

PROSJEKTPLAN

”Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten med formål å forebygge reinnleggelser av hjertesviktpasienter.”

Sykehuset i Vestfold HF
Klinikk medisin 5 B, hjertesykdommer
Hjertesviktpoliklinikken

Andebu kommune
Horten kommune

Mål

Å gi pasientene optimal sviktbehandling og dermed forebygge reinnleggelser.

Fokus

Rett behandling av pasienten på rett nivå.

Hensikt

Spare pasientene for tilleggs lidelser som akutt forvirring, pneumoni o.l.

Kortere liggetid.

Tidlig og optimal behandling kan ta noe av presset vekk fra sykehjemmene.

Tilføre ressurser til kommunene i form av undervisning og kompetanseutveksling/overføring.

Bakgrunn

Ut i fra erfaring har vi sett at spesielt den eldre hjertesviktpasient har relativt mange innleggelser og reinnleggelser i sykehus. Noe av årsakene til dette kan være manglende forståelse for egen sykdom (tar ikke medisinen), dårlig nettverk, rask utskriving fra sykehus uten nødvendig oppfølging.

Vi ønsket derfor å se på om vi kunne få til et samarbeide med kommunene i forhold til denne pasientgruppen, fra sykehus og ut i hjemmene. Dette mente vi ville være mulig ved å opprette en ”ambulerende hjertesviktsykepleier”, en sykepleier med spesiell interesse for og kunnskap om hjertesvikt. Denne skal kartlegge pasientgruppen og skape samhandling med kommunene ved nettverksarbeid; Pasient, pårørende, hjemmesykepleie/sykehjem, primærlege, sykehus.

Refererer til: HELSEDIALOG, program for samhandling i helsetjenesten del II,p.23” Avtale mellom Sykehuset i Vestfold HF og kommunene i Vestfold om overføring av utskrivningsklare pasienter fra somatiske sykehus til kommunehelsetjenesten.

§2 Mål for samarbeidet mellom SiV HF og samtlige kommuner i Vestfold.”Pasienter skal tas hånd om på riktig omsorgsnivå. Pasienten skal oppleve best mulig samordnet og sammenhengende helsetjeneste.

Utskrivningsklare pasienter skal ikke ligge på sykehuset, men overføres til kommunalt ansvar når de er utskrivningsklare.”

Videre står det i ”Resept 2006. Strategiplan Helse Sør 2003-2006.” Kap.2.Møte med brukerne:”Det skal vektlegges god og tydelig informasjon til og opplæring av pasient og pårørende. Både muntlig og skriftlig, være tilpasset pasienter og pårørende.” Kap.3. Behov og kapasitetsutvikling: pkt.3.1. Samarbeid med primærhelsetjenesten. ”for å utnytte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten best mulig er vi avhengig av et godt samarbeide med primærhelsetjenesten. Helse Sør vil arbeide aktivt for å utvikle et slikt samarbeide.” ”Helse Sør skal utvikle behandlingsskapasiteten i regionen med særlig fokus på blant annet eldre og kronisk syke. For å oppnå en optimal utnyttelse og tilpasning av regionens kapasitet vil det bli benyttet virkemidler som: -utvikle mer fleksible sykehus og etablere et forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten.

PROSJEKTGRUPPE

SiV, Tønsberg, medisin:

Grethe Skar, prosjektleder og sykepleier på sengeposten
Lisbeth Sommervoll, Avdelingssjef, overlege i kardiologi
Kari Korneliussen, sykepleier på hjertesviktpoliklinikken
Torill Holthe, sykepleier og leder på hjertepoliklinikken

Andebu kommune:

Nina Skarsholt, sykepleier i hjemmesykepleien
Trine Stålerød, sykepleier i hjemmesykepleien
Astrid Paulsen, sykepleier Andebu sykehjem

Horten kommune:

Linda Smith Jacobsen, avdelingsleder
Ingrid Weltzien, sykepleier i hjemmesykepleien

Anne Grete Holt, representant for brukerutvalget

OPPGAVER

Viser til Legehåndboka.no hvor det står følgende om oppfølging av kronisk hjertesvikt:” Kompetent oppfølging i hjemmet etter sykehusinnleggelse for hjertesvikt ser ut til å kunne redusere behovet for akutte reinnleggelser og antall framtidige dager i sykehus.” Videre står det:”Strukturert hjemmebasert opplegg: En Australsk studie vurderte effekten av sykepleieledet hjemmebasert opplegg for eldre med kronisk hjertesvikt. De ble sammenlignet med et tradisjonelt opplegg. Pasientene ble fulgt i gjennomsnitt over 7,5 år. Denne formen for oppfølging førte til bedre overlevelse, lengre hendelsesfri tid, flere akuttinnleggelser i sykehus, men kortere opphold. Kostnadene var også klart lavere.”

Ambulerende hjertesviktsykepleier vil gi oppfølging hjemme/på sykehjem av pasienter som reiser fra sengeposten, som f.eks.: Vektkontroll, blodprøver(elektrolytter,nyrefunksjonsprøver og Hb), kontroll av væskeinntak(historie,veiledning), medikamentbruk, fortsatt i.v.behandling som en forlengelse av sykehusoppholdet, kostholdsveiledning. Dette i samarbeid med pasient,pårørende og kommunehelsetjenesten.

Videre er tanken at hjemmesykepleien/sykehjem skal kunne ta kontakt med ambulerende sviktsykepleier ved symptomer på forverring av hjertesvikten. Sviktspl. tar da hjemmeboksøk og vurderer hvilke tiltak som skal iverksettes.

For å forebygge reinnleggelser er det derfor viktig med tidlig og god kommunikasjon mellom pasient, hjemmesykepleien/sykehjem og ambulerende hjertesviktsykepleier.

Samhandling, veiledning og kompetanseutveksling/overføring blir en nødvendig oppgave. Dette for å få til et nært samarbeide og bruke de ressursene som er tilgjengelig. Andre viktige samarbeidspartnere blir pårørende, primærlegene og kommunene.

OPPGAVER	TIDSFRIST	ANSVAR
Kartlegging av pasienter	Etter påske 25/4 Horten 26/4 Andebu	HJ.spl. Sykehjem Amb.spl.
Informasjon til kommunene	Uke 13	Amb.spl.
Undervisning i kommunene	Rett etter påske Pr.25/4 gjennomført store deler av undervisn. i begge kommuner.	Amb.spl.
Hjemmebesøk	Så fort som mulig etter påske.	Amb.spl + Kommune- helsetjenesten
Infoskriv til pårørende.	Så snart som mulig.Gjennom- ført mars.	Amb.spl.
Evaluering	August 2007	Prosjektgruppen
Rapportering til Helsedialog	Innen 1/11-07	Prosjektleder
Sluttrapport og regnskap	Innen 15/3-07	Prosjektleder
Utvidelse av prosjektperioden avhengig av resultater og tilføring av midler.	1/1-08	