

Møtereferat



Møtetittel	Fagråd legesamarbeid				
Møtenummer 15		Møtedato	20.09.23 Kl 12.30 – 15.30	Sted	30M12 1930 bygget St. Olavs hospital
Møteleder	Nina Burkeland				
Møtesekretær/Referent	Johan Fredrik Skomsvoll				
Nettsted/Hjemmesider	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
x	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 seksjonssjef Nidaros DPS (konst. leder)
x	Morten Thronæs, seksjonsoverlege Kreftkl.
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
	Tone Dorthe Sletten
	Andre
	Rut Naversen
	Anne Furseth

Kopi: ASU-sekretariat

Sak	Tema	Ansvarlig - Bidragsyter	Oppfølging
1	<p>Innkalling/referat/oppfølgingsaker Referat fra siste 2 ASU møter ble gjennomgått</p> <p>Det ble orientert om saker i epostkassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorieprøver og legesentra, innspill fra 3 legekantor • Prøvesvar i epikriser • Kurs klinisk kommunikasjon • Epikriser i helseplattformen • Atrieflimmerpoliklinikken <p>Sak om laboratorieprøver ble kort gjennomgått:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsummering av arbeidet i Fagrådet • Samarbeidsrutiner mellom fastleger og St Olavs hospital • Referat fra møte i fagråd 26.04.23 • Presentasjoner om POSH og PORS fra fagrådsmøte • Saken avsluttet i Fagråd <p>Henvendelser fra fastleger vedr prøvesvar i epikriser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende kommentar på prøvesvar i epikrise, lett å overse (mangler info om hvordan det ser ut hos mottaker) • Epikriser framstår rotete 	Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll	Nina B/ Johan S
2	<p>Behandlingstilbudet for barn og unge med spiseforstyrrelser – Kompetansedelingstema</p> <p>Se vedlagte presentasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer for henvisning til BUP i hht pakkeforløpet • Retningslinjer og prinsipper for behandling i spesialisthelsetjenesten • Punkt til refleksjon og drøfting <p>Pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og start - Helsedirektoratet <p>Henvisning og start</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved begrunnet mistanke om SF bør barn og unge bli henvist til spesialisthelsetjenesten så raskt som mulig 	Jannicke Eirin Westgaard Katrine Waalder	

- Kartlegging ved henvisende instans før henvisning sendes
- Henvisende instans må sørge for at pasient og foreldre er delaktige for å sikre god informasjonsutveksling og dialog
- Utredning i primærhelsetjenesten bør skje hos fastlegen

Henvisingen

Se pakkeforløp vedr innhold i henvisingen

- Det skal gå tydelig frem i henvisingen hva som er begrunnelsen for den
- Funn fra gjennomførte undersøkelser skal legges ved, evt ettersendes
- Henviser må vurdere hvilke tiltak som er nødvendig å sette i gang i påvente av vurdering i spesialisthelsetjenesten
- Tiltak som bør vurderes er oppfølging av måltider, reduksjon av fysisk aktivitet, og snarlig oppfølgingstime hos fastlegen
- Vurdere om ø-hjelp, uansett samtidig henvisning til pakkeforløpet

Kartleggingen

- Utredningen omfatter en generell somatisk undersøkelse, inklusive høyde og vekt og relevante blodprøver
- Vær obs på somatisk og psykiatrisk komorbiditet

For de ulike spesifikke momenter i kartleggingen – se presentasjon

Dialog med pasient og pårørende

- Barn og unge med SF trenger tydelig og klar kommunikasjon (ambivalens, alderstilpassing)
- Henvisende instans skal ved henvisning til pakkeforløp informere om og drøfte følgende med pasient og foreldre/pårørende:
 - Årsak til henvisning
 - Pas/foreldres bekymringer og ønsker om hjelp
 - Hva henvisingen innebærer, blant annet involvering av familien
 - Innhold i henvisning (pas har rett til kopi)
 - Hva som vil skje når henvisingen er mottatt
 - Tlf nr til henvisningssted
 - Info om brukerorganisasjoner
 - Ofte skam tilknyttet SF, og vanskelig å snakke om. Henviser bør derfor stille mest mulig konkrete spørsmål og knytte spørsmålene til pasientens dagligliv – vær konkret

Pakkeforløp: spesialisthelsetjenesten (BUP)

- På bakgrunn av henvisning vurderes rett til helsehjelp (prioriteringsveilederen)
- Pakkeforløpet starter når det er vurdert at pas har rett til helsehjelp
- Evt flere behov må samordnes/koordineres/prioriteres
- Pas skal møte en spesialist i løpet av pakkeforløpet, bør skje tidlig i forløpet
- Forløpstider: første fremmøte 5 virkedager v/alv tilstand, 4 uker ved mindre alv tilstand (andre frister angis i faglige nasjonale retningslinjer (AN 8 uker, alvorlig forverring 4 uker, BN 12 uker)

Familiebasert terapi (FBT) grunnprinsipper

- Familien er bærebjelken i ungdommens liv
- Tar utgangspunkt i en utviklingsforståelse
- Spiseforstyrrelsen stopper utviklingen
- For å komme «back on track» i forhold til utviklingsoppgaver, må spiseforstyrrelsens innflytelse reduseres/fjernes
- Løsning: foreldre må overta kontrollen. Denne er imidlertid heller ofte svekket grunnet bl.a.
 - Skyldfølelse hos foreldre
 - Skremmende symptomer som øker når foreldre prøver å grensesette
 - Redsel for å «gjøre vondt verre»
- Ved bedring vil kontroll gradvis tilbakeføres ungdommen

Kontraindikasjoner ?

- Et høyt konfliktnivå i familien vil som regel bedre seg når SF bedres, og er i seg selv ikke kontraindikasjon for FBT
- Ved begrunnet mistanke om uønskede hendelser eller grov omsorgssvikt som pårørende har vært ansvarlig for, bør ikke ansvarlig pårørende samarbeide om behandlingen
- Foreldre som nekter å ta imot FBT på tross av god informasjon?
- Unge >16 år som ikke vil ha FBT?

Kan som regel overbevises av foreldre og helsepersonell om at de trenger hjelp av foreldrene

Samarbeid BUP- fastleger/Henviser

- Pakkeforløp og nasjonale retningslinjer vektlegger viktigheten av samarbeid
- [Behandling og oppfølging – Helsedirektoratet](#) (pakkeforløp, «Behandling og oppfølging»)
- [Samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#) (nasjonale retningslinjer)

For de ulike momenter på vei inn, underveis og i avslutning av pakkeforløpet – se presentasjon

Diskusjonsmomenter:

- Spiseforstyrrelse er en alvorlig tilstand og ved henvisning har BUP fokus på å unngå forsinkelse.
- Fastleger er kontinuitetsbærere og noen steder er det mangel på fastleger og dette kan påvirke oppfølgingen.
- Det kan være en lav prevalens av spiseforstyrrelser i en allmennpraksis og dermed får man mindre erfaring.
- Det er mange andre aktører som er viktige i kommunehelsetjenesten (eks helsesøster/skolehelsetjenesten). Foreldrene er også en del av behandlingsteamet
- Tidlig avklaring i BUP for å fange opp dem som trenger behandling/oppfølging
- BUP har vakttelefon på dagtid som er betjent spesialist/overlege
- E-melding kan benyttes.

	<ul style="list-style-type: none"> • HelsaMi gir muligheter. Kan nettsider benyttes for informasjon • NEL kan benyttes 		
3	<p>Helseplattformen (HP)- kompetansedelingstema Se presentasjon Erfaringer fra Øya legesenter. Se vedlagte presentasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunalt legesenter i Trondheim sentrum. • Fastlønn. • Kommunalt sørge for-ansvar: • Studenter / D-nummer / turister • Korte egne pasientlister <ul style="list-style-type: none"> • Go Live 7 mai 2022 • System X → Helseplattformen • Opplæring etter Epic modell • Support <p>Melder HP til statsforvalteren - driver ikke forsvarlig praksis. Endrer planene for løsningen som videreutvikles</p> <p>Den første tiden var brutal. Leger og sekretærer klarer ikke å utføre jobben sin godt eller raskt nok. Tekniske problemer, feks meldinger og SM til NAV.</p> <p>Problem med tilganger, visning av informasjon - mest problem med e-meldinger og økonomi. Vanskelig å stole på systemet - virker det? Dobbeltarbeid for å dobbeltsjekke. Siden TK først ut kom flere problemer fra sidelinjen som ingen hadde forutsett. Hva gjør egentlig Helseplattformen så vanskelig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komplekst system • utfordringer på flere områder • Resignasjon blant kollegaene <p>16 mnd etter Golive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mye basal funksjonalitet virker • Nytt brukergrenssnitt etter oppstart • Kan følge pasienter gjennom kommunale løp og sykehusløp <p>Hva er bra ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deling av informasjon - felles journal • Kan følge forløp og se planer • Samhandling med pasient <p>Hva blir bedre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppdatering september 2023 	Bjarne Austad	

- Hyperdrive?
- Taksting og økonomi
- Kalibrering av funksjonalitet
- Forenkling
- Visuell layout - skrelling

Bekymringer

1. Tar lang tid å endre systemet
2. *Til tross for vilje fra HP, faste møtepunkter, enige om retningen og dyktige programmerere*
3. Omstendighet og dokumentasjonsmengde virker å sitte i "DNA'et" til Epic
4. Usikkerhet på om ett system faktisk KAN dekke så mange ulike brukerbehov
5. Design og brukervennlighet

Hva skal til?

- Betydelig forenkling: spesialtilpasses fetslegers bruk
- Intuitive arbeidsflyter (spesielt inBasket), færre valgmuligheter
- Oversikt (inkludert løpebnde journal)
- Rgenskapsløsning
- E-meldinger

Diskusjonsmomenter:

- Allmennleger bruker mye fritekst og strukturerte data er vanskeligere.
- EKG/spirometri fungerer, men krever forenkling
- Medikamenthåndteringen har blitt bedre (automatisk sluttdato på resepter har blitt endret), komplette legemiddellister
- Kan lese i sykehusnotater og vice versa.
- Hvem har tilgang til hva ?/»knuse glass»
- Videokonsultasjoner fungerer godt
- Behov for generelt å kutte ned valgmuligheter og forenkle

Fastlegeløsningen

Gjennomgang av historikk og tidslinje. Se vedlagte presentasjon
Hva skal til for å lykkes ? Vi må tilby fastlegene et produkt de ønsker å bruke

- Brukervennlig
- Opplæring/support
- Tillit

Hva gjør vi ?

Produktutvikling

- Planlagt forbedring og utvikling
- Nytt produktspor med mål om radikalt fornyet løsning

Pilot Vanylven legesenter

Thorleif
Jansen

- Teknisk innføring
- Opplæring og support

Orientering om piloter: Øya legesenter og Vanylven legesenter og andre piloter- i en tidlinje

Produktutvikling langs to spor

- Planlagt forbedring og utvikling
- Nytt produktspor/Ny Epic løsning

Planlagt utvikling og forbedring:

- Forbedringer rulles ut til piloter og Trondheim legevakt
- May23-oppgradering planlagt for september
- Viktig for næringsdrivende leger: Forbedringer i økonomi- og faktureringsmodulen
- Ny klient: Hyperdrive

Testing av forbedring hos pilotbrukere

Ny fastlegeløsning for allmennleger i Europa

- Ny Epic Fastlegeløsning for Europa - Utviklet i samarbeid med norske fastleger
- Intensivt arbeid med Epic-utviklere og designere
- Brukerfokusert og designdrevet, med involvering av UX-designere og brukere

Hva er «det nye» vi forsøker å gjøre ?

- Gode arbeidsprosesser
- Fokus på brukervennlighet -UX design

Sluttbrukere- HP- EPIC

Gode arbeidsprosesser «lukker gapet» mellom Epic og HP

- Grundig innsiktsarbeid for å kartlegge brukerbehov
- All design forankres i brukerbehovene og med fagekspertene
- Designprosessen er transparent og tydelig beskrevet i alle ledd «Feedback review cycles»

UX-designere er spesialister på brukeropplevelse

UX designeren ska forstå brukerens behov og «oversetter» dette behovt til et brukervennlig produkt

Produktutviklingen er en iterativ prosess

Løsningen tas til markedet når den vurderes som god nok av brukerne. Etter det vil løsningen fortsatt videreutvikles.

Diskusjonsmomenter:

- HP er ikke bare en journalløsning, men også en samhandlingsløsning. Implementering vil da ta lenger tid.
- Viktig med dybdeinnsikt for få forstå brukerbehov og designe en brukervennlig løsning
- Noen fastleger benytter hele HP
- Understøtte gode arbeidsflyter
- Videreutvikling og support
- Utfordringer er knyttet til HP ressurser og prioriteringer
- Forventningsstyring

- Nye gevinster er knyttet til siste oppdateringer
- Fastlegene må få god informasjon fremover om hvor man er i prosessen og mere opplæring
- Vanskelig å svare eksakt på hvor lang tid det vil ta å utvikle løsningen til et ferdig produkt

Valg av e-meldingstype. Viser til vedlagte presentasjon

Nasjonal standard for eMeldinger – NHN

- Basismeldinger
- PLOmeldinger
- Dailogmeldinger

Epikrise

- Helsepersonelloven §45a, tredje ledd:
 - «Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte.»
- Epikrise v 1.2 - Standard for epikrisemelding
 - Epikrisemelding: Sammenstilling av «informasjon om hendelsen», diagnoser, kritisk info, notatfelt, legemidler

Dialogmelding: Kun «ren tekst»

Helseplattformen

- Dialogmelding opprettes vha brevfunksjonaliteten «Letters» i Helseplattformen
- Epikrisemelding opprettes vha en skjema-bygger slik at nødvendig informasjon blir sammenstilt

Tilbakemelding fra enkelte fastleger

- Enkelte fastleger strever med å finne dialogmeldinger

Bruk av epikrisemelding i Helseplattformen

- Etter sykehusopphold (polikliniske besøk, dagopphold, døgnopphold)
 - *Direktoratet for ehelse 01.02.23: Det skal være en epikrise per innleggelse, men denne kan suppleres og sendes som revidert (endret) epikrise.*
- Etter en poliklinisk behandlingsserie

Gunvor
Langebrekk
e Eikeland

- MDT- møte

Svar på henvisning med «råd til henviser

Hva sier direktoratet for e-helse:

«En henvisning besvares med Status på henvisning. Meldingen har et fritekstfelt. Enkle råd kan gis her.

Hvis dere ønsker å sende mer faglige råd i tillegg, kan det stå i Status på henvisning at råd om videre oppfølging sendes i egen melding. Da kan dere bruke Forespørsel og svar på forespørsel.

Begge meldingene må ha referanse til den opprinnelige henvisningen.»

«Råd til henviser» sendes i dag som dialogmeldinger fra St.Olavs hospital.

Vurdering av prøvesvar med lang svartid

- Vurdering av prøvesvar» sendes i dag ut som dialogmeldinger fra Helseplattformen
- Direktoratet for e-helse anbefaler at dette bør sendes som revidert epikrise. De angir at en slik epikrisen skal være komplett og inneholde all informasjon fra den opprinnelige epikrisen bør være med.
- Utfordring:
 - Revidert epikrise med all informasjon fra oppholdet virker unødvendig tungvint ved korte tilbakemeldinger som «Cervix cyt viser uspesifikke forandringer, anbefaler kontroll om et år. Pasient informert om selv å ta kontakt med egen lege»
 - Helseplattformens funksjonalitet for å sende revidert epikrise er elendig
 - Saken ble diskutert i IT utvalget i legeföreningen i juni. Tilbakemeldingen derfra var at en full revidert epikrise også kan være tungvint for mottaker i og med at det ikke alltid er lett huske om en har lest epikrisen før.
- Forslag: Fortsette å sende «vurdering av prøvesvar» som dialogmeldinger

Utfordringer

- Kommunikasjon til fastleger og avtalespesialister
- Kunne vi sammen blitt enige om en kommunikasjonsstrategi ?

	<p>Diskusjonsmomenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er litt mange dialogmeldinger • Fastleger får av og til epikrise som dialogmelding. Må da printe ut og scanne inn som epikrise. • Lengre journalnotater (f eks knyttet til komplekse pasienter) sendes som epikriser Ulike trdisjoner for bruk av E-meldinger • Kommer meldingene frem ? • Behov for å vurdere lokale og regionale retningslinjer/prosedyrer i forhold til nasjonal standard • <i>Lokal retningslinje under arbeid som kan presenteres og drøftes i et senere møte i fagerådet</i> 		<p>Gunvor Langebr ekke Eikeland</p>
<p>4</p>	<p>TIA poliklinikken</p> <p>Bakgrunn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fullt akuttmottak • Opprettet akuttpoliklinikk i mottak • Poliklinifisering • Trenger ikke å legges inn • Lav risiko for slag i oppfølgingstiden (observasjonsdata inntil 1 år etter TIA episoden) <p>(60% av pasientene legges fortsatt inn)</p> <p>Poliklinisk tilbud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Åpen mandag til fredag (ikke helg) • Henvvisning innen 24t/48 t • Telefon bakvakt slagenhet (ved tvil ring BV) • Slaglege med tilsynsfunksjon • Start ASA 300 mg prehospitalt • Settes opp på poliklinikk neste dag for utredningspakke • Klinisk us, EKG, telemetri, blodprøver, UL halskar, MR caput (< 24t), ECHO, utvider rytmeregistrering? <p>Siden oppstart mai 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. halvår ~ 60 pasienter ○ Av disse ca 75% endte opp med TIA-diagnoser ○ 40% av totalt antall TIA-diagnoser <p>REK-godkjenning: <i>Er akutt poliklinisk håndtering av pasienter med transitorisk iskemisk anfall (TIA) like sikkert og effektivt som innleggelse?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sammenligne poliklinikk vs. innleggelse – utvide tilbudet? > 40%? <p>HDIR: Polikliniske tilbud eller dagtilbud som gir like god og sikker behandling ved TIA, er antakelig bare gjennomførbart på steder med stort volum. Der et slikt tilbud er etablert og fungerer godt, kan det kontinueres <i>da rask poliklinisk tilbud eller dagtilbud gir de samme gunstige behandlingsresultater som innleggelse -</i></p> <p>Diskusjonsmomenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viktig at de på LV kjenner tilbudet • AMK bør informere vakthavende lege om det polikliniske tilbudet og rutiner • Benytte NEL 	<p>Fredrik Ildstad</p>	

5	Oppsummering/avslutning/neste møte (25.oktober)	Nina Burkeland	