

Medisinsk samhandlingsråd (MSR) - Helsefelleskapet Agder

Dato/tid	14.02.2023 kl. 16:00-18:00
Sted	TEAMS

Leder	Kjetil Juva
Referent	Kjetil Juva
Faste medlemmer	Fastlegene: Anders Kind, Jørn Ahlqvist, Hallvard Mosdøl, <i>Listerregionen</i> Sykehuslegene: Anne Catrine Nyberg, Erik Mulder Pettersen, Øystein Svendsen, <i>Terje Thesen</i> Praksiskonsulentene: Kjetil Juva, Anton Rodahl Avtalespesialistene: Gunvald Eivindson Kommuneadministrasjonen: Lisbeth Bergstøl Brukerorganisasjonene: Grethe Bygland, Tove Irene Kristiansen
Faste bisittere	Sebastian Bø, Kristin Sola, <i>Linda Stray Hoel</i> , Christian Grødem, <i>Marianne Omland</i> , Geir Sporaland
Inviterte	Geir Høybjør (sak 02/2023), Susanne S. Hernes (sak 03 & 04/2023), Jeroen Peter Muller Kobold (sak 04/2023)

O: Orienteringssak, K: Konklusjon-/anbefalingssak

Saksnr.	Sak	Ansvar
01/2023	<u>Konklusjon:</u> - Referat fra møtet 01.11.2022 godkjennes - Saksliste for møtet 14.02.2023 godkjennes <u>Vedlegg:</u> - Referat MSR - 01.11.2022	
02/2023	Geriatritilbud, alderspsykiatri, demensutredning og førerkortvurderinger ved SSHF (oppfølging av sak 25/2022) <u>Bakgrunn for saken</u> Sak opprinnelig meldt pga. uklarhet om SSK utførte førerkortvurderinger. Problemstillingen er sammensatt og en del av geriatritilbudet ved SSHF. MSR vedtok derfor i sak 25/2022 om å be Fagråd geriatri orientere om geriatritilbudet ved SSHF, samt hvordan sykehuset planlegger for håndteringen av «skrøpelige eldre og kompleks multimorbiditet» som en prioritert pasientgruppe i SSHF sin Utviklingsplan 2040. <u>Momenter fra orienteringen om geriatritilbudet ved SSHF v/ seksjonsoverlege Geir Høybjør, leder for Fagråd geriatri</u> Geriatritilbudet ved SSA: 9 akuttgeriatriske senger, vurderes økt til 12. Stort sett alltid overbelegg. 4 senger ortogeriatriske (nylig redusert fra 5 senger)	

	• Høy poliklinisk aktivitet, blant annet demens, CGA, førerkortvurderinger, fallutredning. <i>Utfordringer:</i> • For få overlegestillinger • Ofte overbelegg • Stor belastning for sykepleiergruppen <i>Plan for styrking av tilbudet:</i> • Videreføre dagens status • Opprette ny overlegestilling Geriatritilbudet ved SSF: • Ikke egne definerte sengeplasser til geriatri og ikke spesialist i geriatri tilgjengelig • 4 senger på slagenheten som benyttes til eldre pasienter med geriatrisk problemstilling dersom kapasitet • Tilsynsvirksomhet på andre innlagte pasienter • Høy poliklinisk aktivitet, blant annet CGA og førerkortvurderinger <i>Utfordringer:</i> • Vanskelig å få rekruttert geriater / geriatri-interessert LIS • Sårbart ved fravær • Mangler ortogeriatrisk tilbud <i>Plan for styrking av tilbudet:</i> • Videreføre poliklinisk tilbud • Fortsatt generell indremedisinsk sengepost • Vurdere etablering av ortogeriatrisk tilbud Geriatritilbudet ved SSK: • 4 akuttgeriatriske senger, lokalisert på sengepost 2C. Pågår nå en ny flytteprosess der en ser på mulighet for flytting til sengepost 2A (antatt bedre for pasientgruppen) • 6 senger ortogeriatrisk • De fleste pasienter med kognitiv svikt og behov for vurdering i spesialisthelstetjenesten henvises til alderspsykiatrisk poliklinikk. Mangler tilbud til eldre med spørsmål om demens, ved sammensatt funksjonssvikt, CGA, fallutredning, polyfarmasi, førerkort, etc. <i>Utfordringer:</i> • For få og dårlig utnyttet akuttgeriatriske senger • Tar tid å bygge opp geriatrikompetanse etter flytting av seksjon • Svært mangelfullt poliklinisk tilbud • Rekrutteringsutfordringer • Sommerstengt seksjon 8 uker <i>Plan for styrking av tilbudet:</i> • Positiv holdning til geriatri og mer naturlig fag- og pasientmiljø på 2A • Arbeide for styrking av fagmiljø og utvidelse av drift • Etablere geriatrisk poliklinikk • Vurdere etablering av ambulerende team • Vurdere tettere samarbeid med alderspsykiatri	
--	---	--

	SSHF sin plan for håndteringen av «skrøpelige eldre og kompleks multimorbiditet» frem mot 2040: • Ca 25% av befolkningen i 2040 være over 65 år • Økt behov for akuttgeriatriiske døgnplasser i sykehus og geriatriisk poliklinikk • Behov for økt samarbeid med primærhelsetjenesten Oppsummering av variasjonen i geriatri tilbudet på Agder: • SSA har i mange år vært regnet for å ha blant landets ledende geriatriiske enheter • SSF har ikke egne akuttgeriatriiske senger, men forsøker å samlokalisere geriatriiske pasienter med slagpasienter for tverrfaglig vurdering • SSK har ikke et tilstrekkelig geriatri tilbud, og dette vil ikke kunne løses ved hjelp av «samarbeid» internt, eller med primærhelsetjenesten <u>Utdrag fra dialogen i møtet</u> • Geriatri tilbudet ved SSK oppfattes bekymringsverdig svakt • Fastlegene har behov for å vite hvor de skal henvise geriatriiske pasienter, i region Kristiansand og Lister er dette ikke åpenbart, delvis pga. fraværende tilbud • Av sammensatte årsaker mottar eldregruppen til dels suboptimal oppfølging av fastlegene • Geriatri feltet ansees som et sentralt fokusområde på bakgrunn av nåværende og fremtidig demografi • Geriatri feltet egner seg for samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og internt i tjenestene (inkl. mellom pleie- og omsorgssektoren og fastleger) • En aldrende befolkningen vil også ha økende behov for spesialisthelsetjenester hvilket må ligge som et felles forståelsespremiss for samhandlingen <u>Forslag til konklusjon:</u> 1. <i>Medisinsk samhandlingsråd tar orienteringen til etterretning</i> 2. <i>Rådet vurderer variasjonen i geriatri tilbudet på Agder som uønsket, særlig knyttet til tilbudet ved SSK, gitt fremtidsbildet og behovene kjent fra demografisk utvikling og UP2040</i> 3. <i>Rådet støtter samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, gitt en omforent virkelighetsoppfatning</i> 4. <i>Medisinsk samhandlingsråd anbefaler at SSHF v/fagdirektør følger opp geriatri feltet slik at uønsket variasjon og mangelfullt tilbud korrigeres, samt at egnet innovasjon og samhandling videreutvikles</i> <u>Vedlegg:</u> 1. Presentasjon fra seksjonsoverlege Geir Høybjør, leder for Fagråd geriatri	Kjetil Juva
03/2023	Presentasjon av «Rapport om skrøpelige eldre og kompleks multimorbiditet» fra Faggruppe analyse og styringsdata <u>Bakgrunn for saken</u> Det er utarbeidet en rapport om pasientgruppen «skrøpelige eldre og kompleks multimorbiditet», blant annet basert på workshop hvor repr. fra MSR deltok.	

	Faggruppe analyse og styringsdata v/ fagdirektør Susanne Hernes presenterte rapporten. Kort oppsummert: • I rapporten identifiseres mulige tiltak for å møte fremtidsbildet og behovene kjent fra demografisk utvikling (se vedlagt rapport). • Rapporten med tiltak henger tett sammen med foregående sak om geriatritilbudet ved SSHF. • Et av tiltakene er å gjennomføre en konseptfase for et samhandlingsprosjekt for bedre pasientforløp (Fragility fracture network Norway), hvor Medisinsk samhandlingsråd og samhandlingsråd for rehabilitering er identifisert som aktuelle ressurser. <u>Forslag til konklusjon:</u> 1. <i>Medisinsk samhandlingsråd tar orienteringen til etterretning</i> 2. <i>Rådet inviteres til å gi innspill til rapporten direkte til Susanne Hernes (Susanne.Sorensen.Hernes@sshf.no)</i> 3. <i>Medisinsk samhandlingsråd ber arbeidsutvalget om å kartlegge hva det å «Gjennomføre en konseptfase for et samhandlingsprosjekt for bedre pasientforløp (Fragility fracture network Norway)» vil innebære for rådet, før man tar stilling til deltakelse (sak til neste MSR-møte)</i> <u>Vedlegg:</u> 1. Rapport skrøpelige eldre og multimorbiditet	Alle Kjetil Juva
04/2023	Oppgavefordeling knyttet til brystkreftkontroller <u>Bakgrunn for saken</u> I Helsedirektoratets handlingsprogram for brystkreft står det i avsnittet om etterkontroller: «<i>Organisering av etterkontroll-tilbudet for den enkelte pasient kan utformes i sykehuset og etter nærmere avtale overføres til fastlegen</i>». SSHF ønsker å følge disse føringene. MSR skal vurdere om dette er en forsvarlig og hensiktsmessig oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Overlege Jeroen Peter Muller Kobold, Kirurgisk avdeling SSHF, deltok i dialogen. <u>Saksopplysninger og møtedialog</u> Arbeidsutvalget til MSR har benyttet følgende prosess i forarbeidet til saken: • Oppsummert det faglige kunnskapsgrunnlaget - herunder omfang, faglig forsvarlighet og hvorvidt oppgaven inngår det i de primærmedisinske kjerneoppgavene • Hva sier nasjonale retningslinjer • Hva er praksis andre steder • Benyttet prosedyren utarbeidet av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) til vurdering av oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene Overlege Jeroen Peter Muller Kobold orienterte også om hva man konkret ønsker samarbeid om, samt hvordan SSHF vil legge til rette for dette (herunder både en «oppskrift» (hvor blant annet fremtidige mammografier er forhåndsbestilt at sykehuset) ved overføring av oppfølgingen av disse brystkreftpasientene til fastlegene 5 år etter diagnose/behandling). Medisinsk samhandlingsråd er enige om at en slik oppgavefordeling er hensiktsmessig, forsvarlig, økonomisk dekket, og må ansees å falle inn under	

fastlegens kjerneoppgaver, selv om 1 av 3 fastleger i rådet ikke kunne være med på en formulering om at det var «ønskelig» basert på innspill fra sin region.

«Elefanten i rommet» er kapasitet, hvilket også preget dialogen i møtet, herunder:

- Hensiktsmessig oppgavedeling er nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp fra begge nivå og kapasitet er en utfordring i både spesialist- og fastlegetjenesten
- Kapasiteten til fastlegene har blitt presset over en årrekke, og er en direkte årsak til «fastlegekrisen»
- Kapasitetsutfordringene til fastlegene er forårsaket av flere forhold ut over fordeling av oppgaver med spesialisthelsetjenesten, f.eks.:
 - Til dels uoppnåelige krav i nasjonale faglige retningslinjer (ca. 74 stk.), pakkeforløp (ca. 40 stk.) og veiledere (ca. 68 stk.)
 - Dokumentasjonskrav fra NAV, Fylkeskommunen (erklæring ved fravær fra videregående skole), apotek, osv.
 - Økt behov og krav om samarbeid med andre kommunale og statlige tjenester (NAV, pleie- og omsorgstjenesten, PLO, flyktningetjenesten, fysioterapeuter, jordmødre, skole- og helsestasjonstjenesten, barnevern, osv.)
 - Økte behandlingsmuligheter
 - Økte pasientrettigheter og -forventninger(!)

«Situasjonen i Norge er sånn at hvis vi skal følge alle retningslinjer for alle pasienter til enhver tid, vil det være helt uhåndterlig.»

Marte Kvittum Tangen

Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

- Den ene representanten for fastlegene oppsummerer problemstillingen slik; *«Oppgaveoverføring oftest er fornuftig opp mot pasientens behov, fastlegens kompetanse og prefererte oppgaver, samt de samfunnsøkonomiske aspektene. Problemet er at summen av fornuftige oppgaver til slutt blir uhåndterbart. Rekken av nye oppgaver fra sykehus, kommunen (hjemmesykepleie, barnevern, helsestasjoner, institusjoner, legevakt m.m.), privat forsikring, helseforsikringer, NAV, skoler, HELFO, Statsforvalteren, krav til attester, etc. er svært lang. Det følger aldri økt kapasitet eller økonomi med slike overføringer. Overføringer en alltid enveiskjørt og bestemt av den ene partens kapasitet og/eller manglende finansiering. Vi ønsker å utvikle faget og videreføre et godt samarbeid med kolleger på sykehusene til pasientens beste. I dag mangler vi et fora der den samlede belastningen diskuteres og følgelig også en mulighet for å begrense nye oppgaver. MSR er vår eneste mulighet til å begrense nye krav (fra spesialisthelsetjenesten). Paradokset blir at vi nå begrenser overføring av oppgaver som oppfattes som viktige og sentrale hos fastlegen. Situasjonen oppleves fortvilet og fastlåst. Det er mulig at flere kommunen gjør som Kristiansand kommune, og bedrer grunnfinansieringen og muliggjør kortere lister med god rekruttering. Kommunenes forståelse og løsninger spriker i betydelig grad på Agder. Statens forslag til endring fremlagt i dag er mangelfull. Det er ikke forsvarlig å støtte nye overføringer før de grunnleggende premissene for arbeidsfordelingen er avklart»*
- Det at saker om oppgavefordeling mellom sykehus og fastleger i økende grad behandles i Medisinsk samhandlingsråd burde vært en betydelig styrke for regionen. Ingen andre fastlegeoppgaver –

	hensiktsmessig eller ei – overføres på denne måten. Samtidig er det faktum at «noen spør» som gir grunnlaget for å kunne si nei • Medisinsk samhandlingsråd skal gi anbefalinger og kan ikke beslutte noe på vegne av 320 fastleger eller sykehuset. Det vil alltid kunne være ulikt syn på slike anbefalinger i fastlegekorpset/på sykehuset, og vi er avhengige av legitimitet i både sykehuset og fastlegegruppen for at anbefalingene skal bli akseptert og fulgt. Dette krever at våre råd er grundig fundert og begrunnet. Det er konsensus i rådet at dette er tilfellet i forarbeidet og behandlingen av denne saken • Tross konsensus om prosess og behandlingen av saken, opplever rådet i praksis en «lammelse» i forhold til å kunne konkludere på grunn av regionale strukturelle kapasitetsutfordringer i fastlegenes arbeidshverdag • MSR er omforent om at kapasitetsutfordringene, både blant fastleger og ved sykehuset, er reelle og tungtveiende problemer, men at dette er forhold som ligger utenfor rådets rammer • MSR vil ikke kunne beholde sin legitimitet, eller funksjon hvis rådet samtidig skal agere som et fagforeningsledd, eller politisk aktør i formuleringen av sine faglige anbefalinger • Rådet har pt. ingen steder hvor dets anbefalinger knyttet til rammer, hensiktsmessighet og forsvarlighet kan videresendes til «beslutning» i tilfeller som dette <u>Forslag til konklusjon:</u> 1. <i>Medisinsk samhandlingsråd berømmer SSHF for å ha lagt til rette for en god oppgavefordeling i forhold til overføring av brystkreftkontroller til fastlegen</i> 2. <i>Rådet ber AU-MSR legge frem en prosedyre for vurdering av oppgavefordeling, med utgangspunkt i håndteringen av denne saken, til neste møte</i> 3. <i>Rådet er fortvilet over at man ikke kan løse oppdraget gitt i mandatet på grunn av at grupper av fastleger ikke har kapasitet til å utføre primærmedisinske kjerneoppgaver</i> 4. <i>Medisinsk samhandlingsråd v/ leder bes videreformidle årsakene til rådets handlingslammelse til Helsefelleskapet, samt be om at Helsefelleskapet utarbeider en beslutningslinje i samarbeid med samhandlingsrådene, der rådenes utredning og anbefaling kan benyttes som kunnskapsgrunnlag</i>	Anton Rodahl Kjetil Juva
05/2023	Epikrisetid (oppfølging av sak 03, 17 og 23/2022) <u>Bakgrunn for saken</u> 71% av epikrisene fra somatiske avdelinger er sendt ut etter 1 dag og 90% etter 7 dager (som er tidskravet for utskrevne pasienter som ikke mottar pleie- og omsorgstjenester). Resultatene viser gradvis forbedring år for år. Ca. 170 epikriser sendes fra somatikken SSHF per dag - dvs. ca. 1200 per uke (ca. 63000 per år) Selv om 90% av epikrisene sendes i løpet av 7 dager, vil ca. 120 epikriser per uke være over denne fristen, og kanskje føre til at fastlege/pleie- og omsorgstjenesten ikke vet hva som må følges opp når pasienten kommer til kontroll/oppfølging/returneres. Det er uklart hva som er årsakene til at 10% av epikrisene er «forsinket».	

Kartlegging

I regi av praksiskonsulentordningen er det gjennomført en undersøkelse for å kartlegge utsendelsestid på epikriser, samt mulige årsaker til evt. forsinkelser. 149 journaler (30% av alle utskrevne pasienter i uke 10/2022 (mandag 7. - søndag 13.mars)) ble undersøkt fordelt på følgende sengeposter:

1. Med.avd. SSA: Lettpost, 1C, UC, 2C, observasjonspost (**37 journaler**)
2. Med.avd. SSK: Infeksjonspost 1E, 2A, 2C, 1D, akutt-mottak sengepost, medisinsk intermediærpost (**52 journaler**)
3. Nevrologisk avd. SSK: (**14 journaler**)
4. Kir.avd. SSA: 3C, lettpost, 6E, intensiv 4E, obs. post, akuttmottak sengepost (**20 journaler**)
5. Kir.avd. SSK: 3C, lettpost, infeksjonspost 1E, barneposten, akuttmottak, sengepost, intensiv, operasjon (**26 journaler**)

For hver journal ble følgende registrert:

- Alder og kjønn
- Utskrevet til hjem, sykehjem, annen sykehusavd., etc.
- Antall dager før epikrisediktering
- Antall dager før utsendelse (eksport) av epikrise
- Epikrisetid for pasienter som ble innlagt sykehjem (inkl. korttidsplass)
- Epikrise sendt til fastlege
- Evt. notat om oppfølging hos fastlege, hjemmesykepleie, eller spes.helsetj. og om epikrise var sendt i tide før angitt oppfølging

Resultat av kartleggingen (n=149)

- **Alder og kjønn:**

- Gjennomsnittsalder - 63 år
- Medianalder - 70 år
- 62% menn
- 48% kvinner

- **Utskrevet til hjem, sykehjem, annen sykehusavd., etc.:**

Utskrevet til:	Antall	%
Hjem (inkl omsorgsbolig)	111	74
Sykehjem (inkl korttidsopphold)	13	9
Overflyttet til annen sykehusavdeling	20	13
Mors	5	3

- **Antall dager før epikrisediktering:**

- **Med. avd. (inkl. nevro):**
 - Gj.sn 0,1 dag (96/103 - 93%) var diktert innen utskrivningsdagen
 - De seneste - 2 epikriser diktert hhv. 5 og 6 dager etter utskrivning
- **Kir. avd.:**
 - Gj.sn 0,5 dager (37/43 - 86%) diktert innen utskrivningsdagen
 - 4 (9%) dagen etter utskrivning
 - De seneste - 2 epikriser diktert hhv. 4 og 13 dager etter utskrivning

- **Antall dager før utsendelse (eksport) av epikrise:**

	Antall journaler	Gjennomsnitt (spredning)	Median
Med.avd SSA	37	3,75 (0-23)	1
Med.avd SSK	52	2,34 (0-17)	1
Nevr.avd SSK	14	6,00 (0-44)	1
Kir.avd SSA	20	2,20 (0-14)	1
Kir.avd SSK	26	2,15 (0-11)	1
Alle:	149	3,42 (0-44)	1

- **Epikrisetid for pasienter som ble innlagt sykehjem (inkl. korttidsplass):**
 - Ved 10 av 13 utskrivninger ble epikrise sendt på utskrivningsdato
 - For de resterende 3 av 13 ble kopiutskrift av epikrise sendt samme dag

- **Epikrise sendt til fastlege:**

- 149/149 = 100%

- **Evt. notat om oppfølging hos fastlege, hjemmesykepleie, eller spes.helsetj. og om epikrise var sendt i tide før angitt oppfølging:**

Kategori		Antall	%
	Sendt epikrise til Hjemmesykepl i tillegg til epikrise til FL	24	22
1	Ktr. hos FL, epikrise sendt før ktr-dato	36	32
2	Ktr. hos FL, men epikrise sendt for sent/mulig for sent	8	7
3	Første ktr. på sykehuspoliklinikk (internt)	33	30
4	Henv. til annet sykehus/spesialist, samtidig epikrise til FL	5	5
5	Åpen retur til avdelingen	3	3
6	Skal avvente beskjed fra sykehuslegen	2	2
7	Ingen ktr avtalt, behandling avsluttet, «tilbake til vanlig funksjonsnivå»	21	19
8	Uklart	3	3

- Eksempler på at epikrise til fastlegen ble sendt for sent, eller mulig for sent (jf. 8 eksempler fra kategori 2 i ovenfor tabell):

Tekst fra epikrisen	«Virkeligheten»
Beskjed om INR-kontroll hos FL dag 5	Epikrise sendt 5 dg etter utskrivning
Kontroll hos FL om 2 uker	Epikrise sendt 23 dg etter utskrivning
Kontroll CRP hos FL førstkommende mandag (= 14. mars)	Epikrisen sendt 16. mars
Fjerne sting hos FL om 10-12dager (mandag 21. mars = dag 12)	Epikrise sendt 21. mars kl.09:27
Kontakte FL ved forverring	Epikrise sendt 17 dg etter utskrivning
Kontroll hos FL i neste uke (første mandag var 14. mars)	Epikrise sendt 15. mars
Kontroll hos FL 14. mars (utskrevet 11. mars)	Epikrise sendt 14. mars kl.10:24
Komplisert pasient m/tilsyn fra HSP og FL, Res.minus (utskrevet 7. mars)	Epikrise til FL og HSP sendt 14. mars

Forslag til konklusjon:

1. Medisinsk samhandlingsråd takker praksiskonsulent Gunnar Mouland for kartleggingen av epikrisetid
2. Rådet berømmer sykehuset for deres kontinuerlige fokus på å holde epikrisetiden lav
3. 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
4. Rådet registrer videre at der forsinkelsene oppstår, skyldes dette unntaksvis forsinket diktering, men hovedsakelig forhold knyttet til

	<i>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 notater hvor det er viktig at fastlegen/pleie- og omsorgstjenesten har informasjonen tilgjengelig raskt</i>	Kjetil Juva Kjetil Juva
06/2023	Multidose (oppfølging av sak 06 og 15/2021, samt 16 og 22/2022) <u>Bakgrunn for saken</u> Fortløpende orientering om status i arbeidet med utarbeiding av felles multidoserutiner på Agder. Viser til orienteringen om status i arbeidet i møtet. <u>Forslag til konklusjon:</u> 1. <i>Medisinsk samhandlingsråd tar orienteringen til etterretning</i> 2. <i>Saken følges opp i neste MSR-møte</i>	Anton Rodahl
07/2023	Eventuelt 1. Orientering om revidert «oppskrift» for innsending av timeliste for arbeid i MSR for sykehusleger: Sykehuslegene sender en e-post til Mirjam Lien Smedsrød (mirjam.smedsrod@sshf.no) med dato og timetall for MSR arbeid. Hun registrerer dette direkte i GAT.	