

1 Samhandling spesialister

1.1 Avklarte forventninger/ klare rutiner

Forklare hva en henvisning er. Ansvarsoverdragelse. Får tilbake en melding tilpasset meg der det står hva som var, hva som skjedde og hva som skal skje. EKSEMPEL: claudicatio intermittens

Og så er det jo sånn at hvis jeg henviser inn i det helt private, så vil jo jeg stort sett få en epikrise tilbake igjen endt behandling. Fordi at det ... altså, det er vel ... sånn som vi er opplært.

det er nok lettere å ha avklart forventninger med de man samarbeider mye med. Sant. Der det er mindre folk i omløp og klare rutiner

1.2 Brudd på forventninger

**Forskjellige forventninger:
Hva slags informasjon bør deles?**

De beste epikriser og det man husker, er de som kommer fra kirurgen - der det står: pasienten ble innlagt for blindtarmbetennelse, operert, ukomplisert forløp

Mange ganger når det gjelder epikriser, og det som er mindre bra med dem så er det jo hvis det går svært lang tid før de kommer, og så synes jeg jo i de epikriser vi får fra enkelte avdelinger på sykehuset, og f.eks. fra fysmed og rehab, kliniske nevropsykologi, og arbeids&miljømedisin - og noen ganger fra psykiatrien – de er jo så jævla lang at du har jo ikke tid å lese gjennom alt som skrives – f.eks.

**Manglende tilgjengelighet
Sykehuset har et veiledningsansvar for fastleger. I tillegg vil man ofte trenge kontakt med sine samarbeidspartnere for å diskutere spesifikt rundt pasientforløp.**

Ja. Det kommer an litt på avdelingen. Men ... men som regel så er det veldig, veldig greit å få tak i ... relevant person i hvert fall.

Det viktigste behovet, det er å kunne sende meldinger og få svar på dem. Det handler ikke så mye om IT lenge. Det handler mer om tilgjengelighet til ... og organisering av sykehusene og spesialisthelsetjenesten.

Dårlig/manglende arbeid:

Ja det er litt dumt hvis det går flere måneder...for det kan jo skje... før epikrisen kommer, og pasienten har fått beskjed fra UNN om oppfølging fra fastlegen, la si etter en uke eller sånn, og pasientene husker jo ikke hva de skal ta og så er ikke epikrisen heller kommet... så da vet du som fastlege ikke hva du skal gjøre, og noe kan man jo selvfølgelig gjette seg til, hvis man vet hva som er gjort på sykehuset.

Og ofte så må jeg ... så sier jeg jo at de skal ringe meg tilbake. Og så ringer de aldri. Og så må jeg ringe og purre. Og så ... det er en del frustrasjon rundt det

1.3 Nye forventninger:

Balansen mellom primærhelsetjenesten og sykehus/spesialist forrykkes.

Pasientmassene bare skyves ned ... sykere og sykere når de blir utskrevet og sånt

sykepleierressurser, for eksempel, og sånne tekniske prosedyrer som gjøres i hjemme

Sånn som i xx så har jo hjemmetjenesten fått økende komplekse brukere som krever veldig mye

2 Samhandling primærhelsetjenesten

Funksjoner flyttes ut av sykehuset/Nye oppgaver for kommunen

Fastlegen sitter med stort faglig ansvar for disse nye komplekse og ressurskrevende pasientene

Ikke en “dårlig” utvikling

Og det jeg synes også har vært positivt, er jo at fagkompetansen nede på sykehjemmet her har jo på grunn av det her økt veldig

(Er det mer stress/arbeid?) Ja. Det er jo det. Men dermed så har vi muligheten til å gi pasienten et bedre tilbud ute i kommunen også, enn at de er nødt til å være på sykehjemmet ... nei, på sykehuset

Uforsvarlig ansvarsoverdragelse:

I går så hadde jeg en runde med psykiatrien der psykiatri ... overlege ønsket at det var jeg som skulle gjøre noe som jeg overhodet ikke har kompetanse til.

Oversikt over ressurser?

Stor variasjon. Kommunelege:

Jeg jobber i en liten kommune der jeg nærmest har totaloversikt. Jeg treffer pasientene mine på butikken. Jeg har ører og øyne overalt, fordi at jeg kan få bekymringsmeldinger fra en nabo, fra en venn, ifra helsetjenesten for øvrig, ikke sant, psykisk helse. De sier at han har ikke kommet på disse her samlingene våre på lørdager på lenge, og jeg lurar på om det kan være noe med ham. Og så ... når de ikke dukker opp, så er det kanskje et problem på gang. Og da må en oppsøke eller ta en telefon og ringe dem. Sånn at ... jeg får hjelp av det at jeg har en liten kommune der jeg faktisk nesten ser alle pasientene mine. Dette er mye verre i en by. Men da kan du si at da er det enklere å få oversikt over hvilke kanaler jeg har for å hjelpe med.

“Altså, vi vet hva slags støtteapparat de har rundt seg”

Samfunnet blir mer og mer spesialisert, kommunen blir større, flere avdelinger, vanskelig å få oversikt

Fastleger føler seg ikke avlastet

Går ikke bare på at det nå er mer arbeid

Fordi at det er en enorm informasjonsflyt for tiden

Fastlegen sitter fortsatt alene igjen med

“legeoppgaver”:

Jeg kan telle på en hånd de kommunene jeg har hørt som har tatt et initiativ i en sånn sammenheng for å bringe fastlegene inn i samhandling om pasientforløp, bringe fastlegene inn i diskusjoner omkring antibiotikaforskriving, B-preparatforskriving, ibrukttagelse av de nye pakkeforløpene ... Det er ikke mye interesse fra kommunenes side.

over hva som finnes av tilbud/ressurser.

EKSEMPEL: claudicatio intermittens, gangtrening, røykestopp, vektreduksjon, kosthold

Kommunehelsetjenesten er det ... vi er jo veldig siloorganisert.

Vi kan kommunisere med noe som heter Frisklivsentralen, som er et sånt kommunalt tilbud for ... opptrening, sånn gruppetrening, for ... ja, forskjellige pasientgrupper. Dem kan vi henvise elektronisk til. Men for eksempel de som har med de eldre å gjøre ... det begynner å bli så mange tilbud i kommunen. For eksempel har du trening for eldre, noe som heter styrkebølgen. Og de har noe som heter hverdagsrehabilitering. Og de har fysioterapeut som drar hjem og trener. Der er ... det vet vi ikke noe om, hva som ... har skjedd der innen

Opprettes tilbud i kommunen som ikke fastlegen ikke har et et avklart samarbeidsforhold til (eller engang oversikt over).

Det fungerer jo godt for dem, fordi de har jo veldig mye mer ressurser. De kan dra hjem og være hjemme hos den pasienten i timevis og kartlegge ting og ... helt annen ressursituasjon enn vi har ... som må kanskje ta det på tur hjem og stikke innom og være der i et kvarter.

Hva kan de forvente av samhandling fra nye aktører?

I xx kommune så er det jo tildelingskontoret som bestemmer hvor mange timer hver bruker og hva de skal få hjelp til

Men ofte får vi ikke den informasjonen vi trenger. Og det er jo internt også i kommunen, at når den blir opprettet at de får hjemmetjenestetilbud, så får ikke vi melding fra tildelingskontoret at nå er den her pasienten ... bruker av hjemmetjenesten.

Utfordringen er utnytte de ressursene som er (nytilkommet?). Fastlegen risikerer å sitte igjen isolert med stort ansvar for et system de ikke har kontroll over.

Men det går på ... det går på pasientforløp og finne hensiktsmessige løsninger både for pasientene og for helsevesenet, og sortere bedre hvem skal inn og hvem kan vente og hvor skal de hen. Flyten. Ja.

Med flere aktører og dårligere definerte roller blir personlig kontakt desto viktigere. Flere opplever at denne kontakten blir vanskelig å opprettholde.

I en kommune som xx, som er så stor, så kan vi ikke ha type samarbeidsmøter med alle vi skal samhandle med. Det går ikke. I en liten kommune så er det jo fint. Og egentlig møtes person til person er jo det aller beste. De får det jo til, sånne små kommuner.

Og så har vi en del hjemmesykepleiere som kommer innom. Det er vi jo veldig glade i.

Det som er litt fasinende, er at jeg samhandler ganske mye med folk som jeg ikke vet hvem er ... som jeg aldri har snakket med, men som heter et eller annet elektronisk navn. Og det varierer hele tiden.

Og så gjør det at jeg ... alltid lurer litt på: På hvilket nivå er denne her ... xx, for eksempel? Hvor mye kan jeg stole på det hun gjør? For jeg vet liksom ikke helt nivået. Det var litt annerledes før, fordi at da var de innom kontoret. Da leverte de prøver sånn og sånn, eller de var innom og så snakket vi litt sammen, og så diskuterte vi litt. Vi gjør ikke det lenger. Vi snakker ikke på telefonen lenger het

3 EPJ systemer: Medisinliste

Når man snakker om samhandling tas nesten alltid medisinlisten opp. Laget det til en egen underseksjon. Avgjørelsen om hvordan medisinlisten skal se ut er et "obligatorisk" samhandlingsprosjekt for alle pasienter. For å få systemet til å gå rundt vil man ofte forsøke å avgrense pasientens problemer. **EKSEMPEL: claudicatio intermittens, platehemmer ASA 75mg.** Men medisiner påvirker hele kroppen, så alle må vite (eller ha mulighet til å finne ut) hva pasienten tar.

Systemet fungerer bra så lenge man ikke går utenfor legekantoret.

Mens på journalsystemet mitt så er det jo sånn ... hvis for eksempel en pasient sender en reseptforespørsel elektronisk ... sant, hvis du var pasienten, så kan du sende en reseptforespørsel elektronisk der du kan skrive: Trenger blodtryksmedisin. Og så ligger det en knapp i det samme bildet som heter «forskriv resept». Og når jeg trykker på den knappen, så havner jeg inn i medikamentmodulen. Og så haker jeg av riktig resept, og så trykker jeg «control p» og koden min, og så er resepten sendt.

Problem nummer en

Og så ligger det litt sånn bits and pieces over alt. Noe ligger i journalen. Noe ligger i røntgen. Noe ligger i lab. Og ingen har det komplette bildet. Og medisinlista er jo skrekkszenarioet på toppen

Historien om medisinlisten vil ligne de fleste samhandlingshistorier. Homper og går, men krever mye arbeid og er sårbart for feil.

Stort sett så føler jeg at vi samarbeider bra. Men vi har litt dårlig verktøy for å samhandle

Felles liste

I utgangspunktet skal det bare finnes en listen, listen over medisiner som pasienten faktisk tar.

Det finnes bare en liste over medisiner som er i bruk. Alle andre er jo feil hvis den ikke er det som pasienten bruker. Og nå har vi jo der typisk, ikke sant ... Hjemmesykepleien har en. Pasienten har en. Fastlegen har en. Sykehuset har en. Og ingen av dem er like.

Og så er du jo avhengig av at fastlegen har hatt tid til å sitte og oppdatere medisinlista lokalt, for det er en forferdelig jobb.

Fører til feil og uforsvarlig behandling:

Så ... senest her i går, da var det en pasient som ... som ikke hadde brukt en medisin ... viktig medisin, på et år. Fordi at han hadde hørt fra sykehussiden at han skulle slutte å bruke den. Og så står det ingenting i epikrise om det. Og så står det på alle notater ... jeg gikk igjennom alle notater da, siste året, det var ganske mange. Og når jeg går igjennom da, så står det at han bruker den medisinen.

Felles kontekst

Tilgang til samme liste er ingen garanti for at feil ikke skjer. (Legen vil ha kontroll?)

Og så kan man jo diskutere mye fram og tilbake om det er fremskritt hvis alle på en måte får tilgang til reseptmodulen og kan bare seponere og få nye og sånt som det bare passer. Fordi det er klart at det er jo helt klart et område med mange feilkilder og mange feil som skjer. Men jeg tenker at på en måte alle har lik tilgang til det, så tror jeg ikke at det gjør feilene mindre.

Trenger også en felles kontekst/forståelse for hvorfor listen er som den er.

Fordi at jeg står jo ansvarlig for den forskrivningen jeg gjør. Og når jeg da ikke kan verifisere at det faktisk stemmer, så ... Sant, senest for en uke siden så fikk jeg bestilling av nye resepter på en sånn multidoses pasient Så da fikk jeg bestilling på medikamenter som jeg ikke kjente til at pasienten brukte. Og så skrev jeg tilbake igjen. Og så fikk jeg svar fra hjemmesykepleien om at jo, men pasienten var nylig kommet fra sykehjem. Og så fikk jeg det ikke til å stemme heller, fordi at det var litt rare medikamenter i forhold til det. Så da spurte jeg en gang til. Og så viser det seg da at da hadde de sendt bestilling på feil pasient

Hvordan er EPJ tilpasset slike oppgaver?

Dårlig. Ting blir hele tiden bedre:

Nei, altså, det at alle bruker e-resept medfører jo en bedring. Fordi at når ... altså, nå har jeg i det minste tilgang til å vite hva slags medisiner som har blitt skrevet ut i alle bauger og kanter.

Men fortsatt er det ting som mangler.

Hvorfor er det ikke en "masterliste" i en sentral database? Hvorfor er det ikke elektronisk støtte for multidoser

4 Dialogmeldinger

Interessant. Fordi vi har snakket med folk fra hele landet har vi truffet de som ikke har PLO i det hele tatt, de som kun har mot primærhelsetjenesten. De som har hatt det lenge, og de som nettopp har fått det.

Svært fornøyd

Jeg kan jo trekke frem at jeg synes jo samhandlingen med veldig mange sykehusavdelinger har blitt veldig mye enklere etter at vi fikk innført elektronisk dialogmelding

Smidig mellomkontakt

Men jeg synes det er mye bedre å bare skrive en melding og få det avklart sånn, altså. For så sitter jeg nå og ringer da. Og så tar de ikke telefonen, og ... ja. Så det er mye sånn tid som går bort også

Nye oppgaver, nye krav til samhandling, spare ressurser

Men det å få det mot sykehus har også vært en veldig fin ... utvikling. Fordi at du kan ... du kan få svar på korte spørsmål. Du kan få ... i stedet for å måtte henvise

Ekstra funksjonalitet:

Sånn at i noen tilfeller så kunne sannsynligvis en videokonsultasjon med hjemmesykepleien vært nyttig. De kunne filmet noe ... jeg kunne fått sett et sår, de kunne vist meg type gangfunksjon eller et eller annet sånt ... på en helt annen måte.

Kultur

Senker terskel for kommunikasjon (begge veier)

Ja. Det er ... terskelen for å gjøre det ... Jeg gjorde jo det før også ved å gjerne ringe og spørre en spesialist til råds. Men terskelen for å gjøre det er mye lavere, særlig fordi at jeg kan gjøre det når jeg sitter og gjør papirarbeid på kveldstid.

Mot spesialister

Og det er veldig stor forskjell hvor fort det går, men de avdelingene som har tatt det på alvor ... er det et kjempeverktøy for oss i hvert fall.

Og en avklaring der også på svartid, sant. Altså, når jeg har sendt en forespørsel, hvor lang tid skal jeg forvente at de bruker? For der også er jeg litt sånn ... når skal jeg purre? Skal jeg la det gå tre dager? Skal jeg la det gå fem dager? Skal jeg la det gå en uke? Hvordan vet jeg om det har kommet frem?

Mot primærhelsetjenesten

Men ofte så var det sånn ... Ønsker en gjennomgang av medikamentene og en vurdering av om det kan gis på annet vis osv., ikke sant. Og det er en legemiddelgjennomgang som er en ganske stor sak

i noen organisasjoner har lagt seg til en ukultur om å maile om alt og kommunisere om veldig mye stikk. Så mister man flyten i det. Og så blir det veldig mye korte meldinger. Og det er jo faren ved å være i samme system, tenker jeg.

Generelt:

kommunikasjon er supert, men vi har noen utfordringer i forhold til å lære oss noen regler.

Men så er det noe med å ikke slite ut ... slite ut motparten.

5 Dele dokumenter

Viktigst for “de andre”

Jeg ser for meg kanskje det at det hadde blitt lettere for spesialisthelsetjenesten, jeg da, å få informasjon om hva som foregår på fastlegekontoret. For det er jo ofte det at pasientene blir akutt innlagt, og så er det ingen som vet noen ting om dem. Så det er det jeg tenker er den ... at grunnen til at fastlegen blir litt i sentrum her, altså, på pasientflyten ... eller informasjonsflyten. At vi sitter liksom som kjernen. Og så kan de andre inn til oss og hente informasjon.

Syns dagens system fungerer godt

Sånn som det er i dag så sitter jeg med mitt system. Og så sender jeg den kunnskapen som jeg tror er nødvendig i en henvisning til sykehuset. Og så sender de det de tror er nødvendig tilbake til meg i en epikrise. Og det fungerer ganske godt.

Forbedre kvalitet på arbeid

95 % av pasientene ligger jo i vårt datasystem som jeg har på dagtid. Og på legevakt så bruker vi akkurat det samme datasystemet. Og det er en stor fordel.

Finner relevant kontekst i forhistorien (hvordan var det før?)

Det er jo noen pasienter man treffer for første gang på legevakta – og så tar man kreatinin (blodprøve) på legevakta for å sjekke nyrefunksjonen, og så får man en litt forhøyet verdi, og så aner man ikke om det her er noe som har vært lignende for 5 år siden, eller om det er ny tilkommet – og hvis man da har hatt tilgang til DIPS, kunne man gått inn å sett om pas har vært på sykehuset tidligere og tatt lignede prøver...

Ikke alltid lett å vite hva andre trenger.

Vi ønsker å se på pasienten, men først så må du gjøre det og det og det. Og så er kanskje det og det og det allerede gjort. Men det ser ikke de, for de ligger i vår journal. Og så hadde ikke vi som fastleger tenkt på at det var relevant. For det ... spesialisten så det som relevant, fordi de la sammen ... noe to og to som ikke vi hadde tenkt på. Og der blir det mange sårne ... vi bare sitter og er litt sånn sekretær, da. Skufler data frem og tilbake. Og så ligger det litt sånn bits and pieces over alt. Noe ligger i journalen. Noe ligger i røntgen. Noe ligger i lab. Og ingen har det komplette bildet.

Forhindrer dobbeltarbeid

For eksempel i ... revmatologen, da, som ofte tar mye prøver eller ... endokrinologen og såne ting, de legger ofte oss på som kopi. Og da ser du alle prøvene som er tatt, merket med at noen andre var rekvirent. Og det er veldig nyttig. Fordi at hvis du uansett følger pasienten for en diabetes eller kolesterol eller hva det er, så slipper du å drive å ta prøvene på nytt for det første.

Hva skal deles?

Jeg tenker at det er fint at den tekniske muligheten er ... få et innsyn, og at de kan for eksempel se på lokale prøvesvar og sånt er veldig hensiktsmessig.

Og opp imot røntgen så har det vært ... det er klart, det blir spennende å se om man får tilgang til røntgenbilder, da, typiske [?] bilder i det journalsystemet

Tilgangskontroll?

Taushetsplikt

og pasientene er veldig ... er nok veldig glad i om vi hadde sett mest mulig av medisinske opplysninger. For i mange henseende er jo det veldig praktisk. Men vi har jo også tematikk som handler om ... ja, samliv, pårørende, private ting som vi tenker er fint å ha plassert på rett sted. Så det er jo kanskje de aspektene vi ser.

Markere hva bare jeg skal se?

Markere “hva andre kan se?”

Hva er praktisk å dele?

Men jeg tenker at det er veldig greit hvis vi har en eller annen form for tilgangskontroll der vi kan aktivt si hva vi tenker er lurt at de ser på.

Avansert PLO?

Men at det kan være mulighet for at for eksempel vi ... ved en innleggelse, da – tenkt eksempel – så kan en si at en går inn ... og så når en sender henvisning av gårde, så kan en ha da en knapp der man kan gå inn i journalen og se ... klikke ut relevante journalnotater, aktuell problemstilling, og så klikk, klikk, klikk, klikk.

Blålystilgang?

For det handler jo bare om å begrense hva du viser. Det her er jo database. Så det må jo være mulig å si at: Det her er sykehusjournal. Det her er fastlegejournal. Noe trenger du bare tilgang til når du ber om det

Faremomenter

Dokumentasjonskultur

det er helt sikkert mange som synes det er vanskelig å bli kikket i kortene.

Og så blir det jo utfordrende også, fordi at vi skriver jo journal på veldig forskjellige måter. For vi har jo en ... dette er jo vårt dagligdagse arbeidsverktøy, ikke sant. Og dermed så blir måten å journalføre på en helt annen måte enn det jeg gjorde på sykehuset da jeg jobbet der.

Ja. Og egentlig ser jeg for meg at det kan føre til en ... en ineffektivitet hvis vi begynner å jobbe på en mer ineffektiv måte der vi bruker mer tid på å skrive journalnotater.

For pasienten?

Hvordan du formulerer henvisningen din. Hvis du formulerer henvisningen som at ... i ni av ti tilfeller så er det jo helt uproblematisk.

Men det er på en måte sånn det må fremstilles for at det skal bli riktig.

Og det er ikke alltid like heldig at pasienten får fullstendig innsyn i alt som står der. I hvert fall ikke akkurat her og nå.

Information overload

Jeg er veldig redd for at informasjonen ... altså, den vesentlige informasjonen forsvinner i all informasjonstilgangen. Så jeg frykter det. Og jeg frykter at det vil være vanskelig ... altså, at den blir for dårlig søkbar til å finne det man er ute etter til enhver tid.

Trenger kvalitetssikring og strukturering

Jeg tror det vil bli noe likt og noe forskjellig, fordi at du vil fortsatt ha behov for å stille spørsmålet selv om du har infoen. Fordi at du trenger en spesialistvurdering på ... den og den prøven viser det og det. Nå har vi gjort det og det. Vi fant det og det. Hva tenker du som spesialist?

Men man ønsker jo på en måte at noen setter seg ned og har noen tanker på hva som skal skje videre med pasienten, og ha en liten plan og sånn. Og sånn sett tenker jeg at epikrise er jo fortsatt det viktigste verktøyet, egentlig, vi har.

Fordi jeg skal jo ikke lete meg fram i ... på sykehuset sine journaler og finne det som jeg må vite om den pasienten. Fordi det blir jo helt uoversiktlig ...

6 Motivasjon til å bytte

Helseplattformen forsøker å løse problemer som fastlegen har. **Kan bli møtt med skepsis**

Stor risiko Har ikke råd til et system som ikke fungerer

Fordi at det som vi har sett opp igjennom, det er jo det at dårlig arbeidsverktøy er jo ... for det første en enorm frustrasjon. Og spesielt, sant, jeg som jobber som allmennlege er ... altså, vi teller minuttene. Og hvis du da bruker et halvt minutt til ett minutt å skulle åpne en eller annen reseptmodul eller et eller annet vindu som skal åpnes, så er det en enorm kilde til frustrasjon og noe som forsinker veldig mange arbeidsprosesser.

Hvordan skal man få de her til å bytte? For hvis det ikke er fantastisk bra, og man stiller med midler, så blir det ikke aktuelt. Det er ingen som stenger et legekontor og kjører opplæring på personalet ei uke uten at det der kompenseres. Det er store summer.

EPJ-arbeidsprosess

Har i dag kontroll over eget arbeidsverktøy

Jeg tror nok fastlegene og allmennlegene har et mye mer bevisst forhold til egen EPJ enn det sykehuslegene har. Fordi at vi har en betydelig større råderett over eget arbeidsverktøy. Og så er jo vi da redd for at hvis alt blir lagt over på for store hender, så mister vi den innflytelsen. Og vi kan risikere å få noen veldig store ... verktøy som da ikke fungerer i nærheten av det som fungerer i dag, for eksempel. Og som da vil ødelegge veldig mye av arbeidshverdagen vår og kanskje øke faremomentene i forhold til pasientbehandlingen.

Forskjellige informasjonsbehov

i så jo hvor stor forskjell det er i behovet til klinisk brukerflate. Altså om du er sykepleier, om du er sosionom, om du er fysioterapeut, om du er lege ... den ene ekskludere nærmest den andre. De har totalt ulikt informasjonsbehov. De har totalt ulike meninger om hva som skal være relevant. Bare innenfor fagfelt også i samme yrkesgruppe.

Så vi er på en måte ... ikke sykehus light [?], da. Vi har jo våre egne behov som er i tillegg til andre på sykehuset.

Hvordan er systemet som helhet tilpasset samhandling?

Nei, jeg er veldig opptatt av det som et verktøy, ikke sant. Altså, ikke det at det skal være noe fint i seg selv, men at det skal funke.

Det handler ikke så mye om IT lenge. Det handler mer om tilgjengelighet til ... og organisering av sykehusene og spesialisthelsetjenesten

Hvem har kontrollen over utviklingen?

For det som vi merket veldig økning av, var det at spesialisthelsetjenesten nærmest krevde at vi som fastleger skulle kalle inn alle ...

at nei, hun må kontakte fastlege ... når hun har direkte spørsmål rundt det som hun har fått gjennomført på sykehuset.

særlig kompetanse på hva som kan og hva som bør gjøres ute i kommunene.

Sånn som den siste opplevelsen jeg har nå, så er det en pasient som har vært til operasjon, og vært til timer og undersøkelser ... ja, fire ganger i løpet av 14 dager. Og likevel, om hun ringer for å spørre etter den legen som behandlet henne, så får hun beskjed om

det som er den store utfordringen nå, det er det at samhandlingen blir langt på vei definert av helseforetakene. Fordi at det er de som sitter med definisjonsmakten på hva som skal gjøres hvor. Og den definisjonsmakten er litt ... litt rart. Fordi at de har ikke noe

vi kunne nok ha tenkt oss og vært ... vært mer i møter med de på sykehuset for å planlegge det som skal skje på sykehuset. Sånn ... en form for overføring av ... For det er mye som er greit å snakke om og ikke nødvendigvis skrive, da. Så det savner jeg vel av og til at vi skulle hatt. Vi skulle hatt muligheten til og treftes.

Verktøy er knyttet til prosess. Frykter at verktøy vil kunne brukes til å styre arbeidshverdagen deres i en uønsket retning.

Vil verktøyene i epic være godt tilpasset mine behov?