

# Kommunale praksis- gjev betre samhandling for

■ ODD KVAMME • Allmennlege, Dr.med. Leirvik Legekantor, Stord

■ MONA YVONNE LOTHE • Sjukepleiar/ advelingsleiar, Heimebaserte tenester, Stord kommune

## Vi ønskjer å formidle at praksiskonsulentmodellen kan brukast til å betra samarbeidet mellom fastlegar og sjukepleiarar i kommunane og betra tenester og sikkerheit for heimebuande sjuke.

Forsøk med praksiskonsulentmodellen i primærhelsetenesta har ikkje vært gjort i Norge eller i andre land.

Praksiskonsulentmodellen har relevans for organisering og drift av primærhelsetenesta, og for korleis sjukehus samordnar sine tenester med kommunane. Aktualiteten er stor fordi kommunane utviklar og omstiller sine tenester for å dekke krav i samhandlingsreforma.

### Bakgrunn

Levesett, teknologi- og kunnskapsutvikling fører til at menneske lever lenger heime med komplekse sjukdomsbilete og støtte frå helse- og omsorgstenesta. Mange har store og varige behov for helsehjelp.

Samhandlingsreforma fører til at fleire vert følgt opp av primærhelsetenesta (1). Tiltak med å styrke den er i gang både i Norge og internasjonalt (2). Utvida ansvar og innsats krev betre samarbeid og arbeidsdeling mellom faggrupper i primærhelsetenesta og mellom kommunar og sjukehus. Kunnskap om behovet er ikkje ny, alt i 1989 undersøkte Otterstad med andre nyten av godt samarbeid mellom allmennlegar og sjukepleiarar i Vestfold (3).

Samhandlingsreforma har overordna målsetjingar som livskvalitet, meistring, heilskaplege og koordinerte tenester og dempa vekst i sjukehusenester. I prosjektarbeidet har vi arbeidd for at samarbeidet mellom fastlegar (FL) og heimesjukepleie (HBT) skal gjenspegla målsetjingane.

Praksiskonsulentordninga i opprinneleg form skal betra samhandlinga mellom fastlegar og sjukehuslegar for å skape gode pasientforløp med effektiv utredning, behandling og oppfølging (4). Tiltaka skal ha

nytteverdi for pasientar, fastlegar og personale i sjukehus og vere kostnadseffektive. PKO vart første gong teken i bruk i Norge i 1995 ved Stord sjukehus (5). Den har spreidd seg til alle norske sjukehus, og er ein etablert samarbeidsmetode i norsk helseteneste.

PKO har ikkje vært praktisert i førstelinjetenesta verken i Norge eller internasjonalt, og bør prøvast ut og evaluerast.

Hypotesen for denne evalueringa var at systematisk arbeid med å betra tenestene for eldre heimebuande ved bruk av modellen «praksiskonsulentordninga» på kommunenivå kan betra samarbeidet mellom fastlegar og sjukepleiarar i heimebaserte tenester (HBT) og gje betre og tryggare helsetenester.

### Materiale og metode

Stord kommune har omlag 18 000 innbyggjarar og auka folketallet med 271 personar i 2013 (SSB). Regionen Sunnhordland har lokalsjukehus på Stord som server kommunane Stord, Bømlo, Kvinnherad, Fitjar og Tysnes, med til saman om lag 50 000 innbyggjarar. Sjukehuset er ein del av Helse Fonna HF.

143 personar i 87 årsverk arbeide i HBT i Stord kommune, derav 51 sjukepleiarar. HBT er delt inn i fem avdelingar, der tre dekker geografiske avdelingar innan somatikk, ei dekker psykiatri og ei demens. Kommunen har 20 fastlegar fordelt på fem legesentra.

Prosjektarbeidet vart utført av ein fastlege og ein sjukepleiar i HBT i 20 prosent stillingar i tidsrommet januar 2013–februar 2014. Dei stod for gjennomføringsplan, datainnsamling, kommunikasjon med målgruppene fastlegar, sjukepleiarar i HBT og sakshandsamarar ved tingarkontor, Kundetorget (KT).

Basisdata for prosjektarbeidet vart samla inn i januar 2013 ved fokusgrupper og spørjeskjema.

Det vart halde fire fokusgruppeintervju med fastlegar, sjukepleiarar i HBT, sakshandsamarar ved KT og pasientar og pårande.

Spørjeskjema (questback) vart sendt til fastlegane, sjukepleiarane i HBT og sakshandsamarane ved KT før prosjektstart og ved slutt. Nokon av spørsmåla var opne, for å fange opp samarbeidsproblem og forslag til endringar. Resultata av lukka spørsmål vart samanlikna ved bruk av SPSS.

Analysen av basisdata munna ut i åtte innsatsområde med fleire tiltak innan kvart område.

Prosjektgruppa arbeide systematisk med godkjenning, klargjering, prosedyrar og innføring av samarbeidstiltak i perioden februar 2014–desember 2014.

### Statistisk metode

Vi nytta data frå første og andre datainnsamling som to tverrsnittmålingar (n = 58 og n = 40) til bruk i deskriptive framstillingar. Eit para datasett vart nytta til pre- og posttestanalysar for signifikanstesting av hypotesar.

Då det var noko fråfall frå første til andre datainnsamling, og enkelte berre svarte på den andre undersøkinga, vart utvalet i datasettet noko redusert (n = 32). Det framgår i resultatpresentasjonen kva datasett som er brukt. Ein Related samples Wilcoxon Signed Rank test vart nytta for å undersøke om det var signifikante endringar (6).

### Resultat

BOKS 1. SATSINGSOMRÅDE	
1.	Tilgang telefon
2.	Kontaktform
3.	Dokumentasjon og informasjonsdeling
4.	Medisinhandtering
5.	Arbeidsoppgåver (overføring av ansvar og oppgåver frå FL til HBT)
6.	Spesialiserte team for grupper med særlege behov
7.	Samarbeid med Stord sjukehus
8.	Prosedyrar for samarbeid

Kvart tiltaksområde inneheld fleire innsatspunkt, kalla «foreslått tiltak». For kvart område viser vi i boksane under tiltak og oppnådd resultat.

# konsulentar kronisk sjuke



Regionen Sunnhordland har lokalsjukehus på Stord som server 50 000 innbyggere i fem kommuner.



Fastlandsforbindelse sørover via Dømlo.

BOKS 2. TILGANG TELEFON		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Direkte telefonnummer og mobilnummer til fastlegar, til bruk for heimebaserte tenester og Kundetorg, og utvida telefontider	ja	ja
Telefonnummer/faksnummer til avdelingar og grupper i HBT og KT, til bruk for fastlega	ja	ja
Liste over pasientar med tenester frå HBT kopla med aktuell fastlege	ja	ja

BOKS 3. ELEKTRONISK KOMMUNIKASJON		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Samarbeide med prosjektgruppe for innføring av e-kommunikasjon	ja	ja
Bidra til å utvikle retningslinjer for e-kommunikasjon	ja	ja
E-melding frå sjukehus til FL om innlegging av pasientar som har tenester frå HBT	nei	

BOKS 4. KONTAKTFORM*		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Felles sjukebesøk	ja	ja
Felles kontorkonsultasjonar	ja	ja
Ansvarsgruppemøte	ja	ja
Regelmessige møte mellom FL og HBT	ja	ja

\* utanom telefon og e-kommunikasjon

BOKS 5. KONTAKTFORM PÅ SYSTEMNIVÅ		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Årleg seminar, «fastlegeseminaret»	ja	ja
Gjensidig hospitering mellom HBT og FL	ja	ja
Samarbeidslege/praksiskonsulent for HBT med funksjon på systemnivå	ja	nei
Betre informasjon på web Stord kommune om FL, HBT og KT	ja	ja

BOKS 6. KONTAKTFORM, PASIENTBEHOV		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Færre hjelparar per pasient (maks fem)	ja	nei
Årlege evalueringsmøte mellom HBT og pasient/pårørande	ja	nei
Like behandlingrutinar og kortare ventetider på svar frå KT	ja	ja

BOKS 7. DOKUMENTASJON OG INFORMASJONSDELING		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
KT informerer FL om tildelte tenester	ja	nei
HBT informerer FL om endringar i pasientsituasjon via e-kommunikasjon	ja	ja
FL informerer HBT om endringar hos pasienten som nye funn, endra behandling, henvisingar, medisinerbruk og anna, via e-kommunikasjon	ja	ja

BOKS 8. MEDISINHANDTERING		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
FL informerer HBT om endra medisinerbruk	ja	ja
FL gjev medisinerliste til pasientar med fleire medikament til fast bruk	ja	ja
Nye rutinar for pasientar med multidoser	ja	nei
elles legemiddelkort mellom FL, HBT og apotek	nei	

BOKS 9. OVERFØRING AV ARBEIDSOPPGAVER TIL SJUKEPLEIARAR I HBT		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Blodpøvetaking i heimen	ja	ja
Intramuskulære injeksjonar (vitaminer med meir)	ja	ja
Sårbehandling	ja	ja
Kateterisering	ja	ja
Intravenøs behandling i heimen	ja	ja

BOKS 10. SPESIALISERTE TEAM		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Tverrfagleg team for lindrande behandling (palliasjon), som bør omfatte utvida støtte og hjelp til pasient og familie på område som økonomi, NAV-kontakt, diakon/prest, barn med sjuke foreldre og jobbsituasjon for samlivspartnar.	ja	nei
Førebyggingstiltak: systematisert trening i heimen for å betra muskelstyrke og balanse, for å hindre fall og betra daglege aktivitetar.	ja	nei

## Prosedyrar

### Foreslått tiltak

Elektronisk prosedyrebok for samarbeid mellom fastlegar, heimebaserte tenester, Kundetorg og lokalsjukehus. Prosedyrane skal reviderast årleg.

### Oppnådde resultat

Det blei skrive prosedyrer for alle klargjorte og iverksette tiltak. Prosedyrane blei sendt på høyring til fastlegane og sjukepleiarane i HBT. Dei blei etter godkjenning samla i internprosedyrar for HBT og distribuert til fastlegane slik at dei kan inngå i kvalitetssystema på legekantora.

BOKS 11. SAMARBEID MED STORD SJUKEHUS		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Epikrise på utskrivingsdagen til pasient, FL og HBT	ja	ja
Melding til FL om innlegging på innleggingsdagen	ja	ja
Akutt-poliklinikk for eldre heimebuande sjuke	ja	ja
Strukturert dag-utredning for skrøpelege eldre	ja	ja
Assistans frå sjukehuset ved innlegging av PVK og IV-infusjon	ja	ja

**Statistiske funn, spørjeundersøking**

Vi slo saman spørsmål relatert til samarbeid i fire begrepskategori: «samhand-

ling», «samarbeid kring brukar», «fagleg ivaretaking» og «relasjonar/mellommenneskelege tilhøve».

**Samhandling (TAB. 1)**

Analysen viste at det var signifikant positiv endring når det gjaldt «samhandling» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var 16 og ettermålinga 18,  $z = -3.461$ ,  $p = .001$ .  $r = .46$ , noko som tilsvarende moderat effektstorleik.

TABELL 1: Samhandling

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING (N = 58)	ANDRE UNDERSØKING (N = 40)
1	Kor tilfreds er du med samarbeidet mellom heimebaserte tenester og fastlegane?	M = 3.16 SD= .751	3.63 .589
2	Er du tilfreds med korleis du og den andre parten løyer faglege problem saman?	M = 3.40 SD= .728	3.75 .494
3	Er den andre parten tilgjengeleg når du søker fagleg kontakt?	M = 3.02 SD= .813	3.48 .640
4	Kor tilfreds er du med faglege råd frå den andre parten?	M = 3.41 SD= .563	3.48 .5544
5	Kor tilfreds er du med funksjons- og arbeidsdeling med den andre parten?	M = 3.33 SD= .574	3.63 .490
6	Utfører du ofte oppgåver som den andre parten burde ha utført? (negativt lada)	M = 2.59 SD= .992	2.54 .854
7	Tenk på samarbeidet med den andre parten i 2012. I kva retning og grad har samarbeidet endra seg?	M = 3.11 SD= .577	---
8	Tenk på samarbeidet med den andre parten i 2013. I kva retning og grad har samarbeidet endra seg?	M= --- SD=	3.87 .695

Spørsmål 1, 2, 4, 5, 1 = Svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = Nøytral, 4 = Tilfreds, 5 = Svært tilfreds. Spørsmål 3: 1 = Svært lite tilgjengelig, 2 = lite tilgjengelig, 3 = nøytral, 4 = tilgjengelig, 5 = svært tilgjengelig. Spørsmål 6: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte. Spørsmål 7, 8: 1 = Samarbeidet er blitt mykje verre, 2 = samarbeidet er blitt noko verre, 3 = ingen endring, 4 = samarbeidet er blitt noko betre, 5 = samarbeidet er blitt mykje betre.

TABELL 2: Samarbeid kring brukar

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING	ANDRE UNDERSØKING
1	Kor tilfreds er du med kommunikasjonen med den andre parten omkring brukarar?	M = 3.19 SD= .611	3.58 .594
2	Møter du ofte den andre parten i faglege møte om brukarar?	M = 2.58 SD= .844	2.58 .874
3	Diskuterer du ofte spørsmål om brukarar med den andre parten?	M = 3.02 SD= .850	3.13 .894

Spørsmål 1: 1 = Svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = Nøytral, 4 = Tilfreds, 5 = Svært tilfreds. Spørsmål 2 og 3: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte

TABELL 3: Fagleg ivaretaking

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING	ANDRE UNDERSØKING
1	Kor tilfreds er du med din part utfører faglege oppgåver?	M = 3.72 SD= .523	3.75 .439
2	Kor tilfreds er du med korleis den andre parten utfører sine faglege oppgåver?	M = 3.50 SD= .628	3.84 .385
3	Kjenner du deg utrygg på korleis du utfører dine faglege oppgåver?	M = 2.21 SD= .674	2.30 .853
4	Kjenner du deg utrygg på korleis den andre parten utfører sine faglege oppgåver?	M = 2.23 SD= .780	2.21 .777

Spørsmål 1, 2, 1 = Svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = Nøytral, 4 = Tilfreds, 5 = Svært tilfreds. Spørsmål 3, 4: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte

TABELL 4: Relasjon/mellommenneskelege forhold

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING	ANDRE UNDERSØKING
1	Er kontakt med den andre parten prega av likeverd?	M = 3.72 SD= .811	4.21 .695
2	Er du tilfreds med kor godt du kjenner personellet hjå den andre parten?	M = 3.05 SD= .718	3.41 .595
3	Får du ofte ros av den andre parten?	M = 2.21 SD= .767	2.48 .905
4	Gjev du ofte ros til den andre parten?	M = 2.75 SD= .662	2.80 .758
5	Kjenner du deg utrygg på å få kritikk frå den andre parten?	M = 1.78 SD= .762	1.75 .670
6	Kjenner du deg utsett for kritikk frå brukar eller pårørande?	M = 2.18 SD= .966	2.28 .960

Spørsmål 1, 3, 4, 5, 6: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte. Spørsmål 2: 1 = svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = nøytral, 4 = tilfreds, 5 = svært tilfreds.

**Samarbeid kring brukar (TAB. 2)**

Analysen viste at det ikkje var signifikant endring når det gjaldt «samarbeid kring brukar» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var = 9 og ettermålinga 10,  $z = -1.361$ ,  $p = .174$ .

**Fagleg ivaretaking (TAB. 3)**

Analysen viste at det var signifikant positiv endring når det gjaldt «fagleg ivaretaking» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var 15 og ettermålinga 15,  $z = -2.099$ ,  $p = .036$ .  $r = .28$ , noko som tilsvarende liten effekt storleik.

**Relasjon/mellommenneskelege forhold (TAB. 4)**

Analysen viste at det var signifikant positiv endring når det gjaldt «relasjon/mellommenneskelege forhold» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var 19.5 og ettermålinga 21,  $z = -3.502$ ,  $p = .000$ .  $r = .54$ , noko som tilsvarende stor effekt storleik.

**Effekt på samarbeidet ved innføring av elektronisk kommunikasjon**

Spørsmålet «tilfredsheit med e-kommunikasjon» er tatt med for å synleggjere i kva grad innføring av elektronisk kommunikasjon påverka prosjektresultata.

Vi stilte til spørsmål som omhandlar elektronisk kommunikasjon. Spørsmålet «Har du tru på at elektronisk kommunikasjon med den andre parten vil endra samarbeidet mellom partane?» vart stilt i den første undersøkinga og reflekterer kva tru ein har på den føreståande innføringa av nytt elektronisk kommunikasjonssystem, medan spørsmålet «Har elektronisk kommunikasjon endra samarbeidet mellom partane?» vart stilt i den andre undersøkinga, og gjenspeglar erfaringar gjort med elektronisk kommunikasjon med tanke på samarbeid.

Analysen viste ei negativ endring mellom tru og erfaring. I den første undersøkinga var (mdn = 4.5) og ved den andre undersøkinga 4.0,  $z = -3.331$ ,  $p = .001$ .  $r = -.42$ , noko som tilsvarende moderat til stor effektstorleik.

**Diskusjon og tolking av resultat**

Samhandlingsreforma er ei underliggende årsak til at endringar av samarbeid i kom-

munar lettare let seg gjennomføre. Fastlegar og HBT er blant nøkkelgruppene for å gjennomføre reforma.

Alle partane hadde samanfallande syn på manglar og nødvendige tiltak. Det kom fram både i fokusgrupper og i svara på opne spørsmål om problem og tiltak. Svare viste behov for meir kjennskap til personar, arbeidsoppgåver og arbeidsvilkår. Partane ønska overføring av arbeidsoppgåver, men med reservasjon mot auka arbeidspress.

Det var liten motstand mot endringsprosjektet. Fastlegane var den mest passive gruppa, vist ved at omlag halvparten gav tilbagemeldingar, responderte på spørjeundersøking, deltaking i seminar og høyringar.

Vi monitorerte ytre påverknader som kunne påverke våre indikatorar. Den største antatte påverknaden var innføring av elektronisk kommunikasjon, som viste seg å ikkje ha innverknad på sluttresultatet.

### Diskusjon av metode

Prosjektarbeidet var designa som kvalitetsutvikling, evalueringdelen kvalifiserer knapt til forskning. Forskning på opne system i kontinuerleg endring er vanskeleg, og studien kunne ha vært styrka ved bruk av kontrollkommune (5).

Vi kunne styrka evalueringdelen med å innføre fleire parameter til samanlikning i før-etterundersøkinga og ei oppfølging med fokusgrupper på slutten (7).

Vi valde ei tverrfagleg tilnærming. Samarbeidsendring mellom faggrupper som legar og sjukepleiarar krev eit «samarbeidspar» av lege og sjukepleiar, som er i klinisk funksjon og har gode kontaktar og innsikt i kultur og arbeidsmåtar i gruppane. Det handlar både om å ha legitimitet og «hands on» kunnskap om systemet, prosessane og kulturane.

Vi la vekt på diskusjonar med målgruppene gjennom heile intervensjonsperioden. Prosjektet blei presentert for den helsepolitiske komiteen i kommunen. Arbeidet var forankra i og støtta av helseleiinga i kommunen, noko som er ein føresetnad for å lukkast med endringsprosjekt.

### Diskusjon av resultat

#### Kommunikasjon

Forenkling av telefonkommunikasjon mellom FL, HBT og KT med direkte telefonnummer gav tidleg positiv respons. HBT sparte tid på kontakt med FL og perso-

nalet på legekontora merka mindre pågang på telefon og i resepsjon. Den tidlege og enkle intervensjonen skapte velvilje for seinare tiltak.

Den antatt største påverkar utanfor vår kontroll var innføring av e-kommunikasjon. Den var berre delvis innført ved prosjektslutt, og påverka i liten grad samarbeidet.

#### Årleg fastlegeseminar

«Fastlegeseminalet» er ei nyskaping der fastlegane søker kontakt med kommunehelsetenesta om samarbeid og organisering. Arbeidsmåten til fastlegar kan lett føre til oppfatningar om at dei trekker seg bort frå samarbeid og utvikling, og er vanskelege å få i tale. Ved tiltaket viser fastlegane samarbeidsvilje og får betre kontakt med andre faggrupper.

#### Oppgåvegledning

Overføring av oppgåver mellom faggrupper i helsetenesta er eit tidsaktuelt tema. I USA har spesialutdanna sjukepleiarar ei sjølvstendig rolle i utredning og behandling (8). Det er naturleg at det same skjer i Norge, ettersom fastlegane får nye oppgåver frå spesialisthelsetenesta og heimesjukepleien tek i bruk ny velferdsteknologi. Betre intrakommunalt samarbeid kan minske risikoen for at kommunehelsetenesta då vert oppsplitta i parallelle og ukoordinerte pasientforløp (9). Prosedyrar for korleis samarbeidet skal skje, er nødvendig for å sikre at pasienten får god oppfølging, og at fastlegen framleis har fagleg oversikt (10).

Det var enighet i FL og HBT om å arbeide med overføring av arbeidsoppgåver som blodprøvetaking, behandling av kroniske sår og infusjon i heimen. Tidlegare har det vært motstand frå kommunalt hald mot at sjukepleiar skal ta blodprøvar, og restriksjonar på tidsbruk til å følgje pasient til lege eller møte lege i felles sjukebesøk (11). Samhandlingsreforma har sannsynlegvis ført til endra syn.

Felles kunnskap og prosedyrar kan minske variasjonar og risiko og betra kvaliteten av behandlinga. Berwick seier at den kanskje viktigaste endring i kvalitetsprosjekt er å redusere variasjon (12). Vi har redusert variasjon ved halde felles kurs i sårbehandling, innført hospiteringsordningar, gjennomført systematisk opplæring i blodprøvetaking og infusjon og innført felles prosedyrar for samarbeid.

Effekten av tiltaka er førebels avgrensa til at prosessane har vært vellukka, og det er lagt eit grunnlag for godt samarbeid. Det står att å sjå om endringane fører til betre og tryggare tenester.

#### Spørjeundersøkinga

Tabell 1–4 viser at det var noko variasjon i samansetjinga av utvalet i den første og andre undersøkinga, men avvika var ikkje større enn at vi kan samanlikne resultatane mellom dei to undersøkingane på eit deskriptivt nivå. Det para datasettet viser at det var ei grunnstamme på 32 respondentar som svarte på begge undersøkingane. Dette datasettet blei nytta ved bruk av slutningsstatistikk der vi undersøkte gjennom eit pretest-posttest design om det var signifikante endringar mellom første og andre undersøking (6).

Det var ikkje uventa at tiltaka gav positive statistiske utslag på samhandling generelt, fagleg ivaretaking og mellommenneskelege forhold, ettersom vi valte tiltak som det var semje om i gruppene, arbeidet med kommunikasjon og organisering og hadde tett kontakt med målgruppene. Det er heller ikkje uventa lite utslag på samhandling rundt pasienten, fordi dei fleste praktiske tiltaka ikkje var utført over tid ved prosjektslutt.

#### Samarbeid med Stord sjukehus

God kontakt og samarbeid med lokalsjukehus er viktig for å lukkast i arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit på kommunalt nivå. Her gjekk vi inn på arbeidsfeltet for PKO Helse Fonna, og samarbeidde derfor med praksiskonsulent ved Stord sjukehus.

Enno klarer ikkje sjukehus å levere alle epikriser til fastlegen utskrivingsdagen. Fastlegen vert ikkje informert om innlegging når ein pasient er lagt inn av andre enn fastlegen. Om lag halvparten av akuttinnleggingar vert utført av anna lege, oftast av legevaktlege (13). Utredningsforløp av eldre sjuke skjer stykkevis og delt i enkeltprosedyrar med ventetid mellom. Det belastar pasienten og familien med fleire reiser til og frå sjukehus.

Forslag om endringar i kommunikasjon og pasientforløp fekk gehør hos overlegar i Stord sjukehus, men førte ikkje til praktiske tiltak. Sjukehuset hadde ikkje lokal leiar, klinikkdirektørane var lokalisert i Haugesund. Vi burde lagt opp ein betre strategi for kontakt og inngått samarbeid tidleg med praksiskoordinator og leiar for samhandlingsavdelinga i Helse Fonna (14).

#### Samarbeidslege/praksiskonsulent i kommunen, ein framtidretta metode for betre samarbeid?

Det vert gjort mange forsøk med ulike metodar for å betra tenester og samarbeid i første- og andrelinja i norsk helsevesen.

Praksiskonsulentordninga har ikkje tid-

legare vært systematisk utprøvt og evaluert i ein norsk kommune. Praksiskonsulent/samarbeidslege som arbeider i «par» med sjukepleiar kan vere ein arbeidsmetode for å betra kvaliteten av samarbeid, fagleg kvalitet og pasientsikkerheit i kommunehelsetenesta. Samarbeidsproblem, erfaringar og pasientbehov må styre innsetningen, med pasientforløpskvalitet som ei overordna rettesnor. Partsinteresser eller lokale økonomiske hensyn bør ikkje styre innsatsområde og tiltak (5).

Fastlege og sjukepleiar i 20 prosent stillingar er stor nok personellinnsats i ein middels stor kommune. Dei fleste kommunane har så låg utnytting av tilplikta fastlegetid til oftest oppgaver at ein lege kan fungere som praksiskonsulent på deltid. Mindre kommunar kan gå saman om slike stillingar.

Med dei aukande krava som Samhandlingsreforma set til tverrfagleg og linjeovergrepande samarbeid vil PKO-kommune kunne bidra til effektive og trygge pasientforløp. Metoden kan sikre ei universell til-

nærming til samarbeidsproblem på systemnivå mellom faggrupper og linjer i helsetenesta. Dette krev at PKO får overordna nasjonal forankring og leiing.

## Konklusjonar

Praksiskonsulentmodellen kan brukast til å betra samarbeidet mellom fastlegar og heimesjukepleieteneste.

PKO-kommune må samarbeide med med PKO-sjukehus om kliniske forløp, fordi mange pasientforløp har sløyfer inn i sjukehus og tilbake i primærhelsetenesta.

PKO-kommune og PKO-sjukehus bør ha felles forankring og ledelse.

Prosjektet har forankring i helseleiinga i Stord kommune. Den er støtta økonomisk av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerheit. Fylkeslegen i Hordaland har delteke i finansieringa. Forfatarane har ingen bindingar som påverkar prosjektutforming, gjennomføring eller tolking av resultatane.

klinisk praksis. På slutten av prosjektperioden vart det gjennomført ny spørjeundersøking, og før-etterdata vart samanlikna.

Dei fleste av tiltaka i prosjektet vart godkjent, klargjort eller innført for bruk. Det vart skrivne prosedyrebok for samarbeid. Resultata frå samanliknande spørjeundersøking viste statistisk betring i kategoriane «Samhandling», «Fagleg ivaretaking» og «Relasjon/Mellommeneskelege forhold».Kategorien «Samarbeid kring brukar» viste ikkje statistisk signifikante endringar.

## KONKLUSJONAR

Systematisk samarbeidsutvikling ved bruk av praksiskonsulentmodellen viste betring av samarbeidet mellom gruppene fastlegar og sjukepleiarar.

## REFERANSAR

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Boerma WGW, Dubois CA. In: Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, editor. Open University Press; 2006. Mapping primary care across Europe; 22–49.
3. Otterstad HK; Bomann Larsen P, Gran MD. Tilgjengeligheten og servicenivået til den faste legen for pasienter i hjemmesjukepleien Tidsskr Nor Legeforen 1990; 110(27) 3517–20.
4. Allmennelegeforeningen: Helsepolitisk debattskrift. Praksiskonsulentordningen i Norge; et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsejeneste. 2008.
5. Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar: ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i Stord sjukehus. UiO 2000.
6. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1991.
7. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget 2012.
8. Stura EM; Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA. Utposten 1–2014; 32–5.
9. Sundar T. Sykepleiere med primærlegeoppgaver-aktuelt i Norge? Utposten 1–2014; 36–7.
10. Modin, S Törnkvist, L, Furuhoff, A-K Hylander, I: Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. BMC Fam Pract. 2010; 11: 82.
11. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract 2011Apr 22; 12–24.
12. Berwick DM. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewhart. Med care 1991 des.29 (12); 1212–25.
13. St. meld. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), kap 5.4
14. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). Qual Health Care 2001; 10 (1): 33–9.

## SAMANDRAG

Fleire eldre sjuke bur lenger i eigen heim med støtte frå helse- og omsorgstenesta. Behandling og oppfølging er samansett, og fleire helsepersonellgrupper er involvert over lang tid. Det er behov for å koordinere tenestene.

Praksiskonsulentordninga er ein etablert metode for å betra samarbeidet mellom fastlegar og sjukehuslegar. Modellen er ikkje prøvt ut i kommunehelsetenesta.

Vi ville prøve ut om bruk av praksiskonsulentmodellen på kommunenivå kan betra samla tenester til heimebuande sjuke eldre som treng samtidig innsats frå heimesjukepleie og fastlege.

Prosjektarbeidet vart gjennomført i tidsrommet januar 2013–februar 2014. Før-data vart samla ved bruk av fokusgrupper og spørjeundersøking. Erfaringane vart kategorisert i åtte tiltaksområde med underpunkt og forsøkt klargjort og innført i