

## Møteinnkalling

Tid: 1. juni 2022 kl. 13.00 – 15.00

Sted: Teams, evt fysisk på PET senteret i Tromsø rom G.914

Saksbehandler alle saker: Overlege/rådgiver Anne Helen Hansen

## Saksliste

Saksnr.	Sakstittel
<b>21/22</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
<b>22/22</b>	<b>Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 23.03.2022 (Vedlegg 1)</b>
<b>23/22</b>	<b>Mandat for Fastlegerådet (Vedlegg 1)</b>
<b>24/22</b>	<b>Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide (Vedlegg 1)</b>
<b>25/22</b>	<b>Henvising og videre henvising etter nevrografi</b>
<b>26/22</b>	<b>Ny prosedyre for håndtering av pasienter med hoftebrudd (Vedlegg 4 og 5)</b>
<b>27/22</b>	<b>Håndtering av purringer til pasienter som ikke møter til cervix cytologi screening</b>
<b>28/22</b>	<b>Samhandling vedrørende prøvetaking mellom Laboratoriemedisin og fastlegene (Vedlegg 6)</b>
<b>29/22</b>	<b>Informasjon om forskning som kan medføre endring i rutiner ved mottak av radiologiske henvisninger (Vedlegg 7 og 8)</b>
<b>30/22</b>	<b>Eventuelt med evaluering av møtet</b>

## **Saksframlegg**

### **Sak 21/2022: Godkjenning av innkalling og saksliste**

#### **Innstilling til vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes.

### **Sak 22/2021: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 23.03.2022**

Referatet er vedlagt (Vedlegg 1).

#### **Innstilling til vedtak:**

Referat fra Fastlegerådets møte 23.03.2022 godkjennes.

### **Sak 23/2022: Mandat for Fastlegerådet**

#### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.

#### **Saksframlegg:**

Forslag til mandat for Fastlegerådet ble vedtatt i Fastlegerådet 19.01.2022 og deretter framlagt og drøftet i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) 22.02.2022. SSU besluttet å ikke godkjenne mandatet, men sende det tilbake til Fastlegerådet med ønske om at rådet også behandler og gir innspill på saker om oppgavefordeling av helsetjenester mellom UNN og kommunene, ikke bare mellom UNN og fastlegene. Fastlegerådet behandlet saken på nytt i møte 23.03.2022, og kom til at en slik endring av mandatet ikke er ønskelig. SSU vedtok å godkjenne mandat for Fastlegerådet i tråd med Fastlegerådets opprinnelige vedtak. Gjeldende mandat er vedlagt (Vedlegg 2).

### **Sak 24/2022: 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 var satt opp til Fastlegerådets forrige møte 23.03.2022, men ble utsatt pga tidsnød. Problemstillingen 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 3**).

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.

Overlege Mirjana Grujic Arsenovic er invitert til Fastlegerådet for dialog om saken.

### **Sak 25/2022: Henvisning og videre henvisning etter nevrografi**

#### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering.

#### **Saksframlegg:**

Saken ble opprinnelig meldt i Fastlegerådets møte 17.11.2021 av Merete Bergan Svendsen, fastlege/assisterende kommuneoverlege Harstad (sak 33/21 - Eventuelt). Den har senere vært drøftet i Fastlegerådets møter 19.01.22 og 23.03.2022 (sak 08/22 og 18/22). I sistnevnte møte var overlege Stein Harald Johnsen og overlege Sissel Løseth invitert for dialog om rutinene rundt dette, og for drøfting av evt henvisning videre direkte til annen utredning/behandlende instans ved positive funn, med kopi til fastlegen. Fastlegerådet gjorde følgende vedtak:

1. Fastlegerådet oppfordrer til at Klinisk nevrofysiologisk laboratorium legges inn i lista over henvisningsmuligheter slik at fastlegene skal kunne henvise mer spesifikt, og ikke kun til Nevrologisk avdeling.
2. Fastlegene oppfordres til å utforme henvisninger som er egnet til å veilede mottaker i UNN vedrørende veien videre for pasientens forløp. Sissel Løseth ønsket å ta saken opp med håndkirurgene før endelig avklaring.

Overlege Sissel Løseth og avdelingsleder Karl Ivar Lorentzen møter i Fastlegerådet for videre dialog om saken.

## **Sak 26/22: 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:**

Saken ble opprinnelig meldt til Fastlegerådets møte 23.03.2022 (sak 19/22) fra Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) ved rådgiver Torill Davida Nilsen, men ble ikke behandlet da pga tidsnød. Den gjelder 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 4). 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.*

*Prosedypren 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 5). 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.*

Rådgiver Torill Davida Nilsen møter i Fastlegerådet for dialog om saken.

## **Sak 27/22: Håndtering av purringer til pasienter som ikke møter til cervix cytologi screening**

### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering. Fastlegerådet drøftet den pågående praksisen, og kom til at

### **Saksframlegg:**

Denne saken har kommet opp ved intern diskusjon i Fastlegerådet. Leif Røssås har innhentet informasjon om at Kreftregisteret har sluttet å sende purringer direkte til pasientene når de ikke har tatt den anbefalte cytologiske prøven innen 13 måneder. Da sendes melding til laboratoriet som har analysert prøven. Pasientansvarlig/behandlingsansvarlig lege har ansvar for oppfølging. Fastlegene erfarer nå at UNN videresender purring av ikke kontrollerte cytologiprøver til fastlegene. I stedet for å sende direkte til pasientene, bes fastlegen om å gjøre dette.

### **Vurdering:**

Overføring av oppgaver skal diskuteres med de aktuelle involverte på forhånd, hvilket ikke er gjort her. Fastlegerådet er en naturlig arena for dialog om dette.

Overlege klinisk patologi Sveinung Sørbye møter i Fastlegerådet for dialog om saken.

## **Sak 28/22: Samhandling om prøvetaking mellom Laboratoriemedisin og fastlegene**

### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet drøftet saken, og kom til at

### **Saksframlegg:**

Følgende sak ble meldt på e-post 12.01.2022 av fastlege Morten Høyer. Han skriver:

*Unn har ensidig endret rutine ved Prøvetakingsenheten. Vi eller pasientene må nå avtale time på forhånd ved å ringe ett spesielt telefonnummer, og ha med seg rekvisisjon/ etiketter før oppmøte. Pasienter som kommer uten dette vil bli avvist. Samtidig fortsetter UNN å sende pasienter til oss og våre laboratorier for å få tatt prøver etter ønske fra legene ved UNN. Disse endringene er nok et eksempel på tiltak som gir praktiske vansker i hverdagen til fastlegene. Er dette noe som kanskje burde vært tatt opp i Fastlegerådet?*

Sakspapirene var på dette tidspunkt sendt ut til Fastlegerådets møte 19.01.2022. Det ble besluttet å arbeide videre med saken til mars-møtet og ta den opp da. Leif Røssås har vært i kontakt med Prøvetakingsenheten/Laboratoriemedisin, men saken ble vurdert som uferdig for framlegg i Fastlegerådet til møtet 23. mars.

Fastlegerådets leder Leif Røssås har fått innspill/klager fra flere fastleger om denne saken. UNN har utarbeidet en ny prosedyre for bestilling av blodprøvetaking i Prøvetakingsenheten ved UNN Tromsø, se **Vedlegg 6**. Prosedyren beskriver at pasienter som skal ta blodprøver fra 01.03.2022 må ha bestilt prøvetakingstid, og blodprøver tas kun på vegne av legekontor/ekstern rekvirent i de tilfeller der det kreves spesiell prøvetaking og ved vanskelig prøvetaking. Pasienter som kommer uten timeavtale eller uten rekvisisjon/etiketter vil bli henvist tilbake til rekvirent/legekontor.

Fastlege Morten Høyser beskriver videre et nytt aspekt i en e-post datert 16.05.2022:

*Viser til tidligere meldinger om samarbeidet mellom lab ved UNN og oss fastleger. Det ser ut til at UNN nå har kommet frem til nok en ny måte å gjøre ting på. Det er velkjent at UNN har sendt pasienter til oss med rekvisisjon på blodprøver som skal tas for en eller annen lege ved UNN. Dette har stort sett gått greit, og vi har satt opp kopi til rekvirent, som da er ansvarlig for oppfølging av prøvene.*

*Det nye er nå at flere og flere pasienter kommer med en liste over blodprøver som ønskes tatt, ingen rekvisisjon, ingen informasjon om hvorfor eller indikasjon, ingen info om hvem som skal ha svar eller følge opp prøvene. Pasientene vet ikke selv hvilken lege som rekvirerer, har "bare fått beskjed om å gå til fastlegen."*

*Jeg tenker at det IKKE er greit av vi blir stående som rekvirent og da med fullt ansvar for å følge opp ev avvikende svar, og vi må derfor vurdere å avvise pasientene.*

Den 14.01.2022 fikk Samhandlingsseksjonen meldt en sak i samme område av Anette Kristine Michaelsen, Lege i spesialisering Medisinsk Biokjemi UNN. Hun skriver:

*Vi på Laboratoriemedisin har en sak vi ser at vi trenger hjelp av Samhandlingsseksjonen til. Jeg forsøker å formidle hva det handler om under, men håper vi kan få til et møte der vi kan snakkes litt nærmere.*

*I vår Prøvetakingsenhet på A6 utfører vi tjenesten blodprøvetaking av pasienter. Denne tjenesten er tiltenkt og dimensjonert til UNNs egne pasienter (polikliniske og i noen tilfeller inneliggende). Over tid har vi sett en utvikling der pasienter fra kommunehelsetjenesten i Tromsø i økende grad sendes til UNNs prøvetakingsenhet for å ta blodprøver. I noen tilfeller er dette nødvendig ettersom enkelte analyser krever spesiell prøvetaking og prøvebehandling som legekantorene ikke kan forventes å ha utstyr til. Imidlertid ser vi at pasienter også sendes når legekantorene har kapasitets- eller kompetanseutfordringer. Dette har utgjort et ganske stort volum av pasienter. Med utfordringene primærhelsetjenesten har er det forståelig, men vi mener at det må være mulig å gjøre dette mer håndterbart for oss. For oss fører det til lange køer i Prøvetakingsenheten, uforutsigbare arbeidsdager for prøvetakere der, og økonomiske utfordringer fordi vi får driftsmidler for å ta prøver av UNNs pasienter, men ikke*

*for å ta prøver av kommunehelsetjenestens pasienter. Vi får altså kun refusjon for selve analysene for disse pasientene, ingenting for jobben det krever å ta prøvene. (...)*

*Vi belastes altså med arbeidet for prøvetaking, uten kompensasjon for ressurser i form av personell og utstyr. For å bedre pasientflyten har vi nettopp innført ny prosedyre som krever at pasienter fra kommunehelsetjenesten bestiller time i stedet for å komme på drop-in prøvetaking, men vi ønsker dialog med Samhandlingsseksjonen for å se på det økonomiske aspektet. For pasientens skyld ønsker vi å fortsatt kunne bidra til prøvetaking der det trengs, men vi vil kunne håndtere den ekstra belastningen bedre dersom dette kommer inn i ryddige økonomiske rammer.*

LIS-lege Anette Kristine Michaelsen skriver videre i en e-post 19.01.2022:

*Vi er helt enig i at dialog og samarbeid er viktig, men akkurat det jeg beskriver under handler **ikke** primært om legekantorene, og vi trenger derfor hjelp til å finne korrekt overordnet mottaker for dialog her. Derfor beskriver jeg i min e-post at vi ønsker å se på mulighetene for en avtale mellom kommunen og UNN. Målet vårt med denne saken er ikke at de enkelte legekantorene skal endre sin praksis, men at vi kan få en dialog med kommunen om hvilke oppgaver vi utfører og hvordan disse eventuelt kan kompenseres, slik at vi får bedre rammer for å utføre denne tjenesten for pasientene.*

#### **Vurdering:**

Det har vært utfordrende for Samhandlingsseksjonen å komme til bunns i om disse meldte sakene er to ulike saker, to sider av samme sak eller kun beslektede saker. Vår foreløpige konklusjon er at det er to sider av samme sak, hvor begge parter ønsker en bedre pasientflyt og fleksibilitet for pasientene, og en bedring av egen og hverandres arbeidssituasjon.

Ut over det har det altså etter hvert kommet frem at Prøvetakingsenheten ønsker å få til en avtale med Tromsø kommune om økonomisk kompensasjon for arbeidet UNN gjør. Dette er ikke et anliggende for fastlegene/fastlegekantorene, og Samhandlings-seksjonen har anbefalt at det tas kontakt direkte med Tromsø kommune om dette.

Det synes videre som om det fra UNN sin side er bestemt at den nye prosedyren (**Vedlegg 6**) skal gjelde fra 03.01.2022, uten at denne har vært drøftet tilstrekkelig på forhånd med de som berøres. Om dette er tilfelle, er det brudd på eksisterende samarbeidsavtale mellom UNN og primærhelsetjenesten hvor det framgår det at nye prosedyrer skal utformes i samarbeid. Det er behov for at samhandlingen mellom UNN og fastlegene rundt blodprøvetaking drøftes.

LIS-lege Anette Kristine Michaelsen møter i Fastlegerådet for en oppstart av dialog om de deler av dette som Laboratoriemedisin er involvert i.

## **Sak 29/2022: Informasjon om forskning som kan medføre endring i rutiner ved mottak av radiologiske henvisninger**

### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar informasjonen til orientering.

**Saksframlegg:**

Det er kommet en henvendelse med anmodning om å få komme med informasjon til fastlegene om et forskningsprosjekt med en intervensjon som på sikt kan innebære endrede rutiner ved mottak av henvisninger til radiologiske tjenester. Stipendiat Eivind Richter Andersen ved NTNU skriver:

*Jeg arbeider på et prosjekt, [IROS](#), som har til hensikt å redusere bruk av radiologiske lavverditjenester (tjenester som har liten/eller ingen nytte for pasienter, eller der risiko overstiger potensiell nytteverdi), for å frigjøre ressurser til tjenester med høy verdi. Vi er i disse dager i ferd med å lansere en intervensjon rettet mot utvalgte radiologiske undersøkelser beskrevet i Kloke Valg. Intervensjonen vil innebære en ny rutine ved vurdering av henvisninger til private røntgeninstitutt, hvor henvisning i større grad blir returnert dersom de ikke oppfyller gitte kriterier. Intervensjonen vil starte i Vestre Viken, men vil deretter bli landsomfattende. Det er viktig for oss å informere godt om dette tiltaket, for å unngå unødvendig belastning for fastlegene. I den forbindelse trenger vi å spre informasjon til landets fastleger og tenker at praksiskonsulentordningen må være en bra måte å nå ut på. Jeg legger ved en versjon av praksisnytt som er publisert i Vestre-Viken, samt en informasjonsartikkel som er tenkt publisert i PKO-nytt i samme området.*

Informasjonen fra Eivind Richter Andersen er vedlagt (**Vedlegg 7 og 8**). Leif Røssås orienterer om saken i møtet.

**Sak 30/2022: 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.



## **Møtereftrat Fastlegerådet (FLR)**

Møtetid: 23.03.2022 kl 13.00-15.00

Sted: Digitalt på Teams

---

### **Tilstede**

Faste medlemmer:

- Leif Røssås, fastlege Tromsø/PKO-leder (praksiskonsulent) UNN/leder Fastlegerådet
- Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy
- Kine Raae Østvik, fastlege Narvik
- Kristin Vik Hagerupsen, fastlege/ass kommuneoverlege Harstad
- Morten Høyer, Fastlege Tromsø
- Elisabeth Dalgård, Medisinskfaglig ansvarlig lege/Fastlege i Sørreisa og Dyrøy
- Hanne Karen Aslaksen, Seksjonsoverlege Revmatologisk seksjon, Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR) (litt til og fra på grunn av vakt)

Sekretariat:

- Lene Kristiansen, rådgiver Samhandlings- og utviklingsseksjonen UNN (deltok i starten av møtet)
- Anne Helen Hansen, overlege/rådgiver/forsker Samhandlings- og utviklingsseksjonen UNN (referent)

Forfall:

- Anita Pedersen, fastlege/kommuneoverlege Kåfjord
- Peter Kalinichenko, kommunelege Balsfjord kommune/repr. Tromsø-området region
- Andreas Holund, overlege psykisk helse og rus klinikken, SPHR Ofoten
- Haakon Lindekleiv, medisinsk fagsjef og senterleder Fag- og kvalitetssenteret UNN
- Thor Martin Strand, LIS, UNN

Tilstede på sak:

- Prosessmedarbeider/medisinsk faglig rådgiver UNN Heidi Svanøe Høifødt Sak 13/22
- Bjørn Kvammen, seksjonsoverlege Hud UNN Sak16/22
- Stein Harald Johnsen, overlege Nevrologi UNN Sak 18/22
- Sissel Løseth, seksjonsoverlege Nevrologi UNN Sak 18/22

**Sak 11/2022: Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:** Innkalling og saksliste godkjennes.

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

**Vedtak:** Referat fra Fastlegerådets møte 19.01.2022 godkjennes.

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

Prosessmedarbeider/medisinsk faglig rådgiver i UNN Heidi Svanøe Høifødt orienterte om Strategisk utviklingsplan og ba om Fastlegerådets innspill på satsingsområder og tiltak som bør prioriteres i planen.

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

- Lokalsykehusfunksjonen må sikres og utvikles
- Sikre og utvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten, herunder være tilgjengelig for veiledning og kontakt med fastlegene
- UNN og primærhelsetjenesten må ha bedre kjennskap til hverandre og hverandres behandlingstilbud, og spille hverandre gode
- Øke UNNs kompetanse på primærhelsetjenesten, både fastlegenes arbeid og den øvrige kommunehelsetjenesten, for eksempel ved å etablere en ordning med sykehusleger som praksiskonsulenter hos fastlegene (kan også være aktuelt for andre yrkesgrupper)
- Arbeide for å rekruttere leger til regionen, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Arbeide for tilrettelagte utdanningsløp både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Tilby mer videokonsultasjoner og digital oppfølging, og samtidig ivareta behovet til de ikke-digitaliserte pasientene
- Mer ambulering
- Korte ned ventetider
- Styrke smertebehandling og kognitive behandlingsmodeller også utenfor psykiatrien
- Utviklingsplanen bør ha en tydelig beskrivelse av hva det innebærer å være et utviklingsområde
- Utviklingsplanen bør være forsiktig med å skulle favne alt uten tydelige prioriteringer

### **Sak 14/2022: Mandat for Fastlegerådet**

Fastlegerådets vedtatte forslag til mandat ble behandlet i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) sitt møte 22.02.2022. SSU ønsket at Fastlegerådet skal ha et større fokus på hele kommunehelsetjenesten, og sendte mandatet tilbake for ny behandling i Fastlegerådet.

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

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

Det har lenge vært arbeidet med utveksling av direkte telefonnummer mellom fastlegene og vakthavende leger i UNN. Arbeidet pågår fortsatt.

**Vedtak:** Fastlegerådet ber om at kommunene koordinerer arbeidet med å fremskaffe telefonnummer til legekantorene i lokalsykehuskommunene, og at UNN arbeider videre med å fremskaffe en direkte linje til vakthavende leger i UNN slik at fastlegene slipper ventetiden på sentralbordet.

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

HELFO har avklart at det ikke trengs ny henvisning hvert år når det gjelder økonomiske forhold. Dette gjelder for både for hud og andre fagområder. Overlege Bjørn Kvammen var invitert for å drøfte kommunikasjon mellom hudavdelingen og fastlegene.

**Vedtak:**

1. Hudlegene oppfordres til å sende dialogmeldinger til fastlegene om felles pasienter ved behov for supplerende kliniske opplysninger.
2. Fastlegene oppfordres til å sende skriftlige henvendelser til hudlege uten nødvendigvis å henvise pasienten.
3. Fastlegene oppfordres til å oppgi kontaktinformasjon til legekantoret ved alle henvendelser til hudseksjonen.
4. Fastlegerådet inviterer til fortsatt dialog om felles prosedyrer for pasientforløp ved hudlidelser.

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

Rutiner for profylakse til kvinner som er RhD-negative og bærer RhD-positivt foster ble endret fra 01.09.2021. Profylaksen i uke 28 har tidligere blitt satt i sykehus (med noen unntak i Helse Nord), men skal nå settes hos fastlege eller jordmor. Som alltid er det rekvirent som skal følge opp prøvesvar. Svaret kommer i EPJ og i tillegg på papir til rekvirent. Fastlegerådet drøftet saken.

**Vedtak:** Saken utsettes på grunn av tidsnød.

### **Sak 18/2022: Henvisning og videre henvisning etter nevrografi**

Saken er en oppfølging av sak 08/22 fra Fastlegerådets møte 19.01.2022, hvor Fastlegerådet drøftet saken med overlege Stein Harald Johnsen. Fastlegerådet ba Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR), legeseksjonen Nevrologi, om å vurdere endring av rutinene og henvise videre direkte til annen utredning/behandlende instans ved positive funn, med kopi til fastlegen. Overlege Stein Harald Johnsen og overlege Sissel Løseth var invitert for dialog om saken.

#### **Vedtak:**

1. Fastlegerådet oppfordrer til at Klinisk nevrofysiologisk laboratorium legges inn i lista over henvisningsmuligheter slik at fastlegene skal kunne henvise mer spesifikt, og ikke kun til Nevrologisk avdeling.
2. Fastlegene oppfordres til å utforme henvisninger som er egnet til å veilede mottaker i UNN vedrørende veien videre for pasientens forløp. Sissel Løseth ønsket å ta saken opp med håndkirurgene før endelig avklaring.

### **Sak 19/22: Ny prosedyre for håndtering av pasienter med hoftebrudd**

Fastlegerådet fikk saken meldt fra Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) ved rådgiver Torill Davida Nilsen. Etter utsendelse av sakspapirene har melder trukket saken, da det er behov for å jobbe mer med den før den tas opp i Fastlegerådet.

**Vedtak:** Saken utsettes på grunn av tidsnød.

### **Sak 20/2022: Eventuelt med evaluering av møtet**

- Evaluering ble ikke gjennomført på grunn av tidsnød.
- Informasjon om manglende innkalling til røntgenundersøkelser i Helse Nord. Henvisningene må gjøres i DIPS interaktor.
- Saken om samhandling vedrørende normale cytologiprøver ble etterlyst. Settes opp til neste møte.
- Saken om samhandling vedrørende prøvetaking mellom Laboratoriemedisin og fastlegene ble etterlyst. Settes opp til neste møte.
- Neste møte er 1. juni kl 13-15 og settes opp som fysisk møte på UNN Tromsø, møterom G-914 i PET senteret, med mulighet for digital deltakelse for den som ønsker det.

## Mandat for Fastlegerådet

<b>Bakgrunn og formål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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).</li><li>○ 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.</li><li>○ 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.</li></ul>
<b>Oppgaver og ansvar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fastlegerådet er et rådgivende organ for UNN og fastlegene, og skal fremme og behandle saker og problemstillinger i samhandlingen mellom UNN og fastlegene</li><li>○ Fastlegerådet skal være rådgivende organ for Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i overordnede saker som angår samhandling mellom UNN og fastlegene</li><li>○ Fastlegerådet skal behandle saker hvor oppgavefordelingen mellom fastlegene og UNN er uklar, eller hvor UNN eller fastlegene ønsker endringer i oppgavefordelingen</li><li>○ Fastlegerådet skal bidra til utvikling av eksisterende og nye tjenester og tilbud i UNN og hos fastlegene</li><li>○ Fastlegerådet skal vurdere å avgi høringer i aktuelle saker</li><li>○ Fastlegerådet skal involvere fagmiljøene i relevante saker for å sikre god forankring og effektiv gjennomføring i egen faggruppe/organisasjon</li><li>○ 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.</li></ul>
<b>Sammensetning og oppnevning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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.</li></ul>

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

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-fodselslshjelp/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](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://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](https://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

<b>1. Hensikt</b> .....	2
<b>2. Omfang</b> .....	2
<b>3. Grunnlagsinformasjon</b> .....	2
<b>4. Arbeidsbeskrivelse</b> .....	2
<b>4.1 Prosedyrer prehospitalt</b> .....	2
4.1.1 Ambulansepersonell.....	2
4.1.2 AMK .....	3
4.1.3 Ortoped .....	3
<b>4.2 Prosedyrer etter ankomst UNN-Tromsø</b> .....	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
<b>4.3 Prosedyre etter ankomst døgnet preoperativt</b> .....	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
<b>4.4 Prosedyrer etter ankomst døgnet postoperativt</b> .....	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

- Preoperativ vititt og anleggelse av nervus femoralis blokade 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
- Sjekke 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 rtg. 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 situasjonen<sup>1</sup>. 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 omsorgstjenester<sup>2</sup>.

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 virksomheter<sup>3</sup> (virksomhetsansvar) og på enkeltpersonell (individuell ansvar). De mest relevante bestemmelsene for den akuttmedisinske kjeden finnes i spesialisthelsetjenesteloven,

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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](#).

<sup>3</sup> 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](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helseDirektoratet.no](http://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 risikoområder<sup>4</sup>. 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 virksomheter<sup>5</sup> 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)<sup>6</sup>. Disse tjenestene ytes av virksomheter i både helseforetak og kommuner<sup>7</sup>. 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 lovpålagt<sup>8</sup>.

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

---

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

<sup>5</sup> [helsepersonelloven § 16](#). Se også [Helsedirektoratets rundskriv](#) til helsepersonelloven.

<sup>6</sup> [Akuttmedisinforskriften §§ 2 og 3](#)

<sup>7</sup> 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](#).

<sup>8</sup> 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.<sup>9,10</sup>

### 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 pasienten<sup>11</sup>.

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 beslutninger<sup>12</sup>.

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 ambulansespersonell, 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

---

<sup>9</sup> 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](#).

<sup>10</sup> [Akuttmedisinforskriften § 4](#)

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

<sup>12</sup> [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**

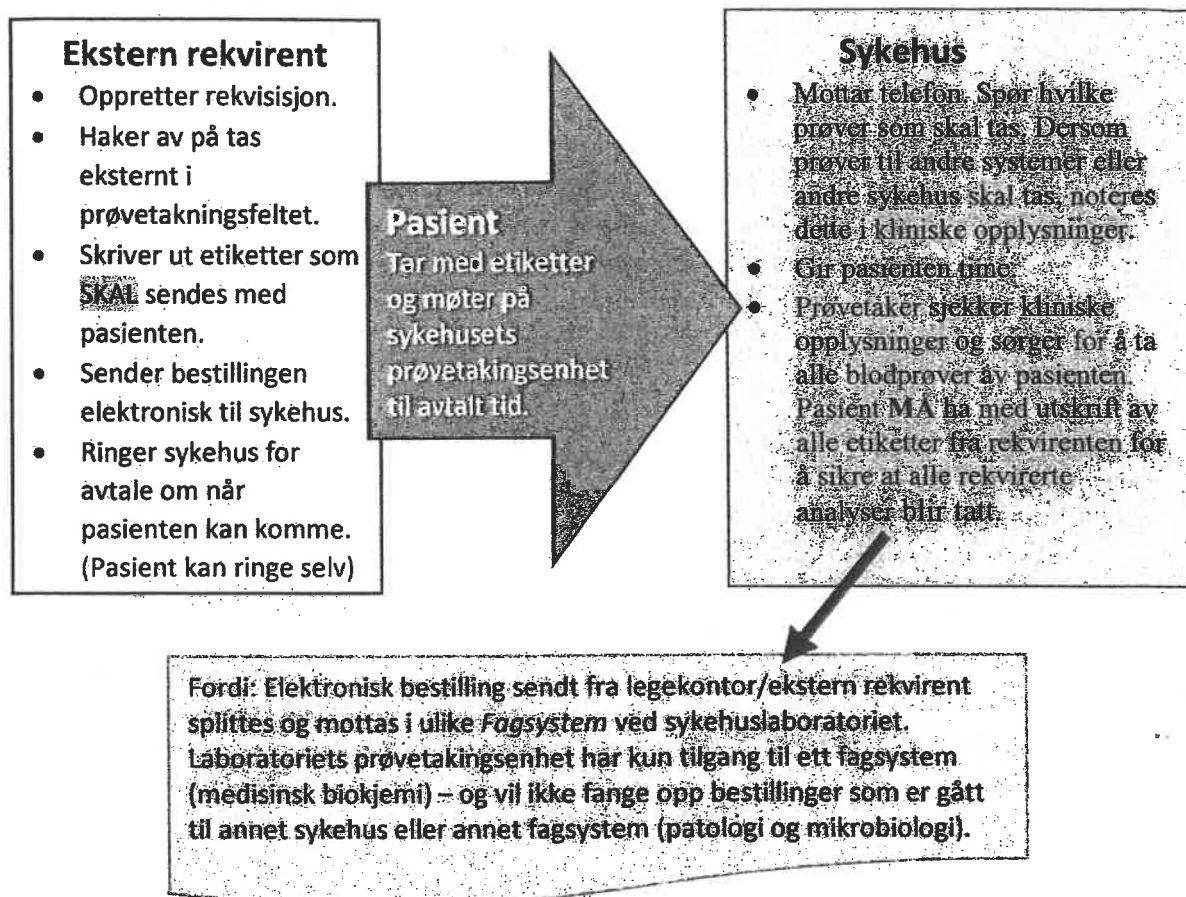
**Adresse**

**Post**

---

Etter liste

## Prosedyre for bestilling av blodprøvetaking i Prøvetakingsenheten v/UNN Tromsø



Fra 3.1.2022 må pasienter som skal ta blodprøver i Prøvetakingsenheten på UNN ha time. Bestilling av prøvetakingstid: ring tlf **777 55 110** (hverdager fra 09.00 til 14.00).

Vi tar kun blodprøver på vegne av legekantor/ekstern rekvirent i de tilfeller der det kreves spesiell prøvetaking (f.eks. prøver på is, prøver med veldig kort holdbarhet, prøver på spesialglass) og ved vanskelig prøvetaking. Pasienten skal ikke trekke kølapp, vedkommende vil bli ropt opp.

**Pasienter som kommer uten timeavtale vil bli henvist tilbake til rekvirent/legeskjema.**

**Pasienter som kommer uten rekvisisjon/etiketter vil bli henvist tilbake til rekvirent/legeskjema.**

## Nye rutiner ved Prøvetakingsenheten UNN Tromsø

Fra 3. januar 2022 innføres nye rutiner ved Prøvetakingsenheten UNN Tromsø. Pasienter som ikke er inneliggende eller polikliniske ved UNN, må ha timeavtale for å få tatt blodprøver.

### Bakgrunn for prosedyre:

- Pasienter skal hovedsakelig ta blodprøvene ved sitt legekantor. Vi vil gi et tilbud om prøvetaking til pasienter der legekantoret ikke selv klarer å ta prøven, eller det kreves prøvebehandling som ikke kan utføres ved legekantoret.
- Flere avvik og bekymringer fra fastleger angående pasientsikkerheten fordi laboratoriet ikke har tatt alle prøvene som var bestilt. Laboratoriedatasystemet viser ikke den fulle bestillingen hvis det er bestilt prøver til andre fagsystemer enn medisinsk biokjemi, eks. flere tilfeller der mikrobiologiske prøver ikke har blitt tatt.

### Følgende rutine innføres:

- Når det bestilles prøver som ikke kan tas av rekvirent/legkantoret, ringes 777 55 110 for timeavtale ved Prøvetakingsenheten ved UNN Tromsø. Timeavtalen kan gjøres av lege, øvrig personell på legekantoret og pasienten selv.
- 777 55 110 besvares på ordinære hverdager mellom kl. 09.00 og 14.00. Vi tar kun henvendelser om timebestilling på dette nummeret, alle andre spørsmål og henvendelser blir henvist til laboratoriets kontaktelefon 776 26718.
- Oppgi pasientnavn og hvilke typer prøver som skal tas, og om det er til andre fagsystemer enn medisinsk biokjemi.
- Etikettene skrives ut og gis pasienten. Pasientene MÅ ha med seg etiketter/rekvisisjon når vedkommende kommer til prøvetaking.
- Det er viktig at pasientene ikke trekker kølapp ved ankomst, men venter i venteområdet. De vil bli ropt opp på navn.
- Vær oppmerksom på at pasienter som ikke har timeavtale vil bli henvist tilbake til rekvirent. Det samme gjelder pasienter som kommer uten etiketter/rekvisisjon.

Vedlagt ligger «Prosedyre for bestilling av blodprøvetaking i Prøvetakingsenheten v/UNN Tromsø»

Med vennlig hilsen

Seksjonsleder Preanalyse

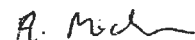
[Bjorn.ivar.strand@unn.no](mailto:Bjorn.ivar.strand@unn.no)



Bjørn Ivar Strand

Medisinskfaglig ansvarlig Preanalyse

[Anette.kristine.Michaelsen@unn.no](mailto:Anette.kristine.Michaelsen@unn.no)



Anette K. Michaelsen

## Informasjon til henviser –

### I håp om å bidra til reduksjon i antall uberettigete bildediagnostiske undersøkelser i helsevesenet vil private røntgeninstitutter returnere flere henvisninger enn tidligere, med bakgrunn i anbefalinger fra «Gjør Kloke valg»-kampanjen.

Røntgeninstituttene Unilabs Røntgen og Aleris Røntgen innfører fra 1. mai 2022 endret håndtering av radiologiske henvisninger tilknyttet spesifikke undersøkelser inkludert i «Gjør Kloke valg»-kampanjen. Røntgeninstituttene påpeker at det overordnede målet med rutineendringen er at retur skal fungere som en faglig påminnelse og bevisstgjøring. Dette vil på sikt kunne bidra til at færre pasienter henvises til uberettigete bildediagnostiske undersøkelser i hele helsevesenet, og derved effektivt kunne redusere ventetidene slik at pasientene som virkelig trenger det blir undersøkt i tide.

«Gjør kloke valg»-kampanjen har til hensikt å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsetjenesten, og ble lansert i 2018 som en norsk versjon av den internasjonale kampanjen «Choosing Wisely». Formålet med kampanjen er ikke bare hensynet til ressursfordeling og ventelisteproblematikk, men også den erkjennelse at mange unødvendige undersøkelser kan være direkte skadelig for pasientene. «Mer er ikke alltid bedre» er derav navnet på Gjør kloke valg kampanjen som ble lansert i november 2021. De konkrete anbefalingene i Gjør Kloke Valg kampanjen stammer fra de respektive medisinske fagmiljøer i Norge.

**Bilediagnostiske sykehusavdelinger og private røntgeninstitutter er pålagt å vurdere berettigelsen ved sine undersøkelser, og berettigelse må alltid vurderes på bakgrunn av de opplysninger som man til enhver tid innehar om pasienten.**

Gjør kloke valg har innen radiologi konkretisert 6 anbefalinger.

På bakgrunn av hvilke undersøkelsestyper som er hyppigst utført ved røntgeninstitutter vil de nye rutinene involvere følgende tre anbefalinger:

- Unngå MR lumbosacralcolumna ved korsryggsmerter uten varselsymptomer av kortere varighet (4-6 uker)
- Unngå MR caput ved ukomplisert hodepine uten varselsymptomer
- Unngå MR kne ved fremre knesmerter dersom pasienten ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring

**Henvisningene vil bli vurdert etter følgende faglige Gjør Kloke valgkriterier:**

Undersøkelse	Problemstilling	Berettiget hvis:	Varselsymptomer
MR lumbal/ lumbosacralcolumna	Korsryggsmerter	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Konservativ behandling er forsøkt og kirurgi overveies</li><li>○ varighet &lt; 4-6 uker <b>med</b> varselsymptomer</li></ul> ELLER <ul style="list-style-type: none"><li>○ varighet &gt; 4-6 uker</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Feber</li><li>○ Andre infeksjonstegn</li><li>○ historie på skade</li><li>○ Nylig spinalpunksjon</li><li>○ Ledsagende allmennsymptomer</li><li>○ Tilkommet vannlatingsvansker</li><li>○ Andre alvorlige eller økende nerveutfall</li></ul>

MR caput	Hodepine	Hodepine med varselsymptomer	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Akutt debut</li> <li>○ Raskt økende frekvens og alvorlighet</li> <li>○ Hodepine som vekker pasienten</li> <li>○ Svimmelhet</li> <li>○ Tap av koordinasjon</li> <li>○ Nytilkommet nerveutfall</li> <li>○ Sykehistorie med cancer eller immunsvikt</li> <li>○ Parestesier <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brenning</li> <li>▪ Stikking</li> <li>▪ Prikking</li> <li>▪ Kløe</li> <li>▪ Nummenhet</li> <li>▪ Maurkryping</li> </ul> </li> </ul>
MR kne	Fremre knesmerter	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Forsøkt fysisk behandling uten bedring</li> <li>○ Hydrops</li> <li>○ Låsning/klikking i leddet</li> </ul>	

**Henvisninger som mangler informasjon eller som vurderes som ikke-berettigete blir returnert sammen med en konkretisert begrunnelse for returnen. Dersom henviser ikke har opplyst om, men innehar ytterligere informasjon som tilsier at den aktuelle undersøkelse likevel er indisert, så må pasienten henvises på nytt med den aktuelle tilleggsinformasjon påført henvisningen.**

Ved usikkerhet omkring indikasjon og valg av undersøkelse anbefales henviser å ta kontakt med det aktuelle røntgeninstitutt.

Gjennom et forskningsprosjekt ved NTNU Gjøvik vil tiltaket med endrete rutiner evalueres ved hjelp av vurdering av henvisningskvalitet, bruk av bildediagnostikk, geografiske variasjoner og kvalitativ vurdering av tiltakets mottakelse og effekt i klinisk praksis.

Et utvalg henvisere vil derfor etter hvert kunne bli forespurt om frivillig å besvare noen spørsmål om deres syn og erfaring med dette prosjektet.

Ref. og relevant tilleggsinformasjon:

1. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-radiologisk-forening/artikler/fag-og-utdanningsstoff-fra-noraforum/gjor-kloke-valg-radiologi/>
2. [Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk](#)
3. [Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatisk muskel- og skjelettlidelser](#)



**Praksisnytt,  
Drammen sykehus**



# For fastleger og andre henvisere

Informasjon, kurs og nyheter for deg som henviser til Vestre Viken

## **Innhold i dette nummeret:**

- 1 Emnekurs - Klinisk psykiatri i allmennpraksis - Holmen Fjordhotell, 1-2 april 2022
- 2 PKO-nytt nr. 1 2022
- 3 Endring av henvisningsrutiner til MR LS-columna og Caput

## **1. Emnekurs: Klinisk psykiatri i allmennpraksis.**

**Holmen Fjordhotell, Asker.  
1.-2. april 2022.**



PKO Drammen inviterer til emnekurs i samarbeid med Vestre Viken Klinikk for psykisk helse og rus.

Kurset er godkjent med 16 poeng som klinisk emnekurs i allmennmedisin til videre- og etterutdanningen.

Kurset er delt i fire temaer: Psykiatri i allmennpraksis, angst og depresjon, psykoser og andre psykiatriske tilstander.

Stikkord fra temalisten: Psykiatri i vanlige konsultasjoner, angst, helseangst, bekymring og katastrofetenkning, kommunikasjonsteknikker, psykiatrisk førstehjelp, depresjon, ADHD, mindfulness i kontorstolen, PTSD og krenkelser, psykoser, tilpasningsforstyrrelser, psykiatri og kriminalitet.



Alle tema innledes av fastleger med kasuistikker eller eksempler fra egen praksis. Spesialistene tar utgangspunkt i dette i sine forelesninger, slik at det skal bli så praktisk og relevant som mulig for allmennpraksis.

VELKOMMEN!

[Påmelding og program](#)

NYTT

# PKO-nytt

## 2. Nytt PKO-nytt

Om kort tid får dere det nye, fysiske, eksemplaret av PKO-nytt i postkassa. Den elektroniske utgaven er imidlertid allerede klar og kan finnes ved å trykke på linken nedenfor. Det nye nummeret har følgende spennende tema:

- «Kloke valg» - en kampanje som tar sikte på å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet.
- Nye retningslinjer for oppfølging etter kurativ behandling for kreft i tykk- og endetarm
- Nye retningslinjer i forebyggende hjertemedisin
- Veileder for ø-hjelp innleggelser i Vestre Vikens ulike lokalsykehusområder. Hva skal hvor?
- Koronadiagnostikk i Vestre Vikens laboratorier
- ECT-behandling
- Oppdatert rutine for Rh-profylakse i svangerskap
- Nye rutiner for akuttinnleggelse/-vurdering i BUP
- Invitasjon til klinisk emnekurs i psykiatri 1. og 2. april.

PKO-nytt nummer 1, 2022



## 3. Endring av henvisningsrutiner til MR - Gjør Kloke Valg

Røntgeninstituttene Unilabs Røntgen og Aleris Røntgen innfører fra 1. april 2022 endret håndtering av radiologiske henvisninger inkludert i «Gjør Kloke valg»-kampanjen.

De nye rutinene har særlig fokus på følgende to anbefalinger:

**Unngå MR lumbosacralcolumna ved korsryggsmerter uten varselsymptomer**  
**Unngå MR caput ved ukomplisert hodepine uten varselsymptomer**

Med bakgrunn i disse anbefalinger vil private røntgeninstitutter returnere flere henvisninger enn tidligere. Det overordnede målet med rutineendringen er at retur skal fungere som en faglig påminnelse og hjelp som skal sikre berettigelsen av undersøkelser og på sikt øke tilgang til bildediagnostiske undersøkelser i hele helsetjenesten.

Undersøkelsene ansees som berettiget hvis:

**MR lumbal/lumbosacralcolumna: Problemstilling Korsryggsmerter,**

- konservativ behandling er forsøkt og kirurgi overveies
  - varighet under 4-6 uker men med varselsymptomer
- ELLER
- varighet over 4-6 uker.

**MR Caput: Problemstilling Hodepine**

- Hodepine med varselsymptomer (eks akutt debut, nerveutfall, parestesier, tap av koordinasjon.)

Henvisninger som vurderes som ikke-berettigete blir returnert sammen med en konkretisert begrunnelse for returen. Dersom henviser ikke har opplyst om, men innehar ytterligere informasjon som tilsier at den aktuelle undersøkelse likevel er indisert, oppfordres det til at pasienten henvises på nytt med den aktuelle tilleggsinformasjon påført henvisningen.

Tiltaket vil bli evaluert gjennom et forskningsprosjekt ved NTNU.

<https://www.ntnu.no/ihg/iros>

## LENKER:

### Vestre Viken:



[Informasjon for fastleger og henvisere](#)

[Ris og ros - synspunkter og tilbakemeldinger](#)  
(For tiden ute av drift - forventes oppe igjen januar 2022)

[Henvisnings og oppfølgingsrutiner for fastleger](#)

[Vestre Viken beredskapsinfo Covid 19](#)

[Arkiv pko-nytt-og-praksisnytt](#)

[helse-og-arbeid](#)

### Andre:

[Skil covid-19](#)

[Legevaktshåndboken](#)

[Helsebiblioteket](#)

[Fritt sykehusvalg](#)

## PKO i Vestre Viken

Praksiskonsulentordningen (PKO) består av fastleger og sykepleiere som tilsettes i deltidsstillinger og fungerer som konsulenter på sykehusene.

PKO arbeider for å forbedre pasientforløp og utvikle felles retningslinjer og kultur for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehusene.

Ordningen er knyttet opp mot helseforetaksledelsen på ulike vis, og er i økende grad blitt del av sykehusenes samhandlingsenheter.

Her finner du kontaktinfo til praksiskonsulentene i Vestre Viken

Praksisnytt for Drammen sykehus utgis elektronisk ca. en gang i måneden til rundt 500 mottakere. Målgruppen er leger og helsepersonell i området rundt Drammen sykehus - fastleger, sykehjemsleger, legevaktsleger, kommuneleger og helsestasjoner. I tillegg distribueres nyhetsbrevet til leger og nøkkelpersoner på Drammen sykehus.

Praksisnytt oppdateres og utgis av: Jan Robert Grøndahl.

Kontaktinfo: [jargro@vestreviken.no](mailto:jargro@vestreviken.no)

© 2022 Vestre Viken

For nye abonnenter - påmelding for å få Praksisnytt til din  
epostadresse:

PKO - Drammen - Dronninggata 28, 3004 Drammen, Norge

[Meld deg av](#)

**Leveret av Make**