

Kafebord 4 – Harstad

Kompetanseheving

Individnivå:

- Nevropsykolog/fysioterapeut/ergoterapeut/sykepleier – informasjon på telefon er OK
- Kan være vanskelig å få kontakt med ansvarlige på sykehus (er det forskjell når det er lege eller sykepleier som tar kontakt?)
- Geriaterspesialist kommer på hjemmebesøk – god erfaring med det
- ALS team reiser ut og gir veiledning
- God erfaring med diagnoseteam
 - o Reiste til kommunene tidligere
 - o Kan få skypemøte
 - o Har tidspunkt en dag/uke til veiledning
- **Ønske: Meldingsutveksling også på kompetanseoverføring**
- **Ønske: Hospitering ved komplekse tilstander**

Gruppenivå:

- Vanskeligere å få gjort avtale med fagpersonell på sykehus for felles undervisning
- **Ønske: Styrke rehabiliteringskompetansen til ansatte i korttidsavdelinger**
-

Ønske om å opprette rehabiliteringsforum på klinisk nivå – spesielt mellom de små kommunene

Ulike ambulerende-/behandlingsteam

- Finnes flere ulike team – som tilsynelatende gjør like jobber. Litt forvirrende – hvem skal man benytte, og til hva?
- **Ønske: at flere (mindre) kommuner også har PSHT – eller et kompetanseteam man kan rådføre seg med – ev et regionalt team som reiser ut i kommunene**

ART (ambulerende rehabiliteringsteam – spesialisthelsetjenesten)

- **Ønske: teamet har ytterligere kompetanse enn det kommunen har (gjelder trolig større kommuner) F.eks.**
 - o logoped med spesialkompetanse på hjerneslag-/skade
 - o Synspedagog
 - o Nevropsykolog
 - o Farmasøyt
 - o Psykososial kompetanse/mestringskompetanse
 - Hvor finner man informasjon?
 - Trenger mer systematisk opplæring
- Harstad kjenner ikke til ART, men NARVIK skal dekke begge kommunene.
- Harstad har pasientsentret helsetjeneste team (PSHT)
- Man opplever det tilfeldig hvilke pasienter som blir fulgt opp av ART

- Uoversiktlig for pasientene hvilken rolle ART har
- ART oppleves som uavklart
- Ønske: **Bruke ART mer**

(Gjensidig) Veiledning

- Får veiledning fra spesialisthelsetjenesten ved spesielle diagnoser
- Skriftlig informasjon om pasientens funksjon før innleggelse i sykehus og ved overføring tilbake til kommunen
 - o Synliggjør hvilke tiltak som er satt inn og hva som fungerer
- **Ønske/anbefaling: Opprette eget punkt for funksjonsnivå i kjernejournal**
- Kommunene må informere sykehusene om hvilke tilbud de har kommunen pasienten bor i. De har svært ulike i tilbud og geografiske utfordringer.

F.eks.

 - o at det er lang kjørevei til apotek (ved utskrivning av pasient på ettermiddag – må sende med medisiner)
 - o man har kun fysioterapeut i 20% stilling, ingen ergoterapeut etc
- **Gjensidig veiledningsplikt – borger for gjensidig hospitering – bytte arbeidsplass for en periode**

Vanskelig å få tak i rette vedkommende ved innleggelse i sykehus (pasient med komplekse og sammensatte behov). ØNSKE: lage et system for hvordan kommunene kan komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten

- **Ønske: Utarbeide individuell tilpasset tiltaksplan**
 - o **Navn og kontaktinformasjon på fysioterapeut/ergoterapeut etc som hadde ansvar for pasienten ved innleggelse**
 - o **Mulighet til å kontakte disse de første dagene etter utskrivelse**
 - o **Mulighet til å be om informasjon/veiledning**
- **Ønske: Oppnevning av primærlege for pasienten ved innleggelse ev et kontaktpunkt som formidler behov videre (koordinator)**
- **Ønske: Tydeligere definering av KE sykehus – være kontaktpunktet mellom kommune/sykehus**

Samarbeid

MÅ SKILLE MELLOM pasienter med SAMMENSATTE problemer og ENKLERE problemstillinger

- Sykehuset kan invitere til samarbeidsmøter
- Pårørende kan inviteres til dialogmøte ved utskrivning fra sykehus

Kommunen trenger tid til å planlegge for å overta en pasient med sammensatte behov

- Ha pasienten en dag ekstra
- Gjøre unna legevisitt og utskrivning dagen før utreise
- Skrive ut pasienten på formiddag, og han/hun reiser da. Og aldri på fredag ettermiddag/kveld/helg

Informasjon til kommunen kommer ofte sent

- PLO melding – både tidspunkt og innhold varierer. Spesielt fra UNN – Tromsø
 - PLO meldingssystemet er ikke iverksatt i Narvik
- **Ønske: Sende PLO melding tidlig – oppfølging av meding når det nærmer seg utskrivelse + telefonsamtale/videomøte**
- Epikrise går ut til innleggende instans/lege. Dette innebærer at epikrise ikke følger pasienten dit han/hun kommer. Det kan ta tid før den blir mottatt av kommune/fastlege
- Noen var tydelig på at spesialisthelsetjenesten (sykehusavd) ikke samarbeidet
 - «Vi har lært å måtte klare oss selv»
- Samarbeidsavtalene følges ikke opp
 - Rehabiliteringsavdelingene bedre enn andre avdelinger ved sykehuset, som har pasienter med komplekse og sammensatte behov – ikke så flinke

Ulik oppfatning i sykehus og kommune hva FERDIG BEHANDLET innebærer

Ønske: Felles forståelse av hva begrepet «FERDIG BEHANDLET»

- Ved usikkerhet om behov for innleggelse i sykehus – benytte KAD – de foretar vurdering om videre behandling
- **Ønske: Interkommunalt samarbeid i stedet for henvisning til privat rehabiliteringsinstitusjon**
- Ønske: