

# Møtereferat



<b>Møtetittel</b>	<b>Fagråd legesamarbeid</b>				
<b>Møtenummer 14</b>		<b>Møtedato</b>	24.05.23 Kl 1300 – 15.30	<b>Sted</b>	30M12 1930 bygget St. Olavs hospital
<b>Møteleder</b>	Nina Burkeland				
<b>Møtesekretær/Referent</b>	Johan Fredrik Skomsvoll				
<b>Nettsted/Hjemmeside</b>	<a href="http://helse-midt.no">Hjem - Fagråd for legesamarbeid (helse-midt.no)</a> <a href="http://stolav.no">Legesamarbeid - St. Olavs hospital (stolav.no)</a>				

Tilstede	Faste representanter
	Jimmy Wikell, Nestleder og kommuneoverlege, Orkland.
	Lene Stene Salberg, Samhandlingsleder helse for kommunene i søndre Trøndelag/ Trondheim kommune
x	Arnfinn Seim. fastlege (og kommuneoverlege), Indre Fosen
	Christine Karlsen, fastlege, Malvik
x	Elin Mikalsen, fastlege, Tydal kommune
x	Inga Skeie Lambine, Holtålen kommune
	Ingvild Saltvedt, avdelingsjef – lege, geriatri, St. Olavs hospital
x	Kjersti Bæverfjord, seksjonsleder BUK, St. Olavs hospital
	Torbjørn Dahl, avd.sjef leger, Kirurgisk klinikk, St. Olavs hospital
x	Nina Annie Burkeland seksjonssjef Nidaros DPS (konst. leder)
X	Morten Thronæs, seksjonsoverlege Kreftkl.
x	Johan Fredrik Skomsvoll (sekretær)
	<b>Brukerrepresentanter</b>
x	Tora Rømo (St. Olav)
x	Rolf Brovold (kommuner)
	<b>Vararepresentanter</b>
	Mali Reitan (vara for Rolf Brovold)
	Cecilie Hatlenes (vara for Jimmy Wikell)
	Eriksen-Volnes, Torfinn Kirknes (vara for Morten Thronæs)
	Frode Værøy (vara for Tora Rømo)
	Elisabet Aune ( vara for Kjersti Bæverfjord)
	Hanne Ellekjær (vara for Ingvild Saltvedt)
x	Lars Gunnar Johnsen (vara for Torbjørn Dahl)
	Knut Langsrud (vara for Nina Burkeland)
	Marius Kalland (vara for Hanne Svardal Berg)
	Sverre Ørgersen (vara for Elin Mikalsen)
x	Torstein Sakshaug (vara for Christine Karlsen)

x	Torgeir Fjermestad (vara for Lene Stene Salberg)
	Niels Stagegaard (vara for Arnfinn Seim)
	<b>Observatører</b>
x	Lindy Jarosh-Von Schweder
	Tone Dorthe Sletten
	<b>Andre</b>
	Rut Naversen
	Anne Furseth

Kopi: ASU-sekretariat

Sak	Tema	Ansvarlig - Bidragsyter	Oppfølging
1	<p><b>Innkalling/referat/oppfølgingsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen merknader til innkallingen. Referat er tidligere godkjent.</li> <li>Dersom kommunene ønsker mere orientering om PORS systemet tar de dette opp med revmatologisk avdeling v/Mari Hoff.</li> <li><b>Innspill vedr kliniske ernæringsfysiologer (KEF)</b> ble gjennomgått samt svar fra klinisk service. Tiltaket blir iverksatt i klinikken vedr rekv av blodprøver og reseptforeskrivning. Det er behov for dedikert legeressurs som kan samarbeide med KEF på sykehuset. Sykehuset har KEF og noen kommuner har dette som Trondheim kommune og Fosen helse IKS. Spørsmålet er hvordan samhandlingen skal være mellom kommuner og sykehus vedr KEF tjenester, og hvordan tjenesten organiserer seg i sykehuset. Det ble foreslått å sette opp dette som tema på et eget møte</li> </ul>	Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll	Nina B/ Johan S
2	<p><b>Bedre samhandling rundt sykehjemspasienter</b></p> <p>Se vedlagte presentasjon «En pasient – to verdener - samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger <i>Romøren, Pedersen, Førde (2017)</i></p> <p><b>Sykehjemsleger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unngå innleggelse</li> <li>Begrense «plagsom» beh, overbehandling i sykehus</li> <li>Forebyggende strategier</li> <li>Press fra pårørende/ansatte</li> <li>Faglig usikkerhet vedrørende behandlingsnivå</li> <li>Ønsker dialog</li> </ul>	Elizabeth Kimbell	

### **Sykehusleger**

- Unødvendige innleggelser, sykehus feil nivå
- Starter «alltid» omfattende utredning og behandling
  - Implisitte forventninger
  - Informasjonsutfordring
- Ulike oppfatninger av ansvar for behandlingsavklaring
- Ønsker dialog

### **Hvem er sykehjemspasienten?**

- Botilbud: 27 helse- og velferdssentre
- Behandlingstilbud: 3 helsehus
  - o rehabilitering, medisinsk observasjon og behandling i overgang mellom sykehus og hjemmet
  - o korttidsplasser for hjemmeboende (avlastning mm.)
- Heterogen gruppe, men kan se like ut i en akutt sykdomssituasjon
- Innsatsnivå avhenger av pasientens skrøpelighetsnivå, basert på normaltillstand før aktuelle sykdom
- Ressursnivå i sykehjem: legetilgang, kompetanse og Utredningsmuligheter

### **Sykehjemspasientens behov**

#### **Karakteristika**

- Atypisk og diffust symptombilde
- Multifaktorielle årsakssammenhenger
- Prognose?
- Sammensatt funksjonssvikt
- Sårbarhet i overganger
  - o mye og kompleks informasjon
  - o miljøbytter/transport krevende

#### **Hva betyr det for behandling?**

- Medisinsk usikkerhet
  - Pasientsentrert inngang
  - Helhetlig tverrfaglig tilnærming
  - "Gjøre seg ferdig"
  - Planlegge framover
- Benytte clinical frailty scale (skrøpelighetsskåre)- se presentasjon

#### **"En pasient – to verdener" - hvordan skape dialog?**

- Pasientsentrert og proaktiv inngang
- Økt kunnskap om hverandre på tvers av tjenestenivåer (Helsefellesskap?)
- Kvalitet i informasjonsoverføring ved overganger:
- ◆ Grundig informasjon om pasientens normalsituasjon inn

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Detaljnivå ut (§9 forskrift om kommunal betaling for UKP)</li> <li>● problemstilling ved innleggelse avklart</li> <li>● øvrige problemstillinger som har tilkommet avklart, evt. redegjort for hvorfor dersom ikke avklart</li> <li>● klart standpunkt til diagnose og videre plan for oppfølging</li> <li>● nåværende funksjonsnivå, endring fra før innleggelse, prognose framover vurdert</li> </ul> <p>→ Tenk på at det er mulig med direkte dialog!</p> <p><b>Diskusjonsmomenter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alltid en individuell vurdering</li> <li>● Legge en tidlig plan og være proaktiv</li> <li>● Klare problemstillinger ved innleggelse (forverring ? sml med normalsituasjonen). Ved utskrivning vise til avklarte problemstillinger, er nye problemstillinger håndtert ?, diagnoser og videre plan</li> <li>● Ved komplekse pasienter – direkte dialog med medisinsk faglig kompetanse (ikke bare E-meldinger)</li> <li>● Samtale med pårørende er en del av planleggingen</li> <li>● Helseplattformen (HP) gir en tydelig gevinst ved at man se tidligere kartlegging og lese hverandres journalnotater</li> <li>● Utfordring for legevaktsleger som skal vurdere sykhjems pasienter. Har ikke samme tilgang på informasjon på kveldstid.</li> <li>● Det bør være en mal med obligatorisk punkter som fylles ut når man skal henvise. Hvis grundig utredning og basisplanlegging er gjort tidligere er det lettere å vurdere og henvise. Det fins en slik mal i HP, men er under utvikling.</li> <li>● Det burde være egne vaktleger på sykhjemmene og dette ville ha redusert antall innleggelser.</li> </ul>		
3	<p><b>Kompetansedeling: Ortogeriatr</b></p> <p><b>Lancet 2015</b>  RCT :  198 pasienter til ortogeriatrisk behandling på geriatrisk avd.  199 pasienter til standard ortopedisk behandling på ort. avd.</p> <p><b>2017 : Trondheim Orthogeriatric Project for treatment of HIP fractures (TOPHIP)</b>  Modellen fra The Lancet-artikkelen "i praksis".  Omfattende tverrfaglig geriatrisk behandling for eldre pasienter med hoftebrudd.  Ortogeriatrisk behandling på ortopedisk avdeling</p> <p><b>Målsetting:</b>  Hovedmålet for prosjektet er å utvikle et optimalt pasientforløp for hoftebruddpasienter  Mer spesifikt:</p>	Lars Gunnar Johnsen og Kjersti Opdal	

1. Utvikle et mer differensielt og personlig tilpasset pasientforløp.
2. Ha fokus på tidlig mobilisering og oppstart av rehabilitering.
3. Gi en optimal ortopedisk og geriatrikisk behandling under sykehusinnleggelsen
4. Vurder tiltakene i punkt 1-3 med fokus på effekt og justering av tiltakene.

#### **Tverrfaglig team (TOPHIP)**

Geriatr på ort. avd.100%.

Ortoped 100%.

Fysioterapeut 100%.

Ergoterapeut 60%.

Klinisk farmasøyt100% (from Fast-Track).

Sykepleiere 1,4 : pasient.

#### **Hvem er hoftebruddspasienten**

- Høy alder ( 90% over 70 år)
- Kvinner (75%)
- Skrøpelige
- Begynnende funksjonssvikt
- Falltendens
- Osteoporose
- Flere sykdommer
- Mange medisiner
- Kognitiv svikt (50% har demens, 50% får delirium)

#### **Bedre geriatrikisk utredning og behandling**

Comprehensive geriatric assessment (CGA)

Arbeidsmetode som er

*Systematisk og tverrfaglig*

Somatisk helse

Mental helse (kognisjon, psyke)

Funksjon

Sosial situasjon

**For å operasjonalisere dette er pasientforløpene delt inn i 4**

**mulige kategorier.** Disse pasientforløpene evalueres så tidlig som mulig etter innleggelse, fortrinnsvis preoperativt.

*Kategori 1. Pasienter som skal direkte hjem.*

*Kategori 2 . Pasienter som skal til spesialistrehabilitering.*

*Kategori 3. Pasienter som skal til kommunal rehabilitering.*

*Kategori 4. Pasienter som skal til sykehjem.*

#### **Diskusjon/orientering**

En rekke gevinster ved ortogeriatrisk modell for pasient, sykehus og kommune. Tverrfaglige ressurser til rett tid. Personlig tilpassning. Ikke økning i reinnleggelser.

Beskjed fra ortopedien: Alle pasienter med hoftebrudd skal belaste. Står det noe annet i epikrisen så er det feil.

*Fastleger inviteres til å hospitere ved ortopedisk avdeling.* Det gjelder alt fra operasjon, sengepost, poiklinikk. Viser også til ALIS ordningen.

**Kompetansedeling: Nasjonale pasientforløp****Avdeling for smerte og sammensatte lidelser**

Samhandling med primærhelsetjenesten (henvisninger, oppfølging i primærhelsetjenesten)

- Smerteteam for innlagte pasienter med sterke smerter
- Poliklinikk for langvarige smerter. Prøver ut «pakkeforløp»
- Poliklinikk for langvarig utmattelse uten kjent årsak inkl. CFS/ME. Prøver ut «pakkeforløp»
- Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte lidelser.
- NOMED

**Poliklinikk for langvarige smerter**

Av spesiell interesse for samhandling med primærhelsetjenesten

- Samhandlingsmøter med pasient, spesialister og pårørende, og noen ganger med NAV
- Nasjonalt pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander

**Kriterier for inngang i pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander**

Pasienter over 18 år som har hatt langvarige og sammensatte smerter i **mer enn 6 måneder**:

- uten kjent bakenforliggende årsak, eller
- grunnet kjente forhold, men der kompleksitet og vedlikeholdende faktorer har forverret tilstanden
- som ikke håndteres tilfredsstillende i kommunehelsetjenesten eller i den øvrige spesialisthelsetjenesten

Før henvisning bør pasienten være tilstrekkelig utredet og annen tilgjengelig og hensiktsmessig behandling være forsøkt.

Pasientforløpet: 2 samhandlingsmøter (videomøter) med 6 mnd imellom (spesialist, fastlege, pasient og NAV deltar). Eget tverrfaglig oppfølgingsopplegg i disse 6 mnd tilpasset den enkelte pasient. Spesialist og fastlege avklarer oppfølging som det er enighet om.

**Følgende pasienter kan henvises til vår poliklinikk for utmattelse**

- Pasienter over 18 år med alvorlig utmattelse av minst 6 måneders varighet og minimum 50 prosent reduksjon i aktivitetsnivå:
- Pasienter med alvorlig utmattelse uten kjent grunnlidelse
- Mistanke om CFS/ME der differensialdiagnostiske problemstillinger gjør det vanskelig å stille diagnosen
- Pasienter der fastlegen har stilt diagnosen CFS/ME, men der det er behov for en tverrfaglig vurdering og funksjonskartlegging i spesialisthelsetjenesten
- Dersom det ikke finnes et eget tilbud i barneavdeling bør pasienter fra 16 år inkluderes.

**NOMED prosjektet** : Kartlegging og mestringsorienterte samtaler om faktorer som opprettholder og forsterker langvarige smerter

**Hvorfor trenger vi noe annet ?**

- Opioider har dårlig effekt i slike og medfører uønskede effekter.

Petter  
Borchgrevi  
nk  
Astrid  
Woodhouse

- Oppstart av langtidsbehandling med opioider mot langvarige smerter bør i hovedsak unngås.
- IASP verdenskongress i Toronto 2022: ingen nye smertemedisiner i overskuelig fremtid
- Det nye behandlingskonseptet er et alternativ til oppstart av opioider i målgruppen.
- Det kan også være et alternativ til økning av opioiddose når pasientene presser på for dette.

Hva er **NOMED** ?:

- Et «lavterskel» opplegg for kartlegging av faktorer som kan opprettholde og forsterke langvarige smerter
- Et utgangspunkt for mestringsorientert samtaler
- NEL (legedel) og NHI.no (pasientdel)
- [NOMED behandling | smertenettverk](#)
- Bedre håndtering av pasienter med langvarige smertetilstander i allmennpraksis og i samarbeide med andre aktører
- Alternativ til opioider

**17 faktorer som forsterker og vedlikeholder smerte og som det kan intervenseres på stegvis** (se presentasjon).

På nettsidene er det både en behandler side og en pasientside

- [Langvarige smerter, ikke-medikamentell behandling - NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok \(legehandboka.no\)](#)
- [Langvarig smerte spørreskjema](#) (legehandboka.no)
- <https://www.smertenettverk.no/> (gratis tilgang)

**Behandlersiden:**

- Behandler kan hente ut spørreskjema og dele ut
- Behandler kan lese tekster på NEL.no med tips om hvordan samtaler kan legges opp.
- Filmer med pasientinformasjon ligger også her

**Diskusjonsmomenter:**

- Sjelden med opiatmisbrukere hos fastlegene. Kan ofte eskaleres hos pasienter etter operativt inngrep, og de som utvikler dette har som regel hatt et forbruk over lengre tid
- Fastlege er fornøyd med NOMED tilbudet og nettsider og anbefaler at kolleger tar dette i bruk. Det er egnet for allmennpraksis. Start med de med høyest skåre og f.eks 3 dominerende faktorer i første omgang.
- Det nasjonale pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander er vedtatt, men ikke det for langvarig utmattelse som skal piloteres.

**E-postkassen**

Torgeir Fjermestad orienterte om LDL mål sekundærprofylakse kroronar sykdom

**Det vises til det gode leserinnlegget i Tidsskriftet for Den norske legeförening januar 23:**

Forfatterne støtter de nye europeiske retningslinjene om enda lavere LDL-mål på noen pasientgrupper. Til støtte for dette bruker forfatterne bak retningslinjen blant annet den store metastudien publisert i Lancet, 2012, som inkluderer 174000 pasienter, hvorav omtrent 89000 har tidligere gjennomgått hjerte-kar sykdom (1). Studien presenterer funnene med både relativ og absolutt risikoreduksjon. I absolute tall er konklusjonen at "hos personer med 5-års risiko for større vaskulære hendelser lavere en 10%, gir hver 1 mmol reduksjon i LDL en absolutt reduksjon i større vaskulære hendelser på 11 per 1000 over 5 år ". Videre fant de at relativ risiko var mer redusert i gruppen med lavest 5-års risiko enn i gruppen med høyest.

**Innspill til Fagrådet fra Torgeir Fjermestad:** Skal LDL-målet reduseres med 0,4 mmol/L fra dagens 1,8 mmol/L betyr det ut fra denne studien at det gir en absolutt reduksjon på omtrent 5 hendelser per 1000 på 5 år, som tilsvarer 1 pasient per 1000 per år. Et tiltak med antall som må behandles på 1000 er ikke ansett å være optimal ressursbruk. Når en vet at det i det vesentlige er vi fastleger som må gjøre jobben, er det all grunn til å stille spørsmål om dette er riktig prioritering.

Som fastlege ser jeg at de fleste av mine pasienter klarer å nå dagens behandlingsmål med LDL på 1,8 mmol/L, men svært få når 1,4 mmol/L etter behandling med maks dose statiner og til tider i kombinasjon med Ezetimab. Med nytt mål på 1,4 mmol/L ligger et stort ekstraarbeid foran meg og mine fastlegekolleger. Og svært mange av pasientene må vi henvises til spesialist for vurdering PCSK9-hemmer, fordi fastleger ikke har forskrivningsrett. Hadde vi hatt forskrivningsrett, ville det likevel ha blitt et stort ekstraarbeid.

Det ligger i sakens natur at spesialister tenker at bare det beste er godt nok for deres pasientgruppe. Men prioritering er mer og mer viktig i helsevesenet, og forslaget om å senke LDL vil gi en betydelig ekstra arbeidsbelastning på et allerede hardt presset fastlegekorps. Jeg håper at Helsedirektoratet ser helheten her og ikke bidrar til å flytte LDL-målet til 1,4 mmol/L.

**Konklusjon i svaret fra Kardiolog:** Vi «demper» oss på 1.4-utsagnet i epikriser. NCS har etter mitt syn levert en klok vurdering av ESC 2021 guidelines med en viktig presisering om individuell vurdering (*«Bedømmelse og behandling av den enkelte pasienten må gjøres av legen og i lys av den aktuelle pasientens spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.»*). Så kommer vi ikke utenom at det kan være pasienter med stadig residiver og svært høy risiko hvor 1.4 klart er

Torgeir  
Fjermestad



	<p>ønskelig. Landskapet er jo også i endring, jfr. refusjonsregler for PCSK-9 hemmere og en nylig endepunktstudie med bempedoic acid (NEJM April 2023) som vil gi en billigere måte å komme lenger ned i kolesterol på – og orale PCSK-9 hemmere er i full utvikling.</p> <p><b>Diskusjon/Kommentar:</b> Hovedregel 1.8 mmol/L er LDL-mål ved sekundærprofylakse koronarsykdom. Innsatsen må stå i forhold til gevinsten. Flere medikamenter kan føre til flere bivirkninger. Det er et poeng å ikke skape unødig bekymring og uhelse hos pasientene. Det er en samlet intervensjonspakke bestående av flere elementer for å forebygge koronarsykdom.</p>		
5	<p><b>Oppsummering/avslutning/neste møte (20. sept)</b></p> <p>Oppfølging i baklandet bør være egen sak i et fagrådsmøte til høsten. Finne gode systemer for utsending/informasjondeling, hovedkanaler, bruke kommuneoverleger</p>		Nina /Johan