



SINTEF A23725 – Åpen

## Samhandlingstiltak i storby

Samhandlingsformer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i storbyer

### Forfattere

Bård Paulsen

Jan Lippestad, Tarald Rohde





# Rapport

## Samhandlingstiltak i storby

Samhandlingsformer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i storbyer

EMNEORD:  
Samhandling  
Storby  
Sykehus  
Kommunehelsetjeneste  
Helsetjeneste

VERSJON  
2,0

DATO  
2013-02-11

FORFATTER(E)  
Bård Paulsen  
Jan Lippestad, Tarald Rohde

OPPDRAGSGIVER(E)  
KS ved Stavanger kommune

OPPDRAGSGIVERS REF.  
Bente Gunnarshaug,  
Nina Christiansen

PROSJEKTNR  
60F146

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:  
81

### SAMMENDRAG

#### Samhandlingstiltak i storby

Rapporten gir resultatene fra en undersøkelse av samhandlingstiltak i Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø. I første del gjøres en oversikt og en typeinndeling av eksisterende tiltak. Svært mange dreier seg om tiltak innrettet mot bedre tilbud til omsorgstrengende pasienter etter utskrivninger fra sykehus, eller oppfølging av pasienter med kroniske lidelser i eget hjem. En drøfting av evalueringsgrunnlaget for slike tiltak viser at datagrunnlaget for slik evaluering er svakt, og lite tilpasset tiltak på tvers av nivåene. Mange direkte brukerrettede tilbud er imidlertid bygd rundt helsefaglige med godt forskningsmessig belegg, som kan gi et viktig grunnlag for evalueringsarbeid. I siste del av rapporten drøftes betingelser for vellykket implementering av tiltak. Arbeidet med å tilrettelegge strukturer for samhandling er en kontinuerlig prosess der både behandlings-former og rammebetingelser er i stadig endring. Det stiller krav til endringsvilje på alle nivå, til god dialog og kommunikasjon, og felles læringsarenaer som gjør det mulig å nyttiggjøre seg kunnskap og erfaringer på tvers av fagmiljø.

UTARBEIDET AV  
Bård Paulsen

SIGNATUR

KONTROLLERT AV  
Karl-Gerhard Hem

SIGNATUR 

GODKJENT AV  
Randi E Reinertsen

SIGNATUR



RAPPORTNR  
SINTEF A23725

ISBN  
978-82-14-05514-6

GRADERING  
Fortrolig

GRADERING DENNE SIDE  
Åpen



## Forord

Formålet med denne undersøkelsen er å gjennomføre en kartlegging av samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak i et utvalg store norske byer. Bakgrunnen er iverksetting av Samhandlingsreformen, som har som et viktig formål å etablere tettere koblinger mellom kommuner og helseforetak for å kunne tilby befolkningen et mer helhetlig helsetjenestetilbud.

Dette arbeidet er resultat av et teamarbeid mellom tre forskere ved SINTEF Helse. Data-innsamlingen er basert på intervjuer med aktive samhandlere: representanter for en lang rekke prosjekter som er bygd opp i løpet av de senere årene for å utvikle bedre samspill mellom helseforetakene og kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi sier takk til alle som har stilt sin tid til disposisjon og som tålmodig og engasjert har gitt gode svar på våre spørsmål. Vi sier også takk til representanter fra helsetjenestens brukerside gjennom ulike pasientforeninger, som har hjulpet oss til å forstå mer av brukersituasjonen i en meget mangesidig og sammensatt helsetjeneste. Prosjektet er finansiert av Kommunesektorens organisasjon (KS) sitt program for storbyrettet forskning. Vi sier takk for et spennende og utfordrende oppdrag. Ingvild Byberg, Nina Christensen og Bente Gunnarshaug i Stavanger kommune har vært våre kontaktpersoner, og vi sier takk for et hyggelig samarbeid gjennom prosjektperioden. Vi takker også våre kontaktpersoner i de seks byene, som har vært til uvurderlig hjelp når det gjelder å velge ut prosjekter og finne fram til gode informanter.

Trondheim/Oslo 11. februar 2013

Tarald Rohde

Jan Lippestad

Bård Paulsen



## Innholdsfortegnelse

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Innledning .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2.</b> | <b>De store bykommunene som arena for utvikling av samhandlingstiltak.....</b>                | <b>15</b> |
| 2.1       | Innledning .....  | 15        |
| 2.2       | Strukturelle forhold.....   | 15        |
| 2.3       | Demografi og helsetjenesteforbruk.....  | 15        |
| 2.4       | Oppsummering .....  | 18        |
| <b>3.</b> | <b>Samarbeidstiltak i storbyer - en beskrivelse og en typologi.....</b>                       | <b>19</b> |
| 3.1       | Innledning .....  | 19        |
| 3.2       | Inklusjonskriterier .....   | 19        |
| 3.3       | Tiltakenes hovedinnretning .....  | 20        |
| 3.4       | Formål .....  | 21        |
| 3.5       | Arbeidsform .....   | 22        |
| 3.6       | Organisatorisk forankring .....   | 22        |
| 3.7       | Finansiering .....  | 22        |
| 3.8       | Hvor kom initiativet fra? .....   | 23        |
| 3.9       | Sammenfattende tabell .....   | 23        |
| <b>4.</b> | <b>Hva er et godt samhandlingstiltak? Om evaluering av tiltak på samhandlingsfeltet .....</b> | <b>39</b> |
| 4.1       | Innledning .....  | 39        |
| 4.2       | Verdier i helsetjenesten.....   | 40        |
| 4.3       | Ulike typer målsettinger for ulike typer tiltak.....  | 41        |
| 4.4       | Noen grunnleggende problemstillinger .....  | 42        |
| 4.5       | Om datagrunnlaget .....   | 43        |
| 4.6       | Evaluering av noen hovedtyper samhandlingstiltak.....   | 45        |
| 4.6.1     | Intermediære avdelinger, etterbehandlingsavdelinger .....                                     | 45        |
| 4.6.2     | Palliative enheter.....   | 47        |
| 4.6.3     | Personellrettede tiltak: kompetanseutvikling .....  | 48        |
| 4.6.4     | Oppfølging av bestemte pasientgrupper i eget hjem.....  | 48        |
| 4.6.5     | Etterbehandlingstilbud til psykiatriske pasienter .....                                       | 49        |
| 4.6.6     | Oppsøkende team, psykiatri.....   | 50        |
| 4.7       | Oppsummering .....  | 50        |
| <b>5.</b> | <b>Hva må til for å lykkes? Betingelser for god implementering .....</b>                      | <b>53</b> |
| 5.1       | Innledning .....  | 53        |
| 5.2       | Om implementering .....   | 54        |
| 5.3       | Om endring .....  | 55        |
| 5.4       | Suksessfaktorer .....   | 58        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 5.4.1     | Innledning .....  | 58        |
| 5.4.2     | Avstanden mellom tjenesteplan og administrativ ledelse .....              | 59        |
| 5.4.3     | Aktører og konkurranse .....  | 61        |
| 5.4.4     | Oppslutning om nye tiltak .....   | 62        |
| 5.4.5     | Aktører og motstand mot endring.....                                      | 63        |
| 5.4.6     | Samhandling og likeverd.....  | 64        |
| 5.5       | Fra idé til implementering, noen eksempler.....                           | 65        |
| 5.5.1     | ACT-team .....  | 65        |
| 5.5.2     | Intermediærenhet/spesialisert korttidsenhet/etterbehandlingsplasser ..... | 66        |
| 5.5.3     | Faginitierte samhandlingstiltak .....                                     | 68        |
| 5.5.4     | Behandlingslinje.....   | 69        |
| 5.5.5     | Tilbud til eldre med funksjonssvikt.....                                  | 70        |
| 5.6       | Hva må til for å lykkes? En oppsummering.....                             | 71        |
| <b>6.</b> | <b>Sammenfatning .....</b>  | <b>73</b> |



## Sammendrag

Denne rapporten gir resultatene fra en kartlegging av samhandlingstiltak rettet mot mennesker med sammensatte og langvarige behov i Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø, gjennomført høsten 2012. Samhandlingsfeltet er i rask endring. Vår kartlegging gir sånn sett et øyeblikksbilde. Innledningsvis drøftet vi spørsmålet om storbyene gir spesielle forutsetninger for utvikling av tiltak for å styrke samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene. En sammenligning basert på statistikk om befolkningens sykehusforbruk og forbruk av kommunale tjenester tyder på at de seks storkommunene vi har studert ikke preges av et felles karakteristisk mønster i forbruk av slike tjenester, og skiller seg heller ikke systematisk fra andre kommunetyper. De viktigste forskjellene når de gjelder forutsetninger for utvikling av samhandlingstiltak er antakelig knyttet til størrelsen i og for seg. Store kommuner er befolkningsmessige tyngdepunkt, de har totalt sett mer administrative og økonomiske resurser enn mindre kommuner, og de er vertskommuner for store sykehus.

Vår kartlegging viser at de aller fleste tiltakene ligger på det vi kan kalle utskrivningssiden: De er innrettet mot å gi et tilbud til mennesker som trenger oppfølging etter ferdigbehandling i sykehus, i form av etterbehandling, rehabilitering eller annen hjelp til å sikre best mulig funksjon og livskvalitet i en situasjon der sykdom eller funksjonsnedsettelse skaper begrensinger i pasientens liv. Noen tiltakstyper har stor utbredelse og finnes igjen i mange av de kommunene vi har undersøkt. Det gjelder f.eks. etterbehandlingssenheter/intermediære enheter og palliative tiltak når det gjelder somatiske pasienter, og oppsøkende team for mennesker med psykiske lidelser. Dels ser det ut til å være betydelig smitteeffekt kommunene imellom for tiltak som ansees vellykkede, og dels må stor utbredelse av enkelte tiltakstyper sees i sammenheng med statlige stimulerings tiltak. Foreløpig ser det ikke ut til at akuttsenger for observasjon og diagnose – forut for eller i stedet for innleggelse i sykehus – er blitt særlig vanlig i disse kommunene. Viktige unntak her er en observasjonsenhet knyttet til legevakten i Bergen som har vært i drift siden 2002. På legevakten i Oslo har det i en årrekke vært en observasjonsenhet. Observasjonsenheten er en sengepost med 18 senger hvor en tar i mot pasienter med uklare sykdomstilstander som trenger noe mer observasjon og diagnostikk enn legevaktens poliklinikk kan utføre, eller som trenger kortvarige behandlingstiltak uten full sykehusinnleggelse. I tillegg til de direkte pasientrettede tiltakene finner vi en rekke tiltak innrettet mot gjensidig kompetanseutvikling for personell i sykehus og i kommunal omsorgstjeneste. Her er det større variasjon, og få eksempler på tiltak med bred utbredelse i de undersøkte kommuner. Endelig har vi en rekke tiltak vi har karakterisert som systemrettede. De har som formål å tilrettelegge rutiner, strukturer og systemer for å styrke samhandlingen mellom sykehus og kommunale tjenester. For å sikre riktig prioritering og en fornuftig ressursbruk trenger kommunene og helseforetakene verktøy for å kunne gjøre kritiske evalueringer av samhandlingstiltak som settes i gang.

Vi har drøftet sentrale kriterier for måling av ressursinnsats og måloppnåelse i forbindelse med slike tiltak, og pekt på mulige kilder for data som slike evalueringer kan bygges på. I hvilken grad det gjøres systematisk datainnsamling i kommunene i forbindelse med etablering av slike tiltak ser ut til å variere mye. For mange av de aktuelle tiltakstypene er det imidlertid igangsatt eller allerede gjennomført omfattende forskningsmessig evaluering, som gir et viktig grunnlag for de

vurderinger som må gjøres i den enkelte kommune. Mange samhandlingstiltak bygger på helsefaglige metoder og arbeidsmåter som ofte har et godt fundament i forskning. Lokal evaluering av samhandlingstiltak kan ofte hente gode bidrag herfra. En sentral utfordring vil ofte være å gjennomføre en god drøfting av i hvilken grad et bestemt tiltak passer inn i egen kommune, og hva som må til for å etablere de forutsetninger som er nødvendige for at det skal kunne fungere etter sin hensikt. En viktig utfordring i årene som kommer blir å sikre gode mekanismer for å koble relevante igangværende forskningsprosjekter og etablerte forskningsbidrag til det utviklingsarbeidet som drives i kommuner og helseforetak.

Et tiltaks suksess vil være knyttet til hvilke mål en har satt seg for endringene og hvilket ambisjonsnivå en legger seg på. Videre er det viktig at involverte aktører og faggrupper har en felles problemforståelse. Uansett hvor bra eller dårlig forslaget er i en ovenfra-og-ned-prosess, så vil selve framgangsmåten i mange tilfeller skape en reaksjon som fører til motstand. Forankring både på ledernivå og i berørte faggrupper er sentralt slik at en både kan *beslutte* og *gjennomføre* de aktuelle tiltakene. Videre er arbeidet med strukturer for samhandling en kontinuerlig pågående prosess i og med at behandlingsformer og ytre rammebetingelser er i stadig endring, noen som stadig stiller nye krav en endringsvilje på alle nivåer. Vår undersøkelse viser også at det er viktig at en har en forståelse av at faggruppene er forskjellige – at de har ulik kulturforståelse, og har ulike målsettinger for hva en gjør. Det vil være sentralt at en snakker samme språk og kjenner hverandres tenkning og kultur når det gjelder behandling, samtidig som berørte faggrupper må involveres på en måte som gjør at de oppfatter tiltak og ideer som sine egne. Det er avgjørende for å lykkes med endringer at en selv eller ens egen faggruppe har vært med og sett behovet for endring.

Når prosjekt og forsøksperioder er over, og entusiastene er tilbake i ordinær jobb, forutsetter den videre samhandlingen at tiltaket er nedfelt i strukturen og systemet i form av skriftlige avtaler og rutiner som forplikter aktørene. Samhandlingsavtaler, koordineringsenheter, forhandlingsutvalg oa. forutsetter, for å fungere etter intensjonen, at berørte fagfolk følger de avtalene som er inngått, i sin daglige praksis. Opplevelse av likeverd mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste henger sammen med nærhet, kjennskap og kunnskap om hverandre på de ulike behandlingsnivåene. Tilbudet til pasientene, uavhengig av tiltak, forutsetter at en ser og respekterer og tar inn over seg sin egen og andres rolle i en tiltakskjede.

## 1. Innledning

Et viktig siktemål med Samhandlingsreformen er å fylle den ansvarsmessige gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med forpliktende samarbeid, og sette helsetjenesten i stand til å tilby befolkningen et mest mulig sømløst helsetjenestetilbud. Særlig viktige grupper i denne sammenhengen er pasienter med sammensatte og langvarige behov. Disse trenger tjenester fra mange ulike deler av helsetjenesten, både i kommunene og på spesialisthelsetjenestenivå. Det kan dreie seg om mennesker med kroniske psykiske eller somatiske sykdommer og funksjonshemminger, og det kan dreie seg om eldre pasienter med stor sykdomsbelastning, sviktende funksjoner og stort bistandsbehov. Kanskje særlig viktig i denne sammenheng er eldre pasienter med mange sykdommer. Disse opplever ofte at dårlig samspill mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester medfører store og unødvendige ekstrabelastninger for pasienten.

Samhandling mellom kommuner og helseforetak er noe som skjer i en gråsoner der aktørene ellers er skilt fra hverandre av organisatoriske, profesjonelle og andre grenser. Samhandlingstiltakene skal bygge broer på tvers av det som ellers skiller. Det krever spesielle organisatoriske eller andre tiltak som skal bidra til et bedre og mer sammenhengende tilbud til pasienten. Undersøkelsen tar utgangspunkt i tre innfallsvinkler:

- 1 Kartlegging og typologisering: Modeller, formål, organisering, arbeidsmåter.
- 2 Måloppnåelse for samhandlingstiltak: Kriterier for god samhandling.
- 3 Betingelser for god implementering: Hva må til for å lykkes?

Vår undersøkelse har noen viktige avgrensninger:

- Den fokuserer på tiltak knyttet til mennesker med langvarige og sammensatte behov.
- Den avgrenser seg til de seks store byene: Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand og Tromsø.

Den inkluderer tiltak med god kommunal forankring – enten ved bilaterale avtaler, gjennom rene kommunale initiativ, eller ved måten man arbeider på.

Undersøkelsen er basert på semistrukturerte intervju med nøkkelinformanter, supplert med dokumentstudier. Vi benyttet opptaker under intervjuene, og på grunnlag av disse opptakene ble intervjuene transkribert og tilrettelagt for analyse. Intervjuene ble gjennomført i september og oktober 2012.

## Bakgrunn

Den spesialiserte helsetjenesten er et statlig ansvar, mens kommunehelsetjenesten er lokal og kommunal. Både økonomisk og ansvarsmessig kan forvaltningsmessige skiller representere viktige samhandlingsbarrierer. Spesialist- og kommunehelsetjeneste har ulike pasientfokus og ulike typer forpliktelser overfor pasienten. Spesialisthelsetjenestens ansvar er å gi nødvendig behandling for

den sykdommen eller skaden som er utgangspunktet for kontakten, og avsluttes når behandlingen er ferdig. Kommunale helse- og omsorgstjenester sitt ansvar er generelt: Det omfatter hele pasienten, og krever ofte et vedvarende tilbud så lenge pasienten lever. I norsk helsepolitisk debatt har det vært en stigende erkjennelse av at det skarpe forvaltningsmessige skillet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten representerer store utfordringer for samarbeid og samvirke mellom nivåene, og gjør idealet om et velintegret og helhetlig tilbud til den enkelte pasienten vanskelig å realisere.

I 2005 forelå Wisløff utvalget om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (NOU 2005/3). Som en videre forberedelse til et mer formalisert samarbeid mellom sykehus og kommuner, nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) en komite under ledelse av Ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine. Denne kom med sin innstilling i 2006:

"Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten - organisatoriske tiltak" (Rapport HOD, juni 2006).

Mandatet til gruppa var:

Prosjektgruppen skal med utgangspunkt i behovet for samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegene og spesialisthelsetjenesten å vurdere organisatoriske tiltak og eventuelt andre tiltak som kan understøtte samhandling og samarbeid mellom nivåene. Arbeidet skal baseres på følgende rammer:

- Eksisterende overordnede ansvarsstruktur skal legges til grunn, med at kommunene har ansvar for kommunesetjenesten og staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten.
- De organisatoriske hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten (foretaksorganiseringen) og kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen skal legges til grunn.

Det blir understreket at likeverdigheten mellom partene skal legges til grunn for samarbeidet. Av tiltak som ble drøftet og anbefalt å gå videre med var individuelle plan, praksiskonsulenter, pasientansvarlig lege og behandlingkjeder. Gruppen viste til viktigheten av å samordne IKT. Den la vekt på å formalisere samarbeidet gjennom avtaler. Det ble foreslått lokale samhandlingsutvalg og bedre bruk av felles fora og avtaletiltak:

1. Utvalget foreslår at det gis adgang til at kommuner kan delegerer myndighetsutøvelse til interkommunale organ eller andre kommuner.
2. Utvalget foreslår å åpne for forsøk der kommuner og foretak kan eie utførerenhetene i helsetjenesten sammen.
3. Utvalget foreslår å åpne for forsøk med organisasjonsmodeller hvor kommunen og foretakene overfører eier- og myndighetsutøvelse til et eget organ
4. Utvalget foreslår å åpne for forsøk hvor kommuner kan overta det sørge for ansvar som staten via de regionale helseforetakene har for spesialisthelsetjenesten
5. Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet drøfter opplegget med et landsdekkende avtalesystem med KS. Fremdrift og organiseringen av det videre arbeid

med avtaleinngåelse fastlegges i en nasjonal avtale mellom Helse - og omsorgsdepartementet og KS.

I 2008 ble den såkalte "Samhandlingsmeldinga" lagt fram, som dannet grunnlaget for en omfattende revisjon av det lovmessige grunnlaget for norsk helse- og omsorgstjeneste.

Et viktig element i dette er Prop. 91 L (2010-2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, der Helse- og omsorgsdepartementet gir forslag til en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. I denne proposisjonen vises det også til Prop. 90 L (2010-2011) hvor det foreslås ny folkehelselov som blant annet skal erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven. Proposisjonen følger opp mange av forslagene i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Dette legger det formelle grunnlaget for den ønskede forsterkede innsatsen i samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som er målet for Samhandlingsreformens iverksettelse 2012. Det er en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Reformen skal også bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett, og sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren. Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Det etableres et sørge for-ansvar også for kommuner. Forpliktelsene som beskrives skal være profesjonsnøytrale. Det etableres egne finansieringsordninger for utskrivningsklare pasienter, et regelverk for medfinansiering og et program for oppbygging og finansiering av øyeblikkelig hjelp senger i kommunene.

I proposisjonen nr. 90 vises det at det nye forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester innebærer at det er behov for å gjøre endringer i 41 andre lover, hvorav det foreslås betydelige endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Økonomisk betyr samhandlingsreformen betydelige omlegginger. Etter oppstart av Samhandlingsreformen har Norut (Alta) levert en rapport med tittelen "Hva har samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?" (Avelsen 2012). Rapporten bygger på en undersøkelse av hvilke tiltak

kommunene har iverksatt lokalt i forbindelse med Samhandlingsreformen, og hvilke kostnader kommunene har pådratt seg ved disse. Det er gjennomført en kvantitativ datainnsamling i 8 kommuner og en kvalitativ datainnsamling i 8 kommuner. Undersøkelsen kartlegger i hovedsak kostnader som har påløpt i 2010 og 2011, altså i en forberedelsesfase til innføringen av Samhandlingsreformen. Kommunene har også gitt kostnadsanslag for implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012. Det er beregnet en varig økt årlig driftsutgift i kommunene som følge av Samhandlingsreformen, på mellom 662 og 705 millioner kroner. Engangskostnadene i forbindelse med Samhandlingsreformen er til sammen, for 2011 og 2012, estimert å ligge mellom 709 og 754 mill. kroner.

I årene før, under og etter iverksettelsen av Samhandlingsreformen er det gjort et betydelig utviklingsarbeid i den tradisjonelle gråsonen mellom kommunehelsetjenesten og de spesialiserte helsetjenestene, for å finne fram til gode samarbeidsformer og som gir et bedre og et mer helhetlig tilbud til pasientene, avlaster spesialisthelsetjenesten for oppgaver som kan legges til lavere nivå, og styrker den kommunale helsetjenesten funksjonelt og kompetansemessig. Ofte krever dette organisasjons- og finansieringsformer som bryter med den tradisjonelle strukturen i norsk helsetjeneste. Utviklingen er belyst blant annet i rapporten "Eksempler på gode samhandlingsprosjekt: Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten" (Magnussen og Hauglin 2007). Rapporten tar for seg 16 samhandlingstiltak over hele landet og vurderer hva som skal til for at disse skal være vellykket.

Hovedkonklusjonen er at samarbeid gir resultater og at opplevelsen av likeverdighet mellom partene er en forutsetning for at tiltakene skal lykkes. 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. Rapporten viser til at til tross for store omstillinger både i sykehussektoren og i kommunene, var det en tydelig tendens til at partene var mindre opptatt av egne forhold og sammen rettet seg sterkere inn mot brukernes interesser. På dette tidspunktet ble det oppsummert at de fleste tiltakene var initiert fra sykehussiden og det ble understreket at en av kommunesektorens utfordringer var at det var mange og små enheter som skulle samarbeide med få og store enheter.

I 2010 utga PWC rapporten "I gode og onde dager", også det en rapport utarbeidet på oppdrag fra KS i deres FOU serie. Rapporten drøfter:

1. Samhandling om helse- og omsorgstjenester til pasienter med kronisk sykdom med behov for innleggelser i sykehus
2. Samhandling om pasientforløpene fra henholdsvis hjem til fastlege til poliklinikk,
3. fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus og
4. til slutt pasientforløpet "ut" fra spesialisthelsetjenesten.

Oppsummeringen var at man var godt fornøyd med tiltakene, spesielt gjaldt dette foretakene. Fra kommunens side vurderte man det slik at rutinene for pasienter på vei inn til sykehus fungerte

bedre enn rutinene når de skulle ut av sykehuset. I rapporten oppsummeres erfaringene med ulike virkemidler for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten:

1. Avtaler og ledelse (samarbeidsavtaler, utvalg, koordinatører m.m.)
2. Kunnskaps- og kompetanseoverføring blant annet ved hospitering.
3. Bruk av ambulerende team, faglig veiledning, m.m.
4. Styrking og etablering av lokale medisinske sentra (distriktsmedisinske sentra, helsehus, forsterkede sykehjem, m.m.)
5. Interkommunalt samarbeid (drifts- og representasjonsløsninger).

Når det gjelder avtaleverk om samhandling viste undersøkelsen at både strategiske og operative avtaler hadde god utbredelse. De fleste hadde gode erfaringer med avtaleverket. Bare en av fire var usikker eller misfornøyd med erfaringene. Man så at avtalene "lever" siden de ble revidert, men oppfølgingen av etterlevelse var for dårlig, særlig sett fra kommunenes ståsted.

Oppsummert viser undersøkelsen at samarbeidskulturen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må bli bedre enn den er i dag. Svargiverne fra både kommuner og helseforetak rangerte *Bedre informasjonsteknologi, samarbeid/kultur/klima og kunnskap og kompetanse* som de viktigste tiltak for å styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten la i januar 2013 fram rapporten "*Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter – nøkler for å lykkes*" (Kunnskapssentret 2013). Rapporten konkluderte en med at de aller fleste prosjektene hadde lykkes med å nå egne mål og hadde implementert mange forbedringer. Det var mye som har blitt bedre for brukerne og den største forbedringen var at det hadde blitt *bedre samordning og kontinuitet i tjenestene*. Mange hadde også utviklet tilbud som styrket *brukernes mestring, egenomsorg og medbestemmelse. Informasjonen til pasienter og pårørende* var bedret, og *tjenestene hadde blitt mer virkningsfulle, tryggere og tilgjengelige*. De fleste prosjektene hadde også gitt *bedre samarbeidsforhold mellom de ansatte*: De vanligste forbedringene var at de hadde blitt bedre kjent med hverandres tjenester og at det hadde blitt lettere å ta kontakt. Mange opplevde i større grad å arbeide mot felles mål, hadde fått flere samkjørte rutiner og retningslinjer, og arbeidet på en mer koordinert og rasjonell måte med en riktigere arbeidsfordeling. Mange prosjekter hadde hatt *kompetanseutvikling* som et formål og hadde lykkes med dette. Kompetanseutvekslingen gjaldt både mellom ansatte i ulike tjenester og mellom ansatte og brukere. Også de som ikke hadde definert dette som et formål rapporterte om en middels utvikling av kompetanse. *Omorganisering* ble beskrevet som den vanligste hemmende faktoren. Det samme gjaldt *lederskifte*, og flere prosjekter ble stanset eller utsatt på grunn av disse to faktorene. Dårlig *forankring* hemmet også en fjerdedel av prosjektene. Nøkklene til god forankring ble forstått som systematisk, tidkrevende arbeid gjennom hele prosjektet for at alle deltakende parter skulle ha et eierforhold og være aktivt involvert. Lederne spilte en avgjørende rolle for prosjektene, og spesielt topplederne hadde stor betydning. Men også de andre ledernivåene kunne hemme eller fremme prosjektet, avhengig av om de prioriterte bruk av ressurser og viste aktiv støtte gjennom sin væremåte og sine handlinger.



*Prosjektlederen* var en fremmede faktor for å lykkes med arbeidet, som rollemodell og inspirator som lykkes ved å legge til rette for innspill og engasjement fra alle parter, samt sørge for systematikk og struktur. *Brukermedvirkning* var også en viktig fremmede faktor. De beste prosjektene hadde i større grad hatt med brukerne, hadde brukt dem mest systematisk og bredt, og definerte dem til å ha nøkkelroller med stor betydning. *Dårlig kultur og konflikter* var hemmende faktor i noen prosjekter, men mange hadde lykkes i å utvikle en samhandlingskultur preget av likeverd, tillit og respekt. Prosjektene hadde i stor grad utviklet en slik kultur uavhengig av om de hadde det som formål eller ikke. Manglende kompetanse i *forbedringsmetodikk* ble oppgitt som en hemmende faktor, og i mange av prosjektene visste en ikke at det fantes slike verktøy og metoder. Forbedringsmetodikk ble beskrevet som fremmede av noen ved at det ga hjelp til å lede prosessen gjennom de ulike fasene, kartlegge prosessene og dokumentere resultatene. Ressurser i form av eksterne midler, prioritert tid fra topplederne, samt tilstrekkelig personell var faktorer som var fremmede.

KS har satt i gang flere utredninger for å få mer kunnskap om både effekter og viktige utfordringer knyttet til reformen. Det favner blant annet tema som helsefagutdanning, endret praksis ved pasientutskrivninger, velferdsteknologi og prioriteringsutfordringer. Denne undersøkelsen er en del av denne satsingen, og har samhandlingstiltak i storbyene som tema.



## 2. De store bykommunene som arena for utvikling av samhandlingstiltak

### 2.1 Innledning

Kommunestrukturen i Norge – med kommuner varierende i størrelse fra godt under 1000 innbyggere til Oslo med sine vel 600.000 – representerer ulike utfordringer med hensyn til samhandling mellom kommuner og helseforetak. Storbyenes spesielle befolkningsmessige, administrative og organisatoriske egenskaper må antas å ha betydning både for hva slags samhandlingstiltak som bygges opp, og hvilke utfordringer de møter. Agendas kartlegging (Agenda 2010) gir ingen systematisk drøfting av forholdet mellom kommunestruktur og samhandlingsmodeller, men mange av de eksemplene som nevnes er basert på bilateralt samarbeid mellom sykehus og større vertskommuner, for Oslos vedkommende gjerne også bydelsvis.

### 2.2 Strukturelle forhold

I forhold til mindre kommuner har de store bykommunene mange egenskaper som kan tenkes å gi særlige fortrinn som arena for utvikling av samhandlingstiltak vis a vis spesialisthelsetjenesten:

- De store kommunene er vertskommuner for sykehus. Korte avstander mellom samarbeidspartnere forenkler betingelsene for praktisk samarbeid.
- De store kommunene har mer administrative og organisatoriske ressurser for etablering av samarbeidstiltak enn mindre.
- De store kommunene representerer befolkningskonsentrasjoner som gir et tilstrekkelig grunnlag for samarbeidstiltak som krever et visst befolkningsunderlag.

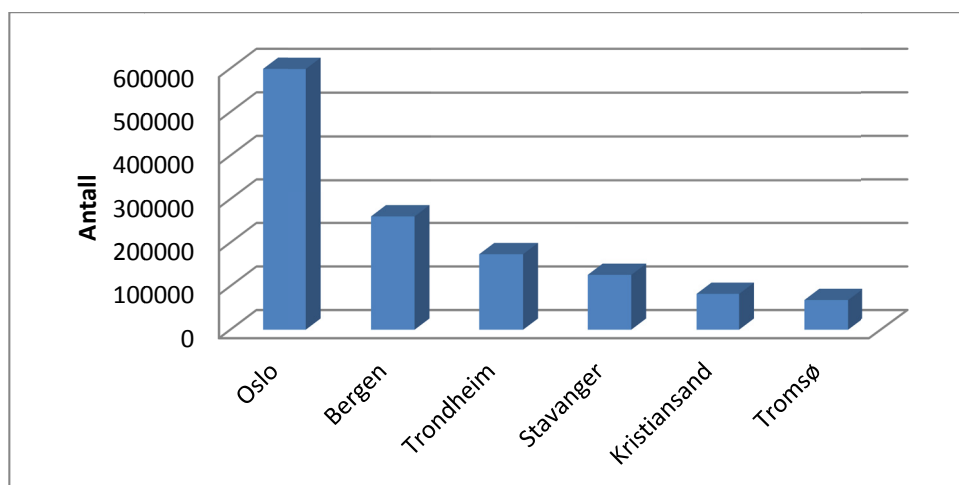
Sykehusenes vertskommuner har mange formelle og uformelle kontaktpunkter med spesialisthelsetjenesten, både på det praktisk utøvende og på det administrative nivå. Kommunalt omsorgspersonell i større kommuner har mange steder et velutviklet praktisk samarbeid med pleiepersonellet i sykehuset, blant annet gjennom møter og samtaler i tilknytning til utskrivning av omsorgstrengende pasienter (Paulsen og Grimsmo 2008). Slike møteplasser kan danne utgangspunkt for utvikling av mer formaliserte, omfattende og varige ordninger. Samtidig er de store kommunene store systemer – også rent administrativt. Gode administrative ressurser i det kommunale systemet kan være avgjørende for å sikre gode avtaler som er godt forankret på alle nivå, som grunnlag for iverksetting av varige tiltak med god oppslutning i det kommunale systemet (Kalseth og Paulsen 2008, PriceWaterhouseCoopers 2010).

### 2.3 Demografi og helsetjenesteforbruk

Storkommunens befolkningstetthet kan i seg selv være en viktig faktor. Mange av de tiltakene som er nevnt i Samhandlingsmeldinga krever et visst befolkningsunderlag for at de skal være regningssvarende. Det må være tilstrekkelig mange mennesker i det aktuelle området til at intermediære senger er fullt belagt, at evt. ambulerende spesialister får sine timeplaner fylt opp, at tilsatt personell ellers kan utnytte sin tid effektivt, og at bygninger og andre ressurser lar seg utnytte på en effektiv og kostnadmessig hensiktsmessig måte. Der befolkningsunderlaget er for

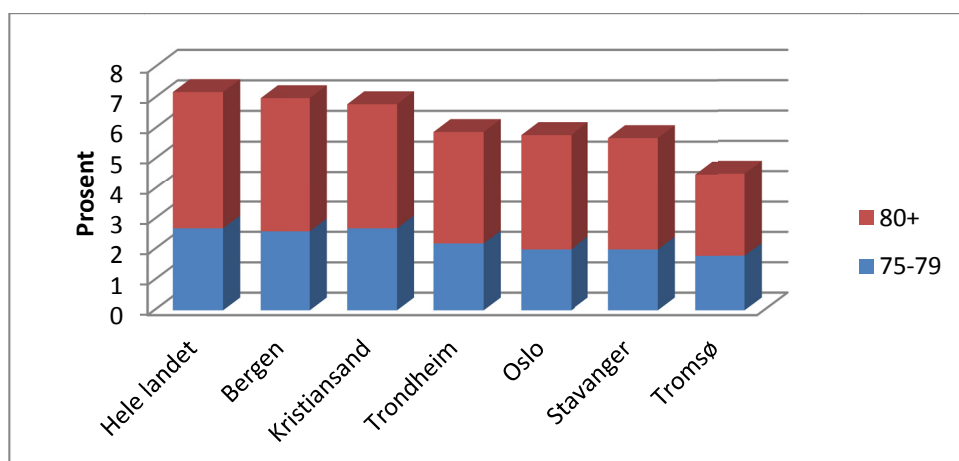
lite vil slike tiltak kunne medføre store reiseavstander for befolkningen eller for tjenesteyterne, og kanskje også dårlig forankring i lokale strukturer. I en storby derimot vil i mange tilfeller en bydel kunne være et tilstrekkelig befolknings-underlag for slike tiltak.

Fellesbetegnelsen storby dekker over store forskjeller, men innebærer også viktige likhetstrekk. Befolkningsskonsentrasjon er ett viktig stikkord. Figur 2-1 viser folketallet i de seks kommunene. Mens Oslo har rundt 600.000 innbyggere, har Tromsø knapt 70.000. og Kristiansand vel 80.000. På den annen side har Oslo 15 administrative bydeler med befolkningsunderlag fra under 30.000 til vel 50.000 med stor grad av selvstendighet.



Figur 2-1 Folketallet i byene i utvalget 2011. Kilde SSB

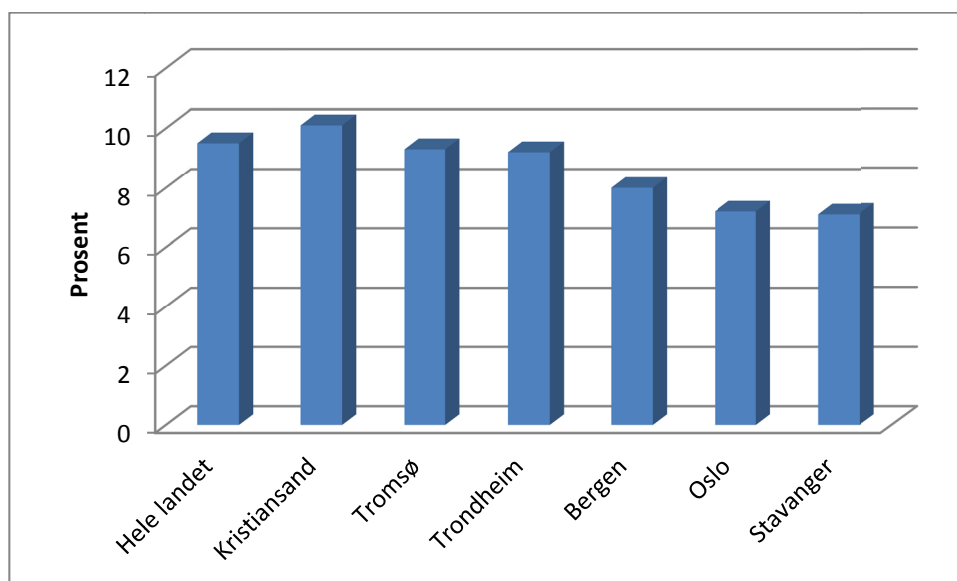
Norge har en aldrende befolkning. Et stort innslag av eldre vil bidra til å legge større press både på kommunale ressurser og på helseforetakene.



Figur 2-2 Andel eldre i byene i utvalget 2011. Prosent av total befolkning. Kilde SSB

Figur 2-2 viser det relative innslaget av eldre. Felles for de seks aktuelle kommunene er at de har en noe yngre befolkning enn landet ellers, mest utpreget for Tromsø. Men også de befolkningstunge kommunene Oslo, Trondheim og Stavanger har en betydelig yngre befolkning enn landet ellers.

Befolkningssammensetningen har betydning for sykehusforbruket – men alderssammensetningen i befolkningen er ikke den eneste forklaringen på slike variasjoner (Huseby og Kalseth 2001).



**Figur 2-3 Sykehusinnleggelser per 1000 innbyggere i kommunene i utvalget 2010. Kilde: Folkehelseinstituttet, kommunehelsen**

Mens Kristiansand, Tromsø og Trondheim har et sykehusforbruk omtrent tilsvarende landet ellers, har de tre andre kommunene et sykehusforbruk betydelig under landsgjennomsnittet. Variasjoner i sykehusforbruk har blant annet sammenheng med innslaget av eldre i befolkningen (Huseby og Kalseth 2001) Dette er imidlertid ingen entydig sammenheng. Vi ser f.eks. at Tromsø, med sin relativt unge befolkning, har et betydelig høyere sykehusforbruk enn Oslo, Bergen og Stavanger.

**Tabell 2.1 brukere av pleie- og omsorgstjenester per 1 000 innbyggere, 2009. Kilde: SSB**

|   | Oslo  | Kristiansand | Stavanger | Bergen | Trondheim | Tromsø | Landet |
|---|-------|--------------|-----------|--------|-----------|--------|--------|
| <b>Bare praktisk bistand</b>                    | 11,26 | 8,25         | 7,71      | 10,11  | 7,76      | 6,65   | 9,33   |
| <b>Bare hjemmesykepleie</b>                     | 7,57  | 16,14        | 8,91      | 9,93   | 4,67      | 7,5    | 13,68  |
| <b>Både praktisk bistand og hjemmesykepleie</b> | 9,47  | 13,57        | 11,43     | 13,65  | 13,06     | 9,86   | 12,9   |
| <b>Tidsbegrenset opphold i institusjon</b>      | 1,69  | 1,19         | 3,68      | 1,78   | 3,38      | 1,13   | 1,98   |
| <b>Langtidsopphold i institusjon</b>            | 7,98  | 6,59         | 7,81      | 8,25   | 6,53      | 4,45   | 7,16   |

Det er klare ulikheter mellom de seks kommunene med hensyn til kapasitet i omsorgstjenesten, og måten den brukes på. Tromsø skiller seg fra de andre fem ved klart lavere institusjonsdekning, og moderat nivå også på bruken av åpen omsorg. Det reflekterer at denne kommunen har et mindre

innslag av eldre enn de andre. Bergen har flest institusjonsplasser og mange brukere i åpen omsorg. Stavanger og Trondheim har det høyeste antallet korttidsplasser i institusjoner.

## 2.4 Oppsummering

Store kommuner representerer befolkningsmessige tyngdepunkter, og har store økonomiske og administrative ressurser. I tillegg er de vertskommuner for store sykehus. Vi antar at dette gir spesielle forutsetninger for å drive fram samhandlingstiltak som krever et visst befolkningsmessig underlag og stiller store krav til planleggings- og utviklingskompetanse. Spennvidden er imidlertid stor – fra Oslo med sine 600.000 innbyggere til Tromsø med knapt 70.000. Rent demografisk er de større kommunene karakterisert ved at de har en yngre befolkning enn landet ellers. Vi finner imidlertid ikke entydige effekter av dette når det gjelder sykehusforbruk og forbruk av kommunale omsorgstjenester. Blant de store kommunene finner vi både eksempler på sykehusforbruk på landsgjennomsnittet, og eksempler på lavere forbruk enn landet for øvrig. Videre finner vi blant de seks kommunene forbruksmønstre i kommunal omsorg som for enkelte kommuner ligger betydelig over landsgjennomsnittet. Med sin størrelse, administrative kapasitet og sin yngre befolkning er de store kommunene i en særstilling i forhold til andre kommuner. Men når det gjelder forbruksindikatorer for sykehustjenester og kommunal omsorg er imidlertid forskjellene mindre entydige.

### 3. Samarbeidstiltak i storbyer - en beskrivelse og en typologi

#### 3.1 Innledning

Begrepet "samhandlingstiltak" rommer det meste, og er definisjonsmessig uskarpt. De tidligste samhandlingstiltakene hadde gjerne et svært lokalt utgangspunkt, varierende forvaltningsmessig forankring, usikker økonomi, og var preget av arbeidsformer som ble utviklet og tilpasset gjennom lokale prosesser. På et overordnet nivå kunne denne skogen av lokale tiltak fremstå som lite oversiktlig. Dersom vi skal klare å nyttiggjøre oss de erfaringer som gjøres, og muliggjøre en bred erfaringsoverføring fra de som utvikler samhandlingstiltak til alle deler av helsetjenesten, har vi behov for en systematisk oversikt over hva slags samhandlingstiltak vi har og hva slags bidrag de kan gi til utvikling av helsetjenesten. I dette kapitlet vil vi gå gjennom etablerte samhandlingstiltak i de store byene. Formålet er å sammenfatte viktige, overordnede karakteristika, og på grunnlag av fellestrekk og ulikheter avgrense ulike typer samhandlingsløsninger.

#### 3.2 Inklusjonskriterier

Vår kartlegging er basert på to inklusjonskriterier:

- Aktive tiltak med innretning mot pasienter med langvarige og sammensatte behov.
- Samhandlingstiltak med god forankring både i den aktuelle kommunen og i det aktuelle helseforetaket.

Vi har lagt hovedvekten på praktiske samhandlingstiltak på tjenestenivået. Det betyr at vi i liten grad omtaler overordnede samarbeidsorganer eller generelle administrative tiltak. Kriteriet om god forankring både i kommune og helseforetak innebærer at mange prosjekter med samhandlingsperspektiver innebygget kan falle utenfor vår undersøkelse. I alle kommunene finner vi f.eks. prosjekter der den aktuelle kommunen bare er en av mange kommuner i sykehusets opptaksområde, og der forankringen til den enkelte kommunen kan være svak. Eksempler på dette kan være retningslinjer, anbefalinger og råd fra avdelingene i sykehuset om hvordan pasienter med bestemte behov skal følges opp. Slike tiltak har en lang tradisjon i norske sykehus. Innretningen er ofte generell i formen og orientert mot alle kommunene i det aktuelle området. Andre eksempler er forskningsprosjekter initiert av universitetene, der kommunene og helseforetakene kan spille en forholdsvis passiv rolle som arena for en undersøkelse eller utprøving av bestemte metoder. Vi finner også eksempler på at kommuner og helseforetak kan fungere som utprøvsarena for statlige utviklingsprosjekter, f.eks. innenfor IT-sektoren. Alle de prosjektypene som her er nevnt kan gi viktige bidrag til det omfattende utviklingsarbeidet som foregår på denne sektoren, men faller ut fra sin innretning utenfor inklusjonskriteriene i denne undersøkelsen.

Vår undersøkelse er gjennomført høsten 2012. Vårt utvalg gir oss en tverrsnittsbeskrivelse av aktive tiltak i kommunene på dette bestemte tidspunktet. Til en hver tid vil det være samhandlings-prosjekter i svært ulike utviklingsfaser. Noen er i en tidlig prosjekteringsfase, noen i

en oppstarts-fase, mens andre er vel innarbeidet i virksomheten og i ferd med å gå over i en fast driftsfase. Målet vil være at et vellykket tiltak, etter utprøving, blir en del av den faste virksomheten:

*"Det som jeg synes er viktig er at det å samhandle med kommuner og bydeler – det skal ikke være noe prosjekt. Det vi jobber med er å få dette til å bli en integrert del av sykehusets arbeid i klinikken. De viktigste samarbeidsprosjektene, for å kalle dem det, er hos oss ikke prosjekter. Vi har prøvd ut slike prosjekter, men så er det utviklet mer som en del av driften. " (Intervju, samhandlingsavdeling, sykehus)*

Mange av de samhandlingstiltakene vi har undersøkt er prosjektorganiserte. Et kjennetegn ved prosjekter er at de gjerne er kortlivede. De skapes, iverksettes, drives en stund på midlertidig basis som et prøve- eller utviklingsprosjekt, ofte med en midlertidig finansiering, og avsluttes som prosjekt. Prosjektavslutningene kan ha ulike utfall. Mange av de mest vellykkede prosjektene etablerer seg som en fast virksomhet eller arbeidsmåte, får en fast finansiering, og blir en del av den alminnelige driften. Prosjekter som innarbeides som en rutinemessig del av driften i sykehus og kommuner er ikke alltid så lett å få øye på. Prosjektlederen får andre oppgaver, tiltaket mister sitt prosjektnavn, blir oppfattet som en selvfølgelig del av virksomheten, og blir på mange måter usynlig. Samhandlingsfremmende aktiviteter har lenge vært en del av hverdagen i norsk helsetjeneste, men i den dagsaktuelle situasjonen er det mer fokus på visse typer prosjekter enn andre.

Både variasjoner i samhandlingstiltakenes organisasjon, en metode basert på nøkkelinformanter, og kravet om god praktisk forankring i kommune og helseforetak kan føre til at tiltak som naturlig ville hørte hjemme i en slik oversikt ikke er fanget opp. Vårt hovedformål er imidlertid ikke å gi en fullstendig beskrivelse av samhandlingsrelatert virksomhet knyttet til den enkelte kommune, men å prøve å få fram en tilstrekkelig oversikt til å beskrive de viktigste hovedtyper av samhandlingstiltak slik de fremstår i dag.

Tabellen helt bakerst i dette kapitlet gir summariske beskrivelser av de enkelttiltak som ble fanget opp i vår kartlegging, og som grunnlag for utvikling av en typologi over samhandlingstiltak. For mange av tiltakene som er omtalt her finnes omfattende dokumentasjon i form av evalueringsrapporter eller annet. Henvisninger til slik dokumentasjon er gitt i litteraturlisten bakerst i rapporten.

Innledningsvis vil vi gjøre en drøfting av hva slags kriterier som vil være viktig i en slik inndeling, med referanse til de tiltakene vi har undersøkt. Deretter vil vi prøve å samle de konkrete tiltakene i hovedkategorier, som grunnlag for typeinndeling.

### 3.3 Tiltakenes hovedinnretning

Vår undersøkelse er avgrenset til å omfatte tiltak som er innrettet mot pasienter med sammensatte og langvarige behov. De trenger ulike typer hjelp, og trenger et tilbud som er velkoordinert og kontinuerlig.

Det er mange ulike grupper blant det vi har kalt brukere med langvarige og sammensatte behov. Et viktig hovedskille går mellom somatikk og psykiatri. I den spesialiserte helsetjenesten behandles somatiske pasienter og psykisk syke innenfor ulikt organiserte tilbud, og har svært ulike tilknytninger til helsetjenesten hva gjelder varighet og type tilbud. Det er derfor naturlig å skille mellom disse to hovedgruppene pasienter når det lages en samlet oversikt over tiltak. I tilknytning til hver av disse hovedgruppene av pasienter finner vi prosjekter med svært ulike innretning og formål:

- **Direkte pasientrettede tiltak.** Dette er tiltak som er karakterisert ved at de arbeider nært pasienten. Formålet er å organisere personell og andre ressurser rundt pasienter som trenger sammensatte og langvarige tilbud slik at de opplever kvalitet og kontinuitet i helsetjenestens behandlingstilbud. Aktuelle eksempler på dette kan være ulike former for etterbehandlingstilbud etter utskrivning, innrettet mot pasienten som trenger hjelp til å klare seg i eget hjem.
- **Personellrettede tiltak.** Kompetanseutvikling. Mange pasientrettede tiltak har et indirekte forhold til brukerne, og er primært innrettet mot å styrke kompetansen til de som arbeider i det direkte pasientrettede arbeidet. Typiske eksempler her er hospiteringsordninger mellom helseforetak og kommunal omsorgstjeneste, med utgangspunkt i tanken om at gjensidig kjennskap til hverandres arbeidssituasjon gir et bedre totalresultat for pasienten. Andre eksempler er opplærings- og konsultasjonsordninger, der f.eks. spesialiserte sykepleiere eller annet klinisk personell kurser og veileder omsorgspersonell i kommunene for deres arbeid med bestemte pasientgrupper.
- **Systemrettede tiltak.** Koordinerings- og samhandlingstiltak på det organisatoriske planet med formål å styre aktiviteten på det pasientrettede planet slik at tilbudet til pasientene blir mest mulig sammenhengende og utnytter ressursene på en effektiv måte. Viktige eksempler er f.eks. koordinerende enheter som skal bidra til å koble relevante pasientrettede tiltak mellom helseforetakenes tilbud og kommunale tjenester. Andre eksempler kan være utvikling av elektroniske kommunikasjonssystemer, som skal bidra til raskere overføring av viktig informasjon mellom viktige aktører i et pasientforløp.

De personellrettede og systemrettede tiltakene er gjerne ikke særlig synlige for pasientene selv, men er ofte utviklingstiltak av stor betydning for det tilbudet pasienten faktisk opplever. Vi har derfor lagt vekt på å inkludere viktige eksempler på slike tiltak i oversikten.

### 3.4 Formål

Tiltakets formål er et viktig kriterium for en typeinndeling. Alle tiltak har et formål. Det er knyttet til hva slags pasientgrupper man vil gi et forbedret tilbud, og hva dette skal innebære for den aktuelle pasientgruppen. Det kan uttrykkes som bedre livskvalitet for pasienter med kroniske sykdommer eller hjelp til å bevare eller forbedre funksjonsnivå. I andre tilfeller kan den antatte effekten være mer indirekte ved at man gjennom kompetanseutvikling skal sette personellet i stand til å gi et bedre og mer integrert tilbud til den enkelte pasient.

### 3.5 Arbeidsform

Kriteriet arbeidsform sier noe om hvordan man konkret arbeider for å realisere tiltakets formål. I organisasjonslitteraturen karakteriseres ofte organisasjoner gjennom sine kjerneaktiviteter. Med det menes arbeidsmåter og samarbeidsmåter mellom de aktørene som inngår i tiltaket. Et intermediært tiltak for etterbehandling av sykehuspasienter kan være basert på midlertidige innleggelse i en teknisk og bemanningsmessig spesielt utrustet sykehjemsavdeling, der det arbeides for å nå visse mål. Kompetanseutviklingstiltak kan være basert på møtevirksomhet, på hospiteringsordninger eller på bestemte former for samarbeid rundt en pasient. Arbeidsformen er nært knyttet til tiltakets formål, og dreier seg om hvilke ressurser og organisatoriske løsninger som settes inn for å nå det aktuelle målet.

### 3.6 Organisatorisk forankring

Samhandlingstiltak kan ha svært ulik grad av formalisering, og ulik organisatorisk fotfeste. Hovedskillet går mellom tiltak som:

- Organiseres og driftes i felleskap av kommune og helseforetak
- Organiseres og driftes av kommunen
- Organiseres og driftes av helseforetaket

I noen tilfeller har viktige samhandlingstiltak lite formaliserte organisatoriske overbygninger. Tradisjonelt har vi mange eksempler på samhandlingstiltak initiert av fagmiljøene i de kliniske avdelingene, som i sin daglige virksomhet opplever behov for å utvikle en bedre praksis i oppfølging av bestemte pasientgrupper i kommunehelsetjenesten, og utvikler arbeidsformer i sine nettverk med kommunalt helse- og omsorgspersonell som gir gode samspill mellom sykehus og kommune. Ofte har slike samarbeidstiltak en forholdsvis svak overbygning, kan mangle formaliserte avtaler, og opprettholdes i personlig pregede samarbeidsforhold.

### 3.7 Finansiering

I utgangspunktet er det naturlig å tenke seg samhandlingstiltak som en felles oppgave, finansiert i en form for kostnadsdeling mellom de samarbeidende parter. Slik er det ikke. Tiltak for å styrke samhandlingen og øke graden av sømløshet i pasienttilbudet kan tenkes finansiert på mange måter:

- Spleiselag, der de samarbeidende parter inngår avtale om en kostnadsdeling
- Tiltak finansiert av kommunen
- Tiltak finansiert av helseforetaket
- Tiltak i hovedsak basert på eksterne midler. Det kan være statlige tilskudd fra departement, direktorat eller forskningsråd

Til hver av disse kan det tenkes tilleggsfinansiering fra andre kilder som samarbeidende kommuner eller brukerbetaling.



### 3.8 Hvor kom initiativet fra?

En kartlegging av hvem som tar initiativ til ulike tiltak kan si oss noe om hvor behovet for igangsetting oppleves sterkest. Vi vil derfor bruke initiativfordelingen bak tiltakene som et kriterium. Det er imidlertid ikke alltid klart hvem som tok det første steget, og det er derfor ikke alltid våre informanter kan gi oss sikre svar. Noen tiltak kan vokse fram og få oppslutning uten en klar opphavsperson. Andre har et klart fotfeste i et fagmiljø, i en aktiv administrasjon i kommune eller sykehus, fra det politiske miljøet i en kommune, eller gjennom statlige og andre føringer utenfra. Noen har et typisk nedenfra og opp preg, som der et aktivt fagmiljø klarer å formulere og få støtte for tiltak som går på tvers av organisasjonene. Andre tiltak har et mer ovenfra og ned preg. Eksempler i denne sammenhengen kan være tiltak som kommer i form av pålegg gjennom oppdragsdokumenter fra HOD til de regionale helseforetakene, eller fra regionale helseforetak til de enkelte foretak.

### 3.9 Sammenfattende tabell

Tabell 3-2, bakerst i dette kapitlet, gir en enkeltvis beskrivelse av de tiltakene vi har undersøkt, basert på utvalgte kriterier. På grunnlag av denne oversikten har vi trukket sammen grupper av tiltak med visse fellestrekk, basert på formål og arbeidsform. Hver gruppe er gitt en typebetegnelse, med utgangspunkt i sentrale kjennetegn. Mange av tiltakstypene finner vi igjen i flere av kommunene.

De viktigste hovedgruppene av tiltak, slik det fremkommer av totaloversikten bakerst i dette kapitlet er vist i tabell 3-1. Vi har organisert tabellen etter pasientgruppe og hovedinnretning, og bygger de spesifikke betegnelsene på en vurdering av formål og organisering. Noen tiltakstyper har en felles innretning mot både somatikk og psykiatri. I tabellen er dette markert med en tverrgående felles rute.

**Tabell 3-1 Hovedtyper samhandlingstiltak i de 6 bykommunene høsten 2012**

|                                      | <b>Somatikk</b>  | <b>Psykisk helsearbeid</b>   |
|--------------------------------------|--|--|
| <b>Direkte pasientrettede Tiltak</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermediære enheter</li> <li>• Palliative enheter</li> <li>• Samordnet oppfølging av bestemte pasientgrupper</li> <li>• Ambulante team</li> <li>• Pasientopplæring: Lærings- og mestringssentre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etterbehandling etter utskrivning</li> <li>• Oppsøkende team</li> <li>• Akuttsenger for observasjon og diagnose i kommunen</li> </ul> |
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Akuttsenger for observasjon og diagnose i kommunen</li> </ul>   |  |
| <b>Personellrettede tiltak</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjensidige hospiteringsordninger sykehus/kommunal omsorgstjeneste</li> <li>• Kombinasjonsstillinger delt mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles opplæringstiltak for spesielle pasientgrupper</li> </ul>   |
| <b>Systemrettede tiltak</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak for bedre samhandling ved pasientutskrivninger</li> <li>• Støtteverktøy for pasientforløp</li> <li>• Ambulant prøvetaking</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak for bedre samhandling ved pasientutskrivninger</li> </ul>  |
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Koordinerende enheter</li> </ul>  |  |

Vi finner de fleste tiltakene på somatikk-siden, og mange av disse har en klar innretning mot omsorgstrengende eldre pasienter. De har i særlig grad behov for koordinering av tiltak på ulike nivå. Intermediære tiltak, etterbehandlingsenheter, kompetanseutviklende tiltak for omsorgstjenestene, og systematiske utviklingstiltak for å styrke kvaliteten i samspillet mellom sykehus og kommunal omsorg i utskrivningsprosessen for omsorgstrengende pasienter er viktige eksempler.

Noen tiltak finner vi igjen i de fleste av de aktuelle kommunene. Det gjelder f.eks. intermediære enheter/etterbehandlinger i somatikk og psykiatri, palliative enheter og oppsøkende team (ACT-team<sup>1</sup>) for hjemmeboende psykiatriske pasienter. Det er mange grunner til at visse modeller får en stor utbredelse. En åpenbar forklaring er at kommunene inspirerer hverandre. I mange av intervjuene ble det vist til eksempler fra andre kommuner som modell for egne tiltak. Spesielt

<sup>1</sup> ACT-team (Assertive Community Treatment) er aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber tverrfaglig og på tvers av flere sektorer, basert på et tett samarbeid mellom kommunene og distriktpsykiatriske sentra. ACT-teamene skal drive oppsøkende virksomhet mot målgruppen, enten de er hjemme, på jobb eller i skole. Teamene skal ha en oppsøkende og pågående arbeidsform, god bemanning og gi økt kontakt med pasienten (daglig eller ukentlig). Det vil også bli lagt vekt på oppfølging av medikasjon, familiestøtte og samarbeid med andre aktører. Teamene skal også kunne bidra til stabilisering av kriser og yte langvarig støtte. (Fra pressemelding fra HOD 24/6 2009 om opprettelse av ACT-team.)

uttalt er dette når det gjelder intermediære enheter/etterbehandlingsenheter, der det vanligvis refereres til den såkalte "Søbstadmodellen". Den ble etablert i Trondheim tidlig på 2000 tallet, og har vært en premisslegger for tilsvarende tiltak i andre kommuner. I ett av intervjuene ble det også nevnt at Søbstadmodellen har inspirert også etterbehandlingsenheter på psykiatrisiden, der opptrening for et liv i eget hjem etter lengre tids sykehusopphold er en viktig målsetting. For andre tiltakstyper kan forklaringen på stor utbredelse være statlige støtte- og stimulerings tiltak. Det gjelder blant annet ACT-teamene, der våre informanter viste til statlige stimulerings tiltak som hovedårsak til kommunene etablerte slike team.

Bare en av kommunene rapporterer igangsatt arbeid med lærings- og mestringssenter, som gjennom opplæring skal bidra til bedre livskvalitet for kroniske pasienter. Dette er et sentralt tiltak i samhandlingsreformen, og vi må anta at de første sentrene som etableres får stor betydning for utvikling av gode modeller for slike sentre.

En stor del av tiltakene befinner seg på det vi kan kalle utskrivningssiden i pasientforløpet. Det er tiltak som er innrettet mot å ivareta pasienten i utskrivningsfasen. Oppfølgingstiltak i eget hjem for pasienter med kroniske lidelser er også en stor gruppe. Vi finner få eksempler på tiltak innrettet mot observasjon og diagnostikk i kommunene forut for eller i stedet for sykehusinnleggelse, eksemplifisert med f.eks. observasjons-/akuttsenger ved Bergen legevakt og observasjonsposten ved Oslo legevakt. Vi må anta at andelen slike tiltak vil øke i tiden fram mot 2016, i tråd med Samhandlingsreformens forutsetning om at kommunene da skal ha igangsatt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Etablering av slike tilbud vil utfordre kommunene både kompetansemessig og samhandlingsmessig, og det er rimelig å anta at vi også på dette området vil få en periode med aktiv modellutvikling i kommunene fram mot 2016 da dette skal være et obligatorisk tiltak.

Vår oversikt gir et øyeblikksbilde høsten 2012 av et aktivt utviklingsarbeid av samhandlingsløsninger mellom helsetjenester på kommunalt og spesialisert nivå i Norge. Dette bildet vil ganske sikkert endres drastisk i årene som kommer, der noen tiltakstyper vi enda ikke har sett vil vokse fram, og der de vi har kunnet beskrive i dag vil gjennomgå endringer og tilpasninger for å møte de utfordringer helsetjenestene står overfor.

| <b>Direkte pasientrettede tiltak: Somatikk</b>                  |   |  |  |  |                              |  |
|---|---|--|--|--|------------------------------|--|
| <b>Tiltak</b>   | <b>Formål</b>   | <b>Arbeidsform</b>   | <b>Organisatorisk forankring</b>                       | <b>Finansiering</b>  | <b>Initiativ</b>             | <b>Status</b>  |
| <b>Intermediær avdeling/etterbehandlingsavdeling, Trondheim</b> | Gi pasienter med store behov ved utskrivning fra sykehus et tilbud etter ferdigbehandling, for å lette overgang til kommunal omsorg. Hovedfokus: Styrket funksjon | 20 plasser ved etterbehandlingsavdeling i tilknytning til et sykehjem. 14 dager opphold. Forsterket med spesialister fra sykehuset | Stillinger forankret i henholdsvis kommune og sykehus. | Delt finansiering sykehus/kommune.   | Kommunal helseadministrasjon | Oppstart 2002 som et prøveprosjekt. Målsetting å bli et fast tiltak. |
| <b>Intermediær enhet, Bergen</b>                                | Utskrevne fra sykehus. Opprinnelig medisinske, etter hvert også ortopediske pasienter.  | 19 plasser   | Bergen kommune og Helse Bergen                         | Delt finansiering HF og kommune  |                              | Evaluert to ganger, sist i 2012, fortsetter minst ut 2013            |
| <b>Intermediær enhet, Stavanger</b>                             | Medisinsk oppfølging i overgangen mellom sykehus og kommune.  | 12 plasser   | Stavanger kommune og Sykehuset                         | Deling, SUS 1 legeårsverk, ikke bidratt i 2012, ekstra fra kommunen, fysioterapeut og 1,5 sykepleier |                              | Fortsetter minst ut 2013   |

|   |  |   |   |  |   |   |
|---|--|---|---|--|---|---|
| <b>Tre intermediær avdelinger/ spesialiserte korttidsenhet Oslo</b> | Færre reinnleggelser i sykehus. Redusert behov for rehabilitering<br>Mindre behov for bistand i eget hjem<br>Kortere liggetid i sykehus.   | Tilbud til somatiske pasienter over 60 år form av pleie, behandling og rehabilitering i overgangen mellom første - og annenlinjetjenesten.<br>Mål at pasient skrives ut til eget hjem etter opphold | Legeressurser fra sykehus. Øvrig personale fra kommune/bydel  | Kommunen kostnadene ved ordinære sykehjems plasser, sykehusene dekker overskytende | Kommune   | 2009-2013   |
| <b>Palliativ enhet, Trondheim</b>                                   | Lindrende behandling for pasienter med kort forventet levetid, i hovedsak kreftpasienter.<br>Kompetanseutvikling kommunalt omsorgspersonell.<br>Prosjekt mål: Tilrettelegge for mer palliativ omsorg i pasientens eget hjem. | 8 senger tilknyttet et sykehjem. Sterkt faglig samarbeid mellom sykehus (Palliativ avdeling) og kommunalt omsorgspersonell.   | Driftsansvar kommunalt.<br>Kompetanseutvikling i samarbeid med spesial-personell tilsatt i sykehuset. | Tilskudd fra HOD. Ellers delt finansiering kommune/sykehus                         | Kommunal helse-administrasjon<br>Planen utviklet i samarbeids-grupper mellom kommune og sykehus | Startet 2002 som et utviklingsprosjekt. Gjennomgått mange endringer |
| <b>Palliativ enhet, Bergen</b>                                      | Palliativ oppfølging/ kompetanseutvikling  | Liverpool care pathways Tiltak for pasient med kort forventet levetid.,<br>Opplæring, etablere felles språk, lage rutinemapper  | Bergen kommune med undervisningssykehjemmet Løvåsen og Helse Bergen, Fjell og Kvam                    | Bygger på ressurser man har  |   | nov/des 2010, prosjekt ferdig 2012<br>Fast tiltak fra og med 2012   |
| <b>Ambulerende palliativ team til hjem og sykehjem Oslo</b>         | Målet er at pasientene skal klare seg lengst mulig hjemme (økt hjemmetid), og evt. dø "trygt" hjemme.  | Teamet rykker ut fra sykehuset, møter personale fra kommunehelsetjenesten for samhandling for pasientens beste  | Bydel Østensjø, Oslo<br>Universitets-sykehus, Sykehjemetaten  | Prosjektmidler fra Helse Sør-Øst   | Oslo<br>Universitetssykehus   | 01.mai 2013 – 30.apr 2014   |

|   |  |  |   |  |         |   |
|---|--|--|---|--|---------|---|
| <b>Palliativ enhet, Stavanger</b>   | Lindrende behandling til pasienter med kort forventet levetid  | ESAS symptomregistrering. Samhandling, kurs, møter, nettverk   | Felles kommunen og sykehuset            | se prosjektplan, Leder med 20%, assistent med 1/3 stilling, bygger på eksisterende for resten, palliativ enhet Boganes |         | Et prosjekt over tre år. Godkjent høst 2010     |
| <b>Rask diagnostikk/ behandling ved akutt/subakutt funksjonssvikt hos eldre. Oslo</b> | Begrense funksjonstap og sykdomsvarighet ved akutt/subakutt funksjonssvikt hos eldre                                       | Forbedre rutiner i hjemmetjenesten for observasjon/tiltak. Raskere oppfølging hos fastlege. Styrket samarbeid fastlege/sykehus   | Stillinger forankret i bydel og sykehus | Delt finansiering sykehus/kommune  | Sykehus | 2011- 2012                                      |
| <b>Ambulerende sykepleieteam. Oslo</b>  | Sikre god pasientbehandling der pasienten er   | Ambulerende sykepleietjenester, ved sykepleier fra spesialisthelsetjenesten. Kurs /rådgivning til personell i kommunehelsetjenesten. i   | 4 sykepleier-stillinger i sykehus       | Sykehus  | Sykehus | Oppstart 2010                                   |
| <b>Ambulerende sårteam Oslo</b>   | Oppsøkende virksomhet i et samarbeid mellom OUS, Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon, bydeler og sykehjemmetaten | Del 1: Ambulerende sårteam for immobile pasienter med kroniske sår ved sykehjem.<br>Del 2: Etablering av undervisnings- og veiledningsprogram innen sårbehandling for sykepleiere i hjemmetjenesten. | OUS, bydelene og kommunen               | Midler fra Samarbeidsutvalget Innkjøp av utstyr er dekket av prosjektbydelene, Sykehjemmetaten og OUS.                 | OUS     | 01.feb 2012 – 01.jun 2013                       |
| <b>Ambulante rehabiliteringsteam, Bergen</b>  | Hjemme-rehabilitering og dagrehabilitering   | 9 personer i arbeid, delt i fire distrikter, økes i 2013 til 12  | Kommunen. Helse Bergen, UiB             | Kommunen, Helse Bergen og UiB(Forskningsstøtte).   |         | Prosjekt 2009-2011. Fast tilbud fra og med 2012 |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
| <b>LAST;<br/>Langtidsoppfølging av pasienter med hjerneslag, Trondheim</b> | Øke funksjon og livskvalitet for pasienter etter hjerneslag.       | Jevnlig kontakt med pasienter etter at annen behandling/rehabilitering er avsluttet. Følger opp fysisk aktivitet/trening. Organisere treningsgrupper. |  |   | Felles initiativ på faglig nivå: Fysioterapienheten i kommunen, og forskere ved fysioterapihøgskolen og Universitet. | Oppstart 2003. Etter hvert organisert som et forskningsprosjekt. |
| <b>EVA-hip, Trondheim</b>  | Øke funksjon og livskvalitet for pasienter etter hofteoperasjoner. | Jevnlig kontakt med pasienter etter at annen behandling/rehabilitering er avsluttet. Følger opp fysisk aktivitet/trening. Organisere treningsgrupper. |  |   | Felles initiativ på faglig nivå: Fysioterapienheten i kommunen, geriatrisk avdeling og forskere ved Universitet      | Organisert som et pågående forskningsprosjekt                    |
| <b>Lærings- og mestringssenter, Trondheim</b>                              | Lære pasienter å leve best mulig med en kronisk lidelse            | Gruppebaserte lærings- og mestringkurs etter pedagogiske prinsipper.  |  | Felles planleggingsgruppe for kommune og helseforetak. Finansiering i driftsfasen uavklart. | Leder i kommunal helseadministrasjon   | Under planlegging  |

| <b>Direkte pasientrettede tiltak, Psykisk helsevern:</b> |  |  |   |   |  |   |
|--|--|--|---|---|--|---|
| <b>Tiltak</b>  | <b>Formål</b>  | <b>Arbeidsform</b>   | <b>Organisatorisk forankring</b>                                    | <b>Finansiering</b>   | <b>Initiativ</b>   | <b>Status</b>   |
| <b>Etterbehandling, psykisk helsevern, Trondheim</b>     | Observere nyutskrevne psykiatripasienter utenfor sykehuset og forberede for et liv i egen leilighet. Mål: Pasienten skal selv mestre livet sitt. | Opprettet 10 etterbeholdingsplasser og to trygghetsplasser for akutte behov. Tilsatt pedagog, sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleier.   | Kommunalt   | Støtte fra HOD i oppstartfasen. I det kommunale budsjettet i driftsfasen.     | Ledere i kommunal helseadministrasjon  | Prosjekt. Oppstart 2009. Forventes å bli et fast tiltak |
| <b>Etterbehandling psykisk helsevern og rus, Tromsø</b>  | Forberede nyutskrevne pasienter fra psykiatri eller rusbehandling for et liv i egen leilighet  | Det skal etableres en institusjon med et antall plasser, der innretning skal være opptrening for å møte dagliglivets krav. Skal inneholde trygghetsplasser for opptrening og krise/nattplasser for akutte behov. |   |   |  | Under planlegging                                       |
| <b>Etterbehandling, rus, Stavanger</b>                   | Tilbud til unge over 18 år.  | 9 hybler   | Kommune og helseforetak   |   |  |   |
| <b>PART: Psykiatrisk rehabiliterings-team, Trondheim</b> | Bidra til at psykiatriske pasienter kan bli boende i eget hjem.  | Bydelsorganisert. Oppsøkende team som arbeider i pasientens hjem. Gir behandling, og koordinerer kommunale hjelpetilbud .  | Faste stillinger i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunen | Personell i faste kommunale stillinger, og tilsvarende fra psykisk helsevern. | Basert på erfaringer i samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten | Oppstart 2004. Fast tiltak                              |



|   |   |  |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|---|--|
| <b>ACT: Oppsøkende Psykiatrisk behandlingsteam, Oslo</b>      | Bidra til at psykiatriske pasienter med liten evne til selv å søke hjelp kan bli boende i eget hjem                         | Bydelsorganisert. Oppsøkende team som arbeider i pasientens hjem. Gir behandling, og koordinerer kommunale hjelpetilbud.   | Stillinger forankret i bydel og DPS. Driftsansvaret ligger hos bydel          | Delt finansiering bydel/DPS  | Bydel   | Oppstart: 2009   |
| <b>ACT: Oppsøkende Psykiatrisk behandlingsteam, Trondheim</b> | Bidra til at psykiatriske pasienter med liten evne til selv å søke hjelp kan bli boende i eget hjem                         | Bydelsorganisert. Oppsøkende team som arbeider i pasientens hjem. Gir behandling, og koordinerer kommunale hjelpetilbud.   | Faste stillinger i henholdsvis spesialist-helsetjenesten og kommunen          | Statlig tilskudd, i tillegg til driftsmidler fra kommune og psykisk helsevern. |   | Oppstart 2009. Prosjekt som evalueres.                     |
| <b>ACT-team, Bergen</b>                                       | Bidra til at psykiatriske pasienter med liten evne til selv å søke hjelp kan bli boende i eget hjem                         | Bydelsorganisert. Oppsøkende team som arbeider i pasientens hjem, eller andre av pasientenes arenaer. Gir behandling, og koordinerer kommunale hjelpetilbud.               | Alle stillinger tilknyttet spesialisthelse-tjenesten.                         | Statlig tilskudd, i tillegg til driftsmidler fra kommune og psykisk helsevern  |   | Første bruker 2010. Antas å bli et fast tiltak             |
| <b>ACT-team Oslo</b>  | Tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser med tilleggsproblematikk i form av alvorlig rusmisbruk.                | Oppsøkende, tverrfaglig, også basistjenester. Psykolog og psykiater i tillegg til psykiatrisk sykepleier, sosionom, vernepleier og ergoterapeut. Miniteam for nye brukere. | Stillinger forankret i bydel og DPS. Bydel har driftsansvar for teamet.       | Delt finansiering bydel/ DPS.  | Bydel   | Varighet 2009-2015   |
| <b>ACT-team Kristiansand</b>                                  | Bidra til at mennesker med psykosediagnoser og en vanskelig livssituasjon får en meningsfull hverdag og bedre livskvalitet. | Oppsøkende tverrfaglig team som gir et helhetlig behandlings- og oppfølgingstilbud som inneholder tjenester fra begge forvaltningsnivå.                                    | Kommune og helseforetak. Stillinger tverrfaglig og tverrsektorielt forankret. | Statlig tilskudd, i tillegg til driftsmidler fra kommune og psykisk helsevern  | Basert på samarbeids-erfaringer mellom sykehus og kommune | Oppstart 2009. Vurderes implementert i fast drift fra 2013 |

|                                      |   |   |   |  |   |  |
|--------------------------------------|---|---|---|--|---|--|
| <b>Obs-team psykiatri, Stavanger</b> | Bidra til at psykiatriske pasienter med liten evne til selv å søke hjelp kan klare å leve i eget hjem   | Oppsøkende team som arbeider i pasientens hjem, eller andre av pasientenes arenaer. Gir behandling, tilbyr trening og hjelp for å klare livet i eget hjem, og koordinerer kommunale hjelpetilbud.                                 | Ansatte i faste stillinger i henholdsvis psykisk helsevern og kommunen. | Statlig tilskudd. I kombinasjon med driftsmidler fra kommune og psykisk helsevern. | Overordnet administrativt nivå i kommune og spesialisthelsetjenesten, med utgangspunkt i utlysning av statlige midler til prosjektstøtte. | Startet med statlig tilskudd som et utprøvningsprosjekt. Fast tiltak siden 2010. |
| <b>Dobbeltprosjektet Oslo</b>        | Kartlegging, tett, oppfølging og viderefremming av personer med dualproblematikk rus/psykiatri.   | Bistand til de som har en definert dobbelt-diagnose og til de med symptomer på dobbelt-diagnose. Råd og veiledning til det øvrige personalet. Et samarbeid spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringssenter og andre institusjoner | Organiseres og driftes i fellesskap av kommune/bydel og sykehus         | Midler fra Storbymidler psykisk helse  | Kommune   | Fra 2011   |
| <b>Min plan Oslo</b>                 | Bostedsløse med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddel-avheng. etablerer seg i varige bolig-løsninger med tilrettelagt oppfølging.   | Styrket oppfølging til bostedsløse med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengige som hjelpeapparatet ikke har klart å fange opp. Et samarbeid mellom NAV, LAR, HF, fastlege oa.  | Organiseres og driftes i fellesskap av kommune/bydel og sykehus         | Midler fra Storbymidler psykisk helse  | Kommune   | Utvikling 2005-2010. Fast fra 2010.  |
| <b>Veien videre Oslo</b>             | Hvordan beboere med utfordrende adferd og behov for oppfølging. fra kommune og spesialisthelsetjeneste, kan få et tilpasset, varig botilbud ved tettere samhandl på et sted over tid. | Forsterket boenhet for bostedsløse personer med utfordringer innenfor rus- adferd og psykiskhelse. Samarbeid mellom Helseforetak, NAV, DPS, ambulant team, fastleger, behandling sinstitusjoner.                                  | Organiseres og driftes i fellesskap av kommune/bydel og sykehus         | Midler fra Storbymidler psykisk helse  | Kommune   | Fra 2009   |

| <b>Personellrettede tiltak, somatikk: Kompetanseutvikling.</b>                  |  |  |                                  |   |                  |   |
|---|--|--|----------------------------------|---|------------------|---|
| <b>Tiltak</b>   | <b>Formål</b>  | <b>Arbeidsform</b>   | <b>Organisatorisk forankring</b> | <b>Finansiering</b>                             | <b>Initiativ</b> | <b>Status</b>   |
| <b>Gjensidige hospiteringsordninger Kristiansand.</b>                           | Heve kompetansen for ansatte som arbeider med syke gamle pasienter i kommune og helseforetak. For kommunehelsetjenesten: Styrke diagnosespesifikk kompetanse. For helseforetaket: Bedre forståelse av den generelle arbeidsmåten i omsorgstjenesten. | Gjensidige hospiteringsopphold av en ukes lengde to ganger i året. Etter planen skal dette tilbys alle ansatte i kommunale omsorgstjenester. I helseforetaket omfatter det visse utvalgte avdelinger (Lunge-, psykiatri og ortopedisk avdeling). |                                  | Ingen ekstra finansiering ut over vanlig drift. | Fagmiljø         | Oppstart 2007. Startet som utprøvningsprosjekt. I dag en fast ordning.                      |
| <b>Kombinasjonsstillinger delt mellom helseforetak og kommune. Kristiansand</b> | Heve kompetansen for ansatte som arbeider med syke gamle pasienter i kommune og helseforetak   | Tilby pleiepersonell tilsetninger i stillinger delt mellom helseforetak og kommunal omsorgstjeneste, fortrinnsvis i en 50/50 deling. I tillegg lyses det ut nye stillinger etter samme modell  |                                  | Over driftsbudsjett hos hver av partene.        |                  | Oppstart 2007. startet som et prøveprosjekt med statlige midler. Siden 2010 et fast tiltak. |

| <b>Personellrettede tiltak, psykisk helsearbeid: Kompetanseutvikling.</b>   |  |   |                                  |   |   |               |
|---|--|---|----------------------------------|---|---|---------------|
| <b>Tiltak</b>   | <b>Formål</b>  | <b>Arbeidsform</b>  | <b>Organisatorisk forankring</b> | <b>Finansiering</b>   | <b>Initiativ</b>                            | <b>Status</b> |
| <b>Tidlig intervensjon, urolige barn. Kristiansand.</b>                     | Styrke helsetjenestens evne til å fange opp barn med behov for psykisk oppfølging gjennom kompetanseutvikling for ansatte i kommunen, i barne- og ungdoms-psykiatrien i helseforetaket, samt avdeling for rus og avhengighetsbehandling. | Kurspakke som gjennomgås i samlinger til visse tidspunkter,                         | Kommunal helseadministrasjon     | Prosjektstøtte fra Helsedirektoratet, fra fylkeskommune og andre. | Fagpersonell i barne- og ungdomspsykiatrien | Oppstart 2011 |
| <b>Gjensidig hospitering for ansatte innen psykiatri og rusomsorg. Oslo</b> | Styrke samhandling og kompetanse hos personell i kommune og sykehus  | Alle fast ansatte i de aktuelle gruppene tilbys 10 arbeidsdager i hospitantstilling | Sykehus og kommune/bydeler       | Sykehus og kommune/bydeler  | Sykehus og kommune/bydeler                  | Oppstart 2010 |

| Systemrettede tiltak:   |   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|---|--|---|--|
| Tiltak  | Formål  | Arbeidsform   | Organisatorisk forankring               | Finansiering   | Initiativ                               | Status   |
| <b>Samhandlingskjeden, kronisk syke. Trondheim</b>                        | Tilrettelegge for samordnet samhandling for pasienter med langvarige behov  | Utvikling av et sett sjekklister for systematisk oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Elektronisk basert. | Kommunal helseadministrasjon            | Ingen ekstra ressurser   | Faglig initiativ v/ kommunal helseleder | Oppstart 2009. Evaluering under gjennomføring (PHD-grad) |
| <b>Behandlingslinjer for affektive lidelser Oslo</b>                      | Økt kompetanse og kapasitet til utredning og behandling i førstelinjen for de mest vanlige psykiske plagene og lidelsene (særlig angst og depresjon). | Supplere fastlegene med psykologer på legekantorene   | Bydel Søndre Nordstrand, DPS, fastleger | Fordelt på Bydel Søndre Nordstrand, DPS, fastleger               | Bydel                                   | 01.sep 2011 – 01.sep 2016                                |
| <b>Filial for kommunalt inntakskontor med lokaler i sykehuset. Tromsø</b> | Sikre smidig samarbeid ved utskrivninger av omsorgstrengende pasienter  | Saksbehandlere fra kommunalt inntakskontor har kontor i sykehusets.   | Kommunalt inntakskontor                 | Tilskudd fra HOD ved oppstart. Kommunale stilinger i driftsfasen | Ledelse, inntakskontoret                | Fast tiltak. Oppstart 2011.                              |
| <b>Koordinering ved utskrivninger. Kristiansand</b>                       | Sikre smidig samarbeid ved utskrivninger av omsorgstrengende pasienter  | Ansatte fra kommunalt nivå har fast kontortid på sykehuset  | Kommunen                                |  |   | Fast tiltak Oppstart 2005                                |

|   |   |             |  |  |  |                 |
|---|---|-------------|--|--|--|-----------------|
| <b>Faste driftsmøter, utskrivninger av psykiatriske pasienter, Tromsø</b> | Forberede utskrivninger og prioritere kommunale tiltak For pasienten. Redusere antall langtidsliggere i sykehuset | Faste møter |  |  |  | Eksistert lenge |
|---|---|-------------|--|--|--|-----------------|

|  |   |  |                             |  |                                 |                               |
|--|---|--|-----------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>Samarbeidsorgan for tilbud til pasienter med langvarige psykiske lidelser og som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester</b> | Ta stilling til og anbefale tjenester til personer med behov for sammensatte og langvarige tjenester som må koordineres. Bedret samarbeid. Kompetanseutvikling.                       | Faste møter  |                             |  |                                 | Oppstart 2006                 |
| <b>Ambulante laboratorietjenester, Kristiansand</b>  | Sikre høy kvalitet i prøvetaking i kommunale institusjoner  | Faste ruter for kommunal prøvetaking. Minimum en gang i uka  |                             | Kommunal refusjon for bil og personellutgifter | Avdeling for medisinsk biokjemi | Etablert en gang på 90-tallet |
| <b>Samhandlingsarena Aker</b>  | Etablere en fellesskapsarena der eksisterende virksomheter innen helse samhandler slik at det gir en merverdi for byens befolkning. Det etableres nye tilbud på Aker i kommunal regi. | I samarbeid med berørte bydeler og helseforetak kartlegge behov i befolkningen. Tilrettelegge for forskning og undervisning. | Kommune og berørte sykehus. | Helse Sør-Øst/ Oslo kommune                    | Helse Sør-Øst/ Oslo kommune     | 2011-2014                     |

**Tiltak innrettet mot alle pasientgrupper:**

| Tiltak                       | Formål              | Arbeidsform                  | Organisatorisk forankring | Finansiering      | Initiativ | Status        |
|------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------|---------------|
| <b>Pasientrettede tiltak</b> |                     |                              |                           |                   |           |               |
| <b>Obs/akuttsenger,</b>      | Unngå innleggelser. | Ulike mottak.10 akuttsenger, | Bergen Kommune og         | Delt finansiering |           | Oppstart 2002 |

|  |  |   |   |                                 |                           |   |
|--|--|---|---|---------------------------------|---------------------------|---|
| <b>Medisinsk senter ved Bergen legevakt</b>    | Pasienter med somatiske, psykiatriske og rusdiagnoser  | laboratorium  | Helse Bergen  | kommune/sykehus. Noe Drg-midler |                           | Varig Tiltak  |
| <b>Systemrettede tiltak</b>                    |  |   |   |                                 |                           |   |
| <b>Koordinerende enhet, sykehus, Stavanger</b> | Etablere et kontaktnettverk for habiliterings- og rehabiliteringstiltak til mennesker som trenger hjelp for fysisk eller sosiale behov for rehabilitering. | Etablere samarbeidstiltak og møteplasser.   | Sykehus   | Driftsbudsjett, sykehus         | Forskriftsfestet funksjon | Fast virksomhet   |
| <b>Koordinerende enhet, Kommune. Stavanger</b> | Følge opp lov og forskrift, ha oversikt over tilbud, fremme samarbeid  | Leger, psykolog, psykiatere, sykepleiere, ergot, fysioterapeuter, vernepleiere. Møter og oppfølging | 4 bydeler, Stavanger sentralt, SUS avdelinger og KE | Del av fast kommunalt budsjett  |                           | 2004 KE på bydelsnivå, egen koordinator for byen i 2011 |





## 4. Hva er et godt samhandlingstiltak? Om evaluering av tiltak på samhandlingsfeltet

### 4.1 Innledning

Sunn forvaltning i kommune og helseforetak forutsetter at man hele tiden ser kritisk på egen virksomhet. Når det gjelder samhandlingstiltak, så er det noen som umiddelbart blir oppfattet som en suksess. For andre kan suksessen være mer betinget. Og noen tiltak oppleves ikke å gi de resultatene man forventer og blir terminert etter en utprøvningsperiode. Slike vurderinger kan være kompliserte. Det er ikke alltid at effektene av et tiltak kan avleses direkte i form av bedre tilbud til pasientene, eller kostnadmessig innsparing for kommune og helsetiltak. Ofte er det også slik at et kostnadsøkende tiltak allikevel vurderes som en suksess fordi gevinstene i form av økt kvalitet i tjenestetilbudet vurderes å oppveie de økte kostnadene. Evaluering av et tiltak må bygge på ett sett gode kriterier eller indikatorer som gjør det mulig å vurdere i hvilken grad sentrale målsettinger for tiltaket er oppfylt.

Indikatorutvikling er en fler trinns prosess, der vi gjennom en systematisk spissing av perspektiver og problemstillinger arbeider oss fram til operasjonelle, praktiske indikatorer som på en effektiv måte skiller de vellykkede samhandlingstiltakene fra de mindre vellykkede. Rent metodisk går dette i flere faser:

- Identifikasjon av relevante områder for indikatorene.
- Identifikasjon av forhold som fanger opp viktige verdier, forhold som de fleste tillegger betydning.
- Identifikasjon av kritisk viktige problemstillinger i tiltaket (Forhold som er viktige i den forstand at de effektivt fanger opp positive eller negative utfall i forhold til sentrale målsettinger).
- Operasjonalisering av kriterier i henhold til 1 og 2, basert på data som kan innhentes på en praktisk gjennomførbar måte.

Et tiltak har en målsetting. Denne overordnede målsettingen er utgangspunkt for en eventuell tiltaksevaluering, og er bestemmende for den relative betydning av ulike kriterier vi kan måle tiltaket mot. En intermediær avdeling for skrupelige eldre som trenger oppfølging etter et sykehusopphold har gjerne som formål å sette pasienten bedre i stand til å klare seg i eget hjem. Observasjonsenger utenfor sykehus er ment å gi en mulighet til å avklare og stabilisere en pasient før, eller i stedet for, en innleggelse i sykehus. En rutine med obligatoriske fastlegebesøk umiddelbart etter utskrivninger er ment å sikre god medisinsk oppfølging for de som trenger det. Et hospiteringsopplegg for kommunale sykepleiere i en sykehusavdeling har som formål å styrke kompetansen i den kommunale omsorgstjenesten. Vanligvis vil begrunnelsen for tiltak i helsesektoren ha utgangspunkt i pasientperspektivet. Men samtidig må tiltaket utformes slik at det ivaretar personellens behov for gode arbeidsbetingelser, og at tiltaket ellers passer inn i de overordnede strategier for den samlede helsetjenesten. Utvikling av kriterier for å måle kvalitet og måloppnåelse i et samhandlingstiltak må med andre ord ta hensyn til at det er flere innfallsvinkler,

knyttet både til pasient- og aktørnivået – og til overordnede systembaserte og helsepolitiske hensyn.

## 4.2 Verdier i helsetjenesten

På et overordnet nivå er det stilt opp et sett av målsettinger for helsetjenesten. Evaluering av konkrete samhandlingstiltak er knyttet til disse overordnede målene.

I veilederen for nasjonal kvalitetsstrategi formuleres som viktige krav til tjenestene som tilbys at de:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Tilsvarende finner vi formulert kvalitetsforskrifter for kommunale omsorgstjenester og andre helsetjenester i kommunene.

I Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen defineres samhandling slik:

*"Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte." Og det slås fast at "Vi har i liten grad systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene."*

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) sies det at målene man vil arbeide mot er:

- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, samt habiliteten og rehabilitering, som skal gi økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten.
- Økt brukerinnflytelse som skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene og økt opplevelse av mestring hos den enkelte.
- Forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp skal gi mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere og pasienter.
- En større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre og at det er kostnadseffektivt. Dette skal gi dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester.

Totalt sett kan vi si at kvalitetsbeskrivelser favner vidt og kanskje ikke alltid er like lett å applisere direkte på enkelttiltak. Men de gir en ramme og en tenkning for våre vurderinger av det samlede helsetilbudet, og danner utgangspunkt for sentrale målsettinger tiltaket er bygd opp etter.

### 4.3 Ulike typer målsettinger for ulike typer tiltak

I vår typeinndeling av samhandlingstiltak (kapittel 3) tok vi utgangspunkt i hovedskillet mellom de to store hovedgruppene pasienter: somatikk og psykiatri. Innenfor hver av disse skilte vi igjen mellom det vi har kalt *direkte pasientrettede* tiltak, *personellrettede* tiltak og *systemrettede* tiltak. I prinsippet er formålet med alle tiltakstypene å bidra til et samlet sett bedre tilbud til helsetjenestens brukere. Men i evaluering av ulike typer tiltak er det naturlig å vektlegge ulike typer problemstillinger.

Ulike pasientgrupper kan ha ulike krav og forventninger til det tilbudet de mottar. En representant fra et lokalt lag av pasientforeningen for en av de store kronikergruppene på somatikksiden ga denne sammenfatningen av det hun selv la særlig vekt på i møtet med helsetjenesten:

"Forutsigelighet og involvering og informasjon, individuell medvirkning fra brukeren – den det gjelder. Jeg jobber mer på systemnivå, men når jeg er pasient selv, og det er jeg ganske ofte, så opplever jeg at du ikke får innvirke så veldig mye på ditt eget forløp."

En representant for en pasientorganisasjon på psykiatrisiden formulerte sine viktigste krav til behandlingstilbudet slik:

*"Viktig at kommunen går inn på å bruke tid for å finne ut hva folk trenger av oppfølging. Ikke bare å relatere det til en bolig med base. Men at du går nærmere inn og finner ut hva folk trenger for å være trygg."*

Disse to pasientrepresentantene representerer pasientgrupper med svært ulike lidelser og problemstillinger, og deres hjelpebehov og krav til hjelpeapparatet kan bli tilsvarende forskjellige. For den første er hovedstikkordene forutsigelighet, *sammenheng i tilbudet* og *medvirkning fra brukeren*. For den andre er det sentrale kravet at helsetjenestens hovedutfordring å finne ut hva folk trenger for å være *trygg*. Det er ikke tilstrekkelig med bolig og tilsvarende materielle tilbud. Det må etableres en situasjon som gjør pasienten trygg og handlekraftig. Ulike pasientgrupper har ulike behov og ulike mål på hva som er vellykket. En god forståelse av slike forskjeller er avgjørende for utvikling av gode kriterier for evaluering av samhandlingstiltak. En enkel måling av brukernes fornøydhet gir ofte lite informasjon som evalueringsgrunnlag. Men en systematisk undersøkelse av hvilke verdier pasientene vektlegger, og hvordan dette kan variere mellom ulike pasientgrupper, vil kunne gi viktige bidrag til en forståelse av hvordan det aktuelle tiltaket kan bidra til bedre helse og livskvalitet.

Ulike typer tiltak berører pasientene på ulike måter:

- De pasientrettede tiltakene berører pasienten direkte, og de viktigste effektene knytter seg til pasienten. Det kan f.eks. dreie seg om helseeffekter, opplevelse av få god og riktig behandling, at tilbudet er tilgjengelig og utføres på en menneskelig god måte.
- De personellrettede tiltakene berører pasienten mer indirekte. Hovedfokus er de umiddelbare effektene for de som utfører tjenestene. Det dreier seg gjerne om kompetanseutvikling og andre tiltak som skal gjøre personellet bedre i stand til å gi et godt

- tilbud til pasienten. Slike tiltak har ofte mer langsiktige og vanskelig målbare effekter for pasientene, og de viktigste effektene er ofte mer naturlig å måle i forhold til personellet.
- De systemrettede tiltakene arbeider med strukturer og systembetingelser for helsetjenestens arbeid. Også slike tiltak har som oftest som mål å bedre tilbudet til pasientene – men effektene for pasientene er indirekte, langsiktige og ofte vanskelige å måle. Systemrettede tiltak kan imidlertid i noen tilfeller ha sterkt følbare konsekvenser for de som arbeider i helsetjenesten, dersom de innebærer organisatoriske tiltak som berører arbeidsforhold og arbeidsmiljø.

Det er viktig å skille mellom tiltakets *hovedinnretning* og de ulike *effektene* av det. Selv om hovedmålet for et tiltak er direkte pasientrettet, vil tiltaket sannsynligvis ha konsekvenser også på andre nivå. En intermediær enhet vil kunne ha interessante arbeidsmiljømessige sider for de som jobber der, og etableringen av et slikt tiltak vil kunne ha betydelige økonomiske og organisatoriske konsekvenser for kommune og helseforetak. Tilsvarende vil et tiltak som er innrettet mot kompetanseutvikling for personellet sannsynligvis ha viktige konsekvenser for tilbudet til pasientene, og kan medføre organisatoriske utfordringer og kostnader for kommune eller helseforetaket. Og tilsvarende: de systemrettede tiltakene har gjerne et langsiktig mål om å gi et bedre tilbud til brukerne, og kan ha organisatoriske og arbeidsmiljømessige konsekvenser for de som arbeider i helsetjenesten. I utgangspunktet må vi anta at selv om et tiltak har en uttalt målsetting på et bestemt nivå, så vil det ha konsekvenser både for brukere og helsepersonell, i tillegg til organisatoriske og administrative konsekvenser.

I et evalueringsperspektiv kommer de systemrettede tiltakene i en særstilling. De har ofte breie målsettinger, kan dreie seg om svært sammensatte tiltak, og har ofte langsiktige og indirekte konsekvenser for brukerne. Evaluering av slike tiltak er ofte en betydelig forskningsmessig utfordring, og krever helt spesielle tilnærminger. Det er derfor vanskelig å gi generelle forslag til evalueringsopplegg for de systemrettede tiltakene. Vi vil derfor konsentrere vår diskusjon om de to hovedgruppene direkte pasientrettede tiltak og personellrettede tiltak.

#### 4.4 Noen grunnleggende problemstillinger

På tross av stor variasjon i tiltakenes pasientinnretning og formål vil noen grunnleggende problemstillinger være felles. Det gir oss et sett av basiskriterier for evalueringsarbeidet som vil være relevante for de fleste typer samhandlingstiltak. Noen av disse er det forholdsvis enkelt å tallfeste. Andre bør ikke tallfestes i det hele tatt, fordi målene er av mer kvalitativ karakter.

##### **Antall pasienter/brukere:**

Uansett hvilket tiltak det dreier seg om vil det være viktig å få et uttrykk for hvor mange som berøres av tiltaket. Et vanlig mål på omfang er antall pasienter som nås over en viss periode og antall personer og/eller årsverk som er involvert. Da kan man også få et bilde av hva tjenesten utgjør i mengde av den samlede tjenesten til kommunen eller sykehuset/avdelingen.

**Kostnader:**

Som for antall vil det for alle tiltak være stort behov for å dokumentere kostnader. Fører tiltaket til kostnadsvekst eller innsparinger? Er det mulig å beregne enhetspris per bruker? Hva betyr dette i forhold til andre tjenester?

**Tilgjengelighet og likhet:**

Tilgjengelighet dreier seg om tilbudet er tilstrekkelig i forhold til antall pasienter med behov. I noen tilfeller er ventetid viktig: Får man raskere hjelp enn før? Hvordan utvikler ventetider seg? En viktig verdi i helsetjenesten er rettferdig fordeling. Variasjoner i tilgang måles etter om det er pasienter som ikke får tilgang til tilbudet på grunn av bosted, inntekt, tilgang på kunnskap om tjenesten, eller andre forhold.

**Kvalitet:**

Kvalitet er en viktig, men vanskelig målbar verdi. Det kan dreie seg både om pasientopplevelser og trekk ved måten et tiltak drives på. Tilfredsstillt tjenesten profesjonelle krav?

**Prioritet/strategi:**

Det vil være viktig ved evalueringen av et tiltak om det er en del av hva kommune og sykehus oppfatter som viktig for å realisere en ønsket utvikling, som en del av deres strategi. Det finnes sikkert eksempler på tiltak som er igangsatt av entusiastiske individer og som først etter noe tid er anerkjent av kommune/sykehus. Det trenger derfor ikke være negativt at et tiltak i utgangspunktet ikke naturlig inngår i et av de omforente satsingsområdene, men det er viktig at en utarbeidet profil for tiltaket har med dette aspektet.

**Samarbeid:**

Det varierer en del hvordan samarbeidstiltak er bygd opp når det gjelder ansettelsesforhold, styring og fagbredde. Dette bør derfor dokumenteres for det enkelte tiltak og bli et kriterium som er med på å vise viktigheten av tiltaket.

## 4.5 Om datagrunnlaget

Alle systemer for datainnsamling og statistikk om helsetjenesten i Norge er bygd opp etter de tradisjonelt skarpe forvaltningsmessige grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Det betyr at vi har et betydelig tilfang av data som kan belyse mulige effekter av samhandlingsreformen i henholdsvis helseforetakene og kommunehelsetjenesten hver for seg, slik det f.eks. er vist i rapporten "Kommunenes utfordring er i samhandlingsreformen - i lys av flere utvalgte indikatorer" (Deloitte 2012). Det er imidlertid betydelig vanskeligere å prøve å gi samlede beskrivelser av samhandlingstiltak som er organisert på tvers av forvaltningsskille. Rapporten "Samhandlingsstatistikk", utarbeidet av Helsedirektoratet (Huseby 2012), konkluderer sin gjennomgang av statistikkgrunnlaget for belysning av samhandlingstiltak slik:

"Samhandlingsreformen øker etterspørselen etter data om pasienter og enheter som befinner seg i skjæringspunktet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Dagens systemer og rutiner for

rapportering er knyttet til eksisterende enheter og organisering av tjenestene i spesialist- og primærhelsetjeneste. Samhandlingsreformen etablerer i liten grad et nytt behandlingsnivå med klart definerte organisatoriske enheter og pasienter. Tvert imot ønsker man å stimulere til samarbeid mellom enheter om behandling av pasienter. Det ligger dermed i sakens natur at det er vanskelig å definere organisatoriske enheter som utelukkende er "samhandlingsenheter", og tilsvarende vanskelig å identifisere "samhandlingspasienter." (Huseby 2012, s 112)

I utgangspunktet kan vi tenke oss tre hovedgrupper av data til slike evalueringsarbeider:

Data om **bruk av tjenester**. Aktuelle kilder kan f.eks. være registerdata om pasienter/brukere:

- KOSTRA<sup>2</sup>
- Kommunale fagsystemer
- Pasientadministrative systemer i sykehus
- SSB
- Norsk pasientregister
- IPLOS
- Egne brukeregistreringer

**Økonomidata**. Aktuelle kilder kan f.eks. være:

- KOSTRA
- Regnskaper og budsjett i kommune og helseforetak

Data om **effekter og erfaringer** for brukere, personell og andre som berøres av tiltaket. Dette krever vanligvis særskilte opplegg for egen datainnhenting, som f.eks.:

- Brukerregistreringer.
- Spørreskjemabaserte undersøkelser til pasienter, pårørende eller eget personell.
- Kvalitative intervjuer: brukere, personell, administrasjon.
- Forskningsbaserte opplegg for måling av effekter av tiltak for aktuelle pasientgrupper.

De kommunale fagsystemene og andre systemer for brukerregistreringer i helsetjenesten er tilrettelagt for administrative formål, og i mindre grad for utredning og forskningspreget utnyttelse. Streng restriksjoner for kobling av data fra ulike nivå i helsetjenesten gjør det i mange tilfeller svært vanskelig å etablere systematiske beskrivelser av pasientforløp. Og det er ikke sikkert at et samhandlingstiltak som innebærer nye tjenester eller nye måter å organisere tilbud

---

<sup>2</sup> KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering. KOSTRA ble startet som et prosjekt i 1995 med formål å samordne og effektivisere all rapportering fra kommunene til staten, samt å sørge for relevant styringsinformasjon om kommunal virksomhet, måle ressursinnsats, prioritering og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Fra 2001 var alle kommuner og fylkeskommuner med i KOSTRA. KOSTRA baseres på elektronisk innrapportering fra kommunene til SSB, samt på data fra en rekke andre kilder i og utenfor SSB. KOSTRA-tallene koples med data fra ulike kilder, som f.eks. regnskapsdata, tjeneste- og personelldata og befolkningsdata. I løpet av årene er mange gamle statistikkområder endret, og nye områder er kommet til. Du kan lese mer om KOSTRA på [www.ssb.no/kostra](http://www.ssb.no/kostra) (Kilde: SSB)

på tvers av eksisterende skiller fanges opp i eksisterende rutiner for datainnsamling og statistikkproduksjon. For mange av de typiske samhandlingstiltakene vil med andre ord eksisterende systemer for datainnsamling og statistikk gi forholdsvis dårlig støtte for evaluering. Å evaluere samhandlingstiltak kan derfor møte betydelige utfordringer når det gjelder å etablere et tilstrekkelig datagrunnlag. I mange tilfeller vil det derfor være behov for å bygge evalueringsarbeidet, helt eller delvis, på innsamling av egne data.

I siste del av dette kapitlet skal vi se nærmere på noen av de utfordringene ved evaluering av en del av de tiltakene som er fanget opp i vår undersøkelse.

#### **4.6 Evaluering av noen hovedtyper samhandlingstiltak**

Med utgangspunkt i den generelle diskusjonen over skal vi se nærmere på problemstillinger knyttet viktige eksempler blant ulike hovedtyper av tiltak. I tabell 3. 1 sorterte vi aktuelle samhandlingstiltak i et antall hovedtyper, for å arbeide fram en typologi for samhandlingstiltak med utgangspunkt i det bildet vi har fått fram høsten 2012. De er innrettet mot ulike pasientgrupper, har sine bestemte formål, og sine bestemte hovedutfordringer. De aller fleste tiltakstypene, med unntak av de oppsøkende teamene innen psykisk helsevern og opplæringstiltak for å styrke tilbudene til pasienter med kroniske sykdommer, ligger på det vi kan kalle utskrivningssiden i forholdet mellom kommune og helseforetak. Det dreier seg om tiltak som skal lette overgangen fra en behandlingssituasjon i den spesialiserte helsetjenesten til et stabilt tilbud i kommunen, enten i eget hjem eller i en kommunal omsorgsinstitusjon, og ofte med ulike former for oppfølging fra kommune og spesialisthelsetjeneste. De fleste av disse er direkte pasientrettede tiltak, men vi vil avslutningsvis drøfte et eksempel på et kompetanseutviklingstiltak innrettet mot pleiepersonell i kommunal omsorgstjeneste og i et samarbeidende sykehus.

Vi har ikke gjort noen systematisk optelling av hvor stort andel av tiltakene det er igangsatt systematisk evaluering av. Det ser ut til at dette varierer mye mellom kommunene.

Evaluering av et tiltak må ta utgangspunkt i tiltakets sentrale målsettinger. I våre intervjuer har vi prøvd å få fram gode målsettingsformuleringer. De danner utgangspunkt for vår diskusjon av evalueringsarbeidet.

##### **4.6.1 Intermediære avdelinger, etterbehandlingsavdelinger**

Vi finner intermediære avdelinger, eller planleggingsaktivitet rundt slike tiltak, i alle de undersøkte byene unntatt Tromsø. De er inspirert av et stort anlagt forsøk som ble gjennomført i Trondheim på begynnelsen av 2000-tallet, som etterhvert fikk betegnelsen "Søbstad-modellen". Søbstad-modellen var basert på at en sykehjemsavdeling ble forsterket med medisinsk og pleiemessig kompetanse fra sykehuset, og satt stand til å gi et etterbehandlingstilbud til pasienter man antok ville kunne ha nytte av et rehabiliterings- og opptreningstilbud før overføring til egen bolig. Søbstad-forsøket ble evaluert gjennom et doktorgrads-arbeid (Garåsen 2008). Konklusjonen er at en betydelig andel av pasientene hadde stor nytte av oppholdet på avdelingen. Søbstad-modellen har som nevnt inspirert til utvikling av liknede tiltak i andre byer, med noe ulik innretning. I mange av oppfølgerne til Søbstad – modellen er inntakskriteriene noe endret. Det dreier seg ikke lenger



bare om nyutskrevne fra sykehus, men kan også inkludere innleggelser direkte fra kommunene, der det vurderes hensiktsmessig for å sikre fortsatt funksjon og tilpasning i eget hjem. En representant for ett av de intermediære tiltak vi har undersøkt beskrev tiltakets hovedmålsetting og arbeidsform slik:

*"Det handler om at vi forholder oss til en pasient – gjennomsnittsalder er 83 år. De har vært inneliggende på sykehuset for ett eller annet. Pasientforløpet på sykehuset er kjapt, kjapt. Den gruppen der trenger tid, trenger å bli trygge, trenger mer tid for å kunne gjøres i stand til å reise hjem. Det er trygghetsperspektivet – at de får lov til å være her, kjenne på at – nå begynner jeg å bli klar til å reise hjem. De trenger lengre tid."*

Å måle effekter av et tiltak på pasientenes helsetilstand og funksjonsnivå reiser kompliserte forskningsmessige spørsmål. Hovedutfordring er å finne gode måter å sammenligne effekten for pasienter som får tilbudet med en tilsvarende kontrollgruppe som behandles på vanlig måte. I Garaasens studie er evalueringen basert på et randomisert kontrollert design, der inntaket i avdelingen er basert på strenge regler for tilfeldig rekruttering av pasienter til henholdsvis eksperimentgruppe og kontrollgruppe (Garaasen 2008). Slike opplegg stiller strenge krav til organisering og gjennomføring, som i de fleste tilfeller vil sprengte rammen for evaluering av praktiske samhandlingstiltak. Også i en evaluering av intermediæravdelingen ved Storetveit sykehjem i Bergen i 2009 er riktige inklusjonskriterier for pasientene et viktig tema. (Sletnes og Forstrøm 2009). Rapporten konkluderer at det er få sykehus som har geriatrikisk spisskompetanse, men at mye tyder på at slik spisskompetanse er nødvendig for at eldre akutt syke skal få optimal medisinsk behandling og rehabilitering. Forfatterne viser til at med valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier kan det de kaller Bergensmodellen bli et alternativ til senger innenfor spesialisthelsetjenesten.

Diskusjoner om inntakskriterier for slike avdelinger har vært viktige i flere av de byene vi har intervjudata fra. Å få rekruttert de riktige pasientene med de beste forutsetningene for å kunne nyttiggjøre seg tilbudet oppleves som en sentral utfordring. På bakgrunn av dette ser det ut til at problemstillinger blir særlig sentrale i en evalueringssammenheng:

- Får man henvist de riktige pasientene i forhold til det tilbudet man gir?
- Bidrar oppholdet til at disse pasientene klarer seg bedre i eget hjem etter utskrivning enn sammenlignbare pasienter som ikke får det samme tilbudet?
- Bidrar opphold ved enheten til reduserte kostnader i sykehus og kommunal omsorg etter oppholdet?

Det første spørsmålet dreier seg om i hvilken grad man får rekruttert pasienter som har forutsetninger for å nyttiggjøre seg oppholdet, og i hvilken grad det er samsvar mellom pasientens hjelpebehov og personellens kompetanse. Dette kan f.eks. belyses ved systematisk registrering av pasientens tilstand og funksjon ved innleggelse og utskrivning. En annen mulig kilde til belysning av dette er personellens erfaringer, innsamlet gjennom f.eks. spørreskjemabaserte undersøkelser.



Spørsmål to er vanskelig å gi et entydig svar på, siden alminnelig drift baserer seg på seleksjon av pasienter man antar har nytte av tiltaket. Slik seleksjon gjør det vanskelig å gjennomføre gode sammenligninger med pasienter som får andre typer tilbud (kontrollgruppe). En oppstilling og drøfting av totalt forbruk av omsorgstjenester etter utskrivning, f.eks. sammenlignet med pasienter (sammenlignbare på alder og diagnoser) som skrives ut til eget hjem direkte fra sykehuset, kan imidlertid gi noen indikasjoner på variasjoner i forbruksnivå. Slike sammenligninger kan f.eks. baseres på data om funksjonsnivå og vedtak om omsorgstiltak i det kommunale fagsystemet. Jfr. ellers det som er sagt over om evalueringsarbeidet knyttet til Søbstad-modellen, som drøfter noen av problemene knyttet til slike sammenligninger.

Spørsmålet om kostnader knyttet til et tiltak er viktig. Ikke alle nye tilbud gir kostnadsreduksjoner i andre deler av helsetjenesten. Men et tiltak som gir økt kvalitet og flere leveår til de som får tilbudet vil også ha en kostnadmessig side.

#### 4.6.2 Palliative enheter

Palliative enheter er vanlige i disse kommunene. Palliative enheter gir tilbud om smertelindring og annen hjelp til pasienter med kort forventet levetid. De aller fleste av disse er kreftpasienter. Palliativ omsorg gis til pasienter som overføres fra sykehus til spesielle sengeavdelinger tilknyttet sykehjem. Alternativt kan tilbudet gis i pasientens eget hjem der forholdene ellers ligger til rette for det. Palliativ omsorg organisert på denne måten bygger på et tett samarbeid mellom personell i sykehus og kommunale helsetjenester, der både leger, sykepleier og annet personell inngår. I tillegg til lindrende behandling av pasienten er kompetanseoverføring mellom sykehusavdelingen og kommunalt omsorgspersonell gjerne en viktig målsetting. Smertelindring er helt sentralt i den palliative omsorgen. Men i tillegg vil psykiske og åndelige behov være viktig for døende mennesker og deres pårørende. En representant for en palliativ enhet formulerte kriteriet for at han ville oppfatte tiltaket som vellykket slik:

*"Da tenker jeg en god og verdig død med minst mulig plager og ubehag. Altså med best mulig symptomlindring, og fokus på at de pårørende blir ivaretatt."*

Om den kompetansemessige målsettingen for personellet sier han:

*"Det de sier er at det er veldig betryggende å ha en type sjekklister for at de skal huske hva de på en måte skal ha fokus på til enhver tid, at vi får en felles tanke for det som er internasjonalt vurdert som god palliativ omsorg for den døende, og at vi får sjekket på at vi har husket ting som kanskje blir litt utydelige i kaotiske systemer"*

Det siste sitatet over referer til et opplæringsprogram etter en bestemt modell for palliativ omsorg (Liverpool Care Pathways)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> En metode for systematisk oppfølging av døende pasienter. En god beskrivelse av metoden er gitt i Lillemoen, Velund og Østensvik 2011

Det er en stor internasjonal forskning på palliasjon. Systematisk forskning på medisinske og pleiemessige spørsmål knyttet til smertebehandling hos alvorlig syke mennesker vil gi et vesentlig bidrag og støtte til forståelsen av også lokale tiltak. Lokalt vil det imidlertid være spørsmål knyttet til praktisk organisering og rammene ellers rundt gjennomføring av palliativ omsorg som kan være viktig å få belyst:

- Pårørende vil kunne være en viktig kilde for kunnskap om betydningen av forholdet mellom institusjon og hjem, og til spørsmål om hvor godt ulike elementer i omsorgen blir koordinert.
- Spørsmål knyttet til kostnader ved tjenester i hjemmet eller tilbud i egne sengeavdelinger kan belyses ved hjelp av regnskapsdata og brukerdata fra kommunale fagsystemer der omsorgen er knyttet til kommunale vedtak.

#### 4.6.3 Personellrettede tiltak: kompetanseutvikling

Vi finner noen eksempler på tiltak som har som sin primære målsetting å bidra til økt kompetanse hos personellet. Effektene for pasientbehandlingen er mer indirekte, basert på forutsetningen om at økt kompetanse hos de som yter tjenesten gir bedre kvalitet i tilbudet til pasienten. Noen av disse tiltakene er organisert som ensidige eller gjensidige hospiteringsordninger for personell i kommune og helseforetak. I Kristiansand finner vi et interessant prosjekt basert på at sykepleiere kan tilbys såkalte kombinasjonsstillinger – der man jobber 50 % av tiden i kommunal omsorg og 50 % i sykehuset. Suksesskriteriet for dette tiltaket ble formulert slik:

*"De som jobbet i kommunen og fikk jobb i sykehus opplevde det som veldig fagutviklende. De kom inn i et mye mer faglig miljø, fikk mye faglig oppdatering og ble veldig inspirert. Når våre (sykehusets) medarbeidere gikk ut i kommunen så fikk de en økt forståelse for kompleksiteten i kommunen – den generalisten de må være."*

Det er gjennomført en evaluering av tiltaket (Bendiksen og Føreland 2009). Rapporten bygger på en spørreskjemabasert undersøkelse blant deltakende personell. Undersøkelsen belyste to hovedproblemstillinger:

- Kompetansemessige og faglige effekter for de som valgte kombinasjonsstillinger.
- Ulemper, særlig med hensyn til arbeidstidsordninger for personellet.

Selv om de faglige gevinstene oppleves som store for de som har deltatt så har det vært vanskelig å rekruttere folk til slike kombinasjonsstillinger. På grunnlag av rapporten ble det gjort tilpasninger i betingelsene for de som gikk inn i kombinerte stillinger for å gjøre tilbudet mer attraktivt.

#### 4.6.4 Oppfølging av bestemte pasientgrupper i eget hjem

I alle de aktuelle kommunene finner vi eksempler på systematiske tiltak for å følge opp pasienter med bestemte diagnoser etter utskrivninger fra sykehus. Slike tiltak kan dreie seg om svært ulike pasientgrupper. Vi har intervjuet sentrale personer i oppfølgingstiltak for:

- ALS-pasienter (progresierende muskelsvekkelse med dødelig utfall)
- Langtidsoppfølging etter hjerneslag
- Langtidsoppfølging med opptreningstilbud etter hoftebrudd

Slike tiltak er gjerne initiert av fagmiljøene i sykehuset, der det utvikles langsiktige programmer for oppfølging av pasienter med kroniske eller langvarige lidelser, og der pasienten forutsettes å bo hjemme. Til mange av disse behandlingsformene knytter det seg en omfattende forskning – nasjonalt og internasjonalt. Også i disse sammenhengene vil det ofte være naturlig med randomiserte forsøk for å sammenligne effektene for de som får og de som ikke får tilbudet, jfr. diskusjonen knyttet til Søbstad modellen over. Forskningslitteraturen vil derfor vanligvis kunne være et viktig grunnlag for utvikling og evaluering av slike tiltak. I et lokalt perspektiv kan det i tillegg knytte seg viktige problemstillinger til spørsmål som:

- Praktiske rammer rundt slike tilbud.
- Kostnader knyttet til oppsøkende virksomhet.
- Pasient og pårørendes erfaringer og opplevelser.

#### 4.6.5 Etterbehandlingstilbud til psykiatriske pasienter

Etterbehandlingstilbud for pasienter som utskrives fra psykiatriske institusjoner, inspirert av erfaringene med Søbstad-modellen, er under utvikling i kommunene. De eksemplene vi har undersøkt er basert på at nyutskrevne pasienter tilbys et midlertidig og tidsbegrenset opphold ved en institusjon i kommunen, der hovedmålsettingen er å gjøre pasienten bedre rustet til å ha et godt liv i eget hjem:

*"Det å komme seg raskest mulig tilbake til eget hjem, og at du har koordinerte tjenester når du flytter hjem. At du skal oppleve en trygg hverdag. Det er noe av metodikken når du kommer hit: Snakker med pasienten – hva skal innholdet i oppholdet være og hva er målsettingen. Man begynner å ta kontakt med hjemmemiljøet, tar kontakt med helse og velferdskontoret, og kobler på de som skal gi de hjelp i hjemmet"*

Det er satt i gang en evalueringsundersøkelse av etterbehandlingssenheten i Trondheim, organisert som et doktorgradsstudium. Vi må anta at den vil gi en grundig belysning av pasientopplevelser og videre pasientforløp etter utskrivning fra etterbehandlingsinstitusjonen. Graden av suksess vil måtte måles i forhold til spørsmål som f.eks.:

- Hvor godt klarer pasientene tilværelsen i eget hjem etter utskrivning fra etterbehandlingssenheten?
- I hvilken grad oppnås målsettingen om tryggere og mer selvstendige pasienter?
- Hva koster et etterbehandlingstilbud (per døgn, per pasient) lagt opp på denne måten?

De to første problemstillingene reiser store forskningsmessige spørsmål som vi må forutsette blir grundig behandlet i det pågående forskningsarbeidet. I lokal oppfølging av et etterbehandlingstiltak kan vi tenke oss to mulige innfallsvinkler:

- Pasientregistrering basert på data fra kommunalt fagsystem og Norsk pasientregister som kan belyse helsetjenesteforbruk etter utskrivning.
- Beregning av kostnader basert på institusjonsdata og pasientregistrering.

#### 4.6.6 Oppsøkende team, psykiatri

I flertallet av de undersøkte kommunene er det etablert oppsøkende team for psykiatriske pasienter som ikke selv søker hjelp. De har ulike betegnelser: ACT-team. Obs team eller psykiatriske rehabiliteringsteam. Et felles utgangspunkt for disse teamene er at de vanligvis er tverrfaglig sammensatt av personell fra både kommune og spesialisthelsetjenesten, og at de oppsøker pasientene på pasientenes egne arenaer. En representant for ett av disse beskriver målsettingen for arbeidet slik:

*"Oppsøker deg i hjemmet på den plassen der du befinner deg og er proaktiv i forhold til å tilby tjenester, prøver å få en relasjon og tillit og ønsker å hjelpe pasienten slik at han klarer å strukturere noe av hverdagen. At du klarer å bo der du bor. Ta litt mere vare på livet ditt – innholdet i livet ditt. Spesielt dette med boformen."*

Våre informanter henviser til at det i kjølvannet av Helse- og omsorgsdepartementets satsing på oppsøkende psykiatriske team, er igangsatt en omfattende forskningsmessig evaluering av ACT-modellen. Det ble lagt fram en midtveisrapport fra dette prosjektet i begynnelsen av desember 2012 (Rus og helse desember 2012, Ruud 2012). Det er rimelig å anta at dette arbeidet vil resultere i en grundig evaluering av pasienteffekter og kostnadmessige forhold knyttet til denne typen oppsøkende tilbud innen det psykiske helsevernet.

#### 4.7 Oppsummering

Evaluering av samhandlingstiltak møter mange utfordringer. I utgangspunktet er tiltak på helsesektoren knyttet opp til generelle verdier i helsetjenesten, som f.eks. kvalitet, brukerinnflytelse, lik tilgjengelighet og kostnadseffektivitet. I tillegg knytter et seg en rekke særlige målsettinger til det vi kaller samhandlingstiltak, der blant annet helhetlige og koordinerte pasientforløp på tvers av nivåene er viktige mål.

Det knytter seg ulike målsettinger til ulike hovedtyper tiltak. Pasientinnretning er viktig. Ulike pasientgrupper vil ha ulike målestokker og verdsett for de tilbudene de får, og det er i utgangspunktet viktig å kartlegge hvordan dette kan variere mellom ulike brukergrupper med ulike typer helsemessige problemstillinger.

Det knytter seg ulike problemstillinger og utfordringer til evaluering av de ulike hovedtypene vi har identifisert. De direkte pasientrettede tiltakene knytter de viktigste spørsmålene direkte til effekter for pasienters funksjon og helse, og deres erfaringer med det tilbudet de får. De personellrettede tiltakene knyttet til kompetanseutvikling har mer indirekte effekter for pasientene, og vil ofte primært kunne måles mot personellens egne vurderinger. Det vi har kalt

systemrettede tiltak har gjerne breie og sammensatte målsettinger – der sammenhengen mellom pasientopplevelser og de tiltakene som iverksettes i mange tilfeller kan være vanskelige å trekke.

De gjennomganger som er gjort av datagrunnlaget for samhandlingsstatistikk viser at grunnlaget for innhenting av data om tiltak som går på tvers av nivåene – slik mange typiske samhandlingstiltak vil gjøre – i mange tilfeller er utilstrekkelig. Tradisjonelt følger datainnsamling og statistikk om helsetjenesten de strenge forvaltningsmessige skillene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og gir ofte store utfordringer i analyser på tvers av disse. I mange tilfeller vil det derfor å være nødvendig å supplere data fra etablerte registre med egen datainnsamling.

Evaluering av direkte pasientrettede tiltak representerer særlige utfordringer. Å fastslå eventuelle pasienteffekter i form av helsemessige gevinster, redusert smerte eller bedret funksjon, krever i mange tilfeller strenge forskningsmessige tilnærminger, som gjør det mulig på en trygg måte å sammenligne tilstandsendringer hos de som benytter seg av spesielle tilbud med sammenlignbare pasienter som ikke har fått tilbudet. Slike sammenligninger kan kreve eksperimentell design og forskningsmessig stringens som i mange tilfelle kan sprengte rammene for en lokal evaluering. En gjennomgang av et utvalg sentrale tiltakstyper i vår undersøkelse viser at det for mange av de tyngre samhandlingstiltakene foreligger det, eller det er i ferd med å gjennomføres, grundig forskningsmessig evaluering. Slik evaluering har gjerne en generell innretning: hensikten er å undersøke effektene av bestemte arbeidsmåter og visse typer profesjonell praksis i et generelt perspektiv - uavhengig av spesielle forhold i den enkelte kommune eller det enkelte sykehus. Det ser altså ut til at mange av de typiske samhandlingstiltakene har en helsefaglig kjerne som ofte dreier seg om velprøvde metoder som har et godt forskningsmessig fundament, eller som det er igangsatt forskning på. Dette gir et godt utgangspunkt for de som arbeider med praktisk implementering av samhandlingstiltak i ulike områder. Det er avgjørende at kunnskap om både igangværende forskningsprosjekter og etablerte forskningsresultater som er relevante for evaluering av samhandlingstiltak effektivt tilføres kommuner og helseforetak som skal utvikle og evaluere praktiske løsninger.

I tillegg til sin helsefaglige kjerne vil implementering av slike tiltak i bestemte kommuner og helseforetak reise en rekke særskilte problemstillinger knyttet til befolkningens behov og forutsetninger i det aktuelle området:

- Er det spesielle forhold hos oss som gjør at det aktuelle tiltaket passer godt/ikke passer inn i sammenheng?
- Har vi et stort nok befolkningsunderlag for effektiv drift?
- Er det mulig å utforme et tiltak på en litt annen måte enn det som er vanlig for å få en bedre tilpasning hos oss?
- Har vi alternative tilbud som gir omtrent de samme tjenestene?
- Hvordan blir samspeillet mellom det aktuelle tiltaket og andre virksomheter i vårt område?

Listen over kan utvilsomt bli lengre. For de lokale iverksetterne av et tiltak som bygger på veldokumenterte og forskningsdekkede faglige strategier vil mange viktige problemstillinger være knyttet til de lokale utfordringene og antatt nytteverdi, gitt forutsetningene i eget lokalsamfunn.

Ofte er det kanskje her de største utfordringene for praktisk evaluering av lokale samhandlingstiltak ligger.

**Tabell 4-1 Evaluering av samhandlingstiltak, viktige problemstillinger**

| Tema  | Problemstillinger   |
|---|---|
| Brukere, målgruppe                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Verdigrunnlag, forventninger</li><li>• Erfaringer, vurderinger</li></ul>  |
| Utforming av et tilbud: Grunnleggende problemstillinger | <ul style="list-style-type: none"><li>• Antall pasienter/brukere</li><li>• Kostnader</li><li>• Tilgjengelighet</li><li>• Lik tilgjengelighet</li><li>• Kvalitet</li><li>• Prioritet/strategi</li><li>• Samarbeid.</li></ul> |
| Om innholdet i tilbudet: Helsefaglig kjerne             | Helsefaglige problemstillinger knyttet til innholdet i tilbudet. Hva finnes av forskning?   |
| Tilpasning til lokale forutsetninger                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Befolkningsgrunnlag</li><li>• Forholdet til andre tjenester</li><li>• Spesielle tilpasninger</li></ul>  |

Tabell 4.1 gir en sammenfatning av diskusjonen i dette kapitlet. Tabellen er innrettet mot det vi har kalt direkte pasientrettede tiltak. De er flest i antall, og de berører brukerne direkte. Men også evaluering av personellrettede tiltak vil inneholde mange av de samme elementene. Tematisk har vi tatt utgangspunkt i fire innfallsvinkler eller tema.

- Trekk ved brukerne: behov og verdigrunnlag.
- Grunnlagsproblemer ved organisering og utforming av et tiltak.
- Helsefaglig kjerne: Profesjonelle problemstillinger i tilbudets innhold.
- Spørsmål vedrørende tilpasninger til lokale forhold.

Til hvert av disse hovedtema knytter det seg ulike problemstillinger, slik vi har antydnet i kolonnen til høyre. Diskusjonen viser at belysning av ulike tema må bygges på data og kunnskap fra ulike kilder.

## 5. Hva må til for å lykkes? Betingelser for god implementering

### 5.1 Innledning

I løpet av de siste årene er det blitt etablert en tydelig behandlingslinje for hjerteinfarkt og slag<sup>4</sup>. Her har enkeltsykehus fått et klart oppdrag og det er klart for kommunehelsetjeneste og prehospitaltjenester hva som skal gjøres og hvor pasienten skal transporteres.

For pasienter/brukere med langvarige og sammensatte behov varierer det mer hva som er det riktige tiltaket, hvor hovedansvaret skal ligge og hvordan riktig kompetanse skal benyttes. For alle byene som inngår i denne undersøkelsen gjelder at de har et sentralt forum der ledelsen for sykehuset og ledelsen for kommunene deltar. Samhandlingen er slik forankret hos ledelsen hos aktørene. For Oslo er det bare en kommune, men mange bydeler, og som eneste kommune har de fire sykehus å forholde seg til.

Formålet med denne delen av undersøkelsen er å identifisere suksessfaktorer bak tiltak som faktisk er blitt realisert, og samtidig prøve å identifisere kritiske faktorer som tiltaket har måttet overkomme underveis. Tidligere i undersøkelsen drøftet vi et sett av faktorer som kan gjøre de store kommunene særlig egnet som arena for samhandlingstiltak med spesialisthelsetjenesten. Som vertskommuner for sykehus med korte avstander mellom samarbeidspartnere som kan forenkle betingelsene for praktisk samarbeid, med velutbygde administrative strukturer, og et tilstrekkelig stort befolkningsunderlag, kan de store kommunene ha mange fortrinn i denne sammenhengen. På den annen side kan det være trekk ved de store kommunene som kan gi særskilte utfordringer:

- I store kommuner kan avstanden mellom tjenesteplan og administrativ ledelse bli stor. Det kan bidra til at tjenesteinitierte (Nedenfra og opp) tiltak kan bli vanskelige å få støtte for, eller det kan bidra til at ledelsesinitierte tiltak møter motstand på tjenesteplanet.
- I store kommuner med mange aktører på samme felt kan det oppstå konkurranse mellom ulike samhandlingsinitiativ.
- Implementering av tiltak krever gjerne oppslutning fra og koordinering av mange personer. Både viktige profesjonelle grupper i kommunehelsetjenesten (f.eks. fastlegene) og sterke fagmiljø i spesialisthelsetjenesten, kan være lite tilgjengelige for byråkratiske styringssystemer.
- Nye tiltak kan møte motstand i innarbeidede byråkratiske og organisatoriske handlingsmønstre.
- Tradisjonelt har kommunalt omsorgspersonell opplevd samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten som er preget av manglende likeverd (Se f.eks. Kalseth og Paulsen 2008). Etablerte negative samhandlingsopplevelser kan skape motstand på tjenesteplanet mot etablering av nye tiltak.

---

<sup>4</sup> Se bl.a. Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer – Behandling og rehabilitering av hjerneslag (IS.1688)

Samlet sett kan altså trekk ved de store kommunene representere både fordeler og ulemper for utvikling og iverksetting av samhandlingstiltak med helseforetak. Når vi skal prøve å forstå hvorfor noen tiltak lykkes og andre ikke, kan begge perspektiver gi grunnlag for læring. I denne delen av prosjektet vil vi ta utgangspunkt i utvalgte tiltak og analysere og drøfte prosessen fra ide til implementering.

## 5.2 Om implementering

Oppgavene dette prosjektet skal vurdere er sammensatt. Her vil vi beskrive hva som skal til for å kunne vurdere om tiltak er vellykkede og hvordan en finner fram til gode løsninger for hvordan oppgavene og samhandlingen løses mellom nivåene og internt hos respektive kommune og sykehus. Noen viktige forutsetninger må være til stede for at et nytt tiltak skal iverksettes:

- Det foreligger en god ide om hva man ønsker å oppnå.
- Ideen får tilstrekkelig støtte i ledelse og fagmiljø i helseforetak og på kommunalt nivå.
- Det tilføres organisatorisk og administrativ kompetanse som kan omsette en god ide til et praktisk tiltak.

I noen tilfeller kan et tiltak ha preg av nedenfra-og-opp tilnærming: Fagpersoner utvikler gode ideer som de klarer å samle nødvendig støtte for oppover i systemet, og sikre gjennom gode avtaler og ressurstilgang. Vi vil også komme tilbake til eksempler på tiltak som initieres av fagfolk i praksisfeltet, tiltak som ikke forutsetter endringer eller formalisering ut over grep som tas i praksisfeltet (klargjøring av eksisterende arbeidsoppgaver og rutiner oa.).

I andre tilfeller kan et samhandlingstiltak ha sitt utgangspunkt i ledelsesnivået – administrative og eventuelt politiske strukturer med overordnet ansvar – og i større grad ha et ovenfra-og-ned perspektiv, der hovedutfordringen kan være å skaffe støtte både hos en potensiell samarbeidspartner og i berørte fagmiljø. Uansett kan veien fra en god ide fram til realisering være lang. I mye av implementeringsteorien fokuseres på forholdet mellom de som initierer og de som mottar endringen som ønskes innført. Reformdokumenter, som samhandlingsreformen, og overordnede styringssignaler og oppdragsdokumenter fra det regionale helseforetaket beskriver politikeres og administrasjonens ønskede virkelighet og ikke nødvendigvis en virkelighet som helsepersonell ønsker eller kjenner seg igjen i. Senere i rapporten viser vi til eksempler på en slik fremgangsmåte bl.a. i forbindelse med opprettelse av intermediearenhet/spesialisert korttidsenhet (initiert på administrativt nivå og ikke i praksisfeltet), og innføring av behandlingsslinje i Oslo som var en del av oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket.

I implementeringsteorien skiller man også mellom *implementering* og *institusjonalisering*. Implementering er i hovedsak synlige organisatoriske endringer i helsetjenestens struktur og omgivelser, mens institusjonalisering er endringer i helsetjenestens kultur og identitet, eksempelvis i relasjonen mellom helsearbeider og pasient. Det siste er oftere vanskeligere å få gjennomført enn det første. Reformen kan ende opp med strukturendringer, mens innholdsendingene enten ikke forekommer, eller så gjennomføres de i strid med reformens opprinnelige intensjoner.



I en litteraturgjennomgang foretatt av Dean Fixsen og medarbeidere (Fixsen 2005) oppsummeres følgende med hensyn til betingelser for god implementering:

- Passiv spredning av informasjon endrer verken implementeringsutfall eller intervensjonsutfall.
- Kjernen i implementering er atferdsendring.
- De viktigste utfallsmålene er endring i atferd hos fagfolk, endring i organisasjonsstruktur og - kultur slik at den rutinemessig støtter endringer i atferd hos fagfolk, og endringer i relasjoner til brukere og interessenter.
- Innovasjoner i forhold til praksisen eller omstendigheter den kan brukes under, bør vente til etter en omhyggelig implementering av den nye praksisen, og har da også større mulighet for å lykkes. Evalueringer av praksisen som skal implementeres bør vente til praksisen er fullt integrert.
- I menneskelig tjenesteyting er det utøveren som er intervensjonen.
- Til den aktuelle intervensjonen er det knyttet ett sett aktiviteter og utfall. Til implementeringen av intervensjonen er det knyttet et annet sett aktiviteter og utfall.

### 5.3 Om endring

Samhandlingstiltak og samhandlingsprosjekter har i seg elementer av endring, i større eller mindre grad. Grad av motstand mot endring kan dels relateres til person og dels til endringens omfang. Og hvordan man håndterer motstand mot endring kan knyttes til stikkord som informasjon, kommunikasjon, deltakelse og involvering. Informasjon er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å unngå motstand. Deltakelse gjennom representasjon er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å unngå motstand. Individet må få anledning til å kontekstualisere informasjon, dvs. hva det betyr for en bestemt person i en bestemt situasjon. Dette impliserer at enkeltindividet må få en anledning til dialog med andre om ens opplevelse av situasjonen.

Det at implementering og gjennomføring av tiltak tar tid og er arbeidskrevende er ikke ensbetydende med at man har støtt på aktiv eller passiv motstand fra en eller flere aktører. Tiltaket i Kristiansand vedrørende *kompetanseutvikling ved bruk av gjensidig hospitering* hadde som målsetting å heve kompetansen og at berørte fagfolk ble bedre kjent med hverandres arbeidsoppgaver. I dette prosjektets første fase viste det seg tungt å motivere bl.a. ansatte ved sykehuset til å delta. Dette endret seg etter hvert som en fikk solgt inn ideen og at en så behovet for gjensidig kompetanseutvikling. Et annet tiltak innenfor samme temaområde gikk ut på å etablere *kombinasjonsstillinger*, noe som viste seg å kreve mye planlegging da en her ble stilt overfor ulikt avtaleverk og ulike turnusordninger i helseforetaket og i kommunen. En opplevde ikke mye motstand, men erfarte at denne typen tiltak er meget tidkrevende.

Et kjennetegn ved motstand mot endring er at den kan forflytte seg fra én fase til en annen – fra å prøve å unngå at temaet eller saksfeltet kommer på dagsorden, til å prøve å redefinere eller omkonstruere saksfeltet, til å motarbeide iverksetting av vedtak. Én ting er former for motstand,

en annen ting er hvordan denne motstanden kommer til uttrykk. Motstand kan være passiv – en lar være å forholde seg til forslag og tiltak; eller også kan motstanden uttrykke seg aktivt ved at en klart tar avstand fra forslag om endring, og motarbeider dem aktivt i det daglige arbeid. Det er især i iverksettingsfasen at en da må se etter ulike former for motstand.

Det finnes mange forklaringer knyttet til hvilke faktorer som gjelder som grunn for at man blir usikker i en omstillingsprosess. Motstridende opplysninger rundt sin egen rolle, for lite og for dårlig informasjon, nye eller flere arbeidsoppgaver, er alle eksempler på variabler som kan forklare hvorfor ansatte setter seg mot en omstillingsprosess. Reaksjoner hos individer i forhold til større endringer vil i stor grad dreie seg om hvordan dette vil affekttere personen direkte, hvilke goder/onder som følger av denne endringen for en som arbeidstaker. En vanlig reaksjon er derfor motstand, da man er redd for å miste noe av verdi i omstillingsprosessen.

Det faktiske resultat av en endringsprosess kan være ganske forskjellig fra de opprinnelige intensjonene. Grunnene til dette kan bl.a. være at man lærer underveis i prosessen, slik at man endrer intensjonene. Vi har eksempler på at samhandlingstiltak har preg av en prosess, hvor veien blir til mens man går. Eksempelvis prosjektet som rettet seg mot *tidlig oppdaging av barn med atferdsproblemer* i Kristiansand, som omhandlet kompetanseheving (kurs) blant ansatte i kommune og i helseforetak. Ideen ble i utgangspunktet initiert av fagpersonell i helseforetaket, og var i den innledende fasen et mer uformelt møtested ("en tenkegruppe") for fagfolk som var interessert i tema. Tiltaket fikk så sin konkrete form og sitt innhold gjennom en prosess hvor man diskuterte seg fram til hvilket behov de ulike faggruppene hadde for kompetanseutvikling og hvilke tiltak som måtte iverksettes.

En annen faktor som kan virke inn og som kan forklare forskjeller mellom det intenderte og det faktiske resultat, er at det skjer en fortolkning av overordnede styringssignaler på ulike nivåer i organisasjonen. Fortolkning kan sees på dels som en nødvendig tilpasning av eksempelvis administrative vedtak til daglig virksomhet i praksisfeltet, og dels som en bevisst motstandsstrategi.

Motstand mot endring kan være et problem, men hvis man velger andre perspektiver, kan motstand mot endring ses som noe positivt. Det kan bety at mennesker identifiserer seg med organisasjonen, at den enkelte bryr seg om det man har gjort og gjør, og dette kan gjøre endringsprosessen til en interaktiv læringsprosess. Jo mer motstand, desto mer dialog kan man få om endringen. Og jo mer dialog, desto større muligheter for læring. Faglig uenighet er ikke synonymt med motstand, og uenigheten kan både knyttes til problembeskrivelse og til løsningene. Dette kan igjen bl.a. relateres til manglende kunnskap om pasientgruppens hjelpebehov, noe som bl.a. ble avdekket i prosjektet i Oslo som omhandlet *akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre*, og som avdekket et behov for grundig kartlegging av hjelpebehovet og hvor ulike aktørgrupper var involvert. Flere av prosjektene i vår undersøkelse har satt søkelys nettopp på behovet for mer kunnskap om og forståelse for hverandres kompetanse og arbeidshverdag. Her kan nevnes bl.a. tiltaket med gjensidige hospiteringsordninger mellom Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune hvor ansatte fra kommunene kom inn i mer faglig spesialiserte avdelinger på sykehuset som ga mye faglig oppdatering, samtidig som ansatte fra sykehuset fikk en økt forståelse for

kompleksiteten i kommunene med store krav til generalistkompetanse. Et annet eksempel kan hentes fra et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus og bydeler i Oslo med gjensidig hospitering for ansatte innen psykiatri og rus, hvor målet også er å styrke samhandlingen gjennom økt kunnskap om hverandres arbeidshverdag.

Det er rimelig å anta at jo mer omfattende og radikal en endring er, desto sterkere vil motstanden bli. Eksempelvis vil forsøk på å endre kjerneverdier i en organisasjons kultur, bli møtt med motstand. Dette er også en av grunnene til at det anbefales at endring bør skje inkrementelt, det vil si i små skritt av gangen. Små endringer vil virke mindre farlige og dermed i seg selv skape mindre motstand. I tillegg vil små endringer berøre færre personer og grupper, noe som kan føre til at motstanden blir mer spredt og dermed lettere å håndtere. Vår undersøkelse har ikke avdekket tiltak som er så vidt omfattende eller er av en slik karakter at de kan sies å ha omfattet endringer i hva en kan kalle kjerneverdiene hos de berørte aktørene. På den annen side kan eksempelvis innføring av intermedieravdelinger sies å representere en ikke ubetydelig endring i behandlingsregimet i og med at en innfører et "nytt behandlingsnivå" mellom det tradisjonelle skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Endring bør legges opp som prosesser med bred deltakelse fra samtlige aktører i organisasjonen. Deltakelse antas å være en mekanisme for å øke informasjonsflyt, og dermed minske usikkerhet. Såkalte ovenfra-og-ned-endringer, dvs. endringer der ledelsen har utviklet ferdige løsninger og deretter forventer at ansatte skal rette seg etter disse, blir ofte møtt av motstand. Strategien signaliserer at det er noen som vet bedre, og som derfor har rett til å fortelle andre hva de skal gjøre. Uansett hvor bra eller dårlig forslaget fra toppen er, så vil selve framgangsmåten i mange tilfeller skape en reaksjon som fører til motstand. Vår undersøkelse har vist eksempler på at en har vært seg bevisst betydningen av involvering fra berørte aktører. Innføring av behandlingslinje for barn og unge med ADHD i Oslo er denne forbindelse et interessant eksempel på et tiltak initiert gjennom oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket (ovenfra-og-ned), men hvor en, når "bestillingen" eller instruksen først forelå, vektla bred involvering av alle aktørene i behandlingslinjen når det gjaldt å konkretisere rutiner og arbeidsformer.

Våre informanter viser til at initiering av tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommune har pågått i mange år, og man har etter hvert høstet en del lærdom med hensyn til utvelgelse og framgangsmåte for å sikre seg at tiltak lykkes og blir en suksess. I intervjuer, bl.a. ved Oslo Universitetssykehus, blir det presisert: "*vi starter ikke opp prosjekt hvis vi ikke tror at de har levekraft nok til å kunne legges i drift etter prosjektperioden*". Grunnlaget legges i tett involvering fra de kliniske miljøene, bydelene, fastlegene og brukere, samtidig som man sikrer seg med en grundig evaluering, bl.a. gjerne ved å knytte forskere til prosjektgjennomføringen.

Etter vår vurdering av det materialet vi har samlet inn, kan det synes som om aktørene har vært seg bevisste de utfordringene som ligger i denne typen endringsarbeid:

- Aktiviteten har vært og er stor i alle de store byene med hensyn til å få til en bedre samhandling til beste for pasientene.

- Datamaterialet viser stor variasjon med hensyn til grad av endring i tiltakene – fra mer omfattende strukturelle grep som forutsetter formaliserte vedtaksprosesser, til enklere grep i praksisfeltet initiert og gjennomført av fagfolk.
- Kunnskaps- og kompetanseutvikling har vært tema i mange av prosjektene, både når det gjelder økt kunnskap innen eget fagområde, og når det gjelder å bli bedre kjent med hverandres tjenester.
- Involvering og deltakelse fra berørte aktører i praksisfeltet er vektlagt i de prosjektene vi har studert, også i samhandlingstiltak initiert på administrativt ledelsesnivå, når detaljene i tiltaket skal meisles ut.
- Ovenfra-og-ned tiltak har latt seg gjennomføre uten vesentlig motstand dersom initieringen ovenfra har satt visse rammer, uten detaljstyring.
- Noen av tiltakene har tatt lenger tid å få gjennomført enn forutsatt, ikke nødvendigvis på grunn av motstand, men fordi en bl.a. har støtt på avtaleverk som har forutsatt en mer omstendelig implementeringsprosess.

## 5.4 Suksessfaktorer

### 5.4.1 Innledning

Formålet med denne delen av undersøkelsen er, som tidligere nevnt, å identifisere suksessfaktorer bak tiltak som er blitt realisert, og samtidig prøve å identifisere kritiske faktorer som tiltakene har måtte overkomme underveis. Materialet bygger på intervju med personer sentralt plassert i kommunen og sykehus/helseforetak, samt nøkkelpersoner knyttet til utvalgte tiltak. Data fra intervjuene er supplert med dokumentstudier. Det ble utarbeidet en intervjuguide som grunnlag for datainnsamling. Intervjuene omhandlet følgende hovedtemaer:

- Når ideen om tiltaket oppsto og hvem som tok initiativet.
- Grad av ledelsesforankring
- Støtte og motstand på ulike nivåer i organisasjonen
- Spesielle gunstige eller negative forhold knyttet til gjennomføring av tiltaket (Bygninger, økonomi, annet)
- Om en opplevde andre hindringer underveis i prosessen.

Undersøkelsen viser at en kan skille mellom generelle forutsetninger uavhengig av tiltakets innhold, og forutsetninger som er mer tiltaksspesifikke. Videre vil grad av suksess være knyttet til hvilke mål en har satt seg for endringene og hvilket ambisjonsnivå en legger seg på, samt om tiltak og endringer oppleves som en nedenfra og opp eller en ovenfra og ned prosess. Videre blir det sentralt for implementeringsarbeidet om de berørte og involverte aktørene og faggruppene har en felles problemforståelse. Flere av våre informanter viser også til at grad av suksess kan knyttes til enkeltpersoner som omtales som drivere og entusiaster, både i idefasen og i gjennomføring - og implementeringsfasen.

Opplevelse av suksess vil også avhenge av hvem man spør. Vår undersøkelse viser at i hvilken grad et tiltak oppleves å være vellykket vil kunne variere – om det er spesialisthelsetjenesten eller

kommunehelsetjenesten som blir spurt. Videre viser undersøkelsen at samarbeidspartene vil kunne vekte suksessfaktorene forskjellig, og om en vektlegger pasientperspektivet (eksempelvis god og rettferdig behandling, bedre koordinering, kortere ventetid, bedre tilgjengelighet), systemperspektivet (bedre effektivitet og avlastning) eller tjenesteyterperspektivet (gjensidig respekt, likeverdighet i samarbeidet, kompetansestyrking). Som vi er inne på ovenfor kan det være slik at et tiltak er med på å påvirke alle de tre områdene, men normalt vil det være ett av perspektivene som er det primære for et tiltak. En felles opplevelse av suksess vil dermed også avhenge av at samarbeidspartene har en felles forståelse av det primære perspektivet for et tiltak. I tiltaket *Samhandlingskjede kronisk syke* i Trondheim opplevde man en ulik vektning av hva som var målet for tiltaket: Sykehuset var tydeligere i sin vektlegging av sykdomsforløpet og å hindre reinnleggelser, mens kommunen fokuserte mer på det de omtaler som "totalomsorgen". Hverdagen fortonte seg med andre ord forskjellig hos de to samhandlingsaktørene, samtidig som en manglet en god oversikt over hva som trengtes av informasjon hos aktørene for å få til god pasientflyt.

I vår undersøkelse har vi eksempler på at en del av det som med en samlebetegnelse omtales som samhandlingsprosjekter eller samhandlingstiltak, omhandler systematisering og klargjøring av eksisterende kompetanse og strukturer. Flere av våre informanter viser til en mangel på kunnskap om hverandre – både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og mellom de to nivåene. I den forstand kan for eksempel tiltak som behandlinglinjer i større grad bli en forståelse og tydeliggjøring av hverandres kompetanseområde, enn endring i adferd.

#### 5.4.2 Avstanden mellom tjenesteplan og administrativ ledelse

Som nevnt innledningsvis, kan avstanden mellom tjenesteplan og administrativ ledelse bli stor i store kommuner. Det kan bidra til at tjenesteinitierte (nedenfra og opp) tiltak kan bli vanskelige å få støtte for, eller det kan bidra til at ledelsesinitierte tiltak møter motstand på tjenesteplanet.

Viljen til å implementere endring i eksisterende praksis henger sammen med selve initieringsfasen; om tiltakene oppleves som et pålegg fra overordnet myndighet eller om ideen unnfanges i praksisfeltet. Eksempelvis opplevde flere av de som arbeider i praksisfeltet at opprettelse av spesialiserte korttidsenheter/ intermediærenheter som et pålegg fra Helseregion og kommune. Som en av informantene uttrykker det: "*Svaret var intermediærenhet, hva var spørsmålet?*" Tiltaket ble oppfattet som en instruks, og ikke basert på uttalt behov i praksisfeltet. Som vi var inne på innledningsvis i dette kapittelet, kan implementeringsarbeidet oppleves som tyngre når tiltak og endringer oppleves som en instruks, som i dette tilfelle. Innføring av intermediæravdelinger eller spesialiserte korttidsenheter har også vært gjenstand for diskusjoner, både på ledernivå og i fagmiljøene, om behovet for og effekten av dette tiltaket.

Forankring både på ledernivå og i berørte faggrupper er sentralt slik at en både kan beslutte, og gjennomføre de aktuelle tiltakene. I store kommuner kan som sagt avstanden mellom praksisfeltet og beslutningsmyndighet oppleves som lang. Avstanden vil imidlertid avhenge av tiltakets omfang, grad av endring og hvor mange som berøres og er involvert. Vår undersøkelse viser at mange av

grepene med hensyn til tiltak for bedre samhandling, tas i praksisfeltet direkte mellom berørte faggrupper i kommune/bydel og helseforetak.

Når det gjelder avstanden mellom tjenesteplan og administrativ ledelse, har man – kanskje særlig i Oslo (med en sentral kommuneledelse, 15 bydeler som innenfor etablerte ansvars- og fullmaktsreglement kan opptre relativt autonomt, og to helseforetak og to private sykehus) – sett spesielle utfordringer. Situasjonen bærer preg av en omfattende avtalestruktur – fra rammeavtale om samhandling mellom KS i helseregion Sør-Øst og Helse Sør-Øst RHF, til kommunens avtale med to helseforetak og to private sykehus innenfor ulike områder. I tillegg er det inngått avtaler innenfor mange fagområder bilateralt; mellom bydeler og det enkelte helseforetak/sykehus. Oversikter fra bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet og Samarbeidsutvalget i Oslo (bestående av representanter for sykehusene og kommunene) viser at det hvert år tildeles prosjektmidler til en rekke samhandlingstiltak som involverer et eller flere helseforetak/sykehus og en eller flere bydeler. Vår undersøkelse kan tyde på at det pr i dag ikke foreligger noen samlet oversikt over denne typen aktiviteter, og ei heller noen felles arena for erfaringsutveksling. Denne "*la-de-tusen-blomster-blomstre*" tilnærmingen gjør at våre informanter ikke ser bort i fra at det settes i verk samhandlingstiltak parallelt "*uten at en vet om hverandre*".

I vår undersøkelse har vi eksempler på at ovenfra-og-ned-endringene har vært av ulik karakter. På den ene siden har vi tiltak initiert av administrativ ledelse i helseregion, helseforetak eller kommune og på den annen side tiltak initiert som en følge av lovendringer og andre føringer fra sentrale myndigheter (eksempelvis Helse- og omsorgsdepartementets årlige Oppdragsdokument i de regionale helseforetakene). Grunnlaget eller utgangspunktet for endringen er forskjellig – opplevelse av styring ovenfra er lik. En utfordring knyttet til tiltak og organisatoriske grep initiert ovenfra er at de kan komme i konflikt med lokalt etablerte eller planlagte tilbud. Dette illustrerer i sin tur at arbeidet med strukturer for samhandling vil være en kontinuerlig pågående prosess i og med at behandlingsformer og ytre rammebetingelser er i stadig endring, noen som stadig stiller nye krav en endringsvilje på alle nivåer.

Behovet for ledelsesforankring fremheves som sagt. Samtidig er det en utfordring at samhandlingstiltakene involverer ledere på ulike nivåer og i ulike forvaltningslinjer. Dette forutsetter evne og vilje til å tenke samarbeid i og med at ingen besitter myndighet på tvers av forvaltningslinjene. Undersøkelsen viser også at samhandlingsavtaler og tiltak har resultert i organisatoriske og strukturelle grep, men dette forutsetter at nye funksjoner og nye enheter gis myndighet til å ivareta sin funksjon etter intensjonen. Ved etablering av *koordinerende* enhet i Stavanger erfarte man at enheten i kommunen hadde enklere arbeidsvilkår enn koordineringsenheten ved sykehuset, og hvor en erfarte at koordineringen fungerte bedre mellom sykehus og kommune, enn internt på sykehuset, hvor en opplevde at avdelingene langt på vei videreførte praksisen med å ta direkte kontakt med kommunehelsetjenesten uten å gå via koordineringsenheten på sykehuset. Som en av informantene uttrykker det: "*Skal man opprette koordinerende enhet, må de ha mulighet og myndighet til å koordinere*".

Avstanden mellom tjenesteplan og administrativ ledelse kan representere spesielle utfordringer i store kommuner. Resultatene av våre undersøkelser kan oppsummeres i følgende punkter:



- Det foregår mye aktivitet i praksisfeltet som ikke involverer øverste administrative ledelse i kommunen, enten fordi tiltaket ikke er avhengig av formaliserte beslutninger for å gjennomføres, eller fordi vedtaksfullmakt er delegert.
- Tiltak som impliserer organisatoriske endringer og nye organisatoriske enheter forutsetter at disse enhetene gis tilstrekkelig med vedtaksmyndighet og handlingsrom til å utøve den oppgaven som var intendert.
- Store kommuner omfatter mange fagmiljøer og tjenestetilbud og undersøkelsen har avdekket stor aktivitet når det gjelder mer eller mindre omfattende tiltak for å bedre tjenestetilbudet. Erfaringene fra undersøkelsen viser nødvendigheten av å etablere felles læringsarenaer for å nyttiggjøre seg kunnskap på tvers, ut over de fagmiljøene som er direkte berørt av det enkelte tiltaket.
- En utfordring knyttet til tiltak og organisatoriske grep initiert ovenfra i store kommuner er at de kan komme i konflikt med lokalt etablerte eller planlagte tilbud. Tiltaket initieres fordi det oppfattes som en instruks, ikke fordi behovet er til stede.
- Arbeidet med strukturer for samhandling vil være en kontinuerlig pågående prosess i og med at behandlingsformer og ytre rammebetingelser er i stadig endring, noen som stadig stiller nye krav til endringsvilje på alle nivåer, og til god dialog og kommunikasjon.

#### 5.4.3 Aktører og konkurranse

I store kommuner med mange aktører på samme felt kan det oppstå konkurranse mellom ulike samhandlingsinitiativ. Konkurransesituasjonen kan oppstå som et resultat av faglige interessemotsetninger og ulike faglige prioriteringer, økonomi oa. Videre ser man i arbeidet med samhandlingstiltak en tydeliggjøring av et møte mellom en spesialisthelsetjeneste som noe forenklet sagt, tenker diagnose og en kommunehelsetjeneste som tenker funksjon. Ønske om igangsetting av tiltak vil kunne variere fordi en ut fra faglig ståsted, ser ulike behov og utfordringer. I vår undersøkelse trekkes også fram som viktig at en har en forståelse av at faggruppene er forskjellige – at de har ulik kulturforståelse, og har ulike målsettinger for hva en gjør: *"Det holder ikke bare å lage systemer og rutiner, uten denne typen kunnskap"*.

Denne kultur- og interesseforskjelligheten kan danne grunnlaget for konkurranse mellom ulike samhandlingsinitiativ. Flere av informantene påpeker som sagt også betydningen av å snakke samme språk og kjenne hverandres tenkning og kultur når det gjelder behandling. En annen utfordring ligger i om en klarer å henge med i hvordan pasientpopulasjonen har endret seg. Som en informant uttrykker det: *"De pasientene som tidligere trengte restbehandling, de reiser hjem etter 4 dager i dag"*. En annen informant sier det på denne måten: *"Plutselig innføres det nye operasjonsmetoder som gjør at pasienten trenger ikke rehabiliteres på den måten, han kan bare reise hjem, han skal gå mest mulig"*. Slike endringer i behandlingsregimene på et nivå endrer forutsetningene for hvilke tilbud som skal gis på et annet nivå. Dette igjen gjør at behovet for innholdet i samhandlingstiltak vil endre seg over tid, og vil variere i sitt innhold alt etter hvilke faggrupper man tar utgangspunkt i. Videre vil det kunne oppstå en konkurranse om oppmerksomhet ut fra faginteresser.

I vår undersøkelse har vi eksempler på at deler av organisasjonen er preget av det enkelte kaller "prosjektutslitthet" – hvor det er mange aktører som ønsker å implementere tiltak i form av prosjekter. Når det gjelder kommunehelsetjenesten, viser flere av våre informanter til at bl.a. fastlegene står sentralt i flere av samhandlingstiltakene som ønskes implementert. Og som en konsekvens av tiltaksmangfoldet, er det "mange som ønsker en bit av fastlegene og deres tid og oppmerksomhet". Med dette er vi igjen tilbake til konkurranse om oppmerksomhet, tid og ressurser. I tiltaket *Samhandlingskjede kronisk syke* i Trondheim opplevde man at det var tungt å få implementert tiltaket i kommunen bl.a. fordi det var andre tiltak og andre prosjekter som tok oppmerksomheten.

Flere av informantene kommer inn på mangfoldet av ideer og forslag med hensyn til tiltak for å bedre pasienttilbudet: "Vi ser mange Petter-smart-løsninger drevet fram av entusiaster i kommunen". Det etterlyses gode verktøy for å kunne sortere ut de tiltakene "som har livets rett" og som lar seg gjennomføre i praksis. Et element av dette er det som pekes på i rapporten fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, hvor en bl.a. erfarte at manglende kompetanse i forbedringsmetodikk ble sett på som en hemmende faktor, både i den initiale fasen og når det gjaldt å dokumentere resultater. En informant med erfaring fra prosjektet *Langtidsoppfølging av pasienter etter slag* i Trondheim viste til at det var problemer med å sette av tid til å reflektere og dele erfaringer, da en i perioder opplevde at det "ble pøst på med så mange ulike prosjekter at de ansatte ble mer eller mindre handlingslammet".

Erfaringene fra vår undersøkelse når det gjelder aktører og konkurranse, kan oppsummeres i følgende punkter:

- Samhandlingstiltak forutsetter, for å lykkes, en forståelse av at faggruppene er forskjellige – at de har ulik kulturforståelse, og har ulike målsettinger for hva en gjør. Uten denne typen kunnskap, vil en kunne stå overfor betydelige utfordringer når det skal utarbeides systemer og rutiner.
- Tiltak for å forhindre prosjektutslitthet, kan være etablering av felles samhandlings- og læringsarenaer: "Alle trenger ikke finne opp kruttet på nytt".
- Igangsetting og gjennomføring av prosjekter og samhandlingstiltak forutsetter kompetanse i forbedringsmetodikk, som kan gi hjelp til å lede prosessen gjennom ulike faser, kartlegginger og dokumentasjon av resultater. Evne til og kunnskap om å skille ut de gode ideene, samt god kunnskap om gjennomføring, vil kunne bidra til å skille ut de prosjektene som "har livets rett", som vil kunne sikre oppslutning og entusiasme, og forhindre prosjektutslitthet.

#### 5.4.4 Oppslutning om nye tiltak

Implementering av tiltak vil kreve oppslutning fra og koordinering av mange personer. Både viktige profesjonelle grupper i kommunehelsetjenesten, som f.eks. fastlegene og sterke fagmiljø i spesialisthelsetjenesten, kan være lite tilgjengelige for byråkratiske styringssystemer.

Berørte faggrupper må involveres på en måte som gjør at de oppfatter tiltak og ideer som sine egne. Det beskrives som avgjørende for å lykkes med endringer når en selv eller ens egen



faggruppe har vært med og sett behovet for endring. Flere av informantene peker på en grunnleggende mangel på kunnskap om hverandres kompetanse, tjenestetilbud og tjenesteinnhold (hvem som gjør hva, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten).

Dette viser nødvendigheten av godt kartleggingsarbeid. Det samme trekkes fram når det gjelder kunnskap om hva pasientgruppene trenger av tilbud. Erfaringer fra flere av prosjektene viser at når flere aktører er involvert og skal samhandle, så forutsetter det gode rutiner for dokumentasjon og kommunikasjon/ meldingsutveksling. Videre må det tydeliggjøres hva en kan forvente av hverandre.

Når prosjekt og forsøksperioder er over, og entusiastene og "driverne" er tilbake i ordinær jobb, forutsetter den videre samhandlingen at en har brukt prosjektperioden godt og at tiltaket er nedfelt i strukturen og systemet i form av skriftlige avtaler og rutiner som forplikter aktørene. Erfaring med prosjektarbeid og forsøksordninger er at en står overfor en kritisk fase i utviklingsarbeidet når prosjektideene og erfaringene skal implementeres og videreføres i basisorganisasjonen. Våre informanter viser til at en bevisst benytter prosjekt som arbeidsform: *"Det er et poeng noen ganger å kalle endringer et prosjekt, for prosjekt klarer folk og har erfaringer med"*

Prosjekt er pr definisjon en tidsavgrenset aktivitet som gis særlige organisatoriske og økonomiske rammebetingelser, og som ofte involverer entusiaster. Denne fremgangsmåten kan, i følge våre informanter, gjøre tiltak og endringer "mer salgbare" i en initieringsfase. Prosjekt- eller forsøksperioden vil så vise om berørte fagpersoner er åpne for endringer av mer permanent karakter.

- Det som her er beskrevet, er i all hovedsak oppsummert i punktene over. Vår undersøkelse viser som nevnt, at en står overfor en kritisk fase i endringsarbeidet når erfaringene fra et prosjektarbeid skal implementeres i basisorganisasjonene, og "prosjektentusiastene" er tilbake i hverdagen. Solid faglig og ledelsesmessig forankring, samt godt arbeid med dokumentasjon og skriftliggjøring i prosjektperioden, kan bidra til å hindre at tiltak "går i glemmeboken".

#### 5.4.5 Aktører og motstand mot endring

Som nevnt innledningsvis, kan nye tiltak møte motstand i innarbeidede byråkratiske og organisatoriske handlingsmønstre. Det er rimelig å anta at jo mer omfattende og radikal en endring er, desto sterkere vil motstanden bli og det anbefales at endringer skjer ved små skritt av gangen. Informantene peker på at implementering og evaluering av komplekse intervensjoner krever lokal tilpasning og en god jobb når det gjelder kartlegging av innholdet i problemstillingen. Det trekkes her fram fire forutsetninger for å få til endring og forbedring: Det skal være et behov, det skal kunne informeres ut, man skal ha tid og engasjement for å gjøre det, og det skal være enkelt å gjøre det. Det er viktig å velge de enkle forbedringene som gir effekt.

En utfordring i endringsarbeidet er bl.a. når systemer og strukturer skal erstatte gammel tradisjon med egne fagnettverk som har fungert etter prinsippet om direkte kontakt på individnivå. Samhandlingsavtaler, koordineringsenheter, forhandlingsutvalg oa. forutsetter, for å fungere etter intensjonen, at berørte fagfolk følger de avtalene som er inngår, i sin daglige praksis. Våre informanter viser til at dette i en del sammenhenger har vært en lang prosess for å få til – for kultur tar tid å endre på. Som nevnt, var erfaringene fra opprettelse av *koordinerende* enhet i Stavanger at avdelinger langt videreførte praksisen med å ta direkte kontakt med kommunehelsetjenesten uten å gå via koordineringsenheten på sykehuset.

Et av hovedmålene med opprettelse av filial for *kommunalt inntakskontor ved sykehuset* i Tromsø, var å lette og å styre kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunen. En erfarte bl.a. motstand i enkelte fagmiljøer fordi prosjektet til for mye oppmerksomhet og mye tid fra annen virksomhet, samtidig som strengere krav til dokumentasjon ble opplevd som en "*byråkratisering av samhandlingen*".

Våre informanter viser til at samhandlingsstrukturer eller planer har eksistert i mange år og at innholdet i dem og målgruppen har endret seg med tiden. Dette skyldes dels endrede brukergrupper og dels endringer i behandlingstilbudet – spesielt i sykehusene. Informanter peker på at det er en utfordring for det å finne gode arenaer og strukturer at faggrupper og forvaltningsnivåer bærer med seg "gammelt tankegods" med hensyn til hvordan man skal samhandle. Behandling som "i går" måtte gjøres på sykehus, kan "i dag" gjøres i kommunehelsetjenesten, og behandling som tidligere måtte gjøres i behandlingsinstitusjon, kan i dag gjøres i hjemmet. I vår undersøkelse peker også flere av informantene på, at bl.a. innen psykiatri/psykisk helsevern, at det ikke alltid er en helt klar grenseoppgang mellom oppgaver og ansvar lagt til kommunehelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten. Videre ser en at nye behandlingsformer, bl.a. for unge med schizofreni, gjør at pasienter ikke må behandles på sykehus, men kan gis et tilbud i et samarbeid mellom ambulante team og kommune. På lang sikt ser en at det er "*ingenting i veien for at kommunen kan drifte deler av det som i dag er spesialisthelsetjeneste*".

- Det som her er beskrevet, er i for en stor del oppsummert i punktene over. I undersøkelsen har vi imidlertid eksempler på at en i flere av prosjektene har erfart at fagpersoner og fagmiljøer viderefører "gammel praksis" uavhengig av innføring av nye avtaler og samhandlingsrutiner. Dette undergraver intensjonene med tiltaket, og understreker igjen behovet for tidlig involvering slik at aktuelle aktører blir lyttet til, får satt sitt preg på tiltaket og ser betydningen av endringen – både for en selv, for de andre en skal samhandle med, og for pasientene.

#### 5.4.6 Samhandling og likeverd

Som nevnt innledningsvis, har tradisjonelt kommunalt omsorgspersonell opplevd samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten som er preget av manglende likeverd. Etablerte negative samhandlingsopplevelser kan skape motstand mot etablering av nye tiltak på tjenesteplanet. Informanter i vår undersøkelse bekrefter at en her har og har hatt utfordringer.

Følgende uttalelse illustrerer dette: *"Men det er svakhet ennå at sykehuset må jobbe enda litt mer med at vi er likeverdige parter. Ennå er det litt den tendensen med at det er sykehuset som bestemmer".* Videre uttrykker en av våre informanter følgende: *"Det er et tilbakevendende punkt hvem som skal gjøre den medisinskfaglige vurderingen på hva pasienten trenger der og da, eller i et videre forløp".*

Vår undersøkelse gir grunnlag for å hevde at aktørene vektlegger et behandlingsforløp preget av kontinuitet, god flyt, smidighet, sømløshet, at alle aktuelle aktører vet hva de skal gjøre når, at man kjenner hverandre og stoler på hverandre både når det gjelder kompetanse og det å ta sin del av ansvaret, at man forbereder pasienten på hva som skal skje i neste ledd i samhandlings- og behandlingsskjeden, og at pasienten har en opplevelse av at kommune og sykehus er enige om forløpet. Opplevelse av likeverd henger sammen med nærhet, kjennskap og kunnskap om hverandre på de ulike behandlingsnivåene. Tilbudet til pasientene, uavhengig av tiltak, forutsetter, som flere av informantene er inne på, at en ser og respekterer og tar inn over seg sin egen og andres rolle i en tiltakskjede.

- Vår oppsummering av de prosjektene vi har gått igjennom viser at en forutsetning for opplevelse av likeverd er bevissthet om at ulike subgrupper i organisasjonen krever ulike strategier, og at målgruppene er involvert i å utarbeide og utføre tiltaket eller planen. Dette handler om å skape nødvendig eierforhold til det som skal gjennomføres, og at man kjenner seg igjen i det nye.

## 5.5 Fra idè til implementering, noen eksempler

Vi har nedenfor illustrert ulike sider ved prosessen fra ide til implementering med et utvalg av eksempler på samhandlingstiltak i storbyene. Oversikten er ikke uttømmende, men gir en indikasjon med hensyn til ulike tilnærminger og erfaringer med tiltak som er initiert og gjennomført.

### 5.5.1 ACT-team

Vår undersøkelse viser en utbredelse av etablering av ACT-team i storkommunene. Bakgrunnen og grunnlaget for etablering av ACT-teamene er interessant både ut fra et initieringsperspektiv og et økonomisk perspektiv.

I rapporten *"Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud"* (IS - 1554) foreslo Helsedirektoratet, som et av flere tiltak, at det skulle settes av statlige stimuleringsstilskudd til etablering av ACT- team rundt om i landet. I statsbudsjettet for 2009 ble det stilt kr 50 millioner til disposisjon til etablering og drift av ACT- team og til utvikling av andre organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet. Målgruppen for tilskuddsordningen er mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte med samtidige ruslidelser, med sammensatte og langvarige hjelpebehov fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste.

På oppdrag fra Helsedirektoratet til Kompetansesenter rus- region øst ble det høsten 2010 utgitt en norsk ACT- håndbok, som en veiledning til teamene som etableres. Helsedirektoratet har igangsatt en nasjonal forskningsbasert evaluering av ACT- satsingen. Oppdraget er gitt til Kompetansesenter rus- region øst i samarbeid med Akershus universitetssykehus. Innsamling av data skal ferdigstilles i 2013.

Opprettelse av ACT-team er med andre ord et eksempel på et statlig initiert samhandlingstiltak, hvor det følger sentrale økonomiske midler knyttet til etableringen og hvor det skal gjennomføres en nasjonal forskningsbasert evaluering av satsingen. Samtidig er det gitt klare sentrale føringer for organisering av og aktiviteten i teamene gjennom en ACT-håndbok. Våre informanter viser til erfaringer med ACT-team, eller tilsvarende løsninger, noen ulikt organisert, men med en felles målsetting om å redusere sykehusinnleggelses for personer med bl.a. psykoser, schizofreni, bipolare lidelser og rusproblematikk.

Vår undersøkelse viser at opprettelse av ACT-team kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det er et eksempel på samhandlingstiltak basert dels på en ide og erfaringer utenfra (fra bl.a. England), dels på sentral prosjektfinansiering (Helsedirektoratet) og dels på lokale tilpasninger med hensyn til organisering og sammensetning av teamet.
- En erfaring med teamene er at det oppleves som lettere å bygge en felles forståelse og kultur når en jobber i team hos bruker, enn når en kun treffer pasientene i institusjons- og sykemiljø.
- Informanter viser til at det har vært varierende oppfatninger om riktigheten av å knytte så sterke faglige føringer til de tiltaksmidlene som ble stilt til rådighet fra sentrale myndigheter.

### 5.5.2 Intermediærenhet/spesialisert korttidsenhet/etterbehandlingsplasser

Etablering av spesialiserte korttidsenheter eller intermediærenheter i storkommunene representerer et annet interessant perspektiv når det gjelder initiering og gjennomføring av samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Formålet med spesialiserte korttidsenheter eller intermediærenheter er å sikre overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten ved å gi somatiske eldre pasienter et faglig godt tilbud om behandling, pleie og rehabilitering som pasienten har behov for, men som ikke trenger gis på sykehus. Enhetene er etablert og drives etter modell fra Sjøbustad Helsehus. I evalueringen av Sjøbustad Helsehus (Garåsen 2008) konkluderte en bl.a. med at behandlingen gitt ved intermediærenheten førte til færre reinnleggelses i sykehus og lavere dødelighet enn tradisjonell behandling i sykehus. Sjøbustad valgte siden å omdøpe fra intermediæravdeling til etterbehandlingsplasser, med begrunnelsen at dette navnet i større grad beskrev virksomheten.

Sjøbustad-modellen har hatt stor smitteeffekt mot andre kommuner. Intermediærenheter, spesialiserte korttidsenheter eller etterbehandlingsplasser er siden blitt etablert i en rekke

kommuner. I intervjuene peker informantene på erfaringene fra Trondheim som utgangspunkt for at man har satsset på dette i egen kommune. Bl.a. kom Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester i Oslo og sykehusene i Hovedstadsområdet i 2007 fram til at det skulle etableres spesialiserte korttidsenheter. Den første enheten ble etablert i 2008, den siste i 2010. Enhetene drives etter tilsvarende konsept som ved Sjøbstad Helsehus i Trondheim. I Stavanger kommune ble det etablert et tilsvarende tilbud i 2006, i Bergen i 2005.

I Tromsø er det planlagt etablert et etterbehandlingstilbud innen psykisk helse som bærer i seg og har adoptert elementer av det vi har omtalt som "Sjøbstad-modellen" (halvannenlinjetjeneste eller etterbehandlingstilbud), med referanse til tilbudet ved Leistad Helsehus i Trondheim, som bl.a. er et korttidstilbud til psykiatriske pasienter som trenger etterbehandling etter opphold i psykiatrisk sykehus. Ved utskrivning skal behovet for koordinerte tjenester være avklart og iverksatt. Videre omfatter tilbudet ved Leistad trygghetsplasser for hjemmeboende i en krisesituasjon.

Målgruppen i tilbudet i Tromsø er, som ved Leistad, utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Tiltaket skal primært være rettet inn mot kartlegging og utredning av hva slags behov pasientene har for kommunale tjenester.

Ideen om å innføre modellen i Tromsø ble fanget opp gjennom deltakelse i storbynettverket tilknyttet NAPA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). Da tiltaket ble lansert i kommunen, ble det møtt med, ikke mostand, men avmålt nøkternhet. I noen fagmiljøer var det umiddelbart positive reaksjoner (bl.a. når det gjaldt opprettelse av trygghetsplassene). Samtidig var det faggrupper som satte spørsmålstegn ved om dette tilbudet var en *"ny mellomstasjon for pasientene, hvor de måtte bli kjent med nye folk, før man kom seg videre"*. En opplever imidlertid i hovedsak at fagfolk er positive, og en regner ikke med å få problemer med å rekruttere fagfolk til tiltaket. Grad av suksess vil være knyttet til om en bl.a. greier å unngå at pasientene blir liggende lenge i dette tiltaket uten av en greier å få dem over i andre kommunale tiltak (boliger med personalbase eller oppfølging hjemme).

Tiltaket i Tromsø ble som sagt fanget opp i et fagnettverk i regi av NAPA, etter modell fra Leistad Helsehus, som i sin tid hentet inspirasjon fra eller kan langt på vei sees som en kopi av Sjøbstad Helsehus.

Sjøbstad-modellen har fungert som inspirasjonskilde – direkte eller indirekte – også på andre områder. Utviklingen av en etterbehandlingsenhet for psykiatriske pasienter i Trondheim kan i følge våre informanter forstås som en overføring av erfaringene fra Sjøbstad på pasientgrupper i det psykiske helsevernet. Interessant i denne sammenhengen er vi finner eksempler i andre kommuner på utvikling av tilsvarende etterbehandlingsenheter for denne pasientgruppen, der inspirasjonskilden er pionertiltaket i Trondheim (se eksempelet fra Tromsø ovenfor).

Det ser altså ut til at smitteeffekter mellom kommunene er en viktig forklaring på den forholdsvis raske veksten i bredden når det gjelder denne typen tiltak. Et interessant trekk i denne

forbindelsen er at det ser ut til at erfaringene fra andre kommer plukkes opp på høyt politisk/administrativt nivå, og dermed i utgangspunktet har god politisk/administrativ forankring.

Vår presentasjon av etablerte intermediaærenheter er ikke uttømmende verken når det gjelder bredde av tiltak eller dypere og mer inngående analyse av hvert av tiltakene, men vi mener å ha grunnlag for å gi følgende oppsummering av erfaringene med dette tiltaket:

- Det er et tiltak som primært ikke er initiert i praksisfeltet, men hvor avgjørelsen er tatt på administrativt nivå i kommunen.
- Tiltaket har form av en modell prøvd ut i en kommune og vedtatt overført til og innført i en annen.
- Modellen har vært gjenstand for lokale justeringer og tilpasninger, samt diskusjoner knyttet til inntakskriteriene.
- Det har ikke vært helt uproblematisk for sykehuset, som avtalepart, å oppfylle sin del av avtalen – stille med legeressurser.
- Det pågår en kontinuerlig diskusjon om behovet for dette tjenestetilbudet bl.a. sett i lys av endringer i utskrivningspraksis ved sykehusene og etablering av annet tilbud i kommunene (rehabiliteringsplasser, korttidsplasser oa.).

### 5.5.3 Faginitierte samhandlingstiltak

I undersøkelsen har vi fått beskrevet en rekke samhandlingstiltak som har oppstått i og er initiert i praksisfeltet, med varierende grad av formalisert avtalestruktur. Eksempler kan hentes fra samhandlingstiltak av typen gjensidige hospiteringsordninger mellom Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune bl.a. på områder som lungeavdeling, lindrende enhet og nevrologi. Ansatte fra kommunene kom inn i et mer faglig spesialiserte avdelinger på sykehuset som ga mye faglig oppdatering, samtidig som ansatte fra sykehuset fikk en økt forståelse for kompleksiteten i kommunene med store krav til generalistkompetanse. Et annet eksempel kan hentes fra et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus og bydeler i Oslo med gjensidig hospitering for ansatte innen psykiatri og rus, hvor målet også er å styrke samhandlingen gjennom økt kunnskap om hverandres arbeidshverdag.

Presentasjonen viser noen få eksempler på det vi med en fellesbetegnelse har kalt faginitierte samhandlingstiltak. Selv om eksemplene er få, illustrerer de etter vår mening følgende:

- Dette er samhandlingstiltak der behovet for samarbeid og bedre kunnskap oppstår i praksisfeltet, blant fagfolk som ser behovet i sin hverdag og hvor det dannes faglige nettverk som hovedelementet i samhandlingen.
- Samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten består av en hel rekke små grep, uten formalisert avtalestruktur, med det mål å bedre den daglige samhandlingen.
- Fagfolk kommer fram til og blir enige om, enten bilateralt eller gjennom et fagnettverk, tiltak som vil lette hverdagen for pasientene og fagfolkene.

Som en informant ved et av sykehusene uttrykker det: *"Vi trenger ingen Samhandlingsavdeling eller en samhandlingsavtale for å forstå at vi må ta grep i den daglige samhandlingen med kommunen"*.

#### 5.5.4 Behandlingslinje

I Helse Sør-Østs oppdragsbrev for 2008 til helseforetakene og de private, samarbeidende sykehus ble det lagt som føring at alle skulle etablere minst to behandlingslinjer. Helse Sør-Øst RHF ga følgende definisjon av behandlingslinje: *En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.* Helse Sør-Øst la til grunn en forståelse av *evidens*; som kunnskapsbasert praksis.

Pasienter med ADHD er en brukergruppe som i særlig grad har behov for godt koordinerte tjenester, ofte over et flerårig forløp, og som følgelig også har særlige behov for en avklart og operativ behandlingslinje. På denne bakgrunn foreslo sykehusledelsen ved Oslo sykehusene i felleskap et samarbeid med Oslo kommune om etablering av en behandlingslinje for barn og unge med ADHD. Avtale om gjennomføring ble inngått i november 2009. Målet var å sikre pasientene et helhetlig, koordinert behandlingstilbud med god oppfølging, uten at de opplevde å bli kasteball mellom ulike samarbeidende instanser. Gode samhandlingsrutiner og avklart funksjonsdeling mellom barne- og ungdomspsykiatrien og relevante kommunale tjenester er en forutsetning for vellykket behandling og oppfølging av barn og unge og deres familier.

Innføring av behandlingslinje ADHD er med andre ord et eksempel på et ovenfra og ned-initiert samhandlingstiltak i Oslo og da i form av en klar føring eller instruks fra det regionale helseforetaket.

Prinsippet om behandlingslinje som arbeidsform var initiert fra sentral ledelse, mens valg av diagnosegruppe (ADHD) ble foretatt i et samarbeid mellom helseforetakene og kommunen. I tillegg ble det lagt til grunn for arbeidet i Oslo resultatene av et utviklingsarbeid i Østfold når det gjelder identifikasjon, utredning, diagnostisering og behandling av barn og unge med ADHD. I et prosjektsamarbeid mellom Sykehuset Østfold – psykisk helsevern og kommunene i Østfold hadde man utarbeidet retningslinjer for ulike aktørers rolle i identifisering, henvisning, utredning, diagnostisering og oppfølging av barn og unge med ADHD. Hvem som gjør hva i disse prosessene var nærmere beskrevet i egne manualer for foreldre, skole/barnehage, PP-tjeneste, fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern og BUP. Innføring av behandlingslinje ADHD i Oslo ble med dette et samhandlingstiltak initiert av øverste administrative ledelse i helseregionen og hvor en fulgte en mal basert på erfaringer i et annet fylke.

Vi kan oppsummere erfaringene med behandlingslinje i følgende punkter:

- Praksisfeltet var verken involvert i initieringen eller i utviklingsarbeidet.
- Implementeringen tok lang tid, noe som bl.a. skyldes at det var flere fagmiljøer som stilte spørsmålstegn ved behovet for å utvikle egne manualer for barn og unge med ADHD



- Blant fagpersonene var det varierende grad av vilje til å ta manualene i bruk.

### 5.5.5 Tilbud til eldre med funksjonssvikt

Prosjektet "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre" er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus, Bydel Bjerke, Bydel Nordre Aker, Bydel Østensjø, og fastleger i perioden august 2011 – desember 2013. Prosjektet skal utvikle modeller for god samhandling i bydelshelsetjenesten, og mellom bydel og sykehus, for å sikre at eldre pasienter som er innskrevet i hjemmetjenesten med akutt og subakutt funksjonssvikt får rask og adekvat diagnostikk og behandling, for å begrense funksjonstap og sykdomsvarighet og unngå unødige og unødvendig lange sykehusopphold. Prosjektet har tre hovedelementer:

- Kvalitetsutvikling og rutiner i hjemmetjenesten i form av systematisering av observasjon og tiltak ved tegn på funksjonssvikt.
- Utvikling av avtaler og samarbeidsrutiner mellom hjemmetjenesten, fastlegene og søknadskontor
- Utvikling av samarbeidsrutiner mellom fastleger og sykehus, og mellom hjemmetjeneste og sykehus for faglig rådgivning og ivaretagelse av målgruppen.

Prosjektet skal følges av forskning, og det skal teste ut om systematisering og kvalitetssikring av tiltak og samhandling kan begrense sykdom og funksjonstap, og forebygge unødige og unødvendig lange sykehusopphold for målgruppen.

Ideen til prosjektet ble hentet fra et mindre forskningsprosjekt i Vestfold knyttet til samhandling. Der startet en ut med å se at det var lite kunnskap om pasientgruppen: "*de sykeste, hjemmeboende eldre, de som beveger seg mellom forvaltningsnivå og de som står for økt bruk av sykehustjenester*". Prosjektet avdekket lite kunnskap om hvem denne gruppen var og hva slags helsehjelp de hadde behov for. Det ble gjennomført en kartlegging i samarbeid med hjemmesykepleie og fastlege. Underveis i kartleggingen så en at det ikke var noe samhandling mellom hjemmesykepleie og fastlege og heller ikke sykehus. Det ble da besluttet å lage en modell for samhandling, som ble testet ut i to kommuner.

Prosjektmedarbeider i Vestfold ble så trukket inn for å se på den samme pasientgruppen og helsehjelpen til denne pasientgruppen i Oslo, basert på erfaringene fra Vestfold. Bestillingen i Oslo fra styringsgruppa og oppdragsgiverne var ikke å implementere Vestfoldmodellen i Oslo, men å ta med seg tenkningen og metodisk tilnærming med hensyn til kartlegging av samhandling mellom involverte fagmiljøer. I prosjektet jobber en prosessuelt med en prosjektorganisasjon som inkluderte linjeledere og fagfolk: "*sånn at vi faktisk har folk som da skal kunne iverksette det som besluttes*".

Som samhandlingstiltak kan erfaringene oppsummeres i følgende punkter:

- Problemstillinger og metodisk tilnærming er overført fra et fylke til et annet - ikke modellen eller løsningene.



- Løsningene er gitt en lokal tilpasning.
- Tenkningen og arbeidet utvikles i praksisfeltet – både i det opprinnelige prosjektet i og i videreføringen.

## 5.6 Hva må til for å lykkes? En oppsummering

I dette kapittelet har vi satt søkelys på betingelser for god implementering av samhandlingstiltak mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og illustrert ulike prosesser med eksempler fra de storbyene som inngår i prosjektet. Aktiviteten har vært og er stor i alle de store byene med hensyn til å få til en bedre samhandling til beste for pasientene. Datamaterialet viser stor variasjon med hensyn til grad av endring i samhandlingstiltakene – alt fra de mer omfattende strukturelle grepene som forutsetter et formalisert avtalegrunnlag og formaliserte vedtaksprosesser, til enklere grep i praksisfeltet initiert og gjennomført av fagfolk. Vår undersøkelse kan oppsummeres i følgende punkter:

- Kunnskaps- og kompetanseutvikling har vært tema i mange av prosjektene, både når det gjelder økt kunnskap innen eget fagområde, og når det gjelder å bli bedre kjent med hverandres tjenester.
- Involvering og deltakelse fra berørte aktører i praksisfeltet er vektlagt i de prosjektene vi har studert, også i samhandlingstiltak initiert på administrativt ledelsesnivå, når detaljene i tiltaket skal meisles ut.
- Ovenfra-og-ned tiltak har latt seg gjennomføre uten vesentlig motstand dersom initieringen ovenfra har satt visse rammer, uten detaljstyring.
- Noen tiltak har tatt lenger tid å få gjennomført enn forutsatt, ikke nødvendigvis på grunn av motstand, men fordi en bl.a. har støtt på avtaleverk som har forutsatt en mer omstendelig implementeringsprosess.
- Det foregår mye aktivitet i praksisfeltet som ikke involverer øverste administrative ledelse i kommunen, enten fordi tiltaket ikke er avhengig av formaliserte beslutninger for å gjennomføres, eller fordi vedtaksfullmakt er delegert.
- Tiltak som impliserer organisatoriske endringer og nye organisatoriske enheter forutsetter at disse enhetene gis tilstrekkelig med vedtaksmyndighet og handlingsrom til å utøve den oppgaven som var intendert.
- Erfaringene viser nødvendigheten av å etablere felles læringsarenaer i kommunene for å nyttiggjøre seg kunnskap på tvers, ut over de fagmiljøene som er direkte berørt av det enkelte tiltaket. Dette vil forhindre unødvendig parallellaktivitet om samme tema.
- Arbeidet med strukturer for samhandling er en kontinuerlig prosess i og med at behandlingsformer og ytre rammebetingelser er i stadig endring, noen som stadig stiller nye krav til endringsvilje på alle nivåer, og til god dialog og kommunikasjon.
- Samhandlingstiltak forutsetter en forståelse av at faggrupper er forskjellige – at de har ulik kulturforståelse og ulike målsettinger. Uten denne typen kunnskap, vil en kunne stå overfor betydelige utfordringer når det skal utarbeides systemer og rutiner.
- Igangsetting og gjennomføring av prosjekter forutsetter kompetanse i forbedringsmetodikk, som kan gi hjelp til å lede prosessen gjennom ulike faser,

kartlegginger og dokumentasjon av resultater. Evnen til og kunnskapen om å skille ut de gode ideene, samt god kunnskap om gjennomføring, vil kunne bidra til å skille ut de prosjektene som "har livets rett", og vil kunne sikre oppslutning og entusiasme, og forhindre prosjektutslitthet.

- Solid faglig og ledelsesmessig forankring, samt godt arbeid med dokumentasjon og skriftliggjøring i prosjektperioden, kan bidra til å hindre at tiltak "går i glemmeboken" når prosjektperioden er over.
- En har i flere av prosjektene erfart at fagpersoner og fagmiljøer viderefører "gammel praksis" uavhengig av innføring av nye avtaler og samhandlingsrutiner. Dette undergraver intensjonene med tiltaket, og understreker behovet for tidlig involvering slik at aktuelle aktører blir lyttet til, får satt sitt preg på tiltaket og ser betydningen av endringen – både for en selv, for de en skal samhandle med og for pasientene.
- En forutsetning for opplevelse av likeverd er bevissthet om at ulike subgrupper i organisasjonen krever ulike strategier, og at målgruppene er involvert i å utarbeide og utføre tiltaket eller planen. Dette handler om å skape nødvendig eierforhold til det som skal gjennomføres, og at man kjenner seg igjen i det nye.

## 6. Sammenfatning

Et viktig siktemål med Samhandlingsreformen er å fylle den ansvarsmessige gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med forpliktende samarbeid, og sette helsetjenesten i stand til å tilby befolkningen et mest mulig sømløst helsetjenestetilbud. Særlig viktige grupper i denne sammenhengen er pasienter med sammensatte og langvarige behov. Disse trenger tjenester fra mange ulike deler av helsetjenesten, både i kommunene og på spesialisthelsetjenestenivå. Det kan dreie seg om mennesker med kroniske psykiske eller somatiske sykdommer og funksjonshemminger. Og det kan dreie seg om eldre pasienter med stor sykdomsbelastning, sviktende funksjoner og stort bistandsbehov. De opplever ofte et dårlig samspill mellom sykehus og kommunale helse og omsorgstjenester, som kan medføre store og unødvendige ekstrabelastninger for pasienten. Samhandling mellom kommuner og helseforetak er noe som skjer i en gråsoner der aktørene ellers er skilt fra hverandre av organisatoriske, profesjonelle og andre grenser. Samhandlingstiltakene skal bygge broer på tvers av det som ellers skiller. Det krever spesielle organisatoriske eller andre tiltak som skal bidra til et bedre og mer sammenhengende tilbud til pasienten.

Denne rapporten gir en beskrivelse og drøfting av samhandlingstiltak mellom seks større bykommuner i Norge og de helseforetakene og sykehusene som betjener befolkningen i disse byene. Undersøkelsen er gjennomført høsten 2012. I utgangspunktet har de større byene visse særegne forutsetninger for utvikling av samhandlingstiltak, med sin befolkningskonsentrasjon, sin administrative og økonomiske slagkraft og i egenskap av vertskommuner for sykehus. Det gir både kompetansemessige, organisatoriske og økonomiske muligheter for utvikling av nye tiltak som ikke alltid er like tilgjengelige i mindre kommuner. På den andre siden kan det tenkes at større og tyngre systemer er mindre fleksible og vanskeligere å sette i bevegelse enn det en mindre kommune er. En gjennomgang av demografiske og andre forhold viser at de større kommunene gjennomgående har en yngre befolkning enn gjennomsnittet for kommuner i Norge. Men når det gjelder forbruksindikatorer for sykehustjenester og kommunale omsorgstjenester finner vi ikke entydige mønstre i disse seks kommunene som på en karakteristisk måte skiller dem fra andre.

I kapittel 3 etablerte vi en typologi for å få et bilde av hva slags tiltakstyper som preger samhandlingsfeltet i storbyene i dag. Inndelingen er basert på et sett hovedskiller knyttet til hvilke hovedgrupper av pasienter de er innrettet mot, og hvor pasientnære de er. I utgangspunktet skiller vi mellom tiltak innen somatikk og psykisk helsevern. Innen hver av disse skiller vi mellom det vi har kalt direkte pasientrettede tiltak, tiltak hovedsakelig innrettet mot kompetanseutvikling for helsepersonellet som arbeider på sektoren, og systemrettede tiltak. Med systemrettede tiltak menes tiltak for å tilrettelegge strukturelle og organisasjonsmessige rammer for styrket samhandling. Tallmessig finner vi flest tiltak i kategorien direkte pasientrettede tiltak. De fleste av disse ligger på utskrivningssiden: Tiltak som på ulike måter skal bidra til å lette overgangen fra sykehusopphold til et liv i eget hjem eller i en kommunal institusjon, for pasienter med store behov for omsorg. Eller det kan dreie seg om medisinsk oppfølging av hjemmeboende pasienter med kroniske sykdommer eller behov for palliativ behandling. Unntaksvis finner vi også eksempler på at kommuner der det er etablert akutsenger for utredning og diagnostikk for å ta imot en

hjelpetrengende pasient forut for eller i stedet for sykehusinnleggelse. Noen tiltakstyper finner vi igjen flertallet av de undersøkte kommuner. Det gjelder f.eks. etterbehandlingsavdelinger etter sykehusopphold, og oppsøkende team til hjemmeboende psykiatriske pasienter. Tiltak med primært kompetanseutvikling for helsepersonellet som formål ser ut til å være betydelig færre i antall, og vi finner heller ikke det samme mønstret av likeartede tiltak i flere kommuner. Også når det gjelder det vi har kalt systemrettede tiltak ser det ut til at de fleste prosjektene vi har undersøkt er enkeltstående og kommunespesifikke, og vi finner færre tegn på gjensidig læring kommuner imellom.

Igangsetting av samhandlingstiltak kan bety økonomiske og organisatoriske utfordringer for kommune og helseforetak, samtidig som begrunnelsen for det er at helsetjenestens brukere skal få et bedre og mer enhetlig tilbud. Det er god forvaltning av samfunnets ressurser at mindre vellykkede tiltak termineres etter at de er utprøvd, mens vellykkede tiltak innarbeides som permanente arbeidsformer. Beslutninger om å videreføre eller terminere slike tiltak er ofte kompliserte, og må bygge på en eller annen form for evaluering. I kapittel 4 drøftet vi noen av de utfordringene dette reiser. Evaluering av tiltak innebærer at en må sammenstille informasjon om ulike problemstillinger som f.eks. kostnader og kostnadseffektivitet, nytteeffekter for brukerne i målgruppa, og eventuelle konsekvenser for andre deler av helsetjenesten. Ofte mangler kommuner og helseforetak både data for å gjennomføre slike evalueringer, og god metodikk for å sammenfatte og konkludere de erfaringer man har gjort i en prøveperiode. Og i mange tilfeller vil en fullstendig evaluering av et tiltak kreve et forskningsmessig design og metodiske forutsetninger som ikke alltid er mulig å oppfylle i praktisk utviklingsarbeid i kommuner og helseforetak. For mange av samhandlingstiltakene er det imidlertid gjennomført eller igangsatt systematisk forskningsbasert evalueringsarbeid, med stor overføringsverdi til praktisk helsepolitikk. I den enkelte kommune eller helseforetak vil evaluering i praksis derfor gjerne ha et mer avgrenset perspektiv. Viktige lokale problemstillinger vil være knyttet til kostnader, til spørsmålet om kommunen har spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg tiltaket, og vurderinger fra brukere og helsepersonell.

I kapittel 5 drøftet vi ulike problemstillinger og erfaringer knyttet til gjennomføring av samhandlingstiltak. Kjernen i implementering av slike tiltak er ønsket om å bidra til at helse- og omsorgspersonell i kommune og sykehus gjør ting på nye måter – slik at den samlede helsetjenesten fremstår som mer velfungerende og helhetlig virkende i møtet med den enkelte pasient. Virkemidlene er organisatoriske og strukturelle. Målsettingene er atferdsendringer. Forsøk på atferdsendringen møter gjerne motstand. Vellykket implementering er avhengig av god forankring både hos ledelsen og hos det berørte utøvende personellet. Ulike prosjekter har ulikt utgangspunkt og ulik forankring. Prosjekter initiert på høyt nivå kan møte motstand når det skal iverksettes nedover i organisasjonen, mens prosjekter initiert på tjenesteplanet kan møte utfordringer med hensyn til støtte fra høyere nivå, dersom det kreves ekstra finansiering eller organisatoriske endringer. Vi har i vår undersøkelse funnet forholdsvis få eksempler på prosjekter av typen nedenfra- og opp: Prosjekter initiert på tjenesteplanet som har fått bred implementering. Vi finner mange prosjekter som er initiert på ledernivå, og implementert med det som utgangspunkt. Det er en tydelig smitteeffekt mellom kommunene, som fører til at noen prosjekttyper gjenfinnes i mange av kommunene. Ledere i kommunene eller i helseforetakene

plukker opp gode ideer og prosjektkonsept hos hverandre. Vi finner tilsvarende smitteeffekter på tvers av sektorgrenser. Et eksempel på dette er en modell for etterbehandling etter sykehusopphold innen psykisk helsevern. Den bygger på erfaringer fra etterbehandlingsenheter for somatiske pasienter. Vi finner også en del prosjekter med bredt gjennomslag i kommunene, basert på statlige stimulerings- og støtteordninger.

Denne undersøkelsen er gjennomført høsten 2012. Det bildet vi har tegnet opp vil ganske sikkert forandre seg ganske raskt. Slik sett er dette en underveisrapport – ferskvare med begrenset holdbarhet. Med Samhandlingsreformen er det iverksatt tiltak som skal gi energi til utvikling av bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenestene. Vi må anta at dette arbeidet vil skyte enda mer fart i årene som kommer, og resultere i nye løsninger og andre arbeidsmåter enn det vi ser i dag. Fra 2016 blir det obligatorisk for kommunene å kunne tilby døgnbaserte tilbud til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, slik det allerede finnes noen eksempler på. Vi har sett at hovedtyngden av de tiltakene vi har undersøkt i 2012 er knyttet til utskrivningssiden etter sykehus- opphold. Med større vekt på tilbud også på innleggelsessiden vil kommunene bli stilt overfor en lang rekke utfordringer knyttet til praktisk utforming av nye tiltak, og må i større grad se problemstillinger rundt innleggelse og utskrivinger av pasienter i sammenheng, i et aktivt samarbeid med helseforetakene. Det er rimelig å anta at dette vil utløse betydelig nytenkning og kreativitet i kommunene. Nye løsninger må prøves ut og gis gode lokale tilpasninger, og innvunnet erfaring og kunnskap må tilrettelegges for planleggere andre steder. Forskningsmessig evaluering er ofte langsom, og i mange tilfeller vil kommunenes og helseforetakene måtte gjøre sine beslutninger på et forskningsmessig ufullstendig grunnlag. Det blir en sentral utfordring i årene som kommer å samle og systematisere evalueringsrelevant kunnskap, basert både på erfaringer fra kommuner og helseforetak, og fra forskningsmessig evaluering.

## Litteratur

Avelsen B (2012): Hva har samhandlingsreformen kostet kommunene så langt? NORUT, rapport 2012:9

Bendiksen R, Føreland N (2009): Kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand kommune v/Helse og sosialsektoren og Sørlandet sykehus Helseforetak, Kristiansand. Sluttrapport fra forprosjekt: Samarbeidsprosjekt om rekruttering/felles ansettelser mellom Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune.

Deloitte (2012): Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen – i lys av flere utvalgte indikatorer.

Fixsen D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. og Wallace, F. (2005): Implementation research: A synthesis of the Literature. University of South Florida.

Garåsen, H (2008): The Trondheim Model. Doktorgradsavhandling, NTNU Trondheim 2008.

Grol, R., Wensing, M og Eccles, M. (2005): The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford.

Huseby BM og Kalseth B(2001): Levekår, tilgjengelighet og bruk av sykehus i norske kommuner. Sintef Helsetjenesteforskning.

Huseby BM (Red) (2012): Samhandlingsstatistikk 2010. Helsedirektoratet

Jeppesen E, et. al.: Intermediære enheter og "hjemmesykehus" ved behandling av pasienter med akutt KOLS- forverring, Kunnskapscenteret, ISBN 978-82-8121-402-6, Rapport nr. 8 – 2011

Kalseth B, Paulsen B: Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Sintef Helse, november 2008.

Kunnskapsentret (2013): Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter – nøkler for å lykkes.

Lillemoen L, Velund RU, Østensvik E (2011): Tiltaksplan for døende pasienter. Sykepleien nr 1, 2011. Tilgjengelig på [www.Sykepleien.no](http://www.Sykepleien.no)

Lippestad, J. (2012): Selv om vi ikke kom dit vi skulle, er vi i hvert fall ikke der vi var. Evaluering av behandlingslinje for barn og unge med ADHD i Oslo". SINTEF-rapport

Magnussen G, Hauglin O (2007): Eksempler på gode samhandlingsprosjekt: Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten. Agenda. KS FOU Rapportnr. 5459,

NAPHA: Samhandling om alvorlig syke. Tilgjengelig på [www.napha.no/samhandlingsprosjekter/oversikt](http://www.napha.no/samhandlingsprosjekter/oversikt)

Nilsen ACE, Bakke K(2012): Fra uro til trygghet Evaluering av opplæringen i "Ta opp uro"-prosjektet i Kristiansand. Agderforskning, rapport 7, 2012

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste, Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005.

NOU 2005:3: Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. (Wisløff-utvalget)

Paulsen B og Grimsmo A (2008): God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Sintef Helsetjenesteforskning.

PricewaterhouseCoopers (2010): I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Prop 91 L (2010-2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Prop. 90 L (2010-2011), Lov om folkehelsearbeid

Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten - organisatoriske tiltak, Rapport fra prosjektgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, juni 2006

Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Helse og omsorgsdepartementet

Samhandlingsreformen. Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Sletnes K, Forstrøm FA (2009): Evaluering av spesialisert behandlingsavdeling i sykehjem, Agenda, KS FOU rapportnr. R5595.

Sletnes K, Forstrøm FA (2009): Finansieringsordninger for bedre samhandling, Agenda. KS FOU rapportnr. 6632.

Stortingsmelding 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Vist GE et. al.(2010): Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og pasienter med kronisk sykdom. Del 1 En oversikt over systematisk oppsummert forskning, ISBN 978-82-8121-357-9, prosjekt nr. 607a, Oslo







Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)