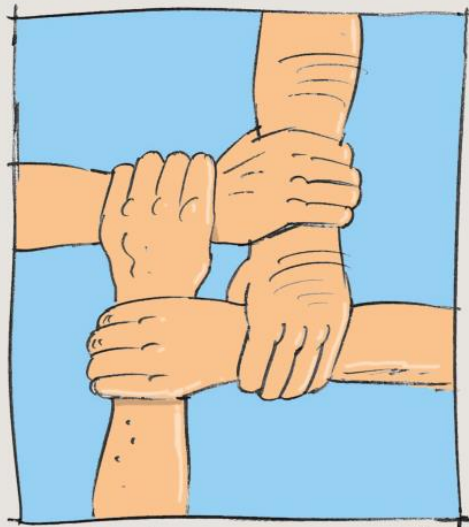


Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam

IKART





Interkommunalt
samarbeid om
rehabilitering



STAVANGER KOMMUNE
Oppvekst og levekår
Rapport 2015



HELSEHUSET
STAVANGER
Stavanger kommune

Bakgrunn:



- **Forbedringsområder:**
- 1. kompetanse, 2. Strukturer for samarbeid, 3. Informasjon, 4. brukerinvolvering, 5. tilbud til yngre brukere, 6. likemannsarbeid, 7. tverrfaglig arbeid, 8. helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Yngre brukere med store og sammensatte behov får ikke gode nok rehabiliteringstjenester.

Innovativ modell

Prosjektet skal utvikle en innovativ modell for interkommunal ambulant rehabiliteringsteam hvor hensikten er klinisk oppfølging av brukere på individnivå, kompetanseheving på kommunenivå og god samhandling mellom kommunene i Sør Rogaland og Helse Stavanger.



Målgruppe IKART

Pasient mellom 18-67 år med omfattende funksjonsfall, komplekse problemstillinger og behov for langvarig og koordinert oppfølging fra personell **med tverrfaglig rehabiliterings - kompetanse.**

Dette gjelder f.eks pasienter med ervervet hjerneskade, multitraume, nevrologiske skader/sykdommer og medfødt tidlig ervervet skade med nytt funksjonsfall.

Eksklusjon:

Pasienter med behov for enklere rehabilitering eller opptrening. Omfattende psykiske problemstillinger eller rusproblematikk som gjør at pasienten ikke er tilgjengelig for kompleks rehabilitering. Terminale pasienter.

Målet med IKART

- Brukerne opplever helhetlig ,sømløse tjenester som ivaretar deres behov for rehabilitering.
- Brukerne opplever tilgang på et godt rehabiliteringstilbud med relevant kompetanse og tilfredsstillende ressurser, uavhengig av kommunetilhørighet.

Workshop 1: tjenesteytere



Orange 021

6

“Vi må alle holde pasientfakkelen høyt, men vel så viktig er å vite hvem man skal levere fakkelen videre til.”

– Workshopdeltaker



HELSEHUSET
STAVANGER
Stavanger kommune

Workshop 2: pasienter og pårørende



Blir ikke kontaktet

For ikke info om pasientens

Handlingsplan

Kompetanse nok?

Usynlige skader?

Tare for familien, tar seg av sjeaker

Psykolog ikke tilgjengelig

Helhetlig tenkning

Språk/ tale flyktninger

Tid for å starte på samarbeid med SAKSUS/LASSA og KOMMUNEN

En adresein (koordinerte enhet) som fungerer

Ingen kognitiv rehabilitering

HJEMMET

Utskrivelse til hjemmet fra SUS - fokus er for tidlig - kognitiv

Fange opp behov før til neste ledd/ overganger

Ikke samme deltagelse (LASSA/VISSA) Dros

UTSKRIVELSE PRA SUS

Hjemme - hvem har ansvar? Familien som har beslutning etter utskriving

Samarbeid i kommunen - oversikt over tjenester

Mangler info ang hvilke instanser som er involvert

Økonomi

- Alle overganger

Overføring fra SUS til LASSA - personilovertakelse

Koordinator i sykehus og kommune dialos

HJEMMESE FOR MINUSKUL

koordinerte enhet over alle overførte koordinere hvilke tjenester

ART kognitiv for å utvikle til i neste ledd. (overgang)

Frattid!

Tid

Kommunikasjon v/ alle overganger

Identifisere behov

Overgang fra LASSA til hjemmet - hvordan aktiveres systemet ute

Koordinator

Ind plan på plass (over) tidlig evt. spes. behov

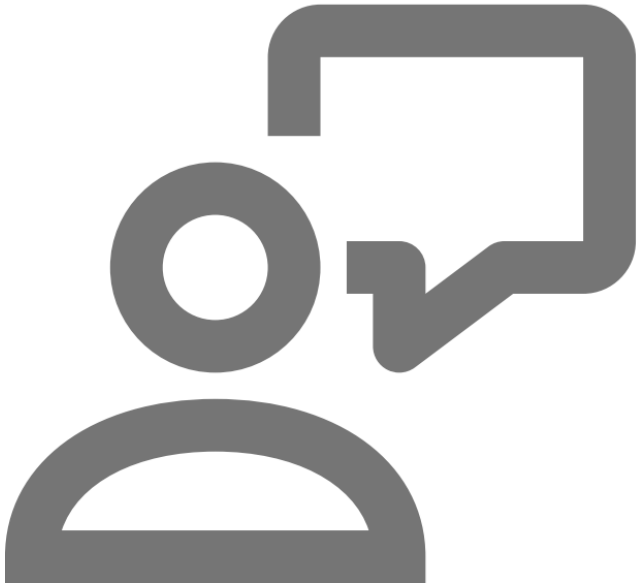
At den som trenger hjelp / eller pårørende må være på i alle ledd for å få hjelp

Familieperspektivet

Uttrykke pårørende i enkl. måte

Invitasjon til workshop interkommunalt ambulant rehabilitering





“Det sies at en slik alvorlig sykdom hos én pasient rammer 25 mennesker rundt.”

Andre aktører og arenaer - offentlige og private - viser seg viktige.

“Psykolog burde vært med i teamet for å ivareta samspillet i familien og dynamikken mellom to personer.”

"Flink-pasient-og-pårørende-syndrom"



Workshop 3: Oppsummerende workshop



Forsknings samarbeid



- Vi ønsker å knytte følgeforskning til utprøving av denne modellen.

