

Prosjektnummer: 2008/1/0155

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

Søkerorganisasjon: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, LHL.

Prosjektleder: Grethe Skar

Sluttrapport

Forord.

Jeg vil starte med å takke Gunveig Eide i LHL for god hjelp og veiledning i forbindelse med søknad om midler. Og selvfølgelig takk til Helse og Rehabilitering for godkjent søknad og tildeling av prosjektmidler.

Hensikten med rapporten er sluttrapport og evaluering av prosjektet. Det er et samhandlingsprosjekt mellom sykehus og kommuner for å forebygge reinnleggelse av den eldre hjertesviktpasient, med oppstart 01.01.09 og avbrudd 15.06.09. Prosjektet var ment å skulle være en videreføring av prosjektet 2007/3/0358 som startet 01.01.08 og ble avsluttet 31.12.08. Det omfattet pasienter i fire Vestfoldkommuner; Andebu og Horten ved oppstart, med utvidelse til Tønsberg og Nøtterøy i løpet av prosjektperioden.

Prosjektgruppen har bestått av representanter fra hjemmesykepleien i Andebu og Horten, to fra hjertepoliklinikken, en fra Brukerutvalget og undertegnede som prosjektleder.

Samarbeidspartnere har vært hjemmetjenesten, sykehjem, sengepost, poliklinikk, pasient, pårørende og fastleger. Kontaktpersoner har vært sonelederne i hjemmetjenesten, evt. leder på korttidsavdeling sykehjem.

I mai 2009 søkte vi imidlertid om å endre prosjektplanen. Bakgrunnen for det var at det opprinnelige prosjektet ikke ga de resultatene vi ønsket og at mye av grunnlaget for samhandling falt bort underveis. Dette vil belyses senere i rapporten.

Sammendrag.

Bakgrunn for prosjektet var at vi ut fra erfaring så at spesielt den eldre hjertesviktpasient hadde relativt mange innleggelser i sykehus. Årsaker kan være liten forståelse for egen sykdom, dårlig nettverk, rask utskrivning fra sykehus uten nødvendig oppfølging. Målet var å gi pasienten optimal sviktbehandling og dermed forebygge reinnleggelser. Vi var derfor avhengige av å få til samhandling med 1. linjetjenesten for å nå målet. Vi hadde i 2008 gjennomført et lignende prosjekt, finansiert med Extramidler (2007/3/0358). Der så vi at pasientgrunnlag ikke var stort nok til en evaluering og at vi ikke hadde nådd mål i forhold til samhandling. Det ble derfor søkt om nye midler for 2009 for videreføring og evaluering av prosjektet. Dette ble innvilget. Den ambulerende hjertesvikt-sykepleieren fortsatte å ivareta oppfølging av utskrevne hjertesviktpasienter i samarbeide med 1.linjetjenesten, pasient og pårørende. Ambulerende hjertesviktsykepleier foretok hjemmebesøk dels sammen med hjemmesykepleien, dels alene. Oppgavene var blodprøver, blodtrykk, justering av vanndrivende og veiledning/informasjon. Pasientene fikk oppfølgingsbesøk etter behov, vurdert ut fra blodprøver og grad av hjertesvikt. Vi var også avhengige av tilbakemeldinger fra 1.linjetjenesten for å kunne følge opp pasientene optimalt. Prosjektkommunene har fått undervisning om hjertesvikt. Pasientgruppen har vært svært fornøyd med oppfølgingen de fikk. Det har gitt økt trygghet, og vi har avverget innleggelser ved å gi økt behandling hjemme. Samhandling med 1. linjetjenesten ble imidlertid ikke bedre. De har mange

oppgaver og dette ble nedprioritert. Noen fastleger var heller ikke fornøyd med sykepleier som tok blodprøver og justerte vanndrivende, mens andre samarbeidet bra. Det er mulig at vi var for tidlig ute med denne type tilbud. Samhandlingsreformen har jo ennå ikke nådd kommunene i form av økte ressurser. Da vi erfarte at prosjektet ble vanskelig å gjennomføre ut fra intensjonene, søkte vi Helse og Rehabilitering om å endre prosjektet til å sette inn ressursene i den planlagte utskrivning på sengeposten og med det å være en kontaktperson mellom hjertepasienten, 1. linjetjenesten og sengeposten. Fokus på tidlig planlegging og kontakt med kommunene, at pasienten har en plan for videre oppfølging hjemme for å få en sømløs overgang. Dette ble avslått da det lå for langt fra det opprinnelige prosjektet og at det var en oppgave sykehuset var pålagt.

Innholdsfortegnelse:

Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Kap 2. Prosjektgjennomføring/Metode

Kap 3. Resultater og resultatvurdering

Kap 4. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer

Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Ut fra erfaring og tilbakemelding fra pasienten i prosjektet i 2008 så vi at den eldre hjertesviktpasient hadde stor nytte av den ambulante tjenesten vi kunne tilby. Det var ikke like enkelt å få til en bedre kommunikasjon med prosjektkommunene.

Vi ønsket derfor mer tid til å fremme samhandlingstanken i forhold til denne pasientgruppen, fra sykehus og ut i hjemmene. Vi fortsatte tjenesten med 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 og sykehus.

Vi ønsket også å gå inn i et nært samarbeide med LHL som representerer brukergruppen. De har erfaring med og vet hvor viktig et slikt samarbeide er. Viser til HR-prosjektet "Pusterom er handlingsrom" (2002/3/0142).

Refererer til: HELSEDIALOG, program for samhandling i helsetjenesten delIII,p.23 "avtale mellom Sykehuset i Vestfold HF og kommunene i Vestfold om overføring av utskrivingsklare 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 og opplæring av pasient og pårørende. Både muntlig og skriftlig, være tilpasset pasienter og pårørende." Kap.3. Behov for kapasitetsutvikling: pkt.3.1.Samarbeid med primærhelsetjenesten. "For å utnytte kapasiteten i spesialhelsetjenesten best mulig er vi avhengig av et godt samarbeide med primærhelsetjenesten.

MÅLGRUPPEN er hjertesviktpasienter som ikke kan benytte seg av hjertesviktpoliklinikken og som trenger videre oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Både hjemmeboende og sykehjemsboende.

MÅLSETTINGEN:

Forebygge innleggelser/reinnleggelser i sykehus ved å gi pasientene optimal sviktbehandling.

- Ved kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten å kunne "lese" symptomene på forverring av hjertesvikt på et så tidlig tidspunkt som mulig for å forebygge.
- Spare pasientene for tilleggslidelser som akutt forvirring, pneumoni o.l. som vi har erfart er vanlig ved sykehusinnleggelser.
- Tidlig og optimal behandling kan ta noe av presset vekk fra sykehjemmene.
- Tilføre ressurser til kommunene i form av undervisning og kompetanseutveksling/overføring.
- Bedre utskrivningsprosedyrer.
- Vi skal prioritere pårørende i denne forbindelse, både i forhold til bedre kommunikasjon, informasjon og samarbeide.
- Ved å satse på pårørendegrupper/informasjonsmøter i samarbeide med LHL.
- Vi vil dokumentere at tilbudet må bli en integrert del av behandlingslinjer for hjertesviktpasienter i Vestfold
- Måle resultater som grunnlag for en implementering av tjenesten i driften ved SiV, HF.

Prosjektet er i sin helhet finansiert av Helse og Rehabilitering gjennom LHL. Det ble gitt midler til lønn i ett år.

Kapittel 2 Prosjektplan

Tanken var å videreføre prosjektplanen fra 2008 ved å:

- Øke pasientgrunnlaget ved at vi introduserte prosjektet i to nye kommuner, Tønsberg og Nøtterøy.

- Systematisere hva som skal måles; hvor mye bruk av helsetjenester før og etter prosjektet, hvilke kjerneoppgaver er felles for pasientene, betydningen av å bo sammen med pårørende, bruk av korttidsopphold.
- Finne adekvate spørreskjemaer for resultatmåling i samarbeide med blant annet May Solveig Fagermoen, seniorforsker ved Aker sykehus.
- Være aktiv deltager i "Behandlingslinjer for hjertesviktpasienter" og kunne dokumentere og presentere resultater fra prosjektet som vil anerkjenne ambulant tjeneste som en del av denne behandlingslinjen.
- Være med å påvirke hvilke oppgaver/observasjoner 1.linjetjenesten skal utføre i forhold til hjertesviktpasientene. Dette var også en del av prosessen i 2008 men vil bli enklere å få gjennomført når det er forankret i ledelsen.
- Fortsette samarbeidet med LHL som så vidt ble påbegynt i 2008.
- Fortsette oppgavene i forhold til pasientgruppen som beskrevet i rapporten fra 2008.
- Devaluering juni 2009 og sluttevaluering november 2009.

Kap 3. Resultater og resultatvurdering

Vi startet med fire kommuner, Horten, Andebu, Tønsberg og Nøtterøy. Interessen var stor, spesielt fra de to nye kommunene Tønsberg og Nøtterøy. Prosjektgruppen var den samme. Vi fortsatte å følge opp de aktuelle pasientene fra 2008 og det tilkom naturlig nok noen nye i og med flere kommuner. Det var stor pasienttilfredshet hos de som fikk denne oppfølgingen. Etter tips fra May Solveig Fagermoen ble det opprettet en logg hvor det ble notert kommentarer og spørsmål fra pasientene som var med i prosjektet, anonymisert. Dette skulle benyttes i evaluering av tilbudet.

Utover våren ble det dessverre mer og mer tydelig at kommunene ikke hadde ressurser til å følge opp sin del av samhandlingen. Det er i ettertid kommet kritikk fra Helse og Rehabilitering om at prosjektet ikke var godt nok forankret hos ledelsen i kommunene. Jeg er ikke helt enig i det da ledelsen i prosjektkommunene var svært positive og interessert i utgangspunktet, og det ble tatt kontakt tjenestevei. Det jeg er enig i kan kritiseres er at det ikke ble utformet noen skriftlig avtale som jeg ser ville vært mer forpliktende.

Et annet aspekt som gjorde det vanskelig å fortsette med prosjektet slik det er beskrevet, var at flere av kommunerepresentantene gikk over i andre stillinger og derfor trakk seg fra prosjektgruppen. Det ble gjort flere forsøk på å rekruttere nye, men uten hell. Vi satt derfor igjen etter hvert med bare representanter fra SIV (Sykehuset i Vestfold), HF.

Det ble heller ikke tatt kontakt fra LHL sin side om videre samarbeide blant annet med pårørende grupper og informasjon.

Arbeidet med "Behandlingslinjer for hjertesviktpasienter" ble gjennomført ved SIV, HF, men uten implementering av ambulerende hjertesviktsykepleier. Vi fikk imidlertid en pris for posteren som ble laget i den forbindelse.

I samarbeide med Samhandlingssjef Irene Jørgensen som nå begynte å få et utstrakt nettverk ut i kommunene i Vestfold, besluttet vi å evaluere prosjektet i slutten av mars 2009. Vi så at det var lite gjennomførbart med en redusert prosjektgruppe og en ambulerende hjertesviktsykepleier som dro lasset mye alene, med lite tilbakemeldinger fra 1. linjetjenesten i forhold til pasientens tilstand og behov for oppfølging. Vi begynte å se på alternative måter å bruke våre ressurser på for å få til en type samhandling rettet mot hjertepasienten generelt og som involverte 1. linjetjenesten uten å kreve så mye av deres ressurser. Vi diskuterte oss fram til en modell som omgjorde ambulerende hjertesviktsykepleier til samhandlingssykepleier, knyttet til sengeposten og som skulle ta ansvar for all kontakt med 1. linjetjenesten i forbindelse med innleggelse og utreise, melde behov for kommunale tjenester i god tid før utreise, innhente opplysninger om hjemmesituasjon og informere om behov for oppfølging videre. Denne ideen ble også godkjent av leder for sykepleiedivisjonen ved SIV, HF.

Vi søkte Helse og Rehabilitering om endring av prosjektet i mai 2009, men fikk avslag da det avvek for mye fra det opprinnelige prosjektet og at dette var en oppgave som var sykehusets ansvar i utgangspunktet. Derfor ble prosjektet avsluttet medio juni 2009.

Kap 4. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer

Prosjektet blir ikke implementert i driften i den form det har hatt i prosjektperioden. Dette fordi vi ikke syntes vi nådde de målene vi hadde satt oss, spesielt i forhold til samhandling med 1. linjetjenesten. Nedslagsfeltet ble også for lite. Vi var nok ikke "på rett plass til rett tid."

Jeg må understreke at alle pasientene som var med i prosjektet fikk et tilsvarende tilbud på hjertesviktpoliklinikken. Ikke alle ønsket å benytte seg av det. Alle fastlegene fikk brev om opphør av tilbudet og at pasientene som ikke ønsket /kunne benytte seg av poliklinikken kunne gå til kontroll hos egen lege. 1. linjetjenesten fikk tilsvarende brev, men med tilbud om fortsatt undervisning og mulighet for å ta kontakt ved behov for veiledning vedrørende hjertesviktpasienter.

Samarbeide med seniorforsker May Solveig Fagermoen ble gjennomført i en annen form i samarbeide med samhandlingssjef Irene Jørgensen og hjertesviktpoliklinikken, Nøtterøy og Sandefjord kommune.

Det er nå opprettet samhandlingssykepleier ved flere sengeposter her på Siv, blant annet på hjerteseksjonen og det er undertegnede som ivaretar denne funksjonen. Det er mange

positive tilbakemeldinger fra både pasienter og 1.linjetjeneste om dette tilbudet, spesielt at det er en person å forholde seg til. Det frigjør også tid for personalet på sengeposten til andre pasientrettede oppgaver.

Prosjektetmidlene for 2009 er benyttet bare for vår halvåret. Det stod igjen en rest på kr. 3000,- som er overført til LHL.

Vi er ikke ferdig med samhandlingstanken. Prosjektet har gitt oss mange erfaringer som vi vil ta med oss i framtiden. Jeg har tro på at en eller annen form for ambulant tjeneste vil det bli behov for . Det er blant annet startet et prosjekt mellom Larvik kommune og SIV, Larvik med ambulant tjeneste knyttet til legevakt/observasjonssenger. Det er også opprettet undervisningssykehjem hvor det er startet opp med opplæring i bruk av perifert venekateter for intravenøs behandling.

Referanser

Legehåndboka.no

Helsedialog, program for samhandling i helsetjenesten del II,p.23.

Resept 2006. Strategiplan Helse Sør 2003-2006, kap.2.

Prosjektet er finansiert med



EXTRA-midler

fra



**HELSE OG
REHABILITERING**

Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner