

Møteinnkalling

Tid: 23.november 2022 kl. 13.00 – 15.00

Sted: Teams, evt fysisk på PET senteret i Tromsø rom G.921

Saksbehandler alle saker: Overlege/rådgiver Anne Helen Hansen

Saksliste

Saksnr.	Sakstittel
42/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden
43/22	Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 07.09.2022 (Vedlegg 1)
44/22	Årsrapport for Fastlegerådet 2021 (Vedlegg ettersendes)
45/22	Ny prosedyre for håndtering av pasienter med hoftebrudd (Vedlegg 2 og 3)
46/22	Botox-injeksjoner
47/22	Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide
48/22	Evaluering av arbeidsformen i helsefelleskapet
49/22	Epikriser
50/22	Samarbeidsnormen - Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området (ansvars- og oppgavefordeling) (Vedlegg 4)
51/22	Møteplan for Fastlegerådet 2023
52/22	Evaluering av møtet
53/22	Eventuelt og saker til neste møte

Saksframlegg

Sak 42/2022: Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 43/2021: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 07.09.2022

Referatet er vedlagt (**Vedlegg 1**). Godkjente referater publiseres på www.helsefellesskapet.no

Det kan være hensiktsmessig å også publisere referatene i Fastlegenytt.

Innstilling til vedtak:

Referat fra Fastlegerådets møte 07.09.2022 godkjennes.

Referater publiseres heretter både på www.helsefellesskapet.no og i Fastlegenytt.

Sak 44/2022: Årsrapport for Fastlegerådet 2021

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådets årsrapport for 2021 vedtas. Årsrapporten legges fram for Strategisk Samarbeidsutvalg.

Fastlegerådets årsrapport for 2021 ble første gang lagt fram på Fastlegerådets møte 07.09.2022 (sak 33/22). Fastlegerådet gjorde følgende vedtak: «Fastlegerådets årsrapport for 2021 bearbeides ytterligere i henhold til innspill fra Fastlegerådet. Ny Årsrapport ferdigstilles på e-post før den legges fram for Strategisk Samarbeidsutvalg.»

Det har ved utsendelse av møteinnkallingen ikke vært noen e-postrunde om dette. Ny versjon av Årsrapporten ettersendes for fornyet behandling i møtet.

Sak 45/22: Ny prosedyre for håndtering av pasienter med hoftebrudd

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar informasjonen fra NOR-klinikken til orientering. Fastlegerådet mener at det vil være et større tap enn forventet gevinst å innføre den nye prosedyren utenfor sykehushnære strøk.

Saken ble første gang behandlet i Fastlegerådets møte 01.06.2022 (sak 26/22) etter at den tidligere var meldt fra Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) ved

rådgiver Torill Davida Nilsen. Saken gjelder et gjennomført forbedringsprosjekt med ny prosedyre for hoftebruddpasienter i UNN. Hensikten er å korte ned tiden fra personer med hoftebrudd skader seg til de blir operert. Den viktigste endringen består i at ambulanspersonell som mistenker hoftebrudd skal kjøre pasienten direkte til sykehuset uten kontakt med fastlege/legevakt først. Prosedyren er i første omgang gjeldende for Ambulansstasjonen i Tromsø. Etter evaluering vil prosedyren bli vurdert med tanke på implementering i alle kommuner som bruker UNN Tromsø som lokalsykehus.

I Fastlegerådets møte 01.06.2022 ble det gitt følgende innspill til NOR-klinikken:

- Man må være oppmerksom på at ambulanspersonell ikke har opplysninger om tidligere sykdommer, medikamenter og daglig funksjonsnivå hos pasientene
- Det vil være risiko for at for pasienter fraktes til UNN for vurdering uten at det foreligger brudd, noe som for enkelte pasientgrupper (eks demente) vil være et ekstra traume
- Den nye prosedyren synes best egnet i sykehusnære områder
- Det er ønskelig å etablere røntgentilbud for avklaring lokalt
- Man sparer ingen tid på rask håndtering lokalt dersom pasienten likevel må vente på behandling etter ankomst UNN

Fastlegerådet ba videre i vedtaket om at resultatene fra utprøving av prosedyren lokalt i Tromsø formidles til Fastlegerådet i møtet 23.11.2022.

Denne saken er nå også foreslått for behandling i FSU Akuttmedisin av avdelingsoverlege Rolf Arne Iversen, AnOp UNN Harstad, i en e-post datert 04.11.2022 med overskriften «Trygg Akuttmedisin, neste prosjekt? HOFTEBRUDD». Han skriver følgende i sin e-post:

«[Trygg Akuttmedisin](#) inspirerer til se på mulighetene for flere helhetlige akutte pasientforløp i samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En stor pasientgruppe er de eldre pasientene med hoftebrudd.

Pasienter med hoftebrudd er ofte skrøpelige eldre personer som har mye komorbiditet og ikke minst geriatriske problemstillinger. Det er økt risiko for varig redusert gangfunksjon og for å miste evnen til å greie seg selv i hverdagslivet. Det er økt dødelighet. I vår region har vi i tillegg lange transporttider til sykehus og dette øker tiden fra brudd til operasjon.

Målet med behandlingen ved hoftebrudd er at pasienten blir innlagt så raskt som mulig, smertelindres tilstrekkelig godt og får kirurgisk behandling helst innen 24 timer med minst mulig komplikasjoner.

I vår region (UNN HF) har vi dessverre ganske store forskjeller i intrahospital behandling av hoftebrudd slik det fremkommer fra nasjonalt hoftebruddregister

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-08/%C3%85rsrapport%202021%20Nasjonalt%20Hoftebruddregister.pdf>

Det er mange spennende tilnærminger til problemstillingen der man kan se på alt fra diagnostikk, valg av transport, destinasjon for behandling, tidstyver i pasientforløpene etc.

Man kan eksempelvis også se på mulighetene til å flytte femoralisblokkaden ut prehospitalt fordi det er et trygt, enkelt og godt tiltak for disse pasientene

<https://www.thennt.com/nnt/peripheral-nerve-block-hip-fracture/>

Jeg tror Trygg Akuttmedisin kan være riktig arena for å lage en felles prosedyre for pasientforløpene hoftebrudd. Det vil i et slikt prosjekt være helt avgjørende med involvering fra det ortopediske fagmiljøet og jeg inkluderer derfor seksjonsoverlege Stig Hegna i mailgruppa.

Det er fritt frem å videresende denne mailen. Er det interesse for å ta denne saken videre og hvordan går vi i så tilfelle frem?»

Denne e-posten er sendt til flere og Kjell Nysveen (tidligere kommuneoverlege/fastlege i Kvænangen) skriver i den samme mailtråden 06.11.2022:

«Hei, Ja, jeg har dessverre sett den, hadde jeg nær sagt. Men ære være Rolf Arne som løfter saken til "Trygg akuttmedisin nivå", la det være poengtert.

Iflg prosedyren skal legevakslege av prinsipp ikke involveres i behandlingsskjeden av hoftebrudd, for å sette det på spissen. Prehospitalt er kun ambulanse nevnt, og det er helt bevisst. Jeg satt i Fastlegerådet på den tiden prosedyren var på høring, og vi påpekte det uheldige i at legevakt, fastlege og hjemmetjenesten ikke er omtalt, spesielt ble det eksplisitt påstått fra ortopedene at hoftebrudd pasienter måtte vente i flere timer på legevakta for å bli undersøkt. Legevakta var således et forsinkende ledd som man skulle bypasse for å spare tid. At legevaktlegen ofte fikk beskjed fra vakthavende ortoped om å legge pasientene inn på KAD eller sykehjem i påvente av røntgen neste dag, ble fra fastlegene sin side hevdet som den viktigste årsaken til forsinket diagnose og behandling av hoftebrudd pasientene prehospitalt. At legevakta i Tromsø by bypasses har jeg forståelse for, men ikke ute i distriktene.

Legevaktlegen har tilgang til pasientens journal ute i distriktet, herunder medisinliste. Polyfarmasi er en velkjent årsak til pasientfall, og komplett medisinliste er oftest ikke den samme som står i journalen på sykehuset, i reseptformidleren eller i kjernejournalen. Årsaken til hoftebrudd ligger ofte i komplekse indremedisinske problemstillinger, inklusiv polyfarmasi, svimmelhet, akutt oppståtte indremedisinske tilstander som en legevaktlege kanskje har vel så gode forutsetninger for å vurdere årsaken til som vakthavende ortoped, som har hoftebruddet som sitt primære fokus. Prosedyren legger opp til at sykehusets farmasøyt skal vurdere medisinlisten og konferere med ortoped om endringer. Her glemmer man også fastlegens sin viktige koordinator rolle og kjennskap til pasientens livshistorie og medisinerings over mange år.

Jeg legger ved Fastlegerådets høringsinnspill fra oss fastlegene den gangen i februar 2020, ført i pennen av Aslak Hovda Lien. Det ble åpenbart ikke tatt til følge i foreliggende prosedyre, dessverre vil jeg si.»

Høringsinnspillet fra Fastlegerådet/kommuneoverlegen i Senja kommune fra februar 2020 er vedlagt saken (Vedlegg 3).

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

Sak 46/2022: Botox-injeksjoner

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar saken til orientering.

Saken er en oppfølgings sak etter at den ble meldt i Fastlegerådets møte 01.06.2022 av Leif Røssås, PKO-leder og Fastlegerådets leder (sak 30/22 – Eventuelt/aktuelle saker til neste møte) etter innspill fra Bjørn Kvammen, seksjonsoverlege Hud.

Bjørn Kvammen møtte i Fastlegerådet 07.09.2022 og orienterte med tanke på å forberede fastlegene på endringer i behandlingstilbudet fra UNN sin side (sak 39/2022). Hyperhidrose behandles nå med botulinum toxin (Botox) ved Hudseksjonen. Fra 01.01.2023 vil UNN ikke lenger gi dette behandlingstilbudet, og behandling vil bli etterspurt hos fastlegene eller private aktører. Hudavdelingen vil derfor tilby kursing av interesserte fastleger ved behov, enten ved enkeltstående kurstimer på ettermiddag/kveld, eller i kombinasjon med andre kurs.

Fastlegerådet drøftet saken både når det gjelder rutiner for oppgaveoverføring, arbeidsbelastning for fastlegene, og muligheter for å få Botox på blå resept.

Botox kan ikke forskrives direkte på blå resept. Lege kan imidlertid søke HELFO på vegne av individuelle pasienter som har langvarige plager om å få dekket Botox på blå resept (Lov om folketrygd § 5-14).

Saken settes opp til drøfting i tilfelle Fastlegerådet ønsker noen form for oppfølging.

Sak 47/2022: Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar saken til orientering. Fastlegerådet setter pris på arbeidet som er gjort i saken og ser fram til en god og sikker løsning.

Saken ble behandlet i Fastlegerådets møte 01.06.2022 (sak 24/22), etter at den opprinnelig ble meldt av daglig leder Thomas Backer-Grøndahl ved Sjøkanten Legesenter i Harstad. Fastlegerådet oppfordret overlege Ingvild Hausberg Sørvoll til å ta kontakt med DIPS og slik initiere et arbeid for å få til varsling/flagging av prøvesvar som skal registreres og følges opp av rekvirent, selv om de ikke nødvendigvis er patologiske. Overlege Ingvild Hausberg Sørvoll og spesialbioingeniør IKT Hege Gjelvold har arbeidet videre med saken.

Det er lagt opp til at saken skal følges opp i møtet 23.11.2022. Tanken er at alle analyser fra blodbanken eller føtaltypingslab'en som skal følges opp bør merkes på en eller annen måte.

Som bakgrunn for saken tas en e-post datert 11.10.2022 fra Hege Gjelvold med her:

Dette er ikke en ny problemstilling, det har vært diskutert tidligere om man kan flagge resultat som er normale, men likevel krever oppfølging. Blodtyping, blodtypeantistoff og føtal

RhD er analyser som analyseres i blodbankdatasystemet LabCraft, og ikke i Dips. Alle svangerskapsprøver sendes ut med en fast kommentar basert på resultatet, f.eks «Det er ikke nødvendig med flere kontrollprøver i dette svangerskapet», «Den gravide er typet RhD negativ. Vi ber om nye kontrollprøver (3 EDTA-rør) i svangerskapsuke 24 ... osv», «Foster: RHD negativt....» eller «Foster: RHD positivt....».

Kommentaren legger seg som gul bakgrunn i noen journalsystemer, men jeg har ikke tilgang på alle journalsystemer slik at jeg se hvordan en prøvekommentar vises.

Jeg er usikker på hvordan dere mener at analysen skal flagges i tillegg, og hva som utløser at fastlegen lager «huskelapper» for å få inn den gravide til ny prøve/profylakse? Tenker dere at der den gravide krever oppfølging skal svaret flagges med «over referansegrense»? Annet?

Jeg har sendt en henvendelse til leverandøren for å høre om det er andre kunder i HSØ som har bedt om tilsvarende, men foreløpig har jeg ikke noen løsning på spørsmålet.

Fastlegerådet inviteres til å diskutere mulige løsninger for merking av de aktuelle prøvesvarene slik at oppfølging sikres.

Overlege Ingvild Hausberg Sørvoll og spesialbioingeniør IKT Hege Gjelvold møter i Fastlegerådet for videre dialog om saken.

Sak 48/2022: Evaluering av arbeidsformen i helsefelleskapet

Innstilling til vedtak:

1. Fastlegerådet tar saken til orientering.
2. Fastlegerådet har følgende innspill til evaluering av Fastlegerådets virksomhet:
3. Fastlegerådet vil gjøre en utvidet egnevaluering i et senere møte

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) drøftet i sitt møte 19.10.2022 hvilken retning og arbeidsform det er ønskelig å ta videre for Helsefelleskapet Troms og Ofoten (SSU sak 43/22). Saken vil bli fulgt opp i SSU-møtet 02.12.22. SSU gjorde følgende vedtak:

1. SSU ber samhandlingssjefene, i samarbeid med øvrige i sekretariatet, vurdere om innspillene som er kommet gjennom evalueringsmøter og i dagens SSU-møte tilsier at arbeidsformen bør endres. Vurderingen med tilhørende anbefaling om eventuelle justeringer legges fram for SSU i neste møte.

2. SSU ber samhandlingssjefene følge opp konkrete forslag fra henholdsvis kommunenes og UNNs representanter, og etablere rutiner som sikrer informasjons- og dokumentflyt, og medvirker til at vedtak iverksettes.

3. SSU ber utvalgslederne i FSU-ene som har vært virksom en stund initiere evalueringsrunder i eget FSU.

Det er særlig vedtakspunkt 3 som er aktuelt for FSU Fastlegerådet. Fastlegerådet inviteres til å starte en egnevaluering av virksomheten. Denne vil bli fulgt opp i et senere møte.

Sak 49/2022: Epikriser

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar saken til orientering.

Saken «Epikriser som ikke kommer innen rimelig tid» ble meldt i Fastlegerådets møte 01.06.2022 av Lars Nesje, fastlege/interkommunal kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy (sak 30/22 – Eventuelt/aktuelle saker til neste møte). Saken ble behandlet i møtet 07.09.2022 (sak 34/22), og Fastlegerådet gjorde følgende vedtak:

1. Fastlegerådet ber UNN sende ut epikrise slik at fastlegen har mottatt denne før pasienten kommer til kontroll etter innleggelsen.
2. Fastlegerådet ber UNN vurdere tiltak som kan korte ned epikrisetiden generelt, og spesielt vurdere om parafering av epikriser ved overlege kan sløyfes.

UNN ved fagsjef Håkon Lindekleiv er forespurt om hvordan denne saken best kan følges opp i UNN. Fagsjefen skriver i en e-post datert 05.10.2022 følgende:

«Jeg støtter at epikrisene bør komme ut raskest mulig og før pasientene kommer til lege. Arbeidet med å få sendt ut epikriser raskest mulig tas opp jevnlig med klinikkene. Det er ikke noe krav om at overleger må signere epikriser, men LIS-er kan etter individuell vurdering gis mulighet til å signere egne epikriser uten at disse kontraseres av overlege. Dette ble presisert for to-tre år siden så vidt jeg vet.»

I forrige møte i Fastlegerådet kom det også opp spørsmål om hvilke rutiner UNN har for utsendelse av epikriser for pasienter som hører til på «liste uten fast lege». Det har gått ut følgende informasjon til legekantor med ubesatte stillingshjemmel for fastlege:

*Det kan være problem for sjukehuset å få sendt epikriser elektronisk til legekantor når fastlege har slutta og stilling står ubesatt. Fastlegens adresse/rekvirent er da ikke lengre tilgjengelig i vårt pasientjournalssystem og vi har ingen å legge på som mottaker på epikrisen vi vil sende. Vi ber legekantor som har ubesatt fastlegestilling om å publisere tjenesteadressen **Fastlege, liste uten fast lege** i det nasjonale Adresseregisteret hos Norsk helsenett. En slik adresse kan vi benytte som mottaker på epikriser fra sjukehuset når fastlegehjemmel er ubesatt. Se informasjon og veiledning om registrering i Adresseregisteret <https://www.nhn.no/tjenester/adresseregisteret/registrering-fastleger>*

Fastlegerådet inviteres til å drøfte arbeidet med epikriser.

Sak 50/2022: Samarbeidsnormen - Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området (ansvars- og oppgavefordeling)

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet tar saken til orientering.

Nåværende versjon av samarbeidsnormen (Vedlegg 4) har vært gjeldende fra april 2021, og er moden for ny gjennomgang og revisjon. Fastlegerådet drøftet saken i møtet 07.09.2022 (sak 40/2022). Samhandlingsseksjonen ved overlege/rådgiver Anne Helen Hansen tilbød å gå gjennom gjeldende versjon av samarbeidsnormen med tanke på revisjon. Fastlegerådets medlemmer fra fastlegepraksis og sykehus oppfordres til å gi innspill på e-post. Det ble besluttet at saken skulle tas opp igjen i neste møte 23.11.2022.

Det har så langt ikke kommet innspill. Etter at saken sist var oppe i Fastlegerådet er det startet en prosess med å revidere alle tjeneste- og samarbeidsavtaler mellom UNN og lokalsykehuskommunene i Troms og Ofoten. Det foreligger i dag en Overordnet samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler. Den som vil orientere seg mer om dette avtaleverket kan se følgende lenke: <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/tjeneste-og-samarbeidsavtaler#tjenesteavtaler>. Det vil være naturlig å avvente revisjonen av Samarbeidsnormen mellom fastleger og sykehusleger inntil dette revisjonsarbeidet er kommet noe lenger.

Sak 51/2022: Møteplan for Fastlegerådet 2023

Innstilling til vedtak:

Fastlegerådet vedtar møteplan for 2023 med møter følgende onsdager kl 13-15: 1. februar, 22. mars, 14. juni, 6. september og 22. november.

Følgende forslag til møteplan er utarbeidet etter at det er tatt hensyn til andre planlagte møter, samt til skoleruta. Møtene avholdes som en kombinasjon av fysisk og digitalt møte.

Forslaget er som følger:

- 1. februar
- 22. mars
- 14. juni
- 6. september
- 22. nov

Sak 52/2022: Evaluering av møtet

Evaluering: Gjennomgang av dagens møte med tanke på kontinuerlig forbedring. Aktuelle tema kan være sakspapirer, referat, utsendelser, møteledelse, deltakelse fra de ulike partnerne, møteforberedelse og annet. Evaluering av møtene er også i tråd med ønske fra Strategisk samarbeidsutvalg, se sak 48/2022 ovenfor.

Sak 53/2022: Eventuelt med saker til neste møte

Fastlege Kine Østvik har meldt en sak om radiologenes bruk av nomenklatur som kan være ukjent for rekvirenten, særlig i forbindelse med MR-svar.

Møtereferat Fastlegerådet (FLR)

Møtetid: 07.09.2022 kl 13.00-15.00

Sted: Digitalt på Teams og fysisk på rom G.914 i PET senteret

Tilstede

Faste medlemmer:

- Leif Røssås, fastlege Tromsø/PKO-leder (praksiskonsulent) UNN/leder Fastlegerådet
- Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy
- Elisabeth Dalgård, Medisinskfaglig ansvarlig lege/Fastlege i Sørreisa
- Anita Monsen Pedersen, fastlege/kommuneoverlege Kåfjord
- Peter Kalinichenko, kommunelege Balsfjord kommune/repr. Tromsø-områdets region
- Sindre Heide, fastlege og assisterende kommunelege Harstad kommune
- Hanne Karen Aslaksen, Seksjonsoverlege Revmatologisk seksjon, Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR)
- Thor Martin Strand, LIS, UNN (deltok kun helt i begynnelsen av møtet)

Sekretariat:

- Anne Helen Hansen, overlege/rådgiver/forsker Avdeling for Pasientorientert tjenesteutvikling (PTU) UNN (referent)

Forfall:

- Haakon Lindekleiv, medisinsk fagsjef og senterleder Fag- og kvalitetssenteret UNN
- Kine Raae Østvik, fastlege Narvik
- Morten Høyner, Fastlege Tromsø
- Andreas Holund, overlege psykisk helse og rus klinikken, SPHR Ofoten/fastlege Narvik
- brukerrepresentant Ingolf Kvandal (vara Lisbeth Dyrstad)

Tilstede på sak:

- Christopher Hars, Prosjektleder Innføring av ambulansejournal (ekstern) Helse Nord IKT HF (Sak 37/22)
- Bjørn Kvammen, seksjonsoverlege Hud, UNN (sak 39/22)

Sak 31/2022: Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 32/2021: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 01.06.2022

Vedtak: Referat fra Fastlegerådets møte 01.06.2022 godkjennes.

Sak 33/2022: Årsrapport for Fastlegerådet 2021

Vedtak: Fastlegerådets årsrapport for 2021 bearbeides ytterligere i henhold til innspill fra Fastlegerådet. Ny Årsrapport ferdigstilles på e-post før den legges fram for Strategisk Samarbeidsutvalg.

Sak 34/2022: Epikriser som ikke kommer innen rimelig tid

Saken ble meldt i Fastlegerådets møte 01.06.2022 av Lars Nesje, fastlege/interkommunal kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy (sak 30/22 – Eventuelt/aktuelle saker til neste møte). Den vanligste grunn til forsinkelse er at overlege skal paraferer (kontrasignere) epikrisen. Dette ville vært meningsfullt dersom det ble gjort reell korreksjon av epikrisen. Siden feil kan påvises også i utsendt, paraferert epikrise, er dette ingen fullgod sikring mot feil. Det foreslås derfor at man går bort fra at epikrisene skal signeres av overlege og setter kortere frist for utsending av epikriser. Det er viktig at fastlegen har fått epikrise før pasienten kommer til kontroll etter innleggelsen.

Vedtak:

1. Fastlegerådet ber UNN sende ut epikrise slik at fastlegen har mottatt denne før pasienten kommer til kontroll etter innleggelsen.
2. Fastlegerådet ber UNN vurdere tiltak som kan korte ned epikrisetiden generelt, og spesielt vurdere om parafering av epikriser ved overlege kan sløyfes.

Sak 35/2022: Forsendelse av prøvesvar for blodtyping/antistoff hos gravide

Saken ble behandlet i Fastlegerådets møte 01.06.2022 (sak 24/22), etter at den opprinnelig ble meldt av daglig leder Thomas Backer-Grøndahl ved Sjøkanten Legesenter i Harstad. Fastlegerådet oppfordret overlege Ingvild Hausberg Sørvoll til å ta kontakt med DIPS og slik initiere et arbeid for å få til varsling/flagging av prøvesvar som skal registreres og følges opp av rekvirent, selv om de ikke nødvendigvis er patologiske.

På grunn av fortsatt ferieavvikling er det ikke konkludert fra overlege Ingvild Hausberg og Hege Gjølvoold (IKT) i denne saken, og ytterligere informasjon utsettes til Fastlegerådets møte 23.11.2022.

Vedtak: Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.

Sak 36/2022: Henvisning og videre henvisning etter neurografi

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, 23.03.2022 og 01.06.2022 (sak 08, 18 og 25/22).

Siden sist har overlege Sissel Løseth vært i teams-møte 15.08.2022 med Helse-Nord IKT. HN-IKT sier at «Klinisk nevrofysiologi» er en adresse som ligger i adresselista som en mulighet fastleger kan sende henvisning til. Dette bekreftes av Fastlegerådets medlemmer, men flere har nok ikke vært klar over denne muligheten. HN-IKT vil gjøre endringer i innkallingsbrevet til pasientene slik at det står at de har time på Klinisk nevrofysiologisk laboratorium og ikke Nevrologisk poliklinikk. En slik endring vil ta ca 6 uker.

Vedtak:

1. Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.
2. «Klinisk nevrofysiologi» fins i adresselista implementert av Norsk Helsenett som en mulighet fastleger kan sende henvisning til.
3. PKO-leder/møteleder sørger for at det informeres om vedtakspunkt 2 i Fastlegennytt.

Sak 37/22: Innføring av elektronisk pasientjournal i ambulansetjenesten (Prehospital Elektronisk Pasientjournal (P-EPJ)) i Helse Nord

Saken ble meldt til Fastlegerådet av Christopher Hars, som er prosjektleder for innføring av elektronisk pasientjournal i ambulansetjenesten (Prehospital Elektronisk Pasientjournal (P-EPJ)) i Helse Nord. Han informerte Fastlegerådet muntlig og skriftlig om planfasen av arbeidet med å implementere P-EPJ i løpet av 2023. Arbeidet er igangsatt og prosjektet vil være i nødvendig dialog med Fastlegerådet om fremdriften. Power Point presentasjonen er vedlagt referatet. Saken ble i møtet behandlet mellom sak 32 og sak 33.

Vedtak: Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.

Sak 38/22: Samhandling om prøvetaking mellom Laboratoriemedisin og fastlegene.

Fastlegerådet behandlet denne saken i møtet 01.06.2022 (sak 28/22). Fastlegerådet orienteres nå om at Laboratoriemedisin har utarbeidet et utkast til informasjonsskriv om timebestilling ved prøvetakningsenheten. Fastlegerådet ga tilslutning til innholdet i informasjonsskrivet.

Vedtak: Fastlegerådet tar orienteringen til orientering og gir sin tilslutning til informasjonsskrivet.

Sak 39/2022: Botox-injeksjoner

Saken ble meldt i Fastlegerådets møte 01.06.2022 av Leif Røssås, PKO-leder og Fastlegerådets leder (sak 30/22 – Eventuelt/aktuelle saker til neste møte) etter innspill fra Bjørn Kvammen, seksjonsoverlege Hud.

Bjørn Kvammen møtte i Fastlegerådet og orienterte med tanke på å forberede fastlegene på endringer i behandlingstilbudet fra UNN sin side. Hyperhidrose behandles nå med botulinum toxin (Botox) ved Hudseksjonen. Fra 01.01.2023 vil UNN ikke lenger gi dette behandlingstilbudet, og behandling vil bli etterspurt hos fastlegene eller private aktører. Hudavdelingen vil derfor tilby kursing av interesserte fastleger ved behov, enten ved enkeltstående kurstimer på ettermiddag/kveld, eller i kombinasjon med andre kurs.

Fastlegerådet drøftet saken både når det gjelder rutiner for oppgaveoverføring, arbeidsbelastning for fastlegene, og muligheter for å få Botox på blå resept. Det vil være naturlig å følge opp saken i neste møte i Fastlegerådet.

Vedtak: Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.

Sak 40/2022: Samarbeids normen - Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området (ansvars- og oppgavefordeling)

Nåværende versjon av samarbeidsnormen har vært gjeldende fra april 2021, og er moden for ny gjennomgang og revisjon. Fastlegerådet inviteres nå til en første drøfting av dette. Det kan være naturlig at det settes ned en revisjonsgruppe som består av sykehusleger og fastleger, og med Samhandlingsseksjonen og/eller samhandlingskoordinator i kommunene som ledelse/sekretariat.

Vedtak:

Fastlegerådet drøftet saken. Samhandlingsseksjonen ved overlege/rådgiver Anne Helen Hansen tilbød å gå gjennom gjeldende versjon av samarbeidsnormen med tanke på revisjon. Fastlegerådets medlemmer fra fastlegepraksis og sykehus oppfordres til å gi innspill på e-post. Saken tas opp igjen i neste møte i Fastlegerådet 23.11.2022.

Sak 41/2022: 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.

Møtet ble ikke evaluert. Møteleder/PKO-leder foreslo følgende saker til neste/senere møte:

- Det bør vurderes oppnevning av vara for Fastlegerådets medlemmer
- Hvilke prosedyrer har UNN for utsendelse av epikriser til pasienter uten fastlege?

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

- Preoperativ visitt 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 oppvåkingen til sengepost

4.4 Prosedyrer etter ankomst døgnet postoperativt

4.4.1 Sykepleiers ansvar

Hente pasienten på oppvåkingen, 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](#)

UNN Tromsø
NOR-klinikken
Torill Davida Nilsen

Vår ref: 2020/1167-3

«Ref»

Dato: 10.02.2020

Høringsinnspill på "Forbedring av pasientforløp for pasienter med hoftebrudd på UNN"

Viser til oversendt forslag fra arbeidsgruppa, herunder rapport med tilrådinger til. Forbedringsforslagene skal ifølge innledningen «i første omgang» gjelde UNN Tromsø. Siden det antydes en mulig utvidelse av prosjektet til hele UNN HF, velger vi å sende innspill selv om UNN Harstad er vårt lokalsykehus for ortopedi.

Høringsinnspillet sendes fra felles kommuneoverlegetjenesten i kommunene Dyrøy, Senja og Sørreisa samt Finnsnes Interkommunale Legevakt som dekker de samme kommunene.

Først: Det er prisverdig at en tar tak i dårlig måloppnåelse ved UNN Tromsø på andel eldre med hoftebrudd som opereres innen 24/48 timer. Deler av anbefalingene griper ganske tungt inn i kommunehelsetjenesten sine oppgaver og vi mener at noe av arbeidet kunne vært vesentlig bedre:

- For det første er det underlig at UNN HF ikke reflektere over forskjeller i måloppnåelse mellom egne sykehusenheter. UNN Harstad har vesentlig bedre måloppnåelse enn UNN Tromsø, som dessverre er ligger aller sist på statistikken fra Nasjonalt hoftebruddregister (Årsrapport 2018). I denne operere UNN Tromsø operere rundt 30 % av pasientene innen enn døgn, mot landsgjennomsnitt på ca. 50 %. UNN Harstad ligger like over landsgjennomsnittet (tall 2016-2018).

At UNN Tromsø da setter i gang et kvalitetsforbedringsprosjekt uten å spørre seg hvorfor UNN Harstad lykkes bedre, er merkelig. Etter vår vurdering ville det vært en åpenbar styrke dersom UNN HF benyttet seg av både personale fra UNN Tromsø og UNN Harstad i et slikt kvalitetsarbeid.

- Vi mener det er uklokt å lage en prosedyre som bevisst omgår/hopper over fastlege og legevakslege (se punkt 6 «Beskrivelse av ønsket pasientforløp» med tilførende figur på side 7):

- Pasientgruppen der tidlig operasjon er spesielt viktig er skrøpelig eldre. Denne pasientgruppa krever en bred tilnærming der en innhenter informasjon om tidligere sykdom, faste medisiner,

fallhistorikk, ADL-funksjon forut for fallet osv. Å hoppe bukk over kommunetjenesten er etter vår vurdering uheldig når intensjonen er å sikre gode pasientforløp. Rapporten legger selv vekt på viktigheten av tverrfaglighet, men konkluderer samtidig med en antatt gevinst for pasientene av å hoppe over fastlege og legevaktslege. Vi mener dette er lite forenelig med kompleksiteten i pasientgruppen og de vurderinger som bør ligge til grunn forut for operasjon, jamfør kapittel 5 i Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd.

- Kommunesiden må etter vår mening være representert når man lager prosedyrer som berører oss. Det er klokt å se på pasientforløp som en helhet. For hoftebrudd starter pasientforløpet somregel i kommunene. Da bør UNN Tromsø se nytteverdien av å ta med kommunehelsetjenesten når en vurderer pasientforløp som også inkluderer den prehospitale delene av forløpet. Derfor er det tilsvarende uklokt å ikke sørge for at kommunehelsetjenesten deltar når en lager en prosedyre som foreslår å buypasse legevaktleger og fastlege, samt tilsynelatende legger opp til en prosedyre der UNN Tromsø har disposisjonsrett over kommunale akutte døgnseger (Punkt 6. Beskrivelse av ønsket pasientforløp.).

Etter vår vurdering er denne tilnærmingen et godt eksempel på dårlig samhandling.

- At pasientene ikke vurderes av lege prehospitalt gir sannsynligvis dårligere differensialdiagnostiske vurderinger. Fall hos eldre kan representere nærmest alt mulig i diagnosespekteret, fra UVI til sepsis og hjerneslag. Både med og uten brudd. Dette krever at vi må tenke bredt. Målgruppa for en slik prosedyre er de absolutt mest komplekse og utfordrende pasientene, ofte med funksjonsutfall mer enn organspesifikke symptomer og der det kreves at hele kjeden faktisk bidrar med sin kompetanse og kjennskap til pasienten. At en hopper bukk over legevurdering i kommunene kan gjøre at en akutt tilstand som har utløst fallet oversees og at viktig behandling forsinkes.
- At fastlege og legevaktslege er en forsinkende faktor i hoftebruddforløpet er etter vår vurdering en påstand, ikke et faktum. Forskjellene mellom UNN Harstad og UNN Tromsø tilsier at det er inhospitale forskjeller som utgjør den største forsinkelsen: Det er f.eks. liten grunn til å tro at legene i våre og Harstad kommune er vesentlig raskere enn fastleger og legevaktleger i kommunen som har UNN Tromsø som lokalsykehus for ortopedi?
- Det er uheldig hvis en gjennom forslag til prosedyrer danner sannheter ut fra antagelser og treffer tiltak basert på dette. Dersom UNN Tromsø har dokumentasjon eller eksempler på at legene i kommunehelsetjenesten er et forsinkende ledd må kommunen få beskjed om det, slik at vi kan rette på det. Og vi bør i alle fall ikke omgå i en prosedyre uten å være tatt med i prosessen.
- Hos oss opplever vi ikke sjelden at legevaktleger og fastleger må argumentere både med AMK og ambulansetjenesten for å få forståelse for at eldre pasienter med høy mistanke om FCF skal inn som øyeblikkelig hjelp, selv om det er ettermiddag eller kveld. Ikke legges over natta på et sykehjem i påvente av røntgen etter 12-15 timer for deretter å sendes til UNN Harstad. For oss er følgelig at svaret ikke er å hoppe over kommunelegetjenesten, men sørge for at alle leddene i behandlingsskjeden har en felles plan og komplementerer hverandre.

OPPSUMMERT:

Vi mener at det er en kjempegod ide å fokusere på bedre inhospitale prosedyrer i UNN Tromsø. Kommunene har kanskje ikke så mye med dette å gjøre, men vi mener altså at forskjellene mellom UNN-sykehusene bør være en kilde til refleksjon og mulighet til å innhente nyttig kunnskap om forbedringspunkter.

De punktene som omhandler kommunehelsetjenesten sin rolle er laget uten involvering av kommunene og er etter vår vurdering dårlig faglig begrunnet. Disse delene av forslag til ny pasientflyt bør fjernes. Videre må kommunene få informasjon om tidstyver, feil og mangler fra vår side som forsinker viktige pasientforløp. Og til sist er det fornuftig å ta med kommunene på rutiner som omhandler kommunenes rolle og oppgaver. Det er vanskelig å se hvordan vi kan lage helhetlige pasientprosedyrer med fokus på hele behandlingsskjeden hver for oss.

Med hilsen

Aslak Hovda Lien
Kommuneoverlege



Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger i Troms/Ofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og UNN, heretter kalt samarbeidsnormen, er utarbeidet på initiativ fra Fagråd for fastleger i Troms og Ofoten (Fastlegerådet). Overordnet samarbeidsorgan (OSO) er formell oppdragsgiver. Samarbeidsnormen tar utgangspunkt i intensjonene i Samhandlingsreformen. Dette innebærer bl.a. at det etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, og legges til rette for at eventuell uenighet løses i dialog mellom samhandlingspartnerne uten at pasienter og brukere berøres. Samarbeidsnormen gir detaljerte anbefalinger om samhandling mellom leger, bl.a. ansvars- og oppgavefordeling, og legenes informasjons- og veiledningsansvar.

Områder for felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og UNN:

- 1) Henviising
- 2) Epikrise
- 3) Timebestilling etter sykehusopphold
- 4) Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LiB)-liste
- 5) Blodprøver og røntgen
- 6) Sykemelding
- 7) Pasienttransport
- 8) Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser
- 9) Parallell henviising til flere avdelinger
- 10) Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon
- 11) Tverrfaglig samarbeid
- 12) Samhandling generelt og oppfølging av samarbeidsnormen

1) Henviising fra fastlege

- Anvende EPJ-mal for god henviising.
- Tilstrebe å gi god og poengtert informasjon, der det er naturlig også organspesifikk anamnese. Dette skal sikre at
 - pasienten får korrekt rettighetsvurdering og prioritet
 - pasienten får hensiktsmessig diagnostikk og behandling på sykehuset.
- LiB-listen (legemidler i bruk) er oppdatert i henviisingen.
- Opplyse om pasienten mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Opplyse om behov for tolk, og hvilket språk.
- Henviisingen sendes elektronisk.
- Hvis det ikke er mulig å sende vedlegg elektronisk, kopieres disse inn i henviising dokumentet.
- Nødvendige vedlegg som ikke kan kopieres inn, ettersendes pr post.
- Sykehuslege skal etterspørre tilleggsopplysninger dersom behov for dette.
- Hvis henviising er sendt feil avdeling skal sykehuset videresende til riktig instans i spesialisthelsetjenesten

NB! Fritt sykehusvalg: Pasienten kan selv velge ved hvilket sykehus utredning og/eller behandling skal skje. Fastlege eller sykehuslege henviiser videre utfra pasientens ønske. <https://helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/slik-velger-du-steg-for-steg>

2) Epikrise og poliklinisk notat fra UNN

- Ta utgangspunkt i og tilpasse mal i DIPS for god epikrise.
- Tilstrebe god og poengtert oppsummering av sykehusopphold (inkl. tilsynsnotat fra andre avd.), korrekt legemiddelliste ved utskrivelse hvor medikamentendringer er merket og begrunnet, samt videre plan.
- Dersom ansvar for kontroll skal overføres til fastlege angis målsetting med kontroller. Det gis råd om innhold, hyppighet og varighet av kontrolloppfølgingen.
- Fastlege får *alltid* epikrise (eller kopi) med mindre pasienten motsetter seg det, også etter polikliniske fremmøter.
- Tilstrebe epikrise utskrivningsdag (sendes elektronisk). Poliklinisk notat sendes så snart som mulig.
- Husk å merke epikrise «PLO kommune» dersom pasienten mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

3) Timebestilling etter sykehusopphold

- Pasienten har selv ansvar for å bestille time hos fastlege etter sykehusopphold. De som ikke klarer dette selv får hjelp av 1) pårørende, 2) kommunal HO-tjeneste, eller 3) sykehuset. Epikrisen informerer om hvilken løsning som er valgt for timebestilling.
- Fastlegen skal ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen.
- Ved videre kontroll hos fastlege kan pasienten selv få ansvar for å bestille time, men ved behov gir fastlegen pasienten ny time ved kontroll.
- Fastlegen prioriterer å gi rask time til nylig utskrevne pasienter som hjemmetjenesten har overtatt ansvaret for.

4) Resept, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (=LiB)-liste

Felles ansvar	Fastleges ansvar	Sykehusleges/UNNs ansvar
<ul style="list-style-type: none">• Ved skriving av e-resept: Legen sjekker reseptformidleren og fjerner uaktuelle resepter.• Spørre pasientene om de bruker naturpreparater eller uregistrerte legemidler.• Den som gjør endring i LiB-listen har ansvar for å oppdatere kommunal helse- og omsorgstjeneste.• Melde fra om bivirkninger. <i>For mer informasjon og meldeskjema:</i> https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/meld-bivirkninger/helsepersonellmelding	<ul style="list-style-type: none">• Påse at pasientene alltid har oppdatert LiB-liste.• Samstemme medisinlisten etter sykehusopphold• Oppfølging av videre medisinbruk.• Påse at det er samsvar mellom LiB-listen og eventuelt ordinasjonskort multidose.• Ved multidose: Endringer skrives i ordinasjonskortet, og informasjon formidles til multidose-apoteket og kommunal helse- og omsorgstjeneste*	<ul style="list-style-type: none">• Etterspørre LiB-listen og samstemme LiB (følge sykehusets prosedyrer), både ved innleggelser og polikliniske kontakter.• Gi korrekt LiB-liste i epikriser, med begrunnelse for endringer i LiB.• Gi resept på nye legemidler eller ved endret dosering/ skifte av legemidler.• Oppfølgingstime bestilles hos fastlege og samstemming/validering av LiB-listen skjer hos fastlegen.• Ved multidose: Alltid spørre pasienten om hen har multidose. Ved multi-doseendringer er det ekstra viktig at epikrisen går raskt til kommunal helse- og omsorgstjeneste* og fastlegen, og at endringer kommenteres særskilt i epikrisen.

**) NB! Multidose-endringer utgjør en stor feilkilde i praksis. HO-tjenesten må manuelt plukke ut ferdigpakket medisin utfra endringer som er gjort, f.eks. 1-2 uker framover til ny og riktig multidosepakning bli levert.*

5) Blodprøver og bildediagnostikk

- Blodprøver rekvirert av sykehuslege tas som hovedregel på sykehuset.
- Blodprøver rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette er mest hensiktsmessig for pasienten. Forutsetninger:
 - Pasienten har rekvisisjon med seg.
 - Pasienten kontakter fastlegekontoret i forkant for å avtale tidspunkt for prøven.
- Blodprøver rekvirert av fastlege tas som hovedregel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks. frysing). Fastlege avklarer med pasienten hvor prøven i så fall skal tas. Pasienten kan eventuelt avtale prøvetakingstidspunkt på forhånd med aktuelt laboratorium.
- Legen som stiller indikasjonen for blodprøven og skal vurdere svaret, skriver rekvisisjon og avklarer med pasienten hvor prøven skal tas. Samme lege har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger.
- Ved behov for bilde-diagnostisk undersøkelse, rekvirerer behandlende lege dette selv.

6) Sykemelding

- Legen som stiller indikasjon for sykemelding, skriver sykemeldingen. Der lege har åpenbar kompetanse om hvor lang sykemeldingen bør være, gis sykemelding for denne perioden.
- I forbindelse med behandling på sykehus, f. eks. innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykemelding – om nødvendig helt fram til første kontroll hos fastlege. Tidspunkt for kontrollen angis i epikrisen. Pasienten får ansvar for å bestille kontrolltiden (alternativt se pkt. 3).
- For pasienter som behandles langvarig (> 8 uker) på sykehus/poliklinikk og hos fastlege parallelt, bør sykemelding ivaretas av fastlegen når dette er hensiktsmessig for pasienten. Forutsetning: Fastlegen holdes løpende oppdatert om sykdomsutviklingen, herunder forventet sykemeldingsperiode og –grad.
- Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege skal ved behov samsnakkes om sykemeldingens omfang og varighet.

7) Pasienttransport
<ul style="list-style-type: none"> • Ved henvisning til sykehus, vurderer fastlegen pasientens behov for transport og skriver eventuelt rekvisisjon. • Ved videre behandling og kontroller i sykehusets regi, vurderer sykehuset behovet for transport og skriver eventuelt rekvisisjoner. Hvis pasientens behov endrer seg mellom sykehusbesøkene, har pasienten selv ansvar for å melde fra om dette. <p>Kilde: https://pasientreiser.no/helsepersonell/rekvirere-transport</p>

8) Samarbeid ved kompliserte og/eller sammensatte lidelser
<p><i>Gjelder når pasienten behandles samtidig i flere avdelinger i samme sykehus, i mer enn ett sykehus, hos private avtalespesialister, og/eller hos fastlege.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • For pasienter som har kontaktlege i UNN: Kontaktlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasientforløpet og holder oversikt over hvilke behandlingssenheter som er involvert i behandlingen av pasienten. • Epikrise (eller kopi) sendes elektronisk til alle involverte behandlingssenheter samt til fastlege ved alle spesialistkontakter, med mindre annet er besluttet av faglige/praktiske årsaker eller pasienten motsetter seg dette. • Fastlege samstemmer/oppdaterer LiB-liste og informerer spesialisthelsetjenesten, dersom det tilkommer informasjon som er relevant for spesialisthelsetjenesten med tanke på oppfølging av pasienten. • Innspill og råd om behandlingen: <ul style="list-style-type: none"> → Rådslagning mellom partene dokumenteres i journal, og konklusjon om videre behandling sendes alle elektronisk som brev. → Fastlege kan gi/be om innspill ved å benytte dialogmelding*, sende brev eller ringe til pasientens behandlingsansvarlige lege/kontaktlege. → Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege kan kontakte fastlege ved å benytte dialogmelding*, sende brev elektronisk eller ringe. → Ved behov holdes beslutningsmøter hvor alle involverte behandlingssenheter skal delta. → Samarbeidet må sikre at pasientens rett til informasjon, medvirkning og samvalg blir ivaretatt. <p>*) Dialogmeldinger skal besvares så snart som mulig, og innen 3-5 virkedager. Veiledning for bruk av dialogmelding</p>

9) Parallell henvisning til flere avdelinger	
Fastlege	UNN/sykehuslege
<ul style="list-style-type: none"> • Fastlegen bør i hovedsak ha rollen som koordinator av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. • Fastlegen bør opplyse om hvilke avdelinger det er henvist til parallelt, og kan gi eventuelle råd om koordinert oppfølging fra sykehusets side. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er åpenbart nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten. • Ved usikkerhet bør sykehuslegen be pasienten oppsøke fastlege for konsultasjon, samt redegjøre i epikrise hva som bør avklares rundt videre behandling.

10) Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet	
Når fastleger trenger konferering med UNN/sykehuslege	Når UNN/sykehuslege trenger konferering med fastleger
<ul style="list-style-type: none"> • Når fastlege skal kontakte UNN via sentralbordet benyttes telefonnummer 77627490, og sentralbordet vil prioritere oppringningen. • Ved akuttinnleggelser: Ring sykehuset og meld pasienten til aktuell vakthavende lege. • Om felles pasienter, f. eks etter innleggelser: Ring sykehuset, be om å få snakke med behandlingsansvarlig lege, eventuelt legen som har signert epikrise, eventuelt kontaktlege. • Rådgivning om medisinske spørsmål, f. eks. hjertesviktbehandling: <ul style="list-style-type: none"> → Hvis det haster: <u>Ring konfereringsvaktene.</u> → Hvis det ikke haster: <u>Benytt dialogmelding**</u>, eller ring aktuell ekspedisjon.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Råd/informasjon ved akuttinnleggelser eller utskrivelser, eller råd om felles pasienter: <ul style="list-style-type: none"> → Ring internt telefonnummer* til fastlegekontoret, alternativt ordinært telefonnummer. → Bruk dialogmelding** dersom <i>ikke</i> akuttinnleggelse, eller avklaring/funn av alvorlig karakter. <p>*) Liste med kontaktinformasjon til fastlegekontorene er under utarbeidelse. Bruk av ø-hjelpsnummer må avklares med hvert enkelt kontor.</p> <p>***) Veiledning for bruk av dialogmelding</p>

11) Tverrfaglig samarbeid

- Den som ser behovet tar initiativ og involverer andre faggrupper i tverrfaglig samarbeid.
- Fastlege i kommunen og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege på sykehus har ansvar for å sikre at samarbeidende faggrupper har nødvendig medisinsk informasjon.
- Tverrfaglige møter på sykehus:
Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege foreslår hvilke leger som bør delta i tverrfaglige møter i sykehusets regi, og avklarer om fastlege skal inviteres.
- Tverrfaglige møter i kommunen:
 - Fastlege deltar i møter der medisinsk ivaretagelse er et vesentlig element. Fastlegene bør være faste medlemmer i ansvarsgrupper, få alle innkallinger og møte der det er hensiktsmessig.
 - Fastlege eller øvrig kommunehelsetjeneste kan foreslå deltakere fra sykehus der dette ikke allerede er avklart fra sykehussiden.

12) Samhandling generelt og oppfølging av de normgivende samarbeidsrutinene (samarbeidsnormen)

- Forespørsler om oppgaveoverføring mellom sykehusleger og fastleger, *skal* legges fram for drøfting og anbefaling i Fastlegerådet i forkant av eventuell oppgaveoverføring.
- Samhandlingsavvik/brudd på samarbeidsrutinene kan meldes på samme måte som ordinære samhandlingsavvik (brudd på tjenesteavtale – melding om uønsket samhandlingshendelse): <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/meld-samhandlingsavvik-og-fakturainnsigelser>
- Ved uenighet om tolkning av samarbeidsrutinene kan det meldes som sak til Fastlegerådet.
- Fastlegerådet gjennomgår samarbeidsrutinene årlig på generelt grunnlag og vurderer behov for oppdatering.
- Mindre endringer i disse rutinene kan gjøres av Fastlegerådet. Større og prinsipielle endringer legges fram for OSO.