



# RAPPORT

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

Sluttrapport - Følgeforskning

Grethe Bøgh Næss

Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Rapport nr 102

Steinkjer 2015



**HINT**

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

Sluttrapport - Følgeforskning

Grethe Bøgh Næss

«Å få være en del av et felleskap må ikke undervurderes»

Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Rapport nr 102  
ISBN 978-82-7456-735-1  
ISSN 1504-7172  
Steinkjer 2015



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfelleverderes på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: [http://www.hint.no/forskning/publisering/hint\\_publicasjoner](http://www.hint.no/forskning/publisering/hint_publicasjoner)

Rettighetshaver  
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet  
Åpen

Publiseringstype  
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon  
Bibliotekleder

Kvalitetssikret av:

Ingela Enmarker, professor HiNT (intern)  
Sigrid Nakrem, førsteamanuensis HiST (ekstern)

Nøkkelord: Samhandlingsreform, Kommunale helsetjenester. Interkommunal samhandling,  
Key words: Interaction Reform, Primary health care services, Intermunicipality cooperation

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:  
Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:  
[bibsteinkjer@hint.no](mailto:bibsteinkjer@hint.no) eller [bibliotekleder@hint.no](mailto:bibliotekleder@hint.no)

## FORORD

Denne rapporten er tredje og siste rapport i følgeevaluering av hovedprosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune". Hovedprosjektet går fram til sommeren 2013. De to første rapportene: Delrapport 1: *Resultater ved innføringstidspunkt for Samhandlingsreformen, etter ett år av prosjektperioden* (Næss, 2012a). Delrapport 2: *Ambulerende, tverrfaglig team demens Evaluering 9 mnd etter oppstart* (Næss, 2012b).

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 har vært 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 har kunnet 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 har vært høgskolelektor Grethe Bøgh Næss. Førsteamanuensis Ingela Enmarker har vært veileder og vurdert rapporten. Førsteamanuensis Sigrid Nakrem, HiST, har i tillegg fagfellevurdert rapporten og kommet med nyttige innspill, spesielt i forhold til tydelighet på teorikapitlet og bedre beskrivelser av metode. Disse forholdene er innarbeidet i endelig rapport.

Namsos, 1. mars 2013

Grethe Bøgh Næss

prosjektleder

## SAMMENDRAG

Dette er sluttrapport for følgeforskningen på det treårige prosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal", som har vært et prosjekt for å forberede og implementere samhandlingsreformen i Midtre Namdal samkommune (Namsos, Overhalla, Fosnes og Namdalseid) og Osen kommune og Flatanger kommune.

Prosjektet har bestått av 10 underprosjekter, og har hatt følgende hovedmål:

- 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 nye 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 Namdalen
- Utvikle og drifte et felles kvalitetssikrings- og internkontrollsystem
- Dokumentere og formidle erfaringer og resultater fra arbeidet med samhandlingsreformen i Midtre Namdal

Følgeevalueringsprosjektet har fulgt prosjektet i perioden høsten 2011 til januar 2013. Den overordnede problemstillingen har vært å belyse hvordan implementering av samhandlingsreformen skjer i Midtre Namdal og hvilke konsekvenser den får for organisering av felles helsetjenester.

Spørsmålsstillinger og målområder som var ønsket 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

I tillegg skulle følgeevalueringen spesielt følge utprøvingen av Ambulant team demens, som ett eksempel på interkommunalt tjenestetilbud.

Resultatene kan oppsummeres slik:

- Prosjektet har hatt stor betydning for kommunene i deres arbeid med innføring av samhandlingsreformen. Deltakelse i prosjektet har gjort kommunene i stand til å forstå utfordringsbildet for sin kommune og hvilke strategier og tiltak som kreves for å møte utfordringene.
- Kommunenes valg av strategier, for å ivareta kommunens utfordringsbilde som resultat av samhandlingsreformen, påvirkes av tidligere erfaring med å løse lignende situasjoner, geografi og økonomi (ressurser og rammebetingelser)
- De mange arenaer som er etablert har vært viktig for utvikling av samhandling rundt konkrete oppgaver. Ambulerende team "Riktigere legemiddelbruk" og "Kompetanseutvikling" trekkes spesielt fram som konkrete suksesser. Flere av underprosjektene er ikke kommet så langt at en kan si noe om effekt.
- Kommunene mener prosjektet har hatt betydning for utvikling av helhetlige helsetjenester (beredskap), selv om en ikke er kommet i mål.
- Samhandling om konkrete tjenestetilbud er økt, men utviklingen har gått mot mer differensiering i samhandling om tjenester. Kommunene har tro på framtidig samhandling for å utvikle bærekraftig helsetjeneste.
- Brukermedvirkningen i underprosjektene oppleves å ha vært god. Å være brukerrepresentant i prosjektgruppen er krevende.
- Politikerne har vært prisgitt informasjon fra prosjektledelse og helseledere og har tatt en passiv rolle i forhold til samhandlingsreformen, særlig i tidlig fase.
- De største utfordringene har vært av prosessmessig karakter: Manglende avklaringer i tidlig fase om mål, forpliktelser og forventninger, manglende beredskap i å håndtere ulikhet i størrelse og behov og for liten bevissthet på betydningen av en åpen kommunikasjon, preget av likeverdighet der alle opplever å bli sett og hørt.
- Det er svært viktig at kommunene opplever merverdi ved nye fellestiltak. Aksept for forskjellighet og muligheter for differensiering i samhandlingstiltak oppleves sentralt.
- Det er utfordrende organisatorisk å fungere som et prosjekt mellom kommune – samkommune og håndtere beslutningslinjene; hvem beslutter hva – hvor
- I utvikling av nye samhandlingstiltak/tjenester bør kontinuerlig kompetanseutvikling være et vesentlig aspekt for å sikre bærekraftig helsetjeneste i et samfunn i endring
- Kommunene/samkommunen må vurdere hvordan koordinering og ledelse av felles samhandlingstiltak etter prosjektperioden skal ivaretas.

## ENGLISH SUMMARY

This is the final report for follow-up research on the three-year project «Holistic healthcare in Middle Namdal», which has been a project to prepare and implement Interaction Reform in Middle Namdal intermunicipality (Namsos, Overhalla, Fosnes and Namdalseid) and Osen municipality and Flatanger municipality.

The project consisted of 10 sub-projects, and has had the following main aims:

- Develop a comprehensive model for better health services for residents of the Middle Namdal intermunicipality, focusing on future challenges, teamwork, quality improvement and good economic structure
- Establish new intermunicipal services, to increase prevention, improving patient care pathways and ensure early intervention
- Plan and implement Interaction Reform in Middle Namdal intermunicipality, in close collaboration with the Health Enterprise (Helse Nord-Trøndelag; hospital services) and the neighboring municipalities in Namdalen
- Develop and operate a joint quality assurance and international control system
- Document and disseminate experiences and results from implementation of the Interaction Reform in Middle Namdal intermunicipality

This follow-up research project followed the main project during the period autumn 2011 to January 2013. The overarching problem has been to elucidate how the implementation of the Interaction Reform happens in Middle Namdal intermunicipality, and which consequences this has for the organization of public health services. Questions and target areas wanted elucidated:

- In which extent and how the central policy formulated in the Interaction Reform, related to patient-oriented actions before, instead of, and after hospitalization, is implemented locally. Special focus should be how intermunicipal actions could solve challenges related to establishment of local medical center
- How does interaction and cooperation between the six municipalities develop? What encourages and discourages such interaction? Differences between municipalities?
- Achievement of aims in the project? Especially consider:
  - Political involvement and anchoring
  - Broad participation by health personnel
  - User participation
  - Cooperation with other municipalities and regions outside the Middle Namdal intermunicipality, cooperation with other agencies, such as Nord-Trøndelag Health Enterprise (hospital services), and Namdal Rehabilitation Center
- How the project develop quality assurance systems, and how these are documented

The follow-up research has specially followed the sub-project: Ambulant Team Dementia, as one example of intermunicipal services.

The results can be summarized as follows:

- The project has been of great importance for municipalities in their work with implementation of the Interaction Reform. Participation in the project has made municipalities able to understand the challenge image for its municipality, and the strategies and actions required to meet the challenges
- Municipalities' choice of strategies to handle their challenge image, as a result of the Interaction Reform, is influenced by previous experience in solving similar situations, geography and economics (resources and framework)
- The many venues that are established has been important for the development of interaction on specific tasks. Ambulatory team "Fairer drug use" and sub-project "Competence", are voted as concrete successes. Several of the sub-projects have limited progress, so it is too early to evaluate effects of actions
- Municipalities believe the project has had an impact on the development of comprehensive health care services (emergency), although the goal is not reached
- Collaboration on specific services is increased, but the trend has been towards more differentiation in interaction of services. Municipalities have faith in future interaction, to develop sustainable health system
- User participation in the project is perceived to have been good. Being user representative in the project is demanding
- Politicians have been reliant on information from project management and health leaders, and have taken a passive role in relation to the Interaction Reform, particularly in the early stages
- The main challenges have been of process related nature: Lack of clarifications of aims, commitments and expectations, lack of preparedness in dealing with inequality in size and needs, and too little awareness of the importance of open communication, characterized by equality, where all the participants being seen and heard
- Municipalities have to experience value by new joint initiatives. Acceptance of diversity, and opportunities for differentiation in which interaction actions/health services the municipality want to join, is valued important
- It is organizational challenging to run a project including both the municipality and the intermunicipality; dealing with decision lines – who decides what – how
- In developing new interaction actions/services, continually competence should be an essential aspect, to ensure sustainable health care systems in a changing society
- Municipalities/intermunicipality has to consider how the coordination and management of joint interaction actions shall be efficient and ensured, after the project period



## INNHold

FORORD .....	i
SAMMENDRAG .....	ii
ENGLISH SUMMARY .....	iv
INNHold .....	vi
DEL 1 .....	1
1. INTRODUKSJON .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Formål.....	1
1.3 Fokus i følgeevalueringen.....	2
2. Samhandlingsreformen .....	5
2.1. Sentral policy i Samhandlingsreformen.....	5
2.2.. Utfordrings – og ressursbildet sett fra kommunene i Midtre Namdal.....	6
2.3 Samhandling som innovasjon.....	8
3. METODE.....	11
2.1 Dokumentanalyser .....	11
3.2. Fokusgrupper.....	12
3.3. Spørreskjema.....	13
3.4. Intervju .....	13
3.5. Observasjon – deltakelse i møter.....	13
DEL 2.....	14
4. Prosjektets betydning for kommunene – hovedmål.....	14
4.1. Kommunens arbeid med innføring av samhandlingsreformen .....	15
4.2 Helhetlige helsetjenester for innbyggerne i kommunen .....	16
4.3 Kvalitetsheving og kvalitetssikring .....	17
4.4 Bred deltakelse av helsepersonell? .....	18

4.5	God brukermedvirkning?.....	19
4.6	Politisk engasjement - forankring.....	19
4.7	Klargjøring av utfordringsbildet og muligheter for samhandling.....	20
4.8	Ambulerende team demens (UP-2).....	21
5.	Samhandling.....	23
5.1	Utvikling av samhandling - tjenester.....	24
5.1.1	Har prosjektet hatt fokus på de riktige tingene? .....	27
5.1.2	Tro på framtidige fellestjenester.....	27
5.2	Suksesskriterier for samhandling.....	28
5.2.1	Grunnleggende betingelser for å lykkes med langvarig samhandling.....	28
5.2.2	Suksessfaktorer i selve samhandlingen.....	31
5.2.3	Organisering/ledelse av samhandlingsprosesser.....	32
5.3	Suksesser og utfordringer - oppsummert.....	33
	DEL 3.....	34
6.	Veien videre.....	34
6.1	Hva er suksess i et samhandlingsprosjekt? .....	34
6.2	Bærekraftig helsetjeneste og organisering av tjenester.....	34
6.3	Framtidig ledelse av samhandlingstiltak i Midtre Namdal? .....	35
7.	Oppsummering.....	37
	REFERANSER.....	38
	Vedlegg 1 Status underprosjektene (februar 2013).....	1
	Vedlegg 2 Spørreskjema til kommunene som deltar.....	4
	Vedlegg 3 Samtale 2, prosjektleder (siste fase).....	7
	Vedlegg 4 Intervjuguide, samtale med samhandlingsansvarlige HNT.....	8
	Vedlegg 5 Guide for fokusgruppe 2, brukerrepresentanter.....	9
	Vedlegg 6 Guide for fokusgruppe ansatterrepresentanter.....	10
	Vedlegg 7 Guide for Fokusgruppe – helseledere.....	11
	Vedlegg 8 Guide for fokusgruppe Komité for velferd, helse og oppvekst.....	12

## DEL 1

### 1. INTRODUKSJON

Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)) trådte i kraft 01.01.2012. Planlegging av reformen pågikk 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. Kommunene har fått økt ansvar for folkehelsearbeid og helsetjenester for befolkningen før, i stedet for og etter sykehusbehandling.

#### 1.1 Bakgrunn

Midtre Namdal samkommune (MNS: Namsos, Fosnes, Overhalla og Namdalseid), sammen med kommunene Flatanger og Osen, startet høsten 2010 et felles prosjekt for å planlegge og implementere reformen. Prosjektet avsluttes sommeren 2013. Prosjektet har hatt egen prosjektleder.

Formål med prosjektet (Midtre Namdal samkommune, 2010):

- Formål 1** •Utvikle en helhetlig modell for en bedre helsetjenestene for innbyggerne i Midtre Namdal med fokus på framtidige utfordringer, samarbeid, kvalitetsheving og god samfunnsøkonomisk struktur
- Formål 2** •Etablere nye samkommunale tjenester som skal øke det forebyggende arbeidet, bedre pasientforløp og sikre tidlig intervensjon.
- Formål 3** •Planlegge og implementere samhandlingsreformen i Midtre Namdal i nært samarbeid med helseforetaket og nabokommunene i Namdalen.
- Formål 4** •Utvikle og drifte felles kvalitetssikrings- og internkontrollsystem.
- Formål 5** •Målrettet og samordnet kompetanseheving i regionen.
- Formål 6** •Dokumentere og formidle erfaringer og resultater fra arbeidet med samhandlingsreformen i Midtre Namdal samkommune.

Hovedprosjektet har bestått av 10 underprosjekter (UP 1-10), under fire overskrifter: *Utvikling av nye samkommunale tjenester, Pre- og posthospitale tjenester, Utviklingsområder, Forskning, dokumentasjon og formidling.* Hvert underprosjekt har hatt arbeidsgrupper, sammensatt av ansatte fra deltagende kommuner, og som har hatt ansvar for konkretisering og framdrift i prosjektene.

**Tabell 1.** Etablerte underprosjekter knyttet til samhandlingsprosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal"

Nr	Fokus i underprosjektet
UP-1	Felles legetjenester i Midtre-Namdal samkommune
UP-2	Ambulerende team demens
UP-3	Pasientkoordinator / pasientforløp
UP-4	Ambulerende team "riktigere legemiddelbruk"
UP-5	Modellutprøving kommunepsykolog for barn og unge
UP-6	Kompetanseutvikling
UP-7	Internkontroll og kvalitetsrelaterte ledelsessystemer
UP-8	"Akutt plasser" i sykeheim
UP-9	eHelse (IT, velferdsteknologi, Telemedisin)
UP-10	Frisklivstilbud (helsefremmende og forebyggende arbeid)

UP 5 har ikke kommet i gang, da man i prosjektperioden ikke har lyktes med å rekruttere kommunepsykolog. Varighet av underprosjektene har variert.

Prosjektet har hatt finansiering fra helsedirektoratet. 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, som skal ha ansvar for planarbeidet og iverksetting av tiltak. Sentralt i denne gruppen 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 prosjektgruppen. Helse Nord-Trøndelag HF er representert både i prosjektgruppen og i flere av underprosjektene. (Midtre Namdal samkommune, 2010).

## **1.2 Formål**

Formålet med følgeevalueringen var å øke kunnskapen om resultater av interkommunalt samarbeid om planlegging og implementering av samhandlingsreformen gjennom å studere Midtre Namdal som case (Midtre Namdal samkommune– HiNT, 2011b). Følgeevalueringen har fulgt prosjektet fra august 2011 til februar 2013.

Den overordnede problemstillingen i følgeevalueringen har vært å belyse hvordan implementeringen av samhandlingsreformen skjer i Midtre Namdal og hvilke konsekvenser den får for organisering av felles helsetjenester. Spørsmålsstillinger og målområder som var ønsket 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

I tillegg skulle følgeevalueringen spesielt følge utprøvingen av Ambulant team demens (UP 2), som ett eksempel på interkommunalt tjenestetilbud.

### ***1.3 Fokus i følgeevalueringen***

Følgeprosjektet startet 1. august 2011, 10 mnd etter at hovedprosjektet startet. Formålet med følgeevalueringen har vært styrende for fokus. Samtidig er hensikten med følgeevaluering å fange opp hva som skjer underveis, for å løfte fram problemstillinger som kan ha betydning for å lykkes med prosjektet. Metodevalg er derfor utviklet underveis i prosjektet.

Følgeevalueringen har ikke fulgt hvert enkelt underprosjekt. Skriftlige rapporter fra underprosjektene har dannet en kunnskapsbakgrunn i evalueringen av hovedprosjektet. Ett unntak er UP 2 Ambulerende team som ble fulgt tett av følgeevalueringen.

Følgeevalueringen har hatt ulike fokus i ulike tidsfaser.

**Tabell 2.** Oversikt over følgeevaluering og fokus

Tidspunkt	Datakilde	Fokus
Høst 2011:	Fokusgruppe hver enkelt kommune, bred representasjon Fokusgruppe med brukerrepresentantene Samtale med prosjektleder Samtale med psientkoordinator	Baseline Erfaringer med første år av prosjektet: Vurderinger av kommunens sterke sider og utfordringer for å ivareta samhandlingsreformens intensjoner Tidligere samhandling og erfaring med den Erfaringer fra deltakelse i prosjektets første år, inkludert samhandling Forventninger/gode råd til prosjektets fortsettelse. <i>Næss (2012 a). Resultater ved innføringstidspunkt for samhandlingsreformen, etter ett år av prosjektperioden</i>
Høst 2011 – vår 2012	Samtaler med demensteam Spørreskjema til fastleger Spørreskjema til helseledere Spørreskjema til demenskontakter	Evaluering av tverrfaglig team demens <i>Næss (2012 b). Ambulerende tverrfaglig team demens. Evaluering 9 mnd etter oppstart.</i>
Høst 2012- januar 2013	Spørreskjema til kommunene Samtale med prosjektleder Samtale med samhandlingsansvarlig i HNT Fokusgrupper med ansatterrepresentanter, med brukerrepresentanter og med helselederne Fokusgruppe med styringsgruppe for prosjektet: Komité for helse, barn og velferd i samkommunen	Sluttfase. Fokus på hovedmålsettinger for prosjektet og måloppnåelse Sluttrapport

Følgeevalueringen har fulgt møtene i prosjektgruppa fram til januar 2013. Følgforskningen har prøvd å følge sentrale aktører i prosjektet, jf tabell 2. Det vil alltid være andre man kunne ha spurt, og som kunne ha bidradd til et rikere datamateriale.

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. I første fase i følgeevalueringen er det laget en baseline, sett retrospektivt fra kommunenes side, ett år etter oppstart.

Mens de to første rapportene fra følgeevalueringen tok opp problemstillinger knyttet til prosjekt og prosesser underveis, tar sluttrapporten utgangspunkt i hovedmålene for prosjektet "Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal, Osen kommune og Flatanger kommune. Er målene med prosjektet nådd, og hva sier deltakerne om hva prosjektet har bidradd med for å utvikle en bærekraftig, kvalitetsmessig god og en framtidsrettet helsetjeneste for innbyggerne i de seks kommunene?

Som teoretisk bakgrunn i denne sluttrapporten er det valgt å ta med stoff fra første rapport i følgeevalueringprosjektet. Sentralt er samhandlingsreformen og beskrivelse av utfordringsbildet, sett fra kommunenes synsvinkel (Næss, 2012a). I første fase av følgeevalueringprosjektet ble det også gjort en systematisk litteraturstudie for å finne suksesskriterier for vellykket langvarig samhandling (Næss, 2012a). Disse er presentert i kapittel 2 og blir brukt som utgangspunkt for analyse av måloppnåelse av samhandling i kapittel 5.

Rapporten er delt inn i tre deler. Del 1 består av Introduksjon, teorikapittel (Samhandling) og Metode. I kapittel 4 og 5 utgjør del 2, der resultater presenteres og diskuteres samlet, opp mot sentrale målsetninger i prosjektet. I del 3 (kapittel 6) ser en prosjektet i lys av framtid og veien videre.

## 2. 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.<sup>1</sup>

Samhandlingsreformen er en "retningsreform" som sier noe om hva en ønsker å oppnå, men er lite konkret på krav til tjenestene.

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

### 2.1. 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").

---

<sup>1</sup> "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)



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 har vært 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.

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.

## ***2.2.. Utfordrings – og ressursbildet sett fra kommunene i Midtre Namdal***

Fire av kommunene som har deltatt i prosjektet utgjør Midtre Namdal samkommune: Fosnes (683), Namsos (12.705), Namdalseid (1.714) og Overhalla (3.529). Midtre Namdal Samkommune (09.09.09) er en egen juridisk enhet opprettet etter Lov om forsøk i offentlig forvaltning og organiserer tjenester for kommunene. 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).

I tillegg har Flatanger kommune (1.117) og Osen kommune (1.041), valgt å delta i prosjektet sammen med samkommunen. Flatanger samarbeider med samkommunen om flere tjenester, det siste er at kommunen sluttet seg til samarbeid om barnevernstjenester fra 01.01.2012. Osen sin hovedbegrunnelse for å gå inn i prosjektet var opplevd naturlig nærhet til sykehuset Namsos, og Osen deltar også i legevaktsamarbeidet i Midtre Namdal og er medlem i "Etterutdanningsnettverket for Namdalen" (EiNa).

Kommunene har ansvar for å sikre bærekraftige helsetjenester for sine innbyggere, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det betyr at hver enkelt kommune må vurdere hvordan de skal kunne ivareta en forløpstenkning i tjenestetilbud, som omfatter alt fra folkehelse og forebygging, til de oppgavene som overføres fra spesialisthelsetjenestens til kommunehelsetjenestens ansvar (før og etter sykehus). Hva er den enkelte kommunes styrker og utfordringer for å planlegge en tjeneste for framtida?

I en tidlig fase av samhandlingsreformen, ble det snakket mye om "kritisk størrelse" på kommunene for å kunne ivareta et forsvarlig og samfunnsøkonomisk tjenestetilbud, etter overføring av mer ansvar og oppgaver til kommunene. I store deler av landet ville det betinge samhandling mellom flere kommuner. Etter hvert som reformen har blitt konkretisert og implementert, har ikke dette vært noe stort tema, forutsatt at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

I første samtale med kommunene (høsten 2011; Næss, 2012a) beskrev de hvordan de opplevde sine styrker og utfordringer for å kunne møte samhandlingsreformen. De minste kommunene (alle utenom Namsos) framhever sin styrke i det å være små:

- God oversikt, mulighet for å fange opp personer med behov tidlig, god samhandling på tvers av etater i kommunen, noe som spesielt er positivt for å ivareta arbeid med folkehelse og forebyggingsperspektivet.
- God oversikt gir muligheter for god differensiering i forhold til den enkeltes behov
- Nærhet, korte avstander, også i beslutninger. Lite/ikke byråkrati
- Fleksibilitet og engasjerte, endringsvillige medarbeidere (kultur for endring).

De minste kommunene mener de i mange år har arbeidet i den retningen reformen viderefører, nemlig at kommunehelsetjenesten har måttet forholde seg til stadig mer komplekse oppgaver. Pasienter skrives ut tidligere enn før fra sykehus, og flere pasienter ønsker også å få et behandlingstilbud i heimen/nært heimen. Det har betydd at helsepersonell har måttet utvikle sin kompetanse, ut fra endrede behov. De har gode erfaringer med samhandling med sykehuset om f.eks. hospitering, for å kunne ivareta nye utfordringer.

Namsos kommune legger stor vekt på de ressursene som ligger i kommunens omgivelser når de beskriver sine styrker (Nærhet til sykehus – samarbeid med sykehuset Namsos, Sykehusets lærings- mestringscenter – styrke i forhold til mestring og forebygging, Samarbeid med HiNT-EiNa - kompetansebygging, studentsamarbeid/utveksling og rekruttering, Gode kommunikasjoner – rekruttering, Frivillighet, stort engasjement). Av styrker i tjenestetilbudet vektlegger de Stort tverrfaglig miljø med kompetente ansatte, God/stabil fastlegeordning, Brukerkontor med forvaltningskompetanse, Ingen ventelister på praktisk bistand/kommunale omsorgstjenester, Høy satsing på forebyggende arbeid barn og unge.

Alle kommunene har liten andel ufaglærte i stillingene.

Når kommunene beskriver sine utfordringer, ser alle på rekruttering av fagpersonell som den største utfordringen framover. Også Namsos har de siste årene sett en utvikling med

færre søkere pr stillingsutlysning. Med det økte fokuset på folkehelse og forebygging, frykter Namsos kapasitetsutfordringer, særlig innen fysio- og ergoterapitjenesten.

De minste kommunene ser utfordringer med sårbarhet fordi enkeltpersoner ivaretar spesielle faglige funksjoner (f.eks. kreftsykepleier), men er samtidig usikre på om en "sentralisering" av tjenester/kompetanse kan virke negativt inn på rekruttering av fagpersonell til egen kommune.

Kommunene nevner noen grupper pasienter de som enkeltkommune ser utfordringer med å skaffe et forsvarlig tilbud til/ha kompetanse på:

- "Komplekse pasientgrupper", konkretisert som lindrende behandling, yngre brukere, komplekse slagtilfeller (Namsos), akutt-kritisk syke (Namdalseid), behov for døgntilbud psykisk syke (Overhalla)
- Personer med store omsorgs-ressursbehov: (f.eks grunnet utagerende atferd) (Fosnes, Namdalseid, Overhalla, Flatanger).

I perioden fram til innføring av samhandlingsreformen, var usikkerhet en utfordring i seg selv. Det var knyttet stor usikkerhet til økonomi, hvilke nye pasientgrupper skulle kommunen overta ansvar for, hvilken kompetanse skulle kommunene bygge opp. Flatanger har også kapasitetsutfordringer på institusjonsplasser.

Oppsummert så er den store utfordringen for alle kommunene å *sikre kompetanse og kapasitet* for å ivareta innbyggernes behov for kommunale tjenestetilbud i et samfunn preget av endring. Rekruttering av fagpersonell er en nøkkelfaktor. Tjenestetilbudene må være robuste. Det vil si at en må redusere sårbarhet; avhengighet av enkeltpersoner. I dette prosjektet har en prøvd ut ulike tiltak som skal bistå kommunene i å bygge opp "infrastruktur" på ulike felt for å håndtere reformen, men ikke minst prøve ut konkrete fellestiltak for å sikre robuste og faglig forsvarlige tjenester til innbyggerne i Midtre Namdal.

### **2.3 Samhandling som innovasjon**

I dette prosjektet skal *samhandling* mellom tjenestenivå sikre sammenhengende, helhetlige pasientforløp, og interkommunalt samarbeid skulle 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 har det vært et mål at det skal skje *kunnskapsutvikling* i prosjektet.

Det betyr at en skal utvikle nye tjenester, eller nye måter å utføre tjenester på, med mål om god kvalitet og med god samfunnsøkonomi; tjenesteinnovasjon. Det er mange måter å definere innovasjon på. Alle bygger på at innovasjoner er noe nytt (NOU:2011). Tradisjonelt har innovasjon vært assosiert med utvikling av produkter med profitt som mål. I de senere år

har innovasjon innen offentlig sektor fått stor oppmerksomhet, men da med mål om å gjøre tjenestetilbud kvalitativt bedre og/eller mer effektive (Finne 2007, NOU 2011:11, Pedersen 2012). Det som er viktig å merke seg er at en ikke kun setter fokus på *hva* (resultatet; produktet eller tjenesten), men også *hvordan* (innovasjonsprosessen). I denne prosessen vil læring være sentralt, individuelt og kollektivt (van Wijngaarden 2006).

I de siste årene er det vokst fram en tro på samhandling som et positivt virkemiddel for innovasjon i flere samfunnssammenhenger, organisert som nettverkssamarbeid og partnerskap<sup>2</sup>. Dette gjelder f.eks. innenfor og mellom næringsliv, utdanning og virkemiddelapparat, men også mellom offentlige tjenestetilbydere og andre.

Mens en i tradisjonell produktinnovasjon tenker i fasene: Idégenerering – Prototypetesting – Implementering og Evaluering, så hevder Pedersen (2012) at det i offentlig tjenestesektor ikke mangler idéer. Fokus i tjenesteinnovasjon vil derfor bli implementeringen; hvordan idéene blir oversatt og mottatt – for å kunne erstatte de praksisene en allerede har. Det krever tro på det nye, sier hun, men samtidig åpenhet for kritiske kommentarer og motstand. Hvis en ikke tar denne dialogen på alvor, vil det bli vanskelig å etablere nye praksiser.

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). Følgeforskningen har derfor søkt i litteratur for å finne forskning som beskriver suksessfaktorer for å lykkes med samhandling over tid, på tvers av organisasjoner, sektorer eller nivå. Disse suksessfaktorene danner utgangspunkt for analysene av samhandlingsprosjektet og utvikling av konkret samhandling gjennom prosjektet.

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. Etter søk i databasene Medline, Cinahl, Science Direct, ble det 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 Telemarksforsknings rapport "Hvordan lykkes med interkommunalt samarbeid" (Sanda 2001), på oppdrag fra KS, gitt nyttig informasjon. I de par siste årene er det også kommet

---

<sup>2</sup> Casey (2008) sier at partnerskapet aktualiserer seg gjennom en relasjonell prosess, og karakteriseres ved at partnerne deler noen målsettinger, har felles formål, at det er gjensidig respekt og vilje til å forhandle og samarbeide, dele informasjon, samt etablere en felles beslutningsprosess.

rapporter som omhandler samhandlingsreformen og samhandling (Brataas og Furunes 2011, Skevik 2011, Similä og Bergh 2012).

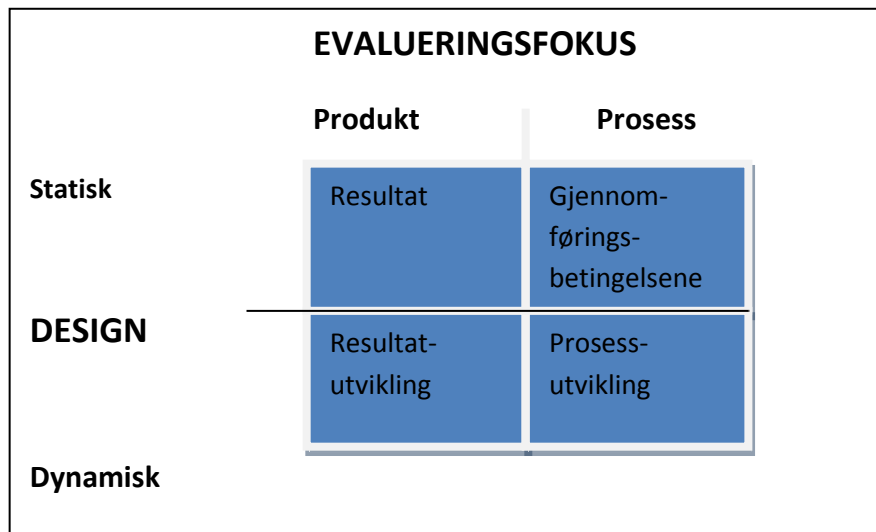
Artiklene har noe ulike fokus, men suksessfaktorene er gruppert i tre grupper. Noen av faktorene kunne ha fått plass under flere kategorier:

**Tabell 3.** Suksesskriterier for langvarig, samhandling på tvers av organisasjoner (Næss, 2012a)

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

### 3. METODE

En evaluering kan ha ulike design og fokus. Sletterød (2012) bruker følgende modell for å synliggjøre dette:



Figur 1: Design av følgeevaluering (Sletterød, 2012)

Formålet med denne følgeevalueringen var både å ha et resultatorientert fokus og et utviklingsorientert fokus. Et viktig aspekt var læring, både i prosjektet og av prosjektet, gjennom kunnskap om resultater og utvikling i prosjektet.

Rapportene som er presentert underveis (resultat - statisk) har stilt spørsmål om forhold av betydning for resultatutvikling (dynamisk). Samtidig la første delrapport vekt på gjennomføringsbetingelser (suksesskriterier ved samhandling) som igjen har betydning for prosessutvikling (dynamisk). Det har fra prosjektledelsens side vært uttrykt ønske om mer kontinuerlig samhandling underveis, noe som kunne ha fått et enda mer dynamisk design, men det har av ulike grunner ikke latt seg gjennomføre.

#### 2.1 Dokumentanalyser

Dokumentanalysen har gått i flere faser. Innledningsvis var hensikten å få kjennskap til grunnleggende 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 vil høringsutkastet til revidert fastlegeforskrift ha betydning for realisering av intensjonene i samhandlingsreformen. Tenkningen i alle disse dokumentene vil bli innarbeidet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Rapport fra underprosjektene (august 2011) sier noe om ståsted på det tidspunktet følgeprosjektet startet og har også gitt verdifull innsikt.

Utover i prosjektet har det blitt produsert en rekke dokumenter; rapporter fra underprosjektene, halvårige rapporter fra prosjektleder over status, og referat fra møter i prosjektgruppen. Alle disse har dannet bakgrunn for sluttrapporten.

### **3.2. Fokusgrupper**

Det er i stor grad benyttet fokusgrupper for 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. I slutfasen av prosjektet er det gjennomført 4 fokusgrupper:

- 1) Brukerrepresentanter. 5 av 8 som har vært brukerrepresentanter enten i prosjektgruppa eller i underprosjekt, deltok.
- 2) Ansatterepresentanter i prosjektgruppe eller underprosjekt. 4 av 5 deltok.
- 3) Helseledere i prosjektgruppe. 4 av 6 ledere deltok.
- 4) Komité for velferd, helse og oppvekst i Samkommunen (styringsgruppe for prosjektet «Helhetlige helsetjenester»). 6 av 7 medlemmer i komitéen deltok.

Det ble på forhånd sendt ut informasjon til gruppene om hvilke områder som var ønsket for tema i samtalen ( jf vedlegg 5, 6, 7 og 8 Guider for fokusgrupper i slutfasen). Det ble ikke brukt medhjelper i samtalen, så det ble klarert med gruppene å bruke opptaker for å sikre at informasjon ble fanget opp.

Samtalene var tidsfestet til 1 1/2 time og ble avsluttet da. Hovedinntrykket var at gruppene hadde forberedt seg godt på samtalen og tenkt gjennom de fokusområdene/spørsmålstillingene som var 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. 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 har gitt 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."

### ***3.3. Spørreskjema***

Helselederne i kommunene har vært sentrale deltakere gjennom hele prosjektet «Helhetlige helsetjenester», som deltakere i prosjektgruppa og som deltakere i underprosjekter. Før fokusgruppemøtet med helselederne ble de bedt om å fylle ut et spørreskjema (vedlegg 2), som konkret etterspurte prosjektets betydning for kommunen i forhold til hovedformålene i prosjektet, sortert under tre hovedoverskrifter: **Prosjektets betydning for kommunen – Samhandling – Erfaringer/Læring**. Alle helselederne besvarte spørreskjemaet.

### ***3.4. Intervju***

Prosjektleder for hovedprosjektet og samhandlingsansvarlig i Helse Nord-Trøndelag (HNT) har fulgt prosjektet på nært hold gjennom prosjektperioden, samhandlingsansvarlige for HNT som medlem i prosjektgruppa. De ble vurdert som viktige informanter, spesielt for å gi innspill på «veien videre», ut fra deres erfaringer med prosjektet.

Det ble derfor foretatt intervju med disse (vedlegg 3 og 4).

### ***3.5. Observasjon – deltakelse i møter***

Prosjektleder for følgeprosjektet har deltatt på de fleste møtene i prosjektgruppa. Rollen har i hovedsak vært som observatør, men også som dialogpartner med deltakerne i enkelte møter. Underveisrapporter fra følgeprosjektet er lagt fram for prosjektgruppa, med etterfølgende dialog.



## DEL 2

### 4. Prosjektets betydning for kommunene – hovedmål

Svarene fra helselederne på spørreskjemaet (vedlegg 2) gir et grovt inntrykk av hvordan kommunene vurderer sentrale aspekter ved prosjektet. Særlig interessant er det å se om noen av områdene tallfestes til ytterpunkter på skalaen (svært stor betydning eller ikke viktig i det hele tatt).

Strukturen fra spørreskjemaet er også valgt i presentasjon av resultater. Resultater fra samtaler og fokusgrupper med helseledere, ansatterepresentanter, brukerrepresentanter, samhandlingsansvarlig i HNT, prosjektleder og styringsgruppe for prosjektet, vil bli trukket inn under disse hovedoverskriftene. Ambulerende tverrfaglig team demens, som ett av de konkrete interkommunale tjenestetilbudene som er prøvd ut, vil omtales spesielt. Fokus her vil bli lagt på forhold som kan være av betydning ved senere etableringer av fellestjenester.

En kortfattet statusgjennomgang av de ulike underprosjektene pr. februar 2013, finnes i vedlegg 1.

**Tabell 4.** Prosjektets betydning (1-5: 5: Svært stor betydning/grad, 3: Nøytral/usikker, 1: Ingen betydning/svært liten grad)

Utsagn	Osen	Flatanger	Overhalla	Namsos	Fosnes	Namdalseid
Deltakelse i prosjektet har vært viktig for å holde seg informert om Samhandlingsreformen generelt	5	5	5	4	5	4
Prosjektet har hatt betydning for kommunens arbeid med innføring av Samhandlingsreformen	4	5	5	5	5	4
Prosjektet har betydning for Helhetlige helsetjenester for innbyggerne i kommunen	3	4	4	5	4	3
Prosjektet har hatt betydning for kommunens arbeid med kvalitetsheving og kvalitetssikring	2	4	5	3	3	5
Erfaringsdelingen i	4	4	5	3	4	3

prosjektet har bidradd til kvalitetsutvikling i kommunens tjenestetilbud						
Prosjektet har hatt betydning for bred deltakelse av helsepersonell i kommunens arbeid med samhandlingsreformen	2	4	5	4	5	4
Prosjektet har hatt betydning for at brukerne har fått god medvirkning i vurdering av tiltak	1	3	5	3	1	2
Prosjektet har hatt betydning for Kommunepolitikernes kunnskapsnivå om reformen	2	4	4	2	4	4
Prosjektet har tydeliggjort framtidige utfordringer for tjenestetilbud i vår kommune	5	4	5	4	5	4
Erfaringene gjennom prosjektet har gjort kommunen bedre i stand til å vurdere hvordan vi må tilrettelegge for å møte befolkningens framtidige behov for gode helsetjenester	4	4	5	4	5	5
Prosjektet har synliggjort aktuelle områder som kommunen ønsker å samhandle med andre kommuner om	4	4	4	4	4	5
Prosjektet har synliggjort områder som kommunen ikke ønsker å samhandle med andre kommuner om	4	4	4	3	4	1
Felleskommunale tiltak krever at vi framover ser mer på hvordan disse skal organiseres	4	5	5	5	2	5

#### **4.1. Kommunens arbeid med innføring av samhandlingsreformen**

Svarene viser at prosjektet har hatt stor betydning for alle kommunene når det gjelder informasjon om samhandlingsreformen og kommunens arbeid med innføring av samhandlingsreformen. Dette svaret er det som er mest entydig positivt, og har vært det under hele prosjektperioden. Som flere av helselederne sa underveis i prosjektet og i

fokusgruppe januar 2013: "Dette hadde vi ikke greid alene. Vi kom i gang med mye som var aktuelt i forhold til reformen". Det de framhever som spesielt viktig er at deltakelsen har gjort dem mer informert om forhold rundt samhandlingsreformen, de har fått ta del i hverandres erfaringer, og de har hatt noen å diskutere utfordringer med – for å sortere eget utfordringsbilde, som grunnlag for å vurdere strategier og tjenester for å sikre innbyggerne i egen kommune et tjenestetilbud for framtida. Entusiasmen for prosjektet var i utgangspunktet stor blant alle informantene. De har vært stolte av å være del av et prosjekt som var tidlig ute med å ta utfordringer med samhandlingsreformen på alvor, for å kunne være mest mulig forberedt når reformen skulle innføres.

Det er etablert mange arenaer for samhandling, på ulike nivå (prosjektgruppe, arbeidsgrupper), der både ledere, brukerrepresentanter og ansatte møtes. Det vurderes som positivt, men også ressurskrevende. I perioder av prosjektet sier helselederne at det har vært vanskelig å prioritere tid nok til prosjektet. Særlig var høsten 2011 en hektisk periode, med høringer og arbeid med samarbeidsavtaler. Det har gitt seg utslag i mange forfall ved prosjektgruppemøter. Helselederne, som har følt at de har vært de som skulle ha helhet og oversikt, har til tider opplevd at de har kommet til kort i forhold til å følge opp prosjektet. Noen stiller spørsmål om prosjektet var for omfattende og om det har vært et effektivt prosjekt. "Bredt er bra, men kapasitetsmessig har det røynet på. Har vi greid å være effektive nok, når det stadig har vært nye ting som har kommet opp? Greide vi å ha fokus på det vi var i gang med?" Flere stiller spørsmål ved om en hadde god nok kompetanse på å jobbe i prosjekt.

Når helselederne blir bedt om å konkretisere hvilke prosjekter som har vært suksesser, så trekkes UP-4 Ambulerende team "Riktigere legemiddelbruk" og UP-6 Kompetanseutvikling spesielt fram. Flere av underprosjektene er ennå ikke kommet så langt at en har kunnet høste positive effekter (f.eks. "Felles legetjeneste", e-helse). Konkrete felles tjenestetilbud som Ambulerende team demens og Pasientkoordinator/Pasientforløp ble avsluttet i opprinnelig form etter ca ett års prøvetid og videreføres i en annen organisering. Disse prosjektene er ennå ikke kommet så langt at det er erfaringer fra den nye måten å organisere tjenestene på. En vurdering av ulike måter å organisere fellestjenester på diskuteres i kapittel 6.

## **4.2 Helhetlige helsetjenester for innbyggerne i kommunen**

Dette har vært en av hovedintensjonene med samhandlingsreformen – og med prosjektet. Med unntak av Osen og Namdalseid som er usikre på om prosjektet har hatt betydning for helhetlige helsetjenester, så mener de andre kommunene at det har hatt stor/svært stor betydning. Det betyr ikke at en er i mål og at en har helhetlige helsetjenester for innbyggerne. Gjennom mange av underprosjektene har en *beredt grunnen* for helhetlige helsetjenester (bl.a. oppgavefordeling helseforetak – kommuner; før – i stedet for – etter og

sikring av robust kompetanse og kapasitet gjennom utvikling og utprøving av ulike samhandlingstiltak).

Følgeprosjektet har ikke fulgt enkeltbrukere/pasienter gjennom behandlingskjeden fra/mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det er derfor ikke grunnlag for å si noe om den opplevde helheten og sammenhengen i tjenestetilbudet for den enkelte bruker.

### **4.3 Kvalitetsheving og kvalitetssikring**

Generelt hadde kommunene i Midtre Namdal kommet kort når det gjelder systematisk kvalitetsarbeid. Underprosjektet "Internkontroll og kvalitetsrelaterte ledelsessystemer" (UP-7) skulle gi kommunene i Midtre Namdal et oppdatert og funksjonelt kvalitetsstyring/internkontrollsystem innen helse- og omsorgssektoren, der arbeidsgruppa skulle legge til rette for lokalt arbeid ivaretatt av lokale kvalitetsutvalg.

Arbeidsgruppa brukte lang tid på å få en felles forståelse for hva kvalitet og internkontrollarbeid dreide seg om, og begrenset seg til å arbeide med de overordnede styringsdokumentene og anbefalinger for videre arbeid, både som felles arbeid i Midtre Namdal, men ikke minst lokalt. (Midtre Namdal 2012a, sluttrapport UP-7:3). Tidligere arbeid i kommunene er aktivt ivaretatt og anbefalt brukt som gode eksempler og utgangspunkt for deler av et kvalitetssystem for Midtre Namdal. Her nevnes spesielt Flatangers treårige arbeid med overordnede styringsdokumenter for internkontroll og Overhallas strukturerte arbeid de to siste årene med praktisk kvalitetsforbedring innen helse og omsorg, spesielt system for registrering og oppfølging av avvik. Det framgår også at arbeidet i den lokale kvalitetsgruppen for Namsos har vært til stor hjelp for arbeidet i arbeidsgruppa for UP-7.

Det at arbeidsgruppen brukte så lang tid på å finne en felles forståelse for det mandatet de hadde fått, viser hvor komplekst et slikt arbeid kan være og oppfattes å være. Det blir en oppgave i seg selv å forenkle og bygge stein på stein. Arbeidsgruppen selv sier at det gjenstår mye arbeid før målsettingene med prosjektet kan nås. Det betyr ikke at prosjektet er "mislykket", tvert imot. Gjennom første samtale med kommunene, høsten 2011, ga de som hadde kommet kortest uttrykk for at de ønsket å prioritere utviklingen av et systematisk kvalitetssystem, men at det var en utfordrende oppgave å ta fatt på. Svarene fra kommunene viser at Flatanger, Namdalseid og Overhalla vurderer at prosjektet har hatt stor/svært stor betydning for kommunens arbeid med kvalitetsheving og kvalitetssikring, mens Osen, Namsos og Fosnes mener prosjektet har bidradd i liten grad/er usikker. Helseleder fra Flatanger og fra Namdalseid har sittet i arbeidsgruppa, og det har kanskje bidradd til at disse har fått med seg verdifull innsikt av betydning for eget kvalitetsarbeid, noe de andre helselederne ikke har fått. Gjennom diskusjoner i arbeidsgruppa har deltakerne fått mulighet til å danne seg en formening om krav til kvalitets – og internkontrollsystem, de har delt erfaringer på hvordan det jobbes med området i de ulike

kommunene, og de har gjort seg opp meninger om hva som kan være fornuftig vei videre. Slik sett har arbeidet med UP-7 bidradd til å bygge ned evt barrierer for å utvikle kvalitets- og internkontrollsystemet i kommunen videre (kunnskaper – lovverk/forskrifter, strukturer, erfaringer/gode eksempler). Det blir viktig å bygge videre på denne gruppas kompetanse, men også slik at arbeidet kommer de andre kommunene til gode.

En felles satsing på arbeid med kvalitetssikring i samkommunen, som f.eks felles kvalitetsutvalg, betinger parallelle prosesser med kvalitetssikringsarbeid lokalt i hver kommune. Det er i kommunene tjenestene utøves. Det er disse tjenestene som kvalitetsmessig skal sikres, og det er her den kontinuerlige kvalitetsutviklingen må skje. Tiltak i samkommuneregi vil kunne være et godt verktøy for kommunene i diskusjon om systemer, erfaringsdeling og kompetanseutvikling. Det blir avgjørende viktig at arbeidet med kvalitetssikringssystemer/internkontroll forankres i øverste ledelse av kommunen.

En ting er å ha et internkontrollsystem på plass (som har fokus på kontroll – avvikforbedring), men like viktig er å ha en organisasjon som faktisk er opptatt av og kontinuerlig jobber mot å utvikle kvalitet i tjenestene, for å unngå avvik (prosess). Mange av kommunene mener erfaringsdelingen i prosjektet har bidradd til kvalitetsutvikling i kommunens tjenestetilbud. Prosjektet helhetlige helsetjenester er derfor et eksempel på en måte å jobbe på, med etablering av ulike arenaer for erfaringsdeling, for å utvikle kvalitet. De konkrete kvalitetsmålene i prosjektet er forankret i samhandlingsreformens policy. UP-6 "Kompetanseutvikling" legger Helsedirektoratets beskrivelse av kvalitet (2010: 9) som føringer når de har utviklet Regional Kompetansestrategi for Midtre Namdal: "*er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt*". Det er slik bevissthet rundt kvalitet som må prege utøverne av tjenestene, for at kvalitet skal oppleves av brukerne av tjenestene. Dette utfordrer ledere på hvordan en jobber for å utvikle en kvalitetsutviklende kultur. Dette diskuteres mer i kap. 6.2 Bærekraftig helsetjeneste og organisering av tjenester.

#### **4.4 Bred deltakelse av helsepersonell?**

Med unntak av Osen så mener kommunene at prosjektet har hatt stor/svært betydning for bred deltakelse av helsepersonell. Mange ansatte i de andre kommunene har deltatt i underprosjekter. Helselederne tror ikke en hadde fått til dette brede engasjementet uten å være med i prosjektet. Uten prosjektet tror de at de kunne ha blitt mer alene om å arbeide med innføring av reformen i sin kommune.

Ansatte rapporterer både om bedre samhandling med sykehuset og det at "dørstokk" mellom kommunene er fjernet. De sier også at det å bli kjent gjennom konkret samhandling, har gjort at de har fått utvidet repertoaret for hvem de kan ta kontakt med hvis de har en

problemstillinger de har behov for å diskutere i det daglige arbeidet. Det kan derfor se ut som om samhandlingen i underprosjektene har hatt betydning ut over det som var mandat for arbeidsgruppene.

#### **4.5 God brukermedvirkning?**

Kun Overhalla mener at prosjektet har hatt stor betydning for god brukermedvirkning i vurdering av tiltak. Det kan ha sammenheng med at Overhalla er den eneste kommunen som har hatt eget underprosjekt/konkret tiltak i prosjektet, i og med at de har prøvd ut "akutt plasser i sykeheim" (UP-8). I den sammenhengen er det naturlig at både brukere og ansatte har medvirket aktivt.

De fleste underprosjektene har hatt brukerrepresentanter, og brukerne har også vært representert i prosjektgruppen. Følgeprosjektet har hatt to samtaler med brukerrepresentantene i prosjektet underveis (tidlig og slutt). Brukerrepresentantene i underprosjektene har opplevd at de i stor grad er lyttet til, og at de har hatt gode bidrag inn i arbeidet i underprosjektene. Å ha vært brukerrepresentant i prosjektgruppen har vært opplevd mer problematisk. Høy fagkompetanse i gruppen og bruk av fagterminologi, i tillegg til at det er i denne gruppa alle helselederne sitter, har gjort at brukerrepresentanten føler seg underlegen i gruppen. Dette er ikke overraskende reaksjon, ikke minst i et så omfattende og komplekst prosjekt som dette er. Det er krevende å ha god innsikt i reformen, lovverk, å kunne se ting i sammenheng, ha oversikt og begrunnede meninger om prosjektet. Det understreker også helselederne. Det brukerrepresentanten opplever spesielt betenkelig, er at hun opplever at hun blir oversett i gruppen. Det kan tyde på liten bevissthet rundt å få fram alles perspektiv i samarbeidet i prosjektgruppen.

Brukerrepresentantene er opptatt av hvordan en generelt kan videreutvikle rollen som brukerrepresentant og hvordan legge til rette for at brukerrepresentantene kan fylle en rolle i utvikling av tjenestetilbud. De mener at som brukerrepresentant bør du være talefør, ha innsikt i og være trygg i brukerrepresentantrollen og ha en evne til å se andres perspektiv (for å kunne representere andre). Å vise at brukerrepresentasjon er ønskelig og har betydning, kan også vises gjennom uoppfordret å tilby kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste, dekning av reise m.m. Det viktigste er nok likevel å være bevisst på hvordan en ønsker å bruke ressursen brukere kan bidra med i det enkelte prosjekt. Her har både brukerrepresentanter og prosjekteiere/helsetjeneste et ansvar for å løfte fram dette som tema.

#### **4.6 Politisk engasjement - forankring**

Kommunale helsetjenester er et selvstendig kommunalt ansvar. Kommunene i Midtre Namdal har valgt å bruke samkommunen som "verktøy" for implementering av samhandlingsreformen. Likevel er det viktig at kommunepolitikerne er aktive i forhold til sitt

ansvar. Helselederne og prosjektleder gir uttrykk for at de generelt har opplevd lite aktivt politisk engasjement, særlig i tidlig fase.

Et aktivt engasjement krever at politikerne er godt informert om reformen generelt, om utfordringsbilder i forhold til kommunens spesifikke utfordringer og styrker, samt informasjon om målsettinger og underprosjekter for "Helhetlige helsetjenester".

Fire av kommunene mener at prosjektet har hatt stor betydning for politikernes kunnskapsnivå om reformen. Prosjektleder har vært rundt i kommunestyrene (skifte av kommunestyre i 2011) og informert om prosjektet – men også om reformen. Helselederne mener politikerne har fått god informasjon og ser at politikerne etter hvert har "kommet mer på banen". Helseleder i Osen mener reformarbeidet i stor grad er administrativt forankret. Det er gjort en del for å informere, men kunne kanskje vært gjort mer.

Komité for helse, barn, velferd i samkommunen er styringsgruppe for "Helhetlige helsetjenester". Her sitter politikere fra de fire kommunene som er med i samkommunen. Styringsgruppen formulerer innstilling til vedtak i samkommunestyret, og skal også komme med styringssignal til prosjektgruppa. I samtale med komitéen om deres rolle som styringsgruppe, gir de uttrykk for at de har vært prisgitt det gode samarbeidet med prosjektleder og kommuneoverlege, for å skaffe seg informasjon og innsikt i det de sier har vært et komplisert saksområde. De mener de er blitt bedre i stand til å "stille klokere spørsmål" utover i prosjektet, slik at de har kunnet spille en mer aktiv rolle.

#### **4.7 Klargjøring av utfordringsbildet og muligheter for samhandling**

Svarene fra kommunene viser at prosjektet har bidradd til å klargjøre utfordringsbildet for den enkelte kommune ("sortering"). Gjennom saksutredninger, utprøving og mer kunnskap, er kommunene bedre i stand til å vurdere hvilke strategier de skal legge for et framtidig robust tjenestetilbud for innbyggerne. Det innbefatter hvilke tjenester de vurderer de kan håndtere selv, og hvilke de med fordel kan samhandle med andre om.

*"Utfordringene har kommet mye mer klart fram. Hva kan vi greie selv. Hva er lurt – fornuftig – hva må vi samarbeide om? Det har vi lært mye på. Gjennom arbeidet i prosjektet har vi fått diskutert, synliggjort hva vi ønsker å sette fokus på, og vi har fått utviklet kompetanse. I vår kommune har det skjedd veldig mye positivt i prosjektperioden (Fosnes).*

## **4.8 Ambulerende team demens (UP-2)**

Følgforskningen har spesielt fulgt utprøvingen av ambulerende team demens, som et konkret interkommunalt tjenestetilbud. For nærmere beskrivelse av prosjektet, se prosjektplan (Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune 2011a). Overordnet mål var å styrke en helhetlig demensomsorg i samkommunen og få erfaringer med tverrfaglig ambulerende team som struktur for samhandling. Mandatet for sin funksjon favnet bredt og forutsatte kjennskap til og god samhandling med brukere, pårørende, fastleger og annet helsepersonell i kommunene, samt hvordan demenstilbudet fungerte i den enkelte kommune:

- Informasjon, rådgiving og veiledning til brukere, pårørende og helsepersonell
- Tilby utredning i hjemmet, etter henvisning fra fastlege
- Tilby kartlegging og oppfølging av dagligdagse aktiviteter, hukommelse og hvordan bruker fungerer i sitt hjem
- Hjelpemidler for å gjøre hverdagen enklere og tryggere
- Være bindeledd mellom bruker, pårørende, hjelpeapparat i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Være en ressurs ved planlegging og gjennomføring av kommunale tilbud som pårørendeskole og dagtilbud til personer med demens i tidlig fase

Tjenestetilbudet ble evaluert etter 9 mnd drift, gjennom spørreskjema til fastleger, helseledere og demenskontakter i kommunene, samt samtaler med teamets ansatte. Resultatene er presentert i eget notat (Næss, 2012b) og ble presentert for prosjektgruppen 21.06.2012.

Kort oppsummert kan en si at tilbudet ikke var en naturlig del av kommunens tjenestetilbud etter 9 mnd drift. Forventningene fra helseledere var ikke innfridd (bl.a. erstatte kommunale demensteam). Fastlegene hadde begynt å bruke teamet til utredninger og kartlegginger og uttrykte tilfredshet med kvaliteten på arbeidet, men det var kapasitetsutfordringer. Demenskontaktene og teamet hadde ikke funnet en god samarbeidsstruktur, bl.a. var de kommunale demenskontaktene passive i forhold til initiativ fra teamet. Evalueringen pekte på flere forhold som kunne ha utviklet teamet som en mer naturlig del av det kommunale demenstilbudet, bl.a. Struktur og forutsigbarhet i samhandlingen mellom team og kommuner og med fokus på samarbeid om konkrete case/problemstillinger.

Det er naturlig at det tar tid å bygge opp et spesialisert tilbud/kompetanse, når de som innehar stillingene må utvikle egen kompetanse selv før de er operative (som f.eks. teamet måtte i forhold til utredning). Dette er det viktig å ta med seg som erfaring. Viktigste ankepunktet mot å organisere et demensteam rundt to- til tre personer er den store



sårbarheten. Temaet hadde sykmelding i hele prosjektperioden. Ansatte i teamet sa opp sine stillinger etter ca ett års arbeid.

Arbeidet med ambulerende team skal videreføres, men i en annen arbeidsform. Et arbeidsnotat (Fiskum, 2012) danner utgangspunkt for planlegging av videreføring. Blant annet er helselederne utfordret på å konkretisere hva de ønsker for videreføring av utprøvingen.

Uansett hvilken arbeidsform en velger, tillater følgeforskningen seg å peke på en del punkter som kan være viktig, særlig hvis en ser for seg å utvikle robuste tjenester som også har kompetanseutvikling/kvalitetsutvikling som mål.

- Sikre engasjement fra demenstjenesten i kommunene, særlig hvis formålet er kompetanseutvikling. Fokus på konkrete utfordringer som oppleves i hverdagen, enten det gjelder utfordringer i pasientkontakt eller på oppgaver på plan-systemnivå en ønsker løst. Læring skjer gjennom aktiv deltakelse, i relasjon til en situasjon/sammenheng. Den er situert, som Lave og Wenger (1991) sier. Det betyr at den mest effektive læringen skjer nært praksis eller gjennom case-beskrivelser, og sjansen for at teamet kan spille en rolle i forhold til å være en naturlig del av kommunens demenstilbud øker. Erfaringsdeling og dialog kan være verktøy.
- Sikre forutsigbare rammer for tjenesten, slik at alle involverte kan forstå hensikt, sin rolle, andres rolle, oppgaver, arbeidsform. Det betyr alt fra konkret plan over aktiviteter (min halvårsplan), evt møtedatoer, sted, hva den enkelte skal bidra med og hvem en skal informere. Forpliktelser og legitimitet for at deltakelse i nettverket er viktig.
- Noen som har klart mandat for å lede tjenesten og sikre god tilrettelegging og framdrift.

## 5. Samhandling

"Helhetlige helsetjenester" har vært et samhandlingsprosjekt. Følgforskningen skulle spesielt se på hvordan samhandlingen utviklet seg mellom deltakende kommuner og hvilke faktorer som har fremmet og hemmet samhandlingen. Likeså skulle en se på samarbeid med andre kommuner og regioner utenfor Midtre Namdal, og med samarbeidsinstanser som Helse NT og Namdal Rehabilitering. Følgforskningen har sett hatt oppgave/tjenestefokus, relasjonelt fokus og organisatorisk/ledelsesfokus i evalueringen.

Først presenteres en oversikt over kommunenes vurdering av samhandling i prosjektet.

**Tabell 5.** Grad av samhandling, utvalgte tema.

5: I svært stor grad, 3: Nøytral/vet ikke, 1: I svært liten grad

Utsagn	Osen	Flatanger	Overhalla	Namsos	Fosnes	Namdalseid
Prosjektet har ført til økt forståelse i kommunen for betydningen av samhandling med andre	3	4	3	3	4	4
Gjennom prosjektperioden har kommunens samhandling med de andre deltakende kommuner om konkrete tjenestetilbud økt	3	4	5	3	4	4
Prosjektet har bidradd til at kommunen har mer samarbeid med sykehus om helhetlige tjenester for innbyggerne	3	5	5	4	2	4
Gjennom prosjektperioden har kommunen utviklet nye samarbeidsrelasjoner/økt samarbeidet med andre (feks andre regioner. Namdal Rehabilitering)	4	4	3	3	3	2
Kommunen opplever at det har vært stor takhøyde for å formidle ulikhet i behov for samhandling	4	2	1	2	3	4
De konkrete samarbeidstiltakene som er prøvd ut har vært relevante for kommunen	4	4	5	4	3	4
Vi ser for oss at framtidens tjenestetilbud for innbyggerne blir i form av felleskommunale tjenester	3	3	4	4	?	4
Samarbeid om Ø-hjelpstilbud er interessant for vår kommune	5	4	5	5	1	5

Denne oversikten gir et lite entydig bilde mellom kommunene av hvordan samhandlingen har blitt *oppfattet*, har *utviklet seg* og syn på *framtidig samhandling* om tjenestetilbud. Det er stor forskjell mellom kommunene hvordan de vurderer de ulike punktene.

En forklaring kan være at spørsmålene ikke fanger opp hvordan utgangspunktet var. At prosjektet ikke har ført til *økt* forståelse i kommunen for betydningen av samhandling, behøver ikke å bety at det ikke *er* god forståelse for betydningen av samhandling i Osen, Overhalla og Namsos. Det betyr bare at dette prosjektet ikke har tilført ytterligere forståelse for betydning av samhandling.

### **5.1 Utvikling av samhandling - tjenester**

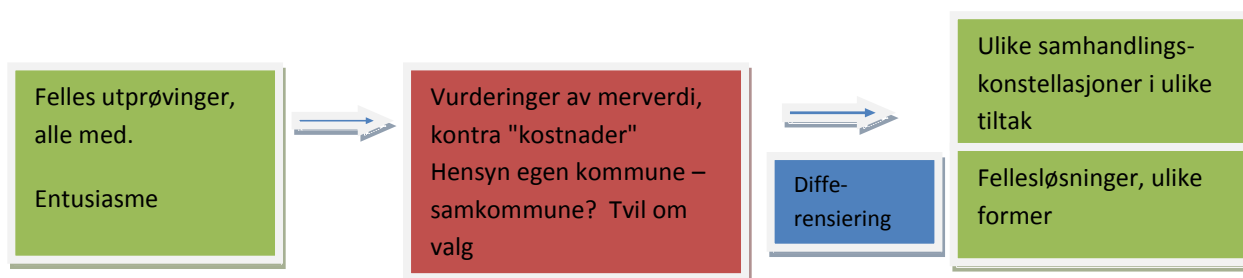
Fire av kommunene mener at prosjektet har ført til *økt* samhandling med de andre kommunene om konkrete tjenestetilbud, det samme gjelder *økt* samhandling med sykehus om helhetlige helsetjenester for innbyggerne. Prosjektet har i liten grad ført til *økt* samarbeid med andre instanser, som andre regioner og Namdal Rehabilitering (som eies av kommunene).

Samhandlingen med helseforetaket (sykehuset Namsos) har i mange år vært betraktet som god. Det sier også kommunene i starten av prosjektet. Høsten 2011/vår 2012 var en hektisk periode for å få på plass avtaler mellom kommuner og helseforetak, en viktig forutsetning for å avklare roller og forpliktelser i framtidig samhandling mellom kommuner og helseforetak. I denne perioden karakteriserer flere at samhandlingen mellom kommuner og helseforetak mer var preget av at de var parter, og ikke partnere, med fokus på jussen og ikke på den relasjonelle samhandlingen (Samtaler med prosjektleder og med samhandlingsansvarlig i HNT, des. 2012). En ser for seg at en vil komme mer tilbake til en partnerskapspreget samhandling når den nye oppgavefordelingen er kommet inn i mer avklarte former.

Økning i samhandling har skjedd på flere nivåer. Ansatte rapporterer det positive i at de gjennom konkret arbeid i underprosjekter har fått bygd ned barrierer for å ta kontakt med hverandre og har opplevd stor motivasjon i å få ta del i hverandres erfaringer. Gjennom diskusjoner med de andre helselederne gir de uttrykk for at de har hatt god nytte av å dele erfaringer med hverandre. Men de er usikre på om de har vært åpne nok for hverandres gode erfaringer/styrker.

Samhandling har en oppgave/saksside (her: tjenester) og en prosesside som omfatter relasjoner (mennesker), og organisatoriske forhold/ledelse, der de to siste påvirker samhandling rundt tjenester. Følgforskningen har sett på dette, for å kunne trekke fram forhold av betydning for framtidig samhandling.

Utvikling i tjenestesamhandling mellom kommunene kan illustreres slik:



Figur 2. Utvikling av samhandling

Hvis en skal prøve å tidfeste fasene, gikk første fase fram til vår 2012. Da begynte en å få erfaringer med utprøvinger; noe ble vurdert som vellykket, noe ikke så vellykket, en måtte justere kurs og en måtte begynne å tenke hvordan en skulle forholde seg til framtidig drift. Samtidig aktualiserte arbeidet med Ø-hjelpsfunksjonen seg. For kommunene ble vurderingen av merverdi, kontra "kostnader" viktig for å finne ut hva som var riktige valg for samhandlingstiltak i en driftsfase, etter prosjektet.

Kommunene i samkommunen har til en viss grad kjent forpliktelser overfor samkommunen når det gjelder oppslutning om tiltak, men det er egen kommune som har vært perspektivet når en har vurdert utfordringsbilder og framtidige behov og strategier for å møte behovene. Dette er også en konsekvens av at kommunene ikke har gitt samkommunen beslutningsmessig handlingsrom i prosjektet, selv om samkommunen skulle være verktøy for implementering av reformen forkommunene i Midtre Namdal samkommune.

På slutten av prosjektet har vi sett en viss grad av differensiering i samhandling om tjenestetilbud. Alle kommuner deltar fortsatt i noen fellestiltak (f.eks. demenstjeneste). Namdalseid kommune og Namsos kommune har valgt å videreføre pasientkoordinator inn i utprøving av felles brukerkontor, mens de andre kommunene ikke viderefører ordningen.

Det siste året av prosjektet er det lagt mye arbeid inn i utredning av hvordan fellesløsninger om Ø-hjelpsfunksjonen kan hjelpe kommunene til å ivareta det ansvaret kommunene skal ha innen Ø-hjelp fra 2016. Gjennom grundig kartlegging av sykdomsutvikling, dagens kommunale tjenestetilbud og forbruk av sykehustjenester har Westermann (2012) gitt kommunene grunnlag for å diskutere hvordan kommunene best kan møte nåtidens og framtidens krav til helsetjenester, med spesiell vekt på kravet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Dette er videreført i rapporten (Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune 2012b) om "Øyeblikkelig hjelp døgnopphold og interkommunalt samarbeid". Forslaget til felles løsning er opprettelse av en sengeenhet nært tilknyttet legevaktstjenesten, plassert i Namsos, med muligheter også for en viss

kapasitet for å ta i mot pasienter som trenger andre lokalmedisinske tjenester. Saken er nå til behandling i kommunestyrene, med frist 1. april.

Som det ser ut nå, vil Fosnes kommune velge å stå utenfor samarbeidet. Overhalla, som gjennom prosjektet "Helhetlige helsetjenester" har prøvd ut akutt plasser i sykeheim, ser for seg mulighet for å dekke Ø-hjelps kravet innenfor det tilbudet de har utviklet. De svarer likevel at de er svært interessert i å samhandle med de andre kommunene om Ø-hjelpstilbud, men da ikke nødvendigvis om et døgn tilbud, men samarbeid om gode pasientforløp, rutiner, prosedyrer, kompetanse o.l.

Fasene som er skissert ovenfor er naturlige faser i et prosjekt. En må prøve ut ting for å se hva som fungerer – og for å vurdere hva som tjener formålene best. Sett i ettertid hevder flere at en i første fase burde ha diskutert grundigere en del sentrale forhold av betydning for samhandlingen i prosjektet og for framtidige tiltak: 1) Håndtering av *ulike utfall* av utprøvingene (ulike scenarier). 2) Forventninger til hverandre i et samhandlingsprosjekt som skal søke å finne felles løsninger på utfordringer - Finnes det psykologiske kontrakter som styrer det opplevde handlingsrommet?

Det saksområdet som har vært vanskelig å håndtere, og som har aktualisert disse refleksjonene, er arbeidet rundt *lokalmedisinske tjenester og Øyeblikkelig hjelp-funksjonen*. I det innledende arbeidet med samhandlingsreformen, ble "kritisk" størrrelse tillagt vekt for å kunne utvikle robuste, kvalitativt gode og forsvarlige helsetjenester for å møte de utfordringene kommunene sto overfor. Det var selve grunnlaget for tenkning om behov for samhandling. Ø-hjelpsfunksjonen og andre lokalmedisinske tjenester representerer ansvarsforhold kommunene skal overta fra sykehusene, som nye tjenester, og det innebærer også behovet for ny, mer spesialisert kompetanse i kommunene. Kommunene i helse Norge utvikler nå sine Ø-hjelpstjenester, og etter hvert som konkretiseringene kommer, er det ingen som lenger fokuserer "kritisk størrrelse", forutsatt sannsynliggjøring av at tjenesten er faglig forsvarlig. Det åpner for mange ulike løsninger, der også små kommuner planlegger å ivareta Ø-hjelpsfunksjonen på egen hånd. Dette viser at det har skjedd store endringer i tenkning siden reformen ble lansert. Helseforetakene skal imidlertid signere søknaden fra kommunene, og det gjenstår å se hvordan de vurderer kravet til faglige forsvarlighet når de skal vurdere søknadene. (Jf Flekkefjord Tidende 08.02.2013. *Farsund får Ø-hjelp-søknad i retur.*)

Overhallas utprøving av akutt plasser i sykehjem er under evaluering, blant annet vil en se på om oppbygging av dette tilbudet har erstattet sykehusopphold (før - i stedet for – etter), som har vært noe av intensjonene med å bygge opp lokalmedisinske tjenester. Likevel, det som er kommet fram tyder på gode erfaringer, både fra brukere og ansatte. Prosjektet har vakt stor positiv oppmerksomhet, også nasjonalt. Bemanningen tilfredsstiller krav til bemanning for Ø-hjelpsfunksjon (tilgang til legetjeneste og døgnkontinuerlig sykepleierbemanning), og Overhalla har sett muligheten for å få dekket sitt Ø-hjelpstilbud

gjennom det tilbudet som er bygd opp. Da det ble kjent at Overhalla søkte helseforetaket om dette, vakte det reaksjoner i prosjektgruppa, også fordi det kom overraskende på de andre, ut fra en tenkning – og forventninger om -at Ø-hjelpskravet måtte man løse sammen, for å sikre en forsvarlig, effektiv tjeneste (jf tidlig tenkning i lansering av samhandlingsreformen).

Som tabellen viser, opplever de fleste kommunene at det har vært liten takhøyde for å formidle ulikheter i behov og samhandling. Dette diskuteres mer i analysen av hvordan prosjektet har greid å ivareta "suksessfaktorer" rundt samhandling, der også det relasjonelle og organisatoriske i samhandling trekkes inn.

### **5.1.1 Har prosjektet hatt fokus på de riktige tingene?**

Generelt mener kommunene at de tiltakene som er prøvd ut har vært relevante for dem, selv om de ikke ønsker å videreføre aktiv deltakelse i alle tiltakene. Bl.a. gir flere helseledere uttrykk for at pasientkoordinatorordningen, med de begrensede ressursene som ble lagt i stillingen, ikke ga kommunene merverdi i forhold til hvordan de håndterte samhandlingen med sykehuset tidligere. Tvert imot opplevde de at det kun ble merarbeid. Det de hadde ønsket seg av en slik stilling, var mer bistand til analyse (helsestatistikk for kommunen, bl.a. spesifikke data om pasientkategorier, innleggelses, medfinansiering m.m.), til hjelp i planlegging av det kommunale tjenestetilbudet, f.eks. for å unngå sykehusinnleggelse. Dette lå også i stillingen ("systemutvikler"), men pga liten kapasitet, fikk ikke dette arbeidet prioritet. "Det ble for lite nytenkende" (fokusgruppe med helselederne januar 2013).

Noen stiller spørsmål ved om en skulle ha hatt større fokus på pasientforløp og henviser til "Samhandlingsprosjektet Psykisk helse i Namdalen". I første samtale med kommunene var de opptatt av folkehelseperspektivet og hvordan kommunen skulle greie å snu tenkning fra behandling til forebygging. Brukerrepresentantene etterlyser også mer systematisk arbeid rundt dette, gjerne i samarbeid med frivilligheten i kommunene.

Underprosjektet "Akutt plasser i sykeheim" har vært et svært relevant prosjekt, i forhold til intensjonene i samhandlingsreformen om å overta ansvar for noen tjenester fra helseforetak (lokalmedisinske tjenester), men har fått lite fokus i hovedprosjektet. Prosjektet startet opp av Overhalla kommune, og ble innlemmet i hovedprosjektet når det startet.

Prosjektet har savnet aktiv etterspørsel etter erfaringer fra prosjektet og en mer aktiv involvering (fokusgruppe helseledere, januar 2013). I fokusgruppe med brukerrepresentantene (januar 2013) stiller også de spørsmål ved UP-8 og læring fra det. Er det slik at det bare skal være et Overhalla-prosjekt, eller skal det bidra til læring for Midtre Namdalskommunene?

### **5.1.2 Tro på framtidige fellestjenester**

Kommunene har tro på samarbeid, men tro på omfang av framtidige fellestjenester vurderes ulikt mellom kommunene. Mens de største kommunene Namsos, Overhalla og Namdalseid

har stor tro på at framtidens tjenestetilbud for innbyggerne blir i form av felleskommunale tjenester, er Osen, Flatanger og Fosnes usikre på det. Flatanger konkretiserer det slik: "Det er avstandsutfordringer og uavklarte transportkostnader." De minste kommunene uttrykker også bekymring for at fellestjenester virker negativt inn på rekruttering i egen kommunale tjeneste, den faktoren som vurderes som største utfordringen framover.

I alle faser av prosjektet har økonomi og usikkerhet rundt det, vært tema i samtale med de minste kommunene. Med en liten og sårbar økonomi, har de vært redde for å binde opp økonomi i fellestiltak.

Det er bred enighet om å se mer på hvordan felleskommunale tiltak kan organiseres.

## **5.2 Suksesskriterier for samhandling**

Tabell 3 danner utgangspunkt for analysen og presentasjonen (Næss 2012)

### **5.2.1 Grunnleggende betingelser for å lykkes med langvarig samhandling**

Følgende grunnleggende betingelser blir sett som viktige: *Felles forståelsesramme, felles mål, Oppfattelse av viktighet av samhandlingen/ prosjektet, Evne til å endre fokus i samhandlingen, ut fra endringer i behov, Mestre ulikhet og 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).*

Flere av disse faktorene er nevnt tidligere i rapporten. Alle har oppfattet prosjektet som viktig, og det har hatt betydning for alle kommunene i deres forberedelse og innføring av reformen. En kan også si at prosjektet har evnet å endre fokus i samhandlingen, ut fra endringer i behov. Eksempler på det er i prosjektene "Ambulerende tverrfaglig team demens" og "Pasientkoordinator", der erfaringer tilsa behov for endringer.

#### **Felles forståelsesramme, felles mål.**

Flere forhold kan grupperes under denne iverskriften. Felles *utfordringsbilde* var et tema da følgeevalueringens første delrapport ble presentert for prosjektgruppen, og i siste fase har flere påpekt at prosjektet burde ha avklart bedre innledningsvis hva kommunene ville ha ut av utprøvingen av de ulike prosjektene (eksemplifisert med pasientkoordinator) og hvordan ulike scenarier skulle håndteres. Kanskje ville en da ha fått avklart i en tidligere fase om det var noen prosjekter som åpenbart var urealistiske/kommunene ikke ville gå inn for i en driftsfase (forpliktelser). Et tydeligere mandat/handlingsrom fra kommunene til samkommunen for beslutninger kunne ha gjort handteringen av prosjektet enklere underveis.

Et utfordringsbilde vurderes i forhold til ønsker/mål. I dette prosjektet var det målene i samhandlingsreformen kommunene skulle vurdere sine utfordringer opp mot. En kan si at det er et generelt utfordringsbilde ved at kommunene skal overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og at en skal satse på forebygging og styrking av tjenestetilbud nært der pasienten bor. Men målene i samhandlingsreformen er flere og kommunene er ulike, slik at utfordringsbildet for den enkelte kommune kan se forskjellig ut fra en annen, i forhold til hva en ser på i reformen. Når det kommer til valg av strategier og tiltak for å møte utfordringene, vil også andre hensyn komme inn i kommunenes vurdering, slik som tidligere erfaring med å takle lignende situasjoner, geografi og økonomi (ressurser og rammebetingelser).

Hvis en skal si noe om felles utfordringsbilde, så trekker kommunene fram rekruttering av fagpersonell, håndtering av pasientgrupper med komplekse behov med store omsorgsressursbehov som de største utfordringene, jf kap 3.2.

Det er usikkert om kommunene i en tidlig fase av prosjektet har vært i stand til å være tydelig på utfordringsbildet for sin kommune, i og med at kommunene mener prosjektet i seg selv har hatt stor betydning for å få innsikt i hva samhandlingsreformen innebærer, for å kunne vurdere hensiktsmessige strategier for egen kommune. Uansett burde hver enkelt kommune ha vært utfordret på det, for å synliggjøre overfor seg selv og de samarbeidende kommunene om hvordan en vurderte utfordringsbildet for seg, og hvordan en vurderte fellestiltakene i forhold til sine utfordringer.

### **Mestre ulikhet i størrelse og forskjellighet**

De samarbeidende kommunene har gjennom hele prosjektet vært oppmerksomme på at det er stor forskjell på rammebetingelser og utfordringer i kommunene, særlig ut fra ulikhet i størrelse. Namsos har vært bevisst på ikke å "kjøre over de andre" og noen av småkommunene gikk med på å prøve ut tiltak, selv om de så at dette var et tilbud som best passet for Namsos (eks. pasientkoordinator).

Dette med ulikhet i størrelse og forskjellighet var ikke noe problem i første fase av prosjektet, man var villig til å prøve ut tiltak, selv om ikke alle var opplevd som like relevante/realistiske, "så fikk en se hvordan en skulle forholde seg etter utprøvingen". Forpliktelsen til samkommunen var i utgangspunktet viktig. Ulikhet og størrelse ble aktualisert da prosjektet kom inn i fase for valg av framtidige, varige løsninger, der det er snakk om lokalisering, som Ø-hjelpsfunksjon/lokalmedisinsk senter. Svarene fra kommunene nå i slutfasen viser også at de oppfatter at det har vært liten takhøyde for å formidle ulikhet i behov for samhandling. Unntaket er Osen og Namdalseid. Det har vært åpenhet for å uttale seg, men at ikke alt har fått like stort gehør. F.eks. mener Fosnes at deres fordeler i forhold til gjennomføring av samhandlingsreformen ikke anerkjennes. At det har vært opplevd som vanskelig å få snakke gjennom hva som skjedde da Overhalla søkte om å få godkjent



Akutt plasser i sykeheim som utgangspunkt for sin Ø-hjelpsfunksjon, kan også ha påvirket svarene. Det ser ut som om åpen kommunikasjon om forskjellighet og hva vi forventer av de andre, ikke har vært nok i fokus.

### **Forankring**

I samtaler med ansatte, brukere og helseledere var jeg interessert i om prosjektets *forankring* i enkeltkommunene. Til helselederne var spørsmålet hvem som "eier" prosjektet i kommunen. "Det er kommunen sitt –men helheten eier vi helselederne. På helse-omsorg er det mer stykkevis og delt hva de er inne i" (Overhalla og Flatanger) Osen sier: "Har savnet mer kjennskap til prosessene lokalt. Det er en kompleks materie, for de fleste blir det utfordrende å se helheten, også blant politikerne." "Både ordfører og rådmann er medeiere. Daglig leder i pleie- omsorg er også veldig med" (Fosnes).

Generelt kan en si at helselederne har prøvd å involvere, men det har vært utfordrende. "Reformen er stor, i tillegg har vi lagt inn mange prosjekter, så de greier ikke å forholde seg til alt".

Flere av helselederne gir uttrykk for at rådmenn burde ha vært mer involvert i styring av prosjektet. "Samhandlingsreformen er mer enn en helseklynge, så rådmannen er viktig" (Flatanger).

Inngangsspørsmålet mitt til ansatte og brukere var om det prates om samhandlingsreformen/prosjektet blant de ansatte og brukere i kommunen, og hva som evt sies. Svarene er ikke entydige. De som har vært aktivt med i prosjekter informerer og snakker om det på sin arbeidsplass, ellers er det generelt lite prat om det. Tillitsvalgt fra Fagforbundet eksemplifiserer gjennom å fortelle at hun hadde invitert medlemmene til informasjonsmøte om Samhandlingsreformen. Ingen kom, for de visste ikke hva det var snakk om. Ansatte nevner følgende stikkord på tema som det snakkes om: Kompetanse, forebygging, pengesluk, samkommune-egen kommune, beslutningslinjer - tungt administrativt system.

### **Naturlig del av egen virksomhet**

At samhandling og fellestjenester skal være en *naturlig del av egen virksomhet*, er en viktig, men høy målsetting. Erfaringer med utprøving av Ambulerende tverrfaglig team demens viser at en rekke betingelser må være til stede for at de skal skje: Tid, tålmodighet, "innsalg"/informasjon til alle som får berøring med det nye, tolking og forhandling av roller og oppgaver i samhandlingen, forutsigbarhet... De konkrete utprøvingene av fellestiltak har ikke nådd denne målsettingen ennå. I en driftsfase vil det være avgjørende viktig å avklare hvordan målet kan nås.

### 5.2.2 Suksessfaktorer i selve samhandlingen

Faktorer av betydning: *Tillit og verdsetting av de andre, kommunikasjon og interaksjon inne samhandlingsgruppa, medlemmene må være informert, likeverdighet og involvering i beslutningstaking (opplevelse av å bli hørt og sett – makt), mestre konflikt.*

Ut fra forrige kapittel kan vi se at kommunikasjonen kunne ha vært bedre på mange av punktene, særlig i forhold til enkelte situasjoner, som er eksemplifisert ovenfor. Jeg har ikke hatt samtale med underprosjektlederne og har ikke grunnlag for å si noe om hvordan kommunikasjonen har vært der. Utfordringene har vært i prosjektgruppen, som har hatt det kontinuerlige arbeidet med helheten i prosjektet..

I fokusgruppe med helseledergruppa, januar 2013, var ett av temaene det å jobbe i langvarige, omfattende prosjekt som dette og ulike faser i et prosjektarbeid. Noen av helselederne legger ikke skjul på at det har røynet på motivasjonen når en kom til faser der ikke alt gikk etter forventningene, mens helseleder fra Osen sier "For meg er dette typisk prosjektjobbing. Mange baller kastes opp, hvor er egentlig fokuset, det går opp og ned". Men ambisjonene har vært store, en har lagt mye entusiasme og arbeid inn i arbeidet, en har villet så mye. Når en så kommer til den vanskelige "valgfasen" eller møter det en opplever som motgang, er en sliten og kanskje dårligere i stand til å se den andre og ta ansvar for en åpen kommunikasjon.

Brukerrepresentant i prosjektgruppen var tydelig på at hun følte seg ikke sett og hørt i gruppen, samtidig som hun i utgangspunktet følte seg underlegen i forhold til kompetanse og posisjon; avmakt. Ansatterepresentantene har også stilt spørsmål ved sin rolle i gruppen, om de var alibi.

Som observatør i prosjektgruppen har jeg registrert stor forskjell på hvem som har vært aktive. En av helselederne sier det slik: "Jeg er veldig vár på hva som skjer innad i gruppa, hvor meddelsomme folk blir, om noen blir tilknapet. Det skjer noe i framdrifta på prosesser, noen trekker seg tilbake, for her er det ikke vits i å si noe, for det er andre som bestemmer hva som skal skje".

Det stiller store krav til ledelse av slike grupper som er sammensatt av personer med så ulik bakgrunn og som skal ivareta ulike posisjoner og interesser. En ting er å lede i forhold til behandling av en sak. Like viktig er hvordan det skjer, for å sikre at alle blir sett og hørt. I grupper som prosjektgruppa kan en se at det er forhold som gjør at noen lett kan føle avmakt, med tilbaketrekking som resultat. Som leder blir det da viktig å være mer aktiv for å etterspørre alles syn (f.eks. runde for å uttale seg). Det å henvise til hva andre har sagt, viser også at en har hørt hva andre har sagt (verdsetting).

### 5.2.3 Organisering/ledelse av samhandlingsprosesser

Suksessfaktorer: *Lederrolle og gjennomføringsansvar, sikre felles fokus, synliggjøre sammenhenger, synlig, meningsfull framdrift, møteplasser – administrative – politiske – faglige, velg samarbeidsprosjekter der gevinstmulighetene synes åpenbare*

Utgangspunktet for å velge samarbeidsprosjekter har her vært forhold som kan være til hjelp for kommunene i arbeidet med å implementere samhandlingsreformen. En har satset bredt, med mange prosjekter. Kommunene har opplevd tiltakene som er prøvd ut som relevante, selv om kanskje ikke alle kommuner har samme gevinstmuligheter på alle. Kommunene forpliktet seg lite på forhånd, annet enn å delta i utprøvingen. Det betyr at enkeltkommunenes valg og beslutninger kom underveis, det var lite forutsigbart hvordan samarbeidskonstellasjonen ville se ut etter utprøvingen. Som utgangspunkt var det lite "organisatorisk fasthet". Det medfører utfordringer for prosjektledelsen, gjennom å måtte sikre beslutninger underveis, enten via styringsgruppe og samkommunestyre, eller direkte til den enkelte kommune.

Prosjektledelse er ivaretatt på to nivå: Prosjektleder for hovedprosjektet og prosjektleder for underprosjekt. I følgeevalueringens første delrapport trekkes det spesielt fram behovet for å sikre synlig, meningsfull framdrift i underprosjektene og prosjektleders viktige rolle her. Det betyr å sikre at møtene er forberedt og at det skjer noe mellom møtene i arbeidsgruppene.

Det er etablert flere *møteplasser* i prosjektet. Særlig møteplassene i underprosjektene, der ansatte møter ansatte fra andre kommuner og fra helseforetak, vurderes som verdifullt for å kunne ta del i hverandres kompetanse, kultur og arbeidsmåter og få forståelse for hverandre, for å kunne utvikle helhetlige og koordinerte tjenester.

#### **Prosjektleders rolle**

Prosjektleder har ivaretatt mange oppgaver gjennom prosjektet. Hun har hatt ansvar for å sikre helhet, framdrift og sammenheng i hovedprosjektet, har hatt ansvar for ett underprosjekt, og det har vært forventninger om aktivt engasjement i de andre underprosjektene. I tillegg til de oppgavene som naturlig følger en prosjektleder, har hun også tatt andre oppgaver som hun er mer usikker på om har vært inn under hennes myndighetsområde, (personalansvar i de periodene prosjektet har hatt personer ansatt og representant for Midtre Namdal samkommune når det gjelder Samhandlingsreformen, på mange ulike arenaer). Det som prosjektleder framhever som spesielt utfordrende med organisering av "Helhetlige helsetjenester" har vært beslutningslinjene og hvem som beslutter hva – hvor. Kommunene har selvstendig ansvar for sine tjenester, men kommunene i Midtre Namdal samkommune har lagt planleggings- og implementeringsansvaret for samhandlingsreformen til samkommunen. Hvilke saker skal da gå via styringsgruppe opp til samkommunestyret for vedtak (og evt oversendelse til

kommunene for endelig beslutning), og hvilke saker sendes direkte til kommunene for beslutning?

### **5.3 Suksesser og utfordringer - oppsummert**

Prosjektet har hatt stor betydning for kommunene i deres arbeid med innføringen av samhandlingsreformen. Deltakelse i prosjektet har gjort kommunene i stand til å forstå utfordringsbildet for sin kommune og hvilke strategier og tiltak som kreves for å møte utfordringene. De mange arenaene som er etablert har vært viktige for utvikling av samhandling rundt konkrete oppgaver. Ambulerende team "Riktigere legemiddelbruk" og "Kompetanseutvikling" trekkes spesielt fram som konkrete suksesser. Flere av underprosjektene er ikke kommet så langt at en kan si noe om effekt. Kommunene mener prosjektet har hatt betydning for utvikling av helhetlige helsetjenester (beredskap), selv om en ikke er i mål. Samhandlingen om konkrete tjenestetilbud er økt, men utviklingen har gått mot mer differensiering i samhandling om tjenester. Brukermedvirkningen i underprosjektene oppleves å ha vært god. Å være brukerrepresentant i prosjektgruppen er krevende. Politikerne har vært prisgitt informasjon fra prosjektledelse og helseledere og har tatt en passiv rolle i forhold til samhandlingsreformen, særlig i en tidlig fase.

De største utfordringene har vært av prosessmessig karakter. Manglende avklaringer i tidlig fase om mål, forpliktelser og forventninger til hverandre, manglende beredskap i å håndtere ulikhet i størrelse og behov, og for liten bevissthet på betydningen av en åpen kommunikasjon preget av likeverdighet der alle opplever å bli sett og hørt. Det er svært viktig at kommunene opplever merverdi ved fellestiltak. Aksept for forskjellighet og muligheter for differensiering oppleves sentralt.

Det er utfordrende organisatorisk å være et prosjekt mellom kommune og samkommune, og skulle håndtere beslutningslinjene; hvem beslutter hva – hvor.

## DEL 3

### 6. Veien videre

Etter å ha sammenfattet erfaringene i prosjektet i forhold til hovedmålene for prosjektet, blir det viktig å se på noen forhold av spesiell betydning for arbeidet videre.

#### 6.1 *Hva er suksess i et samhandlingsprosjekt?*

Da informantene i prosjektet fikk spørsmålet, kom alle fram med de prosjektene de oppfattet hadde nådd målene eller som fylte et opplevd behov for tjenester. Ingen nevnte f.eks. Ambulerende team demens, kanskje fordi en ikke ønsket å videreføre teamet i samme form som utprøvingen, og slik sett var det ikke betraktet som en suksess. En kan snu på det og si at de erfaringene en gjorde, også med de prosjektene som ikke fant sin form ved første forsøk, er positive, og slik sett er suksesser. De hjelper en på veien videre.

Framtidens helsevesen blir ikke som gårdagens. Omgivelsene er i stadig endring. Oppgavene er komplekse. Mintzberg (2009) snakker om viktigheten av å utvikle innovative virksomheter ("adhokrati") for å gjøre en i stand til å takle endring (jf også kap 3.3 Samhandling som innovasjon). I et slikt perspektiv vil oppmerksomheten måtte være mot kontinuerlig utvikling, - av kunnskap, kompetanse og tjenester. En vil være avhengig av å prøve nye ting, gjøre erfaringer som grunnlag for nye valg av handlinger. En snakker om aksjonsbasert utvikling (Rennemo, 2006). Her vil alle erfaringer være viktige for å kunne gjøre nye vurderinger, mot bedre tjenester. Hvis en ser på prosjektet i det lyset, så har en gjennom prosjektet gjort mange erfaringer som kan føre en ett steg videre mot utvikling av kvalitet og kompetanse. Prosjektet har vært suksess på flere områder enn en umiddelbart opplever.

Om vi betrakter utprøvingen av en tjeneste som et "resultat" eller som en del av en prosess, har med hvilket syn en har på kunnskap og læring. Kunnskap og læring er ikke bare noe en utvikler gjennom formell utdanning, men som deltaker i et praksisfellesskap som en arbeidsplass er (Lave og Wenger, 1991). For å takle framtidige endringer bør en legge det utviklingsorienterte læringsynet til grunn. Da blir det kanskje også lettere å trekke fram det en ikke har "lykkes" med, som et viktig ledd i læring.

#### 6.2 *Bærekraftig helsetjeneste og organisering av tjenester*

Samhandlingsreformen påpeker viktigheten av å ha en bærekraftig helsetjeneste framover, også i forhold til de nye oppgavene kommunene har fått. Begrepet inneholder flere dimensjoner: Den er lite sårbar, - ikke avhengig av enkeltpersoner, den har tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelig riktig kompetanse, for å ivareta de utfordringene som møter et framtidig helsevesen.

Kommunene sier at prosjektet har hatt stor betydning for å kunne vurdere eget utfordringsbilde, i forhold til å ivareta samhandlingsreformens intensjoner. I det ligger vurderinger rundt kvalitet, kompetanse og kapasitet. Etter erfaringer med implementering, kan det være behov for å redefinere behovet for kompetanse framover, for å sortere:

- Hvilke grunnleggende kvaliteter og grunnleggende kompetanse skal utgjøre kommunens "grunnmur" i utøvelse av tjenestene? (f.eks. helsefremmende perspektiv, personorienterte tjenester, systematisk kartleggingskompetanse, kompetanse i kunnskapssøking/kunnskapsbasert praksis, bruk av teknologi for kvalitet og kapasitet, handlingskompetanse innen spesielle pasientgrupper, kultur for kvalitetsutvikling og kunnskapsledelse).
- Hvilken kompetanse må vi hente utenfra, evt i samhandling med andre?

Samhandlingsreformen har sagt at vi ikke har annet valg enn å samarbeide for å ivareta en framtidig bærekraftig helsetjeneste. Det samme sier deltakerne i prosjektet. Det en kan diskutere nærmere er hva en skal samarbeide om og på hvilken måte. Samtidig må det jobbes videre med legitimitet for fellestiltak.

Noen måter å organisere samarbeidet på er prøvd ut, men skal utvikles videre. En organisering av fellestiltak kan gjøres på mange måter, f.eks. som felles senter- lokalisert i en av kommunene, som team (spesialkompetanse), som nettverk (utvikling av kompetanse som trengs i det daglige arbeidet i kommunene). I det videre arbeidet bør en være tydelig på hva en ønsker å oppnå, for å velge hensiktsmessig organisering. Erfaringen fra prosjektet var at spesialisert team var svært sårbart, og dermed lite bærekraftig. Det bør derfor tenkes annerledes for å sikre "spesialistkompetanse" til kommunene, evt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, andre regioner m.m. Ved bruk av IKT er kunnskapskilder tilgjengelig uavhengig av geografi. Utvikling av faglige nettverk bør prøves ut mer systematisk, forutsatt forutsigbare rammer som nevnt i kap 4.7. Uansett organisering, bør en ha læringsperspektivet med, for å bidra til kontinuerlig kompetanseutvikling – og for å sikre bærekraftige helsetjenester.

### ***6.3 Framtidig ledelse av samhandlingstiltak i Midtre Namdal?***

Prosjektet avsluttes til sommeren 2013. Kommunene ser for seg at samhandling om tjenester og utvikling av kompetanse skal fortsette. Prosjektleder for Helhetlige helsetjenester har hatt en sentral rolle i koordinering av arbeidet med samhandlingstiltakene og har vært kontaktpersonen inn til regionen ang. samhandlingsreformen.

Kommunene/samkommunen må diskutere hvordan koordinering/ledelse av fellestjenestene skal ivaretas etter prosjektperioden, enten samhandlingstiltakene skal skje i samkommuneregi eller i regi av enkeltkommunene i Midtre Namdal.

Hvis en velger å videreføre samhandlingen i samkommuneregi, bør det diskuteres evt føringer for kommunenes forpliktelser til å ta samkommuneperspektiv, ikke kun enkeltkommuneperspektiv, i beslutninger om tjenester og samhandling.

## 7. Oppsummering

- Prosjektet har hatt stor betydning for kommunene i deres arbeid med innføring av samhandlingsreformen. Deltakelse i prosjektet har gjort kommunene i stand til å forstå utfordringsbildet for sin kommune og hvilke strategier og tiltak som kreves for å møte utfordringene.
- Kommunenes valg av strategier, for å ivareta kommunens utfordringsbilde som resultat av samhandlingsreformen, påvirkes av tidligere erfaring med å løse lignende situasjoner, geografi og økonomi (ressurser og rammebetingelser)
- De mange arenaer som er etablert har vært viktig for utvikling av samhandling rundt konkrete oppgaver. Ambulerende team "Riktigere legemiddelbruk" og "Kompetanseutvikling" trekkes spesielt fram som konkrete suksesser. Flere av underprosjektene er ikke kommet så langt at en kan si noe om effekt.
- Kommunene mener prosjektet har hatt betydning for utvikling av helhetlige helsetjenester (beredskap), selv om en ikke er kommet i mål.
- Samhandling om konkrete tjenestetilbud er økt, men utviklingen har gått mot mer differensiering i samhandling om tjenester. Kommunene har tro på framtidig samhandling for å utvikle bærekraftig helsetjeneste.
- Brukermedvirkningen i underprosjektene oppleves å ha vært god. Å være brukerrepresentant i prosjektgruppen er krevende.
- Politikerne har vært prisgitt informasjon fra prosjektledelse og helseledere og har tatt en passiv rolle i forhold til samhandlingsreformen, særlig i tidlig fase.
- De største utfordringene har vært av prosessmessig karakter: Manglende avklaringer i tidlig fase om mål, forpliktelser og forventninger, manglende beredskap i å håndtere ulikhet i størrelse og behov og for liten bevissthet på betydningen av en åpen kommunikasjon, preget av likeverdighet der alle opplever å bli sett og hørt.
- Det er svært viktig at kommunene opplever merverdi ved nye fellestiltak. Aksept for forskjellighet og muligheter for differensiering i samhandlingstiltak oppleves sentralt.
- Det er utfordrende organisatorisk å fungere som et prosjekt mellom kommune – samkommune og håndtere beslutningslinjene; hvem beslutter hva – hvor
- I utvikling av nye samhandlingstiltak/tjenester bør kontinuerlig kompetanseutvikling være et vesentlig aspekt for å sikre bærekraftig helsetjeneste i et samfunn i endring
- Kommunene/samkommunen må vurdere hvordan koordinering og ledelse av felles samhandlingstiltak etter prosjektperioden skal ivaretas



## 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
- Brenne, T (2011). *Midtre Namdal samkommune. En casebeskrivelse*. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr 237
- 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
- Finne, H (2007). *Innovasjon i Trøndelag – samhandling, kreativitet og verdiskaping?* SINTEF Rapport A4201 for RIS-Trøndelag (Regionale innovasjonsstrategier Trøndelag)
- Fiskum, E (2012). *Arbeidsnotat vedrørende videreføring av utprøvinger med a) Felles ambulerende team demens, b) Felles pasientkoordinator*. Midtre Namdal samkommune, Osen kommune, Flatanger kommune
- Fiskum, E (2013). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal. Halvårsrapport*
- Flekkefjord Tidende (08.02.2013). *Farsund får ø-hjelp-søknad i retur*. [http://avisenagder.no/index.php?page=vis\\_nyhet&NyhetID=19153](http://avisenagder.no/index.php?page=vis_nyhet&NyhetID=19153)
- Halkier, B (2002). *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag
- Hauken, M Aa, Helgesen, R (2011). Kreftnettverk gir trygghet. *Sykepleien* 11/2011, ss58-61
- Helsedirektoratet (2010). *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Primær og spesialisthelsetjenesten*. Rapport 12/2010
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*, 01.07 <http://www.lovddata.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>
- Heløe, L A (2012). Foreskriver samhandlingsreformen riktig medisin? *Sykepleien* 7/2012, s 72
- Kunnskapssenteret (2011). *Kartlegging av måleinstrument til måling av brukererfaringer med samhandling*. Notat. Desember 2011

Lave, J og Wenger, E (1991). *Situert læring og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag

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 (2010a). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune. Prosjektbeskrivelse*.

Midtre Namdal samkommune (2010b). *Prosjektplan for underprosjekt 2, Ambulerende team demens*.

Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune (2011a). *Ambulerende team demens. Oppgavebeskrivelse*

Midtre Namdal samkommune, Osen kommune, Flatanger kommune, HiNT (2011b): *Samhandlingsreformen i Midtre Namdal – Følgeevalueringsprosjekt. Prosjektbeskrivelse*

Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune (2011c). *Regional kompetansestrategi for Midtre Namdal*.

Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune (2012 a). *Sluttrapport fra UP7*

Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune (2012b). *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Interkommunalt samarbeid*.

Mintzberg, H (2009). *Managing*. Harlow:Prentice Hall

Morgan D L (1997). Focus Groups as Qualitative Research. Referert i Halkier B. (2001) *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag

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

Næss, G B (2012a). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune. Resultater ved innføringstidspunkt for Samhandlingsreformen, etter ett år av prosjektperioden*. Delrapport 1

Næss, G B (2012b). *Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune. Ambulerende, tverrfaglig team demens. Evaluering 9 mnd etter oppstart*.

Pedersen, A R (2012). *Innovation i sundhedssektoren*. Universitetet i Roskilde. <http://www.youtube.com/watch?v=yxJxaBCVqvg>

Rennemo, Ø (2006). *Levér og lær. Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner*. Universitetsforlaget

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

Similä, J O, Bergh, E (2012). *Samhandlingsreformen. Utfordringer knyttet til reformens forutsetninger om interkommunalt samarbeid og avtaleregulering*. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr 250

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.

Skjørholm, A E, Devik, S A (2012). *Ambulerende tverrfaglig team – riktigere legemiddelbruk*. Sluttrapport UP 4, Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune.

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

Wijngaarden, J D H v, Bont, A A d, Huijsman, R (2006). Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care. *Health Policy*, Vol. 79, issues 2 -3, Desember 2006

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

Westermann, A H (2012). *Kartlegging av sykdomsutvikling, dagens kommunale tjenestetilbud og forbruk av sykehustjenester. Grunnlag til å diskutere hvordan kommunen best kan møte nåtidens og framtidens krav til helsetjenester, med spesiell vekt på kravet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 01.01.16*. Midtre Namdal samkommune, Osen kommune og Flatanger kommune

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. US

## Vedlegg 1 Status underprosjektene (februar 2013)

Underprosjekt	Status	Videre arbeid - planer
UP- 1 Felles legetjenester i Midtre Namdal samkommune	Utredning ferdig, med forslag om opprettelse av fellesstillinger for sykehjemsleger i Midtre Namdal. Møter er avholdt med HNT vedrørende samarbeid med geriatrisk seksjon i HF om utvikling av slike stillinger	Sendes kommunene til politisk behandling. Prosjektperioden forlenget ut våren 2013.
UP- 2 Ambulerende team demens	Utprøvingen foreløpig stoppet sommeren 2012. Utprøvingen endres til "Nettverksorganisering". Forarbeid for slik utprøving høsten 2012	Første samarbeidsmøte mellom demenskontaktene og helselederne planlagt januar 2013. Utprøvingen forlenget til ut våren 2013
UP-3 Pasientkoordinator/pasientforløp	Utprøvingen foreløpig stoppet sommeren 2012. Videreføring av utprøving avgrenses til å legges inn i Namdalseid og Namsos kommunes utprøving av felles brukerkontor	Utprøvsperioden følger opprinnelig utprøving og er satt til 31.08.2014
UP-4 Ambulerende team "riktigere legemiddelbruk"	Underprosjektet avsluttet vår 2012. Prosjektet dokumenterte et høyt antall legemiddelrelaterte problemer (LRP). Er blitt karakterisert som et nybrottsarbeid, både i lokal og nasjonal sammenheng.	Prosjektet ønskes videreført, i neste omgang for legemiddelbrukere med utviklingshemming. Søkes skjønnsmidler Fylkesmannen og "Namdalsmidler". Oppstart planlegges februar 2013
UP-5 Modellutprøving kommunepsykolog for barn og unge	Har ikke lyktes å rekruttere til stilling som kommunepsykolog (3 utlysninger). Prosjektet avsluttet, midler tilbakebetalt til Helsedirektoratet	
UP-6 Kompetanseutvikling	Regional kompetansestrategi for Midtre Namdal samkommune er utarbeidet. Plan for kompetansesamarbeid i Midtre Namdal 2012-2013 er utarbeidet. Det vektlegges	2013: Styrke helsearbeidernes generalistkompetanse. Lederutviklingsprogram med samlinger og veiledningsgrupper

	<p>kompetanseutvikling både i utøverleddet og i lederlinjene.</p> <p>Felles søknad til Fylkesmannen om tilskudd over Kompetanseløftet, 20 % av tildelte midler skal benyttes til interkommunale kompetanseutviklende tiltak</p>	
<p>UP-7 Internkontroll og kvalitetsrelaterte ledelsessystemer</p>	<p>Avsluttet vår 2012.</p> <p>Sluttrapporten ønsker at arbeidet videreføres i den enkelte kommune.</p> <p>Ønsker om felles kvalitetsutvalg.</p>	<p>Kommunene i Midtre Namdal har høsten 2012 vært i fortløpende dialog med Fylkesmannen i NT om mulige skjønnsmidler til et samarbeidsprosjekt med fokus på tjenestekvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p>Fylkesmannen henstiller til å opprette et samarbeidsprosjekt der også kommunene i Inn-Trøndelag er med, og der også Helse NT inviteres inn i organiseringen av prosjektet</p>
<p>UP-8 "Akutt plasser" i sykeheim</p>	<p>Utprøving med akuttsenger ved Overhalla sykeheim er inne i sitt andre driftsår. Eget følgeforskningsprosjekt er knyttet til utprøvingen</p>	<p>Prøveperiode forlenget til ut våren 2013</p>
<p>UP-9 eHelse (IT, velferdsteknologi, Telemedisin)</p>	<p>20 % stillingsressurs til å videreutvikle prosjektet.</p> <p>Avgrensninger og prioriteringer (juni 2012):</p> <p>1) Videokonferanse for diagnostisering og oppfølging av pasienter mellom fastlege ved Robrygga legekantor og Pleie- og omsorgstjenesten i Fosnes kommune</p> <p>2) Opplæring i legemiddelhåndtering ved hjelp av e-læring</p>	<p>Prosjektperioden forlenget ut våren 2013</p> <p>Søkt fylkesmannen i Nord-Trøndelag om skjønnsmidler for 2013.</p>

<p>UP-10 Frisklivstilbud (helsefremmende og forebyggende arbeid)</p>	<p>Utarbeidet forslag til felles strategi for barnehager og skoler innen ernæring, fysisk aktivitet og tabakksforebygging i regionen. Lokale grupper er etablert i alle kommuner. Enkelte kommuner prøver ut frisklivstilbud innenfor eksisterende kompetanse og rammer.</p> <p>Deltar i et samhandlingsprosjekt i regi av St. Olavs hospital med fokus på behandling av barn, ungdom og familier med fedme.</p>	<p>Den enkelte kommune konkretiserer sin frisklivssatsing.</p>
--	--	--

Kilder: Halvårsrapport for prosjektet; januar 2013, Ulike rapporter fra underprosjekter, Referater fra møter i prosjektgruppen.

## Vedlegg 2 Spørreskjema til kommunene som deltar

1. Navn på kommune

.....

2. Prosjektets betydning for vår kommune

I besvarelse av spørsmålet krysses det av på en skala fra 1-5.

5 = Svært stor betydning    3 = Nøytral    1 = Ingen betydning

### Prosjektet har hatt betydning for

	5	4	3	2	1
a) Kommunens arbeid med innføring av Samhandlingsreformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Helhetlige helsetjenester for innbyggerne i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kommunens arbeid med kvalitetsheving og kvalitetssikring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Økt forståelse i kommunen for betydningen av samhandling med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bred deltakelse av helsepersonell i kommunens arbeid med samhandlingsreformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) At brukerne har fått god medvirkning i vurdering av tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kommunepolitikernes kunnskapsnivå om reformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....

3. Samhandling

I besvarelse av spørsmålet krysses det av på en skala fra 1-5.

5 = Svært stor grad    3 = Nøytral    1 = I svært liten grad

	5	4	3	2	1
a) Gjennom prosjektperioden har kommunens samhandling med de andre deltakende kommuner om konkrete tjenestetilbud økt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Prosjektet har bidradd til at kommunen har mer samarbeid med sykehus om helhetlige tjenester for innbyggerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gjennom prosjektperioden har kommunen utviklet nye samarbeidsrelasjoner/økt samarbeidet med andre (f.eks. til andre regioner, Namdal Rehabilitering...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kommunen opplever at det har vært stor takhøyde for å formidle ulikhet i behov for samhandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) De konkrete samarbeidstiltakene som er prøvd ut har vært relevante for kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Vi ser for oss at framtidens tjenestetilbud for innbyggerne vår kommune i mye større grad blir i form av felleskommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Samarbeid om Ø-hjelpstilbud er interessant for vår kommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....



#### 4.0 Erfaringer - Læring

I besvarelse av spørsmålet krysses det av på en skala fra 1-5.

5 = Svært stor grad    3 = Nøytral    1 = I svært liten grad

	5	4	3	2	1
a) Deltakelse i prosjektet har vært viktig for å holde seg informert om Samhandlingsreformen generelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Erfaringsdelingen i prosjektet har bidradd til kvalitetsutvikling i kommunens helsetjenestetilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Prosjektet har tydeliggjort framtidige utfordringer for tjenestetilbud i vår kommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Erfaringene gjennom prosjektet har gjort kommunen bedre i stand til å vurdere hvordan vi må tilrettelegge for å møte befolkningens framtidige behov for gode helsetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Prosjektet har synliggjort aktuelle områder som kommunen ønsker å samhandle med andre kommuner om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Prosjektet har synliggjort områder som kommunen <b>ikke</b> ønsker å samhandle med andre kommuner om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Felleskommunale tiltak krever at vi framover ser mer på hvordan disse skal organiseres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....  
.....

Disse spørsmålene vil bli fulgt opp med muligheter for utdyping og nyansering i fokusgruppen med helselederne den 23.01.13.

Grethe Bøgh Næss

## Vedlegg 3 Samtale 2, prosjektleder (siste fase)

- 1) Helhetlige helsetjenester – hvor står vi? Har prosjektet ført til forbedring av tjenestetilbudet?
- 2) Intensjonene i Samhandlingsreformen – tanker om /hvordan prosjektet har ivaretatt disse ( gjerne konkretisert gjennom vurdering av underprosjektene)
- 2) Suksesser – tanker om hvorfor det er/er blitt suksesser
- 3) Utfordringer – tanker om hvorfor dette er/er blitt utfordringer
- 4) Utvikling av samhandling i prosjektet. Stikkord: Kommuner seg imellom, kommuner-helseforetak, kommuner – brukere, kommuner – ansatte, samhandling ulike nivåer
- 5) Tanker rundt organisering – styring – ledelse av prosjektet
- 6) Overgang fra prosjekt til drift – tanker rundt det. Noe vi kan lære?
- 7) Framtidig samhandling. Tanker om utvikling
- 8) Som prosjektleder: Hva har vært de største utfordringene underveis?
- 9) Hva vil du trekke fram av læring gjennom prosjektet?

## Vedlegg 4 Intervjuguide, samtale med samhandlingsansvarlige HNT.

Din rolle i prosjektet og arbeid inn mot helseforetaket?

Kommunikasjon – informasjon?

Det er en forståelse av at det i Namdalen/Nord-Trøndelag har vært god samhandling mellom sykehus og kommuner. Bl.a. få utskrivingsklare pasienter har blitt liggende i sykehus.

- Hvilke forventninger har HNT hatt til hva som skal skje ved innføring av samhandlingsreformen?
- Har prosjektet ivarett disse forventningene? (Har samhandlingen utviklet seg positivt eller negativt)?

Har du noen tanker om hvorfor prosjektet har utviklet seg i denne retningen?

- Felles utfordringsbilde helseforetak og kommuner?
- Felles mål (best mulig helsetjenester – helhetlige pasientforløp)?
- Spesielle faktorer som har hatt innvirkning

Har det vært spesielle hendelser – forhold underveis i prosjektet som har hatt spesielt stor betydning, sett fra din side?

Hvor står vi i dag – i forhold til utfordringsbildet – og for at pasientene skal oppleve helhetlige og gode helsetjenester – i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak?

Hva bør fokuseres videre?

Sett i etterpåklokskapens lys: Hva kunne ha vært gjort annerledes i prosjektet? Eks. Fokusområder, organisering, styring, arbeidsmetodikk.....

## Vedlegg 5 Guide for fokusgruppe 2, brukerrepresentanter

### **Brukerrepresentasjon i prosjektet**

- Kartlegging av den enkeltes rolle i prosjektet

### **Avklaring av brukermedvirkning**

- Har dere opplevd at dere har hatt medvirkning?
- Forutsetninger for brukermedvirkning? (Ytre faktorer – faktorer ved brukerne/type kunnskap)
- Har det vært til stede i prosjektet? Positive negative ting?
- Har det hatt betydning for prosjektet å ha brukerrepresentasjon med?

### **Måloppnåelse**

- Har prosjektet medført mer helhetlige helsetjenester for innbyggere/pasienter? (Deres oppfatning)
- Har prosjektet ført til mer samhandling? (Deres oppfatning)
- Mellom etater i den enkelte kommune
- Mellom kommuner (fellestjenester – samhandling om tjenestetilbud)
- Mellom sykehus og kommunehelsetjeneste?

### **Fokus i prosjektet – for å oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen**

- Er en på rett vei?
- Hva er viktig å jobbe med framover?

Andre kommentarer?

## Vedlegg 6 Guide for fokusgruppe ansatterrepresentanter

### Tilhørighet for ansatterrepresentantene?

- Kommuner
- Forbund
- Arbeidsplasser

Hvilke grupper har de deltatt i i prosjektet? (Omfang – tema)

### Prosjektets betydning for kommunens implementering av samhandlingsreformen

Størst betydning?

- Tema som oppleves mer relevant?
- Arena for diskusjon-erfaringsdeling med andre, tips å ta med "hjem"
- Opplevelse av faglig fellesskap?
- Opplever dere mer faglig samhandling?
- Ikke betydning? Har det skjedd endringer?

### Samhandlingsreformens plass i dagligtalen i praksis

-Snakkes det om samhandlingsreformen?

-Hva sies?

- Prosjektet – hva har tema vært der?

### Ansatterrepresentantenes rolle i prosjektgruppa

- Opplever dere at dere har hatt noen spesifikk rolle i prosjektgruppa?
- Hvordan har det vært å ta en rolle i gruppa?

Har dere hatt noe systematikk på **informasjon tilbake** til andre ansatterrepresentanter/arbeidsplasser?

### Fokus framover

- Hva tenker dere er viktig å sette fokus på framover – for at intensjonene i samhandlingsreformen skal implementeres i Samkommunen?
- (Helhetlige tjenester – fokus på før, istedet for , og etter sykehusbehandling)
- Fellestjenester – enkeltkommunenes tjenester?
- Organisering av tjenestene?
- Tanker om f.eks. interkommunale team, kontra "nettverks"løsninger?
- Kan enkeltkommuner greie å tilby gode tjenester til sine innbyggere framover, uten å samhandle med andre kommuner?
- Storkommunens rolle – kontra de små?

## Vedlegg 7 Guide for Fokusgruppe – helseledere.

### Betydning av prosjektet

Betydning/Suksess med prosjektet?

(Både resultater og prosess, sett fra kommunen, ansatte, brukere)

Hva har manglet?

Har prosjektet klargjort mer hvilke tjenester kommunen ønsker å samhandle om og hva en greier alene? (Felles forståelse for mål)

- Hva må til for å minske sårbarhet, ha robust tjenestetilbud  
Forpliktelse og forankring

Hvem er det som har forpliktet kommunen i prosjektet (valg av områder/retning)?

- Før – underveis?
- Samkommunestyret?
- Styringsgruppe?
- Kommunestyre?
- Enhetsnivå?

Hvem "eier" prosjektet i kommunen?

Erfaringsdeling – læring

Deltakelse på fellesarenaer -betydning for kvalitetsutvikling av eget helsetjenestetilbud?

- Eksempler dere vil trekke fram?

Organisering av fellestjenester

Holdninger til fellestjenester: + (?), (organisering).

fra team til nettverk?

Fra alles samarbeid med alle – til noen samarbeider om det som oppfattes som særlig relevant å samarbeide om.?

Hva har dere tro på framover mht arbeid med fellestiltak?

Viktige forutsetninger for å lykkes?

## Vedlegg 8 Guide for fokusgruppe Komité for velferd, helse og oppvekst

**Bakgrunn** Funksjonstid etter siste kommunevalg? Noen fra forrige periode?

- Hvor ofte møtes dere? (Står prosjektet på sakskartet hver gang?)  
– om komiteen

**Arbeidet som styringsgruppe/mandat og handlingsrom**

- Hvilket mandat har dere fått fra Samkommunestyret? (Generelt eller konkret, – har dere et politisk handlingsrom?)

**Samhandling med prosjektgruppa**

- Hvordan foregår denne samhandlingen? Hvilket mandat har prosjektgruppa fått fra dere? (Prosjektgruppas handlingsrom)

**Behandling av saker**

- Hvilken form har sakene fra prosjektet når de kommer til dere? Informasjon/vedtak?
- Beskriv hvordan dere behandler sakene som løftes fra prosjektgruppa.
- Er det noen saker i prosjektet dere har diskutert spesielt mye?
- Hva skjer med sakene etter at dere har behandlet dem? (Samkommunestyret/prosjektgruppa/kommunenes rolle)