



Legeforeningen

13. september 2018

Høring: Grunnlagsdokumentet «Status og visjoner for praksiskonsulentordningen 2018»

Arbeidsutvalget for Praksiskonsulentordningen (PKO) har utformet et grunnlagsdokument for PKO-ordningen som nå er sendt på intern høring før behandling i sentralstyret. Arbeidsutvalget kommer med åtte konkrete anbefalinger for å sikre PKO's framtid. Høringsinstansene er særlig bedt om å ta stilling til disse anbefalingene og i tillegg svare ut fem konkrete spørsmål fra sekretariatet.

Denne høringen vil derfor først gå gjennom de åtte anbefalingene i Grunnlagsdokumentet og deretter svare ut de konkrete spørsmålene som sekretariatet har.

- **En evaluering av ordningen på initiativ fra avtalepartene i rammeavtalen fra 2005**
- **Med utgangspunkt i en slik evaluering; en bedre og mer ensartet organisering og dimensjonering av ordningen på ulike nivåer i helsetjenesten**

AF mener at en evaluering av ordningen er særdeles viktig og ser det som klokt at dette kommer fra avtalepartene i Rammeavtalen fra 2005.

AF mener denne evalueringen må være det overordnede dokumentet som gir føringer for hvordan både organiseringen og dimensjoneringen på de ulike nivåene i helsetjenesten skal være spesielt fordi Grunnlagsdokumentet bare delvis er forankret i PKO-miljøet. PKO miljøenes erfaringer vil komme tydelig fram i en slik evaluering. Når det er påpekt, er AF enig i at det på grunn av samhandlingsreformen og Foretaksmodellen i sykehusene er nødvendig med en formalisert samhandling og PKO ordningen må organiseres i henhold til dette. I kjølvannet av reformen har det blitt en betydelig oppgaveoverføring fra sykehusene til kommunehelsetjenesten uten en felles forståelse. Dette er en av grunnene til at fastlegeordningen nå kneler. Dette ser vi på som et uttrykk for at PKO ordningen er alt for lavt dimensjonert og samhandlingsstrukturene mangler. I tillegg mangler PKO ordningen et klart mandat i forhold til å kunne være det "organet" som skal bygge opp og være et nav i samhandlings-strukturen, samt ha den overordnede myndighet til å utforme de lokale samhandlingsreglene mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det er allerede utprøvd ulike samhandlingsfora som er forankret på høyt nivå i etablerte samhandlingsorganer. Eksempel på dette er Møteplassen i Oslo som er et rådgivende organ i samhandlingsspørsmål der både fastleger, kommunens leger og sykehusleger deltar. Vi mener også at PKO ordningen kan etableres på ulike nivåer og støtter forslaget om at PKO ordningen i en skreddersydd form kan etableres på kommunalt nivå der dette er formålstjenlig.

- **Et økt engasjement fra Legeforeningens side for å skape et mulighetsrom for en videre bærekraftig utvikling av ordningen**

PKO ordningen har vært under legeforeningens "vinger" til for to år siden da det formelle PKO rådet ble lagt ned. Rådet var viktig de første årene for å få ordningen opp å gå men man ble enig om at det ikke trengtes lenger. AF mener ikke at legeforeningen skal ha en formelt oppnevnt representant inn i Nasjonalt Arbeidsutvalg for PKO fordi dette vil svekke legitimiteten som et frittstående samhandlingsorgan. Legeforeningen bør jobbe aktivt inn mot de naturlige avtalepartene, KS og Staten for å få etablert en robust nasjonal ordning. Spørsmålet som er naturlig å reise er om praksiskonsulentene på sikt vil kunne få sitt eget underutvalg som for eksempel ALIS og på den måten som gruppe bli knyttet som gruppe opp mot foreningen.

- **En bedre forankring av PKO i overordnede helseadministrative fora**

Det er etter vårt syn vesentlig at ordningen blir forankret i overordnede helseadministrative fora. Slik vi ser det, er det en ordning som ikke bør eies av sykehusene da dette gir en ubalanse i hvem som trekker det lengste strået i samhandlingsdiskusjonen. Kvinsland uttalte at så lenge praksiskonsulentene ble betalt av sykehusene var det sykehusene som kunne både bestemme hva de skulle arbeide med og hvilket syn de skulle representere. AF mener at dagens organisering er årsaken til at PKO-ordningen ikke har klart å levere som ønsket. PKO legene har gjort et godt arbeid men innenfor et system som har gitt liten gjennomslagskraft og påvirkningsmuligheter. Gode initiativer har blitt offer for kostnadskontroll og rasjonaliseringstiltak. Slik vi ser det bør praksiskonsulentene både lønnes og være forankret i et eget overordnet organ som gjør at de møter sine likemenn inne på sykehusene. En uavhengig forankring vil gi mulighet for å sette pasientbehandling og behandlingsforløp foran budskjettplassering, noe som vil gi rom for å utvikle «best practice»

- **En synliggjøring av PKO sin betydning i OBD-er fra RHF til respektive HF og i strategidokumenter regional og lokalt. PKO bør forankres i alle RHF-ene og etableres i samtlige HF i landet.**

Vi mener det er svært viktig å synliggjøre PKO betydning og få plassert PKO på kartet både i overordnede strategidokumenter samt på de enkelte sykehusene. I Bergen har som et eksempel en PKO representant vært med på å utforme Helseforetakets strategidokument for de neste 10 årene og PKO ordningen skal der trappes opp.

- **Vurdere om PKO-modellen kan etableres på kommunalt nivå for å bedre praktisk samhandling mellom ulike yrkesgrupper i primærhelsetjenesten**

Vi mener som nevnt over at en PKO modell skreddersydd til den enkelte kommunes behov vil være en nyvinning som vil komme det tverrfaglige samarbeidet mellom kommunens ulike aktører samt samhandling med sykehusene til gode. Det er her viktig at kommunens PKO-ere deltar i etablerte samhandlingsorganer og/eller fora som er forankret i samhandlingsorganene på lik linje med sykehuslegene og fastlegene. Dette vil kunne være en naturlig del i en organisasjonsstruktur som er skissert ovenfor.

- **Sikre PKO representasjon i etablerte samhandlingsfora mellom helseforetak og kommuner**

Dette er spesielt viktig fordi små kommuner ofte ikke har medisinsk kompetanse i disse organene (LSU) og sykehusene har overkjørt de små kommunene slik at oppgaveoverføringen har blitt uholdbar både for kommunehelsetjenesten og fastlegene. Mangel på PKO kompetanse i de store kommunene har også vært påfallende mange steder

i landet. Ofte er det administrative sykepleiere i kommunen, med liten forståelse for hva økt oppgaveoverføring betyr spesielt for presset på fastlegene, som sitter i disse LSU-ene

- **Vurdere å utrede en modell for likeverdig eierskap av PKO mellom kommuner og sykehus herunder også å se på avlønningen for PKO-arbeid.**

Viser til avsnitt ovenfor. Når man skal forbedre samhandlingen i fremtiden, må pasientforløp og ivaretagelse av pasientene på beste omsorgsnivå være hovedfokus. Det må da defineres uavhengig av ulike omsorgsbudskjetter. Det vil alltid være motstridende økonomiske insentiver og prioriteringer i kostnader knyttet til ulike behandlinger og oppfølginger. Tidligere har dette blitt ensidig definert uten å ha god nok kjennskap til arbeidsmetodene som brukes der man ikke arbeider selv. Derfor BØR det nasjonale samhandlingsorganet finansieres uavhengig av kommuneøkonomi eller foretaksbevigninger. På denne måten kan oppgaver plasseres og defineres etter beste faglige standard uten at beslutningene er farget av hvem som betaler lønnen.

Sekretariatet ber oss i tillegg om å vurdere følgende spørsmål:

- **Bør PKO-ordningen være forankret i Eierstyringslinjen, og være et krav til alle HF å etablere innenfor i hvert fall et minimum av sykehusavdelinger**

Sykehusene er svært ulike i størrelse og organisering. Det er derfor vanskelig å stille krav om hvilke avdelinger som skal ha PKO men PKO ordningen må være tilstede på alle sykehus. Det bør derfor være et minstekrav til dimensjonering. Samtidig mener vi at dagens struktur bør endres fullstendig (se over) og dermed vil dette spørsmål sannsynligvis endres dersom vi får gjennomslag for vårt forslag.

- **Hvilke sykehusavdelinger bør som et minimum ha praksiskonsulent?**

PKO-ene skal arbeide i all vesentlig grad på systemnivå men være tilgjengelige som rådgivere knyttet til det daglige samarbeidet mellom ulike avdelinger og/ eller primærhelsetjenesten. I de største sykehusene har man samhandlingsavdelinger som PKO-erne naturlig er tilknyttet mens man på små sykehus blir mer direkte knyttet til en eller flere avdelinger. Slik vi ser det, bør man la dette være opp til det enkelte sykehus å definere men minstekravet til dimensjonering skal være på plass. For øvrig vil dette også endre aktualitet dersom vi får gjennomslag for vår modell. Samhandling er samarbeid og det er behovet til enhver tid som bør føre til arbeid med rutineendringer.

Bør PKO-ordningen ha en rolle i det avtalefestede samarbeidet mellom HF og kommunene?

Det er slik vi ser det en selvfølge at PKO-erne har en rolle her. Som vi påpekte tidligere i denne høringen lider både store og små kommuner av at samarbeidsutvalgene mangler samhandlingskompetanse. Dette vil praksiskonsulenter ansatt både i kommunene og på sykehusene kunne bidra med slik at man unngår konflikter om oppgaveoverføring som fører til at pasientene blir uverdige behandlet.

- **Kan og bør kommunene involveres/ansvarliggjøres i og for PKO-ordningen?**

Det er åpenbart at kommunene må ansvarlig gjøres i forhold til å være med på å få samhandlingsorganer som fungerer mye bedre i forhold til sykehusene. Dette gjelder både organisatorisk og finansielt. God samhandling får man best til mellom likemenn. Det er derfor særlig viktig at den ene parten (som til nå er sykehusene) ikke kan påberope seg et eierskap som i samhandlingsspørsmål favoriserer denne part.

- **Er det rekrutteringsutfordringer til PKO stillingene og hvordan kan rekruttering og kompetanse sikres?**

Det er ikke problemer med å skaffe PKO-ere i landet generelt men det er mangel på praksiskonsulentstillinger. Problemene er også at mange steder er stillingene for små (10%) til at man får gjort noe som monner. PKO-erne har mange steder faste poster på Allmennlegeutvalgsmøtene og blir således godt markedsført blant kolleganene. I Bergen har de samme ti praksiskonsulentene gitt seg etter snart elleve år. I Bergen er PKO-arbeidet likestilt med offentlig legearbeid noe som gjør at vi opplever rekrutteringen som meget god.

Når det gjelder kompetansebygging peker vi på samhandlingskurs; praksiskompensasjon for deltagelse på årlige konferanser og kurs samt at PKO ansatte deltar i nettverk både på lokalt og nasjonalt nivå.

For Allmennlegeforeningen

Kirsten Rokstad (PKO-er som har gitt seg etter snart 11 år)