

PKO-håndbok for Helgelandssykehuset

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. Praksiskonsulentordningen er dermed et nasjonalt 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 praksiskonsulent medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, et pasientforløp som involverer både første- og andrelinjetjenesten.

Begrepsavklaring

Det benyttes følgende begreper:

PKO – om selve praksiskonsulentordningen

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

Praksiskonsulent (PKO): Koordinator mellom fastleger/ kommunens legetjeneste og den enkelte sykehusavdeling på et overordnet nivå, se rammeavtalen § 7.2.

HSYK – Helgelandssykehuset HF

Funksjonsområder og arbeidsoppgaver

Praksiskoordinator

Har ansvar for å:

- I samarbeid med Samhandlingssjef samordne praksiskonsulentenes arbeid, herunder sikre tverrgående kommunikasjon og erfaringsutveksling mellom praksiskonsulenter og de ulike sykehusenhetene/avdelingene i HSYK.
- Gi råd og veiledning til sykehusledelsen innenfor utvikling og endring knyttet til utvikling, implementering og oppfølging der det er svikt i rutiner knyttet til inngåtte tjenesteavtaler og utvikling av pasientforløp for å sikre utvikling av sømløse og like pasientforløp.
- Veileder praksiskonsulentene
- Sammen med samhandlingssjef legge ut relevant info på Fastlegenytt og oppdatere PKO siden
- Sammen med samhandlingssjef lage og oppdatere Årshjul for faste aktiviteter/ møter som Praksiskoordinator og -konsulentene deltar i.
- Delta i utviklingsprosjekter
- Medlem av samhandlingsutvalget i Helse Nord som møtes 4-6 ganger pr. år

- Deltar på Nasjonal PKO konferanse/ -koordinatormøte x 1 pr år

Funksjonsområde og arbeidsoppgaver felles for praksiskoordinator og praksiskonsulent

- Delta i møte med Samhandlingssjef og andre PKOer 4-6 ganger pr. år
- Deltar på morgenmøter etter behov
- Arrangere i samarbeid med sykehusavdelinger møteserier med tema knyttet til behandlingsforløp
- Planlegger og deltar ved dialogmøter ved sykehusenheten man har tilhørighet til.
- Deltar på PKO Konferanse x 1 pr. år
- Arbeide kontinuerlig med kvalitetsforbedrende arbeid i forhold til henvisninger og epikriser i samarbeid med fagavdelingene.
- I fellesskap med fagavdelingene arbeide med utvikling av gode pasientforløp hos spesielle pasientgrupper: Kronikere og pasienter som trenger koordinerte tjenester.
- Bistå i utvikling av behandlingslinjer i sykehuset
- I samarbeid med sykehus og primærhelsetjenesten utvikle og implementere strategi(er) som kan forbedre informasjonsflyten mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.
- Bistå sykehuset i saker der det er hensiktsmessig å gjøre bruk av PKOs kompetanse
- Innlegg ved Informasjonsmøte med nye turnusleger om primærhelsetjenesten og PKO-ordningen.
- Møter/ arbeidsgrupper hvor samhandling/ kliniske retningslinjer som involverer primærhelsetjenesten er tema.
- Deltar i møter med sykehusledelse 1-2 ganger i året eller når det er relevant

Diverse

- Har taushetsplikt i henhold til [helsepersonelloven §§ 21-29 og 45](#)
- Lokal tilpasning: Ut fra Helgelandssykehuset størrelse er det hensiktsmessig at en Praksiskonsulent er knyttet til alle avdelinger innenfor et sykehus, da det ikke er rom for en pr avdeling. Egen Praksiskonsulent knyttet til psykiatrisk avdeling bør vurderes. Praksiskoordinator (PK) vil også ha praksiskonsulentfunksjon på det lokalsykehus hvor vedkommende har kontor, men skal prioritere oppgaver som er lagt til koordinatorrollen.

Samarbeidspartnere

Almennleger

Praksiskonsulenter og –koordinator må ha et nært samarbeide med kollegaer i allmennpraksis. Dette sikres gjennom aktiv deltakelse i Allmennlegeutvalget og herunder en fast post med "nytt fra PKO", informasjon/ drøfting pr mail og i smågrupper om aktuelle saker, informasjon via Fastlegenytt og PKO nytt.

Sykehusleger

Sykehusleger skal være gjort kjent med PKO ordningen og kontaktinformasjon til konsulenter og koordinator, samt hvilke dager vedkommende kan treffes på sykehuset

Helse Nord

Praksiskoordinator deltar på møter i Samhandlingsutvalget i Helse Nord.

Helgelandssykehuset Rana, april 2015 v/praksiskoordinator Anita Husveg og Iren Ramsøy, samhandlingssjef ved Helgelandssykehuset.

Vedlegg:

- 1: Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening om praksiskonsulentordningen
- 2: Legeforeningens håndbok for PKO
- 3: Standardavtale om praksiskoordinator og praksiskonsulenttjenste
- 4: Fremtidige innsatsområder PKO

Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening om praksiskonsulentordningen

§ 1. Formål og virkeområde

1.1 Formålet med denne rammeavtale om praksiskonsulentordningen (heretter kalt PKO) er å bidra til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nøkkelord for ordningen er: samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenking, kommunikasjon og utvikling.

1.2 De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, og er blant annet forpliktet til å sørge for helsetjenestetilbud ved helseforetakene og på private sykehus. Utvikling av god samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten utgjør en integrert del av denne forpliktelsen.

Uttrykkene "helseforetak"/"helseforetaket" i det følgende omfatter helseforetak samt private sykehus som de regionale helseforetakene har inngått avtale med.

1.3 PKO omfatter både funksjonen praksiskoordinator og praksiskonsulent. Praksiskoordinator kan også være praksiskonsulent.

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 individuell ansettelsesavtale mellom allmennlegen og helseforetaket. Rammeavtalen regulerer ikke innholdet av slike ansettelsesavtaler.

§ 2. Partsforhold

Parter i denne avtalen er de regionale helseforetakene (heretter kalt RHF) og Den norske lægeforening (heretter kalt Legeforeningen). Parter i den individuelle avtalen er den enkelte lege og det enkelte helseforetak.

§ 3. Varighet

Denne avtale trer i kraft den 1. februar 2005, og kan sies opp av hver av partene med 3 måneders varsel. (Se protokoll – for godkjenning)

§ 4. Kunngjøring og avtaleinngåelse

4.1 Ledige oppdrag som praksiskoordinator og praksiskonsulent skal kunngjøres i nedslagsfeltet til det enkelte helseforetak.

4.2 Ved valg blant flere søkere vektlegges det faglige kvalifikasjoner og samarbeidsevner.

§ 5. Helseforetakets oppgaver

Det er det enkelte helseforetak som etablerer PKO og integrerer ordningen i sin organisasjon, herunder treffer beslutning om hvilke enheter som skal ha PKO. Helseforetaket skal sørge for at ordningen blir integrert på en slik måte at den kan fungere godt i virksomheten, herunder at den raskt blir innført.

Helseforetaket skal legge til rette for tilfredsstillende arbeidsforhold for praksiskoordinator og praksiskonsulenten, bl.a. gjennom gode, praktiske ordninger for vanlig kontorhold. Det skal utarbeides en oppgavebeskrivelse i samarbeid med praksiskoordinator og praksiskonsulent.

§ 6. Praksiskoordinator: oppgaver og krav

6.1 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.

6.2 Praksiskoordinator skal ivareta følgende oppgaver:

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.

Ivareta andre oppgaver som naturlig hører under praksiskoordinators ansvarsområde.

For øvrig reguleres oppgaver og andre vilkår for praksiskoordinator i individuell avtale som inngås mellom helseforetaket og praksiskoordinatoren, jf. punkt 1.3.

6.3 Praksiskoordinator må være en erfaren allmennlege med godt kjennskap til fastlegene og den øvrige primærhelsetjeneste i helseforetakets nedslagsfelt og bør også være vel ansett i sykehusmiljøet og ha interesse for utviklingsarbeid. Praksiskoordinator bør ha allmennt medisinsk arbeid i tillegg slik at det primærmedisinske fokus bevares.

§ 7. Praksiskonsulent: oppgaver og krav

7.1 Praksiskonsulenten tilknyttes helseforetaket og er underlagt praksiskoordinators ledelse.

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.

7.2 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.

Ivareta andre oppgaver som naturlig hører under praksiskonsulentens ansvarsområde.

For øvrig reguleres oppgaver og andre vilkår for praksiskonsulent i individuell avtale som inngås mellom helseforetaket og praksiskonsulenten.

7.3 Praksiskonsulenten bør være en erfaren allmennlege fra helseforetakets nedslagsfelt.

§ 8. Honorar

Gjeldende timehonorar for praksiskoordinator/praksiskonsulenten er kr. 700,- (per 1. januar 2011 kr 805,-). Honoraret utbetales som næringsinntekt. Honoraret betales etterskuddsvis basert på fakturerte dokumenterte timer. Honoraret utgjør 89% av timesatsen i salærforskriften § 2 første ledd første punktum, kr. 790,- per 1. januar 2005 (per 1. januar 2011 kr 905,-). Rammeavtalens honorar følger salærforskriftenes fremtidige reguleringer og skal utgjøre samme prosentvise andel av denne timesatsen som nevnt ovenfor. Reisetid

honoreres ikke med mindre det foreligger særskilt grunn for partene lokalt til å inngå slik avtale. Reisetid som er et resultat av avtalte oppdrag honoreres.

§ 9. Oppdragstid og oppsigelse av individuell avtale

9.1 Med oppdragstid menes den tiden praksiskoordinator/praksiskonsulenten står til helseforetakets disposisjon.

Månedlig oppdragstid skal fremgå av individuell avtale. Oppdragstidsordningen skal dog praktiseres fleksibelt, slik at det også gis rom for deltakelse på møter og kurs mv. Det kan medtas bestemmelser i individuell avtale om at en bestemt del av oppdragstiden avvikles uten fremmøte på helseforetaket.

9.2 Praksiskoordinator/praksiskonsulenten skal ha rett til fravær som følge av sykdom, svangerskap/fødsel/adopsjon, syke barn, videre- og etterutdanning, verneplikt og tillitsvalgtarbeid.

9.3 Praksiskoordinator/praksiskonsulenten har rett til ferie/fravær med inntil 8 uker per kalenderår. Av hensyn til praksiskoordinator/praksiskonsulentens hovedvirksomhet fastsetter vedkommende selv tidspunkt for ferien/fraværet, men dog slik at det tas hensyn til helseforetakets avvikling av ferie.

9.4 Gjensidig oppsigelsesfrist er 3 måneder.

Oppsigelse fra helseforetakets side skal være saklig begrunnet i praksiskoordinator, praksiskonsulentens eller helseforetakets forhold.

Oppsigelse skal skje skriftlig.

I tilfelle av oppsigelse av denne rammeavtale kan den individuelle avtale fortsatt bestå inntil en av partene i den individuelle avtale sier den opp. I et slikt tilfelle reguleres den individuelle avtalen fremdeles av den senest gjeldende rammeavtale.

§ 10. Tvisteløsning mellom de sentrale avtaleparter

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkningen eller rettsvirkningene av avtalen, skal tvisten først søkes løst ved forhandlinger. Fører slike forhandlinger ikke frem, skal den søkes løst ved voldgift. Hver av partene oppnevner en voldgiftsmann, og de partsoppnevnte voldgiftsmenn oppnevner i fellesskap voldgiftsrettens tredje medlem, som er voldgiftsrettens formann. For øvrig gjelder bestemmelsene i tvistemålslovens kap. 32 for voldgiftsrettens oppnevning og saksbehandling. Partene avtaler Oslo tingrett som verneeting for voldgiftsretten.

§ 11 Tvisteløsning mellom de individuelle parter

11.1 Tvist om forståelsen av en inngått individuell avtale skal søkes løst ved forhandlinger mellom helseforetaket og den enkelte praksiskoordinator/praksiskonsulent.

11.2 Kommer partene ikke til enighet skal tvisten bringes inn mellom rammeavtalens parter. Dersom det ikke oppnås enighet mellom rammeavtalens parter, kan begge parter i den individuelle avtalen benytte vanlige tvisteløsningssystemer.

Denne avtale er underskrevet i to eksemplarer, hvorav partene beholder ett hver.

PKO-håndboka

Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer
(utskrift fra legeforeningen.no.)

Innhold:

1. Formålet med håndboken
2. PKO - ideologi, definisjon, målsetning og overordnede oppgaver
3. Funksjonsbeskrivelse
4. Ansettelse i stillingene
5. Praktiske forhold i forbindelse med ansettelsen
6. Å begynne som praksiskonsulent
7. Godt samarbeid med kolleger i allmennpraksis
8. Samarbeidet med fylkesavdelingsstyret
9. Ideer og eksempler på konkrete oppgaver
10. Den gode henvisningen
11. Den gode epikrisen
12. Den gode poliklinikk-epikrisen
13. Øvrig kommunikasjon
14. Informasjon om samarbeidsspørsmål
15. Samarbeid mellom praksiskonsulentene og deres koordinator
16. Krav til en permanent og levedyktig praksiskonsulentordning
17. Innsatsområder i fremtiden
18. Tverrfaglig analyse av pasientforløp – en metodebeskrivelse

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

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

Til alle som er interessert i praksiskonsulentordningen

Alment 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 flaskehals i behandlingsskjeder.

Praksiskonsulentordningen (PKO) kommer fra Danmark, der 10 % av danske fastleger arbeider som praksiskonsulenter og – koordinatorene 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 - 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 koordinatorene 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. Førstelinetjenesten 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 allmennmedisinsk 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 Aplfs hjemmeside - 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 posthulle 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 parters 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 hemmelige 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 behandlingstilbud
- Medvirke til oppdatering av sykehusavdelinger om utrednings- og behandlingstilbud 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 (innleggelses 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 innleggingsforløp 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.

Undersøkelsesresultater

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 poliklinikk-epikrisen

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 behandlingsmuligheter.

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, trygdekontor 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 forenklede 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/koordinatorene 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 distriktsgeriatriske 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 avdelingens 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 strukturere 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.

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

PKO-ordningen, innsatsområder i fremtiden

Vedlegg til HSYKs veileder for PKO ordningen

Med bakgrunn i kontakt med landets Praksikonsulenter og -koordinatorer kan følgende emner nevnes:

Helhet i helsevesenet

- Utredningsprogrammer innenfor laboratoriemedisin, felles anbefalinger om bruk av røntgendiagnostikk og avtaler som sikrer at dobbeltundersøkelse av laboratorieundersøkelser og røntgenundersøkelser unngås.
- Videreføring av arbeidet med pasientforløpsprogrammer, forpliktende tverrfaglige avtaler (eksempler: retningslinjer for diabetes, iskemisk hjertesykdom, demens).
- Samarbeid omkring døende pasienter, herunder palliative team.
- Bedre samarbeidsrelasjoner innenfor psykiatrien. Nasjonalt er det et eget nettverk av PKOere som jobber kun med psykiatri. Det bør vurderes om det er behov for egen PKO innefor psykiatrien i Helgeland, evt bør nåværende PK og PKOer brukes i en større grad også innefor psykiatrien.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling 2015 -2016

- Kontinuerlig oppfølging av arbeidet med henvisninger og epikriser.
- Løpende vurdering av avdelingens prosedyrer, skape faste avtaler om samarbeid omkring pasientforløp.
- Samstemming av legemiddellister, løpende oppfølging av kvalitet på legemiddellister i henvisninger og epikriser.
- Delta i prioritering av de enkelte avdelingens oppgaver
- Arbeide med å lette adgangen fra henvisende leger til avdelingene med henblikk på hurtig rådgiving der det vil være mer hensiktsmessig enn en innleggelse eller re-innleggelse
- Bistå i arbeide med felles journaler for allmennpraksis, pleie- og omsorgstjeneste og sykehus
- Overføring av arbeidsoppgaver mellom allmennpraksis og sykehus.

Faglig samarbeide

- Bedre samarbeid mellom kolleger i allmennpraksis og praksikonsulenter, herunder samarbeid mellom PKO og etterutdanningsgrupper for allmennleger.
- Delta i kurs med henblikk på implementering av nye retningslinjer.
- PKO bør medvirke til å holde årlige møter mellom praksiskonsulenter i fylket/helseregionen. Dette kan gjerne skje i samarbeid med eller i regi av samhandlingsutvalget i Helse Nord.

- PKO bør fortsette å ha som en av sine oppgaver å arrangere møteserier og kurs, samt bistå i arrangering av dialogmøter mellom sykehusleger, annet personale og allmennpraktikere innenfor spesifikke sykdomsområder

Tverrfaglig Analyse av Pasientforløp (TAP)

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.

HSYK, april 2015