

Møte FSU Akuttmedisin

Møtetid: 14. mars 2024, kl. 11:00-15:00

Sted: PET-senteret G-1014 eller Teams

Saksnr.	Sakstittel	Type sak*
01/24	Innkalling og dagsorden	B
02/24	Referat fra FSU-møte 28.09.23	B
03/24	Endringer i medlemssammensetningen	O
04/24	Årsrapport 2023 FSU akuttmedisin	B
05/24	Utforming av regionale revisjonsgrupper	O
06/24	Innføring av NIHSS prehospitalt i UNNs opptaksområde	O
07/24	Kommunikasjon over nødnett etter innføring av Trygg Akuttmedisin	B
08/24	Orientering fra AMK om deres situasjon inn i samtrenting i Trygg Akuttmedisin	O
09/24	Samarbeid mellom FSU Fastlegerådet og FSU Akuttmedisin	O
10/24	Oppdatering fra revisjonsgruppen Sepsis	O
11/24	Møteplan høst 2024 herunder evaluering av møtehyppighet og møtearena	B
12/24	Evaluering av møtet og saker til kommende møter	B

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

Sak: 01/24
Tittel: Innkalling og dagsorden (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariat/ leder FSU Akuttmedisin
Møtedato: 14.03.24

Forslag til vedtak:

Innkalling og dagsorden godkjennes.

Sak: 02/24
Tittel: Referat fra FSU-møte 28.09.23 (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariat/ ledere FSU Akuttmedisin
Møtedato: 14.03.24

Utkast til referat fra FSU-møtet 28.09.23 ble sendt ut 25.10.23. Referatet er endret etter innsendte korrigeringer og følger vedlagt.

Vedlegg 1: Referat fra FSU-møte 28.09.23

Forslag til vedtak:

Referat fra FSU-møte 28.09.23 bekreftes godkjent. Referatet legges ut på helsefelleskapet sine sider; helsefelleskapet.no/fsu-akuttmedisin/

Sak: 03/24
Tittel: Endringer i medlemssammensetningen (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariatet /Ledere FSU akuttmedisin
Møtedato: 14.03.24

Sammendrag

Det har vært flere endringer i medlemssammensetningen og det orienteres om følgende endringer:

Fra kommunene:

Kine Nordmo-Stykket, Tromsø kommune, har fratrudd som medlem, og Elin Teigen, rådgiver/prosjektleder i Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Troms, er nytt medlem.

FSUet er utvidet med Kjell Torbjørnsen, avdelingsleder Øyeblikkelig hjelp døgn (ØHD) Tromsø og Karlsøy ved Helsehuset Tromsø, er nytt medlem. Ved dette er antallet medlemmer fra UNN og kommune likt.

Fra UNN:

Heidi Elise Hienn, LIS 2 ved medisinsk avdeling UNN Narvik, har fratrudd som medlem og Frøydis Bakken, LIS 3 ved medisinsk avdeling UNN Narvik, er nytt medlem.

Varamedlemmer

Heidi Elise Hienn er gått inn som varamedlem for Frøydis Bakken.
Følgende personer har fratrudd som vara;

Kommunen: Per-Kristian Jensen og Anette Mathiassen
UNN: Inger Lise Kristiansen, Martin Mørck og Finn Martinsen

Medlemmer som mangler vara er; Søren Stagelund, Ole Martin Hoff, Tormod Gangsei, Marit Storli, Kjell Torbjørnsen og Lars Røssås.

Sekretariatet arbeider med å finne nye varamedlemmer. Dette gjøres ved henvendelse i 'linja'.

Forslag til vedtak:

FSU tar informasjon om endringer i medlemmene til orientering og ønsker nye medlemmer velkommen i FSUet.

Sak: 04/24
Tittel: Årsrapport 2023 FSU akuttmedisin (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariat/ ledere FSU Akuttmedisin
Møtedato: 14.03.24

Sekretariatet har i samråd med FSUets ledere utarbeidet årsrapport for 2023 og rapporten følger som vedlagt. Rapporten gir en kortfattet oversikt over de saker FSUet har behandlet gjennom året, møtevirksomheten og endringer i medlemssammensetningen.

Vedlegg 2: Årsrapport 2023 FSU akuttmedisin

Forslag til vedtak:

FSU akuttmedisin godkjenner Årsrapport 2023 og ber om at denne oversendes Strategisk samarbeidsutvalg.

Sak: 05/24
Tittel: Utforming av regionale revisjonsgrupper (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Stein Widding, prosjektleder, E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, UNN
Møtedato: 14.03.24

Bakgrunn

Nåværende prosedyrer, sjekklister og plakater er fra november 2019^[1] og utarbeidet av KSU-5 som OSO UNN og kommunene oppnevnte. Siden da har både nasjonale og internasjonale retningslinjer og anbefalinger utviklet seg og nye verktøy for kommunikasjon, som eSTROKE^[2], kommet til.

Når vi skal revidere de tre fagmedisinske prosedyrene for akutt hjerneslag, akutt hjerteinfarkt og akutt sepsis, sjekklister og logistikken i 'Flerpartsamtalen' er prosjektets organisasjon og deltakelse vesentlig endret siden vi ferdigstilte gjeldende prosedyrer høsten 2019. Dette må prosessen ta høyde for. De gjeldende prosedyrene var ferdigstilt i sin nåværende grafiske formgivning i nært samarbeid med Lærdal Medical.

^[1] Endelig og revidert materialet er merket v1-2021 ©OSO-UNN

^[2] Se: <https://nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/-med-estroke-styrker-vi-kunnskapen-om-hjerneslag>

Prosjektet hadde sin opprinnelse som et kvalitetsforbedrings- og samhandlingsprosjekt i Troms og Ofoten, og ble først seinere etablert som et regionalt prosjekt.^[3]

Revisjonsprosess

Det var opprinnelig ikke lagt planer eller definert prosess og struktur for en inkluderende, regional revisjonsprosess. Samtidig som prosjektet ble definert som et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt for spesialisthelsetjenesten, ble samarbeidet mellom kommuner og helseforetak reorganisert til de nye 'Helsefelleskapene' og OSO/KSU-strukturen ble erstattet med 'Faglige samarbeidsutvalg' (FSU). For Trygg akuttmedisin ble det videre arbeidet dels forankret i det nyetablerte FSU Akuttmedisin, men også gjennom opprettelsen av et formelt regionalt prosjekt med egen regional prosjektledelse under prosjekteier Gry Andersen ved E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI), UNN. Det er nå etablert lokale prosjektgrupper for gjennomføring av 'Trygg akuttmedisin' i alle fire Helsefelleskaps-områder.

FSU Akuttmedisin Troms og Ofoten hadde et 'forsprang' på de tre andre Helsefelleskapers organisering og arbeid med etablering av prosjektgrupper. Det falt derfor naturlig at FSU Akuttmedisin startet et arbeid med en fagrevisjon. Initiativet til fagrevisjon ble gjort i FSU Akuttmedisin høsten 2022. Dette skjedde dels fordi det var lagt i mandatet til FSU Akuttmedisin, dels fordi det var god framdrift i utrulling og faglig interesse og dels fordi internasjonale og nasjonale retningslinjer og anbefalinger har utviklet seg. En god faglig framdrift førte til etablering av revisjonsgrupper for to av de tre kliniske prosedyrene (akutte brystmerter og sepsis). Før oppstart av revisjonen ble det sendt invitasjon til de øvrige fagmiljøene i landsdelen (gjennom Helsefelleskapene og de lokale prosjektgruppene). Invitasjonen ble delvis avvist med begrunnelse i at prosessen ikke opplevdes tilstrekkelig likeverdig.

Rask, inkluderende og demokratisk revisjon fram mot Trygg akuttmedisin 2.0

For å sikre en inkluderende og demokratisk revisjonsprosess der både helseforetak-, primærhelsetjeneste og Helsefelleskapene inkluderes med en større bredde fra de aktuelle fagmiljøene, og for å sikre framdrift i det regionale prosjektet, er det derfor viktig at denne faglige revisjonen fram mot Trygg akuttmedisin 2.0 kommer i gang.

Vedlegg 3: Forslag til struktur og prosess.

Forslag til vedtak:

FSU Akuttmedisin støtter arbeidet opp mot regionale revisjonsprosesser.

Sak: 06/24
Tittel: Innføring av NIHSS prehospitalt i UNNs opptaksområde (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Thomas Wilson, avdelingsoverlege ambulansetjenesten UNN
Møtedato: 14.03.24

Sammendrag

NIHSS er et scoringsverktøy for hjerneslagsymptomer og ønskes av nevrologisk avdeling UNN innført prehospitalt. Ambulansetjenesten UNN imøteser dette initiativet og ønsker innspill fra kommunehelsetjenesten (legevakt) som kan bli involvert og som vil bli invitert til å delta på utvikling og eventuell opplæring.

^[3] Se: Oppdragsdokument 2022 Fra Helse Nord RHF til helseforetakene (kapittel 3.2 Somatikk (pkt 25v og 26)).

Bakgrunn

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) benyttes på sykehusene i UNN og andre steder som vurderingsverktøy for slagsymptomer og deres alvorlighet. Undersøkelsen gir et felles språk for et hjerneslags alvorlighetsgrad og bidrar til avsløring av mer subtile symptomer på hjerneslag. Det er kjent at flere hjerneslag overses pga mindre opplagte symptomer som ikke umiddelbart avsløres av mer enkle slagvurderingsverktøy som Prate-Smile-Løfte (PSL) eller Face-Arm-Speech-Time (FAST) og de senere årene varierende løsninger for å avsløre større hjerneslag som kan ha gevinst av trombektomi (mekanisk uthenting av blodpropp). NIHSS er mer dekkende og beskrivende, og en telefon-app er av Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) utviklet for å bistå i vurdering av NIHSS prehospitalt. Samtidig er det utviklet opplæringsmaterieil og innføring av NIHSS prehospitalt er rullet ut enkelte steder som et prosjekt ved navn «eSTROKE». Det er sist innført i stor skala ved Nordlandssykehuset Bodø sin ambulansetjeneste, som i sin tur med Helse Nord IKT har besørget kommunikasjon til journalsystemet DIPS for avlevering av NIHSS-rapporten direkte. Vi ønsker å innføre NIHSS i ambulansetjenesten UNN vha eSTROKE-materiellet men ønsker å gjøre dette i samarbeid med kommunehelsetjenestene.

NIHSS:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/c3b63f0c747f414c91f2fa10fca7e400/nihss.pdf>

Links til prosjekter:

<https://norskluftambulans.no/nyheter/estroke-slagkraftig-app/>

<https://nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/-med-estroke-styrker-vi-kunnskapen-om-hjerneslag>

Vurdering

Det er ut fra dagens forskning rimelig å anta at ambulanspersonell fint kan gjennomføre NIHSS-undersøkelse, og vi ønsker å diskutere mulighetsrommet prehospitalt. Vi vil avklare potensielle hindre før vi starter og invitere til felles utrulling. Ambulansetjenesten UNN kan besørge innkalling av kontaktpersoner til arbeidsgruppe (ønskes) og drive videre arbeid. Ambulansetjenesten UNN besørger kontakt til SNLA og Helse Nord IKT og organiserer opplæring med tilbud om deltagelse fra alle som ønsker i kommunehelsetjenesten.

Forslag til vedtak:

FSU Akuttmedisin støtter felles innføring av eSTROKE-prosjekt (NIHSS) prehospitalt.

Sak: 07/24

Tittel: Kommunikasjon over nødnett etter innføring av Trygg Akuttmedisin (B)

Til: FSU Akuttmedisin

Fra: Thomas Wilson, avdelingsoverlege ambulansetjenesten UNN

Møtedato: 14.03.24

Sammendrag

Etter innføring av Trygg Akuttmedisin-løpene (hjerneslag, sepsis og brystsmerter) har det oppstått diskusjon om fremgangsmåte for rapportering til sykehuslege/flerpartsamtale.

Bakgrunn

Etter innføringen av Trygg Akuttmedisin har intrahospitale leger ytret noe usikkerhet om prehospital innrapportering og har foreslått at AMK oppsummerer informasjon om pasienten

og situasjonen og videregir dette i flerpartssamtalen.

Blant annet er det uten at ambulanseavdelingen er enig skrevet følgende i et forslag til prosedyre:

Ad pkt 3: AMK åpner flerpartssamtalen med å gi en kort oppsummering av problemstilling og status etter at alle deltakere er med i flerpartssamtalen. Deretter supplerer amb/LV ved behov. Sykehuslege ber evt om ytterligere info og oppsummerer videre tiltak og plan.

Vurdering

Undertegnede oppfatter situasjonen som at det fra intrahospital side ønskes at ambulanspersonell (og dermed legevakt) gir enten hele, eller store deler av sin rapport til AMK, som så rapporterer videre i flerpartssamtale til alle deltagere. Dersom dette er korrekt, bør primærhelsetjenesten forespørres om deres holdning til hvordan rapportering skal foregå. Samtidig kan det stilles spørsmålsteget om påvirkningen slike endringer har for andre regioner som benytter flerpartssamtale med spesialister i UNN. Det er utilfredshet blant intrahospitale leger om rapportkvaliteten, hvilket vi må ta til oss, men ambulanseavdelingen vil understreke at noen rapportmal aldri har vært en del av Trygg Akuttmedisin-prosjektet. Utfordringen har ikke vært problematisert i de årene prosjektet har vært under utvikling og testing. Til gjengjeld har det blitt nevnt i andre sammenhenger, og ambulanseavdelingen skal ta ansvar for å gjøre nødvendige forbedringer hos eget personell.

Ambulanseavdelingen har etterspurt nøyaktig hva intrahospitale leger ønsker å få rapportert for de 3 Trygg Akuttmedisin-løpene, hvor det i noen grad varierer og ikke alltid samsvarer med opprinnelige kriterier i Trygg Akuttmedisin. Sistnevnte er for så vidt ingen forutsetning, men det er nødvendig å gi klare retningslinjer til prehospitalt personell dersom vi skal kunne forbedre oss. Det er gjort mye arbeid, og vi avventer det øvrige. Uansett løsning er det vanskelig å se bort fra det problematiske at AMK skal oppsummere en prehospital rapport, utover helt innledende informasjon.

Når vi får endelige utkast til nøyaktig informasjon som ønskes (og ikke) brer vi dette ut til ambulanspersonellet. Forutsetningen er at det samsvarer med prosedyrer kjent for kommunehelsetjenesten ifa Trygg Akuttmedisin, og at eventuelle justeringer meldes ut til kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere.

Forslag til vedtak:

1. FSU Akuttmedisin etterspør lokal prosjektgruppe for Trygg akuttmedisin om mal for kommunikasjon for prehospitalt helsepersonell.
2. FSU Akuttmedisin fremhever at ansvar for rapportering og kommunikasjon bør ligge hos fysisk pasientnært helsepersonell.
3. FSU Akuttmedisin ber om at lokal prosjektgruppe for Trygg akuttmedisin bringer disse problemstillingene inn til arbeidsgruppen for Trygg akuttmedisin Troms og Ofoten.

Sak: 08/24
Tittel: Orientering fra AMK om deres situasjon inn i samtrening i Trygg Akuttmedisin (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Leder FAU akuttmedisin, Thomas Haugen Sørli, AMK-operatør, AMK UNN
Møtedato: 14.03.24

Bakgrunn:

Erfaringer fra samtrening i Trygg Akuttmedisin-prosedyrer viser at samarbeidet fungerer godt. Det er samtrening på tvers hvor alle bidrar positivt og er engasjerte. Man trener 1 time hver 2. måned. Man ser dog at AMK sliter med å delta pga lite ressurser. Tilbakemelding fra AMK er at de har tidsklemme, lite personell å avse til ytterligere øvelser og samtidigetskonflikter.

På FSU-møte 28.09.23 ble det diskutert hvordan man kan komme AMK i møte på dette idet man er avhengig av AMK's deltakelse på disse samtreningene. Det ble enighet om å invitere inn ledelse på AMK for å gi en orientering om deres situasjon. Målet er å bidra til en forventningsavklaring, og evt. se på tiltak som kan bidra til å redusere byrden for AMK.

Forslag til vedtak:

FSU Akuttmedisin tar orientering fra AMK til etterretning.

Sak: 09/24
Tittel: Samarbeid mellom FSU Fastlegerådet og FSU Akuttmedisin (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Leder FSU
Møtedato: 14.03.24

Sammendrag

18. september tok Anne Helen Hansen kontakt med leder og nestleder i FSU Akuttmedisin på vegne av FSU Fastlegerådet. De ønsket dialog rundt samarbeid og avgrensing av oppgaver. De ønsket en særlig avklaring rundt FSU Akuttmedisins rolle i forbedringsarbeid som gjelder akuttinnleggelser ved psykiatrisk sengepost.

Fastlegerådet vil i første omgang ta dagsaktuelle problemstillinger opp direkte med ledelsen i Psykisk helse og rus-klinikken. Behovet for dialog og eventuelt samarbeid med FSU Psykisk helse og rus vil vurderes etter hvert.

Leder for FSU Akuttmedisin var invitert og deltok på møte i FSU Fastlegerådet 31. januar 2024.

Bakgrunn

FSU akuttmedisin er et tverrfaglig utvalg med representanter godt spredt både faglig og geografisk i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Rollene som leder og nestleder fordeles mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og roteres hvert 2 år. Vårt mandat er å styrke samhandling og felles forståelse på tvers av den akuttmedisinske kjeden. Målet er å styrke samhandling slik at det bedrer tilbudet vi gir i tidskritiske hendelser.

FSUet skal bidra til utvikling, revisjon og opplæring rundt Trygg akuttmedisin-prosjektet (TA) og prosjektets arbeid med prosedyrer. Her er vi i overgangen mot at det har blitt et regionalt

prosjekt, der revisjon bør skje med god forankring i hele Finnmark, Troms, Nordland og Helgeland. Et viktig arbeidsmål videre vil nok være å bidra til å sikre at dette kommer på plass.

Akutt psykiatri har per tid ikke kommet inn under TA sine prosedyrer. Det har vært diskutert, men det har vært vurdert at det skal være snakk om at minuttene skal være avgjørende, for at det skal komme inn under TA.

Det legges til at FSU Akuttmedisin ikke har representanter fra spesialisthelsetjenesten innen psykiatri.

Vurdering

FSU Akuttmedisin mener at akuttpsykiatriske problemstillinger i utgangspunktet faller utenfor det som er vårt mandat om å arbeide med saker hvor tiden er en kritisk faktor for overlevelse og berging av funksjoner. Om FSU Akuttmedisin vurderes som aktuell samarbeidspart fra FSU Fastlegerådet eller FSU Psykisk helse og rus, ønsker vi samarbeidet velkommen. Vi har også økt vår bevissthet om at saker som tas opp i vårt FSU kan være aktuell å ta opp i andre FSU.

Forslag til vedtak:

FSU Akuttmedisin tar informasjon til orientering.

Sak: 10/24
Tittel: Revisjon sepsisprosedyre Trygg akuttmedisin, orientering om framdrift (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Revisjonsgruppen for Sepsis v/Lars-Jøran Anderson, Avdelingsoverlege Akuttmedisinsk klinikk/Forskningsstipendiat UIT
Møtedato: 14. mars 2024

Sammendrag

Lokal revisjonsgruppe ferdigstilte sitt arbeid medio januar i år. Det er satt ned en regional gruppe som har hatt tre møter og planlegger et avsluttende møte 8. mars. Det har vært et kort møte med Lærdal og de vil se på materialet etter at den regionale gruppen har laget et utkast til prosedyre.

Bakgrunn

Det har vært gjort en lokal revisjon av sepsisprosedyren og arbeidsgruppen har avsluttet sitt arbeid. Rapport og ferdig utkast til prosedyre er vedlagt. Det pågår en regional revisjon som tar utgangspunkt i blant annet den lokale revisjonen utført av arbeidsgruppen fra helsefelleskapet Troms og Ofoten. Det er satt ned en regional gruppe der Ingvild Pedersen og Lars-Jøran Andersson har representert helsefelleskapet Troms og Ofoten. Lars-Jøran Andersson leder den regionale gruppen. Det har vært gjennomført tre teammøter, 8/2, 16/2 og 22/2, hvert på to timer. Det gis prehospital antibiotikabehandling i hele Helse Nord og tilbudet er ganske likt, men Finnmark skiller seg litt ut når det gjelder valg av antibiotika. Gruppen har jobbet videre med prosedyren i Miro og det er kommet inn flere små endringer fra forslaget som er utarbeidet av lokal revisjonsgruppe. Det er planlagt et avsluttende møte 8/3. Det var et kort møte med Lærdal 19/3 (Stein, Mads, Yngvild, Lars-Jøran) og de vil se på prosedyren etter at den regionale gruppen har lagd et forslag til prosedyre.

Vurdering

Det har vært god stemning og framdrift på møtene og den regionale gruppen ligger godt an til å bli enige om en prosedyre 8. mars.

Vedlegg 4: Rapport fra arbeidsgruppen

Vedlegg 5: Trygg akuttmedisin plakat – Sepsis

Forslag til vedtak:

FSU akuttmedisin tar informasjon om fremdrift til orientering, og ber om ny oppdatering på neste FSU-møte 23.05.24.

Sak: 11/24
Tittel: Møteplan høst 2024 herunder evaluering av møtehyppighet og møtearena (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariatet/ Ledere FSU akuttmedisin
Møtedato: 14.03.24

Sammendrag

FSU Akuttmedisin vedtok 23.03.23 møteplan med fire årlige møter, hvorav to av møtene med ca 2 måneders mellomrom. FSU Akuttmedisin praktiserer hybridmøter, dvs at møtene er både fysiske og digitale.

Bakgrunn og vurdering

Erfaringen har vist at det både for sekretariat og lederne i FSU akuttmedisin blir for kort tid til å følge opp nødvendig arbeid med sakene når tidsintervallet er 2 måneder mellom møtene. Det er derfor behov for en møteplan med lengre tidsintervall mellom møtene.

Møtene har vært arrangert som hybridmøter hvor man har kunnet delta i fysisk møte på UNN eller digitalt via Teams. Det anses som positivt å ha fysiske møter. Hybridmøter er imidlertid både økonomisk og tidsmessig mer krevende enn digitale møter, og det er heller ikke vanlig praksis i de øvrige FSU'ene. Det foreslås på denne bakgrunn å endre til to digitale møter i året og ett fysisk møte. Det fysiske møtet kan gjerne arrangeres på ulike steder i Troms og Ofoten.

Lengden på møtene har vært 4 timer. Til sammenligning har andre FSU møtetid på 2-3 timer, og lengre møter når møtene er fysiske. Det ønskes at medlemmene diskuterer lengden på møtene.

Møtedato for høst 2024 foreslås til: 17. oktober.

Forslag til vedtak:

1. FSU Akuttmedisin skal ha tre årlige møter hvorav to av møtene er digitale og ett møte avholdes fysisk på valgt sted.
2. Møtedato høsten 2024 er 17. oktober
3. Møtetid fastsettes etter diskusjon blant medlemmene.

Sak: 12/24
Tittel: Evaluering av møtet og saker til kommende møter (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 14.03.24

Neste møte er 23.05.24 og det blir i samsvar med forslag til vedtak i sak 09/24 et digitalt møte. Saker må meldes innen 02.05.24 på mal som er vedlagt kalender-innkallingen. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes ut senest 1 uke før møtet.

Kommende saker:

- Oppfølging sak om mal for kommunikasjon prehospitalt helsepersonell
- Samkjøring av prosedyrer i Helse Nord
- Orientering om nytt FSU Beredskap
- Oppdatering fra revisjonsgruppen for Sepsis
- Oppdatering fra revisjonsgruppen for AKS
- Oppdatering fra revisjonsgruppen for alvorlig traume

Forslag til vedtak:

FSU godkjenner evaluering av møte og de kommende saker til neste møte.

Møtereferat FSU Akuttmedisin

Møtetid: 28. september 2023, kl. 11:00-15:00

Sted: PET-senteret G-914 og Teams

Tilstede:

Silje Andreassen Søreng	Ass. kommuneoverlege Harstad kommune
Ole Magnus Filseth	Klinikkoverlege Akuttmedisinsk klinikk, UNN Tromsø
Ulf Bergstrøm	Brukerrepresentant
Thomas Wilson	Avdelingsoverlege Ambulanseavdelingen, UNN
Leif Røssås	Fastlege, Tromsø kommune
Lars-Jøran Andersson	Klinisk stipendiat, UIT
Søren Stagelund	Avdelingsoverlege AMK, UNN
Ole Martin Hoff	Overlege, akutt- og mottaksmedisinsk enhet
Berit Maurstad	Sekretariat, rådgiver Samhandlingsseksjonen UNN
Guri Moen Lajord	Sekretariat, Interkommunal samhandlingsleder, Helsefelleskapet TO

Digitalt:

Marit Storli	Avdelingsleder Finnsnes Interkommunale legevakt
Andreas Kristensen	Overlege Hjertemedisinsk avdeling, UNN Tromsø
Stein Widding	Rådgiver Samhandlingsseksjonen UNN og prosjektleder Trygg akuttmedisin
Sverre Håkon Evju	Kommuneoverlege Narvik kommune
Linn Hofsøy Steffensen	Seksjonsoverlege Nevrologisk avdeling, UNN Tromsø
Anita Monsen Pedersen	Kommunelege Kåfjord kommune
Mads Gilbert	Overlege Akuttmedisinsk klinikk UNN og medisinskfaglig rådgiver Trygg akuttmedisin
Mona Martinsen	Fagsykepleier (Bardu IKL)
Birgitte Dahle Rushfeldt	Fastlege Sørbyen legesenter

Tilstede på sak:

Trond Adrian Johansen	Leder for revisjonsgruppen, Ambulansearbeider/fagutvikler, Akuttmedisinsk klinikk
Ida Bakke	Spesialist i nevrologi/Rådgiver, Nordlandssykehuset

Meldt forfall:

Martin Mørch	LIS 2 Medisinsk avdeling UNN Narvik
Kine Nordmo-Stykket	Rådgiver, sykepleier, Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)
Maria Bergmann Nilsson	LIS 2 Medisinsk avdeling, UNN Harstad
Per-Kristian Jensen	Kommuneoverlege Senja kommune

Sak: 17/23
Tittel: Innkalling og dagsorden (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariat/ leder FSU Akuttmedisin
Møtedato: 28.09.23

Vedtak:

Innkalling og dagsorden godkjennes.

Sak: 18/23
Tittel: Referat fra FSU-møte 23.03.23 (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariat/ leder FSU Akuttmedisin
Møtedato: 28.09.23

Vedtak:

Referat fra FSU-møte 23.03.2023 bekreftes godkjent.

Sak: 19/23
Tittel: Justeringer i hjerneslagprosedyren i Trygg akuttmedisin (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Linn Hofsøy Steffensen, seksjonsoverlege, Nevrologisk avd, UNN, og Ida Bakke, Spesialist i nevrologi/Rådgiver, Nordlandssykehuset
Møtedato: 28.09.23

På bakgrunn av Twist-studien ser man nå på om det skal gjøres revisjon av de nasjonale prosedyrene for hjerneslag. Twist-studien viste at det ikke var gevinst ved å gi trombolyse inntil 4,5 t etter oppvåkningen til pasienter som våknet med hjerneslag kun basert på enkel CT undersøkelse. Det ble også funnet gevinst for å utvide tidsvindu på opptil 9 timer for trombolyse ved hjerneslag etter vurdering med CT perfusjon (MR undersøkelse).

Plakat hjerneslagprosedyre og mulige endringer og justeringer av denne ble gjennomgått av Steffensen. Plakat hjerneslagprosedyre med markering av mulige endringer er vedlagt referatet.

Når det er avklart hvordan de nasjonale prosedyrene for hjerneslag eventuelt skal revideres vil det også være behov for endringer i gjeldende Trygg Akuttmedisin-prosedyre for hjerneslag fra 2019. Det er behov for å utvikle en felles framgangsmåte for avklaring av storåre-okklusjon for regionen. Dette arbeidet bør gjøres som ledd i revisjonsarbeidet i samarbeid med de andre foretakene Helgelandsykehuset, Nordlandssykehuset, Finnmarksykehuset og kommunehelsetjenesten. Hvordan dette arbeidet skal organiseres tas opp i regional prosjektgruppe for Trygg akuttmedisin.

I Narvik/Bodø har man ved eSTROKE-forbedringsprosjekt tatt i bruk NIHSS prehospitalt slik at det er samme slagskala for vurdering prehospitalt og i sykehuset. Bakke delte erfaringer fra prosjektet.

Det var diskusjon rundt mange aspekter ved bruk av NIHSS, herunder kommunikasjon, erfaringer med tekniske løsninger som Dips/App, kvalitet på rapportering, rollen til de enkelte leddene i akuttkjeden samt viktigheten av å få med kommunehelsetjenesten i enda større grad.

Dersom medlemmene har ytterligere spørsmål om eSTROKE eller andre spørsmål har Bakke åpnet for at hun kan kontaktes på tlf eller epost ida.bakke@nlsh.no. Presentasjon fra prosjektet er vedlagt referatet.

Det nevrologiske fagmiljøet i Helse Nord vil etter nasjonalt nevrologisk fagmøte 12.09.23 og evt. revisjon av nasjonale retningslinjer, ta stilling til justering av hjerneslagsprosedyren til Trygg akuttmedisin.

Vedtak:

1. Det oppfordres til at regional prosjektleder arbeider med hvordan en regional revisjonsgruppe for hjerneslagsprosedyre skal utformes, og orienterer om dette ved neste FSU.
2. FSU akuttmedisin tar gjennomgang av justeringer i hjerneslagprosedyren i Trygg akuttmedisin til orientering.

Sak: 20/23
Tittel: Oppdatering Nødnett vaktradioer UNN (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Stein Widding, prosjektleder, E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, UNN
Møtedato: 28.09.23

Widding gjennomgikk tidslinje for arbeidet med å ta i bruk Nødnett helse i UNN som startet i januar 2023 og ble iverksatt 1. september i år.

Det er lokal prosjektgruppe for Trygg Akuttmedisin som har ansvar for å følge opp arbeidet med Nødnett vaktradio i UNN i Troms og Ofoten. Man har innhentet erfaringer fra de ulike aktørene; AMK, ambulansen, legevakt og sykehuset og disse tar man med i det videre arbeidet. Det har bl a vært praktiske utfordringer, brukerfeil, manglende opplæring, sambandsdisiplin og opplevelsen av fragmentert rapport mellom ambulanse og inhospitale leger.

Trygg Akuttmedisin jobber videre med presisering av kommunikasjonsrutiner, AMKs rolle og vil også holde et evalueringsmøte med involverte faggrupper.

Presentasjon fra fremlegget er vedlagt referatet.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar informasjon om innføring av vaktradio i UNN-sykehusene til orientering.

Sak: 21/23
Tittel: Status Trygg akuttmedisin og Helse Nords Oppdragsdokumentet 2022 (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Stein Widding, prosjektleder, E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, UNN
Møtedato: 28.09.23

Widding gjennomgikk oppdatert status for Trygg akuttmedisin siden forrige statusoppdatering i oktober 2022. Siden den gang har det regionale prosjektmandatet vært presentert i øvrige Helsefelleskap, det er etablert lokale prosjektgrupper, avholdt nettverksmøter med lokale prosjektgrupper, vært repetisjonskurs i Troms og Ofoten, gjennomført tverrfaglig teamtrening i Finnmark, Nødnett helse vaktradio i UNN HF er startet opp og man har jevnlige møter med Norsk Hjerterefarkt-registrer.

Man har erfart at det er et tydelig behov for regionalt eierskap til prosedyrer. Det er mange ulike prosedyrer i hele regionen for de tre som omfatter Trygg akuttmedisin og behovet for revisjon og en demokratisk og ordnet struktur må prioriteres. Dette vil man arbeide videre med i tillegg til etablering av regionale referansegrupper. Målet er at Trygg akuttmedisin blir en etablert og velfungerende praksis i Nord-Norge.

Presentasjon fra fremlegget er vedlagt referatet.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar informasjon fra det regionale prosjektet til orientering.

Sak: 22/23
Tittel: Evaluering FSU Akuttmedisin (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Leder og nestleder
Møtedato: 28.09.2023

Etter møte i FSU Akuttmedisin 23.03.2023 ble det sendt ut et evalueringsskjema til utvalgets medlemmer. Av 19 utvalgsmedlemmer er det 13 som har besvart. I besvarelsene fremkommer det blant annet at FSUet oppleves som en nyttig arena for dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og at FSUet er relevant for forbedring i akuttmedisinen.

Det ble diskusjon rundt at informasjon om FSUet og det man arbeider med ikke kommer godt nok frem til andre kollegaer som kan ha nytte av det. Diskutert hvordan hvert av medlemmene kan bringe videre slik informasjon. Noen av medlemmene fortalte at de delte informasjon i faste møter på avdelingene der de jobber, mens andre ikke gjorde det. Det ble gitt uttrykk for at dersom man når ut til flere kan det være en måte å sikre at man får gode aktuelle saker inn til FSU'et.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar til orientering at medlemmene opplever FSUet som en nyttig arena for dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og at FSUet er relevant for forbedring i akuttmedisinen.

Sak: 23/23
Tittel: Rapportering på fremdrift for revisjon av prosedyre for akutt koronart syndrom (AKS) i Trygg akuttmedisin (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Leder for revisjonsgruppen, Trond Adrian Johansen, ambulansarbeider/fagutvikler, Akuttmedisinsk klinikk
Møtedato: 28.09.23

Gruppen har gått gjennom prosedyren med tanke på spare tid for pasienten for derigjennom å senke tiden det tar før pasienten får reperfusjons-behandling.

Resultatet så langt er en del endringer i prosedyren. Dette gjelder i tilnærming mot andre prosedyrer og retningslinjer, i forhold til forenkling for å unngå tvil om mål og endringer for en bedre flyt i prosedyren.

Konkrete endringer ble gjennomgått i fremlegget og fremkommer av presentasjon vedlagt referatet.

Man ser for seg at revidert prosedyre kan være klar vinter/vår 2024.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar rapportering fra revisjonsgruppen om det arbeidet som er gjort, og at man følger fremdriftsplanen, til orientering.

Sak: 24/23
Tittel: Rapportering på fremdrift for revisjon av sepsis-prosedyre i Trygg akuttmedisin (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Leder for revisjonsgruppen, Lars Jøran Andersson, avdelingsoverlege Akuttmedisinsk klinikk UNN, Forskningsstipendiat UIT
Møtedato: 28.09.23

Det er avholdt flere møter i revisjonsgruppen og man ser for seg at ny Trygg akuttmedisin - prosedyre for sepsis kan ferdigstilles innen kort tid. Presentasjon med foreslåtte endringer ble delt i møtet. Endringer er bl a knyttet til endring av antibiotika-veilederen samt kriterier for skåring hvor man endrer fra Sirs til News2.

Presentasjon fra fremlegget er vedlagt referatet. Det understrekes at presentasjonen er et arbeidsdokument og at deler av dokumentet ikke er oppdatert fra forrige utgave.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar rapportering fra revisjonsgruppen om det arbeidet som er gjort og at man planlegger å ferdigstille prosedyren innen kort tid til orientering.

Sak: 25/23
Tittel: Rapportering fra arbeidsgruppe for utarbeiding av ny prosedyre for akutt alvorlig traume i TA-format (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Stein Wendelborg, avdelingsleder avd for traumatologi, LIS 3 i gastrokirurgi, UNN
Møtedato: 28.09.23

Leder for FSU redegjorde for saken i Wendelborgs fravær. Utkast til prosedyre for alvorlig traume ble gjennomgått.

Det ble diskusjoner rundt innhold og utforming av prosedyren. Det ble pekt på at noen av punktene kunne misforstås og noen hadde innvendinger mot tiltakene i prosedyrene. På spørsmål uttrykte medlemmer fra kommunen at de ønsket en prosedyre som er så enkel som mulig, også mtp de begrep som brukes, og viste til deres sjeldne erfaringer med akutte alvorlige traumer. Det ble gitt uttrykk for ønske om at prosedyren skal være mer lik de øvrige 3 TA-prosedyrene i utforming.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar rapportering fra arbeidsgruppen til orientering. Man har følgende forslag til endringer:

- Det lages en utforming tilsvarende de øvrige Trygg akuttmedisin -prosedyrene.
- Tiltak tilpasses de ulike fagpersonene som skal behandle traumet
- Tiltak tilpasses de ulike skadetyperne

FSU Akuttmedisin ber om at utkast til prosedyren ikke sendes til Lærdal før den er kommet i en ny og omarbeidet utgave.

Sak: 26/23
Tittel: Oppgaver og ansvar i prehospital akuttmedisin (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Lars-Jøran Andersson, klinisk stipendiat UIT og overlege Luftambulanseavdelingen
Møtedato: 28.09.23

Andersson orienterte om at den oppnevnte arbeidsgruppen har skrevet kronikk om 'Oppgaver og ansvar i prehospital akuttmedisin' og at den vil bli publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening. Kronikken vil også bli oversatt til engelsk.

Det ble i møtet uttrykt at man ønsker at kronikken etter publisering spres via andre kanaler, at den sendes til medlemmene i FSU'et og tas videre til SSU.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar informasjon til orientering og imøteser oversendelse av kronikken når den blir offentlig tilgjengelig.

Sak: 27/23
Tittel: Hva medlemmene har gjort siden sist (O)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Medlemmene
Møtedato: 28.09.23

Leder for FSU orienterte om erfaringer fra samtrening i Trygg Akuttmedisin-prosedyrer. Samarbeidet fungerer godt. Det er samtrening på tvers hvor alle bidrar positivt og er engasjerte. Man trener 1 time hver 2. måned. Man ser dog at AMK sliter med å delta pga lite ressurser. Tilbakemelding fra AMK er at de har tidsklemme, lite personell å avse til ytterligere øvelser og samtidighetskonflikter.

Det diskuteres hvordan man kan komme AMK i møte på dette idet man er avhengig av AMK's deltakelse på disse samtreningene.

Vedtak:

FSU Akuttmedisin tar orientering om samtrening og AMKs situasjon til orientering. Man vil se på hvilke fora det er best å ta denne problemstillingen videre i.

Sak: 28/23
Tittel: Evaluering av møtet og saker til kommende møter (B)
Til: FSU Akuttmedisin
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 28.09.23

Neste møte er 16. november 2023 og er et kombinert fysisk og digitalt møte. Saker må meldes innen tre uker før møtet på fastsatt saksmal. Innkalling, dagsorden og sakspapirer sendes ut senest 1 uke før møtet.

Kommende saker:

- Plan for utforming av regional revisjonsgruppe for hjerneslagprosedyre v/ Stein Widding, rådgiver/ prosjektleder E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, UNN. Helse Nord inviteres for å informere om hvordan de ser for seg organiseringen av regionale revisjonsgrupper for Trygg Akuttmedisin.
- Samkjøring av prosedyrer i Helse Nord v/ Stein Widding rådgiver/ prosjektleder E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, UNN og Mads Gilbert klinikkoverlege/avdelingsoverlege Akuttmedisinsk klinikk, UNN
- Diskutere forskjell mellom 'revisjon' og fortløpende 'justeringer' i rutiner/prosedyrer.
- Møteplan høst 2024 og vår 2025 herunder evaluering av møtehyppighet og møtearena
- Gjennomgang av mandatet til FSU Akuttmedisin og vurdering av det videre arbeidet i FSUet
- Oppfølgingssak: Ny rapportering fra arbeidsgruppen for akutt alvorlig traume

- Orientering fra Leder for FSU etter deltakelse på møte i Fastlegerådet vedrørende

ønsket om dialog rundt samarbeid og avgrensing av oppgaver

Vedtak:

FSU evaluerte møtet og de kommende saker til neste møte. Kulepunkt 1 og 3 fra listen ovenfor slås sammen til én sak. I tillegg til kommende saker fra sakslisten godkjennes oppfølgingssak om rapportering fra arbeidsgruppen for akutt alvorlig traume og orientering fra Leder for FSU etter deltakelse på møte i Fastlegerådet.

Årsrapport FSU Akuttmedisin 2023

FSU akuttmedisin

Utvalget er bredt sammensatt og i samsvar med mandatet består det av representanter fra hele den akuttmedisinske kjede som fastlege/kommunal legetjeneste, legevakt, AMK, ambulansetjenesten og brukere. Representasjon fra UNN er fra Harstad, Narvik og Tromsø og representasjon fra kommunene er fra Troms, Nord-Troms, Midt-Troms og Sør-Troms og Ofoten.

I løpet av 2023 er kommunesiden i FSUet styrket ved at det er tatt inn ytterligere en representant fra Tromsøregionen, slik at fordelingen mellom UNN og kommunene nå er lik.

Rullering av leder/nestlederverv ble gjennomført i september 2023. Silje Andreassen Søreng overtok da vervet som leder og Ole Magnus Filseth overtok vervet som nestleder. Fra samme tid gikk sekretariatsfunksjonen for FSU Akuttmedisin over til rådgiver Berit Maurstad fra Samhandlingsseksjonen og interkommunal samhandlingsleder Guri Moen Lajord.

Møter

Det var planlagt 3 møter hvorav 2 ble gjennomført. Ett møte måtte avlyses pga sykdom/manglende ressurser på sekretariats-siden. Møtene har vært fysiske med mulighet for deltagelse via Teams. Det har vært bred og god deltakelse på møtene og medlemmene er aktive og engasjerte.

Saker

Hovedfokus gjennom året har vært arbeid med prosedyrer.

FSUet har bidratt til oppstart av regionalt arbeid med revisjon av Trygg akuttmedisin-prosedyrene for akutt koronart syndrom og for sepsis og dette arbeidet er nå i slutfasen. Prosedyrene forventes ferdigstilt ila våren 2024.

FSUet har bidratt til oppstart av arbeid med å lage prosedyre for akutt alvorlig traume i Trygg akuttmedisin-format. Dette arbeidet er pågående.

FSUet har tatt initiativ til revisjon av ny regional prosedyre for hjerneslag i regi av Trygg akuttmedisin og regional prosjektleder for TA har tatt oppfordringen fra FSUet om å danne regional revisjonsgruppe for hjerneslagsprosedyre. På møtet i september ble Nordlandssykehusets forbedringsprosjekt om eStroke - presentert og etter inspirasjon herfra videreføres dette arbeidet nå i UNN.

FSU'et nedsatte i 2021 en gruppe for å arbeide med avklaring av spørsmål rundt oppgaver og ansvar i prehospital akuttmedisin. Dette arbeidet har resultert i en kronikk som vil bli publisert i Tidsskrift for norsk legeförening.

Ellers har man fulgt, støttet og samarbeidet med Trygg akuttmedisin innenfor både lokalt og regionalt arbeid. Sentralt i denne forbindelse har vært opprettelse av lokal prosjektgruppe for Trygg akuttmedisin for Troms og Ofoten og opprettelse av regionale revisjonsgrupper for revidering av Trygg akuttmedisin-prosedyrene. I september ble det startet opp med Nødnett vaktradioer i UNN og FSUet har fulgt opp en del av utfordringene knyttet til kommunikasjon og samtrening som oppstod i den forbindelse.

Andre saker som har vært til behandling i 2023:

- Avvik og forbedring mellom ambulansetjenesten og kommunehelsetjenesten hvor det er foreslått konkrete samarbeidspunkter for å håndtere lokale samhandlingsavvik.
- Hoftebrudd – orientering om nytt pasientforløp
- Status Trygg akuttmedisin og Helse Nords oppdragsdokument

Egenevaluering

FSU'et har gjennomført egenevaluering. Det ble mottatt svar fra 13 av 19 medlemmer. Oppsummert opplever medlemmene at FSUet er en nyttig arena for dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og at FSUet er relevant for forbedring innen akuttmedisinsk samhandling.

Oppsummering

FSUet er et bredt og godt sammensatt FSU både mht faglig og geografisk spredning. Medlemmene er aktive og engasjerte. Sakene som har vært til behandling er alle innenfor FSUets sentrale mandat og man har bidratt til ferdigstillelse av viktige prosedyrer for akuttmedisinsk samhandling.

Sakslistene og møtereferat med vedlegg publiseres fortløpende og etter godkjenning fra FSU. Akuttmedisin på Helsefelleskapets nettsider. Her finnes også godkjent mandat og oversikt over medlemmene.

For FSU Akuttmedisin, 14/3 – 24

Leder Silje Andreassen Søreng
ass. kommuneoverlege Harstad kommune

Nestleder Ole Magnus Filseth
klinikkoverlege Akuttmed. klinikk, UNN

Regional faglig revisjonsprosess av 'Trygg akuttmedisin', *Revisjon TA 2.0*

Struktur og prosess

1. Det etableres tre regionale revisjonsgrupper, én for hver av de tre akutte tilstandene. Hvert av de fire helsefelleskapene (v/lokal prosjektgruppe) oppnevner tre representanter til hver av de tre revisjonsgruppene.
2. Deltakerne skal representere faggruppene sykepleiere, ambulanspersonell, leger fra:
 - a. Primærhelsetjenesten
 - b. Ambulanse- og nødmeldetjenesten
 - c. Spesialisthelsetjenesten
3. Hver av de tre regionale revisjonsgruppene vil bestå av 12 medlemmer, tre fra hvert av de fire Helsefelleskaps-områdene og kommuniserer med egne fagmiljø i revisjonsprosessen.
4. Gruppene framlegger endelige forslag til reviderte prosedyrer 'Trygg akuttmedisin 2.0' i løpet av våren 2024. Disse sendes på en bred høring med utgangspunkt i de allerede etablerte lokale prosjektgrupper. Deretter utvikles ny grafikk og nytt læremateriell i nært samarbeid med Lærdal ihht gjeldende kontrakt¹.
5. Det pågående revisjonsarbeidet med justering av prosedyrer som allerede er igangsatt og delvis slutført for de to prosedyrene i 'FSU Akuttmedisin' i Helsefelleskapet Troms og Ofoten konkluderes som to egne forslag. Disse to utkastene oversendes de regionale revisjonsgruppene som innspill til den regionale revisjonsprosessen.
6. Etter oppnevning av de tre regionale revisjonsgruppene, organiserer den regionale prosjektledelsen et felles webinar med framlegging av forslag til arbeidsmetode, framdrift og frister.

Tidsaspekt

For å sikre framdrift og tempo i dette viktige revisjonsarbeidet, og for å møte de fagmedisinske og organisatoriske behovene for en oppdatering og videreutvikling av det medisinske grunnlaget for dette store regionale prosjektet, foreslås følgende tidsplan:

- **Oktober 2023:** De lokale prosjektgruppene inviteres til drøfting og evt. Justering av prosjektledelsens forslag til den regionale revisjonsprosessen.
- **November 2023:** De lokale prosjektgruppene drøfter, finner og oppnevner tre deltakere til hver av de tre revisjonsgruppene, i alt 12 medlemmer (det bør kanskje være 1-2 vara i tillegg?). **Frist: 1. desember 2023**
- Desember-februar 2024: De regionale revisjonsgruppene arbeider seg fram til konsensusbasert utkast til Trygg akuttmedisin 2.0. **Frist 26. februar 2024**
- Høring gjennomføres mars 2024. Endelig versjon av Trygg akuttmedisin 2.0 bearbeides grafisk av Lærdal og klargjøres for lokal trykking i pdf-format. **Frist 1. april 2024.**

Oktober 2023

Regional prosjektledelse

¹ Se signert avtale mellom UNN HF og Lærdal Medical, september 2020

Vedlegg 4 (sak 10/24)

Rapport fra arbeidsgruppe for 2023-revisjonen av sepsisprosedyre for trygg akuttmedisin

Mandat:

Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling, Helsefelleskapet Troms og Ofoten vedtok etablering av gruppe for revisjon av sepsis-prosedyre i Trygg akuttmedisin 23.03.23. Det ble foreslått fysisk oppstartsmøte våren 2023 som en kombinasjon av konstituerende møte og et arbeidsmøte. Videre arbeid på digitale plattformer. Det ble tatt sikte på å ha et høringsutkast klart i løpet av høsten 2023. Etter bearbeiding av hørings svar er det mål å ha en ferdig revidert prosedyre vinter-vår i 2024.

Deltakere:

Gro Grimnes, overlege infeksjonsmedisin, UNN Tromsø. Martin Rist, fastlege Harstad. Ingvild Karoline Pedersen, overlege akutt- mottaksmedisin, UNN Tromsø. Tina Isabell Aas, fagutvikler Finnsnes, ambulanseavdelingen UNN. Maria Bergmann Nilsson, LIS 2 indremedisin og akutt- og mottaksmedisin, UNN Harstad. Lars-Jøran Andersson, Overlege ambulanseavdelingen, UNN og klinisk stipendiat UiT (leder for gruppa). Martin Charles Mørch, LIS 2 UNN Narvik, trakk seg fra gruppa pga utfordringer med å få fri til møter. Søren Stagelund, overlege for AMK-avdelingen i UNN ble med i arbeidsgruppa fra og med 2. møte.

For å sikre regional forankring og inkludering i revisjonsprosessen har regional prosjektleder for Trygg akuttmedisin gjennom henvendelse til leder av lokal prosjektgruppe i de andre Helsefelleskapene (Helgeland + Salten, Vesterålen, Finnmark) invitere en representant til å delta i arbeidet. Invitasjonen gikk ut ganske sent under forarbeidet og ingen meldte seg.

Møter:

Gruppa har hatt to fysiske møter 24.05.23 og 26.09.23, i tillegg har det vært fire VK-møter 13.06.23, 05.09.23, 13.11.23 og 28.11.23.

Historikk:

Arbeidet med felles sepsisprosedyre for legevakt og ambulanse i UNNs område startet i 2015. Et klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som skulle jobbe med samhandling om tidskritiske tilsander utenfor sykehus ble etablert, dette arbeidet ble etter hvert til Trygg Akuttmedisin. Sepsis var en av tilstandene det ble satt fokus på og antibiotikabehandling mot sepsis ble innført i UNNs ambulansetjeneste våren 2018.

Prosedyren var basert på sepsis-3-definisjonen fra 2016 (1) og. retningslinjene til surviving sepsis campaign (SSC) (2) fra samme år og på nasjonale antibiotikaveiledere for allmennpraksis og spesialisthelsetjeneste. SSC anbefalte at pasienter med sepsis skulle få intravenøs antibiotika behandling innen én time etter ankomst, utvalget endret dette målet til å bli innen én time fra første medisinske kontakt (FMK), der FMK ble definert som den første ressursen som kan ta blodkultur og starte intravenøs antibiotika.

SSC reviderte sine retningslinjer i 2021 (3) og i 2022 kom det nye nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika både på sykehus (4) og i allmennpraksis (5). Våren 2023 var det fem år siden ambulansetjenesten i UNN tok i bruk intravenøs antibiotika i behandling av sepsis, og vi kunne høste av erfaring fra omtrent 500 prehospitale sepsisbehandlinger. Det var derfor på tide med en revisjon av prosedyren.

Prosedyreutkast: Vi har laget utkastet i programmet miro:

https://miro.com/app/board/uXjVM_C5Ze8=?share_link_id=804639780863

Vedlegg 4 (sak 10/24)

Sepsiskategorier:

Etter mønster fra de siste retningslinjene fra SSC har vi valgt å dele pasienter med sepsis inn i tre kategorier. Grunnlaget for å plassering i kategori er klinisk vurdering, vi har valgt å bruke qSOFA-skår og NEWS2 som beslutningsstøtte. Kategoriene har skiller seg fra hverandre ved at vi gir forskjellige anbefalinger for tidsmål, antibiotikabehandling og væskebehandling.

1. **Mulig eller sannsynlig septisk sjokk.** Kriteriene for septisk sjokk i henhold til sepsis-3 er MAP<65 mmHg på tross av væskebehandling og laktat >2. Vi har valgt å tilpasse kriteriene til prehospitalt forhold ved å forenkle kriteriene slik at de sier MAP>65 mmHg eventuelt systolisk blodtrykk ≤90 mmHg samt tegn til hypoperfusjon. Kriteriene skal bare brukes til å støtte den kliniske vurderingen
2. **Sannsynlig sepsis.** Den kliniske vurdering tilsier at det er sannsynlig at pasienten har sepsis. Dette kan korrespondere med qSOFA-skår ≥ 2 og/eller NEWS ≥7, men skåringsvarkttøy skal bare brukes til å støtte den kliniske vurderingen.
3. **Mulig sepsis.** Den kliniske vurderingen tilsier at det er mulig at pasienten har sepsis. Dette kan korrespondere qSOFA-skår =1 og/eller NEWS2=5-6. skåringsvarkttøy skal bare brukes til å støtte den kliniske vurderingen.

Rasjonale for prehospital antibiotikabehandling:

Det er en sammenheng mellom tidlig oppdagelse, tidlig antibiotikabehandling og overlevelse for pasienter med sepsis (6, 7, 8). Sammenhengen er tydeligst hos sepsispasienter som er så påvirket at de har begynt å få lavt blodtrykk. Den eneste randomiserte kontrollerte studien av prehospital antibiotikabehandling viste ikke effekt av å flytte start av antibiotika fra akutt mottak og ut i ambulanse (9). Studien ble utført i Nederland og forfatterne påpeker selv at pasientene ikke var spesielt syke (sepsis etter SIRS-kriteriene) og at avstanden til sykehus var kort. Med til dels store avstander mener vi det er riktig å tilby prehospital intravenøs antibiotikabehandling i Nord-Norge.

Tidsmål:

SSC anbefaler i sine siste retningslinjer at intravenøs antibiotika gis så raskt som mulig og innen en time dersom pasienten har sjokk eller det er en sikker sepsis. Dersom pasienten ikke er i sjokk og man ikke er sikker på at pasienten har sepsis, anbefales det å bruke inntil 3 timer på utredning før start av antibiotikabehandling (3). Vi anbefaler samme tidsmål som SSC, og lar klokka starte ved første medisinske kontakt (FMK), der FMK er den første ressursen som kan ta blodkultur og starte intravenøs antibiotika. Mange pasienter som er nært sykehus vil tåle transport til sykehus før blodkultur og oppstart av antibiotika. Flere faktorer vil være med å påvirke om man skal starte antibiotikabehandling prehospitalt eller vente til etter ankomst akutt mottak. Vi foreslår at det hos pasienter med mulig/sannsynlig septisk sjokk, eller sannsynlig sepsis gis prehospital antibiotikabehandling dersom transport til sykehus tar mer enn 30 minutter (dette foreslås også i nasjonal retningslinje bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten (5)).

Prøvetaking

Det bør sikres 2 sett blodkulturer og urin til dyrkning før pasienten får antibiotikabehandling. Vi har et mål om at kvaliteten på blodkulturer tatt prehospitalt skal være sammenlignbar med kvaliteten på blodkulturer tatt inne på sykehus. Video som ble laget i forbindelse med innføring av antibiotika i ambulanseavdelingen i UNN i 2018 viser [taking av blodkultur](#).

Vedlegg 4 (sak 10/24)

Antibiotikavalg og dosering

De nasjonale retningslinjene for bruk av antibiotika i sykehus ble sist oppdatert i 20.12.22 og retningslinjene for primærhelsetjenesten ble sist oppdatert 12.09.23, vi har basert oss på begge retningslinjene og på erfaring fra prehospitalet bruk av antibiotika i UNN. Vi følger nasjonale retningslinjer for sykehus for behandling av sepsis med fokus i luftveier og urinveier, som er de vanligste utgangspunktene for sepsis (4). Gentamicin er enkelt å administrere dersom det er lagret ferdigblandet. Vi bruker en tabell som gjør at hele beholdere med forskjellig mengde ferdigblandet gentamicin kan brukes. Vanlig framgangsmåte er å starte med gentamicin, og at benzylpenicillin eller ampicillin blandes ut mens gentamicininfusjonen pågår. På grunn av risiko for nyreskade anbefales ikke gentamicin ved septisk sjokk eller alvorlig kronisk nyresykdom (4, 5). Piperacillin/tazocin tar lang tid å blande ut og vil være upraktisk i et prehospitalt miljø, vi har derfor valgt å bruke cefotaxim hos pasienter med septisk sjokk eller alvorlig kronisk nyresykdom.

Væskebehandling

SSC foreslår at pasienter med sepsis-indusert hypoperfusjon eller septisk sjokk får minst 30 ml/kg av krystalloid i løpet av de første 3 timene (3). Både for mye og for lite væske kan være uheldig for overlevelse. Mer enn 15 % økning i pulstrykk ved passiv løfting av underekstremiteter kan tyde på at pasienten vil ha effekt av væske (3). Kapillærfylling kan også brukes for å vurdere effekt av væskebehandling (3). Væskebehandling bør tilpasses klinikk og effekt. Vi anbefaler at væskebehandling av pasienten med sepsis-indusert hypotensjon startes med inntil 10 ml/kg første 30 min, ved alvorlig sjokk kan det være fornuftig å gi så mye som 30 ml/kg første 30 min.

Varslingsrutiner

Gruppen har diskutert hvor detaljert beskrivelsen av varslingsrutiner bør være. Vi anbefaler at intrahospital lege kobles på flerpartssamtale ved septisk sjokk. Vi anbefaler gruppealarm til tverrfaglig mottaksteam ca 10 min før ankomst sykehus for både septisk sjokk, sannsynlig sepsis og mulig sepsis, men åpner for at det gjøres lokale tilpasninger.

Referanser:

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med. 2017;43(3):304-377. doi:10.1007/s00134-017-4683-6
3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181-1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y
4. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/sepsis>
5. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primærhelsetjenesten/andre-infeksjoner#sepsis>
6. Daniels R. Surviving the first hours in sepsis: getting the basics right (an intensivist's perspective). J Antimicrobiol Chemoth 2011; 66(Suppl 2):11-23.
7. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med 2006; 34:1589-96.

Vedlegg 4 (sak 10/24)

8. Ferrer R, Martin-Loeches I, Phillips G, Osborn TM, et al. Empiric antibiotic treatment reduces mortality in severe sepsis and septic shock from the first hour: results from a guidelines-based performance improvement program. *Crit Care Med* 2014; 42:1749-55.
9. Alam N, Oskam E, Stassen PM, et al. Prehospital antibiotics in the ambulance for sepsis: a multicentre, open label, randomised trial. *Lancet Respir Med*. 2018;6(1):40-50. doi:10.1016/S2213-2600(17)30469-1

Sepsis

Mulig sepsis?

symptomer og tegn til infeksjon med eller uten feber, samt nedsatt allmenntilstand



Hastegrad AKUTT

Varsle



Antibiotikabehandling ved mistanke om fokus i:

Luftveier eller ukjent fokus:
gentamicin 6-7 mg/kg (se tabell) + benzylpenicillin 3 g
Urinvæier:
gentamicin 6-7 mg/kg (se tabell) + ampicillin 2 g
Septisk sjokk eller alvorlig kronisk nyresykdom*:
cefotaxim 2 g
Sepsis hos barn (< 12 år)
cefotaxim 50 mg/kg

Merk: Gentamicin doseres ut fra tabell. Ved alvorlig penicillinallergi ringes vakthavende lege ved nærmeste sykehus.
*eGFR < 30. Forsiktighet også ved polyfarmasi og skrøpelige eldre.

Utskriftsbeholdning i ambulanse/akuttsjokk	230-244 cm*	140-164 cm	170-180 cm
35-42 kg*	240mg	240mg	240mg
43-54 kg	240mg	240mg	240mg
55-74 kg	240mg	240mg	400mg
≥75 kg	320mg	320mg	400mg**

Første medisinske kontakt

som kan ta blodkultur og starte antibiotika

Koble corpus-live



Kan det være sepsis?

Helhetsvurdering av risikofaktorer, symptomer og kliniske funn

DEFINISJON

Sepsis er en livstruende organsvikt utløst av en ubalansert vertsrespons på infeksjon. Sepsis er en klinisk diagnose. Skåringsystemer kan brukes som verktøy.

De kliniske kriteriene for septisk sjokk er vedvarende MAP <65 og laktat > 2 på tross av væskebehandling.

Septisk sjokk

MAP < 65 ev. sBT ≤ 90
Hypoperfusjon

Sikre biologisk materiale; blodkultur, urin

Start iv- eller io-væskebehandling (inntil 30 ml/kg første 30 min)

Start iv- eller io-antibiotikabehandling raskest mulig og innen 1 time

Sannsynlig sepsis

qSOFA 2-3 og/eller NEWS ≥ 7

Sikre biologisk materiale; blodkultur, urin

Start iv- eller io-væskebehandling (inntil 10 ml/kg første 30 min, minimum 30 ml/kg første 3 timer)

Start iv- eller io-antibiotikabehandling raskest mulig og innen 1 time

Mulig sepsis

qSOFA 1 og/eller NEWS 5-6

Vurder annen diagnose

Videre utredning. Dersom fortsatt mulig sepsis sikre biologisk materiale; blodkultur, urin

Vurder væske

Vurder oppstart av iv- eller io-antibiotikabehandling innen 3 t

Innen 1 time

Innen 3 timer

HJELPEMIDDEL TIL HELHETSVALDERING

Risikofaktorer for sepsis?
Symptomer på infeksjon?
Tegn til organsvikt (hypoperfusjon)?
endret mental status
påvirket sirkulasjon
økt respirasjonsfrekvens
reduert urinproduksjon
nedsatt kapillærfylling mm.

VED MISTENKT INFESJON

qSOFA-KRITERIER

Endret mental status	1 poeng
Syttolisk BT <100 mmHg	1 poeng
Resp. frekvens ≥22/minutt	1 poeng

qSOFA ≥2 poeng indikerer sepsis

PREHOSPITALE PRIMÆRTILTAK

Helst parallell jobbing:

- Rask primærundersøkelse og tiltak etter ABCDE
- Koble til Corpu3-monitor og start "cp-live"
- Sikre og stabilisere vitale funksjoner
- Mål BT, puls, resp. frekvens, temp. og SpO2
- Ved SpO2 < 90% gis O2-tilskudd med mål om 90-94% (88-92% hos KOLS-pasienter)
- Klinisk vurdering
- Bruk evt. skåringsystemene qSOFA og NEWS2
- Er pasienten allergisk mot antibiotika?
- Vurdér blodprøver: Hematologisk status, CRP og blodgass/laktat
- Pas. bør få to PVK eller intraosøse (io) tilgang
- Ta mikrobiologiske prøver hvis mulig (sendes med pas.)
- Blodkultur
- Urinprøve for urinstix og dyrkning. Ustikset urin sendes på rent glass.

Start behandling raskt

- Iv antibiotika
- Gi infusjon med iv Ringer-acetat: 10 ml/kg i løpet av 5-30 min.
o Effekt og videre væskebehov vurderes før nytt væskestat
o Iv- eller io-væskebehandling kan være nødvendig med inntil 30 ml/kg første 30 min.
- Alle antibiotika kan gis intraosøst eller intramuskulært (im) hvis PVK mislykkes



TIDSMÅL

Raskest mulig og seinest innen 1 time etter FMK skal pasienter med septisk sjokk og sannsynlig sepsis gis antibiotika og væske. Mulig sepsis kan vente inntil 3 timer.

Ved transporttid til sykehus over 30 minutter vurderes antibiotikabehandling før eller under transport.

Chart 1: The NEWS scoring system

Physiological parameter	3	2	1	Score	1	2	3
Respiratory rate (per minute)	>30	20-30	12-20	0	1	2	3
SpO2 (on air)	<92	92-95	95-98	0	1	2	3
SpO2 (on O2)	<92	92-95	95-98	0	1	2	3
Alert or responsive	Unresponsive	Disoriented	Alert	0	1	2	3
Systolic blood pressure (mmHg)	<90	91-100	101-120	0	1	2	3
Pulse (per minute)	>100	66-100	51-60	0	1	2	3
Consciousness	UOBS	4-5	6	0	1	2	3
Temperature (°C)	>38.3	36.1-38.0	36.1-38.0	0	1	2	3

National Early Warning Score 2 (NEWS2)

FLERPART-SAMTALE



Lege/ambulansealarm i aktuell kommune



Vakthavende lege ved nærmeste akuttsykehus eller LV-lege ved nærmeste legevaktsentral

Avklar snarest mulig om ev. oppstart av prehospital antibiotikabehandling. Ved septisk sjokk bør intrahospital lege kobles på flerpartssamtale

AVKLARING AV TRANSPORTMIDDEL OG LEVERINGSSTED



Hvis mistanke om meningitt, septisk sjokk, nekrotiserende fasciitt eller sepsis med qSOFA score ≥ 2 eller NEWS ≥ 7

Vurder transportmåte

Hvis mistanke om sepsis eller septisk sjokk prehospitalt

Gruppealarm til tverrfaglig mottaksteam ca 10 min før ankomst sykehus

Ev. varsling etter lokale prosedyrer (Triagering etter RETTS algoritme 47 i bilambulansetjenesten og ved ankomst akuttmottaket)

Endringer som gjøres:

1. Navn endres til Sepsis. Blodforgiftning er et utdatert begrep og sepsis er god nok kjent.
2. Symptomer på sepsis: Endres til mulig sepsis. Beskrivelse endres til noe språklig sett gir mer mening: symptomer og tegn til infeksjon med eller uten feber, samt nedsatt allmenntilstand
3. Hastegrad akutt: Beholdes. Hastegrad akutt kan være riktig både ved henvendelse fra publikum og helsepersonell. AMK anvender hastegraden til å prioritere varsling av ressurser. Hastegraden på videre transport fra hendelsessted besluttes av helsepersonell ved pasienten ev. i konferanse med lege, hvis ikke lege er ved pasienten. Det er rom i prosedyren til å vurdere hastegrad på transport inn senere.
4. Fjernet noen av leddene etter FMK for å gjøre flytskjemaet enklere.
5. Delt sepsis inn i tre kategorier; sjokk, sannsynlig sepsis og mulig sepsis i hhold. til Surviving sepsis campaign og hvem som skal ha AB innen 1 og 3 timer.
6. For ambulanse ønskelig med objektive mål med scoringssystemer, derfor lagt til qSOFA og NEWS score som støtte. Legger inn *både* MAP < 65 ev. sBT ≤ 90 under septisk sjokk samt hypoperfusjon. Boks med hjelpemiddel til helshetsvurdering under forklarer nøyere tegn til hypoperfusjon. Under sannsynlig og mulig sepsis legges qSOFA og/eller NEWS-verdier inn med grenseverdier i hhold. til grenseverdier ofte brukt i studier. Det står fortsatt i boksen til høyre at scoringsverktøy ikke skal brukes alene.
7. Differensiert på mengden væske som anbefales gitt.
8. Oppdatert antibiotika i hhold til anbefalinger og hva som er praktisk. Cefotaxim for sjokk, ikke Tazocin. Alle tåler ikke en dose genta, som det sto før, forbehold ved kronisk nyresvikt, polyfarmasi og eldre. Tabell for gentamicindosering inn i flytskjemaet med maksdose.
9. Endret på bokser under flytskjemaet:
 - a. SIRS er ute, NEWS har kommet inn.
 - b. Risikofaktorer er ute fordi de fleste har en eller annen risikofaktor. Det gjør heller at pasienter uten risikofaktorer overses ved sepsis.
 - c. Ny boks med hjelpemiddel til helshetsvurdering (hentet ut fra flytskjemaet)
 - d. Prehospital primærtiltak:
 - i. O2-mål justert til enklere formulering. Trenger ikke ha med at alle ikke automatisk skal ha OS ettersom O2-mål for KOLS er tatt med.
 - ii. Uricult fjernet
 - iii. Væskeinfusjon: Endret fra at alle skal ha væskestøt ettersom det står fra 5-30 min. Ikke alt må kjøres fortest mulig inn.
10. Tidsmål: Endret til 1 og 3 timer med stiplet linje som samsvarer med de tre grupperingene. Transporttid til sykehus endres fra 15 til 30 minutter og at antibiotika skal vurderes, framfor at det skal gis.
11. Side 2 flerpartssamtale:
 - a. Lagt til at intrahospital lege bør kobles på trepartssamtale ved septisk sjokk
 - b. Lagt til NEWS 2 over eller lik 7 i nest nederste boks
 - c. Legger til også ambulansebåt på avklaring av transportmiddel
 - d. Fjernet at alarm kan slås ut i akuttmottaket ettersom dette er prehospital håndtering. For intrahospitalt finnes det egne prosedyrer som ivaretar dette