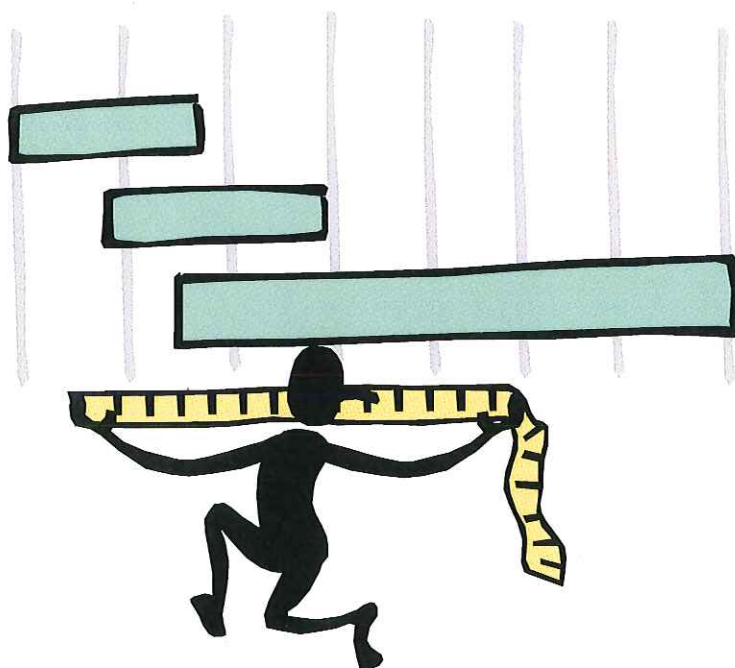


«I kva grad har samarbeidsavtalane ført til meir integrert samarbeid mellom kommune og helseføretak ved utskriving av pasient?»



Jorunn Folgerø-Holm, Anne Hildegunn Færøy og Sølvi Olrich Sørebo
Prosjektoppgåve, Helse og omsorg i plan 2012/13
Høgskulen i Volda, våren 2014

Forord:

Denne oppgåva inngår som ein del av delmasterstudiet «Helse og omsorg i plan» ved Høgskulen i Volda. Oppgåva tøl 40 prosent og heimeeksamen tøl 60 prosent av studiet sine totale 30 studiepoeng på masternivå.

Vi har alle tre helse-/ sosialfagleg bakgrunn med praksis frå kommunar. Vi jobbar/ har jobba med samarbeidsavtalane i vårt daglege virke, nokre av oss med både utforming og oppfølging, og andre med den praktiske gjennomføringa av avtalane på kommunenivå.

Vi vil takka våre arbeidsgjevarar for høvet til å få delta på dette interessante og praksisnære studiet, samt til Høgskulen i Volda som har gitt oss svært mykje- både fagleg kunnskap, god og interessant dialog og konstruktiv rettleiing undervegs.

Hordaland, 29. mai 2013

Innhald

1.	Innleiing	5
2.	Bakgrunnsinformasjon	7
2.1	Lovgrunnlag og understøttande dokument for samarbeidsavtalar mellom kommunar og føretak	7
2.2	Samarbeidsstruktur i Helse Bergen føretaksområde	7
2.3	Samarbeidsavtalar	8
2.3.1	Tenesteavtale 3 og 5	8
3.	Teoretisk grunnlag	9
3.1	Partnarskap, nettverk og samstyring	9
3.2	Samarbeidskontinuumet	11
3.2.1	Makt og maktfordeling	12
3.2.2	Ansvar og ansvarsdeling	13
3.2.3	Tillit	14
4.	Metode	15
4.1	Utval	15
4.2	Framgangsmåte	16
4.3	Gjennomføring av intervju	16
5.	Drøfting av problemstillingane	17
5.1.	Intervju med kommunar og sjukehus	17
5.2	I kva grad har samarbeidsavtalane ført til meir integrert samarbeid mellom kommune og helseføretak ved utskrivning av pasient?	19
5.2.1	Strukturelle kjenneteikn	20
5.2.2.	Relasjonelle kjenneteikn	23
5.2.3.	Oppsummering av drøftinga:	28
5.3	Vegen vidare	30
6.	Oppsummering	31
7.	Refleksjon kring eiga læring	32
8.	Referansar:	33

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Tenesteavtale 3 og 5

Vedlegg 3: Overordna samarbeidsavtale

1. Innleiing

”Samhandlingsreforma er kommet godt i gang og vi lykkes på flere områder. Virkemidlene fungerer etter intensjonen, og avtaler har styrket samarbeidet mellom kommuner og helseforetak ... ()” (HOD). Dette finn ein å lesa på Helse og omsorgsdepartementet si nettside; <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>

For å finna meir ut om dette har vi stilt spørsmålet;

”I kva grad har samarbeidsavtalane ført til meir integrert samarbeid mellom kommunar og helseforetak ved utskriving av pasient?”

Vi har valt å sjå på eitt av verkemidla i samhandlingsreforma, samarbeidsavtalane. Vi har vidare avgrensa til avtalane kring utskriving av pasient frå sjukehus til kommunale helse- og omsorgstenester. Vi valt å ha fokus på korleis helsepersonell som er nærast pasienten skildrar endring i samarbeidet etter innføring av denne avtalen.

Avtalen som regulerar samarbeidet om utskriving av pasientar vart teken i bruk 01.01.2012, og det er avgrensa kva ein kan forventa av effekt på så pass kort tid. Vi synest likevel det er interessant å reflektera over i kva grad dette verkemidlet har ført til endringar.

For å drøfta problemstillinga har vi tatt utgangspunkt i at samarbeidet mellom kommune og helseforetak må ha kjenneteikn på eit integrert samarbeid for å lukkast. Kjenneteikn på eit integrert samarbeid kan blant anna vera at det er utvikla stabile og forutsigbare relasjonar og strukturar med høg grad av tillit, klar maktfordeling, god kommunikasjon og informasjonsdeling. (Holmen 2011 inspirert av Mandell og Keast 2007).

For å utdjupe problemstillinga har vi tatt utgangspunkt i desse delspørsmåla;

I kva grad har samarbeidsavtalane har ført til;

- tettare koplingar der aktørane endrar tilhørighet?
- systemendring der partane har skapt noko nytt saman, tek høgare grad av risiko og er blitt meir gjensidig avhengig av kvarandre?
- endra maktfordeling og meir felles ansvar for pasientane?
- betre kommunikasjon og meir hensiktsmessig informasjonsdeling?
- auka tillit og meir stabile relasjonar?

Avgrensingar

Dette er ei relativt lita oppgåve og det har difor vore naudsynt å gjera mange avgrensingar.

Vi har valt å ta utgangspunkt i Tenesteavtale 3 og 5 for samarbeid om innlegging og utskriving frå spesialisthelsetenesta innan somatisk sektor. Pasientgruppa er difor avgrensa til pasientar innlagt i sjukehus grunna somatisk sjukdom som treng kommunale helse og omsorgstenester etter utskriving.

I det teoretiske grunnlaget har vi valt å bruka ein modell som analyseverktøy (Mandel og Keast, 2007). Denne modellen beskriv ulike nettverkstypar og grad av integrasjon ut frå strukturelle og relasjonelle utviklingstrekk. Vi har i tillegg supplert med anna relevant teori for å skildra dei mest sentrale utviklingstrekk i modellen, med særleg fokus på faktorar som inngår i dei relasjonelle utviklingstrekk.

I oppgåva har vi hatt fokus på dialogen som skjer kring utskriving av pasient. Vi har difor valt informantar som deltek direkte i denne utskrivingsdialogen i kommunar og helseføretak. Vi har ikkje innhenta informasjon frå andre tilsette eller overordna nivå i organisasjonane. Utvalet av informantar er strategisk og ikkje representativt.

Vi har vidare valt å avgrensa til eit føretaksområde (Helse Bergen). I dette føretaksområdet er det 22 kommunar og tre sjukehus. Vi har snakka med tilsette i fire kommunar og to av sjukehusa. Vi trur likevel mykje av det som er drøfta kan vera like aktuelt for andre, og at våre funn kan illustrera nokre av dei utfordringane vi står ovanfor i samarbeidet mellom kommune og helseføretak.

Oppgåva si oppbygging

Som bakgrunnsinformasjon har vi skrive litt om lovgrunnlag og understøttande dokument for samarbeidsavtalar mellom kommune og føretak. Vi har òg skildra samarbeidsstrukturen og avtalane ein har gjort kring utskriving i Helse Bergen.

Vi har deretter gjort greie for det teoretiske grunnlaget vi har valt for oppgåva (kap 3), samt val av metode (kap 4). I kapittel 5 har vi drøfta i kva grad samarbeidsavtalane har ført til meir integrert samarbeid mellom kommune og helseføretak ved utskriving av pasient.

2. Bakgrunnsinformasjon

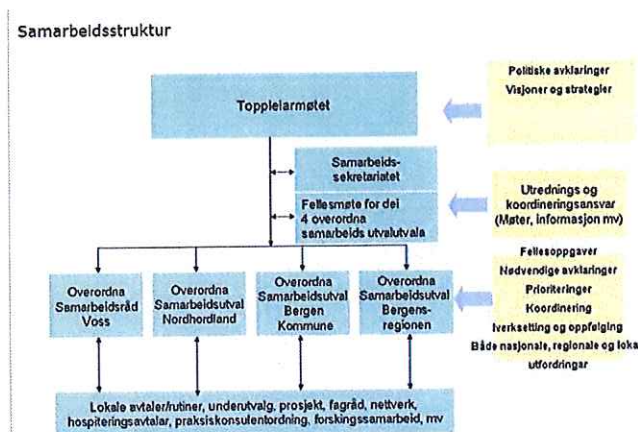
Lovpålagte samarbeidsavtaler er eit juridisk verkemiddel for å nå måla i Samhandlingsreforma, og er sett på som eit viktig verktøy i gjennomføringa. Det er utarbeidd ein nasjonal rettleiar for avtalearbeidet, som har gitt partane klare føringar for kva avtalane skal innehalde og kva fristar som var sett når det gjaldt inngåing. Kommunar og helseføretak har slik sett hatt sterke føringar for kva og korleis avtalane skulle utarbeidast. Nytt avtaleverk vart innført 1.1.2012.

2.1 Lovgrunnlag og understøttande dokument for samarbeidsavtaler mellom kommunar og føretak

Overordna dokument - lovar, forskrifter, nasjonale avtalar m.v legg føringar for samarbeidsavtalane som er inngått mellom kommunar og helseføretak. Dokumenta regulerar mellom anna kva verknadsområde det skal inngåast avtale for, kva avtalane skal regulera og krav til innhald.

2.2 Samarbeidsstruktur i Helse Bergen føretaksområde

Samarbeidet mellom kommunar og sjukehus har dei siste åra utvikla seg og blitt meir formalisert enn tidlegare. I Helse Bergen føretaksområde er det etablert ein struktur for eit formalisert samarbeid som er forankra i samarbeidsavtalane som er inngått mellom kommunar og helseføretak. Samarbeidsstrukturen er bygd opp som vist i figur 1.



Figur 1. Samarbeidsstruktur i Helse Bergen føretaksområde

Øvste organ er **Toppleiarmøtet**. Skal sikra forankring og etterleving av samhandlingsavtalar. Der er fire **overordna samarbeidsutval**, basert på etablerte kommuneregionar. Utvala har som oppgåve å følgje opp samarbeidsavtalar, utvikle og styre nettverk, felles prosjekt, konkrete samarbeidstiltak m.v. **Samarbeidssekretariatet** skal vere ein koordinerande instans som mellom anna skal sikre koordinering innan samhandlingsstrukturen, planlegge møter og følgje opp føringar frå samarbeidsutvala og toppleiarmøte. Sekretariatet skal også fungere som bindeledd mellom dei fire samarbeidsutvala.

2.3 Samarbeidsavtaler

”Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker.”

(HOD - Nasjonal veileder s. 4.)

Plikta til å inngå samarbeidsavtaler er eit juridisk verkemiddel for å nå ovannemnte mål. Samarbeidsavtaler skal bidra til likeverd mellom partane, samhandling og koordinering mellom forvaltningsnivåa, og legge til rette for at pasientar og brukarar får hjelp på beste effektive omsorgsnivå. Målet er å fremja samhandling ved å konkretisera oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom kommunane og helseføretaka, ved å etablere gode samarbeidsrutinar.

Ved å innføra nytt avtalehierarki med ein overordna samarbeidsavtale, tenesteavtalar og særavtalar oppfyller partane den lovpålagde plikta. Avtalar på alle dei tre nivåa kan i tillegg gje heimel og grunnlag for utarbeiding av felles rutinar eller retningsliner, som ikkje har avtalestatus, men som i praksis kan sjåast på som eit slags fjerde nivå for regulering av samhandlinga mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.

2.3.1 Tenesteavtale 3 og 5 – samarbeid om innlegging og utskriving i spesialisthelsetenesta innan somatisk sektor for Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

Avtalen omhandlar samarbeid og samhandling i overgangen mellom spesialisthelsetenesta og kommunen si helse- og omsorgsteneste innan somatiske tenester, når pasienten er avhengig av tenester frå begge partar. Ved utskriving av pasientar frå sjukehus som treng kommunale tenester er pasientforløpet basert på at partane er einige om ansvarsdeling, kva pasienten treng hjelp til og korleis dette skal gjennomførast. Tenesteavtale 3 og 5 skildrar eit strukturert forløp og representerar ei kvalitetssikring av kva som skal gjennomførast for alle pasientar som vert utskrivne og som treng kommunale tenester. I dette forløpet er flyten av informasjon heilt sentral.

Avtalen beskriv mellom anna;

- kven som definerer pasienten som utskrivingsklar
- kven og korleis sjukehuset skal varsle kommunen og kor tid dette skal skje. (Tidlegvarsel og melding om utskrivingsklar pasient)
- kva og korleis informasjon skal formidlast
- kva slags informasjon som skal følgje pasienten ved utskriving
- partane sitt ansvar for å avklare praktiske forhold ved utskriving
- regulering av betalingsplikta

Formål med avtalen er å:

- sikra kontinuitet i behandlingsforløpet
- sikra at helsetenestene vert gitt på rett nivå
- forankra samarbeidet mellom likeverdige partar, med brukaren/pasienten sitt beste i fokus.
- avklara oppgåvefordeling og ansvarsforhold i samarbeidet om enkeltbrukarar/pasientar ved inn - og utskriving frå somatisk sektor i spesialisthelsetenesta
- sikra forsvarlig og løpande dialog mellom og innanfor behandlingsnivåa
- redusera risiko for uheldige hendingar

3. Teoretisk grunnlag

Samstyring og ulike former for styring gjennom nettverk og partnerskap er blitt meir og meir vanleg. Bakgrunn for dette er ei oppfatning av at produksjon av varer og tenester og iverksetjing av offentleg politikk er blitt meir kompleks og fragmentert. Koordineringsbehovet blir i dag opplevd som sterkt (Røiseland og Vabo 2012). Dette er òg ei av hovudutfordringane skissert i dokument knytt til samhandlingsreforma.

3.1 Partnerskap, nettverk og samstyring

Partnerskap har fått fornya merksemd ved framveksten av New Public Governance. Omgrepet partnerskap blir brukt som samlebegrep for multiaktørsamarbeid, og partnerskap blir då definert som eit forpliktande samarbeid mellom sjølvstendige partar i eit framforhandla interessefellesskap (Rhodes, 1997 i Amdam 2012, ”*Samhandlingsreforma som partnerskap og innovasjon*”). Partnerskap mellom ulike aktørar er innretta mot å betre relasjonane på tvers av tradisjonelle skiljeliner. Kjenneteikn ved fungerande partnerskap er likeverd, tillit, gjensidig avhengighet, innsyn og demokratisk kontroll (Amdam 2011).

På norsk har begrepet samstyring blitt brukt på New Public Governance. Samstyring finn stad gjennom strukturar der ulike aktørar samhandlar om ei eller fleire oppgåver. Samstyring kan definerast som *den ikkje-hierarkiske prosessen kor offentlege og private aktørar og ressursar blir koordinert og gitt felles retning og meining* (Røiseland og Vabo 2012:20).

I denne definisjonen ligg det innebygd tre viktige aspekt. Desse aspekta samsvarar òg med kjenneteikna ved partnerskap;

- Partane som inngår i samstyringa er gjensidig avhengige. Gjennom nettverket prøver ein å oppnå noko ein berre kan få til i fellesskap. Samstyringa er eit slags spleiselag der aktørane bidreg med ulike ressursar.
- Aktørane må vera i stand til å diskutera seg fram til løysningar alle kan slutta seg til. Avgjersler må basera seg på diskurs eller forhandlingar.
- Samstyring er ein planlagt og målretta aktivitet, ikkje berre eit fellesskap av aktørar som tilfeldigvis finn saman. Ein struktur av aktørar som driv samstyring vil difor likna på ein organisasjon, sjølv om strukturen er lausare (Røiseland og Vabo 2012).

Men samstyring kan òg vera ei problematisk styringsform. Samstyring skjer i strukturar der meir eller mindre likeverdige aktørar er gjensidig avhengig av kvarandre. Styringsforma kan difor komma til kort i konfliktfylte situasjonar der makt og innflytelse står på spel og i situasjonar der aktørane ikkje opplever gjensidig nytte av å styra saman. Samstyring er difor ikkje openbart effektivt eller brukbart med tanke på å løysa kollektive problem (Røiseland og Vabo 2012:29). Ein kan heller ikkje ta for gitt at ein oppnår gevinst ved samarbeid sjølv om intensjonen er god. Det finnes omfattande dokumentasjon av samarbeid som har dårleg progresjon. Dette fenomenet kan ein kalla samarbeidstreghet. Det krev aktiv handtering av samarbeidsprosessen for å få den til å fungera. Viktige stikkord i samarbeidets synergi er mål, tillit, kulturelt mangfald og leiing (Vangen og Huxham 2009).

Samhandlingsreforma byggjer på eit avtalebasert partnerskap mellom stat og kommune. Dette partnerskapet kan definerast som ei vertikal fleirnivåstyring og er etablert mellom (i prinsippet) likeverdige parter (Røiseland og Vabo 2012:29). Gjennom partnerskapet er målsetjinga at kommune og helseføretak skal få til gode løysningar i fellesskap.

Målsetjinga med samstyring kring utskrivingsklare pasientar er å sikra kontinuitet i behandlingsforløpet, sikra at helsetenestene er gitt på rett nivå, forankra samarbeidet mellom likeverdige partar med brukaren/ pasienten sitt beste i fokus, avklara oppgåvefordeling og ansvarsforhold i samarbeidet om enkelbrukarar/ pasientar, sikra forsvarleg og løypande dialog mellom og innanfor behandlingsnivå samt redusera risiko for uønska hengingar. (jf kap.2).

I tenesteavtale 3 og 5 (jf. kap 2.3.1) har ein konkretisert oppgåve- og ansvarsfordeling for å kunna oppnå desse målsetjingane. Avtalen isolert sett byggjer på ein instrumentell logikk. Ut frå ein instrumentell logikk vil ein kunna endra personars åtferd ved å endra strukturane/ rammene (Amdam 2011). I avtalen er målsetjingane klare og handlingane partane har forplikta seg til beskrive punkt for punkt. Ut frå ein rein instrumentell logikk vil ein kunna få fram ønska resultat ved innføring av ein slik avtale.

Avtalen er heilt sentral i samhandlinga kring utskrivingsklare pasientar, men samhandling er langt meir enn dette. Samhandlingsomgrepet er vesentleg knytt til nære relasjonar og ikkje alt kan omtalast i ein avtale. Samhandling føreset også at aktørane har kunnskap, ferdigheiter og verdiar som støttar opp under kollektive handlingar. Det å utvikla ein kollektiv kapasitet krev både tålmod og trening. (Bommert, 2010; Sørensen og Torfing, 2011, Amdam, R (2012)). Ein kan nytta begrepet kommunikatív tilnærming. Med utgangspunkt i ei kommunikatív tilnærming kan ein ikkje garantera eit bestemt resultat. Ut frå ei kommunikatív tilnærminga blir det viktig å skipa til prosessar der deltakarane blir i stand til både å definere problema, finne løysningane og gjennomføra handlingar der det ikkje finst førehandsdefinerte svar på (Amdam 2011).

Mandell og Keast (2007) peikar på at det å arbeida innanfor nettverk ikkje kan samanliknast med det å arbeide i tradisjonelle organisasjonar. Når ein skal vurdera effektiviteten av samarbeidsnettverk, er spørsmålet ikkje berre om deltakarane klarar utføra ein betre jobb, men om deltakarane gjennom nettverka er i stand til å byggja nye kapasitetar og relasjonar for å arbeida på nye måtar. Det å løyse problem ved bruk av samarbeidande nettverk handlar ikkje primært om å levera tenester. Det handlar om behovet for å endre system og institusjonar for samla å kunne levera tenester betre. Dette skiftet i fokus betyr at tradisjonelt fokus på produksjon må vika for eit fokus på å betre relasjonar og det å danne ein ny heilskap. Det handlar vidare om forskjellen mellom raske reperasjonar og å utvikla prosessar som vil tillata meir omfattande endringar i eksisterande ordningar. Ei sterkare vektlegging og aksept for behovet for å byggje tillit og ta risiko er nødvendig dersom samarbeidande nettverk skal vera effektive (Mandell og Keast 2007). For å få til desse prosessane er den kommunikative tilnærminga viktig.

3.2 Samarbeidskontinuumet

Studiar av samstyring og nettverk legg i ulik grad vekt på strukturelle og personlege relasjonar (Røiseland og Vabo 2012). Myra Mandel og Robyn Keast (2007) har utarbeidd ein modell som skildrar ulike nettverkstypar og grad av integrasjon ut frå strukturelle og relasjonelle utviklingstrekk. Dei strukturelle og relasjonelle kjenneteikna er igjen delt opp i ulike undergrupper. Modellen kan illustrerast i fylgjande samarbeidskontinuum (Holmen 2011 inspirert av Mandel og Keast 2007);

		Løst koplet (Cooperation)	Samhandling (Coordination)	Integrert samarbeid (Collaboration)
Strukturelle kjennetegn	Varighet / strukturelle linker	Kortvarig. Løse, fleksible koplinger.	Middels varighet. Noe stabilitet i medlemsmasse	Langvarig. Tette koplinger hvor aktører endrer tilhørighet.
	Mål/perspektiver/risiko	Dele informasjon men autonome mål. Begrenset risiko	Felles planer / programmer, men autonome mål. Økt risiko.	Skape noe nytt / system endring, gjensidig avhengighet. Høy risiko.
Relasjonelle kjennetegn [-]	Makt / ansvarlighet	Ansvarlighet og makt forblir hos aktor / org.	Prosjektrelatert deling av makt og ansvarlighet.	Ny maktfordeling, kollektiv ansvarlighet.
	Informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt	Forsiktig / begrenset informasjonsutveksling og kommunikasjonsflyt	Prosjektrelatert informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt	Åpen og konfidensiell informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt
	Tillit	Lav tillit, ustabile relasjoner.	Medium tillit, basert på tidligere erfaringer.	Høy grad av tillit, stabile relasjoner

Figur 2 - *The three C's*. Holmen, Kategorisering av utviklingstrekk, inspirert av Mandel og Keast 2007,

Nivå 1 Lause koplingar (cooperation) viser til det eine ytterpunktet av samarbeidskontinuumet der aktørane er laust kople til kvarandre. Målet med interaksjonen er i utgangspunktet informasjons- og kunnskapsutveksling. Relasjonane er her ustabile og aktørane har ikkje opparbeidd sterke tillitsrelasjonar til kvarandre. Aktørane er autonome og deler informasjon og ressursar i den grad dei ser det som nødvendig for eiga nytte (individuelle målsettingar) i samarbeidet. Det er liten risiko, men og liten grad av utbytte forbundet med samhandlinga. Dei strukturelle linkane er basert på lause og fleksible koplingar som er av uformell og kortvarig karakter.

Nivå 2 Samhandling (coordination) viser til eit meir utvikla samarbeid der aktørane samlar seg om eit felles prosjekt, felles finansiering, eller felles politikk. Aktørane er framleis autonome, men relasjonane er meir prega av tillit basert på tidligare samarbeidserfaringar. Prosjektrelevant informasjon vert utveksla i tillegg til at aktørane investerer meir tid og ressursar i samarbeidet. Det dannar grunnlaget for etablering og utvikling av nye åtferdsreglar baserte på fleksibilitet og gjensidigheit. Dei strukturelle linkane vert meir formaliserte og stabile i form av medlemskap, kontinuitet i relasjonane og utvikling av strukturar som ivaretar nye åtferdsreglar.

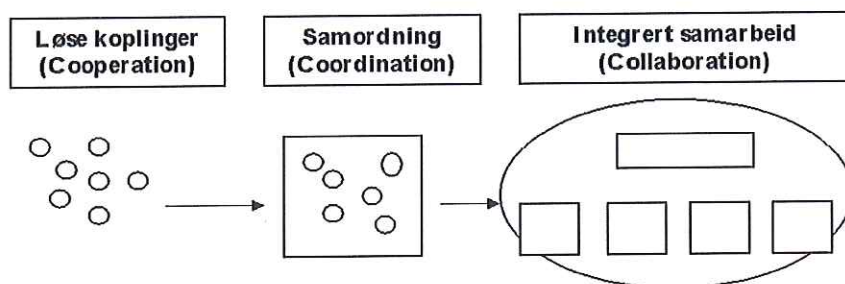
Nivå 3 Integrert samarbeid (collaboration) representerer slutten av kontinuumet der nettverket har utvikla seg til stabile og forutsigbare relasjonar og strukturar med høg grad av tillit. Ressursane er no samla i eit kollektiv der felles målsetning, engasjement, klar maktfordeling og gjensidig avhengighet/ kollektiv ansvarlighet er den største drivkrafta i

samarbeidet. Aktørane har sterkare lojalitet til nettverket enn til si autonome rolle, noko som resulterer i breid kommunikasjonsflyt og informasjonsdeling. Samarbeidet har vakse fram gjennom langvarige relasjonar til aktørane som no utgjer ei formell medlemsgruppe.

For at partnerskapet skal kunne definerast som eit integrert samarbeid må det kunna kjenneteiknast av momenta på høgresida av tabellen (Holmen 2011 inspirert av Mandell og Keast 2007).

Ulike grader av integrasjon kan òg illustrerast slik som i denne modellen;

Figur 1: "The three C's: Utvikling fra løse nettverk til stabile samarbeid. (Basert på Brown og Keast 2003, Mandell og Keast 2009)



Figur 2 "The three C's: Utvikling fra løse nettverk til stabile samarbeid." (Basert på Brown og Keast 2003, Mandell og Keast 2009)

Vi har i denne oppgåva valt å bruka Mandell og Keast sin modell som analyseverktøy og tar utgangspunktet i at partnerskapet som er inngått gjennom avtalane i samhandlingsreforma må ha kjenneteikn på eit integrert samarbeid dersom vi skal lykkast med intensjonane i reforma.

For at pasientane skal sikrast god overgang ved utskriving frå sjukehus til kommunale helse- og omsorgstenester må partnerskapet kjenneteiknast av integrert samarbeid. Vi vil drøfta i kva grad samarbeidsavtalane har medverka til at ein har lykkast med det.

For å understøtte det teoretiske grunnlaget som drøftingsdelen i oppgåva finn vi det nødvendig å sei litt meir om dei utviklingstrekkka vi har vurdert som mest sentrale element i modellen til Mandell og Keast. Som vi ser i modellen er det ein føresetnad at det har utvikla seg høg grad av tillit mellom partane for å kunne kalle det eit integrert samarbeid, samt at relasjonane er stabile og forutsigbare. Maktfordeling og kollektivt ansvar er andre føresetnader for integrert samarbeid.

3.2.1 Makt og maktfordeling

Ein klassisk definisjon av makt er gitt av Robert Dahl: "A har makt over B i den grad han kan få B til å gjøre noe han ellers ikke ville ha gjort." (jfr. Østerud 1991:38).

Makt kan og definerast som *sannsynligheten for at ein som handlar i ein sosial relasjon, får sin vilje på tross av motstand*. Denne definisjonen er formulert av Max Weber (1864-1920), tysk sosiolog. Weber hevdar mellom anna at det finnes tre typar makt (Amdam og Veggeland, 2011);

- tradisjonens makt, som skaper lydighet og underkasting utan at det vert stilt spørsmål

- karismatisk makt, som er knytt til personar som kan målbinde, få tilslutning og oppnå underkastning ved sitt vesen og væremåte.
- den legale makt, det vil sei makt og autoritet i kraft av lovar og reglar.

Dei to første punkta kan sjåast som ei form for uformell makt partane har tileigna seg over tid, samt personlege eigenskapar hos aktørane i samarbeidet. Formell eller legal makt er som Weber seier den makta partane har tileigna seg gjennom lovar og forskrifter/reglar. Eit døme på dette er spesialisthelsetenesta si makt til å bestemme når ein pasient er utskrivingsklar etter behandling i sjukehus, medan kommunen er suveren når det gjeld rett og plikt til å utforme og tilby det den meiner er eit forsvarleg hjelpetilbod til pasienten etter heimkomst. I boka Dugnadsånd og forsvarsverker (Pål Repstad 2004) har Harald Knudsen mellom anna sett på at samarbeidet mellom partane ikkje berre er avhengig av partane si evne og positive innstilling til samarbeid, men også av overordna rammebetingelser. Knudsen seier mellom anna at;

”Evnen til å få gjennomslagskraft for sine interesser i nettverket er en funksjon av enhetens makt og av deres strategiske posisjon i nettverket, og at kontroll med sentrale funksjonar i nettverket er en viktig maktfaktor.” (s.30).

Slike maktfaktorar kan vere: avgjerdsmynde, kompetanse, tilgang til politisk eller økonomisk ekstern støtte, ressurstilgang, maktkonsentrasjon, graden av autonomi og kontrollfunksjonar. Høve til forhandling og kompromissar er sentralt for å lukkast i samhandlingsprosessar og for å knytte sterke band i nettverket. For å lukkast med dette må kvar av partane ha eit minstemål av makt og ressursar. Makta må vere fordelt, og dei må begge være i ein forhandlingsposisjon.

Amdam (Amdam 2011) argumenterer for at likeverd er ein viktig kjenneteikn på eit fungerande partnerskap (jf. punkt 3.1.). Det er fleire som har satt søkjelys på maktdeling og likeverd mellom kommune og sjukehus ved utskriving av pasient. Norske undersøkingar før samhandlingsreforma blei innført viser til at forholdet mellom helseføretak og kommune på langt nær blir opplevd som likeverdig (Grimsmo, 2013). «*Det er en allmenn erfaring at dersom det ikke er likevekt, så vil ikke samarbeidet lykkes på lengre sikt. Interessen forsvinner og partene velger sine egne veier*», seier Anders Grimsmo i artikkelen Likeverdige parter i Samhandlingsreformen? www.forskringsradet.no (Siv Haugan, 2013).

Grimsmo meiner maktforholdet er skeivt og påpeikar at det i ordet "spesialist" ligg ei form for fagleg autoritet som fordrar makt, men at det også organisatorisk er ulikskap som påverkar maktforholdet; *Mens spesialisthelsetjenesten er hierarkisk oppbygd og direkte underlagt Helsedepartementet, er kommunehelsetjenesten maksimalt desentralisert i små enheter med flat struktur.* (Grimsmo 2013) Kommunane si manglande oppleving av likeverd vert òg beskrive av Westernen og Similä (2012).

3.2.2 Ansvar og ansvarsdeling

Kva legg vi i omgrepa ansvar og ansvarsdeling i denne samanheng?

Teoretisk sett kan vi sei at ansvar betyr å ha plikt til å stå til rette for noko/nokon. Ansvar kan delast i moralsk, økonomisk og juridisk ansvar. Økonomisk og juridisk er ansvarsdelinga mellom partane i nettverket i stor grad avklara gjennom lov og forskrift. Når det gjeld det moralske ansvaret har ein langt på veg avklart det gjennom avtalar, men likevel ser ein at ansvaret som er lagt til den enkelte aktør i nettverket verken kan vere lovfesta eller

avtalefesta. Vi vil derfor presisere kva vi legg i dette omgrepet ved å sjå til John Martin Fischer og Mark Ravizza si vurdering av omgrepet.

”Å ha moralsk ansvar og å være moralsk ansvarlig (person) blir brukt som synonymar. Begge uttrykkene refererer til en persons ansvar for en handling (eller unnlåtelse), uavhengig av om handlingen er gjenstand for ros eller klander. Å være moralsk ansvarlig må altså ikke forveksles med å være ansvarsfull, som normalt er rosverdig, og kun unntaksvis kan være klanderverdig.” (Fischer og Ravizza, ”Responsibility and Control” (1998).

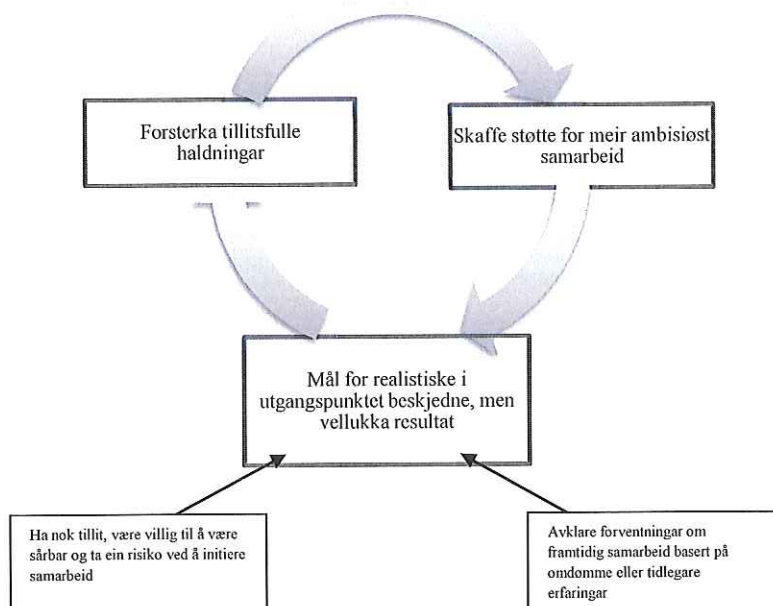
Det moralske ansvaret handlar om å gje det ”lille ekstra” - strekke seg litt lenger, å ha den rette ”dugnadsånda”. Ein viktig faktor i samhandlinga mellom aktørane for å oppnå eit integrert samarbeid.

3.2.3 Tillit

”Tillit er en forutsetning for vellykket samarbeid, men kommer ikke av seg selv”(S.Vangen og C. Huxham).

Tillit mellom personer kan forklaras med menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. (Fra Grunnstoffet tillit; Per Fugelli, lege og professor i sosialmedisin, Sykepleien Forskning 2011 6(5):104-105)

I artikkelen En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi hevder Vangen og Huxham(2009) at tillit er å sjå som ein føresetnad for å arbeide målretta i ein samarbeidsrelasjon. For å utvikle tillit er det særleg to faktorar som må få merksemd. Forventingar til samarbeidet og risikoen ein tar må vere avklara. Med andre ord; målet, nytteverdien og risikobildet må vere tydleg. Dersom desse faktorane er tilstades utgjør det eit godt grunnlag for ei gradvis tillitsbygging over tid. Etter kvart som felles mål vert innfridd og ein erfarer at handlinga/samarbeidet ikkje var særleg risikabelt, vil tilliten til kvarandre vekse. ”Tillitssløyfa” er etablert og dannar grunnlag for ein positiv samarbeidsprosess i eit ambisiøst og integrert samarbeid.



Figur 3 "Tillitssløyfa" (Vangen og Huxham)

4. Metode

Vi ønskte å vite meir om i kva grad samarbeidsavtalane som var inngått mellom helseføretak og kommunar har påverka prosessane rundt utskrivning av pasientar som treng kommunale tenester etter behandling i sjukehus. Til det har vi brukt våre egne erfaringar og refleksjonar rundt kva virkemiddel vi finn som viktige. Vi ville undersøke prosessane, rutinane og haldningane i dei direkte kontaktpunkta mellom kommune og sjukehus, så nær pasienten som råd var. Dette for å sjå om det var høve til å finne mangel på engasjement, strukturar eller prosessar som marginaliserar i staden for å på rett måte involvere samhandlingspartane i dei avtalane som er inngått mellom kommunane og helseføretaka. (Hudson og Hardy s. 62) Utifrå dette valde vi å nytte oss av ein kvalitativ metode, eller ein «subjektiv strategi», som Pål Repstad kallar denne form for informasjonsinnsamling, ved å gjere intervju av begge avtalepartar. (Repstad, P. red (2004)

4.1 Utval

For å utvide vår kunnskap om avtalepartane, har vi snakka med informantar i kommunar av ulik storleik og med ulik form for organisering for utmåling av tenester. Vi har også å snakka med informantar ved sjukehus av ulik storleik.

Då vi er kjende med at dei ulike helseføretaksområda har litt ulike samarbeidsavtalar, og gjerne fleire avtalar også innanfor kvart enkelt område, valde vi å sjå på ein avtale i eit føretaksområde. Vi har sett på avtalen som regulerar utskrivning av somatiske pasientar – Tenesteavtale 3 og 5.

Utifrå desse strategiske utvalskriteria, valde vi å snakke med informantar frå fire kommunar. To små kommunar, ein mellomstor og ein stor kommune, samt informantar frå to sjukehus av ulik storleik. Utifrå eigen erfaring, ønskte vi å snakke med representantar frå både ein ortopedisk og ein medisinsk avdeling ved begge sjukehusa.

Kommune A: Ca. 5000, ein informant.

Kommune B: Ca. 15000, to informantar.

Kommune C: Ca. 23 000, fire informantar.

Kommune D: Ca. 260 000, to informantar.

Sjukehus A: Post A vart intervjuet pr. telefon med ein informant.

Post B: vart intervjuet pr. telefon med ein informant.

Sjukehus B: Ein post vart intervjuet, med ein informant.

Då vi alle tre har god kjennskap til avtalane i eige arbeid, ser vi det som naturleg å bruke våre erfaringar i oppgåva. Det positive ved å forske på eige arbeid, er at vår kunnskap og erfaring gjer det lettare både å identifisere utfordringsområde som er interessante, samt å gjere utval av respondentar. På same tid kan det vere ei negativ side ved dei same faktorane, då vi lett kan vere forutinntekne i våre oppfatningar om og haldningar til desse. Utfordringa vil då vere å nytte pensum/ teorigrunnlaget på rett måte, innhente riktig og objektiv empiri i tråd med denne, samt å få til ei drøfting og ein konklusjon som er basert på dei objektive funna vi gjer.

4.2 Framgangsmåte

Vi tok kontakt med samhandlingsansvarlege på administrativt nivå ved sjukehusa og til tenesteleiar i kommunane, nokon ved bruk av e- post og nokon på telefon. Vi la fram kva vi ønskte å sjå på, samt kva funna skulle brukast til. Utifrå dette spurte vi om å få snakka med personale med særleg ansvar for utskriving, mottak og oppfølging av pasientar ved utskriving frå sjukehus til kommunale helse og omsorgstenester. Vi fekk svært positive reaksjonar på dette, og alle utanom ein post ved sjukehus B tok kontakt tilbake.

4.3 Gjennomføring av intervju

Fem intervju vart gjennomført ved personleg oppmøte på arbeidsstaden til intervjuobjekta, med lydopptak som dokumentasjon. To intervju vart gjort pr. telefon der intervjuar noterte undervegs i samtalen.

Vi opplevde at det i stor grad var personar med rett kompetanse og ansvar som var utvald av sine leiarar til å svare på våre spørsmål. Alle var i direkte pasientkontakt i større og mindre grad. Alle hadde eit koordineringsansvar og gjerne også eit undervisnings/ opplæringsansvar ovanfor anna personell i avdelinga retta mot samarbeid og pasientforløp. Nokre stadar møtte berre ein person, andre stader inntil fire personar. Der det var fleire enn ein, vart svara noko meir nyanserte, men heldt likevel same retning. Desse intervju tok litt lengre tid, både å gjennomføre og analysere.

Å bruke lydopptak var ein veldig god måte å dokumentere intervjuet på, både ved at samtalen flaut godt, og ved at bearbeiding og samanlikning av materialet vart lettare i etterkant. Det var også høve til å observere kroppsspråk og anna non- verbale kommunikasjon når ein sjølv var tilstades i intervjusamanheng. Telefonintervju var også greitt, sjølv om ein då mista det non- verbale språket og måtte notere undervegs. Hovudfunna i alle intervju vart skriftleggjorde og samanstillt under kvart spørsmål i spørjeskjemaet for lettare å finne likskapar og ulikskapar i svara.

5. Drøfting av problemstillingane

5.1. Intervju med kommunar og sjukehus

Hovudtema i spørsmåla var:

- Roller og ansvar
- Kommunikasjon: innhald og form
- Oppleving av felles ansvar
- Oppleving av tillit til kvarandre
- Handtering av usemje og uønska hendingar
- Oppleving av om avtalane og/ eller samhandlingsreformen har påverka samhandlinga
- Endring før/ etter avtalane

Alle informantar uttalar å ha ei kjensle av å ha sine klart definerte roller og ansvar.

Størstedelen av kommunikasjonen mellom partane rundt utskriving av pasientar skjer pr. telefon. Dei uttalar å verdsette den direkte kommunikasjonen, men ser fram til eit elektronisk system kjem på plass, sidan det skildrast som å ta uhensiktsmessig lang tid når kommunen skal dokumentere under samtalane med sjukehuset. Informantar ved sjukehus A uttalar at *«Kommunane opplever gjerne denne dialogen meir nyttig enn vi gjer»*. Informantane ved begge sjukehusa skildrar mindre tidsbruk på papirarbeid, og informantar ved alle kommunane skildrar mindre/ dårlegare dokumentasjonsgrunnlag frå sjukehusa for vidare pasientoppfølging.

Kommune D har ein fast person på sjukehus B kvar dag på sjukehus A, ein dag pr. veke. Denne personen kan vurdere pasientane sjølv og snakke direkte med behandlande personell. Dette skildrast av informantane, både ved sjukehus og kommunen som «gull verd», opplever å saman finne gode løysingar for pasientane ved tvil. Denne personen kan ikkje nyttast i høve utskriving til andre kommunar.

Tidlegmelding opplevast av alle informantane å vere eit viktig første kontaktpunkt, men vert frå informantane i alle kommunane meldt gløymt frå sjukehuset B i nokre tilfelle.

Sjukehus A opplever varierende grad av kompetanse hos mottakar i kommunane generelt, medan alle kommunane skildrar ei oppleving av varierende grad, og ofte liten grad av kunnskap om pasienten hos sjukehus B. Dei skildrar mykje bruk av tid til spørsmålstilling for å innhente tilstrekkeleg informasjon om pasientens funksjonsnivå for å kunne vurdere riktig omsorgsnivå på pasientane som skal utskrivast.

Informantane frå kommunane er også samstemte i at dei hos sjukehus A opplever stor grad av korrekte meldingar om pasientane sitt funksjonsnivå, medan dei opplever at tilsette ved sjukehus B ofte framstiller pasienten som betre enn han/ ho er ved heimkomst. Kommune C og D opplever også at sjukehus B gjerne melder pasientane verre enn dei er og uttalar då at *«... dei gjerne «safer» seg ved å få pasienten ut på korttid... viser seg ofte at vedkommande likevel kan heim like etter... og gjerne når helga nærmer seg.»*

Kommune C og D opplever å få pasientar utskrivne tidlegare enn før, og at ”*det difor gjerne vert fleire reinnleggingar*”.

Dialogen mellom sjukehusa og kommunane skildrast av alle informantar som meir målretta og betre enn før avtalane vart inngått, men av informantane i sjukehus A som personavhengig ute i kommunane, og av informantane i alle kommunane som ganske personavhengig når det gjeld både kvalitet og innhald i høve sjukehus B.

Alle informantane frå kommunane skildrar stor forskjell på sjukehus A og B i denne dialogen, der sjukehus A skildrast kommunikativt betre enn før eller framleis god, og kanskje ein endå meir strukturert dialog enn før.

Sjukehus B skildrast av alle informantane i kommunane som noko betre men ikkje godt nok, då ein opplever at den som melder er ukjent med både pasienten og avtalane som er inngått, og at ein alltid må stille ekstras spørsmål for å få nok vurderingsgrunnlag i høve pasienten.

Informantane frå både sjukehusa og kommunane svarar at dei kjenner eit kollektivt ansvar for pasienten. Informantane frå begge sjukehusa skildrar å vere opptekne av hjelpemiddel- og oppfølgingsbehov til kommunane, men sjukehus A skildrar å bruke meir tid og merksemd på dette enn det andre.

Ingen av informantane gir uttrykk for at avtalane ligg klare på pulten ved samtalar med kvarandre, men alle brukte dei aktivt i starten, og opplever no å ha så god kjennskap til innhaldet at avtalene vert overhaldne i kommunikasjonen med kvarandre.

Kommune C uttalar om sjukehus B at;

«Sjukehuset sitter med bukta og begge endane. Dei kan melde dei når dei vil melde dei, og sei at dei er klar på timen når dei finn det ut- dei kan eigentleg gje dei tilbakemeldingane dei vil til oss.... dei veit vi ikkje vil betale 4000,- kr., så då tek vi dei ut....ofte til sjukeheimen...har god plass der...kan ofte heim raskt etter.....»

Ingen andre informantar seier noko om at økonomiske sanksjonar har påverknad i forhold til uttakstidspunkt.

Informanten ved sjukehus B uttalar å sjå kommunane og sjukehusa som likeverdige partar, men synest det er viktig å formidla at sjukehuset låner pasienten, at deira oppgåve er å gi ein statusrapport, skildre kva som har skjedd i lånetida, med pasienten i fokus og at det på den måten nok er kommunen som er viktigast for pasienten. Opplever også at kommunane ofte ønskjer at sjukehuset skal sei kor pasientane skal; heim eller på korttidsplass i institusjon, og prøvar då å formidle at det er det kommune som skal vurdere. Informanten ved sjukehus B uttalar også usikkerhet, og utan høve til å ha detaljkunnskap om kva dei ulike kommunane kan tilby av både hjelp og hjelpemiddel.

Sjukehus A skildrast av kommunane som å systematisk gje melding tidlegare enn sjukehus B, samt å vera oppteken av at kommunane skal gje pasientane eit godt nok tilbod, at ein har eit felles ansvar, og gir gjerne pasienten eit ekstra døgn for å sikre seg dette.

Usemje opplevast ikkje så ofte av nokon av informantane, og i den grad det gjeld pasientvurderingar, er det legen ved avdelinga som avgjer, uttalar sjukehus B.

Uønska hendingar, skildra som systemsvikt, meldast mest systematisk frå kommune A, B og D. Sendast til oppgitt adresse på sjukehusa.

Sjukehus B uttalar at;

«Det er rart kor mykje tid og energi kommunen kan bruke på å skrive ned og melde avvik til sjukehuset..... kanskje vi skulle blitt flinkare å melde ut igjen til kommunane...det skjer avvik også den vegen...det kan vi bli betre på... lage et system på dette»

Alle informantane er samde om at Samhandlingsreforma har vore med å påverke samhandlinga mellom kommunar og sjukehus, og at det nok er dei lokale samhandlingsavtalane som har ført til den konkrete samhandlingsforma som er i dag, sidan desse er konkrete.

Informantane frå kommune D meiner at betalingsordninga ikkje påverkar samarbeidet, og at dei har like mange utskrivingsklare døgn som før, men at det no kan vere vanskelegare å få lagt inn pasientar i sjukeheim frå heimen enn frå sjukehus, då dei utskrivingsklare prioriterast.

Alle informantane er samde om ei oppleving av betre struktur på dialogen pr i dag i forhold til før dei siste avtalane vart inngått, men alle informantane presiserer på same tid at det også tidlegare har førelagt avtalar som har regulert dette, så det er ikkje heilt nytt for partane.

Informantane i alle kommunane skildrar i mange svar stor skilnad på sjukehus A og B i samarbeidet med desse, og også stor skilnad mellom dei ulike avdelingar på sjukehus B.

Informantane ved både sjukehus A og sjukehus B skildrar i mange svar stor skilnad på kommunane i samarbeidet med desse, og sjukehus B trekker fram kommune D som den som er enklast å samarbeide med, då dei har eigen person tilstades ved sjukehuset.

5.2. I kva grad har samarbeidsavtalane ført til meir integrert samarbeid mellom kommune og helseføretak ved utskrivning av pasient?

Vi har i oppgåva lagt til grunn at partnerskapet mellom kommunane og helseføretaka må ha kjenneteikn på eit integrert samarbeid dersom ein skal lukkast med målsetjinga i avtalane. For at partnerskapet skal definerast som eit integrert samarbeid må det kunna kjenneteiknast av momenta på høgresida av Mandel og Keast sin modell (jf kap 3). Modellen består av strukturelle og relasjonelle kjenneteikn. Dette kapittelet er delt opp i delspørsmål for å gjera drøftinga meir oversiktleg. Delspørsmåla er laga med utgangspunkt i Mandel og Keast sitt samarbeidskontinuum.

I kva grad har samarbeidsavtalane ført til;

- tettare koplingar der aktørane endrar tilhørighet?
- systemendring der partane har skapt noko nytt saman, tek høgare grad av risiko og er blitt meir gjensidig avhengig av kvarandre?

- endra maktfordeling og meir felles ansvar for pasientane?
- betre kommunikasjon og meir hensiktsmessig informasjonsdeling?
- auka tillit og meir stabile relasjonar?

Vi ynskjer likevel å understreka at punkta vil delvis overlappa kvarandre då dei ulike utviklingstrekk heng tett saman og påverkar kvarandre.

5.2.1 Strukturelle kjenneteikn

Avtalane og samarbeidsstrukturen (dei formelle fora som har ansvar for å utarbeida, implementera og følgja opp avtalane) dannar dei strukturelle rammene i partnerskapet. Avtaleområdet er initiert via nytt lovverk (jf. kap 2).

Delspørsmål 1 (Varigheit og strukturelle linkar):

I kva grad har samarbeidsavtalane ført til tettare koplingar der aktørane endrar tilhørighet?

Med endra tilhørighet meiner vi her at partane, gjennom oppfølging av avtalane kan ha fått;

- ei endra kjensle av kor dei høyrer heime, ei større **vi**-kjensle
- ei endra rolle i samarbeidet
- ei større grad av auka tilhørighet til partnerskapet
- auka grad av tettare koplingar og langvarige endringar.

Avtale om rutinar for samhandling mellom kommunar og sjukehus vart i Helse Bergen sitt føretaksområde inngått i 2009, altså før slike avtalar blei lovpålagt. Dette var ein intensjonsavtale som blei utarbeidd etter initiativ frå partane. Såleis kan ein sei at kommunar og sjukehus i dette føretaksområdet har noko erfaring når det gjeld å ha avtalefesta samarbeidsrutinar for inn- og utskriving av pasientar. Likevel kan det sjå ut som nytt lovverk og prosessane kring denne avtaleinngåinga har ført til at samarbeidet er blitt vesentleg meir formalisert det siste året, frå laust koplå til tettare struktur. Informantane både i sjukehus og kommunar skildrar ein betre struktur på samarbeidet, samtidig som dei er svært bevisst sine roller ovanfor kvarandre.

Gjennom intervju med våre informantar kjem det heilt tydeleg fram at det til no har vore eit stort fokus på utskrivingsavtalane. Alle informantane uttalar å kjenne godt til innhaldet i avtalane. Avtalane ligg ikkje i ei skuff, men er velkjende og i aktiv bruk. Alle er òg samde om at dei opplever at strukturen på utskrivingsdialogen er vesentleg betra etter at avtalane blei inngått. Informantane meiner at avtalane i stor grad har bidratt til dette.

Alle organisasjonane vi har intervju har valt ut eit avgrensa tal personar som har ei særskilt ansvar i utskrivingsdialogen. Personane har i stor grad denne oppgåva i tillegg til sitt ordinære arbeid i kommune eller på sjukehus.

I Mandel og Keast sin modell blir eit integrert samarbeid beskrive som eit langvarig samarbeid med tette koplingar der aktørane endrar tilhørighet. På nivå 2 («Samhandling») blir strukturane skildra som noko stabilitet i medlemsmassen og med middels varigheit. Nivå 1 («Lause koplingar») blir beskrive som kortvarige, lause og fleksible (jf. kap 3.2.).

Slik vi tolkar informasjon frå informantane vil vi på dette punktet plassera samarbeidet kring utskriving av pasient på nivå 2 («Samhandling»). Dette gjeld for alle kommunar og sjukehus som var med i intervjuet. Etter vår vurdering har samarbeidet utvikla seg frå laust («nivå 1») til nivå 2 dei siste åra. Utviklinga byrja i praksis før dei lovpålagte avtalane blei inngått i 2012, då dei hadde avtalar på området allereie i 2009. Vi meiner likevel at avtaleinngåing i 2012 og prosessane kring den har vore med å bidra til at koplingane/ strukturane er blitt enda tettare.

Det er grunn til å tru at den overordna strukturen (lover og statlege føringar) kring samhandlinga om utskrivingsklare pasientar vil vedvara framover. Samarbeidet vil difor ha grunnlag til å utvikla seg enda tettare over tid.

Partane i den direkte samhandlinga vil likevel ha samhandlinga kring utskrivingsklare pasientar berre som ein del av sitt arbeid. Største delen av arbeidet vil framleis bli utført i den «ordinære organisasjon». Så sjølv om lovpålagte avtalar kan føra til enda meir integrert samarbeid framover, stiller vi spørsmålsteikn ved om dette er nok til at det kan bli eit fullt ut integrert samarbeid på sikt. Kommunar og sjukehus vil framleis vera organisert i ein to-nivå modell med ulikt lovverk og økonomiske virkemiddel. Etter det vi kan sjå vil det alltid vera eit skilje og deltakarane i utskrivingsdialogen vil truleg alltid føla ein sterkare tilhørighet til sin «moderorganisasjon».

Delspørsmål 2 (Mål/ perspektiv/ risiko):

I kva grad har avtalane ført til systemendring der partane har skapt noko nytt saman, tek høgare grad av risiko og er blitt meir gjensidig avhengig av kvarandre?

I denne oppgåva har vi valt å ha fokus på partnerskapet i den direkte utskrivingsdialogen. Vi ynskjer likevel å omtala partnerskapet på overordna nivå (toppleiarmøtet, overordna samarbeidsavtale og samarbeidssekretariatet) då vi vurderer at denne både bør og vil påverka utskrivingsprosessen. Vi tenkjer det er viktig å synleggjera at partnerskapet på overordna nivå har eit stort ansvar for å sikra oppfølging av avtalen og samhandlinga (jf.kap 3.1).

For Helse Bergen føretaksområde kan det sjå ut til at systematisert og målretta arbeid på eit overordna nivå kan påverka graden av kjennskap til og kunnskap om samarbeidsavtalen i alle ledd i organisasjonen. Politisk og administrativ leiing i sjukehus og kommune ser ut til å ha ei viss grad av påverking når det gjeld fokus på avtalar og samhandling. Deira deltaking og forståing av kva det inneber å følgje opp avtalane kan påverke prioriteringar i organisasjonen. Dette kan igjen påverke i kva grad det vert vektlagt at utøvarleddet har tillit til systemet, har samhandlingskompetanse og kunnskap om avtalen og korleis den skal følgjast opp (kapasitetsbygging). Systematisk tilrettelegging og oppfølging av avtalane ser ut til å vere påverka av overordna prioriteringar hos partane. Gjennom utarbeiding og inngåing av eit felles grunnlagsdokument for samhandling har ein på eit overordna nivå arbeidd med sentrale prinsipp for samhandlinga og strategiske grep som partane er samde om. Dette har lagt eit godt grunnlag for samarbeid. Gjennom handlingsplan for oppfølging av grunnlagsdokument og samarbeidsavtalar forpliktar partane, på eit overordna nivå til å følgja opp det ein har avtalefesta. Møteplassar der fagleg, administrativ og politisk leiing frå alle partar møtes er godt etablert (samarbeidsutval) og representantar frå partane er forplikta til å følgje opp vedtak som vert gjort i dette fora. Det kan sjå ut til at dette inneber at oppfølging av

samarbeidsavtalen er forankra og har høg prioritet på eit overordna nivå, og slik sett påverkar graden av integrert samarbeid.

Målsettingane i tenesteavtalen om utskrivning er laga med bakgrunn i lovverk og nasjonal rettleiar. Målsettingane er så pass generelle at avtalepartane ikkje hadde store problem med å bli samde. I prosessen var det inga stor usemje om felles mål, men det har vore drøftingar i organisasjonane om kva desse måla betydde i praksis. Informantane våre (utøvarleddet) har i ulikt grad blitt sett og høyrte i utforming av avtalane. Dei kjenner alle godt til avtalen, men har ikkje vore direkte med i utforminga. Det er difor grunn til å tru at dei ikkje har grunnleggjande eigarskap til målsetjingane.

Sjølv om det i stor grad er semje om måla ved avtaleinngåing kan det likevel vera grunn til å tru at partane kan ha andre individuelle mål og at dei har større grad av lojalitet til organisasjonen sine øvrige mål dersom det oppstår motsetjingar. Denne utfordringa knytt til partnerskap har me og peika på i oppgåva sin teoridel. Til dømes kan økonomiske incentiv vera med på å setja til sides felles mål. Informant ved sjukehus B uttalte at «...avtalane har klart hjelpt... før var sjukehuset fullt... noko måtte gjerast...». Når vi veit at sjukehusa til er pressa på sengeplassar, kan det heilt klart vere eit viktig mål for sjukehusa å skriva pasientar ut så raskt som mogeleg. Denne målsetjinga kan då bli satt (meir eller mindre bevisst) opp mot felles overordna målsetjingar i samarbeidsavtalen.

For å utvikla partnerskapet er det viktig med prosessar der ein saman kan læra. Partane i det føretaksområdet me har sett på har utarbeidd felles retningsliner for registrering og melding av avvik og uønska hendingar. Avtalepartane har på overordna plan jamnlege møter, men ingen av informantane skildrar heilt systematiske melderutinar på uønska hendingar og avvik. Det går fram av intervjuet at ein har ein veg å gå når det gjeld arbeid med felles læring og forbetring. Pr. no har partane ikkje hatt kapasitet eller har prioritet til å systematisk fylgja opp erfaringar frå samhandlinga for å vidareutvikla partnerskapet. Det kan også vere eit poeng at våre informantar (utførarleddet) i liten grad har vore involvert i utforminga av avtalane. Dette kan i seg sjølv gjere at ein ikkje kjenner same ansvar i høve vidareutvikling og utbetring av avtalane på strukturnivå. Informantane ved kommune C og sjukehus B ikkje har tatt i bruk systematisert meldingspraksis til kvarandre ved uønska hendingar/ avvik, kan dette vere med å understreke akkurat dette. Manglande avvikskultur/ tilbakemeldingar på forbettringsområde kan føra til at dei som er ansvarlege for utarbeiding og vedlikehald av avtalane ikkje får tilstrekkeleg og nødvendig informasjon til forbettringsarbeid. Her kan det sjå ut som partane framleis er noko laust kopla.

Mandel og Keast brukar fylgjande strukturelle kjenneteikn på integrert samarbeid kring mål/perspektiv/ risiko; Partane har skapt noko nytt, det er eit system i endring og partane tek høg risiko. På nivå 1 («lause koplingar») er dei strukturelle kjenneteikna at partane deler informasjon, men har autonome mål. Partane tek her liten risiko. På nivå 2 («Samhandling») er dei strukturelle kjenneteikna at ein har felles planar/ program, men ein har likevel autonome mål (jf. punkt 3.2).

Vi vil ut frå dette plassera utskrivingsdialogen for alle våre informantar på nivå 2 «samarbeid» og vi vurderer vidare at samarbeidsavtalane har medverka til at ein har auka grad av integrasjon. Om ein har potensiale til å bli fullt ut integrert set vi i likevel spørsmålsteikn

ved. Ut i frå det vi har funne trur vi at kommunar og sjukehus har potensiale til å skapa noko nytt saman, læra av dei erfaringane ein gjer og laga ei læringssløyfe for å skapa beste praksis. Dette er komplisert og det kan nok tenkjast at det faktisk ikkje er grunnlag for eit felles målbilde der partane må ha stor vilje til endring? Det kan vera at partane alltid vil ha ulike interesser i dette samarbeidet, og at ein alltid vil kjenne størst tilhørighet til sin opphavlege organisasjon? Dette er ei drøfting det bli for omfattande å gå inn på i denne oppgåva.

5.2.2. Relasjonelle kjenneteikn

Me vil no drøfta korleis avtalane har ført til endringar i grad av integrasjon mellom aktørane i utskrivingsdialogen (dei relasjonelle kjenneteikna).

Delspørsmål 3 (Makt/ ansvarlighet):

I kva grad har avtalane ført til endra maktfordeling og meir felles ansvar for pasientane?

Ein kan skilja mellom formell og uformell makt. Formell makt er knytt til den makta ein får gjennom lover og reglar. Den uformelle er knytt til tradisjon og karisma (jf. kap 3.2.1.).

Den formelle ansvarsfordelinga mellom helseføretak og kommune ved utskriving av pasient er skildra i avtalen. Det er legen ved sjukehuset som avgjer når ein pasient oppfyller kriteria som utskrivingsklar, og kommunen som avgjer uttakstidspunkt og pleienivå. Om kommunen ikkje kan gje tilbud til pasient som er utskrivingsklar må ein betala for opphaldsdøgn på sjukehuset. I avtalen er det òg skildra kva som skal gjerast dersom ein ikkje føler dei prosessuelle reglane. Dersom sjukehuset ikkje har føljt spelereglane ved til dømes å sende tidlegvarsel, kan kommunen stoppe utskrivinga.

Repstad understrekar at ein viktig maktfaktor er kontroll med funksjonar som står meir «sentralt» i nettverket enn andre, det vere seg blant anna fordeling av klientar og disponering av ressursar. (jf. kap 3.2.1.). Det kan såleis sjåast som den mest sentrale maktfaktoren er lagt til sjukehuset ved at det er legane ved sjukehusa som avgjer når pasientane er utskrivingsklare. Informantane våre skildrar òg oppleving av ulikt maktforhold mellom partane med bakgrunn i dette. Informantane i kommune C uttalar til dømes at sjukehus B «... har bukta og begge endande...» på grunn av dei økonomiske sanksjonane. Nokre av dei kommunale informantane skildrar òg tvil om kor riktig dei vurderingane som vert gjort er: «... dei gjerne «safer» seg ved å få pasienten ut på korttid.... viser seg ofte at vedkommande likevel kan heim like etter... og gjerne når helga nærmar seg.». Vi er då undrande til om tillitssløyfa er fullstendig, og om Fugelli sin definisjon av tillit er oppfylt (jf. delspørsmål 5 om tillit).

Uformell makt er knytt til personlege eigenskapar, tradisjonar og det som utspeglar seg i utskrivingsdialogen. Gjennom intervjuva fekk vi inntrykk av at informantane opplevde maktfordelinga ulikt sjølv om dei formelle maktstrukturane er relativt tydelege. Dette er òg noko vi kjenner igjen frå vår eiga arbeidserfaring.

I avsnitt 3.2.1 har vi argumentert for at det er viktig med likeverd i partnerskapet dersom ein skal lukkast. Vi har òg vist til at undersøkingar som har synt at forholdet mellom kommunar

og helseføretak på langt nær blir opplevd som likeverdig. Gjennom våre intervju blir dette på mange måtar stadfesta.

Større grad av felles ansvar er ein av føresetnadane for å få til målsetjingane i avtalen. Grad av kollektiv ansvarlighet er òg eit av kriteria i Mandell og Keast sin modell. Alle våre informantar har svara - ja på at dei opplever eit kollektiv ansvar for pasient og at avtalane har bidratt i positiv retning. Ut frå dette kan det sjå ut som ut som at avtalane (gjennom føremåla) både oppfordrar og bidrar til at til at begge partar tar eit større kollektivt ansvar for pasientane.

På den andre sida svarar informantane at dei no har meir tydelege og avgrensa roller grunna arbeidsdelinga som er skildra gjennom avtalen. Ein av informantane frå sjukehus B uttalar t.d. at dei har «pasienten på besøk». Ein kan setja spørsmålsteikn ved om avtalane som i føremåla oppfordrar til felles ansvar i praksis òg kan vera med på redusera grad av felles ansvar for pasient gjennom arbeidsdelinga i rutineskildringa. Ut frå avtalen skal t.d. ikkje sjukehuset meine noko om kva nivå pasienten bør få hjelp på etter utskriving (med mindre kommunen ber om uttale). Tilsette som har fokus på eit heilskapleg pasientforløp vil då lett kunna bli oppfatta å bry seg om noko ein ikkje har «noko med». Ein av våre informantar (frå sjukehus A) beskreib å ha det vi tolkar som ein utvida ansvarsfølelse og ei genuin interesse for å få til eit godt pasientforløp. Ho stiller spørsmål som strengt tatt er utover det som er avtalt med målsetjinga om å få til meir heilskaplege tenester. Spørsmåla hennar kan då lett tolkast som «utidige» frå dei kommunale representantane dersom det ikkje er opparbeida seg tilstrekkeleg grad av tillit (jf. òg delspørsmål 5 om tillit).

Eit anna døme er informanten ved sjukehus B som uttalte at kommunane generelt ofte ønskte å få ei antydning om kor pasientane burde utskrivast til. Dette kan tolkast positivt iht å få ein dialog og eit meir heilskapleg pasientforløp, men kan òg opplevast negativt som brot på "spelereglane" dersom det ikkje er opparbeida tillit og ein viss grad av kollektivt ansvar.

Ut frå Mandell og Keast sin modell vil eit integrert samarbeid knytt til makt og ansvarlighet kjenneteiknast med endra maktfordeling og meir felles ansvar for pasientane. På «nivå 2» har ein prosjektrelatert deling av makt og ansvarlighet. I «lause koplingar» på nivå 1 er ansvarlighet og makt hos den enkelte aktør (jf. punkt 3.2).

Den formelle makta er tydeleg skildra i avtalane og det er såleis ei relativt klar maktfordeling. Avtalene har vore med å tydeleggjera dette og vi tenkjer at ei slik avklaring er positivt med tanke på samhandlinga. Dette er òg noko som er understøtta gjennom våre intervju. Erkjenninga av at makta er ulikt fordelt og at sjukehuset truleg sit med den mest sentrale "maktvariablen", kan likevel verka negativt inn på samhandlinga. Den uformelle makta er omfattande både å beskriva og drøfta. Her vil ulike system, tradisjonar og den personlege variabelen påverka. Dette er etter våre vurderingar ein viktig variabel, men grunna avgrensingar i oppgåva vil vi ikkje gå nærare inn på drøftingar her.

Kollektiv ansvarlighet er eit anna utviklingstrekk i Mandell og Keast sin modell. Målsetting om kollektiv ansvarlighet/ større felles ansvar for pasient går tydeleg fram av målsetjingane i avtalane. Vi har likevel satt spørsmålstein ved om rutinane i nokre samanhengar kan vera med å motverka målsetjinga dersom det er ikkje er etablert tilstrekkelig tillit mellom partane.

Ut frå dette vil vi plassera alle organisasjonane innanfor «nivå 2» når det gjeld makt og ansvarlighet. Samtidig opplever vi at det er variasjon ein del kor langt ein er komen iht kollektiv ansvarlighet. Dei vi vurderer er komne lengst er dei som har klart å bygga ein viss grad av tillit og fått til ein viss grad av kollektiv ansvarlighet.

Delspørsmål 4 (Informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt):

I kva grad har avtalane ført til meir hensiktsmessig kommunikasjonsflyt og informasjonsdeling?

Informasjonen som skal overførast i utskrivingsdialogen gjeld primært pasientopplysningar. For slik informasjon er det krav om at partane skal ha kvar sine dokumentasjonssystem og innhenting av helseopplysningar på tvers av nivå ikkje er mulig. Dette gjev klart avgrensingar i informasjonsflyten.

Avtalt informasjonsflyt mellom kommune og helseføretak er tydeleg skildra i avtalen. Nokon vil kanskje hevda at avtalen skildrar kva informasjon ein treng ved utskriving og at det ikkje vil vera nokon for informasjon og kommunikasjon utover det. Våre erfaringar og informasjon frå våre informantar tilseier at det ikkje er så enkelt. Det vil alltid kunna vera nyansar av særskilte behov som ikkje kan skildrast i ein skriftleg rutine. Det vil òg kunne vera behov for avklaringspørsmål.

Avtalane kan ikkje fange opp alt/ skildra heile pasienforløpet, sjølv om det til dømes er klare definisjonar på kva som er ein utskrivingsklar pasient. Til dømes seier alle informantane frå kommunane at det generelt er store skilnader på kven ved sjukehus B ein snakkar med i forhold til kva som vert kommunisert om pasientane sitt funksjonsnivå/ pleiebehov.

Ut frå den informasjon vi har fått frå våre informantar er hovudtrekket at avtalane har ført til betre og meir systematisk kommunikasjonsflyt og informasjonsdeling. Alle informantane er samstemte i at dialogen er blitt meir strukturert då avtalen gjer klarare ”spelereglar”. Tidlegvarsel (jf. kap 2.3.1) blir peika på som viktig for å kunne starta ein god dialog for å få ein definert strukturell handling.

Informantane frå kommune D seier likevel at dei opplever at begge sjukehusa tidvis tek kontakt utan at det er endring i pasientinformasjonen og mellom dei avtalte kontaktpunkta (tidlegmelding og melding om utskrivingsklar pasient), og opplever dette som unødig tidsbruk. Etter det vi kan sjå kan partane òg ha ulikt syn på målsetjinga med informasjonsdelinga. Dette kan illustrerast med utsegn som: «...denne informasjonen (om pasientane sitt funksjonsnivå, red. anm) er kanskje meir viktig for kommunane enn for oss...(informantar ved sjukehus A)». Dette gjer det naturleg å stille spørsmål ved om partane er tilstrekkeleg omforent om både innhald og form på kommunikasjonsflyten.

Informantane frå kommunane skildrar ulike skjema for å sikra at dialogen inneheld tilstrekkeleg informasjon. Det vart utvikla ei universell sjekklister i avtalen om utskriving, men denne er ikkje satt i system i heile helseføretaksområdet. Kommune D har utvikla eit eige skjema i sitt fagsystem som vert nytta for dialog og dokumentasjon. Dei øvrige kommuneinformantane brukar sine kunnskapar og erfaringar i denne dialogen. Alle kommuneinformantar opplever at opplysningar frå sjukehus B er for varierende til at ein er trygg på om opplysningane er korrekte, samt at tidsbruken er for stor for å få innhenta

tilstrekkeleg informasjon. Dette understrekar kor viktig det er at meldar kjenner godt til pasienten sin tilstand og funksjonsnivå. Sjukehus A opplever forskjell på dei ulike enkeltpersonane i kommunane dei treff.

Utskrivingsdialogen baserer seg no primært på telefonisk kontakt mellom partane, med unntak av den eine kommunale parten som har ein person til stades på sjukehuset. Alle informantane ved sjukehusa og kommune D er samde i at det å ha ein person til stades er «gull verd» og at dette gjer dialogen betre.

Ut frå Mandel og Keast sin modell vil ein ved eit integrert samarbeid få ein breid kommunikasjonsflyt og informasjonsdeling som eit resultat av ein sterkare lojalitet til nettverket enn si autonome rolle. På «nivå 2» i samhandlingskontinuumet («Samhandling») vil informasjonsflyten vera meir prosjektrelatert. I laust kopla nettverk vil informasjonsdelinga og kommunikasjonsflyten vera forsiktig og avgrensa (jf. kap3.2.)

Etter våre vurderingar kan ingen av partane definerast som eit fullt ut integrert samarbeid når det gjeld informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt. Partane gjev kvarandre den informasjonen som er avtala, men heller ikkje så mykje meir. Vi vil plassera alle på nivå 2 «Samhandling» i modellen til Mandel og Keast, men vi ser at ògså på dette punktet (som på delspørsmål 3) er nokon komen lenger enn andre. Dette er dei partane der me tolkar svara slik at det er større grad av tillit og kollektiv ansvarlighet. For desse vurderer vi at kommunikasjonsflyten og informasjonsdelinga er komen lenger, ein har fokus på kollektiv ansvarlighet/ betre pasientforløp i tillegg til å ha fokus rutinane i avtalen. I desse dialogane er det på plass ein større grad av tovegs kommunikasjon, ein dialog.

Delspørsmål 5 (Tillit):

I kva grad har avtalane ført til auka tillit og meir stabile relasjonar?

Alle vi har snakka med har valt ut eit avgrensa tal personar som står for utskrivingsdialogen. Dette gjer høve til å etablera relativt stabile relasjonar over tid. Få av personane treff kvarande utover telefondialogen. Ein av kommunane har òg valt å ha personar fast til stades på sjukehusa. Dette gjev grunnlag for å etablere og utvikle endå nærare relasjonar. Etter våre vurderingar har denne kommunen klart å etablere ein tettare og betre samhandlingsdialog rundt pasienten sine behov, då både informantane ved kommunen og informantane ved sjukehus B er heilt eintydige i si oppfatning av dette. Informant ved sjukehus B antyder at kanskje mindre kommunar kunne gått i hop for å ha ein slik samhandlingsperson ved sjukehuset.

Som omtalt i kap. 3 er tillit ikkje noko som kan vedtakast eller avtalast. For å utvikla tillit må målet, nytteverdien og risikobiletet vera tydeleg for å kunna danne eit godt grunnlag for tillitsbygging. Etter kvart som felles mål vert innfridd og ein erfarer at dette ikkje var særleg risikabelt, vil tilliten til kvarandre vekse. "Tillitssløyfa" er då etablert og kan danne grunnlag for ein positiv samarbeidsprosess i eit ambisiøst og integrert samarbeid.

Vi har i intervjuet ikkje gått grundig inn på omgrepet tillit, men stilt spørsmål til dei kommunale informantane om dei har tillit til at den informasjonen dei får frå helseføretaket er

rett. Vi meiner å kunne sjå at mange av svara likevel seier noko indirekte om grad av tillit mellom partane. Informantane i kommunane har svart at dei opplever tillit til informasjonen ulikt. Informantar ved sjukehus A skildrar ei ulikskap mellom kommunane, men ingen mistillit. Kommuneinformantane gir alle uttrykk for at sjukehus B ofte framstiller pasienten som betre enn det kommunen vurderer at vedkommande er ved heimkomst. Fleire kommunar opplever å få pasientar utskrivne tidlegare enn før, noko som dei meiner har resulterer i fleire reinnleggingar enn før. (Vi har ikkje innhenta grunnlagsdata som underbygger denne påstanden, men viser til at det er informant som hevdar dette.) Samstundes opplever dei at pasientane ofte blir skildra som så dårleg at dei bør ha eit kommunal institusjonsplass. Informantane i kommune C og D tolkar dette som eit uttrykk for at helseføretaket "safer" seg, men seier ikkje om det er seg sjølv som fagperson, systemet som sådan eller pasienten ein sikrar i denne kommunikasjonen. Både informantane ved sjukehus A og B og kommune D og C er tydelege på at dei tvilar på formålet til den andre ved å antyde vikarierende motiv med meldingane («... få ut pasienten så fort som mulig...») og «kommunane opplever nok denne informasjonen som meir viktig enn vi gjer...»). Informantane uttalar samrøystes at dei alltid treng å stille «kontrollspørsmål» til sjukehus B. I lys av tillitsomgrepet, meiner vi her å høyre at informantane våre har eit sviktande tillitsforhold til informasjonen som kjem frå sjukehus B. Samstundes kan dette sjåast som ei oppleving å ha både større ansvar pasienten, meir kunnskap, og dermed også meir makt enn sjukehusa i denne dialogen. Men samla sett ser det òg ut som om respondentane frå alle kommunane ikkje alltid har full tillit til den informasjonen sjukehus B gjev.

Ut frå Mandel og Keast sin modell vil ein ved ei integrert samarbeid ha høg grad av tillit og stabile relasjonar. På nivå 2 («Samhandling») vil det vera medium grad av tillit som er basert på tidlegare erfaringar. I laust kopla samhandlingsnettverk vil det vera låg grad av tillit og utstabile relasjonar.

Vi ser at alle organisasjonane har prioritert stabilitet i relasjonane og avgrensa kven som deltek i utskrivingsdialogen. Det er difor relativt høg grad av stabilitet i relasjonane, noko vi vurderer som svært positivt med tanke tillitsbygging.

Vi har i oppgåva sin teoridel argumentert for at tillit må byggjast gjennom kommunikative prosessar og har illustrert dette med «tillitssløyfa». Sentrale element i tillitssløyfa er tydelege og avklarte mål, nytteverdi og risikobilete (jf. kap 3.2.1.). Tillitsbygginga heng ut frå dette tett saman med dei strukturelle kjenneteikna i samarbeidskontinuumet (jf. delspørsmål 2 om mål/ perspektiv/ risiko). Under dette kapitlet har vi stilt spørsmålsteikn ved om det kan tenkjast at det faktisk ikkje er grunnlag for eit felles målbilde? At partane alltid vil ha ulike interesser i dette samarbeidet då ein alltid vil føla størst tilhørighet til sin opphavlege organisasjon? I den samanheng kan ein spørje seg om det ikkje alltid vil vere ei viss grad av mistillit mellom system som har ulike styringslinjer og økonomiske retningslinjer å ta omsyn til? Går det an at partane får så høg grad av tillit at vi kan definera det som eit integrert samarbeid så lenge ein har største delen av arbeidet sitt i sin «ordinære» organisasjon der dei utøver den største delen av arbeidstida? Vi har ikkje fasitsvaret her, vi set spørsmålsteikn ved det.

Me vil også på dette punktet plassera alle partane på nivå 2 i samarbeidskontinuumet, samstundes vil me påpeika at noko er komen lengre enn andre (jf delspørsmål 3 og 4). Eksempelvis har kommune D skildrar å ha faste fora direkte, open, konfidensiell

kommunikasjon og informasjonsdeling med sjukehus B. Graden av tillit er likevel noko uklar, då også informantane frå denne kommunen skildrar variasjon og utrygghet på informasjonen som vert gitt frå sjukehus B.

5.2.3. Oppsummering av drøftinga:

I kva grad har samarbeidsavtalane ført til meir integrert samarbeid mellom kommunar og helseføretak ved utskriving av pasient?

Lovpålagte avtalar om utskriving av pasient frå sjukehus til kommunale helse og omsorgstenester blei tekne i bruk 01.01.12. Avtalane kunne vore lagt i ei skuff, men det har dei ikkje blitt. Hos våre informantar er dei tekne i bruk og skildrast av alle å vera både nyttige og strukturerande på ansvarsdeling, kommunikasjon og informasjonsflyt. Soleis har avtalane vore eit bidrag til å oppnå betre samhandling mellom sjukehusa og kommunane ved utskriving.

For at eit nettverk skal utvikla seg frå lause koplingar til meir stabile relasjonar og strukturar må det skje ei utvikling i både strukturelle og relasjonelle kjenneteikn. Mandel og Keast sitt samarbeids - kontinuum deler dette opp i 3 nivå;

- Nivå1: Laust kopl (Cooperation)
- Nivå 2: Samhandling (Coordination)
- Nivå 3: Integrert samarbeid (Collaboration)

Vi har drøfta i kva grad samarbeidsavtalane har ført til meir integrert samarbeid i utskrivingsdialogen. Vi har gjennom 5 delspørsmål belyst dei ulike utviklingstrekk. Det er likevel slik at utviklingstrekk heng tett saman og vil påverkar kvarande gjensidig.

Etter våre funn ser det ut som om samarbeidsavtalane kan ha ført til meir integrert samarbeid for alle partar. Etter våre vurderingar ville partane ikkje ville ha komme så langt utan dette verkemidlet.

Særskilt har avtalane vore med på å setja samhandling på dagsorden og bidratt til å rydda i forhold knytt til ansvars- og oppgåvefordeling. I teoridelen har me belyst at ein i tillegg til å ta i bruk avtalar må ha fokus på sjølve samhandlinga og dei kapasitetsbyggjande prosessane. Mandell og Keast (2007) peikar på når ein skal vurdera effektivitet av samarbeidsnettverk, er spørsmålet ikkje berre om deltakarane klarar utføra ein betre jobb, men om deltakarane gjennom nettverka er i stand til å byggja nye kapasitetar og relasjonar for å arbeida på nye måtar.

Vi har plassert samhandlinga for alle partane på nivå 2 «Samhandling». Dette gjeld for alle delområda. Etter vår vurdering har partane ein veg å gå for at partnerskapa kan definerast som integrert samarbeid. Vi ser likevel at det er ein variasjon mellom dei ulike sjukehusa og kommunane trass i at dei har same avtalar. Dette kan tyde på at menneskelege faktorar, det kommunikative samspelet og kapasitetsbyggjande prosessar i dei ulike organisasjonane påverkar graden av integrasjon i samarbeidet. Alle våre informantar understreka òg at den menneskelege faktoren alltid vil vera til stades, men at dette er vanskeleg å skildra og snakka om.

I Helse Bergen hadde helseføretak og kommunar avtaler før det vart lovpålagt. Prosessen var difor starta lenge før 01.01.2012; dette har truleg vore viktig iht at ein er komen så pass lagt. Det er også interessant å merka seg at alle informantane er svært bevisst på at dei har hatt eit samarbeid i forkant av dei lovpålagte avtalane. Det er kjent at gode relasjonar tek tid både å oppretta og utvikla.

Ein må i prosessen fram mot oppnåing av høg grad av tillit og stabile relasjonar òg ta seg tid til å både definera og våga å snakke om det som er vanskeleg å både måla og snakka om.

Dette fører oss tilbake til refleksjonane kring dei strukturelle faktorane i partnerskapet og punktet makt og kollektivt ansvar. Samstyring kan vera ei problematisk styringsform. Styringsforma kan komma til kort i konfliktfylte situasjonar der makt og innflytelse står på spel og i situasjonar der aktørane ikkje opplever gjensidig nytte av å styra saman (Røiseland og Vabo, 2012).

Vi har stilt spørsmålsteikn ved om det går an å få til endring av tilhørighet i samstyring der ein er styrt av så forskjellige lovverk og har så ulike strukturar både organisatorisk, infrastrukturelt og sanksjonsmessig. Gjennom våre intervju meiner vi å ha avdekka at begge partar er omforeina om at dei har sine klart definerte roller i samarbeidet. Det at ein har hatt avtalar over tid har verka strukturerande på samarbeidet mellom partane. Når det gjeld utskrivning av pasientar, så kan det likevel sjå ut som det mellom partane manglar ein del felles definisjonar på kva som skal kommuniserast og kva grad av kunnskap som er naudsynt for å få til dette på ein god måte for både pasient, sjukehus og kommune. Om grad av integrering skal avspeglast gjennom høg grad av tillit mellom partane, kan vi då sjå at avtalane i nokon grad har oppnådd dette ved at begge partar uttalar stor grad av tillit til at ein- til slutt- får nok informasjon om den utskrivingsklare pasienten til å kunne gje eit godt kommunalt tilbod ved utskrivning. Vegen fram til det uttalte «til slutt» avspeglar i mindre grad tillitsforhold mellom partane, då informantane frå kommunane kjenner det som naudsynt å stille kontrollspørsmål, og informantane ved sjukehusa i stor grad uttalar å ikkje ha nok kunnskap om tilhøva ute i kommunane.

Oppsummeringsvis kan vi sei at det kan sjå ut som samarbeidsavtalane har ført til eit meir integrert samarbeid mellom kommunar og helseføretak ved utskrivning av pasientar. Vi ser at partane gjennom samarbeidsavtalane er på veg mot å skape noko nytt og varig- både på system- og relasjonsnivå, men at graden av dette er endå ikkje er høg nok, då både strukturelle og menneskelege faktorar i for stor grad endå ikkje er stabile og tillitsskapande nok til å kunne kallast fullintegrerte.

Vi har eit svært avgrensa grunnlag for å utala oss, relativt få informantar og korte/avgrensa intervju. Vi meiner likevel dette vera eit situasjonsbilde som kan illustrera nokre av dei utfordringane me står ovanfor.

5.3 Veggen vidare

I denne oppgåva har vi drøfta i kva grad avtalen om utskriving av pasient til no har ført til eit meir integrert samarbeid.

Vi har gjennom teoridelen belyst at det å leggja til rette for kommunikative prosessar og felles kapasitetsbygging er sentralt for å utvikla eit partnarsskap (jf. pkt 3.1.). Behovet for fokus på den menneskelege faktoren og sjølv samhandlinga er òg forsterka gjennom intervju med våre informantar. Dette har så langt fått relativt lite fokus. Årsakene her kan vere mange, til dømes tidspress ved innføring av avtalane.

Samhandling fordrar øvingstid- ikkje minst for å etablera tillit. Men tid åleine er ikkje tilstrekkeleg. For å få samarbeidsprosessar til å fungera krevst det aktiv handtering (jf. pkt 3.1.). Om eit skal få til meir integrert samarbeid kring utskriving av pasient må nokon ta overordna ansvar for prosessen. Denne oppgåva har hatt fokus på sjølv utskrivingsdialogen, men vi synest det er viktig å peika på leiaransvaret i partnarsskapet (toppleiarmøtet, overordna samarbeidsavtale og samarbeidssekretariatet). Etter våre vurderingar er det svært viktig at overordna partnarsskap tek ansvar for halda avtalane levande og læra av både feil og ”suksesshistoriar”. Ein må få på plass gode meldingssystem for både ønska og uønska hendingar, med ei felles læringsløyfe som i større grad kvalitetssikrar pasientforløpet. Læring og behov for justeringar må deretter takast inn i nye utgåver av avtalane. Som vi har sett søkjelyset på tidlegare i oppgåva er dette utfordringane. Samstyring er ei komplisert styringsform.

Gjennom dette arbeidet har me oppdaga mange problemstillingar det kunne vore interessant å drøfta vidare, t.d.; Kva skal til for å utvikla dette partnarsskapet vidare mot eit meir integrert samhandling? Tek partnarsskapet i stor nok grad ansvar for å vidareutvikla samhandlinga? Korleis tenkjer partane å setja samhandlinga og prosessane kring dette på dagsorden slik at det kan bli prioritert i ein travel kvardag? Korleis verkar dei økonomiske incentiva konkret inn på samhandling? Er det nokon som tek ansvar for at dei som sit med dialogen har tilstrekkelig samhandlingskompetanse? Er det fastsett kven som grip inn dersom samhandlinga utviklar seg i feil retning? Er avtalane prosess og utviklingsorienterte, og inneheld dei noko om korleis ein skal læra for å utvikla eksisterande praksis? Ser leiinga sitt ansvar for å jobba med å definera gråsoner og vera ein lærande organisasjon som legg til rette for djuplæring og utvikling av beste praksis? Er det eit overordna mål å gjera avtalane til meir enn minimumsløysingar i det rettslege handlingsrommet lovgjevar har invitert til? Korleis tenkjer partnarsskapet kring dialog og kommunikasjon møte ved innføring av elektronisk meldingsutveksling?

6. Oppsummering

Samhandlingsreforma blir ofte kalla ein retningsreform som skal gjennomførast over tid. Den konkrete utforminga skal skje undervegs og realiseringa byggjer på fleire verkemiddel. Eit av verkemidla er samarbeidsavtalar. Det vil vera variasjonar i korleis reforma blir gjennomført lokalt. Avtalene skal mellom anna sikra gode løysingar for utskrivingsklare pasientar i overgangen mellom sjukehus og kommunehelseteneste.

Tenesteavtalen som omhandlar rutinar for utskriving av pasientar har vore i bruk litt over eit år. Slik sett er det for tidleg å konkludera med i kva grad denne avtalen er eit godt verkemiddel. Vi synest likevel det har vore nyttig å reflektera over kva ein har oppnådd så langt.

Vi har i oppgåva reflektert over i kva grad avtalen har medverka til eit meir integrert samarbeid mellom kommune og sjukehus. Som ramme for drøftingane har vi brukt eit samarbeidskontinuum utarbeida av Mandel og Keast (2007). I tillegg har vi supplert med anna relevant teori.

Vi har intervjuet 12 ulike personar som deltek direkte i utskrivingsdialogen mellom sjukehus og kommune. Utvalet vårt er ikkje representativt. Vi trur likevel våre funn kan illustrera nokre av dei utfordringane vi står ovanfor i samarbeidet mellom sjukehus og kommunar. Vi har lagt til grunn at for å lukkast med målsetjinga i avtalane må partnerskapet ha kjenneteikn på eit integrert samarbeid. Ulike strukturelle og relasjonelle trekk må då utviklast.

I oppgåva har me vurdert om avtalane og prosessen kring inngåing av desse har ført til at partnerskapet har utvikla seg mot eit meir integrert samarbeid. Vi vurderer ikkje at nokon av partane har seiast å ha eit fullt ut integrert samarbeid. Nokre partar er imidlertid komen lengre enn andre i høve til dei relasjonelle kjenneteikna.

Vi har funne at avtalen absolutt er i bruk og blir opplevd som ei eit viktig verktøy for alle partar. Avtalen er sentral i samhandlinga, men samhandling er langt meir en det som kan omtalast i ein avtale. Avtalen kan ikkje regulera alle faktorar som bør vera til stades for eit godt og tett samarbeid. Samhandling er i vesentleg grad knytt til nære relasjonar. Samhandlinga føreset også at aktørane har kunnskap, ferdigheter og verdiar som støttar opp under kollektive handlingar. Det å utvikla kollektiv kapasitet krev både tålmod og trening (jfr kap 3.1.). Ei slik kommunikativ tilnærming er viktig og bør framover leggjast til grunn ved utvikling av samarbeidet og ved revisjon av avtalane.

Eit samarbeid treng tid for å utviklast, men tidsperspektivet er ikkje nok. Om ein skal lukkast med krevst det aktiv handtering av prosessane. Me har her peika på leiaransvaret til det overordna partnerskapet.

7. Refleksjon kring eiga læring

Vi har i arbeidet med oppgåva gjort mange interessante oppdagingar og vi har blitt meir nyfrikne på eige fagfelt og praksis. Det har tidvis vore vanskeleg å halde seg til problemstillinga i oppgåva nettopp av den grunn.

Gjennom arbeidet har vi fått både repetisjon og ny lærdom om oppgåveskriving og datainnsamling, på same tid som vi har fått prøvd ut noko av teorien i praksis. Vi har ikkje arbeida saman før og har ulik erfaringsbakgrunn, noko som har resultert i at vi har brukt mykje tid til å lytta og snakka. Vi har på mange måtar vore eit laust nettverk som har blitt knytt tettare saman gjennom arbeidet mot å levera eit felles produkt. Samtalane våre har vore både forvirrande og konstruktive, men vi opplever å ha lært mykje av diskusjonane. Vi ser det som luksus å ha fått høve til å bruka tid til refleksjon over tema som opptar oss så mykje, og som er så pass tett knytt til eigen erfaring og arbeidskvardag.

Samtalane våre har endra karakter etter som vi har lest meir av pensum. Vi har i periodar jobba med fleire problemstillingar, men vi har likevel falle tilbake på mykje av same tematikk; Den menneskelege faktoren i samhandlinga og leiaransvaret i forhold til å setja samarbeid og koordinering på dagsorden.

På leit etter det teoretiske grunnlaget har vi lest mykje, og meiner sjølv at vi har tileigna oss ny kunnskap om temaet samarbeid, nettverk og partnerskap. Vi har hatt utfordringar med å avgrensa teoridelen, men gjennom god rettleiing frå undervisningsstad og mange diskusjonar klarte vi å komma fram til teoriar som er lagt til grunn for drøfting av problemstillinga. Dette har også vore ein lærerik prosess.

Gjennom intervjuja fekk vi ny lærdom og kjennskap til element i samarbeidet som vi ikkje kjente til. Det har vore svært nyttig å snakka med dei som brukar avtalen i praksis. Det har gitt oss ei viss innsikt i korleis dei opplever nytteverdien og kva grad dette påverkar samarbeidet, noko som vi kan ta med oss når avtalen skal evaluerast.

Ny lærdom avlar nye problemstillingar, og vi har ved fleire høve hatt diskusjonar som har tatt oss ut på ei reise langt utover avgrensinga i oppgåva. Dette har også gitt oss nye tankar og refleksjonar som vi kan ta med oss i vår eigen arbeidskvardag.

8. Referansar:

Amdam, J. og Veggeland, N. (2011): *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget.

Amdam, R (2012): "Samhandlingsreformen som partnerskap og innovasjon" (Kapittel til boka Kommunal innovasjon)

Amdam, R (2011): «Planlegging og prosessleing. Korleis lykkast med utviklingsarbeid». Oslo: Samlaget

Grimsmo, A (2013) i artikkel av Siv Haugan; "Likeverdige parter i samhandlingsreformen?" Prosjekt Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS), NTNU. Publisert på http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Likeverdige_parter_i_Samhandlingsreformen/1253984366804?lang=no. Nedlasta: 25.05.13

Grunnlagsdokument for samhandling mellom Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og dei 22 kommunane i lokalsjuehusområdet(2012). Publisert på <http://saman.no/2253.1072.Felles-grunnlagsdokument.html>

Helse og omsorgsdepartementet/Samhandling:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>.
Nedlasta: 25.05.13

Helse og omsorgsdepartementet(2011) Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak – Nasjonal veileder

Helse og omsorgsdepartementet(HOD):

- St.meld. nr. 47 (2008–2009), *Samhandlingsreformen*.
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 (2011)
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e (1999)
- Lov om helsepersonell m.v. (1999-07-02-64)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999-07-02-63)
- Nasjonal helse og omsorgsplan (2011: 30 - 38)
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.(2011)

HOD og KS (2012):*Nasjonal rammeavtale om samhandling på Helse – og omsorgsområdet*

Holmen, A K T (2011c): "Fra løse kontrakter til formaliserte kontakter": utvikling av byregionale styringsnettverk. *Norsk Statsvitenskaplige tidsskrift*, Vol. 27 (2). 87-111

Jacobsen, D. I. (2004): Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, P. red (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Universitetsforlaget.

Knutsen, H. (2004): Samarbeid på tvers av organisasjonsgrensar. I Repstad, P. red. (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Universitetsforlaget.

Keast, Brown, Mandell (2007) «Getting the right mix: unpacking integration meanings and strategies» *International Public Management Journal*, 10(1): 9–33.

Keast, Mandell (2007) «Evaluating network arrangements» *Public Performance & Management Review*, Vol.30. No 4, June 2007, pp 547-597

Røiseland, A og Vabo, S I (2012) ”*Styring og samstyring – governance på norsk*”.
Bergen: Fagbokforlaget.

Vangen, S. og Huxham, C (2009): ”En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi”
I: Willumsen, Elisabeth (red): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*.

Universitetsforlaget, Oslo

Westeren og Similä(2012) Samhandlingsreforma – styring og organisering. Arbeidsnotat
245, Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Østerud, Øyvind (1991): *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo:
Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Problemstilling: I kva grad har samarbeidsavtalane bidratt til meir integrert samarbeid mellom helseføretak og kommunar (ved utskriving av pasientar)?

Spørsmål:

1. Korleis er du involvert i utskrivinga/mottak av melding om utskrivingsklar pasient?
Hjelpepkt:
 - ✓ ansvar
 - ✓ rolle
 - ✓ organisasjon
 - ✓ Endring før/ etter avtalane?
2. Korleis foregår kommunikasjonen mellom deg og sjukehuset/ kommunen når pasientar skal utskrivast frå sjukehuset?
Hjelpepunkt:
 - ✓ elektronisk, skriftleg eller munnleg
 - ✓ Når etablerast kontakt – er t.d tidleg varsel nyttig?
 - ✓ Med kven- (her vil vere ulikt ifht nivå på utskrivinga.. heime, sjukeheim, omsorgsbolig)
 - ✓ Korleis (tlf/ fax/ anna)
 - ✓ likeverdighet i dialogen
 - ✓ opplevelse av felles (kollektivt) ansvar
 - ✓ Endring før/ etter avtalane?
3. Kva vert kommunisert i dialogen ved utskriving?
Hjelpepunkt:
 - ✓ Pasientopplysningar- kva? (objektiv (?) skildring av tilstand/funksjonsnivå, personalia, bu/- heimeforhold mm)
 - ✓ Utskrivingstidspunt
 - ✓ Transporttype
 - ✓ Mottak heime
 - ✓ Tenestebehov (og: kven definerar dette?)
 - ✓ Hjelpemiddelbehov + kven som søker om dette
 - ✓ Oppfølgingsbehov
 - ✓ Endring før/ etter avtalane?
4. Kva opplysningar er kommunisert før utskrivingsdagen?
 - ✓ Innhold og kor tid
 - ✓ finst rutiner for denne kommunikasjonen/systematisk dialog?
 - ✓ Endring før/ etter avtalane?
5. Stemmer opplysningene du har fått i dialogen med dine vurderingar av pasienten sitt funksjonsnivå og hjelpebehov når han/ho er utskriven?
 - ✓ Tillit til at opplysningar er rett?
 - ✓ Er det nokre opplysningar/ informasjonspunkt de manglar?
 - ✓ Endring
6. Korleis vert uenighet/usemje og uønska hendingar handtert? Endring før/ etter avtalane?
7. Sei litt om på kva måte du trur samhandlingsavtalane mellom helseføretaka og kommunane har påverka prosessane i punkt 1 til 6, og kor bevisst brukar du desse avtalane?
8. Har du tankar har du om kva påverknad Samhandlingsreformen generelt har hatt for desse prosessane?
9. Kva har talt mest av pkt 7 og 8, trur du- og kvifor?

Tjenesteavtale for samarbeid om innleggelse i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen somatisk sektor for Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

1. Bakgrunn

- 1.1 Avtalen bygger på
 - 1.1.1. Overordnet samarbeidsavtale om samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester (1. linje) og spesialisthelsetjeneste (2. linje).
 - 1.1.2. Prinsipper i grunnlagsdokument for samhandling mellom Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og de 22 kommunene i lokalsykehusområdet.
 - 1.1.3. Kapittel 3 i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
- 1.2. Avtalen gjelder for samhandling:
 - i overgangssituasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjenester.
 - når tilbudene fra 1. og 2. linje er gjensidig avhengig av hverandre.

2. Formål

- 2.1. Å sikre kontinuitet i behandlingsforløpet.
- 2.2. Å sikre at helsetjenestene ytes på rett nivå
- 2.3. Å forankre samarbeidet mellom likeverdige parter, med brukeren/pasienten sitt beste i fokus.
- 2.4. Å avklare oppgavefordeling og ansvarsforhold i samarbeidet om enkeltbrukere/pasienter ved inn- og utskrivning fra somatisk sektor i spesialisthelsetjenesten.
- 2.5. Å sikre forsvarlig og løpende dialog mellom og innenfor behandlingsnivåene
- 2.6. Redusere risiko for uheldige hendelser

3. Begrepsavklaringer

- 3.1. Med *sykehuset v/behandlingsansvarlig enhet* forstås vi den avdeling som pasienten til enhver tid er innlagt i.
- 3.2. Med *kommunen* forstås vi den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Dette innbefatter også fastleger, legevakt og private tjenester der kommunen har driftsavtale med slike.
- 3.3. Med *varsling* forstås en strukturert kommunikasjon til en på forhånd oppgitt kontaktadresse (se punkt 4.1). Så snart begge parter har etablert en løsning som muliggjør elektronisk meldingsutveksling av slike varsler skal denne løsningen være primær kontaktform. Inntil elektronisk løsning er klar skal varsling skje per telefon, ved gjensidig bruk av sammenfallende sjekklister. Det påligger partene å utarbeide sammenfallende sjekklister for å strukturere kommunikasjonen ved varsling. Gjeldende avtale med vedlegg samt utarbeidede forslag til sjekklister for kommuner og sykehus skal til en hver tid være publisert på www.saman.no.
- 3.3.1. Med *tidligvarsel* forstås varsling til kommunen om innlagt pasient, jfr. § 8 i forskriften, der det antas at pasienten kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Slikt varsel skal gis innen 24 timer etter at pasienten er innlagt. Tidligvarsel skal inneholde informasjon om bakgrunn for innleggelsen, og en prognose knyttet til forventet utskrivningstidspunkt og hjelpebehov. Dersom det innenfor fristen på 24 timer ikke er mulig å gi et kvalifisert anslag omkring utskrivningstidspunkt eller funksjonsnivå/hjelpebehov ved utskrivning skal dette framgå av varselet, og spesialisthelsetjenesten skal snarest mulig supplere med slik informasjon. Innhold i tidligvarsel skal være formidlet før kommunen kan varsles om utskrivningsklar pasient.

3.3.2 *Varsel om utskrivningsklar pasient*, jfr. Forskriftens § 10, skal gis i de tilfeller der det er et behov for kommunale helse – og omsorgstjenester etter utskrivning, til samme kontaktpunkt som for tidligvarsel. Varselet gis tidligst mulig den dag pasienten er utskrivningsklar.

4. Partenes kontaktpunkter og regulering av tidsrom for kontakt

4.1. Kommunen er ansvarlig for å oppgi en kontaktadresse (herunder ett telefonnummer, samt 1 elektronisk adresse i Norsk helsenett så snart denne er klar for å motta meldinger) for å håndtere pålagt varsling fra spesialisthelsetjenesten. (Bergen kommune kan ha inntil 3 slike kontaktpunkt.) Kommunen har plikt til å sørge for at dette kontaktpunktet er betjent av personell med nødvendig kompetanse og myndighet for å kunne håndtere varsel knyttet til pasienter med et nytt/økt hjelpebehov. Telefonnummeret for mottak av varsel skal være betjent alle dager mellom kl. 08-1500. Kommunen skal straks kunne svare på varsling, og må etablere et system for å kunne følge opp alle henvendelser med varsel. Der det eventuelt kun er aktuelt med behov for oppfølging fra fastlege etter utskrivning skal en ikke benytte dette kontaktpunktet. Lege ved behandlingsansvarlig enhet skal ta kontakt med fastlege når det er medisinsk indikasjon for dette i forhold til oppfølging av pasienten. Dersom det vurderes som tilstrekkelig, informeres fastlege ved utsending av epikrise.

4.2. Kontaktrutine for varsling per telefon – inntil begge avtaleparter har innført elektronisk meldingsutveksling av pleie- og omsorgsmeldinger :

4.2.1 Begge parter skal legge til rette for en god dialog som muliggjør raskest mulig overføring tilbake til et etablert tjenestetilbud for kjente pasienter med uendret hjelpebehov, og et eksisterende tilbud fra pleie- og omsorgstjenesten. Tidligvarsel og varsel om utskrivningsklar pasient kan i slike tilfeller slås sammen. Når oppholdet for disse pasientene innenfor spesialisthelsetjenesten er på under 24 timer kan i tillegg begge varsel ivaretas i direkte telefonkontakt mellom behandlingsansvarlig enhet innenfor spesialisthelsetjenesten og den involverte delen av pleie- og omsorgstjenesten, også utenfor tidsrom angitt i punkt 4.1 ovenfor.

4.2.2 Tidligvarsel skal gis på telefon jfr. punkt 4.1. til kommunens oppgitte kontaktadresse i tidsrommet 8-15 alle dager, og forutsetter gjensidig bruk av sjekklister og samtidig dokumentasjon i begge parters journalsystem.

4.2.3 Kontaktpunkt og tidsrom for varsel om utskrivningsklar pasient er som for tidligvarsel i punkt 4.2.2 ovenfor, og forutsetter gjensidig bruk av sjekklister og samtidig dokumentasjon i begge parters journalsystem. Det presiseres at registrering av utskrivningsklar pasient i elektronisk pasientjournal (DIPS) kun kan gjøres etter at varsling er gjort. Ved nytt/økt hjelpebehov skal det tilstrebes at slikt varsel gis tidligst mulig på dagen.

4.3 Kontaktrutine for varsling etter at elektronisk meldingsutveksling er etablert:

4.3.1 Tidligvarsel skal gjøres så snart som mulig, gjennom hele døgnet, og senest innen 24 timer etter at pasienten er innlagt.

4.3.2 Varsel om utskrivningsklar pasient kan gis hele døgnet alle dager for kjente pasienter med uendret bostandsbehov. Ved nytt/økt hjelpebehov skal det tilstrebes at slikt varsel gis tidligst mulig på dagen, og før kl. 1500 for at kommunal betalingsplikt skal utløses fra samme dag.

5. Rutiner for samhandling ved innleggelse

5.1. Elektive pasienter legges inn på bakgrunn av skriftlig henvisning.

5.2. Innleggende lege skal kunne konferere med sykehusets bakvakt per telefon før innleggelse for øyeblikkelig hjelp, for å drøfte en best mulig tilnærming til videre oppfølging av pasienten. Endelig beslutning om hvorvidt innleggelse er nødvendig tas av innleggende lege.

5.3 Ved øyeblikkelig hjelp skal det foreligge en vurdering fra innleggende lege og innleggelsesskriv skal følge pasienten. Unntakene er:

- i hastesaker der ambulans/AMK vurderer behov for direkte innleggelse

- der pasienten har en direkte avtale med sykehuset (om ”åpen retur”).
- 5.4. For pasienter som allerede mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen bør i tillegg sykepleiedokumentasjon følge pasienten ved innleggelse i sykehus. Ved elektronisk meldingsutveksling skal kommunen oversende innleggelsesrapport som svar på mottatt tidligvarsel.
- 5.5. Informasjon som om mulig skal følge pasienten ved innkomst til sykehus og inkluderes i elektroniske innleggelsesrapport (jfr. pkt.5.4.).
 - 5.5.1. Pasientens navn og personnummer
 - 5.5.2. Adresse og telefonnummer der pasienten kommer fra for eksempel: hjemmet, korttidsplass, hjemmesykepleiegruppe
 - 5.5.3. Navn på innleggende lege og pasientens fastlege
 - 5.5.4. Aktuell problemstilling og relevante diagnoser
 - 5.5.5. Beskrivelse av endringer i pasientens funksjonsnivå i forhold til før skaden/sykdom oppstod.
 - 5.5.6. Individuell plan, der det foreligger og der det vurderes at denne kan ha relevans for oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten.
 - 5.5.7. Oppdatert medikamentliste
 - 5.5.8. Eventuelt behov for tolk (fremmedspråk, hørsel)
 - 5.5.9. Nærmeste pårørende sitt navn og telefonnummer.
 - 5.5.10. Informasjon om pasienten har omsorg for mindreårige barn, og om de er ivaretatt.
 - 5.5.11 Informasjon om pårørende er informert om innleggelsen
- 5.6. Dersom pasienten har behov for transport til sykehuset, skal slik transport rekvireres av fastlege/innleggende lege. Denne avgjør eventuelt behov for ledsager på reisen.

6. Rutiner for samhandling når pasienten er innlagt i sykehus

- 6.1. Sykehuset har ansvar for å gjennomføre vurdering av pasientens behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, og gi tidligvarsel til kommunen innen 24 timer etter innleggelsen, iht. krav i forskrift og føringer i denne avtalen.
- 6.2. Sykehuset skal i samråd med pasienten – og/eller etter interne rutiner – ivareta kontakten mot pårørende under innleggelsen. Som et ledd i dette inngår å påse at eventuelle mindreårige barn blir ivaretatt i den aktuelle situasjonen.
- 6.3. All kontakt mellom sykehuset og kommunen skal dokumenteres i elektronisk journal. Ved telefonisk kontakt skal nøyaktig klokkeslett og fullt navn på den en har snakket med nedtegnes. Utfylte sjekklister i forbindelse med varsling skal også lagres elektronisk i journal.
- 6.4. Sykehuset skal samordne sin informasjon for å sikre entydig kommunikasjon overfor kommunen. Kommunen skal så snart som mulig orienteres ved endring i behandlingsansvarlig enhet, der dette er av langvarig karakter og har betydning for den videre kontakt og samhandling om pasienten.
- 6.5. Der det er usikkerhet om pasientens behov for helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, har spesialisthelsetjenesten, i samråd med pasient, ansvar for å holde kommunen oppdatert om vurderinger av behov for tjenester etter utskrivning.
- 6.6 Dersom tidspunktet for utskrivning, eller hjelpebehov, angitt i tidligvarselet, forandres skal kommunen få formidlet oppdatert informasjon om dette så snart som mulig, til kontaktpunkt angitt i punkt 4.1.
- 6.7. For å avklare hjelpebehov kan det avtales vurderingsbesøk/samarbeidsmøte. Dette skal eventuelt skje i samråd med pasienten.
- 6.8. Kommunen kan ikke kreve søknad fra pasient for å etablere nødvendige helsetjenester i en overgangsperiode etter et sykehusopphold. Ved ønske fra pasient, og der det kan være aktuelt med langvarig nye tjenester, skal spesialisthelsetjenesten likevel bistå med å sende skriftlig søknad om tjenester.
- 6.9. Når pasienter som har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester dør skal det gis melding til kommunen så raskt som mulig.

7. Rutiner for samhandling ved utskriving fra spesialisthelsetjenesten

7.1. Vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar ligger til spesialisthelsetjenesten, og skal skje iht. § 9 i gjeldende forskrift.

7.2. Forskriften oppstiller en plikt til å gjennomføre tidligvarsel og varsling om utskrivningsklar pasient både i forhold til pasienter med nye/økte behov for helse- og omsorgstjenester, så vel som for kjente pasienter som allerede mottar pleie- og omsorgstjenester i eget hjem eller kommunal institusjon, og som skrives ut fra sykehuset med uendret hjelpebehov. Forutsatt at de prosessuelle kravene til varsling er oppfylt må kommunen ta i mot pasienten samme dag som varsel om utskrivningsklar pasient er gitt for ikke å utløse betalingsplikt, jfr. § 13 i forskriften. Dersom det varsles om utskrivningsklar pasient uten at det foreligger korrekt tidligvarsel skal det gå minimum ett døgn fra slikt varsel om utskrivningsklar pasient er gitt til kommunal betalingsplikt kan påløpe.

7.3. Pasienten kan ikke skrives ut før kommunen har gitt beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Spesialisthelsetjenesten ved behandlingsansvarlig enhet avtaler pasientens utreisetidspunkt med kommunen.

7.4. Dersom situasjonen endrer seg slik at en pasient ikke lenger er å regne som utskrivningsklar skal sykehuset varsle kommunens kontaktpunkt umiddelbart.

7.5. Sykepleierapport og eventuelle rapporter fra andre relevante faggrupper skal ved utskriving oversendes elektronisk og/eller følge pasienten. Epikrise fra lege skal følge pasienten ved evt. overføring til kommunal institusjon. For øvrige pasienter som trenger kommunal oppfølging oversendes epikrise til pasientens fastlege, samt i tillegg henvisende/innleggende lege der dette er en annen enn fastlege, samme dag som pasienten skrives ut. Minimumsdokumentasjon som skal foreligge ved utskriving for pasienter som har behov for kommunal oppfølging etter utskriving skal inneholde:

7.5.1. diagnose og gjennomført behandling

7.5.2. oppdatert medikamentliste

7.5.3. avklaring av innleggende leges problemstilling(er), og plan for videre medisinsk oppfølging

7.5.4. beskrivelse av endringer i funksjonsnivå

7.5.5. informasjon om søkte hjelpemidler

7.5.6. ernæringsplan dersom denne er påbegynt

7.6. Praktiske forhold som skal avklares før utskriving:

7.6.1. Sykehus og kommune må sammen med pasienten sikre at tilfredsstillende hjelpemidler kommer på plass. Hovedansvaret for å sørge for at pasienten får adekvate hjelpemidler ligger til kommunen, men det forutsetter at hjelpebehovet er korrekt kommunisert mellom nivåene.

7.6.2. Pasienter som skrives ut til hjemmet med spesialisert behandling, og med behov for medisinsk utstyr (behandlingshjelpemidler), får dette dekket av spesialisthelsetjenesten. Tilhørende forbruksmateriell inkludert.

7.6.3. Utstyr og forbruksmateriell for perioden fra utskriving og fram til det kan forventes at dette kan skaffes på hjemstedet må følge pasienten.

7.6.4. Ved forandringer i medikasjon/ernæringsbehandling skal nye resepter følge pasienten. Dosert medisin og eventuelt næringsmidler for perioden fra utskriving og til det kan forventes at dette kan fremskaffes på hjemstedet må følge pasienten dersom det er behov for det.

7.6.5. Nye medikamenter og næringsmidler som krever individuell refusjon fra Helfo skal være søkt om fra sykehuset.

7.6.6. Sykehuset er ansvarlig for å informere pårørende om utskrivingen, der pasienten ikke kan gjøre dette selv.

7.7. Pasienter som har behov for pleie- og omsorgstjenester eller som skal til sykehjem, skal som hovedregel skrives ut så tidlig på dagen som mulig.

7.8. Dersom pasienten har behov for transport til hjemmet/kommunal institusjon, skal dette rekvireres av sykehuset. Sykehuset avgjør eventuelt behov for ledsager.

8. Rutiner for samhandling ved poliklinisk konsultasjon/dagkirurgi/dagbehandling

- 8.1. Sykehuset må gjøre en vurdering av hva som er aktuell instans for videre oppfølging av pasienten (fastlege, avtalespesialist, pleie- og omsorg, annet.)
- 8.2. Ved behov må det avtales oppfølging. Slik oppfølging blir gjerne avtalt samme dag, og henvendelse til den aktuelle instans må da skje pr. telefon og/eller ved elektronisk melding i Norsk helsenett der dette er etablert praksis. Ved behov for pleie- og omsorgstjenester må pasienten i utgangspunktet selv søke om slike.
- 8.3. Alt utstyr som pasienten har behov for, rekvireres i pasientens navn og dekkes av pasienten/trygdeordninger.
- 8.4. Ved forandringer i medikasjon skal nye resepter følge pasienten. Dosert medisin for konsultasjonsdagen og til og med neste virkedag må følge pasienten, dersom det er behov for umiddelbar oppstart av behandlingen. I spesielle tilfeller kan det avtales utlevering av medisiner utover en virkedag når lokale forhold tilsier det.
- 8.5. Utstyr og forbruksmateriell for konsultasjonsdagen, og frem til det kan forventes at dette kan skaffes på hjemstedet, må følge pasienten.
- 8.6. Det er en målsetning at notat fra poliklinisk konsultasjon skal oversendes fastlegen, og evt. henvisende lege, snarest mulig. Der det er behov for snarlig kommunal oppfølging skal poliklinisk notat oversendes konsultasjonsdagen.

9. Oppfølging av økonomisk oppgjør for utskrivningsklare pasienter

Den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter beregnes fra det tidspunkt kommunen er varslet i overensstemmelse med de prosessuelle krav i forskrift, og slik disse er konkretisert i denne avtalen. Sykehuset kan kreve betaling for en utskrivingsklar periode også om det under påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud oppstår endringer i pasientens status som medfører at pasienten ikke lenger er utskrivingsklar og der dette uten unødig opphold er meldt til kommunen (avmelding av utskrivingsklar pasient). Det forutsettes at kravene i forskrift og denne avtale er oppfylt for den aktuelle perioden.

Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus vil rapportere hver måned, ca. den 10. i hver mnd. Fakturagrunnlaget skal være kvalitetskontrollert av avdelingene i sykehusene før faktura genereres. Det faktureres samlet for hver kommune. Faktura sendes sentral fakturamottaker i kommunen, med angivelse av ressursnummer (for kommuner som har dette). Kommuner må oppgi fakturaadresse for utskrivningsklare pasienter til Regnskapsavdelingen i HB og på HDS.

10. Håndtering av uenighet og uønskete hendelser

Avklaringer av mindre karakter skal forsøkes løst mellom partene på lavest mulig nivå. Hvis det ikke lykkes å oppnå enighet ved slik kontakt tar eventuelt nærmeste leder kontakt med leder på tilsvarende nivå i kommune/helseforetak. Ved uenighet ut over dette nivået følger avtalen føringer for håndtering av tvister i overordnet samhandlingsavtale. Som et ledd i oppfølgingen av uønskete hendelser knyttet til behandling/oppfølging av enkeltpasienter skal det være mulig å overføre saker inn i den andre parts avvikssystem. På forespørsel fra samarbeidsutvalgene skal avtalepartene kunne legge fram statistikk/data på et aggregert nivå. For øvrig skal det legges til rette for samarbeidsmøter på et formålstjenlig nivå ved behov for avklaringer av ansvar m.v.

11. Iverksetting, evaluering og revisjon

Avtalepartene forplikter seg til å gjøre avtaleverket kjent for egne ansatte, samt sikre etterlevelse av avtalen i egen organisasjon. Avtalen skal på en måneds varsel evalueres/revideres innenfor avtaleperioden på initiativ fra en av partene. Behov for revisjon skal vurderes årlig. Til grunn for evaluering/revidering skal det foreligge et

samarbeid mellom avtalepartene. I tillegg skal erfaringsmeldinger/meldinger om uønskede hendelser, eventuelle endringer i lovverk eller sentrale krav som kan medføre endret oppgavefordeling, legges til grunn for en evaluering/revidering.
Begge parter har et likestilt ansvar for å holde flytskjema og sjekklister løpende oppdatert. Avtalen er gjeldende fra signeringsdato og følger for øvrig føringer for gyldighetsperiode, tvisteløsninger og oppsigelse fastsatt i overordnet samhandlingsavtale.

Signeringsdato:

Sign. kommune

Sign. Haraldsplass Diakonale Sykehus

Sign. Helse Bergen

Vedlegg:

- Flytskjema for elektronisk meldingsutveksling
- Flytskjema for midlertidig telefonbasert løsning i påvente av elektronisk meldingsutveksling av pleie- og omsorgsmeldinger.

OVERORDNA SAMARBEIDSAVTALE

MELLOM

HELSE BERGEN HF, HARALDSPASS DIAKONALE SYKEHUS AS, VOSS
DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER NKS BJØRKELI, NKS OLAVIKEN
ALDERSPSYKIATRISKE SJUKEHUS AS, SOLLI DISTRIKTSPSYKIATRISKE
SENTER, HOSPITALET BETANIEN DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER

OG

KOMMUNANE: ASKØY, AUSTEVOLL, AUSTRHEIM, BERGEN, FEDJE, FJELL,
FUSA, GRANVIN, KVAM, LINDÅS, MASFJORDEN, MELAND, MODALEN, OS,
OSTERØY, RADØY, SAMNANGER, SUND, ULVIK, VAKSDAL, VOSS, ØYGARDEN

1. PARTAR

Avtalen gjeld mellom kommunane i Helse Bergen sitt føretaksområde og Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Solli distriktpspsykiatriske senter, Hospitalet Betanien Distriktpspsykiatriske senter og Voss Distriktpspsykiatriske Senter NKS Bjørkeli.

2. BAKGRUNN

Partane er etter Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-1 pålagt å inngå samarbeidsavtale. Ved å inngå denne overordna samarbeidsavtalen og vedtekne tenesteavtaler, oppfyller partane den lovpålagde plikta til å inngå samarbeidsavtale.

Når partane i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale" omfattar det både denne overordna samarbeidsavtalen og tenesteavtaler som omtalt i kap. 5. Partane erkjenner at dialog er eit viktig fundament for gjennomføring og samhandling knytt til avtalen. Avtaler som vert inngått skal samsvare med intensjonar som er gitt i felles Grunnlagsdokument. Lovverk som gir rammene for denne overordna samarbeidsavtalen:

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011-06-24-30)

Spesialisthelsetjenesteloven – Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(1999-07-02-61)

Helsepersonelloven – Lov om helsepersonell m.v. (1999-07-02-64)

Pasient- og brukerrettighetsloven – Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999-07-02-63)

Psykisk helsevernloven – Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (1999-07-02-62)

3. FØREMÅL

Føremålet er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelinga mellom kommunen og helseføretaket, og å etablere gode arenaer og rutinar på sentrale samhandlingsområde. Avtalen skal bidra til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester.

Avtalen skal gi overordna føringar for samarbeidsstruktur og samarbeidsformer og generelle føringar som gjeld, uavhengig av tenesteområde og vedtekne tenesteavtaler. Samarbeidet skal vere prega av løysningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjerder vert tekne så nærme brukar som mogeleg.

4. VERKNADSOMRÅDE

Kommunen og helseføretaket er gjennom lovverket tillagt kvar sin kompetanse og ansvarsområde. Verknadsområdet for samarbeidsavtala vil vere område kor lova pålegg partane å inngå samarbeidsavtale og område der ansvaret til partane overlappar kvarandre.

5. TENESTEAVTALER

Tenesteavtalene skal inngå som vedlegg til denne overordna samarbeidsavtalen, og er på same måte som samarbeidsavtalen rettsleg bindande mellom partane, med mindre anna går fram. Denne overordna samarbeidsavtalen har følgjande tenesteavtaler:

Tenesteavtale 1. Semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for, og felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre.

Tenesteavtale 2. Retningsline for samarbeid knytt til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikra heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester.

Tenesteavtale 3 og 5. Retningsline for samarbeid om innlegging i og utskriving frå spesialisthelsetenesta

Tenesteavtale 4. Beskriving av kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd.

Tenesteavtale 6. Retningsline for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglege nettverk og hospitering

Tenesteavtale 7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

Tenesteavtale 8. om samhandling innan svangerskaps- fødsels- og barselsomsorga

Tenesteavtale 9. Samarbeid om IKT-løysingar

Tenesteavtale 10. For samarbeid om førebygging

Tenesteavtale 11 og 12 . Samarbeid om omforeina beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda

6. SAMARBEIDSSTRUKTUR OG SAMARBEIDSFORMER

Grunnlagsdokumentet seier om dette: «Det er behov for samarbeid på alle nivå og å gjennomføra tiltak av svært ulik karakter for å kunne møte utfordringsbildet på ein god måte. Det er semje om:

Prinsipp for samarbeid

- brukarperspektiv i sentrum
- positive haldningar, - kultur og klima
- dialog
- likeverd i samhandling

- likeverd i teneste

Strategiske grep

- robust og effektiv samarbeidsstruktur
- utvikle møteplassar, både for leiging og fag
- felles infrastruktur, her også IKT
- systematisk evaluering og læring
- ansvarsavklaring
- felles prioriteringar
- god likelydande informasjon/styringsdata tilgjengeleg for partane
- kompetansebygging og rekruttering
- utvikling av felles handlingsplan
- pasientforløpstilnærming

Samarbeidet skal bygge på likeverd mellom partane.»

Det blir lagt opp til følgjande styringsstruktur for avtalen:

6.1. Minimum årleg Toppleiarmøte, mellom politisk og administrativ toppleiing i alle kommunane og leinga frå partane i spesialisthelsetenesta, leiar i Brukarutvalet, KS (Kommunesektorens organisasjon) og ein representant frå kvar hovudsamanslutning.

Føremål: Sikre forankring og etterleving av samarbeidsavtalen. Mellom anna kan det gis styringssignal til andre organ innanfor strukturen gjennom rullering av handlingsplanen knytt til Grunnlagsdokumentet.

Organisering: Ansvaret for å legge til rette for dette møtet ligger hos samarbeidssekretariatet (kap.6.5).

6.2. Fire overordna samarbeidsutval, basert på etablerte kommuneregionar: Nordhordland, Voss lokalsjukehusområde, Bergensregionen og Bergen kommune.

Føremål: Følgje opp underordna avtaler, utvikle og styre nettverk, felles prosjekt, konkrete samarbeidstiltak m.v.

Organisering: Alle kommunar i aktuelt område skal være representert i utvalet. Det skal være representasjon frå spesialisthelsetenesta i utvala i område der sjukehusa har sektoransvar. Brukarrepresentasjonen skal forankrast gjennomoppnemning av brukarrepresentant/-ar via brukarutvalet, jfr. kap.7. Arbeidstakarar skal være representert med ein representant frå kvar hovudsamanslutning. Andre samarbeidspartnarar kan kallast inn og vera representert på einsskilte møte i samarbeidsutvala når dette er naturleg. Kvart Samarbeidsutval skal velje leiar. Det skal være regelmessig kontakt mellom leiarane i dei overordna samarbeidsutvala og samarbeidssekretariatet (kap.6.5). På desse møta deltek også viseadministrerande direktør/administrerande direktør i Helse Bergen og ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. Representantar frå andre avtalepartar blir invitert når ein har saker som gjeld desse.

6.3. Dei fire overordna samarbeidsutvala kan ved behov kalla inn til **Fellesmøte**.

Føremål: Sikre at felles saker for heile regionen får heilskapleg handsaming.

Organisering: Samarbeidssekretariatet saman med leiarane for dei overordna samarbeidsutvala vurderer behov for Fellesmøte.

6.4. Relevante underutval

Partane er einige om å etablere to underutval frå 1.7.2012. Mandat for desse skal handsamast i dei overordna samarbeidsutvala før etablering. Andre utval/forum som er heimla i dei ulike tenesteavtalane skal utgreiast nærmare, og kan etablerast etter avgjerd i dei overordna samarbeidsutvala.

6.4.1 Medisinsk fagleg utval

Føremål: Skal skape sams forståing for praksis. Vere eit dialogutval for utvikling av medisinske tenester. Utvalet får saker frå - og gir fråsegn til - kommunane og helseføretaket via dei overordna samarbeidsutvala.

Organisering: Utvalet skal ha like mange legar frå spesialist- og kommunehelsetenesta. Helse Bergen og Bergen kommune skal alltid vere representert. Dei 4 overordna samarbeidsutvala skal angje nærmare føringar om oppgåver og organisering av utvalet i eit eige mandat.

6.4.2 IKT samhandlingsutval

Føremål: Sikre dialog og felles utvikling av praksis på IKT-området, mellom avtalepartane. Organisering: Sjå tenesteavtale 9.

6.5. Samarbeidssekretariat (SSE)

Føremålet er å vere koordinerende instans med følgjande oppgåver:

- Sekretariat for dei overordna samarbeidsutvala.
- Sikre koordinering innan samhandlingsstrukturen.
- Planlegge møter i - og følgje opp føringar frå - samarbeidsutvala og toppleiar møte
- Halde seg orientert om saker som blir handsama av regionale samarbeidsutval og andre underordna utval.
- Sekretariatet skal fungere som bindeledd mellom samarbeidsutvala, og kan medverke til å plassere ansvar for behandling av saker i rett instans innan samhandlingsstrukturen.
- Sekretariatet har ansvar for å gjera avtalene kjende og formidle desse elektronisk.

Organisering: Personell på rådgjevarnivå frå spesialisthelsetenesta, representasjon frå kommunane i kvart utvalsområde. Sekretariatet skal ha ein leiar.

7. INVOLVERING AV PASIENT- OG BRUKARORGANISASJONAR

Det skal leggst til rette for brukarrepresentasjon i alle organ og møtearenaer som inngår i denne samhandlingsavtalen. Ved oppnemning av brukarrepresentant/-ar skal ein vende seg til Brukarutvalet ved det mest involverte sjukehuset/helseføretaket. Brukarutvalet skal sørgje for riktig representasjon. I mange samanhengar er det naturleg med lokal representasjon gjennom Eldreråd og Råd for menneske med nedsett funksjonsevne, - då må brukarutvalet kontakte desse. I dei høve der brukarutvalet ser det som formålstenleg, kan det oppnemnast to brukarrepresentantar.

Brukarmedverknad skal også sikrast ved at det regelmessig og systematisk vert gjennomført brukarundersøking hos alle involverte partar.

Partane i spesialisthelsetenesta som inngår denne avtalen skal ha brukarutval.

8. PLIKT TIL GJENNOMFØRING OG FORANKRING

Partane pliktar seg til å gjere avtalen kjend for eigne tilsette, avtalepartar og brukarar. Partane pliktar å:

- Gjere innhald i - og konsekvensar av avtalen og avgjersler/vedtak kjent og sett i verk innan eige ansvarsområde.
- Orienterer kvarandre om endringar i rutinar, organisering og liknande som kan ha innverknad på områda avtalen omfattar.
- Gjennomføre konsekvensutgreiingar ved planlegging av tiltak som vedkjem dei andre partane.
- Involvere andre partar før det vert fatta vedtak om tiltak som har konsekvensar for desse.
- Opprette ein klar adressat i eiga verksemd som har eit overordna ansvar for å rettleie og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tenesteytarane.

Partane skal ha etablert ordningar for god forvaltning av avtalen.

9. HANDTERING AV AVVIK

Partane skal handtere avvik etter nærare definerte retningslinjer. Slike retningslinjer skal utarbeidast av partane i fellesskap innan 31.12.2012.

10. HANDTERING AV USEMJE

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og tenesteavtaler skal denne avtalen ha forrang.

I pasientrelaterte enkeltsaker er det partane sin intensjon å løyse usemje så nær pasient/brukar som mogeleg, på eit nærast mogeleg tenestenivå. Dersom det ikkje vert oppnådd semje skal saka oversendast til medisinsk fagleg rådgjevar i kommunen og det involverte føretak/sjukehus, for drøfting og anbefaling av løysing/vidareoppfølging. Partane er samde om at reglane om teieplikt skal ivaretakast ved oversending av saka.

I saker knytt til tolking av element i avtaleverket, er partane sin intensjon framleis å løyse usemje på nærast mogeleg tenestenivå. Oppnår partane ikkje semje skal det sendast protokoll for usemje til Samarbeidssekretariatet, som sørger for at saka blir brakt inn for det eller dei overordna samarbeidsutvala som er involvert, for drøfting og anbefaling av løysing.

Om partane ikkje oppnår semje vert saka sendt til nasjonalt tvisteløysingsorgan. Partane er samde om at uttale her i frå skal være bindande.

11. AVTALEBROT

Dersom ein av partane bryt sin del av denne overordna samhandlingsavtalen, med tenesteavtaler 1 – 12 eller eventuelle særavtaler til desse, og dette fører til dokumenterte tap for den andre part, kan det sendast krav om dekking av tapet til den som mislegheld avtalen.

12. AVTALEPERIODE, REVISJON, OPPSEIING

Avtalen gjeld frå 1.7.2012 og fram til ein av partane seier opp avtalen med eit års oppseiingsfrist, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-5 2. ledd. Dersom ein av partane seier opp avtalen skal Helse Bergen HF varsle Helse Vest RHF. Det regionale helseføretaket skal varsle Helsedirektoratet, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-5, 2. ledd.

Kvar av partane kan krevja avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra. Partane er samde om å gjennomgå avtalene innan desember kvart år med sikte på naudsynte oppdateringar eller utvidingar. Resultatet av denne gjennomgangen skal leggjast fram for Toppleiarmøtet og ein eventuell endra avtale skal handsamast ihht. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-1.

13. INNSENDING AV AVTALE TIL HELSEDIREKTORATET

Etter at avtalen er signert av alle partar, skal Helse Bergen HF, via Helse Vest RHF, sende kopi av samarbeidsavtalen med tenesteavtaler, etter kvart som desse føreligg, til Helsedirektoratet. Dette skal skje innan ein månad etter at avtalen er inngått, og seinast ein månad etter utgangen av frist fastsett med heimel i § 6-3.