



2008.2-3

# Nasjonalt senter for distriktsmedisin

## Søknadsskjema

<b>Søknaden sendes til</b>
Programmet for forskning og fagutvikling i allmennmedisin v/ Per Baadnes NSDM ISM 9037 TROMSØ

### Om søkeren

Navn		Alder 38	
Helen Brandstorp		Antall år i primærmedisinsk virksomhet 11 år	
Adresse		Stilling prosjektleder	
Christian VII gt 14, 9012 Tromsø			
E-mail	Tlf	Fax	
helenbra@hotmail.com	99152115		
Tidligere forskningserfaring og evt. publikasjon			
1. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:1057-9 Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten R Utsi H Brandstorp K Johansen T Wisborg			
2. Div. artikler i Utposten i perioden 2002-2007			

### Om prosjektet

Tittel	Trøning, lokale skutt medisinske team; en løsnings for bedre samhandling?
K-BEST; bedre samhandling i team	
Veileder	Anna Luise Kirkengen
Institutt (tilhørighet)	ISM, Universitetet i Tromsø

Tidligere søkt støtte til prosjektet	Utfall
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Avslag
<input type="checkbox"/> Nei	<input checked="" type="checkbox"/> Innvilget

Søkt støtte fra andre	Hvis ja, hvor
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Allmenpraktikerstipend for 6 måneder fra 010109, gitt av legeforeningen
<input type="checkbox"/> Nei	

8-2.2005



**NSDM**

*Sammendrag (max 250 ord)*

Prosjektet Kommune-BEST har jobbet med opplæring og trening av lokale akuttmedisinske team siden 2003 i Nord-Norge og har utviklet sin metodikk gjennom tverrfaglig aksjonslæringsmetodikk. Teamtrening etter våre prinsipper, består av tre deler; teorigjennomgang, praktisk trening og refleksjon i strukturert grupperefleksjon. Den tverrfaglige teorigjennomgangen er første del og bygger på relevant medisinskfaglig- og teamfunksjonsteori. Her vektlegges også begrepsbruk. Lokalt sammensatte, realistiske team får så øve på akuttmedisinske scenario i deres egne lokaler, med eget utstyr og kolleger. Treningen etterfølges av systematisk grupperefleksjon med vekt på selvevaluering. Hvert team får øve på to scenario slik at teamets felles definerte ønske om ny praksis kan prøves ut i scenario nummer to.

Målsetting er å lære bort en billig og effektiv teamtreningmodell for en bedret lokal akuttmedisinsk tjeneste. Teoretisk og praktisk kunnskap innlært i egen kontekst kan være lett overførbart til virkelige hendelser. En ansvarliggjøring av alle i teamet kan oppstå i en grupperefleksjon med dette som målsetting. Dette kan gi bedre samhandling, men vi vet lite om det virkelig gjør det. Vi ønsker derfor å hente ut vitenskapelig kunnskap om samhandling i team samtidig som teamtreningene fortsetter. Aksjonsforskningsstrategi vil være en overordnet strategi å styre denne prosessen etter. Kvalitative intervjuer og videoopptak av grupperefleksjonene er relevant for å hente ut helsepersonellens erfaringer av og forståelse for samhandling knyttet til håndtering av akuttmedisinske utfordringer. Statistiske beregninger ut fra spørreskjema før og etter kursdagen er aktuelt for å hente ut kunnskap om personellens teamfunksjons fokus og forståelse.

For drift behøves midler til reiser, opphold og lønn til medinstruktører

*Protokoll for prosjektet vedlegges (max 6 sider)*

Dato 131008	Underskrift 
----------------	-----------------

Søknad om programmidler for

K-BEST; bedre samhandling i team. :

Trening i lokale akuttmedisinske team, en læringsvei for bedret samhandling?

### 1. Bakgrunn og introduksjon

God kvalitet på helsehjelpen når tiden spiller en kritisk rolle betyr at helsetjenestene nær der folk bor må være gode. Med dagens kvalitetskrav og til dels kompliserte diagnose- og behandlingsregimer innen akuttmedisin, vil pasientsikkerheten noen ganger ivaretas best ved samarbeid mellom flere. Det er pasientens behov som avgjør om helsepersonell skal samarbeide eller ei, i følge Helsepersonelloven § 4 om *forsvarlighet*.<sup>1</sup> I et samarbeidende tverrfaglig team vil man kunne oppnå at deltagerne har en komplimenter kompetanse og man kan dra nytten av teammedlemmenes ulike perspektiv. Legen har det juridiske ansvaret for å ta beslutninger når det gjelder undersøkelse og behandling, i følge den nevnte § 4 om *forsvarlighet*, og har i tillegg en breddekompetanse som de andre ikke kan forventes å ha. Ambulanspersonellet og for eksempel sykepleiere, har derimot en annen, kanskje spissere kompetanse som legen ofte ikke besitter. Ved trene sammen som et team kan man bli kjent med de andres kompetanse, avklare roller og få øvet seg i smidig samspill. Samtidig kan teammedlemmene lære av hverandre og få en mer felles forståelse av behandlings- og diagnoseprosesser. Ved å la helsepersonell simulere pasient og pårørende, får man et slags pasient- eller brukerperspektiv også inn i teamet, som igjen blir nok nye ståsted for refleksjon omkring øvelsesscenarioet. Prosjektet Kommune-BEST har gjennom de siste 5 år praktisert og utviklet en modell for slik teamtrening.

I Norge er det et uttalt ønske politisk og sannsynligvis i befolkningen og helsevesenet selv at *alle* i landet skal få så god helsehjelp som mulig, når de har behov for det. Nasjonal Helseplan (2007-2010)<sup>2</sup> understreker dette. Utsagn som lik rett til helsehjelp går på tvers av skiller som for eksempel geografiske forskjeller, etnisitet, sosial klasse, kjønn osv.

Helsetjenesten er derfor organisert slik at det skal være enkelt for alle å få hjelp når man trenger det. I tilfeller der det haster skal publikum ha ett nummer å ringe, og hjelpen skal være lett tilgjengelig, lokalisert nær der folk bor. De som yter helsehjelp i den første fasen av et sykdomsforløp er nødmeldetjenesten (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og Legevaktsentral) og tjenestene uten for sykehus. Innen akuttmedisin brukes ofte begrepet prehospitale tjenester om alle disse, selv om det lagt fra alltid handler om helsehjelp gitt *før hospitalet* (prehospitalt). Pasienten skal ofte ikke inn på sykehus, de fleste pasientkontakter avklares ute i kommunene. Kun 10 % av de akutte henvendelsene ender på sykehus i følge Nasjonal Helseplan.

De prehospitale tjenestene utgjøres i stor grad av yrkesgrupper i 1.linjetjensten; allmennleger, allmennlegens hjelpepersonell, sykepleiere samt personell i 2.linjetjenesten som ambulans og AMK og i noen grad båt og -luftambulansetjenestene. Den delte organiseringen av helsevesenet har gjort at man de senere år har hatt sterkt fokus på samhandling mellom 1.linjen og 2.linjen. Praksiskonsulentordningen er et konkret samhandlingstiltak under oppbygging som har eksistert i 15 år og begynner å bli landsdekkende<sup>3</sup>. Lenge har fokuset vært på pasientforløp og sømløse overganger for pasienten mellom nivåene. Epikrisetid og

<sup>1</sup> LOV 199- 07- 02 nr 64. Lov om helsepersonell med videre (Helsepersonelloven)

<sup>2</sup> St.prp. nr 1. (2006-2007) kapittel 6. Nasjonal Helseplan (2007-2010).

<sup>3</sup> Helsepolitisk debattskrift nr 4, fra Allmennlegeforeningen. Praksiskonsulentordningen i Norge. et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste

Allmennlegenes praksiskonsulentordning som metode for godt samarbeid i helsetjenesten. Febr. 2008

henvisningsrutiner, oppgavefordeling mellom sykehusets poliklinikker og fastlegene, samt analyser for å finne flaskehalsen i behandlingsskjedene har vært prioritert.

Samhandling mellom tjenesteyterne fra forskjellige nivåer utenfor sykehus har ikke fått like stor oppmerksomhet. Begrepet "lokalt akuttmedisinsk team" er for eksempel ikke nevnt i NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*<sup>4</sup>. Men de senere år har flere store oppsummeringer pekt på at det er behov for å se på dette feltet. De viktigste rapportene for feltet prehospitale tjenester er *Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjeneste* fra juni 2006<sup>5</sup>, Statens Helsetilsyns rapport om legevakt høsten 2006<sup>6</sup>, Nasjonal Helseplan, *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede*<sup>7</sup> og *Traumesystem i Norge, forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter*<sup>8</sup>

De nevnte rapportene tar til orde for en satsning innen de prehospitale tjenestene og ønsker å øke allmennlegenes kompetanse og rolleforståelse som leder av det lokale akuttmedisinske teamet. Utviklingen i Norge har lenge vært at ambulansetjenesten har i økende grad overtatt leges arbeid, uten at det har vært en åpen plan, strategi eller debatt om dette.

Kompetansenivået til ambulansetjenesten er hevet, men den er fremdeles svært ujevn og det eksisterer ingen ensartet, formell utdanningsvei til å bli ambulanspersonell. Fremdeles er det mange i arbeid med kun 3 måneders kurs som sin teoretiske ballast innen faget ambulansemedisin. Ambulansetjenestene preges generelt av høy personell- turnover og lav prioritering av kvalitetsutvikling og -sikring av tjenestene i helseforetaksbudsjettene. Helse og omsorgsdepartementets arbeidsgruppe som skal se helhetlig på de prehospitale tjenestene skal forsøke kartlegge ressurser landets helseforetak benytter til ledelse og utvikling av ambulansetjenesten. Rapporten forventes ferdig primo 2009

Et lokalt akuttmedisinsk team er altså et tverrfaglig sammensatt team av helsepersonell som vil måtte jobbe sammen om akuttmedisinske problemstillinger i reelle situasjoner. Slikt arbeid er ofte samhandling *rundt* pasienten i større grad enn samhandling *i en kjede*. Mange helsepersonell utenfor sykehus er ikke kjent med begrepet lokalt akuttmedisinsk team, og begrepet samhandling er vist å oppleves forskjellig av leger, avhengig av arbeidssted<sup>9</sup>. Et lokalt akuttmedisinsk team ble første gang beskrevet i NOU 9/1998, *Hvis det haster..... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*<sup>10</sup> og er siden brukt i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus<sup>11</sup>.

I "Akuttforskriftens" § 4 *Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene* beskrives følgende krav: "Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling".

I merknadene til paragrafen står følgende: "For å sikre at befolkningen tidlig får adekvat hjelp, har øvelse i samhandling mellom personell stor betydning. Dette er derfor lagt inn som

<sup>4</sup> Norges offentlige utredninger. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* NOU 2005:3.

<sup>5</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjeneste. Dok. Nr 3.9 (2005-2006)

<sup>6</sup> Helsetilsynet. Kommunal legevakt – Gjennomgang av tilsynsmyndighetenes funn i perioden 2001- 2005

<sup>7</sup> Helse og Omsorgsdepartementet. Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Mars 2007

<sup>8</sup> Innstilling fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF'ene. Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter.

<sup>9</sup> Pettersen, B og Johnsen, R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten.

Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:565-8.

<sup>10</sup> Norges offentlige utredninger. *Hvis det haster..... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. NOU 1998: 9

<sup>11</sup> Helse og omsorgsdepartementet. FOR- 2005 – 03 – 252. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

et bindende krav. Det anbefales at helsepersonell deltar i relevant opplæring/kursvirksomhet og i akuttmedisinske team. Lokale akuttmedisinske team kan gjennomføre felles kurs og øvelser. Disse kan bestå av representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er viktig at det avsettes nødvendig tid til øvelser og praktisk trening.”

For at en gruppe helsepersonell skal kunne kalles et team bør deltagerne ha fordelt og definert roller i teamet og fokusert på teamfunksjoner som hensiktsmessig kommunikasjon og ledelse. Erfaringer fra K-BEST frem til nå er at bevisstheten om å definere og fordele roller i stor grad er fraværende ute i de lokale helsetjenestene. Likeledes er det ofte uklarerhet om hvem som skal lede og hvordan. Pasientens rolle som deltager av teamet er tatt inn i liten grad. Sammensetningen av et lokalt akuttmedisinsk team vil variere fra hendelse til hendelse, evt trening til trening, pga vaktordninger og arbeidsfordeling innen aktuelle tjenestesteder. En kan vektlegge flere dimensjoner når team trenes, men fra amerikansk litteratur<sup>12</sup> har vi funnet følgende sider som viktige å vektlegge for å bygge pålitelige team: ”Closed loop kommunikasjon”, god informasjonsutveksling, oppsummeringer for delt situasjonsforståelse, støttende adferd, gjensidig fokus på hverandres ytelse, felles mentale modeller, tid til feedback, fellesskaps bevissthet, høy kompetanse, tilpasningsdyktighet, fleksibilitet, planlegging, håndtering av feil, selvkorrigerende. Dette er begrep som må fylles med innhold og både opparbeidelse av forståelse og ferdigheter trenger tid til trening og refleksjon. Derfor vil teamtreninger med avklaring av teamfunksjoner og hensiktsmessige roller i et legevakts- og ambulansedistrikt være viktig for å oppnå pålitelige team. Teamet er som nevnt, satt sammen av helsepersonell fra både 1. og 2. linjetjenesten, i tillegg til pasienten selv og teamtrening har vært definert bl.a. som praksiskonsulentvirksomhet i UNN HF<sup>13, 14</sup>. Allmennlegeforeningen tar til orde for å opprette en egen PKO-akutt for å arbeide med samhandling innen dette feltet i sitt helsepolitiske debattskrift nr 4, fra februar 2008<sup>15</sup>

## 2. Forskingsspørsmålet

Trening i lokale akuttmedisinske team, en læringsvei for bedret samhandling?  
Vårt spørsmål er omkring hvordan teamdeltagere forstår samhandling i et team når de trener i et slikt team etter en systematisk modell. Kan man tilrettelegge metodisk for at deltagerne får økt innsikt og oppdager selv hva samhandling handler om i sin egen kontekst?

## 3. Metodikk

Samhandling er et begrep fra sosiologien og det er naturlig å trekke inn sosiologiske metoder og samfunnsvitenskap som hjelpevitenskap.

Aksjonsforskning er en forskningsstrategi som er bedre kjent innen sosiologiske fag enn i medisinen i Norge. Men i Kirsti Malteruds bok *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*<sup>16</sup> beskrives forskningsstrategien på linje med andre kvalitative tradisjoner. Malterud beskriver aksjonsforskning som ”en strategi der vi arbeider for endring samtidig som vi vil bruke

<sup>12</sup> Wilson, K A, Burke, C S, Priest, H A og Salas, E Promoting health care safety through training high reliability teams. *Qual. Saf. Health Care* 2005;14;303-309 doi:10.1136/qshc.2004.010090

<sup>13</sup> Rapport for 2004 og delvis for 2003. Fra Praksiskonsulent ordningen (PKO) ved UNN.  
<http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20-%20Internett/Fagfolk/Praksiskonsulentordning/Dokumenter/pkorapportfor2005.doc>

<sup>14</sup> Ringberg, U. PRAKSISKONSULENT - en konsulent på sykehus fra allmennpraksis. Utposten nr 6 2004

<sup>15</sup> Helsepolitisk debattskrift nr 4, fra Allmennlegeforeningen. Praksiskonsulentordningen i Norge.  
et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste

Allmennlegenes praksiskonsulentordning som metode for godt samarbeid i helsetjenesten. Febr. 2008

<sup>16</sup> Malterud, K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 3.opplag. Oslo : Tano Aschehoug, 2006

prosessen til å utvikle ny kunnskap” og hun trekker den frem som en strategi egnet til å se på samhandling.

Frem til i dag har K-BEST i hovedsak vært mye aksjon og lite forskning. Målsettingen så langt har vært å heve kompetanse og utvikle aksjonen, dvs K-BEST metodikken og nettverksbygging. Dette har vi gjort ved aksjonslæringsmetodikk, der de involverte instruktører og kursdeltagere systematisk reflekterer over egen teamtreningsspraksis og sammen finner forslag til forbedring. Disse settes ut i livet og man evaluerer så effekten sammen. Denne metoden likner svært mye på Demmings kvalitetsutviklingshjul, men kravet om deltagelse fra de involverte gir en tilleggsdimensjon. Vi bruker debriefingssituasjonene etter scenariotrening og reisetid til refleksjon om forbedringstiltak for selve teamtreningssmodellen og har hatt flere tverrfaglige referansegruppe møter, samt et større dialogmøte med K-BEST- kursdeltagere fra hele Nord- Norge. Med den nye tilretteleggingen for forskning, ønsker vi å legge til en aksjonsforskningsstrategi. Denne tradisjonen har fra 60-tallet bl.a. blitt brukt innen organisasjonsutvikling i industrien (eks. Einar Thorsrud, Norwegian Industrial Democracy Project<sup>17</sup>). I nyere tid har man sett den brukt innen pedagogikk. Nordisk senter for aksjonsforskning og aksjonslæring, norAforsk<sup>18</sup>, er lagt til Høgskolen i Tromsø og ledes av professor i pedagogikk Tom Tiller.

Det er en forutsetning for aksjonsforskning at man bygger på tydelige demokratiske verdier og en likeverdistanke. Empowerment er nevnt som en målsetting og skal sikres ved stor grad av deltagelse fra de involverte i forskningsprosjektet. Kvaliteten i organisasjonen og det den leverer skal styrkes nedenfra.

Siden 2005 har K-BEST sin visjon vært ”en stabil og kvalitetssikret akuttmedisinsk helseberedskap som ivaretar pasientsikkerheten for hele Nord-Norges befolkning”. Tanken om likeverdighet uttrykkes i at hele Nord-Norges befolkning er nevnt, ikke bare grupper av denne. Sosial rettferdighet nevnes ofte som den grunnleggende verdien for forskningsretningen Aksjonsforskning, og sees i grunnleggeren Kurt Lewins<sup>19</sup> arbeid ”Action research and minority problems” fra 1946<sup>20</sup>.

Aksjonsforskning er en forskningsstrategi der triangulering av metoder sees på som en styrke, men det kvalitative paradigmet er dominerende. Kvalitative metoder vil være nyttige i vårt prosjekt da forståelse av samhandling er et nøkkelord. Kvalitative intervju av teamdeltagere etter trening er tenkt som en kunnskapskilde. Videofilming av de systematiske debriefingssituasjonene under trening er et annet kildemateriale. Videoopptak av debriefingene er allerede forsøkt og vi har ikke fått negative tilbakemeldinger fra de 10- 12 teamene vi har testet dette på. Det var flere negative tilbakemeldinger av videofilming i starten av prosjektet (2004-2005) da vi filmet selve den praktiske treningen. Dette er i ettertid tatt ut av metodikken.

Videre er det helt siden starten i 2004 delt ut et spørreskjema før og etter hvert K-BEST – kurs. Relevante spørsmål som stilles her er bl.a. på hvilke områder det enkelte helsepersonell opplever at man lokalt har størst utfordringer. Allerede før kursstart ser det ut til at et flertall

---

<sup>17</sup> Qvale, T U. A Norwegian Strategy for Democratization of Industry, Human Relations, Vol. 29, No.5, 453-469 (1976), DOI: 10.1177/001872677602900505

<sup>18</sup> <http://www.hitos.no/noraforsk/>

<sup>19</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Kurt\\_Lewin](http://en.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin)

<sup>20</sup> Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. J Soc. Issues 2(4): 34-46

ser at samhandlingselementer som kommunikasjon, ledelse og dokumentasjon er områder der forbedring trengs. Inntrykket er at dette fremdeles trekkes frem som problemområde etter endt kursdag. Antallet er nå nærmere 500 besvarte spørreskjema og det vil være naturlig å benytte statistiske metoder for å se på frekvenser

Som ved all kvalitativ forskning blir det i dette prosjektet viktig å gjøre grundig rede for forskernes forforståelse og forhold til feltet det skal forskes på. Idealet om objektivitet og en nøytral holdning til resultatene vil påvirkes av prosjektleders nærhet til arbeidsfeltet og fagpolitiske roller i relevante arbeidsutvalg og faggrupper. Aksjonsforskningsstrategien har som uttalt mål å kunne påvirke forskningsfeltet, men ikke ensidig ved en stek leder. Demokratiske prosesser er idealet.

#### 4. Ethiske sider

Teamtrening av helsepersonell innebærer ingen reell pasientkontakt og brudd på taushetsplikt i forhold til pasientopplysninger er ikke en aktuell problemstilling.

Yrkesetiske normer vil derimot være en viktig å ha fokus på og et spesielt ansvar for instruktører. Noen teammedlemmer vil kunne risikere at de avslører ubehagelige sider ved sin egen person eller yrkesutøvelse. Dette søkes ivaretatt i debriefings situasjonene der oppbyggingen er tenkt å forhindre nettopp dette. Ved at hver enkelt snakker sin egen opplevelse av treningen først, etterfulgt av en runde der alle sier noe om det som gikk bra, opplever vi at teamet hjelpes til å ivareta hverandres følelser og støtter opp om de andre teammedlemmenes prestasjoner. Den siste runden som fokuserer på hva som kunne vært gjort annerledes, får sannsynligvis en mer konstruktiv og ivaretagende tone på denne måten. Dette avhenger både av veileders evne til å styre og det avhenger både av de andre teammedlemmene. Opplæring av veiledere til å være oppmerksomme og søke ivareta det enkelte helsepersonell er derfor viktig. Det gjøres ved en mester/svenn -metodikk, der nye veiledere jobber sammen med en erfaren før selvstendig veiledning.

#### 5. Disseminering og relevans

Teamtrening i lokale akuttmedisinske team er et forskriftsfestet krav til helsepersonellet utenfor sykehus. Forskriften og det spesifikke kravet later til å være middels til dårlig kjent i allmennmedisinske kretser. Ansvar for å organisere at helsepersonellet får øvelse i samhandling er delt mellom helseforetak og kommuner, men slik vi kjenner landets tjenester, så oppfylles kravet i svært liten grad. Vi er heller ikke kjent med systematisk tilsyn fra tilsynsmyndighetens side.

Da det stilles svært få kvalitetskrav til de prehospitale tjenestene utover forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven, ser vi kravet om trening i samhandling som viktig for å bedre kvaliteten på tjenestene. Samhandling regnes som det viktigste feltet å ta tak i for Helse- og Omsorgsministeren som tiltrådte sommeren 2008, så relevansen er tydelig fundert helsepolitisk. Vi vet om andre planer og konkrete prosjekt i bl.a. Etne kommune/Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Blefjell HF, Legevakta i Drammensregionen IKS / Sykehuset Buskerud HF. Vi får samtidig tilbakemeldinger fra akuttmedisinske miljø i hele landet at slike treninger er ønsket, men det er vanskelig å prioritere oppstart av slik kvalitetsutviklingsvirksomhet. Helse Sør-Øst har imidlertid også etablering av lokale akuttmedisinske team med i sitt plandokument for "Hovedstadsprosessen" som p.t. er på høring<sup>21</sup>. Med økt kunnskap om hvilke effekter vår modell har, håper vi å kunne spille inn

<sup>21</sup> Helse Sør-Øst RHF. Hovedstadsprosessen. Delprosjekt 3: Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene. Høringsutkast

nyttige erfaringer til landets kommunalt ansatte helsepersonell og de ansatt i helseforetak. Det er her "nedenfra" initiativ må komme og endring kan skje. Vi vet at et forskriftskrav alene ikke gjør stor forskjell. I andre omgang vil det være et mål å nå utdanningsinstitusjonene og beslutningstagere i statlige etater, KS, fagforeninger.

## 6. Tidsplan

Arbeidet med vitenskapelig kunnskapsuthenting fra prosjektet er tenkt å lede til en doktorgrad. Allmennpraktikerstipend vil være det første stipendet som søkes og planen er å søke opptak som doktorgradstudent og dermed andre stipender for å kunne jobbe vitenskapelig de kommende fire-fem år, - eller i tiden det tar. Tilknytningen til Universitetet i Tromsø er stabil gjennom en deltidsstilling i Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin som er planlagt vare i minst fem år.

Teamtreningssprosjektet K-BEST har som mål å fortsette sin aktivitet i Nord-Norge og være med i et nettverk som søker støtte andre modeller og miljø i deres arbeid for det samme.