

Møtereferat



Møtetittel	Fagråd legesamarbeid				
Møtenummer 19		Møtedato	06.03.2024 Kl 12.30 – 15.30	Sted	30M12 1930 bygget St. Olavs hospital
Møteleder	Nina Burkeland				
Møtesekretær/Referent	Johan Fredrik Skomsvoll				
Nettsted/Hjemmeside	Hjem - Fagråd for legesamarbeid (helse-midt.no) Legesamarbeid - St. Olavs hospital (stolav.no)				

Tilstede	Faste representanter
x	Jimmy Wikell, Nestleder og kommuneoverlege, Orkland.
x	Sara Therkelsen Lundseng, kommunoerlege Trondheim kommune
x	Arnfinn Seim. fastlege (og kommuneoverlege), Indre Fosen
x	Christine Karlsen, fastlege, Malvik
x	Elin Mikalsen, fastlege, Tydal kommune
	Inga Skeie Lambine fastlege, Holtålen kommune
x	Ingvild Saltvedt, avdelingssjef – lege, geriatri, St. Olavs hospital
x	Kjersti Bæverfjord, seksjonsleder BUK, St. Olavs hospital
x	Torbjørn Dahl, avd.sjef leger, Kirurgisk klinikk, St. Olavs hospital
x	Nina Annie Burkeland, Nidaros DPS (leder)
x	Johan Fredrik Skomsvoll (sekretær)
	Brukerrepresentanter
x	Tora Rømo (St. Olav)
x	Rolf Brovold (kommuner)
	Vararepresentanter
	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)
	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)
	Torstein Sakshaug (vara for Christine Karlsen)
	Torgeir Fjermestad (vara for Sara Therkelsen Lundseng)

	Niels Stagegaard (vara for Arnfinn Seim)
	Observatører
x	Lindy Jarosh-Von Schweder
x	Anders Prestmo
	Andre
	Runar Asp- ASU sekretariat

Fagråd for legesamarbeid

Dato: 6.mars Tid: 12.30-15.30, Sted: 1930 bygget 30M12

Kl.	Sak	Tema	Ansvarlig - Bidragsyter	Tid min
12.30	1	Innkalling/Referat/oppfølgingssaker - Referat fra siste ASU møtet (6.des) - epostkassen- siste nytt - Påvirkningskanaler for Helseplattformen	Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll Jimmy Wikell	20 min 20 min
13.10-13.50	2	Suboptimal samhandling mellom primærhelsetjenesten og Akutten/ sykehuset før sykehjemspasienter og skrøpelige eldre sendes til Akutten for Ø-hjelps vurdering - Årsaker og tiltak ? - Sykehussiden vs kommunesiden	Lars Erik Laugsand	15 min presentasjon + 25 min diskusjon
13.50-14.20		Pause		
14.20-15.20	3	Ansvar for forberedelser og oppfølging etter private kirurgiske/ortopediske operasjoner - Dagens avtaler- status og implikasjoner for partene - Private sykehus og avtalespesialister Behovsvurdering for kjøp av kirurgiske og medisinske spesialisthelsetjenester - Nye kontrakter fra 2025 og mål om redusert variasjon i forbruksrater	HMN: Arnt Egil Hasfjord Sigrid Fenne Helgesen Helena Bertilsson Vigleik Jessen	30 min (15 min x2) samlet presentasjon + 30 min diskusjon/ drøfting
15.20-15.30	4	Oppsummering/avslutning (Neste møte er 24. april)	Nina Burkeland	10 min

Sak	Tema	Ansvarlig - Bidragsyter	Oppfølging
1	<p>Innkalling/referat/oppfølgingsaker</p> <p>Referat fra foregående møte i januar i fagråd for legesamarbeid er godkjent</p> <p>Referat fra ASU møtet fra 7. februar ble gjennomgått:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I forbindelse med sak om avvksmeldinger ble det foreslått å etablere e-læringskurs • Vedr antall utskrivingsklare pasienter på sykehuset er kapasiteten på korttidsplasser i kommunene en viktig faktor • Viktig å ivareta brukerperspektivet <p>Følgende saker som er innspill i forbedringspostkassen ble gjennomgått:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mail fra fastlege: Henvisninger til fys/med avvises pga manglende MR 2. Mail fra fastlege: Henvisning til tverrfaglig rehab. REHR 3. Spre informasjon om fagrådet : 4. E – meldinger/Epikriser i helseplattformen 5. Manglende svar ved henvendelse vakthavende ØNH, St. Olavs hospital 6. Listeansvar innlagte pasienter 7. Sykemelding av pasienter i behandling ved St. Olavs hospital 8. Prøvetakingsskjema, «tas hos fastlege» <p><i>Det vises til vedlagte presentasjon</i></p> <p>Diskusjonsmomenter:</p> <p>Listeansvar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke fastlegens ansvar å følge opp pasienten når pasienten er innlagt på sykehuset • Dette er tydelig uttrykt i forskrift • Det kan være en pragmatisk og fleksibel tilnærming. Hvis det er typisk/avtalte fastlegeoppgaver, kan pasienten få komme på besøk uavhengig av innleggelse. Det bør avtales med fastlegen i det konkrete tilfellet så langt som mulig. • Det kan være en utfordring at fastlegen ikke vet at pasienten er innlagt på sykehuset. Det bør være en enkel sak for sykehuset å varsle fastlegen når pasientene er innlagt (f.eks ved telefon eller via HP fra sekretær) <p>Sykemelding- i hht samarbeidsrutinen</p> <p>Legen som stiller indikasjon for sykemelding, skriver sykemeldingen</p> <p>I forbindelse med behandling på sykehus, f. eks. innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykemelding –om nødvendig helt fram til første kontroll hos fastlege, dog ikke over 8 uker.</p> <p>Tidspunkt for anbefalt kontroll angis i epikrisen. Pasienten får ansvar for å bestille kontrolltiden.</p>	<p>Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll</p>	<p>Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll</p>

<p>For pasienter som behandles langvarig (> 8 uker) på sykehus/poliklinikk og hos fastlege parallelt, bør sykemelding ivaretas av fastlegen når dette er hensiktsmessig for pasienten. Forutsetning: Fastlegen holdes løpende oppdatert om sykdomsutviklingen gjennom epikriser</p> <p>Diskusjon i fagrådet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege rådslår ved behov om sykemeldingens omfang og varighet • Pasienten bør oppfordres til å ta kontakt med fastlegen før det har gått 8 uker. Fastlegen kjenner pasienten og kan vurdere om det er mulighet for å komme i arbeid tidligere med en gradert sykemelding. Sykehusleger kan skrive kortere sykemeldinger som så følges opp av fastlege – vurderes ut fra hva som er hensiktsmessig. • Pasienten kan ta kontakt med fastlegen i forkant av sykemeldingens utløpsdato, gjerne 1 uke i forkant. <p>Prøvetakingsskjema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et gammelt skjema fra kirurgisk klinikk har dukket opp på et legekantor som har skapt noe diskusjon • Blodprøver rekv av sykehuslege kan tas på sykehusets poliklinikk og følges opp av sykehuslege • Ved lange avstander kan prøvene tas hos fastlegen (eks Fosen , Frøya, Orkland etc) • Når fastlege rekv prøver hos privat analysefirma, og sykehuset har behov for prøvesvar, så meldes svarene tilbake til sykehuslegen • Ved oppfølging av pasient etter sykehusinnleggelse eller poliklinikk setter noen fastleger opp time med en samtidig klinisk vurdering, og ikke bare bloprøvekontroll. Andre fastleger avventer med å sette opp ny time til prøvesvar foreligger (avvikende prøvesvar) • Samarbeidsrutiner åpner for flere muligheter å gjøre det på • Timer settes ofte opp innen 2 uker, men det er mulig med ½ øhjelp dersom prioriteringen tilsier dette • Kjente pasienter med kroniske tilstander kan komme på lab for blodprøvekontroll (eks revma-PORS, hud- POSH og nevro – PONS, dvs pasienstyrt oppfølging), men ukjente pasienter med nye problemstillinger krever egen time <p>Påvirkningskanaler i kommunene i forhold til innføring av Helseplattformen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hver kommune har en innføringsleder og det er en plan for kommunale tjenester • Fastleger må holde kontakt med lokal innføringsleder • Det er en regional innføringsleder i Helseplattformen • De siste 6 måneder før Go- live er viktige • Fastlegeløsningen krever fortsatt mye arbeid å ferdigstille, og vi får en orientering i neste møte i april • Pilot Øya helsehus og Vanylven 	<p>Jimmy Wikell</p>	
---	---------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> I dag benyttes mye E-meldinger for å sende informasjon mellom de ulike jopurnalsystemer 		
2	<p>Suboptimal samhandling mellom primærhelsetjenesten og Akutten/ sykehuset før sykehjemspasienter og skrøpelige eldre sendes til Akutten for Ø-hjelps vurdering</p> <ul style="list-style-type: none"> Utfordringen: Fra i dag og frem mot 2060 > 67 år: x 2 (0,6-> 1,2 mill) > 80 år: x 3 Økt satsing på å lege til rette for klare seg hjemme så lenge som mulig- hjemmebasert behandling og omsorg Lett sykdom hos funksjonsfrisk gammel kan føre til kun en mindre reduksjon i funksjonsnivå sammenlignet med hos en mere skrøpelig pasient. Skrøpelighet virker inn på funksjonen Pasienttilstrømning: Større etterspørsel og krav til Ø-hjelp har medført at det i 2022 var 32 000 pasienter innom Akutten, noe som tilsvarer en formidabel vekst på 67 % siden 2012 Fremtidens utfordringer: <ul style="list-style-type: none"> Økende etterspørsel Eldrebølgen Skrøpelige hjemmeboende eldre Færre personell pr pasient Rekrutteringsvansker til distrikt Sentralisering av tjenester <p>Løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriteringer basert på skrøpelighet Bedre samahndlig mellom nivående Unngå overbehandling <p>Clinical frailty scale (CFS)-begynn å bruk skrøpelighetsskåren</p> <ul style="list-style-type: none"> Funksjonsvurdering minst rundt to uker tilbake i tid ved en akutt hendelse når pasienten er i habitual tilstand. Alder over 65 år. Skal inn i Helseplattformen Benyttes Internt i sykehuset I overganger mellom sykehus og kommune I sykehjem og hjemmebasert behandling Mellom sykehuslege og fastlege Unngå overdiagnostikk og overbehandling Hva er behandlingsnivået/målet ? Skal pasienten legges inn? Skåre 1-5: kan legges inn i sykehus ved behov Skåre 6-7 : vurderes Skåre 8-9 : skal ikke legges inn i sykehus <p><i>For med detaljert informasjon om CFS se presentasjon</i></p> <p>Utfordringer- løsninger:</p>	Lars Erik Laugsand	



Diskusjonsmomenter:

- Yngre pasienters akutte helseproblemer kan ofte løses akuttpoliklinisk (akuttpoliklinikk 40% samlet pr i dag)
- CFS kan ikke benyttes når pasienten kommer i akuttmottaket og er forvirret grunnet sin somatiske sykdom som f.eks sepsis
- En utfordring er det også for fastlegen om man skal legge inn pasienten eller ikke - når ting ikke er avklart/tatt stilling til vedr utrednings og behandlingsnivå
- Medisinsk etiske problemstillinger kan dukke opp
- Hvor stor innsats skal gjøres vedr utredning og behandling i den aktuelle situasjonen ? Det forutsetter hat CFS er gjort i habitual tilstand
- Forventninger i befolkningen
- I NEL er det skissert hvordan man skal oppdage en akutt funksjonssvikt
- CFS skal standardiseres inn i Helseplattformen (HP). Skjema savnes nå i HP, men det kommer.
- Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre. Legen må delta i dette arbeidet.
- Fastlegen, sykehjemslegen, legevakt må se til CFS og gjøre vurderinger i den aktuelle situasjonen i forhold til CFS i habitual tilstand
- Bruken av verktøyet må forankres i helsefellesskapet. Hvordan få det implementert ?
- Er det forskjeller i behandling og oppfølging på de ulike sykehus, og mellom små og store kommuner ? Ulikt tilbud rent geografisk ?
- I alle tilfelle er det viktig med dialog med pårørende
- Forskjell på pasienter som kommunen kjenner vs de som ikke er kjent. Ønsker man videre behandling ?
- I Helseplattformen kan det ved innleggelse være HRL minus (dvs avstå fra hjerte- lungeredning), men som blir til HRL pluss når de kommer tilbake til sykehjemmet ! Dette er meldt som avvik i HP.
- Den kliniske vurderingen blir alltid viktig og legen må ta beslutningen

3	<p>Ansvar for forberedelser og oppfølging etter private kirurgiske/ortopediske operasjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagens avtaler <ul style="list-style-type: none"> • Hva inngår i dagens avtaler med private sykehus? • Hva inngår i rammeavtalene med avtalespesialistene? • Omfang • Videre oppfølging <p>Punkter til diskusjon: Private sykehus med avtale og enkelte avtalespesialister ber fastlegen om å utføre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pre-operative undersøkelser og prøver • Oppfølging etter inngrep mtp komplikasjoner • Oppfølging av medikamentell behandling <p>Det skiller mellom pasienter i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faste forløp • Pre-operative forløp • Post-operative forløp <p>Konsekvenser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekstra belastning for fastleger og sykehus. • Ekstra kostnader • Pasientforløpene <p>Omfang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er uklart om hvor stort dette omfang er • Det er uklart om hvilke aktører dette gjelder <p>Avtaler med private sykehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lab-tjenester i egen regi. • De skal i ha pre- og postoperativ oppfølging. • Videre oppfølging hos fastlege. <p>Rammeavtaler med avtalespesialistene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ingen avtalespesialister som har egne lab./eller avtale med lab-leverandør. • Det er få avtalespesialister som utfører inngrep. • Det er noen avtalespesialister som har behov for blodprøvetaking. 	Arnt Egil Hasfjord Sigrid Fenne Helgesen	

	<ul style="list-style-type: none"> • De fleste har etablerte rutiner for samarbeid med fastlege og/sykehus. <p>Videre oppfølging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det behov for å kartlegge omfanget? • Dialog om behov for endringer. • Nye avtaler fra 2025 <p>Diskusjonsmomenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastlegen får beskjed om å ta blodprøver • Legevakt kan bli bedt om å følge opp postoperativ komplikasjon – som blødning • ALERIS har en avtale med Fürst • Generelt er det 97% av pasienten som tar blodprøver hos private- både private sykehus og avtalespesialister • Ved dagkirurgiske operasjoner er det viktig at fastlegen får en kopi av epikrisen • Lite problemer etter dagkirurgi/ få som må tilbake til sykehus • Noen private sykehus har tilgjengelig operatør som kan svare på telefon og gi råd, til tross for at de ikke har avtale om døgnservice • Legevakt må kunne stille opp, akkurat som St. Olavs hospital 24/7 • Private sykehus må kunne vurdere risiko ved inngrep • Mange er fornøyde med de private tjenester som blir gitt • Egenandel eller privat kostnad • Fastlegene kan lure på hvem skal hvor ? Hvem har avtale for hva ? • Private skal stå på Helfoliste • HMN har egen liste over avtalespesialister og fagrådet har egen webside hvor det er en lenke ti listen <p>Behovsvurdering for kjøp av kirurgiske og medisinske spesialisthelsetjenester</p> <p>Nye kontrakter fra 2025 og mål om redusert variasjon i forbruksrater</p> <p><u>Nødvendige helsetjenester:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Effekt av behandlingen er godt dokumentert og det er lite eller ingen uenighet om indikasjon – eks operasjon for lårhalsbrudd eller tykktarmskreft • Hovedutfordring underforbruk <p><u>Andre helsetjenester (preferanse- og tilbudsstyrte):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilstander hvor det foreligger ulike behandlingsalternativ og hvor forbruk påvirkes av tilgjengelig tilbud • Hovedutfordring over- og feil bruk <p>Mål for behovsvurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redusere uønsket variasjon i forbruksrater i regionen <ul style="list-style-type: none"> • Påvise og fjerne behandlinger som mangler evidens for effekt • Påvise og korrigere eventuell overbehandling • Harmonisere forbruksrater mellom HF • Understøtte lik praksis/standardisering i regionen 	<p>Helena Bertilsson Vigleik Jessen</p>	
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Etterlevelse av nasjonale/regionale og lokale retningslinjer • Tilnærme omfanget av kjøp av private helsetjenester i HMN til nivået i andre regioner <p>Analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tar utgangspunkt i aktiviteten private har meldt inn til NPR • Uttrekk basert på DRG-gruppe, diagnose og prosedyre • For noen tilstander <u>underestimeres sykehusaktiviteten</u> og da har vi justert uttrekket for å få et mer rettviseende bilde. Det gjelder f. ex endoskopi, katarakt, korsbånd og tonsille. • Hensikten er at vi skal kunne gi sykehusene et faktagrunnlag som viser omfang og innhold av de tjenestene som kjøpes. • Modellen viser dette som <u>forbruksrater per 100 000 i sykehusets opptaksområde</u> <p>Behovsjustering av rater er ikke relevant på så små uttrekk som dette</p> <p>Helseforetak er lik landsgjennomsnittet</p> <p>Forutsetninger:</p> <p>HF kan ikke øke egenaktivitet opp til landssnitt</p> <p>Behovet opp til landssnitt dekkes av private</p> <p>For noen tilstander må HF redusere egenaktivitet ned til landssnitt</p> <p>Gå bort fra å kjøpe DRG-ramme uten tydelig spesifisering av innhold i HMN</p> <p><i>Det vises til vedlagte analysemodell</i></p> <p>Hva er effekten av private helsetjenester ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avlastning for sykehusene? • - eller bidrag til å drive forbruket opp? • Kortere ventelister og færre fristbrudd? • Ulik prioritering av henvisninger? • Ulik utvelgelse til kirurgi og undersøkelser? • «Fast-track» for lavt prioriterte tilstander? <p>Konsekvenser av redusert avtaler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overgang fra DRG ramme til spesifisert antall prosedyrer (lik HSØ): <ul style="list-style-type: none"> • Bedre styring og oppfølging • Tydeligere kravspesifisering • Tilnærme kjøp til nasjonal nivå <ul style="list-style-type: none"> • Vil innebære betydelig lavere volum enn i dag • Kan medføre økte ventelister og fristbrudd • For noen tilstander har sykehusene egenaktivitet over landssnitt • Rettighetsvurdering av alle tilstander hos HF <ul style="list-style-type: none"> • Forutsetning for avlastning i HF • Økt henvisningsvolum må håndteres (i en overgangsfase) • Faglig ledelse og dialog med fagmiljøene • Og hva med Helseplattformen?? <p>Spørsmål til fagråd for legesamarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Hvor mye kan egentlig avtalene reduseres?» 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • «Hvordan håndterer vi overgangen?» • Synspunkt på tilnærming og retning i arbeidet? • Informasjonsbehov? Hvem og hvordan? <p>Diskusjonsmomenter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er landsgjennomsnittet et riktig mål ? Skal det styres etter dette ? • Det fins ikke litteratur som sier hva som er et riktig forbruk • Det er både overforbruk og underforbruk • Stole på fagfolk og treffe riktige beslutninger • Type og grad av tilstand. Livstruende versus degenerative tilstander • Det blir en overgang når man skal flytte rettighetsvurderinger spesielt for klinikker med fagområder med tilstander med høyt volum • Prioriteringsdilemma • Redusere uønsket variasjon • Medisinsk evidens må legges til grunn. Faglig enighet og endret praksis 		
4	<p>Oppsummering/avslutning Neste møte er 24. april. Fastlegeløsningen i Helseplattformen blir da behandlet samt erfaringer fra pilot ved Øya legekantor. Henvisninger til spesialisert rehabilitering står også på programmet for april møtet</p>	Nina Burkeland	

--	--	--	--