

## Møteinnkalling

Tid: 22. mars 2023 kl. 13.00 – 15.00

Sted: Teams, evt fysisk på PET senteret i Tromsø rom G-1014

Saksbehandler Sak 13/2023: PKO-leder Leif Røssås

Saksbehandler Sak 16/2023: Fastlege/legevaktsjef/ass. kommuneoverlege Sindre Heide i samarbeid med overlege/rådgiver Anne Helen Hansen

Saksbehandler øvrige saker: Overlege/rådgiver Anne Helen Hansen

## Saksliste

Saksnr.	Sakstittel	Type sak*
<b>11/23</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>B-sak</b>
<b>12/23</b>	<b>Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 01.02.2023 (Vedlegg 1)</b>	<b>B-sak</b>
<b>13/23</b>	<b>Praksiskonsulentordningen (PKO) i UNN</b>	
<b>14/23</b>	<b>Rekvirering av ambulanse</b>	<b>O-sak</b>
<b>15/23</b>	<b>Nye rutiner innført for rekvirering av Rhesonativ til RhD negative gravide</b>	<b>B-sak</b>
<b>16/23</b>	<b>Blodprøverekvirering fra revma og hud for prøver som bes tatt hos fastlegen</b>	<b>B-sak</b>
<b>17/23</b>	<b>Egenevaluering av FSU Fastlegerådet (Vedlegg 3)</b>	<b>B-sak</b>
<b>18/23</b>	<b>Evaluering av møtet</b>	<b>B-sak</b>
<b>19/23</b>	<b>Eventuelt og saker til kommende møter</b>	<b>B-sak</b>

\*Sakene kategoriseres i tre typer saker etter anbefalinger fra Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU), se sak 07/2023.

1. Beslutningssaker (B-sak)
2. Orienteringssaker (O-sak)
3. Referatsaker (R-sak)

## Saksframlegg

### Sak 11/2023: Godkjenning av innkalling og saksliste

#### Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

### Sak 12/2023: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 01.02.2022

Referatet er vedlagt (**Vedlegg 1**). Godkjente referater publiseres på [www.helsefelleskapet.no](http://www.helsefelleskapet.no) og i Fastlegenytt.

#### Innstilling til vedtak:

Referat fra Fastlegerådets møte 01.02.2023 bekreftes godkjent.

### Sak 13/2023: Praksiskonsulentordningen (PKO) i UNN

#### Innstilling til vedtak:

#### Saksframlegg:

Saken ble meldt av PKO-leder Leif Røssås i forrige møte.

Praksiskonsulentordningen - PKO - er et nettverk av fastleger som skal sikre og styrke samarbeidet mellom UNN og primærhelsetjenesten til beste for pasientene.

Hvilken funksjon skal en PKO ha:

- Bidra til å styrke samarbeidet mellom UNN og primærhelsetjenesten
- Delta i samhandlingsprosjekter mellom UNN og primærhelsetjenesten
- PKO leder vil være leder av Fastlegerådet

Hvem skal rekrutteres:

- Lege i fastlegepraksis i nedslagsfeltet til UNN

Pr i dag er det 3 PKO-er i UNN, PKO-leder i 20 % stilling, de andre 10% hver. Opprinnelig var det budsjettert for tilsammen 100% stilling som det dessverre ikke har vært på mange år. Det er tidligere forsøkt nyrekruttering uten å lykkes.

Det vises til vedlegg 2 og 3 hvor der er utarbeidet en nasjonal rapport samt høringsuttalelser. Det arbeides med en plan for utvikling og rekruttering av vår PKO-ordning i UNN, med håp om at det blir prioritert av ledelsen. Jeg tror det vil være en fordel om nye PKO-er skal være

meire direkte tilknyttet til klinikkene enn er tilfellet er i dag. Det anbefales fortrinnsvis 20% stilling, men 10% vil være mulig. Andre steder i landet er det lønnet i fast stilling eller som konsulent. En PKO er ansatt i UNN, men skal være en «fri» representant for både fastlegene og UNN.

Det vil være ønskelig med bred representasjon fra UNN-området. Det bør være praktisk mulig i dagens situasjon hvor vi har lært oss å bruke det digitale verktøyet.

I HelseNord er det svært dårlig med PKO-er i motsetning til f eks HelseSørøst og HelseVest hvor det er godt bemannet og fungerer bra. Det er sannsynlig at ved en styrking i UNN, så vil det «smitte over» på de andre HF-ene i HelseNord.

## **Sak 14/2023: Rekvirering av ambulanse**

### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet tar til orientering at det ikke foreligger nye retningslinjer for bestilling av ambulanse.

### **Saksframlegg:**

Fastlege Morten Høyer meldte i e-post datert 08.02.2023 følgende som en mulig sak til Fastlegerådet:

*Vi har i dag blitt oppringt fra AMK med informasjon om nye retningslinjer for rekvirering av transport, etter at vi tok imot en pasient etter ønske fra omsorgstjenesten.*

*Det hevdes nå at retningslinjene er slik at der omsorgstjenesten mener det er behov for ambulansetransport, får de ikke lov til å bestille dette. De skal da heller ta kontakt med fastlegen som så skal bestille ambulanse. Vi har ikke fått noen forklaring på hvorfor det er slik, bare at det er nye retningslinjer.*

*Jeg mener dette er lite hensiktsmessig, tungvint og ikke uten risiko for feil. Informasjon i forbindelse med bestillingen må derfor gå gjennom flere ledd, AMK kan komme til å be om informasjon vi ikke har hos oss, med den konsekvens at AMK må ringe omsorgstjenesten ekstra. Informasjon kan også bli endret eller misforstås når man på denne måten skal "leke hviskeleken."*

Saken har vært drøftet med avdelingsleder AMK Inger-Lise Kristiansen og konstituert seksjonsleder Elisabeth S. Warvik. Sistnevnte gir i en e-post av 06.02.2023 følgende tilbakemelding:

*Når det gjelder «hendelsen» 8/2 er den en av over 200 hendelser samme dag. Jeg skulle gjerne hatt mer informasjon angående hvilken pasient dette gjelder slik at jeg kan undersøke det nærmere for så å kunne gi en helt konkret tilbakemelding. Jeg vet ikke om det er slik at operatøren har sagt at det er lege som må bestille ambulanse på bakgrunn av for lite opplysninger fra rekvirent og at oppfattelsen av «nye retningslinjer» har blitt til en sannhet på veien. Dette kunne jeg hørt på lydlogg om jeg visste navn og fødselsdato på pasienten.*

*På ett generelt grunnlag foreligger det ikke nye retningslinjer for bestilling av ambulanse. Når det er sagt er det viktig at den som bestiller ambulanse har nok opplysninger om pasienten. AMK opplever ofte at lege delegerer oppgaven til helsesekretærer eller annet personell som ikke har tilstrekkelig opplysninger om pasienten. Så er det sånn at AMK ut fra sin rolle skal hastegradsfastsettelse oppdrag basert på symptomer på pasient ved bruk av medisinsk indeks (nasjonalt beslutningsstøtteverktøy) hvilken grad av hast det er (grønn, gul eller rød) samt at vi skal koordinere og prioritere ressursene til de som trenger det mest. AMK Tromsø er en travel sentral med 238 000 telefonsamtaler i året hvorpå 14,04 pr time. Minner også om at fastleger/kontor ikke gir ut nummer til privatpersoner for bestilling av ambulanse. Det er kun lege eller den lege delegerer til (helsepersonell) som har anledning til å bestille ambulanse - med tilstrekkelig informasjon om pasienten. Flott hvis du tar dette videre til fastlegerådet.*

#### Vurdering:

Det er avklart at det ikke foreligger nye retningslinjer for rekvirering av ambulanse. I denne saken synes det overordnede budskap å være at alle aktører i pasienttransporten har behov for god informasjon fra hverandre for å kunne arbeide rasjonelt og prioritere best mulig.

«Hendelsen» som beskrives 08.02.2023 vurderes ikke som en sak for Fastlegerådet. Om man vil gå nærmere inn i denne kan den eventuelt meldes som et samhandlingsavvik.

## **Sak 15/2023: Nye rutiner innført for rekvirering av Rhesonativ til RhD negative gravide**

### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet henstiller om at fastlegene tas med i beslutningsprosesser om ny oppgavefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, også for prosesser initiert av Sykehusapotek Nord og Helse Nord (det regionale helseforetaket).

### **Saksframlegg:**

Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy, har meldt en sak om at fastlegene nå må rekvirere Rhesonativ direkte fra Folkehelseinstituttet (FHI). Rhesonativ ble tidligere distribuert til fastlegene fra Sykehusapoteket. Dette innebærer at alle fastleger som mottar gravide til kontroll, må opprettes som bruker/rekvirent hos FHI. Lars Nesje skriver i en e-post datert 24.01.2023:

*Det ble for 2 – 3 år siden gjort avtaler om distribuering av medikament fra sykehusapoteket til fastleger, slik at man kunne unngå at gravide måtte reise til UNN's fødepoliklinikker for å få Rhesonativ. Dersom fastlege skriver vanlig resept på dette for henting på lokalt apotek, må den gravide betale. Sykehusapoteket har nå – visstnok fra november? – besluttet at fastlegene må rekvirere Rhesonativ direkte fra Folkehelseinstituttet, FHI.*

*Dette innebærer at Sykehusapoteket har besluttet at alle leger som mottar gravide til kontroll, må opprettes som bruker/ rekvirent hos FHI. Jeg har i dag mottatt melding om at jeg må*

*signere en rekvisisjon på Rhesonativ til vår helsestasjon, da aktuell lege ikke har brukerprofil hos FHI. Har det vært gjort en beslutningsprosess på dette mellom UNN og fastlegene eller internt i UNN? Leger på KK, UNN Tromsø kjente ikke til saken.*

Saken er forelagt sykehusapoteket, og fagsjef Margaret Aarag Antonsen skriver i en e-post datert 17.02.2023:

*Som Hilde (Erstad, direktør i Sykehusapotek Nord) allerede har redegjort for ble rutinene endret som følge av avtalen som ble inngått mellom RHF-ene og FHI om innkjøp og distribusjon av profylaksen, se vedlegg (Vedlegg 4). Bakgrunnen for endringen er en nasjonal faglig vurdering av at det ikke var nødvendig at de gravide skulle komme til sykehus for å få behandlingen, men at denne kunne gis i primærhelsetjenesten. Dette var allerede rutine i Helse Nord før endringen kom nasjonalt i 2021. Dette er også bakgrunnen for at Sykehusapotek Nord fram til 2021 hadde avtale med Helse Nord RHF om at vi skulle distribuere profylaksen til legekontorer / jordmødre i regionen.*

*Etter inngåelse av avtalen med ble det vurdert at å fortsette denne ordningen i Helse Nord ville være både fordyrende og et forsinkende ledd og ordningen med distribusjon via Sykehusapotek Nord opphørte. Dette ble det opplyst om i et brev sendt fra Helse Nord til alle kommuner og fylkene i 2021, kopi av brevet vedlagt her (Vedlegg 5).*

Samarbeidet mellom fastlegene/primærhelsetjenesten og UNN er regulert blant annet av Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og UNN, ofte kalt samarbeidsnormen (Vedlegg 6). Sykehusapoteket, som er et eget helseforetak, er ikke spesifikt nevnt her. Det er heller ikke Helse Nord (det regionale helseforetaket). Det er nærliggende å fortolke at samme rutiner bør gjelde for Sykehusapoteket og Helse Nord som for samarbeidet mellom fastlegene og UNN. I samarbeidsnormen heter det blant annet (pkt 12):

*Forespørsler om oppgaveoverføring mellom sykehusleger og fastleger, skal legges fram for drøfting og anbefaling i Fastlegerådet i forkant av eventuell oppgaveoverføring.*

Vurdering:

Saken har to aspekter. For det første det som gjelder rekvirering av Rhesonativ. Det andre aspektet er spesialisthelsetjenestens prosesser når det tas beslutninger som også gjelder fastlegenes arbeidsinnhold og arbeidsmengde.

Sannsynligvis er det ikke mulig å endre på Rhesonativ rutinene. Det som burde være mulig å endre, og som det stadig jobbes med i ulike samarbeidsfora mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, er at det tas beslutninger om oppgaveoverføring uten at de som får merarbeid/endrede arbeidsforhold konsulteres. Det kan stilles spørsmål ved om Sykehusapoteket/Helse Nord har anledning til å overføre oppgaver til fastlegene uten at dette forutgår av en prosess hvor også fastlegene er involvert og hørt. Uansett vil dialog om dette være av det gode.

Sykehusapoteket ved fagsjef Margaret Arag Antonsen og Helse Nord ved fagdirektør er invitert til Fastlegerådets møte for å drøfte saken.

## **Sak 16/2023: Blodprøverekvirering fra revma og hud for prøver som bes tatt hos fastlegen**

### **Innstilling til vedtak:**

Det henstilles om at alle leger i UNN som gjør oppfølging av pasienter med blodprøver skriver rekvisisjon som følger pasienten gjennom prøvetakningen og til svaret er vurdert og fulgt opp. Rekvirerende lege har ansvar for hele blodprøvelinjen, slik det fremgår av Samarbeidsnormen.

### **Saksframlegg:**

Saken er meldt av fastlege/legevaktsjef/ass. kommuneoverlege Sindre Heide, Harstad, og gjelder blodprøverekvirering fra revma og hud for prøver som bes tatt hos fastlegen. Sindre Heide skriver følgende om saken.

#### *Bakgrunn:*

*I min rolle som representant i Fastlegerådet har jeg blitt kontaktet av flere fastleger i Harstad som reagerer på ordlyden i tilbakemeldingen deres til fastlegene og pasientene ved oppstart av medikamenter mot diverse reumatiske lidelser.*

*Det som reageres på er at pasientene skal til fastlegen for å ta blodprøver med høy hyppighet. Det kan være snakk om så ofte som ukentlig til annenhver uke i oppstartsfasen, nedtrappende til månedlig, annenhver måned og så videre.*

*Det er ofte avvik ved blodprøvene og det medfører mye ekstraarbeid for fastlegene å følge dette opp med beskjed til pasienten og til revmatologene. Det er også varierende hvor raskt dette ivaretas av revmatologene og det varierer i hvor stor grad og hvor raskt fastlegen får beskjed om endringer som følge av avvikene og dette medfører at fastlegene er usikker på om avviket er fanget opp og vurdert av revmatolog.*

*Jeg viser til Helsepersonellovens § 6: «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.»*

*Ved å følge denne praksisen er både pasienten og fastlegen påført et unødvendig tidstap og økonomisk tap som følge av blodprøvetaking og oppfølging av prøvesvarene.*

*Jeg antar at det også er mer krevende for sykehuslegens del å få opplyst prøvene via telefon, dialogmelding eller henvisning enn å få de rett til signering i Dips (dette er min egen erfaring fra sykehustjenesten i hvert fall).*

*Fastlegene ønsker gjerne å følge opp pasientene, men tidlig i behandlingen oppleves det som mer naturlig at dette følges av revmatolog som kan ta grep ved behov.*

*Når pasienten er stabilt behandlet og skal ta blodprøver 1-2 ganger pr år kan dette fint ivaretas av fastlegen ved at pasienten bestiller seg time og at det deretter (eller i forkant for den saks skyld) tas blodprøver som fastlegen rekvirerer og vurderer uten at det går kopisvar til revmatologen.*

*Følgende tiltak er gjort så langt: E-post med ordlyd omtrent som den over ble sendt til spes.pol ved UNN Harstad med ønske om lokal avklaring og møte for å se om man kunne komme til enighet. Forespørselen ble avvist og det ble fra spes.pols side bedt om at saken ble tatt opp i Fastlegerådet.*

#### *Videre saksbehandling:*

*Jeg har sett over samarbeidsavtalene jeg kunne finne så langt.*

*I Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger i Troms/Ofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) (Vedlegg 6) finner jeg under pkt 5 om blodprøver og diagnostikk:*

- *"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"*

*Videre står det:*

- *"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. "*

*Min vurdering:*

*I disse tilfellene det her er snakk om er det revmatologene som stiller indikasjon for at prøvene skal tas og det følger dermed av normgivende rutiner at de også skal skrive rekvisisjon og vurdere prøvesvarene. Slik det fungerer i dag kommer pasienten til laboratoriet hos fastlegen uten rekvisisjon og prøvene blir dermed rekvirert i fastlegens navn. Når prøven er rekvirert av fastlegen er det også fastlegen som får prøvesvaret og står ansvarlig for tiltak.*

Etter råd fra medlem av Fastlegerådet, seksjonsoverlege Revmatologisk seksjon Hanne Karen Aslaksen, er revmatologene Julianne Elvenes og Marit Seip på spesialistpoliklinikken i Harstad forespurt om en eller begge kan møte i Fastlegerådet for å drøfte denne saken.

## **Sak 17/2023: Egevaluering av FSU Fastlegerådet**

### **Innstilling til vedtak:**

Fastlegerådet ønsker etter egevalueringen å fokusere på følgende utviklings- og forbedringsmuligheter:

1. Representasjonen fra UNN i Fastlegerådet bør styrkes
2. Hybride møter skal være standard, men ett møte årlig bør være fysisk
3. Forståelsen for Helsefellesskapet og forholdet til Strategisk samarbeidsutvalg bør utdypes
4. Fastlegerådets mandat bør revideres med tanke på representasjon fra UNN, møteform, oppfølging av saker, med mer.

### **Saksframlegg:**

FSU Fastlegerådet behandlet i forrige møte 23.11.2022 sak om arbeidsformen i Helsefellesskapet inkludert de faglige samarbeidsutvalgene (sak 48/22). Fastlegerådet gjennomførte egevaluering gjennom diskusjon i forrige møte, og ved å foreta en individuell skriftlig evaluering i etterkant av møtet. Ni medlemmer svarte på evalueringsskjemaet. Evalueringen er nå sammenstilt (Vedlegg 7) og legges her fram for Fastlegerådet for endelig beslutning.

Vurdering:

Egevalueringen er jevnt over positiv. Ut over det er det noen forhold som bør bemerkes her.

For det første er det flere som påpeker at representasjonen fra UNN bør styrkes. Både manglende oppnevning og manglende oppmøte fra UNN blir nevnt. En kommenterer at dette kan føre til manglende gjennomslagskraft inn i UNN. En annen kommenterer at det kan ta lang tid før man får gjort beslutninger fordi beslutningsmyndige personer mangler i møtet.

For det andre er Fastlegerådet gjennomgående fornøyd med hybride møter. Deltakelse ville vært vanskelig for mange dersom det var krav til fysisk frammøte. En nevner at det kanskje i hvert fall bør være ett møte i året med fysisk frammøte.

Det tredje som kan trekkes fram er at Fastlegerådet synes å ha et noe distansert forhold til Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). På spørsmålet «Har Fastlegerådet oppnådd en tilfredsstillende forståelse for Fastlegerådets rolle og oppgaver hos SSU?» er det mange som svarer «usikker/aner ikke/ikke noe å bemerke» og lignende.

Sist men ikke minst gir egevalueringen noen synspunkter som bør vurderes ved en revisjon av mandatet, se vedlegget.

Det er for øvrig bred variasjon av svarene i evalueringen, og Fastlegerådet oppfordres til å se nøye etter tema i Vedlegg 7 som bør fokuseres og drøftes ut over de som er nevnt i saksframlegget.

### **Sak 18/2023: 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.

### **Sak 19/2023: Eventuelt og saker til kommende møter**



# Møtereferat Fastlegerådet (FLR)

Møtetid: 01.02.2023 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, Medisinsk faglig ansvarlig lege/Fastlege i Sørreisa
- Sindre Heide, fastlege og assisterende kommuneoverlege Harstad kommune
- Marte Lødemel Henriksen, kst. medisinsk fagsjef og senterleder Fag- og kvalitetssenteret UNN
- Morten Høyer, fastlege Tromsø
- Jørg Vik, fastlege Kjølpsvik, Narvik kommune, representant for Ofoten
- Hanne Karen Aslaksen, Seksjonsoverlege Revmatologisk seksjon, Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR)
- Lisbeth Dyrstad, brukerrepresentant

Sekretariat:

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

Forfall:

- Peter Kalinichenko, kommunelege Balsfjord kommune/representant Tromsø-området
- Andreas Holund, overlege psykisk helse og rus klinikken, SPHR Ofoten/fastlege Narvik
- Thor Martin Strand, LIS, UNN - erstattes fra neste møte av overlege Øyvind Isaksen og overlege Siri Malm, Medisinsk avdeling, UNN Harstad

Tilstede på sak:

- Kine Raae Østvik, fastlege Narvik, Sak 05/2023
- Marit Herder, overlege Røntgenavdelingen UNN, Sak 05/2023

### **Sak 01/2023: Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Vedtak:** Innkalling og saksliste godkjennes.

### **Sak 02/2023: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 23.11.2022**

**Vedtak:** Referat fra Fastlegerådets møte 23.11.2022 godkjennes.

### **Sak 03/2023: Årsrapport for Fastlegerådet 2021**

**Vedtak:** Fastlegerådets årsrapport for 2022 vedtas. Årsrapporten legges fram for Strategisk Samarbeidsutvalg.

### **Sak 04/23: Valg av nestleder i FSU Fastlegerådet**

Fastlegerådets mandat sier at: «*Leder av praksiskonsulentordningen er fast leder av Fastlegerådet. Fastlegerådet velger i tillegg en nestleder.*»

**Vedtak:** Jørg Vik velges som nestleder i Fastlegerådet.

### **Sak 05/2023: Radiologisk nomenklatur**

Saken er meldt av fastlege Kine Østvik, Narvik, og gjelder radiologenes bruk av nomenklatur som kan være ukjent for rekvirenten, særlig i forbindelse med MR-undersøkelser. Fastlege Kine Østvik redegjorde for sakens bakgrunn. Overlege Marit Herder fra Røntgenavdelingen deltok i Fastlegerådets drøfting.

**Vedtak:** Fastlegerådet ber om at svarene på MR-undersøkelse, og spesielt MR caput, tilpasses bedre til adressaten og problemstillingen som er beskrevet i henvisningen. Fastlegene vil på sin side gjøre problemstillingen i henvisningen så spesifikk som mulig. Fastlegerådet har forståelse for at det er flere aktører enn UNN i dette feltet. Overlege Marit Herder vil sende en oppfordring til kolleger i UNN Tromsø, Harstad og Narvik om å beskrive hvorvidt endringer er aldersadekvate eller ikke.

### **Sak 06/2023: Informasjon fra Øyeavdelingen UNN til legevaktene**

Avdelingsoverlege øyesykdommer Terje Christoffersen sendte 02.01.2023 en henvendelse til Samhandlingsseksjonen hvor han ba om hjelp til å nå ut til alle legevaktene med informasjon om utstyr som bør være i bruk på legevaktene og akuttmottakene. Interkommunal samhandlingsleder har formidlet informasjonen til legevaktsledere, helsesjefene og kommuneoverlegene. Informasjonen er publisert i Fastlegenytt. Informasjonen gis også til Fastlegerådet.

**Vedtak:** Fastlegerådet tar saken til orientering. Fastlegerådet mener at øyetrykk må kunne måles i allmennpraksis, men at dette ikke bør være knyttet til et bestemt produktnavn. Det tredje kulepunktet i informasjonen bør lyde: «Tonometer for måling av øyetrykk». Fastlegerådet etterlyser en begrunnelse for å ha både tabletter og øyedråper mot glaukom.

### **Sak 07/2023: Anbefalinger om arbeidsform i helsefellesskapet**

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) har 19.10 og 02.12.2022 drøftet hvilken retning og arbeidsform det er ønskelig å ta videre for Helsefellesskapet Troms og Ofoten og de faglige samarbeidsutvalgene (FSUene) som for eksempel Fastlegerådet (SSU sak 40/22 og sak 51/22). Det ble vedtatt anbefalinger om arbeidsformen i det siste møtet, og Fastlegerådet ble orientert om anbefalingene.

**Vedtak:** Fastlegerådet tar referatet fra SSU-møtet til orientering.

### **Sak 08/2023: Egenevaluering av FSU Fastlegerådet**

FSU Fastlegerådet viser til sak om arbeidsformen i Helsefellesskapet inkludert de faglige samarbeidsutvalgene (sak 48/2022 og 07/2023). Fastlegerådet gjorde en skriftlig og muntlig egenevaluering.

**Vedtak:** Fastlegerådet gjennomførte egenevaluering gjennom en individuell skriftlig evaluering, og diskusjon. Den skriftlige evalueringen sendes sekretariatet innen 16.02.2023, sammenstilles og legges fram for Fastlegerådet for endelig beslutning i neste møte.

### **Sak 09/2023: Evaluering av møtet**

Fastlegerådet hadde ikke kommentarer til dagens møte.

### **Sak 10/2023: Eventuelt med saker til neste møte**

- Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy, meldte en sak om at Sykehusapoteket fra november 2022 har besluttet at fastlegene må rekvirere Rhesonativ direkte fra Folkehelseinstituttet (FHI). Rhesonativ ble tidligere distribuert til fastlegene fra Sykehusapoteket. Dette innebærer at Sykehusapoteket har besluttet at alle fastleger som mottar gravide til kontroll, må opprettes som bruker/rekvirent hos FHI.
- Sindre Heide, fastlege/ass. kommuneoverlege i Harstad, meldte en sak om blodprøverekvirering- og oppfølging knyttet til pkt. 5 i Samarbeidsnormen.
- Leif Røssås, PKO-leder, meldte sak om Praksiskonsulentordningen til neste møte.
- Anne Helen Hansen, overlege Samhandlingsseksjonen UNN, meldte at en gjennomgang og eventuelt revisjon av mandatet for Fastlegerådet kan være på sin plass ut fra flere saker som ble drøftet i dagens møte.

## Prosjektbistand

### Kartlegging og evaluering av praksiskonsulentordningen (PKO) 2020 - 2021

Considium Consulting Group

Bjarte Reve

Morten Jacobsen

## Innhold

Avsnitt		Side
1	<b>Innledning</b>	3
	1.1 Bakgrunn og mandat for evalueringen	3
	1.2 Gjennomføring av oppdraget	4
2	<b>Utbredelse av PKO og hvordan ordningen praktiseres</b>	8
	<b>Resultatmål 1</b>	8
	2.1 Generelt	9
	2.2 Helse Sør-Øst	9
	2.3 Helse Midt	10
	2.4 Helse Vest	12
	2.5 Helse Nord	13
	2.6 Noen felles problemstillinger og utfordringer	15
3	<b>Formål med ordningen, roller og representativitet, relasjon til eksisterende samarbeidsstrukturer og hva som ansees som de viktigste formidlingsoppgavene</b>	17
	<b>Resultatmål 2</b>	
4	<b>Styrker og svakheter med ordningen og forslag til forbedringer fra aktørene selv</b>	20
	<b>Resultatmål 3</b>	
5	<b>Særskilt vurdering av hvorvidt kommunene bør være delaktig i en fremtidig ordning</b>	21
	<b>Resultatmål 4</b>	
6	<b>Fremtiden for PKO</b>	22
7	<b>Våre 10 forslag til å utvikle og forsterke PKO</b>	23

Vedlegg:

## Evaluering av praksiskonsulentordningen (PKO) for de regionale helseforetakene

*«Fastlegene blir sett, og blir verdsatt, gjennom PKO ordningen, det trumfer det meste.» (sitat fra intervju)*

### 1. Innledning

Considium Consulting Group har på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF på vegne av alle de regionale helseforetakene, gjennomført en nasjonal kartlegging og evaluering av praksiskonsulentordningen (PKO). Oppdraget har pågått i perioden oktober 2020 til februar 2021 og har blitt utført av Bjarte Reve som ekstern prosjektleder, og Morten Jacobsen som prosjektstøtte. Anbefalinger og forslag til å videreutvikle og forsterke PKO er det Bjarte Reve og Morten Jacobsen som innestår for.

#### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

##### Beskrivelse av prosjektet

Praksiskonsulentordningen oppstod i Danmark i 1992, og ble etablert i Norge i 1995. Dagens ordning har sitt grunnlag i en rammeavtale inngått i 2005 mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening. Avtalen legger grunnlag for inngåelse av avtaler med allmennleger om å arbeide deltid ved sykehuset som konsulent/ansatt for å fremme samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Avtaler inngås mellom den enkelte allmennlege og det aktuelle helseforetaket.

Formålet med rammeavtale om praksiskonsulentordningen (heretter kalt PKO) er å bidra til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nøkkelord for ordningen er: samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenking, kommunikasjon og utvikling.

En kartlegging og evaluering av praksiskonsulentordningen ble gjennomført med sikte på å forbedre dagens ordning.

Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for prosjektet på vegne av de regionale helseforetakene.

##### Mål og rammer

Følgende områder omfattes av kartleggingen og evalueringen:

1. Det gis en beskrivelse av hvordan dagens ordning praktiseres, dvs. utbredelse/omfang, organisering/strukturer, mandat, roller, deltagelse på ulike arenaer, kvalifikasjoner.
2. Det må videre innhentes informasjon om hvordan dagens ordning oppleves av de viktigste aktørene med særlig henblikk på; Formål med ordningen, roller og representativitet, relasjon til eksisterende samarbeidsstrukturer og hva som ansees som de viktigste formidlingsoppagavene.
3. Ut fra formålet med ordningen og hvordan den oppleves skal det gis en vurdering av styrke og svakheter ved dagens ordning med forslag til endringer og forbedringer.

4. Det skal gis en særskilt vurdering av hvorvidt kommunene bør være delaktig i en fremtidig ordning.

Kartleggingen og evalueringen skal være gjennomført innen 15.02.21. Sluttresultatet skal være en rapport som gir oppdatert status, synliggjør utfordringsbildet og peker på forbedringsområder for PKO. Det skal også gis anbefalinger for videre arbeid.

## 1.2 Gjennomføring av oppdraget

### Organisering av oppdraget

Kartleggingen og evalueringen inngår som en del av grunnlaget for de regionale helseforetakenes anbefalinger og videre oppfølging av praksiskonsulentordningen. De fire RHFene har organisert arbeidet som et prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av en fra hvert RHF. For å bistå i arbeidet med evalueringen og kartleggingen ble det i tillegg nedsatt en ressursgruppe med representanter fra helseforetak, fra KS og fra Norsk forening for Allmenntidmedisin.

#### De fire RHFene har organisert sitt arbeid slik:

##### Prosjektansvarlig:

- Knut Even Lindsjörn, direktør samhandling- og brukervedvirkning, Helse Sør-Øst RHF

##### Intern prosjektleder:

- Gunvor M Øfsti, spesialrådgiver, Enhet for samhandling og brukervedvirkning, Avdeling Medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF

##### Arbeidsgruppe:

- Knut Even Lindsjörn, direktør samhandling- og brukervedvirkning Helse Sør-Øst RHF
- Hans Stenby, spesialrådgiver Helse Vest RHF
- Kristian Onarheim, Ass fagdirektør Helse Midt RHF
- Finn Henry Hansen, spesialrådgiver Helse Nord RHF

##### Ressursgruppe:

- Leif Røssås, Leder av PKO UNN HF
- Stian Endresen, PKO-koordinator Helse Møre og Romsdal HF
- Sissel Hauge, Fagsjef Stavanger universitetssykehus HF
- Irene Jørgensen, Samhandlingssjef Sykehuset i Vestfold HF
- Hege Lorentzen, KS
- Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk Forening for Allmenntidmedisin

### Arbeidsgruppen og Ressursgruppens oppgaver

Nedenfor følger en kort beskrivelse av oppgaver for hhv. Arbeidsgruppen og Ressursgruppen i tilknytning til utarbeidelse av rapporten.

- **Arbeidsgruppe:**

Har gitt innspill til og godkjent prosjektplan. Arbeidsgruppen har hatt møter ved hver milepæl i prosjektet.

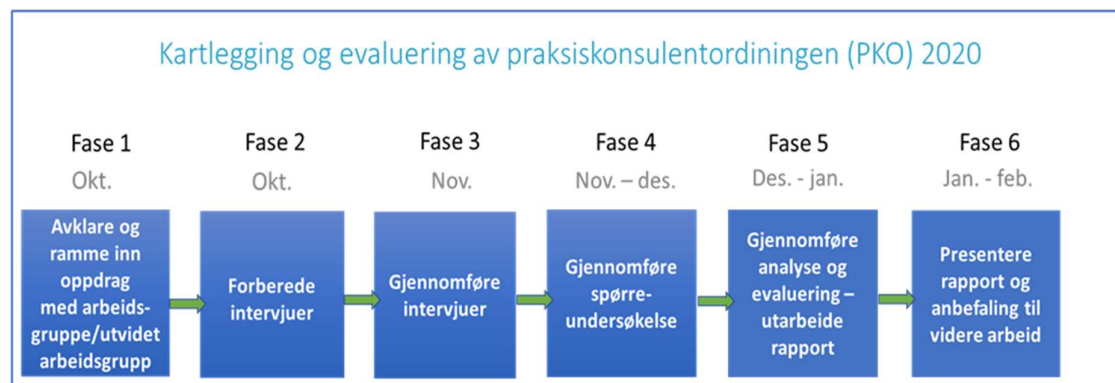
- **Ressursgruppe:**

Gruppen har hatt en rådgivende karakter i prosjektet, og har særlig bidratt med sin fagkompetanse om PKO og samhandling mellom spesialist- og primær/kommunehelsetjenesten.

Gruppen har bidratt til å kvalitetssikre metodikk for evalueringen.

### Prosjektplan

Prosjektplanen for oppdraget ble utarbeidet og godkjent i Arbeidsgruppen. Vi har i store trekk fulgt milepælene i denne planen. Se figur nedenfor.



### Undersøkelsesmetode 1 – Personlige intervjuer

For å lykkes med en representativ undersøkelse som favner alle de regionale helseforetak ble det besluttet å gjennomføre personlige intervjuer med representanter for de regionale helseforetak, for kommuner og ikke minst med praksiskonsulenter. Det var viktig å få i tale personer som hadde hatt eller har tilknytning til PKO på ulike nivåer i helseforetakene og i kommunene. Totalt intervjuet vi 36 personer. Oversiktene på neste side viser hvilke funksjoner vi har intervjuet i helseforetak og kommuner. Som underlag for samtalen ble det utarbeidet en skreddersydd intervjuguide. Intervjuguiden er vedlagt rapporten.

**Gjennomførte samtaler 1**


Vestre Viken	Sykehuset i Vestfold	Stavanger Universitetssykehus
<ul style="list-style-type: none"><li>Fagdirektør</li><li>Samhandlingssjef</li><li>Avdellingssjef DPS</li><li>Leder for PKO i Vestre Viken</li><li>Koordinator på Ringerike sykehus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fastlege Sandefjord og PKO ved klinikk for psykisk helse og avhengighet</li><li>Fastlege Holmestrand og leder av PKO</li><li>Klinikkssjef medisinsk klinikk, SIV</li><li>Fagdirektør SIV</li><li>Samhandlingssjef SIV</li> <li>Kommuneoverlege Færder kommune</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2 praksiskonsulenter</li><li>PKO-koordinator</li><li>Fagdirektør</li> <li>Kommuneoverlege i Stavanger med ansvar for oppfølging av fastlegeordning</li></ul>

**considium**



## Gjennomførte samtaler 2

St. Olav/Helse Nord Trøndelag	UNN/Helse Nord	Andre
<ul style="list-style-type: none"><li>HNT:<ul style="list-style-type: none"><li>Administrerende direktør</li><li>Samhandlingssjef</li></ul></li><li>St. Olav<ul style="list-style-type: none"><li>Medisinsk faglig rådgiver</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Helgelandsykehuset:<ul style="list-style-type: none"><li>Samhandlingssjef</li><li>Medisinsk direktør</li></ul></li><li>Finnmarksykehuset:<ul style="list-style-type: none"><li>Fagsjef, tidligere PKO-leder</li></ul></li><li>Nordlandssykehuset:<ul style="list-style-type: none"><li>Samhandlingssjef</li></ul></li><li>UNN HF:<ul style="list-style-type: none"><li>PKO-leder</li><li>Praksiskonsulent</li></ul></li><li>Tromsø kommune<ul style="list-style-type: none"><li>Kommuneoverlege</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KS:<ul style="list-style-type: none"><li>Helse- og rehabiliteringsleder, Dovre kommune</li><li>Leder avdeling for helse og velferd</li></ul></li><li>OUS:<ul style="list-style-type: none"><li>Samhandlingsoverlege/PKO-leder</li></ul></li><li>Sykehuset Østfold:<ul style="list-style-type: none"><li>PKO-leder</li></ul></li><li>Skien/Porsgrunn:<ul style="list-style-type: none"><li>Spesialrådgiver</li></ul></li><li>HSØ RHF:<ul style="list-style-type: none"><li>Spesialrådgiver</li></ul></li><li>Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA):<ul style="list-style-type: none"><li>Leder</li></ul></li><li>Allmenntilleggsforeningen:<ul style="list-style-type: none"><li>Leder</li></ul></li><li>Hesledirektoratet:<ul style="list-style-type: none"><li>Seniorrådgiver</li></ul></li><li>Helse Møre og Romsdal:<ul style="list-style-type: none"><li>PKO-koordinator</li></ul></li></ul>



### Undersøkellesmetode 2 – Questback spørreundersøkelse

Gjennom de personlige intervjuene mottok vi en mengde kvalitative data som underlag for å utarbeide en skreddersydd Questback spørreundersøkelse for å innhente erfaring med og opplevelse av PKO. Vi sendte ut to identiske spørreundersøkelser:

- 1) En nasjonal undersøkelse ble sendt ut i regi av Helse Sør-Øst RHF. Denne undersøkelsen henvendte seg til fagdirektører i RHF, fagdirektører i helseforetak, praksiskonsulenter, PKO-ledere, praksiskonsulenter, samhandlingssjefer, klinikere, kommunalsjefer og kommuneoverleger. Totalt 502 spørreskjemaer ble sendt ut. Svarprosenten var på 37%. Antall svar 183.
- 2) Den andre undersøkelsen ble sendt ut i regi av Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA) til 95 tillitsvalgte i Allmenntilleggsforeningen og NFA rundt i landet. Respondentene var fastleger, praksiskonsulenter og PKO ledere. Svarprosenten var på 51% som er et godt resultat. Antall svar 49.

Spørreundersøkelsen er vedlagt rapporten.

### Bearbeiding av innsamlet materiale – utarbeiding av rapport

Etter gjennomføring av de personlige samtalerne og spørreundersøkelsen har vi gått gjennom våre funn og foretatt en evaluering av disse. Før ferdigstilling av rapporten er inntrykk fra både de personlige samtalerne og Questback-undersøkelsen forelagt Ressursgruppen og Arbeidsgruppen for kommentarer og tilbakemeldinger. Sluttresultatet er foreliggende rapport med evaluering av PKO, mulige forbedringsområder og forslag til tiltak.

Rapportens hovedtema er PKO. Det er innledningsvis gitt en oversikt over helseforetak som har ordningen. Undersøkelsen viser at ordningen praktiseres litt ulikt. For å få et nærmere bilde av dette har vi i rapporten gitt en utfyllende beskrivelse av ordningen i utvalgte helseforetak. Samtidig er det

noen helseforetak som ikke har ordningen, eventuelt har avvirket denne. Her har vi også søkt å vise hva disse gjør istedenfor for å skape god samhandling mellom helseforetaket og fastlegene.

Rapporten er vinklet rundt de fire resultatmålene for evalueringen beskrevet under «Mål og Rammer» i pkt. 1.1 ovenfor. Inntrykk og funn fra samtaler samt resultater av de to spørreundersøkelsene har vi ikke gjengitt i egne avsnitt, men integrert i rapporten for å belyse de områdene oppdragsgiver har beskrevet i kravene til oppdraget.

Avslutningsvis presenterer vi våre forslag til å utvikle og forsterke PKO.

## 2. Utbredelse av PKO og hvordan ordningen praktiseres

### Resultatmål 1:

*Det gis en beskrivelse av hvordan dagens ordning praktiseres, dvs. utbredelse/omfang, organisering/strukturer, mandat, roller, deltagelse på ulike arenaer, kvalifikasjoner.*

### Omfang av praksiskonsulentordningen i Norge

Vi har innhentet tall fra helseforetakene om omfang av praksiskonsulentordningen i Norge. Det er totalt 87 praksiskonsulenter. Vi har ikke eksakt oversikt over stillingsbrøken til praksiskonsulentene. Det mest vanlige er 20% stillingsandel for en praksiskonsulent. Vi ser at omfanget er varierende i hver helseregion, men kort oppsummert er det slik:

### Omfang i Helse Nord:

Nordlandssykehuset – 2 praksiskonsulenter

UNN - 4 praksiskonsulenter

Ingen praksiskonsulenter ved Finnmarkssykehuset eller Helgelandssykehuset

### Omfang i Helse Midt:

Helse Møre og Romsdal – 4 praksiskonsulenter

Ingen praksiskonsulenter ved St. Olavs eller ved Helse Nord-Trøndelag

### Omfang i Helse Vest:

Stavanger universitetssykehus – 9 praksiskonsulenter

Helse Fonna – 6 praksiskonsulenter

Helse Førde – 3 praksiskonsulenter

Helse Bergen – 4 praksiskonsulenter

### Omfang i Helse Sør-Øst:

Sykehuset Innlandet – 7 praksiskonsulenter

Sykehuset i Vestfold – 6 praksiskonsulenter

Sykehuset Telemark – 3 praksiskonsulenter

Oslo universitetssykehus (OUS) – 1 praksiskonsulent og 1 samhandlingsoverlege i 100%

Akershus universitetssykehus - 3 praksiskonsulenter og 1 samhandlingslege i 100%

Vestre Viken – 18 praksiskonsulenter

Sørlandet sykehus – 7 praksiskonsulenter

Sykehuset Østfold – 5 praksiskonsulenter

Diakonhjemmet sykehus – 5 praksiskonsulenter

### Organisering av ordningen ved det enkelte helseforetak

PKO er forskjellig organisert og dimensjonert ved de ulike helseforetakene i Norge. Ordningen har tradisjonelt vært bygget opp ved det enkelte HF på en slik måte at praksiskonsulentene har forholdt seg til en klinisk avdeling i mindre deltidsstillinger på 10-20 %. En PKO-leder (tidligere praksiskoordinator), med noe høyere stillingsbrøk, har hatt lederansvaret for PKO-arbeidet ved det

enkelte HF.

## 2.1 Generelt

For nærmere å få et bilde av PKO har vi i rapporten gitt en utfyllende beskrivelse av ordningen i utvalgte helseforetak. Samtidig er det noen helseforetak som ikke har ordningen, eventuelt har avvirket denne. Her har vi også søkt å vise hva disse gjør istedenfor for å skape god samhandling mellom helseforetaket og fastlegene.

Vårt inntrykk fra evalueringen er at PKO er velfungerende i de helseforetak som satser på ordningen. *«PKO er viktig for å etablere konsensus om ansvar -og oppgavedeling mellom primærleger og leger i spesialisthelsetjenesten. PKO bidrar til å redusere "kulturforskjellene" mellom leger på ulike nivå i helsetjenesten,»* uttrykt fra en respondent tilhørende i Helse Sør-Øst.

Eksempler på helseforetak der ordningen fungerer godt er Vestre Viken, Vestfold, Stavanger og Møre og Romsdal. Hva er det som kjennetegner de helseforetak som lykkes med PKO og der ordningen resulterer i bedre samhandling? Vårt inntrykk i evalueringen er at det må være et miljø av praksiskonsulenter, ikke bare enkelte praksiskonsulenter, og de må få god støtte fra linjen til å drive frem samhandlingsprosjekter som gir verdi for pasientene, fastlegene og for helseforetakene.

Samhandling er kontinuerlig arbeid, og praksiskonsulentene arbeider systematisk med å sikre koordinerte pasientforløp som sikrer unødige innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Evalueringen viser at de lykkes i de helseforetak som satser på denne ordningen, og at de har legitimitet blant fastlegene.

Hva er det som skal til for at det sikres trygg utskrivning av pasientene fra sykehus, gode rutiner for innskrivning, møteplasser mellom fastlegene og klinikere på sykehus, og konkrete forbedringer som f.eks. innføring av dialogmeldinger mellom fastlegene og sykehusene? Vi skal prøve å utdype dette i denne evalueringsrapporten og gi konkrete eksempler.

## 2.2 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har en rekke helseforetak som satser systematisk på praksiskonsulentordningen. De har også en regional koordinator (i 50% stilling) i HSØ med bakgrunn som praksiskonsulent. Dette sikrer samarbeid i et regionalt nettverk av praksiskonsulenter i HSØ, og god forankring internt.

I **Vestre Viken** er det 18 praksiskonsulenter, de fleste i 20% stilling. PKO leder har høyere stillingsandel. Konsulentene rapporterer i linjen til samhandlingssjef. For Vestre Viken er det viktigste at praksiskonsulentene blir en brobygger med kommunehelsetjenesten. Sitat fra et intervju: *«PKO ordningen forbedrer samhandlingen med fastlegene i Vestre Viken, et konkret eksempel: Da områdefunksjonene ble flyttet fra Rikshospitalet til Drammen, brukte PKO sine fagmøter til å informere sine i fastlegekorpset. Får med fastlegeperspektivet inn i all tjenesteutvikling. Hvordan sikre trygg utskrivning av pasientene fra sykehus, slik at de blir godt tatt imot i kommunehelsetjenesten. Og vice versa; henvisninger fra kommunehelsetjenestene.»*

Praksiskonsulentene og fastlegene i Vestre Viken var pådrivere for dialogmeldinger i journalen mellom helseforetaket og fastlegene. Dette ble opplevd veldig positivt for samhandlingen.

Ved **Sykehuset i Vestfold** får vi inntrykk av en praksiskonsulentordning som fungerer godt. Sykehuset har i dag 6 praksiskonsulenter knyttet til ordningen; fem i 20% stilling, én i 10% stilling. Hver praksiskonsulent er allokert til hver sin klinikk ved sykehuset, og de har praksiskonsulenttid til samme tid hver uke. Praksiskonsulentene deltar i månedlig møte med fagdirektør ved sykehuset og har dermed god kontakt med sykehusledelsen. Viktige arenaer hvor praksiskonsulentene deltar er på større samhandlingsmøter to ganger årlig hvor aktuelle temaer blir meldt inn fra både fastleger og sykehusleger. For tiden er praksiskonsulentene engasjert i flere viktige prosjekter, som f.eks. psykisk helse for barn/unge, prosjekt for skrøpelige eldre, nytt akuttsenter og nytt kreftsenter. For å holde trykket på informasjon ut til fastlegene utarbeider ordningen et «Praksisnytt» i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen ved sykehuset.

Vi blir meddelt at praksiskonsulentordningen har vært spesielt nyttig under koronapandemien. Uten ordningen ville det ha vært utfordrende å nå ut til fastlegene. Dette er et av flere eksempler vi mener støtter opp under ordningen og gir den legitimitet.

Vi får tilbakemeldinger om en ordning som gir god struktur, bidrar til å gi informasjon begge veier og som er sammensatt av personer som er engasjerte og brenner for det de holder på med. Praksiskonsulenter vi har snakket med meddeler selv at de opplever en interessert og ivrig sykehusledelse, at de blir godt mottatt og at de selv får anledning til å sette dagsorden og delta i beslutninger rundt samhandlingsområder det er ønsket at de arbeider med. I en samtale beskrives de halvårslige samhandlingsmøtene som lille julaften.

Et eksempel vi vil trekke frem er Færdermodellen fra Vestfold som gjennomføres som et internt forbedringsprosjekt rettet mot fastlegene. Modellen er hentet fra samhandlingstrekanten i Helsefelleskapet hvor aktørene er spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegene som sammen skal arbeide for god samhandling til det beste for pasienten på rett nivå.

Selv om vi hører mange positive utsagn i Vestfold, er det forbedringsområder. Noen av disse er:

- Ta i bruk Færdermodellen flere steder – denne bidrar til større grad av helhetstenking og til å øke kunnskapen om hva aktørene i modellen kan bidra med for å styrke samhandling
- PKO må være godt forankret både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

### 2.3 Helse Midt-Norge

I Helse Midt-Norge har man ved enkelte HF valgt å organisere samhandlingen mellom fastleger og sykehus på en annen måte. Ved St. Olavs hospital og HNT er tidligere PKO-stillinger trukket tilbake, og man har som erstatning etablert egne samhandlingsutvalg/legeutvalg bestående av fastleger, sykehusleger og representasjon fra kommunal helseforvaltning (oftest kommuneoverleger). Samhandlingsutvalgene/Fagråd for legesamarbeid er forankret i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. En slik ordning synes å fungere godt i praktisk samhandlingsarbeid til prosjekter, men vår vurdering er at «Trøndelags-modellen» ikke ivaretar på samme måte det kontinuerlige forbedringsarbeidet som praksiskonsulentene søker å utøve i resten av landet.

Det skal også nevnes at i Helse Midt-Norge utgjør nå bygging og implementering av felles journalløsning (Helseplattformen) en betydelig samhandlingsarena med stor representasjon både av allmennleger og sykehusleger.

**St. Olavs hospital** har valgt en annen modell for samhandling enn PKO. De sier selv at det ikke fungerte optimalt med PKO hos dem, fastlegene som var praksiskonsulenter ble ikke alltid i nødvendig grad involvert og inkludert ved de kliniske avdelingene. Ved oppstart var det praksiskonsulenter tilknyttet 6-7 klinikker ved sykehuset.

I dag bruker St. Olavs midlene til å frikjøpe fastleger til å delta i råd og utvalg og til å delta i forbedringsarbeid. Noen kommuner dekker midler til å frikjøpe egne fastleger til dette, mens andre ikke. Det er i henhold til overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommuner etablert flere fagråd som jobber med forbedringsarbeid, eksempelvis utvikle bedre pasientforløp. ASU oppnevner fastlegene som deltar. Pasienter/brukere er med her. Ved St. Olavs har de to fastleger som ordinære medlemmer i Administrativt samarbeidsutvalg (ASU). Dermed kan fastlegene i større grad være med og påvirke. Alle helseforetak har et ASU, men ikke alle har fastleger som ordinære medlemmer, sier en respondent fra St. Olavs.

St. Olavs etablerte et legeutvalg for ca. 3 år siden, da praksiskonsulentordningen ble avvirket i opptaksområdet. Legeutvalget har følgende representanter: 4 allmennleger er med (hvorav 1 kommuneoverlege), 4 sykehusleger og en privatpraktiserende spesialist og en representant fra legeföreningen som observatører. Utvalget har laget samarbeidsrutiner mellom fastleger og sykehus. Dette skal være en arena for å diskutere problemer i samhandlingen, oppgavefordeling mm.

Ett eksempel på forbedringsprosjekt samhandling ved St. Olavs:

De har jobbet med å tydeliggjøre de to strømmene inn til sykehus, elektiv og Ø-hjelp. Lars Erik Laugsand ved St. Olavs som leder Akuttavdelingen/Akuttmottaket dro veksler på eget nettverk av allmennleger, da han ønsket allmennleger som han kunne diskutere med. Rekrutterte allmennleger til arbeide ble godkjent i ASU. Hvordan forbedre pasientforløpene? De har i felleskap utviklet opp til 10-12 forløp i dag. Det dreier seg både om akuttforløp og hvordan halv-øyeblikkelig hjelp skal håndteres (inkludert rådgivning egne poliklinikker mv)? Hva er det allmennlegen skal gjøre? Hva med å benytte kapasiteten bedre gjennom hele døgnet? Bedre arbeidsdeling, og god rådgivning er elementer som løftes frem.

I **Helse Nord-Trøndelag** (HNT) prøvde man flere ganger å få kommunene i opptaksområdet til å være med og betale for ordningen. De ønsket ikke dette. Samarbeidsutvalget mellom kommunene og HNT opprettet et fagråd for legesamarbeid, hvor partene dekker sine kostnader og bruker samarbeidsavtale med kommunene til å nå ut til fastlegene. De har opprettet en stilling som medisinsk faglig rådgiver i samhandlingsavdeling ved HNT. Legeutvalgene jobber med konkrete forbedringer for pasientene, for eksempel bruk av multidoser.

De formelle organene for samhandling som benyttes mellom kommunene og HNT er PSU (politisk samarbeidsutvalg) og ASU (administrativt samarbeidsutvalg) og fagråd, i disse fora er det lik representasjon mellom kommunene og HNT. PSU behandler strategiske saker i samhandlingen. Statsforvalteren er representert ved fylkeslege, og fylkeskommunen deltar. PSU gir oppdrag til ASU. ASU er representert ved helsesjefer, kliniksjefer, fylkeslege, fylkeskommunen og tillitsvalgte. Det er

5 fagråd under ASU. Oppgaver er legesamarbeid, pasientsamarbeid, helsefremming og forebygging, helseberedskap og akuttmedisin.

Gjennom Norsk forening for allmenntmedisin sin undersøkelse til fastleger og praksiskonsulenter som er tillitsvalgte har vi også fått noen interessante kommentarer knyttet til enkelte helseforetak:

*«Nord-Trøndelag legeförening mener at det er viktig at arbeidet som legeutvalget (j.f. samarbeidsavtale HNT-kommuner) gjør for utvikling og avklaring av praktisk samarbeid og oppgavefordeling følges opp i praksis. Den viktigste innsatsen gjøres i sykehusene, og særlig er innlæring av gode samarbeidsrutiner viktig å følge tett for alle LIS1. Dette bør utføres av erfarne allmennleger som har føling med den praktiske hverdag i møte med pasientene da praktiserende allmennleger vet hvor de smertefulle områdene i helsetjenesten i Nord-Trøndelag befinner seg. Nord-Trøndelag legeförening tilrår å opprettholde praksiskonsulentordningen.»*

I **Helse Møre og Romsdal** er det en velfungerende PKO, og de har også lyktes med å få kommunene til å medfinansiere ordningen. Det er en PKO leder og fire praksiskonsulenter som følger opp hvert sitt lokalsykehus. PKO synes å gi en bedre forståelse på helseforetaket for hvordan virkeligheter oppleves av fastlegene uttaler en av respondentene. Dette gir seg uttrykk i forbedringsprosjekt, eksempelvis når fastlegene sender pasientene inn til billeddiagnostikk, bør de ikke vente i akuttmottaket, men drop-inn løsninger innføres. Elektroniske tilbakemeldinger til fastlegene på resultatene via dialogmeldinger.

#### 2.4 Helse Vest

I denne helseregionen ble Helse Stavanger valgt ut som helseforetak der vi evaluerte ordningen gjennom 1-1 intervjuer. Alle helseforetak deltok i Questback undersøkelsen fra de regionale helseforetakene.

I Helse Stavanger får vi inntrykk av en velfungerende PKO som har lange tradisjoner, god forankring både i sykehuset, og i primærhelsetjenesten. *«Vi har lyktes med å være diplomater, som skal representere fastlegene inn i sykehuset.»* sier en respondent.

Det er 9 praksiskonsulenter i sykehusområdet, og de er erfarne fastleger. Noen har også en stillingsandel som kommuneoverlege. Dermed sikres god forankring med kommunehelsetjenesten. Praksiskonsulentene skal være «oljå i maskineriet» som får til samhandlingen i Stavanger, sier en respondent. Det er en klar tilbakemelding at det bør være faste stillinger. Selv i Stavanger, som har lange tradisjoner for PKO, er det en utfordring å rekruttere nye fastleger inn i ordningen.

Det er mye som fungerer godt ved Helse Stavanger ift. PKO. En av respondentene uttaler: *«Vi er mange, og geografisk spredt, gir oss muligheter til å nå mange fastleger. Vi bruker praksisnytt. Det er en styrke at det er lydhørhet på begge sider.»*

Hva trengs for å videreutvikle ordningen i Stavanger?

*«Vi trenger å bevare fleksibilitet, men også små stillinger. Må være like gode betingelser som for fastlegearbeid, bør være noe som er attraktivt å være forbedrer. Kan kjøre større prosjekter som prosjektbaserte stillinger, som i Vestre Viken.»*

*«Ordningen bør inn i oppdragsdokumentet til RHF for helseforetakene, må være koblet til avtalene for sykehus og kommunene. PKO må få tydelig mandat, (hvem som skal komme med oppgaver, både kommuner og fastleger).»*

Hva gjør de praktisk ved Helse Stavanger i løpet av et år for å bedre samhandlingen ved hjelp av praksiskonsulentordningen? Arbeidet har dreid seg om samarbeid og oppgavedeling mellom fastleger og SUS: Praktiske kjøreregler, prinsipper for oppgavedeling og prosessbeskrivelse og forankring av retningslinjene. Det har blitt utarbeidet praktiske kjøreregler for henvisning, epikrise, resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LIB) liste, timebestilling etter sykehusopphold, blodprøver, sykmelding, pasienttransport, parallell henvisning til flere avdelinger, rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon, samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser og tverrfaglig samarbeid.

Det er nå et prinsipp for oppgavedeling at overføring av nye behandlings- eller kontrolloppgaver fra sykehus til fastleger i opptaksområdet skal avtales i en likeverdig dialog, gjennom drøfting og innpassing i disse anbefalingene.

Det er flere eksempler fra Helse Vest om positive effekter av PKO ordningen. Det er igangsatt Dialogmeldinger innen psykisk helsevern for i barn og unge i Helse Vest. Dette startet i Helse Fonna. Hva skal de enkelte aktører gjøre, og hvordan skal de få vite hva den andre gjør? Opplevs som viktig forbedringstiltak, både for både spesialist og primærhelsetjenesten.

## 2.5 Helse Nord

I Nord Norge hører vi om et ønske om å bruke PKO både på Helgeland, ved Nordlandssykehuset og i Finnmark, men rekrutteringsproblemer gjør at ordningen i dag ikke benyttes i Finnmark eller på Helgeland. I Tromsø/UNN er det fortsatt en praksiskonsulentordning. Ved UNN har de fire praksiskonsulenter, én i 20% stilling, tre i 10% stilling.

**Helgelandssykehuset (HSYK)** har tidligere hatt en praksiskonsulentordning, men pga. rekrutteringsproblemer av fastleger inn til ordningen må de i dag prøve å løse samhandling på andre måter. HSYK har samarbeidsavtaler med kommunene og i OSO (overordnet samarbeidsorgan), er kommuneoverlege, samhandlingssjef HSYK og områdesjefer representert. De har jevnlig møter med medisinsk administrativ ledelse i kommunene i sykehusområdene, spesielt ifm. COVID19. Løpende forventningsavklaring til hvilket tilbud som gis i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Det er etablert et innovativt e-helseprosjekt mellom HSYK og Lovund kommune med støtte fra lokalt næringsliv på Lovund. E-helsekontoret som man ser for seg etablert på Lovund i en pilotutgave skal være en direktelinje inn til spesialisthelsetjenesten for helsetjenestene og legene på øya.

**Nordlandssykehuset** har hjemler for fire praksiskonsulenter hvorav to er besatt. Begge er i 20% stilling og jobber som praksiskonsulent en dag pr. uke. Én av disse er lokalisert i Lofoten, den andre i Vesterålen. Nordlandssykehuset har også en sykepleier som praksiskonsulent i 20% stilling. Denne stillingen er finansiert som et spleiselag mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset.



I lokalsykehusområdet til NLSH-Bodø (Salten), med over halvparten av befolkningen i HFets opptaksområde, har det ikke vært ansatt noen praksiskonsulent de siste 8-10 år, der har heller ikke vært arrangert noen halvårslige fagmøter, slik som i Lofoten og Vesterålen.

Nordlandssykehuset har gjennom PKO erfart bedring i både kvalitet og innhold i epikriser samt reduksjon i volum av merknader i henvisninger. To fagdager pr. år gjennomføres hvor både sykehusleger og fastleger deltar. Disse har både en faglig og en sosial profil. Fagdageene er godkjent av Legeforeningen og gir tellende poeng.

Viktige forbedringsområder vi mener å fange opp ved Nordlandssykehuset dreier seg spesielt om rekruttering til ordningen. Sykehuset har hatt flere annonser ute, brukt jungeltelegraf, forsøkt å legge til rette for å kunne jobbe med særskilte fagområder, for eksempel psykiatri, uten å ha lykkes i tiltrekking av fastleger til ordningen. Andre forslag som presenteres er:

- «Praksiskonsulentene bør være mer ute i kommunene – etablere et systematisk besøksforhold. Det dreier seg om store avstander, og dette kan ta tid. Nordlandssykehuset favner 20 kommuner»
- «Ta i bruk digitale verktøy for å styrke samhandlingen og **styrke rekrutteringen til ordningen**»
- «Praksiskonsulent er et misvisende begrep. Forslag: **«Rådgivende lege for samhandling»**
- «Kunne ha fått mer ut av ordningen dersom kommunene også betalte noe»
- «Kommunene bør bruke PKOene mer i utviklingsarbeid – ikke bare når ting ikke fungerer. Sikre aktiv involvering i endring og utvikling fra både kommune og HF-side»

**UNN** har 4 praksiskonsulenter, kun én i 20% stilling, tre i 10% stilling. Praksiskonsulentene knyttes til ulike prosjekter, f.eks. videreutvikling av IKT i Helse Nord, rus og psykiatri, eldre pasienter/multisyke, utvikling av tverrfaglig samarbeid. PKO synes å fungere godt og resulterer i forbedring av samarbeidet med fastlegene. PKO har bidratt til å gi resultater for Stormottakersatsingen ved UNN, dvs. et samhandlingsprosjekt som dreier seg om å redusere antall svingdørspasienter. Vi hører at UNN på dette området har kommet svært langt, også nasjonalt.

Vi oppfatter at en av utfordringene ved UNN er å få tak i flere som vil kunne ønske å utvikle seg som praksiskonsulenter. En økning av stillingsprosenten fra 10% til 20% vil kunne bidra til at foretaket får mer ut av ordningen. Det er mulig at økonomisk insentiv vil også kunne gi et bedre tilfang av kandidater.

Selv om praksiskonsulentordningen ved UNN er den best fungerende ordningen i Helse Nord, er også denne ordningen vesentlig svekket i løpet av de siste 15 årene; i perioden 2002-2007 var det dobbelt så mange praksiskonsulenter ved UNN, som i sin tid var en pioner m.h.t å ta ordningen i bruk.

**Finnmarkssykehuset** har ingen praksiskonsulenter. Stillinger har blitt lyst ut, men med dårlig tilfang av søkere. Siste gang de lyste ut, fikk de ingen søkere. Som et alternativ har sykehuset etablert et fastlegeråd som møtes et par timer annenhver måned. Dette beskrives som en suksess. Mange saker som har bidratt til god samhandling har vært på agendaen. Eksempler på dette er omarbeiding av Samhandlingsplakaten for leger til Finnmarkssykehusets behov. Dette har fungert bra og har ikke medført lønnskostnader. Medisinsk fagsjef utgir eget «Praksisnytt» som blir distribuert til fastleger.

For Finnmarkssykehuset gjelder - som for andre steder – betydningen av samhandling. Forslaget herfra går ut på å videreføre fastlegerådet, men ha en ressurs som forbereder og legger til rette for at rådet fungerer. Dette kunne være en allmennlege i 10-20% stilling.

### Anbefalinger for å styrke PKO i Helse Nord

Det er et ønske i alle helseforetak i Helse Nord å enten bevare (UNN og Nordlandssykehuset) eller re-etablere praksiskonsulentordningen. Ordningen har legitimitet både i helseforetakene og blant fastlegene i nord viser evalueringen.

Hva er det som kjennetegner de helseforetakene som lykkes med PKO ? Vårt inntrykk i den nasjonale evalueringen er at det må være et miljø av praksiskonsulenter, og de må få god støtte i lederlinjen til å drive frem samhandlingsprosjekter som gir verdi for pasientene, fastlegene og for helseforetakene.

Manglende rekruttering av fastleger til å bli praksiskonsulenter er hovedutfordringen i Helse Nord.

Vi har basert på evalueringen noen forslag til hvordan PKO kan styrkes i Helse Nord:

- Ta i bruk digitale verktøy for å styrke samhandlingen og **styrke rekrutteringen til ordningen**. Det vil si at praksiskonsulenten i større grad kan være lokalisert i egen fastlegepraksis, og ikke trenger å reise inn til sykehuset.
- Vurdere styrkede **økonomiske betingelser** for fastleger som tar en rolle som praksiskonsulent. Dvs. honorar som er bedre enn i rammeavtalen mellom Legeforeningen og RHF.
- Satse på minimum **20% stillinger** som praksiskonsulent. Vår vurdering basert på innspill i den nasjonale evalueringen er at 20% stilling er et riktig nivå for å kunne sikre gode resultater som praksiskonsulent. Eksempelvis benytter UNN i dag 10%.
- Vurdere «samhandlingspar» mellom praksiskonsulent og overlege i de kliniske avdelingene. Dette vil kunne forsterke effektene av PKO.

## 2.6 Noen felles problemstillinger og utfordringer

### Felles prinsipper for PKO – lokale tilpasninger

Det er en klar tilbakemelding i undersøkelsene at **prinsippene for PKO -ordningen bør være like for hele landet, men at det er viktig å gjøre lokale tilpasninger som sikrer funksjonalitet i ordningen**. Eksempelvis hører vi fra en respondent tilhørende i Helse Sør-Øst: «*De ulike foretakene har ulike problemstillinger. Det vil derfor være forskjellig hvilke områder og metoder PKO bør jobbe med. Det er nødvendig med noe fleksibilitet i forhold til hvordan ordningen skal drives, fordi helseforetaks-områdene er forskjellige i størrelse.*»

Når det gjelder **stillingsandel** og hva som er riktig nivå for PKO er det ikke et tydelig signal i spørreundersøkelsene. Vår vurdering er at dette er forståelig, når de er praksiskonsulenter selv og det er deres leder som best kan vurdere om 20% eller 40% eksempelvis er det beste nivået.

Noen kommentarer fra respondenter tilhørende i Helse Sør-Øst: «*Er selv PKO i større stilling (40 %). Er dermed knyttet til pasientforløpet i større grad enn PKO i 20 %. Det er en fordel med større stilling. Mer grundig inn i sakene og tettere på aktører begge veier (kommuner og spesialisthelsetjenesten)*»

*(HSØ): 20 % er tilstrekkelig hvis PK-ene jobber sammen i et team slik at de har mye ressurser når de går inn i oppgaver. Vår erfaring er at det er bedre med få større stillinger enn flere små. Veldig vanskelig å jobbe med tunge saker og 20% stillinger er absolutt minimum.»*

### Rekruttering

Det er en klar tilbakemelding fra aktørene i 1-1 intervjuene at rekruttering til PKO er utfordrende. Revidering av rammeavtalen fra 2005 mellom Legeforeningen og RHFene og å invitere KS inn anbefales. Lønn bør dreies mer over til fastlønn, i en stillingshjemmel minimum 20%. De fleste benytter dagens rammeavtale mellom Legeforeningene og RHFene til å regulere ansettelsesforholdene.

Rekruttering har vist seg å være en nasjonal utfordring, også i de folketunge områdene av landet. Fastlegeordningen i seg selv har store rekrutterings- og stabiliseringsproblemer. Når det ikke er noen fastleger å rekruttere fra, vil det også ha betydning for rekruttering av praksiskonsulenter helt uavhengig av vilkår og størrelse på stilling. En respondent tilhørende i Helse Sør-Øst sier:  
*«Rekruttering av praksiskonsulenter har vist seg vanskelig. Det er veldig viktig å ha fastleger inne i ordningen, slik at samarbeidet lege-lege på tvers av nivåene blir best mulig. Vår erfaring er at nye praksiskonsulenter må "headhunted". Annonsering fungerer ikke.»*

Hva sier så respondentene selv om hva som skal til for å bedre rekrutteringen til PKO? Vi har samlet noen eksempler her:

- Innflytelse, påvirkningsmuligheter og tilhørighet:
  - *«At PKO får innflytelse, kan utgjøre en forskjell som bidrar til bedre samhandling»*
  - *«God forankring av PKO-ordningen i toppledelsen i spesialisthelsetjenesten slik at de føler tilhørighet og får anerkjennelse for jobben de gjør»*
  - *«PKO som inviteres med inn i ledermøter / sentrale beslutningslinjer og får mulighet til å bidra i utredningsarbeid ser nok arbeidet mer meningsfylt enn hvis man er løst assosiert til en avdeling og må mase seg med på et møte i ny og ne»*
- Teamarbeid:
  - *«Større kollegium-flere hoder – jobbe i team»*
  - *«Begge parter (leger på sykehuset og fastleger i kommunene) sees på som likeverdige parter»*
  - *«Viktig å få utpekt kontaktpersoner på hver sykehusavdeling som PKO kan samarbeide med»*
- Frihet – selvstendighet:
  - *«At konsulentene kan jobbe uavhengig med temaer, så det ikke blir lagt føringer for hvor lojaliteten skal ligge»*
- Betingelser:
  - *«Markedsføring, konkurransedyktig lønn, større stillingsprosent, poeng for spesialisering, tydelig mandat, inkludering og involvering»*
  - *«At det defineres som en "allmennmedisinsk stilling" og at det dermed gir fritak for andre kommunale oppgaver»*
- Markedsføring og synliggjøring:
  - *«Markedsføring og orientering for leger med engasjement for å jobbe utenfor pasientlistene»*

### **3. Formål med ordningen, roller og representativitet, relasjon til eksisterende samarbeidsstrukturer og hva som ansees som de viktigste formidlingsoppgavene**

#### **Resultatmål 2:**

*Det må videre innhentes informasjon om hvordan dagens ordning oppleves av de viktigste aktørene med særlig henblikk på; Formål med ordningen, roller og representativitet, relasjon til eksisterende samarbeidsstrukturer og hva som ansees som de viktigste formidlingsoppgavene.*

#### **Formål med PKO**

Tilbakemeldingen fra aktørene i evalueringen er at formålet med PKO er å drive frem samhandlingsprosjekter som gir verdi for pasientene, fastlegene og for helseforetakene. PKO skal være en brobygger til kommunehelsetjenesten.

Hvordan sikrer vi gjennomgående bedre samhandling om utskrivning av pasienter? En mer ensartet praksis på henvisninger? Kulturarbeid om hvordan de hjelper hverandre i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? Dette opplever aktørene er viktige deler av PKO-ordningen.

#### **Godt fornøyd med samhandlingsarenaer i eget sykehusområde**

80% av respondentene i Questback undersøkelsen i helseforetakene og kommunehelsetjenesten mener samhandling og samarbeidsarenaer innen eget sykehusområde fungerer godt. Tilsvarende antall (80%) mener PKO fremmer likeverdighet i samhandlingen i eget sykehusområde mellom kommuner og eget helseforetak.

Tallet er noe lavere i Legeforeningens undersøkelse blant egne tillitsvalgte og praksiskonsulenter (NFA-undersøkelsen). Her er det likevel 75% som mener samhandling og samarbeidsarenaer innen eget sykehusområde fungerer godt.

#### **Markedsføring og synliggjøring av PKO må bedres**

9 av 10 respondenter mener markedsføring og synliggjøring av PKO må forbedres. Dette kan innebære markedsføring internt i helseforetakene mot aktuelle klinikker der PKO kan bidra, og markedsføring mot fastlegene og kommunehelsetjenesten. Det er tilsvarende tall blant respondentene i NFA undersøkelsen til fastlegene.

#### **Rolleforståelse hos praksiskonsulentene**

Vi har undersøkt rolleforståelsen hos praksiskonsulentene. Klarer de å identifisere seg både med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens behov? Svaret er bekreftende i begge undersøkelsene.

- A) I undersøkelsen til RHFene mener 80% av respondentene at praksiskonsulentene identifiserer seg både med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens behov.
- B) I undersøkelsen til NFA/Legeforeningen mener 71% av respondentene at praksiskonsulentene identifiserer seg både med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens behov

#### **Hvordan skal ordningen organiseres bedre fremover?**

Vi har et knippe forslag her fra respondentene:

- «*Ordningen må være forankret fra toppen og ned i hele organisasjonen, og det samme i kommunehelsetjenesten*»

- «God forankring av PKO-ordningen i toppledelsen i spesialisthelsetjenesten slik at de føler tilhørighet og får anerkjennelse for jobben de gjør»
- «Større kollegium – flere hoder – jobb i team»
- «Vurdere utvidede stillinger, knytte opp mot ulike fagområder som psykisk helse, større stilling til PKO-koordinatorer»
- «PKO må tas inn i avdelingene både for å gi innspill på faglige og organisatoriske områder når det gjelder samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten/fastlegene»
- «Jobbe målrettet med prioriterte oppgaver/pasientløp i samarbeid med sykehuset. Ikke bare bli en som deltar på møter og snakker om hvordan ting burde vært»
- «Klare krav og forventninger til funksjonen, og god oppfølging og evaluering.»

Hva er det som skal til for at det sikres trygg utskrivning av pasientene fra sykehus, gode rutiner for innskrivning, møteplasser mellom fastlegene og klinikere på sykehus, og konkrete forbedringer som for eksempel innføring av dialogmeldinger mellom fastlegene og sykehusene? Vi skal prøve å utdype dette videre i evalueringsrapporten og gi konkrete eksempler fra PKO.

Hvilke eksempler vil du trekke frem på **godt samarbeid mellom fastleger og sykehus i ditt sykehusområde** – et knippe gode eksempler fra respondentene i Questback til helseforetak og kommunehelsetjenesten:

Samhandling:

- «Sykehusavdeling og ledelse involverer PKO når behandlingsløp, utredningsløp og annet skal endres»
- «PKO er til stede ved alle samarbeidsarenaer mellom kommuner og sykehus samt andre faste underutvalg»
- «Etablering av permanent samarbeidsorgan mellom fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten»
- «Forankringsarbeid av saker mot kommunene i Allmenlegeutvalg og Legenes samarbeidsutvalg»
- «Fastlegeråd er en velfungerende arena som bidrar til godt samarbeid. Dialogmøter med alle fastleger arrangeres årlig. Her får fastlegerådet innspill på saker som jobbes videre med i tillegg til at foretaket følger opp saker fra dialogmøte»
- «Kompetanseutvikling/-deling»
- «Samhandlings-seminarer hvor fastleger og sykehusleger møter hverandre om felles faglige tema»
- «Kompetansegivende undervisningsopplegg for fastleger i kommunene i regi av PKO og i samarbeid med leger i sykehus»
- «Praksisnytt - kommunikasjonskanal for å formidle nyheter og samhandlings-informasjon»
- «Nytt og nyttig møter» som fungerer som møteplass mellom fastleger og sykehusleger med fokus på nyheter og korte drypp med mulighet for diskusjon»
- «Den årlige Legekonferansen i Agder med likeverdig tålig deltakelse fra fastleger og sykehusleger»
- «Arbeidet for å bedre epikrisekvalitet og henvisningskvalitet har vært viktig og vil fortsatt være viktig»
- «Deltakelse i planlegging av kliniske tilbud og synliggjøring av behov, for eksempel i psykisk helsetjeneste, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og enkelte kliniske spesialiteter, har vært viktig. Fastlegene vet hvor «skoen trykker»
- «Samarbeid når det gjelder formulering av rundskriv fra kliniske avdelinger, slik at de blir «to the

- point» og interessante for fastlegen å lese»*
- *«Samling av informasjon fra sykehuset til fastlegene i et månedlig «tidsskrift», eller «praksisnytt», slik at det blir enhetlig og lettforståelig informasjon på samme plattform»*
  - *«Samarbeid om å utvikle HF's hjemmeside har vært viktig»*

#### 4. Styrker og svakheter med ordningen og forslag til forbedringer fra aktørene selv

De helseforetak som **satser** på PKO med et miljø av praksiskonsulenter, som har god forankring av ordningen i helseforetaket, kan vise til konkrete og gode eksempler på effekter av ordningen, både bedre samhandling og bedre pasientforløp.

Vi ser at rammeavtalen med Legeforeningen kan være moden for **revisjon** for å sikre bedre rekruttering til ordningen. Kommunene bør også inviteres med i ordningen sier et stort flertall av respondentene.

**Rekruttering** av yngre generasjoner fastleger er en utfordring inn i PKO ordningen. Hvis dette ikke forbedres, vil ordningen forvitte på sikt.

Det er ulikt hvordan praksiskonsulentstilling honoreres. Noen helseforetak har faste deltidsstillinger, noen HFER følger rammeavtalen med Legeforeningen.

Mulige forbedringsområder som kommer frem i evalueringsintervjuene:

- Det bør skapes en klar og omforent **forståelse for og respekt for de ulike rollene**:
  - Sykehuset
  - Primærhelsetjenesten
  - Kommunen
- Vesentlig å etablere og utvikle **gode møte- og samhandlingsarenaer**:
  - Fastlegeråd – Samhandlingsmøter
  - Fastlegennytt – Praksisnytt
  - Samhandlingstrekanten, ref. Færdermodellen
- Sikre **nyrekruttering av yngre generasjoner**:
  - Styrke markedsføring og synliggjøring av PKO-ordningen
  - Få frem de viktigste motivasjonsfaktorene
  - Synliggjøre effektene og resultatene
- Ordningen må **tilpasses sin region** – samme praktisering kan ikke gjelde overalt:
  - Grunnleggende intensjoner og minstekrav for ordningen må gjelde
  - Revitalisering og skreddersøm der ordningen ikke fungerer
  - Ordningen må også være ønsket

Flere anbefaler at ordningen legges inn i **Oppdragsdokumentet (OBD)** hvor RHFene gir føringer til helseforetakene. Helsefelleskapene kan være en ny arena for PKO. Å koble ordningen opp mot dette kan gi stort mulighetsrom for PKO. PKO bør videre ha forankring også mot fastlegenes allmennlegeutvalg i hver kommune.

PKO må praktiseres slik at den skaper forenklinger i hverdagen for fastlegene, og bidrar til bedre pasientforløp er en klar tilbakemelding.

## 5. Særskilt vurdering av hvorvidt kommunene bør være delaktig i en fremtidig ordning

### Resultatmål 4:

*Det skal gis en særskilt vurdering av hvorvidt kommunene bør være delaktig i en fremtidig ordning*

Kommunene er i dag ikke en formell part i PKO. En gjennomgående tilbakemelding fra intervjuene er at kommunene via KS bør inviteres inn i en ny og revidert rammeavtale for ordningen med Legeforeningen og de regionale helseforetakene. PKO bør også tydeligere inn i samarbeidsavtalene med kommunene.

I Questback undersøkelsen til helseforetakene og kommunehelsetjenesten mener 75% av respondentene at kommunene bør inviteres inn i dagens PKO som i dag kun er mellom Legeforeningen og de regionale helseforetakene.

**Det er vår vurdering at kommunene bør inviteres inn via KS til en treparts-avtale med Legeforeningen, og de regionale helseforetakene.** En forankring der kommunene er likeverdige parter i samarbeidet vil styrke legitimiteten til ordningen og gjøre det enklere å nå frem til konkrete resultater når det gjelder samhandling.

Noen kommentarer fra respondentene. Tilhørende i Helse Vest: *«Med tanke på fastlegen si rolle i helsefellesskap, ville det vore ein fordel om kommunane deltok i ordninga.»* Tilhørende i Helse Midt: *«I Møre og Romsdal er kommunene likeverdige parter og deler også utgiftene med helseforetaket.»* (HSØ): *PKO bør videreutvikles bl.a. ved at kommunen blir "medeier" i ordningen. I større kommuner bør det også arbeides aktivt med samhandlingen mellom ulike aktører i kommunehelsetjenesten, særlig mellom fastleger og hjemmetjenesten, men også med andre»*

Blant fastlegene er det færre som ønsker å invitere kommunene inn i PKO. I undersøkelsen til NFA blant tillitsvalgte mener 55% at kommunene bør inviteres inn i ordningen. Dette kan ha med at fastlegeordningen generelt er under press med et presset samarbeidsforhold mellom enkeltkommuner og deres fastlegekorps.

I Skien/Porsgrunn og i Stord kommune har det også vært en egen kommunal praksiskonsulent som skal forbedre samhandlingen internt i kommunehelsetjenesten. Ordningen oppleves vellykket lokalt og har bidratt til bedre samhandling. I Skien/Porsgrunn var ansvaret i all hovedsak rettet mot øvrig kommunal helsetjeneste. Fastlegene, som var kommunale praksiskonsulenter, ble fritatt andre kommunale oppgaver som de var pålagt. I Skien/Porsgrunn har en lokal evaluering vist at kommunal praksiskonsulent som samhandler med praksiskonsulent på sykehuset gir gjennomgående bedre samhandling om utskrivning av pasienter og en mer ensartet praksis på henvisninger.

**Vi har ikke grunnlag fra undersøkelsen til å gi et råd om kommunal PKO er en modell som bør anbefales i andre kommuner. Dette har også vært utenfor mandatet til undersøkelsen å vurdere,** men i Skien/Porsgrunn og på Stord har ordningen gitt gode resultater for bedret samhandling i kommunehelsetjenesten.



## 6. Fremtiden til PKO

Det er meget stor oppslutning om ordningen, og 90% av respondentene i Questbackundersøkelsen til helseforetakene og kommunehelsetjenesten ønsker å videreføre ordningen. Samtidig ønskes det forbedringer i ordningen. 89% av respondentene blant fastlegene som er tillitsvalgte i Legeforeningen ønsker å videreføre PKO ordningen.

Noen av forslagene trekkes frem her:

Organisering med kommentarer fra respondenter tilhørende i ulike helseregioner:

- (Helse Midt): *«Det blir bedre med større ressurser/større stillinger for praksiskonsulenten. Sykehusene burde også ha en dedikert ressurs for samhandling og kvalitetsforbedring tilknyttet hver avdeling»*
- (Helse Nord): *«Tror kommunal tilsetting av fastlege med rolle som praksiskonsulent er et bedre bindeledd også ut mot fastleger uten kommunal tilsetting»*
- (Helse Vest): *«Vidareføring av PKO krev endring. Fast dag til PKO-ordning, meir konkrete oppgaver utover deltaking i prosjekt og koordinator som følger opp praksiskonsulentens arbeid»*
- (HSØ): *«Jeg tror PKO ordningen bør styrkes, framfor svekkes. I en tid med presset helsevesen er god samhandling spesielt viktig: Den bør gjenspeile en gjensidig forståelse av hverandres arbeidshverdag»*

PKO rollen med kommentarer fra respondenter tilhørende i ulike helseregioner:

- (HSØ): *«Den frie rollen er bra. Muligheten til å sette i gang prosjekter og finne arbeidsoppgaver selv. Men det kan bli for mye av dette. Balanseres bedre med faste oppgaver definert av HF og kommuner»*

Betingelser med kommentarer fra respondenter tilhørende i ulike helseregioner:

- (HSØ): *«Praksiskonsulent bør tilbys fastlønn og forutsigbarhet. Mine lønnsmidler som PKO er prosjektbasert og veldig uforutsigbart»*
- *«Aktører i kommunehelsetjenesten, særlig mellom fastleger og hjemmetjenesten, men også med andre»*

## **7. Våre 10 forslag til å utvikle og forsterke PKO**

Basert på tilbakemeldinger vi har mottatt – gjennom 36 personlige intervjuer, Questback spørreundersøkelse i regi av Helse Sørøst RHF og Norsk forening for allmenntjenestemedisin, tilbakemeldinger i Arbeidsgruppen og Ressursgruppen – har vi etter beste evne søkt å besvare de fire områdene kartleggingen var tenkt å omfatte. Dette har videre ført frem til forslagene nedenfor:

### **1. Videreføre og styrke PKO**

PKO bør videreføres og styrkes, mener et klart flertall av de spurte i evalueringen av PKO. Vi mener ordningen er god, oppfyller intensjonene om å gi bedre samhandling, den har god oppslutning i tjenesten, og den er kostnadseffektiv. Det er begrensede kostnader til ordningen, samtidig som den gir god effekt på samhandling. Alle praksiskonsulenter arbeider på deltid, de har sitt hovedarbeid som fastlege, og lønnes i en bistilling av helseforetaket. Samhandling er kontinuerlig arbeid, og praksiskonsulentene arbeider systematisk med å sikre koordinerte pasientforløp som sikrer unødige innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Evalueringen viser at de lykkes i de helseforetak som satser på denne ordningen, og at de har legitimitet blant fastlegene.

### **2. Oppdatere rammeavtalen og invitere inn kommunene**

Oppdatere rammeavtalen mellom Legeforeningen, RHFene og invitere med KS. Formålet er å sikre bedre rekruttering til ordningen og invitere med kommunene. KS kan ikke forplikte kommunene til å delta i ordningen, men rammeavtalen bør revideres og KS bør inviteres med. Dette er også et ønske fra tjenesten selv viser evalueringen. PKO er imidlertid ikke avhengig av kommunene, og ordningen kan også fortsette som før hvis kommunene ikke velger å delta.

### **3. Inkludere PKO i oppdragsdokumentet til helseforetakene**

Det er vår oppfatning at hvis PKO tas inn i oppdragsdokumentene fra RHFene til helseforetakene vil ordningen benyttes i større grad og den vil ha en sterkere forankring i eiers mål om bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Evalueringen viser at det er ønskelig med et felles mandat for ordningen, men med mulighet for lokale tilpasninger.

### **4. Arbeide frem en handlingsplan for økt utbredelse av PKO**

Arbeide frem en handlingsplan for praksiskonsulenter/» Samhandlingsleger» med deltagelse fra fastleger, kommunehelsetjeneste og helseforetak. Dette bør igangsettes i 2021. Dette må sees i sammenheng med pkt. 2 og 3 ovenfor.

### **5. Markedsføre og synliggjøre PKO**

PKO bør gjøres bedre kjent. Navnebytte som bedre betegner ordningen, bør vurderes. Forslag som har kommet frem i samtaler: Samhandlingslege eller Rådgivende lege for samhandling.

### **6. Veiledende stillingsbrøk – lokale variasjoner**

20% fast stilling synes som en riktig basis, men med rom for lokale variasjoner.

### **7. Utvikle et større miljø med flere praksiskonsulenter - forsterker kulturen for samhandling**

De helseforetak som har et miljø med flere praksiskonsulenter, et tydelig mandat, gode møteplasser med fastlegene, og gode møtepunkter inn i de kliniske avdelingene for samhandling lykkes best.

**8. Vurdere «samhandlingspar»**

Vurdere «samhandlingspar» mellom samhandlingslege/praksiskonsulent og overlege i de kliniske avdelingene.

**9. Godkjenne praksiskonsulentstilling som del av «allmenntedisinsk offentlig oppgave»**

Praksiskonsulentstilling kan inngå som en del av «plikt til allmenntedisinsk offentlig legearbeid», og defineres som en «allmenntedisinsk offentlig oppgave». Dette gir fritak fra andre kommunale oppgaver. I mindre kommuner bør det ses på særskilte stimuleringsiltak for å sikre at fastleger har mulighet til å delta i PKO.

**10. Styrke helsefelleskapene ved å la praksiskonsulenter inkluderes**

Ved å la praksiskonsulenter inkluderes i helsefelleskapene fra helseforetakenes side, vil disse effektivt kunne ivareta både spesialisthelsetjenesten og fastlegenes interesser, og gode samhandlingsprosjekt vil kunne igangsettes.

**VEDLEGG:**

- Intervjuguide personlige intervjuer
- Questback spørreundersøkelse
- Resultater av Questback spørreundersøkelse i regi av Helse Sør-Øst RHF
- Resultater av Questback spørreundersøkelse i regi av Norsk forening for allmenntmedisin (NFA)

Guri Moen Lajord

Deres ref:

Vår ref:  
2021/407-3/555

Saksbehandler  
Finn Henry Hansen/

Dato:  
08.04.2021

## Høring - Rapport: Kartlegging og evaluering av praksiskonsulentordningen PKO

Det vises til vedlagte rapport, utarbeidet av Considium Consulting Group, på oppdrag fra de regionale helseforetakene.

Denne evalueringen var opprinnelig planlagt gjennomført langt tidligere, men måtte utsettes som følge av pandemien. Oppdraget har pågått i perioden oktober 2018 til februar 2021 og har vært organisert som et prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av et medlem fra hvert RHF og en ressursgruppe med representanter fra helseforetak, KS og Norsk forening for allmennmedisin. Rapporten bygger på et materiale samlet inn gjennom 36 personlige intervjuer med representanter fra RHFene, helseforetak, kommuner og med praksiskonsulenter. I tillegg er det gjennomført en questback-undersøkelse med en utvidet aktørkrets: det ble sendt ut 512 spørreskjema med en svarprosent på 37, tilsvarende 183 svar.

Det er i rapporten redegjort for hvordan ordningen er organisert i de ulike RHF-områder, og det er gitt en særlig omtale av ordningen i de helseforetak der ordningen fungerer godt: Vestre Viken, Vestfold, Stavanger og Møre og Romsdal.

Det vises ellers særlig til omtalen av PKO i HFene i Helse Nord (side 13-15) og til rapportens anbefalinger (side 15) for å styrke PKO i Helse Nord:

«Det er et ønske i alle helseforetak i Helse Nord å enten bevare (UNN og Nordlandssykehuset) eller reetablere praksiskonsulentordningen. Ordningen har legitimitet både i helseforetakene og blant fastlegene i nord viser evalueringen.

Hva er det som kjennetegner de helseforetakene som lykkes med PKO? Vårt inntrykk i den nasjonale vurderingen er at det må være et miljø av praksiskonsulenter, og de må få god støtte i lederlinjen til å drive frem samhandlingsprosjekter som gir verdi for pasientene, fastlegene og for helseforetakene.

Manglende rekruttering av fastleger til å bli praksiskonsulenter er hovedutfordringen i Helse Nord.

Vi har basert på evalueringen noen forslag til hvordan PKO kan styrkes i Helse Nord:

- Ta i bruk digitale verktøy for å styrke samhandlingen og **styrke rekrutteringen til ordningen**. Det vil si at praksiskonsulenten i større grad kan være lokalisert i egen fastlegepraksis, og ikke trenger å reise inn til sykehuset.
- Vurdere styrkede økonomiske betingelser for fastleger som tar en rolle som praksiskonsulent. Dvs. honorar som er bedre enn i rammeavtalen mellom Legeforeningen og RHF.
- Satse på minimum 20% stillinger som praksiskonsulent. Vår vurdering basert på innspill i den nasjonale evalueringen er at 20% stilling er et riktig nivå for å kunne sikre gode resultater som praksiskonsulent. Eksempelvis benytter UNN i dag 10%.
- Vurdere «samhandlingspar» mellom praksiskonsulent og overlege i de kliniske avdelingene. Dette vil kunne forsterke effektene av PKO.»

Det anbefales at helseforetakene også gjennomgår og vurderer rapportens drøftelse av problemstillinger og utfordringer som er felles for PKO-ordningen. Det gjelder behovet for lokale tilpasninger, rekruttering (**særlig viktig i Helse Nord**), relasjon til eksisterende samarbeidsstrukturer, framtidig organisering av PKO, markedsføring og synliggjøring av PKO-ordningen, rolleforståelse mv. (side 15-19).

Det redegjøres videre for styrker og svakheter ved ordningen og forslag til forbedringer, slik disse er vurdert av aktørene selv (side 20), og det gjøres en særskilt vurdering om hvorvidt kommunene bør være delaktig i en framtidig PKO-ordning (side 21). Til slutt i rapporten oppsummeres 10 forslag til å utvikle og forsterke PKO-ordningen (side 23-24).

Både på grunnlag av rapportens dokumentasjon og egne erfaringer (jf. seminar om PKO-ordningen i Tromsø februar 2020), er det enkelt å fastslå at status for PKO-ordningen ved helseforetakene i Helse Nord er foruroligende svak. To av HFene, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset, mangler PKO, Nordlandssykehuset mangler PKO i sitt største nedslagsområde (Saltén), og ved UNN HF, der ordningen fortsatt er oppgående, er den likevel betydelig svekket i løpet av de siste 10 årene.

Rapporten sendes på høring til helseforetakene i Helse Nord med svarfrist 30. mai 2021. Rapporten vurderes å ha interesse og relevans også for fastlegene i Fastlegerådene. Den sendes derfor også på høring til disse med samme svarfrist. Samhandlingslederne i helseforetakene - eventuelt i samarbeid med lederne av fastlegerådene – bes om å være behjelpelig med å få de medlemmer av Fastlegerådet som er fastleger til å avholde et teamsmøte, eller finne en annen ordning, for å drøfte og enes om en høringsuttalelse.

Gjennom denne høringsrunden ønsker Helse Nord RHF at det gis tilbakemelding på følgende spesifiserte spørsmål:

- Hvordan vurderer fastlegene rapportens foreslåtte tiltak å styrke PKO i Helse Nord for å fremme rekrutteringen til PKO-stillinger?
- Hvordan vurderer fastlegene primærlegetjenestens nytteverdi av en velfungerende PKO-ordning?
- Hvordan vurderer fastlegene nytteverdien av PKO-ordningen for samhandlingen mellom primærlegene og helseforetaket fram til nå?
- Hvordan kan PKO-ordningen bidra til bedre samhandlingen mellom fastlegene og helseforetaket?
- Synspunkter på andre forhold som er omtalt i rapporten, eventuelt med erfaringer fra PKO-ordningen som dere vil Hvilke tiltak vurderes som viktigst for å kunne rekruttere bedre til PKO-ordningen?

Svarfristen er som allerede nevnt fastsatt til 30. mai 2021. Svar sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no)

Vennlig hilsen

Finn Henry Hansen  
rådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.*

Vedlegg:

- 1 Høring - Rapport: Kartlegging og evaluering av praksiskonsulentordningen PKO

Interne kopimottakere:

Geir Tollåli  
Randi Midtgård Spørck  
Finn Henry Hansen

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

«MOTTAKERNAVN»  
«ADRESSE»  
«POSTNR» «POSTSTED»

«KONTAKT»

Deres ref:  
«REF»

Vår ref:  
2020/731-5/362

Saksbehandler  
Mietinen/47283081

Dato:  
08.09.2021

## **Informasjon om endring i rutine for bestilling av profylakse i Helse Nord til kvinner som er RhD- negative og bærer RhD - positivt foster**

Helse Nord viser vedlagt brev om *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 fra Helse Nord* fra Helse Nord.

Blodprøve for å bestemme ABO/RhD-typing tas ved første svangerskapskontroll. 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 uke 28 og ved fødsel for å forebygge alloimmunisering.

RHF-ene inngikk avtale med Folkehelseinstituttet 4.11.2020 om innkjøp og distribusjon av profylaksen mot RhD-alloimmunisering til primærhelsetjenesten. Helse Nord RHF hadde allerede en avtale med sine sykehusapotek om å distribuere profylaksen til legekantor og helsestasjoner da ordningen med at primærhelsetjenesten tilbyr profylaksen i forbindelse med svangerskapskontroll i uke 28 allerede var etablert i vår region.

Fra 1.november ber vi om at legekantor og helsestasjoner bestiller RhD-immuniseringsprofylakse elektronisk i Folkehelseinstituttets nettbutikk for vaksiner. Nettadressen er «[vaksinebestilling.fhi.no](mailto:vaksinebestilling.fhi.no)». Nettbutikken er også tilgjengelig via Folkehelseinstituttets hjemmeside (fhi.no) under «Smittevern og Vaksine». Legekantor og helsestasjoner skal ikke betale for medikamentet eller forsendelsen.

Det bes om at informasjon om ny rutine for bestilling av profylakse i Helse Nord formidles til legekantor, helsestasjon og kommunejordmødre.

Vennlig hilsen

Geir Tollåli  
fagdirektør

Margaret Aarag Antonsen  
Fagsjef, sykehusapotek Nord

*Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.*

Kopi til:

Margaret.Aarag.Antonsen@sykehusapotek-nord.no



## 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 henviisingensdokumentet.
- 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Fastlegen skal ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen.</li> <li>• Ved videre kontroll hos fastlege kan pasienten selv få ansvar for å bestille time, men ved behov gir fastlegen pasienten ny time ved kontroll.</li> <li>• Fastlegen prioriterer å gi rask time til nylig utskrevne pasienter som hjemmetjenesten har overtatt ansvaret for.</li> </ul>

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

*\*) 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blodprøver rekvirert av sykehuslege tas som hovedregel på sykehuset.</li> <li>• Blodprøver rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette er mest hensiktsmessig for pasienten. Forutsetninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Pasienten har rekvisisjon med seg.</li> <li>→ Pasienten kontakter fastlegekontoret i forkant for å avtale tidspunkt for prøven.</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ved behov for bilde-diagnostisk undersøkelse, rekvirerer behandlende lege dette selv.</li> </ul>

6) Sykemelding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legen som stiller indikasjon for sykemelding, skriver sykemeldingen. Der lege har åpenbar kompetanse om hvor lang sykemeldingen bør være, gis sykemelding for denne perioden.</li> <li>• 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).</li> <li>• For pasienter som behandles langvarig (&gt; 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.</li> <li>• Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege skal ved behov samsnakkes om sykemeldingens omfang og varighet.</li> </ul>

7) Pasienttransport
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved henvisning til sykehus, vurderer fastlegen pasientens behov for transport og skriver eventuelt rekvisisjon.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Kilde: <a href="https://pasientreiser.no/helsepersonell/rekvirere-transport">https://pasientreiser.no/helsepersonell/rekvirere-transport</a></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"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Fastlege samstemmer/oppdaterer LiB-liste og informerer spesialisthelsetjenesten, dersom det tilkommer informasjon som er relevant for spesialisthelsetjenesten med tanke på oppfølging av pasienten.</li> <li>• Innspill og råd om behandlingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Rådslagning mellom partene dokumenteres i journal, og konklusjon om videre behandling sendes alle elektronisk som brev.</li> <li>→ Fastlege kan gi/be om innspill ved å benytte dialogmelding*, sende brev eller ringe til pasientens behandlingsansvarlige lege/kontaktlege.</li> <li>→ Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege kan kontakte fastlege ved å benytte dialogmelding*, sende brev elektronisk eller ringe.</li> <li>→ Ved behov holdes beslutningsmøter hvor alle involverte behandlingssenheter skal delta.</li> <li>→ Samarbeidet må sikre at pasientens rett til informasjon, medvirkning og samvalg blir ivarettatt.</li> </ul> </li> </ul> <p>*) Dialogmeldinger skal besvares så snart som mulig, og innen 3-5 virkedager. <a href="#">Veiledning for bruk av dialogmelding</a></p>

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

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"> <li>• Når fastlege skal kontakte UNN via sentralbordet benyttes telefonnummer 77627490, og sentralbordet vil prioritere oppringningen.</li> <li>• Ved akuttinnleggelser: Ring sykehuset og meld pasienten til aktuell vakthavende lege.</li> <li>• 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.</li> <li>• Rådgivning om medisinske spørsmål, f. eks. hjertesviktbehandling: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Hvis det haster: <u>Ring konfereringsvaktene.</u></li> <li>→ Hvis det ikke haster: <u>Benytt dialogmelding**</u>, eller ring aktuell ekspedisjon..</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Råd/informasjon ved akuttinnleggelser eller utskrivelser, eller råd om felles pasienter: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ring internt telefonnummer* til fastlegekontoret, alternativt ordinært telefonnummer.</li> <li>→ Bruk dialogmelding** dersom <i>ikke</i> akuttinnleggelse, eller avklaring/funn av alvorlig karakter.</li> </ul> </li> </ul> <p>*) Liste med kontaktinformasjon til fastlegekontorene er under utarbeidelse. Bruk av ø-hjelpsnummer må avklares med hvert enkelt kontor.</p> <p>***) <a href="#">Veiledning for bruk av dialogmelding</a></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.

# Egenevaluering i Fastlegerådet februar 2022

## 1. PERSONOPPLYSNINGER

Ni medlemmer leverte inn evalueringsskjema, herav en bruker, to fra UNN, og seks fastleger.

## 2. FASTLEGERÅDETS OPPGAVER

Har vi klart for oss hva som er Fastlegerådets viktigste oppgaver?

- Å bidra til god samhandling mellom fastlegene og sykehuslegene
- Fremme samhandling
- Ikke besvart
- Jeg er jo litt ny i rådet, men jeg tenker at rådet skal være med på å avklare oppgaveoverføringer, ansvarsområder og kunne bidra til bedre forståelse mellom kolleger i primær- og spesialisthelsetjenesten
- Ja, det mener jeg
- Utvikle rasjonell samhandling og informasjonsflyt mellom allmenntjeneste og spesialisthelsetjeneste i vårt område
- Min oppfattelse av dette rådet er vel å representere primærhelsetjenesten ved fastleger i samhandling med helseforetaket UNN. Saker som tas opp er vel samhandling begge veier
- Ja
- Ja

## 3. PLANLEGGING OG ARBEIDSMÅTE.

Har vi en god nok plan for arbeidet og en god nok arbeidsmåte?

- Ja
- Ja
- Sakspapirene har jeg fått i god tid
- Ja, det synes jeg
- Tilfredsstillende
- Ok – vi er mer reaktive enn kreative og det er ok. Arbeidsformen elektronisk informasjonsutveksling og hybride møter passer meg bra. Det er best å møtes fysisk, men det diskvalifiserer kolleger med lang reisevei. Det bør således være mulig å delta fysisk, men også via videokonferanse (Teams)
- Jeg opplever fastlegerådet som tidvis ineffektiv. Sakslisten i møtene er ofte lange. Jeg opplever at flere av sakene som tas opp i møtet, ofte må utsettes, da beslutningsmyndige personer ikke kan delta i møtet. Her bør bedre forarbeid gjøres, at når saken først skal opp, så er alle aktuelle parter representert, med personer som kan ta beslutning i den enkelte sak. Min erfaring til nå i fastlegerådet er at enkelte saker kan forskyves nær 1 år før man får gjort noen beslutning eller vurdering av evt endringer. Vi har ikke mange møtedatoer i året, og datoene er fastlagt 1 år i forveien. Det bør derfor være mulig å legge en sak til en dato som aktuelle beslutningstakere kan delta i.
- Ja, jeg meiner det
- Har for begrenset tid i utvalget til å ha sterke meninger om dette

#### **4. FORHOLD TIL STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG (SSU)**

**Har Fastlegerådet oppnådd en tilfredsstillende forståelse for Fastlegerådets rolle og oppgaver hos SSU?**

- Det kan jeg ikke uttale meg om
- Aner ikke
- Ikke noe å bemerke
- Jeg vet ikke
- Usikker
- Ok
- Ubesvart
- Ja, jeg forstår det slik
- Har for begrenset tid i utvalget til å ha sterke meninger om dette.

#### **5. FASTLEGERÅDETS SAMMENSETNING**

**Kunne Fastlegerådets kompetanse og sammensetning vært bedre i forhold til oppgavene?**

- Jeg oppfatter den som bra, men forutsetningen er at alle i størst mulig grad møter
- Bra nå sett fra mitt sted. Kunne eventuelt hatt med flere sykehusleger som kunne spredt info om at Fastlegerådet eksisterer og slik eventuelt fått inn flere henvendelser fra sykehuslegene?
- I et brukerperspektiv er det opplysende og informativt å se hvordan Fastelegerådet arbeider og hvilke saker som blir tatt opp. Det gir en mulighet for meg som representerer pasientene til å kunne komme med innspill i Fastlegerådet.
- Jeg synes det er bra slik det er mtp. lederfunksjon og sammensetning
- Dette er diskutert. Større repr. Fra 2. linjetjenesten?
- Manglende deltakelse fra UNN antas å bidra til begrenset gjennomslagskraft inn i UNN
- Jeg opplever rådet som representativt per i dag
- Sammensettinga fra fastlegene er bra. Fra UNN er det ikke likeverdig representasjon, altså bør det styrkes. Så må det på plass vara for alle
- Tenker at sammensetningen virker fornuftig, men at det vel er viktig at representantene i fra UNN møter opp.

#### **6. FASTLEGERÅDETS MANDAT**

**Hvilket potensial ser vi om Fastlegerådets oppgaver hadde vært bedre diskutert og forstått?**

- Ubesvart
- Ubesvart
- Ingen kommentar
- Jeg synes sakene gjennomgås på en grundig og tilstrekkelig måte slik det er
- ?
- Usikker
- Ubesvart
- Mandatet bør kanskje justeres i forhold til punkt 5
- Usikker

## **7. SAKSPAPIRENE**

**Hvordan er kvaliteten på Fastlegerådets beslutningsunderlag (sakspapirene) og på det informasjonsmaterialet som ellers presenteres for Fastlegerådet?**

- BRA
- Bra
- De blir levert i god tid
- Det er ok. Jeg er usikker på hvor stor gjennomslagskraft det har i organisasjonene på begge sider. Hvor mye av informasjonen når ut til sluttbrukeren
- Bra
- OK
- Ubesvart
- Ok
- Virker bra hittil

## **8. FULLSTENDIGHET I SAKER**

**Er det saker vi savner behandlingen av der vi tror Fastlegerådet kunne bidratt positivt til forbedring av samhandlingen mellom fastlegene og UNN?**

- Jeg har for kort fartstid til å ha mening om dette
- Nei
- Sakene som blir fremlagt for rådet er bra belyst av saksfremleggerne
- Ubesvart
- Dette er vel saker som kommer opp fortløpende
- ???
- Ubesvart
- Ser egentlig ikke for meg noe der
- Usikker

## **9. FASTLEGERÅDETS VEDTAK**

**Er de konklusjoner og vedtak som fattes i samsvar med det du mener er riktig?**

- Ja, så langt, dvs de sakene jeg vært borti
- Ja, føler jeg har medbestemmelse/innflytelse
- Ingen kommentarer
- Ja. Og om jeg eller noen andre er uenig er det i hvert fall flertall for innstillingen, eller det fremkommer i vedtaket at det er diskrepans i gruppen
- Oftest
- Ok
- Jeg ser på meg selv som ser løsning i alt. Dessverre er både primær- og sekundærhelsetjenesten bundet til store nasjonale politiske og administrative strategier, planer og økonomi. Noen ganger oppleves all byråkrati man er bundet til, som i veien for å tenke sunn fornuft og enkelthet i enkelte samhandlingssaker. Dette ser jeg på som ofte fordyrende og mer ulempelig for den enkelte pasient og de helsepersonell som arbeider på gulvet rundt denne
- Vedtakene er jo ok ettersom det vedtas som konsensus, men savner at der er noen stikkord i referatet om hva som har vært diskutert og som gir vedtaket
- Har det inntrykket hittil

## **10. MØTEREFERATENE**

**Burde vi legge arbeid i å forbedre kvaliteten på møtereferatene?**

- Referatene er bra
- Kanskje greit å spørre de som ikke er på møtene?
- De er for meg lettleste og informative
- Nei, de er gode nok som de er
- Nei, bra nok
- Nei
- Ubesvart
- Ja
- Fremstår som bra kvalitet

## **11. FASTLEGERÅDETS KOMMUNIKASJONSFORM**

**I hvilken grad kommuniserer vi som et kollegium hvor det er fellesfølelsen som er grunnleggende – opptrer vi med integritet, åpenhet, ansvarlighet og tillit overfor hverandre?**

- Ja, oppfatter det i hovedsak slik
- Tja. Utad gjør vi i alle fall det
- Ingen kommentar
- Ja, det synes jeg. Det kan av og til bli litt «oss og dem» tenkning, og det er nettopp derfor det er så viktig med dette forum
- Det synes jeg helt klart
- Ok
- I stor grad
- Ja
- Ja

## **12. OPPFØLGING OG GJENNOMFØRING AV VEDTAK**

**Kan leder og sekretariatet bli flinkere til å gjennomføre Fastlegerådets vedtak raskt?**

- Det har jeg ingen forutsetning for å uttale meg om
- Hadde kanskje vært greit om de fulgte opp og sjekket om vedtak om endringer faktisk blir gjennomført
- Ingen kommentar
- Nei. Det er nødvendig å diskutere sakene gjennom. Jeg synes leder og sekretariat er flinke til å avslutte diskusjoner når tema begynner å gjenta seg
- Dette fungerer bra
- Ok
- Ja
- Tror det er bra?
- Har for lite tid i rådet til å ha noen sterke oppfatninger om dette

### **13. FASTLEGERÅDETS LEDER**

**Hvordan fungerer leder? – Ledes møtene effektivt?**

- Bra
- Ja
- De få møtene jeg har deltatt på ha vært effektive og møteledelsen har vært god
- Leder fungerer bra. Det er effektive møter uten for mye «pjatt»
- Bra
- Ok
- Ja
- Ubesvart
- Ja

### **14. FASTLEGERÅDETS MØTER**

**Hvordan er vi fornøyd med antall møter og varigheten av de enkelte møtene? Bør møtene være digitale eller fysiske, eller en kombinasjon?**

- Ok. Synes digitale møter fungerer bra i denne sammenhengen
- Kombi. Fysisk ikke ønskelig. Da hadde jeg ikke vært med
- Greit å kunne ha møter ved fysisk eller digitalt oppmøte
- Kombinasjonen slik det er nå fungerer fint for min del. Om alle holdes fysisk vil det være langt større frafall tror jeg
- Fornøyd med møter og frekvens. Digitalt er bra, men kanskje i hvert fall ett møte årlig med fysisk fremmøte
- Hybrid
- Jeg opplever digital deltakelse som veldig effektivt. Vi er mange deltakere fra hele regionen. Jeg vil unngå å måtte bruke 5-6 timer i kjøring til og fra et fysisk møte
- Tror det er nok tid og passe frekvens. Må selvfølgelig revurderes hvis saksmengden øker. Digitalt fungerer så bra at det nok er en varig løsning, dette selv om fysiske møter gir en bedre kjennskap til hverandre osv. Ressursmessig er nok digitalt det beste
- Antall møter fremstår rimelig. Lang reisevei for min del til Tromsø, og hadde vært tidkrevende å skulle delta på fysiske møter. Digitalt er bra.

### **15. FORHOLDET TIL LEDER OG SEKRETARIAT**

**Hvor stort potensial er det i å forbedre Fastlegerådets forhold til og samarbeid med leder og med sekretariatet?**

- Vet ikke
- Fungerer fint. Rask respons på mail
- Ingen kommentar
- Jeg vet ikke om jeg forstår spørsmålet
- Vet ikke, synes dette later til å fungere bra
- Begrenset
- Ubesvart
- Ubesvart
- Usikker

## **TILLEGGSKOMMENTARER**

- Bytte navn til «Samhandlingsrådet»?