

Praksiskonsulenten som brobygger

Evaluering av prosjektet
”Allmennlegetjenesten og psykisk helse -
Praksiskonsulentordningen”

av
Karen-Sofie Pettersen

AFI-rapport 4/2012

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet 2012
© Work Research Institute
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-302-5

ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi.no
Webadresse: www.afi.no

Publikasjonen kan bestilles eller lastes ned fra <http://www.afi.no>

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

Temaområde

Velferdsstatens organisering

Rapport nr.:

4/2012

Tittel:

Praksiskonsulenten som brobygger. Evaluering av prosjektet
"Allmennlegetjenesten og psykisk helse - Praksiskonsulentordningen"

Dato:

April, 2012

Forfattere:

Karen-Sofie Pettersen

Antall sider:

34

Resymé:

På oppdrag for Den norske legeforening har Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) evaluert prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen". Prosjektet har som mål å se første og andrelinjetjenesten ut fra pasientperspektivet, og å arbeide ut fra et helhetssyn som omfatter alle pasienter. Evalueringen viser at man gjennom ulike virkemidler langt på vei har bidratt til å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialistfeltet psykisk helse. Evalueringen viser også noen utfordringer knyttet til praksiskonsulentordningen. Stillingsbrøken er liten, noe som setter klare begrensinger for hva som er mulig å få til innenfor rammene av prosjektet. Praksiskonsulentene jobber mot to systemer, allmennlegetjenesten og den psykiatriske helsetjenesten, som hver for seg har ulike og til dels svært tunge styringskulturer som er vanskelig å endre.

Emneord:

Praksiskonsulenter
psykisk helse
samhandling
pasientperspektiv
samarbeidsarenaer
styringskulturer

Forord

På oppdrag for Den norske legeforening har Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) evaluert prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen". Prosjektet har som mål å se første og andrelinjetjenesten ut fra pasientperspektivet, og å arbeide ut fra et helhetssyn som omfatter alle pasienter. I denne rapporten presenteres resultatene fra evalueringen av prosjektet. Evalueringen setter søkelys på om de gjennomførte prosjektene har bedret samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialistfeltet psykisk helse.

Takk til Astrid Emhjellen, prosjektleder for "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen". Astrid har under arbeidet med evalueringen gitt faglige innspill og tilbakemeldinger. Takk til alle praksiskonsulenter (både i og utenfor prosjektet) og ledere ved DPS og BUP som har besvart spørreundersøkelsene som ble sendt ut i forbindelse med evalueringen.

Arbeidsforskningsinstituttet,

April 2012

Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn: Samhandlingsutfordringer i helsesektoren	1
1.2.	Utfordringer i samhandlingen mellom allmennleger og psykiatrien.....	3
1.3.	Praksiskonsulentordning (PKO)	5
1.4.	Prosjektet ”Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen”	7
1.5.	Data og metode	9
1.6.	Oppbygging.....	11
2.	Forventinger til og rammer for prosjektet	12
2.1.	Å jobbe som praksiskonsulent i prosjektet.....	12
2.2.	Oppsummering	15
3.	Hva har praksiskonsulentene jobbet med?.....	16
3.1.	Rutiner og kvalitet.....	16
3.2.	Samhandlingsarenaer	18
3.3.	Undervisnings- og informasjonsvirksomhet	22
3.4.	Administrative tiltak.....	24
3.5.	Andre aktiviteter som har bedret samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten.....	26
3.6.	Oppsummering: Ulike tiltak – bedre samhandling	27
4.	Oppsummering, diskusjon og veien videre	31
	Litteratur.....	34

Sammendrag

På oppdrag for Den norske legeforening har Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) evaluert prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen". Prosjektet har som mål å se første og andrelinjetjenesten ut fra pasientperspektivet, og å arbeide ut fra et helhetssyn som omfatter alle pasienter. I denne rapporten presenteres resultatene fra evalueringen av prosjektet. Evalueringen setter søkelys på om de gjennomførte prosjektene har bedret samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialistfeltet psykisk helse.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte behov som må finne sin løsning gjennom involvering av ulike aktører i velferdsstaten. Dette fordrer klar rolle- og ansvars plassering og koordinering av helhetlig samarbeid rundt enkeltindividet. Ved prosjektets oppstart var det høye forventninger til at prosjektet skulle bidra til bedre samhandling og dermed heve den faglige kvaliteten på helsetjenestene. Man la til grunn at bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og allmennhelsetjenesten skulle komme pasientene til gode.

Resultatene fra den nettbaserte undersøkelsen viser at aktørenes forventninger langt på vei har blitt innfridd i prosjektet. Gjennom systematisk arbeid med å forbedre rutiner og kvalitet på henvisninger og epikriser, etablering og vedlikehold av ulike samarbeidsarenaer, undervisnings- og informasjonsvirksomhet og administrative tiltak har man bedret samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialistfeltet psykisk helse.

Evalueringen viser imidlertid noen utfordringer knyttet til praksiskonsulentordningen. Stillingsbrøken er liten, og det er begrenset hvor mye en kan få utrettet innenfor rammene av en 10 prosent stilling. Å etablere og vedlikeholde samarbeidsarenaer mellom første og andrelinjen er tidkrevende, og mange praksiskonsulenter i prosjektet gir uttrykk for at de opplever at det er satt av for liten tid til å bedre samhandlingen mellom første og andre linjen.

I prosjektet er det relative frie rammene for hvordan man skal bedre samhandling mellom førstelinjen og andrelinjen. Dette representerer både muligheter og begrensninger. Mulighetene ligger i at man kan tenke nytt og kreativt om tiltak og virkemidler for å få til bedre samhandling. Utfordringen ligger i at systemene man jobber mot, allmennlegetjenesten og den psykiatriske helse-tjenesten har ulike og til dels svært tunge styringskulturer som er vanskelig å endre. Evalueringen viser at det kan være vanskelig å få innpass i linjene. Videre viser evalueringen at det kan være en utfordring å vekke allmennlegenes interesse for samhandling med andrelinjen.

Resultatene fra evalueringen gir imidlertid grunnlag for å anbefale at man ved ansettelse av praksiskonsulenter legger vekt på sterkt faglig nettverk i allmennelegetjenesten for å skape interesse og engasjement for ordningen.

1. Innledning.

På oppdrag for Den norske legeforening har Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) evaluert prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen". Prosjektet har som mål å se første og andrelinjetjenesten ut fra pasientperspektivet, og å arbeide ut fra et helhetssyn som omfatter alle pasienter. Evalueringen har fokus på hvilke tiltak og virkemidler man har jobbet med innenfor prosjektets rammer. Videre setter evalueringen søkelys på resultater av prosjektet. Herunder søker evalueringen å svare på om de gjennomførte prosjektene har bedret samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialistfeltet psykisk helse.

Evalueringen består av analyse av halvårsrapporter produsert av praksiskonsulenter som er med i prosjektet. Evalueringen bygger også på data innhentet ved to spørreundersøkelser til alle praksiskonsulenter og ledere ved DPS og BUP som har deltatt i prosjektet. Evaluator har også fått tilgang til sluttrapport skrevet av prosjektleder.

1.1. Bakgrunn: Samhandlingsutfordringer i helsesektoren

Innenfor helse- og omsorgsfeltet har begrepet samhandling fått stor oppmerksomhet de siste 10-15 årene. Pasienter som trenger sammensatte tjenester har behov for at mange tjenesteytere på flere nivåer i og utenfor helsetjenesten som samarbeider smidig om behandling og omsorg (Hellesøy 1996, Kvamme 1999, Haugtomt 2003, St.meld. 47 (2008-2009)). Myndighetene har klare målsettinger om sammenhengende helsetjenester for brukerne, basert på samhandling innad i og mellom nivåene (Pettersen og Johnsen 2007, Frydenberg og Nylehn 2003). Utfordringene i dagens helse- og omsorgstjeneste blir ofte knyttet til at tjenestene fremstår som lite hensiktsmessige og fragmenterte. Samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir ofte beskrevet som dårlig og kjennetegnet av ansvarsfraskrivning og mangelfull informasjonsutveksling. Ifølge Frydenberg og Nylehn etterspør pasienten "en sammenhengende behandlingsskjede, mens primærlegene vil beholde oversikten over hvor pasienten kan og bør behandles, og over hva som skjer med dem etter at de er henvist" (Frydenberg og Nylehn 2003:2481).

Dagens helsetjeneste er organisert på to ulike forvaltningsnivåer (allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten) med hver sin ledelse, administrasjon og hvert sitt budsjettansvar. Forholdet mellom allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjenesten kan til en viss grad ses som en maktrelasjon, hvor det ofte er uklareheter om hva som gjenstand for samarbeides, og hvordan man skal samarbeide (Myrvang 2004, Kvamme 1999:54). Multiprofesjonalitet, spesialiseringsgrader og brukermedvirkning

kompliserer også muligheten for samarbeid (Kvamme 1995). Ulik fordeling av makt får, ifølge Robert Myrvang, betydning for samhandling mellom leger (Myrvang 2004:21).

Ifølge samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009) blir ikke pasientens behov for koordinerte tjenester besvart godt nok i dagens helsetjeneste. Det mangler, systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet. Den todelte ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune (primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten) og stat/helseforetak (spesialisthelsetjenesten), og hvor det også er mange interne oppsplittinger, bidrar i liten grad til at det legges til rette for godt arbeid på tvers av de ulike systemene som inngår i helsefeltet. For både pasienten og for den samlede helsetjenesten fører en mangelfull helhetlig tilnærming til store utfordringer. Pasienten mottar ikke gode og koordinerte tjenester. For systemet gjør mangelfull helhetlig tilnærming at det blir vanskelig å legge til rette for å sette inn helhetlige tiltak mot samlede pasientforløp

Samhandling er imidlertid ikke et entydig begrep. "Sømløs" helsetjeneste, pasientflyt, bruk av kompetanse inn mot den enkelte bruker/pasient, riktig behandling til riktig tid, er uttrykk som gjerne brukes når man snakker om samhandling i helsesektoren. Med utgangspunkt i en gjennomgang av helselovgivningen med tilhørende forskrifter og veiledning og intervjuer med ansatte i psykiatriske sykehus og kommune skisserer Haugtomt (2003) hva som kjennetegner en ideell samarbeidstilstand i og utenfor helsevesenet:

Arenaer for samarbeid er veldefinerte, strukturerte og hensiktsmessige, og det er klare ansvars- og myndighetsområder som alle involverte er enige om. Konflikter håndteres på en ryddig og fruktbar måte, det finnes skriftlige prosedyrer om overgangsfasene (internkontrollsystem), og samarbeidspartnerne har gjensidig respekt for hverandres kompetanse og ferdigheter (Haugtomt 2003:2462).

Den ideelle samarbeidstilstanden innebærer at "pasienten nesten ikke legger merke til at behandlingen gis av flere tjenesteytere", skriver Haugtomt (2003:2452). Samtidig viser en annen studie at det er ulike oppfatninger av hva leger på ulike nivåer i helsetjenesten legger i begrepet samhandling (Pettersen og Johansen 2007). I studien vektla primærlegene det relasjonelle aspektet (tillit, respekt, kjennskap og tilgjengelighet) i begrepet i samhandling. Lokalsykehusets leger knyttet samhandling til kapasitet (kompetanse, stabilitet og tilgjengelighet). Leger ved sentralsykehuset la også vekt på kapasitet, men trakk videre frem formaliserte strukturer, egen og samarbeidspartneres faglige interesser og tilgjengelighet som viktige faktorer for samhandling. Som forskerne av studien viser kan de ulike forståelsene av hva samhandling innebære knyttes til legenes posisjon i

helsehierarkiet. Primærleger har en sentral og autonom stilling i dette hierarkiet, samtidig som de er sårbare i kraft av at de står alene uten en institusjon bak seg. Primærlegenes relasjonelle og pasientorientert forståelse av samhandling kan også knyttes til en endring i forståelsen av egen yrkesrolle. Legene opplevelse av større ansvar for pasientene er en mulig reformeffekt av fastlegeordningen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Økt konkurranse om pasienter legene i mellom og endrede holdninger og forventninger hos pasientene kan forklare hvorfor legene i høyere grad enn tidligere opptrer som pasientenes advokat/hjelper fremfor å styres av samfunnsøkonomiske interesser (Rokkanstudien).

Styringsaspektet ved begrepet samhandling er tydeliggjort i Samhandlingsreformen som gradvis ble innført fra 1. januar 2012. I Stortingsmeldingen er samhandling definert som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld nr 47 (2008-2009): 13). Er viktig virkemiddel for å nå Samhandlingsreformens målsetting om mer helhetlig pasientforløp er å overføre en del av aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester. Et sentralt poeng er at kommunene bedre skal kunne se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med andre samfunnsområder som de har ansvar for.

1.2. utfordringer i samhandlingen mellom allmennleger og psykiatrien

I overkant av 30 prosent av alle konsultasjoner hos allmennpraksis omhandler pasienter med psykiske problem (Burman 2011). Flertallet av pasienter med psykiske problemer blir behandlet i førstelinjer. Videre har mennesker med psykiske lidelser ofte sammensatte behov som må finne sin løsning gjennom involvering av ulike aktører i velferdsstaten. Dette fordrer klar rolle- og ansvars plassering og koordinering av helhetlig samarbeid rundt enkeltindividet. Mange pasienter opplever mangel på kontinuitet og helhet i tjenestetilbudet, blant annet fordi tjenestene som skal samarbeide er spredt over flere etater og forvaltningsnivå.

Funn fra forskning på samarbeid mellom aktører i det psykiske helsefeltet viser til omfattende samhandlingsutfordringer. I en sammenstilling av funn fra fire forskningsprosjekter konkluderes det med at fastlegene bør bedre tilgjengelighet, kompetanse og involvering når det gjelder pasienter med psykisk lidelser (Andersson og Tingvoll 2006). Dette gjelder særlig for pasienter som tilhører gruppen barn og unge. I 2007 presenterte Statens helsetilsyn sin rapport på bakgrunn av et landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern (Helsetilsynet 8/2007). Rapporten belyste særlig utfordringer når det gjelder samhandling og samarbeid mellom nivåer i feltet. Mange utskrevne pasienter blir ikke forsvarlig tatt i mot og eller fulgt opp, og mange opplever for lang ventetid på

behandling. Tilsynet viste også at fastlegene har en relativ perifer rolle i forhold til det øvrige kommunale hjelpeapparatet. Fastlegene var i liten grad trukket inn i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Det ble også formidlet til tilsynsmyndighetene at enheter for psykisk helsearbeid i kommunene ikke ønsket eller så behov for fastlegenes involvering. Dette førte blant annet til at fastlegene ikke ble informert når pasienter ble skrevet ut fra institusjonen. I Helsetilsynets rapport ble det vist til de ulike fylkesmannsembetene som rapporterte at ulik forståelse mellom leger og andre tjenesteytere hemmet samarbeid, og at konsekvensen ble manglende helhetlig planlegging av tjenestetilbudet.

Samhandlingsproblemer i grenseflaten mellom allmennlegetjenesten og det psykiske helsefeltet kan ses i lys av de koordineringsutfordringene som Østergren og Reisæter (2005) mener at institusjoner i psykiatrien møter. Den første utfordringen dreier seg om at de økonomiske grenseflatene og ulike finansieringsordninger (rammefinansiering versus stykkprisfinansiering) gir ulike incentiver som det kan være vanskelig å forutse effekten av. Den andre utfordringen handler om de faglige grenseflatene og de ulike profesjonene som arbeider i psykiatrien. I feltet møtes leger med sitt medisinske behandlingsperspektiv og andre helsefaglige profesjoner som til dels har mer sosialfaglig perspektiv. Den tredje utfordringen som Østergren og Reisæter peker på, er den distansen som psykiatrien har til politiske prioriteringer og de grenseflater som dette skaper i form av funksjoner. Diagnoser og forståelse av helse og sykdom endrer seg og det er en evig debatt om hvilke pasientgrupper som bør prioriteres, og hvilke pasientgrupper som faktisk blir prioritert. Løsningene på disse koordineringsutfordringene er, ifølge Østergren og Reisæter, bedre samordning. Samordning må både skje ovenifra, i form av reformer og strukturelle endringer, men reformene må også være forankret ute i virksomheten (Østergren og Reisæter 2005: 2822).

Hva vet vi om forholdet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten innen psykiatri? En undersøkelse fra 2006 viser at fastlegene gir en god vurdering av fagkompetansen ved landets DPSer, mens de var lite fornøyd med veiledning fra DPS (Bærtnes et al 2006).¹ I artikkelen *Samhandling mellom psykiatrien og fastlegene. Frem og tilbake like langt* fokuserer Robert Burman (2011) på utbredte forestillinger som fastleger og leger innen spesialisthelsetjenesten har om hverandre arbeidshverdag:

En del fastleger later til å vite lite om hva som faktisk foregår inne på poliklinikken, sengeposten eller dagavdelingen på et DPS. Og like mange leger, psykologer, sosionomer med flere på landets DPS'er vet lite om fastlegenes arbeidshverdag og organisering, med dertil liten forståelse for hvorfor fastlegene for eksempel ikke alltid kan stille opp på samarbeidsmøte på få dagers varsel (Burman 2011:29).

¹ Bakgrunnen for undersøkelsen var at fastlegenes vurdering av DPS'ene fra 2005 ble en del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Ett av flere tiltak som skal bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og psykiatrien er felleskonsultasjon. I de tilfeller der fastlegen kjenner pasienten godt og skal følge opp vedkommende senere kan en felleskonsultasjon med pasient, fastlege og psykiater være snarveien til rett diagnose og behandling (Mouland og Kyvik 2007:2810). Dette er en metodedisk tilnærning til samhandling som gir fastleger og psykiater gjensidig bedre innsikt i hverandres tenkemåte og arbeidsmetoden. Metoden blir vurdert som svært positivt for mange pasienter som ikke har behov for innleggelse (ibid.).

1.3. Praksiskonsulentordning (PKO) ²

I sin doktoravhandling om intervensjoner i samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger ved akuttinnleggelser ved somatiske sykehus viser Odd Jarle Kvamme at bedre samarbeid gir bedre faglig kvalitet på helsetjenestetiltak og bedre samarbeidsmiljø mellom sykehusleger og allmennleger (Kvamme 1999). Blant annet førte samarbeid ved akuttinnleggelser til at legene oftere kom frem til en felles forståelse av hva som var det medisinske hovedproblemet, hvilke andre problemer man burde ta hensyn til og hva som ut i fra en helhetsvurdering av pasient og situasjon var riktig tiltak. Allmennleger ble tryggere, noe som førte til færre sykehusinnleggelser.

Praksiskonsulentordningen er én av flere intervensjoner som tar sikte på å synliggjøre og bedre grenseflaten mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen blir brukt som et eksempel på et godt tiltak for å samordne og skape kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten (*Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten... Og bedre skal det bli* (2004-2005). Praksiskonsulentordningen (PKO) skal sikre og styrke samarbeidet mellom sykehusets avdelinger, allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten til beste for enkeltpasienten. Ordningen består av nettverk av erfarne allmennleger som er ansatt i deltidstilling ved en sykehusavdeling (10-20 pst. stillingsstørrelse). Målsettingen for PKO er å skape helhetlig og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første og andrelinjen. Det omfatter blant annet tiltak som kan forbedre helheten i pasientforløpet. Eksempler på slike tiltak er etablering av retningslinjer for god henvisnings- og utskrivingspraksis, og tiltak for å heve kvaliteten på epikriser. Ordningen skal bidra til informasjonsflyt mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, blant annet ved å etablere og veilede om rutiner for samhandling og legge til rette for gjensidig

² Fremstillingen av PKO er i hovedsak hentet fra hjemmesidene til Den norske legeforening: <http://www.legeforeningen.no/id/98503.0>

hospitering. Praksiskonsulentene er både rådgivere for ledelsen ved sykehusavdelingen og har samtidig kontakt med allmennlegene i sykehusenes nedslagsfelt. Denne posisjonen gjør at ordningen bidrar til dialog og møter mellom allmennleger og sykehusleger og annet helsepersonell, noe som igjen er viktig for å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid.

I Danmark har PKO vært etablert siden 1993 og er i dag etablert i alle landets amter. I 2003 var over 90 % av alle danske sykehusavdelinger tilsluttet ordningen, og 10 % av alle danske allmennleger er praksiskonsulenter. Erfaringer fra Danmark tilsier at tiltaket er velegnet for å bedre samhandling både på system- og individnivå. Den danske praksiskonsulentordningen har hatt en positiv innflytelse på overordnede områder som kommunikasjon og samarbeid. I evalueringen av PKO i Danmark blir ordningen beskrevet som å representere de mer "de bløde verdier" som kultur og barrierer som kan stå i veien for samhandling mellom sykehussektoren og allmennlegene (Sundhedsstyrelsen 2003:7). Andre tiltak, slik som tiltak rundt pasientjournalssystemer, representerer den "mer hårde side", ifølge den danske evalueringen. Den norske samhandlingsreformens orientering mot styring og hensiktsmessig oppgavefordeling framhever helhetlig tilnærminger til feltet som både omfatter både politiske og teknologiske løsninger så vel som løsninger som er orientert mot å skape felles verdi- og normsystem.

Praksiskonsulentordningen ble opprettet i Norge i 1999, etter at det hadde vært i drift som prosjekt i ett år. Målet med ordningen var å øke kjennskap til, samhandling om og samhandling mellom første og andre linjetjenesten i helsevesenet (Risanger 2008). Per i dag er det rundt 100 fastleger i funksjon som praksiskonsulenter, fordelt i alle helseregioner og de fleste sykehus (St.meld. nr. 47. (2008-2009)). I dag finansieres ordningen gjennom de enkelte helseforetak, og vanligvis i form av ordinære lønnsmidler.

Legeforeningen viser til at erfaringer fra ordningen peker at gjensidig forståelse av kultur og praksis er nødvendig for å skape et godt samarbeidsklima (<http://www.legeforeningen.no/id/98503.0>). I Samhandlingsreformen heter det at en positiv egenskap ved ordningen er at den engasjerer leger i førstelinjen og i andrelinjen til felles innsats for bedre pasientforløp (St.meld 47 (2008-2009): 93). I Stortingsmeldingen anbefales det at Praksiskonsulentordningen omstruktureres slik at den passer til ny organisering på ledelses- og utøvernivå, men den sier imidlertid ikke noe om hvordan en slik omstrukturering skal skje.

I 2005 inngikk Legeforeningen og de regionale helseforetakene (RHF) en rammeavtale for en nasjonal ordning for praksiskonsulenter. I rammeavtalen er helseforetakene gitt en sentral rolle i praksiskonsulentordningen. Det er de enkelte helseforetakene som etablerer ordningen og integrerer den i

sin organisasjon, herunder treffer beslutning om hvilke enheter som skal ha Praksiskonsulentordning. Helseforetakene skal også legge til rette for tilfredsstillende arbeidsforhold for de som jobber innenfor ordningen. Legeforeningen har siden rammeavtalen ble inngått vært opptatt av å binde de lokale praksiskonsulentene mer formelt sammen.

Det er etablert en nasjonal hjemmeside med lenker til Praksiskonsulentordningen i de regionale helseforetakene. Her finner en også lenker til Praksiskonsulentordningen i Danmark og Sverige og lenker til verktøy som brukes i arbeidet som praksiskonsulent.

I sin masteroppgave i Endringsledelse sammenlignet Vanja Risanger (2008) praksiskonsulentordningen i tre helseforetak med fokus på ulikheter i organisering sett i relasjon til samhandling. Risanger tar utgangspunkt i at det har vært vanskelig å måle effektene av samhandlingen i kjølvannet av opprettelsen av praksiskonsulentordningen. Studien viser at en generell tilfredshet med ordningen blant praksiskonsulenter, praksiskordinatorer, administrative personale og medisinske personale i helseforetakene (Risanger 2008:71). Risanger viser at ... "på flere områder er mange enig i at ordningen har bidratt til positive endringer i samhandling" (ibid.). Risanger peker for øvrig på at det synes som man ikke har hatt en bevisst, helhetlig vurdering av behovet for samhandling uten tanke på hvilke yrkesgrupper som ordningen skal kunne innlemmes i ordningen, og hvordan de skal innlemmes.

1.4. Prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen"

I 2007 nedsatte Sosial- og helsedirektoratet en arbeidsgruppe for å belyse allmennlegetjenestens relasjon til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Arbeidsgruppen skulle foreslå tiltak for å bedre samhandling og å øke allmennlegenes kompetanse. På bakgrunn av gruppens arbeid, og med innspill fra referansegruppen, foreslo Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Den norske Legeforening flere prosjekter og tiltak for å styrke allmennlegetjenesten i forhold til personer med psykiske lidelser. Styrking av praksiskonsulentordningen var det mest omfattende tiltaket som ble foreslått. Gjennom *Opptappingsplanen for psykisk helse* bevilget Helsedirektoratet fem millioner kroner til å styrke Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Midlene var ønsket brukt til å utvikle og styrke Praksiskonsulentordningen (PKO) i DPS og BUP.

Legeforeningen har vært en viktig pådriver for å etablere prosjektet på bakgrunn av behov for utvikle et verktøy for å bedre en god samhandling om gode pasientforløp for pasientgruppen med psykiske

lidelser. Flere allmennleger har erfart tette skott mellom seg selv og psykiatrien, og et utstrakt behov for et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten innen psykiatri.

I likhet med den nasjonale PKO og den danske PKO-modellen, tar prosjektet utgangspunkt i delt omsorg (shared care). Peter Pritchard og Jane Hughes (1995) definerer delt omsorg på følgende måte:

Shared care applies when the responsibility for the health care of the patient is shared between individuals or teams who are part of the separate organizations, or where substantial organizational boundaries exist (Pritchard and Hughes 1995:8).

Delt omsorg, shared care, innebærer altså at man deler ansvar for den medisinske behandlingen på tvers av organisatoriske grenser. Dette krever en eksplisitt ansvarsfordeling, og at kunnskap, ferdigheter, holdninger, og ressurser flyter mellom de involverte aktørene som skal bidra til behandlingen av den enkelte pasient. Den overordnede målsettingen for prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse – Praksiskonsulentordningen" (heretter kalt "prosjektet") har vært å øke samhandling og samarbeid mellom behandlere på ulike nivåer i helsetjenesten. Dette skal bidra til å styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker som lever med psykiske lidelser.

Prosjektet har to målsettinger:

- Styrking av Praksiskonsulentordningen ved å etablere inntil 20 praksiskonsulentstillinger ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og Barne- og ungdomspsykiatriske sentre (BUP).
- Videreutvikle og etablere nye modeller i samhandling mellom fastleger og DPS/BUP, og å gjøre denne kunnskapen allment tilgjengelig.

Gjennom økt samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenking og kommunikasjon skal prosjektet bidra til å løse de samhandlingsproblemene som ble beskrevet i SINTEF-rapporten (2006) og som ble avdekket i Helsetilsynets rapport fra 2007.

Prosjektet ble etablert i 2008 ved at Legeforeningen tilsatte prosjektleder og etablerte prosjektgruppe for prosjektet. Prosjektleder hadde bakgrunn som fastlege med erfaring fra praksiskonsulentordningen, og fikk 20 % stilling som prosjektleder. I tillegg til prosjektleder bestod prosjektgruppen av sekretær, praksiskonsulent, representant for BUP/DPS, en representant for de Regionale helseforetakene, og en representant for Kunnskapssenteret. Ved inngangen av 2009 ble prosjektmidler lyst ut. Prosjektledelsen mottok innen søknadsfristen totalt 33 søknader på totalt 8,3 millioner

kroner, noe som gjenspeilte en stor interesse for prosjektet og praksiskonsulentordningen hos Helseforetakene. På grunn av det store antallet søknader og begrensede midler ble tildelingen løftet opp fra prosjektledelsen til Styringsrådet i Den norske legeforening. I juni 2009 ble det sendt ut tildelingsbrev til 23 DPS/BUP eller tilsvarende samhandlingsprosjekter knyttet til praksiskonsulentordningen. Prosjektmidlene ble hovedsakelig tildelt til etablering av nye praksiskonsulentstillinger, men tildelinger ble gitt til to prosjekter knyttet til allerede eksisterende praksiskonsulentstillinger. Prosjektmidlene dekker to års ansettelse av praksiskonsulent i 10 % stilling, med forventning at stillingen skal videreføres etter prosjektperioden var over. Både på grunn av forsinkelser med selve prosjektet og forsinkelser med ansettelse av allmennleger i praksiskonsulentstilling, ble prosjektperioden forlenget til utgangen av 2011.

Siden prosjektstart har praksiskonsulenter og ledere ved BUP/DPS i prosjektet levert halvårlige rapporter til prosjektleder. Disse rapportene har vært viktige i oppfølgingen av prosjektet. I sin sluttrapport peker prosjektleder på det har krevd stor grad av purring for å få rapportene.

I suttrapporten for prosjektet blir resultatene for prosjektet presentert: Den viser at 21 av de 23 opprinnelige tildelingene har ført til eksisterende praksiskonsulentstillinger, hvor en av stillingene ikke er besatt. To DPS/BUP som opprinnelig hadde søkt og fått tildeling av lønnsmidler til PKO stilling trakk seg fra prosjektet da de ikke greide å rekruttere allmennlege til stillingen.

I sin sluttrapport fremhever Prosjektleder at hun har erfart stor vilje fra DPS og BUP i forhold til å bedre kommunikasjonen til allmennlegetjenesten. Som prosjektleder erfarte hun både gjennom muntlig og skriftlig kommunikasjon et stort engasjement hos mange av praksiskonsulentene i prosjektet.

1.5. Data og metode

Evalueringen bygger i hovedsak på data innhentet gjennom to spørreskjemaundersøkelser rettet mot alle praksiskonsulenter og ledere ved DPS/BUP i prosjektet. Disse ble utarbeidet av Arbeidsforskningsinstituttet i samarbeid med prosjektleder. Den første spørreundersøkelsen ble sendt ut ved prosjektets oppstart i 2009 og den siste ble sendt ut før prosjektets avslutning, høsten 2011. Den siste undersøkelsen ble gjennomført som en nettbasert spørreundersøkelse, Questback, rettet mot alle praksiskonsulenter i prosjektet, samt alle ledere i DPS/BUP som var med i prosjektet.³

³ Questback er et nettbasert spørre- og rapporteringsverktøy som anvendes ved enkle spørreskjemaundersøkelser. For mer informasjon om Questback: <http://www.questback.no/>

Målgruppene for begge undersøkelsene har vært praksiskonsulenter i prosjektet og ledere ved DPS/BUP som har vært med i prosjektet. Den nettbaserte spørreundersøkelsen ble også sendt ut til praksiskonsulenter i psykiatrien utenfor prosjektet. Sett bort fra noen få endringer var spørsmålene likelydende i begge utsendelsene. Formålet med spørreundersøkelsene var å få mer kunnskap om hvordan man jobber i prosjektet. Fokus var rettet mot hvordan ulike arbeidsoppgaver ble definert, håndtert og prioriterte. Gjennom spørreundersøkelsen ønsket både prosjektleder og jeg å få svar på hvordan de ulike aktørene vurderte etablering av samhandlingsarenaer mellom første- og andrelinjelinjetjenesten, og hvordan de vurderte de organisatoriske tiltakene i regi av prosjektet.

I oppstartsundersøkelsen var fokus rettet mot praksiskonsulentene og lederes forventninger til prosjektet, mens fokus i den nettbaserte undersøkelsen var rettet mot i hvilken grad forventningene var innfridd og veien videre etter prosjektets slutt. I den nettbaserte undersøkelsen ble praksiskonsulentene bedt om å vurdere ulike sider ved arbeidet som praksiskonsulent. Til sammen svarte 35 personer på den nettbaserte undersøkelsen. 24 av respondentene var praksiskonsulenter. To av disse hadde avsluttet sin stilling som praksiskonsulent i prosjektet og en var praksiskonsulent utenom prosjektet. Dette innebærer at vi har fått svar fra nesten alle praksiskonsulentene i prosjektet. Av de resterende elleve respondentene hadde seks respondenter stilling som leder ved DPS og fem var ledere ved BUP. Materialet gir innsikt i hvordan man har jobbet i prosjektet og hvordan ulike aktører som har vært involvert i prosjektet vurderer prosjektet og tiltakene som har vært igangsatt. I evalueringen har jeg forsøkt å tydeliggjøre arbeidet i prosjektet ved å legge vekt på å presentere data på måter som oppleves som relevant og aktuelt både for de som inngår i studien, men også for andre aktører i feltet.

I tillegg til spørreundersøkelsene bygger evalueringen på halvårlige projektrapporter fra ledere/kontaktpersoner ved DPS/BUP som hadde praksiskonsulent i prosjektet. Disse rapportene ble levert til prosjektleder og rapportene utgjorde en del av kvalitetssikringen av prosjektet ved at praksiskonsulentordningen ble belyst fra helseforetakenes perspektiv. I tillegg til krav om prosjektmidler skulle halvårsrapportene inneholde følgende punkter:

1. En kort vurdering av praksiskonsulentordningen ved helseforetaket og nytten av denne så langt.
2. Beskrivelse av konkrete endringer i rutiner eller andre samhandlingsfremmende tiltak fra DPS/BUP sin side.

3. Vurdering av fremtidig satsingsområde innen samhandling fremover ved det aktuelle DPS/DUP som leder/kontaktperson representerte.

Som vi ser er fokus i halvårsrapportene i høy grad sammenfallende med de temaene som ble tatt opp i den nettbaserte undersøkelsen. I sin sluttrapport peker prosjektleder på det har krevd stor grad av purring for å få inn halvårsrapportene. I tillegg var flere av de utfylte rapportene stikkordsmessig fylt ut, og ga dermed lite utfyllende informasjon om tiltak og planer eller tanker rundt arbeidet. I tillegg var det også noen av respondentene som utelot å fylle ut deler av rapporten. Dette gjaldt særlig beskrivelser av negative erfaringer. På grunn av disse begrensningene har jeg i denne evalueringen brukt halvårsrapportene som en utfylling og konkretisering av de analytiske temaene som drøftes i denne sluttrapporten.

1.6. Oppbygging.

Kapittel to har fokus på hvordan respondentene vurderer prosjektet i lys av de forventningene de hadde til prosjektet ved prosjektets oppstart. I kapittel tre er søkelyset rettet på tiltak og virkemidler som har vært benyttet for å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og DPS/BUP. I kapittel fire er fokus rettet mot de overordnede resultatene av prosjektet. I kapittel fem gir en oppsummering og diskusjon av resultatene.

2. Forventinger til og rammer for prosjektet

Både prosjektets overordnede målsetting og tids- og ressursmessige rammer for prosjektet påvirket hva de involverte aktørene forventet av prosjektet ved oppstart. Resultatene fra spørreundersøkelsen ved prosjektets oppstart viser at det var høye forventninger til at prosjektet skulle bidra til å gjøre praksiskonsulentene mer kjent med DPS/BUP. Det var videre forventet at prosjektet skulle bedre kontakten og dialogen mellom fastlegene og DPS/BUP. Litt i underkant av halvparten (47,5 %) av respondentene ga i oppstartsundersøkelsen uttrykk for at prosjektet skulle bidra til å bedre deres arbeidshverdag. Litt over halvparten (57,5 %) av respondentene gir uttrykk for at de forventet et at prosjektet skulle bidra til å gi pasienter et bedre behandlingstilbud. Det er interessant å merke seg at kun 20 % av respondentene forventet at prosjektet skulle endre rutiner og praksis hos fastlegene, mens 27,5 prosent forventet endrede rutiner og praksis i DPS/BUP. Det kan se ut som at respondentene i høyere grad vurderte prosjektet som en åpning for at allmennlegetjenesten og BUP/DPS skulle bli bedre kjent med hverandre, og mindre grad at prosjektet skulle gripe inn og endre interne rutiner og praksis hos fastlegene eller i DPS/BUP.

2.1. Å jobbe som praksiskonsulent i prosjektet

Før jeg presenterer hva man har jobbet med i prosjektet for å bedre samhandlingen mellom første og andrelinjen vil jeg kaste lys over rammene for arbeidet som praksiskonsulent. Praksiskonsulentene i prosjektet er fastleger som bruker 10 % av stillingen sin til å jobbe for bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og BUP/DPS. Praksiskonsulenten skal utvikle samhandlingsarenaer mellom det enkelte DPS, BUP og primærhelsetjenesten. De står for øvrig relativt fritt til å definere hvordan de fyller rollen som praksiskonsulent. I Helsedirektoratets informasjon til helseregionene om prosjektet blir det vist til dialogkonferanser, allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalgt som eksempler på samhandlingsarenaer som kan utvikles innenfor prosjektets rammer.

Hvilke muligheter har praksiskonsulentene til å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og DSP/BUP innenfor prosjektets rammer? For å finne ut av dette ble praksiskonsulentene i den nettbaserte undersøkelsen bedt om å ta stilling til ulike påstander som omhandlet både stillingen som praksiskonsulent og rammebetingelsene for stillingen.

Den nettbaserte undersøkelsen viser at stillingen som praksiskonsulent ble vurdert som viktig og relevant for å bedre samhandlingen mellom første og andrelinjen. Alle de 21 praksiskonsulentene var enige i påstanden om at de opplevde jobben som praksiskonsulent som meningsfull. 19 av de 21 praksiskonsulenter var enige i påstanden om at de opplevde å bli hørt i stillingen som praksis-

konsulent. Flertallet av praksiskonsulentene var enige i påstanden om at stillingen som praksiskonsulent lar seg kombinere med allmennlegepraksis. Et tilsvarende antall, 17 praksiskonsulenter, oppgir at de ønsker å fortsette i stillingen som praksiskonsulent i to-tre år til. Av dette kan vi slutte at flertallet av praksiskonsulentene opplever prosjektet som meningsfylt, håndterlig og interessant.

Praksiskonsulentene i prosjektet står relativt fritt til hvordan jobber for å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og BUP/DPS. Disse løse rammene representerer både muligheter og utfordringer. 11 praksiskonsulenter var uenig i, og seks svarte at de verken enig eller uenig i påstanden om at arbeidsoppgavene er konkrete og lett å håndtere. I en halvårsrapport omtaler en praksiskonsulent rammene på følgende måte:

Vanskelig å vite hvordan oppgaver helt skal gripes an. Føler nok at jeg famler noe. Føler at jeg ikke får gjort så mye konkret (Fra halvårsrapport, Praksiskonsulent).

Som det vises til i sluttrapporten var det ved prosjektets oppstart en del famling og usikkerhet rundt hva praksiskonsulenten kunne bidra med i starten av prosjektet. Rammene for arbeidet som praksiskonsulent bidrar til å forme hvordan man forstår resultatene som oppnås i prosjektet. Høsten 2011 oppgir seks praksiskonsulenter at de var enige i, og fire svarer verken eller på, påstanden om at det er vanskelig å få til målbare og synlige resultater i stillingen som praksiskonsulent. De utdypende kommentarene fra praksiskonsulentene belyser hvordan praksiskonsulentene forstår arbeidsoppgaver, rammer, og hvordan de skal løse oppgavene og resultater som oppnås i prosjektet:

Arbeidsoppgavene er IKKE konkrete og det er veldig opp til deg selv å finne oppgaver og ta initiativ. Blir lett glemt av ledelsen og jeg må hele tiden være proaktiv. Jeg jobber noe redusert og med fritak fra kommunale oppgaver er arbeidet mulig, men krever fleksibilitet mht fravær fra praksis for å få til møter som passer for DPS. Opplever å bli hørt og positivt mottatt, men må som sagt styre opplegget mye selv. Fordi jeg har gjort SPC målinger og laget hospiteringsopplegg samt prosedyrer sammen med DPS ansatte opplever jeg at jeg har synliggjort konkrete endringer. Det er viktig å skriftliggjøre/synliggjøre. Det er IKKE viktigst å målbare allmennlegenes synspunkter (kan bli ensidig)- det er aller viktigst å få til dialog og felles forståelse (Praksiskonsulent).

Det er vanskelig å gå i gang som praksis konsulent, å vite hva konkrete oppgaver jeg er ment å utføre Det som å gå i et åpent landskap og stake ut veien etter hvert. Alle PK burde få en veileder første året (Praksiskonsulent).

Arbeider for tiden i et HF der PKO er dramatisk underdimensjonert og der fokus fra ulike ledelsesnivåer er på økonomi snarere enn samarbeid. PKO bidrar utvilsomt til viktige dokumenter og innspill i sykehuset, men om det påvirker sykehusets drift tilstrekkelig er et åpent spørsmål (Praksiskonsulent).

Disse sitatene kan ses som en illustrasjon på resultatene fra evalueringen av den danske praksiskonsulentordningen som viser at personlig engasjement og initiativ som svært viktig forutsetninger for å få ordningen til å fungere. Det er lite tid til å jobbe som praksiskonsulent, og flere praksiskonsulenter gir uttrykk for at det kan være vanskelig i en snever tidsramme å være initiativrike og finne måter å arbeide på for å bedre grenseflaten mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

I den nettbaserte undersøkelsen oppgir noen praksiskonsulenter at de opplevde jobben som praksiskonsulent som ensomt og at de gjerne ønsker seg flere praksiskonsulenter og/eller andre koordinatore som de kan jobbe tettere med. For praksiskonsulentene ble arbeidet særlig utfordrende om de ikke hadde etablerte kontaktpersoner i DPS/BUP som de skulle samarbeide med. Seks av de 21 praksiskonsulentene i prosjektet oppga at de selv måtte finne personer innen DPS og BUP som de skal samarbeide med. Det å finne slike kontaktpersoner kan være vanskelig. I halvårsrapportene blir det av flere praksiskonsulenter vist til at det er utfordringer å gjøre seg kjent med DPS, og særlig i tilfeller hvor praksiskonsulenten jobber mot flere DPS'er. DPS'ene kan variere i størrelse og det kan være flere yrkesgrupper som involveres i arbeidet med pasientene.

I halvårsrapportene ble praksiskonsulentene bedt om å beskrive både positive erfaringer med arbeidet som praksiskonsulent og hindringer eller spesielle vansker de har møtt i prosjektet. Av de positive erfaringene trekkes det særlig frem at prosjektet har gitt praksiskonsulentene muligheten til å bli bedre kjent med kollegaer, både fastleger og i DPS/DUP. En av praksiskonsulentene gir følgende beskrivelse:

”Blikket løftes” fra de daglige rutiner og ser behov for innsikt i arbeidet på et annet nivå – dette er inspirerende! Bedre kjent med prosedyrer og lokal kunnskap. Mer bevisst på egne henvisninger I dag finansieres ordningen gjennom de enkelte helseforetak (praksiskonsulent, halvårsrapport).

På spørsmål om hindringer eller spesielle vansker som praksiskonsulentene har møtt i arbeidet sitt blir det gjerne pekt på at det er for liten tid til de oppgavene som skal gjøres. Følgende to utdrag fra halvårsrapportene illustrerer dette.

Vanskelig å få innpass hos de andre faggruppene (psykologer, sosionomer, pedagoger) som nok ikke ser hensikten/nyttens av samarbeid på samme måte som legene I dag finansieres ordningen gjennom de enkelte helseforetak. At ting tar tid. At jeg har svært mange kommuner å forholde meg til. Alle kommuner har ulik oppbygging og organisering av hjelpeapparatet. Det kan gjøre det uoversiktlig i den enkelte kommune (praksiskonsulent, halvårsrapport).

2.2. Oppsummering

Praksiskonsulentene i prosjektet er fastleger som bruker 10 % av stillingen sin til å jobbe for bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og BUP/DPS. Innefor disse rammene skal praksiskonsulentene utvikle samhandlingsarenaer mellom det enkelte DPS, BUP og primærhelsetjenesten. I dette kapitlet har vi sett at disse rammene kan sette begrensinger for hvor mye en kan få gjort. Å etablere og vedlikeholde samarbeidsarenaer mellom første og andrelinjen er tidkrevende, og mange praksiskonsulenter i prosjektet synes både det er vanskelig å sette av den tiden som trengs, og at tiden er liten.

Vi har også sett at noen praksiskonsulenter opplever at det er vanskelig å orientere seg i DPS og BUP, og enkelte erfarer at det kan være vanskelig å få innpass hos andre profesjoner ved BUP. Dette illustrerer at de faglige grenseflatene som og de ulike profesjonene i psykiatrien krever en høy grad av koordinering og samhandling (Østergren og Reisæter 2005). Det er ikke bare mellom nivåene i helsetjenestene samhandlingen foregår, det er også mellom ulike profesjoner.

3. Hva har praksiskonsulentene jobbet med?

I forrige avsnitt ble vi kjent med rammene for arbeidet som praksiskonsulent i prosjektet. Praksiskonsulenter i prosjektet er fastleger som bruker 10 % av tiden sin på å bedre samhandlingen mellom fastleger og DPS/BUP. De står relativt fritt til selv å definere hvordan de skal jobbe med å bedre samhandlingen. Kjennskap til disse rammene er viktig når vi nå skal gå nærmere inn på tiltak og virkemidler praksiskonsulentene har jobbet med for å bedre samhandlingen mellom første og andre linjen. I den nettbaserte undersøkelsen ble respondentene bedt om å oppgi hva de har jobbet med i prosjektet. Fokus var på følgende områder:

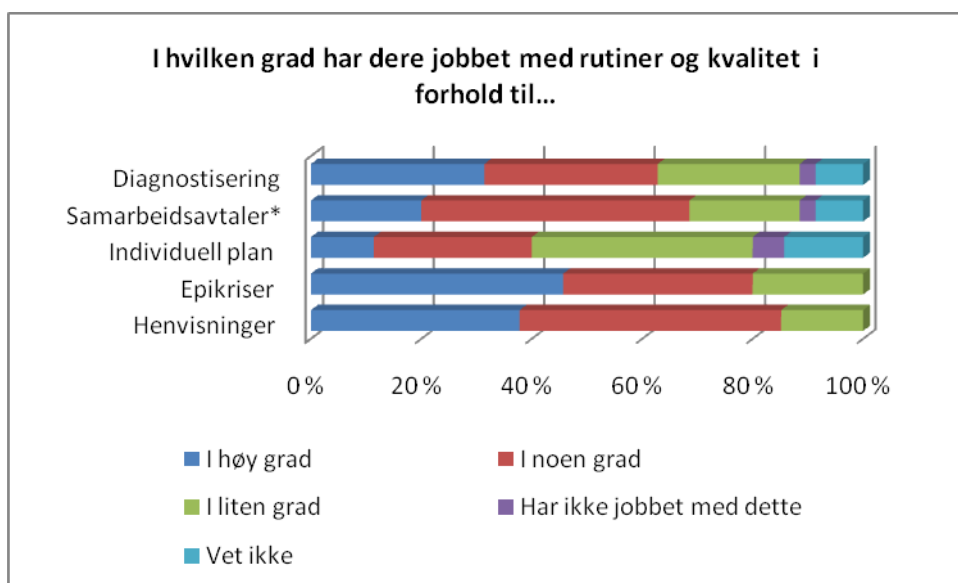
- Rutiner
- Samhandlingsarenaer mellom førstelinjen og BUP/DPS
- Undervisnings- og informasjonsvirksomhet i samarbeid mellom førstelinjen og DPS/BUP
- Organisatoriske og administrative tiltak
- Andre tiltak for å bedre samhandling mellom allmenlegetjenesten og DPS/BUP

I dette denne delen av rapporten skal vi se nærmere på hvordan prosjektet har jobbet med disse områdene, hvilke aspekter ved områdene som er blitt vektlagt og hvorvidt arbeidet har bidratt til forbedringer.

3.1. Rutiner og kvalitet

Prosjektet har fokus på å bedre kontinuiteten i tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. En måte å gjøre dette på er å jobbe med å forbedre bedre rutinene mellom allmenlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I den nettbaserte undersøkelsen ble respondentene bedt om å oppgi i hvilken grad de innenfor prosjektets rammer har jobbet med rutiner og kvalitet i forhold til diagnostisering, epikriser og henvisninger. Vi ønsket også svar på hvorvidt respondentene hadde jobbet med rutiner og kvalitet på individuell plan og samarbeidsavtaler som beskriver rutiner for samarbeid, kommunikasjon og informasjon.

Diagrammet nedenfor viser respondentenes svar:



Som diagrammet viser er det først og fremst rutiner og kvalitet knyttet til epikriser og henvisninger som det har vært arbeidet med innenfor prosjektets rammer. Litt av overkant av 40 % av respondentene oppgir at man i prosjektet i høy grad har jobbet med rutiner knyttet til epikriser, mens litt i underkant av 40 % av respondentene oppgir at de i høy grad har jobbet med rutiner knyttet til henvisninger. Sett i lys av at kommunikasjon trekkes frem som et særlig problematisk område i forholdet mellom fastleger og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (PasOpp-rapport 2006: 1:11), er det ikke overraskende man i prosjektet har satt søkelys på å bedre rutinene og kvaliteten på epikriser og henvisninger. Epikriser og henvisninger utgjør viktige og konkrete redskaper i kommunikasjonen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

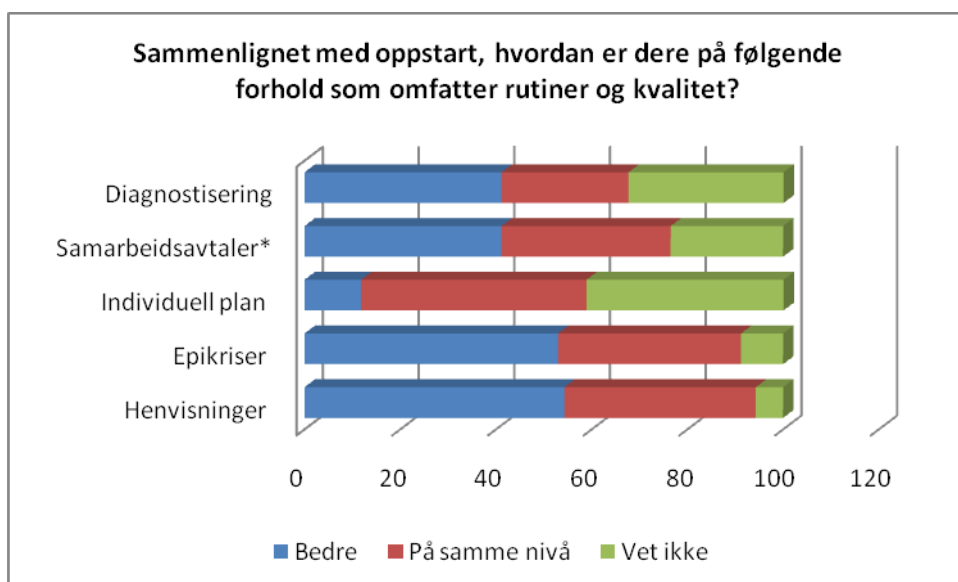
Diagrammet viser videre at respondentene i mindre grad har jobbet med rutiner og kvalitet i forholdt til individuell plan, og samarbeidsavtaler som har fokus på kvalitet. Dette kan tolkes som at prosjektet først og fremst blir forstått som et forvaltningsprosjekt for å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

På spørsmål om *hvordan* man har arbeidet med rutiner og kvalitet svarer flere av respondentene med å vise til det konkrete arbeidet med henvisninger og epikriser. Representanter for DPS har vært på besøk hos fastleger for å drøfte tilbakemeldinger på henvisninger etter inntaksvurderinger. Et annen, og mer konkret tiltak, har vært å rette søkelyset på kvaliteten på henvisninger og episkriser, og å gi konkrete tilbakemeldinger på dette.

[Vi har...] registrert kvaliteten på henvisninger. Informert fastleger om hva som er ønsket innhold i henvisninger for å kunne prioritere ved inntak. Informert gjennom PK-avis, møter i allm.legutvalg og på samarbeidsmøter. Konkrete tilbakemeldinger til fastlegene på deres henvisninger, hva som evt mangler. BUP har hatt fokus på epikriseskriving og tilbakemeldinger til fastlegene (leder DPS).

Halvparten av respondentene oppgir i den nettbaserte undersøkelsen at de har benyttet målinger for å tallfeste endringsarbeidet når det gjelder henvisninger og epikriser.

I hvilken grad har man i løpet av prosjektperioden blitt bedre på forhold som omfatter rutiner og kvalitet? Diagrammet nedenfor viser hva respondentene svarte på spørsmålet om i hvilken grad de i løpet av prosjektperioden var blitt bedre på rutiner og kvalitet i forhold til diagnostisering, samarbeidsavtaler med fokus på rutiner, individuell plan, epikriser og henvisninger.

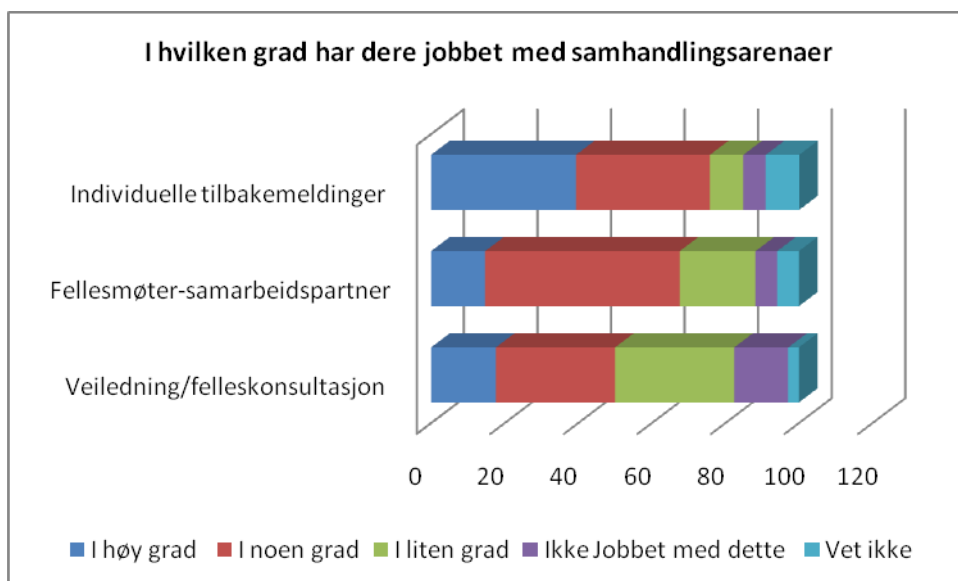


Diagrammet gjenspeiler at fokuset på ulike sider av rutiner og kvalitet har gitt resultater. Et flertall av respondentene oppgir at man har fått bedre rutiner og kvalitet på epikriser og henvisninger løpet av prosjektperioden. Diagrammet viser også at det er minst endring når det gjelder rutiner og kvalitet i forhold til individuell plan.

3.2. Samhandlingsarenaer

Prosjekt har et høyt fokus på samhandling mellom DPS/BUP og kommunehelsetjenesten. I hvilken grad greier prosjektet å bedre grenseflaten mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelse-

tjenesten? Som vist over kan samhandling forstås på flere måter. I evalueringen har vi hatt fokus på ulike samhandlingsarenaer, det vil si møteplasser for allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fokus har særlig vært rettet mot veiledningsfunksjon/felleskonsultasjon ved legekontor, fellesmøter med samarbeidspartnere (eksempel ansvarsgruppemøter og overføringsmøter) og individuell tilbakemelding vedrørende pasienter (telefoner/journalnotater) som samhandlingsarenaer. Diagrammet under viser resultatene fra respondentenes svar på i hvilken grad de har jobbet med de ulike samhandlingsarenaene for å bidra til en mer koordinert og helhetlig tjeneste:



Som diagrammet har flertallet av respondentene hatt fokus på individuell tilbakemelding vedrørende pasienter. I disse tilbakemeldingene inngår journalskriving og telefonsamtaler mellom fastleger og ansatte ved DPS/BUP. Diagrammet viser videre at man innenfor prosjektets rammer i mindre grad har jobbet med veiledning/felleskonsultasjoner ved legekontor. 1/3 av respondentene oppgir at de i liten grad har jobbet med veiledning/fellekonsultasjon, og 14 prosent oppgir at de ikke har jobbet med dette i det hele tatt. Noen praksiskonsulenter har hatt fokus på felleskonsultasjonsom som et metodisk grep for å bedre samhandlingen mellom første og andre linjen, men tilbakemeldingene fra noen praksiskonsulenter gir bilde av at de opplever at det er vanskelig å få til samarbeid rundt dette. Leder ved en DPS som deltok i prosjektet skriver følgende i en halvårsrapport:

”...PKO [praksiskonsulenten] hatt ansvar for intern ”markedsføring” av mulighetene med felleskonsultasjoner overfor fastlegene, men det er usikkert i hvor stor grad temaet har vært satt på dagsorden. Artikkelen i Legetidsskriftet nr 21, 2007 ”En time hos psykiater kan være nok” av Moulund og Kyvik er sendt ut med oppfordring om å videresende til alle fastlegene (Fra halvårsrapport, leder ved DPS).

På spørsmål om *hvordan* man har arbeidet med samhandlingsarenaer svare flertallet av respondentene at de har jobbet med møter, faglige forum og fagdager som omfatter fastleger, DPS og/eller BUP. Følgende eksempler viser hvordan man har jobbet med å etablere samhandlingsarenaer i prosjektet:

Har vært med på å etablere [...] Medisinske forum hvor fastleger og spesialister møtes for å diskutere pasientproblemer fra allmennmedisin, inn i sykehus og tilbake for videre oppfølging. Har vært med på å etablere praksisnytt, informasjonsavis fra psyk. avd. til primærlegene i fylket. Har vært med på å forsøke å få til hospiteringsordning for primærleger i spesialisthelsetjenesten og motsatt. Har vært med på å forsøke å opprettholde en åpen telefonlinje fra primærleger til erfaren spesialist for å diskutere problempasienter (Praksiskonsulent i prosjektet).

Det har vært arrangert møte med fastlegene for å drøfte samhandlingstemaer. Det har vært gitt mer kommunikasjon gjennom sykehusinternt fagblad om BUP. Fastlege har deltatt i arbeidsgruppe for bedre henvisning/epikriser (Leder BUP).

Der er etablert pilotprosjekt veiledningsmøter mellom DPS, fastlege og pasient (Praksiskonsulent).

Møter med fastlegekontorene i bydelene som sogner til DPS. Overlege ved DPS og PKO på besøk til de legekontorene som ønsket dette (Praksiskonsulent).

Vi har gjort tre ting: 1. Emnekurs i psykiatri arrangert høsten 2010 for fastleger der også kommunale instanser kunne delta. 2. Spesialistveileder på fastlegekontoret. 3 Arrangerer "clustersamling" høst 2011 mellom DPS, avtalespesialister og fastleger (Praksiskonsulent).

Besøkt lege-kontorene med info om ADHD, beh.linjer+gen BUP rutiner og lignende (praksiskonsulent).

Svarene viser at praksiskonsulentene jobber aktivt ut mot fastlegene for å etablere samhandlingsarenaer mellom allmennlegetjenesten og DPS/BUP. Spørsmålet ble stilt åpent og i noen av svarene er søkelyset mer rettet mot problemer med å skape denne type samhandlingsarenaer, enn hvordan man har jobbet med dette.

Arrangert månedlige møter på DPS hvor allmennleger medbringer pas.kasustikker til drøfting og evt videre overlevering DPS. Takst 14. Liten interesse etterhvert fra allmennlegene, derfor avvirket (praksiskonsulent).

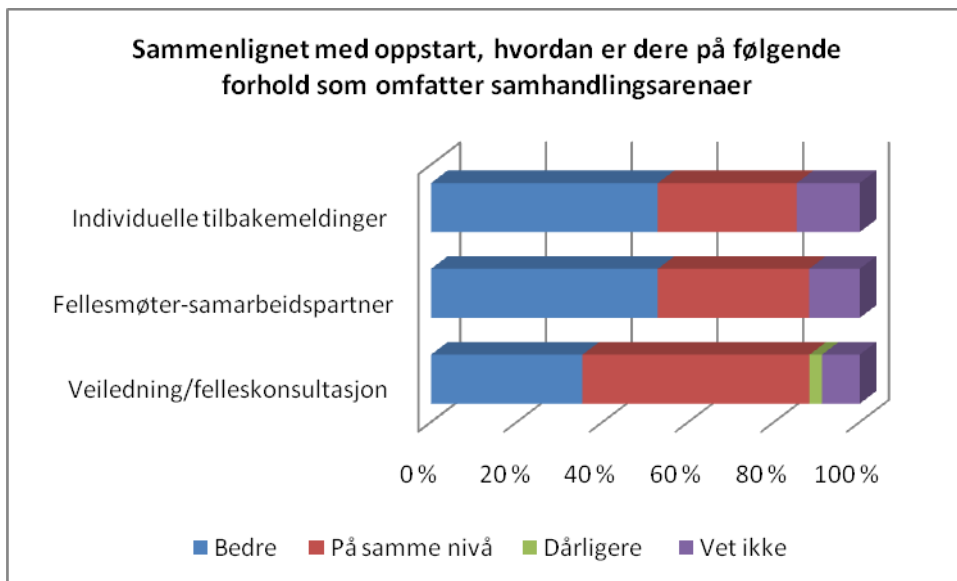
Det har vært en svært lunken tilbakemelding fra fastlegene vedrørende etablering av faste samhandlingsarenaer med BUP. Dette bunner nok i at legepraksisen hos individuelle leger og enkelte fastlegekontorer er svært forskjellig i vår sektor, og avspeiler en ulik mengde pasienter i aldersgruppen BUP betjener. Noen fastleger har svært få pasienter i BUPs

målgruppe. Ofte er det legene knyttet til skolehelsetjenesten i bydelen de vi har et mest systematisk samarbeid med. her også er PKO en viktig samarbeidspartner (leder BUP).

Det er foreslått inn mot DPS at møter bør holdes oftere med fastleger. Disse må legges slik at det er praktisk mulig for fastleger å komme på møtene. Jobbet med å få forståelse for at fastleger ikke bare kan gå på ett møte midt på dagen (praksiskonsulent).

Tilbakemeldinger kaster lys over problemer som respondentene opplever med å etablere samhandlingsarenaer mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Flere peker på at det er vanskelig å trekke fastlegene inn i prosjektet, noe som kan tilskrive fastlegenes arbeidssituasjon. I sin arbeidsdag er fastlegene lite tilgjengelig for aktiviteter som ikke er pasientrettet. Når det gjelder BUP har fastleger ofte få pasienter som faller inn under målgruppen til BUP. Noen fastleger har dermed liten erfaring med direkte samhandling med BUP.

I hvilken grad har arbeidet med rutiner blitt bedre i løpet av prosjektperioden? Diagrammet nedenfor viser hva respondentene svarte på spørsmålet om i hvilken grad de i løpet av perioden var blitt bedre på arbeidet med samhandlingsarenaer:

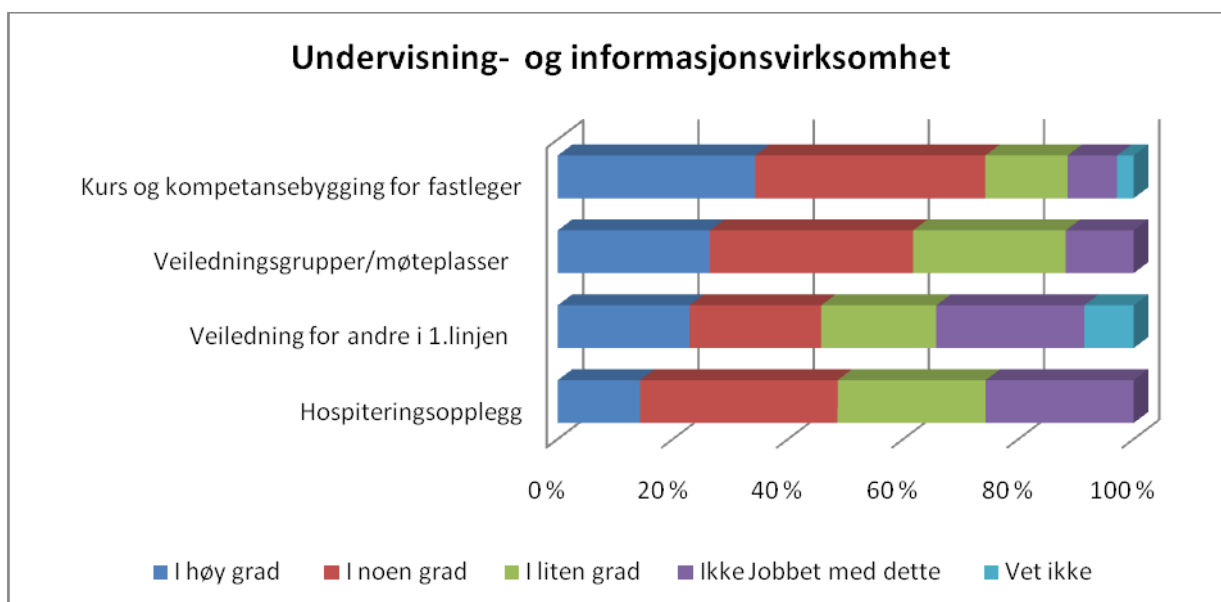


Ut fra at flertallet av respondentene oppgir at de har hatt mest fokus på individuelle tilbakemeldinger og fellesmøter med samarbeidspartnere innenfor rammene av prosjektet, er det ikke overraskende at det er nettopp disse områdene som respondentene også oppgir at de er blitt bedre på.

3.3. Undervisnings- og informasjonsvirksomhet

Innenfor rammene av prosjektet har praksiskonsulentene jobbet med undervisnings- og informasjonsvirksomhet som et virkemiddel for å bedre grenseflaten mellom allmennlegetjenesten og DPS/BUP. I den nettbaserte undersøkelsen ønsket vi å få en nærmere kartlegging av hvordan man har jobbet med dette. Vi ba respondentene om å svare på i hvilken grad man i prosjektet har jobbet med kurs og kompetansebygging for fastleger, hospiteringsopplegg for fastleger ved DPS/BUP og om i hvilken grad man har jobbet med veiledningsgrupper og eller andre møteplasser mellom første og andre linjetjenesten.

Vi ønsket også svar på om man innefor rammene av prosjektet har hatt fokus på veiledning mot andre ansatte i førstelinjen.



Som diagrammet viser har man innen rammene av prosjektet hatt høyt fokus på kurs og kompetansebygging rettet mot fastleger. Rundt halvparten av respondentene svarer at de i høy grad har jobbet med dette, og 40 % av respondentene oppgir at de har jobbet med dette i noen grad. Innefor kurs- og informasjonsvirksomhet har man også jobbet med veiledningsgrupper for fastleger eller andre møteplasser for første og andrelinjen. Undervisning og informasjonsvirksomheten har i liten grad vært rettet mot hospiteringsopplegg. Forklaringen på dette ligger trolig i fastlegenes arbeidshverdag, jf diskusjonen over.

På spørsmål om hvordan man har jobbet med undervisnings- og informasjonsvirksomhet viser de fleste av respondentene til ulike former for kurskvelder rettet mot ulike temaer, slik som ADHD, rus

og LAR. Ledere for DPS/BUP'er forteller at fastleger blir invitert til faste kursarrangementer:

Veiledning av helsesøstre som arbeider med førskole, skole og ungdoms/videregående trinn på skolen. Faste samarbeidsfora som leder ved BUP sitter i med kommunen, både i forhold til barn og unges psyk. helse og psykiatrisk samarb forum. Tettere samarbeid mot PPT, både felles undervisning til lærere ved videregående skoler i forh til autisme/ADHD, også i forhold til programmet De Utrolige Årene med PPT, rimelig tett samarbeid leder PPT + leder BUP der vi bistår hverandre/tenker helhetlig ved felles pas. En av psykologene har 50 % perm fra BUP og arbeider 50 % ved Helsestasjonen (leder BUP).

Allmennlegene i fylket har fra tidligere etablert prosedyre/samarbeidskurs. Har bidratt til ett kurs ved DPS [...] og to kurs ved DPS [...]. 15-20 allmennleger og aktuelle tema. Har hatt veiledningsgrupper ved rusenhet ved DPS [...] 8 samlinger over ett år. Planlegger det samme ved DPS [...] neste vår. Laget prosedyre for samarbeid rundt benzo og LAR pasienter. Etablert hospiteringsordning ved DPS [...] og de har 2-4 leger hvert halvår. Opplegg klart, men DPS [...] sliter med nok leger eller initiativ til å sette dette i gang. Forsøker å informere om PKO på andre kurs og møter med allmennlegene. Har som besøkt alle allmennlegekontor i [tre kommuner] 2 ggr i løpet av 4 år (Praksiskonsulent).

Flere av respondentene oppgir at de opplever at fastlegene i liten grad prioriterer kurs og informasjonsvirksomhet, og de opplever at det er vanskelig for fastlegene å delta på dette innen rammene av deres ordinære arbeidsdag. Ledere for DPS/BUP peker på at de er forsøker å legge til rette for å få fastleger inn i sine institusjoner, enten i form av kurs- og opplæringstilbud eller som en del av hospiteringsordninger, men de opplever at fastlegene av ulike årsaker ikke har muligheter til å prioritere slike aktiviteter:

Det har vært gitt undervisning om ADHD. Fastlegene har vært ønsket inn i kommunevis samarbeid, men har liten anledning til å prioritere dette (leder BUP).

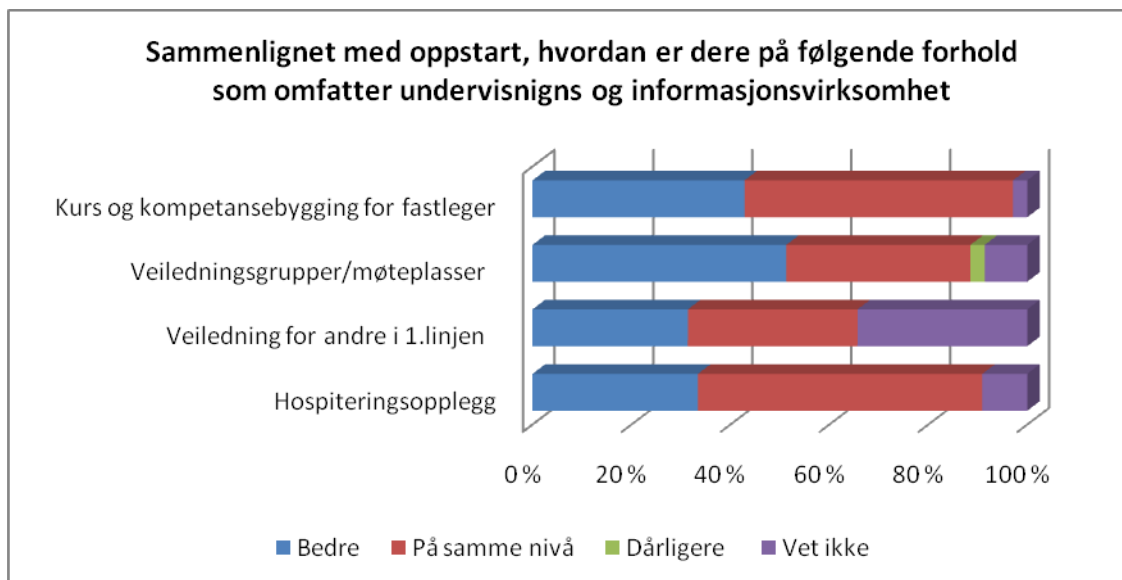
Utarbeidet hospiteringsordning sammen, men få leger tatt dette i bruk foreløpig tiltross for stor fleksibilitet i BUP/ DPS som har samarbeidet om dette. Leder for DPS og BUP har deltatt på info møte for PK og er invitert til fellesmøte i høst for å informere om oss selv og det vi jobber med (leder BUP).

Det er laget ett opplegg for hospitering på [klinikk] samt på LAR. Også åpent for hospitering på DPS, men dette er noe vanskeligere pga at de ikke har faste dager slik som på en avdeling. Det er derfor bedre for fastleger å komme når de har en felles pasient og det er lagt opp til at det er mulig (praksiskonsulent).

Fastlegene i sektor har vært invitert til flere åpne seminarer på kompetanseområdene: ADHD behandlingslinjer, risikoutsatte ungdom, tidlig intervensjon i forhold til fødselsdepresjon (EPDS). Det ble informert av PKO i forkant av seminarene, men liten deltakelse fra fastlegene, da dette ikke er meriterende kurs, og deltakelse innebærer inntektssvikt for fastlegene (leder BUP).

Undervisnings- og informasjonsvirksomhet er en viktig møteplass for samhandling mellom første- linjen og andrelinjen.

Diagrammet nedenfor viser hvorvidt respondentene mener at de er blitt bedre på dette i løpet av prosjektperioden:

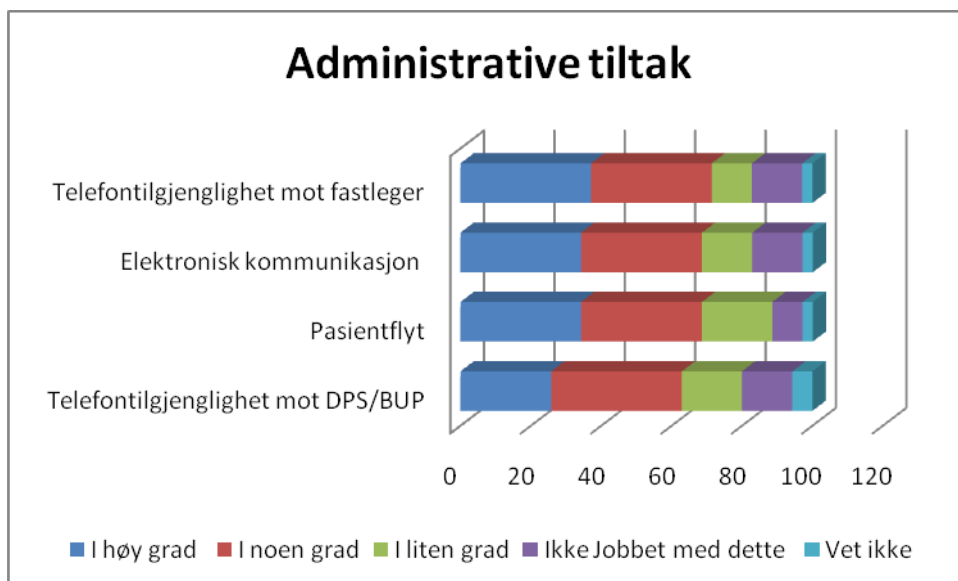


Diagrammet viser at det er først og fremst veiledningsgrupper og møteplasser respondentene mener at de er blitt bedre på i løpet av prosjektperioden. I tillegg opplever rundt 40 % av respondentene man gjennom prosjektet er blitt bedre på å arrangere kurs og kompetansebygging for fastleger, selv om vi har sett at dette kan være vanskelig å få til innenfor fastlegenes ordinære arbeidsdag.

3.4. Administrative tiltak

I beskrivelsen av samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og DPS/BUP blir det ofte pekt på at det er vanskelig å nå hverandre på tvers av organisasjonene. Arbeidsdagen til fastleger er på flere måter svært ulik arbeidsdagen til spesialister i DPS/BUP, noe som forklarer hvorfor det kan være vanskelig å komme i kontakt med hverandre gjennom telefon og e-post. I den nettbaserte undersøkelsen ønsket vi å se hvorvidt man innenfor prosjektets rammer har jobbet med administrative tiltak for å bedre kontaktflaten mellom fastlegene og DPS/BUP. Her har vi særlig fokus på tilgjengelighet på telefon, elektronisk kommunikasjon og administrative tiltak for å bedre pasientflyt (henvisnings- og utskrivingsrutiner) mellom fastlegene og DPS/BUP.

Diagrammet nedenfor viser hva respondentene svarte på spørsmål om hvorvidt de innefor prosjektets rammer har jobbet med slike tiltak.



Som diagrammet viser er det særlig telefontilgjengelighet mot fastleger og elektroniske kommunikasjon man har jobbet med innenfor prosjektets rammer. 37 % av respondentene oppgir at de har hatt høy fokus på telefontilgjengelighet mot fastleger. Rundt ¼ av respondentene oppgir at de har hatt høyt fokus på telefontilgjengelighet mot ansatte i DPS/BUP. I presiseringen av hvordan man har jobbet med administrative tiltak blir det viser flertallet av respondentene at de har utarbeidet og utvekslet telefonlister.

DPS har på egen hånd økt telefontilgjengeligheten. jeg har oppdatert kontakt info med "hemmelige" telefonnumre og e-postadresser til alle fastleger i opptaksområdet (praksiskonsulent) .

[Sykehus] har fått hemmelig tlf.nr.til alle allmennlegene i regionen. DPS-ene kan ved behov få oppgitt nr.der. Har fått e-postadr.til de fleste fastlegene i bydelen. DPS-et gir både skriftlig og muntlig info om rutiner, hvem som skal kontaktes ved f.eks. innleggelse, ved ønske om hospitering osv (praksiskonsulent).

Når det gjelder administrative endring og elektronisk samhandling er det PKO gruppen og spesielt koordinator som har jobbet med dette. Det samme gjelder telefoner. Hotlines er tilgjengelig via nett/PC til alle allmennleger- her ligger også mail adresser til de som har villet det. PKO gruppen er aktivt dratt inn i arbeid med ny IT ordning for sykehuset og web side og annet vedrørende dette (Praksiskonsulent).

Oppdaterte telefonlister med direktenummer til fastlegene. Informert om at fastlegene gjerne tar imot direkte henvendelser vedr. enkeltpasienter og på den måten signalisert vilje til samarbeid (Praksiskonsulent).

Rutiner for tilgjengelig ansatte BUP, har vært endret i denne perioden, informasjon om endringen formidlet til fastlegene via PKO og møte med alle fastlegekontorene. Veiledning har ikke vært forespurt fra fastlegene i sektor, utifra at BUP problematikk anes som en "sjelden" problemstilling i allmennpraksis. Dett har også med holdninger å gjøre, antar vi, men dette må vi nok arbeide videre med i årene som kommer. Dette har vært et for stort område og ta tak i med en PKO ressurs på 20 % stilling (leder BUP).

Arbeidet med telefonlister og e-postsystem har vært et viktig tiltak innenfor prosjektet for å bedre kontaktflaten mellom fastlegene og DPS/BUP. Det å utarbeide og å anvende slike kontaktpunkter synliggjør vilje til samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten. Den nettbaserte undersøkelsen oppga respondentene at de hadde blitt bedre på alle de tre områdene som omfatter administrasjon.

3.5. Andre aktiviteter som har bedret samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Evalueringen kaster lys av over andre aktiviteter innenfor prosjektets rammer som respondentene har opplevd som nyttige og som bidrar til en mer koordinert og samordnet tjeneste. I den nettbaserte undersøkelsen oppgir respondentene flere slike aktiviteter for å bedre grenseflaten mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I flertallet av svarene vises det til aktiviteter for å gjøre PKO kjent, både blant allmennlegene og i DPS/BUP. Informasjon, kommunikasjon, påvirkning og etablering av uformelle arenaer for samhandling inngår i disse aktivitetene, slik som disse to praksiskonsulentene formulerer det:

Har også vært med i utarbeiding av behandlingslinje for nyspsykoser. Tidkrevende, samt at elektronisk versjon ikke er tilgjengelig for allmennleger enda pga endelig versjon og brannmur mm. Intranett med faglig innhold og slike ting ikke tilgjengelig for allmennleger. Har ved besøk på legekontor skrevet ned fastlegenes opplevelse av samarbeidet med DPS og deres ønsker. Dette formidlet til DPS ledelsene skriftlig og i møter. Opplever å bli hørt. Viktig å være en som fremmer dialog og forståelse opplever jeg. Har også jobbet med samarbeidsprosedyrer som skal legges på nett/sykehuset sider. Noen er ferdige (alderpsyk og benzo og LAR),mens andre DPS generelt og voksenhab tjenesten er fremdeles under arbeid (Praksiskonsulent).

Jeg tror veldig på det personlige møtet med fastleger og Poliklinikken og ser på PKO som et bindeledd om kan oppklare misforståelser og formidle tiltak. Jeg har ellers sittet i utvalg som

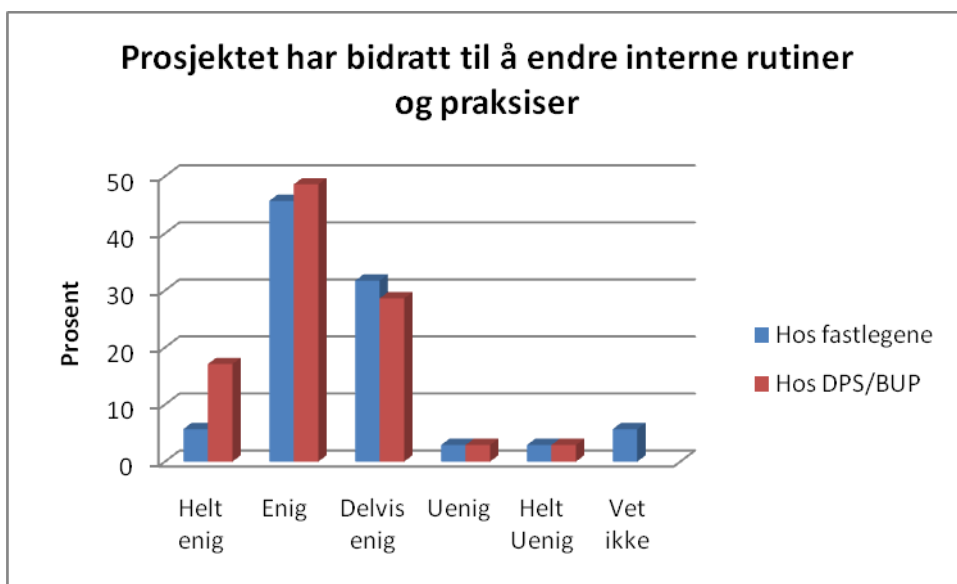
har arbeidet for felles ut og innskrivninger mellom kommunene og og fortetaket i [helseregionen]. Videre er jeg med i referansegruppe for forebyggende familiteam og deltar nå i gjennomgang for tverrfaglige epikriser i alderpsykiatrien (Praksiskonsulent).

I tillegg til slike direkte og samhandlingsorienterte aktiviteter oppgir enkelte praksiskonsulenter at det også deltar på andre arenaer som setter fokus på samhandling, slik som nasjonale konferanser om samhandlingsreformen.

3.6. Oppsummering: Ulike tiltak – bedre samhandling

Vi har frem til nå hatt fokus på hvilke tiltak og virkemidler man innefor prosjektets rammer har benyttet for å få bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Vi har også sett hvordan respondentene selv vurderer resultatene av dette arbeidet.

Som vist over var det ved prosjektets oppstart noe mindre forventninger til at prosjektet skulle bidra til å endre interne rutiner og praksiser både hos fastlegene og ved DPS/BUP. Den nettbaserte undersøkelsen viser imidlertid at prosjektet har hatt innvirkning på interne rutiner og praksiser:

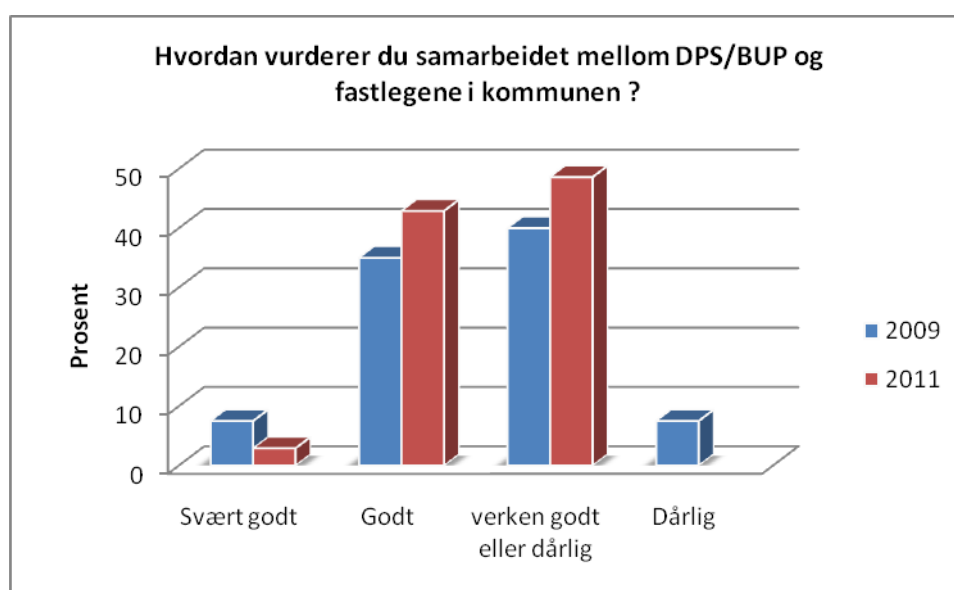


Flertallet av respondentene mener at prosjektet har endret interne rutiner og praksiser hos DPS/BUP, og rundt halvparten mener at det har skjedd tilsvarende endringer hos fastlegene.

Prosjektet er rettet mot å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Evalueringen har hatt fokus på hvordan feltet selv forstår

denne samhandlingen, herunder hvilke utfordringer og muligheter og hvordan prosjektet kan innrettes for å imøtekomme utfordringer. I både oppstartsundersøkelsen om den nettbaserte undersøkelsen fra høsten 2011 ble det satt fokus på samarbeidet mellom DPS/BUP og fastlegene i kommunene. Respondentene ble bedt om vurdere dette forholdt og fikk også muligheter til å gi utfyllende beskrivelse av sine vurderinger.

Tabellen nedenfor viser hvordan respondentene vurderte samarbeidet mellom DPS/BUP og fastlegene i kommunene ved prosjektets oppstart i 2009 og høsten 2011.



Diagrammet viser at det har en større andel av respondentene som vurderer samarbeidet mellom fastlegene og DPS/BUP som godt i 2011 enn i 2009. I 2011 var det ingen av respondentene som vurderte samarbeidet som dårlig. Samtidig viser diagrammet at det er fortsatt en høy andel (og høyere enn i 2009) som vurderer forholdet som verken godt eller dårlig. En nærmere gjennomgang av tallene viser også at ledere ved DPS/BUP vurderer samarbeidet som gjennomgående bedre enn hvordan praksiskonsulentene vurderer det.

Det er nærliggende å tolke en beskrivelse av et samarbeid som verken godt eller dårlig som et uttrykk for at det ikke fins samarbeid, eller at det er så lite samarbeid at det er vanskelig å vurdere kvaliteten på samarbeidet. På spørsmål om hva som skal til for å bedre samarbeidet mellom fastlegene i kommunene og DPS/BUP pekte respondentene på behovet for å bli kjent med hverandre, bedre informasjonsflyten mellom linjene og at samarbeidet må forankres på ledelsenivå:

Bedre kjent med hverandre, bedre samhandling og informasjon begge veier i pasientflyt, dvs vi må være flinkere å informere underveis i pasientforløp og fastlege må være flinkere å kontakte oss før henvisning, undervei i løp og etter avslutning (leder DPS).

Godt samarbeid forutsetter godt kjennskap til hverandre og hverandres arbeidsmåter (Leder DPS)

Større tilgjengelighet hos fastlegene pluss en tettere dialog (Leder DPS).

Felles møteplasser, felles og bedre IKT-løsninger, felles prosjekter, felles opplæring, mere felles møter omkring pasienter med sammensatte problemer på legekontor eller i spesialisthelsetjenesten (Leder DPS).

Mer strukturert samarbeid med forankring på toppen både i sykehus og kommune/bydel. Større interesse fra sykehuset for hva fastlegene trenger av støtte og tiltak. Dette vil lette implementering av tiltak som sykehuset foreslår og som vil medføre endret arbeid for fastlegene (Praksiskonsulent).

Resultatene viser at de ulike virkemidler og tiltak som man har benyttet i prosjektet har gitt fastleger og ansatte i DPS/BUP bedre kunnskap om hverandres arbeidsmåte. Til sammen har dette bidratt til å bedre kontaktflaten mellom førstelinjen og andrelinjen. Tre fjerdedeler av respondentene var enige i påstanden om at praksiskonsulentordningen hadde bidratt til å bedre kontakten mellom fastlegene og DPS/BUP, og flertallet (58,8 %) mente også at de hadde fått en bedre arbeidshverdag som en følge av at samhandlingen var blitt bedre. 85,5 prosent av respondentene mener at prosjektet har bidratt til at DPS og BUP har fått bedre kjennskap til hvordan fastlegene tenker og arbeider. ¼ av respondentene mente at prosjektet hadde bidratt til at fastlegene hadde fått bedre kjennskap til hvordan man arbeider og tenker innen DPS/BUP. 2/3 av respondentene mente at praksiskonsulentordningen hadde bidratt til konkrete endringer og praksis internt i DPS og BUP, mens litt over halvparten av respondentene (51,4 %) mente at prosjektet hadde bidratt til å endre rutiner og praksis hos fastlegene.

Resultatene fra den nettbaserte spørreundersøkelsen bekrefter inntrykket av prosjekt som først og fremst setter fokus på samhandling i mellom første og andrelinjetjenesten, og er mindre orientert mot den enkelte pasient. I tilbakemelding i den nettbaserte undersøkelsen fremhever en tidligere praksiskonsulent at ordningen har bidratt til følgende:

DPS har sett betydningen av nær kontakt med fastleger og ikke bare brukermedvirkning fra pasientorganisasjoner, noe som faktisk har medført at jeg er innkjøpt deltager i avdelingene kvalitetsråd selv om jeg ikke lenger er PK-er:-) (tidligere praksiskonsulent).

40 % av respondentene var enige i påstanden om at prosjektet gir et bedre og helhetlig behandlingstilbud for pasientene. Som denne praksiskonsulenten peker på så er det vanskelig å konkludere med hvorvidt prosjektet har gitt bedre hjelp til den enkelte pasient:

Det er vanskelig å si om dette har hjulpet pasientene, men jeg tror det. Det tar tid å endre en kultur både ved DPS og hos fastlegene. Enhetene ved DPS jobber også forskjellig så det er vanskelig å si noe om alle under ett (Praksiskonsulent).

Som understreket tidligere så gir ikke dette grunnlag for å konkludere med at pasienter med psykiske lidelser ikke er fokus i praksiskonsulentprosjektet. Økt samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenking og bedre kommunikasjon i samhandlingen mellom første og andre linjen vil bidra til at pasientene får et bedre tjenestetilbud.

4. Oppsummering, diskusjon og veien videre

Resultatene fra evalueringen viser at aktørenes forventninger langt på vei har blitt innfridd i prosjektet. Flertallet av respondentene er enige i påstanden om at prosjektet har bidratt til at fastlegene og DPS og BUP har blitt bedre kjent med hvordan den andre part tenker og arbeider. Det er også stor oppslutning til påstanden om kontakten mellom fastlegene og DPS har blitt bedre. 58 % prosent av respondentene oppgir at de har fått en bedre arbeidshverdag som følge av prosjektet.

Resultatene antyder at prosjektet til dels har innfridd pasientrelaterte forventningene. 40 % er enige i påstanden om at prosjektet har bidratt til å gi pasientene et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud, mens opptil halvparten av respondentene (47 %) er verken eller enig i denne påstanden. Dette kan tolkes på flere måter. For det første kan det tolkes som at aktørene som er involvert i prosjektet, fastleger og ledere ved DPS og BUP, først og fremst vurderer prosjektet som et tiltak for å bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og i mindre grad som et direkte pasientrettet tiltak. Data som denne evalueringen bygger på sier ingenting om hvordan pasientene har erfart og vurdert prosjektet. Samtidig viser prosjektleder i sin sluttrapport til tre gruppeintervjuer med pasienter og pårørende om begrepet samhandling. Intervjuene viser at både pasienter og pårørende legger stor vekt på samhandling og kommunikasjon mellom dem selv og behandler, og de ønsker god samhandling på organisasjonsnivå, det vil si samhandling mellom hjelpere på ulike nivåer.⁴ Selv om vi ikke har grunnlagt for å trekke konklusjoner om pasienters erfaringer med prosjektet, gir resultatene fra gruppeintervjuene innsikt i hvilken betydning samhandling har for både pasienter og pårørende innenfor det psykiske helsefeltet.

Evalueringen har også vist noen utfordringer knyttet til praksiskonsulentordningen. Stillingsbrøken er liten, og det er begrenset hvor mye en kan få utrettet innenfor rammene av en 10 prosent stilling. Å etablere og vedlikeholde samarbeidsarenaer mellom første og andrelinjen er tidkrevende, og mange praksiskonsulenter i prosjektet synes at tiden som er satt av for å bedre samhandlingen mellom første og andre linjen er for liten.

DPS'ene og BUP'ene som inngår i prosjektet varierer i størrelse og organisering på samme måte som det er variasjon i antall allmennleger som praksiskonsulenten skal forholde seg til. Noen praksiskonsulenter oppgir at de har opplevde vansker med å få oversikt over organiseringen av DPS og BUP. Det ser ikke ut som at det i etableringen av det enkelte praksiskonsulentprosjektet er tatt høyde for slike variasjoner.

⁴ Materialet innhentet fra gruppeintervjuene vil bli bearbeidet til en artikkel i Utposten, tidsskriftet for allmennmedisin (jf prosjektets sluttrapport).

De relative frie rammene for hvordan man skal bedre samhandling mellom førstelinjen og andrelinjen representerer både muligheter og begrensninger. Mulighetene ligger i at man kan tenke nytt og kreativt om tiltak og virkemidler for å få til bedre samhandling. Utfordringen ligger i at systemene man jobber mot, allmennlegetjenesten og den psykiatriske helsetjenesten har ulike og til dels svært tunge styringskulturer som er vanskelig å endre. Som vist innledningsvis er det ulik kompetanse, faglig interesser og fokus mellom første og andre linjen i helsetjenesten. I evalueringen har vi også sett at flere oppfatter at tilgjengeligheten mellom linjene kan være vanskelig. Endringsarbeidet er særlig vanskelig om praksiskonsulenten ikke har kjennskap til eller tilgang til de ulike systemene. Utfordringene forsterkes ytterligere om hun eller han er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som kan benyttes, og hvordan disse skal implementeres.

I evalueringen av den danske praksiskonsulentordningen blir det vist til at drivkraften i ordningen er engasjement og initiativrike ildsjeler. Evalueringen viste videre at det er først og fremst sykehusavdelingene som er mest positive til PKO-ordningen, mens allmennlegene heller forholdt seg mer lunken til PKO, og til samhandling generelt. På denne bakgrunnen anbefalte den danske evalueringen å ansette konsulenter som hadde et sterkt nettverk innen allmennpraksis. I evalueringen av den norske praksiskonsulentordningen er det ikke innhentet informasjon om hvordan allmennleger som ikke er praksiskonsulenter vurderer samhandling med DPS/BUP, og heller ikke deres vurdering av praksiskonsulentordningene. Materialet gir likevel et innblikk i noen erfaringer med og vurderinger av hvordan allmennlegetjenesten forholder seg til samhandling. Flere av informantene i den nettbaserte undersøkelsen peker på at de opplever at fastleger mangler både tid og interesser for å etablere samhandlingsarenaer mellom første og andrelinjen. Datamaterialet gir ingen grunnlag for å trekke konklusjoner om allmennlegetjenestens eventuelle manglende interesser for samhandling, og heller ikke om fastlegers prioriteringer av felles møtearenaer. Resultatene fra evalueringen gir imidlertid grunnlag for at man følger den danske evalueringen der det anbefales at man ved ansettelse av praksiskonsulenter legger vekt på sterkt faglig nettverk i allmennlegetjenesten for å skape interesse og engasjement.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte behov som må finne sin løsning gjennom involvering av ulike aktører i velferdsstaten. Dette fordrer klar rolle- og ansvars plassering og koordinering av helhetlig samarbeid rundt enkeltindividet. Målsettingene i samhandlingsreformen, mer helsetjenester og behandling der pasienter bor samt tidligere og mer helhetlig behandling, setter enda mer søkelys på allmennlegetjenestens rolle i behandlingen av psykiske lidelser. Fokuset vil fortsatt være rettet mot den vertikale samhandlingen mellom allmennlegetjeneste og psykisk helsevern, men også hvordan til allmennlegetjenestens samhandlinger horisontalt med andre ulike

kommunale tjenester, både når det gjelder forbygging, utredning og ved etablering av kommunale lavterskeltilbud. En vei videre er å etablere praksiskonsulentlignende prosjekter på kommunenivå med fokus på å bedre allmennlegetjenesten samhandling med kommunale (evnt. fylkeskommunale) tjenestetilbud, sånn som for eksempel PP-tjenesten, NAV, skole- og opplæring og barnevern. Erfaringene med å arbeide med samhandling som man har fått fra praksiskonsulentprosjektet vil være svært relevant i det videre arbeidet med å gi et godt og integrert tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Litteratur

- Andersson, H.L og L. Tingvoll (2005) Hvordan fungerer fastleger for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse rapport STF78 A055019. Trondheim.
- Burman, R. (2011) Samhandling mellom psykiatrien og fastlegene. Frem og tilbake i like langt? I *Utposten*, 6, 28-30.
- Sundhedsstyresen (2003) Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark.
- Frydenberg, K. og P. Nylehn (2003) Praksiskonsulenter ved alle sykehus! I *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123: 2481.
- Haugtomt, S.A. (2003) Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling. I *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123: 2462-4.
- Hellesøy, Asbjørn (1996) *Kommunikasjon, samarbeid og konfliktløsning innen helse- og sosialsektoren*. Hordvik: Askeladden forl.
- Helsetilsynet (2007) Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport , 8/2007.
- Kvamme, Odd Jarle (1999) Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonari samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar ved akuttinnleggingar i somatiske sjukehus. Avhandling (dr.med), Universitetet i Oslo.
- Myrvang, R. (2004) Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Muligheter og barrierer. Medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin. Avhandling, (dr.polit). Universitetet i Tromsø.
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015). Helsedirektoratet.
- Pettersen, Betty og Roar Johnsen (2007) Legers oppfatning av samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. I *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127: 565-8.
- Pritchard, P. & J. Hughes (1995) *Shared care. The future imperative?* London: The Royal society of medicine.
- Risanger, V. (2008) Mind the Gap! Evaluering av praksiskonsulentordningen. En sammenlignende studie ved 3 helseforetak med focus på ulikheter i organisering sett i relasjon til samhandling. Master i Endringsledelse, Universitetet i Stavanger.
- St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sundhedsstyresen (2003) Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark.
- Østergren, K. og G.S.D. Reisæter (2005) Koordinering i psykiatrien – Et grenseflateproblem. I *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125: 2281-2282).



Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden:

www.afi.no

Pt 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
www.afi.no

