

ARBEIDSNOTAT

Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune

Resultater ved innføringstidspunkt for Samhandlingsreformen
Følgeforskning

Delrapport 1

Grethe Bøgh Næss



Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune

Resultater ved innføringstidspunkt for Samhandlingsreformen
Følgforskning

Delrapport 1

Grethe Bøgh Næss

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Arbeidsnotat nr 256
ISBN 978-82-7456-685-9
ISSN 1501-6285
Steinkjer 2013



FORORD

Dette notatet er første del av en følgeevaluering av hovedprosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune". Følgeevalueringen skal gå fram til 2013.

Følgeevalueringen er bestilt av prosjektgruppa, ved prosjektleder Eva Fiskum. Sammen med administrasjonssjef i Midtre Namdal samkommune, Tor Brenne, har hun vært kontaktpersoner for prosjektleder for følgeevalueringen.

Følgeevalueringen er finansiert av strategiske midler i HiNT; Namdalsmidler. HiNT legger vekt på at egen FoU-aktivitet skal bidra til utvikling i samfunns- og næringsliv, samtidig med at det skal styrke egne utdanninger. Dette prosjektet vil kunne bidra til begge deler. HiNT har en partnerskapsavtale med kommunene i Namdal. Samhandlingsreformen er valgt ut som ett fokus for det konkrete samarbeidet.

Prosjektleder for følgeevalueringen er høgskolelektor Grethe Bøgh Næss. Førstemanuensis Ingela Enmarker er veileder.

Namsos, februar 2012-02-23

Grethe Bøgh Næss

prosjektleder

FORORD	ii
SAMMENDRAG	v
1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål.....	2
1.3 Oppbygning av rapporten	3
2. METODE OG GJENNOMFØRING	4
2.1 Dokumentanalyser	4
2.2 Fokusgrupper.....	4
2.2.1 Kommuner	5
2.2.2 Brukerrepresentanter.....	6
2.4 Følgning av ambulerende team for demens	6
3. Samhandlingsreformen	7
3.1 Sentral policy i Samhandlingsreformen.....	7
3.2 Hvordan lykkes med samhandling?.....	8
4. RESULTATER - KOMMUNER.....	10
4.1 Om kommunene.....	10
4.2 Veien inn i prosjektet	10
4.3 Erfaringer med tidligere samarbeid	10
4.3.1 Samarbeid med Spesialisthelsetjenesten.....	11
4.3.2 Samarbeid med andre kommuner/andre	11
4.3.3 Samarbeid mellom etater internt i kommunen	11
4.4 Styrker for å kunne tilby framtidige gode helsetjenester	12
4.4.1 Hva oppfattes som gode tjenester?	12
4.4.2 Kommunenes beskrivelse av sine styrker	12
4.5 Utfordringer for å kunne tilby framtidige gode helsetjenester	13
4.5.1 Endring i tenkning, fra reparering til forebygging.	13
4.5.2 Sikre kompetanse i forhold til å kunne tilby et framtidig godt tjenestetilbud.....	13
4.5.3 Kunne tilby et godt tjenestetilbud overfor utvalgte pasientgrupper	15
4.5.4 Usikkerhet i forhold til økonomi.....	15
4.5.5 Befolkningens tillit til at de fremdeles får de helsetjenester de har behov for	15
4.6 Erfaringer med første år av prosjektet.....	16
4.6.1 "Vi hadde ikke vært der vi er i dag uten å ha vært med i prosjektet"	16
4.6.2 "Å få være en del av et fellesskap må ikke undervurderes"	16
4.6.3 "Prosjektdeltakelsen trigger til å tenke mer strategisk og framtidsrettet"	16

4.6.4	"Det viktigste som har skjedd det første året av prosjektet er..."	17
4.6.5	"Vi blir hørt "	17
4.6.6	"MEN – det har vært krevende..."	18
4.7	Forventninger til prosjektet videre	19
5.	BRUKERREPRESENTANTER	21
5.1	Vurdering av dagens helsetjeneste	21
5.2	Samhandlingsreformen	21
5.2.1	Suksesskriterier for å lykkes	21
5.2.2	Bekymringer	21
5.3	Deltakelse i prosjektet.....	22
5.3.1	Opplevelse av å være brukerrepresentant.....	22
5.3.2	Gode råd for at prosjektet skal lykkes.....	22
5.3.3	Anbefalinger til prosjektets – og følgeprosjektets fokus framover.....	22
6.	AMBULERENDE TEAM DEMENS (UP 2)	23
6.1	Oppgaver, sammensetning	23
6.2	De to første månedene - forberedelse.....	23
6.3	Inn i operativ fase.....	24
6.3.1	Besøk i kommunene	24
6.3.2	Møte med fastleger.....	25
6.4	Utfordringer i oppstartfasen	25
7.	Sentrale funn – videre problemstillinger.....	26
7.1	Samhandling – utvikling	26
7.1.2	Betingelser for å lykkes med samhandling– spørsmål som bør stilles rundt prosjektet som helhet?.....	27
7.2	Har prosjektet rett fokus?	27
7.3	Samkommunale tjenester – ambulerende team demens.....	27
7.4	Informasjon – kommunikasjon – tillit.....	28
7.5	Helhetlige pasientforløp – kvalitet på tjenestene.....	28
	REFERANSER.....	29
Vedlegg 1:	Informasjon til kommunene	
Vedlegg 2:	Guide for fokusgruppe kommuner	
Vedlegg 3:	Informasjon til brukerrepresentanter	
Vedlegg 4:	Guide for fokusgruppe brukerrepresentanter	
Vedlegg 5:	Oversikt over møtedatoer og forfall	
Vedlegg 6:	Oppgavebeskrivelse ambulent team demens	

SAMMENDRAG

Dette notatet er første del av følgeevalueringen knyttet til prosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune". Prosjektet startet i oktober 2010 og består av en rekke underprosjekter knyttet til forhold/tiltak som anses som viktig for å kunne realisere intensjonene med samhandlingsreformen som implementeres fra 01.01.2012. Følgeevalueringen har som formål å øke kunnskapen om resultater av interkommunalt samarbeid om planlegging og implementering av samhandlingsreformen. Den overordnede problemstillingen er å belyse hvordan implementeringen av samhandlingsreformen skjer i kommunene som deltar i prosjektet, og hvilke konsekvenser dette får for organisering av felles helsetjenester. Mer konkrete problemstillinger/fokus er beskrevet i prosjektbeskrivelsen. Sentralt er å se på hvordan samarbeidet utvikler seg; mellom de seks kommunene, med helseforetak, med andre. Følgeevalueringen skal også se på politisk forankring og brukermedvirkning.

Følgeevalueringen startet 10 måneder etter at prosjektet startet. Dette første notatet omhandler derfor både opp en retrospektiv baseline (status før prosjektet startet) og erfaringer fra det første året i prosjektet. I første fase har kommunenes ståsted og erfaringer hatt fokus.

Følgeevalueringen skal se på hvordan samhandling utvikler seg. Følgeevalueringen har kartlagt kommunenes konkrete samhandling og deres erfaring med samhandling før prosjektstart, og hvordan kommunene ser behovet for samhandling for å kunne tilby framtidige gode helsetjenester for innbyggerne. Dette anses som sentralt for den motivasjonen de vil legge inn i samhandling, og hvordan de vurderer behovet for f.eks. felleskommunale tjenester.

Følgeevalueringen har også søkt i forskningslitteratur for å finne kunnskap om hva som er kritiske suksessfaktorer for " interorganisasjonell " samhandling over tid (mellom organisasjoner, bransjer, sektorer, kommuner, nivå) ,for å kunne vurdere hvilke grunnleggende betingelser for samhandling som er til stede og hva en evt bør utvikle videre for å lykkes. Tre kategorier suksessfaktorer er identifisert: Grunnleggende betingelser for å lykkes med langvarig samhandling, suksessfaktorer i selve samhandlingen og organisering/ledelse av samhandlingsprosesser.

Det er foretatt en samtale med brukerrepresentantene i prosjektet, for å få deres erfaringer med brukermedvirkning, men også deres forventninger og bekymringer ved innføring av samhandlingsreformen og forventninger til prosjektet videre. Som ett konkret eksempel på felleskommunal tjeneste, skal følgeforskningen følge etablering av tverrfaglig, ambulerende team for demens. I dette notatet ser en på teamets fire første måneder, hvor en på slutten av perioden er i gang med operativt arbeid.

Samhandling har vært en del av kommunenes hverdag over flere år, formelt og uformelt. Namdalskommunene, sammen med Osen og Bindal, har sammen med Helseforetaket, Namdal Rehabilitering og Høgskolen i Nord-Trøndelag eid et felles etterutdanningsnettverk siden 1998. En rekke typer samarbeid skjer mellom kommunene i Midtre Namdal, der også Osen deltar i en del samarbeid (bl.a. legevakt). De minste kommunene anser samhandlingsvilkår og samhandlingskompetanse som sin største styrke for å møte framtidens behov for helsetjenestetilbud; nærhet, oversikt, helhet, en helsetjeneste som samhandler med andre etater innen egen kommune

og med medarbeidere som har en erkjennelse av at de må samhandle med andre for å kunne tilby en god helsetjeneste til kommunens innbyggere.

Selv om det er en erkjennelse av behov for samhandling om felleskommunale tjenester, er det en viss tilbakeholdenhet fra de minste kommunenes side. Bekymringen går på to forhold: 1) Usikkerhet rundt økonomi; hva vil det koste kommunene. Særlig i en fase når en ikke vet de økonomiske konsekvensene av endret ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. 2) Bekymring rundt rekruttering og å beholde personell. Det anses som viktig å ha noen "spesialfunksjoner" knyttet til kommunehelsetjenesten i alle kommuner, for å gjøre det interessant nok å være arbeidstaker i den kommunale helsetjenesten. De minste kommunene ser ikke for seg at felleskommunale tjenester vil bli "lokalisert" til deres kommune, og de ser en fare i at medarbeidere ser det mer attraktivt å jobbe innen de felleskommunale tjenestene. Spesielt i prosjektperioden påpeker kommunene viktigheten av at en innen områder hvor en prøver ut felleskommunale tiltak ikke bygger ned enkeltkommuners kompetanse på området, men finner måter å samhandle på, slik at den kommunale kompetansen videreutvikles.

Kommunene gir uten unntak uttrykk for stor tilfredshet med å være del av prosjektet. Det som trekkes fram som mest positivt ved første år av prosjektet er å få tilgang til en samhandlingsarena, der en kan være del av et fellesskap med erfaringsdeling og nytenkning og hvor en kan speile egen virksomhet opp mot andres (kvalitetsutvikling). Dette har også hjulpet kommunene til å arbeide mer strategisk og målrettet. De er tilfreds med at en kan begynne å vise til konkrete resultater (ambulerende team som demensteam og legemiddelteam, pasientkoordinatorfunksjon). Å delta på arenaer sammen med helseforetaket, der en deler konkrete erfaringer med pasientarbeid, framheves som viktig for framtidig samarbeid rundt pasientforløp.

Alle opplever i stor grad å bli hørt, også de kommunene som har hatt stort forfall i arbeidsgruppene. Det kan se ut som om noen kommuner representerer hverandre, hvis en har forfall. Namsos som "stor" kommune i prosjektet er bevisst på å være åpen for de andre og ikke dominere de mindre kommunene. Også brukerrepresentantene opplever å bli hørt, men de kan oppleve det utfordrende å være medlem i grupper sammensatt av ledere og høyt kvalifiserte fagpersoner.

Prosjektet har vært svært krevende for kommunene å følge opp. Det gjelder tidsbruk og mulighet til å forberede seg mellom møtene. Det stilles spørsmål ved om en har vært for ambisiøs – om prosjektet er for stort. Det stilles også spørsmål om framdrifta har vært god nok, og det presiseres viktighet av god prosessledning på alle nivå (prosjektleder og ledere for underprosjekter). Det snakkes om prosjektet blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, men det er usikkert hvor forankret prosjektet er. Kommunepolitikere har hittil i liten grad vært "bestillere" til prosjektet. De tar informasjon om det som skjer til etterretning. Rådmann har vært en viktig "selger" av prosjektet, særlig i kommunene som står utenfor samkommunen og som har tatt aktive valg om deltakelse (Flatanger og Osen).

En rekke av suksessfaktorene for å lykkes med samhandling er til stede i samhandlingen i prosjektet: Oppfattelse av viktighet av samhandlingsprosjektet, tillit og verdsetting av andre, kommunikasjon og interaksjon, likeverdighet og involvering i beslutningstaking; opplevelse av å bli sett og hørt, møteplasser.

For videre utvikling av prosjektet bør det stilles noen spørsmål: Har en alle grunnleggende betingelser for vellykket samhandling på plass? Evner en f.eks. å endre fokus i samhandlingen, ut fra endringer i behov? Hvordan mestrer en ulikhet i størrelse og forskjellighet, og finnes det grenser for aksept av forskjellighet? Kan en utnytte forskjellighet mer bevisst og la det bli en styrke? (f.eks. Namsos som storkommune). Er det behov for bedre forankring av prosjektet – overfor hvem – hvordan. Har en god nok ledelse av prosjektene slik at en sikrer framdrift? Utnyttes IKT og digitale verktøy godt nok i samhandling og kompetanseutvikling?

På spørsmål om prosjektet har rett fokus, savner kommunene at folkehelseperspektivet kommer bedre fram, i tillegg til fokus på behandling. Det er forventninger til mer trykk på ehelse, og en håper på bestilling/prinsipiell tenkning fra politikerne (klart mandat) for hvordan en skal tenke oppbygging av lokalmedisinske tjenester og Ø-hjelpsfunksjon.

Det er bekymringer både fra ansatte og brukerrepresentanter om innbyggernes tillit til at de fremdeles får gode helsetjenester etter innføring av reformen. To forhold vil være viktige: 1)Informasjon og kommunikasjon om hvordan det tenkes og hva som skjer. 2)Utvikling av kvalitet på tjenestene slik at pasientene erfarer gode tjenester. Det kan stilles spørsmål om det er behov for egen informasjonsstrategi.

Det bør diskuteres om prosjektet skal sette mer fokus på pasientforløp, både utvikling av "pasientforløp", men også se hvordan det konkret fungerer for den enkelte pasient/bruker. Først da kan en si noe om samhandlingsreformen har ført til helhetlige tjenester for pasientene/brukerne i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune.

1. INNLEDNING

Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)) trådte i kraft 01.01.2012. Planlegging av reformen har pågått i kommuner og helseforetak parallelt med behandling i regjering og Storting. Reformen er fulgt opp med ny lov om folkehelsearbeid og ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester. Ny forskrift for fastlegeordningen er ute på høring. Kommunene skal få økt ansvar for folkehelsearbeid og helsetjenester for befolkningen før, i stedet for og etter sykehusbehandling. Økt ansvar for helsetjenester betinger at små kommuner samarbeider om gode løsninger til beste for pasientene.

1.1 Bakgrunn

Midtre Namdal samkommune (MNS: Namsos, Fosnes, Overhalla og Namdalseid), sammen med kommunene Flatanger og Osen, har siden høsten 2010 hatt et prosjekt for å planlegge og implementere reformen (Midtre Namdal samkommune, 2010) . Prosjektet har egen prosjektleder.

Formål med prosjektet:

- Utvikle en helhetlig modell for en bedre helsetjeneste for innbyggerne i Midtre Namdal, med fokus på framtidige utfordringer, samarbeid, kvalitetsheving og god samfunnsøkonomisk struktur
- Etablere samkommunale tjenester som skal øke det forebyggende arbeidet, bedre pasientforløp og sikre tidlig intervensjon
- Planlegge og implementere samhandlingsreformen i Midtre Namdal i nært samarbeid med helseforetaket og nabokommunene i Midtre Namdal
- Utvikle og drifte felles kvalitetssikrings- og internkontrollsystem
- Målrettet og samordnet kompetanseheving i regionen
- Dokumentere og formidle erfaringer og resultater fra arbeidet med samhandlingsreformen i Midtre Namdal samkommune

Prosjektet har 10 underprosjekter som kan grupperes i følgende kategorier:

- Grunnleggende betingelser for tenkning, kvalitet og samhandling; Friskliv, Kompetanseheving, Internkontroll og kvalitetsrelaterte ledelsessystemer, ehelse.
- Tjenester på enkeltprofesjonsnivå: Legetjeneste, kommunepsykolog for barn og unge (Kommunepsykolog er ikke kommet i gang)
- Tverrfaglige ambulerende team – forsterkning av kompetanse innen enkeltområder (demensteam, "Riktigere legemiddelbruk").
- Tjenester av betydning for samhandling spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste: Pasientkoordinator/pasientflyt, "Akutt plasser" i sykeheim. (Samkommunale ambulerende team kan også ha en slik funksjon).

Prosjektet har finansiering fra helsedirektoratet, og prosjektet skal følges gjennom følgeevaluering. Prosjektet er forankret i samkommunen gjennom en politisk oppnevnt og sammensatt komité for helse, barn og velferd, som styringsgruppe for prosjektet. Det er opprettet en prosjektgruppe for prosjektet, som skal ha ansvar for planarbeidet og iverksetting av tiltak. Sentralt i denne gruppa er

helse- og omsorgssjefene i alle seks kommuner. Både administrativ og faglig ledelse i Midtre Namdal samkommune er representert, i tillegg til at brukerrepresentanter og fagforeningsrepresentanter inngår i prosjektgruppa. Helse Nord-Trøndelag HF er representert både i hovedprosjektgruppa og i flere av underprosjektene. (Midtre Namdal samkommune, 2010)

1.2 Formål

Formålet med følgeevalueringen er å øke kunnskapen om resultater av interkommunalt samarbeid om planlegging og implementering av samhandlingsreformen gjennom å studere Midtre Namdal som case (Midtre Namdal – HiNT: 2011). Følgeevalueringen skal følge prosjektet fram til 2013.

Evalueringsformen tilstreber kunnskapsutvikling og læring underveis i prosjektet.

Den overordnede problemstillingen i følgeevalueringen er å belyse hvordan implementeringen av samhandlingsreformen skjer i Midtre Namdal og hvilke konsekvenser den får for organisering av felles helsetjenester. Spørsmålsstillinger og målområder som ønskes belyst:

- Hvilken grad og hvordan sentral policy formulert i samhandlingsreformen knyttet til pasientrettede tiltak før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse implementeres lokalt. Det skal spesielt ses på hvordan interkommunale tiltak brukes for å løse utfordringene i forhold til planlegging og etablering av lokalmedisinsk senter
- Hvordan utvikler samarbeidet mellom de 6 kommunene seg? Hva fremmer og hva hemmer arbeidet? Forskjeller mellom kommunene.
- Måloppnåelse beskrevet i prosjektbeskrivelsen, med tilhørende underprosjekter for samhandlingsprosjektet i Midtre Namdal. Spesielt vurdere målsettingene om
 - politisk involvering og forankring
 - bred deltakelse av helsepersonell
 - brukermedvirkning
 - samarbeid med andre kommuner og regioner utenfor Midtre Namdal og med samarbeidsinstanser som Helse Nord-Trøndelag og Namdal Rehabilitering
- Hvordan arbeider prosjektet med kvalitetsheving og kvalitetssikring og hvordan dokumenteres dette

Følgeprosjektet startet 1. august 2011, 10 mnd etter at hovedprosjektet startet. Ideelt sett starter følgeevaluering samtidig med at prosjektet som skal følges starter, slik at en får laget en "baseline" (utgangsdata) ved prosjektets start. Da vil en ha et utgangspunkt å "måle" endringer fra. Jeg har i første fase i følgeevalueringen laget en baseline, sett retrospektivt fra kommunenes side, ett år etter oppstart. I tillegg har jeg sett på erfaringer med første år av prosjektet. Viktige tema har vært: Vurderinger av hvordan status (sterke sider og utfordringer) var før prosjektet startet, tidligere samhandling og erfaring med den, erfaringer fra deltakelse i prosjektets første år, inkludert samhandling, og forventninger/gode råd til prosjektets fortsettelse.

Som utgangspunkt har det vært viktig å se på likheter og evt. forskjeller mellom kommunene i vurdering av styrker og utfordringer for å sikre framtidig godt tjenestetilbud, etter innføring av samhandlingsreformen. Dette fordi det antas å påvirke hvordan kommunene vurderer etablering av

fellestjenester og hvilken motivasjon de legger inn i samhandlingsprosjektet og hvordan samhandlingen vil utvikle seg. Både deres vurdering av konkrete tjenester og prosess har hatt fokus i første samtale.

De sentrale aktørene i denne fasen har vært: Hver enkelt kommune som deltar i prosjektet og brukerrepresentanter i prosjektet. I tillegg har jeg fulgt etablering av demensteam, som ett eksempel på implementering av et konkret interkommunalt tjenestetilbud.

1.3 Oppbygning av rapporten

I kapittel 2 beskrives hva følgeevalueringen i denne fasen har hatt fokus på og hvordan den er gjennomført. Samhandling er det sentrale begrepet i prosjektet og kapittel 3 tar for seg grunnleggende kunnskap for å begrunne prosjektet og for å kunne sette resultatene i et teoretisk perspektiv. Resultatene er presentert over tre kapitler. Kapittel 4 tar for seg resultater fra kommunene, kapittel 5 brukerrepresentantene og i kapittel 6 presenteres demensteamets erfaringer med de fire første månedene av sin funksjonstid. I kapittel 7 presenteres sentrale funn, og det stilles en del spørsmål for videre utvikling av prosjektet.

2. METODE OG GJENNOMFØRING

Jeg har innhentet data gjennom dokumentanalyse og fokusgrupper med kommunene og brukerrepresentantene i prosjektet. Ved samtale jeg hadde med kommunene ble det uttrykt store forventninger til pasientkoordinatorfunksjonen. Jeg valgte derfor å ta en samtale med pasientkoordinatoren, som startet sitt arbeid 01.09.2011, for å bli mer informert om status og erfaringer så langt (januar 2012). Jeg har hatt flere uformelle møter med prosjektleder og en formell samtale, for å få god bakgrunnsinformasjon om prosjektet og prosess, sett fra leders synspunkt. I tillegg har jeg deltatt på to møter i prosjektgruppa (august 2011 og januar 2012), og jeg har deltatt på tre seminarer i Nord-Trøndelag, relevant for innføring av samhandlingsreformen (september og november 2011, januar 2012).

2.1 Dokumentanalyser

Formålet med dokumentanalysen var å få kjennskap til eksisterende kunnskap knyttet til prosjektet. Det mest sentrale dokumentet har vært St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Som juridiske verktøy for å kunne gjennomføre denne reformen har vi fått ny lov om folkehelsearbeid og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (begge fra 01.01.2012). I tillegg har jeg sett på høringsutkastet til revidert fastlegeforskrift, som vil ha betydning for realisering av intensjonene i samhandlingsreformen. Tenkningen i alle disse dokumentene vil bli innarbeidet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), som også har vært på høring i 2011.

Rapport fra underprosjektene (august 2011) sier noe om ståsted på det tidspunktet jeg startet å følge prosjektet og har også gitt verdifull innsikt, sammen med referat fra møter i prosjektgruppa.

2.2 Fokusgrupper

I samtalen med kommunene og med brukerrepresentantene ønsket jeg å få fram flest mulig aspekter rundt en del sentrale tema, med fokus på gruppene, ikke på enkeltpersoners, synspunkt og erfaringer.

"Fokusgrupper kan forstås som en forskningsmetode, hvor data produseres via gruppeinteraksjon omkring et emne som forskeren har bestemt" (Morgan, 1997:2, referert i Halkier 2001). Dette stiller krav til den som leder fokusgruppene om ikke å bli for dominerende i samtalen, men sørge for å sette i gang samtalen og få mest mulig informasjon rundt hvert emne (fokus) før en skifter emne. Det anbefales å være to for å kunne lede samtalen og notere underveis (moderatorfunksjon).

Sammensetning av fokusgrupper må vurderes ut fra hvem man vurderer best kan gi svar på det en etterspør. Gruppen bør ikke være over 12 personer, da det er en fare for at interaksjonen splittes opp i undergrupper, og moderatorfunksjonen blir vanskelig (Halkier,2002). I dette prosjektet var det viktig å få informasjon fra personer som direkte hadde deltatt/hadde erfaringer fra prosjektet.

Jeg sendte på forhånd ut informasjon til gruppene om hvilke områder jeg ønsket som tema i samtalen (vedlegg 1 Informasjon til kommuner og vedlegg 2 Guide for fokusgruppe kommuner). Jeg hadde ikke med medhjelper i samtale, så jeg klarerte med gruppene å bruke opptaker for å sikre at jeg fikk med all informasjon.

Samtalene var tidsfestet til 1 1/2 time og ble avsluttet da. I noen tilfeller ble ikke alle emner like godt behandlet. Det gjaldt særlig kommunenes oppfatning av hva kvalitet i helsetjenestene er. I ett tilfelle måtte jeg ta kontakt i ettertid, for å få supplerende informasjon. Hovedinntrykket var at gruppene hadde forberedt seg godt på samtalen og tenkt gjennom de fokusområdene/spørsmålstillingene jeg hadde sendt ut på forhånd.

Det kan være en utfordring å få fokusgruppene til å fungere etter hensikten; at samtalen skal utvikle seg mellom deltakerne og ikke styres stramt etter spørsmål fra den som leder samtalen. Med øverste leder med i gruppa, kan de andre bli tilbakeholdne eller avventende med sitt syn, for å gi lederen en mulighet for å være talsperson for gruppa. Helse- sosialsjef i Namsos valgte ikke å delta i samtalen, nettopp for å sikre rom for de andres erfaringer.

I noen grupper gled dynamikken godt. De utfordret hverandre ved å gi uttrykk for ulike meninger, stille spørsmål til hverandre, ha oppklarende innlegg for sine synspunkter, og med nye spørsmål. De delte erfaringer.

Gruppene ga gode tilbakemeldinger på selve samtalen. Som det ble sagt i en av kommunene: "Jeg har informasjon om Samhandlingsreformen i bønner og spann, men det å sitte i en setting der vi kan reflektere over problemstillinger, har gitt meg en annen innsikt."

2.2.1 Kommuner

Kommunene fikk selv velge sammensetning av gruppen som skulle delta i samtalen, men jeg skisserte muligheten for å bruke et allerede etablert forum, og jeg ba om at de inviterte rådmann med. De fleste valgte å be meg inn i sitt ledermøte innenfor pleie-omsorgstjenesten. Kun Osen stilte med rådmann.

Den gruppen som skilte seg mest ut fra de andre kommunegruppene, var Fosnes, der jeg møtte "Omstillingsgruppa". Denne gruppa har sin opprinnelse fra en stor, økonomisk begrunnet, omstillingsprosess for ca 10 år siden, og de har valgt å opprettholde denne gruppa og som også har fått status som et viktig etablert forum i kommunen. I tillegg til lederne innenfor pleie- og omsorg deltar hovedtillitsvalgt fra sykepleierforbundet og fra Fagforbundet, fagsykepleier, verneombud og IA-kontakt (til sammen sju personer), med representasjon fra ulike funksjoner i helsetjenesten (sykepleiere, hjelpepleier, kokk). Gruppa blir sett på som viktig for informasjonsflyt fra bruker/pasientnivå til øverste ledernivå. Kun Overhalla stilte med brukerrepresentant i gruppa og hadde også tillitsvalgtrepresentant med. Størrelse av gruppene var fra tre (Osen) til sju (Fosnes) personer.

Samtalene ble gjennomført i perioden oktober 2011 til januar 2012. Det betyr at de fleste samtalene ble gjennomført like før innføring av reformen, i en hektisk periode med avtaleskriving og høringsperiode på flere lovverk og forskrift. Perioden var for kommunene preget av stor grad av usikkerhet, i og med at avtaleverk med spesialisthelsetjenesten ikke var ferdig. (Pasientgrupper, hvilket kompetansebehov, økonomiske konsekvenser).

Samtalene ble skrevet ut, gruppert etter fokusområdene. De ble ikke transkribert ord for ord, men etter intensjon om å presentere bredden i det som kom fram i samtalene. Referatet ble sendt kommunene for kvalitetssjekk; om det var noe som jeg hadde misoppfattet. (Respondentvalidering).

Alle kommunene godkjente sammendraget av samtalen. Disse sammendragene er ytterligere fortettet i en samlet oversikt over kommunenes svar innenfor de ulike fokusområder (jf vedlegg...)

2.2.2 Brukerrepresentanter

Jeg har hatt en samtale med brukerrepresentantene i prosjektet (oktober 2011). Jeg møtte fire av de åtte brukerrepresentantene som på samtaletidspunktet var knyttet til prosjektet Tre var utnevnt av FFO, en leder Rådet for demens (pasientorganisasjon). Representantene er/har vært deltakere i: Prosjektgruppa, frisklivstilbud (UP 10), Teknologi – IT (UP 9), Akutt plasser i sykehjem (UP 8) og Felles Legetjenester – felles sykeheimslegetjeneste (UP 1).

En av representantene hadde kun fulgt prosjektet i ca to mnd.

Som for kommunene ble intervjuet skrevet ut som et samlet svar fra gruppa, ut fra fokusområdene for samtalen (jf vedlegg 3 Informasjon til brukerepresentanter og vedlegg 4 Guide fokusgruppe brukerrepresentanter).

2.4 Følging av ambulerende team for demens

Det var et ønske fra prosjektgruppa at følgeforskningen skulle følge ett av de konkrete felleskommunale samarbeidsprosjektene som ble etablert i prosjektperioden. Demensteamet, som en av de første interkommunale samarbeidstjenestene, ble valgt. Teamet startet sin virksomhet 15.08.2011.

Jeg har fulgt teamet gjennom to samtaler høsten 2011 (oktober og desember). Fokus har vært deres beskrivelser av hvordan de har valgt å løse oppdraget og hvilke erfaringer de har hatt i oppstarten av teamet de første tre-fire månedene. Sentralt har vært å få fram hva som har vært viktig i etableringsfasen og hva de evt ser som viktige endringer for å lykkes videre.

Følgeevalueringen har i denne fasen ikke evaluert deres arbeid/hvordan teamet blir oppfattet av de som skal bruke tjenesten/samarbeidspartnere (pasienter, pårørende, helsetjeneste, andre). Dette blir fokus i evaluering våren 2012.

3. Samhandlingsreformen

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer har stått i fokus for gjennomføring av en samhandlingsreform (St.meld. nr. 47, 2009-2009). Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsperspektiv. Samhandling skal bidra til bedre kvalitet på tjenestetilbudet for pasientene, og ressursene skal brukes mer effektivt enn i dag.¹

Samhandlingsreformen innføres fra 01.01.2012, men med senere innføringsdato for enkelte tjenester, bl.a. Ø-hjelpsfunksjon (2016).

3.1 Sentral policy i Samhandlingsreformen

Reformen skal sikre

- en bærekraftig helsetjeneste
- et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud
- en helsetjeneste av god kvalitet
- og med høy pasientsikkerhet
- og tilpasset den enkelte bruker

Det skal legges økt vekt på

- helsefremmende og forebyggende tiltak
- på habilitering og rehabilitering
- på økt brukerinnflytelse
- på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus
- den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes
- spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles

Målet er å utvikle "den gylne sone" mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten gjennom samhandling, slik at pasientene opplever et sømløst behandlingsforløp og en koordinert helsetjeneste (Helsedirektoratet 2011). Intensjonen er at mer kan gjøres i primærhelsetjenesten ("før – i stedet for – etter").

Lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som begge trådte i kraft 01.01.2012, vil sammen med ny omsorgsplan (høringsutkast) være juridiske verktøy for å realisere målene i Samhandlingsreformen. Revidert forskrift om fastlegeordningen, som for tiden er ute på høring, har intensjon om å bidra i samme retning. Folkehelse skal ha mye større fokus og være et anliggende for alle virksomhetsområder i kommunen, ikke kun være helsevesenets ansvar. Dette betinger også samhandling mellom etater internt i kommunene, ikke bare mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

¹ "Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte." (St.meld. nr. 47 (2008-2009))

Det legges til rette for andre virkemidler: faglige (bla. økt vekt på nasjonale veiledere og beskrivelser, økt vekt på forskning), organisatoriske (bl.a. arenaer for dialog og samarbeid, forankret i forpliktende avtaler, standardiserte IKT-verktøy), økonomiske. De økonomiske virkemidlene skal understøtte målene om bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger og innebærer kommunalt betalingsansvar i forhold til definert utskrivningsklare pasienter og kommunalt ansvar for døgnbasert Ø-hjelpsfunksjon (fra 2016). Finansiering av dette legges inn i kommunenes rammetilskudd .

3.2 Hvordan lykkes med samhandling?

Definisjonen på samhandling i St.meld.nr 47 (jf forrige kapittel) vektlegger oppgavefordeling for å nå mål om kvalitet og effektivitet. Det finnes flere måter å forstå og beskrive samhandling på.

Kunnskapssenteret (2011: 11) har konkretisert samhandlingsbegrepet på følgende fire områder.

- *Funksjonell samhandling – koordinering av nøkkelfunksjoner som felles finansiering, informasjonssystem, strategisk planlegging, kvalitetsforbedring*
- *Organisatorisk samhandling – felles eierskap, kontrakter/avtaler, allianser*
- *Profesjonell samhandling – formelt samarbeid, for eksempel om veiledning/undervisning*
- *Klinisk samhandling – felles faglige aktiviteter på tvers, for eksempel for å koordinere tjenestene*

For å nå målene om kvalitet og effektivitet i samhandlingsreformen, vil fokus på alle disse fire områdene være relevant.

Etter å ha fulgt samhandlingsprosjektet i Midtre Namdal samkommune, Flatanger og Osen fram til innføring av samhandlingsreformen, vil jeg si at fokus først og fremst har ligget på de to første områdene, etter hvert også på det siste.

Samhandlingsprosesser i seg selv kan gi mulighet for gjensidig informasjon, erfaringsdeling og utvikling av ny kunnskap og praksis; muligheter for utvikling av kvalitet i tjenestetilbud.

I de siste årene er det derfor vokst fram en tro på samhandling som et positivt virkemiddel i flere samfunnssammenhenger, uttrykt som nettverkssamarbeid og partnerskap. Dette gjelder f.eks. innenfor og mellom næringsliv, utdanning og virkemiddelapparat. Forskning viser at positive effekter ikke nødvendigvis kommer av seg selv, men ulike "grep" kan gjøre samhandlingen mer effektiv, målt etter hvilke mål en har for samhandlingen, eks. Carlsson, Sletterød (2011).

I dette prosjektet skal samhandling mellom tjenestenivå sikre sammenhengende, helhetlige pasientforløp, og interkommunalt samarbeid skal sikre et kommunalt tjenestetilbud som den enkelte kommune ikke greier å tilby alene. På den måten ønsker en å sikre robuste og faglig forsvarlige helsetjenestetilbud. Samtidig er et mål at det skal skje kunnskapsutvikling i prosjektet.

Følgforskningen skal se på hvordan samarbeidet mellom de seks kommunene utvikler seg og hva som fremmer og hemmer samarbeidet. Som utgangspunkt for å kunne si noe om dette, har jeg sett på forskning som beskriver suksessfaktorer for å lykkes med samhandling over tid, på tvers av organisasjoner, sektorer eller nivå. Disse suksessfaktorene styrte meg i samtalen med kommunene under temaet "deres erfaringer med deltakelse og arbeid i første år avprosjektet".

Hva som sikrer gode samhandlingsprosesser og robuste innovasjonsprosesser har vært og er gjenstand for forskning de siste tiårene. På søk i vitenskapelige artikler, er det spesielt forskning fra

USA som er dominerende. Jeg har etter søk i databasene Medline, Cinahl, Science Direct, valgt ut fem artikler for å beskrive suksessfaktorer ved langvarige samhandlingsprosesser, på tvers av organisasjoner/kommuner, nivå. Selv om disse beskriver amerikanske/irske forhold, er temaet så generelt at jeg vurderer at resultatene kan overføres til en norsk samhandlingsvirkelighet (Casey 2008, Nelson m.fl 1999, Weiner m. fl. 2000, Zuckerman m.fl. 1991, Zukovski m.fl.2001). Fra norske forhold har jeg spesielt brukt Telemarksforsknings rapport "Hvordan lykkes med interkommunalt samarbeid" (Sanda 2001), på oppdrag fra KS. I de par siste årene er det også kommet rapporter som omhandler samhandlingsreformen og samhandling (Brataas og Furunes 2011, Skevik 2011).

Artiklene har noe ulike fokus, men jeg har gruppert suksessfaktorene i tre grupper. Noen av faktorene kunne ha fått plass under flere kategorier:

Grunnleggende betingelser for å lykkes med langvarig samhandling	Suksessfaktorer i selve samhandlingen	Organisering/ledelse av samhandlingsprosesser
<ul style="list-style-type: none"> • Felles forståelsesramme, felles mål • Oppfattelse av viktighet av samhandlingen-/prosjektet • Evne til å endre fokus i samhandlingen, ut fra endringer i behov • Mestre ulikhet i størrelse og forskjellighet • At det som skjer i samhandlingsprosjektet bringes "hjem" til egen organisasjon (forankring) • "Alliansene" må bli institusjonalisert (bli sett på som naturlig del av egen virksomhet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillit og verdsetting av de andre • Kommunikasjon og interaksjon innen samhandlingsgruppa • Medlemmene må være informert • Likeverdighet og involvering i beslutningstaking (opplevelse av å bli hørt og sett - makt) • Mestre konflikt 	<ul style="list-style-type: none"> • Lederolle og gjennomføringsansvar • Sikre felles fokus, synliggjøre sammenhenger • Synlig, meningsfull framdrift • Møteplasser – administrative, politiske – faglige • Velg samarbeidsprosjekter der gevinstmulighetene synes åpenbare

4. RESULTATER - KOMMUNER

Sentrale resultater presenteres for hver informantkilde - Kommunene, brukerrepresentantene, demensteamet - i de følgende tre kapitlene. For kommunene og brukerrepresentantene er samme struktur på samtalen fulgt (jf Guide for fokusgrupper, vedlegg 1 og 3). Presentasjonen følger denne strukturen. Data fra kommunene presenteres samlet, kommentert med eksempler fra enkeltkommuner. Oversikt over svar fra hver enkelt kommune kan leses i vedlegg 5.

4.1 Om kommunene

Midtre Namdal Samkommune (09.09.09) er en egen juridisk enhet opprettet etter Lov om forsøk i offentlig forvaltning og organiserer tjenester for kommunene Fosnes (683), Namsos (12.705), Namdalseid (1.714) og Overhalla (3.529). Flere tjenesteområder er lagt under samkommunen, men innenfor helse er det hittil kun kommuneoverlege (inkl legevakt) som er lagt felles. Samkommunen er tillagt planleggings- og implementeringsansvar for samhandlingsreformen (Midtre Namdal 2010).

Flatanger kommune (1.117) har valgt å stå utenfor samkommunen, men samarbeider med den om flere tjenester, det siste er at kommunen har sluttet seg til samarbeid om barnevernstjenester fra 01.01.2012. Flatanger og Osen kommune (1.041) valgte å gå sammen med Midtre Namdal samkommune i samarbeid om innføring av Samhandlingsreformen, gjennom deltakelse i dette prosjektet.

4.2 Veien inn i prosjektet

Kommunene i prosjektet har ulikt utgangspunkt for samarbeidet. Mens det for kommunene i samkommunen var en selvfølge å delta, tok Flatanger og Osen bevisste valg. I følge lederne innenfor helseområdet i Flatanger måtte politikerne overbevises gjennom argumentasjon, der hovedbudskapet fra lederne, via rådmann, var at gjennomføring av samhandlingsreformen kunne ikke Flatanger greie alene. Kommunestyret sa da ja til deltakelse.

Osen, som er en sørtrøndersk kommune, har prøvd samhandling både i Sør og Nord – Trøndelag. De har vært inne i "Fosensamarbeidet" (Sør-Trøndelag), bl.a. deltatt i pilot om DMS Fosen, men med tilknytning opp mot sykehusene i Orkdal og Trondheim, vurderes det som mer tungvint enn å samarbeide opp mot sykehuset Namsos 8 mil unna. Osen har vært inne i annet samarbeid knyttet til Namdalen, bla legevaktsamarbeid (LINA). For Osen er tilknytningen til sykehuset Namsos det avgjørende for valg av framtidig kommunesamarbeid. Deltakelse i prosjektet var et administrativt initiativ, med enstemmig politisk beslutning. I samtalen gir de uttrykk for at de er glade for at de ikke er alene som står utenfor samkommunen, ser det som positivt at Flatanger også er i samme båt. De er tydelige på at de nå ønsker å prioritere samarbeidet opp mot Midtre Namdal samkommune, for å utvikle relasjoner, som de betrakter som viktig for å kunne samarbeide godt.

4.3 Erfaringer med tidligere samarbeid

Her har jeg sett på tre typer samarbeid som vil ha betydning for gjennomføring av intensjonene i Samhandlingsreformen:

- Kommunens samarbeid opp mot spesialisthelsetjenesten
- Kommunenes samarbeid opp mot andre kommuner

- Samarbeid mellom etater innenfor kommunen (bl.a. av betydning for kommunenes arbeid med folkehelse, som er mer enn kun helsevesenets ansvar)

4.3.1 Samarbeid med Spesialisthelsetjenesten

Helse Nord-Trøndelag har i flere år hatt et samarbeidsutvalg som har vært en arena for samarbeid mellom kommunene (via KS) og sykehusene. Samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten har vært regulert i avtale ("basisavtalen"). Kommunene vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (konkretisert som sykehuset Namsos) som godt. Spesielt trekker Fosnes og Namdalseid fram mulighetene for hospitering, som de har benyttet seg av i tilknytning til at de har hatt pasienter som har krevd sykepleierkompetanse som kommunen har manglet.

I forhold til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, gir de fleste kommuner uttrykk for at de opplever at de ikke har mulighet for å si nei. De prøver å ta i mot så langt det lar seg gjøre, selv om det medfører at pasienter som trenger heldøgns pleie- og omsorg, i en overgangsfase eller mer permanent, kan få et midlertidig tilbud mange ville ha vurdert som lite tilfredsstillende når det gjelder fasiliteter. Flatanger, som har en svært desentralisert bosetting, påpeker dette som en utfordring. Kapasiteten på sykehjemsplasser er sprengt, og mange som kommer fra sykehuset synes det blir for utrygt å flytte direkte hjem, med det begrensede antall besøk helse-omsorgstjenesten kan tilby pr. døgn. Å få et tilbud om et opphold på sykeheimen, selv om det skulle være på rom som i utgangspunktet ikke er beregnet som pasientrom, oppfattes av pasientene som mer tilfredsstillende enn å reise direkte hjem.

4.3.2 Samarbeid med andre kommuner/andre

Alle kommunene beskriver et utstrakt samarbeid over år med andre kommuner, mer eller mindre formalisert. Samkommunekommunene har felles kommuneoverlege og folkehelsekoordinator, har hatt felles barnevern og felles IKT-samarbeid (pasientjournalverktøyet Profil) fra 2004, og de samarbeider om legevakt som også Flatanger og Osen er en del av. Flatanger har også deltatt i Profil-samarbeidet og uttrykker stor tilfredshet med å være en del av Barnevernstjenesten i Midtre Namdal fra 01.01.2012.

Fagpersonell og ledere innen helsetjenesten deltar i ulike faglige nettverk med andre lokalt (region Midtre Namdal) og i Nord-Trøndelag.

Flatanger beskriver også samarbeid gjennom kjøp av tjenester fra Namsos, tjenester de uttrykker stor tilfredshet med. Det gjelder avlastning barn/unge ved avlastningsenheten i Namsos kommune, og kjøp av tjeneste om beregning av vederlag for langtidsopphold i sykehjem. Flere kommuner kjøper den siste tjenesten. Flatanger samarbeider også med Namdalseid om legesamarbeid på dagtid.

Kommunene har også en samarbeidspartner i Namdal Rehabilitering, og de har et felles etterutdanningsnettverk (EiNA), sammen med sykehuset Namsos, Namdal rehabilitering og HiNT.

4.3.3 Samarbeid mellom etater internt i kommunen

De minste kommunene (Fosnes, Flatanger, Osen og Namdalseid) beskriver et nært samarbeid mellom ulike etater innen kommunen og flere trekker dette fram som sin største styrke i forhold til å

sikre framtidige gode helsetjenestetilbud. Som Osen beskriver det: "Det er kort vei mellom alle sektorer og samarbeidet er satt i system med faste, strukturerte møter. Det er også god tilgjengelighet på personer utenom møtene. Ingen saker sendes mellom systemene, saken er i systemet."

4.4 Styrker for å kunne tilby framtidige gode helsetjenester

4.4.1 Hva oppfattes som gode tjenester?

Hva som oppfattes som gode helsetjenester ligger bak kommunenes svar om styrker og utfordringer for å kunne tilby framtidige gode tjenester. Dette vil også ligge bak når kommunene vurderer hvordan de skal forholde seg til utvikling av kompetanse og til oppbygging av felleskommunale tjenester.

Osen beskriver det slik: "At pasienten er trygg på at hun/han får en faglig forsvarlig helsetjeneste, at fagpersoner er kompetente i forhold til de oppgavene som skal gjøres, at tjenesten er forutsigbar og at forebyggingsaspektet innarbeides i tjenestetilbudene". Fosnes beskriver det slik: "En tjeneste som er faglig forsvarlig, bygd på respekt og medbestemmelse. Forutsatt at brukerne en er trygge på at de får den helsetjeneste de har behov for, er den beste tjenesten nært brukeren, i et kjent miljø, der en slipper å reise for å få tilbudet."

Kvalitet knyttes tett opp mot brukernes perspektiv; deres trygghet om faglig forsvarlig tjeneste – og en tjeneste de har behov for, - basert på respekt, nærhet og forebygging.

I samtalen om kvalitet er flere kommuner opptatt av at de ikke er kommet langt med systematisk kvalitetsarbeid. Her sier alle kommunene "Look to Overhalla". Kommunene er opptatt av å jobbe mer systematisk med dette framover og har hatt forhåpninger til at underprosjektet "Internkontroll og kvalitetsrelaterte ledelsessystemer" skal gi dem en overordnet struktur/rammeverk for arbeidet med sitt kvalitetssystem. I mellomtiden har kommunene hatt stor nytte av å få ta del i Overhallas erfaringer med sitt arbeid med kvalitetsstandarder for pleie- og omsorgstjenestene, ut fra Kvalitetsforskriften (2003), og Overhallas system for avvikshåndtering. Til en viss grad "speiler" andre kommuner sitt eget kvalitetsarbeid opp mot det Overhalla har gjort. Flatanger sier bl.a. at de nå greier å se verdien av det arbeidet de selv har gjort, og at de klarere ser hva de kan arbeide videre med.

4.4.2 Kommunenes beskrivelse av sine styrker

"Oversikt, nærhet, korte avstander (også i beslutningssystemene), god informasjonsflyt, fleksibilitet, evne til å snu oss" er betegnelser for de små kommunenes største styrker. De framhever sin evne og vilje til samhandling. Som Fosnes sier det: "Vi er gode på samarbeid og ser nødvendigheten av samarbeid for å sikre godt tjenestetilbud til innbyggerne. Vi har fleksible og dyktige medarbeidere med positive holdninger til nye oppgaver, eierforhold til arbeidet, evne til selvstendighet og samhandling og evne til å differensiere tilbud ut fra enkeltbehov." Samarbeid har vært en naturlig del av det å tilby gode tjenester, ut fra at de har sett behovet for det.

De fleste kommunene beskriver en holdning og kultur blant medarbeiderne preget av fleksibilitet og utviklingsorientering. "Vi har engasjerte medarbeidere, budd på å ta utfordringer, for de ser at utvikling kan bidra til bedre tjenester" (Overhalla).

Muligheter for samhandling kan også være betinget av hvordan en har organisert de kommunale tjenestene. Alle snakker om én tjeneste innen pleie- og omsorg, og de mener de har en effektiv organisasjon. Namdalseid framhever deres mulighet for samhandling med andre yrkesgrupper/tjenester (alle helsetjenester samlet i samme bygg), og de mener det er en fordel med kommunalt ansatt lege i forhold til å kunne ivareta intensjonene i samhandlingsreformen. Osen har organisert skole, helse og barnevern i samme tjenesteområde og ser det som positivt for å kunne vurdere et helhetlig tjenestetilbud til befolkningen, også mht folkehelsearbeid.

Namsos, som vesentlig større kommune, trekker ikke fram begreper som oversikt og nærhet når de skal beskrive sine styrker, men de gir også uttrykk for at det ikke er for store forhold, og at det er lett å ta kontakt og etablere tverrfaglige samhandlingsarenaer. De vektlegger sin størrelse ("stor"), nærhet til sykehuset og Namsos som kommunikasjonscenter som styrke for å rekruttere og beholde personell. De beskriver et stort, tverrfaglig miljø med kompetente ansatte, god, stabil fastlegeordning og nærhet til HiNT som gir tilgang til øvelsesavdeling/simuleringscenter og muligheter for rekruttering av personell. Det ser ut til at Namsos i større grad enn de minste kommunene har formalisert/ organisert samhandling gjennom å etablere ulike tverrfaglige team: Rusteam, Innsatsteam (forebygging). De beskriver også et systematisk arbeid opp mot NAV, med ukentlige møter. De har i mange år hatt "1 dør inn" for brukerne, gjennom eget Brukerkontor og som har god forvaltningskompetanse.

Mens de små kommunene framhever egenskaper ved sine medarbeidere som sine styrker, framhever Namsos bred faglig og tverrfaglig kompetanse. Mens Namsos har kompetanse innenfor et bredt spekter, har de minste kommunene måttet satse på oppbygging av spesiell kompetanse på enkeltområder (f.eks. Aldersdemens og kreft). Alle kommunene beskriver en nåsituasjon der de har god tilgang på sykepleiere og vernepleiere (alle stillinger blir besatt), men de ser at det kan være vanskelig å få deltidsstillinger besatt. Også Namsos har merket en betydelig nedgang i antall søkere på stillinger.

4.5 Utfordringer for å kunne tilby framtidige gode helsetjenester

Svarene fordelte seg i følgende tema:

4.5.1 Endring i tenkning, fra reparering til forebygging.

Flere av kommunene uttrykker bekymring for hvordan de skal kunne snu dette, særlig ut fra at organisering og økonomiske virkemidler i helsetjenesten i stor grad har vært knyttet til behandling, noe som igjen påvirker hvordan vi tenker og prioriterer innsats. Spesielt Osen ga uttrykk for at det i større grad burde knyttes økonomiske virkemidler opp mot forebygging for å kunne snu tenkningen.

4.5.2 Sikre kompetanse i forhold til å kunne tilby et framtidig godt tjenestetilbud

Alle kommuner er opptatt av dette, og de uttrykker usikkerhet i forhold til flere aspekter: Hvilke nye pasientgrupper kommer/på hvilke områder må vi bygge opp ny kompetanse/øke kapasitet? Hvordan

skal vi rekruttere og beholde personell? På hvilke områder bør vi samhandle med andre om tjenestetilbud? På hvilke områder bør kommunen selv ha kompetanse? (Sentralisering-desentralisering av tjenester).

Selv om alle kommunene har besatt sine sykepleier – vernepleier – hjelpepleierstillinger pr. nå, uttrykker de skepsis til hvordan det blir framover. Hjelpepleiere/fagarbeidere utdannes det få av, og ved nyrekruttering kan det bli vanskelig å få søkere. Det har hittil ikke vært det vanlige at alle får tilbud om hel stilling i helsetjenesten, deltidsstillinger har måttet til for å få turnuser til å gå opp. Deltidsstillinger er lite attraktive, og Overhalla forteller f.eks. at sykepleiere heller takker ja til butikkjobb i Namsos enn en deltidsstilling innen helsetjenesten. Overhalla har sett behovet for tiltak og har bl.a. ordning med stipend for sykepleierstudenter, ved at de jobber i en viss stillingsprosent/ferier under studiet. På den måten håper de at dette også kan føre til at studentene velger en jobb i Overhalla når de er ferdig utdannet.

Osen trekker fram utfordringer med sårbarhet ved at enkeltpersoner i kommunen ivaretar oppgaver alene.

Ved større fokus på forebygging og folkehelse kan en forvente større press på andre grupper helsepersonell, og en kan forvente kapasitetsproblem på noen tjenester. Fysioterapi/ergoterapitjenesten i Namsos merker dette allerede: Aldri har de behandlet så mange, aldri har de hatt så mange på venteliste.

Kommunene er usikre på hvilken "strategi" de bør velge for å møte framtida. "På hvilke områder må vi utvikle ny kompetanse, på hvilke områder ser vi at felleskommunale tjenester gir beste tilbud?" I den perioden jeg besøkte kommunene foregikk det samtidig arbeid med avtaler opp mot spesialisthelsetjenesten. Kommunene hadde forventninger til at disse avtalene skulle avklare mer om hvilke oppgave/pasientgrupper kommunene skulle overta. Ett av underprosjektene har også kompetanseheving som tema, der det er utarbeidet en felles overordnet strategi for kompetansebehov, men som ikke var ferdig på det tidspunktet jeg besøkte kommunene.

Alle kommunene ser behovet for felleskommunale tjenester på mer spesialiserte områder, både ut fra kvalitetshensyn, men også ut fra å utnytte ressursene effektivt. De minste kommunene har likevel noen reservasjoner mot oppbygging av felleskommunale tjenester. Bekymringen går både på kommunens rekruttering av nytt personell, men også på å beholde personell. De ser for seg at det kan oppfattes som mer attraktivt å jobbe i de mer spesialiserte tjenestene, og de ser for seg at de felleskommunale tjenestene blir "lokalisert" et annet sted enn egen kommune. Det kan bidra til at ansatte i egen kommune søker seg til disse fellestjenestene og at kommunen mister verdifull kompetanse av betydning for å gi et godt helsetjenestetilbud i kommunen. Fosnes og Osen gir spesielt uttrykk for dette. Osen mener det er viktig at den kommunale helsetjenesten har noen "spesialiserte" tjenester for å være attraktive blant helsepersonell. I oppbygging av felleskommunale tjenester mener de det er viktig å ta hensyn til hvilken spesialisert kompetanse som finnes i kommunene, for å se om en kan utnytte den best mulig. Et sentralt spørsmål blir: Hvilken grunnleggende kompetanse må alle kommuner ha (Minimumstilbud), og hvordan bygge opp samarbeid om mer spesialiserte tjenester?

Det prøves nå ut team rundt enkelte tjenester (f.eks. demensteam). Kommunene uttrykker noe forskjellig hvordan de ønsker disse bør fungere i forhold til egen kommune. Overhalla er tydelig på at teamene må overta oppgaver fra kommunen, ikke bygge opp parallelle lokale tjenester. De ønsker utøvere, ikke konsulenter. Fosnes har tro på team for å gi støtte og kompetanse på det en ikke har selv, men at teamene også må ha som mål å utvikle lokal kompetanse. Namsos gir uttrykk for at team kan være greit for å få satt i gang samarbeid, men at teamene på sikt bør gjøre seg overflødige.

4.5.3 Kunne tilby et godt tjenestetilbud overfor utvalgte pasientgrupper

Når kommunene beskrev utfordringer i framtidig tjenestetilbud til enkelte grupper, ble følgende nevnt: Personer med store omsorgs/ressursbehov, konkretisert som psykisk syke, frontallappskadde, personer med demens, funksjonshemmede, utagerende pasienter. I stor grad er utfordringene konkretisert til psykiatri (Fosnes, Flatanger, Overhalla, Namdalseid). Dette blir sett på som store utfordringer for kommunen, særlig fordi pasientene er sjeldne/få innenfor den enkelte kommune, og det er krevende å gi et faglig godt, individuelt tilpasset tilbud. I tillegg til utfordring på helsefaglig kompetanse blir andre faktorer nevnt; økonomi, juridisk kompetanse for å ivareta pasientens rettigheter og sanksjoner fra et lokalsamfunn.

Namdalseid er opptatt av hvordan de skal kunne møte kompetanseutfordringer knyttet til akutt og kritisk syke, infeksjoner og KOLS. Namsos trekker fram hvordan de skal kunne møte komplekse pasientgrupper med god kompetanse; yngre brukere, komplekse slagtilfeller, lindrende behandling.

4.5.4 Usikkerhet i forhold til økonomi

I den perioden jeg snakket med kommunene var usikkerhet et stikkord for mye når det gjaldt innføring av samhandlingsreformen. Spesielt var kommunene usikre på de økonomiske konsekvensene av endret rolle- og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kommunene føler at de heller ikke har mulighet til kontroll på dette. Selv om kommunene visste at de historisk sett hadde hatt få/ingen utskrivningsklare pasienter liggende i sykehus, var de usikre på hvordan framtidig praksis ble etter innføring av reformen, særlig om økonomi kom til å bli en driver ved definisjon av utskrivningsklare pasienter. Flere er redde for det, ut fra at det er spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmyndighet (behandlerne/lege). Kommunene er spente på hvordan kommunenes økte ansvar for videre behandling kom til å bli håndhevet.

Også i forhold til kostnader ved utvikling av ny kompetanse og kommunale/samkommunale tilbud uttrykte kommunene stor usikkerhet. Mens Namsos er tydelig på at de ønsker felleskommunale tilbud, uttrykker små kommuner, med liten, sårbar økonomi, forbehold om samkommunale tjenester før en har oversikt over hva det vil koste kommunen. Særlig ble det uttrykt skepsis i forhold til å ha råd til de forslagene om framtidig legetjeneste som er kommet fram i UP 1.

4.5.5 Befolkningens tillit til at de fremdeles får de helsetjenester de har behov for

Dette var et tema mange var opptatt av. Kommunene ser utfordringen i å gi nye pasientgrupper tillit til at de får god behandling/helsetjeneste i kommunen, særlig yngre pasientgrupper som tidligere først og fremst har fått behandling i sykehus.

Bekymringen er stor, og de mener det har vært lite informasjon til befolkningen. Ledere innen den kommunale helsetjenesten har følt ansvaret for informasjon, men har ikke visst hvordan en skulle angripe det. Dilemmaet har vært å gi informasjon, uten at man helt har visst hvordan det kommer til å bli. I samtalen med Overhalla var brukerrepresentanten svært opptatt av informasjon og kom med konkrete forslag til hvordan kommunen kunne ha informert sine innbyggere.

De fleste kommunene sier at tilliten må utvikles gjennom å vise at innbyggerne får erfare at de fremdeles får et godt tjenestetilbud, gjennom god samhandling mellom sykehus og kommune om gode pasientforløp. Derfor blir det så viktig å lykkes: At pasientene/brukerne opplever en god helsetjeneste, faglig forsvarlig og preget av kontinuitet/helhet.

4.6 Erfaringer med første år av prosjektet

4.6.1 "Vi hadde ikke vært der vi er i dag uten å ha vært med i prosjektet"

Uten unntak gir alle uttrykk for stor tilfredshet med å være en del av prosjektet. Ord som brukes for å beskrive dette: "Stor nytte, spennende, givende å få være med og utforme framtida, hvor hadde vi vært hvis vi ikke hadde vært med?" "Deltakelse i prosjektet har vært alfa og omega for å kunne møte utfordringene." Det er en gjennomgående positiv holdning til prosjektet, og det uttrykkes stolthet over hva en har fått til gjennom det første året.

4.6.2 "Å få være en del av et fellesskap må ikke undervurderes"

Sett i lys av de siste årenes fokus på samhandlingens betydning for kvalitet, er det ikke vanskelig å forstå at det oppleves positivt å delta i samhandlingssammenhenger. Da "er en med". På samme måte er det lett å forstå at det kan oppleves vanskelig ikke å høre til i en samhandlingssetting, som en kunne ønske en var en del av.

Helselederne i Flatanger har kjent på dette, i og med at Flatanger ikke er en del av samkommunen. Selv om de deltar i faglige fora sammen med helsepersonell i regionen, har de likevel kjent seg "utenfor" når de har møtt helsepersonell fra kommunene i samkommunen og hørt at de har snakket om felles prosjekter og "hva tenker du om det"... Betydningen av å delta i dette prosjektet verdsettes derfor ekstra mye, og de er reflektert over betydningen av å delta i faglige fellesskap. Som flere andre av kommunene trekker de fram betydningen av erfaringsdeling for å kunne speile seg i forhold til de andre: Videreutvikle det en er god på og bli klar over hva en er mindre god på. Det er lettere å løfte seg sammen med flere, og også bli korrigert, og det blir sett på som en kjempegevinst å ha felles samarbeidsarenaer.

4.6.3 "Prosjektdeltakelsen trigger til å tenke mer strategisk og framtidsrettet"

Kommunene gir uttrykk for at prosjektet har hjulpet dem til å tenke "ut av hverdagen i dag"; både mer framtidsrettet, men også sette fokus på viktige forhold for å utvikle tjenestene. Som Namsos uttrykker det: "Prosjektet gjør at vi må bevisstgjøre oss i forhold til om vi har gode tjenester. Vi får mulighet til nytenkning og kan tenke utvikling sammen. Jo mer vi er sammen, jo mer forståelse får vi for hverandre og vi får også styrket samkommunen."

4.6.4 "Det viktigste som har skjedd det første året av prosjektet er..."

På direkte spørsmål om hva som har vært det viktigste som har skjedd i løpet av prosjektperioden løftes følgende fram:

- Å få være del av et fellesskap for erfaringsdeling og nytenkning
- Utvidet kunnskap om helsetjenester i andre kommuner og ikke minst blitt bedre kjent med helseforetaket, viktig for å kunne samhandle
- At vi begynner å få konkrete resultater/tjenestetilbud: Ambulerende team "Riktigere legemiddelbruk" og Demensteam. Pasientkoordinator.
- Betydningen av andre kommuners bidrag i å utvikle prosjektet "Akutt plasser i sykehjem"; kriterier, bemanning... (Overhalla)

Kontakten de har hatt med helseforetaket framheves. Å ha felles arenaer der ansatte ved sykehuset deltar i diskusjon rundt konkrete tjenester, har gitt kommunene og sykehuset mulighet til dialog rundt tenkning og praksis. Kommunene opplever det som positivt å møte ansatte ved sykehuset som er åpne for å høre kommunenes betraktninger og som ser behov for endring, sett fra sykehusets side.

4.6.5 "Vi blir hørt "

I forhold til å lykkes med samhandlingsprosesser laget jeg i kap 3.2 en oversikt over suksessfaktorer. Likeverdighet og involvering i beslutningstaking (opplevelse av å bli hørt og sett – ha makt) var en av suksessfaktorene for å lykkes i selve samhandlingen.

Alle kommunene gir uttrykk for stor grad av medvirkning, og de har en opplevelse av likeverd og av at de har kunnet bidra inn i prosjektet ("fått vist seg fram"). Små kommuner mener de spesielt har kunnet bidra med erfaringer i samhandling, både fordi de har vært vant til å samhandle på tvers av etater internt i kommunen, men også fordi de tidligere har vært avhengig av samhandling med andre for å kunne tilby gode tjenester for innbyggerne. Slik sett opplever noen kommuner at de er godt forberedt til å møte samhandlingsreformen, i forhold til å skulle tenke samhandling. Dette gjelder f.eks. Fosnes, men som de selv sier: De opplever et misforhold mellom det de selv mener de står for og hvordan de andre ser på kommunen i forhold til å takle samhandlingsreformen. Namsos sier de er bevisste på at de er en "stor" kommune i denne sammenhengen og at de ikke skal dominere med sine meninger (åpenhet for de andre).

Selv om alle opplever å bli hørt, stilles det fra Overhalla spørsmål om hvordan noen av kommunene opplever å bli hørt. Arbeidsgruppemøter (underprosjektene) og møter i prosjektgruppa har vært preget av til dels stort forfall. Som ett eksempel viser en gjennomgang av oppmøte i prosjektgruppa fra oppstart og til desember (13 møter) at Namdalseid har meldt forfall til 8 møter, Osen og Flatanger 6, mens Namsos kun 1 (jf vedlegg 6 Oversikt over møtedatoer og forfall). Prosjektet har krevd stor arbeidsinnsats. En kan tenke at størrelse (kapasitet/antall å dele oppgaver på) og reiseavstand (Flatanger og Osen har over en times reise én vei for å komme til møter i Namsos) har betydning for fysisk tilstedeværelse i møtene.

I samtalen med Flatanger spurte jeg dem om hvordan de kunne medvirke når de ikke var til stede i møter. Helse- og sosialsjef kunne da fortelle at når hun ikke kunne møte i prosjektgruppa, tok hun en telefon til helse- og sosialsjef i Fosnes, for å diskutere tema som skulle opp på møtet. Etter å ha utvekslet synspunkter, kunne hun be den andre om å legge fram synspunkter for dem begge, gjerne ut fra "småkommuneperspektiv". På den måten opplevde hun at hennes stemme ble hørt, via andre. Gjennom gode referater fra møtene mente hun at hun hadde gode muligheter for å holde seg informert – for i neste møte å kunne være godt påkoplet det som skulle diskuteres i prosjektgruppa.

4.6.6 "MEN – det har vært krevende..."

Når jeg ba kommunene om å beskrive prosjektets første år kommer det først og fremst mange positive beskrivelser, som etterfølges av et MEN.

Noen uttalelser og spørsmål: "Vi har brukt mye tid som ikke er satt av. Det oppleves til tider så tungt at det nesten tar knekken på oss." "Har vi gapt over for mye – har vi hatt gode nok prosesser?" "Greier vi å forberede oss godt nok til møtene? Får vi nok synlig framdrift?" "Greier vi å opprettholde glød og engasjement?"

Tid

Helselederne sier de ikke har vært forutseende nok til å se hvor mye tid prosjektet ville kreve av enkelte personer. Noen enkeltpersoner har deltatt i opptil fire grupper, og i en første fase der alle underprosjektene skulle realiseres samtidig, kunne det bli krevende å følge opp, når dette arbeidet kom på toppen av de arbeidsoppgavene en ellers skulle fylle. Mange beskriver dårlig samvittighet, særlig for manglende arbeid mellom møtene. "Trøsten" har vært at de etter hvert har skjont at dette gjelder alle. Likevel stiller de spørsmål ved om de har gapt over for mye, i forhold til om de har fått effektive nok prosesser. Er prosjektet for stort, har en hatt for mange grupper og er det for ambisiøst (her nevnes UP 1 som eksempel)?

Svarene må sees i sammenheng med at høst 2011 var en arbeidskrevende periode med avtaleskriving med spesialisthelsetjenesten og med flere lover og forskrift på høring.

Framdrift

Flere kommuner vektlegger betydningen av å ha prosessledere som har og tar ansvar for framdrift i prosjektene. Faglig kompetanse innenfor prosjektområdene er viktig, men prosessledelse må ikke undervurderes. Utdanning eller erfaring i prosjektledelse er nyttig for de som skal lede prosjektene, men ikke minst bør de som er prosjektledere ha avsatt tid til arbeidet. Flere trekker også fram at klarere mandat i noen tilfeller kunne ha vært til hjelp for framdrift i samhandlingsprosjekter.

Informasjon

Det uttrykkes stort behov for lett tilgjengelig informasjon (skriftlig). Det gjelder informasjon til innbyggerne om hva som skjer i regionen rundt innføring av Samhandlingsreformen, men også til ansatte i kommunehelsetjenesten (også de som deltar i prosjektet gjennom arbeidsgruppe/r), administrasjon og politikere om hva som skjer i dette prosjektet. "Når vi vet hvor mye som blir gjort og hvor forberedt vi holder på å bli, er det synd at så lite er lett tilgjengelig" (Namdalseid). I prosjektet er det laget en felles struktur for informasjonsutveksling for hovedprosjektet og alle

underprosjekter på samkommunens intranettsider Share Point. Det hevdes at Share-Point blir lite brukt i en del grupper.

Involvering

Helselederne gir uttrykk for at det blir pratet om prosjektet rundt på avdelingene, men de er usikre på i hvor stor grad ansatte føler seg involvert i det som skjer. I den perioden jeg besøkte kommunene var lite avklart, og også lederne hadde en noe avventende holdning til hva som skulle skje (avventet avtaler med helseforetaket for mer konkretisering av ansvars- og rollefordeling).

Politikerne setter ikke dagsorden. Prosjektleder har fulgt opp kommunestyrene med informasjon om prosjektet (nye fra høsten 2011), men opplever ikke stor aktivitet fra politikerne. Noen kommuner gir uttrykk for at rådmannen er nøkkelperson for å "selge" budskapet om Samhandlingsreform og prosjektet inn til politikerne. Jeg har i denne fasen ikke sett spesielt på hvordan styringsgruppa for prosjektet involverer seg (ordførere med) og kommer med bestillinger til prosjektet, men Namsos gir uttrykk for at det innenfor noen områder burde komme klarere mandat fra politikerne for hvordan det skal tenkes (lokalmedisinske tjenester – forsterket sykehjem).

4.7 Forventninger til prosjektet videre

Forventningene til prosjektet videre er stort sett et resultat av forhold som er omtalt tidligere. De presenteres derfor i stikkordsform.

- Viktig å avslutte noe før en starter nye prosjekter ("ta ned ballene"), ikke miste oversikt, men forsterke opplevelse av å ha fått til noe. Må ikke jobbe lenge før en ser resultat
- Få på plass kommunikasjonslinjer – pasientforløp
- God evaluering av igangsatte tiltak for å ha vurderingsgrunnlag for hva som bør videreføres. Betingelser tydelighet i forventninger, hva en vil prøve ut. Resultater veid opp mot ressursbruk/økonomi
- Være åpen for forskjellighet i behov, differensiere tilbud ut fra lokale behov (kommuneovergripende tjenester)
- Utnytte fagpersonell i kommunene når det etableres kommuneovergripende team. (Kunnskaps- kompetansepool) . System for samhandling mellom teamene og fagpersonell i kommunen
- Bredere fokus på folkehelse. Skille friskliv fra behandlingstjeneste, også i budsjetter
- Vurdere behov for omprioriteringer i prosjektet (tid/ressurser, mandat, sammensetning av grupper), ut fra erfaringer og fase i prosjektene
- Egen informasjonsstrategi. Bør det være egen kommunikasjonsgruppe – kommunikasjonsrådgiver?
- Løfte IKT mer enn hittil. Pasientinformasjonsflyt, helsenett, effektive kommunikasjonsløsninger (også for å kunne samhandle effektivt)
- Klart mandat fra politikerne rundt arbeid med lokalmedisinske tjenester/forsterket sykehjem
- Prosjektleder som er "aksjonsrettet" og som pådriver i prosjektene, ikke bli spist opp av andre oppgaver
- Sette av /synliggjøre tid til samhandling

- Gode samarbeidspartnere; legetjeneste og helseforetaket nevnes spesielt
- Diskutere/avklare ledelse av helse Midtre Namdal samkommune framover
- Ønsker
 - Se på samhandling rundt ressurskrevende brukere, psykiatri
 - Vurdere samarbeid om utstyr (utstyrspool)

5. BRUKERREPRESENTANTER

5.1 Vurdering av dagens helsetjeneste

Når brukerrepresentantene skal si noe om hva de oppfatter å fungere godt i dagens helsetjeneste, svarer de fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. "Har en først kommet inn i systemet, så fungerer det bra."

Det som beskrives å fungere mindre bra er **for lite samordning/informasjonsflyt** mellom tjenestenivåene og også internt mellom avdelinger innenfor samme tjenestenivå. Bruker/pasient må fortelle sin "historie" om igjen og om igjen. De gir uttrykk for at det kan være belastende hele tiden å passe på at viktig informasjon tilflyter helsepersonell, og at de handler etter det. Ett eksempel er informasjon om og helsepersonells overholdelse av kost/diett i forhold til matallergi.

Forebyggende helsearbeid (friskliv) er satt for lite i system. Det finnes en del tilbud, men det blir for lite forutsigbarhet i tilbudene. Brukerrepresentantene er opptatt av at dette må være et lavterskeltilbud og stiller spørsmål om hvordan få dette til. De peker på mulighetene for å satse på frivillighetsentraler der en setter frivilligheten inn i et system, med konkrete avtaler, men der en har et skille mellom helsevesen og frivillighet.

Manglende utredning av demente. Brukerrepresentanten fra Rådet for demens forteller at bare halvparten av de som har fått diagnose blir utredet. Det er manglende tverrfaglig organisering og manglende kompetanse om tidlige symptomer blant fastlegene, manglende kompetanse for oppfølging og manglende tro på at det nytter å sette inn tiltak.

5.2 Samhandlingsreformen

I forhold til intensjonene i Samhandlingsreformen, trekker brukerrepresentantene fram som spesielt positivt: Bedre samordning/informasjonsflyt, bedre pasientforløp, flere tjenester nært der du bor og bedre behandling i sykehjemmene.

5.2.1 Suksesskriterier for å lykkes

Brukerrepresentantene trekker fram fire forhold de mener er avgjørende for om en lykkes med reformen:

- At det bygges opp kompetanse i kommunene, f.eks. for å ivareta en del polikliniske undersøkelser
- Legetjeneste som fyller endret ansvar
- At befolkningen har tillit til at de får like gode eller bedre helsetjenester enn før. Stiller spørsmål om sykeheimene bør skifte navn
- At reformen også gjelder personer med psykiske lidelser, ikke bare somatiske pasienter

5.2.2 Bekymringer

Brukerrepresentantene trekker fram flere bekymringer i forhold til innføring av Samhandlingsreformen:

- Vil jeg som bruker/pasient få den hjelpen jeg trenger?
- Setter man i gang reformen uten at man bygger opp nødvendig kompetanse og har utstyr og lokalteter for å fylle de nye helsetjenestene?
- Vet man hvilken kompetanse som trengs?
- Hvordan påvirker økonomi kommunene? Hvordan skal kommunene bygge opp ny kompetanse og tjenestetilbud når de samtidig må betale for sykehusbehandling (i en oppbyggingsfase)? Hvem blir i så fall "holdt tilbake" i kommunene og ikke får nødvendig behandling i sykehus?
- Hvordan nå ut til befolkningen med informasjon om hva som skjer? Noen grupper kan være vanskelig å nå.

5.3 Deltakelse i prosjektet

5.3.1 Opplevelse av å være brukerrepresentant

Generelt har representantene et positivt syn på det å være brukerrepresentant. De gir uttrykk for at det er interessant og at de blir informert om hva som skjer. De fleste gir også uttrykk for at de blir hørt i de gruppene de har deltatt i (de som sitter i undergruppene har en bakgrunn/kompetanse som passer med fokus i underprosjektene, i tillegg til sin brukererfaring), selv om deres mening om hva som er beste løsning ikke alltid blir tatt ad notam i anbefalingene fra arbeidsgruppa. UP 1 (legetjeneste) nevnes som eksempel. Her mener brukerrepresentanten at en interkommunal legetjeneste strider mot prinsippet om å få tjeneste nært der en bor.

Brukerrepresentanten i prosjektgruppa synes det å være brukerrepresentant stiller store krav til en. Du må være trygg på deg selv og genuint interessert for å kunne følge opp. Du må bruke mye tid for å kunne stille forberedt, og brukerrepresentanten stiller spørsmål ved vilkårene (tid/betaling – og status) for brukerrepresentantene kontra de andre som sitter i gruppa. Det oppleves heller ikke enkelt å sitte i ei gruppe sammen med godt kvalifisert fagpersonell. "Hvordan skal en brukerrepresentant ha noen formening om ting?"

5.3.2 Gode råd for at prosjektet skal lykkes

Brukerrepresentantene har følgende gode råd for å lykkes:

- Informasjon til brukerne – opparbeide tillit
- Arbeide for å få brukerrepresentanter fra en større bredde av kommuner
- Heve status til brukerrepresentantene
- Egne fellessamlinger med brukerrepresentantene

5.3.3 Anbefalinger til prosjektets – og følgeprosjektets fokus framover

- Se på pasientforløpene (f.eks. KOLS)
- Fokus på forebygging – lavterskeltilbud
- Løfte fram viktigheten av tillit til helsevesenet, se nærmere på hvordan dette forholder seg. Er kvaliteten på tjenestene for brukere/pasienter blitt bedre etter innføring av Samhandlingsreformen?

6. AMBULERENDE TEAM DEMENS (UP 2)

"Gjennom oppbygging av tverrfaglige, ambulante team ønsker en å bygge opp en styrket kompetanse som vil være tilgjengelig for alle brukere innenfor deltakerkommunene i prosjektet, heve kvaliteten på helhetlige tjenester og skaffe seg erfaringer gjennom å prøve ut tverrfaglig ambulerende team som struktur for samhandling" (Midtre Namdal 2010, Prosjektplan, UP2).

Gjennom to samtaler med demensteamet har jeg fått innblikk i de fire første månedene av teamets funksjonstid. Fokus for følgeevalueringen i denne fasen har vært forhold ved selve oppstarten, sett fra teamets side. Hvordan har de tenkt og prioritert oppgaver? Hvordan har de jobbet med sentrale samarbeidsparter: Kommunene, fastlegene, spesialisthelsetjenesten, pasienter og pårørende? Avklaring av forventninger til teamet, opp samarbeidspartnere. Hva har vært utfordringer?

6.1 Oppgaver, sammensetning

Ambulerende team demens skal være et lavterskeltilbud. Arbeidsoppgaver dekker et bredt spekter av områder (jf Oppgavebeskrivelse, vedlegg 7); utredning av pasienter ved mistanke om demens, oppfølging og motivering av bruker og pårørende, være pådriver for kompetanseheving i kommunene gjennom undervisning, opplæring og veiledning, være en pådriver og ressurs for den enkelte kommune for å oppnå mål innenfor demensomsorgen. I tillegg skal de utvikle informasjonsmateriell og utvikle samarbeid med frivillige lag og foreninger.

Teamet skal være tverrfaglig, og det er satt av 200 % stillingsressurs. Tre personer ble tilsatt fra 15. august: Ergoterapeut 50 % stilling, psykiatrisk sykepleier og geriatrisk sykepleier i 75 % stilling hver. Opprinnelig var det planlagt lege i 20 % inn i teamet. Det er ikke realisert. Psykiatrisk sykepleier ble sykmeldt før tiltredelse og har ennå ikke startet i teamet. Fra 1. sept. til jul hadde teamet vikar inn for henne.

6.2 De to første månedene - forberedelse

Tiden fram til midt i oktober ble brukt til å ordne praktiske forhold rundt teamet (kontorutstyr, avklaring av arkivering...), å sette seg inn i forventninger til teamets arbeid/oppgaveoversikt og å utvikle egen kompetanse i forhold til oppgavene. Blant annet besøkte de demensteamene i Overhalla og Flatanger for å få deres erfaringer med å jobbe i slike team. De besøkte også Verdal kommune og gikk to vakter i avdelinga der. De brukte tid på å lese seg opp og å lage rutinebeskrivelser, ut fra oppgavebeskrivelser gitt av arbeidsgruppa.

Møte med arbeidsgruppa som hadde utarbeidet mandat og oppgaveoversikt, ble avviklet ca fem uker etter at teamet startet. Teamet anslo dette møtet for viktig, for å sikre at deres forståelse av oppdraget var i overensstemmelse med det arbeidsgruppa hadde tenkt.

Temaet besøkte spesialisthelsetjenesten og fikk informasjon om deres arbeid og de bekreftet arbeidsfordeling ang. utredning: Spesialisthelsetjenesten tar utredning på yngre, samt de som har atferdsproblematikk. De avklarte at også spesialisthelsetjenesten kan henvise til teamet.

Ved samtale etter to måneder, har teamet gjort avtaler for besøk i kommunene. Kommunene har utnevnt demenskontakt/er som vil bli teamets nærmeste kontakt mot kommunene. De har også fått avtale om å møte fastlegene i deres "tirsdagsmøte", for å informere om teamet og for å opprette kontakt mot fastlegene som blir sentrale for henvisning av pasienter til utredning. Teamet er opptatt

av å nå brukere og har laget brosjyre som blir tilgjengelig på kontorer og i hjemmetjeneste, og det er link til teamet fra kommunenes hjemmesider. Leder i demensforeningen i Namsos har bedt om møte.

Teamet har hatt stort behov for noen å spørre/veileder/støtte i første fase. Har brukt prosjektleder, ikke arbeidsgruppa. Opplever at det har vært usikkerhet om hvem som er deres nærmeste leder og også hvilken rolle arbeidsgruppa kan spille overfor teamet nå etter at de er i gang.

6.3 Inn i operativ fase

I perioden fra midt i oktober til desember har teamet besøkt kommunene, de har hatt møte med fastlegene og de har begynt å få henvendelser inn til teamet, også henvisninger om utredning. De har utført to utredninger, ett kartleggingsbesøk og ett hjelpemiddelbesøk. Kun Namsos har tatt kontakt om utredninger (to leger, to ulike legekontor). Teamet har hatt møte med demensforeningen i Namsos for gjensidig informasjon og dialog. Ellers har demenskontakter fra kommunene tatt kontakt, en leder har tatt kontakt, ingen pårørende. De to "fast" ansatte i temaet har vært på kurs om demenssykdommer og miljøterapi og har deltatt på "Demensdagene".

Teamet er opptatt av at det arbeidet de gjør skal holde god kvalitet. I utredninger har de i første fase vært to sammen (ergoterapeut alltid med), for å få en bredest mulig vurdering, men også for å kunne diskutere sammen etterpå/lære av hverandre. De er åpne for at de kan endre dette etter hvert. De har positive erfaringer med besøk i hjemmene, også for å få pårørendes beskrivelser. De er i dialog med kommunene om fordeler og ulemper med å komme utenfra, uten tidligere kjennskap til de som de skal utrede. Noen kommuner har uttrykt ønske om at noen kjente fra kommunen bør være med inn i heimen.

Teamet merker seg at det er ulike forventninger til hva teamet skal bidra med; eks. hjelpe i gang med dagsenter, utredninger, skaffe kompetanse. De bistår nå i etableringen av en interkommunal pårørendeskole. De ser det som svært viktig å være konkrete i rolleavklaring mot samarbeidspartnere; hvem gjør hva.

De ser også viktigheten av å være tydelige på hva de kan bidra med og ikke; lytte, sortere, prioritere. I den første operative fasen prioriterer teamet å arbeide med utredninger.

6.3.1 Besøk i kommunene

Teamet møtte demenskontakt/ene og leder. I Namsos hadde de møte med hvert distrikt. Tema:

- Hva anser kommunene som utfordringer/behov innen demensomsorgen?
- Forventninger til hva teamet skal bidra med, innenfor sitt mandat

Alle kommuner har behov for bistand med råd og anbefalinger rundt demente med utagerende atferd og tilrettelagte dagaktiviteter for demente. Mange gir uttrykk for utfordring med lokaler som ikke er tilpasset demente.

Flatanger og Overhalla har hatt demensteam i kommunen, og det var behov for å avklare hvordan demensteamet skulle fungere i forhold til de kommunale teamene, særlig i forhold til utredning.

Flatanger ønsker fortsatt å utrede selv, Overhalla ønsker at det ambulerende teamet skal overta utredning.

6.3.2 Møte med fastleger

Fastlegene er svært sentrale samarbeidspartnere for teamet for at teamet skal kunne fylle sin rolle. Teamet møtte sju leger i deres "tirsdagsmøte".

De fleste leger er positive til teamets arbeid, mens noen er svært kritiske.

Det legene konkret uttrykker skepsis til er det svært detaljerte henvisningsskjemaet som er utarbeidet, og de mener det er en svakhet at ikke en allmennlege har deltatt i det arbeidet. Noen sier de ikke kommer til å bruke skjemaet; er bekymret for ekstra papirarbeid, uten at de ser hensikten.

Det legene mener er mest positivt med å ha et ambulerende team, er at de kan ta utredningen hjemme hos pasienten.

Temaet skal møte legene igjen tidlig i 2012 for å diskutere erfaringer med teamets arbeid og videre samhandling.

Teamets refleksjoner etter møtet: Legene manglet generelt informasjon om samkommunen og prosjektet (burde ha hatt på forhånd), så tid ble brukt til å sette demensteamets rolle inn i den større prosjektsammenhengen. Kunne ha vært positivt å ha med lege inn (kommuneoverlegen; legitimitet) for å informere om prosjektet som helhet og hvordan det fra prosjektets side er tenkt ved etablering av et ambulerende demensteam.

6.4 Utfordringer i oppstartfasen

Teamet kjenner særlig på forventninger om å være tidligere operative. De føler de har hatt behov for å bruke tid på å forberede seg før de kunne være på tilbudssiden; det gjaldt kompetanseutvikling og å tenke gjennom hva og hvordan de kunne utføre mandatet sitt (å være faglig godt nok forberedt).

Ellers har følgende vært – og delvis er – utfordringer:

- **Tverrfaglighet?** Teamet har savnet lege å diskutere med. Ved at de ikke har lege tilknyttet teamet, vil heller ikke teamet kunne bidra med diagnostisering, kun utredning for fastlegene, som så stiller diagnose. Lege i teamet kunne også ha gitt teamet større legitimitet, særlig viktig i en første fase. Ergoterapeut i halv stilling krever god struktur i planlegging av arbeidsoppgaver som krever ergoterapeut, og de stiller spørsmål om de kunne ha vært mer effektive med ergoterapeut i større stillingsandel. Ergoterapeut har heller ikke hatt de samme muligheter som sykepleierne til å bruke tid på å utvikle egen kompetanse (sette seg inn i litteratur).
- **Organisering rundt teamet**, veiledningsfunksjon. Hvem skal følge opp og ha dialog med teamet? Hvem er nærmeste leder?
- **Juridiske problemstillinger:** Arkivfunksjon, mulighet for å oppbevare pasientdata fysisk (når en ikke fikk avsluttet saksbehandlingen innen samme dag). Dette er løst. Det er også blitt stilt spørsmål rundt hvem som har ansvar for vedtak på demensteamets arbeid, og om tjeneste under 10-14 dager krever vedtak (jf Overhalla).

7. Sentrale funn – videre problemstillinger

7.1 Samhandling – utvikling

Alle kommuner har lang erfaring i samhandling, også før samkommunen ble etablert i 2009. Kommunene beskriver en systematikk i samhandlingen med hverandre rundt enkeltprosjekter/tjenester siden først på 2000-tallet. De minste kommunene mener deres største styrke er gode betingelser for samhandling (nærhet, oversikt, tverretattlig samhandling internt i kommunen) og at de i mange sammenhenger har vært nødt til å samhandle utenfor kommunen, for å sikre/utvikle kompetanse for å kunne tilby faglig forsvarlige helsetjenester (eks hospitering i sykehus). Med hensyn til samhandling kjenner de seg godt forberedt til reformen. Namsos trekker fram sine muligheter for tverrfaglig samhandling som sin styrke. Det beskrives et godt samarbeid med sykehuset. Kommunene og sykehuset har også siden 1990-tallet hatt et nært samarbeid med HiNT gjennom EiNA (etterutdanningsnettverket i Namdalen).

Prosjektet tar samarbeidet et stykke videre, der en helhetstenkning ligger til grunn: En må se samlet på hvordan en skal sikre gode tjenester til innbyggerne i Midtre Namdal, Osen og Flatanger. Samtidig består "kommunealliansen" av enkeltkommuner som har selvstendig ansvar for sitt tjenestetilbud og forvaltning av sine økonomiske rammer. Dette utfordrer kommunene i å måtte håndtere flere hensyn samtidig: Hensynet til fellesskapet og hensynet til helheten i den enkelte kommune.

Gjennom samtalene med kommunene gir medlemmer i samkommunen uttrykk for stor forpliktelse til å tenke fellesskap. Dilemmaer oppstår når hensynet til fellesskapet kan få negative konsekvenser for enkeltkommunen, eller en ikke har samme virkelighetsforståelse for problemstillinger – og dermed behov. Høsten var preget av stor usikkerhet mht hvilke endringer innføring av samhandlingsreformen ville føre med seg, spesielt økonomiske. Selv om alle kommunene ser det positive i å samhandle om å utvikle fellestjenester for å kunne tilby kvalitativt gode helsetjenester og for å utnytte ressursene effektivt, gir særlig de minste kommunene uttrykk for en viss reservasjon mot fellestiltak, før en kjenner de økonomiske konsekvensene for kommunen. Forslagene fra UP1 (legetjeneste) er det prosjektet det er uttrykt mest spørsmål rundt; er det mulig å realisere? I dette prosjektet er det også ulikhet i oppfattelse av behov; ulik virkelighetsforståelse.

Alle kommuner er svært fornøyd med å være en del av prosjektet. Å få være en del av et fellesskap for erfaringsdeling og nytenkning, trekkes fram som det viktigste som har skjedd det første året. De blir trigget til å tenke mer strategisk og de får speile sin egen tjeneste opp mot andres, og på den måten får de hjelp til å kunne utvikle kvalitet ved egen tjeneste. Å møte ansatte fra sykehuset på samme samhandlingsarena framheves som nyttig og viktig for å etablere videre samhandling i forhold til helhetlige pasientforløp.

Det tas kontakt mellom enkeltpersoner i prosjektgrupper og arbeidsgrupper mellom møtene, for å diskutere saker som skal opp, evt sikre at budskap framføres om en selv ikke kan delta. Om det er "utviklet allianser" mellom enkeltpersoner (pga relasjoner) eller mellom personer som representerer noe felles (eks små kommuner), er usikkert, men kan være interessant å se videre på.

Prosjektet har vært svært krevende, tidsmessig. Kommunene uttrykker stort behov for å få "avsluttet noe" før en starter noe nytt. Det har til dels vært store forfall til møter.

7.1.2 Betingelser for å lykkes med samhandling- spørsmål som bør stilles rundt prosjektet som helhet?

Mange forutsetninger for vellykket samhandling (jf suksessfaktorer ved langvarige samhandlingsprosesser, på tvers av organisasjoner/kommuner, nivå, kap 3.2) er til stede i selve samhandlingen: Samhandlingsprosjektet oppfattes som svært viktig, det oppleves tillit og verdsetting av hverandre, medlemmene er informert (refererer til gode møtereferat), de opplever likeverdighet og involvering i beslutningstaking (opplever å bli sett og hørt) og de har fått møteplasser. Det gjelder også brukerrepresentanter i underprosjektene, mens det oppleves krevende å være brukerrepresentant i prosjektgruppa med så godt kvalifiserte fagfolk. Det bør spesielt sees nærmere på "Grunnleggende betingelser for å lykkes med langvarig samhandling" og "Organisering/ledelse av samhandlingsprosesser". Noen spørsmål en kan stille:

- Evner vi å endre fokus i samhandlingen, ut fra endringer i behov? Prosjektene har ulike faser; konsekvenser for organisering rundt prosjektene, feks etter at prosjekter er i "operativ fase"?
- Hvordan mestrer vi ulikhet i størrelse og forskjellighet? Er det grenser for aksept av forskjellighet? Kan vi utnytte forskjellighet mer bevisst og la det bli en styrke? (F.eks. Namsos som storkommune).
- Har vi behov for bedre forankring av tenkning og prosjekter enn vi har i dag? Ansatte, yrkesgrupper vi ikke har nådd godt nok, politikere? Hvordan gjør vi evt det?
- Har vi god nok ledelse av prosjektene, i den fasen de er i dag, slik at det blir best mulig framdrift? Hvordan synliggjør vi framdrift/at noe er avsluttet?
- Utnytter vi godt nok IKT og digitale verktøy i samhandling og kompetanseutvikling (reduere avstand, kvalitet)?

7.2 Har prosjektet rett fokus?

Det stilles mest spørsmål ved om folkehelseperspektivet burde ha større fokus. Frisklivsprosjektet kom ikke skikkelig i gang før utpå høsten 2011, etter at følgeprosjektet hadde hatt samtale med noen kommuner. Flere kommuner uttrykker behov for i alle fall å kunne diskutere med andre hvilke strategier de har for utvikling av en folkehelse tenkning og evt tiltak (erfaringsdeling). Det stilles spørsmål om muligheter for virkemiddelbruk (økonomi) for å kunne snu tenkning fra reparasjon til forebygging, i alle fall at en bør skille friskliv mot behandlingstjenestene, også i budsjettene.

Kommunene er forsiktige med å foreslå nye underprosjekter, før noe er avsluttet. Det knyttes likevel en spenning til hvordan en skal løse lokalmedisinske tjenester og Ø-hjelpsfunksjon. Selv om en har tid på seg for å få dette på plass, er det flere kommuner som gir uttrykk for at dette burde ha vært avklart før 01.01.2012. Det etterlyses en prinsipiell tenkning fra politikerne for hvordan dette skal løses (mandat til prosjektet).

Det kan også være på sin plass om prosjektene som allerede er i gang har rett/nok fokus. Det etterlyses mer trykk på ehelse-prosjektet: Pasientflyt, helsenett, effektive kommunikasjonsløsninger.

7.3 Samkommunale tjenester – ambulerende team demens

Som ett av de felleskommunale tiltakene i prosjektet er det etablert ambulerende team demens. Følgeevalueringen har fulgt teamet i de fire første månedene. Teamet er nå operativt og har begynt

å få henvisninger på utredninger (kun fra Namsos, så langt). Det er for tidlig å si noe om effektene for de teamet skal serve (kommuner, spesialisthelsetjenesten, pasienter, pårørende og frivillige lag/organisasjoner). Av utfordringer som raskt bør avklares for god framdrift:

- Tverrfaglighet og mangel på lege, godt nok? (Lege knyttet til teamet kan tilføre faglighet, legitimitet og kan bistå fastlegene med diagnostisering, men teamet kan fungere uten)
- Hvordan skal organisering rundt teamet være i operativ fase? Forankring opp mot prosjektet/faglig utvikling. Prosjektleder? Faglig ressursgruppe?

Det må jobbes videre med hvilken rolle teamet skal spille i forhold til kommunenes demenstjeneste. Den rollen må ses i sammenheng med at teamet er i en forsøksfase, og at det ikke tatt beslutning om dette skal bli en fast struktur. I en slik fase må et felleskommunalt tjenestetilbud både sørge for kompetanseutvikling i kommunen innenfor tjenesten (arbeide for å gjøre seg overflødig), samtidig som berettigelsen for en fellekommunal tjeneste må være å tilby spesielle tjenester som kommunene ikke trenger å bygge kompetanse på (arbeidsdeling). Eksempel på dette er utredning ved mistanke om demens.

Følgeevalueringen bør i neste fase se på hvordan sentrale samarbeidspartnere ser på betydningen av teamet, og hvor langt en er kommet for å innfri mandat for teamets arbeid.

7.4 Informasjon – kommunikasjon – tillit

At innbyggerne skal ha tillit til at de fremdeles får den helsetjeneste de har behov for, betraktes som det ultimate kvalitetskrav til en god helsetjeneste, både sett fra helsepersonell og fra brukerrepresentantene. Det uttrykkes bekymring i forhold til hvordan det forholder seg. Brukerrepresentantene uttrykker bekymring for om de får tilgang til sykehustjenester når de har behov for det, eller om noen blir "prioritert bort". Ansatte er bekymret for hvordan innbyggerne får tillit til at det kommunale helsetjenestetilbudet er godt, særlig overfor "nye" pasientgrupper (yngre personer/barn), i forhold til ny oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner.

To forhold blir viktige:

- Informasjon – kommunikasjon
- Utvikling av kvalitet på tjenestene; pasientene erfarer en god tjeneste

Det kan stilles spørsmål om det er behov for egen informasjonsstrategi, også for å bedre synliggjøre overfor ansatte, politikere, andre hva som skjer/hva som er oppnådd i prosjektet.

7.5 Helhetlige pasientforløp – kvalitet på tjenestene

Helhetlige pasientforløp er ett av målene ved innføring av samhandlingsreformen, og er også en av kvalitetsindikatorene på en kvalitativ god helsetjeneste.

Det bør diskuteres om prosjektet skal sette mer fokus på pasientforløp. Det innebærer både utvikling av pasientforløp, men også se på hvordan det konkret fungerer for den enkelte pasient/bruker. Først da kan vi si noe om samhandlingsreformen har ført til helhetlige tjenester for pasientene/brukerne i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune.

REFERANSER

- Brataas, H. V. og Furunes, K. A. (2011). Pasientforløp, samarbeid og samhandling. I Brataas (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo (red.) (2011). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carlsson, E og N A Sletterød (2010). En utforskende teoretisering av virkemidlet nettverksentreprenør i VRI Trøndelag. I Stene, M., *Forskning Trøndelag 2011*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag
- Casey M (2008). Partnership – success factors of interorganizational relationships. *Journal of Nursing Management*, 2008 Jan; 16 (1): 72-83. Irland
- Halkier, B (2002). *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*, 01.07. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Høringsnotat Nasjonal helse – og omsorgsplan (2011-2015)*, m.m.. Oslo
- Helse – og omsorgsdepartementet (2011). *Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m.* Oslo <http://www.regjeringen.no/pages/36634101/fastlegeforskrift.pdf>
- Kunnskapssenteret (2011). *Kartlegging av måleinstrument til måling av brukererfaringer med samhandling*. Notat. Desember 2011
- Lov om folkehelsearbeid (01.01.2012). Tilgjengelig på <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-029.html>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (01.01.2012). Tilgjengelig på <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>
- Midtre Namdal samkommune (2010). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune. Prosjektbeskrivelse*.
- Midtre Namdal samkommune (2010). *Prosjektplan for underprosjekt 2*.
- Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune (2011). *Ambulerende team demens. Oppgavebeskrivelse*
- Morgan D L (1997). Focus Groups as Qualitative Research. Referert i Halkier B. (2001) *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag
- Midtre Namdal samkommune, Osen kommune, Flatanger kommune, HiNT (2011): *Samhandlingsreformen i Midtre Namdal – Følgeevalueringsprosjekt. Prosjektbeskrivelse*.

Nelson JC, Rashid H, Galvin V, m.fl. (1999). Key factors in creating a Strategic Alliance for community Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 1999; 16 (3S) USA

NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Helse – og omsorgsdepartementet. Oslo:2011

Sanda, Karl Gunnar (2001). Hvordan lykkes med interkommunalt samarbeid? Telemarksforskning 2001. Oppdragsgiver: Kommunenes Sentralforbund. ISSN:0802-3662

Skevik, T. (2011). *Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten? En studie av hvordan kommune og helseforetak benytter samhandling til å skape forbedret praksis*. Masteravhandling i Public Administration. Handelshøjskolen i København.

St.meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no>

Weiner BJ, Alexander JA, Zuckerman HS (2000). Strategies for Effective Management Participation in Community Health Partnerships. *Health Care Management Review*; vol 25(3), July 2000, pp 48-66. USA

Zuckerman HS, Kaluzny AD (1991). Strategic alliances in health care: the challenges of cooperation. *Frontiers of Health Services Management*. 7 (3): 3-23. 35. USA

Zukovski AP, Shortell, SM (2001). Keys to building effective community partnerships. *Health Forum Journal*; sep/oct 2001: 44,5. USA



Informasjon om Følgeforskningsprosjekt – ”Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal Samkommune + Flatanger kommune og Osen kommune”: 2011-2013

Formålet med følgeevalueringsprosjektet er å øke kunnskapen om resultater av interkommunalt samarbeid om planlegging og implementering av samhandlingsreformen i de kommunene som deltar.

Følgeforskningen skal dokumentere hva som skjer underveis i prosjektet, men skal også bidra med å løfte fram gode eksempler og problemstillinger som kan ha betydning for måloppnåelse i prosjektet. Sagt med andre ord: Gjennom å følge prosjektet skal følgeforskningen bidra til at prosjektet når sine mål.

Første fase i prosjektet setter fokus på utgangspunkt og forventninger til Samhandlingsreform-prosjektet (”Helhetlige helsetjenester”), sett fra kommunens side, fra ansattes side og fra brukeres side. Det første møtet med kommunene vil sette fokus på følgende tema:

- Kommunens beskrivelse av styrker og utfordringer for å sikre framtidig helsetjenestetilbud for kommunens innbyggere. Hva er de viktigste styrker og utfordringer?
- Kommunens arbeid med kvalitet i tjenestetilbudet. Hva settes det fokus på? Hvordan jobbes det? Erfaringer? Utfordringer?
- Samhandling om tjenestetilbud. Hva og hvordan fungerer det? (Hva samhandles det om innenfor kommunen pr i dag, hvem samhandler? Samhandling med andre kommuner, helseforetak, andre?) Er det behov for endringer? Forutsetninger som må være på plass for at en skal lykkes med samhandling?
- Hva er det viktigste som har skjedd i det første året av prosjektet? Hvem har deltatt fra kommunens side? Opplevelse av medvirkning og engasjement fra ansatte og brukere.
- Forventninger til videre arbeid i prosjektet ”Helhetlige helsetjenester”? Forventninger til eget/andres bidrag? Hva er viktig for dere at det settes fokus på?

Jeg ser fram til å møte dere for en samtale der jeg ønsker å få best mulig innblikk i den enkelte kommunes ståsted og vurderinger rundt innføring av Samhandlingsreformen generelt og deltakelse i prosjektet ”Helhetlige helsetjenester” spesielt.

Resultatet av denne første kartleggingen vil resultere i rapport som vil være tilgjengelig januar 2012.

26.09.11 Grethe Bøgh Næss, prosjektleder for følgeforskningsprosjektet

Vedlegg 2 Guide fokusgruppe kommuner

Tema	Spørsmål
Prosess med deltakelse (særlig Osen og Flatanger)	Hvordan ble dere deltakere i prosjektet (Motivasjon for å delta?) Politisk involvering og forankring
Kommunens beskrivelse av styrker og utfordringer for å sikre framtidig tjenestetilbud for kommunens innbyggere	Hva er de viktigste styrker og utfordringer? Gode historier?
Kommunens arbeid med kvalitet i tjenestetilbudet	Hva settes det fokus på? Hvordan jobbes det? Brukerperspektiv/ Kunnskapsbasert praksis/Faglig forsvarlig praksis? Systemer? Prosesser? Samhandling? Premisser for kvalitet? Erfaringer? Utfordringer? Involveres utdannings/kunnskaps-institusjoner i kvalitetsarbeidet? Spørsmål: Tjenestetilbudet til bruker skal kjennetegnes ved...
Samhandling om tjenestetilbud:	Hvordan vil framtidens helsevesen se ut? Hvilke utfordringer gir Samhandlingsreformen? (syn på samhandling, hva vektlegges, -for eksempel økonomi?) Hva og hvordan fungerer samhandling i dag? Hva samhandles det om innen kommunen, hvem samhandler? Samhandling med andre kommuner, helseforetak, andre? Behov for endringer? Forutsetninger som må være på plass for å lykkes med samhandling. (Er dette til stede i prosjektet). Gode historier?
Første år av prosjektet	Hva er annerledes etter ett år? Hva er det viktigste som har skjedd? Hva har dere lært?

	<p>Hvem har deltatt fra kommunens side? Prosesser i kommunen?</p> <p>Opplevelse av medvirkning og engasjement – fra de som har vært direkte involvert – fra ansatte, fra brukere.</p> <p>Opplevelse av å bli hørt? (Store vs små kommuner)</p>
Videre arbeid i prosjektet	<p>Forventninger til videre arbeid? Forventninger til eget/andres bidrag?</p> <p>Tror dere de andre kommunene har samme forventninger som dere?</p> <p>Hva er viktig for dere at det settes fokus på? (Hvilke problemstillinger bør følgeforsknings-prosjektet løfte fram?)</p> <p>Hva må til for å lykkes over tid?</p>
Forventninger til følgeevalueringen	
Spørsmål – avsluttende kommentarer	



Informasjon om Følgeforskningsprosjekt – "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal Samkommune + Flatanger kommune og Osen kommune": 2011-2013

Formålet med følgeevalueringsprosjektet er å øke kunnskapen om resultater av interkommunalt samarbeid om planlegging og implementering av samhandlingsreformen i de kommunene som deltar.

Følgeforskningen skal dokumentere hva som skjer underveis i prosjektet, men skal også bidra med å løfte fram gode eksempler og problemstillinger som kan ha betydning for måloppnåelse i prosjektet. Sagt med andre ord: Gjennom å følge prosjektet skal følgeforskningen bidra til at prosjektet når sine mål.

Første fase i prosjektet setter fokus på utgangspunkt og forventninger til Samhandlingsreform-prosjektet ("Helhetlige helsetjenester), sett fra kommunens side, fra ansattes side og fra brukeres side.

I det første møtet med brukerrepresentanter (25.10.2011) ønsker jeg at vi har en **samtale** i hele gruppen rundt tema knyttet til samhandlingsreformen generelt og til prosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal" spesielt.

- Sett fra brukernes ståsted, hvilke erfaringer har dere med hva som fungerer godt i dagens lokale helsetjeneste (lokalt sykehus – kommunehelsetjenesten)
- Er det forhold som bør forbedres?
- Ser dere at innføring av samhandlingsreformen kan bidra til bedre forhold ved dagen helsetjeneste
- Ved innføring av samhandlingsreformen, hva anser dere som viktige mål og tiltak, sett fra brukernes side? Deres forventninger for at reformen skal lykkes?
- Hva mener dere er viktig for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen?
- Etter ett år i prosjektet "Helhetlige helsetjenester":
 - Hva har vært det mest positive ved prosjektet?
 - Hvordan har det vært å være brukerrepresentanter?
 - Gode råd for at prosjektet skal lykkes? Ting som bør endres – forutsetninger som bør være til stede?

Jeg har satt av en og en halv time til samtalen med dere. Jeg ønsker å bruke lydbånd under samtalen, men opptaket blir slettet så snart jeg har fått skrevet av innholdet. Hvis noen har mye imot lydbåndopptak, respekterer jeg det. Fint om du da sier fra på forhånd.

Resultatet av denne første kartleggingen vil resultere i rapport som vil være tilgjengelig januar 2012. Rapporten skal danne grunnlag for videre arbeid i prosjektgruppa

20.10.11 Grethe Bøgh Næss, prosjektleder for følgeforskningsprosjektet

Tlf 476 47 430

grethe.b.nass@hint.no

Vedlegg4. Guide Fokusgruppe brukerrepresentanter

Tema	Spørsmål
Dagens helsetjeneste	<p>Hva fungerer godt? (Hovedtrekk)</p> <p>Hva fungerer mindre godt? (Akutt behandling - Kroniske lidelser – Rehabilitering...) Psykiske lidelser – somatikk.</p> <p>Sykehus – kommunehelsetjeneste</p> <p>Forhold som absolutt bør forbedres?</p>
Samhandlingsreform	<p>Hva ser bra ut, ut fra intensjoner? (Viktige mål og tiltak?)</p> <p>Hvis dere som brukerrepresentanter skal si at Samhandlingsreformen har vært en suksess, hva må kjennetegne tjenestetilbudet?</p> <p>Tror dere innføring av Samhandlingsreformen kan bedre forhold ved dagens lokale helsetjeneste?</p> <p>Viktige suksesskriterier for å lykkes med reformen?</p>
Prosjektet "Helhetlige helsetjenester", Etter ett år.... Erfaringer	<p>Hva har vært mest positivt ved prosjektet, sett fra deres side?</p> <p>Hvordan har det vært å være brukerrepresentanter?</p> <ul style="list-style-type: none"> - I prosjektgruppa - I underprosjektene - Grad av påvirkning?
Prosjektet og framtid	<p>Gode råd for at prosjektet skal lykkes?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ting som bør endres? - Forutsetninger som bør være til stede - Følgeprosjektets fokus?

Oversikt over møtedatoer og forfall

Prosjektgruppa: (13 møter)

Møtedato	Namdalseid	Osen	Flatanger	Namsos	Fosnes	Overhalla
09.09.10	x	x			x	
23.09.10	x		x			
25.10.10	x			x		x
16.12.10	x	x	x		x	
20.01.11		x				
17.02.11	x		x			
17.03.11		x				
14.04.11			x			
16.06.11	x					
25.08.11	x	x				x
22.09.11			x		x	
20.10.11			x			
15.12.11 (møtet avlyst grunnet meldt stort forfall)	x	x			x	x
Sum forfall	8	6	6	1	4	3

UP- 6: Kompetanseutvikling (9 møter)

Møtedato	Namdalseid	Osen	Flatanger	Namsos	Fosnes	Overhalla
13.12.10	x					
20.01.11	x	x				
17.02.11			x			x
14.03.11			x			
14.04.11			x			
06.06.11			x		x	
25.08.11		x				
24.10.11	x	x	x			
18.11.11	x	x	x			
Sum forfall	4	4	6	0	1	1