



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

Sammendrag av rapporten

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

Sammendrag av rapporten

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)

Sammendrag

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 lyktes med samhandlingen.

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.