

SINTEF A8640

# RAPPORT

## Strategisk samarbeid – på papir og i praksis?

En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler  
og samarbeidsfora mellom kommuner og  
helseforetak per oktober 2008

Birgitte Kalseth og Bård Paulsen

SINTEF Helse  
November 2008

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)





# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

STRATEGISK SAMHANDLING - På papir og i praksis?

– En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008

FORFATTER(E)

Birgitte Kalseth og Bård Paulsen

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A8640	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Linda Haugan	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04522-2	PROSJEKTNR. 78H131	ANTALL SIDER OG BILAG 65 inkl. vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NISI\Prosjekt\SAMDATA 2008\Analyse og utviklingsprosjekt\78H13130 Samhandlingsavtaler_Høst2008\Korrespondanse		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Birgitte Kalseth	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes
ARKIVKODE E	DATO 2008-11-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth, forskningssjef	

### SAMMENDRAG

Rapporten beskriver status i forhold til utvikling og implementering av formalisert samarbeid mellom helseforetak og kommuner gjennom bruk av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora. Prosjektet er motivert av målsettingene for det strategiske samarbeidet skissert i nasjonal rammeavtale. Avtalenes geografiske og tjenestemessige dekningsgrad, forhold vedrørende samarbeidsfora, oppfatninger om utfordringer i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak og partenes generelle vurderinger av skisserte målsettinger er hovedtemaer.

Resultatene viser at alle helseforetak har avtaler med kommuner i sitt opptaksområde per oktober 2008 og at avtalene dekker somatisk helsetjeneste og psykiske helsevern. Også innenfor rusfeltet har over halvparten avtaler. Stadig flere helseforetaksområder har et avtaleverk som omfatter samarbeid på systemnivå, tjenestenivå og individnivå - i tråd med nasjonale anbefalinger.

Alle helseforetaksområdene har opprettet fora for samarbeid. De fleste kommuner er representert i slike fora, men noen via representasjon. Brukerrepresentasjonen er økende, men mange har ikke brukere representert i fora på systemnivå.

Den hyppigste nevnte utfordringen kommunene angir er opplevelsen av at kommunene og helseforetakene ikke oppleves som likeverdige parter. Den hyppigste nevnte utfordringen på foretakssiden er manglende ressurser for å utvikle samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Samhandling	Cooperation
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjeneste	Specialistic Health Care
EGENVALGTE	Kommunehelsetjeneste	Primary Health Care



# Forord

Rapporten har sin bakgrunn i den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det konkrete formålet med prosjektet var å gi en beskrivelse av status for implementeringen av den nasjonale samhandlingsstrategien i forhold til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner og oppfølgingen av disse. Rapporten inneholder både en kartlegging av status i forhold til avtaleverket og samarbeidsfora, men også partenes vurderinger av hvorvidt viktige kriterier for godt strategisk samarbeid er til stede. Eksempel på det siste er god lederforankring på begge nivå, tett dialog, gjensidighet og likeverd.

Datagrunnlaget er todelt. En enkel nettbasert spørreundersøkelse ble sendt til alle landets kommuner og til helseforetak med et definert opptaksområde. I tillegg brukte vi tilgjengelig informasjon om avtaler og lignende innhentet fra internett og gjennom direkte kontakt med helseforetak og kommuner. Mange av helseforetakene har etablert nettsider med lett tilgjengelig informasjon om avtaler og samhandlingstiltak. Nettsiden til Helsedialog-programmet, et program for langsiktig samarbeid mellom KS og tidligere Helse Sør, var en svært nyttig portal i forhold til informasjon om samhandlingsaktiviteter i Helse Sør-Øst.

Birgitte Kalseth og Bård Paulsen har vært forfattere av rapporten og Marian Ådnanes var kvalitetssikrer. Vi takker også Linda Midttun for nyttige innspill og kommentarer underveis.

En helt spesiell takk går til prosjektsekretær Mona Kirkeby Eidem som muliggjorde og hadde ansvar for den praktiske gjennomføringen av den nettbaserte spørreundersøkelsen.

Trondheim, november 2008

Birgitte Kalseth



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt .....	5
1 Hovedfunn .....	7
2 Innledning .....	9
2.1 Formål med prosjektet .....	9
2.2 Datagrunnlag .....	9
3 Rammeverk for strategisk samarbeid .....	11
3.1 Avtalenes dekningsgrad; tjenestoområder og kommuner .....	11
3.2 Mot et helhetlig rammeverk for samarbeid .....	13
3.2.1 Sterk framvekst av strategiske samarbeidsavtaler .....	16
3.2.2 Formaliserte rutiner på tjenestenivå .....	20
3.2.3 Håndtering av uenighet og avvik .....	22
3.2.4 Rutiner for evaluering av samarbeidsavtalene .....	22
3.3 Andre generelle betraktninger omkring samarbeidet .....	24
3.3.1 Behov for ytterligere formalisering av samarbeidet? .....	26
4 utfordringer i samarbeidet sett fra partenes ståsted .....	29
4.1 Fra et kommunalt synspunkt: Viktige utfordringer i arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner .....	29
4.1.1 Generelle betraktninger – likeverdighet mellom samarbeidspartnerne .....	29
4.1.2 Systemproblemer: Organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandling .....	30
4.1.3 Kompetanseutvikling .....	30

4.1.4	Samhandling ved utskrivninger av pasienter som trenger kommunal omsorg.....	31
4.1.5	Elektronisk samhandlingsverktøy .....	32
4.1.6	Oppsummering .....	32
4.2	Viktige utfordringer – fra helseforetakets synspunkt.....	33
4.2.1	Økonomiske forutsetninger for samhandling .....	33
4.2.2	Organisatoriske og kulturelle barrierer for samhandling .....	33
4.2.3	Konsultasjonsordninger i viktige spørsmål .....	34
4.2.4	Oppsummering .....	34
5	Avslutning og oppsummering.....	37
	VEDLEGG 1 .....	41
	Tilleggstabeller .....	41
	VEDLEGG 2 .....	53
	Dokumentasjon spørreundersøkelse .....	53
	Følg brev til kommunene.....	55
	Følg brev til helseforetakene .....	56
	Spørreskjema til kommunene .....	57
	Spørreskjema til helseforetakene .....	61
6	Litteratur .....	65



## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Hvilke tjenesteområder dekkes av avtalene og er avtalene underskrevet av alle kommuner i området?.....	12
Tabell 3.2	Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i helseforetaket. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	13
Tabell 3.3	Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i kommunen(e). Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	14
Tabell 3.4	Er det ansatt prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samarbeidsavtalene? .....	15
Tabell 3.5	Oversikt over avtaler og hvorvidt man har egne overordnede avtaler om strategisk samarbeid hvor samarbeidsfora på systemnivå er skissert. ....	17
Tabell 3.6	Kommunenes representasjon i samarbeidsorgan .....	19
Tabell 3.7	Det er god forankring og involvering på fagnivå, ikke minst blant linjelederne på mellomnivå. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	20
Tabell 3.8	Utvalgte aktiviteter foretakene har formaliserte rutiner for. For hvert helseforetak angis hvilke tjenesteområder rutineene gjelder for. "Alle områder" betyr at det er utarbeidet rutiner som omfatter både somatikk, psykisk helsevern og rusområdet.. Basert på spørreskjemadata.....	21
Tabell 3.9	Er det etablert rutiner for evaluering av samarbeidsavtaler, er avtalen evaluert, og medførte dette endringer? .....	23
Tabell 3.10	Det er tett dialog mellom helseforetaket og kommunene. . Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	24
Tabell 3.11	Det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	25
Tabell 3.12	Det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene. . Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	25
Tabell 3.13	Etter min erfaring blir kommunen betraktet som en likeverdige partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet. Kommunenes vurdering. ....	25
Tabell 3.14	Helseforetaket involverer kommunene i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene. . Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner .....	26
Tabell 3.15	Er det behov for mer formalisert samarbeid? Fordelt etter kommunenes plassering i HF-områder. ....	27



# 1 Hovedfunn

## OM AVTALER OG AVTALEFORA

- Alle helseforetak med eget opptaksområde har samarbeidsavtaler
- Avtalene dekker både somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Rusfeltet er i noe mindre grad dekket av avtalene
- De fleste helseforetak har formaliserte rutiner for utskriving av pasienter (fra spesialisthelsetjenesten) innen somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Det er videre svært vanlig at de som har rutiner for utskriving også har rutiner for ansvarsfordeling ved innskriving av pasienter til spesialisthelsetjenesten
- Svært mange av foretaksområdene har avtaler som innbefatter ordninger knyttet til hospitering, håndtering av avvik fra rutiner og rutiner for ansvar ved utarbeidelse av individuell plan. Av de aktivitetene vi spurte om, er det rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning som i minst grad er formalisert.
- Omtrent halvparten av foretaksområdene har ansatt en prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samhandlingsavtalene.
- Det er en klar utvikling i retning av at man utarbeider egne samarbeidsavtaler som legger rammen for samarbeidet og skisserer fora for samarbeid på leder/systemnivå. Det er da vanlig å utarbeide formaliserte rutiner for samarbeid på tjeneste/individnivå i tillegg til en overordnet samarbeidsavtale. I en del områder reguleres både samarbeid på overordnet nivå og på tjenestenivå i samme avtale. Bare i to helseforetaksområder er samarbeidsfora ikke skissert i avtaleverket.
- Ifølge svar fra helseforetakene er alle kommunene representert i samarbeidsfora med helseforetakene i 15 av 24 foretaksområder.
- 91 prosent av kommunene som er med i samarbeidsfora mener det avholdes regelmessige møter
- De fleste helseforetakene angir at det er etablert rutiner for evaluering av avtaler og de fleste svarer også at avtalene er evaluert og at evalueringen har medført endringer.
- Over halvparten (56 prosent) av kommunene som svarte på undersøkelsen mener det er behov for mer formalisert samarbeid

## VURDERINGER AV SAMARBEID OG SAMARBEIDSSRELASJONER

- Det er svært stor enighet både blant representanter for helseforetak og kommuner at samarbeidet er høyt forankret på ledernivå i hhv. helseforetakene og kommunene.
- Helseforetakene er i hovedsak "delvis enig" i at det er god forankring og involvering av fagnivået i samarbeidet. Spredningen er noe større blant kommunene, men også 53 prosent av dem sa seg delvis enig.
- Representantene for helseforetakene er mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid enn det kommunene er. Omtrent en tredjedel av kommunene er delvis eller helt uenig i dette.

- Nesten halvparten av kommunene er helt eller delvis uenig i at det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetak og kommuner. 63 prosent av helseforetakenes representanter var helt enig i at det er en slik kompetanseutveksling
- Over 90 prosent av helseforetakenes representanter var helt eller delvis enig i at helseforetakene involverer kommunene i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene. Bare halvparten av kommunene var mer eller mindre enig i dette.
- 54 prosent av kommunene er delvis eller helt uenig i at "kommunen blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet".

## UTFORDRINGER I ARBEIDET MED SAMARBEIDSAVTALER MELLOM HELSEFORETAK OG KOMMUNER

I undersøkelsen ba vi svargiverne i kommunene og helseforetakene om å redegjøre for hva de mente var de viktigste utfordringene i for arbeidet med forbedre samspeillet mellom sykehus og kommune i denne sammenheng. Spørsmålet var formulert helt åpent:

*"Mener du det foreligger noen viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling mellom kommunene og helseforetaket? Hvis ja, kan du kort beskrive dette?"*

Blant de tema som ble berørt finner vi:

- Likeverdighet mellom samarbeidspartnerne. (Hyppigst nevnte problem: 1 av fem svargivere).
- Økonomiske forhold.
- Systemproblemer: Organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandling.
- Implementering av avtalenes intensjoner på tjenestenivå.
- Problemstillinger knyttet til samhandling ved utskrivninger av pasienter som trenger kommunal omsorg.
- Forslag til bedre rutiner ved utskrivninger av omsorgstrengene eldre.
- Praktiske problemstillinger i samhandlingen innen ulike områder for eksempel rehabilitering, rus psykiatri.
- Behov for å utvikle kompetanse i den kommunale omsorgstjenesten.
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten for å forbedre kompetansesituasjonen i kommunal omsorgstjeneste.
- Behov for elektroniske samhandlingsverktøy.

Spørsmålet om likverdighet var det hyppigst nevnte blant svargiverne fra kommunene, mens økonomiske problemstillinger var et dominerende tema blant svargiverne fra helseforetakene.

## 2 Innledning

### 2.1 Formål med prosjektet

Gjennom de siste årene har samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fått økt prioritet. Med utgangspunkt i dokumentasjon og analyser av lite fungerende samhandlingskjeder og dårlige rammebetingelser for god samhandling<sup>1</sup>, ble temaet etter hvert løftet opp på den nasjonale helsepolitiske dagsorden. Den nasjonale satsingen kom blant annet gjennom en offentlig utredning i 2005 (NOU 2005:3), Stortingsmelding nr. 25 i 2006, Stortingsproposisjon nr 1 (2006-2007)- Nasjonal Helseplan (2007-2010), samt flere rapporter om temaet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, Agenda 2007).

En inngåelse av en nasjonal rammeavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet om samhandling på helse- og omsorgsområdet (juni 2007) var et viktig signal om at man ønsket å bidra til at samhandlingsarbeidet blir fulgt opp på en systematisk måte også på nasjonalt nivå.

Formålet med denne rapporten er å beskrive status i forhold til utvikling og implementering av formalisert samarbeid mellom helseforetak og kommuner gjennom bruk av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora. Prosjektet er motivert av målsettingene for det strategisk samarbeidet skissert i nasjonal rammeavtale. Avtalenes geografiske og tjenestemessige dekningsgrad, forhold vedrørende samarbeidsfora, oppfatninger om utfordringer i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, og partenes generelle vurderinger av skisserte målsettinger er hovedtemaer.

### 2.2 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for denne rapporten er i hovedsak en elektronisk spørreskjemaundersøkelse som ble sendt til helseforetak og kommuner i slutten av september i 2008. I tillegg har vi brukt de konkrete samarbeidsavtalene og annen lett tilgjengelig dokumentasjon som datagrunnlag. Dette ble innsamlet gjennom bruk av internett og personlig kontakt mot helseforetak. 47 prosent av kommunene svarte på spørreskjemaet (se vedleggs tabell V2.1 i vedlegg 2). Svarprosenten var imidlertid ujevnt fordelt rundt om i landet. Fordeles kommunene etter hvilket helseforetaksområde de tilhører kommer det fram at områdene i tidligere helseregion Øst har den høyeste svarprosenten, med 59 prosent i både Østfold og Innlandet HF-områder. I andre enden er områdene i Nord-Norge med en gjennomsnittlig svarprosent på 36 og hvor Finnmark hadde den aller laveste svarprosenten med 26 (5 av 19 kommuner). I Finnmark er det mange små kommuner, og en forklaring på lav oppslutning kan være at småkommunene generelt har lavere svarprosent enn større kommuner. Ser vi bort fra gamle Helse Øst sitt opptaksområde, er det en tendens til at kommuner under 2000 innbyggere har lavere svarprosent enn andre kommuner (se tabell v2.2 i vedlegg 2).

---

<sup>1</sup> Se blant annet: De regionale helseforetakene 2004, Kalseth m.fl 2004, Gautun m.fl 2002, Hasvold m.fl 2002.

Alle de forespurte helseforetakene har svart, men ett helseforetak har svart bare på deler av skjemaet. Spørreskjemaer, utsendelsesbrev og tabeller med svarprosent for kommunene finnes i vedlegg 2.

## 3 Rammeverk for strategisk samarbeid

Gjennom nasjonale føringer (bestillerdokumenter til RHF-ene, Nasjonal samhandlingsavtale) er det utarbeidet mål for etablering og implementering av lokale samarbeidsavtaler og det er gitt anbefalinger med hensyn til innhold i avtalene. I dette kapitlet gis det oversikter over status per oktober 2008 med hensyn til dekningsgrad av avtaler, utforming av avtaleverk og innholdet i avtalene sett i lys av nasjonale føringer for utforming av lokale samarbeidsavtaler.

### 3.1 Avtalenes dekningsgrad; tjenesteområder og kommuner

I den nasjonale samhandlingsavtalen mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet var målet at alle kommuner skulle ha inngått samhandlingsavtaler i løpet av 2007.

I spørreskjemaundersøkelsen gjennomført i oktober 2008 ble alle helseforetak forespurt om avtaler med kommunene i deres opptaksområde og hvilke tjenesteområder man hadde avtaler innenfor. Tabell 3.1 viser en nasjonal oversikt over resultatet.

Oversikten viser at alle helseforetakene har avtaler med kommunene og at de fleste har avtaler som innbefatter alle kommunene i opptaksområdet.

Avtalene dekker for de fleste helseforetaksområder både somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Rusfeltet er i mindre grad dekket av avtalene. Det er likevel slik at det i mange avtaler ikke angis hvilke tjenesteområder som er dekket, men det henvises til gjeldende lovverk og forskrifter (For eksempel Lov om spesialisthelsetjenester og Psykisk helsevernloven). Disse lovene gjelder også for rusfeltet etter rusreformen. Det kan derfor være noe ulikt i hvilken grad man anser at de ulike tjenestefeltene er dekket når det ikke spesifiseres i avtaleteksten eller det ikke er utarbeidet egne avtaler på hvert område.

Noen helseforetak angir at de ikke har avtaler med alle kommunene. Sørlandet Sykehus HF har ikke angitt avtale innen somatisk helsetjeneste, men dette er begrunnet i at avtalen er ute til godkjenning i kommunene. Blefjell Hf oppgir å ha avtale med 3 av 16 kommuner innen somatisk helsetjeneste og med 6 av 18 kommuner innen psykisk helsevern. Helse Førde har avtale med 20 av 26 kommuner innen somatikken og Helgelandssykehuset HF har avtale med 3 av 17 kommuner (18 prosent) innen psykisk helsevern. Til slutt har Helse Finnmark avtale med 10 av 19 kommunen innen psykisk helsevern og rusfeltet.

I tillegg til de ordinære helseforetakene har Psykiatrien i Vestfold HF avtaler med alle kommunene i Vestfold. Rusbehandling Midt-Norge HF har avtaler med 53 av 85 kommuner i de tre fylkene i sitt geografiske ansvarsområde.

Tabell 3.1 Hvilke tjenestoområder dekkes av avtalene og er avtalene underskrevet av alle kommuner i området?

Helseforetak som har inngått avtale med kommunene	Somatisk helse			Psykisk helsevern			Rus		
	Alle komm	Noen komm	Ikke angitt	Alle komm	Noen komm	Ikke angitt	Alle komm	Noen komm	Ikke angitt
Sykehuset Østfold HF	X			X			X		
Sykehuset Innlandet HF	X			X			X		
Sykeh. Asker og Bærum HF	X			X					X
Ullevål universitetssykehus HF	X			X					X
Aker universitetssykehus HF	X			X			X		
Akershus universitetssykehus HF <sup>1</sup>	X			X			X		
Sykehuset Buskerud	X			X					X
Ringerike sykehus HF	X			X					X
Blefjell sykehus HF		X			X			X	
Sykeh i Vestfold HF	X								
Psykiatrien i Vestfold HF <sup>2</sup>				X			X		
Sykehuset i Telemark HF	X			X					X
Sørlandet sykehus HF <sup>3</sup>			X	X					X
Helse Stavanger HF	X			X			X		
Helse Fonna HF	X				X			X	
Helse Førde HF		X		X					X
Helse Bergen HF	X			X					X
Helse Sunnmøre HF	X					X			X
Helse Nordmøre og Romsdal HF	X			X					X
Helse Nord-Trøndelag HF	X			X			X		
St. Olavs Hospital HF	X			X			X		
Rusbehandling Midt-Norge HF <sup>4</sup>								X	
Helgelandssykehuset HF		X			X			X	
Nordlandssykehuset HF	X			X			X		
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	X			X			X		
Helse Finnmark	X				X			X	
Antall	20	3	1	19	4	1	10	5	10

<sup>1</sup> AHUS har i tillegg til en avtale med nærkommunene også en egen avtale med Oslo kommune (samme avtale som Oslo sykehusene)

<sup>2</sup> I Vestfold er psykiatrien organisert i et eget HF

<sup>3</sup> Avtale er utarbeidet og ute til godkjenning i kommunene

<sup>4</sup> Helse Midt-Norge er rusbehandling organisert i et eget helseforetak hvor alle tre fylker inngår



### 3.2 Mot et helhetlig rammeverk for samarbeid

Med bakgrunn i den nasjonale rammeavtalen for samhandling kom det i oktober 2007 en veileder for inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Et av formålene med veilederen var å "*understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak som likeverdige parter*".

I veilederen skisseres en rekke anbefalinger til hvilke temaer samarbeidsavtalene bør omtale og gi retningslinjer for. Disse er inndelt i fire hovedpunkter

- Forankring på hvert nivå
- Prosesser og arenaer for samarbeid
- Organisatoriske tiltak
- Fagområder med særskilt behov for samhandlingstiltak

Gjennom vår spørreskjemakartlegging og gjennom å studere lett tilgjengelig dokumentasjon om avtaler og strategisk samarbeid i helseforetaksområdene, vil vi se nærmere på en del forhold som vedrører disse temaene. Graden av overensstemmelse mellom anbefalt innhold skissert i den nasjonale veilederen og innholdet i de lokale avtalene står sentralt.

#### *Forankring på høyt ledernivå*

Tidligere erfaringer tilsier at det er viktig med en overbygning for det praktiske samarbeidet for å sikre kontinuitet og utvikling (Agenda 2007). Dette innebærer også at styrende organer med beslutningsmyndighet i helseforetak og kommuner involveres i arbeidet. For å sikre god lederforankring anbefales at styrende organer i helseforetaket og politisk nivå i kommunene er avtaleparter. Dette er ikke kartlagt i vår undersøkelse, men en gjennomgang av eksempler på avtaler fra hvert helseforetak indikerer at de strategiske samarbeidsavtalene som regel er underskrevet av administrerende direktør i foretaket og rådmann, kommunalsjef, ordfører eller av og til helse og sosial/pleie og omsorgssjef i kommunene. I mange av avtalene er imidlertid ikke stilling hos representanten for partene angitt. Avtaler med hovedfokus på ansvarsfordeling på konkrete områder/aktiviteter kan i større grad være forankret på avdelings-/klinikkledernivå.

I spørreskjemaundersøkelsen ble kommuner og helseforetak spurt om oppfatninger om samarbeidets forankring på ledernivå.

Tabell 3.2 Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i helseforetaket. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	23	92,0	120	58,5
2 Delvis enig	1	4,0	64	31,2
3 Delvis uenig	1	4,0	9	4,4
4 Helt uenig			4	2,0
Ubesvart			8	3,9
Total	25	100	205	100

Tabell 3.3 Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i kommunen(e). Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	20	80,0	128	62,4
2 Delvis enig	5	20,0	54	26,3
3 Delvis uenig			7	3,4
4 Helt uenig			9	4,4
Ubesvart			7	3,4
Total	25	100	205	100,0

Tallene viser at det er svært stor enighet om at samarbeidet er høyt forankret både i helseforetakene og i kommunene blant de som har svart. Man må samtidig ta i betraktning at respondentene i stor grad kan antas å være personer som er involvert i dette arbeidet.

Et virkemiddel for å sikre høy prioritet og kontinuitet i oppfølging og videreutvikling av avtaleverket er å knytte personellressurser til dette området. De siste årene har en del av de større foretakene etablert egne samhandlingsenheter eller opprettet egne stillinger dedikert til samhandlingsarbeidet. I spørreskjemaundersøkelsen ble foretakene spurt om det var ansatt prosjektleder/prosjektleder eller tilsvarende for samarbeidsavtalene. Per oktober 2008 svarer cirka halvparten ja på dette spørsmålet. Alle helseforetakene i det tidligere Helse Øst oppgir å ha prosjektleder for dette arbeidet. To av foretakene i opptaksområdet til Helse Vest har en slik, mens kun ett foretak tidligere Helse Sør, Helse Midt-Norge og Helse Nord å ha en egen prosjektleder for avtalene.

Tabell 3.4 Er det ansatt prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samarbeidsavtalene?

Helseforetaksområde	Ja	Nei	Uaktuelt
Sykehuset Østfold HF	X		
Sykehuset Innlandet HF	X		
Sykehuset Asker og Bærum HF	X		
Aker universitetssykehus HF	X		
Ullevål universitetssykehus	X		
Akershus universitetssykehus HF	X		
Sykehuset Buskerud HF		X	
Ringerike sykehus HF		X	
Blefjell sykehus HF	X		
Sykehuset i Vestfold HF			
Psykiatrien i Vestfold HF		X	
Sykehuset i Telemark HF (ikke svart)			
Sørlandet sykehus HF		X	
Helse Stavanger HF			X
Helse Fonna HF	X		
Helse Bergen HF		X	
Helse Førde HF	X		
Helse Sunnmøre HF		X	
Helse Nordmøre og Romsdal HF		X	
St. Olavs Hospital HF	X		
Helse Nord-Trøndelag HF		X	
Rusbehandling Midt-Norge		X	
Helgelandssykehuset HF		X	
Nordlandssykehuset HF		X	
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	X		
Finnmark HF		X	
Totalt av de som har svart	11	12	1

### 3.2.1 Sterk framvekst av strategiske samarbeidsavtaler

En av konklusjonene i FOU-prosjektet "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten" var at samarbeidet er tjent med å være basert på et helhetlig avtalesystem hvor det inngås avtaler på alle nivå (Agenda 2007). Det vil si at samarbeid både på systemnivå, tjenestenivå og individnivå bør dekkes i avtaleverket. I nasjonal veileder for inngåelse av lokale avtaler framheves at avtalene bør konkretisere samarbeidsfora, hvem som skal delta i slike, hvilke oppgaver og myndighet ulike fora har. Det er også anbefalt at man fastsetter møtehyppighet.

Tabell 3.5 viser hvor mange av foretaksområdene som har utviklet overordnede strategiske samarbeidsavtaler og hvorvidt samarbeidsarenaer er beskrevet i avtalene. Vi fant at det kun var i avtalene for Buskerud-området og Telemarksområdet at samarbeidsfora på overordnet systemnivå ikke var skissert.

Flertallet av helseforetaksområdene ser ut til å ha utviklet egne avtaler om strategisk samarbeid på systemnivå, i tillegg til avtaler som beskriver rutiner og ansvarsfordeling i det praktiske samarbeidet. Overordnede intensjonsavtaler for det strategisk samarbeid dekker som regel både somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus, mens avtaler på tjenestenivå kan være knyttet opp mot et bestemt tjenestefelt eller en bestemt pasientgruppe.

I vedleggstabell v1.1 gis en oversikt over eksisterende samarbeidsfora og avtaler på systemnivå i foretaksområdene. Oversikten er basert på helseforetakenes utfylling av et åpent spørsmål med mulighet for å utdype spørsmål om samarbeidsfora. I tillegg brukes eget innsamlet materiale og det tas derfor forbehold om nylige endringer i organiseringen av arbeidet eller at vårt materiale på annen måte kan være noe mangelfullt.

Tabell 3.5 Oversikt over avtaler og hvorvidt man har egne overordnede avtaler om strategisk samarbeid hvor samarbeidsfora på systemnivå er skissert.

Helseforetaksområde	Har egen overordnet intensjonsavtale om strategisk samarbeid som skisserer samarbeidsfora	Har utviklet egne avtaler med rutiner/ansvarsfordeling på tjenestenivå/individnivå	Overordnede samarbeidsfora og rutiner skisseres i samme avtale	Samarbeidsfora er ikke skissert i avtalene
Østfold	X	X		
Asker og Bærum	X	X		
Oslo (Ullevål og Aker)			X	
Akershus univers.sykehus <sup>1</sup>			X	
Innlandet <sup>2</sup>	X	X	X	
Ringerike	X	X		
Buskerud				X
Blefjell	X	X		
Psykiatrien i Vestfold	X	X		
Vestfold	X	X		
Telemark				X
Sørlandet	X	X		
Stavanger	X	X		
Fonna	X	X		
Helse Bergen HF-område	X	X		
Førde	X	X		
Sunnmøre	X <sup>3</sup>		X	
Nordmøre og Romsdal	X <sup>3</sup>		X	
St. Olavs hospital HF-område	X <sup>3</sup>	X		
Nord-Trøndelag	X <sup>3</sup>		X	
Rusbehandling Midt-Norge			X	
Helgeland			X	
Nordland			X	
UNN HF-område	X	X		
Finmark			X	
	17 (14)	14	10	

<sup>1</sup> Akershus universitetssykehus har avtaler både med omliggende kommuner og med Oslo kommune

<sup>2</sup> Innlandet har både en samhandlingsavtale inngått mellom KS i fylkene og helseforetaket og en basisavtale inngått mellom den enkelte kommune og helseforetaket.

<sup>3</sup> Overordnet avtale om strategisk samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF og KS i fylkene i Midt-Norge. St. Olavs Hospital har i tillegg en egen strategisk avtale med kommunene i sitt primære opptaksområde

### *Samarbeidsutvalgenes myndighetsområde*

Når det gjelder beskrivelse av myndighetsområde er det bare noen få av avtalene som ikke, eller i svært liten grad angir dette. Generelt kan vi si at administrative samarbeidsutvalg/fora på overordnet ledernivå som regel har i oppgave å ta opp og behandle strategisk viktige saker i samhandlingsarbeidet. De har overordnet ansvar for å utvikle, evaluere og revidere avtalene, men det konkrete arbeidet med dette er vanligvis delegert til et mer faglig fora.

### *Møtehyppighet*

Angitt intensjon om møtehyppighet for de overordnede samarbeidsfora varierer mye i avtalene; fra samarbeidsmøte en gang i året i Finnmark til en gang i måneden for administrativt samarbeidsutvalg i St. Olav HF sitt område (se vedleggstabell v1.2). Også i HF-områdene i Østfold, Asker og Bærum, Sørlandet og rundt UNN i Tromsø er det en målsetting om å holde minimum 6 møter i året. Vi stilte kommunene spørsmål om hvorvidt de mente det ble avholdt regelmessige møter i samarbeidsfora. Blant de som har egen representant i slike fora svarte over 90 prosent bekreftende på dette (se vedleggstabell v1.3). Svarene trenger imidlertid ikke utelukkende henvise til overordnede administrative fora.

### *Representasjon i samarbeidsfora*

For partene som har inngått avtaler er det viktig å kunne medvirke til utviklingen av samarbeidet og være informert om viktige prosesser. Representasjon i samarbeidsfora på alle nivå er derfor et sentralt tema.

En utfordring er at mange foretaksområder har et stort antall kommuner i sitt opptaksområde. Det kan derfor vurderes som vanskelig å få til fruktbare prosesser og beslutningsdyktige fora hvis de har svært mange deltakere. Å la noen kommuner delta via representasjon er derfor en måte å håndtere dette på. Kommunene blir ofte utpekt av KS i gjeldende fylke(r). For 15 av 24 helseforetak som har svart på undersøkelsen er alle kommuner representert i samarbeidsfora, mens man i 9 av områdene har en ordning med representasjon (se tabell 3.6).

Innlandet Hf-område har desidert flest kommuner i sitt opptaksområde (49 stk). Det er derfor opprettet samarbeidsutvalg på to nivåer. De har et overordnet administrativt samarbeidsutvalg som har det overordnede ansvaret for samarbeidet og videreutvikling. I tillegg er det etablert geografiske samarbeidsutvalg rundt hvert av de lokale sykehusene. De siste har større forankring ned mot tjenestefeltet. Det er divisjonsvise samarbeidsutvalg knyttet til de somatiske divisjonene og til divisjon psykisk helsevern. Dette leder oss inn på en annen side ved representasjon, nemlig spørsmålet om behov for mer faglige lederfora på tjenesteytende nivå. I mange områder er slike fora skissert i avtalene. For eksempel har Asker og Bærum lederforum for psykiatri og lederforum for Somatisk helsetjeneste, Vestfold har faglig samarbeidsforum for faglige ledere, Bergen har faglige samarbeidsutvalg og i Førdeområdet har man et fagråd som blant annet skal legge til rette for samhandlingsmøter for fagpersoner og mellomledere.

I en del av foretaksområdene er det som nevnt slik at overordnede administrative fora, som for eksempel administrative samarbeidsutvalg, kan oppnevne underutvalg av mer faglig karakter, med representanter fra tjenesteytende nivå ved behov. Disse får blant annet ansvar for å utarbeide forslag til formaliserte rutiner for det praktiske samarbeidet på utvalgte områder. Slike utvalg benevnes ofte som kliniske samarbeidsutvalg og er gjerne av temporær karakter. Denne modellen har man blant annet i Østfold, St. Olavsområdet og i området rundt Universitetssykehuset i Nord-Norge. Temporære kliniske utvalg fyller behovet for støtte til de overordnede administrative fora, men ivaretar ikke nødvendigvis behovet for faste faglige møteplasser for ledere på tjenesteytende nivå med bred representasjon. Slike kommer derfor i tillegg.

Tabell 3.6 Kommunenes representasjon i samarbeidsorgan

Helseforetaksområde	Alle kommuner er representert	Noen komm. deltar via represent.	Begge deler	Antall kommuner (lokalsykehus)
Sykehuset Østfold HF		X		17
Sykehuset Innlandet HF		X		49
Sykehuset Asker og Bærum HF	X			2
Akershus universitetssykehus HF	X			15
Aker universitetssykehus HF	X			7
Ullevål universitetssykehus HF	X			1
Sykehuset Buskerud	X			6
Ringerike sykehus HF	X			10
Blefjell sykehus HF		X		17
Sykehuset i Vestfold HF		X		14
Psykiatrien i Vestfold HF <sup>1</sup>	X			14
Sykehuset i Telemark				7
Sørlandet sykehus HF		X		30
Helse Stavanger HF		X		18
Helse Fonna HF	X			20
Helse Bergen HF	X			22
Helse Førde HF	X			26
Helse Sunnmøre HF	X			17
Helse Nordmøre og Romsdal HF		X		19
St. Olavs Hospital HF		X		25
Helse Nord-Trøndelag HF	X			25
Rusbehandling Midt-Norge <sup>2</sup>		X		85
Helgelandssykehuset HF	X			17
Nordlandssykehuset HF	X			21
Univ.sykehuset Nord-Norge HF			X	30
Helse Finnmark HF	X			19
<b>Totalt</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	

<sup>1</sup> I Vestfold er psykiatrien organisert i et eget HF

<sup>2</sup> I Helse Midt-Norge er rusbehandling organisert i et eget helseforetak- hvor alle tre fylker inngår

Helseforetakene og kommunene ble spurt hvorvidt de mente samarbeidet var godt forankret på fagnivå i egen organisasjon. I forhold til spørsmålet om forankring på høyt ledernivå, er det en langt mindre andel som er helt enig i at den faglige forankringen på tjenestenivå er god. Helseforetakene er i hovedsak delvis enig i dette, mens kommunene har en mer spredt oppfatning. 21 prosent av kommunene er delvis eller helt uenig i den framsatte påstand og 22 prosent er helt enige.

Tabell 3.7 Det er god forankring og involvering på fagnivå, ikke minst blant linjelederne på mellomnivå. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	3	12,0	42	22
2 Delvis enig	20	80,0	101	52,9
3 Delvis uenig	2	8,0	28	14,7
4 Helt uenig			11	5,8
5 Vet ikke/usikk			2	1
Ubesvart			7	3,7
Total	25	100	191	100

Kommunenenes svar fordelt etter helseforetaksområde er vist i vedleggstabell v1.5.

### *Brukermedvirkning på systemnivå*

I den nasjonale veilederen vektlegges at avtalene bør skissere prosesser og arenaer for brukermedvirkning. En gjennomgang av avtalene viste at 5 områder hadde vedtatt at det skal være brukerrepresentanter i overordnet administrativt samarbeidsfora/utvalg, nemlig Østfold, Innlandet, Ringerikeområdet, Sørlandet og Fonnaområdet. I avtalen for St. Olavsområdet står det at man vil tilstrebe brukermedvirkning i kliniske utvalg. Andre inviterer brukerrepresentanter på samarbeidskonferanser og lignende. I Blefjell sykehus sitt område er brukerorganisasjonene part i samarbeidsavtalen på systemnivå.

### *Strategier for å involvere fastlegene i samarbeidet*

Fastlegene har en nøkkelrolle i den medisinske samhandlingskjeden. I nasjonal veileder for utvikling av lokale avtaler anbefales det å beskrive samarbeidsforum og tiltak med fastlegene i avtalene. Det er imidlertid svært få systemavtaler som nevner involvering av fastlegene spesifikt. Både i Blefjell og Østfold er det angitt i avtaler at det bør avholdes et par samarbeidsmøter mellom fastlegene og sykehusene hvert år. I avtalen om samarbeidsutvalg mellom Ringerike sykehus HF og kommunene i opptaksområdet er representanter fra allmennlegeutvalgene og praksiskonsulenter inkludert som medlemmer i samarbeidsutvalg. Fastleger er også flere steder nevnt som medlemmer i kliniske utvalg.

I dag har de fleste helseforetak etablert praksiskonsulentordninger som har som formål å bedre samforståelsen og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I systemavtalene for St. Olavs Hospital, Helgelandssykehuset og Nordmøre- og Romsdal har man et eget punkt om dette.

### 3.2.2 Formaliserte rutiner på tjenestenivå

Utgangspunktet for etablering av de første avtalene mellom kommuner og sykehus var i hovedsak motivert av et behov for å avklare partenes ansvar ved utskrivning av pasienter fra sykehus når pasienten hadde behov for oppfølging i etterkant. Etter hvert som utfordringene rundt samarbeid og koordinering av tjenester, og fokuset på samhandling har økt, har det blitt etablert rutiner på langt flere områder enn utskrivning fra sykehus. Vår kartlegging av samarbeidsavtaler omfattet spørsmål om hvorvidt det er etablert formaliserte rutiner på tjenestenivå innen angitte områder. En oppsummering av dette er gitt i tabell 3.8 på neste side.



Tabell 3.8 Utvalgte aktiviteter foretakene har formaliserte rutiner for. For hvert helseforetak angis hvilke tjenesteområder rutinene gjelder for. "Alle områder" betyr at det er utarbeidet rutiner som omfatter både somatikk, psykisk helsevern og rusområdet. Basert på spørreskjemadata

Helseforetak det er inngått avtaler med	Innskriving/ henv	Utskriving	Avvik fra rutiner	Hospitering	Individuell plan	Kompetanse-overføring	Faglig veiledning
Sykehuset Østfold HF	Alle områder	Somatikk	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Somatikk	
Sykehuset Innlandet HF	Psyk og rus	Psyk og rus	Alle områder		Alle områder		
Sykehuset Asker og Bærum HF	Alle områder	Som og Psyk	Somatikk	Som og Psyk	Som og Psyk		
Ullevål universitetssykehus	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Som og Psyk	Alle områder	Som og Psyk	Alle områder
Aker universitetssykehus HF	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk		Som og Psyk
Akershus universitetssykehus HF	Alle områder	Alle områder	Alle områder		Alle områder		
Sykehuset Buskerud		Som og Psyk					
Ringerike sykehus HF		Alle områder	Somatikk	Somatikk	Alle områder		Psykisk helse
Blefjell sykehus HF	Alle områder	Alle områder		Alle områder	Psyk og rus	Alle områder	Alle områder
Sykehuset i Vestfold HF	Somatikk	Somatikk	Somatikk	Somatikk	Somatikk		
Psykiatrien i Vestfold HF <sup>1</sup>	Psyk og rus	Psyk og rus	Psyk og rus		Psyk og rus	Psyk og rus	Psyk og rus
Sykehuset i Telemark HF	Somatikk	Somatikk	Somatikk				
Sørlandet sykehus HF	Psyk og rus	Psyk og rus		Alle områder	Psyk og rus	Alle områder	Alle områder
Helse Stavanger HF	Somatikk	Somatikk	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder
Helse Fonna HF	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder
Helse Førde HF	Alle områder	Alle områder	Alle områder		Alle områder		
Helse Bergen HF	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk		Som og Psyk		
Helse Sunnmøre HF	Somatikk	Somatikk		Somatikk			Somatikk
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk		Som og Psyk
Helse Nord-Trøndelag HF	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder
St. Olavs Hospital HF	Som og Psyk	Som og Psyk	Som og Psyk		Som og Psyk		
Rusbehandling Midt-Norge <sup>2</sup>	Rus		Rus	Rus	Rus	Rus	Rus
Helgelandssykehuset HF	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder	Alle områder
Nordlandssykehuset HF	Psykisk helse	Psykisk helse			Psykisk helse	Psykisk helse	Psykisk helse
Universitetssykeh. Nord-Norge HF	Alle områder	Alle områder	Alle områder			Alle områder	Alle områder
Helse Finnmark HF	Som og Psyk	Som og Psyk			Som og Psyk		

<sup>1</sup> I Vestfold er psykiatrien organisert i et eget HF. <sup>2</sup> Helse Midt-Norge er rusbehandling organisert i et eget helseforetak hvor alle tre fylker inngår

Resultatene viser at alle helseforetaksområdene oppgir å ha rutiner for utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, både innen somatisk område og psykisk helsevern. Det er videre svært vanlig at de som har rutiner for utskriving også har rutiner for ansvarsfordeling ved innskriving av pasienter til spesialisthelsetjenesten.

Vi ser videre at svært mange av foretaksområdene har nedfelt i avtalene eller at de gjennom egne rutiner, har ordninger knyttet til hospitering, håndtering av avvik fra rutiner og rutiner for ansvar ved utarbeidelse av individuell plan.

Av de aktivitetene vi spurte om det var utarbeidet rutiner for, er det rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning som i minst grad er formalisert. At det ikke er formalisert indikerer ikke nødvendigvis at det er liten aktivitet på området i praksis. Dette er kommentert av flere av svargiverne. Det er også store variasjoner i hvor omfattende og detaljerte de nedfelte rutinene er - fra noen linjer i en generell avtale til egne avtaler for den angitte aktiviteten.

### 3.2.3 Håndtering av uenighet og avvik

Tabell 3.8 viser at et flertall av foretaksområdene angir at de har rutiner for rapportering av avvik. Ved å studere de konkrete avtalene og annen tilgjengelig dokumentasjon fant vi at dette området er under utvikling. De fleste avtalene fastslår at avvik i størst mulig grad skal håndteres på det nivået hendelsen eller uenigheten oppstår. En relativt vanlig prosedyre ser ut til å være at man sender melding til egen organisasjon (kommune/sykehus) og at systematiske avvik skal håndteres i egnede fora, som f.eks. samarbeidsutvalg. I hvilket omfang dette følges opp og dokumenteres på en systematisk måte har vi ikke oversikt over, men det er en utvikling i retning av at stadig flere foretaksområder utarbeider egne avviksskjema til dette formålet. Gjennom bruk av avviksskjema kan avvikene lettere systematiseres i rapporter som legges fram for egnede samarbeidsfora.

### 3.2.4 Rutiner for evaluering av samarbeidsavtalene

En systematisk og helhetlig tilnærming til samhandlingsarbeidet er relativt nytt, og det er store variasjoner i hvor langt man har kommet og hvor lang erfaring man har med utvikling av samarbeidsavtaler og organisering av samarbeidsfora. Det er derfor viktig å evaluere hvordan avtalene og prosessene fungerer for å bidra til videreutvikling av samarbeidet. I spørreundersøkelsen spurte vi om de ulike helseforetaksområdene hadde rutiner for evaluering av avtaler, om evaluering var utført, og om det hadde medført endringer.

Et flertall (18) av helseforetakene sier de har rutiner for evaluering, at de har evaluert avtalen(e), og at det i de fleste tilfeller har medført endringer i selve avtalene. Vi har imidlertid ikke informasjon om hvordan evalueringer gjennomføres. Det kan være alt fra en omfattende prosess som involverer både styringsnivå, tjenestenivå og bruker/pasientnivå på en grundig måte, til at evalueringen er et punkt på dagsorden i samarbeidsutvalget en gang i året basert på observerte erfaringer.

I undersøkelsen ble respondentene både fra helseforetak og kommuner bedt om å spesifisere hvilke endringer evalueringen hadde medført. De hyppigste tilbakemeldingene er at det har skjedd mindre endringer og tilpasninger basert på erfaring. Avtalene ble mer tydelige ved at det er gjort presiseringer i forhold til spesifikke rutiner og ansvarsforhold.

Tabell 3.9 Er det etablert rutiner for evaluering av samarbeidsavtaler, er avtalen evaluert, og medførte dette endringer?

	Ja, har rutiner	Nei, har ikke rutiner	Avtalen er evaluert	Medførte endringer
Sykehuset Østfold HF			X	X
Sykehuset Innlandet HF	X		X	X
Sykehuset Asker og Bærum HF	X		X	X
Ullevål universitetssykehus	X		X	
Aker universitetssykehus HF	X		X	X
Akershus universitetssykehus HF		X	X	X
Sykehuset Buskerud	X		X	X
Ringerike sykehus HF	X		X	X
Blefjell sykehus HF	X			
Sykehuset i Vestfold HF		X		
Psykiatrien i Vestfold HF	X			
Telemark sykehus HF (mangler)				
Sørlandet sykehus HF	X		X	
Helse Stavanger HF	X		X	X
Helse Fonna HF	X		X	X
Helse Bergen HF		X		
Helse Førde HF	X			
Helse Sunnmøre HF		X	X	X
Helse Nordmøre og Romsdal HF		X	X	X
Helse Nord-Trøndelag HF	X		X	X
St. Olavs Hospital HF	X		X	X
Rusbehandling Midt-Norge	X			
Helgelandssykehuset HF	X			
Nordlandssykehuset HF		X		
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	X		X	X
Helse Finnmark HF	X		X	
Totalt	18	6	17	14

Av andre mer konkrete endringer nevnes:

- Inkludering av psykiatri
- Mer fokus på brukermedvirkning
- Større vektlegging av likeverd
- Ny struktur for samhandlingen: Utvikling av felles overordnet avtale som inkluderte somatikk, psykisk helsevern og rus eller endring i organisering av samarbeidsfora
- Referanser til aktuelle lovverk ble inkludert

### 3.3 Andre generelle betraktninger omkring samarbeidet

I spørreundersøkelsen ble både kommuner og helseforetak bedt om å ta stilling til utvalgte påstander om samarbeidsforholdet mellom dem. Påstandene ble utformet med utgangspunkt i kriterier for god samhandling framhevet i nasjonal rammeavtale.

Påstandene var som følger:

- *Det er tett dialog mellom helseforetaket og kommunen(e)*
- *Det er en kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket*
- *Det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunen(e)*
- *Min erfaring er at det lokale helseforetaket involverer kommunen(e) i viktige endringer med betydning for kommunene*
- *Etter min erfaring blir kommunen betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske samarbeidet (Spørsmål kun til kommunene)*

Tabell 3.10 og 3.11 viser at helseforetakene er relativt samstemte i at det er tett dialog, kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Ingen av dem er helt uenig i disse påstandene, noen få er delvis uenig, men et flertall er helt enige i at det er slik. Blant kommunene er en større andel bare delvis enig i dette og en tredjedel er delvis eller helt uenige i denne beskrivelsen.

Oppfatningene om hvorvidt det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene viser også at kommunene er noe mer uenige i at dette er tilfelle (se tabell 3.12). 88 prosent av representantene for foretakene er delvis eller helt enig i dette, mens 50 prosent av kommunene svarer det samme. Formålet om gjensidig kompetanseutvikling er framhevet som eget punkt i mange av systemavtalene.

Tabell 3.10 Det er tett dialog mellom helseforetaket og kommunene. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	14	56,0	44	21,5
2 Delvis enig	9	36,0	89	43,4
3 Delvis uenig	2	8,0	51	24,9
4 Helt uenig			14	6,8
Ubesvart			7	3,4
Total	25	100	205	100,0

Kommunenenes svar på spørsmålene er fordelt etter hvilket helseforetaksområde de tilhører i vedleggstabell v1.4.

Tabell 3.11 Det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	15	60,0	40	19,5
2 Delvis enig	7	28,0	79	38,5
3 Delvis uenig	3	12,0	48	23,4
4 Helt uenig			24	11,7
Ubesvart			14	6,8
Total	25	100	205	100,0

Tabell 3.12 Det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene. Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	3	12,0	20	9,8
2 Delvis enig	19	76,0	83	40,5
3 Delvis uenig	3	12,0	65	31,7
4 Helt uenig			31	15,1
Ubesvart			6	2,9
Total	25	100	205	100,0

Likeverdighet er et viktig tema, spesielt for kommunene som hver for seg er små i forhold til helseforetakene. På spørsmål om dette (se tabell 3.13) er det svært få kommuner som er helt enige i at de blir betraktet som likeverdige partnere i samarbeidet (7 prosent). En tredjedel er likevel delvis enig i dette, mens 38 prosent er delvis uenig og 16 prosent er helt uenige.

Tabell 3.13 Etter min erfaring blir kommunen betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet. Kommunenes vurdering.

	Antall	Prosent
1 Helt enig	14	6,8
2 Delvis enig	71	34,6
3 Delvis uenig	78	38,0
4 Helt uenig	32	15,6
Ubesvart	10	4,9
Totalt	205	100,0

Gjensidig informasjonsplikt er et punkt som etter hvert har kommet inn i avtalene og som er viktig for å skape tillit og forutsigbarhet i samhandlingsarbeidet. Omtrent halvparten av de lokale avtalene har med et eget punkt som omhandler dette. På spørsmål om helseforetakene involverer kommunene i viktige strukturelle endringer er 60 prosent av foretakenes representanter (15 stk) bare delvis enig i dette og 2 foretaksrepresentanter er delvis uenig. En tredjedel er likevel helt enig i at de involverer kommunene godt. Kommunene er som på de andre spørsmålene noe mer uenige. Bare 10 prosent er helt enige, og 50 prosent er delvis eller helt uenig i at de blir involvert i viktige endringer.

Tabell 3.14 Helseforetaket involverer kommunene i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene. .  
Vurdert av representanter for hhv helseforetak og kommuner

	Helseforetak		Kommuner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 Helt enig	7	28,0	20	9,8
2 Delvis enig	15	60,0	76	37,1
3 Delvis uenig	3	12,0	64	31,2
4 Helt uenig			39	19,0
Ubesvart			6	2,9
Total	24	100	205	100,0

I vedleggstabell v7 er svarene fra kommunene fordelt etter helseforetaksområde.

### 3.3.1 Behov for ytterligere formalisering av samarbeidet?

Helseforetaksområdene har ulik fartstid i forhold til samarbeidsavtaler og det er forskjeller i omfang og innhold i forhold til formalisering av ansvar og rutiner. Kommunene ble derfor spurt hvorvidt de mener det er behov for ytterligere formalisering av samarbeidet.

Over halvparten av kommunene som har svart på undersøkelsen mener det er behov for ytterligere formalisering av samarbeidet. På regionnivå er det i Nord flest kommuner ønsker mer formalisering av samarbeidet (72 prosent), mens tidligere helseregion Øst skiller seg ut ved å ha desidert færrest kommuner som mener det er behov for mer formalisering (32 prosent). Det er likevel en del interne variasjoner innen regionene. Vi minner om at det i noen av områdene er relativt få kommuner og at det gir rom for en viss tilfeldig variasjon.

Tabell 3.15 Er det behov for mer formalisert samarbeid? Fordelt etter kommunenes plassering i HF-områder.

Helseforetaksområde og region	Antall kommuner				Prosent kommuner			
	Ja	Nei	Begge <sup>2</sup>	Totalt	Ja	Nei	begge	Totalt
Østfold HF-område	2	7	0	9	22	78	0	100
Asker og Bærum HF-omr	0	1	0	1	0	100	0	100
Hovedstads HF område <sup>1</sup>	2	8	0	10	20	80	0	100
Innlandet HF-område	14	13	0	27	52	48	0	100
<b>Gamle Øst</b>	18	29	0	47	38	62	0	100
Ringerike HF-område	2	3	0	5	40	60	0	100
Buskerud HF-område	5	0	0	5	100	0	0	100
Blefjell HF-område	5	2	1	8	63	25	13	100
Vestfold HF-område	4	2	0	6	67	33	0	100
Telemark HF -område	1	3	0	4	25	75	0	100
Sørlandet HF-område	9	6	0	15	60	40	0	100
<b>Gamle Sør</b>	26	16	1	43	60	37	2	100
Stavanger HF-område	6	1	0	7	86	14	0	100
Fonna HF-område	5	5	0	10	50	50	0	100
Haukeland HF-område	6	4	0	10	60	40	0	100
Førde HF-område	3	8	0	11	27	73	0	100
<b>Vest</b>	20	18	0	38	53	47	0	100
Sunnmøre HF-område	5	2	0	7	71	29	0	100
Nordmøre HF-område	6	2	0	8	75	25	0	100
St. Olavs hosp. HF-område	5	5	0	10	50	50	0	100
Nord-Trøndelag HF-omr	8	4	0	12	67	33	0	100
<b>Midt-Norge</b>	24	13	0	37	65	35	0	100
Helgeland HF-område	6	2	0	8	75	25	0	100
Nordland HF-omr	5	1	0	6	83	17	0	100
UNN HF-område	5	5	0	10	50	50	0	100
Finnmark HF-omr	5	0	0	5	100	0	0	100
<b>Nord</b>	21	8	0	29	72	28	0	100
<b>TOTALT</b>	109	84	1	194	56	43	1	100

<sup>1</sup> Opptaksområdet til Aker, Ullevål og Akershus universitetssykehus HF-er

<sup>2</sup> Ett foretak har krysset av på begge alternativ. Både ja og nei.





## 4 Utfordringer i samarbeidet sett fra partenes ståsted

### 4.1 Fra et kommunalt synspunkt: Viktige utfordringer i arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Samarbeidsflaten mellom helseforetakene og kommunene er bred og sammensatt. Den omfatter mange pasientgrupper, berører mange typer tjenester, og stiller mange ansatte både i kommunene og helseforetakene overfor store utfordringer. Gjennom arbeidet med samhandlingsavtalene er det skapt arenaer og utviklet strategier for arbeidet med å gjøre samspillet mellom sykehus og kommune mer effektivt og øke kvaliteten i totaltilbudet til brukeren. Avtalene gir et verktøy. Vi må anta at dette verktøyet vil bli stadig bedre etter hvert som erfaringer innvinnes.

I undersøkelsen ba vi svargiverne i kommunene om å redegjøre for hva de mente var de viktigste utfordringene i denne sammenhengen. Spørsmålet var formulert hel åpent:

*“Mener du det foreligger noen viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling mellom kommunene og helseforetaket? Hvis ja, kan du kort beskrive dette?”*

149 av de i alt 205 svargivere har gitt svar på dette. Svarene peker i mange retninger, slik det nødvendigvis gjør med denne typen åpne spørsmål. En del av svargiverne beskriver uløste problemer. Andre er oppatt av tiltakssiden, og beskriver det de mener er viktige tiltak for å løse viktige problemer i samspillet mellom sykehus og kommuner. Svarene gir et interessant bidrag til en forståelse av situasjonen på kommunesiden – vel ett år etter at de sentrale overenskomsten mellom kommunenes Sentralforbund og Staten som sykehuseier ble inngått.

Vi vil diskutere svarene under disse overskriftene:

- Generelle betraktninger om forholdet mellom helseforetakene og kommunene.
- Systemproblemer: organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandlingen
- Problemstillinger knyttet til bestemte tjenester eller pasientgrupper
- Utviklingstiltak: Forslag til tiltak som kan bidra til å styrke betingelsene for samarbeid mellom sykehus og kommuner.

#### 4.1.1 Generelle betraktninger – likeverdighet mellom samarbeidspartnerne.

Rundt 20 prosent av svargiverne er oppatt av at forholdet mellom kommunen og helseforetaket oppleves som ulikeverdig. Mange gir ganske overordnede karakteristikker og generelle utsagn, for eksempel: “Likeverdighet mellom partene” eller rett og slett “Likeverdighet”. En av svargiverne understreker dette tydelig ved å formulere seg slik:

“1. Likeverdighet mellom kommune og helseforetak. 2. Likeverdighet mellom kommune og helseforetak. 3. Likeverdighet mellom kommune og helseforetak. Osv”.

Andre er mer spesifikke mht hvordan dette arter seg, eller hvordan man skal arbeide for å angripe problemet.

Mange viser til at helseforetakene er lite opptatt av å konsultere kommunene når det gjennomføres også omfattende endringer mht struktur og organisering. Eksempelvis nevnes nedleggelse av avdelinger og andre strukturendringer i helseforetak som gjennomføres uten at berørte kommuner er konsultert på forhånd.

En del av svargiverne mener at det ulikeverdige forholdet mellom helseforetak og kommuner bør møtes med en bedre organisering på kommunesiden i de samarbeidsfora som er etablert. En del av svargiverne peker på implementeringsproblemer i foretakene som en årsak til at spørsmålet om likeverdighet i samarbeidssituasjoner ikke er blitt tatt opp og bearbeidet på tjenestenivået i foretakene – der i praksis kommunens viktigste samarbeidspartnere befinner seg.

Den sterke tematiseringen av spørsmålet om mangel på likeverdighet, reflekteres i at et flertall av kommunenes representanter gir uttrykk for det samme i strukturerte spørsmål i undersøkelsen. Det tyder på at opplevelsen av asymmetri i relasjonen mellom samarbeidspartnerne oppleves som et grunnleggende problem når det gjelder kultur, spilleregler og stemning i samarbeidet.

#### 4.1.2 Systemproblemer: Organisatoriske og strukturelle forhold som svekker betingelsene for god samhandling

Kommunene og helseforetakene er organisatorisk svært ulike. De fleste kommunene er forholdsvis små og oversiktlige – sykehusene er store og komplekse organisasjoner. Mange av svargiverne er oppatt av måten organisatoriske og strukturelle forhold - i første rekke i sykehusene – kan føre til at gode intensjoner i avtalene får dårlig gjennomslag i praksis:

“Implementering av helsedialogprogrammet med fokus på samarbeid, helhetlig tjenestetilbud og likeverdighet i tjenestekjeden. Implementering er viktig i hele organisasjonen, med ledelse i både kommune og helseforetak som pådrivere.”

“Viktig med implementering også i de kliniske avdelingene og i helseenhetene i kommunene. Ikke ok å inngå avtale på toppnivå som ikke gjenkjennes i andre deler av organisasjonene”

“Samarbeidet er godt på toppnivå, men mer “lurvete” på avdelingsnivå. Helseforetaket har fremdeles noe problem med å presse samarbeidet nedover.”

Samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene har sin forankring på et høyt organisatorisk nivå. Implementering på tjenestenivå – der de praktiske samarbeidsutfordringene gjerne finnes, kan møte betydelig motstand. Nye samarbeidsformer krever kanskje nye rutiner, omlegging av innarbeidede arbeidsformer og ellers utfordre praksisnivået i organisasjonene på mange måter. Mange av svargivere gir uttrykk for at avtalenes gode intensjon ikke har hatt det ønskede gjennomslaget i form av ny praksis. Svargiverne knytter implementeringsproblemene ikke bare til sykehuset – men nevner også kommunene.

#### 4.1.3 Kompetanseutvikling

Kompetanseutvikling er kommentert ut fra ulike synsvinkler. Det kan for eksempel dreie seg om tiltak for å styrke den gjensidige forståelsen av hverandres rammebetingelse og arbeidssituasjon. Og det kan dreie seg om mer spesifikke tiltak for å øke kunnskaps- og ferdighetsnivået – i første rekke i kommunal tjeneste.

Mange av svargiverne foreslår at det tilrettelegges for gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste. Tanken er at en bedre kjennskap til og forståelse av hverandres hverdag skal kunne utvikle mer smidige samarbeidsformer. Sitatet under er representativt for de fleste av disse:

“Trur at samhandlingen/ kontakten mellom kommunane og helseforetaket kunne bli betre enn i dag. Kanskje kunne gjensidig hospitering føre til at kunnskaper om kvarandre sin kvardag føre til betre forståing og dermed betre samhandling. Det same kan til ein viss grad gjelde legetenesten”.

Andre er opptatt av spesialisthelsetjenestens ansvar for å styrke kompetanse i den samlede kjeden av tjenester som til sammen skal gi et tilbud til pasienten.

“På området kompetanse og økonomi kunne mye vært bedre ved at man f. eks. systematisk jobbet for å overføre kunnskap fra foretaket til kommunene, og at penger i større grad følger pasienten, slik at kommunen i større grad kunne bygge opp de tjenester som etterspørres av en rasjonell og spisset spesialisthelsetjeneste.”

Flere av svargiverne ser dette i sammenheng med en alminnelig overføring av oppgaver fra sykehuset til kommunene. Etter hvert som kommunene tilføres stadig sykere pasienter som et resultat av en strammere utskrivningspolitikk i sykehusene må spesialisthelsetjenesten i tilsvarende grad ansvarliggjøres for kompetanseoppbygging i kommunene på de aktuelle områdene.

#### 4.1.4 Samhandling ved utskrivninger av pasienter som trenger kommunal omsorg

Problemer knyttet til samhandling rundt utskrivninger av omsorgstrengende pasienter fra sykehuset har tradisjonelt vært ett viktig konfliktområde i samspillet mellom sykehus og kommuner. Kortere liggetider og raskere utskrivninger stiller store krav til kommunenes evne til reagere rask når sykehuset melder om pasienter som trenger omsorg etter utskrivningen. Mange steder er presset på kommunene stort.

Flere av svargiverne mener at det er behov for en klarere regulering av ansvarsforholdet mellom kommunen og sykehuset – f.eks. ved hjelp av en omforent og presis angivelse av når en pasient er ferdigbehandlet, og generelt av hva slags pasienter som hører til hvor:

*“Tilbakeføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunen. Definisjoner av ferdigbehandlet. Samhandling omkring pasienter som ønsker å få sin behandling i kommunen. Samarbeid omkring rehabilitering – hvilke pasienter skal ha et tilbud hvor?”*

Andre er mer opptatt av rutiner som på en bedre måte regulerer samarbeidet rundt pasienten, f.eks. i form av varslingsrutiner:

*“Tidligere varsling og forberedelse ved utskrivning av resurskrevende pasienter. Varsling om ferdigbehandlede pasienter som er søkt inn på sykehjem kommer ofte samtidig med søknad. Når denne er registrert i kommunen har det gått flere dager siden ferdigbehandling.”*

I denne sammenhengen peker mange av svargiverne på behov for felles planlegging av utskrivningene, slik at man på en bedre måte kan møte de problemene som ofte oppstår i forbindelse med ferieavviklinger i kommune og i sykehusene og utskrivninger fredag ettermiddag.

Problemer knyttet til mangelfull eller for sen informasjon fra sykehus til kommunen er ofte nevnt. Et generelt inntrykk er at rutinene rundt utskrivninger oppleves som uhensiktsmessige og irritasjonsskapende mange steder.

Ellers er ulike tema blir berørt:

- Problemer knyttet til utskrivninger i tilknytning til helg eller ferieavvikling
- Problemer knyttet til utskrivninger sent på dagen.
- Dårlige informasjonsrutiner forbindelse med utskrivninger.
- Avtaler om maksimums liggetider brukes til å overkjøre kommunene.
- For korte varslingsstider ved utskrivninger.
- Manglende samarbeid om rehabiliteringsopplegg ved utskrivninger.
- Ikke omforente definisjoner av når en pasient kan betraktes som utskrivningsklar.

Mange av de problemene som nevnes er vel dokumentert gjennom flere kartlegginger av samspillet mellom sykehus og kommuner i forbindelse med utskrivninger av eldre. På mange måter danner de en del av utgangspunktet for arbeidet med samhandlingsarbeidet, og står sentralt blant de problemene avtalene sikter mot å løse.

Det er selvfølgelig helt urealistisk å forvente at etablering av et overordnet avtaleverk skulle løse praktiske samarbeidsproblemer på tjenestenivå i løpet av den korte tiden de har eksistert. På den annen side er det rimelig å se dette i sammenheng med diskusjonen knyttet til det vi har kalt "praktisk implementering". Implementering på tjenesteplanet av gode intensjoner i et overordnet avtaleverk krever gjerne en betydelig organisatorisk innsats, og betingelsene for å lykkes vil variere både med trekk ved de enkelte sykehus og i den enkelte kommune.

#### 4.1.5 Elektronisk samhandlingsverktøy

Elektronisk samhandlingsverktøy – både generell og med henvisning til spesielle systemer eller utviklingsprosjekter, blir nevnt som et viktig virkemiddel for bedre samhandling. Mange av svargiverne har forventninger til at Helsenett og ELIN-K prosjektet skal gi vesentlige bidrag til å forenkle samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten. Eksempelvis nevnes:

*"Elektronisk samhandling slik at papirer kan være på plass når pasienten blir sendt tilbake til kommunen."*

#### 4.1.6 Oppsummering

Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene bygger arenaer for felles utvikling av løsninger på viktige problemer i samarbeidet mellom partene. De vil kunne danne grunnlag for et totalt sett mer sammenhengende helsetjenestetilbud til de som trenger det. Nytt verktøy og nye arbeidsformer – som for eksempel elektronisk samhandlingsverktøy og metoder for kompetanseoverføring fra sykehus til kommunene – støtter en slik utvikling. Det kan tilrettelegge for mer helhetlige samarbeidsløsninger, og på den måten bidra til å styrke og effektivisere tilbudet på det laveste nivået i helsetjenesten.

Selv om avtalene først og fremst har praktiske siktemål, er en stor andel av våre svargivere opptatt av at de også må være et virkemiddel for å bearbeide *kulturen* rundt samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten. Det ser ut til at opplevelsen av asymmetri er et viktig stikkord for mange av samarbeidsaktørene på kommunesiden. De fleste norske kommuner er små og oversiktlige, mens helseforetakene er store, byråkratiske organisasjoner. Og i mange viktige samarbeidssituasjoner mellom kommunene og sykehusene – som f.eks. utskrivning av pasienter som trenger kommunal omsorg etter utskrivningen – er initiativet på sykehussiden. Kommunen må tilrettelegge et omsorgstilbud raskt nok til at utskrivningen ikke blir unødvendig forsinket. En opplevd mangel på likeverdighet i samhandlingsrelasjonen er et av de problemene samarbeidsavtalene må prøve å løse. Det kan dreie seg både om de små tingene: måten man forholder seg til hverandre på i praktisk samarbeid – og det kan dreie seg om de mer omfattende tema, som for eksempel konsultasjon og rådspørring ved for eksempel strukturelle endringer eller omlegginger som berører de samarbeidende kommunene.

De lokale avtalene har sitt utgangspunkt på et svært overordnet nivå. Implementering skal blant annet bra til praksisomlegging og rutineutvikling i praktiske samhandlingssituasjoner. Det er ingen automatikk i at gode intensjoner på et overordnet nivå omsettes i gode løsninger på tjenesteplanet. Dette blir godt illustrert ved at mange av svargiverne viser til uløste problemer i utskrivningssituasjonen når de skal beskrive hovedutfordringene i samarbeidet. Mange steder har implementering på tjenesteplanet støtt på hindringer og ikke gitt ønskede resultater. Det er en utfordring for ledelsesnivået når det konstateres at "samarbeidet er godt på toppnivå, men mer "lurvete" på avdelingsnivå". Det er rimelig å anta at effektiv implementering av inngåtte avtaler på det praktiske vil kreve en betydelig innsats fra både kommuner og sykehus i årene som kommer.

## 4.2 Viktige utfordringer – fra helseforetakets synspunkt

Helseforetakenes representanter ble – på samme måte som kommunenes – bedt om å gi synspunkter på viktige utfordringer i arbeidet med å utvikle samarbeidet med kommunene. Det foreligger svar fra 19 av de 20 helseforetaksrepresentantene som returnerte skjema.

### 4.2.1 Økonomiske forutsetninger for samhandling

Ett tema ser ut til å være av særlig betydning: Økonomi. Av de 19 ga 9 svargivere synspunkter på økonomiske betingelser for samhandlingstiltak. Ellers ble det presentert synspunkter på f.eks. kulturforskjeller, organisasjonsmessige forhold og andre forhold som enten fremstår som hindringer for et god samarbeid – eller som i særlig grad er viktig å prøve å finne gode løsninger på. Svarene løfter opp ulike problemstillinger.

Mange kommenterer hovedtrekkene i helsetjenestens organisering. Nivådelingen – to ulike forvaltningsnivå – som ikke stimulerer fellesskapsløsninger:

“De største utfordringene bygger på at det er adskilte økonomiske virkeligheter – betyr at disposisjoner eller mangel på disposisjoner ikke får nødvendig konsekvensfokus”.

Forvaltningsbaserte organisatoriske grenser skaper økonomiske ingenmannsland, og svekker konsekvensfokus til fordel for mer kortsiktige økonomiske hensyn. Flere av svargiverne etterlyser økonomiske ordninger som kan stimulere direkte tiltak i gråsonen. Det nevnes flere eksempler på at tiltak som bygges opp for å styrke samhandlingen må baseres på økonomiske eller personellmessige dagnadsløsninger. Her nevnes både mer omfattende tiltak som intermediære løsninger for smidigere utskrivninger, og tiltak for å styrke samhandlingen med fastlegene. En av svargiverne viser til et forsøk med en intermediæravdeling som ble lagt ned fordi det medførte for store tap i inntekter både for kommune og helseforetak: Kommune tapte inntekter ved bortfall av retten til å kreve oppholdsbetaling slik man gjør i sykehjem, og sykehuset tapte ISF-inntekter.

Noen kommenterer kommunenes økonomiske situasjon særskilt. Det vises til at kommunene ofte mangler ressurser i form av penger, omsorgsplasser og kompetanse, slik at handlingsrommet for samhandlingstiltak blir lite.

### 4.2.2 Organisatoriske og kulturelle barrierer for samhandling

“Utfordring nr 1: Forbedring av samhandlingskulturen på fagnivå, både innad i den enkelte kommune og det enkelte helseforetak, og mellom aktører i helsetjenesten. Dette krever bl.a. en mer bevisst holdning til å melde fra om forhold som ikke fungerer tilfredsstillende, og ta lærdom av det.”

“Utvikling av samarbeidet på klinikknivå. Bedre involvering i endringsprosesser og strategiarbeid. Ikke alle klinikker er kommet like langt i samarbeidet.”

De to sitatene over behandler begge et sentralt problem implementering av tiltak som dette: Det å oppnå praktisk gjennomslag på tjenesteplanet: I klinikkene og det kommunale apparatet. Samhandlingskulturer må bygges, og det tar tid. De som har berørt tema signaliserer imidlertid optimisme:

“Vårt inntrykk er en utvikling som går mot en økende forståelse for viktigheten av å samarbeide. Likevel er det en utfordring at det er ulike kulturer og tradisjoner som skal samhandle, og det vil måtte påregnes at det tar tid å bygge opp en samhandlingskultur. Ikke minst å få avdekket forventningene vi har til hverandre.”

Flere av svargiverne er opptatt av at det kan være vanskelig å finne en god forankring for praktisk samarbeid, både på kommunesiden og i helseforetaket:

“Det er fortsatt en utfordring å lage hensiktsmessige møteplasser administrativt og faglig. Dermed er det også vanskelig å få til de gode dialogene med reell mulighet for involvering begge veier, i utviklingen av helsetjenestene på begge nivåer.”

En av de som har svart mener at måten kommunene organiserer seg på i seg selv er en hindring for effektive strukturer for samarbeid:

“Flat struktur (enhetsledet modell) i kommunesektoren er en stor utfordring. Det finnes ikke lenger et overordnet nivå med ansvar for helse i alle kommuner. Dette innebærer ikke bare en utfordring i forhold til pasientbehandling, men også kompetansesarbeidet hvor resultatshetsleder har et ansvar for kompetanseutvikling i sin resultatshet, og sykehuset må forholde seg enten rådmann eller X antall resultatsheter.”

En effektiv samarbeidsarena forutsetter en organisatorisk struktur som på en effektiv måte omsetter de vedtak eller avtaler man gjør til praktiske løsninger. En fragmentert kommune med få koblinger på tvers kan bli en krevende samarbeidspartner, siden helseforetaket får mange enheter å forholde seg til.

To av helseforetakenes representanter nevner fastlegene som en gruppe som kan være vanskelig å integrere i et organisert samarbeid:

“Fastlegenes mulighet for deltakelse er en tilleggsproblemstilling, fordi de delvis er løsrevet fra både kommune og helseforetaket. Mange interesserte fastleger bidrar konstruktivt i mange prosesser, men vi kan ikke lenger basere oss på at deltakelsen skjer på dugnad, slik som nå.”

Organisering og finansieringsordninger gir fastlegene en uavhengig stilling i det kommunale systemet, og lite økonomisk insentiv for å delta i organiserte samarbeidsfora.

#### 4.2.3 Konsultasjonsordninger i viktige spørsmål

Flere av svargivere peker på at et godt samarbeid krever gode mekanismer for gjensidig konsultasjon i viktige spørsmål – hensiktsmessige møteplasser administrativt og faglig. En av svargiverne gir imidlertid noen interessante betraktninger om hva innholdet i en slik konsultasjonsordning skal være:

“Hva betyr det i praksis å involvere kommunene? Holder det med å informere i god tid, eller skal de få mulighet til å ha direkte innflytelse på endringene i helseforetaket? Det er en utfordring å “selge inn” helseforetakets behov for strukturelle endringer for å oppfylle krav om faglig forsvarlighet ut mot lokalsamfunnet og dets styringsorganer”.

Ikke alle de tiltak et helseforetak gjør sammenfaller fullstendig med kommunenes ønsker og interesser. De kanskje mest nærliggende eksempler på kontroversielle spørsmål i denne sammenhengen er spørsmål om strukturendringer i helseforetakene, som i noen tilfeller kan medføre redusert akuttmedisinsk beredskap i enkelte områder. Innebygd i betraktningen over ligger tanken om at jo mer samarbeidet mellom kommuner og helseforetak utvikler seg, i jo større grad vil det være naturlig for de samarbeidende partene å prøve å påvirke hverandre, også i viktige spørsmål.

#### 4.2.4 Oppsummering

Særlig tre problemstillinger synes viktige for de 22 helseforetaksrepresentantene som har besvart vårt skjema:

- Økonomi
- Organisatoriske og kulturelle barrierer for samhandling
- Gjensidige konsultasjonsordninger: Hvordan skal de organiseres, og hvor omfattende skal den gjensidige konsultasjonsplikten være.

Økonomiske begrensinger for samarbeidet opptar en stor andel av svargiverne. Mange mener at dagens nivådelte organisering av helsetjenestene i helseforetak og kommuner gjør at man er opptatt av egen økonomi, stimulerer i liten grad fellestiltak, og fellesskapsløsninger må bygge på velvilje og dugnadsånd.

Organisatoriske og organisasjonskulturelle forhold kan danne effektive barrierer for godt samarbeid på tjenesteplanet. Implementering av samarbeidsløsninger krever tid før det får gjennomslag i den daglige praksis. Det pekes på at den flate strukturen vi finner i mange kommune kan reise særlige problemer når det gjelder å skape effektive arenaer for samhandling.

Gode gjensidige konsultasjonsordninger er en forutsetning for et tillitsfullt samarbeid. En av svargiverne peker imidlertid på at slike konsultasjonsordninger kan begrense handlingsrommet for nødvendige tiltak for effektivisering av helseforetakene – når det blir behov for tiltak som "er vanskelige å selge inn" i de samarbeidende kommunene. Hvordan skal forholdet mellom helseforetaket og de berørte kommunene reguleres i slike vanskelige spørsmål? Hvor langt skal samarbeidet gå? Skal kommunene ha mulighet til å vurdere og eventuelt påvirke viktige beslutninger i helseforetaket? Eller er det nok at man sørger for å informere kommunene om tiltak eller andre endringer man ønsker å sette i gang? Et velutviklet samarbeid kan med andre ord skape nye avgrensingsbehov – og foreløpig har vi lite erfaring når det gjelder spørsmålet om hvor og hvordan disse nye grenselinjene skal trekkes og håndteres.





## 5 Avslutning og oppsummering

Denne rapporten belyser utviklingen når det gjelder det formelle rammeverket for samhandling. Vi kan imidlertid ikke si noe om utviklingen når det gjelder kvaliteten på eller omfanget av samhandling i den utøvende helsetjenesten. Vårt fokus er implementering av det avtalemessige grunnlaget.

Resultatene fra vår undersøkelse viser at man i mange helseforetaksområder er på god vei til å få på plass et helhetlig rammeverk rundt samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Inntrykket er at det er mye aktivitet på området de fleste steder og at feltet etter hvert har fått høy prioritet. Det er likevel store forskjeller i hvor langt man har kommet i å etablere et system for samarbeidet med hensyn til å innbefatte både systemnivå, utøvende nivå og pasienter/brukere. Over halvparten av kommunene som svarte på undersøkelsen mente det var behov for mer formalisert samarbeid.

Det kan se ut til at en større andel kommuner ønsker mer formalisering i HF-områder hvor man har avtaler som består av en generell avtale med lite detaljerte retningslinjer. Disse innbefatter ofte i mindre grad en klar strategisk overbygning. I den ene enden av skalaen er Østfold. Her har man formaliserte avtaler på mange områder og en høy andel av kommunene ga uttrykk for at det ikke var behov for ytterligere formalisering av samarbeid. I den andre enden er kommunene i Nord-Norge, som i stor grad ga uttrykk for at det var ønskelig med en større formalisering av samarbeidet. Unntaket er kommunene i opptaksområdet til Universitetssykehuset (UNN i Tromsø).

Bare en fjerdedel av foretakene oppgir at de ikke har etablerte rutiner for evaluering av avtalene. Det er altså et stort flertall som har rutiner og som har evaluert avtalene. Den vanligste tilbakemeldingen er at dette har ført til mindre endringer, men ikke minst tydeliggjøring av rutiner og lignende. Noen melder også om mer omfattende endringer av selve avtalestrukturen og organiseringen av samarbeidsfora. Resultater av evalueringer gjenspeiler antakelig at man er i ulike faser i det strategiske samarbeidet. Dette gjelder også i forhold til om man har etablert rutiner for håndtering av uenighet og registrering av avvik fra avtalene. Vårt inntrykk er at stadig flere systematiserer dette ved å etablere rutiner og registrering for avvik.

Representasjon i administrative og faglige fora er viktig for å sikre legitimitet og oppslutning om samhandlingsarbeidet. Mange av helseforetakene oppgir at alle kommuner er med i samarbeidsfora. Vi har ikke mer detaljert informasjon om hvilke fora de er representert i. Basert på annen tilgjengelig dokumentasjon antar vi imidlertid at de fleste helseforetak har svart med tanke på kommunenes deltakelse i overordnede fora på systemnivå. I mange foretaksområder er kommunene inndelt i geografiske områder som er representert med en kommune hver, gjerne utpekt av KS. Et viktig spørsmål er hvordan dette fungerer for kommunene som ikke er representert. På administrativt nivå har kommunene rådmannsfora, regionråd eller andre nettverk som kan brukes til å formidle og drøfte felles problemstillinger. I hvilken grad det tjenesteytende nivå er tilstrekkelig involvert er en viktig problemstilling i det videre arbeidet. Brukerrepresentasjonen i samarbeidsfora er økende, men flertallet av helseforetaksområdene har ikke brukere representert i fora på systemnivå.

I vurderinger av hva som karakteriserer samarbeidet er både kommuner og helseforetak samstemte i at samarbeidet er høyt forankret på ledernivå, både i egen organisasjon og hos den andre. Når det gjelder forankring på fagnivå er de fleste respondentene delvis enig i at denne er god. Omtrent 20 prosent av kommunene er imidlertid delvis uenig eller helt uenig i dette. Også på spørsmål om hvorvidt det er tett dialog, kontinuerlig drøfting og utvikling av

samarbeid og hvorvidt det foregår en gjensidig kompetanseutvikling er helseforetakene i stor grad enige i at slik er det. Spredning i svarene er noe større for kommunene, hvor langt flere (30-40 prosent) er delvis eller helt uenige i en slik beskrivelse av situasjonen. Det fleste kommuner var uenig i var imidlertid påstandene om at kommunene ble involvert i strukturelle endringer på helseforetaksnivå og at de blir betraktet som likeverdige partnere i det strategiske arbeidet.

Ser vi alle tabellene i kapittel 3 i sammenheng får vi et bilde av en noe større optimisme og en noe større tilfredshet med oppnådde resultater, blant svargiverne fra helseforetakene enn fra kommunene. Det ulike forholdet mellom kommuner og helseforetakene bekreftes og utdypes i svargivernes refleksjoner rundt samarbeidsutfordringene i samspillet dem mellom.

Ved hjelp av åpne spørsmål, stilt på samme måte til representanter fra helseforetakene og kommunesiden, gjorde vi en kartlegging av hva svargiverne opplevde som de viktigste utfordringene i samarbeidet. Selv om vi gjør et forbehold om at antall svargivere på foretakssiden er relativt få (25), viser drøftingen i kapittel fire svært slående ulikheter i svargivningen fra henholdsvis kommunesiden og foretakssiden:

- Den hyppigst nevnte utfordringen på kommunesiden er opplevelsen av at kommunene og helseforetakene ikke oppleves som likeverdige parter.
- Den hyppigst nevnte utfordringen på foretakssiden er økonomi: For lite ressurser til å utvikle samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene, finansieringssystemer som straffer samarbeidstiltak, for lite kapasitet, kompetanse og ressurser i kommunene.

Det er svært ulike fokus: kommunesidens problematisering av kulturforskjeller og relasjonelle forhold, og foretakssidens fokusering på økonomiske forhold, reflekterer grunnlaget for det utviklingsarbeidet som nå er satt i gang, og måten spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten virker i forhold til hverandre. Kommunehelsetjenesten er helsetjenestens generelle grunnmur. Den tar seg av helse- og omsorgsoppgaver som ikke trenger spesialisert behandling. Når en pasient er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten er det kommunene som er ansvarlig for nødvendig videre oppfølging, f.eks. i form av omsorgstjenester, som er avgjørende for mange eldre pasienter etter sykehusoppholdet. Slik sett blir sykehuset en leverandør og kommunehelsetjenesten en mottaker av oppgaver. Dersom kommunene ikke klarer å avta ferdigbehandlede pasienter raskt nok oppstår kapasitetsproblemer i sykehuset, som oppleves som en knapphetssituasjon. På kommunesiden kan trykket fra sykehuset, ofte i en allerede anstrengt kommunal situasjon, understreke det asymmetriske i forholdet, og skape en avmaktssituasjon blant de som er ansvarlige for omsorgstjenesten (Paulsen og Grimsmo 2008). Svargivningen, både fra foretak- og kommunesiden, viser at arbeidet med samhandlingsutvikling berører grunnleggende sider ved arbeidssituasjonen for de som arbeider på denne viktige sektoren, og inviterer til stor grad av varsomhet i jakten på gode løsninger.

Både på kommunesiden og i foretakene viser svargiverne til behovet for å se på organisatoriske barrierer mot implementering av gode avtaler på et overordnet nivå. Mye tyder på at det mange steder vil ta tid og kreve målrettet innsats å få gjennomslag for intensjonene i avtaleverket på tjenestenivå, både i kommune og sykehusene. Kanskje er det behov for å bygge opp en erfaringsbank som på en systematisk måte kan analysere betingelsene for vellykkede og mindre vellykkede tiltak for utvikling av samhandlingsløsninger og gode samhandlingskulturer på tjenesteplanet i helseforetak og kommuner. I svarene fra kommunesiden gis det flere forslag til slike tiltak. Her nevnes f.eks. gjensidige hospiteringsordninger, organiserte tiltak for kompetanseoverføring fra sykehus til kommuner, og ulike tiltak for å forbedre rutiner ved overføring av pasienter mellom nivåene i helsetjenesten.

Samlet sett viser vår undersøkelse at helsetjenesten er inne i en prosess som går mot en større helhet og overbygning rundt samhandlingsarbeidet. Det opprettes nye samarbeidsfora, flere og mer detaljerte formaliserte rutiner for ulike aktiviteter osv. Det er all grunn til å tro at dette vil gi vesentlige bidrag til utvikling av gode samspill og gode samhandlingsrutiner i den samlede helsetjenesten. Interessant er allikevel å merke seg at

mange kommuner – særlig i Østfold HF-område – mener at man nå er "mettet" når det gjelder slike avtaler, og ikke har behov for flere (Jf. tabell 3.15). En utfordring i årene framover kan kanskje bli å finne den rette balansen mellom regulering og modellutvikling for samhandlingsrutiner – og det å legge inn nødvendig rom for individuelle tilpasninger og lokale løsninger.



# VEDLEGG 1

Tilleggstabeller



Tabell V1.1

Oversikt over samarbeidsfora og samarbeidsavtaler. Basert på opplysninger fra helseforetakene og egen innsamling av tilgjengelig dokumentasjon

HELSEFORETAK	Om samarbeidsfora på systemnivå	Om avtaler
<b>Sykehuset Østfold HF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrativt samarbeidsutvalg</li> <li>- Kliniske samarbeidsutvalg</li> </ul> Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold er partssammensatt og unikt på den måten at samtlige kommunestyre/ styret i SØ har delegert beslutningsmyndighet (ved full enighet). Utvalget utpeker kliniske utvalg, adhocutvalg og har også nedsatt faste "Operative fora" tilknyttet hvert av de DPS-ene	Overordnet samarbeidsavtale og egne avtaler for <ul style="list-style-type: none"> <li>- Henvisning og innleggelse, Utskriving av somatiske pasienter, Individuell plan, Hospiteringsordningen, Følgepersonell ved innleggelse, Håndtering av avvik fra godkjente rutiner, Hjelpemiddelhåndtering når pas er innlagt ved SØ, Innleggelse av somatisk bruker fra kommunehelsetjenesten. i SØ</li> </ul>
<b>Sykehuset Asker og Bærum HF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrativt samarbeidsutvalg (sykehusdir, rådmenn)</li> <li>- Lederforum somatikk</li> <li>- Lederforum psykisk helse</li> </ul> Har også et samfunnspanel (sykehus, kommune, fylkesordfører, pasientombud, brukerutvalg, adm.dir i helseforetaket)	Systemavtale pluss egne underavtaler: <ul style="list-style-type: none"> <li>Forebyggende hjelp til barn og unge når en av foreldrene har en psykisk sykdom, Oppfølging unge med rusforgiftning, Rutiner for samarbeid om felles pasienter voksenpsykiatri, Avtale om spesiell oppfølging: Bo og behandlingstilbud til felles pasienter i voksenpsykiatrien, Ansvarsfordeling og rutiner ved inn- og utskrivning av pasienter i somatikken -begge komm. Avt om hospitering- Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum</li> </ul>
<b>Oslo: Akers ykehus HF og Ullevål sykehusHF</b>	Det er etablert samarbeidsmøter på administrativt nivå mellom adm.direktør og bydelsdirektører og mellom rådmenn og adm.direktør. I tillegg er det samarbeidsforum på tjenestenivå mellom ansatte i helseforetaket og kommuner/bydeler	Ikke overordnet felles avtale for alle tjenesteområder. <ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusene i Oslo +AHUS har avtale med Oslo kommune- egen som og psyk. Avtalene regulerer samarbeidsfora og (mest om) rutiner for utskrivning, håndtering uenighet og avvik. I tillegg er det laget egne avtaler mellom sykehus og bydeler/kommuner Aker: Rusavtalen er under arbeid og ventes klar i løpet av 2008</li> </ul>
<b>Akershus universitetssykehus HF</b>	Fora med representanter for alle kommuner/bydeler + sykehjemsetaten i Oslo, 2 brukerrepresentanter og 4 representanter fra Ahus + sekretariat. Eget samarbeidsforum for inn/utskrivning for somatikk og for psyk/rus, eget rehab.nettverk.	Overordnet samarbeidsavtale. Hospitering, kompetanseoverføring og faglig veiledning er ivaretatt, men avtales separat innen de forskjellige fagområder og skal videreutvikles.
<b>Sykehuset Innlandet HF</b>	Det er opprettet et administrativt samarbeidsutvalg på overordnet nivå. Der er SI representert ved toppledelsen, KS har utpekt 4 representanter og brukerrådet er med. Det er også divisjonsvise samarbeidsutvalg knyttet til de somatiske divisjonene og til divisjon psykisk helsevern	Samhandlingsavtalen fra 2005 ble revidert i 2007 og 2008. Etter disse revisjonene ble nåværende struktur for samhandling etablert. Basisavtalen for samarbeid og Samhandlingsavtalen er inngått mellom SI og alle 49 kommuner (48 for divisjon psykisk helsevern) i opptaksområdet. Disse avtalene gjelder både somatikk, psykisk helsevern og rus. Divisjon psykisk helsevern har inngått avtale i forhold til tjenester til innsatte i fengsler. Det er også formaliserte avtaler mellom RBUP, BUP Kongsvinger, BUP Lillehammer og lokale kommuner.

HELSEFORETAK	Om samarbeidsfora på systemnivå	Om avtaler
<b>Ringerike sykehus HF</b>	<p>- Overordna strategisk samarbeidsutvalg</p> <p>Vår erfaring er at det er viktig at helseforetaket reiser ut og møter kommunene evt. flere kommuner. Viktig å skape et godt samarbeidsklima og at det er en dialog og at vi snakker om to likverdige parter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avtale om samarbeidsutvalg</li> <li>- Avtaler om Inn- og utskriving</li> <li>- Avtale om hospitering</li> </ul>
<b>Sykehuset Buskerud HF</b>	Er etablert samarbeidsfora tilknyttet avtalene	Avtaler om inn og utskriving, egne for somatikk og psykiatri
<b>Blefjell Sykehus HF</b>	Det er etablert et overordna, strategisk samarbeidsutvalg. Forumet er forankret i regionsutvalgene i opptaksområdet (kommunene) og i ledergruppa i Helseforetaket. Videre er brukerutvalget representert ved leder.	<p>Avtale som omfatter både Som og Psyk- systemavtale.</p> <p>Innen Psykiatrien er det en avtale som regulerer flytprosesser (inn/ut ol), samarbeidsmåter, Individuell plan, krisehåndtering, kompetanseoverføring</p>
<b>Psykiatrien i Vestfold HF</b>	Kontaktutvalget for helse- og sosialsaker + Koordineringsutvalg ved DPS-ene, Koordineringsutvalg for BUP, Lederforum rus og avhengighetsbehandling, Rusforum. Årlige erfaringskonferanser	<p>Systemavtale,</p> <p>Avtale Inn- og utskriving, Individuell Plan</p>
<b>Sykehuset i Vestfold HF</b>	<p>Kontaktutvalget for helse og sosialsaker.</p> <p>Kommunene i Vestfold er organisert i det såkalte 12-kommune-samarbeidet. Dette er dagens samhandlingsforum.</p>	Avtale om utskrivingklare pasienter, avtale smittevern bistand
<b>Sykehuset Telemark HF</b>		Avtalen omhandler inn og utskriving, utdanning, veiledning- revidert 2005
<b>Sørlandet Sykehus HF</b>	Overordnet strategisk samarbeidsutvalg, OSS er etablert Kommuner er representert gjennom valgt representant for kommunesamarbeidsområder 5) på Agder (30 kommuner)	Overordnet avtale: Alle kommuner har ikke enda underskrevet avtalen, denne prosessen er i gang. Det ferdigstilles i disse dager avtale om inn- og utskriving rutiner. Det er utarbeidet rutiner for bruk av IP i somatikk, ikke godkjent enda. Psykiatri/rus: avtale om IP, og inn/utskriving- alle kommuner.
<b>Helse Stavanger HF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Årlig møte øverste ledelse SUS og politisk-adm. Ledelse i kommunene.</li> <li>- Faglig samhandlingsutvalg</li> <li>- Kliniske utvalg</li> </ul> <p>Rådmannsutvalget har pekt ut 5 representanter som representerer 18 kommuner inndelt i 5 regioner.</p>	<p>Vi har etablert en overordnet avtale med alle kommuner som omfatter områdene somatikk, psykisk helsevern og rus. Utover det har vi etablert avtaler om inn- og utskriving av pasienter innen somatikk. Har etablert avtale med en kommune innen psykiatri-/rus, som på bakgrunn av evaluering i disse dager revideres og skal gjelde alle kommuner.</p> <p>Egne rutiner: Utskrivingklare innen somatikk, en om inn-utskr psykiatri, en om akuttmedisin</p>



<b>HELSEFORETAK</b>	<b>Om samarbeidsfora på systemnivå</b>	<b>Om avtaler</b>
<b>Helse Fonna HF</b>	Vi har i dag egne fora for psykiatri og somatikk innen hvert lokalsykehusområdet. Denne strukturen er under revisjon og vil trolig bli endre betydelig i løpet av vinteren.	Egne avtaler om samarbeidsutvalg og samhandlingsarenaer  Litt ulikt antall kommuner ifht. ulike avtaler. Svært detaljerte avtaler. Inn- og utskrivning (SOM OG PSYK) Hospitering, samhandlingsarenaer, pas som trenger spesiell oppfølging
<b>Helse Bergen HF</b>	Administrative ledermøter (rådmenn/foretaksledelse)  Faglig samarbeidsutvalg  I eksisterende avtale er alle kommuner representert i årlige møter. I tillegg har en samarbeidsutvalg for et delområde innenfor helseforetaket sitt nedslagsfelt. Det planlegges for 4 samarbeidsutvalg i ny avtale, som dekker hele nedslagsfeltet.	Inn- og utskrivning: Somatikk egen og Psykisk helse egen. Vi har avtaler/retningslinjer for: Pasienter med spesielle pleie og omsorgsbehov SAMKOM Voksen, SAMKOM barn, Oppfølging av mor /barn i barnets første leveuke. Kreftomsorg og lindrende behandling - nettverk Se internett Helse Bergen.
<b>Helse Førde HF</b>	Formalisert ved 1) dialogmøter mellom styret i Helse Førde og alle ordførarar og fylkesordførar x 2 per år 2) koordineringsrådsmøte mellom KS, regionråda og Helse Førde. KS er pt. leiar for rådet 3. fagråd 5 fagpersonar frå kvart nivå som gir faglege råd til overordna organ  Samhandlingskonferanser siden 2003	Retningslinjer Henvisning, Innleie av følgepersonell, Individuell plan, Utskriving, Avviksmeldinger  Delavtale for elektronisk meldingsutveksling delavtale for ressursgruppe for lindrande behandling.
<b>Helse Sunnmøre HF</b>	Samhandlingsforaet har to møter pr. år. I møtet deltek leiinga i helseforetaket (og evt. styreleiar) og rådmenn/ordførarar i kommunane.	Inn-utskrivning (i hovudsak- men nevner mye i avtalen). Avtalen som i dag berre gjeld somatikk er under revidering og skal etter revideringa også omfatte psykiatrien. Eigen særavtale er inngått med Ålesund kommune om drift av intermedieæravdeling. Denne avtalen er ein utvida og meir detaljert avtale enn den generelle samarbeidsavtalen som er inngått med alle dei 17 kommunane på Sunnmøre.
<b>Helse Nordmøre og Romsdal HF</b>	Vi har samhandlingsutvalg på 10 personer fra helseforetaket og noen kommuner. Her møter også praksiskonsulent	Avtale om inn-utskrivning/Samarbeidsfora/lage koordinerende enhet for rehab/hab

HELSEFORETAK	Om samarbeidsfora på systemnivå	Om avtaler
<b>St. Olavs Hospital HF</b>	<p>I tillegg til Administrativt samarbeidsutvalg som er det overordnede samarbeidsorganet (direktør-/rådmannsnivå), har vi egne kliniske samarbeidsutvalg for flere samarbeidsområder. Representativiteten i disse er lik den som er beskrevet foran.</p> <p>Kommunene har blitt enige om at halvparten av representantene skal representere kommunene utenom Trondheim kommune, og at Trondheim kommune pga. stort innbyggertall skal ha halvparten av representantene. KS oppnevner representantene fra kommunene utenom Trondheim. Trondheim oppnevner sine egne representanter.</p>	<p>Overordnet samarbeidsavtale</p> <p>Retningslinjer:</p> <p>Utskrivingsklare pasienter, samarbeid mellom divisjon psykisk helsevern og kommunene i Sør-Trøndelag, habilitering/rehabilitering av barn og unge, Respiratorbehandling i hjemmet, Ekstra fastvakt(kommunal) i sykehus.</p> <p>Har koordinerende enhet for rehabilitering/habilitering</p>
<b>Helse Nord Trøndelag HF</b>	<p>Samarbeidsutvalget i Nord-Trøndelag har 5 KS-oppnevnte representanter som skal ivareta alle kommunenes interesse. Helseforetaket har også 5 representanter.</p> <p>Det er også opprettet et eget Arbeidsutvalg, hvor 4 av Samarbeidsutvalgets medlemmer (2 fra kommunene) besøker kommuner og gjennomfører dialog med enkeltkommuner eller nabokommuner om felles utfordringer. Slike møter foregår 4-6 ganger årlig, og kan omfatte både administrativt, politisk nivå og fagpersonell. Også fra disse møtene utformes skriftlige rapporter som adresseres Samarbeidsutvalget og de kommuner som blir besøkt.</p>	<p>Avtalen kalles "Basisavtale for samhandling" og er dekkende for samarbeid/samhandling innenfor alle deler av våre tjenester. Avtalen trådte i kraft første gang 1/1-1998 og er senere revidert 2 ganger i samarbeid med KS-oppnevnte representanter for kommunene. Gjeldende avtale skal revideres før utgangen av 2010. Basisavtale: omhandler henvisning, utredning, behandling, overføring, veiledningsplikt,</p>
<b>Rusbehandling Midt-Norge HF</b>	<p>Samarbeidsråd som har ansvar for å følge opp avtalen</p>	<p>Avtale om samarbeid rundt rusbehandling. Inkluderer punkter om brukermedvirkning, Inntak, Samhandling under behandling, utskrivning og videre oppfølging, veiledning/kompetansehevende tiltak, om samarbeidsråd, informasjonsplikt</p>
<b>Helgelandssykehuset HF</b>	<p>Helgelandssykehuset dekker 17 kommuner i 4 geografiske tyngdepunkter. På Sør-Helgeland har vi i 2008 opprettet et Overordnet samarbeidsorgan (OSO) bestående av ledere fra sykehus og kommuner, og det er oppnevnt et Klinisk samarbeidsorgan (KSU) bestående av fagfolk fra begge nivå. I de 3 andre områdene har vi årlig fellesmøter mellom ledere og fagfolk fra begge nivåer. Vi planlegger å opprette felles OSO for hele Helgeland når samarbeidsavtalene gjennomgås i løpet av neste år</p>	<p>Samarbeidsavtalen består av a) en generell del som omfatter samarbeidsfora, gjensidig infoplikt, håndtering av uenighet, håndtering av avvik, varighet og revisjon av avtalen, henvisning til aktuelle lover og forskrifter b)praktisk del med ansvarsfordeling ved utskrivning, epikrise, IP, åpen retur, elektroniske løsninger, kompetansehevende tiltak og veiledning, praksiskons, Ambulante tjenester, desentraliserte tjenester, spes om psyk/rus, Akuttmedisinske tjenester, samarbeid beredskap, utvikling av pros for samhandling.</p>

HELSEFORETAK	Om samarbeidsfora på systemnivå	Om avtaler
<b>Nordlandssykehus et HF</b>	Flere typer samhandlingsfora: Møter mellom foretaksledelse og kommuneledelse. Møter med regionalutvalg kommuner. Møter med pleie- og omsorgstjeneste i kommunene. Møter mellom praksiskoordinator/konsulent og kommunelege I-fora.	Har generell avtale som omfatter alle sektorer. Inn-utskrivning-samarbeidsmøter. Avtalen åpner for at det inngås tilleggsavtaler mellom avdelinger og enkeltkommuner el.l. hvis nødvendig. Egen avtale mellom rus/psykposten NS og kommunene (bla IP, økonomi, botilbud, annen oppfølging- også sosiale tjenester)
<b>Universitetssykehuset i Nord-Norge</b>	Vi har flere fora. Ett forum hvor alle fagfolk/ledere i HF og kommuner deltar årlig. Ett organ med hyppigere møter hvor kommunene og UNN deltar ved representasjon.  a)overordnet samarbeidsorgan (OSO), b) overordnet dialogforum, c) kliniske samarbeidsutvalg  Deltakere: a) rådmann/direktørnivå b)a+fagnivå c)i utgangspunktet likt OSO	Overordnet avtale og har egne retningslinjer for innleggelse, en for opphold og utskrivning, en for håndtering av uønskede samhandlings-hendelser og skjema for melding av slike. Øvrige avtaler skal utarbeides ved behov
<b>Helse Finnmark HF</b>	Årlig møte mellom lokalsykehuset og hver kommune. Overordnet møte mellom direktør og ordfører/rådmannsnivå hvert andre år. Det som står for tur er å få et felles forum. Det er god kontakt, varierende grad av formalisering.	Generell avtale, med noen retningslinjer innebygd: Kort om rutiner for henvisning og oppfølging av pasienter, IP, prehospitale tjenester

Tabell V1.2 Fastsetting av møteregelmessighet i samarbeidsfora

Helseforetaksområde	Fastsetting av møteregelmessighet
Østfold	Minimum 6 ganger per år- Administrativt samarbeidsutvalg
Asker og Bærum	Minimum 6 ganger årlig eller etter behov- Administrativt samarbeidsutvalg
Ullevål og Aker sykehus H	Somatikk- byrådsavdelinger og sykehusene- overordnet nivå - 4 ganger i året
Ahus	Ikke angitt
Innlandet	Minimum 2 møter, ellers ved behov- gjelder både overordnet utvalg og lokale utvalg
Ringerike	Minst 4 ganger per år i samarbeidsutvalget
Buskerud	
Blefjell	En gang i året på overordnet nivå+ dialogkonferanse+ 2 samarb.møter på tjenestenivå
Psykiatrien i Vestfold	Kontaktutvalget for helse- og sosialsaker 6 ganger i året
Vestfold	Kontaktutvalget for helse- og sosialsaker 6 ganger i året
Telemark	Avtale møter på tjenestenivå etter behov
Sørlandet	Minst 6 ganger i året samarbeidsforum
Stavanger	Overordnet nivå: 1 gang i året. Faglig utvalg: 4-6 g i året
Fonna	Sier at det skal være regelmessige møter
Helse Bergen	Adm ledermøte 1 gang per år, Faglig-adm utvalg to ganger per år
Førde	To ganger( dialogm), koord.råd minst 2 ganger per år, Fagråd minst 4 ganger per år
Helse Midt-Norge	3-4 g hvert år (samarbeidsutvalg på RHF-nivå)
Sunnmøre	Samarbeidsmøte 2 ganger per år
Nordmøre og Romsdal	Samhandlingsutvalg 1 gang i året
St. Olavs hosp. omr.	Administrativt samarbeidsutvalg. 1 gang per måned
Nord-Trøndelag	Ikke angitt
Rusbehandling Midt-Norge	Samarbeidsråd- minst to møter per år
Helgeland	2 ganger i året – både overordnet utvalg og faglig utvalg
Nordland	To ganger i året. Overordnet samarbeidsmøte.
UNN HF-omr.	6-8 g per år i Overordnet samarbeidsorgan, minst 1 g per år Overordnet dialogforum
Finmark	En gang i året samarbeidsmøte- ellers bruke regionrådene.

Tabell V1.3 Oppfatninger om hvorvidt det avholdes regelmessige møter. Kommuner som har egen representant i samarbeidsfora.

	Faktiske tall kommuner			Prosent av kommunene		
	Regelmessige møter	Ikke regelm. møter	Totalt	Regelmessige møter	Ikke regelm. møter	Totalt
Østfold HF-område	8	0	8	100	0	100
Asker og Bærum HF-om	1	0	1	100	0	100
Hovedstads HF område	10	0	10	100	0	100
Innlandet HF-område	19	1	20	95	5	100
Ringerike HF-område	4	1	5	80	20	100
Buskerud HF-område	4	1	5	80	20	100
Blefjell HF-område	5	0	5	100	0	100
Vestfold HF-område	3	2	5	60	40	100
Telemark HF -område	4	0	4	100	0	100
Sørlandet HF-område	8	1	9	89	11	100
Stavanger HF-område	3	1	4	75	25	100
Fonna HF-område	10	0	10	100	0	100
Haukeland HF-område	6	1	7	86	14	100
Førde HF-område	7	0	7	100	0	100
Sunnmøre HF-område	5	1	6	83	17	100
Nordmøre HF-område	5	0	5	100	0	100
St. Olavs hosp. HF-omr	6	3	9	67	33	100
Nord-Trøndel HF-omr	5	1	6	83	17	100
Helgeland HF-område	6	0	6	100	0	100
Nordland HF-omr	6	0	6	100	0	100
UNN HF-område	6	0	6	100	0	100
Finnmark HF-område	2	0	2	100	0	100
Komm med egen representasjon	133	13	146	91	9	100

Tabell V1.4 Kommunenes vurderinger av påstander om dialog, utvikling av samarbeid og kompetanseutvikling. Enig betyr at man har sagt seg helt eller delvis enig, mens uenig betyr at man har svart delvis eller helt uenig.

	Det er tett dialog mellom helseforetaket og kommunene			Det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid			Det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene		
	Prosent		Antall	Prosent		Antall	Prosent		Antall
	Enig	Uenig		Enig	Uenig		Enig	Uenig	
Østfold HF-område	89	11	9	90	10	10	67	33	9
Asker og Bærum HF-omr	100	0	1	100	0	1	100	0	1
Hovedstads HF område <sup>1</sup>	100	0	10	90	10	10	70	30	10
Innlandet HF-område	76	24	29	82	18	28	48	52	29
Ringerike HF-område	80	20	5	80	20	5	100	0	5
Buskerud HF-område	60	40	5	60	40	5	20	80	5
Bleifjell HF-område	63	38	8	43	57	7	38	63	8
Vestfold HF-område	57	43	7	17	83	6	17	83	6
Telemark HF -område	75	25	4	50	50	4	50	50	4
Sørlandet HF-område	40	60	15	43	57	14	36	64	13
Stavanger HF-område	100	0	7	80	20	5	86	14	7
Fonna HF-område	90	10	10	90	10	10	70	30	10
Haukeland HF-område	44	56	9	30	70	10	30	70	10
Førde HF-område	67	33	12	60	40	10	67	33	12
Sunnmøre HF-område	57	43	7	43	57	7	71	29	6
Nordmøre HF-område	75	25	8	43	57	7	100	0	8
St. Olavs hosp. HF-omr	50	50	10	50	50	10	40	60	10
Nord-Trøndelag HF-omr	70	30	10	70	30	10	54	46	13
Helgeland HF-område	63	38	8	50	50	8	13	88	8
Nordland HF-omr	57	43	7	57	43	7	50	50	6
UNN HF-område	45	55	11	64	36	11	27	73	11
Finmark HF-område	25	75	4	25	75	4	25	75	4
Alle områder	67	33	196	62	38	189	51	49	195

<sup>1</sup> Optaksområdet til Aker, Ullevål og Akershus universitetssykehus HF-er

Tabell V1.5 Kommunenes vurderinger av påstander om forankring og involvering på fagnivå, likeverdighet og helseforetakets involvering av kommunene i strukturelle endringer. Enig betyr at man har sagt seg helt eller delvis enig, mens uenig betyr at man har svart delvis eller helt uenig.

	Det er god forankring og involvering på fagnivå, ikke minst blant linjelederne på mellomnivå i kommune			Etter min erfaring blir kommunen betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet			Helseforetaket involverer kommunene i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene		
	Prosent		Antall	Prosent		Antall	Prosent		Antall
	Enig	Uenig	Komm svart	Enig	Uenig	Komm svart	Enig	Uenig	Komm svart
Østfold HF-område	80	20	10	50	50	10	70	30	10
Asker og Bærum HF-omr				100	0	1	100	0	1
Hovedstads HF område <sup>1</sup>	100	0	10	40	60	10	50	50	10
Innlandet HF-område	76	24	29	57	43	28	50	50	28
Ringerike HF-område	40	60	5	33	67	3	60	40	5
Buskerud HF-område	75	25	4	20	80	5	60	40	5
Bleifjell HF-område	50	50	8	38	63	8	63	38	8
Vestfold HF-område	57	43	7	14	86	7	14	86	7
Telemark HF -område	50	50	2	67	33	3	50	50	4
Sørlandet HF-område	79	21	13	43	57	13	54	46	12
Stavanger HF-område	83	17	6	29	71	7	43	57	7
Fonna HF-område	90	10	10	44	56	9	33	67	9
Haukeland HF-område	60	40	10	10	90	10	30	70	10
Førde HF-område	92	8	12	58	42	12	50	50	12
Sunnmøre HF-område	43	57	6	29	71	6	43	57	6
Nordmøre HF-område	100	0	8	50	50	8	63	38	8
St. Olavs hosp. HF-omr	75	25	8	40	60	10	50	50	10
Nord-Trøndelag HF-omr	77	23	13	62	38	13	54	46	13
Helgeland HF-område	75	25	8	33	67	6	38	63	8
Nordland HF-omr	86	14	7	43	57	7	43	57	7
UNN HF-område	64	36	11	64	36	11	27	73	11
Finmark HF-område	80	20	5	0	100	4	50	50	4
Alle områder	75	25	192	44	56	191	48	52	195

<sup>1</sup> Opptaksområdet til Aker, Ullevål og Akershus universitetssykehus HF-er





## VEDLEGG 2

### Dokumentasjon spørreundersøkelse

Tabell V2.1 Svarprosent for kommuneundersøkelsen

HF-område	Antall kommuner svart	Ant kommuner totalt	Svarprosent
Østfold HF-område	10	17	59
Asker og Bærum HF-område	1	2	50
Hovedstads HF område <sup>1</sup>	11	21	52
Innlandet HF-område	29	49	59
Region tidligere Øst	51	89	57
Ringerike HF-område	5	10	50
Buskerud HF-område	5	6	83
Blefjell HF-område	8	17	47
Vestfold HF-område	7	14	50
Telemark HF -område	4	7	57
Sørlandet HF-område	14	30	47
Region tidligere Sør	43	83	52
Stavanger HF-område	7	18	39
Fonna HF-område	10	20	50
Haukeland HF-område	10	22	45
Førde HF-område	12	26	46
Region Vest	39	86	45
Sunnmøre HF-område	6	17	35
Nordmøre HF-område	8	19	42
St. Olavs hosp. HF-område	10	25	40
Nord-Trøndelag HF-område	13	25	52
Region Midt-Norge	37	86	43
Helgeland HF-område	8	17	47
Nordland HF-omr	7	21	33
UNN HF-område	11	30	37
Finmark HF-område	5	19	26
Region Nord	31	87	36
Totalt	201	431	47

<sup>1</sup> Innbefatter opptaksområdet til Ullevål, Aker og Akershus universitetssykehus HF

Tabell V2.2 Antall kommer som har svart i faktiske tall og i prosent. Fordelt etter region og folketall i kommunene.

Regioner	Folketal	Antall kommuner			Prosent kommuner		
		Har svart	Ikke svart	Total	Har svart	Ikke svart	Total
Gamle ØST	under 2000	4	3	7	57	43	100
	2001 til 5000	10	13	23	43	57	100
	5001 til 10000	13	10	23	57	43	100
	10001-20000	13	6	19	68	32	100
	Over 20000	11	6	17	65	35	100
	Alle kommuner	51	38	89	57	43	100
Gamle SØR	under 2000	5	10	15	33	67	100
	2001 til 5000	13	11	24	54	46	100
	5001 til 10000	10	8	18	56	44	100
	10001-20000	6	5	11	55	45	100
	Over 20000	9	5	14	64	36	100
	Alle kommuner	43	39	82	52	48	100
VEST	under 2000	4	12	16	25	75	100
	2001 til 5000	17	16	33	52	48	100
	5001 til 10000	6	9	15	40	60	100
	10001-20000	7	6	13	54	46	100
	Over 20000	5	3	8	63	38	100
	Alle kommuner	39	46	85	46	54	100
Midt-Norge	under 2000	6	14	20	30	70	100
	2001 til 5000	12	19	31	39	61	100
	5001 til 10000	9	13	22	41	59	100
	10001-20000	5	2	7	71	29	100
	Over 20000	5	1	6	83	17	100
	Alle kommuner	37	49	86	43	57	100
Nord	under 2000	12	25	37	32	68	100
	2001 til 5000	9	19	28	32	68	100
	5001 til 10000	4	9	13	31	69	100
	10001-20000	3	2	5	60	40	100
	Over 20000	3	1	4	75	25	100
	Alle kommuner	31	56	87	36	64	100

Følg brev til kommunene

## **Undersøkelse for å kartlegge samarbeidsavtaler og samhandling mellom helseforetakene og kommunene.**

- i henhold til Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS

Spørreskjemaet består av 6 hovedspørsmål med noen underspørsmål

### **Bakgrunn**

I juni 2007 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet med avtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. I tillegg skal den bidra til systematisk oppfølging av samhandlingsområdet på nasjonalt nivå. I avtalen vektlegges etablering av arenaer og prosesser som sikrer tett dialog, forankring på høyt ledernivå og på fagnivå, gjensidig kompetanseutveksling m.m.

### **Målsetting med spørreskjemaet**

Undersøkelsen utføres av SINTEF Helse og har som mål å kartlegge hvor mange helseforetak og kommuner som har inngått samarbeidsavtaler og hvilke tjenesteområder som er dekket. Videre skal undersøkelsen gi en oversikt over hvor mange kommuner som deltar i etablerte fora for administrativt samarbeid. Slike fora skal sikre forankring på høyt ledernivå, i tillegg til eventuelt samarbeid på tjeneste-nivå. I tillegg til nevnte tema ber vi også om noen vurderinger av dialog og utfordringer i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Resultatene fra undersøkelsen skal gi grunnlag for å beskrive status på nasjonalt nivå og avdekke viktige utfordringer i det videre samhandlingsarbeidet. Publisering av resultater vil skje gjennom utarbeidelse av en SINTEF-rapport som ferdigstilles i midten av november 2008.

### **Hvem kan fylle ut skjemaet?**

Spørreskjemaet sendes til alle norske kommuner ved rådmannen, som er høyeste administrative leder. Kommunene varierer imidlertid i størrelse og organisering. Det kan derfor være mest hensiktsmessig at andre enn rådmannen fyller ut skjemaet i din kommune. Vi ber da om at denne henvendelsen **sendes videre** til den mest aktuelle personen. I tilfelle en annen enn rådmann, eller noen i rådmannens stab, fyller ut skjemaet ber vi om at stilling på vedkommende oppgis under "bakgrunnsinformasjon" i starten av spørreskjemaet. Det er viktig at alle kommuner svarer, uavhengig om kommunen har inngått samarbeidsavtale eller ikke.

Skjemaet er laget via SINTEFs nettsider.

### ***Henvendelser om spørreskjemaet eller supplerende opplysninger om samarbeidet mellom helseforetak og kommuner kan rettes til:***

Birgitte Kalseth, forsker

SINTEF Helse - Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet

E-post: [birgitte.kalseth@sintef.no](mailto:birgitte.kalseth@sintef.no)

Tlf +47 93 03 48 55

**Vi takker på forhånd for hjelpen og ber om at skjemaet besvares innen onsdag 8.oktober.**

**Klikk på lenken nedenfor for å besvare spørreskjemaet**

(Hvis du som skal besvare skjemaet ikke får åpnet ved å klikke på lenken, vennligst gi beskjed).

<http://www.sintef.no/Helse/Okonomi-kvalitet-og-tilgjengelighet/Sporreskjema-til-kommunene/?id=20375>

Følgrebrev til helseforetakene

## **Undersøkelse for å kartlegge samarbeidsavtaler og samhandling mellom helseforetakene og kommunene**

- i henhold til Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS

Spørreskjemaet består av 8 hovedspørsmål med noen underspørsmål

### **Bakgrunn**

I juni 2007 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet med avtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. I tillegg skal den bidra til systematisk oppfølging av samhandlingsområdet på nasjonalt nivå. I avtalen vektlegges etablering av arenaer og prosesser som sikrer tett dialog, forankring på høyt ledernivå og på fagnivå, gjensidig kompetanseutveksling m.m.

### **Målsetting med spørreskjemaet**

Undersøkelsen utføres av SINTEF Helse og har som mål å kartlegge hvor mange helseforetak og kommuner som har inngått samarbeidsavtaler og hvilke tjenesteområder som er dekket. Videre skal undersøkelsen gi en oversikt over hvor mange kommuner som deltar i etablerte fora for administrativt samarbeid. Slike fora skal sikre forankring på høyt ledernivå, i tillegg til eventuelt samarbeid på tjeneste-nivå. I tillegg til nevnte tema ber vi også om noen vurderinger av dialog og utfordringer i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Resultatene skal gi grunnlag for å beskrive status på nasjonalt nivå og avdekke viktige utfordringer i det videre samhandlingsarbeidet. Publisering av resultater vil skje gjennom utarbeidelse av en SINTEF-rapport som ferdigstilles i midten av november 2008.

### **Hvem kan fylle ut skjemaet?**

Spørreskjemaet sendes til alle Helseforetak i Norge. Helseforetakene varierer imidlertid i størrelse og organisering. Det kan derfor være mest hensiktsmessig at andre enn den som har mottatt mailen fyller ut skjemaet på vegne av ditt foretak. Vi ber da om at denne **henvendelsen sendes videre til den mest aktuelle person**. Vi ber om at stillingsbetegnelsen til den som fyller ut skjemaet oppgis under "bakgrunnsinformasjon" i starten av spørreskjemaet. Det er like viktig at Helseforetak som ikke har inngått samarbeidsavtaler med kommunene svarer, som de med slike avtaler.

Spørreskjemaet er laget via SINTEFs nettsider.

### ***Henvendelser om spørreskjemaet eller supplerende opplysninger om samarbeidet mellom helseforetak og kommuner kan rettes til:***

Birgitte Kalseth, forsker

SINTEF Helse - Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet

E-post: [birgitte.kalseth@sintef.no](mailto:birgitte.kalseth@sintef.no)

Tlf +47 93 03 48 55

**Vi takker på forhånd for hjelpen og ber om at skjemaet besvares innen onsdag 8.oktober.**

**Klikk på lenken nedenfor for å besvare spørreskjemaet**

(Hvis du som skal besvare skjemaet ikke får åpnet ved å klikke på lenken, vennligst gi beskjed).

<http://www.sintef.no/Helse/Okonomi-kvalitet-og-tilgjengelighet/Skiema-hf/?id=20222>

## Spørreskjema til kommunene

Navn på kommune

Kommunenummer

E-postadresse til den som besvarer skjemaet (frivillig \*)

Avstand til nærmeste somatiske sykehus med akuttfunksjon (ca km)

Avstand til nærmeste institusjon med akuttfunksjon innen psykisk helsevern (ca km)

\*) E-postadressen kan bli brukt til å oppklare evt uklårheter

### SPØRSMÅL 1

a) Har kommunen inngått skriftlige samarbeidsavtaler med et helseforetaket, jf. Nasjonal rammeavtale om samhandling?  Ja  Nei

b) Hvis det er etablert samarbeidsavtaler, hvilke tjenesteområder omfatter dette? Kryss av  Psykisk helse

Rusmiddelområdet

Somatisk helsetjeneste

Mulighet for utdyping av svar på spørsmål 1 (maks 260 tegn):

### SPØRSMÅL 2

a) Er det etablert samarbeidsfora mellom kommunen og helseforetaket?  Ja  Nei

b) Deltar din kommune i et slikt forum, enten i kraft av egen representasjon eller ved at en annen kommune representerer en gruppe kommuner?  Ja, har egen representant(er)

Er representert gjennom annen kommune

Nei, er ikke representert

c) Blir det avholdt regelmessige møter mellom helseforetaket og kommunen?  Ja  Nei

d) Mener du det er behov for et mer formalisert samarbeid mellom kommunen og helseforetaket?  Ja  Nei

### SPØRSMÅL 3 - Besvares av kommuner som har inngått samarbeidsavtaler

a) Har det vært gjennomført en evaluering av samarbeidsavtalen(e)?  Ja  Nei

b) Hvis det har vært gjennomført evaluering(er), har dette medført endringer i avtalen(e)?  Ja  Nei  Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 3b, utdyp i feltet under (maks 260 tegn):

### SPØRSMÅL 4 - Vi ber om din vurdering av påstandene nedenfor

Etter min erfaring kan samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket gis følgende karakteristikker:

a) Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i helseforetaket

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

b) Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i kommunen

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

c) Det er tett dialog mellom helseforetaket og vår kommune

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

d) Det er en kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket

- Helt enig  
 Delvis enig  
 Delvis uenig  
 Helt uenig  
 Vet ikke/usikker

e) Det er god forankring og involvering på fagnivå, ikke minst blant linjelederne på mellomnivå i kommunen

- Helt enig  
 Delvis enig  
 Delvis uenig  
 Helt uenig  
 Vet ikke/usikker

f) Det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og vår kommune

- Helt enig  
 Delvis enig  
 Delvis uenig  
 Helt uenig  
 Vet ikke/usikker

g) Etter min erfaring blir kommunen betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske samarbeidet

- Helt enig  
 Delvis enig  
 Delvis uenig  
 Helt uenig  
 Vet ikke/usikker

h) Min erfaring er at det lokale helseforetaket involverer kommunen(e) i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene  Helt enig

- Delvis enig  
 Delvis uenig  
 Helt uenig  
 Vet ikke/usikker

SPØRSMÅL 5 - Mener du det foreligger noen viktige utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling mellom kommunene og helseforetaket? Hvis ja, kan du kort beskrive disse i feltene nedenfor? (Maks 260 tegn i hvert felt)

## SPØRSMÅL 6

Til slutt: Er det andre forhold ved samarbeidet mellom din kommune og det lokale helseforetaket som du ønsker å utdype? (Maks 260 tegn i hvert felt)

[Send inn skjema](#)

Henvendelser om spørreskjemaet eller andre viktige opplysninger om samarbeidet mellom helseforetak og kommuner kan rettes til:

Birgitte Kalseth, forsker

SINTEF Helse Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet

E-post: [birgitte.kalseth@sintef.no](mailto:birgitte.kalseth@sintef.no)

Publisert 25. september 2008



## Spørreskjema til helseforetakene

Navn på helseforetak:

Stilling på person(er) som besvarer skjemaet:

E-postadresse til den som besvarer skjemaet (frivillig):

(E-postadressen kan bli brukt til å oppklare evt uklarheter)

### SPØRSMÅL 1

Har helseforetaket og kommunene i opptaksområdet inngått skriftlige samarbeidsavtaler innen somatisk helsetjeneste? Mer av ett av alternativene

- Ja, med alle kommunene i opptaksområdet
- Ja, med noen av kommunene
- Nei

Hvis foretaket har inngått avtaler med bare noen av kommunene, angi antall som omfattes av avtalen:  av totalt antall kommuner

b) Har helseforetaket og kommunene i opptaksområdet inngått skriftlige samarbeidsavtaler som omfatter psykisk helsevern?

- Ja, med alle kommunene i opptaksområdet
- Ja, med noen av kommunene
- Nei

Hvis foretaket har inngått avtaler med bare noen av kommunene i opptaksområdet, angi antall som omfattes av avtalen:  av totalt antall kommuner :

c) Har helseforetaket og kommunene i opptaksområdet inngått skriftlige samarbeidsavtaler som omfatter tjenester til mennesker med rusproblemer?

- Ja, med alle kommunene i opptaksområdet
- Ja, med noen av kommunene
- Nei

Hvis foretaket har inngått avtaler med bare noen av kommunene, angi antall som omfattes av avtalen:  av totalt antall kommuner :

### SPØRSMÅL 2 - Besvares av helseforetak som har inngått avtaler

Er det ansatt prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samarbeidsavtalen(e)?

- Ja
- Nei
- Uaktuelt

SPØRSMÅL 3 - Besvares kun av helseforetak som har inngått avtaler

Er det etablert formaliserte retningslinjer for følgende aktiviteter?

a) Innskriving/henvisning av pasienter til sykehus

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

b) Utskriving av pasienter fra sykehus

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

c) Rapportering av avvik fra rutiner

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

d) Hospitering i sykehus/kommune

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

e) Utarbeidelse av individuell plan

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

f) Kompetanseoverføring

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

g) Faglig veiledning

- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Rus

h) Annet

i) Annet

j) Annet

#### SPØRSMÅL 4

- a) Er det etablert samhandlingsfora mellom helseforetak og kommuner?  Ja  Nei
- b) Hvis ja på spm 4a; deltar alle kommunene, eller er samarbeidet organisert ved representasjon, dvs. at utvalgte kommuner stiller som representanter for andre?

- Alle kommunene er representert
- En del kommuner deltar via representasjon

Har du noe å tilføye om samhandlingsfora, benytt feltet nedenfor (maks 260 tegn)

#### SPØRSMÅL 5 - Besvares kun av foretak som har inngått avtaler

- a) Er det etablert rutiner for evaluering av samarbeidsavtaler  Ja  Nei
- b) Har det vært gjennomført en evaluering av samarbeidsavtalen(e)?  Ja  Nei
- c) Hvis det har vært gjennomført evaluering(er), har dette medført endringer i avtalene)?  Ja  Nei
- d) Hvis det har medført endringer i avtalen, spesifiser i feltet under. Maks 260 tegn:

#### SPØRSMÅL 6 - Vi ber om din vurdering av påstandene nedenfor

**Etter min erfaring kan samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket gis følgende karakteristikk:**

- a) Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i helseforetaket

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

- b) Samarbeidet er forankret på høyt ledernivå i kommunene

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

- c) Det er tett dialog mellom helseforetaket og kommunene

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

d) Det er en kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

e) Det er god forankring og involvering på fagnivå, ikke minst blant linjelederne på mellomnivå i helseforetaket

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

f) Det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

g) Helseforetakene involverer kommunen(e) i viktige strukturelle endringer med betydning for kommunene

- Helt enig
- Delvis enig
- Delvis uenig
- Helt uenig
- Vet ikke/usikker

SPØRSMÅL 7 - Mener du det foreligger noen utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling med kommunesektoren?

Hvis ja, kan du kort beskrive disse i feltene nedenfor? (maks 260 tegn i hvert felt)

SPØRSMÅL 8 - Er det andre forhold ved samarbeidet i ditt egen helseforetaksområde du ønsker å utdype? (maks 260 tegn i hvert felt)

Henvendelser om spørreskjemaet eller andre viktige opplysninger om samarbeidet mellom helseforetak og kommuner kan rettes til:

Birgitte Kalseth, forsker  
SINTEF Helse Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet  
E-post [birgitte.kalseth@sintef.no](mailto:birgitte.kalseth@sintef.no)

## 6 Litteratur

Agenda utredning og utvikling AS (2007): *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten*. KS FOU-prosjekt.

De regionale helseforetakene (2004): Samhandling og desentralisering. 2004.

Discharge planning from hospital to home [database on the Internet]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000313/frame.html>.

EPJ (2005) Elektronisk samhandling med kommunene. Utredning vedr. tiltak19.

Gautun H, Kjerstad E, Kristiansen F (2002): Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie – og omsorgstilbudet. SNF-rapport 57/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Hasvold T, Andersen F, Fosse A, Ringberg U, Langfeldt E, Pedersen SP, et al. (2002): Samhandling er godt for helsa. Tromsø: Helse Nord RHF; 2002.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005): Fra stykkevis til delt - en sammenhengende helsetjeneste. Oslo; 2005. Report No.: NOU 2005:3.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006a): Samhandling mellom kommunale omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Oslo: HOD; 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006b): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2006. Report No.: St.meld 25 (2005-2006).

Helse- og omsorgsdepartementet (2006c): Nasjonal Helseplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Report No.: St.prp. nr 1 (2006-2007) Særtrykk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Sluttrapport fra arbeidsgruppe 19 mars 2007.

Kalseth B, Midttun L, Paulsen B, Nygård L (2004): Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. Trondheim: Sintef Helse.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004): Samhandling mellom 1. og 2.linje helsetjenester. Kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Huicher M, Grol R (2005): Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of sytematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*; 17(2):141-6.

Paulsen B, Grimsmo A (2008) God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstengende eldre. Sintef Helse, rapport STF A7877

Raak A, Paulus A, Mur-Veerman I (2004): Why do health and social care providers co-operate? *Health Policy*; 12:1-14.

Sarheim K.S og Paulsen B (2007): Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter. En pasientforløpsanalyse. Sintef Helse 2007.