

Kafebord 4:

Kompetanseheving og veiledning i rehabilitering

Kompetanseheving

Hva savner du av kompetanseutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste?

Epikriser sendes sjeldent ut til kommunene etter opphold i spesialisthelsetjenesten, bare til pasient og fastlege. De kommunale instansene har derfor ofte ikke nok informasjon om status etter innleggelse. Det beskrives i tillegg sjeldent konkrete anbefalte tiltak etter et rehabiliteringsopphold.

Skrives det ikke anbefalte tiltak i frykt for å «pålegge» kommunene noe, eller for ikke å love pasient og pårørende at de skal få tjenester som kommunene ikke kan stille med?

Det er generelt for lite kommunikasjon mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det søkes for eksempel om hjelpemidler i sykehus som ikke pasient/pårørende/kommune vet om, og så begynner kommunen å gjøre det samme uten å være orientert. Pasientene klarer ofte ikke å holde oversikt over hva som er gjort og ikke gjort.

Tidlingskontor har i stor grad overtatt oppmøte i utskrivingsmøter/ samarbeidsmøter, man har mistet direkte kontakt med den aktuelle hjemmetjeneste o.l.. Man mister informasjon på den måten.

Tidligere tok rehabiliteringsavdelingen på UNN og OGT kontakt med pasienten en stund etter et rehabiliteringsopphold for å høre hvordan det gikk med anbefalte tiltak, men de gjør ikke det lenger. De hadde ingen mulighet for å følge det opp i etterkant, hvis pasientene sa at de ikke fikk tatt tak i anbefalinger etter hjemkomst.

Hvilke samarbeidstiltak bør settes inn for å sikre kompetanseutveksling?

Tidligere kontakt mellom nivåene vil skape bedre overganger, gjensidig. Noen opplever likevel at hvis de sender tidlige forespørsel til kommune, så hører de likevel ikke noe fra kommunen før utskrivingsdagen.

Flere foreslår at her kan man bruke Ambulant rehabiliteringsteam (ART) til å følge opp. Men det kan igjen være en utfordring at ART bare følger opp i en periode.

Når det er en pasient som skal skrives ut fra OGT eller UNN, så er det ofte Koordinerende Enhet i kommunene som skal fordele tjenester til pasienten, og OGT opplever derfor å ikke få snakket direkte med de som skal følge pasienten videre. I tillegg videreformidles ikke riktig informasjon til det aktuelle ledd. Det oppstår mye misforståelser.

Det er behov for andre eller flere bedre elektroniske løsninger for informasjonsutveksling mellom de ulike instansene. Det vil gjøre det lettere å holde informasjonen oppdatert.

Kunne det vært slik at også terapeuter o.l. hadde mulighet til å sende elektroniske meldinger med sine respektive faggrupper/samarbeidspartnere?

Det bør finnes

Det jobbes med å få på plass «Pasientpass» på UNN, som kan inneholde kortfattet viktig informasjon som til enhver tid skal følge pasienten. Det er usikkert hvordan dette skal fungere.

Individuell plan bør brukes mer for informasjon/oppdatering på status i rehabiliteringsprosessen.

Det er lettere å holde oversikt over samarbeidspartnere og muligheter på mindre plasser. Det gjør det også lettere å ta kontakt ved behov for kommunikasjon rundt en pasient. Bør man ha samarbeidsmøter for å bli bedre kjent på større plasser/byer?

Det bør være en mer integrert tanke om at det kommer et videre forløp etter den instansen man selv jobber i. Det vil gjøre at flere legger til rette for at overgangene blir bra. Pasienten/pårørende blir ofte ansvarlig for å drive rehabiliteringsprosessen videre. Det vil derfor være viktig med opplæring av helsepersonell om hvordan et pasientforløp ser ut/ bør se ut.

Kunne man brukt filming mer, som et hjelpemiddel for å videreføre kompetanse? Noen gjør det en del allerede, men hvordan kan det overføres til neste som overtar? Evt bruke skype i behandling, for at neste ledd kan se hva som har vært gjort uten å måtte reise? Noe må man likevel møtes om, der man skal lære teknikker osv knyttet til videre behandling av pasienten.

De ulike instansene må være flinkere til å ringe hverandre.

Gjensidig veiledning

Hva savner du av veiledning ift enkeltpasienter?

Det er generelt manglende veiledning mellom nivåene ift enkeltpasienter. Ikke bare ved primærrehabilitering, men også senere i forløpene.

Individuell plan brukes for lite. IP kunne vært med på å synliggjøre områder hvor det er behov for økt kompetanse og behov for veiledning. Det er ofte ikke startet opp IP i sykehus, og dermed ofte ikke startet en prosess ift veien videre.

Det er lettere å hospitere for de kommunene som har sykehus i nærheten, vanskelig for de som må reise langt. Det er varierende erfaringer med om det kommer positivt eller negativt svar når kommunene ber om veiledning fra sykehusavdeling. Det er lite mulighet for å reise ut i kommunene for å veilede, andre må komme inn til spesialisthelsetjeneste.

Hva savner du av veiledning ift undervisning/veiledning i grupper? Generelt?

Det er et behov for veiledning og kompetanseheving ift disse diagnosegruppene/følgevirkningene: CFS/ME, traumatisk hodeskade, kognitive vansker uansett diagnose, hjerneslag, tverrsnittslesjoner, multitraume, lymfødem, KOLS og ulike sjeldne diagnoser.

Flere i spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner har aldri blitt spurt om å gi veiledning til kommunene, selv om de har jobbet med ett felt i mange år. Det etterspørres for lite.

Det er vanskelig å vite hvor man skal lete etter informasjon, når man trenger kompetanseheving. Mange retter spørsmål til nære kollegaer i stedet for å spørre om veiledning fra noen som har mer kompetanse.

De som ikke har ressurser til å delta for å få kompetanseheving får stadig en vanskeligere situasjon. De får ikke tilgang til ny kompetanse, og det blir en vanskelig spiral i noen saker. Det er et behov for å styrke kompetansen på generelle tema, ikke bare knyttet til pasient.

Skisser mulige samarbeidstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for å løse utfordringen ved eventuell manglende veiledning

Hvis det søkes om IP og koordinator i kommunen tidlig i primærrehabilitering i spesialisthelsetjeneste, så er det mulighet for at en koordinator kan komme på banen før utskrivning. Bruke IP mer! Spesialisthelsetjenesten trenger mer kompetanse på dette.

Danne nettverk/interkommunale grupper med kanskje også spesialisthelsetjeneste tilstede for å utveksle kompetanse. Møtes en gang i halvåret på Skype for å unngå reiseutgifter?

Fagdager kan arrangeres. Det kan være tema om en spesifikk diagnose, evt fagdager med temaet «rehabilitering som fag». Lage opplæringsarenaer som er mindre omfattende enn kurs, hospitering, opplæringsdager hvor de interesserte kan komme for å lære. Kunne KE organisert slike arenaer? Det må settes av tid og ressurser til kompetanseheving.

Podcasting som en mulig arena? Da kan mange flere få tilgang til kompetanse.

Det er viktig med mer hospitering, så ikke alt baseres på det skriftlige som sendes med pasient før/etter innleggelse.

Det er lite mulighet for å reise ut i kommunene for å veilede, andre må komme inn til spesialisthelsetjeneste. Kommunene kunne ha samlet seg og flere kunne ha nytte godt av generell veiledning. Det har mye å si for pasienten at noen lokalt kan gi dem et tilbud, så de slipper å reise inn til sykehus for hver gang.

Pasientsentrert team og ART kan brukes for kompetanseheving og overlapping i overgang mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Samarbeidsmøter knyttet til enkeltpasienter ved innleggelse gjør at man har møtt hverandre, kjenner hverandre etter hvert, og dermed lettere å komme på at man også kan be om generell veiledning.

KE i både spesialisthelsetjeneste og kommunene kan brukes mer for å finne ut hvilke tilbud som finnes til pasientene.

Mer bruk av teknologi! Avstander er en utfordring. Skype/VK. En del bruker dette allerede for samarbeidsmøter, men det kan ikke brukes for å lære seg teknikker osv. Lage kompetanseportaler.

Oftere opprettelse av kontaktpersoner/ koordinatore slik at pasient og pårørende har noen å henvende seg til, uansett hvilket tjenestenivå. Det er viktig at noen har oversikt over pasienten ønsker og behov, for å finne riktig tilbud.

Spesialisthelsetjenesten kan ta kontakt med LØKTA, kompetanse og utviklingsenhet innen helse og omsorg, for å si i fra at man nå ser at det er flere i det området som trenger kompetanse på ettspesifikt felt. Få LØKTA i alle regioner.

Gjensidig hospitering jevnlig? For å få bort gjensidig mistillit, få et blikk på hva som venter pasienten etter ditt eget ledd. Hva med stillinger hvor man er delt ansatt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste?

Få på plass samarbeidsforum innen rehabilitering.

Hvis det gis veiledning til kommune, hvordan bevare kompetansen? Kan det for eksempel opprettes kontaktpunkter/ressurspersoner på flere felt, slik som demenskontakter, kreftsykepleier osv? Her er det også behov for kontaktpersoner innen kognitiv rehabilitering? Superbrukere.

Skisser forslag til hvordan den gjensidige veiledningsplikten kan styrke samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Kommunen har også en veiledningsplikt, og vet mye om eget tilbud, dermed kan si noe om hva som kan være aktuelt ift pasienter som skal til akkurat den kommunen. Spesialisthelsetjeneste bør anerkjenne kommunenes kompetanse i større grad.

Evt opplæringspakker, e-læring som ligger åpent på nettet. Opprette kultur for å sette av tid til å sette seg inn i det.

Veiledningen bør settes i et system, det er for tilfeldig pr i dag. Det er like stort behov for samarbeidsmøter og kompetanseutveksling når pasienter legges inn, ikke bare ved utskriving.

Samarbeide om opplæringspakker.

Personalgrupper/assistenter som følger pasient inn i spesialisthelsetjenesten bør brukes som en ressurs i en innleggelse.

Sette mer fokus på veiledningsplikten, det brukes ikke så mye. De i spesialisthelsetjeneste som får en pasient inn, må ta kontakt