

Fra AU: Per Wilhelmsen - møteleder

Eva Male Davidsen + Håvard  
Anne Lise Høyland  
Kari Anne B. Ringdal  
Marion E. Ness - referent  
Randi Myklebust  
Hilde Lund  
Terje Baasland  
Kari Helene Reinsås  
Wenche M Røkke

Fra HDir: Per Christina Wandås, Inger Huseby

Forfall: Trude Høvik Yacoubian

- **Informasjonsside på Habilitering.no:**

Samling av aktuell informasjonsmateriell til bruk ovenfor pasienter/kommuner er publisert kl 12.00. i dag. Mye overlappende med det som ligger på Hdir.no og NAKU.no. NAKU oppdaterer ganske jevnlig etter hvert som FHI og HDir kommer med ny og oppdatert info.

- **Kontakt med kommuner – Corona lavterskeltilbud**

HABU St.Olavs har tatt mer kontakt med avlastningsboliger og foreldre, A-hus forsøker å sette mer i system oppfølging av enkeltsaker i tråd med den opprinnelige henvisningen. Innlandet følger opp mye med telefoner og Skype, har stor aktivitet knyttet til pasienter. Bergen har fått 5 vernepleiere omdisponert til sengepost rehabiliteringsavdeling. Ullevål har også fått en del personell omplassert allerede.

Viktig at det er fokus på å opprettholde en minimumsdrift hos habilitering også! En viss kapasitet må opprettholdes ift å følge opp de med utfordrende atferd og Kap 9. En del tilfeller av smitte i bofellesskapene er nå registrert, kanskje særlig på Østlandet foreløpig. Bruk av nødrett er aktuelt ifb med behov for isolasjon. Per Chr sier det gjøres en jobb for å få til et bedre rettslig grunnlag for dette.

Lurt å øremerke hva som er kritisk bemanning innenfor vårt område og øremerke hvilke oppgaver våre kan ha under unntakstilstanden. Vi kan trolig gjøre en bedre og viktigere jobb tettere opp mot kommunene enn at vi får tilfeldige oppgaver innenfor sykehuset. Habilitering kan gjøre en jobb ift veiledning til sykehusansatte som må håndtere innlagte smittede pasienter innenfor vår målgruppe. Omdisponering av ansatte fra rehabiliteringsavdelinger vil gå utover ordinær drift; går utover veiledning til kommunene vedr utfordrende atferd og kap 9 saker, mm. Både ift aktive saker og den situasjonen kommunen er i med begrenset kompetanse på å håndtere pandemi. Vi bør kunne ha et lavterskeltilbud for å veilede på aktuelle tiltak.

Multifunksjonshemmede er svært utsatt, der må vi noen ganger inn i bolig selv om de er i risikogruppen pga svært sammensatt og alvorlig sykdomsbilde.

Ved smitte i et bofellesskap er det mye større risiko for videre smitte enn ellers i samfunnet, fordi pasientene ikke greier å forholde seg til gjeldende anbefalinger og det i tillegg er begrenset kompetanse hos enkelte fagmiljø. Svært inngripende tiltak kan bli iverksatt uten at det nødvendigvis er grunnlag for dette. Kompetanse og erfaring fra arbeid med kap 9 og tenkning ift alternative tiltak er svært aktuelt i disse situasjonene!

- **Aktuelle case, eksempler som har nytteverdi**

Anbefaling på HDir.no.

Straks en bruker får smitte, skal alle som har vært i nærkontakt med vedkommende i karantene. Hvordan kan dette gjennomføres i praksis? Svært utfordrende, fordi da mister man hele personalgruppa.

Bruk av smittevernutstyr er vanskelig, noen brukere vil bli redde og rive det av, personale mangler kompetanse på smittevern. Smittevernloven gir ikke hjemmel for isolering i eget hjem mot noens vilje.

Ansatte kan gå i karantene med bruker, men de utsetter seg da også for en betydelig risiko. Man kan ta ut de i risikogruppe, men likevel er det en risiko for alvorlig sykdomsforløp hos noen.

Medisinering av smittet bruker kan være en mulighet, men det er ikke der løsningen nødvendigvis ligger.

Reiming er ekstremt inngripende da det er snakk om to uker, noen i gruppa har også pustevansker i utgangspunktet. Smittevernleger i HDir jobber med problemstillingen nå.

Kan man hente kompetanse fra erfaring i sykehjem?

Ønskelig at man samler erfaringer på hvordan man får gjennomført testing, må det brukes tvang, er det mye motstand, er det vanskelig å få gehør for testing hos leger? Det finnes en hjemmel i smittevernloven for tvangstesting.

To minutter med tvang vs. to uker. Hva oppleves mest inngripende for brukeren? Individuelle forskjeller her! Viktig å vurdere samtykkekompetanse også i disse sakene.

Barnehabilitering må ha en viss beredskap for pasienter fra 15-18 år, ikke stor gruppe. Viktig med beredskap ovenfor disse hjemmene. Utfordring at ikke alle innenfor målgruppen får avlastning og skole/barnehage selv om Helsemyndighetene har gått ut og sagt at de skal ha tilbud.

- **Begrenset tilgang til fastleger, hvilken rolle kan/bør habiliteringstjenestene ha?**

Den medisinskfaglige oppfølgingen bør fortsatt ivaretas av fastlegen, men hab kan evt. bidra når fastlegekontoret er rammet av smitte. Fastleger bruker mye videokonsultasjoner og telefoner, og har fått mindre og gjøre noen steder. Legene våre er tilgjengelige for fastlegene på telefon, aktuelt å utvide telefontiden utover ordinær åpningstid. Et argument å ikke flytte legeressursene fra hab.tj. spesielt i disse tider!

- **Opprettholdelse av drift – hvilke tjenester bør opprettholdes?**

Utfordrende atferd og oppfølging av tvang og makt.

Innlandet: noen opprettholder poliklinikk, barn på A-hus og Kristiansand. Kanskje et resultat av at det er for lite tydelig informasjon fra helsemyndighetene og at sykehusledelsen fokuserer på å opprettholde drift mtp økonomi?

Diverse utredninger gjøres på video og telefon, men ikke kognitive tester. Hva er godt nok i disse dager? Oppfølging også i forhold til alvorlig undervekt, suicidalrisiko osv.

Viktig med riktig registrering også i disse dager.

- **Eventuelt:**
- Per Chr ønsker tilbakemelding om erfaring fra prøvetaking og isolering, han sender egen epost om dette.
- Viktig å forstå at vi er helsepersonell på sykehus, som har ansvar for svært syke mennesker.
- Inger: Tilbakemelding fra hjernehelsestrategien i går - det skal jobbes spesifikt med habilitering og styrking av medisinfaglig kompetanse, kommer med mer info rundt dette senere.

Referent Marion E. Ness