

Møteplass Møre og Romsdal versjon 2023

Retningslinjer for samarbeid mellom fastleger og sykehus

Avtale mellom legene i Helse Møre og Romsdal (HMR) og fastlegene i Møre og Romsdal om hvordan en fordeler faglige og praktiske oppgaver i pasientforløpene.



Foto: K.Støylen

Innhold

Møteplass Møre og Romsdal versjon 2023	1
Innhold	2
Innledning:	3
Retningslinjer for samarbeid mellom fastleger og sykehus	4
1. Henvisning	4
2. Epikrise	5
3. Timebestilling	6
4. Resepter og samstemming av legemiddelliste	6
5. Blodprøver og andre prøver	7
6. Sykemelding	7
7. Melde- og opplysningsplikter	8
8. Pasienttransport på medisinsk grunnlag	8
9. Tverrfaglig samarbeid og møter	8
10. Telefonisk kontakt og e-dialogmeldinger	8
11. Samhandling og avvikshåndtering	9

Innledning:

En forutsetning for god pasientbehandling og effektiv samhandling i helsetjenesten er en klar ansvarsfordeling. Dette dokumentet er en revidert versjon av Norsk forening for allmenntilleggsmedisins anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus. Det har tidligere i oppdragsdokumentet til de 3 HF i HMN blitt beskrevet at det er gjennom slike dokument samhandlingen mellom HMR og fastlegene i kommunene skal avtales.

Revisjonen er gjort av behandlerfagrådet i Møre og Romsdal som er et av de 12 kliniske utvalgene i nivå 3 i Helsefelleskap Møre og Romsdal. Dette fagrådet er nå blitt Møre og Romsdal sitt legefagråd som består av representanter fra leger på sykehusene, brukerrepresentanter og representanter fra kommunene, inkludert fastlegene.

Retningslinjene som gis i dette dokumentet skal kontinuerlig evalueres og innspill til forbedring vil regelmessig bli vurdert. Dokumentet gjelder for all samhandling mellom fastleger og behandlere i spesialisthelsetjenesten.

For at dokumentet skal være kortfattet og lettlest har vi valgt en «forenklet» ordlyd. Dette innebærer at man har valgt å «definere» enkeltord til å omfatte mer enn det de i utgangspunktet betyr. Det vil også på mange av punktene være tilknyttet lenker som fører leseren til «underdokumenter» med ytterligere informasjon/forklaring. Dette dokumentet er i utgangspunktet laget med tanke på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og leger utenfor sykehus. En må vurdere om der bør lages tilsvarende retningslinjer også for annet helsepersonell med henvisningsrett. Dette vil bl.a. være optiker, kiropraktorer, fysioterapeuter og jordmor.

Definisjoner:

- a) Fastlege: Omfatter både fastleger, sykehjemsleger, legevaktleger og andre leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- b) Sykehuslege: Omfatter sykehusleger, avtalespesialister, psykologer og andre behandlere omfattet av spesialisthelsetjenesteloven.
- c) Sykehus: Helse Møre og Romsdal HF eller annen virksomhet omfattet av spesialisthelsetjenesteloven.
- d) Pasient: Omfatter pasient eller representant for pasienten, eksempelvis pårørende.
- e) Epikrise: Omfatter både epikrise og kopi av poliklinisk notat. Som eksempel innebærer disse «definisjonene» at epikrise eller poliklinisk notat jf. punkt 2.2 skal sendes til fastlegen, henvisende lege eller annen lege som har behov for opplysningene. Dette vil også framgå av lenke fra de fleste aktuelle punktene.

Retningslinjer for samarbeid mellom fastleger og sykehus

1. Henvisning

1.1. Henvisningen skal inneholde

- a) tydelig og beskrivende overskrift
- b) henvisningsdiagnosen skal stå som første diagnose, deretter andre relevante diagnoser
- c) bare relevant informasjon
- d) oppdatert legemiddelliste
- e) resultat av relevante prøvesvar og undersøkelser
- f) informasjon om annen relevant pågående utredning/behandling
- g) opplysninger om hvem som er pasienten sin fastlege, ev. at pasient ikke har fastlege

I tillegg skal det angis hvilken prioritering henvisningen har, dvs. om det er øyeblikkelig hjelp, normal, «helse i arbeid» eller pakkeforløp.

Merk egne retningslinjer for henvisning, psykisk helse og rus – NB! Ta med somatiske diagnoser.

[Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

1.2. Henvisningen

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvisningsveileder>

- a) Sendes elektronisk så langt det er mulig, og skal ved «øyeblikkelig hjelp» også medsendes pasienten som papirkopi.
- b) Skal fortrinnsvis ha elektroniske vedlegg (ev. vedlegg ettersendes per post).
- c) Relevante svar fra bildediagnostikk/ spirometri osv. kopieres inn/vedlegges eller ev. ettersendes per post. EKG må foreløpig ettersendes pr post da innskannet dokument blir i feil størrelsesformat.
- d) skal angi hvor og når relevant bildediagnostikk er gjort

1.3. Videre henvisning til andre avdelinger

- a) Legen som stiller indikasjon for en utredning har ansvar for å henvise til slik utredning.
- b) Sykehuslege skal henvise til relevant instans når dette anses nødvendig. Ved usikkerhet om indikasjon kan sykehuslege anmode fastlegen om å vurdere behovet for henvisning i epikrise eller konferere med fastlege per telefon.
- c) Ved usikkerhet om indikasjon for en undersøkelse, kan lege foreslå kriterier for hva som bør utløse en slik henvisning på et senere tidspunkt

1.4. Henvisning til og oppfølging av bildediagnostikk

- a) Vanlig henvisning med innhold som i punkt 1.1 og i tillegg:
 1. sendes på eget henvisningsskjema
 2. ta høyde for ventetid og sendes tidsnok for planlagte kontroller
 3. angi opplysninger om eventuell smitte med behov for tiltak
 4. oppgi kreatinin/eGFR ved kontrastundersøkelser
 5. utfylle sjekklister før henvisning til MR

- b) Ved øyeblikkelig hjelp skal henvisning sendes elektronisk og som papirhenvisning med pasienten.
 - 1. Henvisning til røntgen thorax/skjelett kan sendes direkte uten avtale og skal angi plan ved negative funn.
 - 2. henvisning til CT/MR/UL må avtales telefonisk med vakthavende røntgenlege.
- c) Røntgenlege skal ved funn av alvorlig tilstand, behov for rask behandling eller andre spesielle forhold henvise direkte videre til aktuell instans. Hovedregel er at henviser må følge opp svar fra radiologisk avdeling.
- d) Dersom andre enn fastlegen (utenfor sykehus) henviser til billeddiagnostiske undersøkelser skal fastlegen ha kopi av svaret. Henviser skal føre opp navn på fastlegen i henvisningen.

1.5 Spesielle forhold ved ulike innleggelser/polikliniske ØH vurderinger.

- a) Alle akutt-innleggelser skal meldes via AMK. Dette gjelder også innleggelser til Klinikk for psykisk helse og rus.
- b) Innleggelser KAD. Det gjelder samme regler som ved innleggelse i HMR at innleggende lege skal både sende elektronisk henvisning og sende med pasient papirkopi.
- c) Bestilling av politi som bistand ved helseundersøkelser i kommuner og HMR gjøres per telefon gjennom AMK.
- d) Ved innleggelse etter tvungent psykisk helsevern skal pasienten vurderes ved fysisk konsultasjon.

[veiledning-i-god-praksis-for-bruk-av-digital-dialog-fastlege.pdf \(nhn.no\)](#)

1.6 Pre-operative vurderinger.

- a) Sykehuslege skal normalt selv ta stilling til om pasient skal seponere aktuelle medikamenter før operative inngrep.
- b) Fastleger bør bistå i vurderingen av barn som skal ha tannbehandling i narkose. HMR skal sende screening-skjema til barnets foresatte, som skal fylles ut. Foreldre/foresatte bestiller selv fastlegetime og tar med seg pre-operativt skjema. Fastlegen sender inn skjema til HMR via internpost.

2. Epikrise

2.1. Fastlege, henvisende lege og andre relevante behandlere skal få epikrise

- a) med mindre pasienten motsetter seg det
- b) vanligvis i forbindelse med utskrivelse, men alltid i forsvarlig tid og senest innen fastlegens første kontakt med eller om pasienten
- c) Når pasient ikke har fastlege skal epikrisen overleveres eller sendes per post til pasient. Dersom pasienten tilhører et legekontor, men er uten fastlege, tar sekretær ved aktuell sykehusavdeling kontakt med aktuelt legekontor for å avtale hvem som skal ha epikrisen.
- d) Fastlege har ikke overtatt oppfølgingsansvar for aktuelle behandlingsforløp før vedkommende har mottatt epikrise eller tilsvarende legedokumentasjon.

2.2. Epikrisen skal inneholde følgende:

- a) Kontaktinformasjon for kontaktlege.

- b) Oppsummering av behandlingsforløp/resultat av utredning, herunder interne tilsyn
- c) Oppdatert legemiddelliste som eksplisitt angir endringer og seponering (med begrunnelse). Alle medikament på medisinalisten skal ha angitt indikasjon.
- d) Plan for videre oppfølging og angi tydelig hvem som har ansvar for oppfølgingsoppgaver.
- e) Når sykehuslege overfører behandlingsansvar til fastlege så skal det ikke bare vises til retningslinjer, men angi konkrete føringer med tanke på hyppighet, innhold og varighet av kontrollene. Pasient bør få pasientorientering og der lege anser det som formålstjenlig, også kopi av epikrisen. Det pålegges sykehuslegen et ansvar om å informere pasienten, gjerne skriftlig. Avklare om pasienten selv eller andre skal bestille kontrolltime der det er nødvendig.
- f) Tydelig avklaring av hva som er pasienten sine oppgaver.
- g) Sykehuslege skal anføre i epikrise om pasient får H-resept og om hvilken indikasjon medisin har, samt hvor pasienten skal henvende seg for å fornye slike resepter. Når medisin brukes off-label, skal dette anføres både i epikrise og i informasjonsskriv til pasient. Der det er behov for særskilt oppfølging av f.eks. effekt eller bivirkninger skal sykehuslege presisere dette i epikrise eller i dialog med fastlege.
- h) Legemidler som finansieres av helseforetaket (H-resepter og utprøvende behandling) kan kun forskrives av sykehuslege eller avtalespesialister. Det anbefales at pasienten henter ut medikamenter på sykehusapotekene for enklere fakturering mot helseforetaket.

3. Timebestilling

3.1. Ansvarsfordeling ved timebestilling

- a) Fastlegen skal ikke få ansvar for innkalling av pasienter
- b) Pasienten har selv ansvar for å bestille time hos fastlege for nødvendig oppfølging
- c) Sykehuset skal bistå pasienter som selv ikke klarer dette eller der det er nødvendig for å sikre rask oppfølging (NB! Multidosepasienter)
- d) Sykehuslege har ansvar for å gi pasient informasjon med plan om hvilke og når etterkontrollene skal utføres

[Fastlegens rolle ved kreft - Helsedirektoratet](#)

4. Resepter og samstemming av legemiddelliste

4.1. Den legen som endrer pasientens legemiddelbehandling skal gjøre følgende:

- a) Umiddelbart samstemme Reseptformidleren.
- b) Gi informasjon til multidoseansvarlig lege ved behov for oppdatering av multidose.
- c) Sikre at pasienten får riktig legemiddelbehandling inntil ny multidose er levert hjemme hos pasienten. Oppdatering av multidose kan ta inntil 2 uker. Det vil derfor vanligvis være nødvendig med «ordinær» resept i denne perioden.

4.2. Fastlege skal

- a) ved mottak av epikrise samstemme legemiddelliste i eget journalsystem
- b) når første fastlegebesøk finner sted: gi pasient oppdatert legemiddelliste ved endringer
- c) når første fastlegebesøk finner sted: gi pasienten resept på faste medisiner

4.3. Sykehuslege skal

- a) ved pasientkontakt etterspørre legemiddelliste og samstemme denne i eget journalsystem
- b) gi pasienten resept ved endret dosering eller oppstart nytt legemiddel

- c) ved utskrivning sende med pasienten resept og nødvendige legemidler og utstyr fram til og med første virkedag etter utskrivning. Hva som skal sendes med avklares med kommunen, herunder om det er behov for ekstra legemidler utover første virkedag
- d) følge veileder for Multidose - nasjonale faglige råd; [Om multidose og de faglige rådene - Helsedirektoratet](#)

5. Blodprøver og andre prøver

5.1. Rekvirering av blodprøver og andre prøver

- a) Den legen som stiller indikasjonen for prøve skal:
 - 1. skrive rekvisisjon
 - 2. vurdere svaret
 - 3. følge opp svaret
 - 4. informere pasienten om resultatet og nødvendig oppfølging
- b) Kun der det er avtalt skal annen lege settes som kopimottaker.
- c) Når fastlege har overtatt behandlingsansvar kan sykehuslege gi anbefalinger om blodprøvekontroll hos fastlege. Da er det fastlege som i hovedregel bestiller og følger opp prøvene når pasienten kommer til kontroll.

5.2. Gjennomføring av prøvetakning

- a) Prøver skal som hovedregel tas på rekvirentens laboratorium. Unntak gjøres der det av hensyn til pasienten eller der selve prøvetakningsprosedyren krever at det må gjøres på annet laboratorium.
 - 1. Prøver sendes til/analyseres på laboratorium som angitt i rekvisisjon.
 - 2. Prøver rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette klart er best for pasienten.
 - b) Pasienten skal informeres om å avtale tidspunkt for prøvetakning med fastlegekontoret.
 - c) Pasienten må ha ferdig utfylt rekvisisjon med seg.
- Prøver før og etter e- konsultasjoner:
- d) Alle informasjonsskriv til pasient skal inneholde tekst om at blodprøvene kan tas på sykehuslaboratorium eller hos fastlege. Behandlere som ikke følger punkt 5.2 a-c kan ikke forvente at blodprøver er tatt før e-konsultasjon.

6. Sykemelding

6.1. Ansvarsfordeling ved sykemeldingsarbeid

- a) Legen som stiller indikasjon for sykemelding skal skrive sykemeldingen, om mulig for hele sykemeldingsperioden. [Helsedirektoratets sykemeldingsveileder](#)
- b) Sykehuslege skal gjennom epikrise informere fastlege om:
 - 1. tidspunkt for eventuell oppfølging av sykemelding hos fastlege
 - 2. antatt varighet av sykemelding gjennom informasjon om forventet utvikling/prognose
 - 3. hvilke medisinske hensyn som må tas for at pasienten skal komme raskest mulig tilbake i arbeid
- c) Fastlegen:
 - 1. bør ha ansvaret for sykemelding der det er aktuelt med tilpasset arbeid og/eller gradert sykemelding

2. kan for pasienter som følges opp parallelt med sykehuslege håndtere sykemelding når dette er hensiktsmessig. Fastlegen holdes løpende oppdatert om utviklingen og prognose gjennom epikriser
- d) Fastlege og sykehuslege skal der det er behov ha dialog om sykemeldingens omfang og varighet

7. Melde- og opplysningsplikter

7.1. Ansvarsfordeling ved melde- og opplysningsplikt

- a) Helsepersonell som avdekker forhold som utløser plikt til å varsle nødetater, barnevern, kommunens helse- og omsorgstjeneste og/eller Statsforvalteren skal selv sørge for varsling.
- b) Varsling skal ikke overlates til annet helsepersonell.
- c) Der slik varsling er gjort skal dette angis i epikrise.
- d) c) Normalt skal pasient informeres om at det er sendt varsling

8. Pasienttransport på medisinsk grunnlag

8.1. Rekvirering av pasientreise til behandling i sykehus

- a) Henviser skriver elektronisk rekvisisjon på medisinsk grunnlag til førstegangsbehandling i sykehus.

8.2. Rekvirering av pasientreise til og fra gjentakende behandlinger

- a) Sykehuset er ansvarlig for utstedelse av rekvisisjon på medisinsk grunnlag for transport til og fra sykehuset.
- b) Sykehuset kan utstede serierekvisisjon på medisinsk grunnlag. Rekvisisjon skal da opplyse om klokkeslett og dato for behandling. Følg gjeldende rekvisisjonspraksis: https://pasientreiser.no/Documents/2017_Rekvisisjonspraksis_2_1.pdf

9. Tverrfaglig samarbeid og møter

9.1. Behov for tverrfaglige møter

- a) Når sykehus tar initiativ til tverrfaglig møte:
Behandlingsansvarlig lege eller kontaktlege foreslår hvem som bør delta og avklarer om fastlege skal inviteres.
- b) Når fastlege tar initiativ til møte:
Fastlege foreslår deltakere fra sykehus der dette ikke allerede er avklart.
- c) Innkalling til tverrfaglige møter bør ha minst to ukers frist. Møteform skal alltid avtales med fastlege.

10. Telefonisk kontakt og e-dialogmeldinger

10.1. Når fastlegen har behov for konferering med sykehuslege

- a) Ved forespørsel om enkeltpasienter i etterkant av innleggelse: Kontakte sentralbord og ber om å få snakke med «kontaktlege» (som er oppgitt i epikrise).
- b) Ved råd om medisinske spørsmål: Kontakt sentralbord og be om å få snakke med relevant sykehuslege.

10.2. Når sykehuslege har behov for konferering med fastlege

- a) Om akuttinnleggelser
- b) Om avtaler ved utskrivelse
- c) Om råd om felles pasienter eller medisinske spørsmål

Ring «hastenummer»
til fastlegekontoret

10.3. Kontaktnummer

- a) Hastenummer til fastlegekontor gjøres tilgjengelig for sykehusleger ved oppdaterte lister. Numrene oppdateres minst hvert halvår og utleveres av ansvarlig for legetjenesten i kommunene til samhandlingssjef. Disse telefon numrene kan sykehuslegene få ved å henvende seg til sentralbordet.
- b) Sykehuset gjør relevante direktenummer til avdeling, vakttelefoner osv. tilgjengelig på lister som oppdateres regelmessig og utleveres til kommuneoverlege.

10.4. E-dialogmeldinger

- a) E-dialogmeldinger skal:
 - 1. gjelde pasienter og problemstillinger som er kjent for både sykehuslege og fastlege
 - 2. ikke brukes ved øyeblikkelig hjelp eller ved behov for generell veiledning
 - 3. være korte og klart formulert
 - 4. vanligvis følges opp innen 5 arbeidsdager
- b) E-dialogmeldinger kan ikke medsendes vedlegg. Dette gjør de uegnet til henvendelser hvor slik informasjon er nødvendig.
- c) Fastlege bør gjøre et minimum av oppslag og sjekke tidligere korrespondanse med sykehuset før sending av melding.

NB! Når der har tilkommet ny informasjon som gjør at ventetid må vurderes på ny eller pasienten ikke har fått innkalling til kontrolltime avtalt fra sykehuset, skal det sendes ny henvisning og ikke dialogmelding.

E-melding er ikke henvisning. Ved anbefaling om undersøkelse på sykehuset må det skrives ny henvisning.

11. Samhandling og avvikshåndtering

Når retningslinjene i dette dokumentet ikke blir fulgt, bør første tiltak være direkte kontakt og tilbakemelding til den/de som ikke følger retningslinjene. Dette skal ikke gjøres gjennom pasientjournal.

Ellers skal samhandlingsavvik fra kommunehelsetjenesten til HMR skal meldes via Altinn på digitalt meldeskjema, som registreres hos postmottak, som deretter oppretter sak i Elements. Saken sendes til aktuell saksbehandler i klinikken, som oppretter EQS-melding og behandler saken videre jamfør prosedyre [ID 22247](#).

Samhandlingsavvik fra HMR til kommunehelsetjenesten meldes i EQS og behandles der før videre utsending til kommunen. Saken skal registreres i Elements (jamfør prosedyre ID 22247).

Dersom det gjennom avviksbehandlingen kommer opp forbedringsforslag som omhandler endring av innhold i Møteplass Møre og Romsdal-dokumentet, skal Samhandlingsavdelingen sende saken til Faglig samarbeidsutvalg for felles behandler samarbeid (Behandlerfagrådet).

Overføring av nye behandlings- eller kontrolloppgaver fra sykehus til fastlege skal drøftes i en likeverdig dialog. Denne dialogen skal involvere Helsefelleskapet nivå 3 med sine kliniske utvalg og Behandlerfagrådet. Større endringer skal forankres på Nivå 2 i Helsefelleskap Møre og Romsdal.