

Dialogmøte Kirkenes 18.10.18

Forverring av sykdomstilstand

Gruppe 2

ME: oppfølgingsansvar i kommunehelsetjenesten, samhandling mellom tjenester i kommunen kan være en utfordring. Samarbeid fastlege og øvrig tjeneste
KE

Når skal pasienter på sykehus: diagnostisering eller behandling som ikke kan gjøres i kommunehelsetjenesten.

Kommunal institusjon/sykestua håndterer mye også pasienter på vei ut av sykehus

Gruppe 3

Ikke faste leger i kommunen

KOLS pasienter, tinnitus pasienter (trenger psykolog og audiopedagog)

Kommunal institusjon hvis oppfølging ikke er mulig i hjemme f eks antibiotika iv

Utfordring å kartlegge/ oppdage rehabiliteringsbehovet hos kronikere, får bare oppfølging Ved akutt forverring.

Hverdagsrehabilitering, opprettholde funksjonsnivå

Mange små kommuner mer potensiale for samarbeid.

Mer behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, mer ambulering.

LMS så nære som mulig pasienten i grupper

Gruppe 4

Eldre hjemme boende med funksjonfall, hverdagsrehabilitering ikke etablert overalt.

Pasienter med alvorlig traumatisk eller hypoksisk hjerneskade

Utredning av kognitive vansker vanskelig i kommunehelsetjenesten

Behov for mer kompetanse i kommunene

Ønskelig at sykehusene er mer tilgjengelig og tilstede. Livslang oppfølging?

Fastlegen bør integreres bedre i pasientforløpene

Bedre informasjon om tjenester

Pasienter som ingen vil ta ansvar for.

Gruppe 1

dokumentasjonssystemer og prosedyrer som ikke snakker med hverandre

felles forståelse

samarbeid/ kommunikasjon tilgjengelighet reise ut.

Helsepedagogisk kompetanse integrering av LMS i hele forløpet fra 1. kontakt i spesialisthelsetjenesten