



## RAPPORT

FOR DELPROSJEKT SEKS

I KOMMUNEHELSESAMARBEIDET INN-TRØNDELAG

## HOSPITERING – KUNNSKAPSOVERFØRING

I KOMMUNENE INDERØY, VERRAN, STEINKJER OG SNÅSA

27. 03.2012



Inderøy kommune



Verran kommune



Steinkjer kommune



Snåsa kommune



## Rapport

# Hospitering - kunnskapsoverføring

### Delprosjekt i kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

”Samhandling og kommunikasjon i utvikling av helsetjenester i Inn-Trøndelag 2011-2013”,  
prosjektleder Liv Inger Masdal Næss.

På delprosjekt Hospitering – kunnskapsoverføring deltok fra kommunene Per Arne Olsen, Inderøy  
kommune, Gudrun Jenssen Velde, Snåsa kommune, Bjørg Aasen, Steinkjer kommune og Lisbeth  
Ystmark, Verran kommune.

Fra distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag deltok Inger Risan.

I prosjektgruppen deltok også tillitsvalgtrepresentant Nanna Dyrendal, tillitsvalgt fra Fagforbundet,  
Inderøy.

Karsten Saugestad, personalsjef, Steinkjer var tilkallingsperson.

Fra Senter for omsorgsforskning Midt-Norge deltok Aud Moe og Hildfrid V. Brataas (prosjektleder).  
Kirsten Lange, Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, var sekretær på prosjektet.

Mars 2012

Aud Moe og Hildfrid Brataas

Senter for omsorgsforskning Midt-Norge

Høgskolen i Nord-Trøndelag

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| Sammendrag   | 2  |
| Innledning   | 4  |
| Metode   | 8  |
| Prosjekterfaringer og resultater                                   | 10 |
| Beskrivelse av fire modeller for hospitering – kunnskapsoverføring | 11 |
| Anbefaling - videreføring  | 17 |
| Litteraturliste  | 20 |
| Vedlegg  | 23 |

### Liste over vedlegg:

**Vedlegg 1. Hospiterings-/kunnskapsoverføringsmodeller for samhandling om enhetlige pasientforløp**

**Vedlegg 2. Modell A: Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging**

**Vedlegg 3. Modell B: Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov**

**Vedlegg 4. Modell C: Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag**

**Vedlegg 5. Modell D: Interkommunal hospitering - kunnskapsoverføring**

## Sammendrag

Prosjektet er et delprosjekt under Kommnehelsesamarbeidet Inn-Trøndelag, hvor prosjektleder er Liv Inger Masdal Næss. Delprosjektet, P 6: *Hospitering - kunnskapsoverføring*, er et delprosjekt helselederne i Inderøy, Verran, Snåsa og Steinkjer, samt i Distriktsmedisinsk senter Inn-Trøndelag (DMS), mener er viktig. Prosjektet er gjennomført på oppdrag. Senter for omsorgsforskning Midt-Norge (SOF) har deltatt med prosjektleder Hildfrid V. Brataas, prosjektmedarbeider Aud Moe, og Kirsten Lange, daglig leder for SOF som har vært sekretær på prosjektmøter.

Deltakere i prosjektgruppen var Inger Risan, Distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag, Per Arne Olsen, Inderøy kommune, Gudrun Jenssen Velde, Snåsa kommune, Bjørg Aasen, Steinkjer kommune og Lisbeth Ystmark, Verran kommune. Kommunene utgjør Kommnehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag som har inngått Vertskommuneavtale om DMS Inn-Trøndelag. Ovenfor nevnte representanter fra hver kommune, samt tillitsvalgtrepresentant Nanna Dyrendal, tillitsvalgt fra Fagforbundet, Inderøy, utgjorde prosjektgruppen sammen med Aud Moe og Hildfrid V. Brataas, SOF. Kirsten Lange, SOF, var sekretær på prosjektet. Karsten Saugestad, personalsjef, Steinkjer var tilkallingsperson.

## Mål for prosjektet

A: Kartlegge behov for hospitering i alle retninger → Kommune, DMS, Helse- Nord- Trøndelag

B: Sette opp forslag til en plan for hvordan denne implementeringen kan skje i nært samarbeide med prosjektdeltagerne fra de respektive fagmiljøene i kommunene

C: Forberede faglige opplegg og innhold for gjensidige hospiteringsopphold og programinnhold ihht angitte behov fra prosjektgruppa

D: Lage forslag til systemer som ivaretar deltagelse med antall/ajourhold i samarbeid med prosjektgruppa

## Metode

Utviklingsarbeid med forventningsavklaring, kartlegging og analyse av bakgrunnsinformasjon, idédugnad, behovsanalyse og prioriteringer av hospiteringsmodeller. Arbeidet er utført ved utstrakt dialog og samarbeid i prosjektgruppen.

## Prosjekterfaringer og resultater

Prosjektgruppen har hatt tre møter med dialog om hospitering/kunnskapsoverføring. Kartlegging av behov for hospitering er gjennomført som dokumentanalyse og dialog i prosjektgruppen, som har hatt representanter fra DMS og de fire kommunene i prosjektet, samt tillitsvalgtrepresentant. Representanter for Senter for omsorgsforskning Midt-Norge som har ledet prosjektarbeidet.

Med utgangspunkt i to forhold; 1) offentlige føringer og 2) kommunenes erfaringsbaserte behov har prosjektet utviklet fire modeller for hospitering - kunnskapsoverføring (Jfr. Vedlegg 1-5).

## Modell A: Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging

Det rekrutteres veiledere i etisk refleksjon i alle kommuner og DMS, minimum 2 ressurspersoner fra hver kommune og 1 fra DMS. Nettverk av ressurspersoner etableres for kunnskapsoverføring: Nettverkskonferanse 1 dag pr halvår. Konferansen planlegges og gjennomføres av ressurspersonene.

Ressurspersoner i Inderøy og Steinkjer deltar på nasjonalt KS prosjekt "Samarbeid om etisk kompetanseheving". Disse vil kunne overføre kunnskap til ressurspersoner i alle kommuner og DMS. Ressurspersoner på etikkveiledning oppretter tverrfaglige refleksjonsgrupper lokalt.

#### **Modell B: Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov**

Hospitering, samarbeid og kunnskapsoverføring for å møte spesielle, sammensatte behov. Case (pasientsituasjon) er sjelden/kompleks. Pasientforløp mellom nivåer. Deltakere er helsepersonell. Opp til en ukes hospitering på ett/flere vertssted, DMS, evt. HNT, kommune, avhengig av caset.

#### **Modell C: Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag**

To dagers hospitering ved DMS Inn-Trøndelag. Formål å bli kjent med DMS som ny samhandlingspart og få overført kunnskap om utvalgte tekniske arbeidsoppgaver. Målgruppe er alle faggrupper i kommunehelsetjenesten. Ledere bør prioriteres først, for å bli kjent med DMS som nytt nivå i samhandlingskjeden.

#### **Modell D: Interkommunal hospitering - kunnskapsoverføring**

Hospitering i kommune eller DMS for å lære nye/andre måter å arbeide på. Hospitering 1 dag – 1 uke, avh av mål og opplegg. Målgrupper er alle faggrupper i kommune / DMS. Enheter i kommuner og DMS kan være ressurser for hverandre og overføre kunnskap til andre, generelt og spesielt ved oppbygging av nye måter å utforme praksis på. Søker beskriver tema og mål for hospitering.

Alle søknader på hospitering skal beskrive hvordan kunnskap tenkes overført på eget arbeidssted.

#### **Anbefaling - videreføring**

Ved politisk og administrativ behandling av modeller og planer som beskrevet, anbefales tilslutning.

Økonomiske rammebetingelser har ikke vært prosjektets mandat å utrede. Dette må ivaretas lokalt. Anslagsvis ressursbehov (dagsverk hospitering og seminarer) er skissert i rapporten.

Politisk og organisatorisk forankring for hospitering/kunnskapsoverføring: Prosjektet faller inn under avtaler mellom HNT og kommuner, og DMS og kommuner, med formål om etablering av gode samarbeidsrutiner slik at pasient/ bruker mottar helhetlig tilbud gjennom samarbeid basert på likeverd mellom partene. HNT har ikke hatt egen representant i prosjektgruppen. Leder ved DMS Inn-Trøndelag representerer i prinsipp alle parter som samarbeider om sentret. Det må samhandles spesielt med HNT, for avtale og planer om konkrete hospiteringsopphold.

Arbeidstakernes rettigheter/avtaler ifm hospitering er ikke en del av prosjektet, og må ivaretas gjennom kommunene og DMS sitt arbeidsgiveransvar. Prosjektet har ikke hatt brukerrepresentant.

## Innledning

Samhandlingsreformen nødvendiggjør samarbeid mellom kommuner og oppretting av distriktsmedisinske sentra som også blir en samarbeidspart mellom kommuner og sykehus.

Prosjektet er et delprosjekt under Kommunehelsesamarbeidet Inn-Trøndelag, hvor prosjektleder er Liv Inger Masdal Næss. Delprosjektet, P 6: *Hospitering/kunnskapsoverføring*, er et delprosjekt helselederne i Inderøy, Verran, Snåsa og Steinkjer, og i DMS, mener er viktig. Prosjektet er gjennomført på oppdrag. Senter for omsorgsforskning Midt-Norge (SOF) har deltatt med prosjektleder Hildfrid V. Brataas, prosjektmedarbeider Aud Moe og Kirsten Lange, daglig leder for SOF som sekretær på prosjektmøter.

Deltakere på prosjektet.

Deltakere i prosjektet var Distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag (Inger Risan), Inderøy kommune (Per Arne Olsen), Snåsa kommune (Gudrun Jenssen Velde), Steinkjer kommune (Bjørge Aasen) og Verran kommune (Lisbeth Ystmark). Disse kommunene utgjør Kommunesamarbeidet i Nord-Trøndelag som har inngått Vertskommuneavtale om DMS Inn-Trøndelag. Representanter fra hver kommune, tillitsvalgtrepresentant (Nanna Dyrendal, tillitsvalgt fra Fagforbundet, Inderøy) utgjorde prosjektgruppen sammen med prosjektmedarbeider Aud Moe og prosjektleder, Hildfrid V. Brataas, SOF. Kirsten Lange, daglig leder ved SOF, var sekretær på prosjektet.

Karsten Saugestad, personalsjef, Steinkjer var tilkallingsperson.

Framdriftsplan: Prosjektet startet i uke 3, 2012 og avsluttes pr. 31.03.2012.

### Mål for prosjektet

A: Kartlegge behov for hospitering i alle retninger → Kommune, DMS, Helse- Nord- Trøndelag

B: Sette opp forslag til en plan for hvordan denne implementeringen kan skje i nært samarbeide med prosjektdeltagerne fra de respektive fagmiljøene i kommunene

C: Forberede faglige opplegg og innhold for gjensidige hospiteringsopphold og programinnhold ihht angitte behov fra prosjektgruppa.

D: Lage forslag til systemer som ivaretar deltagelse med antall/ajourhold i samarbeid med prosjektgruppa

Prosjektet har utviklet modeller for hospitering/kunnskapsoverføring/kunnskapsutvikling med utgangspunkt i to forhold; 1) offentlige føringer og 2) kommunenes erfaringsbaserte behov.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) pålegger kommunene ansvar for alle pasient- og brukergrupper med somatisk, eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunene skal sikre at den enkelte gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Lovens kapittel 8 pålegger kommunen å medvirke til undervisning og praktisk

opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, og skal sørge for at ansatte som utfører tjenester får påkrevd videre- og etterutdanning. I et samfunn med sterkt økende eldrebefolkning med økt risiko for å utvikle sykdom, tilsier prognoser at kroniske lidelser hos eldre blir dominerende årsak til hjelpebehov i fremtiden (Folkehelseinstituttet 2010).

Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) beskriver fem langsiktige strategier for fremtidens omsorgstjenester der "Kapasitetsvekst og kompetanseheving" er et av satsingsområdene. Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i Omsorgsplan 2015 (op.cit.), og Regjeringen og KS har inngått avtale om bl a kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det nasjonale prosjektet "Samarbeid om etisk kompetanseheving" er en vesentlig del av kompetanseløftet, og har som oppdrag er å heve den etiske kompetansen blant helsearbeidere. I prosjektet "Samarbeid om etisk kompetanseheving" deltar bl a Inderøy og Steinkjer kommune. Snåsa og Verran kommune vurderer å søke opptak. Prosjektet anbefaler at disse kommunene søker; jfr. rapportens beskrivelse av Modell A. Omsorgsplan 2015 (op.cit.) fremhever Utviklingssenter for sykehjem (Verdal) og hjemmetjenester (Stjørdal) som skal bidra til å utvikle gode pleie- og omsorgstjenester i fylket gjennom fagutvikling og forskning. Sentralt er etablering av et forpliktende samarbeid på tvers av universitet, høyskole, fylkesmann, kommuner og stat (<http://www.utviklingssenter.no/>).

Sørby, Grue & Vetvik (2009) har, på oppdrag fra Statens helsetilsyn, utarbeidet en rapport om kompetanse hos fagansatte i helse- og sosialtjenesten. De fant kompetansen utilstrekkelig. Kjente sviktområder var rehabilitering og forebygging (eks fall, ernæring, infeksjon, inkontinens, søvnproblemer, ensomhet, fysisk og sosial aktivitet). Annen fare for svikt var i forhold til lite dokumentasjon på tjenestetilbud til eldre med rusproblemer og/ eller psykiske problemer. Det var lite kunnskap om eldre psykisk utviklingshemmedes behov. Antall eldre av utenlandsk opprinnelse antas å stige, og vil skape behov for nytenkning. Det er funnet få aktuelle publikasjoner om kompetanse i å møte eldre samer sine behov for helse- og sosialtjenester (op.cit.).

**Kommunens erfaringsbaserte behov** fremkom gjennom bestillingen fra kommunene Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran og Distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag (DMS) til Senter fra omsorgsforskning

## Sentrale begrep og forskning innen området

### Hospitering

Hospitering er blitt mye benyttet om å **lære av hverandres helsetjenestetilbud**, oftest ved at en ansatt på ett sted oppholder seg på et annet arbeidssted. Hensikten er at det skjer kunnskaps- og kompetanseutvikling.

I dette prosjektet forstås **hospitering** som noe mer enn kunnskapsutveksling mellom hospitant og ansatte der denne hospiterer. Hospitering er for det ene knyttet til kompetanseutvikling hos ansatte gjennom direkte deltakelse på hospiteringsopplegg. For det andre er det et ledd i kunnskapsoverføring og nettverksbygging. Personell blir kjent på tvers av arbeidssted. De videreutvikler kompetansen gjennom samarbeidet. Videre spres kunnskap til flere ansatte på eget arbeidssted. Det skjer erfaringsutveksling og læring gjennom interaksjon i sosiale arbeidsfellesskap på hospiteringsstedet og der hospitanten har sitt arbeidssted.

Planlagte og tilrettelagte hospiteringsopplegg skal legge til rette for og skape trygge betingelser for læring hos hospitant og vertskap. "Friske øyne" og spørsmål til tradisjonelt samarbeid, kan gi økt

forståelse for samarbeidspartene. Det kan også åpne for fornyelse (innovasjon) i måter å samhandle på.

**Å lære av hverandres helsetjenestetilbud** kan utvikle arbeidsfellesskap, utvikle læringsarenaer i grupper innad eller på tvers av avdelinger og enheter. En studie viser at organisering av lærende arbeidsfellesskap i grupper på avdelinger eller på tvers av enheter/institusjoner bidrar til kritisk gransking av situasjonsbeskrivelser og etablerte arbeidsformer og utvikling av praksisnær kunnskap (Jensen 2009).

Vi ser hospitering som et ledd i kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring mellom helsepersonell i og på tvers av avdelinger, helseinstitusjoner og nivåer i helsetjenesten. Formålet er å utvikle kompetanse og funksjonell samhandling som møter enkeltindividets behov gjennom hele pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Intensjonen er å bidra til implementering av samhandlingsreformens innovasjonskrav.

Hospitering har ingen direkte tilsvarende engelsk term. Derimot benyttes begrepet "staff exchange schemes". Søk på nettstedet Google på "staff exchange schemes" and "community care" and "evaluation" ga 310.000 treff. De omfatter hospitering mellom tjenestenivåer, institusjoner og på tvers av nasjoner. Hospitering mellom land i ulike verdensdeler eller land hvor helsetjenester og befolkning er veldig ulike, vil naturligvis gi andre læringsutbytter, og ha andre mål enn hospiteringsprosjektet mellom Inntrøndelag-kommuner.

Det finnes norske prosjekter på hospitering innen helsetjenesten, og det rapporteres om at det foregår utviklingsarbeid på flere prosjekter. Her er Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (<http://www.utviklingssenter.no/>) sentrale aktører. Prosjektet har avgrenset til i hovedsak å ha sett på publisering om norske prosjekter.

## Samhandling

Samhandling forstås her som å nå felles mål gjennom effektiv oppgavefordeling og kvalitet i gjennomføring og koordinering av alle oppgaver. Samhandling forutsetter rammer og hensiktsmessige strukturer, vilje til samarbeid, faglig dyktighet og evne til å gjøre hverandre dyktige i samarbeid (Brataas og Furunes 2011).

"Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles, omforente mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte" (Helse- og omsorgsdepartementet 2009:13).

En litteratur gjennomgang på samhandling (Oxman m fl 2008) som omhandler integrering av helseomsorg til personer med kroniske tilstander, konkluderer med at mangelfull samhandling kan påvirke kvalitet og effektivitet i helsetjenesten, tilgjengelighet til, deltakelse i, og tilfredshet med behandling, og helsemessig utfall for kronisk syke pasienter. Garåsen og Johnsen (2005, 2007) fant at kommunikasjon mellom sykehuslegene og allmennpraktikere i mange tilfeller var så mangelfulle at det medførte alvorlig helseisiko for eldre pasienter. Studiene viste at eldre pasienter ville ha fordel av behandling i en intermedieravdeling i sykehjem istedenfor sykehus, med færre innleggelser og lavere dødelighet enn ved tradisjonell behandling. Dette tyder på at prosjektets målsetting og hospiteringsmål om utvikling av kvalitet på samhandling mellom kommuner, DMS og sykehus er vesentlig for kvaliteten på helsetjenestene.



## Kompetanse

Kompetanse defineres gjerne gjennom begrepene kunnskaper, ferdigheter og holdninger eller personlig kompetanse (Irgens 2007, Skau 2005). "Kompetanse er ikke noe en har – det er noe som viser seg i konkrete og virkelige situasjoner" (Fagermoen 1998: s. 9). En synliggjør sin kompetanse ved å bruke kunnskaper, ferdigheter og holdninger og verdier i arbeidet. Helsepersonell må ha tilstrekkelige teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke, praktiske ferdigheter for yrkesutøvelsen. I tillegg er personlig kompetanse, som å inneha de riktige holdninger og verdier, nødvendig. Den personlige kompetansen er ikke yrkesspesifikk, men brukes i yrkesutøvelsen. Den kan forstås som en kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter (Skau 2005). Omsorg for mennesker krever en moralsk kompetanse. Omsorgen er ikke verdinøytral, men bygger på etiske verdier og normer (Kristoffersen 2011). Det gjelder for alle yrkesgrupper.

Faglig, men også tverrfaglig kompetanse er vesentlig i personsentrert helhetlig helsehjelp gjennom hele pasientforløpet (Brataas og Furunes 2011). Det trengs god informasjonsflyt og forståelse av egen og andres roller i praksis. "Helsepersonell trenger evne til samarbeid, kunnskap om samhandling og forståelse for ulike former for tverrfaglig virksomhet og hvordan gjøre hverandre dyktige i å møte pasientens helhetlige behov for helsetjenester, deriblant både enkeltstående og sammenkjedede tiltak" (s. 228).

## Kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring

Kunnskapsutvikling er en prosess, hvor man bygger videre på det som er lært. Utvikling på individnivå kan omfatte innlæring, øving og erfaringsbasert refleksjon, tilegnet i individuell arbeid og i dialog og samarbeid med andre (Irgens 2007, Kolb 2000). I dette prosjektet anses erfaringslæring som særdeles viktig, da det er i praksis man lærer og overfører kunnskap gjennom å hospitere.

Erfaringslæring har fått økende oppmerksomhet ved utvikling av praktisk yrkeskunnskap i helsetjenestene (Jensen 2009; Bulman 2008). Gruppebasert refleksjon i praksis er beskrevet å gi gode læringseffekter (Benner m.fl. 2011; Beverley og Worsley 2007; Teekman 2003). I grupper på to eller flere er det å være støtte for hverandres læring en viktig miljøfaktor. Vertskapet kan være "stillas" for hospitantens læreprosess. Som "stillasbyggere" bør vertskapet legge forholdene til rette slik at hospitanten lærer innen det Vygotskij og Cole(1978) kaller den nære utviklingssonen (Zone of proximal development).

Kunnskaps- og kompetanseutvikling er langsiktige prosesser. Rent kognitivt lærer hver enkelt "steg for steg". Når læringseffekter av hospitering skal evalueres, må læringstaksonomier tas i betraktning. Bloom's taksonomi beskriver stadig høyere nivåer i læreprosesser; fra 1) å huske noe til 2) å forstå fakta og ideen bak noe (eksempelvis en prosedyre), til 3) å kunne anvende kunnskap om fakta, teknikker og regler i problemløsning, til 4) å bruke flere typer kunnskap og se sammenhenger mellom flere forhold og bruke kunnskapen kreativt og situasjonstilpasset (Anderson og Krathwohl 2001). Ulike hospiteringsmodeller kan ha som mål at hospitanter når ulike læringsnivåer. Det gjelder kunnskapsnivåer, men også nivåer i praktiske ferdigheter, der det er mål for hospiteringen.

Kunnskapsoverføring forstås i dette prosjektet som formidling, erfaringsdeling og integrering av kunnskaper, ferdigheter og holdninger i personer og grupper i helsetjenesten. Overføringer skjer "alle veier", fra grupper til individer og motsatt. Kunnskap overføres mellom vertskap og hospitant. Fire modeller for hospiterings-/kunnskapsoverføring "alle veier" er utviklet i prosjektet; jfr. Vedlegg 1.

Et mål for hospitering/kunnskapsoverføring kan være å bli kjent med virksomhet og personell i samarbeidende institusjoner; jfr. Vedlegg 1, Modell C.

I dette prosjektet har DMS Inn-Trøndelag en nyetablert nøkkelrolle i å skape helhetlige pasientforløp og tilby oppfølgingsopphold etter sykehusopphold. Et hospiteringsmål kan være å bli kjent på tvers av helsetjenestenivåer, eventuelt knyttet til å lære mer om ulike prosedyrer eller spesielle behandlingsopplegg. Et annet kan være å lære mer om samhandling gjennom helhetlige pasientforløp; jfr. Vedlegg 1, modell B og C.

Uansett modell for hospitering – kunnskapsoverføring, forventes videre overføring av kunnskap fra den som har hospitert til andre i staben på egen arbeidsplass.

Kunnskapsoverføring kan skje ved at den som hospiterer overføre kunnskap til ansatte der vedkommende hospiterer. På den type hospitering kan flere på vertskapsarbeidsstedet motta kunnskap som hospitanten formidler; jfr. Vedlegg 1, Modell D.

En fjerde måte å overføre kunnskap på er at ansatte på flere arbeidsteder møtes og hospiterer hos hverandre med mål å utveksle og overføre kunnskap til hverandre om ett og samme kunnskapsfelt, som de er ressurspersoner på. Denne modellen er valgt for veiledere på etiske problemstillinger; jfr. Vedlegg 1, Modell A.

## Metode

Utviklingsarbeid med forventningsavklaring, kartlegging av bakgrunnsinformasjon, idédugnad, behovsanalyse og prioriteringer av hospiteringsmodeller. Arbeidet er utført ved utstrakt dialog og samarbeid i prosjektgruppen, og foregikk over fire faser.

### **Fase 1: Oppstart av prosjektet**

Forarbeid til prosjektet var gjennomgang av aktuell litteratur og forskning omkring hospitering, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring. Etter forarbeidet ble prosjektgruppen samlet til forventningsavklaringer til prosjektet (Oppstartmøte).

Hospiteringsbehovet i den enkelte kommunene og DMS var ikke konkretisert i bestillingen av oppdraget. Dette nødvendiggjorde et forarbeid med idédugnad, kartlegging av kompetansebehov, ”kompetansebeholdning” og kapasitet til å utvikle kompetanse. Prosjektgruppen hadde idé dugnad ut fra prosjektmedlemmenes forventninger, erfarte behov i kommunene, og muligheter hos DMS og kommuner for å bidra med tilbud til andre.

Oppstartmøtet resulterte i oppgave- og ansvarsfordeling for å innhente og spre informasjon fra den enkelte kommunene og DMS.

### **Fase 2: Analyse av forslag og bakgrunnsmateriale, og prioritering av tema for hospitering**

Før møte 2 ble informasjon fra prosjektkommuner og DMS analysert og samlet i et arbeidsnotat. Materialet omfattet en kurs-/opplæringsplan, en kompetansehevingsplan, en plan for strategiske

satsningsområder, vurderinger om hospiteringsbehov i sammenheng med samhandlingsreformen og to oversikter over personell med spesialkompetanse som kan benyttes på hospiteringstilbud.

Møte 2 konkretiserte behov for kompetanseheving og hvor hospitering/kunnskapsoverføring var ansett som relevante verktøy. Gruppen diskuterte nåværende "kompetansebeholdning", og kapasitet til å tilby hospiteringsopphold. Deretter ble det gjort en prioritering av fire tema for hospitering /kunnskapsoverføring, som grunnlag for utvikling av fire modeller; jfr. Vedlegg 1.

Til neste fase ble arbeidsfordeling besluttet: På Modell A, Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging, utredet Per Arne Olsen; Inderøy, om/hvordan å koble modellen opp mot oppstart av kommunens deltakelse på nasjonalt etikkprosjekt i KS regi. Bjørg Åsen vurderte tilsvarende opp mot at Steinkjer kommune også deltar på det nasjonale etikkprosjektet. På Modell B, tok Inger Risan, DMS, og Lisbeth Ystmark, Verran, ansvar for utarbeidelse av en typisk case beskrivelse som eksempel; jfr. Vedlegg 3. På Modell 3 utarbeidet Inger Risan, DMS, informasjonsskriv og oversikt over tekniske oppgaver hospitanter kan ha fokus på under hospiteringen. Aud Moe og Hildfrid Brataas skulle utarbeide arbeidsutkast for de fire hospiteringsmodellene.

**Fase 3:** Utvikling av plan for hvordan implementering av hospitering/ kunnskapsoverføring kan skje.

På bakgrunn av prioriterte behov og skriftlig materiale fra DMS og to kommuner ble utkast til modeller utarbeidet. Planutkastet ble behandlet i prosjektgruppens tredje møte. På dette møtet ble de fire foreslåtte modellene gjennomgått og presisert.

Rapportering om prosjektets fremdrift ble den 23. februar sendt til prosjektleder for hovedprosjektet.

**Fase 4:** Utarbeiding av skjema og ferdigstilling av prosjektet.

Utkast til hospiterings-/kunnskapsoverføringsplaner ble sendt til prosjektmedlemmene til høring før siste revidering og ferdigstilling.

Prosjektgruppen var enig om kun å ha møte dersom det fremkom behov for diskusjon i prosjektgruppen om momenter i planen. Det ble gitt skriftlig melding til prosjektleder om tilslutning til utkastet og et par mindre forslag om presiseringer på tidsplan for gjennomføring av Modell A. Tilslutning til endelig plan og prosjektrapport var "ingen kommentar" - gitt innen gitt svarfrist.

## Etiske forhold

Gjensidighet mellom tjenestenivåene, og mellom store og små kommuner er viktig for god samhandling (Brataas & Furunes 2011), med holdninger om gjensidig læring; jfr læringsyn (Kolb 2000; Vygotskij og Cole1978). Dette gjenspeiles i prosjektgruppens arbeid.

Prosjektet har ikke involvert pasienter eller opplysninger om pasienter. Case til benyttelse i prosjektet vil være konstruerte eksempler som ikke bryter med taushetsplikten.

Opplæring rundt spesielle pasienter inngår ikke i dette prosjektet, men læringsmodellen kan benyttes til å utvikle læringsopplegg rundt enkeltpasienter. Ansatte som deltar på hospitering/kunnskapsoverføring gjør det i kraft av sin stilling, og er således underlagt krav som stilles i helselovgivningen.

## Prosjekterfaringer og resultater

Prosjektgruppen har hatt tre møter med dialog om hospitering/kunnskapsoverføring. Prosjektgruppen har samarbeidet i arbeidet med å utvikle ideer, samle bakgrunnsmateriale og drøfte behov, utfordringer og muligheter for hospitering alle veier. Resultatet er konkretiseringer av fire hospiterings-/kunnskapsoverføringsmodeller. Oversikt over alle modeller finnes i Vedlegg 1, og oversikt og skjemaer for hver modell i hhv Vedlegg 2 – 5. Før beskrivelse av hver modell, skisseres prosjektets forankring.

### Beskrivelse av fire modeller for hospitering/ kunnskapsoverføring

Utviklingsarbeidet resulterte i fire modeller for hospitering/kunnskapsoverføring, benevnt Modell A, B, C, og D; jfr. også Vedlegg 1 – 5.

#### **Modell A Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging**

Modell A har som hovedmål å styrke den etiske kompetansen hos ansatte, alle faggrupper, gjennom interkommunalt samarbeid og samarbeid med DMS. Den enkelte arbeidstakers holdninger er med på å påvirke tilbudet til pasienter, pårørende, og det kollegiale samarbeidet som nødvendiggjør etisk kompetanseheving for alle ansatte.

Det rekrutteres og utvikles ressurspersoner i veiledning på etisk refleksjon i alle kommuner og DMS. Ressurspersoner etablerer arena lokalt for tverrfaglig etisk refleksjon. Refleksjonsgruppene oppfordres til å være tverrfaglige sammensatt for å øke forståelsen for den enkelte faggruppe, og se den enkelte ansattes betydning.

Tema for samarbeidet er etisk kunnskapsoverføring og nettverksbygging gjennom to trinn:

- 1) Utvelgelse av ressurspersoner i Snåsa og Verran kommune, og ved DMS. Igangsatt etikkarbeid videreføres i Steinkjer og Inderøy kommune med videreføring av refleksjonsgrupper og utprøving av refleksjonsmodeller.
- 2) Etablering av refleksjonsgrupper og utprøving av refleksjonsmodeller i Snåsa og Verran kommune, og ved DMS  
  
Styrking av etisk kompetanseheving i kommunene videreføres gjennom nettverksbygging og kunnskapsoverføring fra ressurspersoner i Inderøy og Steinkjer kommune til Snåsa og Verran kommune, og DMS.

Ansvarlige for organisering, rekruttering/tildeling er etatsledere med beslutningsmyndighet og faglig/økonomisk ansvar. Ressurspersoner sammen med ledere er ansvarlig for den respektive kommunes forpliktelser og gjennomføring av tiltakene.

#### **Rekruttering og utvelgelse av deltakere:**

Ansvarlig leder for ordningen forespør og vurderer aktuelle medarbeidere som viser interesse for å være ressursperson. Ressurspersoner forplikter seg til å følge programmet i trinn 1 og 2 i Modell A. I

noen kommuner har man allerede ressurspersoner i etisk refleksjon som vil bli forespurt. Personell med veiledertidning er aktuelle som ressurspersoner, og kan gjennom modell A få utvidet kunnskap og erfaring med veiledning av tverrfaglige grupper. Inderøy og Steinkjer kommune har ressurspersoner med kurs på etisk refleksjon gjennom Kommunenes Sentralforbund (KS). Det anbefales at Verran og Snåsa kommune melder deltakelse på KS sitt landsomfattende prosjekt med opplæring av ressurspersoner gjennom KS sitt opplæringsprogram.

#### **Tid, sted, mål og innhold:**

##### **Trinn 1:**

Rekruttere ressurspersoner. Samling med introduksjon og opplæring på etisk refleksjon for ressurspersoner. Oppfølging 1 dag pr halvår.

Oppstart mai 2012, sted; se vedlegg 2.

Deltakere er minimum 2 ressurspersoner fra hver kommune og 1 fra DMS, evt utvidelse med flere ressurspersoner etter hvert.

Ressurspersoner oppretter tverrfaglige refleksjonsgrupper i hver kommune og DMS. De veileder på refleksjonsgruppesamlinger 1-2 ganger pr mnd pr gruppe

##### **Trinn 2**

Nettverkskonferanse; Ressurspersoner utarbeider plan og innhold på samlinger. Gjennomføringsansvar sirkulerer mellom kommuner og DMS. Sted; se vedlegg 2.

Oppstart høst 2012 som videreføres med samlinger to ganger pr år.

#### **Rapportering:**

Ressurspersoner leverer skriftlig rapport hvert halvår om fremdrift i følge Modell A, til leder på egen arbeidsplass. Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag om antall seminarer, deltakere og aktivitet.

I Vedlegg 2 finnes sjekklister, skjema for deltakere og rapporteringsskjema for Modell A.

## **Modell B Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov**

#### **Mål og målgrupper:**

Overordnet mål er samhandling, samarbeid og kunnskapsoverføring hos helsepersonell.

Målgrupper er personell i kommunehelsetjenesten som skal overta ansvar for behandling, pleie og omsorg for pasienter med sjeldne diagnoser/komplekse situasjoner

Mål for opplæringen er å lære om behandling, pleie og tilrettelegging rundt den aktuelle pasienten, og overføre kunnskapen til andre medarbeidere for å møte spesielle og/ eller sammensatte behov med individuelle læringsmål som tilpasses pasientsituasjonen.

*Pasienten er utskrivingsklar dersom nødvendig kompetanse finnes/ er overført til mottakskommunen. Dette punkt er vi kjent med at ikke er avklart, men vil bli en sak i forhandlinger om nye avtaler mellom kommuner og Helseforetaket.*

Hospiteringstilbud til ansatte i kommunene gis på tjenestenivå (vertssted) innen spesialisthelsetjeneste/ DMS, eller andre steder der pasienten befinner seg. Hospitering kan innebære forflytning mellom sykehus, DMS og kommune, eller internt innen kommunen, eller mellom kommuner. Personell i andrelinjetjenesten kan alternativt hospitere i kommunen med formål å overføre kunnskap til kommuneansatte.

Hospiteringsopplegg kan innebære kunnskapsoverføring om faglig forsvarlig helsetilbud ved en bestemt pasientsituasjon som er sjelden forekommende og / eller kompleks. Behov for kunnskapsoverføring i tilknytning til bestemte pasientcase vil, avhengig av caset, kunne være mellom tjenestenivåer og tjenestesteder. Overføring av kunnskap til personell som skal ivareta daglig ansvar overfor pasienten, blir vesentlig. Pasienter med sammensatte behov vil ha krav på individuell plan (IP) som kan fungere som sjekklister for kompetansebehov i den aktuelle pasientsituasjonen.

**Ansvarlige** for organisering, rekruttering/tildeling er faglig ansvarlig ledere på aktuelt sted i pasientens bostedskommune, og ansvarlig leder på spesialisthelsetjenestenivå, eller andre steder, der pasienten mottar helsetjenester.

#### **Tid, sted, mål og innhold:**

Hospiteringen kan vare inntil 1 uke. Hospiteringsmodellen blir en kontinuerlig ordning som benyttes når kommuner har behov for forberedelse og kompetanseheving knyttet til enkeltpasienter.

Tilbudet skjer fom vår 2012 v/ sjeldne sykdommer eller komplekse pasientsituasjoner.

Modell B omfatter hospitering etter rekruttering /søknad fra ansatte som etter planen skal ivareta sjeldne, komplekse oppgaver. Det søkes hospitering der relevant kunnskap finnes. Hospitering kan være aktuell i annen kommune, DMS Inn-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag. I særlige tilfeller kan hospitering ved St. Olav eller institusjoner med spesialkompetanse være relevant.

#### **Rekruttering, søknad og søknadsbehandling**

Rekruttering til hospiteringsordningen skjer gjennom leders utvelgelse av hospitant, evt ved oppslag eller via intranettet hvis caset tilsier at dette er relevant. Både læringsmål for å ivareta pasient (evt pårørende) på forsvarlig måte, og kunnskapsoverføring til egen arbeidsplass etter hospiteringen blir viktig.

Søker/forespurt fyller ut skriftlig søknadsskjema om hospitering. Søknaden skal kort beskrive mål for hospiteringen, samt hvordan hospitanten vil bruke kunnskap fra hospiteringen på egen arbeidsplass.

Faglig leder vurderer søknaden. Lederen samarbeider med formålstjenlig leder på søkt hospiteringsvertssted om felles beslutning, plan, innhold og tilrettelegging av hospiteringsopplegg. Søkerens leder gir endelig svar. Det anbefales gitt innen tre uker etter søknad.

#### **Rapportering:**

Hospitanten leverer skriftlig rapport med evaluering av hospiteringen til leder på egen arbeidsplass. Rapport anbefales gitt innen tre uker etter hospitering.

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommune helsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Rapportering om antall hospiteringer, tema/mål, tid og opplegg på hospiteringer, og metoder for kunnskapsoverføring etter gjennomført hospitering.

I Vedlegg 3 finnes sjekklister, søknadsskjema og rapporteringsskjema for Modell B.

Eksempel på pasientcase er illustrerende beskrivelser, men ikke reelle, og de er sammenskrevet av flere sykepleiere.

Illustrerende ramme: Casebeskrivelse som viser hvordan personell kan stå overfor komplekse og krevende situasjoner.

#### **Casebeskrivelse ved tilrettelegging for en god overføring fra DMS Inn-Trøndelag til hjemmet**

Pasient med langkommet kreftsykdom og store fysiske utfordringer som konsekvens av behandling og sykdomsutvikling.

Utgangspunktet operert for en ca recti med utlagt tarm med påfølgende cellegiftbehandling. Operert for spredning til lever og hjerne.

Livsforlengende cellegift og strålebehandling. Til tross for dette progresjon av sykdom under behandling.

Det gjøres avtale med pasient og familie om en informasjonssamtale med Lindrende enhet ved SL. Dette møte foregår Ved DMS Inn-Trøndelag. Pasient får et åpent spørsmål fra lege om hva hun selv tenker om sin situasjon. Pasient sier hun har tålt behandling med cellegift bra. Pasient og familie får informasjon om at det ikke lenger er forsvarlig å gi livsforlengende behandling med cellegift da sykdom på tross av behandling progredierer. Dette vil bare påføre flere plager og ikke være etisk forsvarlig. Pasient blir stille men bekrefter at hun forstår informasjonen. Etter samtale med pasient og familie ønsker pasienten at vi tar en samtale med pårørende uten henne. Denne samtalen tas umiddelbart etterpå. De sier at det først nå går opp for dem alvorligheten av situasjonen, men er samtidig takknemlig for den hjelpen som gis.

De tilbys samtale med kreftsykepleier ved DMS underveis. Lindrende enhet vil ta ansvar for den lindrende behandlingen. Alle medikamentordinasjoner og endringer vil bli gjort i samarbeid med lege ved DMS og lege ved Lindrende enhet.

Pasient blir satt på smertepumpe med Buscopan grunnet reflux-oppkast, som etter hvert blir supplert med kvalme og smertestillende. Får steroidebehandling intravenøst for å lindre trykk i hjernen som metastasene forårsaker. Får i seg lite væske og minimalt med mat. Får derfor væske intravenøst per sentralt venkateter(CVK)

Hun kaster opp innimellom på tross av medikamentell behandling, men hevder dette ikke plager henne. Har smerter i sin lamme venstre side, dette oppfattes som muskulært. Har behov for hjelp og tilrettelegging til alle grunnleggende behov. Er etter hvert oppe i rullestol til daglig.

Det er ikke aktuelt for pasienten å komme på sykehjemmet, noe hun gjentar hver gang det blir snakk om videre planer. Det oppfattes av de pasientansvarlige sykepleierne at pasienten trekker seg unna med en gang det blir snakk om situasjonen videre. Det oppfattes også som at hun har resignert og ikke lenger er en del av kroppen sin. Det er god dialog med både pasient og pårørende i dagligdags temaer.

Kreftsykepleier ved DMS tar initiativ til en samtale med pasient som avtales på forhånd i forhold til tema: "Hvordan har du det egentlig? Tanker om fremtiden?".

Det kommer frem i samtalen at hun selv ser det som vanskelig å komme hjem pga sitt store hjelpebehov både med tanke på pårørende og de som skal hjelpe henne i hjemmet. Hun gir uttrykk for at hennes ønske selvfølgelig er å komme hjem. Hun ønsker at kreftsykepleier tar en samtale med mannen uten henne for å høre hvordan han stiller seg til at hun kommer hjem. Han ønsker å etterkomme hennes ønske selv om han synes situasjonen er vanskelig. Kreftsykepleier foreslår et møte med kreftsykepleier i kommunen for å se nærmere på hvordan det kan tilrettelegges for eventuell hjemreise.

Det blir avholdt et møte på DMS med hjemmesykepleier og kreftsykepleier i kommunen hvor det ble avtalt hjemreisedato. Fikk inntrykk av at dette møte var avgjørende for pasientens innstilling til hjemreise. Hjemreise dato ble noe utsatt grunnet at de personellmessige ressursene måtte være på plass i kommunen.

Avtalen var at Lindrende enhet ved SL skulle bistå hjemmesykepleien videre mht symptomlindring og støtte.

Pasienten har hatt tett oppfølging av fysioterapeut under oppholdet. Tiltak ble rettet mot fysisk funksjon, trening på forflytning, vurdering av ødemer, samt veiledning i avspenningsteknikker og bløtvevsbehandling. I forkant av overføring til hjemmet ble både kommunal fysio- og ergoterapeut kontaktet. Fysioterapeut ved DMS bestilte seng og madrass fra Hjelpemiddelsentral som skulle stå klart i heimen til pasienten kom hjem. Det ble avtalt at kommunal fysio- og ergoterapeut skulle ta et hjemmebesøk hos pasienten dagen etter hjemkomst, for å vurdere behov for ytterligere hjelpemidler, samt vurdere videre behov i heimen. Fysioterapeut ved DMS kommuniserte med kommunal fysio- og ergoterapeut pr tlf, samt at det ble sendt epikrise.

Det ble litt frem og tilbake mht smerte og symptom lindring. Det resulterte i at pasienten fikk smertepaster og bestilt cad-pumpe ble sendt med hjemmesykepleien. Det kan sikkert diskuteres hva som var rett håndtering i etterkant. Men beslutningene ble tatt på bakgrunn av observasjoner av pasient og hennes symptomer.

På utreisedag reiste kreftsykepleier ved DMS ut til hjemmet og hadde gjennomgang i håndtering av CVK og medikament administrering med hjemmesykepleien.

Det å være i hjemmet til pasienten når hun kom hjem var en god opplevelse. Kreftsykepleier fikk inntrykk av at hun følte glede og lettelse over å komme hjem. Det var godt å se at hun tok "kontroll" i livet sitt og det som gjensto av det, og fikk være med å forme denne tiden selv. Som oftest får vi ikke denne innsikten når vi jobber i institusjon.

Det er en ressurskrevende både personellmessig, faglig og menneskelig å følge opp en døende pasient og familien i hjemmet. Og det blir **viktig å hospitere** for å kunne planlegge godt på forhånd før pasienten sendes hjem, sier sykepleier i kommunen. Hjemmet må tilrettelegges, og planer bør legges ifht pasientbehandlingen. Det å være forut for problemstillinger som sannsynlig vil oppstå; lindring av smerter, kvalme, eliminasjonsproblematikk og annet relatert til en terminalfase, bidrar til trygging både av pasienten, pårørende og personalet i hjemmesykepleien.

Hospitanter i dette eksemplet kan ta sikte på kunnskapsoverføring av aktuell kunnskap om behandling, tekniske oppgaver, omsorg for personen og for andre i hans sosiale omgivelse, og under hele forløpet.



## Modell C: Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag

### Mål og målgrupper:

Modell C Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag, har fokus på pasientforløp, og har økt samhandling, samarbeid og kunnskapsoverføring mellom DMS Inn-Trøndelag og kommuner i Kommune helsesamarbeidet i Inn-Trøndelag som mål. Formålet er å bidra til effektiv samhandling gjennom hele pasientforløp. Hospitering ved DMS skal føre til at ansatte i kommunene blir kjent med DMS sin funksjon, og arbeidsmåte, og at personell samarbeider på tvers på grunnlag av kjennskap om hverandre. Hospitanter ved DMS skal også få oppdatert kunnskap om arbeidsmåter som benyttes hyppigere på DMS enn i kommuner.

Målgrupper er alle faggrupper. Fagledere prioriteres først på gjennomføring av denne hospiteringsmodellen. Dette fordi ledere er nøkkelpersoner i å samhandle og legge til rette for helhetlige pasientforløp gjennom samarbeid og samhandling.

Både individuelle læringsmål og kunnskapsoverføring til egen arbeidsplass etter hospiteringen blir viktig.

**Tema** for hospiteringsopplegget er DMS sin funksjon og arbeidsmåte, samt spesielle arbeidsoppgaver hospitanten har som mål å oppdatere kunnskap på. DMS har utarbeidet plan, innhold, informasjonsskriv og liste over arbeidsoppgaver hospitanter kan velge å oppdatere kunnskap på.

**Ansvarlige** for organisering, rekruttering/tildeling er ledere på formålstjenlig ledernivå i kommunene og leder ved DMS, Inger Risan. Disse har beslutningsmyndighet og ansvar for tilpasning av hospitering innen rammer for daglig drift.

**Kapasitet:** DMS Inn-Trøndelag anser per dato å ha kapasitet til å motta 2 hospitanter pr måned til 2 dgr hospitering, åtte måneder i året. (Det gis ikke hospitering på tider med sommer eller helligdagsturnuser.)

### Rekruttering:

Deltakere i prosjektgruppen vil være pådrivere i å rekruttere fagledere i kommunene. Arenaer for ledermøter i kommunene vil være relevante å benytte.

### Tid, sted, opplegg og innhold:

Hospiteringen varer to dager. Hospitering skjer på tid som bestemmes av DMS i samarbeid med formålstjenlig leder i kommunen. DMS har beskrevet opplegg ut fra målsettingen (se Vedlegg 4).

Søker på hospitering krysser av på eget skjema for hvilke tekniske arbeidsoppgaver det er ønskelig å oppdatere kunnskap på.

Søker beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres på egen arbeidsplass.

### Søknadsbehandling:

Leder ved DMS Inn-Trøndelag fordeler hospiteringsplasser slik at deltakelse fra de fire kommunene rullerer. Leder ved DMS samarbeider med formålstjenlig leder i kommunen om felles beslutning, plan og tilrettelegging av hospiteringsopplegg.

Søkerens leder gir endelig svar. Det anbefales gitt innen tre uker etter søknad og så tidlig som mulig før hospiteringstidspunktet.

### Rapportering:

Hospitanten leverer skriftlig rapport med evaluering av hospiteringen til leder på DMS Inn-Trøndelag, med kopi til leder på egen arbeidsplass. Det anbefales gitt innen tre uker etter hospitering.

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Rapportering om antall hospiteringer totalt og fra hver kommune, samt antall fra hvilke stillingstyper som har hospitert på Modell C.

I Vedlegg 4 finnes informasjon til hospitant ved DMS Inn-Trøndelag, skjema for søknad med liste for tekniske oppgaver hospitanten ønsker oppdatering på, samt rapporteringsskjema for Modell C.

## Modell D: Interkommunal hospitering - kunnskapsoverføring

### Mål og målgrupper

Modell D har interkommunalt samarbeid og kunnskapsoverføring hos ansatte i alle faggrupper som mål. Hospiteringstilbud gjelder for alle ansatte, og er et signal om at alle faggrupper er verdsatt, og at deres kunnskap er viktig for helhetlige tjenestetilbud. Ordningen kan også være aktuell for å rekruttere eller beholde ansatte.

**Tema** for hospiteringsopplegg kan være ulike oppgaver eller funksjoner, for eksempel på storkjøkken, renhold, pleie eller andre helse- og omsorgsfaglige tjenester. Gjennom hospitering i en kommune eller DMS, skal hospitanten få mer kunnskap om måter å utføre arbeidet på. Der en kommune har kommet langt på utvikling av en tjeneste, for eksempel rehabilitering, "grønn omsorg", eller bruk av ny teknologi, kan hospitering bidra til kunnskap om slike erfaringer i de andre kommunene eller DMS.

**Ansvarlige** for organisering, rekruttering/tildeling er ledere på formålstjenlig ledernivå. Disse har beslutningsmyndighet og ansvar for daglig drift innen gitte rammer.

**Rekruttering** til hospiteringsordningen skjer gjennom medarbeidersamtaler, oppslag eller via intranettet. Både individuelle læringsmål og kunnskapsoverføring til egen arbeidsplass etter hospiteringen blir viktig.

### Tid, sted, mål og innhold

Hospiteringen kan vare fra en dag til fem dager. Modell D omfatter hospitering etter søknad fra ansatt i en Inn-Trøndelags kommune eller i DMS Inn-Trøndelag. Hospiteringssted, mål og innhold beskrives i egen søknad (jfr. vedlegg 5).

## Søknad

Søker fyller ut skriftlig søknad om hospitering. Søknaden skal kort beskrive mål for hospiteringen, samt hvordan hospitanten vil bruke kunnskap fra hospiteringen på egen arbeidsplass.

## Søknadsbehandling

Leder som rekrutterer til hospiteringsordningen, er ansvarlig for vurdering av søknaden. Denne lederen samarbeider med formålstjenlig leder på søkt sted for hospitering om felles beslutning, plan og tilrettelegging av hospiteringsopplegg. Søkerens leder gir svar til søker, om mulig innen tre uker etter søknad.

## Rapportering

Hospitanten leverer skriftlig rapport med evaluering av hospiteringen til leder på egen arbeidsplass. Det anbefales gitt innen tre uker etter hospitering.

Leder rapporterer internt i kommune/DMS.

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommnehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Rapportering om antall hospiteringer, tema/mål, tid og opplegg på hospiteringer, og metoder for kunnskapsoverføring etter gjennomført hospitering.

I Vedlegg 5 finnes sjekklister, søknadsskjema og rapporteringsskjema for Modell D.

## Anbefaling - videreføring

Ved politisk og administrativ behandling av planer beskrevet i rapporten, anbefales tilslutning til iverksetting av de fire foreslåtte modeller for hospitering - kunnskapsoverføring.

## Forankring

Prosjektet har politisk forankring i *Kommnehelsesamarbeidet Inn-Trøndelag*. Det er et delprosjekt, *P6, Hospitering/kompetanseoverføring* i hovedprosjektet "Samhandling og kommunikasjon i utvikling av helsetjenester i Inn-Trøndelag 2011-2013", prosjektleder Liv Inger Masdal Næss.

Forankring for prosjektet har basis i samarbeidsavtaler og er ivaretatt gjennom partenes representasjon i prosjektgruppen.

Det er pr. 01.01.2012 inngått Vertskommuneavtale mellom Inderøy kommune, Snåsa kommune, Verran kommune (kommunene/deltakerkommunene) og Steinkjer kommune kommune/vertskommune) om Distriktsmedisinsk senter Inn-Trøndelag (DMS). Driften av DMS Inn-Trøndelag er basert på en to-parts avtale om samarbeid mellom deltakerkommuner og Helse Nord-Trøndelag, HF.

Formål med to-parts avtalen er beskrevet i seks punkter, hvorav tre har særlig relevans for prosjektets målsetting med hospitering/ kompetanseoverføring:

a) DMS Inn-Trøndelag skal bidra til at kommunen har høy faglig kompetanse, kostnadseffektiv utførelse av lovpålagte oppgaver, en åpen og tilgjengelig tjeneste for brukerne, rask saksbehandling, habilitet og rettssikkerhet i saksbehandlingen, og et godt samarbeid med andre offentlige instanser.

b) Utforme en helhetlig tiltakskjede til pasientenes beste.

c) Skape en faglig god samhandlingsarena for bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Vertskommuneavtale av 01.01.2012).

DMS Inn-Trøndelag sin representant i prosjektgruppen, Inger Risan, er leder for en institusjon drevet av både deltakerkommuner og Helse Nord-Trøndelag og representerer i prinsipp alle parter som samarbeider om DMS. HNT har ikke hatt egen representant i prosjektgruppen. Det må samhandles spesielt med HNT, og evt. andre sykehus, for konkrete søknader og planer om hospiteringsopphold.

Tillitsvalgtrepresentanten i prosjektgruppen, Nanna Dyrendal, har ivaretatt forankring av prosjektets utviklingsarbeid opp mot arbeidstakerorganisasjonene.

Arbeidstakernes rettigheter/avtaler ifm hospitering er derimot ikke en del av prosjektet, og må ivaretas lokalt gjennom kommunene og DMS sitt arbeidsgiveransvar.

Brukerrepresentant er ikke oppnevnt til prosjektarbeidet.

### Økonomiske rammer

**Økonomiske rammebetingelser** har ikke vært prosjektets mandat å utrede, og dette må ivaretas lokalt. Som vurdering av omtrentlig kostnadsstørrelse, gis her en estimering på ressursbehov i form av dagsverk, ut fra et antatt antall hospitanter/nettverksdeltakere pr. år.

Tabell 1 Et eksempel på antatt forbruk av dagsverk på hospitering - kunnskapsoverføring

| Modell                    | Dager tiltak                               | Antall hospitanter        |   | Sum dagsverk | Sum dagsverk  |
|---------------------------|--|---------------------------|---|--------------|---|
|                           |  |                           |   | År 2012      | Fom. 2013   |
| Modell A                  | Nettverkssamling<br>1 dag<br>(høsten 2012) | Verran                    | 2 | 9 dagsverk   | Min 18 dagsverk<br>Økes ved økning av antall<br>ressurspersoner |
|                           |  | Snåsa                     | 2 |              |   |
|                           |  | Inderøy                   | 2 |              |   |
|                           |  | Steinkjer                 | 2 |              |   |
|                           |  | DMS                       | 1 |              |   |
| Modell B                  | Inntil 5 dager pr. spes. case              | En hospitant pr. kommune? |   | 20 dagsverk  | 20 dagsverk   |
| Modell C                  | 2 dgrs hospitering                         | 2 pr. mnd, mndr/år        |   | 16 dagsverk  | 32 dagsverk   |
| Modell D                  | Som snitt 3 dgr (1-5 dgr)                  | 1 på hvert sted (2012)    |   | 15 dagsverk  | 30 dagsverk   |
|                           |  | 2 på hvert sted (2013)    |   |              |   |
| <b>Sum, alle modeller</b> |  |                           |   | 60 dagsverk  | 100 dagsverk  |

Estimert ressursbruk fordelt likt på hver kommune og DMS blir ut fra beregningen ovenfor hhv 11,2 dagsverk høsten 2012 og 18,4 dagsverk/år fom 2013.

**Modell A** har oppstart på kunnskapsoverføring i interkommunalt nettverk høsten 2012. Det planlegges treff 2 ganger årlig. Det vil si at med estimert antall ressurspersoner, vil kostnadsrammer i

2013 dobles til 18 dagsverk, forutsatt estimert antall ressurspersoner. På grunn av kommunens størrelse, kan det bli aktuelt for Steinkjer kommune å ha et større antall ressurspersoner.

Når det gjelder opplegg ressurspersoner iverksetter for refleksjonsgrupper lokalt, beregner vi ikke noen ekstrakostnad. Som vi har forstått forutsetter også KS sitt prosjekt at veiledet etisk refleksjon skal inngå i ordinær praksis, uten ekstrakostnad. Dette er en del av kvalitetsarbeidet i ordinær praksis.

På Modell B har vi beregnet en pasient/kommune med spesiell diagnose og/eller komplekse tjenestebehov. Vi har ingen erfaringstall. Det er antatt samme behov for hospitering i 2012 som senere år. For å ivareta kvalitet på tjenestene, anbefales iverksetting av hospitering etter behov.

På modell C er antatt kapasitet ved DMS lagt til grunn. Denne må løpende vurderes. Prosjektgruppen anser hospitering ved DMS som vesentlig for samhandlingen. Fagledere ønskes prioritert til denne ordningen.

For å gi et bilde på kostnader, er ressursbehov på Modell D beregnet med gjennomsnittlig 3 dagers hospitering og for en hospitant på hvert sted (kommuner og DMS) i løpet av 2012, og to hospitanter fra hvert sted fom 2013. Behov og ressurser må vurderes kontinuerlig, lokalt og i kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag.

Beregningen illustrerer kun minste estimat på dager hospitering. Vikarbehov, reise og opphold og eventuelle kostnader til planlegging og oppfølging er ikke tatt med.

Hospitering, kunnskapsoverføring og kunnskapsutvikling som beskrevet i de fire modellene, må ses i sammenheng med andre direkte kunnskaps- og kompetansefremmende tiltak samt miljø og rammevilkår som motiverer til ansattes engasjement i kompetanse økende aktivitet. Et eksempel er tradisjonelt intern utlysning av vikariater. En ordning med utlysning innen Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag, og innvilging av permisjoner for vikariater, kan gi effekter på kunnskapsoverføring mellom tjenestenivåer.

#### Rapportering og systemer for ajourhold

Systemer for utlysning og rapportering gjelder hospitanter. Dessuten er det laget skjema for rapportering til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag; jfr. vedlegg 2 – 5.

Prosesser, rammevilkår og effekter anbefales kontinuerlig evaluert. Hva som evalueres og ulike metoder for evaluering vil kunne gi ulike type kunnskap om nytten av prosjektet. Pasient- og brukerombud Kjell Vang poengterer at det blir viktig at evalueringer omfatter kunnskap om læringsutbytter på pasient- og pårørende medvirkning i hospiteringsoppleggene som er utviklet. Jfr. også Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2011), som fremhever opplæring og forsvarlighet.

## Litteraturliste

Anderson, L. & Krathwohl, D. A. (2001) *Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives* New York: Longman

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L (2011) Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akribe.

Beverley A. Worsley A (2007) *Learning & teaching in social work practice*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Brataas HV, Furunes KA (2011) Pasientforløp, samarbeid og samhandling. I: Brataas HV (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, s. 223-238.

Bulman C (2008) *Reflective practice in nursing. An introduction to reflection*. Oxford: Blackwell Publishing.

Dæhlen, M og Seip, ÅA (2009) *Sykepleiernes kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon*. Fafo-rapport 2009:36

Eide, T og Aadland, E (2008) *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget

Fagermoen MS (1998) Sykepleierens grunnkompetanse å være, å tenke og handle. I: Melsæter G, Christiansen B, Solheim A, Stabell A (red.) *På sykepleiefagets vegne*. Oslo: Høgskolen I Oslo.

Garasen H, Johnsen R. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste--erfaringer fra Trondheim. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2005 May 4;125(9):1198-200.

Garasen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:133.

Gjerberg, E og Amble, N (2011). Train the trainer - refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. *Sykepleiens tidsskrift Forskning* nr. 2, i juni 2011.

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p\\_document\\_id=665519](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=665519). 10.02.12

Helse og omsorgsdepartementet (2006) St.meld.nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Framtidas omsorgsutfordringer

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St.meld.nr. 47 (2008-2009) **Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid**. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Irgens EJ (2007) *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Oslo: Fagbokforlaget.

Jensen, HJ (2009). *Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger*. Doktorgradsavhandling. Faculty of Medicine University of Oslo

Kolb DA (2000) Den erfaringsbaserte Ireprosess. I: Illeris K (red.) *Tekster om læring*. Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag.

Kommunenes Sentralforbund (2011). Samarbeid om etisk kompetanseheving. Årsrapport 2011 <http://www.ks.no/PageFiles/21828/%c3%85rsrapport2011.pdf>

Kristoffersen NJ (2011) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, s. 161-206.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. nr.30 2011-06-24

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Norsk Sykepleierforbund

[https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/OmNSF/Etikk?p\\_dimension\\_id=17102&p\\_menu\\_id=17098](https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/OmNSF/Etikk?p_dimension_id=17102&p_menu_id=17098). (28.09.10)

Oxman AB; Flottorp, S; Lewin, S; Lindahl, AK. (2008) *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions - Samhandling om helsetjenestene til pasienter med kroniske tilstander* Oslo: Kunnskapssenteret; 2008. *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions*. Notat 2008. ISBN 978-82-8121-238-1.

Ranhoff AH. *Registrering av alvorlighetsgrad ved akutt innleggelse i sykehus*: Diakonhjemmets sykehus; 2007 30.05.07

Samarbeid om etisk kompetanseheving. [www.ks.no/etikk-kommune](http://www.ks.no/etikk-kommune) (28.09.10)

Skau GM (2005) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sørby, LW, Grue, EV og Vetvik, E (2009) *Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere forskning relatert til helse- og sosialtjenesten*. Diakonhjemmet Høgskole, Rapport 2009/5.

Teekman B (2003) Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 5: 1125-1135.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (<http://www.utviklingscenter.no/>) 07.02.12.

Vertskommuneavtale av 01.01.2012) mellom Inderøy kommune, Snåsa kommune, Verran kommune (kommunene/deltakerkommunene) og Steinkjer kommune (kommune/ vertskommune) om DMS Inn-Trøndelag. 01.01.2012.

Vygotskij, LS, Cole, M (1978) *Mind in society the development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Aadland, E og Kaasa, A (2010) *Organisasjonsteknikk. Hvordan arbeide med verdispørsmål i flerkulturelle organisasjoner?* KS

Aakre, B (2011). *Om etikkarbeid og sykefravær. Kan systematisk etikkarbeid føre til reduksjon i sykefraværet? En litteratur og kartleggingsstudie med utgangspunkt i det nasjonale prosjektet "Samarbeid om etisk kompetanseheving"*. Diakonhjemmet Høgskole ved Institutt for diakoni og ledelse.



## Vedlegg

### Liste over vedlegg:

Vedlegg 1. Hospiterings-/kunnskapsoverføringsmodeller for samhandling om enhetlige pasientforløp

Vedlegg 2. **Modell A:** Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging

Vedlegg 3. **Modell B:** Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov

Vedlegg 4. **Modell C:** Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag

Vedlegg 5. **Modell D:** Interkommunal hospitering – kunnskapsoverføring

## Vedlegg 1. Hospiterings-/kunnskapsoverføringsmodeller for samhandling om enhetlige pasientforløp

Distrikts Medisinsk Senter Steinkjer, Helse Nord-Trøndelag, Steinkjer kommune, Inderøy kommune, Snåsa kommune, Verran kommune

| Modell   | Modell A   | Modell B   | Modell C  | Modell D   |
|--|--|--|---|--|
| <b>Tema</b>  | <b>Etisk kompetanse, kunnskaps-overføring og nettverksbygging</b>                                    | <b>Kunnskaps-overføring om pasienter med spesielle behov</b><br>Case (pasientsituasjon) sjelden forekommende /kompleks. Forløp mellom nivåer | <b>Samarbeid med DMS. Kunnskaps-overføring om spesielle tekniske oppgaver</b> | <b>Interkommunalt samarbeid, helse- og sosialfaglig kunnskaps-overføring</b> |
| Arbeidssted med lærings <b>behov</b>                     | Alle kommuner og DMS   | Avhengig av caset  | Kommunene (og evt. HNT)   | Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran kommune, DMS                               |
| Vertssted med lærings <b>tilbud</b> (HNT/ DMS, kommuner) | Alle kommuner og DMS. Vertskap sirkulerer mellom kommuner og DMS                                     | Avhengig av caset, evt. på flere tjenestenivåer (DMS, evt. HNT, kommune)   | DMS Inn-Trøndelag   | Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran kommune, DMS og eventuelt HF               |
| <b>Målgrupper</b>  | Alle faggrupper. Tverrfaglig   | Helsepersonell   | Alle faggrupper. Fagledere  | Alle faggrupper og sektorer  |
| <b>Mål</b>   | Utvikle etisk kompetanse. Bruke veilederkompetansene og videreutvikle denne gjennom nettverksbygging | Kunnskapsoverføring og samarbeid i å møte spesielle, sammensatte behov samt ivareta "utskrivningsklare"                                      | Bli kjent, samhandle, fokus på pasientforløp, mer kunnskap om arbeidsmåter    | Se andres måte å arbeide på Individuelle læringsmål                          |
| <b>Tidspunkt for planlegging og gjennomføring</b>        | Fom vår 2012<br>To ganger årlig  | Ved behov pga komplekse case/ lite forekommende sykdom. Tid ut fra behov   | Vår 2012 - kontinuerlig<br>To dagers hospitering                              | Høst 2012 – kontinuerlig<br>1 dag – 1 uke, avh av opplegg                    |

| <b>Modell A: Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging</b> |   |
|--|---|
| <b>Tema</b>  | Etisk kompetanseheving gjennom interkommunalt samarbeid og samarbeid med DMS  |
| <b>Arbeidssted m/ læringsbehov</b>   | Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran kommune, DMS  |
| <b>Vertssted m/ læringstilbud</b>  | Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran kommune, DMS og eventuelt HNT   |
| <b>Målgrupper</b>  | Alle faggrupper, tverrfaglig sammensatte grupper  |
| <b>Mål</b>   | <p><b>Trinn 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekruttere ressurspersoner som veiledere i etisk refleksjon (minimum to i Snåsa og Verran kommuner, og en ved DMS).</li> <li>- Etablerte ressurspersoner i Inderøy og Steinkjer kommuner videreutvikler kompetanse i veiledning på etisk refleksjon rundt konkrete etiske dilemma/ problemstillinger med utgangspunkt i refleksjonsmodeller (Disse kommunene er knyttet til det nasjonale KS prosjektet "Samarbeid om etisk kompetanseheving").</li> </ul> <p><b>Trinn 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bygge nettverk for ressurspersonene i alle fire kommuner og DMS.</li> <li>- Ressurspersoner i Inderøy og Steinkjer kommuner bidrar til kunnskapsoverføring til nyrekrutterte ressurspersoner i Verran, Snåsa og DMS.</li> </ul> |
| <b>Tiltak</b>  | <p><b>Trinn 1</b></p> <p>Leder ved DMS rekrutterer en ressursperson, ledere i Verran og Snåsa kommuner rekrutterer minimum 2 ressurspersoner (fortrinnsvis med veilederkompetanse) for deltakelse på Modell A.</p> <p>Ressurspersoner i Inderøy og Steinkjer kommuner oppretter/videreutvikler tverrfaglige refleksjonsgrupper som oppfølging av KS- prosjektet. Refleksjonsgruppesamlinger gjennomføres 1-2 ganger pr mnd pr gruppe.</p> <p><b>Trinn 2</b></p> <p>Nettverkskonferanse 1 dag pr halvår med minimum 2 ressurspersoner fra hver kommune og 1 fra DMS. Konferansen planlegges og gjennomføres av ressurspersonene</p> <p>Tverrfaglige refleksjonsgrupper i den enkelte kommune og DMS</p>  |

|   |   |
|---|---|
|   | gjennomfører refleksjonssamlinger 1-2 ganger pr mnd pr gruppe.  |
| <b>Tidspunkt</b> for planlegging og gjennomføring | Trinn 1: April/ mai 2012 (rekruttering og oppstart) - kontinuerlig<br>Trinn 2: November 2012 - kontinuerlig |

**Plan: Nettverksbygging for etisk kompetanseheving**

| Tidspunkt       | Sted      | Ansvarlig               | Aktivitet                       | Deltakere   |
|-----------------|-----------|-------------------------|---------------------------------|---|
| 2 ganger årlig; | Vår 2012  | Ledere                  | Rekruttering av ressurspersoner | Minimum 2 deltakere pr kommune og 1 fra DMS   |
| Uke 19 og       | Høst 2012 | Olsen + ress.personer   | <b>2 ganger årlig:</b>          |   |
| Uke 45          | Inderøy   |                         | Forberedelse                    |   |
| Tirsdag kl      | Vår 2013  | Aasen + ress.personer   | Introduksjon                    |   |
| 10 – 14.30      | Steinkjer |                         | Erfaringsutveksling             |   |
|                 | Høst 2013 | Velde + ress.personer   | Veien videre                    |   |
|                 | Vår 2014  | Ystmark + ress.personer |                                 |   |
|                 | Verran    |                         |                                 |   |
|                 | Høst 2014 | Risan + ress.personer   |                                 |   |
|                 | DMS       |                         |                                 |   |
|                 | Vår 2015  | Olsen + ress.personer   |                                 | Utvidelse med flere deltakere pr kommune etter hvert som kommunene utvikler flere ressurspersoner |
|                 | Inderøy   |                         |                                 |   |
|                 | Høst 2015 | Aasen + ress.personer   |                                 |   |
|                 | Steinkjer |                         |                                 |   |

Modell A, har fokus på etisk kompetanseheving gjennom kunnskapsoverføring og interkommunalt samarbeid, og samarbeid med DMS. Hovedmål er å styrke den etiske kompetansen hos ansatte, alle faggrupper, gjennom interkommunalt samarbeid og samarbeid med DMS.

Inderøy og Steinkjer kommune er medlemmer i det nasjonale prosjektet "Samarbeid om etisk kompetanseheving", og har rekruttert og gjennomført opplæring av ressurspersoner. Disse

ressurspersonene skal bidra med kunnskapsoverføring til "nyrekruttede" ressurspersoner fra Snåsa og Verran kommune, og DMS. Ressurspersoner etablerer arena lokalt for etisk refleksjon. Refleksjonsgruppene oppfordres til å være tverrfaglige sammensatt for å øke forståelsen for den enkelte faggruppe, og se den enkelte ansattes betydning.

Målgruppe er alle faggrupper, tverrfaglig sammensatte grupper.

**Tema** for samarbeidet er etisk kunnskapsoverføring og nettverksbygging gjennom to trinn:

- 1) Utvelgelse av ressurspersoner i Snåsa og Verran kommune, og ved DMS. Etikkarbeidet videreføres i Steinkjer og Inderøy kommune gjennom videreføring av refleksjonsgrupper og utprøving av refleksjonsmodeller.
- 2) Etablering av refleksjonsgrupper og utprøving av refleksjonsmodeller i Snåsa og Verran kommune, og ved DMS

Styrking av etisk kompetanseheving i kommunene videreføres gjennom nettverksbygging og kunnskapsoverføring fra ressurspersoner i Inderøy og Steinkjer kommune til Snåsa og Verran kommune, og ved DMS.

**Hospiteringstid:** Felles møtepunkt skjer 1 dag høst og 1 dag vår i årene fremover. Kommunene, og DMS, skifter på å være vertskap.

**Søknad:** Ansvarlig leder vurderer og forespør aktuell medarbeider som viser interesse for å være ressursperson. Ressurspersoner forplikter seg til å følge programmet i trinn 1 og 2 i Modell A. Aktuelle ressurspersoner fyller ut eget skjema for deltakelse, og beskriver kort hvordan kunnskap skal overføres til egne refleksjonsgrupper.,

Ressurspersonene leverer skriftlig rapport med evaluering av nettverkssamlingene/ - arbeidet til ansvarlig leder i egen kommune/ DMS Inn-Trøndelag med kopi til egen arbeidsplass /(se s 5).

Leder i kommune rapporterer til helseledelse i kommunen. Leder ved DMS leverer årsrapport til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag.



**Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag**

**Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling**

*Søknad om deltakelse som ressursperson i samarbeidsprosjektet "Etisk kunnskapsoverføring"*

Modell A; Samarbeid mellom Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag og DMS Inn-Trøndelag:

Som ressursperson forplikter jeg meg til deltakelse etter beskrivelse av modell A, Vedlegg 1

Søker \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Adresse privat

Telefon

E-post

Beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres på egen arbeidsplass:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dato for søknad: \_\_\_\_\_

Søknad sendes til: \_\_\_\_\_ (formålstjenlig ledernivå)

Modell A har fokus på etisk kunnskapsoverføring, og har rekruttering/ videreutvikling av ressurspersoner, etablering/ videreføring av refleksjonsgrupper, og bygging av nettverk gjennom samarbeid mellom DMS Inn-Trøndelag og kommuner i Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Samarbeidspartene avholder nettverkssamlinger vår/ høst årlig med rullerende ansvar for nettverkssamlingene.



VELKOMMEN SOM RESSURSPERSON I SAMARBEIDSPROSJEKTET  
"Etisk kunnskapsoverføring", DMS INN-TRØNDELAG OG  
KOMMUNEHELSESAMARBEIDET I INN-TRØNDELAG

"En god dag hver dag"

Til søker \_\_\_\_\_,

arbeidssted \_\_\_\_\_

på deltakelse, modell A, Samarbeid mellom Kommunehelseteamet i Inn-Trøndelag DMS Inn-Trøndelag.

Søknaden innvilges.

Du er velkommen som ressursperson fra den \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Vennlig hilsen

, DMS Inn-Trøndelag/ Inderøy kommune/ Snåsa kommune/ Steinkjer kommune/  
Verran kommune



**Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag**

**Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling**

Rapport fra ressurspersoner i "Etisk kunnskapsoverføring"

DMS Inn-Trøndelag, Inderøy kommune, Snåsa kommune, Steinkjer kommune og Verran kommune

**Til ansvarlig leder i egen kommune/ DMS Inn-Trøndelag.**

Rapport fra \_\_\_\_\_ stilling: \_\_\_\_\_

arbeidsplass \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kommune

om nettverkssamlingen ved ... kommune \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Din erfaring av tilrettelegging og gjennomføring av nettverkssamlingen/ - arbeidet:

---

---

Noe ved opplegget du vil foreslå forbedret / endret? Nei  Ja  - Beskriv kort hva:

---

---

Beskriv kort betydningen nettverkssamlingen har: \_\_\_\_\_

---

---

---

Har nettverkssamlingen gitt kunnskaper du vil overføre til andre, - beskriv i så fall hva:

---

---

---

Dato \_\_\_\_\_

Sign.: \_\_\_\_\_





### Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

## Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling

Årsrapport, modell A, "Etisk kunnskapsoverføring"

Aktivitets rapportering fra \_\_\_\_\_ kommune / DMS Inn-Trøndelag

År \_\_\_\_\_ Leder \_\_\_\_\_ (sign)

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Rapportering om antall hospiteringer totalt og fra hver kommune, samt antall fra hvilke stillingstyper som har hospitert på Modell C.

| <b>Modell A</b>                                      | <b>Snåsa</b> | <b>Verran</b> | <b>Inderøy</b> | <b>Steinkjer</b> | <b>DMS</b> |
|--|--------------|---------------|----------------|------------------|------------|
| Antall fagledere                                     |              |               |                |                  |            |
| Sykepleiere  |              |               |                |                  |            |
| Vernepleiere   |              |               |                |                  |            |
| Ergoterapeuter                                       |              |               |                |                  |            |
| Fysioterapeuter                                      |              |               |                |                  |            |
| Leger  |              |               |                |                  |            |
| Hjelpepleiere/Helsefagarbeidere/<br>Omsorgsarbeidere |              |               |                |                  |            |
| Ufaglærte  |              |               |                |                  |            |
| Andre  |              |               |                |                  |            |
| SUM  |              |               |                |                  |            |

Kommentarer:

| <b>Modell B: Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov</b> |  |
|---|--|
| <b>Tema</b>   | Kunnskapsoverføring om sjelden forekommende diagnose/ kompleks pasientsituasjoner  |
| <b>Arbeidssted m/ læringsbehov</b>                                    | Avhengig av case   |
| <b>Vertssted m/ læringstilbud</b>                                     | Avhengig av case, hospitering på flere tjenestenivå/ tjenestesteder (evt også HNT)   |
| <b>Målgrupper</b>   | Helsepersonell med ansvar for å ivareta pasienter med sjeldne diagnoser/komplekse situasjoner  |
| <b>Mål</b>  | Lære om behandling, pleie og tilrettelegging rundt pasienten, og overføre kunnskapen til medarbeidere for å møte spesielle og/ eller sammensatte behov. Individuelle læringsmål tilpasses pasientsituasjonen |
| <b>Tidspunkt for planlegging og gjennomføring</b>                     | Fom vår 2012 v/ sjeldne sykdommer eller komplekse pasientsituasjoner<br>Inntil 1 ukes hospitering. Kontinuerlig ordning  |

Modell B, mellom nivåer eller tjenestesteder, har fokus på spesiell pasientsituasjon/ sjelden forekommende diagnose/ kompleks situasjon der pasienten flyttes mellom nivåer eller tjenestesteder med kunnskapsoverføring mellom aktuelle samarbeidsparter.

Hospitering skal føre til kunnskapsoverføring med opplæring og forberedelse av den enkelte helsepersonell slik at kommuner får overført kunnskap til å ivareta ansvar for pasient som overflyttes fra et sted til et annet.

Målgrupper er helsepersonell som skal ta imot pasienter med sjeldne diagnoser/komplekse situasjoner som overflyttes fra et sted til et annet.

Tema for hospiteringsopplegget er Kunnskapsoverføring om sjelden forekommende diagnose/ kompleks pasientsituasjon.

Hospiteringstid: Hospiteringen kan vare inntil 1 uke. Hospiteringsmodellen blir en kontinuerlig ordning som benyttes når kommuner har behov for forberedelse og kompetanseheving knyttet til enkeltpasienter.

Søknad (se neste side): Søker beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres til egen arbeidsplass. Søknaden gjelder individuelle læringsmål tilpasset den aktuelle pasienten.

Hospitanten leverer innen tre uker etter hospiteringen, skriftlig rapport med evaluering av hospiteringen til leder på DMS Inn-Trøndelag, med kopi til leder på egen arbeidsplass (se side 5).

Leder i kommune rapporterer til helseledelse i kommunen. Leder ved DMS leverer årsrapport til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag.



Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

**Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling***Søknad om hospitering***Søknad om hospitering, Modell B, – Hospitering ved ...:**

Søker \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Adresse privat

Telefon

E-post

Søknaden gjelder læringsmål tilpasset pasienten. Pasienter med sammensatte behov vil ha krav på individuell plan (IP) som kan fungere som sjekklister for tilpasset kunnskapsoverføring.

Beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres på egen arbeidsplass:

---

---

---

Dato for søknad: \_\_\_\_\_

Søknad sendes til: \_\_\_\_\_ (formålstjenlig ledernivå)

Hospitering, Modell B, har fokus på overflytting av pasient med sjelden forekommende diagnose/ kompleks pasientsituasjon, og gjelder kunnskapsoverføring av behandling og tilrettelegging rundt pasienten til medarbeidere med videre oppfølgingsansvar. Pasienter med sammensatte behov vil ha krav på individuell plan (IP) som kan fungere som sjekklister for tilpasset kunnskapsoverføring. Kunnskapsoverføringen vil i noen tilfeller være mellom nivåer, i andre tilfeller mellom tjenestesteder, avhengig av stedet pasienten befinner seg.



VELKOMMEN TIL HOSPITERING VED .....

"En god dag hver dag"

Til søker \_\_\_\_\_,

arbeidssted \_\_\_\_\_.

på hospitering, modell B, samarbeid med ...

En ukes hospitering ved ...

Søknaden innvilges.

Du er velkommen til hospitering ved ... den \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

... (sted) ...

Du vil sammen med ... være med på det som skjer i forhold til pasienten. Dette ser vi som mest hensiktsmessig for å bli kjent med pasientens spesielle behov og videre oppfølging. Første dag får du omvisning i avdelingen, møte pasienten (evt pårørende), motta informasjon om pasienten. Resten av hospiteringsoppholdet får du delta i relevante opplegg rundt pasienten for å videreføre helsetjenestens ansvar på forsvarlig måte.

Oppmøte kl. ...

Din kontaktperson på vertsstedet er: \_\_\_\_\_, tlf. \_\_\_\_\_

Vennlig hilsen

...

DMS Inn-Trøndelag/ Inderøy kommune/ Snåsa kommune/ Steinkjer kommune/  
Verran kommune



**Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag**

**Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling**

Rapport fra hospitant ved ...

**Til leder på ... Kopi til leder på egen arbeidsplass.**

Rapport fra \_\_\_\_\_ stilling: \_\_\_\_\_

arbeidsplass \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kommune

om hospitering ved ... den \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Din erfaring av tilrettelegging og oppfølging under hospiteringen:

---

---

Noe ved opplegget du vil foreslå forbedret / endret? Nei  Ja  - Beskriv kort hva:

---

---

Beskriv kort betydningen hospiteringen har:

---

---

---

---

Har hospiteringen gitt kunnskaper du vil overføre/har overført til andre? Nei  Ja  Hva/hvordan:

---

---

Dato \_\_\_\_\_

Sign.: \_\_\_\_\_



### Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

#### Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling

Årsrapport, modell B: Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov

Hospitering ved ...

Aktivitets rapport fra \_\_\_\_\_ kommune / DMS Inn-Trøndelag

År \_\_\_\_\_ Leder \_\_\_\_\_ (sign)

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Rapportering om antall hospiteringer totalt og fra hver kommune, samt antall fra hvilke stillingstyper som har hospitert på Modell B: Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov:

| Modell B   | Snåsa | Verran | Inderøy | Steinkjer | DMS |
|--|-------|--------|---------|-----------|-----|
| Antall fagledere   |       |        |         |           |     |
| Sykepleiere  |       |        |         |           |     |
| Vernepleiere   |       |        |         |           |     |
| Ergoterapeuter   |       |        |         |           |     |
| Fysioterapeuter  |       |        |         |           |     |
| Leger  |       |        |         |           |     |
| Hjelpepleiere/<br>Helsefagarbeidere/<br>Omsorgsarbeidere |       |        |         |           |     |
| Ufaglærte  |       |        |         |           |     |
| Andre  |       |        |         |           |     |
| SUM  |       |        |         |           |     |

Kommentarer:

| <b>Modell C: Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag</b> |   |
|--|---|
| <b>Tema</b>  | <b>DMS Inn-Trøndelag som samhandlingsaktør</b><br>Bli kjent. Kunnskapsoverføring om utvalgte arbeidsmåter |
| <b>Arbeidssted m/ læringsbehov</b>                 | Inn-Trøndelag kommunene.<br>(Andre, eks. HNT og St. Olav kan også ha læringsbehov her.)                   |
| <b>Vertssted m/ læringstilbud</b>                  | DMS Inn-Trøndelag   |
| <b>Målgrupper</b>                                  | Alle faggrupper. Fagledere  |
| <b>Mål</b>   | Bli kjent, samhandle, mer kunnskap om arbeidsmåter  |
| <b>Tidspunkt for planlegging og gjennomføring</b>  | Vår 2012 – kontinuerlig<br><br>To dagers hospitering  |

Modell C, Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag, har fokus på pasientforløp og har økt samhandling, samarbeid og kunnskapsoverføring mellom DMS Inn-Trøndelag og kommuner i Kommune helsesamarbeidet i Inn-Trøndelag som mål.

Hospitering ved DMS skal føre til at ansatte i kommunene blir kjent med DMS sin funksjon og arbeidsmåte, og øke samarbeidet på tvers på grunnlag av kjennskap mellom DMS og kommuner. Hospitanter ved DMS får oppdatert kunnskap om praktiske arbeidsmåter som benyttes på DMS.

Målgrupper er alle faggrupper.

Tema for hospiteringsopplegget er DMS sin funksjon og arbeidsmåte, samt spesielle arbeidsoppgaver hospitanten kan velge å oppdatere kunnskap på.

Hospiteringstid: Hospitering varer to dager og skjer på tid som bestemmes av DMS i samarbeid med formålstjenlig leder i kommunen hvor hospitanten arbeider.

- Søknad (se neste side): Søker beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres på egen arbeidsplass. Søker krysser av på skjema (vedleggets side 3) for arbeidsoppgaver det er ønskelig å oppdatere kunnskap på.
- Søknader prioriteres av formålstjenlig leder som også planlegger hospitantens hospiteringstid i samarbeid med leder for DMS Inn-Trøndelag.
- Hospitanten leverer innen tre uker etter hospiteringen, skriftlig rapport med evaluering av hospiteringen til leder på DMS Inn-Trøndelag, med kopi til leder på egen arbeidsplass (se side 5).
- Leder i kommune rapporterer til helseledelse i kommunen.
- Leder ved DMS leverer årsrapport til Kommune helsesamarbeidet i Inn-Trøndelag.



Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

## Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling

*Søknad om hospitering*

### Søknad om hospitering på Modell C – Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag

Søker \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Adresse privat

Telefon

E-post

Velg tekniske oppgaver du vil ha gjennomgang av på liste, side 2.

Beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres på egen arbeidsplass:

---

---

---

Dato for søknad: \_\_\_\_\_

Søknad sendes til: \_\_\_\_\_ (formålstjenlig ledernivå)

Hospitering, Modell C, har fokus på pasientforløp, og har økt samhandling, samarbeid og kunnskapsoverføring mellom DMS Inn-Trøndelag og kommuner i Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag som mål. DMS har opplegg ut fra målsettingen. Tema for hospiteringsopplegget er DMS sin funksjon og arbeidsmåte, samt spesielle arbeidsoppgaver hospitanten har som mål å oppdatere kunnskap på. DMS har utarbeidet informasjonsskriv og liste over arbeidsoppgaver hospitanter kan velge å oppdatere kunnskap på. Hospitering skjer på tid som bestemmes av DMS i samarbeid med formålstjenlig leder i kommunen.





Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag

Velg deg ut tekniske oppgaver du vil ha en gjennomgang av:

| Tekniske oppgaver         | Observasjoner og gjennomføring                     | Ønsker gjennomgang |
|---------------------------|--|--------------------|
| NOKLUS Blodprøvetaking    | INR, HB, CRP, Gluc, u-stix                         |                    |
| Venekanyle, cvk, veneport | Innleggelse og observasjon i henhold til prosedyre |                    |
| Legemiddelhåndtering      | Prosedyrer for gjennomføring                       |                    |
| Medikamentblandinger      | Antibiotika, injeksjoner osv                       |                    |
| ALARIS volumpumpe         | Innføring i bruk                                   |                    |
| ALARIS sprøytepumpe       | Innføring i bruk                                   |                    |
| NIKI T 34 medikamentpumpe | Innføring i bruk                                   |                    |
| Forstøverapparat          | Innføring i bruk                                   |                    |
| O2-konsentrator           | Innføring i bruk                                   |                    |
| BT og SAT - måling        | Innføring i bruk                                   |                    |
| FLOCARE ernæringspumpe    | Innføring i bruk                                   |                    |
| EKG                       | Innføring i bruk                                   |                    |
| Andre ønsker?             |  |                    |
|                           |  |                    |

SØKER: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_



## VELKOMMEN TIL HOSPITERING VED DMS INN-TRØNDELAG

"En god dag hver dag"

Til søker \_\_\_\_\_,

arbeidssted \_\_\_\_\_.

på hospitering, modell C, Samarbeid med DMS Inn-Trøndelag. To dager hospitering ved DMS.

Søknaden innvilges.

Du er velkommen til hospitering ved DMS den \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DMS Inn-Trøndelag er organisert etter pas modellen (pasientansvarlig sykepleier). Se egen stillingsbeskrivelse. Du vil gå sammen med en sykepleier hver dag og være med på det som skjer i forhold til de pasientene hun har. Dette ser vi som mest hensiktsmessig for å bli kjent med avdelingens organisering og pasientbelegg. Du vil få en omvisning i løpet av første dag og en innføring av de tekniske prosedyrer du ønsker gjennomgang av, i løpet av hospiteringen.

Oppmøte kl. 0700.

### Dagsrytme / oppgaver:

0715 – 0730: Nattvakt rapport, fordeling av pasienter, program for dagen.

0730-0745: Rapport fra kveldsvakter og gjennomgang av pasientkurver.

0745-0900: Verdier (BT, puls, temp), blodprøver, morgenstell og mobilisering. Kontroll medisindosett og utdeling av medikamenter. Frokostservering. Klargjøring før previsitt.

0900-1100: Previsitt og visitt.

1030-1130: Avvikling av lunsj for personalet

1100-1130: Servering av lunsj til pasientene.

1130-1430: Oppgaver relatert til visitt-gang, administrering av medikament etter liste, dokumentasjon, planlegging og organisering av utskriving.

Vennlig hilsen

Inger Risan, DMS Inn-Trøndelag



**Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag**

**Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling**

Rapport fra hospitant ved DMS Inn-Trøndelag

**Til leder på DMS Inn-Trøndelag. Kopi til leder på egen arbeidsplass.**

Rapport fra \_\_\_\_\_ stilling: \_\_\_\_\_

arbeidsplass \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kommune

om hospitering ved DMS Inn-Trøndelag den \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Din erfaring av tilrettelegging og oppfølging under hospiteringen:

---

---

Noe ved opplegget du vil foreslå forbedret / endret? Nei  Ja  - Beskriv kort hva:

---

---

Beskriv kort betydning hospiteringen har: \_\_\_\_\_

---

---

---

Har hospiteringen gitt kunnskaper du vil overføre/har overført til andre? Nei  Ja  Hva/hvordan:

---

---

Dato \_\_\_\_\_

Sign.: \_\_\_\_\_



### Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

#### Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling

Årsrapport, modell C: Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag

Aktivitets rapportering fra \_\_\_\_\_ kommune / DMS Inn-Trøndelag

År \_\_\_\_\_ Leder \_\_\_\_\_ (sign)

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag. Rapportering om antall hospiteringer totalt og fra hver kommune, samt antall fra hvilke stillingstyper som har hospitert på **Modell C: Hospitering ved DMS Inn-Trøndelag**:

| <b>Modell C</b>    | <b>Snåsa</b> | <b>Verran</b> | <b>Inderøy</b> | <b>Steinkjer</b> |
|--------------------|--------------|---------------|----------------|------------------|
| Antall fagledere   |              |               |                |                  |
| Sykepleiere        |              |               |                |                  |
| Spesialsykepleiere |              |               |                |                  |
| Vernepleiere       |              |               |                |                  |
| Fysioterapeuter    |              |               |                |                  |
| Omsorgsarbeidere   |              |               |                |                  |
| Hjelpepleiere      |              |               |                |                  |
| Andre              |              |               |                |                  |
| SUM                |              |               |                |                  |

Kommentarer:

| <b>Modell D: Interkommunal hospitering - kunnskapsoverføring</b> |  |
|--|--|
| <b>Tema</b>  | Interkommunalt samarbeid, helse- og omsorgsfaglig kunnskapsoverføring          |
| <b>Arbeidssted m/ læringsbehov</b>                               | Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran kommune, DMS                                 |
| <b>Vertssted m/ læringstilbud</b>                                | Inderøy, Snåsa, Steinkjer, Verran kommune, DMS og eventuelt HF                 |
| <b>Målgrupper</b>  | Alle faggrupper og sektorer  |
| <b>Mål</b>   | Se andres måte å arbeide på, utarbeide egne individuelle læringsmål            |
| <b>Tidspunkt for planlegging og gjennomføring</b>                | Høst 2012 – kontinuerlig<br>1 dag – 1 uke, avhengig av mål, innhold og opplegg |

**Målsetting og målgrupper:** Interkommunalt samarbeid og kunnskapsoverføring hos ansatte i alle faggrupper. Tema for hospiteringsopplegg kan være ulike oppgaver / funksjoner, for eksempel på storkjøkken, renhold, pleie eller andre helse- og omsorgsfaglige tjenester. Gjennom hospitering i en kommune eller DMS, skal hospitanten få mer kunnskap om måter å utføre arbeidet på.

**Ansvarlig for rekruttering og tildeling:** Ledere på formålstjenlig ledernivå er ansvarlige for organisering, rekruttering/tildeling.

**Søknad om hospitering (se skjema på neste side):** Søknad om hospitering skal kort beskrive mål for hospiteringen, samt hvordan hospitanten vil bruke kunnskap fra hospiteringen på egen arbeidsplass. Hospiteringssted og tidsplan for en – maks. fem dager skal begrunnes i søknaden.

#### **Søknadsbehandling:**

Leder som rekrutterer til hospiteringsordningen, er ansvarlig for vurdering av søknaden og samarbeid med formålstjenlig leder på søkt sted for hospitering om felles beslutning, plan og tilrettelegging av hospiteringsopplegg.

Leder som rekrutterer søkere, gir svar til søker, om mulig innen tre uker etter søknad (se s. 3 i dette vedlegget).

#### **Rapportering:**

Hospitanten leverer innen tre uker etter hospiteringen, skriftlig rapport. Leveres til ansvarlig leder på egen arbeidsplass, med kopi til leder på vertsstedet for hospiteringen (se side 4 i dette vedlegg).

Ledere rapporterer til helseledelse i kommunen som sender årsrapport til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag (se side 5 i dette vedlegg).



Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

## Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling

*Søknad om hospitering*

### Søknad om hospitering på Modell D – Interkommunal hospitering

Søker \_\_\_\_\_

Stilling \_\_\_\_\_

Arbeidssted \_\_\_\_\_

Adresse privat \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

### Plan for hospitering

Hospiteringssted: \_\_\_\_\_ Lengde: \_\_\_\_\_ dager

Tema, hensikt og tidsplan (bruk eget ark/baksiden av arket til utfyllende beskrivelse):

---

---

---

Beskriver kort hvordan kunnskap fra hospiteringen skal overføres på egen arbeidsplass:

---

---

Dato for søknad: \_\_\_\_\_

Søknad sendes til: \_\_\_\_\_ (formålstjenlig ledernivå)



VELKOMMEN TIL HOSPITERING VED .....

"En god dag hver dag"

Til søker \_\_\_\_\_,

arbeidssted \_\_\_\_\_.

på hospitering, modell D, interkommunal hospitering, ved ..... vertssted

**Søknaden innvilges. / Søknaden innvilges ikke. Du er velkommen til å søke en annen gang.**

Du er velkommen til hospitering ved ... (hospiteringssted)

den \_\_\_\_\_ til og med \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Oppmøte første dag kl. ...

Spesielle forberedelse: .... ( eks stille med arbeidstøy/får utdelt arbeidstøy)

Du vil sammen med ... være med på det som skjer i forhold til .... (tema for hospiteringen).

Din kontaktperson på vertsstedet er: \_\_\_\_\_, tlf. \_\_\_\_\_

vennlig hilsen

..., (formålstjenlig leder) ved eget arbeidssted;

DMS Inn-Trøndelag/ Inderøy kommune/ Snåsa kommune/ Steinkjer kommune/  
Verran kommune



**Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag**

**Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling**

Rapport fra hospitant ved ....

**Til leder på egen arbeidsplass. Kopi til leder på hospiteringssted.**

Rapport fra \_\_\_\_\_ stilling: \_\_\_\_\_

arbeidsplass \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kommune

om hospitering ved .... den \_\_\_\_\_ tom \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Erfaring av tilrettelegging og oppfølging under hospiteringen:

---

---

Noe ved opplegget du vil foreslå forbedret / endret? Nei  Ja  - Beskriv kort hva:

---

---

Beskriv kort betydning hospiteringen har: \_\_\_\_\_

---

---

Har hospiteringen gitt kunnskaper du vil overføre/har overført til andre? Nei  Ja  Hva/hvordan:

---

---

Dato \_\_\_\_\_

Sign.: \_\_\_\_\_





## Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag

### Hospitering – kunnskapsoverføring – kunnskapsutvikling

Årsrapport, modell D: Interkommunal hospitering - kunnskapsoverføring

Årlig rapportering til Helseledere i de respektive kommuner og til Kommunehelsesamarbeidet i Inn-Trøndelag.

Rapportering fra \_\_\_\_\_ (virksomhet) i \_\_\_\_\_ kommune / DMS Inn-Trøndelag

År \_\_\_\_\_ Leder \_\_\_\_\_ (sign)

**Antall ansatte som har hospitert i egen/annen kommune/DMS, fordelt på stillingstyper:**

| Faggruppe           | Antall | Type tjeneste | Tema for hospiteringen | Vertssted (kommune, arbeidssted) | Hospiterings lengde (gj.snitt) |
|---------------------|--------|---------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Fagledere           |        |               |                        |                                  |                                |
| Sykepleiere         |        |               |                        |                                  |                                |
| Spesial-sykepleiere |        |               |                        |                                  |                                |
| Vernepleiere        |        |               |                        |                                  |                                |
| Fysio-terapeuter    |        |               |                        |                                  |                                |
| Omsorgs-arbeidere   |        |               |                        |                                  |                                |
| Hjelpe-pleiere      |        |               |                        |                                  |                                |
| Aktivitører         |        |               |                        |                                  |                                |
| Andre               |        |               |                        |                                  |                                |
| SUM<br>HOSPITERT    |        |               |                        |                                  |                                |

Kommentarer: