



## Samhandlingsutvalg for fastleger - SUFF

Møtoreferat 26.april 2016

Tuneteknikeren - Møterom 353 kl. 13-15

Tilstede= V      Ikke til stede= \*

Fastleger			Sykehuset / kommuner		
Fredrikstad region	Bjørn-Tore Martinussen	V	SØ	Einar Gløersen	V
Sarpsborg region	Knut Gløersen	V	SØ	Odd Petter Nilsen	V
Moss region	Jens Lind-Larsen	V	Kommuneoverlege	Silje Bruland Lavoll	V
Halden region	Petter Brelin	*	Kommuneoverlege	Anne Kristine Nitter	V
Indre Østfold region	Heike Simensen	V	Praksiskoordinator	Benny Adelved	V

### Referat

#### Sak 3-16 - Systematisk arbeid for utvikling av helsetjenester i Østfold. Saksbehandlingsrutiner for endringsforslag inkl. SUFF

For å sikre en ryddig og god saksbehandling av saker til SUFF har praksiskonsulentene (PKO = praksiskonsulentordningen) utarbeidet et forslag til «Systematisk arbeid for utvikling av helsetjenester i Østfold» som tar hensyn til partenes perspektiv og handlingsrom i saksutredninger.

Samhandling mellom fastleger og HF med pasienten i sentrum er vidstrakt og til tider abstrakt. For å konkretisere samhandling på enkelte pasientnivå har vi valgt å legge prioriteringsveiledere fra HelseDirektoratet til grunn. Prioriteringsveiledere konkretiserer de punkter som det skal samhandles om på diagnosnivå. Slik vil alle nye forslag om endring/forbedring (innovasjon) kunne *evalueres* i hht innholdet i aktuelle prioriteringsveiledere. For å kvalitetssikre selve *evalueringen*, bør PKO bruke samme analyseverktøy fra sak til sak. ([vedlegg 1](#))

#### **Vedtak:**

SUFF ønsker at denne metodikken brukes ved saksutredning for utvalget.

#### Sak 4-16 - EKG på legekantoret

**Bakgrunn:** Henvisninger til sykehusets hjerteseksjon mangler fra tid til annen aktuelt EKG. Det kan forsinke og / eller bidra til feil rettighetsvurdering på sykehuset. Enkelte fastlegekontor har ikke/ønsker ikke å ha/bruke EKG-apparat.

**Drøfting:** Det er ikke et uttalt krav om at fastleger skal ha EKG-apparat på sitt kontor, men plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, tilsier at tilgang til å ta og tyde EKG er viktig for forsvarlig praksis.

Prioriteringsveiledere for hjertekar sykdommer angir bl.a. EKG som nødvendig for å vurdere pasientens rett til behandling. Men samme prioriteringsveiledere spesifiserer andre punkter som kan kreve telefonisk konferering med HF-spesialist i forkant av henvisning til sykehus



## Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

### Utvalgets anbefaling:

- Samhandlingsutvalg for fastleger anbefaler at fastlegene skal ha tilgang til og bruke EKG-apparat på sitt kontor for å sikre optimal samhandling med sykehuset. Det bidrar til økt pasientsikkerhet og god samhandling.
- Konfereringsmuligheter med kardiolog på telefon må forbedres og bli forutsigbar slik at fastleger har enkel tilgang til kollegaveiledning vedrørende aktuelle problemstillinger.

### **Sak 5-16 - Konferansetelefon ved øyeblikkelig hjelp-innleggelser av pasienter med indremedisinske problemstillinger**

SUFF behandlet saken under møtet den 12 jan 2016 og anbefalte: «Prinsippet ved konferansetelefon ved ø-hjelpsinnleggelser i indremedisin bør fortsette.

Telefonen må da bemannes av erfarne spesialister /leger med respekt og forståelse for fastlegenes tid, faglige vurdering/ståsted og handlingsalternativer.

Sykehuslegens hovedfokus ved konfereringen bør være å hjelpe en kollega i håndtering av en akutt pasient ved å avklare om vurdering av pasient i akuttmottaket er påkrevet eller om pasienten kan få behandling / vurdering på annet sted / til annen tid: F.eks. ø-hjelpspoliklinikk neste dag, der pasienten bor, KAD eller annet tiltak.»

**Aktuelt:** Denne konferansetelefonen har nå vært i bruk i 4 mnd. og praksiskonsulentene har gjort en ny Questback-undersøkelse blant Østfold fastleger (Meningsutveksling 2016-01) om hvordan de opplevde denne tjenesten nå vedr: *Raskt svar, faglig utbytte, løsningsorientert dialog, ivaretagelse av pasientens behov* og sykehuslegens *oversikt over fastlegenes handlingsrom og alternative muligheter*.

**Resultat av spørreundersøkelsen:** Sammenlignet med forrige undersøkelse (Meningsutveksling 2015-02) mener fastlegers at *pasientens behov* ivaretas i uforandret nivå (ca. 85 %). Men *Raskt svar, faglig utbytte, løsningsorientert dialog*, skårer noe dårligere enn før (ca. 70 %) og på samme nivå som *oversikt over fastlegenes handlingsrom og alternative muligheter*.

### Utvalgets anbefaling:

- Indremedisin må øke fokus på opplæring i «konferanse-rollen» og sikre raskere tilgjengelighet.
- Begge parter må opptre ryddig og høflig i telefon.

### **Sak 6-16 - Kollegakonferering for ikke-akutte problemstillinger**

Indremedisinsk avdeling har konfereringstelefon 929 96 999 med innvalg. En velfungerende konfereringstelefon er en kilde til kompetansedeling, felles forståelse og forutsetning for bedre samhandling. Det er derfor viktig at ordningen fungerer tilfredsstillende.

Enkelte seksjoner har kapasitetsutfordringer og lav svarprosent. Det gjelder i første rekke kardiologi og hematologi. Dette er gjenstand for stor frustrasjon blant kollegene i allmennmedisin.

### **Fra drøftingen:**

- Indremedisinsk avdeling har nå mer ressurser til å håndtere disse telefonene (kardiologi) og vil bedre rutiner og opplæring
- Kan man ha et system for tilbake-ringing hvis telefonen ikke kan besvares? – ikke mulig ennå, men kanskje på sikt.
- Hva med telefon-tid? - Kan være aktuelt, men helst ikke



## Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

### **Utvalgets anbefaling:**

Kollegakonferering av et svært viktig tiltak for kompetansedeling, felles forståelse og bedre samhandling. Den må fungere. Som følge av forbedret ressurser på kardiologisk avdeling avventer vi med andre tiltak i 2 måneder. Telefontrafikk og svarprosent for de enkelte innvalg følges ukentlig.

### **Sak 7-16 - Bedre epikriser**

Innholdet i epikrisen er av avgjørende betydning for kvaliteten av pasientbehandling/ - oppfølging etter sykehusopphold. Fastlegene beskriver dårlig epikrisekvalitet/utydelige epikriser som det største problemet i samhandlingen med sykehuset. Sykehusledelsen ønsker økt fokus på bedre kvalitet i henvisninger og epikriser. Praksiskonsulentene arbeider med henvisningskvalitet i fastlegeportalen.

**Utvalgets anbefaling:** Det nedsettes en gruppe av sykehusleger og fastleger (PKO) som skal definere epikriseinnhold og epikrisestruktur som sikrer tydelige ansvarsforhold, medikamentoversikt/endringer og oppfølging av pasient. Avdelingssjef indremedisinsk avdeling innkaller til møte.

### **Sak 8-16 - Blæreskylling kronisk interstitiell cystitt i kommunehelsetjenesten (KAD/legekontor)**

I dag utføres slikt på urologisk poliklinikk, men det anses ikke som en spesialistoppgave. Pr. i dag får 17 pasienter slik behandling. De betaler vanlig egenandel for besøk i spesialisthelsetjenesten. En overføring til primærhelsetjenesten medfører en årlig kostnad på ca. kr. 13 500,- for hver pasient i gjennomsnitt. Et lavt antall pasienter medfører lite mengdetrening for hver fastlege. Det er ikke utstyr for dette på legekontoret. Overføring til KAD-enhetene gir samme kostnad til pasientene, større pasientgrunnlag pr. enhet, men det er vanskelig med elektiv behandling i en akutenhet.

### **Fra drøftingen:**

- Dagens refusjonsordning gir uønsket økonomisk belastning på pasientene. Dette veier tungt
- KAD-enheten og legekontorene er ikke tilrettelagt for slik elektiv behandling

### **Utvalgets anbefaling:**

Blæreskylling ved kronisk interstitiell cystitt bør, med dagens finansieringsordning, fortsatt gis på sykehuset.

### **Sak 9-16 - Øyeblikkelig hjelp-timer tidlig på dagen på legekontorene?**

Pasientstrøm til akuttmottaket (AKMO) i SØ er høyest ca. kl. 12-17. Det har kanskje sammenheng med at fastlegene har ø.hjelps-timer etter lunsj / på slutten av arbeidsdagen.

Er en del av løsningen på bedre flyt i AKMO at fastleger i større grad legger sine ø.hjelpstimer tidlig på dagen?

### **Fra drøftingen:**

- Pasienter som trenger innleggelse i sykehus kommer sjelden tidlig på dagen. Det vil i praksis ikke medføre tidligere ankomst til akuttmottaket selv om ø-hjelps-timene legges tidlig på dagen.
- De som har ø-hjelps-timer på morgenen opplever at de i stor grad ikke benyttes av de pasienter som er aktuelle for innleggelse via akuttmottak.



## Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

- Ø-hjelpspasienter på legekantoret kan, der det er forsvarlig, henvises til time/oppmøte på sykehuset dagen etter.

### **Utvalgets anbefaling:**

- Det er lite trolig at tilbud om ø-hjelps-timer på legekantorene vil benyttes av pasienter som vil trenge henvisning til akuttmottaket på sykehuset.
- Det anbefales likevel å ha åpning i avtaleboken tidlig på dagen. Dels fordi enkelte aktuelle pasienter kan benytte dette og dels fordi enkelte pasienter som ringer sent på dagen kan benytte timen neste morgen.

**Sak 10-16 - Ringing av sterkt avvikende prøvesvar fra lab på SØ kveld og helg** - saken ble utsatt

### **Evt. SUFF selv-evaluering /midtveisrapport**

I følge mandat fra ADMS, skal det legges frem en selv-evaluering/rapport etter halvparten av mandatperioden. Møtedeltakere ble oppfordret til refleksjoner under møtet og til den kommende rapporten som skal presenteres etter sommeren.

### **Fra drøftingen:**

- Det er viktigere å komme med gode råd i flere saker enn å påta seg å løse de saker SUFF blir rådspurt om.



# Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

## Vedlegg 1 : Analyseverktøy /sjekkliste<sup>1</sup> for PKO i Østfold

### Faktorer knyttet til sosio-politiske konteksten

1. Pasientens vilje til å samarbeide/akseptere innovasjonen
2. I hvilken grad pasienten er klar over de helsemessige fordelene av innovasjon
3. Pasientens tvil om helsepersonell kompetanse og kompetanse i forhold til innovasjon
4. Finansiell byrden av innovasjon pålagt pasienten (f. eks ingen forsikring )
5. Pasientens ubehag (fysiske eller psykiske) som et resultat av innovasjons
6. I hvilken grad innovasjons prosedyrer passer inn i eksisterende regler, forskrifter og regelverk

### Faktorer knyttet til organiseringen

7. Beslutningsprosesser og rutiner i organisasjonen: top-down eller bottom-up / deltakende
8. Hierarkisk struktur: i hvilken grad beslutningsprosessen er formalisert gjennom hierarkiske prosedyrer
9. Formell støtte fra ledelsen til å integrere innovasjon i organisatoriske retningslinjer
10. Organisasjons størrelse (antall ansatte): stor, middels størrelse, liten
11. Funksjon (oppgaveorientert) versus Produkt (resultatorientert)
12. Forholdet til andre avdelinger eller organisasjoner: introvert eller ekstrovert
13. Samarbeidets art mellom avdelingene involvert i innovasjons
14. Personal gjennomstrømming: høy, middels, lav
15. Dimensjonering av personell i organisasjonen eller avdeling som implementerer innovasjon
16. Dimensjonering av kompetanse, i forhold til innovasjon i organisasjonen eller avdeling
17. Logistikk prosedyrer knyttet til innovasjon, f.eks logistiske problemer i planlegging pasienter
18. Antall potensielle brukere skal nås: mange, mange

### Faktorer knyttet til å vedta person / bruker / helsepersonell

19. Støtte fra / til kolleger i gjennomføringen av innovasjon
20. Støtte fra / til andre helsearbeidere i gjennomføringen av innovasjon
21. Støtte fra / til sine veiledere i avdeling / organisasjon med hensyn til gjennomføringen av innovasjon
22. Støtte fra / til høyere ledelse i organisasjonen med hensyn til gjennomføringen av innovasjon
23. I hvilken grad andre kolleger implementerer innovasjon (modellering)
24. hvilken grad helsepersonell har de ferdighetene som trengs for å gjennomføre innovasjon
25. hvilken grad helsepersonell har den kunnskapen som trengs for å gjennomføre innovasjon
26. Self-efficacy: Tro på nødvendig holdningsendring som trengs for å implementere innovasjon
27. Grad av eierskapsfølelse over innovasjon hos av helsepersonell
28. I hvilken grad passer innovasjon i det som helsepersonell oppfatter som sin oppgave
29. I hvilken grad forventer helsepersonell at pasienten vil samarbeide i innovasjon
30. I hvilken grad forventer helsepersonell at pasienten vil være fornøyd med innovasjon
31. I hvilken grad forventer helsepersonell utsettes for arbeidsrelatert stress
32. I hvilken grad motstrider helsepersonalets mål for med hensyn til innovasjon
33. hvilken grad har helsepersonell etiske problemer med innovasjon

### Faktorer knyttet til innovasjon

34. I hvilken grad foreligger det klare prosedyrer / retningslinjer for innovasjon
35. Kompatibilitet: i hvilken grad innovasjon oppfattes som forenlig med eksisterende arbeidsprosedyrer
36. Etterprøving: i hvilken grad innovasjon kan etterprøves
37. Relativ fordel: I hvilken grad innovasjon oppfattes som en fordel
38. Synlighet: i hvilken grad er resultatene av innovasjoner synlige/åpenbare for helsepersonell
39. I hvilken grad er det attraktivt å implementere innovasjon
40. I hvilken grad forventes innovasjon å ha merverdi for pasienter.
41. I hvilken grad innebærer innovasjon risiko for pasienter i forhold til eksisterende situasjon
42. Hyppighet av bruk for innovasjon: høy, lav

### Faktorer knyttet til fasiliteter som trengs for å gjennomføre innovasjon

43. Økonomiske ressurser stilles til rådighet for gjennomføring av innovasjon
44. Refusjon for helsepersonells / organisasjoner for å forenkle ekstra innsats i å implementere innovasjon
45. Andre ressurser gjort tilgjengelig for gjennomføring av innovasjon (f.eks utstyr, håndbøker)
46. Administrativ støtte tilgjengelig for brukerne (helsepersonell) av gjennomføringen
47. Tid tilgjengelig for å implementere innovasjon
48. Finnes det personal med koordinerende ansvar for implementering av innovasjon i organisasjonen / avdelingen?
49. Er helsepersonell involvert i utviklingsprosessen av innovasjon
50. Opinionsledere som påvirker andres meninger i organisasjonen eller avdeling (ikke koordinator)

<sup>1</sup> [Fleuren et. al.](#) *International Journal for Quality in Health Care* 2004; Volume 16, Number 2: pp. 107–123 10.1093/intqhc/mzh030