

Oppsummering kafebord 4 Kirkenes 18.oktober

1a) Hva savner du av kompetanseutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste?

Kompetanseutveksling er et stort savn. Det oppstår et kvalitetsfall ved overføring til kommunene, og det skyldes manglende system og faglig beredskap.

Det er vanskelig å få tak i rett person når det tas kontakt med sykehus. Hvor sendes informasjon fra fysio/ ergo/ lege til fastlegen f.eks om belastningsrestriksjoner.

Det etterspørres kunnskap om IP og hvordan få en koordinator, samt informasjon til de pårørende f.eks ved utskrivelse.

Det mangler møteplasser

Tiltak: Samarbeide om inntak av pasienter på tvers av nivåer?

Finnmark legeforening har en lukket FB-gruppe for diskusjon, noe for andre grupper?

Senke terskel for å ta kontakt med hverandre, f.eks ved ambulerende arrangere uformelle (lunsj) møter hvor en kan diskutere problemstillinger.

Forebyggende hjemmebesøk

2a) Hva savner du av veiledning i forhold til

i) Enkelpasienter

Fastlege ønsker «kontroll» med sine pasienter, og må ikke bli avvist av spes.helsetjenesten.

Det er behov et kontaktpunkt, f.eks KE for å snakke sammen (gjerne elektronisk kommunikasjon).

Det etterlyses et «innsatsteam» i kommunene som går inn til brukerne, (nye og tidligere brukere)

Tiltak: Det foreslås digitale nettverkløsninger for rask kunnskapsinnhenting (lokalt, regionalt og nasjonalt). Det er behov for å kunne bruke elektroniske dialogmeldinger (kommunelege – sykehuslege)

Å være på samme plattform vdr journal for informasjonsutveksling/samhandling på tvers.

Epikriser – forslag til fast setning;..... ved spørsmål ta kontakt med....(navngitt person)

Innføre rutinemessige oppfølgingsamtaler etter 4 uker

«Aktivitører» som følger opp allerede utarbeidede opplegg

LMS tiltak bør bygges inn i pasientforløp, det er for tilfeldig hvem som blir spurt/får tilbud om slik mestringstilbud

ii) Undervisning /veiledning i grupper?

Kunnskap om komplekse skader, spesielt hos unge og de med kognitive utfordringer. NB husk de pårørende

Små kommuner kan ikke ha alle typer spl og trenger hjelp fra spes.helsetjenesten til å bygge opp kompetanse lokalt. Rehabilitering er kun et lite felt av det kommunen skal håndtere.

Tiltak: Det kan f.eks dannes interkommunale «ekspertgrupper»

Dette kan også gjøres gjeldende for det samiske og deres problemstillinger

2b) Mulige samarbeidstiltak vdr manglende veiledning

Etablere rutine for tidlig kontakt mellom de to nivåene når det gjelder kronikere, begge omsorgsnivå må etterspørre hverandres kompetanse

Det trengs koordinator i kommune

Det etterlyses bedre info på nettsidene

Kompetanseheving – det er manglende kunnskap blant fastlegene i Finnmark om rehabiliteringsavdelinga i kirkenes.

2c) Hvordan den gjensidige veiledningsplikten kan styrke samarbeidet

Tiltak: Tilrettelegging for hospitering (handlingsplan – hospiteringsavtale)