

---

## **Søknad om prosjektmidler ”Omstilling 2012 – 2017”**

Prosjektbeskrivelse  
Færre kontroller ved  
poliklinikk – desentralisert  
poliklinikk – færre og bedre  
henvisninger.

1. Prosjektnavn.....	3
Færre kontroller ved poliklinikk – desentralisert poliklinikk – færre og bedre henvisninger.	3
2. Prosjektbeskrivelse .....	3
2.1. Tilbakeføring av kontroller til fastlege .....	4
2.2. Desentralisert poliklinikk.....	4
2.3. Færre og bedre henvisninger.....	5
3. Pasientforløp .....	5
4. Aktivitet og aktivitetsanalyser .....	6
5. Erfaringsoverføring.....	8
6. Prosjektets mål .....	9
6.1. Hovedmål.....	9
6.2. Delmål.....	9
6.3. Målbare mål .....	9
7 Egne ressurser brukt på ny måte i prosjektet .....	10
8 Prosjektorganisering .....	10
8.1. Strategisk forankring, omfang og avgrensing.....	10
8.2. Samarbeidskommuner.....	10
8.3. Organisering av prosjektet.....	11
8.4. Prosjektgruppe .....	11
8.5. Styringsgruppe.....	11
9. Prosjektets rammebetingelse.....	11
9.1. Kostnader knyttet til prosjektet pr år.....	11
9.2. Eksterne kostnader.....	12
9.3. Interne kostnader, inkl bruk av ansatte .....	12
10. FREMDRIFTSPLAN .....	12

## 1. Prosjektnavn

### **Færre kontroller ved poliklinikk – desentralisert poliklinikk – færre og bedre henvisninger.**

Viser til notat fra Helse Midt Norge (HMN) vedrørende "Omstilling 2012 – 2017" der HMN vil være med å stimulere prosjekter, som bidrar til nye måter å løse oppgaver på, gjennom jobbglidning, færre henvisninger, polikliniske kontroller over til fastlege, utepoliklinikk osv. Avdeling for kirurgi og Akuttmedisin ved Kristiansund sykehus har sett verdien av dette og ønsker derfor å presenter en prosjektsøknad knyttet opp i - mot færre kontroller ved poliklinikk, desentralisert poliklinikk samt færre og bedre henvisninger.

## 2. Prosjektbeskrivelse

Avdeling for kirurgi og akuttmedisin ved Kristiansund Sykehus er en liten avdeling med marginale ressurser som driver med gastrokirurgi, urologi og ortopedi. Selv om vi har få leger har vi rimelig høyt og tungt "trykk" i produksjonen vår.

Tidlig i 2011 måtte vi omstille driften vår for å kunne tilpasse oss kravet om 0 fristbrudd og < 65 dager gjennomsnittlig ventetid noe som medførte at legene fikk mer poliklinikk og mindre tid ved operasjonsstuene. Denne omstillingen har vi kart og avdelingen har nå så å si ikke fristbrudd og er godt under kravet til ventetid.

Vi har i løpet av høsten 2011 tatt initiativ til et samarbeid med fysikalsk avdeling, der målet er at fysioterapeuter skal overta kontroller for en del av våre pasienter, som er operert for kne og hofteproteser. Dette etter en modell som også brukes ved St Olav. Vi ser enda et potensial i dette tiltaket ved å overføre flere kontroller fra poliklinikk til fastleger. Dette vil gi mer effektiv drift og et slikt tiltak vil skape et større handlingsrom til å behandle flere nyhenviste innfor gitt garanti, samt en bedre plattform for å opprettholde kravet til produksjon.

Dette er den primære årsaken til at vi vil etablere et slikt prosjekt. Ved å få flyttet kontroller ut av poliklinikken over til førstelinjetjenesten/fastleger og andre faggrupper. Med å gjennomføre et slikt prosjekt ser vi også klart muligheter for synergieffekter som utepoliklinikk hos fastlegene, samt at ved å gi fastlegene god opplæring vil de kunne gjøre bedre primærkonsultasjoner som vil gi færre og tror vi, bedre henvisninger.

*I "Oppdragsdokumentet for 2012 til HMN" presiseres det at ventetider skal reduseres (pkt 6,1) det skal ikke være fristbrudd (pkt 6,4) samt at vi skal videreutvikle effektive og lokale behandlings tilbud i samarbeid med kommunene og lokalmedisinske senter. Videre fortsette prosessen med å etablere helhetlige pasientforløp mellom helseforetaket og kommunene. ( pkt 6,5).*

*"Strategi 2020" har fokus på at vi skal vri mer av vår aktivitet over til dagkirurgi og poliklinisk virksomhet, samt at vi skal bruke ressursene mer til pasientbehandling og mindre på vaktarbeid.*

Dette er momenter som blir inkludert og er styrende for prosjektet. Styringsparametrene som følger oppdragsdokumentet tydeliggjør at vi må omstille drift og ressurser inn i en permanent ordning der legene må ta mer poliklinikk innenfor normal virketid. For å få til dette er vi nødt til å redusere antall kontroller ved poliklinikken, og benytte den frigitte kapasiteten til "nyhenviste" pasienter og dagkirurgi.

Prosjektet er tenkt å ta utgangspunkt i en kommune som da blir "pilot" for videre bredding. Erfaringene som vi høster der blir brukt til å optimalisere innføring i andre kommuner.

## **2.1. Tilbakeføring av kontroller til fastlege**

Prosjektets hovedmål er å redusere kontrollene ved poliklinikken. Dette har vi tenkt å få gjort ved å tilbakeføre kontroller til fastlegene. Skal dette fungere må vi sørge for at fastlegene får en kompetanseheving innenfor de områdene som vi vil at de skal kontrollere. Kompetanseheving vil derfor være et av suksesskriteriene for at et slikt prosjekt skal lykkes.

God samhandling med fastlegene der vi skaper en felles plattform for kompetanseheving må prioriteres høyt og vil være grunnlaget for videre utvikling av prosjektet.

Her må det avklares hvilke typer kontroller som skal tilbakeføres, hvilken opplæring og kompetansegivende tiltak som skal gjennomføres, samt skape forløp og prosedyrer som ivaretar pasientene på best mulig måte.

Tidligere HNR hadde i sin tid "praksiskonsulenter" som gjorde et stykke arbeid relatert inn mot denne utfordringen og som kan brukes inn i dette prosjektet også.

Det vil være viktig for oss å få fastlegene med i prosjektet for å få kompetansehevende tiltak planlagt på en slik måte at det er realistisk for de å gjennomføre opplæringen. Her må vi ta høyde for at de skal ut av egen praksis i noen dager for å hospitere ved avdelingen. Vi ser for oss en modell der vi gjennomfører

- Primærlegekurs (VEAP – modellen, tellende tjeneste godkjent av spesialistkomiteen i allmenntillegemisin).
- Hospitering ved poliklinikk sammen med spesialist.
- Deltakelse av allmennlege ved desentralisert poliklinikk (på allmennlegekontor).

## **2.2. Desentralisert poliklinikk**

Ved å etablere et godt samarbeid/rammeverk rundt førstelinjetjenesten/fastlegene med opplæring i sykehus vil det også gi muligheter for spesialistene til å dra ut i distriktene til fastlegen, for å drive desentralisert poliklinikk evt sammen med fastlegene. Dette vil i første rekke være aktuelt i de litt større kommunene men likevel relevant da pasientene får kortere reisevei. Det vil også være et tiltak/videreføring av opplæring av fastlegene knyttet til polikliniske kontroller.

Spesialistene benytter fastlegens fasiliteter og infrastruktur og kan da samle opp pasienter fra nærområdet til denne lokalisasjonen. Dette vil kreve at vi er online med EPJ/Dokulive på stedet men det vil også være en av de få begrensningene vi har.

For pasientene vil dette bety færre reiser inn til sykehus til polikliniske vurderinger, da de kan vurderes i eller i nærheten av hjemkommunen. Dette vil gi en gevinst i form av reduserte transportutgifter, samt at det vil være et godt tiltak for å redusere "pasientlekkasje" ut av foretaket.

### **2.3. Færre og bedre henvisninger**

Med at fastlegen får en god opplæring i sykehus vil også føre til at vi får færre og bedre kvalitet på henvisninger.

Om det i tillegg blir slik at spesialist reiser ut til fastlegene kan de fortsette veiledning ute på legekontorene samtidig som de driver poliklinikk. Fastlegene er med på konsultasjoner i den desentraliserte poliklinikken og vil etter hvert bygge seg opp erfaring slik at de kan gjøre gode vurderinger av pasientene selv, og man unngår på den måten å henvise de til spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil økt kompetanse blant fastlegene gi bedre pasientvurderinger og høyere kvalitet på henvisningene, som vil komme spesialistene til gode inne på sykehuset.

Avdelingen har i forhold til notatet fra Helse Midt Norge valgt å se på tre tiltak samtidig. Vi mener at disse elementene henger naturlig sammen og at det er mulig å hente synergieffekter ut av disse ved å koordinere opplæring, hospitering inne på sykehuset og implementering ute i distriktet sammen med fastlegene, som beskrevet over.

## **3. Pasientforløp**

Prosjektet tar inn i seg elementer som vil fremme samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten og kan være en "katalysator" for helhetlige gode pasientforløp i fremtiden. Ved å etablere en felles plattform med fastlegene ute i distrikt vil det være et naturlig å bruke denne inngangsporten i forbindelse med å etablere helhetlige pasientforløp på utsiden av prosjektbeskrivelsen. Samhandlingsreformen har allerede åpnet opp for denne typen å arbeide på, og vi er nå inne i en god interkommunal prosess med å etablere pasientforløp rundt pasienter med FCF.

Dette prosjektet kan stimulere til at vi kan etablere fremtidige gode forløp knyttet inn mot elementene – henvisning – poliklinisk vurdering – operativ behandling – etterkontroll.

Vi ser for oss også for oss at vi kan bruke denne relasjonen inn mot fastlegene i forhold til å følge opp elementer innefor problemstillinger knyttet til etterarbeid etter tilsyn rettet mot "Skrøpelig gamle eldre med lårhalsbrudd" ved å samarbeide med å etablere pasientforløp som tar opp faktorer som

- Polyfarmasi
- Delir
- Ernæring

Pasientene vil oppleve å få en mer strømlinjeformet tjeneste, ved at det legges et fast pasientforløp. Pasienten vil oppleve det som mindre tidkrevende, da man får færre reiser til spesialisthelsetjenesten uten at det går på bekostning av kvaliteten. For videre oppfølging blir pasientene bedre oppfulgt av sin primærlege, som også har god kjennskap til pasientens helsetilstand for øvrig. Om det tilkommer akutte komplikasjoner

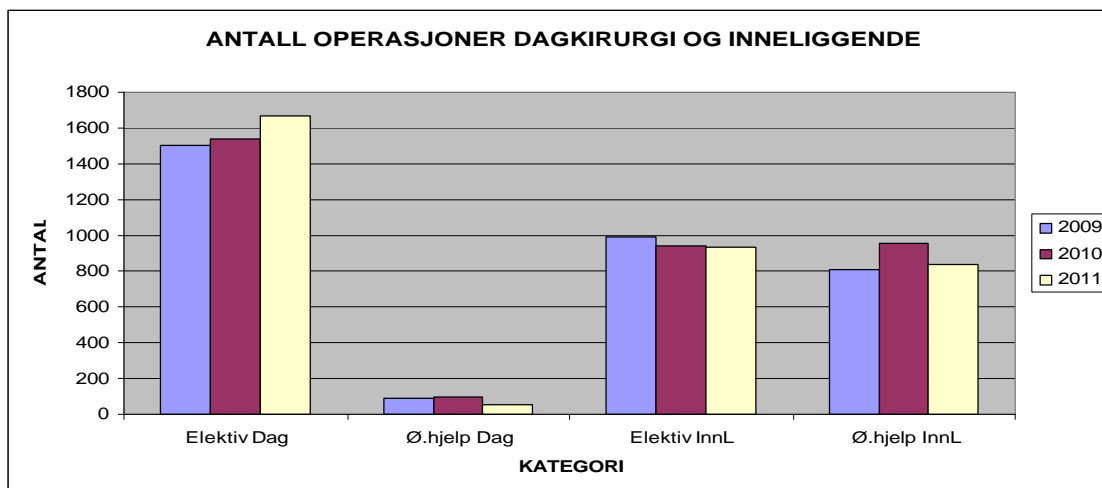
knyttet til inngrep eller under påvente av kontroll må pasientene benytte normale kanaler for dette enten ved henvendelse til fastlege, legevakt eller medisinsk nødtelefon.

#### 4. Aktivitet og aktivitetsanalyser

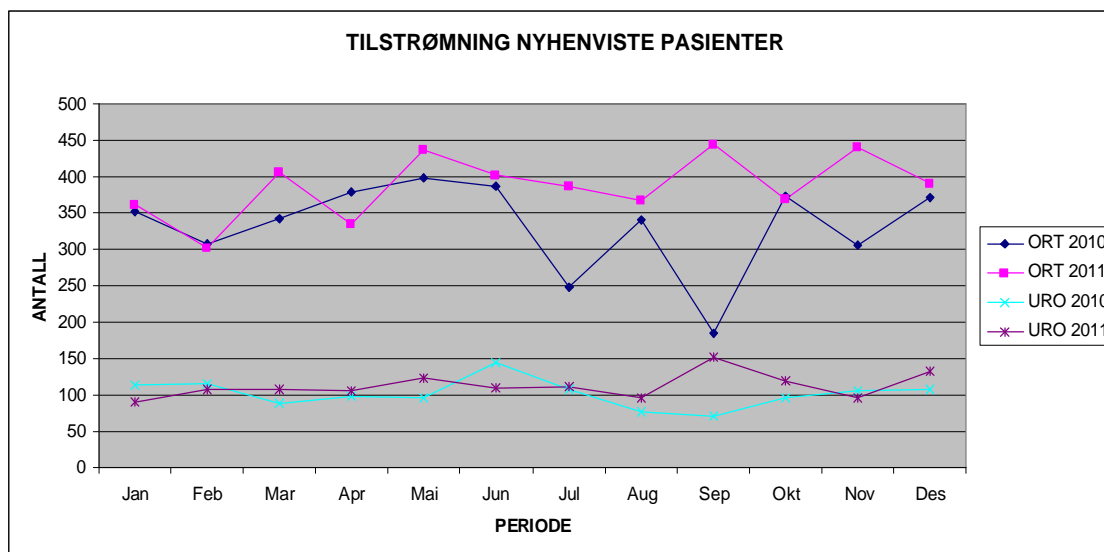
Avdelingen har de siste årene hatt en stabil aktivitet, som vi har prøvd å vri mer over fra inneliggende pasienter til dagkirurgi. Vi har hatt en del utfordringer knyttet til å ha nok leger på alle felt på grunn av sykdom og annet fravær, men har løst dette ved å leie inn en del vikarer for å holde fristbrudd og ventetid ned, produksjonen på et godt nivå og vaktssystem forsvarlig.

Det siste året har vi dreid legeressurser mer inn i poliklinisk arbeid for å ta vekk fristbrudd og ventelister. I første omgang ble dette gjort som ekstraarbeid, men er nå satt inn i mer permanente ordninger for å holde dette på et normalt nivå. Dette betyr at vi må organisere oss på en litt annen måte også med tanke på å få avviklet operasjonsprogrammet, da det er de samme legene som skal gjøre det.

Under er det en fremstilling av våre produksjonstall.

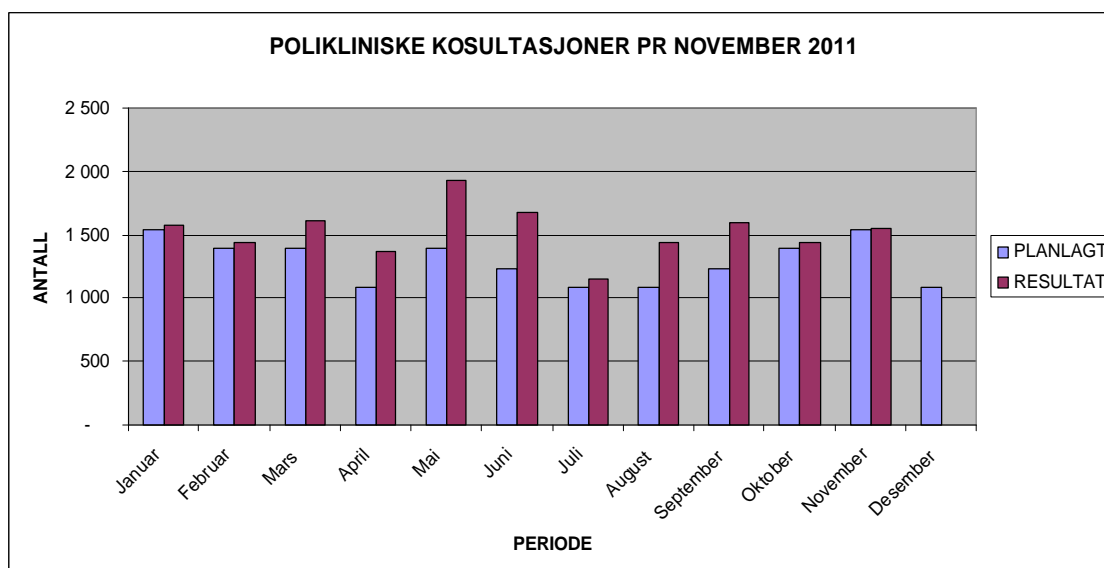


Vi har hatt en klar økning i antall elektive dagkirurgiske pasienter. I tillegg til dette gjøres det også inngrep på poliklinikken som vi kaller for "små – ortopedi" der enkelte pasientgrupper kommer til poliklinisk konsultasjon og blir operert under den polikliniske konsultasjonen.

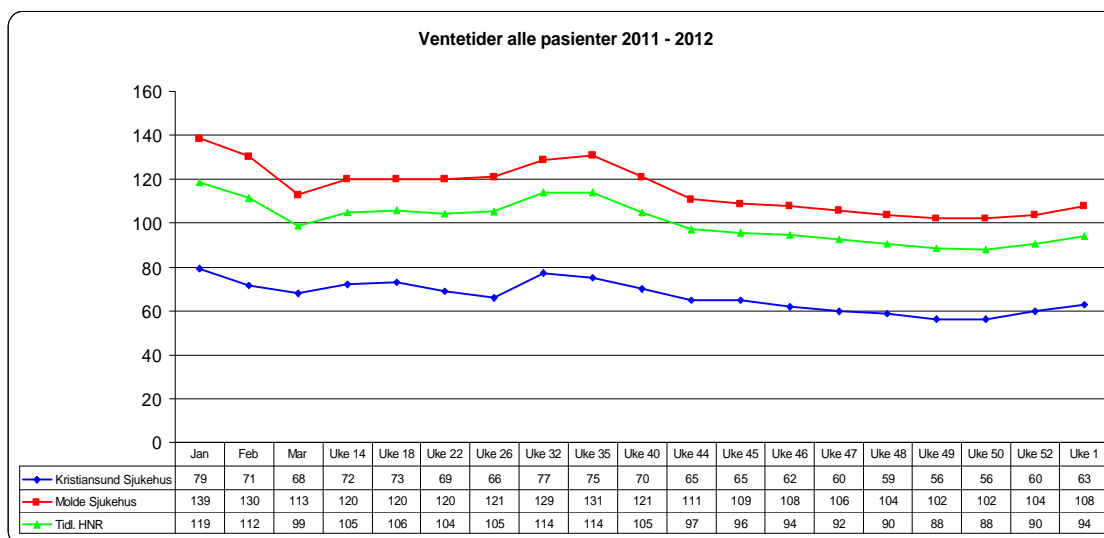


Vi har stor tilstrømning av nyhenviste pasienter.

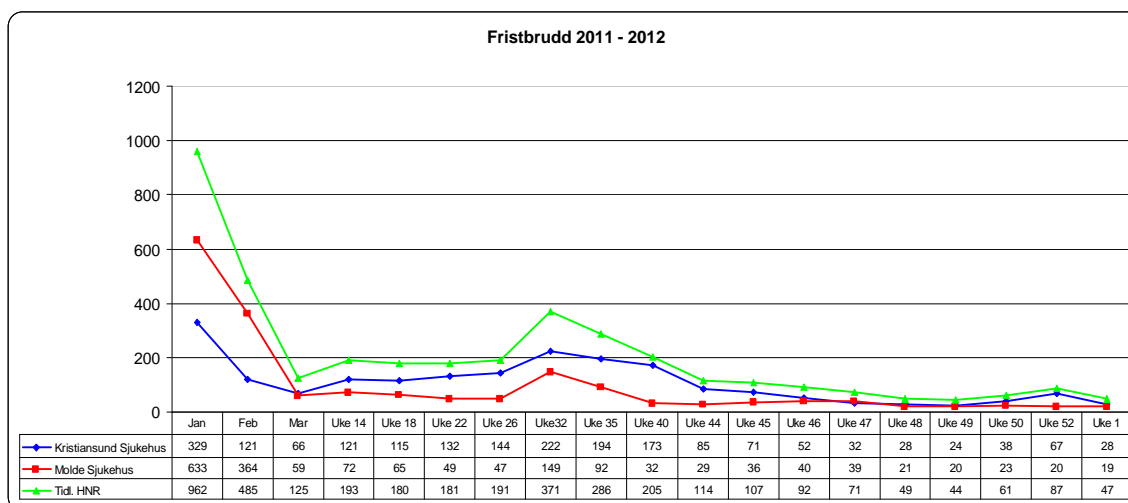
I 2011 hadde vi for ortopedi 652 flere nyhenvisninger enn i 2010. For urologi var tallet for 2011 131 flere henvisninger. Om dette er slik det bør være er vi ikke sikker på. Vi mener at ved å få fastlegene inn i et bedre samarbeid med god opplæring kan vi unngå at vi får slike økninger i nyhenviste i årene fremover..



I 2011 har avdelingen pr utgangen av november hatt 16793 konsultasjoner på poliklinikken. Det er 2440 flere konsultasjoner enn planlagt, og en klar og tydelig vridning av driften inn mot poliklinikk for å unngå fristbrudd og kortere ventetid. Vi har en høy tilstrømning av nyhenviste pasienter og vi er nødt til å etablere permanente ordninger for å være på det nivået vi er i dag. Derfor blir det viktig for oss å få flere kontroller ut til fastlegene.



Avdelingen har gjennom det arbeidet som er gjort i poliklinikken samt ellers i produksjonslinjen også klart å få ned den gjennomsnittlige ventetiden. I en lengre periode har vi nå vært under kravet til < 65 dager gjennomsnittlig ventetid.



Vi har i løpet av 2011 redusert antall fristbrudd fra 330 til 4, som var det reelle antallet ved årsskifte. Tabellene som fremkommer inneholder ikke helt oppdaterte tall.

## 5. Erfaringsoverføring

For mange kontroller ved poliklinikker er ikke et enestående fenomen for Kristiansund Sykehus og de erfaringene som vi gjør med bakgrunn i dette prosjektet vil være tilgjengelig for andre sykehus, som finner dette interessant, i regionen. Det vil bli gjort evalueringer underveis og det skal utarbeidet en prosjektrapport ved prosjektets overgang til fast drift. Dette er også dokumentasjon/informasjon som vil være åpen for



andre interessenter. Deltakere i prosjektet kan også evt. bistå med å reise ut til andre sykehus om det er ønskelig, for å informere om prosjektet og bistå med tilrettelegging.

## **6. Prosjektets mål**

Prosjektets hovedmål er å få overført polikliniske kontroller fra poliklinikk til fastleger for å frigjøre kapasitet til "nyhenviste pasienter". I tillegg ønsker vi å opprette desentraliserte poliklinikker ute hos fastlegene Dette gjennom målrettet opplæring og en bedre samhandling mellom allmennlegene og sykehuset. Dette gjøres ved å skape økt kjennskap og tillit mellom disse to fagområdene. Hospiteringsordning kan effektivisere bruken av poliklinikk og døgnenheter.

### **6.1. Hovedmål.**

Hovedmålsetting er at kirurgiske pasienter skal følges mer opp av primærhelsetjenesten for å redusere antall kontroller ved spesialisthelsetjenesten. Dette vil medføre frigjøring av ressurser til nyhenviste pasienter, unngå fristbrudd og samtidig også øke operasjonsaktiviteten.

En slik god samhandlingen mellom fastlegene og sykehuset vil være en riktig plattform for å etablere desentraliserte poliklinikker ute i fastlegekontorene.

### **6.2. Delmål**

For å implementere prosjektet er det ønskelig at det breddes i en kommune. Denne vil da være en "pilot" for videre implementering i andre kommuner.

Vi ser også for oss at vi starter opp med en nærliggende kommune der det vil være korte linjer i forbindelse med samarbeidsmøter, opplæring, hospitering og lignende.

Tidligere praksiskonsulenter i HNR har arbeidet frem et målrettet hospiteringsprogram for fastleger. Dette er et konsept som vi kan bygge videre på og implementere i vårt prosjekt.

Prosjektet ønsker å få til en ordning der hospitering ved sykehuset skal være tellende med poeng i allmennlegespesialiseringen.

Etablere helhetlige pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten som ivaretar denne pasientgruppen.

Utarbeide rutiner for permanent endring av drift, for å ivareta ventelistegaranti og fristbrudd basert på gevinstrealisering av prosjektet.

### **6.3. Målbare mål**

Prosjektbeskrivelsen er ikke uttømmende i forhold til alt innhold og det er mange muligheter til å kartlegge data i prosjektet. Naturlige måleparametere for oss vil blant annet være

- Reduksjon i antall kontroller.
- Antall mottatte henvisninger evt. målbare kvalitetsindikatorer i henvisningene.

- Antall behandlede pasienter i utepoliklinikk uten tap av kvalitet.
- Reduksjon i transportutgifter
- Fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid.
- Måle pasienttilfredshet og pasientenes opplevelse av kvalitet.

Her vil det være muligheter for å implementere andre måleparametere og prosjektet vil sådan være åpen for at foretaket lokalt eller Helse Midt Norge kan komme med innspill til målbare mål som ikke er nevnt over. Vi ønsker også at prosjektet skal være åpent med tanke på samarbeid med andre knyttet til gjennomføring men også i forhold til bruk av innsamlede data.

## **7 Egne ressurser brukt på ny måte i prosjektet**

Prosjektet legger opp til en endring i bruk av eget personell. Dette vil skje på flere måter både inne på sykehuset og ute til fastlegene. Våre spesialister må sammen med fastlegene bygg opp en permanent plattform der de kan overføre kompetanse og utveksle erfaringer i et fastsatt mønster. Her vil det være aktuelt med teoretisk kunnskapsoverføring og hospiteringsordninger inne på sykehuset og ute til fastlegene. Dette er nødvendige tiltak for at fastlegene skal kunne gjennomføre gode kontroller ute i sin daglige praksis.

Ved etablering av utepoliklinikker vil våre spesialister eventuelt sammen med sykepleier måtte dra ut til fastlegene for å pasientkonsultasjoner. Dette vil være en ny måte for de og møte sine pasienter på. Samtidig vil de også ha mulighet til å veilede fastleger under konsultasjonene. Det vil gi en ytterligere kompetanseheving til fastlegene. Ved å sende med sykepleier kan de bidra til at støttepersonale får god opplæring i sine rutiner og de kan bidra innenfor administrativ logistikk.

## **8 Prosjektorganisering**

### **8.1. Strategisk forankring, omfang og avgrensning**

Avdelingssjef har tatt initiativ til prosjektet og er ansvarlig for initiering og utarbeide forslag til prosjektgruppe og eventuelt arbeidsgrupper. Prosjektet vil strategisk være forankret i foretaksledelsen ved fagdirektøren.

Prosjektet bør foregå i en periode over 2 år for planlegging, gjennomføring/implementering og evaluering av metoder og verktøy for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Prosjektleder bør være en sykepleier med erfaring fra prosjektarbeid eller tilsvarende.

### **8.2. Samarbeidskommuner**

Kommuner i opptaksområdet til Kristiansund Sykehus innenfor fagområdet ortopedi er de man primært vil etablere samarbeid med, men prosjektet skal ta høyde for at dette kan utvides til å gjelde andre faggrupper også.. Man ser for seg et samarbeid der spesialister ved Kristiansund Sykehus tar inn fastleger til opplæring, for at de så kan utføre kontroller i hjemkommunene. Med bakgrunn i dette vil det være aktuelt å opprette utepoliklinikker i forbindelse med et slikt samarbeid, som tidligere omtalt. Forprosjektet

som er gjort i tidligere HNR i forbindelse med ambulante røntgentjenester ("Mobilt Røntgen") er også høyt interessant i en slik sammenheng.

### **8.3. Organisering av prosjektet**

Prosjektet ledes av en prosjektleder. Prosjektlederen skal lede en prosjektgruppe som initierer og driver frem de nødvendige prosesser som må til for å gjennomføre prosjektet. I tillegg til selve prosjektgruppen kan det være naturlig å etablere ad hoc arbeidsgrupper for å løse delmål i prosjektet. Disse arbeidsgruppene rapporterer tilbake til prosjektleder/prosjektgruppe på korte tidsfrister. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppe som har hovedansvar for at alle sider ved prosjektet belyses og beskrives. Det er viktig med deltakelse fra respektive kommune/kommuner, slik at man gjensidig får planlagt god opplæring og gode pasientforløp.

Det vil være naturlig at prosjektleder organiseres som en del av virksomheten til Avdeling for Kirurgi og Akuttmedisin ved Kristiansund Sykehus. Prosjektgruppen settes sammen med nødvendig fagkompetanse som også inkluderer deltakelse fra fastleger og kommuner.

### **8.4. Prosjektgruppe**

Forslag til prosjektgruppe:

- Prosjektleder
- Ortopedspesialist
- Lege fra kommunehelsetjenesten
- Sykepleier fra ortopedisk poliklinikk/kirurgisk poliklinikk
- Representant fra kommune
- Fagutviklingssykepleier
- Sekretær

### **8.5. Styringsgruppe**

Styringsgruppe for prosjektet vil bli oppnevnt av foretakets direktør. Inntil styringsgruppen er utnevnt er prosjektet forankret til fagdirektøren i HMR. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen. Styringsgruppen vil ha hovedansvar for at alle sider ved prosjektet belyses og beskrives og at prosjektet drives frem innenfor gitte rammer og beskrivelser. Det er vesentlig med deltakelse fra respektive kommune/kommuner, slik at man får planlagt gode pasientforløp.

## **9. Prosjektets rammebetingelse**

### **9.1. Kostnader knyttet til prosjektet pr år.**

Prosjektet vil ha kostnader relatert til:

Fastlegene som deltar i prosjektet er ikke tiltenkt noen økonomisk kompensasjon, men i en implementeringsfase må man evt vurdere å frikjøpe tid fra fastleger for å komme i

gang med prosjektet. Man tenker at disse utgiftene må dekkes av prosjektmidler, samt søke om støtte fra Legeforeningens fond II til videre og etterutdanning for dekning av reise og oppholdsutgifter.

## 9.2. Eksterne kostnader

Prosjektet vil ha kostnader relatert til innkjøp av nødvendig utstyr. Det må eventuelt også påregnes noen kostnader knyttet til frikjøp av fastleger for hospitering ved sykehuset. Vi oppfordrer fastlegene til å søke dekning for reise og evt oppholdsutgifter fra Legeforeningen. Kr 150 000,-

## 9.3. Interne kostnader, inkl bruk av ansatte

Prosjektlederstilling 50 %	Årslønn 700 000,-* 50 %.	Kr 350 000,- inkl sos.utgifter
Prosjektansatt ortoped i 1 år i 100 % stilling	Årslønn	Kr 1 200 000,-
Kontormateriell	15 000,-	
Dataverktøy	75 000,-	
Møtelokaler	10 000,-	
Reis og oppholdsutgifter	30 000,-	
Uforutsette utgifter	20 000,-	
Etablering av EPJ tilgang fastlegekontor ol	50 000,-	<u>Kr 200 000,-</u>
<b>Sum prosjektmidler</b>		<b><u>Kr1 900 000,-</u></b>

Total kostnadsramme for prosjektet om det kjøres over to år vil da bli på kr 2 600 000,-

## 10. FREMDRIFTSPLAN

Om prosjektet blir anerkjent har vi ønske om å starte opp så fort som mulig. Fremdriftsplanen er ikke fullstendig og må vurderes, endres og verifiseres av styringsgruppen og prosjektgruppen når de tiltrer. Her kan det bli forandringer i tiltak og rekkefølgen på tiltakene. Avdelingen er veldig motivert for å starte dette arbeidet så raskt som mulig, og vårt fagmiljø er godt motivert for å bidra til at dette prosjektet skal bli en suksess.

- Det vil da snart bli gjort tiltak for å rekruttere en prosjektleder. Realistisk antatt gjennomført innen utgangen av april 2012 helst før.
- Deretter må spesialiststillingen lyses ut og spesialist ansettes. Realistisk antatt gjennomføring innen utgangen av august 2012.
- Etablering av styringsgruppe og prosjektgruppe med oppstart av forberedende arbeid relatert til kompetanseheving fastleger og hospiteringsordninger. Avklaringer/godkjenninger av legeforeningen. Utarbeide informasjonspakker til aktuelle fastleger. Innen utgangen av jun2012i .
- Utpeke pilot kommune for prosjektet, innen utgangen av juni 2012
- Utarbeide pasientinformasjon om etterkontroller av fastleger innen utgang august 2012

- Utarbeide grunnlag for ønskede datainnsamlinger innen utgangen av september 2012
- Planlegge hospiteringsperioder sammen med prosjektspesialist. innen 1. september 2012
- Gjennomføre kompetansehevende tiltak og hospitering for fastlegene september, oktober, november 2012.
- Når første lege er ferdig med kompetanseheving og hospitering sende pasienter til kontroll hos fastlege. innen 1 oktober 2012
- Legespesialist veileder fastleger i kontrollarbeid på fastlegekontor. september, oktober, november 2012.
- Evaluering av prosjektet - skrive evalueringsrapport innen utgangen av desember 2012.
- Planlegge etablering av utepoliklinikk, sammen med fastleger innen utgangen av desember 2012
- Gjennomføre nødvendige forberedende tiltak for å etablere utepoliklinikk. desember 2012 - januar 2013.
- Planlegge, koordinere og kalle inn pasientgrunnlag for utepoliklinikk desember 2012 - januar 2013
- Oppstart utepoliklinikk februar 2013
- Utepoliklinikk med veiledning av fastleger februar og mars 2013
- Evalueringsrapport innen utgangen av april 2013
- Utarbeide videre grunnlag for ønskede datainnsamlinger april 2013

Implementering av tiltak utover dette bør styringsgruppe og prosjektgruppe ta stilling til. Det må gjøres erfaringer i prosjektet for å se om beskrevne mål er oppnådd. Tiltak rundt dette må implementeres. Det skal også utarbeides en avsluttende prosjektrapport, som kan gi opphav til en "posters presentasjon" eventuelt en artikkelpublikasjon. Dette må prosjektet ta inn over seg og se nærmere på i prosjektarbeidet.

Prosjektet avsluttes og går over til ordinær drift innen utgangen av våren 2014.