

Utlysning av samhandlingsprosjekter og bedre oppgavedeling 2014

Bedre diabetesbehandling i kommunehelsetjenesten

1.0 Basisopplysninger om prosjektet

Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) har de tre siste årene jobbet for å høyne kvaliteten på diabetesbehandling og bedre arbeidsfordeling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ved å ansatte en diabetessykepleier i halv stilling, først i et år ved to legekontor i en kommune og senere et og et halvt år ved Frisklivssentralen i Værnes regionen (fire kommuner). Prosjektet mottok midler fra Helse-Midt Norge. Diabetessykepleier var samtidig ansatt i halv stilling ved Poliklinikk for Endokrinologi, St. Olav noe som gav faglig påfyll. For å evaluere dette prosjektet ble det gjort 11 intervju med helsepersonell og brukere som var involvert. Resultatene ble samlet i en rapport (se vedlegg).

Diabetessykepleier i distriktene er en del av det større SPIS- prosjektet: *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen* hvor NTNU Samfunnsforskning har fått i oppdrag å evaluere samhandlingstiltak mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Her ser en nærmere på 3 ulike tiltak som er startet av Regionalt senter for sykelig overvekt. Dette prosjektet ble avsluttet i desember 2014, resultatene blir publisert i etterkant. I løpet av prosjektperioden tok diabetessykepleieren også en mastergrad i Klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland. I masteroppgaven som ble levert i slutten av 2013 intervjuet hun sykepleiere ved tre forskjellige sykehjem i regionen for å kartlegge deres kunnskap om diabetes, diabetesbehandlingen ved sykehjemmet og sykepleiernes muligheter for kompetanseheving. Resultatene er beskrevet i artikkelform og det jobbes nå med å publisere disse.

Hovedfunnene fra prosjektene kan oppsummeres i 5 punkt: 1) Diabetesbehandlingen gitt av fastleger og helsepersonell er svært mangelfull, 2) når pasientene mottar undervisning er de mye bedre i stand til å ta var på helsa si og etterspør behandlingen de behøver, 3) å behandle pasientene i kommunehelsetjenesten avlaster sykehuset betydelig, 4) det tar tid å etablere nye tiltak i kommunene som fungerer og 5) Når helsepersonell får undervisning om diabetes så blir de flinkere til å forebygge senskader.

I ettertid har Poliklinikk for Endokrinologi lønnet diabetessykepleieren i 20 % stilling for å jobbe videre ved Frisklivssentralen i Værnes. Sykehuset får inntektene og tiltaket finansierer seg selv – så lenge sykepleieren har nok pasienter. Det er derfor ikke mulighet til å drive med undervisning av helsepersonell – det er uheldig da det er viktig (i tillegg til individuell oppfølging) og høyne kompetansen blant helsepersonell som behandler mange pasienter .

Poliklinikk for Endokrinologi (avdelingssjef Kristian Fougner og seksjonsleder Ellen Gjerløw) og Regionalt senter for sykelig overvekt (leder Bård Kulseng) og diabetessykepleier Anne Redergård ønsker å samarbeide om omfattende kompetanseheving rundt diabetesbehandling blant helsepersonell i kommunene som sykehuset sokner til.

1.1 Formål og problemstilling

Vi ønsker å fortsette den viktige oppgaven å høyne kompetansen omkring diabetes blant helsepersonell i kommunene. Dette er et prosjekt for bedre oppgavefordeling. Prosjektet er relevant i forhold til å utvikle tjenesten i tråd med mål i Strategi 2020.

Målene med prosjektet er å:

1) Høyne kompetanse og oppmerksomhet rundt diabetes blant sykepleiere ved sykehjem og i hjemmesykepleien, 2) Jobbe for bedre samhandling mellom sykehus, fastleger, pasienter og helsepersonell ved sykehjem og i hjemmesykepleien, 3) Forebygge senskader, med påfølgende sykehuskostnader, 4) Jobbe for at flere kommuner ansetter diabetessykepleiere.

Vi ser på dette som *systematisk helsearbeid og bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten*. Samtidig kan man ved å invitere pasienter til diabetesskoler og gi individuell behandling bidra til at *pasientene kan ta i bruk egne ressurser*.

1.2 Litteraturgjennomgang/gjennomgang av kunnskapsgrunnlag på området

Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at det finnes om lag 90-120 000 personer som har fått påvist diabetes type 2 (DM II) i Norge i dag, og det er sannsynligvis like mange som har sykdommen uten å vite det. Rundt 12 % av befolkningen har nedsatt glukosetoleranse, eller prediabetes, enkeltstudier tyder på at mange av disse utvikler diabetes i løpet av en 10-års periode. Folkehelseinstituttet oppgir at det er 135 000 i aldersgruppa 0-79 år bruker legemidler mot diabetes (type 1 og 2) i Norge i dag, i tillegg er det en del som behandles uten medisiner (Folkehelseinstituttet 2012)

Arveanlegg og miljøfaktorer spiller inn, men en ser også at det er sammenheng mellom overvekt og diabetes og lite fysisk aktivitet og diabetes (Helse-og-omsorgsdepartementet 2006- 2010). Tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) tyder på at økningen av vekt og diabetes er størst blant menn. Menn som får diabetes i en alder av 40 år mister i gjennomsnitt 8 leveår, kvinner mister enda flere år. Sykdommen utvikler seg sakte, men kan gi alvorlige senkomplikasjoner som blindhet, nyresvikt, amputasjon av føtter og økt risiko for hjerte- og karsykdommer om pasientene ikke foretar nødvendig behandling og livsstilsendring (Helse-og-omsorgsdepartementet 2006- 2010). De 30 siste årene har en sett en tredobling av antall pasienter med DM II (NHI 2013). Denne utviklingen byr på utfordringer for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 vektlegger blant annet et bedre samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten.

Samhandlingsreformen pålegger primærhelsetjenesten større ansvar for behandling av kronisk syke pasienter. Noe av årsaken er at det ikke er kapasitet til å behandle alle pasienter med DM II på sykehuset. Ansvar må fremover (i større grad) ligge på fastlegene og kommunale diabetessykepleiere samt personell ved sykehjem og hjemmetjenesten.

Behandling og livsstilsendring har mye å si for sykdomsutviklingen. God kontroll av blodsukkeret reduserer forekomsten av nerveskade, nyreskade og skade på netthinnen i øyet og trolig også hjerte- og karsykdommer. Ved å regulere kosthold og være fysisk aktiv kan mange av pasientene unngå å bruke insulin. Pasientene bør følge opp sykdomstilstanden systematisk med egenkontroll samt regelmessige kontroller på legekantoret.

80 % av pasienter med diabetes behandles i primærhelsetjenesten. Fastleger og helsepersonell i hjemmesykepleien, på sykehjem og ved helsestasjon mangler kapasitet og kompetanse til å gi pasientene den behandlingen de behøver. Med god behandling kan en forebygge senkomplikasjoner

Samarbeidspartnere

Hovedpartene i prosjektet vil være Poliklinikk for Endokrinologi ved St. Olavs Hospital og RSSO. Poliklinikk for Endokrinologi har hovedansvaret for diabetesbehandling i helseregionen og har ekspertkompetanse på diabetes som sykdom. Det er primært type 1 diabetes som skal behandles på sykehuset. Type 2 diabetes skal behandles av fastleger og annet helsepersonell i kommunene. Det er til stor fordel for sykehuset at pasienter kan få god behandling i sine hjemkommuner – dette er bedre arbeidsfordeling. Ved rett behandling, i rett tid og på rett sted kan en forebygge senskader og spare store kostnader.

RSSO har brei erfaring med samhandlingsprosjekter på ulike nivå i helsetjenesten. Senteret er også driftet av det nettbaserte kompetanseprogrammet "Overvekt og folkehelse" hvor 33 kommuner i helseregionen deltar. Her har diabetes vært tema flere ganger de siste årene. Dette er en arena for å spre kunnskap ut til kommunene.

Frisklivsentralen i Værnes er også en samarbeidspartner – en relasjon som er bygd opp over tid. De er svært glade for kompetansen som diabetessykepleieren bidrar med. Det er bra å bruke nettverk og metoder som allerede er etablert, samtidig som en vil fortsette å knytte kontakt med flere kommuner.

Poliklinikk for Endokrinologi som har det formelle ansvaret for prosjektet og RSSO og Frisklivsentralen i Værnes er viktige samarbeidspartnere (viser til samarbeidsavtale).

Bekreftelse på samarbeid:

Prosjektleder, Poliklinikk for endokrinologi: Kristian Fougner
(Epost: Kristian.Fougner@stolav.no / Tlf: 72825187)

Signatur:  Dato: 07.04.2014

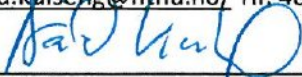
Prosjektansvarlig, avdelingsleder ved Poliklinikk for Endokrinologi. Ellen Gjerløw,
(Epost: Ellen.Gjerlow@stolav.no / Tlf: 72825022)

Signatur:  Dato: 07.04.2014

Diabetessykepleier Anne Redergård
(Epost: Anne.Grete.Redergard@stolav.no / Tlf: 907 05 268)

Signatur:  Dato: 07.04.2014

Leder for Regionalt senter for sykkelig overvekt, overlege Bård Kulseng
(Epost: baard.kulseng@nthu.no / Tlf: 48306262)

Signatur:  Dato: 7/4-14

og ikke minst gi pasientene flere gode leveår. Jo mer kunnskap pasientene har – jo bedre er de i stand til å ta vare på sin egen helse. Mange type 2 diabetikere blir henvist til sykehuset, men det er ikke kapasitet til og behandler dem – kvalitet på desentralisert behandling er viktig!

1.3 Fremdriftsplan for perioden 2014-2016 (veiledende)

	Høst 2014	Vår 2015	Høst 2015	Vår 2016
Utvikle et undervisningsprogram for helsepersonell	x			
Utvikle kartleggingsskjema, kunnskapsprøve og intervjuguide	x			
Opprette samarbeid med flere nye kommuner	x	x	x	
Undervise helsepersonell ved sykehjem og hjemmesykepleie		x	x	
Evaluere kompetanseheving ved bruk av spørreskjema og intervju			x	x
Møte, reise og oppdragsvirksomhet	x	x	x	x
Rapportering og artikkelskriving				x

1.4 Plan for evaluering og dokumentasjon av resultater

Diabetessykepleier vil utvikle et undervisningsprogram og metoder for å evaluere kompetanseheving. En vil lage et spørreskjema for å kartlegge sykepleiernes kunnskap samt kvaliteten på diabetesbehandlingen ved institusjonen. Sykepleierne som deltar i undervisning vil besvare en prøve etter undervisningen er gitt; om de består prøven vil de motta et kursbevis som bekrefter tema som er gjennomgått og deres deltagelse. På denne måten kan vi evaluere hvor mye de har lært samt at de kan tilføye kursbeviset på CVen sin. Sykepleierne kan bli enige om tiltak de vil igangsette ved sin institusjon. I etterkant vil diabetessykepleieren intervju sykepleierne om de opplever at diabetesbehandlingen er bedret ved deres institusjon.

1.5 Vurdering av prosjektets betydning for forbedring av dagens praksis

Prosjektet vil høyne kvaliteten på diabetesbehandling i hjemmetjenesten, på sykehjem og hos fastleger. Det vil bidra til en bedre arbeidsfordeling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Prosjektet har overføringsverdi til andre helseregioner.

1.6 Formidling og videreføring

Resultatene vil bli sammenfattet i en rapport og en tar også sikte på å publisere resultatene i relevante tidsskrift. Resultatene vil også bli formidlet gjennom RSSO sin virksomhet kompetanseprogrammet "Overvekt og folkehelse" og nettverkskonferanser

1.7 Muligheter for erfaringsoverføring til andre enheter/foretak

Prosjektet har overføringsverdi til andre helseregioner. Om resultatene er gode er det utdanningsprogrammet enkelt å gjennomføre også andre steder.

1.8 Budsjett 2014-2016

Utvikle et undervisningsprogram for helsepersonell ved sykehjem og i hjemmesykepleien	200 000
Undervise ved helsepersonell ved sykehjem og hjemmesykepleie	200 000
Gjennomføre kartlegging og kunnskapsprøve	
Reisekostnader	100 000
Gjennomføre gruppeintervju (evaluering)	100 000
Analyse av resultater	50 000
Rapportering (artikkelskriving)	100 000
Sum	750 000

Det søkes om støtte til å lønne diabetessykepleieren i en 50 % prosjektstilling for å koordinere og gjennomføre prosjektets faser/komponenter. I budsjettet er det også lagt inn midler til reisekostnader i forbindelse med virksomheten. Prosjektet søker om kr. 750 000 for hele prosjektperioden 2014-2016

Hilsen



Prosjektleder, Poliklinikk for endokrinologi: Kristian Fougner

Referanser

Folkehelseinstituttet (2012). Forekomst av diabetes - faktaark med helsestatesikk

Helse-og-omsorgsdepartementet (2006- 2010). Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010. H.-o. omsorgsdepartementet.

NHI (2013). Type 2 diabetes Norsk helseinformatikk

Bekreftelse på samarbeid i forbedringsprosjekt 2014

Lisbeth Kystad

bekrefter med dette at vi ønsker å være samarbeidspartner i prosjektet

Etablering av e-læringsprogram og undervisning for kommunehelsetjenesten – transfusjon av blodkomponenter.

og bidra til utprøving av e-læringsprogrammet.

Dato og signatur Øya Helsehus

7/4-14

ØYA HELSEHUS

Mauritz Hansens Gt. 2
7004 Trondheim

Lisbeth Kystad
Fagutviklingssykepleier