

Samarbeidsavtaler mellom  
helseforetak og kommune

# Fra dialog til avviksmelding?

CHRISTINE THOKLE MARTENS & MARIJKE VEENSTRA



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS



Samarbeidsavtaler  
mellom helseforetak og kommune  
**Fra dialog til avviksmelding?**

CHRISTINE THOKLE MARTENS  
MARIJKE VEENSTRA

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 9/2015

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
Høgskolen i Oslo og Akershus 2015

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-560-5

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-561-2

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no  
Desktop: Torhild Sager  
Trykk: Allkopi

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**  
NOVA, HiOA  
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Telefon: 67 23 50 00  
Nettadresse: [www.hioa.no/nova](http://www.hioa.no/nova)

# Forord

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen på Gjøvik, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ved HiOA, gjennomfører på oppdrag av Norges forskningsrådet prosjektet «Prosess-evaluering av samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Det treårige prosjektet (2012–2015) er finansiert gjennom Program for helse- og omsorgstjenester. Evalueringen består av tre arbeidspakker. Innenfor disse gjennomføres flere delprosjekter:

Arbeidspakke A omfatter casestudier av tjenesteytingsmodeller som er under utvikling for tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert på i forbindelse med Samhandlingsreformen. Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling:

- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
- Interkommunale samarbeidsordninger
- Andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.

Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

NOVA har blant annet ansvar for å gjennomføre delprosjektet som omhandler samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak under arbeidspakke B. I denne rapporten presenteres resultatene fra en gjennomgang av avtaleverket slik det forelå oktober 2013, en spørreunde blant samtlige helseforetak og alle kommuner tilhørende to utvalgte helseforetak, og en casestudie som er gjennomført i fire kommuner i februar 2015. Alle informantene skal ha en stor takk for å ha tatt seg tid til å delta i undersøkelsen. Til slutt vil vi takke Heidi Gautun og Jorunn Theresia Jessen for kvalitetssikring av rapporten.

*Oslo, juli 2015*

Christine Thokle Martens og Marijke Veenstra



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	7
<b>1 Innledning</b> .....	11
1.1 Bakgrunn .....	12
1.2 Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune .....	16
1.3 Foreliggende forskning .....	20
1.4 Målsetting .....	21
<b>2 Materiale og metode</b> .....	22
2.1 Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak .....	22
2.2 Konflikthåndtering og tvisteløsning .....	23
2.3 Opplevelsen av samarbeid .....	24
2.4 Forbehold til datagrunnlaget .....	25
<b>3 Samarbeidsavtalenes organisering og innhold</b> .....	27
3.1 Nasjonale føringer .....	27
3.2 Organisering av samarbeidsavtalene .....	29
3.3 Utforming av samarbeidsavtalene .....	30
3.4 Forankring av samarbeidsorganer i avtaleverket .....	35
3.5 Forankring av samarbeid med fastlegene i avtalene .....	39
3.6 Oppsummering .....	40
<b>4 Konflikthåndtering og tvisteløsning</b> .....	42
4.1 Nasjonal tvisteløsningsnemd .....	42
4.2 Omtale av tvisteløsningsmekanismer i avtaleverket .....	44
4.3 Helseforetakenes og kommunens opplevelse av uenighet og tvist .....	46
4.4 Kan avtaleverket forklare ulikt tvistenivå? .....	51
4.5 Oppsummering .....	56
<b>5 Opplevelse av samarbeid og oppgavefordeling</b> .....	59
5.1 Samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene .....	59
5.2 Erfaringer med oppgavefordeling og kompetanseoverføring .....	66
5.3 Oppsummering .....	71
<b>6 Diskusjon</b> .....	73
6.1 Små variasjoner i avtaleverket .....	73
6.2 Ingen vesentlige endringer i opplevd samarbeid .....	74
6.3 Utskrivningsklare pasienter skaper størst uenighet .....	75
6.4 Mangelfull gjensidig kompetanseoverføring .....	76
6.5 Til slutt .....	78
<b>Summary</b> .....	79
<b>Litteratur</b> .....	83
<b>Vedlegg: Intervjuguide</b> .....	87





# Sammendrag

Samhandlingsreformen og den tilhørende nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) trådte i kraft 1. januar 2012. Den nye loven er et juridisk verktøy for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om bedre samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene. Loven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene (jf. lovens kapittel 6). Formålet med disse samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av samhandlingsreformen». Delstudien retter søkelyset mot samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak og tar sikte på å beskrive variasjoner i avtaleverket per 2013 og å studere avtalenes betydning for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for tvisteløsning. Resultatene fra denne delstudien kan gi ny innsikt i hvordan samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og helseforetak utvikler seg i forlengelse av samhandlingsreformen.

Datamaterialet i evalueringen bygger på en gjennomgang av overordnet samarbeidsavtale og fire delavtaler mellom det enkelte helseforetak og kommunene i oktober 2013, en gjennomgang av avgjørelsene fra den nasjonale tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren i 2014, en undersøkelse blant samtlige helseforetak og alle kommuner tilhørende to helseforetak i januar–februar 2015 og intervjuer med informanter fra fire kommuner i to opptaksområder i februar 2015. Spørsmålene i denne rapporten tar for seg tre områder for samarbeid mellom kommunene og helseforetakene: (1) Organisering av og innhold i samarbeidsavtalene; (2) Konflikthåndtering og tvisteløsning; og (3) Opplevelsen av oppgavefordeling og samarbeid. Resultatene til hver av disse tre temaene rapporteres i henholdsvis kapittel 3, 4 og 5. I kapittel 2 presenteres datagrunnlaget og i kapittel 6 gis en diskusjon av de samlede resultatene.

Resultatene fra kapittel 3 baseres på en gjennomgang av samarbeidsavtalene mellom alle norske helseforetak og kommuner slik de foreligger per oktober 2013. Sytten av 19 helseforetak har inngått avtaler med kommunene individuelt. For syv helseforetak er kun malene tilgjengelig og ni helseforetak har lagt ut signerte avtaler med hver enkelt kommune. Blant disse ni helseforetakene var avtalene med kommunene innenfor samme opptaksområde tilnærmet like med unntak av noen forskjeller i struktur og oppbygging. I avtalene som har egne punkt for kommunespesifikke bestemmelser er disse punktene i liten grad utfylt. Nærmere gjennomgang av innholdet til delavtale 5 viser også at Forskrift om medfinansiering har bidratt til en standard utforming på avtaleverket. Eventuelle variasjoner beror på grad av presisering av varslingstidspunktet og forutsetninger for betalingsplikten. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak er dermed nokså likelydende, også på tvers av helseregioner. Foreløpig ser det altså ut til at de nasjonale føringene har bidratt til den etterlyste ensartete praksisen.

I kapittel 4 beskrives tvisteløsningssystemet og omfanget av tvister og uenighet mellom helseforetak og kommune. Ved utgangen av 2014 hadde den nasjonale tvisteløsningsnemda mottatt 13 saker. Alle sakene omhandler grensesnittet mellom kommunenes og helseforetakenes ansvar. Samtlige 19 opptaksområder har omtalt prosedyrer for tvisteløsning i sine overordnede samarbeidsavtaler. En spørreunde blant informanter fra helseforetakene antyder at det har vært én til seks konflikter ved ni av 19 helseforetak som ikke har gått til den nasjonale tvisteløsningsnemda. Så langt er temaet utskrivingsklare pasienter, som nettopp omhandler overgangen mellom tjenestenivåene, den største kilden til uenighet. Terskelen for å bringe en sak opp i nemda er relativt høy. Uenighet og avvik løses ved revidering (og presisering) av avtalene eller ved å gjøre eksisterende rutiner kjent i organisasjonen.

Resultater fra kapittel 5 illustrerer erfaringer med samarbeid, oppgavefordeling og kompetanseoverføring mellom helseforetak og kommune. Datagrunnlaget er et telefonintervju med informanter i fire case-kommuner fra to opptaksområder med ulikt selvrapportert konfliktnivå, og et kommunesamarbeid. Samtlige informanter fremhever dialog og et utstrakt og fortsatt godt samarbeid med sykehuset, også etter innføringen av samhandlingsreformen. Resultatene påpeker også en mulig start på et forhandlingsregime

mellom kommune og helseforetak. Opplevelsen av å være likestilte samarbeidspartnere er ikke entydig. Flere store kommuner ved kommunesammenslåing og tettere dialog oppgis som tiltak som kan styrke kommunens likevekt. Noen kommuneinformanter påpeker også at helseforetak burde øke sin kunnskap om helsetjenestetilbudet i kommunen. Hovedutfordringen som fremkommer er at pasienten flyttes hurtigere enn før fra det ene nivået til det andre, og at behov for kommunale tjenester må avklares raskere. Svarene antyder at informantene opplever økte utfordringer, men at de ikke tilskrives helseforetakets beslutninger eller partenes samarbeidsavtaler rundt organiseringen av tilbudet. De oppfattes heller som en konsekvens av nasjonale føringer omkring samhandlingsreformen.

Rapportens hovedfunn oppsummeres og diskuteres i kapittel 6. To til tre år inn i samhandlingsreformen finner vi:

- Sterke nasjonale føringer gir små lokale variasjoner i samarbeidsavtalene
- Samarbeidsavtalene har ikke medført vesentlige endringer i opplevd samarbeid mellom helseforetak og kommune
- Uenigheter mellom helseforetak og kommune oppstår der samhandlingen skjer i det daglige
- Manglende gjensidighet i kompetanseoverføringen

Samarbeidet mellom kommune og helseforetak er ifølge informantene i administrasjonen i helseforetakene og i kommunenes pleie og omsorgsavdeling bra og tuftet på dialog. Med innføringen av samarbeidsavtalene ser det ut til at noe av den tidligere dialogen kan være erstattet av avviksmeldinger. Samarbeidsavtalene skaper en formell ramme for dialogen som er grunnleggende for samarbeidet mellom kommunen og helseforetak.



# 1 Innledning

Stortinget vedtok i april 2010 en samhandlingsreform for helsetjenesten som trådte i kraft 1. januar 2012. Forslaget om samhandlingsreformen er presentert i Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009); Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid. Et sentralt mål med samhandlingsreformen er å skape et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten og tilhørende hjelpeapparat. Spesialisthelsetjenesten er i dag samlet under statlig eierskap, mens primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene er et kommunalt ansvar. I samhandlingsreformen er det lagt opp til en ytterligere spesialisering av spesialisthelsetjenesten og et utvidet kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp og helsehjelp til personer som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som trenger ytterligere oppfølging. Den 14. juni 2011 vedtok Stortinget en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven), som trådte i kraft 1. januar 2012. Den nye loven er et juridisk verktøy for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om bedre samarbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene. Loven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene (jf. lovens kapittel 6). Formålet med disse samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av samhandlingsreformen». Delstudien retter søkelyset mot samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak og tar sikte på å beskrive variasjoner i avtaleverket per oktober 2013 og studere avtalenes betydning for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for tvisteløsning. Prosessevalueringen skjer parallelt med selve innføringen av samhandlingsreformen for å muliggjøre anbefalinger og råd om tilpasninger underveis i gjennomføringsperioden. Resultatene fra denne delstudien kan gi ny innsikt i hvordan samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og helseforetak utvikler

seg i forlengelse av samhandlingsreformen. Datamaterialet i evalueringen bygger på en gjennomgang av overordnet samarbeidsavtale som inngås mellom det enkelte helseforetak og kommunene, og fire delavtaler mellom samme parter, en gjennomgang av avgjørelsene fra den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren, en undersøkelse blant samtlige helseforetak og alle kommuner tilhørende to helseforetak i januar–februar 2015 og intervjuer med informanter fra fire kommuner i to helseforetak i februar 2015.

Før vi spesifiserer nærmere hvilke spørsmål som er belyst, vil vi gi en kort beskrivelse av lovgivningen omkring samarbeidsavtalene, hvordan avtalene er tiltenkt å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet, og presentere noen resultater fra foreliggende undersøkelser på dette feltet.

## 1.1 Bakgrunn

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–2009) identifiserer tre hovedutfordringer ved tjenesteproduksjonen. En utfordring omhandler samhandlingen mellom forvaltningsnivåene; at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok og at tjenestene er fragmenterte. De to andre utfordringene identifiserer to potensielle fremtidige trusler mot helsetjenesten, nemlig for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom på den ene siden og den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbildet som kan true samfunnets økonomiske bæreevne på den andre. Den første utfordringen, samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, er hovedtema i denne rapporten.

Helse- og omsorgstjenestene består av adskilte ansvarsområder der måling og belønning foregår innen egen virksomhet, det som gjøres på tvers av og mellom nivåene fungerer ikke godt nok. Dette fører til fragmentering og manglende helhetlig tjenestekjede for pasientene, noe som er spesielt utfordrende for pasientgrupper med behov for helhetlige, langvarige og koordinerte tjenester fra både førstelinjen og spesialisthelsetjenesten. Ofte berørte grupper er eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser. Samhandlingsreformen søker å bøte på dette ved at behovet for samarbeid er fremhevet i retningslinjene for avtalene mellom helseforetak og kommune. I tillegg er

viktigheten av at avtaleverket forankres og gjøres kjent i hele organisasjonen, i både helseforetak og kommune, ansett nødvendig for å styrke samhandling og samarbeid i hverdagen blant ansatte i sektoren. Når utskrivningsklare pasienter opptar sykehussenger i påvente av adekvate behandlingstilbud i kommunene, betyr det at noen mottar tjenester de ikke trenger (de utskrivningsklare), noen får dårligere vilkår (korridorpasienter) og noen må vente lenger på nødvendig behandling (de på venteliste).

Samhandlingsreformen introduserer fem grep som til sammen skal løse utfordringene helsetjenesten står ovenfor, i tillegg kommer en restkategori av såkalte andre tiltak. Disse seks kategoriene av tiltak danner konteksten til utformingen av de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og omtales derfor kort nedenfor.

*(1) En klarere pasientrolle:* Pasientforløpsperspektivet skal overskygge tjenestens oppdeling. Det vil si at fokuset skal være på samhandling, på pasienten og hvordan koordinere tjenestene fremfor begrensning av ansvar. Overgangen mellom tjenestenivåene skal gjøres smidigere for pasientene samtidig som behandlingen skal foregå på lavest effektive omsorgsnivå (LEON), også kalt beste effektive omsorgsnivå (BEON). Pasientrollen ønskes synliggjort ved at det er pasientens behov som skal stå i førersetet blant annet ved å tydeliggjøre koordineringsansvaret. Samtidig skal det fokuseres på befolkningens ansvar for egen helse i forbindelse med forebygging, frisklivssentraler og grønne resepter.

En klarere pasientrolle innebærer både en utstrakt dialog mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved overføring av pasienter og en nødvendig integrering av alle aktørene i primærhelsetjenesten. Først og fremst må fastlegene involveres og være en aktiv part i kommunehelsetjenesten, men også resten av kommunen må være opptatt av folkehelse og forebygging. Fokuset på folkehelse, forebygging og helhetlige pasientforløp må forankres i kommunale planer og hele kommuneorganisasjonen må være dette bevisst.

*(2) Ny framtidig kommunerolle:* «I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene» (St.meld. nr. 47, 2008–2009).

Kommunene skal ha ansvar for forbyggende tiltak, egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Sykehusopphold skal i den grad det er mulig unngås. Kommunale helsetjenester er billigere enn spesialisthelsetjenester, og ved økt fokus på tidlig intervensjon vil kommunene kunne unngå flere dyre sykehusinnleggelse som både er bedre for pasienten og sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling. Behandling av pasienter med kroniske sykdommer, observasjon for å avklare sykehusinnleggelse og etterbehandling etter sykehusopphold, er oppgaver som alle skal legges til kommunene. Også her er det nødvendig med samarbeid mellom flere aktører hva gjelder forebygging og generell kunnskap om befolkningens og den enkeltes helse.

For å høste gevinster av omorganiseringen og flytting av oppgaver til primærhelsetjenesten er kommunesamarbeid nødvendig. Flere kommuner har allerede gått sammen og opprettet akuttavdelinger og helsehus for å ivareta ansvaret for øyeblikkelighjelps-tilbudet fra 2016 (Skinner, 2014). Det er også kommuner som oppretter tilbud alene. For å drive disse tilbudene er det igjen nødvendig med en bedre integrering av fastlegene i kommunehelsetjenesten og en styrking av deres ansvar for listepasientene (St.meld. nr. 47, 2008–2009).

(3) *Etablering av økonomiske insentiver:* Ved hjelp av økonomisk omfordeling skal kommunene gis insentiver til å investere i forebyggende tiltak, noe som kan resultere i færre sykehusinnleggelse og tilsvarende mindre medfinansiering. Det skal lønne seg for kommunene å investere i forebyggende og mestrende tiltak. Opprinnelig ble dette regulert av Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011). Kommunene skulle medfinansiere behandlingen av pasienter i spesialisthelsetjenesten for spesielle diagnosegrupper (DRG) innen somatikk. Ordningen om kommunal medfinansiering ble avskaffet fra og med 1. januar 2015. Midlene er flyttet til ordningen om innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2014) regulerer kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Dersom kommunene ikke kan ta imot en pasient etter å ha fått melding om at han eller hun er utskrivningsklar, løper betalingsplikten. Dette er et insentiv for kommunene å ta imot pasientene raskere for å hindre lange liggetider i



sykehus for ferdigbehandlede pasienter, men er også et ledd i kommunenes nye oppgaver på dette feltet.

Fordi helseforetakene ikke skal oppfordres til å øke produksjonen som et resultat av kortere liggetider og færre personer i sykehuset, er deler av finansieringen flyttet fra den aktivitetsbaserte bevilgningen til basisbevilgning. Finansieringssystemet skal slik sett bedre underbygge en god arbeidsdeling, og sikre at forebygging og samhandling skal lønne seg.

*(4) Specialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse:* Oppgaver som ikke må utføres på et sykehus skal flyttes til kommunehelsetjenesten. Blant annet skal øyeblikkelighjelp-tilbudet lokaliseres i kommunene eller i kommunesamarbeid. Kommunene skal overta oppgaver som ikke fordrer spesialistkompetanse eller sterkt spesialisert utstyr på det nivået et sykehus kan tilby. Det har blant annet påvirkning på tidspunktet en pasient blir meldt utskrivningsklar. En mer spesialisert spesialisthelsetjeneste og en mer omfattende kommunehelsetjeneste gjør at pasienter kan være sykere når de blir ansett ferdigbehandlet i sykehuset og overføres kommunene. Det er derfor viktig at oppgaver ikke skal flyttes uten at kommunene har forutsetning for å løse oppgavene. Specialisthelsetjenesten skal bidra til oppbyggingen av kompetanse på kommunenivået og forplikte seg til å bli en ressursbank for kommunehelsetjenesten ved behov for kunnskap og veiledning.

Både avklaringen av hvilket nivå som skal utføre hvilke oppgaver, hvordan og når oppgaveoverføringen skal foregå og hvordan kompetanseoverføringen skal organiseres, er tema som skal nedfelles i avtalene mellom helseforetaket og kommunen.

*(5) Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer:* Det fremkommer i Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) at det er behov for nasjonale prioriteringer innen helsesektoren. Det er opprettet et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og det er fremlagt en Nasjonal helseplan 2011–2015. Det fremkommer der at det skal fokuseres på:

et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker.

Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles (Meld. St. 16, 2010–2011).

Disse områdene er nødvendig å operasjonalisere før de kan komme til uttrykk i den daglige driften av helsetjenestene.

(6) *Andre strategiske tiltak* inkluderer utvikling av IKT-systemer, en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer (St.meld. nr. 47, 2008–2009). En forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk er selvfølgelig viktig for å bedre kunnskap og sikre kompetent og tilstrekkelig personell innen helse- og omsorgssektoren generelt. IKT-systemer er viktig for å understøtte pasientbehandlingen. Både ved diagnostikk og pleie, men særskilt er det nødvendig med gode IKT-system ettersom meldinger om innlagt og utskrivningsklar pasient og epikriser og liknende skal utveksles i større grad og i et raskere tempo enn tidligere. Dette er utredet i Stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* (Meld.St. 9, 2012–2013), og et prøveprosjekt med kjernejournal er i gang først i Trøndelag og Rogaland.

## 1.2 Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune

Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6) og spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-1) regulerer kommunenes og helseforetakenes plikt til å inngå samarbeidsavtaler som konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen og bidrar til å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. I følge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunestyret selv inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner. Loven stiller ingen videre krav til selve utformingen av avtalene, men det skal være avtaler innen alle behandlingsområdene somatikk, psykisk helse og rus. I lovverket følger videre at avtalene skal revideres årlig. De kan sies opp med ett års frist, men da partene er

forpliktet til å ha en avtale må den oppsagte avtalen erstattes av en ny. I § 6-2 til loven spesifiseres videre en rekke krav til avtalens innhold. Den skal inneholde følgende punkter:

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

Når vi i det videre henviser til et avtalenummer er det med utgangspunkt i denne listen. I de sentrale dokumentene skrives det om «avtalen» i entall, mens det i praksis er flere avtaler. Samhandlingsavtalene som blir ansett å være viktigst for gjennomføringen av reformen (delavtaler 1, 3, 5 og 11) skulle være undertegnet innen 31.01.12. Disse gjenspeiler reformens økonomiske virkemidler. De resterende avtalene skulle være signert innen 01.07.12 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Signerte avtaler mellom kommunene og helseforetakene skal sendes Helsedirektoratet innen en måned for så å

publiseres i en avtaledatabank. Fristene er i varierende grad overholdt. Også reviderte avtaler skal sendes Helsedirektoratet som har opprettet en nettside med lenker til helseforetakenes hjemmesider der avtalene kan finnes.

Ansvar for å utarbeide samarbeidsavtalene var i utgangspunktet lagt til de regionale helseforetakene, da disse har det overordnede ansvaret for planlegging, organisering, kontroll og tilsyn med den strukturelle utviklingen av spesialisthelsetjenesten innenfor sin helseregion. De regionale helseforetakene delegerte ansvaret til helseforetakene som i sin tur inngikk avtaler med kommunene i opptaksområdet. Partene måtte selv finne ut om det skulle inngås fellesavtaler, eller om helseforetaket skulle inngå avtaler med enkeltkommuner eller samarbeidende kommuner. Det er forutsatt at kommunene og helseforetaket skal være likeverdige parter. Hverken utformingen av avtalene eller hvem som skal være avtaleparter er regulert fra sentralt hold. Dette innebærer blant annet at kommuner kan utnevne noen til å forhandle på deres vegne, enten at en kommune forhandler på vegne av flere kommuner eller at ansvaret delegeres til en person eller gruppe. Avtalen skal dog vedtas av kommunestyret. Det er opp til partene om det skal utarbeides en altomfattende avtale, en overordnet rammeavtale og delavtaler eller vedlegg og prosedyrer. Det understrekes at avtalene først og fremst skal være et verktøy for samarbeid, de kan ha ulik struktur og innhold.

For å sikre at avtalene får oppmerksomhet og oppleves som forpliktende må de forankres på høyt nivå i organisasjonen til både kommuner og helseforetak. Avtalene må inngå i kommunenes og helseforetakenes langsiktige strategi og i planverk. Samtidig må de være kjent for profesjonsutøverne og være utformet slik at de er praktiske verktøy og oppslagsverk i hverdagen. For å legge til rette for samhandling og reformens intensjoner er det nødvendig at avtalene er klare og opererer med gjensidig utelukkende kategorier for hvem som har ansvar for hvilke oppgaver, samtidig som de åpner for å finne gode løsninger for å skape et helhetlig og koordinert pasientforløp på tvers av alle ansvarsområder.

Det ble forut for reformen, av noen av høringsinstansene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven, hevdet at lovpålagte avtaler ville kreve unødvendig mye byråkrati, tid og ressurser, som kunne nyttes bedre på andre måter (Prop. 91 L, 2010–2011). Helse- og omsorgsdepartementet så imidlertid også

selve avtaleinngåelsen som en verdifull prosess hvor diskusjonen var et mål i seg selv. De kommunene og helseforetakene som allerede hadde gode samarbeid ville trenge mindre tid på å utforme avtalene, mens kommunene og helseforetakene som hadde mindre utstrakt, eller dårligere samarbeid, ville kunne benytte anledningen til å komme frem til bedre forståelse og bedre samarbeid. Fordelen med en prosess rundt avtaleinngåelsen og formalisering av enigheten, synliggjør samarbeidet for flere enn de som var involvert i arbeidet. Dette viser til selve hensikten med avtalene; nemlig å etablere en felles forståelse for hverandres ansvar og oppgaver, og dermed avdekke mulig uenighet, misforståelser, ulike oppfatninger og tolkninger når det gjelder oppgavefordelingen og oppgaveutførelsen.

Spesialisthelsetjenestens oppgaver er lovfestede. Kommunen skal utføre de oppgavene som ikke er lagt til spesialisthelsetjenesten. Det er ikke mulig for partene å avtale seg bort fra lovfestede oppgaver, men partene kan avtale lokalt å utføre oppgaver for hverandre, og å velge samarbeidsformer, rutiner og prosedyrer. Avtalene skal i den grad det er mulig, tilpasses lokale forhold. For eksempel kan ikke spesialisthelsetjenesten legge ned en tjeneste før tilsvarende er opprettet på kommunenivået. Disse lokale variasjonene kan ikke tas høyde for i lovgivning og er en av begrunnelsene for at avtaleinstituttet er valgt fremfor lovgivning når det gjelder å regulere samarbeidet mellom partene. Det foregår hele tiden en faglig utvikling, og det er derfor ikke mulig å utforme en endelig detaljert grensdragning i ansvarsforholdet mellom nivåene i helse-tjenesten i lovs form (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Målet er at partene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, og hvordan partene best mulig kan samarbeide om å tilby best mulig tjenester. Avtalene skal hindre at det oppstår uenighet eller uklarhet om ansvar og oppgaver nivåene imellom. Dersom grensesnittet ikke er klarlagt er det fare for at de to nivåene ikke er tilpasset hverandre. Hvilke oppgaver helseforetak og kommunehelsetjeneste er ansvarlig for er lovfestet, men organiseringen og samhandlingen gir rom for lokale tilpasninger nedfelt i avtalene.

### 1.3 Foreliggende forskning

Ved inngangen av 2015 foreligger det flere rapporter om samhandlingsreformen og avtaleverket. Kalseth og Paulsen (2008) skrev om tidligere frivillige avtaler som strategisk rammeverk for samarbeid og utfordringer i samarbeidet mellom partene fire år før samhandlingsreformen. Alle helseforetak hadde avtaler med kommuner i sitt opptaksområde i 2008. Hals (2011) har skrevet om kommunesamarbeid ved inngåelsen av avtalene på slutten av 2011, og finner at det er stor ulikhet i organiseringen av samarbeidet mellom kommuner og med helseforetak. Kirchhoff mfl. (2014) har foretatt en detaljert analyse av innholdet i utvalgte samarbeidsavtaler. Deres funn er at de undersøkte førstegenerasjonsavtalene i stor grad har sammenfallende innhold for kommuner innenfor samme regionale helseforetak. Deres konklusjon er at avtalene kan være bestemmende for utviklingen av det formelle samarbeidet mellom kommuner og helseforetak og de finner flere teksteksempler som peker mot et ønske om å videreutvikle samarbeidet. En annen nylig studie (Hanssen mfl., 2014) omhandler samhandlingsreformens betydning for utviklingen mot en mer forhandlende kommune, og økte krav til kommunal administrativ ledelse og politisk styring. På oppdrag fra KS har Deloitte (2014) utgitt en rapport der de gjennom en kvalitativ tilnærming har undersøkt hvorvidt intensjonene og forpliktelsene i de inngåtte samarbeidsavtalene etterleves. Deres funn er at det er store forskjeller hva gjelder hvor godt forankret avtalene er, og at det er ulike oppfatninger av hvor egnet avtaleverkets detaljeringsgrad er som verktøy i hverdagen. Det konkluderes i de to sistnevnte undersøkelsene at samarbeidsavtalene så langt oppleves som «et egnet og nødvendig verktøy for samhandling».

Andre studier har tatt for seg reformens konsekvenser for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og de ansatte i tjenestene, for eksempel Gautun og Syse (2013) og Abelsen mfl. (2014), eller studerer de organisatoriske endringene reformen har medført, både opprettelsen av kommunale akutt-plasser døgnenhet (KAD) og øyeblikkelighjelps-tilbud (Skinner, 2014) og interkommunalt samarbeid (Tjerbo og Zeiner, 2014). Videre er det gjennomført undersøkelser som har sett på de økonomiske konsekvensene av reformen (Hagen mfl., 2013). Foreløpig er det ingen studier som systematisk har gjennomgått avtaleverket og studert hvilken betydning det har for samarbeidet og konfliktnivået mellom kommuner og helseforetak.

## 1.4 Målsetting

Formålet med denne rapporten er å belyse forskjeller i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak og å vurdere betydningen av avtalene når det gjelder konfliktnivå, mekanismer for tvisteløsning og samarbeid. Dette kan gi ny innsikt i hvordan samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og helseforetak utvikler seg i forlengelsen av samhandlingsreformen.

Spørsmålene som belyses er:

1. Hva foreligger av nasjonale føringer på innhold og utforming av avtaleverket?
2. Hvordan er samarbeidsavtalene organisert?
3. Hvordan er avtalene utformet? Er det store variasjoner?
4. I hvilken grad er det opprettet organer for samarbeid mellom helseforetak og kommuner, herunder fastlegen?
5. Hvilke mekanismer for konflikthåndtering og tvisteløsning mellom helseforetak og kommune beskrives i avtalene?
6. Hva er omfanget av uenighet eller tvister, og hvordan løses de?
7. Kan avtaleverket forklare ulikt tvistenivå mellom opptaksområdene?
8. Hvordan opplever partene oppgavefordelingen?
9. Hvordan opplever nøkkelpersoner i kommunene samarbeidet mellom kommune og helseforetak?
10. I hvilken grad anser kommunene at partene er likeverdige?

Spørsmålene grupperer seg rundt tre områder for samarbeid mellom kommunene og helseforetakene: (1) Organisering av og innhold i samarbeidsavtaler; (2) Konflikthåndtering og tvisteløsning; og (3) Opplevelsen av oppgavefordeling og samarbeid. Resultatene til hver av disse tre temaene rapporteres i henholdsvis kapittel 3, 4 og 5. I neste kapittel, kapittel 2, gjør vi rede for datagrunnlaget til denne studien og i kapittel 6 gis en diskusjon av de samlede resultatene.

## 2 Materiale og metode

For å undersøke rapportens målsetting analyserer vi data fra ulike kilder: (1) en gjennomgang av samarbeidsavtalene per oktober 2013; (2) en gjennomgang av avgjørelsene fra den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren per 28.08.14; (3) elektronisk forespørsel til nøkkelpersoner i alle helseforetak om deres erfaringer (e-post sendt 08.12.14); og (4) casestudie blant kommunene i to opptaksområder i perioden desember 2014–februar 2015.

Per 11. november 2014 var det 19 ordinære helseforetak organisert i fire helseregioner. Det er disse vi omtaler i denne rapporten. Hver helseregion har også organisert sykehusapotekene som egne helseforetak. I tillegg kommer to spesialiserte foretak, Sunnaas sykehus HF og Ambulanse Midt Norge HF. Disse siste er ikke tatt med i denne undersøkelsen.

### 2.1 Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak

For å få en oversikt over avtaleverket og besvare flere av problemstillingene presentert i forrige kapittel, er avtalene lastet ned fra helseforetakenes nettsider og gjennomgått. Avtalene ble innhentet i oktober 2013. I desember 2014 ble det kontrollert på de samme nettsidene om helseforetakene hadde publisert reviderte avtaler. Minst ni av 19 opptaksområder hadde reviderte avtaler. Det er mulig flere har revidert avtalene uten å publisere dem, eller det er ikke blitt oppdaget av forskeren da publiserte avtalemaler ikke er datert. Analysene baserer seg på publiserte avtaler per oktober 2013.

Fem avtaler er sammenliknet og gjennomgått, disse er:

- Overordnet samarbeidsavtale
- Avtale 1: Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- Avtale 2: Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre



helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

- Avtale 3: Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Avtale 5: Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon

Der partene ikke har fulgt samme nummerering som i helse- og omsorgstjenesteloven §6-2, er avtaler med samme tema eller tittel benyttet.

I gjennomgangen av avtalene mellom helseforetak og kommune undersøkte vi først om helseforetakene har inngått likelydende avtaler med alle kommunene i opptaksområdet. Dette var noe vi forventet ettersom helseforetakene var gitt ansvaret for utarbeidelsen av avtalene, og det var ønsket i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven og i veilederen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Prop. 91 L, 2010–2011). Samtidig så vi på hvordan avtalene er organisert; om de er inngått kommunevis, med grupper av kommuner eller som fellesavtaler, om alle er publisert på helseforetakets nettside eller ikke, samt om de følger nummereringen i lovverket eller om de er organisert på annen måte.

Dernest undersøkte vi hvorvidt helseforetakene i samme regionale helseforetak har likelydende avtaler. Likhet i avtaleteksten kan indikere samarbeid på helseforetaks-nivå eller at det regionale helseforetaket har medvirket i utarbeidelsen av avtalene. For å sammenlikne avtalene og avgjøre om de er like, er dokumentene holdt side om side og sammenliknet manuelt. I de helseforetakene som har publisert avtaler separat for kommunene er fem tilfeldige kommuner trukket ut og deres avtaler sammenliknet. For å sammenlikne avtaler innen samme regionale helseforetak, er en kommune fra hvert helseforetak trukket ut og avtalene sammenliknet.

## 2.2 Konflikthåndtering og tvisteløsning

For å besvare spørsmålene om omfanget av tvister og hvordan de løses, er først alle avgjørelser som er gjort i den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren fra 1. januar 2012 frem til 3. november 2014 innhentet.

Nemdas avgjørelser ligger tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider<sup>1</sup>. For å få en mer fullstendig oversikt over omfanget av uenighet og konflikter mellom helseforetak og kommuner har vi innhentet, fra helseforetakenes nettsider, kontaktinformasjonen til samhandlingssjefer i helseforetakene som benytter en slik tittel, og samhandlingskoordinator, avdelings- eller seksjonsleder i samhandlingsavdelingen i de andre helseforetakene. Disse personene er kontaktet per e-post og spurt om:

1. Hvor mange tvister har dere anslagsvis hatt med kommunene siden avtalene ble opprettet, som *ikke* har gått til den nasjonale tvisteløsningsnemda?
2. Hva har de i hovedsak dreid seg om? Hvilken del av avtaleverket?
3. Har det blitt utarbeidet nye avtaler eller utfyllende prosedyrer som følge av tvistene? På hvilke områder?
4. Hvordan synes dere at deres system for tvisteløsning fungerer?

Samtlige helseforetak har besvart henvendelsen. I 13 av 19 helseforetak ble henvendelsen besvart av Samhandlingssjef, -direktør eller -koordinator, i de resterende seks av fagsjef, seksjonsleder, rådgiver eller konsulent. Basert på svarene fra helseforetakene har vi valgt ut et helseforetak som opplyser at det ikke har vært konflikter med kommunene i opptaksområdet, og et helseforetak som opplyser om mange konflikter. Kommunene i disse to opptaksområder er blitt kontaktet via en e-post til kommunens postmottak og stilt de samme spørsmålene som helseforetaket.

## 2.3 Opplevelsen av samarbeid

Siste ledd i datainnsamlingen var å kontakte to kommuner som tilhørte hvert av de to helseforetakene valgt ut i avsnitt 2.2. I hvert opptaksområde inkluderte vi en mellomstor kommune (mellom 25 000 og 80 000 innbyggere) som er vertskommune for et sykehus, og en liten eller mindre kommune (mindre enn

---

<sup>1</sup> <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnd/Sider/saker-til-behandling-av-tvistelosningsnemnda-per-11-april-2013.aspx> sist oppdatert 28.08.14

6 000 innbyggere) som har fastlandsforbindelse til sykehuset. Samme representant for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen som besvarte e-posten, ble kontaktet og forespurt om å delta i et telefonintervju med en forsker fra prosjektet. Alle svarte positivt, og intervjuene ble holdt i februar 2015. I tre av kommunene snakket vi med denne personen, i en kommune hadde de samlet fem sentrale personer som svarte på spørsmålene innen hver sine kompetanseområder. Intervjueren understreket at det var deres *oppfatning* om forholdet mellom kommune og helseforetak vi ønsket å få fram.

I tillegg ble det gjennomført et telefonintervju med en rådgiver på et koordineringskontor i et tredje opptaksområde. Koordineringskontoret er ansvarlig for samhandlingen mellom et kommunesamarbeid og tilhørende helseforetak. Vi valgte å inkludere en informant fra dette kontoret for å se om vi fant forskjeller i oppfatningen av samarbeidet når flere kommuner formelt har et samarbeid, sammenliknet med andre kommuner.

Totalt er det dermed gjort fem intervjuer hvorav fire er med representanter for enkeltkommuner og ett er med en representant for et kommunesamarbeid.

Telefonintervjuene varte cirka 30 minutter, de er tatt opp på bånd og transkribert. Informantene ble informert om dette i forkant av intervjuet. Spørsmålene omhandlet tre tema; generelt om samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket, avtaleinngåelsen og samhandling i hverdagen. Intervjuene var semistrukturerte slik at informanten fikk anledning til å styre samtalen mot tema de syntes var viktige samtidig som intervjuer fikk belyst sentrale spørsmål i undersøkelsen. Intervjuguiden ligger som vedlegg til rapporten. Besvarelsene ble så analysert ved å gruppere svarene både etter spørsmål og etter tema. Lydfilene slettes ved ferdigstillingen av denne rapporten og de transkriberte dokumentene oppbevares på en sikker server.

## 2.4 Forbehold til datagrunnlaget

Datamaterialet har tre potensielle begrensninger. For det første er samarbeidsavtalene lastet ned fra hvert helseforetak sin nettside. Noen helseforetak har skannet inn signerte avtaler og publisert sortert etter kommune, noen har lagt ut usignerte avtaler med kommunene og noen helseforetak har lagt ut udaterte, usignerte avtalemaler. I mange tilfeller har avtalene ingen dato, noe

som er viktig for å følge eventuelle revideringer av avtaleverket. Det er derfor ikke enkelt å få en komplett oversikt over hvilke kommuner som har signert avtaler med hvilke sykehus, ei heller om avtalene som ligger på nettsidene faktisk er vedtatt. For det andre speiler ikke samarbeidsavtalene fullt ut den samhandlingen som skjer mellom kommune og helseforetak i praksis. Det er ulike nivå i både kommune og helseforetak som har fremforhandlet avtalene og som benytter dem i hverdagen; bestemmelser gjort på ledernivå kan praktiseres annerledes på utførernivå. For det tredje er vårt utvalg av intervjuede informanter lite og deres svar vil ikke kunne generaliseres til landet for øvrig.

## 3 Samarbeidsavtalenes organisering og innhold

I dette kapitlet beskrives de nasjonale føringene på samarbeidsavtalene og hvordan samarbeidsavtalene er organisert. Spørsmålene «i hvilken grad har kommunene gått sammen om å inngå avtaler?» og «er det opprettet organer for samarbeid mellom helseforetak og kommuner?», blir besvart. Til slutt drøftes i hvilken grad overordnet avtale og delavtalene 1, 2, 3 og 5 speiler de nasjonale føringene. Funnene baseres på en gjennomgang av samarbeidsavtalene til samtlige helseforetak per oktober 2013.

### 3.1 Nasjonale føringer

Samarbeidsavtalene er et verktøy som formaliserer og regulerer ansvar, rutiner og prosedyrer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Prop. 91 L, 2010–2011; St.meld. nr. 47, 2008–2009). Avtaleverket skal altså først og fremst kunne benyttes for å få innsikt i gjeldende prosedyrer og gi svar på hvilket nivå som er ansvarlig for hvilke oppgaver. Grensesnittet skal defineres og gråsoner avklares. For å oppnå dette må avtalene inneholde rammer for samarbeidet på kort og lang sikt, avklare hvilke møtearenaer og samarbeidsformer som skal etableres, hvem som skal samarbeide om hva, og kontaktpersoner på de ulike områdene. Det er forventet at pasient- og brukerorganisasjoner får medvirke ved utarbeidelsen av avtalene.

Det andre hovedtemaet som må forankres i avtalene, er at «spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte» (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Det er erkjent at spesialisthelsetjenesten besitter kunnskap kommunene trenger i og med overføringen av flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. En ny oppgavefordeling vil ikke være forsvarlig med mindre kontinuitet sikres ved at kompetansen er der den trengs. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til oppbygging av kompetanse på kommunenivået, samtidig som kommunen skal avlaste sykehuset for de oppgavene som ikke

fordrer spesialistkompetanse. Hvordan denne kompetanseoverføringen skal foregå må nedfelles i avtalene.

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS, de Regionale Helseforetakene, Helsedirektoratet og Helsedepartementet, utarbeidet en nasjonal og normgivende veileder til hva som bør avtalereguleres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Lovverkets krav til innhold i samarbeidsavtalene følges opp i denne nasjonale veilederen. Hensikten med veilederen er å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Veilederen er videre ment som et praktisk hjelpemiddel og understreker at «det bør tilstrebes at samarbeidsavtalene mellom det enkelte helseforetak og kommunene som det er naturlig at helseforetakene samarbeider med, i størst mulig grad er likeverdige. Standardisering er med på å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Foruten å gjenta lovgrunnlaget for avtalene omhandler også veilederen formålet med samarbeidsavtalene og noen prinsipper det er viktig å ivareta. Avtalene må både forankres på et relevant nivå og gjøres kjent for alle de angår. Det vil si både hos ledelsen og de som utfører aktiviteten det gjelder. Det må opprettes samarbeidsorgan, evalueringsrutiner og rutiner for tilbakemelding. Avtaleverket er stadig i utvikling; det skal evalueres årlig og ta høyde for tilbakemeldinger fra brukere og ansatte. Forøvrig skal samarbeidet være basert på likeverd og gjensidig respekt. For at samhandlingsreformen skal nå sine målsetninger og avtaleverket tjene sin hensikt, må avtalene være forankret i hele organisasjonen. Også i nasjonal veileder er det gjort klart og det er inkludert et avsnitt med forslag til tekst:

### **Plikt til gjennomføring og forankring**

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid.

Partene forplikter seg til å holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette skal beskrives nærmere i retningslinjer/tjenesteavtaler innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene forplikter seg til å:

- gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/vedtak, kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde
- orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter
- gjennomføre konsekvensutredninger ved planlegging av tiltak som berører den annen part
- involvere den annen part før det treffes vedtak om tiltak som berører den annen part
- opprette én klar adressat i egen virksomhet som har et overordnet ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne

Partene skal ha etablert ordninger for god forvaltning av avtalen.

Hva det innebærer å gjøre avtalen kjent og iverksatt, er imidlertid ikke ytterligere operasjonalisert her. Avsnittet omtaler også partenes plikt til å holde hverandre informert om eventuelle endringer i rutiner og organisering, gjennomføre konsekvensutredninger og involvere den annen part.

### 3.2 Organisering av samarbeidsavtalene

Vår gjennomgang av avtaleverket til alle 19 helseforetakene viser at det er ulike løsninger både på hvordan avtalene er bygget opp og i hvilken grad kommunene har signert avtaler enkeltvis eller sammen med andre kommuner. Det er tydelig at alle så nær som ett opptaksområde, har tatt utgangspunkt i helse- og omsorgstjenesteloven når de har nummerert og delt opp samarbeidsavtalene i en overordnet avtale og 11 delavtaler. Vestre Viken HF har kombinert flere av punktene i samme avtale og gitt avtalene andre navn. For tre opptaksområder er delavtalene ikke separate delavtaler, men vedlegg til den overordnede avtalen. I seks opptaksområder er avtale 3 og 5 slått sammen, og i ett område er avtalene 3 og 5 delt opp videre i separate avtaler for somatikk og rus/psykiatri. Videre har tre foretak benyttet en annen nummerering.

To helseforetak (Sykehuset Østfold og Sykehuset Telemark) har inngått fellesavtale med alle kommunene i opptaksområdet. De andre 17 helseforetakene har signert avtaler med kommunene individuelt. Kommunene

Tydal, Selbu, Stjørdal og Meråker (Værnesregionen) har valgt å signere felles-avtaler med helseforetaket, og har avtaler med to helseforetak (Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital). Kommunene som har avtaler med Helgelandssykehuset har forhandlet frem avtalene gruppevis, men signert enkeltvis (helse- og omsorgssjef i kommune).

Kommunene Skedsmo, Rælingen, Lørenskog, Sørum og Nittedal har etablert et regionalt samhandlingskontor fra 01.09.13. Kontoret bidrar til koordineringen av samarbeidet mellom kommunene og Ahus, og har ansvar for:

koordinering og fremdrift rundt avtaleinnngåelser, forberede revisjon av avtalearbeidet, følge opp inngåtte avtaler og håndteringen av disse på overordnet nivå, spille inn forslag ved behov for forbedringer samt bistå kommunene i tvistesaker overfor Ahus. Kontoret har også et overordnet ansvar innenfor FoU og kompetanseutfordringer (Samhandlingsnytt, 2013).

Kontoret skal med andre ord både forvalte kommunenes interesser overfor Ahus, men også koordinere og ivareta opplæringsbehovet i kommunene.

Per oktober 2013 er det 12 kommuner som har inngått avtale med to helseforetak. Felles for disse er at de ligger geografisk midt mellom to sykehus som tilhører to ulike helseforetak. Kommunene har ulike avtaler med de to helseforetakene. Oslo kommune har imidlertid like avtaler med to helseforetak (Oslo Universitetssykehus og Ahus) som eneste kommune i landet.

### 3.3 Utforming av samarbeidsavtalene

I dette avsnittet vil vi se nærmere på i hvilken grad samarbeidsavtalene varierer innenfor opptaksområdet til hvert helseforetak. Og dernest, i hvilken grad varierer avtalene innenfor opptaksområdet til hvert regionale helseforetak? Vi ser her på overordnet avtale og delavtalene 1, 2, 3 og 5 eller tilsvarende, og vurderer hvorvidt avtalene i et opptaksområde er like, dernest om de innen samme regionale helseforetak har samme struktur og tilsvarende overordnede innhold. Deretter ser vi nærmere på eventuelle forskjeller i innholdet i delavtale 5, retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Dette da det her er beskrevet størst uenighet og konfliktpotensiale i svarene på undersøkelsen blant helseforetak og kommuner.



I tabell 3.1 presenteres vår vurdering av forskjeller i samarbeidsavtalene til ulike kommuner med samme helseforetak. I to helseforetak var det undertegnet en fellesavtale med alle kommunene slik at det her var likelydende avtaler med alle kommunene i opptaksområdet. I syv helseforetak var kun malene lagt ut på nettsidene. I disse tilfellene har vi antatt at helseforetakene har undertegnet en lik avtale med alle kommunene i opptaksområdet. Unntaket er Ahus, hvor også kun malene var lagt ut, som har ulik avtale med Oslo kommune og kommunene i Akershus. Oslo Universitetssykehus har en avtale med bare Oslo kommune.

**Tabell 3.1 Oversikt over samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet.**

Regionalt Helseforetak	Helseforetak	Avtaler	Har avtalene likt innhold og struktur?
<b>Helse Nord</b>	Helgelandssykehuset	Maler	
	Helse Finnmark	Kommunevis	Avtalene like, noen kommunale tilpasninger i avtale 1
	Helse Nordland	Kommunevis	Avtalene like, noen kommunale tillegg i avtale 1
	Universitetssykehuset Nord Norge	Kommunevis	Like avtaler
<b>Helse Midt-Norge</b>	Helse Møre og Romsdal	Kommunevis	Like avtaler. Overordnet avtale, avtale 1,3,5,11,12 i samme dokument.
	Helse Nord-Trøndelag	Kommunevis	Like avtaler. Avtale 3 og 5 i samme dokument
	St Olavs Hospital	Kommunevis	Like avtaler, andre navn. Finner ikke avtale 1. Avtale 3 og 5 i samme dokument
<b>Helse Vest</b>	Helse Bergen	Maler	
	Helse Fonna	Kommunevis	Like avtaler
	Helse Førde	Maler	
	Helse Stavanger	Kommunevis	Like avtaler
<b>Helse Sør-Øst</b>	Akershus universitetssykehus (Ahus)	Maler	En avtale med bydelene Alna, Grorud og Stovner, lik for bydelene. En avtale med kommunene i Akershus, like. De to avtalene har ulik struktur.
	Oslo Universitetssykehus	Bare Oslo	
	Sykehuset Innlandet	Maler	
	Sykehuset Telemark	Fellesavtale	
	Sykehuset Vestfold	Maler	
	Sykehuset Østfold	Fellesavtale	
	Sørlandet Sykehus	Kommunevis	Like avtaler
Vestre Viken	Maler		

Blant de ni helseforetakene som har publisert avtaler med hver enkelt kommune, valgte vi ut fem kommuner innenfor hvert opptaksområde og en forsker gjennomgikk avtalene for å vurdere hvorvidt de var like. Avtalene mellom et helseforetak og samtlige kommuner innenfor et og samme opptaksområdet er like, bare noen få har tatt med kommunespesifikke tilpasninger i egne punkt (se tabell 3.1). Unntaket er Ahus med noe ulik struktur på avtalene med kommunene i Akershus og med Oslo kommune. Alle 19 opptaksområdene har forhandlet frem et dokument som så er benyttet som utgangspunkt for avtalen mellom helseforetaket og den enkelte kommune. Dokumentet ser ut til å ha tatt utgangspunkt i den nasjonale veilederen og gjeldende lover og forskrifter. Blant kommunene der signerte avtaler foreligger, er det bare i fire opptaksområder at noen avsnitt eller formuleringer fra malen er byttet ut med kommunespesifikke avtaler og ordninger. Det er kun to opptaksområder der avtalene inneholder en egen rubrikk for kommunespesifikke kommentarer og de er i ulik grad utfylt. Kun én kommune har satt inn en rekke forbehold og hensyn. I tillegg er det i to opptaksområder kommuner som kun har fylt ut kommunenavnet for hånd på den stiplede linjen i malen.

Tabell 3.2 beskriver vår sammenlikning av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner innenfor samme helseregion.

**Tabell 3.2 Sammenlikning av samarbeidsavtaler fra helseforetak innenfor samme helseregion.**

<b>Regionalt helseforetak</b>	<b>Har avtalene likt innhold og struktur?</b>
<b>Helse Nord</b>	Avtalene til Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Helse Finnmark er tilnærmet like både i innhold og utforming. Helgelandssykehuset har likhet i innhold, men har som eneste foretak i landet valgt å utforme avtalene som nummererte punkt og underpunktliste. Nordlandssykehuset er eneste i Helse Nord med egne felt for kommune- og helseforetak-spesifikke deler, disse er i liten grad utfylt.
<b>Helse Midt-Norge</b>	De overordnede avtalene er relativt like. Helse Møre og Romsdal har organisert delavtalene som vedlegg til den overordnede avtalen. Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital har kombinert avtale 3 og 5, mens Helse Møre og Romsdal har delt dem i avtale 3a, 3b og 5a, 5b. Innholdsmessig bygger avtalene på det samme.
<b>Helse Vest</b>	Avtalene er variasjoner over liknende maler. Det er imidlertid stor forskjell i hvor gjennomarbeidet og detaljerte de er, Helse Fonna er mest detaljert, Helse Bergen minst. Noen av avtalene er på et mer overordnet nivå. Noen inneholder kun planer for videre samarbeid og utvikling, ikke beskrivelse av konkrete samarbeidsorgan.
<b>Helse Sør-Øst</b>	Avtalene er ulike både på form og innhold. Sykehuset Østfold har organisert avtaleverket som en avtale med delavtalene som vedlagte retningslinjer. Sykehuset Telemark har egen prosedyreperm.

Foretakene innenfor Helse Nord har relativt like avtaler. Helgelandssykehuset skiller seg noe ut grunnet deres alternative oppsett av avtalene. De har som eneste foretak i landet, valgt å utforme avtalene som nummererte punkt og underpunkt-lister. I Helse Midt-Norge varierer strukturen noe grunnet sammenslåing og oppdeling av avtalene, men innholdsmessig er det ikke store variasjoner. Opptaksområdene i Helse Vest har tilsynelatende bygget avtalene over samme lest, men det er store forskjeller i hvor gjennomarbeidede de er. I Helse Sør-Øst er avtalene tilsynelatende ulike i den visuelle sammenlikningen da de har en ulik struktur, og flere opptaksområder har slått sammen flere avtaler i samme dokument. De har imidlertid flere likhetstrekk.

Neste steg var å se nærmere på utforming av delavtale 5: Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Som allerede beskrevet, er alle avtalene i samme opptaksområde like, med unntak av Ahus som har ulike avtaler med Oslo kommune og kommunene i Akershus. Oslo kommune har til gjengjeld like avtaler med Ahus og Oslo Universitetssykehus. Vi har derfor 19 avtaler og 19 helseforetak i sammenlikningen. Vi har benyttet avtalene innhentet i oktober 2013.

Lengden på delavtale 5 varierer mellom 1,5 side og 15 sider. Gjennomsnittet for alle 19 avtalene er åtte sider. I opptaksområdet med avtalen på 1,5 side er delavtalen et vedlegg til den overordnede avtalen og innledende punkter som lovhenvvisninger og formål er derfor ikke inkludert. Opptaksområdet med den lengste avtalen på 15 sider, har utarbeidet en retningslinje om helhetlig pasientforløp og slik sett inkludert punkter andre opptaksområder har fordelt i andre retningslinjer.

Fire punkter blir omtalt i delavtale 5 til så nær som alle helseforetak<sup>2</sup>: (1) Villkår for når en pasient er utskrivningsklar; (2) Partenes varslings- og svarplikt; (3) Kommunens betalingsplikt; og (4) Eventuelle bortfall av betalingsplikten. Teksten som omhandler vilkårene for at en pasient er utskrivningsklar er med to unntak hentet fra forskrift om medfinansiering (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, 2011). Det følger av dette at det er sykehuset

---

<sup>2</sup> Unntaket er Oslo Universitetssykehus der avtalen er på et svært overordnet nivå og slår fast at partene skal utarbeide retningslinjer

som fastsetter når en pasient er utskrivningsklar. Samtlige delavtaler beskriver helseforetakets plikt til å sende varsel til kommunen om innlagt pasient med antatt behov for kommunale tjenester ved utskriving innen 24 timer etter innleggelse, eventuelt innen 24 timer etter at behovet oppstår eller endres. Samtlige avtaler påpeker også helseforetakets plikt til å sende varsel om utskrivningsklar pasient, også dette i samsvar med gjeldende forskrift. Dette skal gjøres så tidlig som mulig på dagen, innen gitte tider. Det store flertallet av avtalene fastsetter at varsel skal sendes mellom kl. 8.00 og 14–15.00, et mindretall av disse presiserer at dette kun gjelder virkedager, varsel skal ikke sendes i helg eller på helligdager. Disse delene av avtalene, som for så vidt følger av lovverket, ivaretar kommunenes interesser i det helseforetaket skal, så langt råd er, sørge for at kommunene er forberedt når pasienter skrives ut. De skal ha tid til å forberede seg på oppfølgingen av pasienter. Samtlige opptaksområder har omtalt hva som skal følge med pasienten ved utskriving enten i avtalen eller i en rutine vedlagt avtalen. Det er spesifisert hvilke opplysninger som skal følge pasienten, når de skal sendes og til hvem. Det burde være tilstrekkelig for å sikre gode pasientforløp der alle aktører er informert om alle nødvendige forhold.

Klarhet om når kommunens betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter inntreffer, er også et sentralt punkt i avtalene. Elleve av 19 avtaler refererer til Forskriften også her (§ 13 i Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, 2011). Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar. Formuleringen «døgn» er åpen for tolkning, og mange av avtalene har isteden skrevet «dag». Det er bare fem delavtaler som inneholder noen formulering om tvist om betalingsplikten, og i de tilfellene henvises det til avtale om tvisteløsning (omtalt i overordnet avtale).

Halvparten av avtalene slår fast at betalingsplikten bortfaller dersom sykehuset ikke har overholdt varslingsplikten. Dette innebærer en fordeling av ansvar mellom de to partene og at sykehuset må gi kommunen anledning til å forberede seg. Kun én avtale omtaler at betalingsplikten bortfaller om sykehuset ikke fremskaffer tilstrekkelig dokumentasjon ved utskriving. I tillegg omtaler én annen avtale at betalingsplikten bortfaller ved reinnleggelse innen 48 timer for samme problemstilling (diagnose). Bare to av avtalene spesifiserer at pasienten ikke skal erklæres utskrivningsklar før sykehuset har gitt den nødvendige kompetanseoverføring, veiledning og opplæring i kommunen.

### 3.4 Forankring av samarbeidsorganer i avtaleverket

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvorvidt organer for samarbeid mellom helseforetak og kommuner er inkludert i samarbeidsavtalene. De lovpålagte samarbeidsavtalene er bygget på tidligere frivillige avtaler mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og helseforetak som tidligere hadde et utstrakt samarbeid, har antagelig hatt en lettere forhandlingsprosess og overgang enn der hvor samarbeidet ikke har vært like utbredt. I samarbeidsavtalene er det imidlertid få som viser til disse frivillige avtalene; det er med andre ord ikke eksplisitt uttrykt at det nye avtaleverket i stor grad bygger på det tidligere. Nasjonale føringer anbefaler at det opprettes samarbeidsorgan, evalueringsrutiner og rutiner for tilbakemelding. Videre vektlegges det at avtalene bør inkludere ledernivået i både helseforetak og kommune slik at det er stor bevissthet omkring innholdet i, og formålet med samarbeidsavtalene. I tillegg bør avtaleverket og prosedyrene være tydelige og kjent for de som skal benytte disse i profesjonsutøvelsen. Også andre aktører slik som fastlegene, privatpraktiserende behandlere og NAV, bør være informert om hvordan samhandlingsreformen påvirker deres rutiner.

I vår gjennomgang av avtaleverket finner vi at systemer for samarbeidsorganer omtales i alle de overordnede samarbeidsavtalene. Vi har også her 19 avtaler og 19 helseforetak. Selv om det i flere av avtalene er tatt utgangspunkt i teksten fra den nasjonale veilederen, bærer beskrivelsen av samarbeidsorganene tydelig preg av at partene har tenkt gjennom hvilke behov de har for dialog og møteplasser. For eksempel er møtefrekvensene hyppigere i de mer praksisnære forumene enn i de overordnede som gjerne bare har årlige eller halvårlige møter. To opptaksområder har også valgt å inkludere tvisteløsningsutvalget under «samarbeid», fire nevner behovet for samarbeid med fastlegene, syv omtaler behovet for politisk involvering. Tre av 19 opptaksområder henviser til egne vedlegg eller retningslinjer der samarbeidsorganene er omtalt nærmere. Det er noen forskjeller i hvor stor grad organenes oppnevning, sammensetning, virkeområde, møtehyppighet og oppgaver er beskrevet i avtalene. Elleve har beskrevet dette i detalj, to har ved signering av avtalen kun tatt en beslutning om å utarbeide dette.

Tabell 3.3 gir en oversikt over samarbeidsorganene ved de ulike helseforetakene. I alle opptaksområdene er det opprettet overordnede samarbeidsorgan (OSO) som er partssammensatte, oftest betegnet som strategiske og samarbeidsfremmende og ansvarlig for at samarbeidsavtalene følges opp. OSO er et forum der direktører og ledere fra helseforetaket, kommunene eller kommuneregioner møtes. Der tas prinsipielle avgjørelser og det legges føringer for det videre arbeidet. Så mange som 16 opptaksområder har eksplisitt skrevet at representanter fra brukerrådet, de ansattes fagforeninger og KS også møter, de resterende tre har ikke nevnt dette i avtalene. Navnene på disse overordnede samarbeidsorganene varierer, fra de som har fokus på hvem som møter, for eksempel Direktørmøtet, Strategisk ledermøte, Toppleiarforum og Partnerskapsmøtet, mens andre har større vekt på formålet med forumet, som for eksempel Overordnet samarbeidsorgan, Administrativt eller Politisk samarbeidsutvalg og Koordineringsrådet. Sykehuset Telemark er det eneste helseforetak som ikke har et felles samarbeidsorgan for alle kommunene, men som baserer seg på samarbeid med kommuneregioner, til tross for at helseforetaket har inngått fellesavtale med alle kommunene i opptaksområdet. I overordnet samarbeidsavtale står det at «regioninndelingen skal legges til grunn for samarbeidet mellom ST HF og kommunene. Regioninndelingen skal dog ikke være til hinder for at det utvikles samarbeidsstrukturer og samhandlingstiltak på tvers av ovennevnte regioninndeling».

I alle opptaksområdene er det også et hierarki av samarbeidsorganer. Så nær som alle 19 har beskrevet organer på nivåene under det overordnede strategiske og politiske. Disse underordnede samarbeidsorganene har også ulike navn og sammensetning. Virkemåten er i ulik grad beskrevet. Det er i store trekk de samme opptaksområdene som har detaljerte beskrivelser av de overordnede organene, som også har dette av de underordnede forumene. Disse forumene har som regel navn som dialogforum og dialogmøte eller ulike typer samarbeidsutvalg. Navnene speiler i stor grad organenes funksjon.

Tre helseforetak og tilhørende kommuner har i tillegg kommet til enighet om årlige samhandlingskonferanser der alle involverte kan møte, og et opptaksområde har vedtatt et samfunnspanel. Disse forumene kan være viktige for å forankre reformen blant ansatte i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

**Tabell 3.3. Oversikt over organer for samarbeid som beskrevet i samarbeidsavtalene (etter helseforetak).**

Helseforetak	Samarbeidsorgan
<b>Helgelands-sykehuset</b>	Overordnet samarbeidsorgan OSO.
	Dialogmøte to ganger årlig, geografisk fordeling i 4 områder på Helgelandskysten.
	Kliniske samarbeidsutvalg, andre faglige/administrativt samarbeidsorgan.
<b>Helse Finnmark</b>	Overordnet samarbeidsorgan OSO – partssammensatt overordnet rådgivende organ. Brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert.
	Kommunekoordinator bindeledd mellom sykehus og kommunalt helsetilbud.
	Dialogforum – kontakt og drøftingsorgan på rådmann/direktør- og faglig nivå.
<b>Nordlands-sykehuset</b>	Regionalt samarbeidsorgan RESO – partssammensatt overordnet rådgivende organ. Brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert.
<b>Universitetssykehuset Nord-Norge</b>	Overordnet samarbeidsorgan OSO – partssammensatt overordnet rådgivende organ. Brukerorganisasjoner skal være representert.
	Dialogforum – kontakt og drøftingsorgan på rådmanns-/ direktørnivå og faglig nivå.
<b>Helse Møre og Romsdal</b>	Overordnet samarbeidsutvalg – partssammensatt overordnet strategisk utvalg. Brukerorganisasjoner og administrativt samhandlingsutvalg skal være representert.
	Dialogforum – kontakt og drøftingsorgan på rådmann/direktør- og faglig nivå. Brukerutvalg skal være representert.
	Administrative samhandlingsutvalg, partssammensatte utvalg, 2 geografiske områder.
	Kliniske samhandlingsutvalg opprettes fast eller midlertidig ved behov for å drøfte faglige og/eller administrative utfordringer.
	Samhandlingskonferanse årlig.
<b>Helse Nord-Trøndelag</b>	Politisk samarbeidsutvalg – partssammensatt strategisk og politisk utvalg.
	Administrativt samarbeidsutvalg – partssammensatt.
	Fagråd og kliniske samarbeidsutvalg. Oppnevnes og fastsettes av Administrativt samarbeidsutvalg.
<b>St. Olavs Hospital</b>	Politisk samarbeidsutvalg – partssammensatt strategisk og politisk organ.
	Administrativt samarbeidsutvalg – partssammensatt. Brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert. Sammensatt basert på regioner.
	Faglige samarbeidsutvalg etter behov.
	Fag- og ledermøter, andre samarbeidsformer.
<b>Helse Bergen</b>	Toppledermøte – partssammensatt. Brukerorganisasjoner, ansatte og KS skal være representert.
	Overordnende samarbeidsutvalg basert på fire kommuneregioner.
	Relevante underutvalg som medisinskfaglig utvalg og IKT samhandlingsutvalg.
	Samarbeidssekretariat – koordinerende instans.
<b>Helse Fonna</b>	Toppleiarforum – partssammensatt overordnet strategisk utvalg.
	Samhandlingsutvalet – partssammensatt samarbeidsutvalg.
	Samhandlingsnettverk/ faglige nettverk ved behov.
	Tvisteløsningsorgan.
<b>Helse Førde</b>	Dialogmøte – drøftings- og strategisk organ på rådmann/direktørnivå og KS.
	Koordineringsrådet – administrativt samarbeidsutvalg. Partssammensatt.
	Fagrådet – partssammensatt samarbeidsutvalg/ faglig råd.
	Regionale samarbeidsråd kan oppnevnes ved behov.

<b>Helse Stavanger</b>	Strategisk ledermøte – partssammensatt overordnet strategisk utvalg. Politisk-administrativt samhandlingsorgan. Representanter fra øverste politiske og administrative ledelse. Brukerutvalg skal være representert.
	Samhandlingsutvalget – partssammensatt rådgivende samarbeidsutvalg. Representanter fra 3 regioner. Eget arbeidsutvalg (AU) og faste eller midlertidige fagråd.
<b>Ahus-kommuner i Akershus</b>	Administrative samarbeidsutvalg – partssammensatt utvalg, saker av prinsipiell karakter.
	Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg – partssammensatt. Kliniske samarbeidsutvalg etter behov.
	Tvisteutvalg for pasientrelaterte enkeltsaker (TUP). Meglingsinstans.
<b>Ahus-Oslo og Oslo Universitets-sykehus</b>	Direktørmøtet – forum for informasjon og drøfting.
	Samarbeidsforum somatikk, samarbeidsforum rus og psykisk helse. Forum for informasjon og drøfting. Møterett men ikke møteplikt for enkelt etater.
	Samarbeid med fastlegene og sykehjemslegene. Viser til rammeavtale om privat allmennlegepraksis.
<b>Sykehuset Innlandet</b>	Samfunnspanel – drøfte samhandlingsspørsmål.
	Overordnet samarbeidsutvalg – partssammensatt overordnet strategisk utvalg.
	Administrativt samarbeidsutvalg – skal avvikles når endelig utvalgsstruktur på plass.
	Geografiske samarbeidsutvalg.
	Kvalitetsutvalg – løse avvik og dissenser.
<b>Sykehuset Telemark</b>	Samhandling basert på 4 kommuneregioner. Minimum en koordinator i hver region som inngår i et fylkesomfattende nettverk.
	Administrative styringsgrupper i hver region. Partssammensatt, brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert.
	Arbeidsgruppe for samhandling.
	Politisk styring og involvering viktig.
<b>Sykehuset i Vestfold</b>	Strategisk forum – partssammensatt overordnet strategisk organ.
	Samhandlingsutvalget – følge opp beslutninger fra strategisk forum.
	Politisk styring og involvering viktig.
<b>Sykehuset Østfold</b>	Partnerskapsmøtet – strategisk overordnet, partssammensatt organ.
	Administrativt samarbeidsutvalg. Kommunene representert regionvis, 5 regioner.
	Praksiskoordinator-møter. Kan opprette underutvalg som kliniske utvalg. Underutvalg skal være partssammensatt.
	Samhandlingskontakter.
	Samhandlingsforum. Fagpersonell og ledere, årlige møter.
<b>Sørlandets Sykehus</b>	Overordnet strategisk samarbeidsutvalg – overordnet partssammensatt strategisk utvalg. Brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert.
	Regionalt samarbeidsutvalg, 5 regioner. Brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert.
	Faggrupper/ fagutvalg og prosjektgrupper.
<b>Vestre Viken</b>	Overordnet samarbeidsutvalg – partssammensatt. Brukerorganisasjoner og ansatte skal være representert.
	Lokale samarbeidsutvalg ved lokalsykehus.
	Dialogkonferanse årlig.



### 3.5 Forankring av samarbeid med fastlegene i avtalene

I den nasjonale veilederen blir det eksplisitt nevnt at samarbeid med fastlegene bør inkluderes i flere av delavtalene: «Fastleger og avtalespesialister er viktige samarbeidspartnere for både kommune og helseforetak. Arbeidet med forbedret samhandling med disse to gruppene bør ha høy prioritet, og kan være et tema som beskrives i avtalen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er med andre ord slik at fastlegenes involvering er sentral for å oppnå samhandlingsreformens målsetninger. I veilederen blir videre fastlegens rolle som portvokter omtalt.

Dersom allmennlegetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henwise vedkommende til spesialisthelsetjenesten (...) Kommunen må derfor i tilstrekkelig grad trekke allmennlegetjenesten med og ansvarliggjøre den når retningslinjer for innleggelse utformes, gjennomføres og evalueres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Denne portvokterfunksjonen er viktig, spesielt i delavtale 3, delavtalen om retningslinjer for innleggelse i sykehus. I veilederen legges det også vekt på å ha gode kontaktpunkter der fastlegen kan rådføre seg med spesialisthelsetjenesten og den øvrige kommunale helsetjenesten på den ene siden, og nødvendigheten for at fastlegen og det kommunale tjenesteapparatet varsles og mottar tilstrekkelig informasjon ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten på den andre.

Vi har derfor sett nærmere på den delen av avtaleverket som beskriver «Plikt til gjennomføring og forankring» for å se hvorvidt fastlegene spesifikt omtales her. Fastlegenes forankring i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er viktig. Det er ikke et mål i seg selv at fastlegene er eksplisitt nevnt i avtaleverket, men det gir en indikasjon på hvorvidt de er inkludert. Vår gjennomgang viste at under halvparten av de 19 opptaksområdene omtaler fastlegene i avsnittet om forankring av avtaleverket. For eksempel inneholder avtalen fra Helse Finnmark følgende setningen fra den nasjonale veilederen: «Partene forplikter seg til å bidra til å utvikle samarbeidet med fastlegene slik at deres medvirkningsrett sikres og deres ansvar tydeliggjøres» (avtalen mellom Alta kommune og Helse Finnmark, 2012).

Også i avtaler fra andre helseforetak i Helse Nord, er samarbeidet med fastlegene inkludert. I Helse Nordland er det sågar skrevet at samhandlingen med fastlegene er av avgjørende betydning. I Helse Sør-Øst er det tre opptaksområder med avtaler som understreker viktigheten av å inkludere fastlegene og andre samarbeidende spesialister (Sykehusene Sørlandet, Telemark og Vestfold). I avtalen til opptaksområdet til Sørlandet Sykehus, skrives det at i tillegg til å gjøre konsekvenser og beslutninger kjent og iverksatt innen eget ansvarsområde, må dette også gjelde for «privatpraktiserende legespesialister og psykologspesialister som har avtaler med det regionale helseforetaket, og privatpraktiserende allmennleger (fastleger) og fysioterapeuter med kommunale avtaler» (avtalen mellom Bykle kommune og Sørlandet Sykehus, 2012).

### 3.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på organiseringen og utformingen av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene slik de foreligger per oktober 2013. To helseforetak har inngått fellesavtale med alle kommunene i opptaksområdet, og alle kommunene innenfor disse opptaksområdene hadde dermed likelydende avtaler. De andre 17 helseforetakene har signert avtaler med kommunene individuelt. Blant de ni helseforetakene med publiserte avtaler med hver enkelt kommune, var avtalene til kommunene innenfor samme opptaksområde så godt som like, men noen med avsnitt for kommunespesifikke forhold. I avtalene som har slike egne avsnitt er disse punktene i liten grad utfylt. Foreløpig ser det altså ut til at de nasjonale føringene, inklusiv veilederen, kan ha bidratt til den etterlyste ensartete praksisen. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak er nokså likelydende, også på tvers av helseregioner. Slike nasjonale føringer kan i utgangspunktet ha markert et likeverdig tjenestetilbud. Ulempen er at den enkelte kommune gis begrensede muligheter til å inngå en lokalt tilpasset avtale.

En nærmere gjennomgang av innholdet til delavtale 5 viser videre at Forskrift om medfinansiering har bidratt til at også denne delen er nokså standardisert. Avtalen inneholder fire sentrale punkt som blir beskrevet i forskriften: (1) Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar; (2) Partenes varslings- og svarplikt; (3) Kommunens betalingsplikt; og (4) Eventuelle

bortfall av betalingsplikten. Kun Oslo Universitetssykehus har en delavtale som er på et svært overordnet nivå hvor det slås fast at partene skal utarbeide retningslinjer. Alt i alt beror variasjonene i disse delavtalene på grad av presisering av varslingsstidspunktet og forutsetninger for betalingsplikten; punkter som tar høyde for at sykehuset må gi kommunen anledning til å forberede seg. I og med at denne delen av avtaleverket særskilt bidrar til likestilling av partene og gir kommunene anledning til å stille krav til helseforetakene er det kanskje overraskende at så få avtaler konkretiserer sykehusets ansvar. Dette kan blant annet bidra til at kommunene betaler for utskrivningsklare pasienter også i de tilfeller hvor det ikke er bygget opp kompetanse til å gi pasienten et tilfredsstillende tilbud.

I de overordnede samarbeidsavtalene til alle 19 opptaksområdene omtales systemer for samarbeidsorganer. Dette omfatter overordnede samarbeidsorgan (OSO) samt fora og møteplasser på lavere organisasjonsnivå. Selv om det i flere av avtalene er tatt utgangspunkt i teksten fra den nasjonale veilederen, bærer beskrivelsen av samarbeidsorganene tydelig preg av at partene har tenkt gjennom hvilke lokale behov det er for dialog og møteplasser. Det er også tydelige nasjonale føringer på å inkludere samhandling med fastleger og avtalespesialister i samarbeidsavtalene, blant annet opprettelse av kontaktpunkter der fastlegen kan rådføre seg med spesialisthelsetjenesten og den øvrige kommunale helsetjenesten. Fastlegene er et viktig redskap i forhold til å sikre økonomistyring både i kommunen og i helseforetaket (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Vår gjennomgang av den delen av avtaleverket som beskriver «Plikt til gjennomføring og forankring», viste at under halvparten av avtalene omtaler fastlegene. Samarbeid med fastlegene var i størst grad omtalt i samarbeidsavtalene til helseforetakene i Helse Nord hvor alle avtalene påpeker at samhandlingen med fastlegene er av avgjørende betydning.

## 4 Konfliktåndtering og tvisteløsning

Til tross for utstrakt samarbeid og et detaljert avtaleverk vil det kunne oppstå tvister og uenighet. Helse- og omsorgstjenesteloven stiller ingen krav til tvisteløsningsform. Den nasjonale veilederen inneholder et forslag til tekst, og også en anbefaling om at partene avtaler en ordning der tvister løses på lavest mulig nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I dette kapittelet vil vi ta for oss tvisteløsningsystemet slik det er beskrevet i avtaleverket, hovedsakelig i overordnet samarbeidsavtale, ved å se på hvilke mekanismer for konfliktåndtering og tvisteløsning mellom helseforetak og kommune som er beskrevet. Vi vil derfra gå videre til å se på omfanget av uenighet eller tvister og hvordan de løses både i den nasjonale tvisteløsningsnemda og ifølge svarene fra undersøkelsen i helseforetakene og i utvalgte kommuner. Til slutt vil vi undersøke om avtaleverket, hovedsakelig avtale 5, kan forklare ulikt tvistenivå, først ved å studere avgjørelsene fra den nasjonale tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren, dernest ved å undersøke avtale 5 i to opptaksområder.

### 4.1 Nasjonal tvisteløsningsnemd

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ble det opprettet en nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren. Avtalen om nasjonal tvisteløsningsnemnd er forankret i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med tilhørende Innst. 424 L (2010–2011) og Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) med tilhørende Innst. 422 S (2010–2011). KS og Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt 12 medlemmer til nemda, mens nemda i hver enkelt sak vil bestå av fem medlemmer. Kommuneadvokaten i Oslo er leder. Nemda besitter både medisinsk, juridisk og økonomisk/administrativ kompetanse. Nemda har følgende mandat<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup> <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnda> (februar 2015)

1. mekle når det oppstår uenighet om inngåelse av samarbeidsavtaler
2. avgi rådgivende uttalelse ved uenighet om inngåtte samarbeidsavtaler
3. avgi rådgivende uttalelser ved tvister om betaling etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
4. gi råd om hvem som har ansvaret for «gråsonepasienter» mellom kommuner og sykehus

Nemdas oppgave er å gi råd når det oppstår uenighet mellom kommuner og helseforetak. Nemdas avgjørelser er i utgangspunktet rådgivende, men fire opptaksområder har bestemt at nemdas avgjørelser alltid er bindende, og ti har avtalt at avgjørelsene kan være bindende.

Det er foreløpig ikke mange tvister som er behandlet av den nasjonale tvisteløsningsnemda. Ved utgangen av 2014 var 13 saker ankommet nemda (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2014). Av disse gjelder åtte tvister kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og fem gjelder uenighet mellom kommuner og helseforetak om avtaler og organisering av tjenestetilbudet, hvorav en sak ble trukket. Avgjørelsene fra nemda ligger tilgjengelig på helsedirektoratet sine nettsider. Dokumentene er anonymisert, men er tilgjengelig som oppslagsverk for andre parter med tilsvarende tvister. I de fire tvistene som gjelder avtaler og organisering av tjenestetilbudet, er en sak under behandling. To saker er ferdig meklet og partene har kommet til enighet. Den ene saken omhandler organiseringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene, den andre tidspunkt for varsling av utskrivningsklar pasient. I begge tilfellene kom partene til enighet, og i begge tilfellene vil partene reforhandle avtalene som omhandler disse punktene for å hindre ytterligere uenighet. I den fjerde saken er det fattet en avgjørelse av nemda. Alle tvistene der den nasjonale tvisteløsningsnemda har fattet avgjørelse, handler om grensesnittet mellom kommunenes og helseforetakets ansvar, overfor pasienter og, ikke minst, overfor hverandre.

## 4.2 Omtale av tvisteløsningsmekanismer i avtaleverket

Samtlige opptaksområder har omtalt prosedyre for tvisteløsning mellom kommuner og helseforetak i sine overordnede samarbeidsavtaler. I den nasjonale veilederen er det et forslag til tekst på dette punktet:

### **Håndtering av uenighet – tvisteløsning**

Partene er enige om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til avtalen:

Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker – partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient/bruker som mulig. Oppnås ikke enighet opprettes en uenighetsprotokoll som sendes til (...) for drøfting og anbefaling av løsning. Partene er enige om at reglene om taushetsplikt skal ivaretas ved utforming av uenighetsprotokollen.

Prinsipielle saker knyttet til retningslinjer, rutiner, tjenesteavtaler eller øvrig tolkning av avtalen – partenes intensjon er å løse uenighet på lavest mulig tjenestenivå. Oppnås ikke enighet sendes en uenighetsprotokoll til (...) for drøfting og anbefaling av løsning.

For øvrig: Oppnås ikke enighet i (...), sendes saken til (...). Hvis ikke enighet oppnås, sendes saken til nasjonalt organ for håndtering av uenighet for mekling og rådgivende uttalelse med mindre partene er enige om at uttalelsen skal være bindende.

I saker hvor partene ikke er enige om at uttalelsen fra nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstoler med [...] tingrett som vernetting.

Selv om de fleste avtalene har tatt utgangspunkt i denne teksten, er det på dette området større avvik fra veilederen sammenlignet med andre områder.

Samtlige avtaler understreker at uenighet skal løses så nærme pasienten som mulig, ved dialog og forhandlinger. Det er med andre ord et mål å ikke eskalere uenigheten. Åtte av opptaksområdene har ulike prosedyrer for pasientrelaterte enkeltsaker og prinsipielle saker. Hovedforskjellen er hvilket internt organ som skal behandle saken. Dersom tvisten ikke lar seg løse «så nær pasienten som mulig» er det ulike rutiner for hvor saken skal løstes. Fjorten opptaksområder har en rutine som tilsier at saken skal løstes til et overordnet organ innen samarbeidet, eventuelt til et lokalt tvisteløsningsorgan eller begge. Disse organene er partssammensatte, og er som regel organer tidligere funnet

under overskriften «samarbeid» omtalt i forrige kapittel. Noen opptaksområder vil behandle saken i et av disse organene før den sendes til lokalt eller nasjonalt tvisteløsningsorgan, mens andre vil ha et hierarki av organer også her. Kun Oslo kommune har i sine avtaler med Ahus og Oslo Universitetssykehus slått fast at pasientrelaterte enkeltsaker skal løses i lokalt tvisteløsningsorgan, ikke sendes videre til nasjonal tvisteløsningsnemd.

Fra partssammensatte organ eller lokale tvisteløsningsorgan sendes sakene til nasjonal tvisteløsningsnemd og eventuelt videre til domstolene. I fire opptaksområder er det bestemt at nasjonal tvisteløsningsnemds beslutning anses som bindende. I avtalene til ti opptaksområder har man fulgt forslaget i veilederen og formulert at partene kan velge å anse nasjonal tvisteløsningsnemds beslutning som bindende, eller de kan på forhånd avtale å sende saken videre til domstolene dersom de ikke finner en løsning som godtas av begge parter. Hvilken domstol eller verneting som skal behandle saken, er skrevet i avtalen. En nærmere beskrivelse av tvisteløsningsorgan i de ulike helseforetak beskrives i tabell 4.1.

I de overordnede avtalene er «håndtering av uenighet og tvisteløsning» omtalt. I femten av avtalene står det også om avvik. I de fleste av disse avtalene er det henvist til egne avviksrutiner. I avtalen til Helse Møre og Romsdal er overskriften på dette avsnittet «avviks og forbedringsarbeid», noe som understreker at avvik kan kobles til forbedring og læring. Avvik er altså ikke det samme som tvisteløsning, og ordet tvist er forbeholdt meget sterk uenighet.

Tabell 4.1 Organer for tvisteløsning i opptaksområdene (Per oktober 2013).

HELSEFORETAK	Ulik prosedyre prinsipielt/enkeltsak	Benytte internt organ/forum	Lokalt tvisteløsningsorgan	Nasjonal tvisteløsningsnemnd	Domstol
Helgelandssykehuset	X		X	Bindende	
Helse Finnmark				Avtales	X
Nordlandssykehuset				Avtales	X
Universitetssykehuset Nord-Norge				Avtales	X
Helse Møre og Romsdal		X	X	X	X
Helse Nord-Trøndelag				Avtales	X
St. Olavs Hospital		X		X	X
Helse Bergen	X	X		Bindende	
Helse Fonna	X		X	Avtales	X
Helse Førde		X		Avtales	X
Helse Stavanger	X	X		Bindende	
Ahus-kommuner i Akershus	X	X	X	Avtales	X
Ahus-Oslo, og Oslo Universitetssykehus		X	Bindende i pasient-relaterte enkeltsaker	Avtales	X
Sykehuset i Vestfold		X	X	X	X
Sykehuset Innlandet			X	X	X
Sykehuset Telemark	X	X	X	X	X
Sykehuset Østfold	X	X		Avtales	X
Sørlandets Sykehus				Avtales	X
Vestre Viken	X		X	Bindende	

### 4.3 Helseforetakenes og kommunens opplevelse av uenighet og tvist

For å få større innsikt i omfanget og opplevelsen av uenighet i forlengelsen av samarbeidsavtalene, utover saker som har blitt sendt til den nasjonale tvisteløsningsnemnda, kontaktet vi (den 08.12 2014) alle helseforetakene per e-post. Her ble de stilt følgende spørsmål:

1. Hvor mange tvister har dere anslagsvis hatt med kommunene siden avtalene ble opprettet, som *ikke* har gått til den nasjonale tvisteløsningsnemnda?
2. Hva har de i hovedsak dreid seg om? Hvilken del av avtaleverket?
3. Har det blitt utarbeidet nye avtaler eller utfyllende prosedyrer som følge av tvistene? På hvilke områder?
4. Hvordan synes dere at deres system for tvisteløsning fungerer?



Samtlige helseforetak har besvart henvendelsen. En informant skriver:

'Hvor mange tvister' synes jeg er et uklart spørsmål for hva er egentlig en tvist? Formoder det ligger alt fra uenighet til det som til slutt evt. havner i nasjonal tvisteløsningsnemd (leder i samhandlingsenheten i HF)

Ordet «tvist» gir altså rom for tolkning, noe som også speiles av svaret til en annen informant som skriver:

Begrepet tvist er i liten grad benyttet i vår samhandling med kommunene. (...) Vi benytter begrepene avvik eller uønskede hendelser (koordinator i samarbeidssekretariatet i HF).

Vi skriver derfor konflikter eller uenighet, ikke tvister i den videre teksten når det handler om hendelser som ikke har gått til den nasjonale tvisteløsningsnemda. Totalen vil her summere seg til 20 da Ahus har besvart henvendelsen to ganger, en for Oslo kommune, og en for kommunene i Akershus. Ni av 19 helseforetak opplyser at det ikke har vært konflikter med kommunene. Ni av helseforetakene svarer mellom én og seks konflikter, mens to helseforetak svarer henholdsvis ca. 20 og 707 konflikter. Disse 707 er imidlertid alle meldinger som har gått mellom kommunene og helseforetaket i 2012 og 2013 og gjelder alle forhold fra avvik og uklare ansvarsforhold via mangelfull dokumentasjon til «dårlig holdning og manglende respekt». Ingen av disse hendelsene kategoriseres av helseforetaket som «samarbeidskonflikt» i deres oversikt.

Alt i alt forteller informanter fra elleve av 19 helseforetak at konfliktene har omhandlet (blant annet) utskrivningsklare pasienter. Konfliktene ser altså ut til å vært størst på dette området, trolig grunnet de økonomiske insentivene knyttet til tidlig utskriving fra sykehusene. Dette kan illustreres ved svaret fra en informant:

Lokalt har vi erfart at kommunene har veldig forskjellig tilnærming til sakene det gjelder. Det tilspisser seg gjerne hvis sakene gjelder beløp av en viss størrelse (konsulent i samhandlingsavdelingen i HF).

I to helseforetak meldes det om konflikter på området rus og psykiatri. Andre områder som rapporteres er: kompetanseoverføring, kommunal beredskap,

gråsoneproblematikk og dårlig kommunikasjon generelt. I mange av svarene understrekes det at det ikke har vært tvister, men diskusjoner, uenighet og avvik. Hovedinntrykket fra svarene til informantene ved helseforetakene, er likevel at det er et lavt konfliktnivå. I fem av opptaksområdene opplyser informantene fra helseforetakene at de ikke har benyttet systemet for tvisteløsning hverken lokalt eller nasjonalt. Flere informanter benyttet anledningen til å komme med et hjertesukk. En informant skriver:

Vi har heller ikke noen stor tro på tvisteinstituttet (...). Avtaleinstituttet innebærer en juridifisering av problemstillinger som tidligere kunne vært løst ved godt skjønn og ledelsesbeslutninger i klinikken (samhandlingssjef i HF).

Dette utsagnet støttes av en informant fra et annet helseforetak:

Noe av dialogen man hadde tidligere ser ut til å være erstattet av avviksmeldinger. Lærdommen av meldte avvik flyter ikke så lett inn i organisasjonen som man ønsker (konsulent i samhandlingsavdelingen i HF).

Samarbeid er tuftet på dialog, de formelle prosedyrene skal i beste fall kun fungere som en ramme rundt denne. Det er imidlertid en forskjell mellom de to uttalelsene når vi ser på dem i forhold til partenes likeverdighet. Samhandlingssjefen i det første utsagnet påpeker at uenighetene kunne vært løst ved helseforetakets skjønn og ledelsesbeslutninger, mens konsulenten i det andre utsagnet påpeker viktigheten av dialog.

Det er ikke mange informanter fra helseforetakene som melder om utarbeiding av nye avtaler eller prosedyrer som følge av tvistene eller uenighetene. En informant fra et helseforetak (praksiskonsulentkoordinator i HF) rapporterte om flere avvik i felles retningslinjer og prosedyrer, som har ført til revidering av prosedyrene blant annet ved hjelp av sjekklister. En informant fra et annet helseforetak (samhandlingssjef i HF), rapporterte om avviksskjema og tilleggsavtaler. Informanter fra to helseforetak (begge samhandlingssjef i HF) skriver at uenighetene skyldes svikt i oppfølging av eksisterende rutiner og avtaler, og at de heller fokuserer på implementering av avtalene enn endring.

Revideringen av avtaleverket er også en omstendelig prosess da alle kommunene i opptaksfeltet skal være enige. En informant fra et helseforetak skriver at hele revideringen er gått i stå grunnet uenighet om en avtale (fagsjef i HF). En informant fra et annet helseforetak, formulerer problemene forbundet med revideringen av avtaleverket slik:

Arbeidet med å revidere avtalene går veldig sent, da man ønsker å ha mest mulig likelydende avtaler for å lette avtaleforvaltningen (spesielt for klinisk personell vil spesielle avtaler med enkelt kommuner medføre at «ingen» setter seg inn i disse). Det er allerede vanskelig å implementere inngåtte avtaler i avdelingene. Hvis avtalene endret seg hvert år vil det ikke lette dette arbeidet (konsulent i samhandlingsavdelingen i HF).

Informanten fra et helseforetak beskriver at en sak ble løftet til lokalt tvisteløsningsorgan av prinsipielle hensyn. Samtidig er det også fremhevet at prosedyrene for å bringe en sak opp i den nasjonale nema er svært arbeids- og tidskrevende. En informant beskriver det på denne måten:

Forsøk på å ta inn prinsipielle avgjørelser fra nasjonal tvisteløsningsnemnd har ikke ført frem. Den av partene som «kommer dårlig ut» i avgjørelsene motstrider nemndas tolkning, og hevder at avgjørelsene ikke kan brukes suksessivt på «våre avtaler». Man har erfart at nemndas avgjørelser ofte kommer sent, og er innsnevret i sin vurdering. Beløpene (det handler for det meste om faktura-klager) er ofte for små til at man ønsker å involvere de mange som må til for å kjøre en sak. [HF] har hatt en sak i Nasjonal tvisteløsningsnemnd (2013). Vi høstet erfaringer ift prosessen, men man så også hvor tid- og ressurskrevende saken var (konsulent i samhandlingsavdelingen i HF).

Vi kontaktet også postmottaket i alle kommuner i et av opptaksområdene hvor ingen tvister ble rapportert av helseforetaket (svarprosent fra kommunene var 94). Her svarte informanter fra tre kommuner at de på sin side opplevde å ha hatt tvister med helseforetaket. På samme måte kontaktet vi postmottaket i alle kommuner i opptaksområdet til helseforetaket hvor informanten svarte at de hadde opplevd cirka 20 tvister (svarprosent fra kommunene var 77). Her rapporterte informanter fra tre kommuner om én til to tvister, mens én

kommune meldte om et tyvetalls tvister som hadde blitt løst lokalt og om to tvister som hadde blitt sendt til nasjonal tvisteløsningsnemnd. De resterende kommunene hadde ingen tvister med helseforetaket. En informant fra den kommunen som rapporterte et tyvetalls tvister med helseforetaket, svarer følgende på spørsmålet om hvordan tvisteløsningssystemet fungerer:

Kommunen synes tvisteløsningssystemet fungerer sånn passe. Vanskelig å bli oppfattet som likeverdig partner lokalt. Nasjonalt tar det lang tid for å få en avgjørelse, og det er veldig arbeidskrevende å ha saker i nemnden, noe som gjør at vi 'kvier' oss for å sende saker dit (kommuneoverlege).

Et lavt konfliktnivå kan tyde på et godt samarbeidsklima der partene går sammen om å finne løsninger. På den andre siden kan det være slik at et ressurskrevende system for tvisteløsning virker avskrekkende for partene og de heller fokuserer på å løse oppståtte situasjoner innen egen organisasjon. Dette bekreftes av en informant fra en kommune som svarer følgende:

Vi har mulighet for å løfte, og få behandlet, saker i administrativt samarbeidsutvalg. Vi har også god kontakt med samhandlingssjefen ved sykehuset, han er aldri lengre unna enn en telefon (avdelingsleder i kommune).

En informant fra annen kommune som tilhører samme helseforetak, utdyper dette og skriver at det har vært én tvist, men mange diskusjoner under og etter avtaleinngåelsen. Tvisten ble løst lokalt, men kommunen var i kontakt med tvisteløsningsnemndas leder. På spørsmål om hvordan systemet for tvisteløsning fungerer svarer kommunen:

Vi er avhengig av avvikssystem ved siden av der hvor mange ting blir tatt og hvor det er forbedringsområder både i kommune og sykehus. Økonomi/ressurser er ofte diskusjonstemaet. Informasjon til alle ansatte om avtaler er utfordrende og der har sykehuset den største utfordringen med alle sine ansatte (virksomhetsleder i kommune).

#### 4.4 Kan avtaleverket forklare ulikt tvistenivå?

I samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune er det forskjeller i hvor detaljert rutiner og prosedyrer omtales. Noen avtaler er utformet på et mer overordnet nivå. Er det slik at avtaler med mer presise formuleringer og mindre rom for fortolkning kan relateres til en lavere forekomst av tvister? I dette avsnittet tar vi først for oss avgjørelsene fra tvisteløsningsnemda som gjelder tvister om utskrivningsklare pasienter og ser på disse i sammenheng med samarbeidsavtalene, hovedsakelig avtale 5, mellom kommune og helseforetak. Deretter tar vi utgangspunkt i delavtale 5 til to case-opptaksområder: Opptaksområde 0 (hvor informanten fra helseforetaket opplyste at det ikke har vært konflikter) og opptaksområde 20 (hvor informanten fra helseforetaket opplyste om et tyvetalls konflikter).

To av sakene som er behandlet i nasjonal tvistenemd gjelder i stor grad tolkning av avtaleteksten (Sak nr. 4/2013 – Hdir sak 13/2822; Sak nr. 13/2014 – Hdir sak 14/3684). I sak én er tvisten om begrepet «et døgn». Det følger av partenes avtale at «betalingsplikten inntreffer fra og med det *døgnet* pasienten blir erklært utskrivningsklar», uten at dette er spesifisert nærmere. Dette blir heller ikke konkretisert i avtalen mellom partene, det står der at varsel *normalt* skal gis mellom kl. 08.00 og 14.00. Når partene skal benytte avtalen i praksis oppstår uenigheten om når et døgn begynner og starter, et element som muligens var klart da partene forhandlet frem avtalen.

I den andre saken mener kommunen at helseforetaket ikke *i tilstrekkelig grad* har involvert kommunen, brukere og pasienter ved omorganisering av sitt tilbud. I avtalen står det at «partene skal orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter» og at «partene skal holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet». Som det fremkommer av nemdas avgjørelse er det i avtalen benyttet vage begrep, begrep som ikke stiller krav til hvordan den konkrete involveringen skal foregå.

To tvister som omhandler kommunens betalingsplikt når sykehuset ikke sørger for epikrise/utskrivningsrapport kan illustrere hvor viktig det er at avtalene forplikter begge parter (Sak nr. 5/2013 – Hdir sak 13/2830; Sak nr. 7/2013 – Hdir sak 13/4936). I den første saken var det omstridt om epikrise/utskrivningsrapport skulle foreligge ved varsel om utskriving (jf. partenes avtale)

eller ved selve utskrivningen (jf. forskriften) og om mangelfull dokumentasjon fraskrev kommunen betalingsplikten. I den andre tvisten ble mangelfull medisinsk informasjon sendt feil instans for sent. Disse tvistene fikk ulikt utfall. I begge tilfeller følger det av forskriften at «epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging» (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, 2011 § 12). Det står imidlertid ikke i forskriften hva som kan være konsekvensene om det ikke blir gjort (vi ser her bort fra feilbehandling av pasienten). Den første kommunen måtte derfor betale for å ha pasienten fortsatt på sykehus, den andre kommunen hadde sikret seg mot dette da det i avtalen var innfelt at betalingsplikten bortfaller dersom sykehuset ikke følger sin del av avtalen. Muligens anså den første kommunen seg som sikret ettersom det i avtalen sto hva helseforetakets plikt innebar. Konsekvensene av avtalebrudd var imidlertid ikke avtalt. I dette tilfellet hadde de to partene ulik oppfatning av hva avtalen innebærer – et ufravikelig krav eller et ideelt mål. I sakens anføringer fra helseforetaket står det at bestemmelsen om at utskrivningsrapporten skal inkludere fullstendig legemiddelliste er uttrykk for et *ideelt* mål.

Et annet gjennomgangstema blant sakene behandlet av nasjonal tvisteløsningsnemnd, er tvistene rundt kommunens betalingsplikt når pasienter blir liggende på sykehuset etter at de er meldt utskrivningsklare. I to av disse tvistene mente legen at pasientene var ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, noe kommunene motstred (Sak nr. 10/2013 – Hdir sak 13/5043; Sak nr. 11/2013 – Hdir sak 13/5574). Det står i Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011) §9 at «en pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten». Dette er også påpekt i avgjørelsene fra tvisteløsningsnemnda; sykehuset sitter med bestemmelsesretten i forhold til når deres ansvar avsluttes og kommunens begynner. Kommunen har ikke uttalelsesrett i så henseende. Ifølge avgjørelsene i tvistenemnda hadde kommunene ikke rett i sine motsigelser, men at det heller var manglende ressurser i kommunen som var årsaken til at de ikke kunne motta pasientene. I begge tilfellene tilsvarer «ressurser» kunnskap blant personale og nødvendig pleie- og medisinsk utstyr. I den ene saken anfører riktignok tvisteløsningsnemnda at partene kan avtale at nødvendig utstyr skal være en forutsetning for å kunne erklære en pasient

utskrivningsklar, men dette var ikke gjort i dette tilfellet. Begge sakene er eksempler på at partene ikke har inkludert tilstrekkelige forbehold i avtaleverket, forbehold som på ingen måte innskrenker kommunenes ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter, men som kan innskrenke betalingsplikten i særdeles ressurskrevende tilfeller.

Vi tar nå for oss delavtale 5, retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter, og studerer denne avtalen for opptaksområde 0 (ingen rapporterte konflikter) og opptaksområde 20 (cirka 20 rapporterte konflikter). Avtaleverket i område 0 er organisert som en overordnet samarbeidsavtale med delavtalene som vedlagte retningslinjer. I tillegg finnes vedlagte rutiner. Retningslinje 5 er fra 2014 og er på fire sider med vedlagte rutiner på én side. I område 20 er avtaleverket organisert som separate delavtaler. Avtale 5 er fra 2012 og er på elleve sider. Avtalen inneholder også deler av det andre opptaksområder har tillagt avtale 2<sup>4</sup>. Ettersom avtale 5 er et selvstendig dokument i område 20 har de inkludert punktene «parter» og «bakgrunn» i begynnelsen av avtalen.

Delavtale 5 og retningslinje 5 har samme formål i de to opptaksområdene, nemlig å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, og å unngå feil og uheldige hendelser. Avtalene i begge helseforetak sikter også mot å sikre god informasjonsflyt mellom behandlingsnivåene og samhandling slik at pasientene mottar koordinerte tjenester på beste effektive omsorgsnivå. Avtalen i opptaksområde 0 omtaler i tillegg et mål om å «Sikre enighet om definisjon for utskrivningsklar pasient og kommunal betalingsplikt». Dette blir ikke nevnt i avtalen til opptaksområde 20. Delavtale 5 i opptaksområde 20 omtaler på sin side et mål om å «klargjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og helseforetaket ved innleggelse i sykehus». Opptaksområde 20 legger altså større vekt på klargjøring av ansvarsforholdene ved innleggelse i sin formålsformulering mens opptaksområde 0 vektlegger definisjonen av betalingsplikten ved utskriving.

---

<sup>4</sup> Avtale 2: Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

I avsnittet om betalingsplikt slår avtalen til opptaksområde 0 fast at:

Kommunene skal betale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i [HF] i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Betalingsplikten gjelder til enhver tid de pasientgrupper som i lov eller forskrift er beskrevet til å være omfattet av denne plikten.

Opptaksområde 20 derimot starter, under overskriften Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, med å skrive:

Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk Pasientregister (...) Faktura for betaling utskrivningsklar pasient utstedes av det regionale helseforetaket. Kommunene ønsker månedlig fakturering, og 30 dagers betalingsforfall. Kommunene ønsker et relevant grunnlag for å gjennomgå fakturagrunnlag (...). Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §§ 9 - 10 er oppfylt.

Begge opptaksområdene har tatt utgangspunkt i Forskrift om utskrivningsklare pasienter når de omtaler vilkårene for at en pasient er utskrivningsklar. Begge opptaksområdene har også detaljerte rutiner for varslene som skal sendes mellom helseforetak og kommune om innlagte pasienter med antatt behov om kommunal oppfølging og kommunens svarfrister. Område 0 har samlet disse rutinene under overskriften «Følgende meldingsrutiner om utskrivningsklar pasient gjelder dersom betalingsplikten skal inntre». Område 20 har beskrevet rutinene under flere overskrifter. Rutinene er delt i to deler: «Varsel til kommunen om innlagt pasient» og «Rutiner for samhandling ved utskrivning fra sykehus». Disse to overskrifter er igjen delt i «Helseforetakets ansvar og oppgaver» og «Kommunens ansvar og oppgaver». Denne oppdelingen bidrar til at avtalen blir lite oversiktlig, kanskje særlig for profesjonsutøvere, ettersom det er nødvendig å bla frem og tilbake for å få tilstrekkelig oversikt over rutinene. I tillegg har opptaksområde 20 to vedlegg til avtalen som spesifiserer avvik. Et vedlegg er et meldingsskjema for avvik, mens det andre vedlegget beskriver «Rutine – melding og håndtering av avvik mellom kommunene og [HF]».



Selv om oppsettet til disse rutinene for meldinger mellom helseforetaket og kommunene er forskjellig, inneholder avtalene til begge opptaksområder krav til varselet. Sykehuset skal varsle kommunen innen 24 timer om innlagt pasient med antatt behov for kommunale tjenester ved utskriving. De skal også varsle dersom behovet endres. Kommunene skal bekrefte mottakelse av varselet så snart som mulig. Når en pasient er utskrivningsklar skal kommunen varsles.

Område 20 har her mer detaljerte rutiner enn område 0. Sykehuset skal varsle kommunen på skjemaet «Varsel om utskrivningsklar pasient», redegjøre for sine vurderinger og varsle kommunen, normalt sett mellom kl. 08.00 og 14.00. Kommunen skal straks bekrefte om de kan ta imot pasienten. Sykehuset kan overføre utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart. Viktigheten av varsel om utskrivningsklar pasient er vektlagt.

Område 0 har en mindre utfyllende avtale. Melding om antatt utskrivningsklar dato for pasient skal formidles via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger, og kan sendes gjennom hele døgnet, inkl. helge- og høytidsdager. Videre beskriver avtalen at betalingsplikten inntreer samme eller neste dag avhengig av om meldingen ble sendt fra helseforetaket før eller etter kl. 12.00.

Avtalene har også ulik omtale av hva som skjer om en kommune ikke kan ta imot en utskrivningsklar pasient. I avtalen til opptaksområde 0 står det at «uavhengig av betalingsplikten skal kommunene ta imot utskrivningsklare pasienter så raskt som mulig» og at helseforetaket «er forpliktet, mot betaling fra kommunen, til å gi et tilbud til pasienten i påvente av at kommunen finner et forsvarlig tilbud». Dermed er det gjort klart at dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten kan den bli værende på sykehuset, men betalingsplikten inntreer. Dette kommer ikke klart frem i avtalen til område 20, hvor det står:

Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen skal informere kontaktperson i behandlende enhet ved sykehuset om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving.

Omtale av at betalingsplikten inntreer når kommunen ikke kan ta imot en utskrivningsklar pasient, kommer først to sider senere i denne avtalen.

Avtalene til begge opptaksområdene inneholder en beskrivelse av at epikrise eller tilsvarende informasjon sendes til helsepersonell som trenger det eller følger pasienten ved utskriving. Område 20 har utfyllende bestemmelser blant annet om hvilke opplysninger som kan ettersendes. I område 0 er dette inkludert under punktet vilkår for om en pasient er utskrivningsklar, ikke under rutiner som må følges for at betalingsplikten skal inntre. I område 20 derimot fremkommer det at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter bortfaller dersom visse punkter ikke er oppfylt, herunder punktet om at epikrise eller tilsvarende skal følge pasienten.

Avtalene i opptaksområde 0 og opptaksområde 20 inneholder de samme elementene, rutiner og regler. Område 20 har imidlertid inkludert flere forbehold og kommunene er bedre sikret dersom helseforetaket ikke følger opp sitt ansvar om epikrise og liknende ved utskriving av pasienten. Formen til denne avtalen er imidlertid mer komplisert. Avtalen slår fast at ved uenighet om vilkårene for om pasienten er utskrivningsklar inntreer ikke betalingsplikten før uenigheten er løst gjennom lokal eller nasjonal tvisteløsningsnemnd, og avtalen til dette opptaksområdet inkluderer to vedlegg om avvik til avtalen. Område 0 har en enklere og mer konsis avtale som inneholder blant annet et oversiktlig vedlegg til avtalen som på en side beskriver prosedyre for utskriving av pasienter. Rutinene i område 20 vektlegger i større grad varsel om utskrivningsklar pasient, mens område 0 i større grad fokuserer på å holde kommunene oppdatert om forventet utskriving ettersom 24-timers varselet med eventuelle påfølgende endringer er viktig. Opptaksområde 0 ser ut til å legge mer vekt på dialog underveis i pasientforløpet, mens område 20 vektlegger avviksmeldinger.

## 4.5 Oppsummering

Studien viser at det er få saker som legges fram for den nasjonale tvisteløsningsnemda. Ved utgangen av 2014 var kun 13 saker meldt inn til nemda. Alle avgjørelsene fattet av nemda handler om grensesnittet mellom kommunenes og helseforetakets ansvar. Samtlige opptaksområder har omtalt prosedyrer for tvisteløsning i sine overordnede samarbeidsavtaler. Informantene fra helseforetakene rapporterer om noen konflikter som ikke har blitt meldt inn til det nasjonale tvisteløsningsnemda. Ved ni av 19 helseforetak antyder

informantene at det har vært fra én til seks tvister. Informantene fra helseforetakene la vekt på at dette ikke var «tvister», men heller avvik og uønskede hendelser som til dels er knyttet til «oppstartsproblemer» i forbindelse med de nye samarbeidsavtalene. Et par av helseforetakene understreker at antall konflikter er synkende. Så langt er temaet utskrivingsklare pasienter, som omhandler overgangen mellom tjenestenivåene, den største kilden til uenighet. Det er mulig at samarbeidet kan bedres over tid etter hvert som avtalene både blir bedre forankret i organisasjonene, og formuleringer som gir rom for fortolkning blir avklart og klargjort i reviderte avtaler og prosedyrer. Et avgjørende spørsmål er hvorvidt avtalene vil bli forankret i, og bedre samarbeidet i selve tjenesteapparatet.

Informantene fra både helseforetakene og kommunene antyder at terskelen for å bringe en sak opp i den nasjonale tvisteløsningsnemda er relativt høy da prosessen er meget arbeidskrevende. Noen saker er imidlertid bragt videre av prinsipielle hensyn. Uenighet og avvik har i noen grad ført til revidering av avtalene, andre fokuserer heller på å gjøre eksisterende rutiner kjent i organisasjonen. At det er mange parter å forholde seg til ved avtaleinngåelse (helseforetaket og alle kommunene) og enda flere som skal sette seg inn i avtaleverket og benytte dette i sitt daglige virke, er argumenter som taler for kontinuitet i prosedyrene. Samtidig understreker dette også viktigheten av klare, utvetydige formuleringer og prosedyrer.

I vår gjennomgang av avtaleverket finner vi variasjoner mellom opptaksområdene i hvilken grad rutiner og prosedyrer er inkludert i samarbeidsavtalene, eller om avtalene er utformet på et mer overordnet nivå. Sakene fra tvisteløsningsnemda kan ha sammenheng med at avtalene til de involverte opptaksområdene er vage og/eller på et overordnet nivå. Avtalene er i henhold til sentrale føringer. En konklusjon fra vår studie er at det i større grad bør gjøres presise formuleringer uten rom for fortolkning for å unngå tvister, uklare eksempler er *et døgn* og *i tilstrekkelig grad*. Konsekvenser av avtalebrudd må fremkomme tydelig i avtalene, og partene må være enige om hvorvidt avtaleteksten er et ufravikelig krav (forpliktende avtale) eller et ideelt mål (intensjon).

Som et siste steg i dette kapitlet, tok vi derfor utgangspunkt i delavtale 5 for to case-opptaksområder. Her viste det seg at område 20 (med cirka 20

rapporterte konflikter) hadde tatt flest forbehold for å sikre kommunene på en best mulig måte. Område 0 (med 0 rapporterte konflikter) hadde den minst detaljerte, men samtidig mer oversiktlige, avtalen. En mulig forklaring er at avtalen i område 20 er utarbeidet på et organisasjonsnivå som ikke nødvendigvis inkluderer noen av de som skal benytte avtalen som et arbeidsredskap. En annen undersøkelse har også funnet at «når rutinebeskrivelsene og prosedyrer inkluderes i avtalene, blir avtaleteksten for lang og det oppleves som vanskelig å identifisere de formuleringene som beskriver ansvars- og oppgavefordelingen» (Deloitte, 2014, p. 45). Dette kan ha bidratt til en begrenset forankring av avtalene på de rette nivåene i organisasjonene. Område 0 og tilhørende kommuner har samarbeidet over lang tid og hadde samarbeidsavtaler forut for samhandlingsreformen.<sup>5</sup> Muligens er avtalene i dette området inngått i et klima av samarbeid der fleksibilitet er understreket. Dermed kan forventningene om uenighet ha vært ulik i de to opptaksområdene i utgangspunktet, og dette speiles i avtalene. En annen forklaring kan imidlertid være at detaljene i avtaleverket stiller kommunene i stand til å komme med konkrete innsigelser.

---

<sup>5</sup> Kommer fram gjennom intervjuene i kapittel 5.

## 5 Opplevelse av samarbeid og oppgavefordeling

En ny kommunerolle og spesialisering av spesialisthelsetjenesten fordrer samarbeid både om oppgavefordeling og kompetanseoverføring, to av hovedelementene i avtaleverket. I dette kapitlet rapporterer vi resultatene fra case-studien som ble gjennomført i februar 2015 og inkluderer fire kommuner fra to opptaksområder. To kommuner er fra det opptaksområdet hvor informanten fra helseforetaket ikke rapporterte om noen konflikter (område 0 i kapittel 4). De to andre kommunene er fra opptaksområdet hvor informanten fra helseforetaket rapporterte om cirka 20 konflikter (område 20 i kapittel 4). Innenfor hvert opptaksområdet valgte vi en mellomstor (mellom 25 000 og 80 000 innbyggere) og en liten (mindre enn 6 000 innbyggere) kommune. I tillegg ble det gjennomført et telefonintervju med en rådgiver på et koordineringskontor i et tredje opptaksområde. Totalt er det dermed gjort fem intervjuer hvorav fire er med representanter for enkeltkommuner og ett er med en representant for et kommunesamarbeid. I en av kommunene hadde de samlet fem sentrale personer som svarte på spørsmålene innen hver sine kompetanseområder. Se for øvrig avsnitt 2.3 i kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av metoden. Casestudien i disse fire kommunene fra to opptaksområder og et kommunesamarbeid, gir eksempler på hvordan nøkkelinformanter tenker omkring samarbeidet og oppgavefordelingen mellom kommunen og helseforetak i forlengelse av samhandlingsreformen. Resultatene kan ikke uten videre generaliseres til alle landets opptaksområder eller kommuner.

### 5.1 Samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene

Samarbeid er nøkkelen til å lykkes med de fem grepene tatt ved innføringen av samhandlingsreformen som ble beskrevet innledningsvis i kapittel 1. En av målsettingene med de lovpålagte samarbeidsavtalene er at de skal bidra til å rette opp asymmetrien mellom kommuner og helseforetak med hensyn til definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft (Kirchhoff mfl., 2014). Vi har i intervjuundersøkelsen undersøkt opplevelsen av samarbeid og likeverd ved å stille følgende spørsmål:

- Forut for samhandlingsreformen, hvordan vil du karakterisere samarbeidet med HF og de andre kommunene som har avtale med samme helseforetak? Endret samarbeidet seg ved starten av samhandlingsreformen?
- Hva vil du si er den største utfordringen i samarbeidet med sykehuset?
- Hva skjer ved uenighet? Der det er konflikter, er det om avtaler på overordnet nivå eller om detaljplaner/rutiner? Klarer man å overholde at konflikter skal løses på så lavt nivå som mulig?
- Vil du si at dere er likeverdige parter? Har dere lik makt til å legge premissene for samarbeidet? Hva skal til for å sikre likeverdighet mellom partene?
- Hva ville være annerledes om dere fikk bestemme?

Samtlige informanter fra pleie- og omsorgstjenesten i kommunen påpeker at det er et utstrakt samarbeid og dialog med helseforetaket. En kommuneinformant sier følgende til tross for beskrivelser av til dels opphetede diskusjoner med sykehuset:

Stort sett skal jeg si at vi har et bra samarbeid med sykehuset. Det er jo dialog, og vi har ikke så store konflikter at alt skjærer seg og går ad undas, det gjør det absolutt ikke (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0).

Alle informantene fra de fire kommunene svarer at sett fra deres ståsted, var samarbeidet med både helseforetaket og de andre kommunene forut for samhandlingsreformen bra. Informanten fra kommunesamarbeidet opplyser derimot at det var lite samarbeid kommunene imellom om helsetjenester og i forhold til sykehus og generelt før reformen.

Informanter fra tre av de fire kommunene opplever ikke at samarbeidet endret seg vesentlig da reformen trådte i kraft, men to informanter vektlegger at samarbeidet i større grad ble formalisert. Formaliseringen innebærer blant annet en tydeligere arbeidsdeling mellom forvaltningsnivåene, noe som blant annet skisseres av svaret til en av informantene:

Når man har formalisert en avtale er det lettere for alle å vite hvem som skal gjøre hva for eksempel og hvordan vi skal forholde oss til det samarbeidet (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0).

En informant fra en kommune i opptaksområde 20 som antydte et godt samarbeid med helseforetaket forut for samhandlingsreformen, forteller at det ved avtaleinngåelsen ble startet et «forhandlingsregime mellom kommunene og helseforetaket» (helse- og sosialsjef mellomstor kommune område 20). Utsagnet blir bekreftet av informanten i den andre kommunen fra samme opptaksområde.

Et annet spørsmål som kan belyse samarbeidsklimaet, er konfliktnivået og hvordan uenighet blir løst. En informant fra en liten kommune i område 20, sier følgende:

Ja, jeg holdt på å si da hadde vi vel måttet skrive avvik, men det har vi heller ikke gjort mot sykehuset siden vi begynte (leder plo liten kommune område 20).

Informanten understreker at kommunen er opptatt av å holde kontakten med sykehuset og ha en åpen dialog. En informant fra en annen kommune (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0) gir et eksempel på en sak der kommunen og sykehuset var uenige i det kommunale tilbudet etter utskriving. Lederen opplyser at hun drøftet saken med samhandlingsjefen på sykehuset, og det var utstrakt dialog før partene kom til enighet. Hun mener at noe av årsaken til uenighetene er manglende tillit og kunnskap om det kommunale tilbudet: «Jeg tenker vel da at sykehuset ikke helt stoler på kommunene» (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0). Også informanter fra de to resterende kommunene melder om diskusjoner med sykehuset og at det kan «gå litt varmt i perioder» (leder omsorgskontoret mellomstor kommune område 20).

På spørsmål om eventuell uenighet eller konflikter oppstår på overordnet nivå eller gjelder detaljplaner og rutiner, kommer det tydelig fram at det er på det nederste nivået, der samhandlingen skjer daglig. For eksempel blir innføringen av elektroniske samhandlingssystem trukket frem som en faktor som i stor grad letter dette arbeidet. Det blir også nevnt at sykehusets kunnskap om for eksempel tilgangen på apotek i kommunen, er viktig for å sikre et godt pasientforløp. Som en informant sier:

Som regel er det sånn at om de får innlagt en, så har vi kontakt med sykehuset og om det det er noe sånn spesielt, for de vet jo og at vi er en liten kommune, de vet at vi har ikke apotek for eksempel og de vet at etter kl. 4 er det vanskelig her, spesielt i helgene og sanne ting. Det her er de så klar over nå (leder plo liten kommune område 20).

Samme informant tar opp hvilke mekanismer som fremmer og hindrer samarbeid mellom partene i intervjuet når hun snakker om nabokommunene som benytter samme sykehus:

Også tenker jeg på dette, vi har snakket mye om og er stadig i kontakt med kommunene rundt her og jeg føler at de har en mye mere negativt å si om sykehuset enn hva vi har. Jeg vet ikke hvorfor, om det er at vi ikke har hatt samme problemstillingene som de, og vi har jo bestandig, vi har aldri hatt venteliste her ikke sant, vi tar imot alle pasientene våre. (...) Jeg har mange ganger lurt på hvorfor, men det er klart at de andre kommunene, når de har det helt fullt og ikke kan ta imot pasienter, det er klart de prøver det de kan for å ha dem lengst mulig på sykehuset. Og det kan oppstå problematikk i forhold til det. Det er bare en tanke i tiden, det er ikke noe sikkert. Jeg vet at vi ikke har de problemene i hvert fall (leder plo liten kommune område 20).

Ingen av informantene svarer at betalingen for utskrivningsklare pasienter i og for seg er et problem, hovedutfordringene for kommunene er at tempoet øker og tiden fra innskrivning til utskrivning blir kortere, samtidig med forventningen om at kommunen tar imot pasientene umiddelbart. Dette illustreres av svaret til informantene fra kommunesamarbeidet:

Den største utfordringen for kommunene er at sykehuset hiver ut pasientene raskere og de er dårligere, det er den største utfordringen for kommunene. De får flere og dårligere pasienter og må ta unna fortere. Det er jo sykehuset pålagt og det er kommunene pålagt, men så klart det er den store utfordringen for kommunen (rådgiver i kommunesamarbeid).

Samme informant påpeker også at det kan hende at helseforetaket «pusher dette lenger enn de trenger», noe som i tur påvirker samhandlingen mellom partene og kan skape misnøye.



Også andre informanter nevner det økte tempoet:

Det er vel ikke alltid gehør for det vi faktisk må ha på plass før vedkommende kan komme hjem» og «Ting skal tilrettelegges med en gang, det er ikke rom for å vente. Det var jo mulig tidligere, men er ikke mulig lenger. Det er pågang av pasienter hele tiden (virksomhetsleder plo liten kommune område 0).

Dette stiller krav til kommunenes tjenester, de skal hele tiden være parat til å ta imot pasienter. En av informantene påpeker forskjellene mellom helseforetaket og kommunene når det gjelder å kalibrere tjenesteomfanget i kommunen til svingningene i behov.

Det er jo sånn at sykehuset opererer med øyeblikkelig hjelp og de tar jo inn folk. Er folk syke så kommer de jo inn, og blir liggende i korridorseng mange ganger, hvert fall er det sånn [her]. Vi har jo korttidsplasser i kommunen, men vi har jo ikke korridorpasienter i sykehjemmene våre og det betyr jo at er det fullt så er det fullt. Jeg opplever ikke at de fra sykehuset skjønner at er det ikke plass så er det rett og slett ikke plass (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0).

Informantene fra de to små kommunene i vår casestudie understreker imidlertid at problemet ikke er relatert til at pasienter blir liggende på sykehuset. Begge de små kommunene sier de har god kapasitet på korttidsplassene i kommunen, og den ene kommunen har i tillegg tilgang til senger i et interkommunalt medisinsk senter.

På spørsmålet om hva som ville vært annerledes om de fikk bestemme svarer informantene fra alle fire kommunene at de ønsker at tempoet ble skrudd noe ned. En informant fra en kommune sammenfatter det slik:

Det er de dilemmaene vi er oppe i hvor vi skulle ønske at pasienten kunne få vært noen dager til på sykehuset. (...) Det er klart at det at ting skal gå veldig fort er ikke alltid til beste for pasientene. Nå har vi mange eldre pasienter og eldre pasienter trenger faktisk litt lenger tid enn yngre, det vet jo alle. Så det synes jeg det skulle vært tatt mer høyde for, men samtidig ser vi at mange av de eldre som blir lagt inn i sykehus blir veldig forvirret slik at når de kommer tilbake til kommunen, hjem eller i korttidsopphold så greier vi å tilrettelegge slik at pasientene får

det mye bedre. De kommer til kjente omgivelser og det er mer som er trygt og gjenkjennelig. Jeg synes det er helt riktig som vi gjør det, men det er noen ganger vi mangler ressurser og fagkompetanse til de store oppgavene det forventes at vi skal greie å løse, men sånn i det daglige så går det greit (virksomhetsleder plo liten kommune område 0).

Svaret peker både på at pasientene skal flyttes hurtig fra det ene nivået til det andre og at behov skal avklares raskt, som er en utfordring for både små og store kommuner. I tillegg illustrerer svaret kommunens behov for å besitte nødvendig fagkompetanse for å kunne tilby gode og forsvarlige tjenester. Her får de støtte av informanten fra den andre lille kommunen som understreker problemene med å ha nødvendig fagkompetanse under ferieavvikling og på helligdager når det ikke er sykepleiere på vakt, men hjelpepleiere i ansvarsvakt. Denne informanten ønsker at kommunen skulle ha mulighet for å ikke ta imot utskrivingsklare pasienter:

Da ville jeg hatt det sånn at vi av og til kan si at nei, dette tar vi ikke imot nå, for vi har ikke kompetanse på plass (leder plo liten kommune område 20).

Fokuset på de utskrivningsklare pasientene kan gå ut over andre pasienter og brukergrupper, noe som antydes av flere informanter. På spørsmål om man ville prioritert annerledes dersom kostnaden for overliggere ble fjernet, svarer en informant fra en mellomstor kommune:

Ja det kan man vel si, man ville prioritert annerledes ved inntaket i korttidsopphold. Man kunne i større grad prioritert folk hjemmefra slik at man kunne unngått at de ble lagt inn i sykehus og at de som er i sykehus kanskje kunne fått ligge lenger, men det er jo en balanse-gang. Jeg tenker jo at av og til kunne det vært lurt at folk kunne blitt litt lenger i sykehus og blitt litt bedre utredet (leder omsorgskontoret mellomstor kommune område 20).

Informanten fra den andre mellomstore kommunen påpeker at dersom de ikke hadde fått det med i avtalen at utskrivning av pasienter skal skje på dagtid, «må vi ha noen som sitter 24 timer i døgnet og følger med. Vi ser jo at mange meldinger kommer sent på kveld og natt» (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0).

Informantene svarer nokså forskjellige på spørsmålet om partene generelt sett oppleves som likestilte i samarbeidet. Svarene inkluderer alt fra «nei», «ja, i det vesentlige», til «ja, vi er ganske likeverdige». En informant fra en kommune i opptaksområdet 20 anga at samarbeidet «har blitt mye bedre og det er mye mer kommunikasjon mellom oss nå» (leder plo liten kommune område 20). Informanten fra kommunesamarbeidet påpeker at sykehusets definisjonsmakt på når en pasient er utskrivningsklar, innebærer en styrkeforskjell som gir sykehuset mer myndighet (rådgiver i kommunesamarbeid). Denne informanten understreker videre at de som sitter i arbeidsutvalg og representerer de samarbeidende kommunene, absolutt opplever at partene er likeverdige og samarbeider godt. Han opplyser at det imidlertid er noe forskjell mellom områdene i opptaksområdet til helseforetaket de tilhører grunnet tidligere hendelser. Tidligere uenighet farger samarbeidet de har i dag. Ifølge informanten har samarbeidet han hører til et godt forhold til sykehuset «fordi vi snakker veldig tett og godt med dem hele tiden».

På spørsmålet om hvordan man kan sikre likeverd mellom partene, svarer denne informanten:

Jeg tror at det som skal til er den type samarbeid som vi driver med, fordi likeverd kan ikke forlanges eller lovpålegges, det må skapes. Vil du ha respekt så må du, ja holdt på å si ta respekt da, det er jo bare snakk om å gjøre seg fortjent til det eller gjøre noe med det. Ikke klage på at man ikke har det. Så det tror jeg er av de lureste tingene man kan gjøre. Også pålegge kommunene veiledningsplikt overfor sykehuset (rådgiver i kommunesamarbeid).

En informant fra en mellomstor kommune i område 20 mener likeverd kan sikres lettere ved kommunesammenslåing: «flere store kommuner er en fordel for regionen» (kommuneoverlege mellomstor kommune område 20). Hans kollega i samme kommune mener at interkommunalt samarbeid på dette området er svært krevende:

Vi har interkommunalt samarbeid på flere områder når det gjelder velferdstjenester i kommunen og det er meget krevende. Vi ser frem til en avklaring på kommunereformen (...) at ved å få større enheter og større kommuner, kan man si at det er de her kommunene som skal ivareta tjenester som kommuner. Så kan det være kanskje noen få ting

man kan samarbeide om, interkommunalt samarbeid. Per i dag er det gjerne situasjonen at vi stort sett klarer å gi tjenester, altså vi er så store (...) men det er klart at kommunene rundt oss som er små sliter jo med ressursene (helse- og sosialsjef mellomstor kommune område 20).

En informant fra nettopp en av de små kommunene i samme opptaksområde, deler imidlertid ikke dette synet og sier: «Jeg tror vi har det bedre som liten kommune» (leder plo liten kommune område 20).

## 5.2 Erfaringer med oppgavefordeling og kompetanseoverføring

Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede veksten i behovet i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Oppgaver som ikke *må* utføres i spesialisthelsetjenesten skal derfor flyttes til kommunene slik at den kommunale helse- og omsorgstjenesten utvides og spesialisthelsetjenesten kan spesialiseres ytterligere. Spesialisthelsetjenestens ansvarsområde er avgrenset i lovverket, mens kommunene er pålagt å «sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (...) Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det betyr i praksis at kommunene skal utføre de helse- og omsorgsoppgavene som ikke lovmessig er tillagt andre organ. Det er lovfestet at spesialisthelsetjenesten er ansvarlige for kompetanseoverføring til kommunene (blant annet i spesialisthelsetjenesteloven §6-3). Oppgaver skal ikke overføres før kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å overta dem. Samarbeidsavtalene er et redskap som skal bidra til en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling i grenseflatene mellom forvaltningsnivåene.

Følgende innledende spørsmål står sentrale i denne delen av telefonintervjuet:

- Når en pasient er utskrivningsklar og trenger kommunale tjenester etter utskrivning – hvordan er kompetanseoverføringen fra sykehus til kommune?
- Hender det at kommunen føler avmakt når det gjelder oppgavene de er tillagt?

En informant fra en mellomstor kommune i opptaksområde 0 fremhevet situasjoner der sykehuset har gitt pasienten forventninger om et kommunalt tilbud kommunen ikke vil eller kan gi vedkommende etter utskriving (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0). Informanten understreker at det er nedfelt i samarbeidsavtalen at det er lege i spesialisthelsetjenesten som avgjør når en pasient er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og at det er kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal ytes etter utskriving.

Det som er vanskelig er når behandlende lege på sykehuset, og slik må det være jeg skjønner det, setter en utskrivningsklar dato og det er de som legger premissene på hvilken type tjenester hver enkelt pasient kan få i etterkant av sykehusoppholdet. Det er nedfelt i avtalen at det er kommunen som avgjør hvilken type tjeneste som skal tilbys etter et sykehusopphold, men vi har mange diskusjoner rundt det. (...) De lover ofte pasientene tjenester vi ikke alltid kan eller mener vi skal innvilge. Men jeg kan ikke si at de står og lover 100%, men veldig veldig ofte sier til pasienter at du kan ikke rett hjem, du må i et korttidsopphold (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0).

Informanten understreker at dette vanskeliggjør samarbeidet med sykehuset ettersom det fører til flere diskusjoner, men kanskje like viktig gjør denne situasjonen noe med pasientenes tillit til den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

Det som er en utfordring for oss er hvis en lege har stått ved sengen til pasienten og sagt at du må i et korttidsopphold og så kommer vi i etterkant og sier du kan hjem, du skal få hjemmesykepleie, så er det vanskelig i forhold til den tilliten som den pasienten har til hjelpeapparatet. (...) For fremdeles er det jo sånn at behandlende lege kanskje har en sterkere stemme inn i det her. Vi har jo andre vurderinger. Vi er opptatt av kan du gå på toalettet selv, får du tatt deg mat selv, hvordan får du tatt medisinerne dine, hva slags nettverk har du, trenger du hjelpemidler. Vi er jo opptatt av den type ting (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstor kommune område 0).

Informanten legger til at kommunen undersøker om tilbudet de vil gi vedkommende er forsvarlig, men at vektlegging av ulike faktorer også gir ulikt

resultat når det kommer til anbefalingene fra henholdsvis kommunen og sykehuset. Hun får støtte fra informanten fra kommunesamarbeidet:

[HF] har et pasientforløp som er fra innskriving til utskriving og forholder seg på en måte til biter av en pasient, kommunen forholder seg til personen og livet og alt rundt. Det er helt klart at en pasient kan skrives ut fra [HF] som ikke mulig å reparere og så er de ferdig, men kommunen har ansvaret uansett, det er en stor rolleforskjell og den gjør seg mest gjeldende i at spesialisthelsetjenesten har høyere status en kommunehelsetjenesten (rådgiver i kommunesamarbeid).

En informant fra en mellomstor kommune i opptaksområdet 20 uttrykker et ønske om større gehør fra helseforetaket når det gjelder utføring av oppgaver kommunen ikke har kunnskap for å utføre. Informanten påpeker vanskeligheter med å få til et godt pasientforløp grunnet det de betegner som «en meget firkantet holdning» fra sykehuset når det gjelder hvilke pasienter som for eksempel må innom legevakt før de kan behandles i spesialisthelsetjenesten (kommuneoverlege mellomstor kommune område 20). Informanten kommer med et konkret eksempel på en pasient som måtte innom legevakten før sykehuset tok imot, noe som fra kommunens ståsted var unødvendig.

På spørsmålet om hvordan kommuneinformantene opplever kompetanseoverføring fra helseforetaket til kommunene, svarer tre informantene at det aldri er noe problem å få kompetanseheving og opplæring fra sykehuset:

Ja på den måten er det veldig greit, for om det er noe som går på opplæring, direkte på kompetanse på noe, er det sånn at vi kan sende sykepleierne våre på sykehuset på opplæring (...). Så vi har veldig god hospiteringsavtale med dem. Vi har aldri fått nei om vi har sagt at nå må vi få sende et par sykepleiere på opplæring (leder plo liten kommune område 20).

Alle informantene fra disse tre kommunene oppgir «kort vei til sykehusets kompetanse» og «utstrakt dialog» som viktigste grunner for at de ikke opplever problemer med kompetanseoverføringen:

Som regel er det sånn at om de får noen innlagt, så har vi kontakt med sykehuset (...) nå tar de veldig fort kontakt med oss og spør om vi har den kompetansen som trengs, for nå har vi sånn og sånn

pasient. Vi har aldri hatt noe overligg på sykehuset, så det har gått veldig greit. Veldig åpen kommunikasjon på det området så det har vært helt uproblematisk for oss (leder plo liten kommune område 20).

Informanten fra den fjerde kommunen påpeker på sin side forskjellene i fokus mellom kommune og sykehus. Denne informanten etterlyser derfor en kompetanseheving i sykehuset som bidrar til økt kunnskap om kommunale tjenestene og hva som kan gis av tjenester i hjemmet. På denne måten vil en, ifølge informanten, i større grad unngå å skape motstridende forventninger hos pasientene. Informanten understreker at det bare er helseforetaket som legger føringer på kommunen:

Vi har aldri noen mulighet til å si 'men i all verden hvorfor ligger denne pasienten på denne avdelingen? Han burde jo hatt den kompetansen eller den kompetansen eller behandlet for det eller det'. Vi gjør jo aldri det (avdelingsleder tildelingskontoret mellomstore kommune område 0).

Også informanten fra kommunesamarbeidet påpeker behovet for mer kompetanse om kommunens helse- og omsorgstjeneste i sykehuset:

[HF] er jo også pålagt en veiledningsplikt, det er ikke nevnt et ord om det fra kommunenes side, det sier jo på en måte at det lovmessig er en lillebror og en storebror (rådgiver i kommunesamarbeid).

Begge informantene som påpeker at sykehuset vet for lite om det kommunale tilbudet, er fra mellomstore kommuner.

Alle informantene fra de fire kommunene svarer bekreftende på spørsmålet om de opplever avmakt når det gjelder oppgavene kommunen er tillagt. Informantene har imidlertid noe forskjellige begrunnelser for svaret. Informantene fra de to små kommunene sier at de opplever avmakt i forhold til de nye oppgavene på bakgrunn av kompleksiteten i sakene. Informanten fra en liten kommune i opptaksområde 0 mener at kommunen noen ganger føler de får et for stort ansvar i forhold til hva de evner og har kompetanse på (virksomhetsleder plo liten kommune område 0). Informanten fra en liten

kommune i opptaksområde 20 påpeker kommunens evne til å omstille seg og ta utfordringene på strak arm:

Jeg kan kanskje si ja, men vi må jo bare håndtere det. Etter hvert som en blir tillagt nye oppgaver så må en jo bare finne seg i det og forberede seg på det på best mulig måte. Det som ofte er problematikk hos oss er det at vi er en bitteliten kommune med få ressurser ikke sant, sånn at 'her er det noe nytt igjen. Hvem skal ta det? Det blir vel meg den her gangen og' for det er ikke så mange å fordele ansvaret på, så på den måten kan jeg jo si at jeg kan ha kjent litt på det (leder plo liten kommune område 20).

Informanten fra en mellomstor kommune i område 20 opplever avmakt da sykehuset stadig presser flere oppgaver på kommunen. «Sykehuset er av den oppfatning at vi er tilført midler, men vi har ikke den samme opplevelsen» (omsorgssjef mellomstor kommune område 20).

Informanten fra kommunesamarbeidet påpeker hvordan de økonomiske insentivene påvirker oppgavefordelingen og behovet for kompetanse i kommunene.

Jeg har en mistanke om at vi hadde tjent på at hele helsevesenet var under en pengesekk. Eller et felles budsjett på en eller annen måte. Det er noe med at sykehuset finansierer på innsats ikke sant og kommunene er finansiert på ramme. Hvis du skal skyve behandling over i kommunene så må du ruste opp kommunene til å klare en sånn behandling (rådgiver i kommunesamarbeid).

Denne informanten mener at det av og til kan oppfattes som om sykehuset ønsker å ta over «og ta dyre fine operasjoner». Han støttes i dette av en kommuneoverlege ved en mellomstor kommune i opptaksområde 20:

Vi [har] sett mange steder en noe underlig utvikling etter samhandlingsreformen, at de har satt i gang tilbud som ikke nødvendigvis er tiltenkt spesialisthelsetjenesten.

Han mener med dette at spesialisthelsetjenesten oppretter tilbud som griper inn i primærhelsetjenestens ansvarsområde, «men som er gunstig for sykehuset å drive med når man vet hvordan sykehuset er finansiert» (kommuneoverlege mellomstor kommune område 20).



### 5.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi belyst erfaringene fra informantene i fire case-kommuner i to opptaksområder (område 0 og område 20) og et kommunesamarbeid når det gjelder samarbeid, oppgavefordeling og kompetanseoverføring mellom helseforetak og kommune. Samtlige kommuneinformanter fremhever dialog og et utstrakt samarbeid med sykehuset. Samarbeidet med både helseforetak og andre kommuner har vært bra i forkant av samhandlingsreformen og det oppfattes ikke å ha vært vesentlige endringer etter det. Det utelukker imidlertid ikke at konflikter og uenighet oppstår. To informanter fra samme opptaksområde (område 20) antyder at det ved avtaleinngåelsen ble startet et «forhandlingsregime mellom kommunene og helseforetaket» der tidligere dialog ble juridifisert.

Det er i overgangen mellom tjenestenivåer at samarbeidet kan være problematisk, men dette fremheves ikke som et utbredt problem relativt sett. Dersom konflikter oppstår er det ifølge kommuneinformantene gjerne der hvor samhandlingen skjer til det daglige og omhandler blant annet mangelfull informasjon fra sykehuset om utskrivingsklare pasienter. Selv om diskusjonene med sykehuset kan bli opphetede i perioder, er alle opptatt av å prøve å få til en dialog. Opplevelsen av å være likestilte parter er midlertid ikke entydig blant informantene. Informanten fra kommunesamarbeidet påpeker at sykehusets definisjonsmakt på hva som er en utskrivningsklar pasient, innebærer en styrkeforskjell. En tettere dialog og flere store kommuner ved kommunesammenslåing oppgis som tiltak som kan styrke kommunens likevekt.

Tre av fire kommuneinformanter angir at det aldri er noe problem å få kompetanseheving og opplæring fra sykehuset. Kort vei til sykehusets kompetanse og utstrakt dialog angis som viktigste grunner. En fjerde kommuneinformant og informanten fra kommunesamarbeidet, som begge to representerer mellomstore kommuner, påpeker at sykehuset på sin side burde ha behov for å vite mer om det kommunale tilbudet. Alle informantene opplever avmakt når det gjelder oppgavene kommunen er tillagt. Informantene fra de små kommunene begrunner dette med kompleksitet og krav til kompetanse, mens informantene fra de mellomstore kommunene vektlegger antall oppgaver sykehuset overfører til dem. Hovedutfordringen for både små og store kommuner sies å være at pasienten flyttes hurtigere enn før fra det ene nivået

til det andre, samt at pasienten er sykere ved utskrivning. Kommunene blir satt i en situasjon der hva som forventes av de kommunale tjenestene må avklares raskere. Dette er i tråd med nasjonale føringer og er målsettingen med reformen. En eventuell opplevelse av manglende likeverd og kompetanseoverføring blant kommuneinformantene, tilskrives et resultat av de nasjonale føringene heller enn en svakhet med samarbeidet innen opptaksområdet.

## 6 Diskusjon

En rekke kommuner har hatt frivillige samarbeidsavtaler med sykehus i flere år. Det nye med samhandlingsreformen er at det har blitt innført en lovfestet plikt til at helseforetak og kommuner skal inngå samarbeidsavtaler. Vi har i denne studien gjennomgått innholdet i avtalene som er forhandlet fram, sett på hvordan informanter fra fire kommuner og et kommunesamarbeid vurderer eventuelle endringer i samarbeidet etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. I dette avslutningskapitlet ønsker vi å løfte fram følgende hovedfunn:

- Sterke nasjonale føringer gir små lokale variasjoner i avtaleverket
- Samarbeidsavtalene har ikke medført vesentlige endringer i opplevd samarbeid mellom helseforetak og kommune
- Uenigheter mellom helseforetak og kommuner oppstår der samhandlingen skjer i det daglige
- Manglende gjensidighet i kompetanseoverføringen

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder (Nasjonal veileder – Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Nedenfor vil vi drøfte funnene nærmere og diskutere hvilken betydning avtaleverket så langt kan ha hatt for samarbeid, konflikt og kompetanseoverføring.

### 6.1 Små variasjoner i avtaleverket

De nasjonale føringene (lovgivning og nasjonal veileder med maler) har bidratt til en nokså ensartet praksis i struktur og innhold i avtaleverket. Føringene for standardisering er tiltenkt å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester. Lovgiver åpner imidlertid for avvik fra malen når det er formålstjenlig, og legger vekt på et relativt stort handlingsrom for lokale tilpasninger. Så langt inneholder et mindretall av avtalene en egen rubrikk for kommunespesifikke kommentarer og kun få kommuner og helseforetak har benyttet seg av denne muligheten. Våre funn antyder generelt liten variasjon *mellom*

opptaksområdene i formuleringer, i struktur og overskrifter i både overordnet avtale og delavtalene 1, 2, 3 og 5. Innen samme opptaksområde er avtalene like. En nærmere gjennomgang av innholdet til delavtale 5 viser at disse avtalene i stor grad inneholder de samme elementene og baseres på Forskrift om medfinansiering. Variasjonene finnes hovedsakelig i grad av presisering av varslings tidspunkt og forutsetninger for betalingsplikten; punkter som tar høyde for at sykehuset må gi kommunen anledning til å forberede seg. Siden spesielt denne delen av avtaleverket kan bidra til at partene er mer likestilte og at kommunene i større grad kan stille krav til helseforetakene, er det kanskje overraskende at så få avtaler konkretiserer sykehusets ansvar og spesielt konsekvensene om sykehuset ikke følger sin del av avtalen. Våre funn er i tråd med konklusjoner fra en studie som har, gjennom plagiatanalyse, studert første-generasjonsavtale 6 (Kirchhoff mfl., 2014). Her konkluderer forskere med at:

kommunale koordineringsprosesser, samt harmoniseringsbestrebelse fra stat, RHF'ene, helseforetak og KS, sees som medvirkende forklaring på at avtalene mellom kommuner og helseforetak innenfor samme opptaksområde ble nokså like.

## 6.2 Ingen vesentlige endringer i opplevd samarbeid

Samtlige kommuneinformanter i vår studie fremhever at de har et utstrakt samarbeid med helseforetaket og at både de og ansatte i sykehuset er opptatt av å få til en god dialog. De svarer at samarbeidet med både helseforetak og andre kommuner har vært bra i forkant av samhandlingsreformen og det oppfattes ikke å ha vært vesentlige endringer etter det. I en ny studie fra NIBR om interkommunalt samarbeid, fremheves «fravær av konflikt og en utbredt vilje og evne til samarbeid» (Zeiner og Tjerbo, 2015). Samarbeidsavtalene formaliserer og synligjør rammene, det vil si muligheter og møteplasser, for dialog. Det er kanskje denne formaliseringen som gjenspeiles i erkjennelsene til noen kommuneinformanter som antyder at avtaleinngåelsen medførte starten på et «forhandlingsregime» heller enn dialog. Også informanter fra helseforetakene antyder at «noe av dialogen man hadde tidligere ser ut til å være erstattet av avviksmeldinger». Dette er i tråd med funnene til Hanssen mfl. (2014).

Hvorvidt slike erfaringer kjennetegner en overgangsperiode hvor kommunene får en mer likeverdig posisjon som igjen gir grunnlag for å videreutvikle og tilpasse avtalene til mer lokale forhold, gjenstår å se. Før

samhandlingsreformen trådte i kraft var det flere studier som påpekte at kommuner ikke opplever likeverdighet i relasjonen til helseforetakene (Indset mfl., 2012; Kalseth og Paulsen, 2008; PricewaterhouseCoopers, 2010). Samhandlingsreformen legger sterke føringer på at avtalene mellom kommuner og helseforetak skal inngås mellom likeverdige parter. De lovpålagte samarbeidsavtalene har gitt kommunen et juridisk verktøy i ansvars- og oppgavefordelingen, noe som også kunne være grunnlag for større likeverdighet mellom partene. Så langt ser det imidlertid ut til at avtaleverket ikke har medført økt opplevelse av likeverd. Som en informant i undersøkelsen påpeker: sykehusets definisjonsmakt på når en pasient er utskrivningsklar utgjør en viktig styrkeforskjell som gir sykehuset mer myndighet. Økt kommune-størrelse foreslås av noen informanter som et konkret tiltak som kan styrke kommunens posisjon.

I de overordnede samarbeidsavtalene i alle 19 opptaksområdene omtales systemer for samarbeidsorganer, og beskrivelsene bærer tydelig preg av at partene har tenkt gjennom hvilke lokale behov det er for dialog og møteplasser. Samarbeid med fastlegene er i forholdsvis liten grad beskrevet i avtaleverket: i under halvparten av avtalene omtales fastlegene i avsnittet om plikt til gjennomføring og forankring. Selv om det ikke er et mål i seg selv at fastlegene er eksplisitt nevnt i avtaleverket, kan dette tyde på et manglende fokus på fastlegenes viktige rolle og på utfordringer i samarbeidet. Samarbeidet med fastlegene er utfordrende fordi de jobber under andre rammebetingelser enn kommunen. Fortsatt pågår det utviklingsarbeid for å gi kommunene de styringsdata som trenges for å innta en tydeligere styringsrolle ovenfor fastlegene. Dette arbeidet kan også være grunnlag for videreutvikling av samarbeidsavtaler på dette punktet.

### **6.3 Utskrivningsklare pasienter skaper størst uenighet**

Terskelen for å bringe en sak opp i den nasjonale tvisteløsningsnemda er relativt høy da prosessen oppleves som meget arbeids- og ressurskrevende. Informantene fra helseforetakene og kommunene er forsiktig med å ta i bruk ordet «tvist» og snakker heller om uenighet, avvik eller uønskede hendelser. Partene er opptatt av å få hjulene til å gå rundt, og at samhandlingen skal fungere i hverdagen. Samarbeid og kommunikasjon oppleves klart viktigere

enn sanksjoner, spesielt på nivået der pasientene behandles. Det er et anerkjent mål å ikke la uenigheten eskalere. Dermed har forholdsvis få saker hittil blitt meldt inn til den nasjonale tvisteløsningsnemda. Informantene i vår studie understreker at noen av sakene som har blitt behandlet av nasjonale eller lokale tvisteløsningsorgan er blitt bragt videre av prinsipielle hensyn. Uenighetene og avvik håndteres enten ved å revidere avtaleverket, eller som oftest, ved å gjøre eksisterende rutiner bedre kjent i organisasjonen.

Utskrivningsklare pasienter er det området der det er størst kontaktflate og mulighet for samarbeid mellom forvaltningsnivåene, og hvor vi finner størst uenighet og flest tvister. Flere av beslutningene fra tvistenemda endte med at kommunene må betale også i de tilfellene der de påpeker at de ikke fant det forsvarlig å ta imot pasienten grunnet manglende informasjon fra sykehuset i form av manglende epikrise, medisinliste og så videre. Samarbeidet og partenes oppfatning av likeverd kan påvirkes av et misforhold mellom konsekvensen for kommunen om de ikke tar imot en pasient (betaling for overliggerdøgn) og manglende konsekvenser for helseforetaket om de ikke bidrar til at kommunene kan overholde sine forpliktelser.

Vår sammenligning av delavtale 5 til to ulike helseforetak viste at helseforetaket med mange konflikter hadde et avtaleverk som inneholdt den mest detaljerte beskrivelsen av rutiner for melding om utskrivning og rutiner for avviksmelding. Kommunene i denne mer detaljerte avtalen virker bedre sikret dersom helseforetaket ikke følger opp sitt ansvar. Avtalen til helseforetaket hvor det ikke rapportertes om konflikter var mindre detaljert, men la stor vekt på dialog og oppnåelse av enighet mellom partene. Sammenhengen kan imidlertid gå begge veier. Avtalene kan påvirke samarbeidsklimaet mellom partene, men kan også gjenspeile hvilke forventningene om uenighet og samarbeid partene hadde i forkant av avtaleinngåelsen.

## 6.4 Mangelfull gjensidig kompetanseoverføring

Det er lovfestet at spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for kompetanseoverføring til kommunene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 6-3). Oppgaver skal ikke overføres før kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å overta dem. Ingen av kommuneinformantene i vår undersøkelse har opplevd at det har vært vanskelig å få kompetanseheving og opplæring fra sykehuset

når de etterspør det. Informantene fra små kommuner understreker utfordringen med å ha tilstrekkelig kompetanse på relativt mange diagnoser og tilstander som er sjeldne, rett og slett fordi de har få innbyggere og lite volum på tjenestene. Interkommunale tilbud kan imøtekomme dette problemet selv om det innebærer at tjenestene ikke alltid ytes nær der folk bor. Det pekes imidlertid på manglende gjensidighet i kompetanseoverføringen ved at helseforetak burde øke sin kunnskap om kommunehelsetjenester. Kommuneinformantene i vår undersøkelse uttrykte et ønske om større gehør fra helseforetaket når det gjelder oppgaver de ikke har forutsetning for å utføre innenfor deres kommunehelsetjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 6-2 (nr. 6) utgjør en lovmessig forankring av kravet om at avtaleverket skal inkludere retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering. I studien til Kirchhoff mfl. (2014) var fokuset nettopp på delavtale 6 (Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring). Deres funn antyder at likeverdigheten mellom kommuner og helseforetak er forsøkt ivarettatt i avtaleverket gjennom bruk av gjensidig forpliktende formuleringer, som for eksempel ved at partene bidrar i utvikling av ambulante team. Svarene fra kommuneinformantene i vår studie tydeliggjør et mulig ulikt fokus i kommune og helseforetak når det gjelder ansvars- og oppgavefordeling i praksis. Kommunen har hovedfokus på den praktiske hverdagen der helhetlige og gode pasientforløp står i høysetet og er viktigere enn prinsipielle avgjørelser om ansvarsfordeling partene mellom. Helseforetaket ser viktigheten av avtalene der det skal enes om nåværende og fremtidig ansvarsdeling og hvor målsettingen er oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten. Naturlig nok fokuserer sykehuset på den delen av pasienten de skal utrede og helbrede, mens kommunene i større grad fokuserer på funksjonsevne og individets samlede ressurser. Dette er viktige faktorer som fører til ulike syn på hvilke tjenester en person trenger etter utskrivning til kommunehelsetjenesten, og hvordan kommunikasjonen mellom partene fungerer.

Ulikt fokus er naturlig, og antakeligvis heller ikke ønskelig å endre, men partene trenger økt forståelse for hverandres synspunkter. Dersom sykehuset likevel legger føringer på det kommunale tilbudet byr dette på problemer av minst to årsaker. For det første går de imot hva partene har avtalt og hva som følger av nasjonale lover, det andre er at de skaper forventninger hos pasienten

som ikke blir innfridd. I begge tilfeller vil dette kunne påvirke kommunikasjonen og samarbeidet partene imellom. I noen tilfeller kan sykehuset skape feil forventninger hos pasientene grunnet manglende kunnskap om de kommunale tjenestene, i andre tilfeller har det hendt at sykehuset ikke har gitt kommunen tilstrekkelig informasjon til å vurdere hjelpebehovet.

Å pålegge kommunene veiledningsplikt overfor helseforetakene, ble av en av informantene foreslått som et tiltak for å øke kunnskap i helseforetakene om hva som er mulig å få til i kommunene. Økt kunnskap om hverandres tjenester vil føre til bedre samarbeid og bedre skreddersøm av tjenester til hver enkelt pasient. Ulike former for veiledningsplikt kan nedfelles i avtaleverket på en måte som forplikter alle partene som omfattes av avtalene.

## 6.5 Til slutt

I følge informantene i denne studien er samarbeidet mellom kommune og helseforetak bra og tuftet på dialog. I den grad kommuneinformantene opplever økte utfordringer i tjenestene i forlengelsen av samhandlingsreformen, gjelder det først og fremst et økt tempo og en stadig utvidelse av det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester som snarere tilskrives som en konsekvens av nasjonale føringer og virkemidler enn av samarbeidet og samarbeidsavtalene med helseforetakene. Kommunene er forpliktet til å ta imot nye oppgaver og løse nye utfordringer uten å ha en nødbrems. Både det erfarne høyere tempoet og begrensede dekningsgrader på omsorgstjenestene i kommunene, er faktorer som kan fyre opp under diskusjonen om samarbeid mellom kommunen og helseforetak. Noen undersøkelser viser at ansatte i hjemmetjenesten i kommunen mener at tilbudet til hjemmeboende er blitt dårligere etter innføringen av samhandlingsreformen og at pasienter i økende grad ligger utenfor pasientrom i sykehjemmene (Gautun og Syse, 2013).

Dette oppfattes dog ikke som et direkte resultat av helseforetakets beslutninger eller partenes samarbeidsavtaler rundt organiseringen av tilbudet til pasientene, men som en konsekvens av nasjonale føringer i samhandlingsreformen. De samme føringene har bidratt til en ganske ensartet praksis i utforming av samarbeidsavtalene. Så langt ser samarbeidsavtalene ut til å skape et formelt utgangspunkt for dialogen som er grunnleggende for samarbeidet mellom kommune og helseforetak.



## Summary

The overall aim of the Coordination Reform implemented in Norway January 1st in 2012, is to ensure that patients receive proper treatment at the right place and right time. The new Health and Care Services Act, implemented at the same time, provides a legal means to support this aim. This Act commits municipalities and health enterprises to sign an agreement regarding cooperation and the Act regulates the content of this agreement (Chapter 6 Health and Care Services Act). The cooperation agreement aims to promote collaboration between municipalities and health enterprises by specifying the distribution of tasks and responsibilities and establishing good local collaboration practices at core areas to ensure that patients and users receive comprehensive and integrated health and care services (HOD, 2011).

The current report presents results from a study that is part of the project “Process evaluation of the Coordination Reform” (*Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner*). It is a collaboration between the Department of Health Management and Health Economics at the University of Oslo, The Centre for Care Research East, at Gjøvik University College, The Norwegian Institute for Urban and Regional Research and Norwegian Social Research at Oslo and Akershus University College. The report focuses on cooperation agreements between municipalities and health enterprises and aims at describing variations in these agreements per October 2013. It also studies their impact on collaboration, levels of conflict, and mechanisms for conflict negotiations. The results can provide new insight in the development of collaboration between municipalities and health enterprises after the implementation of the Coordination Reform.

Data sources include a review of the general cooperation agreements between health enterprises and municipalities, four sub-agreements (per October 2013) and a review of decisions made by the national committee for dispute resolution (*Nasjonal Tvisteløsningsnemnd*) for the health and care sector per 2014. In addition, in February 2015 we conducted a study including all health enterprises and all municipalities from two intake areas. We also interviewed informants from four municipalities in two intake areas. The

research questions in this report center around three core areas for collaboration between municipalities and health enterprises: (1) Organization and content of cooperation agreements; (2) Handling of conflicts and dispute resolutions; and (3) Experiences with collaboration and the distribution of tasks. The results for these three topics are presented in chapters 3, 4 and 5. Data and methods are described in chapter 2, and chapter 6 provides a discussion of the main results in this report.

The results in chapter 3 are based on a review of the cooperation agreements between all health enterprises and municipalities, as they were available by October 2013. Seventeen of the 19 health enterprises have signed an agreement with each municipality. For seven of the health enterprises only templates were available. Nine health enterprises have published signed agreements with every separate municipality. Except for differences in structure, the agreements between these health enterprises and their corresponding municipalities displayed very little variation. In addition, agreements that allow for a separate clause for municipalities reveal a limited use of this possibility. A more detailed review of the content of sub-agreement number 5 indicates that the Regulation of co-funding has contributed to standard formulations in the agreement. The few exceptions are related to degree of specification of timing for discharge notifications and conditions for payment. All in all municipalities and health enterprises have matching cooperation agreements, also across health regions. National regulations and guidelines thus appear to have contributed to the desired uniform practice.

Chapter 4 provides a description of the system for resolution and the extent of disputes between health enterprise and municipality. By the end of 2014, the national committee for dispute resolutions had received 13 cases. All cases involved the interface between responsibility of municipalities and responsibility of health enterprises. All 19 health enterprises had included procedures for dispute resolution in the general part of the agreement. A survey among informants from health enterprises indicated that nine health enterprises had experienced between one and six conflicts, which were not sent to the national committee for dispute resolution. So far, the topic on dischargeable patients, which involves the transition between services, is the main source of conflicts and disagreements. The threshold to submit cases to the national

committee is relatively high. Disagreements and deviations are solved by revision (and specification) of the agreements or by disseminating existing routines within the organization.

The results of chapter 5 illustrate experiences with collaboration, distribution of tasks, and the transfer of competence between health enterprise and municipality. Data derives from a telephone interview with informants from four case municipalities and one collaboration between municipalities. These municipalities are sampled from two intake areas with different levels of reported conflict. All informants emphasize dialog and extensive cooperation with the hospital, also after the implementation of the Coordination Reform. The results also indicate a possible onset of a negotiation regime between municipality and health enterprise. There was some ambiguity in the informants' experiences of being equal partners. Informants indicate a merger of municipalities to increase their size and close dialogue as possible measures that may strengthen the equilibrium between municipalities and health enterprises. Some informants also indicate the need for health enterprises to increase their knowledge about the health care supply available in the municipality. The main challenge appears to be related to increased speed in transferring patients between services, which also implies that municipal services have to make quicker decisions on service provision. The responses indicate that informants experience increased challenges, but these are not attributed to decisions made by health enterprises or to cooperation agreements. Rather, they are conceived a consequence of national regulations related to the Coordination Reform.

Chapter 6 summarizes and discusses the main findings. A few years after the implementation of the Coordination Reform we find:

- Strong national regulations result in small variations in cooperation agreements
- Cooperation agreements have not led to substantial changes in the experience of collaboration between health enterprise and municipality
- Disagreements and conflicts between health enterprise and municipality occur in the day-to-day handling and transfer of patients
- Lack of reciprocity in transfer of competence

According to informants from municipalities and health enterprises, cooperation between services is good and based on dialogue. With the implementation of cooperation agreements, formal notifications of deviations may have replaced some of the previous dialogue. The cooperation agreements create a formal framework for dialogue, the foundation for collaboration between municipality and health enterprise.

# Litteratur

- Abelsen, Birgit, Gaski, Margrete, Nødland, Svein Ingve og Stephansen, Anna (2014) *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie og omsorgstilbudet*. IRIS Rapport 2014/382.
- Alta kommune og Helse Finnmark (2012) *Overordnet samarbeidsavtale mellom Alta kommune og Helse Finnmark*.
- Bykle kommune og Sørlandet Sykehus (2012) *Overordnet samarbeidsavtale mellom Sørlandet Sykehus HF og Bykle kommune*.
- Deloitte (2014) *Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringer i et utvalg kommuner og helseforetak*. KS FoU-prosjekt nr.:134017.
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2014). Helse- og omsorgsdepartementet, FOR-2011-11-18-1115, sist endret FOR-2014-12-11-1590 fra 01.01.2015.
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011). Helse- og omsorgsdepartementet, Opphevet. FOR-2011-11-18-1115.
- Gautun, Heidi og Syse, Astri (2013) *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport 8/13: NOVA.
- Hagen, Terje P, McArthur, David P og Tjerbo, Trond (2013) *Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året* Skriftserie 2013: 5: Univeristetet i Oslo, Helsøkonomisk forskningsprogram.
- Hals, Kjersti (2011) *Statusrapport. Samhandlingsreformens implementeringsfase – Kommunale samarbeidsgrupper i avtaleinngåelser med helseforetakene*. UiO, Health Economics, Policy and Management.
- Hanssen, Gro Sandkjær, Helgesen, Marit Kristine og Holmen, Ann Karin Tennås (2014) Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 02, 109–130.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Nasjonal veileder.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). Helse- og Omsorgsdepartementet, LOV 2011-06-24 nr 30.

- Indset, Marthe, Klausen, Jan Erling, Møller, Geir, Smith, Eivind og Zeiner, Hilde (2012) *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. NIBR/Telemarksforskning.
- Innst. 422 S. (2010–2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*.
- Innst. 424 L. (2010–2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.
- Kalseth, Birgitte og Paulsen, Bård (2008) *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008* Rapport A8640: SINTEF Helse
- Kirchhoff, Ralf, Grimsmo, Anders og Brekk, Åge (2014) *Med plikt til å samarbeide. Samhandlingsreformen og avtalene. Upublisert*.
- Meld. St. 16. (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*
- Meld.St. nr. 9. (2012–2013). *Én innbygger – én journal*.
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014) *Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014, Oppsummering – Status for samhandlingsreformen etter 3 år*.
- PricewaterhouseCoopers (2010) *I gode og onde dager*. KS FoU-prosjekt nr 094020.
- Prop. 91 L. (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*.
- Sak nr. 4/2013 – Hdir sak 13/2822 (2013) Avgjørelse i nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren.
- Sak nr. 5/2013 – Hdir sak 13/2830 (2013) Avgjørelse i nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren.
- Sak nr. 7/2013 – Hdir sak 13/4936 (2013) Avgjørelse i nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren.
- Sak nr. 10/2013 – Hdir sak 13/5043 (2013) Avgjørelse i nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren.
- Sak nr. 11/2013 – Hdir sak 13/5574 (2013) Avgjørelse i nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren.
- Sak nr. 13/2014 – Hdir sak 14/3684 (2014) Avgjørelse i nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren.
- Samhandlingsnytt. (2013). *Avdeling for samhandling ved Ahus Informasjonsbrev for ansatte ved Ahus og kommunene og bydelene i opptaksområdet*.
- Skinner, Marianne Sundlisæter (2014) *Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud* Rapportserie nr. 5/2014: Senter for omsorgsforskning Østlandet.

- Spesialisthelsetjenesten, lov om m.m. (1999). Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-1999-07-02-61.
- St.meld. nr. 47. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Tjerbo, Trond og Zeiner, Hilde (2014) *Interkommunale samarbeid på helseområdet*. NIBR-notat: 2014:106.
- Zeiner, Hilde Hatleskog og Tjerbo, Trond (2015) *Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen*. NIBR-notat 2015:104.





# Vedlegg: Intervjuguide

## Samhandlingsreformen.

Dette intervjuet vil omhandle avtaleverket mellom din kommune og HF med fokus på din oppfatning av forholdet mellom partene. Jeg vil først stille noen generelle spørsmål om samarbeidet før jeg vil spørre om prosessen rundt avtaleinngåelsen og hvordan avtaleverket fungerer i hverdagen eller samhandling i praksis.

Hvor lenge har du vært....*stilling*....

(Du har svart på vår e-post at dere har hatt ..... tvister/ konflikter med HF)

### Generelt om samarbeidet

1. Forut for samhandlingsreformen, hvordan vil du karakterisere samarbeidet med HF og de andre kommunene som har avtale med samme HF?
2. Endret samarbeidet seg ved starten av samhandlingsreformen?
  - a) Hvordan var samarbeidet ved avtaleinngåelsene?
  - b) Hvordan er samarbeidet i det daglige?
    - a) Vil du si at dere er likeverdige parter? Har dere lik makt til å legge premissene for samarbeidet? Alltid? Varierer på ulike områder?
3. Lovverket avgrenser HF's ansvarsområde, mens kommunen skal utføre de oppgavene som ikke er ivaretatt av andre instanser. Påvirker det oppfatningen av likeverdighet?
  - a) På alle områder eller bare noen?
  - b) Hender det at kommunen føler avmakt når det gjelder oppgavene de er tillagt?
4. Hva skjer ved uenighet?
5. Opplever dere å bli hørt ved uenighet?

### Avtaleinngåelsen

6. Ved avtaleinngåelsen
  - a) Var det samarbeid/ tok en part ledelsen/ utgangspunkt i veilederen/ utgangspunkt i tidligere avtaler?
  - b) Var det viktig for alle parter å få til et godt samarbeidsklima?
  - c) Var det fokus på alle nivå i organisasjonen eller fikk noen profesjoner eller ledelsen størst spillerom? isåfall, vil du si at det preget prosessen og/ eller avtalene?
7. Hvordan er samarbeidet med de andre kommunene
  - a) Ved avtaleinngåelse?
  - b) I det daglige?
8. Har kommunene i regionen sammenfallende oppfatninger og ønsker?
  - a) Er det kommune mot kommune/ kommunene samlet eller enkeltvis mot HF/ varierende konstellasjoner/ alltid samarbeid?
  - b) Hvordan kommer det til syne i avtaleverket?

## Samhandling i praksis

9. Der det er konflikter/gnisninger, er det om avtaler på overordnet nivå eller detaljplaner/rutiner?
10. Har det blitt utarbeidet detaljplaner/rutiner som et resultat av uenighet? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvordan?
11. På områder der avtalene er vage/ på et for overordnet nivå og det er rom for ulik tolkning, hvem bestemmer?
12. Hvem legger premissene ved konfliktløsning?
13. Dersom kommunen ikke tar imot en utskrivningsklar pasient må de betale. Fins det tilsvarende sanksjoner dersom helseforetaket ikke overholder sine forpliktelser i avtalen?
14. Klarer man å overholde at konflikter skal løses på så lavt nivå som mulig?
  - a) Er det ulikt på ulike områder - tenderer noen å bli løftet til høyere nivå?
15. Tas avviksmeldinger på alvor eller er det kun en prosedyre?
  - a) fra kommune til sykehus
  - b) fra sykehus til kommune
16. Når en pasient er utskrivningsklar og trenger kommunale tjenester etter utskrivning
  - a) Hvordan opplever dere vanligvis den situasjonen?
  - b) Er det dialog med sykehuset?
  - c) Har sykehuset alltid siste ordet uansett (medisinsk)?
  - d) Opplever dere at sykehuset legger føringer på det kommunale tilbudet (sykehjem, hjelpemidler)?
  - e) Har sykehuset forståelse for kommunens ressursituasjon (personale, kunnskap, utstyr) og kan det påvirke beslutningen om å skrive ut en pasient?
  - f) Hvordan er kompetanseoverføringen fra sykehus til kommune?
17. Tror du at kommunens beliggenhet ift sykehuset har noe å si for samhandlingen med sykehuset og når pasienter blir skrevet ut (når i sykdomsforløpet)?
18. Hva vil du si er den største utfordringen i samarbeidet med sykehuset?
19. Hva skal til for å sikre likeverdighet mellom partene?
20. Hva ville vært annerledes om dere fikk bestemme?