



Deloitte.

KS FoU-prosjekt nr.:134017:

«Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak - en kvalitativ studie av erfaringer med avtalene»



Tittel: Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak – en kvalitativ studie av erfaringer med avtalene

Forfattere: Rachel Myhr Williksen
Kristin Horn Bringedal
Mirjam Snåre
Tilde Ae Stokke Hall

Dato: Juni 2014

Finansiering: KS (Kommunesektorens organisasjon)

Prosjekt: Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Prosjektnummer: 134017

Prosjektleder: Rachel Myhr Williksen

Kvalitetsansvarlig: Helge Torgersen

Emneord: Samhandlingsreformen
Samarbeidsavtaler

Forord

Denne rapporten er et resultat av et FoU-prosjekt utført av Deloitte AS for KS (kommunesektorens organisasjon) i perioden januar til juni 2014.

Samhandlingsreformen er den siste store velferdsreformen i Norge. I tillegg til å være en velferdsreform er den også en forvaltningsreform grunnet overføring av helsetjenester fra staten til kommunene. I praksis innebærer dette at kommunene skal påta seg flere oppgaver innenfor en pasients behandlingsforløp. I tillegg skal reformen bidra til mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester samt styrke forebyggingen og bedre folkehelsen.

Et av virkemidlene for å realisere målene med reformen, er lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. En viktig dimensjon ved avtalene er å sikre et godt samarbeid mellom kommuner og sykehus, for å gi pasienter og brukere bedre tjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven stiller minimumskrav til innholdet i avtalene, som blant annet regulerer hvem det er som til enhver tid skal yte de aktuelle tjenestene. Samarbeidsavtalene ble pålagt utarbeidet og inngått innen 1. juli 2012.

Prosjektet har tatt for seg hvilke erfaringer et utvalg kommuner og helseforetak har med samarbeidsavtalene, dette innebærer inngåelse, implementering og etterlevelse av avtalene. Arbeidet er utført av Deloitte AS ved Rachel Myhr Williksen som prosjektleder, Kristin Horn Bringedal, Mirjam Snåre, Tilde Ae Stokke Hall, Sigrun Aker Nordeng og Helge Torgersen som prosjektansvarlig partner.

Sigrid J. Askum, fagansvarlig, og Hilde Ravnaas, FoU-ansvarlig, har vært prosjektansvarlige på vegne av KS. Rådmannsutvalget i Rogaland har vært referansegruppe i prosjektet.

Deloitte vil takke alle informantene som deltok på intervju eller workshop for å sette av tid til å dele erfaringer og tanker – et uunnværlig bidrag i prosjektet. I tillegg vil vi takke førsteamanuensis Ralf Kierchhof ved NTNU for bakgrunnsinformasjon om samarbeidsavtalene og foreløpige resultater av arbeidspakke 1 under forskningsprosjektet «SPIS – Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen».

Vi håper arbeidet gir nytteverdi til diskusjonene rundt samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene.

Oslo, 29. august 2014
Deloitte AS

Helge Torgersen
prosjektansvarlig
partner, Deloitte AS

Rachel Myhr Williksen
prosjektleder
senior manager, Deloitte AS

Sammendrag

Denne undersøkelsen har hatt som formål å kartlegge hvordan samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, et av virkemidlene i Samhandlingsreformen, fungerer i et utvalg kommuner og helseforetak. Gjennom en kvalitativ tilnærming er det undersøkt hvorvidt intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene etterleves, i tillegg er viktige suksesskriterier for at avtalene skal virke etter intensjonen identifisert og konkretisert.

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er et av virkemidlene som skal bidra til å realisere målsetningene ved Samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene skal fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, samt etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Undersøkelsen viser at samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling, har bidratt til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både antallet avtaler og detaljeringsgrad. At avtaleverket oppleves som omfattende, utfordrer håndteringen av avtalene (implementering og etterlevelse) og medfører høy ressursbruk hos kommuner og helseforetak.

Det synes å være store variasjoner når det gjelder hvorvidt avtalenes innhold er kjent, både i kommunen og i helseforetaket. Generelt er det mest kjennskap til avtalene på høyere nivå, men det er kun et fåtall i hver organisasjon som kjenner helheten i avtaleverket. Samtidig er det delte meninger om hvorvidt det er behov for kjennskap til avtalene på lavere nivå. Det er generelt mest kjennskap til avtalene som direkte berører økonomi og pasientflyt. Avtaler som omhandler områder hvor ansvars- og oppgavefordelingen er uklar er utfordrende å formulere og preges av vage og runde formuleringer. Særlig gjelder dette innenfor rehabilitering, psykisk helse og rus.

Suksesskriterier knyttet direkte til avtalene er konkrete, tydelige og presise formuleringer. På områder med liten usikkerhet rundt ansvars- og oppgavefordelingen er det ønskelig med tydelig ordbruk i avtalene hvor det fremgår klart hva oppgaven består av og hvem som har ansvaret, slik at det ikke er rom for tolkning. Et annet suksesskriterium er at avtalene ikke bør være for omfattende og detaljerte.

Suksesskriterier knyttet til strukturelle og prosessuelle forhold rundt avtalene er; fellesavtaler mellom kommuner i samme opptaksområde, enighet mellom kommuner med fellesavtaler, personer med ulik fagbakgrunn samt beslutningsmakt og forhandlingskompetanse i avtale-/samarbeidsutvalg, jevnlig fysiske møter mellom partene, ledelsesforankring, bevissthet rundt likeverd og tilrettelegging for dette, en egen stilling/rolle med ansvar for samarbeidsavtalene for begge parter, tilstedeværelse fra kommunal side på sykehuset i forbindelse med utskriving, gjensidig kompetanseutveksling og involvering av fastleger.

Selv om avtaler oppleves som et nødvendig verktøy, er de ikke tilstrekkelige for at intensjonene og forpliktelsene etterleves. Strukturelle og prosessuelle forhold er av stor betydning, både for avtalenes utforming og etterlevelse. Det er variasjoner mellom kommuner og avtaleparter når det gjelder organisering av samarbeidet og helsetjenestene, dette påvirker avtalenes innhold, utforming og bruk, samt samarbeidsrelasjonen mellom partene.

Hovedvekten av tilbakemeldingene knyttet til erfaringer med avtalene er positive. Funnene i undersøkelsen tyder på at områder som er konkretisert og tydeliggjort i avtalene, i hovedsak etterleves. Derimot er det tegn som tyder på at områder med uklare eller utilstrekkelige beskrivelser av oppgave- og ansvarsfordeling i avtalene, kan være til hinder for etterlevelse.

Anbefalinger til at avtalene skal bidra til å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene er følgende:

Anbefalinger til avtalenes utforming:

- Konkrete, tydelige og presise avtaleformuleringer
- Forpliktende ordbruk på klart avgrensede områder, eller områder som er tydelig definert ved lover og forskrifter
- Forenkling av avtaleverket
- Skille mellom avtaler og prosedyrer - legge rutine-/prosedyrebeskrivelser utenfor avtalene
- Tydelig beskrivelse av hensikt og funksjon med hver enkelt avtale
- Spesifisere konsekvenser ved avvik fra avtalen – både lokalt og nasjonalt

Anbefalinger til prosessuelle og strukturelle forhold rundt avtalene:

- Revisjon av avtalene hvert annet år
- Kommunegrupperinger som inngår fellesavtaler med helseforetaket og definerer seg som en samlet avtalepart
- Større involvering av fastlegene
- Aktiv involvering av hjemmetjenesten
- Velfungerende elektroniske løsninger som støtter opp under avtalene
- Samarbeidsforum/utvalg med rette personer (faglig bredde, beslutningsmyndighet, likeverd)
- Jevnlige, fysiske møter mellom partene
- En egen stilling/rolle på kommunesiden med ansvar for samhandling og samarbeidsavtalene
- Tilstedeværelse på sykehus fra kommunen ifm utskrivning
- Konkretiseringer av krav til partene ved utskrivning
- Konkretiseringer av krav til partene ved rehabilitering, psykisk helse og rus

Summary

The aim of this study was to survey the workings of the coordination agreements/contracts between local municipalities and regional health agencies. Compliance to the intentions and obligations of the agreements by the contracting parts has been evaluated by the use of a qualitative approach. In addition, criteria to secure compliance has been identified and specified.

The coordination contracts are one of the tools, implemented to reach the goals of the Coordination Reform. The purpose of the contracts is, by emphasizing division of tasks and responsibility of the contracting parts, to promote interaction between local municipalities and regional health agencies. Establishing well-functioning procedures in central areas of interaction is also one of the main aims of the contracts.

Results from the survey indicate that the contracts are considered to be valid and highly needed instruments to increase interaction and clarify division of tasks and responsibility. In addition, the contracts has improved the quality of interaction, as the contracting parts has met and gotten acquainted. The main challenge is considered to be the scope of the agreements, both the need of detailed information in each agreement and the number of statutory agreements. That the scope of the contracts is considered to be extensive is inhibitory for compliance and increasing the use of resources by the contracting parts.

Whether the content of the agreements are known by members in the organizations seems to vary. In general, the contracts are known by leaders and employees at a higher level of the organization, and less known in lower levels of the service chain. At the same time, opinions are conflicting on whether full knowledge of the agreement is needed at lower levels. Most attention by the contracting parts is given to the contracts describing areas that are regulated by the use of economic incentives. Contracts regulating areas considered more vague and uncertain in terms of division of tasks and responsibility, like rehabilitation, treatment of intoxication and psychiatry are less known.

Specific and precise use of words in formulations is considered a success criterion when designing the contracts. However, in areas where division of tasks and responsibility are pending there can be a need for wider formulations. Another success criterion is to secure a limited scope of the specific contracts, and that the details featured are at a minimum.

In terms of structural and procedural conditions, success criterion includes; joint agreements between groups of local municipalities in connection to the same regional health agency, internal agreement in the group of municipalities and coordination committees that consist of persons with diversified professional knowledge, authorization to commit on behalf of the contracting part and negotiation skills. In addition there should be frequent meetings, support and understanding at the highest level of the organization, awareness of the importance of equality between contracting parts, a designated person with responsibility for the cooperation contracts in each organization, presence by the municipality at the hospitals when discharging patients, mutual exchange of expertise and involvement of general practitioners.

The contracts are necessary, but not fully sufficient to ensure compliance to the intentions and obligations of the agreements. As mentioned, compliance will also depend on structural and procedural conditions. There are registered differences between local municipalities and regional health agencies with respect to the organization of services, which will affect the content, use and design of the specific contracts in addition to the form of interaction between the contracting parts.

Mainly, the respondent of the survey are positive to the concept of coordination contracts. However, there are findings that indicate that to ensure compliance, the formulations need to be precise. If formulations are considered to be vague or inadequate, compliance can be inhibited.

Recommendations related to the coordination contracts to promote better quality in health services are as follows:

Recommendations to the contract design:

- Specific and precise use of words in formulations
- Binding words in specific limited areas, or areas clearly defined in legal regulations
- Simplification of the contracts
- Distinguish between contracts and descriptions of procedures
- Precise description of aim and purpose of each contract
- Specify consequences of violations of the contracts

Recommendations to procedural and structural conditions related to the contracts:

- Revision of contracts every second year
- Joint agreements between groups of local municipalities in connection to the same regional health agency and internal agreement in the group of municipalities
- Greater involvement of regular GPs
- Active involvement of home care
- Well-functioning electronic systems
- Coordination committees that consist of persons with diversified professional knowledge, authorization to commit on behalf of the contracting part and negotiation skills
- Frequent, physical meetings between the cooperation parties
- A designated person with responsibility for the cooperation contracts in each organization
- Presence by the municipality at the hospitals when discharging patients
- Specification of requirements to both parties in relation to discharging patients
- Specification of requirements to both parties in relation to rehabilitation, mental health and alcohol/drug addiction

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sammendrag.....	4
Summary.....	6
1. Innledning	10
1.1 Bakgrunn og formål.....	10
1.2 Rapportens innhold og oppbygging	11
2. Data og metode	12
2.1 Framdrift og metodisk tilnærming.....	12
2.2 Avgrensninger i undersøkelsen.....	13
3. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak	14
3.1 Samhandlingsreformens intensjoner og virkemidler	14
3.1.1 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.....	15
3.2 Forskning i Norge og erfaringer fra Danmark	18
3.2.1 Norge.....	18
3.2.2 Erfaringer fra Danmark.....	19
4. Etterleves intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene?	21
4.1.1 Hovedfunn	21
4.2 Avtalenes utforming og innhold.....	21
4.2.1 Variasjoner i avtalene.....	22
4.2.2 Formuleringer i avtaleteksten.....	22
4.2.3 Standardisering	23
4.3 Kjennskap til, og bruk av avtalene	24
4.3.1 Kjennskap til avtalene	24
4.3.2 Bruk av avtalene.....	25
4.4 Avtaler som verktøy	26
4.5 Prosessen rundt avtaleinngåelse	27
4.5.1 Kommunikasjon.....	28
4.5.2 Kultur og likeverd.....	28
4.5.3 Struktur og organisering av de ulike utvalgene	29
4.6 Erfaringer.....	30
4.7 utfordringer	31
4.7.1 Utskriving.....	31
4.7.2 Rehabilitering, psykisk helse og rus.....	34

4.7.3	Involvering av fastleger	35
4.7.4	IKT	36
4.7.5	Kommunal medfinansiering.....	36
4.8	Oppsummering og drøfting – etterleves intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene?	37
5.	Hva skal til for at avtalene virker etter intensjonen?	39
5.1	Faktorer av betydning knyttet direkte til avtalene.....	39
5.2	Strukturelle og prosessuelle faktorer av betydning for samarbeidet og etterlevelsen av avtalene	40
6.	Skisser til avtalebestemmelser	43
6.1	Utfordringer knyttet til dagens omfang og struktur av avtaler	43
6.2	Forslag til områder som bør reguleres ytterligere i avtalene	45
6.2.1	Ekskludering av prosedyrer og rutinebeskrivelser fra avtalene	45
6.2.2	Konsekvenser ved avvik i form av brudd på avtalen.....	45
6.2.3	Sikre korrekt dokumentasjon ved utskriving	46
6.2.4	Tidspunkt for utskriving av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten	46
6.2.5	Kommunens beslutningsmyndighet over plassering i tjenestetilbud etter utskriving	47
6.2.6	Kunnskapsoverføring og krav til veiledning	47
6.2.7	Involvering av fastlegene	48
7.	Oppsummering og anbefaling.....	49
7.1	Oppsummering av undersøkelsens hovedfunn	49
7.2	Hvilke grep kan gjøres for å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene?	51
7.2.1	Anbefalinger til avtalenes utforming:.....	53
7.2.2	Anbefalinger til prosessuelle og strukturelle forhold rundt avtalene:	53
	Litteraturliste.....	54
	Vedlegg	55

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er et viktig virkemiddel i gjennomføringen av samhandlingsreformen. Avtalene skal bidra til at målene med reformen oppnås;

- Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene
- Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen

En viktig dimensjon ved samarbeidsavtalene er å sikre et godt samarbeid mellom kommuner og sykehus, ettersom bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus vil gi pasienter og brukere bedre tjenester.¹ Avtalene ble lovpålagt i 2012.

KS har bidratt i avtalearbeidet lokalt med råd, veiledning og tilrettelegging av møteplasser mellom kommuner og helseforetak. KS ønsker å følge opp kommunenes forventninger i arbeidet med å evaluere hvordan avtalene fungerer, og mener det er nødvendig å systematisere og bringe disse erfaringene inn i møtene med staten.

For å innhente kunnskap om hvordan avtalene fungerer ble dette prosjektet igangsatt. Formålet med prosjektet har vært tredelt.

1. Undersøke hvorvidt intensjonene og forpliktelsene i inngåtte samarbeidsavtaler etterleves (nåsituasjon)

Med utgangspunkt i hvordan partene opplever at avtalene fungerer per i dag:

- Er avtalene kjent?
- Hvordan brukes avtalene?
- Hva er de største utfordringene med avtalene, slik partene ser det?
- Hvordan kan kommunene hente ut potensialet i avtalene?

2. Identifisere og konkretisere viktige suksesskriterier for at avtalene skal virke etter intensjonen (framtidig løsning)

- Suksesskriterier direkte knyttet til avtalene
- Suksesskriterier knyttet til prosessuelle og strukturelle faktorer rundt avtalene

3. På bakgrunn av funn fra intervju/workshop, foreslå skisser til avtalebestemmelser som bidrar til å fremme intensjonen med avtalene

¹ Helse- og omsorgsdepartementet, 2012 (nedlastet 29.05.14)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke.html?id=650125>

Den overordnede intensjonen med samarbeidsavtalene er bedre kvalitet på tjenestene til pasientene. I denne konteksten kan bedre kvalitet forstås som:

- Tydelig ansvar- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak
- Tjenester som utføres i tråd med BEON-prinsippet
- Forutsigbare pasientforløp uten unødige brudd

Problemstillingene over har først og fremst hatt til hensikt å undersøke hvordan kommuner og helseforetak opplever bruken av samarbeidsavtalene, slik de fungerer i dag, og om avtalene etterleves.

Etterlevelse kan i denne sammenheng forstås både i bred og smal forstand. En smal forståelse av etterlevelse er handlinger direkte i tråd med avtalenes bestemmelser (eks. den konkrete oppgavefordelingen mellom kommunen og helseforetaket). En bredere forståelse er om avtalene bidrar til etterlevelse av intensjonene i Samhandlingsreformen i sin helhet.

I denne undersøkelsen legger vi til grunn at avtalene i hovedsak er i tråd med intensjonene om bedre tjenester for pasientene gjennom en konkretisering av oppgave- og ansvarsavklaring samt gode samarbeidsrutiner mellom partene, og at etterlevelse av avtalene således innebærer etterlevelse av intensjonene. På bakgrunn av dette refererer etterlevelse i denne sammenheng først og fremst til hvorvidt de konkrete avtalebestemmelsene etterleves av partene.

1.2 Rapportens innhold og oppbygging

Rapporten beskriver erfaringene et utvalg informanter fra ulike kommuner og helseforetak har med samarbeidsavtalene, herunder:

- hvordan avtaler fungerer som styringsverktøy,
- hvordan prosessen rundt avtaleinngåelse fortonet seg,
- i hvilken grad avtalene ser ut til å etterleves,
- hvilke utfordringer partene støter på,
- samt suksesskriterier for etterlevelse av avtalene

Funnene i rapporten er basert på kvalitative intervjuer og workshops. Innledningsvis redegjøres det for relevant bakgrunnsinformasjon om Samhandlingsreformen og de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Kapittel 1-3 er inneholder bakgrunnsinformasjon om samarbeidsavtalene generelt og undersøkelsen spesielt. I kapittel 2 redegjøres det for datagrunnlag og metodisk tilnærming, samt avgrensninger ved undersøkelsen. Kapittel 3 gir en beskrivelse av Samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene, basert på eksisterende informasjon.

Funnene i undersøkelsen presenteres hovedsakelig i kapittel 4 og 5. Kapittel 4 er en deskriptiv gjengivelse av informantenes tilbakemeldinger knyttet til hvorvidt intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtaler etterleves (undersøkelsens første formål). I kapittel 5 ser vi nærmere på hvilke faktorer som er av betydning for etterlevelsen av avtalene, og hvordan faktorene virker inn. På bakgrunn av informantenes tilbakemeldinger identifiseres og konkretiseres viktige suksesskriterier for at avtalene skal virke etter intensjonen (undersøkelsens andre formål).

I kapittel 6 drøftes muligheter for forenkling av avtaleverket, og videre eksemplifiseres ulike områder som kan være hensiktsmessig for kommunene å avtaleregulere som skisser til avtalebestemmelser (undersøkelsens tredje formål).

I kapittel 6 oppsummeres undersøkelses hovedfunn og det gis anbefalinger til hvilke grep som kan gjøres for å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene.

2. Data og metode

2.1 Framdrift og metodisk tilnærming

Figuren nedenfor gir en illustrasjon av prosjektets framgang og faser.



Figur 1 Prosjektfaser og framdrift

Undersøkelsen baserer seg på offentlig tilgjengelig informasjon om samarbeidsavtalene, tidligere forskning, erfaringer fra Danmark samt tilbakemeldinger fra informanter fra intervju og workshop.

I første del av undersøkelsen ble det totalt gjennomført 30 kvalitative telefonintervju og et personlig intervju (leder av tvisteløsningsnemnda).

I første intervjurunde ble informantene fra kommuner og helseforetak plukket ut på bakgrunn av deltakelse i prosessen med utarbeidelse og inngåelse av avtalene. Formålet med denne intervjurunden var å innhente mest mulig helhetlig informasjon om samarbeidsavtalene og få et bilde av nåsituasjonen. Som deltakere i avtaleprosessen hadde informantene en helhetlig oversikt over avtalene i organisasjonen. De fleste hadde imidlertid liten kjennskap til hvordan avtalene ble brukt i det daglige av de som jobber tetttest på pasientene. I andre intervjurunde ble det derfor plukket ut informanter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet med denne intervjurunden var å få informasjon om hvordan avtalene fungerer i praksis. (Se Figur 1 Prosjektfaser og framdrift).

Totalt har følgende informanter blitt intervjuet:

- Samhandlingsdirektør fra hvert RHF (4)
- Samhandlingssjef fra fire ulike HF (4)
- Leder av Tvisteløsningsnemnda (1)
- Forsker med kunnskap om samarbeidsavtalene (1)
- Samhandlingskoordinator fra ulike kommuner (5)
- Forhandlingskoordinator/leder av forhandlingsutvalget fra ulike kommuner (5)
- Pasientkoordinator, enhetsleder, avdelingssykepleier, leder/saksbehandler ved tildelingskontor, leder helse- og omsorg i ulike kommuner (10)

Det ble også gjennomført to workshops, over to dager, med til sammen 37 deltakere fra kommuner og helseforetak. Deltakerne representerte tolv ulike kommuner og tolv ulike helseforetak, med en overvekt av kommunale deltakere. Fra kommunene deltok to representanter, mens det i hovedsak kun var én representant fra hvert helseforetak. Kommunerepresentantene var stort sett kommunalsjef/fagsjef og virksomhetsleder/enhetsleder, og helseforetaksrepresentantene samhandlingssjef eller tilsvarende. I hovedsak møttes deltakere fra kommuner og helseforetak som inngår i en faktisk samarbeidsrelasjon.

Arbeidsamlingene hadde flere formål. For det første var det ønskelig med en løsningsorientert tilnærming, ettersom nåsituasjon og tilhørende utfordringer var undersøkt i første intervjurunde. For det andre var det en anledning til å verifisere inntrykk og funn fra intervjuene. For det tredje var det en anledning til å underbygge funn dersom mange av deltakerne fra ulike kommuner og helseforetak var samstemte. Samlingene var oppdelt i tre deler – 1) avstemme funn fra første intervjurunde, 2) finne fram til konkrete eksempler på hva partene hadde fått til i tilknytning til avtalene, 3) enes om sentrale områder det er behov for å fokusere på framover for at intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte avtalene skal etterleves.

Et overordnet mål i undersøkelsen har vært å favne bredt for å fange opp mest mulig variasjon. Informantene i de innledende intervjuene ble plukket ut basert på følgende kriterier; geografisk spredning og variasjon i kommunestørrelse (antall innbyggere). I utvelgelse av deltakere til workshop ble det plukket ut andre kommuner og helseforetak, enn i første intervjurunde. I andre intervjurunde ble kommuner fra første intervjurunde kontaktet på nytt, men denne gangen med hensikt om å intervju helsepersonell og administrativt ansatte som bruker avtalene i det daglige. Årsaken til at vi valgte samme kommuner var et ønske om å ha mulighet til å oppdage sammenhenger mellom avtaleprosess og/eller avtaleinnhold, og bruk av avtalen i det daglige (etterlevelse).

I noen kommuner var det utfordrende å få tak i informanter. Disse kommunene ble derfor erstattet med en annen kommune i nærheten for å opprettholde prinsippet om geografisk spredning. Det er derfor ikke fullt samsvar mellom kommunene fra første og andre intervjurunde.

2.2 Avgrensninger i undersøkelsen

Det er i hovedsak avtaler på nivå 2 (del-/tjenesteavtaler) som har vært gjenstand for undersøkelsen.² Avtalene er ikke studert direkte i særlig grad, funnene baserer seg derimot på informantenes subjektive vurderinger og opplevelser. Årsakene til denne avgrensningen er for det første at det pågår forskningsprosjekter som studerer avtalene direkte, dernest avtaleverkets omfang. Innenfor rammen av prosjektet ville det ikke vært mulig både å studere avtalene og innhente erfaringer fra informantene.

Avtaleverkets omfang har også hatt betydning for hvor grundig det har vært mulig å undersøke informantenes erfaringer knyttet til hver enkelt av de elleve del-/tjenesteavtalene når det gjelder bruk, etterlevelse, utfordringer og suksesskriterier. Informantene har ulike erfaringer med forskjellige avtaler og det er ikke alltid klart hvilken avtale det refereres til når de uttaler seg. Funnene som beskrives i rapporten er derfor rettet mot avtalene generelt, men der det har latt seg gjøre å gjengi informantenes tilbakemeldinger knyttet til konkrete avtaler, er dette gjort.

På bakgrunn av den metodiske tilnærmingen er det viktig å presisere at funnene som gjengis i rapporten ikke er generaliserbare. Det har like fullt vært et mål at undersøkelsen skal gi størst mulig læringsverdi. Dette er forsøkt ivaretatt gjennom en spredning i utvalget av informanter og ved å beskrive informantenes tilbakemeldinger mest mulig objektivt.

En begrensning ved undersøkelsen er at den ikke er egnet til å belyse effekter for pasientbehandlingen. Alle funn i undersøkelsen baserer seg på informantenes vurderinger og ikke pasientens opplevelser. Brukernes/pasientenes vurdering av behandlingen er et viktig område i tilknytning til samarbeidsavtalene som bør undersøkes i framtidige studier.

² For en oversikt over avtalestrukturen og de ulike nivåene vises det til kapittel 3.

3. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

3.1 Samhandlingsreformens intensjoner og virkemidler

Regjeringen la i juni 2009 fram Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Reformen trådte i kraft 1. januar 2012 og inneholdt to nye lover; *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* og *Lov om folkehelsearbeid*, samt en rekke økonomiske og faglige virkemidler.

I Stortingsmeldingen opplyste Regjeringen at målet for reformen var å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som møter pasientens behov for koordinerte tjenester, men som samtidig er bærekraftig i møtet med store samfunnsøkonomiske utfordringer i fremtiden. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skulle i reformen bestå som den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen³.

I Samhandlingsreformen ble kommunens plikter innen helse- og omsorgstjenesten beskrevet på et mer overordnet nivå. Et av reformens mål var at helse- og omsorgstjenesten skulle bli mer profesjonsnøytral på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det ble kommunens ansvar at pasienter og brukere fikk et mer helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. For å oppnå dette skulle kommunen tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse ble sikret.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skulle etter innføringen av Samhandlingsreformen ha et systematisk samarbeid for å ivareta pasient- og brukersikkerhet og kvalitet i tjenesten. Det nye lovverket tydeliggjorde også kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid⁴.

For å oppnå målene med reformen ble det introdusert flere virkemidler. Blant de mest sentrale var at det skulle være økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten, og at det skulle innføres kommunal medfinansiering av somatiske behandlinger i spesialisthelsetjenesten. Videre fikk kommunene betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, og ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Flere av virkemidlene skulle forvaltes gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak⁵. Det er disse avtalene som står i fokus og blir evaluert i denne rapporten.

Det var fra regjeringens side lagt opp til at noen av endringene skulle skje gradvis. Et eksempel på det er innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene hvor det vil være en gradvis innføring frem til 2016 når tilbudet skal være etablert.⁶

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid konkretiserer de rettslige virkemidlene i reformen og harmoniserer tidligere regelverk. De økonomiske virkemidlene i reformen skal støtte målene om ønsket arbeidsfordeling, gode pasientforløp og løsninger på laveste effektive omsorgsnivå. Et viktig grep i reformen har vært å etablere virkemidler som gir spesialisthelsetjenesten og kommunene økonomiske insentiver til å samarbeide.

³ St. meld nr. 47 (2008-2009), kap. 1.

⁴ Prop 115 S (2010-2011) Kommuneproposisjonen, kap. 10.2

⁵ Prop 115 S (2010-2011) Kommuneproposisjonen, kap. 10.1

⁶ <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx> (nedlastet 26.05.14)

3.1.1 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller minimumskrav til innholdet i samarbeidsavtalene, som blant annet regulerer hvem det er som til enhver tid skal yte de aktuelle tjenestene⁷.

Formålet med å innføre lovpålagte samarbeidsavtaler som et virkemiddel var, i følge Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), å fremme samhandlingen mellom kommuner og foretak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder⁸.

Plikten til å inngå samarbeidsavtaler ble fastsatt i Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Det er kommunestyret i den enkelte kommune som i loven er gitt fullmakt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket eller andre helseforetak. Loven åpner for at kommunene kan inngå avtalene sammen med andre kommuner, en løsning mange kommuner har valg å benytte.

I Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 forpliktet partene til å inngå avtaler som minimum skal inneholde:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

I norsk avtalerett gjelder i utgangspunktet avtalefrihet. Dette betyr både frihet til å inngå eller unnlate å inngå avtaler, frihet til å velge avtalepart, og at avtalepartene har frihet til å bestemme avtalens innhold. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 om «plikt til å inngå avtale» innebærer en begrensning i denne avtalefriheten ved at kommuner og helseforetak er forpliktet til å inngå avtale.⁹

Minimumskravene regulerer ulike områder av Samhandlingsreformens krav og intensjoner for helseforetakene og kommunene. Avtalene inneholder ansvars- og oppgavefordeling, retningslinjer om

⁷ Helsedirektoratet (2011):

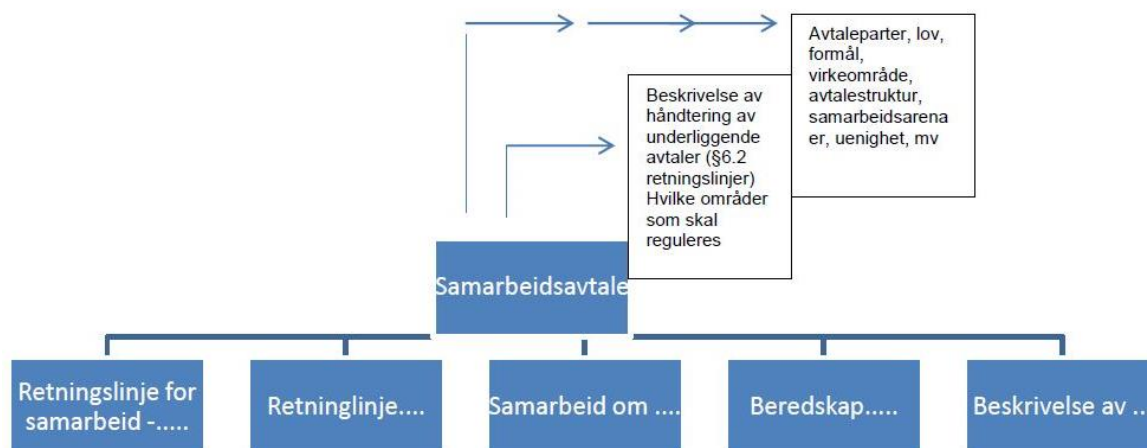
<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler/Sider/plikt-til-samarbeid-mellom-kommuner-og-sykehus.aspx> (nedlastet 05.05.14)

⁸ Nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet: «Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak» s. 3.

⁹ Nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet: «Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak»

samarbeid i konkrete deler av pasientforløpet og kunnskapsoverføring, beskrivelse av kommunens øyeblikkelig hjelp tilbud, beskrivelser av samarbeid for visse aktiviteter og tjenester samt omforente beredskapsplaner. Det er derfor stor variasjon i formålet med de ulike avtalene, og heterogeniteten i avtalestrukturen åpner for at det blir flere lokale tilpasninger.

HOD anbefaler en struktur på den lovpålagte avtalen hvor det utarbeides en generell del og spesifikke delavtaler som ivaretar de temaene loven krever at skal inngås, jf. delavtalene i § 6-2.



Figur 2 Forslag til avtalehierarki (Helse- og omsorgsdepartementet)

Den generelle delen i avtalen refereres ofte til som nivå 1-avtale, mens de elleve delavtalene som har sitt utspring i minimumskravene i § 6-2 omtales som delavtaler på nivå 2.

Samarbeidsavtalene gjelder for alle fagområdene (somatikk, psykisk helse og rus) og skal sikre likeverdighet mellom avtalepartene, og utvikle en god samhandlingskultur. I beskrivelsen av samarbeid om aktiviteter og tjenester må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

Samhandlingsavtalene som tidligere ble inngått mellom forvaltningsorganer i helse- og omsorgssektoren var stort sett utformet som intensjonsavtaler. En intensjonsavtale er en avtale som har en målsetning uten at den forplikter partene. Dagens samarbeidsavtaler er derimot juridisk bindende for avtalepartene, noe som medførte at det ble svært viktig å ha oppmerksomhet rettet mot ordbruken i avtalene.

Kommunene i Norge er generalistkommuner, og har det samme lovpålagte kravet om å levere tjenester til innbyggerne, uavhengig av størrelse og geografisk plassering. Hvordan de kommunale tjenestene er utformet vil imidlertid variere fra kommune til kommune, og mellom ulike interkommunale samarbeid. Helseforetakene har ulike spesialiseringsområder, og samarbeidet om pasientene i kommunen vil preges av dette. Helse- og omsorgstjenesteloven og Spesialisthelsetjenesteloven regulerer oppgavene som kommuner og regionale helseforetak skal utføre. Lover og forskrifter vil imidlertid ikke alltid kunne klargjøre gråsoner, og det vil være behov for lokale tilpasninger på flere områder. For å oppnå dette er det viktig med dialog mellom partene. Regulering av eventuelle gråsoner løses ofte ved at partene inngår lokale tilleggsavtaler/særavtaler.

Ved inngåelse av tilleggsavtaler/særavtaler er det viktig at partene i avtalen er klare på om tilleggskravene skal være rettslig bindende eller ikke. Det bør komme tydelig frem om partene har ment å binde seg til tilleggene, eller om det er en beskrivelse av hva partene har som intensjon å realisere. Tilleggsavtalene refereres ofte til som nivå-3 avaler.

HOD anbefaler at samarbeidsavtalene mellom det enkelte helseforetak og kommunene som helseforetakene samarbeider med, i størst mulig grad er likelydende. Selv om standardisering tilstrebes for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester åpner HOD for at man kan avvike fra malen når det er formålstjenlig. Flere av avtalene vil inngås av flere avtaleparter, enten fordi en kommune har behov for avtale med flere helseforetak, eller at flere kommuner går sammen og inngår en enkelt avtale med ett helseforetak.

De enkelte delavtalene går nokså langt i å beskrive retningslinjer om samarbeid i konkrete deler av pasientforløpet. Noen av kommunene og helseforetakene har derfor valgt å legge prosedyrebeskrivelsene for aktivitetene inn i selve avtalen, og benytte avtalen som en rutinebeskrivelse. Denne praksisen varierer imidlertid i stor grad fra avtale til avtale. Noen har også valgt motsatt tilnærming, ved å holde rutinebeskrivelsen helt utenfor avtalen.¹⁰

I og med at avtalene er en lovfestet plikt er det viktig at kommunene og helseforetakene har en fastlagt ordning for hvordan avvik fra avtalen og uenighet mellom avtalepartene skal håndteres. Partene har blitt oppfordret til å beskrive prosesser for hvordan man skal håndtere uenighet eller avvik direkte i avtalen. Denne beskrivelsen bør si noe om hvordan partene frivillig kan håndtere uenighet, og hvordan frivillig mekling skal gjennomføres.

Den nasjonale tvisteløsningsnemnda gir rådgivende uttalelse i saker der kommuner og helseforetak ikke kommer til enighet. Det er oppnevnt 12 medlemmer, mens nemda i behandlingen av de enkelte sakene vil bestå av fem medlemmer. Leder av nemnda er kommuneadvokaten i Oslo, Hanne Harlem.

Medlemmene er oppnevnt av KS og HOD. Mandatet er å være meklingsinstans når det oppstår uenighet om inngåelse av avtaler, behandle og gi råd om tvister om betaling etter forskrift om kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter samt behandle og gi råd om hvem som har ansvaret for gråsonepasienter, hvor ansvarsfordelingen ikke er klar. Nemda gir rådgivende uttalelse, men kommunene og helseforetakene kan avtalefeste at disse uttalelsene skal være bindende.¹¹

Ettersom samarbeidsavtalene er lovpålagte kan ikke avtalen sies opp, og et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan ikke fortsette uten avtale. Det kan imidlertid oppstå strukturelle endringer som medfører at partsforholdene må endres. Loven åpner derfor for at partene kan si opp samarbeidsavtalen med ett års frist. En ny avtale må deretter inngås. Det anbefales at avtalen uansett gjennomgås årlig og revideres ved behov.¹²

¹⁰ Nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet: «*Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*»

¹¹ <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnd/Sider/default.aspx> (nedlastet 06.06.14)

¹² Nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet: «*Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*»

3.2 Forskning i Norge og erfaringer fra Danmark

3.2.1 Norge

Det foregår på nåværende tidspunkt to nasjonale forskningsprosjekter om Samhandlingsreformen hvor samarbeidsavtalene inngår som et element; «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner», ved Terje P. Hagen (UiO)¹³ og følgeforskning om Samhandlingsreformen «Samhandling og pasient i støpeskjeen (SPIS)» ved Anders Grimsmo (NTNU)¹⁴. Begge prosjektene er finansiert av Norges forskingsråd. Det foreligger ingen offentlige publikasjoner fra prosjektene relatert til samarbeidsavtalene, kun foreløpige resultater. Forskningsprosjektene avsluttes 31.12.2014 (SPIS) og 30.06.2015 (Prosessevaluering av Samhandlingsreformen).

SPIS består av tre arbeidspakker. Arbeidspakke 1 er en studie og analyse av samarbeidsavtalene som er inngått mellom helseforetakene og kommunene. Hva beskriver avtalene og hvilke erfaringer har partene med prosessen?¹⁵ Arbeidspakke 1 er videre delt i tre deler; casebasert studie av prosessen rundt samarbeidsavtalene i kommunene, dokumentanalyse av selve avtalene og en spørreundersøkelse blant øverste ansvarlig innenfor helse og omsorg i alle kommuner. Hovedfunn fra dokumentanalysen av avtalene er følgende¹⁶;

- Majoriteten av kommuner har brukt standardiserte maler og det er liten variasjon innenfor hvert RHF. Det er minst variasjoner i avtalene vedrørende utskrivningsklare pasienter, mest vedrørende kunnskapsutveksling.
- Avtalene varierer i omfang fra 2 til 15 side.
- Kommunene og HFene har i stor grad avtalt minimumsløsninger som allerede er bestemt ut fra forskrift/lov.
 - Det er intensjoner om å forbedre/utvikle praksis/rutiner ved å opprette særavtaler.
 - Forpliktelser utover det som er bestemt i lovverk, forskrifter er det i liten grad.
 - Begrunnelse i forskningsbasert kunnskap om samhandling eller brukererfaring er fraværende i avtalene.
- Teksten i avtalene om øyeblikkelig hjelp gjenspeiler i stor grad opplysninger som kreves ved søknad om tilskudd.
 - Lite konkretisering av tjenesteavtalene av forhold tatt opp i Nasjonal veileder (overlatt til særavtaler).
 - Omtrent alle har regulert tidspunktet for utskrivningsvarsel fra sykehus.
- Målsetninger er ikke operasjonalisert slik at de kan bli målt og evaluert.
 - Status og ambisjoner mangler.

¹³ <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/prosessevaluering-samhandling/> (nedlastet 11.06.14)

¹⁴ <http://samforsk.no/Sider/Prosjekter/SPIS---Samhandling-og-pasientforl%C3%B8p-i-st%C3%B8peskjeen.aspx> (nedlastet 11.06.14)

¹⁵ <http://samforsk.no/Sider/Prosjekter/SPIS---Samhandling-og-pasientforl%C3%B8p-i-st%C3%B8peskjeen.aspx> (nedlastet 11.06.14)

¹⁶ EVASAM: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS). Foreløpige resultater. Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 9. januar 2014, Anders Grimsmo, Professor NTNU, medisinsk faglig rådgiver Norsk Helsenet (pdf)

Prosessevaluering av Samhandlingsreformen består også av tre arbeidspakker.¹⁷

A) Casestudier av modeller for tjenesteyting

- Øyeblikkelig hjelp
- Rehabilitering
- Forebygging

B) Rutiner for samarbeid

- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
- Interkommunale samarbeidsordninger
- Andre rutiner

C) Finansielle virkemidler

- Betaling for utskrivningsklare pasienter
- Kommunal medfinansiering

3.2.2 Erfaringer fra Danmark

Det som vi i Norge kjenner som Samhandlingsreformen var i Danmark en del av en større strukturreform. Strukturreformen som ble gjennomført i 2007 var først og fremst en inndelingsreform hvor antall kommuner ble redusert til 98, og man opprettet et nytt forvaltningsnivå ved å erstatte de tidligere amtene med 5 regioner. Strukturreformen var imidlertid også en oppgavereform der regionene bl. a. fikk det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten.¹⁸ Flere av de økonomiske insentivene vi kjenner fra Samhandlingsreformen, som kommunal medfinansiering og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, er allerede innført i Danmark.

Før Strukturreformen hadde hver kommune en avtale med sykehusvesenet. Plikten til å inngå *Sundhedsaftaler* ble imidlertid regulert i Sundhedsloven fra 2007. Antallet avtaler ble i forbindelse med reformen redusert fra 271 til 98, i likhet med antallet kommuner. I 2013 ble det etter en gjennomgang av avtalestrukturen fastsatt at antallet avtaler skulle reduseres til fem, en for hver av regionene. Etter dette vedtaket blir *Sundhedsaftalene* inngått som en felles avtale mellom regionrådet og kommunestyrene i regionen.

Formålet med de danske *Sundhedsaftalene* er at de skal bidra til å sikre sammenheng og koordinering av innsatsen i de pasientforløpene som går på tvers av sykehus, allmennpraksis og kommuner. Målet er at den enkelte pasient og innbygger skal motta sammenhengende tjenester med høy kvalitet. Formålet med avtalene i Danmark er dermed samsvarende med formålet i de norske samhandlingsavtalene.¹⁹

Sundhedsaftalene som inngås mellom regionen og kommunene omfatter fire obligatoriske områder:

- Forebygging
- Behandling og pleie
- Gjenopptrening og rehabilitering
- Helse-it og digitale arbeidsprosesser

¹⁷ <http://www.ks.no/PageFiles/57852/Terje%20P.%20Hagen.pdf?epslanguage=no> (nedlastet 11.06.14)

¹⁸ <http://www.regioner.dk/om+regionerne/strukturreform> (nedlastet 06.09.2014).

¹⁹ <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler>

De fire avtalene skal igjen ta utgangspunkt i fem tverrgående temaer:

- Arbeidsdeling og samarbeid, herunder kunnskapsoverføring og helsefaglig rådgivning mellom sektorer
- Koordinering av kapasitet
- Likhet i helse²⁰
- Dokumentasjon, forskning, kvalitetssikring og pasientsikkerhet

Tredje generasjon helseavtaler for perioden 2015-2018 blir i år inngått i Danmark. I veilederen til avtalene er det et uttalt mål å redusere ulikhetene i helsetilbudet til befolkningen. Denne målsetningen finner vi ikke konkretisert i tilknytning til de norske avtalene. Fokuset man i Norge har hatt på friere brukervalg og likestilling mellom somatisk og psykisk helse indikerer imidlertid at denne målsetningen vil bli synliggjort også i samarbeidsavtalene på sikt.

Eksempler på nåværende *Sundhedsaftaler* fra Danmark (2011-2014) finnes på:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2011-2014/godkendte-sundhedsaftaler-for-2011-2014/~media/5C50BA33288349E6806121BA117B1CCB.ashx>

«*Veileder om sundhedskoordinationsutvalg og sundhedsaftaler*» er utformet som en forskrift til Sundhedsloven. På tross av at man i Danmark nå kun opererer med fem felles regionavtaler, åpner forskriften for at en eller flere kommunestyre kan inngå supplerende avtaler som omhandler andre temaer enn de obligatoriske avtaleområdene. Formålet med de supplerende avtalene kan være å ta høyde for lokale forhold innenfor den enkelte region, f.eks. i tilknytning lokale utviklingsprosjekter og utfordringer. Supplerende avtaler er av frivillig karakter og kan ikke overstyre de obligatoriske avtalene mellom regionrådet og kommunestyrene.²¹

Forskriften åpner dermed for et avtalenivå som kombinerer elementer fra nivå 2 og 3 i de norske samarbeidsavtalene. Ved å legge opp til et mer overordnet nivå på de obligatoriske avtalene, samtidig som man åpner for lokale tilpasninger har danskene etablert en oversiktlig og fleksibel avtalestruktur.

²⁰ I begrepet ligger det vi i Norge referer til som likeverdige helsetjenester

²¹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161152> (nedlastet 06.06.14)

4. Etterleves intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene?

Den første problemstillingen undersøkelsen har hatt til hensikt å studere, er hvorvidt intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene etterleves. Med utgangspunkt i hvordan partene opplever at avtalene fungerer i dag, ble det undersøkt om avtalene er kjent, hvordan de brukes og hvilke områder som er utfordrende.

I dette kapitlet presenteres de viktigste funnene tilknyttet denne problemstillingen, og informantens syn på hvordan de opplever at avtalene fungerer i dag. Innledningsvis følger en kort redegjørelse for hovedfunns, deretter utdypes disse videre, før hovedproblemstillingen drøftes avslutningsvis.

4.1.1 Hovedfunn

Informantenes viktigste tilbakemeldinger på spørsmålet om hvordan avtalene fungerer er følgende;

- avtaleverket er svært omfattende og dermed også ressurskrevende å få på plass samt håndtere,
- avtaler er nødvendig og et egnet verktøy,
- avtalene har tydeliggjort ansvar- og oppgavefordelingen og medført et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten,
- avtaler som direkte berører økonomi og pasientflyt prioriteres,
- mangel på avklaringer og føringer fra nasjonalt hold har medført økt/ekstra ressursbruk, samt variasjoner i avtalene og organisering av samarbeidsutvalgene

Disse tilbakemeldingene er tilnærmet gjennomgående og uavhengig av ståsted (kommune eller helseforetak). I tillegg må det presiseres at hovedvekten av tilbakemeldingene er positive. Et viktig funn er at det er nokså store variasjoner knyttet til flere elementer ved avtalene. Dette gjelder særlig avtalenes innhold og form, kjennskap til avtalene, og bruk av avtalene. Noen av avtalene beskriver ansvars- og oppgavefordeling mellom partene, andre beskriver kommunale tilbud. Noen redegjør for samarbeid om konkrete områder, mens andre er utformet som retningslinjer, eller som felles planer. I tillegg varierer det også hvorvidt rutine- og prosedyrebeskrivelser er en del av avtalene, eller ikke. Når det gjelder kjennskap og bruk av avtalene viser variasjonen seg tydelig i form av hvor ofte avtalene trekkes fram. Enkelte avtaler omtales svært hyppig (f.eks. utskriving), mens andre knapt nevnes (f.eks. beredskapsplaner).

Variasjonene er gjeldende både mellom de ulike del-/tjenesteavtalene, men også mellom kommuner og helseforetak. Dette kompliserer beskrivelsen av funnene, samt informantens beskrivelser av situasjonen. Typiske tilbakemeldinger er «det varierer» og «det kommer an på». Det er dermed vanskelig å gi en samlet fremstilling av hvorvidt avtalene er kjent, hvordan de brukes og om de etterleves. Bildet er komplekst og innebærer derfor en usikkerhet knyttet til hvorvidt det er elementer som ikke har blitt fanget opp i undersøkelsen.

4.2 Avtalenes utforming og innhold

En av de mest fremtredende tilbakemeldingene i hele undersøkelsen er at avtaleverket er omfattende og dermed også ressurskrevende å få på plass. Mange påpeker at de hadde liten tid til å utarbeide

avtalene, samtidig er det delte meninger om det var *for* liten tid. Flere sier det var positivt med kort tidsfrist ettersom de dermed ble tvunget til å prioritere arbeidet. Den korte tidsfristen, samt liten erfaring med bruk av juridisk bindende avtaler, innebar imidlertid at avtalene ikke ble konkrete, tydelige og forpliktende nok – i alle fall ikke i første runde.

4.2.1 Variasjoner i avtalene

I hovedsak er det de elleve del-/tjenesteavtalene som har vært gjenstand for undersøkelse i prosjektet og de avtalene informantene har blitt spurt om. Variasjon knyttet til hvordan disse avtalene er utformet er imidlertid av betydning for informantenes tilbakemeldinger. Det varierer som nevnt blant annet hvorvidt rutine-/prosedyrebeskrivelsene er en del av avtalen, eller holdt utenfor. Hvilken av de to løsningene som er mest utbredt er noe uvisst, men det kan virke som de fleste har valgt å holde rutinebeskrivelsene utenfor selve avtalene.

I tilfeller hvor rutinebeskrivelsene er holdt utenfor avtalene, er det likevel en tett forbindelse mellom disse og avtalene. Det er dermed ikke nødvendigvis noen reell forskjell mellom de to måtene å utforme avtalene på, men utformingen påvirker innholdet i tilbakemeldingene fra informantene. Dette gjelder blant annet hvorvidt det er nødvendig at de ansatte kjenner til avtalene. Er rutinebeskrivelsene en del av avtalen kan informanten mene det er helt avgjørende, er rutinebeskrivelsene holdt utenfor mener enkelte det ikke er nødvendig at ansatte kjenner til avtalene. Det ser imidlertid ikke ut til å være uenighet om viktigheten av at alle berørte fagpersoner kjenner til rutinene.

En viktig tilbakemelding er at organiseringen og sammensetningen av ulike arbeidsgrupper er av betydning for avtalenes innhold og utforming, noe følgende sitat illustrer; «*Resultatene av avtalene ble ganske forskjellig, avhengig av hvordan gruppene var sammensatt. Noen hadde fokus på helsepersonell og fagfolk. Noen hadde byråkrater. Det ser du igjen på avtaleverkene. De tolv tjenesteavtalene har ulik utforming – noen på operative nivå, noen med en mer overordnet systemtilnærming.*» (Kommunerepresentant i forhandlingsutvalg).

Det ser også ut til å være en del variasjoner mellom de ulike delavtalene når det gjelder hvor relevante de oppleves, og hvor høyt de prioriteres. I lys av dette stiller flere av informantene spørsmål ved delavtale 8 - samarbeid om jordmortjenester. Denne avtalen oppleves ikke å ha en naturlig plass blant de elleve avtalene, ettersom det er den eneste som går spesifikt på et fagområde. Avtaler som direkte berører økonomi og pasientflyt er gjennomgående høyt prioritert.

Når det gjelder avtaler innenfor områder som kjennetegnes av usikkerhet og uavklarte ansvarsforhold påpekes det at avtalene der ofte har mer runde formuleringer, enn avtaler innenfor områder som er sterkt regulert av loven og/eller omhandler klart avgrensede elementer. Dette nevnes særlig i relasjon til rehabilitering, psykisk helse og rus. Flere mener også at det er utfordringer med tjenesteavtale 1; *enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.* «*Det er gråsoner mellom sykehuset og kommunene. Vi fant ikke noen løsning, siterte bare veilederen. Vi ble enige om dette og at vi må se hvordan det blir i hverdagen.*» (Samhandlingssjef i et helseforetak).

Det er også variasjoner med hensyn til hvorvidt helseforetakene og alle kommunene i foretakets opptaksområde har inngått én felles avtale, eller om hver enkelt kommune i opptaksområdet har inngått egne avtaler med helseforetaket.

4.2.2 Formuleringer i avtaleteksten

Informantene som hadde vært delaktige i utformingen av avtalene ble spurt om hvorvidt de mener ordbruken i avtalene bør være forpliktende, eller intensjonell. Med dette menes bruk av ord som *skal* og *må* versus *kan* og *bør*. I hovedsak svarte majoriteten at forpliktende ordbruk er nødvendig. En forhandlingsleder fra kommunesiden uttrykte følgende på spørsmål om hva som er best egnet av ord som *må* og *skal*, versus *kan* og *bør*. «*Må og skal - det er bra. Det ville vært helt bortkastet energi å*

bruke så mye tid på å lage intensjonsavtaler.» Samtidig er det en del variasjon med hensyn til hvor mye partene kan og vil forplikte seg, og variasjoner mellom de enkelte avtalene.

Avtalene som berører de mest konkrete sidene ved pasienthåndtering, som blant annet innskrivning og utskrivning, og avtaler med økonomiske konsekvenser, trekkes fram som avtaler hvor det er spesielt viktig med konkrete formuleringer og forpliktende ordbruk. Dette er det bred enighet om blant informantene. Derimot er det delte meninger og erfaringer når det gjelder avtalene som omhandler mindre tydelige områder. En del forteller at de opplevde det som vanskelig å være konkrete og forpliktende i ordbruken på områder hvor de ikke kjenner konsekvensene av forpliktelsene. Særlig ble dette trukket fram i relasjon til rehabilitering, psykisk helse og rus. På disse områdene sier mange av informantene fra kommunene at de avventer avklaringer fra nasjonalt hold, særlig knyttet til finansiering og ansvarsfordeling, og at de dermed ikke ønsker å binde seg til noe de ikke vet rekkevidden av.

Enkelte forteller at nettopp fordi avtalene skulle være bindende, ble partene mindre tilbøyelige til å formulere seg konkret og bruke forpliktende formuleringer. *«I første fase ble det gjort et nummer av overgangen fra at man gikk fra intensjonsavtaler til juridisk bindende avtaler. Da ble det veldig fokus på formuleringer som skulle stå seg i en eventuell rettstvist. Dette er ikke alltid det beste utgangspunktet for en avtale. Partene ble veldig opptatt av å ikke forplikte seg. Men det har ikke vært samme fokus i siste fase, da har man tenkt mer på hva vi trenger for å møte framtiden.»* (Samhandlingsdirektør ved et helseforetak).

At man ikke har oversikt over rekkevidden av avtalens konsekvenser, nevnes også som en årsak til ikke å ønske forpliktende formuleringer i forbindelse med forsøk på fellesavtaler med kommunegrupperinger. En samhandlingssjef ved et helseforetak uttrykker følgende; *«Det har vært vanskelig å få til forpliktende avtaler. Det er enighet om mange ting blant kommunene, men de synes det er uklart hvordan samarbeidet skal gjennomføres. På grunn av lange avstander, er man redd for at eget tilbud i kommunen skal bli dårligere dersom man går sammen. Det er en frykt for at tilbud skal flyttes.»* Informanten uttrykker frustrasjon over at helseforetaket har ulike avtaler med kommunene i opptaksområdet. Ettersom alle kommunene vil ha individuelle tilpasninger får helseforetaket mange avtaleparter, dette utfordrer situasjonen og oppleves som lite gunstig fra helseforetakets side.

En annen utfordring knyttet til kommunegrupperinger oppstår i tilfeller hvor kommunene ikke er enige seg i mellom. En informant fra et helseforetak som har inngått felles avtaler med mange kommuner, forteller at dersom de bruker forpliktende ordlyd i avtalene vil noen av kommunene nekte å signere. Det presiseres imidlertid at når det gjelder rutineene så må det være forpliktende ord som *skal* og *må*.

Mange forteller at den viktigste endringen som har funnet sted i avtalene ved revidering, er en konkretisering og tydeliggjøring av formuleringene. Det trekkes i den sammenheng fram at det bør være rom for justeringer underveis siden juridisk bindende avtaler er nokså nytt. Avtalene må få tid til å sette seg, og med hensyn til dette er det en fordel ikke å være for forpliktende i formuleringene.

«Mange mener jo dette er et stort byråkrati. Men Samhandlingsformen krever betydelig endring av parter som allerede har en relasjon. Jeg tror forpliktende avtaler bidrar til raskere endring enn intensjoner.» (Forhandlingsleder fra en kommune).

4.2.3 Standardisering

Flere uttrykker et ønske om mer standardisering i forbindelse med avtalene. Dette gjelder både et ønske om standardisering av avtaletekst, og avtalenes format. Argumentene for mer standardisering er at det ville gjort prosessen rundt avtaleinngåelse og revidering enklere og mer effektiv. Flere forteller at ettersom inngåelse av juridisk bindende avtaler er nytt og ukjent, har avtaleprosessen vært ressurskrevende. Tidsbruken kunne vært redusert med større grad av standardiserte avtaler.

Rom for variasjon i avtalene medfører at det blir mer uklart hva avtalene *må, bør og kan* inneholde. Avtalen om utskrivning blir trukket fram av flere i denne sammenheng, og det påpekes at det er problematisk at det ikke er likt over hele landet. «*Utskrivning må være likt i Trondheim og i Stavanger. Nå kan det være klokka 3 i Stavanger og klokka 11 i Trondheim. Dette burde vært løst på nasjonalt nivå. Dette har skapt utfordringer og usikkerhet. Klønete at det er sånn. Det har også skapt forventinger om at kommunene må ha døgnåpne løsninger.*» (Leder av forhandlingsutvalget i en kommune).

Enkelte kommuneinformanter forteller også at etterhvert som avtalene ble inngått, fikk de informasjon om andre parter som hadde fått til mer gunstige avtaler enn dem selv, med hensyn til utskrivningstidspunkt. Dette medførte at flere kommuner ønsket å reforhandle dette punktet i avtalen i neste omgang. Fra helseforetakssiden fremkommer det også eksempler på at man ønsker en reforhandling, for å gå bort fra restriksjoner på utskrivningstidspunkt.

Samtidig er det viktig å påpeke at mange kommunerepresentanter er skeptiske til standardisering, fordi de frykter at kommunene vil tape på dette, blant annet som et resultat av lite rom for lokale tilpasninger. Kommunens rolle som avtalepart vil variere etter kommunenes ressurser, organisering, størrelse og geografisk plassering. På bakgrunn av dette er det nødvendig med et lokalt handlingsrom, når ansvar- og oppgavefordeling mellom kommune og helseforetaket avtales.

Undersøkelsen viser følgende når det gjelder avtalenes utforming:

- Avtaleverket oppleves som svært omfattende og dermed ressurskrevende å få på plass, dette medfører også variasjoner i utformingen mellom de ulike delavtalene og mellom ulike avtaleparter
- Det varierer hvorvidt rutine-/prosedyrebeskrivelser er en del av avtalen eller ligger utenfor
- Alle avtalene oppleves ikke som like relevante, verken i helseforetakene eller kommunene
- Fordel med forpliktende formuleringer, heller enn intensjonelle – som hovedregel
- Konkretisering, tydeliggjøring og presisering er den største endringen etter revidering av avtalene
- Ønskelig med større grad av standardisering blant en del, samtidig stor skepsis til dette blant andre som følge av behov for lokalt handlingsrom
- Prioritering av avtaler som med økonomiske insentiver/konsekvenser

4.3 Kjennskap til, og bruk av avtalene

4.3.1 Kjennskap til avtalene

Alle informantene i undersøkelsen har kjennskap til at det eksisterer samarbeidsavtaler, men det varierer hvor godt de kjenner selve innholdet i avtaleverket. I første intervjurunde ble informantene plukket ut for å kunne uttale seg om avtalene på vegne av kommunen, eller helseforetaket. Blant disse er kjennskapet naturlig nok ganske stor, men flere påpeker at de er best kjent med innholdet i de avtalene de selv var med å utarbeide, og at de ikke har like god oversikt over de andre avtalene. I andre intervjurunde ble det gjennomført ti intervjuer med helsepersonell i ulike kommuner som jobber med pasienter i det daglige. Hovedsakelig ble informantene spurt om bruken av avtalene i tilknytning til utskrivningsklare pasienter, både fordi dette er det område informantene i første intervjurunde oftest henviser til, og det området som ser ut til å være forbundet med flest utfordringer. I tillegg var det nødvendig å avgrense tematikken for å kunne innhente mest mulig konkrete funn. Blant informantene som ble plukket ut for å innhente informasjon om hvordan avtalene fungerer i praksis, er det mindre detaljert kjennskap til innholdet i avtalene. Det er som regel best kjennskap til avtalene høyere opp i

organisasjonene, samtidig ser det ut til kun å være et fåtall som i hver kommune og hvert helseforetak som faktisk kjenner innholdet i avtaleverket.

Informantene ble spurt om de opplevde at det var kjennskap til avtalene i organisasjonen. De fleste svarer at det er varierende kjennskap til avtalene, avhengig av hvilken avtale og hvem man spør, men at det gjennomgående er best kjennskap til avtaler som direkte berører pasientflyt og økonomi.

«Avtalene er kjent der det gjelder økonomi, og pasientflyt. Hvis ikke det er kjennskap her ser man problemene med en gang.» (Kommuneinformant).

«Avtalene gjort kjent i organisasjonen, men det er veldig store forbedringspunkter. Det er tolv avtaler pluss overordnet dokument, 60 sider med avtaletekst som er vedtatt. Det er klart at hvis du går ut og spør, så er det veldig få som kjenner til avtalene. De kjenner til hovedtrekkene. Hadde du gjennomført en undersøkelse om avtalene er jeg usikker på hvor mange som kunne svare godt. De operative sitter med kopier på alle avtaler, i tillegg ligger de ute på våre nettsider. De har mulighet til å slå opp når de møter konkrete problemstillinger.» (Tidligere pleie- og omsorgssjef og representant i forhandlingsutvalg).

Mange sier det er for dårlig kjennskap til avtalene nedover i organisasjonene, men som tidligere nevnt, påpeker flere at det ikke er nødvendig at alle kjenner til avtalene – det er tilstrekkelig å kjenne prosedyrene. Selv om det kan synes at denne påstanden til en viss grad kan forklares av hvorvidt rutine-/prosedyrebeskrivelsen er en del av avtalen, eller ikke, virker det som om det er ulike meninger om nytteverdien av at alle kjenner til alle avtalene. Det har imidlertid vært vanskelig å undersøke dette mer inngående, både på bakgrunn av undersøkelsens utforming og avtaleverkets omfang.

En del sier at avtalene er gjort kjent i organisasjonen, gjennom informasjonsmøter og informasjon på intranett, men at det er store forbedringsmuligheter. Det vises til at det er krevende å sette seg inn i avtalene og at det dermed er et spørsmål om ressursbruk – og om effekten av det. «Det er først og fremst lederne som må kunne dette.» (Representant i forhandlingsutvalg fra kommunesiden).

I kommunene ser det ut til at de som kjenner avtale om utskriving best ute i tjenesten, er personer som enten jobber på tildelingskontoret for kommunale tjenester, eller som sykehuskoordinatorer. I noen tilfeller kjenner avdelingssykepleier godt til avtalen, men først og fremst forholder de seg til tildelingskontoret, eller sykehuskoordinatorens vedtak om pasientens behov når det gjelder utskriving. På institusjonen og i hjemmetjenesten kan det se ut til at de er mest opptatt av å rekke å klargjøre tilbudet raskt nok, og at de får rett dokumentasjon til rett tid. Basert på tilbakemeldingene fra intervjuene kan det synes som om hjemmetjenesten har vært litt på sidelinjen i forbindelse med avtalene. Enkelte kommunalt ansatte som jobber med pasientene i det daglige, sier de opplever at det er mindre kjennskap til avtalen om utskriving blant hjemmetjenestens ledere og medarbeidere. Dette utdypes nærmere i kapittel 4.6.

4.3.2 Bruk av avtalene

Blant informantene som var med å utarbeide og inngå avtalene er det generelt nokså liten kjennskap til hvordan avtalene brukes i hverdagen. En del fremhever at de nå må jobbe mer med implementering slik at avtalene skal få «satt seg». Til nå har innsatsen vært fokusert mot å lage avtalene og revidere de.

De som både har kjennskap til avtaleverket, prosessen og bruken av avtalene sier at det er store variasjoner fra avtale til avtale – noen avtaler brukes daglig, andre brukes nesten ikke. Avtalene som omhandler inn- og utskriving er de som brukes hyppigst. Avtale om forebygging ser ut til å være en av de som brukes sjeldent.

Enkelte sier de har inngått avtaler på andre områder enn de elleve pålagte områdene når de har sett behov for det. Eksempel på områder hvor det er inngått ytterligere avtaler er; smittevern, gjensidig

hospiteringsordning, lindrende behandling, pasienttransport, lærings- og mestringstilbud, legemiddelbruk og legemiddelhåndtering.

Tilbakemeldingene fra informantene som jobber med pasienter i det daglige (intervjurunde 2) viser at det er nokså store variasjoner i bruken av avtalene og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, når det gjelder utskrivning. Når det er sagt er det likevel et hovedinntrykk at avtalene brukes, enten direkte eller gjennom rutinebeskrivelsene som er utledet av avtalene, og at flertallet av utskrivningene stort sett foregår i tråd med avtalene. De fleste opplyser at rutinebeskrivelsene/avtalene ligger i en perm og finnes på intranettet. Det påpekes imidlertid at de ansatte sjelden går og leser i disse dokumentene, de er nødt til å ha rutinene i «ryggmargen». Utfordringene informantene trekker fram i tilknytning til utskrivning utdypes i kapittel 4.6 om utfordringer.

Det synes å være variasjoner mellom avtaleparter når det gjelder tilfeller hvor avtalen om utskrivning ikke etterleves. Enkelte forteller at de alltid skriver avvik ved brudd på avtalen, og at dette krevde tett oppfølging i starten, men at det deretter gikk seg til. Andre forteller de at det svært sjelden skrives avvik, noe som begrunnes med at det ikke er tradisjon for avviksmeldinger, eller at det ikke nytter.

Undersøkelsen viser følgende når det gjelder kjennskap og bruk av avtalene:

- Kjennskap til avtalene avhenger av hvilken avtale det er refereres, hvilket nivå i organisasjonen man spør og strukturelle forhold
- Det oppleves som et omfattende arbeid å gjøre avtalene kjent
- Uklart om det er behov for at ansatte nedover i organisasjonene må kjenne innholdet i avtalene
- Store variasjoner i vektleggingen av innholdet i de ulike delavtalene, og variasjon i utforming og bruk av delavtalene mellom avtaleparter
- Ønskelig å jobbe mer med implementering for å øke kjennskap og bruk av avtalene
- En del har inngått avtaler på flere områder enn de elleve lovpålagte del-/tjenesteavtalene

4.4 Avtaler som verktøy

De fleste informantene mener at avtaler er et egnet verktøy for samhandling og at de dessuten er nødvendige. De positive sidene som trekkes fram er særlig at avtalene er juridisk bindende, at de har tydeliggjort ansvar- og oppgavefordelingen mellom kommunen og helseforetaket samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Flere påpeker også at det er en klar fordel å «ha noe å vise til», særlig gjelder dette de som jobber med pasientene i det daglige.

Like fullt er det flere som problematiserer det de opplever som en overdreven tro på avtaler. Som en informant fra et helseforetak uttrykte det; «*Vi lever i en tid hvor det ofte blir slik at virkemiddelet blir et mål i seg selv.*» Dette utsagnet peker på en innvending mot avtalene som har kommet fram i undersøkelsen: ettersom både avtalene, og arbeidet med dem, oppleves som omfattende og ressurskrevende, medfører dette et økt behov for å se nytteverdien av dem. En del stiller seg dermed spørsmål om (de enkelte) avtalenes nødvendighet og funksjon. Selv om de fleste mener avtaler er et nødvendig virkemiddel, stilles det spørsmål om de enkelte avtalenes funksjon og hvem avtalene er til for. Det påpekes at dette i for liten grad har blitt problematisert fra nasjonalt hold, og at det burde vært en tydelig beskrivelse av hensikt og funksjon med hver enkelt avtale. En informant fra et helseforetak påpekte at det legges svært mange føringer inn i avtalene, og at dersom avtalene er det eneste verktøyet vi har, legger vi kanskje for mange forventninger til dem. Informanten stilte spørsmål

ved om noe av det vi i dag håndterer gjennom avtaler, heller bør håndteres direkte i lov eller forskrift. «Det er svært mange avtaler og man bør ha et kritisk blikk på når det er nødvendig med avtaler.» (Samhandlingssjef i et helseforetak).

Flere stiller spørsmål ved hvem som opplever eierskap til avtalene - byråkratene, jurister, helsepersonell, eller pasientene? «Det bør avklares hvem avtalene som er til for. Er det for systemet eller for helsepersonellet? Det er meningsløst å skrive ti siders avtaler som skal avtales politisk. En rydding i hva man skal bruke avtalene til, det burde man vært tydeligere på.» (Kommuneinformant).

Enkelte påpeker at en fare ved avtalene er at man blir mer opptatt av avtalene, enn pasientene. En informant fra et helseforetak sa følgende knyttet til denne problematikken; «Det er heldigvis sånn at de som samarbeider rundt pasientene ikke vet om avtalene. De har et annet fokus (på pasientene), satt på spissen.»

Selv om enkelte sider/dimensjoner ved avtalene problematiseres, er det en tydelig tilbakemelding om at avtaler som styringsverktøy er nødvendig, og et egnet verktøy for samhandling. Det er imidlertid en utbredt tilbakemelding at det ville vært en fordel med færre avtaler. Det stilles spørsmål ved om noen av avtalene kunne blitt slått sammen (f.eks. inn- og utskrivning), og om noen av avtalene kunne vært droppet. Det faktum at det er mange avtaler med stor detaljeringsgrad oppleves som en utfordring, det er vanskelig å holde oversikt over alle avtalene og gjøre de kjent blant de ansatte.

Undersøkelsen viser følgende knyttet til avtaler som verktøy:

- Egnert og nødvendig verktøy for samhandling
- Tydeliggjort oppgave- og ansvarsfordelingen og bedret samarbeidet
- Opplevs som omfattende (både antall og innhold)
- Arbeidskrevende å få på plass, samt revidere
- Mange avtaler med stor detaljeringsgrad utfordrer håndteringen av avtalene
- Fordel å ha «noe å vise til»
- Bekymring for at verktøyet blir prioritert framfor målet

4.5 Prosessen rundt avtaleinngåelse

Samtlige informanter som har vært delaktige i prosessen rundt avtaleinngåelse sier det var krevende å få på plass avtalene. Årsakene til dette er flere, men først og fremst begrunnet ut i fra at det krevde en stor arbeidsinnsats, og at tidsfristene var korte. I tillegg pekes det på manglende erfaring med bruk av juridisk bindende avtaler, manglende erfaringer med å samarbeide om å utarbeide avtaler, utfordringer med å få folk til å sette av tid til å prioritere arbeidet samt ulik kultur mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. At handlingsrommet for utformingen av avtaletekst og områdene som omtales i avtalene er stort, oppleves som positivt i den forstand at det gir fleksibilitet i avtaleforholdet og har gitt eierskap til avtalene blant partene, samtidig medfører dette at prosessen rundt avtaleinngåelsen ble krevende fordi partene selv måtte komme til enighet på en rekke områder.

Disse tilbakemeldingene er gjeldene både for informanter fra helseforetaket og informanter fra kommunen. Videre er det to andre tilbakemeldinger som framkommer uavhengig av arbeidssted. Den ene er bevisstheten om likeverd og betydningen av dette i prosessen med avtaleinngåelse og bruken

av avtalene (samarbeidet), det andre er betydningen av at partene har møtt hverandre, snakket sammen og blitt kjent.

4.5.1 Kommunikasjon

Informantene framhever spesielt betydningen av at samarbeidsavtalene har tvunget partene til å møtes og snakke sammen. Dette har medført at man har blitt (bedre) kjent, fått større forståelse for hverandre, økt kunnskap om hverandres kompetanse og tilbud samt bygget kultur, som igjen har bidratt til økt tillit og bedre samarbeid. Dette trekkes fram som en av de mest positive virkningene av avtalene, og dessuten som avgjørende for et godt samarbeid mellom partene. En utbredt tilbakemelding, og av enkelte nevnt som et hovedproblem for samarbeidet, er at man ikke kjenner hverandre og ikke stoler på hverandre.

Det at partene har møttes og snakket sammen har ikke bare medført økt forståelse og tillit, men det har også ført til at man har fått informasjon om hva som ikke fungerer. En forhandlingsleder fra kommunal side uttrykte følgende: «*Det viktigste som har skjedd i forbindelse med inngåelse av avtalene er at man har oppdaget svakheter som har vært der i femti år. Man har ikke sett dette før på grunn av mangel på kommunikasjon.*»

Det påpekes også av flere at avtalene har bidratt til økt bevissthet blant kommuneledelsen, særlig avtalene som direkte berører økonomi og pasientflyt.

4.5.2 Kultur og likeverd

Det er knyttet stor bevissthet til likeverd mellom partene, både når det gjelder prosessen rundt avtaleinngåelse og samarbeidsavtalene generelt. Flere trekker fram utfordringer knyttet til det tradisjonelle hierarkiske maktforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt ulikheter i ressursgrunnlaget hvor sykehusene har mer ressurser enn kommunene. Samtidig ser bildet ut til å være mer nyansert, enn at helseforetaket gjennomgående stiller sterkere enn kommunene.

Informantene (særlig fra helseforetakene, men også fra kommunene) påpeker at det er viktig at kommunene ikke opplever seg som den svake part, og at det på grunn av den tradisjonelle maktfordelingen mellom partene har blitt fokusert på likeverd i prosessen for å forsøke å unngå dette. En informant fra et helseforetak uttrykte i den forbindelse følgende; «*Vi var nøye på å ikke kalle det forhandlingsprosess – ikke to motparter, men samarbeidende parter. Derfor kaller vi det avtaleutvalg og samarbeidsorgan. Samarbeid om å utarbeide avtaler.*» Den samme informanten vektla også betydningen av hvem som representerer kommuner og helseforetak i ulike utvalg og organer, dette utdypes nærmere under avsnittet om struktur og organisering av samarbeidsutvalg.

Enkelte påpeker at kommunene ikke har den samme forhandlingskompetansen som helseforetakene, noe som har medført en ubalanse i prosessen. Samtidig fremkommer det også eksempler på det motsatte og det vises til at kommunene har jobbet mer med forhandlinger enn sykehusene tidligere.

En tydelig tilbakemelding, fra både helseforetak og kommuner, er at der hvor kommunene har klart å stå sammen som en samlet avtalepart, har kommunene hatt en langt sterkere posisjon overfor helseforetaket, enn dersom de har stått enkeltvis. I visse tilfeller kan det synes som kommunene nærmest har hatt overtaket ved gruppering, ettersom helseforetaket har strukket seg langt i frykt for at forhandlingene skulle brytes og dermed risikere å måtte inngå egne avtaler med hver enkelt kommune i opptaksfeltet.

Der hvor kommunene har klart å definere seg som en avtalepart, uttrykker informantene at dette har vært en vellykket konstellasjon og en fordel for både kommunene og helseforetaket i forhandlingsprosessen. «*Det at kommunene har klart å gruppere seg gjør noe med likevekten. For det andre så ser vi at hvis vi møter kommunene på den faglige arenaen blir de underlegne, men der*

kommunene blir overmann er når vi bygger inn den politiske delen. Når ordførerne går sammen er de sterkere enn styret på sykehuset» (Samhandlingssjef ved et helseforetak).

Samtidig er det, som tidligere nevnt, flere som forteller om utfordringer knyttet til kommunegrupperinger hvor kommunene ikke har vært enige seg i mellom. Særlig uttrykker informanter fra helseforetak at dette er problematisk. De opplever at kommunene har helt forskjellige interesser, noe som medførte økt ressursbruk i avtaleprosessen samt uenigheter i etterkant ved bruk av avtalene og ulike ønsker om revidering.

På spørsmål om hva som fremmer god samarbeidskultur er en typisk tilbakemelding at kommunen og helseforetaket har lang erfaring med samarbeid og at de dermed har kunnet bygge videre på en allerede eksisterende samarbeidskultur. *«Hvorfor har man fått til en god dialog? Historisk begrunnelse. Det var etablert et samarbeidsråd i flere år. Der har det hele tiden vært en god dialog med sykehuset. Klima var godt i forkant av reformen – og nå er den grei – selv om det er ulike interesser for hver av partene.»* (Kommunerepresentant i forhandlingsutvalg).

«Jeg har vært opptatt av at det er holdninger og kultur – evnen til samarbeid – som er avgjørende. Avtalene er kun virkemidler. Det er lederskap, kultur og holdninger som bidrar til at intensjonen blir ivaretatt i det virkelige liv.» (Rådmann og forhandlingskoordinator).

4.5.3 Struktur og organisering av de ulike utvalgene

En gjennomgående tilbakemelding i forbindelse med utarbeidelse og inngåelse av avtalene er betydningen av at de rette menneskene møtes i rette fora. Dette er avgjørende for opplevelsen av likeverd og muligheten til å bygge en god samarbeidskultur, ressursbruk i prosessen samt avtalenes utforming og resultat. Flere trekker fram at en sentral utfordring har vært at de som sitter i de ulike utvalgene ikke har reell beslutningsmyndighet.

Det ser ut til å være nokså store variasjoner i hvordan partene har satt sammen de ulike utvalgene. I tilfeller med kommunegrupperinger har enkelte valgt å delegere ansvar og myndighet til noen få personer som har forhandlet på vegne av alle kommunene. Andre har latt representasjonen gå på rundgang mellom kommunene, mens andre igjen har stilt med representanter fra alle involverte kommuner. Det er ikke entydig om noen av konstellasjonene er mer velfungerende enn noen andre. Enkelte forteller om mangel på forankring og eierskap til avtalene blant kommunene som ikke har deltatt i utvalgene. Andre igjen forteller om fordeler ved at noen få kunne snakke på vegne av alle, slik at kommunene faktisk framstod som en samlet part/enhet og at dette bidro til å redusere ressursbruk i arbeidet med avtalene.

Sammensetningen av utvalgene har også konsekvenser for opplevelsen av likeverd. Flere informanter fortalte at de bevisst valgte å la kommunen ha ledelsen i utvalgene for å legge til rette for at kommunene fikk en sterk rolle. En informant fra et helseforetak beskrev følgende i relasjon til dette; *«Kommunene har opplevd stor grad av likeverd. De har vært med fra starten, hele veien. Det er kommunal leder i avtaleutvalget. Helseforetaket kan lett bli dominerende i kraft av sin tyngde. Men det var et bevisst valg at man la ledelsen i arbeidsutvalget til kommunene, og at tre av representantene er fra kommunene, mens to er fra helseforetaket.»*

Når det gjelder sammensetningen av fagpersoner i utvalgene ble det blant flere kommuner påpekt at det var viktig for dem å ivareta hele bredden i avtalearbeidet og dermed stille med (fast)lege, kommunalsjef, jurist og økonom. Enkelte trakk også fram at dersom lege og lege møttes fungerte dette bedre, mens det ofte ble en del diskusjon mellom lege og byråkrat.

Som nevnt tidligere (kapittel 4.1) påpekes det at utformingen av avtalene ble nokså ulik på bakgrunn av hvordan arbeidsgruppen som utarbeidet avtalene var sammensatt. Noen av avtalene er på operativt nivå, mens andre har en overordnet systemisk tilnærming.

Undersøkelsen viser følgende knyttet til prosessen rundt avtaleinngåelse:

- Bidratt til bedre samarbeid mellom kommuner og helseforetak fordi man har blitt bedre kjent
- Bygget kultur
- Bevisst fokus på likeverd
- Avdekket svakheter og tydeliggjort hvor konflikter ligger
- Bidratt til økt bevissthet hos kommuneledelsen
- Handlingsrommet i avtalene gir muligheter for lokale tilpasninger, men medfører også økt ressurs- og tidsbruk

4.6 Erfaringer

Selv om juridisk bindende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er relativt nytt, er det mange lignende erfaringer informantene har gjort seg. Særlig trekkes det fram at avtaler er egnet som verktøy og at samhandlingen mellom kommuner og helseforetak er bedret etter inngåelse av avtalene. Dette begrunnes med at man har fått bedre kjennskap til hverandre og at man har samarbeidet om å finne løsninger på konkrete problemstillinger (bygget kultur). Disse tilbakemeldingene er felles for informantene fra kommuner og helseforetak.

Flere sier imidlertid at de hittil har brukt så mye tid på å utarbeide, inngå og revidere avtalene, og at fokuset nå må være på implementering. I lys av dette påpekes det at revidering hvert år er for hyppig. Flere mener at en revisjon hvert annet år hadde vært mer hensiktsmessig. Behovet nå er først og fremst å gjøre avtalene bedre kjent, i tillegg til at man trenger tid for at avtalene skal få «sette seg». Deretter kan man vurdere om og hvordan avtalene eventuelt bør endres.

Selv om de fleste informantene mener at avtalene har bidratt til bedre samarbeid, er det enkelte informanter på ledernivå som påpeker at sykepleierne sier det var bedre før, fordi de da kunne strekke seg lenger, og dermed oppfatter de at det er mindre samarbeid nå. Når det gjelder tilbakemeldingene fra informantene som jobber med pasientene, bekreftes imidlertid ikke dette synet ensidig (knyttet til utskrivning). En informant ved et tildelingskontor forteller følgende; «*Det var bedre samarbeid før på noen måter. Vi kunne avtale når vi hadde mulighet til å ta i mot pasientene. Men føler det stort sett er godt samarbeid nå også. De små avvikene, små krangler, har det alltid vært. Men det er ikke mye. Vi har mellom 20 og 30 meldinger hver dag, og få problemer. Noe har blitt bedre også; føler vi har et godt system for å ta i mot pasientene, vi er oppdatert, tett på. Men baksiden er at vi mister ansikt-til-ansikt samtaler med de på sykehuset. Før var vi oppe på sykehuset og kunne se pasienten. Danne oss et inntrykk på noen få minutter. Ressurser hindrer oss i å gjøre dette nå, ikke avtalene. Har ikke kapasitet til både å svare på meldinger og dra på sykehuset.*»

Utsagnet peker også på betydningen av strukturelle forhold. Hvordan kommunen er organisert med hensyn til inngåelse av avtalene, geografisk/fysisk lokalisering av ulike tjenester, personell/stillingsbeskrivelser samt tilgjengelige ressurser/økonomi påvirker situasjonen. Mange informanter vektlegger i større grad disse forholdene, enn de konkrete avtalene i forbindelse med inngåelse, implementering og etterlevelse av avtalene. I relasjon til dette framkommer det blant kommuner som hadde hjelp av KS i prosessen, at involveringen var positiv og en styrke for kommunen. Det er en tydelig tilbakemelding at menneskene spiller en helt sentral rolle, både for utarbeidelsene og bruken av avtalene.

En annen erfaring kommunene trekker fram er at helseforetakene i større grad har blitt oppmerksomme på hvilken kompetanse kommunene besitter. Det påpekes at helseforetakene synes å vite for lite om hvor høy kompetanse kommunen faktisk har, men at avtalene har hatt en positiv effekt på dette. I tillegg trekkes det fram fra begge parter at de opplever å ha fått en større bevissthet om pasientforløp, som en konsekvens av avtaleutarbeidelsen.

Det har hittil vært meldt få saker til Tvisteløsningsnemnda. Hvorvidt dette skyldes at man i stor grad klarer å finne løsninger lokalt og komme til enighet, eller at uenigheter ikke meldes, er noe uvisst. En del sier de forsøker å løse tvister på lavt nivå, for å unngå at det blir en stor sak som videre kan medføre et dårligere samarbeid. Sakene som har blitt meldt omhandler i stor grad utskrivning av pasienter.

Undersøkelsen viser følgende erfaringer med samarbeidsavtalene:

- Større bevissthet knyttet til pasientforløp som et resultat av avtalene og prosessen
- Helseforetakene synes å vite for lite om hvor høy kompetanse det er i kommunene
- Regioner/parter som har tradisjon for å samarbeide nyter godt av dette
- Hovedvekten av utfordringene ved samarbeidet ligger utenfor selve avtalene og lar seg ikke regulere gjennom avtaletekst
- En del ser behov for å inngå avtaler på flere områder
- Menneskene spiller en helt sentral rolle

4.7 Utfordringer

Hovedutfordringene knyttet til samarbeidsavtalene kan deles i to kategorier. Den ene omhandler selve avtaleverket og omfanget av dette. Samtlige informanter, som er kjent med avtaleverket, påpeker at det er mange avtaler, med stor detaljeringsgrad – og at dette gjør håndteringen utfordrende.

«Utfordringen er at det er mange avtaler, det er vanskelig å holde oversikt. En ting er antallet, en annen ting er innholdet. Mange er usikre. Både kommunen og helseforetaket må ha et system som sikrer at informasjon når de som må ha det. Det er en generell mangel på informasjon. Men det er behov for de avtalene som er inngått, ikke en løsning å redusere antallet heller.» (Samhandlingssjef ved et helseforetak).

Delvis uavhengig av dette er det knyttet utfordringer til samarbeidet mellom partene. I relasjon til dette påpekes det overordnet at man har ulikt utgangspunkt og ulik kultur. *«Hovedproblemet er at man ikke kjenner hverandre og ikke stoler på hverandre.»* (Kommuneinformant).

Det er enkelte områder/avtaler som i større grad trekkes fram som utfordrende, enn andre. I det følgende gjennomgås de viktigste tilbakemeldingene knyttet til de mest utfordrende sidene ved avtalene.

4.7.1 Utskriving

Det området hvor informantene opplever flest utfordringer på nåværende tidspunkt er utskrivning. Utfordringene omhandler stort sett tidspunkt for varsling og utskrivning, men også definisjon av tilstand, vurdering av kommunalt tilbud i etterkant av sykehusbehandling, ulik praksis ulike steder, og mangel på dokumentasjon som skal medfølge pasienten.

Som nevnt i forbindelse med ønske om standardisering (4.2.3), uttrykker flere at det er problematisk at det er hver enkelt part sitt ansvar å forhandle om tidspunkt for utskriving. Kommunene etterspør i stor grad nasjonale avklaringer på dette området. Samtidig er flere skeptiske til dette ettersom de er redde for å miste en god avtale med sitt helseforetak, og/eller frykter mindre handlingsrom for lokale tilpasninger. Fra helseforetakets side oppleves det problematisk at det er rom for lokale tilpasninger da dette kan medføre ulike avtaler og ulike praksis i samhandlingen med ulike kommuner i ett og samme opptaksområde.

«Vi evaluerte avtalene veldig raskt, og vi ble veldig overrasket over at mange av kommunene ikke ville ha pasientene i helgene, eller beskjed om at de skulle skrives ut i helgene. Noen kommuner ville ha beskjed fordi betalingsplikten ble overholdt, de kommunene som har vakter i helgene vil ha beskjed. Det er altså uenighet mellom kommunene på dette punktet, men vi må ha én regel for alle.» (Samhandlingssjef ved et helseforetak).

En forhandlingsleder fra en kommune sier det oppstod utfordringer med formulering av tidspunkt for inn- og utskriving, etter at man fikk informasjon om at andre kommuner hadde fått inn i avtalen at sykehuset måtte skrive ut pasienten før klokken 15 på hverdager.

Hovedutfordringene som trekkes fram blant informantene som jobber med pasientene til daglig i kommunen, er at en stor andel av pasientene skrives ut på kveldstid og i helgene (med en opphopning fredag ettermiddag), og at dette er den tiden hvor kommunen har minst tilgjengelig ressurser og kompetanse. I tillegg er det et utbredt problem at nødvendig dokumentasjon fra sykehuset ofte mangler.

Mangelen på dokumentasjon gjelder både informasjon ved melding om utskrivningsklar pasient (medisinliste, diagnose, funksjonstilstand) og epikrise ved utskriving. Når det gjelder mangel på informasjon ved melding om utskrivningsklar pasient, etterspør kommunen ofte dette via e-meldingssystem eller telefon. Det er derimot store variasjoner i hvorvidt kommune skriver avviksmeldinger når dette skjer. Enkelte forteller at de alltid skriver avviksmelding ved mangelfull informasjon om pasient, andre forteller at det aldri gjør det. Det er også variasjoner knyttet til mottakspraksis ved mangelfull dokumentasjon i kommunene. Enkelte tar ikke i mot pasientene dersom det mangler dokumentasjon. I Kristiansand ligger det i avtalen at pasienten ikke er utskrivningsklar før nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig for kommunen. Kommunene fikk forhandlet fram dette som en slags «nødknapp». I Kristiansund er det også et absolutt krav om at både epikrise og medisinliste skal medfølge ved utskriving, men dette ligger i prosedyrene. De fleste kommunene har imidlertid ikke slike krav/muligheter i avtalene eller prosedyrene, og tar i mot pasienten selv om dokumentasjonen er mangelfull.

Tidspunkt for utsendelse av epikrise ser ut til å variere svært mye. Som nevnt er det noen kommuner som ikke tar i mot pasient dersom epikrise mangler ved utskriving. Andre forteller derimot at det kan gå opp til 14 dager etter at pasienten er skrevet ut, før sykehuset sender epikrise.

Når det gjelder å etterspørre nødvendig dokumentasjon, uttrykte en kommuneinformant at det var vanskelig å stille de «riktige spørsmålene» for å være sikker på at de fikk nødvendig informasjon om pasientens tilstand. Enkelte ganger hadde de feilvurdert alvorlighetsgraden i pasientens tilstand på grunn av mangelfull informasjon fra sykehuset, sendt pasienten hjem for så å erfare at pasienten ikke kunne ivaretas av hjemmesykepleien. Dette førte til reinnleggelse på sykehus.

I relasjon til dette påpekes det også at siden helsetilstanden til en stor del av de utskrivningsklare pasientene er nokså dårlig, skjer det hyppige reinnleggelser i sykehus. Dette oppleves som svært uheldig. Mange kommuneinformanter uttrykker bekymring for at antallet reinnleggelser er høyt.

Informantene som jobber med pasientene i det daglige sier at sykehuset vil ha pasientene inn, men fort ut igjen. Av og til for fort, og i noen tilfeller skulle pasienten aldri vært på sykehus i

utgangspunktet. Dette forklares delvis som en følge av de økonomiske insentivene. «*Er det økonomien, eller brukerens ve og vel som styrer? Kunne fått mer ro rundt pasienten før den skrives ut. Er det god økonomi i dette til slutt uansett?*» spør en avdelingsleder i hjemmetjenesten. En annen kommuneinformant ved et tildelingskontor uttrykker følgende; «*Synes alt skal gå så fort. Et kappløp med tiden. Noen ganger vurderer man feil fordi alt skal avgjøres så fort. Litt lengre frister hadde vært fint. De korte fristene kan gå utover pasienten.*» Mange er opptatt av de indirekte kostnadene ved utskrivning, og er bekymret for at de økonomiske insentivene virker litt for godt. Samtidig presiseres det fra de som jobber med pasientene i kommunene at dersom de mener kommunen ikke kan gi et forsvarlig tilbud etter utskrivning, spiller ikke pengene en viktig rolle.

I tillegg til de økonomiske insentivene/konsekvensene påpekes det at mangelfull informasjon om pasientens tilstand fra sykehuset øker sjansen for feilvurdering av tilbud til pasienten i kommunen, noe som også kan føre til reinnleggelse. En ytterligere forklaringsårsak er at fastlegene er for lite involvert. En kommuneinformant ved et sykehjem forteller at fastlegene ikke drar på hjemmebesøk, eller sjekker pasienten når de skrives ut fra sykehuset. «*Det kan være måneder, eller år siden legen har sett til sin geriatriske pasient*».

Dersom pasienten sendes rett hjem, og er mer hjelpetrengende enn tildelingskontoret, eller sykepleier på vakt er klar over, er det ofte for krevende for hjemmetjenesten å ivareta pasienten. Slike tilfeller ender ofte med at pasient, pårørende, eller hjemmetjenesten ringer 113, og når pasienten kommer til legevakten, kjenner ikke legen pasienten og tør ikke å la være å legge pasienten inn på sykehus på nytt. At fastlegene er for lite involvert er et gjennomgående tema, og er dessuten knyttet til flere dimensjoner ved avtalene. Dette utdypes nærmere senere i kapitlet.

En annen utfordring som nevnes i mange av intervjuene med ansatte i de kommunale tjenestene, er mindre kjennskap til avtalene i hjemmetjenesten. En avdelingssykepleier ved en korttidsenhet forteller følgende; «*Det hender også at sykehuset skriver ut en pasient uten at de har fått bekreftet at noen skal ta imot pasienten i kommunen. Og så oppfatter ikke hjemmetjenesten at dette ikke er på plass, og tar imot pasienten. Men pasienten er for dårlig og så blir det reinnleggelser.*» Informanten forteller videre; «*Jeg er bekymret på hjemmetjenestens vegne til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Mange er slitne der, mange sykemeldinger. Det er store krav til hva hjemmetjenesten skal kunne klare i dag.*»

Mange kommuneinformanter forteller at der er et utbredt problem at legene ved sykehuset sier til pasient og/eller pårørende at vedkommende må på sykehjem etter utskrivning. I slike tilfeller opplever kommunen det som svært utfordrende å overtale/overbevise pasient og eventuelt pårørende om at det ikke er nødvendig, men at pasienten istedenfor kan sendes hjem og få hjemmetjeneste.

En kommuneinformant som jobber med pasienter i det daglige forteller følgende; «*Det som vi synes er litt merkelig, er at sykehuset gir pasientene forventninger om hvilket tilbud de skal få i kommunen. Noen ganger vurderer vi forskjellig. Dette respekterer ikke alltid sykehuset. Vi er veldig opptatt av, og irriterer oss over, er at sykehuset sier at pasientene trenger en spesiell tjeneste, men vi vil ha faktaopplysninger i forhold til en funksjon. Det er vi som sitter med oversikten over hvor tilgangen er god. Det er ikke sykehuset som skal definere dette.*»

Flere påpeker at det er problematisk at kommunen som regel ikke har noe de skulle ha sagt i forbindelse med utskrivning. Dette trekkes fram ved mangel på dokumentasjon, når legen gir forventninger om tilbud i kommunen og i tilfeller hvor sykehuset melder en pasient utskrivningsklar, men ikke skriver ut pasienten. På spørsmål om hvilke endringer som bør gjøres i avtalene og samarbeidet påpekes det at «*Det bør være et nullspill-sum dersom sykehuset varsler at det skal sende en pasient, og ikke gjør det. Økonomi har store konsekvenser for endringer. Økonomisk avklaring på konsekvenser er et viktig verktøy for å få dette til.*» (Samhandlingssjef ved et sykehus).

4.7.2 Rehabilitering, psykisk helse og rus

I tråd med Regjeringens annonserte opptrappingsplan var det ønskelig å undersøke hvordan områdene rehabilitering, psykisk helse og rus ivaretas innenfor avtaleregimet. Det viser seg imidlertid å være mye usikkerhet blant informantene knyttet til dette, og derfor vanskelig å gi konkrete beskrivelser av hvordan avtalene benyttes (og bør benyttes) på disse områdene. At man er usikker er den mest framtrедende tilbakemeldingen på spørsmål om hvordan avtalene bør utformes for å fungere godt innenfor rehabilitering, psykisk helse og rus. Usikkerheten er både et resultat av områdenes kompleksitet samt lite informasjon om kommende endringer og føringer fra nasjonalt hold.

Mange av informantene sier dessuten at de ikke har avtaler som dekker psykisk helse og rus. Blant de som har avtaler på disse områdene, eller er i ferd med å utarbeide det, fortelles det om runde og til dels vage formuleringer; «*Det kommer noe i den reforhandla avtalen på psykisk helse og rus. Dette er veldig rundt formulert. Blir sikkert mer konkret når/dersom det kommer finansierungsordninger som påvirker kommunene. Bør være tydelige formuleringer på dette området etter hvert.*» (Enhetsleder helse- og omsorg).

Når det gjelder rehabilitering påpekes det at det er en utydelig ansvarsfordeling mellom kommunen og helseforetaket. «*Her flyter det mest, dermed blir avtalene tilsvarende ulne. Her må det gjøres mer nasjonalt, blant annet komme tydeligere signaler om hva som forventes av kommunesiden og hva som forventes av spesialisthelsetjenesten, og tydelig på hvordan det skal finansieres. Kommunene har store utfordringer med dette. Det er noe tilsvarende med psykisk helse og rus. Særdeles vanskelig å definere hva en utskrivningsklar pasient er innen dette området.*» (Samhandlingssjef fra et helseforetak).

En annen samhandlingssjef ved et annet helseforetak uttrykker noe av det samme; «*Når det gjelder rehabilitering er mye uavklart, vi er litt i stuss. Det er behov for å gjøre noe mer, men vi er usikre på hva. Vi har satt dette på vent. Mulig det skjer noe på sentralt hold.*» Og videre om både rehabilitering, psykisk helse og rus; «*Innholdet må gå på ansvarsfordeling fordi det er det uklare. Og hva som er god behandling og gode tiltak.*»

Flere påpeker at det er bekymringsfullt at det foregår en nedbygging i sykehus innenfor rehabilitering, men ikke en tilsvarende oppbygging i kommunene. «*En av de største utfordringene som jeg ser det jobbes lite med er rehabilitering. Det er bekymringsfullt at det ikke er større fokus på dette. Spesialisthelsetjenesten avgrensner sine tilbud, men kommunene er ikke forberedt på at de får ansvar for flere rehabiliteringspasienter.*» (Samhandlingssjef ved et helseforetak).

I tillegg til behovet for å bygge opp kompetansen i kommunene, påpekes det at det også er et behov den andre veien. En samhandlingssjef uttrykker følgende; «*De mest utfordrende områdene er rehabilitering og habilitering, dette er krevende. Tema som går igjen i møter med samhandlingssjefer fra helseforetakene er behovet for kompetanseutveksling. Altså at spesialisthelsetjenesten har behov for generalistkompetansen i kommunen, og at kommunen har behov for spesialistkompetansen fra sykehusene.*»

Innenfor psykisk helse og rus, påpeker mange at det er særdeles vanskelig å definere hva en utskrivningsklar pasient er. Flere trekker også fram pasienter med sammensatte lidelser, og at man må være forsiktig med å lete etter «blåkopian» fra somatikken innenfor disse områdene. Pasienter uten fast bopel trekkes fram som en særlig utfordring. «*Det er en utfordring med de uten fast bopel, med et stort rusproblem som er somatisk syke. Et helt skreddersydd opplegg for dem er vanskelig. De kan ramle mellom de stolene. Det er ikke alltid like ideelt å ha dem på et sykehjem.*» (Pasientkoordinator i en kommune).

Overliggerdøgn blant pasienter innen rus og psykiatri nevnes også som en utfordring. «*Innen rus og psykiatri kan vi se at pasientene ligger 60 til 150 døgn. Dette er vanskelige saker, vanskelige*

boligsituasjoner. Det blir ikke prioritert. Hadde dette vært en del av finansieringen hadde det blitt en annen type prioritet. Vet ikke om det er riktig – men vet det er en utfordring.» (Kommuneoverlege).

«Det som har vært bekymringen min fra første dag, er at lovverket gjelder rus, psykiatri og somatikk, mens virkemidlene kun er knyttet til somatikken. Dette har gjort at sykehuset har fått lov å tilpasse seg et bilde av virkeligheten de ser for seg skal komme, som kanskje belaster kommunen på en måte kommunen ikke har fått anledning til forbedrede seg på. Synes jeg ser en tendens til nedbygging av psykiatri og rus i sykehus, men kommuner har ikke bygget opp noe. Her er det nå er det et hull.» På spørsmål om løsning på dette svarer informanten: «Man burde teste ut noen virkemiddel ganske fort. Tviler på om man kan overføre virkemidlene fra somatikk til rus og psykiatri. Særlig økonomiske virkemidler. Hvordan skal man si om en psykisk syk pasient er utskrivningsklar? Dette er et svært vanskelig tema.» (Forhandlingsleder fra kommunalside).

Barn som pårørende nevnes også som et viktig punkt å spesifisere i avtalene. Dette er en sårbar gruppe det er svært viktig ikke å glemme i tilknytning til psykisk syke og rusmisbrukere.

De viktigste tilbakemeldingene knyttet til rehabilitering, psykisk helse og rus er følgende;

- Ansvarsfordelingen må avklares
- Mange runde formuleringer på nåværende tidspunkt
- Bør være tydelige formuleringer i avtalene etter hvert som flere avklaringer gjøres
- Usikkerhet knyttet til framtidige finansieringsordninger som vil være av betydning for partene/avtalene
- Varsomhet knyttet til hvilke insentiver som skal benyttes, mange er skeptiske til en ren overføring av insentiver og økonomiske virkemidler fra somatikken
- Presisere barn som pårørende i avtalene
- Pasienter uten fast bopel er en utfordring
- Felles avtale for rus og psykiatri pga. overlappende pasientgrupper, men skille mellom prosedyrer for de to gruppene

4.7.3 Involvering av fastleger

En gjennomgående utfordring som trekkes fram av informantene er involveringen og samarbeidet, eller rettere sagt fraværet av det, med fastlegene. Informantene forteller at det har vært vanskelig å få med fastlegene i avtaleprosessen, at fastlegene er for lite involvert i kompetanseutveksling, og at de ikke har en aktiv nok rolle rundt pasientene. Flere henviser til fastlegeordningen og det at fastlegene ikke er en avtalepart, som årsaker til utfordringene.

«Fastlegeordningen er ikke tilrettelagt tilfredsstillende nok for at fastleger skal ha en aktiv nok rolle rundt pasientene. Dette må det gjøres noe med. Dette må inn i avtalene.» (Leder av forhandlingsutvalget i en kommune).

En samhandlingssjef ved et helseforetak utrykte følgende; *«Et stort problem har vært å skaffe fastleger til å delta i møter og utviklingsarbeid. Det blir pekt på at den enkelte kommune ikke kan betale for dette. Men samtidig er det et behov for kompetansen, og da sier kommunen at helseforetaket må betale. Men det blir ikke likeverd av dette.»* Fra kommunesiden pekes det på det samme; *«Fastlegeinvolvering er viktig for å få enda mer forsterking. Kommunene har et ansvar og en jobb å gjøre – å få med fastlegene. De må inn i prosjektgruppen. Vi har ikke vært flinke nok med frikjøp fra praksis for fastlegene. Dette er viktig for at legene ikke skal føle at de taper på å være involvert.»*

En annen kommuneinformant fortalte følgende; «Vi gjorde forsøk på å trekke inn fastlegene i forhandlingsprosessen. Hadde blant annet møte med et representativt utvalg av fastlegene i fylkene. Det var nyttig. Men vi møtte på økonomiske utfordringer. Hvem skulle betale for dette?»

Fastlegene er en viktig brikke, og det er en tydelig tilbakemelding at mange ikke har klart å finne en god løsning på å involvere dem godt nok. Mange viser til økonomiske utfordringer og spør hvordan fastlegene skal kunne «kjøpes fri». Det fremkommer imidlertid fra andre at kommunene har et større potensial enn de kanskje selv er klar over med hensyn til å involvere fastlegene i større grad.

4.7.4 IKT

Mangel på velfungerende elektronisk meldingssystem, eller dårlige informasjonssystemer, og systemer som ikke kommuniserer på tvers, skaper utfordringer og vanskeliggjør etterlevelse av avtalene. Det er et behov for teknologiske løsninger som støtter opp under avtalene, og det påpekes at de statlige føringene på elektronisk meldingsutveksling ikke henger sammen med Samhandlingsreformen, fordi dette kom før reformen. «Det må gjøres et kjempeløft på dette området. Det medfører så mye ekstra arbeid for alle.» (Samhandlingssjef i et helseforetak).

«IT-kommunikasjon var ikke på plass da vi inngikk avtalene. Dette var en stor utfordring. Skal en kunne samhandle på e-meldinger, må journalsystemer på plass og det må være enighet om innholdet. Samhandlingsteknologien har kommet kort, og dette skaper uklarheter.» (Kommunalsjef).

En informant fra kommunetjenesten forteller at de nettopp har innført elektronisk meldingsutveksling. Kommunene er positiv til endringen, men opplyser at det er en del av IKT-løsningene de er usikre på. Overgangen til systemet gikk veldig raskt, og overgangen var utforende. Det er mange som trenger opplæring i systemet, og kommunikasjonen går raskt. Det er korte frister å forholde seg til. Det er også noe usikkerhet knyttet til gyldigheten av meldingene. Hvis helseforetaket sender elektronisk melding om at pasienten har samtykket til sykehjemsplass, er dette da å betrakte som gyldig på lik linje med et underskrevet samtykke?

4.7.5 Kommunal medfinansiering

Mange trekker fram kommunal medfinansiering som problematisk, og en kilde til å vanskeliggjøre samarbeidet. Fra kommunene påpekes det at medfinansieringen ikke gir incentiver til å gjøre de riktige tingene.

«Det noen paradokser rundt Samhandlingsreformen og finansieringssystemer. Finansieringen rundt utskrivningsklare pasienter er fornuftig. Men medfinansieringen er et paradoks. Vi skal redusere våre kostnader, mens sykehuset skal øke sine inntekter. Ikke noe fornuftig måte å gjøre det på. Usikker på hvorvidt dette påvirker samhandlingen, men at det påvirker er klart.» (Kommuneinformant).

«Medfinansieringen er en hemske. Vi bruker penger fra rehabilitering, forebygging etc. til dette. Pluss mer. Vi kommer aldri i posisjon til å satse på rehabilitering og forebygging.» (Prosjektleder Samhandlingsreformen i en kommune).

Undersøkelsen viser at de største utfordringene ved samarbeidsavtalene er følgende:

- Mange avtaler med stor detaljeringsgrad utfordrer håndteringen av dem
- Ulikt utgangspunkt og ulik kultur mellom partene
- Utskrivningsklare pasienter
 - Tidspunkt, betalingsplikt, definisjon av tilstand, ulik praksis ulike steder
- Kunnskapsoverføring
 - Hva er veiledningsplikten og hvor langt strekker den seg?
- Ulike avtaler med ulike kommuner/sykehus i ett opptaksområde
- Fastlegens rolle
 - For lite på banen, men hvordan kjøpe de fri slik at de kan bruke mer tid på samhandlingen?
- Samarbeidsforum uten beslutningsmyndighet og/eller uten riktig kompetanse
- Mangel på et velfungerende elektronisk meldingssystem/dårlige informasjonssystemer skaper utfordringer og vanskeliggjør etterlevelse av avtalene
- Manglende informasjon om pasienten og utskriving på ukurante tidspunkt kan medføre reinnleggelser
- Medfinansiering er en kilde til problem og gir ikke insentiver til å gjøre de riktige tingene

4.8 Oppsummering og drøfting – etterleves intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene?

Hovedvekten av tilbakemeldingene knyttet til erfaringer med avtalene er positive. Funnene i undersøkelsen tyder på at områder som er konkretisert og tydeliggjort i avtalene, i hovedsak etterleves. Derimot er det tegn som tyder på at områder med uklare eller utilstrekkelige beskrivelser av oppgave- og ansvarsfordeling i avtalene, kan være til hinder for etterlevelse. En klar tilbakemelding er at det er variasjoner mellom de ulike avtalene og mellom avtalepartene når det gjelder graden av etterlevelse.

Et av hovedfunnene i undersøkelsen er at avtaleverket er omfattende. Et stort antall detaljerte avtaler gjør det utfordrende å sikre kjennskap til innholdet, nedover og utover, i organisasjonene. Dette, sammen med skift- og turnusorganisering, utstrakt bruk av vikarer og høy turnover i helsetjenesten generelt, medfører en betydelig risiko for at avtalene ikke etterleves. Mange av informantene på ledernivå sier det må jobbes mer med implementering framover. Det synes å være mest kjennskap og størst grad av etterlevelse av avtalene som berører økonomi og pasientflyt. Er det ikke kjennskap til disse avtalene, ser man raskt problemene. Derimot er det flere avtaler det er liten kjennskap til, både på ledernivå og nedover i organisasjonen. I stor grad framhever informantene avtalene de har best kjennskap til, og forteller at avtalene de har lite kjennskap til, er avtaler de ikke har vært med å utarbeide, avtaler med lav prioritet, eller avtaler innenfor områder hvor det eksisterer usikkerhet om ansvar og finansiering. Delavtale nr. 7 om forskning, nr. 10 om forebygging og nr. 11 om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden, kan virke som områder som er lavere prioritert. Delavtale nr. 8 om jordmortjenester sier mange at de ikke kjenner særlig godt til, og stiller spørsmål ved hvorfor det er en egen avtale for denne yrkesgruppen. Delavtale nr. 1 om enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre, trekkes av mange fram som vanskelig, og begge parter var usikre på hva de skulle skrive.

Det er en oppfatning blant enkelte informanter i den kommunale tjenesten at det er mindre kjennskap til, og etterlevelse av avtalene i hjemmetjenesten, enn på sykehjem, og videre at hjemmetjenesten er litt på sidelinjen. Imidlertid er det også eksempler på det motsatte, i andre kommuner. Det er uansett et viktig poeng at hjemmetjenesten må involveres aktivt i avtalene, ettersom de tar ansvar for en stor andel av utskrivningsklare pasienter.

En konsekvens av arbeidsprosessen knyttet til samarbeidsavtalene som informantene på overordnet nivå trekker fram, er at samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket er bedret, fordi man har møtt hverandre, snakket sammen og blitt kjent. Dette er i høyeste grad i overensstemmelse med intensjonen med samarbeidsavtalene; «*Bedre samarbeid mellom kommune og sykehus vil gi pasienter og brukere bedre tjenester. For å sikre dette skal kommunene og sykehusene inngå samarbeidsavtaler.*»²² Det synes også som om oppgave- og ansvarsfordelingen har blitt tydeliggjort, som en følge av avtalene. Når det gjelder å styrke forebyggingen og bedre folkehelsen, er det uvisst hvilken rolle avtalene spiller. Avtale om forebygging nevnes imidlertid blant enkelte som en avtale med lavere prioritet.

Det er delte meninger om hvorvidt det er en løsning å redusere antallet avtaler, for å gjøre avtaleverket mindre omfattende og mer oversiktlig. Mange mener det er behov for de avtalene som er inngått, og enkelte har dessuten inngått flere avtaler på andre områder. Samtidig er det mange som etterspør en reduksjon i antall avtaler, en nedkorting av de avtalene som finnes og stiller spørsmål ved om enkelte av avtalene kan slås sammen. Noen påpeker også at enkelte av avtalene kunne vært retningslinjer istedenfor avtaler.

Selv om det er delte meninger knyttet til muligheten av å redusere antallet avtaler, problematiserer de fleste ressursbruken og stiller spørsmål ved de ulike avtalenes konkrete hensikt og funksjon. I tråd med dette stilles det også spørsmål ved om forenklinger burde vært gjort for å redusere arbeidsmengden (standardisering og mindre hyppige revisjoner).

Et annet hovedfunn i undersøkelsen er at avtaler som verktøy for samhandling er egnet og nødvendig, men ikke tilstrekkelig. En rekke faktorer utenfor avtalene spiller en avgjørende rolle for etterlevelsen. I neste kapittel presenteres de viktigste faktorene knyttet til selve avtalene samt prosessuelle og strukturelle forhold utenfor avtalene, som ser ut til å være av betydning for at intensjonene og forpliktelsene etterleves.

²² Helse- og omsorgsdepartementet (2012)

5. Hva skal til for at avtalene virker etter intensjonen?

Prosjektets andre formål var å identifisere og konkretisere viktige suksesskriterier for at avtalene skal virke etter intensjonen. I dette kapittelet presenteres ulike faktorer som ser ut til å være av betydning for etterlevelsen av avtalene (suksesskriterier). Det skilles mellom faktorer knyttet til selve avtalene, som innhold og utforming, og faktorer knyttet til strukturelle og prosessuelle forhold utenfor avtalene.

5.1 Faktorer av betydning knyttet direkte til avtalene

På spørsmål om hvordan avtalene bør utformes for å fremme etterlevelse svarer informantene at avtalene må være konkrete og tydelige, og i stor grad forpliktende. Dette er gjennomgående tilbakemeldinger, uavhengig om informantene representerer kommunen eller helseforetaket. Mange forteller også at revideringen av avtalene stort sett handlet om å konkretisere, tydeliggjøre og presisere innholdet. På spørsmål om hvilke endringer som burde vært gjort i avtaleteksten, dersom avtalene skulle fungere bedre enn i dag, svarte en informant følgende; «*Mindre generelle, mer presise, rett på sak og mer praktible*». Utsagnet oppsummerer hovedtilbakemeldingen på dette spørsmålet.

Hvorvidt formuleringene bør være forpliktende, heller enn intensjonelle (altså at man benytter ord som *skal* og *må*, i stedet for *kan* og *bør*), avhenger av flere faktorer og varierer mellom de ulike delavtalene og avtalepartene. Avtalene som omhandler områder hvor ansvars- og oppgavefordelingen er tydelig definert i lover og forskrifter (som f.eks. inn- og utskrivning), trekkes fram som eksempler på avtaler hvor forpliktende formuleringer både er nødvendig, men også mulig. Noen av avtalene omhandler områder hvor kommuner og helseforetak er usikre på oppgavefordelingen og forventer sterkere føringer fra nasjonalt hold (eks. rehabilitering, psykiske helse og rus). Disse avtalene/områdene er for det første vanskelige å formulere ved bruk av forpliktende formuleringer, men det er heller ikke alltid ønskelig ettersom det råder usikkerhet om framtidige utspill fra nasjonalt hold som vil påvirke situasjonen. Det er imidlertid bred enighet om at rutine/prosedyrebeskrivelsene må være forpliktende i ordbruken.

På bakgrunn av at avtaleverket er omfattende kommer det fram at avtalene ikke bør være for lange. «*Man kan ikke ha en avtale på 50 sider. Retningslinje på maks én side, den må kunne være så håndfast. Den kan absolutt bli for detaljert. Avtalen bør være kortfattet men tydelig.*» (Kommuneoverlege).

Det påpekes også at en forenkling av avtaleverket ville gjort det enklere å håndtere avtalene. Dette tolkes som et uttrykk for at en forenkling ville hatt positiv effekt på etterlevelse av intensjonene og forpliktelsene. Det er både et ønske om færre avtaler (f.eks. ved sammenslåing av noen avtaler) og mindre detaljering i avtalene. En sentral utforing er at avtaleverket er uoversiktlig på grunn av omfanget. Dette er særlig et hinder for implementeringen av avtalene.

Det etterspørres også klarere konsekvenser dersom avtalene ikke etterleves på flere områder enn i dag, og det presiseres at det er viktig at konsekvensene gjelder begge veier for å ivareta likeverdighet mellom partene. Det er gjennomgående slik at avtaler med økonomiske forpliktelser etterleves i større grad enn de uten. Derimot påpekes det at det ikke er en løsning å innføre økonomiske insentiver/konsekvenser på alle områder. Partene trenger dermed andre typer insentiver og konsekvenser enn rent økonomiske, for å sikre at intensjonene og forpliktelsene etterleves.

Som nevnt er det ulik praksis mellom avtaleparter om rutine-/prosedyrebeskrivelsene er en del av avtalen, eller holdt utenfor. Med tanke på at svært mange opplever avtaleverket som omfattende, kan det være en bedre løsning å holde rutinebeskrivelsene utenfor. Samtidig ser denne variasjonen ikke ut til å være av betydning for etterlevelse av avtalene. Klare og tydelige formuleringer, og ikke for detaljrike beskrivelser, er mer vesentlig.

Enkelte opplever språkbruken til dels som «juristmat», i betydningen av at man kunne brukt færre ord og enklere språk. I relasjon til dette påpekes det at det er helt avgjørende at avtalene har et språk som kan leses og forstås av de som skal bruke avtalene.

Avtalemessige suksesskriter for etterlevelse - avtalene bør være:

- Konkrete, tydelige og presise
- Forpliktende formuleringer (i alle fall på områder som er tydelig definert og avklart i loven)
- Kortfattede, ikke for omfattende og detaljerte
- Legge prosedyrebeskrivelser utenfor
- Klart/enkelt språk som kan forstås av alle som skal bruke avtalene

5.2 Strukturelle og prosessuelle faktorer av betydning for samarbeidet og etterlevelsen av avtalene

Selv om avtaler som styringsverktøy oppleves som nødvendig blant de fleste, er det ikke tilstrekkelig for at intensjonene og forpliktelsene etterleveres. En rekke faktorer utenfor avtalene er av betydning, både for avtalenes utforming og derigjennom etterlevelsen, men også uavhengig av selve avtalene.

«Avtaler i seg selv løser ingen ting, det er dialog og praktiseringen av dem som er viktig.»
(Samhandlingssjef ved et helseforetak).

Menneskene spiller en sentral rolle og betydningen av dette må ikke undervurderes. To viktige forutsetninger for avtalenes utforming og etterlevelsespotensial er sammensetningen av de ulike samarbeidsutvalgene med hensyn til at de riktige menneskene møttes i rette fora, og at man klarer å bygge en felles kultur basert på likeverd, respekt og tillit.

Hemmende elementer i avtaleprosessene har stort sett vært at de som sitter i ulike utvalg og fora ikke har beslutningsmyndighet. I tillegg til beslutningsmyndighet er det avgjørende at ulike yrkesgrupper er representert. I tilfeller hvor en av partene ikke har hatt med jurist har dette vært problematisk, og man har vært nødt til å hyre inn juridisk bistand. Det er også nødvendig å ha med helsefaglig kompetanse, i lys av dette er det en utfordring at mange sliter med å involvere fastlegene.

En egen stilling/rolle i organisasjonen med ansvar for samhandling og avtalene, både i kommunene/regionene og helseforetakene, trekkes fram som et suksesskriterium for at avtalene skal bli kjent og etterlevd. *«Helseforetaket har lykket ved å sette ned en samhandlingssjef. KS bør også opprette en tilsvarende stilling. Man bør ha samhandlingssjefer rundt i regionene.»* (Kommunalsjef delaktig i avtaleutvalget).

Dette gjenspeiles på operativt nivå i kommunene. Der man har en koordinerende enhet, eller en person med ansvar for samarbeidet mellom sykehus og kommune i tilknytning til utskriving, ser overgangen ut til å fungere bedre. Kommuner hvor ansatte i helsetjenesten er til stede på sykehuset og vurder videre kommunal behandling av utskrivningsklare pasienter, er også et suksesskriterium.

At strukturelle faktorer er av stor betydning for samarbeidet og etterlevelsen av avtalene, kommer også til syne i forbindelse med kommunegrupperinger som har inngått felles avtaler med

helseforetaket og som videre klarer å stå samlet som én avtalepart. Dette oppleves som svært gunstig både for kommunene og helseforetakene.

I tilfeller hvor partene har hatt intensjonsavtaler tidligere og dermed erfaring med samarbeid på tvers, er det ofte en enklere samarbeidsrelasjon i tilknytning til dagens avtaler. Godt samarbeid begrunnes gjerne med historien hvor partene har bygget kultur og nå kjenner hverandre. I tillegg er enkeltpersoner som har stått på av stor betydning for at partene har fått til ting sammen.

På spørsmål om hva som må til for at avtalene skal fungere bedre enn i dag, svarer en kommuneinformant som var delaktig i utarbeidelsen av avtalene følgende; *«Vet ikke helt. Hovedutfordringene er i det praktiske liv. Vi skriver ikke nok avvik, og kanskje vi faktisk må holde tilbake litt mer og melde flere saker til Tvisteløsningsnemnda. Det er et problem med dokumentasjon. Det er ikke noe i veien med avtalen, men praksis. Alt for dårlig dokumentasjon med epikrise og medisinaliste. Avtalen er klar og tydelig på at dette skal medfølge.»* (Kommuneoverlege og representant i forhandlingsutvalg).

Bedre IT-løsninger ville gjort etterlevelsen av avtalene enklere. Mange trekker fram at mangel på et velfungerende elektronisk meldingssystem og/eller dårlige informasjonssystemer skaper utfordringer og vanskeliggjør etterlevelse. Avtaleparter som har fått på plass velfungerende e-meldingssystemer beskriver dette som en klar fordel for samhandlingen og administrasjonen.

Økonomiske incentiver har stor betydning for etterlevelse. Avtalene som direkte berører økonomi ble prioritert i avtaleprosessen, og der er også disse avtalene det mest kjennskap til. *«De avtalene som har økonomiske forpliktelser i seg fungerer bedre enn de som ikke har det. Men det er ikke en løsning at det skal være økonomiske forpliktelser på alle områder. Er egentlig en pengeflytting.»* (Samhandlingssjef ved et helseforetak).

En tilbakemelding i relasjon til dette er at ikke alle avtalene oppleves ikke som like viktige. Det kan synes som det er større grad av etterlevelse på de områdene informantene selv mener det er avgjørende med etterlevelse, særlig pasientflyt og avtaler med økonomiske konsekvenser. Samtidig er det en uttalt bekymring knyttet til rehabilitering, psykisk helse og rus, og et ønske om å jobbe mer målrettet med disse områdene. Men partene er da avhengige av klare føringer fra nasjonalt hold. Mangel på føringer fra myndighetene er dermed et hinder for konkrete og forpliktende avtaler på disse områdene.

Gjensidig kompetanseutveksling og kunnskapsoverføring er en viktig forutsetning for samarbeidet og etterlevelsen av intensjonene i avtalene. Spesialisthelsetjenesten har behov for generalistkompetansen i kommunen, og kommunehelsetjenesten har behov for spesialistkompetansen til sykehuset. En informant fra et helseforetak påpeker at *«spesialisthelsetjenesten må bli mer rause, det er en vinn-vinn situasjon for alle parter.»*

Strukturelle og prosessuelle suksesskriterier for etterlevelse av avtalene:

- Kommunegrupperinger som fremforhandler fellesavtaler med HF, istedenfor mellom HF og hver enkelt kommune
- Rette personer som møtes – fagkompetanse, forhandlingserfaring, beslutningsmyndighet
- Involvere flere yrkesgrupper i utvalgene for å ivareta bredden
- Jevnlige, fysiske møter mellom partene
- Bevissthet rundt likeverd
- Ledelsesforankring
- Villighet til å samarbeide: tett oppfølging, legge godviljen til, respekt for hverandre, tillit
- En egen stilling/rolle i organisasjonen med ansvar for samhandling og avtalene
- Velfungerende IT-løsninger
- Tilstedeværelse på sykehuset fra kommunen i forbindelse med utskrivning
- Hospitering – gjensidig kompetanseutveksling
- Klare føringer og tydelig definert ansvar- og oppgavefordeling fra nasjonalt hold
- Økonomiske insentiver/konsekvenser

6. Skisser til avtalebestemmelser

På bakgrunn av funn fra intervju og workshop skulle det utarbeides skisser til avtalebestemmelser som bidrar til å fremme intensjonen med avtalene (undersøkelsens tredje formål). Eksempler på innspill til slike skisser ble etterspurt både i intervjuene og på workshopene. Informantene kunne imidlertid hovedsakelig oppgi områder eller eksempler på utfordringer i avtalene, mens de var mer usikre på hvordan utfordringene kunne håndteres med faktiske endringer i avtalene.

Hovedfokus blant informantene, utover behovet for en enklere avtalestruktur, er at avtaleteksten må være klart formulert og ikke gi rom for tolkning i spørsmål om hvilken oppgave som skal gjennomføres, og hvem som har ansvaret for den. En tilbakemelding fra informantene er at vage formuleringer i avtaleteksten kan føre til usikkerhet om oppgave- og ansvarsfordelingen. Samtidig melder noen informanter om at kompliserte formuleringer i avtalen kan gjøre den vanskelig å forstå for personer som ikke kjenner avtalen fullt ut.

I dette kapitlet drøftes muligheten for forenkling av avtaleverket samt ulike områder som kan være hensiktsmessig for kommunene å avtaleregulere, eksemplifisert som skisser til avtalebestemmelser.

6.1 Utfordringer knyttet til dagens omfang og struktur av avtaler

Når man omtaler avtalestrukturen i samarbeidsavtalene, refereres det ofte til tre nivåer av avtaler.

- 1) Overordnet avtale
- 2) Del-/tjenesteavtaler
- 3) Særavtaler (tilleggsavtaler)

De elleve del-/tjenesteavtalene har et vidt spenn i formål og innhold, jf. § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Ett av hovedpoengene i tilbakemeldingene fra informantene var at avtalestrukturen er for omfattende, og at det er et ønske om en forenkling. Noen informanter referer til denne forenklingen som et ønske om standardisering, mens andre uttrykker bekymring for at standardisering reduserer det lokale handlingsrommet i avtalene.

Et alternativ til økt standardisering kan være å vurdere inndelingen av avtalene, og bruken av tre nivåer i avtalestrukturen. Som det ble referert til i kapittel 3.2.2 er det i Danmark gjennomført en omfattende revisjon av avtalestrukturen. I den nye strukturen er det bestemt at det skal inngås avtaler på fire obligatoriske områder. Samtidig åpner forskrift og veilederen til avtalen for at ett eller flere kommunestyre kan inngå supplerende avtaler som omhandler andre temaer enn de obligatoriske avtaleområdene.

Følger man logikken fra Danmark, kan man diskutere om avtalestrukturen vi har i Norge kan reduseres til to nivåer, hvor innholdet i nivå 2, del-/tjenesteavtaler, deles mellom de to nivåene overordnede avtaler og særavtaler (tilleggsavtaler). En reduksjon i antallet nivåer kan gjøre avtalestrukturen mer oversiktlig, samtidig som særavtalene fortsatt kan sikre det lokale handlingsrommet.

Som nevnt over varierer de elleve del-/tjenesteavtalene i innhold, og de skal dekke flere formål. Man kan likevel grovt dele avtalene inn i fem kategorier.

- 1) Ansvars- og oppgavefordeling mellom partene
- 2) Retningslinjer
- 3) Beskrivelse av kommunale tilbud
- 4) Samarbeid om definerte områder/oppgaver

5) Felles planer

I dette prosjektet har ikke formålet vært å gjennomgå alle del- /tjenesteavtalene som er vedtatt. Hva som skiller en enkelte avtale fra en annen er derfor ikke beskrevet i rapporten. Fra lovteksten og veilederen til avtalene, samt informantenes tilbakemeldinger i intervjuene, er det likevel mulig å si noe om utfordringene i dagens avtalestruktur.

En kategorisering som den overfor gir lite innsikt i formålet med avtalene. I revisjonen av avtalene i Danmark valgte man å kategorisere de overordnede avtalene i fire kategorier; forebygging, behandling og pleie, gjenopptrening og rehabilitering. Dette er kategoriseringer som identifiserer tjenesten til pasienten som avtalen skal regulere. Avtalestrukturen har dermed pasienten i fokus, fremfor funksjonen sykehuset eller kommunen skal utøve i pasientforløpet, som i hovedsak er definert i de norske samarbeidsavtalene.

I den norske avtalestrukturen kan den første del-/tjenesteavtalen oppfattes som en overgripende avtale som regulerer ansvars- og oppgavefordeling mellom partene til enhver tid. En tydelig grenseoppgang hva gjelder ansvarsfordeling er viktig for å sikre pasientens behov. En slik overordnet avtale vil imidlertid på flere områder påvirke retningslinjer og samarbeidsavtaler på mer spesialiserte deler av pasientforløpet, som er regulert i andre del- /tjenesteavtaler.

Del-/tjenesteavtalene som er utformet som retningslinjer kan for noen av avtalene oppleves som overlappende. Det finnes en delavtaler med retningslinjer for innleggelse i sykehus og samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Avgrensningen mellom hvilke elementer som skal inkluderes i disse avtalene, og hva som skal reguleres i avtalen med retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester kan oppfattes som utydelig.

I Danmark er det bestemt at hver av de fire overordnede avtalene skal omtale fem tverrgående temaer; arbeidsdeling og samarbeid, herunder kunnskapsoverføring og helsefaglig rådgivning mellom sektorer, koordinering av kapasitet, beskrivelse av likeverdige helsetjenester samt dokumentasjon, forskning, kvalitetssikring og pasientsikkerhet.

Ved å kategorisere områdene som reguleres i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2, etter tjenesten som beskrives, vil kategoriseringen være:

- Innleggelse og utskrivning av sykehus
- Habilitering, rehabilitering, lærings- og mestringstilbud
- Døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Jordmortjenester
- Forebygging

Dette er tjenester som tilbys til pasientene som en del av de lovpålagte oppgavene til kommune og helseforetak. Tilsvarende, hvis man skulle sette opp en parallell til de tverrgående temaene kunne det være:

- Ansvars-, oppgavefordeling og samarbeid
- Kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering
- Forskning, utdanning, praksis og læretid
- IKT-løsninger
- Beredskapsplaner

Eksemplet overfor er ikke et forslag om å endre strukturen på samarbeidsavtalene i tråd med hva som har blitt gjort i Danmark. Eksemplet viser imidlertid at det er mulig å strukturere innholdet som skal reguleres i avtalene på en annen måte enn i dag. Tilbakemeldingene fra informantene er at dagens avtalestruktur er for omfattende og uklar. Å strukturere avtalene tydeligere etter formål, f.eks etter hvilken tjeneste avtalen regulerer kan gjøre det enklere for de som benytter avtalene i praksis å vite hvilken avtale som regulerer området, og når avtalen ikke blir overholdt.

6.2 Forslag til områder som bør reguleres ytterligere i avtalene

I dette delkapittelet omtales syv områder som spesielt har blitt trukket frem av informantene, hvor det er uklarheter knyttet til hva som kan avtales for å klargjøre arbeids- og oppgavefordelingen mellom partene, eller hva som kan bidra til å sikre likeverdigheten mellom partene.

6.2.1 Ekskludering av prosedyrer og rutinebeskrivelser fra avtalene

Hvorvidt prosedyrer og rutinebeskrivelser er inkludert i selve avtaleteksten eller ikke, varierer mellom de ulike avtalene og avtalepartene. Basert på informantenes tilbakemeldinger er det vår vurdering at rutinebeskrivelsene ikke bør inngå i selve teksten, men at relevante rutinebeskrivelser bør finnes som vedlegg til avtalen. Når rutinebeskrivelsene og prosedyrer inkluderes i avtalene, blir avtaleteksten for lang og det oppleves som vanskelig å identifisere de formuleringene som beskriver ansvars- og oppgavefordelingen.

Dersom rutinebeskrivelser skal være en del av avtalen må disse vedlegges avtaleteksten som vedlegg. Innledningsvis i avtalen bør en da ha et avsnitt hvor det fremkommer at rutinebeskrivelser i vedlegg X, vedlegg Y, osv. skal være en del av avtalen, og at dette innebærer at mislighold av rutiner vil være et mislighold av avtalen mellom partene. Hvis man inkluderer misligholdsbeføyelser i avtalen bør formuleringen vise til disse. Eksempel på en slik formulering kan være:

I de tilfeller kommunen A eller helseforetak B ikke følger rutinebeskrivelsene som fremkommer av vedlegg X vedlegg Y osv vil dette anses som et mislighold av avtalen. Dette innebærer at misligholdsbeføyelsene i avtaletekstens pkt V og pkt Z kommer til anvendelse.

6.2.2 Konsekvenser ved avvik i form av brudd på avtalen

Som nevnt innledningsvis i rapporten har partene blitt oppfordret til å beskrive prosesser for hvordan man skal håndtere uenighet eller avvik fra avtalen, eller uenighet mellom avtaleparter direkte i avtalen. Tilbakemeldingene indikerer imidlertid at det er ulikt hvordan partene har valgt å håndtere dette i selve avtalen. Det er lagt opp til at håndteringen av avvik og uenighet i stor grad skal foregå frivillig.

Det er en del uklarheter knyttet til håndteringen av avvik, og spesielt kommunenes sanksjonsmuligheter overfor helseforetakene ved registrering av avvik fra avtalen. Der formuleringer i avtalene oppfattes som uklare eller utydelige hva gjelder ansvars- og oppgavefordeling, opplyser informantene at det er utfordrende å vite hvordan eventuelle uenigheter kan håndteres.

For at en sak skal havne i tvisteløsningsnemnda må en part klage den andre parten inn. Det er vår oppfatning at informantene etterlyser klarere retningslinjer om når avvik kan meldes, konsekvenser av avvik og at avtaleteksten tydelig definerer hva som oppfattes som mislighold, ved at man inkluderer misligholdsbeføyelser.

Informanter fra kommunene etterlyser sanksjonsmuligheter overfor helseforetakene ved avvik fra avtalene. Dersom dette ikke er regulert eller diskutert i forarbeid eller andre dokumenter, har kommunene ingen anledning til å pålegge helseforetakene sanksjoner som f.eks. bøter, såfremt helseforetakene ikke godtar dette.

Om man vil inkludere misligholdsbeføyelser og sanksjonsmuligheter i avtalene kan et forslag til avtaletekst være:

I de tilfeller helseforetak B ikke oppfyller forpliktelsene som fremkommer av denne avtalen anses det som et mislighold av avtalen. Ved mislighold av avtalen kan kommunen kreve:

- *Bøter tilsvarende kr X per dag/time*
- *Erstatning/økonomisk kompensasjon tilsvarende kostanden kommunen har hatt som følge av helseforetak B sitt mislighold*

I de tilfeller kommune A ikke oppfyller forpliktelsene som fremkommer av denne avtalen anses det som et mislighold av avtalen. Ved mislighold av avtalen kan helseforetak B kreve:

- *Bøter tilsvarende kr X per dag/time*
- *Erstatning/økonomisk kompensasjon tilsvarende kostnaden helseforetak B har hatt som følge av kommune A sitt mislighold*

6.2.3 Sikre korrekt dokumentasjon ved utskriving

En tilbakemelding fra flere av informantene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er at det kan være store utfordringer knyttet til mangel på dokumentasjon når pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Mangelen på dokumentasjon innebærer først og fremst for sen oversendelse av epikrise og medisinliste, men også utilstrekkelige beskrivelser av diagnoser og funksjonsnivå.

I Kristiansand har man i samarbeidsavtalen inkludert en formulering om at pasienten ikke kan defineres som utskrivningsklar før nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig for kommunen. At nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig innebærer et absolutt krav om at epikrise og medisinliste skal medfølge ved utskriving.

Korrekt dokumentasjon og informasjon om pasienten er nødvendig for at kommunen skal kunne gi et forsvarlig tilbud, på rett nivå i tjenestekjeden. For at man i kommunehelsetjenesten skal kunne utsette mottak av pasienter på grunn av manglende dokumentasjon, bør dette presiseres i avtalen. En slik presisering vil også øke kommunens insentiver til å rapportere avvik ved manglende dokumentasjon. Et eksempel på en slik presisering i avtaleteksten kan være:

Ved utskriving av en pasient fra helseforetak B til kommune A skal medisinliste og epikrise følge pasienten. I de tilfeller medisinliste og/eller epikrise ikke overleveres kommune A ved utskriving av en pasient vil pasienten ikke anses utskrivningsklar. Dette innebærer at helseforetak B ikke kan pålegge kommunen å ta imot pasienten.

6.2.4 Tidspunkt for utskriving av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten

Tidspunkt for utskriving fra sykehus til kommunehelsetjenesten er et tema som det rapporteres at håndteres ulikt mellom ulike avtaleparter. Flere informanter fra kommunene har uttrykt et ønske om at tidsintervallet hvor pasientene kan skrives ut til et kommunalt tilbud, bør avgrenses og presiseres tydeligere i avtalen.

Det er vårt inntrykk fra undersøkelsen at flere av utskrivningene skjer på kveld og helg når kapasiteten i kommunene er begrenset. Informantene i kommunene uttrykker bekymring for at utskrivingspraksisen kan gi negative konsekvenser for pasienten, og føre til unødvendige reinnleggelser.

Det vil være mulig å regulere et tidsintervall for utskriving, så fremt det ikke fremkommer klart i forarbeid eller andre styrende dokumenter at dette ikke kan gjøres. Avtalefriheten gjør at partene står fritt til å inngå slike forpliktelser om det er ønskelig.

Et eksempel på formulering i avtaleteksten for å regulere tidsintervall for utskriving av pasienter kan være:

Tidspunkt for når helseforetak B kan skrive ut en pasient:

- Normal tid for utskrivning av en pasient er hverdager (mandag til fredag) mellom kl. 07:00 og 17:00. Lørdag, søndag og helligdag fra kl. 09:00 til 15:00.
- Utskrivning utenfor disse tidspunkter skal avtales særskilt med kommune A. Et vilkår for at utskrivning av en pasient kan foretas utenfor normal tid er at kommunen har ressurser og kompetanse til å ta imot pasienten.

6.2.5 Kommunens beslutningsmyndighet over plassering i tjenestetilbud etter utskrivning

En av utfordringene de kommunale informantene hyppig refererer til, er at leger ved sykehusene informerer pasient eller pårørende om at pasienten har behov for et spesielt kommunalt tilbud etter utskrivning, uten at bestillerkontoret/tildelingstjenesten eller sykehuskoordinatoren i kommunen har gitt informasjon om tilgjengelig tilbud til pasienten.

Informantene påpeker at pasienter og pårørende ofte har mer tillit til sykehuslegen, enn kommunens representant, og at dette kan føre til utfordringer i kommunikasjonen med pasienten. Slike anbefalinger fra sykehuslegene kan også føre til at pasienten blir skrevet ut til et tjenestetilbud høyere i omsorgstrappen enn det som er nødvendig.

Flere informanter ønsker at det skal tydeliggjøres i avtalen at det er kommunen som har beslutningsmyndighet over hvilket tjenestenivå pasienten skal skrives ut til i kommunen. Et eksempel på en formulering som kan sikre en slik tydeliggjøring er:

Kommune A skal vurdere, fatte vedtak og iverksette pasientens rett til helse- og omsorgstjenester i kommunen. Kommune A har beslutningsmyndighet til å definere type og omfang av tjenester. Kommune A skal før utskrivning av en pasient fra helseforetak B påse at kommunen har et tilbud tilpasset til den enkelte pasients behov og funksjonsnivå.

6.2.6 Kunnskapsoverføring og krav til veiledning

Informanter beskriver i undersøkelsen at det er uklart hvilke krav som ligger i del-/tjenesteavtale 6: *retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.*

I den nasjonale veilederen for samarbeidsavtaler står det at avtalen bør beskrive hvordan informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til innleggelser, utskrivinger, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten er sikret. Videre bør avtalen beskrive hvordan begge parter bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring, for eksempel gjennom faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser og bruk av ambulerende team og praksiskonsulentordningen.

Informantene har gitt tilbakemelding om at det er uklart hva kunnskapsoverføring skal bestå av, og hvilke krav man kan stille til veiledning fra helseforetakene i avtalen. I juli 2013 la Helse- og omsorgsdepartementet ut rundskriv I-3/2013 – spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten²³. Tilbakemeldingene fra informantene kan tyde på at rundskrivet ikke er godt nok kjent i kommunene, eller at forholdet mellom rundskrivet og innholdet i avtalen ikke er tilstrekkelig revidert.

Veilederen til samarbeidsavtalene åpner for at beskrivelsen av kunnskapsoverføringen i stor grad kan defineres av avtalepartene. Det er vår oppfatning at krav til kunnskapsoverføring og veiledning derfor enkelt kan reguleres i rutinebeskrivelsene, da behovet for overføring og veiledning kan variere mellom de ulike avtalepartene. Basert på tilbakemeldingene fra informantene er det imidlertid behov for at beskrivelsene av ansvars- og oppgavefordelingen, også når det kommer til

²³ http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/rundskriv_I-3_2013.pdf

kunnskapsoverføring, er konkrete og tydelige. Inkluderes kravene i rutinebeskrivelsen kan denne knyttes opp mot avtalen som beskrevet over, slik at mislighold av rutiner anses som mislighold av avtalen.

Et alternativ er å ha en generell beskrivelse av helseforetakenes veiledningsplikt i avtaleteksten, og nærmere beskrivelse i rutinebeskrivelsen, slik at en i avtalen henviser til rutinebeskrivelsen og de punktene som regulerer dette. Et eksempel på en generell bestemmelse i avtaleteksten kan være:

Helseforetak B er forpliktet til å gi veiledning og/eller kunnskapsoverføring til kommunen før en pasient blir utskrevet dersom kommunen har behov for dette. Formålet er at kommunen skal kunne ta imot en pasient på forsvarlig måte. For nærmere beskrivelse om helseforetak B sin veiledningsplikt og/eller plikt til kompetanseoverføring se vedlegg X pkt. XX og YY

6.2.7 Involvering av fastlegene

Et område informantene fra både kommune og helseforetak er opptatt av, er muligheten til å involvere fastlegene i pasientforløpene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Fastlegene er ikke en avtalepart i samarbeidsavtalene, og er i dag ikke forpliktet til samarbeid gjennom disse avtalene.

Kommunene og helseforetakene kan forsøke å forplikte fastlegene i større grad, men uten å gå mer konkret inn i det eksisterende avtaleforholdet mellom fastleger og kommuner er det vanskelig å konkretisere handlingsrommet og eksempler til avtalebestemmelser på dette området.

Dersom fastlegene skal forplikte seg ytterligere må dette avtales i avtalen mellom kommunen og fastlegene.

7. Oppsummering og anbefaling

I dette kapitlet oppsummeres undersøkelsens hovedfunn. Deretter gis det en anbefaling om hvilke grep som kan gjøres for å fremme intensjonene om bedre kvalitet i tjenestene.

7.1 Oppsummering av undersøkelsens hovedfunn

Det overordnede formålet med samarbeidsavtalene er å bidra til bedre kvalitet i tjenestene for pasientene. Dette kan i denne sammenheng konkretiseres ved tydelig ansvar- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak, tjenester som utføres i tråd med BEON-prinsippet og forutsigbare pasientforløp uten unødige brudd. For å få til dette er en avgjørende dimensjon ved avtalene å skape et bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus.

I denne undersøkelsen har erfaringer med samarbeidsavtalene i et utvalg kommuner og helseforetak blitt etterspurt, for å finne ut hvordan avtalene ser ut til å fungere, om de etterleves, og hva som skal til for å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene.

De viktigste funnene i undersøkelsen er:

- Avtaler er nødvendig og egnet som styringsverktøy
- Avtaleverket er omfattende og det er behov for forenkling
- Avtalene har bidratt til bedre samarbeid mellom partene

Juridisk bindene samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er relativt nytt. Dette har betydning for hvordan avtalene er utformet, hvordan avtaleprosessen artet seg, samt erfaringer med bruken av avtalene. De fleste mener at avtaler er et egnet verktøy for samhandling og at de dessuten er nødvendige. Hovedutfordringene som ser ut til å stå i veien for at avtalene skal fremme bedre kvalitet, er avtaleverkets omfang og usikkerhet knyttet til kravene til innhold i flere av del-/tjenesteavtalene.

Avtalenes utforming og innhold

Det er store variasjoner i avtalenes utforming, innhold mellom de ulike delavtalene, og mellom avtaleparter. Variasjonen er et resultat av mange faktorer;

- lover og forskrifter innenfor de ulike områdene som avtalene regulerer,
- sammensetning, struktur og organisering av utvalgene som utarbeidet og framforhandlet avtalene,
- tidligere samarbeidsforhold (kultur) mellom partene,
- forhandlingskompetanse,
- korte tidsfrister,
- liten erfaring med bruk av juridisk bindende avtaler,
- usikkerhet om (framtidig) oppgave- og ansvarsfordeling, samt finansiering,
- usikkerhet til krav om innhold i del-/tjenesteavtaler,
- rom for lokale tilpasninger,
- ressurser og tidsbruk,
- prioritering av enkelte områder/avtaler,
- usikkerhet knyttet til rekkevidden/konsekvensene av forpliktelsene

Variasjonen i avtalenes utforming og innhold gjelder omfang og detaljeringsgrad, ordbruk og formuleringer (konkret versus vag, forpliktende versus intensjonell), fokus (operasjonell eller mer overordnet systemtilnærming) og hvorvidt rutine-/prosedyrebeskrivelser er i, eller utenfor avtalene.

Kjennskap til, og bruk av avtalene

Det har ikke vært mulig å undersøke kjennskap og bruk av alle de elleve delavtalene, gitt undersøkelsens utforming. Hovedtilbakemeldingene for avtalene generelt, er at kjennskap og bruk avhenger av hvilken avtale og det gjelder, og hvem man spør. Det er generelt bedre kjennskap til avtalene på høyere nivå i kommunene og helseforetakene. Samtidig er det kun et fåtall som faktisk kjenner innholdet i avtalene. Partene uttrykker at det er et omfattende arbeid å gjøre avtalene kjent og det må jobbes mer med implementering framover for å få avtalene til å «sette seg». Det er delte meninger om behovet for at ansatte nedover i organisasjonene må kjenne innholdet i avtalene. Avtalene det synes å være mest kjennskap til, er avtalene som direkte berører økonomi og pasientflyt.

Avtaler som verktøy

I hovedsak oppleves avtalene som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling. Avtalene har tydeliggjort oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak. Det er en fordel at avtalene er juridisk bindende og at man har «noe å vise til». Avtaleverket har vært arbeidskrevende å utarbeide og revidere, samt utfordrende å håndtere. Det er ønskelig med en forenkling av avtaleverket, og i den forbindelse er det behov for en vurdering av hver enkelt avtales funksjon, hensikt og nødvendighet. Det er også et spørsmål om enkelte avtaler kan slås sammen eller omgjøres til retningslinjer. Det er også behov for nasjonale avklaringer og tydeligere føringer på en del områder avtaleverket omtaler for at partene skal kunne utarbeide konkrete og forpliktende avtaler. Særlig gjelder dette innenfor rehabilitering, psykisk helse og rus.

Prosessen rundt avtaleinngåelse

Det at partene har møtt hverandre og blitt (bedre) kjent i prosessen med utarbeiding av avtalene har bidratt til bedre samarbeid. I tillegg har prosessen medført at svakheter er avdekket og konflikter tydeliggjort. Man har ikke sett dette før på grunn av mangel på kommunikasjon. Det er knyttet stor bevissthet til betydningen av likeverd og det er tatt aktive grep for å sikre dette. Det er like fullt varierende opplevelser av likeverd mellom ulike avtaleparter, selv om det kun er et mindretall av kommuner som ikke opplevde likeverdighet i prosessen rundt avtaleinngåelsen. Flere avklaringer og tydeligere føringer, blant annet om tidspunkt for utskrivning, veiledningsplikten samt ansvars- og oppgavefordelingen innenfor rehabilitering, psykisk helse og rus, kunne bidratt til redusert tidsbruk, byråkrati og utfordringer i avtaleprosessen.

Erfaringer

Selv om det er variasjoner knyttet til avtalenes utforming og innhold, og prosessen rundt avtaleinngåelse, er mange av informantenes erfaringer med avtalene like. Den viktigste endringen som har funnet sted i revideringene av avtalene, er en konkretisering, tydeliggjøring og presisering av innholdet. Samtidig påpekes det at man trenger mer erfaring med bruken av avtalene før det er hensiktsmessig med ytterligere revidering.

Det er en gjennomgående prioritering av områder som omhandler økonomi og pasientflyt, og særlig er det knyttet større bevissthet til pasientforløp som et resultat av avtalene og prosessen rundt inngåelsen. Avtalene og samarbeidet har avdekket at helseforetakene synes å ha for dårlig kjennskap til hvilken kompetanse det er i kommunene.

Utfordringer

Hovedutfordringene er relatert til selve avtaleverket og omfanget av dette, og til samarbeidet mellom partene. Særlig er det utfordrende med områder hvor partene er usikre. Dette gjelder spesielt rehabilitering, psykisk helse og rus, men også utskrivning og kompetanseutveksling. Innenfor

rehabilitering, psykisk helse og rus etterspørres sterkere nasjonale avklaringer og tydelige føringer for ansvarsforhold og finansiering.

Ulike avtaler mellom kommuner i samme opptaksområde, eller uenigheter mellom kommuner som har felles avtaler med helseforetaket trekkes også fram som utfordrende. En annen viktig utfordring er at fastlegene er for lite involvert.

Det er en utbredt tilbakemelding at hovedutfordringene er i det praktiske liv – å gjøre avtalene kjent og påse at de blir etterlevd. Organisatoriske, strukturelle og menneskelige faktorer ser ut til å være vel så viktig for etterlevelsen av avtalene som selve avtalene.

7.2 Hvilke grep kan gjøres for å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene?

Innledningsvis drøftes sentrale elementer ved avtalene og tilhørende anbefalinger. Avslutningsvis følger en anbefalingsliste over hvilke grep som kan gjøres for å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene.

Forenkling av avtaleverket

Basert på tilbakemeldingene fra informantene, bør avtaleverket forenkles. Avtaleverket framstår som uoversiktlig, og til dels uhåndterbart. Dette vanskeliggjør implementering og etterlevelse, og medfører høy ressursbruk. Et avgjørende poeng er at avtalene ikke må bli et mål i seg selv, de er kun et middel for å nå målene. Gitt avtalenes omfang samt sterke økonomiske insentiver/konsekvenser er det en fare for at partene blir mer opptatt av at innholdet i avtalen skal oppfylles, fremfor å tenke mer overordnet og helhetlig. Altså at partene blir mer opptatt av detaljer i ordlyden i avtalene, framfor de mer overordnede intensjonene. Det blir viet mye oppmerksomhet til betalingsplikt og tidsfrister, noe som gjør at pasientenes behov kan komme i bakgrunnen.

Tydeliggjøring av avtalenes hensikt og funksjon

I relasjon til behovet for forenkling av avtaleverket, er det en mangel at hensikt og funksjon med hver enkelt avtale ikke er tydelig beskrevet. Nytteverdien av de enkelte avtalene må vurderes. I den sammenheng bør det tas stilling til om enkelte avtaler kan slås sammen, eller omgjøres til forskrifter eller retningslinjer. Avtaler som styringsverktøy er nødvendig, men mye tyder på at en enklere struktur med færre avtaler ville vært mer hensiktsmessig.

Delavtalene spriker i innhold og utforming, og har ulike perspektiv. Noe er beskrivelser av ønskede tiltak, noe er forpliktende krav og noe er retningslinjer med tolkningsmuligheter. Det stilles spørsmål om denne inndelingen er riktig, og det etterspørres en beskrivelse av det primære formålet med den enkelte avtale, for å sikre at innholdet blir mer presist. I tillegg kunne dette bidratt til at avtalene fikk et sterkere faglig fokus, enkelte framhever at avtalene i dag er for mye preget av juss.

Presisering av krav til innhold i avtalene

Et mål med Samhandlingsreformen er likeverdige tjenester til pasientene, uavhengig av bosted. Samtidig er kommunestrukturen i Norge svært ulik, og det er dermed nødvendig med rom for lokale løsninger i samarbeidsavtalene. Det er store variasjoner i avtalenes utforming og innhold, og deler av denne variasjonen oppleves problematisk. Hvorvidt større grad av standardisering i avtalene er en løsning, er uklart, ettersom ulike lokale behov gir delte meninger om hensiktsmessigheten ved standardisering. Det er imidlertid viktig å være klar over at et stort handlingsrom i utformingen av avtalene, kan gi konsekvenser for etterlevelsen og bruken av dem.

En annen grunn til at man ønsker avklaringer, er mye usikkerhet innenfor områdene rehabilitering, psykisk helse og rus. Usikkerheten gjelder ansvar- og oppgavefordeling, finansiering og framtidige økonomiske insentiver/konsekvenser, andre typer virkemidler, tiltak og behandlingsopplegg, samt definisjon av hva det vil si å være utskrivningsklar på disse områdene. På nåværende tidspunkt

preges avtalene av runde og vage formuleringer. Mangel på føringer og avklaringer på disse områdene er altså til hinder for konkret og forpliktende ordlyd i avtalene, som igjen gjør det utfordrende å fremme bedre kvalitet i tjenestene for pasientene.

Det er en uttalt bekymring knyttet til områdene rehabilitering, psykisk helse og rus, både i kommunen og helseforetaket. Flere mener de ser en tendens til nedbygging i spesialisthelsetjenesten, særlig innen rehabilitering, men ikke en tilsvarende oppbygging i kommunene. På bakgrunn av dette er rehabilitering, psykisk helse og rus områder som må prioriteres framover for sikre at intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte avtalene skal etterleves. Den annonserte opptrappingsplanen fra Regjeringen om rehabilitering imøtesees derfor med interesse, særlig når det gjelder ansvars- og oppgavefordeling, finansiering, insentiver, tiltak og behandling.

Aktiv involvering av fastleger og hjemmetjenesten

En sentral faktor for at avtalene skal fremme bedre kvalitet i tjenestene er involvering av berørte parter. Selv om fastlegene ikke er en avtalepart spiller de en sentral rolle. En gjennomgående utfordring er at de er for lite involvert. Å tilrettelegge for sterkere involvering vil være en fordel for alle parter. Det synes imidlertid som om kommunene strever med å få til dette på egen hånd, og det bør vurderes hvilke tiltak som kan gjøres på nasjonalt plan for å sikre at fastlegenes kompetanse blir utnyttet på en hensiktsmessig måte.

Det er også behov for en mer aktiv involvering av hjemmetjenesten. Det kan synes som om kjennskapen til avtalene er mindre blant ansatte i hjemmetjenesten, enn i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med tanke på en stadig økende andel eldre og tidligere utskrivning av pasienter til eget hjem, vil hjemmetjenesten få en svært viktig rolle i den kommunale tjenestekjeden framover. Økt kompetanse om avtalene samt involvering av hjemmetjenestens ledere og medarbeidere er dermed viktige faktorer for å fremme etterlevelse.

Fellesavtaler mellom kommunegrupperinger og helseforetak

Det er en klar fordel om kommuner i samme opptaksområde inngår fellesavtaler med helseforetaket. I den sammenheng er det viktig at kommunene klarer å definere seg som en samlet avtalepart. I tilfeller av slike konstellasjoner framhever alle partene at dette har vært en klar fordel for inngåelse og bruk av avtalene.

Det kan videre se ut som at avtalene har en spesielt viktig rolle når det er utfordrende samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og helseforetak. Parter som sliter med samarbeidsrelasjonen har dermed større behov for presise avtaler, enn parter som samarbeider enklere.

Sikre nødvendig dokumentasjon

Mangel på informasjon, dokumentasjon og kunnskap kan være til hinder for etterlevelse av intensjonen med avtalene. Dette viser seg blant annet ved at mangel på nødvendig informasjon i det praktiske arbeidet med pasientene, skaper usikkerhet med hensyn til utskrivning til kommunene.

Et annet informasjonsbehov relaterer seg til de mer overordnede sidene ved Samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene. Kommunene mangler gode analyser av nøkkeltall og lett tilgjengelig styringsinformasjon om eget forbruk av spesialisthelsetjenester. Bedre kunnskap om reinnleggelser og årsakene til dette er et område som særlig trekkes fram i denne sammenheng. Det påpekes at utskrivingspraksisen i dag trolig medfører et stort antall reinnleggelser. Dette er ikke i tråd med intensjonen om forutsigbare pasientforløp uten unødige brudd, og et område som bør undersøkes nærmere.

På bakgrunn av funn i undersøkelsen og egne vurderinger, følger en liste over anbefalinger tilknyttet avtalene. Anbefalingene er vurderinger av faktorer som bidrar til å fremme intensjonen om bedre kvalitet i tjenestene.

7.2.1 Anbefalinger til avtalenes utforming:

- Konkrete, tydelige og presise avtaleformuleringer
- Forpliktende ordbruk på klart avgrensede områder, eller områder som er tydelig definert ved lover og forskrifter
- Forenkling av avtaleverket
- Skille mellom avtaler og prosedyrer - legge rutine-/prosedyrebeskrivelser utenfor avtalene
- Tydelig beskrivelse av hensikt og funksjon med hver enkelt avtale
- Spesifisere konsekvenser ved avvik fra avtalen – både lokalt og nasjonalt

7.2.2 Anbefalinger til prosessuelle og strukturelle forhold rundt avtalene:

- Revisjon av avtalene hvert annet år
- Kommunegrupperinger som inngår fellesavtaler med helseforetaket og definerer seg som en samlet avtalepart
- Større involvering av fastlegene
- Aktiv involvering av hjemmetjenesten
- Velfungerende elektroniske løsninger som støtter opp under avtalene
- Samarbeidsforum/utvalg med rette personer (faglig bredde, beslutningsmyndighet, likeverd)
- Jevnlige, fysiske møter mellom partene
- En egen stilling/rolle på kommunesiden med ansvar for samhandling og samarbeidsavtalene
- Tilstedeværelse på sykehus fra kommunen ifm utskriving (pasientkoordinator, sykehusteam e.l.)
- Konkretiseringer av krav til partene ved utskriving
 - Tidspunkt
 - Konsekvenser for sykehuset ved endringer
 - Lovfeste dokumentasjonskrav ifm utskriving
- Konkretiseringer av krav til partene ved rehabilitering, psykisk helse og rus
 - Oppgave- og ansvarfordeling
 - Tiltak og behandling
 - Incentiver
 - Finansiering

Litteraturliste

St. meld nr. 47 (2008-2009), kap. 1.

Prop 115 S (2010-2011) Kommuneproposisjonen, kap. 10.2

Prop 115 S (2010-2011) Kommuneproposisjonen, kap. 10.1

Nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet: «*Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*»

EVASAM: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS). Foreløpige resultater. Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 9. januar 2014, Anders Grimsmo, Professor NTNU, medisinsk faglig rådgiver Norsk Helsenett (pdf)

URL-adresser:

Helse- og omsorgsdepartementet (2013):

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/rundskriv_I-3_2013.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2012):

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke.html?id=650125>

Helsedirektoratet (2011):

<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler/Sider/plikt-til-samarbeid-mellom-kommuner-og-sykehus.aspx>

<http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvisteløsningsnemnd/Sider/default.aspx>

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/prosessevaluering-samhandling>

<http://samforsk.no/Sider/Prosjekter/SPIS---Samhandling-og-pasientforl%C3%B8p-i-st%C3%B8peskjeen.aspx>

<http://samforsk.no/Sider/Prosjekter/SPIS---Samhandling-og-pasientforl%C3%B8p-i-st%C3%B8peskjeen.aspx>

<http://www.ks.no/PageFiles/57852/Terje%20P.%20Hagen.pdf?epslanguage=no>

<http://www.regioner.dk/om+regionerne/strukturereform>

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler>

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161152>

Vedlegg

Intervjuguide intervjurunde 1

Tema: Bakgrunnsinformasjon		
	Spørsmål	Svar
	Navn	
	Tittel/stilling/rolle	
	Kommune	
	HF/RHF	
Tema: Inngåelse av avtalene - prosess		
1	Hvilken rolle har du hatt i prosessen rundt inngåelsen av samarbeidsavtalene?	
2	Dersom kjennskap til prosessen: Kan du beskrive prosessen rundt avtaleinngåelsen kort?	
3	Dersom kjennskap til prosessen: Har prosessen dere hadde rundt avtaleinngåelsen i denne runde, hatt betydning for hvordan avtalene er blitt brukt, eller hvordan avtalene har fungert i etterkant? På hvilken måte?	
4	Opplever du at det er/var likeverdighet mellom avtalepartene? Hvorfor/hvorfor ikke?	
5	Har ledere på tjenesteutøvende nivå i organisasjonen vært involvert i prosessen rundt inngåelse av avtalene? Hvordan/hvorfor ikke?	
6	På hvilket nivå er avtalene forankret i din organisasjon?	
7	Mener du dette er riktig nivå? Hvis ikke – hvilket nivå burde avtalene vært forankret på?	
Tema: Bruken av avtalene		
8	Opplever du at det er kjennskap til avtalene i organisasjonen?	
9	Opplever du at avtalene etterleveres?	
	Har forankringsnivået vært av	

	betydning for etterlevelse av avtalene? Hvordan? Beskriv	
10	Hvordan brukes avtalene?	
11	Hvilke avtaler benyttes/benyttes ikke? Hvorfor/hvorfor ikke?	
12	Hvordan har avtalene blitt implementert (nedover i organisasjonen) på operativt nivå?	
13	Er det bestemmelser i avtalene som har vært reforhandlet, eller endret etter at avtalene først ble inngått? Hvis ja Hva ble reforhandlet/ønskes reforhandlet? Og hvorfor?	
14	Er det områder som burde vært avtaleregulert som ikke er det? Hvis ja, hvilke? Hvorfor?	
Tema: utfordringer		
15	Er det knyttet særlige utfordringer til avtalene? (spesifikke områder?) I så fall, hvilke? Hvorfor?	
16	Er det særlige utfordringer knyttet til andre områder? I så fall hvilke? Hvorfor?	
17	Er det grunnlag for forbedringer i de avtalene som er inngått? I så fall, hva slags?	
Tema: Samarbeid mellom kommunen og HF		
18	Er det etablert gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder? Hvis ja På hvilke områder og hva består rutinene i?	

19	Vil du si at det er en god samhandlingskultur mellom partene? Hva tror du er årsakene til den aktuelle samhandlingskulturen?	
20	Reflekteres strategisk planarbeid i de avtaler som er inngått? Hvis ja, hvordan? Hvis ikke, hvorfor?	
21	Er tilbud redusert, eller bygget opp uten at den andre avtaleparten har vært kjent med det? Utdyp svaret.	
Tema: Endring i praksis på bakgrunn av avtalene – resultater av avtalene		
22	Har avtalene i seg selv bidratt til bedre samarbeid? Hvorfor? Hvorfor ikke?	
23	Har inngåelse av samarbeidsavtalene ført til en tydeliggjøring av oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak? Utdyp svaret.	
24	Har antall avvik økt, eller blitt redusert, etter inngåelse av avtaler?	
25	Har avtalene hatt noen betydning i den sammenheng?	
26	Har du eksempler på konkrete punkter i avtalene, som ser ut til å fremme et godt samarbeid? Hvis ja, eventuelle eksempel på konkret avtaletekst.	
27	Er det punkter i avtalene som er eksempler på det motsatte? Hvis ja, eventuelle eksempel på konkret avtaletekst.	
Tema: Avtaler innenfor rehabilitering, psykisk helse og rus		
28	Er det avtalebestemmelser i dag som går spesielt på områdene; – Rehabilitering? – Psykisk helse og rus?	

29	Hvordan bør avtalene utformes for å ivareta områdene ovenfor spesielt?	
Tema: Avsluttende spørsmål		
30	Hva mener du er riktig detaljeringsnivå i avtalene?	
31	I hvilken grad bør avtalene være forpliktende vs. mer intensjonspreget i ordbruken? Altså; <i>Må</i> og <i>skal</i> vs. <i>kan</i> og <i>bør</i>	
32	Hva er hovedutfordringene knyttet til avtalene og samarbeidet for dere?	
33	Hva er de viktigste suksesskriteriene for at avtalene skal virke etter intensjonene?	
34	Hva er det viktigste suksesskriteriene for at samarbeidet til å fungere godt?	
35	Hvor godt er, etter din mening, samarbeidsavtalene egnet som verktøy for samarbeid og avklaring av ansvars- og oppgavefordeling? (1 – 6 skala)	
36	Dersom avtalene skulle fungere bedre enn hva de gjør i dag: Hvilke endringer, mener du, burde vært gjort i avtaleteksten? Og hvilke endringer, mener du, burde vært gjort i samarbeidsforholdet mellom kommune og HF?	
37	Er det andre viktige forhold knyttet til selve avtalene eller samarbeidet mellom partene som det er viktig å få fram?	

Intervjuguide intervjurunde 2

Tema: Bakgrunnsinformasjon		
	Navn	
	Stilling/rolle/tittel	
	Kommune	
Tema: Generelt om samarbeidsavtalene:		
	Spørsmål	Svar
1	Kjenner du til at det eksisterer samarbeidsavtaler som er inngått mellom kommunen og helseforetaket?	
2	Hvis ja; Bruker dere avtalene?	
3	Hvordan brukes avtalene?	
4	Er rutine-/prosedyrebeskrivelsene en del av avtalene, eller ligger disse utenfor avtalene?	
5	Er avtalene tilgjengelig for alle? / Er alle kjent med hvor informasjonen finnes?	
6	Er rutinebeskrivelsene tilgjengelig for alle? / Er alle kjent med hvor informasjonen finnes?	
7	Hva gjøres for å sikre at informasjonen er oppdatert til en hver tid og lett tilgjengelig for alle ansatte?	
8	Hva skjer dersom ansatte i egen organisasjon ikke følger avtalene/prosedyrene?	
9	Hva skjer dersom ansatte på sykehuset ikke følger avtalene/prosedyrene?	
10	Andre kommentarer om avtalene generelt?	
Tema: Del-/tjenesteavtale 5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon		
11	Hva gjør dere i forbindelse med utskrivningsklare pasienter? (beskrivelse av prosedyrene, prosessforløp)	
12	Brukes avtalen i den forbindelse?	
13	Brukes rutine-/prosedyrebeskrivelser?	
14	Hvordan fungerer overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?	
15	Er det noen utfordringer knyttet til dette?	
16	Er det forbundet uklarheter rundt UKP, avtalene, prosedyrene?	
17	Er et ting som kunne vært gjort annerledes og bedre?	
18	Hva fungerer bra?	

19	Hvordan gjør dere det innenfor somatikk generelt?	
20	Har dere egne avtaler/prosedyrer som går spesielt på: – Rehabilitering? – Psykisk helse og rus?	
21	Hvis ja; Hva slags? Og hvordan fungerer de?	
22	Andre kommentarer knyttet til avtaler/samarbeid/prosedyrer rundt UKP?	

Program for workshop

Tidspunkt	Aktivitet
09:30 – 10:00	Oppmøte, registrering, kaffe, frokost
10:00 – 10:15	Velkommen og diverse informasjon v/Deloitte
10:15 – 11:30	<i>DEL 1 Avstemme funn fra intervju – avklare felles utgangspunkt for diskusjon</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kort oppsummering av hovedfunn fra intervjuene (v/Deloitte) ➢ Diskusjon rundt bordene: Hva er de tre viktigste funnene? Hvorfor? Deltakerne på hvert bord enes om tre ting ➢ Diskusjon i plenum: Hvert bord gir en kort beskrivelse av hva de har kommet fram til og hvorfor
11:30 – 11:40	Pause
11:40 – 12:15	<i>DEL 2 Hva har dere fått til i din kommune/ditt helseforetak?</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diskusjon rundt bordene: Alle deltakerne forteller om én til to konkrete ting de har fått til i tilknytning til samarbeidsavtalene. Hvert bord enes om hvilket eks fra deltakerne som skal presenteres for forsamlingen
12:15 – 13:00	Lunsj
13:00 – 13:30	<i>DEL 2 forts.</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diskusjon i plenum: Hvert bord trekker fram ett til to konkrete eks. på hva kommunen/HF har fått til
13:30 – 13:40	Pause
13:40 – 14:45	<i>DEL 3 Veien videre</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diskusjon rundt bordene: Hvert bord enes om tre ting de mener blir de viktigste områdene/tingene å prioritere videre for at avtalene og samarbeidet skal fungere best mulig ➢ Diskusjon i plenum – Hvert bord forteller hva de har kommet fram til og hvorfor
14:45 – 15:00	Oppsummering og avslutning v/Deloitte
15:00	Hjemreise

This communication contains general information only, and neither Deloitte AS nor Deloitte Advokatfirma AS is, by means of this publication, rendering professional advice or services and shall not be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.