

# Kommunikasjon og samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjenester – erfaringer og ønsker blant fastleger

## ■ AINA GUNDERSEN LANGØRGEN

Haraldsplass Diagonale Sykehus og Morvik legekontor

## ■ ANNE LAUE

Haraldsplass Diagonale Sykehus og Frekshaug legesenter

## ■ ROLF TANDE

Haraldsplass Diagonale Sykehus og Masfjorden kommune

## ■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK

Forskningsgruppe for allmenntmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen

God kvalitet i helsetjenestene oppstår der hvor fagfolk med pasienten i fokus kommuniserer godt med hverandre. I Bergen har leger i PKO (praksiskonsulentordningen) ved Haraldsplass Diagonale Sykehus undersøkt hva fastleger og sykehusleger mener er viktigst for å få til god kommunikasjon. Resultatene viser at legene har relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid og er spesielt positive til gjensidig telefonkontakt.

Kravene til samhandling mellom sykehus og fastleger har økt i de senere årene. Overføring av pasienter mellom nivåene og informasjonsflyt mellom legene skal foregå på en sikker og effektiv måte. Lovendringer og nye retningslinjer har påvirket dette. Tjue dagers regel for kreft ble innført i 2011. Samhandlingsreformen kom i 2012 og pakkeforløp for kreft ble innført i 2015. Kommunale øyeblikkelig døgnseger (ØHD) har blitt opprettet. Den elektroniske samhandlingen har økt, blant annet med elektroniske henvisninger og epikriser.

En tidligere undersøkelse har vist at sykehusleger og fastleger vektlegger ulike forhold i samhandlingen, og at det er behov for en rolleavklaring mellom nivåene i



Trio på Haraldsplass Diagonale Sykehus. Fra venstre: Christer Lie, Erik Thomassen og Ola Tjeldflåt.

# andling ndærhelsetjenesten og sykehusleger

helsetjenesten (1). I en annen undersøkelse var det lite samsvar mellom sykehusleger og innleggende legers syn på hvilke pasientgrupper som burde få tilbud om alternativ til innleggelse (2).

God kommunikasjon er en viktig forutsetning for samhandling. Undersøkelser har avdekket mangler i kommunikasjonen mellom sykehusleger og allmennleger (3). Den viktigste kommunikasjonen mellom leger i primær- og sekundærhelsetjenesten skjer gjennom henvisninger og epikriser, men disse er ofte mangelfulle (4–6). Ved spørsmål om behandling, oppfølging eller innleggelse kan det imidlertid være behov for kommunikasjon utover henvisning og epikriser.

Som praksiskonsulenter arbeider vi med samarbeidet mellom sykehus og fastleger. Vi ønsket mer kunnskap om synspunktene til fastlege og sykehuslegene om sitt samarbeid og hvordan dette har utviklet seg de siste årene. Vi gjennomførte derfor undersøkelser i 2011 og 2015 med to hovedtema. Vi kartla hvordan sykehusleger og fastleger ønsker å kommunisere med hverandre. I tillegg ønsket vi å undersøke hvordan legene oppfatter lokalsykehusets rolle ved behov for undersøkelser og innleggelser.

## Metode

Haraldsplass Diagonale Sykehus (HDS) er lokalsykehus for ca. 120 000 innbyggere i følgende kommuner: Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy, Radøy og Samnanger, samt bydelene Arna, Bergenhus og Åsane i Bergen kommune. I 2010 var det totalt 43 fastlegekontorer som tilhører lokalsykehusområdet, 119 fastleger hvorav 94 (78 prosent) var spesialister i allmenntilmedisin. I 2015 hadde antall fastleger økt til 143 fastleger i det samme lokalsykehusområdet. Medisinsk avdeling ved HDS har lokalsykehusfunksjon. Kirurgisk avdeling mottar akutte kirurgiske innleggelser fra Helse Bergens nedslagsområde, men har mest elektiv ki-



Haraldsplass Diagonale Sykehus (HDS) er lokalsykehus for ca. 120 000 innbyggere i ni kommuner i Nordhordland samt bydelene Arna, Bergenhus og Åsane i Bergen kommune.

rurgi. Sykehuset har regionsfunksjon for palliasjon og geriatri. Ved HDS arbeidet det tre praksiskonsulenter (forfatterne AGL, AL, RMT) i 2011, og to i 2015 (AGL, AL). Forfatterne utarbeidet et spørreskjema om samhandlingsrutiner basert på en fem-delt Likert skala med følgende svaralternativ: ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad. Det ble spurt om i hvilken grad samarbeidsformer og legekontakter ved konferering ble opplevd som hensiktsmessige, hvilke alternativer som ble brukt ved halvøyeblikkelig og øyeblikkelig hjelp, hvilken informasjon om sykehuset fastlegene ønsket, og i hvor stor grad de ønsket å bli konsultert om pasienter med komplekse problemstillinger mens de er innlagt. Det var også mulighet for kommentarer i fritekst på skjemaet.

Fra november 2010 til juni 2011 besøkte en av praksiskonsulentene til sammen 39 av 43 fastlegekontor i lokalsykehus sektor til medisinsk avdeling HDS. Fire legekontor som av praktiske årsaker ikke kunne ta imot besøk fikk tilsendt spørreskjema.

På fastlegekontorene ble det utført en halvtimes gruppesamtale med legene som var til stede. Under intervjuet stilte vi følgende spørsmål: Hva er den største utfordringen i samarbeidet med sykehuset? Hva fungerer bra i samarbeidet med sykehuset? Har du konkrete forbedringsforslag til samarbeidet med sykehuset? Notater fra samtalen ble skrevet ned under intervjuet på et standardisert støtteark.

Før intervju ble det gitt en mulighet til å fylle ut medbrakte spørreskjema, noe de fleste benyttet seg av. Spørreskjemaene ble samlet inn ved møteslutt, eller ettersendt i posten.

I tillegg til besøkene på fastlegekontorene ble det høsten 2011 gjennomført møter med sykehuslegene ved kirurgisk og medisinsk avdeling ved HDS. Det ble brukt et tilsvarende spørreskjema som for fastlegene, men med tilpasninger av noen spørsmål. Skjemaene ble delt ut på møtene, og legene besvarte og leverte skjemaet i løpet av møtet. Legene som ikke var til stede fikk skjemaet tilsendt i etterkant. Under møte-

	TOTALT ANTALL	I LITEN GRAD (%)	I NOEN GRAD (%)	STOR GRAD (%)
<b>Fastlegenes ønsker om informasjon om sykehuset</b>				
Oversikt over behandlingstilbud	100	4	15	81
Aktuelle ventetider	98	4	19	77
Direkte telefonnummer til sykehuslege	96	13	18	70
<b>Sykehuslegenes ønsker om informasjon om fastlegene</b>				
Direkte telefonnummer til fastlege	52	2	12	87
Liste over fastleger	51	18	14	69
Oversikt over fastlegens tilgjengelighet	51	28	29	43
Tilgjengelig utstyr/prosedyre hos fastlege	52	31	31	39
Ventetid	52	50	23	27

TABELL 1. Legenes informasjonsbehov 2011.

	TOTALT ANTALL		I LITEN GRAD (%)		I NOEN GRAD (%)		I STOR GRAD (%)	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
<b>Telefon fra fastlege om medisinsk råd</b>								
Fastlegenes synspunkt	99		5		34		60	
Sykehuslegenes synspunkt	53	41	9	2	23	17	68	81
<b>Anmodning om telefonkonferanse før hver akutt innleggelse</b>								
Fastlegenes synspunkt	101	102	83	80	13	12	4	8
Sykehuslegenes synspunkt	53	41	38	27	34	46	28	27
<b>Brev fra fastlege om medisinsk råd</b>								
Fastlegenes synspunkt	98	98	44	21	38	35	18	43
Sykehuslegenes synspunkt	49	39	43	31	33	46	24	23
<b>Telefonavtale om elektiv innleggelse</b>								
Fastlegenes synspunkt	97	103	39	26	35	28	26	46
Sykehuslegenes synspunkt	51	40	24	5	30	33	47	63
<b>Kontakt om komplekse pasienter tidlig under sykehusopphold</b>								
Fastlegenes synspunkt	99		23		43		33	
Sykehuslegenes synspunkt	52		10		54		37	
<b>Kontakt om komplekse pasienter ved utskrivelse</b>								
Fastlegenes synspunkt	99		7		23		70	
Sykehuslegenes synspunkt	50		22		38		40	
<b>Sykehus kontakter om komplekse inneliggende pasienter</b>								
Fastlegene synspunkt		98		21		28	50	
Sykehuslegenes synspunkt		46		20		46	35	
<b>Direkte telefon til overlege i akuttmottak</b>								
Fastlegenes synspunkt		100		14		10		75
Sykehuslegenes synspunkt		37		24		16		60

TABELL 2. Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger, vurdering av hensiktsmessighet av tiltak.

ne ble sykehuslegene delt inn i tilfeldige grupper på seks til åtte deltagere for intervju omkring spørsmålene: Hva er den største utfordringen i samarbeidet med fastlegene? Hva fungerer bra i samarbeidet med fastlegene? Har du konkrete forbedringsforslag til samarbeidet med fastlegene?

I 2015 ble det gjennomført ny spørreundersøkelse blant både fastlegene og sykehuslegene. Spørreskjema ble delt ut på fag-

lige møter for henholdsvis fastleger og sykehusleger, og sendt til de som ikke var til stede. Denne spørreundersøkelsen inneholdt ikke spørsmål om informasjonsbehovet, men tok ellers opp de samme tema som den første undersøkelsen med delvis identiske spørsmål.

Kvantitative data fra spørreskjemaene presenteres deskriptivt som prosentandeler. De fem svaralternativ vises som tredelt

i tabellen med sammenslåing av de to nederste og de to øverste kategoriene. I tillegg blir det presentert sitater fra intervjuene som eksemplifiserer tema belyst i spørreskjemaet.

## Begreper

«Halvøyeblikkelig hjelp» er ikke et veldefinert begrep, men blir benyttet av både fastleger og sykehusleger. Den betegner en hastegrad som ikke nødvendiggjør en akutt umiddelbar innleggelse, men hvor vurdering av sykehusspesialist er nødvendig i løpet av relativt kort tid. I vår undersøkelse har vi definert det som en vurdering innen to uker. «Øyeblikkelig hjelp» defineres som et behov for utredning og behandling uten unødvendig ventetid (7).

«Anmodning om konferanse» brukes der sykehuset ber innleggende leger om å drøfte alle potensielt akutte innleggelser med sykehusleger. Noen bruker begrepet «konferanseplikt», men dette er ikke lov-hjemlet. Sykehuset har plikt til straks å ta imot pasienter som trenger somatisk hjelp når det er nødvendig (8).

## Resultat

I 2010–2011 gjennomførte 39 (91 prosent) av de 43 aktuelle fastlegekontorene gjennomførte et møte med én av praksiskonsulentene. Til sammen 102 (86 prosent) av totalt 119 fastleger besvarte spørreskjemaet. Ved HDS svarte 52 (78 prosent) av sykehuslegene på spørreskjemaet, 31 (70 prosent) av legene ved Medisinsk avdeling og 21 (87 prosent) av legene ved Kirurgisk avdeling.

I 2015 svarte 103 av 143 (72 prosent) fastleger på spørreskjema. 50 av 83 (60 prosent) sykehusleger, 22 (47 prosent) av legene på medisinsk avdeling og 28 (78 prosent) av legene på kirurgisk avdeling, svarte på skjemaet.

Kartleggingen avdekket fire nøkkelområder relatert til kvaliteten på samarbeidet mellom primær- og sekundærhelsetjenesten: Informasjonsbehov, kommunikasjon, håndtering av halvøyeblikkelig hjelp og øyeblikkelig hjelp.

## Informasjonsbehov

I tabell 1 ser vi at fastlegene i stor grad ønsket informasjon om sykehusets behandlingstilbud, ventetider og tilgang til direkte telefonnummer til sykehuslege. Dette kom også fram i spørreskjemaets fritekst-besvarelse:

«Skulle gjerne vite mer og jevnlig om hva sykehuset faktisk gjør, særlig kirurgi, inklu-



sive ventetider. Også hva de vet at de er særlig gode på».

«Jeg savner bedre oversikt over spesialister på HDS».

Også i intervjurunden etterlyste fastlegene mer og oppdatert informasjon om organisering av avdelingene, tilgjengelige prosedyrer og oppgavefordeling mellom Haukeland Universitetssjukehus og HDS.

Sykehuslegene ønsket i stor grad et direkte telefonnummer og navneliste til fastlegene.

### Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger

Fastlegene vurderte bakvakt som den mest hensiktsmessige kontaktperson ved konferering med sykehuset (TABELL 2). Når sykehuslegene hadde behov for kontakt med primærhelsetjenesten, mente tre firedeleer at det var mest hensiktsmessig å snakke med fastlegen.

I samtalene med fastleger ble telefoner fra sykehuskolleger om inneliggende pasienter trukket frem som gode eksempler på vellykket samhandling. De praktiske vanskene ved telefonkommunikasjon ble hyppig nevnt av legene.

Både i 2011 og 2015 oppfattet langt de fleste (hhv. 84 prosent og 80 prosent) av fastlegene at anmodning om telefonkonferanse er en lite hensiktsmessig samarbeidsform, mens sykehuslegene var mindre negative. De fleste fastlegene og sykehuslegene vurderte telefon med spørsmål om medisinske råd som svært nyttig både i 2011 og 2015. Direkte telefon til overlege i akuttmottak er svært populært blant fastlegene, og også sykehuslegene er positive til dette. I 2011 oppga tretten prosent av sykehuslegene oppgav at de ofte tar kontakt med fastleger, 49 prosent at de tar noe kontakt, og 38 prosent at de tar lite kontakt med fastleger. I 2015 var det 4 prosent av sykehuslegene som oppgav at de ofte tok kontakt med fastleger, og 48 prosent som oppgav at de i liten grad tar kontakt med fastleger. Flere sykehusleger berørte dette under intervjurunden:

«På Kirurgisk avdeling er liggetiden 4,5 døgn, så kontakt med fastleger for videre oppfølging er mindre aktuelt».

«Fastlege, fastlegens vikar, sykehjemslege: får sjeldent kontakt med disse. Best med hjemmesykepleien».

«Opplagt gunstig med kontakt før henvis-

ning, men i hvor stor grad dette er gjennomførbart er mer usikkert».

Fastleger tok også opp dette temaet i intervjuet:

«Sykehuslegene må trekkes ut av villfarelsen om at de alltid er tilstede og fastlegen alltid borte eller umulig å få tak i».

«Konferanseplikt er forferdelig. Tar tid, ingen konsekvenser. Yngre kollegaer blir mer usikre».

### Halvøyeblikkelig hjelp

Privatpraktiserende spesialister ble av fastlegene oppgitt som det klart mest brukte alternativ ved ønske om «halvøyeblikkelig hjelp», det vil si spesialistvurdering innen to uker (TABELL 3) både i 2011 og 2015. Andre tilbud blir i mindre grad brukt i disse situasjoner. Fastleger oppgir større bruk av sykehuspoliklinikk i 2015.

### Øyeblikkelig hjelp-innleggelse og eventuelle alternativer

Fastlegene benytter i liten grad alternativer til akutt innleggelse både i 2011 og 2015. Pakkeforløp for kreft er det alternativet som blir mest brukt i 2015. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnseger (ØHD) er foreløpig relativt lite brukt der det er innført (TABELL 4). Akutt sykehjemsplass benyttes i liten grad.

Tre firedeleer av sykehuslegene mente at de i stor grad kunne tilby ferdigbehandling i akuttmottak istedenfor innleggelse på sykehusavdeling i 2011. I den siste undersøkelsen er avtale og snarlig innleggelse og poliklinisk time innen fem dager like aktuelle alternativer.

En fastlege uttrykte i 2011:

«Jeg ønsker at det skal være reelle tilgjengelige tilbud. I dag benyttes slike løsninger i liten grad fordi vi ikke opplever at de finnes».

TABELL 3. Fastlegers vurdering av alternativ ved behov for undersøkelse innen to uker («halvøyeblikkelig hjelp») 2011–15.

	ANTALL LEGER		I LITEN GRAD (%)		I NOEN GRAD (%)		I STOR GRAD (%)	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Privatpraktiserende spesialist	97	102	5	5	28	31	67	64
Øyeblikkelig hjelp innleggelse etter konferering	92	102	44	27	40	51	16	23
Sykehuspoliklinikk	95	99	48	24	38	42	14	33
Helprivat tilbud	93	100	55	68	32	24	13	8
Øyeblikkelig hjelp innleggelse uten konferering	95	101	60	27	31	51	10	22

TABELL 4. Alternativ til øyeblikkelig hjelp-innleggelse i 2011 og 2015.

	ANTALL LEGER		I LITEN GRAD (%)		I NOEN GRAD (%)		I STOR GRAD (%)	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
<b>Fastlegers alternativ</b>								
Akutt oppgradering av hjemmesykepleie tilbudet	98	102	38	37	45	48	17	16
Avtale om snarlig innleggelse	97	102	44	32	43	54	12	14
Poliklinisk tilbud innen fem dager	97	101	57	46	36	45	7	10
Akutt sykehjemsplass	99	102	91	79	8	15	1	6
Kommunal akutt døgnhet (KAD)	-	98	-	71	-	21	-	6
<b>Sykehuslegers alternativ</b>								
Behandling i akutt mottak	49	39	10	10	14	26	76	64
Avtale om snarlig innleggelse	47	40	6	5	45	33	49	63
Poliklinisk time innen fem dager	47	38	23	8	32	29	45	63
Poliklinisk time neste dag	46	39	28	15	44	46	28	39
Pakkeforløp for kreft	-	40	-	21	-	18	-	61
Kommunal akutt døgnhet (KAD)	-	28	-	57	-	18	-	25

- Data ikke samlet inn for disse variablene.

### Akuttmottak-prosjektet

HDS hadde i 2013–2014 et prosjekt i akuttmottak, der målsetningen var å styrke kompetanse i akuttmottaket samt utarbeide rutiner som blant annet bedret pasientflyt og samhandling. En av praksiskonseptene deltok i prosjektgruppen og resultatene fra undersøkelsen vår i 2011 ble benyttet. Som et resultat av dette prosjektet er overlege til stede i akuttmottak på dagtid på hverdager. Flere pasienter blir poliklinisk behandlet i akutt mottak. Overlegen i akuttmottak kan kontaktes på direkte telefon av fastleger mellom 08 og 20. Telefonen ønskes brukt forbindelse ved innleggelser til drøfting om hva som er hensiktsmessig behandlingstid for den enkelte pasient, forberedelse til innleggelse og dekker også medisinsk bakvakt-funksjonen.

**Øyeblikkelig hjelp-døgnseger**

Nordhordlandskommunen opprettet øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) fra høsten 2013. I Bergen kommune ble ØHD først opprettet i 2016. 26 av totalt 40 (65 prosent) fastleger i Nordhordland svarte på undersøkelsen i 2015. Av disse var det fire (15 prosent) som oppga at de i stor grad brukte disse sengene som alternativ til innleggelse, 16 (62 prosent) i noen grad og seks (23 prosent) i liten grad.

**Diskusjon**

Leger som deltok i studien vektla fire nøkkelområder relatert til kvaliteten på samarbeidet mellom primær- og sekundærhelsetjenesten: Informasjon, kommunikasjon, håndtering av halvøyeblikkelig hjelp og øyeblikkelig hjelp.

Både fastleger og sykehusleger etterlyste mer informasjon om hverandre. Telefonkontakt mellom fastlege og sykehuslege ble oppfattet som nyttig av begge parter, men de ønsket forbedring av de praktiske utfordringene i forbindelse med telefonkontakt. Opprettelse av direkte telefon i akuttmottak er et tiltak som legene er fornøyde med.

Resultatene viste at fastleger i liten grad brukte sykehuset ved behov for halvøyeblikkelig hjelp, altså undersøkelse i løpet av to uker, men bruken angis noe økende fra 2011 til 2015. Sykehuset brukes først og fremst til akutte innleggelse. Ved akutte tilstander bruker fastleger i liten grad alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse. På den andre siden vektla sykehuslegene at de ofte kan tilby alternativ til akutt innleggelse, og de oppgir flere mulige alternativer til akutt innleggelse i 2015 enn i 2011.

**Styrker og svakheter**

Den høye svarprosenten innebærer at vår undersøkelse er representativ for lokalsykehusområdet, selv om svarprosenten er lavere særlig for sykehusleger på medisinsk avdeling i 2015. Kombinering av spørreskjema og gruppesamtale gir tilleggsinformasjon, blant annet om hvilke problemstillinger som engasjerer legene mest. Den gjentatte undersøkelsen i det samme området gir mulighet til både å be-

krefte eller avkrefte funnene, samt til å vurdere forandringer og effekt av tiltak.

Våre resultater kan være preget av lokale forhold, bl.a. sykehusets funksjoner, og rollen som lokalsykehus i en storby med et nærliggende universitetssykehus. Vår undersøkelse beskriver legenes ønsker og vurderinger, men vi har ikke målt hva de faktisk gjør.

Tre av forfatterne er fastleger og praksiskonsulenter i samme område, og det er mulig at det kan ha påvirket legene som deltok i undersøkelsen. Registreringsmetoden av intervjuene ble standardisert med støtteark, men vil likevel kunne influeres av intervjueren.

**Informasjonsbehov**

Både fastleger og sykehusleger var opptatte av å ha relevant informasjon om hverandres tilbud. Særlig fastlegene etterlyste mer informasjon om sykehusets tilbud. Det er vanskelig for fastlegene å ha oversikten over hvor de skal henvise i et komplekst sykehussystem i stadig forandring. I tillegg er det en rekke privatpraktiserende spesialister i området. Uklarhet om hvor pasienter skal henvises skaper merarbeid for både fastlege og sykehus.

Sykehuslegene etterlyste informasjon om direkte telefonnummer til fastlegene, noe som har vært tilgjengelig på sykehuset i flere år. Telefonnumrene må innhentes via sentralbordet, og det kan oppleves tungvint.

Resultatene fra studien viser at det bør utvikles mottakssystem for henvisninger som gjør det enklere for henvisende lege. Oppdatert informasjon om tilbudet på sykehuset bør være lett tilgjengelig for fastleger. Legene bør ha oppdatert kontaktinformasjon om hverandre.

**Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger**

Hvem legene kommuniserer med er av betydning for samhandlingen. Kunnskap om pasienten blir vektlagt av legene, men også beslutningsmyndighet og kompetanse. Kommunikasjon mellom fastlege og bakvakt tar i størst grad vare på alle disse aspektene.

Det var nokså stor grad av samsvar mellom fastleger og sykehusleger i vår undersøkelse om hva som er hensiktsmessige samarbeidsformer.

Telefonråd ble vurdert å være svært nyttig av både fastleger og sykehusleger i vår undersøkelse. Rollen til sykehusleger som faglige veiledere overfor primærhelsetjenesten har tidligere vært vektlagt av primærleger (2). Sykehusleger tar imidlertid i liten grad selv initiativ til telefonkontakt. Haraldsplass har hatt prøveprosjekt for elektroniske dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger fra juni 2015. Så langt er det i stor grad fastlegene som initierer denne kommunikasjonen.

I vår undersøkelse var fastlegene negative til oppmoding om å ringe sykehuset før hver innleggelse. Dette kan ha flere årsaker, slik som manglende gjensidighet, manglende tillit til fastlegens vurderinger og økt tidsbruk. Rutiner for samhandling mellom sykehusleger og fastleger må utarbeides i fellesskap dersom det skal lykkes.

Innføring av direkte telefon i akuttmottak ivaretar disse synspunktene, noe som bekreftes ved den positive vurderingen både av sykehusleger og fastleger.

Fastlegenes ønske om telefonhenvendelse fra sykehuslege før utskrivelse av pasienter med komplekse problemstillinger viser et økt informasjonsbehov for noen pasientgrupper, noe som også er vist i tidligere studier (9). Det er viktig å tilrettelegge for gjensidig telefontilgjengelighet.

**Halvøyeblikkelig hjelp**

I vår undersøkelse ble de privatpraktiserende spesialistene tydelig foretrukket som henvisningsinstans når det var behov for vurdering innen to uker, både i 2011 og 2015. Den gode tilgangen på spesialister i vårt område kan være medvirkende. Fastlegene oppgir i større grad å bruke sykehuspoliklinikk i 2015. Både innføring av pakkeforløp for kreft og avtaler om polikliniske timer ved bruk av direktetelefonen kan være medvirkende til dette.

Fra 1. februar 2015 ble tidsfrist for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten redusert fra 30 til 10 dager, noe som kan påvirke fastlegenes videre henvisningspraksis (10).

Fastlegene var usikre på hva som finnes av tilbud på sykehuset. At konferering med sykehuskollega i noen grad likevel fører til akutt innleggelse forsterker sannsynligvis oppfattelsen av manglende alter-







Fastleger og sykehusleger har relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid og er spesielt positive til gjensidig telefonkontakt. Øverst overlege Erik Thomassen og under fastlege Ørnulf Friberg.



nativ til innleggelse. Dette samsvarer imidlertid ikke med hva sykehuskollegene selv oppgav at de kan tilby av alternativer. Det er ønskelig at sykehuset er tydelig om hva det polikliniske behandlingstilbudet faktisk består av.

#### Øyeblikkelig hjelp-innleggelse og eventuelle alternativer

Alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse ble lite brukt av fastleger. Sykehusleger oppgir økende bruk fra 2011 til 2015.

Pakkeforløp for kreft er det alternativet som fastleger oppgir som mest brukt, mindre enn et år etter innføring av dette ble startet. Det er svært lite bruk av innleggelse på sykehjem i stedet for sykehus og kommunale øyeblikkelig hjelp døgn senger. I tillegg til faglige vurderinger om forsvarelig behandlingstilbud kan andre faktorer være av betydning for bruken av alternativ til sykehusinnleggelse. Tilgangen til akutte sykehjems plasser var begrenset ved undersøkelsestidspunktene.

Fastlegen kan ikke legge inn direkte på sykehjem. Det krever mindre arbeid å legge inn på sykehus. Sykehuslegenes vurderinger tyder på at flere pasienter kan behandles på sykehuset utenom de vanlige sykehusavdelingene. Pasienter som etter henvisning til innleggelse blir poliklinisk behandlet i akutt mottak kan være inkludert i disse alternativene, som fastlegene vil vurdere som innleggelse.

#### Konklusjon

Vår undersøkelse viser at fastleger og sykehusleger har relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid og er spesielt positive til gjensidig telefonkontakt. Bruk av direkte telefon til overlege i akuttmottak er nyttig. Sykehuset bør være tydelig overfor fastlegene om behandlingstilbudet. Fastleger bruker i liten grad alternativer til akutte sykehusinnleggelse. Rutiner for samarbeid mellom sykehus og fastleger bør utarbeides i fellesskap.

#### REFERANSER

1. Pettersen B, Johnsen R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 565–8.
2. Eikeland G, Garasen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355–7.
3. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007; 297: 831–41.
4. Frydenberg K, Brekke M. Kommunikasjon og medikamentbruk i henvisninger, innleggelseskriv og epikriser. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 942–5.
5. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res 2007; 7: 133.
6. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvisning fra fastleger til medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1868–9.
7. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akutt medisinsk beredskap. NOU 1998: 9.
8. Spesialisthelsetjenesteloven. Kap III.1. 1991: 7.
9. Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G et al. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2815–7.
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Kap II-2. OV-1999-07-02 nr 63.

■ JAEGLANG@ONLINE.NO

