



Kompetansegrunnmur

Korleis sikra felles kunnskap og kompetanse hos tilsette i ny rehabiliteringseining?

Herborg Tegle

Stord, april 2010

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

I november 2008 etablerte AFRM(*1) i Helse Fonna 8 døgnplassar for spesialisert rehabilitering.. Oppdraget; -å etablere 8 spesialiserte rehabiliteringsplassar, utfordra både seksjonsleinga og alle tilsette til å finna felles fagleg ståstad; -kva kunnskaper, ferdigheter og haldningar(*1) skal vera felles og rådande i eininga? Etter 1 ½ års drift, og med tanke på "Plan somatikk" si føreslåtte utviding til 15-20 rehab.senger, har eg ei klar oppfatning av at me treng ein felles kompetansegrunnmur som AFRM er tufta på.

Rehabiliteringsatsinga er toptungt forankra og det er forståing for kompetansebygging både hos klinikkdirektør og i leiargruppa i AFRM.

Problemstilling og målsetting.

Rehabilitering er eit fagområde som både helsefagleg personell, politikarar og folk flest har ulik oppfatning av kva er, og er difor krevande å avgrensa og definera. Dette var òg synleg ved etableringa av nemte rehabiliteringsplasser. Ulike faggrupper syntest å ha ulik oppfatning av oppdraget og arbeidsmetode/tilnærming. Rehabilitering i spesialisthelstenesta fokuserer på funksjons- og meistringsnivå, meir enn sjukdomsdiagnose og medisinsk behandling. Ein nyttar oftast ein biopsykososial modell som har andre verkemiddel enn ein rein medisinsk modell (*1) Ein fokuserer på pasienten sitt funksjons- og aktivitetsnivå, meir enn på organnivå. Arbeidsmåten er oftast tverrfagleg, men med særfaglege innslag. Gruppa rundt pasienten er eit mikrosystem(*1); -gruppa er alle dei som jobber saman med pasienten og er gjensidig avhengige av kvarandre. Det er ein føresetnad at gruppemedlemmane opplever likeverd og arbeider mot same mål. Det dreier seg om å bygga ein felles kultur og strategi(*1).

Brukarmedverknad (*1) på individnivå og systemnivå er sentralt i rehabiliteringsprosessen.

Problemstilling : Korleis utvikla ei samla forståing for rehabiliteringsfaget hos tilsette i AFRM; -finna felles kunnskap, språk, ferdigheter og haldningar som skal vera rådande i rehabiliteringa.

Effekt målet eg søker ved prosjekt "Kompetansegrunnmur", er at alle tilsette skal ha ei felles fagleg forståing av kva som er AFRM sin visjon, oppdrag og tilnærming i rehabiliteringsarbeide.

Auka kunnskap auker truleg motivasjon hos medarbeidarane . Det vil kvalitetssikra at pasientar får optimal nytte av rehabiliteringa ved at teamet og pasienten arbeider mot same mål.

Resultatmål

1. Utvikla eit kompendium; eit opplæringshefte "kompetansegrunnmuren" som skal gjerast kjent for alle tilsette i AFRM . "Kompetansegrunnmuren" skal vera både i elektronisk format og i papirformat. Vidare skal det vera eit opplæringsprogram for alle nyttilsette saman med
2. Ha ein opplærings- og utviklingsdag kvart halvår. Målgruppa er nyttilsette, men på utviklingsdelen bør leiar samla flest mogeleg av leiar- og personalgruppa.

Opplæringsplanen skal vera trinn 1 i ein kompetanseplan for tilsett. Vidare vil eg arbeida med trinn 2 som skal vera ein individuell kompetanseplan.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Er det eit relevant, viktig og realistisk mål å sikra at dei tilsette i AFRM har eit felles kunnskapsgrunnlag?

I etableringsfasen var alle tilsette i AFRM involvert i arbeid med struktur, rutinar og prosedyrer, og leiargruppa har tenkt eindel strategi. Dette har vore positivt, men eg meiner vi har eit forbedringspotensiale særleg i å samla oss meir om felles visjon, kunnskap og kompetanse.

Tilsettegruppa er eit konglomerat med omsyn til variasjonar i utdanning og tyngde, erfaring, spisskompetanse og breddekompetanse, fagprofesjonar med ein tilsett til større faggrupper med mange. Meir konkret, dei tilsette i rehabiliteringsposten er legspesialist, lege under spesialisering i fysikalsk og rehabiliteringsmedisin, fysioterapeutar, ergoterapeutar, logoped, nevropsykolog, sjukepleiarar og hjelpepleiarar. I tillegg trekk me inn andre spesialister som t.d. nevrolog, kardiolog, psykiater når pasienten har behov for det.

Sjølv om me har likeverd i teamet/mikrosystemet, som ein verdi, så er det fagleg og juridisk legen som har medisinskfagleg ansvar for pasienten i heile prosessen. Og innan rehabiliteringsmedisinen vil eg påstå at legen i stor grad er avhengig av andre faggrupper som er aktive deltakarar/leverandører i behandlinga og ikkje bare støttepersonell til legen. Rehabilitering skjer 24 timar i døgnet. Sjuke- og hjelpepleiarane er dei gruppene som har døgkontinuerleg vakt og såleis er viktige behandlarar i rehabiliteringa. Det er ei rådande oppfatning at fysio- og ergoterapeutar er nøkkelpersonell. Men med tanke på kor tungt pleiegruppa er involvert i pasienten sine primære funksjonar heile døgnet, er det grunn til særleg å styrka deira posisjon i teamet. Sjukepleiaren si tilnærming til pasienten for at han/ho skal bli meir sjølvhjulpel i eigenomsorg, må vektast på linje med t.d. balansetreninga til fysioterapeuten .

Vidare er det nyttig å anerkjenna den enkelte sin spisskompetanse og erfaring. Men rehabilitering er ikkje området for solospelarar, men kan samaliknast med lagspel der ein treng eit sett med kunnskaper, ferdigheter og regler som er felles. Vi treng òg ei viss grad av rolledeling, men det står ikkje i motsetnad til eit minste felles multiplum av kompetanse.

Rehabiliteringsmiljøet i Norge har WHO sin ICF-modell (*1) som grunnlag. Dette er eit klassifikasjonssystem og ein tankemodell brukt i rehabilitering. Modellen har ein struktur og eit begrepsapparat som det er nyttig at alle kjenner og har lik forståing av. I den daglege kommunikasjonen i den tverrfaglege gruppa rundt pasienten, er det viktig at både hjelpepleiar og lege bruker same språk; - forstår det same med sentrale omgrep som t.d. funksjon, funksjonshemming(*1), aktivitet, miljøfaktorer. Det er òg viktig at teamdeltakarane har ein felles struktur/metodikk i pasientarbeidet. Det kan dreie seg om måter å forflytte pasienten på, målsettingsarbeid, dialog med pasienten, pasientmøteplan.

Tilbake til problemstillinga med sikring av felles kompetanseplattform; Når rehabiliteringsområdet er så mangeslunget, ein skal verdsetta den enkelte sin kompetanse, og ein har ganske flat struktur med lege som medisinskfagleg ansvarleg; -kvifor er det viktig med denne felles forståinga? Svaret virker openbart; -det er viktig for å definera det enkelte oppdrag, sikra felles språk og kultur, og sikra felles målsetting, retning og kontinuitet i tiltaka.

Framdriftsplan med milepæler :

Eg starter opp med utarbeiding av innhald i kompetansegrunnmuren. Eg vil vera i dialog med dei tilsette; -i første rekke kvalitetsutvalet, for innspel på kva som er viktig å ha med i ”grunnmuren”. Samstundes vil det vera nyttig å undersøka med andre AFRM om dei har liknande opplegg. Planen er å gjera dette i mai-juni 2010. Gjennomføring av første kompetanse- og utviklingsdag er tenkt i oktober 2010. For meir detaljert oversikt over framdriftsplanen med dei ulike aktivitetane, viser eg til tabell i vedlegg nr. 2.

Budsjett – nøkkeltal

Kostnader knytt til dette prosjektet er i første rekke lønsutgifter for deltakarar, leige av lokale og honorar til føredragshaldar på kompetanse- og utviklingsdagar. Vidare må det reknast noko kostnader ved studiebesøk og til trykksak. Vedlegg nr.3 viser budsjett.

Risikoanalyse

Det er vanskeleg å sjå nokon risiko i tradisjonell forståing av omgrepet risiko.

Risikoen er knytt til at ein ikkje når målet med prosjektet; -at ikkje tiltaka når effektmålet om samla forståing, heva grunnkompetansen og dermed betra rehabiliteringstilbodet for pasientane.

Ein kan tenka seg at ein gjennomfører dei omtala tiltaka, men at prosjektet vert evaluert til å ikkje gje nokon positiv gevinst. Dette kan vidare skapa demotivasjon blant tilsette og kan senka status og omdømme til rehabiliteringsområdet. Eit mislykka kompetanseprosjekt vil òg truleg svekka seksjonsleiar sin legitimitet.

Når vi fokuserer på samspel, felles forståing, heilskap og nettverk, kan det tenkast å virka truande for nokon sin særkompetanse. Istaden for å få samspel, kan det byggast opp til profesjonsstrid og av enkeltgruppers behov for markering av særfagleg kompetanse. Eg er kjent med at det i rehabiliteringsmiljø kan utvikla seg konkurranse mellom t.d terapeutgrupper og pleiegrupper. Det er difor ei utfordring for leiinga å skapa ein tverrfagleg læringsarena og samstundes anerkjenne nytten av spisskompetanse.

Konklusjon og tilråding

Avdeling for Fysikalsk og Rehabiliterings Medisin har behov for eit felles kompetansegrunnlag; her kalla ”kompetansegrunnmur”. Det er føreslått i første omgang utarbeiding av eit felles kompetansekompedium og kompetanse- og utviklingsdag. Dette for å nå målet om felles forståing av AFRMet sin visjon, oppdrag og fagleg tilnærming . Eg vil tilrå at seksjonsleiar set i gang nemnte aktiviter og evaluerer etter plan i november 2010.

Vedlegg

Vedlegg 1 : Definisjoner og forklaring av sentrale omgrep i teksten

Vedlegg 2: Framdriftsplan med milepæler

Vedlegg 3 : Budsjett, nøkkeltal

Vedlegg 4 : Spørsmål til tilsette om innhald i kompetansegrunnmuren

Vedlegg 5: Førebels struktur på kompetansekompediumet

Vedlegg 6: Litteraturliste