

# Møtereferat



<b>Møtetittel</b>	<b>Fagråd legesamarbeid</b>				
<b>Møtenummer 18</b>		<b>Møtedato</b>	24.01.2024 Kl 12.30 – 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
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, Nidaros DPS (leder)
x	Johan Fredrik Skomsvoll (sekretær)
	<b>Brukerrepresentanter</b>
	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)
	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)
	<b>Observatører</b>
	Lindy Jarosh-Von Schweder
x	Anders Prestmo
	<b>Andre</b>
	Anne Furseth
	Runar Asp- ASU sekretariat

### Fagråd for legesamarbeid

Dato: 24. januar Tid: 12.30-15.30, Sted: 1930 bygget 30M12

Kl.	Sak	Tema	Ansvarlig - Bidragsyter	Tid min
12.30	1	<b>Innkalling/Referat/oppfølgingsaker</b> - Referat fra siste ASU møtet (6.des) - epostkassen- siste nytt - postmottak i kommuner - nye nettsider St. Olavs hospital	Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll	20 min
12.50-13.50	2	<b>Rettighetsvurderinger av henvisninger innen fagområder med kapasitetsutfordringer</b>  <b>Private leverandørers rett til rettighetsvurdering av gastroenterologiske endoskopier</b>	Marit Fagerli Brit Kari Stene Anders Prestmo  Helena Bertilsson Sunniva Rognerud Kristin Matre Aasarød	15 min presentasjon + 25 min drøfting (totalt 40 min)  20 min presentasjon og diskusjon
13.50-14.10		<b>Pause</b>		
14.10-14.50	3	<b>Utkast til ny plan for legetjenesten i Trondheim kommune</b>	Tove Røstad Hanne Christine Lundemo	20 min presentasjon + 20 min drøfting
14.55-15.25	4	<b>Kurside i klinisk kommunikasjon</b>	Harald Sundby	15 min presentasjon + 15 min drøfting
15.25-15.30	5	<b>Oppsummering/avslutning</b> <b>(Neste møte er 6.mars 2024)</b>	Nina Burkeland	5 min

Sak	Tema	Ansvarlig - Bidragsyter	Oppfølging
1	<p><b>Innkalling/referat/oppfølgingsaker</b></p> <p>Referat fra siste ASU møtet (6.des) ble gjennomgått.</p> <p><b>Innspill i epostkassen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mail fra fastlege: Henvisninger til fys/med avvises pga manglende MR</li> <li>2. Mail fra fastlege: Henvisning til tverrfaglig rehab. REHR</li> <li>3. Mail fra fastlege: Råd fra BUP om å sykemelde mor når barnet har anorexi?</li> <li>4. Spre informasjon om fagrådet</li> <li>5. Kurs i klinisk kommunikasjon</li> <li>6. E – meldinger/Epikriser i helseplattformen</li> <li>7. Manglende svar ved henvendelse vakthavende ØNH</li> </ol> <p>Disse ble gjennomgått, hvordan de er svart ut så langt og hva som er i videre prosess. Det vises til vedlagte presentasjon.</p> <p><i>Diskusjonsmomenter:</i></p> <p>Rehabiliteringstilbudet må sees i relasjon til prioriteringsveiledere (som skal revideres) og kapasitet. Kommunenes rehabiliteringstilbud må vurderes nærmere. NAV har sitt eget reglement. Det pågår et arbeid i HMN og det foreligger en ny behovsvurdering. Tilbudet skal bedres og flere pasienter får et tilbud.</p>	<p>Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll</p>	<p>Nina Burkeland/ Johan Skomsvoll</p>
2	<p><b>Rettighetsvurderinger av henvisninger innen fagområder med kapasitetsutfordringer</b></p> <p><i>Bakgrunn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klage fra en fastlege</li> <li>• Avslag på henvisning i spesialisthelsetjenesten pga «kapasitetsproblemer». Veiledes i å henvise pasienten til avtalespesialist</li> <li>• Problem: Fastlegen får avslått henvisning i retur</li> <li>• Dersom fastlegen er uenig i avslaget, anmodes vedkommende om å sende henvisning til avtalespesialist. Standardskriv.</li> <li>• Dersom sykehuslegen som vurderer henvisningen mener det er riktig at pasienten sendes til avtalespesialist, legges dette til som et tillegg i standardskrivet ved retur av henvisningen.</li> </ul> <p><i>Rettighetsvurdering og veiledning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innenfor lovverket er det riktig å vurdere henvisningen og angi om pas har rett til helsehjelp eller ikke</li> <li>• I de tilfellene vi ikke har kapasitet bes fastlegen henvise pasienten videre til avtalespesialist (Øye)</li> <li>• Dersom vi avviser henvisning og sender standardskrivet «ikke rett til helsehjelp» blir dette</li> </ul>	<p>Marit Fagerli</p> <p>Brit Kari Stene</p>	

	<p>feil. Derfor settes det ofte på et tillegg der fastlegen anmodes om å sende henvisningen til avtalespesialist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avtalespesialist – tar selv imot henvisninger. Avtalespesialister koordineres gjennom HMN, øyeavd har ikke oversikt over ventetider hos den enkelte og videresender vanligvis ikke direkte</li> </ul> <p><i>Hvorfor er det kapasitetsutfordringer</i> Øyefaget har høyt pasientvolum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øyeavdelingen St. Olavs har ca 35 000 konsultasjoner årlig, ca 25 % er nyhenviste (9000)</li> <li>• Mange nyhenvistesamt pasienter i forløp</li> <li>• Øyehelsetjenesten er bygget opp med flere avtalespesialister som kan sile ut hvilke pasienter som trenger å komme til en sykehusavdeling, de har i St Olavs opptaksområde 53 000 konsultasjoner årlig. Av dem er ca 30 % nyhenvistepasienter (18000)</li> <li>• Øyeblikkelig hjelp, mistanke om netthinneløsning, øyeskader er eksempler på tilstander som må henvises til en sykehusavdeling</li> </ul> <p><i>Til diskusjon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskrepans mellom lovverkets krav og det sykehuset har kapasitet til etter dagens modell</li> <li>• Hvordan bør vi vurdere henvisninger – rettighetsvurdere og gi råd? Eller avvise og gi råd? Hva blir egentlig mest riktig juridisk – det er vel også noe av diskusjonen her?</li> <li>• Hvordan er det mest riktig å håndtere de henvisningene som sykehuset mener burde vært rettet til avtalespesialist. Videresende fra sykehuset (mot regelverket) eller returnere til fastlegen for ny henvisning til avtalespesialist (i beste fall selvimotsigende).</li> </ul> <p><i>Forslag til tiltak</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informerende brev til fastleger? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor ofte? Årlig?</li> </ul> </li> <li>• Ordlyden i avslagsbrevet endres. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva mener dere skal være med?</li> </ul> </li> <li>• Felles henvisningsmottak: 30 000 henvisninger Øye og ca 20 000 ØNH</li> </ul> <p>Per i dag ligger det ikke til rette for å organisere dette.</p> <p><b>Avtalespesialistordningen</b> Det ble gitt en generell orientering om ordningen med vekt på:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Rammeverk</li> <li>II. Avtalepartnere</li> <li>III. Hvem er vi</li> </ol> <p>Det vises til egen presentasjon. Det bemerkes at avtalespesialister er en del av den offentlige helsetjenesten</p>	<p>Anders Prestmo</p>	
--	--	-----------------------	--

<p><i>Diskusjonsmomenter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlegen henviser etter behov. Erfarne fastleger kjenner ventetider og kan tilpasse</li> <li>• Hvordan gjør man det ellers i landet ? (Helse Vest har etablert felles henvisningsmottak innen øyefaget)</li> <li>• Rydde og lage kjøreregler. Ulike prinsipper. I noen tilfeller styres det av markedskreftene.</li> <li>• Avtalespesialister har ikke rett til å gjøre rettighetsvurderinger</li> <li>• Grunnet taushetsplikten er det ikke lov å videresende henvisning fra fastlege direkte til avtalespesialist. Henvisningen må returneres til fastlegen</li> <li>• En løsning kan være å innhente samtykke fra pasient for deretter å videresende henvisningen til avtalespesialist</li> <li>• Pr i dag er det ikke mulig å etablere et felles henvisningsmottak vedr øye og ØNH grunnet manglende legekapasitet og høyt volum.</li> <li>• Barneklubben sender direkte videre henvisninger, men har et lavere volum</li> <li>• Det er en viss grad av selvbestemmelsesrett for pasienter og geografien må legges til grunn.</li> <li>• Det er oversikt over avtalespesialister og deres kapasitet/ventetider på HMN sine hjemmesider. Tilgang også via fagrådets hjemmesider</li> <li>• En ting er ordlyd i standardbrev, noe annet er kapasitet. Hva er konsekvensene ? Det viktigste for pasientene er at de får like god behandling både på sykehus og hos avtalespesialister</li> </ul> <p><b>Oppsummert:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikken tar en runde internt på sykehuset for å diskutere innspillene.</li> <li>• Vi skal jobbe med ordlyden i brev som sendes ut.</li> <li>• Vi kan også sende ut informasjonsbrev til fastleger via fagrådets nettverk.</li> <li>• Når det gjelder felles henvisningsmottak er det prematurt, men vi skal følge nøye med på erfaringer fra andre regioner og andre fagområder.</li> <li>• Det vil være naturlig at fagrådet blir informert når vi har gjennomført tiltakene</li> </ul> <p><b>Private leverandørers rett til rettighetsvurdering av gastroenterologiske endoskopier</b></p> <p><i>Bakgrunn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lav verdi undersøkelse (undersøkelse som pasienten har liten nytte av) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastroskopi &lt;55 år</li> <li>• Internasjonale tiltak</li> </ul> </li> <li>• Nasjonale tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOR (Norsk Operativ gruppe for Revurdering) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytte, ressursbruk, volum</li> </ul> </li> <li>• HSØ- prosjekt</li> </ul> </li> </ul>	<p>Helena Bertilsson</p> <p>Sunniva Rognerud</p> <p>Kristin Matre Aasarød</p>	<p>Marit Fagerli/ Klinikken</p>
--	---	-------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduksjon av prosedyren i eget HF (Vestfold, Østfold, Telemark)</li> <li>• Regionale tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduserer kjøp fra private leverandører</li> <li>• Lik rettighetsvurdering av henvisninger fra fastleger</li> <li>• Informasjon om reduksjon av gastroskopi hos pasienter &lt;55 år.</li> </ul> </li> </ul> <p>Det vises til presentasjon vedr forbrukstall av gastroskopi og resultater for 2023</p> <p><i>Rettighetsvurdering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse Midt kan delegere rettighetsvurderingen av henvisninger til private leverandører av helsetjenester</li> <li>• Denne rettighet tas bort fra 1/9 2024</li> <li>• Konsekvenser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisningene rettighetsvurderes i HFene</li> </ul> </li> <li>• Mål <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justering av forbruk og lik rettighetsvurdering.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Konsekvenser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5000 henvisninger endoskopi/år til avtalespesialister og private leverandører</li> <li>• Målsetning frem til 1/9-2024 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduksjon av uønsket variasjon og forbruk av en lav verdi undersøkelse</li> <li>• Informasjon i regionalt fagdirektørmøte</li> <li>• Informasjon til fastleger</li> <li>• Hva trengs for å justere forbruket?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Diskusjonsmomenter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisningene må rettighetsvurderes i HF</li> <li>• 1 overlege sitter fulltid med vurderinger ved St. Olavs hospital.</li> <li>• Det kommer 200 ekstra henvisninger pr uke (overtidsarbeid)</li> <li>• Må benytte sekretærer i større grad for grovsiling av henvisninger</li> <li>• Helseforsikringer og markedsorientert utvikling påvirker situasjonen</li> <li>• Innsatsstyrt finansiering (DRG) og private aktører påvirker totalbildet</li> <li>• Man skyver på indikasjonen for gastroskopi og det klinisk viktige må prioriteres</li> <li>• Medisinsk faglige vurderte råd og medisinsk risiko legges til grunn</li> <li>• Redusere uønsket variasjon og redusere volum av lav verdi- undersøkelse</li> </ul>		
3	<p><b>Utkast til ny plan for legetjenesten i Trondheim kommune</b></p> <p><i>Mål med utkast til ny plan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det overordnede målet med planen er at de samlede tiltakene skal føre til at Trondheim kommune har en tilgjengelig legetjeneste som møter innbyggernes behov for legetjenester.</li> </ul>	Tove Røsstad	Hanne Christine Lundemo

<p><u>For å oppnå dette skal tiltaksplan for legetjenesten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● sikre at alle som bor i Trondheim har mulighet for fastlege i kommunen</li> <li>● sikre helsemessig beredskap</li> <li>● bidra til gode og likeverdige helse- og velferdstjenester og barne- og familietjenester</li> <li>● bidra til at legetjenestene i Trondheim er en tydelig samarbeidspartner både innen kommunen og utad med spesialisthelsetjenesten og utdannings- og forskningssektoren</li> <li>● være et godt grunnlag for beslutninger i politiske og administrative prosesser knyttet til utvikling av tjenestene</li> </ul> <p>Det vises til presentasjonen vedr utfordringsbildet vedr utviklingstrender, fastlege og legevakt, allmennlegetjenesten</p> <p><i>Utkast til ny plan foreslår:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tiltak for å øke takten i rekruttering av nye fastleger</li> <li>● tiltak for virksomheter med rekrutteringsutfordringer</li> <li>● fortsatt mulighet for fritak for øvrig allmennmedisinsk arbeid</li> <li>● tiltak for å styrke kompetanse for fastleger, særlig i legevakt eller andre allmennmedisinske deltidsstillinger</li> <li>● tiltak for å styrke kapasitet i sykehjem</li> <li>● tiltak for tettere samarbeid om fagutvikling og kvalitet mellom kommunen og fastlegene (samhandlingsstilling)</li> <li>● tettere samarbeid med NTNU/ St Olavs hospital om undervisning, hospitering og fagutvikling</li> <li>● samarbeid om spesifikk pasientgrupper (geriatri, psyk, digital hjemmeoppfølging kron tilstander)</li> </ul> <p><i>Forslag til tiltak- 1.prio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Etableringstilskudd ved opprettelse av nye legesentre</li> <li>● Etablere stillinger som veiledere i allmennmedisin</li> <li>● Etablere deltidsstilling ved hvert legekontor (samhandling/ informasjonsdeling)</li> <li>● Opprettholde mulighet for fritak av kommunal deltidsstilling</li> <li>● Øke antall leger sykehjem i henhold til tidligere vedtatt norm</li> <li>● Innspill til andre 1. pri (samhandlings) tiltak?</li> </ul> <p><i>Øvrige tiltak fastleger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Stimuleringstilskudd til små legesentre som utvider til minimum 5 leger</li> <li>● Opprette nytt kommunalt legesenter sør i byen.</li> <li>● Tiltak dersom ikke omsatt fastlegeavtale 12 mnd etter oppsigelse</li> <li>● Fortsatt tilby ALIS - avtaler for alle fastleger med næringsdrift</li> <li>● Kompetansetilskudd for næringsdrivende leger</li> <li>● Etablere samarbeid og dialog om bruk av kvalitetsindikatorer og kvalitetssystemer ved de enkelte legesentrene (jf samhandlingsstillingene)</li> </ul>		
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospiteringsmuligheter ved helsehus</li> <li>● Reetablere og utvikle ordning for digital hjemmeoppfølging ved KOLS, hjertesvikt og diabetes</li> </ul> <p>For øvrig vises til presentasjonen vedr andre tiltak knyttet til legevakt og samarbeid med NTNU</p> <p><i>Diskusjonsmomenter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Distriktskommuner fisker i samme dam som storkommune vedr rekruttering av fastleger</li> <li>● Rammevilkår for fastleger må løftes til et høyere nivå. Ulike nivå på lønnsnivå i kommuner</li> <li>● Mange leger forsvinner ut i private tjenester</li> <li>● Unødvendige innleggelser på St. Olavs hospital fører til et dårlige tilbud for andre kommuner. Viktig med god dialog/kontakt mellom fastleger/legevakt og akuttmottak/bakvakter på sykehuset</li> <li>● Viktig å støtte tiltak som fører til bedre løsninger for sykehuset. Det er en presset lokalsykehusfunksjon.</li> <li>● Det er ønskelig med en høyere kapasitet innen LIS1. Ber HMN følge opp dette</li> <li>● Få på plass en mal for en god omsorg i kommunene for de som er i terminal fasen</li> <li>● Bedre geriatrikompetansen: kurs, flere læringsmål i utdanningen/spesialiseringen, felles bakvakt, enda bedre tverrfaglig samhandling</li> </ul>		HMN
4	<p><b>Kurside i klinisk kommunikasjon</b></p> <p><i>Det vises til eget notat vedlagt om kurskonseptet.</i></p> <p>Vi er Faggruppe i klinisk kommunikasjon i Norsk Forening for Allmenntilleggsmedisin (NFA). Vi har et ønske om å utforske kommunikasjonsutfordringene og - mulighetene i tverrfaglig samarbeid. Vi tror det finnes et potensial for å bygge opp dette som en tydeligere del av faget klinisk kommunikasjon, ved å strukturere og konkretisere denne kompetansen. Et hovedfokus må være å gjøre den mer pasientsentrert. Vi ønsker å starte i Trøndelag, da det her allerede foreligger strukturer, nettverk og praksis for fagutviklingen. En slik fagutvikling må rimeligvis gjøres i et samarbeid mellom 1. og 2. linje, og baseres på en felles forståelse av problematikken. Det må opprettes felles arenaer for dialog og kompetanseøving og - heving.</p> <p>Vi har ønske om å utvikle et kurskonsept, der leger fra 1. og 2. linje deltar likestilt. Kurset må rigges mest mulig konkret. Vi mener at et godt utgangspunkt er vår felles håndtering av såkalte MUPS pasienter: medisinske uforklarte symptomer og plager:</p> <p>Dette er en uensartet gruppe, som har det til felles at god helsehjelp i særlig grad krever godt samarbeid helseaktører imellom. Der dette ofte svikter. De blir «kasteballpasienter»,</p>	Harald Sundby	



	<p>noe som ofte kan gi negativ helsegevinst. Forutsetning for mer hensiktsmessig håndtering er forbedret klinisk kommunikasjon og felles forståelse på alle nivåer.</p> <p><i>Våre konkrete tanker om et slikt kurs:</i></p> <p>Kurset må gå over to dager, og etableres som emnekurs for fastleger. Vi må også sikre deltakelse fra relevante og dedikerte sykehusleger. Dermed bør vi ha med representanter fra pasientorganisasjoner. Antall deltakere anslår vi til max. 30 otalt sett. Altså 10 -12 leger fra hver leir, og 5 -10 fra pasient-gruppene.</p> <p><i>Diskusjonsmomenter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere et pilotkurs med nødvendige læringsmål som dekker behov både på fastlegesiden og for sykehusleger</li> <li>• Ordne med godkjenning for rammer og kursets innhold samt finansiering</li> <li>• <u>Fagrådet støtter ideen for et kurs i klinisk kommunikasjon</u></li> <li>• For videre konkret planlegging kontaktes DNLF/Sør-Trøndelag legeförening</li> </ul>		Harald Sundby
5	<b>Oppsummering/avslutning (Neste møte er 6.mars 2024)</b>	Nina Burkeland	