

Notater på dialogkafebord 4 – Kompetanse.

Alta 18.9.2018

Bordvert/referat Audhild Høyem

Gruppe 4 – grønn

Brukerkompetansen – i samarbeid med fagfolkene finne ut hva av det helsetjenesten kan tilby som er relevant for den enkelte. Både på system- og personnivå.

Felles forståelse av hva er rehabilitering – innad i egen avdeling i hj.tj og på sykehjemmet. Utfordring når en får info inn, at den tas imot forskjellig. At en forstår «bestillinga» ulikt – jobbe mot samme mål. For eksempel der en skal stimulere til egeninnsats, så kan mye være ødelagt ved at andre gir pleie og hjelp.

Forståelse av sykdom/tilstand mellom samarbeidspartnere på samme tjenestenivå. ME som eksempel. Tilstanden forstås veldig ulikt. En merker at tilnærminga dermed blir veldig ulik. Om en for eksempel skal satse på videre utredning, avlastende hjelpemidler eller trening. Sykdomsblikket, ressursblikket – aktivitetsblikket. Rollen en har kan gjøre at en får et spesielt blikk på de utfordringene pasientene har. I hjemmetjenesten må man jobbe med å snu blikket fra pleie og omsorg og ta et videre perspektiv. Hendene på ryggen vs. være tilgjengelig men ikke overta. En forstår også overført informasjon ulikt dersom en ikke har samme ståsted. Presenterer erfaringer fra hverdagsrehab der tvf team gjør felles kartlegging.

Overføring sykehus/kommuner. Her ser man ofte at det mangler informasjon om hva pasienten er opptatt av. Det oppleves tilfeldig hvem sykehuset kontakter i kommunen. Kreftkoordinatoren får henvisning på veldig ulike stadier i forløpet for ulike pasienter med i utgangspunktet samme diagnose. Intervju ifm «Gode pasientforløp» viste at 3 av de 4 intervjuede slagpasientene ikke ble fanget opp av kommunale tjenester. KE i kommunen får ikke meldinger om pasienter. Det vurderes både som et teknisk (adressater for e-meldinger) og et informasjonsmessig problem: dårlige rutiner. De savner mer bruk av videokonferanse. Savner informasjon til ergo/fysio tidligere i prosessen. Viktig at flere kan høre det samme. Allerede fra sykehuset defineres det hvilken instans i kommunen som skal håndtere problemet, så blir det «sendt» dit, og da glipper det ofte mht andre tjenester.

Pasienter kommer først til fastlege. Disse kan ha ulik kjennskap til/forståelse av diagnosen og til hvor pasienten kan henvises videre. Så pasienter kan få veldig ulike forløp på tross av at behovene og diagnosen kan være lik.

Kompetanseoverføring vs. veiledning. Kommunen har ansvar for rehabilitering. Har ikke nok kompetanse hos de som jobber med pasientene i praksis. Hvor kan en få denne? Ikke så lett å vite hva spht – ART – sykehuset kan hjelpe med.

Tverrfaglighet i institusjon skal overføres til enheter som ikke har samme typen tverrfaglighet. Bruker eksempel: Mestringskurs/rehab på Kurbadet for ME-pasienter. Tverrfaglig team som jobber der. Pasienten har da ventet veldig lenge. Får vite om mulige tilbud. Godt samarbeid der. Så når en kommer hjem må en begynne å leite sjøl. De som ikke er friske nok til å kunne delta på rehab. får hjemmetjeneste. Info går kanskje ikke videre til den som skal hjelpe.

Systemkompetanse på politisk nivå i kommunen mangler. Rehabilitering ikke på dagsorden, ingen vedtak om at kommunen skal drive med det (Porsanger).

Gruppe 3 - blå

Individuell plan. Behov for kompetanse på å starte, og bruke IP som et verktøy. Tror terskelen kan være på utrygghet rundt dette. Det å sette mål – hvordan stille spørsmålene. Hvordan få tak i hva som virkelig er det viktige for den enkelte. Behov for kontinuerlig opplæring/oppfølging av koordinatorene. Folk er redd for å bli koordinator. Både Nordkapp og Alta har hatt kurs og kompetanse på det. Det er vanskelig å få koordinatorene for pasienter som ønsker. Det finnes vel egentlig kompetanse, men trenger noen å ringe. Noen kommuner har IP-team/koordinerende enhet. Snakker om kompetanseutvikling/utveksling /enheter på samme nivå.

Tverrfaglig helhetstenkning – felles språk. Hva er rehabilitering og hva er mine arbeidsoppgaver innenfor det? Ledelsesansvar. Vet ikke hvor det svikter. Har vi en felles grunnleggende forståelse? Bruker vi samme begreper? Snakker forbi hverandre? Etablere felles språk. For eksempel deltakelse – hva mener vi? Kompetanseheving av ledere og mellomledere.

Rolleavklaring – her kunne spesialisthelsetjenesten være mer aktiv på veilede tilsvarende faggrupper i kommunehelsetjenesten? Viktig å «høre det fra sine egne». Team til team – overføring. Snakke om tverrfaglighet og roller.

Oppfølging fra sykehuset til pasient/pårørende. Pårørendeerfaring: Sykehuset ringte etter 2 mnd for å høre hvordan det gikk. Det var en positiv overraskelse.

Spesialisthelsetjenesten «pålegger» ofte kommunen å følge opp. OIF lager rehabiliteringsplan som følger med pasientens epikrise. Mål og tiltak. Fint verktøy (forankret i avtalen med Helse Nord). Har overføringsmøter for de komplekse pasientene. Men for type muskel-/skjelett er det ofte ikke sånn, og rehabiliteringsplanen kan bli liggende sammen med epikrisen hos fastlegen. Hva fins i kommunene av tiltak og tjenester, prosjekter osv? **Hvor skal kompetansen overføres?** Derfor bør kontakten til kommunen gå til koordinerende enhet. Og at slikt står i en IP. Slik at det kan følges opp.

Brukerorganisasjonene – trekke inn deres kompetanse, og de kan også trenge kompetanseheving.

Gruppe 2 - gul

Skjønnsutøvelse, må ha kompetanse. Har diskutert hvordan få det til. Har inne i skjemaet «**Hva er viktig for deg?**». Ikke så lett å svare på. Forståelse for sykdom/diagnose, arena for å møtes. Hvordan få til at spesialisthelsetjenesten og kommunen snakker samme språk, «hva er viktig for deg?».

Diagnosespesifikk kompetanse vs. generell. Trenger diagnosespesifikk kompetanseheving – må bestille dette fra spesialisthelsetjenesten. Det er bare når pasienter trenger tjenester at kommunen får beskjed om pasienter med den og den diagnosen.

Når brukere sjøl ikke kan gi uttrykk for behov – trengs **observasjon i det daglige. Funksjonsvurdering og -beskrivelse må skje hjemme.**

Hvordan bygge hverandre opp? Gjensidig. Utveksling! Her er det behov begge veier. Avtalene er kjent og i bruk.

ART – veiledningsfunksjon. Hvor mye blir de brukt? Noen kommuner bruker dem mye. Både når det gjelder spesielle pasienter, men også til å diskutere kasuistikker. Hospitering – gå sammen med ART på hjemmebesøk. Faglige nettverk – savnes.

Fortsette påbegynte planer fra sykehuset – viktig at disse kommuniseres tydelig.

Rehabiliteringsfeltet må løftes. Sitter i mye av samme problematikken fra slutten av 90-tallet. Starte med koordinerende enhet – synliggjøre hvordan det er organisert og forankret. Nettverk og samlinger. Bygge rundt KE. Utfordringa med rehab. er tverrfagligheten og krever god koordinering på tvers av linjer og fag. Bruke dette prosjektet som et oppstart.

Elektroniske meldinger vs sitte rundt samme bord: El.melding som leses, og formidles videre av en fagperson, er allerede fortolket. Dette kunne man gjort bedre i et team.

Brukerundersøkelse høsten 2017: **Kompetansen omkring ME i rehab.tilbud var ofte ikke god nok.** ME-pasienter sine erfaringer med rehabiliteringstilbud, Magny Breivik. ME-foreningen har gjort kartleggingen som omfatter hele landet. Ligger på ME-foreningens nettside. Også tilbudene i vår region ble kommentert. 80% var sykere i etterkant av rehab.oppholdet; anstrengelsesutløst symptomforverring.

Gruppe 1 - rød

Brukerkunnskap – brukervalg. Eksempel eldreråd som er med å planlegger omsorgssenter. Har god erfaring med dette. Blir hørt.

Kompetanseutveksling når det gjelder den enkelte rehabiliteringspasient – hvor stopper den opp? Oftest er det svært lite som følger med av informasjon, for eksempel når en slagpasient skrives hjem under påvente av opptrening, kanskje opptil 6-8 uker. Det finnes kanskje slik info, men hvor stopper den? Kompetanseutveksling ifht hver pasient – må være en utveksling begge veier. ART har ofte en slik «oversetterfunksjon», fungerer rimelig godt. Berit anslår at de har 10 % pas fra medisinsk avd., skulle gjerne hatt flere, kanskje ca 50%.

Samhandling, informasjonsutveksling, arenaer og koordinerende enhet. Kompetanse på tjenestenivå – **det er behov for kompetanse om informasjonsutveksling.** Tildelingskontoret blitt den instansen i kommunen som skal ha alle meldinger og all info og skal fordele denne. Dersom el. melding og tidligmelding gikk til koordinerende enhet, så kunne kanskje dette vært fanget opp – slik at kommunen kunne møtes og innhente mer info hos spesialisthelsetjenesten dersom en trenger det. Skulle ikke være nødvendig å etterspørre denne informasjonen. Berit: En brukte KE i kommunene mer tidligere, før elektroniske plo-meldinger, nå er den veien stoppet. Meldingene har ofte blitt liggende på tildelingskontor og tilsvarende. Har oppdaget at rapporter ikke var kommet fram.

Kortere rehab.opphold gjør også at det i mindre grad utarbeides planer. FRMA tar direkte kontakt med ergo og fysio m.m. i kommunen. HF og kommuner har ulike tradisjoner for rehabilitering. Det jobbes med å få et felles pasientforløp for hjerneslag i Finnmarkssykehuset enten pasienten kommer til Hammerfest eller Kirkenes. Sykepleiere i kommunen savner et generisk forløp for å kvalitetssikre de individuelle forløpene. Samt kompetanse i å lage og jobbe etter slike.

Kompetanseutveksling både på system- og fagnivå er nødvendig for felles forståelse.

Gruppe 5 - lilla

Rus/psykiatri-pasienter med somatiske tilleggstilstander som krever rehabilitering faller mellom stolene. Kunnskapsoverføring og samarbeid er nødvendig her. Forløp barn/ungdom/voksen, og på tvers av rus/psyk – somatikk. Innspill til prosjektet. Utfordringer med slike sammensatte vansker kan være et kompetanseproblem: det høres farlig og vanskelig ut. Ofte får disse pasienter ikke den rehabiliteringa de skal ha. **Behov for veiledning og utveksling mellom rus/psyk og somatikk.** Noen

blir psyke av å få funksjonshemming, andre er psyke først. Også pasient og pårørende trenger kompetanse om psykiske belastninger.

Det er nå kommunene som må dra i gang prosjekter og kompetanseutvikling. I henhold til opptrappingsplanen, så er det kun kommunene som har tilgang til midler gjennom fylkesmennene.

Rehabiliteringstjenester i kommuner uten øremerkede midler– en stor utfordring i at styringsmidlene er kommet som rammefinansiering, ikke øremerket. Mange opplever at de forventes å bygge opp nye tjenester uten å få noe finansiering. Det går også ut over kompetanseoppbygging. Som utvidet ansvar er pålagt gjennomført innen de ressursene man hadde tidligere. Alta skal nå på hospitering til Bodø. Det er 8 år for seint ... Ressursene til kompetanseutveksling er ikke til stede verken når det gjelder planlegging eller gjennomføring.

Turnover i tjenestene – veiledning/opplæring er lite varig. Bærerne av kompetansen blir slitne. Overføring av kompetanse innen tjenestene er en stor utfordring. Det er behov for gode rutiner for å få dette til. Hjemmetjenesten mener dette er fullt mulig å få til, men det må systemiseres fra en god og strukturert ledelse. Noen som setter dagsorden. Da kan også spesialisthelsetjenesten komme inn, på bestilling, enten det er en pasient, en diagnose eller en behandlingsform. Videomøter.

Tekniske utfordringer. De sliter med Skype! Dette har vanskeliggjort samarbeid. Mange kommuner vet ikke hva slags VK-system de skal bruke. ART bruker direkte VK mellom to studio eller virtuelt rom – begge gjennom helsenett, alternativt Skype for business. Men dette er ikke kompatibelt mot alle kommunenes systemer.

Det med faste adresser – være sikker på at informasjonen kommer fram til riktig instans er et problem som det må gjøres noe med. **Adressering e-meldinger.** (Her burde vi se på avvik).

Spesialisthelsetjenesten har stort behov for kompetanseutveksling i form av å vite mer om pasientens hjemmesituasjon når en starter rehabiliteringsforløp i spesialisthelsetjenesten.

Profesjonsspesifikk kompetanseutveksling. Inn/ut, samarbeidsmøter. Mange barrierer her. Å være åpne for det er en ting.

Det andre er **«hvem tar regninga»?** Noen kommuner har erfaring med at de har fått beskjed om at de må betale for at spesialisthelsetjenesten skal komme ut og informere om pasienter som skrives ut.