

Arbeidsnotat

Working Paper

2012:7

Ingunn Gjerde
Janny Meese
Lars Rønhovde
Inger Stokke
Turid Aarseth

Helhetlige pasientforløp i utvikling :
del 1

Ingunn Gjerde, Janny Meese,
Lars Rønhovde, Inger Stokke,
Turid Aarseth

Helhetlige pasientforløp i utvikling : del 1

Arbeidsnotat / Working Paper 2012:7

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2012

ISSN 1501-4592 (trykt)
ISBN 978-82-7962-154-6 (trykt)

ISSN 1893-4897 (elektronisk)
ISBN 978-82-7962-155-3 (elektronisk)

**Ingunn Gjerde
Janny Meese
Lars Rønhovde
Inger Stokke
Turid Aarseth**

Helhetlige pasientforløp i utvikling Del 1

Arbeidsnotat

Forord

Høsten 2010 inngikk Høgskolen i Molde en intensjonsavtale med kommunene Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Smøla og Kristiansund samt Helse Nordmøre og Romsdal. Med utgangspunkt i et prosjekt finansiert av Helsedirektoratet og Helse Midt-Norge har de involverte partene utviklet pasientforløp innen lårhalsbrudd og KOLS. I følge intensjonsavtalen skal Høgskolen bidra med kunnskap som gir " ...muligheter for en løpende forbedring av prosjektet mens det pågår. Det er også et mål at arbeidet skal resultere i kunnskap som kan være relevant utover det omsøkte prosjektet og for innovasjon i offentlig sektor generelt."

Dette arbeidsnotatet er en sammenstilling av empiriske undersøkelser gjort i perioden fram til 1. juni 2012. Notatet ble lagt fram for prosjektets styringsgruppe 22.6.2012. og i tråd med intensjonsavtalen blir det gjennom Høgskolens notatserie gjort tilgjengelig utenfor prosjektets rekke.

Molde, november 2012

Ingunn Gjerde og Turid Aarseth
prosjektledere

Innhold

Innledning.....	3
Kort presentasjon av prosjektet.....	4
Organisering av prosjektet.....	6
De involverte kommunene.....	7
Metodisk opplegg og presisering av forskningsspørsmål.....	10
Hva viser undersøkelsen ved de to sykehusene?.....	12
Arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp.....	20
Om sammensetning av gruppene.....	20
Om arbeidet i gruppene.....	22
Hvordan er koblingen mellom det som skjer i prosjektet og det som skjer i kommunene?.....	24
Arbeidet med kompetanseutvikling.....	27
Hva kjennetegner utviklingen i prosjektet så langt?.....	28
Noen avsluttende kommentarer og nye forskningsspørsmål.....	30
Referanser.....	33

Innledning

En tradisjonell arbeidsdeling mellom utviklingsarbeid og forskning har vært at forskningen venter med å vurdere gjennomføring og resultater til det aktuelle utviklingsarbeidet har funnet sin form og er forsøkt gjennomført. En slik tilnærming har særlig vært utbredt innen evalueringsforskningen, der det å gjøre vurderinger i *ettertid* nærmest har vært betraktet som en definatorisk kjerne (Tornes 2012).

En slik arbeidsdeling kan være tjenlig i mange tilfeller, men hvis målet er å framskaffe kunnskap som kan komme til nytte i selve utviklingsarbeidet, er den problematisk. Denne rapporten har som sitt primære siktemål å være handlingsrelevant for prosjektet *Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi* (heretter kalt prosjektet). Funnene som formidles er foreløpige og bør betraktes som sensitiviserende heller enn karakteriserende. Med det mener vi at de kan identifisere mulige utviklingstrekk og dilemmaer, noen mer latente enn manifeste og noen mer knyttet til prosess enn resultat.

Vårt mål er å fylle følgeforskningsrollen i prosjektet. Følgeforskning innebærer at innsatsen skal skje i nær dialog med prosjektet og de som prøver å realisere dette. Vi skal bidra til et godt kunnskapsgrunnlag for utforming av nye samarbeidsformer og pasientforløp. Men det er viktig å understreke at følgeforskningen ikke bare kan styres ut fra prosjektinterne behov. Gjennom resultatformidling og generalisering har vi som forskere et særlig ansvar å sørge for at andre kan nyttiggjøre seg prosjektets erfaringer og resultater.

Forskning innebærer også at det settes et kritisk lys på prosjektets utvikling og mulige konsekvenser: I hvilken grad skjer en reell deling og samproduksjon av kunnskap? Kan utviklingen av helhetlige pasientforløp ha utilsiktede negative konsekvenser?

Vår rolle vil slik sett være sammensatt: Vi ønsker både å bidra underveis i utviklingsarbeidet med opparbeidelse av empirisk kunnskap og teoretiske perspektiver, samtidig som vi ser det som vesentlig å også kunne utvikle og ivareta egne faglig problemstillinger. Denne arbeidsrapporten forsøker å ivareta begge disse hensynene.

Rapporten omhandler to ulike bidrag. Det første representerer et innblikk i hvilke erfaringer og vurderinger ansatte i spesialisthelsetjenesten har med grensekryssing til kommunehelsetjenesten når det gjelder oppfølging av kreftpasienter. Kreftpasienter er en stor og sammensatt gruppe, men det som gjør den spesielt interessant i vår sammenheng er at mange er kronikere i den forstand at de trenger oppfølging på ulike tjenestenivå over lang tid. Det andre bidraget handler om det utviklingsarbeidet som har funnet – og stadig finner – sted når det gjelder pasientforløp. Framstillingen er her uferdig og ufullstendig, men har i tråd med følgeforskningens bærende ide, først og fremst som mål å opplyse debatten om og forståelsen av prosjektets innhold og form per 6. juni 2012.

Kort presentasjon av prosjektet

Initiativet kom fra kommunene Averøy, Gjemnes og Tingvoll som høsten 2010 tok kontakt med Høgskolen i Molde med sikte på å få i stand et prosjekt i tilknytning til samhandlingsreformen. Etter hvert kom også kommunene Smøla og Kristiansund med i samarbeidet. Initiativet kom verken fra politikere eller representanter for kommunehelsetjenesten, men fra det administrative ledernivået i kommunene. Det var altså først og fremst et rådmannsinitiativ, og det var på dette nivået arbeid med søknader og prosjektutforming skjedde. I samarbeid med Helse Nordmøre og Romsdal¹ ble det utformet et prosjekt med sikte på utvikling av helhetlige pasientforløp innen utvalgte områder. Prosjektet ble avgrenset til eldremedisin og smertebehandling.

Et sentralt grep i prosjektet var å utvikle en *breddestrategi*. Med dette menes:

- Modeller som er organisatorisk enkle, oversiktlige og kan utbygges i de fleste kommuner og slik ha stor spredningsmulighet.
- Utvikle et bredere somatisk tjenestetilbud i kommunene.
- Bygge et bredere tilbud på et praksisfellesskap som allerede eksisterer mellom kommuner og fagfolk for eksempel legevaktsamarbeid, fagsamarbeid innen palliasjon, ambulante tjenester innen geriatri (Søknad om nasjonale samhandlingsmidler 2011:5).

¹ I dag Helse Møre og Romsdal.

En slik breddestrategi er i samsvar med målsetningene i samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009):

- Mer helhetlige og koordinerte helse- og sosialtjenester
- En større del av helse- og sosialtjenestene skal utføres i kommunene
- Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen

Reformen ser *samhandling* som et 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” (ibid. s 13).

Første del av samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012. Reformen omfatter et bredt spekter av virkemidler: Rettslige, økonomiske, helsefaglige og organisatoriske, og prosjektet *Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi*, berører de fleste av disse virkemidlene, men med hovedvekt på de organisatoriske.

I tillegg til å møte samhandlingsreformens krav har prosjektet også forankring i Helse Midt-Norges “Strategi 2020”, og i de fleste av deltakerkommunenes helse- og omsorgsplaner. Etablering av helhetlige pasientforløp innebærer at det blir utviklet og tatt i bruk modeller og rutiner for forløp fra pasienten blir syk til pasienten er tilbake til i hjemmet eller i institusjonsplass i kommunen. Dette krever utvikling av behandlingsskapitet og -kompetanse i kommunene. Målet er å etablere et helhetlig system basert på en samordning av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, noe som innebærer at to ulike system må samhandle. For å dekke opp nye krav og forventninger sikter også prosjektet seg inn mot oppbygging av spisskompetanse i enkelte kommuner, og etablering av et system for pasientflyt mellom kommuner ved over/underkapasitet. Dette kan på sikt tenkes å resultere i en interkommunal spesialisering.

Et sentralt mål for prosjektet er å dele erfaringer og kunnskaper på tvers av yrker og nivå. Denne erfaringsutvekslingen knyttet opp mot de helhetlige pasientforløpene er ment å bidra til å skape økt innovasjonskraft og gjennomføringsevne som kan danne grunnlag for både utvikling og institusjonalisering av nye og bedre samhandlingsformer i de enkelte kommunene.

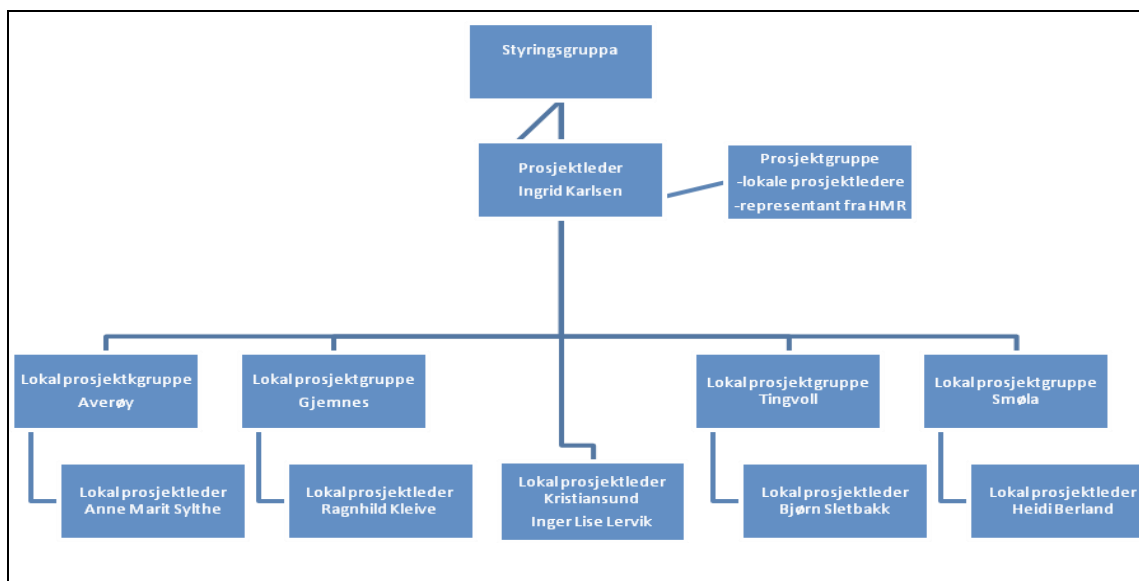
Prosjektet finansieres med prosjektmidler innvilget etter søknad. Partene i prosjektet bidrar i hovedsak med eget arbeid. I 2010 ble prosjektet tildelt 700.000 fra Helsedirektoratet gjennom nasjonale samhandlingsmidler, og våren 2011 ble prosjektet gitt tilskudd fra nasjonale samhandlingsmidler med 2,38 mill. og kr 550 000 regionalt fra Helse Midt-Norge.

Organisering av prosjektet

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe på toppen. Denne er sammensatt av en representant fra hver kommune. Disse representerer alle det administrative ledernivået i kommunene. Helseforetaket er representert ved administrative ledelse. I tillegg til dette er fastlegene, Sykepleierforbundet, brukere og helsefagutdanningen ved Høgskolen i Molde representert. Følgforskerne fra Høgskolen i Molde er sammen med Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal observatører i styringsgruppa. Prosjektet har ansatt prosjektleder på heltid.

I tillegg til styringsgruppen er det opprettet en egen prosjektgruppe i hver kommune, og lederne for disse kommunale gruppene er representert i en prosjektgruppe sammen med en representant for helseforetaket og prosjektleder. Lederne for de kommunale prosjektgruppene er alle ledere for operative virksomheter i de enkelte kommunene, og representerer dermed fagkunnskapen og erfaringene knyttet til kommunehelsetjenesten. En fagperson fra helsefagutdanningen ved Høgskolen i Molde er engasjert som faglig rådgiver for prosjektgruppen. Etter at en høsten 2011 hadde bestemt hvilke pasientforløp en skulle utvikle, ble det nedsatt en egen gruppe for hvert av disse forløpene med representanter for den operative virksomheten i kommunene, sammen med en representant for helseforetaket og prosjektlederen. Vi har møtt som observatører i disse gruppene.

En illustrasjon av den opprinnelige organisasjonsplanen er presentert nedenfor:



Modell hentet fra *Intern rapport "Helhetlig pasientforløp en breddestrategi"* 2011

I tillegg til denne oversikten kommer altså de gruppene som arbeider med å etablere standardiserte pasientforløp innen de tre områdene: Brudd i øvre lårbein, KOLS og smertelindring ved cancer.

De involverte kommunene

De fem kommunene er forskjellige både mht. folketall, befolknings sammensetning og administrativ og politisk organisering. Nedenfor har vi tatt med en tabell som viser folketallet i de fem kommunene:

Tabell 1: Folketall i kommunene

	Totalt antall innbyggere	Antall innbyggere > 70 år	Andel i prosent (%)
Averøy	5477	645	11,8
Gjemnes	2599	330	12,7
Kristiansund	23238	2478	10,7
Smøla	2143	353	16,5
Tingvoll	3071	469	15,2

TABELL 1. Antall innbyggere over 70 år. År 2010.

Kilde: Fylkesstatistikk 2010 Møre og Romsdal, Møre og Romsdal fylkeskommune

Kommunene er relativt små, med unntak av Kristiansund som er en middels stor bykommune.

Det var den største kommunen som var den siste til å slutte seg til prosjektet, noe som kan

tyde på at det var de mindre kommunene som opplevde sterkest behov for et samarbeid i forkant av samhandlingsreformen.

Tabellen under viser kommunenes sykehusforbruk for aldersgruppen over 70 år. Dette er den gruppen med størst behov for sykehjems plass og rehabilitering innen den kommunale helsetjenesten.

Tabell 2: Sykehusforbruk i kommunene

Kommuner	Andel av befolkningen >70 år	Andel av innleggelse i sykehus. >70 år	Prosent av liggedagene >70 år	Prosent av overliggedager som "utskrivningsklare pasienter i sykehus" >70 år
Averøy	11,8 %	34 %	39 %	90 %
Gjemnes	12,7 %	36 %	40 %	100 %
Kristiansund	10,7 %	32 %	31 %	59 %*
Smøla	16,5 %	34 %	39 %	82 %
Tingvoll	15,2 %	37 %	40 %	89 %
Møre og Romsdal	11,8 %			

Tabell 2. Aldersgruppen 70 + andel av befolkningens størrelse og forbruk av sykehustjenester beregnet som prosentandeler. År 2010.

*For Kristiansund var det i 2010 to pasienter med henholdsvis 160 og 245 overliggedøgn som ga stort utslag i statistikken. Ser man bort fra disse to pasientene utgjør gruppen 70+ 81 % av overliggedagene.

Tabellen viser at de fleste av kommunene som deltar i prosjektet, har relativt mange eldre i sin befolkning. Kristiansund skiller seg klart ut ved at det er den eneste av kommunene som har færre eldre i sin befolkning enn gjennomsnittet for hele Møre og Romsdal. Spesielt Smøla og Tingvoll har en høy andel eldre i sin befolkning. Det er også som forventet at den eldre befolkningen har flere liggedøgn på sykehus enn deres andel av befolkningen skulle tilsi. Enda mer interessant i vår sammenheng er det at de som er over 70 år utgjør det alt vesentlige av såkalte overliggedager for utskrivningsklare pasienter. Dette viser tydelig at det er her skoen trykker i forhold til mottakskapasiteten i de enkelte kommunene. Dette viser også at det er et behov for forbedringer og kapasitetsøkning, uavhengig av statlige reformer.

Politisk og administrativt er de fem kommunene organisert på noe ulike måter. Nedenfor følger en kort oversikt:

<p style="text-align: center;">Smøla</p> <p>Administrativ</p> <p>2-nivåmodell. Rådmann, 2 stab- og støttefunksjoner og 10 enhetsledere. Helse og omsorg er en enhet.</p> <p>Politisk</p> <p>Kommunestyre, formannskap og 3 hovedutvalg: Personalutvalg, Livsløpsutvalg og Teknisk-, plan – og miljøutvalg.</p>	<p style="text-align: center;">Gjemnes</p> <p>Administrativ</p> <p>3 avdelinger (tjenesteområder): Areal og drift, Helse og omsorg, Oppvekst og kultur. Administrativ ledergruppe: Rådmann, personalsjef og økonomisjef med tilhørende stab- og støttefunksjoner, samt lederne for de tre avdelingene.</p> <p>Politisk</p> <p>Kommunestyre og formannskap som også fungerer som økonomi- og planutvalg. Har i tillegg to adhoc-komiteer: Livsløpskomité og Ressurskomité.</p>	<p style="text-align: center;">Tingvoll</p> <p>Administrativ</p> <p>2-nivåmodell. Rådmannen, og 9 virksomheter med virksomhetsledere.</p> <p>Politisk</p> <p>Kommunestyre, formannskap, 4 hovedutvalg: Forvaltnings-, Livsløps-, Nærings- og Organisasjonsutvalg.</p>
<p style="text-align: center;">Averøy</p> <p>Administrativ</p> <p>2-nivåmodell. Rådmann, 4 stab- og støttefunksjoner og 11 tjenesteenheter.</p> <p>Politisk</p> <p>Kommunestyre, formannskap, 4 hovedutvalg: Forvaltnings-, Livsløps-, Nærings- og Organisasjonsutvalg.</p>	<p style="text-align: center;">Kristiansund</p> <p>Administrativ</p> <p>Egen variant av 2-nivåmodell. Mange enheter med tilhørende enhetsledere. Kommunens strategiske ledergruppe består av rådmannen, 4 kommunalsjefer, økonomisjef og personalsjef. Kommunalsjefer med sektoransvar.</p> <p>Politisk</p> <p>4 hovedutvalg: Helse, omsorg og sosial, Skole, barnehage og kultur, Miljø og tekniske tjenester og Plan- og bygningsråd. I tillegg kommer Administrasjons- og likestillingsutvalg.</p>	

Informasjon er innhentet fra kommunenes hjemmesider og ved telefonisk henvendelse.

Metodiske opplegg og en presisering av forskningsspørsmål

Da vi i august 2010 skulle formulere våre foreløpige forskningsspørsmål, var det ennå ikke helt klart hvordan framdriften i prosjektet ville bli. Implementeringen av pasientforløpene i de enkelte kommunene skal først gjennomføres etter at det er etablert en felles plattform for helhetlige pasientforløp i de involverte kommunene, og pr 5. juni 2012 er status at kun det første pasientforløpet, brudd i øvre lårhals, er fullført, pasientforløp 2, KOLS er godt i gang, mens pasientforløp 3, smertelindring ved cancer ikke er påbegynt.

Framdriften og veivalgene i prosjektet har påvirket våre forskningsspørsmål og valg av metodisk tilnærming. Vårt generelle utgangspunkt for undersøkelsen av hele prosjektet vil fortsatt være følgende:

- Hva hemmer og hva fremmer deling av kunnskap og interaktiv læring i helsetjenesten?
- Hva er betingelsene for institusjonalisering av innovasjoner i helsetjenesten?

Det siste spørsmålet kan først besvares når kommunene har implementert pasientforløpene i sin egen kommune og har erfaringer fra samhandlingen både horisontalt og vertikalt. Innen den tidsrammen vi har i den første delen av dette prosjektet, er det klart at hovedfokus vil ligge på det første spørsmålet, og vi har konkretisert dette i form av følgende underproblemstilling:

- Fører prosessene rundt helhetlige pasientforløp til dialog og kommunikative prosesser, eller skjer det en standardisering med grunnlag i etablerte yrkesmessige og statusmessige relasjoner?

Hvilken rolle den kommunale konteksten spiller for implementeringen har vi valgt å ta ut av denne første arbeidsrapporten. Dette vil vi imidlertid følge opp i neste fase, noe som blir omtalt avslutningsvis.

Med bakgrunn i prosjektets tidslinje har vi justert det metodiske opplegget. Vi fant det relativt meningsløst å gjennomføre detaljerte kartlegginger av praksisfeltet i den enkelte kommune før

en hadde startet arbeidet med iverksetting av de tre pasientforløpene. Vi har heller valgt å delta som observatører i de prosessgruppene som er opprettet. I tillegg er vi fortsatt observatører i styringsgruppen for prosjektet og vi har observert arbeidet i prosjektgruppen. Vår aktivitet kan skisseres i følgende oppstilling:

Datainnsamling	Status per 05.06 2012
Observasjon av prosjektets initiering, avgrensning og etablering	Fulgt møter i styringsgruppen fram til d.d. Fortsetter ut prosjektperioden.
Spørreundersøkelse blant ansatte ved sykehusene i Molde og Kristiansund.	Gjennomført i januar 2011. Resultatene ble presentert for styringsgruppa 13.5.2011.
Observasjon av arbeidet i prosjekt- og prosessgrupper samt ved erfaringskonferansen	Blanding av direkte observasjon og referatbasert analyse fram til d.d. Fortsetter ut prosjektperioden.
Litteratur- og prosjektstudier	Arbeid med gjennomgang og systematisering av forskningslitteraturen vil fortsette ut prosjektperioden.
Utarbeidelse av oversikt over prosjektkommunenes organisering og ressurser innen helse- og omsorgstjenestene.	Notat oversendt prosjektleder i slutten av november.

I styringsgruppen har vi først og fremst vært opptatt av å følge den overordnede strategien for prosjektet. Gjennom observasjon i gruppene som arbeider med helhetlige og standardiserte pasientforløp, har vi observert tolkningen av prosjektets formål og rammer, slik dette har blitt formidlet og forstått av deltakerne. Dessuten har disse prosessene åpnet opp for erfaringsutveksling, kunnskapsdeling og fortolkning av egen rolle relatert til den operative virksomheten i kommunene og samhandlingen med helseforetaket. Vi baserer oss også her på referat fra møtene, men her har det vært svært viktig å bruke egne notater og refleksjon over kommunikasjonen i gruppene.

Observasjon i små grupper kan medføre en forskningseffekt. Vi er bevisst på denne problemstillingen og vil drøfte disse spørsmålene mer inngående i et eget notat.

Spørreundersøkelsen ved sykehusene i Kristiansund og Molde som ble gjennomført i januar 2011 konsentrerer seg om kreftbehandling (Stokke 2012). Populasjonen ble her bestemt ved at alle sykehusansatte ble bedt om å vurdere om de befant seg i målgruppen:

”Ansatte som arbeider med voksne kreftpasienter i Helse Nordmøre og Romsdal bes svare på spørreskjemaet; avdelingssjefer og enhetsledere, leger, sykepleiere, prest, sosionom, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, psykolog, fysioterapeut, evt. andre.

Det er ønskelig at ikke bare de som har hovedfokus på kreftpasienten svarer, men også alle de som noe sjeldnere er i befatning med kreftpasienter.

En ber spesielt om at ledere som har ansvar for enheter som behandler kreftpasienter tar seg tid til å svare.

Du må selv avgjøre om du er i målgruppen som skal svare på spørreskjemaet.”

Vi mottok 66 svar. Av de som oppga stillingstype, var det 13 som hadde avdelingslederansvar eller var enhetsledere og 50 var uten lederansvar. Det var 30 sykepleiere og 22 leger med i undersøkelsen, resten av respondentene oppga annen fagbakgrunn. Svarene var relativt jevnt fordelt mellom de to sykehusene.

Det er vanskelig å vurdere frafallet i en slik selvbestemt populasjon, men i utgangspunktet hadde vi forventet en noe større respons. Det er mulig at oppslutningen om undersøkelsen kan ha blitt påvirket av den spente situasjonen som har eksistert en tid innen regionen i forhold til planene om sykehusutbygging i Molde og funksjonsfordeling mellom de to sykehusene.

Hva viser undersøkelsen ved de to sykehusene?

I undersøkelsen blant fagpersonalet på de to sykehusene ble det blant annet stilt spørsmål om hvordan fagpersonalet oppfattet samhandlingen og kompetansen i kommunene, på sykehusene og i samhandlingen mellom de to tjenestenivåene. De fleste som deltok i undersøkelsen, 42 personer, oppga at de hadde jobbet i over 5 år ved sykehuset. Mange hadde også jobbet ved annet sykehus tidligere. Vi skulle ut fra dette kunne gå ut fra at de fleste har relativt omfattende erfaringer som de skulle være i stand til å reflektere over på en relevant måte. Tabellen under viser hvordan respondentene har forholdt seg til en rekke påstander om behandling av kreftpasienter.

Tabell 3: Erfaringer med behandling av kreftpasienter i prosent (N= 63)

<i>I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
det finnes tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten	14	13	20	27	2	25
Samhandlingsavdelingen i HNR er en viktig bidragsyter	25	13	8	11	3	41
samlet sett blir denne pasientgruppen godt ivaretatt gjennom dagens opplegg	0	2	19	43	27	10
sykehusets ambulante team er en viktig bidragsyter	0	0	11	27	47	16
kommunene er generelt sett svært fleksible mht å ta imot dårlige kreftpasienter på kort varsel	19	17	28	17	5	14
utskrivning av dårlige pasienter blir godt forberedt	2	6	25	38	17	13
det er et stort press på å skrive ut kreftpasienter for tidlig	21	25	21	10	5	19
jeg har for liten tid til den enkelte pasient	8	19	13	28	30	3
jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten	19	27	25	13	11	6
innholdet i dokumentasjon som utveksles mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er presis nok	3	14	34	25	5	19
de fleste pasienter vil velge å motta lindrende behandling på sykehuset fremfor i kommunehelsetjenesten dersom de står fritt til å velge	8	9	22	19	14	28
dagens betalingsordning hemmer samordning mellom sykehus og kommunehelsetjenesten	6	5	13	6	22	48

Et solid flertall (43+27 %) mener at kreftpasienter blir godt ivaretatt gjennom dagens opplegg dvs. ca 10 måneder før samhandlingsreformen skulle gjennomføres.

Det finnes delte meninger blant respondentene om det er tjenelige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten. Hele 25 % har ingen mening om dette i det hele tatt. Bare 2 % er svært godt fornøyd med dagens prosedyrer, mens 27 % mener de er brukbare. Om lag like mange (14 % + 13 %) mener de ikke fungerer eller at de fungerer relativt dårlig. Relativt mange mener at kommunene er generelt sett lite fleksible i forhold til å ta i mot

dårlige kreftpasienter på kort varsel. Bare 5 % mener de er svært fleksible, mens 19 % mener de er svært lite fleksible.

På spørsmål om de mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten, svarer de fleste at de mottar relativt lite eller moderat med spørsmål. Bare 11 % mottar svært mange spørsmål, mens 13 % mottar relativt mange spørsmål. Dette tyder på at den faglige kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på dette feltet er relativt begrenset.

Det ble også spurt om de sykehusansatte mente de fleste pasienter ville velge å motta lindrende behandling på sykehuset framfor i kommunehelsetjenesten dersom de sto fritt til å velge. Her var det relativt få som mente de heller ville velge kommunehelsetjenesten, men det var generelt sett stor usikkerhet rundt spørsmålet. De fleste mente imidlertid at det ikke var noe spesielt stort press i retning av å skrive ut pasienter for tidlig og at utskriving av dårlige pasienter blir godt forberedt.

Det er opprettet en egen Samhandlingsavdeling ved (daværende) Helse Nordmøre og Romsdal. De fleste som deltok i denne undersøkelsen var enten usikre eller skeptiske til i hvilken grad denne avdelingen var en viktig bidragsyter til prosessen fram mot bedre samordning innenfor dette feltet.

Samlet sett mener relativt mange av de som er med i undersøkelsen og som har en mening om saken, at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kunne vært bedre innen feltet kreftsykdom. Det er også et vesentlig funn at en stor andel er usikre eller svarer vet ikke, når vi spør om erfaringer med samhandling og kompetanseutveksling mellom disse tjenestene. Dette kan tyde på at det i mange tilfeller er en begrenset samhandling mellom de ulike tjenestene slik disse har fungert fram til etableringen av samhandlingsreformen, og et sentralt spørsmål er derfor hva respondentene vet om kommunehelsetjenesten. I tabellen under har vi tatt med flere kommuner enn de som eksplisitt er med i det prosjektet. Dette gjør vi blant annet fordi de to sykehusene er lokalisert i ulike områder og dermed går vi ut fra at de vil ha mer kunnskaper om de kommunene som ligger nærmest geografisk og som de dermed trolig vil ha mest kontakt med.

Tabell 4: Ta stilling til følgende påstander: (resultat i prosent N= 62)

<i>Jeg har tilstrekkelig <u>kunnskap</u> om aktuelle tilbud for kreftpasienter i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	42	17	9	3	6	22
Tingvoll kommune	34	20	11	5	8	22
Kristiansund kommune	25	13	13	14	23	13
Gjemnes kommune	38	19	8	11	5	20
Smøla kommune	41	14	8	10	5	22
Molde kommune	25	16	13	18	11	18
Misund kommune	41	16	9	8	6	20
Eide kommune	30	19	8	16	8	20
Neset kommune	38	16	11	8	6	21

Mellom 25 og 41 % av de spurte oppgir at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om aktuelle tilbud for kreftpasienter i de angitte kommunene. Videre er det rundt 20 % som ikke har noen mening om dette spørsmålet i det hele tatt.

Det er kanskje ikke spesielt overraskende at det er de to bykommunene Molde og i særlig grad Kristiansund som kommer best ut. For det første er dette de kommunene som er størst og som dermed helt naturlig har de fleste pasientene innen denne kategorien, og de har de mest omfattende kommunehelsetjenestene. De er dessuten vertskommuner for de to sykehusene.

Vi stilte også spørsmål ved hvordan helsepersonell knyttet til helseforetaket opplevde kontakten de hadde med helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Tabell 5: Kontakt med kommunalt helsepersonell i behandling av døende kreftpasienter i prosent (N = 62)

<i>Jeg har god <u>kontakt</u> med helsepersonell om behandling av kreftpasienter i</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	35	11	10	6	8	30
Tingvoll kommune	32	6	14	6	11	30
Kristiansund kommune	27	5	14	16	16	22
Gjemnes kommune	32	8	16	14	2	29
Smøla kommune	37	8	15	7	5	29
Molde kommune	25	11	16	11	10	27
Misund kommune	29	10	16	8	5	33
Eide kommune	25	11	18	11	5	30
Neset kommune	30	8	13	10	5	34

Tabellen bekrefter det som har kommet fram i de foregående tabellene. Svært mange har ingen mening om temaet, mens et klart flertall av de øvrige sier de i dag ikke har god kontakt med kommunalt helsepersonell om behandlingen.

Tabell 6: Oppfatning om ivaretagelse av døende kreftpasienter i kommunene i prosent (N = 62)

<i>Jeg opplever at døende kreftpasienter vanligvis blir godt ivaretatt i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	2	0	6	8	13	72
Tingvoll kommune	2	2	8	13	13	64
Kristiansund kommune	2	2	6	16	23	52
Gjemnes kommune	3	0	9	11	13	64
Smøla kommune	3	0	3	16	11	67
Molde kommune	3	5	8	14	14	56
Misund kommune	3	0	10	13	14	60
Eide kommune	2	0	8	16	19	56
Neset kommune	2	0	8	14	14	62

På spørsmålet om hvordan de oppfatter at døende kreftpasienter blir ivaretatt i kommunehelsetjenesten, er det et flertall som ikke har noen mening. Av de som har en mening, oppgir et flertall at de blir godt ivaretatt. Det er ingen spesielt markerte forskjeller mellom kommunene, men Kristiansund og Eide kommer noe bedre ut enn de øvrige.

Ut fra det som kommer fram i denne undersøkelsen så langt, er det ting som tyder på at samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan bli betydelig bedre og at det finnes muligheter for forbedringer både i forhold til kunnskaper om tjenestetilbud og når det gjelder kompetanse. Samhandling gjennom helhetlige pasientforløp, vil være avhengig av at det blir etablert en mer systematisk kunnskapsdeling mellom tjenestene slik at pasientene får en best mulig behandling og slik at en får bedre innsikt i hverandres erfaringer og kompetanse. Vi stilte spørsmål til helsepersonellet om hva de mener hemmer en god oppfølging av pasientgruppen, og vi fikk da følgende svar:

Tabell 7: Forhold som hemmer god oppfølging av kreftpasienter i prosent (N = 62)

Jeg mener følgende forhold hemmer god oppfølging av kreftpasienter:	Virker svært hemmende				Har ingen betydning	Ingen mening
forskjellige IKT-løsninger i sykehus og kommunehelsetjenesten	16	24	14	11	10	25
forskjellige medikamentskjema i sykehus og kommunehelsetjenesten	11	19	16	11	19	24
for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege v/sykehuset og fastlege	22	29	19	5	3	22
tungvinte prosedyrer mht tilgang på journalopplysninger	26	31	11	7	5	21
for lite bruk av egenjournal	8	24	21	5	10	33
for lite bruk av individuell plan	10	15	19	16	7	34
ulik problemforståelse blant fagpersoner	16	24	18	14	6	22
kommunene mangler ordning med personlig koordinator for brukerne	16	16	13	5	3	48

Igjen er det relativt mange som gir uttrykk for at de ikke har noen mening om påstandene. Av de som har en mening, er det i denne tabellen først og fremst to faktorer som skiller seg ut som sentrale. For det første blir det pekt på tungvinte prosedyrer med hensyn til tilgang til journalopplysninger og for det andre er de fleste enige om at det er for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege ved sykehuset og fastlege. Begge disse forhold peker på mangel på samhandling og mangelfull tilrettelegging for slik samhandling.

Ulike IKT-løsninger i sykehus og kommunehelsetjeneste og ulik problemforståelse blant fagpersoner blir også trukket fram som problemer av relativt mange. Dette peker i retning av mangelfull koordinering og mangel på gode kommunikative prosesser basert på kunnskapsdeling og samhandling. Spørsmålet vi kan stille er hvordan etablering av det nye systemet med helhetlige pasientforløp vil innvirke på denne samhandlingen og hvilken type erfaringer og kompetanse som vil styre etableringen av disse. Er det først og fremst den sykehusfaglige kompetansen som definerer disse forløpene, eller vil en også trekke med seg relevante erfaringer og kompetanse fra kommunehelsetjenesten?

For å finne svar på hvordan respondentene mener samhandlingen kan bli bedre, har vi spurt dem om tiltak de mener kan være viktige blant annet i forbindelse med samhandlingsreformen. Vi fikk da følgende svarfordeling:

Tabell 8: Hvilke tiltak kan bidra til mer helhetlige pasientforløp? Resultat i prosent (N=63)

Jeg mener det er en god løsning at:	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
sykehusansatte hospiterer i kommunehelsetjenesten	8	8	14	19	44	8
ansatte i kommunehelsetjenesten hospiterer i sykehusene	2	3	8	16	65	6
ansatte har delt stilling mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten	23	22	20	8	9	17
det etableres fadderordning for nyansatte helsepersonell	3	2	10	30	44	11
en opprettholder "Kreftforeningens R4 – nettverk" (helsepersonell med kreft som spesialkompetanse i aktuelle enheter i sykehuset og i kommunehelsetjenesten)	3	2	9	27	31	28
lærings- og mestringssentret brukes mer aktivt	5	3	14	28	36	14
det etableres flere felles møtearena for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten	0	5	9	28	48	9
det etableres flere felles kurs/konferanser for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten	3	2	9	25	58	3
det etableres faglig veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i sykehus og kommunehelsetjenesten	0	3	8	32	49	8
det satses på felles opplæringsplan for ansatte på sykehuset og i kommunehelsetjenesten innenfor enkelte områder mht kreftbehandling	0	6	13	22	45	14
en har oppdaterte felles nettsider for alle aktører	3	6	10	27	46	8
en samarbeider tettere med aktuelle forskningsmiljøer	3	3	8	28	44	14
en samarbeider tettere med undervisningsinstitusjoner	3	5	13	32	38	10

Nesten alle påstandene får positiv oppslutning. Hospitering av tilsatte i kommunehelsetjenesten i sykehusene kommer spesielt godt ut. Det er også stor oppslutning om felles kurs og konferanser for ansatte i sykehus og kommunehelsetjenesten og etablering av veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i de ulike tjenestene. Forslag om hospitering av sykehusansatte i kommunehelsetjenesten blir også oppfattet som en god ide av mange, men det er likevel mindre oppslutning om dette enn forslaget om at ansatte i

kommunehelsetjenesten skal hospitere i sykehusene. Vi må her også ta med i betraktningen at nær halvparten av de som er med i undersøkelsen har arbeidet i kommunehelsetjenesten i lengre eller kortere perioder.

Tabell 9: Oppfatninger om helhetlige pasientforløp. I prosent (N = 63)

Som ansatt opplever jeg at	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
det er for mye fokus på forhåndsdefinerte pasientforløp	13	20	22	17	3	25
det er urealistiske forventninger til hva som kan oppnås med forhåndsdefinerte pasientforløp	5	13	19	13	13	39
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene	3	11	22	32	13	19
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gjøre tjenestene mindre tilpasset den enkeltes behov	6	13	25	19	13	24
motivasjonen for å samarbeide mer med kommunehelsetjenesten er høy	3	6	21	24	29	18
kompetansen mht å utarbeide forhåndsdefinerte pasientforløp er god	6	10	19	16	10	40
etablerte uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter	13	13	27	16	16	17
stor arbeidsbelastning hindrer meg i å delta i arbeid med pasientforløp	3	11	11	24	32	18

Det er tydeligvis en viss usikkerhet blant mange av de spurte om hvordan de oppfatter helhetlige pasientforløp, og realismen i hva de kan oppnå med denne typen tiltak. Det er likevel slik at det er et klart flertall, av de som har en mening om saken, som er helt eller delvis enig i at helhetlige pasientforløp vil gjøre tjenestene bedre. Usikkerheten kommer blant annet til uttrykk ved at mange mener det er urealistiske forventninger til hva en kan oppnå med helhetlige pasientforløp og ved at mange mere uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av pasienter.

Som det går fram av tabellen, uttrykker et flertall av de spurte at de er høy eller relativt høy motivasjon til å samarbeide med kommunehelsetjenesten. Det kan innvendes mot dette at det er et spørsmål det er relativt uforpliktende å stille seg positiv til i en slik undersøkelse. Dette bekreftes gjennom svarene på spørsmålet om deltakelse i utviklingen av disse pasientforløpene. Her svarer et flertall at de grunnet stor arbeidsbelastning ikke kan ta del i utviklingen av slike pasientforløp.

Arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp

Våre observasjoner har så langt vært knyttet til møtene i de to prosessgruppene som har kommet i gang med sitt arbeid. Arbeidene med å utforme pasientforløp har hatt følgende utgangspunkt:

Pasientforløp 1 Brudd i øvre lårbein: Fra pasientene skrives ut fra sykehuset og til de er ferdig rehabilitert.

Pasientforløp 2 KOLS: Forebygge innleggelse på sykehus samt stabilisere ved forverring. Når denne arbeidsrapporten skrives er man i ferd med å planlegge det tredje pasientforløpet, Smertelindring ved cancer, med tenkt oppstart høst 2012.

Om sammensetning av gruppene

Kommunene og helseforetaket har så langt selv avgjort hvem de ønsker skal sitte i prosessgruppene. En av representantene fra helseforetaket er hentet fra en spesielt relevant sykehusavdeling (ortopedi), mens de to andre har spesiell kompetanse knyttet til utvikling av pasientforløp. Kommunenes representanter i prosjektgruppen, som pr dags dato er enhetsledere, har hatt ansvaret for å velge ut sine deltakere. Det har vært et uttrykt ønske om tverrfaglighet i gruppesammensetningen, men det kan se ut som at utvelgelsen i liten grad har vært planmessig styrt gjennom spesifikke føringer gitt av styringsgruppen eller prosjektleder. Kristiansund kommune har valgt å bruke samme person i de to prosessgruppene. Vedkommende var også Kristiansund kommunes representant i prosjektgruppen til å begynne med. Hun er nå byttet ut med en enhetsleder i kommunen. De øvrige kommunene og helseforetaket bruker forskjellige personer i de to gruppene.

I forbindelse med opprettelsen av den tredje pasientforløpsgruppen ser vi en endring i rekrutteringsmåte. Nå ber prosjektleder om at kommunene peker ut en deltaker som har prosesserfaring fra de to foregående forløpsgruppene, og som har deltatt på kurset i prosjektmetodikk i november 2011. Dette kom overraskende, særlig på en av kommunene i prosjektgruppen. Der var allerede en ny person pekt ut som ikke har deltatt i de to første gruppene. Det har underveis vært diskutert blant medlemmene i prosessgruppa for pasientforløp 1, hvorvidt en slik gjennomgående deltagelse er ønskelig eller ikke. Diskusjonen har vært knyttet til hva som best sikrer kompetanseutvikling og læring i kommunene i det fremtidige arbeidet med nye pasientforløp. Diskusjonen kan kanskje se ut til å ha påvirket prosjektleder til å ønske erfarne prosessdeltagere i siste pasientforløpsgruppe.

I begge gruppene deltar en brukerrepresentant og en forløpsansvarlig lege.

Prosessgruppen for pasientforløp 1 (startet november 2011). Tanken har vært at gruppen skulle bestå av representanter fra ulike profesjoner som fysioterapi, ergoterapi, sykepleie etc. Et viktig kriterium for deltakelse var interesse for å arbeide med dette feltet. Gruppen består av tre fysioterapeuter og to sykepleiere, hvorav en av sykepleierne er tilknyttet helseforetakets ortopediske avdeling i Kristiansund. Prosessleder, sammen med prosjektleder, er sykepleier, men jobber med å utarbeide pasientforløp ved kirurgisk avdeling i Molde. En av representantene har fortalt at hun er den tredje personen i sin kommune som ble spurt om å delta. Det kan tyde på at det har vært vanskelig å rekruttere deltakere i denne kommunen. Hvorvidt dette gjelder også de andre kommunene, kjenner vi ikke til. Ergoterapifaget er ikke representert i gruppen, men det er stor enighet om at denne faggruppen er viktig. Ikke alle kommunene har tilsatt ergoterapeut.

Prosessgruppen for pasientforløp 2 (startet januar 2012). Denne gruppen består av bare sykepleiere og er slik en mer ensartet gruppe faglig sett. Helseforetakets representant jobber med pasientforløp i egen organisasjon, bl.a. KOLS-forløp. utfordringer i et pasientforløp for kronisk syke kolspasienter, er å definere når forløpet starter og når det slutter. Pasientforløpet får slik et mer sirkulært preg fordi målet blir å få pasienten tilbake til stadiet før forverringstilstanden, ikke å bli helt frisk. Det er blitt brukt en del tid på å klargjøre mandatet og målet for gruppen. Behov for større tverrfaglighet i gruppen har vært diskutert, og da særlig med referanse til behov for fysioterapi for denne gruppen pasienter. Det har vært invitert en fysioterapeut på et av møtene og det diskuteres om denne skal tilknyttes gruppen på fast basis.

For begge gruppene gjelder følgende mål:

Pasientforløpet skal sikre at kvalitet, kommunikasjon og tjenester er utformet på en slik måte at pasienten får de nødvendige tjenester til rett tid på riktig sted og av kvalifisert personale.

Mandat for prosessgruppen for pasientforløp 1:

Et **felles** helhetlig pasientforløp fra pasienten er kommet til sykehus med brudd i øvre lårben, kommunen er varslet (innen 24 timer) til pasienten er rehabilitert»

Mandatet for prosessgruppen for pasientforløp 2, ble utarbeidet av prosessgruppen selv

Gruppen skal utforme et pasientforløp for pasienter med alvorlig og svært alvorlig Kols. Forløpet skal ivareta pasienter som står i fare for forverring av tilstand, og forebygge innleggelse i sykehus, samt oppfølging av pasienter som har hatt sykehusopphold. Pasientforløpet avsluttes når pasienten er stabilisert og har fått en oppfølgingsplan.

Mandat for lårhalsgruppen skal være utarbeidet av prosjektgruppen og godkjent av styringsgruppen, men vi har ikke funnet dette i referatene vi har tilgang på.

Om arbeidet i gruppene

Deltakernes ulike fagbakgrunn har preget arbeidet i prosessgruppen for lårhalsbrudd. Fysioterapeutene og sykepleierne har ulike roller, ansvar og nærhet til pasienten i et kommunalt pasientforløp. Sykepleierne tar i mot pasientene fra sykehuset og følger dem til helsesituasjonen er avklart, mens fysioterapeutene som oftest bare har korte møter med pasienten i en opptreningssituasjon. Likevel er det særlig fysioterapifaget som har fått stort fokus, ved at rehabilitering og opptrening har stått sentralt. Mot slutten av prosessen framstår gruppen som mer samkjørt med stor grad av felles forståelse av hva man ønsker at pasientforløpet skal håndtere og løse, og hvordan nødvendige faglige hensyn skal ivaretas.

Selv om fysioterapeutene bare møter pasientene i forbindelse med opptrening og rådgiving, er de likevel sentrale fagpersoner for disse. En god kommunikasjon og samhandling mellom de ulike faggruppene internt i kommunene vil derfor være viktig for et godt resultat for pasienten. Arbeidet i gruppen har så langt avdekket at dette ikke alltid er tilfelle i hverdagen. Forløpsarbeidet kan være med på å bedre mulighetene for økt intern samhandling, men det forutsetter at dette ikke bare avleirer seg i utviklingen av de standardiserte pasientforløpene, men at dette også blir videreført til den operative virksomheten i de ulike kommunene, slik at alle som jobber praksisnært blir bevisst samhandlingsutfordringene, og at dette tankegodset institusjonaliseres i de daglige rutinene.

Prosessgruppen for KOLS-pasienter har så langt hatt fem møter, men ser ut til å streve med å få god fremdrift i arbeidet og form på forløpet. Kanskje kan den manglende framdriften forstås i lys av det sirkulære preget et slikt forløp har? Det finnes flere andre institusjoner som har utviklet kolsforløp, men evnen til å lære av disse og bruke dem som utgangspunkt for eget arbeid, ser ut til å ha vært litt begrenset. På møtet i mai ble et konkret forslag lansert av

helseforetakets representant i gruppen. Forslaget ble godt mottatt av de andre deltakerne og arbeidet synes på denne bakgrunn å ha kommet et langt steg videre.

Selv om pasientforløpsgruppene har kommet ulikt langt i arbeidet, har begge vært opptatt av prosjektets breddestrategi, at pasientforløpene skal være enkle og praksisnære, og at de skal kunne tilpasses og tas i bruk i alle kommuner. Deltakerne har derfor ikke fokusert mye på egne, lokale behov, men har søkt standardisering som tilnærming i utformingen. Ulikheter i de deltakende kommunene har primært vært brukt for å kartlegge dagens virkelighet og har i mindre grad vært hensyntatt i selve forløpet.

Det er lite som tyder på at representantene i gruppene er preget av faglige motsetninger med basis i forhold i sine respektive kommuner. Tvert imot etterlyses mer samarbeid internt på tvers av profesjoner samt styrking av de ulike profesjonene bemanningsmessig. Strategiene kan så langt sies å være preget av ”mer av alt”, heller enn ”mer av noe på bekostning av noe annet.”

Spesialisthelsetjenesten er involvert i alle ledd i prosjektets organisering og gjennomføring, selv om målet er å utarbeide kommunale pasientforløp som iverksettes idet pasienten skrives ut fra sykehuset. Det understreker betydningen prosjektet har gitt samhandlingsaspektet mellom nivåene. I arbeidet med forløpene er hovedinntrykket at deltakerne har et felles fokus på pasientens beste, uavhengig av egen organisatorisk tilknytning. For sykepleierne fremstår det sykepleiefaglige hensynet viktigst, og for fysioterapeutene er det bl.a. sentralt å sikre flyt av nødvendig informasjon fra fysioterapeutene på sykehuset. Hvor pasientens seng faktisk står virker underordnet.

Når det kommer frem at informasjonsflyten ikke er god nok, og at IKT-løsningene er for dårlige når pasientene skal overføres fra sykehus til kommunene osv, er man opptatt av å løse dette, heller enn å skyldte på hverandre. Det er samtidig grunn til å påpeke en viss kompetanseubalanse. Helseforetaket er representert ved sykepleiere som arbeider daglig med de respektive pasientgruppene, eller som har erfaring med å jobbe med pasientforløp. Kommunene har valgt sykepleiere som er generalister heller enn spesialsykepleiere, og som må håndtere mange forskjellige diagnoser og pasientgrupper med sammensatte lidelser. Dette synes å ha en viss betydning for arbeidet i gruppene, da kunnskap gir faglig posisjon og gjennomslagskraft. Samtidig ser vi at gruppedynamikk og personlige egenskaper både

forsterker og minimaliserer denne kompetanseubalansen. Hvordan dette i sum slår ut når det gjelder å styrke samhandlingen mellom kommune og helseforetak i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, er det for tidlig å si noe om. Det vi vet så langt er at alle kommunene, men ikke helseforetakets ortopediske avdelinger i Molde og Kristiansund, har svart på høringsutsendelsen av pasientforløp 1.

Legens rolle understrekes som svært viktig i prosjektet. Man er opptatt av at forløpene skal være forskningsbasert og bygge på ny kunnskap. Den medisinskfaglige kvaliteten skal sikres, og man har av den grunn oppnevnt ansvarlig lege for hvert forløp. I tillegg er lege representert i styringsgruppen. Begge forløpsansvarlige leger kommer fra samme kommune. De har en lyttende tilnærming, er engasjert i arbeidsprosessen og tar særlig ansvar for det som omhandler legens ansvar i pasientforløpet. Fastlegens og kommunelegens rolle i selve pasientforløpet er et viktig anliggende. Det kommer frem at involvering fra legene er problematisk i mange kommuner. De er vanskelig å få tak i, oppleves å ha lite engasjement og utgjør en utfordring på det operative nivået. Det blir derfor et gap mellom den rollen og ansvar forløpsansvarlige lege mener legen må ha i alle forløp, og det kommunene opplever er virkeligheten i det daglige.

Vi har observert lite fokus på interkommunalt samarbeid i prosjektet så langt. På det operative nivået, i kolsgruppen, har det riktignok vært ytre ønske om et tverrkommunalt kols-team eller lignende, men det har vært lite åpning for, eller snakk om, den typen tenkning i styringsgruppen. Det virker ikke som prosjektet så langt har gitt noe starthjelp til interkommunal nyorientering i kjølvannet av samhandlingsreformens utfordringer for særlig de minste kommunene. Delvis kan det skyldes at prosjektkommunene klarer seg ulikt godt og derfor ikke har sammenfallende behov, og delvis kan det skyldes at man så langt ikke har overskudd til å se dette prosjektet som en mulig arena for den type satsing.

Når denne arbeidsrapporten skrives, er pasientforløp 1 klart for implementering. Forløpet har vært ute til høring og utprøving i kommunene, og man har avholdt en erfaringskonferanse om arbeidet og erfaringene så langt. Arbeidet med pasientforløp 2 KOLS, er bare halvveis i prosessen.

Hvordan er koblingen mellom det som skjer i prosjektet og det som skjer i kommunene?

Medlemmene har fått avsatt 20 % av stillingen sin øremerket arbeidet i prosessgruppen, dette omfatter også kontakt innad i egen kommune. I hvor stor grad det gis rom for å ta ut så mye tid for å jobbe med prosjektet, er ikke vurdert så langt. Det spores en viss usikkerhet rundt egen rolle hos flere gruppemedlemmer, særlig i kolsgruppen. Det kan virke som flere ikke er tett knyttet opp til prosjektansvarlig og lokal prosjektgruppe i egen kommune, og at de derfor ikke har fått nødvendig informasjon om hva som forventes av dem, både med hensyn til tidsbruk og informasjonsdelingsrollen innad i egen organisasjon. Dette er imidlertid noe vi ikke har sikre data på, og det kan også være forskjeller mellom kommunene som vi ikke har fanget opp.

Gruppemedlemmene har ulike utfordringer med å nå kollegaer og andre i kommunen med informasjonsutveksling fra pasientforløpsarbeidet. For eksempel har en av representantene prøvd to ganger å samle den kommunale prosjektgruppen for å informere om arbeidet i pasientforløp 1, men uten å lykkes. Hun har samtidig inntrykk av at kunnskap om arbeidet med forløpene begynner å spre seg bl.a. fordi hun snakker om det når anledningen byr seg i det daglige arbeidet. En tilbakemelding som kan forklare noe av informasjonsproblemet, er at det er stadige bemanningsproblemer. Særlig gjelder det fagfelt som ergoterapi/fysioterapi, der det kanskje bare er en person ansatt. Da er det vanskelig å sette pasientbehov til side for å delta på møter.

I Kristiansund kommune har det vært lettere å samle ulike aktører til informasjonsmøter om arbeidet med pasientforløpene. Større enheter med flere ansatte til å dekke opp, kan være noe av forklaringen. Samtidig er det særlig viktig at informasjonsarbeidet lykkes i Kristiansund, fordi kommunens representant som deltar i alle prosessgruppene, ikke er tilknyttet det daglige arbeidet i pleie- og omsorgsavdelingene. Man risikerer dermed at man ikke får den spredningseffekt som samhandling i det daglige arbeidet gir.

Samlet sett kan det stilles spørsmål om det finnes egnede møteplasser i den enkelte kommune der arbeidet med pasientforløpene kan drøftes underveis. Mangelen på slike møteplasser kan påvirke arbeidet med implementeringen av pasientforløpene. Prosjektets styringsgruppe var opptatt av implementeringen i møte 30. mars 2012, og ville ha fokus på dette på

styringsmøtene framover. Her kan det tenkes at rådmannsnivåets og enhetslederens engasjement vil være av betydning i en slik prosess. Det kom ikke fram at denne type aktivisering foreløpig finner sted i særlig stor grad. Kanskje man avventer at selve prosjektet skal ta fatt i denne utfordringen, eller at man skyver det fram i tid til pasientforløpene er klare for implementering?

I første del av perioden med utarbeiding av pasientforløp 1, kan det se ut som det har vært begrenset horisontal informasjonsflyt om prosjektet, både mellom kollegaer og mellom faggrupper innad i kommunene. Dette blir tydelig når gruppe medlemmene får i oppdrag å kartlegge ulike prosedyrer, samle kollegaer for tilbakemelding på ulike tema fra gruppearbeidet etc. i egen kommune. Særlig virker det som de minste kommunene er sårbare når det gjelder å frigi ansatte til møte- og informasjonsaktivitet. Samtidig har det å være en liten kommune den fordel at det gir mer oversiktlige organisasjoner, små fagmiljø og færre ansatte å involvere. Mot slutten av arbeidet og i det pasientforløpet nærmer seg utprøving, kan det virke som kunnskapen i kommunene har fått økt spredning via uformelle kanaler, og at det er oppstått forventning knyttet til forløpsarbeidet. Med unntak av Kristiansund kommune, der de ansatte bruker et felles pasientforløpsskjema for alle diagnoser, er inntrykket at de ansatte i de andre kommunene ønsker seg et slikt verktøy og ser frem til at det blir tatt i bruk. Pasientforløp 1 var ute til høring og utprøving i første halvdel av mai. Tilbakemeldingene fra ansatte i kommunehelsetjenesten ga ganske entydige positive tilbakemeldinger, med bare mindre endringsforslag.

En faktor som kan hemme prosessen med innarbeiding av gode pasientforløp er IKT. Prosjektleder har uttrykt underveis, både i prosessgruppene, styringsgruppen og prosjektgruppen at hensiktsmessige IKT-løsninger forutsettes etablert i kommunene. Det har i prosjektet vært en del fokus på denne utfordringen og mulighetene som ligger i IKT-satsingen initiert av Kristiansund kommune og ORKIDE. "IKT-tilstandene" i de forskjellige kommunene vil kunne få en viss innvirkning på hvordan man lykkes med implementeringen.

Det kan se ut som det er liten kontakt horisontalt mellom kommunenes representanter i de to prosessgruppene, og likedan vertikalt mellom representantene i styringsgruppe, prosjektgruppe og prosessgrupper. Prosjektleder blir derfor sentral som informasjons- og bindeledd mellom gruppene. Samtidig er de fire gruppenivåene, både samlet og hver for seg, arenaer der kunnskap og erfaring fra kommunene innhentes og deles. Så langt virker det å

være lite fokus på å foreta strukturelle grep som over tid kan bidra til å institusjonalisere en kultur for læring og kunnskapsdeling i kommunene..

Hvordan deltakelsen i prosjektet for helseforetakets del vil påvirke arbeidet i de respektive sykehusavdelingene, gjenstår å se. Den samhandlingseffekten man så langt kan se konturene av, er at det er etablert kontakt på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på avdelingsnivå, i den kliniske hverdagen. Det vil kunne gi kunnskapsdeling på sikt, ikke nødvendigvis uttrykt gjennom formelle, konkrete resultat i form av nye prosedyrer, hospiteringsavtaler eller lignende, men form av mer innsikt i hverandres hverdag. Hvorvidt denne kontakten vil føre til bedre kvalitet på tjenestene, er et empirisk spørsmål.

Arbeidet med kompetanseutvikling

Det ble tidlig i prosjektet klart at realisering av pasientforløpene ville kreve kompetanseheving i kommunene. I følge litteratur om endringsledelse er det viktig å sørge for at medarbeiderne har ”riktig” kompetanse når endring iverksettes. Dette vil gi positive holdinger til endring, samt en følelse av å beherske de nye oppgavene. Derfor bør nye kompetansekrav identifiseres i en tidlig fase, slik at en kan gjennomføre tiltak for å dekke kompetansebehovet (Olsen 2012).

Til å utrede behovet og utforme et opplegg for kompetanseheving, ble det høsten 2011 tilsatt en person i 20 % stilling med tilknytning til helsefagutdanningen ved Høgskolen i Molde. Kompetanseheving kan skje på ulike måter, både gjennom kurs og seminar og ved hospiteringsordninger. Som grunnlag for opplegget for kompetanseheving, er det gjort et grundig kartleggingsarbeid både med utgangspunkt i litteraturstudier, pasientforløpene på sykehusene og kompetansebehovet i kommunene.

Det ble valgt å innrette oppleggene mot de ulike pasientforløpene. Det er gjennomført seminar i tilknytning til de to først pasientforløpene, og et tredje er planlagt i tilknytning til det siste, ennå ikke gjennomførte pasientforløpet. På seminaret om rehabilitering etter lårbeinsbrudd, deltok 97 personer, og seminaret om KOLS samlet hele 109 deltakere. Det viste seg vanskelig å lage et opplegg som passet for ”alle” i og med at utgangspunktet hos deltakeren var såpass ulikt, men begge seminarene fikk gode tilbakemeldinger (Jørgensen 2012 a).

Når det gjelder hospitering, var responsen positiv fra begge de aktuelle sykehusene. Fire sengeposter, to intensivavdelinger og to fysikalske avdelinger var med på opplegget. Alle kommunene fikk frikjøpt 7 personer til å delta. Når kontakten mellom kommune og sykehus var etablert, var det opp til den enkelte kommune å organisere dette. Det er foreløpig lite datagrunnlag til å evaluere hospiteringen, men det er foretatt telefonintervju med fem hospitanter fra en kommune. Utbyttet varierte litt etter yrkesgruppe og forberedelse i avdelingen, men var også avhengig av pasientgrunnet. Respondentene oppga at de hadde ”lært noe nytt”, men også fått bekreftelse på sin egen kompetanse. I tillegg oppgis det at det er blitt lettere å ta kontakt begge veier mellom sykehus og kommune.

Hospitering i det siste pasientforløpet, smertelindring ved cancer, er under planlegging. Det er viktig å se nærmere på hvilke yrkesgrupper som er aktuelle her, hvor det er ønskelig å hospitere og antall deltakere, samt lengde på hospitering. Spesialisthelsetjenestens rolle som veiledere blir også viktig å følge nærmere.

Det er så langt ikke utviklet nye organisatoriske roller eller lederroller knyttet til de som arbeider nær pasientene, men det understrekes som sentralt at politikere/ledere er klar over de nye faglige kravene som stilles og hva som kreves av endringer knyttet til kompetanse, tid og bemanning. Dette er organisasjonsendringer som vil kreve mer personale med høgskoleutdanning, og som også må reflekteres i høgskolens utdanning av helsepersonell, både på grunn- og videreutdanningsnivå (Jørgensen 2012 b).

Hvordan arbeidet med kompetanseutvikling blir videreført etter at engasjementet av fagpersonen fra Høgskolen i Molde er avsluttet, ser vi som interessant å følge opp.

Hva kjennetegner utviklingen i prosjektet så langt?

Utgangspunktet har vært å se på i hvilken grad og på hvilken måte de prosessene som blir skapt rundt utvikling og iverksetting av samhandlingsreformen skaper grunnlag for nytenkning, læring og kunnskapsdeling. En viktig forutsetning for dette mener vi ligger i at det blir skapt gode arenaer for dialog, der ulike aktører kan delta og bidra med sine kunnskaper og erfaringer.

Vårt hovedfokus er kommunene, og i dette tilfelle de samarbeidende kommunene i dette prosjektet, men vi har også sett på holdninger og oppfatninger i sykehusene. Dette har vi gjort

for å kunne si noe om motivasjonen for samarbeid, og for å kunne si noe om sykehusenes oppfatninger om samarbeid og samhandling med kommunehelsetjenesten før samhandlingsreformen ble iverksatt.

Undersøkelsen i sykehusene avdekker at respondentene i all hovedsak ikke opplever at de har en omfattende og god samhandling med kommunene. De fleste vedgår også at de har liten eller ingen oversikt over det tilbudet kommuner i regionen gir den aktuelle pasientgruppen. På den annen side er de svært godt fornøyd med det tilbudet kreftpasientene fikk på undersøkelsestidspunktet, men dette er knyttet til det tilbudet pasienten fikk fra helseforetaket.

I undersøkelsen blir det også pekt på faktorer som i dag er hemmende i forhold til god oppfølging av kreftpasienter i samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Her pekes det på tekniske og formelle hindringer, men også på ulike problemforståelser og liten direkte kommunikasjon mellom sykehuslege og fastlege. For å få til bedre samhandling stiller et flertall seg positive til økt kontakt og kommunikasjon blant annet gjennom hospitering, faglige fellesarenaer og veiledning i tverrfaglige grupper.

Dette viser en motivasjon blant helsepersonellet i sykehusene til å bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten for på den måten å realisere intensjonene med reformen. Det er imidlertid sterkt delte meninger om hvor godt egnet standardiserte helhetlige pasientforløp er til å realisere denne samhandlingen, selv om relativt mange mener forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene. Det er likevel slik at det er flere som mener de uformelle nettverkene er viktige enn det er som framhever de mer formaliserte prosedyrene.

Totalt viser dette at det tidligere systemet ikke fungerte tilfredsstillende og at det blir gitt uttrykk for et ønske om forbedringer. Samtidig er det ting som tyder på at helsepersonellet ved sykehusene i utgangspunktet var lite engasjert i prosesser som er knyttet opp mot samhandlingsreformen og reformens intensjoner. For det første mener de fleste at de har altfor stor arbeidsbelastning til å delta i arbeidet med utvikling av helhetlige pasientforløp, og for det andre mener et flertall at den samhandlingsavdelingen som er opprettet ved helseforetaket ikke er noen viktig bidragsyter i arbeidet med kreftpasienter. Så selv om de er positive til mer samhandling, virker det som det er et labert engasjement blant mange i forhold til å aktivisere seg i den konkrete reformen på det aktuelle tidspunktet.

Prosjektet vi studerer ble initiert av administrative ledere i kommunene. Politikerne har vært lite synlige gjennom hele prosessen, bortsett fra at de har blitt informert om framdriften, og har måttet ta stilling til økonomiske sider ved prosjektet.

Styringsgruppa har hele tida vært opptatt av at dette ikke skulle være en rent administrativ prosess, men en prosess der det operative nivået i kommunene måtte trekkes med fra første dag, siden det er disse som i siste instans skal realisere intensjonene med reformen. Derfor var det viktig å få disse med på oppstartskonferansen (november 2010), og det ble også opprettet en prosjektgruppe for hele prosjektet samt prosjektgrupper i hver enkelt kommune. Aller viktigst i forhold til å gjøre prosjektet operasjonelt, er de prosessgruppene som har blitt opprettet for å arbeide med utvikling av helhetlige pasientforløp. En utfordring i disse gruppene er for det første hvordan en skal sikre seg at gruppene og gruppe medlemmene representerer den relevante bredden i forhold til erfaringer og kunnskaper. Dette er viktig for å sikre god erfaringsutveksling og kunnskapsdeling, som igjen kan danne grunnlag for læring og nytenkning. Det er også en utfordring med tilbakeføring av informasjon til kommunene, og spesielt til det operative feltet der. Våre data så langt tyder på at det her er rom for forbedringer. Det skjer ikke en systematisk erfaringsutveksling i alle kommunene, selv om det kan skje en erfaringsutveksling basert på en litt tilfeldig uformell informasjonsutveksling. Hvordan dette faktisk oppleves i den enkelte kommune har vi foreløpig ikke gode data på. Dette er forhold det er viktig å følge opp, både av den enkelte kommune, de ulike prosjektgruppene og av ledelsen av prosjektet ved styringsgruppen. Hvordan dette faktisk gjøres og oppleves av den enkelte kommune og av de enkelte medarbeiderne er viktig i forhold til den strategien som er lagt av prosjektledelsen. Dette er problemstillinger vi vil følge opp i det videre arbeidet med prosjektet.

Noen avsluttende kommentarer og nye forskningsspørsmål

Samhandlingsreformen generelt og prosjektet spesielt inneholder en rik kolleksjon av beslektede honnørord som samordning, samarbeid, samhandling, helhet, deling og praksisfellesskap. Vi ser det som vesentlig å identifisere og klargjøre hvilke problemforståelser som gis forrang og hvilke som lett kan "forsvinne" i denne type beskrivelser. På bakgrunn av de diskusjonene som har vært ført og de valg og avgrensninger som har vært foretatt, synes følgende hensyn å ha blitt vektlagt:

- Kvantitet – valg ut fra data om pasientstrømmer
- Pragmatiske hensyn – sikre håndterlige prosjekt og en viss variasjon i type forløp

De valgene som er foretatt, synes å være godt egnet til å realisere prosjektets intensjoner om å utvikle breddestrategier forstått som en enkel og praksisnær modell som kan utbygges i de fleste kommuner. Samtidig ser vi at ved å velge tre pasientforløp med utgangspunkt i spesifikke diagnoser, framstår spesialisthelsetjenesten som forbilde både når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier. Hvorvidt opplæring og bruk av disse pasientforløpene representerer en ensidig eller tosidig overføring av kunnskap mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenivået, gjenstår å se.

Styringsgruppen framstår som ”motor” i arbeidet med initiering og etablering av både form og innhold i prosjektet fram til sommeren 2011. Deretter har det operative nivået i kommunene og helseforetaket kommet sterkere med, og vi ser at det fra og med inngangen til 2012 har skjedd en aktivisering og desentralisering av arbeidet. Prosjektleders rolle synes å ha blitt gradvis utvidet både i forhold til prosessdeltakelse og som bindeledd vertikalt og horisontalt i prosjektet.

Prosjektarbeid reiser klassiske spørsmål om forhold mellom basis- og prosjektorganisasjon, og i vårt tilfelle er disse utfordringene spesielt komplekse, siden en har vertikale og horisontale samhandlingsbehov både innad i den enkelte kommune, mellom de fem deltakende kommunene og mellom helseforetak og kommuner.

Vår forskning har så langt vært konsentrert om utviklingen av to av de tre helhetlige pasientforløpene. Sentrale forskningsspørsmål i fortsettelsen vil være knyttet til iverksettingsprosessene eller det vi her kaller *institusjonalisering*. Vi stiller spørsmål om hvilke organisatoriske utfordringer som er knyttet til iverksetting av helhetlige pasientforløp. Begrepet ”Samhandlingskommunen” står sentralt i det videre arbeidet. I dette ligger en forståelse av at den etablerte kommuneorganisasjonen med vekt på resultatenheter med utstrakt operativ frihet, utfordres av kravene om både vertikal og horisontal samordning av arbeidet med helhetlige pasientforløp (Torsteinsen 2012). Her vil både den interne arbeids- og ansvarsfordelingen i den enkelte kommune (horisontalt og vertikalt), mellom de samarbeidende kommunene og mellom kommuner og helseforetak bli utfordret.

Videre kan begrepet ”Samhandlingskommunen” forstås i lys av internasjonale trender og erfaringer. De ulike komponenter som nevnes i samhandlingsmeldingen er inspirert av hva som har blitt gjort – og hva som gjøres i andre land. I meldingen nevnes det en rekke land, men en type organisasjon ser ut til å ha gjort inntrykk: Integrerte primærhelseorganisasjoner (Simoens & Scott 2005). Ulike eksempler på slike typer organisasjoner internasjonalt er Kaiser Permanente i USA og engelske og skotske lokale helsepartnerskap.

Prosjektet gir mulighet til å sette lokalt utviklingsarbeid inn i en større teoretisk og samfunnsmessig sammenheng. For å forstå betingelsene for at denne type utviklingsarbeid skal lykkes, vil det være av stor betydning å få anledning til å studere iverksettingsprosessene. Her tenker vi oss rimelig detaljerte studier på kommunenivå:

- Hvordan er arbeidet koblet til den organisatoriske og politiske konteksten i kommunene? Vi er spesielt opptatt av å studere hvordan iverksettingen av de tre pasientforløpene påvirkes av møtet mellom desentraliserte kommunale organisasjonsformer preget av fristilte resultatenheter og prosjektets intensjoner om økt horisontal og vertikal samordning.
- Hvilke arenaer blir skapt for læring og kunnskapsdeling? Hva er det som kjennetegner disse arenaene når det gjelder deltakelse og problemoppfatninger?
- Er det slik at noen har større definisjonsmakt enn andre eller er det slik at dette er en helt åpen prosess der ulike erfaringer og kunnskaper blir vurdert?
- Komparativt perspektiv på helseinnovasjoner: Hva er likheter og forskjeller mellom ”Samhandlingskommunen” og de lokale skotske helsepartnerskapene. Skottland er mer lik Norge enn England når det kommer til størrelse. Størrelse som betingelse har vært holdt fram som av betydning for at man i Skottland og England beveger seg i ulik retning med henblikk på helseorganisering. Aktuelle dimensjoner: bakgrunn, utforming av de nye lokale enheter, samarbeid kommuner/regioner og helsevesen.

Alt dette vil være viktig å få svar på for å kunne si noe om hvordan de tre pasientforløpene blir institusjonalisert i de involverte kommunene. Metodisk vil disse problemstillingene belyses gjennom en videreføring av det forskningsdesignet som er brukt i studien av utviklingen av de tre pasientforløpene.

Referanser

Jørgensen, Else (2012 a): ”Kompetanseheving – fagseminar og hospitering”. Innlegg ved Erfaringskonferanse, Kristiansund 05.06.2012.

Jørgensen, Else (2012 b): ”Prosjektets betydning for utdanning av helsepersonell”. Innlegg ved Erfaringskonferanse, Kristiansund 05.06.2012.

Karlsen, Ingrid Elise, 2011 *Intern rapport ”Helhetlig pasientforløp en breddestrategi”*,

Olsen, Trude Høgvoll: ”Å identifisere, definere og oppfylle kompetansekrav” i Torsteinsen (red) *Resultatkommunen*. Universitetsforlaget. Under utgivelse.

Simoens, S. & A. Scott (2005): ”Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why?” *Health Services Management Research* 18,1, 25-40

St.meld.nr.47(2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Stokke, Inger (2012): Masteroppgave basert på spørreundersøkelse blant sykehusansatte (kommer)

Søknad om nasjonale samhandlingsmidler 2011: Prosjekt: Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi.

Søknad om regionale samhandlingsmidler 2011: Prosjekt: Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi.

Tornes, Kristin (red) (2012): *Evaluering i teori og praksis*. Academica. (Under utgivelse).

Torsteinsen, Harald (2012) ”Resultatkommunen i møte med nye utfordringer” i Torsteinsen (red) *Resultatkommunen*. Universitetsforlaget. Under utgivelse.

Årsrapport 2011: Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi.

Observasjonsdata fra møter

Løpende oversikt over all møteaktivitet i styringsgruppe, prosjektgruppe og prosessgrupper i perioden:

13.08.10	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
23.09.10	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
15.12.10	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
21.01.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
18.02.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
18.03.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
29.04.11	Styringsgruppa	Avlyst
27.05.11	Prosjektgruppa	Thon hotell, Kristiansund
13.05.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus

17.06.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
16.06.11	Prosjektgruppa	Tingvoll hotell
12.08.11	Prosjektgruppa	Rokilde sykehjem, Kristiansund
22.08.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
16.09.11	Prosjektgruppa	Høgskolen i Molde
30.09.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
28.10.11	Styringsgruppa	Kristiansund sjukehus
21.10.11	Prosjektgruppa	
04.11.11	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Kristiansund rådhus
18.11.11	Prosjektgruppa	
25.11.11	Styringsgruppa	Kristiansund, rådhuset
08.12.11	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Kristiansund
09.12.11	Prosjektgruppa	
16.12.11	Styringsgruppa	Avlyst
12.01.12	Prosessgruppe for pasientforløp 1	foreligger ikke referat
20.01.12	Styringsgruppa	Kristiansund rådhus
26.01.12	Prosessgruppe for pasientforløp 2	Kristiansund rådhus
Februar	Styringsgruppa	Avlyst?
13.02.12	Prosessgruppe for pasientforløp 2	Rokilde sykehjem, Kristiansund
16.02.12	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Kristiansund, Caroline kinosenter
17.02.12	Prosjektgruppa	Averøy omsorgssenter
02.03.12	Styringsgruppa	Kristiansund
05.03.12	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Kristiansund, Caroline kinosenter
12.03.12	Prosessgruppe for pasientforløp 2	Kristiansund, Caroline kinosenter
15.03.12	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Kristiansund, Caroline kinosenter
30.03.12	Styringsgruppa	Kristiansund, Caroline kinosenter
16.04.12	Prosessgruppe for pasientforløp 2	Kristiansund, Caroline kinosenter
17.04.12	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Kristiansund
23.04.12	Prosjektgruppa	Rokilde sykehjem, Kristiansund
24.04.12	Prosessgruppe for pasientforløp 1	Rokilde sykehjem, Kristiansund
27.04.12	Styringsgruppa	Rokilde sykehjem, Kristiansund
07.05.12	Prosessgruppe for pasientforløp 2	Kristiansund, Caroline kinosenter
24.05.12	Prosjektgruppa og prosessgruppe 1	Kristiansund, Caroline, fellesmøte



Høgskolen i Molde
PO.Box 2110
N-6402 Molde
Norway
Tel.: +47 71 21 40 00
Fax: +47 71 21 41 00
post@himolde.no
www.himolde.no



Møreforsking Molde AS
Britvegen 4
N-6411 MOLDE
Norway
Tel.: +47 71 21 42 90
Fax: +47 71 21 42 99
mfm@himolde.no
www.mfm.no