



GRUPPEOPPGAVER

Tema for oppgavene som skal drøftes er;

Pasientens helsetjeneste

Utviklingsplanen er et viktig verktøy for å realisere pasientens helsetjeneste og medvirkning fra brukere er en forutsetning for god (framtidig) pasientbehandling. Dette krever at vi tenker, organiserer og arbeider annerledes. Arbeidet med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandlingen skal styrkes og det må legges til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling.

Pasientbehandling og faglig prioritering

Psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering er faglige satsningsområder i arbeidet med å utforme regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.

Det er, selv med en tiårig opptrappingsperiode fra 2008, fremdeles behov for en særlig prioritering av psykisk helse og rusbehandling for at tjenestetilbudene skal bli på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene.

Helseforetakene skal ha tilstrekkelig kapasitet innen døgn- og dagtilbud for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering, samt ressurser til samhandling med kommunene. Spesialisthelsetjenesten, inkludert private tilbud, skal forbeholdes pasienter med komplekse problemstillinger og behov for spesialisert rehabilitering.

Oppfølging av gruppeoppgavene

Gruppeoppgavene skal gi innspill til arbeidet med å gjøre samhandlingen mellom aktørene enda bedre. Pasientene skal oppleve en mest mulig helhetlig helsetjeneste som setter den enkelte i stand til å være en aktiv part i forhold til å ivareta egen helse...

Gruppenes innspill noteres ned (definert representant fra SØ). Innspillene samles i ett dokument og legges ut på sykehusets [nettside](#) («utviklingsplan») i etterkant – det blir ingen presentasjon i plenum.

Gruppeoppgave 1

Nye arbeidsformer

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan nye arbeidsformer og modeller kan tas i bruk. Nye arbeidsformer og modeller kan være:

- Brukerstyrte senger og poliklinikker i definerte forløp – finnes i dag kun i psykisk helsevern, hva med somatikk (f.eks. KOLS- og hjertesviktpasienter og kreftpasienter m. flere?)
- Hjemmesykehus (barn, andre?)
- Ambulerende team/ «arenafleksible tjenester» – hvilke områder er egnet – hvor kan tjenesten ytes best?
- Tverrfaglige team mellom spesialist- og primærhelsetjeneste (f.eks. ansvarsgrupper) – hvilke pasientgrupper/ områder bør det ev. satses på?
- E-konsultasjoner/data- og videokommunikasjon – kontroller? kommunikasjon mellom sykehus og helsehus? annet?

Oppgave:

Drøft og foreslå nye arbeidsformer og modeller som kan understøtte «pasientens helsetjeneste»

- Kompetanse ut - kompetanse inn
- ACT-team og FACT-team – sparer mange innleggelses, god hjelp til pasienter, krever mye ressurser – dette bør det satses på
- Tilrettelegging for forskning
- Hjemmebehandling via teknologi – kronikergruppe hjerte/KOLS
- Mulighet for videokonferanse i hjemmet – gir trygghet og sparer ressurser
- Samarbeid med sykehus og kommuner – felles nettverk for friskliv og mestring
- Forebygging (lik røykeloven) – politiske beslutninger
- Vanskelig å få ressurser med kompetanse, samhandling med sykehus og kommuner må til
- Ambulante tjenester
- Brukerstyrt innleggelse (åpen retur gir trygghet)
- KOLS-team/oksygenteam (jfr. AHUS)

Hvordan sikrer vi en god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten, pasientene og fastleger/ kommunehelsetjeneste?

- Spesialisthelsetjenesten – vite hva de enkelte jobber med
- Tverrfaglige spesialistteam
- Elektronisk kommunikasjon (EPJ) og BIG-data
- Digital samhandling mellom pasienter, sykehus og kommuner (integrasjon)
- Tilgjengeligheten for hverandre må struktureres

Nytt sykehus/ ny teknologi gir nye muligheter - hvilke nye samarbeidsformer bør vi satse på i Østfold?

- Video-/samtalekommunikasjon
- Enkel teknologi hjemme hos pasienten – jfr. Halden kommunes presentasjon
 - APP og devicer for hjemmebruk hos pasienten
 - Man må ta hensyn til brukeren, det er mange forskjellige pasientgrupper
- Det ville vært positivt med brukerstyrte senger i somatikken

Gruppeoppgave 2

Trygg utskrivning

Utviklingsplanen skal beskrive forbedringstiltak knyttet til utskrivning fra sykehus for å sikre overgangen mellom tjenestenivåene

Overgangene mellom tjenestenivåene er særlig krevende for pasienter med kroniske sykdommer. Helseforetakene skal legge til rette for dialog mellom kontaktleger i sykehuset og fastleger under pasientens sykehusopphold/ved utskrivning. I påvente av sammenhengende elektronisk kommunikasjon må man etablere et system som gjør at man kommer fram til hverandre – f.eks. ved at sykehuset har tilgang til fastlegenes direkte-/øyeblikkelighjelpetelefon og at kontaktleger på sykehuset også er tilgjengelig for fastlegen. Ved utskrivning bør det være praktisk mulig for utskrivende lege/sykepleier å bestille kontrolltime hos fastlegen. *Eks. på forbedringstiltak kan være:*

- Utskrivningsplan – tidlig planlegging og standard mal for å sikre gjennomgang av viktige områder
- Medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemming
- Utreisedokumenter – nødvendige opplysninger for å gi pasienten forsvarlig oppfølging, tilgang til epikrise utreisedagen
- Utskrivningssamtale – planlagt, systematisk, avtalt på forhånd (pasient/pårørende gis anledning til å forberede spørsmål og delta)
- Sjekkliste for utreise
- Helsehus får tilgang til sykehusets elektroniske pasientjournal

Oppgave:

Drøft og foreslå forbedringstiltak ved utskrivning fra sykehus, og henvisning til/ innleggelse i sykehus

- Eksemplene er ganske bra
- Direkte kontakt SØ-lege / fastlege er viktig
- Det må være kultur for å ta kontakttелефonen
- Signerte epikriser eller utskrivningsnotat som følger pasienten ved utskrivning er bra
- Problemer med annen kommunikasjon enn telefon er at en ikke vet om melding er mottatt
- For alt som haster er det en forutsetning at en sikrer at melding er mottatt
- For noen pasienter kan det være aktuelt med videokonferanse med behandler/tverrfaglig team – pasient- fastlege
- Utkvittert sjekkliste i forhold til utreise burde følge med pasienten ved utskrivning slik at en forsikrer seg at ikke noe er glemt (epikrise/utskrivningsnotat-medikamentliste etc.)
- I dag har KEF ofte utarbeidet planer for pasienten, men dette følger ikke med ut
- Alt som er relevant for oppfølging ute i kommunen må følge med ved utskrivelse
- PLO-meldingene er ganske gode
- I stedet for 8-innvalg på kontakttелефonen burde det være noen direktenummer
- Må foreligge en plan i forhold til oppfølging hvor det for eksempel fremgår at om «det og det» skjer så gjøres «det og det» (jfr. AHUS)
- Utarbeidelse av en slik plan burde være en del av behandlingsforløpet
- Noen pasienter burde ha «åpen telefon-retur» en slags «hotline» hvor en for eksempel første uke etter utskrivning kan ringe tilbake til spesialist for å konferere (jfr. føde/barsel), viktig at slik telefon ikke benyttes til nye problemstillinger
- Kommunene må sikre et godt mottak etter utskrivning

- SØ burde hatt mulighet til å booke kontrolltime hos fastlegen for pasienten
- En bør forvente at aktuelle pasienter får time til kontroll hos spesialist ved utskrivning
- Må huske at behandlingssløyfen ikke slutter før pasienten er hjemme

Hvordan kan ny teknologi forenkle/ forbedre kommunikasjon og samhandling?

- APP som kan brukes til kontakttelefon. Mulighet til å gi beskjed om at en vil ringe tilbake og mulighet til å ringe tilbake. (Bør ha dedikert personale som kan besvare de fleste av disse kontakttelefonene. Dette kunne kanskje vært kjørt som en pilotering)
- Med god utskrivningsplan som skisserer hva som er forventet vil det være lettere å se om det dukker opp avvik fra utskrivningsplanen
- Burde vært IMATIS-tavler ute i kommunene som er koblet opp mot sykehuset, og som varsler om når pasienter er utskrevet / overført annet nivå

Gruppeoppgave 3

Skreddersøm for kronikere

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan spesialisthelsetjenesten sammen med kommunene kan legge til rette for de pasientene som bruker spesialisthelsetjenesten mest

Data viser at en liten gruppe pasienter står for en betydelig del av helseforetakenes ressursbruk. Det er rimelig å anta at det er godt sammenfall med kommunal tjenestebruk og/eller bruk av primærhelsetjenesten. Disse pasientene utgjør derfor et godt utgangspunkt når det gjelder å utvikle nye samarbeidsformer, der både pasient, primærhelsetjeneste og sykehus kan forventes å ha sammenfallende interesser. Kronikere/pasienter som trenger spesialisthelsetjenestetilbudet ofte, finnes både innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk (f.eks. KOLS- og hjertesvikt-pasienter).

Oppgave:

Drøft og foreslå samarbeidsformer og felles tjenestetilbud som kan ivareta kronikere på en god måte

- Gi pasientene tilgang til lærings- og mestringstilbudene. Kan være på kommunalt nivå
- Svingdørspasienter. Kompetanse og usikkerhet i kommunene. Riktig vurderingskompetanse der pasientene er
- Veiledning ut i kommunen
- Bedre informasjonsflyt mellom kommuner og sykehus. Kommunen vurderer daglig hvilke pasienter som skal hvor
- Kommunene er suverene på hva som skal tilbys pasienten
- Sykehuset må slutte å tilby sykehjemsplasser
- Styrke mestring og egen helse. Behandlingsavklaringen er viktig
- Behandlingsavklaringer på sykehjem om hva som skal skje når pasient blir syk på sykehjem
- Standardisert informasjonsutveksling
- Hva er viktig for deg? samtalen bør begynne på sykehuset! Tankesettet med hverdagsmestring
- Kronikergruppene ligger nå på KAD (Moss)
- Tilgang til DIPS for KAD-leger
- VPN – tilgang på Helsehus – nok med en tilgang
- Vurderingsteam må ut, mye usikkerhet i kommunen

- Bedre oppfølging og beskrivelse i epikrisene; røykeslutt, trening osv.
- Bedre telefonisk kontakt og tilgjengelighet med sykehuset

Hvor har vi først og fremst et potensial – hvilke pasientforløp bør prioriteres?

- KOLS- pasienter
- Bedre oppfølging og kontinuerlig oppfølging av KOLS-pasienter, individuelle behandlingsplaner må utarbeides
- Benytte avtalespesialister mer
- Infeksjonspasienter
- Multisyke eldre bli det flere av, passer ikke inn i forløp?
- Dialysepasienter- hjemmebehandling
- Flere pasienter i hjemmedialyse. Ca. 30 % skal ut. HD-analyser
- Hjertesviktpasienter
- Oppfølging av diabetespasienter bør ivaretas av kommunene
- Akuttfunksjonssvikt
- Schizofreni

Hvordan kan (ny) teknologi understøtte forløpene?

- Tverrfaglige videokonferanser via Skype
- Hjemmemonitorering
- Mestry; Diabetes, KOLS og hjertesvikt (150 pasienter nå)
- Utveksling av journal og medisinlister er kjempeviktig
- Legemiddelsamstemning
- IKT- løsninger hjemme

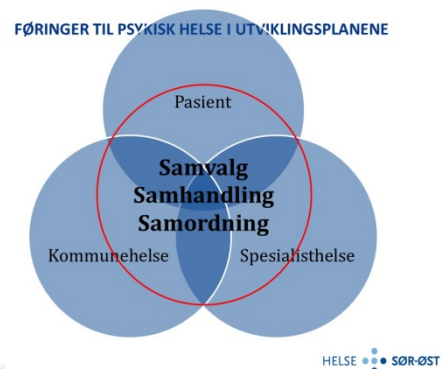
Hvilke (pågående) prosjekter bør videreutvikles og utbres til hele fylket?

- Brukerstyrte senger
- Brukerstyrt poliklinikk, også i somatikken
- Mestry
- Hjemmemonitorering kan
- Rehabiliteringsprosjektet i Indre
- Legemiddelsamstemning bør implementeres, det har vært prosjekter i 10 år

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan;

- brukermedvirkning kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse og gjøre rede for hvordan en skal styrke erfaringskompetansen i kliniske enheter
- standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) skal implementeres innen psykisk helse

<i>Samvalg</i>	– pasienten involveres i eget behandlingsforløp og gis mulighet til medvirkning og valg mellom alternativer
<i>Samhandling</i>	– spesialisthelsetjenesten, kommunene, fastlegene, p institusjoner og privatpraktiserende spesialister skal � koordinerte tjenester uten avbrudd
<i>Samordning</i>	– store variasjoner i behandlingstilbudene mellom og internt i virksomheter/ nivåer – dette utgjør en risiko for kvalitet og pasientsikkerheten



Oppgave:

Drøft og foreslå felles tiltak innenfor psykisk helsevern – skill gjerne mellom voksne og barn/unge (inkludert habiliteringstjenester):

Hvordan kan vi styrke pasientenes mulighet til samvalg og brukermedvirkning?

Gruppen fokuserte i dialogen særlig på samvalg/brukermedvirkning i forhold til pasienter som hadde behov for tjenestetilbud både fra kommune og spesialisthelsetjeneste, og som i gitte situasjoner ikke er samtykkekompetente. Sentrale tiltak for å tilrettelegge for samvalg:

1. Bruk av kriseplaner
 - Viktig å ha elektronisk og rask tilgjengelighet for alle involverte. Kriseplanene må være lagret på ett sted, -enhetlig ordning, tilgjengelig for alle. Spørsmål ved om kriseplan kan legges i kjernejournal. Hvilke teknologiske muligheter finnes?
 - Kriseplanen må utarbeides i dialog med kommunale instanser, spesialisthelsetjenester, pasienter, - eventuelt andre involverte parter. Viktig å arbeide for et godt og likeverdig samarbeid, samt å avklare ansvar og rolle. OBS! Kontaktlegeordningen
 - Ha fokus på å unngå at pasientene kommer i krise: Spesialisthelsetjenesten bør i større grad tilrettelegge for veiledning. Gjøre kunnskapen/informasjonen tilgjengelig for samarbeidspartnere
2. Systematisk bruk av «etter-samtaler»
 - Gjelder i situasjoner der man har benyttet tvang. Hensikten er å gi pasienten forståelse for hvorfor man benyttet tvang, samt å gi vedkommende mulighet til å komme med alternative forslag til tiltak gitt tilsvarende situasjon
 - BUP – f r ikke iverksatt noen form for hensiktsmessig behandling uten å involvere foreldrene, helt nødvendig
 - Samvalg dreier seg om å ta pasienten på alvor. Hva når pasienten ikke velger det som vi mener er riktig? Viktig å sikre at pasienten gjør valg som er basert på tilstrekkelig informasjon
 - Ta i bruk ny teknologi med hensyn til oversettelse, fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn

Hvilke standardiserte pasientforløp bør utvikles i fellesskap og hvordan kan (ny) teknologi understøtte forløpene?

Ble ikke diskutert.

Hvordan kan samarbeidet mellom HABU, psykisk helsevern for barn og unge og barne- og ungdomssentret (somatikk) styrkes?

Ble ikke diskutert.

Hvordan kan vi etablere gode systemer for kvalitetsmåling, evaluering og rapportering av tjenestetilbudene?

Ble ikke diskutert.

Gruppeoppgave 5

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Utviklingsplanen skal beskrive samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste - hvilke etablerte samarbeidsstrukturer skal videreutvikles/ hvilke nye bør utvikles

Oppgave:

Drøft og foreslå samarbeidsformer og felles tjenestetilbud som kan ivareta pasienter/ brukere på en god måte:

Hva forstår man med «akutt-tilbud innenfor rusbehandling»?

- Føler at disse pasientene ikke er velkommen noe sted og det er krevende å gi et slikt tilbud i kommunen
- Akutt avrusning er en viktig del av tilbudet – hvem skal ha dette ansvaret? Gjennom føringer og lovverk er dette et spesialisthelsetjenesteansvar - ikke godt nok tilbud her i dag
- Fra KAD; vanskelig å tenke seg hvilke pasienter i denne kategorien som kan få tilbud om avrusning her, og i hvilken grad har allmenmedisiner kompetanse på dette?

Hvordan sikre helhetlige tjenester/ samhandling på tvers av forvaltningsnivåene?

- Livslange tjenester for mange – tvinge oss til å jobbe sammen
- Viktig med tidlig samarbeidsoppstart – riktig behandling krever lang planlegging
- Ansvarsgrupper/ nettverksgrupper/ ind. plan (IP) fungerer stort sett godt i dag, ROP-team/ innsatsteam er andre viktige redskaper
- Koordinatorene mellom Sykehuset Østfold/kommunehelsetjenesten er viktige – benytte erfaringskonsulenter mer
- Fængselshelsetjeneste må i større grad inkluderes i systemet – samarbeid med rustjenesten her er ikke godt nok. «Utskrivning fra fængsel» har et stort forbedringspotensial
- Avtalene med private aktører er mellom Helse Sør-Øst og de enkelte rusinstitusjonene – kommunene må informeres og involveres tidlig. Pasienter med rus- og somatiske lidelser – her må det lages gode systemer/avtaler – ellers er spesialistbehandling ofte «bortkastet»
- Alle pasienter som skrives ut fra døgnområder (Sykehuset Østfold) skal ha avtale om oppfølging ved Sykehuset Østfold poliklinikk
- Pakkeforløp blir et viktig redskap for å utvikle samarbeidet – viktig med kommunal representasjon!
- Dette bør kanskje også være tema i ADMS – og kommunene bør samkjøre seg!

Hvordan kan (ny) teknologi understøtte forløpene?

- APP for pasientene som kan hjelpe dem når de får utfordringer («tilkalle likemann»)
- Bedre elektronisk journal – mange ruspasienter greier ikke holde orden på papirer
- PLO-meldinger også fra poliklinikk til kommunene (ikke bare fra døgnområder)
- Når pasienten er skrevet er det kun enveiskommunikasjon FRA sykehuset, kommunene kan ikke svare!
- Mer samkjørte journalsystemer – slik at informasjonsflyten blir bedre og MYE mer treveiskommunikasjon (pasient + Sykehuset Østfold + kommunehelsetjenesten)
- Sykehuset Østfold får ingen refusjon for kommunikasjon med kommunene/samhandling osv. – her må takstsystemet endres (nasjonalt nivå)

Hvordan utvikle fagmiljøer som legger til rette for fagutvikling og forskning?

- Daglig fagutvikling – mulighet for konferanse med spesialist
- Felles fagutvikling/læring for å få større felles forståelse – kontinuitet i kommunen er sårbar, derfor er det ekstra viktig med (felles) fagutvikling
- Trad. lite forskning på dette området nasjonalt – her kan vi bli bedre

Hvilke ambulante og polikliniske tilbud bør vi videreutvikle i samarbeid?

Se punkt 2

Gruppeoppgave 6
Rehabilitering

Utviklingsplanen skal beskrive hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert, hvilken virksomhet og kompetanse som inngår, samt tilhørende roller og oppgaver og hvilke nødvendige endringer som skal gjennomføres i tidsperioden

Helseforetaket skal ta initiativ til å formalisere struktur for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene (en dør inn til tjenesten), arbeidet skal forankres i samarbeidsavtalen

Oppgave:

Drøft og foreslå samarbeidsformer og felles tjenestetilbud som kan ivareta pasientene på en god måte:

Hvordan sikre en god overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten?

- Kommunikasjon
 - Utfordring med å få ut informasjon tidlig til mottakende part
 - Kommunikasjon direkte med pasienten reduserer innleggelses betraktelig. Hvordan fange opp/dele informasjon om pasientens ønsker vedrørende rehabilitering?
 - Skape konkrete møteplasser, for eksempel en halv time per uke
 - Etablere nettverk for å bli kjent med hverandre og andres tilbud. Pasienter må komme til rett sted/instans/nivå
- Samarbeidsmøter
 - Samarbeid – inntakskontor – avholde samarbeidsmøter tidsnok slik at tingene er klart før overføring til rehabiliteringsinstitusjonene
 - Gode møteplasser, må slippe å reise. Kanskje daglig kommunikasjon?
- Tiltak ved utskrivning
 - Koordinator inne på sykehuset i utskrivningsfasen er bra – kan begrunne/diskutere rehabiliteringsbehovet. Vil ha mer av koordinatorene

- Utskrivningsnotater – koordinatorsamling, sendes via PLO-meldinger. Skal prøve opp nytt dokument fysio/ergo-oppfølging – for å gjøre informasjon tilgjengelig for kommunene
- Tverrfaglig vurderingsteam
 - Skreddersy tilbud til den enkelte. Komme inn veldig tidlig, kan møte pasienten på sykehuset når det er behov for det
- Rehabilitering ikke bare helsetjenester
 - Bra at utviklingsplan og folkehelse er koblet sammen
 - Ta i bruk lokalsamfunnene, lag og foreninger
 - Rehabilitering skal i større grad skje i hjemmene – bruke ressursene rundt pasientene
 - Få med pårørende som en ressurs
- Private rehab-institusjoner
 - Hvordan kan de private institusjonene endre seg og i større grad gå inn i samarbeidet med kommunene, - tilby ambulerende team?
 - Kan de private være en del av samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold og kommunene?
- Prosjekt-forslag
 - Ta for seg to-tre kronikergrupper og vurderer konkrete tiltak
 - Hva kan kommunene gjøre for å hindre innleggelser? Prøvetaking? Redusere kontroller? Være konkrete på hva som trengs.

Hvordan kan (ny) teknologi understøtte forløpene, kan f.eks. bruk av telemedisin/andre løsninger ivareta veiledningsbehovet fra spesialisthelsetjenesten i større grad?

- Digitale møteplasser ønskes! Flere møteplasser, bedre med videokonferanser enn vanlige møter. Muligheter for å snakke med hverandre. Videokonferanser. Fast halvtime hver uke hvor man kan diskutere konkrete saker/pasienter. Felles møteplass. Kan diskutere forløpene – kommunikasjon, åpenhet
- Viktig med robust teknikk. Teknologien finnes allerede
- Etablere samarbeidsprosjekt som definerer hvordan dette teknologisk kan løses. Finne plattformen
- Hvordan håndtere flere eldre? Færre i sykehus, sykehjem mv. Hvordan klare seg bedre i sitt eget hjem? Kommuniser med brukerne hjemme. Digital kommunikasjon. Utvide dette til å ha kontakt med behandler på sykehus. Hindre innleggelser, kontroller mv
- Roboter, kommunikasjon. USA: Retirement homes. Bo i sin egen leilighet. Mer praktisk ADL-hjelp som ikke nødvendigvis er helsearbeider. Frivillige organisasjoner?
- Felles systemer, ikke alle må finne sine egne systemer, noen som definerer overordnet hva som skal velges?
- Bruke nettbrett som tas med inn på pasientrommene

Gruppeoppgave 7

Barn og ungdom

Ungdomstiden er en periode i livet hvor det skjer store endringer, både fysisk og psykisk. Ungdom har behov for å bli møtt av helsepersonell som bryr seg, samt muligheten til å være ung også når man er syk. Ungdom opplever et helsevesen som lite fleksibelt og ofte lite tilpasset deres behov. Gode helsetjenester til ungdom forutsetter at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse om ungdom. Helsepersonell må ha kunnskap om blant annet de unges livssituasjon og behov, de må også kunne bruke hensiktsmessige og effektive arbeidsmetoder ovenfor ungdom som pasienter. Helsepersonell må ha ferdigheter til å utføre helsetjenesten på en korrekt måte, samt å kunne kommunisere med unge. I tillegg må helsepersonell ha en god holdning til de unge, samt ha viljen til å gi de unge et tilpasset tilbud (TIDSSKRIFT FOR BARNESYKEPLEIERE NR 1/2015)

Oppgave:

Drøft og kom med innspill til følgende spørsmålsstillinger:

Hva er viktigst for deg/dere i møtet med helsetjenesten – sykehuset og øvrig hjelpeapparat (fastlege, skolehelsetjeneste, rehabiliteringsinstitusjoner osv.)?

Hvordan kan det legges bedre til rette for behandling utenfor sykehus (hjemme)?

Hvilke teknologiske løsninger (plattformer) bør vi benytte i fremtiden som kan forenkle/ bedre kommunikasjonen mellom deg som pasient og helsetjenesten?

Hvordan kan helsetjenesten legges til rette for at du kan ta mer aktivt del i egen behandling – få en reell medvirknings- og valgmulighet?

Hva bør gjøres for å få til et mer helhetlig behandlingsforløp – dvs. at sykehus, kommuner og andre instanser jobber på en slik måte at du ikke må «gjenta din historie» eller blir en «kasteball» i hjelpeapparatet?

Vær så konkret som mulig, og bruk gjerne eksempler.

Oppgave:

Drøft og kom med innspill til følgende spørsmålsstillinger:

Hva er viktigst for deg/dere i møtet med helsetjenesten – sykehuset og øvrig hjelpeapparat (fastlege, skolehelsetjeneste, rehabiliteringsinstitusjoner osv.)?

Først og fremst kommunikasjon. Føle at man blir hørt og blir møtt på en passende måte i forhold til alder. «Vi blir stående i midten. Legen snakker med foreldrene våre, og vi blir stående utenfor» Det legges for mye ansvar på ungdommene, for mye de må finne ut av selv

Hvordan kan det legges bedre til rette for behandling utenfor sykehus (hjemme)?

Det er en stor belastning for ungdom å være på sykehus siden man mister kontakt med skole og venner. Alt som kan gjøres hjemme er bra. Spesielt viktig i situasjoner der en har lite energi, og en må bruke de kreftene man har til å komme seg til og fra sykehus. Stor hjelp om man f.eks. kan ta blodprøver hjemme eller i nærheten. Sårbehandling / fjerning av sting hjemme. Bra med akutteam i psykisk helsevern som kommer hjem.

Hvilke teknologiske løsninger (plattformer) bør vi benytte i fremtiden som kan forenkle/ bedre kommunikasjonen mellom deg som pasient og helsetjenesten?

Mange unge engster seg for å snakke i telefon. Løsninger der en kan chatte med sykehuset istedenfor er å foretrekke. Ikke alle tør å spørre, og da er det enklere på chat. Bruk internett til enkel kartlegging av symptomer o.l. Gjerne ha måleutstyr hjemme som en selv kan lese av.

Hvordan kan helsetjenesten legge til rette for at du kan ta mer aktivt del i egen behandling – få en reell medvirknings- og valgmulighet?

Helsesøster er lite tilgjengelig og har for lite kunnskap om behandlingsalternativene som finnes. Blir for ofte presentert en løsning eller beslutning uten at en selv er blitt kjent med alternativene. Skal vi kunne medvirke og ta aktiv del må vi få den nødvendige kunnskapen.

«Hadde mye å si at vi ble snakket til som barn på barneavdelingen. Som ungdom blir vi ikke snakket til som ungdom»

Legene bør lære kontakt med mennesker. Det må inn i utdanningen. Mye du får nei til. Kanskje ha med noen andre enn foreldre. Ha med likeperson?

Helsepersonell må være mer åpne når pasientene nevner ting.

Hva bør gjøres for å få til et mer helhetlig behandlingsforløp – dvs. at sykehus, kommuner og andre instanser jobber på en slik måte at du ikke må «gjenta din historie» eller blir en «kasteball» i hjelpeapparatet?

For lite informasjonen om oppfølging etter innleggelse. Hva finnes av tilbud? Pasientens egen oppgave å finne ute av hva som finnes av tilbud. Vil og kan ikke være eksperten selv.

Pasienten tar med journalen i et smartkort ville være en god løsning.

Ikke kommunikasjon mellom institusjonene. Bruker tid å finne opplysninger om pasienten som allerede finnes. Må ha oversikt over egne medisiner etc. For stort ansvar for en ungdom

Det viktigste er forutsigbarhet, informasjon og bli sett og hørt!