

Vi ønsker å jobbe med dette!

Helsegevinsten vi får ut av økt innsats i spesialisthelsetjenesten er liten sammenlignet med hva som kan hentes ut fra forebygging på samfunnsnivå der vi samhandler om hvordan vi kan beskytte og forebygge at barn og unge kommer i en situasjon der de trenger hjelp

## Diskusjon 1: Læring, meistring og førebygging 20. mars

- Kva må vi få til på førebygging saman?
- Korleis skal spesialisthelsetenesta bidra til eit godt arbeid med førebygging?
- Kva må kommunane gjere?

### Hva må vi få til på førebygging saman?

- Å komme tidlig inn er et ønske frå begge nivå
- Koordinatorfunksjoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten – ikke bare for pakkeforløp og kreft. Kan dette overføres til andre områder? Koordinatorer med «én fot i hver leir»? Obs! Passe på at det ikke blir enda et nytt ledd å forholde seg til. Må vurdere om det er hensiktsmessig å forbedre eksisterende struktur eller å tenke nytt i forhold til organisering.
- Tilgang til tettere dialog på tverrfaglig nivå. Dette burde la seg gjøre med nåværende teknologiske muligheter.
- Bedre informasjonsflyt. Større fokus på kunnskapsgrunnlag og mindre synsing vil være viktig i forebyggende helsearbeid.
- **Det ligger et potensial i digitale verktøy for å få til kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunenivå. Må kunne kommunisere via digital medium for å få dette til. Må være mulig ha videoopplæring av pasienter/brukere og utøvere i kommunen.**
- **Kompetanseoverføring fra spesialist til primær slik at en del av opplæringen foregår kommunene.**
- Grupper:
  - Prioritering av dei unge. Mange unge har fleire sjukdomar, samtidig som ein skal bli vaksen. Det er for lite merksemd på psykisk sjukdom. Skulehelsetenesta bør styrkast, og vi bør lage pakkeforløp for særlig unge kronikere som innbefatter kva tenester dei har krav på, opplæring til egen meistring mm – empowerment. Kva verker i møtet med deira diverse utfordringer?
  - Rus og psykiatri – også her må vi tidlig inn. Kvifor auker den nye pasientgruppen til tross for at kunnskapen om farer og risiko generelt er god?
  - Dagens ungdom drikk ikkje, men hos foreldregenerasjonen (40-50+) auker alkoholkonsumet: Vi får eit aukande antall leverskader og fallskader knyttet til rus – korleis kan vi jobbe saman forebyggende?
  - Viktig å gjøre ting sammen om en pasientgruppe, eller enkeltpasienter f.eks.: Innen psykisk helsevern, traumegrupper med Os kommune
- Må se på alles åpningstider, både spesialisthelsetjenesten og kommunen
- Tilgang til nok kompetanse for å forebygge nok og sette inn tiltak når man ser at det er en risikosituasjon for f.eks. en skoleelev og dens familie.

### Korleis skal spesialisthelsetenesta bidra til eit godt arbeid med førebygging

- Sekundærførebygging: Egenmeistring når en har diagnose
  - Utbygging tilbud ved LMS
  - Bruk av teknologi, f.eks. app med kvalitetssikret informasjon om diagnose

Realisme (?): Vi har en todelt forvaltning – det må være tydelig kven som gjør hva innen forebygging. Hvorfor skal spesialisthelsetjenesten bruke ressurser på forebygging. Vi har en todeling og det må vi forholde oss

- Sykehusene kan i større grad registrere en tendens, sykdomsutvikling i demografien. Kan vi bedre utnytte dette? Kan spesialisthelsetjenesten bidra ved å peke på særlig viktige områder i det forebyggende arbeidet til kommunene?
- Analyse av pasientdata i sykehusene for å identifisere særlig utsatte grupper i forhold til forebygging. Tilpasse tilbudet dem som trenger det mest.
- Ønske om at spesialisthelsetjenesten bidrar mer med kurs og undervisning i primærhelsetjenesten. Diagnosespesifikke kurs blir dekket, men dersom kommunen er arrangør (og ikke spesialisthelsetjenesten) og det ikke er diagnosespesifikt blir det ikke dekket. Dette er en utfordring.
- Hvordan kan spesialistene gjøre kommunene bedre innen forebygging? Eller må vi snu på det – og spørre hvordan kan kommunene gjøre spesialistene bedre innen forebygging?
- Foretakene bør bidra med spesialistkompetanse der det er nødvendig og ellers ha en koordinatorfunksjon for å hindre oppbygging av parallelle tilbud.

### Kva må kommunane gjere?

- Primærforebygging: Endre livsstil (ernæring, fysisk aktivitet) og forhindre sykdom
- Fastlegene møter pasienten fra fødsel til livet siste fase. Den første kontakten med helsetjenestetilbudet er ofte hos **fastlegen, deretter helsestasjonene og skolehelsetjenesten** – det er her vi må begynne.
- Læring og mestringstiltak bør der det er praktisk mulig settes inn i lokalmiljøet. Vil gi en rekke fordeler å bygge videre på eksisterende og varige strukturer som finnes rundt pasienten. Evt. gjennom et kommunalt samarbeid mellom mindre kommuner og/eller ved sjeldne tilstander.
  - Ex. fra Nordhordland hvor de følger de mest komplekse pasientene. De tilbringer egentlig veldig lite tid i sykehusene, men skal spesialistene kanskje være med å jobbe forebyggende FØR de blir innlagt i sykehus?
- LMS-tilbudet bør også ut i kommunene, involvering av kommunene i forhold til dette. Rådgivning til Frisklivssentralene - Veilede, utveksle kunnskap, samarbeide om tilbud. Kompetansebygging i kommunen ut i fra de områder der det trengs
- Mange kontroller i sykehus bør kunne erstattes med hjemmebasert rapportering fra pasienten selv, der involvering av ressurser i Spesialisthelsetjenesten bare utløses ved negativ skår.