

Oppsummering dialogmøte Alta

Oppgave om Koordinerende enhet (KE)

Oppgave 1:

Utfordringer:

- Usynlig og fordekt funksjon. Usynlig både i navn og tjeneste.
- Funksjonen er heller ikke myndiggjort i stor nok grad.
- Noen sier de er usikre på om det finnes KE hos dem, andre sier de ikke har det.
- Stor ulempe med at det er ulike ordninger fra kommune til kommune – vanskeliggjør samarbeid. Det medfører også at tilbudene til pasientene blir ulike, og i det forløp så kan det bli forskjell i behandlingstilbud og ulikt for pasientene.
- Pr i dag er det tilfeldig hvem som tildeles rollen og funksjonen- nødvendig med kompetanse på feltet.
- Det er ofte en person som innehar rollen – det medfører at denne får «mange hatter», og rollen kan bli svært belastende.
- Det er utfordrende for en enkelt person å gjøre vurderinger som andre faggrupper skal gjøre, og man kan diskutere forsvarlighetsgraden her.
- Utfordrende at KE ikke er organisert med flere personer, tverrfaglige team, hvor fagfolk utfyller hverandre.
- KE har manglende forankring opp i systemet. KE mangler organisasjon og ressurser for å kunne oppfylle innholdet i rollen opp mot lovverket, slik det foreligger pr i dag.
- Individuell plan (IP) er et utfordrende begrep for fagfolk og pasienter.
- IP er underprioritert for eldre – begrepet må proklameres og tydeliggjøres også for denne gruppen.
- KE i helseforetak og KE i kommuner må samhandle mer og bedre.
- KE er pr i dag ikke inkludert i planverk og prosjekt slik som øvrige funksjoner.

Muligheter:

- KE som en enhet – team- tverrfaglig med nødvendig kompetanse
- Ved organisering som team, så reduseres faren for ansvarsfraskrivelse, og man får også bedre oversikt over hva som kan gagne pasient /bruker best. Man informerer hverandre og utfyller hverandre.
- Man må synliggjøre for hverandre hva som finnes av ressurser og tilbud, slik at man utnytter dem bedre. Man må vite for å etterspørre. Team fremmer dette.
- Kan man organisere tverrfaglige inntaksteam, hvor KE knyttes opp? Da får man gjort gode kartlegginger og vurderinger tidlig i forløpet. Forankring høgt opp i systemet er nødvendig med dette.
- Samle alle fagenheter til en enhet, for eksempel under samme tjeneste som rehabilitering, I en kommune har man samlet koordinerende enhet og rehabilitering, og det har vist seg som en suksessfaktor. Man blir god særfaglig, men også tverrfaglig.

- Få bevilgende myndigheter på banen – rådmenn o.a.
- Forankring i god organisering og med ressurser og myndighet.
- Definere faste stillinger for koordinatorene.
- Nødvendig med kompetanse på rollen som KE
- Et velfungerende KE som fremmer tverrfaglighet og samhandling, eliminerer «silotenkning» og får frem større helhetstenkning omkring bruker / pasient.
- KE må synliggjøres i større grad via informasjon, nettverkssamlinger o.a både i kommune og i sykehus.
- KE kan bidra til mer informasjonsflyt mellom tjenestene- og her må fastlege og rehabiliteringsfeltet «linkes» opp. Fastlege og andre aktører må vite hvem de kan samhandle med i spes.helsetjenesten.
- Bevissthet på å finne de aktører som er i miljøet og linke hverandre.

Fremme samhandling:

- Fast arena for møter for ressurspersoner; både som kan samle seg internt i kommuner, men også på tvers av kommunene.
- Bruke KE aktivt begge veier; både fra sykehus og ut til kommune og omvendt.
- Bruke Eldrerådet og andre brukerrepresentanter for å fremme rehabilitering og behov for mer koordinering av tjenester.
- Gjøre KE kjent og at det er organisert høgt nok oppe til å kunne fremme tiltak for samhandling og ha myndighet til å koordinere internt, samt være bidragsyter mellom tjenestene.
- Gjøre KE kjent gjennom IP, og fremme IP som et viktig verktøy for bedre samhandling mellom tjenestene.
- Bedre kunnskap om bruken av IP, og nytten av en IP.
- Trygging av fagpersoner i oppstart av IP planer.
- Koordinerende enhet må ha god kjennskap til rehabiliteringsfeltet.
- Lage lister med kontaktpersoner og kontaktinformasjon på ressurspersoner i tjenestene. Dele på tvers av tjenester.
- Lage/bruke samarbeidsavtaler.
- Oppklare system og ordninger gjennom god samhandling og informasjon, slik at pasient og fagfolk ikke blir forvirret av ordningene, men heller motivert til å bruke dem. Ikke enkelt verken for pasient eller fagfolk å vite hva er hva.
- Om samhandling settes i verk tidlig gjennom for eksempel KE, at det settes inn flere ressurser her tidlig, så kan det være besparende på et senere tidspunkt.