

Medisinskfaglig samarbeidsutvalg (MSU) - Helsefelleskapet i Agder

Dato/tid	19.11.2024 kl. 16:00-17:30
Sted	TEAMS
Leder	Kjetil Juva
Referent	Kjetil Juva
Faste medlemmer	Fastlegene: Anders Kind, Jørn Ahlqvist, Hallvard Mosdøl, Trond Erik Wennevold Sykehuslegene: Anne Catrine Nyberg, Erik Mulder Pettersen, Øystein Svendsen, Terje Thesen Kommuneoverlegene: Styrk Vik, Kjetil Juva Avtalespesialistene: Gunvald Eivindson Samhandlingslegene: Anton Rodahl Brukerorganisasjonene: Grethe Bygland
Faste bisittere	Kirsten Sola, Geir Sporaland, Christian Grødem, Marianne Omland, Linda Stray Hoel, Sebastian Bø
Forfall	Øystein Svendsen, Marianne Omland, Linda Stray Hoel

Saksnr./tid	Sak	Ansvar
08/2024	Møtelogistikk - Godkjenning av saksliste til dagens møte - Saker til eventuelt <u>Konklusjon:</u> - Saksliste for møtet 19.11.2024 godkjennes.	
09/2024	Revidering av «Felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger, avtalespesialister og sykehusleger» <u>Bakgrunn for saken</u> MSU konkluderte som følger i møtet 30.10.2023: - Medisinsk samhandlingsråd ber AU-MSR revidere «Felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger, avtalespesialister og sykehusleger» innen neste møte. - Den gjensidige veiledningsplikten inngår som nytt kapittel jf. sak 05/2022. - Rådet ber AU-MSR fremlegge revidert dokument for godkjenning i neste møte. - Revidert dokument presenteres for alle relevante aktører i og utenfor sykehuset.	

Saksopplysninger

Revideringsprosessen har vært som følger:

1. **Våren 2024** - Oppstart
 - Annonsert oppstart av revisjon internt ved SSHF
 - Innhentet eksempler på tilsvarende dokumenter fra andre regioner
2. **Juni 2024** - Ferdigstillelse av utkast til revidert «dokument»
 - foretatt mindre endringer og vurdert/inkorporert relevante innspill
3. **September-oktober 2024** - Hørings- og innspillsprosess med høringsfrist 31.10.2024
 - Fastlegekorpset (alle)
 - Kommuneoverlegene (alle)
 - Avtalespesialistene (alle)
 - Klinikkene v/ SSHF (via klinikkontakter samhandling)
4. **November 2024** - AU-MSU oppsummert og sammenfattet alle innspill og samlet disse i et «innspills- og høringsdokument»
5. **November 2024** - MSU gjennomgår og foretar sin anbefaling knyttet til endelig versjon av revidert «dokument» (dagens møte)

Ila. hørings- og innspillsrunden har det kommet inn innspill fra 7 instanser:

1. Samhandlingslege Marianne Omland (div innspill) - mars 2024
2. Kir. klinikk SSK (2 innspill) - mars 2024
3. Gastroenterolog Einar Beitohaugen (AS) (1 innspill) - oktober 2024
4. Medisinsk serviceklinikk (5+ innspill) - oktober 2024
5. Klinikk for psykisk helse (1 innspill) - oktober 2024
6. Kardiolog Peter Scott Munk (AS) (1 «innspill») - oktober 2024
7. ØNH-spesialist Anders Torp (AS) (1 innspill) - oktober 2024

Innspillene, i sin helhet, er gjengitt i vedlagt innspills- og høringsdokument. Disse ble gjennomgått i dagens møte, og MSU sine vurderinger/kommentarer er referert nedenfor, organisert etter kapittelstrukturen i dokumentet.

MSU presiserer at «*Felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger, sykehusleger og avtalespesialister*» skal beskrive en hensiktsmessig modell for arbeids- og ansvarsfordeling mellom leger i og utenfor sykehus, og med dette bidra til samhandling og samarbeid til pasientens beste. Det vil dog være umulig å inkorporere alle eventualiteter, eller detaljer, som kan oppstå i et pasientforløp. Dokumentet er en beskrivelse av hvordan «*det skal gjøres*», og innspill om hvordan «*det ikke skal gjøres*», må løses på andre måter enn gjennom dette dokumentet. «*Felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger, sykehusleger og avtalespesialister*» er ikke tenkt som en erstatning for direkte kommunikasjon mellom leger der dette er nødvendig.

Kap. 1 - Innledning:

- Ingen direkte innspill, men en tilbakemelding fra avtalespesialist om at mange kollegaer enten ikke kjenner til dette dokumentet, eller ikke bruker det (Munk). MSU er kjent med dette og vil be Samhandlingslegeordningen innlede en informasjonskampanje når endelig versjon er vedtatt.

Kap. 2 - Henvising:

- Innspill knyttet til viktigheten av at pasienten informeres av fastlegen dersom de skal henvises til pakkeforløp (Kir. Klinikk). MSU vurderer at det er en selvfølge at pasientene blir informert, men ser at - med bakgrunn i at malignt melanom er brukt som eksempel - så kan det oppstå uheldige hendelser fordi det ved denne diagnosen er en spesialist på sykehuset som får alle positive prøvesvar, og innkaller

pasienten. Noen ganger så effektivt og raskt at fastlegen ikke har hatt anledning til å kommunisere svaret til pasienten enda. Dette er i prinsippet en «god ting» - at malignt melanom håndteres raskt, men kan altså by på noen kommunikasjonsutfordringer. MSU vurderer at dette likefult allerede er ivarettatt i dokumentet, samt i egne rutiner for pakkeforløp. MSU vil uansett presentere problemstillingen for Fagrådet for malignt melanom.

- Refleksjon knyttet til at ufullstendige henvisninger/bestillinger kan bli returnert (MSK). MSU anser dette for å være implisitt, og anerkjenner at enkelte henvisere kan være «litt knappe». Vurderes likefult ikke relevant informasjon til dette dokumentet.
- Ønske om at radiologi kommer inn under dette kapittelet (MSK). MSU vurderer at dette kapittelet omhandler henvisninger generelt, og ikke er knyttet mot spesifikke avdelinger.
- Ønske om presisering av at radiologi utfører en tjeneste og ikke er en behandlende somatisk avdeling (MSK). MSU mener dette er ivarettatt i de kapitlene radiologi er beskrevet.
- Presisering knyttet til radiologiinformasjonssystemet Radiologi 2.0 (MSK). MSU anbefaler MSK om å kommunisere med Samhandlingslegeordningen ved behov for bistand med informasjon til fastlegene, men vurderer ikke informasjonen relevant for dette dokumentet.
- Innspill om at kulepunkt 5 i avsnittet «*fastlegens ansvar*», bør endres fra at «*dobbelthenvisning bør unngås*» til «*dobbelthenvisning skal unngås*», for å harmonere bedre med Helsedirektoratets henvisningsveilder (Torp). MSU støtter presiseringsbehovet og endrer til «*skal*» i dokumentet.

Kap. 3 - Rådgiving, innleggelse og gjensidig tilgjengelighet:

- Innspill om presisering av rutine ved spørsmål om akuttinnleggelser i klinikk for psykisk helse (KPH). Dette er beskrevet i andre dokumenter, men MSU vurderer at denne presiseringen er hensiktsmessig og inkorporerer ordlyden som eget kulepunkt i kapittelet.
- Innspill i møtet om at e-postadressen oppgitt under undertittel «*Ved rådgiving på telefon*», første kulepunkt, endres til en mer generisk e-postadresse som ikke henviser til individuelle ansatte. MSU ber Samhandlingslegeordningen ta dette opp med Sykehuspartner.

Kap. 4 - Epikrise:

- Innspill knyttet til hvordan man skal tolke begrepet «*aktuelle problemstilling*», eksemplifisert ved utredning av «*agesmerter og anemi*», hvor klarering av kolon er en typisk oppgave for aktuelle avtalespesialist. Spesifikt, når det gastrointestinale er avklart, og det kunne være naturlig å henvise til gynekolog (samme problemstilling, men annet fagfelt), må aktuelle avtalespesialist gjøre dette, eller er det naturlig at et slikt råd kommer i epikrisen til fastlegen, som følger opp videre. (Beitohaugen). MSU vurderer at «*aktuelle problemstilling*» henviser til utredninger innenfor eget fagfelt, altså dersom en gastroenterolog trenger ytterligere undersøkelser for å klarere sitt fagfelt, skal dette rekvireres/bestilles og følges opp av denne. I det konkrete eksempelet vil det være naturlig at fastlegen henviste til annet fagfelt. Samtidig vil dette også til en viss grad avhenge av hva man har fått henvist, og MSU erkjenner at det vil være gråsoner, særlig der det ikke er klar indikasjon for ytterligere utredning, og man som avtalespesialist ikke innehar samme kunnskap om pasienten som fastlegen. I disse tilfellene kan man evt. henvise tilbake til fastlegen for

	vurdering om det er indikasjon for videre utredning. MSU vurderer Likefult at teksten i kapittelet står seg, og foretar ingen justering. <u>Kap. 5 - Polikliniske konsultasjoner på sykehuset/hos avtalespesialist:</u> - Innspillet i kapittel 4, omhandler også dette kapittelet, med samme konklusjon fra MSU sin side. <u>Kap. 6 - Dialogmelding:</u> - Innspill om at dialogmelding ikke fungerer fra radiologi sin side, etter innfasing av Radiologi 2.0 (MSK). MSU anbefaler MSK om å kommunisere med Samhandlingslegeordningen ved behov for bistand med informasjon til fastlegene, men vurderer ikke informasjonen relevant for dette dokumentet. <u>Kap. 7 - Oppfølging etter sykehusopphold/poliklinisk vurdering:</u> - Presisering fra innsender om at radiologiske undersøkelser i kontrollprogrammene for kreft, skal skje ved sykehusets radiologiske avdelinger (MSK). MSU konstaterer at dette allerede står eksplisitt i kapittelet, men at det er hensiktsmessig å endre ordlyden i siste kulepunkt fra «skje ved» til «henvises til». - Ønske om å få inn en setning om at SSHF kjøper tjenester fra privat leverandør via HSØ-avtale (MSK). MSU oppfatter ikke at dette bidrar til dokumentets formål. <u>Kap. 8 - Rekvirering av blodprøver, radiologiske undersøkelser mv.:</u> - Inkorporere radiologiske undersøkelser i dette kapittelet (Omland). MSU inkorporerte dette i første revisjonsutkast til å gjelde «alle bestillinger» av tjenester/undersøkelser. - Ønsker bestillinger av radiologiske undersøkelser som eget kapittel, subsidiært egne punkter under kapittel 2 - Henvisninger (MSK). MSU oppfatter at tjenestene/undersøkelsene som leveres av MSK er noe man bestiller, ikke henviser til. Det viktigste er at samhandlingen mellom bestiller og leverandør blir ivaretatt i dokumentet. MSU mener sistnevnte er tilfelle og finner ikke grunnlag for å endre dette. - Innspill om at det bør sies noe om ansvaret når lege som har bestilt en røntgenundersøkelse ikke har bestilt blodprøver som det er behov for i forkant for å kunne gjennomføre undersøkelsen (MSK). MSU erkjenner denne problemstillingen, men mener dette er ivaretatt i andre dokumenter/rutiner/retningslinjer og derfor ikke bør inkorporeres i dette dokumentet. - Innspill om at det ikke fremkommer tydelig nok hvor rekvirerte blodprøver skal tas (MSK). MSU mener dette fremkommer tydelig i dokumentet og ikke trenger ytterligere presisering. - Innspill om å henvise til laboratoriehåndboken i kapittelet (MSK). MSU vurderer at henvisning til laboratoriehåndboken er hensiktsmessig og legges inn i kapittelet. - Innspill om å presisere at utskrift fra DIPS ikke regnes for å være gyldig rekvisisjon. Kun gyldig papirrekvisisjon, eller digitale rekvisisjoner er gyldige (MSK). MSU støtter innspillet, og hva som er gyldig rekvisisjon fremkommer i kapittelet. Dokumentet skal først og fremst beskrive hvordan det skal gjøres, ikke beskrive hvordan det ikke skal gjøres. Problemstillingen preges av at sykehusets egne leger ikke kjenner rutinen. - Innspill om at enkelte fastlegekontor ikke tar imot pasienter for prøvetaking rekvirert av sykehuset og kan oppleve seg selv som kasteball i systemet (MSK + kirurgisk klinikk). MSU er klar over ulik	
--	---	--

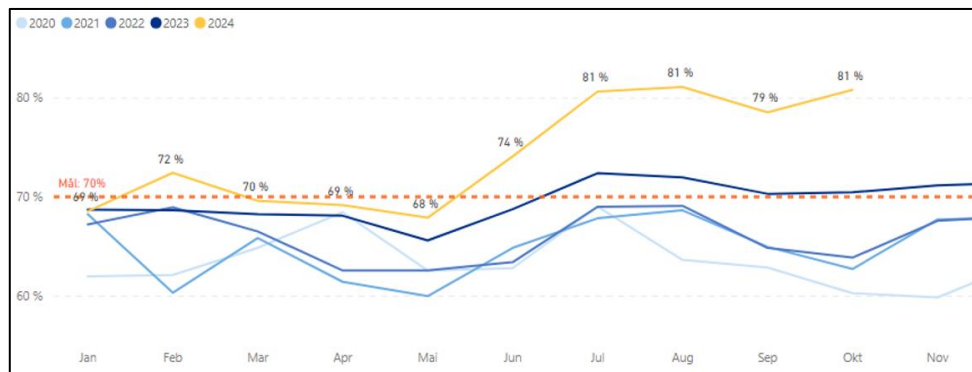
	praksis her, men mener teksten i dokumentet - som beskriver hvordan det skal gjøres - står seg. <u>Kap. 9 - Timebestilling etter sykehusopphold:</u> • Ingen innspill. <u>Kap. 10 - Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (=LiB) liste:</u> • Ingen innspill. <u>Kap. 11 - Sykmelding:</u> • Ingen innspill. <u>Kap. 12 - Pasienttransport:</u> • Presisering at det er viktig at dersom pasienten har medisinsk behov for pasienttransport, må dette fremkomme av henvisningen (MSK). MSU tolker dette som et «hjertesukk» over at dette ofte glemmes, men det står eksplisitt beskrevet i dokumentet allerede. <u>Kap. 13 - Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser:</u> • Ingen innspill. <u>Kap. 14 - Parallell henvisninger til flere avdelinger:</u> • Ingen innspill. <u>Kap. 15 - Tverrfaglig samarbeid:</u> • Innspill om at kapittelet beskriver forhold knyttet til samhandling internt i kommunen og som ikke berører legetjenestene. Dette behøver derfor ikke stå skrevet i dokumentet (Omland). MSU justerte teksten i kapittelet i første revisjonsutkast, slik at dette allerede er ivaretatt i revidert kapittel. • Ønskelig med eget punkt som heter «Telefonmøte mellom fastlege og sykehuslege» som gir retningslinjer for dialog (Omland). MSU vurderer at dialog, konferering og kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger ivaretas under andre kapitler i dokumentet og inkorporerer derfor ikke dette innspillet under dette kapittelet. • Ønskelig med eget punkt som heter «Henvendelser fra pasient» som gir retningslinjer for utgivelse av informasjon til pasienter. MSU vurderer at det ofte vil være individuelle vurderinger knyttet opp mot oppfølgingsansvar mv. som gjør det komplisert å beskrive dette som rutine. MSU inkorporerer derfor ikke dette innspillet. <u>Kap. 16 - Oppgavedeling:</u> • Ingen innspill. <u>Konklusjon:</u> 1. «Felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger, avtalespesialister og sykehusleger», slik det foreligger etter dagens gjennomgang, godkjennes. 2. Medisinskfaglig samarbeidsutvalg (MSU) anbefaler at «Felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger, avtalespesialister og sykehusleger» godkjennes som foretaksovergripende rutine ved SSHF, og følges som rutine blant fastleger og avtalespesialister på Agder. 3. Utvalget registrerer tilbakemeldingene om at «Felles anbefalinger for samarbeid mellom fastleger, avtalespesialister og sykehusleger» ikke oppfattes tilstrekkelig kjent, eller ikke blir fulgt. Utvalget oppfordrer til at dokumentet gjøres kjent for alle leger i både første- og andrelinjetjenesten. 4. Utvalget ber Samhandlingslegeordningen om å publisere dokumentet på www.praksisnytt.no, samt gjennomføre en informasjonskampanje.	
		Fagdirektør + SLO
		Fagdirektør + SLO
		SLO

	<u>Vedlegg:</u> 1. Felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger, avtalespesialister og sykehusleger 2. Innspills- og høringsdokument	
10/2024	Tiltak for å få ned avslagsprosenten ved KPH <u>Bakgrunn for saken</u> Opp til 40% av henvisningene til DPS dreier seg om voksne med spørsmål om ADHD, og mange av henvisningene blir avslått da pasienten ikke møter kriterier for vurdering iht. prioriteringsveilederen. Fastlegene møter et enormt press fra pasientene om å bli henvist, og det er behov for samhandlingstiltak for å støtte hverandre på tvers av nivåene for å håndtere situasjonen. <u>Saksopplysninger</u> Ila. 2024 har Klinikk for psykisk helse gjennomført flere tiltak, herunder: • Brev med veiledning til de som henviser mest • Samarbeidsmøte DPS Strømme og tilhørende legesenterledere • Egen henvisningsveileder for fastleger til praksisnytt: «<i>Henvisning ved mistanke om ADHD</i>» med hvem som kan og hvem ikke skal henvises • Kveldskurs i ADHD for fastleger. Dessverre svært dårlig deltagelse • Kveldspoliklinikk i DPS Østre Agder. Ført til noe reduksjon i avslagsprosenten I 2025 vil «Beslutningsstøtteprosjektet» ferdigstilles. Det vil da være klart til å rulle ut et verktøy hvor fastlegene får hjelp til å vurdere videre tiltak, samt som vil spare dem tid. Piloteres allerede nå ved 1 legekantor. <u>Konklusjon:</u> 1. <i>Medisinskfaglig samarbeidsutvalg tar orienteringen til etterretning.</i> 2. <i>Utvalget ønsker å bli orientert om effekten av «beslutningsstøtteverktøyet» når dette er evaluert.</i>	AU-MSU
11/2024	Status epikrisetid <u>Bakgrunn for saken</u> MSU gjorde en utredning knyttet til epikrisetid i 2022 og behandlet saken 14.02.2023 (sak 05/2023) med følgende konklusjon: 1. <i>Medisinsk samhandlingsråd takker praksiskonsulent Gunnar Mouland for kartleggingen av epikrisetid.</i> 2. <i>Rådet berømmer sykehuset for deres kontinuerlige fokus på å holde epikrisetiden lav.</i> 3. <i>Rådet registrerer at selv om antallet forsinkede epikriser er relativt lavt, så utgjør de en potensiell pasientsikkerhetstrussel der de inneholder nødvendig informasjon til den/de som skal følge opp pasienten.</i> 4. <i>Rådet registrer videre at der forsinkelsene oppstår, skyldes dette unntaksvis forsinket diktering, men hovedsakelig forhold knyttet til utsendelse/eksport av epikrisen. Enkelte avdelinger fremstår dårligere enn snittet.</i> 5. <i>Medisinsk samhandlingsråd anbefaler at Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet v/ SSHF utreder hvor forsinkelsene oppstår (der dette fortsatt skjer) og kommer med forslag til relevante tiltak.</i> 6. <i>Rådet anbefaler også at Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet v/ SSHF vurderer etablering av rutiner for prioritering av epikriser/polikliniske</i>	

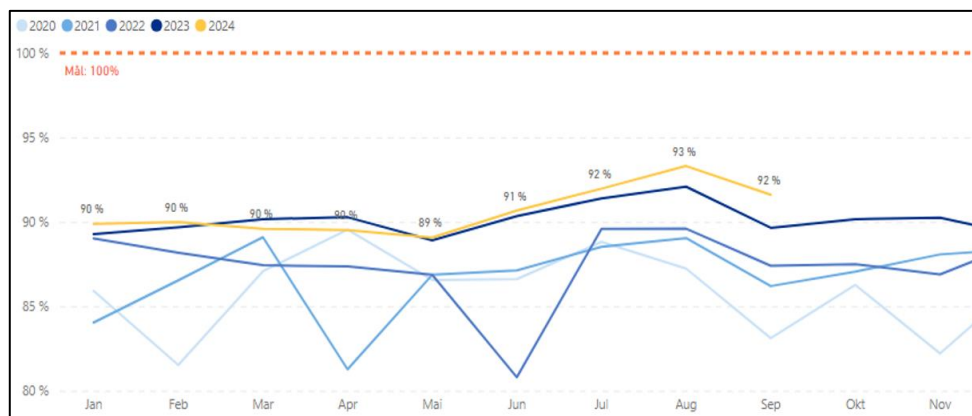
notater hvor det er viktig at fastlegen/pleie- og omsorgstjenesten har informasjonen tilgjengelig raskt.

Saksopplysninger

Saken tas opp som del av MSU sin oppfølging av sentrale samhandlingsforhold.



Figur 1: Andel epikriser sendt innen 1 dag - hele SSHF inkl. KPH



Figur 2: Andel epikriser sendt innen 7 dager - hele SSHF inkl. KPH

Sykehus	Epikriser innen 1 dag	Epikriser innen 7 dager
SSA	86 %	96 %
SSK	84%	92 %
SSF	98%	100 %
KPH	62%	85%

Tabell 1: Epikrisetid oktober 2024

Statistikken henviser til alle epikriser, ikke bare der pasienten også mottar kommunale tjenester (og hvor det er forskriftsfestet at epikrise, eller tilsvarende informasjon, skal følge pasienten ved utskrivelse).

Den «plutselige» forbedringen sommeren 2024 skyldes sannsynligvis bortfall av kontroll av epikrisen før utsending som merkantile tidligere utførte.

Statistikken viser at det har vært stadig forbedring i epikrisetid fra 2020, men at det samtidig fortsatt er rom for forbedring for å nå målene, særlig knyttet til 100% epikriser utsendt innen 7 dager. Bak statistikken ligger det også store avdelingsvise variasjoner.

Det kan være mange årsaker til at en epikrise tar tid å få ut, og i mange situasjoner vil det ha lite praktisk betydning ut over det prinsipielle. Samtidig

	må det foreligge rutiner for å sikre at dersom pasienten trenger rask oppfølging fra fastlege, så må epikrisen ut tidsnok til å sikre fastlegen nødvendig informasjon til å kunne foreta denne oppfølgingen. <u>Konklusjon:</u> 1. <i>Medisinskfaglig samarbeidsutvalg berømmer Sørlandet sykehus for arbeidet som gjøres knyttet til å få epikriser ut raskt. Statistikken viser stadig bedring siden 2020.</i> 2. <i>Utvalget minner om behovet for rutiner som sikrer rask utsendelse av epikrise der pasientene trenger hurtig oppfølging av fastlege.</i> 3. <i>Utvalget vil følge utviklingen i senere møter.</i>	AU-MSU
12/2024	Status - Ø-hjelp hos øyeleger <u>Bakgrunn for saken</u> MSU behandlet saken i juni 2024 (sak 04/2024) med følgende konklusjon: 1. <i>Medisinskfaglig samarbeidsutvalg konstaterer at ø-hjelp hos øye-avtalespesialistene er utfordrende.</i> 2. <i>Utvalget ber arbeidsutvalget undersøke hva som faktisk står i avtalene mellom HSØ og øye-avtalespesialistene for orientering i senere utvalgsmøte.</i> 3. <i>Utvalget anbefaler at Samhandlingslegeordningen initierer en prosess for å få direkte nummer til øyelegepraksisene.</i> <u>Saksopplysninger</u> Det har kommet tilbakemelding om feil i saksopplysningene i sak 04/2024 fra juni 2024, hvor det står at øyeavdelingen skal ha uttalt at «...avtalespesialistene skal ta ø-hjelp på lik linje som øyeavdelingen». Dette stemmer ikke, og øyeavdelingen har ikke påstått dette, men oppfordrer avtalespesialistene om å ta ø-hjelp. SLO har undersøkt avtaleverket og konklusjonen er at avtalespesialistene ikke har plikt til ø-hjelp i deres rammeavtaler med HSØ. Ansvaret for ø-hjelp innen øyefaget ligger hos øyeavdelingen ved SSHF, lokalisert i Arendal. Utfordringene beskrevet i sak 04/2024 kompliseres ved de geografiske realitetene (lang transportvei fra vest-fylket til øyeavdelingen i Arendal). Flere av avtalespesialistene har også lange ventelister og sliter med kapasiteten. SLO har bedt avtalespesialistene om tilbakemelding på deres kapasitet for ø-hjelp, samt direkte nummer til kontoret slik at fastlegene kan nå dem utenom telefonid. God respons. Noen setter av timer til dette, spesielt i periferien, andre kan ikke av kapasitetsgrunner. Noen har direkte hemmelig nummer, andre har ikke. SLO har laget liste med direkte nummer til de øye-avtalespesialistene som har/har oppgitt dette, som kan sendes ut til fastlegene. Ut over dette er det lite SLO, eller MSU kan bidra med. Forslag om flere hjemler og/eller øyepoliklinikk ved SSK ligger godt utenfor vårt mandat, selv om dette åpenbart kunne avhjulpet situasjonen. <u>Konklusjon:</u> 1. <i>Medisinskfaglig samarbeidsutvalg konstaterer at ø-hjelp hos øye-avtalespesialistene kan være utfordrende.</i> 2. <i>Utvalget konstaterer videre at øye-avtalespesialistene ikke har plikt til ø-hjelp i deres avtaler med HSØ. De fleste øye-avtalespesialistene forsøker</i>	

	<i>likevel å være behjelpelig med ø-hjelp, så lenge de har kapasitet til dette. Noen øye-avtalespesialister har også satt av timer til dette formålet.</i> 3. <i>Utvalget anbefaler at Samhandlingslegeordningen distribuerer liste med direktenummer til øyelegepraksisene, der disse er tilgjengelige.</i> 4. <i>Utvalget korrigerer med dette en feil i «Saksopplysninger» i sak 04/2024 - at øyeavdelingen skal ha uttalt at «avtalespesialistene skal ta ø-hjelp på lik linje med øyeavdelingen». Dette stemmer ikke (jf. punkt 2 ovenfor).</i>	SLO
13/2024	Melding om endringer i legemiddelbehandling til multidose - behov for endring av «Multidoseveilederen»? <u>Bakgrunn for saken</u> Norsk medisinaldepot (NMD) har nylig presisert følgende: «<i>Multidoseapoteket ikke kan akseptere at en melding fra hjemmetjenesten er en rekvisisjon, så lenge hjemmetjenesten ikke har rekvireringsrett</i>». MSU vurderer hvilken betydning dette har for den praktiske gjennomføringen av endringer i legemiddelbehandling til multidose, samt evt. revisjonsbehov i «Multidoseveilederen». <u>Saksopplysninger</u> Det er for så vidt ikke nytt at rekvirering må utføres av en som har rekvireringsrett, og for alle praktiske formål er det legers rekvireringsrett som er relevant i saken. Det NMD har presisert er at dersom det foretas en endring i legemiddelbehandling til multidose, så er det en rekvirering som må foretas av lege. Når man har multidose, rekvireres ikke dette i reseptformidleren, men ved egen melding til multidoseapoteket. I flere kommuner har hjemmetjenesten sendt dokumentasjon for endring i Mediport, basert på epikriser, eller PLO-melding. Dette er ikke i tråd med lovverket, eller presiseringen til NMD. MSU vurderer at presiseringen til NMD ikke påvirker «Multidoseveilederen» som ivaretar rekvireringskravet i sin tekst. MSU vurderer videre at spørsmålet om hvordan dette er organisert i den enkelte kommune, opp mot det aktuelle multidoseapoteket, må håndteres av avtalepartene. MSU oppfatter «systemet» multidose som usikkert og svakt fundamentert mtp. ansvarsforståelse og gjennomføring, samt med begrensede muligheter for å fange opp feilmedisinering. Først og fremst mangler den teknologiske forutsetningen for et sikkert og funksjonelt system. <u>Forslag til konklusjon:</u> 1. <i>Medisinskfaglig samarbeidsutvalg vurderer at presiseringen vedrørende rekvirering av legemidler til multidose, er ivaretatt i dagens Multidoseveileder.</i> <u>Vedlegg:</u> 1. Prosedyre-plo-versjon-5-0 2. Multidoseveilederen	
14/2024	Eventuelt Ingen saker.	