeleg opplæring og at utstyret er lett tilgjengeleg

### Telemedisin – føresetnader

- Det er kritisk at det telemedisinske utstyret er så **brukarvenleg** som mogleg med enkle funksjonar. Det er essensielt å gje god opplæring av alle brukarar, slik at utstyret ikkje blir berre for spesielt interesserte
- Utstyret må vere **lett tilgjengeleg** både i spesialisthelsetenesta og i kommunehelsetenesta. Utstyret må vere stasjonært på sentrale plassar ved NSH (poliklinikken har utstyr i dag, men det er ikkje teke i bruk). Kvar kommune må ha minst éin møteplass. Arbeidsgruppa anbefaler at kvar sjukeheim og kvart legekontor har utstyr
- Det må vere avtalar om **faste samarbeidsmøte/treffpunkt** mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta
- Det bør vere ei gjennomtenkt organisering rundt bruken av utstyret. Nokon må vere ansvarleg for å **koordinere bruken** av utstyret
- Det bør settast i gang eit **delprosjekt** som nærare ser på kva moglegheiter telemedisin kan gje i Helse Førde
- Ein bør **starte med eitt fagfelt som pilot**, og utvide etter kvart, t.d. kan ein starte med dialyse (der er det allereie eit godt etablert samarbeid mellom FSS og NSH). Hud, diabetes og slag kan også vere aktuelt

# Kritiske suksessfaktorar generelt for tilboda

## Kritisk suksessfaktor

1. Tilstrekkelege økonomiske rammer

2. Forankring i leiinga

3. Tilgjengelege kompetente fagfolk, fagleg oppdatering. Rekruttering av spesialkompetanse

4. Koordinering ved LMS-kordinator

5. Integrrert i dagleg drift

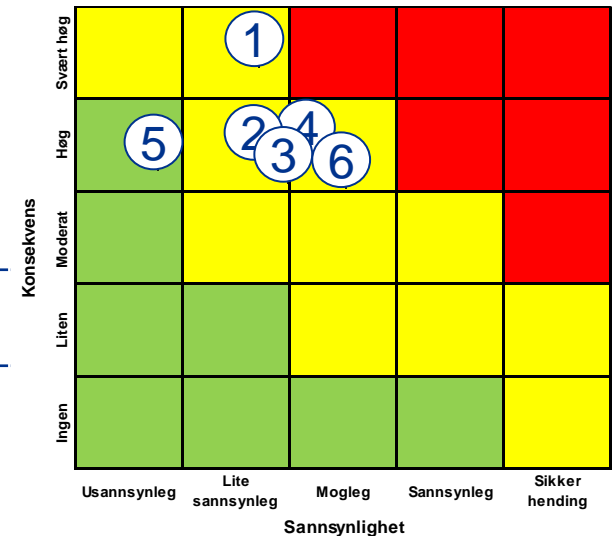
6. Tverrfagleg samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetenesta

## Tiltak for å sikre suksess

- Midlar vert innvilga
- Involvering og kommunikasjon
- Midlar innvilga til auka stillingsprosent til fysioterapi og ergoterapi samt diabetessjukepleiar
- Midlar innvilga til vidareutdanning og andre kompetansehevingstiltak
- Midlar innvilga til å tilsette LMS-kordinator
- Involvering av og kommunikasjon til alle tilsette ved NSH, t.d. gjennom allmøte/andre møtepunkt, infotavle, etc.
- Involvering av kommunane – informasjonsspreiing t.d. gjennom praksiskonsulentane og andre møtepunkt
- Avtalar om hospitering

## Risikomatrise

**Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei**



## Mange element av dei føreslegne tilboda er overførbare også til andre lokalsjukehus

### Nasjonal overføringsverdi

**Det er mange element av dei føreslegne tilboda som vil vere relevante for andre lokalsjukehus i Noreg. Spesielt relevant vil desse vere:**

- Mange spesialistar som ambulerer frå sentralsjukehuset til lokalsjukehuset. Dette gir ei god bredde av tilbod og tilbod så nært pasienten som mogleg
- Ambulering ut til kommunane frå lokalsjukehuset for å heve kompetansen i kommunane
- Bruk av telemedisin både på sjukeheime og legekontor for kommunikasjon med spesialisthelsetenesta
- Modell for hjarterehabilitering er overførbar til andre sjukehus
- Infusjonspoliklinikk kor sjukepleiarar gir infusjonar. Legane kan kontaktast via telemedisin – både nevrologi/revmatologi
- Modell for å sikre overføring av pasienten frå spesialisthelsetenesta til aktuelle tilbod i kommunen
- Spesialistane i spesialisthelsetenesta skal ha avsett telefontid til kommunikasjon med kommunehelsetenesta

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

## Totale økonomiske konsekvenser – investeringsbehov

<b>Totalt beløp til tilboda</b>	<b>2.633.000</b>
<b>Infusjonspoliklinikk, totalt</b>	<b>233.000</b>
Totalt til utstyrsbehov (detaljert behov side 16)	233.000
<b>Hjarterehabilitering, totalt</b>	<b>575.000</b>
Totalt til utstyrsbehov (detaljert behov side 27)	400.000
Vidareutdanning hjertesjukepleiar	100.000
Kompetanseheving fysioterapeut	75.000
<b>Diabetes, totalt</b>	<b>125.000</b>
Utstyrspakke til fotterapeut	25.000
Vidareutdanning diabetes	100.000
<b>KOLS-rehabilitering, totalt</b>	<b>425.000</b>
Leige av to KOLS-koffertar i to år	400.000
Utstyr til sjukepleiarsentral i samband med KOLS-koffertar	25.000
<b>Generelle moment</b>	<b>1.275.000</b>
Stilling til LMS-koordinator for to første år	1.000.000
Telemedisinsk utstyr som kommunane kan låne	100.000
Vidareutdanning slag for sjukepleiar	100.000
Kompetanseheving ergoterapi ift rehabilitering og slag	75.000
<b>Implementeringskostnader</b>	<b>Samordnast med anna arbeid</b>

- Totalt behov for investeringar i samband med dei føreslegne tilboda er 2.633.000 NOK
- Det mest essensielle å få på plass er infusjonsutstyr, investeringar knytt til hjarterehabiliteringa og LMS-koordinatoren



## NSH vil ha behov for auke i stillingar til fysioterapeut, ergoterapeut, LMS-koordinator og fotterapeut

### Behov for nye/utvida stillingar

Stilling	Har i dag	Behov auke	Til saman	Behov til tilbod foreslått i rapporten
Fysioterapeut	100 %	100 %	200 %	Hjarterehabilitering, KOLS-skule
Ergoterapeut	40 %	60 %	100 %	Hjarterehabilitering, KOLS-skule
LMS-koordinator	-	75 %	75 %	Hjarterehabilitering, diabetesskule, KOLS-skule, rehabilitering hjerneslag, evt. andre rehabiliteringstilbod
Fotterapeut	-	25 %	25 %	Diabetestilbod

# Innhold

---

Om arbeidet

---

Forslag til tilbud

---

Infusjonspoliklinikk

---

Hjarterehabilitering

---

Diabetes

---

KOLS

---

Muskel- og skjelettlidingar / Smertelindring

---

Rehabilitering av slagpasientar og pasientar med akutt funksjonssvikt

---

Generelle moment rundt tilboda

---

Økonomiske konsekvensar

---

Vegen vidare

---

## Etter godkjenning bør arbeidet med å sette i drift tilboda starte opp og stilling som LMS-koordinator, ergoterapeut og fysioterapeut verte utlyst

### Framlegg frå arbeidsgruppa til vidare prosess

- Det vert Medisinsk klinikk sitt ansvar å sette i gong vidare arbeid med tilboda etter godkjenning i styringsgruppa/styre
- Utviklingsavdelinga har nett lyst ut ledig stilling som prosjektleiar og prosjektmedarbeidarar ved Nordfjord sjukehus, kor tilsetjing er snarast. Arbeidet med prosjektet går ut på å planlegge drift av den framtidige poliklinikkeininga med dei ulike aktivitetane, og implementere endringane i samarbeid med ulike avdelingar i Helse Førde. Arbeidet vil mellom anna innebere koordinering og tett samarbeid med kommunane. Dersom dei som vert tilsett kan begynne straks så kan oppstart av tilboda mest sannsynleg skje 1. januar 2013 (føresett at vedkommande ikkje har tre månaders oppsigelsestid)
- Stilling som LMS-koordinator, ergoterapeut og fysioterapeut bør verte lyst ut og prosess for innkjøp av utstyr vert starta. Sjukepleiarar som skal ta vidareutdanning må verte identifisert og søknadsprosess startar