

# Rutine samarbeid mellom kommunen og fastlegene- Helse og Velferd

Godkjent : 18.02.2019

Godkjent av: Kommuneoverlege

## MÅL/HENSIKT:

Kommunen skal tilrettelegge tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse og omsorgstjenestetilbud.

## DEFINISJON:

**Primærkontakt** er den som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestetilbudet til pasient eller bruker i aktuell kommunal helsetjeneste. For eksempel helsesykepleier, helsesøster, psykolog, lege og andre terapeuter.

**Fagleder** har fagansvar og skal påse at tjenester iverksettes og tilrettelegge tilbudet til nye brukere innen sin tjeneste.

**Koordinator** skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

**Enheter i kommunehelsetjenesten:** Enhet for hjemmetjenester. Enhet for habilitering. Enhet for sykehjem. Enhet for integrering, habilitering og psykisk helse. Enhet for legetjenester. Enhet for helsestasjon.

**Fastlegen** er den legen som har pasienten på sin fastlegeliste.

## ANSVAR:

- Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.  
Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.  
Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.
- Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.  
Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Enhetsleder har ansvar for at prosedyren finnes og er kjent i de ulike enhetene
- Fagleder har ansvar for å identifisere aktuelle pasienter, i samarbeid med primærkontakt, for å sikre god samhandling med fastlegen og sikre at vedtatte avtaler blir fulgt opp.

## BESKRIVELSE:

### 1)Samarbeid systemnivå:

- **Fellesmøte mellom fastlegene og kommunehelsetjenesten.** Halvårlig møteplass mellom fastleger og kommunehelsetjenesten (fastlegene, kommunepsykolog, kommuneleger, enhetsledere Helse & Velferd og enhetsleder Helsestasjon.)
- **LSU-Legenes samarbeidsutvalg.** Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjeneten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov.
- **ALU-Allmennlegeutvalg.** Utvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene og representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov.
- **Smågruppe.** Fastlegene deltar i smågruppe hver måned for å diskutere sin kliniske praksis og aktuelle kliniske problemstillinger. Samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan inviteres til smågruppen dersom tema er fokus på problemstillinger i fastlegens kliniske praksis.
- **Felles smågruppesamling.** Halvårlig møteplass på SSHF Flekkefjord mellom fastleger og sykehusleger.
- **Dialogmøter mellom kommune, fastleger og KPH ( Klinikk for psykisk helse SSHF: DPS, ABUP, PSA, ARA.** Årlig møteplass.
- **Praksiskonsulentordning.** Praksiskonsulenten skal bidra i sykehusets arbeid med utvikling av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket.  
<http://www.praksisnytt.no/>  
<https://sshf.no/helsefaglig/samhandling/praksiskonsulenter>

### 2)Samarbeid individnivå:

Initiativ til samhandling kan komme fra alle samarbeidsparter avhengig av hvem som oppdager behovet.

- **Henvvisning fra fastlege til kommunale helsetjenester:**
  - Pasienten kan selv ta kontakt med Forvaltningsenheten - Det er ikke behov for henvvisning til kommunale helsetjenester.
  - Telefonhenvendelse til Forvaltningsenheten for å drøfte behov og etablere kommunale helsetjenester, evt telefon direkte til aktuell enhet dersom behovet allerede er kartlagt. Det er ikke nødvendig med skriftlig henvvisning.
  - Skriftlig henvvisning/PLO sendes til Forvaltningsenheten når det er mest hensiktsmessig for å belyse problemstilling, kartlegging og behov for oppfølging, evt sendes direkte til aktuell enhet etter telefonavtale.

- **Skriftlig kommunikasjon i pasientforløpet i kommunehelsetjenesten:**
  - Ved etablering av kommunale helsetjenester skal primærkontakt ta initiativ til oppstart av samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og fastlegen.
  - Primærkontakt eller fagleder sender skriftlig informasjon/PLO-melding til fastlegen ved etablering av kommunale helsetjenester, underveis i forløpet ved behov og ved avslutning av kommunale tjenester.
  - Kopi av møtereferat for eksempel samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter og TVIST-møter sendes til fastlegen og andre involverte deltakere.
  - Fastlege sender skriftlig informasjon/PLO-melding til aktuell kommunal tjeneste ved behov underveis i behandlingsforløpet.
  
- **Telefondrøfting:** Se vedlagt oversikt over kontaktinformasjon. Initiativ til telefondrøfting kan komme fra alle samarbeidsparter avhengig av hvem som oppdager behovet.
  
- **Felleskonsultasjon:** Primærkontakt bestiller time og deltar i felleskonsultasjon hos fastlege med pasient og fastlege ved behov underveis i behandlingsforløpet, og minst en felleskonsultasjon årlig ved behov for langvarige tjenester.
  
- **Samarbeidsmøte:** Initiativ til samarbeidsmøte kan komme fra alle samarbeidsparter avhengig av hvem som oppdager behovet.
  
- **Ansvarsgruppe, koordinator og individuell plan:** Fastlege, primærkontakt eller fagleder kontakter Forvaltningsenheten, dersom pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester.  
Se egne rutiner under fanen «verktøykassen» til BTI, som gjelder for barn og unge: <https://www.btilister.no/>.
  
- **BTI:** BTI-modellen står for Bedre Tverrfaglig Innsats. Det er en samhandlingsmodell i møtet med barn og unge. Det er en veileder for fagfolk og foresatte på hvordan kommunalt ansatte skal gå frem i arbeidet med barn, unge eller familier man har en bekymring eller undring for og iverksetting av tiltak på ulike nivåer. Gode verktøy til bruk i møte med, og i oppfølging av barn og unge finnes i denne modellen. Se under fanen «verktøykassen» for verktøy og «handlingsveileder» for fremgangsmåte. <https://www.btilister.no/>
  
- **TVIST:** TVIST står for Tverrfaglig Veiledning I Starten. TVIST er et tverrfaglig team i kommunen som skal fungere som et lavterskeltilbud og gi veiledning i vanskelige saker hvor barn og ungdom er involvert. TVIST møtes hver første torsdag i måneden. Følgende instanser deltar i TVIST: Skolelege, kommunepsykolog, Pedagogisk psykologisk tjeneste(PPT), Barnevernstjenesten, ABUP, Psykiske helsetjenester, Skole, Barnehage. Andre instanser kan bli invitert med ved behov. For eksempel fastlegen. Foreldre/ foresatte inviteres alltid med til å delta på møtet. Fastlegen og andre kommunale helsetjenester kan melde inn sak via Helsestasjon, Forvaltningsenheten eller Oppvekst (skole, barnehage). Se vedlagt oversikt over kontaktinformasjon.  
Se rutiner for TVIST under fanen «verktøykassen» på nettsiden <https://www.btilister.no/>

- **Henvvisning til spesialisthelsetjenesten:**

- Fastlege skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og i samarbeid med evt. annen kommunal helsetjeneste vurdere behovet for omsorgsnivå på helsetjenester til pasienten, herunder vurdere behov for oppfølging i primærhelsetjenesten og/eller behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Se <http://www.praksisnytt.no/> for henvisningsstøtte til de ulike avdelingene ved Sørlandet sykehus HF. Se NEL, Norsk elektronisk legehåndbok, <https://legehandboka.no/> og/eller <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder> for ytterligere informasjon til henvisningsstøtte.
- Se <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus> for veiledning pakkeforløp psykisk helse og rus. Kontakt Forvaltningsenheten ved spørsmål om kommunal forløpskoordinering.
- Se <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft> for veiledning pakkeforløp kreft.
- Dersom annen instans enn fastlege har henvisningsrett (for eksempel kommunepsykolog, skolelege, helsestasjonslege osv) skal det tilstrebes kontakt med fastlege før henvisning. Det vurderes ut i fra hastegrad, kompleksitet og relasjon til pasient hvorvidt annen instans skal ta ansvaret for henvisning eller involvere fastlege i henvisningsarbeidet. Ved henvisning skal kopi sendes til fastlegen.
- Dersom pasienten har hatt relevant oppfølging av kommunale helsetjenester i forkant av henvisning skal det tilstrebes **skriftlig informasjon** fra aktuell tjeneste til fastlege som belyser problemstilling, kartlegging og oppfølging som har vært gjort. Primærkontakt, eller fagleder, i aktuell kommunal helsetjeneste har ansvar for å utforme skriftlig informasjon og sende dette direkte til fastlegen før henvisning.
- Dersom skole/barnehage/PPT har hatt bekymringer for en elev i forkant av henvisning skal det tilstrebes **skriftlig informasjon** fra skole/barnehage/PPT til fastlege som belyser bekymring, kartlegging og tiltak som har vært gjort. Dette kan for eksempel være kopi av referat (m/aktuelle vedlegg) fra tverrfaglig møte (spes.ped team, TVIST o.l.) hvor tverrfaglig drøfting resulterer i spørsmål om henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- **Alle samarbeidsparter har ansvar for god samhandling** og informasjonsflyt før henvisning. Initiativ til samhandling tilstrebes fra alle parter som oppdager et behov. Fastlegen skal sørge for å innhente og vedlegge nødvendig informasjon til henvisning. Kommunale helsetjenester, skole, barnehage og PPT bør sørge for å ta kontakt med fastlege og utforme skriftlig informasjon som sendes direkte til fastlegen før henvisning.

- **Avslutning eller avslag fra spesialisthelsetjenesten:**

Det vil være flere muligheter for videre oppfølging alt etter hva som er behovet.

- Spesialisthelsetjenesten inviterer til et overføringsmøte ved avslutning hvor videre behov for oppfølging avklares og planlegges.

- Pasienten har en etablert ansvarsgruppe som følger pasienten videre ved avslag eller ved avslutning.
  - Fastlegen får epikrise om avslutning eller brev om avslag og følger opp videre etter behov jfr. anbefalinger beskrevet.
  - Fastlegen vurderer om det er behov for videre oppfølging hos fastlege og evt. henvisning til annen kommunal helsetjeneste dersom dette ikke allerede er etablert. Se punkt over «henvisning fra fastlege til kommunale helsetjenester».
- **Avviksmelding**
    - Kommunen har eget avvikssystem Compilo.
    - Det enkelte legesenter har eget avvikssystem.
    - Avviksskjema fra kommunehelsetjenesten og fra primærlege til Sørlandet sykehus HF. Se <http://www.praksisnytt.no/> for avviksmelding.

#### **DOKUMENTASJON:**

Opplysninger i individsaker journalføres i behandler sitt fagsystemet.

#### **HENVISNINGER:**

**Følgende lover er aktuelle:**

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Fastlegeforskriften
- Helsepersonelloven

#### **VEDLEGG:**

**Vedlegg 1 Oversikt kontaktinformasjon**

**Vedlegg 2 Oversikt tilbud til barn-og unge**