

# Praksiskonsulenthåndboka



Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer

Dansk utgave: Praktiserende læger og praksiskoordinatorer Birgitte Anthonsen, Per Grinsted og Jens M. Rubak

Tilpasset norske forhold: Spesialister i allmenntmedisin og praksiskoordinatorer Olav Thorsen og Odd Jarle Kvamme

## PKO-håndboka

### Innhold

1. Formålet med håndboken .....	3
2. PKO - Ideologi, definisjon, målsetning og overordnede oppgaver .....	3
3. Funksjonsbeskrivelse.....	4
4. Ansettelse i stillingene.....	5
5. Praktiske forhold i forbindelse med ansettelsen.....	5
6. Å begynne som praksiskonsulent.....	6
7. Godt samarbeid med kolleger i allmennpraksis .....	6
8. Samarbeidet med fylkesavdelingen.....	6
9. Ideer og eksempler på konkrete oppgaver.....	6
10. Den gode henvisningen .....	7
11. Den gode epikrisen .....	8
12. Den gode poliklinikkepikrisen .....	9
13. Øvrig kommunikasjon.....	9
14. Informasjon om samarbeidsspørsmål.....	10
15. Samarbeid mellom konsulentene og deres koordinator.....	10
16. Krav til en permanent og levedyktig PKO .....	11
17. Innsatsområder i fremtiden.....	11
18. Tverrfaglig Analyse av Pasientforløp (TAP) .....	12
19. Funksjonsbeskrivelse praksiskonsulent.....	14
20. Funksjonsbeskrivelse praksiskoordinator.....	15
21. Avtalemal for praksiskonsulent- / koordinator.....	16

### Til alle som er interessert i praksiskonsulentordningen

Allment praktiserende lægers forening (Aplf) har herved gleden av å lansere den første norske veilederen for praksiskonsulentordningen i Norge.

Veilederen skal være til inspirasjon og støtte i det praktiske arbeidet for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer, og til hjelp for alle som vil starte PKO.

Hovedformålet med praksiskonsulentordningen er å bedre samarbeidet mellom første - og andrelinje og dermed bedre behandlingsforløp for pasientene, bl.a. gjennom å kartlegge og fjerne flaskehalsen i behandlingsskjeder.

Praksiskonsulentordningen (PKO) kommer fra Danmark, der 10 % av danske fastleger arbeider som praksiskonsulenter og – koordinatorer i deltidsstillinger i somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger. Vi er våre danske kolleger svært takknemlige for den erfaringsoverføring som er blitt oss til del, når PKO nå for alvor skyter fart i Norge. Aplf vil spesielt takke våre danske kolleger, de praktiserende læger/praksiskoordinatorer Birgitte Anthonsen, Per Grinsted og Jens M. Rubak som har lagt grunnlaget for denne veilederen. Aplf takker også allmennlegene/praksiskoordinatorene Odd Jarle Kvamme og Olav Thorsen, som har laget den norske versjonen. Sammen med allmennlege/praksiskoordinator Unni Ringberg har de tre lagt grunnlaget for PKO i Norge gjennom mangeårig målrettet arbeid.

Etter hvert som PKO utvikler seg, vil vi samle erfaringene i nye versjoner av veilederen. Trenger du flere eksemplarer, går du til Aplfs hjemmeside på internett – [www.legeforeningen.no/aplf](http://www.legeforeningen.no/aplf) - velger PKO-portalen i vannrett og klikker på veileder. Veilederen kan også bestilles fra Aplfs sekretariat.

Fremover vil Aplf bl.a. arbeide med å etablere elektronisk nettverk for praksis-konsulenter og koordinatorer slik at det skal utvikles gode fagmiljøer og samhold i ordningen.

PKO-stoff er allemannseie og kan brukes fritt. Til dem som vil bruke veilederen som basis for egen PKO-aktivitet, synes vi det er hyggelig hvis kilden blir bekjentgjort.

Aplf håper at veilederen vil inspirere til godt samarbeid til pasientenes beste, under mottoet: "Fra din og min – til vår pasient".

Oslo, juni 2004

Kjell Maartmann-Moe

Leder Aplf

## 1. Formålet med håndboken

- Å lette introduksjonen til arbeidet som praksiskonsulent og praksiskoordinator, og gjøre flere interessert i arbeidet
- Gi generelle veiledninger til nyansatte konsulenter
- Gi spesifikke, praktiske opplysninger som det erfaringsmessig er bruk for.

## 2. PKO - Ideologi, definisjon, målsetning og overordnede oppgaver

### Ideologi

- Utgangspunktet er at samarbeidet i helsetjenesten i stor utstrekning har vært preget av administrative og politiske beslutninger. Pasientperspektivet styrer ikke pasientforløpene, slik man ideelt skulle ønske. Profesjoner, spesialiteter og organisasjoner med direkte pasientansvar samarbeider ikke på en optimal måte.
- Alle ledd i første- og andrelinjetjenesten må i større utstrekning ta hensyn til pasientens situasjon og perspektiv, og ikke ta utgangspunkt i de individuelle profesjoners egne organisasjoner og strukturer. Førstelinjetjenesten og sykehusspesialistene bør samarbeide på en slik måte at alle pasienter i forskjellige pasientgrupper får et likeverdig tilbud av høy kvalitet.
- Første- og andrelinjetjenesten fungerer faglig og kostnadseffektivt godt når det er god kommunikasjon og forståelse mellom leger og annet personale.
- Samarbeid krever forankring og medansvar hos alle involverte parter.
- Legers og annet helsepersonells etterutdanning burde i større utstrekning skje med pasientene og befolkningsperspektivet som utgangspunkt.
- Samarbeidet omkring pasienten skapes gjennom direkte og personlige kontakter mellom representanter for forskjellige spesialiteter og profesjoner i første- og andrelinjetjenesten, og ikke ved administrative beslutninger.
- Samarbeid og gjensidig respekt mellom representanter for profesjonene og politikere og administratorer er nødvendig for at første- og andrelinjetjenesten kan fungere effektivt og koordinert.

### Definisjon av PKO

PKO er et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, de allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, til gagn for den enkelte pasient. I sin funksjon skal PKO medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, et pasientforløp som involverer både første og andrelinjetjenesten.

### Målsetning

- PKO skal se første- og andrelinjetjenesten ut fra pasientperspektivet, og arbeide ut fra et helhetssyn som omfatter alle pasienter

- Målsetningen er å gi pasienter et likeverdig og optimalt tilbud om utredning, behandling, pleie og omsorg i første- og andrelinjetjenesten
- PKO skal medvirke til å bryte barrierer, motvirke mytedannelser og strebe etter at ressursene anvendes optimalt mellom de forskjellige sektorene i første- og andrelinjetjenesten. Rett pasient skal behandles til rett tid og på rett faglige nivå (LEON - prinsippet)
- PKO skal sørge for optimal arbeids- og ansvarsdeling for pasienter der allmennlege og andrelinje-lege i fellesskap har behandlingsansvar
- PKO skal være sentral i utarbeidelsen av kliniske retningslinjer og samarbeidsavtaler
- PKO skal gjennom sitt arbeid medvirke til å sikre helhet og koordinering i hele pasientforløpet
- PKO skal i så stor utstrekning som mulig sikre kollegenes medvirkning til å skape sammenhengende pasientforløp, det vil si "shared care"
- PKO skal samarbeide med nøkkelpersoner for å forbedre kommunikasjonen og samarbeidet mellom sykehusleger, allmennpraktiserende leger og annet helsepersonell
- PKO skal formidle informasjon til alle involverte, og medvirke til at sykehusleger, allmennpraktiserende leger og andre helsearbeidere deltar aktivt og kontinuerlig i forbedring av samarbeidet
- PKO skal medvirke til etterutdanning av allmennpraktiserende leger, sykehusleger og annet helsepersonell
- PKO skal respektere samarbeidet med fagorganisasjoner, politikere og administratorer, men ha mandat og frihet - etter felles avtale - til selvstendig å definere og løse samarbeidsproblemer.

### 3. Funksjonsbeskrivelse

#### Praksiskonsulent (PK)

PK er en allmennpraktiserende lege fra sykehusavdelingens geografiske opptaksområde. Legen har til oppgave å forbedre og utvikle samarbeidet mellom allmennpraktiserende leger og avdelingen. En viktig funksjon er å stille allmenntilleggs viten til rådighet for sykehusavdelingene slik at det skapes sammenheng i pasientforløpet.

PK skal ta stilling til innholdet i de anbefalinger som avdelingen ønsker sendt ut til allmennpraksis, og medvirke til redigering av innholdet slik at det i sin form blir anvendelig i allmennpraksis. Det kan dreie seg om innhold i henvisninger, epikriser, indikasjoner for undersøkelser, koordinering av ambulante forløp, medvirkning til planlegging av etterutdanningstilbud, temadager eller møter i samarbeid med avdelingen.

En like viktig funksjon for PK er å sikre formidling av viten til sykehusavdelingen om arbeidsforhold, arbeidsmåter og behov for samarbeid i allmennpraksis. Samlet mål er å sikre sammenheng i pasientforløp og hensiktsmessig ressursutnyttelse.

PK forholder seg til sin koordinator og avdelingsoverlege/annen kontaktlege i avdelingen. PK skal ivareta interessene til både avdelingen og allmennpraksis, og tjenesten skal utføres på en lojal måte overfor begge parter.

#### Praksiskoordinator

Koordinator er en allmennpraktiserende lege som har til oppgave å utvikle og forbedre samarbeidet mellom allmennpraksis og sykehus via en velfungerende praksiskonsulentordning. Koordinators funksjon er å samordne PKs arbeid i samarbeid med de involverte sykehusavdelinger/sykehusledelse. Koordinator skal sikre tverrgående koordinasjon og erfaringsutveksling mellom sykehusenes PK-er, samt inspirere og initiere det arbeidet som de utfører.

Koordinator bør arrangere jevnlig møter for sine praksiskonsulenter. Koordinator skal være rådgiver for ledelsen i sykehuset og i kommunene i generelle spørsmål om praksiskonsulentordningen.

## 4. Ansettelse i stillingene

### Praksiskonsulenter

Stillingen utlyses enten i Tidsskriftet eller medlemsblad for fylkesforening. PKs timetall er i gjennomsnitt ca. 8 timer per måned, men det kan være behov for mer i starten og i perioder med mye aktivitet. Søkere vurderes av sykehusavdelingen, koordinator og evt. representanter fra fylkesavdelingen i Legeforeningen.

Etter innstilling er den ansettende myndighet de fleste steder helseforetaket, men det kan også være den enkelte sykehusavdeling eller sykehus. Stillingen honoreres i henhold til egen avtale. Det kan være aktuelt å tilby timebasert konsulenthonorar i stedet for lønn. Det arbeides våren 2004 med nasjonale rammer for lønnsavtaler som utgangspunkt for lokale forhandlinger. Det er for eksempel inngått rammeavtale om lønns- og arbeidsforhold mellom Aker sykehus og Legeforeningen. Denne rammeavtalen som er et godt utgangspunkt for diskusjon med foretaket om arbeidsbetingelsene, finner du på Apfhs hjemmeside - [www.legeforeningen.no/aplf](http://www.legeforeningen.no/aplf) – velg "PKO-portalen" i den vannrette menyen.

Gjensidig oppsigelsestid er vanligvis 3 måneder.

### Koordinator

Stillingen utlyses i enten Tidsskriftet eller medlemsblad for fylkesavdelingen. Gjelder søknaden en stilling som koordinator ved et enkelt sykehus, vurderes denne av sykehusledelsen. Timetallet er mellom 20 og 80 timer per måned. Stillingen avlønnes etter egen avtale.

Gjensidig oppsigelsestid er vanligvis 3 måneder.

## 5. Praktiske forhold i forbindelse med ansettelsen

### Praksiskonsulent

Koordinator avholder orienterende møte med PK, slik at denne får innblikk i praksiskonsulentordningen som helhet, samt de forventninger som er knyttet til stillingen.

Koordinator bør medvirke til introduksjon på gjeldende avdeling i form av et møte med representanter fra de forskjellige personalgruppene som arbeider i avdelingen. Koordinator skal sikre at PKs kontrakt er utformet etter gjeldende regler. I starten bør noe av arbeidstiden brukes til å bli synlig blant avdelingens personale. PK bør ha en lege ansatt ved avdelingen som fast kontaktperson, som regel avdelingsoverlege eller stedfortreder for denne. PK bør også ha en fast sekretærkontakt, evt. fast arbeidsplass ved skrivebord, avtale om posthylle hvor avdelingens personale kan levere ideer, ønsker og kritikk m.v. PK kan avtale faste trefftidspunkt, deltakelse i ledersamling, konferanser og relevante møter

### Koordinator

Koordinator bør i samarbeid med legeforeningen lokalt, sykehusledelse, henholdsvis helseforetaksledelse, gi orientering til relevante personalgrupper om ansettelsen. Koordinator bør ha faste trefftidspunkt, telefonnummer, faks og e-postadresse. Koordinator skal fra starten av sikre seg et

personlig kjennskap til de enkelte PK. Koordinator skal ha avtale om faste kontaktformer til sykehusledelsen og lokalavdeling. Koordinator skal ha fast sekretærhjelp og avtale om kontor.

## 6. Å begynne som praksiskonsulent

1. Husk, du er lege med spesielle oppgaver i samhandling, og du får lønn for din ekspertise
2. Unngå all form for press - overlat dette til koordinator
3. Start gjerne med et hospiteringsopphold
4. Begynn med å spørre etter avdelingens ønsker
5. Begynn med oppgaver som med rimelig sikkerhet gir suksess
6. Bruk mye tid på å gjøre deg synlig og velkjent i avdelingen overfor alt personale
7. Husk å overholde møteavtaler.

## 7. Godt samarbeid med kolleger i allmennpraksis

PKs arbeid med nye ideer bør alltid sikres oppbakking fra primærlegene. Det kan være en vanskelig oppgave å sikre seg dette. Det kan derfor være en god ide først å gjennomdiskutere ideen med koordinator og kontaktlegen i avdelingen, evt. også samarbeide med noen andre kolleger. Det kan være klokt å ta med aktuelle problemstillinger til smågrupper, og å drøfte dem i allmennlegeutvalg. Når ideen har tatt fastere form, bør den i samarbeid med koordinator oftest forelegges for PKO-gruppen. Etter godkjenning her kan det nye tiltaket søkes implementert blant kollegene. Dette kan gjøres i form av diskusjoner i smågrupper, etterutdanningsgrupper, Apf-møter, allmennlege-utvalg eller møter på avdelingen der primærleger er invitert. Det er viktig å vite at det ofte vil være noe motstand mot forandringer. Det er viktig at nye ideer/tiltak i prinsippet medfører synlig forbedring av pasientforløp, og forenkling av alle parter utredning og behandling.

Det er viktig at PK i samarbeid med koordinator så ofte som mulig gjør seg synlig blant kolleger, med det formål å hente inspirasjon til nye ideer og oppfordre kollegene til å gjøre bruk av PKOs muligheter til å forbedre samarbeidet. Allmennlegeutvalgsmøter er en god arena.

Både PK og koordinator må være åpne for ris og ros. Det må være enkelt og hurtig for legene i avdelinger og allmennpraksis å levere ideer og kritikk. Dermed skapes det dynamikk i praksiskonsulentordningen.

## 8. Samarbeidet med fylkesavdelingen

Det er viktig å ha et godt og tett samarbeid med Legeforeningen lokalt. Lokalavdelinger bør oppdateres regelmessig på hva som foregår i praksiskonsulentordningen, slik at man løpende sikrer at arbeidet er i tråd med foreningens holdninger.

Det anbefales at det i hvert fylke er truffet avtale om hvordan PKO og fylkesavdeling konkret samarbeider.

## 9. Ideer og eksempler på konkrete oppgaver

- Kontinuerlig oppfølging av epikrisekvalitet: utsendelsestidspunkt og innhold
- Kontinuerlig oppfølging av kvalitet og innhold i henvisninger

- Forbedring av kontaktmuligheter mellom allmennpraksis og sykehusavdeling i form av lister over hjemmelige telefonnummer, faksnummer og e-postadresser
- Medvirke til utforming av kliniske retningslinjer for både enkle og kompliserte utredningsprosedyrer, for innlagte pasienter og ambulante forløp
- Medvirke til å oppdatere kunnskap i allmennpraksis om de forskjellige avdelingers behandlingsmuligheter og tilbud
- Medvirke til oppdatering av sykehusavdelinger om utrednings- og behandlingsmuligheter i allmennpraksis
- Medvirke til å holde møter mellom allmennpraksis og sykehusavdeling
- Medvirke til løpende orientering om samarbeidet for fylkesavdeling, samt administrasjon/politikere i regioner, fylker og kommuner
- Medvirke til utvikling av hjemmeside for allmennpraksis med relevante opplysninger som kan lette samspillet mellom allmennleger og sykehuset
- Medvirke, i samarbeid med fylkesavdeling og helseforetak, til at det skapes mulighet for oppkobling i helsenett for allmennpraktiserende leger
- Arbeide for hurtig og enkel adgang til oppdaterte opplysninger om spesifikke utredninger/behandlinger og prosedyrer på de respektive avdelinger
- Medvirke til rasjonell bruk av serviceytelser (laboratorium, røntgen, mikrobiologi osv.)
- Medvirke til å minske dobbeltundersøkelser og fremme gjenbruk av data
- Medvirke i etterutdannelsen av kolleger.

## 10. Den gode henvisningen

### Standardopplysninger

- henvisende lege med tydelig navn og helsepersonellnummer
- pasientens personalia (personnummer, navn, adresse og telefonnummer).

### Tentative diagnoser

(Tentative diagnoser er ofte relevant informasjon).

### Tidligere relevant sykehistorie

- Relevant andrelinje-historikk som avdelingen ikke selv kan fremskaffe (innleggelse fra andre sykehus og undersøkelser hos private spesialister)
- Informasjon om psykisk helse og sosiale forhold (kortfattet informasjon som er vesentlig for den aktuelle henvisningen og det videre forløpet. Yrkesmessige forhold, evt. sykemeldingsperioder, familiemessige forhold, behov for tolk).

### Anamnese

Pasientens beskrivelse av problemet i få ord, evt. prioritering dersom flere problemer.

### Objektive funn

Beskrivelse av hvilken behandling som er foretatt, relevante objektive positive og negative funn, laboratorie- og røntgenundersøkelser samt medisinsk behandling.

### Analyse

Legens meninger og overveielser omkring mulige årsaker til symptomer, og en tydelig beskrivelse av den problematikk som er bakgrunn for henvisningen.

## Plan/forventninger

Her kan taes med akseptabel ventetid for pasienten, hva som er sagt til pasient og pårørende, forventet nytte av henvisningen, m.v.

# 11. Den gode epikrisen

## Standardopplysninger

- Navn på sykehus, utskrivende avdeling og utskrivende lege
- Navn på mottakende lege (alltid fastlege, også henvisende lege)
- Pasientens personalia, navn, adresse samt data for innleggelse/utskrivning.

## Innhold i epikrisen

- Diagnose - her føres avdelingens diagnose(r)
- Operasjoner/spesielle undersøkelsesprosedyrer: Her føres betegnelse for evt. operasjoner, men også spesielle prosedyrer (endoskopier og lignende) som supplerer teksten i resymeet
- Resymé av innleggelsesforløp og behandling.

Epikrisen skal ikke inneholde opplysninger som egen lege i forveien har kjennskap til, men derimot et praksisrelevant resymé av innleggelsen, gjerne med tanker omkring behandlingen, samt begrunnelse for ev. endring av tidligere behandlingsopplegg. Her medtas de tiltak som fremgår av diagnose og operasjon/prosedyre.

### Informasjon til pasienten

Det er i mange tilfeller av stor betydning å nevne hva som er sagt til pasienten og eventuelle pårørende om sykdom, funn og videre behandling og oppfølging.

### Oppfølging

Medisinsk behandling, preparatnavn, evt. justering av behandling, etterbehandling i forbindelse med kirurgiske inngrep, tidspunkt for ambulante undersøkelser/kontroller eller anbefalt kontroll hos egen lege (tid og innhold).

## Plan og prognose

Hva skal foregå i sykehusets regi, hos egen lege, i kommunal regi, evt. i felles regi. Gjerne en beskrivelse av hvorfor pasientens problemer evt. ikke er løst i forbindelse med innleggelsen.

## Undersøkelserresultater

**Informasjon som er relevant for allmennpraksis; unormale laboratoriesvar (normale prøvesvar taes med kun ved direkte relasjon til pasientens sykdom), røntgenbeskrivelser, svar fra mikrobiologiske undersøkelser og svar på histologi, cytologi eller andre prøvesvar. Hvis alle svar ikke er til stede på utskrivingsdagen bør epikrisen likevel sendes, med kommentar om at vesentlig informasjon ettersendes. NB! Epikriser skal følge standard oppsett for elektronisk overføring.**

## 12. Den gode poliklinikkedikrisen

Generelt vil allmennpraktikere ha behov for følgende typer av notater:

- Alle vesentlige undersøkelses- og behandlingsresultater
- Undersøkelser foretatt ved andre avdelinger i det ambulante forløpet
- Videre utrednings- eller behandlingsplan og forslag til samarbeid mellom fastlegen og sykehuset.

I et poliklinikkforløp kan det være tale om tre typer av notater:

### 1. Første besøk

Notatet til allmennpraksis bør inneholde resultat av undersøkelse samt plan for det ambulante forløp - men ikke kopi av hele poliklinikk-journalen.

### 2. Senere kontroller

Notat med vesentlig betydning for behandlingen, og sentrale undersøkelser og resultater.

### 3. Avslutningsnotat

**Notatet bør inneholde en konklusjon på forløpet og en plan for behandling/forslag om ev.**

samarbeid/ansvarsdeling.

Generelt må man være oppmerksom på at hver avdeling har sin oppfatning av hva som skal taes med i polikliniske notat. Hver avdeling bør ha en struktur på de polikliniske journalene som sikrer relevant informasjon til bruk for avdelingen og relevant informasjon til allmennpraksis. Hver avdeling sammen med praksiskonsulenten bør diskutere og lage avtale om en mal for polikliniske notater.

**NB! Alle notaer som skal sendes til fastleger, skal følge standard oppsett for elektronisk overføring.**

## 13. Øvrig kommunikasjon

Med bakgrunn i praksiskonsulentordningens arbeid med sammenhengende pasientforløp er det nødvendig for praksiskonsulent og koordinator å ha god kommunikasjon med kommunal hjemmesykepleie og med privatpraktiserende spesialister.

Koordinator bør ha god kontakt med disse samarbeidspartnerne, og gjøre avtaler om utveksling av informasjon, kommunikasjonsveier, telefonnummer, faksnummer og evt. e-postadresser.

For den kommunale pleie- og omsorgstjenesten vil det være bruk for avtaler om samarbeid mellom hjemmesykepleier og fastlegen, ved kompliserte pasientforløp for pasienter med kronisk sykdom, behov for å involvere sykehjem, utredning av en dement pasient og hjemmebesøk etter kompliserte sykdomsforløp. I samarbeid med privatpraktiserende spesialister er det bruk for avtaler om utredningsforløp, og generelle opplysninger om spesialistenes interesseområder og behandlingmuligheter.

## 14. Informasjon om samarbeidsspørsmål

Ved hvert helseforetak bør et enkelt meldingsblad som kommer ut hver måned fortelle om samarbeidet mellom førstelinjen og sykehuset. Dette kan for eksempel kalles "Klinikknytt", eller "Praksisnytt". Opplegg og innhold skapes i samarbeid mellom avdeling og spesiallege/koordinator. En av konsulentene kan ha redaktøransvaret.

Forfatteridentitet til alle innlegg bør fremgå. Dersom et tema dekker flere spesialiteter, bør det sikres bred tverrfaglig representasjon. Avhengig av emnets innhold bør man vurdere om første utkastet sendes til høring blant forfattere, berørte avdelinger, PK-er i fylke/region og fylkesavdeling. Man bør noen ganger vurdere om det skal sendes til kliniske avdelinger, beslektede avdelinger, kommuner og privatpraktiserende spesialister. Kommentarer skal tilbakesendes innenfor fastsatt tidspunkt. Det er viktig å oppnå konsensus blant alle aktører.

## 15. Samarbeid mellom konsulentene og deres koordinator

En allmennpraktiserende leges arbeidsdag består i stor grad av å gi svar på problemer og spørsmål som stilles av pasienter. Når en allmennpraktiserende lege tar sin "konsulenthatt" på, er oppgaven en helt annen.

**Ved møtet med avdelingene opplever de fleste PK at han/hun må oppsøke og identifisere problemer.**

Det er helt i orden at man famler i begynnelsen. Det er viktig å vise initiativ og vilje til å avdekke samarbeidsproblemer og komme med løsningsforslag. Når løsningsforslag eller ideer til nye samarbeidstiltak er lansert og har fått en viss form, er det ofte bruk for kontakt med sykehusets koordinator. Koordinator bør uttale seg om hvorvidt tiltaket er forsøkt andre steder, og om hvordan man skal prøve å iverksette endringer slik at begge parter får gevinst. Det er derfor viktig at det er en god personlig kontakt mellom de enkelte PK-er og koordinator.

Det er en forutsetning for samarbeidet at PK er godt tilgjengelige. For koordinator er det viktig at det hele tiden kommer informasjon fra de enkelte PK, slik at koordinator har oversikt over hva som foregår av forskjellige tiltak. Det må ikke foregå noen utadrettet aktivitet uten at koordinator er orientert og har samtykket. På den måten skapes en dynamikk som er en vesentlig forutsetning for praksiskonsulentordningen. Koordinator har ansvaret for å sikre samforståelse mellom involverte parter om å gjennomføre tiltak for å forbedre pasientforløp og gjøre arbeidsdagen enklere for alle parter.

Det vil kunne oppstå motstridende interesser blant sykehusavdelingen og primærhelsetjenesten. Omlegging av sykehusinterne rutiner eller overføring av ansvar mellom linjene er eksempler på dette. I denne sammenhengen er det viktig at PK involverer koordinator i arbeidet, slik at problematiske forhandlingssituasjoner overlates til koordinator. En slik arbeidsdeling vil hindre at det fremtidige samarbeidet mellom PK og avdelingen settes i fare.

Det er overlapping mellom det arbeidet som PK og koordinator utfører. Koordinator bør være talerør for praksiskonsulentordningen overfor ledelsesnivået i helseforetaket og kommunene. Koordinator har med sine kontakter til sykehusledelse, fylkesavdeling, trygdekantor og helseforetak mulighet for å synliggjøre hvilken innflytelse nye tiltak og avtaler vil få. En viktig oppgave for koordinator er å skape entydighet og likhet i de undersøkelses- og behandlingsforløp som vedtas, slik at de kan bli gjort gjeldende både for den enkelte avdelingen og tilsvarende avdelinger i helseforetaket/regionen.

## 16. Krav til en permanent og levedyktig PKO

I de år praksiskonsulentordningen har fungert og er blitt utbygd, har ordningen vært medvirkende til at kommunikasjonen mellom allmennpraksis og sykehusavdelinger er blitt forbedret. Kontinuiteten i pasientforløp er bedre, og forståelseskjøften mellom sektorene er mindre. Det er kommet mer koordinerte innleggelsesforløp og forenklete arbeidsprosedyrer, som har bidratt til at dobbeltarbeid kan unngås. Oppgaven er ikke like enkel som den er viktig. Selv om PK-er og koordinatorene har sine røtter i allmennpraksis, kan man ikke unngå at de fra tid til annen faller mellom to stoler. Det er derfor viktig at praksiskonsulentordningen i de enkelte foretak har et tett samarbeid med legenes lokale yrkesforeninger.

En fremtidig suksess vil avhenge av flere ting:

- at det til enhver tid er et tilstrekkelig antall allmennpraktiserende leger som er interessert i å arbeide en periode som praksiskonsulent
- at arbeidet er i stand til å skape konkrete resultater i form av forbedring av pasientforløp, og bedre arbeidsforhold for allmennpraktiserende leger og personale i sykehusavdelinger
- at praksiskonsulentens synlighet og tilgjengelighet på sykehusene og blant kolleger i allmennpraksis har høy prioritet
- at det løpende sikres oppbakking blant allmennpraktiserende kolleger for nye ideer
- at det eksisterer en klar oppgavefordeling i forhold til klinikere, ledelse og politikere

## 17. Innsatsområder i fremtiden

Med bakgrunn i kontakt med landets PK/koordinatorer kan følgende emner nevnes:

### Helhet i helsevesenet

Det er behov for utredningsprogrammer innenfor laboratoriemedisin, felles anbefalinger om bruk av røntgendiagnostikk og avtaler som sikrer at dobbeltundersøkelse av laboratorieundersøkelser og røntgenundersøkelser unngås.

Der er behov for å utarbeide pasientforløpsprogrammer, forpliktende tverrfaglige avtaler (eksempler: retningslinjer for diabetes, iskemisk hjertesykdom og demens). Det er behov for koordinering av geriatrien med utvikling av distriktsgeriatrike team, og pasientskoler innenfor astma, cancer og eksem.

Et annet større område er samarbeid omkring døende pasienter, med opprettelse av palliative team. Det er behov for bedre samarbeidsrelasjoner innenfor psykiatrien.

### Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling

Man bør kontinuerlig følge utviklingen på epikriser og henvisninger og avtaler om polikliniske utrednings- og behandlingsforløp. Det er behov for løpende vurdering av avdelingens prosedyrer, pasientinformasjon, informasjon om ny teknologi og omlegging av utredningsprosedyrer, og å skape faste avtaler om samarbeid omkring pasientforløp. Det er bruk for kvalitetssikring av analyser og utstyr som anvendes i allmennpraksis, eksempelvis CRP, INR-analyser, tympanometri og spirometri. I forbindelse med utviklingen av funksjonsplaner og strategiplaner for helseforetak, er det vesentlig at praksiskonsulentordningen blir involvert.

## Organisasjon

Praksiskonsulentordningens oppgave er bl.a. å sikre forenkling av henvisningssystemer, og å medvirke til kvalitetsforbedring og informasjon via elektronisk informasjonssystem.

**Andre viktige oppgaver er**

- Delta i prioritering av de enkelte avdelingers oppgaver
- Lette adgangen fra henvisende leger til avdelingene med henblikk på hurtig rådgiving for å unngå eventuell innleggelse eller re-innleggelse
- Felles journaler for allmennpraksis, pleie- og omsorgstjeneste og sykehus
- Adgang til å henvise direkte til nye undersøkelsesmetoder
- Overføring av arbeidsoppgaver mellom allmennpraksis og sykehus.

Praksiskonsulentordningen bør være initiativtaker til fylkes- og regionvise tverrfaglige møter og kurs.

## Faglig inspirasjon

Det er behov for bedre feedback fra kolleger og inspirasjonsgrupper for praksiskonsulenter. Man bør motivere kolleger til atferdsendring, og delta i kurs med henblikk på implementering av nye retningslinjer. Samarbeid mellom praksiskonsulentordningen og etterutdanningsgrupper er fruktbart for begge parter.

**Praksiskonsulentordningen bør medvirke til å holde årlige møter mellom praksiskonsulenter i fylket/helseregionen, samt mellom praksiskonsulenter innenfor samme spesialitet i en region eller på**

landsplan. Ved å arrangere temamøter mellom sykehusleger, annet personale og allmennpraktikere innenfor spesifikke sykdomsområder, utvikler man kunnskaper og relasjoner.

# 18. Tverrfaglig Analyse av Pasientforløp (TAP)

## En metodebeskrivelse.

Det er mange årsaker til at pasientforløp kan bli oppstykket og dårlig koordinert. En viktig årsak er at helsetjenesten er komplisert og fragmentert. Vi trenger bedre koordinering av oppgavene med utredning, behandling og oppfølging som skjer på tvers av faggrupper, avdelinger, sektorer og linjer. Eksempler på forbedringsområder for pasientflyt er egenomsorg, rådgivning, ventetider, førstevalg av diagnostikk og behandling, behandlingsnivå, informasjonsflyt og kommunikasjon.

TAP er en metode som kan brukes til å identifisere og beskrive problemstillinger og bedre problemer innen logistikk og kvalitet i helsetjenesten.

Den er en kvalitativ, retrospektiv analyse av den uberørte medisinske hverdag.

Den utføres av fagfolk i klinisk praksis, og materialet som analyseres kommer fra deres eget arbeidsfelt.

PKO bør være en sentral aktør i TAP.

## Styringsgruppe

En gruppe på inntil seks erfarne fagpersoner, helst med lederansvar og spesialkunnskaper, planlegger og gjennomfører analysen. Styringsgruppen bestemmer hva den vil undersøke, og velger pasientgruppe eller diagnosegruppe. En utvidet styringsgruppe på inntil ti personer utgjør det ekspertpanel som vurderer pasientforløpene.

## Datainnsamling og presentasjon

En person samler og strukturerer dokumentasjon fra 10-15 pasientforløp innen den valgte pasientgruppen. Pasientene kan velges fortløpende, eller ved tilleggskriterier. Datagrunnlaget er sykehusjournalen, eventuelle tilleggsopplysninger fra fastlege (spørreskjema) og eventuelle intervjuer med pasient/evt. pårørende. Hvert pasientforløp blir presentert for ekspertgruppen som et enkelt flytskjema.

## Analyse

Ekspertgruppen vurderer pasientforløpene samlet. Man trenger ca. fire timer til gjennomgangen.

### **1. Kriterier**

Styringsgruppen bør i sitt foreberedende arbeid ha valgt kriterier og standarder for logistikk og kvalitet av pasientforløpene. Ekspertgruppen blir enig om hvilke kriterier og standarder den skal benytte.

### **2. Data**

Gruppen gjennomgår og diskuterer kasuistikkene. Hvert forløp gies karakter etter vurderingsskalaen "tilfredsstillende" og "ikke tilfredsstillende". Dersom resultatet er "ikke tilfredsstillende", skal det nevnes hva som etter gruppens oppfatning ikke fungerte godt nok.

### **3. Avsluttende diskusjon**

På bakgrunn av erfaringene fra analysen diskuterer gruppen hva som skal forandres for å forbedre pasientforløpene. Den bestemmer hvem som er ansvarlig for å utføre endringene.

### **4. Oppfølging**

Etter ei tid skal styringsgruppen samles på nytt for å diskutere om endringene er gjennomført og om de fungerer godt.

**For å evaluere tiltakene bedre, kan analysen etter en tid gjennomføres på nytt for samme pasient/diagnosegruppe.**

21.7.2004

Vedlegg:

Funksjonsbeskrivelse for praksiskonsulent

Funksjonsbeskrivelse for praksiskoordinator

Avtale om praksiskoordinator / konsulentteneste

## 19. Funksjonsbeskrivelse praksiskonsulent

**Sykehuset Østfold HF**  
Viseadministrerende direktør

**Praksiskonsulent – funksjonsbeskrivelse**

Gjelder fra:  
01.09.2006

Revisjonsnr.:  
01.01

Dokumentnr.:  
VD

Nivå:

Utarbeidet av:  
Samhandlingssjef Anne Grethe Erlandsen

Systemansvarlig:

Godkjent av:  
Viseadm. dir. Leiv Kvale

---

### Formål:

Sikre at stillingsinnehaver og øvrige ansatte er kjent med oppgaver som er tillagt funksjonen praksiskonsulent.

**Gjelder for praksiskonsulent.**

### Organisatorisk plassering

- Nærmeste overordnede er avdelingssjef / kontaktlege i angjeldende avdeling.
- Praksiskonsulent inngår i et nettverk av praksiskonsulenter i SØ, leder av praksiskoordinator.

### Kvalifikasjonskrav

- Erfaren allmennlege i fastlegepraksis.
- God kjennskap til fastleger og den øvrige primærhelsetjeneste i SØs nedlagsfelt.

### Funksjonsområder

Har ansvar for å bidra i utviklingen av avdelingens utvikling av samhandling mellom primærhelsetjenesten og SØ, med det gode pasientforløp som arbeidsmål, blant annet å identifisere forbedringsområder innenfor:

- Henvise- og innleggelsespraksis.
- Epikrise og utskrivelsespraksis.
- Spesielle pasientgrupper: Kronikere og pasienter som trenger koordinerte tjenester.
- Utvikling av behandlingslinjer i SØ.
- Informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- I samarbeid med avdelingen, utarbeide en plan for arbeidet.

### Diverse

- Har taushetsplikt i henhold til [helsepersonelloven](#) §§ 21-29 og 45 (se forøvrig dokument om taushetsplikt).
- Endringer i stillingsbeskrivelsen foretas av praksiskonsulent i samarbeid med avdelingssjef.

### Slutt på prosedyren

## 20. Funksjonsbeskrivelse praksiskoordinator

**Sykehuset Østfold HF**  
Viseadministrerende direktør

**Praksiskoordinator – funksjonsbeskrivelse**

Gjelder fra:  
01.09.2006

Revisjonsnr.:  
01.01

Dokumentnr:  
VD

Nivå:

Utarbeidet av:  
Samhandlingssjef Ane Grethe Erlandsen

Systemansvarlig:

Godkjent av:  
Viseadm. dir. Leiv Kvale

---

### Formål:

Sikre at stillingsinnehaver og øvrige ansatte er kjent med de oppgaver som er tillagt funksjonen praksiskoordinator.

**Gjelder for praksiskoordinator.**

### Organisatorisk plassering

- Nærmeste overordnede er samhandlingssjef.

### Kvalifikasjonskrav

- Erfaren allmennlege i fastlegepraksis.
- God kjennskap til fastleger og den øvrige helsetjeneste i SØs nedslagsfelt.
- Interesse for å forbedre og utvikle samarbeidet mellom allmennpraktiserende leger og SØ via praksiskonsulentordningen.

### Funksjonsområder

Har ansvar for å:

- Samordne praksiskonsulentenes arbeid i samarbeid med involverte sykehusavdelinger og sykehusledelse.
- Sikre tverrgående kommunikasjon og erfaringsutveksling mellom praksiskonsulenter i SØ.
- Gir råd og veiledning til sykehusledelsen om praksiskonsulentordningen.
- Veileder praksiskonsulentene.

### Diverse

- Har taushetsplikt i henhold til [helsepersonelloven](#) §§ 21-29 og 45 (se forøvrig dokument om taushetsplikt).
- Endringer i stillingsbeskrivelsen foretas av samhandlingssjef i samarbeid med praksiskoordinator

### Referanser

- Praksiskonsulentordningen PKO, håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer, allment praktiserende forening 2004
- Nasjon rammeavtale mellom RHF og Legeforeningen om PKO

### Slutt på prosedyren

## 21. Avtalemal for praksiskonsulent- / koordinator

**Note:**

Individuelle avtaler skal tilpasses slik at det klart fremgår om allmennlegen skal være praksiskoordinator, praksiskonsulent eller begge deler, jf. § 1.3 i rammeavtalen.

### **INDIVIDUELL AVTALE OM PRAKSISKOORDINATORTJENESTE/ PRAKSISKONSULENTTJENESTE VED \_\_\_\_\_ HF/SYKEHUS**

Individuell avtale om tjeneste som

- praksiskoordinator
- praksiskonsulent

er inngått mellom

lege \_\_\_\_\_ som oppdragstaker og

\_\_\_\_\_ HF/sykehus som oppdragsgiver.

### **PLIKTER OG RETTIGHETER**

Med denne individuelle avtale får oppdragstaker i oppdrag å fungere som praksiskoordinator/praksiskonsulent for oppdragsgiver på de her anførte vilkår. Oppdragstakers og oppdragsgivers plikter og rettigheter følger av rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske lægeforening om praksiskonsulentordningen.

Eventuelle oppgaver og vilkår som partene avtaler for praksiskoordinator/praksiskonsulent ut over hva som følger av §§ 6.2 og 7.2 i rammeavtalen er spesifisert under "Andre vilkår" i denne individuelle avtale.

### **STEDET FOR TJENESTEYTELSE**

Oppdragstaker skal være knyttet til og fungere som

- praksiskoordinator
- praksiskonsulent

ved oppdragsgivers \_\_\_\_\_. (angit ved identifisering av helseforetak/sykehus/klinikk/avdeling)

### **MÅNEDLIG OPPDRAGSTID**

Oppdragstaker fungerer som

praksiskoordinator

praksiskonsulent

i minst 44 uker per år og i \_\_\_\_\_ timer per måned. Oppdragstaker fungerer som

praksiskoordinator

praksiskonsulent

ved fremmøte på helseforetaket på følgende datoer i måneden/ukedager

\_\_\_\_\_ fra kl. \_\_\_\_\_ til kl. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fra kl. \_\_\_\_\_ til kl. \_\_\_\_\_

Leder/praksiskoordinator orienteres i så god tid som praktisk mulig om tidspunktet for avvikling av oppdragstid uten fremmøte på helseforetaket, jfr. § 9.1, 2. ledd.

#### **VARSLING AV FERIE/FRAVÆR**

Ferie og annet fravær skal meddeles leder/praksiskoordinator i så god tid som praktisk mulig.

#### **HONORAR**

Honorar i henhold til rammeavtalen er kr. \_\_\_\_\_ per time og utbetales til oppdragstaker en gang i måneden, jf. § 8 i rammeavtalen. Månedlig faktura med dokumentasjon for utført oppdrag sendes helseforetaket/sykehuset for godkjenning og betaling. Faktura forfaller til betaling 30 dager etter mottatt korrekt faktura.

#### **ANDRE VILKÅR – (oppgaver og vilkår som ikke reguleres av rammeavtalen)**

#### **VIRKETID**

Avtalen gjelder fra og med den \_\_\_\_\_ og utløper først når den sies opp i samsvar med § 9.4 i rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Den norske lægeforening om praksiskonsulentordningen.

Sted \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
For oppdragsgiver

\_\_\_\_\_  
Oppdragstaker