



RF – Rogalandsforskning. <http://www.rf.no>

Marianne Gundersen, Terje Lie, Ståle Opedal

Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste?

Evaluering av Samarbeidsprosjektet mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune

Rapport RF 2001/152

Prosjektets tittel: Evaluering av Samarbeidsprosjektet FHK
Oppdragsgivere: Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune

ISBN: 82-490-0131-1
Gradering: Åpen

RF – Rogalandsforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS – EN ISO 9001

Forord

Denne rapporten er en evaluering av et omfattende prosjekt mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune for å bedre samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Siktemålet med prosjektet har vært å iverksette tiltak som, basert på forpliktende avtaler mellom de tre samarbeidspartnerne, i sum vil gi en mer helhetlig pasientbehandling. RF-Rogalandforskning har evaluert samarbeidsprosjektet på oppdrag av partene i samarbeidet; Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune. Rapporten er skrevet av Marianne Gundersen, Terje Lie og Ståle Opedal, alle RF-Rogalandforskning. Avsnitt 1.2 i kapittel 1 er skrevet av Inger Magnusson Hauge og Bjørg Røstbø i prosjektteamet for samarbeidsprosjektet.

Sentrale spørsmål i evalueringen er om tiltakene i prosjektet har sikret klare og tydelige ansvarsforhold mellom første- og annenlinjetjenesten, og om samarbeidet er bedret gjennom hensiktsmessige rutiner for kompetanseoverføring og informasjonsoverføring. Det er også foretatt en kort vurdering av prosjektets overføringsverdi i forhold til andre kommuner og fylkeskommuner og om det bør foretas justeringer i de foreliggende avtalene. Til sist har vi kort drøftet hvordan det kan innføres en form for regelmessig egevaluering av den praktiske oppfølgingen av avtalene.

Det primære fokuset i evalueringen har vært de erfaringer som er høstet gjennom pilottesting av avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner og fagrapporter. Det er også foretatt en vurdering av avtalen om spesialopplæring, men her har vi ikke hatt tilgang på erfaringer høstet gjennom et pilotprosjekt.

Vi vil takke alle informantene ved Fylkessjukehuset i Haugesund og i kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy som velvillig har stilt opp for intervjuer. Mange har også måttet besvare et omfattende spørreskjema i en hektisk og travel hverdag. Takk til dere også. En særlig takk til prosjektteamet som har sørget for at all innhenting av informasjon har skjedd på en effektiv og trivelig måte.

Stavanger, juli 2001

Terje Lie,
prosjektleder

Innhold

INNLEDNING	10
1.1 Tema for evalueringen	10
1.2 Nærmere beskrivelse av bakgrunn, faser og arbeidsform i utviklingsarbeidet	11
2 METODE OG DATAMATERIALE.....	18
2.1 Rapportens oppbygning.....	19
3 INN- OG UTSKRIVINGSPLANLEGGING	20
3.1 Pilotprosjektet.....	21
3.2 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen om inn- og utskrivingsplanlegging	24
3.3 Utfordringer i pilotprosjektet	31
3.4 Diskusjon av den kvantitative delen.....	32
3.5 Oppsummering	33
4 SPESIALOPPLÆRING I SAMARBEIDSPROSJEKTET FHK	35
4.1 Før-situasjonen – problemer knyttet til spesialopplæring	35
4.2 Hvor godt egnet er avtalen til å løse samarbeidsproblemene?	36
4.3 Utfordringer.....	37
4.4 Oppsummering	37
5 IVERKSETTING, VIDEREUTVIKLING OG OVERFØRINGSVERDI.....	38
5.1 Utfordringer ved iverksetting av avtalene	38
5.2 Behov for videreutvikling av avtalene?	42
5.3 Hvordan egenevaluere oppfølgingen av avtalene?.....	43
5.4 Overføringsverdi for andre kommuner?.....	44
6 KONKLUSJONER.....	46
VEDLEGG 1 – OVERSIKT OVER TILGJENGELIG SKRIFTLIG MATERIALE FRA SAMARBEIDSPROSJEKTET FHK	50
VEDLEGG 2 – AVTALE OM HOSPITERING.....	52

VEDLEGG 3 – AVTALE OM INN- OG UTSKRIVINGSPLANLEGGING OG FLYTSKJEMA	55
VEDLEGG 4 – AVTALE OM SPESIALOPPLÆRING OG FLYTSKJEMA.....	66
VEDLEGG 5 – AVTALE OM OPPRETTELSE AV SAMARBEIDSUTVALG.....	76
VEDLEGG 6 – SKJEMA FOR AVVIKSMELDING I FORHOLD TIL AVTALENE.....	79
VEDLEGG 7 – SPØRRESKJEMA.....	80

Tabeller

<i>Tabell 1. Generelle erfaringer med pilotprosjektet. Ansattes oppfatning. Prosent.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabell 2. Hvilke tiltak ble gjennomført som del av pilotprosjektet ved utskrivning fra FiH. Svar fra deltakere i pilotprosjektet. Prosent.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabell 3. Hvilke tiltak ble gjennomført som del av pilotprosjektet ved innleggelse ved FiH. Svar fra deltakere i pilotprosjektet i prosent.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabell 4. Påstander om erfaringer ved pilotprosjektet. Personer der 60% eller flere er enige i påstandene.</i>	<i>29</i>
<i>Tabell 5. Påstander om erfaringer ved pilotprosjektet. Påstander der mindre enn 60% er enige.</i>	<i>30</i>
<i>Tabell 6. Utfordringer i pilotprosjektet. Ansatte etter grad av enighet i påstander om utfordringer. Prosent</i>	<i>31</i>

Sammendrag

Fylkessjukehuset i Haugesund og kommunehelsetjenesten i Haugesund kommune og Karmøy kommune har i perioden 01.09.1998 – 31.08.2001 gjennomført et omfattende prosjekt for å bedre samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste (Samarbeidsprosjektet FHK). Hensikten med prosjektet har vært å prøve ut nye og nærmere samarbeidsformer mellom 1 og 2 linjetjenesten samt å sikre en optimal utnyttelse av ressursene i helsetjenesten. Hovedmålet har vært å iverksette tiltak som, basert på forpliktende avtaler mellom de tre partene, i sum vil gi pasienter og brukere en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av forvaltningsnivåene.

Det primære fokuset i evalueringen har vært de erfaringer som er høstet gjennom pilottesting av avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner og fagrappporter. Avtalen gjelder pasienter som allerede har kommunale helse- og omsorgstjenester ved innlegging eller som vil få behov for dette ved utskriving.

Det er også foretatt en vurdering av avtalen om spesialopplæring, men her har vi ikke hatt tilgang på erfaringer høstet gjennom et pilotprosjekt. Evalueringen er dermed basert på erfaringer fra noen få tilfeller der rutinen er benyttet, samt ulike aktørers vurderinger av avtalens innhold, relevans og nytteverdi. Videre er det foretatt en kort vurdering av prosjektets overføringsverdi i forhold til andre kommuner og sykehus, samt foretatt en vurdering av om det bør foretas justeringer i de foreliggende avtalene. Til sist har vi vurdert hvordan det kan innføres en form for regelmessig egevaluering av den praktiske oppfølgingen av avtalene.

Evalueringen er basert på et omfattende skriftlig materiale, 20 personlige intervjuer og en spørreskjemaundersøkelse til enheter og avdelinger som har deltatt i pilotprosjektet med inn- og utskrivingsplanlegging. Noe av det skriftlige materialet fra selve utviklingsarbeidet er gitt i vedlegg til denne rapporten. I vedlegg fremgår også en oversikt over viktige skriftlige dokumenter som er utarbeidet i samarbeidsprosjektet.

Resultater

Evalueringen av pilotprosjektet med *inn- og utskrivingsplanlegging* viser at erfaringene i overveiende grad er gode. De ansatte er blitt mer positive til samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten og dialogen er blitt bedre mellom tjenestenivåene. Utviklingsarbeidet har virket bevisstgjørende og har skapt bedre forståelse for hverandres arbeidssituasjon. Et stort flertall av de ansatte mener at pilotprosjektet har klargjort hva som er den enkeltes ansvar ved inn- og utskriving av pasienter. Det er bred oppslutning blant de ansatte om behovet for å endre rutinene for samarbeid.

Ved utskriving blir pasientene nå meldt i god tid. På den måten får kommunene bedre tid til å planlegge et tilpasset tilbud ved utskriving av pasienter. Nettverksmøter med pasient og pårørende i forkant av utskrivelse gir en fin anledning til å sette seg inn i pasientens problemstillinger samtidig som man fra kommunens sin side får formidlet det reelle omsorgstilbudet. Fagrappporter følger også i stor grad med pasientene ved utskriving. Utsendelse av foreløpig epikrise skjer for en stor del samme dag som

pasienten blir utskrevet. Derimot synes ikke utsendelsen av fullstendig epikrise å skje særlig raskere enn før.

Når det gjelder gjensidigheten ved inn- og utskrivningsplanlegging kan man si at endringene i stor grad har skjedd på *utskrivningssiden*, hvor man har fått til et bedre samarbeid mellom tjenestenivåene.

Man har ikke oppnådd like gode resultater når det gjelder *innskrivning* av pasienter som har hjemmesykepleie og påfølgende rapportering fra omsorgstjenesten til sykehuset. Her er det fortsatt forbedringsmuligheter. Blant annet gjelder dette i forhold til telefonkontakt mellom primærlege og sykehuslege ved ØH-innleggelser og utarbeidelse av innleggelsesskriv fra primærlegens side ved denne type innleggelser. Informasjonsoverføringen ved innleggelse, blant annet om pasientens funksjonsnivå, kan bli bedre sett i lys av de ansattes erfaringer.

I spørreskjemaundersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvilken kjennskap de ansatte har til samarbeidsprosjektet og de inngåtte avtalene, hvilke erfaringer de har med avtalene og hvilke utfordringer de har støtt på.

Når det gjelder informasjon om Samarbeidsprosjektet FHK generelt svarer nær 60 prosent av de ansatte at de vurderer informasjonen som tilstrekkelig. Nøyaktig halvparten mener det samme om informasjonen de har fått om inn- og utskrivningsplanlegging. Det er imidlertid ganske store forskjeller mellom de tre partene i samarbeidet. De ansatte er mest fornøyd i Karmøy og ved Fylkessjukehuset i Haugesund med den informasjon de har fått. Dårligst informasjon synes de ansatte i Haugesund å ha fått. Evalueringen har derfor konkludert med at informasjonsarbeidet knyttet til avtalen om inn- og utskrivningsplanlegging kunne vært bedre.

Når det gjelder de ansattes erfaringer med spesifikke tiltak er resultatene for flere viktige tiltak meget gode. Av gode erfaringer vil vi spesielt nevne at pilotprosjektet har ført til; 1) et mer positivt samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten, 2) en bedre dialog mellom tjenestenivåene, 3) bedre klargjøring av ansvar ved inn- og utskrivning av pasienter og 4) at kommunen har fått bedre tid til å planlegge et tilpasset tjenestetilbud.

Andre erfaringer er ikke like gode. Dette gjelder blant annet: 1) pilotprosjektets bidrag til mer effektive inn- og utskrivningsrutiner, 2) prosjektets bidrag til større kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene ved overføring mellom 1 og 2 linjetjenesten, 3) i forhold til informasjon av pasientens funksjonsnivå før innleggelse og 4) at de pårørende mer aktivt trekkes med under forberedelsen til utskrivning av pasienten.

Erfaringene er dermed noe blandede. Mest positive er ansatte som har fått god informasjon. Resultatene viser at dess bedre informasjon de ansatte har fått, dess bedre er erfaringene. Blant de som arbeider turnus eller er deltidsansatt, er kjennskapet til samarbeidsprosjektet mindre og de har også dårligere erfaringer enn heltidsansatte.

Det er da også utfordringer knyttet til deltid og turnus de ansatte er mest opptatt av. I følge mange av de ansatte gjør deltidarbeid og turnus det vanskelig å følge opp de nye rutinene for inn og utskrivning av pasienter. Omkring en tredjedel av de ansatte mener at de nye reglene er vanskelige å følge i praksis.

Sammenfattet viser erfaringene fra pilotprosjektet med inn- og utskrivingsplanlegging at formålene i avtalen på flere områder er mulig å realisere. I et pilotprosjekt med begrenset omfang, kan man imidlertid ikke forvente at alle elementer faller på plass. Hensikten med et pilotprosjekt må være å teste ut de muligheter som ligger i de nye avtalene. Vi mener at pilotprosjektet i så måte viser lovende resultater. Pilotprosjektet har satt i gang en bred og bevisstgjørende prosess i retning av kvalitetsforbedring av rutinene ved inn og utskriving av pasienter.

Når det gjelder utprøving av avtalen om *spesialopplæring* har det vært meget få tilfeller i pilotperioden. Med forbehold om sparsomme erfaringer synes avtalen om spesialopplæring å være et viktig skritt for å nå målet om en mer helhetlig pasientbehandling. Avtalen gir et godt grunnlag for å løse problemer i forhold til pasienter med behov for avanserte helsetjenester i hjemmet. Det er trygt å ha avtalen om spesialopplæring å forholde seg til når man står overfor denne type problemstillinger.

I år 2001 har samarbeidsprosjektet FHK gått over i en *iverksettingsfase*. Fra å være et prosjekt skal avtalene nå følges opp av linjeorganisasjonene i 1 og 2 linjetjenesten.

Faktorer som øker sannsynligheten for en vellykket iverksetting av avtalene er følgende: 1) det er relativt bred enighet blant de ansatte om hva som er problemene i forholdet mellom 1 og 2 linjetjenesten, 2) det er formulert klare mål for hva man vil med avtalene og det er laget en detaljert rutinebeskrivelse for hver av avtalene, 3) de endringer det er lagt opp til gjennom avtalene er relativt moderate i forhold til tidligere rutiner, 4) det har vært relativt bred involvering fra grupper av ansatte som vil bli berørt av avtalene forut for selve iverksettingen, 5) de aller fleste av de ansatte ser nytteverdien av de tiltak som inngår i avtalene, 6) det er satt av ressurser til selve iverksettingen av avtalene, blant annet gjennom ansettelse av prosjektkoordinator og oppnevning av et Samarbeidsutvalg og 7) det er innebygget en form for intern kvalitetssikring i avtalene ved at hvert enkelt ledd i behandlingsskjeden kan bruke avtalen som utgangspunkt for å sjekke om foregående ledd har gjort det den er pålagt i avtalene.

Av faktorer som kan skape utfordringer for iverksettingen er: 1) at kjennskapet til innholdet i avtalene er nokså varierende, 2) pilotprosjektene har vært ganske avgrensede slik at det er relativt mange av virksomhetene i kommunene og på sykehuset som har få konkrete erfaringer med avtalene, 3) iverksettingen av avtalene skal skje i en hektisk hverdag der selv den minste endring kan bli oppfattet som en ekstrabelastning og 4) ytre forhold som omorganiseringen ved Fylkessjukehuset i Haugesund og problemer med sykehjemskapasitet i kommunene kan påvirke iverksettingen av avtalene.

Vi har også vurdert behovet for å foreta *justeringer* av avtalene nå. Her er responsen fra informantene nokså entydig: Det er behov for først å utprøve avtalene i praksis før en gjør justeringer i dem. Enkelte har imidlertid pekt på behovet for å lage en forenklet utgave av avtalene med tanke på spredning og formidling. Enkelte ønsker også et skjema som gir mer presis informasjon om pasientenes funksjonsnivå. Dette går imidlertid ikke direkte på innholdet i avtalene, men dreier seg primært om utvikling av fagrapportene. Til sist er det noen av informantene som ønsker rutiner for tilbakemelding om hvordan det går med den videre oppfølging av pasientene etter at de selv har overlatt pasienten til andre faggrupper.

Et viktig spørsmål er hvordan partene i samarbeidet skal evaluere oppfølgingen av avtalene, dvs foreta regelmessig *egnevaluering*. Vi vil foreslå at det oppnevnes et *panel* av deltakere fra Fylkessjukehuset og kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy. Selve oppnevningen av medlemmene og fastsettelse av mandat for panelet kan for eksempel Samarbeidsutvalget stå for. For å nå bredt ut bør sammensetningen i panelet være bredere enn Samarbeidsutvalget. For eksempel kan det tenkes at Samarbeidsutvalget hvert halvår avholder et evalueringsmøte sammen med panelet der sistnevnte rapporterer om hvordan det går med den praktiske oppfølgingen av avtalene. Etter 2-3 år bør det vurderes å foreta en brukerundersøkelse for å sjekke hvordan pasientene selv opplever behandlingen de får i 1 og 2 linjetjenesten.

Når det gjelder samarbeidsprosjektets *overføringsverdi* til andre kommuner og sykehus har vi vurdert denne i forhold til fire kriterier: Om problemet prosjektet har grepet fatt har relevans for andre kommuner og sykehus, om prosjektet har vært innovativt og frembrakt nye løsninger, at løsningene som er utviklet har generell interesse og ikke er for lokale i sin karakter og til sist om utviklingsarbeidet kan gjøres tilgjengelig for andre kommuner og sykehus. Alt i alt synes kriteriene for at samarbeidsprosjektet har overføringsverdi å være oppfylt. Et usikkerhetsmoment knytter seg imidlertid hvordan avtalene vil fungere i praksis når de også gjøres gjeldende for hele kommunehelsetjenesten i de to kommunene og for alle avdelingene ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Hvordan det vil gå med oppfølgingen av avtalene de nærmeste årene vil ha mye å si for prosjektets overføringsverdi.

Innledning

1.1 Tema for evalueringen

Fylkessjukehuset i Haugesund og kommunehelsetjenesten i Haugesund kommune og Karmøy kommune har i perioden 01.09.1998 – 31.08.2001 gjennomført et samarbeidsprosjekt for å samordne deler av den somatiske helsetjenesten (Samarbeidsprosjektet FHK). Hovedmålet med prosjektet har vært å iverksette tiltak som, basert på forpliktende avtaler mellom de tre partene, i sum vil gi en mer helhetlig pasientbehandling.

Samarbeidsprosjektet er gjennomført i tre faser; en utredningsfase, en fase med pilotprosjektet og inngåelse av forpliktende avtaler og en evalueringsfase. I utredningsfasen ble det utarbeidet fire rapporter med forslag til tiltak på områdene hospitering, spesialopplæring, fagrapporter og inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner. Deretter ble det gjennomført pilotprosjekter på områdene hospitering og inn- og utskrivingsplanlegging før det ble inngått forpliktende avtaler mellom partene på områdene hospitering, spesialopplæring og inn- og utskrivingsplanlegging. I tillegg er det inngått avtale om et eget permanent samarbeidsutvalg. Dette utvalgets hovedoppgave vil være å forestå nødvendig evaluering og revidering av avtaler, prosedyrer og tiltak som berører samarbeidet mellom de tre virksomhetene.

Evalueringen av samarbeidsprosjektet er dels basert på egevaluering foretatt av samarbeidsprosjektets prosjektteam og dels på en ekstern og uavhengig evaluering. Denne rapporten utgjør den eksterne evalueringen.

Utgangspunktet for den eksterne evalueringen har vært det overordnede mål som er formulert for prosjektet; nemlig ønsket om en mer helhetlig pasientbehandling. Dette målet er i prosjektet søkt realisert gjennom ulike tiltak for å utvikle et kompetansefelleskap mellom personellet i første- og annenlinjetjenesten (avtale om hospiteringsordning og avtale om spesialopplæring) og utvikling av kvalitetssikrede rutiner for hvordan samarbeidet skal skje mellom forvaltningsnivåene (avtale om inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner og fagrapporter). Sentrale spørsmål i evalueringen er om tiltakene har sikret klare og tydelige ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene, samt bedret samarbeidet gjennom hensiktsmessige rutiner for kompetanseoverføring og informasjonsoverføring. Gir tiltakene i sum en mer helhetlig pasientbehandling? Det er også foretatt en kort vurdering av prosjektets overføringsverdi i forhold til andre kommuner og fylkeskommuner, samt foretatt en vurdering av om det bør foretas justeringer i de foreliggende avtalene. Til sist har vi kort drøftet hvordan det kan innføres en form for regelmessig egevaluering av den praktiske oppfølgingen av avtalene ved sykehuset og de to kommunene.

Det primære fokuset i evalueringen har vært de erfaringer som er høstet gjennom pilottesting av avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner og fagrapporter. Det er også foretatt en vurdering av avtalen om spesialopplæring, men her har vi ikke hatt tilgang på erfaringer høstet gjennom et pilotprosjekt. Evalueringen er

dermed basert på erfaringer fra noen få tilfeller der rutinen er benyttet, samt ulike aktørers vurderinger av avtalens innhold, relevans og nytteverdi.

Samarbeidsprosjektet er basert på nettverksorganisering av forholdet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Kjennetegnet ved en slik organisering er at den ene part ikke kan diktere den annen, men i stedet må basere samarbeidet på frivillig inngåtte avtaler og prosedyrer. Utfordringen er nødvendigvis å utforme så sterke tiltak at de kan overvinne samarbeidsproblemer grunnet ulikheter i kultur og verdier. Utvikling av rutiner for informasjonsoverføring og dialog kan støte på profesjonsgrenser og organisasjonsgrenser som kan sette slike informative virkemidler på en hard prøve. Spørsmålet for evalueringen er om virkemidlene som er benyttet i samarbeidsprosjektet har vært sterke nok til å overvinne slike barrierer mot samarbeid. I samarbeidsprosjektet er det primært tatt i bruk tiltak som kan sikre overføring av informasjon og kompetanse mellom forvaltningsnivåene, samt inngåelse av avtaler som detaljert viser det ansvar partene har i behandlingsskjeden. Et supplement til de nevnte tiltakene kunne være å ta i bruk flere organisatoriske tiltak som etablering av felles akuttmottak ved sykehus, samlokalisering av poliklinikker med kommunale helsesentra og bruk av telemedisin og digitale helsekort. Også fastlegeordningen kan bedre samarbeidet gjennom bedre kjennskap til hvem som er pasientens primærlege.

1.2 Nærmere beskrivelse av bakgrunn, faser og arbeidsform i utviklingsarbeidet

Samarbeidsprosjektet FHK mellom Rogaland Fylkeskommune v/Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune startet opp 1. september 1998 og avsluttes 31. august 2001.

1.2.1 Bakgrunn

Prosjektet har sin bakgrunn i generalplan fase 1 for utvikling av de somatiske sykehusene i Rogaland, hvor samarbeid med primærhelsetjenesten er en av flere hovedstrategier for utvikling fremover. Etter forslag fra Haugesund kommune ble det i 1996 fattet vedtak i komité for helse- og sosialsaker i Rogaland om å søke Sosial- og helsedepartementet om midler til slikt prosjekt. Hensikten med prosjektet er å prøve ut nye og nærmere samarbeidsformer mellom 1. og 2. linjetjenesten samt å sikre en optimal utnyttelse av ressursene i helsetjenesten. Hovedmålet er å iverksette tiltak som, basert på forpliktende avtaler mellom de tre partene, i sum vil gi pasienter og brukere en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av forvaltningsnivåene. Prosjektet er tverrprofesjonelt og er avgrenset til den somatiske delen av helsetjenesten.

Resultater i prosjektet skal ha overføringsverdi til andre kommuner og sykehus.

De nye helselovene samt en rekke nyere og eldre offetlige dokumenter fremhever betydningen av samarbeid på tvers av profesjoner, enheter og forvaltningsnivåer. En kartlegging av samarbeidsrelasjonene mellom 1. og 2. linjetjenesten, som ble gjennomført i Sør-Rogaland i 1995, viser at samhandlingsproblemer i særlig grad er knyttet til oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med behov for helsetjenester som krever spesialkompetanse. Resultatet viser at oppfølgingen ofte er

preget av utydelighet i ansvar samt mangelfull koordinering og kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene.

Gjennom Samarbeidsprosjektet FHK ønsker Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune å imøtekomme de utfordringer det her vises til.

1.2.2 Organisering og finansiering

Samarbeidsprosjektet har vært organisert med en politisk og en administrativ styringsgruppe. Den politiske styringsgruppen har bestått av tre representanter fra Rogaland fylkeskommune, tre representanter fra Haugesund kommune, tre representanter fra Karmøy kommune samt en representant fra Den Norske Kreftforening. Den administrative styringsgruppen har bestått av en leder på høyt administrativt nivå fra hver av virksomhetene, en representant fra Fylkeslegen i Rogaland (observatørstatus) samt en felles representant fra fagorganisasjonene.

Prosjektteamet har bestått av prosjektleder og prosjektmedarbeider.

Prosjektet finansieres av Sosial- og helsedepartementet samt med like deler fra Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus har bidratt med økonomisk tilskudd til prosjekt.

1.2.3 Valg av arbeidsmetode

Det er et omfattende prosjekt som er iverksatt. Medvirkning og engasjement fra politisk nivå, toppledelse, linjeledere og fagpersonell er av avgjørende betydning for de resultater som oppnås i prosjektet. Organisering og valg av arbeidsmetode har til hensikt å sikre legitimitet og "eierskap" til de tiltak og forpliktende avtaler som er utarbeidet. Ved å sikre legitimitet og "eierskap" vil en i større grad sikre resultatene og skape gode forutsetninger for at prosessen fortsetter etter prosjektets slutt.

Informasjon og markedsføring er en annen viktig forutsetning for å lykkes med prosess og resultater i prosjektet. Målgruppe har primært vært politikere, ledere på ulike nivå og fagpersonell, men også eksterne kontakter og prosjekter. Hensikten er å synliggjøre utfordringene, gjøre tiltak og avtaler kjent, motivere og engasjere til samarbeid og at flere sykehus og kommuner skal kunne dra nytte av de erfaringer og resultater som fremkommer i prosjektet. Faktorer i prosjektet som f. eks. organisering, valg av arbeidsmetode og prosjektteamets rolle vil ha betydning, men også faktorer i den enkelte virksomhet som f. eks. organisasjons- og profesjonskulturer, organisering og lederskap, deltidsstillinger, interne rutiner for informasjon, omfattende omorganiseringer, samt at mange utviklings- og endringsprosjekter pågår, vil påvirke i hvilken grad en lykkes med å informere. For å imøtekomme utfordringene ble ulike tiltak iverksatt. I samarbeid med ledere og fagpersonell har prosjektteamet arrangert informasjonsmøter, seminar og kurs. Det er bygget opp et nettverk av kontaktpersoner og ressurspersoner i virksomhetene som er viktige informanter både internt i egne enheter, men også eksternt utenfor egen organisasjon. Kommuner i Fylkessjukehusets nedslagsfelt som ikke har deltatt direkte i prosjektet, er blitt invitert til møter hvert

halvår for informasjon og dialog om fremdrift og resultater i prosjektet. Det er jevnlig informert om prosjektets arbeid og fremdrift gjennom prosjektavisen FHK-Nytt og gjennom prosjektets hjemmeside på Internett: <http://web.nextel.no/fhk>

Dialog og erfaringsutveksling med andre som arbeider innen lignende prosjekt har vært av stor verdi for prosjektet. Prosjektteamet har deltatt både som deltakere og foredragsholdere på strategimøter, ulike nettverkssamlinger og konferanser og gjennom dette opparbeidet et viktig nettverk. Andre aktuelle og nyttige kontakter har vært Sosial- og helsedepartementet, Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, Kompetansesenter for IT i Helsevesenet (KITH), Fylkeslegen i Rogaland, Rogaland fylkeskommune v/Fylkesdirektør Helse, Praksiskonsulentordningen (PKO) samt Helsetjenestens Kvalitetsforum (NFKH).

Samarbeidsprosjektet FHK er delt inn i fem delprosjekter: *Hospitering, spesialopplæring, inn- og utskrivningsplanlegging, epikriserutiner og fagrappporter*. Prosjektet er tverrprofesjonelt og involverer de fleste kliniske yrkesgrupper. I valg av arbeidsmetode har en valgt å utnytte de ressurser, kunnskaper, erfaringer og idéer de ansatte representerer. Dette ivaretas gjennom å velge en gruppebasert metode hvor ledere og fagpersonell (leger, sykepleiere, terapeuter, kontorpersonell) både fra sykehuset og kommunehelsetjenesten organiseres i tverrprofesjonelle arbeidsgrupper. Ledere og fagpersonellet er dermed viktige premissleverandører og har en sentral rolle i den praktiske utformingen av tiltakene.

For å nå hovedmålsettingen og for å øke samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten er det valgt to hovedstrategier. Den første strategien bygger på kunnskap om *uformelle mekanismers betydning i organisasjoner*. Strategien består i å iverksette ordninger som, foruten å heve kvaliteten direkte (og indirekte) av pasientbehandlingen, medvirker til at fagpersonellet i de tre organisasjonene etablerer nettverk. Formålet med å utvikle faglige nettverk og kompetansefellesskap, er å etablere relasjoner mellom de ansatte for å sikre at ansatte på alle nivå kjenner til de problemer, behov og utfordringer pasienter, kolleger og annet fagpersonell har. Gjennom å utvikle faglige nettverk vil en også få en kompetanseheving av personalet, både i kommunehelsetjenesten og ved sykehuset. De delprosjekter som omfattes av denne strategien er *hospitering og spesialopplæring*.

Den andre strategien bygger på kunnskap om *formelle mekanismers betydning for organisasjoners måloppnåelse*. Gjennom regelverk og formelle systemer skapes en "oppskrift" på hvordan organisasjonsatferden skal struktureres. Hensikten er å kvalitetssikre at de ansatte på sykehuset og i kommunehelsetjenesten utfører sitt arbeid på en slik måte at det sikrer pasientens behov for en helhetlig behandling.

Kvalitetssikringen bygger på at personalet, på et felles faglig grunnlag, etablerer faste og etterprøvbare rutiner for samhandling om konkrete pasienter eller pasientgrupper og at svikt i rutinene følges opp med avviksregistrering. De delprosjekter som omfattes av denne strategien er *spesialopplæring, inn- og utskrivningsplanlegging, epikriserutiner og fagrappporter*.

1.2.4 Faser

Prosjektet har arbeidsmessig vært delt inn i tre faser. I første fase ble tiltak utredet og forpliktende avtaler ble utarbeidet. I andre fase ble tiltakene prøvd ut som pilotprosjekt i utvalgte enheter. I tredje fase evalueres prosess og resultat i prosjektet samt at tiltakene og de forpliktende avtalene implementeres ved samtlige enheter ved FiH og i kommunene Haugesund og Karmøy.

Fase 1 (Utredningsfasen) hadde en varighet fra 1. september 1998 – 29. februar 2000. Prosjektteamet arbeidet den første tiden med å identifisere og avgrense oppdraget, etablere nettverk og med å informere og markedsføre prosjektet. Videre ble det arbeidet med å bli kjent med og å etablere dialog med ledere og fagpersonell i de virksomhetene som deltar i prosjektet. Det ble opprettet tverrprofesjonelle arbeidsgrupper innen de ulike delprosjekt med tilnærmet lik representasjon fra sykehuset og fra de tre virksomhetene som deltar i prosjektet. Prosessen og arbeidet i gruppene ble startet opp gjennom et felles startseminar. Seminaret hadde til hensikt gjennom informasjon om prosjektet og gjennom ulike foredrag omkring temaet ”Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten” å motivere og gi felles grunnlag for oppdraget i arbeidsgruppene.

Med utgangspunkt i en kartlegging av nå-situasjonen samt i sentrale føringer som bl.a. fremkommer i de nye helselovene, aktuelle forskrifter og NOU rapporter, drøftet arbeidsgruppene ulike tiltak for å sikre et mer fremtidsrettet og helhetlig helsetjeneste. Begrepet ”helhetlig helsetjeneste” ble definert som samordning, kontinuitet og faglig god kvalitet i tjenestetilbudet. Den enkelte arbeidsgruppene utnevnte leder og sekretær og det ble utarbeidet en fremdriftsplan. Flytskjema ble benyttet som verktøy for å skape oversikt over pasientforløp og informasjonsflyt. Ledere fra hver av arbeidsgruppene møttes jevnlig sammen med prosjektteamet for dialog og samordning mellom de ulike delprosjektene. Prosjektteamets rolle var å være coach og koordinator samt å støtte arbeidsgruppene i metode, plan og struktur.

Arbeidsgruppenes mandat var, med utgangspunkt i prosjektets hovedmålsetting, å utarbeide *forslag til tiltak* innen de ulike delprosjekt samt å utarbeide *forslag til forpliktende avtaler*.

Tiltak som er utarbeidet innen delprosjektet hospitering har til hensikt å skape gode forutsetninger for samarbeid gjennom faglige nettverk og kompetansefelleskap. Innen delprosjekt spesialopplæring, inn- og utskrivningsplanlegging, epikriserutiner, og fagrapporter, handler tiltakene i hovedsak om fire kjerneområder:

- *Tydighet i ansvar*
- *Rutiner for kommunikasjon og informasjon*
- *Rutiner for kompetanseoverføring*
- *Holdningsendrende tiltak*

Tiltakene ble beskrevet i delrapportene ”Forslag til tiltak” og sendt ut på høring ved Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH), Haugesund kommune og Karmøy kommune samt til Fylkesdirektør Helse i Rogaland fylkeskommune, Fylkeslegen i Rogaland og Den Norske Kreftforening.

Med bakgrunn i de forslag til tiltak og avtaler som var utarbeidet ble følgende forpliktende samarbeidsavtaler inngått mellom partene:

□ *Avtale om hospitering* (Se vedlegg)

Avtalen legger til grunn en hospiteringsmodell hvor gjensidighet mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten og fokus på hele pasientforløpet står sentralt. Avtalen omfatter helsepersonell på ulike nivåer og er avgrenset til den somatiske helsetjenesten. Hospiteringen omfatter veiledet praksis, teoretisk undervisning, oppfølging og dokumentasjon. Hver av partene har ansvar for å prioritere midler og å sikre hospitering som metode innenfor virksomhetenes årlige budsjett og planarbeid.

□ *Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging* (Se vedlegg, her fremgår også flytskjema)

Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging omhandler rutiner for kommunikasjon og en tverrfaglig planlegging og utveksling av pasient/brukerinformasjon mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten ved innleggelse ved sykehuset og ved utskrivning til kommunalt helsetjenestetilbud. Avtalen omhandler i tillegg de rutiner som skal være gjeldende mellom partene i forhold til henvisningsskriv, epikriser og fagrapporter. Avtalen gjelder ved overføring av somatiske pasienter/brukere mellom FiH, Haugesund kommune og Karmøy kommune i forhold til enkeltpersoner som allerede har kommunale helse- og omsorgstjenester, eller som etter vurdering vil få behov for dette ved utskrivning fra sykehuset.

□ *Avtale om spesialopplæring* (Se vedlegg, her fremgår også flytskjema)

Spesialopplæring er å forstå som undervisning og kortvarig opplæring av helsepersonell, pasienter/brukere og pårørende i forhold til spesielle prosedyrer knyttet til enkeltpasienter/ brukere med behov for avanserte helsetjenester. Avtalen gjelder i forhold til pasienter/brukere som etter en tverrfaglig vurdering har behov for avanserte helsetjenester ved utskrivning til hjemmet eller til institusjon. Avtalen fremhever en tydelig ansvarsfordeling samt rutiner som sikrer kompetanseoverføring og et nært samarbeid mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten både før og etter utskrivning fra sykehuset. De rutiner som fremkommer i avtalen er å forstå som tillegg til de rutiner som fremgår i avtale om inn- og utskrivningsplanlegging.

Fase 2 (Tilpasningsfasen) hadde en varighet fra 1. mars 2000 – 31. desember 2000. I denne fasen ble tiltakene prøvd ut som pilotprosjekt i utvalgte enheter innen Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune. Strategien som ble utarbeidet for pilotprosjektene følger KISS-prinsippet – ”keep it small and simple”. Ved å prøve ut tiltakene i et begrenset omfang, ønsker en å skape "det gode eksempel" med overføringsverdi til de andre enhetene. Tiltakene som skulle prøves ut, og strategi for implementeringen, ble gjennom informasjonsmøter og dialog gjort kjent for ledere og fagpersonell i de tre virksomhetene. Aktuelle maler og dokumenter ble utarbeidet og tilpasset den enkelte virksomhet. Det ble videre utarbeidet *rutiner for avviksregistrering og evaluering* av tiltakene.

Enheter både ved sykehuset og i kommunene ble gjennom prosessen motivert og meldte sin interesse for å delta i pilotprosjekt.

Følgende enheter ble utnevnt som *pilotprosjektenheter*:

Pilotprosjektet Hospitering:

Fylkessjukehuset i Haugesund: Medisinsk avdeling Post 1, Lærings- og Mestringscenteret ved Medisinsk avdeling Post 1, Terapeutavdelingen

Haugesund kommune: Servicekontoret, Bjørgene sykehjem, Hjemmebaserte tjenester Distrikt Sør, Ergo- og fysioterapitjenesten

Karmøy kommune: Institusjoner og hjemmebaserte tjenester i Sone 3, Rehabiliteringstjenesten

Pilotprosjektet Spesialopplæring:

Fylkessjukehuset i Haugesund: Onkologisk dagenhet, Smertepoliklinikken, Terapeutavdelingen

Haugesund kommune: Hele kommunen via Servicekontoret, Ergo- og fysioterapitjenesten

Karmøy kommune: Institusjoner og hjemmebaserte tjenester i Sone 1 og 2, Rehabiliteringstjenesten.

Pilotprosjektet Inn- og utskrivningsplanlegging, Epikriserutiner og Fagrapporter:

Fylkessjukehuset i Haugesund: Nevrologisk avdeling, Terapeutavdelingen

Haugesund kommune: Servicekontoret, Hjemmebaserte tjenester Distrikt Sør, Haraldsvang sykehjem Distrikt Nord, Ergo- og fysioterapitjenesten

Karmøy kommune: Institusjoner og hjemmebaserte tjenester i Sone 4 og 5, Rehabiliteringstjenesten.

Linjeledelsen var ansvarlig for gjennomføring av de ulike pilotprosjektet og for innføring av avtalene. Det ble utnevnt kontaktpersoner innen hvert enkelt pilotprosjekt. Kontaktpersonene var pådrivere og ressurspersoner og var sammen med leder ansvarlig for gjennomføringen av pilotprosjektet. Kontaktpersoner fra sykehuset og kommunene møttes jevnlig sammen med prosjektteamet for dialog og samordning av rutiner og for å drøfte eventuelle avvik. Prosjektteamet støttet prosessen gjennom informasjon, dialog og praktisk tilrettelegging.

Fase 3 (Evalueringsfasen) har en varighet fra 1. januar 2001 – 31. august 2001. I denne fasen evalueres prosess og resultat i prosjektet samt at tiltakene og de forpliktende avtalene implementeres ved samtlige enheter i de tre virksomhetene som deltar i

prosjektet. RF-Rogalandforskning har hatt oppdraget med å gjennomføre en ekstern evaluering av de erfaringer som er høstet gjennom pilottesting av avtale om inn- og utskrivningsplanlegging samt en vurdering av avtale om spesialopplæring. Prosjektteamet har ansvar for å evaluere pilottesting av avtale om hospitering. Evalueringen vil til dels være *beskrivende*, dels bestå i en *vurdering* av forholdet mellom mål, tiltak og erfaringer. RF-Rogalandforskning vil primært ha ansvar for den vurderende delen, mens prosjektteamet har ansvar for en nærmere beskrivelse av prosesser og resultater.

Avtalene som er inngått mellom partene og som er prøvet ut som pilotprosjekt, er fra 1. mai 2001 gjeldende for samtlige enheter ved Fylkessjukehuset i Haugesund, i Haugesund kommune og i Karmøy kommune. Prosjektteamet støtter implementeringen av avtalene i samtlige enheter ved sykehuset og i de to kommunene som har deltatt i prosjektet.

Erfaringer fra andre utviklingsprosjekt viser at en avslutning av prosjekt representerer en kritisk situasjon. Ledere og fagpersonell har vist et stort engasjement og bidratt med betydelige ressurser i dette viktige prosjektet. Prosjektet har møtt stor velvilje både politisk og administrativt for å sikre at prosess og resultat følges opp og fortsetter etter prosjektes slutt. Ulike tiltak er iverksatt. Partene har et felles ansvar for å sikre avtalene gjennom økonomiske prioriteringer og for at avtalene innarbeides i virksomhetenes planarbeid. Rutiner er utarbeidet for avviksregistrering og for at avvik i rutinene følges opp. Avtalene evalueres halvårlig.

Videre er det inngått avtale mellom partene om å opprette et fast samarbeidsutvalg (Se vedlegg). Samarbeidsutvalget har en sammensetning av ledere og fagpersonell med to representanter fra hver av virksomhetene samt en felles representant fra fagorganisasjonene. Prosjektkoordinator har oppdrag som sekretær i samarbeidsutvalget. Samarbeidsutvalgets myndighet og mandat er å påse at avtale om inn- og utskrivningsplanlegging, hospitering og spesialopplæring som er inngått mellom partene praktiseres etter intensjonen. Utvalget skal samle erfaring med bruken av avtaler samt ha ansvar for å forestå nødvendig evaluering og revisjon av avtaler, prosedyrer og tiltak som berører samarbeidet. Brukermedvirkning skal sikres gjennom regelmessig å innhente synspunkter fra aktuelle brukere/brukerorganisasjoner.

Det er ansatt en felles *prosjektkoordinator* mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune for ytterligere to år. Prosjektkoordinator skal i samarbeid med ledere og fagpersonell sikre fremdrift og resultater og at avtalene fungerer i det praktiske arbeidet mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

2 Metode og datamateriale

Evalueringen er basert på et omfattende skriftlig materiale, 20 personlige intervjuer og en spørreskjemaundersøkelse til enheter og avdelinger som har deltatt i pilotprosjektet med inn- og utskrivingsplanlegging. Metodisk er evalueringen gjennomført i tre faser:

- *Forstudie.* I denne fasen ble det gjennomført intervjuer med et mindre utvalg personer som har deltatt aktivt i prosjektet. Denne intervjurunden omfattet representanter for politisk styringsgruppe, administrativ styringsgruppe, ledere av arbeidsgrupper og personell som aktivt har vært med i pilotprosjektene. Med i denne fasen hørte også en gjennomgang av foreliggende skriftlig materiale fra prosjektet. Totalt ble det gjennomført 13 intervjuer, samt samtaler med prosjektteamet.
- *Spørreskjemaundersøkelse.* For å nå bredere ut ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte på Fylkessjukehuset i Haugesund og i Haugesund kommune og Karmøy kommune. Undersøkelsen omfattet personell som har vært engasjert i utprøving av pilotprosjektet med inn- og utskrivingsplanlegging (nevrologisk avdeling og terapeutavdelingen ved Fylkessjukehuset i Haugesund, sone 4 og 5, hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester og rehabiliteringstjenesten i Karmøy kommune og i Haugesund kommune distrikt sør, hjemmebaserte tjenester og distrikt nord, Haraldsvang sykehjem, samt ergo-fysioterapitjenesten og servicekontoret i Haugesund kommune. Totalt ble 73 spørreskjema delt ut med en svarprosent på 71 prosent.
- *Utfyllende intervjuundersøkelse.* Parallelt med spørreskjemaundersøkelsen ble det foretatt ytterligere intervjuer. Disse gikk mer i dybden når det gjelder erfaringer fra pilotprosjektene og om det er behov for videreutvikling og justeringer i avtalene. Totalt ble det gjennomført 7 intervjuer i denne runden.

De tre fasene i evalueringen ble gjennomført etter denne framdriftsplanen.

	Mars	April	Mai	Juni
Forstudie: Intervjuer Dokumentstudie	Uke 13 Uke 12			
Spørreskjemaundersøkelse:		Uke 16 Uke 17		
Intervjuundersøkelse			Uke 18/19	

2.1 Rapportens oppbygning

Kapittel 3 inneholder en beskrivelse og vurdering av erfaringene med avtalene om inn- og utskrivingsplanlegging. Evalueringen av pilotprosjektet med inn- og utskrivingsplanlegging er basert på spørreskjemadata og intervjudata. Kapittel 4 inneholder en vurdering av avtalen om spesialopplæring. Vurderingen av avtalen er primært basert på intervjudata. Kapittel 5 gjør kort rede for utfordringer ved iverksetting av avtalene for hele virksomheten ved sykehuset og kommunehelsetjenesten, hvorvidt det er behov for justeringer i avtalene og hvilken overføringsverdi samarbeidsprosjektet kan ha for andre kommuner og fylkeskommuner. Til sist har vi kort nevnt en metode som kan anvendes ved innføring av regelmessig egnevaluering av avtalene. Kapittel 6 inneholder rapportens konklusjoner.

3 Inn- og utskrivingsplanlegging

Avtalen om inn- og utskrivningsplanlegging mellom FiH og kommunene gjelder pasienter som allerede har kommunale helse- og omsorgstjenester ved innlegging eller som vil få behov for dette ved utskrivning. Avtalen er nedfelt i et avtaledokument underskrevet av FiH og de respektive kommunene.

Målet med avtalen er:

- Sikre en tydelig ansvarsplassering og god planlegging mellom FiH, Haugesund kommune og Karmøy kommune.
- Sikre pasient/bruker samordning og utbytte av helsetjenester som ytes fra 1 og 2 linjetjenesten.
- Sikre pasientens/brukers behov for forutsigbarhet og kontinuitet ved overflytting mellom 1. og 2 linjetjenesten.
- Sikre pasienten/brukers rettigheter ved informasjonsoverføring.
- Sikre hensiktsmessige rutiner for informasjonsoverføring mellom 1. og 2 linjetjenesten og sikre at aktuell pasient/brukerinformasjon er tilgjengelig på det nivået hvor pasienten/bruker befinner seg.

Avtalen redegjør for ansvarsfordeling mellom partene ved utskrivning fra FiH og ved innleggelse på FiH.

Ved **utskrivning** fra FiH har sykehuset ansvar for 1) varsling om behov for kommunale tjenester, 2) tverrfaglig vurdering som grunnlag for ferdigbehandlet status, 3) nettverksmøter, 4) søknad om kommunale tjenester, 5) utsendelse av fagrapporter og 6) utsendelse av epikriser.

Kommunens ansvar ved utskrivning er å starte forberedelser til å møte pasientens hjelpebehov og delta i nettverksmøter når FiH innkaller til dette.

Kommunens ansvar ved **innleggelse** ved FiH er spesifisert for øyeblikkelig hjelp innleggelser og planlagte innleggelser.

Innleggelser som øyeblikkelig hjelp (ØH) bestemmes av primærlege. Det skal alltid være telefonkontakt mellom innleggende lege og vakthavende lege ved FiH ved slike innleggelser og det skal følge et innleggingsskriv med pasienten.

Vakthavende sykepleier ved hjemmetjenesten har ansvar for at det følger en sykepleiesammenfatning med pasienten.

Fylkessykehusets ansvar ved ØH-innleggelser er å innhente nødvendige opplysninger fra hjemmetjenesten og pasientansvarlig primærlege. Fylkessjukehuset skal i tillegg videreformidle informasjon om pågående fysio-/ergoterapibehandling i kommunen til postens lege/team for eventuell rekvisisjon.

Ved planlagte innleggelser har primærlegen som tidligere ansvar for å sende nødvendig legeinformasjon til FiH før innleggelse og for om pasienten har kommunale tjenester. Sykepleiesammenfatning skal følge fra institusjon eller hjemmetjenesten.

Både ved ØH-hjelp og planlagt innleggelse sendes informasjon om pågående behandlingsopplegg ved institusjon til FiH av lege og behandlende terapeuter.

3.1 Pilotprosjektet

Pilotprosjektet gjelder utprøving av forslag til tiltak knyttet til avtalene om inn- og utskrivingsplanlegging og spesialopplæring. Perioden for pilotprosjektet var 01.03.2000 – 31.12.2000. Erfaringene fra pilotprosjektet er innhentet gjennom personlige intervju med et utvalg personer som har deltatt i selve utprøvingen eller i planleggingen og utarbeidelsen av avtalen. Det er også innhentet erfaringer fra en spørreskjemaundersøkelse distribuert til et utvalg ansatte i de aktuelle kommuner og på avdelinger ved FiH.

3.1.1 Før-situasjonen – problemer knyttet til inn- og utskrivning

For å ta stilling til hvilke endringer pilotprosjektet eventuelt har bidratt med, skal vi først referere erfaringer fra forholdene slik de var før avtalen ble utprøvd.

En informant sier at prosjektet kom i stand fordi det var mye frustrasjon knyttet til manglende samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Pasienter var kasteball mellom forvaltningsnivåene. Ingen ville ta ansvar for situasjonen. Dette er et syn som støttes av flere informanter.

Erfaringene varierer en del fra ulike informanter. En del erfaringer går i retning av at samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og sykehuset var dårlig. Det har eksistert avtaler mellom første- og annenlinjetjenesten tidligere, men få hadde kjennskap til avtalen og den ble i begrenset grad fulgt. Det var en god del tilfeldigheter og lite forutsigbarhet.

Ved **innlegging** på sykehus hadde sykehuset nesten ingen informasjon om pasienten. Det var ingen informasjon om hvilke behov pasienten hadde for videreføring av treningsopplegg. Sykepleierapporter fra kommunen ved innleggelse uteble i en god del tilfeller. Sykehuset måtte ofte ringe til omsorgsavdelingene og etterlyse sykepleie- og fagrapporter. Det manglet ofte telefonkontakt mellom både hjem og institusjon. Sykehuset visste dermed lite om pasientens forhistorie ved innleggelse.

Manglende informasjon på sykehuset førte til at pasienten ble spurt flere ganger om sin situasjon.

Tidligere var det heller ingen avklaring av roller og hvem som hadde ansvaret for å innhentet eller avgi informasjon.

Også ved **utskrivning** var ansvarsforholdene noe uklare. Det hevdes at FiH nærmest skulle bestemme hva kommunen skulle gjøre og styre kommunens ressurser mens sykehuset i realiteten viste liten forståelse for muligheter og begrensninger i

kommunene. Det kunne ofte være korte utskrivningsfrister, spesielt opp mot helgene. Dette gjorde det vanskelig å sette i verk nødvendige tjenester overfor pasienten, spesielt med hensyn til tekniske hjelpemidler. Det kunne oppstå kø av ferdigbehandlede pasienter uten at kommunen ville ta i mot dem. Det viktigste problemet ved utskriving var likevel at epikrisen fra sykehuslegen kom for sent, hevdes det. Konsekvensen av dette var at førstelinjetjenesten måtte spørre pasienten om alt på nytt.

Andre erfaringer fra pleie- og omsorgsavdelingene er mer nyanserte. Fra et distrikt som deltok i pilotprosjektet meldes det at man hadde et nært samarbeid med sykehuset og at det aldri var noe problem å følge opp tjenester overfor pasienter ved utskriving. Det var imidlertid viktig at kommunen satte klare grenser overfor sykehuset for hva man kunne tilby utskrevne pasienter. Etterhvert kom man fram til gode rutiner for samarbeidet med sykehuset.

Fra legehold er også erfaringene delte. Et par leger har ikke erfart problemer ved innleggelse til sykehuset og mener det ikke er skjedd endringer i rutiner etter pilotprosjektet. Ved utskriving kunne det oppstå problemer med epikrise, hvis innleggende lege ikke var pasientens faste lege. Epikrise ble da sendt til innleggende lege, men ikke til den faste legen.

Et annet problem var at epikrisene ofte kom for sent. Innholdet i epikrisene kunne være av varierende kvalitet. Det har i mange år vært praksis med foreløpige epikriser ved utskriving, men kvaliteten på disse kunne også variere mye.

Informantintervjuene viser at erfaringene var noe ulike i perioden før utprøving av de nye avtalene. I mange tilfeller var rutiner både for inn- og utskriving for dårlige og oppfølgingen var tilfeldig.

For primærlegene ser det ut til at innskrivning har fungert tilfredsstillende, mens det største problemet var epikriser fra sykehuset ved utskriving.

3.1.2 Erfaringer fra pilotprosjektet – kvalitative intervju

Flere informanter melder at erfaringene fra pilotprosjektet er gode. Pasientene blir nå meldt i god tid. Nettverksmøter med pasient og pårørende i forkant av utskrivelse gir en fin anledning til å sette seg inn i pasientens problemstillinger samtidig som man fra kommunens sin side får formidlet det reelle omsorgstilbudet. Samtidig får man også tydeliggjort for de pårørende deres ansvar for pasienten etter utskrivelsen. Totalt sett får man en klargjøring av forventninger i forkant av utskrivelsen og man får en mulighet til å skissere nye tiltak og løsninger. Fra kommunenes side ser man fram til at de andre sykehusavdelingene skal bli med. Dette skyldes at de ansvarlige i pleie- og omsorgsavdelingene merker stor forskjell i melderutinene fra avdelingen som har deltatt i pilot prosjektet og andre sykehusavdelinger. For ansvarlige i pleie- og omsorgsavdelingene vil avtalen ha betydning ved at man ved avvik fra rutinene vil kunne slå i bordet med at "slik skal det være".

I en kommune pekes det på at informasjonsflyten internt i kommunen mellom omsorgstjenesten og rehabiliteringstjenesten ikke fungerte godt nok i pilotprosjektet. Dette peker på en viktig side ved implementering av avtalen om inn- og

utskrivningsplanlegging. Det understrekes at en slik avtale ikke vil ha noe for seg, hvis den interne organiseringen i kommunehelsetjenesten ikke fungerer.

En representant for omsorgstjenesten i en av pilotkommunene mener at den viktigste erfaring man har tilegnet seg gjennom pilotprosjektet er betydningen av god samhandling mellom sykehuset og omsorgstjenesten. Dette er ikke minst viktig i forkant av utskriving av pasienter som har omfattende behov for omsorg.

En representant for ergoterapeutene ved sykehuset rapporterer om gode erfaringer fra pilotprosjektet. Gjennom deltaking i pilotprosjektet ble partene bedre kjent med hverandre og det ble mye lettere å ta kontakt med andre samarbeidsparter. Medarbeiderne har fått et større uformelt nettverk som letter samarbeidet. Det er nå større klarhet i arbeids- og ansvarsfordeling. Blant annet er ansvaret for bestilling av tekniske hjelpemidler mer avklart.

Når det gjelder gjensidigheten i rutiner omkring inn- og utskriving kan man si at endringene i stor grad har skjedd på **utskrivingsiden**, hvor man har fått til en bedre samhandling, hevder en informant. En viktig side av pilotprosjektet var at den satte et fokus på avtaler. Dette er viktig for å kunne håndtere brukere på en fornuftig måte samtidig som man også må kunne utøve skjønn. Man kan si at prosessen, det å være en del av pilotprosjektet, har hatt stor betydning ved at man i omsorgstjenesten er blitt hørt og kjent, samtidig som flere ansatte fikk kunnskaper om avtalen. Det man har klart å oppnå gjennom pilotprosjektet var en **bedring i rutiner for varslingen av ny pasient til omsorgstjenesten**.

Når det gjelder integrering av rehabiliteringstjenester, fungerer dette som regel greit ved tydelige behov. Ved mindre behov blir dette ofte ivaretatt av ansatte i omsorgstjenesten under veiledning av fysioterapeutene. **Nettverksmøtene** er en side ved avtalen som har fått betydning for den helhetlige pasientbehandlingen. Samtidig er det viktig at man møter bruker der denne er, og prøver å avklare i forkant hva som skal være det sentrale i nettverksmøtene. En viktig side ved avtalen er at den vil kunne være konfliktdepende. Når avtalen ikke overholdes, skrives avviksmeldinger og man slipper konfliktfylte diskusjoner. Samtidig krever avtalen at man har respekt for hverandres arbeidssituasjon.

Man har ikke oppnådd like gode resultater, når det gjelder **innskriving** av pasienter som har hjemmesykepleie og påfølgende rapportering fra omsorgstjenesten til sykehuset. Her er det fortsatt et forbedringspotensiale.

Kommunen er ifølge avtalen om inn- og utskrivningsplanlegging på lik linje med sykehuset forpliktet til å formidle informasjon gjennom fagrapporten. På grunn av få innleggelser i pilotperioden fikk man få erfaringer på dette området, men generelt kan man si at det ved sykehusinnleggelser ikke er noen fortløpende kontakt mellom omsorgstjenesten og sykehuset. Dette har sykehuset formidlet at de har savnet.

Ved en sykehusavdeling bekrefter man at rutiner for innskriving er mindre vellykket. Det påpekes at henvisningsskriv fra innleggende lege noen ganger er ufullstendig. Primærlegen er en viktig instans ved innleggelser, men her kan det forekomme svikt. På sykehusavdelingen har man inntrykk av at det ikke har vært stor nok interesse blant primærlegene for pilotprosjektet. Andre informanter bekrefter at informasjonen fra

primærlegene kan ha vært noe mangelfull. Det pekes også på at det kan være vanskelig å få primærlege til å endre rutiner på kort sikt.

Endring av rutiner for **epikriser** var et viktig ledd i pilotprosjektet. Nøkkelen til endring i epikriserutiner ligger på sykehuset, hevder noen informanter. Sykehuset må endre sine rutiner for å få ferdig epikrisene i tide. Skrivestuekapasiteten blir knapp samtidig som papirarbeid må bli en naturlig del av virksomheten. Planlegging av nye rutiner ble gjennomført av en undergruppe i arbeidsgruppen for inn- og utskrivingsplanlegging.

Når det gjelder fullstendige epikriser er forbedringene ikke store, melder en sykehusavdeling, men man klarer å få ut epikrisene innen 4 uker. Den største forbedringen er skjedd gjennom en **foreløpig epikrise**. Denne epikrisen følger med pasienten og sendes til primærlege. Alle pasienter har nå en epikrise med seg når de forlater sykehuset. Epikrisen skrives på PC og er lett leselig.

3.2 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen om inn- og utskrivingsplanlegging

Svarfordeling

Det ble administrert 73 spørreskjema til de ansatte i førstelinjetjenesten i Haugesund og Karmøy kommune og til avdelingen ved FIH som deltok i pilotprosjektet. Av disse er 52 skjema returnert til Rogalandforskning, noe som gir en svarandel på ca 71 prosent.

Av de som har svart på spørreskjemaet er 80% sykepleiere, 10% er ergoterapeuter mens resten fordeler seg på ledere, saksbehandlere, fysioterapeut og lege (enkelte sykepleiere har også stilling som leder eller saksbehandler). Sykepleierne er den dominerende yrkesgruppen.

Sett i forhold til stillingsbrøk har 84 % en stilling på mellom 75-100% og ca 16 % har en stillingsbrøk mellom 50-75%. Fordelt på pilotdeltakerne arbeider 44% av de som har svart i førstelinjetjenesten i Karmøy, 27 % er ansatte i førstelinjetjenesten i Haugesund og 29 % er ansatt ved FIH.

Spørreskjemaet er vedlagt rapporten.

3.2.1 Kjennskap til Samarbeidsprosjektet FHK.

Når det gjelder kjennskap til Samarbeidsprosjektet FHK og hvem som har informert om pilotprosjektet med inn/utskrivingsplanlegging (spørsmål 5), sier 73 prosent at de har fått informasjonen fra ledelsen, 50 prosent sier de har fått informasjonen fra Prosjektteamet for Samarbeidsprosjektet FHK og 23 prosent sier de har fått informasjonen fra sine kolleger. (Summen bli her over 100% fordi den ansatte kan ha fått informasjon fra mer enn en part).

I spørreskjemaet blir også de ansatte selv bedt om å ta stilling til hvordan de vil bedømme den informasjonen de har fått om Samarbeidsprosjektet FHK (spørsmål 6a) og pilotprosjektet med inn- og utskrivingsplanlegging (spørsmål 6b).

Av de som har svart bedømmer 60 prosent informasjonen om **Samarbeidsprosjektet** som tilstrekkelig mens 50 prosent av bedømmer informasjonen om **inn/utskrivning i pilotprosjektet** som tilstrekkelig.

Arbeidssted har en del å si for bedømmelse av informasjonen. Ansatte i førstelinjetjenesten i Karmøy kommune og på FiH synes i større grad enn ansatte i Haugesund at informasjonen har vært tilstrekkelig. Dette gjelder både informasjon om samarbeidsprosjektet (spørsmål 6a) og om pilotprosjektet (spørsmål 6b).

For samarbeidsprosjektet bedømmer rundt 69 prosent av de ansatte i Karmøy samt FiH at informasjonen var tilstrekkelig mot bare 29 prosent i Haugesund. Forskjellen er nær i samme størrelsesorden når det gjelder informasjon om pilotprosjektet.

Det synes her klart at informasjonsarbeidet har sviktet noe i Haugesund.

På spørsmålet om kjennskap til innholdet i avtalen om inn- og utskrivningplanlegging inkludert epikrise rutiner (spørsmål 7a), sier ca 87 prosent ved FiH at de kjenner innholdet i avtalen godt eller svært godt. I Karmøy kommune er også denne høy, nærmere 80 prosent sier at de kjenner innholdet i avtalen godt/svært godt. Den største andelen av de som kjenner **mindre godt** til innholdet i avtalen for inn- og utskrivningplanlegging finner vi i Haugesund kommune med 50 prosent.

Det er bare mindre forskjeller mellom sykepleiere og andre ansatte når det gjelder bedømmingen av informasjon og kjennskap til pilotprosjektet.

Vi har sett på grad av kjennskap til innholdet i avtalen i spesialopplæring i forhold til arbeidsplass (spørsmål 7b). Rundt 74 prosent av de ansatte i Karmøy kommune som har deltatt i spørreskjemaundersøkelsen sier at de kjenner innholdet i avtalen om spesialopplæring svært godt eller godt mens bare 7 prosent av de ansatte fra FiH kjente innholdet. I Haugesund var heller ikke kjennskap til denne avtalen særlig bra, 28 prosent mener de kjente innholdet i avtalen.

I vurderingen av tallmaterialet må vi ta hensyn til at avtalen om spesialopplæring i praksis ikke ble prøvd ut i pilotprosjektet.

Sett i forhold til stillingsbrøk, viser resultatene at heltidsansatte har fått mer tilstrekkelig informasjon enn andre. Dette gjelder både informasjon om samarbeidsprosjektet og pilotprosjektet. Ved iverksetting i full skala bør en ta spesielle hensyn når det gjelder informasjonsarbeidet til personer som ikke er i full stilling.

3.2.2 Endringer som følge av pilotprosjektet

Gjennom spørreskjema har vi forsøkt å få et bilde av i hvilke **endringer** pilotprosjektet om inn- og utskrivningsplanlegging **generelt** medførte for de ansatte (spørsmål 8 til 12). Svaralternativene er inndelt i ”i stor grad”, ”i nokså stor grad”, ”i nokså liten grad”, ”liten grad” og ”vet ikke”. Vi vil her kommentere svarene generelt.

Drøyt halvparten av de spurte opplever at pilotprosjektet i stor grad eller nokså stor grad har tatt tak i problemene som de ansatte har opplevd i hverdagen (spørsmål 8).

På spørsmålet om de selv i stor grad/nokså stor grad har opplevd å få bruke de nye rutinene for inn/utskrivning av pasientene på en tilfredsstillende måte (spørsmål 9) svarte 40 prosent bekreftende.

På spørsmålet om pilotprosjektet har bidratt til å bedre egen arbeidssituasjon, (spørsmål 10) sier 20 prosent at de i stor grad /nokså stor grad er enige i dette.

Drøyt 45 prosent sier at de i stor grad/nokså stor grad opplevde at de ulike personalgruppene tok ansvar for oppgavene de fikk i pilot prosjektet (spørsmål 11). Samtidig sier drøyt 55 prosent at de har inntrykk av at det er bred oppslutning blant de ansatte om endringene av rutinene for inn/utskrivning av pasientene (spørsmål 12).

Svarene er gjengitt i tabell 1.

Tabell 1. Generelle erfaringer med pilotprosjektet. Ansattes oppfatning. Prosent

	I hvilken grad vil du si at pilotprosjektet har tatt tak i problemer du opplever i din arb situasjon?	Fikk du brukt de nye rutinene for inn- og utskrivning av pasienter på en tilfredsstillende måte?	I hvilken grad har pilotprosjektet bedret din arbeidssituasjon?	Har du inntrykk av at de ulike personalgruppene tok ansvar for de oppgaver de fikk?	Har du inntrykk av at det er bred oppslutning blant de ansatte om endringene i rutinene?
Stor/nokså stor grad	51,0 %	40,0 %	20,0 %	45,8 %	56,0 %
Liten/nokså liten grad	30,6 %	48,0 %	66,0 %	29,2 %	22,0 %
Vet ikke	18,4 %	12,0 %	14,0 %	25,0 %	22,0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Et stort flertall av de ansatte mener at pilotprosjektet ikke har bedret arbeidssituasjonen, men godt over halvparten har inntrykk av at pilotprosjektet har fått bred oppslutning. Nær halvparten mener også at pilotprosjektet har tatt tak i problemer de opplever i arbeidet. Det ser imidlertid ut til at ganske mange fortsatt ikke har tatt i bruk de nye rutinene på en tilfredsstillende måte.

Erfaringene basert på denne gruppen spørsmål viser et variert bilde. Svarene er imidlertid preget av at en del ansatte ikke har hatt tilstrekkelig informasjon om pilotprosjektet. Det er en nær sammenheng mellom svarene på spørsmål 6b om bedømming av informasjonen i pilotprosjektet og det de ansatte svarer om erfaringer (spm 8-12.). Dess mindre informasjon de ansatte har om pilotprosjektet og avtalene, dess dårligere erfaringer har de. Den motsatte tendensen er også tilstede: dess bedre ansatte er informert, dess mer positive erfaringer har de. Mange med dårlig informasjon svarer også 'Vet ikke' på spørsmål om erfaringer.

Dette bekrefter at godt informasjonsarbeid er viktig for en vellykket iverksetting av tiltak.

3.2.3 Tiltak gjennomført i pilotprosjektet

I denne delen av spørreskjemaet spør vi etter hvilke tiltak som ble gjennomført i pilotprosjektet i forbindelse med inn- og utskrivingsavtalen, spørsmålene 14 a – h.

I skjemaet er nevnt ni forskjellige tiltak om **utskrivning** til FiH og fem tiltak om **innleggelse** ved FiH.

Tabell 2 gir en oversikt over svarene som gjelder utskrivning fra FiH. I tabellen har vi tatt med de som har angitt i hvilken grad tiltak ble gjennomført samt de som svarte 'vet ikke'. Andel som svarte 'Uaktuelt' er holdt utenfor.

Tabell 2. Hvilke tiltak ble gjennomført som del av pilotprosjektet ved utskrivning fra FiH. Svar fra deltakere i pilotprosjektet. Prosent

	Det ble foretatt tidlig varslings	Varslet 24 timer før utskrivning av pasient med uendret hjelpebehov	Det ble foretatt tverrfaglig vurdering av pasientansvarlig lege og sykepleier før ferdigbehandling. status	Det ble gjennomført nettverksmøter ved sammenstilt problemstilling	Skriftlig søknad om kom. tjenester for ny bruker ble sendt straks status for ferdigbehandlet	Det ble foretatt utskrivning innen 7 virkedager etter kommunen var orientert om ferdigbehandling	Fagrapport fulgte pasientene til institusjon eller til hjemmetjenesten	Foreløpig epikrise fulgte pasienten samme dag som denne ble utskrevet
	%	%	%	%	%	%	%	%
Stor nok så stor grad	63,8%	70,8%	37,2%	31,1%	37,8%	35,6%	76,1%	55,1%
Liten nok så liten grad	12,8%		20,9%	33,3%	13,3%	17,8%	13,0%	22,4%
Vet ikke	23,4%	29,2%	41,9%	35,6%	48,9%	46,7%	10,9%	22,4%
I alt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Høyest grad av gjennomføring hadde tiltakene om tidlig varslings, fagrapporter og foreløpig epikrise. Prosentandelene ligger her mellom 55 og 76 prosent. Lav grad av gjennomføring hadde nettverksmøter ved sammensatte problem, skriftlig søknad om kommunale tjenester og utskrivning innen 7 virkedager etter at kommune ble orientert om dato for ferdig behandling. Her er det rapportert om mindre enn 50 prosents gjennomføring.

Tabell 2 viser gjennomføringen av tiltak i forbindelse med **innleggelse** ved FiH. Gjennomføringsgraden slik de ansatte vurderer tiltakene ligger mellom 30 og 46 prosent. Lavest grad av gjennomføring har innleggingsskriv fra primærlegen og telefonkontakt ved øyeblikkelig hjelp. Andelen 'vet ikke' var her svært høy. Gjennomføringsgrad av tiltaket om sykepleiesammenfatning er 46 prosent.

Tabell 3. Hvilke tiltak ble gjennomført som del av pilotprosjektet ved innleggelse ved FiH. Svar fra deltakere i pilotprosjektet i prosent

	Det var telefonkontakt mellom innleggende lege og vakthavende lege ved FiH ved ØH-innleggelse	Innleggelsesskriv fra primærlegen fulgte med pasienten ved ØH-innleggelse	Sykepleie-sammenfatning fulgte med pasienten fra institusjon evt hjemmet	FiH kontaktet institusjon/hjemmetjeneste/primærlege 1 dag etter ØH innleggelse ved ufullstendig informasjon	Sykepleie-sammenfatning fulgte pasienten fra institusjon/hjemmetjeneste ved planlagt innleggelse
Stor/nokså stor grad	30,0 %	30,0 %	46,5 %	41,9 %	66,7 %
Liten/nokså liten grad	17,5 %	25,0 %	23,3 %	30,2 %	9,5 %
Vet ikke	52,5 %	45,0 %	30,2 %	27,9 %	23,8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Vi konkluderer med at kjennskap til gjennomføringen av tiltakene er ganske lav for enkelte av spørsmålene. Resultatene tyder på at mange ikke har vært oppmerksomme på tiltakene. Dette er i seg selv en svakhet ved pilotprosjektet og bidrar til at konklusjoner om erfaringene fra pilotprosjektet er noe usikre. Men selv om mange ikke kjenner til tiltakene, kan de ha blitt gjennomført. En del av de som ikke kjenner til tiltakene er kanskje heller ikke så sterkt berørt av dem. Personer som har svart uaktuelt er imidlertid tatt ut av tabellene.

Ser vi på sammenhengen mellom data om kjennskap til pilotprosjektet, innholdet i avtalen om inn- og utskrivning og erfaringer ved tiltakene, finner vi klare tendenser. Personer som i liten grad kjenner pilotprosjektet og avtalen om inn- og utskrivning rapporterer i langt større grad enn andre om negative erfaringer eller de svarer 'vet ikke' på spørsmål om erfaringer. Sammenhengen mellom de ulike spørsmålene betyr også at de som kjenner avtalen godt og som mener de har fått tilstrekkelig kunnskap om pilotprosjektet, rapporterer om positive erfaringer.

3.2.4 Erfaringer med gjennomførte tiltak i pilot perioden

For å få et bilde av de ansattes erfaringer ved gjennomføringen av pilotprosjektet, har vi i spørreskjemaet bedt deltakerne ta stilling til en rekke ulike påstander om tiltakene som de kan si seg "helt enig i", "delvis enig i", "delvis uenig i", "helt uenig" i eller de kan svare "vet ikke". Vi vil her presentere de mest sentrale påstandene og si noe om fordelingen av svarene.

Tabellene 4 og 5 gir en oversikt over andel som sa seg helt eller delvis enige i påstandene. Personer som har svart 'Uaktuelt' er holdt utenfor.

Det er meget stor grad av enighet om at pilotprosjektet (se tabell 4) har ført til at den ansatte er blitt mer positivt innstilt til samarbeid mellom 1- og 2. linjetjenesten. Likeledes er det stor enighet om at pilotprosjektet har bedret dialogen mellom 1. og 2. linjetjenesten. De ansatte opplever også større forståelse for sin arbeidssituasjon.

Rapportering av bedret samarbeid og dialog mellom de to tjenestenivåene er også et av de mest positive resultatene av pilotprosjektet.

Det også oppnådd positive resultater på flere områder som angår avtalen for inn- og utskrivningsrutiner. Fagrapportens innhold er bedret etter de ansattes syn og kommunen har fått bedre tid til å planlegge et tilpasset tjenestetilbud ved utskriving av pasienter.

De ansatte sine roller og oppgaver er blitt bedre klargjort i løpet av pilotprosjektet. Håndtering av avvik og kontroll av rutiner er også bedret under pilotprosjektet, etter de ansatte sin oppfatning.

Tabell 4. Påstander om erfaringer ved pilotprosjektet. Personer der 60% eller flere er enige i påstandene.

Påstander	Helt eller delvis enig %	Vet ikke %
Pilotprosjektet har ført til at jeg er blitt mer positivt innstilt til samarbeid mellom 1- og 2. Linjetjenesten	82	5
Pilotprosjektet har bedret dialogen mellom 1. og 2. linje	76	11
Pilotprosjektet har ført til bedring i fagrapportens innhold	66	21
Pilotprosjektet har skapt økt forståelse for min arbeidssituasjon	63	19
Kommunen har fått bedre tid å planlegge et tilpasset tjenestetilbud ved utskriving av pasienter	61	30
Pilotprosjektet har ført til en bedre registrering av avvik fra de nye rutinene for inn- og utskriving av pasienter	60	24
Registrering av avvik fører til mer effektiv kontroll med at rutinene blir fulgt i praksis	60	27
Pilotprosjektet har stor grad klargjort hva som er mitt ansvar ved inn- og utskrivningsrutiner	71	14

Forhold det er mindre grad av enighet om er gjengitt i tabell 5. Svarene tyder på at forsøket ikke har ført til raskere utsendelse av fullstendig epikrise ved utskriving. Heller ikke er informasjonsoverføringen om pasienten blitt betydelig bedret (Her er 'vet ikke' prosenten svært høy).

Det ser ikke ut til at pårørende er trukket mer aktivt med under forberedelsen til utskriving.

I svarene som gjelder påstander om mer effektive inn- og utskrivningsrutiner og større kontinuitet mellom 1. og 2. linje tjenesten ligger rundt 50 prosent på enig eller delvis

enig, og 'vet ikke' prosenten er ganske høy. Vi er her litt usikre på hva hovedtendensen er.

Tabell 5. Påstander om erfaringer ved pilotprosjektet. Påstander der mindre enn 60% er enige.

Påstander	Helt eller delvis enig %	Vet ikke %
Pilotprosjektet har bidratt til mer effektive inn- og utskrivingsrutiner	51	30
Pilotprosjektet har før til større kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene ved overflytting mellom 1. og 2. linjetjenesten	50	33
Raskere informasjonsoverføring har ført til at pasienten ikke behøver å svare på de samme spørsmålene flere ganger	45	45
Pilotprosjektet har ført til mer fullstendig overføring av informasjon om pasientens funksjonsnivå før innleggelse	46	32
Pilotprosjektet har ført til at pårørende trekkes mer aktivt med under forberedelsen til utskrivning av pasienten	40	40
Pilotprosjektet har ført til raskere utsendelse av den fullstendige epikrisen ved utskrivning	26	17

De positive erfaringene referert til ovenfor, om samarbeid og dialog mm, er viktige og på mange måter grunnleggende for at avtaler skal kunne gjennomføres og fungere over tid.

De mindre gode erfaringene som gjelder informasjonsoverføring, deltakelse av pårørende mm, er områder hvor praksis kan forbedres.

Faktorer som har betydning for erfaringene

Som vi tidligere har nevnt, har informasjonen om pilotprosjektet vært mindre god i Haugesund enn de andre pilotstedene. Dette har virket inn på de ansattes erfaring med tiltakene. Resultatene viser at erfaringene er markert dårligere i Haugesund enn i Karmøy kommune og på FiH. Erfaringene på Karmøy er igjen ett hakk bedre enn på FiH.

Stillingsbrøk har også betydning for erfaringene. Ansatte med lav stillingsbrøk har gjort dårligere erfaringer enn ansatte i full stilling. Ansatte som arbeider dagtid har bedre erfaringer enn ansatte i turnusordninger.

3.3 utfordringer i pilotprosjektet

I spørreskjemaet ønsket vi å få informasjon om det oppstod spesielle utfordringer og problemer i løpet av pilotprosjektet. Her har vi også framsatt en del påstander som vi ba de ansatte ta stilling til.

Tabell 6. *Utfordringer i pilotprosjektet. Ansatte etter grad av enighet i påstander om utfordringer. Prosent*

	De nye rutine for inn/utskrivning av pasienter vanskelig å følge i praksis	De nye rutine.. er mere tidkrevende enn de "gamle" for inn/utskrivning	Deltidsarbeid og turnus gjør det vanskelig å følge de nye rutine for inn/utskrivning	Ledelsen har støttet for lite opp om pilotforsøket med inn/utskrivning	De ansatte har støttet for lite opp om pilotforsøket med inn/utskrivning	Allerede innarbeidede rutiner for inn/utskrivning har hindret overgang til de nye rutine
	%	%	%	%	%	%
Helt delv enig	37,2%	35,6%	52,3%	31,1%	18,2%	14,0%
Helt delv uenig	51,2%	42,2%	27,3%	51,1%	61,4%	65,1%
Vet ikke	11,6%	22,2%	20,5%	17,8%	20,5%	20,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Påstanden om at de nye rutine for inn- og utskrivning av pasienter er for omstendelige til å bli fulgt i praksis i en hektisk hverdag støttes av drøyt en tredjedel av de ansatte. Andelen enige er på noe over 50 prosent.

Svarfordelingen på påstanden om at de nye rutine som ble prøvd ut i pilotprosjektet er mer arbeidskrevende enn de "gamle" rutine for inn- og utskrivning av pasienter ligger på nær samme nivå som den foran nevnte fordelingen, dvs at drøyt en tredjedel sier seg enig.

Konklusjonen på de to nevnte påstandene går i retning av at de i liten grad støttes av de ansatte. På grunn av andelen som svarer 'vet ikke' er likevel konklusjonen noe usikker.

Når det gjelder muligheten for å følge de nye rutine for deltidsansatte og ansatte i turnusordning, er enigheten relativt stor, drøyt halvparten mener at dette er vanskelig.

Prosentandelen som er enig i at ledelsen og de ansatte har vært for lite engasjert i pilotprosjektet med inn- og utskrivningsplanlegging er forholdsvis lav, henholdsvis 30 og 18 prosent.

Påstanden om at allerede innarbeidede rutiner for inn- og utskrivning har hindret overgang til de nye rutine for inn- og utskrivning av pasienter får liten oppslutning, bare 14 prosent sier seg enig i dette.

3.4 Diskusjon av den kvantitative delen

Andelen som opplever å ha fått god informasjon om Samarbeidsprosjektet FHK (spørsmål 6a) finner vi er høy (70 prosent) i det datamaterialet vi har hatt tilgjengelig. Samtidig er det likevel en andel på 30 prosent som opplever at de har fått dårlig informasjon. Dette kan virke hemme den videre gjennomføringen og implementeringen av avtalene som er utarbeidet i Samarbeidsprosjektet FHK.

Når det gjelder informasjon om selve pilotprosjektet om inn/utskrivning (spørsmål 6b) ser vi at rundt 50 prosent av de som har svart bedømmer denne som tilstrekkelig. Dette må vi nok si er noe lavt, tatt i betraktning at det var rutinene knyttet til inn/utskrivning av pasienten som var hovedfokuset i pilotprosjektet. Kjennskap til selve pilotprosjektet må jo sies å være selve forutsetningen for å kunne få gode resultater. Vi ser det derfor som viktig at informasjonsopplegget sikrer at enda flere av de som er involvert i inn/utskrivning av pasienter opplever at informasjonen er tilstrekkelig.

Vi har valgt å se på kjennskap til innholdet i avtalen om inn/utskrivningsrutiner (spørsmål 7a) i forhold til ansattes arbeidssted. Resultatene fra Haugesund vil vi si er nokså dårlige. En mulig årsak er at Servicekontoret i Haugesund har en så sentral rolle i inn- og utskrivningsprosessen at virksomhetene i mindre grad har satt seg inn i avtalene.

Det ser ut til å kunne være en sammenheng mellom i hvilken grad en er tilfreds med den informasjonen man har fått om selve pilotprosjektet og hvilket kjennskap man har til selve innholdet i avtalen om inn/utskrivningsplanlegging. I førstelinjetjenesten i Haugesund kommune opplever under 50 prosent at den informasjon de har fått om pilotprosjektet er tilstrekkelig. Her svarer også rundt 50 prosent at de kjenner mindre godt til avtalen om inn/utskrivningsrutiner.

Når det gjelder kjennskap til innholdet i avtalen om spesialopplæring (spørsmål 7b) er denne andelen svært høy i Karmøy kommune. Hele 90 prosent svarer at de har godt kjennskap til avtalen, noe som vi mener er svært bra. Samtidig er kjennskapet til denne avtalen lav ved FIH, noe som nok kan tilskrives problemer knyttet til å formidle tilstrekkelig informasjon til de ansatte ved avdelingen. Når det gjelder pilotprosjektet knyttet til spesialopplæring var det heller ingen aktuelle "case" i prosjektperioden, noe som også kan forklare det dårlige kjennskapet til innholdet i denne avtalen i Haugesund kommune, men også ved FIH. I Karmøy kommune hadde spesialopplæring og rutiner knyttet til dette vært aktuelt på grunn av et "case" i perioden før pilotprosjektet.

Ser vi på endringer som følge av pilotprosjektet er det positivt at 60 prosent opplever at pilotprosjektet har tatt tak i problemer som de opplever i sin hverdag (spørsmål 8). Samtidig ser vi at andelen som har fått bruke rutinene for inn/utskrivning tilfredsstillende er lav (40 prosent) (spørsmål 9). Dette kan nok ha en sammenheng med manglende kjennskap til pilotprosjektet og innholdet i avtalen om inn/utskrivning som vi særlig fant for 1 linjetjenesten i Haugesund kommune.

Det er også verdt å merke seg at kun 20 prosent opplever at pilotprosjektet om inn/utskrivning har bedret deres arbeidssituasjon (spørsmål 10). 63 prosent svarer at de opplever en nokså stor grad av oppslutning om å endre rutinen. Dette er rimelig bra, men at denne andelen ikke er høyere må nok tilskrives manglende kjennskap til

pilotprosjektet og innholdet i avtalen om inn/utskrivingsrutine. Svarene generelt sett viser et mellomfornøyd nivå.

Når vi ser på erfaringer som er gjort i forbindelse med pilotprosjektet finner vi at mellom 70 og 80 prosent er helt enig/delvis enig i at man har blitt mer positivt innstilt til samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten og man har fått en bedret dialog mellom 1 og 2 linjetjenesten (spørsmål 15b og 15e). Samtidig svarer 70 prosent at de opplever en økt forståelse for sin egen arbeidssituasjon (spørsmål 15a). Det ser ut til at pilotprosjektet har bidratt til å påvirke samarbeidet og dialogen mellom 1 og 2 linjetjenesten i en positiv retning, noe som også er i tråd med målsettingen i Samarbeidsprosjektet FHK og en av hovedhensiktene med avtalen om inn/utskrivingsplanlegging.

Når det gjelder erfaringene knyttet til en raskere og bedre informasjonsoverføring mellom 1 og 2 linjetjenesten er disse resultatene mindre positive. Kun 50 prosent av de som har svart på spørsmål 15f og 15g svarer at de er enig i at det har blitt positive forbedringer i informasjonsoverføringen. Kun 50 prosent svarer at de er enige i at pilotprosjektet har skapt mer effektive inn/utskrivingsrutiner. Med tanke på intensjonen med pilotprosjektet og selve innholdet i avtalen om inn/utskrivingsplanlegging hvor bedring av rutiner er hovedfokus må dette sies å være noe lavt. Noe av forklaringen kan nok ligge i at mange har svart vet ikke.

3.5 Oppsummering

Pilotprosjektet har på flere områder vist at formålene i avtalen er mulig å realisere. I et pilotprosjekt av et begrenset omfang, kan man imidlertid ikke forvente at alle elementer kommer på plass i tilstrekkelig grad. Hensikten med et pilotprosjekt må være å teste ut de muligheter som ligger i de nye avtalene. Vi mener at pilotprosjektet i så måte viser lovende resultater. Pilotprosjektet har satt i gang en god prosess i retning av kvalitetsforbedring av tjenesten knyttet til inn- og utskriving av pasienter.

Resultatene tyder etter vårt syn på at avtaleverket kan implementeres i større skala. Avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging har uten tvil skapt en større forståelse for å skape gode samarbeidsrutiner. Pilotprosjektet har vist at man kan oppnå en klarere fordeling av ansvar, mer hensiktsmessige rutiner og bedre samhandling mellom tjenestestedene i første- og annenlinjetjenesten.

Det finnes imidlertid forbedringspotensiale basert på erfaringer fra pilotprosjektet. Et grunnleggende forhold for at avtaler skal kunne gjennomføres etter intensjonene er at ansatte er godt kjent med pilotprosjektet og innholdet i avtalen. Resultatene tyder på at ikke alle ansatte var like godt informert om prosjektet.

Informasjon om innholdet i avtalene til de ansatte er rimelig god, men kunne vært bedre. Mangel på informasjon vil naturlig nok ha mindre gunstige konsekvenser for gjennomføringen av avtalene, oppfølgingen av rutiner osv.

En implementering i større skala krever et godt forarbeide på informasjonssiden. Dette gjelder både i forhold til utskriving og innskriving.

Avtalen om spesialopplæring er i liten grad utprøvd under realistiske forhold. Dette skyldes som tidligere nevnt få aktuelle tilfeller i pilotperioden.

4 Spesialopplæring i samarbeidsprosjektet FHK

Avtalen om spesialopplæring omhandler rutinene for informasjonsoverføring, kompetanseoverføring og ansvarsfordeling mellom Fylkessjukehuset i Haugesund og den kommunale helsetjenesten i Karmøy og Haugesund kommune i forhold til pasienter med behov for avanserte helsetjenester. Avtalen er å betrakte som et tillegg til de rutiner som framgår av avtale omkring inn- og utskrivningsplanlegging. Innføring av takster for hjemmebesøk fra 1.1.1999, også for tidsbruk knyttet til spesialopplæring på sykehuset ser ut til å ha bidratt til å legge de nødvendige rammene for iverksetting av avtalen om spesialopplæring.

Avtalen om spesial opplæring ble inngått uten at man egentlig hadde et pilotprosjektet. Det skyldes, som alle informantene påpeker, at man ikke hadde noen aktuelle pasienter tilgjengelig. Pasienter med behov for avanserte helsetjenester i hjemmet er og har vært en relativt liten gruppe, men man har i kommunehelsetjenesten likevel gjort seg viktige erfaringer i tilknytning til denne type problemstillinger. Et bestemt case fra perioden før selve pilotperioden, tydeliggjorde en del sentrale problemstillinger. Sammen med tidligere erfaringer dannet dette utgangspunktet for arbeidet i arbeidsgruppen og selve avtalen om spesialopplæring.

4.1 Før-situasjonen – problemer knyttet til spesialopplæring

Arbeidsgruppen for spesialopplæring var tverrfaglig sammensatt, med sykepleiere, fysioterapeuter, og leger fra Fylkessykehuset i Haugesund, samt leger fra Haugesund og Karmøy kommune.

Hovedproblemet, slik arbeidsgruppen så det, var at det var behov for et bedret samarbeid mellom primærhelsetjenesten i kommunen og Fylkessjukehuset i Haugesund i forhold til pasienter med behov for avanserte helsetjenester i kommunehelsetjenesten. Elementene som ble beskrevet som problematiske var manglende flyt i kommunikasjonen mellom sykehusavdelingen og kommunehelsetjenesten, manglende involvering av primærlegene og uklarheter og manglende rutiner knyttet til det å få assistanse på spesialistnivå i hjemmet dersom det var behov for dette. Samtidig var det også tydelig at det fantes et stort behov for kompetanseheving både hos primærlegene og hos personalet i omsorgstjenesten.

De erfaringer man gjorde seg i forbindelse med en pasient i perioden før pilotperioden avdekket at det var uklar ansvarsfordeling mellom FKH og kommunehelsetjenesten. Dette medførte ”på sparket avgjørelser” som skapte uttrykkighet både hos personalet i omsorgstjenesten, men også hos pasienten og deres pårørende. Flere av informantene fra kommunehelsetjenesten og FKH beskrev at de fleste problemene oppstod på kvelder, netter og i helger/høytider. Når det tekniske utstyret sviktet eller når det var behov for endring i medisindoser og lignende fantes ikke rutiner for hvordan dette skulle håndteres og løsningene ble overlatt til tilfældighetene. Flere av informantene beskrev et

tilfelle hvor smertepumpen viste feil dosering og personalet i primærhelsetjenesten ikke klarte å finne ut av dette. Tilfeldigvis fikk personalet kontakt med en sykepleier ved smertepoliklinikken, som drog hjem til pasienten og fikk løst problemet. Problemet viste seg også å være relativt enkelt å løse når man hadde den rette kompetansen.

Informantene nevnte at det flere ganger tidligere ikke hadde vært mulig å få assistanse i hjemmet. Konsekvensen av denne uklare ansvarsfordelingen var at når personalet i primærhelsetjenesten ikke klarte å løse problemene tilkalte de legevakten. Som regel ble pasienten da innlagt på FiH selv om problemet ofte kunne vært løst i hjemmet. En av informantene beskrev at situasjonen i seg selv skapte en slik uttrykk hos pasienten og de pårørende at de rett og slett ønsket en innleggelse.

Andre problemstillinger ble av informanter knyttet til de problemene sykehusets personale møtte når de prøvde å få kontakt med pasientens kontaktperson i primærhelsetjenesten. Denne dialogen var som regel vanskelig på grunn av turnusordninger, stillingsstørrelser osv. Utfra denne beskrivelsen oppfattet arbeidsgruppen at en styrking av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og fylkessykehuset var den sentrale forutsetning for at pasienter med behov for avanserte helsetjenester skulle få best mulig pleie, omsorg og behandling i hjemmet.

4.2 Hvor godt egnet er avtalen til å løse samarbeidsproblemene?

Flere av informantene påpeker at arbeidet i arbeidsgruppen har bidratt til at personalet i kommunene og ved sykehuset har blitt bedre kjent med hverandre og fått større innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. En av informantene beskriver også at det ser ut til å være stor interesse for spesialopplæring hos personalet i primærhelsetjenesten. Dette har blitt synlig gjennom det store oppmøtet på tre seminarer om lindrende behandling.

I avtalen om spesialopplæring er det nå beskrevet at omsorgstjenesten skal ha et telefonnummer hos AMK og henvende seg dit når det oppstår problemer kveld/natt og i helger. Samtidig beskriver også avtalen at den pasientansvarlige lege på fylkessykehuset er ansvarlig for å avklare en rekke punkt knyttet til ansvarsfordelingen før pasienten utskrives. Eksempelvis skal det være avklart hvilken lege som skal kontaktes ved behov for endringer i medisineringsen, hvem som skal kontaktes i høytider, på kveldstid og i helger og hvordan dokumentasjon på endringer i pasientens tilstand skal formidles mellom primærhelsetjenesten og sykehuset. Det er også opprettet en tverrfaglig ressursgruppe på sykehuset med kompetanse innenfor avanserte helsetjenester som skal sørge for rask opplæring og veiledning av personalet i primærhelsetjenesten. I følge en av informantene er man også i ferd med å opprette en tilsvarende ressursgruppe innen palliativ behandling i Karmøy kommune.

I tråd med avtalen skal nå pasientansvarlig sykepleier på sykehuset ha kontakt med pasientansvarlig sykepleier i kommunen før pasienten utskrives. Kommunehelsetjenestens behov for opplæring og ressurser i forhold til den aktuelle pasienten skal være avklart og eventuelle tidspunkt for nettverksmøter skal være bestemt. Samtidig er også pasientansvarlig sykepleier i kommunen ansvarlig for å formidle behov for ressurser i forhold til pasientens behov, delta i den opplæring som sykehuset tilbyr samt

delta på nettverksmøter. En av informantene påpeker at dette egentlig ikke er nytt i forhold til tidligere praksis. De har i kommunehelsetjenesten alltid reist til sykehuset for å få opplæring og for å delta på nettverksmøter når de har hatt pasienter med behov for avanserte helsetjenester. Det nye i forhold til dette er slik informanten ser det, at opplæringen og assistanse fra personalet med spesialistkompetanse nå også kan finne sted hjemme hos pasienten.

4.3 utfordringer

Primærlegen er tiltenkt en sentral rolle i avtalen om spesialopplæring ved at de gjennom avtalen gis hovedansvar for pasientens medisinske behandling i hjemmet. Dette innebærer at primærlegen får tilbud om opplæring ved sykehuset og til å delta på felles konsultasjoner, fellesvisitt og eventuelle nettverksmøter dersom en pasient skal skrives ut til hjemmet med behov for avanserte helsetjenester.

Flere av informantene mener at den største utfordringen i forhold til spesialopplæring ligger nettopp her, nemlig i å få primærlegene på banen. Primærlegene kan nok oppleve det som en økt arbeidsbelastning å ta på seg det medisinske ansvaret for pasienter med behov for avanserte helsetjenester i kommunen. En av informantene understreker at når man presenterer avtaler om spesialopplæring for legene er det viktig at den presenteres som en mulighet og en utfordring. Incentiver bør knyttes til at arbeidsoppgavene vil bli mere varierte, man vil få et bedret og økt samarbeid med andre faggrupper og ikke minst vil spesialopplæring være en form for fagutvikling. Informantene beskriver også at det nok eksisterer et stort behov for informasjon om avtalen om spesialopplæring hos primærlegene. Avtalen har blitt presentert på fastsatte dager, men problemet har vært knyttet til manglende oppmøte. Dette kan nok i stor grad skyldes den travle hverdag som primærlegene har hvor de rett og slett ikke kan ta seg fri. En effektiv måte å formidle innholdet i avtalen til primærlegene på, slik en informant påpekte, kunne være gjennom presentasjoner på det enkelte legekantor hvor man fokuserer på å bruke case for å illustrere betydningen av spesialopplæring.

Når det gjelder informasjonsformidlingen på post nivå i sykehuset ligger dette ansvaret i stor grad på avdelingsledelsen. Samtidig ser flere av informantene det som nyttig at en prosjektkoordinator skal videreføre prosjektet de neste 2 år.

4.4 Oppsummering

Pasienter med behov for avanserte helsetjenester i hjemmet er en relativt liten gruppe noe som mangel på "case" i pilotperioden viser. Individuelle behandlingsopplegg og tilpasninger ser ut til å være nødvendige i møte med pasienter med slike sammensatte problemstillinger. Avtalen om spesialopplæring kan likevel sies å være et viktig skritt for å nå målet om helhetlig pasientbehandling. Samtidig beskrives avtalen av en informantene som et viktig skritt for å løse problemene i forhold til avanserte helsetjenester i hjemmet. En annen informant beskriver at det oppleves som trygt å ha avtalen om spesialopplæring å forholde seg til når man står overfor denne type problemstillinger.

5 Iverksetting, videreutvikling og overføringsverdi

I år 2001 er samarbeidsprosjektet FHK gått over i en iverksettingsfase. Fra å være et prosjekt skal de inngåtte avtalene følges opp av linjeorganisasjonene i første- og annenlinjetjenesten. Dette er ofte en kritisk fase der det må bygges bro mellom selve utviklings- og forsøksarbeidet og de ”gode eksempler” over i den praktiske hverdag på sykehus og kommunehelsetjeneste. I samarbeidsprosjektet er flere tiltak benyttet for å sikre en smidig og effektiv iverksetting av avtalene: Det er ansatt en prosjektkoordinator for en to-årsperiode og det er oppnevnt et samarbeidsutvalg med representanter for Fylkessjukehuset i Haugesund og kommunehelsetjenesten i Karmøy og Haugesund. Samarbeidsutvalget skal ha ansvar for oppfølging og justering av avtalene. I tillegg informeres det om avtalenes innhold og konsekvenser for ulike profesjonsgrupper og avdelinger, distrikter og soner i nedslagsfeltet for avtalene.

I dette kapitlet skal vi peke på mulige utfordringer som gjør, eller kan gjøre seg gjeldende i iverksettingsfasen. Her lar vi informantene tale, dvs både de vi har intervjuet og de vi har spurt i spørreskjemaundersøkelsen. Informantene ble bedt om å gi en vurdering av de utfordringer de ser for seg nå når avtalene skal gjøres gjeldende for hele første- og annenlinjetjenesten og ikke bare blant de som har deltatt i pilotprosjekteter. Deretter skal vi kort vurdere behovet for justeringer i de nåværende avtalene. Også her lar vi informantene komme til orde. Så har vi kort diskutert noen mulige teknikker som kan benyttes som ledd i partenes egenevaluering av avtalenes etterlevelse og konsekvenser i første- og annenlinjetjenesten. Til sist har vi vurdert hvilken overføringsverdi dette utviklingsarbeidet kan ha for andre kommuner og sykehus.

5.1 Utfordringer ved iverksetting av avtalene

Avtalene om hospitering, inn- og utskrivingsplanlegging og spesialopplæring kan alle ses som uttrykk for et ønske om å standardisere grensesnittene mellom første- og annenlinjetjenesten i størst mulig grad. Hvert ledd i behandlingsskjeden er avhengige av at det foregående ledd tar ansvar og ivaretar de oppgaver det er pålagt, ellers kan det få konsekvenser for hele behandlingsskjeden der pasientene blir den lidende part. Et spørsmål som melder seg er nødvendigvis hvor langt det er mulig å standardisere grensesnittene i behandlingsskjeden sett i lys av at pasientgruppene er forskjellige og at ulike avdelinger og distrikter og soner gjerne fungerer forskjellig.

En måte å identifisere mulige utfordringer ved iverksetting av avtalene er å ta utgangspunkt i noen enkle tommelfingerregler. Overholdes disse øker sannsynligheten for at iverksettingen blir vellykket.

A) Faktorer som øker sannsynligheten for vellykket iverksetting:

- *Bred enighet om hva som er problemene.* Intervjuene viser at det er nokså bred enighet om hva som i utgangspunktet er problemene i forholdet mellom første- og annenlinjetjenesten: Noe mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå før innleggelse, samt at innleggesskriv av og til mangler, i en del tilfeller sen utsendelse av epikriser fra sykehus til primærlege, kort varsling i forbindelse med

utskrivning av ferdigbehandlede pasienter og (dermed) lang ventetid for noen utskrivningsklare pasienter. Selv om informantene nok er mest opptatt av de problemer som er forårsaket av det tjenestenivå de selv ikke tilhører, er det en bred erkjennelse av at ansvaret for å bedre samarbeidet hviler på begge tjenestenivåene. Dermed er det også skapt et klima for bedre samarbeid som kan gjøre iverksettingen av avtalene lettere.

- *Klarhet i mål og detaljert rutinebeskrivelse.* Selve problemforståelsen er fanget opp i de mål som er formulert for samarbeidsprosjektet, nemlig mer helhetlig pasientbehandling gjennom klarere ansvarsforhold og bedre informasjons- og kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Dette er mål som ikke er helt enkle å etterprøve direkte, men gjennom de detaljerte handlingsanvisninger i de tre avtalene, er det mulig å sjekke hvert enkelt ledd i behandlingsskjeden og leddenes etterlevelse av avtalene. En tydelig bro mellom de overordnede mål for prosjektet og de konkrete handlingsanvisninger kan gjøre det lettere for linjeorganisasjonene å ta innover seg avtalene i hverdagen.
- *Relativt moderat endring fra etablert praksis.* Mange av informantene er opptatt av at avtalene ikke signaliserer en radikal omlegging fra dagens praksis, men mer rydder opp, tydeliggjør ansvar og skaper større systematikk i forholdet mellom første- og annenlinjetjenesten. Mange peker på at tilfeldigheter i for stor grad har fått prege grensesnittet mellom første- og annenlinjetjenesten. Erfaringer viser at mindre endringer har større sannsynlighet for å lykkes enn mer radikale og omfattende endringer. Ofte bunner dette i at organisasjoner er preget av en viss treghet når det gjelder omstilling, og at det er innarbeidet mer uformelle vaner og handlingsmønstre som det ikke er gjort i en håndvending å endre.
- *Bred involvering fra berørte grupper.* Stort sett er oppfatningen blant informantene at involveringen og forankringen av prosjektet har vært bra i dets ulike faser. Særlig representanter for ergo- og fysioterapi understreker det positive i at de er blitt trukket aktivt med i utviklingsarbeidet, enten i arbeidsgrupper og/eller pilotprosjektet. Det samme gjelder de fleste av sykepleierne. Mange berømmer det arbeidet prosjektteamet har nedlagt for å involvere berørte grupper, informere og bygge opp aksept rundt de tiltak det er jobbet med i arbeidsgrupper og pilotprosjektet. Det har sikret forankring av prosjektet hos berørte blant profesjonsgrupper, ledere og tillitsvalgte og gitt det legitimitet. Prosjektet er i liten grad blitt oppfattet som et "top-down-prosjekt", men har snarere gitt stort rom for initiativ og medvirkning fra de som berøres av tiltakene. Alle disse forholdene er av stor betydning for hvordan prosjektet og avtalene vil bli mottatt i ulike deler av første- og annenlinjetjenesten.
- *Ser nytteverdien av tiltakene.* De aller fleste informantene er opptatt av at de inngåtte avtalene kan gi dem en mer håndterlig og forutsigbar hverdag. Hver enkelt vil kunne vite hva de kan forvente av andre ledd i behandlingsskjeden og hva som er deres ansvar og oppgaver. På den måten kan samarbeidet bli mer smidig og strukturert. Det at de ansatte og ledere ser konkret nytteverdi i avtalene kan gjøre iverksettingen av avtalene lettere. Imidlertid framhever mange av informantene at

avtalene ikke må føre til mer omstendelige og byråkratiske rutiner. Da kan ulempene oppveie den nytte de ansatte og mange ledere ser i avtalene.

- *Satt av ressurser til iverksettingen.* Ved å ansette prosjektkoordinator, oppnevne samarbeidsutvalg og tilføre linjeorganisasjonene informasjon om avtalene, viser partene i samarbeidet at de ikke tar iverksettingen av avtalene for gitt, men at dette er en kritisk fase for prosjektet. Denne brobyggingen mellom prosjektorganisasjon til linjeorganisasjon kan gjøre iverksettingen enklere.
- *Innebygget kvalitetssikring.* Hvert enkelt ledd i rutinene for inn- og utskrivingsplanlegging, spesialopplæring og hospitering står direkte eller indirekte i et avhengighetsforhold til hverandre. For eksempel er mottakeren av epikrisen avhengig av at epikrisen utarbeides og sendes av legen i foregående ledd i kjeden. Svikter ett ledd kan det skape store konsekvenser for andre ledd i behandlingsskjeden. Ved å tydeliggjøre hva som er ansvaret til Fylkessjukehuset i Haugesund og kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy i de tre avtalene, er det lettere å peke på hvor det har sviktet. Det kan ha en disiplinerende effekt på de ansatte og ledere som berøres av avtalene. Det er dermed skapt en form for innebygget kontroll med at rutinene følges i praksis. I den grad avtalene ikke integreres på frivillig basis, er det altså etablert et ”ris bak speilet” som legger et visst ytre press på leddene i behandlingsskjeden om å følge avtalene i praksis.

B) Faktorer som kan skape utfordringer ved iverksettingen avtalene

- *Variierende kjennskap til innholdet i avtalene.* Flere av informantene er opptatt av at avtalene ikke er like godt kjent blant alle de grupper som berøres av avtalene. Relativt mange er av den oppfatning at primærlegene, med noen unntak, i mer begrenset grad har engasjert seg i samarbeidsprosjektet. Det er en nokså utbredt oppfatning at kjennskapet til avtalene er nokså moderat i denne gruppen. Enkelte peker på at det fortsatt er et problem med manglende eller mangelfullt utfylte innleggesskriv. Flere av informantene peker også på at primærlegene som gruppe ikke kan forpliktes på samme måte som andre ansatte som berøres av avtalene. Fastlegereform og endrede takstregler kan imidlertid gi føringer som sikrer sterkere oppslutning blant primærlegene. Mange av informantene er også opptatt av at kjennskapet til innholdet i avtalene er nokså begrenset når en kommer til ansatte som går i små stillingsbrøker og/eller jobber i turnusordninger.
- *Begrensede instruksjonsmuligheter hvis avtalene ikke følges.* Samarbeidsavtalene mellom første- og annenlinjetjenesten er basert på likeverdighet – den ene part kan ikke instruere den annen part. Førstelinetjenesten kan ikke instruere annenlinjetjenesten eller vice versa. Hvis flere av leddene i behandlingsskjeden ikke følger opp avtalene i praksis, melder nødvendigvis spørsmålet seg om hvilke virkemidler en har for å bringe praksis i samsvar med de beskrevne rutinene. Mange av informantene er opptatt av at ledelsen på hvert av tjenestenivåene må pålegges et klart mandat for å følge opp avtalene på sitt ansvarsområde. Følger alle lederne opp på sitt felt vil en også være sikret at avtalene blir fulgt i praksis.

- *Relativt avgrensede pilotprosjekteter.* I samarbeidsprosjektet har det vært gjennomført avgrensede pilotprosjektet for å få fram de gode eksempler. Disse kan deretter brukes som ledestjerner ved iverksettingen av avtalene. Slagordet har vært ”keep it small and simple”. En slik strategi har mange fordeler, men kan også ha noen ulemper. Det ene er naturligvis at erfaringene avgrenses til bestemte pasientgrupper, avdelinger, soner og distrikter. Blir pilotprosjektet i sterk grad tilpasset de deltakende partene, kan de erfaringer som vinnes ha mer begrenset gyldighet for andre deler av helsetjenesten. For det andre kan det være at pasientene avtalene blir utprøvd på, er så få at erfaringsmaterialet blir svært begrenset. Et eksempel her er avtalen om spesialopplæring. Og er pilotprosjektene avgrensede er det også grenser for hvor mange som involveres og får kjennskap til innholdet i avtalene. Dermed kan en stå i en situasjon hvor noen få har fått konkrete erfaringer med avtalene, mens det store flertall bare kjenner det som et papirprodukt. Det skaper noe usikkerhet hvordan avtalene vil virke inn på de ulike feltene av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Flere av informantene er for eksempel opptatt av at de avdelinger, soner og distrikter som ikke har deltatt i pilotprosjektet må få en lengre innkjøringsperiode enn de som har deltatt i pilot. Enkelte er også opptatt av at nevrologisk avdeling har ”tunge” pasienter som har behov for lang planlegging før utskrivning. De er mer usikre på hvordan det vil gå med samarbeidet i forhold til andre avdelinger på Fylkessjukehuset i Haugesund, spesielt i forhold til 7 dagers-regelen. Atter andre er opptatt av hvordan rutinene vil fungere i forhold til det store flertall av øyeblikkelig hjelp-tilfeller og hvem som da skal formidle informasjon til sykehuset.
- *Hektisk hverdag med sin egen kultur og vaner.* Mange av informantene er opptatt av at det kan oppstå en krevende fase fra avtalene skal inn i etablert praksis til de ansatte ser den konkrete nytteverdien av avtalene. I en hektisk hverdag vil selv den minste endring kunne føles som en ekstrabelastning. Før de nye rutinene innarbeides og blir en del av hverdagen, vil nok en del av de berørte føle avtalene som en ekstra belastning. Erfaringer viser at dette ofte er en kritisk fase i iverksettingen av nye tiltak. Enkelte har også stilt spørsmål ved om servicekontoret i Haugesund vil ha kapasitet til å følge opp nettverksmøter mm når nye pasientgrupper omfattes av avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging.
- *Ytre forhold som kan påvirke iverksettingen av avtalene.* Flere av informantene peker på at iverksettingen av avtalene i stor grad vil skje parallelt med omorganiseringen ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Spørsmålet er om de ansatte maktet å håndtere alle endringsimpulsene eller om avtalene kan ”drukne” i annet omstillingsarbeid. Informantene er også opptatt av at avtalene ikke løser problemene med begrenset sykehjemskapasitet i kommunehelsetjenesten, kanskje særlig Haugesund. Da hjelper det ikke så mye å få varsling i tide og tid til å planlegge om det likevel ikke er plasser å oppdrive. Korrekt prosedyre løser ikke de kapasitetsproblemer som måtte finnes.

Vi har ovenfor sett på noen forhold som kan prege iverksettingen av avtalene på sykehus og i kommunehelsetjeneste. Slik vi vurderer det har avtalene relativt gode forutsetninger for å bli fulgt opp i praksis. Informantene i undersøkelsen har som nevnt

over, pekt på noen ”snubletråder” som kan oppstå i arbeidet med å integrere avtalene i mangfoldet av virksomheter hos samarbeidspartnerne.

5.2 Behov for videreutvikling av avtalene?

Vi har i intervjuene og i spørreskjemaundersøkelsen, stilt spørsmål om det er behov for å foreta noen justeringer i avtalene slik de nå er utformet. Her er responsen nokså klar: Det er behov for først å utprøve avtalene i praksis før en gjør justeringer i dem.

De relativt få tilbakemeldingene vi har fått kan sammenfattes på denne måten. Ikke alle går direkte på innholdet i avtalene:

- *Forenklet utgave av avtalene.* Det som etterlyst fra noen av informantene er at det bør lages en forenklet og popularisert versjon av avtalene. Det kan gjøre selve formidlingen og læringen enklere. Enkelte har likevel pekt på at en slik forenklet utgave fort kan bety at nyanser og helhet forsvinner ut til fordel for en enkel og lite utfyllende innholdsbeskrivelse.
- *Mer presis informasjon om pasientenes funksjonsnivå.* Flere av informantene er opptatt av at det burde utarbeides skjema for funksjonsnivået til pasientene som gir en mer dekkende beskrivelse enn for eksempel ADL-skjemaet. De etterlyser mer presis informasjon om ulike pasienters funksjonsnivå ved utskrivning og innleggelse der det også opplyses klart hvilke tekniske hjelpemidler pasienten har. Utvikling av et bedre skjema for pasientenes funksjonsnivå kan imidlertid ikke sies å være en del av innholdet i avtalene. Det er primært et spørsmål om utvikling av fagrapportene.
- *Tilbakemelding fra neste ledd i behandlingsskjeden.* Enkelte savner rutiner for tilbakemelding om hvordan det går med den videre oppfølging av pasientene. Eksempelvis hvordan oppfølgingen har vært etter utsendelse av rapport til bestemte faggrupper eller henvisning av pasienten til bestemte faggrupper.

Etter vår vurdering synes det ikke å være behov for noen større revisjon av avtalene nå. Det er, som mange av informantene er inne på, behov for å prøve ut avtalene i praksis på bred front før en går inn i en diskusjon om revisjon og endring av innholdet i avtalene.

Et neste spørsmål er i hvilken grad avtalene kan suppleres med andre tiltak som kan forbedre samarbeidet ytterligere. I samarbeidsprosjektet er det som nevnt i innledningskapitlet primært tatt i bruk tiltak som kan sikre overføring av informasjon og kompetanse mellom forvaltningsnivåene, samt inngåelse av avtaler som detaljert beskriver rutinene og det ansvar partene har i behandlingsskjeden. Et supplement til tiltakene i samarbeidsprosjektet kunne være å ta i bruk flere *organisatoriske tiltak* som (jf I. H. Monrad Aas 1999):

- *Etablering av felles akuttmottak ved sykehus.* Felles akuttmottak ved sykehus for primærhelsetjeneste og sykehus kan ha som målsetting en bedre samlet utnyttelse av ressursene, at pasientene får ett sted å henvende seg til og bedre faglig kompetanse. I Norge etablerte en tidlig på 1990-tallet slike felles akuttmottak ved sykehusene i Halden, Larvik og Harstad.

- *Samlokalisering av poliklinikker med kommunale helsesentra.* Sykehus kan også samlokalisere sine poliklinikker med kommunale helsesentra. Spesialister fra sykehuset kan arbeide deltid ved en slik poliklinikk. Kontakten med sykehuset kan skje telemedisinsk. Målsettingen med samlokaliseringen er å gjøre samarbeidet med primærhelsetjenesten lettere.
- *Bruk av telemedisin og digitale helsekort.* Samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste kan også fremmes ved bruk av telemedisin. Telemedisin gir en mulighet for direkteoverført toveiskommunikasjon av lyd og bilde i forbindelse med konsultasjoner. Dette kan ha interesse for kliniske spesialiteter. Videre kan databaserte journaler gi primærleger og sykehusleger adgang til hverandres journaler via elektroniske nettverk. Problemene med de separate informasjonssystemene mellom forvaltningsnivåene kan også løses ved at folk får et digitalt helsekort med personlig kode. Det personlige helsekortet kan inneholde personalia og viktig medisinsk informasjon.

Vi vil ikke anbefale noen bestemte tiltak som kan supplere de tiltak som er utarbeidet i forbindelse med samarbeidsprosjektet. Det er også viktig å understreke at tiltakene og avtalene i samarbeidsprosjektet står godt på egne ben. Men vi antar at det i tiden framover vil bli ført en diskusjon om videreutvikling av samarbeidet. Da kan de nevnte tiltakene være et mulig inntak.

5.3 Hvordan egnevaluere oppfølgingen av avtalene?

Et viktig spørsmål er hvordan partene i samarbeidet skal evaluere oppfølgingen av avtalene. Særlig i en innkjøringsfase før rutinene integreres og blir en naturlig del av virksomheten ved sykehus og primærhelsetjeneste, er det et stort behov for å sjekke om det er samsvar eller avvik mellom formelle rutiner og praksis. I tilfelle avvik kan det på denne måten settes inn korrigerende tiltak for å få samsvar med de formelle rutinene.

Spørsmålet er hvordan en gjør en slik egnevaluering i praksis. Helst skal en slik egnevaluering være enkel, men effektiv. Vi vil foreslå en modell som vi tror oppfyller disse betingelsene, i alle fall et godt stykke på veg.

Modellen inneholder ett hovedelement: Det er oppnevning av et *panel* av deltakere fra Fylkessjukehuset og kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy. Dette panelet kan for eksempel treffes hvert halvår for å gå gjennom oppfølgingen av de tre avtalene. Selve oppnevningen av medlemmene og fastsettelse av mandat for panelet, kan for eksempel Samarbeidsutvalget stå for. Vi ser for oss at sammensetningen av panelet er bredere enn sammensetningen av Samarbeidsutvalget. For eksempel kan ressurs- og kontaktpersoner i forbindelse med selve utviklingsarbeidet være aktuelle kandidater til et slikt panel. I panelet bør det sitte representanter for ulike ledd i den enkelte rutine, aller helst med både representanter for ledelsen og de ansatte i første- og annenlinjetjenesten. Blir antallet deltakere for stort kan det alternativt tenkes oppnevnt et panel av ansatte og ledere for hver av de tre avtalene.

Representantene i et slikt panel vil ta med seg de erfaringer de selv har med oppfølgingen av avtalene. Et nyttig supplement til disse erfaringene vil være fortløpende

avviksrapportering fra de ansattes side. En mal for dette er beskrevet i rapporten fra arbeidsgruppen for delprosjektet inn- og utskrivingsplanlegging. Et slikt system krever imidlertid at de ansatte og ledere faktisk melder fra om avvik slik at ikke avvik overses en plass, mens det registreres en annen. Kravet er at det utarbeides et avviksskjema som er dekkende for kritiske punkt i avtalene, det må oppnevnes noen som foretar løpende registrering av avvik og noen må ha ansvar for å følge avvikene opp. Blir slik avviksrapportering fulgt opp i praksis vil materialet kunne utgjøre et viktig grunnlag for den halvårlege gjennomgang som det foreslåtte panelet vil foreta.

Etter 2-3 år bør det vurderes å foreta en brukerundersøkelse for å sjekke hvordan pasientene selv opplever behandlingen de får i første- og annenlinjetjenesten.

5.4 Overføringsverdi for andre kommuner?

Med støtte fra Sosial- og helsedepartementet er et viktig premiss at samarbeidsprosjektet kan tilby oppskrifter og løsninger som også har relevans for andre enn de som har deltatt i prosjektet. Spørsmålet er om samarbeidsprosjektet tilbyr noe som andre kommuner og sykehus kan lære av?

For å bedømme overføringsverdien er det nødvendig å ta utgangspunkt i noen kriterier. Ett slikt kriterium er at prosjektet har tatt tak i et problem som også har relevans for andre. Her må svaret bli et ubetinget ja, å forbedre samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er noe mange kommuner og sykehus sliter med.

Et annet kriterium er i hvilken grad prosjektet har vært innovativt og frembrakt løsninger som ikke tidligere har vært utprøvd. Med andre ord: Har prosjektet brakt partene i samarbeidet i front når det gjelder gode samarbeidsløsninger? Også her mener vi at svaret for en stor del må bli positivt. Vi har ikke kunnet registrere annet utviklingsarbeid på dette feltet som har anlagt et så helhetlig perspektiv på grensesnittene mellom første- og annenlinjetjenesten. Et overordnet mål om mer helhetlig pasientbehandling er operasjonalisert i detaljerte beskrivelser av hvordan samarbeidet konkret skal foregå. Selv om ikke alle enkelttiltak er så originale, er de satt i en sammenheng som vi antar er interessant for andre kommuner og sykehus.

Et tredje kriterium er at de ideer og tiltak prosjektet har frembrakt ikke er lokale i sin karakter, men kan overføres og brukes av andre. Langt på vei kan samarbeidsprosjektet betraktes som et forsøk på å standardisere grensesnittene i behandlingsskjeden. Ambisjonen har vært å beskrive detaljert hva den enkelte part har ansvar for i forhold til pasienten og hvilken informasjon og kompetanse som må tilføres. Selv om det er tilpasninger i avtalene til lokale forhold, for eksempel om sykehuset forholder seg til et servicekontor eller soner/distrikter, synes avtalene gjennomgående å tilby beskrivelser som kan tilpasses forholdet mellom primærhelsetjeneste og sykehus andre steder.

En innvending som kan reises er at prosjektet først og fremst tilbyr løsninger som passer for samarbeidet mellom sykehus og større kommuner. I små kommuner kan forholdene være mer oversiktlige slik at de rutiner som beskrives kan oppleves som vel omstendelige og tungvinte. Dette kan nok være riktig, men fra sykehusets ståsted kan

det være komplisert om kommunene i sykehusets omland skal ha hver sin lokalt tilpassede rutine i forhold til sykehuset.

De inngåtte avtalene gjelder den somatiske delen av helsetjenestene. Hvordan avtalene vil fungere i forhold til for eksempel psykiatrien er ikke vurdert som en del av oppdraget. Men det kan godt tenkes at avtalene, med mindre tilpasninger, også er overførbare til psykiatrien. Men dette har vi ikke vurdert særskilt i form av nærmere studier av denne tjenesten.

Et siste kriterium er at utviklingsarbeidet er tilgjengelig for andre. Her er svaret ubetinget ja, prosjektet er usedvanlig godt dokumentert. Det foreligger omfattende rapporter fra utviklingsarbeidet i arbeidsgruppene og det er laget detaljerte flytdiagram over rutinene for inn- og utskrivingsplanlegging og spesialopplæring. Videre gir avtalene en klar beskrivelse av plikter og rettigheter ved hospitering, inn- og utskrivingsplanlegging og spesialopplæring. Pilotprosjektene har gitt en del erfaringer med hensyn til hvordan avtalene virker i praksis der erfaringene er dokumentert blant annet i denne rapporten. Alt i alt er det ikke vanskelig for interesserte å få innblikk i det utviklingsarbeidet som er gjort i samarbeidsprosjektet.

Alt i alt synes kriteriene for at samarbeidsprosjektet har overføringsverdi å være oppfylt. Et usikkerhetsmoment knytter seg imidlertid hvordan avtalene vil fungere i praksis når de også gjøres gjeldende for hele kommunehelsetjenesten i de to kommunene og for alle avdelingene ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Hvordan det vil gå med oppfølgingen av avtalene de nærmeste årene vil ha mye å si for prosjektets overføringsverdi.

6 Konklusjoner

Det primære fokuset i evalueringen har vært de erfaringer som er høstet gjennom pilottesting av avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner og fagrapporter. Det er også foretatt en vurdering av avtalen om spesialopplæring, men her har vi ikke hatt tilgang på erfaringer høstet gjennom et pilotprosjekt. Evalueringen er dermed basert på erfaringer fra noen få tilfeller der rutinen er benyttet, samt ulike aktørers vurderinger av avtalens innhold, relevans og nytteverdi.

Sentrale spørsmål i evalueringen har vært om avtalene har sikret klare og tydelige ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene, samt bedret samarbeidet gjennom hensiktsmessige rutiner for kompetanseoverføring og informasjonsoverføring. Gir tiltakene i sum en mer helhetlig pasientbehandling? Det er også foretatt en kort vurdering av prosjektets overføringsverdi i forhold til andre kommuner og sykehus, samt foretatt en vurdering av om det bør foretas justeringer i de foreliggende avtalene. Til sist har vi vurdert hvordan det kan innføres en form for regelmessig egevaluering av den praktiske oppfølgingen av avtalene ved sykehuset og de to kommunene.

Resultater fra evalueringen

Evalueringen av pilotprosjektet med *inn- og utskrivingsplanlegging* viser at erfaringene i overveiende grad er gode. De ansatte er blitt mer positive til samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten og dialogen er blitt bedre mellom tjenestenivåene. Utviklingsarbeidet har virket bevisstgjørende og har skapt bedre forståelse for hverandres arbeidssituasjon. Et stort flertall av de ansatte mener at pilotprosjektet har klargjort hva som er den enkeltes ansvar ved inn- og utskriving av pasienter. Det er bred oppslutning blant de ansatte om behovet for å endre rutinene for samarbeid.

Ved utskriving blir pasientene nå meldt i god tid. På den måten får kommunene bedre tid til å planlegge et tilpasset tilbud ved utskriving av pasienter. Nettverksmøter med pasient og pårørende i forkant av utskrivelse gir en fin anledning til å sette seg inn i pasientens problemstillinger samtidig som man fra kommunens sin side får formidlet det reelle omsorgstilbudet. Fagrapporter følger også i stor grad med pasientene ved utskriving. Utsendelse av foreløpig epikrise skjer for en stor del samme dag som pasienten blir utskrevet. Derimot synes ikke utsendelsen av fullstendig epikrise å skje særlig raskere enn før.

Når det gjelder gjensidigheten ved inn- og utskrivingsplanlegging kan man si at endringene i stor grad har skjedd på *utskrivingsiden*, hvor man har fått til et bedre samarbeid mellom tjenestenivåene.

Man har ikke oppnådd like gode resultater når det gjelder *innskrivning* av pasienter som har hjemmesykepleie og påfølgende rapportering fra omsorgstjenesten til sykehuset. Her er det fortsatt forbedringsmuligheter. Blant annet gjelder dette i forhold til

telefonkontakt mellom primærlege og sykehuslege ved ØH-innleggelser og utarbeidelse av innleggelsesskriv fra primærlegens side ved denne type innleggelser. Informasjonsoverføringen ved innleggelse, blant annet om pasientens funksjonsnivå, kan bli bedre sett i lys av de ansattes erfaringer.

I spørreskjemaundersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvilken kjennskap de ansatte har til samarbeidsprosjektet og de inngåtte avtalene, hvilke erfaringer de har med avtalene og hvilke utfordringer de har støtt på.

Når det gjelder informasjon om Samarbeidsprosjektet FHK generelt svarer nær 60 prosent av de ansatte at de vurderer informasjonen som tilstrekkelig. Nøyaktig halvparten mener det samme om informasjonen de har fått om inn- og utskrivningsplanlegging. Det er imidlertid ganske store forskjeller mellom de tre partene i samarbeidet. De ansatte er mest fornøyd i Karmøy og ved Fylkessjukehuset i Haugesund med den informasjon de har fått. Dårligst informasjon synes de ansatte i Haugesund å ha fått. Evalueringen har derfor konkludert med at informasjonsarbeidet knyttet til avtalen om inn- og utskrivningsplanlegging kunne vært bedre.

Når det gjelder de ansattes erfaringer med spesifikke tiltak er resultatene for flere viktige tiltak meget gode. Av gode erfaringer vil vi spesielt nevne at pilotprosjektet har ført til; 1) et mer positivt samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten, 2) en bedre dialog mellom tjenestenivåene, 3) bedre klargjøring av ansvar ved inn- og utskrivning av pasienter og 4) at kommunen har fått bedre tid til å planlegge et tilpasset tjenestetilbud.

Andre erfaringer er ikke like gode. Dette gjelder blant annet: 1) pilotprosjektets bidrag til mer effektive inn- og utskrivningsrutiner, 2) prosjektets bidrag til større kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene ved overføring mellom 1 og 2 linjetjenesten, 3) i forhold til informasjon av pasientens funksjonsnivå før innleggelse og 4) at de pårørende mer aktivt trekkes med under forberedelsen til utskrivning av pasienten.

Erfaringene er dermed noe blandede. Mest positive er ansatte som har fått god informasjon. Resultatene viser at dess bedre informasjon de ansatte har fått, dess bedre er erfaringene. Blant de som arbeider turnus eller er deltidsansatt er kjennskapet til samarbeidsprosjektet mindre og de har også dårligere erfaringer enn heltidsansatte.

Det er da også utfordringer knyttet til deltid og turnus de ansatte er mest opptatt av. I følge mange av de ansatte gjør deltidsarbeid og turnus det vanskelig å følge opp de nye rutinene for inn og utskrivning av pasienter. Omkring en tredjedel av de ansatte mener at de nye reglene er vanskelig å følge i praksis.

Sammenfattet viser erfaringene fra pilotprosjektet med inn- og utskrivningsplanlegging at formålene i avtalen på flere områder er mulig å realisere. I et pilotprosjekt med begrenset omfang, kan man imidlertid ikke forvente at alle elementer faller på plass. Hensikten med et pilotprosjekt må være å teste ut de muligheter som ligger i de nye avtalene. Vi mener at pilotprosjektet i så måte viser lovende resultater. Pilotprosjektet har satt i gang en bred og bevisstgjørende prosess i retning av kvalitetsforbedring av rutinene ved inn og utskrivning av pasienter.

Når det gjelder utprøving av avtalen om *spesialopplæring* har det vært meget få tilfeller i pilotperioden. Med forbehold om sparsomme erfaringer synes avtalen om

spesialopplæring å være et viktig skritt for å nå målet om en mer helhetlig pasientbehandling. Avtalen gir et godt grunnlag for å løse problemer i forhold til pasienter med behov for avanserte helsetjenester i hjemmet. Det er trygt å ha avtalen om spesialopplæring å forholde seg til når man står overfor denne type problemstillinger.

I år 2001 har samarbeidsprosjektet FHK gått over i en *iverksettingsfase*. Fra å være et prosjekt skal avtalene nå følges opp av linjeorganisasjonene i 1 og 2 linjetjenesten.

Faktorer som øker sannsynligheten for en vellykket iverksetting av avtalene er følgende: 1) det er relativt bred enighet blant de ansatte om hva som er problemene i forholdet mellom 1 og 2 linjetjenesten, 2) det er formulert klare mål for hva man vil med avtalene og det er laget en detaljert rutinebeskrivelse for hver av avtalene, 3) de endringer det er lagt opp til gjennom avtalene er relativt moderate i forhold til tidligere rutiner, 4) det har vært relativt bred involvering fra grupper av ansatte som vil bli berørt av avtalene forut for selve iverksettingen, 5) de aller fleste av de ansatte ser nytteverdien av de tiltak som inngår i avtalene, 6) det er satt av ressurser til selve iverksettingen av avtalene, blant annet gjennom ansettelse av prosjektkoordinator og oppnevning av et Samarbeidsutvalg og 7) det er innebygget en form for intern kvalitetssikring i avtalene ved at hvert enkelt ledd i behandlingsskjeden kan bruke avtalen som utgangspunkt for å sjekke om foregående ledd har gjort det den er pålagt i avtalene.

Av faktorer som kan skape utfordringer for iverksettingen er: 1) at kjennskapet til innholdet i avtalene er nokså varierende, 2) pilotprosjektene har vært ganske avgrensede slik at det er relativt mange av virksomhetene i kommunene og på sykehuset som har få konkrete erfaringer med avtalene, 3) iverksettingen av avtalene skal skje i en hektisk hverdag der selv den minste endring kan bli oppfattet som en ekstrabelastning og 4) ytre forhold som omorganiseringen ved Fylkessjukehuset i Haugesund og problemer med sykehjemskapasitet i kommunene kan påvirke iverksettingen av avtalene.

Vi har også vurdert behovet for å foreta *justeringer* av avtalene nå. Her er responsen fra informantene nokså entydig: Det er behov for først å utprøve avtalene i praksis før en gjør justeringer i dem. Enkelte har imidlertid pekt på behovet for å lage en forenklet utgave av avtalene med tanke på spredning og formidling. Enkelte ønsker også et skjema som gir mer presis informasjon om pasientenes funksjonsnivå. Dette går imidlertid ikke direkte på innholdet i avtalene, men dreier seg primært om utvikling av fagrapportene. Til sist er det noen av informantene som ønsker rutiner for tilbakemelding om hvordan det går med den videre oppfølging av pasientene etter at de selv har overlatt pasienten til andre faggrupper.

Et viktig spørsmål er hvordan partene i samarbeidet skal evaluere oppfølgingen av avtalene, dvs foreta regelmessig *egnevaluering*. Vi vil foreslå at det oppnevnes et *panel* av deltakere fra Fylkessjukehuset og kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy. Selve oppnevningen av medlemmene og fastsettelse av mandat for panelet kan for eksempel Samarbeidsutvalget stå for. For å nå bredt ut bør sammensetningen i panelet være bredere enn Samarbeidsutvalget. For eksempel kan det tenkes at Samarbeidsutvalget hvert halvår avholder et evalueringsmøte sammen med panelet der sistnevnte rapporterer om hvordan det går med den praktiske oppfølgingen av avtalene. Etter 2-3 år bør det vurderes å foreta en brukerundersøkelse for å sjekke hvordan pasientene selv opplever behandlingen de får i 1 og 2 linjetjenesten.

Når det gjelder samarbeidsprosjektets *overføringsverdi* til andre kommuner og sykehus har vi vurdert denne i forhold til fire kriterier: Om problemet prosjektet har grepet fatt har relevans for andre kommuner og sykehus, om prosjektet har vært innovativt og frembrakt nye løsninger, at løsningene som er utviklet har generell interesse og ikke er for lokale i sin karakter og til sist om utviklingsarbeidet kan gjøres tilgjengelig for andre kommuner og sykehus. Alt i alt synes kriteriene for at samarbeidsprosjektet har overføringsverdi å være oppfylt. Et usikkerhetsmoment knytter seg imidlertid hvordan avtalene vil fungere i praksis når de også gjøres gjeldende for hele kommunehelsetjenesten i de to kommunene og for alle avdelingene ved Fylkessjukehuset i Haugesund. Hvordan det vil gå med oppfølgingen av avtalene de nærmeste årene vil ha mye å si for prosjektets overføringsverdi.

Vedlegg 1 – Oversikt over tilgjengelig skriftlig materiale fra Samarbeidsprosjektet FHK

- Prosjektbeskrivelse
- FHK-Nytt - prosjektavis
- Rapport for delprosjektet Hospitering – Forslag til tiltak
- Rapport for delprosjektet Inn- og utskrivningsplanlegging og epikriserutiner – Forslag til tiltak
- Rapport for delprosjektet Spesialopplæring – Forslag til tiltak
- Rapport for delprosjektet Fagrapporter – Forslag til tiltak

- Avtale om hospitering
 - Modell for hospitering
 - Prosedyre ved hospitering
 - Juridiske aspekter ved hospitering
 - Plan for teoretisk undervisning og veiledet praksis i hospiteringsperioden
 - Søknad om hospitering
 - Svar på søknad om hospitering
 - Praktisk informasjon
 - Evalueringsskjema for hospitant
 - Evalueringsskjema for veileder
 - Hospiteringsbevis

- Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging
 - Informasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjenesten
 - Samtykkeerklæring ved overføring av informasjon
 - Rutiner for varsling og søknad om kommunale tjenester
 - Referat fra nettverksmøte
 - Søknad om helse- og sosialtjenester
 - Felles forside til fagrapporter m/brukermanual
 - Sykepleiesammenfatning m/brukermanual

- Foreløpig epikrise

- Avtale om spesialopplæring
 - Pasientflyt

- Mal for avviksmelding

- Avtale om samarbeidsutvalg

For ytterligere informasjon og for bestilling av aktuelle dokumenter/maler:

Prosjektkoordinator Bjørg Røstbø

Fylkessjukehuset i Haugesund

Postboks 2170

Bedriftspostkontor

5504 Haugesund

Tlf.: 52 73 27 73 Faks: 52 73 28 60

E-post: sam-fhk@online.no

Vedlegg 2 – Avtale om hospitering

**Avtale om
hospitering
mellom
Fylkessjukehuset i Haugesund,
Haugesund kommune og
Karmøy kommune.**

SAMARBEIDSAVTALE OM HOSPITERING MELLOM FYLKESJUKEHUSET I HAUGESUND, HAUGESUND KOMMUNE OG KARMØY KOMMUNE

1. Innledning

Avtale om hospitering mellom Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH), Haugesund kommune og Karmøy kommune er en del av en helhet i Samarbeidsprosjektet FHK.

Avtale om hospitering omfatter helsepersonell på ulike nivå og er avgrenset til den somatiske delen av helsetjenesten.

Avtalen har til hensikt å bidra til at pasienter/brukere opplever økt forutsigbarhet og trygghet i helsetjenestetilbudet.

Avtalens nytteverdi er knyttet til en mer effektiv helsetjeneste gjennom profesjonelt samspill, bedre faglige resultater, bedre ressursutnyttelse og et bedre samspill mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

2. Mål med avtalen

- Styrke kompetansen blant helsepersonell ved FiH og i kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy kommune, for derved å kunne gi pasienten tjenestetilbud på laveste effektive omsorgsnivå.
- Bedre samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten ved å gi medarbeiderne økt kunnskap om hverandres arbeidsfelt og kompetanse
- Bygge faglige nettverk mellom helsepersonell på ulike nivåer og mellom ulike fagprofesjoner
- Sikre pasienter/brukere kontinuitet og faglig god kvalitet i tjenestetilbudet

3. Begrepsavklaringer/definisjoner

- *Hospitering* er i avtalen å forstå som et tidsavgrenset, målrettet og strukturert opphold på en enhet ved FiH eller i kommunehelsetjenesten i Haugesund eller Karmøy kommune. Hospiteringen omfatter observasjonspraksis, praksisveiledning, teoretisk undervisning, gjensidighet oppfølging og dokumentasjon.
- *Kompetanse* er i avtalen definert som ”*holdninger, kunnskaper og ferdigheter, erfaringsbasert innsikt og evne til å bruke andres kompetanse utviklet i forhold til nåværende oppgaver, fremtidige oppgaver og organisasjonens felles liv*” (Bastøe, 1995).

4. Ansvarsfordeling

Hospiteringsordningen forutsetter at partene har et felles ansvar for å samordne og prioritere følgende:

- Økonomiske rammer
- Hospiteringens omfang
- Målgruppe
- Enheter innen virksomhetene

Hver av partene har ansvar for følgende:

- Prioritere midler til hospitering innenfor det årlige budsjett.
- Sikre at hospitering inngår som metode for kompetanseutvikling i den enkelte virksomhets/enhets virksomhetsplaner og kompetanseutviklingsplaner.
- Gjennomføre hospitering i tråd med de rutiner og prosedyrer som er utarbeidet.

5. Rammer for hospiteringen

- Avtalen forutsetter en hospiteringsperiode på 14 dager (10 virkedager)
- Hospitanten arbeider i hel stilling i hospiteringsperioden
- Hospitanten opprettholder alle tariffmessige rettigheter (lønn, ferie, yrkesskadeforsikring m.m.) hos egen arbeidsgiver i hospiteringsperioden.
- Grunnlag for kostnadsberegning til hospitering er kr. 8000,- per hospiteringsperiode, som skal dekke vikarkostnader samt eventuell oppjustering til hel stilling.

6. Generelt

- Hver av partene er gjensidig ansvarlig for utarbeidelse og vedlikehold av rutiner og prosedyrer for oppfølging av avtalen.
- Avtalen evalueres halvårlig.
- Avtalen kan sies opp eller reforhandles med 3 måneders varsel av samtlige parter. Dersom oppsigelse ikke foreligger, fornyes den automatisk for ett år om gangen.
- Prinsipielle saker mellom FiH og Haugesund kommune tas opp med direktør ved FiH og sektorsjef i Sektor for omsorg i Haugesund kommune.
- Prinsipielle saker mellom FiH og Karmøy kommune tas opp med direktør ved FiH og helse- og sosialsjef i Karmøy kommune.

7. Avtalens gyldighet

Avtalen er gyldig fra 01.11.2000

Haugesund, den .../... 2000

Haugesund, den .../... 2000

Karmøy, den .../... 2000

.....

.....

.....

Johannes Kolnes

Inger Mæland

Reidar Bråtveit

Direktør

Sektorsjef Omsorg

Helse- og sosialsjef

Fylkessjukehuset i Haugesund

Haugesund kommune

Karmøy kommune

Vedlegg 3 – Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging og flytskjema

**Avtale om
inn- og utskrivningsplanlegging
mellom
Fylkessjukehuset i Haugesund,
Haugesund kommune og
Karmøy kommune**

SAMARBEIDSAVTALE OM INN- OG UTSKRIVNINGSPANLEGGING MELLOM FYLKESJUKEHUSET I HAUGESUND, HAUGESUND KOMMUNE OG KARMØY KOMMUNE

1. Innledning

Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging av somatiske pasienter mellom Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH), Haugesund kommune og Karmøy kommune er en del av en helhet i Samarbeidsprosjektet FHK.

Avtalen bygger på bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-4, subsidiær forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 5-1 tredje ledd, og tidligere samarbeidsavtale om utskrivningsklare somatiske pasienter ved FiH.

Inn- og utskrivningsplanlegging for overføring av somatiske pasienter mellom FiH og kommunen gjelder i denne avtalen i forhold til enkeltpersoner som allerede har kommunale helse og omsorgstjenester, eller som etter vurdering vil få behov for dette ved utskrivning.

2. Mål med avtalen

- Sikre en tydelig ansvars plassering og god planlegging mellom FiH, Haugesund kommune og Karmøy kommune.
- Sikre pasient/bruker samordning og utbytte av helsetjenester som ytes fra 1. og 2. linjetjenesten.
- Sikre pasientens/brukerens behov for forutsigbarhet og kontinuitet ved overflytting mellom 1. og 2. linjetjenesten.
- Sikre pasientens/brukerens rettigheter ved informasjonsoverføring.
- Sikre hensiktsmessige rutiner for informasjonsoverføring mellom 1. og 2. linjetjenesten slik at aktuell pasient/brukerinformasjon er tilgjengelig på det nivå hvor pasienten/ brukeren befinner seg.

3. Begrepsavklaringer/Definisjoner

- *Ferdigbehandlet pasient*

Partene forholder seg til definisjon om ferdigbehandlet pasient i Sosial- og Helsedepartementets Rundskriv I-48/98, "Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter" §3.

En pasient er ferdigbehandlet når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i journalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,

2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.

- *Varsling*

Varsling innebærer en telefonisk melding om hjelpebehov som del av utskrivningsprosedyren fra sykehuset og til kommunehelsetjenesten.

Med tidlig varsling menes en telefonisk melding om hjelpebehov så snart det er vurdert og avklart at pasient/bruker vil ha behov for kommunale tjenester ved utskrivning.

- *Nettverksmøte*

Nettverksmøte er et møte mellom pasient og evt. pårørende og aktuelt fagpersonale. Representanter fra både FiH og kommunen må være til stede. Det er det individuelle behov hos pasienten som avgjør hvilke faggrupper som skal innkalles. Nettverksmøter er relevant i forhold til pasienter med sammensatte problemstillinger.

4. Ansvarsfordeling mellom partene ved utskrivning fra FiH

Fylkessjukehusets ansvar:

- *Varsling om behov for kommunale tjenester*

Varsling nyttes i tre ulike sammenhenger:

1. Tidlig varsling om ny pasient/bruker som vil ha behov for kommunale tjenester ved utskrivning.
2. Tidlig varsling om endring i pasient/brukers hjelpebehov.
3. Varsling min. 24 timer før utskrivning for pasient/bruker som kan klare seg med samme hjelp som før, der det er gjort vedtak om kommunale tjenester.

Før varsling innhentes pasientens samtykke, og dette journalføres.

- *Tverrfaglig vurdering som grunnlag for ferdigbehandlet status*

Sykehuset avgjør når en pasient er ferdigbehandlet. Sykehuset avgjør dato for ferdigbehandletstatus. Avgjørelsen kan påklages til Fylkeslegen. Vurderingen for å avklare når en pasient er ferdigbehandlet gir grunnlag for å melde pasienten

utskrivningsklar. Dette bør skje i samarbeid med tverrfaglig team da tverrfaglig samarbeid er avgjørende for et enhetlig behandlingsopplegg.

Ansvarlig for å fastsette ferdigbehandlet status: pasientansvarlig lege i samarbeid med pasientansvarlig sykepleier.

- *Nettverksmøter*

Det innkalles til nettverksmøte når det foreligger en sammensatt problemstilling. Hensikten med møtet er å avklare, informere og planlegge. Dette vil være sammenfallende med ulike behov som:

- behov for spesialopplæring av 1.linjetjenesten før utskrivning
- behov for hjemmebesøk av 2.linjetjenesten etter utskrivning
- individuell behandlingsplan.

Ansvarlig for innkalling, møteledelse og referat: gruppeleder i samarbeid med pasientansvarlig lege.

- *Søknad om kommunale tjenester*

Skriftlig søknad om kommunale tjenester sendes alltid for nye brukere og for brukere hvor det har oppstått omfattende endring av hjelpebehov. Søknaden sendes til Servicekontoret i Haugesund kommune eller til respektive sonekontor i Karmøy kommune straks dato for ferdigbehandlet foreligger. Denne dato danner grunnlag for videre dialog med kommunehelsetjenesten om fastsettelse av utskrivningsdato. Partene etterstreber at utskrivning skjer innen 7 virkedager (minus helg- og høytidsdager) etter at kommunen er orientert om at pasienten er ferdigbehandlet.

Dersom det oppstår forandring i pasientens tilstand, tar avdelingen straks kontakt med Servicekontoret i Haugesund kommune eller rett sonekontor i Karmøy kommune, for ny avtale.

Ansvarlig for søknaden: pasientansvarlig sykepleier.

- *Utsendelse av fagrapporter*

Felles planlegging av framdrift i forhold til utskrivning er nødvendig for å nå målet om å sende fagrapporter ut sammen med pasienten. Fagrapporter skal følge pasienten til institusjon eller til hjemmetjenesten.

Ergo- og fysioterapeuter ved FiH sender kopi av fagrapportene direkte til kommunal rehabiliteringstjeneste.

Ansvarlige for at fagrapporter foreligger og oversendes kommunen samlet: pasientansvarlig sykepleier.

- *Utsendelse av epikriser*

Foreløpig epikrise skal følge pasienten samme dag som pasienten utskrives.

Endelig epikrise sendes straks alle aktuelle/nødvendige opplysninger foreligger. Epikrisen skal følge pasienten samme dag ved overføring til annen institusjon.

Kopi av foreløpig- og endelig epikrise sendes til pasientens faste lege samt evt. innleggende lege/tilsynslege/hjemmetjeneste/institusjonstjeneste/helsestasjon.

Ansvarlig for ferdigstilling og utsendelse av epikrise: pasientansvarlig lege

Kommunens ansvar:

Ved varsling fra FiH om innlagt pasient med hjelpebehov er kommunen forpliktet til å starte sine forberedelser. Kommunen har ansvar for å delta i nettverksmøter når FiH innkaller til dette.

Samme dag som skriftlig søknad er mottatt fra FiH, tar omsorgsleder eller bemyndiget i Karmøy kommune/Servicekontoret i Haugesund kommune kontakt med aktuell avdeling ved FiH for å bekrefte at søknaden er mottatt og for nærmere orientering og avtale.

Helse- og sosialtjenesten i kommunen avgjør hvilket tilbud den utskrivningsklare pasienten skal få i kommunen.

5. Ansvarsfordeling mellom partene ved innleggelse ved Fylkessjukehuset

Kommunens ansvar ved ØH- innleggelser

Kommunens helse- og sosialtjenester v/primærlege bestemmer når en person skal legges inn ved FiH. Det skal alltid være telefonkontakt mellom innleggende lege og vakthavende lege ved FiH ved ØH-innleggelser. Innleggelsesskriv skal følge pasienten (unntak kun i helt spesielle tilfeller).

Ansvarlig: innleggende lege

Sykepleiesammenfatning skal følge pasienten fra institusjon samt fra hjemmet dersom hjemmetjenesten er informert.

Ansvarlig: vakthavende sykepleier

Nødvendig informasjon om pågående behandlingsopplegg ved institusjonen sendes FiH av pasientansvarlig lege og behandlende terapeuter.

Ansvarlig for å melde fra til disse om innleggelsen: fagansvarlig sykepleier.

For øvrig sendes rapporten etter anmodning fra FiH 1. dag etter innleggelse.

Ansvarlig for å sende rapport: fagansvarlig sykepleier i distriktet.

- *Fylkessjukehusets ansvar ved ØH- innleggelser*

Ved manglende/mangelfull informasjon om innlagt pasient tar sykehuset kontakt med institusjon/hjemmetjeneste/primærlege 1. dag etter innleggelse.

Ansvarlig for å innhente nødvendige opplysninger fra hjemmetjenesten: gruppeleder

Ansvarlig for å innhente nødvendige opplysninger fra primærlege : pasientansvarlig lege

Ansvarlig for å videreformidle informasjon om pågående fysio-/ergoterapibehandling i kommunen til postens lege/team for evt. rekvisisjon: gruppeleder

- *Kommunens ansvar ved planlagte innleggelser*

Primærlegen er ansvarlig for å sende nødvendig legeinformasjon til FiH før innleggelse.

Primærlegen er også ansvarlig for å opplyse om pasienten har kommunale tjenester samt innhente pasientens samtykke om at hjemmetjenesten/terapeutene kan varsles.

Sykepleiesammenfatning skal følge brukeren fra institusjon/hjemmetjenesten.

Ansvarlig: fagansvarlig sykepleier

Nødvendig informasjon om pågående behandlingsopplegg ved institusjonen sendes FiH av pasientansvarlig lege og behandlende terapeuter. For øvrig sendes rapporter etter anmodning fra FiH.

• *Fylkessjukehusets ansvar ved planlagte innleggelser*

Avdelingssykepleier på den enkelte post ved FiH har ansvar for å informere om innleggingsdato slik at nødvendige rapporter sendes før innleggelse fra kommunen.

6. Generelt

- Partene er gjensidig ansvarlig for utarbeidelse og vedlikehold av rutiner for oppfølging av avtaler.
- Ukentlig ajourført liste over utskrivningsklare pasienter føres av sykehuset og sendes til Servicekontoret/sonkontoret i respektive kommune.
- Fylkessjukehuset kan kreve betaling av kommunen for ferdigbehandlede pasienter som oppholder seg på sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud. Betaling kan kreves fra 14 dager etter at kommunen har mottatt en skriftlig søknad og varsling om at pasienten er ferdigbehandlet. Kommunen er varslet når det skriftlige varslet er kommet frem til kommunen. Betalingsplikt for kommunene forutsetter at tilsvarende bestemmelser om betalingsplikt/sats gjøres gjeldende overfor samtlige kommuner i Rogaland.
- Betalingssetningen er p.t. 1300 kroner per døgn. Satsen reguleres automatisk i henhold til Sosial- og helsedepartementets bestemmelser.
- Prinsipielle saker mellom FiH og Haugesund kommune tas opp med direktør ved FiH og sektorsjef i Sektor for omsorg i Haugesund kommune
Prinsipielle saker mellom FiH og Karmøy kommune tas opp med direktør ved FiH og helse og sosialsjef i Karmøy kommune.
- Avtalen evalueres halvårlig.
- Avtalen kan sies opp eller reforhandles med 3 måneders varsel av samtlige parter. Dersom oppsigelse ikke foreligger, fornyes den automatisk for ett år om gangen.

7. Avtalens gyldighet

Avtalen er gyldig fra 08.05.2001

Haugesund, den .../... 2001

Haugesund, den .../... 2001

Karmøy, den .../... 2001

.....

Johannes Kolnes

Direktør

Fylkessjukehuset i Haugesund

.....

Inger Mæland

Sektorsjef Omsorg

Haugesund kommune

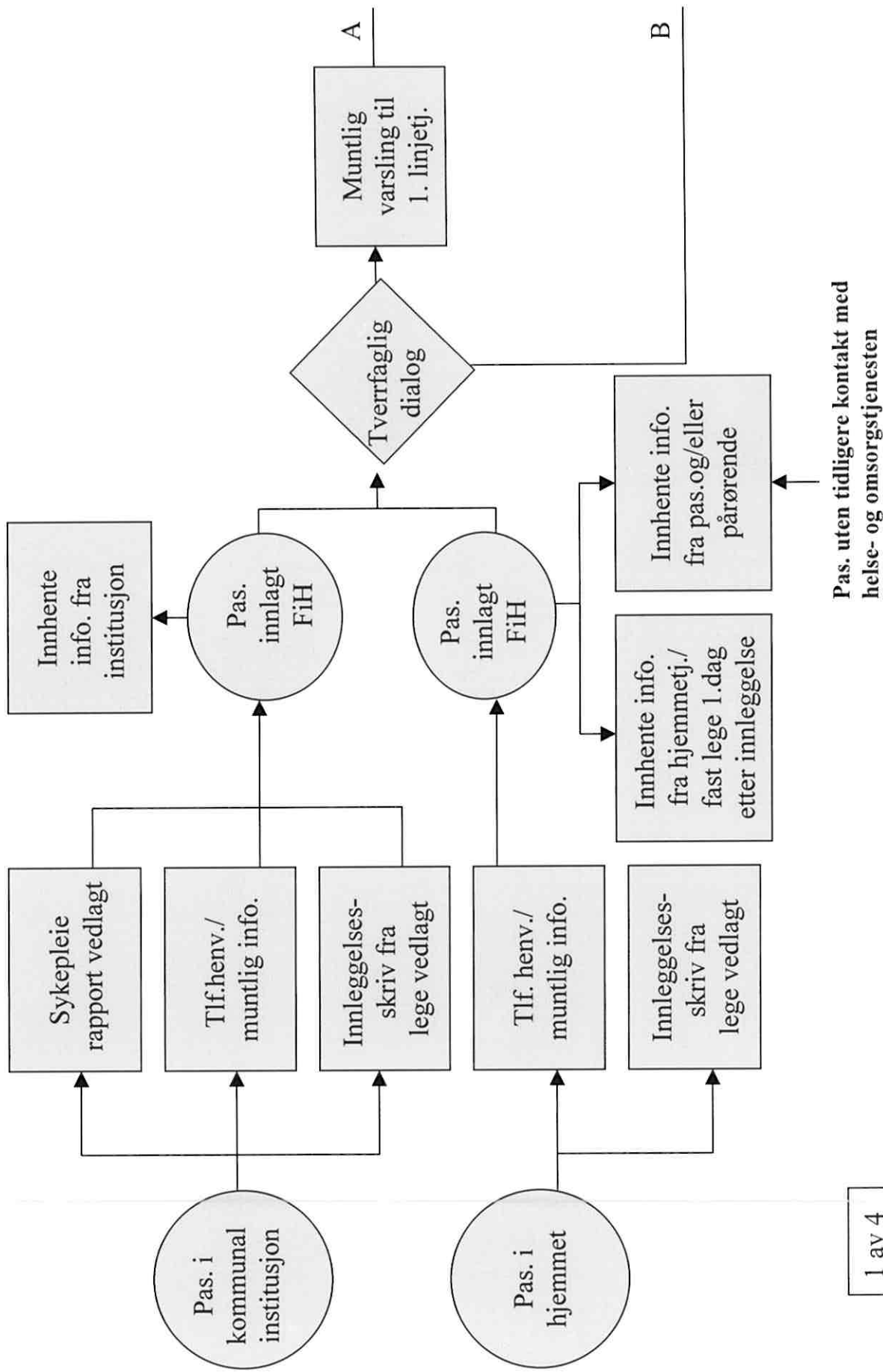
.....

Reidar Bråtveit

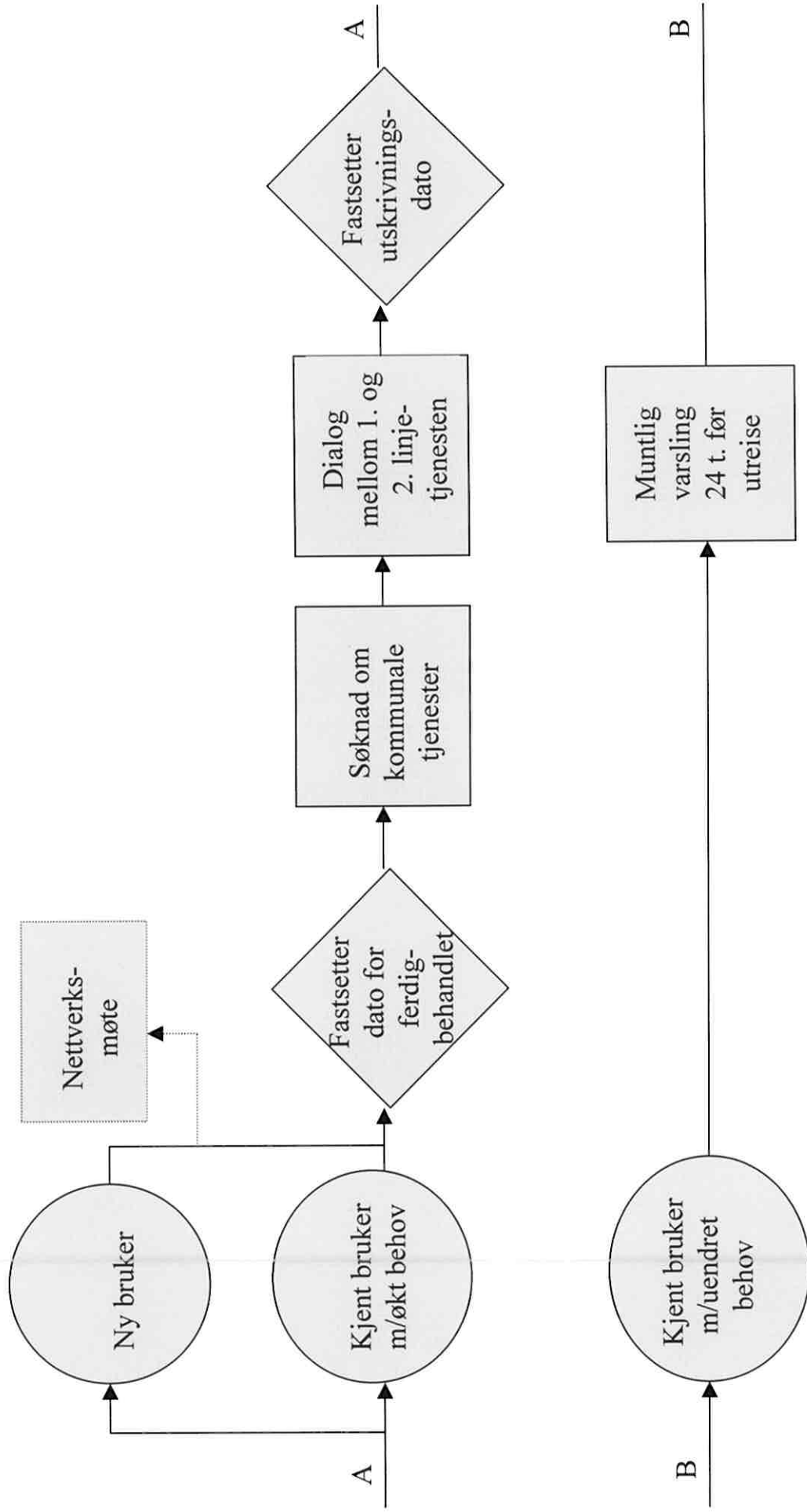
Helse- og sosialsjef

Karmøy kommune

Informasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjenesten ved øhj. innleggelse og ved utskrivning

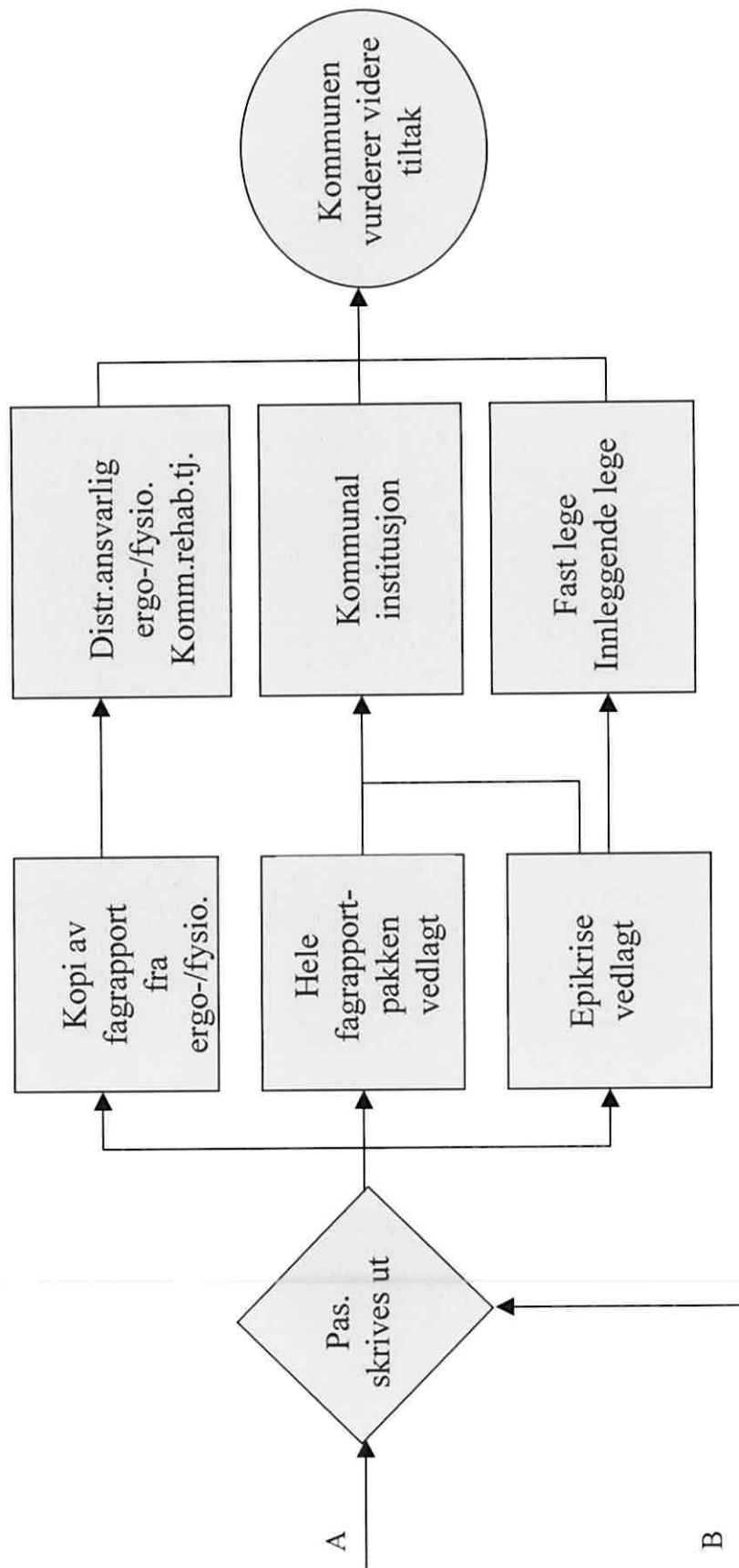


Pasienten innlagt ved FiH

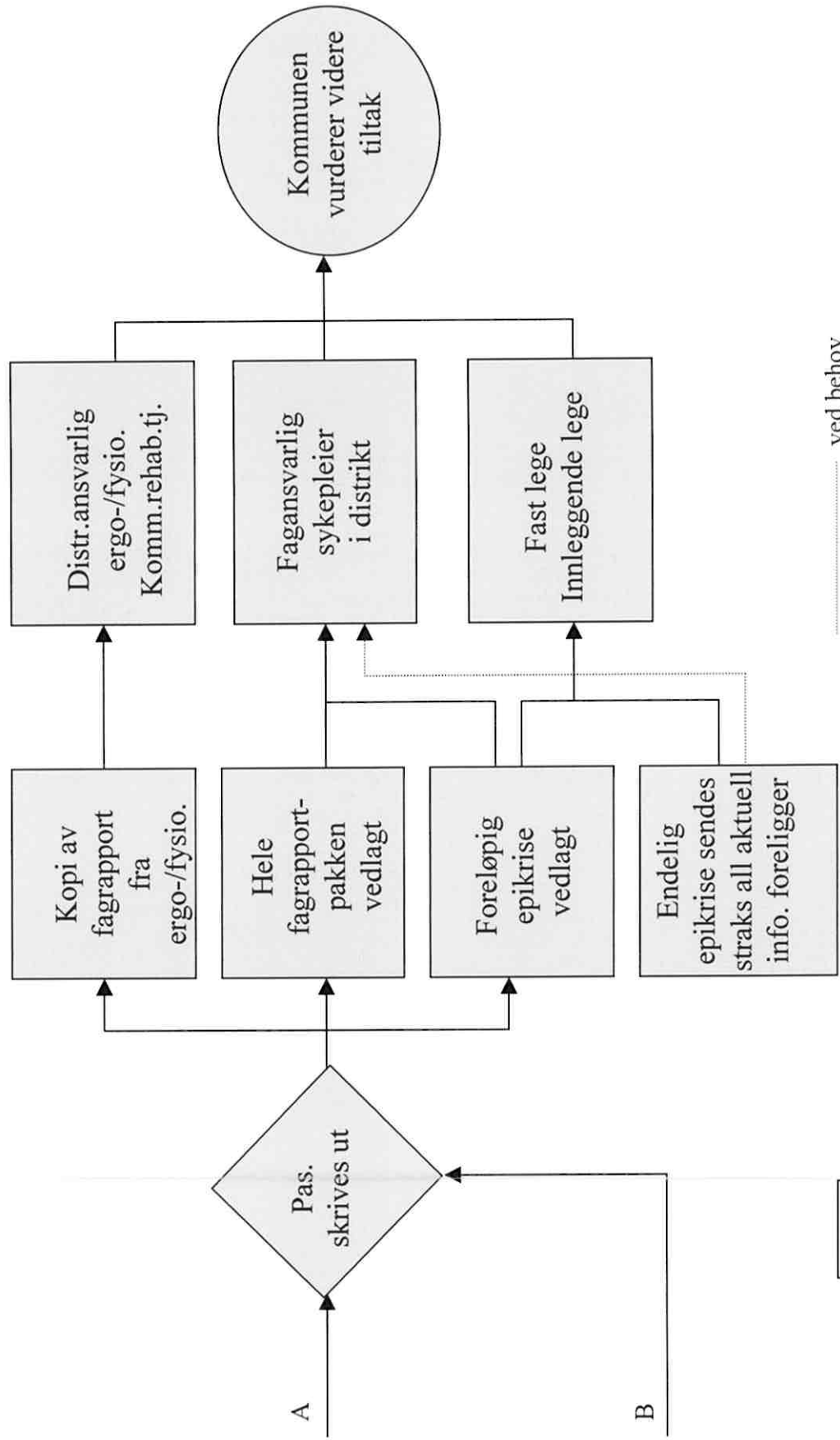


..... ved behov

Pas. skrives ut til kommunal institusjon



Pas. skrives ut til hjemmet



..... ved behov

Vedlegg 4 – Avtale om spesialopplæring og flytskjema

**Avtale om
spesialopplæring
mellom
Fylkessjukehuset i Haugesund,
Haugesund kommune og
Karmøy kommune**

SAMARBEIDSAVTALE OM SPESIALOPPLÆRING MELLOM FYLKESJUKEHUSET I HAUGESUND, HAUGESUND KOMMUNE OG KARMØY KOMMUNE

1. Innledning

Avtale om spesialopplæring mellom Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH), Haugesund kommune og Karmøy kommune er en del av en helhet i Samarbeidsprosjektet FHK.

Avtalen omhandler de særlige rutiner for informasjonsoverføring, kompetanseoverføring samt tydelighet i ansvar som skal være gjeldende i forhold til pasienter, som etter en tverrfaglig vurdering, har behov for avanserte helsetjenester ved utskrivning til hjemmet eller til kommunal institusjon. De rutiner som fremkommer i avtalen, er å forstå som et tillegg til de rutiner som fremgår av avtale om inn- og utskrivningsplanlegging,

Spesialopplæring har til hensikt å sikre at pasienter med behov for avanserte helsetjenester, og deres pårørende, opplever trygghet, kontinuitet og faglig god kvalitet på tjenestetilbudet uavhengig av forvaltningsnivå.

Avtalen bygger på gjeldende lover og forskrifter, samt avtale om inn- og utskrivningsplanlegging mellom partene.

2. Mål med avtalen

- En tydelig ansvars plassering samt gode rutiner for informasjon- og kompetanseoverføring mellom FiH, Haugesund kommune og Karmøy kommune i forhold til pasienter med behov for avanserte helsetjenester.
- Avanserte helsetjenester tilbys pasienten på laveste effektive omsorgsnivå.
- Pasient og pårørendes opplever trygghet, kontinuitet og faglig god kvalitet på tjenestetilbudet uavhengig av forvaltningsnivå.
- Pasientens lovfestede rettigheter ivaretas.

3. Begrepsavklaringer/Definisjoner

- Spesialopplæring er i avtalen å forstå som undervisning og kortvarig opplæring av helsepersonell, pasient og pårørende i forhold til spesielle prosedyrer knyttet til enkeltpasienter med behov for avanserte helsetjenester.
- Avanserte helsetjenester er å forstå som behandling, rehabilitering, omsorg og pleie som krever høyere kompetanse enn den grunnleggende faglige basiskompetanse.
- Pasientansvarlig lege har hovedansvaret for den medisinske utredning og behandling, samt kontakt med pasient og pårørende. Det forutsettes et nært samarbeid med pasientansvarlig sykepleier og andre relevante samarbeidsparter. I kommunen vil pasientansvarlig lege være primærlege/fastlege.

- Pasientansvarlig sykepleier i sykehuset og i kommunehelsetjenesten har, i samarbeid med pasientansvarlig lege, ansvar for å koordinere tjenestetilbudet og er pasientens hovedkontakt blant sykepleierene.

4. Ansvarsfordeling mellom partene ved utskrivning fra FiH

Fylkessjukehusets ansvar:

- Moderavdelingen utnevner en pasientansvarlig lege og pasientansvarlig sykepleier straks pasienten er innlagt ved FiH.

Pasientansvarlig lege, eller etter avtale behandlende lege, har ansvar for følgende oppgaver:

- Kontakte pasientens faste lege i kommunen for å avklare ansvarsforhold, informere, samt kartlegge behov for opplæring. Dersom pasienten ikke har en fast lege, rettes det en forespørsel til en primærlege i pasientens kommune etter informert samtykke fra pasienten.

Følgende punkter skal avklares:

1. Primærlegens muligheter/behov for å delta på nettverksmøte før utskrivning av pasienten.
2. Eventuelle behov for/avtale om felleskonsultasjoner før og/eller etter utskrivning.
3. Hvilken lege som skal kontaktes ved behov for endring av doser, evt behov for andre medikamenter, ved mistanke om komplikasjoner eller bivirkninger. Hvem som skriver resepter, hvilke apotek som skal brukes.
4. Hvem som skal kontaktes ved tekniske og medisinske problemer på dagtid, kveld, natt og helg/høytid.
5. Utnevne stedfortreder ved fravær.
6. Hvordan dokumentasjonen ved endret pasienttilstand, ved doseendringer osv. skal formidles mellom primærhelsetjenesten og sykehuset.
7. Evaluering av tiltakene vedrørende den aktuelle pasient.

Avtaler dokumenteres i journal ved FiH. Kopi sendes til pasientens primærlege/fastlege og til fagansvarlig sykepleier/kommunal institusjon.

Pasientansvarlig sykepleier har ansvar for følgende oppgaver:

- Kontakter Service-kontoret i Haugesund/aktuelle helse- og sosialsenter i Karmøy for muntlig varsling og dialog om aktuelle pasient.

Følgende punkter skal avklares:

0. Utnevning av pasientansvarlig sykepleier i kommunehelsetjenesten.

1. Kartlegging av kommunehelsetjenestens ressurser og behov i forhold til den aktuelle pasientens behov for tjenester.
 2. Avtale tid for nettverksmøtet, mål og hensikt med møtet, og hvem som skal delta.
- Videreformidler til aktuelle ressurspersoner ved sykehuset de behov/ressurser som foreligger i kommunehelsetjenesten, samt avklarer hvem som tar ansvar for opplæringen.
 - Informere om, samt innkalle pasient og pårørende, pasientansvarlig lege og evt. andre aktuelle ressurspersoner til nettverksmøtet, delta samt skriver referat fra møtet.
 - I samarbeid med pasientansvarlig terapeut bestille aktuelle tekniske hjelpemidler.
 - Klargjøre pasientperm, div. utstyr (iflg. sjekklister), resepter og evt. medikamenter, samt sikre at fagrapporter og epikrise følger pasienten ved utskrivning.
 - Legge inn nødvendige pasientopplysninger i AMIS ved AMK, samt videreformidle avtale om AMK som kontaktformidler, før pasienten forlater sykehuset.
 - Etter anmodning fra kommunehelsetjenesten delta i nettverksmøte i kommunen etter at pasienten er skrevet ut fra sykehuset.

Ressurspersoner/ressursgruppe:

- Ressurspersoner/tverrfaglig ressursgruppe med kompetanse innen avanserte helsetjenester, skal i samråd/etter avtale med pasientansvarlig lege og/eller sykepleier, og på kort varsel, sørge for opplæring av pasient, pårørende og helsepersonell på sykehuset.
- Ressurspersoner/ressursgruppe skal etter anmodning fra, og i samarbeid med kommunehelsetjenesten, bistå med opplæring/veiledning samt pasientvurdering, oppstart/oppfølging av behandling i pasientens hjem/ved kommunal institusjon.
- Sykehuset etablerer en bakvaksordning for sykepleier (ressursperson) for en kortere periode etter utskrivning av pasient fra sykehuset til et kommunalt helsetjenestetilbud.

AMK som kontaktformidler:

- AMK skal fungere som kontaktformidler mellom helsepersonell i 1. og 2. linjetjenesten samt for pårørende til pasienter som har et avansert helsetjenestetilbud i hjemmet eller i kommunal institusjon.
- Sykepleier ved AMK skal etter gitte retningslinjer formidle kontakt etter den avtale som er gjort vedrørende den aktuelle pasient.

Kommunens ansvar:

Ved varslings fra FiH om innlagt pasient med behov for et avansert helsetjenestetilbud, forplikter kommunen å utnevne pasientansvarlig sykepleier.

Avtalepartene forutsetter at en primærlege/fastlege har ansvar for følgende oppgaver:

0. Avklare ansvarsfordeling for behandling og oppfølging av pasienten etter utskrivning fra sykehuset.
1. Videreformidle til pasientansvarlig lege ved sykehuset aktuelle behov for opplæring, fellesvisitt, felleskonsultasjoner.
2. Delta i sykehusets tilbud om opplæring og veiledning etter behov.
3. Delta i nettverksmøte etter behov.
4. Anmode om, samt delta ved, eventuelle felleskonsultasjoner.

Pasientansvarlig sykepleier har ansvar for følgende oppgaver:

1. Kartlegge og videreformidle til pasientansvarlig sykepleier ved sykehuset kommune-helsetjenestens ressurser og behov i forhold til pasientens behov for tjenester.
2. Sammen med evt. andre aktuelle fagpersoner, delta i sykehusets tilbud om opplæring og veiledning.
3. Avtale tid, samt delta i nettverksmøte ved sykehuset.
4. Avtale tid, innkalle, samt skrive referat fra nettverksmøte i kommunen.
5. I samarbeid/avtale med primærlege/fastlege, delta ved felleskonsultasjoner.

Ressurspersoner/ressursgruppe:

- Det utnevnes ressurspersoner/tverrfaglig ressursgruppe innen lindrende behandling som ved behov skal bistå det øvrige personellet i kommunen med opplæring og veiledning.
- Det etableres en bakvaksordning for sykepleier (ressursperson) for en kortere periode etter utskrivning av pasient fra sykehuset til et kommunalt helsetjenestetilbud.

5. Generelt

- Partene er gjensidig ansvarlig for utarbeidelse og vedlikehold av rutiner for oppfølging av avtalen.
- Prinsipielle saker mellom FiH og Haugesund kommune tas opp med direktør ved FiH og sektorsjef i Sektor for omsorg i Haugesund kommune.

Prinsipielle saker mellom FiH og Karmøy kommune tas opp med direktør ved FiH og helse- og sosialsjef i Karmøy kommune.
- Avtalen evalueres halvårlig.

- Avtalen kan sies opp eller reforhandles med 3 måneders varsel av samtlige parter. Dersom oppsigelse ikke foreligger, fornyes den automatisk for ett år om gangen.

6. Avtalens gyldighet

Avtalen er gyldig fra 01.03.2001

Haugesund, den .../... 2001

Haugesund, den .../... 2001

Karmøy, den .../... 2001

.....

.....

.....

Johannes Kolnes

Inger Mæland

Reidar Bråtveit

Direktør

Sektorsjef Omsorg

Helse- og sosialsjef

Fylkessjukehuset i Haugesund

Haugesund kommune

Karmøy kommune

Pasientflyt ”Spesialopplæring”

BEGREPSAVKLARINGER:

PAL: Pasientansvarlig lege har hovedansvaret for den medisinske utredning og behandling, samt kontakt med pasient og pårørende, i tett samarbeid med pasientansvarlig sykepleier. I kommunen vil PAL være primær-/fastlege.

PAS: Pasientansvarlig sykepleier i sykehuset og i primærhelsetjenesten er pasientens hovedkontakt blant sykepleierne under oppholdet/etter utskrivning. Innehar koordinatorfunksjon! (se egen beskrivelse) Dersom PAS i kommunen ikke er tilstede på dagtid, skal fagansvarlig spl. fungere som ”reservePAS”.

Ressursperson: Personell med spesialkompetanse ift. enkelte pasienter, i spesielle situasjoner og ift. spesielle prosedyrer. Et begrenset antall fagpersoner utnevnes til å være ressurspersoner innenfor et emne. Disse kan arbeide enkeltvis og/eller tverrfaglig i en gruppe knyttet til én spesiell pasient.

Palliativ ressursgruppe: Gruppen består av minimum lege, sykepleier og fysioterapeut med særlig engasjement/kompetanse på palliativ behandling. Lege med særlig ansvar for spesialopplæring og palliativ behandling i kommunen, har ansvar for å tilrettelegge og koordinere gruppen.

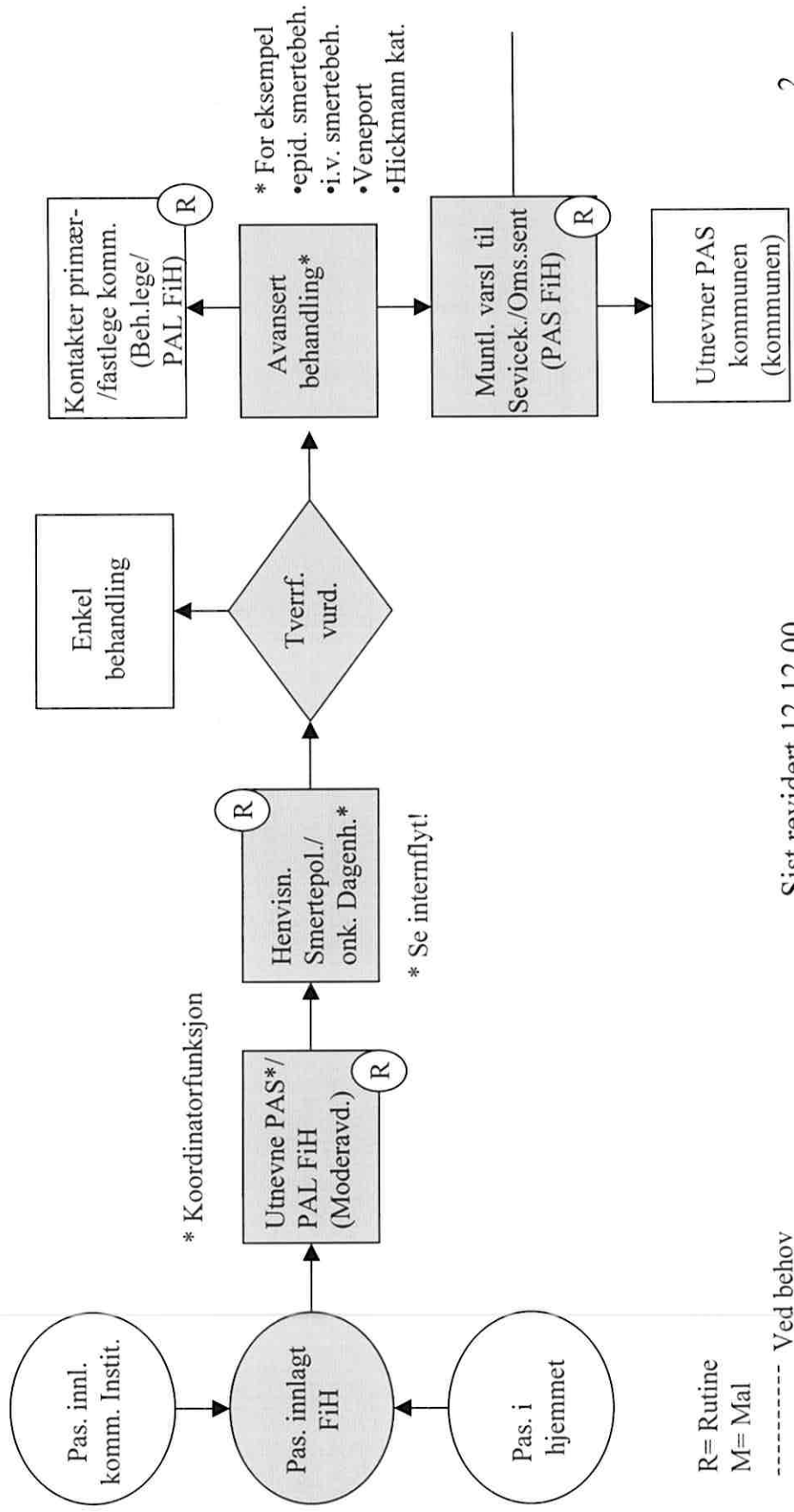
Gruppen tillegges ansvar for å bistå øvrig personell i kommunen, etablere kontakt med ressurspersoner i kommunen og ved FiH.

Pasientperm: Pasientopplysninger som følger pasienter med behov for spesialopplæring og tverrfaglig tilbud ved utskrivning fra sykehuset. Denne inneholder kopi av pasientjournalen fra siste opphold og foreløpig epikrise, fagrapporter, kopi av medikamentkurve, relevante funn ved røntgenundersøkelser og blodprøver.

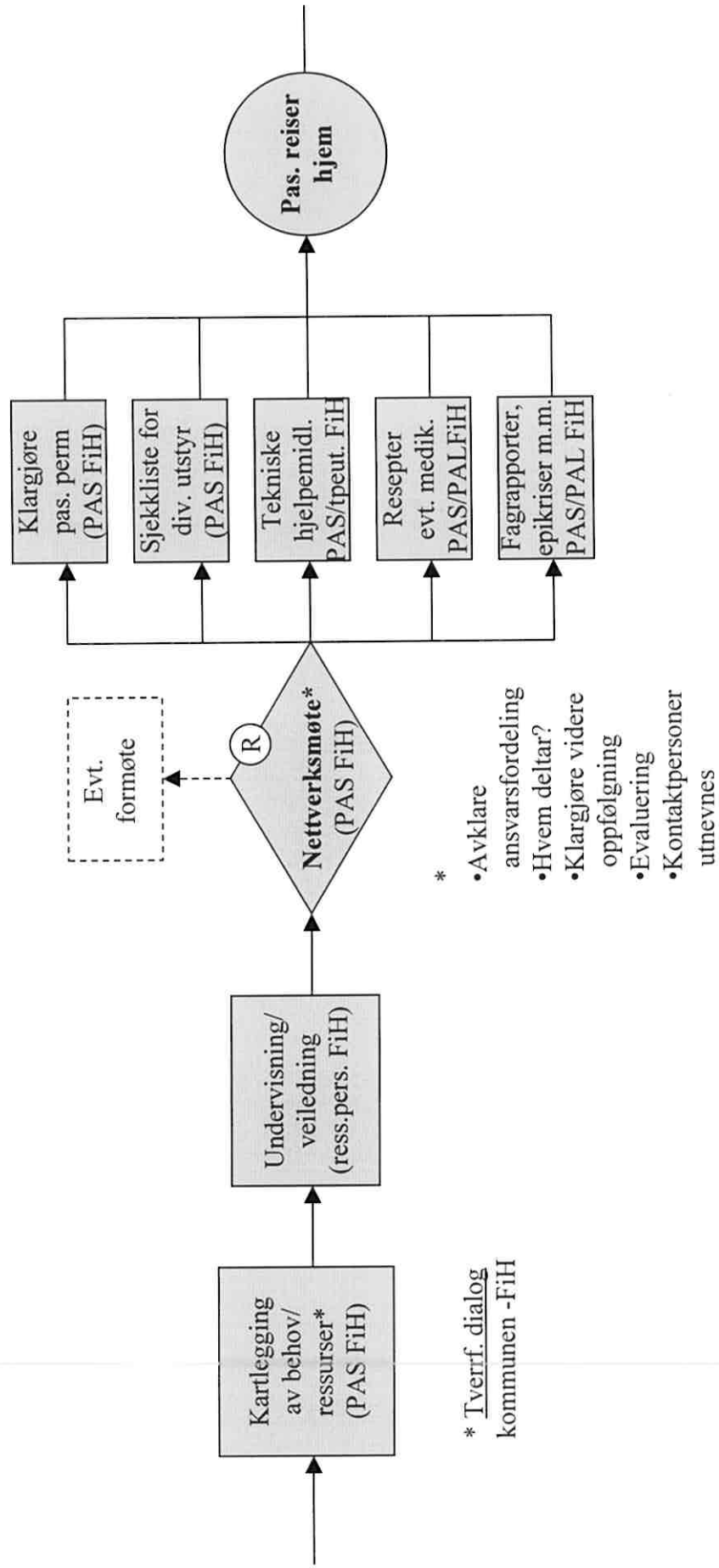
Koordinator: Innehas av PAS i kommunen/fagansvarlig spl. eller PAS FiH avhengig av om pasienten er hjemme/institusjon/FiH. Denne skal være en pådriver ift. Hver enkelt pasient og sørge for nødvendig kontakt med involverte parter. Hun/han skal også innkalle til nettverksmøter, tilse at pasientpermen holdes oppdatert og at eventuelle avviksmeldinger blir skrevet

Nettverksmøte: Møte som avholdes før planlagt utskrivning fra institusjon/FiH, der pasient, pårørende og relevant fagpersonell (se rutine) planlegger videre oppfølging. Målsetningen er å ivareta pasient og pårørendes behov etter utskrivning.

Pasienten innlagt FiH



Forts. pasient innlagt FiH



Vedlegg 5 – Avtale om opprettelse av Samarbeidsutvalg

**Avtale om
samarbeidsutvalg
mellom
Fylkessjukehuset i Haugesund,
Haugesund kommune og
Karmøy kommune.**

Samarbeidsavtale om Samarbeidsutvalg mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune

1. Oppretting av samarbeidsutvalg

Det opprettes et fast samarbeidsutvalg, med representanter fra Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune.

2. Mål med avtalen

Samarbeidsutvalget skal bidra til å utvikle og kvalitetssikre samhandlingen og samarbeidet mellom partene m. h. t. tjenester til personer med somatiske lidelser som trenger et sammensatt helhetlig tjenestetilbud. Samhandlingen og samarbeidet skal sikre kontinuitet og en god faglig kvalitet i det helsetjenestetilbudet som gis pasient/brukere samt sikre pasient/brukerrettigheter ved informasjonsoverføring. Utvalgets funksjon skal være idéskapende så vel som problemløsende.

3. Mandat og myndighet

- Samarbeidsutvalget skal påse at samarbeidsavtalen som er inngått mellom partene om inn- og utskrivningsplanlegging, hospitering og spesialopplæring praktiseres etter intensjonen. Utvalget skal samle erfaringer med bruken av avtaler samt ha ansvar for å forestå nødvendig evaluering og revisjon av avtaler, prosedyrer og tiltak som berører samarbeidet mellom de tre virksomhetene.
- Samarbeidsutvalget skal sikre brukermedvirkning ved regelmessig å innhente synspunkter fra aktuelle brukere/brukerorganisasjoner.
- Samarbeidsutvalgets representanter skal ha myndighet til å gjennomføre evaluering og revisjon samt gi forslag til justering av avtaler og prosedyrer.

4. Sammensetting

Samarbeidsutvalget skal bestå av ledere og fagpersonell fra de tre virksomhetene, i sum to (2) representanter fra hver virksomhet, samt en felles representant for de aktuelle fagorganisasjonene. Prosjektkoordinator deltar med oppdrag som sekretær.

Samarbeidsutvalgets representanter oppnevnes av direktør ved FiH, sektorsjef omsorg i Haugesund kommune og helse- og sosialsjef i Karmøy kommune. Aktuelle fagorganisasjoner utnevner en felles representant.

Oppnevning skjer for to (2) år om gangen. Prosjektkoordinator er fast medlem av utvalget. Utvalget velger leder for ett (1) år om gangen.

5. Arbeidsmetode

Utvalget skal ha regelmessige møter. I tillegg kan Samarbeidsutvalget sammenkalles når ett av medlemmene ber om det. Sakliste sendes ut på forhand og det føres referat fra møtene. Samarbeidsutvalgets mål og mandat evalueres årlig.

6. Varighet

Avtalen kan sies opp eller reforhandles med tre (3) måneders varsel av samtlige parter. Dersom oppsigelse ikke foreligger, fornyes den automatisk for ett (1) år om gangen.

7. Avtalens gyldighet

Avtalen er gyldig fra 01.05.2001

Haugesund, den .../... 2001

Haugesund, den .../... 2001

Karmøy, den .../... 2001

.....

Johannes Kolnes

Direktør

Fylkessjukehuset i Haugesund

.....

Inger Mæland

Sektorsjef Omsorg

Haugesund kommune

.....

Reidar Bråtveit

Helse- og sosialsjef

Karmøy kommune

Vedlegg 6 – Skjema for avviksmelding i forhold til avtalene

AVVIKSMELDING

Sendes nærmeste overordnede

Meldingen gjelder avvik fra inngåtte avtaler om hospitering, inn- og utskrivningsplanlegging og spesialopplæring mellom FiH, Haugesund kommune og Karmøy kommune.

AVVIKET GJELDER FØLGENDE RUTINE:
BESKRIVELSE AV AVVIKET/SITUASJONEN:
EVT. FORSLAG TIL TILTAK/FORBEDRING:
AVVIKET LUKKET (KORRIGERT): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
AVVIKET MELDT AV: Navn: Institusjon/avdeling: Sted/dato:

Vedlegg 7 – Spørreskjema

RF-Rogalandsforskning
Postboks 8046
4068 Stavanger
Tlf. 51 87 50 00



Evaluerer av inn- og utskrivingsplanlegging i Samarbeidsprosjektet FHK

En viktig del av Samarbeidsprosjektet FHK har vært å bedre rutineene for inn- og utskrivning av pasienter mellom Fylkessjukehuset i Haugesund og kommunehelsetjenesten i Haugesund og Karmøy. I den forbindelse ble det i fjor gjennomført et pilotforsøk for å prøve ut de nye rutineene for inn- og utskrivingsplanlegging (jf avtale om inn- og utskrivingsplanlegging).

RF-Rogalandsforskning er i den forbindelse engasjert av Samarbeidsprosjektet FHK for å evaluere erfaringene fra pilotforsøket og bidra i videreutviklingen av rutineene. Da din avdeling, distrikt eller sone har deltatt i pilotforsøket, henvender vi oss til deg og ber deg om å fylle ut vedlagte spørreskjema. Er noen av spørsmålene mindre relevante for deg, kan du krysse av for svaralternativene "uaktuelt" eller "vet ikke".

Det er selvsagt en frivillig sak å fylle ut skjemaet, men vi vil på det sterkeste oppfordre deg til å svare da dette er av stor betydning for iverksetting og videreutvikling av rutineene for inn- og utskrivning. De opplysningene du gir blir behandlet konfidensielt.

Du kan svare på de fleste spørsmålene ved å krysse av i bokser. Eventuelle spørsmål kan rettes til Terje Lie (51 87 50 00) eller Ståle Opedal (51 87 50 00). Vi ber om at du svarer så raskt som mulig, og **senest innen 16 mai 2001**. Utfylt skjema legges i vedlagte svarkonvolutt og leveres til kontaktperson for undersøkelsen i din avdeling.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen
RF-Rogalandsforskning

Terje Lie
prosjektleder



Faktaopplysninger

1. Er din arbeidsplass i første- eller annenlinjetjenesten? (Ett kryss)

- I førstelinjetjenesten i Haugesund 1
 I førstelinjetjenesten i Karmøy 2
 Ved FIH/ annenlinjetjenesten 3

2. Hva er din stilling eller posisjon i tjenesten?
 Du kan sette flere kryss.

- | | | | |
|---------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Sykepleier | 1 <input type="checkbox"/> | Saksbehandler | 1 <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapeut | 1 <input type="checkbox"/> | Leder | 1 <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut | 1 <input type="checkbox"/> | Hjelpepleier | 1 <input type="checkbox"/> |
| Lege | 1 <input type="checkbox"/> | Omsorgsarbeider | 1 <input type="checkbox"/> |

3. Hvilken stillingsbrøk jobber du i?

- 100-75 prosent 1
 75-50 prosent 2
 50 prosent eller mindre 3
 ubesvart 9

4. Hvilken arbeids- eller turnusordning har du?

- Bare dagtid 1
 Bare aften 2
 Bare natt 3
 Todelt turnus 4
 Tredelt turnus 5
 Andre ordninger:6.....
 Ubesvart 9

Kjennskap til Samarbeidsprosjektet FHK

5. Hvem har informert om Samarbeidsprosjektet FHK og pilotforsøket Inn- og utskrivingsplanlegging? Du kan sette **flere** kryss

- Ledelsen 1
 De tillitsvalgte 2
 Prosjektteamet for Samarbeidsprosjektet FHK 3
 Kollegaer 4
 Ingen 5



6a. Hvordan vil du bedømme den informasjonen du har fått om Samarbeidsprosjektet FHK?

- Tilstrekkelig 1
 Ikke tilstrekkelig 2
 Usikker 3
 Har ikke fått informasjon 4

6b. Hvordan vil du bedømme den informasjonen du har fått om pilotforsøket med Inn- og utskrivingsplanlegging?

- Tilstrekkelig 1
 Ikke tilstrekkelig 2
 Usikker 3

Har ikke fått informasjon 4

7a. Kjenner du til innholdet i avtalen om Inn- og utskrivingsplanlegging inkludert epikriserutiner?

- Svært godt 1
 Godt 2
 Mindre godt 3
 Ikke i det hele tatt 4

7b. Kjenner du til innholdet i avtalen om Spesialopplæring

- Svært godt 1
 Godt 2
 Mindre godt 3
 Ikke i det hele tatt 4

«Nr»



- ┆
- | | I stor grad | I nokså stor grad | I nokså liten grad | I liten grad | Vet ikke |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 8. I hvilken grad vil du si at pilotforsøket med Inn- og utskrivningsplanlegging har tatt tak i problemer som du opplever i din arbeidssituasjon? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 9. Vil du si at du fikk brukt de nye rutineene ved inn- og utskrivning av pasienter på en tilfredsstillende måte i pilotforsøket? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. I hvilken grad vil du si at pilotforsøket med Inn- og utskrivningsplanlegging har bedret din arbeidssituasjon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har du inntrykk av at ulike personellgrupper tok på seg det ansvar og de oppgaver de ble pålagt gjennom pilotforsøket med Inn- og utskrivningsplanlegging? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du inntrykk av at det er bred oppslutning blant de ansatte i din avdeling om endringene i rutineene for inn- og utskrivning av pasienter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ┆

Tiltak i pilotforsøket for å bedre Inn- og utskrivningsplanleggingen

- 14 Utfra ditt kjennskap til pilotforsøket – hvilke tiltak ble gjennomført som en del av pilotforsøket med Inn- og utskrivningsplanlegging?

- ┆
- | Utskriving fra FIH: | I stor grad | I nokså stor grad | I nokså liten grad | I liten grad | Uaktuelle | Vet ikke |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Det ble foretatt tidlig varsling om behov for kommunale tjenester (for ny pasient eller pasient med endret hjelpebehov) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b) Det ble varslet 24 timer før utskrivning av pasient som har uendret hjelpebehov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Det ble foretatt tverrfaglig vurdering av pasientansvarlig lege og sykepleier som grunnlag for ferdigbehandlet status | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Det ble gjennomført nettverksmøter ved sammensatt problemstilling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Skriftlig søknad om kommunale tjenester for nye brukere og brukere med endret hjelpebehov ble sendt straks dato for ferdigbehandlet forelås | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Det ble foretatt utskrivning innen 7 virkedager (minus helg- og høytidsdager) etter at kommunen ble orientert om at pasienten var ferdigbehandlet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Fagrapport fulgte pasienten til institusjon eller til hjemmetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Foreløpig epikrise fulgte pasienten samme dag som denne ble utskrevet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- i) Endelig epikrise forelå straks alle opplysninger var innhentet

Innleggelse ved FIH:

- | | 1 stor grad | 1 nokså stor grad | 1 nokså liten grad | 1 liten grad | Uaktuelt | Vet ikke |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| j) Det var telefonkontakt mellom innleggende lege og vakthavende lege ved FIH ved ØH-innleggelser | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| k) Innleggelsesskriv fra primærlege fulgte med pasienten ved ØH-innleggelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Sykepleiesammenfatning fulgte med pasienten fra institusjon samt fra hjemmet dersom hjemmetjenesten var informert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) FIH tok kontakt med institusjon/hjemmetjeneste/ primærlege 1 dag etter ØH-innleggelse om informasjonen var mangelfull eller manglet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Sykepleiesammenfatning fulgte pasienten fra institusjon/hjemmetjeneste ved planlagt innleggelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erfaringer med gjennomførte tiltak i pilotforsøket

15 Vi er interessert i hvilke erfaringer som ble høstet i forbindelse med pilotforsøket med Inn- og utskrivingsplanlegging. Nedenfor har vi laget noen påstander vi ber deg ta stilling til.

- | | Helt enig | Delvis enig | Delvis uenig | Helt uenig | Uaktuelt | Vet ikke |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Pilotforsøket har skapt økt forståelse for min arbeidssituasjon | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b) Pilotforsøket har ført til at jeg er blitt mer positivt innstilt til samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pilotforsøket har i liten grad klargjort hva som er mitt ansvar ved inn- og utskrivning av pasienter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Pilotforsøket har bidratt til mer effektive inn- og utskrivingsrutiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Pilotforsøket har ført til bedre dialog mellom første- og annenlinjetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Raskere informasjonsoverføring ved innleggelse har ført til at pasientene ikke behøver å svare på de samme spørsmålene flere ganger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Pilotforsøket har ført til mer fullstendig informasjon om pasientenes funksjonsnivå før innleggelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Pilotforsøket har ført til større kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene ved overflytting mellom første- og annenlinjetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⊥

<i>forts.</i>	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Uaktuelt	Vet ikke
i) Pilotforsøket har ført til at pårørende trekkes mer aktivt med under forberedelsen til utskriving av pasienten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j) Pilotforsøket har ført til raskere utsendelse av den fullstendige epikrisen ved utskriving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Kommunene har fått bedre tid til å planlegge et tilpasset tjenestetilbud ved utskriving av pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Pilotforsøket har ført til bedring av fagrapportenes innhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Pilotforsøket har ført til bedre registrering av avvik fra de nye rutineene for inn- og utskriving av pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Registrering av avvik fører til effektiv kontroll med at rutineene blir fulgt i praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

⊥

Utfordringer i pilotforsøket

16 Vi vil også gjerne vite om det oppstod spesielle utfordringer og problemer ved gjennomføringen av pilotforsøket. Er du enig eller uenig i påstandene nedenfor.

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Uaktuelt	Vet ikke
a) De nye rutineene for inn- og utskriving av pasienter er vanskelige å følge i praksis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Den nye rutineene er mer tidkrevende enn de "gamle" rutiner for inn- og utskriving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Deltidsarbeid og turnusordning gjør det vanskelig å følge de nye rutineene for inn- og utskriving av pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ledelsen har støttet for lite opp om pilotforsøket med Inn- og utskrivingsplanlegging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) De ansatte har støttet for lite opp om pilotforsøket med Inn- og utskrivingsplanlegging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Allerede innarbeidede rutiner for inn- og utskriving har hindret overgang til de nye rutineene for inn- og utskriving av pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andre utfordringer: (Kode 1 for utfylt)						

.....

.....

.....

.....

⊥

⊥

┆

Utfordringer ved iverksetting av avtalen om Inn- og utskrivingsplanlegging

- 17 Avtalen om Inn- og utskrivingsplanlegging skal i løpet av 2001 iverksettes for alle avdelinger ved FIH og alle soner og distrikter i Karmøy og Haugesund. Hvilke problemer ser du for deg kan oppstå når avtalen etterhvert skal tas i bruk? ┆

Beskriv kort: (Kode 1 for utfylt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

┆

Videreutvikling av avtalen om Inn- og utskrivingsplanlegging

- 18 Utfra ditt kjennskap til innholdet i avtalen om Inn- og utskrivingsplanlegging- ser du allerede nå noe behov for å foreta justeringer i avtalens innhold?

Beskriv kort: (Kode 1 for utfylt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tusen takk for hjelpen!

┆

┆