

Referat

Regional nettverkssamling 2010

Ambulante rehabiliteringsteam i Helse Nord

VEGA 01.-03. juni

Dag 1 01. juni

Trude Hartviksen , leder i AU ønsket velkommen til nettverkssamlingen. Dagen startet med en kort presentasjon av ”siden sist” fra hvert team, og teamene presenterte også sine tall knyttet til kvalitetsindikatoren ”Første kontakt i pasientsaker”. Se vedlegg 1-6. Trude informerte om at det skal opprettes et ambulant rehabiliteringsteam i Bodø.

Tema for dagen: Samhandlingsreformen

Ansvarlig for dagen var ART Finnmark. Siden de ikke deltok denne gangen var Trude Hartviksen møteleder og la fram deres presentasjon av Samhandlingsreformen, vedlegg 7. I etterkant av presentasjonen ble vi delt opp i grupper, og arbeidet med problemstillinger ART Finnmark hadde forberedt. Se vedlegg 8. Gruppearbeidet ble lagt frem og diskutert i plenum etterpå.

RØD GRUPPE (Maren, Arne, Tone, Veronika)

Samhandlingsreformen gir klare signaler om at spesialisthelsetjenesten i dag løser oppgaver som en i en fremtidig helse- og omsorgstjeneste skal løses på kommunalt nivå.

Det gis også føringer om at spesialisthelsetjenesten skal gjøre det de kan best: løse oppgaver av spesialisert karakter.

Løser spesialisthelsetjenesten i dag, gjennom sine ambulante rehabiliteringsteam, oppgaver som i framtiden kan forventes løst på kommunalt nivå?
I tilfelle hvilke, og hvorfor?

Gruppens svar:

ART tar koordinatorsvar, fordi det ikke finnes på kommunalt nivå, tar hensyn til pasientens behov. Små kommuner har store utfordringer med å rekruttere kompetanse.

I Tromsø ser man endringer ved etablering av Tildelingskontor for omsorgstjenester med tilhørende koordinerende team i kommunen. Man ser at Tildelingskontoret nå tar ansvar for mye av den koordineringen som ART tidligere har påtatt seg for å få i gang tiltak i pasientens

hjemkommune. Tildelingskontoret har imidlertid til tider hatt uhensiktsmessig lang ventetid, opptil 3 måneder.

Narvik er med i oppstart(tildelingskontoret)

IP varierende grad av kompetanse – ART. Kan iverksette hvor det er lav kompetanse.

”tar tak i saken” for å revitalisere den, stiller spørsmål til kommunen for å komme i gang med saken igjen, eller for å få plassert ansvar.

ART som kontrollinstans – i noen tilfeller, andre positive til samarbeidet med ART.

Veilederfunksjon

- Oppmerksomhet i teamene om ikke å ta over kommunale tiltak
- Kartlegging/ utredning
- ”Rydde” i komplekse saker
- Behov for kommunale hjelpere å samarbeide med
- Forundersøkelse før innleggelse
 - Ikke nødvendigvis kommunalt ansvar.
 - Sørge for tverrfaglig kartlegging.
- Oppfølging av pårørende/ familie
 - Nøytral
 - Konfliktløser
- Fokus på rehabiliteringsprosess framfor enkeltstående tiltak.
- Koordinator

Hvilke oppgaver skal kommunen/spesialisthelsetjenesten ha i fremtiden?

Kommunale oppgaver:

- Koordinering
- Helhetlig tenkning

Spesialisthelsetjenesten sine oppgaver:

- Veiledning
- Rehab. prosess
- Diagnose

GRØNN GRUPPE:(Torgunn, Harald, Trude, May- Hege)

Spesialisthelsetjenesten beskrives å skulle holde på med det vi kan best: spesialiserte oppgaver.

Hvilke spesialiserte rehabiliteringsoppgaver kan foretakene løse gjennom sin ambulante rehabiliteringsvirksomhet?

Hvilken kompetanse skal til for å fremstå som en spesialisert virksomhet? Har ART i dag den kompetansen?

Gruppens svar:

- Hva som er spesialisert vil variere fra kommune til kommune.
- Opplæring og kompetansebygging
- Oppfølging av/sikring av oppfølging på pasienter med rehabiliteringsbehov innlagt i sykehus.

- Systemkunnskap kommunalt forvaltningsapparat- muligheter/ begrensninger- koordinering.
- Sette kommunen i stand til å utøve rehabiliteringsfaglig virksomhet.
- ART – viktig brikke for samhandling i praksis. Vertikalt og horisontalt.
- Forundersøkelse for spesialiserte rehabiliteringstilbud.
- Interkommunalt samarbeid(utvikling) arena for veiledning.
- Unngå sykehusinnleggelse for eksempel utredning, spisse henvisningen.
- Nødvendige undersøkelser utført på en og ikke flere innleggelse.
- Vurdere potensiale.
- Finne/ vite av kompetanse i systemet.

KOMPETANSE:

- Bygge nettverk, relasjonskompetanse.
- Se ressurser og muligheter.
- Systemkunnskap
- Veiledningskompetanse
- Videreutdanning i rehabilitering/ master
- Geriatrikompetanse
- Kognitiv terapi/ psykiatri
- Rehabiliteringskompetanse
- Prosesskompetanse

GUL GRUPPE (Solveig, Ingvill, Anne-Lise)

Samhandling står sentralt i reformen. Det er snakk om samhandling internt i foretakene og mellom forvaltningsnivåene.

På hvilken måte kan foretakene bruke den ambulante rehabiliteringsvirksomhet i arbeidet med å få dette på plass?

Gruppens svar:

Innsatsteam

→ Overgang sykehus -> kommune

Intern samhandling

Samhandling mellom foretak?

→ ART Vesterålen/Lofoten

→ Utfordringer m.h.t organisering

Faste møtetidspunkt

- Eks. tverrfaglige møter i avdelingene
- Få med alle aktuelle parter
i.f.t enkeltpasienter (samarbeidsmøter, ansvarsgrupper)

Sørge for at vi vet om hverandre

- De som skal samhandle må vite om hverandre, og hverandres funksjoner.
- Brosjyrer i sengeposter.
- Info på intranett/internett.
- Effektivisere samhandling.
- Utfordring med "turnover" i avdelingene.

- Unngå feilhenvisninger ved å ”reklamere” for hva vi gjør.
- Informasjonsmøter med nye turnusleger m.m

Samordne pasienters utredninger, polikliniske timer etc.

Avviksmeldinger/ forbedringsmeldinger

- Brukes aktivt

Samhandling mellom forvaltningsnivå

Møtetidspunkt

- Rehab. rådet, fylkesmannen
- Rehabiliteringskoordinatorene samles til møter noen ganger i året.

Arbeide på systemnivå i.f.t samhandling

- Vite hvem som er rehab. kontakter i ”våre” kommuner.

Faste møtetidspunkt

- I forhold til enkeltpasienter(ansvarsgrupper, samarbeidsmøter....)

Felles forståelse for hva rehabiliteringsbegrepet er/ innebærer.

- Tverrfaglighet! Dra i samme retning.

Bidra med veiledning/ kunnskap.

Deltakelse i ansvarsgrupper, f.eks i oppstartsfaser

Gjøre ulike helsepersonellgrupper/aktivitører/instanser oppmerksom på viktigheten av samarbeid/ samhandling.

Samarbeidsavtaler sykehus – kommune.

- Spesialisthelsetjenesten (huske å være ydmyk og lytte til kommunene, ikke være bedrevitende)
- Vite om avtalene selv, og gjøre andre oppmerksomme på disse. Vite hva som står der.
- Informere f.eks personell som skriver epikriser om hvordan de formulerer seg, eks. ikke skal ha sykehjemsplass/ fysioterapi, men beskrive behov.
- Være oppmerksom på at vi ikke bryter samarbeidsavtaler.

Mellomledd/konfliktdemper sykehus – kommune

- Oppfordre til tilbakemeldinger/ forbedringsmeldinger

Ta initiativ til samarbeidsmøter

- For eksempel ved utskrivelse, i forkant av nytt rehabiliteringsoppholdet. (for eksempel ved utskrivelse, i forkant av nytt rehabiliteringsopphold(for å spisse behovene for opphold/ få innvilget opphold)

KONKLUSJON:

Generelt:

- Møtepunkter er viktig! Samsnakking
- Vite om hverandre.
- Felles forståelse for begrepet rehabilitering.

- Ydmyk i møte med kommunen, oppfordre til tilbakemeldinger/ forbedringsmeldinger.
- Utnytte ART sin kompetanse om spesialisthelsetjensten og kommunene (ulike nivåer).
Utnytte vår evne til å tenke bredt, se fra begge sider. Ha fokus på pasienten.

Dag 2 02. juni

Møteleder: Solveig Mørk

Referenter: Torgunn Andreassen og Arne Wilhelmsen

1. Introduksjon av dagen v/ Solveig Mørk.

Tar utgangspunkt i strategidokumentet og ønsker å diskutere hva som er vår kjernevirksomhet. Hva er det vi fronter at vi kan og hva skal være våre oppgaver i fremtiden? Hvordan synliggjør vi vår virksomhet ovenfor ledere, pasienter og samarbeidspartnere. Vi ønsker å bruke dagen til å komme litt videre med disse spørsmål.

2. Introduksjon NCMP- koding/ registrering. v/ Harald Karsen

Videre diskutert erfaringer, utfordringer og muligheter.

Det er fortsatt mye uklart og mange ubesvarte spørsmål i bruken av NCMP for ART. Kodeverket er utarbeidet for medisinske prosedyrer for legehjelp og passer i utgangspunktet dårlig for vår virksomhet. Det er jobbet mye med utvikling av systemet for tilpassning til andre aktiviteter enn legehjelp, men det er enda mye som ikke passer vår virksomhet. Det er viktig at vi er med på dette for å få et system som passer best mulig vår aktivitet. Så ut fra retningslinjene for NCMP er det mye av vår virksomhet som er vanskelig å kode, **men det er viktig at vi koder likevel.**

I følge Tor Øystein Seierstad er det viktig at vi koder aktiviteten vi har og ut fra erfaringer vi gjør, er med på å videreutvikle kodeverket. Koding er et viktig redskap for å synliggjøre aktivitet og ressursbruk som igjen er viktig i spørsmål om finansiering av virksomheten.

Erfaringer og utfordringer.

Kodesystemet er lite spesifikt på en del områder slik at det blir vanskelig å få fram hva vi faktisk gjør. Dette fører til at det blir en del "sekkeposter" som blir mye brukt. Individuell rådgivning og tverrfaglig koordinering av hjelpetiltak omfatter mye av ARTs aktivitet. Det er uspesifikke koder som gjør det vanskelig å definere innholdet i tiltaket.

I kartleggingen krever kodesystemet at vi bruker strukturerte kartleggingsverktøy. Dette innebærer en fast prosedyre eller et utarbeidet verktøy. Dette kan vi utarbeide selv, det er ikke krav om godkjente verktøy eller skjema. Skiller på strukturert og standardisert kartlegging. ART må jobbe videre med utvikling av maler vi kan bruke eller i større grad ta i bruk verktøy som finnes for bl.a. observasjon og kartlegging.

Det er variert og muligens underregistrering på telefonarbeid. Sandnessjøen registrerer all telefonvirksomhet i Dips. Tromsø registrerer telefonkontakt som indirekte pasientkontakt, men koder ikke disse i NCMP. Narvik koder all telefonkontakt med NCMP når vi oppretter konsultasjon. Da som indirekte pasientkontakt.

For å registrere tverrfaglig utredning/ behandling må det være 3 faggrupper med på aktiviteten. Det er usikkert om en av de tre kan være legen eller psykolog, eller om disse

kommer i tillegg. Det er ulike løsninger i de forskjellige ARTene. Lofoten har ikke lege tilsluttet teamet, Narvik har for tiden uavklart legesituasjon, Tromsø og Sandessjøen har lege som fast samarbeidspartner i teamet. Usikker på Vesterålen og Kirkenes.

Det er ikke koder i systemet der en kan registrere planleggings- og etterarbeid i forbindelse med for eksempel hjemmebesøk, samarbeidsmøter og lignende. Dette utgjør en stor del av ARTs aktivitet som vi må få avklart om vi skal kode.

Muligheter.

Kodesystemet gir oss en mulighet til å tydeliggjøre vår virksomhet, hva vi jobber med og kan være med på å synliggjøre vår rolle i spesialisthelsetjenesten for både samarbeidspartner og oss selv. Det kan også hjelpe oss å se områder der det er behov for kompetanse/ spesialisering, evt. spissing av tjenestetilbudet.

Vil være et nyttig verktøy i spørsmål om ressursbruk og økonomiske bevilgninger. En dokumentasjon på vår virksomheten kan kanskje også bety noe for hvordan ART organiseres i framtiden.

Kodesystemet kan bidra til utvikling av prosedyrer og arbeidsverktøy i ART. Kan også hjelpe oss å se områder hvor det er behov for kvalitetssikring

Det må foreligge en NCMP kode for å få opprettet en aktivitet i Dips. Registrering i Dips er en forutsetning for å kunne ta ut tall på de forskjellige aktivitetene.

3. Presentasjon av 2 kasuistikker v/ Arne Wilhelmsen og Maren Beate Hansen Gruppearbeid med fokus på ARTs arbeid i ulike faser med link til koding/ registrering.

Det ble jobbet med de to kasuistikkene i grupper med spørsmålene: hva gjør vi, hva registrerer vi og hva dokumenterer vi?

Kasuistikkene omhandlet en person med traumatisk hodeskade og en med langtkommen MS. Resultatet av gruppearbeidet viser store forskjeller i hvordan teamene registrerer. Det er stort rom for tolkninger av begreper og hva som er fokus i en aktivitet. Dette kan føre til feilmarginer i de tall og statistikker som synliggjør våre aktiviteter.

Også her kommer det frem at mye aktivitet kodes i "sekkebetegnelser" slik at den samme koden får veldig forskjellige innhold.

Koding for kartlegging tar utgangspunkt i at en gjør direkte pasientrettet kartlegging sammen med pasienten. ART gjør ofte indirekte kartlegging, samordner hva andre har dokumentert, sykehistorier og samtaler med pårørende og hjelpeapparat. Denne formen for kartlegging blir gjerne sett på som forberedelse og kodes i stor grad ikke.

Oppsummering:

- Det er store variasjoner i bruk av kodeverk i de forskjellige ART. Det jobbes mot at alle skal ta i bruk NCMP.
- Kodesystemet er lite spesifikt på en del områder som gjør at det blir noen "sekkeposter" som blir mye brukt. Som for eksempel "møte med samarbeidende instans".
- Planleggings- og etterarbeid registreres ikke. Dette utgjør en stor ressurs i ARTs aktivitet.
- Variert og muligens underregistrering på telefonarbeid.

- Det er viktig at vi jobber med koding og dermed er med å videreutvikle kodeverket til et bedre og mer nyttig redskap for vår virksomhet.
- Være aktiv med å tilbakemelde til KITH om problemstillinger som oppstår og ting som ikke fungerer for dermed å være med å videreutvikle systemet.

4. Foredrag om samhandlingsreformen v/ Ingvild Løkken

Kopi av foredraget vil i sin helhet bli sendt ut sammen med referatet.

Tema for foredraget: Hva kan reformen ha å si for ART sin kjernevirksomhet? Hva i ART sin kjernevirksomhet er aktuell i reformen?

Det ble en gjennomgang av temaene klarere pasientrolle, ny fremtidig rolle for kommune og spesialisthelsetjenesten. Det skal bli mer spesialisert kompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Det diskuteres hvilken virksomhet i ART som passer inn i samhandlingsreformen. Det skal jobbes med helhetlige forløp med mål å sikre pasienten trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er ønskelig med systemer som samhandler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennom veiledning og kompetanseoverføring. Det er dette ART primært jobber med per i dag og vi vurderer det som en av spesialisthelsetjenestens oppgaver også i framtiden.

5. Foredrag om Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer.

Gjennomgang av artikkel fra Kunnskapssenteret.

Tema: Gir ambulant virksomhet økt livskvalitet og redusert innleggelse i sykehus?

Redegjørelse av tiltakene og resultatet av disse. Det viser seg at det er behov for mer kunnskap om effekten av ambulant tjeneste, samt en klarere definering om hva ambulant tjeneste innebærer. Artikkelen omfatter både ambulante tjenester som vi utfører dem med mye systemarbeid og veiledning, men også tverrfaglige team som reiser ut og driver behandling/trening i hjemmet.

Fra materialet fra kunnskapssentret er det valgt ut følgende diagnoser som anses som mest aktuelt for nettverket: Hjerneslag, Ervervet hjerneskade, MS og diverse.

I det gjennomgåtte materialet er det i diagnosegruppen Diverse at systemene for Ambulant Tjeneste er mest lik oppbygningen som våre Ambulante RehabiliteringsTeam har.

Resultatene viser at tverrfaglige ambulante tjenester har liten effekt på blant annet sykdomsforløp og dødelighet, men utgjør en forskjell på livskvalitet og deltagelse.

Men materialet er mangelfullt og det er behov for mer omfattende studier og mer data.

Diskusjon i plenum i forhold til punkt 4 og 5:

Vedrørende samhandlingsreformen og effekten av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer.

Spørsmål: Hvordan få synliggjort effekt av ambulante tjenester? Muligens kan dette være et tema for framtidige masteroppgaver. Det er behov for mer forskning.

Hva skal nettverket gjøre for å synliggjøre ART når samhandlingsreformen kommer?

Det blir nevnt at vi må være bevisst på de oppgaver som vi mener tilhører spesialisthelsetjenesten. Vi må tenke på hva som skal opprettholdes av ART i sykehus/ jmf. diskusjon oppretting av kommunale ART.

Visjonen er at ART ikke utfører den konkrete oppgaven, men bidrar til å gjøre kommunen i stand til å utføre oppgaven selv. Det blir sagt at ART s rolle er å utføre prosessarbeid. Det blir også pekt på at som ansatt i ART på sykehus har man større tilgang på andre fagfolk og deres ekspertise enn det man vil ha tilgang til om man jobbet innenfor et kommunalt system. ARTs styrke er at vi får større erfaring i og med at vi ser flere pasienter med samme diagnose enn det som er mulig i en liten kommune.

Oppsummeringen av hele dagen/diskusjon i plenum

Fremover vil det foreligge et opplæringsbehov i forhold til koding og registrering. I dag kodes interne aktiviteter i ART i liten grad. Det vil bli viktig at alle tar i bruk kodeverket for så å kunne påvirke innholdet i det.

Når det gjelder effekt av tverrfaglig ambulant tjeneste foreligger det i dag et lite og begrenset materiale. Vi har erfaringsbasert kunnskap/grunnlag for å kunne si at ARTs virksomhet utgjør en forskjell, men mangler kunnskapsbasert grunnlag for å kunne konkludere med det samme.

Det er ønskelig med tid og ressurser til å få utført brukerundersøkelser. Hensikten er å utvikle vår tjeneste videre og få informasjon som belyser ARTs virksomhet.

Det blir gitt en generell oppfordring om å tenke på hvordan ART s rolle skal være fremover. En mulighet for å få dette gjort vil være at Arbeidsutvalget kontakter RE-forsk for å finne ut av muligheten for bistand til forskning som viser effekten av ART.

Dag 3 03. juni

Ansvarlig for programmet: *"Å møte og stå i komplekse prosesser i rehabiliteringsfeltet"* var ART Lofoten

Møteleder: Lars Strauman, organisasjonsrådgiver i Nordlandssykehuset.

Lars startet med å presentere pasientfokusert re-design.

Utgangspunkt: Pasientforløp → Ulike tilnæringsmåter, avhengig av situasjonen i de ulike pasientforløp.

Nordlandssykehusets verdier

- Kvalitet i prosess og resultat
- Trygghet for tilgjengelighet og omsorg
- Respekt i møte med pasienten

Verdibasert praksis → ?

Deltakerne fikk utdelt en kasuistikk som dere kan lese i vedlegget. På veggen hadde vi en oversikt over faser i et pasientforløp:

AKUTT — → — — FMR — → — REHABILITERING I KOMMUNEN
— → — → —
OVERFLYTTING

Hva er fokus i de ulike fasene? Prinsipielle og teoretiske syn på hvordan vi jobber/har fokus i et pasientforløp.

Vi fikk i oppgave å se på *arbeidsform* i de ulike pasientforløpene. Vi jobbet i triader (3 og 3 sammen i en gruppe).

Vi skulle se på:

- Hvordan man arbeider i de ulike fasene
- Hvordan man kan forutsi resultat av iverksatte tiltak i de ulike fasene
- I hvilke grad er det faglig enighet og hva som er beste tiltak i de ulike fasene

Resultatet ble presentert i plenum.

4 ulike typer situasjoner

1. Akutt
2. FMR
3. Overflytting
4. Rehabilitering i kommunen.

Her er resultatet i stikkordsform:

I akutt fase:

- *Klare prosesser*
- *Stor grad av forutsigbarhet*
- *Stor faglig enighet enighet*

Stikkord som kom frem i triaden

(ABC, handling, berge liv, stabilisere, klare/faste prosedyrer, medisinske problemstillinger, reparere, overvåke, tydelig og felles mål, raske resultat, berge skadeomfang og kort tidsperspektiv)

I FMR fase:

- *Mer tilfeldig*
- *Litt forutsigbart*
- *Delvis faglig enighet*

Stikkord som kom frem i triaden

(Kartlegging av: konsekvenser av skade, nettverk, fysisk, psykisk, sosialt, medisinsk og pasientens ressurser, utredning, rehabilitering vs.behandling, økt pasientdeltakelse, opptrening, tverrfaglig, målsetting, pasientbehandling mest synlig, observasjoner, planlegging: hjem, kontakt, tidspunkt, beslutninger: sykehus→bestemmer utskrivning, tidspkt., kommunen→ ikke innflytelse på forløp, tidspkt., oppstart IP)

I Overflyttingsfasen:

Mindre forutsigbart
Mindre faglig enighet

Stikkord som kom frem i triaden

(Kartlegging av pasient og ressurser i kommunen, gå sammen med → konflikt, synliggjøre iboende kunnskaper/kompetanse, kommunikasjon, langsiktig målsetting, hverdag, omgivelser,

aktivitet, samarbeid mellom ulike nivå, planlegge utskrivelse, avklare behov, tidligmelding, hospiterings opplæring, ressurser og begrensninger i hjemkommunen)

I Rehabiliteringsfasen i kommunen:

Lite forutsigbart

Lite faglig enighet

Stikkord som kom frem i triaden

(Mindre intensivt, rehabiliterings vs. parallell behandling/opptrening, pasienten er mer på egenhånd, opplæring/veiledning, egentrening, oppfølging av familie, videreføring eller oppstart av IP, sosial deltagelse, ny kartlegging, status→hva fungerer og kompetanseøkning)

Konklusjon i plenum

Det vi ser er at jo lenger ut i rehabiliteringsprosessen en kommer jo mindre forutsigbart og mindre enighet er det hos fagpersoner. I starten er det enkelt og utover i forløpet blir det mer og mer komplekst og vanskelig. Hvordan forstår vi hvor vi er i prosessen og hvordan vi kan teoretisere dette?

4 ulike typer situasjoner

1. Enkel kontekst/problemområde teoretisk sett

- kobling årsak ↔ virkning
- forutsigbart resultat

2. Kompliserte situasjoner

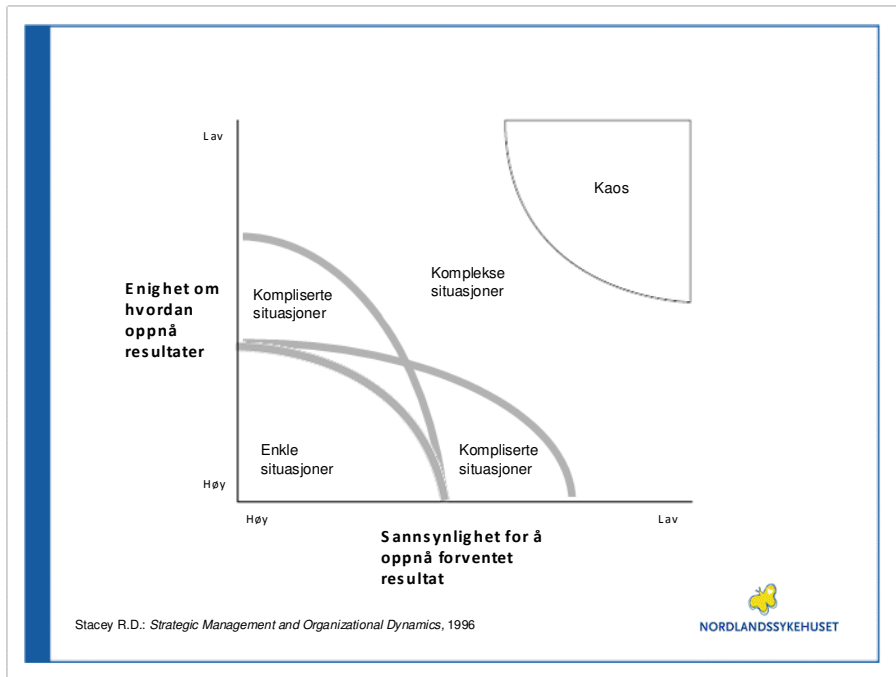
- Grunnlag for analyse av flere mulige gode løsninger
- Flere faggruppers kompetanse blir synliggjort

3. Komplekse situasjoner

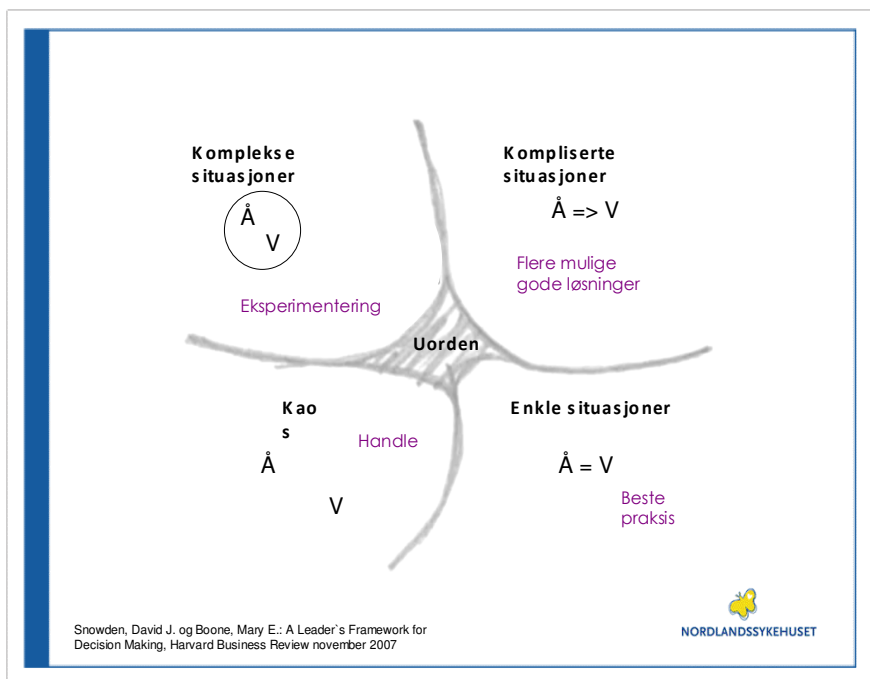
- Flere årsaker ↔ virkninger
- Vanskelig å planlegge og forutsi resultatet
- Eksperimentering

4. Kaos

- Usammenhengende årsak ↔ virkning
- Eneste som gjelder er → Handling



I arbeidsprosessen er det viktig å avklare hvilke type fase vi er i. Ved manglende oversikt og situasjonen → opplevelse av uorden.



Hvordan håndtere kompleksitet?

- Viktig å ha en bevissthet om situasjonen/kontekst.
- Å etablere rammer/enkle regler og god nok visjon.

- Frihet innenfor ramene. Unngå direktiver og kontroll.
- Dra nytte av uenighet.
- Eksperimentere frem gode løsninger.
- Refleksjon og diskusjon.

Gruppene ble utfordret til å sette eksempler fra sin ART-hverdag inn i teoretisk modell.

Spørsmål/refleksjoner som kom frem under diskusjon var:

- Kan det være et misforhold mellom det som blir beskrevet/henvist og det som viser seg å være realitet?
- Hva er fokus? → pasientens perspektiv. Pasienten vet ofte hva som er sine behov.
- Viktig med bevissthet rundt hvor ART befinner seg i prosessen!
- Støtte seg til teoretiske modeller for å innsikt i prosessen

Ulike pasientforløp krever ulike tilnærminger

- Ulike faser
- Forutsett resultat
- Faglig enighet om tiltak

Teoretisk modell



Håndtering av kompleksitet

Sammenfatning teori og erfaringskunnskap

Årsak ikke alltid samsvart med virkning!

→ Aksept

Dette er overførbart til vår hverdag. Å ta et metaperspektiv der vi kan fjerne oss fra detaljer er nyttig for å få oversikt. Frustrasjoner som oppstår i komplekse saker settes i system og blir da mer håndterlig.

Evaluering av samlingen som helhet

- Vi har hatt fokus på samhandlingsreformen og i den anledning ART's fremtidige rolle. Ambulant virksomhet, hvordan vi skal utvikle oss videre?
- Enighet om at det er viktig å møte andre ART-medlemmer og utveksle erfaringer fra den hverdag ART står i. Nyttig å synliggjøre ARTs rolle i de utfordringer helsevesenet står ovenfor.
- Det er felles oppfatning av at det å møte nettverket i nettopp de omgivelser som Vega har å by på, har påvirket samspeillet deltakerne imellom. Det har hatt betydning for helheten og det utviklingsarbeidet som har vært gjort under samlingen.

- Det å fordele oppgaver mellom de ulike teamene til samlingen, har gitt et eierskap og en tilhørighet til innholdet som igjen har skapt engasjement.
- To av ART- teamene mangler, Vesterålen og Kirkenes + Julie fra Mosjøen. Det må derfor tas stilling til lokalisering i forkant av neste års samling, da det har betydning for hvem som har midler til å delta. Det er enighet om alle teamene i Helse Nord bør være representert, og at tilrettelegging for det er viktig. Forslag om at temaet tas opp på neste ART-møte til høsten (telematikk).
- Nytt AU; Det skal avgjøres innad i hvert team hvem som skal være representant i AU. Leder skal sitte i 2 år. Forslag om at fordeling av lederverv går på omgang mellom teamene. Fristen for å velge en representant er 18 juni.
- Hver som er ansvarlig for referat, sender på mail til Trude. Hun sammenfatter og sender ut innen 18 juni.

Referatet sammenfattet 13.07.10
Trude Hartviksen
Leder AU Nettverk for ART, Helse Nord