

Møteinnkalling

Tid: 23. mars 2022 kl. 13.00 – 15.00

Sted: Teams

Saksliste

Saksnr.	Sakstittel
11/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden
12/22	Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 19.01.2022
13/22	Innspill til Strategisk utviklingsplan for UNN 2022-2038
14/22	Mandat for Fastlegerådet
15/22	Liste med telefonnummer til vakthavende leger i UNN
16/22	Årlig henvisning for pasienter med kronisk hudlidelse
17/22	Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide
18/22	Henvisning og videre henvisning etter nevrografi
19/22	Ny prosedyre for håndtering av pasienter med hoftebrudd
20/22	Eventuelt med evaluering av møtet

Saksframlegg

Sak 11/2022: Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 12/2021: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 19.01.2022

Referatet er vedlagt (Vedlegg 1).

Innstilling til vedtak:

Referat fra Fastlegerådets møte 19.01.2022 godkjennes.

Sak 13/2022: Innspill til Strategisk utviklingsplan for UNN 2022-2038

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar saken til orientering, og ber UNN ta med følgende innspill til satsingsområder og tiltak som bør prioriteres i utviklingsplanen 2022-2038:

Saksframlegg:

Saken ble innmeldt av Heidi Svanøe Høifødt, prosessmedarbeider/medisinsk faglig rådgiver i UNN. UNN ønsker Fastlegerådets innspill på satsingsområder og tiltak som bør prioriteres inn i UNN sin utviklingsplan 2022 – 2038.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) skal oppdatere foretakets utviklingsplan for perioden 2022-2038. UNN går bredt ut for å innhente innspill, og inkluderer også Fastlegerådet i dette arbeidet. UNN skal

- Sette sammen en strategisk utviklingsplan med utgangspunkt i UNN sin vedtatte strategi for 2022–2025
- Strategien peker ut hovedretningen for hvordan vi skal utvikle UNN
- Utviklingsplanen skal forankre utviklingen av helseforetakets virksomhet i overordnede strategier og rammer (både lokale, regionale og nasjonale)

Utviklingsplanen skal gi grunnlag for prioritering av tiltak for å utvikle virksomheten.

Arbeidet med utviklingsplanen ble behandlet i UNNs ledergruppe 5. oktober 2021.

Saksfremstillingen til ledermøtet er vedlagt møteinnkallingen til Fastlegerådets møte (Vedlegg 2). Fra denne saksfremstillingen siteres følgende (kursiv):

I UNNs strategiske utviklingsplan fra 2015 beskrives syv strategiske hovedretninger; pasientforløp, pasient- og brukervedvirkning, samhandling og funksjonsfordeling, kvalitet og

pasientsikkerhet, utdanning og rekruttering, forskning, teknologi og e-helse. I planen beskrives også fire prioriterte utviklingsområder:

- *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*
- *Psykisk helsevern og rusbehandling*
- *Prehospitaltjenester og mottaksmedisin*
- *Kroniske og sammensatte lidelser*

UNN-styret vedtok i juni 2021 UNNs nye strategi med visjon (Med pasienten, for pasienten), verdier (kvalitet, trygghet, respekt og lagspill) og fem satsingsområder:

- *Pasientperspektiv i alt vi gjør*
- *Medarbeideren er vår viktigste ressurs*
- *Vi er universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge*
- *Vi er åpne om prioriteringer*
- *Vi er en synlig og forberedt samfunnsaktør*

Det vil være naturlig at utviklingsplanen i stor grad baseres på denne nylig vedtatte strategien, og arbeidet som lå til grunn for denne. Utviklingsplanen er likevel mer langsiktig, og skal i langt større grad enn strategien baseres på og beskrive framskrivninger i behov og inkludere flere områder enn strategien gjør.

UNN ber om Fastlegerådets innspill på følgende områder

- Hva skal utviklingsplanen inneholde?
- Hva er etter deres syn viktig for UNN i perioden fram til 2038?
- Hva må til for å klare å opprettholde et robust Universitets- og regionsykehus også framover – med pasienten og for pasienten?
- For å sette dere på sporet om hva som karakteriserer framtidens helsetjeneste; her er noen eksempler på områder UNN kan være mindre og mer involvert i.

UNN: hva skal vi gjøre mindre og mer av de neste 20 åra?

Mindre

- «Livslang behandling»
- Diagnostikk prøvetaking undersøkelser/kontroll som kan desentraliseres/hjemmesykehus, gjøres i ambulanse/helsefelleskap mv if NHSP
- Fysisk oppmøte som kan erstattes av video/digitale tjenester som apper mv som overvåker
- Beredskapsfunksjoner som har mindre nytte/
- Bemanningskrevende beh.linjer som gir liten helsegevinst
- Unødvendige innleggelses, overbehandl, feilbehandl og annet uten stor «effekt»

Mer

- Koordinator og sam-utvikle tjenester
- Harmoniserte tjenester og overvåkn.systemer
- Integrert forskning/behandling
- Spesialiserte sentraliserte tjenester (som avansert persontilpasset medisin og invasiv kirurgi)
- Behandler hele mennesket (kombinasjon av somatikk og psyk)
- Hybrid operasjons- stuer
- Universitetssykehusfunksjon og spydspiss (ex hjerte og prehosp.)
- Sammensatte team som PSHT
- Generalist som støtte for regionale funksjoner
- Oppgaveglidning og attraktiv arbeidsplass, dynamisk bemanning
- Brukerstyrte tjenester/teknologistøtte
- Intensivkapasitet/robuste planer/beredskap

Vurdering:

Det kan være mange forhold Fastlegerådet ønsker å fokusere i sine innspill. Fastlegerådet inviteres til å gi innspill på fritt grunnlag. Her presenteres noen punkter som kan vurderes som utgangspunkt for diskusjon, og eventuelt formuleres inn i vedtaket:

- Fastlegerådet mener det er viktig for UNN å øke sin kompetanse på primærhelsetjenesten, både fastlegenes arbeid og den øvrige kommunehelsetjenesten. Det kan for eksempel gjøres ved å etablere en ordning med sykehusleger som praksiskonsulenter hos fastlegene. Dette kan også være aktuelt for andre yrkesgrupper.
- Fastlegerådet mener det er viktig at UNN øker sin bevissthet om at fastlegene og primærhelsetjenesten er den viktigste portvokter/leverandør av pasienter til UNN, og arbeider for å bli et enda mer utadrettet sykehus. For eksempel kan det etableres flere team som kan ambulere til sykehjem og legekantor ved behov. Ambulering til sykehjem kan være særlig aktuelt, for eksempel for mindre kirurgiske inngrep, øyeundersøkelser mv Dette kan gi mer hjemmebehandling.
- Fastlegerådet støtter mer fokus på sam-utvikling av tjenester. UNN utarbeider og iverksetter en del prosedyrer hvor også primærhelsetjenesten har en rolle. Det er viktig at representanter for primærhelsetjenesten involveres i sam-utvikling av prosedyrene i samsvar med inngåtte avtaler om samarbeid.
- Fastlegerådet tilrår at utviklingsplanen inneholder en tydelig overordnet beskrivelse av en linje mellom utviklingsplanens føringer og konkrete tiltak.
- Fastlegerådet mener at utviklingsplanen bør ha en tydelig beskrivelse av hva det innebærer å være et utviklingsområde.

Sak 14/2022: Mandat for Fastlegerådet

Innstilling til vedtak:

1. Fastlegerådet godkjenner vedlagte reviderte Mandat for Fastlegerådet
2. Det reviderte mandatet oversendes SSU for endelig godkjenning

Alternativ innstilling til vedtak:

Fastlegerådet fastholder godkjenningen av Mandat for Fastlegerådet slik dette forelå til møtet 19.01.2022.

Saksframlegg:

Fastlegerådet drøftet mandatet i møtet 19.01.2022. Fastlegerådets forslag til mandat ble behandlet i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) sitt møte 22.02.2022. SSU gjorde følgende vedtak (kursiv):

1. *Strategisk samarbeidsutvalg godkjenner ikke mandat for fastlegerådet*
2. *Mandatet sendes tilbake til fastlegerådet for ny behandling med de innspillene som fremkom i dagens SSU-møte.*

I e-post korrespondanse i etterkant av SSU møtet beskrives innspillene fra møtet av SSU-representant Alf Lorentsen (kursiv):

Erstatte 3 kulepunkt i avsnittet Oppgaver og ansvar med:

Fastlegerådet skal behandle og gi innspill på saker om oppgavefordeling av helsetjenester mellom UNN og kommunene. Fastlegerådet har også mandat til å gi innspill til tjenesteavtaler som berører oppgavefordeling, og partnersnes ansvar for å sikre helhetlige pasientforløp.

Alternativt kan forslaget fra Heidi (Eriksen Laksaa, kommunalsjef Narvik) brukes. Dette gikk på å ta inn ordet, kommunene, i første kulepunkt, samme avsnitt.

Vurdering:

Det enkleste her er kanskje å ta inn ordet «kommunene» i første kulepunkt i avsnittet «Oppgaver og ansvar». Da imøtekommes ønsket fra SSU, samtidig som det ikke endrer Fastlegerådets karakter, da dette jo har vært vektlagt også tidligere. Det fremkommer også allerede i mandatets avsnitt «Bakgrunn og formål», tredje kulepunkt. Vedlagt er nytt mulig forslag til mandat, med SSUs endringer markert med rødt (**Vedlegg 3**).

Alternativt kan Fastlegerådet gå inn for å ikke endre mandatet, med begrunnelse i at dette allerede er ivaretatt i mandatets formål, og at man ved å ta det inn under avsnittet Oppgaver og ansvar utvider mandatet slik at det overlapper med SSU sitt mandat og utvider Fastlegerådets oppgaver på en u håndterlig og lite hensiktsmessig måte. Oppgavefordelingen mellom SSU og FLR bør opprettholdes.

Sak 15/2022: Liste med telefonnummer til vakthavende leger i UNN

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering.

Saksframlegg:

I Fastlegerådets møte 09.06.2021 (sak 14/21) ble det tatt opp at fastlegene ønsker en liste med telefonnumre til vakthavende leger i UNN. Saken stod igjen på sakslisten til Fastlegerådets møte 17.11.2021 (sak 28/21). Her ble det besluttet at saken skulle tas opp igjen på møtet 19.01.2022. I dette møtet ble følgende vedtatt (sak 5/22):

Fastlegerådet drøftet saken på nytt. UNN bes arbeide videre med ønsket fra fastlegene om liste over vakthavende leger i UNN, og komme med en avklaring av om det lar seg imøtekomme. Saken tas opp på nytt i neste møte 23.03.2022.

Siden forrige møte har UNN arbeidet videre med saken. Det har i tidligere runder vært uavklart hvordan telefonlistene skal distribueres, noe som har bidratt til at UNN har holdt igjen. Det bør avklares hvem som får tilgang til listene etterhvert dersom de sendes ut på e-

post. UNN fortsetter arbeidet med saken, som må tas opp med klinikksjefene/direktørens ledergruppemøte.

Det har også fremkommet at det bare var halvparten av legekantorene som ville gi fra seg telefonlisten UNN ba om med prioriterte nummer til legekantorene.

Vurdering:

Dette er en sak som det har vært arbeidet med i mange år. Sentralbordet ved UNN har i dag et prioritert nummer som brukes for fastleger som ønsker kontakt med kollega i UNN. Dette brukes inntil videre. Det kan også være en tanke at de fastlegekantorene som så langt ikke har gitt sine direktenummer til UNN, planlegger for utveksling av telefonnummer når UNN har fått en liste på plass.

Sak 16/2022: Årlig henvisning for pasienter med kronisk hudlidelse

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering. Fastlegerådet ber om at informasjonen formidles til UNN-leger og fastleger.

Saksframlegg:

Saken ble meldt i Fastlegerådets møte 17.11.2021 av Merete Bergan Svendsen, fastlege/assisterende kommuneoverlege Harstad (sak 33/21 - Eventuelt). Her siteres fra møtoreferatet:

Pasienter med kronisk hudplager som går til lysbehandling må ha årlig henvisning til tross for kronisk diagnose. Innspill på at pasienten ikke får refusjon fra HELFO dersom det er gått over ett år uten ny henvisning.

Leif Røssås inviterer inn hudlege til neste møte med mer informasjon.

Denne saken er en oppfølging av sak 09/22 fra Fastlegerådet 19.01.2022, hvor hudlege var invitert men ikke kunne møte.

Hudavdelingen har altså bedt fastlegene om årlig henvisning for å forlenge lysbehandlingen for pasienter med kroniske hudlidelser. Det er tatt kontakt med HELFO for å få en avklaring av om årlig henvisning er nødvendig. HELFO skriver i en e-post datert 06.01.2022:

*Takk for henvendelsen. Det trengs ikke ny henvisning hvert år. Ønsker å vise til merknad B3 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege:
«En henvisning gjelder til behandlingen for den aktuelle sykdomstilstanden er avsluttet. Henvisningen skal følge første regningskort for behandlingen. Der henvisningsopplysningene går frem av regningen, slipper legen å sende henvisningene til HELFO».
Vennlig hilsen **Rikke Saur** Førstekonsulent Helfo veiledning for helseaktører*

Bjørn Kvammen, seksjonsoverlege ved Hudavdelingen, er invitert til Fastlegerådets møte for å drøfte dette i lys av avklaringen fra HELFO.

Vurdering:

Avklaringen fra HELFO ser ut til å gjelde for hud og alle fagområder der spesialisthelsetjenesten rutinemessig ber om ny henvisning etter at pasienten har gått i behandling i ett år, og behandlingen anbefales kontinuert. Dette bør formidles til UNN-leger og fastleger. Saken kan være aktuell for Fastlegenytt.

Sak 17/2022: Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering. Fastlegerådet drøftet utsendelse av prøvesvar på papir i tillegg til EPJ, og kom til at

Saksframlegg:

Saken ble opprinnelig meldt av daglig leder Thomas Backer-Grøndahl ved Sjøkanten Legesenter i Harstad. Han beskrev at det skaper unødvendig arbeid for fastlegene at papirarket med informasjon om blodtype og ev. antistoff-oppfølging sendes til legesentrene i stedet for at dette sendes rett hjem til pasientene. Han mener fastlegekontoret da må postlegge dette til pasienten og er bekymret for forsinkelse.

Faktum i saken er at nasjonale rutiner for profylakse til kvinner som er RhD-negative og bærer RhD-positivt foster ble endret fra 01.09.2021. Profylaksen i uke 28, som tidligere har blitt satt i sykehus (med noen unntak i Helse Nord), skal nå settes hos fastlege eller jordmor. Se brev fra Helsedirektoratet datert 02.06.2021 (**Vedlegg 4**).

Som alltid er det rekvirent som skal følge opp prøvesvar. Svaret kommer i EPJ og i tillegg på papir til rekvirent.

I kommunikasjon om denne saken, melder overlege Mirjana Grujic Arsenovic ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin følgende problemstilling fra en annen helseregion:

Prøvene som kommer tilbake til fastlegen er ikke merket som patologiske (det er de jo egentlig ikke). Det kan da være en fare for at de blir oversett og at kvinner som skulle hatt profylakse ikke får det. I helseregionen hvor denne problemstillingen kom fram får de ikke prøvesvar på papir.

Arsenovic skriver: Vi ville også slippe å sende papirsvar fra oss (og gjorde det) men er litt bekymret for at noen kvinner ikke vil få profylakse. Vi kan ikke merke disse som «patologiske svar». Hva er rutiner i oppfølging av gravide? Vil man oppleve at flere ikke blir beskyttet når pasientene ikke får et svar?

Vurdering:

Det er viktig at kvinner som skal ha profylakse fanges opp, og utsendelse av prøvesvar på papir i tillegg til i EPJ har kan være en ekstra sikkerhet for at dette ikke glipper. Fastlegerådet inviteres til å drøfte hvilke rutiner som bør gjelde for at disse pasientene skal fanges opp og bli best mulig ivaretatt.

Sak 18/2022: Henvisning og videre henvisning etter nevrografi**Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering.

Saken er en oppfølging av sak 08/22 fra Fastlegerådets møte 19.01.2022, hvor det ble gjort følgende vedtak (i kursiv):

Fastlegerådet drøftet saken med overlege Stein Harald Johnsen. Fastlegerådet henstiller til Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR), legeseksjonen Nevrologi, om å vurdere endring av rutineene og henvise videre direkte til annen utredning/behandlende instans ved positive funn, med kopi til fastlegen.

Saksframlegg:

Saken ble opprinnelig meldt i Fastlegerådets møte 17.11.2021 av Merete Bergan Svendsen, fastlege/assisterende kommuneoverlege Harstad (sak 33/21 - Eventuelt).

Overlege Stein Harald Johnsen stiller i møtet for å orientere om hva avdelingen har arbeidet med siden sist vedrørende intern oppfølging av videre henvisning etter nevrografi.

Sak 19/22: Ny prosedyre for håndtering av pasienter med hoftebrudd**Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering. Fastlegerådet ber om at informasjonen formidles til UNN-leger og fastleger.

Saksframlegg:

Fastlegerådet har fått informasjon fra Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) ved rådgiver Torill Davida Nilsen om et gjennomført forbedringsprosjekt for hoftebruddpasienter i UNN. Nilsen skriver (i kursiv):

UNN har over år hatt lav skår på nasjonale kvalitetsindikatorer når det gjelder tid fra skade til operasjon for pasienter med hoftebrudd. Det har vært jobbet med forbedring av forløpet ved flere anledninger. Høsten 2021 og i vinter har Operasjons- og intensiv klinikken (OPIN) og Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) jobbet med tiltak for å korte ned tid til operasjon etter at pasienten er kommet inn i sykehuset. I tillegg har ei arbeidsgruppe bestående av representanter fra OPIN, NOR, Akuttmottaket, AMK og

Ambulanseavdelingen jobbet med hvordan vi kan korte ned tiden fra skade er oppstått til pasienten blir operert.

Endringene er satt inn i prosedyren som var på høring i 2020 og som da het Fast-track hoftebrudd UNN-Tromsø, men nå heter Prosedyre hoftebrudd UNN Tromsø (Vedlegg 5). Hensikten med prosedyren er å korte ned tiden fra personer med hoftebrudd skader seg til de blir operert. Studier viser at rask behandling av hoftebrudd reduserer komplikasjoner og død. I denne prosedyren er den viktigste endringen at ambulanspersonell som mistenker hoftebrudd skal kjøre pasienten direkte til sykehuset uten kontakt med fastlege/legevakt først.

Prosedyren er planlagt innført 28.3.22 og da i første omgang gjeldende for Ambulansestasjonen i Tromsø, men etterhvert breddes ut til alle opptakskommuner for UNN Tromsø. Innføringen styres av ambulansetjenesten.

Legger ved prosedyren slik den fremstår nå samt et rundskriv som omfatter Ansvar for pasientene i de akuttmedisinske tjenestene (Vedlegg 6). NB flere av linkene til docmap fungerer ikke – men det jobbes med saken.

Takk for at du bidrar med å formidle endringen. Ta kontakt om du trenger mer informasjon.

Sak 20/2022: Eventuelt med evaluering av møtet

Evaluering: Gjennomgang av dagens møte med tanke på kontinuerlig forbedring. Sakspapirer, referat, utsendelser, møteledelse, deltakelse fra de ulike partnerne, møteforberedelse og annet som ønskes nevnt.

Møtereferat Fastlegerådet (FLR)

Møtetid: 19.01.22 kl 13.00-15.00

Sted: PET- senteret møterom 914 / Digitalt Teams

Tilstede

Faste medlemmer:

- Leif Røssås, fastlege Tromsø kommune, PKO-leder (praksiskonsulent)UNN/leder Fastlegerådet
- Lars Nesje, fastlege, og kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy
- Haakon Lindekleiv, medisinsk fagsjef og senterleder Fag- og kvalitetssenteret UNN
- Peter Kalinichenko, kommunelege Balsfjord kommune/repr. Tromsø-området region
- Kine Raae Østvik, fastlege Narvik kommune
- Anita Pedersen, Fastlege/kommuneoverlege Kåfjord.
- Kristin Vik Hagerupsen, konstituert kommuneoverlege, Harstad
- Morten Høyer, Fastlege Tromsø
- Elisabeth Dalgård, Medisinskfaglig ansvarlig lege/Fastlege i Sørreisa og Dyrøy
- Andreas Holund, Overlege psykisk helse og rus klinikken, SPHR Ofoten

Sekretariat:

- Lene Kristiansen, rådgiver Samhandlingsseksjonen UNN
- Anne Helen Hansen, rådgiver Samhandlingsseksjonen UNN

Observatør

- Merete Karin Bergan Svendsen, Fastlege og ass.Kommune-overlege Harstad kommune

Forfall:

Hanne Karen Aslaksen, Seksjonsoverlege nevrologi, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken

Tilstede på sak:

- Harald Roar Lind, Fag og kvalitetsavdelingen UNN, Sak 04/22
- Stein Harald Johnsen, Overlege Nevro, Hud, Rauma UNN Sak 08/22

Saksnr.	Sakstittel
01/22	<p>Innkalling og saksliste Leder for Fastlegerådet Leif Røssås ønsker velkommen til møtet for Fastlegerådet, som nå er en del av Helsefelleskapet i Troms og Ofoten.</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste er godkjent.</p>
02/22	<p>Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 17.11.21 Utkast til referat fra Fastlegerådets møtet 17.11.21 ble sendt ut kort tid etter møtet. Det kom ingen innsigelser til referatet innen tilbakemeldingsfristen og referatet ble deretter publisert på Helsefelleskapet Troms og Ofotens nettside: www.helsefelleskapet.no</p> <p>Vedtak: Referat fra Fastlegerådets møte 17.11.21 godkjennes</p>
03/22	<p>Mandat for Fastlegerådet Fastlegerådet er blitt en del av Helsefelleskapet Troms og Ofoten, og regnes som ett faglig samarbeidsutvalg. Fastlegerådets mandat var i behov for revidering opp mot ny organisering og forslag til mandat ble gjennomgått under dagens møte, mot ny utgave av mandat er lagt til som vedlegg. Helsefelleskapet Troms og Ofoten har brukerrepresentanter på alle nivå, og Fastlegerådet vil få inn en brukerrepresentant i sin medlemssammensetning.</p> <p>Forslag til vedtak Fastlegerådet fikk presentert forslag til mandat. Mandatet ble diskutert, og Fastlegerådet stiller seg bak forslaget.</p> <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> Fastlegerådet godkjenner forslag til mandat med endringer som framkom i møtet: <ul style="list-style-type: none"> Fra UNN deltar medisinsk fagsjef, fortrinnsvis leger fra ulike klinikker og PKO-leder Mandat løftes opp i SSU-møtet 22.02.22 for endelig behandling <p><i>Vedlegg 1: Revidert mandat</i></p>
04/22	<p>Pakkeforløp hjem for kreftpasienter Helsedirektoratet har høsten 2021 arbeidet med å lansere ett nytt pakkeforløp for alle kreftpasienter. Rådgiver Harald Roar Lind, fra Fag og kvalitetsavdelingen UNN, ga Fastlegerådet informasjon om pakkeforløp hjem for kreftpasienter (<i>Pakkeforløp hjem</i>), som vil starte sitt implementeringsarbeid i starten av 2022.</p> <p>Vedtak: Fastlegerådet tar sak om pakkeforløp hjem for kreftpasienter til orientering</p> <p><i>Vedlegg 2: Presentasjon pakkeforløp hjem for kreftpasienter</i></p>
05/22	<p>Oppfølging sak 14/21 Liste med telefonnummer til vakthavende leger i UNN I Fastlegerådets møte 09.06.2021 (sak 14/21) ble det tatt opp at fastlegene ønsker en liste med telefonnumre til vakthavende leger i UNN. Sak ble løftet på ny i Fastlegerådet den 28.11.21 (sak 28/21) og skulle løftes på dagens møte. Etter</p>

	<p>drøfting avklares det at Haakon Lindekleiv tar opp saken med klinikklederne internt og sak løftes på ny ved neste møte den 23.03.22.</p> <p>Vedtak: Fastlegerådet drøftet saken på nytt. UNN bes arbeide videre med ønsket fra fastlegene om liste over vakthavende leger i UNN, og komme med en avklaring av om det lar seg imøtekomme. Saken tas opp på nytt i neste møte 23.03.2022.</p>
06/22	<p>Sak 06/22: Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide</p> <p>PKO leder har forsøkt å komme i kontakt med overlege Mirjana Grujic Arsenovic. Det har pr nå ikke kommet endelig avklaring på problemstillingen og sak videreføres til møte 23.03.22.</p> <p>Vedtak: Fastlegerådet ber om tilbakemelding når avdelingen har gått gjennom sine rutiner</p>
07/22	<p>Oppfølging sak 31/21, Egenerklæringsskjema i forbindelse med kirurgiske inngrep</p> <p>Pasienter oppsøker fastleger for bistand ved utfylling av egenerklæringsskjema i forbindelse med operative inngrep. Det har etter møtet 17.11.21 ikke kommet inn melding på hvilke konkrete skjemaer som gjelder. Det vil derfor ikke være mulig å starte ett konkret revideringsarbeid. Beslattes at fastleger noterer ned hvilke skjemaer dette gjelder, og sende direkte til Haakon Lindekleiv for videre oppfølging</p> <p>Vedtak: Ved konkret tilbakemelding om hvilke skjema dette gjelder, meldes dette direkte til Haakon Lindekleiv for videre oppfølging</p>
08/22	<p>Oppfølging sak 33/21 Henvisning og videre henvisning etter nevrografi</p> <p>Saken ble meldt i Fastlegerådets møte 17.11.2021 av Merete Bergan Svendsen, fastlege/assisterende kommuneoverlege Harstad (sak 33/21 - Eventuelt). Overlege Stein Harald Johnsen deltok på sak som omhandler direkte henvisning til operasjon ved påvist sykdom ved poliklinisk time. Pr i dag må henvisende lege henvise til operasjon, til tross for at UNN avdekker sykdom, det bes om at legeseksjonen nevrologi endrer interne rutiner for å få til en mer sømløs prosess uten unødvendige ledd. Stein Harald Johnsen tar dette tilbake til klinikken og publiserer i Fastlegenytt dersom det oppstår rutineendring.</p> <p>Vedtak: Fastlegerådet drøftet saken med Stein Harald Johnsen. Fastlegerådet henstiller til Nevro-, hud- og revmatologiskavdeling (NEHR), legeseksjonen Nevrologi, om å vurdere rutinene og henvise videre direkte til annen utredning/behandlende instans ved positive funn, med kopi til fastlegen.</p>
09/22	<p>Årlig henvisning for pasienter med kronisk hudlidelse</p> <p>Pasienter med kroniske hudlidelser som går til lysbehandling må ha årlig henvisning for å forlenge behandlingen. Sak ble meldt i Fastlegerådets møte 17.11.21, i etterkant av møtet er det tatt kontakt med HELFO for å få en avklaring. HELFO bekrefter at det trengs ikke ny henvisning hvert år.</p> <p>De viser til merknad B3 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege:</p>

	<p>«En henvisning gjelder til behandlingen for den aktuelle sykdomstilstanden er avsluttet. Henvisningen skal følge første regningskort for behandlingen. Der henvisningsopplysningene går frem av regningen, slipper legen å sende henvisningene til HELFO».</p> <p>Vedtak Fastlegerådet tar informasjonen fra HELFO til orientering. Hudlege Bjørn Kvammen inviteres til sluttdrøfting i Fastlegerådet i neste møte 23.03.2022.</p>
10/22	<p>Eventuelt Saker som er meldt til fremtidige møter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Endring av rutiner i prøveenheden, meldt fra Morten Høyer.</u> UNN har sendt ut informasjon til fastleger om at det ikke kan sendes pasienter til UNN for å ta blodprøver. PKO-leder har sendt ut informasjon til avsender på UNN og bedt om øvrig informasjon om volum, og nærmere spesifikasjon om hvilke fastlegekontor dette vil påvirke. Det er i henholdt til samarbeidsavtaler blitt bedt om at dette vedtaket trekkes tilbake. Samme sak er meldt fra UNN ved LIS lege Anette Kristine Michaelsen. Saken forberedes og tas opp i møtet 23.03.2022. 2. <u>Strategisk utviklingsplan for UNN 2022-2038, meldt fra Fagrådgiver for spesialistutdanning av leger i UNN, Kvalitetsavdelingen, Heidi Høifødt.</u> UNN er i gang med arbeidet på UNNs utviklingsplan 2022-2038, og det ønskes innspill i prosessen fra Fastlegerådet. 3. <u>Ny Akuttmedisinforskrift.</u> Anne Helen Hansen undersøke om dette kan være en aktuell sak for Fastlegerådet. Under drøfting av denne sak fremkommer to ønskede punkter å ta videre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medisinsk behandling i ambulansetjenesten. 2. Fakturering for følge av lege i ambulansen. 4. <u>Epikriseinnhold, sak meldt fra Haakon Lindekleiv.</u> Pr i dag vil ikke denne sak løftes opp med bakgrunn i prioritering av pandemiarbeid. Haakon Lindekleiv melder sak på ny dersom ønske om å følge denne videre. Tilbakemelding om lang svartid på epikriser fra UNN Narvik, og Haakon Lindekleiv tar dette videre direkte med dem.



Sak: Utviklingsplan for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022 – 2038 – organisering av arbeidet

Til: Direktørens ledergruppe ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Fra: Einar Bugge, forsknings- og utdanningssjef/konstituert viseadministrerende direktør
Møtedato: 5.10.2021
Arkivsak: 2021/2265

Beslutning

<i>Beslutning</i>	<i>Ansvarlig</i>	<i>Frist</i>
Direktørens ledergruppe slutter seg til at arbeidet med utviklingsplan for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022 – 2038 organiseres og gjennomføres som beskrevet i saken	EB	1.5.22

Formål

Beslutte overordnet organisering og gjennomføring av arbeidet med utviklingsplan 2022 – 2038 for UNN.

Bakgrunn og saksfremstilling

I henhold til oppdragsdokumentet for 2021 skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppdatere foretakets utviklingsplan for perioden 2022 - 2038. Tilsvarende oppdrag er gitt til de andre sykehusforetakene i Helse Nord, og Helse Nord RHF skal deretter innen 31.12.2022 oppdatere den regionale utviklingsplanen. Den regionale planen skal baseres på de lokale utviklingsplanene.

Oppdraget om lokale og regionale utviklingsplaner ble første gang beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019. UNN utarbeidet allerede i 2015 en strategisk utviklingsplan, dvs. i forkant av det nasjonale oppdraget, og har ikke siden revidert denne planen. Føringer om å utarbeide utviklingsplaner ble videreført i gjeldende nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) (NHSP).

NHSP gir sentrale føringer for arbeidet med utviklingsplanene. Det er utviklet en interregional veileder for arbeidet med utviklingsplaner som angir at følgende områder særlig skal vurderes:

- Utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern.
- Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, sammen med kommunene.
- Organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene.
- Flytting av spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi.
- Sikre tilstrekkelig kompetanse, livslang læring og heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal ha prioritet i dette planarbeidet.

I tillegg er det kommet til at erfaringer fra koronapandemien bør beskrives kort, med tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser.

Veilederen for arbeidet med utviklingsplanene slår fast at dersom helseforetaket har egne strategier skal sammenhengen mellom strategidokumentet og utviklingsplanen beskrives. I arbeidet skal det legges betydelig vekt på god brukermedvirkning. Involvering av kommunene i UNNs opptaksområde skal sikres gjennom Helsefelleskapet.



UNNs fire oppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning og pasient- og pårørendeopplæring. Utviklingsplanen skal være UNNs førende strategi for å utvikle våre tjenester og sikre at vi løser våre oppgaver på en bærekraftig og best mulig måte.

Vurdering

I UNNs strategiske utviklingsplan fra 2015 beskrives syv strategiske hovedretninger; pasientforløp, pasient- og brukermedvirkning, samhandling og funksjonsfordeling, kvalitet og pasientsikkerhet, utdanning og rekruttering, forskning, teknologi og e-helse. I planen beskrives også fire prioriterte utviklingsområder:

- Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
- Kroniske og sammensatte lidelser.

UNN-styret vedtok i juni 2021 UNNs nye strategi med visjon (Med pasienten, for pasienten), verdier (kvalitet, trygghet, respekt og lagspill) og fem satsingsområder:

- Pasientperspektiv i alt vi gjør
- Medarbeideren er vår viktigste ressurs
- Vi er universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge
- Vi er åpne om prioriteringer
- Vi er en synlig og forberedt samfunnsaktør

Det vil være naturlig at utviklingsplanen i stor grad baseres på denne nylig vedtatte strategien, og arbeidet som lå til grunn for denne. Utviklingsplanen er likevel mer langsiktig, og skal i langt større grad enn strategien baseres på og beskrive fremskrivninger i behov og inkludere flere områder enn strategien gjør. Sentrale grunnlagsdokumenter i arbeidet med UNNs utviklingsplan vil, i tillegg til UNNs strategi, være Nasjonal helse- og sykehusplan (2020 – 2023), Regional utviklingsplan 2018 – 2035, Strategi for Helse Nord RHF (2021 – 2024), UNNs strategiske utviklingsplan 2015 - 2025 og øvrige nasjonale, regionale og lokale planer og delstrategier, herunder «vedlegg 3» som omtaler gevinstrealisering Nye UNN Narvik og omstillingsarbeid i UNN-styrets beslutningssak om nye UNN Narvik fra mai 2020.

Utviklingsplanen skal i henhold til den nasjonale veilederen inneholde avsnitt om bakgrunn og historikk, utviklingstrekk med fremskrivninger av behov, overordnede strategier og føringer og analyse og veivalg. Hovedinnholdet vil dreie seg om hvordan UNN skal møte fremtidige behov på en bærekraftig måte, som sikrer et likeverdig, helhetlig og høyspesialisert tilbud til den nordnorske befolkning. Behovet for å endre måten vi leverer tjenester på i en fremtid med lav befolkningsvekst, stor økning i antall eldre og relativt færre yrkesaktive, store rekrutteringsutfordringer, mange som lever lenger med kroniske sykdommer, store forventninger fra befolkningen og behovet for å sikre handlingsrom for nødvendig utvikling av bygningsmassen og medisinsk teknisk utstyr må være fremtredende i planen.

I henhold til oppdraget skal utviklingsplanen prioritere beskrivelse av utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i



helsefelleskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.

Det må kortfattet gjøres opp status for de fire prioriterte utviklingsområdene i UNN strategiske utviklingsplan fra 2015, og videreføring eller fornying av UNNs prioriterte utviklingsområder må utredes og besluttes. UNNs særskilte oppdrag i forhold til utdanning, forskning og innovasjon og vår rolle som regionsykehus skal også være en viktig del av utviklingsplanen.

Prosess

Regional koordinering

Helse NORD RHF har sammen med foretakene i regionen etablert en regional koordineringsgruppe for å sikre koordinerte utviklingsplaner i foretaksgruppen, og felles forståelse av utviklingstrekk og behov. RHF vil bistå med fremskrivninger av befolkningsutvikling og behov, mal for interessentanalyse mm. UNN deltar i denne regionale nettverksgruppen ved Forsknings- og utdanningssjefen.

Organisering av arbeidet i UNN

Arbeidet i UNN ledes av Forsknings- og utdanningssjefen/konstituert viseadministrerende direktør. Det etableres en overordnet arbeidsgruppe og flere underarbeidsgrupper. Det fristilles prosessleder i minimum 50 % stilling som jobber direkte under Forsknings- og utdanningssjefen. Involvering av medarbeidere, brukere, kommuner og UNNs styre sikres som beskrevet under.

Overordnet arbeidsgruppe

Det etableres en overordnet arbeidsgruppe som koordinerer arbeidet, håndterer den overordnede strukturen i utviklingsplanen, utarbeider og følger opp interessentanalyse og sikrer ivaretagelse av overordnede planer og føringer samt helheten i utviklingsplanen. Overordnet arbeidsgruppe står for også for prosess med å definere UNNs prioriterte utviklingsområder. Den overordnede arbeidsgruppen ledes av prosessleder, og har representanter fra ESI, Kontinuerlig forbedring, klinikker (somatikk, PHRK og BUK), Kommunikasjonssenteret, Foretaksverneombud og brukerrepresentant. Harstad og/eller Narvik må være representert.

Underordnede arbeidsgrupper

Det etableres fem underordnede arbeidsgrupper på følgende områder:

- Bemanning/kompetanse. Ledes av PO, medlemmer fra KUA, klinikker, brukerrepresentant, FTV/FVO
- Akuttmottak (organisering, ledelse, kompetanse). Ledes av Akuttmedisin (evt. Medisinsk klinikk), medlemmer fra MK, K3K eller NOR, Harstad/Narvik, FTV, brukerrepresentant
- Utvikling av tilbudet til skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske. Ledes av ESI/Stormottakersatsingen. Medlemmer fra klinikkene, Samhandlingsavdelingen, brukerrepresentant.
- Utvikling av tilbudet til barn og unge. Ledes fra BUK, medlemmer fra BUK, ESI/Samhandlingsavdelingen, brukerrepresentant (ungdomsrådet).
- Utvikling av tilbudet for voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer. Ledes av PHRK, medlemmer fra PHRK, Samhandlingsavdelingen, Medisinsk klinikk og brukerrepresentant.



Involvering av brukere

Brukerutvalget (BU) og ungdomsrådet (UR) oppnevner brukerrepresentanter til overordnet arbeidsgruppe og de underordnede arbeidsgruppene. BU og UR informeres i egne møter om prosessen med utviklingsplan i UNN, og involveres i tillegg i prosessen med å definere UNNs prioriterte utviklingsområder. BU og UR inviteres til å gi innspill på utviklingsplanen før høringen, og til å gi innspill i egne høringsmøter.

Involvering av medarbeidere

Prosessplanen presenteres i direktørens/PO-sjefens møte med de foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. FTV og FVO oppnevner medlemmer til arbeidsgruppene som beskrevet over, og inviteres til å gi innspill i høringsprosess og i drøftingsmøte før utviklingsplanen vedtas. Overordnet arbeidsgruppe vurderer eventuell ytterligere involvering av ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

Involvering av UNNs styre

UNNs styre er den overordnede premissleverandør og en svært viktig aktør i arbeidet med UNNs utviklingsplan, og vedtar også utviklingsplanen før den oversendes Helse Nord RHF. UNN-styret orienteres om prosessen med utviklingsplanen i styremøtet 13.10.21., og det planlegges en seanse med styret på styreseminar i november for styrets innspill til hva som bør være UNNs prioriterte utviklingsområder. Styret forelegges utkast til utviklingsplan før høringsrunde i styremøtet i februar 2022, og skal vedta planen i styremøtet i april 2022. Ytterligere involvering på de øvrige styremøtene ved behov og etter styrets ønske.

Involvering av kommunene

Kommunene i UNNs opptaksområde involveres gjennom Helsefelleskapet. Utviklingsplanen skal bidra til å følge opp Ishavserklæringen, og Strategisk samhandlingsutvalg vil bli informert om prosessen og gis anledning til å spille inn til planen i SSU-møtene i perioden arbeidet med utviklingsplanen foregår; UNNs utviklingsplan vil i denne perioden være fast sak på møteagendaen. Kommunene inviteres til å gi innspill i høringsrunden.

Øvrig involvering/informasjon

Det etableres egen side på UNNs internett der informasjon om arbeidet med utviklingsplanen legges ut og det informeres om milepælsplan og mulighet for å spille inn til planen.

Foreløpig tidsplan/milepælsplan

Oktober 2021: Oppstart av prosess, vedtak i UNNs ledergruppe, informasjonssak til UNN-styret, presentasjon for FTV/FVO. Etablering av arbeidsgruppene.

November/desember 2021: Prosess i arbeidsgruppene. Involvering av UNN-styret og UNNs ledergruppe, BU/UR og FTV/FVO i prosess med å definere UNNs prioriterte utviklingsområder.

Januar 2022: Prosess i arbeidsgruppene, utarbeidelse av høringsutkast.

Februar 2022: Høringsutkast behandles i UNNs ledergruppe og i UNN-styret, involvering av BU/UR og FTV/FVO

Mars 2022: Høringsperiode. Høringsmøter med BU/UR, eventuelt også med kommunene.

April 2022: Ferdigstilling av utviklingsplanen etter høringsinnspill. Behandling i UNNs ledergruppe, drøfting og vedtak i UNNs styre 28.4.22 før oversending til Helse Nord RHF innen 1.5.22.



Verdi for pasienten

UNNs utviklingsplan vil være den overordnede planen for utvikling av foretaket og skal legge grunnlag for videreutvikling av universitets- og regionsykehuset i Helse Nord som en hovedaktør i å sikre den nordnorske befolkning et likeverdig og høyt spesialisert tjenestetilbud også i fremtiden.

Økonomi

Ingen økonomiske konsekvenser av planen i seg selv, men UNNs utviklingsplan vil være et helt sentralt dokument for å sikre at UNN forblir et bærekraftig universitets- og regionsykehus.

Medvirkning

Beskrevet over.

Konklusjon

UNN skal innen 1.5.22 oversende til Helse Nord RHF styrebehandlet utviklingsplan 2022 – 2038. Prosessen med å utarbeide planen er beskrevet i saken. Det er kort tid til en omfattende prosess, og det er sentralt å beslutte prosessen og starte arbeidet i oktober 2021.

Mandat for Fastlegerådet

Bakgrunn og formål	<ul style="list-style-type: none">○ Fastlegerådet er et fagråd for fastleger og leger i UNN og ble opprettet av OSO (Overordnet samarbeidsorgan Troms og Ofoten) i 2013. Fastlegerådet videreføres i Helsefellesskapet Troms og Ofoten som et faglig samarbeidsutvalg (FSU).○ Det overordnede formålet med Fastlegerådet er å legge til rette for godt samarbeid mellom UNN og fastlegene i de kommunene som bruker UNN som lokalsykehus.○ Dette oppnås gjennom å styrke kompetansen om hverandres arbeid og arbeidssituasjon, styrke samarbeid og samhandling, og bidra til utvikling av tjenester som gir god kvalitet og bedre ressursutnyttelse i UNN og hos fastlegene/kommunene.
Oppgaver og ansvar	<ul style="list-style-type: none">○ Fastlegerådet er et rådgivende organ for UNN og fastlegene, og skal fremme og behandle saker og problemstillinger i samhandlingen mellom UNN og fastlegene/kommunene○ Fastlegerådet skal være rådgivende organ for Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i overordnede saker som angår samhandling mellom UNN og fastlegene○ Fastlegerådet skal behandle saker hvor oppgavefordelingen mellom fastlegene og UNN er uklar, eller hvor UNN eller fastlegene ønsker endringer i oppgavefordelingen○ Fastlegerådet skal bidra til utvikling av eksisterende og nye tjenester og tilbud i UNN og hos fastlegene○ Fastlegerådet skal vurdere å avgi høringer i aktuelle saker○ Fastlegerådet skal involvere fagmiljøene i relevante saker for å sikre god forankring og effektiv gjennomføring i egen faggruppe/organisasjon○ Fastlegerådet skal utarbeide en årsrapport som omtaler prioriterte arbeids- og innsatsområder, arrangementer Fastlegerådet har vært involvert i, antall møter i utvalget med deltakelse, og oversikt over saker som er behandlet med status og resultat for disse. Årsrapporten legges fram for SSU.
Sammensetning og oppnevning	<ul style="list-style-type: none">○ Fastlegerådet er et varig utvalg som skal bestå av en fastlege fra hver av kommuneregionene Nord-, Midt- og Sør-Troms, og Tromsø-området, og en fastlege fra hver av vertskommunene for UNN-sykehusene (Tromsø, Narvik og Harstad). Fra UNN deltar medisinsk fagsjef, og fortrinnsvis leger fra ulike klinikker, og PKO-leder (leder for praksiskonsulentene). Fastlegerådet skal ha en brukerrepresentant.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ UNN og fastlegene skal ha tilnærmet likt antall medlemmer og oppnevner egne representanter for en periode på 4 år ○ Ved gjenoppnevning hvert 4. år skal kontinuitet balanseres med behovet for fornyelse ○ Leder av praksiskonsulentordningen er fast leder av Fastlegerådet. Fastlegerådet velger i tillegg en nestleder. ○ Fastlegerådets leder har ansvar for møteledelse og representerer utvalget utad
Drift og økonomi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fastlegerådet gjennomfører minst 4 møter årlig. ○ Sekretariatsfunksjonene for Fastlegerådet ivaretas av Samhandlingsseksjonen ○ Saker som ønskes behandlet av Fastlegerådet skal fremmes skriftlig til Fastlegerådets leder og sekretariatet senest tre uker før det aktuelle møtet ○ Hver av partnerne dekker egne reise- og driftsutgifter knyttet til møtevirksomheten

Etter liste

Deres ref.:
Vår ref.: 17/2975-17
Saksbehandler: Toril Kolås
Dato: 02.06.2021

Til kommunale helse- og omsorgstjenester og landets fødeinstitusjoner

Informasjon om endring i nasjonale rutiner for svangerskapsundersøkelser av kvinner som er RhD-negative og bærer RhD-positivt foster - hvor skal profylaksen i uke 28 settes.

I Norge er omtrent 15% årlig av alle gravide RhD-negative. Ca. 60% av disse (omtrent 5000 gravide) bærer RhD-positivt foster, og kan potensielt utvikle antistoffer mot barnets blodlegemer (alloimmunisering). Disse antistoffene kan passere morkaken, og utløse livstruende hemolytisk sykdom hos fosteret. Profylakse mot alloimmunisering gis i uke 28 og ved fødsel, og begge har til nå vært gitt i spesialisthelsetjenesten (noen unntak i Helse Nord). Profylaksen i uke 28 bes nå satt hos fastlege eller på helsestasjon.

Nærmere beskrivelse av gjeldende rutiner og endringer

Blodprøve for å bestemme ABO/RhD-typing tas i dag av den gravide ved første svangerskapskontroll som er anbefalt så snart som mulig i første trimester. For å teste fosterets blodtype hos mødre som viser seg å være RhD-negative, tas ny blodprøve av mor i form av NIPT (Non Invasive Prenatal Test) i uke 24. De mødre som er RhD-negative og hvor NIPT viser at de bærer et RhD-positivt foster, gis profylakse i hhv uke 28 og ved fødsel for å forebygge alloimmunisering. <https://www.legemiddelhandboka.no/legacy/chapter/L1.7.4>

Det er 2 alternative preparater som benyttes i Norge: Rophylac og Rhesonativ. I felleskatalogen for Rophylac står det at ved BMI \geq 30 bør intravenøs administrasjon vurderes. Helsedirektoratet har etterspurt praksis i RHF-ene og med unntak av Stavanger sykehus, er vanlig praksis intramuskulær administrasjon uavhengig av BMI. Helsedirektoratet anbefaler at fastleger og helsestasjoner innretter sin praksis i tråd med lokalsykehusets rutiner. Gravide som bør vurderes for i.v. profylakse kan henvises til lokalsykehuset.

For mer informasjon om alloimmunisering og anbefalt praksis henvises til veileder i fødselshjelp: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/alloimmunisering-mot-erytrocytt-antigener/>

Helsedirektoratet

Avdeling spesialisthelsetjenester

Toril Kolås

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Inntil nå har de gravide reist til lokalt sykehus/HF for å få profylaksen, med unntak i Helse Nord hvor profylaksen har vært satt i primærhelsetjenesten. Det er ikke faglige eller behandlingsmessige begrunnelser for at profylaksen skal settes i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor unødvendig at kvinnen skal måtte reise til sykehuset. For å få kortere reisevei og en mer hensiktsmessig ressursbruk, er det ønsket at profylaksen skal tilbys hos fastlege eller jordmor på helsestasjon. Den kan da settes i uke 28 i forbindelse med den ordinære svangerskapskontrollen. Det forutsetter at profylaksen blir lett tilgjengelig for fastleger og helsestasjoner.

Helse- og omsorgsdepartementet har stadfestet anbefalingene fra Helsedirektoratet om organisering og finansiering av profylakse i uke 28, satt i primærhelsetjenesten i forbindelse med ordinær svangerskapskontroll. RHF-ene har ansvar for kostnader og forsendelse av medikament (profylaksen).

Samlet oversikt over eksisterende og nye rutiner om rhesus og profylakse

Blodprøver av den gravide for å bestemme rhesus tas som anbefalt i retningslinjen for svangerskapsomsorg. Dette innebærer:

- Blodprøver tas i første trimester – uendret
- RhD – negative kvinner tar blodprøve i uke 24, NIPT rekvireres av fastlege/jordmor – uendret
- Rekvirenten mottar svar og følger opp – uendret
- Oppfølgingen av RhD-negative gravide som bærer et RhD-positivt foster:
 - **Dagens rutine:** den gravide henvises til sykehus for å få satt profylakse - utgår
 - **NYTT:** Profylaksen, som er en sprøyte, settes ved ordinær konsultasjon i uke 28 på fastlegekontoret eller helsestasjonen.

Det skal dokumenteres i kvinnens «helsekort for gravide/journal» at medikamentet (profylaksen) er satt.

Anskaffelse av profylakse

RHF-ene inngikk avtale med Folkehelseinstituttet 4.11.2020 om innkjøp og distribusjon av profylaksen mot RhD-alloimmunisering til primærhelsetjenesten. Helse Nord RHF har i tillegg fra tidligere en avtale med sine sykehusapotek. Folkehelseinstituttet leverer allerede vaksiner, immunglobuliner og sera til helsestasjoner og legekantor. Bestilling og utsendelse av RhD-profylakse vil skje på samme måten som for disse preparatene.

Profylaksen er et spesifikt humant immunglobulin rettet mot RhD-antigenet på blodlegemene. Legemiddelet er et C-preparat og kan kun rekvireres av lege.

Legekantor og helsestasjoner kan bestille RhD-immuniseringsprofylakse elektronisk i Folkehelseinstituttets nettbutikk for vaksiner. Nettadressen er «vaksinebestilling.fhi.no». Nettbutikken er også tilgjengelig via Folkehelseinstituttets hjemmeside (fhi.no) under «Smittevern og Vaksine». For å kunne bestille i nettbutikken må man være registrert som kunde. Informasjon om hvordan man registrerer seg er tilgjengelig fra nettbutikkens startside.

Det er klart for bestilling av preparatet fra 1. august 2021. Det er mulig å bestille RhD-immuniseringsprofylakse samtidig som man bestiller andre preparater fra Folkehelseinstituttet, for kunder som har behov for dette. Restholdbarhet ved leveranse er ned mot 1 år. Ved et estimat på behov for under en dose per fastlege per år, anbefales det at fastlegekontoret kun bestiller en dose om gangen når behovet melder seg.

Legekontor og helsestasjoner skal ikke betale for medikamentet eller forsendelsen. Folkehelseinstituttet vil fakturere helseforetakene for dette.

Implementering

Helsedirektoratet ber om at primærhelsetjenesten bistår de gravide med dette tjenestetilbudet så raskt som mulig. Den nye ordningen bør være på plass i kommunene fra og med 1.9.2021. Det vises i øvrig til vedlagte avtale.

Vennlig hilsen

Torunn Janbu e.f.
avdelingsdirektør

Toril Kolås
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Mottaker

Kontaktperson

Adresse

Post

Etter liste

Kopi til:

FHI

Legeforeningen

Norsk forening for allmennmedisin

Allmennlegeforeningen

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

Den norske jordmorforening

Jordmorforbundet, NSF

Prosedyre hoftebrudd UNN Tromsø

Innholdsfortegnelse

1. Hensikt	2
2. Omfang	2
3. Grunnlagsinformasjon	2
4. Arbeidsbeskrivelse	2
4.1 Prosedyrer prehospitalt	2
4.1.1 Ambulansepersonell.....	2
4.1.2 AMK	3
4.1.3 Ortoped	3
4.2 Prosedyrer etter ankomst UNN-Tromsø	3
4.2.1 Ambulanse etter ankomst sykehus	3
4.2.2 FCF-seng	3
4.2.3 Vakthavende radiograf	3
4.2.4 Vakthavende radiolog	3
4.2.5 Akuttmottaket	3
4.2.6 Ortoped – primærvakt.....	3
4.2.7 Anestesileges ansvar	4
4.3 Prosedyre etter ankomst døgnet preoperativt	4
4.3.1 Sykepleiers ansvar når pasienten ankommet døgnet.....	4
4.3.2 Operasjon (lege, sykepleiere, annet personell).....	4
4.3.3 Postoperativ oppvåkning.....	4
4.4 Prosedyrer etter ankomst døgnet postoperativt	4
4.4.1 Sykepleiers ansvar	4
4.4.2 Fysioterapeut.....	5
4.4.3 Klinisk farmasøyt	5
4.4.4 Geriatrisk tilsyn.....	5
4.4.5 Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT)	5
4.4.6 Utskriving.....	5

1. Hensikt

Prosedyren skal sikre at pasienter med hoftebrudd kommer til UNN Tromsø så raskt som mulig, da det har stor verdi for pasientens funksjon og overlevelse i det videre forløp.

2. Omfang

Prosedyren gjelder for de klinikker og avdelinger som har ansatte som behandler pasienter med hoftebrudd ved UNN Tromsø. I første omgang innføres prosedyren for pasientforløp i Tromsø kommune, og implementeres etterhvert for hele UNN Tromsø sitt nedslagsfelt.

3. Grunnlagsinformasjon

Prosedyren er i all hovedsak utarbeidet i henhold til nasjonale retningslinjer og veiledninger for de ulike fag som har en rolle i hoftebruddforløpet.

4. Arbeidsbeskrivelse

4.1 Prosedyrer prehospitalt

4.1.1 Ambulansepersonell

Ved mistanke om hoftebrudd inkluderes pasient i *Forløp for hoftebrudd*

Ambulanse avklarer på stedet:

Inklusjonskriterier

- a) Lavenergitraume og mistenkt lårhalsbrudd
 - ✓ Smerter i hofte/ lyske
 - ✓ Forkortet eller utadrotert underekstremitet
 - ✓ Manglende evne til å belaste underekstremitet
- b) Normale distal status

Eksklusjonskriterier

- c) Mistanke om annen akutt sykdom eller skade i tillegg til lårhalsbruddet. Orange eller rød RETTS triage i tillegg til lårhalsbruddet. Pasienten skal da uansett til sykehus, men henvises til riktig mottaksnivå av ambulanse. Ortoped varsles og avklarer sin rolle.

Ambulanse prehospitalt:

Målet med prosedyren er at unødig tidsbruk skal begrenses.

- Forebygging av hypotermi har høy prioritet gjennom hele forløpet
- Smertelindring startes tidlig, helst før forflytning, om ikke nedkjøling eller vanskelig posisjon forutsetter annet. Alle tilgjengelige midler kan benyttes, inkludert paracetamol og opiater. Tillegg av ketamin kan vurderes til forflytning eller ved sterke smerter som ikke lindres av øvrige tiltak, forsiktighet utvises pga risikoen for psykiske bivirkninger.
- Vurder vedlikeholdsinfusjon ved lange ambulansetransporter
- Ambulansepersonell melder til AMK om transport direkte til sykehus med hoftebrudd og ber om konferanse med primærvakt ortoped.
- Ambulanse og ortoped kvalitetssikrer inklusjonskriterier, eventuelle eksklusjonskriterier. Ortoped skriver røntgenhenvisning.

4.1.2 AMK

- AMK fasiliterer flerpartsamtale mellom ambulanse og primærvakt ortoped ved mistanke om hoftebrudd.
- AMK varsler akuttmottaket.
- AMK kontakter vakthavende radiograf telefon 98131, og informerer om beregnet ankomsttid.

4.1.3 Ortoped

- Primærvakt ortoped kvalitets sikrer inklusjonskriteriene og eventuelle usikre eksklusjonskriterier og tar imot pasienten.
- Primærvakt ortoped skriver røntgenhenvisning ut fra ambulansens rapport, samt beregnet ankomsttid på røntgen.

4.2 Prosedyrer etter ankomst UNN-Tromsø

4.2.1 Ambulanse etter ankomst sykehus

- Fortsatt pasientansvar intrahospitalt fram til levering akuttmottak
- Transport direkte til røntgen lab 1
- Samhandling med radiograf
- Pasient legges i FCF-seng etter røntgenundersøkelse og leveres akuttmottak. FCF-seng er plassert i A5 utenfor pårørenderommet jfr PR42437

4.2.2 FCF-seng

- Ortopedisk avdeling har ansvar for at det til enhver tid er en FCF-seng klar til rotasjon i avdelinga.
- Portør har medansvar for at det står 1-2 FCF-senger i korridoren utenfor pårørenderommet

4.2.3 Vakthavende radiograf

- Tilrettelegge for snarlig bildeundersøkelse når pasienten ankommer, i samarbeid med ambulansepersonellet
- Radiografen skal informere radiologen om at bildet er tatt, og be om at bildet beskrives så snart som praktisk mulig

4.2.4 Vakthavende radiolog

- Så snart det lar seg praktisk gjøre, bedømme om pasienten har en fraktur eller ikke
- Diktere, skrive og signere dette etter standard rutiner for akutt røntgensvar.

4.2.5 Akuttmottaket

- Pasienten får satt femoralisblokade
- Pasienten skal overvåkes med BT, satO2, EKG elektroder i 30 minutter etter at blokaden er satt.
- Besørger at pasienten blir kjørt til døgnetenhet når klar for det

4.2.6 Ortoped – primærvakt

- Pasienten skal journalskrives, medikamenter samstemmes ([PR45965](#)) og ordineres på kurven ([PR49974](#))
- Melde, både skriftlig og muntlig, pasienten til anestesi for preoperativ vurdering samt femoralisblokade
- Skrive kirurgisk beslutningsnotat (operatørbestilling, operatørbeslutning)
- Melde pasienten til operasjon med hastegrad gul. Hvis pasienten ikke blir operert før kl 2200, skal hun/han prioriteres som pasient nr 1 på ø. hjelpsprogrammet påfølgende dag.

4.2.7 Anestesileges ansvar

- Preoperativt vitess og anleggelse av nervus femoralis blokkade i akuttmottaket.
 - [PR33998 Perioperativ smertebehandling hos voksne](#)

Når negativt svar på røntgen

Videre behandling vurderes av vakthavende lege. Vurdere geriatrisk tilsyn. Utreiseplanlegging som normalt. Overflytting til ØHD seng bør vurderes.

4.3 Prosedyre etter ankomst døgnet preoperativt

4.3.1 Sykepleiers ansvar når pasienten ankommet døgnet

Pasientens forventede ankomst er meldt av akuttmottaket.

Ved fullt belegg i døgnet, se [PR 42834 Samarbeidsrutiner for NOR-klinikkens sengeposter](#)

- Motta rapport fra akuttmottaket
- Vitale målinger innen en time etter ankomst til døgnet
- Bestill blodprøver ø.hjelp. Ortogeriatrisk innkomstpakke, Brudd 50+ eller ortopedi innkomst.
- Blærescan pasienten ved ankomst døgnet
- Klargjør pasient til operasjon
- Pasienten skal ha trykkavlastende madrass
- Væskebehandling etter forordning fra lege
- Sjekk blodprøvesvar
- Kontinuerlig observere pasientens opplevelse av smerter.
- Klargjøre nødvendige papirer til operasjon
- Ta sykepleierinnkomst, screene pasienten for fall, trykksår og ernæring. Sette i verk tiltak.
- Ved behov, send tidligmelding til kommunen og PSHT

4.3.2 Operasjon (lege, sykepleiere, annet personell)

- Pasienten skal i hht nasjonale kvalitetsmål opereres innen 24 timer
- Skjema til hoftebruddregisteret fylles ut etter operasjon
- Rekvirere postoperativ rgt. undersøkelse til samme dag (presiser dato i rekvisisjonen).

Operatør skal gi informasjon om mobilisering av pasienten i operasjonsbeskrivelsen, samt videre oppfølging.

Generelt gjelder følgende prinsipper:

- Ved fraktur colli femoris fiksert med skruer tillates belastning til smertegrensa. Det samme gjelder ved pertrokantære frakturer fiksert med plate eller skruer
- Hemi- og totalproteser tillates full belastning fra første postoperative dag
- Ved subtrokantære fakturer tillates belastning til smertegrensa

4.3.3 Postoperativ oppvåkning

- Generelle oppvåkningsprosedyrer gjelder: PR41256 [Postoperativ overvåkning av voksne](#)
- Rtg. hofte tas når pasienten overflyttes fra oppvåkningen til sengepost

4.4 Prosedyrer etter ankomst døgnet postoperativt

4.4.1 Sykepleiers ansvar

Hente pasienten på oppvåkningen, mobilisere og gi postoperativ sykepleie.

4.4.2 Fysioterapeut

Behandelnde fysioterapeut har ansvar for å gjøre seg kjent med og følge forløpsprosedyren, samt bidra i det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten.

4.4.3 Klinisk farmasøyt

Farmasøyt må 1 – 2 ganger til hver pasient under innleggelsen for samstemming og gjennomgang av medikamentlistene. Eventuelle legemiddelrelaterte problem tas opp fortløpende med ansvarlig ortoped, og Dips-notat legges ved epikrise i de tilfeller videre oppfølging er nødvendig.

4.4.4 Geriatrisk tilsyn

Pasientene henvises med spesifikk problemstilling.

4.4.5 Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)

Etter henvisning:

Alle pasienter over 60 år vurderes henvist til PSHT for oppfølging.

Max responstid på 24 t ved normal drift (vanlig hverdag). Henvisning mottatt, pasienten inkluderes i teamet og dokumentasjon foreligger i DIPS og Profil.

Tilstrebe tilsyn/møte med pasient før ev. samarbeidsmøte.

Gjennomfører hjemmebesøk med/uten pasient så snart dette er mulig.

Følge opp pasienten etter utskrivelse etter behov.

4.4.6 Utskriving

Utskriving skjer i henhold til avdelingens vanlige rutiner. Vurder sekundærprofylakse jfr [PR 44337](#)

Prosedyre Aclasta behandling.

5 Referanser

[RL7075 Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd](#)

Etter liste

Deres ref.:
Vår ref.: 18/36365-3
Saksbehandler: Camilla C. Walmann/Bjørn Jamtli
Dato: 14.06.2019

Ansvar for pasienter i de akuttmedisinske tjenestene

Dette brevet er sendt alle landets helseforetak.

HelseDirektoratet har mottatt flere henvendelser om behovet for avklaring av ansvarsforhold knyttet til behandling og oppfølging av pasienter i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Flere av disse henvendelsene gjelder samarbeid mellom ambulanspersonell og annet helsepersonell i helseforetak eller kommuner.

Spørsmål om hvem som har ansvar for pasienten i konkrete situasjoner der for eksempel både ambulanspersonell og legevaktlege er involvert kan ikke besvares generelt, men spørsmålene både kan og bør så langt det er mulig avklares i virksomhetens rutiner.

Når flere helsepersonell er involvert i å yte helsehjelp til en pasient, vil den enkelte alltid ha ansvar for egne vurderinger og valg. Hvem som har ansvaret i situasjoner der pasientskader oppstår som følge av svikt i tjenesten, vil alltid være en konkret vurdering, blant annet ut fra lokale forhold og den konkrete situasjonen¹. Men ansvaret for å identifisere risiko for svikt og å planlegge tjenestene slik at risikoen reduseres, er lagt til øverste leder i alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester².

Rutiner for avdekking av områder i virksomheten hvor det er fare for svikt, for risiko- og sårbarhetsanalyser, for felles risikogjennomgang o.s.v., vil sammen med en tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, bidra til å redusere risiko for svikt i de akuttmedisinske tjenestene.

Regelverket legger ansvar for at pasienter får forsvarlige helsetjenester både på involverte virksomheter³ (virksomhetsansvar) og på enkeltpersonell (individuell ansvar). De mest relevante bestemmelsene for den akuttmedisinske kjeden finnes i spesialisthelsetjenesteloven,

¹ Se for eksempel [«Rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig hendelse – svikt ved forsinket oppfølging av pasient med shuntsvikt»](#) fra 25. mars 2015 der Statens helsetilsyn konstaterer brudd på helselovgivningen.

² Nærmere regler for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er gitt i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Se også [HelseDirektoratets veileder til forskriften](#).

³ Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for at tjenestene som ytes er forsvarlige, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#).

HelseDirektoratet

Avdeling helserett og bioteknologi

Camilla Closs Walmann, tlf.: +4745878470

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse og akuttmedisinforskriften.

Nedenfor utdypes noen elementer av virksomhetenes ansvar for planlegging og samarbeid som, i tillegg til det individuelle ansvaret, må tas med i betraktning når tjenester skal planlegges. Avslutningsvis utdypes behovet for rutiner for ambulansetjenesten.

Virksomhetsansvaret

Ved planlegging av helsetjenester tilligger det øverste leder i virksomheten et ansvar for blant annet å klargjøre oppgaver og ansvar, vurdere helsepersonellens kompetanse, skaffe oversikt over relevant regelverk, nasjonale behandlingsretningslinjer og veiledere m.v., samt å identifisere eventuelle risikoområder⁴. Selv om det er øverste leder som har det overordnede ansvaret, vil ofte oppgavene være delegert. Hvem som skal gjøre hva, vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har. I tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger. Øverste leder beholder full instruksjonsmyndighet for oppgavene som er delegert. Delegeringen kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake. Øverste leder har alltid ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder også når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av oppgavene.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter⁵ omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus omfatter bl.a. kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste (bil, båt og luftambulansetjeneste), medisinsk nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktssentraler)⁶. Disse tjenestene ytes av virksomheter i både helseforetak og kommuner⁷. Begge tjenestenivåene vil ofte være involvert når pasienter trenger akuttmedisinsk helsehjelp. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om planlegging av tjenestene, inkludert fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, er derfor nødvendig og lovpålagt⁸.

Ytelse av helsehjelp er basert på helsepersonellens faglige kompetanse, interne prosedyrer, kunnskapsinnhenting og noen ganger også konsultasjon og samarbeid med annet helsepersonell. For akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus vil tidsfaktoren ofte være

⁴ [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6](#)

⁵ [helsepersonelloven § 16](#). Se også [Helsedirektoratets rundskriv](#) til helsepersonelloven.

⁶ [Akuttmedisinforskriften §§ 2 og 3](#)

⁷ Spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar for å sørge for akuttmedisinske tjenester til befolkningen følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a](#) og [§ 3-1](#) og helse- og omsorgstjenesteloven §§ [3-1](#), [3-2](#) og [3-5](#). Det er stilt nærmere krav til de akuttmedisinske tjenestene i [akuttmedisinforskriften](#).

⁸ Plikt til å samhandle med andre tjenesteytere følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e](#) og av [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4](#). Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som blant annet skal inneholde omforente planer for den akuttmedisinske kjeden, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1](#) og [§ 6-2 nr. 11](#). Samhandlingsplikten er også understreket i [akuttmedisinforskriften](#).

begrensende for muligheten til å innhente kunnskap og å få etablert samarbeid og samhandling med annet helsepersonell. I tillegg vil ofte sykepleiere og ambulansesarbeidere foreta vurderinger og iverksette medisinske behandlingstiltak som ellers bare tilligger leger. Dette er faktorer som øker risikoen for svikt, og som gjør det særlig viktig å sikre at det utarbeides og implementeres nødvendige rutiner og prosedyrer. Omfang av og innhold i virksomhetenes rutiner må tilpasses de ulike tjenestene, og ta utgangspunkt i de arbeidsoppgaver som inngår i tjenesten og den kompetanse personellet til enhver tid har.

Ledelsen i de enkelte virksomhetene må også sikre at rutinene er kjent for helsepersonell som arbeider i de akutt-medisinske tjenestene, og at de får øvd både på egne oppgaver og på samhandling i den akuttmedisinske kjeden.^{9,10}

Det individuelle ansvaret

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. De skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Hvis en lege er involvert, er det legen som i utgangspunktet tar beslutninger om undersøkelse og behandling av den enkelte pasienten¹¹.

Helsepersonell plikter å gjøre seg kjent med virksomhetens rutiner, og følge disse med mindre situasjonen tilsier noe annet. Helsepersonell som fraviker virksomhetens rutiner, eller som velger å se bort fra råd eller beslutninger fra bedre kvalifisert personell, påtar seg et større individuelt ansvar, og bør derfor begrunne og dokumentere denne typen beslutninger¹².

Å innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell kan være nødvendig for å oppfylle det individuelle ansvaret for å yte forsvarlig helsehjelp. Når flere helsepersonell er involvert i å yte helsehjelp til en pasient, vil den enkelte, både lege og ambulansepersonell, alltid ha ansvar for egne vurderinger og valg. Helsepersonell som er hos pasienten har et ansvar for at pasienten får forsvarlig helsehjelp, selv om de innhenter råd eller følger opp beslutninger som er tatt av andre som ikke er hos pasienten. Samtidig er personellet som har gitt råd eller tatt beslutninger, ansvarlige for disse.

Rutiner for ambulansetjenesten

Ambulansetjenestens hovedoppgave er å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter, utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av

⁹ Plikt til å jobbe med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjelder for både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#). Nærmere regler for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er gitt i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Se også [Helsedirektoratets veileder til forskriften](#).

¹⁰ [Akuttmedisinforskriften § 4](#)

¹¹ Helsepersonell skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. [helsepersonelloven § 4](#). Se nærmere omtale av bestemmelsen i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

¹² [Helsepersonelloven §§ 39 og 40](#) pålegger den som yter helsehjelp plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen. Se nærmere omtale av bestemmelsen i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#).

tjenesten, og bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted eller mellom behandlingssteder.

Ambulansepersonellens individuelle ansvar innebærer blant annet at de plikter å yte forsvarlig helsehjelp innenfor sin kompetanse, innhente bistand og samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det.

For å sikre forsvarlige tjenester bør foretaksledelsen sikre at ambulansetjenesten, i samarbeid med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden, etablerer klare rutiner og prinsipper for blant annet:

- vurdering og behandling av ulike akuttmedisinske tilstander,
- samarbeid og konsultasjon med annet kvalifisert helsepersonell,
- valg av destinasjon/behandlingsressurs (hvor pasienten skal bringes)
- i hvilke situasjoner ambulansepersonell kan forlate pasienter uten å bringe disse til lege eller sykehus.

Ambulansepersonell trenger regelmessig å konsultere lege. Det bør derfor være klarlagt i virksomhetens rutiner hvilken lege som skal konsulteres, for eksempel AMK-lege eller LV-lege. Når lege kontaktes er det ambulansepersonellens ansvar å informere legen om bakgrunnen for og formålet med konsulteringen, og å sikre at legen får nødvendige, objektive og korrekte opplysninger om pasienten og situasjonen.

En hovedoppgave for ambulansetjenesten er å sikre at pasienter med akutt sykdom eller skade får nødvendig akuttmedisinsk oppfølging. Ved tvil om pasienten skal bringes til legevakt eller sykehus, bør hovedprinsippet være at pasienten skal bringes til høyeste omsorgsnivå, dvs. sykehus og vurderes av lege der. Alternativt bør ambulansepersonellet konsultere lege for vurdering av annen forsvarlig oppfølging utenfor sykehus. Lege bør også konsulteres i situasjoner der ambulansepersonellet er i tvil om det er forsvarlig å forlate pasienten uten å bringe denne til lege eller sykehus.

Vennlig hilsen

Anne Louise Valle e.f.
fung. divisjonsdirektør

Anita Bergh Ankarstrand
fung. avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Mottaker

Kontaktperson

Adresse

Post

Etter liste