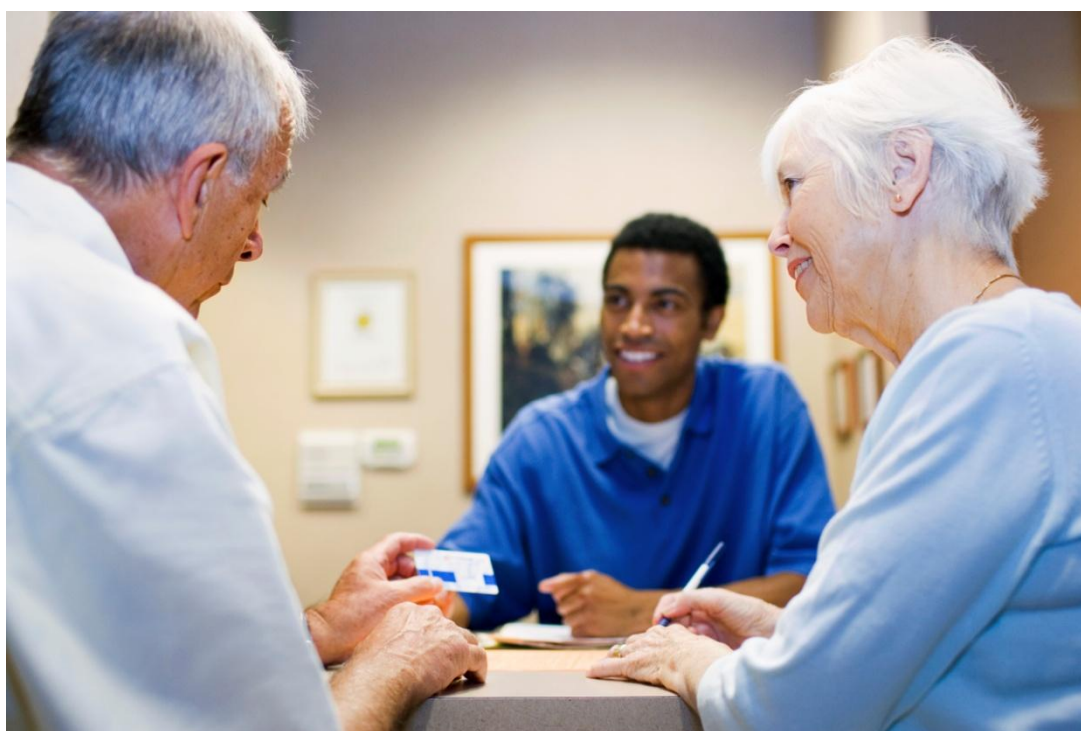


I gode og onde dager

Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten

KS FoU-prosjekt nr. 094020



*Rapport
8. oktober 2010*

Forord

Denne rapporten er resultatet av et FoU-prosjekt PricewaterhouseCoopers (PwC) har utført for KS i perioden januar til september 2010. Rapporten setter søkelys på status og virkemidler for samhandling mellom helse og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt forbedringsmuligheter for samhandlingen fremover. Bakteppet for prosjektet er KS og kommunesektorens forberedelser til den såkalte samhandlingsreformen i helsesektoren.

Arbeidet er utført av Jostein Askim, Jan Flølo, Haavard Ramsli og Trygve Sivertsen i PwC, med sistnevnte som prosjektleder. Anders Grimsmo fra NTNU har vært engasjert som underleverandør. Sigrid J. Askum og Signe Pape har vært prosjektansvarlige på vegne av KS og rådmannsutvalget i Rogaland har vært KS sin referansegruppe. Vi takker KS for et spennende oppdrag og god samhandling.

Tønsberg, 8. oktober 2010
PricewaterhouseCoopers AS

Trygve Sivertsen



Direktør

Leder for PwCs rådgivningstjenester til kommunal sektor

Sammendrag av PwC-rapporten ”I gode og onde dager”

Denne rapporten er resultatet av et FoU-prosjekt PricewaterhouseCoopers (PwC) har utført for KS i perioden januar til september 2010. Rapporten setter søkelys på status og virkemidler for samhandling mellom helse og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt forbedringsmuligheter for samhandlingen fremover. Bakteppet for prosjektet er KS og kommunesektorens forberedelser til den såkalte samhandlingsreformen i helsesektoren.

Rapporten er basert på gjennomgang av relevant lov- og avtaleverk og foreliggende forskningsresultater, gjennomføring av spørreundersøkelser til helseforetak og kommuner (svar fra hhv. 18 og 187), intervjuer og dokumentstudier i utvalgte kommuner og helseforetak. Det er også gjort en gjennomgang av relevante erfaringer fra samhandling i helsesektorene i Skottland og Finland.

Den første problemstillingen i rapporten er: *Hva er status for dagens samhandling mellom kommuner og helseforetak omkring viktige pasientforløp og pasientgrupper?* Rapporten ser nærmere på kommunenes og helseforetakenes oppfatninger av hvor godt samhandlingen dem imellom fungerer på fire sentrale punkter: Samhandling om helse og omsorgstjenester til pasienter med kronisk sykdom med behov for innleggelse i sykehus, samhandling om pasientforløpene fra henholdsvis hjem til fastlege til poliklinikk, fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus og til slutt pasientforløpet ”ut” fra spesialisthelsetjenesten.

Det store bildet er at flertallet av både kommuner og helseforetak er fornøyd med samhandlingen seg i mellom. Dette kan virke overraskende, siden flere tidligere undersøkelser har dokumentert dårligere erfaringer. Både substansielle og metodiske forhold kan tenkes å forklare slike forskjeller. Vi har spurt ledere i kommuner og helseforetak og det kan tenkes at disse har andre erfaringer enn utførende helsepersonell. Senere undersøkelser kan følge opp om det fins slike variasjoner mellom nivåer internt i virksomhetene. Kommunene og helseforetakenes vurderinger er stort sett sammenfallende, med unntak av for utskrivingsforløpet, der helseforetakene er langt mer fornøyd enn kommunene. Det er også noen variasjoner mellom de ulike typer pasientforløp. Utskriving fungerer dårligst, særlig ifølge kommunene.

Når det gjelder forskjeller mellom kommuner i fornøydhet med samhandling med helseforetak har vi ikke funnet klare årsak-virkning-sammenhenger i vårt materiale. Verken kommunestørrelse, kommunenes helseutgifter eller sentralitet har statistisk signifikant sammenheng med kommunenes erfaringer med samhandling.

Den andre problemstillingen er: *Hva er erfaringene med virkemidler for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?* Rapporten ser nærmere på erfaringer med følgende samhandlingsvirkemidler: Avtaler og ledelse (samarbeidsavtaler, utvalg, koordinatører m.m.); kunnskaps- og kompetanseoverføring (hospitering, ambulerende team, faglig veiledning, m.m.); styrking og etablering av lokale medisinske sentra (distriktsmedisinske sentra, helsehus, forsterkede sykehjem, m.m.); og interkommunalt samarbeid (drifts- og representasjonsløsninger). I tillegg har prosjektet sett på følgende virkemidler, men i mindre detalj enn de ovennevnte: samarbeidskultur, informasjonsteknologi og finansieringssystemet.

Når det gjelder avtaleverk om samhandling er det mye positivt som kommer frem i undersøkelsen. Både strategiske og operative avtaler har god utbredelse og langt de fleste har gode erfaringer med avtaleverket. På den andre siden oppfattes oppfølgingen av etterlevelse, derunder avvik fra avtaler, som for dårlig, særlig sett fra kommunenes ståsted. Når det gjelder utvalg der kommuner og helseforetak møtes er alle helseforetakene godt fornøyd med topplederutvalgene, langt de fleste med mellomlederutvalgene. Blant kommunene er erfaringene mer blandet. Det kan se ut til at en del utvalg foregår mest på helseforetakenes premisser. Noe av årsaken til dette må kommunene ta på egen kappe. En del kommuner stiller for dårlig representert, forberedt og koordinert. Når det gjelder samhandlingskoordinator viser undersøkelsen at tre av fire helseforetak har koordinatorstillinger, mens under halvparten av kommunene har erfaringer med slike koordinatører. I begge leire er erfaringene overveiende gode. Men det skal bemerkes at en del kommuner oppfatter samhandlingssjefen som helseforetakenes mer enn kommunenes ”advokat”.

Når det gjelder praksisplasser og hospitering ser vi at halvparten av kommunene har erfaringer, og blant disse er langt de fleste godt fornøyd. Av negative trekk fremkommer det at hospiteringen mange steder er enveispregt, sykehuspersonale er ofte lite interessert i å hospitere i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Blant helseforetakene er erfaringene med praksisplasser og hospitering mer blandet enn blant kommunene. Sykehuslegenes faglige veiledning av kommunenes helse og omsorgstjeneste tilknyttet enkelpasienter oppfattes som god av hele 70% av kommunene, Når det gjelder sykehuslegers etterspørsel etter pasientinformasjon er det mange som er usikre og for øvrig blandede syn på hvor godt dette fungerer. Det fremgår at problemet mange steder, sett fra kommunenes ståsted, *ikke* er at kommunenes helse og omsorgstjeneste ikke etterspør informasjon men at sykehusene ikke tilbyr den informasjonen kommunene etterspør. Standardkritikk som fremkommer i undersøkelsen er at sykehusene får kritikk for manglende epikrise og sent varsel ved utskrivning. Kritikk som ytres mot kommunene, dels fra dem selv, går på manglende medisinsopplysninger.

Rapportens tredje problemstilling er: *Hva skal til for å lykkes med nevnte virkemidler?* Et hovedinntrykk er at et godt avtaleverk og samhandling, godt fungerende utvalg for topp- og mellomledere og en god samarbeidskultur er forhold som påvirker hvor godt andre virkemidler fungerer, som for eksempel hospitering, koordinatører og informasjonsutveksling. Samarbeidskulturen er nok det viktigste av alt. Både kommuner og helseforetak mener bedre samarbeidskultur er et helt avgjørende tiltak for å bedre samhandlingen i helsesektoren. Noe ligger på helseforetakene, for eksempel anerkjennelse av kommunenes helse og omsorgstjenestes rolle i helhetlige pasientforløp. På den andre siden har kommunene en vei å gå, eksempelvis på prioritering av arbeid med avtaler og utvalg for samhandling med helseforetakene. Undersøkelsen vår har her ikke gitt klare svar og det er behov for mer kunnskap om hva som kan styrke samarbeidskulturen.

Rapportens fjerde problemstilling er: *Hvilke tiltak bør prioriteres for å få best mulig samhandling i helsesektoren?* Kommunene og helseforetakene er stort sett enige om hva som bør prioriteres. Bedre informasjonsteknologi, bedre samarbeidskultur og mer utvikling og utveksling av kunnskap og kompetanse er begge siders høyest prioriterte tiltak i tiden fremover. Styrking av avtaleverk og felles ledelse prioriteres kanskje overraskende lavt, det samme gjør etablering eller styrking av lokalmedisinske sentra.

Summary

This report is the result of a R&D project which PricewaterhouseCoopers (PwC) has carried out for KS in the period January till September 2010. The report brings into focus the status and policy instruments for interaction between the primary and the specialist health care, and improvement opportunities for the interaction in future. What gave occasion to the project is KS and the local government sector's preparations for the so-called interaction reform in the health sector.

The report is based on a review of relevant laws and system of agreements and the present research results, accomplishment of surveys in health authorities and municipalities (respond from 18 and 187 respectively), interviews and document studies in selected municipals and health authorities. A review of relevant experience from interaction in the health sectors in Scotland and Finland has also been carried out.

The first current problem in the report is: *What is the status of today's interaction between municipals and health authorities around vital patient care and groups of patients?* The report deals with how the municipals and the health authorities perceive how well the interaction between them works in four central areas: Interaction on health services to patients with chronic illness who are in need of hospital admission, interaction on patient care from respectively home to GP to polyclinic, from home to emergency clinic to hospital admission and finally the patient care "out of" the specialist health service.

The big picture is that the majority of both municipals and health authorities are satisfied with how they interact. This may come as a surprise, since several previous examinations have documented worse results. Both substantial and methodical conditions may explain such differences. We have asked leaders of municipalities and health authorities and there is the possibility that they have other experience than executing medical personnel. Subsequent surveys can pursue whether there are such variations between levels internally in the enterprises. The assessments of the municipalities and those of the health authorities are mainly identical, with the exception of the discharge process, where the health authorities are far more satisfied than the municipals. Also there are some variations between the different types of patient progress. Discharge is working less successful, especially according to the municipals.

When it comes to differences between municipals in how satisfied they are with the interaction with health authorities, we have not found any clear cause-effect relations in our material. Neither size of municipality, the municipalities' health expenses nor centrality have statistically significant connection with the municipalities' experience when it comes to interaction.

The other problem to be addressed is: *What is the experience with policy instruments for interaction between the primary- and the specialist health care?* The report deals with the experience with the following interaction instruments: Agreements and management (agreements on co-operation, committees, coordinators etc.); knowledge- and competence transfer (internships, ambulant teams, skilled guidance etc.); strengthening and establishment of local medical centres (district medical centres, health centres, intensified nursing homes etc.); and inter-municipality cooperation (operational- and representation solutions). In addition the project has dealt with the following policy instruments, although in less detail than the above-mentioned: cooperation culture, information technology and financing systems.

When it comes to system of agreements about interaction there are many positive results emerging from the survey. Both strategical and operational agreements are widespread and far the most have good experience with the systems of agreement. On the other hand the supervision of compliance, including nonconformity with agreements, are considered unsatisfactory, especially from the municipalities' point of view. Regarding committees where municipalities and health authorities meet, all health authorities are well satisfied with the executive committees, far the most are satisfied with the middle management committees. The experience is

more various when it comes to the municipalities. It may seem as if some committees are run on the premises of the health authorities. The municipalities have to carry some of the responsibility. Some municipalities are poorly represented, prepared and coordinated. When it comes to interaction coordinators the survey shows that three out of four health authorities have coordinator positions, while less than half of the municipalities have experience with such coordinators. In both camps the experience is predominately good. It should be mentioned, however, that some municipalities have an opinion of the interaction executive as the health authorities' "counsel" more than that of the municipalities.

Concerning trainee practice and internships we see that half of the municipalities have been involved, and among these far the most are well satisfied. On the negative side it appears that the internships to a large extent are one-way, hospital personnel is often less interested in internships in the primary health care. Among the health authorities the experience from internships and trainee practice is more various than that of the municipalities. The hospital doctors' skilled guidance of the primary health care connected to individual patients is considered good by as much as 70% of the municipalities. When it comes to hospital doctors' enquiry for patient information, many are insecure and for the rest there are mixed point of views of how well this works. It seems that the problem many places, from the municipalities' point of view, is *not* that the primary health care does not ask for information, but that the hospitals do not offer the information that the municipalities require. Standard critics that appear from the survey is that the hospitals are criticised for missing epicrisis and late notice by discharge. The criticism against the municipalities, partly from their own ranks, is due to failing medicine information.

The third current problem of the report is: *What does it take to succeed with the mentioned policy instruments?* A main impression is that a good system of agreements and interaction, well functioning committees for executive and middle management and a good cooperation culture are conditions which influence how well other policy instruments work, as for example internships, coordinators and other information exchange. The cooperation culture is probably the most crucial. Both municipalities and health authorities think that improved cooperation culture is a decisive instrument for improving the interaction in the health sector. Some responsibility lies on the health authorities, for example recognition of the role of the primary health care in overall patient care. On the other hand the municipalities have a way to go, for example prioritizing the work with agreements and committees for interaction with the health authorities. Here our survey has not resulted in clear answers and there is need for more knowledge in regard to what can strengthen the cooperation culture.

The fourth current problem of the report is: *What measures should be prioritized in order to achieve the best interaction possible in the health sector?* The municipalities and the health authorities mainly agree what should be prioritized. Better information technology, better cooperation culture and more development and exchange of knowledge and competence are the most prioritized measures of both parties in the future. Strengthening of system of agreements and joint management are perhaps prioritized surprisingly low, the same applies for establishment or strengthening of local medicine centres.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag av PwC-rapporten ”I gode og onde dager”.....	3
Summary.....	5
1. Innledning	8
1.1 Om prosjektet og problemstillingene.....	8
1.2 Data og metoder for prosjektet.....	9
1.3 Kort om samhandlingsreformen	12
2. Status for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	15
2.1 Pasienter med kronisk sykdom	16
2.2 Pasientforløp inn i sykehus.....	18
2.3 Pasientforløp ut av sykehus	23
2.4 Ikke klare mønstre i kommunenes erfaringer	29
2.5 Oppsummerende om status for samhandling	31
3. Erfaringer med virkemidler for samhandling	33
3.1 Avtaler og ledelse – virkemidler for forankring.....	34
3.2 Kunnskaps- og kompetanseoverføring	47
3.3 Interkommunalt samarbeid.....	56
3.4 Samarbeidskultur.....	59
3.5 Lokalmedisinske sentra	61
3.6 Hva mener kommunene og helseforetakene skal til for å styrke samhandlingen?.....	64
4. Sammenligning med Skottland og Finland.....	69
4.1 Finland.....	69
4.2 Skottland	71
5. Tiltak for bedre samhandling – anbefalinger før samhandlingsreformen	74
6. Konklusjon.....	78

1. Innledning

1.1 Om prosjektet og problemstillingene

Bakteppet for prosjektet er KS og kommunesektorens forberedelser til Samhandlingsreformen i helsesektoren. I juni 2009 la regjeringen fram *Stortingsmelding 47. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Meldingen ble vedtatt i Stortinget i april 2010. Følgende mål er sentrale for samhandlingsreformen: Økt samarbeid og bedre koordinerte tjenester, økt fokus på forebygging, overføring av oppgaver og ansvar til kommunene, samt kostnadsdemping. Det er varslet at Regjeringen vil fremme oppfølgende lovproposisjoner i løpet av 2010 (Innst. 212 S (2009–2010)).

I tråd med prosjektmandatet setter rapporten søkelys på status og virkemidler for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt forbedringsmuligheter for samhandlingen fremover.

Vi har sett nærmere på innhold i, erfaringer med og prioritering av følgende virkemidler for samhandling:

- Avtaler og ledelse – virkemidler for forankring av samhandling (avtaler, utvalg, koordinatorene m.m.)
- Kunnskap og kompetanse (hospitering, ambulerende team, faglig veiledning, m.m.)
- Lokale medisinske sentra (distriktsmedisinske sentra, helsehus, forsterkede sykehjem, m.m.)
- Interkommunalt samarbeid (drifts- og representasjonsløsninger)

I tillegg har prosjektet sett på følgende virkemidler, men i mindre detalj enn de ovennevnte:

- Samarbeidskultur
- Informasjonsteknologi
- Finansieringssystemet

De nevnte virkemidlene er av noe ulik art, men har det til felles at de setter rammer og skaper forutsigbarhet i praktisk samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Begrepsmessig skiller vi virkemidler fra praksis og modeller. Praksis er faktisk atferd. Modeller, slik begrepet er brukt for eksempel i KS FoU-rapporten "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten" (Agenda 2007), betegner en spesifikk implementert kombinasjon av virkemidler til en fungerende form for samhandling. Et eksempel kan være et lokalt medisinsk senter basert på avtaler mellom partene, interkommunalt samarbeid og god samarbeidskultur.

Prosjektets problemstillinger:

1. Hva er status for dagens samhandling mellom kommuner og helseforetak omkring viktige pasientforløp og pasientgrupper?
2. Hva er erfaringene med nevnte virkemidler for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten?
3. Hva skal til for å lykkes med nevnte virkemidler?
4. Hvilke tiltak bør prioriteres for å få best mulig samhandling i helsesektoren?

For problemstillingene 1-3 relaterer rapportens konklusjoner hovedsakelig til det første knippet av virkemidler, som har vært vårt hovedfokus i prosjektet.

Prosjektet er gjennomført basert på gjennomgang av foreliggende kunnskap, ekspertintervjuer, dokumentstudier, spørreundersøkelse til alle landets kommuner og helseforetak, case-studie av samhandling mellom Helse Førde HF og tilknyttede kommuner, samt sammenligning med erfaringer fra Skottland og Finland

Vi har kalt rapporten ” I gode og onde dager” av to grunner. For det første er partenes erfaringer blandet. Det fremkommer både gode og mindre gode erfaringer i rapporten, på samme tid er forklaringene som gis varierende. For det andre er noe av hensikten med rapporten å se hvilke muligheter som fins for å komme seg gjennom ”motbakkene” i samhandlingen gjennom å ha avtaleverk og annen forankring i bunn.

Rapporten er bygget opp på følgende måte: Resten av innledningskapitlet gjør rede for data og metoder brukt i prosjektet og gir en kort innføring i Samhandlingsreformen. Kapittel 2 gjør rede for status i samhandlingen mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten (jamfør problemstilling 1). Kapittel 3 gjør rede for erfaringer med samhandlingsvirkemidler (jamfør problemstilling 2-3). Kapittel 4 sammenligner norske erfaringer med erfaringer fra Finland og Skottland. Kapittel 5 omhandler konklusjoner knyttet til prosjektets problemstillinger, herunder tilrådinger for veien videre (jamfør problemstilling 4).

1.2 Data og metoder for prosjektet

Prosjektet har krevd og benyttet kommunal, styringsfaglig, organisatorisk, juridisk, helsefaglig og økonomisk kompetanse. I tillegg har teamet fra PwC knyttet til seg professor Anders Grimsmo (NTNU), som er ekspert på helsetjeneste og IKT og samfunnsmedisin. Vårt engasjement for KS avd. Sogn og Fjordane, Sogn og Fjordane fylkeskommune og Helse Førde HF for å tilrettelegge for Samhandlingsreformen i dette fylket, har i tillegg vært viktig basiskunnskap i løsningen av oppdraget. Rådmannsutvalget i Rogaland har vært involvert som referansegruppe underveis i arbeidet. Prosjektgruppen har hatt to møter med referansegruppen.

Metodisk har vi basert vår kartlegging og beskrivelse av status og erfaringer på gjennomgang av relevant lov- og avtaleverk og foreliggende forskningsresultater, gjennomføring av to surveys og intervjuer og dokumentstudier i utvalgte kommuner og helseforetak. For å få et bredere grunnlag for våre tilrådinger er det gjennomført kartlegging av erfaringer fra samhandling i helsesektoren i Skottland og Finland.

Litteraturgjennomgang

Det har vært et sentralt mål for prosjektet å legge frem vurderinger og forslag som er basert på relevant forskning. Det ble derfor lagt til grunn et omfattende søk i litteratur og dertil systematisering av litteraturen i forhold til ulike deler av og tilnærminger til samhandling. Følgende begreper ble brukt i litteratursøkene:

- *Forløp (behandlingslinjer)* - critical paths(ways), clinical pathways, management plans, integrated care pathways, care paths/pathways/plans/maps, comprehensive discharge planning, patient transition, trajectory.
- *Samhandling* - shared care, integrated care, continuity of care, multidisciplinary teams, patient care team, remote consultation, hospital at home, intermediate care

Det ble gjort egne søk for å finne prosjekter hvor man hadde anvendt IKT til å understøtte samhandling og kommunikasjon mellom aktører. Det ble funnet vel 1500 artikler som omtalte pasientforløp og samhandling. Av disse ble 101 artikler vurdert til å være relevante og ha en tilfredsstillende kvalitet. De artikler som er benyttet i denne rapporten er referert til i teksten. Den fullstendige litteraturlisten kan fås ved henvendelse til Anders Grimsmo.

Spørreundersøkelse

For å målrette innholdet i spørreundersøkelsene ble det i forkant gjennomført kvalitative intervjuer i Vestfold og Telemark av to rådmenn, en fylkeslege, en samhandlingssjef og en helseforetaksdirektør. Resultatet fra intervjuene er også benyttet i rapporten for å belyse og eksemplifisere hva man lykkes med og hvorfor.

Spørreundersøkelsen ble delt i to. En del ble sendt til de 22 aktuelle helseforetakene (det eksisterer flere HF, men disse er apoteker og ikke del av undersøkelsen.) og en annen del av undersøkelsen ble sendt til alle landets 430 kommuner. Spørsmålene var tilnærmet like i begge spørreundersøkelsene, med enkelte tilleggsspørsmål til kommunene om interkommunalt samarbeid. Spørreundersøkelsen hadde en blanding av lukkede (avkryssing) og åpne svarkategorier (fritekstfelt). For å styrke svarprosenten ble det sendt et forankringsbrev fra KS til respondentene i forkant av spørreundersøkelsene. Helseforetakene ble der anmodet om å oppgi respondent. De regionale helseforetakene ble også orientert om undersøkelsen. Det ble gjennomført to purrerunder. Svarprosenten for helseforetakene var 90 (n=18) og for kommunene 44 (n=187). Spørreundersøkelsene ble gjennomført i perioden februar – april 2010.

En spørreundersøkelse er ikke det beste formatet for ”hvorfor”-spørsmål, men mange av respondentene i kommunene og helseforetakene fylte ut fritekstfelt som etterspurte utdypinger. Under tabeller som fremstiller svarene på spørreundersøkelsen i numerisk form (frekvenser og prosenter) har vi i de fleste tilfeller inkludert tabeller eller punkter som siterer det vi på basis av en gjennomgang av samtlige svar mener er illustrerende utdypinger og forklaringer.

Vi bemerker følgende:

- Vedlegg til rapporten dokumenterer hvilke kommuner og helseforetak som har besvart undersøkelsen.
- Antallet besvarelser fra kommuner er begrenset og varierende mellom de ulike helseforetakene sine opptaksområder. Derfor blir sammenligninger mellom helseforetak på samhandling med ”sine respektive” kommuner (for eksempel rangering) lett misvisende. Forskjeller kan være tilfeldige heller enn statistisk signifikante. Slike sammenligninger er derfor ikke dokumentert i rapporten.
- En samlet oversikt over svarfrekvenser på samtlige spørsmål i spørreundersøkelsen følger som vedlegg.

Definering av samhandling

I spørreundersøkelsen ble samhandling definert som følger: Samarbeid/koordinering/samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Merk at fastleger i kommunen og kommunens pleie- og omsorgstjenester forstås som del av helse og omsorgstjenesten i kommunene når ikke annet er spesifisert. (...) Med samhandling menes her både uformell og formell kommunikasjon og konkrete arbeidsprosesser i pasientforløpet.

Rapporten dokumenterer partenes subjektive syn på hvor god samhandlingen er. Videre er selve definisjonen på samhandling ikke uproblematisk. En svakhet i undersøkelsesopplegget er at det ikke er entydig hva respondentene legger i ”god samhandling”. Både fra helseforetak og kommuner vil noen kunne tenke på hvorvidt representantene fra kommunesiden og helseforetakssiden har en god dialog og oppnår enighet om de fleste spørsmål på en ryddig måte. Andre vil kunne tenke på forhold lenger ut i virkningskjeden, som hvorvidt samhandlingen bidrar til ønskede økonomiske og helsemessige effekter. Videre kan det tenkes at det eksisterer systematiske forskjeller mellom respondenter fra kommuner og helseforetak i hva de legger i god samhandling ettersom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike behandlingsmål med bakgrunn i hvilke problem de er satt til å løse. Se nærmere drøftelse av dette i kapittelavsnitt 3.4 om samarbeidskultur.

Definering av samhandlingsvirkemidler

Konkretisering av virkemidler for samhandling har tatt utgangspunkt i foreliggende arbeider, men for å øke relevansen for samhandlingsreformen har vi definert virkemidlene i relasjon til kunnskap om helhetlige pasientforløp og samhandling mellom kommune og helseforetak omkring slike forløp. Som utgangspunkt for spørsmål i casestudier og spørreundersøkelser har vi på denne bakgrunn definert følgende virkemidler for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten:

- Avtaler, ledelse og forankring
- Kunnskap og kompetanse
- Samarbeidskultur
- Bedre informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)
- Lokale medisinske sentra, gjerne omtalt som distriktsmedisinske sentra, kommunale observasjons- og etterbehandlingssplasser, intermediære ordninger, palliative enheter eller helsehus.
- Interkommunalt samarbeid, enten i form av felles driftsløsninger i utførelse av helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller i form av interkommunalt samarbeid om representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket
- Endringer i finansieringssystemet

Virkemidlene omtales nærmere i kommende avsnitt. Den empiriske studien fokuserer som antydning innledningsvis aller mest på virkemidlene vi her kaller avtaler, ledelse, kunnskap og kompetanse. *Avtaler og ledelse* defineres i dette samhandlingsperspektivet som: Avtaleverk om samhandling på system-/strategisk nivå (i tråd med rammeavtalen mellom KS og HOD), avtaleverk om samhandling på tjeneste-/operativt nivå (kriterier for vurderinger, rutiner for kommunikasjon, rutiner for møter/konsultasjoner, individuell plan o.a.), oppfølging av etterlevelse av avtaler om samhandling på tjeneste-/operativt nivå, utvalg der toppledere i HF og kommuner møtes, utvalg der mellomledere/klinikere i HF og helse og omsorgstjenesten i kommunene møtes, og samhandlingskoordinator/-sjef.

Kunnskap og kompetanse defineres i i relasjon til samhandling som: bruk av praksisplasser og hospiteringsordninger, ambulerende team, forsterkede sykehjem, kurs- og opplæringsvirksomhet, sykehusspesialisters faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse og omsorgstjenesten i kommunene, sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger og fra helse og omsorgstjenesten i kommunene ut over fastlegene, samt helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten.

Casestudier

Samhandlingsrelasjonene er basis for våre "case". For å fange inn relasjonen ble det derfor gjort kvalitative intervjuundersøkelser hos kommuner, dokumentstudier av samhandlingsprosjektet mellom Helse Førde HF og primærhelsetjenestene, samt et samhandlingsprosjekt PwC gjennomførte for KS avd. Sogn og Fjordane i 2009. Som en del av dette ble det gjennomført intervju i tre kommuner (Gaular, Leikanger og Stryn), Høgskulen i Sogn og Fjordane, Fylkeslegen i Sogn og Fjordane og Helse Førde HF.

Hensikten med casestudiene var å få mer konkret og dypere innsikt i samhandlingspraksisen enn det en spørreundersøkelse kan gi. Innsikten ble skaffet gjennom intervju og dokumentstudier hos kommuner og statlige aktører i helsesektoren (fylkeslege og helseforetak)

Valg av kommuner, personer for intervju og grunnlagsdokumentasjon:

- Tre kommuner i opptaksområdet til Helse Førde HF (pleie og omsorgsjefen i Gaular, en kommunalsjef i Førde og rådmannen i Balestrand).
- Nylig gjennomført lokalt samhandlingsprosjekt i regi av KS har gitt kunnskap om kommunene i dette området og denne har vi også bygget på i casestudiet. I tillegg har disse respondentene ulik kompetanse og erfaringer. Vi gikk derfor i "dybden" på ulike tema med de ulike aktørene
- Kommunene i fylket har ulike karakteristika med hensyn til innbyggertall, demografiske faktorer og avstand til nærmeste sykehus
- Dokumenter av særlig interesse er formelle samhandlingsavtaler samtrapper og saksutredninger som tar for seg samhandling mellom HF og kommuner

Casestudiene ble gjennomført i løpet av juni 2010.

Flere steder i rapporten beskriver vi samhandlingsprosjekter herfra som har lyktes og hva som er årsakene til at de har lyktes. Tilrådingskapet gir også tilrådinger basert på erfaringene herfra.

Sammenligning med andre lands erfaringer med relevans for norske forhold.

Det er ingen nasjoner som er direkte sammenlignbare med forholdene i Norge verken demografisk eller organisatorisk. Økonomisituasjon er også avgjørende. Vi har valgt å se nærmere på samhandling i Skottland og Finland da disse landene har arbeidet med utfordringer som ligner noen av de vi har i Norge og har valgt løsninger som kan vurderes som alternativer. Både Skottland og Finland er på størrelse med Norge og har som her til lands en geografi med store områder som er tynt befolket. En grundig sammenligning av helsetjenestene i Norden og reformarbeid finnes allerede (Magnussen et al 2009) og vi har tatt hensyn til disse funnene i dette utredningsarbeidet.

1.3 Kort om samhandlingsreformen

I juni 2009 la regjeringen fram *Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Meldingen ble vedtatt i Stortinget i april 2010. Regjeringen sier her at helsesektoren har utfordringer både fra et pasientperspektiv og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Basert på begge disse perspektivene bygger St.meld. nr 47 på at bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover.

Følgende mål er sentrale for samhandlingsreformen:

- Økt samarbeid og mer helhetlige koordinerte tjenester: Den norske strukturen med en todeling hvor primærhelsetjenester er et kommunalt ansvar og spesialisthelsetjenester et statlig ansvar gir koordineringsproblemer. Pasientenes behov for koordinerte tjenester på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten dekkes ikke godt nok. Særlig eldre og kronisk syke pasienter har behov for at de ulike delene av helsevesenet, inkludert omsorgstjenester, blir flinkere til å yte koordinerte tjenester. Samhandlingsreformen hviler på et premiss om at bedre samhandling mellom sykehus og kommuner er den fremste suksessfaktoren for å gjøre helsetjenesten bedre.
- Økt fokus på forebygging: Helsetjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge helseproblemer. Innsatsområdene diagnose og behandling gis for sterk prioritering foran innsatsområdet forebygging.
- Overføring av oppgaver og ansvar fra stat til kommunene: Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen (Innst. 212 S (2009–2010)). Kommunale løsninger er gjerne billigere for samfunnet og løsninger nær hjemmet gir gjerne bedre rehabilitering.
- Kostnadsdemping: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne for helsevesenet dersom kostnadene ikke begrenses. Personellproblematikken er imidlertid minst like viktig. Det vil bli vanskelig å skaffe nok personell til behovet i helsesektoren og dette vil tappe personell fra andre sektorer.

Meldingen viser til fem hovedgrep for å møte utfordringene:

Klarere pasientrolle

Fokus på brukermedvirkning og helhetlig pasientforløp. Individuell plan er ett viktig tiltak for å gi pasienter og brukere slike koordinerte tjenester. Ofte må pasientene og deres pårørende selv ivareta mye av den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. Dette kan – i tillegg til å være dårlig offentlig ressursforvaltning – medføre at brukere og pasienter blir påført unødige belastninger i form av økte ventetider og komplikasjoner. Lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får utpekt en egen kontaktperson.

Ny fremtidig kommunerolle

Oppfylle ambisjonen om forebygging og tidlig innsats i større grad enn i dag. Den ventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste bør i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal bidra til helhetstenking: forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor laveste effektive omsorgsnivå. En fremtidig kommunerolle vil kreve tydeligere politikktutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning.

KS mener her (vedtak i hovedstyret 26.1.2010) at dersom reformen skal lykkes, må kommunene bli møtt med tillit og sterk satsing fra nasjonale myndigheter. KS mener at Samhandlingsreformens mål må være å gjøre helse og omsorgstjenesten i kommunene til en helhetlig inngangsport til helsetjenesten, der pasienter kan få tilbud om alle de grunnleggende tjenestene og henvises videre der det er behov for spesialiserte tjenestetilbud.

Finansieringsmodell og økonomiske insentiver

Helsesektoren trenger en finansieringsmodell som gir involverte parter insentiver til å drive kostnadseffektivt. Dagens kostnadsnivå i primær- og spesialisthelsetjenestene er høyt og økende. Helsesektoren trenger en finansieringsmodell som gir incentiver til mer forebyggende helsearbeid og mer oppbygging av tilbud som kan holde pasientene borte fra spesialisthelsetjenestene (og ute fra sykehjemmene). To overordnede finansieringsmodeller drøftes i St meld 47 kap. 9.8 - pengene følger pasient og kommunalt helhetsansvar. Modellene har det til felles at ansvaret for helsetjenestene legges til ett ansvarspunkt, hvilket presumptivt fjerner samhandlingsvansker. Meldingen forkaster imidlertid begge. Modellen som tar utgangspunkt i at pengene følger brukeren forkastes som modell fordi den gir svak kostnadskontroll og svake incentiver til forebygging og tidlig intervensjon. Kommunalt helhetsansvar forkastes som modell fordi den krever for store endringer i sykehusenes og kommunenes struktur og organisering.

Dette innebærer kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten – tre ulike muligheter skal vurderes (alle grupper, aldersspesifikke grupper eller diagnosefastsatte grupper). Det innebærer også kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter og reduksjon av satsen for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten fra 40 til 30 %.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan nytte sin spesialiserte kompetanse. Dette krever riktigere oppgavefordeling mellom nivåene og sterkere fokus på helhetlige pasientforløp. Det skal legges bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester skal finne fram til riktig tjenestested.

Spesialisthelsetjenesten har i de siste årene arbeidet med å utvikle gode pasientforløp/ behandlingsskjeder, men dette har ofte vært begrenset til det som skjer innad i det enkelte sykehus. Et viktig utviklingstiltak må være at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. I dette arbeidet må det skapes en arena hvor kommunene og foretakene er likeverdige partnere, herunder forutsettes det at kommunene må ha nok faglig tyngde til å kommunisere og sette krav til sykehusene. Når forløpene legges til grunn vil spesialisthelsetjenesten måtte reorganisere sine strategier og planer og tydeligere legge pasientperspektivet til grunn.

Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Fremtidige prioriteringsbeslutninger må rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene. Dette skal skje gjennom nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og nasjonal helseplan som skal utvikles til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil våren 2010 legge fram Nasjonal helseplan for årene 2011 – 2014.

2. Status for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Dette kapitlet oppsummerer kunnskapsstatus i relasjon til utfordringer og status for samhandlingen mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Inkludert i statusbildet er kommunenes og helseforetakenes oppfatninger om hvor godt samhandlingen dem imellom fungerer per i dag på fire sentrale punkter: samhandling om helsetjenester til pasienter med kronisk sykdom med behov for innleggelse i sykehus og samhandling om pasientforløpene fra henholdsvis hjem til fastlege til poliklinikk, fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus og til slutt pasientforløpet ”ut” fra spesialisthelsetjenesten.

Pasientforløp er viktig, ettersom mer helhetlige pasientforløp står sentralt i samhandlingsreformen. Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester tilstrekkelig. En må også forutsette god samhandling. Dårlig eller manglende samhandling gjør at pasienten fort opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige og ofte kan oppleve overganger mellom dem som problematisk. Det er pasienten som blir den tapende part ved dårlig samhandling ved å påføres unødige lidelser som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner. Samhandling dreier seg om respekt for pasientens integritet og behov, om kvaliteten på tjenestene, og i verste fall om forsvarligheten av tjenestene. Mange pasienter, og ikke minst pårørende, har opplevd at det blir deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. Sett fra pasientens ståsted er det neppe særlig viktig om ansvaret er delt mellom en helse og omsorgstjenesten i kommunene og en spesialisthelsetjeneste (St meld 47 s. 47ff:)

I USA, Storbritannia og en del andre land har det blitt arbeidet med bedre strukturering av pasientforløp siden tidlig på 90-tallet. Benevnelser som benyttes er blant annet critical pathway”, ”clinical pathway”, ”integrated care pathways”, ”critical paths”, ”clinical protocol”, ”care map”, ”care track”, ”patient trajectory”. Mer enn 80 % av alle sykehus i USA benytter betydelige ressurser til utvikling, implementering og vedlikehold av pasientforløp. På norsk benevnes pasientforløp også som (prosedyre)protokoller og behandlingslinjer. Når et pasientforløp betraktes som en planlagt prosess kan vi definere det som strukturerte, tverrfaglige behandlingsplaner som spesifiserer viktige trinn i behandlingen av pasienter med definerte kliniske problemer.

Er pasientforløp en kjent måte å tenke på for aktørene i helsesektoren? Både ja og nei. Flere av de kommunale respondentene til spørreundersøkelsen skriver i kommentar at de ikke er vant til å tenke på pasientforløp separat og at de derfor ikke kan differensiere sine svar mellom de ulike pasientforløpene. Dette gjelder svar på spørsmål om samhandlingserfaringer per i dag og prioriteringer fremover. Vi sier ikke at dette er gjengs status i kommune-Norge, men for mange kommuner er ikke pasientforløp en innarbeidet tenkemåte. I helseforetakene er det annerledes, der tankegangen om pasientforløp er mer etablert. Men som en HF-respondent sier, så har mange helseforetak og sykehus hittil hovedsakelig fokusert på ”sykehusinterne forløp”.

Før vi går over på pasientforløp gjør vi rede for status for samhandling omkring tjenester til en pasientgruppe, de kronisk syke.

2.1 Pasienter med kronisk sykdom

Grunnen til vi vektlegger denne pasientgruppen er todelt. Dels er bedre helsetjenester til denne gruppen viktig av samfunnsmessige grunner, da mange som ligger på sykehus i dag er kronisk syke. Gruppen favner pasienter med hjerteproblemer, kols, diabetes eller andre lidelser. Videre er pasienter med kronisk sykdom en gruppe kommunene kan yte bedre tjenester til enn i dag. Samhandling rundt pasienter med kronisk sykdom fremheves av mange som det området i helsetjenesten som har størst potensial for forbedring. Eksempelvis er det lite organisert samarbeid mellom tjenestene i kommunene om sekundær-/tertiærforebygging, det vil si å forebygge sykdommens konsekvenser. Gode rehabiliteringstilbud i kommunene bidrar til at kronisk syke og eldre greier seg selv lenger og reduserer dermed også bruken av spesialisthelsetjenester.

2.1.1 Status for samhandlingen om helsetjenester til pasienter med kronisk sykdom

Hvordan oppfattes samhandlingen om helsetjenester til pasienter med kronisk sykdom? Det ble opplyst i spørreundersøkelsen at vi med kronisk syke pasienter mente pasienter med uhelbredelige eller langvarige sykdommer, og hvor sykdommen gjerne ikke totalhelbredes, men symptomlindres. Svarene oppsummeres i tabellene under.

Tabell 1: Tilfredshet med samhandling om helsetjenester til kronisk syke. Svar fra kommuner og helseforetak fordelt på helseregioner

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på RHF	Kommuner		Helseforetak	
	Dårlig	Godt	Dårlig	Godt
Helse Midt	26 %	67 %	25 %	75 %
Helse Nord	19 %	69 %	33 %	67 %
Helse Sør-Øst	22 %	74 %	14 %	86 %
Helse Vest	24 %	70 %	50 %	50 %
Samlet	23 %	71 %	28 %	72 %

Manglende svar i kommuner: 6%

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til "Godt" og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til "Dårlig".

Tabell 2: Tilfredshet med samhandling om helsetjenester til kronisk syke. Svar fra kommuner fordelt på kommunestørrelse

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på kommunestørrelse	Dårlig	Godt
Små kommuner	15 %	74 %
Mellomstore kommuner	30 %	65 %
Store kommuner	21 %	76 %
Samlet	23 %	71 %

Manglende svar: 6% fra kommuner

Kommunestr: 0-3000 innbyggere = små kommuner, 3000-10000 = mellomstore kommuner, >10000 = store kommuner

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til "Godt" og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til "Dårlig".

- Vi ser at 7 av 10 kommuner og 7 av 10 helseforetak mener at deres samhandling om pasienter med kronisk sykdom er nokså eller svært god. Denne fordelingen gjelder med ubetydelige variasjoner for alle helseregionene.
- Disaggregering i små, mellomstore og store kommuner viser en liten tendens til at små og store kommuner er mer fornøyd med samhandlingen med helseforetakene enn hva mellomstore kommuner er.

Tabellen under viser illustrerende utdypinger og forklaringer fra svar i fritekstfelt i spørreundersøkelsen.

Tabell 3 Utdypinger vedrørende samhandling om helsetjenester til kronisk syke – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Svært mange kommuner mener styrket arbeid med individuell plan for pasienter er en nøkkel for forbedring for kronisk syke. Flere HF nevner også arbeid med individuell plan som viktig
Helseforetak sier...
St. Olavs Hospital HF nevner i denne sammenheng et pågående prosjekt kalt Samhandlingskjede kronisk syke
Helse Sunnmøre HF nevner som en vellykket ordning følgende: Heimebesøk/hospitering før utskrivning rette mot pasientar som skal utskrivast til rehabilitering, palliasjon eller andre kronisk pasientar (t.d. pasientar som treng langvarig respiratorbehandling)
Et HF skriver følgende, og legger med det ansvaret over på kommunene for dårlig samhandling: Det er faste besøksordninger fra kommuner som har sine pasienter innlagt (forberede utskrivning) Dette setter krav til struktur og samhandling.
Undersøkelse ved SUS viste at kun 50% av pasienter med kommunale tjenester, hadde med seg et oppdatert medisinkort
Helse Førde HF skriver at kreftomsorga har oppretta "open-kontakt-ordning" som er slik at pasienten sjølv kan ringe til kreftspesialisten og fortelje om problema sine. Pasienten møter då ein som kjenner pasienten, problemstillingane og behandlinga. Det kan då avklarast på telefon kva som kan løysast heime, og kva som gjev grunnlag for innlegging.
Helse Førde HF skriver at sjukehuset arrangerer KOLS-skule for pasient og tilsette i kommunen. Pasienten får med seg heim ei oppskrift om korleis ulike problemstillingar kan løysast. Dette kan hindre innleggingar, og hindre akutinnlegging på natt.
Som eksempler på vellykkede ordninger for kronisk syke nevner flere KF ordninger med åpen retur (forenklet innleggelse) til den somatiske spesialisthelsetenesta for kronikere
Flere HF nevner fastlegenes rolle som sentral her. En respondent foreslår at fastlegar bør få tilgang til å til å tildele time på pol.kl. direkte når pasienten er på kontoret.
Et HF har nylig etablert en ambulant palliativ enhet med meget gode erfaringer.
Viktig å få forsterket sykehjemmene med fagkompetanse til å kunne håndtere pasienter fremfor innleggelse i sykehus der det er naturlig samt oppfølging i etterkant.
Alle kommuner og bydeler må få tilgang til videokonferanse. God erfaring med å bruke dette, men mangler spesielt i sentrale østland og bydeler i Oslo.
Behov for bedre finansieringsordninger for utvikling av nasjonale kurs på e-læring og nett. Små sykehus med spesialistkompetanse som Sunnaas gjør mye, men får lite igjen i kroner...
Elektroniske hjelpemidler /IKT løsninger i hjemmet som gjør at pasientene innen trygge rammer kan være lengre hjemme
Ambulant virksomhet må finansieres mye bedre. Dette er utrolig etterspurt i kommuner og viktig for pasienten.

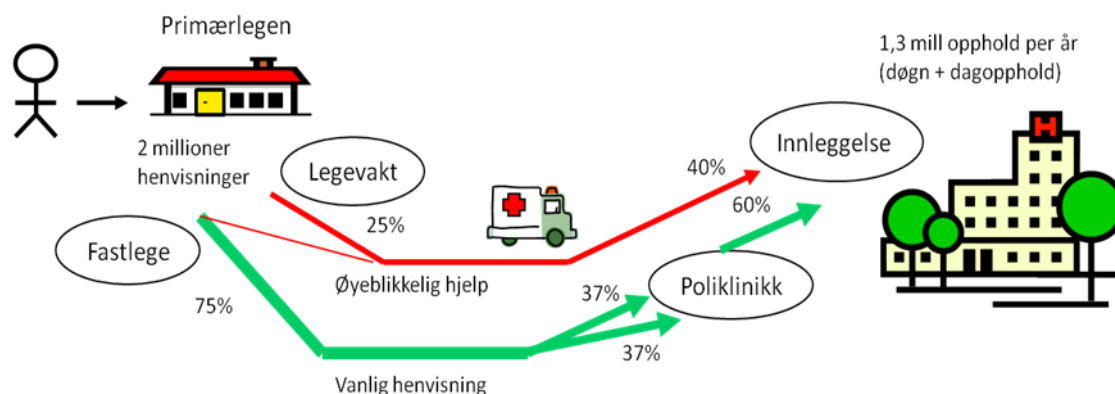
2.2 Pasientforløp inn i sykehus

I det følgende har vi sett nærmere på samhandling knyttet til pasientenes vei inn i sykehuset, dvs. den akuttmedisinske kjeden. Det fins to slike pasientforløp og vi diskuterer og redegjør for status for begge: Det ene er forløpet fra hjem til fastlege til poliklinikk, det andre er forløpet fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus.

2.2.1 Hvem er det som legger inn pasienter i sykehus?

Pasienten kommer fra helse og omsorgstjenesten i kommunene og det er allmennlegene som har mandat til å legge inn pasientene i sykehus. Det er henvisningsplikt når det gjelder tilgang til spesialisthelsetjenester slik at fastleger har en form for "portvaktfunksjon" i Norge, i motsetning til mange andre land. Mange har derfor også antatt at storparten av innleggelsene i sykehus "skyldes" fastleger, men nærmere analyse gir et annet bilde.

Det er beregnet at allmennlegene skriver ut om lag 2 millioner henvisninger per år. Henvisninger fra helse og omsorgstjenesten i kommunene har de siste årene medført omlag 3,7 millioner polikliniske konsultasjoner og 1,3 millioner opphold i sykehus per år (Jørgenvåg 2005). Av oppholdene har om lag 800 000 utgjort planlagte/elektive døgn- og daginnleggelser og 550 000 har vært innleggelser i form av øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp har på denne måten utgjort 40 % av alle innleggelsene (døgn og dag), evt. 2/3 (67 %) av døgnoppholdene. Dette er illustrert i figuren under.



Figur 1 Pasientstrømmer ved innleggelse i sykehus

Om lag 25 % av henvendelsene fra allmennlegene er øyeblikkelig hjelp og fører til direkte innleggelse, mens om lag 75 % av henvendelsene først blir vurdert poliklinisk. Det er også slik at 70-90 % av pasientene som trenger øyeblikkelig hjelp, blir lagt inn av legevakten, fra andre sykehus eller direkte via AMK/LVS¹. Få kommer fra fastleger. Om lag halvparten av de polikliniske henvendelsene blir også avsluttet poliklinisk. Den andre halvdel blir i neste omgang lagt inn elektivt (1/3 av henvendelser fra allmennlegene). Spesialisthelsetjenesten selv effektuerer slik 60 % av innleggelsene (døgn og dag) i sykehus, eller evt. vel 30 % av døgnoppholdene.

¹ AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral

LVS: Legevaktsentral

Litt grovere sagt så er legevakten og spesialisten på poliklinikken ansvarlig for hver sin halvpart av innleggelsene i sykehus – legevakten med øyeblikkelig hjelp og spesialisten med elektive problemstillinger. Dette klargjør også hvor og hos hvem det kan være et potensial for påvirkning av innleggelser i sykehus.

2.2.2 Fra poliklinikk til dagbehandling eller til innleggelse i sykehus

Det har vært en økning i alle typer kontakter i spesialisthelsetjenesten siden 2001, men den største delen av økningen er blitt tatt unna som elektiv dagbehandling. Døgnopphold har t.o.m. 2007 økt med 12 % (85 000 flere opphold). Mens dagopphold er økt med 75 % (243 000 flere opphold) (Midttun 2007). Det er stor variasjon i hvordan dagbehandling blir utnyttet og det kan tale for at det fortsatt er potensial for bedre utnyttelse.

Antall poliklinikkonsultasjoner økte med 24 % (700 000 flere konsultasjoner) til 3,7 millioner mellom 2001 og 2009. Avgjørelsen om dagbehandling eller innleggelse for døgnopphold i sykehus blir tatt på poliklinikken. Legen som foretar undersøkelsen vet gjerne hvilke prøver og undersøkelser som skal gjennomføres når pasienten kommer for oppholdet (dag eller døgn). Dette er som oftest fastlagt i faglige retningslinjer eller lokale standardiserte forløpsplaner. Det er imidlertid i dagens elektroniske pasientjournaler få muligheter for legen å forhåndsbestille de undersøkelsene som skal gjøres når pasienten innlegges i sykehus. Det som ofte skjer er at en ny lege tar i mot pasienten, intervjuer pasienten på nytt (til stor forundring for en del pasienter (Krogstad m.fl. 2002)) og først etter ankomst bestiller undersøkelsene. For noen typer undersøkelser fører det ofte til et ekstra døgns opphold før nødvendig informasjon for behandlingen er på plass. Forskning viser derfor at dette er et område hvor spesialisthelsetjenesten kan forbedre forløpet.

Sammen med utarbeiding av lokale forløpsplaner foreligger det et potensial til å korte ned liggetid på sykehus om *elektroniske pasientjournaler blir tilført logistikkfunksjoner*, dvs. muligheter for kobling av rekvisisjoner til et timereservasjonssystem og arbeidslister for helsepersonell. Man kan også utnytte at man ved en forløpsplan kan sette opp et ferdig sett med rekvisisjoner knyttet til en innleggingsdiagnose. Dette er blitt gjennomført med hell og med god dokumentasjon av gevinster (Degoulet m.fl. 2003).

Behovet for å starte aktiviteter og utvikling på dette området er kommet frem i en utredning gjort for Nasjonal IKT (Grimsmo 2008). Det er også startet et prosjekt for å utvikle elektroniske verktøy som kan støtte utviklingen av lokale forløpsplaner.

2.2.3 Hvis det ikke er akuttmedisinsk...

Den akuttmedisinske kjeden fungerer tilsynelatende effektivt og har hatt suksess (NOU 1998:9). Den er velregulert gjennom flere lover og forskrifter og gir samhandlingspartene klare mandater. Ingen bør heller være i tvil om at hjelpen er rask og effektiv i nødssituasjoner. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er derfor i stor grad blitt bygd opp omkring denne kjeden. Problemet er at pga. denne suksessen blir denne kjeden også brukt til pasienter som ikke har de samme behovene som akutt alvorlig syke. Det gjelder for eksempel kronisk syke og gamle som pga interkurrent forverring av helsetilstanden trenger ekstra hjelp og behandling (Schrijvers 2008, Sempere-Selva m.fl. 2001). Det fører mange ganger til unødvendig belastende transport og behandling for disse pasientgruppene og utløser store kostnader selv når behovene for tiltak egentlig er små (St. meld. nr. 25 2005-2006, Hernandez m.fl. 2009).

Denne utfordringen er etter hvert blitt meget synlig ettersom antallet kronisk syke og eldre vokser raskt. Blant heldøgns-oppholdene i sykehus er over 60 prosent av alle innleggelser øyeblikkelig hjelp, og for aldersgruppen over 80 år er øyeblikkelig hjelp andelen på 80 prosent. Den generelle veksten i øyeblikkelig hjelp opphold er også sterkest for den eldste aldersgruppen og tydelig sterkere enn endringene i alderssammensetningen kan

forklare (Jørgenvåg 2006). På 90-tallet var det en økning i øyeblikkelig hjelp, mens det var stillstand i antallet innleggelseser for elektiv behandling, og man trodde dette var en vridningseffekt mot øyeblikkelig hjelp fordi køene til elektiv behandling økte. Etter hundreårsskiftet har vi hatt en kraftig økning i elektiv behandling, men økningen i øyeblikkelig hjelp har likevel fortsatt. Det må være andre forklaringer på økningen, og finnes det alternativ til akuttinnleggelse? Det må være tilbud som er like enkel og tilgjengelig som den akuttmedisinske kjeden.

2.2.4 Fastleger er forskjellige, men pasientene enda mer

Det er vist enorme forskjeller i innleggelsesfrekvens mellom allmennleger (Ambery m.fl. 2000). Dette gjelder elektive henvisninger i hovedsak. Spredningen er mindre for akutte tilfeller. Tanken har derfor vært at man her har et potensial til å gjøre noe (Coulter 1998). Det viser seg imidlertid at forhold som tid i praksis og videre- og etterutdanning har liten betydning, men at spredning i innleggelsesfrekvens mellom legene mer varierer med legenes villighet til å tåle usikkerhet (Forrest m.fl 2006, Calnan m.fl 2007). Den vanlige forskjellen mellom leger forklarer likevel bare 10 % av variasjonen i innleggelsesfrekvens. Det er pasientkarakteristika, som indirekte indikerer forekomst av sykdom, som alder og sosial deprivasjon som forklarer det meste av variasjonen i henvisningsfrekvenser (50 %) (Duffy m.fl. 2002). Men som nevnt over, forklarer det ikke økningen som vi har hatt over tid.

I en studie forsøkte man delvis å møte usikkerheten som leger kan ha ved henvisning. Man lot en kollega ved samme legesenter vurdere henvisningen før den ble sendt. Det førte til 30 % reduksjon i henvisninger (Kinnersley m. fl. 1999). I England er ett lignende forsøkt satt i system. Henvisninger blir vurdert av såkalte ”referral management centres” for om de er adekvate og om alternativer finnes (Davies m. fl. 2006). Det er ikke kjent at det er gjort en evaluering av effekten enda.

Som nevnt over, er det bare en mindre del av pasientene som blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp som blir henvist av fastleger. Det er observert at pleie- og omsorgstjenestene i kommunene mangler rutiner for når og hvordan fastleger kan trekkes inn når pasienter med hjemmetjenester eller i sykehjem blir dårligere. Det er legevakten som blir tilkalt, de har ofte lite informasjon om pasienten og legger inn for å være trygg.

2.2.5 Legevakten har endret seg

Legevaksarbeidet har endret seg over tid. Helt frem til 80-tallet var sykebesøk til pasientens hjem det vanligste (Halvorsen m. fl. 2007). Legen kunne da direkte også se hvilke forutsetninger som var tilstede for å behandle pasienten hjemme, informere, veilede og støtte pårørende, gjøre avtaler og ta ansvaret. Etter hvert bidro større mobilitet, mer vekt på bruk av teknologi, samt relativ nedgang i honorering av sykebesøk til at det ble mer vanlig at pasienter møtte vakthavende lege på legekantoret. På 90-tallet kom det i tillegg en sterk satsing på akuttberedskap lokalt med radiosamband, legevaktsentraler og oppgradering av ambulansetjenesten (Maartmann-Moe m. fl. 2005). Etter dette har legevaksordningene også gradvis utviklet seg til å dekke større geografiske områder (Nieber m. fl. 2007).

Dette har vært en ønsket utvikling med vekt på den akuttmedisinske kjeden, men også godt støttet av et ønske om mindre vakt fra leger (NOU 1998:9). Bieffektene er at det ble innført et mellomledd, legevaktsentral, mellom vakthavende lege og pasient. Legevaktsentralene som er bemannet av sykepleiere benytter også en akuttmedisinsk indeks til vurdering av pasientenes behov og som i praksis har betydd en økning i antallet falsk positive akuttutrykninger og færre pasienter tilsett av lege før innleggelse. Pasienter som kommer til vakthavende lege kommer oftere med ambulanselangveisfra og dette medfører høyere terskel for legen til å sende pasienten hjem igjen.

Det finnes undersøkelser som har sådd tvil om utviklingen av legevaktstjenesten har skjedd på en måte som har ivaretatt behovene for legevakt og at det igjen har bidratt til et mulig overforbruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten (Vaardal m. fl. 2005). Det gjelder først og fremst eldre og kronisk syke, som er gruppene som har sterkest vekst i antall. Det er også observert en betydelig skjevfordeling av tjenestene mellom sentrale og perifere strøk.

Ser en på utviklingen internasjonalt og faglig er det ikke aktuelt å reversere utviklingen og sentraliseringen som har skjedd med legevakt. Utviklingen har vært riktig for de akuttmedisinske behovene. Problemet er at andre behov og alternativer for øyeblikkelig hjelp nesten ikke er blitt evaluert eller gitt noen oppmerksomhet i samme tidsperiode og bare blitt hengende på den akuttmedisinske kjeden.

2.2.6 Status for samhandlingen om pasientforløp inn i sykehus

Hvordan oppfatter kommuner og helseforetak samhandlingen om pasientforløpene ved innleggelse i sykehus? Her t vises først resultater fra undersøkelsen av status for samhandling om veien fra hjem til fastlege til poliklinikk, deretter om veien fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus.

Tabell 4: Tilfredshet med samhandling om pasientforløpet fra hjem til fastlege til poliklinikk. Svar fra kommuner og helseforetak fordelt på helseregioner

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på RHF	Kommuner		Helseforetak	
	Dårlig	Godt	Dårlig	Godt
Helse Vest	19 %	76 %	0 %	100 %
Helse Sør-Øst	18 %	76 %	0 %	100 %
Helse Nord	23 %	65 %	67 %	33 %
Helse Midt	23 %	74 %	25 %	75 %
Sum	20 %	74 %	17 %	83 %

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til "Godt" og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til "Dårlig".

Manglende svar i kommuner: 6%, i helseforetak: 0%

Tabell 5: Tilfredshet med samhandling om pasientforløpet fra hjem til fastlege til poliklinikk. Svar fra kommuner fordelt på kommunestørrelse

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på kommunestørrelse	Dårlig	Godt
Små kommuner	15 %	79 %
Mellomstore kommuner	26 %	71 %
Store kommuner	16 %	75 %
Sum	20 %	74 %

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til "Godt" og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til "Dårlig".

Kommunestr: 0-3000 = små kommuner, 3000-10000 = mellomstore kommuner, >10000 = store kommuner

Manglende svar: 6%

Tabell 6: Tilfredshet med samhandling om pasientforløpet fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus. Svar fra kommuner og helseforetak fordelt på helseregioner

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på RHF	Kommuner		Helseforetak	
	Dårlig	Godt	Dårlig	Godt
Helse Vest	16 %	76 %	25 %	75 %
Helse Sør-Øst	9 %	87 %	0 %	86 %
Helse Nord	19 %	69 %	67 %	33 %
Helse Midt	15 %	85 %	0 %	75 %
Sum	13 %	82 %	17 %	72 %

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til "Godt" og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til "Dårlig".

Manglende svar i kommuner: 5%, i helseforetak: 11%

Tabell 7: Tilfredshet med samhandling om pasientforløpet fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus. Svar fra kommuner fordelt på kommunestørrelse

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på kommunestørrelse	Dårlig	Godt
Små kommuner	4 %	87 %
Mellomstore kommuner	19 %	77 %
Store kommuner	13 %	84 %
Sum	13 %	82 %

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til "Godt" og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til "Dårlig".

Kommunestr: 0-3000 = små kommuner, 3000-10000 = mellomstore kommuner, >10000 = store kommuner

Manglende svar: 5%,

- Vi ser at om lag åtte av ti kommuner er fornøyd med samhandlingen med helseforetakene om innleggelse i sykehus.
- Tilfredsheten blant kommunene synes å være noe større med pasientforløpet fra legevakt til innleggelse i sykehus enn med pasientforløpet fra fastlege til poliklinikk. Blant helseforetakene er det motsatt.
- Regionale forskjeller synes små, med unntak av Helse Nord, der tilfredsandelen er relativt lavere blant både kommuner og helseforetak.
- Kommunestørrelse synes også her å ha lite å si, igjen med mulig unntak for de mellomstore kommunene, der tilfredsandelen er marginalt lavere enn blant de mindre og større kommunene.

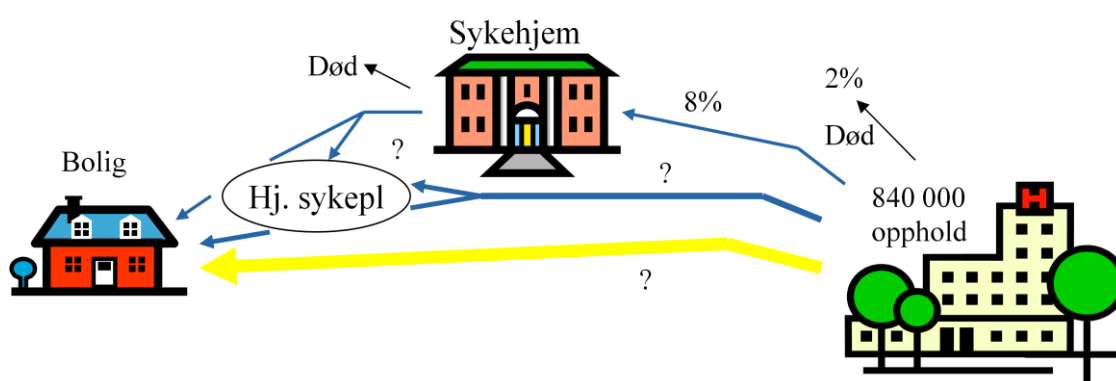
Tabellen under viser illustrerende utdypinger og forklaringer fra svar i fritekst-felt i spørreundersøkelsen.

Tabell 8 Utdypinger vedrørende innleggelser – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Mange kommuner sier: Legene savner et innleggelseskriterium som heter halv-øyeblikkelig hjelp. I dag er systemet veldig rigid med enten øyeblikkelig hjelp eller venting i 7-8 mnd for innleggelse.
Helseforetak sier...
Vi har registrert at pasienter som tilses av legevakten, oftere ender med en innleggelse i sykehuset enn om fastlegen tilså pasienten. Dette forsøker vi å gjøre noe med både ved å forsøke å "styre pasientene" til fastlegen påfølgende dag, samt etablere en konfereringstelefon i sykehuset slik at legevaktslege til enhver tid kan få råd og veiledning hos en kompetent sykehuslege.
Det er verdt å merke seg "kom-ut"-prosjektet mellom Lillehammer kommune og HF divisjon Lillehammer. Fastlegene søker hjemmetjenestebrukere til halvøyeblikkelig innleggelse før de er "syke" nok til innleggelse. Prosjektet har utarbeidet detaljert oversikt over hva fastlegen skal undersøke før søknad om innleggelse sendes. Under oppholdet skal fastlegen komme på sykehuset til felleskonsultasjon med legene der.
Modell for samhandling som er vellykket er når ansatte nær klinisk pasientarbeid fra begge nivåer ser behovet for å systematisere pasientforløpene og det samtidig er satt inn i et strategisk godt forankret arbeid. Det vises her spesielt til arbeidet med områdeplan for rehabilitering i vårt opptaksområde. Der finner vi frem til løsninger for utvalgte pasientgrupper gjennom å strukturere arbeidet i pasientforløpstenkingen. Det har i dette arbeidet vært behov for å tilpasse eksisterende malverk for at det skal gjenkjennes i begge nivå

2.3 Pasientforløp ut av sykehus

I det følgende har man sett nærmere på organisering og tiltak som kan bedre samhandling knyttet til utskrivning av pasienter. Vi har kalt den for omsorgs- og rehabiliteringskjeden. Det er fra tidligere dokumentert at utskrivingsprosessene er dårligere regulert enn innleggelsesprosessene, med uklarheter rundt mandater og mellom faglige formidlinger og ansvarsmessige grenseoppganger (Paulsen m. fl. 2008). Dette gjør det ekstra interessant å finne ut hva status er for samhandlingen på dette punktet.



Figur 2 Omsorgs- og rehabiliteringskjeden. Utskriving fra sykehus

2.3.1 Aktører og roller ved utskrivning av pasienter

Omsorgs- og rehabiliteringskjeden er knyttet til samspillet mellom sykehus og kommuner ved utskrivning av pasienter. Denne kjeden er tverrfaglig hvor først og fremst sykepleiere, men også fysio- og ergoterapeuter er

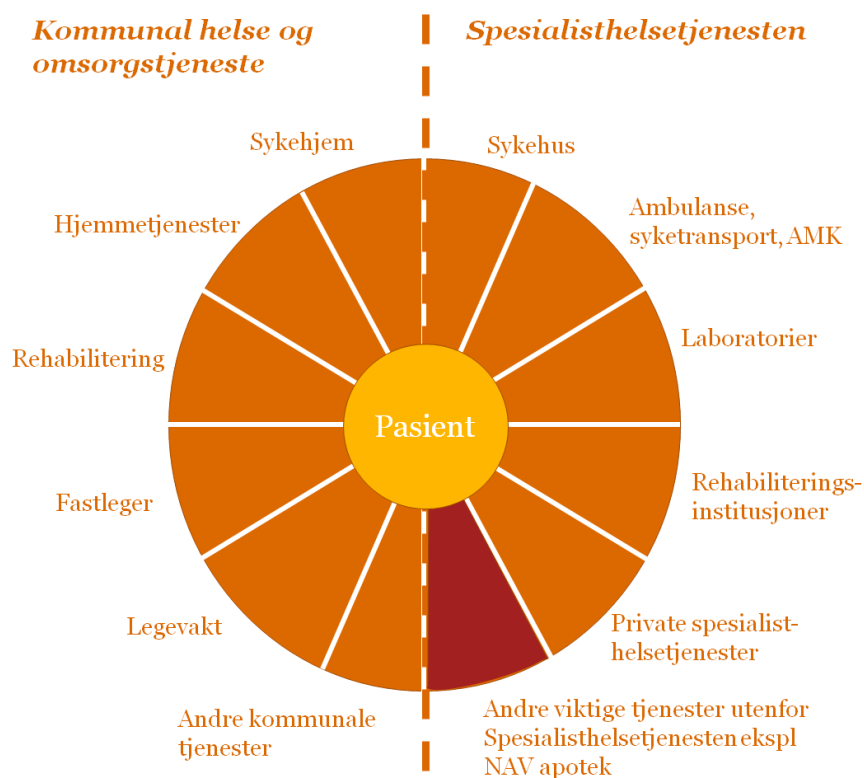
hovedaktører. Det pågår en omfattende dialog mellom personellgruppene i sykehus og kommune ved utskriving, men den er i hovedsak muntlig (Paulsen m. fl. 2008), og blir derfor i liten grad dokumentert. Det er pleie- og omsorgstjenesten i kommunene som er den mest aktive parten i å skaffe/sørge for tilstrekkelig informasjon om pasientene før de kommer hjem.

Undersøkelser viser at det er sprikende rutiner rundt varsling av kommunene når pasienter utskrives. Noen varsler idet pasienten innlegges, noen ganger blir ikke kommunene varslet før dagen pasienten skal hjem. Det er også en utfordring for kommunene at pasientene ofte ikke kommer hjem før på ettermiddag og kveld, når vanlig arbeidstid er over. Det er også stor variasjon i hvilke dokumenter som sendes med pasientene og hva de inneholder. Det er gjennomgående at det er hjemmesykepleien som blir dårligst informert, samtidig som de er den gruppen som arbeider mest alene.

Det er trolig unntaksvis at fastlege blir varslet. Fastlege er ofte uvitende om både innleggelsen og utskrivingen inntil en eventuell epikrise kommer en god stund etterpå. Selv når fastlege får epikrisen er det ikke automatikk i at det opprettes kontakt mellom fastlege og pleie- og omsorgstjenestene om pasienten. Samarbeidet fungerer best der fastlegen til pasienten hører til samme område eller distrikt som hjemmetjenesten, men mange ganger blir det pasienten som blir "informasjonsbærer" mellom tjenestene.

Mens mandater og roller ved innleggelse er godt regulert, er dette nesten fraværende på utskrivingssiden. Uklare mandater bidrar ikke sjelden til spenningsforhold mellom sykehuset og kommunene i forbindelse med utskriving som kan gi utrygghet hos pasientene.

Aktørene i samhandlingen er fremstilt samlet i figuren under.



Figur 3 Aktører ved utskriving av pasienter

2.3.2 Hvilke utfordringer har kronisk syke og eldre pasienter som er tilgjengelig for forebygging?

Det er gjort undersøkelser med intervju i fokusgrupper knyttet til hva som kan være utfordringer for mange kronisk syke og eldre. Dette er studert i mange land og resultatene er rimelig like. De viktigste utfordringene er forsøkt summert opp i tabellen under.

Tabell 9 Utfordringer for kronisk syke og eldre pasienter

Utfordringer	Beskrivelse
Ensomhet/sosial isolasjon	Nedsatt mobilitet pga sykdom og får vansker med å delta sosialt. Fellesinteresser smuldrer. Glemmes av andre. Eldre opplever gradvis frafall av slekt og venner i samme alder.
Trygghet og sikkerhet	Frykt for ikke å få hjelp når det trengs. Eldre blir engstelig for å falle, bli desorientert og glemme kokeplater, ovner, etc.
Glemsomhet	Dagene blir like og det blir vanskelig å huske det som har skjedd og det som skal skje. Økende problem med oppfølging av legemiddelbehandling .
Kosthold	Kaloribehovet går ned. Det samme gjør motivasjonen for å lage mat. Kostholdet blir ofte umerkbart ensidig og mangelfullt hos mange.
Fysisk aktivitet	Sykdom og sosial isolasjon senker fysisk aktivitet, som igjen fører til nedsatt kraft, dårligere balanse og slik en nedadgående negativ spiral med fysisk forfall.
Legemiddelbivirkninger	Sykdomseffekter og bivirkninger er ikke lett skille. Nye legemidler legges gradvis til. Ved polyfarmasi kan det være bivirkninger som er ukjente. Langsomme aldersfysiologiske endringer gjør at bivirkninger først kan komme lenge i ettertid og kan være vanskelig å oppdage.

2.3.3 Hvor blir det av pasientene som skrives ut?

Mens det finnes relativt god statistikk og forskning på innleggelses, er det vanskeligere å finne noe vedrørende utskrivning av pasienter (The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004). Vi vet at om lag 18 000 årlig dør i sykehus, hvilket er samme antall som i sykehjem, men forløpet til resten som blir utskrevet, har vi i Norge ingen tallmessig oversikt over. Mindre enn halvparten av epikrisene forteller hvor pasienten er sendt, implisitt hvem som konkret skal ta over ansvaret. I en undersøkelse av pasienter over 75 år ved Aker sykehus ble 78 % skrevet ut til hjemmet, 16 % til institusjon og 6 % døde, men ikke noe om hvor mange som fikk hjemmetjenester (Move 2004). På kommunesiden vet vi at vel 40 000 beboere bor i kommunale institusjoner og over 100 000 mottar hjemmesykepleie. Av mottakerne av kommunale tjenester er 82 000 over 80 år. Det utgjør knapt 40 % av denne aldersgruppen.

2.3.4 Hvorfor blir det korridorpasienter og utskrivingskø?

I internasjonal sammenheng er forekomsten av ”korridorpasienter” et fenomen som er mer utbredt i Norge enn i andre land. Dels kan det skyldes mangel på mottakskapasitet i kommunene (Kjekshus 2005), men problemet er mer sammensatt. Høy utnyttelse av sengekapasiteten er det som har korrelert sterkest med antallet korridorpasienter. Det har en ren statistisk forklaring. Den relative andelen av korridorpasienter er også gjennomsnittlig høyest i sykehusenes vertskommuner. Antall korridorpasienter er også en indikator på hvordan utskrivingsprosessen fungerer, men sier ikke noe direkte om årsakene til eventuelle problemer.

Kø og korridorpasienter på sykehjem gjenspeiler kapasiteten i pleie- og omsorgstjenestene, men er bare i liten grad indikatorer på om antall plasser i sykehjemmet er adekvat. I gjennomsnitt er antallet pasienter som

utskrives fra sykehjem (årlig kapasitet) det dobbelte av antall sengeplasser. Det er vist at køen ved sykehjem varierer mer i takt med utskrivningsraten enn i forhold til antall senger. Kapasiteten er derfor i stor grad en organisatorisk og helsefaglig utfordring knyttet til rehabilitering og samarbeid med hjemmetjenestene.

2.3.5 Fastleger og pasientstrømmene inn og ut av sykehus

Fastleger har hovedansvaret for den medisinske behandlingen av den enkelte pasient i kommunen med unntak av pasienter i sykehjem hvor tilsynslege har ansvaret under oppholdet. Fastleger fungerer både som portvakt, portåpner og koordinator for mange av pasientenes behov og har derfor flere kommunikasjons- og samarbeidspartnere enn noen andre i helsetjenesten. Fastlegeordningens styrke har vært sikring av ansvarsforhold og kontinuitet, men det er også kommet frem svakheter etter innføringen av ordningen i 2001.

Det er en utfordring at fastleger per i dag nesten er fraværende når pasienter utskrives til hjemmetjenesten for å følge opp medisinsk behandling startet i sykehus eller sykehjem. Dels skyldes dette mangelfull og forsinket informasjonsflyt og dels at mange fastleger har organisert seg slik at de er svært bundet i løpende pasientavtaler på sitt kontor. Finansieringsordningen med høy andel tjenesterefusjon stimulerer til at legene fyller opp sine avtalebøker i god tid med lite rom for uplanlagte behov for deres tjenester.

Organiseringen av praksisen forårsaker derfor også at mange fastleger heller ikke er lett tilgjengelig ved hastebehov. Det gjelder spesielt for kronisk syke og eldre som ofte blir nødt til å henvende seg til legevakten for å få hjelp. Legevakten har begrenset med kunnskaper om pasienten og som regel heller ikke tilgang til noen journal. Legevakten velger oftere innleggelse enn fastleger og står for majoriteten av innleggelser til døgnopphold i sykehus.

En annen utfordring er at fastleger i stor grad har organisert praksis på basis av at pasienter selv etterspør tjenesten. Det fører til mangelfull oppfølging av enkelte grupper pasienter med svekket evne til å ivareta egne behov. Det gjelder psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, pasienter over 80 år og andre med større funksjonshemninger pga sykdom. Disse har i gjennomsnitt færre kontakter med fastlegen sin enn mange andre pasientgrupper på listen. Fastleger mangler system som kan sikrer behovene til pasienter som ikke etterspør tjenestene selv, samt system for tidlig intervensjon som har en liknende problematikk i forhold til å etterspørre tjenester "i tide".

Man ser også at samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjenestene om de utsatte pasientene blir vanskeliggjort ved at det knapt har vært noen koordinering mellom plassering av legekantor eller oppretting av pasientlister og kommunens øvrige tjenestestrukturer, som for eksempel inndelingen i tjenestedistrikter. Man ser at samarbeidet er best der nedslagsområdet for legekantor og pleie- og omsorgstjenester er nært sammenfallende.

Mens legevaktens og fastlegens mandat til å rekvirere spesialisthelsetjenester er klare og godt regulerte, finnes det ikke tilsvarende reguleringer vedrørende fastlegens muligheter til å skaffe pasientene nødvendig hjelp i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Fastlegeavtalene er heller ikke blitt benyttet til dette. Fastleger kan ikke rekvirere hjemmetjenester eller plass i sykehjem slik fastleger kan vedrørende innleggelser i sykehus og andre spesialisthelsetjenester. Da velger naturlig nok fastleger og legevakten å legge pasientene inn i sykehus.

2.3.6 Status for samhandlingen om veien "ut" fra spesialisthelsetjenesten

Hvordan oppfattes samhandlingen om veien "ut" fra spesialisthelsetjenesten fra kommunene og helseforetakenes side? Pasientforløpet "ut" ble i spørreundersøkelsen definert som pasientforløpet fra sykehuset/poliklinikken til kommunal pleie- og omsorgstjeneste i institusjon eller pasientens hjem.

Samhandling inkluderer her kommunikasjon knyttet til innleggelse, kommunikasjon og arbeidsprosesser ved utskriving, og oppfølging av pasient etter utskrivelse, herunder rehabilitering og videre behandling.

Tabell 10: Tilfredshet med samhandling om pasientforløpet ”ut” fra spesialisthelsetjenesten. Svar fra kommuner og helseforetak fordelt på helseregioner

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på RHF	Kommuner		Helseforetak	
	Dårlig	Godt	Dårlig	Godt
Helse Vest	43 %	51 %	0 %	100 %
Helse Sør-Øst	27 %	72 %	0 %	100 %
Helse Nord	46 %	42 %	33 %	67 %
Helse Midt	13 %	87 %	0 %	100 %
Sum	30 %	67 %	6 %	94 %

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til ”Godt” og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til ”Dårlig”.

Manglende svar i kommuner: 3%, i helseforetak: 0%

Tabell 11: Tilfredshet med samhandling om pasientforløpet ”ut” fra spesialisthelsetjenesten. Svar fra kommuner fordelt på kommunestørrelse

(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

Svar fordelt på kommunestørrelse	Dårlig	Godt
Små kommuner	17 %	74 %
Mellomstore kommuner	34 %	64 %
Store kommuner	35 %	65 %
Sum	30 %	67 %

Svaralternativene var følgende: Svært godt, Nokså godt, Nokså dårlig, Svært dårlig, Vet ikke/ikke aktuelt. I tabellen er svar Svært godt og Nokså godt slått sammen til ”Godt” og svar Nokså dårlig og Svært dårlig er slått sammen til ”Dårlig”.

Kommunestr: 0-3000 = små kommuner, 3000-10000 = mellomstore kommuner, >10000 = store kommuner

Manglende svar: 3%,

- Tilfredsheten med utskriving fra sykehus er meget stor blant helseforetakene og mer moderat blant kommunene. Særlig i Helse Vest og Helse Nord er det en stor andel kommuner som er nokså eller svært dårlig fornøyd med hvordan kommuner og helseforetakene samhandler om denne delen av helsetjenestene.
- Igjen skiller Helse Nord seg ut blant helseforetakene. Kun i denne regionen fins det helseforetak som er misfornøyd med samhandlingen omkring utskriving.
- Blant kommunene ser det ut til at de mindre kommunene (under 3.000 innbyggere) er noe mer fornøyd med samhandlingen om utskriving enn de to andre gruppene.

Det skal bemerkes at de økonomiske insentivene i helsesektoren gjør at det kan være litt motstridende perspektiver mellom partene på hva som er ”god” utskrivingspraksis. Enkelt sagt er det best for kommunene om sykehusene har lang liggetid, da kommer pasientene friskere ut og lettere å ta imot og rehabiliterer. For helseforetakene er det best med kort liggetid, for de får finansiering per pasient og en pasient ut gir plass for en ny pasient inn.

Tabellen under viser illustrerende utdypinger og forklaringer fra svar i fritekst-felt i spørreundersøkelsen.

Tabell 12 Utdypinger vedrørende utskriving – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Masseutskrivninger fredag ettermiddag skaper problemer ute i kommunene, praktisk, plassmessig og kompetansemessig.
Mange kommuner klager på følgende: Mange pasienter skrives ut av sykehuset uten (foreløpig) epikrise og uten nødvendige medikamentopplysning
Hjemmetjenesten opplyser at ved flere tilfelle kommer pasienter fra sykehus med utilstrekkelige forvarsel eller informasjon.
Helseforetak sier...
Kir.pol. har eit godt forløp for planlagde innleggingar for proteseoperasjon: sjukehuset tek kontakt med pasienten og kommunen før innlegging og får på plass alle hjelpemidlar som ein trur pasienten vil trenge etter operasjonen. Då kan brukaren vere deltakande og vere trygg på korleis ting vil fungere når han kjem heim att. Dei informerer også om operasjonen, antatt liggetid, og planlagt rehabilitering dersom alt går etter planen. Dette er god brukarmedverknad, og sparar gjerne liggetid etter operasjonen.
Helse Førde HF skriver: Så snart pasienten er operert, ringjer sjukehuset til kommunen og melder antatt behov for teneste. Her blir skissert antatt liggedøgn og avklart heimesituasjon. Sjukehuset hjelper pasienten med å søkje teneste. Det er jamleg telefonkontakt med kommunen fram til pasienten er utskreven. Dersom det er behov for det, vert det innkalla til tverrfagleg møte med kommunen før utskriving. Ved utskriving får pasienten med seg sjukepleier rapport og førebels epikrise. Etter at talegjennkjenninga vart teken i bruk, har vi også rask utsending av ferdig epikrise.
Det fins gode detaljerte rutinebeskrivelser i avtaler. Men det er likevel stadig forankrings- og interesseutfordringer knyttet til utskrivningsprosessen.
Gode rutiner forankret i samarbeidsavtaler. Ofte utfordringer knyttet til medisinnopplysninger.
Innan kreftomsorga har vi eit nettverk av ressursjukepleiarar. Desse har tett kontakt med fastlegane. Kreftpol.kl. er bevisste på at dei ikkje overtek alle oppgåver frå fastlegane som t.d. reseptar, slik at fastlegen også skal sjå pasientane og halde kontakten og vere oppdatert på kva som skjer. Vi har og i gang eit forbettringsprosjekt som omhandlar samhandling om pasientforløpet i høve dia.pol og AD/HD ved BUP.
Har etablert behandlinglinjer for enkelte grupper og da særlig satt i system pasienter med behov for hjemmerespirator. Vi ser det som veldig viktig at "hele kjeden" involveres i utarbeidelsen av forløpene
St. Olavs HF skriver at felles arbeidsgrupper utarbeider retningslinjer/prosedyrer, pasientforløp o.l.
St. Olavs HF skriver at felles funksjonsvurderingsskjema er utarbeidet til bruk både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
Sunnaas sykehus HF skriver at de har gode rutiner for samarbeid med kommuner og at i de fleste tilfeller er samarbeidsmøter rundt pasientene før utskrivelse. En rekke møter og oppfølginger foregår også telemedisinsk (via videokonferanse). De viser til prosjektet "Telemedisin i rehabilitering" som nå er satt i rutinedrift.

Tekstboks 1 Eksempel på gode erfaringer med samhandling: Tilbakeføring i psykiatrisk helsevern i Sogn og Fjordane og områder hvor samarbeidet ikke har gått så godt

Gode samhandlingserfaringer fra Sogn og Fjordane

Innenfor deler av psykiatrisk helsevern ser en også god samhandling. Det holdes jevnlig møter mellom helseforetaket og kommunene der en samarbeider på en god måte om behandling av pasienter.

I casestudiet kom det bl.a. frem at ved tilbakeføring av en krevende pasient til kommunen ble det i god tid før tilbakeføring holdt planleggingsmøte mellom kommunen og helseforetaket der helseforetaket orienterte om pasientens behov og kommunen fikk besvart sine spørsmål knytt til pasienten. På denne måten fikk kommunen tid til å legge til rette med hensyn til tilpasset bolig og tilgang på personale med tilpasset kompetanse. Etter tilbakeføring har helseforetaket fulgt tett opp kommunen mht til hvordan pasienten skal følges opp. Samarbeidet mellom kommune og helseforetaket har medført at pasienten ikke har hatt behov for å bli innskrevet på sykehuset på nytt.

Årsakene til at en har lyktes med samhandlingen innenfor psykiatrisk helsevern er langt på vei de samme som innenfor kreftomsorgen. Psykiatrisk Helsevern har gjennom opptrappingsplanen vært et satsingsområde og en har således hatt god tilgang på ressurser. Tilbudene som en i dag har innenfor psykiatrisk helsevern i fylket har langt på vei blitt bygd opp de siste 20 årene. En har således en kultur som i større grad er tuftet på samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Til slutt blir det av respondentene også her fremhevet at en har hatt dyktige ledere i spesialisthelsetjenesten som har hatt fokus og interesse for samarbeid med kommunene. Det blir også fremhevet at en har hatt stor grad av kontinuitet i ledelsen. I andre deler av spesialisthelsetjenesten har en hatt mangel på fagfolk og disse utfordringene har til dels blitt løst med vikarstafetter. I slike tilfeller vil det være vanskelig å få til god samhandling.

Årsaker til at samarbeidet i Sogn og Fjordane har mislyktes med enkelte ting:

Innenfor områder der en har hatt et relativt uendret tjenestetilbud (medisin, nevrologi og kirurgi m.fl.) har en færre gode eksempler på at samhandlingen har vært vellykket sammenlignet med områdene kreftbehandling og psykiatri.

Årsaken til dette er trolig at det er vanskeligere å få til bedre samhandling der det er etablerte normer for arbeidsfordeling mellom 1. og 2. linje. En tilleggsforklaring kan være at det er enklere å satse på samhandling når en skal bygge opp noe nytt, mens der en må omprioritere midler for å få til samhandling blir det vanskeligere å lykkes.

En har hatt høy turnover blant leger både i kommunene og på sykehusene. Enkelte steder har legerressursene i stor grad vært innleid. For å få til god samhandling er det en forutsetning at det er stabilitet på legesiden noe det ikke har vært i Sogn og Fjordane.

En har en fått til samhandling der det helt klart har vært en vann-vinn situasjon både for kommunene og spesialisthelsetjenesten. På områder der dette ikke er tilfelle har det vært vanskeligere å få til god samhandling. Et eksempel på dette er mottak av utskrivingsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Om kommunene skal ta i mot pasientene tidligere vil kommunene måtte bruke mer ressurser. Dette har trolig vanskeliggjort arbeidet på dette området.

Kommunene har små fagmiljø og utredningskapasitet i forhold til helseforetaket. Det er derfor helseforetaket som hovedsaklig setter agendaen og er den styrende part i samarbeidet. Kommunene uttrykker derfor at det ikke er likeverdighet i samarbeidet og at dette er en faktor som er med på å hindre ennå bedre samarbeid.

2.4 Ikke klare mønstre i kommunenes erfaringer

Samhandlingserfaringer varierer en del mellom kommuner. Finnes det mønstre i disse variasjonene som setter oss i stand til å målrette innsatsen for bedre samhandling mot enkelte typer kommuner? Kort sagt er svaret nei. Vi har ikke funnet klare årsak-virkning sammenhenger i vårt materiale. Vi har undersøkt hvorvidt kommuners tilfredshet med samhandling med helseforetak henger sammen med følgende bakgrunnsfaktorer: Kommunestørrelse, kommunenes helseutgifter og sentralitet, dvs. hvorvidt kommunen ligger sentralt eller perifert lokalisert. Ingen av disse bakgrunnsfaktorene har statistisk signifikant innvirkning på målene på kommunenes erfaringer med samhandling.

Dette tyder på at kommunenes situasjoner er for unike og ulike til at man finner årsaksfaktorer til gode og dårlige samhandlingserfaringer i standard bakgrunnsvariabler. Casestudiene og for så vidt kommentarer i spørreundersøkelsen tyder på at det muligens er mer relevant å spørre om det er viktige forskjeller mellom deler av helsetjenestene. Tabellen og tekstboksene under illustrerer denne muligheten.

Tabell 13 Utdypinger av variasjoner internt i helsevesenet

Kommuner sier
Samarbeidet fungerer best på somatisk side. Når det gjelder psykisk helsetjeneste fungerer det mindre tilfredsstillende både når det gjelder samhandling og avviksbehandling.
Samhandling innen rus og psykiatri er komplisert og eksisterer i mindre grad enn innen somatikken. Det er manglende samhandling innen spesialisthelsetjenesten mellom rus, psykiatri og somatikk som gjør at man ikke får effektiv behandling og oppfølging av pasienten i helse og omsorgstjenesten i kommunene
Erfaringene er at det er stor forskjell på den enkelte avdeling innen HF hvor godt samarbeidet fungerer.
Det er forskjell avdelingene imellom... Noen avdelinger i HF'et forholder seg ikke til avtaler, mens andre gjør det.
Samhandlingsresultat er avhengig av hvilke avdelinger det gjelder. St.Olavs Hospital og Tjenesten for psykisk helse følger opp avtalene dårligere enn lokalsykehus og DPS
Innen psykisk helsevern/rus og innen Habiliteringstjenesten fungerer den faglige utvekslingen bedre enn innen somatikken.

Tekstboks 2 Eksempel på erfaringer med samhandling: Samhandling om pasientbehandling i Telemark

Uavhengig av pasienters alder og pasientforløp (inn og ut av sykehus) er det samhandling om lindrende kreftbehandling, lettere psykiske lidelser og kompetanseutvikling av fagmiljøer innen diabetes at man lykkes best med. Etter hvert ser en også at samhandling om oppgaver knyttet til pasienter tilhørende DRG innen geriatri, har blitt bedre. På disse områdene prioriteres også ressursene og kompetansen, men det er vårt inntrykk at tiltakene prosjektorienterte, fragmenterte og lite forankret i strategiske veivalg og helhetlige pasientforløp. Samhandling rundt pasienter med tunge psykiske lidelser, rusproblemer, demens er langt fra like godt ivaretatt og prioritert.

Tekstboks 3 Eksempel på erfaringer med samhandling: Forklaringer på suksess og fiasko i Telemark

Årsaker til at samarbeidet i Telemark har lyktes med mange ting:

- Samhandlende parter har god forhandlingskapasitet og forhandlingskompetanse, evner å komme frem til gode faglige løsninger i fellesskap, har inngått tydelige kontrakter om samhandlingens formål og innhold og disponerer de nødvendige økonomiske ressurser.
- Samhandlende parter bidrar økonomisk i nye tilbud og nye arbeidsmåter, utviser gjensidig respekt og tillit.
- Porsgrunn og Skien er store og ressurssterke kommuner og da er dette lettere å få til god samhandling om pasientforløpene. Småkommuner har problemer her med for små fagmiljøer og for liten kapasitet. Fordel at rådmennene i Porsgrunn og Skien kan representere også disse kommunene i samhandlingen med HF.
- At linjeledelsen i samhandlende kommuner er sterkt involvert styrker måloppnåelsen, beslutningskraften, forankringen og ressursforbruket. De tillitsvalgte aktive deltakelse styrker dette ytterligere.
- Påpasselig med å sikre fremdrift i prosessene gjennom løpende oppfølging
- Samhandlingen bygger videre på allerede etablerte regionale samarbeidsfora og strukturer slik at det ikke opprettes nye organisatoriske løsninger på formålet. (jfr Grenlandssamarbeidet).
- Sikre god og løpende informasjon til politiske fora
- Økonomisk spleiselag på lønnskostnadene til Samhandlingssjefen gjør det lettere og mer legitimt for de

samarbeidende partene å innkalle til møter både i kommunene og i HFet

Årsaker til at samarbeidet i Telemark har mislyktes med enkelte ting:

- Elektronisk informasjonsutveksling mellom 1. og 2. linje tjenesten er p.t. på "steinaldernivå"
- Kommunenes rammefinansieringssystem kontra HFets stykkprisfinansieringssystem ikke går i hop.
- Finansieringssystemet og beslutningsstrukturen i HF sperrer for smidige løsninger. HF får ikke lov å investere uten at styret i RHF Sør Øst har godkjent dette.
- De faglige hierarkienes anseelse og status (mer status å jobbe i spesialiserte tjenester på HF, enn mer generalistorientert førstelinjetjeneste i kommunene)
- Diagnosehierarkiet og problemhierarkiet. Diagnosene som HFene behandler er mer attraktive og statusgivende enn de som er i kommunene, som er sammensatte i sin karakter og som krever samhandling på tvers
- Anseelseshierarkiet blant leger (hjertekirurgi på topp og tungpsykiatrien på bunn)
- Ambulerende støtte og veiledningstjenester fra HF (psykiatere, nevrologer, ortoped og lignende) er fraværende i den kommunale tjenesteytingen
- Kommuner skal uttale seg om store, komplekse utredninger og beslutningsgrunnlag som er laget av HF og kommer følgelig ofte til kort både når det gjelder tid og kompetanse. Dreier seg om maktubalanse.

2.5 Oppsummerende om status for samhandling

Det store bildet i dette kapitlet er at flertallet av både kommuner og helseforetak er fornøyd med samhandlingen seg i mellom. Om lag 3/4 kommuner og helseforetak er fornøyd med samhandlingen seg i mellom.

Dette kan virke som overraskede gode resultater, siden en del tidligere undersøkelser har dokumentert dårligere erfaringer. Noe av forklaringen kan ligge i undersøkelsesdesign. Undersøkelser spør om erfaringer på ulike måter, og de spør ulike respondenter. Vi har spurt ledere i kommuner og helseforetak. Det kan tenkes at disse har bedre erfaringer enn utførende helsepersonell. Senere undersøkelser kan følge opp om det fins slike variasjoner mellom nivåer internt i virksomhetene.

Partenes vurderinger er stort sett sammenfallende, med unntak av for utskrivingsforløpet, der helseforetakene er langt mer fornøyd enn kommunene. Det er også noen variasjoner mellom de ulike typer pasientforløp. Utskriving fungerer dårligst, særlig ifølge kommunene. Noe av forklaringen på at kommunene er minst bekymret for innskrivingsforløpet ligger nok i at noen i kommunene opplever at de ikke er like involvert i dette som i utskrivingsforløpet. Det er i forbindelse med utskrivning at kommunene får føle eventuelt dårlig samhandling "på kroppen" på kort sikt. Merk imidlertid at mange vil si seg uenig i at kommunenes involvering i innskriving er begrenset. Fastlegeordningen og legevakt er en del av helse og omsorgstjenesten i kommunene, og dessuten representerer pasienter i sykehjem og de som mottar hjemmetjenester en relativt stor andel av innleggelsene.

Kommunen er slik sett like mye involvert ved innleggelse som ved utskriving. Unntaket er personer som legges inn for første gang og som skal ha kommunale tjenester etterpå. Legetjenesten i kommunene spiller hovedrollen ved innleggelse. Pleie- og omsorgstjenesten har hovedrollen ved utskriving for de som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester, men den største andelen av utskrivinger følges opp bare av fastlegen alene.

Hvordan skal vi tolke at partene samlet sett virker mer fornøyd med samhandlingen om innskrivingsforløpet enn med samhandlingen om utskrivingsforløpet? Det skal her minnes om en svakhet i undersøkelsesopplegget nevnt i metodekapitlet over. Det er ikke entydig hva respondentene legger i "god samhandling". Noen vil tenke på hvorvidt representantene fra kommunesiden og helseforetakssiden har en god dialog og oppnår enighet om de fleste spørsmål på en ryddig måte. Andre vil kunne tenke på forhold lenger ut i virkningskjeden, som hvorvidt samhandlingen bidrar til ønskede økonomiske og helsemessige effekter. Apparatet for innleggelse i sykehus er bygget for akutt innleggelse og dette "går på skinner". Blålys for eldre mennesker etc. Men det betyr ikke nødvendigvis at apparatet er optimalt. Kanskje legges for mange inn. Hvordan kan man med bedre struktur og samhandling unngå dette?

Vår undersøkelse går ikke i dybden på dette, våre observasjoner her er mer tilfeldige. For eksempel sier en del kommuner at deres leger savner et innleggelseskriterium som heter "halv-øyeblikkelig" hjelp. I dag er systemet veldig rigid med enten øyeblikkelig hjelp eller venting i 7-8 mnd for innleggelse. Da blir det nok lett "blålys" litt for ofte. Andre synspunkter og hypoteser på fagfeltet er at antallet "unødvendige" innleggelser vil reduseres med bedre kommunal styring av fastleger, mer stabil legestand i kommunene (vikarleger er mest tilbøyelige til å gå for innleggelse) og plassering av "flinkere" leger i akuttmottakene i sykehusene.

Vår undersøkelse viser videre at det er noen geografiske forskjeller i hvor godt samhandlingen mellom spesialist- og helse og omsorgstjenesten i kommunene oppfattes å fungere (noe dårligere status i nord), og noen størrelsesforskjeller (småkommuner er marginalt best fornøyd) men jevnt over er altså syv til åtte av ti kommuner og helseforetak fornøyd.

Når det gjelder forskjeller mellom kommuner har vi ikke funnet klare årsak-virkning sammenhenger i vårt materiale. Verken kommunestørrelse, kommunenes helseutgifter og sentralitet har statistisk signifikant sammenheng med kommunenes erfaringer med samhandling.

De mer kvalitative opplysningene som er inkludert gir et interessant innblikk i erfaringene til kommuner og helseforetak. Flere kommuner peker på at det er forskjeller mellom deler av helsevesenet i hvor godt samhandlingen med helseforetakene fungerer. Videre tyder en del kvalitative funn på at samhandlingen mellom klinikere fungerer bedre enn mellom leger og andre. Slik sett kan det hende at en del samhandlingsutfordringer ikke dreier seg om motsetninger mellom forvaltningsnivå men heller mellom profesjoner. Dette er imidlertid ikke et spørsmål vi har forfulgt i dybde i denne rapporten.

S

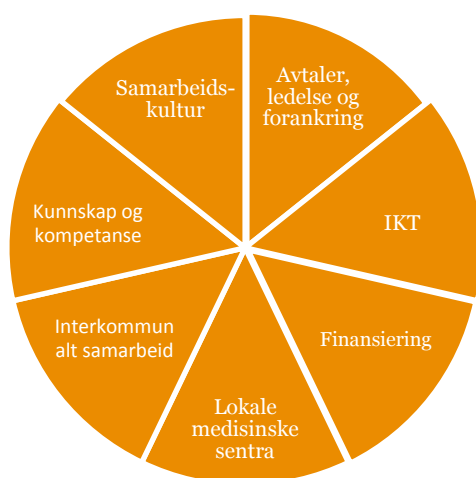
3. Erfaringer med virkemidler for samhandling

Som nevnt innledningsvis kartlegger vi i denne rapporten kommunene og helseforetakenes erfaringer med et utvalg samhandlingsvirkemidler som står sentralt i samhandlingsreformen. Vi har sett nærmere på innhold i, erfaringer med og prioritering av følgende virkemidler for samhandling:

- Avtaler og ledelse – virkemidler for forankring av samhandling (avtaler, utvalg, koordinatører m.m.)
- Kunnskap og kompetanse (hospitering, ambulerende team, faglig veiledning, m.m.)
- Lokale medisinske sentra (distriktsmedisinske sentra, helsehus, forsterkede sykehjem, m.m.)
- Interkommunalt samarbeid (drifts- og representasjonsløsninger)

I tillegg har prosjektet sett på følgende virkemidler, men i mindre detalj enn de ovennevnte:

- Samarbeidskultur
- Informasjonsteknologi
- Finansieringssystemet



Figur 4 Virkemidler for samhandling mellom kommuner og helseforetak

For å gjenta innledningen: Virkemidlene er av noe ulik art, men de har det til felles at de setter rammer og skaper forutsigbarhet i praktisk samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Begrepsmessig skiller vi virkemidler fra praksis og modeller. Praksis er faktisk atferd. Modeller betegner for oss en spesifikk implementert kombinasjon av virkemidler til en fungerende form for samhandling. Et eksempel kan være et lokalt medisinsk senter basert på avtaler mellom partene, interkommunalt samarbeid og god samarbeidskultur.

3.1 Avtaler og ledelse – virkemidler for forankring

Med "avtaler og ledelse" forstås her: Avtaleverk om samhandling på system-/strategisk nivå (i tråd med rammeavtalen mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet), avtaleverk om samhandling på tjeneste-/operativt nivå (kriterier for vurderinger, rutiner for kommunikasjon, rutiner for møter/konsultasjoner, individuell plan o.a.), oppfølging av etterlevelse av avtaler om samhandling på tjeneste-/operativt nivå, utvalg der toppledere i HF og kommuner møtes, utvalg der mellomledere/klinikere i HF og helse og omsorgstjenesten i kommunene møtes, og samhandlingskoordinator/-sjef.

Det er mange som har stor tro på at formalisering gir bedre samhandling. Dette motiverer fokus på avtaler og ledelse også i vår undersøkelse.

Regjeringen vil nå som del av samhandlingsreformen lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Dette vil være en videreføring av det frivillige avtalesystemet som i dag praktiseres mellom staten og KS/kommunesektoren (Innst. 212 S (2009–2010)).

SINTEF (2008) fant at flertallet av kommunene mener det er behov for mer formalisert samarbeid med helseforetakene.

I NOU 2005:3 uttrykkes det sterkt tiltro til verdien av formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner. Det hevdes at det har stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Det bør både være avtaler som regulerer hvordan partene skal forholde seg på overordnet nivå, samt avtaler som regulerer spesifikke områder for samarbeid. Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Det sies at det er viktig at avtalen forankrer samhandlingen på øverste ledelsesnivå. Utvalget foreslår derfor at avtalen skal vedtas av kommunestyret og foretaksstyret. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år.

Også Helsedialog ser på formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner som et hovedsatsingsområde for samhandlingen. Deres mål er at det skal opprettes samarbeidsavtaler mellom alle helseforetak og kommunene i opptaksområdet, samt etableres overordnet strategisk samarbeidsutvalg. Avtalene skal beskrive samarbeid på system-, tjeneste-, og individnivå og må bli til i en prosess mellom likeverdige parter, mener Helsedialog. Sentrale punkter i slike avtaler er samarbeid om pasientforløp, individuelle planer, fagutvikling og kompetansesarbeid, utarbeidelse av overordnede planer og samarbeidsmøter på administrativt nivå og tjenestenivå.

Tekstboks 4 Eksempel på gode erfaringer med samhandling: Planer, systemer og rutiner i Sogn og Fjordane

I Sogn og Fjordane har aktørene innenfor helsetjenester opprettet en god samhandlingsstruktur. I dette samarbeidet som er etablert ser en flere konkrete eksempler på at en har oppnådd samarbeid som har resultert i bedre samhandling fordi de samarbeider om planer, systemer og rutiner. Rammeavtalen med delavtaler er eksempel på slikt samarbeid. Andre eksempler på mer operativt nivå er:

- Kommunene i Sogn og Fjordane har tuberkuloseplan som er tuftet på samme mal.

- Planverket for individuell planer er også felles for alle kommunene og helseforetaket
- Felles håndbok for tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern
- Felles søknadsskjemaer
- Felles planer for hygienearbeid på sykehjem.

Slike felles planer, system og rutiner er et viktig grunnlag for å kunne få til videre samarbeid og samhandling. Dette er derfor eksempel på samarbeid som er viktig for det videre arbeidet med samhandling.

Årsakene til at en her har lyktes med samhandling om planer, systemer og rutiner er trolig:

- Kommunene og helseforetaket har hatt felles interesse i å ha felles planer, system og rutiner. Det er vanskeligere å få til frivillig samarbeid der noen føler de vil tape på samarbeidet. I disse tilfellene får alle gevinster av samarbeidet. Det har eksempelvis vist seg vanskeligere å etterleve avtaler om mottak av utskrivingsklare pasienter fordi dette setter krav til at kommunene har kapasitet til å ta i mot pasientene.
- Helseforetaket har tatt et hovedansvar og koordinert arbeidet med å utforme planene. Samtidig har planverket blitt forankret i kommunene gjennom den etablerte samhandlingsstrukturen. Det er således viktig at en både har ressurser til å utforme felles planer, system og rutiner, samtidig som det etableres formelle samhandlingsarenaer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

3.1.1 Avtaleverk om samhandling – strategisk nivå

SINTEF (2008) viser at alle helseforetak har samarbeidsavtaler med kommuner i sitt opptaksområde innenfor somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Innenfor rusfeltet har over halvparten avtaler. Stadig flere helseforetaksområder har et avtaleverk som omfatter samarbeid på systemnivå, tjenestenivå og individnivå - i tråd med nasjonale anbefalinger.

Det er en klar utvikling i retning av at man utarbeider egne samarbeidsavtaler som legger rammen for samarbeidet og skisserer fora for samarbeid på leder/systemnivå. Det er da vanlig å utarbeide formaliserte rutiner for samarbeid på tjeneste/individnivå i tillegg til en overordnet samarbeidsavtale. I en del områder reguleres samarbeid på overordnet nivå og på tjenestenivå i samme avtale. Bare i to helseforetaksområder er samarbeidsfora ikke skissert i avtaleverket, fant SINTEF (2008).

Hva er innholdet i disse strategiske avtalene? Avtalene skal helst omfatte alle tjenesteområder et helseforetak har ansvar for. Gode avtaler beskriver samarbeidsområder (policyer, strategisk utvikling, igangsetting av prosjekter, felles planer) og samarbeidsarenaer (dialogkonferanse, deltakelse her, andre møter, evt koblet til eksisterende kommunale samarbeidsfora i regionen)

Agenda (2007, s. 20) understreker betydningen av at samhandlingen mellom partene er forankret i avtaler på system-, tjeneste- og individnivå. Avtalefesting er særlig viktig på lengre sikt, sier Agenda. Uten avtaler er samhandlingen for avhengig av enkeltpersoners entusiasme og relasjoner. Avtalefesting har også et fordelaktig symbolsk aspekt, siden avtaler mellom partene betyr at ledere har involvert seg og ment at samhandlingen er viktig. For å skape kontinuitet, entusiasme og utvikling i samarbeidet, ser det ut til at det etter hvert er nødvendig å bringe inn et mer strategisk element. Det vil si at partene på relativt høyt nivå bør engasjere seg i spørsmål av typen: Hvilke samarbeidsutfordringer er det viktig at vi nå setter på dagsorden og hvorfor? Ved å reise den type spørsmål ansvarliggjøres toppledelsen, og samarbeidet griper tak i stadig viktigere og mer grunnleggende problemstillinger. Samarbeidet i Asker og Bærum er et eksempel på at man har gått fra "rutinesamarbeid" til mer strategiske temaer.

SINTEF (2008) fant at mange av foretaksområdene har avtaler som innbefatter ordninger knyttet til hospitering og håndtering av avvik fra rutiner. Videre har de fleste helseforetak formaliserte rutiner for utskriving av pasienter (fra spesialisthelsetjenesten) innen somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Det er videre svært vanlig at de som har rutiner for utskriving også har rutiner for ansvarsfordeling ved innskriving av pasienter til spesialisthelsetjenesten. Av de aktivitetene undersøkelsen spurte om, var det rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning som i minst grad var formalisert. Tabell 14: Erfaringer med avtaleverk om samhandling på system-/strategisk nivå (i tråd med rammeavtalen mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet). (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	9 %	6 %
Gjennomført med gode erfaringer	52 %	78 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	25 %	11 %
Sum	%	%

Vet ikke / ikke aktuelt: 13% i kommuner, 6% i helseforetak

NA: 1% i kommuner, 0% i helseforetak

Vi ser at 75 prosent av kommunene i vårt materiale sier de har avtale på strategisk nivå med helseforetaket i sitt opptaksområde. Og kun ett helseforetak sier de ikke har en slik avtale med "sine" kommuner. Dette synliggjør at utbredelsen av avtaleverk er høy.

Vi ser også at det på begge sider er stor tilfredshet med avtalene som er etablert. Blant foretakene er det bare to som har dårlige eller usikre erfaringer med de strategiske avtalene. Blant kommunene er de nølende eller misfornøyde flere, men stadig i mindretall. At 25 % av kommunene har usikre eller dårlige erfaringer er like fullt vel verdt å merke seg.

Tabell 15 Utdypinger av positive erfaringer med avtaler på strategisk nivå – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Forbedring: Basisavtale er forbedret, kommune og HF likeverdige parter nå
(...) det er satt i gang arbeid for å reforhandle / forbedre / tilpasse alle avtalene.
Helseforetak sier...
NT har gjennom 10 år hatt "Basisavtale" med kommunene - innbefattet en avviksmeldestruktur. Oppfattet positivt.
Revisjon: Med bakgrunn i eksisterende avtaler med usikre erfaringar, er samhandlingsavtalene med alle kommunane revidert primo 2010.
Utarbeidde rutiner for inn- og utskriving - utarbeidd av administrativt samarbeidsutval og sendt ut til kommunene på høyring/godkjenning

Tekstboks 5 Eksempel på gode erfaringer med samhandling: Forankringsarbeid i Telemark

I Telemark er det særlig samhandlingsopplegget mellom Sykehuset i Telemark HF og Skien og Porsgrunn kommuner som danner rammene. Opplegget er ikke basert på særskilte kontrakter, men er formelt vedtatt i respektive bystyrever og styret for HF. Handlingsdelen i samarbeidet rulleres årlig ellers ingen tidsbegrensning Samhandlingen er definert som et særskilt prosjekt som ledes i det daglige av rådmennene i de to kommunene og samhandlingssjefen² og med styringsgruppe bestående av forannevnte personer sammen med tillitsvalgte i Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet og Lægeforeningen. Styringsgruppa rapporterer til respektive politiske utvalg i kommunene og styret i HF. Under styringsgruppa og daglig ledelse går kontakten til kommunalsjefer (kommunene), klinikkssjefer (HF) og legevakt. I tillegg også delprosjektledere. Det arbeides aktivt for at resten av kommunene i Grenland kan slutte seg formelt og praktisk til samhandlingsopplegget. Det er en noenlunde lik fordeling mellom kommuner og HF og hva det skal samhandles om. I andre regioner er det vårt inntrykk at samhandlingstemaene defineres av HF'ene og at kommunene har vansker med å stille opp med jevnbyrdig kompetanse og innflytelse.

Samhandling om planer, systemer og rutiner har vokst frem "nedenfra" med lokalt initiativ men ikke som del av en helhetlig felles strategi og struktur. Samhandlingen får følgelig lett preg av god vilje, men likevel noe stykkevis og delt. Man har gode og tydelige definisjoner og beskrivelser hvordan henvisninger til og utskrivinger fra sykehusopphold ideelt skal være. Innhold og praksis viser imidlertid altfor ofte at disse spillereglene ikke følges og at man får kritikkverdige praksis når det gjelder henvisninger og utskrivinger. Særlig er det pasientforløpet rundt utskriving fra sykehuset som er utfordrende og sikre riktig og oppdatert kompetanse i alle ledd av behandlingsskjeden og hos de personer som har vært involvert og skal involveres i det samlede pasientforløpet.

3.1.2 Avtaleverk om samhandling – operativt nivå

Avtaleverk om samhandling på tjeneste-/operativt nivå inneholder gjerne kriterier for vurderinger, rutiner for kommunikasjon, rutiner for møter/konsultasjoner, individuell plan o.a. Avtalene skal helst beskrive arenaer for samhandling/samarbeid mellom enhetene innen den enkelte kommune og de enkelte klinikkene ved sykehus.

Tidligere dokumenterte eksempler på vellykkede erfaringer:

- Case Helse Fonna: Avtale om inn- og utskrivingsplanlegging har til hensikt å sikre felles rutiner ved inn- og utskrivings av pasienter i sykehus. Kjerneområder i dette arbeidet er tydelighet i ansvar, rutiner for kommunikasjon og informasjonsoverføring, samt rutiner for kompetanseoverføring (Agenda 2007).
- Case Sørlandet Sykehus HF og kommunene Birkenes og Grimstad: Samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og helse og omsorgstjenesten i kommunene. Kjernen er at det før henvisningen går fra helse og omsorgstjenesten i kommunene til spesialisthelsetjenesten, skal henvisende instans først drøfte potensielle henvisninger med spesialisthelsetjenesten. Selve veiledningsfunksjonen blir ivaretatt av en psykologspesialist fra BUP. En fastlege eller barnevernsleder tar telefonisk kontakt med vedkommende når det foreligger en potensiell henvisning. Senest 10 dager etter at kontakten er gjort skal den mulige henvisningen være drøftet.

² Samhandlingssjef ansatt for 3 år og lønnskostnadene er finansiert med 60% Skien/Porsgrunn og 40% HF.

Henviser arrangerer da et møte på sitt kontor der henvist pasient, foreldre, BUP-spesialisten og samarbeidspartnere fra 1. linjen møtes for å drøfte saken (Agenda 2007).

Tabell 16: Erfaringer med avtaleverk om samhandling på tjeneste-/operativt nivå (kriterier for vurderinger, rutiner for kommunikasjon, rutiner for møter/konsultasjoner, individuell plan o.a.)

Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	7 %	0 %
Gjennomført med gode erfaringer	56 %	77 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	29 %	23 %
Sum	%	%

Vet ikke / ikke aktuelt: 7% i kommuner, % i helseforetak

NA: 1% i kommuner, 0% i helseforetak

Vi ser av tabellen over at bildet er ganske identisk for operative samhandlingsavtaler som for de strategiske, jfr. avsnittet over. Utbredelsen er enda større for de operative. Hele 85 prosent av kommunene i vårt materiale sier de har avtale på operativt nivå med helseforetaket i sitt opptaksområde. Og samtlige helseforetak sier de har slike avtaler med "sine" kommuner. Dette synliggjør at utbredelsen av avtaleverk er høy.

Vi ser også at det på begge sider er stor tilfredshet med avtalene som er etablert. Likevel responderer om lag 25 % av kommunene og helseforetakene at de har usikre eller dårlige erfaringer med avtaleverk på operativt nivå. Dette er i tråd med resultatene for det strategiske avtaleverket.

Tabell 17 Utdypinger av positive erfaringer med avtaler på operativt nivå – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...

Kommunikasjonen mellom instansene ved innlegging utskrivning har blitt bedre etter at avtale og nye rutiner er innført.

Helseforetak sier...

Samarbeidsavtalen mellom kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold: Det er etablert et fast administrativt samarbeidsutvalg med flere kliniske underutvalg. Regelmessige samarbeidsmøter, intern avis for fastleger, praksiskonsulentordning.

Tabell 18 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med avtaler på operativt nivå – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...

avtalene er uansett underordnet sykehusenes ensidige definisjonsmakt vedrørende utskrivingsklar pasient

Helseforetak sier...

rammeavtale og delavtaler - det er vanskeleg å få ut informasjon om disse avtalene til alle tilsette som skal bruke dei

Faglige retningslinjer er sentrale i disse operative avtalene. Faglige retningslinjer beskriver hva som er dokumentert effektivt. Når disse skal anvendes må de operasjonaliseres. De må dekomponeres i arbeidsprosesser som skal gjennomføres for så å bli satt sammen igjen slik at de passer med de lokale forholdene mht. tilgjengelig personell, kompetanse, andre rutiner, utstyr, etc. Man skal beskrive hvem gjør hva, i hvilken rekkefølge og på hvilket tidspunkt. For eksempel hvem involverer pårørende, når og med hvilket formål og innhold? Et eksempel på lokal tilpasning i dette prosjektet vil være at de små perifere kommunene uten sykehus i umiddelbar nærhet må utvikle et alternativ til det fysiske møtet som er mellom for eksempel Trondheim kommune og St. Olavs hospital om pasienter som utskrives. Alternative løsninger må sikre at informasjonselementene og kompetanseoverføringen blir den samme som i et slikt fysisk møte.

Spesialisthelsetjenesten knytter utviklingen av standardiserte forløp til diagnose for å sikre gjennomføring av den medisinske behandlingen. For helse og omsorgstjenesten i kommunene blir det viktig å forsøke å trekke frem det generiske, slik at det som er felles for de ulike forløpene blir standardisert og likt på tvers av pasientgruppene.

Erfaringen med *lokale standardiserte forløpsplaner* basert på faglige retningslinjer er positive og er blitt tatt i bruk mange steder (Every m. fl. 2000, Panella m. fl. 2003). Det er struktureringen, mandat- og oppgavefordelingen som er det sentrale i tillegg til tiltak med dokumentert effekt (Phillips m. fl. 2004). Strukturering av forløp for pasienter med kroniske sykdommer kan være sammenfallende med inntil en halvering av behovet for spesialisthelsetjenester når man sammenligner mellom sykehus (Ham m. fl. 2003, Ram m. fl. 2004).

Det er flere studier som viser gevinster i form av høyere pasienttilfredshet, færre innleggelses og bedre oppslutning om forebygging når strukturering og planlegging av forløp også inkluderer overganger mellom tjenestenivåer/-tilbydere (Cabana m. fl. 2004, Fjærtøft m. fl. 2003, Naylor m. fl. 1999). I en vellykket studie av utskrivning ble det i tillegg til utvikling av forløpsplaner og pasient- og pårørendeopplæring, benyttet egen prosessveileder ("transition coach")(Coleman m. fl. 2006).

Erfaring fra et prosjekt i Midt-Norge viste at det kan være stor forskjell mellom hvordan helsepersonell i kommunene og helsepersonell i sykehus tenker omkring forløp. Mens spesialisthelsetjenesten tar utgangspunkt i pasientens diagnose for å utforme tiltak i et forløp, er kommunene mest opptatt av pasientens funksjonsnivå. I prosjektet endte det opp med at kommunene samlet seg om beskrivelse og utvikling av ett forløp felles for alle diagnoser med vekt på forebygging og rehabilitering. Et likende resultat kom man frem til i et samhandlingsprosjekt i Danmark.

Planlegging av samhandling om kronisk syke i form av felles omsorg (eng: shared care) på tvers av nivåer ved et gjensidig utvidet samarbeid om enkeltpasienter med kronisk sykdom er utførlig utprøvd, men resultatene spriker med unntak av bedre kontroll med legemidler (Smith m. fl. 2007).

Følges avtalene opp? SINTEF (2008) fant at de fleste helseforetakene sa det var etablert rutiner for evaluering av avtaler og at avtalene var evaluert og at evalueringen hadde medført endringer. I samme undersøkelse fremkom det også at representantene for helseforetakene er mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid enn det kommunene er. Omtrent en tredjedel av kommunene er delvis eller helt uenig i dette.

Tabell 19: Erfaringer med oppfølging av etterlevelse av avtaler om samhandling på tjeneste-/operativt nivå.(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	7 %	6 %
Gjennomført med gode erfaringer	41 %	67 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	41 %	28 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 10% i kommuner, 0% i helseforetak

NA: 1% i kommuner, 0% i helseforetak

Tendensen til at helseforetakene er mer fornøyd enn kommunene med oppfølgingen av etterlevelsen av avtaler gjennfinnes også vårt materiale. Under halvparten av kommunene har gode erfaringer med oppfølgingen av avtalene, mens blant helseforetakene er et klart flertall fornøyd.

Tabell 20 Utdypinger av positive erfaringer med oppfølging av etterlevelse av avtaler på operativt nivå – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Det foregår mye godt praktisk arbeid mellom fagnivåene
Toppledermøtet har medført aktivitet i samarbeidsrådet og underutvalg under dette i Voss sjukehusområde. Så vidt eg veit ikkje tilsett eigen koordinator, men samarbeidsrådet har vore velfungerande i mange år på dugnad.
Helseforetak sier...
Helse Stavanger HF skriver: vi har faste samarbeidsmøter vedrørende inn- og utskrivning av pasienter med Stavanger kommune som er den største kommunen i nedslagsfeltet til SUS
Helse Stavanger HF skriver: Avvikssystem for melding av avvik fra samarbeidsavtalen er et godt forbedringsverktøy forankret i både kommunene og sykehuset.

Tabell 21 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med etterlevelse av avtaler på operativt nivå – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Implementering av samhandlingsrutiner har gått greit i kommunene. Synes noe vanskeligere i sykehusene. (Skyldes sannsynligvis mer bruk av vikarer)
Basisavtalen er mye bedre kjent i kommunen enn i avdelingene i HF - det gir utfordringer for samhandlingen
Det har ... vært en del uenighet mellom helseforetak og kommune. ...} Avtaler ... kan forbedres og følges bedre opp.. Det er en del møter, men visst hvor mye lenger disse bringer oss.
Har mange avtaler, men det er mangel på oppfølging og evaluering av disse - om de fører til bedring av tjenestetilbud for pasienter
Kommunen deltar i Administrativt samarbeidsutvalg mellom sykehuset og kommunene i Østfold. Fungerer godt på nivå som møtes, sliter med implementering av samarbeidet på tjenestenivå.
Kommuneavtalene om inn- og utskrivningsplanlegging har eget avvikssystem og det meldes ca. 200 avvik fra avtalene pr. år. Mindre enn 25 % av meldte avvik blir besvart av sykehuset, det tyder på at ikke alle sykehusansatte betrakter primærhelsetjenesten som likeverdig samhandlingspartner.

Leder for omsorgstjenestene i kommunen har deltatt i møter regi KS og helseforetak. Mange gode forslag men lite oppfulgt i praksis.

Implementering av samhandlingsrutiner har gått greit i kommunene. Synes noe vanskeligere i sykehusene. (Skyldes sannsynligvis mer bruk av vikarer)

Basisavtalen er mye bedre kjent i kommunen enn i avdelingene i HF - det gir utfordringer for samhandlingen

3.1.3 Utvalg der toppledere i HF og kommuner møtes

Strategiske samarbeidsutvalg er i de fleste tilfellene fora bestående av rådmenn fra kommunene, administrerende direktør fra sykehuset og klinikkjefer fra sykehuset. Følgende beskrivelse fra Helse Stavanger HF gir nærmere forståelse for hva et slikt utvalg er: I samarbeidet mellom SUS og kommunene, har rådmannsutvalget utnevnt representanter som sitter i et såkalt samhandlingsutvalg sammen med ledere på SUS. Samhandlingsutvalget er en koordinerende og rådgivende enhet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Utfordringer sett fra kommunene og sykehuset sitt ståsted tas opp her, og kliniske utvalg eller arbeidsgrupper nedsettes etter behov. I tillegg til konkrete prosjekter, med mål om å bedre pasientflyten mellom 1. og 2. linjetjenesten, har samhandlingsutvalget blant annet ansvar for å vedlikeholde inngåtte avtaler, arrangere samhandlingsfora, samt være rådgivende og gi innspill til tema på det årlige møtet mellom sykehusets øverste ledelse og kommunenes administrative og politiske ledelse. Samhandlingsutvalget består fra kommunene av en faglig/administrativ leder fra hver av regionene Dalane, Jæren, Sandnes, Stavanger og Ryfylke. Fra SUS deltar fagsjef for samhandling, faglig/administrativ leder fra fem ulike klinikker, en representant fra praksiskonsulentene samt en brukerrepresentant.

Hvor utbredt er slike utvalg? SINTEF (2008) viste at alle helseforetaksområdene hadde opprettet fora for samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde. De fleste kommuner var representert i slike fora, men noen via representasjon. I vår undersøkelse sier 72 prosent av kommunene at de er med eller er representert i slike strategiske utvalg. Nær 15 prosent av kommunene har ikke slike erfaringer, og nær like mange oppgir at spørsmålet er uaktuelt eller at de ikke vet svaret, hvilket kan tyde på at opp mot en av tre kommuner mangler erfaringer fra slike samhandlingsarenaer

Tabell 22: Erfaringer med utvalg der toppledere i HF og kommuner møtes (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	14 %	0 %
Gjennomført med gode erfaringer	51 %	100 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	21 %	0 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 13% i kommuner, 0% i helseforetak

NA: 1% i kommuner, 0% i helseforetak

Vi ser av tabellen over at det er betydelig forskjell mellom kommuner når det gjelder erfaringer med utvalg der toppledere i helseforetakene og kommuner møtes. Blant de kommunene som har erfaring fra topplederutvalg er det dobbelt så mange som fornøyd med erfaringen derfra som det er kommuner som er mer eller mindre misfornøyd. Men et betydelig mindretall - 21 prosent – sier erfaringene er usikre eller dårlige. På helseforetakssiden er tilfredsheten unison. Alle 18 helseforetak i vårt materiale sier de har slike utvalg og at deres erfaringer derfra er gode.

Dette tyder på at arbeidet i topplederutvalgene foregår mer på helseforetakenes enn på kommunenes premisser. For mange kommuner mangler erfaring og for mange er misfornøyd med erfaringene til at dette kan kalles en felles suksess så langt.

Tabell 23 Utdypinger av positive erfaringer med utvalg for toppledere – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner
Hva skal til for å lykkes? Viktig med nestleder for [utvalget] og at vedkommende kommer fra kommunalt nivå
Hva skal til for å lykkes? Egne utpekte personer både fra sykehuset og kommunene som har hatt et ansvar for å forberede saker til det

Tabell 24 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med utvalg for toppledere – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
På de ulike arenaene på mer overordnet nivå er det et problem at kommunene stiller med langt svakere faglig kompetanse enn HF'ene. Slik evner ikke kommunene å etablere likeverdighet, samt at de får vansker med å forankre bestemmelsene i egen organisasjon.
... vi savner referat utsendt til kommunene.
Utvalget har for mange medlemmer som kjenne bedre HF enn kommuneutfordringene

3.1.4 Utvalg der mellomledere/klinikere i HF og helse og omsorgstjenesten i kommunene møtes

Den neste type utvalg vi fokuserer på er utvalg der mellomledere og klinikere møtes fra kommuner og helseforetak. Et tidligere dokumentert eksempel er fra Helse Fonna, der det er opprettet samarbeidsutvalg mellom hvert av de somatiske sykehusene og de tilhørende kommunene. Dette er gjort for å sikre en praktisk og mest mulig lokal fokus i samhandlingen. Samarbeidsutvalgene har som oppgave å ivareta oppfølging, videreutvikling, evaluering og revisjon av samarbeidsavtalene, samt å drøfte andre muligheter og utfordringer i samarbeidet. Samarbeidsutvalgene er sammensatt av linjeledere og fagpersonell fra den enkelte organisasjon, brukerrepresentant fra brukerutvalget i Helse Fonna, praksiskonsulentrepresentant samt direktør og samhandlingssjef i Pasientservice (Agenda 2007 s. 72).

Tabell 25: Erfaringer med utvalg der mellomledere/klinikere i HF og helse og omsorgstjenesten i kommunene møtes (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	16 %	17 %
Gjennomført med gode erfaringer	52 %	61 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	21 %	6 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 10% i kommuner, 11% i helseforetak

NA: 1% i kommuner, 6% i helseforetak

Vi ser av tabellen over at bildet for de kliniske utvalg er ganske likt som for de strategiske utvalgene, sett fra kommunenes ståsted. Halvparten har gode erfaringer, en av fire har dårlige eller usikre erfaringer, og en av fire har ikke eller kjenner ikke erfaringene fra slike samhandlingsutvalg. Til forskjell fra hva tilfellet er for de strategiske utvalgene er her også helseforetakene varierende i sine meninger. Mens alle helseforetakene var godt fornøyd med de strategiske utvalgene, er ”bare” 6 av 10 fornøyd med disse mer operative utvalgene. Så mange som 3 helseforetak har ikke slike avtaler og 2 vet eller kjenner ikke til slike.

Det kan altså synes som at formaliseringen nå er bedre på plass på toppledernivå enn på kliniker og mellomledernivå. Dette er ikke overraskende. Det bekrefter at samhandlingen er bedre forankret på toppen enn nærmere praksis, noe flere tidligere arbeider har vist.

Tabell 26 Utdypinger av positive erfaringer med utvalg for klinikere – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...

Bra men variabelt: utvalg der mellomledere/klinikere i HF og helse og omsorgstjenesten i kommunene møtes er meget bra på enkelte fagområder, men dessverre dårligere på andre.

Gjennom flere år har kommunelegene/fastlegene i Lofoten hatt møter (x2 per år) med Helseforetakets ledelse(Lokalsykehuset) og sykehuslegene. Disse møtene har fungert meget bra.

3.1.5 Samhandlingskoordinator/-sjef

Flere helseforetak har etablert ordninger med såkalte samhandlingsenheter og samhandlingsansvarlige. Det betyr ikke at de skal overta ansvaret fra linjeledelsen. Men de bidrar ofte med ressurser, prosjektledelse, analysebistand, evaluering av iverksatte tiltak og lignende. Etablering av slike enheter skjer ikke bare ved de store sykehusene, men også relativt små sykehus har gjort gode erfaringer med dette (Agenda 2007). For eksempel har Helse Fonna opprettet en egen organisatorisk enhet (Pasientservice) for samhandling og avsatt to årsverk til samhandlingsarbeidet. Enheten har en koordinerende rolle samt ansvar for dokumentasjon og rapportering av resultater (Agenda 2007 s. 76). SINTEF (2008) viste at omtrent halvparten av foretaksområdene hadde ansatt en prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samhandlingsavtalene

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et tilknyttet fenomen, om enn bredere. PKO startet som et nettverk av allmennleger og sykehusleger med det formål å bedre samhandlingen mellom sykehusavdelinger og helse og omsorgstjenesten i kommunene. Ordningen er i Trondheim også utvidet til flere yrkesgrupper. I Danmark har ordningen utviklet seg til en viktig faktor i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen har blant annet som mål å forbedre rutinene i arbeidet for pasienter med samtidige behov for helsehjelp i helse og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Den skal legge til rette for god funksjonsdeling, koordinerte pasientforløp, enkel og arbeidssparende informasjonsoverføring og samarbeid. Ordningen benytter seg av flere virkemidler, som pasientforløpsanalyser, hospitering, kliniske retningslinjer, møter om fag og organisering, avtaleverk for samarbeid og elektronisk kommunikasjon og informasjonsoverføring (NOU 2005:3 s. 43-44).

Tabell 27: Erfaringer med samhandlingskoordinator/-sjef (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	33 %	28 %
Gjennomført med gode erfaringer	31 %	67 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	9 %	6 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 25% i kommuner, 0% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Vi ser av tabellen at under halvparten av kommunene har eller kjenner erfaringer med samhandlingskoordinatorer eller – sjefer. Blant helseforetakene har to av tre erfaring med slike. I begge leire er det klar overvekt av gode erfaringer blant dem som har prøvd ut dette virkemidlet for samhandling. Således tyder resultatene på at flere kommune og helseforetak kunne hatt positive gevinster av å etablere slike stillinger og funksjoner.

Det fremkommer i fritekstsvarene til spørreundersøkelsen at denne typen rolle gis ulike benevnelser, noe som kan gi litt begrepsforvirring. Noen eksempler: Helse Stavanger har en fagsjef forsamhandling. Seks kommuner i vestre del av Vest-Agder har etablert Helsenettverk Lister. Dette nettverket har ansatt en prosjektleder som arbeider sammen med praksiskonsulent ved SSHF Flekkefjord. I Kristiansand kommune er det utpekt egen ansvarlig for oppfølging av samhandlingen med sykehuset. Den samme personen har og ansvar for oppfølging av interkommunalt samarbeid i regi av 7 kommuner. Følger også opp i arbeidsutvalg samarbeidet med øvrige kommuner i Agder-regionen. Et HF forteller om en flytkoordinator i forhold til psykisk helse. En kommune forteller om en enhetsleder for Tildelingskontoret som samhandler med spesialisthelsetjenesten og koordinerer all tildeling av tjenester fra helse og omsorgstjenesten i kommunene. Og en kommune forteller at de har delt på felles utgifter til en samhandlingssekretær med nabokommunen. I tillegg kommer altså PKO.

Tabell 28 Utdypinger av positive erfaringer med samhandlingssjef – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Svært mange har positive erfaringer med praksiskonsulentordninger
Helseforetak sier...
På bakgrunn av at vi har erkjent mangler, har vi iverksatt forbedringsprosjekter gjennom PKO ordningen - sykepleiere. Prosjektene har avdekket mangelfull informasjon som følger pasientene inn i sykehuset, samt mangler ved informasjon ut til førstelinjetjenesten.

Praksiskonsulentordningen [er] et viktig virkemiddel. PKO ordningen gir svært mange synergier og er et utgangspunkt for ulike tiltak som styrker samhandlingen. Dette går på en generell bedre forståelse for å ha en god dialog til spesifikke områder for å styrke kompetanse, felles prosjektarbeid om konkrete pasientgrupper, pasientforløp er også verdifullt og bidrar til å bygge en felles forståelse for problemer samt videreutvikle kompetanse om de beste løsningene.

Tabell 29 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med samhandlingssjef – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...

Det forekommer at kommunene i så stor grad anser samhandlingskoordinatoren som HFets person at de ansetter egen. Et interkommunalt samarbeid i midt-Norge utlyser nå prosjektleder som utviklingsprosjekt innenfor samhandling

Samhandlingskoordinator er nylig tilsett. Foreløpig har hun for stort fokus på HF's behov og tanker, men kommunene er invitert til å gi sine uttalelser.

Samhandlingskontakt opprettet både i spes htj og kommune. Uklar rolle som ofte ikke har myndighet ihht linjeorg.

En del av forklaringen på at kommuner har mindre gode erfaringer ser ut til å være at samhandlingskoordinatoren som fins oppfattes å være "helseforetakets mann" mer enn kommunenes, dels fordi vedkommende normalt har kontor plass i helseforetaket.

3.1.6 Oppsummerende om erfaringer med avtaler og ledelse

Når det gjelder avtaleverk om samhandling viser undersøkelsen at både strategiske og operative avtaler har god utbredelse. Det er mye positivt som kommer fram i undersøkelsen. Vi ser at de fleste har gode erfaringer med avtaleverket – bare en av fire er usikker eller misfornøyd med erfaringene. Vi ser også at avtalene "lever" siden de revideres. Men oppfølgingen av etterlevelse er for dårlig, særlig sett fra kommunenes ståsted. Det settes fra en del kommuners side spørsmålsteget ved avviksoppfølging og implementering i sykehusene

Når det gjelder utvalg der kommuner og HF møtes er alle HF'ene godt fornøyd med topplederutvalgene, videre er de fleste godt fornøyd med mellomlederutvalgene. Blant kommunene er erfaringene mer blandet. Mange har ikke erfaringer fra slike utvalg, 30 % har usikre eller dårlige erfaringer, 70 % har gode erfaringer. Det kan se ut til at virksomheten i en del utvalgene foregår mest på HFenes premisser og at kommunene er for dårlig representert, forberedt og samordnet.

Når det gjelder samhandlingskoordinator viser undersøkelsen at det råder en del begrepsforvirring. Praksiskonsulentordningen betraktes av en del respondenter som det nærmeste man er en slik koordinatorstilling. Tre av fire HF har koordinatorstillinger, mens under halvparten av kommunene har erfaringer med koordinatorene. I begge leire er erfaringene overveiende gode. Men det skal bemerkes at en del kommuner oppfatter samhandlingssjefen som HF'enes mer enn kommunenes "advokat".

Videre er det tydelig at mye avtale og ledelse rundt samhandling er nytt og under utprøving. Mange respondenter gir uttrykk for meninger som dette: "...mye av arbeidet er for nytt til at de vil dra konklusjoner om erfaringene er gode eller dårlige. Men vi er positive til samarbeidet og videreutvikling av det."

Alt i alt har det vært heldig å satse på etablering av avtaler om samhandling og utvalg der kommuner og helseforetak møtes. Disse tiltakene gir arenaer og setter rammer for samhandlingen som begge parter verdsetter. En kommune går så langt som å si at samhandlingen er "satt på vent" når arenaene bortfalt på grunn av omorganisering av helseforetak (etableringen av Vestre Viken HF i 2009).

For å finne et mål på hvor viktig avtaler og ledelse er for god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har vi gjort en statistisk test. Vi har laget en indeks basert på svar på spørsmålene om hvor gode erfaringer kommunen eller HF'et har med samhandling (sum av samhandling om tre pasientforløp og samhandling for kronisk syke) og en annen indeks for erfaringer med avtaler, utvalg og samhandlingskoordinatorer. Når vi holder disse indeksene sammen fremkommer det at god forankring i avtaler og ledelse gir bedre samhandling. Blant de med relativt dårlige erfaringer med avtaler og ledelse er tilfredsheten med samhandlingen vesentlig lavere enn blant de med bedre erfaringer med avtaler og ledelse.

Videre skal det bemerkes at vår undersøkelse nok har en skjevhet i retning formalisering.

Spørsmålsformuleringen i intervjuer og særlig i spørreundersøkelsen kan legge opp til å undervurdere samhandling som skjer uten at det fins avtalemessig overbygning. Riktig nok er det gode grunner til å tilråde avtalefesting, for eksempel for å gi stabilitet når personer slutter i stillinger, men like fullt skjer det mye god samhandling ad hoc og nedenfra. Flere respondenter bemerket også dette. Eksempler på slike uttalelser: "Mange samhandlingsrutiner gjennomføres, men lite er formalisert. Prosedyrer (...) eksisterer, men ingen avtaler. Mye av samhandlingen på operativt nivå er ad-hoc."

En utfordring for avtaleverket og ledelsesforankringen er at kommunene mener for mye foregår på helseforetakenes og sykehusenes premisser. Det dreier seg blant annet om agendasetting for utvalgene, saksforberedelser, referater m.m. Videre er det helseforetakene som har initiativet når det gjelder revidering av avtaler. I hvilken grad dette skyldes at kommunene ikke får muligheten til å påvirke og i hvilken grad det skyldes at kommunene ikke griper mulighetene som fins er det vanskelig å si på grunnlag av vår undersøkelse. Eksempelene under er forsonende illustrasjoner på selverkjennelse av egne begrensninger i samhandlingsarbeidet – i hovedsak fra kommunenes side:

Tabell 30 Eksempler på erkjennelse av egne begrensninger – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
det [er] en betydelig mangel at samhandling ikke er koordinert og tydelig ledet i [min] kommune. Passiv sentraladministrasjon.
Vi har hatt noen samarbeidsmøter, men effekten og resultatet av møtene er tildels dårlig koordinert. Det er møter på 2 nivåer og rådmannsnivå med kommunelege orienterer ikke videre hva de enes om og da blir samhandlingen dårligere for oss på nivået lavere
Kommunen valgt å ikke bruke medisinsk faglig kompetanse i utvalgene
Kommunene ikke samkjørt mot HF: HF har 6 representanter i overordnet samarbeidsorgan, der direktøren er en av dem i praksis betyr dette at HF har 6 likelydende stemmer i de ulike diskusjonene. Til sammen 31 kommuner har 6 representanter i samarbeidsorganet. Kommunene varierer betydelig i størrelse og struktur, og har derfor ulike behov.
Organisasjon og interesse: Helsetjenesten er oppstykket i flere helt separate enheter i denne kommunen, Kommuneoverlegen har ikke oversikt over samarbeidsordninger som omfatter Helsestasjon eller Pleie- og Omsorgstjenesten. Der finnes et samarbeidsforum mellom KS Sørlandets Sykehus der noen kommuner representert, men denne kommunene er ikke representert i dette samarbeidsutvalget., som heller ikke kommuniserer mot de kommuner som ikke har deltakere i dette utvalget.
Helseforetak sier...
Det er en utfordring at legene i HF'ene ikke evner å benytte hverandre mer på tvers, men i stedet sender pasientene tilbake til primærhelsetjenesten for rehenvisning til annen spesialist på sykehuset

Det synes generelt å råde en pragmatisk og positiv grunnholdning i kommunene. Følgende sitater er betegnende:

- Vi har "alt", og har en ok dialog på hvordan ting kan forbedres fra begge parter side. Vi opplever ikke alltid at vi fra kommunenes side blir hørt [men] vi er i gang med gode samhandlingsprosjekter på flere områder, og det er satt i gang arbeid for å reforhandle / forbedre / tilpasse alle avtalene.
- Det er laget samhandlingsavtale mellom Kommunen og AHUS både somatikk og psykiatri. Noe varierende grad av oppfølging, kommunen føler seg tildels overkjørt. Men det er bedre og flere ting fungerer bedre etter hvert.

Avslutningsvis i denne bolken nevnes et utvalg tiltak som partene sier har gitt god ramme for samhandlingen:

- Årlig samhandlingskonferanse.
- En styrke at KS i fylket er aktivt.
- Fylkesmannen støtter og opp om samhandlinga
- Forankring i regionrådet
- Dyktig sykehusdirektør
- Dialogmøte klinikker i sjukehus og fastleger
- Etablering av samkommune
- Kompetente fagfolk (gjelder ikke ramme)
- Fast struktur på møter der b.a. avvik har fokus
- Jevnlige møte i samarbeidsrådet.

3.2 Kunnskaps- og kompetanseoverføring

Med "kunnskaps- og kompetanseoverføring" forstås her: Bruk av praksisplasser og hospiteringsordninger, ambulerende team, forsterkede sykehjem, kurs- og opplæringsvirksomhet, sykehusspesialisters faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse og omsorgstjenesten i kommunene, sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger og fra helse og omsorgstjenesten i kommunene ut over fastlegene, samt helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten.

Det er grunn til å forvente forskjeller mellom kommuner og helseforetak i syn på hvordan kunnskaps- og kompetanseoverføringen foregår. SINTEF fant i sin undersøkelse fra 2008 at nesten halvparten av kommunene er uenig i at det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetak og kommuner. Til kontrast var hele 63 prosent av helseforetakenes representanter *helt enig* i at det foregår en slik kompetanseutveksling.

SINTEF (2008) fant som nevnt over at rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning i relativt liten grad er formalisert i avtaler mellom kommuner og helseforetak.

3.2.1 Praksisplasser og hospiteringsordninger

Hospitering er en metode for å kombinere læring av teori og praktiske grep, og blir brukt i stor grad i helsesektoren. Metoden kan ha forskjellige former, men den baserer seg på at helsepersonell (ferdigutdannede og under utdanning) arbeider ved andre institusjoner enn der de opprinnelig har sitt virke. Hospitering kan bidra til at helsepersonell i større grad får innsikt i andres arbeidssituasjon som da kan slå ut i bedre pasientsamhandling. En vanlig form for hospitering er at helsepersonell i helse og omsorgstjenesten i

kommunene hospiterer i spesialisthelsetjenesten, men det finnes eksempler på det motsatte (NOU 2005:3, s 43).

Tabell 31: Erfaringer med praksisplasser og hospiteringsordninger (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	41 %	11 %
Gjennomført med gode erfaringer	38 %	50 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	10 %	22 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 10% i kommuner, 6% i helseforetak

NA: 1% i kommuner, 11% i helseforetak

Vi ser av tabellen at halvparten av kommunene har eller kjenner erfaringer med praksisplasser og hospiteringsordninger. Blant helseforetakene har to av tre erfaring med slike. I begge leire er det klar overvekt av gode erfaringer blant dem som har prøvd ut dette virkemidlet for samhandling. Resultatene indikerer at dette er et felt som det kan være hensiktsmessig å prioritere sterkere både for kommuner og helseforetak.

Tabell 32 Utdypinger av positive erfaringer med praksisplasser og hospitering – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
PKO - og hospiterings ordningen er praktisk godt eksempel på noe som fungerer
Hospitering fungerer til tider svært godt for sykepleiere og hjelpepleiere, men det er vanskelig å få legene med på dette.
Hospitering skjer ad hoc og ordnes enkelt og fleksibelt, men det er ikke etablert en fast struktur for hospitering.
En av våre fastleger er praksiskonsulent i 20 % stilling lønnet av vårt lokalsykehus.
Helseforetak sier...
Hospiteringsordningen på SUS omfatter alt helsepersonell. I løpet av 2 år har ca 125 hospitert totalt, ekskl. legene som har egen ordning. Målet er at like mange skal hospitere ut av sykehuset som antall inn i sykehuset, noe vi nesten oppnådde i "siste runde".
I Helse Fonna har avtale om hospitering fokus på gjensidighet og hele pasientforløpet. Målgruppen de første årene var avgrenset til helsepersonell med treårig høgskoleutdanning. Målgruppen er nå utvidet til å gjelde hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og administrativt personell. Det arbeides med å inkludere legene i hospiteringsordningen (Agenda 2007 s. 71).
På avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet sykehus er det gjort gode erfaringer med at poliklinikkens ansatte legger deler av sin arbeidstid til kommunale helse- eller sosialtjenester, for eksempel en halv dag eller en dag pr. uke. Samarbeidet finner sted på den kommunale instansens premisser ved at kommunale fagmedarbeidere lager programmet for den poliklinikkansattes arbeidsdag i kommunen. ... Dette har ført til et nært og godt samarbeid, og deltakerne rapporterer at kompetansen heves både i de kommunale tjenestene og i poliklinikken. Dermed regnes dette også som en måte å ivareta sykehusets veiledningsansvar overfor kommunene
St Olavs Hospital har inngått en avtale med Trondheim kommune om å etablere kombinerte stillinger som roterer mellom helsehus, sykehjem og St. Olavs, Dette er en mulig vei å gå for å møte kommende legemangel og for å sikre stabiliteten i kommunale omsorgsenheter. Problemet er at leger ikke vil arbeide i helsehus fordi lønnen er dårlig, fagmiljøet svakt og tjenesten gir ikke uttelling som spesialisering (Mandag Morgen 25 jan 2010).

Tabell 33 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med praksisplasser og hospitering – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Vanskelig å få hospitanter ut fra sjukehus til helse og omsorgstjenesten i kommunene.
Hospitering går bare fra kommunen og inn til SuS
Høgskuleutdanna har hospitert på sjukehus i samsvar med samarbeidsavtale, men ingen fra spesialisthelsetjenesten har ønska praksis i kommunen.
Hospitering, forsøkes gjennomført - ofte vanskelig pga tidspress
Praksisplasser/hospitering gjennomført i liten grad. Gode intensjoner, men et kostnadsspørsmål for gjennomføring.....
Når [hospitering og praksisplasser] skal utføres innenfor gjeldende rammer, dvs at en må dekke vikar selv, blir ikke hospitering gjennomført!! Når en har (...) prosjektmidler (...) ser en at det bygger kompetanse i stor grad. Mange ønsker, vil og har behov for kompetanseheving - økonomi som stopper oss.

3.2.2 Ambulerende team

Ambulant virksomhet er spesialiserte team som skal bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelse, og motvirke at pasienter og pårørende får lang reisevei til sykehus. Slike team kan også være en god ordning for gjensidig overføring av kompetanse og bedring av samhandling. På denne måten kan også ambulante team og annen ambulant virksomhet bidra til å skape gode faglige nettverk. Det er viktig at de ambulante teamene ikke kun blir "reisende i gode råd", men kan delta aktivt i pasientbehandlingen sammen med helsetjenesten i kommunene. Det er et mål at det etableres ambulante team innenfor relevante fagområder. For å stimulere til dette, ble det i 2007 og 2008 innført egne regionale takster. Ordningen er opphørt fra 2009.

Fra Innst. 212 S (2009–2010) kan vi lese at utbygging av tverrfaglige/ambulante team i kommunal sektor vil kunne sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker. For å sikre en ambulant virksomhet innen lindrende behandling, geriatri eller rehabilitering vil det være behov for tverrfaglige sammensatte team med tilleggskompetanse innenfor det aktuelle fagområdet. Kommunale tverrfaglige team vil kunne utgjøre et samlet mottakspunkt for veiledning og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten, og sikre koordinering og helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.

Departementet vil vurdere om det er formålstjenlig for flere kommuner å etablere lokalmedisinske senter med de funksjoner som i dag ligger til intermediære enheter, sykestuene, distriktsmedisinske sentre mv. som en base for ambulante team sitt virke ut i helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 34: Erfaringer med ambulerende team (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	25 %	0 %
Gjennomført med gode erfaringer	40 %	89 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	26 %	11 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 6% i kommuner, 0% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Vi ser av tabellen at tre av fire kommuner og samtlige helseforetak har erfaringer med ambulerende team. Vi ser også at helseforetakene er betydelig mer positive til erfaringene med ambulerende team enn hva kommunene er. Så mange som hver tredje kommune med erfaringer fra ambulerende team synes erfaringene er dårlige eller usikre.

Tabell 35 Utdypinger av positive erfaringer med ambulerende team – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Gode erfaringer med ambul.team i psykiatrien, ellers ingen erfaring
Helseforetak sier...
Når det eksempelvis gjelder psykiatrien er det ambulante team som fungerer godt.
Divisjon hab/rehab har utstrakt bruk av ambulerende team. Finnes sporadiske prosjekt innen geriatri og palliasjon.
Akershus universitetssykehus har en egen mobil røntgenbil som kan reise ut til sykehjem ved behov

Tabell 36 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med ambulerende team – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Ambulerende team hadde vi store forventninger om, men dem ser vi lite til og har lite nytte av. De utfordres til å vise seg mer i kommunene de neste årene. Behovet er stort, men vanskelig å få dem på banen

3.2.3 Kurs- og opplæringsvirksomhet

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor helse og omsorgstjenesten i kommunene forvaltes på mange ulike måter, og det er ikke gjort systematisk kartlegging av hvordan den fungerer i helsetjenesten som helhet (NOU 2005:3 s. 44). Denne veiledningsplikten er forankret i spesialisthelsetjenesteloven.

Et vellykket dokumentert eksempel er fra Helse Fonna (Agenda 2007) og gjelder avtale om spesialopplæring. Det er her utarbeidet en egen avtale for å sikre helhet i tjenestetilbudet for pasienter med behov for helsetjenester som krever et mer avansert helsetjenestetilbud. Avtalen definerer ansvar og oppgavefordeling knyttet til enkeltpasienter og beskriver rutiner knyttet til opplæring av helse og omsorgstjenesten i kommunene.

Faglige nettverk er også viktige for kursing og opplæring. Et vellykket dokumentert eksempel er fra Sykehuset Telemark HF og kommunene i opptaksområdet (Agenda 2007) og gjelder samarbeid om nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Nettverket av kontaktsykepleier i Telemark, med røtter tilbake til 1993, består av ca. 90 sykepleiere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Alle kommunene i Telemark fylke har sykepleiere med i nettverket. Eksempler på aktiviteter i nettverket: fagsamlinger, hospiteringsprogram, kurs, nyhetsbrev, formidling av opplæringsprogram og faglige retningslinjer, refleksjonsgrupper, identitetsskapende aktiviteter (logo, t-skjorte).

Tabell 37: Erfaringer med kurs- og opplæringsvirksomhet (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	13 %	0 %
Gjennomført med gode erfaringer	60 %	89 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	17 %	11 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 7% i kommuner, 0% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Begge sider synes godt fornøyd med kurs- og opplæringsvirksomheten. Kun et mindretall blant både kommuner og helseforetak er negative eller usikre til egne erfaringer med dette.

Tabell 38 Utdypinger av positive erfaringer med kurs- og opplæringsvirksomhet – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Økt fokus på kurs og opplæring i samarbeid med sykehuset, men i er så tidlig i dette arbeidet at det er vanskelig å konkludere. Har gjennomført kurs, og planlegger flere
Når det gjelder undervisning, opplæring tilbys mye bra, men ikke alltid kommunene får delta i planleggingen
Faste kurskveldar mellom sjukehuslegar og fastlegar har fungert godt
Kurs for leger i sykehusets regi på kveldstid er godt besøkt
Fastlegar har hatt sjukehussteneste på Voss sjukehus på ulike avdelingar med god erfaring. Hospitering for anna helsepersonell har ikkje fungert optimalt
Tilbudene fra spesialisttjenesten om kurs og opplæring er veldig bra, og blir benyttet av kommunens personell
Lokale møteserier for fastleger ved HF.
årlig fagutviklingskonferanse mellom ansatte i helse og omsorgstjenesten i kommunene, UNN og høgskolen i Narvik
Helseforetak sier...
Praksiskonsulentane har faste møte på alle legekantora i fylket der dei har ein viktig funksjon med overføring av informasjon som gjeld samhandling. Dei informerer og om samhandlingsavtalene som er gjeldande
en geografisk divisjon har gode erfaringer med felles undervisningsutvalg med helse og omsorgstjenesten i kommunene
sykepleiere på heltid som jobber med kompetanseoverføring til sykehjem. Seminarer der sykehusets spesialister underviser bydelens førstelinje. Stor tilslutning til seminarane.
Sunnaas: Spesialtilpassede kurs sammen med kommuner på videokonferanse (kan følges lokalt), samt legge forelesninger på nett (SKUP-prosjektet). Utvikling av e-læringskurs for kommuner og andre sykehus på områder Sunnaas har spesialistkompetanse. Jobber med å utvikle kombinerte læringsmodeller

Tabell 39 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med kurs- og opplæringsvirksomhet – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Kommuner tar selvkritikk for manglende prioritering, selv om tilbud fins: Kommunen er ofte invitert til spesialisthelsetjenestens kurs, men kommunen har begrensede ressurser til kursvirksomhet

3.2.4 Sykehusspesialisters faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse og omsorgstjenesten i kommunene

Tabell 40: Erfaringer med sykehusspesialisters faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse og omsorgstjenesten i kommunene (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	10 %	6 %
Gjennomført med gode erfaringer	56 %	72 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	21 %	11 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 12% i kommuner, 11% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Begge sider synes godt fornøyd med sykehusspesialisters faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Kun et mindretall blant både kommuner (21%) og helseforetak (11%) er negative eller usikre til egne erfaringer med dette. Ut fra inntrykk i foreliggende forskning og utredning, samt kommentarer i vår spørreundersøkelse, er tilfredsheten blant kommunene overraskende høy på dette punktet.

Tabell 41 Utdypinger av positive erfaringer med sykehusspesialisters faglige veiledning knyttet til enkeltpasienter – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Sykehuslegene er flinke til å veilede hvis kommunene spør om det, men kommunens ledere, samt legene er for lite flink til å etterspørre det
det er relativt mye kontakt mellom legene i kommunen og legene i spes.h.tj., dette forsterkes av praksiskonsulentordningen
- Lav terskel for kontakt mellom HF og lokal pleie og omsorgstjeneste. - God praksiskonsulent ordning. Flink praksiskonsulenter
Når det gjeld direkte informasjon mellom sjukehuslege og fastlege, så fungerer dette ok, og vi har elektronisk meldingsutveksling. Dette er ikkje oppe og går med andre tenester i kommunen endå, men ved telefonkontakt får ein informasjon.
utskrivning fra ST. Olav etter ulykke. Møte med kommunens og sykehusets helsepersonell. Avsatt fire timers besøk i kommunen. som også inneholdt hjemmebesøk hos bruker
Helseforetak sier...
Vi er god på hospitering og opplæring rundt pasientar med samansette lidingar som skal utskrivast frå sjukehus

Tabell 42 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med sykehusspesialisters faglige veiledning knyttet til enkeltpasienter – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
I forhold til legevakt på kveld og helg, så er det komplisert da våre leger er meget erfarne og har jobbet i kommunen de fleste i 30 år og møter turnusleger på andre siden som skal gi råd. Det blir feil.
Tilbakemelding skjer oftast via fastlegen. Det er ei utfordring å få informasjonen vidare til andre delar av tenesteapparatet.
Kommunikasjon begge veier mellom leger fungerer nok bra, men kanskje ikke like godt mellom (...) leger/annet helsepersonell. F.eks. synes helsepersonell i kom. rus/psyk.tjeneste og pleie/omsorg at de ikke alltid får den veiledning de trenger fra spes.helsetjenesten.
Sykehuslegene er flinke til å veilede hvis kommunene spør om det, men kommunens ledere, samt legene er for lite flink til å etterspørre det

3.2.5 Sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger

Tabell 43: Erfaringer med: Sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger
(Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	20 %	11 %
Gjennomført med gode erfaringer	21 %	17 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	19 %	17 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 37% i kommuner, 56% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Når det gjelder spørsmålet om sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger spriker svarene betydelig. Svært mange respondenter både blant kommuner og helseforetak oppgir at de ikke vet hvordan denne samhandlingen foregår. Dette er verd å merke seg. Likeens at så mange som halvparten av de som kjenner til praksisen synes den er god, og dette gjelder både kommuner og helseforetak. De samme kommentarene kan gis til tabellen under, om sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra helse og omsorgstjenesten i kommunene ut over fastlegene. Overraskende mange er uvitende om hvordan dette foregår og bekymringsverdig mange mener samhandlingen er dårlig på dette punktet.

Felles for begge disse samhandlingspunktene er dessuten at helseforetakene er noe mer fornøyd med praksisen enn hva kommunene er.

Tabell 44 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Mye ville vært bedre om fastlegers kunnskap ble kommunisert inn etter akuttinnleggelser
Helseforetak sier...
Varierende erfaringer med samarbeid med fastleger. De kommer svært sjelden på samarbeidsmøter rundt komplekse rehabiliteringspasienter.

3.2.6 Sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra helse og omsorgstjenesten i kommunene ut over fastlegene

Tabell 45 Erfaringer med sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra helse og omsorgstjenesten i kommunene ut over fastlegene (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	26 %	28 %
Gjennomført med gode erfaringer	21 %	17 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	24 %	11 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 28% i kommuner, 44% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Tabell 46 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra helse og omsorgstjenesten i kommunene – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Legene og kommunen blir aldri spurt om utfyllende info på innleggende pas.
Helse og omsorgstjenesten i kommunenes kunnskap om enkeltpasienter synes ikke interessant.
Kommuner som tar selvkritikk – tilbyr ikke informasjonen sykehuset etterspør og trenger: I avtalene om inn- og utskrivingsplanlegging er det egne bestemmelser om informasjonsoverføring. Mange av avvikene fra avtalene gjelder manglende opplysninger fra lege/sykehjem/hjemmesykepleie ved innleggelse. Særlig kritisk er mangelfulle legemiddelopplysninger,

3.2.7 Helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten

Tabell 47: Erfaringer med helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	3 %	6 %
Gjennomført med gode erfaringer	46 %	28 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	38 %	28 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 11% i kommuner, 39% i helseforetak

NA: 2% i kommuner, 0% i helseforetak

Når det gjelder helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten ser vi av tabellen over at kommunene er mer fornøyd med samhandlingen på dette punktet enn hva helseforetakene er. Med andre ord: kommunene er mest fornøyd med helse og

omsorgstjenesten i kommunene når det gjelder informasjonsinnhenting, mens helseforetakene er mest fornøyd med sine spesialister på samme punkt. Trolig en noe symptomatisk observasjon.

Tabell 48 Utdypinger av usikre/dårlige erfaringer med helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier...
Etterspørsel vs tilbud: Helse og omsorgstjenesten i kommunene /fastlegen må alltid ringe og høre om oppfølgingsplan for utskrevet pas. Epikrisene kommer for sent og er meget omfattende og har liten verdi. Kunne vært skrevet kort summarisk notat og med klar utheving på hva fastlegen skal følge opp samt medikamentendringer. Det hadde spart mye arbeid for fastlegene og sykehuslegene. Og epikrisene får verdi og blir lest og fulgt.
Epikriser kommer for sent og er for dårlige.
Må bruke mye tid på å etterlyse informasjon fra spesialistene, varierende kvalitet på det som oversendes, eller uklarhet hvem man skal spørre
Vi etterspør stadig nøyaktig informasjon, epikriser, opplysninger o.s.v ,jf. avtaler ,men det går langsomt fremover.
Mangel på epikriser. Sendes for sent og AHUS krever elektronisk overføring og kommunene får dette tidligst i 2011
Ofte mangelfull info med pasienter som overføres fra Unn til helse og omsorgstjenesten i kommunene. Kommunikasjon oppleves veldig tilfeldig hvor en kan oppleve at pasienter skrives ut til hjemmet uten at en er varslet om den konkrete helsesituasjonen. Det skjer at alvorlig syke får melding om f.eks kreftsykdom pr telefon uten at noen i hjelpeapparatet lokalt er informert. Da tenker en ikke på unge oppegående pasienter. En kan også erfare at samme avdeling kontakter helse og omsorgstjenesten i kommunene med tre forskjellige henvendelser pr dag på samme pasient.
Når innbyggere blir overført fra spesialisthelsetjenester til sykeheim og heimesykepleie kommer tilfredsstillende opplysninger og epikrise mye senere enn personen og det er ikke tilfredsstillende.
Helseforetak sier...
Ansvarsfraskrivelse: Vi har laget rutiner for inn og utskrivingsplanlegging [som] konkretiserer hvilke opplysninger ... henvisninger og epikriser skal inneholde. Vet ikke i hvilken grad opplysningene etterspørres utover det.

3.2.8 Oppsummerende om kunnskaps- og kompetanseoverføring

Når det gjelder praksisplasser og hospitering ser vi at halvparten av kommunene har erfaringer med slike ordninger, og blant disse er de fleste godt fornøyd. Utfordringen er at hospiteringen mange steder går en vei, slik at sykehuspersonale er lite interessert i å hospitere i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Hospitering er et kostnadsspørsmål for mange kommuner, de lar være å gjennomføre det selv om de har tro på det, rett og slett fordi de ikke prioriterer det økonomisk. Blant helseforetakene er erfaringene med praksisplasser og hospitering mer blandet enn blant kommunene. Videre mener noen respondenter hospitering og praksisplasser fungerer best for leger, mens andre mener det fungerer best for sykepleiere.

Kurs- og opplæringsvirksomhet omhandler spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Kurs og opplæring oppleves å fungere godt både blant kommuner og HF, men HF'ene er aller mest fornøyd. Her skal det bemerkes at det i stor grad er helseforetakene som står for disse tiltakene, så man spør på et vis tilbyder og bruker av samme tjenesten om hva de synes om den. Her er altså tilbyderen mer fornøyd enn brukeren.

Flere respondenter sier kurs er en fin møteplass for personell i 1. og 2. linjen og at det således som en heldig sideeffekt styrker samhandlingskulturen i sektoren. Undersøkelsen viser også at noen kommuner tar selvkritikk for at man unnlater å bruke tilbud som fins.

Når det gjelder faglig veiledning og utveksling av pasientinformasjon oppleves sykehuslegenes faglige veiledning av helse og omsorgstjenesten i kommunene tilknyttet enkeltpasienter som god av hele 70 % av

kommunene, et overraskende høyt tall. Noen mener utfordringer for utveksling av pasientinformasjon kan ligge vel så mye i grenseflaten fastlege - helse og omsorgstjenesten i kommunene som i grenseflaten kommune - sykehus. Når det gjelder sykehuslegers etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger og helse og omsorgstjenesten i kommunene er det overraskende mange respondenter som oppgir at de ikke vet hvordan dette fungerer. Videre er det blandede syn på hvor godt dette fungerer. Det fremgår at problemet mange steder *ikke* er at helse og omsorgstjenesten i kommunene ikke etterspør informasjon, for eksempel ved overtakelse av pasienter utskrevet fra sykehus. Problemet er heller at sykehusene ikke tilbyr den informasjonen kommunene etterspør.

Standardkritikk som fremkommer i undersøkelsen er at sykehusene får kritikk for manglende epikrise og sent varsel ved utskriving. Kritikk som ytres mot kommunene, dels fra dem selv, går på manglende medisinsopplysninger. Eksempler på dette: Mange av avvikene fra avtalene om inn- og utskrivingsplanlegging gjelder manglende opplysninger fra lege/sykehjem/hjemmesykepleie ved innleggelse. Særlig kritisk er mangelfulle legemiddelopplysninger.

For å finne et mål på hvor viktig kompetanse- og kunnskapsoverføring er for god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har vi gjort en statistisk test, tilsvarende som for avtaler og ledelse i kap. 3.1. Vi har laget en indeks basert på svar på spørsmålene om hvor gode erfaringer kommunen eller HF'et har med samhandling (sum av samhandling om tre pasientforløp og samhandling for kronisk syke) og en annen indeks for erfaringer med virkemidler for kompetanse- og kunnskapsoverføring. Når vi holder disse indeksene sammen fremkommer det at god kompetanse- og kunnskapsoverføring gir bedre samhandling. Blant de med relativt dårlige erfaringer med kompetanse- og kunnskapsoverføring er tilfredsheten med samhandlingen betydelig lavere enn blant de med bedre erfaringer med kompetanse- og kunnskapsoverføring.

3.3 Interkommunalt samarbeid

I samhandlingsreformen fremholdes det at i tillegg til den faglige verdien ved å inngå samarbeid, vil også interkommunalt samarbeid være av avgjørende betydning for å realisere gevinsten og redusere risikoen ved kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (Innst. 212 S (2009–2010)). Det fokuseres i dette avsnittet på følgende virkemidler for hvordan interkommunalt samarbeid (som er en paraplybetegnelse for de nedenstående) kan fremme samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og helseforetakene: Interkommunalt samarbeid om representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket og interkommunale driftsløsninger i utførelse av helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det er i dag full anledning til å etablere interkommunale ordninger innen helsetjenesten. Slike har imidlertid ikke myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i de deltakende kommuner (NOU 2005:3 s. 20).

Eksempler:

- Dialyseenhet på sykehjemmet. Tar imot pasienter fra [annen kommune] til dialyse
- En god del kommuner har interkommunal legevakt i lokalene til sykehuset. For eksempel Vesterålen legevakt, interkommunal legevakt ved sykehuset i Notodden og Bærum og Asker kommune som har felles akuttinntak (FAM) i samarbeid med sykehus.
- Mange kommuner har felles distriktsmedisinske senter, som for eksempel Valdres Distriktsmedisinske senter

- Tverrfaglig interkommunalt oppsøkende psykoseteam
- Interkommunal dialysesatellitt underlagt sykehuset
- Mange kommune har interkommunal jordmortjeneste, som for eksempel kommunene Steigen, Hamarøy og Tysfjord.
- Felles overgrepsmottak for kommuner og sykehus
- Fødestue ved DMS Nord-Troms, et samarbeid mellom kommunene i Nord-Troms og UNN
- Institusjon for tungt funksjonshemmede barn som trekantsamarbeid mellom to kommuner og et sykehus.
- Kommunen og helseforetaket drifter omsorgsboliger til alvorlig psykisk syke i fellesskap. Kommunen betaler for omsorgstilbudet og helseforetaket bidrar med spesialisthelsetjenester. Boligene eies av helseforetaket og driftes av dem.
- Ryfylke DPS - et allmennpsykiatrisk tilbud til befolkningen 7 kommuner

Tabell 49: Interkommunale driftsløsninger i utførelse av helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Kommuner: n=187)

	Kommuner
Ikke gjennomført	44 %
Gjennomført med gode erfaringer	31 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	8 %

Vet ikke/ikke aktuelt: 14%

NA: 2%

Tabellen over viser grovt sett at halvparten av kommunene i vårt materiale har erfaringer med interkommunale driftsløsninger og halvparten har det ikke. Blant de med erfaringer er langt de fleste godt fornøyd med interkommunale driftsløsninger.

Mange foretak skal samarbeide forpliktende med mer enn 20 kommuner. Hvis alle kommunene skal delta i prosessen med å utvikle nye rutiner, nye retningslinjer m.v., kan organiseringen av samarbeidet og samhandlingen fort bli tungvint og ressurskrevende. Flere steder har man derfor etablert en ordning med representasjon, hvor en eller to kommuner stiller som representant for de andre kommunene i opptaksområdet. Eksempler på dette er samarbeidet rundt Helse Fonna, ved Kongsvinger sykehus og St. Olavs Hospital i Trondheim (Agenda 2007, s. 22). Sistnevnte eksempel beskrives som følger: I løpet av vinteren 2003/04 ble det fremforhandlet en ny avtale som omfatter alle kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Den nye avtalen omfatter områder som utdanning, kompetanseoppbygging, praksiskonsulentordning, plan- og utviklingsarbeid og hvordan uenighet skal håndteres. Et administrativt samarbeidsutvalg ble etablert. I dette nye administrative samarbeidsutvalget møter fra sykehuset sjefslege, samhandlingssjef og en representant fra psykiatrien ved St. Olavs Hospital samt en representant for Orkdal Sanitetsforenings Sykehus. I tillegg er det to rådmenn fra de andre kommunene i området og to fra rådmannsnivået i Trondheim kommune. KS oppnevner de to representantene som kommer fra de andre kommunene (Agenda 2007 s. 62-63).

Tabell 50 Interkommunalt samarbeid om representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket
(Kommuner: n=187)

	Kommuner
Ikke gjennomført	21 %
Gjennomført med gode erfaringer	52 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	17 %
Sum	

Vet ikke/ikke aktuelt: 8%

NA: 2%

Vi ser i tabellen over at 20 % av kommunene ikke har erfaringer med interkommunal representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket. Et stort flertall av de som har erfaring er fornøyd med dette virkemidlet, så interkommunal representasjon overfor HF'ene er trolig en god løsning for mange kommuner. Kun et mindretall sier de har dårlige eller usikre erfaringer med interkommunalt samarbeid om representasjon.

Tabell 51 Utdypinger av positive erfaringer med interkommunalt samarbeid – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner
Svært mange kommuner gir uttrykk for gode erfaringer med interkommunale distriktsmedisinske sentra
Delt på felles utgifter til en samhandlingssekretær med nabokommunen.
Etablert interkommunal legevakt samarbeid IKS med 9 kommuner i lokale Førde sentralsjukehus
Også regionalt samarbeid i Helse Midt-Norge. En overordnet gruppe på fylkesnivå også etablert for å samordne tiltak i fylket
Meget gode erfaringer med tverrfaglig, oppsøkende psykoseteam (ACT). Samarbeid mellom kommunene i mosseregionen og Sykehuset Østfold.
Meråker kommune har gode erfaringer med interkommunal dialysesatellitt underlagt sykehuset Levanger
Overgrepsmottak for NT, utmerket samarbeid mellom kommunenivået og spesialisthelsetjenesten
Gode erfaringer fra et prosjekt gående med Helgelandssykehuset, Mosjøen, Psykiatri: "Helhetlig modell for Rusarbeid".
Samarbeid om drift av Sorgstøttesenteret på AHUS
Interkommunal legevakt på natt
Felles lederutdanning
Etablering av hudbehandling, teleortopedi og radiologi (røntgen) ved DMS Nord-Troms

Tabell 52 Utdypinger av negative/usikre erfaringer med interkommunalt samarbeid – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner
[V]i leier legetjenester fra [annen kommune], og hva kommunelegene [i den kommunen] er delaktig i finner ikke veien til vår kommune. Jeg vet at felles kommunelege er med i flere fora som nevnt over og på den måten representerer helsetjenesten i begge kommunene, men dette blir i svært liten grad formidlet.
Representasjonsproblem: Når kun enkelte kommuner representerer flere kommuner i kontaktutvalget blir flere kommuner fjernt fra dialogen med HF'et. Når kommunene i tillegg lar seg representere med personell som ikke har den samme faglige kompetansen som HF'et stiller med blir det vanskelig å fatte relevante forpliktende vedtak for begge parter.
Vanskelig med beslutningsmyndighet når flere kommuner skal involveres i avtaler, alle vil ha virksomhet til sin kommune.
Mange kommuner er i startgropa. Typisk utsagn: Noe samarbeid om intermediaærvdeling og DMS, og prosjekter innen psykiatrien. Egentlig for tidlig å konkludere med om dette er vellykket.
Slike løsninger ser jeg ikke behovet for. Styring og ledelse ville i så fall blitt håpløst vanskelig

3.4 Samarbeidskultur

Samarbeidskulturen fungerer ikke tilfredsstillende, særlig når man intervjuer kommuner, om samhandling i helsevesenet. Ved utskrivning av pasienter er det mange hinder som skal passeres i skifte fra spesialisthelsetjenesten til helse og omsorgstjenesten i kommunene – ulikt eierskap og regelverk, ulik administrativ oppbygning og økonomi, og sterke begrensinger i informasjonsflyt. I tillegg har helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten ulike behandlingsmålsettinger for pasientene. Alt dette setter ”farge” på hvordan man tenker og arbeider innenfor de to tjenestenivåene (Paulsen m. fl. 2008, Hellesø m. fl. 2005). Disse ”kulturforskjellene” er forsøkt summert opp i tabellen under.

	Helse og omsorgstjenesten i kommunene	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – t.o.m. utskrivning
Tjenester	Generelle, i hovedsak ved korte besøk	Segregerte og spesialiserte, døgkontinuerlig
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert med tilrettelegging, enkel og pasienten deltar mye selv. Lite/langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte samtidig. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adheranse først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

Spesialisthelsetjenesten er opptatt av at diagnose og behandling blir videreført etter utskrivningen. Omsorgstjenesten på sin side er opptatt av at pasientens funksjonsnivå hjemme, og at dette i størst mulig grad skal kunne ivaretas av pasienten selv. Disse forskjellene i behandlingsmål kan skape spenninger mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Vi har funnet at utskrivingsprosessene er langt dårligere regulert enn innleggelsesprosessene med uklårheter rundt mandater og mellom faglige formidlinger og ansvarsmessige grenseoppganger (Paulsen m. fl. 2008). Variasjonen i hvordan utskrivningene blir organisert er uhenksommessig stor og mer mellom avdelinger i sykehusene enn mellom kommuner (Anthun m. fl. 2007). Samhandlingsreformen har påpekt at styrking av pasientrollen er sentral. Det gjelder først og fremst i spesialisthelsetjenesten. I hjemmet er pasientrollen sterk og kan ofte representere en utfordring for hjemmetjenestene i relasjon til å få gjennomført det som helsefaglig er ansett som det beste.

Erfaringene fra Helsedialog sier at en viktig forutsetning for å få avtaler om samhandling mellom helseforetak og kommuner til å fungere, er at avtalene bygger på likeverdighet. Det innebærer en dialog preget av tillit og respekt for hverandres ideer, organisering, rammer og ansvarsområder. Det er utarbeidet en veileder fra Helsedialog for å lette dette arbeidet. SINTEF fant i 2008 at 54 prosent av kommunene er delvis eller helt uenig i at "kommunen blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet".

I vårt materiale blir spørsmålet om likeverd fremhevet:

- Samhandlingen er etter mitt syn preget av ubalanse mellom partene (legehierarki i sykehus møter omsorgsledelse i kommunen)
- Viktigast av alt er at vi får til ein felles ansvarsfølelse for pasientgruppa. Mange pasientar treng ikkje leggast inn om kommunane berre hadde hatt ressursar og kompetanse nok ... og vi hadde då unngått å påføre desse pasientane den belastninga det kan vere å bli innlagde på sjukehus !
- Helse og omsorgstjenesten i kommunene etterspør informasjon, for eksempel ved overtakelse av pasienter utskrevet fra sykehus, men sykehusene tilbyr ikke den etterspurte informasjonen tidsnok eller med god nok kvalitet, sett fra kommunenes side. Dette gjør det vanskelig å gi pasientene god nok oppfølging i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Videre gir det helsepersonell i helse og omsorgstjenesten i kommunene en følelse av at deres bidrag til pasientens helbred anses som mindre viktig.
- Spesialisthelsetjenesten etterspør i liten grad pasientinformasjon fra helse og omsorgstjenesten i kommunene, sett fra kommunenes side. Dette oppfattes som en nedvurdering av deres kunnskap.
- Mange kommunene oppfatter det slik at samhandlingsutvalgene fungerer på helseforetakenes premisser. Følgende erfaringer underbygger dette: Flere kommuner føler at man ikke gis reell mulighet til å påvirke agendaen til møter, at saker som forberedes baseres på helseforetakets behov, helseforetak overkjører ofte kommunene i beslutningssaker, manglende referater fra møter, manglende implementering og etterlevelse av beslutninger i helseforetakene. Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si at slik uheldig praksis råder de fleste steder, men det er utvilsomt slike erfaringer og historier som skaper inntrykk av at kommunene nedvurderes.
- Mange kommuner har gode erfaringer med hospiteringsordninger, men i strid med intensjonene mange steder går hospiteringen kun én vei, fra kommunene inn i sykehusene. Det oppleves av mange

som en sårende nedvurdering av den erfaringen helsepersonell kan få i kommunehelsesektoren. Som en respondent i spørreundersøkelsen sier: ”Høgskuleutdanna har hospitert på sjukehus (...) men ingen frå spesialisthelsetjenesten har ønska praksis i kommunen”.

3.4.1 Oppsummerende om samarbeidskultur

Oppsummert viser undersøkelsen at samarbeidskulturen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må bli bedre enn den er i dag. Både kommuner og HF mener bedret samarbeidskultur er et helt avgjørende tiltak for å bedre samhandlingen i helsesektoren.

Det fremkommer at helse og omsorgstjenesten i kommunene ikke føler at de er en likeverdig part i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Dette kan skyldes flere forhold.

Vi vet fra tidligere forskning at spesialisering øker status, spesielt til fordel for kirurgiske fag og andre områder som krever avansert teknologi. Eksempler er behandling av kreft, anestesi, akutt hjerteinfarkt og transplantasjoner. Behandling av kronisk sykdom, som spesielt rammer eldre og fattige, samt psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og personer med rusproblemer har lavere oppslutning blant folk. Det har utvilsomt vært vilje fra politisk hold til å øke innsatsen overfor disse utsatte gruppene av pasienter, men forskning viser at helsebyråkrater og helsepersonell som har god utdanning og i hovedsak kommer fra middelklassen, har verdier som kan være fjerne i forhold til disse gruppenes behov og ønsker. Disse pasientene representerer store utgifter for kommunene, men de når erfaringsmessig sjelden opp som prioriterte områder for samhandling i diskusjoner med spesialisthelsetjenesten om hva spesialisthelsetjenesten kan bidra med.

3.5 Lokalmedisinske sentra

Begrepet lokalmedisinske sentra brukes her som paraplybetegnelse for distriktsmedisinske sentra, helsehus, intermediære enheter/ordninger, forsterkede sykehjem, observasjons- og etterbehandlingsplasser og palliative enheter. Noen vil steile over denne sammenslåingen, fordi de legger ulike ting i de ulike begrepene. Men det større bildet er tydelig: Kommunene og helseforetakene bruker disse begrepene om hverandre. Det begrepene har til felles er at de betegner enheter, for eksempel sengeposter, som er forsterket med spesialistkompetanse og medisinsk utstyr m.m. relativt til ordinære kommunale tilbud. Et lokalmedisinsk senter er en slags mellomstasjon mellom sykehus og hjem. Mange mener slike desentraliserte spesialisthelsetjenester er spesielt viktig og nyttig for områder med store geografiske avstander.

Mye foreliggende forskning og kunnskap har vist behovet for lokalmedisinske sentra, dette for å gi pasienter et tilbud som kan hindre innleggelse eller re-innleggelse i sykehus. En kartlegging i 2005 utført av Sosial- og helsedirektoratet, og gjengitt i rapporten: «Normering av legetjenester i sykehjem», viste at det kun er 22 av totalt 755 sykehjem som har lege i tilnærmet full stilling. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) ”Omsorgsmeldingen” er det uttrykt behov for å øke innsatsen av legeårsværk med minst 50 prosent frem til 2010.

Helse Sunnmøre HF har følgende definisjon: ”En intermediæravdeling er en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem. I tillegg til sykehjemmet er intermediærposten opprustet med legetjenester (daglig tilsyn), sykepleietjenester, fysioterapi og ergoterapi. Liggetiden skal være avgrenset og siktemålet er utskrivning til hjemmet. Det er i utgangspunktet kommunen som skal ha

driftsansvar, men sykehuset skal bistå faglig med opplæringstiltak og evt. støttetjenester”(6). Det har vært vanskelig å finne en entydig definisjon av intermedierpost. Flere kommuner og helseforetak bruker ordet intermedierpost/-avdelingen.

Forskjellen på lokalmedisinske sentra (intermedierposter) er i hovedsak innleggelseskriteriene. Noen eksempler på dette: Eldre pasienter etterbehandles etter opphold på sykehus på intermediert nivå i et sykehjem. Eldre pasienter kommer til sykehusets akuttmottak og vurderes av spesialist og overføres direkte til intermedieravdelingen. Pasientene skrives ut tidligere enn normalt fra sykehuset og gis etterbehandling av kommunen. Hindre innleggelse i spesialisthelsetjenesten, eldre pasienter legges direkte inn på intermedierpost av fastlegene.

Foreliggende forskning og undersøkelser har også fokusert på begrepet forsterkede sykehjem, dvs. spesialiserte korttidsplasser på sykehjem. Et mye omtalt tilfelle er Saupstad sykehjem i Trondheim. Dette omtales som en intermedier omsorgs- og behandlingseenhet. Avdelingen ble startet opp i januar 2003 som et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og St. Olavs hospital. Samarbeidet gjaldt både fagutvikling og finansiering. Fagmiljøene i kommunen og ved sykehuset har i fellesskap utviklet kriterier for hvilke pasienter som skal behandles ved intermedierenheten.

Eldre pasienter som ikke får sykehjems plass, blir i dag liggende lenge på sykehus. En satsing på forsterkede sykehjem, som kan ta blodprøver og røntgenbilder, sparer pasienter for belastningen det innebærer å bli sendt mellom sykehus og sykehjem. Forsterkede sykehjem vil også kunne dempe presset på sykehusene. Forsøk i Trondheim viser at oppgraderte sykehjem er bedre til å ta seg av såkalt multisyke eldre enn de høyspesialiserte sykehusavdelingene.

Tabellen under viser erfaringer med nettopp det mange kaller forsterkede sykehjem i vår undersøkelse.

Tabell 53: Erfaringer med forsterkede sykehjem (Kommuner: n=187, helseforetak: n=18)

	Kommuner	Helseforetak
Ikke gjennomført	63 %	28 %
Gjennomført med gode erfaringer	14 %	28 %
Gjennomført med usikre/dårlige erfaringer	5 %	17 %
Sum	%	%

Vet ikke/ikke aktuelt: 16% i kommuner, 28% i helseforetak

NA: 3% i kommuner, 0% i helseforetak

Relativt få kommuner (19 %) og helseforetak (45 %) har erfaringer med forsterkede sykehjem; dette er det minst utprøvde samhandlingsvirkemidlet blant dem vi har kartlagt erfaringene med i denne undersøkelsen. Og kommentarer i spørreundersøkelsen viser at begrepet er flertydig, det er mye forskjellig som omtales som forsterket sykehjem; fra undervisningssykehjem, sykestue, korttidsplasser til smertelindring.

Erfaringene er også blandede. Om lag tre av fire kommuner med erfaringer fra forsterkede sykehjem er positive, mot om lag to av tre helseforetak. Helseforetakene synes altså noe mindre positive enn kommunene til forsterkede sykehjem.

Hvor stor utbredelse lokalmedisinske sentre bør ha har vært et diskusjonstema. For å komme videre i den diskusjonen må man flytte fokus til å diskutere hvilke funksjoner som kan være tilstede ved et slik sentra i

sentrale og mer skrint befolkede områder. Erfaringer fra ulike samhandlingstiltak viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse på om lag 20 000–30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling. Ved etablering av ulike aktiviteter i lokalmedisinske sentra, er regjeringen opptatt av at det sikres gode avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, og at avtalene synliggjør partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning.

Mange av kommunene i vårt materiale var opptatt av palliative enheter, som vi altså betrakter som en undertype av lokalmedisinske sentra. Et mye omtalt tilfelle av en palliativ enhet ligger ved Havstein sykehjem. Palliativ medisin er en form for behandling som er mer opptatt av å redusere og lindre symptomene til en sykdom fremfor det å finne en kur. Den tar sikte på å øke livskvaliteten, og tar særlig sikte på å redusere smerte. Alle pasienter er før innleggelse på Havstein blitt innlemmet i behandlingsansvaret til seksjon for lindrende behandling. Pasientene rekrutteres hovedsakelig gjennom henvisninger fra kreftavdelingen.

Tabell 54 Utdypinger av positive erfaringer med palliative enheter – utvalg fra spørreundersøkelse

Kommuner sier
Team fra SLB til palliativ enhet fungerer utmerket,
Viktig at det bygges ut flere kortidsplasser i kommunen og et tilbud til palliativ pleie der. Folk ønsker å være i nærmiljø når de blir alvorlig syke, og nettverket er viktig
Sigdalsheimen har jobbet med mye behandling på sykehjemmet for å forhindre unødvendige innleggelser på sykehusene. Vi ser at dette er til det beste for pasientene og slippe den lange veien til sykehuset når de kan få samme behandling her. Dette er diagnoser som hjertesviktbehandling, lungebetennelser, dehydrering og observasjoner. Vi utfører intravenøs behandling og har laboratorievirksomhet til diagnostisering. Dette krever nært samarbeid med sykehjemslegen for å få til denne samhandlingen.
Vi har god erfaring med en halvannen linjetjeneste som gjelder palliativ dagenhet. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset og kommunen, hvor samarbeidet er meget bra. Utnytter hverandres kompetanse i et fellesskap og får kunnskapsoverføring.

Tekstboks 6 Eksempel på gode erfaringer med samhandling: Lindrende kreftbehandling i Sogn og Fjordane

Innenfor lindrende kreftbehandling har Helse Førde HF sitt "lindrende team" bidratt med å lære opp ansatte i helse og omsorgstjenesten i kommunene i forhold til smertebehandling m.v. Dette har bidratt til kompetanseheving i kommunen og gjør kommunene i stand til å håndtere mer krevende oppgaver enn tidligere. I tillegg har kommunene fått god faglig støtte fra Helse Førde HF i forbindelse med behandling av enkeltpasienter.

Casestudiet viser at følgende forhold har vært viktig for å lykkes med dette samarbeidet:

- Kreftomsorg har vært et satsingsområde de siste årene. Det har vært et stort samfunnsengasjement knyttet til kreftomsorg med fokus på pasient og pårørende. Dette har medført at både helseforetaket og kommunene har hatt ressurser til å bygge opp slike tjenestene. Denne pasientgruppen har således fått større ressurser, noe som

har vært gunstig for samhandlingen.

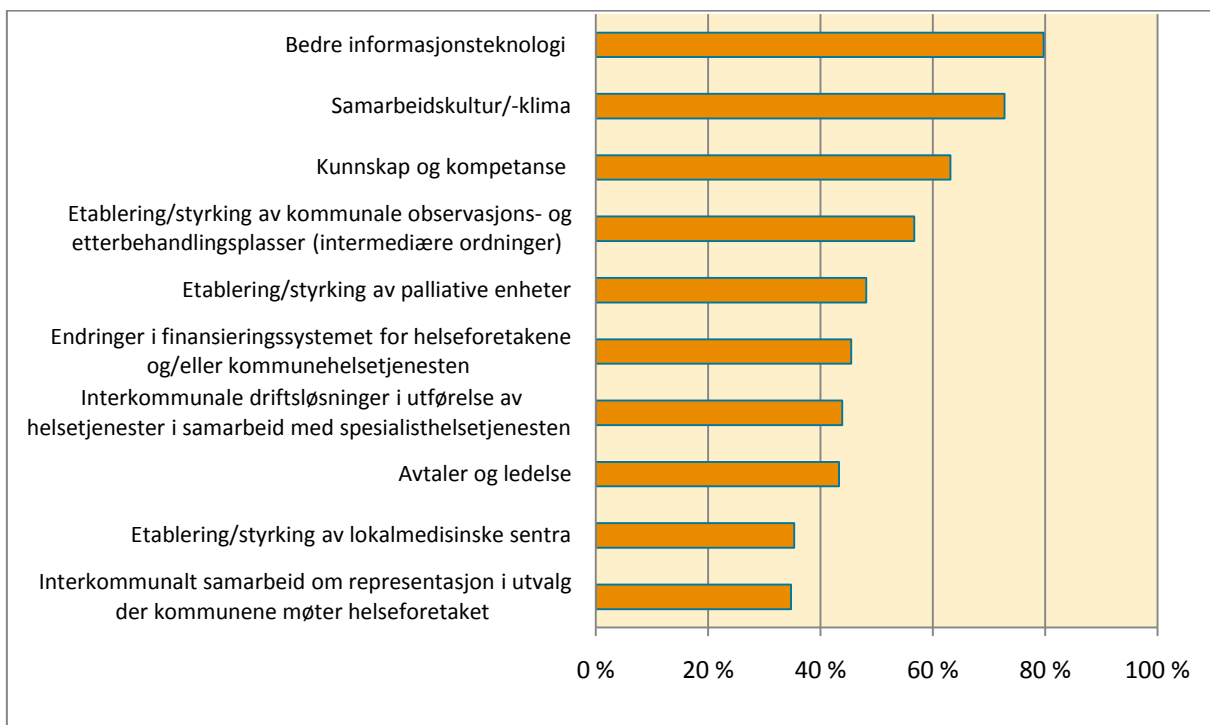
- Helse Førde HF fikk videre for få år siden etablert egen kreftavdeling. I en situasjon der en skal bygge opp tjenester er det enklere å få til god samhandling i forhold til der en skal endre eksisterende tjenester. Der utførelsen av tjenestene må endres som følge av samhandlingen er det vanskeligere å finne gode løsninger fordi det er etablert mønster og kulturer som gjerne ikke fremmer samhandling.
- Det blir fremhevet at helseforetaket har hatt flinke ledere og medarbeidere i kreftavdelingen med interesse for å samarbeide med kommunen. Disse har satset på planlegging, dialog og kommunikasjon med kommunene. Innkalling til møter har kommet i god tid. I tillegg til å ha møter i kommunene har en også hatt møter i kreftavdelingen. Dette blir oppfattet som positivt da dette bidrar til kompetanseheving og økt forståelse både i kommune og spesialisthelsetjenesten.

3.6 Hva mener kommunene og helseforetakene skal til for å styrke samhandlingen?

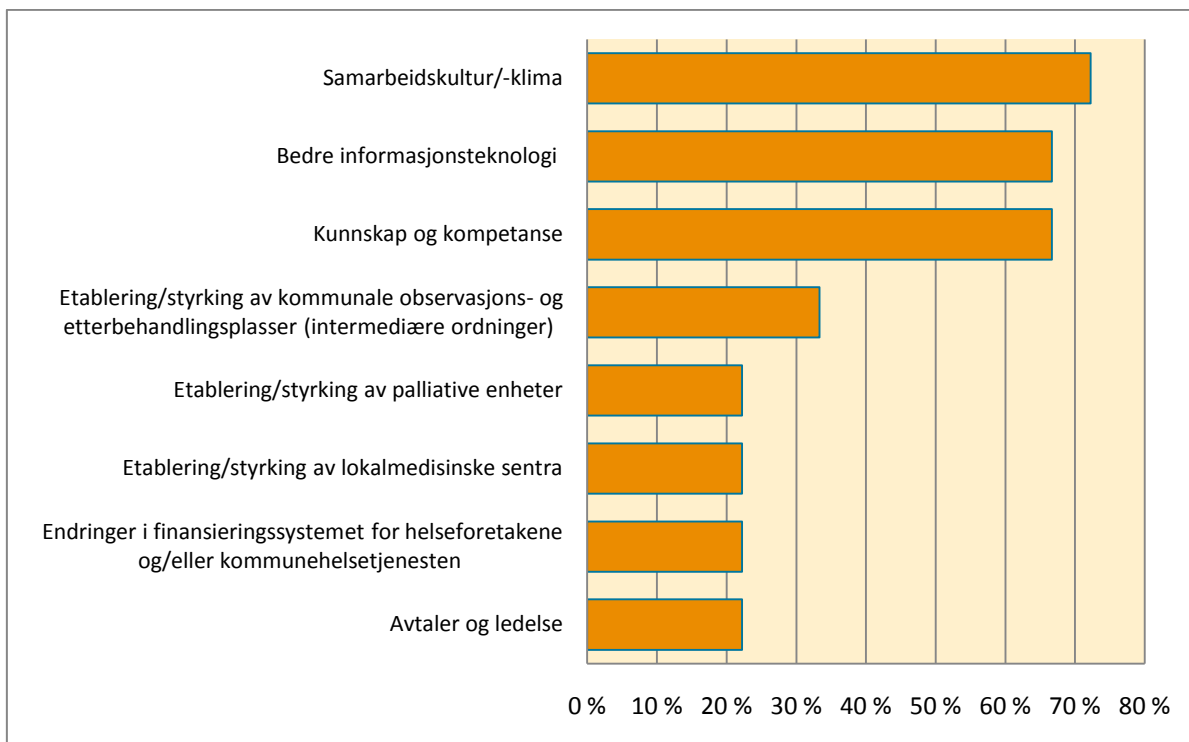
Kommunene og helseforetakene ble i spørreundersøkelsen bedt om å gi sin mening om hva som bør gjøres fremover for å få bedre samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Nærmere bestemt ble respondentene bedt om å oppgi om hvert av de definerte samhandlingsvirkemidlene (inndelt i 10 virkemidler) bør gis høy prioritet, middels prioritet eller ikke prioritet (evt. vet ikke/ikke aktuelt). Virkemidlene ble ikke fremstilt som alternativer, respondenter kunne i prinsippet si høy prioritet for alle virkemidlene. Dette spørsmålet ble stilt for hver av de fire samhandlingsutfordringene: pasienter med kronisk sykdom og pasientforløpene fra hjem til fastlege til poliklinikk, fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus og ”ut” fra spesialisthelsetjenesten.

Svarene varierte ubetydelig mellom de fire samhandlingsutfordringene. Derfor viser vi her svarene summert. Vi har i tabellene under summert forekomster av de ulike prioritetene for hvert av virkemidlene, slik at tabellene – en for kommuner og en for helseforetak – viser samlet syn på hva som skal til for å få bedre samhandling.

Figur 8: Kommunenes syn på hvilke tiltak som bør prioriteres for å styrke samhandlingen mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten (svar fra 187 kommuner).



Figur 9: Helseforetakenes syn på hvilke tiltak som bør prioriteres for å styrke samhandlingen mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten (svar fra 18 helseforetak).



Vi ser at kommunene og helseforetakene stort sett er enige om hva som bør prioriteres. Bedre informasjonsteknologi, bedre samarbeidskultur og mer utvikling og utveksling av kunnskap og kompetanse er begge siders høyest prioriterte tiltak i tiden fremover. På helseforetakssiden skiller disse tre tiltakene seg ut. Resten av de foreslåtte tiltakene foreslås høyt prioritert av kun to av ti helseforetak.

Blant kommunene er det flere tiltak som oppfattes som viktige å prioritere. Styrking av avtaleverk og felles ledelse prioriteres kanskje overraskende lavt, det samme gjør etablering eller styrking av lokalmedisinske sentra. Flere blant både foretak og kommuner har tro på at kommunale observasjons- og etterbehandlingsplasser (intermediære ordninger) vil styrke samhandlingen.

Når man skal tolke hvorfor respondentene svarer som de gjør kan man anlegge alternative perspektiver. På den ene siden kan vi tolke svarene som dette er de tiltakene som kommunene og HF mener er de mest kost-nytte effektive og pressende tiltakene å ta fatt på. På den andre siden kan man tenke seg at respondentene helst vil at tiltak skal iverksettes der de selv får stor nytte mens kostnadene tas annet sted eller sentralt. Teknologi kan være en kandidat til å falle i siste kategorien. En tredje inngang til tolkningen er å si at respondentene prioriterer de tiltakene de mener vil kunne gi nytte raskt. Det kan muligens være noe av forklaringen på den lave prioriteringen av lokale medisinske sentra.

Hvordan står disse resultatene seg i forhold til funn i tidligere undersøkelser? SINTEF (2008) spurte respondentene i kommunene og helseforetakene om å redegjøre for hva de mente var de viktigste utfordringene i samspillet mellom sykehus og kommuner. Vi kan forvente at de viktigste utfordringene også er de kommunene og helseforetakene ønsker å prioritere å ta tak i. Er dette tilfelle? Både ja og nei.

- Manglende likeverdighet mellom samarbeidspartene ble i undersøkelsen pekt på som den største utfordringen for god samhandling. Og bedre samhandlingskultur er også virkemidlet som både

kommuner og helseforetak prioriterer høyest i vår undersøkelse. Dette er tydeligvis over tid det mest krevende og trolig viktigste problemområdet å fokusere på.

- Uheldige økonomiske forhold var det nest hyppigst nevnte utfordring i undersøkelsen fra 2008. Men endringer i finansieringssystemet er ikke blant de høyest prioriterte tiltakene hos noen av partene i vår undersøkelse.
- Den tredje hyppigst nevnte utfordring i var systemproblemer: Organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandling. Og flertallet av kommunene mente det var behov for mer formalisert samarbeid med helseforetakene. To år senere kan det se ut til at formaliseringssporet har tatt ut mye av sitt potensial. Noe under halvparten av kommunene og under en fjerdedel av helseforetakene i vår undersøkelse mener styrking av avtaler og ledelse med helseforetakene bør prioriteres høyt fremover. Andre tiltak gis høyere prioritet.
- Styrket kompetanse og utveksling av kompetanse ble også nevnt av en del kommuner og helseforetak i undersøkelsen, men i vår undersøkelse fremgår det at et stort flertall hos begge parter mener dette er blant de aller viktigste virkemidlene å arbeide med for å styrke samhandlingen.
- Teknologioptimismen er stor blant kommuner og helseforetak i vår undersøkelse, enda større enn undersøkelsen fra 2008 tyder på, da mangelen på elektroniske samhandlingsverktøy ikke var blant de hyppigst nevnte samhandlingsutfordringene. Blant kommunene er bedre informasjonsteknologi det virkemidlet flest (8 av 10 kommuner) mener bør prioriteres høyt for å få styrke samhandlingen i helsesektoren. Nær syv av ti helseforetak mener det samme.

Vi har også foretatt en faktoranalyse (se vedlegg) for å se om noen av virkemidlene typisk prioriteres høyt "sammen", altså at kommuner som gir virkemiddel x høy prioritet typisk også gir virkemidler y og z høy prioritet. Analysen viser at slike sammenhenger eksisterer. Det er to klustre blant de ti foreslåtte virkemidlene. Det ene klustret, som vi kan benevne A, kan vi kalle prosessuelle virkemidler. Dette omhandler å arbeide bedre innenfor dagens institusjonelle rammer. Virkemidler i denne kategorien er:

- Avtaler og ledelse
- Kunnskap og kompetanse
- Samarbeidskultur/-klima

Det andre klustret, B, kan vi kalle institusjonelle virkemidler. Dette omhandler å bygge opp nye rammer for samhandlingen. Virkemidler i denne kategorien er:

- Etablering/styrking av lokalmedisinske sentra
- Etablering/styrking av kommunale observasjons- og etterbehandlingsplasser (intermediære ordninger)
- Etablering/styrking av palliative enheter

Videre har vi undersøkt om det fins noen typiske kjennetegn blant kommuner som prioriterer hhv. kluster A eller B. Vi har undersøkt om det er forskjeller avhengig av størrelse, kommunehelseutgifter, innbyggertall og sentralitet. Sistnevnte faktor har effekt. Kommuner som ønsker institusjonelle virkemidler ligger mer sentralt til enn andre kommuner. Dette kan muligens forklares med egeninteresse, siden institusjonelle tilbud trolig vil etableres der. Samtidig er funnet litt overraskende, siden de sentrale kommunene allerede "har" tilbudet. For eksempel en kommune med sykehus innenfor sine grenser som sier: "Sykehuset (...) fungerer som "lokalt medisinsk senter" for oss".

Hvilke andre virkemidler enn de nevnte ønsker kommunene å ta i bruk for å bedre samhandlingen i helsesektoren? Tabellen under viser eksempler.

Tabell 55 Andre virkemidler som ønskes prioritert

Kommuner sier
Avvisning av samhandlingstanken:
Ikke lag gråsoner - klare ansvarsforhold er best!
Etablering av interkommunale intermediaerplasser i lokalsykehuset som erstatning for kommunale slike plasser
Klare grenser på hva er HF sitt fagansvar og finansieringsansvar og hva ligger til kommunenes ansvar.
Bedre transportløsninger
Fastlegane må få eit tydelegare ansvar for pasientane - er det på tide med ei innhaldsreform knytt til fastlegerolla ?
Felles finansieringssystem som inkluderer både fastlegar, hesleforetak og kommunar slik at det ikkje hadde noko hensikt økonomisk å forskyve pasientane.
Samarbeid om legevakt på natt mellom interkommunalt og sammen med spes. helsetj. ved småsykehus/observasjonsavdelingar.
Lovendring: Loven tillater ikke HF og kommunene å eie sammen. Vanskelig når kommunene har driftsansvar og HF fagansvar på de intermediaere enhetene.
Mange kommuner sier: Felles forståelse for og aktivt bruk av individuell plan trengs

4. Sammenligning med Skottland og Finland

Det er ingen nasjoner som er direkte sammenliknbare med forholden i Norge verken demografisk eller organisatorisk. Økonomisk situasjon er også avgjørende. Vi har valgt å se nærmere på Skottland og Finland da disse landene har arbeidet med utfordringer som likner noen av våre og har valgt løsninger som kan vurderes som alternativer til norske løsninger. Begge landene er på vår størrelse og har som en oss en geografi med store områder som er tynt befolket.

Merk at en grundig gjennomgang og sammenligning av helsetjenestene/-systemene og reformarbeid i Norden finnes i følgende bok: Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB (eds). *Nordic Health Care Systems – Recent reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Open University Press, 2009.

4.1 Finland

I Finland er det om lag 450 kommuner (fra 1 000 til 500 000 innbyggere, median 5 000) og det er disse som eier og driver både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg har de en relativt godt utbygd bedriftshelsetjeneste som lever helsetjenester til den yrkesaktive delen av befolkningen.

Det som kan være interessant i forhold til Finland er at de har:

- Gitt kommunene ansvaret både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Erfaring med vertskommuner og samkommuner i sammenheng med helsetjenesten helt fra 80-tallet
- Planlagt en kommunesammenslåing parallelt med en samhandlingsreform (2008-11)
- Etablering av en felles nasjonal journal

4.1.1 Organisering

Primærhelsetjenesten blir drevet av 257 lokale helsesentre. Ved lov av 1972 skulle disse ha et befolkningsgrunnlag på minst 10 000 innbyggere. 191 helsesentre tilhører enkeltkommuner. De minste kommunene driver 56 helsesentre sammen etter en vertskommunemodell. Helsesentrene kan være fordelt på flere bygninger.

Helsesentrene har noen observasjonssenger og fasiliteter som røntgen og små laboratorier. Tjenestene omfatter konsultasjoner for helseproblemer, tannhelse, bedriftshelsetjeneste, rehabilitering, helsestasjon og miljørettet helsevern. I tilknytning til helsesentrene er det sykestuer for pasienter med mindre alvorlige lidelser og kronisk sykdom. De tilbyr ikke legevaktstjeneste.

Allmennleger er nesten alle ansatt ved helsesentrene og 90 % er fast lønnede. De største sentrene kan ha over 100 leger ansatt. 50 % av befolkningen står på fastlegenes lister. Finland har sammenlignet med de andre nordiske landene et relativt utbredt (privat) bedriftshelsetjeneste.

Spesialisthelsetjenesten er inndelt i 20 distrikter, varierende fra 70 000 til 800 000 innbyggere. Hvert distrikt har et sentralsykehus. Ved lov er kommunene pliktig til å tilhøre et sykehusdistrikt og finansiere tjenesten. Pålegget om samarbeid innebærer at man kan si at desentraliseringen til kommunene ikke er så radikal som den kan synes på overflaten (Magnussen m.fl. 2009: 112). I tillegg finnes fem universitetssykehus med de mest avanserte tjenestene og med ansvaret for legeutdanningen og forskningen. Det er sykehusene som har ansvaret for psykiatrien, inklusive den som tilbys lokalt. De organiserer også akuttilbudet.

Ca 8 % av legene er heltidsansatte i private helsetjenester. Ca 1/3 av de offentlige ansatte legene har deltidsstilling hos private leverandører. Mange av de private tjenesteleverandørene som har vokst frem det siste tiåret er eid av legene selv.

4.1.2 Planer for utvikling av samhandling

Utviklingsprogrammet ”Kaste for helse- og sosialtjenesten” – har som mål 3 av 3: ” genom att skapa sammanhängande servicehelheter inom social- och hälsovården samt goda verksamhetsmodeller”.

Finland har hatt en relativt beskjeden sentral styring av helsetjenesten, men er nå styrket gjennom kompetanseoppbygging og en tydeligere veiledningsrolle. På sentralt hold er blant annet forsknings- og utviklingssentralen for helse- og sosialtjenestene (STAKES) og Folkehelseinstituttet slått sammen til Institutt for helse og velferd (THL).

Befolkningsgrunnet for helse- og sosialtjenestene skal styrkes ved kommunesammenslåing og danning av samarbeidsområder (PARAS-reformen). For spesialisthelsetjenestene skal det dannes samkommuner som hver kommune er pliktig å tilhøre. I begynnelsen vil samkommunene svare til nåværende sykehusdistrikter, men også befolkningsunderlaget for spesialisthelsetjenestene skal styrkes. Samkommunene skal også omfatte enkelte sosiale tjenester slik at disse også får en felles organisering nasjonalt. Omsorgen for psykisk utviklingshemmede vil blant annet bli innlemmet.

Omorganiseringen av strukturene og fordelingen av ansvaret og økonomisk risiko mellom kommunene, samarbeidsområdene og samkommunene skal reguleres i lovarbeid for å sikre at helheten bevares og fremstår som en funksjonell enhet. Finansiering og ansvaret samlet hos kommunene mener man også vil stimulere til et effektivt samarbeid mellom tjenestene i kommunene, samarbeidsområdene og samkommunene. Det interkommunale samarbeidet medfører i praksis at noen tidligere kommunale tjenester blir splittet opp.

4.1.3 Nasjonal pasientjournal og nasjonale behandlingslinjer

Helse- og sosialdepartementet leder og koordinerer utbredelsen av IKT i helsetjenesten. Arbeidet omfatter arrangering av ekspertmøter, arbeidsmøter, konferanser og seminarer. En arbeidsgruppe sammensatt av representanter for helse- og sosialdepartementet, nasjonalt institutt for sikkerhet, trygden (KELA), private og kommunene har ansvaret for utarbeiding av ”Det nasjonale veikartet for eHelse”.

KELA leder arbeidet med å lage en felles nasjonal infrastruktur som omfatter både den private og offentlige helsetjenesten. Det største løftet er å lage en felles nasjonal database der all helseinformasjon skal standardiseres og lagres. Det skal fungere som en felles nasjonal pasientjournal der pasienter skal både kunne se sin egen helseinformasjon og bestemme hvem som skal ha tilgang til den. Systemet skulle settes i drift i 2011, men er blitt forsinket.

Finland er kommet langt i utviklingen av web-tjenester og beslutningstøtte for både pasienter og helsepersonell. Blant annet inngår behandlingslinjer i ressursene helsepersonell har tilgang til gjennom pasientjournalen og er utviklet for å bedre samhandlingen. Behandlingslinjene er ikke gitt en grafisk utforming, med piler og flytskjemaer, men er satt opp som enkle, punktmarkerte lister. Behandlingslinjene gir oversikt over hvem som skal gjøre hva, for pasienter med ulike tilstander og symptomer. I øyeblikket er lege- og sykepleieprosedyrer atskilt. Alle er felles, og gjelder hele landet.

4.1.4 Finansiering

Finland har nær det halve av utgifter til helsetjenesten i forhold til Norge og driver billigst i Norden. Sammenlignet med Norge kan om lag 1/3 tilskrives lønnsforskjeller. De har også som nevnt en bedriftshelsetjeneste som yter mange av de samme tjenestene som det offentlige gjør i de øvrige Nordiske landene. Finland har den høyeste andelen av utgifter til private helsetjenester i Norden.

Hovedfinansieringen er rammefinansiering til kommunene. Finnene benytter DRG (diagnosis-related group), ikke i insentivsammenheng, men til fordeling av utgiftene mellom kommunene. Finnene må betale egenandel per døgn (ca NOK 250) i sykehus og for dagopphold (om lag NOK 650). For legemidler dekker pasientene 58 % av kostnadene.

Bruken av private tjenester som supplement til de offentlige skal økes i forhold til dagens situasjon. Det skal satses på partnerskap i forhold til private. Pasientene skal få større valgfrihet gjennom utvidet bruk av såkalte ”servisesedler”.

Det har i teorien ligget til rette for en bestiller – utfører organisering i Finland, men det har ikke slått til så langt. En grunn angis å være at kommunene er eiere på begge sider, kombinert med et svært ulikt styrkeforhold mellom bestiller (de enkelte kommunene) og utfører (sykehusene).

4.2 Skottland

Skottland har en befolkning på ca 5,1 millioner innbyggere i et land som på mange måter ligner Norge. Det er noen få større byer (Edinburgh, Glasgow, Aberdeen) og mange grigrendte distrikter (highlands and islands).

Det som kan være interessant i forhold til Skottland er at de har:

- Organisert i 14 regioner med folkevalgte styrer med ansvaret for all helsetjeneste
- Forlatt stykkprisfinansiering til fordel for en rammefinansiert helsetjeneste
- Organisert en felles nasjonal 24-timers telefonvaktjeneste (for alle tjenestene)
- Etablert en nasjonal kjernejournal
- Stor satsing på rehabilitering organisert i primærhelsetjenesten

4.2.1 Organisering

Helsevesenet er desentralisert organisert og oppbygd. Landet er delt i 14 helseregioner med regionale styrer. Styrene har hittil vært utnevnt av NHS, men vil fra og med 2010 være folkevalgt. Styrene har ansvar for all helsetjeneste i sitt område, ”partnerskapsarbeid” med kommunene og avtaler med allmennleger, tannleger, etc. Primær- og spesialisthelsetjenesten er underlagt den samme ledelsen.

I tillegg er det 8 styrer for landsdekkende funksjoner (24-timerstjenesten, ambulansen, nasjonalt ventetidssenter, statssykehuset, NHS kvalitetsforbedring, NHS (folke)helse, NHS utdanning, NHS tjenestесenter)

Det er ca 132 000 ansatte, derav er 63 000 sykepleiere, jordmødre og helsesøstre, mens ca 8 500 leger jobber i mer enn 40 små og (noen få) store sykehus. I tillegg har om lag 7 000 leger (1 050 legekontor), tannleger, optikere og farmasøyter avtaler med NHS om å levere førstelinjetjenester til befolkningen.

4.2.2 Community Health Partnerships (CHP)

Dette er et program som kan sammenlignes med vår samhandlingsreform som skal få til en bedre integrasjon mellom primær- og spesialisthelsetjeneste samt sosialomsorgen.

Fire oppgaver er lagt til regionale styrene i denne sammenheng:

- Utvikle primærhelsetjenester, inkludert psykiatritjenester og sentra for seksuelle problemstillinger
- Samarbeide lokalt om sosiale tjenester (pleie- og omsorg er en del av sosialtjenesten)
- Helsefremmende arbeid
- Strategisk planlegging, inkludert bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

For å få til dette skal de regionale styrene utvikle partnerskap med lokale myndigheter, frivillig sektor og andre interessenter. Prioriterte områder fremgår av tabellen under:

Tabell 56. Prioriterte oppgaver i det lokale partnerskapsarbeidet for de regionale styrene

1. Bedre tilgang til primærhelsetjenester
2. Gjøre en systematisk tilnærming til kroniske sykdommer
3. Forebyggende behandling og omsorg
4. Hjemmetjenester
5. Forebygge unødvendige innleggelser
6. Styrke lokal diagnose og behandling
7. Muliggjøre tidlig utskriving og rehabilitering
8. Forbedre utvalgte resultater
9. Utjevne helseulikheter

Ved gjennomgang av dokumentene representerer satsingen på rehabilitering av kronisk syke og eldre den største enkeltsatsingen. Tiltak som er dokumentert effektive ved forskning er lagt til grunn. Potensialet for forbedringer har de funnet er størst innen rehabilitering utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er forventet at satsingen på rehabilitering i primærhelsetjenesten skal bidra til færre innleggelser, kortere opphold og færre inneliggende utskrivningsklare pasienter, samt at pasienten skal kunne greie seg selv bedre hjemme på egenhånd. Et av tiltakene er å tidlig oppdage personer som har en nedadgående funksjonsevne og at rehabiliteringstilbud til disse skal gis så nær pasientens hjem som mulig. Såkalte "community hospitals" med interimavdeling og tverrfaglige team skal ha en sentral rolle.

4.2.3 NHS 24 og kjernejournal

Tidligere er ulike telefonvaktjenester for helse- og sosialtjenestene blitt slått sammen og organisert som en felles nasjonal tjeneste. Rådgiving av pasienter i førstelinje er blitt forsterket og utvidet. Telefonvakten viderefremidler og koordinerer kontakt med alle de andre tjenestene (se figur under) – og kan sammenliknes med servicetorg som kommunene i Norge har på dagtid. Det er utviklet en avansert beslutnings- og IKT-støtte for tjenesten, samt en strukturert utdanning av alle som betjener sentralene. Dette er koordinert med oppretting av en interaktiv web-basert opplysnings- og veiledningstjeneste.



Etablering av en kjernejournal blir angitt som en av hovedsuksessfaktorene for disse tjenestene. Kjernejournalen er et sentralt register som får informasjon fra fastlegene om pasientenes legemidler, allergier, og noe få andre opplysninger. Kjernejournalen kom også som et resultat av at man slo sammen legevaktene i store distrikter. Disse ville vært uten pasientinformasjon uten kjernejournalen. Den skal nå utvides til å bli tilgjengelig for akuttmottak og pasientene selv.

4.2.4 Finansiering

På 1990-tallet ble foretaks- og bestiller / utfører-modellene innført også i det skotske NHS. Man fulgte retningslinjene fra London, og eksperimenterte med markedskrefter i helsevesenet med innbyrdes konkurranse og konkurrerende private leverandører.

Etter åtte års utprøving ble bestiller- /utfører-modellen avviklet i 2002 og foretaksmodellen i 2004. Stykkpris - eller versjoner av innsatsstyrt finansiering (ISF) opphørte, og finansiering skjer nå gjennom årlige rammebevilgninger (2007/2008: ca 100 milliarder kroner). 80 prosent av bevilgningene går via de regionale helsestyrene. Styrene har de siste årene greid å holde budsjetttrammene, men har også fått ”disponere” en vekst i helsebudsjettet som har vært høyere enn i de fleste andre sammenlignbare land. Det er imidlertid nå bekymring i Skottland for at de ikke får fortsette med rammefinansiering pga. kommende EU-direktiv som krever tilrettelegging for konkurranse. Etter 2004 ble det også åpnet for en form for bestiller- /utførermodell mellom myndighetene (forvaltet av NHS tjenester) og primærleger og/eller selskaper med ansatte leger.

5. Tiltak for bedre samhandling – anbefalinger før samhandlingsreformen

I tillegg til spørreundersøkelse og casestudier har dette prosjektet som nevnt i kapittel 1 gjennomgått foreliggende relevant forskning i stort omfang. Når vi ser våre empiriske funn sammen med funn i foreliggende forskning kan vi gi en del anbefalinger som knytter seg til selve Samhandlingsreformen og reformens intensjoner. Tiltaksforslagene under sorteres etter pasientstrømmene inn og ut av sykehus. Vi redegjør for tiltak som har med selve reformen å gjøre, forutsetninger som må være på plass for å sikre smidige og effektive pasientforløp inn mot – og ut fra sykehus (HF) og hva som konkret bør gjøres for å sikre god samhandling opp mot pasientforløpene. Samhandlingens struktur og innhold refererer seg til kunnskapsbaserte erfaringer og er helhetlig strukturert i virkemidler og som er redegjort for innledningsvis.

Noen forutsetninger må imidlertid også være tilstede for at kommunene skal kunne ta på seg større og flere oppgaver og på den måten forebygge sykehusinnleggelse evt. ta raskt hånd om utskrivingsklare pasienter fra sykehus:

- Oppgavene må gjelde problemstillinger som er egnet for den generalistkompetansen som yrkesgruppene og organisasjonen i helse og omsorgstjenesten i kommunene har. Helsepersonell i kommunene tenker mer funksjonsevne enn diagnoser og har potensial til å øke og tilrettelegge for bedre funksjonsevne for kronisk syke pasienter og eldre og slik gjøre det mulig for pasienter å greie seg selv lenger.
- Oppgavene må ha et volum som forsvarer de tilpasningene og den ressursøkningen som må iverksettes. Potensialet for ”diagnoseuavhengige” tilbud medfører at denne forutsetningen kan tilfredsstilles også i mindre kommuner.
- Det må omhandle pasientforløp der kommunen eller kommunens helsepersonell reelt kan påvirke eller styre valget av behandlingsalternativer. Jf. at om lag halvparten av innleggelsene i sykehus er rekvirert av spesialisthelsetjenesten selv.
- Finansieringsmodellen må på plass og virke stimulerende på kommunene til å gi tjenestetilbudet selv (unngå sykehusinnleggelse) ved forebygging eller ved et fungerende hastetilbud. Videre må modellen sikre at kommunen får økonomiske gevinster ved å ta ansvaret for utskrivingsklare pasienter tidligere enn ”normal” oppholdstid i sykehuset.

5.1.1 Tiltak knyttet til innleggelse av pasienter i sykehus

Legevaktslegen er hovedaktøren i direkte innleggelser i sykehus. Bare en liten andel øyeblikkelig hjelp blir henvist av fastlegen (Eikeland m. fl. 2005). Legevaktslegen er første ledd i iverksettingen av tiltak i forbindelse med ikke-planlagte behov for helsetjenester – både akuttmedisinske og andre behov for øyeblikkelig hjelp (Hansen m. fl. 2007). Dette dreier seg om en virksomhet som legger beslag på over halvparten av døgnoppholdene i sykehus.

Det er gjennomført flere undersøkelser på hvor stor andel av innleggelsene som er unødvendige. Resultatene spriker fra nær null til 30 % ut i fra en medisinsk vurdering av lidelsen, men som for variasjonen i henvisingsfrekvens mer samvarierer med egenskaper hos pasienten enn ved legen (Sempere-Selva m. fl. 2001 og Kvamme 2000). Kommune- og spesialisthelsetjenesten bør samhandle om å innarbeide flere forutsetninger og virkemidler på dette området:

- Helse og omsorgstjenesten i kommunene bør *organisere et hastetilbud* til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus. Det er holdepunkter for at etablering av øyeblikkelig hjelp og rehabiliteringstilbud er med på å styrke både kompetanse og kapasitet i pleie- og omsorgstjenesten lokalt og derfor ikke fortrenger andre behov (Garasen m. fl. 2005).
- Det må utarbeides retningslinjer og beskrivelse av *mandat til å rekvirere ekstra kommunale pleie- og omsorgstjenester* på lik linje med øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Allmennlegen har per i dag ikke en forskriftsmessig rett til å rekvirere pleie- og omsorgstjenester, dvs. bruke lavest mulige omsorgsnivå, selv når det er det beste eller et ønsket alternativ for pasienten.
- Legevakslegen må få *enklere tilgang på vital pasientinformasjon* for tryggere kunne velge riktig omsorgsnivå. Usikkerhet omkring medisinske opplysninger er en viktig innleggelsesårsak (Forrest m. fl. 2006, Calnan m. fl. 2007). Legene som betjener de store legevaksordningene kjenner sjelden pasienten fra før, ei heller ikke det lokale hjelpeapparatet, og har ingen tilgang til pasientens journal.
- Det bør innføres en rutine for utarbeidelse av *en individuell ”førstevalg behandling”* med oppsummert viktig informasjon for pasienter med store og kompliserte behov, og som med pasientens samtykke vil være lett tilgjengelig for vakt- og beredskapstjenestene når evt. midlertidig sykdomsforverring og økte tjenestebehov inntreffer (Casas m. fl. 2006, Sanderson m.fl. 2008).
- *Tilgang til veiledning* bør bli enklere både for allmennlegene og annet kommunalt helsepersonell. Jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 6.3 om plikten til veiledning.

Det er utbredt at allmennleger konsulterer spesialister per telefon og på den måten skaffer seg trygghet for avgjørelser (Kuo m. fl. 1998, Smith 1996). I 2006 innførte Helse Midt-Norge *”tvungen” konsultasjon mellom spesialist (dvs. bakvakt) og allmennlege* ved spørsmål om innleggelse av pasienter fra sykehjem. Det bør bli en ordning med kontakt med bakvakt som i ordningen med sykehjem i Helse Midt-Norge (Frihagen m. fl. 1999).

- Implementering av *elektronisk beslutningsstøtte* – automatisk og interaktiv – i EPJ er en ny mulighet. Riktig utformet påvirker det legenes atferd og de holder seg tettere til anbefalte retningslinjer (Kawamoto m. fl. 2005), og forbruket av helsetjenester går betydelig ned (Chaudhry m. fl. 2006).

Tiltakene som her er beskrevet, er utprøvd i praksis og således gjennomførbare. Rekkefølgen og kombinasjonene er viktig for å oppnå de ønskede effektene. Videre er det sentralt at regelverk og incentiver utformes slik at de støtter opp under tiltakene slik at man sikrer en god måloppnåelse. Holdningsendringer og organisering knyttet til utvikling av et velfungerende øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene representerer kanskje den største utfordringen. Det foreligger en kritisk størrelse i relasjon til hvorvidt kommunene er i stand til å tilby slike tilbud i isolasjon. Det vil her flere steder være behov for interkommunale ordninger for å hente ut de potensielle effektene.

5.1.2 Tiltak knyttet til utskriving av pasienter fra sykehus

Sammenstillers man forskningen på de største pasientgruppene (slagpasienter, kronisk lungesyke, hjertepasienter, hofteopererte og geriatriske pasienter) finner man flere fellestrekk i opplegg med dokumentert effekt (Hviding m. fl. 2003, Hviding m. fl. 2004 og Langhorne m. fl. 2005). Disse er:

- *Tidlig mobilisering og tidlig utskriving* er begge forhold som gir bedre resultater og som anbefales. Når det gjelder det å unngå innleggelse ved å flytte all behandling hjem ("hospital at home"), så ser det ut til at resultatene på kort sikt er positive (Ram m. fl. 2004), men på lengre sikt kan det gi flere innleggelser (Shepperd m. fl. 2008). For å få til tidlig utskriving må det innarbeides faste rutiner for tidlig varsling av innleggelser og dialog frem til utskrivingen.
- *Kompetanseoverføring*. Helsepersonell (sykepleiere, fysioterapeuter, o. fl.) med lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten har hatt en viktig funksjon i forsøk med vellykket tidlig utskriving av pasienter (diabetes, KOLS, slag, psykiatriske pasienter, eldre). I tillegg til å forberede pasientene på utskriving har det vært et gjennomgående trekk at helsepersonellet fra spesialisthelsetjenesten har deltatt direkte i planleggingen av tjenestene hjemme. Man har antatt at en viktig grunn til suksessen skyldes en gjensidig kompetanseoverføring i disse møtene.
- *Rehabilitering med vante oppgaver i vante omgivelser* gir de beste resultatene (Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Askim m. fl. 2004 og Maltais m. fl. 2008). Det foreligger ingen sikker forklaring på hvorfor det er slik, men trolig motiverer kjent miljø til å ta opp igjen tidligere gjøremål. Det understøttes også av at pasienter som får arbeidstrening knyttet til det som er kjent raskere greier seg bedre selv (Legg m. fl. 2006). Rehabiliteringstiltaket med mest gjennomgående virkning på tvers av alle diagnoser, er fysisk trening. På kort sikt gir trening i studioer best resultat, men treningsprogram hjemme ser ut til å ha bedre langtidsresultater (Ashworth m. fl. 2005).
- *Forebyggende hjemmebesøk etter utskriving* er et virkningsfullt og anbefalt tiltak hvis det har en gjennomarbeidet systematisk plan og besøket skjer så tidlig som mulig til alle eldre eller kronisk syke som utskrives.
- *Interimsopphold* for pasienter som skal hjem er et aktuelt tiltak når initiale behov etter utskriving er store. Når for eksempel førstegangsinnlagte pasienter eller pasienter med vesentlig endret funksjonsnivå skal utskrives til eget hjem, gir det store utfordringer for omsorgstjenestene mht. å overskue de problemstillingene dette utløser. Et interimsopphold i en forsterket avdeling i sykehjem gir muligheter til observasjon, mer tid til planlegging og fullføring av rehabiliteringsbehov.
- *Forsterket tverrfaglig oppfølging i hjemmet* ved utskriving med tilsvarende program som ved et interimsopphold i sykehjem er et alternativt tiltak. Det kommer som et tillegg til ordinære hjemmetjenester, med støtte av forsterket hjemmetjeneste, rehabilitering og besøk av/hos fastlegen (Langhorne m. fl. 2005, Maltais m. fl. 2008).
- *Strukturert etteroppfølging*. I forbindelse med utskrivingen fra sykehuset eller ved første hjemmebesøk (evt. interimsopphold) er det gjort positive erfaringer med avtale om videre oppfølging i form av nye besøk eller telefonkontakter med et planlagt strukturert innhold. Hensikten er evaluering og revisjon av behandlingstilbudet, samt oppfrisking (evt. relæring) og motivasjon av egenbehandling (se rehabilitering og pasientopplæring). Oppfølgingsplanen blir ofte utarbeidet i samråd med fastlegen (Stewart m. fl. 1999, Jakobsen m. fl. 2007).
- *Pasientopplæring* kan skje i direkte tilknytning til utskrivingen eller ved arrangement av kurs for grupper med samme diagnose. I forbindelse med utskrivingen er det gjort vellykkede forsøk med

strukturert individuell (evt. i en liten gruppe) undervisning og ferdighetstrening av 1-2 timers varighet på avdelingen eller poliklinikken når pasienten skal hjem (Effing m. fl. 2007 og Gallefoss m. fl. 2002).

- *Involvering av pårørende* er et av de mest sentrale tiltakene skal man bygge opp en trygg ramme og opplevelse av mestring rundt pasienter som skal utskrives til hjemmet (Pilling m. fl. 2002). Pårørende sin involvering bedrer sosial fungering og reduserer sjansen for nye innleggelser. Pårørende har som regel omfattende kunnskap om pasientene, og blir slik ofte en sentral informasjonsbærer mellom aktørene i helsevesenet.
- *Fagfellekonferanse*. Øvrig helsepersonell enn leger i helse og omsorgstjenesten i kommunene må også kunne konferere med spesialisthelsetjenesten, for eksempel sine kollegaer, for å få veiledning/kunne stille spørsmål om konkrete pasienter. Slik konferering bør systematiseres for å fungere hensiktsmessig.
- *Døgnbasert kontaktinstans*. I forsøk i andre land har man ved oppretting av såkalte ”call centre” organisert og strukturert en slik kommunikasjonskanal med stort hell, hvor også verktøy for selektering (”triage”) og monitorering gjerne har inngått. Dette har dreid seg om pasienter med høyt forbruk av spesialisthelsetjenester (KOLS, hjertesvikt m.fl.) og man har lyktes med en betydelig reduksjon i innleggelser (Casas m. fl. 2006). Det bør vurderes om legevaktssentralene i Norge kan innarbeide og fungere som ”call centre”.

6. Konklusjon

Avslutningsvis konkluderer vi på problemstillingene reist innledningsvis. I tillegg gis enkelte tilrådinger om hvordan man kan lykkes med samhandlingen.

Vår første problemstilling var: *Hva er status for dagens samhandling mellom kommuner og helseforetak omkring viktige pasientforløp og pasientgrupper?* Det store bildet er at flertallet av både kommuner og helseforetak er fornøyd med samhandlingen seg i mellom. Dette kan virke overraskende, siden en del tidligere undersøkelser har dokumentert dårligere erfaringer. Noe av forklaringen kan ligge i undersøkelsesdesign. Undersøkelser spør om erfaringer på ulike måter, og de spør ulike respondenter. Vi har spurt ledere i kommuner og helseforetak. Det kan tenkes at disse har andre erfaringer enn utførende helsepersonell. Senere undersøkelser kan følge opp om det fins slike variasjoner mellom nivåer internt i virksomhetene. Partenes vurderinger er stort sett sammenfallende, med unntak av for utskrivingsforløpet, der helseforetakene er langt mer fornøyd enn kommunene. Det er også noen variasjoner mellom de ulike typer pasientforløp. Utskrivingsforløpet fungerer dårligst, særlig ifølge kommunene.

- Tilråding: For å styrke kommunenes rolle i å få til et bedre innleggelsesforløp må kunnskapen om hvordan kommunene kan styre legetjenesten styrkes.

Når det gjelder forskjeller mellom kommuner har vi ikke funnet klare årsak-virkning sammenhenger i vårt materiale. Verken kommunestørrelse, kommunenes helseutgifter eller sentralitet har statistisk signifikant sammenheng med kommunenes erfaringer med samhandling.

Vår andre problemstilling var: *Hva er erfaringene med virkemidler for samhandling for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?* Når det gjelder avtaleverk om samhandling fremkommer det mye positivt i undersøkelsen. Både strategiske og operative avtaler har god utbredelse og de fleste har gode erfaringer med avtaleverket. På den andre siden fremheves oppfølgingen av etterlevelse, herunder avvik fra avtaler, som for dårlig, særlig sett fra kommunenes ståsted. Når det gjelder utvalg der kommuner og HF møtes er alle HF'ene godt fornøyd med topplederutvalgene, langt de fleste også med mellomlederutvalgene. Blant kommunene er erfaringene mer blandet. Det kan tyde på at en del utvalg foregår i hovedsak på HFenes premisser. Noe av årsaken til dette må kommunene ta på egen kappe. En del kommuner stiller for dårlig representert, forberedt og koordinert.

- Tilråding: Styrke overordnet ledelseskraft, prioriteringsevne og styring slik at man reelt sett kan dele forståelse, ansvar og ta gode kollektive beslutninger. Forutsetningen er at kommunene sikres strategisk kompetanse og kapasitet på lik linje med det man har i HFene og at formelle samhandlingsprosedyrer er godt forankret på autoritativt nivå både i kommunene og i HF.
- Tilråding: Sikre at den faglige ledelsen under kommunalsjefnivå er løpende involvert og informert om planer, strategiske beslutninger og iverksetting av praktiske tiltak i pasientforløpene. Inkludering av

tillitsvalgte kan være et viktig bidrag for å oppnå felles forståelse og innsikt i de aktuelle organisatoriske enheter.

Når det gjelder samhandlingssjef/-koordinator viser undersøkelsen at tre av fire HF har koordinatorstillinger, mens under halvparten av kommunene har erfaringer med slike koordinatører. I begge leire er erfaringene overveiende gode. Men det skal bemerkes at en del kommuner oppfatter samhandlingssjefen som HF'enes mer enn kommunenes "advokat".

- Tilråding: Samhandlingssjef eller tilsvarende må ha høy kompetanse og legitimitet på tilrettelegging av samhandling, megling og relasjonsbygging. Vedkommende må ha god innsikt i Samhandlingsreformens intensjoner, samfunnsøkonomi og innholdet i de ulike pasientforløpene. Avlønning, integritet og posisjon må speile disse kravene.

Når det gjelder praksisplasser og hospitering ser vi at halvparten av kommunene har erfaringer, og blant disse er de fleste godt fornøyd. Nedsiden er at hospiteringen mange steder er enveispreget, sykehuspersonale er mange steder lite interessert i å hospitere i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Blant helseforetakene er erfaringene med praksisplasser og hospitering mer blandet enn blant kommunene. Sykehuslegenes faglige veiledning av helse og omsorgstjenesten i kommunene tilknyttet enkelpasienter oppfattes som god av hele 70 % av kommunene, Når det gjelder sykehuslegers etterspørsel etter pasientinformasjon er det mange som er usikre og for øvrig eksisterer det blandede syn på hvor godt dette fungerer. Det fremgår at problemet mange steder, sett fra kommunenes ståsted, *ikke* er at helse og omsorgstjenesten i kommunene ikke etterspør informasjon men at sykehusene ikke tilbyr den informasjonen kommunene etterspør. Standardkritikk som fremkommer i undersøkelsen er at sykehusene får kritikk for manglende epikrise og sent varsel ved utskriving. Kritikk som ytres mot kommunene, dels fra dem selv, går på manglende medisinopplysninger.

- Tilråding: Ambulerende fagekspertise fra HF styrkes og intensiveres slik at den kommer kommunal tjenesteyting til gode når behov for veiledning og støtte oppstår og at mer varig kompetanseoverføring til kommunalt fagpersonell sikres.
- Tilråding: Opprette større stillingshjemler for leger i sykehjem for å sikre kontinuitet i deres praksis og innføre turnusordninger som en del av grunnutdanningen for leger.

Vår tredje problemstilling var: *Hva skal til for å lykkes med nevnte virkemidler?* Et hovedinntrykk er at et godt avtaleverk og samhandling, godt fungerende utvalg for topp- og mellomledere og en god samarbeidskultur er forhold som påvirker hvor godt andre virkemidler fungerer, som for eksempel hospitering, koordinatører og informasjonsutveksling. Samarbeidskulturen er nok det viktigste av alt. Både kommuner og HF mener bedre samarbeidskultur er et helt avgjørende tiltak for å bedre samhandlingen i helsesektoren. Noe av utfordringen kan tilskrives helseforetakene, for eksempel anerkjennelse av helse og omsorgstjenesten i kommunenes rolle i helhetlige pasientforløp. På den andre siden har kommunene en vei å gå i forhold til eksempelvis prioriteringen av arbeidet med avtaler og utvalg for samhandling med helseforetakene. Vår undersøkelse har ikke gitt entydige svar, det er behov for mer kunnskap om hva som kan styrke samarbeidskulturen i helsesektoren.

- Tilråding: Styrke bevisstheten og den gjensidige respekten hos partene om at de kommunale oppgavene er tidkrevende å få på plass samtidig som kravene til økt produktivitet i HF presser på raske kommunale løsninger. Dette krever også en viss raushet fra begge parter når det gjelder å bli enige om omdisponering av ressurser og komme frem til gode løsninger i pasientforløpene.

Vår fjerde problemstilling var: *Hvilke tiltak bør prioriteres for å få best mulig samhandling i helsesektoren?* Foregående kapitler fremstiller en del slike anbefalinger basert på kjent kunnskap fra vårt og andre prosjekter. I vårt materiale fremgår det at kommunene og helseforetakene stort sett er enige om hva som bør prioriteres. Bedre informasjonsteknologi, bedre samarbeidskultur og mer utvikling og utveksling av kunnskap og kompetanse er begge siders høyest prioriterte tiltak i tiden fremover. Styrking av avtaleverk og felles ledelse prioriteres kanskje overraskende lavt, det samme gjør etablering eller styrking av lokalmedisinske sentra.

- Tilråding: Elektronisk informasjonsutveksling (IKT) i forhold til pasientforløpene mellom HF og kommuner må innføres i stor skala, med høy grad av datakvalitet og datasikkerhet slik at samhandlingen mellom partene til enhver tid kan bli mer effektiv.
- Tilråding: Eksisterende samhandlingsarenaer og etablerte satsingsområder overfor kronisk syke benyttes og utvides til samhandlingsformålet i stedet for å opprette nye strukturer og ordninger.

Referanser

1. Snøfugl G, Grimsmo A, Heimly V, Melby L, Paulsen B. Elektronisk samhandling mellom foretakene og kommunene. Trondheim: Nasjonal IKT; 2005. Available from: <http://www.nsep.no/index.php/no/publikasjoner>.
2. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Trondheim: SINTEF; 2008. Report No.: A7877. Available from: <http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Tiltak19.pdf>.
3. Garasen H, Johnsen R. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste--erfaringer fra Trondheim. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 May 4;125(9):1198-200. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15880160
4. Morris J, Beaumont D, Oliver D. Decent health care for older people. BMJ. 2006 May 20;332(7551):1166-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16709967.
5. Every NR, Hochman J, Becker R, Kopecky S, Cannon CP. Critical pathways : a review. Committee on Acute Cardiac Care, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. Circulation. 2000 Feb 1;101(4):461-5. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/101/4/461.pdf>.
6. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? Int J Qual Health Care. 2003 December 1, 2003;15(6):509-21. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/15/6/509>
7. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. Jama. 2004 Mar 17;291(11):1358-67. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15026403
8. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. Bmj. 2003 Nov 29;327(7426):1257. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/327/7426/1257>.
9. Ram FSF, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. BMJ. 2004 August 7, 2004;329(7461):315-. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/329/7461/315>.
10. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? J Fam Pract. 2004 Dec;53(12):974-80. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15581440
11. Fjaertoft H, Indredavik B, Lydersen S. Stroke unit care combined with early supported discharge: long-term follow-up of a randomized controlled trial. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2003 Nov;34(11):2687-91. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=14576376

12. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Jama*. 1999 Feb 17;281(7):613-20. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10029122

13. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S-j. The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*. 2006 September 25, 2006;166(17):1822-8. Available from: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/166/17/1822>.

14. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD004910. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17636778.

15. Blaser R, Schnabel M, Biber C, Baumlein M, Heger O, Beyer M, et al. Improving pathway compliance and clinician performance by using information technology. *International Journal of Medical Informatics*. 2007;76(2-3):151-6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T7S-4KRY94B-1/2/cb8682900a482240a6184430e15c1ab1>

16. Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, Shoai RS, Perrin R, Chaney E, et al. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. *J Am Med Inform Assoc*. 2007 Mar-Apr;14(2):156-63. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17213491.

17. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JGF, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007 May 5, 2007;334(7600):942-. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/334/7600/942>

18. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006. 2006(4). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004510/frame.html>.

19. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006 Jul;28(1):123-30. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16611656

20. Sanderson S, Anderson D, Dugan L. Patient Emergency Planning & Triage: The ACH Reduction Connection. *Home Health Care Management Practice*. 2008 February 1, 2008;20(2):125-34. Available from: <http://hhc.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/2/125>.

21. Clausen TD, Bruun-Rasmussen M, Bernstein K. Nationalt Patient Indeks – internationale erfaringer. København; 2009. Available from: www.mediq.dk.

22. Jones T, Dobrev A, Stroetmann KA, Cameron J, Morris L. The socio-economic impact of NHS Scotland's Emergency Care Summary. Bon: Empirica; 2008. Available from: www.empirica.com.

23. Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005. 2005;4. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004274/frame.html>.

24. Müller S, Santi M, Sixsmith A. Eliciting user requirements for ambient assisted living: Results of the SOPRANO project. In: Cunningham P, Cunnigham M, editors. Collaboration and the Knowledge Economy: Issues, Applications, Case Studies. Amsterdam: IOS Press; 2008. p. 81-8.
25. Jørgenvåg R. SAMDATA Somatikk sektorrappport 2005. Trondheim: SINTEF Helse; 2006. Available from:
<http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA%20Somatikk%20sektorrappport%202005.pdf>.
26. Midttun L. SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007. Trondheim: SINTEF; 2008. Report No.: 01/08. Available from:
<http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA%20Nøkkeltall%20for%20spesialisthelsetjenesten%202007.pdf>.
27. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *Bmj*. 2002;324(7328):36-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query?db=m&form=6&dopt=r&uid=11777807>
<http://bmj.com/cgi/content/full/324/7328/36>.
28. Degoulet P, Marin L, Lavril M, Le Bozec C, Delbecke E, Meaux JJ, et al. The HEGP component-based clinical information system. *Int J Med Inform*. 2003 Mar;69(2-3):115-26. Available from:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12810117
29. Grimsmo A, Faxvaag A, Laerum H. Prosesstøttende EPJ systemer - bakgrunn, definisjon og målsetninger. Trondheim: Norsk senter for elektronisk pasientjournal; 2008. Available from:
<http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/ProsesstottendeEPJsys.pdf>.
30. NOU 1998: 9. Hvis det haster..... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Oslo: Helse- og sosialdepartementet; 1998. Available from: http://www.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020022/dok-bn.html.
31. Schrijvers G. The integration of chronic care and emergency medicine. *Int J Integr Care*. 2008;8:e53. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18563202>.
32. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, MartInez-EspIn C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons--An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*. 2001;37(6):568-79. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WBo-45SRF6C-2/2/333d582f6b051f31fceb4279007cd4c6>.
33. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Available from: <http://www.dep.no/filarkiv/290618/Stm250506-TS.pdf>.
34. Hernandez C, Jansa M, Vidal M, Nunez M, Bertran MJ, Garcia-Aymerich J, et al. The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: A cross-sectional analysis in a tertiary hospital. *QJM*. 2009 March 1, 2009;102(3):193-202. Available from:
<http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/102/3/193>.
35. Ambery P, Donald IP. Variation in general practice medical admission rates for elderly people. *J Public Health Med*. 2000 Sep;22(3):422-6. Available from:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11077919
36. Coulter A. Managing demand: Managing demand at the interface between primary and secondary care. *Bmj*. 1998 June 27, 1998;316(7149):1974-6. Available from: <http://www.bmj.com>.
37. Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S, Rohde C, Starfield B. Primary Care Physician Specialty Referral Decision Making: Patient, Physician, and Health Care System Determinants. *Med Decis Making*. 2006 January 1, 2006;26(1):76-85. Available from: <http://mdm.sagepub.com/cgi/content/abstract/26/1/76>.

38. Calnan M, Payne S, Kemple T, Rossdale M, Ingram J. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract.* 2007;57(542):706-13. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17761058>.
39. Duffy R, Neville R, Staines H. Variance in practice emergency medical admission rates: can it be explained? *Br J Gen Pract.* 2002 Jan;52(474):14-7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11791810
40. Kinnersley P, Rapport FM, Owen P, Stott N. In-house referral: a primary care alternative to immediate secondary care referral? *Fam Pract.* 1999 Dec;16(6):558-61. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10625126.
41. Davies M, Elwyn G. Referral management centres: promising innovations or Trojan horses? *BMJ.* 2006 Apr 8;332(7545):844-6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16601048.
42. Halvorsen I, Meland E, Bærheim A. Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2007;127:15-7. Available from: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1472139.
43. Maartmann-Moe K, Horgen E, Mikelsen A, Hagesveen A. Legevakt i helse og omsorgstjenesten i kommunene. Rapport om utvikling av legevaktstjenesten til interkommunale legevakter (IKL) Oslo: Den norske legeforening; 2005. Available from: http://www.legeforeningen.no/asset/27093/1/27093_1.pdf.
44. Nieber T, Hansen E, Bondevik G, Hunskaar S, Blinkenberg J, Thesen J, et al. Organisering av legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2007;127:1335-8. Available from: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1531218.
45. Vaardal B, Lossius HM, Steen PA, Johnsen R. Have the implementation of a new specialised emergency medical service influenced the pattern of general practitioners involvement in pre-hospital medical emergencies? A study of geographic variations in alerting, dispatch, and response. *Emerg Med J.* 2005 March 1, 2005;22(3):216-9. Available from: <http://emj.bmj.com/cgi/content/abstract/22/3/216>.
46. Eikeland G, Garasen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse? . *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2005 Sep 8;125(17):2355-7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16151493
47. Hansen E, Hunskaar S. Forskjeller i henvendelse til legevakten. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2007;127:1344-6. Available from: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1533189.
48. Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar – ei studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sjukehus. Oslo: Universitetet; 2000.
49. Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ.* 1994;309:576-8. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/309/6954/576>.
50. Aaraas I, Fylkesnes K, Forde OH. GPs' motives for referrals to general hospitals: does access to GP hospital beds make any difference? *Fam Pract.* 1998 Jun;15(3):252-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9694183
51. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Annals of Emergency Medicine.* 2003;41(5):668-77. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WBo-48XBRFH-B/2/9e1e279904eb5a8cabb47d162ff84857>.

52. Garasen H, Kaasa S, Rosstad T, Broen P. Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem--Trondheimsmodellen. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Jun 2;125(11):1503-5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15940319
53. Coleman EA, Berenson RA. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. Ann Intern Med. 2004 October 5, 2004;141(7):533-6. Available from: <http://www.annals.org/cgi/content/abstract/141/7/533>
54. Scottish Executive Health Department. NHS Scotland 'Best Practice' Guidance on Developing Local Health Board Access Protocols to the National Emergency Care Summary (ECS) Store. Edinburgh: Health Department, Directorate of Performance Management & Finance; 2007.
55. Scottish Executive Health Department. Your Emergency Care Summary: What does it mean for you? Edinburgh: Blackwell's Bookshop; 2006. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/143714/0036499.pdf>.
56. Kuo D, Gifford DR, Stein MD. Curbside consultation practices and attitudes among primary care physicians and medical subspecialists. Jama. 1998 Sep 9;280(10):905-9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9739975
57. Smith R. What clinical information do doctors need? Bmj. 1996;313(7064):1062-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query?db=m&form=6&dopt=r&uid=8898602>.
58. Frihagen F, Hjortdahl P, Kvamme OJ. Den forste telefonsamtalen ved akuttinnleggelse--sykepleiernes rolle. Tidsskr Nor Laegeforen. 1999 Jun 10;119(15):2173-6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10402910
59. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. Bmj. 2005 Apr 2;330(7494):765. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15767266.
60. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 2006 May 16;144(10):742-52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16702590
61. Discharge planning from hospital to home [database on the Internet]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004 [cited 9.4.2006]. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000313/frame.html>.
62. Move M. Helsetjeneste for eldre og kronikere. Oslo: Aker Universitetssykes HF; 2004.
63. Kjekshus LE. Primary health care and hospital interactions: effects for hospital length of stay. Scandinavian journal of public health. 2005;33(2):114-22. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15823972.
64. Hellesø R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. Int J Med Inform. 2005 Dec;74(11-12):960-72. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16099200

65. Anthun KS, Paulsen B. Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter. En pasientforløpsanalyse. Trondheim: SINTEF; 2007. Contract No.: A1798. Available from: <http://www.sintef.no/upload/35305/Rapport%20A1798%20Samspill%20mellom%20sykehus%20og%20kommunale%20omsorgstjenester.pdf>.
66. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Apr;51(4):549-55. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12657078
67. Hviding K, Mørland B. Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? Oslo: Senter for metodevurdering, SINTEF Unimed; 2003. Available from: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-0032_888a.doc.
68. Hviding K, Reinart LM, Mørland B, Buntz E. Samhandling mellom første og andrelinje helsetjenester. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2004. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/2273.cms>.
69. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet.* 2005 Feb 5-11;365(9458):501-6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15705460
70. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007(4). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD000197/frame.html>.
71. Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005(2). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD000443/frame.html>.
72. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008(4). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD007491/frame.html>.
73. Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(1). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002925/frame.html>
74. Askim T, Rohweder G, Lydersen S, Indredavik B. Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation.* 2004 May;18(3):238-48. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15137554
75. Maltais F, Bourbeau J, Shapiro S, Lacasse Y, Perrault H, Baltzan M, et al. Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2008 Dec 16;149(12):869-78. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19075206.
76. Legg L, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006(4). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003585/frame.html>.
77. Lorig K, Ritter PL, Plant K. A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis Rheum.* 2005 Dec 15;53(6):950-7. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16342084.

78. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(1). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004017/frame.html>.

79. Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, et al. Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(1). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004294/frame.html>.

80. Bortz WM, II. A Conceptual Framework of Frailty: A Review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 May 1, 2002;57(5):M283-8. Available from: <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/57/5/M283>.

81. Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Contract No.: IS-1592. Available from: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktahefter/aktivitetsh_ndboken_fysisk_aktivitet_i_forebygging_og_behandling_360684.

82. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet*. 1999;354(9184):1077-83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/lancetnorway/article/B6T1B-3XR7WRP-F/2/e784cfd51ff993ede1ebdcd0a0066ac>.

83. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the Horizon in Chronic Heart Failure: Effects of Multidisciplinary, Home-Based Intervention Relative to Usual Care. *Circulation*. 2006 December 5, 2006;114(23):2466-73. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/114/23/2466>.

84. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen AA, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. København: Sundhedsstyrelsen, Teknologivurdering EfM; 2007. Contract No.: 4. Available from: http://www.sst.dk/publ/PUBL2007/MTV/HJEMMEBESOEK/OPF_HJEMMEBESOEK_ALDRE_SAMFTN.PDF.

85. Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006;6:220. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16945128.

86. Sahlen KG, Lofgren C, Mari Hellner B, Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health*. 2008 May;36(3):265-71. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18519295.

87. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001 Sep 29;323(7315):719-25. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11576978.

88. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Mar;63(3):298-307. Available from:

- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18375879.
89. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002 Feb 27;287(8):1022-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11866651.
90. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:74. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18387184.
91. Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in The Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Mar;56(3):397-404. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18179482.
92. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005 July 1, 2005;91(7):899-906. Available from: <http://heart.bmj.com/cgi/content/abstract/91/7/899>.
93. Vincent C, Reinharz D, Deaudelin I, Garceau M, Talbot LR. Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1562360&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
94. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Public Health*. 2008 Mar;36(2):197-204. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18519285.
95. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Medical Care*. 2002;40(4):271-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12021683?dopt=Abstract>.
96. Effing TW, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, van Herwaarden CLA, Partridge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(4). Available from: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002990.html>.
97. Gallefoss F, Bakke PS. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of self-management in patients with COPD--a 1-year follow-up randomized, controlled trial. *Respir Med*. 2002 Jun;96(6):424-31. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12117042.
98. Parry C, Kramer HM, Coleman EA. A qualitative exploration of a patient-centered coaching intervention to improve care transitions in chronically ill older adults. *Home Health Care Serv Q*. 2006;25(3-4):39-53. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17062510.
99. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II).

- Health Promot Pract. 2005 Apr;6(2):148-56. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15855284.
100. Søgaaard AJ, Førde OH. Individrettet helseopplysning. Kan konsultasjonen brukes? Tidsskr Nor Laegeforen. 1986;106:2657-60.
101. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. Br J Health Psychol. 2006 May;11(Pt 2):319-32. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16643702.
102. Helsedirektoratet. Å snakke om endring - Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt. Oslo: Helsedirektoratet; 2007. Contract No.: IS-1400. Available from: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/undervisningsmaterieell/snakke_om_endring_kommunikasjonsverkt_y_for_helsepersonell_som_jobber_med_r_ykeslutt_73968.
103. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med. 2002 Jul;32(5):763-82. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12171372.
104. Helsedirektoratet. Pårørende - en ressurs. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Contract No.: IS-1512. Available from: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/P_r_rende_en_ressu_79889a.pdf.
105. Stacey D, Graham ID, O'Connor AM, Pomey M-P. Barriers and Facilitators Influencing Call Center Nurses' Decision Support for Callers Facing Values-Sensitive Decisions: A Mixed Methods Study. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2005;2(4):184-95. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1741-6787.2005.00035.x>
106. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform Innst. 212 S (2009–2010)
107. Agenda Utredning og Utvikling AS – KS FoU-prosjekt ”Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten” 2006/2007.
108. 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.
109. MandagMorgen 25.1 2010
110. Sosial- og helsedirektoratet, «Normering av legetjenester i sykehjem» (2005)
111. Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB (eds). *Nordic Health Care Systems – Recent reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Open University Press, 2009

Vedlegg

Tabell 56: Hva betyr avtaler og ledelse for samhandling?

Erfaringer med avtaler og ledelse tilknyttet samhandlingsarbeidet		
Kvalitet i pasientforløp	[0,3] = Dårlig	[4,6] = Godt
[0,2] = Dårlig	39 %	15 %
[3,4] = Godt	61 %	85 %

Tallene i klammer refererer til indeks-score. Kvalitet i pasientforløp refererer til summen av samhandling om tre pasientforløp og samhandling for kronisk syke.

Tabell 57: Hva betyr kompetanse og kunnskapsoverføring for samhandling?

Erfaringer med kunnskaps- og kompetanseoverføring i samhandlingsarbeidet		
Kvalitet i pasientforløp	[0,4] = Dårlig	[5,8] = Godt
[0,2] = Dårlig	90 %	70 %
[3,4] = Godt	10 %	30 %

Tallene i klammer refererer til indeks-score. Kvalitet i pasientforløp refererer til summen av samhandling om tre pasientforløp og samhandling for kronisk syke.

Vedlegg 2 Respondenter på spørreundersøkelse

Deltagende helseforetak

Helseforetak
Akershus universitetssykehus HF
Helgelandssykehuset HF
Helse Bergen HF
Helse Finnmark HF
Helse Fonna HF
Helse Førde HF
Helse Nordmøre og Romsdal HF
Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Stavanger HF
Helse Sunnmøre HF
Nordlandssykehuset HF
Oslo universitetssykehus HF
St. Olavs Hospital HF
Sunnaas sykehus HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF

Deltagende kommuner

Kommune	Kommunenummer
Alstahaug	1820
Alta	2012
Alvdal	438
Andøy	1871
Arendal	906
Asker	220
Askim	124
Audnedal	1027
Aukra	1547
Aure	1576
Balestrand	1418
Balsfjord	1933
Bamble	814
Berg	1929
Bjugn	1627
Bremanger	1438
Brønnøy	1813
Bykle	941
Bærum	219
Bø (Telem)	821
Bømlo	1219
Drammen	602
Drangedal	817
Eidsberg	125
Eidskog	420
Elverum	427
Etne	1211
Fauske	1841
Fitjar	1222
Flekkefjord	1004
Folldal	439
Fræna	1548
Froya	1620
Fusa	1241
Fyresdal	831
Førde	1432
Gáivuotna Kåfjord	1940
Gaular	1430
Gausdal	522
Gildeskål	1838
Giske	1532
Gjesdal	1122
Gran	534
Granvin	1234
Guovdageaidnu Kautokeino	2011
Halden	101
Hattfjelldal	1826
Haugesund	1106
Hemne	1612
Hemsedal	618
Hjelmeland	1133
Hof	714
Hole	612
Holmestrand	702
Horten	701
Hvaler	111
Hægebostad	1034
Høylandet	1743
Ibestad	1917
Inderøy	1729
Jevnaker	532
Karmøy	1149
Klepp	1120
Klæbu	1662
Kongsberg	604
Kongsvinger	402
Kristiansand	1001
Kristiansund	1505
Krødsherad	622
Kvam	1238
Kvinesdal	1037
Kvinnherad	1224

Lardal	728
Larvik	709
Leirfjord	1822
Leksvik	1718
Lenvik	1931
Levanger	1719
Lillesand	926
Lindesnes	1029
Lindås	1263
Lom	514
Lyngdal	1032
Lærdal	1422
Lørenskog	230
Malvik	1663
Masfjorden	1266
Meldal	1636
Melhus	1653
Meråker	1711
Midsund	1545
Modum	623
Molde	1502
Moss	104
Mosvik	1723
Namsos	1703
Nannestad	238
Narvik	1805
Nome	819
Nord-Aurdal	542
Nordre Land	538
Nordreisa	1942
Nore og Uvdal	633
Notodden	807
Nærøy	1751
Nøtterøy	722
Oppdal	1634
Oppegård	217
Orkdal	1638
Os (Hord)	1243
Radøy	1260
Randaberg	1127
Re	716
Ringebu	520
Ringerike	605
Ringsaker	412
Risør	901
Roan	1632
Rørøst	1640
Røyken	627
Råde	135
Saltdal	1840
Sande (Vestf)	713
Sandefjord	706
Sandøy	1546
Sauda	1135
Sel	517
Sigdal	621
Siljan	811
Sirdal	1046
Skaun	1657
Skedsmo	231
Skien	806
Skånland	1913
Smøla	1573
Snåsa	1736
Sogndal	1420
Sokndal	1111
Sola	1124
Spitsbergen	2111
Stavanger	1103
Steigen	1848
Steinkjer	1702
Stjørdal	1714
Stokke	720
Stord	1221
Strand	1130
Suldal	1134
Svelvik	711

Søgne	1018
Sør-Aurdal	540
Time	1121
Tingvoll	1560
Tokke	833
Tranøy	1927
Tromsø	1902
Trysil	428
Tvedestrand	914
Tydal	1665
Tynset	437
Tysvær	1146
Ullensaker	235
Ullensvang	1231
Ulvik	1233
Utsira	1151
Vang	545
Vanylven	1511
Vefsn	1824
Vennesla	1014
Verran	1724
Vestby	211
Vestvågøy	1860
Vindafjord	1160
Vinje	834
Vågan	1865
Våler (Hedm)	426
Øksnes	1868
Ørland	1621
Ørskog	1523
Øvre Eiker	624
Øyer	521
Øygarden	1259
Øystre Slidre	544
Ål	619
Ålesund	1504
Åmli	929
Åsnes	425

Vedlegg 3: Svarfrekvenser spørreundersøkelse

5: Avtaleverk om samhandling på system-/strategisk nivå (i tråd med rammeavtalen mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet)	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	87 %	94 %
Vet ikke/ikke aktuelt	13 %	6 %

5: Avtaleverk om samhandling på tjeneste-/operativt nivå (kriterier for vurderinger, rutiner for kommunikasjon, rutiner for møter/konsultasjoner, individuell plan o.a.)	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	93 %	100 %
Vet ikke/ikke aktuelt	7 %	0 %

5: Oppfølging av etterlevelse av avtaler om samhandling på tjeneste-/operativt nivå	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	89 %	100 %
Vet ikke/ikke aktuelt	11 %	0 %

5: Utvalg der toppledere i HF og kommuner møtes	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	87 %	100 %
Vet ikke/ikke aktuelt	13 %	0 %

5: Utvalg der mellomledere/klinikere i HF og helse og omsorgstjenesten i kommunene møtes	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	90 %	89 %
Vet ikke/ikke aktuelt	10 %	11 %

5: Samhandlingskoordinator/-sjef	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	75 %	100 %
Vet ikke/ikke aktuelt	25 %	0 %

8: Praksisplasser og hospiteringsordninger	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	90 %	144 %
Vet ikke/ikke aktuelt	10 %	6 %

8: Ambulerende team	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	94 %	100 %
Vet ikke/ikke aktuelt	6 %	0 %

8: Forsterkede sykehjem	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	84 %	72 %
Vet ikke/ikke aktuelt	16 %	28 %

8: Kurs- og opplæringsvirksomhet	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	93 %	100 %
Vet ikke/ikke aktuelt	7 %	0 %

8: Sykehusspesialisters faglige veiledning tilknyttet enkeltpasienter i helse og omsorgstjenesten i kommunene	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	88 %	89 %
Vet ikke/ikke aktuelt	12 %	11 %

8: Sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	63 %	44 %
Vet ikke/ikke aktuelt	37 %	56 %

8: Sykehusspesialisters etterspørsel etter pasientinformasjon fra helse og omsorgstjenesten i kommunene ut over fastlegene	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	72 %	56 %
Vet ikke/ikke aktuelt	28 %	44 %

8: Helse og omsorgstjenesten i kommunenes etterspørsel etter pasientinformasjon fra spesialisthelsetjenesten	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	89 %	61 %
Vet ikke/ikke aktuelt	11 %	39 %

11: Interkommunalt samarbeid om representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket	%
Gjennomført	92 %
Vet ikke/ikke aktuelt	8 %

11: Interkommunale driftsløsninger i utførelse av helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	%
Gjennomført	86 %
Vet ikke/ikke aktuelt	14 %

14: Hvor godt mener du helseforetaket og helse og omsorgstjenesten i kommunene alt i alt samhandler om pasientforløpet fra hjem til fastlege til poliklinikk?	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	96 %	100 %
Vet ikke / ikke aktuelt	4 %	0 %

16: Hvor godt mener du helseforetaket og helse og omsorgstjenesten i kommunene alt i alt samhandler om pasientforløpet fra hjem til legevakt til innleggelse på sykehus?	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	97 %	89 %
Vet ikke / ikke aktuelt	3 %	11 %

18: Hvor godt mener du helseforetaket og helse og omsorgstjenesten i kommunene alt i alt samhandler om pasientforløpet "ut" fra spesialisthelsetjenesten?	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	98 %	100 %
Vet ikke / ikke aktuelt	2 %	0 %

20: Hvor godt mener du helseforetaket og helse og omsorgstjenesten i kommunene alt i alt samhandler om helsetjenester til pasienter med kronisk sykdom med behov for innleggelser i sykehus	Kommuner	Helseforetak
Gjennomført	96 %	100 %
Vet ikke / ikke aktuelt	4 %	0 %

22-28 a: Avtaler og ledelse	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	100 %	98 %
Vet ikke/ikke aktuelt	0 %	2 %

22-28 b: Kunnskap og kompetanse	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	100 %	99 %
Vet ikke/ikke aktuelt	0 %	1 %

22-28 c: Samarbeidskultur/-klima	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	100 %	99 %
Vet ikke/ikke aktuelt	0 %	1 %

22-28 d: Bedre informasjonsteknologi	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	89 %	95 %
Vet ikke/ikke aktuelt	11 %	5 %

22-28 e: Endringer i finansieringssystemet for helseforetakene og/eller helse og omsorgstjenesten i kommunene

	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	83 %	93 %
Vet ikke/ikke aktuelt	17 %	7 %

22-28 f: Etablering/styrking av lokalmedisinske sentra

	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	94 %	98 %
Vet ikke/ikke aktuelt	6 %	2 %

22-28 g: Etablering/styrking av kommunale observasjons- og etterbehandlingssplasser (intermediære ordninger)

	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	89 %	96 %
Vet ikke/ikke aktuelt	11 %	4 %

22-28 h: Etablering/styrking av palliative enheter

	Helseforetak	Kommuner
--	--------------	----------

Gjennomført	0 %	95 %
Vet ikke/ikke aktuelt	100 %	5 %

22-28 i: Interkommunalt samarbeid om representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket

	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	0 %	95 %
Vet ikke/ikke aktuelt	100 %	5 %

22-28 j: Interkommunale driftsløsninger i utførelse av helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

	Helseforetak	Kommuner
Gjennomført	0 %	97 %
Vet ikke/ikke aktuelt	100 %	3 %