

Oppsummering, dialogmøte 18.10.2018. i Kirkenes.

Hovedinntrykket: en del frustrasjon fra primærhelsetjenesten ift spesialisthelsetjenesten. Noen fastleger var veldig tydelige på at de syntes de ikke ble hørt ifm akutt innleggelser, var misfornøyde med at de måtte følge i ambulanse når pas. trenger legetilsyn og at de opplever at mange pasienter blir utskrevet for tidlig, for sene epikriser osv.

Vi brukte tidsakse og ark på bordet.

Oppsummert i punkter, ikke i prioritert rekkefølge:

- Tid – opplever ventetid / forsinkelser ifm
 - når akutt hendelse – den som er syk eller oppdager hendelsen, drøyer med å varsle, «ser det an», sykdomsinnsikt, kulturelle forskjeller, av og til språklige hinder
 - hvem som varsler – tillit til annet helsepersonell (her særlig påpekt opplevelsen av at sykehuslegen overprøver legevaktslegen, ved at de sier «prøv det og det», vent til i morgen osv.
 - tilgjengelig transport – bil el fly? Hvem må følge / legebemannet ambulanse?
- Kommunikasjon – dette er en utfordring som følger gjennom hele og alle pasientforløp
 - mellom alle nivåer – alltid en «risiko» hver gang pasienten «flyttes»
 - mellom ulike fagpersoner
 - tillit til hva andre har vurdert – bygge videre på dette
 - legemiddelsamstemming – dette måtte jeg også avskjære, da det i enkelte gruppe «tok helt av», dette er et kjempestort problem, begge veier, men det er ikke spes. for rehabilitering, derfor mente jeg at vi ikke skulle bruke tid på det...
 - det er pasienten som taper hele veien
- Holdninger
 - Det ble påpekt som utfordrende at helsepersonell ikke alltid er bevisst sine holdninger, hverken til hvordan pasienten «opptrer», hva vi «dømmer» andre etter, forutinntatthet, ansvarsfraskrivelse: «ikke vårt bord», viktig å sette fokus på vår egen arbeidsplass og hva vi vil stå for.
- Ansvarsfraskrivelse
 - «ikke mitt bord»
 - gjemmer seg bak samhandlingsreformen, dette er kommunenes ansvar ...
 - må begynne å se *HELE* pasienten – spør hva er viktig for deg?
 - koordinator – hva *ER* egentlig det?? Her mangler det en del i alle nivåer på å få en felles forståelse for og interesse av å ta i bruk koordinator og evt IP.
- Oppfølging, kunnskapsoverføring mm
 - pakkeforløp – mange ønsket tydeligere forløp, der det er rikelig rom for å lage hvert forløp individuelt, men der det likevel kommer fram hva kan du som pasient forvente deg – fra akutt,

via spesialisert rehabilitering – hvem * hva * hvor – kommunalt nivå, hva om kommunene ikke har?? Når kommer LMS, hvem har rett på koordinator, planlagt reinnleggelse (for senfase-rehabilitering) osv osv.

- Hvor er ressursene?
 - fylke?
 - frivillige
 - hjemmerehabilitering?
 - LMS??
 - hva kan den enkelte lille kommune tilby?
 - det ble også etterlyst tilbud til mange andre pasientgrupper enn den «tradisjonelle» slagpasienten. Eks KOLS, kreft, diabetes osv.
Det var derfor jeg måtte lage innlegget om at det er behovet og ikke diagnosen som får tilbud i vår avdeling :)

Noen helt konkrete tiltak:

- Tverrfaglig oppsummeringsmøte etter 2 – 3 uker etter utskriving (fra rehab) for at kommunene da skal få tid til å «bli kjent» med pasienten.
- Som avd.leder påpekte jeg at vi har rutine om alltid å tilby tverrfaglig utskrivningsmøte, samt at vi alltid ringer pasienten en 2 -3 uker etter utreise. Da er det kontakten inne på sykehuset som tar direkte kontakt med pasienten, evt pleier der pas. har blitt utskrevet til institusjon, eller nærmeste pårørende der pas. selv ikke kan snakke i telefon. Videre gjør vi alltid en individuell vurdering om pas. skal kalles inn til 6 mnd kontroll i vår avd. Om det blir bestemt, står det i epikrisen og i den tverrfaglige rapporten som alltid følger pasienten ved utreise. Neste trinn som vi ikke har fått satt i system, er innkalling til LMS-kurs. Vi har planer om noen konkrete som vi tror det er helt nødvendig og absolutt aktuelt å ha fast ...
- Tilby hospitering og opplæring knyttet til enkeltpasientene (dette tilbyr vi pr i dag, men vi ser at kommunene har problemer med å prioritere dette, de har ikke ressurser til å sende folk inn til sykehuset. I enkelttilfeller følger vi derfor pas ut til kommunene, men dette blir i begrenset omfang, grunnet vår kapasitet).
- Det blespilt inn at det må bli bedre samordning mellom kapasitet i sykehus / kommune, inkl kompetanse osv. Ingen kunne helt si hvordan ... det kom også fram at vi (her rehab.avd.) måtte ta hensyn til hjemmeforholdene, dette gjøres i dag, da våre terapeuter er i dialog med kommunenes fys/ ergo osv.) Usikkert hvordan de ønsket at det ellers skulle løses ...
- Men det var tydelig at kontaktpersoner mellom nivåene ble vurdert som et tiltak – det ble vel ikke sagt så tydelig her i kirkenes, men den direkte samtalen mellom enkeltpersoner (fagfolk) om konkret pasient virker å være savnet.