

# PRAKSISKONSULENT

– en konsulent på sykehus fra allmennpraksis

*En måte å bedre det pasientnære samarbeidet mellom allmennpraksis og sykehus*

AV UNNI RINGBERG



**Unni Ringberg**

49 år. Spesialist i allmennmedisin.  
Fastlege ved Nordbyen legesenter i Tromsø,  
koordinator for praksiskonsulentordningen  
ved UNN, veileder i allmennmedisin.

I det følgende vil jeg beskrive ordningen med praksiskonsulenter ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og gi en kort historikk om praksiskonsulentordningen generelt.

## Historikk

Ideen med å ha allmennpraktikere som faste konsulenter/rådgivere på sykehusavdelinger kommer fra Danmark. Per Grinsted, allmennlege i Odense, samarbeidet med laboratorieavdelinger ved Odense sykehus. Han erfarte at det utvidede perspektiv og den kunnskap som laboratorielegen og allmennlegen hadde til sammen, var meget fruktbart for avdelingens arbeid og service overfor allmennpraksis. Dette kom også pasientene til gode. På begynnelsen av 1990-tallet ble ideen unnfanget om å etablere faste deltidsstillinger for allmennpraktikere på flere avdelinger ved Odense sykehus. Slik ville en bedre det pasientnære samarbeidet mellom de respektive avdelinger og allmennpraksis.

Ordningen bygger på en erkjennelse av at enhver person, også leger, formes av det arbeidsstedet han har, og at perspektivet og kunnskapene dermed formes av ens ståsted. For å få et mer helhetlig pasientperspektiv, må leger med ulikt perspektiv og ulik kunnskap om det samme fenomen (eks. utredning av symptomer hos en pasient) møtes. Dette vil på sikt gagne pasientene slik at det ikke skapes problemer når en pasient henvises mellom de forskjellige deler av helsevesenet. Erkjennelsen om at ståstedet skaper forskjellige perspektiv/kunnskap er en av faktorene som har bidratt til framvekst av annet gruppebasert arbeid, tverrfaglig samarbeid, ansvarsgrupper osv.

Etter en prøveperiode i Odense på to år med påfølgende positiv evaluering, spredte ordningen seg raskt til hele Dan-

mark. I Norge fikk noen allmennleger interesse for denne måten å arbeide på. Odd Kvamme startet et prosjekt med praksiskonsulenter ved Stord sykehus, og dette resulterte i en doktorgradsavhandling. I Stavanger/Haugesund ble en ordning med praksiskonsulenter etablert omkring 1998. Det er etablert ordninger med praksiskonsulent ved Orkanger sykehus/St. Olavs sykehus, der også andre faggrupper er konsulenter: fysioterapeut og sykepleier. Det er i gang ordning i Kristiansand. Det blir nå etablert praksiskonsulentordning ved Aker universitetssykehus og i Vestfold.

I Troms holdt Per Grinsted et foredrag i 1994 for Forum for kommunelege 1 i Troms. Fylkeslege Gerd Ersdal, som forumets sekretær, fikk i oppgave av forumet å etablere et prosjekt med en praksiskonsulentordning ved UNN (daværende RiTø). I 1995 ble Terese Fors og undertegnede hver ansatt i halv stilling som koordinatorene med sikte på å etablere en praksiskonsulentordning ved UNN. For å forankre tiltaket både i allmennpraksis og på sykehuset, ble det etablert en styringsgruppe med deltakelse av fylkeslegen, sjefslegen ved UNN, sjef for med. serviceavdelinger ved UNN, kommuneoverlegen i Tromsø og leder for forum for kommunelege 1 i Troms. Finansiering av prosjektet kom fra flere hold, og Gerd Ersdal gjorde en uvurderlig jobb i å søke på midler fra Kvalitetssikringsfond i legeföreningen, Helsetilsynet, Departementet og UNN. Fra 2001 har praksiskonsulentene vært ansatt og lønnet av UNN. Fra 2002 har også koordinatoren vært ansatt og lønnet av UNN.

## Organisering

Ved etablering av en praksiskonsulentordning, må koordinatoren først ansettes ved sykehuset. Koordinator har som en viktig oppgave å rekruttere praksiskonsulenter. Det er for

tiden ansatt ni praksiskonsulenter ved UNN. De er ansatt av sykehuset på vanlige vilkår. De har et lønnsnivå som kan sammenliknes med overleger ved fylkestrygdekontorene. De er ansatt i ti prosent stilling, dvs. en halv dag i uka eller en dag hver 14. dag. I de resterende 90 prosent av arbeidsuka, arbeider de i sin praksis som fastleger. I Tromsø er det en muntlig aksept for at arbeidet som praksiskonsulenter teller med i de 7,5 timer en kan forpliktes til å gjøre kommunalt arbeid. Forankringen i allmennpraksis er basis for arbeidet som praksiskonsulent.

Praksiskonsulentene er hver tilknyttet en/ flere avdeling(er). Flere avdelinger ved UNN har hatt konsulenter som har sluttet. Noen praksiskonsulenter har byttet avdeling, og noen få forholder seg til flere avdelinger. Rekruttering har skjedd ved vanlig utlysning, men de fleste er rekruttert ved «headhunting» av koordinator. Konsulentene bør være erfarne allmennpraktikere, gjerne ha kjennskap til avdelingen og har interesse for kvalitetsutviklingsarbeid.

For tiden er følgende leger med i praksiskonsulentordningen ved UNN:

<b>Bernt Stueland</b>	Tromsø	Radiologisk avdeling og medisinske avdelinger
<b>Sirin Johansen</b>	Tromsø	Revmatologisk avdeling
<b>Eldrid Liljedal</b>	Målselv	Kreftavdelingen, arbeider også mot brystdiagnostisk senter og avd. for urologisk/ endokrin kirurgi
<b>Sigbjørn Rønbeck</b>	Tromsø	Ortopedisk avdeling. Arbeider også mot nakke/rygg poliklinikk
<b>Anton Giæver</b>	Tromsø	Prosjekt for forbedring av flere poliklinikkers arbeid
<b>Dag Nordvåg</b>	Tromsø	IT avdelingen
<b>Trygve Deraas</b>	Tromsø	Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy
<b>Helen Brandstorp</b>	Tana	Akuttmedisinsk avdeling
<b>Trond Brattland</b>	Tromsø	Barneavdelingen

Praksiskonsulentene har avdelingsoverlegen som sin nærmeste overordnede. Koordinator er faglig veileder og pådriver. Praksiskonsulentene skal ikke arbeide med pasienter, men drive kontinuerlig kvalitetsutvikling av samarbeidet mellom avdelingen og allmennlegene.

Når en praksiskonsulent starter på en avdeling, følges vanligvis følgende prosedyre: Praksiskonsulent, overlege og koordinator har et innledende møte med fokus på hvilket tema praksiskonsulenten skal arbeide med, kontorplass og andre praktiske forhold, oppfølging på avdeling og klargjøring av koordinators rolle. Det arrangeres så et fellesmøte med av-

delingens leger og evt. annet personell, praksiskonsulentene og praksiskoordinator. Hensikten er å idemylde rundt tema: Hva kan bli bedre i det pasientnære samarbeidet mellom denne avdeling og allmennpraksis. Slik får en ideer til hvilke temaer praksiskonsulentene skal arbeide med. Praksiskonsulenten hospiterer deretter i tre dager på avdelingene for å bli introdusert for personell og rutiner/arbeid ved avdelingen. Deretter møtes avdelingsoverlege, praksiskonsulent og koordinator igjen for endelig å bestemme hvilke(t) tema i samarbeidssonen konsulenten skal fokusere på. Arbeidsform og tidsperspektiv blir også diskutert. Disse møter bidrar til å forankre ordningen med praksiskonsulent i avdelingsledelsen. Denne forankring er svært viktig for at praksiskonsulentens arbeid skal kunne gi resultater.

Denne måten å arbeide på er uvant for de fleste allmennpraktikere. Det er derfor viktig å etablere praksiskonsulentene som en gruppe som kan inspirere og støtte hverandre og være et forum for faglig diskusjon rundt samarbeidstemaer. Gruppen av praksiskonsulenter møtes derfor jevnlig, for tiden fire–fem ganger per år. I tillegg har koordinator veiledningsmøter med enkeltkonsulenter.

### Hva gjør praksiskonsulentene på avdelingene?

Arbeidsområdet/tema for praksiskonsulentene er samarbeidssonen, gråsonen mellom allmennpraksis og sykehusmedisin og det som skjer og skal skje der. Kjente tema er pasientens ventetid, innleggelseskrivets kvalitet, hva er rimelig å forvente av utredning fra allmennpraktikeren før henvisning (heri såkalte prosedyrer/retningslinjer), epikrisetid og epikrisens kvalitet og relevans for allmennpraksis. Dessuten kontrollrutiner for noen kronikergrupper – hvor skal kontrollene skje, i allmennpraksis eller på sykehus, eller begge steder. Andre temaer er utvikling av kunnskaper og ferdigheter i prehospital akuttmedisin, elektroniske henvisninger og epikriser, elektronisk laboratoriesvar.

Men vel så viktig som konkrete delprosjekter, er at sykehusleger og primærleger møtes. På den måten kan de bli kjent med hverandres ståsted og informere hverandre om sin arbeidshverdag. Det er viktig at leger i tillegg til sitt arbeid med pasienten på kontoret, på avdelingen eller på operasjonssalen, også har blick for pasientens flyt mellom avdelinger og nivåer. Jevnlige møter mellom sykehuslege og primærlege kan bidra til å utvide hverandres perspektiv og øke respekten for hverandres arbeid.

### Hva gjør koordinator?

I Tromsø arbeider nå en koordinator i 40 prosent stilling ved UNN, dvs. to dager i uka. De øvrige 60 prosent arbeider koordinator som fastlege. Denne forankring i allmennpraksis er essensiell. Koordinator er også en rådgiver for sykehusledel-

sen og deltar på ledelsesmøter. Koordinator er en representant i sykehusledelsen fra allmennpraksis. Koordinator deltar i endringsprosesser der fokus er samarbeidet mellom nivåene.

### Utdyping av noen resultater

#### *Forenkling av pasientforløp med ventetidsreduksjon*

Forenkling av pasientforløp for pasienter med artrose i hofte – eller kneledd med dramatisk ventetidsreduksjon.

Ventetiden til operasjon for primær artrose i hofter og knær med innsetting av protese ved ortopedisk avdeling var ca to år inntil 2000. Inntil 2000 ble pasientene først undersøkt av primærlegen. Røntgenbilder ble tatt ved UNN. Pasientene ble henvist ortopedisk poliklinikk der lite annet skjedde enn at allmennlegens funn stort sett ble konfirmert, og pasientene ble satt i ventekø til operasjon. Totaltid fra henvisning ble sendt fra primærlege, til pasient ble innlagt for operasjon, var altså ca to år. Pasientforløpet ble forenklet ved at en sløyfet den polikliniske undersøkelse ved ortopedisk avdeling og kvalitetssikret henvisningen fra allmennlegen. Allmennlegene ferdigutreder nå pasientene med hoftededds- eller kneleddsartrose med klinisk undersøkelse inklusiv vurdering av risikofaktorer (hjertelungeforhold, diabetes etc.) for operasjon og røntgen. Det er laget skriftlig prosedyre for krav til henvisning som skal dokumentere nødvendige medisinske forhold (sykehistorie, faste medisiner, andre kompliserende sykdommer, klinisk undersøkelse og røntgen).

Ventetiden for innsetting av protese ved kneleddsartrose er redusert fra to år til fire–åtte uker. For hoftededdsartrose er ventetiden redusert fra omtrent to år til omkring seks–ti uker.

Noen viktig forutsetninger må være tilstede for å forenkle pasientforløp på denne måten. Tilstanden må være enkel å diagnostisere. Det må være enighet mellom sykehusspesialistene (her ortopedene) om hvilken utredning og behandling som er adekvat for tilstanden. Sykehuslegene må ha tillit til allmennlegene slik at den preoperative vurderingen kan overføres til allmennlegene.

#### *Kliniske retningslinjer*

Basis for gode utredningsrutiner, henvisningsskriv, utskrivningsrutiner og epikriser er konsensus om disse tema mel-

lom sykehusleger og allmennleger i et nedslagsfelt. Det finnes gode nasjonale og internasjonale retningslinjer for utredning og behandling av symptomer og sykdommer. Likevel er det store variasjoner mellom leger og mellom geografiske områder. Ved UNN har flere praksiskonsulenter laget retningslinjer i samarbeid med sykehusspesialistene i en prosess hvor det inngår høringsrunder på andre sykehus og blant erfarne allmennpraktikere utenfor praksiskonsulentgruppen. Det er laget retningslinjer/prosedyrer for store og viktige pasientgrupper. Disse retningslinjer beskriver utredning og behandling i allmennpraksis og i spesialisthelsetjenesten slik at pasienter sikres mer lik behandling, og slik at henvisningstidspunkt blir tydelig. Her kan nevnes retningslinjer innen kardiologi, gastroenterologi, endokrine sykdommer, lungemedisin, revmatologi og temaer innenfor kreftbehandling (cytostatika, trygderegler etc.).

### Avslutning og utfordringer

Det er mange utfordringer i arbeidet med å videreutvikle ordningen med praksiskonsulenter ved UNN og i Norge. Det er omkring ti år siden den første praksiskonsulentordningen ble etablert i Norge. Ordningen har til nå vært drevet av få ildsjeler, men skal den få større slagkraft, må de fleste sykehus i Norge med i ordningen. Siste året har Aplf blitt den pådriver og støttespiller som Aplf bør være.

Pasientperspektivet er indirekte med fordi det er det pasientnære samarbeidet som skal bedres. I fortsettelse bør en søke å få pasientperspektivet mer direkte med.

Organiseringen av sykehus i helseforetak med de regionale foretak som overbygging, har styrket sykehusstrukturen betydelig. I denne sammenheng er primærhelsetjenestens og allmennlegetjenestens svært desentraliserte struktur et problem. Praksiskonsulentene vil i denne sammenheng være allmennleger som kan bidra i faglige utredninger, med spesielt blikk på samarbeidet mellom linjene.

Praksiskonsulentordningen i Norge kan vise til gode erfaringer med lite ressursbruk. Ved UNN arbeider ca 600 leger. Praksiskonsulentordningen ved UNN utgjør i dag 1,4 stilling. Ordningen institusjonaliserer samarbeid mellom linjene og sikrer at fokus på samarbeid opprettholdes.

Det som er **spennende**  
og **viktig** for deg – er spennende  
og viktig for **Utposten!**