



# Helse**dialog**

Program for samhandling i helsetjenesten

Vedtatt av styret i Helse Sør RHF og KS fylkesstyret  
i Agder, Buskerud, Telemark og Vestfold



### **På sporet**

*Vi er på sporet  
etter en ny og  
bedre virkelighet  
som skal finnes  
ikke så langt herfra  
Den ligger forhåpentligvis  
i nærheten av  
det hjertet forstår*

*Kate Ness*

## Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
1. Innledning	7
1.1. Mandat	7
1.2. Prosjektorganisasjonen	7
1.3. Metode for utvikling av programmet	7
1.4. Programområdene	8
2. Visjon for samhandling	9
3. Prioriterte områder for programmet	9
4. Aktører i samhandlingen	9
5. Kulturendring	9
6. Programområder	9
6.1. Individfeltet	9
6.1.1. Lærings- og mestringsentra	10
6.1.2. Samhandling og individuelt tilrettelagte tilbud	10
6.2. Tjenestefeltet	10
6.2.1. Felles opplæring	11
Kompetanseutveksling og - utvikling	11
Praksiskonsulentordning (PKO)	11
6.2.2. Ambulente team	11
6.2.3. Felles rutiner og prosedyrer	12
6.3. Styringsfeltet	12
6.3.1. Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner	12
Referansedokumenter	12
6.3.2. Felles drift av helsetjenester	12
6.3.3. Elektronisk samhandling	13
7. Videre arbeid med programmet	14
8. Litteraturreferanser	15
9. Del II. Referansedokumenter	18

## Forord

Det utføres en mengde gode helsetjenester i kommunene og helseforetakene hver eneste dag. Erfaringer og undersøkelser viser imidlertid at kan oppstå svikt når en pasient har behov for flere tjenester eller endrer tjenester som for eksempel fra fastlege til sykehus og fra sykehus til kommunale helsetjenester. KS og Helse Sør har derfor valgt å inngå et samarbeide for å bedre denne samhandlingen.

Gjennom dialog med folk fra ulike deler av helsetjenesten og fra brukerne har vi dokumentert at dette mange steder er godt ivaretatt. I dette programmet er det de gode eksemplene som har framkommet i denne prosessen vi ønsker å:

- Dokumentere
- Formidle
- Bidra til å iverksette

Det overordnede målet er å gi pasientene en mer helhetlig og en bedre samordnet helsetjeneste.

Programmet sikter mot *alle yrkesgrupper* som deltar i samhandlingen både i *primærhelsetjenesten* og

*spesialisthelsetjenesten, samt pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner.* Et likeverdig samarbeid mellom alle disse er nødvendig for å skape god samhandling.

En god dialog og kjennskap til hverandres tjenester er viktig for å utvikle større forståelse for at samhandling er viktig og nødvendig. Det er derfor i programmet lagt stor vekt på å etablere samhandlingsarenaer preget av likeverdighet og konstruktiv dialog.

Det avgjørende nå er å sørge for at dette programmet bidrar til konkret forbedring av samhandlingen på alle nivåer i kommuner og helseforetak hvor også andre viktige aktører i helsetjenesten blir inkludert.

Det er vårt felles mål at alle de tusen som til daglig har sitt arbeid innen helsetjenestene gis enda bedre muligheter til å utføre en god jobb for det enkelte menneske som har behov for våre tjenester. Vi vil få takke alle som har bidratt i prosessen med å lage dette samhandlingsprogrammet. Vi ønsker lykke til – til beste for pasientene!

Skien, november 2005



Bjørn Erikstein



Oddvar Grøthe



Maya Twedt Berli



Bjarne Riis Strøm

## Sammendrag

KS og Helse Sør RHF har utviklet et felles langsiktig program for samhandling i helseregion sør. Hensikten er å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, slik at pasientene kan få helhetlige og koordinerte helsetjenester. I selve programarbeidet har dessuten brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og representanter for fastlegene deltatt.

Programarbeidet er bygget på dialog mellom de ulike aktørene gjennom fylkesvise dialogkonferanser. Deltakerne har tatt utgangspunkt i sine beste erfaringer med samhandling mellom helseforetak og kommuner. Ved å fokusere på "de gode eksemplene" er det kommet innspill til programmet om hva som skal til for å lykkes med god samhandling. Programforslagene er bygget på "de gode eksemplene". Et knippe av disse historiene - deltakernes egne erfaringer - følger som referansedokumenter bakerst i programmet (del II). Flere gode eksempler vil bli publisert på et felles nettsted for samhandling med adressen:

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

Programmet er bygget opp omkring definerte programområder innenfor:

- *Individfeltet*
- *Tjenestefeltet*
- *Styringsfeltet*

Disse feltene er beskrevet i del 1.4. Innenfor hvert av feltene er det foreslått ulike tiltak for å styrke og videreutvikle samhandlingen. Mange av tiltakene er gjennomført innenfor deler av helsetjenesten, men ønskes overført til hele helseregionen. Referansedokumentene viser eksempler på hvor og hvordan dette er gjort. Mange tiltak vil kunne gjennomføres innenfor eksisterende ressurser, mens det innenfor noen tiltak er foreslått tilleggsressurser for å prøve ut nye samhandlings-tiltak med overføringsverdi til hele helseregionen. Blant hovedtiltakene i programmet nevnes:

- Oppretting av lærings- og mestringssentra ved alle helseforetak i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene
- Styrking av likemannsarbeidet i helseregionen
- Felles retningslinjer for arbeid med individuelle planer
- Videreutvikling av felles opplæring og kompetanseutveksling
- Innføring av praksiskonsulentordning for ulike yrkesgrupper
- Økt bruk av ambulante behandlingsteam
- Innføring av felles rutiner og prosedyrer i helseregionen
- Konkrete og skriftlige samarbeidsavtaler mellom alle kommuner og helseforetak
- Utprøving av felles drift av helsetjenester hvor dette er hensiktsmessig
- Utvikling av elektronisk samhandling i helseregionen

## 1. Innledning

Med bakgrunn i at samhandling ble satt på dagsorden i prosjekt "Tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander" i Helse Sør (Litteratur ref. nr.1), ble det tatt initiativ overfor KS og fastlegene med sikte på å utvikle et felles program for samhandling.

### Hovedmål:

- Hovedmålet med programmet er å bedre samhandlingen mellom kommuner, helseforetak og pasienter.

### Delmål:

- Identifisere, anerkjenne og støtte eksisterende god samhandling i helsetjenesten
- Finne frem til og styrke de bakenforliggende faktorer som fører til god samhandling
- Å stimulere til spredning av gode samhandlingstiltak, og styrking av de prioriterte områdene for samhandling

En rekke overordede dokumenter beskriver så vel utfordringene som mulige løsninger på dette området. Blant de mest sentrale kan nevnes:

- NOU 2005:03 Fra stykkevis til helt, - En sammenhengende helsetjeneste.
- ...og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
- *Samhandling og desentralisering, - forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene, 2004.*
- UoD-rapport - *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill, SINTEF, 2004.*
- NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.
- Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

Programmet er utviklet i tråd med hovedlinjene i disse overordende dokumentene (Litteratur ref. nr.1-8).

Under hvert programområde er det henvist til nummererte referansedokumenter. Disse er ment å skulle bidra til inspirasjon i det videre arbeid. Referansedokumentene er nummerert fortløpende, og er samlet i del II av rapporten.

### 1.1. Mandat

Prosjekteiere er Helse Sør RHF og styrene i KS i regionen. Det er utarbeidet en projektskisse for forprosjektet og denne er vedtatt i både Helse Sør RHF og i styrene i KS i regionen. Mandatet for forprosjektet er:

- Å søke tilslutning til forprosjektet i egne organisasjoner
- Å ha et overordnet ansvar for gjennomføring av forprosjektet og for utarbeidelsen av handlingsprogrammet
- Å utrede økonomiske konsekvenser og foreslå finansieringsmodeller for samhandlingsprogrammet

## 1.2. Prosjektorganisasjonen

Prosjektorganisasjonen omfattet en styringsgruppe, prosjektgruppe og et saksforberedende sekretariat/prosjektteam. I tillegg ble det etablert en referansegruppe bestående av ressurspersoner som er blitt rådspurt jevnlig underveis.

### Styringsgruppen:

- Administrerende dir. Bjørn Erikstein, Helse Sør RHF (leder)
- Fylkesstyreleder Oddvar Grøthe, KS Buskerud (ordfører i Hemsedal kommune)
- Fylkesstyreleder Maya Twedt Berli, KS Agder (ordfører i Vegårshei kommune)
- Administrerende direktør Bjarne Riis Strøm, Ringerike sykehus (april–august 2005: konstituert direktør Unn Teslo, Ringerike sykehus)

### Prosjektgruppen:

- Fastlege Ole E. Strand, Allmennpraktiserende legers forening (Apf)
- Kommunaldirektør, Karen Kaasa, KS BTM
- Helse- og sosialsjef Nils Martin Andersen, KS Agder
- Brukerrepresentant Torbjørn Hodne, FFO
- Tillitsvalgt Terje Keyn, Dnlf/Akademikerne
- Tillitsvalgt Svein Øverland, Fagforbundet/LO

### Sekretariat/prosjektteam:

- Prosjektleder, spesialrådgiver Arvid W. Holte, Spesialsykehuset for rehabilitering (RR HF)
- Prosjektansvarlig KS, rådgiver Siri Jensen, KS BTM
- Prosjektansvarlig RHF, Vegard Høgli, medisinsk fagsjef, Helse Sør RHF
- Prosjektsekretær, rådgiver Kirsti Tørbakken, Helse Sør RHF. Fra august 2005 har Øyvind Meen Kittilsen fra Salus Consulting fungert som prosjektsekretær.
- Stiftelsen GRUK har i tillegg vært engasjert og bistått prosjektledelsen.

### Referansegruppen:

- Fastlege Tor Carlsen, Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM)
- Rådgiver Kjetil Drangsholt, Vest-Agder fylkeskommune
- Rådgiver Siri Jensen, KS BTM
- Regionleder Jan-Inge Tunesvik, KS Agder
- Fylkesleder Solveig O. Sandvik, Norsk Sykepleierforbund - Vestfold
- Medisinsk fagsjef Sturla Rising, Sykehuset i Vestfold HF
- Spesialrådgiver/prosjektleder Inger Johanne Flingsorp\*
- Spesialrådgiver Liv Gyda Axelsen, Sørlandet sykehus HF
- Brukerrepresentant Arne K Solerød
- Brukerrepresentant Solveig Lind
- Brukerrepresentant Torbjørn Hodne, FFO
- Tillitsvalgt Lizzie Thorkildsen
- Tillitsvalgt Riitta Liisa Koskela
- Tillitsvalgt Morten Falkenberg

## 1.3. Metode for utviklingen av programmet

Det ble valgt en ressursbasert metode for å utvikle programmet kalt "Appreciative Inquiry" (Litteratur ref. nr.9-11). Dette er en med-virkningsbasert metode for organisasjonsutvikling der

man tar utgangspunkt i de "beste erfaringene" deltakerne har innenfor et område. Metoden bygger på de samme prinsippene som brukes i individbehandling med metoden "Løsningsfokusert tilnærming" (LØFT). Ved å fokusere på "suksesshistoriene" kan man lære av disse og overføre læringen til nye områder.

For å sikre bred deltagelse i programmet har man benyttet dialogkonferanser. Konferansene ble avholdt i Telemark, Vestfold, Agder-fylkene og Buskerud våren 2005. De ble planlagt og gjennomført sammen med en gruppe ressurspersoner fra hvert fylke. Gruppen av ressurspersoner besto av representanter for brukerorganisasjonene, fastlegene, kommunene og helseforetakene.

Deltakerne på konferansene ble representativt rekruttert etter følgende sammensetning:

- Kommuner (toppledere/politikere, ledere, medarbeidere)
- Helseforetak (toppledere, ledere, medarbeidere)
- Rikshospitalet - Radiumhospitalet
- Spesialsykehuset for Rehabilitering
- Fastleger og privatpraktiserende spesialister
- Brukere/pårørende/interesseorganisasjoner
- Tillitsvalgte
- Private helseinstitusjoner
- Fylkesmann/fylkeslege
- Pasientombud

Det ble lagt vekt på å få en likeverdig representasjon fra kommuner og helseforetak, og at alle kommunene var invitert. Videre ble så vel somatikken som psykiatrien forsøkt inkludert. Før konferansene ble deltakerne bedt om å finne frem sine "beste erfaringer" på samhandling. På dialogkonferansene ble disse erfaringene diskutert og analysert med det mål for øye å identifisere viktige forutsetninger for å lykkes. Programmets innhold og substans ble også drøftet på dialogkonferansene. Videre var dialogkonferansene en arena hvor deltakerne ble bedre kjent med hverandre – en viktig forutsetning for bedre samhandling.

I etterkant av dialogkonferansene ble materialet systematisert og forelagt ressursgruppene til gjennomgang for å sikre at "konferansenes stemme" kom tydelig fram. Prosjektgruppa med bistand fra referansegruppa har med bakgrunn i alle innspillene i konferansene utformet tiltakene i programmet. Programområdene som gruppene på dialogkonferansene prioriterte er også prioritert i programmet. I tillegg er det lagt til enkelte programområder som prosjektorganisasjonen har vurdert som spesielt viktige.

På de fire dialogkonferansene ble det løftet fram et betydelig antall viktige forutsetninger for å få til god samhandling. Disse danner utgangspunktet for vår "Visjon for samhandling" i kapittel 2.

Et knippe utvalgte "beste erfaringer" på de prioriterte programområdene foreligger som referansedokumenter i del II. Dette er gode eksempler som kan ha læringsverdi og være til inspirasjon for andre. Enkelte av referansedokumentene ble ikke presentert på dialogkonferansene, men er tatt med likevel fordi de er nytenkende. Til slutt i referansedokumentene er det oppgitt kontaktpersoner som kan kontaktes for ytterligere informasjon. Det understrekes at det finnes mange andre

eksempler på god samhandling som også fortjener å bli løftet fram. Det er derfor opprettet et eget nettsted ([www.helsedialog.no](http://www.helsedialog.no)) hvor alle gode eksempler – enten de er presentert på dialogkonferansene eller ikke - vil bli lagt ut (jf. del 6).

#### **1.4. Programområdene**

De ulike systemene i helsetjenesten har alle en indre struktur som kan deles opp i tre handlingsfelt (jf. del II, nr. 1-2). Hvert av disse feltene også naturlige og nødvendige arenaer for samhandling:

##### *Individfeltet*

Brukes som betegnelse på samhandlingen omkring den enkelte pasient og helsepersonell som har ansvar for å følge opp pasientene. Brukerorganisasjonene er også en viktig aktør på dette feltet.

##### *Tjenestefeltet*

Består av de enhetene hvor den praktiske utførelsen av tjenestene skjer. Ledelsen av disse kliniske eller operative enhetene har et særskilt ansvar for samhandling med andre aktører om pasientene.

I kommunene eksempelvis; avdelingsledere, soneledere og allmennleger. På sykehusene; avdelingsledere, klinikksjefer etc. Videre er Trygdeetaten, sosialetat, A-etat, private helse- og rehabiliteringsinstitusjoner, privat-praktiserende spesialister, bruker- og fagorganisasjoner viktige aktører på dette feltet.

##### *Styringsfeltet*

Styrer tjenesten på overordnet administrativt og politisk nivå (systemnivå). Helsepolitiske føringer og prioriteringer gjøres her. I spesialisthelsetjenesten er styringsfeltet styret/ledelsen i helseforetakene og i det regionale helseforetaket. I kommunene utgjør både den administrative og politiske ledelsen styringsfeltet. Brukerorganisasjonene og fagorganisasjonene er også deltakere på styringsfeltet.

## 2. Visjon for samhandling

Som nevnt ovenfor ble det i dialogkonferansene gitt mange gode råd, og beskrevet viktige forutsetninger for god samhandling basert på deltakernes "beste erfaringer". Disse er utgangspunktet for programmets "visjon for samhandling":

**Visjon: Samhandlingen skal preges av likeverd, respekt og tillit**

### - Tjenestetilbudet

Fokuser på helhetlig pasientforløp og legg til rette for individuelle behov. Ta utgangspunkt i felles mål og en løsningsfokustert tilnærming.

### - Relasjon mellom bruker og tjenesteytere

Vis vilje og mot til samhandling med pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner.

### - Systemforankring

Beskriv tiltak for å forbedre samhandling i avtaler, som forankres på alle nivåer.

### - Samhandlingsrelasjonen

Møt på hverandres arenaer. Klargjør ansvarsforhold og sett av tid til å samarbeide.

### - Kunnskap og metoder

Del kunnskap og metoder mellom pasienter og ansatte i helseforetak og kommuner.

## 3. Prioriterte områder for programmet

Programmet vil prioritere tiltak for å forbedre samhandlingen på to hovedområder:

- Samhandling rundt pasienter som trenger sammensatte helsetjenester fra ulike aktører og nivåer. Dette gjelder både akutte og kroniske tilstander (Litteratur ref. nr. 1).
- Samhandling på det helsefremmende og forebyggende område. All samhandling vil kunne ha forebyggende effekt ved å fange opp problemer tidlig, og begrense sykdomsutvikling og helserelevante skader. Det foregår allerede viktige samhandlingsaktiviteter som har fokus på forebygging rettet mot pasienter i ulike livsfaser. Forebygging er et sentralt helsepolitisk satsingsområde (Litteratur ref. nr. 12 og 15). Programmet avspeiler denne satsingen.

## 4. Aktører i samhandlingen

Programmet sikter mot alle yrkesgrupper som deltar i samhandlingen både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner. Et likeverdig samarbeid mellom alle disse er nødvendig for å skape god samhandling.

Primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten (Litteratur ref. nr. 2). Forankringen av helsetjenesten i kommunene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og tilgjengelighet. Det skal også bidra til riktig prioritering av ressursene og sikre behandling på rett nivå.

Fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten. Fastlegene skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes

situasjon, og har en rolle som "portvakt" og "portåpner" til spesialisthelsetjenesten. Dette gir fastlegen en nøkkelrolle i samhandlingen (Litteratur ref. nr. 2). Fastlegene er derfor en sentral aktør både i forhold til utarbeidelse, implementering og gjennomføring av programmet for samhandling.

Andre aktører er også viktige for en helhetlig behandlingsskjede. Dette gjelder trykdeetaten, sosiale tjenester, frivillige organisasjoner, A-etat, utdanningssektoren, privatpraktiserende spesialister og private helse- og rehabiliteringsinstitusjoner. Alle disse gruppene må involveres i arbeidet med helhetlige pasientforløp og pasientenes individuelle planer for å oppnå et sømløst tjenestetilbud.

## 5. Kulturendring

Dagens helsetjeneste er oppsplittet og spesialisert, og de nåværende strukturelle og økonomiske ordninger kan hindre god samhandling. Dersom vi skal nå målet om en helhetlig helsetjeneste, må vi ha fokus på pasientens behov, ressurser og integritet. Dette innebærer en endring i kultur og holdninger hos alle aktører.

Respektfull dialog er et viktig virkemiddel for å utvikle større felles forståelse og felles kultur i forhold til samhandling. Ut fra dette er dialog tatt i bruk ved utviklingen av programmet, og vil også være viktig ved gjennomføringen.

I NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" (Litteratur ref. nr. 2) pekes det på at primærhelsetjenesten er selve fundamentet for helsetjenesten, men at det i praksis er en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til ressurser og omtale. Primærhelsetjenesten må derfor gis større oppmerksomhet.

I boken Kommunikasjon og samspill (Litteratur ref. nr. 16) har Stein Bråten pekt på sammenhengen mellom kunnskap og makt, og at det er viktig å anerkjenne begge parters premisser, perspektiver og kunnskap som aktuelle og relevante i en dialogspiral mot utvidet erkjennelse. Når det gjelder samhandling i helsetjenesten er det viktig å anerkjenne premisser, perspektiver og kunnskap fra så vel primærhelsetjenesten som fra pasienter, pårørende og selv sagt fra spesialisthelsetjenesten.

For å oppnå kulturendringer i organisasjoner må det gjennomføres en omfattende læringsprosess. En lærende organisasjon forbedrer seg kontinuerlig (Litteratur ref. nr. 17). Lærende organisasjoner vektlegger også helhetstenking innenfor og mellom organisasjoner. Dette oppnås blant annet gjennom deling av kompetanse og aktiv deltakelse fra alle medarbeidere. Program for samhandling foreslår i denne sammenheng flere tiltak for å styrke ulike samhandlingsrelasjoner på tvers, blant annet ved at pasienter og ansatte i helseforetak og kommuner utvikler felles kultur, kunnskap og praksis.

## 6. Programområder

### 6.1. Individfeltet

Målet for individfeltet er å styrke pasientens medvirkning i tjenestene, slik at tjenestene er tilpasset deres behov. Tjenesteytingen skal støtte opp under pasientenes og familiens egne ressurser, mestring og selvstendighet.

### 6.1.1. Lærings- og mestringssentra

I tenkningen omkring rammer og faglig innhold i Lærings- og mestringssentra (LMS) trekkes det nå i større grad inn aspekter som forebygging, folkehelse og likemannsarbeid (Litteratur ref. nr 2- 14). LMS skal sikre opplæring av brukere og pårørende i forhold til sykdom og mestring av denne. Dette fremmer livskvaliteten, senker forbruket av helsetjenester og forebygger innleggelse i sykehus (Litteratur ref. nr. 27, 28). LMS vil også være en arena for utdanning av veiledere ("brukerlærere") og kan legge opp aktiviteter som styrker likemannsarbeidet. Ideologien på disse sentrene bør være preget av *myndiggjøring* (eng.: *empowerment*), aktiv brukermedvirkning, fokus på ressurser og pasienterfaringer. En slik tenkningen bør ikke begrenses til LMS, men være gjennomgående i alle helsetjenester.

LMS ved Aker Universitetssykehus HF er et nasjonalt LMS kompetansesenter, mens LMS sentret ved Sørlandet sykehus HF er det regionale nettverkskompetansesenteret i helseregion sør. En forutsetning for gode lærings- og mestringssentre er at personell både fra kommunene og HF'ene involveres. Andre aktører som Trygdeetaten og Aetat er også viktige. På den måten kan LMS bli en viktig arena for samhandling. LMS bør legge opp en undervisning som setter brukerne i stand til å så vel bidra i å utvikle som å evaluere tjenestene i sykehus og kommuner. Brukerne bør videre få informasjon og opplæring i Individuell plan.

En del av Lærings og mestringssentrene fokus handler også om *likemannsarbeid*. Likemannsarbeid kan defineres som kronisk syke menneskers egen omsorgsarena med organisert kontakt mellom to eller flere personer med likhet i livssituasjon, funksjonshemming eller diagnose. Dette har vært et statlig satsningsområde i 10 år (Litteratur ref. nr. 13-14). Det dreier seg om hjelp til selvhjelp fra mennesker til mennesker i samme situasjon. Utgangspunktet er at den som har skoen på vet best hvor den trykker. Et av likemannsarbeidets store potensialer er bidraget til sosial habilitering og rehabilitering ved å gjenopprette sosiale nettverk. Dette gjelder både kronisk syke mennesker, funksjonshemmede og pårørende.

Likemannsarbeidet initieres og drives av de frivillige organisasjonene med økonomisk tilskudd fra staten. Målsettingen for likemannsarbeidet er at deltakerne skal:

- bli bevisstgjort egen situasjon (også familiens)
- få økt kunnskap om kronisk sykdom og utviklingshemming
- få økt kunnskap om muligheter og rettigheter
- stimuleres til et positivt selvbilde
- få styrket sitt sosiale nettverk
- få hjelp til å tilpasse seg den nye livssituasjonen

Likemannsarbeidet gjennomføres med samtalegrupper, selvhjelps- og støttegrupper, besøkstjeneste i hjem eller sykehus og telefonkontakt.

### Tiltak

Det etableres lærings og mestringssentra ved alle helseforetak innen utgangen av 2006. Etablering og drift skal skje i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunene. Kommunenes rolle i LMS må styrkes.

Kommuner og helseforetak støtter opp om likemannsarbeid som drives av frivillige organisasjoner.

### Referansedokumenter:

1. *Lærings og mestringssenteret, Sørlandet sykehus HF*
2. *Lærings og mestringssenter i Sandefjord kommune*
3. *Lærings- og mestringssenteret (LMS) Blefjell sykehus HF*
4. *Familieskole for familier med psykisk syke barn i Aust-Agder*

### 6.1.2. Samhandling om individuelt tilrettelagte tilbud

For brukere med store og sammensatte behov vil fokus på den enkeltes forløp være avgjørende for at tjenestene oppleves som helhetlige og ressursene utnyttes på en god måte. I dette arbeidet er tilbudet om Individuell plan et sentralt og lovpålagt virkemiddel (jf. Forskrift om Individuell plan).

For å lykkes i arbeidet med individuelle planer er det avgjørende at pasienten er sentral i utformingen av planen. Videre må det tidligst mulig opprettes en personlig koordinator i kommunen som kan støtte pasienten i arbeidet med planen. Fastlegene må ta del i dette arbeidet sammen med andre som yter tjenester overfor pasienten. Ordningen med pasientansvarlig lege på sykehus er lovfestet (Litteratur ref. nr. 4,26), og gjennomføring av dette vil gjøre arbeidet med Individuell plan enklere. En god felles mal for Individuell Plan vil forenkle arbeidet. Et eksempel på en slik mal er utviklet av Helse Førde HF (Litteratur ref. nr. 24).

Samarbeid omkring enkeltpasienter kan også dreie seg om gradvis overlapping mellom tjenestene for å overføre kompetanse og sikre trygghet for pasient og tjenesteytere. Det er mange gode eksempler på dette. Ofte har dette skjedd gjennom uformell kontakt mellom tjenesteytere. For brukere med store ressursbehov er det viktig at lederne lager gode rammer for et slikt samarbeid i forhold til økonomi og personalet, og at det i felleskap med pasientene setter opp en avtale som regulerer ansvar og oppgaver.

### Tiltak

Felles overordnede retningslinjer for arbeidet med individuell plan mellom kommuner og helseforetak utvikles innen utgangen av 2006. Individuelle planer utarbeides i samsvar med pasientenes ønsker og behov. I dette arbeidet må brukerorganisasjoner og andre viktige aktører trekkes inn. Retningslinjene skal beskrive de ulike aktørenes ansvar og oppgaver.

### Referansedokumenter

(De to første referansedokumentene i dette avsnittet er anonymisert av hensyn til personvernet).

5. *Samhandling omkring alvorlig syk pasient med hjernetumor*
6. *Ung mann med dobbeltdiagnose får et tverretattlig tilbud og blir rusfri*
7. *Ansvarsgruppemøter på legekantoret*
8. *Samarbeid mellom Rikshospitalet –Radiumhospitalet HF og en kommune om et nyfødt barn med CP*

## 6.2. Tjenestefeltet

Målet for tjenestefeltet er at pasientene mottar tjenester av høy kvalitet. Dette vil si tjenester som er virksomme, trygge, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Litteratur ref. nr. 3).

### 6.2.1. Felles opplæring

Felles læringsprosesser legger til rette for dialoger hvor deltakerne utvikler en felles forståelse og blir kjent med hverandre. Forskning har vist at dette bedrer samarbeid på tvers (Litteratur ref. nr. 18). Veiledning er et samhandlings-tiltak med stor effekt, og i NOU 2005: 3 framheves det at veiledningsplikten må gjøres gjensidig (Litteratur ref. nr. 2).

#### Felles utdanning

Felles utdanning legger et verdifullt grunnlag for fremtidig samhandling. Et eksempel er SEPREP-modellen (Senter for psykososial rehabilitering ved psykoser), som er et 2-årig felles opplæringsprogram for kommuner og helseforetak (Litteratur ref. nr. 19). Modellen er nå også tatt i bruk i forhold til mennesker med dobbeltdiagnoser.

Viktige faktorer for at man har lyktes i denne modellen har vært en desentralisert modell, statlig finansiering og krav om like mange deltakere fra kommuner og helseforetak. Videre har utdanningen tverrfaglige veiledningsgrupper, der deltakerne reflekterer over ny kunnskap og relaterer dette til egen praksis.

#### Tiltak

Styrke og tilrettelegge for bedret samhandlingskompetanse (metodestøtte) i det praktiske arbeidet. Samhandling må inn i grunn- og videreutdanningen. Det skal benyttes en løsningsfokuseret tilnærming.

### Kompetanseutveksling og - utvikling

Utteksling av kompetanse forutsetter at man møtes, enten på felles etablerte møteplasser, eller på hverandres arenaer. Det finnes gode eksempler med faglige nettverk hvor ansatte fra 1. og 2. linjetjenesten møtes jevnlig for å utveksle kunnskap og erfaring. Noen av disse er for spesielle yrkesgrupper, mens andre er for alle som arbeider med spesielle pasientgrupper. Hospitering er en annen god metode for å tilegne seg økt kompetanse.

En viktig forutsetning for å lykkes med utveksling av kompetanse er at utvekslingen skjer begge veier. En annen suksessfaktor er å gjøre slik aktivitet *meritterende* for de ulike yrkesgruppene i videre- og etterutdanningen. I mange tilfeller er det naturlig å trekke inn høyskolene i et samarbeid om kompetanse-utviklende tiltak.

Et annet eksempel er bruk av *Prosedyrepermen i Telemark* i forbindelse med faglige kurs som er felles for allmennleger og sykehusleger. Dette sikrer både at prosedyrene blir kjent og at de som deltar på kursene bidrar til en kontinuerlig revisjon av prosedyrene, og således får et eierforhold til dem. Oppnevning av ansvars personer blant allmennleger og på sykehusavdelinger for deler av prosedyrepermen sikrer at arbeidet fortsetter. Vi ser dette tiltaket i sammenheng med praksiskonsulentordningen.

En annen viktig faktor for å lykkes har vært ildsjeler som har investert mye tid og krefter for å få dette til. Det er nødvendig å sikre rammer for et arbeide som tar vare på ildsjelene.

#### Tiltak

Det etableres et nettverk for kompetanseutveksling/-utvikling i alle helseforetaksområder innen utgangen av 2007. Dette må skje i et samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Det legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger for ulike yrkesgrupper. Det legges til rette for felles opplæring på tvers av etater og nivåer i gjennomføring av arbeidet med individuell plan. Ledere må støtte aktivt opp om dette.

#### Referansedokumenter

9. *Nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark*
10. *Rehabiliteringsnettverket i Nedre Buskerud*
11. *Nettverket for oksygenkontakter i Vest-Agder*
12. *Kurs og møter i forbindelse med Prosedyrepermen for samhandling mellom leger i 1. og 2. linjetjeneste i Telemark*
13. *Systematisk opplæring i veien til Individuell plan i Skien kommune og ved Sykehuset Telemark HF*
14. *Undervisningssykehjemmet i Songdalen kommune*
15. *Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus.*

### Praksiskonsulentordningen (PKO)

Praksiskonsulentordningen skal bedre samhandlingen mellom sykehusavdelinger og kommunehelsetjenesten, og bidra til læring på begge nivå (Litteratur ref. nr. 4,20). Ordningen består i at fastleger ansettes i små stillinger på sykehusavdelinger og lønnes av helseforetakene. De analyserer pasientforløp fra henvisning hos allmennlegene, via oppholdet i helseforetaket til pasienten er utskrevet, og allmennlegene og andre har fått nødvendig informasjon. I samarbeid med avdelingen gjøres nødvendige forbedringer.

En viktig forutsetning for å lykkes i dette arbeidet har vært ansettelse av en erfaren og lokalkjent allmennpraktiker som koordinator ved helseforetakene. Disse koordinatorene kan rekruttere interesserte og egnede praksiskonsulenter som sammen med avdelingsledelsen skal legge forholdene til rette for arbeidet.

#### Tiltak

Praksiskonsulentordningen (PKO) er vedtatt innført ved alle helseforetak i Helseregion Sør. Ordningen er i første omgang rettet mot allmennleger, men vil bli utvidet til å omfatte flere yrkesgrupper fra 2007. Kommunene oppfordres til å legge til rette for ordningen. Et nettbasert verktøy etter mønster av "Prosedyreperm for Telemark" blir gjort tilgjengelig for praksiskonsulenter og fastleger, og videreutvikles til å gjelde hele helseregionen innen utgangen av 2007.

### 6.2.2. Ambulante team

Ambulante team kan i mange tilfeller bidra til å forebygge innleggelse, og pasienter og pårørende kan slippe lang reise vei til spesialisthelsetjenesten. Slike team er en god modell for gjensidig overføring av kompetanse og bedring av samhandling (Litteratur ref. nr 21). På denne måten bidrar slike team også til å skape gode faglige nettverk.

En viktig faktor for å lykkes er å sikre at de ambulante teamene

har kompetanse og mandat til å delta i pasientrettet behandling, og ikke bare blir "reisende i gode råd". Ved etablering av slike tjenester er det viktig å spørre dem som skal motta tjenestene hva de trenger, og deretter utforme tjenestene.

#### Tiltak

Bruken av behandlende ambulante team etableres innenfor relevante fagområder innen 2007. Det arbeides aktivt med å finne finansieringsordninger som støtter opp om slike team. Effekten av ambulante team evalueres i forhold til nytte og kostnad. I det videre arbeidet konkretiseres tiltaket.

#### Referansedokumenter

- 16. *Spedbarnsteamet ved Sykehuset Buskerud HF, BUPA poliklinisk enhet*
- 17. *Utefunksjon – forebygging og behandling av trykksår og sår - Sykehuset Telemark HF og Porsgrunn kommune*
- 18. *Ordning med ALS sykepleier på nevrologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold HF*
- 19. *Team for å forebygge selvmord i Skien*
- 15. *Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus HF.*

#### 6.2.3. Felles rutiner og prosedyrer

Utvikling av felles rutiner og prosedyrer bidrar til bedret samhandling og forenkler arbeidet. Slikt arbeid finnes det mange eksempler på. Her kan nevnes arbeidet med felles prosedyrer for leger i allmennpraksis og Sykehusene i Telemark. Det er avgjørende for å lykkes med felles prosedyrer at alle involverte faggrupper er med i utforming, implementering og evaluering av prosedyrene. Det må sikres rammer for dette arbeidet, og de faglige lederne ved enhetene må ta et aktivt ansvar for arbeidet.

#### Tiltak

Felles rutiner for henvisninger, utskrivelser og epikriser mellom helseforetak og samarbeidende kommuner utvikles innen utgangen av 2006.

#### Referansedokumenter

- 20. *Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende, Stokke kommune*
- 21. *Samhandling rundt pasienter med lårhalsbrudd mellom Ringerike sykehus HF, samarbeidende kommuner og rehabiliteringsinstitusjoner*
- 22. *Samhandlingsprosjekt om pasienter mellom SSHF og fastlegene*
- 12. *Kurs og møter i forbindelse med prosedyrepermen for samhandling mellom leger i 1. og 2. linjetjeneste i Telemark*

#### 6.3. Styringsfeltet

Målet for styringsfeltet er at ledelsen sikrer rammer og forankring av all samhandling med andre aktører, inkludert brukerorganisasjoner. Dette gjelder også for programområder som beskrives under tjenestefeltet og individfeltet.

#### 6.3.1. Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Avtalene beskriver samarbeid på system-, tjeneste- og individnivå, og må bli til i en felles prosess mellom likeverdige parter.

Sentrale punkter i slike avtaler er samarbeid om:

- pasientforløp

- individuelle planer
- fagutvikling og kompetansearbeid
- utarbeidelse av overordnede planer
- samarbeidsmøter på administrativt nivå og tjenestenivå

En viktig forutsetning for å få slike avtaler til å fungere er at man er enige om at utgangspunktet for avtalene er å finne løsninger sett fra pasientenes behov. Det er også nødvendig at avtalene bygger på en god gjensidig dialog, preget av tillit og respekt for hverandres ideer, organisering, rammer og ansvarsområder (Litteratur ref. nr. 16).

Referansedokumentene illustrerer gode eksempler på ulike samarbeidsavtaler (Litteratur ref. nr. 22). Gode avtaler kan lages gjennom dialogkonferanser med berørte parter fra ledernivå, tjenestenivå, samt brukerorganisasjoner og tillitsvalgte. Spesielt blir det viktig å få med personer med erfaringer på dette området, slik at man bygger på eksisterende avtaler og erfaringer som er gjort. Dialogprosessen vil da bidra til å forankre avtalene på alle nivåer i organisasjonene.

#### Tiltak

Det utarbeides **skriftlige, konkrete samhandlingsavtaler** mellom helseforetakene og kommunene, der dette ikke allerede finnes. Avtalene utformes i dialog mellom likeverdige parter ut fra felles overordnede retningslinjer. Avtalene tilpasses ut fra lokale forhold. Avtalene skal beskrive **formaliserte, jevnlig møter** på ledernivå mellom sykehus og kommunene. Det må klargjøres i avtalen **når og hvordan den skal evalueres og revideres, og hvordan avvik i forhold til avtalen skal meldes og følges opp.**

Som en del av avtalen skal det defineres hvem som har ansvar for koordineringen i kommune, på helseforetakene, og hvem som skal være "veivisere" inn i systemene.

*Der hvor det inngås avtaler om utskrivningsklare pasienter fra sykehus faller reglen om betaling fra kommunene bort (jf. forskrift av 16.12.1998, sist endret 19. mai 2003).*

#### Referansedokumenter

- 23. *Avtale mellom Sykehuset i Vestfold HF og alle Vestfolds kommuner om overføring av utskrivningsklare pasienter fra somatisk sykehus til alle kommuner.*
- 24a og 24b. *Samsone-kontrakt og samarbeidsavtale mellom DPS Skien og Skien kommune.*
- 25. *Samarbeidsavtale Kongsberg sykehus HF og Nore og Uvdal kommune*
- 26. *Avtale mellom Sørlandet sykehus HF, Arendal og Kristiansand kommuner. (Prosjekt under arbeid).*

#### 6.3.2. Felles drift av helsetjenester

Noen samhandlingsoppgaver løses best gjennom felles drift av tjenester. Det kan dreie seg om tjenester for alvorlig syke eldre, lavterskeltilbud for rusmisbrukere, akuttmedisinske tjenester eller tjenester for barn med alvorlige sykdommer og omfattende tjenestebehov. Et annet eksempel er at kommuner og helseforetak samarbeider om en felles hygienesykepleier.

En viktig forutsetning for å lykkes med å planlegge felles tjenester er å ha felles fokus på pasientenes behov og på pasientforløp. Det er videre viktig at de som er med i plan-

leggingen har ansvar og myndighet i forhold til økonomiske og personellmessige ressurser. For å sikre videreføring er det nødvendig at tiltakene evalueres på kvalitet og ressursbruk.

#### **Tiltak**

Programmet ønsker prosjekter som prøver ut felles drift på ulike fagfelt som et spleiselag om ressurs- eller kompetanse-krevende områder eller pasienter. Disse prosjektene må legges opp i et samarbeid mellom organisasjonene og brukere/pårørende, og ansvarsforholdene må være klart beskrevet. Eksisterende prosjekter evalueres på kvalitet og økonomi før de eventuelt etableres fast.

#### *Referansedokumenter*

*27. Prosjekt geriatriløft, Sykehuset Buskerud HF og Drammen kommune. (Under forberedelse, oppstart tidlig 2006)*

*28. Tverretattlig hygienesykepleier i Vestfold.*

*29. Felles drift av bo og behandlingssenter for tunge brukere i Telemark*

*30. Felles drift av en enhet for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, Mandal kommune og Sørlandet sykehus HF, klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling.*

*15. Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus HF.*

*33. Samarbeidsprosjekt mellom Ringerike kommune og Ringerike sykehus HF om utskrivningsklare pasienter som har et omfattende pleie- og omsorgsbehov*  
*34. Elektronisk booking og henvisning ved Sørlandet sykehus HF*

### **6.3.3. Elektronisk samhandling**

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi får stadig større betydning for god samhandling. Statens strategi for IT-utvikling i helse- og sosialsektoren for 2004 – 2007 har som visjon å sikre helhetlige pasientforløp gjennom elektronisk samarbeid (Litteratur ref. nr. 23). Helsenett er velegnet til både formell og uformell kontakt med bruk av e-post/gi hverandre informasjon over nettet.

For å lykkes med elektronisk samhandling må det utarbeides felles prosedyrer for utveksling av informasjon og for hvordan denne skal utformes. Det må gjennomføres nødvendig opplæring for å kunne nyttiggjøre seg verktøyene, og for å ivareta hensynet til taushetsplikten.

#### **Tiltak**

Det arbeides for å videreutvikle elektronisk samhandling mellom HF'ene og kommunene, og Norsk helsenett velges som kommunikasjonskanal. Det er vesentlig at fastlegene har tilkobling til nettet. Kommunene oppfordres til å melde seg inn Helsenettet, og bør være representert i den videre utvikling. Det utarbeides retningslinjer for utveksling av generell og pasientrettet kommunikasjon som gjelder for hele helseregionen. Responstid (epikrisetid) er sentralt i dette. Dette bør være på plass i løpet av 2006.

Det satses på elektroniske løsninger for å bedre samhandling på alle nivåer. Pilotprosjekter som har overføringsverdi og kan evalueres i forhold til ressursutnyttelse og kvaliteten på tilbudet til pasientene, vil bli prioritert.

#### **Referansedokumenter**

*31. IKT-basert pårørende-støtte. Et samarbeid mellom Nøtterøy kommune, Tønsberg kommune, Sykehuset i Vestfold HF og Høgskolen i Vestfold.*

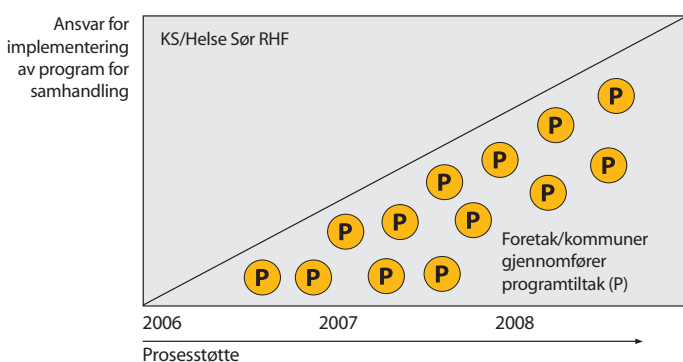
*32. SSR-Helseinfo: et verktøy for effektivt samarbeid mellom tjenestenivåene*

## 7. Videre arbeid med programmet

I tråd med de føringer som tidligere er lagt om at dette skal være et program som koordinerer og initierer god samhandling *over tid*, vil det være avgjørende at det etableres en fast struktur for å gjennomføre programmet for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Prosjektorganiseringen avløses av en mer fast organisering under ledelse av et programstyre med lik deltakelse fra KS og Helse Sør RHF, samt en representant fra de tillitsvalgte og en oppnevnt av brukerorganisasjonene.

For å ivareta sekretariatsfunksjonen videreføres ordningen med et "prosjektteam" (en sekretariatsleder, en representant for Helse Sør RHF og en representant for KS). Programstyrets oppgave er å sørge for framdrift og gjennomføring på bakgrunn av prioriteringer fra styret i Helse Sør og KS sine fylkesstyrrer.

Ansvarsforhold knyttet til iverksetting og gjennomføring av programmet over tid kan vektes som i denne figuren:



Å etablere nye relasjoner og prosedyrer innebærer endring. I mange tilfeller vil slike endringer kunne gjennomføres uten at dette innebærer økte kostnader. Generelt vil imidlertid endringsprosesser og gjennomføring av tiltak i en fase kreve økte ressurser. Dette gjelder både frigjøring av personell og midler til å gjennomføre prosjekter. På den annen side vil god samhandling over tid bidra til bedre ressursutnyttelse og følgelig også gi økonomiske gevinster. Det bør derfor etableres et eget *fond* med det formål å gi støtte til gode samhandlingsprosjekter i tråd med programmets anbefalinger.

Alle parter i helsetjenesten er ansvarlige for å bidra til at programmet for samhandling blir gjennomført. Samhandling må settes på dagsorden på alle nivåer i helsetjenesten. Med utgangspunkt i programmet søker man å gjennomføre konkrete prosjekter mellom kommunehelsetjenesten og helseforetak. Slike prosjekter må forankres i ledelsen og i de avdelinger som blir berørt - både i kommunene og i helseforetakene.

Det er besluttet å etablere et nettsted med en database hvor gode eksempler på samhandling vil bli presentert og løpende oppdatert. Adressen er: [www.helsedialog.no](http://www.helsedialog.no)

Gjennom dialogkonferansene ble en rekke gode eksempler på samhandling presentert med overføringsverdi til andre. I tillegg vil også andre erfaringer fra gjennomførte prosjekter med vellykket samhandling bli lagt inn i databasen. Meningen er at dette kontinuerlig skal oppdateres. Her kan det også laste ned felles prosedyrer med mer.

### Tiltak

**A)** Det etableres et programstyre med lik deltakelse fra KS og Helse Sør RHF, samt en representant fra de tillitsvalgte og en oppnevnt av brukerorganisasjonene. Fort å ivareta sekretariatsfunksjonen videreføres ordningen med et "prosjektteam" (en sekretariatsleder, en representant for Helse Sør RHF og en representant for KS) i et eget sekretariat.

Som en del av ansvaret for gjennomføringen av programmet, er det programstyrets ansvar å sikre et tilstrekkelig økonomisk grunnlag, herunder søke midler fra eksterne instanser .

**B)** Evaluering av programmet må skje som en felles prosess mellom de ulike aktørene i programmet. Man må evaluere i forhold til struktur, prosess og resultat. For å vurdere resultatet er det nødvendig å utvikle felles indikatorer for samhandling innefor de ulike programområdene, der det ikke er etablert nasjonale indikatorer. Det foretas en årlig gjennomgang av progresjonen i gjennomføringen av programmet. I tillegg foretas en samlet evaluering innen utgangen av 2008.

## 8. Litteraturreferanser

1. Rapport fra arbeidsgruppe samhandling, Tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander, Helse Sør, 2004. <http://www.helse-sor.no/Fagområder/Kroniske%20lidelser/Rapport%20Tiltak.pdf>
2. NOU 2005: 03 Fra stykkevis til helt, - En sammenhengende helsetjeneste. [http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/nou/048001-020005/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/048001-020005/dok-bn.html)
3. ...og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet, 2005. [http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/nou/048001-020005/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/048001-020005/dok-bn.html)
4. Samhandling og desentralisering, - forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene, 2004. <http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/sykehus/poltikkensinnhold/042031-990088/dok-bn.html>
5. UoD-rapport - Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill, SINTEF, 2004. [http://www.sintef.no/mondosoft/search\\_\\_\\_\\_3928.aspx?q=Utviklingstrekk+i+kommunehelsetjenesten&search=5%C3%B8k](http://www.sintef.no/mondosoft/search____3928.aspx?q=Utviklingstrekk+i+kommunehelsetjenesten&search=5%C3%B8k)
6. NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene, Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. [http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/nou/048001-020002/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/048001-020002/dok-bn.html)
7. Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/030005-040013/inn-bn.html>
8. Stortingsmelding nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. <http://odin.dep.no/hod/global/soek/bn.html?sok=j&sokeord=Stortingsmelding+nr+40+%282002-2003%29>
9. Watkins, J. M. and Mohr, B.J: Appreciative Inquiry, Change at the speed of imagination, Jossey –Bass /Pfeiffer, 2001
10. Henrik Kongsbak: Tanker fra et hyttefad - en guide til at skabe positiv utvikling i din organisation. Artikkelen kan lastes ned fra <http://www.resonans.dk/laesestof.htm>
11. Nettsted om Appreciative Inquiry, <http://www.appreciativeinquiry.cwru.edu/>
12. Rapport fra arbeidsgruppe Forskning og utvikling, helsefremmende og forebyggende arbeid, Lærings og mestringssentra, Helse Sør, 2004. <http://www.helse-sor.no/Fagområder/Kroniske%20lidelser/Rapport%20FoU.pdf>
13. Sosial- og helsedepartementet: Å være i samme båt... Likemannsarbeidet i funksjonshemmedes organisasjoner, 1994, revidert hefte i 2001, I-0744B, <http://odin.dep.no/sos/norsk/publ/veiledninger/030081-120007/index-dok000-b-n-a.html>
14. Sosial- og helsedepartementet: Vi kan det vi vil. Veileder om likemannsarbeid for attføring og arbeid, 1999, I-0957B [http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/veiledninger/042071-990123/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/veiledninger/042071-990123/dok-bn.html)
15. St.meld. nr. 16, (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken. <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/042001-040003/dok-bn.html>
16. Bråten, Stein: Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom, Tano Aschehoug, Oslo, 1998.
17. Senge, Peter: Den femte disiplin, Hjemmets bokforlag, Oslo, 1991
18. Fafo-rapport 403, Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid? Heidi Gautun og Arne Grønningsæter, Prosjekt nevrologisk rehabilitering ISBN 82-7422-391-8, 2002
19. SEPREP modell for opplæring i psykososial rehabilitering ved psykoser, <http://www.seprep.no>
20. Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=47568&subid=0>
21. Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern, Stiftelsen GRUK, rapport nr 6/2004. <http://www.gruk.no/filemanager/download/591/shdir%20rapport%20101104.pdf>
22. Samarbeidsavtale mellom kommuner og sykehusvesen i Fyns Amt, Danmark 2003 – 2007, <http://www.sygehusfyn.dk/wm139696>
23. S@mspill 2007, I-1097B, Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, Statlig strategi 2004-2007, Helsedepartementet og Sosialdepartementet. [http://odin.dep.no/filarkiv/201808/s@mspill\\_2007.pdf](http://odin.dep.no/filarkiv/201808/s@mspill_2007.pdf)
24. Eksempel på Individuell plan fra Sogn og Fjordane ([www.helse-forde.no](http://www.helse-forde.no)).
25. Lov om Spesialisthelsetjeneste 2.7.1999 nr. 61 <http://www.lovdatabank.no/all/hl-19990702-061.html>
26. Forskrift om pasientansvarlig lege m.m. <http://www.lovdatabank.no/for/sf/ho/ho-20001201-1218.html>
27. Gjærum, Grøholt, Sommerschild: Mestring som mulighet, Universitetsforlaget 2003
28. Lærings- og mestringssenter, Aker Universitetspsykiatri, Nasjonalt kompetansesenter: Ideologi og metode for Lærings- og mestringssenter, Oslo 2004.





## Innhold referansedokumenter

### *Lærings- og mestringssentra og likemannsarbeid*

1. Lærings og mestringssenteret, Sørlandet sykehus HF
2. Kommunalt Lærings og mestringssenter i Sandefjord
3. Lærings- og mestringssenteret (LMS) Blefjell sykehus HF
4. Familieskole for familier med psykisk syke barn i Agder

### *Samhandling om individuelt tilrettelagte tilbud*

5. Fortelling om bruk av individuell plan for ungdom med rusproblemer og atferdsavvik
6. Samhandling omkring alvorlig syk pasient med hjernetumor
7. Ansvarsgruppemøter på legekantoret
8. Samarbeid mellom Rikshospitalet –Radiumhospitalet HF og en kommune om et nyfødt barn med CP

### *Kompetanseutveksling og -utvikling*

9. Nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark
10. Rehabiliteringsnettverket i Nedre Buskerud
11. Nettverket for oksygenkontakter i Agder
12. Kurs og møter i forbindelse med prosedyrepermen for samhandling mellom leger i 1. og 2. linjetjeneste i Telemark
13. Systematisk opplæring i veien til Individuell plan i Skien kommune og ved Sykehuset Telemark HF
14. Undervisningssykehjemmet i Sogndalen kommune
15. Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus.

### *Ambulante team*

16. Spedbarnsteamet ved Sykehuset Buskerud HF, BUPA poliklinisk enhet
17. Utefunksjon – forebyggelse og behandling av trykksår og sår - Sykehuset Telemark og Porsgrunn kommune
18. Ordning med ALS sykepleier på nevrologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold HF
19. Team for å forebygge selvmord i Skien
15. Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus HF.

### *Felles rutiner og prosedyrer*

20. Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende, Stokke kommune
21. Samarbeid rundt pasienter med lårhalsbrudd mellom Ringerike sykehus HF, samarbeidende kommuner og opptreningsinstitusjoner
22. Samhandlingsprosjekt om elektive pasienter mellom SSK HF, Agder og fastlegene
12. Prosedyrepermen for leger i Telemark

### *Avtaler mellom foretak og kommuner*

23. Avtale mellom Sykehuset i Vestfold HF og alle Vestfolds kommuner om overføring av utskrivningsklare pasienter fra somatisk sykehus til alle kommuner.
- 24a og 24b. Samsone-kontrakt og samarbeidsavtale mellom DPS Skien og Skien kommune.
25. Samarbeidsavtale Kongsberg sykehus HF og Nore og Uvdal kommune

26. Avtale mellom Sørlandet sykehus HF, Arendal og Kristiansand kommuner

### *Felles drift av helsetjenester*

27. Prosjekt geriatriløft, Sykehuset Buskerud HF og Drammen kommune.
28. Tverretattlig hygienesykepleier i Vestfold.
29. Felles drift av bo og behandlingssenter for tunge brukere i Telemark
30. Felles drift av en enhet for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, Mandal kommune og Sørlandet sykehus HF, klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling.
15. Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus HF.

### *Elektronisk samhandling*

31. IKT- basert pårørende-støtte. Et samarbeid mellom Nøtterøy kommune, Tønsberg kommune, Sykehuset i Vestfold HF og Høgskolen i Vestfold.
32. SSR-Helseinfo: et verktøy for effektivt samarbeid mellom tjenestenivåene
33. Samarbeidsprosjekt Ringerike kommune Ringerike sykehus HF om utskrivningsklare pasienter som har et omfattende pleie- og omsorgsbehov
34. Elektronisk booking og henvisning ved Sørlandet sykehus HF

## 1. Lærings og mestringssenteret, Sørlandet sykehus HF

LMS er et kompetansesenter på helsefremmende og forebyggende arbeid i SSHF med følgende kjerneområder:

### 1. Programutvikling

Senteret jobber systematisk med å utvikle program for pasientopplæring og undervisning etter LMS- ideologien. Læringsprogrammene er rettet mot kronisk syke og pårørende. Utviklingen skjer i et nært samarbeid med erfarne brukere og helse-personell, der erfarings- og fagkompetanse sidestilles i planlegging, gjennomføring og evalueringprosesser. Senteret har i dag mange ulike tilbud, både generelle mestringkurs og diagnoserettede kurs.

### 2. Opplæringsbase i helsepedagogikk

Å legge til rette for økt pedagogisk kompetanse hos helsepersonell er en viktig del av LMS's kjernevirksomhet. Gjennom Helsepedagogisk Nettverk arrangeres temadager med vekt på pasientrelasjoner. LMS legger til rette for erfaringsutveksling og nettverksbygging gjennom flere tiltak. Eksempler på temadager er helseetikk og moralsk praksis, gruppem metode, seksualitet, tillit, humor, innføring i pedagogisk tenkning, endrings-fokusert rådgivning og løsningsfokusert tilnærming. Sørlandet Sykehus har tatt initiativ overfor Høgskolen i Agder om utvikling av et formalisert studietilbud i helsepedagogikk, med forventet oppstart mars 2006.

### 3. Arena for livstilsintervensjon

LMS jobber systematisk for at Sørlandet sykehus skal ha et helsefremmende perspektiv i sin virksomhet og ikke bare "reparere". Senteret har aktiviteter knyttet til tobakksforebygging og livstilsintervensjon, og er aktivt med i et forskningsprosjekt rettet mot forebygging av diabetes type 2 ("NÅ – et lettere liv").

### 4. Arena for brukermedvirkning

I utvikling av læringsprogrammer legges det til rette for å skape likeverdige møteplasser mellom brukere og helsepersonell gjennom samarbeidsmodellen. I Sørlandet sykehus vil LMS ha en sentral koordinerende rolle i forhold til likemannstjenesten generelt, der god samhandling om tjenestene er et sentralt mål.

### 5. Arena for pasientinformasjon

LMS er et aktivt informasjons senter med tilgang på informasjon gjennom bla. tidsskrift og brukerPc. I tillegg er senteret engasjert i flere prosjekter. Pasientinformasjons-prosjektet er et systematisk og overordnet kvalitetsforbedringsprosjekt i SSHF. Høykomprosjektet Pedagogisk film legger grunnlaget for en ny og fremtidsrettet måte å jobbe med pasientinformasjon og opplæring på, ved å ta i bruk film som et pedagogisk verktøy.

### 6. Prosessevaluering og effektmåling i samarbeid med FoU

LMS samarbeider med Brukerorganisasjoner, Partnerskap for folkehelse på Agder, Fylkesmannens helseavdeling, Høgskolen i Agder, ROM (råd og muligheter – brukerstyrt senter), andre sykehus, LMS-nettverket i Norge, kommuner mfl.

Sørlandet sykehus har fått i oppdrag av Helse Sør RHF å være

det Regionale nettverkskompetansesenteret for LMS i regionen. Dette innebærer å være en pådriver i utviklingen av metoder, verktøy og forskning i LMS-virksomheten. Senteret kommer i drift fra august 2005.

Mirjam Smedsrød Lien, Enhetsleder LMS, Sørlandet sykehus HF, [mirjam.lien@sshf.no](mailto:mirjam.lien@sshf.no)

## 2. Læring og mestringssenteret i Hvidtgården - Sandefjord kommune

**Hvidtgården** i Sandefjord er et senter innen helse- og sosial-etaten hvor det i alle virksomheter er lagt vekt på mestring og kunnskapsutveksling. Her finnes både Frivillighetssentral, Læring- og mestringssenter, miljøarbeidertjeneste med vekt på nettverksarbeid og oppfølging av personer i attføringsløp, cafe, velværesenter, treningssenter og flere kurs- og møterom. Ved Hvidtgården skjer en samhandling mellom de ulike virksomhetene med utgangspunkt i lærings- og mestringsperspektivet som kan dreie seg om egen helse, det sosiale liv og felleskap, frivillig tjeneste og arbeidsliv. Vi strekker mestringsperspektivet lenger enn det en vanligvis ser i LMS knyttet til spesialisthelsetjenesten. Det betyr også utstrakt samarbeid med a-etat, trygdekontor, rehabsenter for å nevne noen.

**Lærings- og mestringssenteret** (LMS) er det første og foreløpig eneste senter som er etablert i en kommune i Norge. LMS i Sandefjord kommune er et kunnskaps-, informasjons- og veilednings senter som har fokus på forebygging og helsefremmende arbeid og følger de metoder og intensjoner som er lagt ved det nasjonale senter for læring og mestring v/Aker. Senteret framstår som en del av kommunens opplysningsplikt og friskvern. Det fungerer som et samarbeidsverksted og tilgjengelig møteplass for brukere, deres familier, brukerorganisasjoner og helsepersonell. En koordinert tiltakskjede skal gi brukerne et kvalitetssikret tilbud på den veien som må gås fra sykdomsbeherskelse til et mest mulig selvstendig liv.

Her sidestilles fagkunnskap og brukererfaring ved å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbudene i et likeverdig samarbeid. Her skjer derfor en kunnskaps-utveksling mellom fagpersonell og de som vet hvordan det er å leve med en funksjonshemming / kronisk sykdom.

### Læringstilbud

Vi har læringstilbud for helsepersonell innen helsepedagogikk hvor fokus er ny rolle som tilretteleggere og veiledere, slik at læring og mestring for pasienter og brukere i større grad skjer på deres premisser (empowerment). LMS tilbyr kurset "Å leve et friskere liv" – som handler om kognitiv mestring - fokus på å utvikle troen på seg selv og sine evner til å klare utfordringer i livet. Noen av læringstilbudene er åpne for det allmenne publikum, mens andre er for spesielle grupper.

Eks. er diabetes, ca. prostata, osteoporose, å leve som blind, stoffskiftesykdom, medikamenter og bilkjøring. Flere av temaene arrangeres på tvers av diagnoser eller der diagnose ikke er satt, for eksempel ungdomskonferanser - med tema ungdom og kronisk sykdom/ skade/funksjonshemming, eller fokus på familien - eks. samliv, søskenrelasjoner.

## Likemannsarbeid

Her drives også likemannsarbeid. Dette er en veilednings-tjeneste hvor en person som har lang erfaring i å ha kronisk sykdom veileder en annen om praktiske forhold i hverdagen. Det er nå 12 brukerorganisasjoner som driver likemanns-tjeneste. De har hatt drøyt 500 besøk/henvendelser siden oppstart august 2004. Det dannes også nettverks- og selv-hjelpsgrupper med utgangspunkt i felles situasjon og /eller diagnose. Eks. er angstgruppe og stoffskiftegruppe. Det gis også informasjon inn i videregående skoler og høyskolesystem om det er leve som kroniker/funksjonshemmet.

## Samarbeidslinjer

En viktig utviklingslinje for Læring og mestringssenteret er ift. Sykehuset i Vestfold-Sandefjord og poliklinikken, hvor vi utvikler et interessant samarbeid med utveksling av kompetanse både inn i sykehuset og inn i LMS og blant virksomheter i helse- og sosialetaten. Vi er deltaker i nettverksgruppe for LMS i Helse Sør RHF. Denne gruppen er rådgivende for utvikling av LMS i regionen.

Randi Hovde, Senterleder Hvidtgården,  
[randi.hovde@sandefjord.kommune.no](mailto:randi.hovde@sandefjord.kommune.no), tlf: 33 41 88 00

## 3. Lærings- og mestringssenteret (LMS) Blefjell sykehus HF

Standard metode for utvikling, gjennomføring og evaluering av læringstiltak (fra Aker) ligger til grunn for alle aktivitetene ved Lærings- og mestringssenteret (LMS) Blefjell sykehus. LMS skal ha ansvar i all pasientopplæring, og være et verktøy for utviklingen av ideologien i foretaket. LMS skal også være pådriver i arbeidet med individuell plan i somatikken. Ved individuelle kartleggingsamtaler av kursdeltakerne benyttes International Classification of Function, ICF. Bruker-medvirkning er sikret gjennom representasjon i arbeidsgruppa som har ansvar for implementering av dette systemet.

LMS har ansvar for veiledning på metode og praktisk tilrettelegging for kursavvikling.

Respektive sengeavdelinger og poliklinikker, samt fysioterapeut og kostøkonom/kjøkken er involvert i lærings-tiltakene sammen med brukerrepresentantene.

Psykolog er inne som veileder i alle grupper rundt psykologiske aspekter ved kronisk sykdom. Vi legger vekt på å styrke den enkelte bruker/deltakers bevissthet om, og tro på egen mestring gjennom innkallingsbrev, individuell samtale og veiledning i gruppe. Brukerrepresentanten(e) er også med under gjennomføring av kurset. Evaluering av forberedelses-prosessen skjer ved alle nye tiltak for å sikre likeverd i utviklings-prosessen. Kursene evalueres også skriftlig fortløpende.

### Diagnoserettede kurs:

*I samarbeid med somatiske klinikker:*

- Cøliaki, diabetes type 1 og 2, hjertesykdom, hypothyreose, kreft, kroniske smerter, kronisk tarmbetennelse. Bruker-representantene har egne innlegg på alle kurs. Tiltak på dagtid.  
- Pårørende er velkomne med på alle somatiske diagnose-relaterte kurs. For pårørende ved KOLS og hjerneslag er kurs under utvikling, med 4 brukerrepresentanter i hver arbeids-gruppe. Sitat, bruker: "dette samarbeidet er med på å avmystifisere helsevesenet"

*I samarbeid med psykiatrisk klinikk:*

- Voksne med diagnostisert ADHD  
- Pårørende deltar i utvikling og gjennomføring av egne kurs i samarbeid ved: Psykiske lidelser: Mental Helse, kommunal psykiatrikoordinator.  
*Rusproblemer:* Landsforeningen Mot Stoffmisbruk, kommunalt sosialkontor, politietaten, Barn/unge med ADHD: ADHD-foreningen, kommunelege, helsestasjon, pp-tjeneste.  
*Spiseforstyrrelser:* repr for pårørende, skolehelsetjeneste, kommunal sosionom, kulturkontor. Kursene går over tre kvelder, med innlagt kveldsmat. Arbeidsgruppa lager skisse til program og informasjonsperm. Første kurskveld diskuteres deltakernes behov og programmet spisses i forhold til det. For målgruppa foreldre/foresatte gjelder rett til opplæringspenger fra trygdeetaten ved tappt arbeidsfortjeneste.

## Selvhjelpsgrupper

Kursgrupper av pårørende ved psykiske lidelser fortsetter som likemannsgrupper.  
- Selvhjelpsgruppe for angstmestring. Mal fra Angstringen , samarbeid mellom 1. og 2. linjen  
- Anonyme narkomane

## Kompetanseheving:

- Helsepedagogisk opplæring tilbys brukerrepresentantene, førstelinjetjenesten og andre samarbeidsparter (politi, diakon mv)  
Fagdager for primærhelstjenesten (diabetes, cøliaki, ADHD er avholdt så langt)  
- FoU-midler: ICF/ evaluering, utvikling, hypothyreose/ tverrfaglig forskningsprosjekt

Leder LMS Ane Fjøsne Pedersen. tlf 35 02 13 20,  
[ane.f.pederesen@blefjellsykehus.no](mailto:ane.f.pederesen@blefjellsykehus.no)

## 4. Familieskole for familier med psykisk syke barn i Aust-Agder

Et samarbeidsprosjekt mellom Stuenes skole i Arendal kommune, Institusjonsundervisningen i Aust Agder og Barne- og familie-enheten Haugerød, Helse Sør (BUA).

Ide og inspirasjon til prosjektet er hentet fra Malborough family Service Education Unit i London. I et samarbeid med Stuenes skole har en i januar 2005 startet et prosjekt med "familieklasse" i vanlig kommunal skole.

### Vi ønsker med prosjektet å:

- Fokuserer og utvikle foreldrenes kompetanse i forhold til egne og andre barn.
- Bruke foreldregrupper som et redskap til å endre atferd hos det enkelte barn og familie.
- Gi lærere i vanlig skole kompetanse til å drive flerfamilie-arbeid i en skolekontekst.
- Motvirke stigmatisering og isolasjon av den enkelte familie, ved å la familiene arbeide sammen.
- Styrke nettverket rundt den enkelte familie i nærmiljøet.
- Øke forståelsen mellom hjem og skole på hva som er problematisk.
- Ta utgangspunkt og utnytte "her og nå" situasjoner til å gi det enkelte barn og familie endringsmuligheter.
- Utnytte og flytte ressursene i Barne- og ungdoms-

psykiatrien, samt Institusjons-undervisningen ut til kommunen, for å forebygge utvikling av alvorligere atferds- vansker hos barn.

- Veilede og gi personer som står den enkelte familie nær, som lærere og foreldre, kompetanse til å arbeide og utnytte ressursene i en "flerfamiliegruppe"
- Utnytte ressurser mellom ulike forvaltningsnivå og systemer. Fokuserer på forbygging og lavterskel intervensjon i familier.
- Utvikle og utnytte kompetanse mellom ulike faggrupper og systemer.

Familieklassen er satt sammen av grupper med 7-9 elever som har vansker med å håndtere skolehverdagen eller for å omgås sine jevnaldrende.

Gruppene blir satt sammen av elever på ulike klassetrinn med ulik problematikk. Elevene har følge av minst en foresatt. Tilbudet i familieklassen foregår en formiddag i uka. Man utarbeider klare målformuleringer for det enkelte barn og familie. Arbeidsformer som blir benyttet er bla: gruppe- diskusjoner, korte systematiske intervensjoner i det konkrete arbeid, bytting av "foreldre", samt tilbakemelding og feedback fra gruppa på måloppnåelse.

For å kunne drive dette tilbudet forsvarlig, er vi avhengig av et samarbeid mellom BUA, Helse Sør, Institusjonsundervisning og den enkelte kommunale skole.

Vi er i gang med å søke opplæringsmidler til felles opplæring av de ulike personene som arbeider med dette, uavhengig av systemet de er ansatt i.

Rektor Elin Jørgensen, Institusjonsundervisning, tlf 95935752, [elin.jorgesen@aa-s.kommune.no](mailto:elin.jorgesen@aa-s.kommune.no)

Psykolog Bård Bertelsen, barne- og familieenheten Haugerød, tlf: 370 62 600, [bard.bertelsen@sshf.no](mailto:bard.bertelsen@sshf.no)

## **5. Fortelling om bruk av individuell plan for ungdom med rusproblemer og atferdsavvik**

Fortellingen handler om en 22 år gammel gutt, med en 15 års sykehistorie; elementer fra psykose, bipolar lidelse, svær tvang og angst, kombinert med medikament og cannabismisbruk. Et enormt antall aktører hadde løst et tilsvarende antall akutte henvendelser fra pasient og foreldre, uten at det var noen overordnet plan og definerte roller og ansvar. Fortvilelse, psykopatologi og en grunnholdning basert på at krav og angrep er veien til måloppnåelse, preget familiens omgang med hjelpeapparatet. Politiet ble brukt som konfliktløser internt i familien.

*Som fastlege vurderte jeg at følgende var viktig:*

- Sakens kompleksitet krevde tverrfaglighet og at man definerte ansvar og målsetting.
- Det var et maktvakuum og en kommunikasjonssvikt som pasienten fylte med manipulasjon. Dette måtte stoppes fordi det var anti-terapeutisk.
- Pasientens reelle problemer måtte kartlegges helhetlig, ikke fra krise til krise.
- Utbrentheten og motstanden en så tung og langvarig sak møter i systemet, måtte taes alvorlig, adresseres og lindres.

*Grunnarbeid:*

- Det første prosjektet var å finne en allianse med pasienten. Dette skjedde gjennom langvarige samtaler med fokus på hans opplevelse av eget liv, symptomer og mål.
- Kartlegging av reelle ressurser. Det ble tidlig klart at et godt intellekt og gode ferdigheter hos pasienten tilsørte en massiv hjelpeløshet i ADL funksjoner, og denne innsikten var viktig for videre arbeid.
- Ta pasientens egne definerte mål alvorlig. Denne gutten ønsket å komme i metadonbehandling, i egen bolig og gå på skole.

*Praktisk arbeid videre:*

Individuell plan var det optimale verktøy for meg som da satt alene satt med saken. Brev til kommunen resulterte i rask respons med tildeling av koordinator. Alle de instanser som ble forespurt om å stille på møter responderte positivt.

*Vi arbeidet i fire retninger:*

1) Møter med andrelinjen, psykiatri og rusbehandling hadde som formål å ta alvorlig pasientens ønske om metadon. Dette ble støttet og han fikk sin medikasjon ordnet fra MAR. Forhandlinger om medikamenter ble derfor fjernet fra vår kontakt, og da forsvant også konflikter og mange kroppslige plager som kunne underbygge behov for resepter. Vi kan nå ha en ærlig dialog om psykiske symptomer og arbeide med dem. Dette var et svært viktig trekk som hadde stor betydning. Dosering og andre forhold vedrørende medikasjon taes opp i faste evalueringsmøter med MAR, der koordinator, fastlege og leder i hjemmesykepleien er til stede.

2) Pasienten måtte ut av hjemmet. Kommunen aksepterte vårt krav om en bolig med en god standard og med nærhet til kommunalt omsorgsenter. Manglende evne til å drifte egen hverdag, hans panikk for å være alene og hans manglende ADL ferdigheter var utfordringer. Rent praktisk satte vi inn nattevakt - først aktiv, så sovende, og etter hvert i bakvakt, slik at pasienten kunne påkalle hjelp ved behov. Hjemmehjelp som også skal lære opp pasienten, har sikret en god standard i boligen. Hjemmesykepleie har tilsyn to ganger daglig, for å trygge og støtte i drifting av dagen. Kommunal vaktmester har lav terskel og en innsiktsfull tilnærming til at mange situasjoner ikke er så lette å løse for en gutt som har vært institusjonalisert i lang tid.

3) Pasienten hadde falt ut av skolen før ungdomsskolen. Koordinator har brukt lovverk som eksisterer - men som ikke alle har kjennskap til - for å få skoleplass og spesialundervisning. Grundig arbeid har medført at han har fått gode løsninger med leksehjelp etc.

4) Psykisk lidelse er annerledes enn tradisjonell eldeomsorg. Vi kalte derfor inn til allmøte i hjemmesykepleien med informasjon om pasienten. Spesialist i psykiatri holdt innlegg. Fremmøtet var imponerende og tilbakemeldingene svært positive. Pasienten gav tillatelse til møtet og opplevde at det hadde god effekt. Det ble også holdt et møte med lensmannskontoret for å dempe konflikter rundt hans kontrollproblemer og konflikt med foreldrene.

*Ettertanker:*

Vi brukte ikke de frivillige organisasjoner, noe som i etterkant var uheldig. Pasienten trenger sosial kontakt og tilhørighet,

noe feks Lions eller Mental helse kunne bidratt med. Taushetsplikten kan være et hinder når man jobber i så store team. Vi har løst det med å ha en dialog med pasienten om det, men det forutsetter at pasienten er frisk nok til å kunne bedømme situasjonen. De totale kostnadene i saken er nok betydelig mindre etter denne prosessen enn før, så arbeidsformen er utvilsomt økonomisk.

## 6. Samhandling omkring alvorlig syk pasient med hjernetumor

Pasienten var en kvinne på 58 år som skulle utskrives fra nevrologisk avdeling med diagnosen Tumor Cerebri. Palliativ symptomlindrende behandling ble forskrevet. Det var forskjellige årsaker til at pasienten ikke kunne utskrives til hjemmet. Resultatet ble derfor at pasienten ble overført til "palliativ seng" på sykehjem.

For å finne en best mulig løsning for pasient og familie, var det nødvendig med hyppig kommunikasjon mellom HF og kommunen, i form av telefonsamtaler. Nevrologen på sykehuset tok telefonisk kontakt med kreftsykepleier før utskrivelse. Epikrise ble sendt til fastlegen. Med pasienten fulgte god skriftlig informasjon; sykepleier rapport og epikrise fra behandlende lege, der behandlingsmål for denne pasienten var tydelig beskrevet. Ansatte i primærhelsetjenesten ble oppfordret til å ta kontakt med nevrologisk avdeling ved uklarheter og behov.

I den første tiden etter at pasienten kom til sykehjemmet ble det ordnet med permisjoner, slik at hun kunne være noe hjemme. Ved sykdomsprogresjon ble pasienten tilbudt ny innleggelse på nevrologisk avdeling for behandling av plagsomme symptomer, som primærhelsetjenesten ikke hadde kompetanse til å håndtere. Etter ca. 10 dager var hun igjen tilbake på sykehjemmet, hvor hun fikk en rolig og verdig avslutning. Hele familien, ektefelle, barn og barnebarn var rundt henne hele døgnet de siste dagene. Slik fikk alle tatt farvel.

En god dialog og kommunikasjon mellom primær- og – sekundærhelsetjenester under hele sykdomsforløpet bidro til at hun til enhver tid befant seg på riktig tjenestenivå. Både pasienten, familien og helsepersonell i primærhelsetjenesten opplevde en optimal trygghet. Dette bidro til at pasientens siste fase av livet ble god og verdig.

*Nøkkelfaktorer/kloke grep for at samarbeidet skal fungere:*  
Oppnevning av koordinator i kreftomsorg i primærhelsetjenesten, samt en ansvarlig primærkontakt i sykehusavdelingene.

- Avholdelse av nettverksmøte før utskrivning fra sykehus, der primær- og sykepleier, lege, evt. fysioterapeut fra sykehuset deltar. Fra primærhelsetjenesten deltar kreftsykepleier, om mulig også hjemmesykepleier, ergoterapeut og fastlege.
- Planlegging av utskrivelsen bør iverksettes senest en uke før planlagt utskrivning.
- Det er en fordel når behandlingsmålet er klart definert, - er det kurasjon eller palliasjon?
- God kommunikasjon og skriftlig informasjon både fra lege og sykepleier.
- Aktiv bruk av hjemmejournal på tvers av tjenestenivåene.

- Kontinuitet og interesse hos involverte faggrupper.
- Tilgjengelighet

*Samarbeidsområder som bør prioriteres:*

- Nettverksmøter.
- Ha koordinator/fagstillinger både i HF og kommune.

## 7. Ansvarsgruppemøter på legekantoret

Ansvarsgruppemøter rundt pasienter med sammensatte behov er nødvendig for å skape god samhandling i tilbudet. Denne historien handler om hvordan man kan få til slike møter og hvordan man kan få travle fastleger til å delta. Det er fastlege Stine Vevstad Hynne i Skien som forteller:

"Jeg deltar mest i ansvarsgrupper rundt pasienter med kronisk psykisk lidelse, funksjonshemmede og rusmisbrukere, men ser at det kan egne seg godt også i forhold til andre kronisk syke.

Møtene ledes av meg og holdes på mitt kontor. Overfor palliative, alvorlig syke pasienter hender det møtet legges til pasientens hjem (eks kreftpasienter, multipel sklerose, amyotrofisk lateralsklerose osv). For at jeg skal få tid til å delta i disse møtene, er det viktig at jeg slipper å bruke tid på å forflytte meg. Det er også en stor fordel å ha tilgang på datajournal. Pasienten er alltid tilstede. Hvis vedkommende ikke kommer, avlyses møtet. Navngitte kontaktpersoner deltar fast på møtene. Dette er ofte pårørende, hjemme-sykepleie, fysioterapeut, ruskoordinator, ergoterapeut, sosialkurator osv. Noen ganger møter representanter fra 2. linjetjenesten.

Møtets varighet er i snitt 45 minutter, men noen ganger er det gjennom tid erfart at kortere tid er nok, eventuelt at vi må sette av mer tid. Det er viktig at den avtalte tiden overholdes. Møteintervaller varierer avhengig av problemstilling fra hver 4.-8. uke til kanskje bare 2 ganger i året.

Avtale for neste møtetidspunkt gjøres på slutten av hvert møte. Dette er hensiktsmessig fordi samtlige derved bidrar til å finne tidspunkt som passer for alle, og hvor den enkelte via dette også forplikter seg tydelig i plenum til å rydde rom på timeplanen. Jeg skriver referat under møtet. Nederst på referatet står tidspunkt for neste møte. Alle deltakerne får med seg referatet før de går.

Hvis det er laget en individuell plan kan den brukes som dagsorden for møtet, ellers brukes referatet fra forrige møte. Den gode samhandlingen oppstår ved at fagfolk med ulik kompetanse er samlet rundt samme bord. Informasjon om hverandres kunnskap og kapasitet flyter fritt og er åpen for alle. En kan drøfte seg frem til de mest hensiktsmessige strategier for å løse oppgaver, fordele ansvar og ansvarliggjøre bidragsyterne i forhold til tid og rom. Brukermedvirkningen sikres ved at deres behov og motivasjon for de ulike løsningsforslag avdekkes og all nødvendig informasjon blir overlevert de ulike instanser uten forsinkende papirarbeid og "ventebunker". Hensiktsmessighet og realisme avklares der og da i forhold til mange tiltak.

De ulike instanser må ivareta sin taushetsplikt på en skikkelig

måte. Samtidig er den felles møteplassen god i forhold til at pasienten hører hva som sies og har mulighet til å supplere eller dementere informasjon”.

stine.hynne@klosterhagen.no

## **8. Samarbeid mellom Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF og en kommune om nyfødt barn med CP**

En nyfødt gutt ble overflyttet fra et annet sykehus til oss på Rikshospitalet. Han var født til termin, med hastesectio. Meconiumaspirasjon. Apgar 1-4-6. Alvorlig fødselsasfyksi. Han gjennomgikk intensiv overvåkning ved nyfødtavdelingen, med respiratorbehandling og dialyse. Cerebral MR: viste tidlig tegn på patologi. Etter hvert fikk han en sikker CP-diagnose. Han hadde også ernæringsproblemer. Foreldrene hadde vanskeligheter med tilknytning til barnet p.g.a. usikker prognose. De var i sjokk og dypt fortvilet over å ha fått et alvorlig hjerneskadet barn, og trengte mye oppmuntring for å ta del i omsorgen for det syke barnet. Alle i fagteamet jobber med å styrke forelderrollen.

*Samarbeidstiltak under innleggelsesperioden på Rikshospitalet:* Det ble dannet et tverrfaglig team bestående av barnelege, spesialsykepleier, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, spesialpedagog, BUP. Hele teamet samarbeidet fra starten. Fysioterapeuten veiledet foreldrene i håndtering av barnet. Det er viktig at alle i teamet veileder foreldrene i hva de kan gjøre for barnet helt fra starten av.

Kommunen ble tidlig varslet om et barn som ville trenge omfattende hjelpetiltak. Man etablerte tidlig kontakt med helsesøster og barnefysioterapeut på helsestasjonen. Helsesøster besøkte gutten i avdelingen, slik vi har rutine for når et barn med komplisert sykehistorie skal hjem. Videre kom den lokale fysioterapeuten også til Nyfødtavdelingen for å hilse på foreldrene og for å se hva fysioterapeuten gjør, for å kunne videreføre behandlingen hjemme. Det ble holdt et overføringsmøte med kommunen. Dette er viktig når et barn har ligget lenge i avdelingen og vil trenge et bredt hjelpeapparat med flere fagpersoner involvert. På møtet deltok representanter fra helsestasjon, hjemmesykepleien, lokal barnefysioterapeut, avlastningstjenesten, habiliterings-tjenesten, samt det tverrfaglige teamet fra sykehuset. Foreldrene var også til stede.

*Kloke grep:*

Det formidles direkte kontakt mellom fagteamet på sykehuset og det lokale hjelpeapparat. Det er mye som ikke kan formidles gjennom epikriser. Det er viktig at foreldrene føler en *kontinuitet* i behandlingen og omsorgen av barnet.

*Formelle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten:*

Det avholdes samarbeidsmøter 2 ganger i året mellom lederne for de involverte faggruppene i kommunehelsetjenesten og Barneklubben, Rikshospitalet.

Avdelingsledende fysioterapeut Unn Inger Møinichen, Barn-kvinnesektoren, Rikshospitalet, tlf. 2307 2279/4145 8449 [unn.inger.moinichen@rikshospitalet.no](mailto:unn.inger.moinichen@rikshospitalet.no)

## **9. Nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark**

Nettverket av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark ble etablert i '93 og består i dag av ca 90 navngitte sykepleiere. De er ansatt i sykehjem, hjemmesykepleietjenesten og sykehusene i Telemark. Kompetansenettverket tilpasses lokale behov – og mobiliseres når behovet er tilstede. Vi har erfart at godt og systematisk samarbeid og faglig støtte til hjemmesykepleier og pasientens lege gjør kommunehelsetjenesten i stand til å håndtere avansert symptomlindring. Kontaktsykepleiernettverket bidrar til at helsevesenet kan oppleves som en sammenhengende behandlingsskjede. Det under-strekes at fag- og samhandlingskompetansen er direkte over-førbar til andre pasientgrupper som har alvorlig somatisk sykdom.

### **Styringsgruppe**

Det er etablert en styringsgruppe for kontaktsykepleiernettverket. Styringsgruppen består av ledere fra sykehus, kommunehelsetjenesten, Helse Sør og Kreftforeningen. Palliativ enhet har ansvar for daglig drift av nettverket.

### **Ledelsesforankring**

Nettverket er forankret i offentlig helsevesen. Det er inngått en intensjonsavtale mellom alle kommunene i Telemark og styringsgruppen for kontaktsykepleiernettverket. Intensjonsavtalen beskriver de involverte parter (styringsgruppens, kontaktsykepleiers og arbeidsgivers) forpliktelser. Intensjonsavtalen må ses i sammenheng med funksjonsbeskrivelsen for kontaktsykepleiere. I sykehuset forankres nettverket i kvalitetshåndboken.

### **Hva har skapt god samhandling?**

**1. Individuell plan. (IP)** En tilpasset IP er utviklet gjennom prosjektet Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende\*. IP implementeres nå i hele nettverket. Hensikten er å skape oversikt over pasientens tjenestenettverk, - ansvarsavklaring og sikre kartlegging. Dette gir bedre oversikt over pasientens behov og hvilke prioriteringer/tiltak som er nødvendig. Det vektlegges at sykepleier systematisk samarbeider med pasientens lege.

**2. Retningslinje for Individuell plan.** For identifisering av pasienter som bør få IP.

**3. Retningslinje for overføring av pasienter.**

**4. Retningslinje for nettverksmøter** styrker sykepleiers koordinerende rolle

**5. Retningslinje for barn og unge som pårørende.**

**6. Bruk av ESAS for systematisk symptomkartlegging** er implementert i IP (innføring av ESAS er prioritert i helse sør)

**7. Kontaktsykepleierperm.** Permen skal være tilgjengelig for kollegaer og inneholde oversikt over nettverk, nyhetsbrev, faglige retningslinjer annen aktuell informasjon. Systemforankring: det er et mål at samhandling, bruk av IP og kompetansen blir systemrutiner, uavhengig av kontaktsykepleier som person

**8. Kompetanseheving/felles møteplass.** Nye kontaktsykepleiere tilbys tre-dagers grunnkurs i palliasjon. Kurset tilbys gratis til kommuner som har underskrevet intensjonsavtalen. Felles møteplass: I klinisk hverdag samt fagdager vår og høst.

**9. Felles identitet/merkevare.** Nettverket har utarbeidet en logo som skal være med på å skape et fellesskap på tvers. Pasientene opplever at det benyttes samme faglige verktøy (ESAS / Individuell plan) på sykehuset som i kommunen. Symbolet finnes også på brosjyre, på nøkkelbånd, permer mm.

**10. Brosjyre** for presentasjon av kontaktsykepleiernettverket

**11. Kompetanseheving/hospiteringstilbud.** Kontaktsykepleiere tilbys hospitering ved Palliativ enhet. Tilbudet vil omfatte en fagdag (tverrfaglig fokus) og en dag i klinisk arbeid.

**12. Tilrettelegging av refleksjonsgrupper.** Prosjektet har vist at kontaktsykepleierne har stor nytte av veiledning. Det anses som realistisk å kunne tilby tilrettelegging av lokale refleksjonsgrupper, satt sammen av kontaktsykepleiere på tvers av helse-tjenestenivå og kommunegrenser. Det bør være møter a 1½ time ca hver 4 (3) uke for å støtte kontaktsykepleiers funksjon. Veiledere vil få tilbud om opplæring/metodeveiledning fra veiledere med erfaring fra prosjektet. Utgifter til veileders lønn må dekkes av arbeidsgiver. (Sykehus/kommune) Antatt kostnad vil være mellom kr 500,- og kr 750,- +MVA pr. veiledning. Ideelt antall i refleksjonsgruppen en 8-10 sykepleiere.

Tiltakene 1-9 er gjennomført, tiltakene 10-12 realiseres i løpet av 2005.

### Erfaringer

Fokusering på samhandling, koordinering og innføring av IP har medført positive resultater. Prosjektresultatene indikerer at systematisk arbeid gir økt pasient og pårørende tilfredshet. Kontaktsykepleierne evaluerer sitt eget arbeid som forbedret. Det bemerkes at tallmaterialet er lite og ikke generaliserbart, men likevel så positive at de må tas på alvor. Palliativ enhet erfarer at nettverket er nødvendig for å bygge opp tilbudet der pasienten er.

### Suksessfaktorer og forutsetninger

Samhandling forutsetter at nettverket er definert og at aktørene som skal delta har en formell arbeidsoppgave i å delta i nettverket (jmf. intensjonsavtalen). Personene i nettverket må tilføres kompetanse og møte hverandre for å bli kjent. Felles redskap (IP) innføres som rutine. Kontaktsykepleierne skal fungere som ressurspersoner og pådrivere. Lederstøtte er nødvendig. Kontaktsykepleier må bli sett og stilt krav til og få hjelp av sin leder til å prioritere arbeidet. Refleksjonsgruppe med bruk av veiledningsmetodikk bør tilbys kontaktsykepleierne for å støtte dem i rollen som ressurs og koordinator.

### Rammefaktorer – drift av nettverket

Det forutsettes at faglig utvikling og vilje til å beholde pasientfokus er prioritert hos arbeidsgiverne. Kostnader i å ha kontaktsykepleier i nettverket søkes å holdes på lavest mulig nivå. Kurs og fagsamlinger arrangeres til selvkost. All undervisning søkes tellende for klinisk spesialitet for sykepleierne. (NSF) Aktiviteten må tilpasses den enkelte

avdeling eller kommune. Behandles mange kreftpasienter anbefales det å opprette særskilte kreftsykepleierstillinger. Kostnader til refleksjonsgrupper (veileders lønn, fritak av medarbeider og transport) må dekkes av arbeidsgiver. Palliativ enhet må beregne utgifter til drifting av nettverket. Ajourhold av lister, nyhetsbrev, fagdager, koordinering av hospitering med mer. Arbeidsbelastningen vil variere, 20-25% stilling antas å være realistisk.

*Rammefaktorer ledelses- og systemforankring og pilotprosjekt* Helse Sør har bevilget 150 000,- for å lederforankre og systemfeste nettverket og rutiner for samhandling. Prosjektet Koordinert hjelp for palliative kreftpasienter, pilotprosjekt for utvikling av redskaper og metoder for hele nettverket hadde en kostnadsramme på ca 120.000,- Dette er finansiert via Skien kommune og Sykehuset Telemark med støtte fra Norsk sykepleierforbund og Kreftforeningen.

Sigrid Skarholt, fagutviklingssykepleier/prosjektleder, Palliativ enhet, Sykehuset Telemark HF, tlf 35003500, [sigrid.skarholt@sthf.no](mailto:sigrid.skarholt@sthf.no)

*Fotnote\*: Rapport nr 1, Stiftelsen GRUK 2005. Dette omtales også i referansedokument nr 13.*

## 10. Rehabiliteringsnettverket i Nedre Buskerud

Bakgrunnen for Rehabiliteringsnettverket var *Prosjekt rehabilitering* som foregikk ved Sykehuset Buskerud HF i 2002 –2003. Målet for dette prosjektet var å bedre samarbeidet mellom 1. og 2.linjen om nevrologiske pasienter med omfattende behov for rehabilitering.

### Kontakt og kartlegging

Tverrfaglig team nevrologisk avdeling tok initiativ til kontakt med:

- 5 kommuner (Hurum, Røyken, Lier, Drammen, Nedre Eiker)
- 2 institusjoner (Buskerud rehab og Spesialsykehuset for rehabilitering)
- 3 brukerorganisasjoner (Slagforeningen, Parkinsonforeningen og MS foreningen)

Man foretok en systematisk kartlegging av rehabiliterings-tilbudet og fikk tilbakemeldinger på hvordan de alle opplevde samarbeidet med sykehuset.

### Tiltak:

- Etablering av rehabiliteringsnettverket- Rehabiliteringskurs felles for 1. og 2. linjen
- Prosjektbeskrivelse for ambuleringende rehabiliteringsteam
- Rehabiliteringskonferanse for Buskerud

Rehabiliteringsnettverket i Nedre Buskerud består av 3-4 representanter fra fem kommuner, en rehab. institusjon og Sykehuset Buskerud HF. De møtes 2 ganger i året og har et varierende program: Presentasjon av rehab.tilbud, diskusjoner, faglige innlegg og fagutvikling.

**Visjon:** Forum for samarbeid, samhandling og kvalitetsutvikling i rehabilitering.

- Møteplass med erfaringsutveksling – praktiske eksempler, utviklingsmuligheter
- Fagutvikling og kompetanseheving i rehabilitering i området

- Samarbeid med brukerorganisasjoner – tilbakemeldinger, kartlegge behov, samarbeid
- Innhenting av systematiske pasienterfaringer
- Avdekke og synliggjøre utfordringer i rehabiliteringsfeltet
- Pådriver for å utvikle systemene i tråd med pasientenes/brukernes behov
- Ta initiativ til prosjekter – samarbeidsprosjekter
- Arrangere rehabiliteringskonferanse

#### **Nøkkelfaktorer for å lykkes:**

- Kartlegging av "terreng" før tiltak. Personlige kontakter letter samarbeid.
- Forankring i ledelse: Invitere disse med i samtaler og presentere resultater.
- Få ærlig tilbakemeldinger på samarbeid – både bra og dårlige sider.
- Avdelinger med tverrfaglighet og faste sykepleiere på dagtid oppleves som best på samarbeid.

#### **Forslag:**

- Alle sykehus bør ha rehabiliteringsnettverk med faste møter med samarbeidspartnere.
- Alle sykehus bør etablere ambulerende rehabiliteringsteam (jfr forskrift om hab/rehab).
- Sykehusene i regionen bør foreta systematisk kartlegging av samarbeidet rundt rehabilitering og utvikle tiltak ut fra dette.
- Slagpasienter bør prioriteres, fordi de lett faller gjennom i systemet.

Prosjektleder Hilde Sørli, Sykehuset i Buskerud HF, tlf 3280 3198/ 975 222 89. [hilde.sorli@sb-ht-no](mailto:hilde.sorli@sb-ht-no)

## **11. Nettverk for oksygenkontakter i Vest-Agder**

Dette nettverket ble opprettet i 1997, og har etter hvert vokst til å omfatte ca 40-45 sykepleiere i Vest-Agder. Alle kommuner og soner/enheter har en sykepleier som fungerer som oksygenkontakt.

Nettverket ble opprettet på initiativ fra Lungemedisinsk Dagsenter, Sørlandet Sykehus HF- Kristiansand. Oksygenkontaktens oppgave er å foreta hjemmebesøk til oksygenbrukere. De får info pr. brev når de får en ny oksygenbruker i sitt distrikt. De foretar hjemmebesøk en stund etter at brukeren har kommet hjem med oksygenutstyr fra sykehuset. Sykepleieren fyller ut en sjekklister sammen brukeren. Sjekklister inneholder punkter som går på oksygenbehandling, bruk av utstyret etc. Sjekklister blir innsendt til sykepleiere med spesialansvar for oksygenbehandling ved Lungemedisinsk Dagsenter. Disse blir gjennomgått og sammenlignet med journalnotater. Er det avvik i behandlingen, blir dette grepet fatt i, og fulgt opp. Hjemmebesøk utføres av oksygenkontakt senere x2 pr. år, og hvor samme sjekklister blir utfylt og sendt inn.

2 ganger pr. år blir oksygenkontaktene invitert til sykehuset til kurs og opplæring. Oksygenkontaktene får opplæring om lungesykdommer og behandling. Undervisningen blir foretatt av lungelege, sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, sosionom og andre. Kursene fokuserer på oksygenbehandling og oksygenutstyr spesielt. Det er alltid praktisk øvelse på oksygenutstyr. Det

finnes mye forskjellig utstyr på markedet, og det kommer stadig nytt oksygenutstyr som krever at helsepersonell mestrer dette. Tidligere undersøkelser har vist at sykepleierens apparatfortrolighet er noe av det pasienten setter høyest når det gjelder kunnskap hos en sykepleier.

Hovedmålet med kursene er at sykepleierne får ekstra kunnskap om lungesykdommer, oksygenbehandling og kunnskap om utstyret brukeren får med seg hjem fra sykehuset. På kursene blir oksygenkontaktene kjent med hverandre og kan dele erfaringer på tvers av arbeidssteder.

Vi prøver å legge kursene opp slik at de godkjennes av Norsk Sykepleierforbund som meritterende til Klinisk Spesialist. Vi som arrangerer kursene blir godt kjent med oksygenkontaktene, og barrieren for å ta en telefon hvis de har spørsmål, blir liten. Det er også mulighet for å hospitere i sykehuset.

Tilbakemelding fra oksygenbrukerne er at de synes det er trygt å vite at noen kommer på hjemmebesøk. Mange av oksygenbrukerne har ellers ikke behov for oppfølging fra primærhelsetjenesten. Tilbakemelding fra oksygenkontaktene, er at de synes dette er en givende og viktig funksjon. Det positive med dette er at oksygenbrukerne sikres oppfølging av primærhelsetjenesten. I følge lovverket er det primærhelsetjenestens oppgave. Mange opplever støtte fra sine ledere og medarbeidere. Det negative en kan trekke frem, er at flere av oksygenkontaktene opplever lite anerkjennelse og forståelse fra sine ledere. Flere får ikke avsatt tid til dette arbeidet, og må gjøre det utenom sin ordinære arbeidstid. Noen må også ta permisjon uten lønn for å delta på kurs, og får heller ikke dekket kursavgift. Det som gjør det attraktivt å være oksygenkontakt, tror vi er at de tilegner seg kunnskaper og blir ekstra flinke på et felt. De fungerer som en ressursperson i pleiegruppa. Kursene holdes i en uformell stil, og det gjør det ufarlig å stille spørsmål.

Kontaktperson: Marit Alseth Moland, Lungemedisinsk Dagsenter, SSHF- Kristiansand. [marit.moland@sshf.no](mailto:marit.moland@sshf.no)

## **12. Kurs og møter ifm. prosedyrepermen for samhandling mellom leger i 1. og 2. linjetjeneste i Telemark**

Telemark Lægeforening startet i 1988 med å utvikle en samling av lokale retningslinjer for samhandling mellom primærleger og sykehus om utvalgte kliniske problemstillinger. Arbeidet har pågått kontinuerlig siden da, og den er revidert og utvidet årlig. Navnet "Prosedyreperm" stammer fra den første fase i arbeidet med retningslinjer for samhandling i en tid da papirpermen var det mest naturlige medium. Fra 1999 eksisterer den oppdaterte "permen" bare i elektronisk format. Navnet er beholdt fordi det er innarbeidet.

Permen inneholder en del kliniske retningslinjer, men fokus er i økende grad blitt satt på samhandlingen, særlig etter at man har fått omfattende samlinger av generelle kliniske retningslinjer som *Norsk elektronisk legehåndbok* (NEL).

#### **Mål**

Hovedmålet med permen er å sikre og bedre kvaliteten på arbeidet som allmennlegene utfører ved henvisninger, samt i en del andre behandlingssituasjoner.

## Lokalt samarbeid

Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten er viktig for pasientene. Effektiv utnyttelse av ressursene, likeverdighet i tilbud, rettssikkerhet for pasienter og tilfredsstillende pasientflyt, betinger alt sammen samordnede rutiner og retningslinjer og et godt samarbeid mellom fagmiljøene i de forskjellige forvaltningsnivåene. Fundamentet i dette arbeidet vil alltid måtte være et løpende *lokalt* samarbeid. Arbeid med prosedyrepermer er en arena for slikt samarbeid. Retningslinjene i "Prosedyrepermen" er basert på lokal konsensus mellom respektive avdelingsoverleger og redaksjonen bestående av allmennleger.

## Sluttproduktet er bare en liten del av arbeidet

Selve sluttproduktet, "Prosedyrepermen", er bare en liten del av prosedyrepermarbeidet som kvalitetsutviklingsredskap. Organisering av det redaksjonelle arbeidet, ajourhold og utvidelse av innholdet, spredning, evaluering og lokal konsensus omkring retningslinjene, er like viktig for effekten av arbeidet som det elektroniske verktøyet som er produsert. Prosedyrearbeidet er i Telemark integrert i alle kurs som arrangeres i Telemark Lægeforenings regi. Dette er en viktig del av arbeidet, og bidrar til en kontinuerlig prosess med diskusjon om samhandlingsprosedyrer, endringer, oppdateringer og implementering.

## Hvordan kan prosedyrepermen brukes?

### *I allmennpraksis:*

Permen ligger lett tilgjengelig på datamaskinen og er rask å slå opp i når en står overfor et klinisk problem og særlig når en skal henvise en pasient til 2.linjetjenesten. Retningslinjene skal brukes som veiledning – noen ganger kan det være riktig å fravike det som er beskrevet, men da skal det begrunnes.

### *På sykehus:*

Det er tillatt å returnere henvisninger som ikke er utfyllende og ikke følger de utarbeidede retningslinjene, dersom dette er medisinsk forsvarlig. Det skal i så fall henvises til aktuelt dokument i permen.

Redaktør Bjørnar Nyen, Stiftelsen GRUK, tlf 35 58 40 40 / 9707 8036, [bnyen@gruk.no](mailto:bnyen@gruk.no)

## 13. Systematisk opplæring i veien til individuell plan i Skien kommune og ved Sykehuset Telemark HF

Målet for arbeidet er å sikre tilgjengelighet og kontinuitet i de tjenestetilbudene den enkelte pasient/ bruker med sammensatte behov ønsker og trenger. Opplæringen har tatt utgangspunkt i en modell *Koordinering av psykososialt arbeid* (KPA). Sentralt i modellen står oppnevning av en koordinator til hver bruker. Koordinators arbeid er basert på prinsippene dialog og allianse, brukervedvirkning og kontinuitet. KPA modellen blitt utviklet innenfor psykisk helsevern, men fra 2003 ble det igangsatt prosjekter med andre pasientmålgrupper (rus, barn og unge, kreftpasienter.) Dette har gjort det nødvendig å endre/tilpasse både teorigrunnlag og materiale. Modellen er fra 2005 av samme grunn "omdøpt" til VIP, - veien til Individuell Plan.

Modellen er både:

1. Et prosessverktøy i arbeid med individuell plan
2. En modell for koordinering og samordning av tjenester og for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen
3. Et systematisk opplæringsprogram med ca 12 mnds varighet der ansatte i kommuner og helseforetak (koordinatorene) får tverrfaglig og tverretattlig undervisning og veiledning relatert til koordinatorarbeid og modellen i tverrfaglige veiledningsgrupper

### *Skien kommunes erfaringer fra KPA i samarbeid med Sykehuset Telemark HF*

KPA arbeidet i Skien er del av en større samarbeidsavtale/ samsonearbeid med DPS STHF og Skien kommune. Avtalen er positivt forankret og prioritert hos ledere på begge forvaltningsnivå, og dette har vært viktig for at metoden er kjent og benyttet, både i kommunen og i helseforetaket. 45 medarbeidere i Skien kommune har deltatt i opplæringsprogrammet, og er nå koordinatorene for en eller flere av brukere. Koordinatorene har ulik utdanning og erfaring, og arbeider i ulike etater i kommunen. Ca. 130 personer med psykiske lidelser har således en koordinert oppfølging etter denne metoden i dag. 8 medarbeidere fra DPS gir metodeveiledning (hver 14 dag eller hver 3 uke) i 5 grupper for kommunens medarbeidere.

### *Resultater:*

- Brukertilfredsheten har blitt jevnlig og systematisk målt, og viser en tydelig økning. Brukerne forteller hvordan systematisk oppfølging har ført til bedre kvalitet på tjenestetilbudet. Dette har bidratt til mer stabilitet i helse og livssituasjon, færre innleggelse, og økt mestring. Mange sier de føler seg mer ansvarliggjort i eget liv.
- Samarbeidet, både tverrfaglig og tverretattlig har blitt styrket.
- Ressursene fordeles og benyttes på en bedre måte nå når ansvar og roller er tydelige definert.
- Det oppnås mer innsikt og forståelse for helhetlig oppfølging og samarbeid, noe som igjen bidrar til positiv holdningsendring, både til brukere og medarbeidere i kommunen og STHF.
- Arbeidsmetoden har ført til viktig kompetanseoverføring/ fagutvikling mellom kommune og STHF.

### *Forutsetninger for å lykkes:*

- Samarbeidsavtale mellom kommunen og DPS (jmf. referansedokument 2a og 2b)
- God forankring i ledelsen og andre ansatte.
- Oppnevning av tilretteleggere i kommunen som har jevnlig møter med koordinatorene, ledere og veiledere.
- Koordinatorene og veiledere får fristilt tid til å gjøre dette arbeidet, samt tid til veiledning.

## Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende, - Skien kommune og Sykehuset Telemark HF 2004-2005

Dette prosjektet har vært et samarbeid mellom Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF og Skien Kommune. Hovedmål med prosjektet har vært å bidra til at kreftpasienter i palliativ fase får et best mulig liv til tross for en livstruende sykdom. I tillegg har man ønsket å styrke arbeidet med individuelle planer for disse pasientene. For mer informasjon, - se [www.gruk.no](http://www.gruk.no)

## **Veien til Individuell plan – et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF og Skien Kommune 2005 - 2006**

Medisinsk Klinikk, Sykehuset Telemark HF og Skien kommune har i mai 2005 startet opp dette prosjektet der målsettingen er å bidra til at alle pasienter som har krav på og behov for Individuell Plan får utarbeidet denne. Med utgangspunkt i de gode erfaringene og metodene i tidligere KPA arbeid skal det utvikles fagkunnskap, gode arbeidsprosesser og støtteverktøy som understøtter dette arbeidet. Planen utarbeides på pasientens premisser, og det er også et prioritert mål at den skal brukes aktivt i praksis. Målgruppen er sykepleiere og leger ved seksjon for lungesykdommer, seksjon for geriatri, seksjon for nyre og hormonsykdommer ved Sykehuset Telemark, samt ansatte i Skien kommune. For mer informasjon,- se [www.gruk.no](http://www.gruk.no)

Pleie og omsorgssjef Synnøve Fauske Dahle, Skien kommune, tlf 99 50 91 71, [synnove.dale@skien.kommune.no](mailto:synnove.dale@skien.kommune.no)

Ass. klinikkssjef, medisinsk klinikk Anlaug Botnen, Sykehuset Telemark HF, tlf. 35 00 35 00. [anlaug.botnen@sthf.no](mailto:anlaug.botnen@sthf.no)

## **14. Undervisningssykehjemmet i helseregion sør, Songdalen kommuner**

### **Bakgrunn**

Undervisningssykehjemsprosjektet startet i 1999 som en 4-årig nasjonal satsing, og innebar et formalisert samarbeid mellom et sykehjem i landets universitetsbyer, en høgskole og Universitetet i Oslo.

Ideen bak Undervisningssykehjemsprosjektet var at et sykehjem velges ut som kjerneinstitusjon. Her arbeides det med oppbygging av et aktivt undervisnings-, kompetanse- utviklings- og fagutviklingsmiljø. Målet er at denne virksomheten skal inspirere og spres til øvrige helse- og omsorgstjenester i regionen.

Songdalstunet fikk på bakgrunn av søknad status som Undervisningssykehjem i 2001 uten statlig støtte. Etter slutt-evalueringen av det nasjonale prosjektet ble det i 2004 avklart videreføring av et Undervisningssykehjem i hver helseregion, ledet av Sosial- og helsedirektoratet.

Undervisningssykehjemmet i Songdalen fikk i mars 2005 status som Undervisningssykehjemmet i helseregion sør og da med støtte via statsbudsjettet. På bakgrunn av dette er det inngått ny forpliktende samarbeidsavtale mellom Høgskolen i Agder og Songdalen kommune.

### **Overordnet mål**

Å utvikle Songdalstunet til et ressurscenter for undervisning, fagutvikling og forskning i den totale kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### **Kompetanse og fagutviklingstiltak**

Det har skjedd en spennende utvikling med stadig nye kompetansehevingstiltak fra 2001 og frem til i dag. Det er etablert et solid interkommunalt samarbeid gjennom Opplæringsringen Sør som består av kommunene: Lindesnes, Mandal, Søgne, Vennesla, Audnedal, Marnardal og Songdalen. I mange av de nedenfor nevnte kompetanse- og fagutviklingstiltak har ansatte fra de 7 samarbeidende kommuner deltatt.

- Videreutdanninger i eldreomsorg og psykisk helse for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere Forskningsprosjekt: "Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?"
- Tverrfaglig videreutdanning for høgskoleutdannet personell: "Rehabilitering i et kommunalt perspektiv", 30 studiepoeng.
- Berøring som lindrende og helsefremmende metode
- Samarbeid mellom pårørende til hjemmeboende demente og kommunehelsetjenesten
- Lederutviklingsprogram over 4 år med 95 deltagere.
- Videreutvikling av et interkommunalt "Kompetansenettverk"
- Deltagelse i prosjekt i regi av Helse Sør RHF, der en skal utarbeide modell for ivaretagelsen av sykehustjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten
- Fagutvikling gjennom egen fagutviklingskonsulent
- Utvikling av små prosjekter på avdelingene gjennom "Frie prosjektmidler"
- Data- og dokumentasjonsopplæring og utvikling
- Deltagelse i nasjonalt program i regi av kompetansesenteret SKUR, om utvikling og implementering av individuell plan
- Praksisplasser for musikkstudenter
- Utvikling av erindrings-rom
- Etablering av demens team

### **Erfaringer som vurderes som kloke grep**

- Satsing på kompetanseutvikling i alle ledd i hele helse- og omsorgstjenesten
- Kultur for fleksibilitet, endring og utvikling
- Vektlegging av arbeidsplassen som læringsarena
- Tverrfaglig samhandling som viktig fokus
- Miljøtiltak inn i hele organisasjonen
- Vektlegging av interkommunalt samarbeid som har gitt gode arenaer for inspirasjon, kompetanse utvikling og utveksling
- Samarbeid med sykehusavdeling
- Utviklingsmulighet for den enkelte gjennom bl.a. utlysning av midler til utvikling av små prosjekter på avdelingene
- Vektlegging av nettverksbygging

I 2003 ble for øvrig Songdalstunet kåret av pensjonistforeningen til "Årets Sykehjem i Vest Agder". I 2004 ble Undervisningssykehjemmet tildelt kompetanseprisen på Agder av Sørlandets kompetansefond og Kompetanseringen sør.

Kontaktperson: Margun Øhrn, Helse- og omsorgssjef i Songdalen kommune. Tlf 38183310, Epost: [margun.Ohrn@songdalen.kommune.no](mailto:margun.Ohrn@songdalen.kommune.no)

## **15. Modellprosjekt samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus HF**

Prosjektets målsetting er å etablere effektive og kvalitative behandlingsforløp til beste for sykehjemsbeboerne. Nødvendige tiltak skal ytes til riktig tid og på rett sted.

Samhandlings- og kompetanseoverføringsmodellen er organisert som et samarbeidsprosjekt mellom sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus HF (UUS). De pasientgruppene man har fokusert på, er akutt syke

sykehjemsbeboere som trenger medisinsk diagnostisering og behandling på grunn av akutt oppståtte sykdommer (infeksjoner, hjertesvikt, lungesvikt eller akutt funksjonssvikt). Dessuten terminale sykehjemsbeboere som av naturlige årsaker blir akutt syke i livets slutfase. Prosjektgruppen bestod av 1 lege og 1 sykepleier fra alle deltakende sykehjem, samt leger og sykepleiere fra sykehuset. Dette er personell som til daglig har ansvaret for disse pasientgruppene i sykehjem/sykehus, og som derfor raskt kan erfare om de igangsatte tiltakene har rett fokus og riktig dimensjonering.

#### **Prosjektgruppen gjennomførte innledningsvis følgende tiltak:**

- Kartlegging av alle sykehjemsbeboeres innleggelse, utviklingsforløp og oppfølgingsforløp.
- Tilsetting av en ekstra sykepleier ved Observasjonsposten (UUS) på aftenvakt som en fagressurs/bakvakt for sykepleiere på sykehjemmene. Sykepleier besøker sykehjemmene hver 14. dag etter oppsatt liste.
- Øremerking av to plasser ved Medisinsk dagpost ved akutt innleggelse på dagtid for diagnostiske undersøkelser.
- Kompetanseutvikling med meritterende undervisningskurs/ klinisk kompetansestige, gjensidig kompetanseoverføring som følger pasientforløpene, gjensidig kompetanseoverføring og kjennskap til hverandres virksomhet. Utvikling og gjennomføring av kurs og veiledning i sykehjemmene, utvikling av administrative prosedyrer.
- Etablering av standardprosedyrer for (1) *Pasientforløp mellom sykehjem og sykehus*, (2) *Avklaring av behandlingsnivå tidlig ved innleggelse i sykehjem og ved endring i sykdomssituasjonen* samt (3) *Felles metodebok*.

#### **Prosjektet har etter 1 år og 9 måneder dokumentert følgende resultater:**

1000 loggførte akutte sykdomssituasjoner hos sykehjemsbeboere med felles vurdering sykehjem/sykehus. 281 pasientsituasjoner med felles oppfølging etter 1 uke. 97 pasienter har fått felles vurdering og oppfølging ved død i sykehjem. 2003 - 7 døde fra de 10 sykehjemmene etter kort tid i sykehuset. 2004 - 2 døde fra de 10 sykehjemmene etter kort tid i sykehuset. Endret innleggelsespraksis. Akutt syke sykehjemsbeboere får avklaring av behandlingsnivå i sykehjemmene før akutte sykdommer oppstår. Pasienter med behov for sykehusinnleggelse innlegges tidligere i sykdomsforløpet. Ved avklart behandlingsnivå på sykehjemmet reiser sykepleierne fra sykehuset til sykehjemmet for bistand. Legene opplever at sykepleierne er blitt mer presise i sine observasjoner og vurderinger ved akutte sykdomssituasjoner. Økt legesamarbeid. Det er blitt gjennomført 3 legeseminar med 171 deltakende leger fra første- og andrelinjetjenesten. Seminarene har vært godkjente som meritterende av Den norske legeforening. Tilsynslegene / sykehjemslegene har utviklet et gjensidig samarbeid med konfereringsvaktene og Kompetansesenteret for lindrende behandling ved UUS. Hospitering av sykepleierne fra prosjektsykehjemmene ved UUS. 5 felles miniseminarer for tverrfaglig personell i sykehjem innen symptomlindring, smertelindring, sår og sårbehandling, avklaring av behandlingsnivå, samarbeid med pårørende, samarbeid med ambulansetjenesten, urinveisinfeksjoner, pnemonier, dokumentasjon med utvikling av nettverk for

gjensidig erfaringsutveksling sykehjemmene imellom og med UUS.

Økt kompetanse i sykehjemmene med hensyn til observasjon og vurderinger ved akutte sykdomstilstander, avklaring av behandlingsnivå i dialog med pårørende, intravenøs og medikamenthåndtering, væskebehandling og setting av perifer venekanyler, smertelindrende behandling. Tidligere innleggelse eller forebygge unødige og belastende sykehusinnleggelser. Etablering av standardprosedyrer. Felles rutiner for pasientforløp mellom sykehjem-sykehus-sykehjem og avklaring av behandlingsnivå ved innleggelse i sykehjem og ved endring i sykdomssituasjonen er under utprøving i sykehjemmene og i sykehuset.

Modellprosjektet er forankret sentralt i Oslo kommune og ved Ullevål universitetssykehus. Erfaringene fra samhandlings- og kompetanseoverføringsmodellen mellom sykehjem og sykehus skal brukes for å utvikle en utvidet samarbeidsmodell gjennom Omstillingsprogrammet 2004 – 2007. Dette omstillingsprogrammet skal ha fokus på pasientgrupper som er økende i volum og hvor økt effektivisering vil føre til økt kvalitet for pasient, kommune- og spesialisthelsetjeneste. I 2005 skal samhandlings- og kompetanseoverføringsmodell en videreutvikles med tanke på kommunal, regional og nasjonal spredning.

#### **Spredning av modellen:**

1. Kommunaldirektør Bjørg Månun Andersson har tatt initiativ til at alle sykehjem og HF i Oslo bør etablere en lignende samhandlingsmodell

2. Her at det er etablert et nettverksarbeid hvor både Sykehuset Asker og Bærum i samarbeid med Asker og Bærum kommune og Sykehuset i Østfold i samarbeid med Fredrikstad kommune har etablert samhandlingsprosjekter som utgår fra vårt modellprosjekt

3. Det er avholdt et seminar hvor 94 deltagere fra hele landet deltok

*HELSEGREP er et modellprosjekt som nå etter 2 års drift går over til partnerskap mellom Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus. Også Høgskolene og universitetet er invitert med i dette partnerskapet.*

Kontaktpersoner Ullevål universitetssykehus:  
Vidar Kårikstad, mob: 992 16 474  
e-post: [vidar.karikstad@uus.no](mailto:vidar.karikstad@uus.no)

Anders Jørgen Norheim, mob: 992 16 475  
e-post: [anders.norheim@uus.no](mailto:anders.norheim@uus.no)

#### **16. Spedbarnsteamet ved Sykehuset Buskerud HF, BUPA poliklinisk enhet**

Spedbarnsteamet ble etablert høsten 2001 og er finansiert av opptrappingsmidler fra staten. Bakgrunnen for teamets etablering var at vi mottok få henvendelser på barn under 4 år, mens det kom inn en del 6 åringer med alvorlig problematikk som burde vært fanget opp tidligere. Samtidig fikk fagfeltet mer kunnskap om tidlig intervensjon med vekt

på å styrke ressurser, som igjen ga gode resultater i behandlingsarbeidet.

Teamet gir tilbud om utredning og behandling til alle barn i alderen 0- 3 år, samt gravide som søkes til poliklinisk enhet. Enhetens opptaksområde består av fem kommuner: Drammen, Lier, Røyken, Hurum og Nedre Eiker. Disse har til sammen en barnebefolkning på 28.000. Før oppstart hadde vi flere samarbeidsmøter med helsestasjonene, kommunale jordmødre, barsel og føden. Vi ønsket å lage et tilbud dem og for deres brukere. Deres ønsker til oss var: Utadrettet arbeid, være tilgjengelig, muligheter for å drøfte saker anonymt, liten eller ingen ventetid, veiledning i faglige spørsmål og kunne være faglig til støtte.

**Målet** for spedbarnsteamet er å forebygge og behandle tidligst mulig for sped- og småbarn i risiko, enten det viser egne symptomer på utviklingsvansker eller samspillsvansker. Vi vektlegger også å bygge nettverk i familiens nærmiljø med instanser i førstelinjen.

### **Målgruppe**

Psykiske lidelser hos foreldre, familier i sosial fattigdom, barn med biomedisinsk risiko og barn med diagnostiserte medisinske tilstander.

### **Behandlingsbehov/tilbud**

Samspillsvansker mellom barn og foreldre med barnet i fokus. Vanskene kan være i barnet eller i forhold mellom barn/foreldre og med en alvorlighet som kan hemme tilknytningsprosessen, relasjonen mellom foreldre/barn og barnets psykososiale utvikling. Følgene saker avvises: Mødre med rusproblemer før gjennomgått avrusning. Mødre innlagt til behandling for postpartum psykoser eller alvorlige depresjoner. Utredning av omsorgsevne hos foreldre etter barnevernloven.

Tilbudet vårt er et intensivt poliklinisk tilbud, individuelt tilpasset den enkelte families behov. Vi trekker det lokale hjelpeapparatet med i behandlingen fra starten, så de lettere kan overta ved oppfølging. Vi samarbeider med kommune-tjenestene om å velge ut de sakene som oppfyller kriteriene for behandling hos oss. Vi gir et ambulant tilbud til helsestasjonene og til kommunale jordmødre i opptaksområdet. Det første møtet med familien blir ofte ute i førstelinjen, der foreldrene allerede er trygge. Behovet for samarbeide med andre instanser varierer i forhold til den aktuelle familiens problematikk. Helsestasjonen er den viktigste samarbeidspartner både når det gjelder enkelt saker og i felles kompetanseutvikling innen området tidlig intervensjon. Vi samarbeider også med barneverntjenesten, pleie og omsorg, habiliteringsteamet, barneavdelingen og voksenpsykiatrien, samt fødeavdelingen og barsel.

Tilbudet er gruppebehandling for foreldre og barn eller miljøterapeutisk samspillbehandling for enkelt familier. I tillegg får de tilbud om familierapi, foreldresamtaler, individuelt eller for parene og/eller behandling i hjemmet ved bruk av video. Vårt arbeide ut til kommunene er i form av nettverksarbeide, miljøintegret behandling hvor vi trekker inn psykiatrisk sykepleier eller miljøarbeider fra kommunen med i vår behandling ved behov og ønske. Videre gir vi veiledning og kriseintervensjon. Det gis et ambulant tilbud til

helsestasjonene og de kommunale jordmødrene med konsultasjon/saksdrøfting og veiledning.

### **Henvisninger**

Fra oppstart i 2001 har det nesten vært en dobling av antall henvisninger. I 2001 ble 44 nye barn behandlet. I 2004 mottok vi 75 nye henvisninger: 12 var gravide. 24 barn var fra 0-3 mnd. 19 var fra 3-12 mnd. 10 barn var fra 12-24 mnd. Over 24 mnd var det 10 barn. I halvparten av sakene var det psykiske problemer hos en eller begge foreldre, tidligere rusmisbrukere, tristhet, sen språkutvikling. Henvisere var: Helsestasjoner 39, kommunale jordmødre 11, barsel 10, barnevern 6, barneavdelingen på sykehuset 5, voksenpsykiatrien 2, bupa 1, primærlege 1.

### **Det spesielle ved vårt team**

Det er 4 øremerkede stillinger til de aller minste og gravide. De viktigste kloke grepene var at vi lyttet til våre samarbeidspartnere i kommunen og lot de definere sine behov og ønsker ift oss. Dette har lagt grunnlaget for utvikling av gode relasjoner, slik at de henviser gravide og de minste brukerne så tidlig som mulig. Det er også viktig at vi har faste månedelige møter på helsestasjonene hvor også jordmødrene deltar. Her drøfter vi anonyme saker, veileder dem, deltar som observatør ved behov og har familiesamtaler sammen med helsesøster. I samarbeidet med kommunene tar vi også hensyn til de spesielle behovene i de ulike kommunene.

Team leder Sidsel Haug tlf. 32803133 / 93027609  
sidsel.haug@sb-hf.no

## **17. Utefunksjon – forebyggelse og behandling av trykksår og sår - Sykehuset Telemark HF og Porsgrunn kommune**

### **Bakgrunn**

Prosjektet er i hovedsak et utviklingsprosjekt som tar sikte på å forbedre og etablere ny praksis mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Pasientgruppen som omfattes av prosjektet er personer med behov for sårbehandling bosatt i Porsgrunn kommune.

Det er vanskelig å få kontinuitet i avlastningstiltak og sårbehandling mellom de to sektorer, da kunnskap og erfaringsgrunnlaget er forskjellig. Pasienten kan falle mellom to sektorer og behandlingsprosessen kan derav bli ressurskrevende. Denne organiseringen der pasienten kan havne i en "gråson" mellom to sektorer, kan være negativ for pasientens opplevelse av helsetilbudet og kostnadskrevende for den enkelte sektor.

### **Målsetting**

- Etablere et helsetilbud for sårpasienter som sikrer kvalitet og kontinuitet i behandlingsforløpet
- Kompetanseoverføring og nettverksbygging mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Redusere de totale behandlingstkostnader for både primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom en effektiv behandlingsprosess.

### **Organisering og status**

Prosjektet er organisert som et tradisjonelt prosjekt med

styrings- og arbeidsgruppe, prosjektleder og ambulant team. Ambulant team startet opp 10.01.05 og består av to sykepleiere i 40 % stilling hver. Lege kobles inn ved behov, og blir bl.a. konsultert via fotodokumentasjon evt. pasient får time ved poliklinikk eller legges inn på sengepost. I tillegg trekkes fysioterapeut inn ved behov.

I prosjektperioden henvises pasienter direkte via hjemmetjenesten og sykehjem til ambulant team. Sykepleier fra plastikkirurgisk sengepost A møter etter avtale primærhelsetjenestens personell i pasientens eget hjem/sykehjem. Prosjektsykepleier yter veiledning, støtter opp om sårbehandling og forebygging ved læring i den pasientnære situasjon.

Den samlede oppfattelse av ambulant team er generelt meget positiv. Det er en positiv utvikling i antallet behandlede pasienter, men tiltak innen logistikk og personalmessig organisering må falle på plass før den *Utgående sykehusfunksjon* er optimalisert.

### **Finansiering/økonomi**

Prosjektet er hovedfinansiert via Helse Sør RHF samt FoU midler fra STHF.

### **Suksessfaktorer**

- Prosjektet har en god finansiell løsning
- Grundig forberedelse i form av en godt beskrevet protokoll for prosjektet. Sterkt engasjement i egen linjeledelse på -
- Sykehuset Telemark HF. Primær- og spesialisthelsetjenesten ser behovet for et slikt samarbeid/forankring i begge sektorer

### **Utfordringer**

- Langsiktig løsning på finansieringen av tjenestetilbudet
- Tildeling av ressurser og hjelp til igangsetting av prosjektet/ analyse og behandling av tallmateriale

Kontaktperson: Ingunn Holtar Rønning, Seksjonssykepleier plastikkirurgisk sengepost A/prosjektleder  
tlf. 35 00 55 53 [inngunn-holtar.ronning@sthf.no](mailto:inngunn-holtar.ronning@sthf.no)

## **18. Ordning med ALS sykepleier på nevrologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold HF**

Personer med *Amyotrofisk Lateralsklerose (ALS)* er en liten, men økende, pasientgruppe med store behov for hjelp. Nevrologisk avdeling ved SIV har en ordning med ALS sykepleier, som er ansvarlig for å koordinere disse pasientenes hjelpebehov. Ordningen med ALS sykepleier trådte i kraft i 2002.

ALS sykepleier møter pasienten etter innleggelse/ved diagnostisering, og snakker med pasienten og pårørende om hjelpebehovene etter utskrivelsen. Videre følger denne sykepleieren opp pasienten, slik at hun initierer den hjelp pasienten trenger. Hun er ansvarlig for å innkalle til det første møtet med de ressurspersonene som skal være i nettverket rundt pasienten, og følger deretter opp nettverksmøtene 1-2 ganger. Her deltar pasient, pårørende og ansatte fra kommunens helse og omsorgstjeneste. På de tverrfaglig nettverksmøtene møter primærsykepleier, logoped, ergo-terapeut, fysioterapeut, it-konsulent og evt. andre som f. eks sosionom.

ALS sykepleier får også henvisning direkte fra lege i poliklinikken, uten at pasienten har vært innlagt i sengeposten. Da tas ALS sykepleier kontakt med pasienten via brev, hvor ALS sykepleiers funksjon klargjøres. Deretter tas det telefonkontakt og det avtales hjemmebesøk eller et møte på poliklinikken før nettverksmøter startes.

ALS sykepleier veileder og underviser både pasient, pårørende og helsepersonell ved behov. Det kan gis direkte veiledning i forhold til den konkrete pasients situasjon, og det kan gis mer generell undervisning om sykdom og tiltak i forhold til pasienter med ALS. Det anses som svært viktig å bidra til at personalet rundt pasienten opplever at de er trygge i situasjonen. ALS sykepleier gir også undervisning om sykdommen, behandling og tiltak til ansatte i primærhelsetjenesten når det er behov for dette. Dette er en sykdom som det er lite kjennskap til, og situasjonen kan oppleves skremmende nå pasienten overføres til primærhelsetjenesten.

Å være ALS sykepleier er en svært krevende oppgave. En må være vår for å ikke bli utbrent. Det er viktig å vite hva som er ALS sykepleiers oppgave og funksjon, og hvor grensene går for hva som er primærhelsetjenestens oppgaver. Dette er en liten pasientgruppe og det kan ikke forventes at den enkelte kommune har god nok kompetanse på området. For at denne sårbare pasientgruppen skal få et mest mulig verdig liv, er det viktig at de ansatte i kommunen får den bistand de trenger. Ingen pasienter eller kommuner er like, og det er nødvendig at ALS-sykepleieren er fleksibel.

Det viktigste kloke grepet er at det er en kontaktperson som er ansvarlig for kontakten med både pasient, pårørende og kommunens nettverk, og at ordningen er satt i system, med klart definerte ansvarsområder. Man erfarer at helse/omsorgstjenestene disse pasientene mottar er bedre og mer koordinerte.

Det er avsatt tid i en "timebank" til dette arbeidet som det er en utfordring å holde seg innenfor.

ALS-sykepleier Liv-Berit Brenne Solli, Telefon: 33 34 27 79/  
33 34 27 70, [liv.sollie@siv.no](mailto:liv.sollie@siv.no)

## **19. Team for å forebygge selvmord i Skien kommune**

Skien kommune har i 1997 - 1999 gjennomført et prosjekt for å forebygge selvmord. Bakgrunnen var en økning av selvmord. Prosjektet var tilsluttet Nasjonal handlingsplan og etter mal fra Bærumsmodellen. Det ble tilsatt prosjektleder i 50% stilling.

### **Mål**

1. Bedre samarbeidet mellom 1. og 2.linjetjensten med henblikk på bedre oppfølging av selvmordsnære mennesker, herunder nettverksetablering.
2. Økning og spredning av mestingsstrategier, herunder inteveneringsmetoder.
3. Oppfølging av etterlatte etter gjennomførte selvmord.

Målet ble ikke bare å redusere tallet på selvmord, men også å bedre livskvalitet og meningsinnhold for en rekke mennesker som lever i faresonen.

## Forankring

I styringsgruppen deltok personer fra administrasjonen, og leger fra både 1. og 2.linjetjenesten. Referansegruppene var bredt sammensatt fra aktuelle tjenester i 1. og 2. linjetjenesten.

## Økonomi

Ble finansiert fra handlingsplan fra selvmord i 2 år. Etter prosjektperioden finansiert av psykiatrimidler til det ble avsluttet i 1999. Det ble utarbeidet gode samarbeidsrutiner, men det var et problem få integrert rutinene ved Sykehuset Telemark HF. Prosjektet ble avsluttet fra kommunens side, da vi erfarte at leder av et slikt samarbeidsprosjekt burde vært tilsatt i 2.linjetjenesten. Sykehuset ønsket at flere kommuner skulle ha de samme rutiner, og det ble noe komplisert fra et kommunalt ståsted.

## Videreføring

Vi har fortsatt med samarbeide spesielt rettet mot ungdom under 18 år. Det er helsesøster ved helsestasjon for ungdom som har ansvar for oppfølging i kommunen, evt sammen med psykiatrisk avdeling ved sykehuset. Sykepleier i mottak ved sykehuset informere om tilbud om kontakt med helsesøster i kommunen. Helsesøster tar telefonisk kontakt og gjør avtaler om eventuelt videre oppfølging.

Vi har tidligere hatt grupper for etterlatte etter selvmord og har fortsatt noe oppfølging med individuelle samtaler på forespørsel.

Det er opparbeidet kompetanse på området og 2 personer holder VIVAT-kurs 1. til 2 ganger i året for kommunens ansatte og aktuelle samarbeidspartnere.

Sluttrapport foreligger og kan fåes ved henvendelse til undertegnede.

Ledende helsesøster Karin Bruseth:

mail [karin.bruseth@skien.kommune.no](mailto:karin.bruseth@skien.kommune.no), tlf. 35581522/91604476

## 20. Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende i Stokke kommune i samarbeid med Høgskolen i Vestfold

### Bakgrunn

Stokkeprosjektet var et samarbeid mellom Stokke kommune og Høgskolen i Vestfold 2002 - 2005. Helsetjeneste og kompetanse ble utviklet gjennom elleve delprosjekter. Målet var faglig forsvarlige helsetjenester, motiverende arbeidsplasser og effektive tjenester.

### Aktiviteter

Stokkeprosjektet har utviklet verktøy for beregning av kompetansebehov i pleie- og omsorgstjenesten. De fleste pasienter vil bli godt ivaretatt ved kompetansebasert bemanningsplan og ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS). Noen pasientgrupper har imidlertid særlig behov for koordinerte helsetjenester. Det omfatter både koordinering sykehus – kommune, og også tverretattlig koordinering i kommunen. Aktuelle pasientgrupper er for eksempel alvorlig syke, pasienter med psykiske lidelser og personer med rusproblemer. Stokkeprosjektet har koordinert tjenestetilbudet for to av gruppene med sammensatte behov:

**Alvorlig syke og døende:** Avdelingsleder Lisbeth Olsen ledet

delprosjektet som resulterte i at kommunen høsten 2003 opprettet en tverretattlig rådgivningsgruppe innen lindrende behandling. Samarbeidsavtale er inngått mellom Stokke kommune, Stokke kirkekontor og Stokke trygdekontor. De oppnevner medlemmer i rådgivningsgruppen som representerer ulike instanser i kommunen. Kreftsykepleier er ansatt i hjemmetjenesten. I 30% av stillingen er hun leder for rådgivningsgruppen og koordinator for pasientgruppen i kommunen. Samarbeid med fastlegene, etater innen kommunen og sykehus er utviklet.

**Barn og unge med behov for koordinering:** Ledende helsesøster Elisabeth Aarvold ledet delprosjektet som resulterte i opprettelse av kommunalt habiliteringsteam for nye funksjonshemmede og alvorlig syke barn og unge. Det oppnevnes medlemmer i teamet som representerer ulike instanser i kommunen. Ledende helsesøster er formell leder av teamet og koordinator innen habilitering av barn og unge i kommunen. Teamet koordinerer tjenestetilbud fra skole, helsestasjon, fastlege, sykehus, rehabiliteringsavdeling, hjemmesykepleie og andre.

### Hvilke erfaringer og kloke grep er gjort?

Prosjektet har iverksatt en smidig og kostnadseffektiv modell for oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Det har vært nyttig at personene var formelt oppnevnt og at arbeidsoppgaver relatert til koordinering var klart definert. Helse- og sosialtjenester koordineres raskt fordi koordinator sørger for å koble aktuelle instanser med en gang. Det er blitt en klar adresse for henvendelser om de aktuelle pasientgruppene.

Kontaktperson: Marit Strandquist, Høgskolen i Vestfold  
Tlf: 33 03 12 50, [marit.strandquist@hive.no](mailto:marit.strandquist@hive.no)

## 21. Samarbeid rundt pasienter som har hatt lårhalsbrudd - Ringerike sykehus HF, samarbeidende kommuner og opptreningsinstitusjoner

### Historikk

Prosjekt for bedre samhandling rundt lårhalspasienter mellom Ringerike sykehus, samarbeidende kommuner og opptreningsinstitusjoner. I alt deltok representant fra hver av 11 kommuner og fra 6 opptreningsinstitusjoner, sammen med en tverrfaglig arbeidsgruppe fra sykehuset.

Prosjektet ble gjennomført i 1997, og deretter etablert som rutine for bedre samhandling og flyt i behandlingsskjeden mellom sykehuset, rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner.

### Mål

Kvalitetssikre en sammenhengende og helhetlig behandlingsskjede styrt ut fra pasientens rehabiliteringsprosess.

### Gode rutiner og prosedyrer som ble tatt i bruk:

- Sjekklister for sykepleiertjenesten i pasientbehandlingen
- Skriftlige rutiner og nye prosedyrer for fysioterapi, ergoterapi, sosionomtjeneste
- Felles previsitt alle involverte faggrupper 1 gang pr. uke for å diskutere pasientbehandlingen, og planlegge utskrivning
- Ringe og melde pasient til rehabiliteringsinstitusjon.
- Skriftlig pasientinformasjon som samtidig er et samhandlings-/kartleggingshefte for fagpersoner

å gjennomføre oppfølgende funksjonsstatus i alle ledd i behandlingsskjeden. (kalt "Gjennombruddet")

#### **Kloke grep:**

- Egen adresseliste over kontaktpersoner i kommuner for denne pasientgruppa, som ligger ved i pasientens hefte.
- Kommune har etablert rutinemessig tilbud om oppfølgende hjemmebesøk til lårhalspasienter.
- Etablert nettverksseminar som et årlig tverrfaglig seminar (Lårhalsforum) med samarbeidspartnere i kommunene og rehabinstitusjonene. Arrangeres av tverrfaglig samarbeidsgruppe med representanter fra sykehuset, institusjon og kommune. Mål: evaluering og forbedringer i vårt samhandlingsdokument (Gjennombruddet), presentasjon av tallmateriale, presentasjon av pasienthistorie, temaer fra eksterne forelesere m.m. Lårhalsforumet er en viktig møteplass og har en god nettverksfunksjon.
- Behov for å opprettholde lårhalsforum er nå meldt inn som samhandlings-nettverkssak for aktuelt prosesssteam til Klinikkleddelsen i sykehuset.
- Skriftlig informasjon til sykehjemmene i kommunene om postoperativ behandling av lårhalspasienter for å forebygge komplikasjoner. Følger alle pasienter til sykehjem.
- Gode erfaringer fra lårhalsprosjektet ble bygget videre på i andre senere prosjekter:
  - Tverrfaglig samarbeid med og rundt amputasjons-pasienter ( 2002)
  - Samordning av verktøy for somatikk og psykiatri til bruk for oppstart individuell plan (2003, implementering pågår nå)

#### **Effekt**

*For pasienter:* Kontinuitet i behandlingen og rehabiliteringsprosessen.

*For sykehuset:* Det ble etablert felles mål og retningslinjer som bidro i større grad av samkjørte behandlingsplaner til beste for pasientene. Veileder ble utarbeidet til den tverrfaglige samhandling.

*For rehabiliteringsinstitusjoner:* Ved å gå ut til samarbeidspartnere med spørsmål, har det bidratt til å sette fokus på skriftlige rutiner og dokumentert praksis. Spesielt kurbadene og rekreasjonshjemmene har i denne prosessen reflektert over sin rolle for en vellykket rehabiliteringsprosess.

*For kommunene:* Fått gevinst ved bedre informasjon fra sykehuset, samt at sykehuset bedre kjenner til muligheter og begrensninger i 1. linje. Rutinemessig oppfølging via hjemmebesøk i kommuner.

#### **Dagens utfordringer i 2005**

- Gjennombruddet er formelt i bruk, men hektiske dager og lignende medfører at ikke alle pasienter får med seg heftet når de skrives ut fra sykehuset. Sjekkrunde nå viser behov for å opprettholde lårhalsforum som det lim det viser seg å være for vårt nettverk mhp. intensjonen med Gjennombruddet.
- Holde adresseliste oppdatert med riktige kontaktpersoner og telefonnummer.
- Gjennombruddet er modent for revisjon pga. overgang til elektronisk dokumentasjonskrav.

- 2004 var et meget hektisk byggeår med tilhørende endringer innen organisasjonen for sykehusets ansatte. Forumet ble av den grunn ikke avholdt dette året.
- I 2005 jobber sykehuset med prosessorganisering og tilhørende behandlingsplaner. Lårhalsbehandling skal inn under en slik prosess, og nåværende rutiner kan derfor bli noe endret.

**Ressurspersoner:** seksjonsleder Berit Fredriksen, ergoterapeut Marianne Liknes, tlf. 32 11 60 00/63 36  
*Marianne.Liknes@ringerike-sykehys.no*

## **22. Samhandlingsprosjekt om kirurgiske pasienter mellom Sørlandet sykehus HF (SSHF) og fastlegene**

Høsten 03 ble det nedsatt en prosjektgruppe i kirurgisk avdeling, SSHF Kristiansand, som skulle se på rutinene for utredning, innleggelse i sykehus, behandling og utskrivning av elektive pasienter. Målet var å bedre pasientflyt, gi bedre pasientservice, god faglig kvalitet og effektive tjenester.

Elektive pasienter møtte opp i kirurgisk avdeling dagen før operasjon, for å bli klargjort og informert om inngrepet. Det var mye venting for pasientene mellom undersøkelser/samtaler med de ulike fagpersoner. Informasjonen var varierende pga tidspress, avbrudd og lignende. For noen av disse pasientene hadde helsetilstanden endret seg etter at de var blitt henvist til kirurgisk avdeling, slik at operasjon var unødvendig eller ble utsatt. Operasjonskapasiteten ble dermed ikke utnyttet godt nok.

Vår løsning ble å innkalle utvalgte grupper av pasienter til en forundersøkelse poliklinisk.

Vi har valgt pasienter som skal gjøre transuretrale inngrep, lapraskopiske galleoperasjoner, inguinal hernie, ventral hernie, sacralcyste, haemorider, analfistel. De blir først bedt om å gå til egen lege for å ta blodprøver og evt EKG og rtg thorax. Når pasientene møter i poliklinikken, foreligger prøvesvar. Pasientene blir først vurdert av spesialist. Blir pasientene klarert for operasjon, blir de undersøkt av turnuslege, sykepleier informerer om operasjonen og de blir tilsett av anestesilege. Pasienten er nå klar for operasjon og møter fastende på post operasjons-dagen. For å kunne gjennomføre prosjektet var vi avhengig av godt samarbeid med primærhelsetjenesten, som nå gjør en del av de preoperative forberedelsene. Skriftlig informasjon ble sendt til det enkelte legekantor. Det er også viktig at primærlegene kjenner til at vi ønsker friske pasienter fra de definerte pasientkategoriene til forundersøkelse. Pasienter med sammensatt sykdomsbilde møter i sengepost som tidligere.

Andre viktige samarbeidspartnere er sykehusets anesthesiavdeling, klinisk/kjemisk avdeling, blodbanken og kontortjenesten på kirurgisk avdeling.

Forundersøkelse er kanskje en bedre løsning for pasienter som bor i nærheten av sykehuset enn for dem med lang reisevei, omleggingen krever at pasientene må to turer inn til sykehuset i stedet for en. Vi får likevel gode tilbakemeldinger fra pasienter som er tilfredse med omleggingen av mottaksrutinene våre.

Prosjektet har ført til at sengepostene ikke er så overfylt på dagtid. Forundersøkelsene gir en bedre planlegging og utnytting av operasjonskapasiteten. Ventelistene til enkelte inngrep er kortere etter en effektiv periode med forundersøkelser og operasjoner.

Prosjektgruppen: Aud H. Nilsen, Elsa Almås, Bjørg Andreassen, Ann Fauskanger.

Ann Fauskanger, fagsykepleier kirurgisk avdeling 3C, SSHF Kristiansand. Tlf: 38073800, [ann.fauskanger@sshf.no](mailto:ann.fauskanger@sshf.no)

## **23. Avtale mellom Sykehuset i Vestfold HF og kommunene i Vestfold om overføring av utskrivningsklare pasienter fra somatiske sykehus til kommunehelsetjenesten**

### **§ 1 Virkeområde**

Avtalen omfatter Sykehuset i Vestfold HF og samtlige kommuner i Vestfold.

### **§ 2 Mål for samarbeidet mellom SIV HF og samtlige kommuner i Vestfold**

Pasienter skal tas hånd om på riktig omsorgsnivå. Pasienten skal oppleve best mulig samordnet og sammenhengende helsetjeneste.

Utskrivningsklare pasienter skal ikke ligge på sykehuset, men overføres til kommunalt ansvar når de er utskrivningsklare.

Avtalens intensjon er å redusere liggetid (antall liggedøgn) for pasienter som er utskrivningsklare. Dette skjer ved et samarbeid mellom de berørte helsetjenester som er preget av god kommunikasjon og løsningsorienterte tilnærminger fra begge parter. Dersom intensjonen oppnås vil eventuelle sanksjoner i form av betaling bare unntaksvis bli gjennomført.

### **§ 3 Definisjon av utskrivningsklar pasient**

En pasient er utskrivningsklar i sykehus når samtlige av følgende er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. Problemstilling(e) ved innleggelsen, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
2. Øvrige problemstillinger som har framkommet, herunder eventuelle komplikasjoner som følge av behandlingen, 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 plan for spesialisthelsetjenestens faglige oppfølging av pasienten. Jfr. lov om spesialisthelsetjenesten.
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 skal beskrives.

## **§ 4 Partenes ansvar**

### **Ansvar for begge parter:**

1. Partene skal autorisere en koordinerende funksjon, med fast telefon, faks og e-postadresse, som gis fullmakt til å behandle meldinger om utskrivningsklare pasienter og ivareta formelle henvendelser mellom partene.
2. Partene har felles ansvar for at det etableres gode samarbeidsrutiner.

### **Sykehusets ansvar**

1. Sykehuset skal opprette en "kommunekontakt" i hver klinikk.
2. Sykehuset skal så snart som mulig pr. telefon varsle om at en pasient kan være i behov av kommunale tiltak.
3. Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar. Respektive avdelingsoverlege, eller den lege han/hun bemyndiger, avgjør når en pasient er utskrivningsklar og er ansvarlig for utskrivning som gjøres i samarbeid med sykepleier. Det skal fastsettes en dato for når pasienten er utskrivningsklar. Får pasienten tilbakefall før hjemsendelse fastsettes ny dato for utskrivningsklar
4. Kommunen skal varsles skriftlig om når en pasient er utskrivningsklar. Varslingen kan skje via fax eller e-post.
5. Sykepleierapport, utskrivningsblankett og foreløpig legeepikrise, samt eventuell melding om åpen innleggelse skal følge pasienten. Ved overføring til kommunal døgninstitusjon må fullstendig lege-epikrise følge med pasienten. Legeepikrisen skal ellers sendes videre-behandlende lege senest 10 dager etter utskrivning. Dersom det ikke er kjent hvem som er videre-behandlende lege, sendes meldingen til primærlegen (fastlegen).
6. Sykehuset oversender månedlig statistikk til kommunene for oversikt over utskrivningsklare pasienter.

### **Kommunens ansvar**

1. Det er kommunen som skal ta stilling til hvilket tilbud pasienten kan gis etter utskrivning, jfr. §3. pkt. 4.
2. Hver kommune skal etablere ett kontaktpunkt for sykehuset
3. Kommunen plikter å planlegge tiltak for pasient når sykehuset har gitt forhåndsvarsel om pasient med mulig behov for kommunale tjenester.
4. Kommunen har ansvaret for et mottakerapparat for utskrivningsklare pasienter. Kommunen skal snarest sørge for et tilbud til pasienten, herunder også vurdere tilbud utenfor kommunen for å få ned liggetiden (antall liggedøgn for den enkelte utskrivningsklare pasient).

### **§ 5 Avvik**

Ved gjentatte avvik fra avtalen tas det kontakt på ansvarlig ledernivå i den enkelte kommune og Sykehuset i Vestfold HF.

### **§ 6 Klage**

Partene kan påklage uenighet i avgjørelser til fylkesmannen.

## § 7 Juridisk grunnlag for avtalen

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 16.12.98 (forskrift 1447) med endringer 26.11.2002 (forskrift 1576) er utgangspunkt for avtalen. Forskriften hjemler at sykehuset kan kreve betaling av kommunen.

Betaling kan kreves fra 10 dager etter at kommunene er skriftlig varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Døgnprisen er i 01.01.2004 kr. 1600 pr. døgn. Satsen fastsettes av Sosialdepartementet.

## § 8 Ikrafttredelse - endring

1. Avtalen trer i kraft 30.04.2004 eller tidligere hvis den enkelte kommune har godkjent avtalen. Avtalen evalueres etter 4 mnd. Avtalen gjelder for ett kalenderår og forlenges automatisk dersom den ikke innen 1. oktober sies opp av en av partene.

2. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 16.12.98 (forskrift 1447) med endringer 26.11.2002 (forskrift 1576) trer i kraft dersom ny avtale ikke inngås.

Tønsberg,

For ..... kommune

.....

For Sykehuset i Vestfold HF

.....

## 24a. Samarbeidsavtale mellom Distriktspsykiatrisk senter, Skien (Skien, Siljan, Nome) og Skien kommune

*Avtalen beskriver hvordan partene tar sikte på å samarbeide, og uttrykker dermed intensjoner om samhandling og dialog, og endrer ikke lover og forskrifter som gjelder for tjenesteområdene*

Målgruppen for avtalen er personer med langvarig, alvorlig psykisk lidelse og sammensatte behov for tiltak og tjenester.

Hensikten med avtalen er å bedre det samlede tjenestetilbudet for målgruppen, utvikle helhetlige og samordnede tjenester på tvers av tjenestenivåer, og bidra til at hver enkelt bruker opplever å få et koordinert og godt tjenestetilbud tilpasset sin situasjon. Jfr Veileder for individuell plan 2001, Sosial og helsedepartementet.

Målet med avtalen er å bidra til at den enkelte bruker av våre tjenester kan oppleve mestring i egen livssituasjon.

### Overordnet samarbeid

Ledelsen ved helseforetaket og i kommunen samarbeider for å bedre tjenestetilbudet for mennesker med langvarig og alvorlige psykiske lidelser i distriktet, ved å:

- Utveksle informasjon om prioriteringer og overordnede planer i kommunen og helseforetaket som angår målgruppens levekår, omsorgs- og behandlingstilbud.
- Samordne tjenestetilbudet til målgruppen i egen

organisasjon, og stimulere tiltak som bidrar til samordnet tjenesteyting på tvers av organisasjonsgrensene.

- Identifisere samsoner hvor man inngår egne avtaler om ressursdisponeringer, tidsavgrensinger i overgangsperioder, samt forpliktende føringer for påfølgende ordinær drift.

I framtiden sikter samarbeidet mot samordnede planprosesser vedr. tjenester og tiltak for personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse i kommunen.

Helseforetakets og kommunens styringsrett og myndighet over eget ansvarsområde endres ikke av denne avtalen.

### Samarbeid på tjenestenivå

1. Informasjon og drøftingsmøter 1 gang pr år mellom ledere og mellomledere med faglig kompetanse og beslutningsmyndighet over egen tjeneste, Det holdes både felles og kommunevise møter. Representant fra brukerne inviteres til å delta.

2. Samordning av arbeidsprosedyrer for individuell plan. Helseforetaket og kommunene lager interne retningslinjer for arbeidsprosedyre og samarbeid og gjør disse kjent for hverandre, Jfr Forskrift for individuell plan

3. Samarbeid om tjenester og kompetanseutvikling:

- Dagaktivitet, boformer og behandling som sammenhengende tjenestetilbud, med tanke på god livskvalitet og hensiktsmessig ressursforvaltning
- Pårørende og barn av psykisk syke
- Krise- og tilpassede tilbud, samhandling i akutt situasjoner
- Arbeidsmuligheter for mennesker med psykiske lidelser, inkl samarbeid med A-etat
- Samordnet tilbud innen "Grønn omsorg"
- Samarbeid mellom fastlegene og psykisk helsevern i 1.- og 2.linjetjenesten
- Undervisning, informasjon og kompetanseutveksling
- Vurdere og evt etablere felles utviklings- og forskningsområder
- KPA-veiledning i kommunene

### Samarbeid på individnivå

Tjenesteytere og behandlere i kommunen og helseforetaket samarbeider for å gi hver enkelt bruker/pasient et koordinert og godt tjenestetilbud, tilpasset brukerens situasjon.

Ansattes deltakelse i koordinerte grupper skal kjennetegnes ved bidrag med egen kompetanse, selvstendig ansvar og løsningsfokusert opptreden.

Forskrift om individuell plan er utgangspunkt for arbeidet, og arbeidet følger interne retningslinjer for samarbeid om individuell plan, KPA er felles arbeidsmodell. Dette innebærer bl.a. at arbeidet skal være målrettet og grad av måloppnåelse vurderes.

I arbeidet legges det vekt på:

- Brukernes mål er retningsgivende for samarbeidet, jfr Veileder og forskrift for individuell plan.
- Dekking av behov søkes innen eksisterende rammer.
- Koordinator og andre tjenesteytere i kommunenes helse- og sosialtjeneste skal få råd og veiledning fra helse-



Veiledning gis av ..... De aktuelle aktører bestemmer tid og sted.

**Sted og dato:**

.....

..... kommune

.....

DPS-leder, Sykehuset Telemark HF

Kontaktperson: Seksjonsleder DPS i Skien, Lars Ødegaard, [lars.odegaard@sthf.no](mailto:lars.odegaard@sthf.no)

*Kloke grep ved etablering og implementering av avtalen mellom Skien kommune og DPS Skien.*

1. Samarbeidet var påbegynt før avtalen ble utformet. Avtalen kom derfor som en konsekvens av et samarbeid.
2. Avtalen ble utarbeidet i fellesskap.
3. Utgangspunktet for å få til en avtale var grunnleggende respekt for hverandres ideer, organisering, rammer og ansvarsområde.
4. Alle spørsmålstillinger/problemstillinger som kommer opp blir løsningsorienterte i forhold til pasientens/brukerens/borgerens behov. Ansvarsdefineringer og økonomiske aspekt blir aldri diskutert først. Da kommer løsningene.
5. Spesifikke samsonekontrakter, med stor detaljeringsgrad, utarbeides for borgere med sammensatte bistandsbehov i en etablering/reetableringsfase.
6. Samsonekontraktene underskrives på et tilstrekkelig høyt ledernivå.
7. Samarbeidsavtalen presenteres, synliggjøres og gjøres allment kjent i organisasjonene.
8. Innholdet i avtalene presenteres i fellesskap fra ledelsen i de to organisasjonene, til ansatte.
9. Felles møter – skaper felles virkelighet.

## **25. Samarbeidsavtale mellom Nore og Uvdal kommune og Kongsberg Sykehus (KS) om pasienter/brukere som trenger oppfølging og innsats av begge parter**

**Formål:**

- Beskrive ansvarsfordelingen mellom pasient/bruker og 1. og 2. linjetjenesten i forbindelse med utskrivning av pasienter/brukere som trenger oppfølging etter utskrivning fra sykehuset.
- Lage gode samarbeidsrutiner som sikrer fleksible tiltak for helsemessig, forsvarlig og kostnads-effektive behandlings- og pleieløsninger for pasient/brukere.

**Målgruppe:**

- Pasienter/brukere som er innlagt i sykehuset og som etter utskrivning har behov for rehabilitering og/eller pleie og omsorg.

### **Ansvarsfordeling mellom Nore og Uvdal Kommune og Kongsberg Sykehus:**

Kongsberg Sykehus og Nore og Uvdal kommune må opptre

enhetlig i forhold til de avtaler og rutiner som er inngått og som begge parter er enige om. Lov om helsetjenesten i kommunene, lov om sosiale tjenester m.v.- og lov om spesialisthelsetjenester, samt Rundskriv I-48/98 Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter skal ivaretas.

I følge § 3 i Forskrift om kommunal betaling for ferdig behandlede pasienter er en pasient ferdigbehandlet når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har fremkommet 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 plan for oppfølging av pasienten/brukeren,
5. pasientens/brukerens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten/brukeren 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

*Tillegg til punkt 2:* Primærlegen / hjemmebasert omsorg må ha mulighet til å etterseende ytterligere opplysninger om pasienten/brukeren i løpet av 2-to- virkedager etter innleggelsen.

*Tillegg til punkt 4:* Ved større funksjonssvikt skal tiltak for å bedre funksjonssvikten være igangsatt og videreføres av kommunehelsetjenesten med de ressurser kommunehelsetjenesten har å tilby. Sykehuset skal være behjelpelig med utfylling av nødvendige søknader/ rekvisisjoner til hjelpemiddelsentralen og til andre yrkesgrupper f.eks. fysioterapi.

*Tillegg til punkt 5:* Sykehuset har ansvar for å gi nødvendig informasjon til pasient/bruker, pasientens/brukerens pårørende og kommunehelsetjenesten om pasientens/brukerens samlede funksjonsnivå og forventet framtidig utvikling. Kommunehelsetjenesten bør i denne forbindelse også få skriftlige opplysninger om hvilken informasjon som er gitt til pasient/bruker og/eller pårørende. Det forutsettes informert samtykke.

*Tillegg til punkt 6:* Sykehuset må vurdere behov for og evt. søke om rehabilitering i 2. linjetjeneste-institusjoner før hjemreise.

**Samarbeidsformer:**

Når pasienter/brukere med et forventet behov for hjelp fra kommunehelsetjenesten innlegges i sykehus, skal sykehusavdelingen varsle kommunens hjemmetjenester muntlig og skriftlig.

- Sykehuset tar telefonisk kontakt med kommunehelsetjenesten så snart det er klart at pasient/bruker har et forventet behov for hjelp fra kommunens hjemmetjeneste. Navn på den som tar kontakt og den som mottar beskjed navngis på skjema AB.
- Skjema AB fylles ut av sykepleier på sykehuset. Ansvarlig lege og fysioterapeut navngis. Pasientens/brukerens samtykke må innhentes.. og sendes kommunehelsetjenesten

tjenesten og primærlegen ved utreise. Skjema AB sendes kommunehelsetjenesten, på en forsvarlig måte (pr. post), når pasienten/brukeren er ferdigbehandlet. Skjema AB er juridisk bindende. Kopi av skjema AB sendes med pasienten/brukeren ved utreise og til primærlegen.

- Kommunehelsetjenesten kan foreta et vurderingsbesøk og etablerer et tilbud.
- Behandlende lege skriver epikrise evt. midlertidige legeopplysninger som følger pasienten/brukeren til kommunehelsetjenesten.
- Kommunehelsetjenesten ber om at pasienter/brukere som skal til institusjon ankommer før kl.14.00.
- De pasienter/brukere som har behov for daglig bistand fra hjemmebasert omsorg bør være hjemme innen kl.14.00. Pasienten/brukerene må ha med seg eventuelle nye medisiner og sårutstyr til første virkedag. Sykehuset samarbeider med kommunehelsetjenesten om effektivering av resepter til pasient/bruker ved utreise.

Ved behov for kompetanseoverføring i forhold til spesielle ferdigheter/prosedyrer skal sykehuset gi tilbud om hospitering/veiledning.

Politisk behandlet dato:..... sted:.....

Sted:..... dato:.....

.....  
Rådmann, Nore og Uvdal kommune

.....  
Direktør, Kongsberg Sykehus

## 26. Avtale mellom Sørlandet sykehus HF, Kristiansand kommune og Arendal kommune

Avtalen er å oppfatte som inngåelse av et forpliktende samarbeid mellom Sørlandet sykehus, Kristiansand og Arendal kommune. Samarbeidet skal ha "fotfeste" i lokale utfordringer og hensiktsmessige forbedringsområder. Det vil være viktig å trekke inn andre kommuner der det er aktuelt.

### Målsettingen med prosjektet

- Pasienten/brukeren skal oppleve ett helhetlig helsevesen med en samordnet og integrert behandlingsskjede
- Bedre kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene
- Videreutvikle kvaliteten på tjenestene som leveres til befolkningen.
- Være i forkant av nasjonal utvikling og endring
- Bedret total ressursutnyttelse
- Gjensidig erfaringsoverføring

### Styringsgruppe

Styringsgruppen består av administrerende direktør ved Sørlandet sykehus HF, kommunalsjef i Arendal kommune, helse- og sosialdirektør i Kristiansand kommune, tillitsvalgte fra kommunene og SSHF, samt brukerrepresentanter.

**Styringsgruppens hovedoppgaver** er å identifisere forbedringsområder, initiere prosjekter, sikre fremdrift og beslutte innføring av tiltak

Styringsgruppen utpeker leder av gruppen, som ivaretas etter tur, og for 6 mnd. av gangen. Sekretariatsfunksjonen for styringsgruppen ivaretas av den organisasjonen som har lederfunksjonen. Saker som eventuelt vil medføre politisk behandling, vil måtte behandles ordinært innenfor de politiske system som finnes i de ulike organisasjoner

Partenes egendefinerte utviklingsområder skal være utgangspunktet for prosjektene som igangsettes. Det medfører at det ikke behøver å være enighet mellom kommunene om hvilke prosjekt som skal iverksettes.

**Arbeidsutvalg/sekretariat** består av representanter SSHF, Kristiansand kommune og Arendal kommune, tillitsvalgte og brukerrepresentant. Arbeidsutvalget skal utarbeide prosjekt-direktiv i forhold til hvert prosjekt som skal godkjennes av styret/etablere prosjektgrupper i forhold til hver prosjekt.

**Tidsplan** – 3 – 5 år

### Ressurser:

Hver part forplikter seg til å avsette tilstrekkelige ressurser i forhold til arbeidsutvalg og delprosjektene.

Direktør Jan Roger Olsen, Sørlandet sykehus HF, tlf 38 07 44 10, [jan.roger.olsen@sshf.no](mailto:jan.roger.olsen@sshf.no)

Kommuneleder Kjell Sjursen, Arendal kommune, tlf 37 01 31 52 [Kjell.Sjursen@arendal.kommune.no](mailto:Kjell.Sjursen@arendal.kommune.no)

Konst.Helse og sosialdirektør Arild Rekve, tlf 38 10 28 25, [arild.rekve@kristiansand.kommune.no](mailto:arild.rekve@kristiansand.kommune.no)

## 27. Prosjekt Geriatriløft, Sykehuset Buskerud HF og Drammen kommune

Sykehuset Buskerud HF og Drammen kommune, har etablert et felles prosjekt i samarbeid med Høgskolen i Buskerud, Institutt for helsefag, der målet er å etablere en bred felles arena for tjenesteproduksjon og kompetanseutvikling, rettet mot gruppen syke eldre. Basis for prosjektet er forprosjekt-rapporten "Samarbeid – grobunn for vekst" der det, i likhet med en rekke andre utredninger de siste årene, settes fokus på geriatri som en viktig samhandlingsarena mellom nivåene i helsetjenesten.

Rapporten setter søkelys på at man i en stadig mer organ-fokusert spesialist-helsetjeneste, der liggetiden er kort og det i stadig økende grad satses på dagbehandling, lett mister det helhetlige fokuset som eldre med sammensatte lidelser har behov for. Videre at omsorgs-tjenesten i kommunen fortsatt er preget av manglende samsvar mellom kompetansenivå og kompetansebehov, samt at samforståelsen mellom aktørene i 1. og 2. linjetjenesten ikke alltid er god nok. Dette er forhold som gir konsekvenser for de syke eldre i form av unødige sykehusinnleggelse, hyppige/gjentatte sykehusinnleggelse og manglende samordning og helhet i tjenestetilbudet. På sikt er målet å bremse ekspansjonen i behov for sykehus-senger og langtidsplasser i sykehjem, med de samfunns-økonomiske gevinster det vil representere. Prosjektet er under utvikling, med planlagt oppstart primo 2006. Følgende elementer vil inngå i prosjektet:

- En samordnet og helhetlig legetjeneste der Sykehuset Buskeruds geriatriske seksjon har det faglige og administrative ansvar for den samlede sykehjemslegetjenesten i Drammen.
- Etablering av et geriatrisk kompetansesenter, lokalisert til ett av kommunens bo- og servicesentre, der følgende elementer inngår:
  - Døgntilbud, 25 plasser: Intermediær avdeling, samt annen behandling og utredning (regulert av lover og forskrifter for kommunal institusjonsdrift)
  - Poliklinikk / dagtilbud: Utredning, behandling, råd, veiledning og forebyggende virksomhet
  - Ambulant, tverrfaglig geriatrisk team
  - Ambulant sykepleierteam (j.fr. Ullevålsmodellen)
- Samlokalisering av geriatrisk kompetansesenter med kommunens rehabiliteringsenhet og korttidsplasser. – Kompetanseflyt og effektiviseringseffekt.
- FOU
  - Geriatrisk senter som "FOU-post"
  - Aktuelt å søke om status som undervisningssykehjem
  - Arena for tverrfaglig forskningsmiljø
  - Kompetanseutvikling rettet mot den ordinære omsorgstjenesten
  - Hospiteringstiltak og jobbrotasjonsordninger (horisontalt og vertikalt)
- IKT
  - Samordnet og - om mulig - felles systemer for informasjonsflyt og pasientdokumentasjon
  - Opplæring / kommunikasjon rettet mot brukere/pårørende
  - Læringsfokus: ansatte og studenter

Prosjektet er forankret i toppledelsen i alle de tre organisasjonene, ved at rådmann, direktør og dekan m.fl. utgjør prosjektets styringsgruppe.

Prosjektleder Inger Johanne Flingtorp, Drammen kommune, Tlf. 32 04 78 00 / 9075 68 77  
 inger-johanne.flingtorp@drammen.kommune.no

#### Fotnoter:

<sup>1</sup> Drammen kommune og Sykehuset Buskerud, oktober 2003

## 28. Tverretattlig hygienesykepleier i Vestfold

Hygiene-sykepleier har en faglig tilknytning til Avdeling for smittevern ved SIV og er finansiert av og tilhører de kommunale helseinstitusjonene og hjemmetjenestene i Vestfold. I kontrakten inngår det at vedkommende skal yte smittevernbistand til kommunene. Dette er en gjensidig forpliktende avtale mellom kommunene og SIV. Ansvaret for opplæring og informasjon er tillagt begge arenaer.

*Målgruppen:* er beboere og ansatte ved kommunale og private helseinstitusjonene, samt hjemmetjenesten i Vestfold.

#### Målsetting:

1. Forebygge og sanere smitte
2. Øke kompetansen om smittevern

#### Tiltak:

- Lære opp ansatte, nytilsatte og vikarer innenfor alle yrkes-

- grupper i smittevern. Dette ut i fra infeksjonskontrollprogram og prosedyrer.
- Være rollemodeller og ressurspersoner i miljøet.
- Sørge for tverrfaglig samarbeid
- Delta i revidering/oppdatering og utarbeidelse av nye prosedyrer.

Avdelinger på sykehuset melder fra om pasienter med infeksjon som skrives ut til sykehjem eller hjemmetjenesten. Disse kan få råd og veiledning i smittevern før pasienten kommer.

- Hygienesykepleier drar også ut til institusjonen eller hjemmetjenesten ved infeksjonsproblematikk og ser på de fysiske forholdene, samt tilrettelegger riktige tiltak.
- Mikrobiologisk avdeling ved SIV gir beskjed til hygiene-sykepleier ved spesielle mikrobefunn ved sykehjem eller i hjemmetjenesten.
- Internundervisning i institusjonene og i hjemmetjenesten blir gitt.
- Renholdere, vaskeripersonell og ferievikarer får også kurs i smitteforebygging.
- Hygienesykepleier har "døgnavt" uten å bli nedringt på ubekvemme tider.
- Det er utarbeidet et infeksjonskontrollprogram til alle institusjonene, samt til hjemmetjenesten.
- "Hygienebefaring" gjennomføres på alle institusjonen, i samarbeid med institusjonsleder og smittevernkontakt.
- Det gjennomføres prevalens infeksjonsregistreringer 4 ganger i året.
- "Nyhetsflora" er smittevernkontaktens nyhetsbrev, som hygienesykepleier sender ut flere ganger i året.

Ordningen gir "vinn –vinn" situasjoner for begge parter: Den kan bidra til færre reinnleggelser, det er bedre for pasienter og pårørende å få kompetansen hjem og ordningen gir trygghet for både pasienter og personal. Ett enhetlig smittevern på begge arenaer er viktig, idet både personale og pasienter ruller fra hjem til sykehjem og til sykehus. Det ses en klar økning av resistente bakterier både i institusjoner, og ett tverrfaglig samarbeid med første og annenlinjetjenesten er her meget viktig. Kommunene gir tilbakemelding om at det er glade for å ha en person som er knyttet til dem som de kan kontakte og blir kontaktet av.

Hygienesykepleier Tone Anundsen, tlf. 33 34 34 38 / 97 19 9830, tone.anundsen@siv.no

## 29. Interkommunalt samarbeidsprosjekt med spesialisthelsetjenesten om felles drift av bo og behandlingssenter for tunge brukere

Å etablere og drive et bo- og dagtilbud til ressurskrevende brukere er en utfordring for kommunene. Kommunene i Grenlandssamarbeidet har hver for seg for lite brukergrunnlag til å opparbeide nødvendig kompetanse. Ordfører- og rådmannsmøtet i Grenlandssamarbeidet ba derfor om en utredning av et interkommunalt bo- og dagtilbud til ressurskrevende brukere.

Det ble nedsatt en interkommunal arbeidsgruppe med aktuelle representanter for kommunene. Gruppen anbefalte at det ble arbeidet videre med 2 underprosjekter:

- Etablere et interkommunalt bo- og dagtilbud til psykisk utviklingshemmede med store atferdsavvik, samt vurdere integrering av eller tilsvarende tilbud til personer med kroniske psykiske lidelser og adferdsproblemer
- Etablere og videreutvikle et interkommunalt og tverrfaglig sammensatt dagtilbud til barn med kompliserte og sammensatte funksjonshemminger. Ulike tiltak skal vurderes

Det har vært viktig å få en felles forståelse av hvem disse brukerne er. Brukerne er ressurskrevende fordi det kreves mye personell for å gi et kvalitativt tilbud, problemstillingene er ofte sammensatte og det personell som skal gi tjenesten må ha en spesiell kompetanse. Økonomien er ikke altså ikke utgangspunktet for definisjonen, men høye kostnader blir en konsekvens.

En annen problemstilling som går igjen er at en rundt disse brukerne har, eller er avhengig av et tett samarbeid med sykehuset og spesialisthelsetjenesten. Et av delprosjektene gjennomføres i samarbeid med barneklubben ved Sykehuset Telemark. En ønsker, i samarbeid med sykehuset, å etablere og videreutvikle et interkommunalt og tverrfaglig sammensatt dagtilbud til barn med kompliserte og sammensatte funksjonshemminger.

Det er en forutsetning for videre framdrift i prosjektet med noen juridiske avklaringer. Den interkommunale tiltaket skal gi brukeren et midlertidig tilbud. Målsetting med dette "spesialiserte" tilbudet er å bedre funksjonsnivået for brukeren med tanke på tilbakeføring til ordinære kommunalt tilbud. I delprosjektet med barneklubben kan tilbudet brukes som "sluse" mellom tjenestenivåene, eller i påvente av at kommunen etablere egne permanente tilbud. Dette er tilbud som ligger i gråsonen mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens krav om å gi tilbud om habilitering/rehabilitering.

Rollefordeling og ansvar mellom tjenestenivå må derfor avklares. Videre forventes en stor grad av brukermedvirkning. Kommunen har ansvar for yte tjenester til de som bor og oppholder seg i kommunen. Hvordan skal et vedtak om midlertidig tilbud hjemles, og hvordan skal det håndteres når tilbudet er interkommunalt og konsekvensen for flere brukere blir at de må motta tjenesten i annen kommune? Hvordan skal en evt. klagesaksbehandling håndteres hvis bruker påklager vedtaket og ønsker tjenesten der de bor?

Det er viktig å presisere at prosjektet tilrettelegger et tilbud for de meste ressurskrevende brukerne og at den umiddelbare økonomiske gevinsten er begrenset. Imidlertid forventes det å gi en gevinst fordi en får færre kostbare nødløsninger for enkeltbrukere, mindre ressursbehov ved overføring mellom tjenestenivåene, høyere faglig standard på tjenesten og mindre sykefravær blant personell som skal gi tjenester til denne utfordrende brukergruppen.

Kommunalsjef Terje Danielsen, Porsgrunn kommune,  
 terje.danielsen@porsgrunn.kommune.no,  
 tlf: 35 54 73 93/90 93 30 26

### **30. Felles drift av en enhet for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer Mandal kommune og SSHF, klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling**

Samarbeidsprosjektet ble etablert på initiativ fra klinikkens sjef for klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling, SSHF og rådmannen, Mandal kommune. Utgangspunktet for dette initiativet var et behov for å videreutvikle samhandlingen omkring mennesker med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk, og hvor det er behov for langvarige tjenester som trenger koordinering.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe (12 personer) bestående av ansatte i Mandal kommune, Sørlandet sykehus HF, tillitsvalgte og representanter fra LPP og Mental Helse.

#### **Arbeidsgruppen ble gitt følgende mandat:**

Begge parter (Mandal kommune og SSHF) ønsker i tillegg til videreutvikling av eksisterende samarbeid også å vurdere nye samarbeidsformer innen fagfeltet. Man nedsetter derfor en prosjektgruppe bestående av representanter fra SSHF, Mandal kommune, brukerorganisasjoner og ansattes organisasjoner, som får i oppdrag å foreslå ulike tiltak med utgangspunkt i:

- a) Primær- og spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud innen fagfeltet psykiatri og avhengighetsbehandling i Mandal
- b) Mandal kommune og SSHF v/klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling sitt behov for bygnings-fasiliteter i Mandal. Prosjektgruppen skal vurdere ulike løsninger.
- c) Organisering og driftsalternativer i Mandal
- d) Prosjektgruppen skal også vurdere mulig samarbeid mellom psykiatri og avhengighetsbehandling (primær- og spesialisthelsetjeneste) og andre fagfelt (somatikk) innenfor de samme områder som nevnt i pkt. a-c.

Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i partenes styrende dokumenter, i Opptrappingsplanens føringer og i de foreliggende NOUer som omhandler samhandling. Arbeidsgruppen hadde 4 heldagsmøter, hvor det ble arbeidet med konkretisering av mandatet, forståelse av dette, om hovedproblemstillinger og forslag til tiltak. Prosess frem til enighet ble vektlagt.

#### **Forslag:**

Det ble oppnådd enighet i gruppen og at det totale tilbudet til målgruppen (1-linje og 2 linjetjenesten) samles i en organisasjon med felles leder og felles lokaler. Arbeidsgruppen begrunner dette med at grenser brytes ned, den totale kompetansen øker, fagfeltet samles, ansvar samles og ressurser utnyttes bedre, I tillegg vil bruker/pasient møte ett samlet helsevesen lokalt.

#### **Kloke grep:** Tverrfaglig gruppe med god brukerdeltakelse.

- Prosess og konsensus ble vektlagt.
- Forankring i ledelsen på sykehuset og i kommunen
- Felles forståelse av problemstillinger og mandat.

Prosjektleder Liv Gyda Axelsen, Sørlandet sykehus HF,  
 Tlf 38 07 44 76 / 48 36 61, lv.gyda.axelsen@sshf.no

### **31. IKT basert pårørendestøtte - et samarbeidet mellom Nøtterøy kommune, Tønsberg kommune, Sykehuset i Vestfold HF og Høgskolen i Vestfold**

Initiativtakerne fikk inspirasjon til prosjektet etter et studiebesøk i Borås. De fikk innvilget midler fra KS og Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet har nå fått 3 plass i "Det Nyttre" prisen.

Målet for prosjektet er å skape trygghet, kunnskap og nettverk for pårørende som har omsorg for demente/slagrammede i Tønsberg og Nøtterøy kommuner. 19 pårørende deltar i prosjektet, og får da en PC med billedtelefon installert hjemme. Ved hjelp av denne kan de ringe hverandre og/eller service-telefonen i kommunen. Pårørende snakker ofte med hverandre ved hjelp av dette utstyret.

Her får de også tilgang til:

- Kunnskapsbase
- Informasjon, bilder, filmer
- Orientering om rettigheter

Nevrologisk avdeling ved SIV bidrar også med å sikre det faglige innholdet i prosjektet.

I tillegg møtes de pårørende med og uten sine ektefeller til treff (turer, arrangement med ektefelle, fagdager uten ektefelle) hver annen måned

Brukerne er svært fornøyde, den eldste er 86 år, og de har ingen problemer med å benytte det tekniske utstyret. Prosjektet evalueres nå av Høgskolen i Vestfold

Prosjektet er en oversetting og tilpasning av EU-prosjektet Action og er gjennomført i nært samarbeid med Action prosjektet på Høgskolan i Borås ved prosjektleder Lennart Magnusson.

Prosjektleder:

Birgitte Holmene, Nøtterøy kommune tlf 33 40 22 99

### **32. SSR-Helseinfo: et verktøy for effektivt samarbeid mellom tjenestenivåene**

Spesialsykehuset for Rehabilitering avd. Stavern (SSR) har i 2002 utviklet et verktøy: "SSR-Helseinfo"- et verktøy for effektivt samarbeid mellom tjenestenivåene. Dette verktøyet er en elektronisk database med oversikt over et utvalg av helsetjenester og tilbud i alle kommuner i Vestfold, Buskerud og Telemark.

Utviklingen av SSR-Helseinfo er en del av samhandlingsprosjektet mellom kommunehelsetjenesten og rehabilitering sinstitusjonene som er vedtatt i HelseSør's ledelse oktober 2003.

#### **Metode**

Målgruppe for bruk av SSR-Helseinfo er ansatte i Helse sør innen kommunehelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner og – sykehus.

En tverrfaglig prosjektgruppe ved SSR-Stavern har systematisk samlet inn oversikt over kontaktpersoner, til følgende tjenester: ergoterapi, fotterapi, fysioterapi, hjemmesykepleie, logopedi, nevropsykologi, psykologi, psykiatrisk sykepleie innenfor hjemmesykepleie, habiliteringstjeneste, habilitering for CP-barn, psykiatrisk institusjon, MS-poliklinikk, frivillighets-

sentral, tilrettelagt gruppetrening med veileder (fysioterapeut), varmtvannsbasseng, kortidslager m/ambulerende vaktmester, trygghetsalarm, spesialpedagog, skolekontor, trygdekontor og kommunens servicesenter. Samt koordinatorene i medisinsk rehabilitering, individuelle planer og psykiatri og informasjon om sykehjem, opptrenings- og rehabiliteringssenter i kommunene. I tillegg viser SSR-Helseinfo til relevante linker.

En kontaktperson i hver kommune har ansvar for å oppdatere databasen jevnlig. I tillegg kan alle som bruker databasen sende melding om endringer i kommunale tilbud.

#### **Resultat**

Fra våren-04 har kommuner, sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner i HelseSør fått tilbud om å leie SSR-Helseinfo som et prøveprosjekt frem til mai-2006. Aust-Agder og Vest-Agder er ikke med foreløpig. Sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene i HelseSør fikk tilbud høsten 2004, de er meget positivt innstilt til dette nettverket av helsetjenester.

#### **SSR-Helseinfo bidrar til:**

- økt tilgjengelighet til informasjon om helsetjenester i kommunene
- kvalitetssikring av hvilke tilpassede tilbud pasienten kan få ved utskrivelse
- lettere pasientflyt mellom rehabiliteringsinstitusjonene, sykehusene og kommunene i HelseSør.
- bedre muligheter til å knytte kontakter for utvidet nettverksbygging innen rehab./ habilitering
- effektivisering / tidsbesparing i en travel arbeidshverdag.

Databasen oppdateres fortløpende og er brukervennlig i forhold til oppdatering. Databasen kan lett utvides med informasjon av andre geografiske områder i Helse Norge.

#### **Konklusjon**

SSR-Helseinfo er en systematisk database med oversikt over et utvalg av helsetjenester mv. bidrar til økt kvalitet, effektivitet og service i overføringen av pasienter i rehabiliteringsprosessen.

Prosjektleder Trine Agorsah, tlf. 33 13 40 00

[post.infoprojekt@rehabilitering.net](mailto:post.infoprojekt@rehabilitering.net)

### **33. Samarbeidsprosjekt mellom Ringerike kommune og Ringerike sykehus HF om utskrivningsklare pasienter med et omfattende pleie- og omsorgsbehov**

#### **Bakgrunn for prosjektet**

11 kommuner tilhører det opptaksområdet som Ringerike Sykehus har ansvar for. Ringerike kommune (inkl. Hønefoss by) er den største kommunen som i perioder har problemer med å overta utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Dårlig kvalitet på kommunikasjonen mellom ansatte på sykehus og kommune blir lett en konsekvens av dette.

Rådmannen og administrerende direktøren besluttet i 2004 å nedsette en tverrfaglig prosjektgruppe for å skape et bedre grunnlag for samarbeidet. Redesign ble valgt som metode og ledere skulle være en del av prosjektgruppen. Prosjektleder ble oppnevnt.

## Hvem deltok?

10 representanter fra Ringerike kommune, 10 representanter fra Ringerike sykehus og 2 brukerrepresentanter.

## Redesignmetoden

Prosjektgruppen møttes 2 hele dager ultimo oktober 2004 og definerte et overordnet mål for prosjektet:

“Pasienter og pårørende skal oppleve en sammenhengende behandlingsskjede preget av god samhandling og tillit mellom Ringerike sykehus HF og Ringerike kommune”

Videre gjorde gruppen en prosessavgrensning (scopet):

“Fra behandlingsplan er etablert i akuttmottak til pasienten mottar tilpasset og avtalt tilbud i kommunen”

Kort fortalt ble dagens prosessflyt av utskrivningsklar pasienter synliggjort (post –it lapper på vegg). Med dagens prosess som utgangspunkt ble noen forbedringsområder klart synlige. Handlingsplan ble utarbeidet for å nå vårt felles overordnede mål. Smågrupper jobbet frem praktiske løsninger og rutiner for å forbedre kvaliteten på det daglige samarbeidet.

I tillegg skulle sykehuset tilby undervisning og egen helpdesk for faglige spørsmål til kommunen, og kommunen skulle installere en skriver i akuttmottaket, slik at henvisninger fra fastlegene kan komme ut rett på skriver til vakthavende lege i sykehuset. Så har kommunen nå ett telefonnummer som sykehuset kan ringe for å “bestille” et tilbud til pasienten. Dialogen kommune-sykehus er kvalitetssikret. I januar møttes hele prosjektgruppen for å gå igjennom og justere handlingsplanen og 21.juni skal gruppen møtes til et evalueringsmøte.

## Hvilke gode erfaringer/kloke grep er gjort?

- Ledere må aktivt delta i slike forbedringsprosesser.
- Å møtes som 2 likverdige parter - kommune og sykehus. Respekt for hverandre er viktig.
- La den gode dialogen styre og la målet for prosjektet hele tiden være hovedfokus.
- Å følge opp hvordan det går, slik at de praktiske rutiner som er besluttet følges. Ukentlig kontakt på ledernivå kommune og sykehus. Godta at ting tar tid. En samarbeidsavtale underskrevet av rådmann og administrerende direktør.

### Kontaktpersoner

Prosjektleder Margareta Jacobsen, tlf: 32 11 60 00/6158  
[margareta.jacobse@ringerike-sykehus.no](mailto:margareta.jacobse@ringerike-sykehus.no)

Kommunalsjef Sveinung Homme, tlf: 32 11 74 00  
[sveinung.homme@ringerike-sykehus.no](mailto:sveinung.homme@ringerike-sykehus.no)

## 34. Elektronisk booking og henvisning ved Sørlandet sykehus HF

Sørlandet Sykehus Arendal har siden 2002 deltatt i et pilot-prosjekt for elektronisk booking og henvisning. Prosjektet inngår i strategien til Sosial- og helsedirektoratet for elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, “S@mspill2007”. Målet med prosjektet er å:

- Gjennomgå forutsetningene for å få realisert et effektivt

Web-basert informasjonssystem basert på faktisk ledige timer fremfor historisk ventelisteinformasjon. Siktemålet er å identifisere behov for organisasjonsmessige tilpasninger, etablere krav til underliggende systemer og utvikle standard grensesnitt for utveksling av data med et slikt bestillingssystem.

- Få praktisk erfaring med bruken av online bestillerinformasjon og få prøvet ut antagelser om effektiviseringsgevinster og verdier av forbedret service med et slikt system.

### Fase 1 av prosjektet omfatter:

- Direktebooking for utvalgte behandlingstyper
- Innsendelse av henvisning i papirform

Fase 1 har vært igangsatt siden 2002. Tjenesten innebærer at pasienten kan være med å bestemme tidspunkt for behandling ved sykehus, mens han er til konsultasjon hos sin primærlege. Det er etablert faste kriterier som må oppfylles forut for at booking kan foretas, samt at det er lagt inn instruksjoner og veiledning i bookingsystemet. Det er utviklet integrasjonsløsninger mellom de lokale IT-systemer, bookingsystem, helsenettet og EPJ-systemet på sykehuset. Det er i alt 20 legekontorer som er tilknyttet helsenettet og dermed kan foreta elektronisk booking. Ved sykehuset er det avsatt timer til elektronisk booking av utvalgte tjenester. Det er foretatt undervisning av de involverte parter på sykehus og legekantor. Elektronisk booking er satt i drift, men tilbudet blir ikke utnyttet maksimalt.

Det gjenstår derfor et arbeid i forhold til motivasjonstiltak for å få bedre utnyttelse av tilbudet. Det er viktig å sikre et større volum av direktebestilling for å et godt grunnlag for evaluering av løsningen, og forsvare overgang til permanent drift.

### Fase 2 av prosjektet omfatter:

- Forsøk med elektronisk henvisning
- Utvidelse med flere sykehus, flere behandlinger/undersøkelser og flere legekontorer.
- Forbedret brukergrensesnitt for legekantorene
- Mer automatisert samspill mellom bookingsystemet og PAS-systemet.

Fase 2 av prosjektet er igangsatt og det er foretatt et omfattende arbeid i forhold til utvikling av løsning for elektronisk henvisning. I samarbeid med KITH er det utarbeidet en nasjonal standard for elektronisk henvisning. Det er foretatt teknisk testing av løsningen og det gjenstår nå en teknisk test av løsningen i forhold til EPJ-systemet på sykehuset. Når den tekniske løsningen er verifisert, er det nødvendig med en funksjonell test før løsningen kan implementeres til de legekantorer som er tilknyttet helsenettet.

Innføring av elektronisk booking og henvisning medfører organisatoriske endringer og utfordringer. Det kreves en innsats i implementeringsprosessen, siden løsningen skal integreres med de lokale EPJ-systemer, og påvirker de eksisterende arbeidsprosesser. Motivasjonstiltak og undervisning er nødvendig for å få utbredt bruk av løsningen slik at de forventede gevinster kan evalueres.

Torbjörg Meum, IT-avdelingen, Sørlandet Sykehus Arendal,  
[torbjorg.meum@sshf.no](mailto:torbjorg.meum@sshf.no)





Besøk oss på:

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

Flere eksemplarer  
av programmet kan bestilles fra:

**KS BTV**

Fylkesbakken 6, 3715 Skien  
Tlf: 24 13 26 00

eller

**Helse Sør RHF**

Postboks 2825 Kjørbekk, 3702 Skien  
Tlf: 35 91 26 00