

Kronikk

Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling

I dagens komplekse helsevesen er de fleste pasienter avhengige av samarbeid mellom flere tjenesteytere for å få en tilfredsstillende behandling. Helselovgivningen med forskrifter inneholder en rekke krav til kvaliteten på dette samarbeidet. En samarbeidsstrategi som inkluderer integrerte behandlingsskjeder, elektronisk kommunikasjon, gode resultatindikatorer samt ordninger som fremmer gjensidig respekt og forståelse er viktige tiltak for å bedre denne samhandlingen.

Sven Anders Haugtomt
 sven-anders.haugtomt@Fm-He.stat.no
 Fylkesmannen i Hedmark
 Helseavdelingen
 Postboks 4344
 2308 Hamar

Pasienter som trenger sammensatte tjenester over lang tid, som f.eks. personer med schizofreni, har behov for at mange tjenesteytere fra flere nivåer i og utenfor helsetjenesten samarbeider smidig om behandling og omsorg. Det gjelder også ved et enkelt besøk hos allmennpraktikeren, f.eks. dersom det tas en blodprøve som skal analyseres et annet sted enn i allmennpraktikerens eget laboratorium.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive ideelle trekk ved et system som skal yte behandling og omsorg i sammenhengende, «sømløse» behandlingsskjeder, beskrive potensielle hindringer på veien mot denne ønskede situasjonen samt å beskrive noen tiltak som kan iverksettes for å fjerne disse hindringene.

De ideelle krav

I en ideell samarbeidstilstand mellom partene i og utenfor helsevesenet legger pasienten nesten ikke merke til at behandlingen gis av flere tjenesteytere. Alle pasienter med krav på individuell plan har fått det, og planen er utarbeidet i samarbeid mellom alle relevante parter, inkludert pasienten og eventuelt familien. 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 mellom samarbeidspartnerne (internkontrollsystem), og samarbeidspartnerne har gjensidig respekt for hverandres kompetanse og ferdigheter. Disse punktene er basert på en gjennomgang av helselovgivningen med tilhørende forskrifter og veiledninger og på intervjuer med ansatte i et psykiatrisk sykehus og en kommune (1).

Pasientens selvbestemmelsesrett, hensyn til personvern og taushetsplikt kan noen ganger tilsynelatende begrense den frie kommunikasjonen som er nødvendig mellom samarbeidspartnerne. Dette kan løses ved at pasienten gir sitt samtykke.

Uten samtykke blir samarbeid meningsløst (når man ser bort fra tvangsbehandling innenfor psykisk helsevern).

Helselovgivningen kan ses på som lovgivernes kvalitetskrav til helsetjenesten. Nødvendigheten av samarbeid er omhandlet flere steder. Ifølge helseforetaksloven § 41 og kommunehelsetjenesteloven § 1-4 skal det samarbeides på tvers av nivågrensene (2, 3). Individuelle planer er tenkt som ett av verktøyene for å fremme samarbeid mellom enheter og på tvers av nivåer. Flere steder i helselovgivningen er det bestemmelser vedrørende individuelle planer. I kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 og pasientrettighetsloven § 2-5 gis pasienter rett til en individuell plan når de har behov for langvarige og sammensatte tjenester (2-4). Psykiisk helsevernloven gir *alle* pasienter som mottar psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, rett til en individuell plan (5).

Forskrift om individuelle planer (6) er hjemlet i disse fire lovene. En av hovedmålsettingene med forskriften er å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester og å styrke samarbeidet både mellom tjenesteytere på samme nivå og mellom nivåene. Verktøyet er den individuelle planen, som alle relevante aktører har en forpliktelse til å delta i utformingen av. I veiledningen til forskriften er det presisert at selv om forskriftens fokus er koordinasjon på individnivå, er det ofte nødvendig å koordinere på administrativt/organisatorisk nivå mellom tjenesteyterne (7). Det er for eksempel uhenksom at kommunehelsetjenesten og det psykiatriske sykehuset «finder opp kruttet» hver gang en pasient med schizofreni skal få sin individuelle plan.

Også forskrift om habilitering og rehabilitering (8) inneholder bestemmelser om samarbeid som må ses i sammenheng med forskrift om individuelle planer. Samarbeidsrutiner som er viktige for pasientenes sikkerhet og/eller kvaliteten på behandlingen, omfattes sannsynligvis av internkontrollplikts krav til skriftlig dokumentasjon. Internkontrollplikten er hjemlet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (9). Staten som sykehuseier har gitt signaler om viktigheten av godt samarbeid i f.eks. styringsdokumentet fra Helsedepartementet til Helse Øst (10). Dette gjenspeiler seg i Helse Østs handlingsplan (11).

Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i forfatterens prosjektoppgave (health policy report) i forbindelse med et nylig avsluttet mastergradsstudium (Health Services Management) ved London School of Hygiene and Tropical Medicine (1)



Godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å gi pasienten best mulig behandling. Foto SCANPIX

Hindringer og tiltak

De ideelle kravene til samarbeid er aldri oppfylt helt og fullt, men idealtilstander er nyttige å ha som ledestjerner på veien. På enkelte områder er man nær idealet. På andre områder er det et stykke igjen. Det vil variere fra sted til sted. Hindringene som beskrives i det følgende, vil derfor ha større eller mindre betydning alt etter hvor man befinner seg i dette landskapet.

Strategi

Oftest mangler en klart uttrykt strategi for samarbeid med andre. De fagre ord i overordnede dokumenter som lover, forskrifter og styringsdokumenter har lett for å bli utvannet og kanskje forsvinne når praktisk politikk skal iverksettes. Det bør utvikles en strategi for samarbeid både internt (f.eks. mellom sykehusavdelinger) og eksternt (f.eks. mellom sykehus og kommune). Strategien for eksternt samarbeid bør utvikles sammen med partene. Dersom sykehuset har en strategi for sin samarbeidspolitikk og kommunene en helt annen, vil ikke dette bidra til et resultat som gagnar pasientene. En klar strategi vil bidra til at samarbeidet utvikles mer koordinert og strukturert, og bør være mer enn en intensjonserklæring. Den bør bl.a. inneholde omtale av befolkningens behov, finansiering, bemanning, utviklingsprosessen, implementering, systemer for rapportering av fremdrift og resultater (12) samt hindringene for samarbeid.

Integrerte behandlingsskjeder

En formalisert beskrivelse av en pasients vei gjennom behandlingsapparatet kan kalles en integrert behandlingsskjede. Den beskriver

den forventede rekkefølge av begivenheter i behandlingen av en pasient med en spesiell tilstand innenfor en definert tidsramme (13). En integrert behandlingsskjede klargjør hver partners ansvars- og myndighetsområde. Det kan forhindre konflikter knyttet til ansvarsfordelingen og at pasienter faller mellom to stoler. Det er økende dokumentasjon for at bruk av integrerte behandlingsskjeder kan forbedre prosessene og effektiviteten i helsevesenet (13, 14). Når organiseringen av samarbeidet ikke er formalisert i skriftlige prosedyrer, blir den avhengig av at nøkkelpersoner kommer godt overens. Det hele kan bryte sammen hvis noen ryker uklar eller bytter jobb (15).

Innføring av integrerte behandlingsskjeder har ofte møtt motstand hos klinisk personell (16, 17). Motstanden skyldes delvis spenningsforholdet mellom standardisert og individuell behandling. Helsepersonell føler ofte at behandling ikke kan standardiseres i en prosedyre. Hver pasient er et individ som trenger et spesifikt behandlingssopplegg utviklet på individuell basis. Dette er en viktig innvending. Prosedyrer bør være redskaper til støtte for kliniske beslutninger. De kan aldri fungere som beslutningsregler, fordi den enkelte pasient ofte ikke passer helt inn i den gruppen prosedyren er laget for. Dette betyr ikke at integrerte behandlingsskjeder ikke kan og bør utvikles. Det betyr at det er helt sentralt å legge til rette for en syntese av prosedyren og personalets kliniske ferdigheter. Hvis det er nødvendig å fravike prosedyren og dette involverer en samarbeidspartner, må den inneholde regler for hvordan dette skal diskuteres og hvordan man skal komme frem til enighet.

Elektronisk kommunikasjon

Tiden fra utskrivelse til primærlege og andre samarbeidspartnere mottar epikrise, er ofte for lang i dag. Årsakene til dette kan være mange, men det er i hvert fall en indikator på at ikke alt er som det skal når det gjelder skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon. En måte å forbedre dette på, kan være å innføre elektronisk journal hos alle samarbeidspartnere. Det er vist at informasjonsdeling og en felles plattform for informasjonsteknologi er viktige suksessfaktorer i samarbeidet (12, 18). I Norge gjøres det en betydelig innsats på nasjonalt nivå når det gjelder å utvikle mulighetene til elektronisk kommunikasjon (19). Primærlegene i Norge har brukt elektronisk pasientjournal i mange år, mens sykehusene henger etter.

Forskjeller

Samarbeidspartnerne langs behandlingsskjeden har som regel forskjellige oppgaver og bruker ulike metoder i arbeidet sitt. Dette fører blant annet til at det utvikles forskjellige kulturer. Viser ikke partnene gjensidig respekt og forståelse for disse ulikhetene, blir ikke samarbeidet fruktbart. Selve forståelsen av sykdom og helse kan divergere: Innenfor psykiatrien har f.eks. noen en biomedisinsk forståelse, mens andre har en psykososial forståelse. Andre bekjenner seg til den biopsykososiale modellen som per i dag må anses som den «gjeldende» (20). Likevel vil partnene vektlegge ulike deler av denne modellen. Psykiateren vil sannsynligvis legge mer vekt på de biomedisinske aspektene av pasientens sykdom enn sosionomen.

Vellykket utvikling av partnerskap kan være smertefullt og vanskelig. Det å bringe forskjeller til overflaten kan midlertidig gjøre relasjonene vanskeligere i stedet for enklere (21). Man må forstå de andre aktørenes mål og politiske holdninger. Dette krever en betydelig åpenhet i partnerskapsbyggingen. Noen ganger kan gruppemedlemmenes ulikheter føre til at man skylder på hverandre når samarbeidet blir vanskelig (22). Dersom kulturelle, geografiske, finansielle og organisatoriske forskjeller blir identifisert, og vanskelighetene for den enkelte partner deles med de andre – om nødvendig ved hjelp av en nøytral tredjepart – så gjøres det fremgang i samarbeidet (12). Det bør derfor etableres ordninger som øker gjensidig respekt og forståelse mellom partene. Det kan f.eks. være felles utdanningsprogrammer og gjensidig hospitering.

Primær- og spesialisthelsetjenesten

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige nivåer i det offentlige hierarkiet. Ansvarsfordelingen mellom nivåene er ikke alltid like klar, og det er mange gråsoner i området mellom dem. De har ingen felles overordnet som kan utarbeide en felles strategi for samarbeid og

deretter iverksette den. Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er finansiert av forskjellige kilder, og finansierings-systemet inneholder få incentiver til å utvikle samarbeid mellom nivåene. I tillegg opplever de fleste at de er tildelt for lite ressurser til å løse oppgavene sine tilfredsstillende. Da er det fristende å forsøke å skyve oppgaver og dermed kostnader over på andre. Dette har negative virkninger for pasientene på to måter. For det første er det en hindring for utvikling av samarbeidet på tvers av nivåene. Det fører til dårligere tjenester for pasientene. For det andre er det en dårlig utnyttelse av samfunnets samlede ressurser til helsevesenet. Ressursene som brukes på å skyve kostnader, kunne i stedet vært brukt til pasientbehandling.

En fristende løsning på dette problemet er å reorganisere, slik at hele helsetjenesten kommer under samme hatt. Dette vil antakelig være uhyre kostnadskrevende. Ulempene ved dagens ordning skal være formidable for nytteverdien vil overstige kostnadene. I dagens situasjon er ulempene sannsynligvis ikke så store. Dessuten er det politisk helt urealistisk at noe slikt skulle bli vedtatt. På tross av de organisatoriske barrierene er man dermed nødt til å samarbeide. Utvikling av partnerskap mellom nivåene er nødvendig.

Partnerskap

Partnerskap er et sentralt begrep når det gjelder samarbeid mellom virksomheter. Partnerskap kan defineres som en prosess der to eller flere virksomheter arbeider sammen for å nå ett eller flere mål (23). En virksomhet kan i denne sammenheng

være store organisatoriske enheter, (kommune, sykehus) og mindre enheter som f.eks. en sykehusavdeling eller en deltjeneste i kommunen. Å utvikle en passende grad av partnerskap mellom aktuelle samarbeidspartnere i og utenfor helsevesenet er sannsynligvis en viktig faktor for å nå det ideelle målet.

Hvor langt et partnerskap skal utvikles, er avhengig av omstendighetene. Det er ikke noen bestemt grad av dette som er riktig i alle situasjoner. Dessuten vil partnerskap som regel ikke omfatte hele virksomheten, men bare de områder der berøringspunktene finnes. Graden av partnerskap kan rangeres slik (24):

- man informerer hverandre
- man rådfører seg med hverandre
- man fattet beslutninger ved konsensus (hver partner har vetorett)
- man deler beslutningsmyndighet og ressurser
- man delegerer beslutningsmyndighet og ressurser

Studier i Storbritannia av partnerskap mellom helse- og sosialtjenesten innen psykiatri tyder på at å slå sammen ressursene i felles budsjetter kan føre til at disse blir brukt mer (12, 15).

Noen kjennetegn ved vellykket partnerskap uavhengig av grad er vist i rammen (25).

Avsluttende kommentar

Hindringer for samarbeid handler om å bekjempe to grunnleggende årsaker til konflikt (24), nemlig ulike ideologier og målsettinger og uenighet om «territorier».

Det er sannsynligvis uopnåelig og heller ikke ønskelig at samarbeidspartnere er like når det gjelder ideologi og målsettinger, men det må være et mål å bli bevisst ulikhetene og håndtere disse på en måte som ikke går utover pasientene. Man må finne et minste felles multiplum som grunnlag for samarbeidet.

Territorialkonflikter tør være velkjent for de som jobber i helsevesenet. De finnes både mellom yrkesgrupper og virksomheter. I en samarbeidssituasjon kan slike konflikter være ødeleggende. Det kan være områder som flere partnere mener å ha krav på. Det må avklares, kanskje ved at området kan befolkes av flere. Det kan også være områder som ingen vil ha. Det må også avklares – noen må ta ansvar for dette området hvis det er av betydning for pasientbehandlingen.

For en utenforstående er det ofte ikke så vanskelig å se disse problemene. For dem som står midt oppi det, kan det være uhyre innviklet. Det er her utfordringen ligger.

Det er ikke nødvendigvis veldig komplisert, men kan være problematisk å gjøre noe med. Aktørene i dagens komplekse helsevesen har likevel ikke noe valg. Dersom pasientene skal få god behandling, må man stadig arbeide for et bedre samarbeid i en stadig mer sømløs behandlingsskjede.

Forfatteren takker Stuart Anderson, Senior lecturer ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, som har vært veileder i forbindelse med prosjektoppgaven.

Litteratur

1. Haugtomt SA. Towards seamless care in mental health: a case study from Norway. Masteroppgave. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.
2. Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.
3. Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak
4. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.
5. Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjen-nomføring av psykisk helsevern.
6. Forskrift om individuelle planer. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
7. Veileder for individuell plan 2001. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
8. Forskrift om habilitering og rehabilitering. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
9. Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten.
10. Styringsdokument for Helse Øst RHF 2002. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
11. Helse Øst RHF handlingsprogram. Hamar: Helse Øst RHF, 2002.
12. Villeneuve L, Hill RG, Hancock M, Wolf J. Establishing process indicators for joint working in mental health: rationale and results from a national survey. *Interprof Care* 2001; 15: 329–40.
13. Gray JAM. Evidence-based healthcare. 2. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001.
14. Hall J. A qualitative survey of staff responses to an integrated care pathway pilot study in a mental health care setting. *Nursing Times Research* 2001; 6: 696–705.
15. Higgins R, Oldman C, Hunter DJ. Working together: lessons for collaboration between health and social services. *Health Soc Care Community* 1994; 2: 269–77.
16. Jones A, Kamath PD. Issues for the development of care pathways in mental health services. *J Nurs Manag* 1998; 6: 87–95.
17. Jones A. The development of mental health care pathways: friend or foe? *Br J Nurs* 1999; 8: 1441–3.
18. Hannigan B. Joint working in community mental health: prospects and challenges. *Health Soc Care Community* 1999; 7: 25–31.
19. Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
20. St.meld. nr. 25 (1996–97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
21. MacMahon L. Practicing for partnership. Trent: NHS Executive Trent Regional Office, 1999.
22. Hammond I. The Hayes experience: A whole systems approach. I: Meads G, red. *Health and social services in primary care: an effective combination*. London: Financial Times Healthcare, 1997.
23. Funnell R, Oldfield K, Speller V. Towards healthier alliances: a tool for planning, evaluating and developing healthy alliances. Southampton: Wessex institute of public health medicine, 1995.
24. Lustgarten H. Forelesning ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.
25. Handy C. *Understanding organizations*. London: Penguin Books, 1993.

Kjennetegn på vellykkede partnerskap:

- felles målsetting
- følelse av forpliktelse og engasjement overfor gruppen
- gruppens verdier og normer aksepteres
- gruppemedlemmene er ansvarlig overfor/rapporterer til både gruppen og moderorganisasjonen
- klare roller og ansvar
- følelse av gjensidig tillit og avhengighet
- full deltakelse og beslutninger ved konsensus
- fri flyt av informasjon og kommunikasjon
- følelser og uenigheter uttrykkes åpent
- konflikter løses av gruppemedlemmene selv