

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Fag- og foretaksutvikling - Seksjon for samhandling

Til øverste administrative ledelse innen pleie- og omsorgstjenesten i Stavanger kommune, Sandnes kommune, Dalane, Jær kommunene og Ryfylke kommunene

Vår ref:
2008/4027 - 28974/2009

Deres ref:

Saksbehandler:
Sissel Hauge

Dato:
05.11.2009

Oversendelsesbrev vedrørende revidert prosedyre for pasienter med hjemmerespirator

Samhandlingsutvalget nedsatte en arbeidsgruppe på forsommeren, bestående av representanter fra Jærkommunene, Sandnes – og Stavanger kommune sammen med aktuelle personer fra SUS, som skulle gjennomgå og revidere eksisterende retningslinjer og opplæringsplan for pasienter med hjemmerespirator.

Målet for arbeidet var å etablere et behandlingsforløp for å sikre en god overføring mellom sykehus og kommune, der brukere har medvirkning i hele prosessen.

Retningslinjer med opplæringsplan ble presentert samhandlingsutvalget den 21.10.09. Prosedyren ble godkjent, med presisering om viktigheten av at det opprettes kontakt mellom fastlege og pasientansvarlig lege på SUS på et tidlig tidspunkt. Dette ble i etterkant innarbeidet i retningslinjene.

Samhandlingsutvalget anbefaler kommunene å ta i bruk prosedyren.

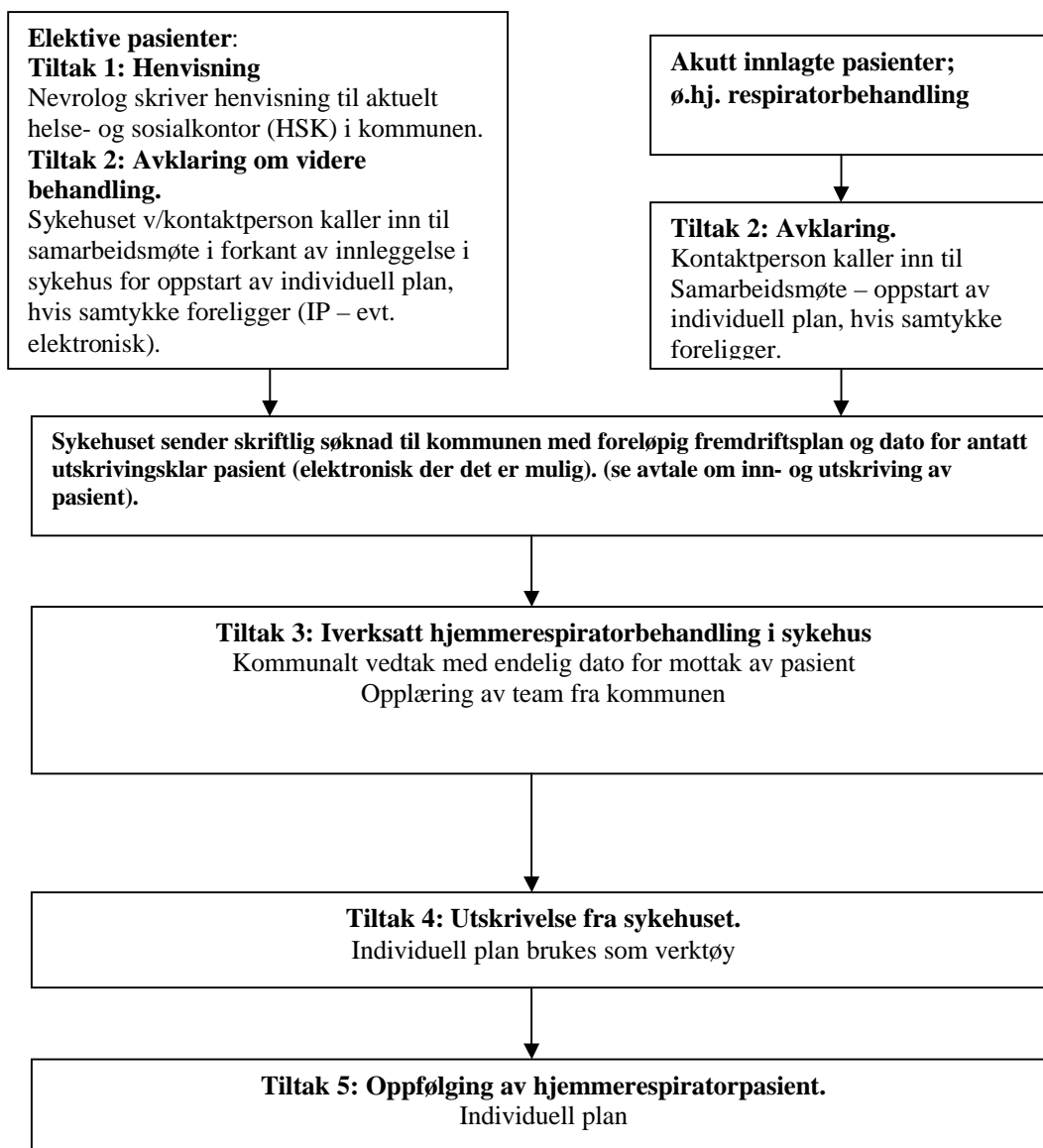
Med vennlig hilsen

Sissel Hauge
Leder av samhandlingsutvalget

Respiratorbehandling i overføringen mellom sykehus og kommune.

Retningslinjer for samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten når pasienter med hjemmerespirator trenger bistand fra helsepersonell etter utskrivelse fra sykehus.

Flytskjema for håndtering av hjemmerespirator:



Tiltak 1: Henvising

Neurolog sender henvising til aktuelt Helse- og sosialkontor (også kalt bestillerkontor, koordineringsenhet m.m.), hvor det meldes behov for et samarbeidsmøte med aktuelle aktører til stede. Kommunene bestemmer selv hvem som skal være til stede, men kontaktperson fra kommunen samt fastlege må være med.

Tiltak 2: Avklaring om videre behandling

Tidlig avklaring om pasienter er aktuell for , - ønsker hjemmerespiratorbehandling, vil redusere antall hastedrakeostomier. Tidlig avklaring krever gode rutiner:

- o Godt informert pasient og pårørende
- o Tidlig og kontinuerlig kontakt mellom aktuelle avdelinger. Dette gjelder spesielt neurologisk avdeling og lungeavdelingen.

Hos elektive pasienter bør ”avklaring” gjøres før pasienten innlegges i sykehuset. Andelen ”øyeblikkelig hjelp pasienter” bør være minst mulig.

Forberedelse til utskriving skal starte så fort som mulig og kontakt med kommunen etableres (se egne retningslinjer som vedlegg til avtalen om inn- og utskriving av pasienter – konkretisering/utdyping av avtalen) www.sus.no/samhandling.

Sykehuset tar initiativ til samarbeidsmøte.

Deltakere fra sykehuset: pasientansvarlig lege og sykepleier.

Deltakere fra kommunen: person med beslutningsmyndighet, representant fra utøvende tjeneste, samt fastlege.

Pasient og pårørende.

Behov og ønske om individuell plan avklares og sykehuset initierer oppstart av individuell plan.

Den enkelte kommune (ikke sykehuset) avgjør hvilket omsorgsnivå pasienten skal utskrives til.

Samarbeidsmøtet skal avklare spørsmål omkring opplæring av personell i kommunen (se egen opplæringsplan som vedlegg til avtale om inn- og utskriving av pasienter) www.sus.no/samhandling.

Det skrives referat fra møtet, søknad om kommunale tjenester fylles ut og dette formidles videre til kommunen.

Tiltak 3: Iversatt hjemmerespiratorbehandling i sykehus

Henviser til prosedyre ”Innleggelse av pasienter med hjemmerespirator” vedrørende logistikk og medisinsk ansvarsfordeling i sykehus.

Kommunalt vedtak med fremdriftsplan og endelig dato for mottak av pasient sendes pasienten i aktuell sykehusavdeling.

Opplæring starter i henhold til godkjent prosedyre.

Tiltak 4: Utskrivelse fra sykehuset

Ved utskrivelse skal Individuell plan og personlig perm med prosedyrer følge pasienten. Individuell plan skal blant annet inneholde avklaring om eventuell avtale for avslutning av hjemmerespiratorbehandling, handlingsplan ved akutte situasjoner, kontaktpersoner ved sykehuset og ”sjekklister” for personalet i teamet.

Primærhelsetjenesten overtar ansvaret for pasienten etter kompetanseoverføring i henhold til opplæringsplanen (*må revideres i samarbeid*).

Tiltak 5: Oppfølging av hjemmerespiratorpasienten

Primærhelsetjenesten har det medisinske ansvaret etter utskrivelse fra sykehuset. Personlig perm og individuell plan, som inneholder handlingsplan ved akutte situasjoner og kontaktpersoner ved sykehuset, skal følge pasienten. Planen skal revurderes jevnlig.

Ved behov for innleggelse i sykehuset, henvises det til prosedyre ”innleggelse av pasienter med hjemmerespirator” (vedlegg til avtale).

Oppfølging og kompetanse

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsansvar og plikter å gi undervisning til teamet i kommunen (henviser til opplæringsplanen).

Teamet blir å anse som ressurspersoner som viderefører kompetansen til øvrige personer i teamet. Kommunen må selv melde fra ved behov for ytterligere opplæring og undervisning.

Økonomisk ansvarsfordeling

Kommunen og spesialisthelsetjenesten søker å gi helsetjenesten i henhold til LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). I hovedprinsippet belastes kostnadene der disse oppstår. Spesialisthelsetjenesten lønner de som gir opplæring – kommunene tilsvarende for de som mottar opplæring. Henviser forøvrig til enhver tid gjeldende lovverk og retningslinjer vedrørende finansiering.

Retningslinjer for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for pasienter med kompliserte sammensatte lidelser.

Prosedyren er en utdyping og konkretisering av samarbeidsavtalen mellom Helse Stavanger og kommunene om utskrivingsklare pasienter fra Stavanger Universitetssjukehus.

Denne prosedyre gjelder pasienter med kompliserte / sammensatte problemstillinger som har behov for høy medisinsk kompetanse der spesialisthelsetjenesten har spesiell veiledningsplikt. Som eksempel kan nevnes pasienter med hjemmerespirator, store nevrologiske utfall, kreftpasienter m. flere.

I tillegg til samarbeidsavtalen bygger prosedyren på:

- Lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4 (veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten) § 2-6 (individuell plan)
- Lov om helsetjenesten i kommunene § 1 - 4
- Lov om pasientrettigheter § 2-5 (rett til individuell plan) § 3-1 (pasientens rett til medvirkning)
- Forskrift om Individuelle planer, publikasjonsnr.1 - 1028
- Lov om helsepersonell § 4 (forsvarlighet) og § 5 (bruk av medhjelpere)
- Rundskriv 1 – 45/99 Respiratorbehandling i hjemmet

Forberedelse til utskriving

Helse Stavanger HF

Klinisk avdeling der pasienten er hjemmehørende har ansvar for:

- Forberedelse til utskriving skal starte så fort som mulig etter innleggelse (før pasienten er utskrivingsklar)
- Dersom pasienten ligger på Intensivavdeling må klinisk avdeling der pasienten er hjemmehørende informeres
- Klinisk avdeling skal ta kontakt med det Service – bestillerkontor i kommunen som pasienten tilhører
- Samme avdeling har ansvar for å kalle inn til første samarbeidsmøte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (leder av Service - bestillerkontor, fagkonsulent, fastlege, evt. andre). Pasientansvarlig lege på sykehuset må være med i møtet, slik at fastlegen kan motta viktig informasjon tidligst mulig.
- Dersom individuell plan (IP) ikke er påbegynt, har koordinator fra kommunen ansvar for utarbeidelse av IP sammen med pasient/pårørende i forbindelse med samarbeidsmøtet
- Utarbeide behandlingsplan (epikrise, utskrivingsrapport) for den enkelte pasient, herunder spesialisthelsetjenestens og fastlegens ansvar i øyeblikkelig hjelp situasjoner (presisering av oppgavefordeling mellom første- og andrelinjetjenesten)
- Planlegge og gjennomføre opplæring av kommunens personell i de tilfeller der pasientens behov for spesielle tiltak krever dette

Kommunen ved aktuelt helse – og sosialkontor/bestillerkontor/servicekontor m.m. har ansvar for:

- Starte planlegging av et faglig forsvarlig tjenestetilbud umiddelbart etter henvendelse til rett instans i kommunen
- Kartlegge og vurdere pasientens behov – blant annet omsorgsnivå, boligbehov, behov for personell og kompetanse - sammen med pasient /påstående
- Informere og planlegge tjenestetilbudet sammen med utførende virksomhet
- Iverksette og koordinere arbeidet med Individuell plan i henhold til samarbeidsavtalen og kommunens prosedyre for utarbeidning av Individuell plan

Utførende virksomheter skal:

- Legge til rette for brukermedvirkning
- Delta aktivt i planleggingen av tjenestetilbudet
- Legge til rette for opplæring av eget team/kompetansegruppe
- Sikre at ansatt personell blir godt informert og forberedt på arbeidsoppgavene i forkant av opplæring

Opplæringsfase:

Det skal utarbeides individuell opplæringsplan for hver enkelt pasient i tråd med generell opplæringsplan der dette finnes. For pasienter med hjemmerespirator er det utarbeidet generell opplæringsplan (se vedlegg).

Etter utskrivelse:

- Kommunen har ansvar for videreføring av IP der denne finnes
- Kommunen skal videreføre tverrfaglig ansvarsgruppe – spesialisthelsetjenesten kalles inn etter behov / i henhold til individuell plan
- Kommunen må melde behov angående supervisjon/undervisning til spesialisthelsetjenesten underveis
- Fastlegen har det medisinske ansvaret for pasienten etter utskrivelse

Avklaring angående fordeling av kostnader må gjøres i forhold til:

I hovedprinsippet belastes kostnadene der disse oppstår.

Spesialisthelsetjenesten betaler for de som gir opplæring/supervisjon – kommunen betaler for de som skal motta opplæring.

Opplæring utover de oppsatte rammer – avtales spesifikt.

Opplæringsplan for pasienter med hjemmerespirator (pasienter med trakeostomi).

Opplæringsplanen tilpasses hver enkelt pasient og skal inneholde både en teoretisk og en praktisk del. Opplæringen gjelder alle som blir involvert i tjenestetilbudet, for eksempel sykepleier, helsefagarbeider og annet pleiepersonell, fysioterapeut, fastlege og evt. andre yrkesgrupper. Lungeavdelingen har ansvar for opplæring av kommunen.

Teoretisk opplæring:

- Undervisningen er obligatorisk for alle som skal til opplæring
- Aktuelt personell skal ha teoretisk opplæring i forkant av den praktiske opplæringen
- Undervisningen skal ta utgangspunkt i pasientens spesielle problemstillinger knyttet opp mot pasientens behov
- Undervisningen kan foregå felles for alle faggrupper, men det kan også være behov for fagspesifikk undervisning
- Pasient og evt. pårørende kan delta i opplæringen

Praktisk opplæring med pasient:

Pleiepersonell

- Opplæringsperiode på inntil tre uker (15 virkedager), men tilpasses etter behov.
- Opplæringen bør foregå både på sykehuset og i kommunen – siste uken i kommunen
- Maksimalt 10 personer kan delta i opplæring
- To personer deltar pr. opplæringsvakt, noe som medfører at alle får tre vakter hver.
- Teamleder/ressursperson mottar i tillegg informasjon og opplæring med tanke på utstyr og prosedyrer

Fysioterapeut

- To til tre fysioterapeuter deltar i behandling to ganger hver før utskrivning
- Disse overfører kunnskap og veileder kollegaer samt pleiepersonell i teamet/kompetansegruppen