



Deres ref.:

Vår ref.:

Dato:
29.04.2019



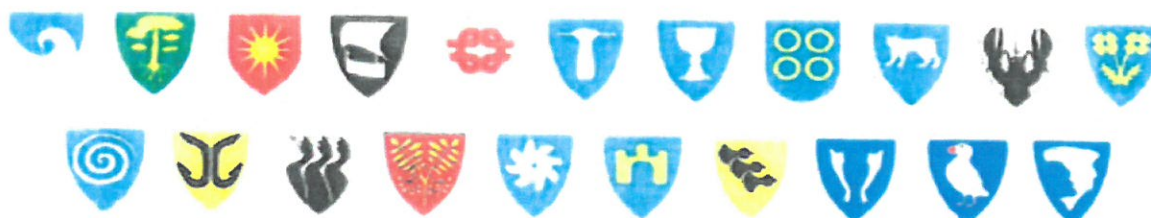
MØTEINNKALLING FASTLEGERÅDET

Dato : 16.09.2019

Sted : Nordlandssykehuset, adm. Bodø – møterom G26 og G27

Tidspunkt: 10:30 – 14:15

Forfall til møtet meldes så snart som råd til: steinar.pleym.pedersen@nlsh.no -tlf.91597550.



Innkalte

Kjartan Koi, Overlege Kirurgisk/ortopedisk klinikk	
Terje Tollåli, Avdelingsoverlege Medisinsk klinikk	
Harald Stordahl, Klinikksjef AKUM	
Kristin Nygård-Odeh, overlege psykisk helse- og rusklinikken	
Tonje Hansen, Fagsjef	
Magnus Fosen Skoglund, praksiskonsulent Vesterålen	F
Katalin Nyeste, Fastlege Øksnes	
Ingebjørn Bleidvin, Fastlege/K-overlege Hadsel	F
Martin Larsen Dragset, K-overlege Hadsel	
Stefan Kjelling, Fastlege/K-overlege Bodø	
Stefan Bringsli, Fastlege Fauske	
Knut Marius Olsen, Fastlege Vågan	
Øydis Hana, Fastlege Vestvågøy	
Andre:	
Trond Solem – sak 21/19	

Sakskart:

- 19/19 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 20/19 Godkjenning av referat fra møtet 24.04.19
- 21/19 Syketransportordningen – avklaring av ansvarsforhold - spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- 22/19 Tjenesteavtale nr. 12 – Tilsetting av turnusleger – revidering.
- 23/19 Ansvar for pasienter som venter på transport til innleggelse for tvungen observasjon – sak meldt fra fastlegene i Vestvågøy
- 24/19 Innspill fra fastlegene i Bodø kommune
- 25/19 Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området (ansvars- og oppgavefordeling)
- 26/19 Referater

Sakskart:

Saksnr.	Saksfremstilling
19/19	Godkjenning av innkalling og saksliste Det vises til innkalling og saksliste. Forslag til vedtak: 1. Innkalling og saksliste godkjennes
20/19	Godkjenning av referat fra møtet 24.04.19

	Det vises til utsendt referat fra møtet 24.04.19. Referatet vedlegges. Forslag til vedtak: 1. Referatet fra møtet 24.04.19 godkjennes.
21/19	Syketransportordningen – avklaring av ansvarsforhold spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten Saksbehandler: Trond Solem, seksjonsleder Pasientreiser. Fra tid til annen kommer det henvendelser knyttet til pasientreiser og hvem som skal utstede reiserekvisisjon. Fra Doc-map siteres: Ved reise i forbindelse med førstegangsbehandling og poliklinikk i spesialisthelsetjenesten utsteder behandler i primærhelsetjenesten rekvisisjon. Ved de påfølgende behandlingene er behandlingsstedet ansvarlig for utstedelse av rekvisisjon. • Ved henvisning videre til annet nivå i spesialisthelsetjenesten er det behandler i spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for utstedelse av rekvisisjon. • Ved reise til røntgen, laboratorium og lignende skal henvisende behandler rekvirere tur/retur. • Behandlere har mulighet til å utstede serierekvisisjoner ut inneværende og neste kalendermåned. Dato og evt. klokkeslett for behandling må legges inn i rekvisisjonen. • Bruk av papirrekvisisjon/andre rekvisisjonsformer: Under særskilte omstendigheter som for eksempel nedetid i NISSY kan behandler bruke papirrekvisisjon eller gjøre avtale med pasientreisekontoret om bruk av andre rekvisisjonsformer (telefon/faks). Trond Solem vil delta på møtet og svare på ulike spørsmål knyttet til pasientreiser. Forslag til vedtak: 1. Fastlegerådet anmoder både primær- og spesialisthelsetjenesten å følge de rutiner som er etablert for pasientreiser.
22/19	Tjenesteavtale nr. 12 – Tilsetting av turnusleger – revidering.

*Orienteringssak. Saken er egentlig ment for Overordnet samarbeidsorgan (OSO), men en vurderer det slik at tilsettingsprosedyrene, og sikkerhet for at tilsettingene skjer på adekvat vis, også har interesse for FLR.
I forslaget til vedtak, anbefaler FLR at det oppnevnes en kommunekoordinator fra vertskommunene.*

Det vises her særlig til forslaget om å opprette en kommunekoordinator.

Vedlagt gjeldene tjenesteavtale nr. 12. Den er lik for alle kommuner.

Redigert avtale/ny avtale vedlegges også.

I forbindelse med revidering av Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtalene i 2018, ble ikke tjenesteavtale nr 12 berørt.

Ny forskrift for spesialistutdanning for leger ble publisert 9. desember 2016.

Rundskriv 1-2/2019 «Spesialistforskriften med kommentarer» regulerer også arbeidet med tilsetting av LIS 1.

Turnuslegebetegnelsen er «tatt ut» og nu er korrekt tittel LIS 1.

I denne saken inviteres OSO til å videreføre gjeldende tjenesteavtale, dog med noen justeringer.

Den er endret i forhold til korrekt benevnelse; altså fra turnuslege til LIS 1.

Det foreslås også en presisering hva angår kommunekoordinators rolle/funksjon i tilsettingsutvalg og oppfølging av arbeidet der.

Særskilt om kobling av stillinger i utdanningens første del:

Det vises til Spesialistforskriften og til Rundskriv I-2/2019 om samme, § 13.

Kommunen og helseforetaket/sykehuset skal samarbeide om å lyse ut stillinger koblet, slik at den som ansettes får gjennomført hele utdanningens første del innenfor en utlyst stilling. Helsedirektoratet kan pålegge helseforetak, sykehus og kommuner å lyse ut koblede stillinger. Stillingene i sykehuset og kommunen er to ulike ansettelsesforhold. Stillingene kan kobles på en av følgende måter:

- a) Søkeren ansettes samtidig i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak, og i en stilling i en bestemt kommune.
- b) Søkeren ansettes først i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak. Søkeren gis deretter til ansettelse i en av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider

med. Søkeren skal ansettes i kommunen i rimelig tid før tjenesten der er planlagt påbegynt.

Nordlandssykehuset HF ønsker/anbefaler at pkt b nyttes som prosedyre. Det er for øvrig også i tråd med Hdirs anbefaling da det gir betydelig mer fleksibilitet enn a). Punkt b) er også benyttet til nu.

Kommunekontakt/kommuneordinator

I henhold til tjenesteavtalen pkt 6.2 om behandling av søknadene skal det opprettes et innstillingsutvalg med representant for kommunen/kommuneordinator.

Innstillingsarbeidet er krevende da det er svært mange søknader som skal gjennomgås.

Erfaringene til nu er at kommunerepresentanten/koordinatoren i for liten grad har tatt en aktiv rolle i utvalget.

Nordlandssykehuset ønsker at OSO bidrar slik at det oppnevnes en kommuneordinator for hver region. Kommunene vil således kunne sikres bedre innflytelse på tilsettingsprosedyren, og ikke minst oppfølging av LIS 1 legene før tiltredelse. For eksempel vil situasjoner knyttet til permisjoner, utsettelse på tiltredelse o.a kunne bli bedre ivaretatt enn tilfellet har vært til nu.

Et forslag kan være at kommunekoordinatoren rekrutteres i vertskommunen og det anbefales at denne har kunnskap/erfaring i forhold til tilsettingsarbeid.

Mht til LIS-tjenestens innhold/læringsmål så berøres ikke dette i saken, da avtalen begrenses til prosedyren knyttet til utlysning/tilsetting.

Arbeidsgiver/arbeidstakerforholdet reguleres av annen avtale.

Er OSO enig i at revideringen ikke medfører vesentlige endringer i prosedyren som følges, mener Nordlandssykehuset at det ikke er nødvendig med egen behandling i K-styrene/Bystyret og styret for Nordlandssykehuset.

Det betraktes mer som en redaksjonell endring som følge av en ny forskrift.

Mener OSO vesentlige andre forhold i avtalen bør endres, vil en anbefale at det opprettes et eget KSU som får i mandat å utarbeide nytt forslag til Tjenesteavtale 12 etter de innsigelser som fremkommer i OSO-møtet.

Forslag til

vedtak:

	1. FLR viser til Tjenesteavtale nr 12 og forslag til revidert utgave av samme avtale. 2. FLR ber om at hver region oppnevner en kommunekoordinator for tiltredelse i innstillingsutvalget. FLR anbefaler at koordinator rekrutteres fra vertskommunene.
23/19	Ansvar for pasienter som venter på transport til innleggelse for tvungen observasjon Fra fastlegene i Vestvågøy har vi fått følgende innspill: Vi har pr. tiden store lokale utfordringer. Mange tvangsinnleggelser, og uenigheter rundt hvor pas skal være i påvente av transport. Problemstillingen er kjent og har aktualitet både i Vågan og i kommunene i Vesterålen. Det har vært dialog om denne saken over ganske lang tid. Både Fylkeslegen i Nordland og Helsedirektoratet har vært/er involvert. Nordlandssykehuset vil ultimo september drøfte saken med Hadsel kommune, som er vertskommune for den interkommunale legevakta. Kommunene i Lofoten vil bli invitert til tilsvarende møte i oktober. Det vedlegges brev fra Helsedirektoratet datert 22.10.18 og 14.6.19. I brevet datert 14.6.19 side 2 2. avsnitt fremkommer en opplysning om praksis i Finnmarkssykehuset Hammerfest. Denne opplysningen beror på en misforståelse, da slikt tilbud ikke gis ved sykehuset. Muntlig redegjørelse for status i saken legges fram i møtet. Forslag til vedtak: 1. Fastlegerådet tar saken til orientering og ber om å bli holdt oppdatert på videre status i saken.
24/19	Saker fra Fastleger i Bodø Berørte klinikker vil drøfte innspillene i møtet. Stefan Kjelling, K-overlege i Bodø har på vegne av sine kolleger sendt inn dette:

- Hvem følger opp revmatologiske kontrollprøver (og for så vidt innen andre fagfelt også)? I mange tilfeller, f.eks revmatolog, får fastlegen mellom linjene ansvaret for blodprøvekontrollene, mens pasienten fortsatt har kontrolltimer hos sykehuslege med jevne mellomrom (som også har ansvaret for behandlingen). Det burde være tydeligere når ansvaret overføres til fastlegen, slik at det fra spesialist foreligger en klar plan for hvem som har ansvar, grenseverdier, tiltak ved unormal utvikling, når spesialist bør involveres igjen, etc.

- Det samme med psykofarmaka-speil for psykiatrien. Burde være tydeliggjort i epikrise – f.eks escitalopramspeil - hvor ofte skal det tas, og på hvilke pasienter? Hva er veien videre når medikamentell behandling ikke fungerer? Hva er neste medikamentelle alternativ? Altså lengre og tydeligere planer, og et klarere definert ansvar for behandlingen.

- Sykehuslegers bruk av fastlege og fastlegens hjelpepersonell (som har mer enn nok med å håndtere interne bestillinger):

- Jeg fikk nettopp tilbakemelding fra en fastlege om at en pasient som hadde vært til epikutantest på hud.pol hadde kommet på time hos FL for å få avlest dette. Pas hadde med et brev fra hud.pol der det står at svaret fra avlesningen må sendes til hud.pol. Legen følte seg usikker på hvordan dette gjøres. Vi mener at sykehuslegene selv må ta ansvaret for tolkning og oppfølging av prøver de bestiller.

- Etter henvisning til sykehuset er det blitt normen at pasientene får en blodprøverekvisisjon og beskjed om å ta prøver hos «DIN fastlege» (sitat innkalling fra RSSO). I tillegg prøver på sykehuslab samme dag som sykehuslege time. Normaltariffen legger nå også opp til dette («blodprøvetaking bestilt av ekstern rekvirent»).

Jeg mener sykehuslab har som ansvarsområde å ta prøver bestilt av sykehuslege. Det er vel heller ingen egenandel for pasientene ved kun blodprøver?

Sniker sykehuset seg unna dette ansvaret og samtidig påfører pasient og fastleger utgifter?

Hvor kan vi sette foten ned hvis denne bruken bare øker på?

Terskelen for å godta oppgaveoverføring vil alltid være høyere hos sykehusnære fastleger, slik som i Bodø. Når det gjelder prøver bestilt av sykehuset kunne en allikevel ha en felles praksis i hele sykehusregionen ; at pasienten får velge om han drar til sykehuslab eller fastlegelab. «Pasientens helsevesen» og alt det der. Ihht lovverket kan vel ikke sykehuslab'en nekte pasienter å ta prøver der om de er bestilt av lege ved samme sykehus?

Nordlandssykehuset takker for viktige innspill, og berørte klinikker vil i møtet drøfte løsninger/forbedringer med Fastlegerådet.

Forslag til

	vedtak: 1. Fastlegerådet enes om følgende praksis knyttet til: a) b) c) osv
25/19	Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området (ansvars- og oppgavefordeling) Vi har mottatt dette fra UNN: Vedlagt er forslag til normgivende samarbeidsrutiner for fastleger og sykehusleger i UNN-området. Dokumentet er utarbeidet av Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) 2-2018, etter mandat fra Overordnet samarbeidsorgan (OSO). KSU-et er sammensatt av legerepresentanter fra både kommunene og UNN. Forslaget sendes på høring i helseforetaksområdet, samt til andre som kan ha interesse av og ønske om å gi innspill. Det er viktig å sikre at høringen når bredt ut i legemiljøene. Vi ber derfor Fastlegerådets regionale representanter, og representantene fra vertskommunene for lokalsykehusene, videresende til fastleger i sitt område. Kommuneoverlegene må også gjerne bidra til spredning blant fastleger i egen kommune. Klinikksjefene i UNN bes videresende til leger i egen klinikk. Det er et omfattende, og viktig arbeid, som er utført. Fastlegerådet Nordlandssykehuset anmodes om gå gjennom forslaget og vurdere om det er noe vi skal «adoptere» og evt. sende ut på høring i vårt ansvarsområdet. Fastlegeråde kan også på selvstendig grunnlag gi UNN høringssinnspill. Forslag til vedtak: 1. Fastlegerådet ønsker at Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger, slik de er utarbeidet for UNN-området vurderes for bruk i Nordlandssykehusets ansvarsområde 2. Fastlegerådet er kjent med at rutinene er sendt ut på bred høring, og vil avvente høringssvarene, og evt. endringer som følge av disse, før en sender ut forslaget i eget ansvarsområde.
26/19	Referater 1. Program seminaret «Samfunnssikkerhet og beredskapsutfordringer respekterer ikke grenser – 17.10.19

	2. Helse og omsorgslederforum i Vesterålen – Zoledronsyrebehandling i kommunene
--	---



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

Samhandlingsavdelingen



Deres ref.:

Vår ref.:

Dato:
26..04.19



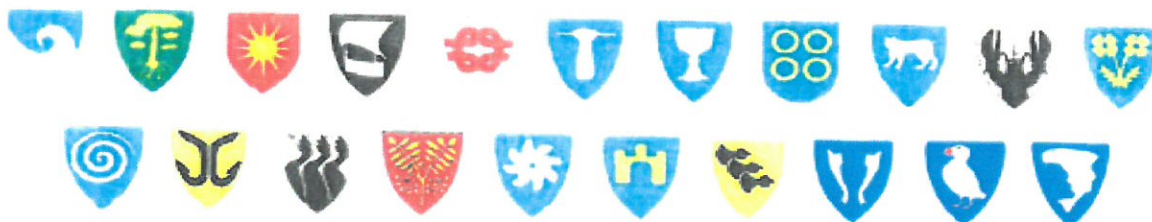
REFERAT FASTLEGERÅDET

Dato : 24.04.2019

Sted : Nordlandssykehuset Bodø

Tidspunkt: 10:30 – 14:00

Innkalte



Kjartan Koi, Overlege Kirurgisk/ortopedisk klinikk	
Terje Tollåli, Avdelingsoverlege Medisinsk klinikk	Forfall
Harald Stordahl, Kliniksjeff AKUM	Forfall
Kristin Nygård-Odeh, overlege Psykisk helse- og rusklinikken	Forfall
Tonje Hansen, Fagsjef	F
Beate Sørslett, medisinsk direktør	
Magnus Fosen Skoglund, praksiskonsulent Vesterålen	M
Katalin Nyeste, Fastlege Øksnes	M
Ingebjørn Bleidvin, Fastlege/K-overlege Hadsel	Permisjon
Martin Larsen Dragset, Fastlege/K-overlege Hadsel	M
Stefan Kjelling, Fastlege/K-overlege Bodø	M
Stefan Bringsli, Fastlege Fauske	Forfall
Knut Marius Olsen, Fastlege Vågan	M
Øydis Hana, Fastlege Vestvågøy	M
Andre:	
Janne Martinsen, sak 15/19, Kristoffer Endresen, Sandra Åsheim, Hans Erling Simonsen sak 11/19	

Saker:

- 7/19 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 8/19 Godkjenning av referat fra møtet 9.1.19
- 9/19 Valg av leder – Fastlegerådet
- 10/19 Fastlegerådet ved Nordlandssykehuset – medlemmenes forventninger, arbeidsform og fokusområder
- 11/19 Hepatitt C – etablere samarbeid med kommunene om diagnostikk og behandling
- 12/19 Forslag henvisningsmal ortopedi
- 13/19 Billediagnostiske undersøkelser – beskrivelser - UTSATT
- 14/19 Mulig Zometabehandling i kommunene
- 15/19 Ansvarsavklaringer – akuttmedisinforordningen/tjenesteavtale nr 11
- 16/19 Eventuelt – generell informasjonsutveksling. Saker som FLR ønsker å se på fremover
- 17/19 Møteplan videre 2019 - UTSATT
- 18/19 Referater

Sakskart:

Saksnr.	Saksfremstilling
7/19	Godkjenning av innkalling og saksliste
	Enstemmig
	vedtak:
	1. Innkalling og saksliste godkjennes.
8/19	Godkjenning av referat fra møtet 9.1.19
	Enstemmig
	vedtak:

	1. Referatet godkjennes.
9/19	Valg av leder – Fastlegerådet Enstemmig vedtak: 1. Magnus Fosen Skoglund velges til leder av Fastlegerådet. 2. Fastlegerådet er inforstått med hans permisjonstid høst 2019 og vil se på «vikarordning» i neste møte.
10/19	Fastlegerådet ved Nordlandssykehuset – medlemmenes forventninger, arbeidsform og fokusområder Saken ble ikke eksplisitt drøftet, men fastlegerådet drøftet litt omkring møtets innhold og form. Det ble gitt uttrykk for at møtet videreføres slik det er etablert hva angår saksbehandling og møtegjennomføring.
11/19	Hepatitt C – diagnostikk og behandling Enstemmig vedtak: 1. Fastlegerådet gir ros til det forarbeidet som er gjort mht iverksetting av nytt behandlingsregime for eliminering av HCV. 2. Fastlegerådet anbefaler at samme aktivering av fastlegene som er gjort i Bodø, Lofoten og Sortland (27.5) videreføres. 3. Fastlegene bemerker at det er viktig med muligheten til «direktetelefon) til spesialistene ved Nordlandssykehuset.
12/19	Henvisningsmal ortopedi Saksbehandler: overlege Kjartan Koi Forslag til vedtak: 1. Fastlegerådet er tilfreds med at forslag til henvisningsmal for ortopedi ved Nordlandssykehuset Bodø blir lagt fram for fastlegerådet.

	2. Fastlegerådet ber om å få vurdert om en «direktetelefon» til en spesialist kan etableres. 3. For øvrig slutter Fastlegerådet seg til den fremlagte malen
13/19	Beskrivelser av ulike billeddiagnostiske undersøkelser vedtak: 1. Saken utsettes til neste møte.
14/19	Zoledronsyrebehandling, overføring av oppgave fra NLSH Vesterålen til kommunehelsetjenesten/kommunehelsetjenesten for øvrig. <i>Saksbehandler: Geir Brokstad, avdelingsleder Kirurgisk klinikk Vesterålen.</i> Enstemmig Vedtak: 1. Det er ingen medisinske/faglige grunner som tilsier at Zoledronsyrebehandling ikke kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. 2. For pasientene vil dette være et forbedret tilbud idet en reduserer reisebelastningen betydelig. 3. Fastlegerådet ber den enkelte kommune vurdere om dette tilbudet kan etableres lokalt. Kommuneoverlege Martin Larsen Dragset mener vedtaket ikke er presist nok i forhold til drøftingen, og vil ha inn følgende presisering: 1. Der det er kompetanse og kapasitet, er det ingen faglige hensyn som tilsier at man ikke skulle utføre zometainfusjoner i kommunene. Dette må vurderes lokalt. <u>Nytt fullstendig vedtak:</u> 1. Der det er kompetanse og kapasitet, er det ingen faglige hensyn

	<i>som tilsier at man ikke skulle utføre zometainfusjoner i kommunene. Dette må vurderes lokalt.</i> <i>2. For pasientene vil dette være et forbedret tilbud idet en reduserer reisebelastningen betydelig</i> <i>3. Fastlegerådet ber den enkelte kommune vurdere om dette tilbudet kan etableres lokalt.</i>
15/19	Ansvarsavklaringer – akuttmedisinforskriften/tjenesteavtale nr 11 Enstemmig Vedtak: 1. Fastlegerådet ber om at Nordlandssykehuset gjør en juridisk avklaring om ansvarsforhold knyttet til akutttransport fra kommunehelsetjenesten til sykehuset. 2. Vurderingen legges fram for Fastlegerådet i kommende møte. 3. Særlig ønskes avklaring på ansvarsforholdene for vakthavende lege i aktuelt distrikt/kommune.
16/19	Eventuelt – generell informasjonsutveksling. Saker som FLR ønsker å se på fremover Medisinsk direktør ba medlemmene spille inn aktuelle saker til sekretariatet.
17/19	Møteplan 2019 Saken utsettes NESTE MØTE FORESLÅS TIL 16. SEPTEMBER 10:30 – 14:15 I BODØ
18/19	Referater Ingen referater drøftet

Tjenesteavtale nr. 12

Tilsetting av turnusleger

mellom



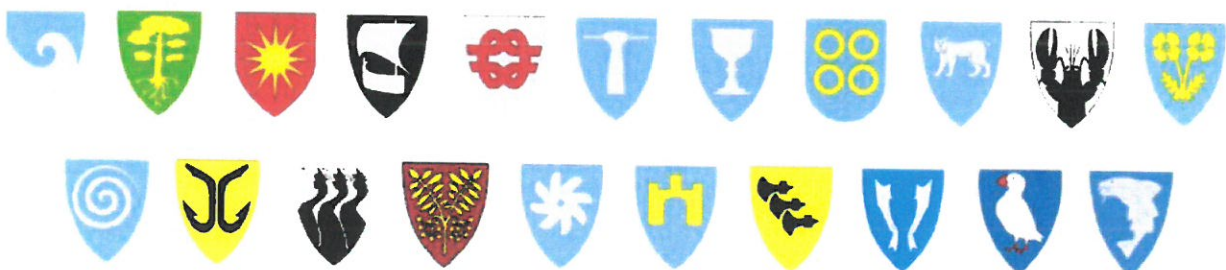
NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIPPJÍVISSO



og



bodø
KOMMUNE



1. Parter

Denne samarbeidsavtale er inngått mellom Bodø kommune (heretter kalt kommunen) og Nordlandssykehuset HF (heretter kalt foretaket).

2. Bakgrunn

Samarbeidsavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5.

Fra og med 2013 er det innført ny ordning med *søknadsbasert* turnustjeneste for nyutdannede leger.

Den nye ordningen innebærer at turnusordningen for nyutdannede leger gjøres søknadsbasert og turnuslegen *søker* på turnusstillingen og ansettes i henhold til ordinær ansettelsesprosess som i arbeidslivet for øvrig. Stillinger skal lyses ut i Helsedirektoratets turnusportal, mens tilsetting skjer lokalt.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunenes ansvar når det gjelder forvaltningen av ny søknadsbasert turnustjeneste for nyutdannede leger. Samt bidra til en god prosess som skal ivareta kommunenes, helseforetakets og turnuslegenes interesser.

4. Lover, forskrifter og veiledere

4.1 Forskrifter

- FOR-2000-12-21-1384 Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger - [Spesialistgodkjenningsforskriften \(lovdata.no\)](#)
- FOR-2001-12-20-1549 Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddrekning - [Forskrift om turnustjeneste fordelt ved loddrekning \(lovdata.no\)](#) Gjelder i en overgangsperiode til høsten 2013.
- FOR-2005-12-19-1653 Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon - [Forskrift om veiledet tjeneste \(lovdata.no\)](#)
- FOR-2000-12-21-1379 Forskrift om lisens til helsepersonell - [Lisensforskriften \(lovdata.no\)](#)
- FOR-2005-03-18-252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - [Akuttmedisinforskriften \(lovdata.no\)](#)

4.2 Veileder

Helsedirektoratet: Ny turnusordning for leger - Informasjon og veiledningsmaterieil

1. utgave

http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/Documents/Ny_turnusordning_veiledningsmaterieil_1.pdf

<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/soke-pa-stilling/Sider/default.aspx>

<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/Sider/default.aspx>

5. Roller og ansvar

"Ny *turnusordning* for leger innebærer nye roller og ansvarsoppgaver for både helseforetaket og kommunen. Helsedirektoratet har det overordnede ansvar for den nye turnusordningen for leger inkl. det administrative og praktiske arbeidet med turnusportalen. Direktoratet fastsetter antallet turnusstillinger i helseforetak og i kommunene og fordeling av disse. Det administrative ansvar for behandling av søknader om turnuslisens og autorisasjon er delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Fylkesmannen har ansvar for å opprette og godkjenne turnusstillinger i kommunehelsetjenesten, bistå helseforetak og kommuner i arbeidet med kobling av turnusstillingene og føre tilsyn med at turnustjenestens innhold og gjennomføring er i samsvar med myndighetenes krav.

Helseforetaket har arbeidsgiveransvar for turnuslegen de 12 månedene den er ansatt i foretaket. Turnuslegen inngår i virksomheten på lik linje med øvrige leger med de rettigheter og plikter som følger av arbeidsforholdet. Det skal oppnevnes personlig veileder for turnuslegen, og helseforetaket bør tilpasse tjenesten i avdelingen slik at turnuslegen kan delta i aktiviteter for å oppfylle målbeskrivelsen for sykehustjeneste.

Kommunen har arbeidsgiveransvar for turnuslegen de 6 månedene den er ansatt i kommunen. Turnuslegen inngår i virksomheten på lik linje med øvrige leger med de rettigheter og plikter som følger av arbeidsforholdet. Kommunen er ansvarlig for at turnustjenestens innhold og gjennomføring er i samsvar med målbeskrivelsen og at tilfredsstillende veiledning etableres. Kommunen bør tilpasse tjenesten slik at turnuslegen kan delta i aktiviteter for å oppfylle målbeskrivelsen for kommunehelsetjeneste. "

Jf. FOR-2005-12-19-1653 Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon - [Forskrift om veiledet tjeneste \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/forskrift/200512191653)

6. Tilsettingsprosess i foretaket.

6.1 Utlysning av turnuslegestillinger

Turnuslegestillingene utlyses koblet med helseforetaket og kommunehelsetjenesten i Helsedirektoratets turnusportal med en felles utlysningsannonse ihht. Helsedirektoratets tidsfrister.

HR-avdelingen ved Nordlandssykehuset utarbeider annonsen.

Turnuslegene tilsettes i en stilling ved helseforetaket med en varighet på 12 mnd. og i en stilling i en bestemt kommune med 6 mnd. varighet. Oppstarttidspunkter i turnuslegestilling vil være 1. mars og 1. september.

Kobling sykehus - kommune.

Foretak/sykehus	Kommuner
Bodø – 30 turnusleger	Saltenkommunene
Vesterålen – 10 turnusleger	Andøy, Bø, Hadsel, Sortland og Øksnes
Lofoten – 10 turnusleger	Flakstad, Vestvågøy og Vågan. Ved overskudd i Lofoten, tildeles Øksnes og Hadsel. Prosedyre for dette forutsettes ivaretatt av tilsettingsutvalgene.

6.2 *Behandling av søknader i HR- avdelingen og i helseforetaket/sykehusene og kommunene*
Ved hvert sykehus opprettes et innstillingsutvalg som består av representanter for helseforetaket (sykehuset), kommunene og tillitsvalgt fra DNLF. Følgende kriterier legges til grunn:

1. Formalkriterier

Turnuslisens/autorisasjon som lege.
Gode norskkunnskaper, muntlig og skriftlig.
Gode referanser.

2. Kriterier som vektlegges

Motivasjon, personlig egnethet, gode samarbeidsevner, samt gode evner til kommunikasjon med pasienter og kollegaer.

Tidligere arbeidserfaring i helsesektoren.

Erfaring fra og interesse for NLSHs rekrutteringssvake fag.

Lokal tilhørighet/kjennskap til lokale forhold.

Forskning.

Internasjonal erfaring.

3. Andre forhold

Gruppen av turnusleger som skal tilsettes må i tillegg vurderes som et hele i forhold til en balansert sammensetning mht for eksempel kjønn, etnisitet, studiested.

Representanter for innstillingsutvalget kan foreta intervjuer og innhenting av referanser. Det anbefales at det lages en lang innstillingsliste med for eksempel 20 kandidater mer enn hva som skal tilsettes da de samme søkerne kan søke stillinger i andre foretak.

HR- avdelingen foretar den formelle tilsettingen ved å sende ut tilbudsbrev innen gitte tidsfrister.

Siktemålet er at kommunene skal slutte seg til de innstillinger som er gjort. Det gjøres ved at den kommunale representanten er enig med innstillingen som gjøres.

Turnuslegen vil da få samtidig beskjed om tilbud ved x sykehus og x kommune.

Ved uenighet, kan kommunen utføre egen tilsetningsprosedyre.

Formelt tilsettingsbrev sendes fra den enkelte kommune til turnuslegen så snart som råd etter at melding fra helseforetaket/sykehuset er gitt.

Om vikariat oppstår, må partene selv søke å få gjort nye tilsettinger.

6.3 Fylkesmannens ansvarsområde

Fylkesmannen har ansvar for å opprette og godkjenne turnusstillinger i kommunehelsetjenesten, og bistå helseforetak og kommuner i arbeidet med kobling av turnusstillingene.

7. Avvik / uenighet

Håndtering av avvik på inngåtte avtaler, retningslinjer og prosedyrer, er nødvendig for å sikre at det etableres et system for lukking av avvik, læring og erfaringstilbakeføring.

Avvik og/eller uenighet/er og/eller tvist/er håndteres i henhold til prinsipper nedfelt i overordnet samarbeidsavtale mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset helseforetak.

8. Iverksetting, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 01.01.14, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

Dato og underskrift

Sted og dato: Bodø 15/10-2014

Sted og dato: Bodø 10.10.14


For Bodø kommune


For Nordlandssykehuset HF

Tjenesteavtale nr. 12 om tilsetting av LIS 1 leger

Mellom xxxxx kommune

og

Nordlandssykehuset

1. Parter

Denne samarbeidsavtale er inngått mellom xx kommune (heretter kalt kommunen) og Nordlandssykehuset HF (heretter kalt foretaket).

2. Bakgrunn

Tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5.

Fra og med 2013 er det innført ny ordning med *søknadsbasert* LIS 1 tjeneste for nyutdannede leger.

Den nye ordningen innebærer at LIS 1-tjenesten for nyutdannede leger gjøres søknadsbasert og LIS 1 kandidaten søker på stillingen og ansettes i henhold til ordinær ansettelsesprosess som i arbeidslivet for øvrig. Stillinger skal lyses ut i Helsedirektoratets stillingsportal, mens tilsetting skjer lokalt.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunenes ansvar når det gjelder forvaltningen av ny søknadsbasert LIS 1 tjeneste for nyutdannede leger. Samt bidra til en god prosess som skal ivareta kommunenes, helseforetakets og legens interesser.

4. Lover, forskrifter og veiledere

Det vises til Helsedirektoratets hjemmeside som har egne temasider hvor gjeldende rettstilstand er sammenfattet;

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger>

5. Roller og ansvar

Ny LIS 1-tjeneste for leger innebærer nye roller og ansvarsoppgaver for helseforetaket og kommunen. Helsedirektoratet har det overordnede ansvar for den nye LIS-ordningen for leger inkl. det administrative og praktiske arbeidet med Helsedirektoratets stillingsportal. Direktoratet fastsetter antallet LIS- stillinger i helseforetak og i kommunene og fordeling av disse. Det administrative ansvar for behandling av søknader om lisens og autorisasjon er delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Fylkesmannen har ansvar for å opprette og godkjenne LIS-1 stillinger i kommunehelsetjenesten, bistå helseforetak og kommuner i arbeidet med kobling av stillingene og føre tilsyn med at tjenestens innhold og gjennomføring er i samsvar med myndighetenes krav.

Helseforetaket har arbeidsgiveransvar for LIS 1-legen de 12 månedene denne er ansatt i foretaket. Legen inngår i virksomheten på lik linje med øvrige leger med de rettigheter og plikter som følger av arbeidsforholdet. Det skal oppnevnes personlig veileder for legen, og helseforetaket bør tilpasse tjenesten i avdelingen slik at legen kan delta i aktiviteter for å oppfylle målbeskrivelsen for sykehustjeneste.

Kommunen har arbeidsgiveransvar for LIS 1-legen de 6 månedene denne er ansatt i kommunen. Legen inngår i virksomheten på lik linje med øvrige leger med de rettigheter og plikter som følger av arbeidsforholdet. Kommunen er ansvarlig for at tjenestens innhold og at gjennomføringen er i samsvar med målbeskrivelsen og at tilfredsstillende veiledning etableres. Kommunen bør tilpasse tjenesten slik at legen kan delta i aktiviteter for å oppfylle målbeskrivelsen for kommunehelsetjeneste.

6. Tilsettingsprosess i foretaket.

6.1 Utlysning av LIS 1 stillinger

LIS 1 stillingene utlyses koblet, jfr. Spesialistforskriftens § 13 pkt. b , med helseforetaket og kommunehelsetjenesten i Helsedirektoratets stillingsportal og med felles utlysningsannonse ihht. Helsedirektoratets tidsfrister.

HR-avdelingen ved Nordlandssykehuset utarbeider annonsen.

LIS 1 legene ansettes i en stilling ved helseforetaket med en varighet på 12 mnd. Legen gis deretter rett til 6 måneders ansettelse i en av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med.. Kommunen foretar selv tilsetting.

Tilsetting skal skje i rimelig tid før tjenesten der er planlagt å begynne. Oppstarttidspunkter i LIS 1 vil være 1. mars og 1. september.

Kobling sykehus - kommune.

Foretak/sykehus	Kommuner
Bodø — 30 LIS 1	Saltenkommunene
Vesterålen — 10 LIS 1*	Andøy, Bø, Hadsel, Sortland og Øksnes
Lofoten — 10 LIS 1	Flakstad, Vestvågøy og Vågan. Ved overskudd i Lofoten, tildeles Øksnes og Hadsel. Prosedyre for dette forutsettes ivaretatt av tilsetningsutvalgene.

* søkes utvidet til 12

6.2 Behandling av søknader i HR- avdelingen og i helseforetaket/sykehusene og kommunene

Ved hvert sykehus opprettes et innstillingsutvalg som består av representanter for helseforetaket (sykehuset), kommunene/kommunekoordinator og tillitsvalgt fra DNLF. Følgende kriterier legges til grunn:

1. Formalkriterier

Autorisasjon som lege.

Gode norskkunnskaper, muntlig og skriftlig.

Gode referanser.

2. Kriterier som vektlegges

Motivasjon, personlig egnethet, gode samarbeidsevner, samt gode evner til kommunikasjon med pasienter og kollegaer.

Tidligere arbeidserfaring i helsesektoren.

Erfaring fra og interesse for Nordlandssykehusets rekrutteringssvake fag.

Lokal tilhørighet/kjennskap til lokale forhold.

Forskning.

Internasjonal erfaring.

3. Andre forhold

Gruppen av LIS 1 leger som skal tilsettes må i tillegg vurderes som et hele i forhold til en balansert sammensetning mht for eksempel kjønn, etnisitet, studiested.

Representanter for innstillingsutvalget kan foreta intervjuer og innhenting av referanser. Det anbefales at det lages en lang innstilling med for eksempel 20 kandidater mer enn hva som skal tilsettes da de samme søkerne kan søke stillinger i andre foretak.

HR- avdelingen foretar den formelle tilsettingen ved å sende ut tilbudsbrev innen gitte tidsfrister.

Siktemålet er at kommunene skal slutte seg til de innstillinger som er gjort. Det gjøres ved at den kommunale representanten/koordinatoren er enig med innstillingen som gjøres.

Fordeling av LIS 1 til kommunene, gjøres av kommunekoordinator etter at LIS 1 har tatt imot tilbudet ved sykehuset. HR gir kommunekoordinatorne liste over hvem som har tatt imot tilbud og således er klar for kommune plass.

Ved uenighet, kan kommunen utføre egen tilsettingsprosedyre .

Formelt tilsettingsbrev sendes fra den enkelte kommune til LIS 1 legen så snart som råd etter at melding fra kommunekoordinator er gitt.

Kommunekoordinator er kontaktperson mellom LIS 1 og kommunen inntil tilsetting.

Om vikariat oppstår, må partene *selv* søke å få gjort nye tilsetninger.

6.3 Fylkesmannens ansvarsområde

Fylkesmannen har ansvar for å opprette og godkjenne LIS 1 stillinger i kommunehelsetjenesten, og bistå helseforetak og kommuner i arbeidet med kobling av stillingene.

7. Avvik / uenighet

Håndtering av avvik på inngåtte avtaler, retningslinjer og prosedyrer, er nødvendig for å sikre at det etableres et system for lukking av avvik, læring og erfaringstilbakeføring.

Avvik og/eller uenighet/er og/eller tvist/er håndteres i henhold til prinsipper nedfelt i overordnet samarbeidsavtale mellom xxx kommune og xxxx helseforetak.

8. Iverksetting, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra xxxx, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

Dato og underskrift

Sted og dato:

Sted og dato:

For X- kommune

For Nordlandssykehuset HF

Fylkesmannen i Nordland
Moloveien 10
8002 BODØ

Deres ref.: 2018/5490
Vår ref.: 18/28992-2
Saksbehandler: Hanne Skui
Dato: 22.10.2018

Svar - Henvendelse fra Nordlandssykehuset HF om ansvar for pasienter som venter på transport til innleggelse for tvungen observasjon

Det vises til fylkesmannens brev av 13. september 2018 vedlagt brev av 22. august 2018 fra Nordlandssykehuset og fylkesmannens brev av 18. september 2018 vedlagt brev av 14. september 2018 fra Hadsel kommune (Vesterålen).

FAKTISKE FORHOLD

Saken gjelder uenighet mellom Nordlandssykehuset og kommunene i Lofoten og Vesterålen vedrørende medisinskfaglig ansvar for pasienter som er henvist fra fastlege eller kommunal legevakt til tvungen observasjon, jf. psykisk helsevernloven (pvhl.) § 3-2, i tidsrommet fram til ambulanse kan hente pasienten for transport til Nordlandssykehusets akuttavdeling i Bodø. Nordlandssykehusets psykiatriske avdelinger i Lofoten og Vesterålen er ikke godkjent for tvang, jf. psykisk helsevernloven (forskriften) § 2, og kan derfor ikke benyttes for innleggelse til tvungen observasjon.

Det opplyses at det gjennomsnittlig er tre tilfeller månedlig av transporter for innleggelse til tvungen observasjon fra Lofoten og Vesterålen til Bodø. Ventetiden fra ambulansetransport er rekvirert til den ankommer, er anslagsvis 3-24 timer. I ventetiden benyttes hhv. et rom på Nordlandssykehuset Vesterålen og et rom ved den interkommunale legevakten i Gravdal, Lofoten. I Vesterålen har legevakslege det medisinskfaglige ansvaret, men pasientene gis helsehjelp og omsorg i lokaler og av helsepersonell tilhørende allmenpsykiatrisk avdeling Nordlandssykehuset Vesterålen.

Fylkesmannen opplyser videre at: *"Det er enighet mellom partene om at det medisinskfaglige ansvaret for pasienten fram til transporten starter ligger hos kommunehelsetjenesten. Som regel vil dette si legen som har begjært innleggelse for tvungen observasjon, men inkluderer også legevakslege på kveld og natt. Partene er også enige om at Nordlandssykehuset (spesialisthelsetjenesten) har ansvaret for transport av pasienten og ledsagelse under transport (i tillegg til ev bistand fra politi) til Bodø. Derimot er partene uenige om når transporten regnes for startet."*

Fylkesmannen opplyser også at dette ikke er en problemstilling for andre nordlandskommuner, da det der synes å foreligge enighet mellom kommunene og Nordlandssykehuset om at

Helsedirektoratet

Avdeling helserett og bioteknologi

Hanne Skui, tlf.:

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

ambulansetransport starter når ambulansetransporten faktisk/fysisk overtar ansvaret for pasienten.

I brevet fra Hadsel kommune opplyses det for øvrig – noe i kontrast til ovenstående sitat – at Nordlandssykehuset avviser å ha ansvar i "transittiden", da sykehuset anser at det medisinskfaglige ansvaret ikke kan overføres fra henvisende lege før pasienten er vurdert av godkjent institusjon for psykisk helsevern.

Fylkesmannen ber om veiledning om hva som skal regnes som starttidspunktet for transport av pasienter fra Lofoten/Vesterålen som skal legges inn for tvungen observasjon ved akuttavdelingen ved Nordlandssykehuset Bodø.

HELSEDIREKTORATETS VURDERING

Etter Helsedirektoratets vurdering er den relevante spørsmålsstillingen i denne saken ikke hva som skal regnes som starttidspunktet for transporten, men på hvilket tidspunkt det medisinskfaglige ansvaret for pasientene overføres fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.

Kommunen skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det regionale helseforetak skal på sin side sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder ambulansetransport, til personer bosatt i regionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1a og 2-2. Begge har en plikt til å planlegge tjenestene sine og til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Om det er kommune eller helseforetak som har medisinskfaglig ansvar for pasientene som venter på ambulansetransport avhenger av hvem som yter helsehjelp til pasienten i ventetiden.

Det medisinskfaglige ansvaret må ligge hos den virksomheten hvor helsepersonellet som faktisk yter helsehjelpen (herunder omsorg), er ansatt eller engasjert for å yte helsehjelp. Dette har sammenheng med muligheten til å instruere og styre helsepersonellet, og hvor ansvaret for deres handlinger ligger, for eksempel i relasjon til erstatningsansvar, straffeansvar og tilsynsreaksjoner. Så lenge det er personell ansatt i eller engasjert av kommunehelsetjenesten, som yter helsehjelp og har omsorgen for pasienten i ventetiden, vil kommunen ha det medisinskfaglige ansvaret for pasienten og behandlingen/omsorgen som ytes. At kommunehelsetjenestens personell yter helsehjelpen i et lokale som er utlånt av en sykehusavdeling, endrer ikke på ansvarsforholdet.

Hvis derimot helsepersonellet ansatt på en sykehusavdeling overtar ytelsen av helsehjelp til pasienten i ventetiden, vil det medisinskfaglige ansvaret ligge hos spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan ikke gjennom avtaler overlate det medisinskfaglige ansvaret for helsehjelp som ytes i sykehusavdelingens lokaler og med denne avdelingens personell til legevaksle (kommunen), med mindre avtalen samtidig gir kommunen instruksjonsmyndighet og mulighet til å styre og kontrollere den aktuelle tjenesten.

Synspunktet om at det medisinskfaglige ansvaret for en pasient som er henvist til tvungen observasjon, ligger hos kommunehelsetjenesten til pasienten ankommer institusjon som er godkjent for tvang, er etter Helsedirektoratets oppfatning ikke korrekt. I samsvar med

ovenstående, vil ansvaret - også det medisinskfaglige - måtte ligge hos den virksomheten som faktisk yter helsehjelpen. Kommunehelsetjenesten har ansvaret til ambulansepersonell (spesialisthelsetjenesten) har overtatt ansvaret for pasienten. Hvis kommunen har vurdert det som forsvarlig at pasienten reiser til spesialisthelsetjenesten på annen måte enn med ambulanse, for eksempel med taxi eller privatbil, vil kommunen ha ansvaret for pasienten fram til spesialisthelsetjenesten tar imot pasienten. Vi minner også om at en pasient kan være henvist til og innlagt i institusjon som er godkjent for tvang i inntil 24 timer før det faktisk er vurdert og fattet vedtak om tvungen observasjon, jf. psykisk helsevernforskriften § 10 annet ledd. Det er i denne situasjonen utvilsomt at det er institusjonen (spesialisthelsetjenesten) der pasienten er innlagt - og ikke henvisende instans (kommunehelsetjenesten) - som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten, uavhengig av om vedkommende ennå er vurdert for tvang.

Helsedirektoratet har registrert at ventetiden på transport kan tangere ett døgn i Lofoten/Vesterålen. Dette er lang tid for en alvorlig og akutt psykisk syk pasient som kan ha behov for skjerming og medikasjon. Lang ventetid øker også risikoen for fysisk maktbruk. Dersom det regelmessig oppstår slike situasjoner og kapasitet eller prioritering på transportsiden ikke kan styrkes, bør partene, etter direktoratets syn, vurdere å inngå tydelige avtaler som sikrer at disse pasientene får et faglig forsvarlig og omsorgsfullt tilbud mens de venter. Ansvarslinjene må da være klare, og ikke bryte med den lovpålagte ansvars- og oppgavedelingen mellom tjenestegrenene. En mulighet er at sykehusavdelingene i Lofoten/Vesterålen tar imot pasient til innleggelse på sengepost dersom transportmiddelet ikke har ankommet innen et gitt antall timer – for eksempel etter modell av avtale mellom Hammerfest kommune og Finnmarkssykehuset Hammerfest, jf. vedlegg til brev fra Hadsel.

Uavhengig av om det er den ene eller andre tjenestegren som har ansvaret, vil perioden fra henvisning til tvungent vern og fram til pasienten er mottatt ved institusjon i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) som er godkjent for tvang, jf. psykisk helsevernforskriften § 2, kunne reise utfordringer ved unntaksvise behov for fysisk maktbruk. Hverken kommunehelsetjenesten eller institusjon i spesialisthelsetjenesten som ikke er godkjent for tvang, har hjemmel til å anvende fysisk makt. Maktbruk utenfor godkjent institusjon vil måtte forestås av politiet, ev. av helsepersonell som hjemler maktbruken i nødrett fram til politiet kan bistå eller pasienten er ankommet institusjon som er godkjent for tvang. Da direktoratet fra flere hold har fått innspill om at regelverket bør endres på dette området, har vi forelagt problemstillingen for Tvangslovutvalget, som skal levere sin NOU i juni 2019.

Vennlig hilsen

Anne Louise Valle e.f.
Avdelingsdirektør

Hanne Skui
Seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Etter liste

Deres ref.:

Vår ref.:

18/36365-3

Saksbehandler:

Camilla C. Walmann/Bjørn Jamtli

Dato:

14.06.2019

Ansvar for pasienter i de akuttmedisinske tjenestene

Dette brevet er sendt alle landets helseforetak.

Helsedirektoratet har mottatt flere henvendelser om behovet for avklaring av ansvarsforhold knyttet til behandling og oppfølging av pasienter i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Flere av disse henvendelsene gjelder samarbeid mellom ambulansepersonell og annet helsepersonell i helseforetak eller kommuner.

Spørsmål om hvem som har ansvar for pasienten i konkrete situasjoner der for eksempel både ambulansepersonell og legevaktlege er involvert kan ikke besvares generelt, men spørsmålene både kan og bør så langt det er mulig avklares i virksomhetens rutiner.

Når flere helsepersonell er involvert i å yte helsehjelp til en pasient, vil den enkelte alltid ha ansvar for egne vurderinger og valg. Hvem som har ansvaret i situasjoner der pasientskader oppstår som følge av svikt i tjenesten, vil alltid være en konkret vurdering, blant annet ut fra lokale forhold og den konkrete situasjonen¹. Men ansvaret for å identifisere risiko for svikt og å planlegge tjenestene slik at risikoen reduseres, er lagt til øverste leder i alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester².

Rutiner for avdekking av områder i virksomheten hvor det er fare for svikt, for risiko- og sårbarhetsanalyser, for felles risikogjennomgang o.s.v., vil sammen med en tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, bidra til å redusere risiko for svikt i de akuttmedisinske tjenestene.

Regelverket legger ansvar for at pasienter får forsvarlige helsetjenester både på involverte virksomheter³ (virksomhetsansvar) og på enkeltpersonell (individuelt ansvar). De mest relevante bestemmelsene for den akuttmedisinske kjeden finnes i spesialisthelsetjenesteloven,

¹ Se for eksempel «Rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig hendelse – svikt ved forsinket oppfølging av pasient med shuntsvikt» fra 25. mars 2015 der Statens helsetilsyn konstaterer brudd på helselovgivningen.

² Nærmere regler for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er gitt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Se også Helsedirektoratets veileder til forskriften.

³ Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for at tjenestene som ytes er forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse og akuttmedisinforskriften.

Nedenfor utdypes noen elementer av virksomhetenes ansvar for planlegging og samarbeid som, i tillegg til det individuelle ansvaret, må tas med i betraktning når tjenester skal planlegges. Avslutningsvis utdypes behovet for rutiner for ambulansetjenesten.

Virksomhetsansvaret

Ved planlegging av helsetjenester tilligger det øverste leder i virksomheten et ansvar for blant annet å klargjøre oppgaver og ansvar, vurdere helsepersonellens kompetanse, skaffe oversikt over relevant regelverk, nasjonale behandlingsretningslinjer og veiledere m.v., samt å identifisere eventuelle risikoområder⁴. Selv om det er øverste leder som har det overordnede ansvaret, vil ofte oppgavene være delegert. Hvem som skal gjøre hva, vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har. I tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger. Øverste leder beholder full instruksjonsmyndighet for oppgavene som er delegert. Delegeringen kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake. Øverste leder har alltid ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder også når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av oppgavene.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter⁵ omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus omfatter bl.a. kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste (bil, båt og luftambulansetjeneste), medisinsk nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktssentraler)⁶. Disse tjenestene ytes av virksomheter i både helseforetak og kommuner⁷. Begge tjenestenivåene vil ofte være involvert når pasienter trenger akuttmedisinsk helsehjelp. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om planlegging av tjenestene, inkludert fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, er derfor nødvendig og lovpålagt⁸.

Ytelse av helsehjelp er basert på helsepersonellens faglige kompetanse, interne prosedyrer, kunnskapsinnhenting og noen ganger også konsultasjon og samarbeid med annet helsepersonell. For akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus vil tidsfaktoren ofte være

⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6

⁵ helsepersonelloven § 16. Se også Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven.

⁶ Akuttmedisinforskriften §§ 2 og 3

⁷ Spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar for å sørge for akuttmedisinske tjenester til befolkningen følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 og 3-5. Det er stilt nærmere krav til de akuttmedisinske tjenestene i akuttmedisinforskriften.

⁸ Plikt til å samhandle med andre tjenesteytere følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e og av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som blant annet skal inneholde omforente planer for den akuttmedisinske kjeden, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og § 6-2 nr. 11. Samhandlingsplikten er også understreket i akuttmedisinforskriften.

begrensende for muligheten til å innhente kunnskap og å få etablert samarbeid og samhandling med annet helsepersonell. I tillegg vil ofte sykepleiere og ambulansearbeidere foreta vurderinger og iverksette medisinske behandlingstiltak som ellers bare tilligger leger. Dette er faktorer som øker risikoen for svikt, og som gjør det særlig viktig å sikre at det utarbeides og implementeres nødvendige rutiner og prosedyrer. Omfang av og innhold i virksomhetenes rutiner må tilpasses de ulike tjenestene, og ta utgangspunkt i de arbeidsoppgaver som inngår i tjenesten og den kompetanse personellet til enhver tid har.

Ledelsen i de enkelte virksomhetene må også sikre at rutinene er kjent for helsepersonell som arbeider i de akutt-medisinske tjenestene, og at de får øvd både på egne oppgaver og på samhandling i den akuttmedisinske kjeden.^{9,10}

Det individuelle ansvaret

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. De skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Hvis en lege er involvert, er det legen som i utgangspunktet tar beslutninger om undersøkelse og behandling av den enkelte pasienten¹¹.

Helsepersonell plikter å gjøre seg kjent med virksomhetens rutiner, og følge disse med mindre situasjonen tilsier noe annet. Helsepersonell som fraviker virksomhetens rutiner, eller som velger å se bort fra råd eller beslutninger fra bedre kvalifisert personell, påtar seg et større individuelt ansvar, og bør derfor begrunne og dokumentere denne typen beslutninger¹².

Å innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell kan være nødvendig for å oppfylle det individuelle ansvaret for å yte forsvarlig helsehjelp. Når flere helsepersonell er involvert i å yte helsehjelp til en pasient, vil den enkelte, både lege og ambulansepersonell, alltid ha ansvar for egne vurderinger og valg. Helsepersonell som er hos pasienten har et ansvar for at pasienten får forsvarlig helsehjelp, selv om de innhenter råd eller følger opp beslutninger som er tatt av andre som ikke er hos pasienten. Samtidig er personellet som har gitt råd eller tatt beslutninger, ansvarlige for disse.

Rutiner for ambulansetjenesten

Ambulansetjenestens hovedoppgave er å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter, utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av

⁹ Plikt til å jobbe med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjelder for både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Nærmere regler for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er gitt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Se også Helsedirektoratets veileder til forskriften.

¹⁰ Akuttmedisinforskriften § 4

¹¹ Helsepersonell skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Se nærmere omtale av bestemmelsen i Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven.

¹² Helsepersonelloven §§ 39 og 40 pålegger den som yter helsehjelp plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen. Se nærmere omtale av bestemmelsen i Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven.

tjenesten, og bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted eller mellom behandlingssteder.

Ambulansepersonellens individuelle ansvar innebærer blant annet at de plikter å yte forsvarlig helsehjelp innenfor sin kompetanse, innhente bistand og samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det.

For å sikre forsvarlige tjenester bør foretaksledelsen sikre at ambulansetjenesten, i samarbeid med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden, etablerer klare rutiner og prinsipper for blant annet:

- vurdering og behandling av ulike akuttmedisinske tilstander,
- samarbeid og konsultasjon med annet kvalifisert helsepersonell,
- valg av destinasjon/behandlingsressurs (hvor pasienten skal bringes)
- i hvilke situasjoner ambulansepersonell kan forlate pasienter uten å bringe disse til lege eller sykehus.

Ambulansepersonell trenger regelmessig å konsultere lege. Det bør derfor være klarlagt i virksomhetens rutiner hvilken lege som skal konsulteres, for eksempel AMK-lege eller LV-lege. Når lege kontaktes er det ambulansepersonellens ansvar å informere legen om bakgrunnen for og formålet med konsulteringen, og å sikre at legen får nødvendige, objektive og korrekte opplysninger om pasienten og situasjonen.

En hovedoppgave for ambulansetjenesten er å sikre at pasienter med akutt sykdom eller skade får nødvendig akuttmedisinsk oppfølging. Ved tvil om pasienten skal bringes til legevakt eller sykehus, bør hovedprinsippet være at pasienten skal bringes til høyeste omsorgsnivå, dvs. sykehus og vurderes av lege der. Alternativt bør ambulansepersonellet konsultere lege for vurdering av annen forsvarlig oppfølging utenfor sykehus. Lege bør også konsulteres i situasjoner der ambulansepersonellet er i tvil om det er forsvarlig å forlate pasienten uten å bringe denne til lege eller sykehus.

Vennlig hilsen

Anne Louise Valle e.f.
fung. divisjonsdirektør

Anita Bergh Ankarstrand
fung. avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i UNN-området (ansvars- og oppgavefordeling)

Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger, heretter kalt samarbeidsnormen, er utarbeidet etter initiativ fra Fagråd for fastleger i Troms og Ofoten (Fastlegerådet). Overordnet samarbeidsorgan (OSO) er formell oppdragsgiver. Samarbeidsnormen tar utgangspunkt i intensjonene i Samhandlingsreformen, hvor formålet er å sikre at pasienter og brukere mottar et helhetlig og likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og at befolkningen, uavhengig av bosted, skal ha lik tilgjengelighet til faglig gode tjenester. Dette innebærer bl.a. at det etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, og legge til rette for at eventuell uenighet mellom kommunen og helseforetaket løses i dialog mellom partene uten at pasienter og brukere berøres. Samarbeidsnormen gir detaljert anbefalinger om samhandling mellom leger, bl.a. ansvars- og oppgavefordeling, og partenes informasjons- og veiledningsansvar.

Områder for felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og UNN:

- 1) Henvising
- 2) Epikrise
- 3) Timebestilling etter sykehusopphold
- 4) Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LiB)-liste
- 5) Blodprøver og røntgen
- 6) Sykemelding
- 7) Pasienttransport
- 8) Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser
- 9) Parallell henvising til flere avdelinger
- 10) Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon
- 11) Tverrfaglig samarbeid
- 12) Samhandling generelt og oppfølging av samarbeidsnormen

1) Henvising - fastlegens ansvar

- Anvende EPJ-mal for god henvising.
- Tilstrebe å gi god og poengtert informasjon, der det er naturlig også organspesifikk anamnese. Dette skal sikre at
 - pasienten får korrekt rettighetsvurdering og prioritet
 - pasienten får hensiktsmessig diagnostikk og behandling på sykehuset.
- LIB-listen (legemidler i bruk) er oppdatert i henvisningen.
- Henvisningen sendes elektronisk.
- Hvis det ikke er mulig å sende vedlegg elektronisk, kopieres disse inn i henvisningsdokumentet.
- Nødvendige vedlegg som ikke kan kopieres inn, ettersendes pr post.

2) Epikrise - sykehuslegens ansvar

- Ta utgangspunkt i og tilpasse mal i DIPS for god epikrise.
- Tilstrebe god og poengtert oppsummering av sykehusopphold, korrekt legemiddelliste ved utskrivelse hvor medikamentendringer er begrunnet samt og videre plan.
- Dette skal sikre
 - at pasienter som trenger det, får nødvendig kontroll
 - hensiktsmessig medisinsk oppfølging hos fastlege
 - at epikrisen sendes elektronisk.
- Fastlege får *alltid* epikrise (-kopi) med mindre pasienten motsetter seg det, også etter polikliniske fremmøter.
- Tilstrebe epikrise samme dag.

3) Timebestilling etter sykehusopphold
- Pasienten kan selv få ansvar for å bestille time hos fastlege etter sykehusopphold, men pasienter som trenger det, får hjelp på sykehuset til dette. - Epikrisen informerer om hvilken løsning som er valgt for timebestilling. - Fastlegen bør ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen. Begrunnelse: Det skaper usikkerhet og forsinker oppfølgingen. - Ved videre kontroll hos fastlege kan pasienten selv få ansvar for å bestille time, men ved behov gir fastlegen pasienten ny time ved kontroll. - Fastlegen prioriterer å gi rask time til ny-utskrevne pasienter som hjemmesykepleien har overtatt ansvaret for.

4) Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (=LiB)-liste		
Felles ansvar	Fastleges ansvar	Sykehusleges ansvar
- Ved skrivning av e-resept: Legen sjekker reseptformidleren og fjerner uaktuelle resepter. - Spørre pasientene om de bruker naturpreparater eller uregistrerte legemidler - Den som gjør endring i LiB-listen har ansvar for å oppdatere hjemme-sykepleien og apotek	- Samstemming av LiB ved mottak av epikriser/ informasjon om endring i legemiddelbehandling. - At pasientene har oppdatert LiB liste. - For pasienter med hjemmesykepleie: Hjemmesykepleien informeres ved endringer i LiB. - At pasienten har gyldige resepter på faste medisiner. - At det er samsvar mellom LiB- og eventuelt ordinasjonskort Multidose.	- Etterspørre LiB-listen og samstemme LiB (følge sykehusets prosedyrer), både ved innleggelser og polikliniske kontakter. - Gi korrekt LiB-liste i epikriser, med begrunnelse for endringer i LiB. - Gi resept på nye legemidler eller ved endret dosering/ skifte av legemidler. - Oppfølgingstime bestilles hos fastlege og samstemming/validering av LiB-listen skjer hos fastlegen. - Ved multidose: Endringer skrives i ordinasjonskortet og faxes til multidose-apoteket og hjemmesykepleie.

5) Blodprøver og røntgen
- Blodprøver rekvirert av sykehuslege tas som regel på sykehuset. - Blodprøver rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette er mest hensiktsmessig for pasienten. Forutsetninger: - Pasienten har rekvisisjon med seg. - Pasienten kontakter fastlegekontoret i forkant for å avtale tidspunkt for prøven. - Blodprøver rekvirert av fastlege tas som regel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks frysing). Fastlege avklarer med pasienten hvor prøven i så fall skal tas. - Legen som stiller indikasjonen for blodprøven og skal vurdere svaret, skriver rekvisisjon og avklarer med pasienten hvor prøven skal tas. - Legen som stiller indikasjon og rekvirerer blodprøven, har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger. - Ved behov for røntgenundersøkelse, rekvirerer behandlende lege dette selv.

6) Sykemelding

- Legen som stiller indikasjon for sykemelding, skriver sykemeldingen. Der lege har åpenbar kompetanse om hvor lang sykemeldingen bør være, gis sykemelding for denne perioden.
- I forbindelse med behandling på sykehus, f. eks. innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykemelding – om nødvendig helt fram til første kontroll hos fastlege. Tidspunkt for kontrollen angis i epikrisen. Pasienten får ansvar for å bestille kontrolltiden.
- 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, elektronisk dialogmelding, brev og/eller telefon.
 - Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege skal ved behov samsnakes om sykemeldingens omfang og varighet.

7) Pasienttransport

- Ved henvisning til sykehus, vurderer fastlegen pasientens behov for transport og lager eventuelt rekvisisjon
- Ved videre behandling og kontroller i sykehusets regi, vurderer sykehuset behovet for transport og lager eventuelt rekvisisjoner.

Kilde: <http://www.pasientreiser.no/helsepersonell/retningslinjer-for-rekvirering/hvem-kan-rekvirere/>

8) Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser

Gjelder når pasienten behandles samtidig i flere avdelinger i samme sykehus, i mer enn ett sykehus, hos private avtalespesialister, og/eller hos fastlege.

- For pasienter som har kontaktlege: Kontaktlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasientforløpet og holder oversikt over hvilke behandlingssenheter som er involvert i behandlingen av pasienten.
- Epikrise (-kopi) sendes elektronisk til alle involverte behandlingssenheter samt til fastlege ved alle spesialistkontakter, med mindre annet er besluttet av faglige/praktiske årsaker.
- Fastlege samstemmer/oppdaterer LiB-liste og gir pasienten kopi av relevante journalnotat som kan fremvises ved oppmøtene hos spesialist.
- Innspill og råd om behandlingen:
 - Rådslagning mellom partene dokumenteres i journal, og konklusjon om videre behandling sendes alle elektronisk som brev.
 - Fastlege kan gi/be om innspill ved å ringe eller sende brev (post) til pasientens behandlingsansvarlige lege/kontaktlege. Alternativt kan henvisning m/spørsmål benyttes hvor en ber om råd. (Henvisninger besvares normalt innen 1-2 dogn.)
 - Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege kan kontakte fastlege ved å ringe eller sende brev elektronisk.
 - Ved behov holdes beslutningsmøter hvor fastlege deltar på like fot med øvrige behandlere.
 - Samarbeidet må sikre at pasientens rett til informasjon, medvirkning og samvalg blir ivaretatt.

9) Parallell henvisning til flere avdelinger

Fastlege	UNN-lege
• Fastlegen bør i hovedsak ha rollen som koordinator av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. • Fastlegen bør opplyse om hvilke avdelinger det er henvist til parallelt, og kan gi eventuelle råd om koordinert oppfølging fra sykehusets side.	• Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er åpenbart nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten. • Ved usikkerhet bør sykehuslegen be pasienten oppsøke fastlege for konsultasjon, samt redegjøre i epikrise hva som bør avklares rundt videre behandling.

10) Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet	
Når fastleger trenger konferering med leger i UNN	Når leger i UNN trenger konferering med fastleger
- Når fastlege skal kontakte UNN via sentralbordet benyttes telefonnummer xxxxxxxx, og sentralbordet vil prioritere oppringningen. - Ved akuttinnleggelser (=konfereringsplikt): Ring det aktuelle sykehus og be om aktuell vakthavende lege. - Om felles pasienter, f. eks etter innleggelser: Ring sykehuset, hvis du kjenner navn på lege be om å få snakke med vedkommende, eventuelt legen som har signert epikrise, eventuelt kontaktlege. Legg igjen mobilnummer. - Rådgivning om medisinske spørsmål, f. eks. hjertesviktbehandling: → Hvis det haster med råd: <u>Ring konfereringsvaktene.</u> → Hvis det ikke haster: <u>Ring aktuell ekspedisjon.</u> Avdelinger kan ha ulike ordninger. Noen har telefontid. Be om å få konferere og legg igjen mobilnummer. Benytt eventuelt henvisning. - Medisinske råd som gis av sykehuslege skal skrives inn i pasientens journal både i helseforetaket og hos fastlege.	- Råd/informasjon ved akuttinnleggelser eller utskrivelser, eller råd om felles pasienter: Ring internt telefonnummer til fastlegekontoret, alternativt ordinært telefonnummer. - Bruk dialogmelding når det foreligger. - Liste med telefonnummer/faxnummer/e-poster til fastlegekontorene oppdateres jevnlig og ligger på (Slik oversikt finnes ikke i området pr. nå. Må utarbeides og gjøres tilgjengelig for UNN. NB! Bruk av ø-hjelpsnummer må avklares med hvert enkelt kontor.)

11) Tverrfaglig samarbeid
- Den som ser behovet tar initiativ og involverer andre faggrupper i tverrfaglig samarbeid. - Fastlege i kommunen og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege på sykehus har ansvar for å sikre at samarbeidende faggrupper har nødvendig medisinsk informasjon - Tverrfaglige møter på sykehus: Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege foreslår hvilke leger som bør delta i tverrfaglige møter i sykehusets regi, og avklarer om fastlege skal inviteres. - Tverrfaglige møter i kommunen: - Fastlege deltar i møter der medisinsk ivaretagelse er et vesentlig element. Fastlegene bør være faste medlemmer i ansvarsgrupper, få alle innkallinger og møte der det er hensiktsmessig. - Fastlege eller øvrig kommunehelsetjeneste kan foreslå deltakere fra sykehus der dette ikke allerede er avklart fra sykehussiden.

12) Samhandling generelt og oppfølging av samarbeidsnormen
- Hvis UNN ønsker å overføre en oppgave fra sykehuset til fastlege, skal forespørsel legges fram for drøfting i Fastlegerådet i forkant av oppgaveoverføringen, jfr prosedyre i «gråsone-KSU». - Samhandlingsavvik/brudd på samarbeidsnormen kan meldes på samme måte som ordinære samhandlingsavvik (brudd på tjenesteavtale – melding om uønsket samhandlingshendelse): https://unn.no/faq-og-forskning/samhandling/meld-samhandlingsavvik-og-fakturainnsigter - Ved uenighet om tolkning av samarbeidsnormen kan det meldes som sak til Fastlegerådet. - Fastlegerådet gjennomgår samarbeidsnormen hvert halvår og vurderer behov for oppdatering. - Mindre endringer i disse rutinene kan gjøres av Fastlegerådet. Større og prinsipielle endringer legges fram for OSO.

Meld deg
på via lenke **HER**
innen 1. oktober



Velkommen til dagseminar for
Blålysetatene, leger, politikere og annet interessert personell
Nyvågar, Kabelvåg - 17. oktober 10:00 - 19:00

**" SAMFUNNSSIKKERHETS-OG BEREDSKAPUTFORDRINGER
RESPEKTERER IKKE GRENSE "**

10:00	Kaffe og noe å bite i
10:30 – 10:45	Velkommen – og tanker om et best mulig samarbeid på tvers av fag v. klinikkssjef Harald Stordahl, Nordlandssykehuset
10:45 – 11:15	Grensesnittet aktørene imellom – formalia og praksis v. Morten Juul Sundnes, Fylkeslege i Nordland
11:15 - 11:30	Plenum
11:30 – 11:45	PAUSE
11:45 – 12:45	Hvordan tjenestene samarbeider i Region Sjælland v. Brian L Hansen, chef AMK og operativ tjeneste i regionen
12.45 – 13.00	Plenum
13:00 – 13:45	LUNCH
13:45 – 14:15	Vi har felles utfordringer – tanker om fremtidige løsninger og modeller v. Lars Vorland, adm.dir Helse Nord RHF
14:15 – 14:30	Plenum
14:30 – 14:50	Innsatslederforum i Vesterålen – erfaringer og gode råd v. Øyvind Skjørholm, Brannsjef Hadsel kommune





Det er søkt Legeforeningen om 6-8 timer tellende for videre – og etterutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin

**" SAMFUNNSSIKKERHETS-OG BEREDSKAPUTFORDRINGER
RESPEKTERER IKKE GRENSER"**

14:50 – 15:00	Plenum
15:00 – 15:15	PAUSE
15:15 – 15:35	Store/langstrakte distrikt – politiets rolle og behov for samarbeid v. Geir Haaland, politioverbetjent/hovedplanlegger Nordland politidistrikt
15:35 – 15:45	Plenum
15:45 – 16:15	PAUSE M SERVERING/FORFRISKNINGER
16:15 – 17:00	Samfunnssikkerhets- og beredskapsutfordringer respekterer ikke grenser v. Cecilie Daae, direktør i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
17:00 – 17:15	Plenum
17:15 – 18:00	Beredskapen i Nord-Norge tuftes på god samhandling – et langt akuttlivs erfaringer v. Mads Gilbert, prof v UNN og anestesilog/akuttlege
18:00 – 18:15	Plenum
18:15 – 19:00	Paneldebatt og oppsummering/veien videre
19:30 –	Middag og sosialt



Andøy, Bø, Hadsel, Sortland og Øksnes kommune
Helseavdelingene

Deres ref.:

Vår ref.:
2019/2916

Saksbehandler:
Steinar Pleym Pedersen

Sted/dato:
Bodø, 29.04.2019

Zoledronsyrebehandling, overføring av oppgave fra Nordlandssykehuset Vesterålen til kommunehelsetjenesten i regionen

Det vises til tidligere behandling i regionens Helse- og omsorgslederforum.

Saken ble drøftet i Fastlegerådet den 24.4.19.

Slikt vedtak ble fattet:

Enstemmig

Vedtak:

1. Det er ingen medisinske/faglige grunner som tilsier at Zoledronsyrebehandling ikke kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.
2. For pasientene vil dette være et forbedret tilbud idet en reduserer reisebelastningen betydelig.

Fastlegerådet ber den enkelte kommune vurdere om dette tilbudet kan etableres lokalt.

I henhold til anmodningen fra Fastlegerådet, oversendes saken for videre behandling i kommunen.

Med vennlig hilsen



Steinar Pleym Pedersen
Avdelingsleder
Samhandlingsavdelingen

Kopi: Geir Brokstad, NLSH Vesterålen



BØ KOMMUNE

Helse- og omsorg
Bøheimen 2
8475 STRAUMSJØEN

Nordlandssykehuset HF
Postboks 1480

8092 BODØ

Svar- Zoledronsyrebehandling, overføring av oppgave fra Nordlandssykehuset Vesterålen til kommunehelsetjenesten i regionen.

Viser til brev fra Nordlandssykehuset, datert 2. mai 2019 om overføring av Zometabehandling fra Nordlandssykehuset Vesterålen til kommunehelsetjenestene i regionen.

Denne saken har vært diskutert, og behandlet i flere fora tidligere etter flere henvendelser fra Nordlandssykehuset. Helse og omsorgslederforumet (Hof) har ved tre anledninger behandlet denne saken, 24.3.17 - 1.6.18, og 07.06.19, samt blitt behandlet i faslegerådet i møte 24.4.19.

Jeg viser til følgende vedtak/ konklusjoner:

Hof møte 24. mars 2017

«Helse og omsorgslederforumet konkluderte med at under foreslåtte forutsetninger ønsker vi ikke at våre ansatte skal påta seg ytterligere ansvar for denne behandlingsformen, igangsatt av Nordlandssykehuset. Vi er klar over at enkelte legeskontor har gitt denne behandlingen i mange år, og forutsetter at dette videreføres som før.

Hvis Nordlandssykehuset mener at noen andre instanser i kommunene enn fastlegene, skal utføre denne behandlingen, så forventes det at Nordlandssykehuset tar kontakt med administrativ ledelse i kommunene for å avtale hvilke rammebetingelser som skal gjelde.»

Oversendt Nordlandssykehuset i e-post fra Marion Celius til Geir Brokstad den 18. april 2017.

Hof møte 1. juni 2018

«Helse og omsorgslederforum har gjort en endelig vurdering av forespørselen fra Nordlandssykehuset vedrørende overtakelse av ansvaret for Zometa – infusjoner. Dette ble gjort i møte den 1. juni 2018, og etter omfattende vurdering og innhenting av råd fra kommunens kreftkontakter/kreftsykepleiere.

Konklusjonen er at kommunene i Vesterålen ikke ønsker å overta dette ansvaret.

Årsakene er flere. De viktigste er at kommunen er i en vanskelig ressursmessig situasjon. Samhandlingsreformen har medført en betydelig overføring av ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og det er derfor vanskelig å påta seg ytterligere oppgaver, og som i tillegg tilhører spesialisthelsetjenestens ansvar. Flere av kommunene har også praktiske problemer med å håndtere disse oppgavene.»

Oversendt Nordlandssykehuset i e-post fra Sture Jacobsen til Geir Brokstad den 19. oktober 2018

Fastlegerådet gjorde vedtak i møte 24. april 2019

«Fastlegerådet ber den enkelte kommune vurdere om dette tilbudet kan etableres lokalt»

Helse og omsorgslederforum behandlet den siste henvendelsen fra Nordlandssykehuset i møte 7. juni 2019 i sak 9.

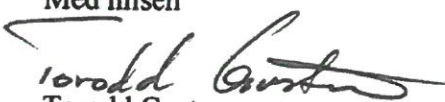
Vedtak:

Helse og omsorgslederforum opprettholder tidligere vedtak om ikke å overta ansvaret om overføring av Zometabehandling fra Nordlandssykehuset Vesterålen til kommunehelsetjenesten i regionen.

Begrunnelsen for dette er at kommunene er i en meget krevende ressursmessig situasjon, og at det er praktiske utfordringer med gjennomføring av denne behandlingen.

Helse og omsorgslederforum Vesterålen anser denne saken som avsluttet, og ber om at våre vedtak blir tatt til etterretning.

Med hilsen



Torodd Gustavsen

Leder Helse- og omsorgslederforum Vesterålen

Kopi:

- Helse- og omsorgssjefer i Vesterålskommunene.