

## Dialogmøte Harstad 29.mai 2018, Kafébord 2, Forverring av sykdomstilstand

*Ønsker fra gruppene:*

- Kan vi sende ut oppgavearkene, slik at deltakerne har til senere?
- Kan oppgavene bli sendt ut på forhånd? Fordi de ville gjerne ha diskutert med sine kollegaer som ikke skulle delta.

3 grupper tok KOLS som utgangspunkt da de tenkte på tidsaksen, de 2 siste gruppene så for seg en yngre pasient med hjertesvikt. Alt er slått sammen her, fordi det var i stor grad det samme som ble diskutert.

### Hvor stor forverring av sykdomstilstand skal til for å få opphold i sykehus, kommunal institusjon eller privat rehabiliteringsinstitusjon?

Hjemmetjenesten eller pårørende er ofte de som oppdager forverring, hvis ikke trygghetsalarmen er utløst. Pasientene har ofte lite hjelp i hjemmet, så det er vanskelig å observere forverring tidlig nok, slik at man unngår innleggelse. Det er viktig med relativt fast personale fra for eksempel hjemmetjenesten hos pasientene, det gir en viss kvalitetssikring av vurderinger som blir gjort, samt forutsetninger for å følge opp tiltak som er iverksatt. For de yngre pasientene kan det være aktuelt med tilbud om å selv kunne ta kontakt for eksempel via skype/velfredsteknologi for å selv kunne si i fra at det er forverring på gang, og så kan fastlege eller pasientsentrert team dra ut for å vurdere. Hvordan kan pasienten raskest/best ta kontakt? Bør det være en standard gjennomgang av punkter for å avdekke endringer når det er mange ulike innom fra hjemmetjenesten? Noen kommuner i andre regioner har et skjema som skal fylles ut av hjemmetjeneste eller liknende hver 14.dag hos de pasientene som er sårbar for rask forverring. Da kan mye fanges opp tidlig, og man kan forhindre en innleggelse uansett om det er snakk om kommunal seng eller sykehusseng. Primærkontakt bør observere hyppig. Hvordan skal de dokumentere slik at tiltak blir igangsatt når det er nødvendig? Noen har skjema som de fyller ut. Skjemaet tas til leder for enheten, vurderes der.

Hjemmetjenesten kontakter lege hvis det er spørsmål om forverring. Da er det fastlege eller legevakt som avgjør veien videre. Medisinsk tilstand avgjør. Hvis pasienten ikke kan være hjemme, så blir vedkommende ofte først innlagt i KAD-seng i kommunen. Her gjøres det videre vurdering. KOLS-pasienter er en typisk pasient i KAD-sengene. En del pasienter blir gjengangere i systemet. Pårørende er en viktig ressurs for å forebygge og for å starte behandling tidlig.

Noen leger går alltid for sykehusinnleggelse først. Men de fleste prøver å unngå innleggelse i sykehus, og det finnes retningslinjer som sier når de skal legges inn. De tolkes litt forskjellig. De fleste pasienter ønsker ikke sykehus, fordi de må reise bort fra familie. I sykehuset blir pasienten immobilisert og det er stor infeksjonsfare.

Hvis det oppstår ny/uavklart tilstand, alvorlig forverring, større infeksjoner eller kommune/fastlege ikke har tilstrekkelig kompetanse, så blir det sykehusinnleggelse. Det kommer også an på hvor godt tilbudet er ift KAD-senger i kommunen, det er et begrenset antall.

Hvis det blir aktuelt med sykehus, så ser man at det tar ofte for lang tid å gi videre informasjon/rapport/innleggelsesmelding fra kommunen. Spesielt ved innleggelse i helg. Det er ikke heller alltid hjemmetjenesten vet at de er innlagt, så innleggelsesmelding må komme fort fra sykehuset. Kommunen får ofte tilbakemelding om at pasientene har blitt liggende veldig lenge i akuttmottaket i sykehus. Det er ofte turnuser/nyutdannede leger som tar imot pasienten, kan det endres for å få en rask og riktig vurdering?

Det er lite kunnskap om hva de private rehabiliteringsinstitusjonene tilbyr. Man tror at pasientene må være ganske selvhjulpne for å få opphold der. Noen får korttidsopphold i kommunen før de skal på opphold ved privat institusjon, fordi pasienten må styrkes for å nyttiggjøre seg oppholdet. Pasientene kan innlegges der for å få «et løft». Det har stor verdi å treffe andre i samme situasjon. Men i institusjon er det veldig tilrettelagt, men slik er det ofte ikke hjemme. Så når de kommer hjem igjen, så klarer de ofte ikke det samme som under oppholdet. Det er viktig at pasienten ivaretas videre i hjemmet, ellers er det bortkastet med innleggelse i privat institusjon.

Det er også mange pasienter som tror de skal få alt, og ikke bidra selv.

#### Hva «plikter» kommunehelsetjenesten å gi av tilbud?

Mange kommuner har ikke så mye tjenester forutenom hjemmetjeneste. Etter innleggelse på sykehus, er det en gråsonerift hvem som skal ta ansvar når angående rehabilitering videre. En del pasienter skrives ut med nye diagnoser, men de formidles lite fra sykehuset til kommune ift hva som er behovet for behandling/ rehabilitering videre.

Sykehusene tar ofte direkte kontakt med de som er ansvarlig for KAD-sengene, ikke via koordinerende enhet. Kan dette endres for å gjøre KE mer opplyst om hva som skjer rundt hver enkelt?

I Harstad får MS- pasientene ofte opphold på kommunal rehabiliteringsinstitusjon. De små kommunene har ikke det. Salangen fikk ikke videre avtale med Helse Nord, så det ble lagt ned. Da gikk de omkringliggende kommunene sammen og så på om de kunne ha interkommunalt tilbud. Men det er tynt befolkningsgrunnlag, så det ble ikke noe av. Det er heller sykehjem som blir løsningen nå, i tillegg til at de løses med fysioterapeut og ergoterapeut i kommunen.

Hvis de ulike aktørene samarbeider om å lage en god plan rundt pasienten i kommunen, så er mye gjort. Da bør pasient, pårørende, fastlege og eventuell rehab.tjeneste være med på dette.

Det vil generelt gi bedre effekt av rene rehab.avdelinger, altså at det kun er rehabilitering der, ikke ett rom for palliasjon, ett rom for rehabilitering osv på en kommunal institusjon. Det må være tverrfaglig team for å kunne kalle det for rehabilitering. Begrepet brukes veldig løst. Ift KOLS er det opptrening man snakker om.

#### Når i forløpet skal spesialisthelsetjenesten overta bruker?

*Det var vanskelig å skille dette spørsmålet fra de andre, så diskusjonene er oppsummert sammen. Ta bort dette spørsmålet?*

Når det er spørsmål om det kan være aktuelt med innleggelse, så sier en del fastleger at de sliter med å komme i kontakt med legene på sykehusene. Det bør være en ansvarlig lege hver dag som kan svare på spørsmål fra kommunen. Det skal vel egentlig være det, men det oppleves ikke slik i praksis. Det er nyttig hvis man får til koordinator i sykehuset når det gjelder kronikere.

De fleste pasientene som blir innlagt i KAD-senger i kommunen, ender ikke opp med innleggelse i sykehus.

Sykehus bør i større grad være med å lage en behandlings- og oppfølgingsplan for hva som skal gjøres videre. Enten som veiledning hvis det ikke blir innleggelse, eller i form av epikrise/utskrivingsmøte etter innleggelse. Pårørende bør også være med i dette. Ved utskrivning bør det beskrives hva som skal gjøres ved ulike forverringar, hva bør gjøres i videre rehabilitering osv. Gode erfaringer med pasientsentrert team både før og etter innleggelse. En fordel at de har innsyn i journalsystemene både i sykehus og i kommunen.

Bortsett fra at noen har samarbeidet med ambulant rehabiliteringsteam, så reiser spesialisthelsetjenesten (SHT) lite ut pr i dag, men det hender at kommunen inviterer seg inn for hospitering under innleggelse.

#### Hvis man ikke får innleggelse, men kommunen har utfordringer ift brukeren, hva kan spesialisthelsetjenesten tilby av bistand/veil/oppfølging?

Sitter spesialisthelsetjenesten (SHT) med definisjonsfullmakten ift behov for innleggelse? De kan ikke nekte å legge inn, hvis kommunal lege/legevakt sier at de ikke har nok kompetanse ute i kommunen. Så det skjer ikke at de ikke får innleggelse? For eksempel pasient med MS; klarer å gå, men fallfare, trenger flere hjelpemidler. Hva kan SHT stille med da? Ambulant rehabiliteringsteam følger opp noen, men pasientene hadde fått et løft hvis de fikk et rehab. opphold. Det forsvant et godt tilbud da Mellomvegen bo- og rehabilitering ble nedlagt.

En del av de ansatte i kommunene vet om veiledningsplikten, men muligheten for veiledning brukes lite i praksis. Selv om kommunene ofte føler at de ikke har nok kompetanse på problemstillingene de står ovenfor. Kurbadet i Tromsø er nesten ikke ute for å veilede, fordi de ikke får forespørsler. Skypeveiledning er bra, noen har prøvd det med andre aktører. Ambulant rehabiliteringsteam veileder mye ute i kommunene, men tar ikke imot alle diagnosegrupper. F.eks. KOLS. Noen har erfart at pasienten fikk avslag hos Ambulant rehabiliteringsteam, da klarte ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetjenesten likevel å lage en god rehabiliteringsplan sammen.

Det hadde vært fint hvis det fantes KOLS-sykepleiere i kommunen, slik som det finnes ift kreft.

#### Hvem har ansvar for LMS-tilbud:

Det kjøres en del LMS-kurs i noen kommuner, men det er vanskelig å rekruttere. Vet ikke folk om tilbudet? Fastlege kan være en nøkkel ift å spre informasjon om tilbudene, men fastlegen klarer ikke å ha oversikt over alt som finnes. Helsepedagogikk bør være en større del av hele rehabiliteringsforløpet. Alle ledd bør opplyse pasientene godt hele veien, slik at de har best mulig forutsetning til å takle sykdom.

Noen brukerorganisasjoner har tilbud om kurs. LMS bør utbygges!

- Spesialisthelsetjenesten? De ulike sykehusene bør kjøre mer samarbeid for å ha de samme kursene, for å hindre reising for pasient og pårørende til kurs. Samtidig som pasientene får diagnose, så bør de få informasjon om videre tilbud. Mange pasienter glemmer informasjonen til senere, den kan i større grad gis til pårørende. De må få med seg skriftlig informasjon som de kan ta frem igjen senere.
- Kommunen? Hvilken funksjon i kommunen? Noen opplever at kommunen forsømmer gjennomføring av LMS-tilbud, mens noen har gode tilbud. Mange har koblet det opp mot frisklivssentralen; kols, overvekt, muskel/skjelett. Tildelingskontoret og KE bør vite mer om hva som finnes av tilbud. Man kunne nok unngått en del innleggelses ved å ha bedre LMS-tilbud. LMS-behovet kommer både først og sist på tidsaksen.
- Forslag til en mer hensiktsmessig løsning av ansvarsfordelingen  
Det ville være bra om kommuner og sykehus samarbeidet mer om å utfylle hverandre ift utvikling av LMS tilbud. Det trenger ikke være begge steder, men heller et samarbeid. Spesielt siden mange sliter med rekruttering. Noen synes at kommunen kan drive alt av LMS-tilbud, hvis de får penger til det. Det er kommunen som kjenner pasienten best, og som vet om andre tilbud rundt vedkommende. Men det kommer an på hvor komplekst det er. I tillegg er det som regel ikke nok pasienter i de ulike diagnosegruppene i hver kommune for å kunne lage et godt LMS-tilbud. Interkommunalt samarbeid er aktuelt.