

Oppsummering dialogmøte Mo i Rana – bord 4:

Hvilke områder er det behov for kompetanseheving og veiledning i rehabilitering? *Basert på forhånds-utfylte spørreskjema.*

### **Å arbeide med rehabilitering forutsetter tverrfaglig helhetstenkning**

**Hva savner du av kompetanseutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste?**

Hva gjøres på sykehjemmene?

Hva skjer etter utskrivelse?

Hva mener kommunen om det som blir gjort på sykehuset

Kurs og felles arenaer i vår egen region Helgeland for utveksling av kompetanse

Felles arrangementer – kan ligge som ansvar i et fremtidig fagnettverk innen rehab på Helgeland

Det mangler ernæringsfysiolog i kommunen

Opplever at det er mye fagkompetanse i kommunene for å ivareta brukerne (Rana), men at samarbeidet rundt de komplekse brukerne er for dårlig, og at samarbeidet i større grad skulle vært tidligere (før utskrivelse) og mer tverrfaglig for å imøtekomme brukeren best mulig.

Bedre samarbeid v/utskrivning av pasienter med rehabiliteringsbehov

Viktig med tidlig planlegging v/utskrivning til kommune, slik at alt er klart ved hjemreise og nødvendig utstyrer på plass

Manglende dialog om tilgjengelig kurs i kommune. Rehabteamet på sykehuset får ikke/tilbys ikke kurs eller kompetanseheving, dette medfører manglende videreføring av ny kunnskap til kommune

**Oppsummert: Det mangler dialog/kompetanseutveksling på pasientnivå, og også på generelt nivå, slik som fagnettverk og felles kurs**

**Hvilke samarbeidstiltak bør settes inn for å sikre kompetanseutveksling?**

Felles møtepunkt

Fagdager

Informasjon om hvilke tilbud som finnes innen regionen

Enkel digital kommunikasjon

Utteksling av epikriser/rapporter

Felles samarbeidsmøter f.eks 2x/år

Fagnettverk - på initiativ fra FMT (Sandnessjøen?) – hovedansvaret bør ligge der.

Mer tverrfaglig sammensetning på samarbeidsmøtene som tildelingskontoret har med spesialisthelsetjenesten

Felles skriftlige rutiner for dialog, der samarbeidsfora er en del av tiltaket

Internundervisning

Tilbud om kurs

Hospitering

Faste «fysiske» møter

**Oppsummert: Formalisering/systematisering av dialog på pasientnivå og etablering av felles faglige møteplasser på tvers av nivåene**

**Et godt pasientforløp forutsetter at effektive tiltak følges opp. Manglende videreføring av tiltak som er igangsatt kan være en av utfordringene.**

***Hva savner du av kompetanseutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste?***

Hospitering

Savner dialog, vi henviser men vet ikke hva som skjer videre

Alt – det skjer for lite på dette feltet, det finnes ingen tilbud – annet enn det man etterspør.

Ingen har formelt overordnet ansvar, og det mangler systemer for dialog rundt dette.

Man bruker ulike modeller i kommune og spesialisthelsetjeneste for f.eks beskrive pasientens funksjon (eks. IPLOS), det skalper utfordringer

Spesialisthelsetjenesten legger i flere tilfeller føringer for hva kommunen skal tilby av tjenester

Virker tilfeldig med dialog og kontakt

Bedre skriftlig dokumentasjon, blir ofte gitt muntlig

Ansvarsavklaring i fht videre behandling – hvem gjør hva.

Prosedyrer for informasjonsflyt

Felles bruk av kartleggingsverktøy

**Oppsummert: Systematikk i overføring av pasienter mellom nivåene. Bruk av felles kartleggingsverktøy og muligheter for hospitering.**

***Hva savner du av veiledning?***

*(stikkord – i forhold til den enkelte pasient og pårørende, tema for undervisning/veiledning i grupper)*

Spesifikk veiledning i omfattende kasus

- Alderspsykiatri
- Eldre med funksjonssvikt
- Eldre med hoftebrudd
- Falltendens og utredning/behandling av denne

Utfordringer når pasienten skal utskrives; bør vi gjøre mer /andre tiltak under innleggelsen?

Veiledning før, under og etter overføring av komplekse pasienter som kommer fra spesialisthelsetjenesten eller mellom opphold i spesialisthelsetjenesten

Savner veiledning for brukerens del i forhold til lærings- og mestringstilbud, friskliv; brukerne settes ikke i god nok stand til å ivareta eget liv og helse

Hva er gjort, og hvordan forholde seg videre i forhold til treningsopplegg

Kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten og kommune

Hjelpemidler, hva finnes og hvordan brukes de?

**Oppsummert: Det savnes veiledning på individnivå og på faglig nivå**

***Skisser mulige samarbeidstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for å løse utfordringen med eventuell manglende veiledning?***

Digital 2-veis kommunikasjon

Felles møtearena, f.eks 2x/år

Fagnettverk

Hospiteringstiltak mellom tjenestene innen kommuner og spesialisthelsetjenesten

Invitere hverandre inn i felles forum i større grad

Bedre kommunikasjon

Bruke fast kontaktpunkt i kommunen – koordinerende enhet

Informasjon og bevisstgjøring om gjensidig veiledningsplikt

Hospitering

Temadager

Møte annenhver mnd der evt utfordringer diskuteres

**(Oppsummert: Lar forslagene tale for seg selv)**

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

Bedre kjennskap til hverandre og hverandres tilbud/arbeidsmetoder kan bidra til økt samhandling og bedre pasientforløp

Økt kompetanse og forståelse på hverandres arbeidsområde fører til et bedre koordinert pasientforløp

Systematisk avviksregistrering/behandling og oppfølging for forbedring

Bruk e-mld (?) i fagprogrammet

Har kommunene veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten?

**Oppsummert: Det mangler kunnskap om de ulike tjenestene. Utover avviksmeldinger få konkrete forslag om hvordan man kan skaffe dette.**

**NB: Vi hadde kun deltakere fra to kommuner i tillegg til spes.helstjenesten i Mosjøen og Mo i Rana – de «store» aktørene.**