

# Oppsummering Dialogkafe 3. Koordinerende enhet

Bodø 1.11.2018, Audhild Høyem

## Innhold

Hvordan blir funksjonene til KE ivaretatt i dag i sykehus og kommuner? .....	1
Utfordringer.....	1
Organisering, mandat og myndighet.....	1
Kompetanse hos koordinerende enhet i kommunen .....	2
Individuell plan .....	2
Koordinator og/eller IP.....	2
Å kjenne til ordninger og tilbud.....	2
PLO-meldinger: Innhold og adressering.....	2
Muligheter .....	3
Koordinering omkring barn og unge .....	3
Hva slags koordinering er det behov for? .....	3
Faglig tyngde.....	3
Info på nett.....	3
Hvem skal lære opp tildelingskontoret/KE? .....	3
Ressurser .....	3
Hvordan kan KE bidra til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten til beste for pasienten?.....	3

## Hvordan blir funksjonene til KE ivaretatt i dag i sykehus og kommuner?

### Utfordringer

#### Organisering, mandat og myndighet

KE er ofte organisert på måter som gir lite mulighet til å fylle sin rolle. Når KE i kommunen er på samme nivå som de enhetene som skal oppnevne koordinator, har de ingen myndighet til å pålegge noen å ta koordineringsoppgaver. Tilsvarende også i sykehuset.

Det er ofte tildelingskontor og tilsvarende som er tillagt funksjonen koordinerende enhet. Det har noen fordeler – som god oversikt over tiltak og tjenester, og over hvordan arbeidsbelastningen for koordinatorene er fordelt mellom tjenestene. I Bodø for eksempel, har det vært en utfordring at ergo og fysio har fått mange koord.oppgaver. Dette har blitt redusert nå ved at det blir fordelt annerledes.

I Bodø vurderer alle tjenestene sine egne henvisninger med unntak av IP og døgnopphold som tildeles gjennom vedtak i tildelingskontoret.

### Kompetanse hos koordinerende enhet i kommunen

Ulemper er at bemanningen på tildelings-/vedtaksenheter ofte ikke har kompetanse på habiliterings- og rehabiliteringsprosesser, individuelt målrettet tverrfaglig planarbeid/teamarbeid m.m. som er relevant for pasienter med koordineringsbehov (her finnes det unntak – i noen kommuner har de det). Brukere som har mange inne fra ulike tjenester. Krevende å være koordinator. Trenger veiledning i de vanskelige casene, særlig i oppstarten av arbeidet. Presiserer at KE har opplærings- og veiledningsansvar. Men ofte er det verken kapasitet eller kompetanse til å ivareta opplærings- og veiledningsansvar hos kommunal KE. Ser også begrensede ressurser til å delta i felles fora, veilede koordinatorene og vurdere behov og løsninger for rehab. og koordinerte tjenester. ART i spesialisthelsetjenesten har en veiledningsfunksjon som vil kunne dekke noe av veiledningsbehovet for noen av de som har behov for koordinering.

Koordinatorer er usikre på sin rolle, omfanget av oppgaven, ikke fått avsatt tid. Syns ikke KE har forståelse for koordinatorer arbeid og ikke tar sitt ansvar for å veilede og lære opp, og at koordinatorer ofte blir sittende litt med svarteper. Kapasitetsproblem i KE.

Ser ofte mangel på rutiner ved vurdering av behov og organisering av prosessen omkring koordinator og individuell plan.

### Individuell plan

Mange har vedtak om individuell plan, men ikke aktiv plan. Utfordring at ikke sykehuset starter IP når pasienter er lenge inne og i perioder har kun spesialisthelsetjenester.

IP – Fylkesmannen har jobbet med dette i en årrekke. Store utfordringer i kommunene at de som trenger det skal få dette. Hvem skal starte er en utfordring. Mange kurs og konferanser. Det er fortsatt diffust.

### Koordinator og/eller IP

Mange brukere ønsker ikke IP men kun koordinator. I Bodø kommune: Må ha vedtak på IP for å få koordinator. Det kommenteres at det er «litt skummelt» å knytte koordinator for tett til IP – for vi har en plikt til å koordinere uansett (sphtl §2.2 og tilsvarende i khotl). Alle som trenger koordinering trenger ikke koordinator. Vi har ansvar for å koordinere tjenestene uansett.

Brukerrepresentant sier at hun tar en rolle med å etterlyse koordinator og individuell plan for de sykeste. Etterlyser hos hjemmetjenesten. Ikke avklart rundt i kommunene. Utfordrende å få det på plass. Motstand; stort ansvar, stor jobb.

### Å kjenne til ordninger og tilbud

Sykehuslege: Jeg vet ikke om hva som finnes i kommunen og kan derfor ikke spille på det. Har ikke oversikt når jeg sitter med pasienten. Ønsker å henvise samlet til tverrfaglig team med koordinator som kan koordinere hvem som skal inn, og det videre arbeidet.

- Det er to nivåer: Enkeltbruker – tjenester, koordinering, IP
- Systemnivå –mestringskurs for eksempel.

### PLO-meldinger: Innhold og adressering

PLO-meldinger kommer ikke alltid fram til de som kan ta tak i dem, for eksempel rehab, terapeuttjenester, tilpasset bolig osv. De kan ofte stoppe hos saksbehandlerenheten i kommunen, eller kun gå til hjemmetjenesten som er den mest vanlige adressaten for meldinger fra sykehuset

PLO-meldinger mangler ofte viktig informasjon. Hva skal formidles fra spesialisthelsetjenesten til kommunen? Det er ofte ikke tenkt på/vurdert/beskrevet behov for rehabilitering og koordinering/IP.

Vanskelig å få noen til å ta koordinatorrollen i kommunene. IP høres veldig omfattende ut, og noen ganger har de blitt veldig omfattende også. Noen ganger kaller ART det heller rehab.plan.

## Muligheter

Koordinator – brukerstemmen. Viktig!

### Koordinering omkring barn og unge

fungerer ofte bedre enn for voksne. Noen store kommuner har egne stillinger for koordinatorene til barn og unge.

### Hva slags koordinering er det behov for?

Avklaring av koordineringsbehovet, og hvordan det kan løses – kan skje i samarbeid med KE.

### Faglig tyngde

Det er lettere å få oppnevnt koordinator dersom kravet om å opprette koordinator kommer fra overlege i sykehus. Eksempler på ALS-pasient på LMS, har en egen sykepleier – og nevrologen står bak. De får faktisk koordinatorene i kommunene fordi de har pondus. Det samme skjer ikke for Parkinson-pasienter der en ikke har samme pondus/myndighet/makt. Her ble det også nevnt eksempel ved at nevrolog hadde tatt på seg kontaktlegerollen for alle ALS-pasientene. Og at dette ga god oppfølging, kjennskap til ordninger, og kontinuitet.

NLSH har slitt med å få implementert ordningen koordinator i spesialisthelsetjenesten. Mange lignende funksjoner. Pasientene har kortere og kortere opphold i sykehuset. Prøver nå ut om stillinger som MS-sykepleier og lignende kan fungere som koordinator.

### Info på nett

KE skal være lett å finne på nett. Vi nevnte at KS kunne kontaktes av brukerorganisasjoner. En kunne også tenke en felles nasjonal logo for KE som var lett å gjenkjenne.

### Hvem skal lære opp tildelingskontoret/KE?

Bodø kommune har leid inn noen til å holde kurs om koordinatorrollen og samarbeid på tvers – invitert nærkommunene. Dette kan også andre gjøre – en kan samarbeide om å få inn eksterne krefter for opplæring.

### Ressurser

Fylkesmannen har opptrappingsmidler til å støtte kommunene. Det er svært liten søknad til disse midlene. Koordinerende enhet er tiltenkt en aktiv rolle i kommunens oppbygging av rehabilitering, planarbeid osv. Ser at de trekkes ofte ikke inn.

Noen brukere ønsker å koordinere sjøl og gå rett på de som gir tjenestene. Men viktig at de koordinerende tjenestene er kjent. Kan utnytte brukertorg og lignende bedre for å gjøre ordningene kjent.

## Hvordan kan KE bidra til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten til beste for pasienten?

Brukerrepresentant er nysgjerrig på hvordan KE ivaretar rollen. Hva gjør KE i sykehuset ifht kommunene? Hun opplever at de hun snakker med ikke vet om KE og at KE kan bistå.

Noen kommuner har jevnlig opplæring og veiledning. Hvis man får koordinator og IP til å fungere vil det øke effektiviteten betraktelig – og er en flott arena for brukerstemmen. Bodø kommune jobber med Sampro. God tilbakemelding! Når pas har god kognitiv funksjon fungerer dette bra.

Forslag om at KE HF og KE i kommune bør snakkes. KE på NLSH informerer om at han ringer alle KE i kommunene 2 x år - der de fins. Diskuterer både systemnivået og på sak. KE i sykehus og KE i kommunen har nettverksmøter, felles arena. Og deltar felles i Læringsnettverket for gode pasientforløp.