



**Legeforeningens veileder for
Praksiskonsulentordningen (PKO)
i Norge**



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

April 2014

Legeforeningens veileder for Praksiskonsulentordningen (PKO) i Norge

April 2014

Presidentens forord

Praksiskonsulenter finnes nå i nær alle helseforetak i Norge, og gir viktige bidrag som understøtter intensjonene i samhandlingsreformen. Praksiskonsulentordningen setter i system at allmennleger arbeider deltid ved sykehus som konsulent eller ansatt for å fremme samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Ordningen har vist seg vellykket gjennom flere store helsereformer, og skal fortsette å tilpasse seg for å møte også morgendagens samhandlingsutfordringer.

PKOs primære formål er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid, knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom, men praksiskonsulenter samhandler også nært med helsepersonell som har pleie, omsorg og ivaretagelse som sitt hovedansvar. Målsettingen er at pasient og pårørende opplever trygge, effektive og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Med den foreliggende veilederen ønsker Legeforeningen å bidra til at dette viktige arbeidet kan fortsette å utvikle seg til beste for brukerne og tjenestene i en tid hvor økende spesialisering og fragmentering av tjenestetilbudene krever at dedikerte leger arbeider målrettet med samhandling.



Hege Gjessing
President

Innhold

	Side
1. Innledning	3
2. Hva er PKO?	3
3. Begreper i veilederen	3
4. Formålet med veilederen	4
5. Målgrupper for veilederen	4
6. Rammeavtalen	4
7. Behovet for ny veileder – utviklingstrekk i helsetjenesten	5
Pasientrollen	
Fastlegens rolle i helsetjenesten	
Utvikling i spesialisthelsetjenesten	
Samhandlingsreformen	
8. Organisering av PKO i det enkelte foretak	6
Utbredelse og dimensjonering	
Plassering i organisasjonen.	
Samhandlingsenhetene	
Praksiskoordinator	
Praksiskonsulent	
Tilknytningsform	
9. Arbeidsoppgaver og samarbeidslinjer	7
PKO sett fra helseforetakets side	
PKO, fastlegene og kommunehelsetjenesten	
Praksiskoordinators rolle	
Praksiskonsulentens rolle	
Bidrag i planprosesser	
Rapportering	
Samspill og samarbeid med staber og klinikker	
10. Innhold og metoder i PKO - arbeid	12
Avtaleregulering	
Pasientforløpsarbeid	
Elektronisk samhandling	
Gjensidig tilgjengelighet mellom fagfolk	
Hospiteringsordninger	
Kurs og møter for fastleger	
Nyhetsblad	
E postliste til fastleger	
Postadresser til fastlegekontor	
Avviksmeldinger	
11. Dokumentasjon og forskning	14
12. Opplæringsprogram for PKO	15
13. Veiledningsmateriale	15
14. Grunnlagsdokumenter	16

1. Innledning

Sentralstyret i Legeforeningen fattet i september 2012 følgende vedtak:

”Sentralstyret vedtar å nedsette en arbeidsgruppe for å revidere det helsepolitiske debattskriftet for Praksiskonsulent ordningen. Sentralstyret ber om at arbeidsgruppen kommer tilbake til sentralstyret med veilederen for behandling. Sentralstyret ber Norsk forening for allmenntmedisin, Allmennlegeforeningen, Norsk samfunnsmedisinsk forening, Norsk indremedisinsk forening, Norsk kirurgisk forening og Norsk psykiatrisk forening om å oppnevne hver sin representant til arbeidsgruppen. Det vil oppfordres til oppnevning av ledere fra sykehusspesialitetene. Arbeidsgruppen ledes av representanten fra NFA. Sentralstyret bevilger inntil 75 000 fra sentralstyrets disposisjonskonto til dette arbeidet.”

På bakgrunn av dette vedtaket oppnevnte Legeforeningen en arbeidsgruppe bestående av følgende representanter:

Rolf Martin Tande, Harald Hauge, Tordis Høifødt Sørensen og Bente Thorsen (gruppens leder)

Arbeidsgruppens forslag til veileder forelå i september 2013, og ble deretter sendt ut på intern høring i Legeforeningen. Det er etter høringsrunden gjort noen mindre endringer i rapporten.

2. Hva er PKO?

PKO ble opprinnelig startet i Danmark i 1992, og tatt opp i Norge i 1995 etter dansk modell. PKO har sitt grunnlag i en rammeavtale mellom Legeforeningen og de regionale helseforetak fra 1. februar 2005. Avtalen legger grunnlag for inngåelse av avtaler med allmennleger om å arbeide deltid ved sykehuset som konsulent eller ansatt, for å fremme samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. PKOs primære formål er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid, knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. Praksiskonsulentene arbeider med å forbedre rutiner og kommunikasjon på systemnivå, og arbeider ikke med enkeltpasient saker.

Praksiskonsulentene bør også samhandle med helsepersonell som har pleie, omsorg og ivaretagelse som sitt hovedansvar. Målsettingen er at pasient og pårørende opplever en trygg, forutsigbar, god og koordinert helse- og omsorgstjeneste.

I 2013 var det etablert PKO ved de fleste helseforetak i Norge.

3. Begreper i veilederen

Rammeavtalen benytter følgende begreper:

PKO – om selve praksiskonsulentordningen

Praksiskoordinator - Koordinator og leder for alle praksiskonsulenter innen et sykehus/foretak, se rammeavtalen § 6

Praksiskonsulent: Koordinator mellom kommune og den enkelte sykehusavdeling på et overordnet nivå, se rammeavtalen § 7.2.

4. Formålet med veilederen

Veilederen skal, med basis i eksisterende rammeavtale, være et hjelpemiddel til å drive og utvikle PKO i Norge. Veilederen beskriver avtalemessig regulering, anbefalinger mht. dimensjonering, faglig innhold og praktisk arbeidshverdag. Den skal gi råd om hvordan PKO kan bidra til trygg realisering av samhandlingsreformen, og hvordan PKO kan bidra til å fremme samhandling i kommunehelsetjenesten som involverer allmennlegene.

5. Målgrupper for veilederen

Målgrupper for veilederen er:

Praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer i helseforetak

Direktør og ledelse i helseforetak

Samhandlingsenheter i helseforetak

Leger og ansatte i helseforetak

Ledelse og leger i kommunehelsetjenesten

Lokale samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg

Andre aktører i helsetjenesten

6. Rammeavtalen

Rammeavtalen mellom Legeforeningen og de regionale helseforetak fra 2005 danner det formelle grunnlaget for ordningen og angir forpliktelser for begge parter i forbindelse med inngåelse av individuell avtaler.

Rammeavtalen angir hva som er helseforetakets/sykehusets oppgaver og ansvar jf. § 5 mfl. Det er helseforetaket som etablerer PKO, herunder hvilke enheter som skal ha ordningen. Dersom den tas i bruk skal helseforetaket sørge for at den integreres på en god måte og at det tilrettelegges slik at praksiskoordinator og praksiskonsulent oppnår å få tilfredsstillende arbeidsforhold, rent praktisk og ved nødvendig samarbeid. Det skal utarbeides oppgavebeskrivelser for ordningen i samarbeid med koordinator og konsulent. Forpliktelsene for koordinator innebærer også et tilretteleggingsansvar for foretaket.

Rammeavtalen angir praksiskoordinatorens oppgaver og ansvar, jf. § 6. Koordinatoren leder konsulentene og skal knyttes til ledelsen i foretaket og rapportere til denne. Koordinator skal delta i utvelgelsen av konsulenter og veilede disse mm og skal være rådgiver for foretaksledelsen og delta i endringsprosesser der fokus er samarbeid mellom nivåene.

Rammeavtalen angir praksiskonsulentens oppgaver og ansvar, jf. § 7, som er omfattende. Vedkommende skal bidra til å forbedre helheten i pasientforløpet og i informasjonsflyten – og

være rådgiver overfor kommunehelsetjenesten.

Rammeavtalen angir rammer for honorar, oppdragstid/opsigelse av individuelle avtaler og tvisteløsning.

Det er ikke adgang til å pålegge forpliktelser utover det som følger av rammeavtalen og individuelle avtaler, men det er ingen hindringer for å bli enig om endringer dersom det er hensiktsmessig.

Det anbefales at alle setter seg inn i det formelle grunnlaget for ordningen.

7. Behovet for ny veileder - utviklingstrekk i helsetjenesten

Legeforeningen ser et stadig sterkere behov for en velfungerende PKO ordning. Følgende utviklingstrekk ligger bak utarbeidelsen av denne reviderte veilederen:

Pasientrollen

I årene fra 1995 da PKO ble etablert i Danmark og 2005 da ordningen ble formalisert i Norge, er ulike sider ved pasientrollen styrket, med påfølgende krav til helsetjenesten. Kravene om innsyn i, og medvirkning i egen helsesituasjon er ikke nye, men de er tydeliggjort. Pasienter har større tilgang til informasjon om egen helse og helsetilbud gjennom medier og nettjenester. Stadig større grupper av befolkningen søker mer informasjon før og under kontakt med helsevesenet, blant annet fra nettjenester som gjør den mer tilgjengelig

Det er et mål at pasienten selv, så langt det er mulig, gjøres i stand til å ta ansvar for egen helse og oppfølging av egen sykdom, men innebærer samtidig ansvar for helsetjenesten, blant annet til informasjon. Overfor utsatte og sårbare grupper øker ansvaret for helsetjenesten, det vil si overfor de som trenger bistand i sin kontakt med helsetjenesten – og innenfor helsetjenesten. Det kan være kroniske syke og pasienter med kompliserte og sammensatte lidelser. Ulik språk og kultur kan vanskeliggjøre møtene mellom pasient og behandlere. Som mål for PKO ligger samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenkning, kommunikasjon og utvikling, jf. § 1.1. Det vil også innebære bidrag for å sikre reell brukermedvirkning. Sårbare pasientgrupper må ivaretas slik at tilgangen til helsetjenesten blir mest mulig likeverdig.

Fastlegens rolle i helsetjenesten

Fastlegeordningen trådte i kraft 1. juni 2001 og har i dag sitt grunnlag i kommunenes forpliktelser regulert i helse – og omsorgstjenesteloven og en egen forskrift om fastlegeordningen. I tillegg foreligger det flere sentrale avtaler mellom Staten, KS og Legeforeningen som angir det nærmere innholdet i ordningen.

Fastlegene har påtatt seg ansvar for sine listepasienter, herunder et koordineringsansvar for listepasienters behandlingsbehov. Fastlegene skal sørge for faglig kvalitet og god organisering av praksis i samsvar med de krav som stilles. Med ny fastlegeforskrift ble det blant annet tatt inn et krav om å ha oversikt over medisiner i bruk og samlet sykehistorie. Med fastlegeordningen ble fastlegen en henviser ("portvakt") til spesialisthelsetjenesten, så vel til helseforetakene som til privatpraktiserende spesialister.

Fastlegene har varierende kontakt med pasientene på sine lister, men samlet sett er det et stort antall konsultasjoner. I 2012 ble det registrert 13.5 millioner konsultasjoner. Kun et fåtall av pasientene trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at fastlegene kjenner sine forpliktelser og benytter spesialisthelsetjenesten slik det er forutsatt. Fastlegene er en del av kommunens helsetjeneste, og samtidig viktige og likeverdige samarbeidspartnere for spesialisthelsetjenesten. Det blir derfor særlig viktig å få til velfungerende bindeledd mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Utvikling i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har de siste 20 årene i økende grad blitt faglig spesialisert og med øket vekt på å organisere tjenesten i større enheter. Små lokalsykehus med generelle indremedisinske og kirurgiske avdelinger legges ned. Det er dannet store helseforetak med geografisk spredte funksjoner. Disse utfordres både på intern og ekstern samhandling. Ledelse og beslutningsmyndighet sentraliseres. Dette kan føre til at relasjonene mellom fagfolk svekkes, både internt i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Disse forholdene har gitt endrede rammebetingelser for PKO. Utvikling og forbedring av kollegialt samarbeid på avdelingsnivå må suppleres med formelt arbeid på systemnivå, rettet mot ledelsen i sykehus. Dette får konsekvens for framtidig dimensjonering av ordningen.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innebærer en omfordeling av oppgaver og ansvar i helsetjenesten med flere oppgaver i kommunehelsetjenesten. En større del av diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom som tidligere skjedde i spesialisthelsetjenesten skal nå foregå i kommunehelsetjenesten. Det er benyttet økonomiske virkemidler med bl.a. kommunal medfinansiering, og betaling for utskrivningsklare pasienter, i tillegg til lovgivning, herunder at helseforetak og kommuner er pålagt å inngå samarbeidsavtaler.

Samhandlingsreformen og endringer i Fastlegeforskriften har medført flere oppgaver og større forventninger til fastlegene – både med hensyn til tilgjengelighet for pasientene og samarbeid med andre aktører.

Det er avgjørende for å oppnå tilstrekkelig kvalitet, pasientsikkerhet og forutsigbarhet at omfordeling av behandlingsoppgavene skjer i et likeverdig samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste, herunder fastleger. Helseforetakene og kommunene er forpliktet til å lage gode arenaer for dette samarbeidet, noe både praksiskoordinator og konsulent må påpeke og følge opp.

Samhandlingsreformen har formalisert samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste og sykehus på en ny måte. Mange av temaene det har vært naturlig for praksiskonsulentene å arbeide med, omfattes nå av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Det er helseforetakets forpliktelse å sørge for at praksiskonsulentene gis en tydelig rolle i arbeidet med utforming og implementering av disse avtalene, men praksis varierer nok mellom foretakene.

8. Organisering av PKO i det enkelte foretak

Rammeavtalen sier (§ 1.3):

Rammeavtalen danner grunnlag for inngåelse av individuelle avtaler mellom allmennleger og det enkelte helseforetak om oppdrag som praksiskonsulent og/eller praksiskoordinator når oppdraget utføres av allmennlegen som selvstendig næringsvirksomhet. I dette tilfelle regulerer rammeavtalen ansvar, oppgaver og vilkår mellom allmennleger og helseforetak. Individuell avtale om oppdrag som praksiskoordinator og/eller praksiskonsulent skal inngås i samsvar med vedlegg til denne avtale.

Praksiskoordinator og/eller praksiskonsulent kan i stedet ansettes i helseforetaket, og det må da inngås individuellansettelsesavtale mellom allmennlegen og helseforetaket. Rammeavtalen regulerer ikke innholdet av slike ansettelsesavtaler.

Utbredelse og dimensjonering av PKO i helseforetak

Det er det enkelte helseforetak som etablerer PKO og bestemmer hvilke enheter som skal ha praksiskonsulent. Men praksiskoordinator bør gi råd om hensiktsmessig dimensjonering og plassering i foretaket. Skal PKO lykkes, krever det at ordningen er tilstrekkelig dimensjonert. Er ordningen for liten, blir den lite synlig og mister sin påvirkningskraft. God dimensjonering av PKO kan bidra til rekruttering til ordningen. Praksiskoordinatorhjemmelen bør utgjøre opp mot 50 % årsverk. En *praksiskonsulenthjemmel bør som hovedregel være minimum 20 %*, uavhengig av foretakets størrelse. I helseforetak med stor geografisk avstand mellom sykehusene bør det være minst 2 praksiskonsulenter på hvert sykehus.

Plassering i organisasjonen. Samhandlingsenhetene

PKO inngår avtale med helseforetaket. Der foretaket har egen samhandlingsenhet, vil det være naturlig at PKO er en integrert del av denne enheten, og jobber som et team under koordinatorens ledelse. Praksiskonsulentene knyttes til foretakets avdelinger og staber etter behov og ut fra hvilke tema man skal arbeide med. Noen sykehus har etablert PKO som egen avdeling i stab, med praksiskoordinator som avdelingsleder i nivå 3, for eks. i linje under samhandlingsdirektør

Praksiskoordinator – kompetanse og plassering

Praksiskoordinator må være en erfaren allmennlege. Tilleggserfaring med samfunnsmedisinsk arbeid kan komme til stor nytte i stillingen. Praksiskoordinator har ansvaret for å drive PKO for helseforetaket. En praksiskoordinator kan ha ansvar for flere enheter innen samme helseforetak. Praksiskoordinator knyttes til ledelsen i helseforetaket og rapporterer til denne. Utlysning skjer enten i Tidsskrift for den norske legeforening eller medlemsblad for fylkesavdelingen. Søkere vurderes av sykehusledelsen og representanter fra fylkesavdelingen i Legeforeningen.

Praksiskonsulent – kompetanse og plassering

Praksiskonsulent er en allmennlege fra helseforetakets geografiske opptaksområde. Praksiskonsulenten er underlagt praksiskoordinators ledelse. Utlysning skjer enten i Tidsskrift for den norske legeforening eller medlemsblad for fylkesavdeling. Søkere vurderes av sykehusledelsen, praksiskoordinator og representanter fra fylkesavdelingen i Legeforeningen

Tilknytningsform

Rammeavtalen regulerer godtgjøringsform for PKO. Rammeavtalens hovedregel er at arbeidet gjøres som konsulent og at man mottar honorar som næringsinntekt.

Praksiskoordinator og/eller praksiskonsulent kan i stedet ansettes med fast lønn i helseforetaket. Det må da inngås individuell ansettelsesavtale mellom allmennlegen og helseforetaket, jf. arbeidsmiljøloven. Rammeavtalen regulerer ikke innholdet av slike ansettelsesavtaler.. Valg av tilknytningsform må vurderes konkret. Det vil ofte være fordelaktig for legen å være næringsdrivende der vedkommende også i sin øvrige praksis er dette. Å være engasjert som timelønnet konsulent kan gi større frihet og uavhengighet i stillingen. Sykehuset vil imidlertid som utgangspunkt ikke være ansvarlig for utbetaling av honorar annet enn for faktisk antall arbeidede timer. Dette gir en sårbarhet for inntektsbortfall i forbindelse med sykdom. Man vil heller ikke opparbeide seg pensjonsrettigheter. Fast ansettelse bør derfor særlig vurderes ved stillinger over 40 %.

9. Arbeidsoppgaver og samarbeidslinjer

Gjensidig respekt og likeverdighet skal ligge til grunn for samarbeid leger imellom, og mellom leger og alle andre aktører i helsetjenesten. Dette er fundamentet for PKO.

PKO sett fra helseforetakets side

Praksiskonsulentordningen skal representere et tilfang og en ressurs i sykehuset. Praksiskonsulentene innehar kompetanse og erfaring som fagmiljøene i sykehuset vanligvis ikke har, men som spesialisthelsetjenesten skal kunne nyttiggjøre seg. Stikkord er allmennmedisinsk kunnskap og erfaring om hvordan kommunehelsetjenesten fungerer, kombinert med genuin interesse for samarbeid og samhandling.

Det er likheter, men også betydelige ulikheter i pasientbehandling i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. PKO skal synliggjøre og skape respekt for forskjellene, og gi råd om endring og forbedring der det trengs. PKO er nyttig for helseforetaket ved å bidra til at pasienter får behandling på rett nivå. Pasienter som trenger det, skal ha spesialisthelsetjeneste, mens øvrig behandling kan ivaretas i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at PKO har en systematisk dialog med kommune- og bydelsoverlegene, som har viktige roller i fagmedisinsk kommunal ledelse, og som både kan ansvarlig gjøres og styrkes i dette i dette arbeidet når PKO spiller på lag.

Praksiskonsulentene må ha selvstendighet og uavhengighet i forhold til foretakene for å kunne utføre sin funksjon. Det kan være utfordrende for helseforetaket å tilpasse møter og andre felles aktiviteter slik at konsulentene deltar i et likeverdig samarbeid. Dette kan delvis kompenseres ved skriftlighet og bruk av hjemmekontorløsninger.

Rammeavtalen pålegger helseforetaket å utarbeide en oppgavebeskrivelse for PKO i samarbeid med praksiskoordinator og praksiskonsulent.

Praksiskonsulentene, fastlegene og kommunehelsetjenesten

For fastleger og andre allmennleger representerer praksiskonsulentene et bindeledd med spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentene skal bidra til at fastlegene kjenner og bruker sykehusene på best mulig måte. Praksiskonsulenten er fastlegens "ansikt" innad i sykehuset. De skal i tillegg til å ta utgangspunkt i egen og kollegers fastlege-erfaringer, systematisere dem og beskrive dem slik at de kan danne grunnlag for forbedringsarbeid, ta utgangspunkt i de systemer praksiskoordinator har bidratt til å utvikle. Dette krever at fastleger og PKO har møteplasser og

egnede kommunikasjonskanaler. Engasjementet må også favne legevakts-, sykehjemsleger, helsestasjons- og skoleleger, fengselsleger mm. . Arbeidet bør tilpasses lokale forhold: Antall og størrelse på kommuner, størrelse på og antall sykehus i helseforetak, samt geografiske forhold.

I rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene beskrives to arenaer for samarbeid. Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) er det lokale samarbeidsutvalg mellom kommunen og fastlegene. Det heter i § 4: «Berørte samarbeidspartnere (pleie- og omsorgstjenesten, HELFO, NAV, praksiskonsulenter mv.) deltar som observatører etter behov». Kommunene kan velge å benytte en praksiskonsulent som en av sine representanter. På denne måten kan PKO benyttes både av kommune og fastleger.

Uansett så er allmennlegeutvalget (ALU) en viktig møteplass som bør benyttes., Praksiskonsulentene bør søke et samarbeid med de tillitsvalgte som gjør det naturlig -at praksiskonsulenter deltar ved behandling av saker knyttet til samarbeid mellom fastleger og sykehus. Det kan etableres et system for at praksiskoordinator melder saker til ALU for diskusjon og tilbakemelding, ev ved deltakelse. Dermed kan praksiskonsulentene motta råd fra ALU. Ved slikt samarbeid kan PKO som ordning styrkes.

ALU kan be Lokalt samarbeidsutvalget (LSU) behandle sakene, med det mål at kommune/bydel kan bringe dem fram i etablerte samarbeidsorgan med sykehuset. I arbeid med pasientforløp kan PKO gi råd, men ikke ta på seg oppgaver og ansvar på fastlegenes vegne. Fastlegene må selv delta i arbeidet. Dette bør initieres og finansieres som offentlig allmennmedisinsk arbeid fra kommunens side, og kan etterspørres fra både helseforetak og PKO.

Forslag til oppgave- og ansvarsfordeling mellom sykehus og fastleger bør forankres i ALU, og eventuelt nedfelles i samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler som forhandles frem mellom helseforetak og kommune/bydel. Det er viktig at kommunen anerkjenner praksiskonsulentene som viktige samhandlingsaktører, som også kommer kommunehelsetjenesten til gode. PKO-arbeid bør derfor sidestilles med offentlig allmennmedisinsk arbeid, som for eksempel sykehjemslege -helsestasjons- og skolelegearbeid. Planlagte og igangsatte forsøk med felles finansiering av PKO (Helseforetak – kommuner) eller egne kommune-PKO bør følges opp med evalueringer.

Noen helseforetak vil ha mange kommuner i sitt opptaksområde, opp til 20 eller flere. Her reiser dette større utfordringer knyttet til bruk av ALU/LSU som kommunal forankring av PKO, og ambisjonsnivået må da avstemmes etter det faktiske mulighetsrom

Kommunikasjon mellom praksiskonsulentene og fastlegene utenom ALU-møter og nyhetsblad bør systematiseres, fortrinnsvis ved bruk av e-post.

Praksiskoordinators rolle

Rammeavtalen sier:

Praksiskoordinator skal være leder for PKO ved helseforetaket, herunder ved å delta i utvelgelse av praksiskonsulenter, koordinere og veilede praksiskonsulentene, avholde regelmessige møter med praksiskonsulentene, ledelsen, fastlegemiljøer og helseledere i kommunene for å sikre gjennomføring av tiltak, og

*delta i nettverk og lign. for praksiskoordinatorer.
være rådgiver for foretaksledelsen, herunder ved å
være en representant i sykehus for allmennpraksis, og
delta i endringsprosesser der fokus er samarbeid mellom nivåene.*

For å kunne ivareta disse oppgavene er det tatt inn en forpliktelse for helseforetaket til at praksiskoordinator skal ha en tydelig rolle overfor sykehusets ledelse.

Uformelle forhold som at koordinatoren en respektert lege både blant allmennleger og helseforetakets ledelse, vil også ha betydning. Det forutsettes i rammeavtalen at vedkommende skal være en ressurs som sykehuset vet å benytte.

Dette krever besluttsomhet fra begge parter: Koordinator må være uredd, villig til å eksponere seg og ha evne til å drøfte sykehusets oppfatning av kommunehelsetjenesten på en god måte. Det følger av rammeavtalen at sykehusets ledelse er forpliktet til å gi praksiskoordinator en tydelig plass i organisasjonen, og ta koordinator med i utviklingsarbeid på sykehuset. Det er viktig at praksiskoordinator også kan samarbeide direkte med ledere i klinikker og avdelinger.

Praksiskoordinators plassering og handlingsrom følger av rammeavtalen, men vil i tillegg variere, avhengig av foretakenes størrelse og organisering. Praksiskoordinator må kunne arbeide skriftlig, sette seg inn i planprosesser og ha kunnskap om beslutningsveier i eget sykehus. Koordinator har en rådgiverrolle overfor foretaket. Vanskelige avveininger og forhandlinger om arbeidsdeling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste bør drøftes i ALU og LSU, samt i formelle samarbeidsfora mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Det kan her særlig pekes på eventuelle partssammensatte utvalg som arbeider med «gråsonepasienter» med basis i lokale samarbeidsavtaler forankret i Helse- og omsorgslovens § 6-2, 1.ledd.

Praksiskoordinator må bidra til at praksiskonsulentene får oppdrag som kan gi gode og varige forbedringer. Arbeidet må forankres hos relevant ledelse. Koordinator må bidra til at konsulentene kjenner sykehusets struktur tilstrekkelig godt til at de får utført oppdragene sine. Koordinator har et særskilt ansvar for å hjelpe nye praksiskonsulenter i gang på sykehuset.

Praksiskoordinator bør ha regelmessig kontakt med kommunenes helseledelse, f. eks kommuneoverlegene. Kontaktformen må tilpasses kommunestørrelser, sykehusstørrelser, samt samhandlingsforaene som er etablerte etter samhandlingsreformen. Det er viktig at koordinators aktivitet og bidrag på dette området er støttet både fra sykehus- og allmennlegesiden. Målet er at samhandlingstema i størst mulig grad samordnes og gjøres til felles saker, både internt i kommunehelsetjenesten og overfor sykehusene.

Praksiskoordinatorerne i Norge har ansvar for å opprettholde det etablerte nettverket for praksiskoordinatorer, (Praksiskoordinatorsamlingen). Nettverket trenger en arbeidsgruppe som planlegger samlinger (1-2 ganger pr år) og opprettholder kontakt og e-postoversikt mellom koordinatorene. Deltagelse i nettverket finansieres fra helseforetakene.

Praksiskonsulentens rolle

I rammeavtalen står det i § 7.1 og /.2:

Praksiskonsulenten skal bidra i avdelingens arbeid med utviklingen av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket.

Praksiskonsulentens arbeid skal finne sted på overordnet systemnivå og ikke i forhold til enkeltpasienter.

Praksiskonsulenten skal ivareta følgende oppgaver:

Forbedre helheten i pasientforløpet, herunder ved å vurdere henvisningspraksis og utvikle retningslinjer for god henvisningspraksis, vurdere innleggelsespraksis og utvikle retningslinjer for god innleggelsespraksis, vurdere utskrivelsespraksis og utvikle retningslinjer for god utskrivningspraksis, herunder for oppfølgingen av utskrevne pasienter i førstelinjetjenesten, utarbeide kliniske retningslinjer for pasientforløp, vurdere tilretteleggelse for oppfølging av spesielle pasientgruppers særlige behov (kronikere og pasienter som trenger koordinerte tjenester), og utvikle retningslinjer for god epikriseskriving. Forbedre informasjonsflyten i samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, herunder ved å etablere rutiner for samhandling, veilede om rutiner for samhandling innad i helseforetaket og eksternt i primærhelsetjenesten, formidle relevant informasjon vedrørende samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, herunder ved utarbeidelse av informasjonsbrev, ved deltakelse på møter og ved gjennomføring av kurs, bidra til økt bruk av IKT som verktøy i en bedre samhandling, tilrettelegge for gjensidig hospitering og delta i nettverk og lign. for praksiskonsulenter. Være rådgiver i opplæringen av kommunehelsetjenesten i henhold til lovbestemte plikter, jf. spesialisthelsetjenesteloven.

I dagens sykehusstruktur omfatter begrepet "avdeling" kliniske enheter med varierende størrelse og innhold, ofte ikke egnet som arbeidssted for praksiskonsulent. Samtidig finnes det kliniske enheter som ikke omfattes av "avdelings-begrepet", for eksempel Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Siden praksiskonsulentstillingene oftest er små (5 – 20 %) bør det gjøres avveininger om hvordan ressursen best kan brukes.

Eksempel på avveininger ved plassering av praksiskonsulenter:

I psykisk helsevern:

Skal en konsulent knyttes til kun et enkelt DPS i et sykehus med flere DPS? Skal konsulenten sirkulere mellom ulike DPS? Eller: kan konsulenten tilsettes på nivået over, og arbeide med tiltak som kan gjelde alle DPS, og ellers bistå de enkelte DPS etter behov?

I medisinsk klinikk:

Skal en konsulent knyttes til en enkeltavdeling (f eks hjerte), eller jobbe for flere ulike avdelinger etter behov eller etter tur, eller tilsettes på nivået over, knyttet til ledelsen i klinikken?

Arbeid på mikronivå kan bidra til kollegial nettverksbygging og utvikling av felles lokal samhandlingskunnskap. Imidlertid kan resultatet av forbedringsarbeid på dette nivået forbli lokalt og personavhengig, og være sårbart ved endringer endring i stillinger og ledelse i aktuelle enhet. Arbeid på ledernivå kan medvirke til bedre forankring av forbedringstiltak. Resultatene kan bli til hjelp for flere, og bli mer synlige og varige. Omkostningen kan være at praksiskonsulenten ikke får samme nettverk blant kolleger i klinisk virksomhet. Arbeid på overordnet nivå medfører større

krav til formalisert samarbeid og skriftlighet. Arbeidsformene bør ikke settes opp mot hverandre, men bevisst veies mot hverandre. De kan begge bidra til gode forbedringer. Uavhengig av hvilket nivå praksiskonsulenten plasseres, må det tydelig fremgå hvem i sykehuset konsulenten skal henvende seg til og samarbeid med.

Bidrag i planprosesser

Praksiskonsulentene skal delta i sykehusets overordnede planarbeid, for å bringe inn kommunehelsetjenestens kunnskap og perspektiv om helse, sykdom og behandling, og bidra med samhandlingskunnskap. For å delta i slikt arbeid, må praksiskonsulentene kjenne til statlige og regionale føringer som gis, blant annet gjennom lovverk og oppdragsdokumenter. Det er viktig å kunne arbeide skriftlig, og forankre sine innspill så godt det lar seg gjøre blant allmennlegene (som beskrevet i punkt 8.3) og i PKO-teamet på sykehuset. Praksiskonsulentene bør lage egne handlingsplaner, gjerne i samarbeid med staben man er tilknyttet på sykehuset. Slike planer er med å synliggjøre PKO som ressurs i sykehuset, og bidrar til å holde retning og fokus på prioriterte oppgaver. Handlingsplanene må være enkle og målrettede.

Rapportering

Praksiskonsulentene bør lage en årsrapport for virksomheten. Den stiles til nærmeste leder i helseforetaket. Praksiskoordinator står ansvarlig for endelig utforming av rapporten. Rapporten bør legges på lokal PKO-hjemmeside i foretaket, og i tillegg gjøres tilgjengelig på den nasjonale hjemmesiden for PKO, www.pko.no.

Samspill og samarbeid med staber og klinikker

Samspill og samarbeid med andre om felles saker er avgjørende for at PKO skal gi resultater. Praksiskonsulentene må systematisk oppsøke personer og delta i fora som arbeider med pasientforløp og samhandling, for å bidra, lytte og lære. Jo flere som deler holdninger og retorikk, dess større mulighet for å lykkes med utviklingsarbeid. Samarbeid med kommunikasjonsstaben i sykehuset er av stor nytteverdi for praksiskonsulentene, og anbefales.

10. Innhold og metoder i PKO-arbeid

Avtaleregulering

Det vises til omtalen av rammeavtalen som regulerer oppgaver og ansvar for henholdsvis helseforetaket, praksiskoordinator og praksiskonsulent. Som nevnt er rammeavtalen til hinder for ensidig krav om øvrige forpliktelser, men ikke for frivillige ordninger mellom partene om å utvikle ordningen i tråd med lokale behov. Det må i så fall foreligge enighet mellom den enkelte praksiskoordinator/praksiskonsulent og helseforetaket.

Pasientforløpsarbeid – arbeidsdeling, henvisninger, epikriser

Sentrale deler i pasientforløp er diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom, rehabilitering, forebyggende behandling, pleie, omsorg og ivaretagelse. Praksiskonsulentene skal arbeide for klare avtaler om arbeidsdeling og ansvar, samt kvalitetssikret informasjonsutveksling (henvisninger, epikriser, medisinalister). Arbeidet kan knyttes til spesifikke diagnosegrupper, men kan også dreie seg om å sikre samarbeidsrutiner som kan komme flere pasientgrupper til gode. Dersom Helsedirektoratet har laget relevante veiledere på området, bør PKO legge dem til grunn for sine innspill, sammen med kunnskap fra NEL og prioriteringsveilederne.

Private avtalespesialister har en viktig rolle i mange pasientforløp. Praksiskonsulentene bør sammen med aktuelle sykehusavdelinger søke å utvikle lokale rutiner for samordning og samarbeid, både mellom avdeling og avtalespesialister, og mellom fastleger og avtalespesialister.

PKO bør tilstrebe at samhandlingsrutiner gjøres mest mulig generelle og mest mulig like for ulike sykehus. Det er viktig at PKO-miljø som arbeider med liknende tema, danner nettverk og deler kunnskap, for eksempel ved at pågående arbeid annonseres i PKO-verktøykassen på www.pko.no. Praksiskonsulentene må bidra til at medisinsk samhandling får en tydelig plass i sykehusets arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Trygg bruk av legemidler og samstemming av legemiddellister bør ha et særskilt fokus.

Elektronisk samhandling

Praksiskonsulentene skal delta i utvikling av elektronisk samhandling mellom fastleger og sykehus. På større helseforetak bør en av praksiskonsulentene kunne vie hele sin tid til dette feltet, eventuelt i perioder. Konsulenter som skal arbeide med elektronisk samhandling må holde seg oppdatert på området i eget foretak, på regionalt og nasjonalt nivå. Konsulenten må også kjenne status i utvikling og leveranser fra allmennlegenes EPJ-leverandører og «EPJ-løftet» i Norsk forening for allmennmedisin (NFA). De bør kjenne til utvikling av elektronisk samhandling i kommunehelsetjenesten.

Utvikling av elektroniske dialogmeldinger om felles pasienter bør ha prioritet for PKO de nærmeste årene fremover. Flere kommuner har innført elektroniske PLO meldinger mellom hjemmetjeneste og fastleger. Erfaringen med slike meldinger er svært gode.

Gjensidig tilgjengelighet mellom fagfolk

Praksiskonsulentene skal bidra til at helseforetaket legger best mulig til rette for at sykehusleger og allmennleger skal kunne nå hverandre elektronisk og pr telefon. Innholdet i slike kontakter kan være:

- Avklaring av medisinske problemstillinger knyttet til henviste pasienter
- Innhenting av supplerende pasientinformasjon og medisinlister ved akuttinnleggelser som skjer via legevakt/AMK
- Felles planlegging av utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med kompliserte tilstander.
- Gjensidig beslutningsstøtte mellom kolleger i vanskelige situasjoner

Kravet om telefontilgjengelighet på fastlegekontorene er skjerpet gjennom den nye fastlegeforskriften. Praksiskonsulentene bør tilrettelegge for at sykehuset har oversikt over direkte telefonnummer til fastlegene i sykehusets opptaksområde. Tilsvarende må de arbeide for rutiner som sikrer at allmennleger lett kan få telefonkontakt med erfarne kolleger på sykehuset.

Utvikling av elektroniske dialogmeldinger vil i stor grad lette samarbeidet mellom allmennleger og leger på sykehus om henviste og andre felles pasienter (se avsnitt 9.3)

Hospiteringsordninger

Praksiskonsulentene skal bidra til at helseforetaket legger til rette for hospitering: for allmennleger på sykehus, og for sykehusleger i allmennpraksis. De kan utarbeide rutiner for hospiteringsordningen. I tillegg kan praksiskonsulentene bidra til å skape kontakt mellom allmennleger og enkeltavdelinger etter behov.

Praksiskonsulenter og – koordinatorer bør stille egne legekontor til disposisjon som hospiteringsarena, både for leger og andre medarbeidere på sykehuset som søker kunnskap om allmennlegens arbeidshverdag, samt sykdomsforekomst og samhandling i kommunehelsetjenesten

Kurs og møter for fastleger

Praksiskonsulentene skal, i samarbeid med kolleger fra sykehuset, bidra i å lage kurs for allmennlegene. Ved siden av faglig oppdatering, bør slike kurs ha et klart fokus på samarbeid og god arbeidsdeling mellom allmennleger og sykehus. Kursene bør fungere som kollegiale møteplasser mellom sykehusleger og allmennleger. Muligheten for å lykkes med dette, avhenger litt av størrelse på sykehus og tilhørende opptaksområde.

Nyhetsblad

Praksiskonsulentene bør, i samarbeid med kommunikasjonsstaben, informere ev ved å sende ut nyhetsblad til allmennleger i sykehusets opptaksområde. Så langt mulig bør man tilstrebe at all informasjon sykehuset ønsker å sende ut til allmennlegene, kanaliseres gjennom nyhetsbladet. Eksempler kan være: nye henvisningsrutiner, endring av prosedyrer om pasientbehandling som vil omfatte allmennlegenes ansvar og arbeid. Praksiskonsulentene bør aktivt oppsøke kilder for relevant informasjon i sykehuset. Redaktør for nyhetsbladet skal være praksiskoordinator

Hjemmesider for PKO

De fleste PKO har nettsider som er integrert i Helseforetakets egne hjemmesider. Et minimumsinnhold på PKO's hjemmeside bør være informasjon om hvem som arbeider i PKO, med tilhørende E-post adresse. Siden bør ha lenke til www.pko.no, Rammeavtalen, PKO-verktøykassen og Veilederen for PKO. Elektronisk utgave av infoblader bør også legges ut her. PKO-siden kan også utvikles til å inneholde annen relevant info for allmennlegene i sykehusets opptaksområde gjennom aktiv bruk av lenker. Det bør legges vekt på informasjon som har med god samhandling å gjøre.

Epostlister til fastleger

Stadig flere fastlegekontor etablerer en virksomhets e-postadresse, enten som felles e-postmottak (eksempel: post@linde.nhn.no) eller ved at hver enkelt fastlege har en nhn.no adresse (eksempel: bente.thorsen@linde.nhn.no). De fleste PKO har etablert en epostliste til fastlegene i sykehusets opptaksområde. Ved enkelte sykehus sendes all informasjon til fastlegene som e-post, også nyhetsblad.

Epostlisten er nyttig ved behov for å nå flest mulig fastleger raskest mulig. PKO bør få merkantil hjelp i helseforetaket til å oppdatere epostlisten. Bruken av e-postlister fra sykehuset bør avtales med ledelsen og klinikkene. Det er ofte formålstjenlig at praksiskoordinator gir råd om innhold og relevans før epostlisten brukes. Det gir også mulighet for å holde oversikt over utgående kommunikasjon på hjemmesiden.

Det er arbeidskrevende å vedlikeholde oppdatert epostliste. PKO bør argumentere for at flest mulig legekantor etablerer en felles virksomhetsadresse.

Postadresser til fastlegekontor

Ansatte i helseforetak etterspør ofte oversikt og adresser til fastlegene i opptaksområdet. HELFO har på siden www.helfo.no en god oversikt over fastleger i Norge. PKO kan, med HELFO som kilde, bistå sykehuset i å lage adresselister til de enkelte legekantor, gjerne sortert kommune-/bydelssvis, til bruk ved utsendelse av vanlig post.

Avviksmeldinger

Det kan være hensiktsmessig å utvikle et system for at både sykehus og fastleger kan melde samhandlingsavvik til sykehuset, og arbeide for at dette kan skje elektronisk.

Praksiskonsulentene bør ha oversikt over meldte samhandlingsavvik, slik at de kan danne grunnlag for forbedringsforslag. Utveksling av pasientrelatert informasjon som ikke er ledd i pågående samarbeid om behandling er med noen unntak gjenstand for taushetsplikt. Derfor bør systemer for samhandlingsavvik utvikles i samarbeid med juridisk kompetanse i helseforetaket, evt kommunene.

11. Dokumentasjon og forskning

Praksiskoordinator skal sørge for at kunnskap om PKO systematiseres og dokumenteres i helseforetaket. Det må være tilstrekkelig med ressurser til at slik arbeid kan utføres, og helseforetaket må stimulere til dokumentasjon og utviklingsarbeid for PKO.

Praksiskonsulenten kan initiere og delta i samhandlingsforskning, og bidra til at forskningen involverer kommunehelsetjenesten og allmennlegene. Praksiskoordinator kan bidra til at de allmennt medisinske instituttene deltar i samhandlingsforskning, og til at gode prosjekter søker finansiell støtte gjennom Legeforeningens kvalitetssikringsfond. Nettsiden www.pko.no bør bli en nasjonal ressurs hvor alt forsknings- og utviklingsarbeid innen PKO i landet samles.

12. Opplæringsprogram for PKO

Allmennleger som tilsettes i PKO, må ha bred erfaring fra og kunnskap om kommunehelsetjenesten. Mange har også erfaring fra arbeid i sykehus. De har erfaring fra kvalitetsarbeid og drift av egne fastlegekontor. Denne kompetansen må suppleres med kunnskap om drift av store organisasjoner. Det er nødvendig å bli kjent med beslutningsveiene, og forberedes på at forbedringsarbeid må skje i samspill med mange aktører og ofte kan ta lang tid.

Sentrale tema for en nytilsatt praksiskonsulent/praksiskoordinator

Bli kjent med rammeavtalen for praksiskonsulentordningen.

Sette seg inn i Veilederen for PKO

Bli kjent med innholdet i PKO.no, herunder PKO-verktøykassen

Bli introdusert og kjent i sykehuset der man skal jobbe

Lære hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert og fungerer.

Forstå beslutningsveier i sykehuset, både generelt og lokalt.

Forstå rollen: Hvordan opptre som konsulent?

Hvordan kan man bidra til at gode ideer og tanker om forbedring skal bli til gode samhandlingsrutiner?

Alle nye praksiskonsulenter og koordinatorene bør tilbys en introduksjon hvor disse temaene berøres. Programmet kan for eksempel starte med et nettbasert kurs som ligger i PKO-verktøykassen. Dette kan suppleres etter lokale behov. Hospitering på utvalgte enheter bør inngå i introduksjonen.

Ansvar for introduksjonen må ligge hos praksiskoordinator, i samarbeid med nærmeste overordnede i sykehuset og relevante klinikker.

13. Veiledningsmateriale

www.pko.no er et nasjonalt nettsted for praksiskonsulentordningen i Norge. Domenet eies av Norsk forening for allmenntilleggsmedisin Nettsiden drives av PKO ved Stavanger universitetssykehus HF. Den har informasjon om kurs og møteaktiviteter i PKO, lenker til PKO ved ulike helseforetak, lenker til relevante aktiviteter og nyhetsstoff, samt PKO-verktøykassen. PKO-verktøykassen er under utvikling (lanseres 2014). Den skal gi råd om praktisk arbeid og metodikk.

Eksempler på innhold i PKO-verktøykassen

PKO-veilederen

Kort veiviser for nyansatte i PKO.

En oversikt over arbeidsmetoder, f. eks: "Hvordan gjennomføre en gjennomgang av henvisninger og ventelister på en poliklinikk?" Hvordan vurdere epikrisekvalitet?

Hvordan arbeide med pasientforløp?

Bruk av SPC som statistisk verktøy

En samling av prosjekt og rapporter fra ulike PKO med mulighet for stikkordsmessig søk. Samlingen bør inneholde både positive og negative erfaringer.

En katalog over samarbeidsrutiner eller pasientforløp som PKO har medvirket i utforming av, med mulighet for stikkordsmessige søk, f. eks, "Hjertesvikt", "brystkreft", "tykktarmskreft".

«Samhandlingsplakaten», Samhandlingsplakaten er utviklet av PKO på Oslo universitetssykehus, og tatt i bruk ved flere andre sykehus i Norge, som et etisk og kollegialt fundament for samarbeid i helsetjenesten.

PKO-verktøykassen må ha en redaktør som enten er, eller samarbeider nært med webredaktøren for www.pko.no. God utvikling og vedlikehold av PKO-verktøykassen vil avhenge av aktivitet og deltagelse fra alle i PKO.

14. Grunnlagsdokumenter

Følgende dokumenter danner grunnlag for veilederen:

Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske lægeforening om praksiskonsulentordningen ble signert i 2005.

<https://legeforeningen.no/yf/allmennlegeforeningen/fra-foreningen/debattskrift-handboker-og-rapporter/de-regionale-helseforetakene/rammeavtale-mellom-de-regionale-helseforetak-og->

den-norske-lageforening-om-praksiskonsulentordningen/

Praksiskonsulentordningen i Norge. Helsepolitisk debattskrift fra Allmennlegeforeningen ble gitt ut i februar 2008. Dette debattskriftet er revidert gjennom arbeidet med foreliggende veileder.

Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer ble laget i 2004, gjennom en tilpasning av den danske PKO-håndboka til norske forhold. Redaktører var Olav Thorsen og Odd Jarle Kvamme.

En Quest back undersøkelse gjennomført blant praksiskoordinatorer i 2012, i regi av PKO-rådet. Resultatene ble presentert sammen med rapporten: "Praksiskonsulentordningen (PKO) i Norge. En statusbeskrivelse". Rapporten ble behandlet i Sentralstyret for legeforeningen 20. februar 2013.