

# Hjertesviktpoliklinikk – hvordan følge opp pasientene og få til et samarbeide med 1. linjetjenesten

Ved Kari Korneliussen, kardiologisk sykepleier ved hjertesviktpoliklinikken, SiV, Tønsberg



# Mål med presentasjon, tydeliggjøre viktighet av å:

- øke fokus på samarbeid mellom  
1. og 2. linjetjenesten  
- gjelder en del av/de dårligste  
hjertesviktpasientene
- å øke kompetanse

# Disposisjon:

- Hvorfor er dette temaet så viktig?
- Samhandlingsreformen (mål-erfaring)
- Hva gjør vi ? Ide til praksis?



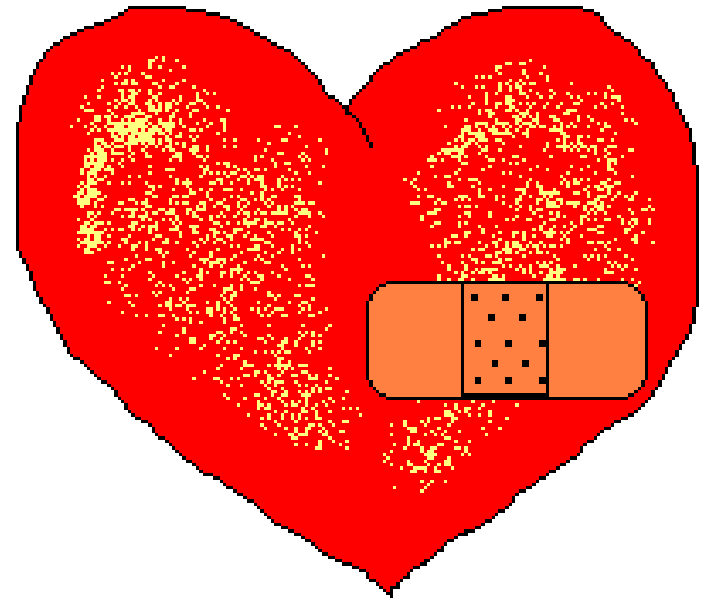
# Hvorfor er dette temaet så viktig?



# WHO:

Sannsynliggjør at følgende grupper av ikke smittsomme sykdommer kommer til å representere 70% av sykdommene i verden innen 2020

- Kreft
- Diabetes
- **Hjertesykdommer**
- Lungesykdommer
- Psykiske lidelser
- Skader
- Muskel/skjelettsykdommer

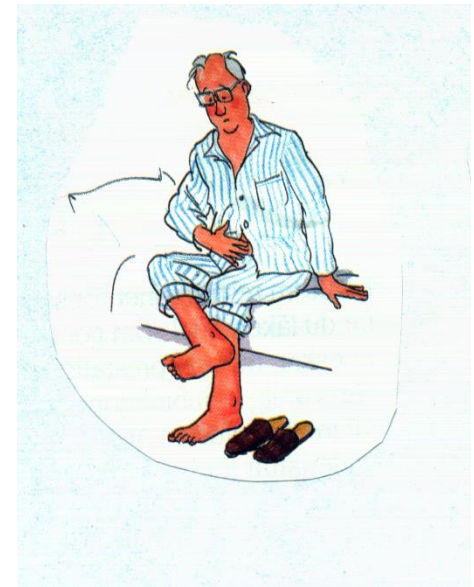


# Kronisk svikt

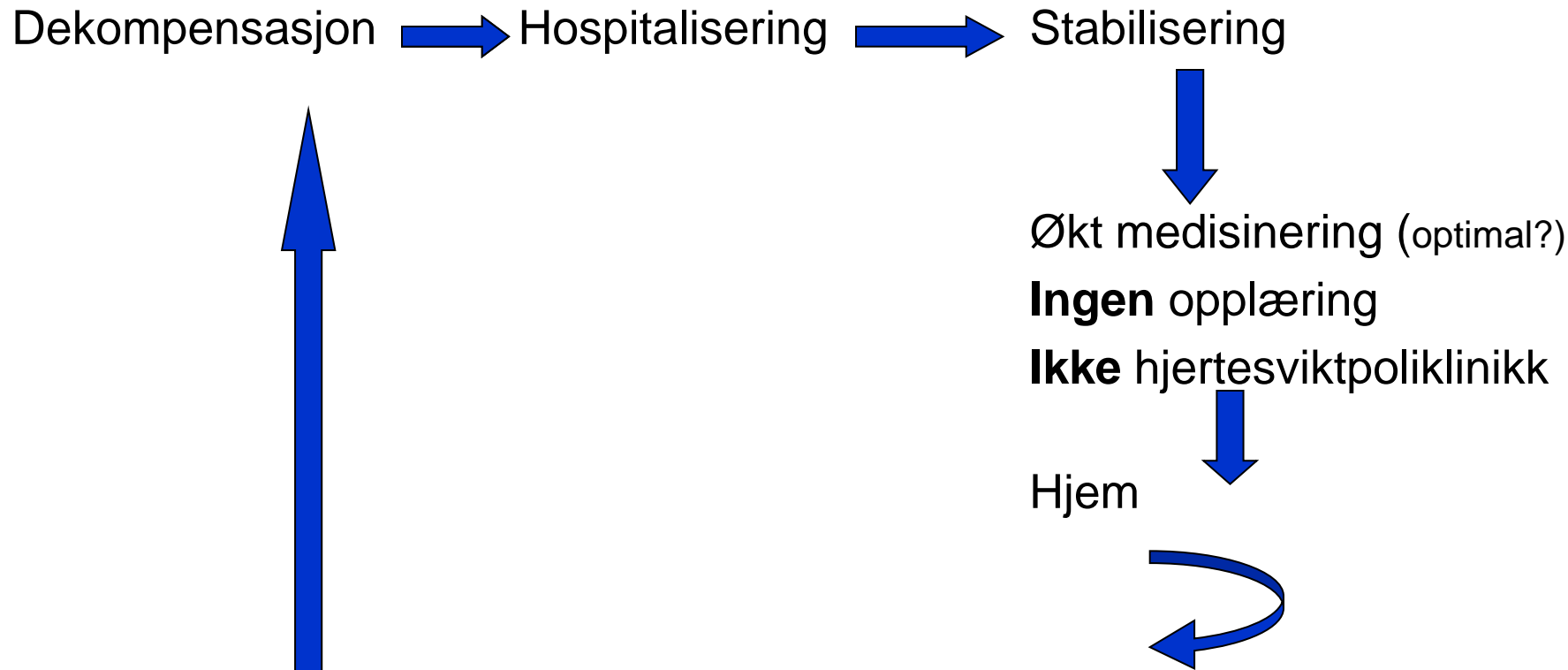
- Høy insidens og prevalens
- Innleggelsesfrekvensen er høy
- Reinnleggelsesfrekvensen er høy
- Flest innleggelser i medisinske avdelinger
- Kostnadene ved hjertesviktbehandling er store og økende
  - 2,1 % av sykehusutgiftene (4. dyreste sykdom)
- Gruppen av eldre er økende, dermed økning av eldre med hjertesvikt , "eldrebølgen" er i starten

# Årsak til 40-60 % av reinnleggelseser:

- Problem med medikamentetterlevelse
- Dårlig planlegging av hjemreise
- Manglende kunnskap i forhold til å observere og gjøre tiltak v/ symptomer eller tegn på forverring
- Manglende sosial støtte



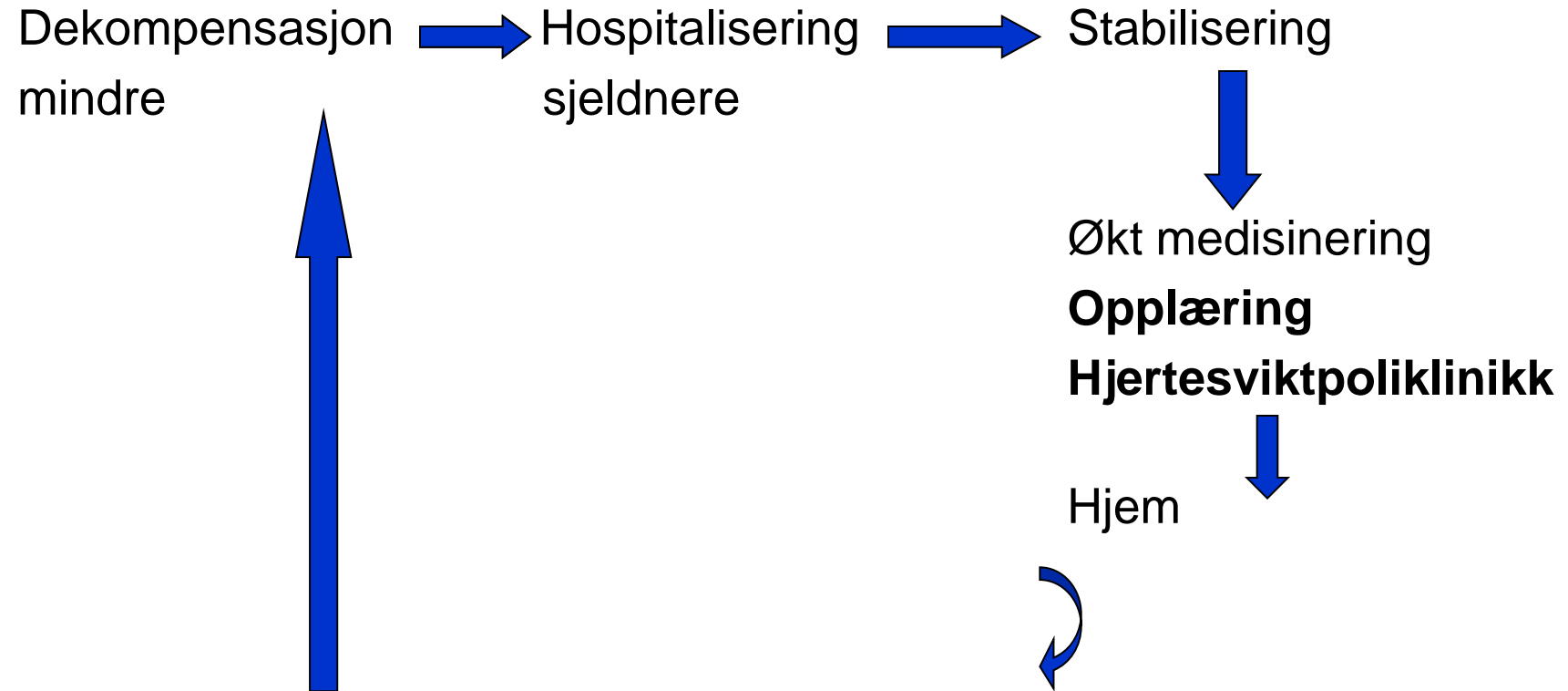
# Et «pasient forløp bilde»



Pasienten/»hjelperen» **gjenkjenner ikke** symptomene  
Manglende oppfølging (compliance)



# Et annet pasientforløp bilde:



Pasienten/hjelperen **gjenkjenner** symptomene  
God oppfølging (compliance)

# Studier viser at hjertesviktpoliklinikk:

- Bedrer egenomsorg
- Bedrer forløpet
- Pasienten får høyere livskvalitet
- Reinnleggelsesfrekvensen nedsettes
- Totalkostnader reduseres





Kari Korneliussen, SiV, Tønsberg

# Hva sier disse historiene?

- Alvorlig, komplekst syke personer med variert og sammensatt behov
- Behov for økt kompetanse i 1. linjetjenesten
- Behov for økt og bedre samarbeid



# Ved kompetanseheving i 1. linjetjenesten vil:

- Symptomer tidligere fanges opp
- Tiltak igangsettes tidligere
- Reinnleggelses og innleggelses reduseres
- Ved reduserte symptomer vil pasienten ha større grad av egenomsorg og livskvalitet
- Engasjement i arbeidet økes

# Palliativ oppfølging

- Sykepleie til den palliative pasient nødvendiggjør samhandling, sjeldent noe 1. eller 2 . linjetjensten kan gjøre alene.
- Samarbeid med pasient, pårørende, hjemmetjeneste, fastlege, hjertepost, hjertesykepleier
- ESC guidelines 2012

# Samhandling's reformen



# Samhandlingsreformens mål:

- Styrke samhandlingen mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste
- Koordinere tjenestene bedre
- Styrke forebygging (redusere sykdom)
- Møte de demografiske utfordringene med flere eldre og endret sykdomsbilde



# Hva har skjedd i de kommunale tjenestene etter samhandlingsreformen?

- Antall opphold for utskrivningsklare pasienter (UKP) i sykehus økt med 260 %
- Antall liggedøgn for UKP er redusert med ca 58 000 (43 %)
- Liggetiden er redusert med 6 dager
- Kommunene: 10 000 flere personer mottok omsorgstjeneste i 2013 enn i 2011.

# «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer»

Studie fra 2013). 2705 sykepleier i 370 kommuner i Norge

# Studien viser at:

- Kun 54 % mener tjenesten er tilstrekkelig bemannet til å ta i mot pasienter fra sykehus
- 66 % mener de har tilstrekkelig kompetanse
- 80 % at de ivaretar flere pasienter enn tidligere og at brukerne krever tettere oppfølging
- 51 % mener tjenesten har nok sykepleiere
- 57 % mener at antall ufaglærte er for høyt

# Konklusjon/studie

- Samhandlingsreformen innebærer en omfattende overføring av oppgaver og ansvar til kommunene
- Sykepleiere har fått mer varierte og faglig utfordrende oppgaver, men også flere og sykere pasienter og økt arbeidsbelastning
- Flere skal ivaretas innenfor en knapp ramme
- Det er et stort kompetansegap i de kommunale tjenestene som venter på å bli fylt

# Studie fra 1.linjetjenesten (2003)

- Hver pasient i sykehjemmene har i snitt fire aktive diagnoser som er under behandling
- Nær hver femte = 20 % av sykepleiere opplever at pasientbehov og oppgaver ikke blir forsvarlig ivaretatt
- Manglende kompetanse i personalgruppen er hovedårsak til at pasientene ikke får nødvendig helsehjelp

”Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie.”

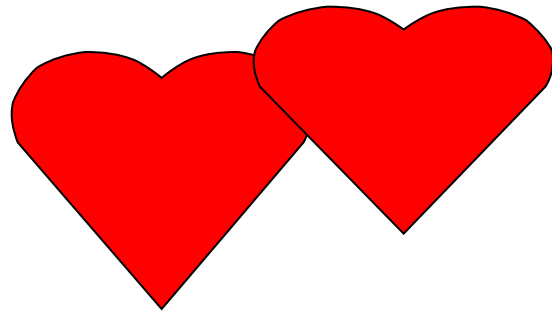
Tidsskriftet Sykepleien; 3, 2003

# Hvilken kompetanse trengs i kommunehelsetjenesten?

- Gjøre de riktige observasjonene
- Gjenkjenne tegn til sykdomsforverring
- Riktig tiltak til rett tid
- Følge prosedyrer og retningslinjer
- Dokumentere tilstrekkelig

Pia Bing Johnson «Sykepleie til eldre-kompetansemålingsverktøy. Utvikling og psykometrisk evaluering av et instrument som måler helsepersonells kompetanse til eldre i kommunehelsetjenesten»

”Omsorgen for pasienter med kronisk hjertesvikt må være godt organisert på flere nivåer og med flere yrkesgrupper involvert. Målsetningen er redusert sykkelighet og dødelighet i pasientgruppen”



Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt  
Tidskr Nor Lægeforening nr. 2, 2007; 127

# ESC Heart failure

«Provide resources for the education and practical support of patients with heart failure and their families or other caregivers, empowering them to engage proactively in long-term care»

ESC Heart Failure 2014; 1: 4-25



# Hva gjør vi ? Ide til praksis?:



Kari Korneliussen, SiV, Tønsberg

- Nødvendighet av kompetanseøkning i nettverket til hjertesviktpasienten er godt dokumentert
- Sykepleiere i kommunen har rettigheter til kompetanseøkning



# Plikt-hjertesviktskykepleiere?

- Hvem andre sykepleiere sitter med så mye kunnskap og har erfaring med hvor «skoen trykker»?
- Vi kan- vi ser- vi erfarer-har kompetanse
- Hvem tar ellers fatt i temaet/utfordringen?
- Dette er vår plikt som ressurspsykepleiere på hjertesvikt

# Lov om spesialisthelsetjeneste:

- § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven omhandler  
”veiledningsplikt overfor  
kommunehelsetjenesten”



# Nå og Fremtid:

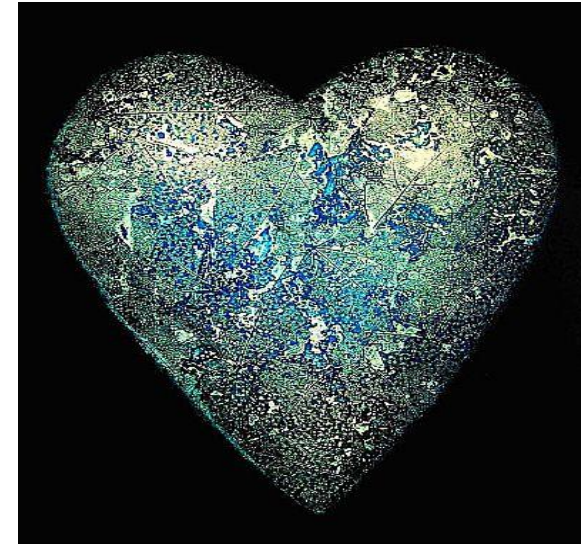
- Behov for bedre og økt samarbeid
- Behov for "noe" mellom 1. og 2. linjetjeneste ?
- Tiltak som kan gi optimal kvalitet i oppfølging av alle hjertesviktpasienter



# Ressursgruppe i hjemmesykepleien:

Erfaring fra 2000-2003:

- 1-2 sykepleiere fra hvert hjemmesykepleiedistrikt
- 2-3 sykepleiere fra hjertepost
- 1-2 møter per år
- Undervisning/oppdatering om hjertesvikt, medikamentell- og ikkemedikamentell oppfølging



# Ressursgruppe forts.:

- Diskutere samarbeid, hva kan bedres
- Fokus på videreformidling av kunnskap til medkollegaer
- At ressurspsykepleiere har et ”ekstra blikk” på hjertesviktpasienter



# Hjertesvikt prosjekt i Vestfold:



- Start mars 2007
- «Ambulerende» hjertesviktskykepleier
- ”Samhandlingsprosjekt mellom sengepost, hjertesviktpoliklinikk, kommune og pasient.

## MÅL:

- Optimal sviktoppfølgning / forebygge reinnleggelser



# Hva gjør vi i dag:

- Endelig: økt fokus fra ledelse på sykehus (samhandlingssjef + egen leder) og kommune
- Møte november 2014 med ledere i kommune og samhandlingssjef
- Fokus på å øke kompetanse og samarbeid
- Informasjonsskriv og invitasjon til foredrag og undervisning

# Videre

- Oppdaterte undervisningsopplegg
- Mars 2015 undervisning i auditoriet på sykehuset
- Undervisning rundt i de fleste kommuner i Vestfold i 2015
- Repetisjon årlig
- Planlegger, sammen med kardiolog, undervisning for leger

# Undervisningsfokus:

- Hva er hjertesvikt, årsaker, symptomer, medikamentell-og ikke medikamentell oppfølging
- Åpen for å diskutere spørsmål – utfordringer
- **Nb! Pårørende** (ofte stor ressurs-obs ift behov for avlastning)

# Annet samarbeid/fokus

- IV-avvanning i 1 linjetjenesten
- Tydeliggjøre hjemmesykepleiers ansvar i epikriser fra sviktpoliklinikken – dokumentasjon er sentralt
- Fokus på at pasient har ekstra Furix/Burinex tilgjengelig (jmf multidose, dosett)
- Tilgjengelighet på telefon
- Økt samarbeid om individuelle, alvorlige syke pasienter, palliative (evt hjemmebesøk)

# Finnes flere gode organiseringer:

- Viktig utfordring er å finne og følge hvilke opplegg/system som er relevante og effektive.
- Viktige aspekt: Økonomi, geografi, Hjertesviktpoliklinikk(ressurser)

# Fremtid om samarbeid og kompetanse økning i 1. linjetjenesten...

- Nasjonal mal og mål?
- Noe for hjertesviktforum?
- Samarbeid med Norsk Cardiologisk Selskap (hjertesvikt gruppen) ?



- COMING TOGETHER IS A BEGINNING
- STAYING TOGETHER IS A PROGRESS
- WORKING TOGETHER IS A SUCESS

Takk for meg😊

