



**FOU-prosjekt  
"Varige og likeverdige  
samhandlingsmodeller  
mellom 1. og 2.  
linjetjenesten"**



KS

**FOU-prosjekt "Varige og likeverdige  
samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.  
linjetjenesten"**

AGENDA Utredning & Utvikling AS  
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika  
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01  
Ref: 5459

## AGENDA Utredning & Utvikling AS

Postboks 542 • 1301 Sandvika • Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01

Oppdragsgiver:	KS
Rapportnr.:	5459
Rapportens tittel:	FOU-prosjekt "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten
Spesifikasjon:	
Tidsfrist:	iflg
Ansvarlig:	Geir Magnussen
Kvalitetssikring:	Otto Hauglin
	Verifisert:
	19.03.2007 (dato) GM (sign)

---

## **Forord**

FoU-prosjekt ”Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten” i helsevesenet har sin bakgrunn i et samarbeid mellom helseforetakene i Helse Sør og kommunene i Agderfylkene, Buskerud, Vestfold og Telemark. Oppdragsgiver for prosjektet har vært KS, og oppdraget har vært utført av AGENDA Utredning & Utvikling AS.

FOU-prosjektet har hatt som målsetting å dokumentere varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten med utgangspunkt i *gode eksempler fra hele landet*. Vi har lagt vekt på å dokumentere de samhandlingsmodellene som har eksistert i noe tid, og som andre kan lære av. Målet er at dokumentasjon av gode modeller, og fellestrekk ved disse, skal kunne være til nytte og inspirasjon for alle landets helseforetak og kommuner.

Vi vil takke alle som har bidratt til å beskrive modellene, både ved å stille opp i samtaler, skaffe fram skriftlig dokumentasjon og gi innspill underveis i prosessen. Samtidig vil vi presisere at rapporten helt og holdent står for vår regning.

Arbeidet har vært utført av Svein Lyngroth og Geir Magnussen. Sistnevnte har vært prosjektleder.

Sandvika, 19.03.2007

AGENDA Utredning & Utvikling AS



---

## Innhold

1	SAMMENDRAG	11
	1.1 Bakgrunn	11
	1.2 Hovedfunn og vurderinger	11
2	MÅL OG PROBLEMSTILLINGER	16
3	ARBEIDET MED Å FINNE FRAM TIL GODE SAMHANDLINGSMODELLER	17
	3.1 Kriterier for valg av modeller	18
	3.2 Oversikt over modeller som er beskrevet	19
4	GENERELLE ERFARINGER	20
	4.1 Overordnet forankring i et avtalesystem	20
	4.2 Lederstøtte på høyt nivå, men ikke glem fagfolkene	21
	4.3 Betydningen av strategiske prosesser	21
	4.4 Representative ordninger for deltakelse og involvering	22
	4.5 Dedikerte ressurser og egne prosjektledere	23
	4.6 Kulturbygging og utvikling av felles forståelse	24
	4.7 Likeverd	25
	4.8 Veilede uten å innta ekspertrollen	26
	4.9 Sikre gode overganger fra prosjekt og forsøk til drift	26
	4.10 Evaluere resultater og dokumentere avvik	27
	4.11 Fokuser på og hold fast ved brukerperspektivet	28
	4.12 Sats på løsninger, ikke på problemer	28
	4.13 Ta utgangspunkt i lokale utfordringer og behov	29
	4.14 Betydningen av finansieringssystemet	30
5	FORMIDLING OG LÆRING	32
6	NOEN OVERORDNEDE VURDERINGER OG PERSPEKTIVER	34
	6.1 Helseforetakene: Fra institusjonsbygging til samhandling	34
	6.2 Kommunene: Fundament og koordinator i helsevesenet	36
	6.3 Fra samarbeid om rutiner til strategisk utvikling	39

6.4	Hvordan sikre likeverd i samarbeidet?	40
6.5	Pasientperspektivet som drivkraft	41
6.6	Viktigheten av å beskrive, dokumentere og evaluere	43
6.7	Fastlegene må involveres i samarbeidet	44
6.8	Viktigheten av IKT i samhandlingen	45
7	HELSE FINNMARK HF OG KOMMUNENE I OPPTAKSOMRÅDET	47
7.1	Beskrivelse av modellen	47
7.2	Hvordan er modellen forankret og systematisert?	53
7.3	Hvilke resultater kan det vises til?	54
7.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	56
7.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	57
7.6	Formidling	57
8	ST. OLAVS HOSPITAL HF OG TRONDHEIM KOMMUNE	58
8.1	Beskrivelse av modellen	58
8.2	Hvordan er modellen forankret og systematisert?	62
8.3	Hvilke resultater kan det vises til?	64
8.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	66
8.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	68
8.6	Formidling	69
9	HELSE FONNA HF OG KOMMUNENE I OPPTAKSOMRÅDET	70
9.1	Beskrivelse av modellen	70
9.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet	72
9.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	73
9.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?	75
9.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	75
9.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	76
10	HELSE BERGEN HF OG BERGEN KOMMUNE	77
10.1	Beskrivelse av modellen	77
10.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	80



---

10.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	80
10.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?	80
10.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	81
10.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	81
11	<b>SYKEHUSET VESTFOLD HF OG KOMMUNENE NØTTERØY OG TØNSBERG</b>	82
11.1	Beskrivelse av modellen	82
11.2	Hvordan er modellen forankret og systematisert?	85
11.3	Hvilke resultater kan det vises til?	86
11.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	89
11.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	90
11.6	Formidling/erfaringsoverføring	90
12	<b>SØRLANDET SYKEHUS HF OG KOMMUNENE BIRKENES OG GRIMSTAD</b>	92
12.1	Beskrivelse av modellen	92
12.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	93
12.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	93
12.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?	94
12.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	95
12.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	95
13	<b>SYKEHUSET TELEMARSK HF OG KOMMUNENE I OPPTAKSOMRÅDET</b>	96
13.1	Beskrivelse av modellen	96
13.2	Hvordan er modellen forankret og systematisert?	98
13.3	Hvilke resultater kan det vises til?	99
13.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	100
13.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	100
13.6	Formidling	101
14	<b>BLEFJELL SYKEHUS HF OG NOTODDEN KOMMUNE</b>	102
14.1	Beskrivelse av modellen	102
14.2	Hvordan er modellen forankret og systematisert?	105
14.3	Hvilke resultater kan det vises til?	110

---

14.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	111
14.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	112
14.6	Formidling	112
15	<b>SYKEHUSET BUSKERUD HF OG DRAMMEN KOMMUNE</b>	113
15.1	Beskrivelse av modellen	113
15.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	116
15.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	117
15.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?	118
15.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	118
15.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	118
16	<b>SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM HF OG KOMMUNENE ASKER OG BÆRUM</b>	120
16.1	Beskrivelse av modellen	120
16.2	Hvordan er modellen forankret og systematisert?	125
16.3	Hvilke resultater kan det vises til?	126
16.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	127
16.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	128
16.6	Formidling	129
17	<b>SYKEHUSET ØSTFOLD HF OG FREDRIKSTAD KOMMUNE</b>	130
17.1	Beskrivelse av modellen	130
17.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	131
17.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	131
17.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	132
17.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	132
17.6	Formidling	132
18	<b>SYKEHUSET INNLANDET HF OG KOMMUNENE ÅSNES, GRUE, KONGSVINGER MV.</b>	133
18.1	Beskrivelse av modellen	133
18.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	137

---

18.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	137
18.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	138
18.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	138
18.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	138
19	ULLEVÅL SYKEHUS HF OG OSLO KOMMUNE	139
19.1	Beskrivelse av modellen	139
19.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	140
19.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	141
19.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	141
19.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	141
19.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	142
20	ULLEVÅL SYKEHUS HF OG OSLO KOMMUNE	143
20.1	Beskrivelse av modellen	143
20.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	146
20.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	147
20.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?	147
20.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	148
20.6	Formidling	148
21	DIAKONHJEMMET OG BYDELENE FROGNER, ULLERN OG VESTRE AKER	149
21.1	Beskrivelse av modellen	149
21.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	150
21.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	150
21.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	151
21.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	151
21.6	Synspunkter på/erfaring fra formidling?	151
22	LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS OG BYDEL GRÜNERLØKKA	152
22.1	Beskrivelse av modellen	152

22.2	Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?	154
22.3	Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?	154
22.4	Hvilke er de viktigste læringspunktene?	154
22.5	Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?	155
22.6	Synspunkter på/erfaringer fra formidling?	155

VEDLEGG: Navn på kontaktpersoner i kommunene  
Intervjuguide  
Liste over innkomne svar

# 1 Sammendrag

## 1.1 Bakgrunn

FOU – prosjektet "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten" har sitt utspring i samarbeidet mellom helseforetakene i Helse Sør og kommunene i Agder, Buskerud, Vestfold og Telemark. Prosjektets mål har vært å dokumentere gode og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten fra hele landet, og trekke fram viktige fellestrekk knyttet til hvordan disse modellene har blitt utviklet og hvorfor man har lykket med samhandlingen.

## 1.2 Hovedfunn og vurderinger

I dette punktet vil vi trekke frem de viktigste funn fra prosjektet. Det er innledningsvis grunn til å understreke at det er godt samsvar mellom mange av de funn vi har gjort i dette prosjektet og resultatene fra andre studier og vurderinger av samspillet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (FAFO: *Når pasienten kommer først*; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; *Samhandling mellom første og andrelinje tjenester* (Arbeidsnotat 2004); NOU 2005: 3: *Fra stykkevis til helt*; SINTEF Helse: *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen*; desember 2006).

### Samarbeid gir resultater

Det er ikke blitt gjennomført effektstudier av de samhandlingsmodellene vi har beskrevet i denne rapporten. Med effektstudier mener vi studier av hvorvidt samarbeidet kan dokumentere en bedret pasientbehandling. Det er likevel viktig å trekke fram at i flere av modellene er det gjennomført ulike evalueringer. Eksempler på gjennomførte evalueringer er undersøkelser blant pasienter, ansatte og ledere, analyse av nøkkeltall knyttet til ventetider, innleggelses- og utskrivingspraksis, korridor-pasienter m.v. Det er et gjennomgående trekk ved de modellene som er blitt evaluert at systematisk, målrettet og strukturert samarbeid gir resultater. Det er også vår erfaring at pasienter og/eller brukerorganisasjoner som er blitt trukket inn i evalueringene gir sammenfallende svar.

### **Samarbeid behøver ikke koste mye**

Det har de senere årene vært fokusert på finansieringsordningene i norsk helsevesen, og at disse ikke alltid fungerer like hensiktsmessig sett fra et samhandlings- og samarbeidsperspektiv. Vi kan slutte oss til at deler av finansieringssystemet kan motvirke et hensiktsmessig samarbeid hvor det handles ut fra pasientenes interesser og premisser, dersom partene utelukkende legger egne økonomiske interesser til grunn. Vi vil trekke fram fire viktige konklusjoner når det gjelder økonomi-/finansieringsformene og samarbeid.

Det er fortsatt behov for å utvikle finansieringssystemene, slik at disse i enda større grad støtter opp under god samhandling. Det er likevel ingen grunn til å bruke finansieringssystemene som påskudd for ikke å samarbeide.

Det er mulig å få til mange gode samhandlingsgrep uten at det behøver å koste mye. Flere av modellene vi har beskrevet i denne rapporten, inneholder flere små og store samarbeidstiltak som koster lite eller ingen ting.

Både dette prosjektet og andre studier viser likevel at det ofte kan være nødvendig å sette av noe midler til selve samarbeidsprosjektet, for å sikre tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre dem. Gjennomgangen tyder imidlertid på at det gir størst forpliktelse dersom alle parter bidrar til finansieringen.

Måten staten finansierer henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten på, er ikke til hinder for at partene lokalt kan utforme egne finansieringsmodeller. Det er flere eksempler i dette prosjektet som viser at partene har utnyttet denne muligheten på en hensiktsmessig måte – til det beste både for pasientene og de deltakende parter. Samarbeidet om sykestuer/forsterkede sykehjemsavdelinger er kanskje det mest gjennomarbeidede eksemplet.

### **Brukerperspektivet må stå i sentrum**

Spesialist- og primærhelsetjenesten har ulike oppgaver og roller i forhold til pasienter og pårørende. Begge nivåene har gjennomført betydelige reformer de senere årene (fastlegereformen og sykehusreformen). I forbindelse med gjennomføring av slike reformer, er det ikke uvanlig at aktørene får et sterkt fokus på egne utfordringer og egne premisser. Vi har i dette prosjektet registrert at det er en økende vilje både i spesialist- og primærhelsetjenesten til å legge mindre vekt på egne organisatoriske interesser, fokusere helhetlig og ha et stadig sterkere fokus på hva som er best for pasientene. Etter vår vurdering er det viktig at partene fortsatt styrker dette perspektivet i samhandlingen.

---

Også dette funnet styrkes av andre studier. FAFO – rapporten understreker for eksempel sterkt at *"en god samarbeidskultur er bygget opp fordi både sykehuset og kommunen har fokusert på pasientene og faglig oppfølging av disse."*

Et godt og helhetlig brukerperspektiv er spesielt avgjørende i overgangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. For å sikre gode overganger er det viktig at begge parter deltar i samarbeidet om pasienten også etter at den er henholdsvis inn- eller utskrevet; altså etter at det formelle ansvaret er overlatt til den annen part.

### **Likeverd er en forutsetning**

Det er en helt entydig erfaring, som også støttes av andre studier, at et samarbeid må tuftes på likeverd mellom partene. Med likeverd sikter vi til at samarbeidet er basert på gjensidig respekt mellom partene. Det betyr at de må respektere hverandres roller, verdier og kompetanse. Dersom samarbeidet skal være bærekraftig og utvikle seg over tid, er det en grunnleggende forutsetning at det er basert på likeverd og gjensidig respekt.

Med likeverd mener vi også at partene må utvise en viss romslighet overfor hverandre. Det er viktig å ha et avtalesystem i bunn for samarbeidet. Det er likevel ikke ønskelig eller hensiktsmessig å basere samarbeidet i for stor grad på regler, rutiner og formalia. Dialogen mellom foretaket og primærhelsetjenesten må være tett, partene bør møtes regelmessig og samarbeidet må kontinuerlig drøftes og utvikles. Betydningen av å tenke og planlegge helhetlige behandlings- og omsorgskjeder, utvikle god samarbeidskultur, vise respekt for hverandres ulike typer kompetanse, gi hverandre ros og anerkjennelse m.v. kan knapt overvurderes.

### **Betydningen av lederstøtte – på alle nivåer**

Dersom samarbeidet skal utvikle seg til noe mer enn "bare" forbedring og utvikling av rutiner, viser vår gjennomgang at det må forankres på høyt ledernivå – både i kommunene og i helseforetakene. I tillegg må lederne ha forståelse for viktigheten av å samarbeide over forvaltningsnivåene. En av informantene fremhevet: *"Vi er helt avhengige av helseforetaksdirektører som forstår betydningen av helhetlige pasientforløp."* Når det er sagt, kommer man liten vei i samarbeidet uten å ha et aktivt engasjement fra fagfolkene. I praksis er det her snakk om både forankring og involvering.

Erfaring fra mange av modellene viser også at de som har satset sterkt på å involvere linjelederne på mellomnivå, og forankret arbeidet hos disse, ofte lykkes best. Det er disse lederne som på mange måter styrer praksisfeltet, og som er ansvarlige for den praktiske gjennomføringen av

de samarbeidstiltak som blir besluttet. Dersom mellomlederne ikke har vært med i prosessen, eller forstår hva endringene er ment å innebære, skjer det ofte lite og det blir vanskelig å få gjennomført endringene. Det bør presiseres at betydningen av lederstøtte og lederengasjement er like stort både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

### **Noen spesielle utfordringer for kommunene**

Det overordnede bildet av helsetjenesten, som samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten må vurderes i forhold til, er mange små kommuner og få og store helseforetak. Etter sykehusreformen er antallet statlige helseforetak redusert til i overkant av 30. Antall kommuner er for tiden ca. 430. Det gir i utgangspunktet en ubalanse i samarbeidet som kan representere en utfordring for kommunene. I tillegg er det i mange sammenhenger en vanlig oppfatning at den høyeste kompetansen ligger i andrelinjetjenesten.

Betydningen av hva disse to punktene har for balansen og likeverdet mellom partene skal likevel ikke overvurderes. Det avtalesystemet som er i ferd med å komme på plass bidrar i betydelig grad til å skape balanse. Det samme gjør utviklingen av samarbeidet mellom kommuner for å kunne stå samlet i møte med foretaket. Det er heller ikke vår erfaring av foretakene generelt legger til grunn en ”vi er størst” holdning.

Som nevnt er det flere eksempler på at det praktiske samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene fungerer, og at det baseres på en stor grad av likeverd. Det er likevel noen utfordringer i samarbeidet som kommunene bør være spesielt oppmerksomme på.

For det første ligger det en utfordring i å ta et sterkere grep om de strategiske elementene i samarbeidet. Vårt generelle inntrykk, fra arbeidet med dette oppdraget, er at det er helseforetakene som i størst utstrekning setter dagsorden og regisserer prosessene. Dersom det er behov for prosjektledere for å få utviklet og dokumentert gode samarbeidsmodeller, kommer disse også ofte fra helseforetakene.

På samme måte som for foretakene ligger det også for kommunene en utfordring med hensyn til å styrke den interne samordningen av helse- og omsorgstjenestene. Det er en spesiell utfordring å få fastlegene integrert i en del samarbeidskonstellasjoner, men det er også behov for koordinering og samkjøring av andre tjenester. Dette behovet er naturligvis størst i forhold til pasienter med store og omfattende hjelpebehov.

Til slutt vil vi understreke at kommunene må opprettholde trykket for å sikre fortsatt likeverd i samarbeidet. Dette har flere aspekter, men ett av de viktigste er etter vår vurdering å holde fokus på likeverdet samtidig som man er bevisst at det er ulikhet i kunnskap og kompetanse.

---



Helseforetakene har *en annen type kompetanse* enn de ansatte i primærhelsetjenesten, og den er naturligvis mer spesialisert. En god samhandlingsprosess bør dermed legge til grunn en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte ved helseforetakene og ansatte i primærhelsetjenesten.

## 2 Mål og problemstillinger

FOU - prosjektet "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten" har utspring i samarbeidet mellom helseforetakene i Helse Sør og kommunene i Agder, Buskerud, Vestfold og Telemark. Her er det etablert et samarbeid mellom KS i fylkene og Helse Sør for å få til en mer likeverdig og fruktbar dialog mellom helseforetakene og kommunene i regionen. Hensikten har vært å sikre et sømløst behandlingsforløp for pasientene gjennom hele behandlingsskjeden.

Det er to hovedmål/hovedproblemstillinger som ble fastsatt som viktige å få belyst gjennom FOU – prosjektet:

- (1) Dokumentere hvordan det kan utvikles målrettede og varige samhandlingsmodeller mellom kommunene, fastlegene og andre linjetjenesten basert på tiltak og hovedprinsipper fra samhandlingsprogrammet "Helsedialog". Blant viktige prinsipper fra dette programmet er likeverd, dialog og å bygge på det som fungerer. God forankring av avtalene og modellene er også en viktig forutsetning for å lykkes.
- (2) Det andre hovedmålet er å utvikle modeller for læring og erfaringsoverføring i komplekse, moderne organisasjoner på tvers av forvaltningsnivåer. Dette skal skje gjennom å identifisere gode eksempler på samarbeid og samhandling, videreutvikle disse og spre dem til andre foretak og kommuner. Prosjektet har dermed et sterkt fokus på kunnskapsformidling, læring og iverksetting. Målet må være at kommuner og helseforetak lærer av hverandre, slik at gode erfaringer overføres og iverksettes raskere og mer systematisk enn hva som ellers ofte er tilfelle.

I prosjektet ble det videre vedtatt at det skulle dokumenteres hvordan gode samhandlingsmodeller kan utvikles og hva som kjennetegner disse modellene. Det ble også vedtatt at det skulle gjøres rede for hvordan erfaringer kan videreformidles, samt å gjengi eksempler hvordan iverksetting av gode modeller kan skje.

---

### 3 **Arbeidet med å finne fram til gode samhandlingsmodeller**

Første fase av prosjektet gikk med til å avklare hvilke kanaler og metoder som det ble antatt ville være best egnet til å skaffe oversikt over gode samhandlingsmodeller. Det var enighet om å få oversikt over gode modeller langs to hovedkanaler.

Den ene kanalen var de statlige helseforetakene og en del private sykehus. Rent praktisk ble dette gjort ved at AGENDA tok kontakt med de administrerende direktørene ved alle landets helseforetak for å gjøre oppdraget kjent og for å få kontakt med den eller de personer ved foretaket som var mest sentrale når det gjelder samarbeid med primærhelsetjenesten.

Etter at kontakten var etablert, ble det sendt et kort brev til både direktørene og kontaktpersonene hvor henvendelsen ble utdypet noe mer. I brevet ble foretakene bedt om å gi korte beskrivelse av de tre samarbeidsprosjektene de var involvert i, og som de anså å være mest vellykkede og som hadde vist seg å fungere over tid. For å systematisere dette arbeidet ble det oversendt et kartleggingsskjema hvor foretakene kunne beskrive prosjektene etter en felles mal.

Responser på henvendelsen var svært god. Det kom inn gode svar fra de aller fleste helseforetakene, og det ble i stor grad beskrevet det antall samarbeidsmodeller det var bedt om. I denne prosessen var det stor entusiasme ved helseforetakene for problemstillingen, og de ga uttrykk for at de anså den som sentral og viktig.

Den andre kanalen vi benyttet var KS` regionale ledd. Også disse ble først kontaktet pr. telefon og fikk deretter tilsendt et brev. KS` regionale ledd ble bedt om å gi informasjon om kommuner i deres region som hadde utviklet særlig gode samarbeidsrelasjoner med "sitt" helseforetak. Også denne responsen var god, men noe mindre konkret hva samarbeidsmodeller angikk enn svarene fra helseforetakene var.

Ved å gjøre bruk av disse to kanalene ble det fremskaffet en meget god oversikt over et stort antall samhandlingsmodeller fra hele landet.

Etter gjennomgang og systematisering det innkomne materialet, ble det avholdt et møte mellom forskerne og den ressursgruppen KS har etablert for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På dette møtet ble materialet gjennomgått og det ble diskutert en ytterligere konkretisering av kriterier for å velge ut modeller. Gruppen ga også flere

anbefalinger med hensyn til hvilke av de gjennomgåtte modellene som burde kartlegges ytterligere, og dermed vil inngå i dokumentasjonen fra prosjektet.

### 3.1 Kriterier for valg av modeller

I dialog med KS ble følgende perspektiver fremhevet som sentrale i de samhandlingsmodellene som skulle kartlegges og dokumenteres:

- (1) Samarbeidsmodellene skal være basert på *likeverd* mellom foretak og kommune:
  - Det gjelder måten modellene er blitt utformet og etablert på
  - Det gjelder selve innholdet i modellene
- (2) Samarbeidsmodellene må ha fungert over tid. Det var ikke et ønske å si noe eksakt om hva som ligger i dette, men det ble antydning at avtalen/modellen bør ha vart i minimum ett år.
- (3) Det skal *være formulert mål for samarbeidet*, og det skal være *mulig å dokumentere resultater*. Uansett formelle mål for samarbeidet, bør det være mulig å dokumentere hvordan samarbeidet rent faktisk fungerer og hvilke erfaringer aktørene har med samarbeidet.
- (4) Modellene skal omhandle pasientgrupper som er viktige for begge nivåer, og hvor *kravet til samarbeid, samordning og samhandling* er stort. Videre ble det fremhevet noen *eksempler* på pasientgrupper hvor det erfaringsmessig viser seg at det er viktig med god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten:
  - Pasienter med psykiske lidelser
  - Pasienter med rusproblemer
  - Pasienter med kroniske sykdommer
  - Geriatiske pasienter
  - Barn med medfødte funksjonshemminger
  - Alvorlig syke og døende pasienter
  - Rehabiliteringspasienter

For å dokumentere de utvalgte samhandlingsmodellene ble det gjennomført samtaleintervjuer med de aktuelle kommunene og foretak. Samtaleintervjuene foregikk med utgangspunkt i en delvis strukturert intervjuguide. På bakgrunn av intervjuene ble det utarbeidet en et sammendrag av modellene etter en felles disposisjon. Beskrivelsene av modellene ble deretter oversendt kommunene og helseforetakene for kommentarer og kvalitetssikring.

---

Hver enkelt samhandlingsmodell er altså kartlagt og beskrevet i henhold til en fastlagt intervjuguide/evalueringsguide som ligger vedlagt denne statusrapporten.

### 3.2 Oversikt over modeller som er beskrevet

Følgende samhandlingsmodeller er valgt ut. En nærmere beskrivelse av hver enkelt modell finnes i kapitlene 7 til 22 i rapporten.

Tabell 4.1 Utvalgte samhandlingsprosjekter

Kapittel	Tema	Kommune	Helseforetak
Kap. 7	Samarbeid om desentraliserte spesialisthelsetjenester med hovedvekt på speisalistpoliklinikken i Alta og sykestuefunksjonene ved det distriktsmedisinske senteret i Alta	Alle kommuner i Helse Finnmark sitt opptaksområde	Helse Finnmark
Kap. 8	Samarbeid om spesialiserte korttidsplasser, intermediearenhet ved Søbstad sykehjem og palliativ avdeling ved Havstein sykehjem	Trondheim kommune	St.Olavs Hospital
Kap. 9	Samarbeid om helhetlig helsetjeneste via samordning, kontinuitet og faglig kvalitet gjennom hele pasientforløpet	Alle kommuner i Helse Fonna sin sitt opptaksområde	Helse Fonna
Kap. 10	Samarbeid om legevaktfunksjoner for innbyggere i Bergen kommune og skadebehandling med integrert spesialist- og almenhelsetjeneste	Bergen kommune	Helse Bergen
Kap. 11	Samarbeid om IKT-basert pårørendestøtte via PC og bildetelefonti med læringsprogram tilpasset eldre pårørende	Kommunene Tønsberg og Nøtterøy	Sykehuset Vestfold
Kap. 12	Samarbeid for å sikre at barn og unge med behandlingsbehov får et adekvat behandlingstilbud i skjæringspunktet mellom barne og- ungdomspsykiatrien(BUP) og kommunehelsetjeneten	Kommunene Grimstad og Birkenes	Sykehuset Sørlandet
Kap. 13	Samarbeid om nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten	Skien kommune	Sykehuset Telemark
Kap. 14	Samarbeidsavtale på tjenestenivå innen psykisk helse, samt en delavtale på tjenestenivå for barn- og unge	Notodden kommune	Sykehuset Blefjell
Kap. 15	Samarbeid om etablering av et geriatrisk senter i skjæringspunktet for tjenesteproduksjonene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	Drammen kommune	Sykehuset Buskerud
Kap. 16	Samarbeid om overordnede samarbeidstiltak og avtaler på tvers av etatsgrenser og forvaltningsnivåer for å styrke allerede iverksatte tiltak	Kommunene Asker og Bærum	Sykehuset Asker og Bærum
Kap. 17	Samarbeid om styrking av det helhetlige behandlingstilbudet og samarbeidet omkring eldre og kronikere	Fredrikstad kommune	Sykehuset Østfold
Kap. 18	Samarbeid om tiltak for å sikre helhetlige tjenester på tvers av forvaltningsnivåene ved å tydeliggjøre ansvar, rutiner, kommunikasjon og informasjonsoverføring	Kommunene Åsnes, Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Nes	Sykehuset Innlandet
Kap. 19	Samarbeid for å unngå å flytte vanskelig flyttbare pasienter ved å gi dem tilbud om mobilt røntgenbildetaking	Oslo kommune	Ullevål sykehus
Kap. 20	Samarbeid for å hindre unødige innleggelses fra sykehjem ved å utvikle rutiner og prosedyrer for samhandling og tilrettelegge for tidlig utredning, diagnostisering og behandling	Oslo kommune	Ullevål sykehus
Kap. 21	Samarbeid mellom DPS og fastlege/bydel omkring felles pasienter med psykiske plager ved å utvikle samarbeidsrutiner og arbeidsmåter	Bydel Frogner, Ullern og Vestre Aker	Diakonhjemmet
Kap. 22	Samarbeid om bosetting av mennesker som har oppholdt seg i psykiatriske institusjoner i mange år ved å samlokalisere bydelens boliger med DPS sine polikliniske tilbud- og dagrehabiliteringsopphold	Bydel Grünerløkka	Lovisenberg sykehus

## 4 Generelle erfaringer

I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av de viktigste erfaringene/læringspunktene fra de utvalgte samhandlingsmodellene. Dette er de punktene som er vurdert å være de mest avgjørende for å få til vellykkede resultater og gode relasjoner i samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette betyr naturligvis ikke at alle de vi har snakket med har trukket fram disse punktene, eller at alle punktene har vist seg like viktige i alle modellene. Men disse punktene har gjennomgående vist seg sentrale og gir etter vår vurdering et godt overordnet bilde av hva det er viktig å legge vekt på for å få et godt samarbeid til å fungere i praksis og over tid.

### 4.1 Overordnet forankring i et avtalesystem

De aller fleste vi har intervjuet, trekker fram betydningen av at samarbeidet er basert på et helhetlig avtalesystem. Det vil si at det inngås avtaler mellom partene både på system-, tjeneste- og individnivå. Det betyr ikke nødvendigvis at samarbeidet alltid må begynne på toppen. I mange tilfeller begynner samarbeidet i det små – ved at noen ønsker å forbedre samarbeidsrutiner, etablere hospiteringsordninger eller i fellesskap utvikle et bedre tilbud til en pasientgruppe.

Ofte oppnår man gode resultater uten at det på forhånd er inngått formelle samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Men det er klare indikasjoner på et mønster i at det praktiske samarbeidet ofte trenger en overbygning for å bestå over tid, og for ikke å bli for avhengig av enkeltpersoner. Det er flere grunner til at en slik overbygning virker fordelaktig:

- Det understreker viktigheten av samarbeidet at den øverste administrative ledelsen selv deltar og underskriver avtaler
- En overordnet forankring bidrar til at problemer i samarbeidet som skyldes mer overordnede/strukturelle forhold lettere kan få en løsning
- En slik forankring gjør også at samarbeidet lettere går fra arbeidet med rutiner og mer praktiske spørsmål til også å få et mer strategisk element

Men selv om det er viktig med overordnede systemer og avtaler, viser også våre eksempler at ildsjeler og entusiaster klarer å få til betydelige resultater uten avtalemessig overbygning.

---

## 4.2 Lederstøtte på høyt nivå, men ikke glem fagfolkene

Dersom samarbeidet skal utvikle seg til noe mer enn "bare" forbedring og utvikling av rutiner, viser vår gjennomgang at det må forankres på høyt ledernivå – både i kommunene og i helseforetakene. I tillegg må lederne ha forståelse for viktigheten av å samarbeide over forvaltningsnivåene. En av informantene fremhevet: *"Vi er helt avhengige av helseforetaksdirektører som forstår betydningen av helhetlige pasientforløp."* Når det er sagt, kommer man liten vei i samarbeidet uten å ha et aktivt engasjement fra fagfolkene. I praksis er det her snakk om "både/og"!

En kombinasjon av lederstøtte på høyt nivå og aktiv involvering av fagfolk synes å være viktig av flere grunner:

- Samarbeid krever tid og ressurser, og det kan ta noe tid før resultatene viser seg. Av den grunn er det viktig at den øverste ledelsen stiller seg bak, og aktivt gir samarbeidet sin støtte.
- Et aktivt lederengasjement på høyt nivå er også ofte avgjørende for å sikre at de forbedringer som er utviklet innenfor rammene av prosjekter (mange av forbedringene vi beskriver har blitt utviklet på denne måten), blir omsatt til forpliktende praksis i linjeorganisasjonen.
- Samtidig er det som regel det praktiske samarbeidet mellom fagfolkene som bidrar til å skape de resultater pasientene merker, eller de som gir forenklinger og forbedringer i det daglige. Slike forbedringer har fagfolkene de beste forutsetninger for å utvikle.
- Det er også viktig at det er fagfolkene selv – gjerne sammen med pasientene/brukerorganisasjonene – som utvikler de løsninger og forbedringer de senere skal gjøre bruk av. All erfaring fra endrings- og utviklingsarbeid viser at det folk selv har vært med å utvikle, følger de også mer lojalt og forpliktende opp i praksis.

## 4.3 Betydningen av strategiske prosesser

Mange av samhandlingsprosessene har startet på et relativt praktisk og rutinemessige nivå. Det kan for eksempel dreie seg om samarbeid knyttet til inn- og utskrivning av pasienter, tidsfrister for å skrive epikriser, hospiteringsordninger, avvikshåndtering, felles kompetansetiltak m.v. For å skape kontinuitet, entusiasme og utvikling i samarbeidet, ser det ut til at det etter hvert er nødvendig å bringe inn et mer strategisk element. Det vil si at partene på relativt høyt nivå bør engasjere seg i spørsmål av typen: Hvilke samarbeidsutfordringer er det viktig at vi nå setter på dagsorden og hvorfor? Ved å reise den type spørsmål ansvarliggjøres toppledelsen, og samarbeidet griper tak i stadig viktigere og mer

grunnleggende problemstillinger. Samarbeidet i Asker og Bærum er et eksempel på at man har gått fra ”rutinesamarbeid” til mer strategiske temaer. Et annet eksempel på formalisering av samarbeidet er når samarbeidspartene etablerer samarbeidsutvalg for drøfting av strategiske og sentrale føringer i samhandlingen.

Det synes å være flere grunner til at det er viktig å gradvis bringe inn et strategisk element i samarbeidet:

- Det tvinger partene til mer systematisk å analysere utviklings- og endringsbehov i samarbeidet partene i mellom. På den måten settes mer grunnleggende problemstillinger knyttet til tjenestetilbudet på dagsorden, og det skjer ofte mer radikale og gjennomgripende endringer i måten tilbudet gis på.
- En sterkere strategisk forankring bidrar også til å skape større likeverd og gjensidighet i samarbeidet. Det er mye som tyder på at vel mye av initiativet i samarbeidet ligger hos helseforetakene der hvor samarbeidet utvikles uten en slik strategisk overbygning og forankring.
- Et mer strategisk fokus forutsetter som regel også et grundigere analysemateriale og dermed også mer gjennomarbeidede og forpliktende prosesser, rett og slett fordi de spørsmål og problemstillinger som settes på dagsorden har større rekkevidde for begge parter.

#### **4.4 Representative ordninger for deltakelse og involvering**

Det kan ofte representere en utfordring å få til et funksjonelt samarbeid der hvor ett foretak skal samarbeide med flere kommuner. Mange foretak skal samarbeide forpliktende med mer enn 20 kommuner. Hvis alle kommunene skal delta i prosessen med å utvikle nye rutiner, nye retningslinjer m.v., kan organiseringen av samarbeidet og samhandlingen fort bli tungvint og ressurskrevende. Flere steder har man derfor etablert en ordning med representasjon, hvor en eller to kommuner stiller som representant for de andre kommunene i opptaksområdet. Eksempler på dette er samarbeidet rundt Helse Fonna, ved Kongsvinger sykehus og St. Olavs Hospital i Trondheim. Flere informanter har pekt på at det er viktig å finne praktiske måter å ordne dette på, slik at samarbeidet både blir effektivt - samtidig som likeverdet i samhandlingen blir ivaretatt.

Det er viktig å presisere at slike ”representative ordninger” ikke må innebære at noen kommuner – sammen med foretaket – skal trekke løsninger ned over hodene på andre kommuner i opptaksområdet. Alle kommunene må naturligvis selv fatte vedtak om de ordninger de skal gå inn i. Poenget er at utviklingen av ordningene – det å utarbeide et forslag/

---



modell, godt kan skje i et samarbeid mellom foretaket og et utvalg av kommunene.

Stadig flere helseforetak har etablert ordninger med såkalte samhandlingsenheter og samhandlingsansvarlige. Det betyr ikke at de skal overta ansvaret fra linjeledelsen. Men de bidrar ofte med ressurser, prosjektledelse, analysebistand, evaluering av iverksatte tiltak og lignende. Etablering av slike enheter skjer ikke bare ved de store sykehusene, men også relativt små sykehus har gjort gode erfaringer med dette.

Det er flere grunner til at "representative ordninger" og samhandlingsansvarlige kan være hensiktsmessig:

- De store helseforetakene møter kommunene med ledere som er vant til å tenke og agere strategisk. Små kommuner med en til dels oppdelt organisasjon kan ha problemer med å komme tilstrekkelig til orde i disse prosessene, og ikke minst til å sette dagsorden for samarbeidet i den grad de kunne ønske.
- Den kommunale organiseringen kan i samhandlingen representere en utfordring, og vår vurdering er at kommunene gjør klokt i å arbeide målstyrt med hvordan de kan opptre samlet og målrettet. En løsning for kommunene kan være å etablere en "samhandlingsansvarlig". Det gjelder særlig i de kommunene som har etablert svært flate strukturer.
- Endelig ligger det en effektiviseringsgevinst i at kommunene deler på oppgavene med å delta i utviklings- og prosjektarbeidet.

#### **4.5 Dedikerte ressurser og egne prosjektledere**

I mange av modellene trekkes det fram som et viktig bidrag til suksess at det er satt av egne ressurser til prosjektene, og at det er tilsatt egne prosjektledere. Det er neppe riktig å si at dette er en forutsetning for å lykkes, men det er liten tvil om at det i flere av modellene har vært et helt sentralt forhold i samarbeidet. I svært mange av de modellene vi har studert, er det helseforetakene som stiller med disse ressursene. Ofte finansieres utgiftene i en form for spleiselag.

Det er flere grunner til at det kan være nyttig å sette av egne ressurser til utviklingen av samhandlingsmodeller:

- For det første har det vært nødvendig å bruke ganske mye ressurser for å utvikle en del av disse modellene, det har vært nødvendig å trekke inn mange personer, og utviklingsarbeidet har gått over tid. Erfaring viser at det da ofte er hensiktsmessig å organisere utviklingsarbeidet som et prosjekt.

- Det gir ofte også større forpliktelse i arbeidet dersom det organiseres på denne måten. Ved å definere en arbeidsoppgave ut av den vanlige linjeorganisasjonen settes det et skarpere fokus på den, noe som erfaringsmessig gir bedre og hurtigere framdrift. En prosjektleder vil ofte også ha en viktig funksjon med hensyn til å oppsummere og dokumentere arbeidet, og dermed sikre framdrift.
- Kompleksiteten i denne type arbeid skal heller ikke undervurderes. I mange av modellene trekkes det fram at prosjektleder har hatt en kompetanse som har vært viktig for å skape en god prosess og et godt resultat.

Når vi ovenfor trekker fram viktige argumenter for å sette av dedikerte ressurser til modellutviklingen, gjerne i form av egne prosjektledere, er det like viktig å understreke at overgangen fra prosjekt/pilot til drift også må planlegges og forankres godt. Ikke minst er dette viktig i de tilfellene hvor noen kommuner har deltatt i utviklingsarbeidet, men hvor det er flere som skal innføre/ta i bruk resultatene og de nye løsningene.

#### 4.6 Kulturbygging og utvikling av felles forståelse

Det er et nokså entydig bilde som tegnes av at samarbeid tar tid, og at felles forståelse og gjensidig respekt er viktige forhold i et varig samarbeid. Mange kommer med uttalelser av typen: *”Det var først etter at vi hadde sittet sammen i flere møter at vi begynte å forstå hverandres posisjoner og synspunkter”*. *”Det var helt avgjørende at vi fortalte hverandre hvilke arbeidsoppgaver vi hadde, og hvordan det arbeidet den andre parten gjorde påvirket våre muligheter til å gjøre en god jobb”*. Det å skape felles forståelse og respekt for hverandres ståsted framheves som viktig i flere av modellene. Eksempelvis har samhandlingen omkring Kongsvinger Sykehus og Helse Fonna systematisert hospiteringer, møteforum for pleiepersonal og undervisningsutvalg mv.

Det er flere grunner til at det bør legges arbeid i kulturbygging og utvikling av felles forståelse:

- Særlig etter at sykehusene ble omdannet til statlige helseforetak har rammebetingelser og styringssystemer blitt mer forskjellige i sykehusene og i den kommunale helse-, omsorgs- og rehabiliteringstjenesten. Helseforetakene har tatt i bruk flere elementer fra privat sektor i sin styring. Det gjør at de to samarbeidspartnerne må bruke tid på å finne ut av hverandres styringssystemer, beslutningsprosesser og organisasjonsformer.
- Det er også slik at variasjonsbredden er betydelig større i den kommunale organiseringen enn når det gjelder helseforetakene. Det er viktig at samarbeidet baseres på respekt og forståelse for det

kommunale selvstyret på dette området. Også det krever tid og tålmodighet.

- Uavhengig av organisasjonsform er det er også andre betydelige forskjeller mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sykehusene er fortsatt langt mer "institusjonelle" i sitt perspektiv og sin arbeidsform, selv om det de siste årene har skjedd viktige endringer (ambulante team, veiledning overfor kommunene m.v.)

Å skape forståelse for hverandre rammebetingelser, arbeidsmåter, oppgaver og kultur krever tid, respekt og tålmodighet. Og det forutsetter at begge parter har en grunnleggende respekt for den andre partens særtrekk.

## 4.7 Likeverd

I punktet foran var vi inne på viktigheten av likeverd i samarbeidet. Likeverd er imidlertid så viktig at vi finner grunn til å trekke det fram som et eget punkt. Likeverd sikter til den helt grunnleggende forutsetningen som ligger i at samarbeidet er basert på gjensidig respekt mellom partene. Men selv om man skal ha lik verdi i samhandlingen betyr det ikke nødvendigvis at partene er like hva gjelder kompetanse og spesialiteter. I mange sammenhenger vil foretakene representere den høyeste spesialistkompetansen i forhold til diagnoser, prosedyrer og lignende. Men det betyr bare at de *kan noe annet* enn de som kommer fra kommunene, og at den kommunale kunnskapen er *like mye verd*. Å akseptere likeverd – både i prisnippet og i praksis – samtidig som er klar over ulikheten, er helt grunnleggende for å få på plass et samarbeid som er bærekraftig over tid. Likeverdet mellom partene kommer blant annet til uttrykk i bevisstheten om at man har ulike roller og ståsteder, men den ene er ikke viktigere eller mer høyverdig enn den andre.

Det er flere grunner til at likeverd i relasjonen er så grunnleggende viktig:

- For det første dreier likeverd seg om det helt grunnleggende aspektet i ethvert samarbeid; nemlig å bli respektert for det man står for, den rolle man har og den kompetanse man besitter.
- Dette er igjen en forutsetning for å skape trygghet og tillit i samarbeidsrelasjonen – både på det systemmessige plan, på tjenestenivå og i forholdet til pasientene.
- Endelig dreier likeverd – slik vi bruker begrepet her – seg om å ha en reell interesse for hva den andre parten kan, gjør, og står for. Skal spesialist- og primærhelsetjenesten sammen kunne gjøre en god jobb overfor pasientene, er de helt avhengige av å forstå og respektere hverandres ulike roller, ståsteder og oppgaver.

## 4.8 Veilede uten å innta ekspertrollen

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten, og den har blitt styrket de senere årene. Denne veiledningsplikten kan imidlertid utøves på mange måter. Ekspertrollen vil i de fleste tilfeller være lite velegnet. Årsaken til dette er at holdninger som ikke ivaretar den andre part sine kunnskapsområder i liten grad bidrar til et fruktbart samarbeid. For det andre, og kanskje like viktig, bidrar den ofte til å skape passivitet hos den annen part.

Poenget med samarbeid og samhandling er å utnytte og utvikle begge parter kompetanse, erfaringer, holdninger og ressurser for øvrig. Da er det viktig å ha som utgangspunkt at begge parter har kunnskap som det er nyttig for den annen part å få del i.

En konstruktiv veiledningsrolle er viktig av flere grunner:

- Den gjør det lettere å overføre oppgaver fra den ene parten til den andre (ofte fra foretakene til kommunene) fordi kommunene vet at foretakene stiller opp med sin kompetanse, og driver veiledning i tråd med det som er forutsetningene i lov om spesialisthelsetjenester.
- I tillegg skaper systematisk veiledning den nødvendige trygghet hos kommunene. I kompliserte systemer som vi her snakker om, skapes trygghet primært når aktørene har en følelse av å mestre sine oppgaver. Konstruktiv veiledning er et viktig bidrag til å skape en slik mestringsfølelse.
- Konstruktiv veiledning bidrar også – dersom den gjøres på riktig måte – til å skape det likeverd som vi beskrev i punkt 4.7, og som på mange måter er selve fundamentet for samarbeidet.

## 4.9 Sikre gode overganger fra prosjekt og forsøk til drift

Mange av samarbeidsmodellene synes å starte som prosjekter eller forsøk. Dette er ofte situasjoner hvor enkelte ser behovet for endringer, eller får i oppdrag å utvikle tiltak som kan lette og forbedre samarbeidet. I flere av samhandlingsmodellene ligger det en utfordring i å få til gode overganger mellom prosjektfasen og implementeringsfasen. Selv i de samarbeidsmodellene som har vart lenge, sliter man ofte med å få organisasjonen som helhet til å ta i bruk og leve etter nyordningen. Et sterkt fokus på mellomlederne har i mange situasjoner vist seg som gode bidrag til å få omsatt endringene i praktiske tiltak. God kommunikasjon og aktivt oppfølging fra ledere på høyere nivåer er som nevnt også viktige forhold.

---

Dette er noen viktige grunner til at overgangen fra prosjekt til drift må planlegges godt og gjennomføres systematisk:

- Det er en generell utfordring i alle typer endringsprosesser å sikre at resultater av prosjektarbeid blir omsatt til praktisk handling i den vanlige linjeorganisasjonen. Når det er mange aktører med, som det ofte er i disse samhandlingsmodellene, blir det en ekstra utfordring å sikre god implementering.
- Erfaring fra mange av modellene viser at de som har satset sterkt på å involvere linjelederne på mellomnivå, og forankret arbeidet hos disse, ofte lykkes best. Det er disse lederne som på mange måter styrer praksisfeltet. Hvis disse ikke har vært med i prosessen, eller forstår hva endringene er ment å innebære, skjer det ofte lite, og det blir vanskelig å få gjennomført endringene.
- Etter hvert som samarbeidet har blitt mer omfattende og også mer komplekst, vil det ta lenger tid fra forslag foreligger til implementering er gjennomført. Det krever at gjennomføringen planlegges og følges opp mer systematisk – gjerne i form av milepæler og relativt systematisk rapportering av resultater. Gjennomgangen viser at de som har planlagt implementeringen grundig og forankret den godt, lykkes best.

#### 4.10 Evaluere resultater og dokumentere avvik

I mange av modellene har aktørene gode erfaringer med systematisk dokumentasjon både av hvilke tiltak som er iverksatt og evaluering av hvilke effekter tiltakene har gitt. Dette fremstår som en god strategi da det gir nødvendig trygghet for at iverksatte tiltak virker etter hensikten. Det gir også gode argumenter for å iverksette nye samhandlingstiltak, og grunnlag for å justere kursen underveis. Det siste gjelder særlig der hvor det også er iverksatt ordninger med avvikshåndtering.

Det er flere grunner til at dokumentasjon og evaluering er viktig:

- Det viser at tiltakene rent faktisk blir gjennomført (jfr. punkt 4.9.), noe som ikke alltid er like selvsagt. I organisasjoner som ikke alltid er like sterke på implementering, er det et viktig pedagogisk poeng.
- Det viser at tiltakene ikke bare er gjennomført, men at de også virker etter hensikten, og muliggjør korrigerende tiltak dersom så ikke er tilfelle.
- Det skaper læring. Systematisk oppsummering og evaluering bidrar til å øke innsikten i hvilke grep som må til for å skape resultater.
- Sist, men ikke minst, bidrar gode resultater til å skape tro på at samarbeid og samhandling nytter og er til det beste for begge parter. I flere av de modellene vi har beskrevet er det lagt betydelig arbeid i å dokumentere og analysere resultater og bringe disse

tilbake til de som sitter i ansvarlige posisjoner i helseforetakene og kommunene.

#### 4.11 Fokuser på og hold fast ved brukerperspektivet

Brukerperspektivet har vært relativt sterkt i de aller fleste av de samhandlingsmodellene vi har beskrevet. Svært mange av modellene og tiltakene har et direkte brukerperspektiv. I flere av dem har også representanter for brukerne deltatt direkte i utviklingsarbeidet. Vi tror det er en av grunnene til at så mange av dem har lyktes. Når en holder strengt fast ved brukerperspektivet, blir ofte interne uenigheter i organisasjonene satt til side til fordel for gode løsninger.

Det er flere grunner til at det er så viktig å holde fast ved brukerperspektivet i samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene:

- Pasientene/brukerne av helsetjenester er lite opptatt av de organisatoriske skillene i helsevesenet. De er opptatt av å bli skikkelig utredet, av å få riktig behandling og god omsorg. Hvis samarbeidspartnerne fokuserer på brukerperspektivet, blir utgangspunktet i størst mulig grad hva som er det beste og det riktige for pasientene ut fra hva pasienten har behov for til enhver tid. Et slikt perspektiv bidrar således til å fokusere på pasientbehov og pasientløp, og ikke på organisasjonenes behov og interesser.
- Vår erfaring er også at et slikt fokus gir den største motivasjonen for deltakerne. Fagfolkene i helsevesenet har en sterk identifikasjon med pasientene og deres behov. Den beste garantien for å trekke dem med i forpliktende samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser, er å *sette pasienten i sentrum*.
- Et slikt fokus bidrar også til å trekke pasientene og/eller pasientorganisasjonene inn i forbedringsprosessene, noe som er en viktig forutsetning for et godt og brukertilpasset helsevesen. I flere av samhandlingsmodellene er slik involvering gjort med vellykket resultat.

#### 4.12 Sats på løsninger, ikke på problemer

I flere av modellene har det vært fokusert mer på løsninger enn på problemer. Løsningsfokusert tilnærming (LØFT) er etter hvert blitt en anerkjent og mye brukt arbeidsmetodikk. Flere av de vi har snakket med i prosjektene har benyttet denne arbeidsmåten. Det fremheves at det å sette seg ned sammen og beskrive hvordan situasjonen bør være når samarbeidet fungerer optimalt, kan være et viktig bidrag til et godt resultat. Flere av aktørene i samhandlingsmodellene har god trening i slik arbeidsmetodikk.

---

Dette er noen grunner til at løsningsfokuserede arbeidsmåter kan være velegnede:

- Ved å fokusere på løsninger og på hvordan man vil at samarbeidet skal fungere i framtiden, unngår man det vanlige fokuset på problemer og derav ofte behovet for å fordele skyld og ansvar. Det kommer ofte lite ut av forsøk på å fordele skyld, og det er som regel vanskelig å få partene til å bli enige.
- Det er erfaringsmessig langt mer energi i en arbeidsform hvor partene sammen beskriver hvordan de i framtiden skal samarbeide og samhandle. Altså hvilke løsninger de ønsker.
- LØFT er også en velegnet metode for å gå de "små skritt". Forbedringer i samarbeid skjer oftere gjennom mange og små, men systematiske skritt. LØFT fokuserer ofte på hvilke tegn partene ser på at de er på vei mot målet. Å registrere og dokumentere disse tegnene, gir god motivasjon i arbeidet med å realisere målet.
- LØFT er gjerne rettet mot hva partene konkrete gjør når samarbeidet fungerer. Det er således en enkel metode, som er svært atferdsrettet.

#### **4.13 Ta utgangspunkt i lokale utfordringer og behov**

Det er stor variasjonsbredde i de modeller som er utviklet og som nå prøves ut. En vesentlig grunn til at flere av de modellene vi har beskrevet kan karakteriseres som vellykkede, er at de ikke har forsøkt å kopiere andre. Modellene er derimot vokst ut av behov som de lokale parter har ansett som viktige. På den måten blir både utfordringer og løsninger forankret i lokale behov. Et godt eksempel på dette er den spesialistpoliklinikken vi har beskrevet i Alta, og ikke minst bruken av Telemedisin generelt i Finnmark. Men det er også modeller som har hentet inspirasjon av andre, samtidig som arbeidsformen er tilpasset til lokale forhold.

Det er flere grunner til at lokale behov, interesser og utfordringer bør være styrende for utviklingsarbeidet:

- Norge er et langstrakt land, norske helseforetak er ulike i størrelse og funksjon, og norske kommuner er ulike både i størrelse og organisatorisk struktur. Alt dette er forhold som tilsier at utvikling og fokus i samarbeidet og samhandlingen mellom helseforetak og kommuner må tilpasses lokale utfordringer og behov. Det øker treffsikkerheten på tiltakene.
- Erfaring viser også at tiltak og løsninger som er utviklet av parter i fellesskap, er langt bedre forankret enn de som er kopiert fra andre steder – rett og slett fordi eierskapet til løsningene og modellene er større.

- Det er mer motiverende og lærerikt å utvikle egne løsninger og tiltak.

Når vi ovenfor har understreket viktigheten av å utforme lokale løsninger, betyr ikke det at ikke norske kommuner og helseforetak bør lære av og hente inspirasjon hos hverandre. Dette FOU-prosjektet har som sitt viktigste siktemål å beskrive, dokumentere og analysere velfungerende modeller. Det gjelder både hvordan modellene er blitt utviklet og hvilket innhold de har. Hensikten med det er igjen å øke læringstakten og erfaringsoverføringen. Det vi advarer mot i punktene ovenfor, er å ta kopier. Man bør la seg inspirere av andre, men ikke kopiere dem.

#### 4.14 Betydningen av finansieringssystemet

De aller fleste av de modellene som er tatt med er gjennomført innenfor rammene av eksisterende finansieringsordninger. Det betyr at det sannsynligvis ligger et betydelig potensial for forbedring innenfor eksisterende finansieringsmodeller. Der er imidlertid også tatt med modeller hvor partene har utviklet egne finansieringsordninger. Det gjelder særlig der hvor sykehusene har bidratt med finansiering av forsterkede sykehjemsavdelinger. Effektene av disse avdelingene synes å ha vært gode. Det synes dermed mulig å forbedre samhandlingen uten å endre finansieringssystemene, men det er også situasjoner hvor begge partene tjener på en viss tilpasning av finansieringssystemene.

Dette er noen årsaker til at det kan være gode grunner til å se nærmere på finansieringsordningene, men mye av samarbeidet kan utvikles også uten at finansieringssystemene endres:

- Svært mange av samarbeidsmodellene og forbedringstiltakene har ingen kostnader over hode, bortsett fra arbeidet med å utvikle dem. Tvert i mot vil mange av dem kunne gi en økonomisk gevinst eller bidra til økt effektivitet.
  - I et lengre perspektiv er det grunn til å anta at de økonomiske konsekvensene knyttet til samarbeidet vil fordele seg noenlunde likt mellom partene. Det er i hvert fall lite i vårt materiale som tyder på at den ene eller den andre parten systematisk vinner på samarbeidet.
  - Gitt ovennevnte to punkter vil vi likevel understreke at det i enkelte sammenhenger kan være fornuftig av partene å diskutere en oppmykning av eksisterende finansieringsmodeller/-ordninger. Det er i materialet flere gode eksempler på at dette har vært vellykket. Men vi vil da anbefale partene å formulere klare mål for hva de vil oppnå, og evaluere forsøkene/modellene systematisk. På den måten
-



kan det skaffes dokumentasjon på hvilke effekter, både økonomiske, faglige og andre, modellene har.

## 5 Formidling og læring

Flere viktige forhold omkring formidling og læring viser seg å være sentrale gjennom de ulike samhandlingsmodellene. I hvilken grad man har arbeidet med formidling og hvordan dette arbeidet er gjennomført, ser imidlertid ut til i en viss grad å henge sammen med hvilken type samhandlingsmodell det arbeides med.

Flere av modellene har forhold som minner om hverandre. Dette kan tyde på at det foregår en viss formidling av kompetanse mellom ulike sykehus og kommuner. Eksempel på dette er Helse Fonna og Kongsvinger, og samarbeidet omkring sykehjemsprosjektet ved Ullevål sykehus i Oslo og samarbeidet omkring eldre og kronikere i Fredrikstad.

I denne sammenheng er konferanser, beskrivelser og dokumentasjon viktige forhold for å utvikle og hente inspirasjon til videre utviklingsarbeid. Flere av informantene opplyser også at de har deltatt på foredrag og konferanser. Et eksempel på dette er samhandlingsforumet arrangert av samhandlingsenheten ved Ullevål sykehus.

I Helse Øst er det et eget samhandlingsnettverk med de samhandlingsansvarlige ved helseforetakene. Parallelt med dette er det i enkelte kommunenettverk opprettet egne fora hvor samhandling er gjort til et viktig tema. Eksempel på dette er 12K nettverket i Vestfold, hvor det er satt i gang et arbeid med å utvikle et eget og mer moderne opplæringsprogram i regi av nettverket.

Flere av samhandlingsmodellene er godt dokumentert og evaluert. Dette er i stor grad modeller som har et helhetlig og overordnet perspektiv. Dokumentasjon av prosjektet og arbeidsmetodene forenkler både eksternt og intern formidling. Andre modeller er ikke dokumentert, og her fungerer samhandlingen ved at det er fortløpende utvikling av rutiner etter behov.

I hvilken grad samarbeidet er forankret strategisk i ledelsen varierer. Innsamlingen av ulike modeller tyder imidlertid på at flere og flere helseforetak og kommuner får på plass slike avtaler. Men utfordringene knyttet til samhandling mellom fagpersonell, enheter og forvaltningsnivå synes å være en nasjonal utfordring, som løses ved både lokale og overordnede initiativ.

Det er flere eksempler på at samarbeidet styrkes ved at det etableres parallelle og tilsvarende tiltak på sykehus- og kommunenivå. Eksempler på dette er at St. Olavs Hospital etablerte en fallpoliklinikk og kommunene samtidig egne fallteam. Et annet lignende tiltak er gjensidig

---

hospitering på sykehus og i kommunen. Helse Fonna har over lengre tid arbeidet med denne metoden, som bidrar til forankring, læring og kompetanseutveksling mellom ansatte i sykehus og kommune.

I flere av modellene er samhandlingen blitt til ved at enkelte ildsjeler har tatt tak i problemstillingene. Gjennom det daglige arbeidet har de sett behovet for nye tiltak og utvikling av rutiner. Et godt eksempel på dette er hvordan Vinderen DPS (Oslo) har arbeidet i forhold til fastlegene. Ved å fortløpende motivere, informere og formidle ideer og rutiner har man opparbeidet samhandlingsrutiner på et lokalt nivå uten at det fører til merkostnader for aktørene.

I hvilken grad det benyttes informasjon via internett og intranett i kommuner og foretak synes å variere. Men det virker generelt som det er for liten fokus på å målstyre informasjon på nettet og utarbeide nyhetsbrev og retningslinjer for samarbeidet. Her er det trolig et stort potensial for de ulike kommunene og foretakene til å formidle gode ideer både internt og eksternt.

På bakgrunn av de beskrevne modellene vil vi trekke frem følgende eksempler på sentrale områder i forhold til formidling og læring.

- Utarbeid enkel og oversiktlig informasjon over hva samhandlingen omhandler.
- Opprett informasjonssider på internett hvor modellen(e) beskrives.
- Delta på aktuelle kurs og konferanser.
- Ta imot besøk/delegasjoner og reis på besøk til andre som har gjennomført spennende grep.
- Delta eller opprett nettverk for å gi og hente inspirasjon.
- Motiver, informer og tenk enkelt, god samhandling har ofte lave kostnader og er effektiviserende.
- Underveis i prosessen er det nyttig å fokusere på verdier, kulturbygging og kompetanseutveksling. Gjensidig hospitering viser seg i flere tilfeller å være et viktig tiltak.

## 6 Noen overordnede vurderinger og perspektiver

Vi har i kapittel 4 gjort rede for viktige generelle erfaringer som synes å bidra til god samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I kapittel 5 har vi gitt eksempler på hvilke kanaler og virkemidler som er benyttet for å formidle erfaringer og bidra til læring på tvers av helseforetak og kommuner. I dette kapitlet vil vi gi en mer overordnet vurdering av det materialet vi har gjennomgått.

### 6.1 Helseforetakene: Fra institusjonsbygging til samhandling

For å forstå utviklingen i samarbeidet og samspillet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten kan det etter vår vurdering være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i den sykehusreformen som ble gjennomført fra 1. januar 2002. Reformen var ambisiøs og forutsatte vesentlige strukturelle og atferdsmessige endringer fra sykehusenes side.

Reformen ble presentert som en organisasjons- og ansvarsreform, og med klare premisser om langt mer entydige rollefordelinger innen og mellom de forskjellige nivåene – det nasjonale, det regionale og det lokale (med de enkelte sykehus).

Reformen hadde et todelt utgangspunkt. På den ene side representerte den en sentralisering av eierskapet til sykehusene gjennom overføring av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten og dermed en mulighet for bedre koordinering av tjenestene på dette nivå. Staten ble eier og myndighet for spesialisthelsetjenesten og ble samtidig tjenestekjøper. På den andre siden signaliserte reformen en vesentlig økt fristilling for de enkelte sykehus. Med reformen ble det enkelte sykehus organisert som selvstendige rettssubjekter i form av ”egentlige foretak”.

Den forutsatte økte fristilling for helseforetakene var blant annet basert på premisser om at det var sammenheng mellom på den ene side driftsøkonomisk effektivitet og på den andre side økt grad av selvstendig drift for produsentene av helsetjenester. I noen grad var det også et premiss bak reformen om sammenhengen mellom fristilling og konkurranse mellom produsentene (herunder både offentlige og private) på den ene side og økt effektivitet på den andre.

Styringsfilosofien i sykehusreformen var at den enkelte produsent i høyere grad skulle ha autonomi, men at roller, kompetanser og ansvar –

herunder forpliktelsene for det enkelte foretak – samtidig skulle tydeliggjøres, og at rammene for alle former for kontakt og samarbeid dermed skulle være tydelige, forutsigbare og klart formaliserte.

De enkelte helseforetakene skulle med den nye strukturen ha "reell myndighet og ansvar", men innenfor rammebetingelser som bidro til at det enkelte foretak også tok ansvar for helheten og den nasjonale helsepolitiske strategien. Det ble i forbindelse med reformen også understreket et fortsatt sterkt behov for nasjonal styring av spesialisthelsetjenesten, herunder et behov for prioritering av pasienter og aktiviteter i tråd med nasjonale føringer.

Det var en klar ambisjon med sykehusreformen at den skulle bidra til å presisere hvilke oppgaver som lå til spesialisthelsetjenesten og hvor i spesialisthelsetjenesten de ulike oppgavene skulle utføres. Samtidig ble det gitt uttrykk for at samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ikke måtte forringes; snarere tvert imot. Det ble imidlertid ikke i forbindelse med sykehusreformen gjennomført spesielle institusjonelle tiltak for å sikre samarbeidet.

De første årene etter gjennomføringen av sykehusreformen ble preget av en sterk konsolidering av de nye foretakene. Det skjedde gjennom flere typer tiltak. For det første ble sykehusene i mange av helseregionene slått sammen til færre og større helseforetak. Det skjedde med andre ord en organisatorisk konsolidering av sykehusene. Mange av de nye foretakene ble svært store. I tillegg skjedde det en intern utvikling med sterk vekt på klarere ledelses- og ansvarsforhold, tydeliggjøring av rapporteringsrutiner, større effektivitet og kortere ventetider. Alt dette bidro til at de nye helseforetakene fikk et sterkt fokus på interne forhold og egen effektivitet.

Det er neppe grunnlag for å si at den utvikling som er beskrevet i avsnittene ovenfor bidro til å gjøre samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten dårligere, men det var på mange måter naturlig at fokus i foretakene i denne perioden var rettet mot egen effektivitet og egen konsolidering. Det er vår vurdering at det er i ferd med å skje en betydelig endring på dette området. Både i Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene selv er det en økt erkjennelse av at det må rettes større oppmerksomhet mot samarbeidet med primærhelsetjenesten dersom helsetjenesten skal utvikle seg i ønsket retning, ressursene bli brukt så effektivt som mulig og pasientene få det tilbud de har krav på. Perspektivet synes således gradvis å endre seg fra å bygge egen organisasjon til å fokusere på samarbeid og samhandling.

Spesialisthelsetjenesten er gjennom lov pålagt å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at kommunehelsetjenesten

skal kunne løse sine oppgaver etter gjeldende lover og forskrifter. Veiledningsplikten omfatter både tjenester rettet mot enkeltpasienter, organisering og utforming av tjenestene, samt forebyggende virksomhet i kommunene.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2001 en pilotundersøkelse i samarbeid med fylkeslegene i Sogn og Fjordane og Sør – Trøndelag om hvordan sykehusene organiserer sin pasientrettede veiledning overfor kommunehelsetjenesten og om dette samsvarer med behovene. Denne undersøkelsen viste at sykehusene på det tidspunkt i liten grad utnyttet innleggelses- og utskrivingsituasjoner til å gi systematisk tilbakemelding til primærhelsetjenesten. Bare et mindretall av de som deltok i undersøkelsen syntes at den organiserte veiledningen fra spesialisthelsetjenesten var tilstrekkelig.

Det er vårt inntrykk at det har skjedd vesentlige forbedringer i måten spesialisthelsetjenesten nå utfører sin veiledningsplikt på. Ikke minst skjer den i større grad ute i kommunene. Den skjer også i større grad på kommunenes premisser og ut fra deres behov. Fortsatt er det nok likevel et ikke ubetydelig forbedringsbehov på dette området.

## **6.2 Kommunene: Fundament og koordinator i helsevesenet**

Den norske helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivåer som er forankret i henholdsvis kommunene og de statlige helseforetakene. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre aktører, slik som trygdekontor/Aetat/sosialkontor (NAV), skole/utdanningsystem m.v. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre – både i og utenfor helsetjenesten.

Primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten. Det er i kommunehelsetjenesten det absolutt største antallet pasient-/behandlerkontakter finner sted, og det er i kommunehelsetjenesten kontinuiteten i pasient-/legeforholdet må bygges opp.

En forankring av helsetjenesten i kommunene har som et av sine vesentlige siktemål å bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Den kommunale helsetjenesten er altså helt avgjørende for å sikre et godt samordnet og helhetlig tilbud til norske pasienter, men kommunene kan ikke greie denne jobben alene. De er helt avhengige av gode samarbeidsordninger med andre aktører både på system-, tjeneste- og individnivå. Det er også kommunehelsetjenesten som har det vesentligste ansvaret for å sikre riktig prioritering av ressursene og at behandling finner sted på riktig nivå.

---

Sykehusreformen var som nevnt en reform for spesialisthelsetjenesten og for en bedre styring av denne. I samme periode ble det imidlertid også gjennomført en fastlegereform. Denne skulle blant annet sikre at alle fikk tilgang til en fastlege og dermed også sikre bedre kontinuitet i pasient-/legerelasjonen.

Parallelt med de store organisatoriske reformene som lå i sykehusreformen og fastlegereformen har det skjedd en kraftig økning i ressursbruken i helsevesenet de siste 10 årene; ikke minst i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder både i Norge og i andre land. Økningen har likevel vært større i Norge enn i land det er naturlig å sammenlikne seg med. Denne utviklingen har naturlig nok medført store krav til organisering, faglig kvalitet og kostnadseffektivitet i de ulike delene av helsevesenet. Men den stiller også store krav til samhandling, samarbeid og tverrfaglighet.

Det er mange grenseoverganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og det pågår en kontinuerlig debatt for å sikre en hensiktsmessig ansvars- og arbeidsfordeling mellom nivåene. Overføring av arbeidsoppgaver skjer i begge retninger. Blant viktige oppgaver som de senere årene i økende grad er overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er: Behandling av diabetes, palliativ omsorg, rehabilitering, oppfølging av kreftpasienter mer generelt.

Jo flere grenseoverganger det er i helsevesenet, desto større er faren for at det kan svikte i samhandlingen. Samhandlingen kan svikte for alle typer pasienter og i alle overganger. På noen områder er imidlertid utfordringene særlig krevende og konsekvensene av mangelfullt samarbeid særlig store. Det gjelder pasientgrupper med stort behov for samordning, og hvor ingen av aktørene kan løse oppgavene på en god måte alene. Wisløff – utvalget (NOU 2005: 3) trakk særlig framfølgende grupper hvor samhandlingsutfordringene var spesielt store:

- Kreftpasienter
- Eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- Terminalt syke pasienter (palliativ omsorg)
- Kronisk syke (hjerte- og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.)
- Psykisk syke
- Rusmisbrukere

Allmennlegene/Fastlegene har en helt sentral funksjon i helsevesenet – både som portvakt og portåpner til spesialisthelsetjenesten, og i forhold til å sikre et godt samarbeid internt i primærhelsetjenesten og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Hvordan denne funksjonen utøves vil avhenge både av den aktuelle leges kompetanse, holdninger og erfaring, tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester og

interne forhold i den enkelte kommune. Fastlegenes kompetanse, erfaringer, kapasitet og holdninger er ofte avgjørende for det videre forløp av behandling (pasientforløp). Samtidig vil naturligvis også kapasitet og praksis ved sykehus og poliklinikker påvirke pasientforløpene.

Utgangspunktet for arbeidet med denne rapporten er samarbeidet og samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Her har det skjedd mye positivt de senere årene, men det er fortsatt betydelige utfordringer. Samtidig er det et stort behov for bedre samarbeid internt både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Både denne rapporten og andre studier viser at kommunikasjon og samarbeid om pasienter fortsatt er mangelfullt internt i primærhelsetjenesten. Informasjon om innleggelses og utskrivinger kommuniseres ofte for dårlig, de ulike delene av det kommunale hjelpeapparatet vektlegger fortsatt ikke i tilstrekkelig grad helhetlige og tverrfaglige tilnærminger, og felles møteplasser knyttet til diskusjon og oppfølging av enkeltpasienter er fortsatt utviklet i for liten utstrekning. Her har kommunene internt en utfordring, ikke minst i forhold til å forplikte fastlegene. Det er flere eksempler i denne rapporten på at det er mulig å trekke fastlegene med i forpliktende og strukturert samarbeid både om enkeltpasienter og på systemnivå, og at dette gir gode resultater.

Spesialisthelsetjenesten har som nevnt en veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten, slik at den blant annet skal være i stand til å ta imot pasienter og videreføre påbegynt behandling. Erfaring viser at det ikke er uvesentlig hvordan – og innenfor hvilke rammer – denne veiledningsplikten utføres. De kommunene som mottar slik bistand/veiledning ute i kommunene, klarer i større utstrekning å nyttiggjøre seg den kompetansen de tilføres enn de som får veiledningen i sykehusene. Kommunene bør derfor sørge for at veiledningen gis på en slik måte at den gir størst mulig effekt. Det betyr at den i størst mulig grad bør gis utenfor helseforetakene.

Kommunehelsetjenesten må også i økende grad bli seg bevisst behovet for kompetanse, veiledning, opplæring m.v. Både denne og andre undersøkelser viser at de kommuner har størst utbytte av felles kompetanseutvikling, hospiteringsordninger, veiledningsopplegg m.v., som selv definerer sitt behov for kompetanse og som selv legger premissene for kompetanseutviklingen.

Vårt materiale indikerer ikke at kommunenes størrelse eller måten de har organisert tjenesteproduksjonen på har vært avgjørende for om man har lyktes med å utvikle et godt samarbeid mellom helseforetak og kommune i forbindelse med enkeltpasienter. Det er mulig å få til et godt praktisk samarbeid med utgangspunkt i ulike organisatoriske løsninger og modeller. Vi tror derimot det er viktig at kommunene tar en debatt om

---



hvordan de i tiden framover bør organisere sine ressurser, interesser og kompetanse for at de skal kunne møte helseforetakene i diskusjoner av mer strategisk karakter. Som det framgår av punktene 4.3. og 6.3., utvikler samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene seg mange steder i mer strategisk retning. Vi ser også at behovet for å koordinere samarbeidet øker både internt i foretakene og i kommunene. Det er liten tvil om at dette representerer en utfordring for mange kommuner i retning av å samordne sine interesser, behov og erfaringer. Vi tror et økende fokus på dette vil være en forutsetning for å bevare, og helst styrke, likeverdet i samhandlingen og samarbeidet med foretakene.

### **6.3 Fra samarbeid om rutiner til strategisk utvikling**

Det er viktig å understreke at samarbeid mellom helseforetak og kommuner ikke er av ny dato. Også i den tiden fylkeskommunene hadde ansvaret for sykehusene var det mye diskusjon om hvordan samarbeidet fungerte og hvordan det kunne utvikles og forbedres. Mange gode tiltak ble også iverksatt. Det er likevel liten tvil om at det har skjedd en intensivering og en formalisering av samarbeidet de senere årene. I bestillerdokumentene fra HOD til de regionale helseforetakene og fra disse til helseforetakene settes det helt konkrete krav til inngåelse av samarbeidsavtaler med kommunene, og det stilles i dokumentene også krav om hvordan samarbeidet skal gjennomføres på viktige områder. Gjennom denne utviklingen har samarbeidet fått en tydeligere og mer eksplisitt uttrykt prioritet, og det er gitt en helt annen overordnet og policymessig forankring. Vi tror dette er viktig for å sikre den videre utviklingen av samarbeidet og for å gjøre samarbeidet mindre avhengig av enkeltpersoners initiativ og entusiasme.

Selv om mønsteret ikke er entydig, er det likevel en nokså klar tendens til at mange av samhandlingsprosessene har startet på et relativt praktisk og rutinemessige nivå. Det kan for eksempel dreie seg om samarbeid knyttet til inn- og utskriving av pasienter, tidsfrister for å skrive epikriser, rutiner for å varsle om utskriving av pasienter, etablering av hospiteringsordninger, avvikshåndtering, felles kompetansetiltak m.v. Det er liten tvil om at disse tiltakene har bidratt vesentlig til å forbedre samarbeidet, til å utvikle forutsigbarhet i samspeillet og ikke minst til å bygge tillit.

For å skape kontinuitet, entusiasme og utvikling i samarbeidet, ser det likevel ut til at det etter hvert er nødvendig å bringe inn et mer strategisk element. Det betyr at partene etablerer arenaer for å drøfte samarbeidet i et mer helhetlig og analytisk perspektiv, og at samarbeidet i større grad baseres på utredninger og vurderinger som krever både datamateriale og grundige analyser/vurderinger. Det vil si at partene på relativt høyt nivå reiser følgende type spørsmål: Hvilke samarbeidsutfordringer er det

viktig at vi nå setter på dagsorden og hvorfor? Hvordan bør arbeidsfordelingen mellom foretak og kommune være for at pasientene skal få et tilbud så godt tilpasset sin situasjon og sine behov som mulig? Hvordan bruker vi våre samlede ressurser og kompetanse, slik at tilbudet til pasientene blir så godt tilpasset som mulig?

Når denne type spørsmål reises, er det helt avgjørende at toppledelsen både i kommunene og ved helseforetakene trekkes aktivt inn i samarbeidet og at de ansvarliggjøres både i forhold til prosess og resultat. Samarbeidet i Asker og Bærum er et eksempel på at man har gått fra ”rutinesamarbeid” til mer strategiske temaer. En felles plan for utvikling av et helhetlig demenstilbud er et godt eksempel på at samarbeidet har gått over i en mer strategisk og analytisk fase. Et annet eksempel på formalisering og overordnet forankring av samarbeidet er når samarbeidspartene etablerer samarbeidsutvalg for drøfting av strategiske og sentrale føringer i samhandlingen.

Innføring av et sterkere strategisk element i samarbeidet har noen viktige konsekvenser. For det første forutsetter det at partene gjennomfører en mer systematisk analyse av hva som er de sentrale utviklings- og endringsbehovene i samarbeidet. På den måten settes mer grunnleggende problemstillinger knyttet til tjenestetilbudet på dagsorden, og det skjer ofte mer radikale og gjennomgripende endringer i måten tilbudet gis på.

En sterkere strategisk forankring bidrar også til å skape større likeverd og gjensidighet i samarbeidet. Vår erfaring fra dette prosjektet tyder på at vel mye av initiativet i samarbeidet ligger hos helseforetakene. Dette gjelder særlig i de sammenhengene hvor det ikke er innarbeidet en strategisk overbygning og forankring.

Et mer strategisk fokus forutsetter som regel også et grundigere analysemateriale og dermed også mer gjennomarbeidede og forpliktende prosesser, rett og slett fordi de spørsmål og problemstillinger som settes på dagsorden har større rekkevidde for begge parter.

#### **6.4 Hvordan sikre likeverd i samarbeidet?**

Som nevnt ovenfor representerer sykehusreformen og intensjonene med den et potensielt dilemma i forhold til utfordringen om, og behovet for, å styrke samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Rammene for kapasitetsplanlegging og -anvendelse innenfor spesialisthelsetjenesten er i vesentlig grad konsolidert gjennom den statlige overtakelsen av sykehusene og etableringen av regionale helseforetak. Antallet helseforetak er i årene etter sykehusreformen redusert betraktelig. I mange av foretakene har det også funnet sted en

---

intern organisatorisk konsolidering ved at mange og små avdelinger er samlet i store klinikker eller divisjoner.

Samtidig består kommunene – Norge fortsatt av mange små kommuner. Den interne organiseringen i mange kommuner er også preget av at helse, omsorg- og sosialsektoren består av mange og små enheter. Ofte har disse stor grad av internt selvstyre, og de er definert som egne resultatenheter. Et litt overordnet og forenklet bilde er således at vi har store, komplekse og konsoliderte helseforetak som skal samarbeide med mange og små kommuner. Kommunene er ofte ulikt organisert, og det varierer betydelig hvor godt koordinert den enkelte kommune er i sitt samarbeid og samspill med helseforetaket.

Den utfordringen som er beskrevet ovenfor må møtes på flere måter og med ulike virkemidler.

For det første må samarbeidet ta utgangspunkt i at det kommunale selvstyret gir som en mulighet at kommunene kan organisere sitt tjenestetilbud på ulik måte. Samarbeidet må legge dette fundamentale prinsippet om kommunalt selvstyre til grunn. Det er viktig at helseforetakene har denne grunnleggende respekten; hvilket det i all hovedsak også er vårt inntrykk at de har.

For det andre bør naturligvis kommunene diskutere på hvilken måte egen organisering - og ikke minst samspill internt i den enkelte kommune – bør utformes for på best mulig måte å styrke samarbeidet med helseforetaket. Uansett formell organisering bør kommunene drøfte hvordan det praktiske og strategiske samarbeidet med helseforetaket best kan utvikles. Det er vår vurdering at kommunene fortsatt har et potensial for å styrke egen rolle og posisjon i samarbeidet med helseforetakene

For det tredje, og det tror vi kan bli stadig viktigere, bør kommunene bli flinkere til å samarbeide seg i mellom på dette området. Kommunene bør kunne bruke utrednings- og analyseressurser i fellesskap. De bør i større grad drøfte felles utfordringer, og de bør generelt reise spørsmålet om hvordan de kan bli flinkere til å legge premisser for samarbeidet.

## **6.5 Pasientperspektivet som drivkraft**

Interessene og behovene til pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner har i økende grad blitt involvert i spesialisthelsetjenestens arbeid etter sykehusreformen. Det har skjedd på flere måter. Pasientinteressene påvirker måten helseforetakene drives på gjennom utvikling av krav og forventninger m.v. Mange helseforetak gjennomfører regelmessige brukerundersøkelser blant pasienter som har vært inne til undersøkelse og behandling. Gjennom ordningen med fritt valg av sykehus kan pasienter og fastleger påvirke sykehusenes kapasitetsutnyttelse og forutsigbarhet.

Gjennom den nye pasientrettighetsloven av 2001 fikk pasientene også styrket sine rettigheter på andre måter: Rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til individuell plan, rett til medvirkning og informasjon og rett til journalinnsyn. Alt dette var bestemmelser som ga den enkelte pasient større rettigheter. I tillegg ble brukerinteressene nå organisert inn i helseforetaksmodellen på mer overordnet nivå i form av brukerutvalg både på RHF- og foretaksnivå. Brukere er også inkludert i styrene.

Tilsvarende prosesser ser vi delvis også i forholdet mellom pasienter og brukerorganisasjoner og kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Mange kommuner gjennomfører systematiske brukerundersøkelser. Noen har innført ordninger med fritt valg av tjenestetilbyder – særlig når det gjelder hjemmebaserte tjenester.

Behovet for å ta tak i temaer og problemstillinger knyttet til sammenbinding av og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten synes mot denne bakgrunn å være økende. På grunnlag av funn i dette prosjektet er det vår vurdering at pasient-/brukerinteresser og pasientperspektivet mer overordnet vil være en stadig viktigere drivkraft i utviklingen av samarbeidet mellom de to nivåene i helsetjenesten. Vi vil nedenfor kort utdype og begrunne dette.

Innenfor rammene av helseforetaksmodellen og lov om spesialisthelsetjenester vil spesialisthelsetjenestens medansvar for opplæring og kompetanseutvikling overfor primærhelsetjenesten og overfor pasienter, innbyggere og pårørende øke. Det finner også sted en betydelig økning i omfanget av ambulant virksomhet – innenfor stadig nye spesialiteter. Vi ser også at det som tidligere var definert som eksklusiv sykehusbehandling, i økende grad blir lagt utenfor sykehus (palliativ behandling, dialyse, enkle radiologiske undersøkelser, forsterkede sykehjemsavdelinger for å redusere omfanget av sykehusinnleggelse m.v.). Det er liten tvil om at denne utviklingen må ses i lys av spørsmålet om hva det er som tjener pasientenes behov og interesser best, og at de ”institusjonelle interessene” må vike i forhold til dette grunnleggende pasientperspektivet. Denne utviklingen utfordrer også finansieringsordningene og har allerede bidratt til endringer i disse.

Både i Norge, men særlig internasjonalt, ser vi en økende interesse for arbeidet med å tenke helhetlige pasientforløp. Perspektivet her er altså ikke hva som gjøres med pasientene når de er henholdsvis på sykehus eller i primærhelsetjenesten, men hvordan pasienten tas hånd om i et helhetlig perspektiv. Dette arbeidet skjer med utgangspunkt i ulike begreper og perspektiver: pasientfokuset redesign, helhetlige pasientforløp, LEAN m.v. Hovedpoenget er imidlertid at et slikt perspektiv og en slik arbeidsform presser fram et samarbeid mellom de to nivåene i helsetjenesten og bidrar til at samhandlingen i økende grad

skjer på pasientenes premisser og ut fra deres behov. Erfaringer fra de samhandlingsmodeller som er beskrevet i denne rapporten viser at dette ofte medfører endringer både i rutiner, arbeidsfordeling, informasjonsutveksling, men også i mer strukturelle forhold.

Det er vår vurdering at stadig mer av utviklingen i samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil skje med utgangspunkt i et helhetlig pasientperspektiv. Det er også vår vurdering at dette vil representere en utfordring både for ledere og ansatte i begge deler av helsetjenesten. Samtidig ligger det i dette perspektivet også en betydelig motivasjonsfaktor for de som arbeider nær pasientene.

## 6.6 Viktigheten av å beskrive, dokumentere og evaluere

Som nevnt ovenfor, er ikke samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste av ny dato. Det som er nytt, og som særlig har blitt gjennomført med økt styrke etter sykehusreformen, er for det første at samarbeidet sett fra helseforetakenes side har fått en sterkere eiermessig forankring. For det andre har samarbeidet – i hvert fall en del steder - gått fra i hovedsak å dreie seg om praktiske og mer rutinemessige spørsmål og problemstillinger til også å dreie seg om spørsmål av mer overordnet og strategisk karakter.

Før vi utdyper konsekvensene av dette nærmere, vil vi også understreke ett viktig forhold i tillegg. Selv om samarbeidet for tiden synes å være inne i en positiv fase – hvor begge parter trekker fram gevinstene ved å samarbeide – er det all grunn til å anta at samarbeidet vil få sine tilbakeslag. Vi ser allerede flere eksempler på at institusjonaliserte samarbeidsordninger nedlegges når budsjettene må reduseres. Dette betyr at samarbeidet hele tiden må begrunnes og konsekvensene dokumenteres. Vi vil nedenfor kort utdype og begrunne dette nærmere.

I flere av de samarbeidsmodellene hvor partene har gått fra det vi har kalt samarbeid om praktiske rutiner og tiltak til mer overordnede og systemmessige modeller, har det også skjedd en endring av samarbeidet på flere måter:

- Partene har brukt mye tid på å bli enige om mål og ambisjoner for samarbeidet.
- Det er ofte etablert egne arenaer og strukturer for samarbeidet.
- Det er gjennomført grundige analyse- og dokumentasjonsprosesser, slik at samarbeidet får et tyngre faglig grunnlag å hvile på.
- Det er ofte avsatt egne ressurser til å drive fram samarbeidet, holde tak i prosessene og sikre at inngåtte avtaler blir fulgt opp.

- Mange steder følges samarbeidet og tiltakene opp gjennom solid dokumentasjon og løpende evaluering. Evalueringene har gjerne både et faglig og et økonomisk fokus, og de er ofte ganske brede i sitt perspektiv.
- Ikke sjelden tar partene utgangspunkt i viktige nasjonale føringer innenfor det aktuelle fagområdet, og utvikler lokale modeller med dette som utgangspunkt.

Det er vår vurdering at den utvikling som her kort er beskrevet bare representerer starten på en prosess som vil øke i betydning. Det er all grunn til å anta at samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i årene framover vil bli mer systematisk og strategisk, det vil bli mer fakta- og analysebasert, og det vil være behov grundigere dokumentasjon av effekter.

## 6.7 Fastlegene må involveres i samarbeidet

De økte pasientrettighetene i spesialisthelsetjenesten hadde sine paralleller i primærhelsetjenesten. Retten til nødvendig helsehjelp omfattet også dette nivået. Gjennom fastlegereformen, som ble vedtatt året før sykehusreformen, fikk alle rett til å ha en fast lege, noe som ikke minst var et vesentlig bidrag til å styrke kontinuiteten i lege-pasient relasjonen.

Selv om sykehusreformen altså ikke omfattet primærhelsetjenesten, framgår det tydelig av premissene for og målene med reformen at den også skulle bidra til å bedre samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten fikk et klart ”pålegg” om å bidra til at dette samarbeidet ble videreutviklet og styrket. Det ble imidlertid ikke gjennomført strukturelle eller systemmessige tiltak for å sikre dette – hvis vi ser bort fra mer individrettede tiltak av typen Individuell plan.

Etter vår vurdering er samspillet med fastlegene en av suksessfaktorene for å utvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten framover. Vi vil i dette punktet begrunne viktigheten av dette samspillet litt nærmere.

I alle helseregioner har det i perioden etter sykehusreformen vært gjennomført diskusjoner og fattet vedtak om oppgave- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene. I praksis spiller fastlegene en helt sentral rolle når det gjelder henvisning av pasienter til foretakene. Samspillet med fastlegene i diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling blir i den sammenheng spesielt viktig. Samtidig skal det gjennom dette samspill sikres at fastlegene ikke presses til å styre dette så sterkt at retten til fritt sykehusvalg i praksis blir satt ut av kraft. Selv om gjennomgangen av samhandlingsmodeller i denne rapporten i

---

liten grad tar opp overordnede diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling, gir dette poenget likevel en illustrasjon på den generelt store betydningen av at helseforetakene har nær kontakt og tett samarbeid med fastlegene.

Mange pasientgrupper har en langvarig "kontakt" med helsevesenet. Det gjelder ulike typer kronikere, det gjelder mange pasienter med psykiske lidelser, og det gjelder mange kategorier eldre. For at disse pasientene skal oppleve sin kontakt med helsevesenet som sømløst, koordinert og vel avstemt, er det viktig at informasjon utveksles raskt og riktig, at behandlingsforløp blir diskutert og samkjørt o.s.v. Det er også viktig at arbeidsfordelingen blir diskutert og gjennomført i tråd med inngåtte avtaler. Vår vurdering fra dette prosjektet er at det er en økende erkjennelse av fastlegenes betydning for å få til et godt koordinert og helhetlig helsevesen, men at det stadig er mye å gå på. Fortsatt synes det vanskelig å få mange fastleger med i forpliktende samarbeidsstrukturer mellom helseforetakene og kommunene, men vi ser også hvor stor nytte alle parter har av det når man får etablert slike ordninger. Det er heller ikke alltid helseforetakene er like bevisste på å informere fastlegene om forhold av betydning for deres arbeid. I kapitlene 12 og 21 har vi beskrevet samarbeidsmodeller hvor samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene synes å ha funnet en god form.

En ytterligere begrunnelse for å fokusere på samspillet mellom fastleger og helseforetakene er de muligheter for samarbeid og utveksling av informasjon som ligger i moderne teknologi. Moderne IKT – løsninger gjør det mulig å overføre pasientinformasjon både hurtigere, enklere og mer nøyaktig enn tidligere.

## 6.8 Viktigheten av IKT i samhandlingen

I noen av de modellene som er beskrevet i denne rapporten, har bruk av IKT vært et viktig virkemiddel i utviklingen av samarbeidet. IKT – basert pårørendestøtte i Vestfold er ett eksempel. I samarbeidet mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er felles elektronisk journal et viktig element. I Finnmark tas telemedisin i bruk i økende grad for å styrke samhandlingen og redusere omfanget av sykehusopphold og reiser for den enkelte pasient. Mobilt røntgen fra Ullevål Universitetssykehus kan sies å være ytterligere et eksempel, selv om det har en litt annen karakter.

Vi tror vi her bare har sett starten på en utvikling som vil bety mye for samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i årene framover. Samtidig har de muligheter Helse Finnmark har tatt i bruk innen telemedisin lenge vært tilgjengelig også for andre helseforetak og andre kommuner. Det er derfor grunn til å presisere at bruk av moderne teknologi ikke er noe som kommer av seg selv. Skal en realisere de

muligheter som ligger på dette området, krever det strategisk fokus og et aktivt lederengasjement.

---



## 7 Helse Finnmark HF og kommunene i opptaksområdet

Samarbeid om desentraliserte spesialisthelsetjenester med hovedvekt på spesialistpoliklinikken i Alta og sykestuefunksjonene ved det distriktsmedisinske senteret i Alta.

### 7.1 Beskrivelse av modellen

#### Bakgrunn

I tråd med helsepolitiske føringer har Helse Nord RHF stort fokus på utviklingen av desentraliserte spesialisthelsetjenester. Finnmark har et sykehus lokalisert i hvert av de geografiske ytterpunktene av fylket: Kirkenes og Hammerfest. Desentraliserte spesialisthelsetjenester er spesielt viktig og nyttig for områder med store geografiske avstander og med et befolkningsgrunnlag som er relativt lite og spredt. I Finnmark har det i en årrekke vært en systematisk satsing på desentraliserte spesialisthelsetjenester. Spesialistpoliklinikken og legesenteret i Alta er på mange måter blitt et nasjonalt utstillingsvindu for desentraliserte spesialisthelsetjenester i samarbeid mellom kommuner og helseforetak (tidligere fylkeskommunen). Undersøkelser viser at disse tjenestene oppfattes av befolkningen som svært gode og tilgjengelige. Distriktsmedisinske sentra løser imidlertid ikke utfordringene som foreligger i forhold til mindre kommuner med store avstander til nærmeste sykehus. Derfor ser Helse Nord RHF det som viktig å styrke sykestuefunksjonen som samhandlingsarena mellom nivåene i helsetjenesten, og som en definert del av spesialisthelsetjenesten med nye, tilpassede rammevilkår.

I presentasjonen av Helse Finnmark HF's samarbeid med kommunene i Finnmark vil vi legge hovedvekten på å beskrive det arbeidet som gjøres ved spesialistpoliklinikken i Alta. For å illustrere det viktige og interessante arbeidet som gjøres i tilknytning til sykestuene i Finnmark, vil vi imidlertid også gi en kortfattet beskrivelse av sykestuefunksjonen ved det distriktsmedisinske senteret i Alta, Alta helsesenter. Slike sykestuesenger er det i alle kommuner i Finnmark hvor det ikke er lokalisert sykehus.

#### Spesialistpoliklinikken i Alta

Spesialistpoliklinikken i Alta ble offisielt åpnet i mars 2001. Filosofien bak denne desentraliseringen av spesialisthelsetjenester var å tilrettelegge for nærhet til behandlingsapparatet ved at spesialistene ambulerer ut til

pasientene. Det er spesielt viktig å stimulere til denne type samarbeidsløsninger mellom forvaltningsnivåene i et fylke som Finnmark, på grunn av så vel geografi som befolkningsstruktur. Et tredje argument for en slik desentralisering er at det vil kunne gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

### **Om ordningen**

Driften av spesialistpoliklinikken baserer seg på ambulerende spesialister fra Hammerfest sykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). I noen tilfeller ambulerer også hjelpepersonell. Poliklinikken er, som nevnt, samlokalisert med Alta helsesenter og er organisert som en divisjon under avdeling for koordinering, klinikk Hammerfest, Helse Finnmark HF. Selv om spesialistpoliklinikken er relativt ny, har spesialister innenfor kirurgi, hud, nevrologi, øre/nes/hals, øye og allergologi ambulert til Alta siden begynnelsen av 1980-tallet. Den formelle etableringen i 2001 har imidlertid medført økt volum på polikliniske behandlinger og et betydelig utvidet behandlingsrepertoar.

Hoveddelen av de som undersøkes og behandles på spesialistpoliklinikken er bosatt i Alta kommune. I tillegg behandles noen fra omkringliggende kommuner som Kautokeino og Øksfjord. Alta kommune har om lag 17 000 innbyggere og er Finnmarks største. Avstanden til nærmeste lokalsykehus, som er i Hammerfest, er 14 mil. Det er ofte vanskelige kjøreforhold på strekningen Alta – Hammerfest. Den lange avstanden til nærmeste sykehus, og befolkningsstørrelsen, gjør Alta til en nokså spesiell kommune i nasjonal sammenheng.

### **Bemanning, lokaliteter og utstyr**

Ved spesialistpoliklinikken er det fast tilsatt personale som omfatter en avdelingsleder, en radiograf, 4 sykepleiere (2,80 stilling), en jordmor (ultral lyd 30 % stilling) og 2,5 sekretærstilling.

Spesialistpoliklinikken er lokalisert i nybygde lokaler ved Alta helsesenter. Det er Alta kommune som eier bygningsmassen og spesialistpoliklinikken har en leieavtale med kommunen. Spesialistpoliklinikken disponerer vel 700 m<sup>2</sup>. Av dette er det 500 m<sup>2</sup> som rommer kontor, røntgen og behandlingsrom, samt 200 m<sup>2</sup> fellesareal med de kommunale helsetjenestene. Sistnevnte areal er venterom, korridorer, toaletter og skyllerom.

Årlig leiepris er ca. 1,5 millioner kroner. Dette inkluderer daglig renhold, strøm, vask av tøy, vaktmestertjenester o.s.v. Lokalene er funksjonelle og store. Det er godt med legekontor kombinert med behandlingsrom, lysbehandlingsrom, overvåkingsrom og to operasjonsstuer. Rommene brukes fleksibelt og det kan være inntil 5 spesialister i arbeid på samme dag.

---

Totalt er det investert for mer enn 15 millioner kroner i medisinsk teknisk utstyr, inkludert røntgen utstyr. Det er beregnet årlig ca. 0,5 millioner kroner til vedlikehold av dette utstyret. Medisinskteknisk service og IT-service gis fra Hammerfest sykehus.

### **Omfanget av tilbudet**

Som nevnt gis det polikliniske tilbudet i Alta både fra Helse Finnmark og fra UNN. Vi vil nedenfor gi en oversikt over *typen spesialiteter som drives i Alta*:

- Øye
- Fundus-fotografering
- Øre/nese/hals
- Audiograf
- Nefrologi
- Hud (UNN)
- Allergologi
- Nevrologi
- EEG lab
- Kirurgi
- Lunge
- Ortopedi
- Gynekologi/obstetrikk
- Jordmor
- Indremedisin/kardiologi
- Pediatri
- Røntgen
- Lysbehandling (Helse Finnmark)

Det utføres nå årlig ca. 8 000 polikliniske konsultasjoner ved spesialistpoliklinikken – fordelt på Helse Finnmark og UNN. Henvvisning til spesialistpoliklinikken gjøres ved at spesialistene ved UNN og Helse Finnmark selv prioriterer hvilke pasienter som skal behandles i Alta og hvilke som skal til behandling ved henholdsvis Hammerfest sykehus og UNN.

Innen både kirurgi og ortopedi er det dagkirurgisk tilbud. Spesialistene innen øye, øre/nese/hals og gynekologi er privatpraktiserende som har avtale med Helse Nord RHF. Disse avtalehjemlene vil bli etablert i løpet av 2007. Disse er fast stasjonert i Alta. Spesialisten i indremedisin er ansatt i helseforetaket, medisinsk avdeling, Klinikk hammerfest, men har fast lokalisering i Alta. Denne stillingen ble opprettet fra januar 2007.

Det er lang erfaring med bruk av Telemedisin mellom Helse Finnmark og spesialistpoliklinikken. Hittil har dette særlig vært innenfor fagområdene hud og ØNH, og til dels psykiatri.

### **Sykestuen i Alta**

Som nevnt ovenfor er spesialistpoliklinikken i Alta lokalisert i Alta helsesenter. I dette helsesenteret ligger også Alta sykestue.

Sykestuen er en institusjon som opprinnelig var hjemlet i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus. Sykehusloven definerte sykestuer slik: «Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

I Finnmark finnes det etter flere omganger med reduksjoner fortsatt 40 sykestueplasser fordelt på 16 kommuner som ikke er vertskommune for sykehus. Sykestueenhetene varierer i størrelse, med 9 senger i Alta som den største. De minste kommunene har en eller to godkjente sykestuesenger. Med unntak av Alta er sengene integrert i kommunale sykehjem. På bakgrunn av aktivitetsregistreringer i 2005 anslås samlet årsproduksjon ved sykestueplassene i fylket å være ca. 3 200 innleggelser og 12 000 liggedøgn. Det dreier seg altså om en samlet sykestueinstitusjon på størrelse med en sykehusavdeling.

I Finnmark har *en faggruppe* avgitt en innstilling med foreløpige anbefalinger om hva en sykestue bør være. Vi vil nedenfor først gi en kort oppsummering av gruppens generelle anbefalinger. Deretter vil vi beskrive noen viktige kjennetegn ved sykestuen i Alta, som er fylkets klart største.

### **Generelt om sykestuer**

Sykestuefunksjonen er form for desentralisert spesialisthelsetjeneste, og systemansvaret for sykestueplassene i Finnmark ligger i Helse Finnmark. Dette innebærer at Helse Finnmark må stille klare krav til organisering og drift av sykestuene og sikre at disse kravene oppfylles. Samtidig bidrar foretaket til at vertskommunene økonomisk og kompetansemessig kan oppfylle kravene.

Faggruppen anbefaler at det må stilles krav om sykepleier på aktiv vakt hele døgnet. Foretaket må kunne kreve at det er klargjort hvilken lokal lege som har ansvaret for sykestuepasientene både i forbindelse med visitt og utenfor visitt-tiden, samt at organiseringen muliggjør bruk av telemedisinsk visitt og at dokumentasjonen blir ført i henhold til kravene. For å kunne drive rehabilitering på spesialhelsetjenestenivå er sykestuene avhengig av å ha avtale om tilstrekkelig fysioterapi og at det rundt

---

rehabiliteringspasientene blir organisert team som kan tilby en tverrfaglig tilnærming.

Sykestuene er rimelig godt dekket når det gjelder akuttmedisinsk utstyr. Dette kommer vi nærmere tilbake til under omtalen av sykestuen i Alta.

Telematikk er sentralt i samhandlingen mellom foretaket og sykestuene. På sikt er målsettingen at samtlige sykestuer skal ha slikt utstyr. Bruk av telematikk (telemedisinsk visitt) kan bidra til at spesialisten kan følge opp pasientene på sykestueplassene uten å være fysisk tilstede. Dette blir utprøvd i eget teknologiprojekt (Høykom). Det er uansett viktig og nødvendig at ansvaret for diagnostisering, behandling, oppfølging og dokumentasjon er tydelig og nedfelt i virksomhetenes kvalitetssystemer.

Faggruppen mener det er geriatiske pasienter og kreftpasienter som i særlig grad vil kunne nyttiggjøre seg et framtidig sykestuetilbud. Dette er grupper som vil øke i antall i kommende år og som sykehusene i begrenset grad vil kunne håndtere på en optimal måte. Nærheten til pasientenes hjemmemiljø gjør at sykestuene er særlig egnet.

Faggruppen har klassifisert sykestuepasientene ut i fra når i sykdomsforløpet de er på sykestuen, og eksemplifisert hvilke pasientgrupper sykestuene skal kunne ivareta:

- (1) **Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp fra hjemmet og ferdigbehandles på sykestua:** KOLS-pasienter, hjertesviktpasienter. Infeksjoner i luftveier og urinveier hos pasienter med komorbiditet vil ofte kreve parenteral tilførsel av antibiotika som ikke kan gjennomføres hjemme. Pasienter med psykiatri og misbruksproblemer vil også kunne høre hjemme i denne gruppen.
- (2) **Pasienter som innlegges elektivt fra hjemmet:** Pasienter som innlegges elektivt fra hjemmet omfatter cytostatikabehandling, immunmodulerende behandling, blodtransfusjoner, dialyse, optimalisering av behandling (hjertesvikt og diabetes), utredningsopphold, palliasjon og terminalomsorg.
- (3) **Pasienter som overflyttes fra sykehus utgjør den største gruppen i registreringen i forhold til antall liggedøgn:** Samtidig dokumenterer registreringen at de fleste pasientene i denne gruppen utskrives fra sykestua til hjemmet. Grunnen til at sykehuset velger sykestua som mellomstasjon kan være at pasienten skal ha ytterligere behandling som ikke kan gjennomføres hjemme eller at pasienten har behov for mobilisering/rehabilitering.
- (4) **Pasienter som skal innlegges på sykehus og som håndteres på sykestuen i påvente av forsvarlig transport:** Kommunene har et klart ansvar for akuttberedskapen, men spesielle geografiske og klimatiske forhold i Finnmark gjør at akuttpasienter regelmessig

må stabiliseres og behandles lokalt før transport til sykehus. Sykestuene har vært avgjørende for å sikre at man har hatt kvalifisert personell til å ivareta denne funksjonen. Det såkalte Vake-prosjektet er en del av telemedisinprosjektet hvor man plasserer telematikkenheter på de respektive akutt plassene på sykestuene og hvor spesialisthelsetjenesten kan veilede det lokale personellet fortløpende i akuttsituasjonen.

Behandlingsansvaret for den enkelte sykestuepasient vil fordeles mellom behandlende primærlege og spesialisthelsetjenesten etter de samme prinsipper som ved telemedisinsk virksomhet generelt (Sosialdepartementet, rundskriv I-12/2001).

Det er vesentlig for å kunne drive desentralisert spesialisthelsetjeneste ved sykestueplassene at det skjer en gjensidig utvikling av kompetanse både medisinskfaglig, sykepleiefaglig, teknologisk og med tanke på samarbeid.

Det antydes i innstillingen fra faggruppen at det ambulerende rehabiliteringsteamet ved Kirkenes sykehus og det planlagte geriatriske teamet ved Hammerfest sykehus kan bli viktige faginstanser for samhandlingen i grensesnittet mellom sykehusene og sykestuene i Finnmark.

### **Nærmere om sykestuen i Alta**

Noen nøkkelopplysninger om sykestuen i Alta:

- Sykestuen i Alta har 9 sykestueplasser, et rom med seng som brukes til cytostatikakurer og dialyseenhet med 3 dialyseplasser. Sykestuen er en del av helsesenteret, men er fysisk avskilt fra legevakta. Det er også et sykehjem i samme bygg, men dette er også helt atskilt.
  - Det er sykepleier i aktiv vakt 24/7. Legevisitt 4 timer 5 dager i uka. Utover dette benyttes legevakta. Det er 4 leger som deler på denne ordningen.
  - Legejournal føres i elektronisk legejournal som sykestuen har sammen med Sentrum legepraksis og legevakta. Sykepleierdokumentasjon føres i kardex.
  - Sykestuen har avtale med laboratoriet på helsesenteret, som dekker Sentrum legepraksis og spesialistlegesenteret. Celleteller er tilgjengelig.
  - Det foreligger lite akuttutstyr på sykestuen, og dette forutsettes dekket av legevakta.
  - Det sendes regelmessig registrering av sykestuepasienter til Helse Finnmark på standardisert skjema.
  - Sykestuen har nødvendig utstyr for å håndtere cytostatika.
-

- Som nevnt har sykestuen 3 dialysemaskiner, og man kjører i utgangspunkt 3 dager i uken, mandag, onsdag, fredag. Det vil si inntil 3 pasienter, men det er kapasitet til å øke denne til 6 pasienter, dvs. at man da kjører dialyse x 6 i uka inklusiv lørdager. Egne sykepleiere dekker denne tjenesten.

I tillegg til ovennevnte har sykestuen utstyr til sondebehandling. Som nevnt i den generelle beskrivelsen av sykestuer ovenfor, er det også i gang en prosess med økt bruk av telemedisin mellom sykestuen og Helse Finnmark. Her legges det opp til faste tidspunkter hvor sykehuslegene og leger/ansatte på sykestuen sammen kan drøfte enkeltpasienter. Det vil si en klinisk konferanse hvor sykehus, sykestue og pasienten deltar/er til stede sammen.

En illustrasjon på hvordan dette kan gjøres er følgende: Når en pasient med behov for sårstell skrives ut fra sykehuset, gjøres det avtale om at sykepleier ved sykestuen deltar på videokonferanse i forbindelse med det siste sårstellet på sykehuset. Tilsvarende deltar sykehuspersonell på videokonferanse i forbindelse med det første sårstellet på sykestuen.

## 7.2 Hvordan er modellen forankret og systematisert?

Helse Finnmark HF har en omfattende kontakt med kommunene i Finnmark. Ledelsen ved foretaket gjennomfører samarbeidsmøter med kommunene minimum en gang annet hvert år på direktørnivå. Da deltar den administrative og faglige ledelsen både i kommunene og ved foretaket. I tillegg benyttes regionrådene i Øst-Finnmark og Vest-Finnmark som samarbeidsarenaer ved behov.

Det er dessuten utarbeidet en standard samarbeidsavtale mellom Helse Finnmark og kommunene. Denne bygger på de samarbeidsmøtene som er gjennomført med samtlige kommuner (se ovenfor). Helse Finnmark har inngått slike overordnede samarbeidsavtaler med de største kommunene i Finnmark. Disse samarbeidsavtalene er relativt konkrete og beskriver hvilke områder det er særlig aktuelt å samarbeide om. Disse følges så opp av avtaler på de konkrete områdene for samarbeid.

Følgende områder er spesielt omtalt i den overordnede avtalen:

- Rutiner for henvisning og oppfølging av pasienter
- Individuell plan
- Elektroniske løsninger og telemedisin
- Kompetansehevende tiltak
- Prehospitaltjenester
- Sykestueplasser

- Konsultative tjenester
- Samarbeid om beredskapsplaner

Avtalene inneholder også punkter om gjensidig informasjonsplikt, håndtering av avvik og faste samarbeidsfora.

### **7.3 Hvilke resultater kan det vises til?**

#### **Spesialistpoliklinikken**

Det er blant legespesialistene og pasientene, gjennomført en egen evaluering av erfaringene med spesialistpoliklinikken i Alta. Vi vil gi en kort oppsummering av de viktigste resultatene fra denne evalueringen.

#### **Spesialistenes vurderinger**

Spesialistene mener at ambulant virksomhet er mye mer effektivt enn sykehuspraksis. De sier de kan konsentrere seg om det pasientrettede arbeidet uten forstyrrelser fra calling og annet. I tillegg slipper de også andre gjøremål som er en del av arbeidet i et sykehus, slik som veiledning, telefoner og spørsmål fra kolleger. En oversiktlig infrastruktur og at det er lettere å få assistanse fra hjelpepersonell, bidrar også til økt effektivitet. Andre positive faktorer som trekkes fram er et godt arbeidsmiljø som er preget av entusiastiske og positive medarbeidere, fornøyde pasienter, gode arbeidsbetingelser og førsteklasses utstyr.

Ulempene er først og fremst merbelastningen med reiser og overnatting. En utfordring er også at arbeidet på den faste arbeidsplassen blir liggende. Tilpasning av vaktplaner, hvor ambulant virksomhet passes inn, er derfor viktig for å skape ordninger som varer over tid.

#### **Pasientenes vurderinger**

Pasientenes vurderinger er også overveiende positive. De er godt fornøyde med alle spesialiteter, og synes det er flott å få tilbudet dekket i nærmiljøet. Det gir mindre slitasje med reising, kortere fravær fra arbeidet, mindre behov for barnepass m.v. Pasientene opplever også å bli svært godt mottatt på poliklinikken.

#### **Samfunnsøkonomiske effekter**

Det er gjennomført en egen analyse av de samfunnsøkonomiske konsekvensene av spesialistpoliklinikken. Resultatene viser at det samfunnsmessige regnskapet går ”i pluss”.

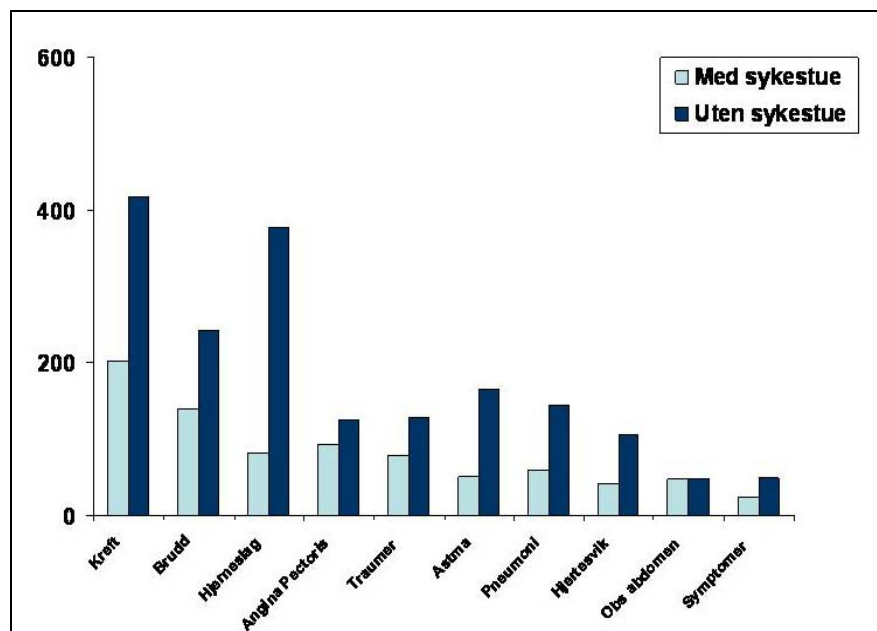
#### **Sykestuene**

Det er gjennomført flere analyser av effektene av sykestuer. I en landsdekkende studie fra 1986 fant Mamen & Nylenna at sykestuene tok



hånd om et bredt spekter av oppgaver, at oppholdene var korte og at innleggelsene sannsynligvis erstattet et sykehusopphold i over 40 % av tilfellene. Sykestuenes plass i helsetjenesten var i ferd med å bli glemt, da to arbeider fra Finnmark på 90-tallet nærmere undersøkte deres bruk og betydning innenfor fylket. I sitt doktorgradsarbeid fra 1998, som omfattet alle sykestuene i Finnmark, gjorde Aaraas funn som i stor grad bekreftet resultatene i undersøkelsen fra 1986. Han fant at sykestuene ikke medførte forsinket spesialistdiagnostikk ved sykehus, og konkluderte at opp til 45 % av sykestueoppholdene erstattet sykehusinnleggelse. Sannsynligheten for en sykehusbesparende effekt ble bekreftet ved registreringer i allmennpraksis og ved sykehusene:

Figur 7.3.1 nedenfor viser aldersstandardiserte liggedagsrater i lokalsykehus i femårsperioden 1990 - 94 for lokalbefolkninger i Finnmark for de ti vanligste «sykestuediagnosene». For halvparten av diagnosene var liggedagsratene fra befolkninger uten sykestue mer enn dobbelt så høye som tilsvarende rater for befolkninger med sykestue.



Figur 7.3.1 Liggedager på sykehus i Finnmark 1990-94 for ulike medisinske tilstander/1000 innbyggere i kommuner med og kommuner uten sykehus

Tabell 7.3.1 (under) viser at i Finnmarkskommuner som hadde sykestuer fikk kreftpasienter i hovedsak dø hjemme (17 %) eller i sykestuer nær hjemmet (57 %). Ellers i landet, der sykestuetilbud stort sett mangler, døde 60 % av kreftpasientene i sykehus. Det er neppe overraskende at sykestuene langt på vei ivaretar sykehusenes rolle i terminalomsorgen innenfor nærmiljøet.

Tabell 7.3.1 Kreftdødsfall i Norge 1990-94 Kilde, statistisk sentralbyrå

Antall dødsfall	Norge	Finnmark	
	Samlet	Sykestuekommunene	
		Ja	Nei
Dødssted % fordeling	45 717	437	185
1) Utenfor institusjon	14 %	17 %	8,5 %
2) Sykestue/Sykehjem	26 %	57 %	13,5 %
3) Sykehus	60 %	26 %	78 %

Erfaringer tyder således på at sykestuene i Finnmark dekker et åpenbart behov mellom sykehus og sykehjem/eget hjem.

## 7.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?

Det er flere viktige læringspunkter fra samarbeidet mellom Helse Finnmark HF og kommunene i Finnmark. Dette er noen av de viktigste.

For det første synes samarbeidet å ha en klar strategisk forankring. Det kommer kanskje tydeligst til uttrykk i strategiplanen for helseforetaket. Men det er også vårt inntrykk at dette har stor strategisk forankring på kommunalt nivå.

Som en forlengelse av dette er samarbeidet forankret på høyt både administrativt og faglig nivå hos begge parter. De faste samarbeidsmøtene har høy prioritet i kommuneledelsen og i foretaksledelsen.

Samarbeidet er i stor grad tuftet på en overordnet samarbeidsavtale. Den gir rammer og føringer for samarbeidet på mer konkret nivå. Vi er likevel litt usikre på hvor avgjørende akkurat dette avtalesystemet er i Finnmark. I dette fylket har samarbeidet rundt spesialisthelsetjenester eksistert lenge før sykehusreformen og før det ble krav om samarbeidsavtaler. Vi tror likevel avtalesystemet har bidratt til å strukturere samarbeidet ytterligere og gjøre det mer forpliktende.

Man har i Finnmark vært flinke til å ta utgangspunkt i fylkets særegne geografi og befolkningsstruktur. Bruken av telemedisin er relativt utbredt og økende. Bruken av sykestueplasser og spesialistpoliklinikken i Alta er også en tilpasning til lokale forhold. Samtidig er det vår vurdering at begge disse tiltakene kan ha overføringsverdi til andre deler av landet.

Endelig er det nok en suksessfaktor at man har nærmet seg samarbeidet med en relativt pragmatisk holdning når det gjelder finansiering. "Spleiselaget" knyttet til sykestueplasser er en illustrasjon på det. Tilsvarende kan sies om spesialistpoliklinikken før utgiftene til pasienttransport ble overført til helseforetakene. Så lenge trygdeetaten

finansierte disse utgiftene for pasienter og pårørende, var ikke desentralisering lønnsom for helseforetaket, selv om det var lønnsomt for samfunnet. Dette er nå endret.

## **7.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Det generelle samarbeidet mellom Helse Finnmark og kommunene i Finnmark er basert på de vanlige finansieringsordningene for henholdsvis spesialist- og primærhelsetjenesten. Når det gjelder sykestueplassene, derimot, er de finansiert på en spesiell måte. Helse Finnmark yter i dag et årlig tilskudd per sykestueplass på kr 470 000. Det antas at driftsutgiftene beløper seg til kr 700-800 000 per plass. Kommunene dekker restfinansieringen.

Så vidt vi har forstått er det et arbeid på gang for å få vurdert ISF-finansiering av sykestueplasser.

## **7.6 Formidling**

Formidling av erfaringer internt i Finnmark og innenfor Helseregion Nord skjer på flere måter. Vi skal kort nevne de viktigste.

Helse Nord RHF har nylig gjennomført en omfattende utredning kalt "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord". Gjennom dette arbeidet og denne rapporten spres målsettinger, strategier og konkrete modeller/tiltak i hele landsdelen, og til andre deler av helse – Norge.

Helse Finnmark har oppsummert sin besøksrunde til kommunene i en egen rapport. Gjennom denne kan erfaringer spres og deles.

Som nevnt er erfaringene med desentralisering av spesialisthelsetjenester til Alta evaluert i egen rapport. Denne er tilgjengelig for interesserte – i og utenfor landsdelen.

Som også nevnt ovenfor utvikles mye av policyen vedrørende samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten i Finnmark gjennom forsøks- og utviklingsarbeid, hvor flere kommuner deltar i et forsøk sammen med helseforetaket. I denne arbeidsformen ligger også viktig formidling av erfaringer.

## 8 St. Olavs Hospital HF og Trondheim kommune

Samarbeid om spesialiserte korttidsplasser, intermediaærenhet ved Søbstad sykehjem og palliativ avdeling ved Havstein sykehjem

### 8.1 Beskrivelse av modellen

#### Utviklingstrekk

Mange pasientgrupper kan i dag med fordel behandles utenfor sykehus så fremt det finnes egnede behandlings- og omsorgstilbud. Erfaringer fra både Trondheim og andre kommuner viser at flere pasienter kan skrives ut fra institusjon til hjemmet hvis de får en oppfølgende behandling på et korttidssykehjem, selv om de før utskrivningen fra St. Olavs Hospital var definert som langtids sykehjemspasienter.

Ved alle norske sykehus har det de siste årene vært et økende antall innleggelser av de eldste eldre og en betydelig synkende gjennomsnittlig liggetid i de fleste aldersgrupper, med unntak av dem over 80 år. Samtidig hevder kommunene at sykehusene stadig raskere definerer pasienter som utskrivningsklare. Begrepet «utskrivningsklar» er langt fra entydig – det kan være avhengig av mange forhold hvordan det defineres i det enkelte tilfelle. Faktorer som kan påvirke definisjonen kan for eksempel være press på den enkelte avdelings ressurser i form av sykdom blant personalet, mange innleggelser, ulykker og liknende.

I dette eksemplet beskrives samarbeidstiltak mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune. Hovedvekten vil bli lagt på å beskrive spesialiserte korttidsplasser på to sykehjem og effektene av disse. Vi vil imidlertid også sette disse to tiltakene inn i en større sammenheng.

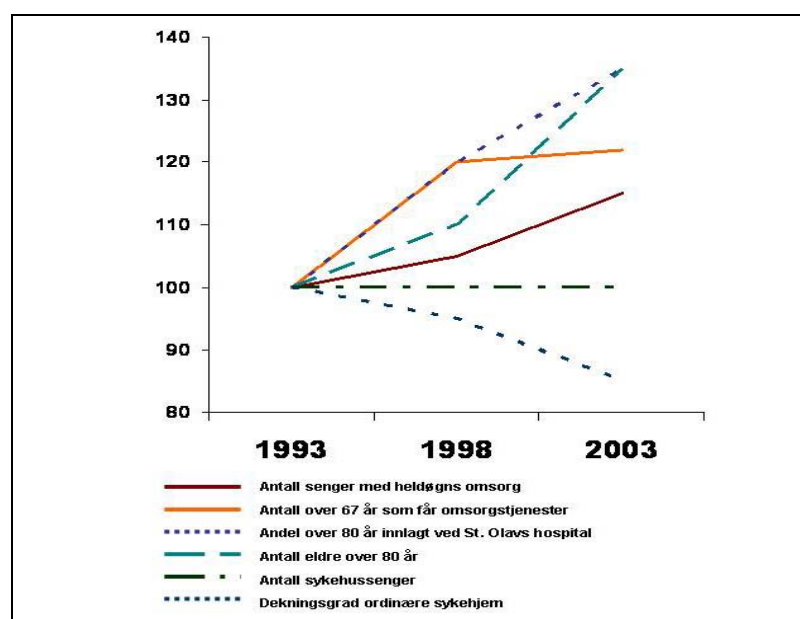
Beskrivelsen er basert på intervjuer med berørte parter, skriftlig materiale og to artikler i *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening* (Nr. 9/2005 og nr. 11/2005).

#### Bakgrunn

Tall fra årsrapportene til St. Olavs Hospital viste en økning i antall meldte utskrivningsklare pasienter fra 385 i 2001 til 515 i 2003. Det vil si en økning på 33,8 % på tre år. I perioder lå antall utskrivningsklare pasienter ved St. Olavs Hospital på opp mot 50. Samtidig var det fra 1993 til 2003 blitt 36 % flere eldre over 80 år i Trondheim. I samme periode økte antall plasser for heldøgns omsorg fra 1 189 til 1 424, det vil

si 19 %, mens antall sykehussenger forble uendret. Videre var det i denne perioden en økning fra 2 400 til 2 954 personer over 67 år som mottok hjemmesykepleie og praktisk bistand i eget hjem. Samtidig var det blitt mange flere sykehusinnleggelser blant de eldste. I 1993 var det 40,6 innleggelser pr. 100 personer over 80 år i opptaksområdet for St. Olavs Hospital. Dette økte til 64 per 100 i 2003.

Utviklingen er fremstilt grafisk i neste figur (8.1.1), hvor 1993 er satt som basisår (indeks = 100). Det er verdt å merke seg at dekningsgraden for ordinære sykehjems plasser (antall senger dividert med antall eldre over 80 år) hadde gått ned med 11,1 % i samme periode.



Figur 8.1.1 Endringer i bruk av helse- og omsorgstjenester i Trondheim sammenliknet med økningen i antall eldre over 80 år i perioden 1993 - 2003

Trondheim kommune og St. Olavs Hospital samarbeidet stadig mer strukturert i forhold til utskrivingsklar sykehjemspasienter utover 1990-tallet. Partene etablert flere faglig sammensatte arbeidsgrupper for å identifisere faktorer i behandlingsskjeden som kunne medføre mangelfullt behandlingstilbud i overgangssituasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En av konklusjonene fra disse gruppene var at det var mangelfull kompetanse både i sykehus og i kommune når det gjaldt pasienter med sammensatte sykdomsbilder, og som er brukere av mange forskjellige legemidler. Trondheim kommune besluttet derfor i samarbeid med St. Olavs Hospital å opprette to spesialenheter i eksisterende sykehjem.

Begge intermediaærenhetene ble spesielt tilrettelagt organisatorisk og fikk faglig kompetent personell for å drive mer avansert behandling og pleie enn det man kan tilby i vanlige sykehjem. Enhetene har for eksempel

utstyr for måling av surstoffmetning i blod, eget luftavtrekks-skap for administrasjon av antibiotika, og det er sykepleiere på aktiv vakt hele døgnet. Hovedmålsettingen med de nye behandlingstilbudene var å tilby godt tilrettelagt behandling, pleie og omsorg med faglig kompetent helsepersonell. Modellene ble basert på eksisterende organisering innenfor det offentlige helsevesenet. Institusjonene er både faglig og administrativt kommunale enheter, og aktivitetene reguleres av lover og forskrifter for kommunal institusjonsdrift.

Vi vil i avsnittene nedenfor kort beskrive hver av disse to enhetene.

### **Intermediærenhet ved Søbstad sykehjem**

Basert delvis på litteraturstudier og delvis på studier av pasientforløp av eldre pasienter i 2002 ble det vedtatt å etablere en intermediær omsorgs- og behandlingseenhet med 20 senger ved Søbstad sykehjem i Trondheim. Avdelingen ble startet opp i januar 2003 som et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og St. Olavs hospital. Samarbeidet gjaldt både fagutvikling og finansiering. I 2003 ble det behandlet 275 pasienter ved enheten.

Fagmiljøene i kommunen og ved sykehuset har i fellesskap utviklet kriterier for hvilke pasienter som skal behandles ved intermediærenheten. Hvis inneliggende pasient i sykehuset fyller kriteriene, kan pasienten overføres direkte til sykehjemmet så fremt det er ledig plass. Kriteriene for å få plass er at pasienten er over 60 år, er fra Trondheim og har en medisinsk avklart tilstand. Pasientene skal videre ikke ha betydelig demens eller alvorlig psykiatrisk diagnose, og det skal forventes at pasienten vil ha medisinsk nytte av behandlingstilbudet. Det er ingen krav til spesielle diagnoser, til sykdomsbildets alvorlighetsgrader eller kompleksitet. En grunnleggende forutsetning er at pasienten har et potensial til å reise hjem etter endt opphold.

Sykepleierdekningen ved spesialenheten er styrket med fire stillinger på dagtid og en på natten i forhold til en ordinær sykehjemsavdeling. I tillegg har intermediærenheten fysioterapeut i 50 % stilling og leger i til sammen 100 % stilling. Sykehuset har ansvaret for faglig oppdatering av personalet gjennom hospitering og kurs. Sykehjemslegene tilbys å delta i internundervisningen ved Geriatrisk seksjon ved St. Olavs Hospital to dager i uken.

### **Palliativ enhet ved Havstein sykehjem**

Ut fra resultatene fra en randomisert studie gjennomført av Seksjon for lindrende behandling ved St. Olavs hospital, kombinert med erfaringer fra flere prosjekter, ble det opprettet et permanent palliativt tilbud ved Havstein sykehjem med til sammen 12 plasser. I 2003 ble 79 pasienter

---

behandlet der. Gjennomsnittlig liggetid var 45,5 dager. *Nytteeffekten er under evaluering.*

Pasienter som innlegges skal være hjemmehørende i Trondheim, ha en kreftsykdom som tilsier kort forventet levetid, og sykehusbehandlingen skal være avsluttet. Pasientene skal være noe mer «krevende» medisinsk og pleiemessig, og av den grunn ha behov for personell med høyere kompetanse enn hva et vanlig sykehjem eller hjemmesykepleien kan tilby. Alle pasienter er før innleggelse på Havstein blitt innlemmet i behandlingsansvaret til Seksjon lindrende behandling. De 12 palliative sengene på St. Olavs Hospital er i hovedsak etablert for å løse akutte palliative problemer. Ansvarlig overlege på Seksjon lindrende behandling vil til enhver tid ha oversikt over pasientene på Havstein, på sykehusets sengepost, aktuelle pasienter i hjemmet og aktuelle pasienter på andre avdelinger ved St. Olavs Hospital.

Ved å ha en slik oversikt vil man raskt kanalisere de rette pasientene til Havstein med den konsekvens at sengeplassene på alle nivåer blir utnyttet optimalt. Seksjon lindrende behandling gjør de medisinske og sykepleiefaglige vurderingene med hensyn til behov for en sykehjemsplass i tett samarbeid med Havstein sykehjem. Pasientene rekrutteres hovedsakelig gjennom henvisninger fra kreftavdelingen, men også fra andre sengeposter eller fra hjemmet via fastlegen eller hjemmesykepleien.

Sykehjemmet benytter det tverrfaglige teamet til Seksjon lindrende behandling - lege, sykepleier, prest, sosionom, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog - som konsulenter i pasientsituasjoner og til undervisning. Sykehjemslegen tar del i internundervisning, fagmøter og går også til tider visitt på Seksjon lindrende behandling, mens legene ved Seksjon lindrende behandling etter behov går visitt på sykehjemmet sammen med sykehjemslegen.

Sykehjemmet har økt grunnbemanning og vesentlig styrket sykepleierdekning. Det er avsatt midler til sykehjemslege i 100 % stilling, hvorav 20 % er tilknyttet Seksjon lindrende behandling for klinisk tjeneste, forskning, fagutvikling og undervisning. Personalet ved Havstein sykehjem deltar ukentlig på internundervisningen ved Seksjon lindrende behandling gjennom videokonferanse. Det arrangeres felles temadager, og det er lagt godt til rette for kontakt ved behov mellom de to institusjonene.

## 8.2 Hvordan er modellen forankret og systematisert?

### Historikk

Stadige køer av utskrivningsklare sykehuspasienter førte til at Trondheim kommune i 1994 tilbød fylkeskommunen å betale for disse mot at det ble opprettet en geriatrisk avdeling ved sykehuset. Et annet vilkår var at slagenheten, som hadde vært et forsøksprosjekt, ikke ble nedlagt, slik det forelå planer om. Trondheim kommune og spesialisthelsetjenesten i Sør-Trøndelag innså samtidig at det var nødvendig å etablere samhandlingsarenaer og samarbeidsavtaler for å sikre en likeverdig dialog i etableringen av konkrete tiltak og utviklingsmodeller. Dette førte til at det i perioden fram mot sykehusreformen i 2002 ble inngått samarbeidsavtaler mellom de to aktørene og iverksatt en rekke konkrete samarbeidstiltak. De to korttidsenhetene som er omtalt ovenfor, er bare to av mange slike.

Det ble blant annet etablert et administrativt samarbeidsutvalg mellom de to aktørene. Det administrative samarbeidsutvalget hadde ansvar for å godkjenne rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter og å følge opp samarbeidsavtalene samt avklare prinsipielle saker av administrativ, faglig og økonomisk karakter. Utvalget var også øverste organ for å avgjøre saker der det var uenighet. Det bestod inntil sommeren 2004 av representanter fra sykehusdirektørens stab og rådmannens fagstab i Trondheim kommune.

Det ble også etablert et klinisk samarbeidsutvalg. Den løpende håndteringen av utskrivningsklare pasienter ble lagt til det kliniske samarbeidsutvalget. En sentral oppgave for dette utvalget var å tydeliggjøre felles retningslinjer i prosessene ved innleggelse og utskrivning. Det ble også etablert tilsvarende avtaler innen områdene psykiatri, rehabilitering, habilitering av barn, habilitering av voksne og akuttfunksjoner.

### Dagens avtalesystem

I løpet av vinteren 2003/04 ble det fremforhandlet en ny avtale som omfatter alle kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Den nye avtalen omfatter områder som utdanning, kompetanseoppbygging, praksiskonsulentordning, plan- og utviklingsarbeid og hvordan uenighet skal håndteres.

### Administrativt samarbeidsutvalg

I dette nye Administrative samarbeidsutvalget møter fra sykehuset sjefslege, samhandlingssjef og en representant fra psykiatrien ved St. Olavs Hospital samt en representant for Orkdal Sanitetsforenings

---



Sykehus. I tillegg er det to rådmenn fra de andre kommunene i området og to fra rådmannsnivået i Trondheim kommune. KS oppnevner de to representantene som kommer fra de andre kommunene.

Utvalget har ansvar for å følge opp samarbeidsavtalen og avklare saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter. Det Administrative samarbeidsutvalget godkjenner retningslinjer og oppnevner medlemmene til de kliniske samarbeidsutvalgene (se nedenfor). Det Administrative utvalget skal også avgjøre uenighets saker som ikke lar seg avklare i de kliniske utvalgene.

### **Kliniske samarbeidsutvalg**

Det er opprettet kliniske samarbeidsutvalg for områdene: Psykiatri, innleggelse/utskriving, rehabilitering, kompetanseoppbygging, akuttmedisin (legevakt) og for øvrig etter behov.

Det er Administrativt samarbeidsutvalg som oppretter de kliniske samarbeidsutvalgene. Retningslinjer og prosedyrer for disse utvalgene skal være mest mulig like. Retningslinjene utarbeides av de kliniske samarbeidsutvalgene og godkjennes av administrativt samarbeidsutvalg.

Som hovedregel følges de samme prinsippene for sammensetning av de kliniske samarbeidsutvalgene som for administrativt samarbeidsutvalg.

Leder av utvalget bestemmes av klinisk samarbeidsutvalg. Ledelse og sekretærfunksjonen alternerer årlig mellom St.Olavs Hospital HF og kommunene. Utvalget kan opprette eget arbeidsutvalg, og kan for øvrig innkalle andre representanter ved behov. Partene bærer selv sine kostnader.

Hovedoppgaven er å skape gjensidig forståelse som grunnlag for godt samarbeid omkring den enkelte pasient/pasientgrupper. Utvalget har ansvar for å utvikle og evaluere samarbeidsprosedyrer, samt kunnskaps- og kompetanseveksling innenfor området.

De kliniske samarbeidsutvalgene er faste og består over tid. Disse kan igjen sette ned arbeidsgrupper for å utrede konkrete spørsmål og problemstillinger.

### **Arbeidsform og beslutningsstruktur**

Som hovedregel er partene forpliktet til å *løse enkeltsaker* så nært pasientene som mulig. Ved uenighet mellom kommunene og St. Olavs Hospital HF angående enkeltsaker skal det skrives uenighetsprotokoll som underskrives av begge parter og sendes til det aktuelle kliniske samarbeidsutvalg. Alternativt kan uenighet meldes til Enhet for samhandling, som sørger for at saken blir tatt opp i et egnet forum.

De berørte parter har anledning til å anke saken inn for Administrativt samarbeidsutvalg som avgjør saken. Ved stemmelikhet har leder dobbeltstemme.

**Saker av prinsipiell og generell karakter** skal behandles i Administrativt samarbeidsutvalg, og ved behandling av slike saker understrekes det i avtalen at det bør tilstrebes å sikre en bred enighet mellom alle medlemmene i utvalget.

Så fremt det ikke er mulig å oppnå enighet mellom enkeltkommuner og St. Olavs Hospital HF *etter drøftinger i* Administrativt samarbeidsutvalg, skal saken drøftes i et eget møte mellom foretakets ledelse og den enkelte kommunes ledelse.

Poenget med å ha representative utvalg både på administrativt og faglig/klinisk nivå, er at det skal lette beslutningsprosessene. I prinsippet skal de som møter i disse utvalgene kunne opptre med beslutningsmyndighet på det aktuelle området som er oppe til diskusjon/avgjørelse. I praksis kan det naturligvis være noe vanskelig for to kommune-representanter å forplikte/binde alle de andre kommunene. For å unngå for mange omkamper, kreves det at de kommunale representantene er flinke til å sjekke ut og forankre arbeidet hos kolleger i de kommunene som ikke selv deltar direkte. En slik beslutningsform forutsetter naturligvis også at partene er seg bevisste hvilke typer spørsmål og saker som forutsetter politisk behandling i den enkelte kommune.

### 8.3 Hvilke resultater kan det vises til?

Det er vanskelig å dokumentere eksakt hvilke resultater etableringen av de to korttidsenhetene som er beskrevet i punkt 1 ovenfor har gitt. Basert på de to artiklene i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening og annet tilgjengelig materiale vil vi likevel forsøke å illustrere noen av effektene.

#### **Intermediærenhet ved Søbstad sykehjem**

I løpet av 2003 fikk 275 pasienter behandling ved intermediærenheten ved Søbstad sykehjem. Gjennomsnittlig alder for menn var 79 år og for kvinner 81 år. Pasientene kom i hovedsak fra medisinsk avdeling (136 pasienter), lungeavdelingen (55 pasienter) og ortopedisk avdeling (42 pasienter). De vanligste diagnosene var kronisk obstruktiv lungesykdom, angina pectoris, hjertesvikt, hjerneslag, pneumoni, kontusjoner og brudd. Gjennomsnittlig liggetid var 18,2 dager, og 72 % reiste hjem etter oppholdet.

---

Tabell 8.3.1. Intermediæravdelingen ved Søbstad Sykehjem

Intermediæravdelingen ved Søbstad sykehjem	Nøkkeltall 2003
Antall senger	20
Innleggelser	275
Gjennomsnittlig liggetid (døgn)	18,2
Andel av pasientene innlagt permanent i sykehjem	4 %
Andel av pasientene reinnlagt i sykehus	14 %
Gjennomsnittsalder (spredning) menn	79,4 år (67 - 91)
Gjennomsnittsalder (spredning) kvinner	81,2 år (60 - 96)

Resultatene fra Søbstad sykehjem i 2003 gir klare indikasjoner på at denne organiseringen gir en økonomisk/ressursmessig gevinst for samfunnet ved at pasientene ble liggende i kortere tid på St. Olavs Hospital. Artikkelen i Legetidsskriftet som oppsummerer erfaringene understreker at det er en forutsetning for optimal bruk av plassene at det er et effektivt samarbeid med forvaltningskontor, kommunens inntaksteam for sykehjem, fastleger og hjemmebaserte tjenester.

### Palliativ enhet ved Havstein sykehjem

I 2003 var det 79 innleggelser og 52 dødsfall på enheten (tabell 8.3.2). Det var bare én re-innleggelse til sykehuset fra Havstein i løpet av hele året. ’

Tabell 8.3.2 Palliativ avdeling ved Havstein Sykehjem

Palliativ avdeling ved Havstein sykehjem	Nøkkeltall 2003
Antall senger	12
Innleggelser	79
Gjennomsnittlig liggetid (døgn)	45,5
Personer som døde i avdelingen	52
Gjennomsnittsalder (spredning) menn	78 år (64 - 92)
Gjennomsnittsalder (spredning) kvinner	76 år (45 - 86)

Det kan også være interessant å se litt nærmere på hva som skjer med pasientene den siste uken av livet ved henholdsvis St. Olavs Hospital og på Havstein.

Tabell 8.3.3 Oversikt over behandling i siste fase av livet

Behandling	St. Olav (n=188)	Havstein (n=85)
Intravenøs behandling	142 (76%)	2 (2%)
Blærekateter	112 (60%)	26 (31%)
Epidural smertebehandling	7 (4%)	2 (2%)
Subcutan smertebehandling	144 (77%)	57 (67%)

Tabellen viser tydelig at det er en helt annen ”behandlingsfilosofi” ved sykehjemmet enn ved helseforetaket. Dette kan reise interessante faglige diskusjoner.

### **Personalmessige effekter**

Generelt er det et problem å rekruttere sykepleiere til å arbeide på sykehjem. Dette har ikke vært tilfellet ved disse to prosjektene. Sykefraværet er også halvert sammenliknet med vanlige sykehjem. Dette indikerer at slike avdelinger er et ettertraktet sted å arbeide for erfarne sykepleiere.

## **8.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

En oppsummering av læringspunkter/erfaringer knyttet til samarbeidet i Sør – Trøndelag/Trondheim bør gjøres på to nivåer: Systemnivået og det konkrete samarbeidet knyttet til de to sykehjemmene.

### **Læringspunkter på systemnivå**

Et kjennetegn ved samarbeidet på systemnivå er at det er godt forankret, det er god indre sammenheng mellom de ulike nivåene (faglige og administrative nivåer) i avtalesystemet, og det klare regler for hvordan beslutninger skal treffes. Det er også forutsigbare regler for håndtering av uenighet.

Det er også grunn til å trekke fram at man har funnet fram til en ”representasjonsmodell” der kommunene lar seg representere med utvalgte kommuner i de konkrete utvalgene som omfattes av avtalesystemet. KS spiller en viktig rolle i koordineringen av denne representasjonen.

Systemet er også basert på en forutsetning om at alle klinikker ved St. Olavs Hospital og alle de deltakende kommuner har en fast kontaktperson med ansvar for samhandling. Det gir en god struktur og oversikt over samhandlingen.

Det kan også være grunn til å trekke fram at St. Olavs Hospital har etablert en egen samhandlingsenhet som sitter tett opp til direktøren. Det gir samhandlingsperspektivet ved helseforetaket en sentral strategisk plassering. Det er også en helt vesentlig forutsetning for gjennomføring av gode samhandlingstiltak at ledelsen ved de store helseforetakene har en grunnleggende forståelse av hvor viktig det er med en sammenhengende behandlingsskjede, og at betydningen av dette faktisk er økende.

Det er også flere eksempler på at samarbeidet styrkes ved at det etableres parallelle/”matchende” tiltak på sykehus- og kommunenivå. Eksempler

---

på dette er at St. Olavs Hospital etablerte en fallpoliklinikk og kommunene samtidig egne fallteam. Et annet eksempel er at sykehuset etablerte en hukommelsespoliklinikk og kommunene tilsvarende team. På den måten er hensikten at tiltakene skal forsterke hverandre.

Endelig understrekes det fra begge parter at samarbeidet hviler på en klar forståelse av likeverd og respekt for hverandre.

Selv om det ligger "litt på siden" av selve avtalesystemet, kan det også være grunn til å trekke fram at så godt som alle fastleger i Trondheim kommune er tilknyttet Helsenett. Det gir særdeles gode muligheter for utveksling av elektronisk kommunikasjon – for eksempel når det gjelder å sende epikriser elektronisk.

### **Læringspunkter knyttet til samarbeid om sykehjem**

En viktig erfaring knyttet til den type intermediæravdelinger som er etablert ved Sjøbstad og Havstein er at de må ha god faglig kompetanse med mulighet for rask tilgang på spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten må ha et betydelig ansvar i forhold til å bygge opp og vedlikeholde fagkompetansen i en slik enhet. Ved intermediæravdelingen på Sjøbstad er dette satt i system slik at tjeneste ved avdelingen er godkjent som sykehustjeneste for spesialiteten i allmennmedisin og som sideutdanning for flere andre spesialiteter.

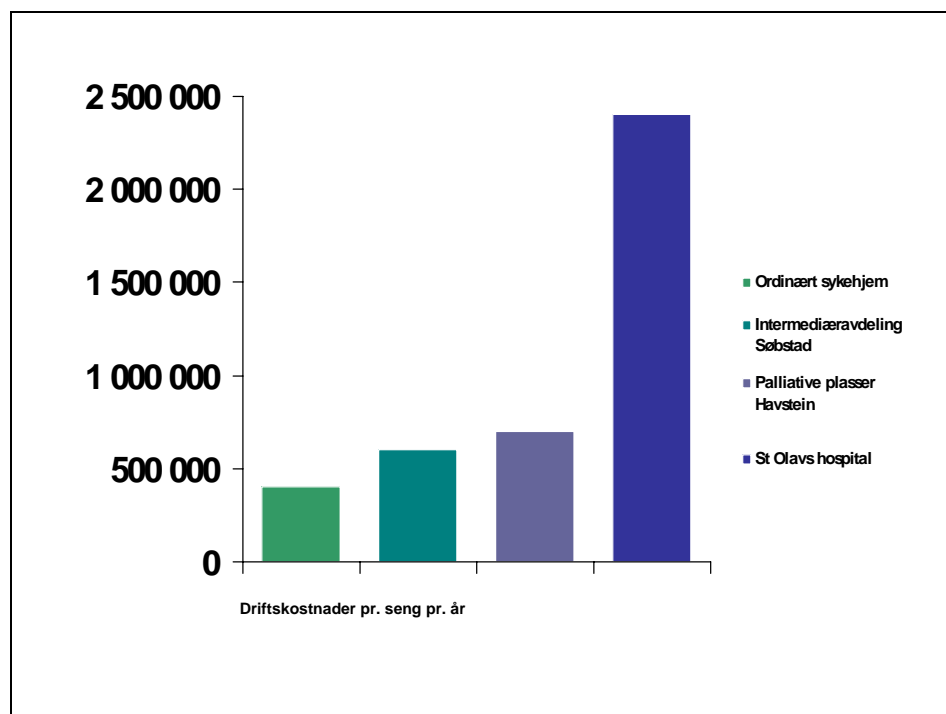
En annen viktig erfaring er at det må settes inn flere ulike tiltak samtidig dersom målene med denne type avdelinger skal nås. Som eksempel er det etablert en felles forståelse av begrepet "utskrivingsklar" pasient. Det er etablert felles og omforente kriterier for bruken av Sjøbstad sykehjem, slik at begge parter har samme oppfatning/forståelse av hvordan denne avdelingen skal brukes. Det er dessuten etablert meget tett samarbeid mellom Trondheim kommunes sykehjemskoordinator og sengeavdelingene ved St. Olavs Hospital.

Det synes også å være enighet om at det er viktig med god dokumentasjon og systematisk evaluering. Det utarbeides ved St. Olavs Hospital løpende og gode oversikter over status med hensyn til utskrivingsklare pasienter og antall korridorpasienter. Det gir klinikkene god innsikt i effekten av de tiltak som settes i verk. Det legges også ned relativt mye arbeid i å få evaluert effekten av de tiltak som iverksettes. På den måten øker læringseffekten. Det har for eksempel aldri vært færre i sykehjemskø i Trondheim kommune enn nå.

## 8.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?

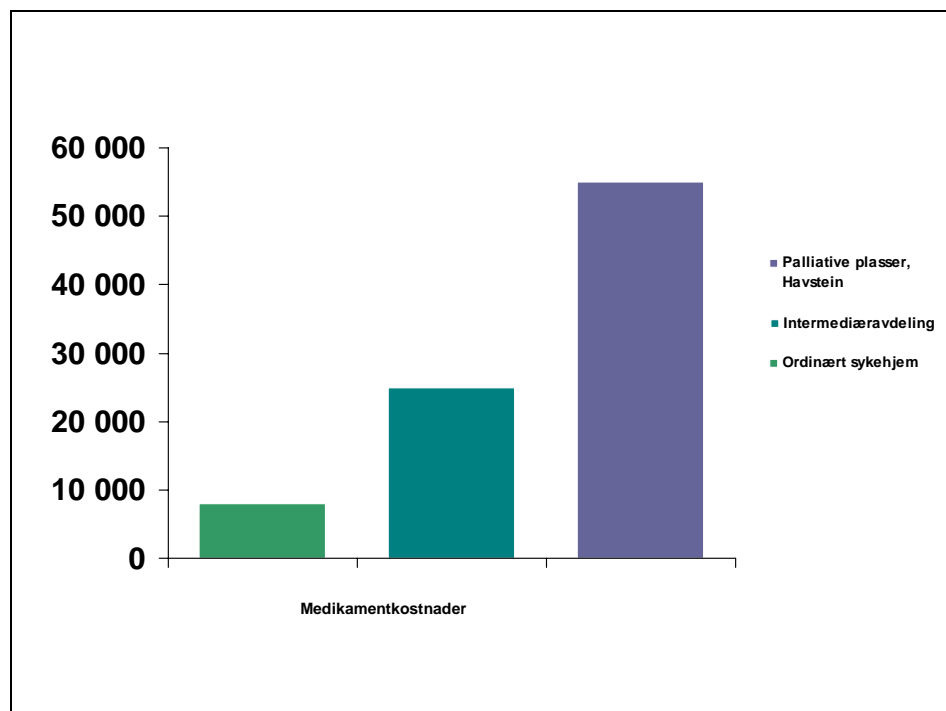
Behandlingstilbudet i spesialiserte sykehjemsenheter er kostbart i forhold til driften ved ordinære sykehjem, men billig i forhold til behandling i sykehus (fig 2 og 3). Det er spesielt legemidler, sykepleier- og legelønninger som er kostnadsdrivende. Medikamentkostnadene er i gjennomsnitt 8 000 kroner per år og per pasient i en ordinær sykehjemsavdeling i Trondheim. Tilsvarende kostnader ved Havstein sykehjem er 85 000 kroner pr. seng pr. år.

I figuren under (8.5.1) viser vi Sammenlikning mellom kostnader pr. seng pr. år mellom ulike behandlingsalternativer



Figur 8.5.1 Sammenlikning mellom kostnader pr. seng pr. år mellom ulike behandlingsalternativer i Trondheim (egne tall for 2003)

I neste figur viser vi sammenlikning mellom kostnader pr. seng pr. år mellom ulike behandlingsalternativer.



Figur 8.5.2. Sammenlikning mellom kostnader pr. seng pr. år mellom ulike behandlingsalternativer i Trondheim (egne tall for 2003)

Andre beregninger viser betydelig større kostnader forbundet med sykehusbehandling enn det som er antydnet ovenfor. Det antydtes tall helt opp til kr. 4400 per seng og per døgn. Dermed blir forskjellene mellom sykehusbehandling og behandling på en av de to spesialenhetene enda større.

Forskjellene mellom kostnadene til en ordinær sykehjemsplass og en plass på de to spesialenhetene dekkes av St. Olavs Hospital HF. Kostnaden ved dette utgjør ca. 3 millioner kroner per år. Det betyr at samarbeidspartnerne har funnet det nødvendig og hensiktsmessig å utarbeide et supplement/alternativ til de ordinære finansieringsordningene.

## 8.6 Formidling

Erfaringene fra de to korttids-/intermediærenhetene i Trondheim har vakt betydelig interesse. Som nevnt ovenfor er de dokumentert i to artikler i *Legetidsskriftet*. Det har også vært en rekke delegasjoner fra andre helseforetak og kommuner på besøk for å høre om erfaringene. Flere steder er det etablert eller under etablering sykehjemsavdelinger som er inspirert av Søbstad og Havstein. De er dessuten så godt dokumentert at overføringsverdien til andre er stor.

## 9 Helse Fonna HF og kommunene i opptaksområdet

Samarbeid om helhetlig helsetjeneste via samordning, kontinuitet og faglig kvalitet gjennom hele pasientforløpet.

### 9.1 Beskrivelse av modellen

Helse Fonna omfatter de somatiske sykehusene Haugesund, Stord og Odda, de psykiatriske sykehusene Haugesund og Valen, og 4 Distrikts Psykiatriske Sentra. Helse Fonna yter spesialisthelsetjenester til en befolkning på ca. 165 000 fordelt på 19 kommuner.

Modellen har sin bakgrunn i at Fylkessykehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune i perioden september 1998 til august 2001 gjennomførte et omfattende samarbeidsprosjekt (FHK prosjektet). Hovedmålet med dette prosjektet var å iverksette tiltak, basert på forpliktende avtaler, som i sum ville sikre pasienter og brukere en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av forvaltningsnivåene. Med helhetlig helsetjeneste menes samordning, kontinuitet og faglig god kvalitet gjennom hele pasientforløpet.

Prosjektet var begrenset til den somatiske helsetjenesten, var tverrfaglig og hadde en bred forankring politisk, administrativt og i de ulike fagprofesjonene. Avtalene ble etter pilottesting implementert i Haugesund sykehus, Haugesund kommune og Karmøy kommune i september 2001.

På bakgrunn av positive erfaringer i de tre organisasjonene, ble avtalene tilpasset og implementert i resten av regionen våren 2004 (3 somatiske sykehus og 19 kommuner).

Samarbeidet bygger på en helhetlig modell og er uavhengig av pasientens alder og diagnose. Avtalene omfatter somatiske pasienter som har, eller vil ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Det foregår for tiden et prosjekt for å utarbeide tilsvarende avtaler innen psykisk helsevern.

Modellen for det forpliktende samarbeidet bygger på verdiene respekt, likeverd og gjensidig forpliktelse mellom partene. Disse verdiene utfordrer holdninger og organisasjonskultur i den enkelte organisasjon og mellom forvaltningsnivåene.

Samarbeidet omfatter to hovedstrategier:



**Faglig nettverk**

Mellom ansatte som arbeider i Helse Fonna og ansatte som arbeider i kommunehelsetjenesten

**Felles rutiner ved inn- og utskrivingsplanlegging**

Hovedstrategiene realiseres gjennom tre samarbeidsavtaler. Hver for seg utgjør den enkelte avtale en del av en helhet og omfatter følgende:

*Avtale om hospitering* har fokus på gjensidighet og hele pasientforløpet. Målgruppen de første årene var avgrenset til helsepersonell med treårig høgskoleutdanning. Målgruppen er nå utvidet til å gjelde hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og administrativt personell. Det arbeides med å inkludere legene i hospiteringsordningen.

*Avtale om inn- og utskrivingsplanlegging* har til hensikt å sikre felles rutiner ved inn- og utskrivings av pasienter i sykehus. Kjerneområder i dette arbeidet er tydelighet i ansvar, rutiner for kommunikasjon og informasjonsoverføring, samt rutiner for kompetanseoverføring. Prosessen knyttet til dette arbeidet er visualisert ved hjelp av flytskjema.

*Avtale om spesialopplæring.* I tillegg til de rutinene som er beskrevet i Avtale om inn- og utskrivingsplanlegging, er det utarbeidet en tilleggsavtale for å sikre helhet i tjenestetilbudet for pasienter med behov for helsetjenester som krever et mer avansert helsetjenestetilbud.

Avtalen beskriver

- En ytterlig presisering av ansvar og oppgavefordeling knyttet til enkeltpasienter
- Rutiner knyttet til opplæring av kommunehelsetjenesten.

Prosessen er visualisert ved hjelp av flytskjema. Flyt og rutiner er beskrevet i avtalen.

Samarbeidsavtalene ble etter pilottesting i 2001 evaluert av ekstern konsulent. Vurderingene var positive, og modellen ble vurdert til å ha stor overføringsverdi til andre sykehus og kommuner. Samtidig påpekte rapporten at informasjon og kjennskap til rutinene var en viktig forutsetning for å lykkes i implementering av rutinene.

**Kvalitetssikring og videreutvikling av samarbeidsmodellen**

Helse Fonna og kommunesamarbeidet handler i stor grad om å bygge en ny kultur. I dette samarbeidet er verdiene sentrale.

Ulike tiltak ble iverksatt for å kvalitetssikre og videreutvikle samarbeidet:

- Samarbeidsutvalg mellom Helse Fonna og kommunene
- Rutine for avviksmelding og avvikshåndtering
- Brukermedvirkning

- Praksiskonsulentordning (PKO)
- Rutine for evaluering og revisjon av avtalene
- Sikring av avtalene i plan- og budsjett

Det er opprettet samarbeidsutvalg mellom hvert av de somatiske sykehusene og de tilhørende kommunene. Dette er gjort for å sikre en praktisk og mest mulig lokal fokus i samhandlingen.

Samarbeidsutvalgene har som oppgave å ivareta oppfølging, videreutvikling, evaluering og revisjon av samarbeidsavtalene, samt å drøfte andre muligheter og utfordringer i samarbeidet.

Samarbeidsutvalgene er sammensatt av linjeledere og fagpersonell fra den enkelte organisasjon, brukerrepresentant fra Brukerutvalget i Helse Fonna, PKO-representant samt direktør og samhandlingssjef i Pasientservice.

For å sikre at rutinene i avtalene ble fulgt opp i det praktiske arbeidet, ble det utarbeidet rutine og skjema for melding om avvik, samt flyt for avvikshåndtering. Det ble i utarbeidelsen av avviksskjemaet vektlagt at det skulle være oversiktlig og enkelt å fylle ut. Begrepene i avviksskjemaet var identiske med begrep brukt i flyt som visualiserte rutinene i den enkelte avtale. For å tydeliggjøre ansvar og oppfølging av avvikene ble det utnevnt en adresse og kontaktperson for avvik i hver enkelt organisasjon.

Avvik skal lukkes/korrigeres innen 4 uker. Det enkelte avvik regnes ikke som lukket/korrigert før det er gitt tilbakemelding til den enhet som har meldt om avvik om hvilke tiltak som er iverksatt for å sikre gjeldende rutine. Statistikk over samtlige avvik rapporteres og drøftes i Samarbeidsutvalget.

### **Praksiskonsulentordning**

Praksiskonsulentordning (PKO) ble tidlig etablert i Helse Fonna. PKO har en organisatorisk tilhørighet i enheten Samhandling i Pasientservice. Arbeidet koordineres av en praksiskoordinator. Praksiskonsulentene har en overlege som kontaktperson i den enkelte klinikk. Det er etablert faste møter mellom PKO og Helse Fonna både på et overordnet administrativt nivå og på klinikknivå.

## **9.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet**

Samarbeidet er forankret politisk, administrativt og i fagpersonellet. Helse Fonna har opprettet en egen organisatorisk enhet med et overordnet systemansvar for samhandling og for praksiskonsulentordningen. Pasientservice fungerer også som en adresse for samhandling i Helse Fonna. Samarbeidsavtalene mellom Helse Fonna

---

og kommunene er overordnede og regulerer samhandlingen både på system- og på faglig nivå. Avtalene er i tråd med strategien i Helse Fonna om et forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom hele pasientforløpet.

### **9.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

#### **Hospiteringsordningen**

Den gjensidig hospiteringsordning mellom Helse Fonna og kommunene fungerer godt og er et viktig redskap i kulturbyggingen. 177 hospitanter har hospitert etter at ordningen ble implementert i drift, og evalueringsresultatene er entydig svært positive. Hospiteringsordningen ble tildelt "Stå på prisen 2003" av Norsk Sykepleierforbund, Rogaland.

#### **Melding av avvik**

Hensikten med avviksregistrering er å dokumentere, for dermed å synliggjøre og mer målrettet kunne iverksette tiltak når rutinene ikke følges opp i det praktiske arbeidet. En ser i økende grad at melding av avvik følges opp i praksis og at partene lukker/korrigerer avvikene på en konstruktiv og positiv måte. "Gode eksempel" på lukking av avvik brukes konstruktivt i implementering og oppfølging av avtalene.

Videre er erfaringene at det fortsatt er en utfordring å etablere en klagekultur hvor partene opplever at melding av avvik representerer et viktig fundament for å kunne sikre og videreutvikle samarbeidet. Utfordringene synes å være størst ved sykehuset.

#### **Praksiskonsulentordningen**

Praksiskonsulentene bidrar til kvalitetsforbedring gjennom pasientforløpsstudier, forbedring av rutiner, samt gjennom kurs- og møtevirksomhet. I tillegg bidrar PKO aktivt med å følge opp og videreutvikle avtalene i Helse Fonna – kommunesamarbeidet og er representert i de respektive Samarbeidsutvalgene samt i styringsgruppen for felles nettverk innen kreftomsorg og lindrende behandling.

#### **Evaluering og revisjon**

Sentrale føringer, utvikling i helsetjenesten samt gjensidige forventninger medfører en kontinuerlig utfordring i å evaluere og videreutvikle modellen for samhandling. Evalueringene viser at "samarbeidsavtalene bidrar til en tydeligere ansvarsfordeling, samarbeidet er mer systematisk og målrettet, og partene opplever en bedre dialog. Avtalene bidrar i tillegg til "å få orden i eget hus" ved at samarbeidet forutsetter at interne rutiner evalueres og videreutvikles. Det har vært arbeidskrevende - og

utfordringen er fortsatt mange, men partene konkluderer med at avtalene er vel verdt innsatsen!” (Evalueringsrapport 2005)

### **Brukermedvirkning**

Hovedmålet med samhandlingsmodellen er å sikre et mer helhetlig helsetjenestetilbud for pasienter og brukere i Helse Fonna regionen. Det er derfor viktig å sikre brukermedvirkning i dette samarbeidet. Samhandlingsmodellen drøftes jevnlig i Brukerutvalget i Helse Fonna og Brukerutvalget er representert i de ulike Samarbeidsutvalgene. Det planlegges å gjennomføre en brukerundersøkelse for å bedre kunne sikre brukermedvirkning og å nyttiggjøre deres erfaringer i videreutvikling av modellen.

### **Samarbeidsutvalgene**

Fem års erfaring viser at Samarbeidsutvalgene har en viktig funksjon og er et nyttig redskap i oppfølgingen av samarbeidsavtalene. Partene prioriterer møtene og praktiske utfordringer og muligheter i samhandlingen drøftes. Ved behov for nye rutiner settes det ned et arbeidsutvalg som utarbeider og fremlegger forslag til rutine i Samarbeidsutvalget. Pasientservice følger opp saken i samtlige tre Samarbeidsutvalg slik at samme rutine gjøres gjeldende i hele regionen.

### **Eksempel på hvordan pasientene merker resultatet av samhandlingen**

Pasienter og pårørende har gitt mange positive tilbakemeldinger som bekrefter betydningen av samhandlingsmodellen. Pasienter og pårørende opplever en god dialog mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, og at dette bidrar til trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og god faglig kvalitet i tjenestetilbudet.

Særlig tydelige er tilbakemeldinger når det gjelder samarbeidet om pasienter med behov for et mer avansert helsetjenestetilbud – ofte knyttet til lindrende behandling. ”Pasienthistorier” og evalueringer knyttet til enkelte pasientforløp forteller at mange pasienter og deres pårørende har kjent seg trygge og fått en god oppfølging i hjemmet både av personell fra sykehuset og fra kommunehelsetjenesten fordi rutinene har fungert i praksis. Behov for avanserte helsetjenester er ressurskrevende, men det tilbakemeldes om engasjement og stor vilje fra partene til å følge opp rutinene og dermed imøtekomme pasientenes ønske om å få være hjemme. Kommunene stiller seg positive til å ta imot disse pasientene fordi rutinene sikrer – og de erfarer - at de får nødvendig opplæring og støtte til å legge til rette et godt helsetjenestetilbud til disse pasientene.

## 9.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?

Samarbeidsmodellen som er utviklet i Helse Fonna – kommunesamarbeidet representerer "det gode eksempel" innen kvalitetsutviklingsarbeid. Modellen har "overlevd" overgangen fra prosjekt til drift, er videreført til hele regionen og har overlevd omfattende organisatoriske endringer både i Helse Fonna og i kommunene.

Suksessfaktorene i prosjektet og implementeringen av avtalene har vært mange. For prosjektfasen nevner samarbeidspartene følgende momenter som sentrale:

- Bred forankring og engasjement politisk, administrativt og hos fagpersonellet
- Helhetlig strategi
- Hensiktsmessige og gode rammer for arbeidet administrativt og økonomisk ved frikjøp av personell i prosjektperioden
- Ekstern evaluering som gav evalueringresultatene tyngde
- Tiltak som har bidratt til å sikre overgangen fra prosjekt til drift er blant annet felles koordinator, samarbeidsutvalg, rutine for avviksmelding og avvikshåndtering, rutine for årlig evaluering og revisjon av avtalene og sikring i plan og budsjett
- Kompetanse i prosjektledelse

For fasen med implementering i drift nevner samarbeidspartene følgende momenter som sentrale:

- Organisatoriske tilrettelegginger – herunder en opprettelse av en egen enhet i Helse Fonna med overordna systemansvar for avtalene
- Fokus på verdier og kulturbygging
- Kontinuitet i overgangen mellom prosjekt og drift
- Rutiner ved inn- og utskrivingsplanlegging som omfatter kjerneområdene for god samhandling
- Rutiner ved inn- og utskrivingsplanlegging som er uavhengig av pasientens alder og diagnose
- Sentrale føringer har satt samhandling på dagsorden

## 9.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?

Samarbeidsprosjektet (FHK prosjektet) ble finansiert av Sosial- og helsedepartementet med kr. 1 750 00,-. I tillegg ble det tilført kr. 600 000 årlig i en treårs periode fra Fylkessykehuset i Haugesund, Haugesund

kommune, og Karmøy kommune. Den totale budsjetttrammen var dermed 3 550 000. Prosjektet ble i tillegg tildelt et tilskudd fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus på kr. 350 000,-. Kostnadene i prosjektet var i hovedsak knyttet til avlønning av prosjektansatte, diverse forbruksvarer og kontorutstyr, samt kostnader knyttet til frikjøp av fagpersonellens deltakelse i prosjektet.

Helse Fonna har opprettet en egen organisatorisk enhet (Pasientservice) for samhandling og avsatt to årsverk til samhandlingsarbeidet. Enheten har en koordinerende rolle samt til dokumentasjon og rapportering av resultater. I tillegg kommer kostnader knyttet til praksiskonsulentordningen. Både Helse Fonna og kommunene har kostnader knyttet til hospiteringsordningen samt til deltakelse i samhandlingsmøter.

### **9.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?**

Utfordringene knyttet til samhandling mellom fagpersonell, enheter og forvaltningsnivå synes å være internasjonal og uavhengig av hvordan den nasjonale helsetjenesten er organisert. Erfaringene fra vår region etterspørres, og pasientservice deltar med erfaringer/foredrag i ulike nettverkssamlinger, seminar og konferanser. Blant annet var Helse Fonna - kommunesamarbeidet presentert i Praha i april 2006 på den Europeiske kvalitetskonferansen.

Da NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" ble sendt ut på høring våren 2005, ble det ut fra erfaringene med denne samhandlingsmodellen sendt en samlet høringsuttalelse fra Helse Fonna og samtlige 19 kommuner i regionen.

---

## 10 Helse Bergen HF og Bergen kommune

Samarbeid om legevaktfunksjoner for innbyggere i Bergen kommune og skadebehandling med integrert spesialist- og allmennhelsetjeneste.

### 10.1 Beskrivelse av modellen

Legevakten i Bergen ble etablert i 1917 da som "Nødhjelpen". Nødhjelpen var først kommunal, men det ble senere dannet et interessentselskap med Haukeland Sykehus som den gang var organisert i Bergen fylkeskommune. I 1972 overtok Hordaland fylkeskommune ansvar for spesialisthelsetjenesten og det ble inngått avtale med Bergen kommune om drift av skadepoliklinikk i 1977. Gjeldende avtale om legevakten er fra 1989.

Nøkkel for fordeling av utgifter på Bergen Legevakt har endret seg, men har de senere år vært delt likt mellom sykehus og kommune. Noen ansvarssteder ble holdt utenfor fordelingsgrunnlaget, før 1998 gjaldt dette Voldtekstmottaket. I 1998 ble Bergen Legevakt omorganisert og sykebesøksformidlingen ble flyttet fra AMK ved Haukeland Sykehus til Bergen Legevakt. I 2000 ble legevaktsentralen og trygghetsalarmmottaket flyttet til Bergen Legevakt og det ble opprettet et eget ansvarssted for å holde utgifter atskilt fra utgiftsdeling med fylkeskommunen. Etter en gjennomgang av utgiftsdelingen sammen med fylkeskommunen i mai 2000 ble man enige om å ikke endre på fordelingsnøkkel for de ansvarsstedene som man vurderte som felles, nemlig skadepoliklinikken og psykiatrisk legevakt. Dette med bakgrunn i at det ble vanskelig å skille pasientene mellom kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Ved statlig overtakelse av sykehusene ble avtalen videreført.

Universitetsfunksjoner (studentundervisning i småkirurgi) ble tillagt legevakten i 1988. I 1992 åpnet Psykiatrisk legevakt og Voldtekstmottaket åpnet i 1993. I 2001 ble legevaktstasjonene i Åsane, Fana og Loddefjord administrativt underlagt Bergen Legevakt. I 2005 opprettet man Livskrisehjelpen og i 2006 startet man med en egen sykehjemslegevakt.

Bergen Legevakt har legevaktfunksjon for innbyggere i Bergen kommune og ivaretar lokalsykehusfunksjon (skadebehandling) for innbyggere i Bergen kommune og omegnskommuner.

Organisatorisk er Bergen Legevakt underlagt Byrådsavdeling for helse og omsorg. Legevakttjenesten i Bergen er organisert i to områder, begge underlagt legevaktsjefen.

### **Bergen Legevakt**

Dette er den store sentrale legevakten med integrert spesialist- og allmennhelsetjeneste. Den er inndelt i en kirurgisk seksjon med brudd-, sår- og fysioterapiavdeling og en medisinsk seksjon med medisinsk avdeling, SO- mottak. Bergen Legevakt har lokalsykehusfunksjon for enkelte skadetyper. Den kirurgiske seksjon er åpen syv dager i uken, dag og kveld.

Den medisinske avdelingen er kommunens allmenntilleggs legevakt innenfor ordinær kontortid og er stengt kveld og helger. Samtlige avdelinger er stengt om natten, men da er allmennlegevakten åpen (se nedenfor). Alle leger ved Bergen Legevakt er ansatt i kommunen. Dette betyr at de er lønnstakere og inntjente egenandeler og refusjoner tilfaller kommunen ved Bergen Legevakt.

### **Allmennlegevakten og de lokale vaktstasjonene**

Fastlegene bemanner Allmennlegevakten og de tre vaktstasjonene. Andre leger kan delta på frivillig basis. Legene her er selvstendig næringsdrivende, det vil si at egenandeler og trygdefusjoner tilfaller den enkelte lege.

Vaktstasjonene er åpne fra 16-22, mens allmennlegevakten er åpen fra 16.00 til 08.00. Allmennlegevakten fungerer på mange måter som en vaktstasjon for sentrum mellom kl 16 og 22. De tre vaktstasjonene er lokalisert til bydelene, mens allmennlegevakten er lokalisert til Bergen Legevakt.

Mellom kl 22-08 er kun allmennlegevakten åpen og er det eneste legevaktstilbudet i Bergen om natten.

### **Nærmere beskrivelse av funksjonene:**

**Kirurgisk avsnitt** består av sår-, røntgen- og fysioterapiavdeling. Ved kirurgisk avsnitt har man en behandling av omlang 40 000 pasienter årlig.

**Medisinsk avdeling** har ca. 15 000 pasienter pr. år og behandler blant annet trafikkskader, commotio, nakkesleng, infiserte sår og byller som skal insidres. Avdelingen har en indremedisiner og benytter ultralyd. Noen av pasientene som behandles på medisinsk avdeling er egentlig "sår pasienter", men på såravdelingen skjer pasientbehandling i "båser" uten tilstrekkelig skjerming og av hensyn til pasientene overføres disse til medisinsk avdeling.

---



**Psykiatrisk legevakt** er et viktig supplement til det akuttpsykiatriske tilbudet i regionen. Psykiatrisk legevakt er åpen på ettermiddag/kveld og i helger, og tar imot pasienter med akutte psykiatriske problemstillinger, blant annet vurdering av suicidalitet. Normalt har man to til tre konsultasjoner per dag. På årsbasis utgjør dette omlag 836 konsultasjoner.

**Voldtekstmottaket, SO-mottak (mottak for personer utsatt for seksuelle overgrep)** behandler ca. hundre pasienter årlig (137 i 2006). Mottaket er et døgnåpent tilbud og har en koordinator i full stilling. Det er i inneværende år etablert nye samarbeidsrutiner med Barneklubben når det gjelder barn under 15 år utsatt for et seksuelt overgrep.

**Allmennlegevakten** bemannes av fastleger, sykehusleger og andre leger. Disse er selvstendig næringsdrivende. Allmennlegevakten har åpent på ettermiddag/natt og i helger. Årlig er det omlag 44 000 konsultasjoner.

**Legevaktssentral - Trygghetsalarmmottak** er en døgnåpen kommunikasjonsentral som formidler kommunal legevakt og gir medisinsk råd. Sentralen er også kontakttelefon for hjemmesykepleien og brukere med kommunal trygghetsalarm. Antall telefoniske henvendelser er ca 45 000 pr. år.

Trygghetsalarmmottak ble overtatt fra AMK i 2000, og betjenes av merkantilt personell og sykepleiere. Mottaket betjener kommunale trygghetsalarmer fra bydeler i Bergen kommune. Pr. år er det ca 2000 alarmbrukere, mens det er omtrent 35 000 utløste alarmer.

**Legevaktstasjoner i Åsane, Fana og Loddefjord** har åpent kl.16-22 hverdager og kl. 12-18 helger/høytider. Samlet behandler legevaktstasjonene om lag 32 000 pasienter.

**Kveldspoliknikken for barn** er en tjeneste i tillegg til legevakten sine funksjoner. Det er etablert tilbud ved kveldspoliknikken for barn i Barneklubben HUS. Kveldspoliknikken er åpen hver dag fra 18-23 og bemannes av en pediater og to sykepleiere. Antall konsultasjoner har stabilisert seg på ca. 10 000 pr. år.

Det arbeides målbevisst for at det skal være likeverd fra begge sider i avtalen. Det at kostnadene deles likt og at det er ett budsjett bidrar til gjensidigheten.

Det er ikke en egen evaluering av samhandlingsmodellen, men det er en fortløpende dialog mellom partene, samt eget avvikssystem mellom avdelingene i legevakten. Avvikssystemet bygger på en skriftlig avtale, og kombineres med aktiv dialog mellom de ulike aktørene.

Livskrisehjelpen er et psykososialt hjelpetiltak for mennesker i krise. Oppstart november 2005. Sykehjemslegevakten er en egen legevakt for

sykehjemmene og hjemmeboende med spesielle behov. Opprettet i mars 2006 og har åpent 4 timer om kvelden og 6 timer i helgene.

### **10.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Avtalen om samarbeid om legevakten er blitt til gjennom flere år. Således var dette en selvstendig avtale lenge før kommunen og helseforetaket utarbeidet egen overordnet samarbeidsavtale. Nå er legevakten forankret i den overordnede avtalen.

### **10.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Pasienttilstrømmingen til Bergen Legevakt og allmennlegevakten har vært relativt konstant de siste 25 årene, fra ca. 85 000 i 1975 til i overkant av 100 000 i 2002. Den største endringen skjedde ved nedleggelsen av sykebesøksordningen i februar 1998 med en økning på ca. 20 000 pasienter. Innføringen av fastlegeordningen har ikke resultert i reduksjon i tilstrømmingen til Bergen Legevakt, det har imidlertid vært nedgang i konsultasjoner ved legevaktstasjonene.

Samarbeidsmodellen er ikke evaluert i forhold til nytte eller effekter. Det er imidlertid gjennomført flere brukerundersøkelser, og det skal gjennomføres ny brukerundersøkelse i tråd med kommunens plan for balansert målstyring.

Pasientene opplever ikke forskjellen på hva som er kommunal og hva som er helseforetakets område når de er i kontakt med legevakten. Dette henger sammen med den interne organiseringen som fører til et sømløst system hvor oppgaver som tradisjonelt tilhører spesialisthelsetjenesten utføres ved legevakten. Det er helseforetakene som har "leverandør"-ansvar for spesialisthelsetjenester og pasienttransporter utenfor sykehus. Helseforetakene kan velge å organisere tjenestene selv, eller delegere dem til andre. Eksempel på slike oppgaver er røntgen, hvor det er egne finansieringstakster for tjenestene. Pasientene ved Bergen legevakt behøver ikke forflytte seg til annet sted eller til sykehus for å få utført oppgaver som tilfaller spesialisthelsetjenesten. Eksempler på slike polikliniske oppgaver som skadekirurgisk og akuttmedisinsk oppgaver utføres i samme bygg med de kommunale legevaktsoppgavene.

### **10.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?**

De viktigste læringspunktene er at man ved relativt enkle organisatoriske og faglige grep kan organisere tjenestene på en måte som gir lavere

---

kostnader og bedre tilfredshet for pasientene. Dette resulterer i at pasientene opplever et sømløst system. Videre opplyser ledelsen ved legevakten at organiseringen bidrar til at pasientene får en effektiv behandling på riktig nivå etter teorien om laveste effektive omsorgsnivå.

### **10.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Kommunen og sykehuset deler de økonomiske kostnadene ved drift av legevakten likt. Men det følger ikke med spesielle finansieringsordninger til drift av legevakten ut over de polikliniske satser på det arbeidet som utføres. Helse Bergen bruker ca. 20 millioner kroner pr. år til spesialistdelen ved legevakten. Midlene fra Helse Bergen dekker ikke utgifter til den vanlige kommunale legevakten. Bergen kommunens netto bidrag ligger på ca. 30 millioner kroner.

### **10.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?**

Bergen legevakt har ofte besøk av andre helseforetak og kommuner som ønsker å studere organiseringen og driften av legevakten. Ut over dette er det ikke foretatt grep i forhold til formidling av modellen til andre kommuner eller foretak. Tjenesten på skadepoliklinikken er godkjent med inntil 1 år som sykehustjeneste for spesialistenheten allmenntjeneste. Øvrig tjeneste er godkjent med inntil 2 år. Godkjenning av tjenesten på Bergen Legevakt med inntil 3 år sikrer at man kan rekruttere og beholde leger i fast ansatte stillinger, noe som er et problem i kommunehelsetjenesten og legevakt forøvrig. Modellen krever et visst volum pasienter slik at man også kan rekruttere spesialister. Modellen er derfor mest egnet for større bykommuner. Flere av de større bykommunene har vært i kontakt med legevakten for å få informasjon om modellen.

# 11 Sykehuset Vestfold HF og kommunene Nøtterøy og Tønsberg

Samarbeid om IKT-basert pårørendestøtte via PC og bildetelefoni med læringsprogram tilpasset eldre pårørende.

## 11.1 Beskrivelse av modellen

### Bakgrunn

Prosjektet IKT - basert pårørendestøtte ble gjennomført i en periode på 3 år fra 2003 og ut 2005. Prosjektet ble senere videreført i ordinær drift i Nøtterøy kommune og Tønsberg kommune. Siktemålet er at det skal bli videreført og videreutviklet innenfor rammene av 12-kommunesamarbeidet i Vestfold.

Prosjektideen ble hentet i Borås i Sverige og er en oversettelse og tilpasning til norske forhold av EU - prosjektet ACTION (Assisting Careres using Telematic Inteventions to meet Older persons Needs).

Prosjektet er gjennomført i samarbeid mellom Høgskolen i Borås, Høgskolen i Vestfold, Sykehuset i Vestfold, Nøtterøy kommune og Tønsberg kommune. Sosial- og helsedirektoratet har bidratt med prosjektmidler. Prosjektet er evaluert av Henørsenteret på Høgskolen i Vestfold. Utgiftene til denne evalueringen er finansiert av KS.

### Mål med prosjektet

Målsettingen med prosjektet var å bidra til at hjemmeboende og deres pårørende skulle oppleve økt mestring - og følgelig bedre autonomi - , større uavhengighet og bedre livskvalitet.

Målsettingen skulle oppnås ved å:

- (1) Bidra til at pårørende til hjemmeboende pasienter får økt kunnskap og kompetanse til å mestre hverdagen
- (2) Forebygge utbrenthet hos pårørende til hjemmeboende pasienter med behov for hjelp til praktisk bistand og pleie
- (3) Forebygge og utsette innleggelse i institusjon
- (4) Tilrettelegge for sosial nettverksbygging mellom pårørende

Målgruppen for prosjektet var eldre pårørende til pasienter med slag og eller demens. Det var en forutsetning at de bodde i samme boenhet som

---

den syke. I prosjektperioden var det 19 deltagere. Av disse var 11 menn og 8 kvinner. Den eldste var 87 år, den yngste 59 år.

Når viktigheten av prosjektet skal vurderes, er det grunn til å legge vekt på at 65 – 70 % av all støtte til hjemmeboende i dag gis av pårørende.

I tillegg til de mål som ble formulert for de pårørende, hadde også de fire samhandlingspartnerne sine mer organisatoriske mål for prosjektet.

**Nøtterøy og Tønsberg kommuner** hadde følgende mål med å delta i prosjektet:

- Utvikle mangfoldet i sitt pleie- og omsorgstilbud, slik at innbyggerne kan opprettholde autonomi, trygghet og trivsel i egen bolig også ved redusert helsetilstand
- Styrke det helsefremmede og forebyggende arbeidet, og derigjennom utsette og redusere behovet for hjemmebaserte tjenester og institusjonstilbud fra helse- og sosialsektoren
- Legge til rette for nettverk der pårørende kan støtte hverandre (likemannsarbeid) og bygge sosiale relasjoner

**Sykehuset i Vestfold HF** hadde følgende mål med å delta i prosjektet:

- Støtte pasienter og pårørende etter utskrivning for å oppnå effektiv rehabilitering
- Utnytte nye arenaer for informasjon og veiledning til pasient og pårørende
- Utvikle samarbeid med kommunehelsetjenesten

**Høgskolen i Vestfold** hadde følgende mål med å delta i prosjektet:

- Stimulere FoU aktiviteten ved avdeling helsefag gjennom å delta i utvikling og evaluering av fremtidsrettet tjenestetilbud i primærhelsetjenesten
- Dokumentere sin stilling som et kompetansesenter for oppdragsvirksomhet og styrke samarbeidet i praksisfeltet

Samlet sett var det samarbeidspartnerne ambisjoner å bidra til en bedre forberedelse av utskrivningen, en bedre struktur på samarbeidet og større trygghet i samhandlingen rundt pasienten og den pårørende.

### **Hva går prosjektet konkret ut på?**

Deltagerne i prosjektet ble utstyrt med PC med bildetelefon og internetttilgang. I PCen var det lagt inn læringsprogram tilpasset eldre pårørende. Læringsprogrammet inneholdt en kunnskapsbase om sykdom, pleie, forflytning, offentlige støttetiltak m.m. Deltakerne fikk 3 ganger 3 timers opplæring i bruk av læringsprogram, bildetelefon, chatterom og

diskusjonsforum. I tillegg tok mange i bruk andre nett-tjenester som e-post, nettbank, internett mv. Ved hjelp av bildetelefonen hadde deltakerne mulighet til både å se og snakke med andre pårørende/pasienter i telefonsamtaler.

Prosjektet besto av fem hovedelementer:

- (1) Læringsprogram og internettilgang
- (2) Bildetelefon, chatterom og diskusjonsforum
- (3) Nettverksbygging og møteplasser
- (4) Servicekontor
- (5) Brukermedvirkning

Det er viktig å se disse elementene i sammenheng. Vi vil derfor gi en kort beskrivelse av hvert av elementene nedenfor.

### **Læringsprogrammet og internettilgang.**

I ACTION - konseptet inngår multimediale informasjonsprogram om hvordan en kan yte pleie og omsorg, bildetelefon, internettjenester og ikke minst ulike faktaopplysninger om diagnosene demens og slag. I læringsprogrammet er tekst koplet opp mot bilder eller tegninger av den aktuelle situasjonen som beskrives. Innhold og design har blitt videreutviklet fra det opprinnelige EU – prosjektet – både fra Sverige, Borås og Norge. Alle faktaopplysninger i programmet er blitt kvalitetssikret av Granli kompetansesenter for demens og fagmiljøer ved SiV HF.

**Bildetelefon, chatterom/diskusjonsforum.** Med bildetelefon har deltakerne i prosjektet kunnet **se** hverandre når de snakker sammen. Dette gir en nærhet som en vanlig telefon ikke muliggjør. Deltakerne kan snakke både med helsepersonalet ved servicesentralen og seg i mellom.

Muligheten for å ha med et diskusjonsforum (chatteforum) var i utgangspunktet ikke planlagt å ha med fordi prosjektmedarbeiderne ikke visste om dette forumet. Ved at det oppstod en del tekniske problemer i oppstartsfasen, dukket alternativet opp da de tekniske feilene ble søkt opprettet. Dette viste seg å bli en stor suksess. Her var det mulighet å skrive spørsmål, kommentere andres innslag osv. Selv om de tekniske problemene ble eliminert, ble diskusjonsforumet benyttet mye under resten av prosjektperioden.

Internett ble raskt benyttet til å innhente flere og andre opplysninger om sykdommen til ektefellen. Etter kort stund var det nødvendig å gi mer og utvidet opplæring om internetbruken. Internett ble brukt til å betale regninger, dra på ”ferier”, oppsøke steder deltakerne hadde vært tidligere.

**Nettverksbygging og møteplasser.** Under prosjektperioden var det viktig å etablere arenaer hvor de pårørende kunne treffes med jevne

---

mellomrom. Det ble skilt mellom to typer treffpunkter/møter. Ett av møtene hadde et uformelt preg. Siktemålet var at deltakerne skulle komme sammen for å prate om løst og fast og knytte nye nettverk. Det andre møtet var mer formelt. På dette møtet sto brukermedvirkning, utvikling av prosjektet og læringsprogrammet og lignende i fokus. Møtene hadde en varighet på to timer, og ble avholdt hver måned.

**Servicekontor.** I EU - prosjektet viste evalueringen at deltakerne etterlyste et samlingssted hvor personal var tilgjengelig. I den svenske versjonen ble det derfor i Sverige etablert en servicesentral. Dette ble videreført i pilotprosjektet i Norge. Et servicekontor ble etablert ved Østegaard rehabiliteringssenter som ligger sentralt på Nøtterøy. Kontoret var betjent daglig fra kl. 08.00 – 15.00 og med tilgjengelighet for deltakerne fra kl. 12.00 – 15.00. Tiden før kl. 12.00 kunne benyttes til generell og individuell opplæring, reparasjoner og lignende.

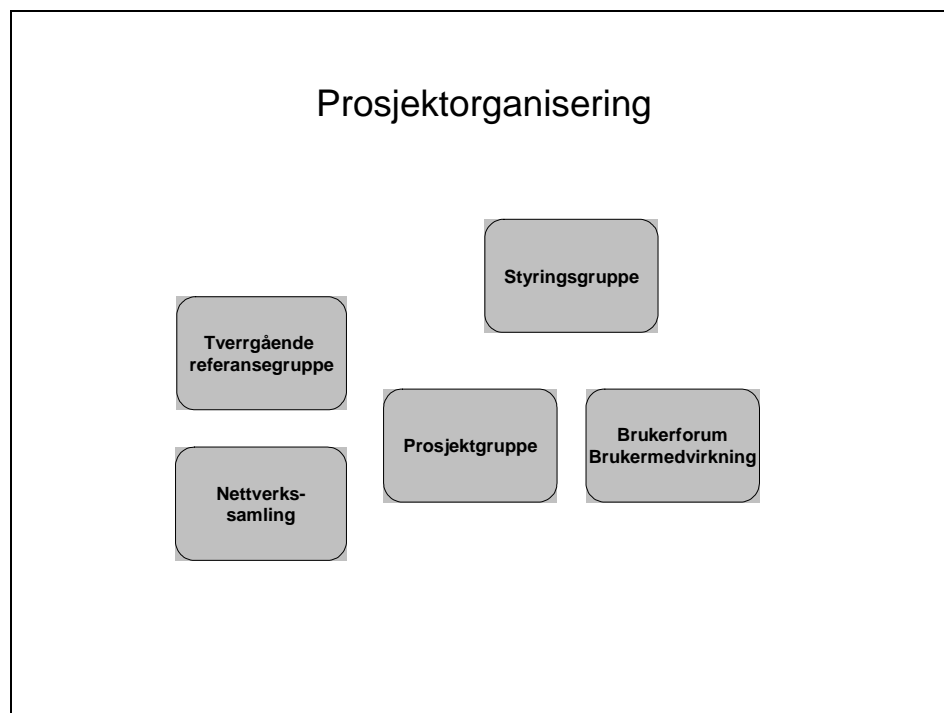
**Brukermedvirkning.** En viktig forutsetning for prosjektet var at deltakerne skulle være aktive med i prosjektprosessen. Det ble derfor valgt en organisering hvor en var bevisst på at det var behov for ulike typer arenaer: Et møteforum for utvikling av prosjektprosessen, og en arena hvor det sosiale aspektet var i fokus. Annenhver måned ble det arrangert *sosiale nettverksmøter* og annenhver måned *brukerforum*. I de sosiale nettverksmøtene var formålet å utveksle erfaringer, etablere nye nettverk og sist, men ikke minst, møte likemenn og ha et hyggelig samvær med andre i samme situasjon.

**I brukerforum** ble det satt opp sakliste med temaer som deltakerne ønsket seg. Referat fra møtene ble lagt ut på diskusjonsforumet. Underveis ble det klart at de aller fleste av deltakerne hadde et stort behov for informasjon vedrørende hvilke rettigheter de hadde i forbindelse med ektefellens sykdom.

## 11.2 Hvordan er modellen forankret og systematisert?

Prosjektideen ble som nevnt hentet fra Sverige, som igjen baserte seg på EU – prosjektet ACTION. Modellen er ikke basert på eller forankret i noen overordnet samarbeidsavtale mellom SiV HF og kommunene.

Arbeidet med å innføre modellen har vært organisert som et prosjekt. Organiseringen av prosjektet framgår av figuren nedenfor.



Figur 11.2.1. Organisering av prosjektet

**I styringsgruppen** har det sittet representanter for Nøtterøy kommune, Tønsberg kommune og Høgskolen i Vestfold. Dette har vært representanter på høyt ledernivå og med stort engasjement for prosjektet.

**Prosjektgruppen** har bestått av representanter for de to kommunene og SIV HF. Her har også representanter for de ansattes organisasjoner og vernetjenesten vært med.

**I referansegruppen** har det sittet representanter fra KITH Trondheim, Telemedisin Tromsø, KS Vestfold, Nasjonalforeningens demensforum Vestfold, Kompetansesenter for kreft Vestfold, Granli kompetansesenter, Sosial- og helsedirektoratet, Demensforum. I tillegg til to ordinære referansegruppemøter ble ett av møtene avviklet som et utvidet referansegruppemøte organisert som en dialogkonferanse. I prosjektrapporten understrekes det at synspunkter og tilbakemelding fra referansegruppens medlemmer var helt uvurderlige og til stor nytte.

Det har i hele prosjektperioden vært lagt vekt på god kontakt med og informasjon til viktige aktører i sykehuset og de to kommunene.

### 11.3 Hvilke resultater kan det vises til?

Prosjekt IKT – basert pårørendestøtte er evaluert av HENÆR (HElselfremmende arbeid i NÆRmiljøet) ved førsteamanuensis, dr. philos / PhD Steffen Torp. Vi vil nedenfor gjengi noen av resultatene fra



denne evalueringen – kombinert med de deltakende parters utfyllende vurderinger.

### **Deltakernes vurderinger**

Det var gjennomgående stor tilfredshet med prosjektet blant både pårørende og ansatte til tross for misnøye på grunn av tekniske problemer. Disse tekniske problemene som ble løst i løpet av prosjektperioden, var særlig knyttet til bildetelefonen.

De eldre pårørende lærte seg bruken av IKT-utstyret relativt enkelt, og de aller fleste brukte det daglig. Alle enkeltdeler, dvs. læringsprogram, diskusjonsforum, bildetelefon og internett ble benyttet.

Læringsprogrammet ble særlig hyppig benyttet i starten av prosjektet, men bruken av programmet sank relativt mye i løpet av prosjektperioden. Denne nedgangen skyldes trolig at de pårørende hadde tilegnet seg mye av kunnskapen i programmet. Mange brukte Internett der de bla. leste aviser, betalte regninger og "chattet" med personer verden over.

For mange var den viktigste motivasjonen til å delta i IKT-basert pårørendestøtte å etablere kontakt med andre pårørende fordi de bl.a. hadde mistet kontakt med venner og familie som følge av ektefellens sykdom. Både de som etablerte nye vennskap gjennom prosjektet, og de som ikke gjorde det, rapporterte at de følte seg som en del av et fellesskap. Dette fellesskapet ble betegnet som viktig fordi de der kunne få både følelsesmessig og praktisk støtte. Kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom deltakerne var utbredt. I tillegg til kontakt med andre pårørende i prosjektet ble det også rapportert om mer kontakt med familie og venner ved at man bl.a. benyttet e-post.

De sosiale og faglige treffene var for mange en viktig faktor i prosjektet, men deltakerne la vekt på at den gode kontakt og støtte man fikk fra de andre pårørende vanskelig kunne oppnås uten mer eller mindre daglig kontakt gjennom bruk av bildetelefon og diskusjonsforum. Som følge av informasjon de hadde fått gjennom deltakelse i prosjektet, var det flere pårørende/pasienter som hadde fått sosial og økonomisk støtte fra trykdevesenet og kommunen.

Når det gjelder belastning, stress og helseplager var ikke resultatene så entydige som for kunnskap og sosialt nettverk og støtte. Selv om pårørende ga uttrykk for at bedre sosial støtte, humør og mestring ville ha positiv betydning for stress og helse, viste de kvantitative målene i evalueringen ingen bedring med hensyn til dette.

Pasientenes deltakelse og tilfredshet med prosjektet var varierende. Enkelte pasienter benyttet IKT-utstyret i stor utstrekning og deltok i bildetelefonamtaler og sosiale treff. Intervjuene ga imidlertid inntrykk av at mange pasienter var relativt uinteresserte, mens enkelte var direkte

misfornøyde med at ektefellen benyttet IKT-utstyret. Denne misnøyen ble bl.a. forklart med at pasienten krevde ektefellens fulle oppmerksomhet til enhver tid.

### **Ansattes vurderinger**

De ansatte var stort sett fornøyd med måten prosjektet var gjennomført på. Enkelte ansatte rapporterte at arbeidet med de pårørende hadde vært svært lærerikt, og at de hadde fått et nytt faglig perspektiv på hvordan hjemmebaserte tjenester kan og bør organiseres.

### **Effekter for kommunene**

Økonomisk innsparing har ikke vært en hovedmålsetting i dette prosjektet, men det er et klart inntrykk at deltagerne taklet omsorgsoppgaven bedre og derfor trengte mindre hjelp enn de ville gjort dersom de ikke hadde hatt tilgang til den trygghet, kunnskap og det nettverket de fikk gjennom deltagelse i prosjektet.

Både den eksterne evalueringsrapporten og en doktoravhandling av Lennart Magnusson i Sverige viser innsparingspotensiale for kommunene i forbindelse med denne type tiltak.

Enkelte ansatte har i evalueringen dessuten luftet muligheten for at pårørendes økte kunnskap og bedre mestringsevne kunne bidra til at de ville be om hjelp i form av både korttids- og langtids plass ved sykehjem tidligere enn de ellers ville ha gjort. Det ble ellers nevnt at muligheten for å redusere offentlige kostnader ville vært større dersom man inkluderte pasienter og deres pårørende i en tidligere fase av pasientens sykdomsutvikling enn det som faktisk var tilfellet i prosjektet IKT-basert pårørendestøtte.

### **Samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten**

En av målsettingene med IKT-basert pårørendestøtte var å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg. Sykehuset hadde derfor én representant i styringsgruppen og én i prosjektgruppen. En viktig hensikt med sykehusets engasjement i prosjektet var bl.a. å forebygge reinnleggelse av slagpasienter ved å øke de pårørendes trygghet gjennom økt kunnskap og mestring, samt bedre støtte fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det foreligger ikke dokumentasjon som viser hvorvidt omfanget av reinnleggelse er redusert. Derimot er det en klar oppfatning også ved sykehuset at prosjektet har vært en verdifull bidragsyter til å bedre samarbeidet mellom de to forvaltningsnivåene.

Bedre samarbeid mellom sykehuset og IKT-basert pårørendestøtte/kommunehelsetjenesten skulle også oppnås ved at

---

sykehusets personale var med å kvalitetssikre innholdet i læringsprogrammet, sykehuset skulle ha en PC med læringsprogram og bildetelefon tilgjengelig for ansatte og innlagte pasienter/pårørende, sykehuset skulle informere aktuelle pasienter og pårørende om prosjektet og gjennom det rekruttere deltakerfamilier.

Sykehusets ansatte spilte en viktig rolle i arbeidet med å kvalitetssikre læringsprogrammet. Ut fra den faglige forståelse man hadde ved sykehuset angående sykdom, behandling, pleie og omsorg ble det avdekket enkelte svakheter og feil i programmets faglige innhold. Åpenbare feil som det norske fagpersonalet påpekte, ble derfor endret i den norske oversettelsen. En viktig lærdom fra prosjektet er at de ansvarlige selv må ha kontroll over innholdet i programmet, og at det fortløpende oppdateres etter hvert som ny viten blir tilgjengelig.

#### 11.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?

Det er viktig med *god forankring* både i de samarbeidende organisasjoner som helhet og på ledernivå. Ideen til prosjektet ble på en måte "unnfanget" litt tilfeldig, men arbeidet med å få det systematisert og formalisert ble godt organisert og forankret på høyt nivå. Prosjektet er for øvrig et eksempel på at det er mulig å realisere gode prosjekter også uten at de er forankret i en overordnet samarbeidsavtale. Ildsjeler kan med andre ord fortsatt spille en viktig rolle. Forankring var for øvrig viktig ikke bare i forhold til de samarbeidende parter, men også i forhold til brukerorganisasjoner, fastleger m.v. Det siste ikke minst for å "rekruttere" kandidater/deltakere til prosjektet.

En annen viktig lærdom er at det ofte kan være nyttig med en *faglig basert referansegruppe*. Dette prosjektet representerte både teknologisk og andre typer faglige utfordringer. Evalueringen viser at referansegruppen spilte en viktig rolle i arbeidet med å løse disse.

Prosjektet har navnet IKT – basert pårørendestøtte. Det er imidlertid noe langt mer enn et "IKT – prosjekt". Det synes viktig for prosjektets suksess at det spilte på *et bredt spekter av tiltak og tilbud*. Ikke minst viser erfaringen fra både dette prosjektet og andre tilsvarende prosjekter at *den sosiale komponenten* er viktig.

Dette har vært et krevende prosjekt, og viktige suksessfaktorer har vært *dedikerte personalressurser og bevilgning av ekstra midler* til gjennomføringen. Sist, men ikke minst, understreker de deltakende aktører at prosjektet har vært basert på *likeverd mellom partene*. Prosjektet har også bidratt til å øke likeverdet mellom partene og til å redusere konfliktnivået.

### **11.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Prosjektet har ikke vært basert på eller tatt utgangspunkt i at det skulle etableres spesielle finansieringsordninger for selve samarbeidet eller samhandlingen. Det har imidlertid vært stilt eksplisitte midler til disposisjon for prosjektet.

Prosjektets økonomi ble sikret gjennom en delfinansiering mellom samarbeidspartnerne og

Sosial- og helsedirektoratet. Mesteparten av midlene har kommet fra direktoratet. I tillegg har KS bevilget midler til evalueringen av prosjektet.

Nøtterøy kommune har tilrettelagt kontorlokaliteter som også fungerte som møteplass under prosjektperioden. Referansegruppene har hatt møter ved Høgskolen i Vestfold, og dialogkonferansen ble avholdt i Tønsberg.

Under prosjektperioden har det vært en 100 % stilling ansatt ved Servicekontoret ved Østegaard. Stillingen har vært fordelt på to personer, begge med helsefaglig bakgrunn.

For deltakerne har medvirkning i prosjektet vært gratis under hele prosjektperioden. Kostnadene til utstyr for hver enkelt bruker lå på ca.kr.20 000. Det vesentligste av dette ble dekket av kommunene.

Til sammen ble det bevilget ca. 2,8 millioner kroner til prosjektet i løpet av de 3 årene det varte.

### **11.6 Formidling/erfaringsoverføring**

For det første er erfaringene med denne målgruppen videreført til andre kommuner, særlig i Vestfold. Det er nå satt i gang et arbeid med å utvikle et eget og mer moderne opplæringsprogram i regi av det såkalte 12 K-samarbeidet mellom 12 kommuner i Vestfold. Når det er ferdig, er planen at systemet og opplegget skal tas i bruk av alle kommunene. Planen er at dette skal gjøres fra toppen i kommunene, via rådmennene. Gjennom et større nedslagsfelt vil en lettere kunne inkludere de pårørende og pasienter tilbudet er best egnet for, og man kan eventuelt inkludere andre grupper av pårørende dersom en kan utvikle og tilby læringsprogram for disse. Ved en utvidelse av prosjektet hvor en inkluderer flere personer, og dekker et større geografisk område, vil det muligens være en utfordring å etablere nettverk med så tette bånd mellom pårørende og mellom pårørende og ansatte slik man har klart i IKT-basert pårørendestøtte. Ved å inkludere flere brukere vil en ha mulighet for å redusere administrasjonskostnadene pr. deltaker. Nøtterøy kommune mener at de med samme bemanning som de har i dag (1 stilling) kan betjene 80-100

---

deltakerfamilier der den ene har demens eller slag. Det er også grunn til å presisere at både Nøtterøy og Tønsberg kommuner nå har gått fra prosjektfasen til å implementere dette som et fast driftstiltak.

Den andre utviklingslinjen kan bestå i å inkludere andre diagnoser og andre målgrupper. Et eksempel på en slik målgruppe kan være pasienter med kronisk muskelsyke, som for eksempel multippel sklerose (MS). Uansett i hvilken retning erfaringsoverføring, formidling og utvidelse går, er det viktig med både de etiske og praktiske utfordringer som slike tiltak representerer.

## 12 Sørlandet Sykehus HF og kommunene Birkenes og Grimstad

Samarbeid for å sikre at barn og unge med behandlingsbehov får et adekvat behandlingstilbud i skjæringspunktet mellom barne- og ungdomspsykiatrien(BUP) og kommunehelsetjenesten.

### 12.1 Beskrivelse av modellen

Bakgrunnen for modellen er å sikre at barn og unge med behandlingsbehov skal sikres adekvate behandlingstilbud i barne- og ungdomspsykiatrien(BUP). I dette arbeidet har det vist seg over tid at det er viktig å se på hvilke behandlingsgevinster som kan ligge i et forbedret samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ansatte ved BUP i Arendal ønsket å systematisere dette arbeidet og tok derfor kontakt med kommunene Grimstad og Birkenes for å etablere et samarbeid om behandlingen av barn og unge med psykiske lidelser. Målsettingen med henvendelsen var at et bedre samarbeid kan bedre bruken av de samlede behandlingsressursene, representere kortere ventetid for pasientene og mindre press på spesialisthelsetjenesten.

Kjernen i samhandlingsmodellen er at det før henvisningen går fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, er det hensiktsmessig at henvisende instans først drøfter potensielle henvisninger med spesialisthelsetjenesten. Det kan bidra til å gi barn og unge som trenger det hjelp på et tidligere tidspunkt og på rett nivå.

Målsettingen er at alle potensielle henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal drøftes i samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det dreier seg om anslagsvis 50 henvendelser pr. år fra kommunene Grimstad og Birkenes. I dette arbeidet er veiledningsaspektet til kommunene viktig. Behandlingsapparatet i kommunene er noen ganger usikre på om de gjør en god nok jobb i oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemstillinger. Veiledningsfunksjonen tar sikte på å avklare disse forholdene, og gi støtte til det gode og viktige arbeidet som utføres ute i kommunene.

Selve veiledningsfunksjonen blir ivaretatt av en dedikert person som er psykologspesialist. Vedkommende kan kontaktes ved at en fastlege eller barnevernsleder tar telefonisk kontakt når det foreligger en potensiell henvisning. Senest 10 dager etter at kontakten er gjort skal den mulige henvisningen være drøftet. Henviser arrangerer da et møte på sitt kontor der henvist pasient, foreldre og eventuelt andre samarbeidspartnere fra 1.

---

linjen som foreldre / pasient ønsker med, møtes for å drøfte saken sammen med psykologspesialisten fra BUP. Psykologspesialisten vil kunne trekke inn andre behandlingsressurser ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Arendal ved behov.

Fastlegen eller barnevernet i samarbeid med familie avgjør hvem som skal med i henvisningssamtalen. Når barnevernet tar initiativet til henvisning skal fastlegen inviteres til henvisningssamtalen.

I arbeidet er det nedsatt en arbeidsgruppe som har avtalt faste møter hver tredje måned i piloteringsperioden. Prosjektleder som er tilsatt ved BUP har det daglige ansvaret for å koordinere informasjon og arbeidet gjennom prosjektperioden.

Likeverdet kommer til uttrykk i samhandlingen mellom partene ved en gjensidig erkjennelse av ulike kompetanseområder. Både fastlegen og psykologen har sine spesielle kompetanseområder, som er utfyllende og helt sentrale i behandlingssituasjonen. Opplevelsen fra de som arbeider etter modellen er at samhandlingen fører til en bedret gjensidig kjennskap til hverandre. Grunnlaget for å utvikle et godt klima for utvikling av tjenester til det beste for brukerne er dermed tilstede.

Det gjennomføres for tiden en evaluering av kvalitet og hvordan brukerne opplever modellen i praksis. Evalueringen blir foretatt av en ekstern aktør. Resultatene fra evalueringen skal foreligge i løpet av januar 2007.

Det er ikke utarbeidet et eget avvikssystem i forhold til samhandlingsmodellen. Eventuelle avvik vil bli fanget opp av avdelingens ordinære system for aviksmelding og håndtering. Foreløpig blir skriftlige henvisninger registrert og systematisert, slik at det er mulig å trekke ut områder for forbedring.

## **12.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Prosjektet er ikke direkte koblet til den overordnede samarbeidsavtalen mellom sykehuset og kommunene. Ved poliklinikken så man selv behovet, og iverksatte tiltak. De overordnede avtalene gir imidlertid en god ryggdekning for arbeidet som utføres.

## **12.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Tilbakemeldingene på prosjektet viser at de nye prosedyrene som er prøvd ut i samhandlingen mellom ABUP og fagpersonell i kommunene blir oppfattet som gode og svært positive av både pasienter/pårørende og

kommunens fagpersonell. Henvisende instanser gir klare tilbakemeldinger på at delprosjektet representerer en forbedring både når det gjelder *samhandling og brukerkvalitet*. Hvorvidt de utprøvde rutinene medfører endret ressursinnsats, er det ut fra evalueringen vanskelig å fastslå. På dette punkt er det faktorer som drar i ulike retninger, og vurderingene fra henviserne viser seg å være noe delte på dette punktet.

Sannsynligvis er det samlet sett liten forskjell på den samlede ressursinnsatsen ved den utprøvde arbeidsmåten i forhold til tradisjonelle rutiner.

I evalueringen<sup>1</sup> er det lagt til grunn at brukere som har vært henvist til BUP basert på nye rutiner ikke tidligere har erfaring med BUP. Disse kan derfor vanskelig uttale seg om hvordan de nye rutinene er i forhold til tradisjonelle rutiner. Ut fra intervjuer med et utvalg tilfeldig valgte

brukere der ny rutine er benyttet, kan det slås fast at disse overveiende ser svært positivt på at henvisningssamtalene som er holdt lokalt, og på at primærlegen, samt annet personell og pårørende har kunnet delta i disse. De positive tilbakemeldingene går både på praktiske forhold og på den imøtekommenhet og interesse dette signaliserer.

Det gis videre gode tilbakemeldinger på opplevelse av høy interesse og god dialog i henvisningssamtalene og det oppgis at samtalene har motivert for videre behandling ved BUP.

Oppfølgingen har vært som avtalt, men noen brukere føler at behandlingstilbudet har vært litt for lite resultatorientert og ikke gitt den effekt man håpet på. Dette antas imidlertid å ha liten sammenheng med de nye henvisningsrutinene som er utprøvd. Evalueringen indikerer at man i prosjektperioden har nådd de fleste av de mål man satte seg og de forventninger man hadde, og selv om ikke alle kriterier er oppfylt er det vanskelig å finne vesentlige negative effekter av delprosjektet. Den nærliggende hovedanbefaling er derfor å innføre de rutinene som er utprøvd som faste og normale rutiner. Man bør imidlertid være bevisst på de kompetansekrav dette stiller til BUPs personale og et mulig økt ressursbehov.

## 12.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?

Ved samarbeid av denne typen bidrar man til å redusere skillet mellom første og andrelinjen. I vanlige sammenhenger kan ”ekspertrollen” som andrelinjen ofte er tiltenkt å ha fremstå som pasifiserende i forhold til førstelinjen.

---

<sup>1</sup> Evalueringen er foretatt av Kube Rådgivning AS

---



Det fører ofte til at førstelinjen ikke gjør de tingene som de med enkle grep kan gjøres i påvente av bistand fra andrelinjen, og av frykt for å gjøre noe galt før "eksperten" kommer. Ved et samarbeid av denne typen økes kompetansen hos førstelinjen, noe som kommer brukerne til gode ved at behandlingen kommer i gang tidligere og blir mer helhetlig ved at nettverk og øvrige hjelpere samarbeider.

### **12.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Det er tilført prosjektmidler på kr. 400 000 pr. år i prosjektperioden som har vært 2006. Av disse utgjør RTV refusjon kr.60.000,- I tillegg er det egen finansiering av ekstern evaluering. Det er forslag om at prosjektperioden skal forlenges ut til og med 2007 med samme finansiering.

### **12.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?**

Det er ikke gjennomført noen formidling av erfaringene med prosjektet så langt, bortsett fra at det ble orientert om prosjektet i et møte mellom fylkesmannen og kommunene i Aust-Agder, våren 2006.

## 13 Sykehuset Telemark HF og kommunene i opptaksområdet

Samarbeid om nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

### 13.1 Beskrivelse av modellen

#### Bakgrunn

Nettverket av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark har eksistert siden 1993. Nettverket ble da etablert som et samarbeid mellom Sykehuset Telemark (Telemark Sentralsykehus) og Kreftforeningen (Den Norske Kreftforening).

Da helseforetaksreformen ble gjennomført i 2002, ble Telemark fylke delt i to helseforetak. Blefjell sykehus HF fikk et opptaksområde på tvers av fylkesgrensen Telemark/Buskerud. Buskerud har et kontaktsykepleiernettverk drevet av Kreftforeningen. Det ble diskutert om de to nettverkene skulle slås sammen. Dette ble imidlertid avslått av Kreftforeningen/nettverket i Buskerud. I 2005 ble det etablert en palliativ (smertelindrende) enhet ved Blefjell sykehus, Kongsberg.

Sykehuset Telemark behandler ofte pasienter fra hele Telemark – også fra de kommuner som ligger i opptaksområdet til Blefjell Sykehus HF. Det forutsetter samarbeid mellom kommunene i Øvre Telemark – opptaksområdet til Blefjell sykehus – og STHF.

Kontaktsykepleiernettverket består derfor fremdeles innen fylkesgrensen. Blefjell sykehus på Notodden og Rjukan er derfor også inkludert. Det samarbeides også om fagmøter på tvers av nettverk og fylkesgrense.

Palliativ enhet ved STHF ble etablert i 2001, og er et fullverdig palliativt senter med både akuttsenger og ambulerende team. Ambulerende team har en konsulentfunksjon både på sykehuset og ved hjemmebesøk. Palliativ enhet har årlig kontakt med ca. 130 pasienter. Det representerer 30 % av de rundt 400 dødsfallene som skyldes kreft i Telemark hvert år.

Etableringen av palliativ enhet ga mulighet for å videreutvikle det eksisterende nettverket. Det var nødvendig fordi det eksisterende nettverket led av noen svakheter:

- Kontaktsykepleierfunksjonen hadde i stor grad vært preget av ildsjeler og frivillighet. Tjenesten var derfor svært personavhengig.

- Det hadde ikke vært formalisert forventninger til funksjonen som kontaktsykepleier verken fra ledere eller fagpersoner. Det varierte derfor betydelig hvor mye tid kontaktsykepleierne kunne bruke på sin spesialfunksjon.
- Det var ikke etablert systemer for samhandling. Det ble derfor brukt mye tid på å lage avtaler og planlegge overføringer fra gang til gang. Det var også varierende organisering av tjenesten til palliative pasienter fra de ulike avdelingene på sykehuset og i soner i kommunene.

### **Kort om nettverket**

Nettverket av kontaktsykepleier i Telemark består av ca. 90 sykepleiere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Alle kommunene i Telemark fylke har sykepleiere med i nettverket.

Dette er de viktigste aktivitetene i regi av nettverket:

- Palliativ enhet arrangerer hvert år to samlinger for kontaktsykepleierne:
  - En vårsamling hvor også lederne til kontaktsykepleierne deltar. Hensikten med også å invitere lederne er å informere dem om status og utvikling i samarbeidet
  - En mer faglig rettet høstsamling. Til denne samlingen inviteres også andre, samarbeidende yrkesgrupper, slik som leger og fysioterapeuter.
- Årlig tilbys et hospiteringsprogram for kontaktsykepleiernettverket. I 2005 deltok 33 av kontaktsykepleierne i programmet. I tillegg oppfordres kontaktsykepleierne til å hospitere hos hverandre. Så langt er det relativt få som har gjort det.
- Hvert annet år arrangeres det tre dagers grunnkurs for nye kontaktsykepleiere
- Det gis ut nyhetsbrev 3 – 4 ganger pr. år. Dette sendes både til kontaktsykepleierne og deres ledere. Innholdet i disse nyhetsbrevene er aktuelle nyheter, tips og ideer, bokanbefalinger, oversikt over aktuelle kurs m.v.
- Det gjennomføres et ganske betydelig faglig opplæringsprogram i regi av palliativ enhet. Hit inviteres også kontaktsykepleierne. Ca. en gang pr. måned arrangeres TV – overført internundervisning fra palliativ enhet. De kommuner som har Telemedisinsk utstyr, kan kople seg på denne undervisningsaktiviteten.
- Det utarbeides faglige retningslinjer som gjøres tilgjengelig på hjemmesiden til STHF. På den måten skjer det en faglig standardisering av praksis. Et eksempel på felles retningslinjer er knyttet til Individuell Plan (IP). Evaluering viser at arbeidet med IP

for denne målgruppen har blitt betydelig forbedret etter at det ble utarbeidet felles retningslinjer for dette. Individuell plan inneholder også redskap for systematisk kartlegging av pasienten og det erfarer at bruk av felles verktøy letter samhandling og kommunikasjon om pasienten. Et annet eksempel på en felles retningslinje som er under arbeid er oppfølging av pårørende etter dødsfall. Et tredje er en veileder for arbeid i familier med barn og ungdom som pårørende til alvorlig syke, og en retningslinje for gjennomføring av nettverksmøte. Begge er utarbeidet i forbindelse med fagsamlingene i nettverket.

- Både på bakgrunn av intensjonsavtalens ordlyd (se punkt 2 nedenfor) og ut fra erfaringer ble det fra januar 2006 etablert refleksjonsgrupper for ca. 50 kontaktsykepleiere. Gruppene blir satt sammen av kontaktsykepleiere fra sykehus og kommune der hvor det er mulig; ellers lages interkommunale grupper. Gruppene blir ledet av godkjente veiledere med tverrfaglig veilederkompetanse. Fokus for gruppene arbeid er kontaktsykepleiers rolle og funksjon og bruk av IP. Kostnader til gjennomføring av veiledningsgruppene betales av kontaktsykepleierens arbeidsgiver.
- Det legges vekt på å skape en form for ”varemerke”/identitet rundt nettverket. Det er laget felles T – skjorter, pins, en felles logo m.v.

### **13.2 Hvordan er modellen forankret og systematisert?**

Som beskrevet ovenfor, ble kontaktsykepleiernettverket etablert tidlig på 1990 – tallet. Erfaringene viste imidlertid etter hvert at det var nødvendig å formalisere, strukturere og avtalefeste samarbeidet bedre. På mange måter kan det sies at dette samarbeidet presset fram en overordnet avtale. Det er nå inngått avtaler på to nivåer som begge bidrar til å styrke samarbeidet:

- En overordnet samarbeidsavtale mellom Sykehuset Telemark og kommunene i Telemark
- En intensjonsavtale mellom Sykehuset og kommunene. Det ble først inngått en avtale med Skien kommune. Nå er det også inngått avtaler med de andre kommunene. I tillegg har denne intensjonsavtalen bidratt til å påskynde arbeidet med intensjonsavtaler på andre områder.

#### **Nærmere om intensjonsavtalen**

Opprinnelig ble den overordnede styringen av samarbeidet ledet av en styringsgruppe sammensatt av ledere fra sykehus, kommunehelsetjenesten, Helse Sør og Kreftforeningen. Styringsgruppens mandat var å formalisere og støtte opp under kontaktsykepleiernettverket.

---

Nå er styringsgruppen nedlagt og forankringen skjer via det årlige administrative samarbeidsmøtet som er etablert. Det skal også etableres et arbeidsutvalg som skal sikre at aktivitet og faglig fokus i kontaktskykepleiernettverket er i samsvar med ønsker og behov i den kliniske praksis. Arbeidsutvalget skal også identifisere behov for faglige retningslinjer og kompetansehevede tiltak, og sikre gjennomføringen av disse.

I avtalen presiseres det hva som er målsettingen med nettverket og hvilke forpliktelser henholdsvis styringsgruppen, kontaktskykepleier og arbeidsgiver har.

### **Forankring i kommunene og i sykehuset**

Det er også utarbeidet en egen funksjonsbeskrivelse for kontaktskykepleierne. Intensjonsavtalen og funksjonsbeskrivelsen gir føringer for aktivitet og forpliktelser – og blir brukt av den enkelte kontaktskykepleier og vedkommende sin leder, til å sette opp plan og mål for kontaktskykepleiers arbeid.

I kvalitetshåndboken for STHF er kontaktskykepleiernettverket forankret i en retningslinje som sier at alle enheter som har kreftpasienter skal ha kontaktskykepleiere med i nettverket. Også her et tanken at kontaktskykepleier og leder sammen legger rammer og plan for kontaktskykepleiers virksomhet.

### **Håndtering av avvik**

Overføring av pasienter mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er ikke prosedyrefestet. Det eksisterer ingen felles kvalitetsstandard, og dermed heller ingen mulighet for avviksmelding dersom det gjøres feil eller forsømmelser. Nettverket medfører likevel at det er større kontakt mellom helsepersonell i kommunene og på sykehuset. Terskelen for å gi tilbakemelding/etterlyse mangler er derfor lavere. IP sikrer dessuten at de mest nødvendige opplysningene følger pasienten. I pilotprosjektet som er omtalt nedenfor, ble rutiner for overføring diskutert. Sykehuset og kommunene har etter det utarbeidet en samarbeidsavtale hvor samhandling vedrørende inn- og utskriving beskrives.

## **13.3 Hvilke resultater kan det vises til?**

I regi av kontaktskykepleiernettverket er det gjennomført en rekke tiltak – se ovenfor. Det er bred enighet om at disse har bidratt til å systematisere og kvalitetssikre arbeidet som kontaktskykepleierne gjør. Det har også bidratt til en betydelig kompetanseheving.

Sykehuset Telemark og Skien kommune gjennomførte i 2004 – 2005 prosjektet *Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres*

*pårørende*. Dette prosjektet kan ses på som et pilotprosjekt i forhold til kontaktsykepleiernettverket. Målsettingen med prosjektet var blant annet å styrke kontaktsykepleier i koordinatorrollen og utvikle IP for tilpasset palliative pasienter. Som del av prosjektet ble pasienter og pårørendes opplevelse av situasjonen registrert. I tillegg evaluerte kontaktsykepleier eget arbeid. Antall respondenter er ikke stort nok til å generalisere, men resultatene indikerer likevel at pasienter og pårørende føler seg bedre ivaretatt, og at kontaktsykepleier arbeider mer systematisk og målrettet. Suksesskriteriene var innføring av IP og at kontaktsykepleier ble styrket i sin rolle som koordinator og ressurs. Den metoden som ble brukt for å utvikle sykepleierne var at de deltok i veiledningsgruppe.

Fra sykehuset opplyses det at pasientene nå får en mer aktiv og kompetent oppfølging i kommunene, og en oppfølging som er mer uavhengig av palliativ enhet.

### **13.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

Et av de viktigste læringspunktene er betydningen av forankring. Først da nettverket fikk en avtalemessig forankring på høyt ledernivå, ble det stor effekt av arbeidet. Det bidro også til å gi arbeidet bedre struktur. At palliativ enhet ved STHF drifter nettverket, og dermed gir det en fast base – har også vært en viktig suksessfaktor.

Det har også vært viktig at nettverket har hatt mange strenger å spille på. Opplæring, utvikling av retningslinjer, hospiteringsordninger, fellessamlinger hvor også lederne har deltatt er eksempler på dette.

En utfordring synes å ha vært/være mellomlederne. Gjennom prosjektperioden og på fellessamlingene har det vært lagt vekt på at mellomleder og kontaktsykepleier sammen må legge planer og rammer for kontaktsykepleiers arbeid. Kontaktsykepleierne har også blitt oppfordret til å gi tilbakemelding på at de har gjennomført samtale med nærmeste ledere. Dette er i liten grad fulgt opp. Dette kan tyde på at intensjonsavtalen ikke er fulgt opp godt nok og forankret på mellomledernivå.

### **13.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

STHF ved Medisinsk klinikk og Palliativ enhet har prioritert arbeidet med nettverket og fagutviklingssykepleier som har arbeidet med dette i ca. 40 % stilling i to år. Helse Sør RHF har støttet arbeidet med kr. 300.000.

Kommunens utgifter til deltakelse i nettverket er dekket av kommunene selv. Fra sykehuset opplyses det at det først ble ordentlig fart i arbeidet

---

da det ble innført en egen takst for palliasjon. Det er nå også innført en egen takst for henholdsvis veiledning og hjemmebesøk. Slike finansieringsordninger bidrar til å lette samarbeidet.

### **13.6 Formidling**

Det er og har vært stor interesse for tiltaket/prosjektet. Resultater og erfaringer formidles på flere måter:

- Mellom de deltakende kommunene ved at de deltar i nettverket, og henter erfaringer og inspirasjon fra hverandre
- Ved hjelp av informasjon på nettet. Her ligger både nyhetsbrevene, retningslinjer og avtaler.
- Ved å ta i mot besøk/delegasjoner. Det stilles her som et tilnærmet krav at ansvarlige ledere i så fall må delta. Erfaringene fra arbeidet med kontaktsykepleiernettverket tilsier at det er vanskelig å oppnå resultater med mindre lederne deltar aktivt og forplikter seg.
- Poster / frie foredrag på nasjonale/nordiske kurs/kongresser
- Artikler i fagtidsskrifter ("Sykepleien" og "Kreftsykepleien")

## 14 Blefjell sykehus HF og Notodden kommune

Samarbeidsavtale på tjenestenivå innen psykisk helse, samt en delavtale på tjenestenivå for barn- og unge.

### 14.1 Beskrivelse av modellen

Blefjell sykehus, Notodden kommune og brukerrepresentanter har i fellesskap utarbeidet forslag til en samarbeidsavtale på tjenestenivå innen psykisk helse. I tillegg er det utarbeidet forslag til delavtale for målgruppen barn i rollen som pasient/barn i rollen som pårørende. Med utgangspunkt i disse avtalene er målsettingen å få etablert et praktisk og systematisk samarbeid mellom sykehuset og kommunene knyttet til disse målgruppene.

#### Avtale på tjenestenivå innen psykisk helse og rus/avhengighet

I prosessen med å utvikle samarbeidet mellom Blefjell sykehus og Notodden kommune som et pilotprosjekt for samarbeidet i regionen generelt (se punkt 2 nedenfor), ble det konkludert med at det var behov for å ha et spesielt fokus på to områder:

- Barneperspektivet og samhandling i forhold til barn
- Samhandling i forhold til mennesker med rus- og avhengighetsproblematikk (*dette forslaget er ikke ferdig*)

Det ble derfor etablert arbeidsgrupper som skulle arbeide spesielt med fokus på samhandling knyttet til disse to områdene.

Oppdraget gikk ut på å beskrive ansvarsfordeling og samarbeid mellom bruker, kommunen og DPS/BUP, og på den måten bidra til å kvalitetssikre og utvikle samhandlingen. Alle tre aktørene skulle være likeverdige forhandlingsparter i samarbeidsavtalen og delta i samarbeidsfora på ulike nivå. Vi vil nedenfor beskrive hovedinnholdet i denne samarbeidsavtalen og det samarbeid den legger rammene for.

Avtalen skal bidra til:

- Gode rutiner for samarbeidet om den enkelte pasient
  - Bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved å sørge for at helsetilbudet gis på rett nivå og til rett tid
  - Å fremme en kultur mellom nivåene basert på tillit, smidighet og samarbeidsvilje
-



I avtalen understrekes det at brukere/pasienter skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud hvor det legges vekt på å sikre kontinuitet, et kvalitetsmessig godt tilbud og en reell brukermidvirkning, - både i planleggingen og i utøvelsen av de ulike tilbudene. Samhandling rundt Individuell plan er ett viktig redskap i den forbindelse.

Bruker/pasienterfaringer skal benyttes aktivt i et systematisk forbedringsarbeid når det gjelder samhandling mellom aktørene. Resultater fra brukerundersøkelser skal benyttes i forbedringsarbeidet.

Kjernen i samarbeidet er en *fast møtestruktur* mellom partene. En fast møtestruktur skal gi en forutsigbarhet i forhold til å drøfte samhandlingen mellom aktørene. Det gjennomføres egne møter i forhold til Barne- og ungdomspsykiatrien og Voksenpsykiatrien. Avtalen regulerer både hvem som skal delta på samarbeidsmøtene, hvor ofte møtene skal avholdes og hvem som har ansvar for innkalling og tilrettelegging. *Representanter for brukerne* deltar på møtene både i Barne- og ungdomspsykiatrien og Voksenpsykiatrien.

Sentrale temaer for de faste samarbeidsmøtene er:

- Fokus på pasient/bruker/pårørende (barn kan også være pårørende)
- Helhetlig behandlingstilbud - evaluering av samarbeidet/forbedringstiltak
- Samarbeid/evaluering rundt samarbeidsverktøyet Individuell plan
- Utprøving/gjennomføring og evaluering av vedtatte behandlingsprosesser og gjennomgang av samarbeidsprosesser som ikke har forløpt etter planen.
- Prosedyreutvikling
- Fagutvikling/hospitering/prosjekter
- Sårbarhetssituasjoner/risikofaktorer i forhold til samarbeidet
- Gjennomgang av årlige budsjett og strategiutvikling for begge nivåene.

### **Delavtale for målgruppen Barn i rollen som pasient/ Barn i rollen som pårørende**

Alle ledd i sosial- og helsetjenesten har et spesielt ansvar for å sikre at barn blir fulgt godt opp og ivaretatt. Det er derfor inngått en egen delavtale hvor målet er å fange opp/følge opp barn med psykiske vansker eller barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Delavtalen for målgruppen barn inneholder følgende områder:

- En beskrivelse av hvordan de ulike aktørene i avtalen skal sørge for å fange opp/følge opp barn. Dette er detaljert beskrevet i et eget vedlegg til avtalen
- En samlet tjenesteoversikt fra samarbeidspartene. Her står det blant annet beskrevet hvordan man tar kontakt med hverandre. Dette er også dokumentert i eget vedlegg
- Veiledning/veiledningsmøter etter behov
- Beskrivelse av hvordan samarbeidsmøter skal gjennomføres

For å *fange opp barnas behov* og for å *strukturere og ansvarliggjøre samarbeidet* er det noen viktige punkter som bør framheves:

- Det er som nevnt ovenfor utarbeidet en egen oversikt – i form av en tjenstekatalog - som viser hvilket tjenestetilbud de enkelte aktørene har. Denne oversikten er utarbeidet etter en felles mal og i fellesskap mellom partene. Målgruppa for katalogen er de samarbeidende tjenesteutøverne. Det er viktig å presisere at representanter for brukerne har deltatt aktivt i dette arbeidet.
- Partene i avtalen benytter en sjekkliste (utarbeidet av Direktoratet) for å kartlegge familiesituasjonen ved kontakt med tjenstemottagere med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet
- (dersom virksomheten har utarbeidet egne sjekklister benyttes disse så sant de dekker områdene som Direktoratet anbefaler)
- Det er laget et eget meldeskjema for henvendelser som ikke forløper i henhold til avtalen. Dette brukes ved de faste evalueringsmøtene som avvikles 2 ganger pr. år.

### Samhandlingsregler

Like viktig som disse konkrete ”produktene”, er det antakelig at det er utarbeidet 10 regler for samarbeid/samhandling:

- (1) Den enkelte tjenesteyter som kommer i kontakt/får kjennskap til at et barn har det vanskelig, har **ansvar** for å sette i gang en prosess for å sikre at barnet blir fanget opp, og kan ikke slippe saken før en er sikker på at barnet blir fulgt opp av en annen instans!
  - (2) Vi skal sette inn tiltak i forhold til barn tidlig!
  - (3) Vi skal ha lav terskel for å hjelpe hverandre/være smidige i forhold til å få til oppfølgingstiltak rundt barn.
  - (4) Vi skal kjenne til hverandres tilbud og tjenester (jfr felles tjenesteoversikt). Vi skal anerkjenne hverandres tilbud og tjenester overfor brukerne.
  - (5) Vi skal benytte individuell plan som verktøy der det er behov for sammensatte og langvarige tjenester.
-

- (6) Viktig at vi er bevisste på egne holdninger knyttet til barneperspektivet. Vi må tørre å stille spørsmålet om foreldrefungering og barnas situasjon. I all kartlegging må vi ha fokus på familietenkning.
- (7) Vi må sørge for å ha fokus på at risikoen som barn med psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Denne risikoen må vi våge å informere foreldrene om. Vi skal anerkjenne at utgangspunktet er at de aller fleste foreldre ønsker det beste for barnet sitt.
- (8) I situasjoner med enslige foreldre, skal vi ha en plan for hvem som skal ta seg av barna dersom mor eller far blir akutt syk.
- (9) Opplever vi kritikkverdige situasjoner, taes dette opp på en saklig måte uten at brukere er til stede.
- (10) Barn må bli gjort kjent med/ ha muligheten til å ha med seg noen til samtaler og lignende (en nærperson).

## 14.2 Hvordan er modellen forankret og systematisert?

### Bakgrunn

Helse Sør RHF har besluttet at utarbeiding av samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene i opptaksområdet skal være en prioritert oppgave. Videre fokuserer sentrale dokumenter på samordning og kontinuitet som viktige forutsetninger for at pasienten skal oppleve tjenestetilbudet mest mulig sammenhengende og helhetlig.

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. I en tilsynsrapport fra helsetilsynet hevdes det at kommunene i det vesentlige blir gitt god veiledning i forbindelse med enkeltpasienter. Rapporten viste imidlertid at det er behov for forbedringer når det gjelder plikten til å veilede på generelt grunnlag.

Det er behov for avklaring av ansvarsforhold mellom nivåene, og her kommer retten til individuell plan (IP) inn som et viktig element.

NOU 2005:3 "Fra stykkeveis til helt": Utvalgets vurderinger er at det svikter både på system og på individnivå. *"Utfordringene er størst for pasientgrupper med store behov for samhandling hvor ingen av tjenestenivåene alene kan løse utfordringene"*.

Med bakgrunn i krav til utarbeidelse av samarbeidsavtaler tok klinikk-sjef Ivar Dahl, Psykiatrisk klinikk ved Blefjell sykehus, opp temaet på et møte med helse- og sosialledere fra Telemarkskommunene i nedslagsfeltet (våren 2005). Her ble det signalisert fra kommunene at det ville være hensiktsmessig og tidsbesparende å skaffe erfaringsgrunnlag ved å gjennomføre et pilotprosjekt med en av kommunene. Deretter

kunne det inngås samarbeidsavtaler med alle kommunene. Fokus i pilotprosjektet skulle være psykisk helse.

Psykiatrisk klinikk ved Blefjell sykehus tok derfor kontakt med Notodden kommune og inviterte kommunen med i et prosjekt med målsetting å utarbeide forslag til samarbeidsavtaler på ulike nivåer. Valg av kommune ble gjort ut fra geografisk nærhet, men også fordi både BUP Notodden og DPSØt (seksjonene i Seljord og på Notodden) samarbeider tett med denne kommunen. Videre var det etablert et samarbeidsforum, mellom voksenpsykiatrien på Notodden og psykisk helse i Notodden kommune, hvor det ble avholdt jevnlig møter. På disse møtene var det blitt tatt opp noen av de problemstillingene som det ville være aktuelt å få avklart i de fremtidige samarbeidsavtalene, og hvor partene hadde konkrete eksempler på viktigheten av gode samarbeidsavtaler/rutiner.

### **Prosess og forankring**

Arbeidet med å utvikle et avtalesystem ble organisert som et prosjekt – med styringsgruppe, referansegruppe og prosjektgruppe. Styringsgruppen besto av klinikkssjef for psykiatrisk klinikk ved Blefjell sykehus og seksjonsleder for helse- og omsorg i Notodden kommune.

Arbeidsgruppen besto av et bredt utvalg ledere og fagfolk i Notodden kommune og Blefjell sykehus og representanter for brukerorganisasjonene. Referansegruppen besto av Seprep – gruppen fra Notoddendistriktet.

Prosjektgruppen ble delt inn i tre arbeidsgrupper:

- En gruppe som arbeidet med overordnede avtaler, samarbeidsfora og hospitering
- En gruppe som arbeidet med informasjonsbrosjyrer. Denne gruppen hadde også ansvaret for å arrangere et felles seminar for hele prosjektorganisasjonen
- En gruppe som arbeidet med samarbeid/flytprosesser (pasientflyt)

Vi finner grunn til å understreke at det ble arbeidet tilnærmet parallelt med å utvikle en avtale på systemnivå og avtaler på tjenestenivå med mer konkrete og praktiske spørsmål.

Prosjektgruppen la tidlig til grunn at den ønsket en prosess der det var viktig å se framover i forhold til å utvikle et bedre samarbeid. Tidligere konflikter skulle legges til side, prosjektprosessen skulle benyttes til å utvikle samarbeidet. Arbeidsprosessen skulle legges opp slik at den bidro til å gjøre partene tryggere på hverandre gjennom at de snakket sammen over tid. Prosjektgruppen var bevisst på at det var ulike kulturer som møttes, men at dette skulle utnyttes positivt.

---

Det ble arbeidet bevisst med å utvikle holdningene til hverandre, og det var enighet om at premissene for samarbeidet skulle være anerkjennelse og respekt for hverandres ulike ståsteder. Med dette som utgangspunkt ble det arrangert et felles seminar i februar 2006.

Seminalet fikk overskriften "SAMHANDLING OG SAMHOLDNING". På dette seminaret ble det i fellesskap (gjennom gruppearbeid etter "kafèmetoden) utarbeidet 5 postulater for god samhandling:

- Brukeren i sentrum
- Tilgjengeligheten skal ikke hindres av unødvendig byråkrati. Det skal være lav terskel for å ta kontakt
- Forankring i ledelsen
- Trygghet, forutsigbarhet og stabilitet for alle
- Felles forståelse og tydelige målavklaringer gir gode prosesser i samhandlingen

### **Strategi for implementering**

Arbeidet med systemavtalen ble altså gjennomført etter en strategi der Notodden kommune skulle være pilotkommune. For å forankre prosessen også hos andre kommuner ble prosjektet presentert på et stort seminar i Morgedal. Hensikten var å gi deltakerne en forberedelse til den planlagte prosessen med å utarbeide samarbeidsavtaler med alle kommunene i området.

### **Avtalesystemet**

Blefjell sykehus har valgt å benytte Helsedialog sone anbefalinger til avtalenivåer, og

- (1) Systemnivå
- (2) Tjenestenivå
- (3) Individnivå

Helseforetaket har nå inngått avtale på systemnivå med nærmest alle de 18 kommunene i nedslagsfeltet.

Nedenfor beskrives kort hva som er hovedinnholdet i avtalene på de tre nivåene. Vi gjør dette for å illustrere systematikken i det avtalesystem som er etablert i dette området.

### **Samarbeidsavtalen på systemnivå**

Avtalen omfatter alle de tjenesteområder som helseforetaket har ansvar for. Det vil si:

- Somatiske helsetjenester

- Rehabilitering
- Psykisk helsevern
- Rus og avhengighetsbehandling
- Barn og rehabilitering

Avtalen på systemnivå sier følgende om *samarbeidsområder*:

- Samarbeid om overordnede helsespørsmål som har betydning for foretakene og kommunene.
- Strategisk utvikling av felles tjenestetilbud.
- Igangsetting av prosesser/prosjekter som kan bedre samhandling, avklaring av nivåer, avtaler, lover, forskrifter etc.
- Arbeide med felles strategi og virksomhetsplaner.

Avtalen sier følgende om *samarbeidsarenaer*:

- Det inviteres til og gjennomføres minst en årlig Dialogkonferanse.
- På konferansen deltar kommunenes administrative ledelse på rådmann/ kommunalsjefnivå, politisk ledelse i kommunen, ledelsen ved Blefjell sykehus representert med administrerende direktør og klinikkjefer og deltagere fra Brukerutvalget. Administrerende direktør ved Blefjell sykehus – HF innkaller.
- I tillegg gjennomføres det minst et møte i året hvor adm. direktør ved Blefjell sykehus møter rådmennene i samarbeidskommunene. Møtene kan gjerne gjennomføres i de etablerte kommunale samarbeidsfora i regionene. Administrerende direktør ved Blefjell sykehus – HF avklarer innkalling med regional koordinator i de ulike regionene.

### **Avtale på tjenestenivå**

Systemavtalen stiller en del krav til de avtalene som blir inngått på tjenestenivå. Dette er noen av kravene:

- Avtalen skal beskrive arenaer for samhandling/samarbeid mellom enhetene innen den enkelte kommune og de enkelte klinikkene ved Blefjell sykehus. I utarbeidelsen av avtalene på tjenestenivå bør brukerrepresentantene, som deltar i utformingen, fortrinnsvis ha erfaringskunnskap fra de aktuelle tjenestene.
  - Avtalen skal legge vekt på utøvelse av samhandling/samarbeid, hvor det er fokus på:
    - Det praktiske tilbudet som ytes
    - Hvem som skal ha ansvar for de ulike deler av tilbudet
    - Evaluering og justering av tilbudet.
    - Beskrivelse av områdene:
-

- Pasientforløpet (Flytprosessene)
  - Gode inn-/utskrivningsrutiner. IPLOS kartlegging
  - Etablering av ansvarsgrupper og utpeking av koordinator
  - Individuelle planer (utvikling/mal/verktøy)
  - Gjensidig opplæring og informasjon (organisasjon og tjenester). Felles fagutvikling og veiledning
  - Hospitering
  - Utvikling av felles prosedyrer/retningslinjer
  - Krisehåndtering
  - Akuttberedskap
  - Ferie- og høytidsavvikling.
  - Kvalitetssystem
  - System for avvikshåndtering tjenestenivåene i mellom
- Det avholdes minst 2 samarbeidsmøter pr. år hvor disse temaene tas opp.
  - Deltakere er avdelingssjef/seksjonsledere innen foretaket og enhetsledere og kommunelege innen kommunene. I tillegg skal det være med aktuelle brukerrepresentanter - interesseorganisasjoner på alle møtene.
  - Det skal fremgå av avtalen hvem som har ansvar for innkallinger.
  - Samarbeidet bevisstgjøres i de ulike kommunale organisasjoner og i alle sykehusets klinikker. I opplæring av nyansatte skal dette legges inn som et fast punkt i introduksjonsrutinen.
  - Kommunene og helseforetaket skal vektlegge å utforme og gjennomføre utviklings- og forskningsprosjekter da gjerne i samarbeid med forskningsmiljøer og/eller høyskoler.

### **Samarbeid med fastlegene:**

Blefjell sykehus vil to ganger i året invitere fastlegene i opptaksområdet til samarbeidsmøter hvor det tas opp aktuelle faglige emner, samarbeid, felles prosedyreutvikling, kompetanse, veiledning og hospitering m.m. På disse møtene deltar kommunelege, helsesjef eller medisinsk faglig rådgiver i kommunene. Brukerorganisasjonene inviteres til å delta i de halvårlige møtene med fastlegene.

### **Avtale på individnivå**

Systemavtalen stiller følgende krav til de avtalene som blir inngått på individnivå:

Avtalen skal beskrive den praktiske samhandling omkring den enkelte pasient, pårørende og helsepersonell som har ansvar for oppfølgingen med grunnlag i brukers rett til medvirkning og informasjon (jfr pasientrettighetsloven).

Avtalen kan inneholde:

- Samarbeidsmøter (administrative avklaringer).
- Etablere ansvarsgruppe
- Utpeke koordinator
- Etablere og/eller følge opp individuell plan (IP)
- Her vil ledere, fagpersonell og koordinator på operativt nivå innen kommunen (NAV) og innen helseforetakene være viktig samarbeidspartnere.
- Innkallingsansvarlig

### 14.3 Hvilke resultater kan det vises til?

Det er to hovedtyper resultater av samarbeidet. Det ene er *de konkrete produktene*:

- Samarbeidsavtaler på system-, tjeneste- og individnivå
- En informasjonsfolder om tjenestetilbudet for voksne innen psykisk helse
- En beskrivelse av samarbeid og ansvarsfordeling på individnivå mellom kommunene og BUP/DPS. Her er samhandling og ansvarsfordeling i forhold til Individuell Plan beskrevet. Her er også samarbeidsfora og ansvarsgrupper/samarbeidsgrupper beskrevet
- Et meldeskjema for hendelser hvor samarbeidet ikke forløper i henhold til avtalen. Skjemaet inneholder også en rubrikk med forslag til forbedringstiltak

Like viktig som disse konkrete produktene er de forbedringene som partene har registrert i *samarbeidsrelasjonene* i løpet av prosjektperioden.

Brukerrepresentantene sier at de har blitt trukket mer forpliktende inn i samarbeidet både på system- og individnivå. De sier også at de opplever samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som langt mer smidig og ”sømløst” enn tidligere.

Representanter fra både kommune- og sykehusnivå understreker det samme som brukerne. Samarbeidet glir lettere, det er mer forutsigbart og strukturert, det er mer preget av likeverd, læring og utvikling.

---



## 14.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?

De viktigste læringspunktene fra dette samarbeidet kan oppsummeres i fem hovedpunkter.

De deltakerne parter understreker viktigheten av at det er et sammenhengende avtalesystem med avtaler på system-, tjeneste- og individnivå. Det bedrer forankringen og øker forpliktelsen i samarbeidet. En viktig del av dette er også at det er etablert faste møtepunkter og fora på alle tre nivåene i avtalestrukturen. På den måten sikres kontinuerlig utvikling og forbedring.

Selv om samarbeidet i utgangspunktet var initiert fra sykehuset, framheves det som viktig at det raskt ble etablert en god balanse og likeverd i relasjonen mellom partene. Helt avgjørende har det også vært at brukerrepresentantene har vært trukket så sterkt inn.

Brukerrepresentantene understreker at de har blitt behandlet som en likeverdig part. De andre partene presiserer at brukerdeltakelsen har gitt verdifulle bidrag både til prosessen og resultatet.

De deltakende parter understreker to viktige forhold knyttet til måten arbeidet har blitt drevet på. For det første fremheves betydningen av at det har vært en egen prosjektleder for arbeidet. Vedkommende har vært flink både til å strukturere prosessen, til å få alle parter med i arbeidet, og bruke nødvendig tid på å få alle parter med. På den måten har det blitt kontinuitet og framdrift i prosessen, men den har også blitt godt forankret. For det andre startet arbeidet tidlig med å beskrive aktiviteter, oppgaver og samarbeid/ samhandling. Dette ble gjort ved hjelp av et enkelt verktøy for prosessforbedring. Denne arbeidsformen ga deltakerne god innsikt i og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og ansvar. Det ga også god oversikt over den avhengighet aktørene sto i seg imellom. Denne faktakartleggingen blir av mange framhevet som en vesentlig forutsetning for det gode resultatet.

Det har også vært viktig at både ledere og fagfolk/terapeuter har deltatt aktivt i arbeidet. På den måten har det overordnede og systemmessige og det praktiske og faglige blitt integrert på en god måte.

Det siste viktige læringspunktet vi vil trekke fram er at partene raskt ble enige om å se framover og sammen lete etter gode løsninger. Man fokuserte mer på hva som var gode løsninger og kloke grep enn på fortidas mangler og utilstrekkeligheter. Hva som er god praksis har blitt utviklet i fellesskap og forankret hos alle parter.

### **14.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Det ligger ikke spesielle finansieringsordninger til grunn for samarbeidet.

### **14.6 Formidling**

De viktigste strategiene for formidling ligger i selve arbeidsmetodikken i det samarbeidet som er etablert. Samarbeidet startet som et pilotprosjekt mellom Blefjell sykehus og Notodden kommune. Erfaringene fra dette samarbeidet har så blitt overført til de andre kommunene i opptaksområdet til Blefjell sykehus.

På tilsvarende måte er det strategien at modellen for samarbeid fra psykiatri gradvis skal kunne overføres også til andre områder og andre pasientgrupper.

---

## 15 Sykehuset Buskerud HF og Drammen kommune

Samarbeid om etablering av et geriatrisk senter i skjæringspunktet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

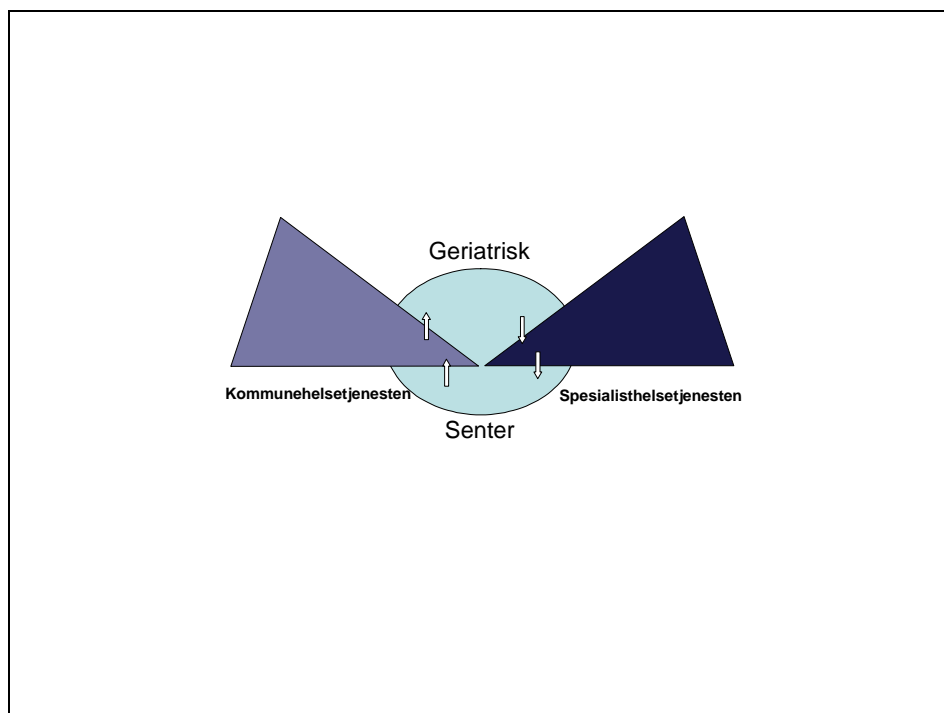
### 15.1 Beskrivelse av modellen

Drammen kommune og sykehuset Buskerud etablerte i begynnelsen av 2003 et formalisert arbeid i et forprosjekt, hvor hensikten var å utrede behov og muligheter for å etablere ett eller flere samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Forprosjektet skulle avdekke forutsetninger for å realisere et prosjekt med målsetning om å oppnå en mest mulig samfunnsøkonomisk utnyttelse av helsetjenesteressurser, sikre pasienter en sammenhengende behandlingsskjede med riktig kompetanse, på riktig nivå og med et godt samarbeid omkring pasientens sykdomsforløp. Videre ble det vektlagt å redusere antall liggedøgn både ved sykehuset og kommunens bo- og servicesentra.

Anbefalingene fra forprosjektet ble høsten 2004 fulgt opp med en videreføring i form av et gjennomføringsprosjekt – "Geriatriløft – Drammen". Geriatriløftet er et samarbeidsprosjekt mellom Drammen kommune, sykehuset Buskerud HF og Høgskolen i Buskerud. Prosjektet er basert på en erkjennelse av:

- At tilbudet til de syke eldre i for stor grad er preget av at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene ikke har fungert godt nok.
- Manglende samsvar mellom kompetansebehov og kompetansenivå i kommunens omsorgstjenester.

Resultatet blir at man lett mister det helhetlige fokus som eldre, med sammensatte lidelser, har behov for. Etablering av geriatrisk senter representerer et samarbeidstiltak på tjenesteproduksjonsnivå i gråsonen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.



Figur 15.1.1 Plassering av Geriatrisk senter

Prosjektet har hatt fokus på en helhetlig og omfattende tilnærming til problemstillingene, og følgende hovedelementer inngår i prosjektet:

- Ambulerende sykepleierteam
- Dagtilbud: Poliklinisk geriatrisk virksomhet og ambulant tverrfaglig geriatrisk team
- Forskning og kompetanseutvikling
- Forsterket korttidsavdeling. Døgntilbud med 23 senger.
- Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
- Samlokalisering med kommunens rehabiliteringsenhet og ordinære korttids- og avlastningsplasser
- Samorganisering av legetjenester

I tillegg er samorganiseringen av kommunens og sykehusets laboratorietjenester under utredning.

**Drammen geriatriske kompetansesenter** er en hjørnestein i samarbeidsprosjektet. Senteret åpnet 1. september 2006 og innehar en forsterket korttidsavdeling med 23 plasser, et tverrfaglig poliklinisk tilbud og et ambulant tverrfaglig team og et ambulant sykepleierteam som tilbyr tjenester rettet mot de ordinære omsorgstjenestene. Dette er samlokalisert med kommunens ordinære korttids-, avlastnings- og rehabiliteringsplasser, i en institusjon som totalt har 85 plasser.

Geriatrisk kompetansesenter vil kunne ta imot pasienter til utredning, etter henvisning fra fastlege. Aktuelt vil være eldre med gradvis fall i funksjonsnivå, falltendenser, forvirringstilstander og diffuse og uklare tilstander etc.

Aktuelle pasientkategorier til den forsterkede korttidsavdelingen er utskrivningsklare, men ikke ferdigbehandlede pasienter fra sykehus. Kjente pasienter fra hjemmesykepleie der situasjonen akutt forverrer seg, men der det ikke er behov for sykehusinnleggelse er også aktuelle pasienter. Inntak til avdelingen finner sted i samarbeid mellom lege fra sykehusets geriatriske seksjon og kommunens kontor for tjenestetildeling.

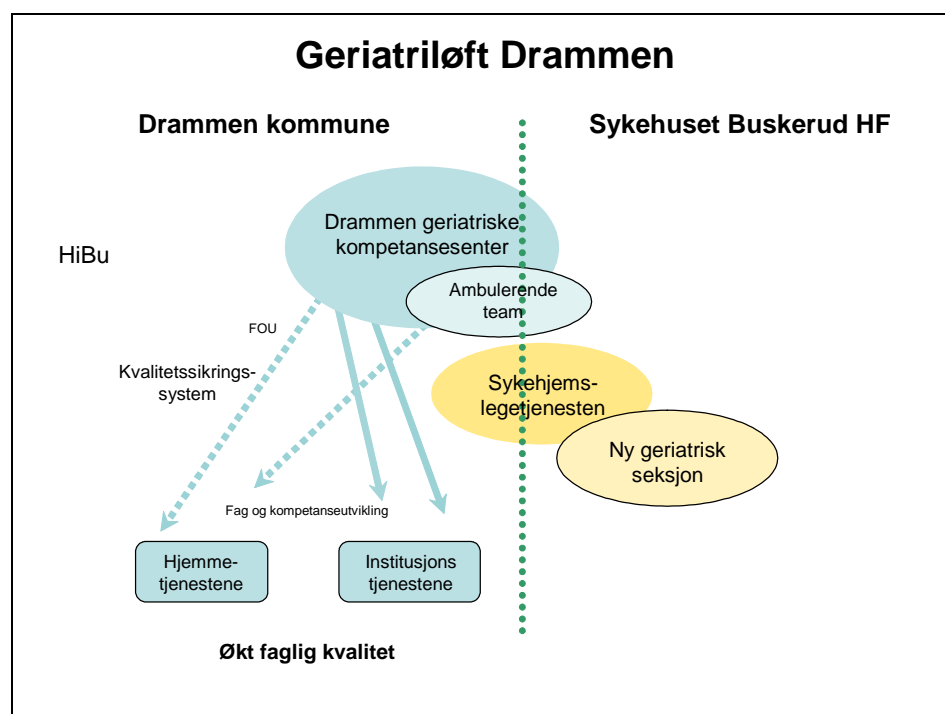
**Sykehjemslegetjenesten:** Sykehuset Buskerud HF har under etablering en ny geriatrisk seksjon ved medisinsk klinikk. Seksjonen har ansvar for legetjenesten ved geriatrisk kompetansesenter, og skal etter hvert også ha ansvaret for sykehjemslegetjenesten ved kommunens øvrige sykehjem. - Kommunen "kjøper" sykehjemslegetjenester fra sykehuset, og spesialisthelsetjenesten. Det vil si at Sykehuset Buskerud HF involverer seg i sterkere grad enn vanlig utenfor sykehuset. Sykehuset har hatt store problemer knyttet til rekruttering av geriater. I utgangspunktet skal den nye geriatriske seksjonen bestå av seksjonsoverlege og minimum en geriatr. Sykehuset har rekruttert inn en nyutdannet geriatr, men har foreløpig ikke fått besatt seksjonsoverlegestillingen. Sykehuset har derfor heller ikke startet rekrutteringen av leger som skal dekke sykehjemslegetjenesten. Det er disse legehjemlene sykehuset skal overta fra kommunen. Flere av disse stillingene er tenkt som utdanningsstillinger, og kan derfor ikke tas inn før spesialistene er på plass. Sykehuset arbeider fortløpende for å få dette på plass og også med andre mer kortsiktige løsninger for å få opp aktiviteten ved geriatrisk poliklinikk i senteret.

**Geriatrisk poliklinikk** er en del av tilbudet ved Drammen geriatriske kompetansesenter. Legetjenesten ved poliklinikken ivaretas av geriater fra sykehusets geriatriske seksjon. Teamet ved poliklinikken er tverrfaglig sammensatt, og har også et ambulant tilbud for tjenestemottakere i kommunens institusjoner og hjemmetjenester. De gir også råd, veiledning, undervisningstilbud m.v. overfor tjenestemottakere, pårørende, pleiepersonell m.fl..

**Ambulant sykepleierteam** er en del av bemanningen ved den forsterkede korttidsavdelingen. Teamet er et beredskapsteam, der pleiepersonell i kommunens institusjoner og hjemmesykepleien kan søke råd, veiledning og sykepleiefaglig bistand. Teamet har utrykningsberedskap daglig mellom kl. 12.00 – 20.00, og vil for øvrig kunne gi råd og veiledning på telefon.

Det er etablert en egen **enhet for forskning, fag- og kompetanseutvikling** ved Drammen geriatriske kompetansesenter. Enheten samarbeider med fag- og forskningsmiljøene ved Høgskolen i Buskerud og Sykehuset Buskerud HF i et felles FoU-forum, samt med andre aktuelle fag- og forskningsmiljø. Målsettingen er økt kompetanse og utvikling av praksis, basert på anerkjent faglig standard, både i geriatrisk kompetansesenter og i den samlede omsorgstjenesten i kommunen.

Drammen geriatriske kompetansesenter er også tillagt ansvar for koordinering og utvikling av systematisert kvalitetsutvikling og internkontroll for kommunens omsorgstjenester. Kommunen har opprettet en **kvalitetskoordinator** stilling, som er tillagt disse funksjonene. Organiseringen av samhandlingen kan skisseres som følger.



Figur 15.1.2 Organisering av samhandlingen

## 15.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?

De samhandlingstiltakene som er iverksatt i Geriatriloft – Drammen prosjektet er basert på anbefalinger i NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt", samt "Helsedialog programmet" til KS / HelseSør RHF. Tiltakene i prosjektet samsvarer også med de føringer som ligger i St.meld. nr 25, "Mestring, muligheter og mening".

Sykehuset Buskerud og Drammen kommune er i ferd med å inngå avtaler som regulerer de økonomiske forhold knyttet til prosjektet, samt en særskilt avtale i forhold til sykehjemslegetjenesten. Det forventes at avtalene formelt inngås i nær framtid.

### 15.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?

Da prosjektet er relativt nyetablert er det få konkrete resultater å vise til, men målene med prosjektet er å øke kvaliteten på behandlings- og pleietilbudet rettet mot de syke og eldre. Dette skal ses i sammenheng med en større grad av helhetlig utredning, behandling og oppfølging til denne gruppen i gråsonen mellom spesialist- og primærhelsetjenestene.

I samhandlingen arbeides det ut fra at de samfunnsøkonomiske bedres ved å unngå unødige sykehusinnleggelser, redusere hyppige reinnleggelser og liggetid i sykehus. Det er videre en antakelse at prosjektet vil føre til en reduksjon av behov for langtidsplasser i sykehjem.

I tabellen nedenfor vises pasientflyten ved sengepostene de fire første månedene etter driftsstart av Drammen geriatriske kompetansesenter.

Tabell 15.3.1 Oversikt over pasientflyt

<b>Pasientflyt 01.09 – 31.12. 2006</b>	<b>Totalt</b>	<b>Avd.1 Rehab</b>	<b>Avd. 2 Forsterket korttid</b>	<b>Avd 3 Korttid / Avlastning</b>	<b>Avd 4 Korttid</b>
Antall senger	73	8	23	25	17
Antall pasienter	261	31	88	102	72
Menn	93	10	44	33	17
Kvinner	168	21	44	69	55
Alder snitt	82	78	81	82	84
Liggetid snitt	13	18	14	7	12
Liggetid maks		54	86	21	55
Liggetid min		11	2	2	1
Utskrivelsesårsaker					
Til hjem	148	19	30	66	33
Til Sykehus	9	1	6	0	2
Til annen institusjon	8	0	1	2	5
Langtidsplass	8	0	6	0	2
Død	41	1	17	1	6

## 15.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?

En vesentlig suksessfaktor for prosjektet har vært, og er fortsatt, en sterk ledelsesforankring av prosjektet, med en styringsgruppe på direktørnivå. Det er ulike kulturer som i fellesskap skal finne gode løsninger. Det tar tid å bli kjent og trygge på hverandre, og gjentatte ganger er erfaringen at prosesser har måtte nullstilles for å finne omforente løsninger. Bredde og kontinuitet i prosjektgruppa har vært en viktig forutsetning. Asymmetri mellom 1. og 2. linjetjenesten, spesielt knyttet til finansieringsordninger, men også i forhold til regelverk, organisering og tjenesteutøvelse, er en stor utfordring for et prosjekt som dette.

## 15.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?

Kostnadene ved de tiltak som er redegjort for i geriatriløftprosjektet og etablering av en ny omsorgsvirksomhet beløper seg til kr. 26,2 mill. på helårsbasis. Omdisponering av midler som benyttes til å drifte 23 nåværende korttidsplasser utgjør kr. 13 mill. Finansieringsbehovet anslås derved til kr. 13,2 mill. på årsbasis. Kommunen har i tillegg bidratt med kr. 5 mill. i investeringskostnader.

Det finnes ingen etablerte finansieringsordninger som gir økonomiske incitamenter til å etablere slike samarbeidstiltak. Etablering av geriatrisk kompetansesenter må derfor finansieres innenfor kommunens og sykehusets ordinære rammebetingelser, og det er foretatt følgende vurdering i forhold til kostnadsfordeling på prosjektet:

Tabell 15.5.1 Kostnadsfordeling

<b>Kostnadsfordeling:</b>	<b>2007</b>
<b>Sykehuset Buskerud</b>	4,7 mill
<b>Drammen kommune</b>	8,5 mill

Det er søkt prosjektmidler fra Helse sør RHF som eventuelt vil bidra til å redusere utgiftene for Sykehuset.

## 15.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?

Prosjektet er i oppstarten av en prosess der det jobbes med evaluering, effektmålinger av de iverksatte tiltakene og formidling av resultater. Ressurspersoner fra ulike eksterne forskningsmiljø vil bistå i denne prosessen. Resultat- og effektmål vil kunne foreligge i løpet av høsten 2007. Det er utarbeidet informasjon om prosjektet som er tilgjengelig på sykehusets og kommunens nettsider, samt skriftlig informasjonsmaterieell. Prosjektet er omtalt i Helsedialog programmet. Erfaringer fra plan- og



oppstartsprosessen er formidlet på diverse konferanser og møter, både nasjonalt og lokalt.

## 16 Sykehuset Asker og Bærum HF og kommunene Asker og Bærum

Overordnede samarbeidstiltak og avtaler på tvers av etatsgrenser og forvaltningsnivåer.

### 16.1 Beskrivelse av modellen

Helse Asker og Bærum er en overordnet samarbeidsavtale, som først ble inngått for en forsøksperiode på to år fra 1. april 2004 til 1. april 2006. Etter en evaluering i 2006 er forsøksperioden nå avviklet, og ordningen etablert som et permanent tiltak. Avtalen er inngått mellom Asker kommune, Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum HF.

Innenfor rammene av samarbeidsavtalen er det i perioden fra 2004 og fram til 2007 gjennomført en rekke konkrete forbedringstiltak og -prosjekter. Fokus i denne beskrivelsen er i hovedsak på selve avtalen og den overordnede styringen av samarbeidet, og i mindre grad på enkeltprosjekter – selv om disse er interessante nok.

#### Formål

Formålet med avtalen er som følger:

*Helse Asker og Bærum skal bidra til at befolkningen kan ivareta sin helse på en bedre måte. Helse Asker og Bærum har et særskilt ansvar for å utnytte helsetilbudet bedre blant annet ved å koordinere og utvikle tiltak rettet mot pasienter med behov for sammensatte tjenester*

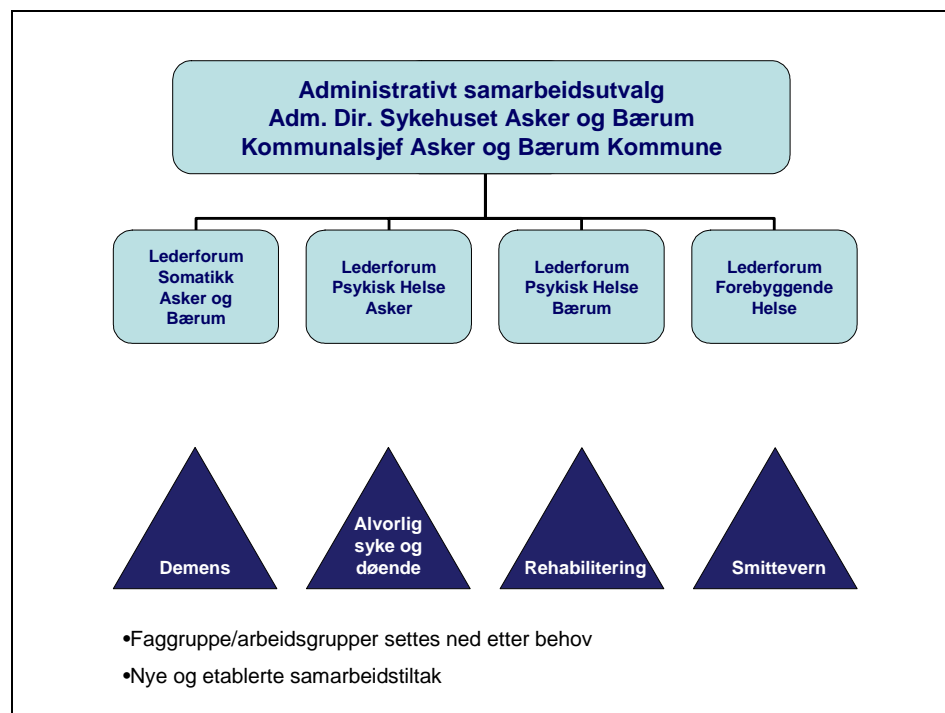
Helse Asker og Bærum er et samarbeid på tvers av etatsgrenser og forvaltningsnivåer. Partene ønsker i fellesskap å ta ansvar for at innbyggerne i Asker og Bærum som har behov for helsehjelp skal få riktig bistand, behandling og oppfølging på rett sted. Helsetjenestene skal organiseres ut i fra brukernes behov, uavhengig av forvaltningsansvar. Partene skal levere både *forebyggende* og *behandlende* helsetjenester som oppleves helhetlig for befolkningen. Gjennom avtalen forplikter deltakerne seg til å legge forholdene til rette for etablering, drift og oppfølging av avtalen innenfor sitt ansvarsområde.

Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverd og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt overordnet og systematisk fokus til nytte for pasienter/brukere. Samarbeidsavtalen skal synliggjøre at partene har et særskilt ansvar for å

finne frem til en smidigere og mer effektiv *organisering* av helsetjenestene.

### Organisering og forankring

Ansvar for avtalen er forankret i et Administrativt samarbeidsutvalg bestående av minst en representant for hver av partene. Det forutsettes at administrativt samarbeidsutvalg har fullmakt fra rådmann eller administrerende direktør. Organiseringen av samarbeidet i Helse Asker og Bærum framgår av figuren nedenfor.



Figur 16.1.1 Organisering av samarbeidet

### Oppgaver og ansvar for Administrativt samarbeidsutvalg

Administrativt samarbeidsutvalg har ansvar for:

- Avgjøre saker av overordnet prinsipiell, administrativ, faglig og økonomisk karakter
- Gjensidig informasjon og erfaringsutveksling
- Identifisere utviklingsområder med behov for felles løsninger
- Utarbeide en årlig strategi med prioriterte innsatsområder
- Utarbeide en årlig melding som inkluderer rapportering fra de enkelte lederfora
- Være styringsgruppe for overgripende samarbeidstiltak med høy prioritet

- Legge til rette for at samarbeid prioriteres i egen virksomhet
- Opprette operative lederfora på ulike områder
- Avgjøre uenighetssaker som ikke er løst i lederfora på lavere nivå
- Etterspørre rapportering og resultater

Konkrete samarbeidstiltak som krever beslutningsmyndighet ut over de utøvende ledd skal forelegges Administrativt samarbeidsutvalg. Tiltak som har vesentlig økonomiske konsekvenser og som går ut over den fullmakt partene har, må behandles på ordinær måte før innarbeiding i kommunenes handlingsprogram og strategisk plan for helseforetaket

Partene møtes minimum 6 ganger i året, eller etter behov. Det settes opp møteplan for hvert halvår. Ledervervet alternerer årlig mellom partene.

### **Andre lederfora**

Samarbeidsavtalen slår fast at det opprettes administrative og faglige lederfora på et utøvende nivå. Administrativt samarbeidsutvalg avgjør til en hver tid hvilke lederfora som er hensiktsmessige. Det enkelte lederforum har innenfor sitt ansvarsområde ansvar for å:

- Avklare saker av prinsipiell, administrativ, faglig og økonomisk karakter
- Avklare uenighet rundt enkeltpasienter
- Gi gjensidig informasjon og erfaringsutveksling
- Drøfte driftsbeslutninger som angår felles pasienter. Dette omfatter tiltak i forbindelse med ferieavvikling, flaskehalsproblematikk og organisatoriske endringer
- Utvikle og evaluere samarbeidsprosedyrer
- Drive kunnskaps- og kompetanseutvikling

Lederforum skal ha et særskilt fokus på pasientforløp og at pasienten får et kvalitativt godt tilbud på riktig behandlingsnivå. Dette innebærer å identifisere områder der det er behov for å endre rutiner rundt felles pasienter eller opprette nye tilbud.

Som det framgår av figuren ovenfor, er det etablert fire lederfora på nivået under Administrativt samarbeidsutvalg. De første tre er i drift, mens lederforum forebyggende helse er vedtatt opprettet.

### **Strategisk arbeid og fokus**

Helse Asker og Bærum har hatt et særlig fokus på noen målgrupper. Vi vil nedenfor kort oppsummere de viktigste elementene i den strategien som har vært gjennomført til nå. Helt overordnet har Helse Asker og Bærum hatt strategisk fokus på:

---

- Helhetlige pasientforløp
- Riktig behandlingsnivå

### **Eldre pasienter**

Ikke minst når det gjelder eldre pasienter har sykehuset og kommunene de siste årene hatt et omfattende samarbeid. Det er enighet om at pasienter som er utskrivningsklare på sykehus, trenger et raskt behandlingstilbud utenfor sykehuset for å sikre rehabilitering og minske funksjonsbortfall. Sykehuset og kommunene samarbeider om en rekke tiltak for denne gruppen, eksempelvis:

- Korttidsavdeling på Hennie- Onstad bo- og rehabiliteringssenter
- Felles finansiert koordinatorteam på sykehuset vedrørende utskrivning (lege og sykepleier)
- Kompetanseoverføring mellom sykehjem og sykehus

### **Utredning og behandling av personer med demens**

Partene utarbeidet i 2006 en handlingsplan med tiltak rettet mot personer med demens. Tiltakene følges opp i kommunenes eldreplaner og i foretakets strategiske satsing. Det er etablert et felles faglig demensforum og det er utpekt fagpersoner som har det løpende ansvaret for gjennomføring av de enkelte tiltakene. Ansvaret for oppfølging ligger i lederforum somatikk.

### **Alvorlig syke og døende**

Partene utarbeidet i 2005 en handlingsplan for tilbudet til alvorlig syke og døende. Gjennomføringen av de foreslåtte tiltakene har siden stått høyt på prioriteringslisten. Ansvaret for oppfølgingen har ligget i lederforum somatikk.

### **Felles akuttmottak**

Et felles akuttmottak ble tatt i bruk i 2006. Selv om arbeidet med dette tiltaket ikke har vært formelt integrert i Helse Asker og Bærum, er det ikke desto mindre et vesentlig samarbeidstiltak om primær- og spesialisthelsetjenester.

### **Psykisk syke**

Psykisk syke er avhengige av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utgjør en sammenhengende tjenestekjede som gir et helhetlig tilbud. Det er en erkjennelse innenfor rammene av Helse Asker og Bærum at samhandlingen i dag i mange tilfelle ikke er god nok. Dette kan gi et sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelses, samt mangel på planlagt og koordinert oppfølging fra kommunehelsetjenesten.

Det har vært en stor utfordring å få nok egnede boliger, ikke minst til personer med behov for døgnbemannede boliger og hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette fører på den ene siden til at pasienter oppholder seg på sykehuset etter avsluttet behov for innleggelse fordi det ikke finnes egnede boliger. På den annen side fører det til at sykehuset og de distriktpsikiatriske sentrene ikke har de nødvendige plassene for planlagte innleggelser og dagtilbud. Det ble i arbeidet med strategiplanen i 2006 erkjent at det var nødvendig med et felles krafttak for å løse flaskehalsproblematikk knyttet til utskrivning, samt å gi denne pasientgruppen behandling og omsorg i tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse. I tillegg til kommunenes satsing på nye boliger, er det i løpet av 2006 etablert et nært samarbeid om både midlertidige og mer permanente boliger. Et av tiltakene innebærer at Asker kommune kjøper 5 plasser som drives av helseforetaket.

Lederforum psykisk helse Asker og lederforum psykisk helse Bærum ble gitt et særskilt ansvar i forhold til denne pasientgruppen, og utarbeidet egne handlingsplaner for å følge opp de nevnte utfordringene.

Generelt sett er det grunn til å framheve at lederforaene har blitt *stadig viktigere som arenaer for strategidiskusjoner*. Altså en diskusjon av hvilken retning samarbeidet bør ta og hvilke utfordringer som det særlig må tas tak i.

### **Nærmere om arbeidsformen i Helse Asker og Bærum**

Den faste strukturen i Helse Asker og Bærum framgår av tabellen ovenfor. Som det imidlertid framgår av figurens nedre halvdel, er det en løpende prosess hvor nye prosjekter/samarbeidstiltak settes på dagsorden. Disse kan initieres både fra Administrativt samarbeidsutvalg, et av lederforaene, eller fra de enkelte virksomhetene

Omfanget av og kompleksiteten i disse samarbeidstiltakene kan variere. Noen kan være av en slik karakter at de uten videre utredning kan iverksettes i den vanlige linjeorganisasjonen. Da vil ofte et vedtak i det enkelte lederforum være tilstrekkelig.

I andre tilfeller vil det være behov for å utrede saken nærmere før det kan tas en beslutning.

Når et område/tema er ”blinket ut” for gjennomgang/forbedring, gjennomføres en prosess i følgende hovedtrinn:

- (1) Arbeidet starter med at de nasjonale føringene på området gjennomgås. Hva sier disse?
  - (2) Deretter gjennomgås situasjonen i Asker og Bærum. Hva er de faktiske forhold her?
-

- (3) Deretter operasjonaliseres de nasjonale føringene på Asker og Bærum. Hvordan må situasjonen være her for at de nasjonale kravene og føringene skal kunne sies å være oppfylt?
- (4) Deretter gjennomføres et utrednings- og analysearbeid for å sikre at de man oppfyller kravene i de nasjonale føringene

En vesentlig utfordring i en slik prosess er å sikre at man har tilstrekkelig utredningsressurser og -kompetanse.

Når det settes i gang et utredningsarbeid, er regelen at *prosjekteier* skal være en som sitter i det aktuelle lederforum. Dette for å sikre tilstrekkelig forankring, trykk og legitimitet til arbeidet. En spesiell utfordring i prosjekter som krever utredning er å sikre tilstrekkelig ressurser til å gjøre utredningen.

### **Et par ganger i året gjennomgås status**

For å sikre at beslutninger følges opp og at det er tilstrekkelig tempo og trykk i arbeidet, gjennomgås status og resultater et par ganger i året. Da legges det fram korte statusrapporter i de respektive lederfora.

Litt forenklet kan en si at lederforaene har to hovedoppgaver: Sette i gang prosesser og prosjekter og deretter følge dem opp.

## **16.2 Hvordan er modellen forankret og systematisert?**

I det eksemplet som beskrives i dette punktet er det selve systemet for overordnet forankring, strategiutvikling og prioritering som er modellen.

I forhold til det spørsmålet om forankring som vi stiller til samarbeidsmodeller på "lavere nivå", kan det være grunn til å understreke den "motsatte forankring" av den som er tema i de fleste av de andre samarbeidsmodellene som dokumenteres i denne rapporten. I punkt 2 ovenfor er der vist til flere viktige lederfora innenfor rammene av Helse Asker og Bærum. For å sikre tilstrekkelig faglig forankring og gode faglige innspill i strategiarbeidet, deltar fagfolkene i økende grad i disse lederforaene. De deltar naturligvis også i de konkrete prosjektene og tiltakene som settes i verk for å forbedre og utvikle samarbeidet.

I tillegg legges det stor vekt på å formidle resultater og konklusjoner fra samarbeidet til enheter og faggrupper i henholdsvis helseforetaket og de to kommunene.

### 16.3 Hvilke resultater kan det vises til?

Helse Asker og Bærum har vært evaluert av spesialrådgiver Folke Sundelin fra Helse Øst RHF. I evalueringsrapporten oppsummerer han følgende under punktet om resultater:

Blant prioriterte og sentrale områder for prosjektet skal særlig nevnes:

#### ***Pasienter med behov for sammenhengende helse-, pleie- og omsorgstjenester***

- felles satsing på geriatri
- etablering av egne korttids-/rehabiliteringsenheter (HOBR (Henie Onstad))
- felles prosedyrer ved viktige sykdomstilstander
- helhetlige behandlingsforløp og riktig behandlingsnivå for
- personer med demens
- alvorlig syke og døende
- felles kompetansetiltak (kompetanseoverføring sykehus – sykehjem)
- koordinering av utskrivningene fra sykehuset (eget utskrivningsteam)

#### ***Personer med alvorlige psykiske lidelser***

- helhetlige behandlingsforløp og riktig behandlingsnivå
- avtaler om rutiner og prosedyrer for felles pasienter
- felles kompetansetiltak for kommunene og helseforetaket
- finne egnede boliger i kommunene for pasienter med behov for bolig og omfattende oppfølging

#### ***Etablering av felles akutt mottak (FAM)***

Han oppsummerer i sin rapport også at prosjektet/samarbeidet har gitt betydelige resultater og utløst mye kreativitet og engasjement. Som eksempel trekker han fram at lederforum somatikk i Årsmeldingen for 2005 viser at gjennomsnittlig liggetid for pasienter som er definert utskrivningsklare har gått betydelig ned fra 2004 til 2005. Det gjelder for pasienter hjemmehørende i begge kommunene. Evaluator understreker at slike resultater ikke kommer av seg selv, men sier også at det vil kreve målbevisst arbeid og god samhandling for å holde dem på et fortsatt lavt nivå.

Et stort flertall av informantene i evalueringen bekrefter også at ”arbeidet er i tråd med avtalens intensjon”. Hans konklusjon er derfor at strategi og handlingsplaner følger opp avtalen, og at det helt klart er iverksatt mange tiltak rettet mot de pasientgruppene som trenger samordning av tjenester.

---



Flere av disse tiltakene ble fulgt videre opp i 2006, og alle lederforaene utarbeidet prioriteringer og strategier for 2006 i samsvar med målsettingene for prosjektet.

Ellers sies det i evalueringen at erfaringen er den samme i Helse Asker og Bærum som i andre lignende prosjekter: En har startet med og kommet lengst når det gjelder tiltak rettet mot eldre pasienter og utskrivningspraksis innenfor somatikken, mens det nå trengs mer fokus på rus og psykiatri - med avklaring av arbeids- og oppgavefordeling.

Evalueringsrapporten trekker imidlertid også opp noen punkter som det er viktig å forbedre/styrke.

Evalueringen er entydig på at det er et forbedringspotensial ved tydeligere forankring i linjen. Det sies at den representasjon i styringsgruppen for helse Asker og Bærum og i lederforum psykisk helse Bærum som eksisterte på evalueringstidspunktet, ikke sikret den nødvendige beslutningsmyndighet. Dette er nå endret.

Erfaringene viste i tillegg at ansvaret for gjennomføring av vedtatte tiltak ikke alltid var tydelig nok. Dette handlet delvis om formell representasjon, men i enda større grad om å ta ansvar for felles beslutninger. Implementering av tiltak må ligge i linjen, og må etterspørres av berørte ledere. Som nevnt er disse forbedringspunktene nå fulgt opp. Vi nevner dem likevel fordi de tar opp viktige spørsmål og utfordringer i denne type samarbeid.

Endelig trekker evalueringsrapporten fram at fastlegene må involveres sterkere i samhandlingen.

## **16.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

De viktigste læringspunktene fra Helse Asker og Bærum kan oppsummeres i sju hovedpunkter.

Det er viktig å ha god struktur i samarbeidet. Helse Asker og Bærum har etablert en tydelig beslutningsstruktur med Administrativt samarbeidsutvalg og flere lederfora. Arbeidet i disse foraene følger et relativt fast mønster. Ansvarsforhold og spilleregler er klare og tydelige.

Utredning av nye prosjekter og samarbeidsområder følger dessuten et fast mønster, hvor arbeidet tar utgangspunkt i nasjonale føringer og deretter gjennomgår situasjonen i Asker og Bærum i forhold til disse føringene. Det gir god systematikk også i det praktiske utredningsarbeidet. Samtidig sikrer det en praktisk og konkret tilnærming til utfordringene og de oppgavene som skal løses.

Det er viktig å ha tilstrekkelige ressurser til utredning og dokumentasjon. Helse Asker og Bærum har en egen prosjektleder, noe som bidrar vesentlig til å holde struktur og framdrift i samarbeidet. Ikke minst viser erfaringene at det er viktig å ha et fast fokus på gjennomføring, oppfølging og resultater. I tillegg er det avgjørende for framdrift og resultater i de enkelte prosjektene at det også her settes av tilstrekkelig med tid og ressurser. Ikke minst er det vesentlig å ha tilstrekkelig med ressurser til utredning og analyse.

Innenfor rammene av Helse Asker og Bærum foregår det en relativt systematisk strategiprosess. Det vil si at de enkelte lederforaene med regelmessige mellomrom drøfter mål og strategi for samarbeidet. Det gjør at samarbeidet til enhver tid reflekterer hva som er viktige utfordringer i samspillet mellom aktørene. Samtidig er det en utfordring å skape tilstrekkelig balanse mellom helseforetaket og kommunene når det gjelder å sette viktige spørsmål på dagsorden. Så langt har initiativet til å sette spørsmål på dagsorden i relativt stor grad kommet fra helseforetaket.

Erfaring viser også at det er viktig å ha med både ledere og fagfolk i prosessene. Det bidrar både til å sikre et godt faglig resultat, men også til forankring. Erfaringene fra Helse Asker og Bærum viser at gode prosesser er vel så viktige som selve avtaleverket. Samtidig kan en på mange måter si at det overordnede rammeverket bidrar til å bygge de gode relasjonene.

Et viktig kjennetegn ved samarbeidet i Helse Asker og Bærum er at partene ofte involverer hverandre i planarbeid mens selve planprosessen pågår. Man deltar altså sammen i prosessene og venter ikke med å involvere den andre parten til planutkastet foreligger. Det gir som resultat at dokumentet i større grad blir tuftet på felles premisser og felles virkelighetsforståelse. På den måten øker også den felles følelsen av eierskap til resultatet.

Selv om Helse Asker og Bærum har et oversiktlig og strukturert samhandlingssystem, er forankring også i dette samarbeidet en utfordring; jfr. evalueringsrapporten. Det presiseres at informasjonsstrategien må forbedres og gjøres tydeligere.

### **16.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Samarbeidet i Helse Asker og Bærum er ikke basert på at de vanlige finansieringsordningene for primær- og spesialisthelsetjenesten blir endret.

---

Når det gjelder finansieringen av selve samarbeidet, forutsetter avtalen at partene deler utgiftene med fordeling 2:2:1 på henholdsvis helseforetaket, Bærum kommune og Asker kommune. I 2004, 2005 og 2006 har partene gått inn med henholdsvis kr. 300 000 og 150 000 per år. Utgiftene knytter seg til lønn av felles prosjektleder samt driftskostnader knyttet til informasjonsmateriale mv. Utgifter knyttet til kontorplass med videre har vært dekket av SABHF.

Hvert enkelt tiltak er finansiert i den ordinære linjen, i den grad tiltaket medfører økte kostnader. Avtalen forutsetter at konkrete samarbeidsprosjekter som krever beslutningsmyndighet ut over de utøvende ledd, skal forelegges styringsgruppen/Administrativt samarbeidsutvalg.

I tillegg til de direkte kostnader påløper det betydelige indirekte lønnskostnader for alle medarbeiderne som involveres i møtevirksomhet, samt annet arbeid knyttet til konkrete samarbeidsprosjekter og -tiltak.

## 16.6 Formidling

Den viktigste arenaen for formidling av erfaringer og resultater fra Helse Asker og Bærum er det samhandlingsnettverk sykehuset deltar i sammen med "samhandlingsansvarlige" ved de andre helseforetakene i Helse Øst.

I tillegg dokumenteres både planer og resultater skriftlig og på en regelmessig måte, slik at det er enkelt for andre å skaffe seg innsikt i det arbeidet som gjøres og de resultater som oppnås.

## 17 Sykehuset Østfold HF og Fredrikstad kommune

Samarbeid om styrking av det helhetlige behandlingstilbudet og samarbeidet omkring eldre og kronikere.

### 17.1 Beskrivelse av modellen

Helse Øst inviterte i januar 2004 sykehusene til å søke midler til prosjektet som skulle bedre det helhetlige behandlingstilbudet og styrke samarbeidsfunksjonene i forhold til eldre og kronikere. Sykehuset Østfold søkte i samarbeid med Fredrikstad kommune og fikk tildelt kr 600.000. Prosjektgruppen fikk i oppdrag å styrke eksisterende samarbeid, sikre behandlingsskjeden og gi mulighet for utvikling av nye samarbeidsformer på tvers av forvaltningsnivåene. Videre var det et mål å hindre unødvendige flyttinger, ved aktivt å arbeide med kompetanseoverføring over forvaltningsnivåene i tillegg til å bedre sykehusets kapasitet

De fire sykehjemmene i Fredrikstad kommune som ble valgt ut til å være med i prosjektet var Borge, Fjeldberg, Onsøyheimen og Glemmen. Prosjektet ble iverksatt januar 2005 og avsluttet mai 2006. Personalressursene i prosjektet har vært totalt tre årverk, hvorav 50% lege, fire sykepleiere i 50% stilling fra hvert sykehjem, og 50% stilling fra akuttmottaket på sykehuset.

Fokuset i prosjektet var kompetanseoverføring mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og oppdraget var å:

- Styrke eksisterende samarbeid, sikre behandlingsskjeden og gi mulighet for utvikling av nye samarbeidsformer over forvaltningsnivåene
- Hindre unødvendige flyttinger, ved aktivt å arbeide med kompetanseoverføring mellom forvaltningsnivåene i tillegg til å bedre sykehusets kapasitet.

I prosjektet arbeidet sykepleierne og legen målrettet for å bedre samarbeidet mellom ansatte i sykehjem, tilsynsleger og sykehuset. Det ble utarbeidet undervisningsopplegg for ansatte i sykehjemmene og et seminar for tilsyns- og fastleger i kommunen. Dette ble kvalitetssikret og godkjent av Den Norske Legeforening. Skjemaer til bruk ved overflytting av pasient fra sykehjem til sykehus, samt motsatt vei, ble utarbeidet. Det ble videre utarbeidet en metodehåndbok til bruk på sykehjemmene.

---

Videre er det fokusert på holdningsskapende arbeid, kommunikasjon og dialog preget av gjensidig respekt for de forskjellige virksomheters utfordringer. Prosjektlegen har brukt mye av tildelte ressurser på å etablere kontakt med tilsynslegene og hatt jevnlig møter med disse enkeltvis og i grupper.

I arbeidet ble det gitt veiledning og undervisning til ansatte i sykehjem av lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Videre ble det opprettet ambulant sykepleierteam fra sykehuset ut mot sykehjem.

Likeverdet mellom partene kommer til uttrykk gjennom gjensidigheten og felles satsing på rutiner og systemer. I dette arbeidet tar partene hverandre på alvor, og det er en gjensidig opplevelse at det er en god dialog mellom sykehjem og sykehus på dette området.

Ved utløp av prosjektperioden er det foretatt en evaluering av prosjektet dokumentert i egen rapport. Rapporten bygger på et relativt beskjedent tallmateriale. Evalueringen går på i hvilken grad metoden har vært bra og virkningsfull. Resultatene fra dette arbeidet tyder på at sykepleierne i sykehjemmene er godt fornøyd med kurs og metodehåndbok.

Det har i prosjektet ikke vært etablert systemer for håndtering av avvik men det lå til grunn i samarbeidet at forhold som det ikke var enighet om skulle bli tatt opp i en gjensidig dialog.

## **17.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Sykehuset og kommunen har overordnede samhandlingsavtaler, men dette prosjektet har ikke direkte utspring fra samarbeidsavtalen. Det er likevel på det rene at de overordede samhandlingsavtalene gir rom for samhandlingen.

## **17.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

I prosjektet er det hele veien vektlagt gjensidighet, og at også sykehuset må gjøre endringer for å bedre samhandlingen med sykehjemspasienter. Dette har blant annet blitt gjennomført via undervisning av prosjektsykepleierne og lege. Erfaringene viser at ordningen med de ambulerende sykepleierne har vært med på å skape trygghet og faglig kompetanseutvikling for pleiepersonalet. Det er utarbeidet både metodehåndbok og observasjonsskjema for å kunne objektivisere sykepleieobservasjon ved akutt forverring hos en sykehjemsbeboer. Disse fungerer som en "huskeliste" for å sikre at nødvendige parametere blir observert og dokumentert.

Pasienten merker endringene ved å møte et mer kompetent personale, samt at prosjektet har resultert i færre innleggelser i sykehus. En unødig transport til sykehuset kan være både plagsom og utløse uro/forvirring.

#### **17.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

Kommune og sykehuset opplyser at de viktigste læringspunktene er at det er relativt stor vilje til samhandling. I tillegg er det utarbeidet en god metodebok og skjemaer som benyttes i den daglige samhandlingen, selv om den formelle delen av prosjektet er tilbakelagt. Kommunen og sykehuset har også en erfaring med at en velfungerende styringsgruppe er sentral for å bygge ned barrierer.

#### **17.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

I prosjektet ble det tilført kr 600.000 kroner for å gjennomføre tiltakene. Disse midlene ble ikke videreført, og det er nå kun tilført midler til 10% legestilling. Denne legestillingen er i stor grad ment til å følge opp fastlegene/tilsynslegene. Det planlegges å etablere 100% stilling for sykepleier som ambulerende team i ny korttidspost.

En av de ønskede effektene av prosjektet var at man skulle kunne gi noe mer avansert behandling på sykehjemmene. Det har ført til økt rekruttering av fagpersonell til sykehjemmene, større faglig bevissthet, og økt kvalitet på tjenestetilbudet til sykehjemsbeboerne.

Kommunene har rammefinansiering, og får derfor ikke økte inntekter når en beboer behandles for akutt sykdom på sykehjemmet. Derimot får kommunen økte utgifter til medisiner og utstyr, samt merutgifter til bemanning dersom det er behov for det. Økonomisk sett vil sykehuset merke minimalt til reduserte innleggelser fra sykehjem. Det er dermed kommunen som vil få den største økonomiske belastningen dersom endringene i prosjektet videreføres.

#### **17.6 Formidling**

Det har ikke vært arbeidet systematisk med formidling av prosjektet ut over deltakelse på Ullevål sykehus sitt samhandlingsforum. Dette rapporteres imidlertid som bra.

---

## 18 Sykehuset Innlandet HF og kommunene Åsnes, Grue, Kongsvinger mv.

Samarbeid om tiltak for å sikre helhetlige tjenester på tvers av forvaltningsnivåene ved å tydeliggjøre ansvar, rutiner, kommunikasjon og informasjonsoverføring.

### 18.1 Beskrivelse av modellen

Kongsvinger sykehus (nå Sykehuset Innlandet – Kongsvinger) og samarbeidet med kommunene Åsnes, Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Nes har vært i en utviklingsfase fra 1990-tallet og frem til i dag. Sykehuset tok initiativ ovenfor kommunene for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen. Samarbeidet ble revitalisert rundt årtusenskiftet som et resultat av et kvalitetsprogram for kommunehelsetjenesten i regi av Fylkeslegen i Hedmark. Det ble det etablert et to-årig prosjekt i årene 2000 og 2001 for videreutvikling av samarbeidet. Sykehuset ble invitert med inn i dette arbeidet fordi de gjennom sitt eget kvalitetssystem "Orden i eget hus" knyttet aktiv bruk av kvalitetssystemet som ledelsesverktøy i daglig drift. Sykehuset hadde på dette tidspunkt kommet relativt langt i utviklingen av et helhetlig kvalitetssystem for virksomheten, hvor HMS- og informasjonssikkerhetsområdene var integrerte deler. Dette førte til at det var enkelte "knagger" å henge samarbeidet på, slik at de fikk dette som eget fokusområde. Disse "knaggene" har vært vesentlige for at samhandlingen har klart å holde et systematisk fokus på vedlikehold og framdrift.

I arbeidet med samhandlingen fungerte sykehuset som med en koordinatorfunksjon i 30% stilling, finansiert som et spleiselag mellom prosjektet, sykehuset og kommunene. Hovedmålet var å iverksette tiltak, basert på gjensidighet, som i sum ville sikre pasienter og brukere en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av forvaltningsnivåene. Prosjektet har hele tiden vært begrenset til den somatiske tjenestedelen.

Etter endt prosjektperiode ble det enighet om videreføring av koordinatorfunksjonen i tilsvarende omfang. Elementene i prosjektet ble videreført og videreutviklet, og nye elementer har kommet til.

Samarbeidet bygger på en modell og er uavhengig av pasientens alder og diagnose, hvor hovedmålet er å bidra til best mulig behandling i et helhetlig system uavhengig av om tjenestene ytes fra 1. eller 2. linjetjenesten. Kjernen i dette samarbeidet er "Samarbeidsutvalget" bestående av en representant fra hver kommune, tre representanter fra

sykehuset og Koordinator tilsatt ved sykehuset. I tillegg er det etablert egne undergrupper avgrenset til spesielle områder i samhandlingen.

Koordinator spiller en sentral rolle i samhandlingsarbeidet.

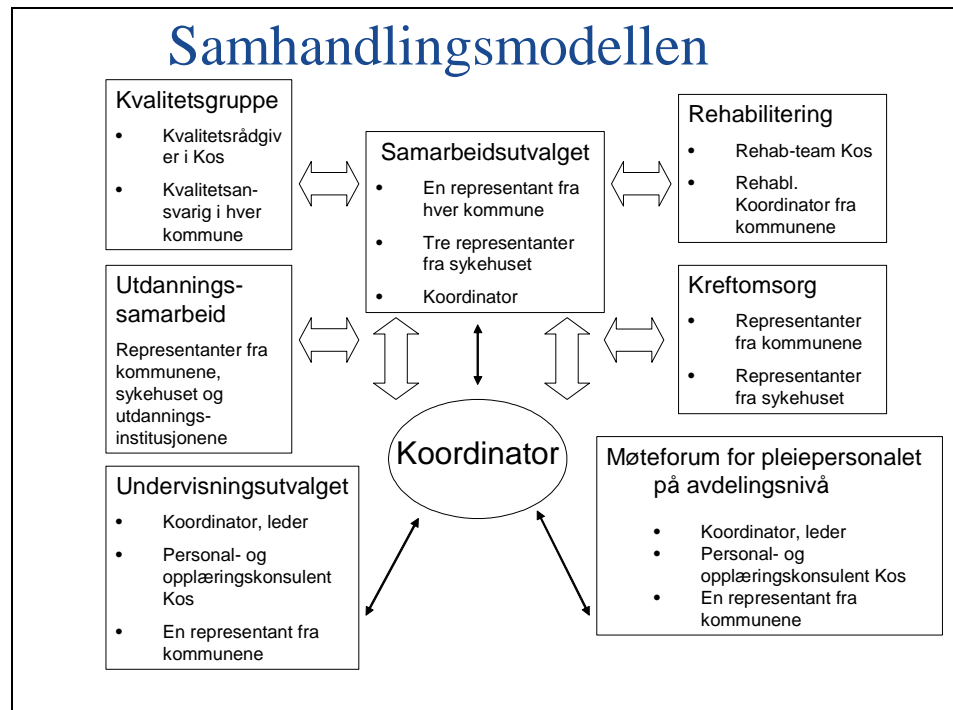
Arbeidsgruppen "Forum for pleiepersonale" har møter i september og mars og gir innspill til saker i samarbeidsutvalget. Samarbeidsutvalget har møter i oktober og april. Et viktig hovedfokus i samarbeidet har vært å etablere en Samarbeidsavtale om utskrivning av pasienter fra sykehuset, og oppfølging av dette er sentralt fortløpende.

Det er etablert eget samarbeid / arbeidsgrupper innen;

- Rehabilitering (Samarbeidsavtale og felles system for Individuell plan er etablert)
- Kreftomsorg
- Kvalitet (Avvikssystem mellom sykehus og kommuner er etablert)
- Undervisningsutvalg (6-8 dagskurs årlig, tema etter innspill fra kommuner og sykehus)
- Utdanning (Høgskole og videregående skoler lokalt)

En viktig sideeffekt av prosjektet og samarbeidet er at personell / ansatte på tvers av forvaltningsnivåene / virksomhetene blir kjent med hverandre. Når samhandlingsoppgaver skal løses er dette av større betydning enn det som tradisjonelt vektlegges.

Skjematisk kan samhandlingen skisseres som følgende:



Figur 18.1.1 Organisering av samhandlingen



Samarbeidsutvalget består av beslutningstakere, etatsledere og sykehusets ledelse. I tillegg er koordinatorfunksjonen vektlagt som viktig og vedkommende har følgende oppgaver:

- Sekretær for Samarbeidsutvalget med ansvar for møteinnkalling, saksutredninger, referat og kommunikasjon/informasjon med leder/arbeidsutvalg mellom aktørene
- Leder i undervisningsutvalget, ansvar for årlig kurskatalog samt aktivitet i utvalget
- Sekretær i "Forum for pleiepersonale" (på avdelingsnivå), og er sammen med leder ansvarlig for møteinnkalling, saksutredninger, referat og kommunikasjon/informasjon mellom møtene
- Lede/være sekretær for ulike grupper som nedsettes av samarbeidsutvalget for videre utviklingsarbeid.

### **Samarbeidsavtale om utskrivning av pasienter fra sykehus**

Kjerneområder i samarbeidsavtalen er tydelighet i ansvar, rutiner for kommunikasjon og rutiner for informasjonsoverføring. Det føres statistikk over antall og antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter ligger i sykehuset utover 10 døgn (grensen for evt. fakturering). Samarbeidsavtalen beskriver at fakturering ikke skal benyttes om man klarer å holde antall utskrivningsklare pasienter på et akseptabelt nivå ("Dialog fremfor faktura"). Dette har man lyktes med, til tross for at sykehuset har en lav sengefaktor i nasjonal sammenheng, og dette særlig ved indremedisinsk avdeling (antall senger / 1000 innbyggere ved sykehuset er <2,0). Andel av korridorpasienter er også blant de laveste nasjonalt.

Et av de viktige grepene her er at det er innarbeidet rutiner for at sykehuset varsler kommunene tidlig om pasienter som er innlagt og forventes å behov for kommunal bistand etter utskrivning (med samtykke fra pasienten). Dette gjøres i skriftlig i form av skjema (skjema A og skjema B) oppfulgt av telefonisk dialog på avdelingsplan mellom sykepleiere. Flere av disse aktørene møtes regelmessig i møteforum for pleiepersonalet på avdelingsnivå og dette er en sentral del av samhandlingen om utskrivning av pasientene. I denne dialogen er det et mål at sykehuset og kommunene klarer å tilpasse pasientflyten til å gjelde kommunenes tiltakskjeder og omsorgstrapp. Konsekvensen av dette er at pasienter med større behov får tilpasset bistand fra sykehuset etter behov, mens mindre krevende pasienter blir raskere skrevet ut. På den måten blir driften av tjenestene i kommunene enklere å håndtere ved at sykehuset er fleksibelt med de pasientene hvor man har problemer med å skaffe et tjenestetilbud til på kort tid.

**Likeverdet** mellom partene kommer til uttrykk gjennom bevisstheten om at man har ulike ståsted og roller. Det er en god dialog, og det er lagt opp til en linje hvor sykehuset hvor sykehuset ikke skal være overkjørende i samhandlingen. Gjennom de etablerte foraene som kursing og opplæring hvor temaer som turnus, etikk, smertebehandling mv. blir tatt opp bedres gjensidigheten og kjennskapet på tvers av virksomhetene.

### **Opplæring / bevisstgjøring**

I arbeidet med å implementere de ulike rutinene er det etablert et eget undervisningsutvalg. Utvalget koordinerer kursvirksomhet som er felles for kommunene og sykehuset. Kursene legges opp som lavkostkurs med minimale kostnader med seks til åtte møter i året. Det har vært stor oppslutning i disse samlingene; 4-600 deltakere årlig, noe som også bidrar til bedre kjennskap og forståelse om hverandres utfordringer

### **Hendelsesregistrering**

For å sikre at rutinene i avtalene blir fulgt opp i det praktiske arbeidet, er det utarbeidet rutiner for melding om avvik og anmerkninger. Dette systemet bygger på den metodikken som har vært benyttet internt i sykehuset over flere år. Systemet er videreutviklet til også å gjelde samhandling med kommunene, da det er kjent at det er mellom virksomheter og nivåer svikt ofte skjer. Oftest oppleves det svikt knyttet til dokumentasjon, informasjon, legemidler, henvisninger i forbindelse med inn- og utskrivning, men systemet brukes generelt for alt samarbeid. En suksessfaktor er at meldingene følges opp, og for å sikre dette sendes meldingene via ett fast knutepunkt i hver virksomhet som loggfører og kan purre om oppfølging uteblir (i sykehuset er dette sekretær i kvalitetsutvalget).

Målsettingen med å systematisk arbeide med hendelsesregistrering er at man enklere kan systematisere tendenser og trender og dermed bedre muligheten for å kontinuerlig forbedring og god virksomhetsstyring.

Erfaringene fra samhandlingen tyder på at systemene omkring avvik styrker bevisstgjøring omkring felles ansvar. Det gjør at det etableres kontakt som igjen styrker kommunikasjonen og samarbeidsklima. At systemet er etablert er en start og at det brukes er en forutsetning for læring. Opplevelsen er at det er en positiv holdning til avvik og anmerkningsrutiner, og at de brukes i varierende grad. De som har egen erfaring på å bruke avvikssystemet, synes å ha blitt endret og med det opplevd bedring av tilbud.

Erfaringen er dermed at ved hjelp av avviksregistreringen klarer man i større grad å dokumentere, og dermed synliggjort områdene hvor det er behov for å iverksette tiltak når rutinene ikke følges opp i det praktiske arbeidet. At aktørene er blitt mer kjent med hverandre, og at man har

visshet om og erfaring med at meldte hendelser følges opp, har medført at man håndterer svikt i samhandling på en mer ryddig og respektfull måte.

## **18.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Det foreligger egne samarbeidsavtaler mellom Sykehuset Innlandet og kommunene i Hedmark og Oppland på et overordnet nivå. Den lokale samhandlingsmodellen ble i verksatt før de sentrale avtalene ble etablert, og mer konkrete og operative, noe som er en forutsetning for å til et praktisk samarbeid. I tillegg til avtalen om inn og utskrivning av pasienter er det inngått avtale lokalt om individuelle planer, legevakt, jordmorsamarbeid, praksiskonsulent, o.a. Alt samarbeid er forankret i Samarbeidsutvalget.

## **18.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Begge partene opplever klare forenklinger og bedret relasjonsbygging mellom personellet i spesialist- og kommunehelsetjenesten som er basert på respekt, likeverd og gjensidig forpliktelse. Det har videre blitt arbeidet med å forankre samarbeidet politisk i kommune, administrativt ved begge nivåene, samt hos fagpersonalet.

Samhandlingen kommer pasientene til gode ved at de opplever et mer helhetlig helsevesen som samarbeider om sentrale deler av inn og utskrivningen i sykehus.

Det er videre en god avklaring av hvem som har ansvar for de ulike delene i samhandlingen. Systemet viser at samhandlingen ikke lenger er personavhengig, men fungerer gjennom modellen i seg selv.

Brukerundersøkelsene foretatt via utskrivningssamtalene med pasientene viser at 85% av pasientene er fornøyd. Samhandlingsmodellen fører til bedre flyt mellom de ulike tiltakene, samt at flere ansatte er informert og dermed bidrar til en helhetlig forståelse av pasientforløpet.

### **Evaluering**

Det har ikke blitt foretatt en systematisert evaluering av modellen ut over en masteroppgave som er gjennomført av studenter ved Høgskolen i Hedemark / Karlstads universitet. Det er imidlertid lagt opp til et eget avvikssystem, og evalueringen skjer dermed fortløpende som en sentral del av samhandlingsmodellen.

### **18.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

De viktigste læringspunktene i samhandlingsmodellen er ”*dialog fremfor faktura*”. I dette arbeidet er koordinatorrollen sentral, og det er viktig at man forstår systemets helhet og idé, og ikke bare de enkelte delene. De ulike møtearenaene er sentrale for å få til en best mulig modell som koordineres etter behovene til de ulike aktørene.

### **18.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

I samhandlingsmodellen er det ikke knyttet andre finansielle ordninger enn det som ligger koordinatorrollen. Enkelte nøkkelstillinger som er av stor betydning er prioritert for å ivareta systemet og driften av modellene. Det har vært bevissthet om at dette bør være en del av ordinær drift, og prosjektperioden ble begrenset til to år.

### **18.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?**

Det har ikke blitt satset mye på formidling av modellen til andre kommuner. Arbeidet som har blitt iverksatt har i stor grad omhandlet formidling og arbeid internt til de aktuelle kommunene og foretaket. Dette kan anses som en svakhet, da prosjektet og oppfølgingen videre bør kunne ha en overføringsverdi til andre.

#### **Andre tiltak**

Utover det som er beskrevet her, har Sykehuset Innlandet videreført samarbeidet med kommunene med fokus på veiledningsansvar ovenfor primærhelsetjenesten, blant annet med etablering av et prosjekt for kompetanseoverføring til kommunene med tilhørende observasjonspost i sykehuset. Dette har begrenset antall innleggelses / overflytninger av pasienter, og er et fornuftig tiltak samfunnsmessig og for pasienter og pårørende, men som dessverre ikke er økonomisk ”fornuftig” for virksomhetene med dagens incentiver i finansieringsordningene.

---

## 19 Ullevål sykehus HF og Oslo kommune

Samarbeid for å unngå å flytte vanskelig flyttbare pasienter ved å gi dem tilbud om mobilt røntgenbildetaking.

### 19.1 Beskrivelse av modellen

I den senere tiden har det vært en relativt stor endring og utvikling av medisinsk teknologi og bruken av den. Dette har blant annet vist seg gjennom en omfattende miniatyrisering av utstyr og muligheter for bedre kontroll og nye kommunikasjonsformer gjennom digitalisering av datanettverk. Prosjektet med "røntgen på hjul" er iverksatt for å studere hvordan tjenestene kan omorganiseres for å utnytte disse endringene til å gi bedre og mer effektive tjenester. I perioden 1. september 2004 til 28. februar 2005 ble det gjennomført et prøveprosjekt med mobilt røntgenbildetaking. Utgangspunktet for prosjektet har vært et ønske om å undersøke hvordan vanskelig flyttbare pasientgrupper kan undersøkes ved å bringe medisinsk service til dem, i stedet for å belaste dem med unødig og dyr transport til medisinske sentra.

Etter perioden med prøveprosjekt ble det vedtatt at samhandlingen skulle videreføres for å unngå at vanskelig flyttbare pasientgrupper blir transportert unødvendig.

Pilotprosjektet startet med tilbud til seks sykehjem, men ble raskt utvidet til også gjelde alle sykehjem i Oslo. Selve ordningen fungerer ved at undersøkelsene kan rekvireres av sykehjemsleger, som melder behovet direkte til radiograf. Grunnet samarbeidet mellom sykehuset og kommunen om sykehjemsprosjektet, ble samhandlingen om mobilt røntgen relativt raskt etablert.

For å transportere røntgenapparatet ble det benyttet en lett personbil med rullestolrampe. Radiografen som betjener røntgenutstyret fungerer også som sjåfør. Bildene blir tolket ved Ullevål universitetssykehus, radiologisk divisjon. Arkiv- og svarhåndtering inngår i sykehusets ordinære poliklinikk. Ved øyeblikkelig hjelp og tilstander med behov for umiddelbar behandling blir sykehjemmet varslet telefonisk av avsvarelig radiolog. Dersom radiografen observerer, eller får melding om, forandringer som krever umiddelbar sykehusinnleggelse, lager radiografen en ekstra CD-plate som medfølger pasienten til bruk for sykehuset.

Røntgenapparatet som benyttes er et Dragon X xpx-HF 4.0. Apparatet tar strømtilførsel 110 til 230 volt med automatisk spenningstilpassing.

Totalvekt på apparatet er 60 kilo. Det blir videre benyttet et fullformat 35x43 cm flat røntgendetektor med 6 mill pixler for generell radiografi. Bildene ble vist på skjerm i 12-bits gråskala. Selve bildeoverføringen er basert på DICOM 3.0 standard, med Canons egen programvare for bildehåndtering, lagring og pasientdata. Av hensyn til Ullevål universitetssykehus sine sikkerhetsbestemmelser, blir bildene overført til en separat bærbar datamaskin med CD-brenner og WLAN, før overføring av bildene til sykehusets PAC-system.

For hver røntgenundersøkelse som blir rekvirert får sykehjemsposten et spørreskjema som skal sendes inn av sykehjemslegen etter at endelig diagnose foreligger. Det blir her spurt om dato, rekvirert undersøkelse og tentativ diagnose. Det blir også etterspurt opplysninger om undersøkelsen har ført til bekreftelse av diagnose, betydning for behandlingen, og betydning for pleien.

Likeverdet mellom partene kommer til uttrykk gjennom gjensidigheten og felles satsing på rutiner og systemer. I dette arbeidet tar partene hverandre på alvor, og det er en gjensidig opplevelse at det er en god dialog mellom sykehjem og sykehus på dette området.

Modellen har blitt evaluert etter prosjektperioden. Resultatet av undersøkelsen er presentert i Michael, Publication Series of The Norwegian Medical Society Vol. 2/2/2005

Det er ikke etablert eget system for avvik, men det arbeides med å innføre nytt avvikssystem som skal taes i bruk av Helse Øst. I tillegg oppmuntres sykehjemmene og sykehjemslegene til å ta kontakt eller sende rapporter og gi tilbakemeldinger. Eventuelle tilbakemeldinger blir tatt opp direkte når det er aktuelt.

## **19.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Mellom Ullevål sykehus og Oslo kommune er det inngått tre avtalesystemer som henger sammen med hverandre. I 2005 ble det inngått en overordnet samarbeidsavtale mellom Ullevål sykehus og Oslo kommune. I 2006 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Ullevål sykehus og bydelene til sykehuset. Enkelte fagområder har egne avtaler, eksempelvis psykisk helsearbeid. I tillegg arbeides det for tiden med en partnerskapsavtale om modellutvikling. Særavtaler knyttes opp mot denne, for utvikling av modeller som røntgen på hjul og sykehjemsprosjektet.

### **19.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Totalt ble det undersøkt 197 pasienter i prosjektperioden fordelt på til sammen 31 sykehjem i Oslo. Totalt ble det returnert 125 spørreskjema etter prosjektperioden. De mest vanlige røntgenundersøkelsene fordeler seg med 72% skjelettundersøkelser, mest hofte og bekken, 34% thorax/lunge og 3% oversikt abdomen. I 58% av tilfellene ble tentativ diagnose bekreftet og i 42% av tilfellene ble tentativ diagnose avkreftet og en var usikker. Funnene ble i spørreundersøkelsen oppgitt å ha konsekvenser for behandlingen i 85% av tilfellene og for pleien i 71% av tilfellene.

Alternativ til mobil røntgentjeneste var intet pasienttilbud for 10%, sykehusinnleggelse for 14% og poliklinisk røntgen for 72% av pasientene. Et fåtall av pasientene med mer moderate plager hadde heller ikke fått noe tilbud om alternativ til mobilt røntgen. Aktuell transport her hadde vært taxi for 36% og ambulanse for 54%. Ti pasienter ble innlag som følge av, eller etter røntgenundersøkelsen.

Gjennom arbeidet har man klart å forenkle undersøkelsen av vanskelig flyttbare pasientgrupper. Dette fører til at pasientene ikke behøver belastende flyttinger og eventuelle innleggelser i sykehus. Samarbeidspartene viser også til at mange instanser er involvert i prosjektet og at det er en gjensidighet og likeverd mellom alle de deltakende partene. Kvaliteten på røntgenbildene er sammenlignbare med tilsvarende undersøkelser foretatt på Oslo legevakt.

### **19.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

De viktigste læringspunktene er at man med relativt små og enkle grep kan bedre kvalitet, og bidra til et godt helsetilbud ut fra brukernes behov. Det at brukerne får lov til å være på stedet uten å måtte forflyttes for å foreta røntgenfotografering bidrar til ro og stabilitet i livet til brukerne. Det er dermed service og tjenesten som forflytter seg og ikke brukerne.

### **19.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Kostnadene til prosjektet har i stor grad vært knyttet til drift av bil, anskaffelse av røntgenapparat og detektor, IT-utstyr og driftskostnader. De estimerte kostnadene pr. røntgenbil er beregnet til følgende ca kr. 500 000,- pr år. Administrasjon, flåtestyring, prosedyreutvikling og kvalitetssikring kommer i tillegg. Utgifter til tolkning/rapportering og dosimetri er heller ikke medregnet.

Det er helseforetakene som har ”leverandør”-ansvar for spesialisthelsetjenester og pasienttransporter utenfor sykehus. Helseforetakene kan velge å organisere tjenestene selv, eller delegere dem til et av sine underforetak. Det finnes imidlertid ingen egne, offentlige takster for mobile røntgenundersøkelsen. En kombinert anvendelse av takstene for ambulanse og røntgen, kan etter avtale benyttes dersom man velger å sette i gang en tjeneste før ordinære takster foreligger.

I prosjektfasen har sykehuset og kommunen delt på kostnadene som ikke har blitt tatt inn gjennom takstene. Men beregninger som er utført viser at, det innenfor distanser opp til 100 km mellom sykehus og sykehjem har, mobil røntgen en lavere kostnad enn stasjonær røntgen.

### **19.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?**

Ullevål universitetssykehus har etablerte sommeren 2006 Senter for samhandling og prosessforbedring. Senteret skal ha hovedfokus på samhandling mellom UUS og kommunehelsetjenesten i sykehusets opptaksområde. Senteret skal også være en ressurs i nettverksarbeidet innen Helse Øst RHF, andre HF og kommuner i forhold til gjensidig utveksling av erfaringer og planer i forhold til samhandling. Senteret er vedtatt nedlagt i budsjett for 2007. Oslo kommune har ikke etablert egen enhet for samhandling, men har valgt å koordinere samhandlingen via Byrådsavdeling for Velferd og sosiale tjenester, samt på bydelsnivå. I regi av sentret gjennomføres det seminarer, samt at informasjon og koordinering av samhandlingsprosjektene foregår via senteret.

---



## 20 Ullevål sykehus HF og Oslo kommune

Samarbeid for å hindre unødige innleggelses fra sykehjem ved å utvikle rutiner og prosedyrer for samhandling og tilrettelegge for tidlig utredning, diagnostisering og behandling.

### 20.1 Beskrivelse av modellen

Utgangspunktet for modellen er at man ved Ullevål Universitetssykehus (UUS) så en økning av svært dårlige pasienter som kom fra sykehjemmene på kveld og natt. Tallene økte i 2001 og 2002. Den økende andelen akutt innleggelses av sykehjemsbeboere ved UUS har i hovedsak vært to pasientgrupper, *kronisk syke* med akutt oppstått sykdom og *pasienter i terminale fase – siste livsfase* med akutt endring i sykdomsbilde. Ved Observasjonsposten (Obs-posten) opplevde man en økende andel innleggelses spesielt på kveld og natt. En kartleggingsundersøkelse i ca. 5 måneder i tidsrommet viste at ble det innlagt 159 sykehjemsbeboere fra totalt 31 sykehjem, hvorav 26 prosent på mandager, og en stor frekvens av innleggelses ved lege fra Oslo kommunal legevakt, spesielt på kveld og natt. På bakgrunn av kartleggingen og erfaringer fra lignende prosjekter valgte man å fokusere på samhandlings- og kompetanseoverføring.

I 2003 ble det nedsatt en prosjektgruppe hvor man aktivt arbeidet med denne problemstillingen blant annet ved å heve kompetansen på sykehjemmene innen sykehusets sektor og samtidig lage noen standardprosedyrer som bedrer pasientforløpene mellom institusjonene.

#### Mål for prosjektet

Hovedformålet i prosjektet var å bedre samhandlingen og kompetanseoverføringen ved akutt sykdom hos sykehjemsbeboere både på organisatorisk nivå og på utøvende nivå innad i organisasjonene ved å:

- avdekke aktuelle problemområder ved akutt innleggelse i sykehus fra sykehjem
- utvikle effektive og kvalitativt gode behandlingsforløp til det beste for akutt syke sykehjemsbeboere, hvor nødvendig behandling ytes til riktig tid og på rett sted
- utvikle en modell for samhandling mellom sykehjem og sykehus preget av gjensidighet og tillit i alle ledd i pasientforløpet
- utvikle en modell for kompetanseoverføring og kompetansestøtte
- legge til rette for videreføring av modellen

### **Gjennomføring av samhandlingsmodellen**

I første omgang ble de sykehjem med høyest frekvens av innleggelser forespurt om deltakelse i prosjektet. I første halvår av 2003 var fire sykehjem involvert, med utvidelse til seks sykehjem. Prosjektet ble avsluttet 31.12.2005, men arbeidet er videreført og utvidet til å omfatte alle 19 sykehjemmene i Ullevål sektor i 2006. Prosjektet ble gjennomført i tre faser:

**Fase 1** 10.06.-17.11.2002. Baselinedata ble innhentet i en kartlegging der det ble registrert innleggelsesårsak, innleggelsestidspunkt og innleggelsesinstans fra sykehjem til Medisinsk divisjon og Hjerte- og Lungesenteret, UUS. Kartleggingen skulle også sikre baselinedata for å kunne dokumentere endringer og anvendes i evaluering av prosjektet.

**Fase 2** 03.02.03 – 31.12.05. Det ble utviklet og gjennomført en modell for samhandling og kompetanseoverføring mellom sykehjem og sykehus i forhold til:

- Organisering og struktur, rutiner og prosedyrer for samhandling av helsetjenesten mellom sykehjem og sykehus, og
- Oppbygging av kompetanse på utøvende nivå

Det ble etablert en prosjektgruppe med prosjektleder, en lege og en sykepleier fra hvert av de deltagende sykehjem, og en lege og en sykepleier fra Mottagelsesavdelingen og Obs-posten, UUS. Prosjektgruppen hadde ansvaret planlegging, iverksettelse og oppfølging av tiltakene i prosjektet.

**Fase 3** Høsten 2005. Evaluering av prosjektet med fokus på:

- Endringer i forhold til innleggelsespraksis
- Kompetanse, kompetanseoverføring og samhandling

Resultatene fra evalueringen blir publisert med konkrete tall i løpet av våren. Foreløpige funn tyder på at modellen har vist seg å være effektiv.

Likeverdet mellom partene kommer til uttrykk gjennom gjensidigheten og felles satsing på rutiner og systemer. I dette arbeidet tar partene hverandre på alvor, og det er en gjensidig opplevelse at det er god dialog mellom sykehjem og sykehus på dette området.

Det er ikke etablert eget system for avvik, men det er regelmessige møter med sykehjemmene. I tillegg oppmuntres sykehjemmene til å sende rapporter og gi tilbakemeldinger. Eventuelle tilbakemeldinger blir tatt opp direkte mellom sykehus og sykehjem når det er aktuelt.

---

## Innhold i samhandlingsmodellen

For å utvikle effektive og gode behandlingsforløp ble det blant annet:

- utviklet rutiner og prosedyrer for samhandling ved akutt sykdom hos sykehjemsbeboere både i sykehjemmene og i sykehuset
- tilrettelagt for tidlig utredning, diagnostisering og behandling og kommunisere innleggelse i sykehus tidligst mulig i sykdomsforløpet
- gjennom samhandling og gjensidig kompetanseoverføring mellom sykehus og sykehjem arbeidet for å hindre unødig innleggelse i sykehus
- etablert kontinuitet i behandlingen ved tilbakeføring av pasientene til sykehjemmene for oppfølgende behandling

## Tiltak som ble iverksatt i prosjektet

**Ambulerende team.** Det ble etablert et system for ambulerende sykepleiertjeneste, hvor sykepleiere fra Obs-posten skal yte nødvendig bistand / gi kompetanseoverføring / yte kompetansestøtte i startfasen ved å:

- Reise til sykehjemmene etter oppsatt liste mandag-fredag kl 12.00 – 19.00
- Være tilgjengelig for telefonveiledning, felleskonferering
- Gi mulighet for å reise til sykehjemmet ved behov

Sykepleier i sykehjem og ambulerende sykepleier skal sammen tilse og vurdere akutte sykdomssituasjoner hos sykehjemsbeboere, samt vurdere tiltak i forhold til lindrende behandling og omsorg. Ambulerende sykepleier skulle ikke under noen omstendigheter ta medisinske beslutninger, overta for sykepleier i sykehjem eller overta ansvaret for innleggelser i sykehuset. Tiltaket var underlagt avdelingsoverlege ved Obs-posten, UUS.

Konfereringsvaktlaget med erfarne overleger, er tilgjengelig for innleggende lege.

**I konsensusseminar** for sykehjemsleger/tilsynsleger, leger ved UUS og fastleger ble det arbeidet med å komme frem til en konsensus i forhold til avklaring av behandlingsnivå ved akutt sykdom hos sykehjemsbeboere:

- Felles forståelse av hvilke utfordringer akutt syke sykehjemsbeboere representerer for sykehjem og sykehus
- Felles forståelse av hva som er til beste for akutt syke

**Felles standard prosedyrer og dokumentasjon** ble utviklet og innført

- Standard for pasientforløp mellom sykehjem-sykehus-sykehjem

- Standard for avklaring av behandlingsnivå
- Standard observasjonsskjema
- Standardkonvolutt ved innleggelse fra sykehjem i sykehus
- Standardkonvolutt ved overflytting fra sykehus tilbake til sykehjem
- Det ble igangsatt felles arbeid med utvikling av utkast til felles metodebok ved mistanke om urinveisinfeksjon, pneumoni og i forhold til pasienter med MRSA,
- Det ble etablert to øremerkede plasser på Medisinsk dagpost til pasienter fra sykehjem

### **Kompetanseoverføring**

Kurs/undervisning i sykehjem for sykepleiere og hjelpepleiere:

- Observasjon og vurdering av akutte sykdommer
- Intravenøs medikamenthåndtering, væskebehandling og innleggelse av perifer venekanyle
- Smerte- og symptomlindring i livets slutfase

Det er gjennomført miniseminar i sykehjemmene for leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Det er også etablert en hospiteringsordning á to dager hvor sykepleiere fra sykehjem hospiterte ved Mottagelsesavdelingen, Obs-posten og Medisinsk dagpost. Videre er det etablert eget legeseminar for tilsynsleger ved sykehjem.

## **20.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Prosjektet startet på initiativ fra Medisinsk divisjon, UUS, og det ble etablert et tett samarbeid med Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester i Oslo kommune. Kommunaldirektøren i byrådsavdelingen og administrerende direktør ved UUS støttet arbeidet gjennom deltakelse på samlinger i prosjektet og direkte oppfordringer til ansatte om medvirkning i arbeidet.

Det er mellom Ullevål sykehus og Oslo kommune inngått tre avtalesystemer som henger sammen med hverandre. I 2005 ble det inngått en overordnet samarbeidsavtale mellom Ullevål universitetssykehus og Oslo kommune. I 2006 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Ullevål universitetssykehus og sektorene til sykehuset. I tillegg arbeides det for tiden med en partnerskapsavtale om modellutvikling. Særavtaler knyttes opp mot denne, for utvikling av modeller som røntgen på hjul, sykehjemsprosjektet mv.

### **20.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Gjennom arbeidet har man klart å rette fokuset på innleggelse i stedet for utskriving, for å hindre lidelsesfulle innleggelser. Det fører til at pasientene i større grad opplever en mer verdig avslutning på livet, samtidig som de unngår belastende innleggelser i sykehus. Samarbeidspartene viser også til at mange instanser er involvert i prosjektet og at det er gjensidighet og likeverd mellom alle de deltagende partene. Man har fått til kompetanseoverføring, systematisering, rutiner, prosedyrer og oppfølging.

I praksis viser dette seg gjennom at samarbeidet drar nytte av de ulike stedenes kompetanse. Sykehjemmets kompetanse om personen og helheten i vedkommendes sykdomsbilde, kombinert med sykehusets spesialkunnskap om akutt sykdom. I tillegg er det en oppfatning blant sykepleierne at de har fått kompetanseheving og har blitt tryggere i jobben.

Det har spesielt blitt arbeidet mye med prosedyrer som avklaring av behandlingsnivå. Dette er prosedyrer hvor lege og sykepleier på sykehjemmene systematisk skal gå inn å avklare, og nedfelle hvilke behandlingsnivå beboer skal ha ved akutt sykdom eller forverring av en kronisk tilstand. Underveis i prosjektperioden ble det ført statistikker på når pasientene ble innlagt, hvilken ukedag og hvem som var ansvarlig innleggende lege. I tillegg ble det ført statistikk for hvor mange pasienter som ble innlagt fra sykehjem som døde på sykehus. Tallene viser en betydelig reduksjon på 20 til 30% på alle måleområder. Gjennom arbeidet har man klart å rette fokuset på innleggelse i stedet for utskriving. Det fører til at pasientene i større grad opplever en mer verdig avslutning på livet, samtidig som de unngår belastende innleggelser i sykehus

### **20.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?**

Prosjektet mellom sykehjem i Oslo kommune og UUS har vist at tilbudet til akutt syke sykehjemsbeboere kan bedres gjennom systematisk forbedringsarbeid. Det har også avdekket et fortsatt behov for å videreutvikle samhandlingskompetanse.

Resultatene kan tyde på at prosjektet i stor grad har bidratt til økt kvalitet i behandlingsforløp for akutt syke sykehjemsbeboere. Dette er blant annet oppnådd gjennom organisasjonenes vilje til selv å bidra med forbedringstiltak både internt og i samhandling med andre. Erfaringene fra prosjektet kan tyde på at man til en viss grad har lyktes med utviklingen av en samhandlingsmodell med fokus både på de

organisatoriske og faglige utfordringene. Det er arbeidet systematisk med å bygge kompetanse, utvikle gode rutiner og prosedyrer for samhandling og avklaring av behandlingsnivå, skape interesse blant legene i sykehjem og sykehus, og systematisk dokumentere resultater. Gjennom ambulerende virksomhet i sykehjemmene har ansatte ved Obs-posten, UUS, og i sykehjemmene sammen utviklet en kultur for å dele erfaringene og lete etter de beste løsningene.

Det bør fortsatt arbeides for å bedre felles forståelse og ansvarsfordeling mellom sykehus og sykehjem, videreutvikle informasjonsutvekslingen og utprøve erfaringene innenfor andre behandlingsskjeder for eldre. En bør videre se på samhandlingen og kommunikasjonen mellom fastlegene, sykehjemslegene/tilsynslegene og sykehuslegene. Det bør gjøres en gjennomgang med tanke på de pasientene som ikke innlegges på sykehuset, og se hvilken lærdom som kan utledes av dette. En systematisk gjennomgang kan bli en kvalitetssikring, og samtidig gi nye forbedringsmuligheter.

### **20.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Det er knyttet relativt få finansielle ressurser til samhandlingsmodellen. Fra Oslo kommune er det bidratt med kr. 300 000 i prosjektarbeidet. Ellers er det ikke tilført eksterne ressurser til arbeidet.

### **20.6 Formidling**

Spredning er den mest krevende delen i forbedringsarbeid. For å kunne arbeide systematisk med andre viktige forbedringsområder ved UUS og i bydelene, ble det utredet som styresak at det skulle etableres et senter for samhandling ved UUS, i tett samarbeid med Oslo kommune. Senter for samhandling og prosessforbedring ble opprettet i mai, og var grunnet omorganisering på divisjonsnivå, operativt fra august 2006. Senteret skal ha hovedfokus på samhandling mellom UUS og kommunehelsetjenesten i sykehusets opptaksområde, og skal også være en ressurs innen Helse Øst RHF, andre HF og kommuner i forhold til gjensidig utveksling av erfaringer og planer i forhold til samhandling. Senteret arrangerer i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet "Rundebordskonferanser" for erfaringsutveksling, og etablerer nettside for samhandling som en læringsaréna. Senteret er vedtatt nedlagt i budsjett for 2007.

## 21 Diakonhjemmet og bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker

Samarbeid mellom DPS og fastlege/bydel omkring felles pasienter med psykiske plager ved å utvikle samarbeidsrutiner og arbeidsmåter.

### 21.1 Beskrivelse av modellen

Samarbeidet omkring felles pasienter med psykiske plager har pågått siden tidlig på 80- tallet. Samarbeidet ble til ved at ansatte ved DPS tok initiativ til bedre samhandling med kommunen/legene i Diakonhjemmet sykehus sin sektor. I tiden frem til i dag er det utviklet flere arbeidsmåter og rutiner gjennom samarbeidet. Samhandlingen har hele tiden vært preget av gjensidighet og er utviklet i takt med det brukerrettede arbeidet. Et overordnet mål for arbeidet er å minske avstanden mellom 1. og 2. linjetjenesten, bedre kommunikasjonen, bruke ressursene best mulig hensiktsmessig og slik sett gi pasientene og pårørende et bedre behandlingstilbud.

Modellen består i faste månedlige møter mellom Vinderen DPS og de fleste større legesentra i bydelene til Diakonhjemmet sykehus sin sektor. Dette er bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Den totale befolkning i opptaksområdet er ca 117 000. Møtene varer i én til halvannen time. Totalt er det ni legesentra med i alt 40 leger som deltar i samarbeidet

En eller to representanter fra poliklinikken på DPS, fastlegene og bydelens psykiske helsearbeidere er faste deltakere. Akutteamet ved DPS er også ofte med på møtene. Det er relativt nytt at representanter fra bydelens psykisk helsearbeidere deltar på møtene. I tillegg har det ved noen sentra med samlokalisering mellom legekantor og sosialkontor vært deltakere fra sosialkontoret. Der det ikke er tilfelle er det tilsvarende faste møter med sosialkontorene. Videre har Vinderen DPS det siste året etablert en ruspoliklinikk. Det etableres nå et lignende samarbeid mellom enkelte fastlegeskantor og denne poliklinikken. Samtidig har representanter fra alderspsykiatrisk poliklinikk også deltatt på noen av møtene over flere år.

Hensikten med møtene er å drøfte felles pasienter, problemstillinger og utfordringer fastlegene har med sine pasienter. I dette arbeidet gjennomføres det ofte felles konsultasjoner med pasientene. Stedet for konsultasjonene legges til fastlegenes kontor. Målsettingen med konsultasjonene er å avklare problemstillinger, og bestemme hvem som best kan gå videre med saken. I noen tilfeller ender slike felleskonsultasjoner opp med at poliklinikken går videre med saken. I andre tilfeller fortsetter fastlegen med veiledning fra psykiatrien. Slik sett

bidrar modellen til en bredest mulig kompetanse i møtet med pasienten. Pasienten møter dermed begge forvaltningsnivåene samtidig, og en eventuell vei inn i psykiatrisk behandling blir bedre forberedt. Dersom det viser seg nødvendig, gjennomføres det også felles besøk med både fastlege og representant fra DPS hjemme hos bruker.

DPS har hatt et sentralt ansvar for å etablere samarbeidet, men det er et felles ansvar hos alle som deltar å holde arbeidet i gang. Likeverdet mellom partene kommer til uttrykk ved at det er et felles ansvar for møtene. I praksis deler dermed 1. og 2. linjetjenesten ansvaret for å gjennomføre de ulike møtene, fokusere på gjensidig dialog og felles ansvarsdelingen for å holde samarbeidet aktivt.

Det er ikke noen systematisert evalueringer av samhandlingsmodellen, men evalueringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har berørt sentrale forhold ved sentrale forhold i samhandlingen. Terskelen for å ta opp eventuelle avvik er relativt lav på samhandlingsmøtene. Det er derfor ikke etablert egne rutiner for håndtering av avvik. Samhandlingen har også senket terskelen for at fastlegene tar kontakt med DPS og motsatt.

## **21.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Det foreligger en egen overordnet samarbeidsavtale mellom bydelen og helseforetaket. Den overordnede samarbeidsavtalen er imidlertid inngått etter at samarbeidet omkring felles pasienter med psykiske plager startet. Modellen er dermed ikke et resultat av den overordnede modellen, men inngår som en av flere samhandlingsmodeller som har oppstått gjennom den daglige driften.

## **21.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Medlemmene i prosjektet fremhever at samhandlingen har redusert avstanden mellom 1. og 2. linjetjenesten, bedret det faglige nivået, kommunikasjonen, og bruk av ressursene. Vurderingen er videre at pasientene og pårørende opplever et bedre faglig og koordinert behandlingstilbud. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2006 foretatt en evaluering av opplevelser, om faktiske hendelser og om tilfredshet ved tjenestene hos fastlegene. I rapporten fremkommer det at Vinderen DPS gjennomgående har en noe høyere skåre på de ulike spørsmålene, enn hva som er gjennomsnittlig for landet. Samtidig fremheves det i rapporten at legene er mer fornøyd når de har god kjennskap til DPS og de vurderer, og de legene som deltar i samarbeidsmodellen er klart mest fornøyd.

---



DPS erfarer fra sin side at de faste samarbeidende fastleger gjennomgående tar flere oppfølginger av pasienter etter avsluttet behandling i 2. linjen, er mer tilgjengelige for psykisk helsearbeidere i bydel og sender bedre henvisninger. Ressursene i 2.linjen brukes derfor bedre til dem som trenger det. Ved å innarbeide rutiner som forenkler samarbeidet, legges mye av grunnlaget for forbedringer i samhandlingen. Dette henger videre sammen med det samarbeidsklima som oppstår, og som videre legger grunnlaget for ytterligere forbedringer.

Pasienten opplever et mer helhetlig og kompetent tjenesteapparat, gjennom at fastlegene er mer forbredt, har en tettere dialog med DPSet og dermed en bedre flyt mellom de ulike forvaltningsnivåene. Ved et tettere samarbeid opptrer partene som mer kompetente, kan gi brukerne en større trygghet og reduserer mangler ved overgangsfasen. Pasientene har også behov for færre møter med ulike instanser, ved at representanter fra DPSet deltar på møter sammen med brukerne hos fastlegen.

#### **21.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

Erfaringene fra deltakerne i arbeidet er at samhandlingsmetoden gjør samhandlingen mellom forvaltningsnivåene mer sømløs. Samhandlingsmodellen legger grunnlag for en gjensidig utveksling av informasjon og fagkunnskap, og dermed et godt grunnlag for å gi pasientene en bedre behandling. Selv om det går med tid til møter, tjenes dette derfor klart inn ved at kvaliteten bedres, kompetansen blir høyere og ressursene utnyttes bedre.

#### **21.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

Det er ikke knyttet egne finansieringsordninger til samhandlingsmodellen ut over det som ligger i fastlegeavtalen. Fastlegene har takster som dekker slik møtevirksomhet. Møtene fungerer også som veiledning av fastleger i forhold til krav til vedlikehold av spesialiteten i allmennmedisin.

#### **21.6 Synspunkter på/erfaring fra formidling?**

Det har ikke vært arbeidet med formidlingen, og det er ikke foretatt tiltak for å markedsføre samhandlingsmodellen.

## 22 Lovisenberg Diakonale Sykehus og Bydel Grünerløkka

Samarbeid om bosetting av mennesker som har oppholdt seg i psykiatriske institusjoner i mange år ved å samlokalisere bydelens boliger med DPS sine polikliniske tilbud- og dagrehabiliteringsopphold.

### 22.1 Beskrivelse av modellen

I 2003 gjennomførte Bydel Grünerløkka en undersøkelse som kartla behovet for boliger til personer med psykiske lidelser i bydelen. Her ble det blant annet funnet at:

- Bydelen hadde vel 40 personer i ulike institusjoner som var utskrivingsklare eller snart ville bli det
- Vel 10 personer var ikke i stand til å bo i sine daværende ordinære boliger og hadde behov for tilbud
- Bydelen hadde kjennskap til en rekke personer med psykiske lidelser som var uten tilfredsstillende bosituasjon

Mangel på egnede boliger for målgruppen førte til at plasser i psykiatrien ble unødig opptatt og bydelen måtte i mange tilfeller velge midlertidige løsninger som var langt fra optimale og til høye kostnader. Disse personene var i behov for varige boliger med trygge rammer rundt boforholdet.

Mange av beboerne som nå bor i boligene har hatt langvarige institusjonsopphold bak seg. Flere har for eksempel bodd gjennom mange år på avdelinger ved Dikemark sykehus. Andre kom fra opptreningsopphold på korttidsinstitusjoner bare for å oppleve nederlag når de flyttet til ensomhet i egne boliger.

I forbindelse med at Tøyen DPS skulle samle sitt polikliniske- og dagrehabiliteringstilbud til beboere i Bydel Grünerløkka i nye lokaler, så man muligheten for å utrede samlokalisering av omsorgsboliger i samme bygning. Det ble derfor sendt forespørsel til bydelen om interesse for et samarbeidsprosjekt.

Bydel Grünerløkka har en stor andel brukere med psykiske problemer med behov for trygge bomiljø og tilpasset behandling. Disse brukerne har vanskelig for å nyttiggjøre seg det ordinære private og kommunale boligmarkedet. Samarbeidsprosjektet har hatt fire siktemål:

- Trygg og varig bolig til brukerne
-

- Lett tilgjengelighet til behandling og større mulighet for fleksibilitet i behandlingstilbudet for den enkelte pasient. Etter denne modellen kan beboeren ha et stabilt tilholdssted i egen bolig, mens hjelpetiltakene økes eller reduseres etter behovene hos den enkelte
- Effektive og kvalitativt gode behandlingstilbak til pasientens beste, riktig tiltak på rett nivå til rett tid og sted
- Videreutvikling av samarbeidet og kompetanseoverføringen mellom 1. og 2. linjen.

I dag har 20 beboere et hjem i Trondheimsveien 80. Beliggenheten er skjernet fra den øvrige bebyggelsen, ligger sentralt i bydelen og det er kort vei til offentlig kommunikasjon.

Av beboerne er det 12 som har tilbud om poliklinisk behandling, og det er 13 brukere av dagrehabiliteringen. I tillegg opplever enkelte brukere en trygghet i det å kunne søke uformell kontakt – enten ved å ta en kopp kaffe på venterommet i poliklinikken eller i bakgården ved Dagrehabiliteringen. Man har også sett nytteverdien av at personalet møter beboerne i nærområdet, på butikken, ute i gaten mv. Bemanningen i boligen er en person på dagtid. Vedkommende har tett dialog med DPSen, og dette er et forhold som gjør at behandler raskere kan intervensere ved forverring, og eventuelle innleggelser kan forebygges.

Forut for hver innflytting har bydelen inngått en samarbeidskontrakt med den enkelte beboer. Kontrakten er personlig tilpasset de enkeltes behov for tjenester og hvilke forhold man skal være spesielt observant på, som knyttes til den enkeltes sykdomsforløp. Målet med bosetningen er å øke muligheten for at den enkelte kan mestre det å bo innen et lavterskeltilbud. Utgangspunktet for dette er husordensreglene, foruten å legge forholdene til rette for trivsel og utvikling hos den enkelte.

Likeverdet kommer til uttrykk i samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket ved at man er jevnbyrdige i samarbeidet om tiltaket. Kommunen har ansvar for boligene, bistand og behandling på 1. linje nivå, mens helseforetaket har ansvar for behandling innenfor rammene av spesialisthelsetjenesten. De to forvaltningsnivåene samarbeider i dialog inn mot brukerne/pasientene med tiltak forankret innenfor det enkelte forvaltningsnivå sine ansvarsområdet.

Det er ikke foretatt egen evaluering av modellen ut over den fortløpende samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Hver andre måned er det møte mellom nivåene, hvor aktuelle utfordringer blir tatt opp.

Det er ikke innarbeidet noe avvikssystem i samhandlingen

## **22.2 Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?**

Det foreligger en egen samarbeidsavtale mellom helseforetaket og bydelene i sykehusets sektor. Denne samhandlingsmodellen har imidlertid ikke en direkte forankring i de overordnede avtalene. Samhandlingsmodellen har derimot blitt etablert ved at aktuelle instanser i systemet har sett behovet for forenkling og forbedringer. Det er på det rene at det overordnede fokuset på samhandling har bidratt til å forenkle samarbeidet.

## **22.3 Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?**

Helseforetak og kommunen fremhever at en samlokalisering er en hensiktsmessig løsning for både beboere, poliklinikken/dagrehabiliteringen samt i forhold til behandling av den enkelte pasient og samhandling mellom tjenestenivåene. Spesielt gledelig og oppsiktsvekkende har det vært at det er få reinnleggelser, selv om det er flere reinnleggelser enn fra andre boliger i bydelen. Det viser seg også å være flere fra boligen som får oppfølgingstjenester fra spesialisthelsetjenesten enn de øvrige boligene i bydelen.

De fleste av beboerne har relativt lange institusjonsopphold bak seg. For mange av disse vil institusjonstilbud være alternativ boform, som i seg selv er et langt dyrere alternativ. For både bydelen og spesialisthelsetjenesten er det ressursbesparende med en samlokalisering både i forhold til praktisk samarbeid og utøvelse av tjenester. Samlokaliseringen legger til rette for at brukerne lykkes i å følge opp sin kontakt med behandler i 2. linjen. Dersom pasienten ikke møter er det også ressursbesparende å kunne utføre et hjemmebesøk innenfor samme bygningsmasse. Det er videre langt enklere å sikre at botilbudene fungerer etter målsettingen og tilsyn kan gjennomføres på en effektiv måte.

Et av de viktigste forholdene aktørene i samhandlingen melder er resultatene de kan vise til når det gjelder verdighet i forhold til bosituasjon for brukere/pasientene. Brukerne/pasientene som tidligere måtte bosettes på ”tyngre” institusjoner mester et langt mer verdig liv i en boform som gir rom for et mer normalt liv. Samtidig er det lav bemanning i boligen fra kommunens side.

## **22.4 Hvilke er de viktigste læringspunktene?**

Tiltaket har resultert i økt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten både formelt og uformelt. På denne måten blir det lettere å ta kontakt når

---

behovene melder seg. Ofte kan det da holde med en uformell kontakt for å løse utfordringene som melder seg vedrørende enkeltbeboere. Det trengs med andre ord ikke lenger alltid formelle søknader mellom linjene.

### **22.5 Er det tilrettelagt for særskilte finansieringsordninger?**

DPSet følger sine vanlige finansieringsordninger, mens bydelen benytter ordinære driftsmidler kombinert med opptrappingsmidler.

### **22.6 Synspunkter på/erfaringer fra formidling?**

Det er ikke foretatt konkrete grep i forhold til formidling av modellen ut over søknad til "Det nytter- prisen" 2006.

<b>Kapittel</b>	<b>Kommune</b>	<b>Kontaktpersoner</b>
<b>Kap. 7</b>	Alle kommuner i Helse Finnmark sitt opptaksområde med hovedvekt på Alta	Alta Kenneth Johansen tlf. 78455000
<b>Kap. 8</b>	Trondheim kommune	Helge Garåsen tlf. 72540000
<b>Kap. 9</b>	Alle kommuner i Helse Fonna sin sitt opptaksområde	Karmøy. Per Ulvedal tlf. 52857367 Haugesund. Edel Mikkelsen tlf. 52744203
<b>Kap. 10</b>	Bergen kommune	Frank Van Betten tlf. 55568760
<b>Kap. 11</b>	Kommunene Tønsberg og Nøtterøy	Karen Kaasa tlf. 33402000
<b>Kap. 12</b>	Kommunene Grimstad og Birkenes	Grimstad. Vegard Vige tlf. 37250300 Birkenes. Kirsetn Lindboe tlf. 37281500
<b>Kap. 13</b>	Skien kommune	Synnøve Fauske Dahle tlf. 35581000
<b>Kap. 14</b>	Notodden kommune	Mimmi Kvisvik tlf. 35015000
<b>Kap. 15</b>	Drammen kommune	Inger-Johanne. Flingtorp tlf. 32047200
<b>Kap. 16</b>	Kommunene Asker og Bærum	Asker. Elisabeth Vardheim tlf. 66909000 Bærum. Tage Gam tlf. 67504050
<b>Kap. 17</b>	Fredrikstad kommune	Trond Bierstrand tlf 69306147
<b>Kap. 18</b>	Kommunene Åsnes, Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Nes	Kongsvinger. Eirik Otterdal tlf. 62808356 Eidskog. Oddvar Høgberg tlf. 62833600 Grue. Marit Sveen tlf. 62942257
<b>Kap. 19</b>	Oslo kommune	Peter Martin tlf. 02180
<b>Kap. 20</b>	Oslo kommune	Peter Martin tlf. 02180
<b>Kap. 21</b>	Bydel Frogner, Ullern og Vestre Aker	Peter Martin tlf. 02180
<b>Kap. 22</b>	Bydel Grünerløkka	Tage Gulvåg tlf. 02180

## INTERVJUMAL/EVALUERINGSMAL

1. Hvordan er modellen blitt til?
  - a. Hvem deltok i arbeidet?
  - b. Hvem var ”i førersetet”?
  - c. Hvor lenge har avtalen vart?
2. Hvordan fungerer modellen i praksis?
  - a. Gi en beskrivelse av modellen – så konkret som mulig
  - b. Hvem gjør/har ansvar for hva?
  - c. Hvordan merker avtalepartene en forskjell?
  - d. Hvor personavhengig er avtalen/modellen?
  - e. Hvilken dokumentasjon finnes/er tilgjengelig?
3. Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?
  - a. Overordnede avtaler?
  - b. Hvor viktig er denne forankringen?
4. Hvordan kommer likeverdigheten mellom partene til uttrykk?
  - a. I avtalen?
  - b. I det praktiske samarbeidet?
5. Hvilke resultater kan det vises til?
  - a. Forenklinger?
  - b. Forbedringer?
  - c. Samarbeidsklima?
6. Hvordan merker pasientene resultatet?
  - a. Behandlingskvalitet?
  - b. Service?
  - c. Tilgjengelighet?
  - d. Er noe av dette dokumentert?
7. Hvordan blir modellen/avtalen evaluert?
  - a. Løpende
  - b. Ved ”spesielle anledninger”?
  - c. På hvilket ”nivå” blir den evaluert?
    - i. Overordnet systemnivå?
    - ii. Pasientnivå?
  - d. Av hvem blir den evaluert?
8. Er det etablert systemer/ordninger for håndtering av avvik?
  - a. I så fall: I så fall hvilket?
  - b. Hva er resultatene?
9. Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?
  - a. Hva tror dere andre vil ha særlig nytte av å høre om/lære av deres modell?
10. Følger det spesielle finansieringsordninger med avtalen/modellen?
  - a. Er det gjort spesielle finansielle eller andre formelle grep i ”systembetingelsene”?
  - b. I så fall hvilke?
  - c. Hvor avgjørende har disse vært?
11. Synspunkter på/erfaringer fra formidling?
  - a. Er det gjennomført spesielle grep/tiltak med hensyn til formidling?
  - b. Hva er erfaringene med disse?
  - c. Har dere tips/gode ideer med hensyn til formidling av erfaringer?

## Svar fra helseforetak

Kommune	Helseforetak	Tema
	<i>Helse Nord RHF</i>	
Alle kommuner i Helse Finnmark sin sektor	Helse Finnmark HF	Samarbeid om desentraliserte spesialisthelsetjenester med hovedvekt på spesialistpoliklinikken i Alta og sykestuefunksjonene ved det distriktsmedisinske senteret i Alta
	<i>Helse Midt Norge RHF</i>	
Alle kommunene i sektoren	Helse Nord Trøndelag HF	Rådgivende organ for å avklare hvordan ulike problemstillinger kan løses
Alle kommunene i sektoren		Rutiner og prosedyrer knyttet til henvisning, saksbehandling, svarrutiner, samhandling i forbindelsen med utredning og behandling, forberedelse til overføring av pasienter
Alle i sektoren, samt Bindal og Osen		Gjelder alle pasientgrupper og har fokus på informasjons- og erfaringsutveksling mellom foretak og kommune
Alle kommunene i sektoren	Helse Sunnmøre HF	Halvårlige formaliserte møter med kommunene for å bli kjent med samarbeidspartners situasjon og utfordringer og legge til rette for god samarbeid
Alle kommunene i sektoren		Praksiskonsulentordning hvor en primærlege har 20% stilling i sykehuset for å se på samarbeidsforholdene
Alle kommunene i sektoren		Utrede kjøregregler for praksiskontaktene, epikriser/henvisninger, utdanning/veiledning, økonomiske forhold mv.
Alle kommuner i Sør Trøndelag	St. Olavs Hospital HF	Utskrivingsklare pasienter og rehabilitering, barnehabilitering og kronisk syke barn, voksenhabilitering, akutt pasienter, kompetanseutvikling, psykiatri.
Trondheim kommune		Samarbeid om spesialiserte korttids plasser, intermedieærhet ved Søbstad sykehjem og palliativ avdeling ved Havstein sykehjem
	<i>Helse Vest RHF</i>	
Eidfjord, Etne, Fitjar, Haugesund, Jondal,	Helse Fonna HF	Samarbeid om helhetlig helsetjeneste via samordning, kontinuitet og faglig kvalitet gjennom hele pasientforløpet
Bergen kommune	Helse Bergen HF	Halvannenlinjetjenesten. Styrke samspillet mellom tjenestenivåene for å øke brukernes mestring og funksjonsdyktighet
Alle i HBHF sektor		Nettverk av personer fra første og andre linjetjenesten i behandling av kreftpasienter
Bergen kommune		Samarbeid om legevaktfunksjoner for innbyggere i Bergen kommune og skadebehandling med integrert spesialist- og almenhelsetjeneste



Bergen kommune	Haraldsplass Diakonale sykehus HF	Innleggelse i sykehus, sykehjem og pasientflyt
Bergen kommune		Pasientbehandling, ressursbruk og pasientflyt mellom behandlingsnivåene
	<i>Helse Sør RHF</i>	
Notodden kommune	Blefjell Sykehus HF	Arbeide for en helhet i tilbudet mellom 1 og 2 linjen
Notodden kommune		Samarbeidsavtale på tjenestenivå innen psykisk helse, samt en delavtale på tjenestenivå for barn- og unge
Notodden kommune		Sikre samhandling mellom arbeidsmarkedsbedriftene, kommunen, Aetat, trygdeetat og helseforetaket slik at tjenestemottakerne opplever tjenestene som helhetlige og koordinerte
Alle kommunene i sektoren	Ringerike Sykehus HF	Beskrive ansvarsfordelingen mellom 1 og 2 linjetjenesten i forbindelse med utskrivning fra sykehus
Drammen	Sykehuset Buskerud HF	Samarbeid om etablering av et geriatri senter i skjæringspunktet for tjenesteproduksjonene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
Alle kommunene i sektoren	Sykehuset Vestfold HF	Pasienter som etter sykehusopphold har behov for kommunale tjenester skal tas hånd om på riktig omsorgsnivå, skal oppleve sammenhengende helsetjenester, og overføring til kommune fra sykehus
Nøtterøy og Tønsberg		Samarbeid om IKT-basert pårørendestøtte via PC og bildetelefonti med læringsprogram tilpasset eldre pårørende
Alle kommuner i Vestfold		Sykehuset skal yte bistand til alle sykehjem og hjemmetjenester i forhold til infeksjonskontroll, undervisning, telefonkontakt mv.
Seljord kommune	Sykehuset Telemark HF	Pasienter med kronisk nyresykdom skal få etablert behandlingstilbud så nært hjemstedet som mulig
Skien kommune		Kronisk syke innen fagfeltene lunge, geriatri og nyresyke skal få individuelle planer
Skien kommune		Pasienter i livets slutfase eller med intraktable smerter skal oppleve bedre pasientflyt og få bedre kompetanse gjennom kompetanseutveksling
Farsund, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal og Flekkefjord	Sørlandet Sykehus HF	Utarbeide et helhetlig tilbud ved bruk av individuell plan. Tidlig inn i behandlingsforløpet for å opprettholde/bedre funksjonsnivå, mestre egen sykdom og ansvarliggjøres
Kristiansand kommune		Tilbudet til pasientgruppen som er i behov for langvarige tjenester fra begge nivåer og hvor tjenestetilbudet må koordineres

Kommunene Grimstad og Birkenes		Samarbeid for å sikre at barn og unge med behandlingsbehov får et adekvat behandlingstilbud i skjæringspunktet mellom barne og ungdomspsykiatrien(BUP) og kommunehelsetjeneten
Kristiansand kommune		Sikre at pasientgruppen hjertepasienter har medisinkort slik at legemiddelhåndteringen blir best mulig
	<i>Helse Øst RHF</i>	
Alle kommunene i Aker sektor	Aker Universitetssykehus HF	Ansvarsavklaring og prosedyrer for samarbeid på ulike nivå - ledelse, tjeneste og individnivå
Kommunene Nesodden, Oppegård, Vestby, Ås, Ski og Frogn		Sammenhengende behandlingsskjeder, rutiner, utskriving, avvik mv
Alle kommuner/bydeler i sektoren		God samhandling i form av god dialog og informasjon mellom første- og andrelinjetjenesten
Alle kommuner/bydeler i sektoren		Sikre god pasientflyt mellom 1 og 2 linjetjenesten. Virkemidler for å oppnå et kontinuerlig forbedringsarbeid
	Akershus Universitetssykehus HF	Sikre forpliktende tverrfaglig og tverretattlig samarbeid som ivaretar brukerens/pasientens individuelle behov for helhetlig rehabilitering
Alle kommuner/bydeler i sektoren		Nettverk for informasjon, kompetanseheving og samhandling
Alle kommuner/bydeler i sektoren		Behandlingskjeder for amputasjonspasienter
Kommunene Oslo, Lørenskog, Skedsmo, Rælingen, Nittedal, Eidsvoll, Nannestad og Fet		Sykehjemsprosjektet - utvikle modell for økt samarbeid/kompetanseoverføring mellom sykehuset og kommunene
Lørenskog, Skedsmo, Rælingen og Nittedal		Spesialisert korttidsenhet
Kommunene Asker og Bærum	Sykehuset Asker og Bærum HF	Samarbeid om overordnede samarbeidstiltak og avtaler på tvers av etatsgrenser og forvaltningsnivåer for å styrke allerede iverksatte tiltak
Kommunene i Østfold	Sykehuset Østfold HF	Helhetlig syn på tjenestene, likeverd og gjensidighet, forbedring, dialog, god ressursutnyttelse.
Fredrikstad kommune		Samarbeid om styrking av det helhetlige behandlingstilbudet og samarbeidet omkring eldre og kronikere
Halden kommune		Redusere behov for sykehusinnleggelse hos eldre pasienter

Kommunene Åsnes, Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Nes	Sykehuset Innlandet HF	Samarbeid om tiltak for å sikre helhetlige tjenester på tvers av forvaltningsnivåene ved å tydeliggjøre ansvar, rutiner, kommunikasjon og informasjonsoverføring
Kommunene Rendalen, Stor-Elvdal, Alvdal, Folldal, Tynset, Tolga, Os, Røros og Holtålen		Følge opp praktiseringen av de retningslinjene man har blitt enige om
Oslo kommune	Ullevål Universitetssykehus HF	Samarbeid for å unngå å flytte vanskelig flyttbare pasienter ved å gi dem tilbud om mobilt røntgenbildetaking
Oslo kommune		Samarbeid for å hindre unødige innleggelser fra sykehjem ved å utvikle rutiner og prosedyrer for samhandling og tilrettelegge for tidlig utredning, diagnostisering og behandling
Bydel Gamle Oslo, Bydel Grünerløkka, Bydel St.Hanshaugen	Lovisenberg Diakonale sykehus	Være behjelpelig med å få personer i kontakt med DPS, bydelstjenester og andre der samarbeidsteamet vurderer det som hensiktsmessig
Bydel Gamle Oslo, Bydel Grünerløkka, Bydel St.Hanshaugen		Gjensidig kompetanseoverføring innen lindrende behandling, pleie og omsorg til alvorlig syke og døende pasienter
Bydel Grünerløkka		Samarbeid om bosetting av mennesker som har oppholdt seg i psykiatriske institusjoner i mange år ved å samlokalisere bydelens boliger med DPS sine polikliniske tilbud- og dagrehabiliteringsopphold
Bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker	Diakonhjemmet sykehus	Pasienter med sammensatte problemstillinger der det er uenighet mellom 1 og 2 linjen og pårørende
Bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker		Samarbeid mellom DPS og fastlege/bydel omkring felles pasienter med psykiske plager ved å utvikle samarbeidsrutiner og arbeidsmåter
Bydel Frogner		Utskriving og oppfølging av kreftpasienter til hjemmet som er i den palliative fasen