
RAPPORT NR. 2010 | Guri Kaurstad Skrove, Tonje Hungnes, Bjørn G. Bergem og
Jorunn H. Rødal

KARTLEGGING AV BEHOV FOR KOMMUNAL SAMHANDLINGSRESSURS I MØRE OG ROMSDAL

TITTEL	Kartlegging av behov for kommunal samhandlingsressurs i Møre og Romsdal
FORFATTERE	Guri Kaurstad Skrove, Tonje Hungnes, Bjørn G. Bergem og Jorunn H. Rødal
PROSJEKTLEDER	Guri Kaurstad Skrove
RAPPORT NR.	2010
SIDER	80
PROSJEKTNUMMER	2884
PROSJEKTITTEL	KS samhandlingsressurs
OPPDRAGSGIVER	KS
ANSVARLIG UTGIVER	Møreforskning
ISSN	0806-0789
ISBN	978-82-7830-334-4
DISTRIBUSJON	Høgskolen i Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no
NØKKEWORD	Samhandling, samhandlingskoordinator, helse- og omsorgstjenester

KORT SAMMENDRAG

På oppdrag for KS har Møreforskning kartlagt behovet for en kommunal samhandlingsressurs i Møre og Romsdal. Prosjektet er gjennomført i perioden august til november 2020. Det er gjennomført dokumentanalyser, spørreskjemaundersøkelse og intervju i Møre og Romsdal, samt dokumentanalyser og intervju i Agder, Trøndelag og tidligere Østfold.

Hovedfunnet er at ressursmangel og mangel på samkjøring preger kommunenes mulighet til å sette dagsorden om hva som er viktig for dem i samhandlingen med helseforetaket. Det største mulighetsrommet for bedre samhandling, økt involvering og medbestemmelse for kommunene ligger i aktiv deltakelse i sekretariat i hele samarbeidsstrukturen.

Vår anbefaling er at regionrådene går inn som kommunale representanter i samarbeidssekretariat med helseforetaket, og slik kommer inn i den overordnede samarbeidsstrukturen. Videre anbefaler vi at en av representantene påtar seg et utvidet ansvar som regional samhandlingskoordinator frikjøpt i 50 % stilling. Den regionale samhandlingskoordinatoren påtar seg et utvidet ansvar for oppfølging av prosesser og utøvende arbeidsoppgaver i sekretariatet. Kommunene bør gå sammen å søke tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for etablering av felles sekretariat for å dekke deler av kostnadene til denne stillingsandelen.

SHORT SUMMARY

This project has been conducted by Møreforskning on behalf of KS. The purpose of the current study was to establish a knowledgebase regarding the need and desire for a coordinating municipal resource in the interaction with the regional health trust in Møre og Romsdal. The project was carried out in the period August to November 2020. Data consists of document analyzes, a questionnaire and interviews conducted in Møre og Romsdal, as well as document analyzes and interviews in Agder, Trøndelag and formerly Østfold.

The main finding of the current study is that the municipal possibility to influence cooperation with the health trust suffer from lack of dedicated coordinating resources. The greatest opportunity for improved interaction and increased municipal involvement and co-determination may be achieved by more active participation in the secretariats.

Our recommendation is that the regional councils are given the role as municipal representatives in the cooperation secretariat with the health trust in the partnership meeting, strategic cooperation, and local cooperation committees. Furthermore, we recommend that one of the representatives are given the role as regional municipal coordinator with a 50 % position dedicated to this work. The regional municipal coordinator has extended responsibility for executive tasks in the secretariat. If the municipalities agree on this solution, they can apply for grants from the Norwegian Directorate of Health for the establishment of a cooperation secretariat in the healthcare community. This will cover, if not all, large parts of costs.

© FORFATTER/MØREFORSKING

Forskriftene i åndsverkloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Uten særlig avtale med forfatter/Møreforskning er all annen eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt så langt det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

FORORD

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) ble behandlet i Stortinget i mai 2020. I meldingen er det uttalt at regjeringen vil fremme krav om et nytt punkt i helse- og omsorgsloven; samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester sammen. Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan er å opprette 19 helsefelleskap. Disse skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Nye krav til enda tettere samarbeid mellom kommuner og helseforetak stiller større krav til dedikerte samhandlingsressurser fra kommunenes side for å komme på banen og sette dagsorden for samhandlingen.

Hensikten med dette prosjektet har vært å etablere et kunnskapsgrunnlag om behovet for, og ønske om, en felles samhandlingsressurs for kommunene i samhandlingen med helseforetaket, sett i hovedsak fra kommunenes perspektiv. Herunder både kartlegge behovet og mulige løsningsforslag for økte samhandlingsressurser under etablering av helsefelleskap.

Kunnskapsgrunnlaget er utarbeidet på bakgrunn av dokumentstudier og intervju i Møre og Romsdal, Trøndelag, tidligere Østfold og Agder. Deltakere på samarbeidsarenaer mellom kommunene og helseforetaket, samt kommunalsjef helse eller tilsvarende i alle kommuner i Møre og Romsdal, er invitert til en elektronisk spørreskjemaundersøkelse.

Møreforskning har gjennomført oppdraget på vegne av KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon). Vi vil rette en stor takk til alle som har deltatt med intervju og/eller svart på spørreskjemaundersøkelsen. Kontaktpersoner i KS har vært Hilde Nauste Myhre og Gunnar Bendixen. De har gitt gode innspill, vært drøftingspart og gitt oss innsikt i prosessene rundt forslag om etablering av felles samhandlingsressurs i Møre og Romsdal.

Guri Kaurstad Skrove har vært prosjektleder i Møreforskning. Tonje Hungnes, Bjørn G. Bergem og Jorunn H. Rødal har vært prosjektmedarbeidere, og bidratt i ulike deler av prosjektet.

Molde, november 2020

Guri Kaurstad Skrove
Prosjektleder

SAMMENDRAG

Hensikten med dette prosjektet har vært å etablere et kunnskapsgrunnlag om behovet for, og ønske om, en felles samhandlingsressurs for kommunene i samhandlingen med helseforetaket, sett i hovedsak fra kommunenes perspektiv. Herunder både kartlegge behovet og mulige løsningsforslag for økte samhandlingsressurser under etablering av helsefelleskap.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) ble behandlet i Stortinget i mai 2020. I meldingen er det uttalt at regjeringen vil fremme krav om ett nytt punkt i helse- og omsorgsloven hvor det står at samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester sammen (høringsfrist 13.11.20). Dette kan innebære at kommunene og helseforetaket i samarbeid skal:

- Identifisere behov som skal dekkes.
- Konkretisere hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene bør utvikles for å dekke behovene.
- Utarbeide plan for gjennomføring av konkrete tiltak for å oppnå en slik utvikling.

Dette øker krav til kommunale ressurser i samhandling mellom kommunene og helseforetaket. Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan er å opprette 19 helsefelleskap som skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. KS og regjeringen inngikk avtalen om innføring av helsefelleskap i oktober 2019 der sentrale mål er:

- Skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.
- Kommunene og helseforetaket skal være likeverdige partnere.
- Prioritere utsatte målgrupper: Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Datamaterialet i dette prosjektet består av dokumentstudier av offentlig tilgjengelige dokument om organisering av samhandling mellom kommuner og helseforetak i Møre og Romsdal, Trøndelag, tidligere Østfold og Agder. Valget av fylker ble gjort i samarbeid med oppdragsgiver for å finne frem til fylker med noe ulik praksis for samhandling mellom kommuner og helseforetak og som ansees som gode på feltet. Det er gjennomført intervju med kommunale representanter fra fire helseforetaksområder i de tre andre fylkene, totalt fire intervju. Analyser av intervjuene ble lagt til grunn for det videre arbeidet med spørreskjemaundersøkelse og intervju i Møre og Romsdal. Prosjektet ble gjennomført i perioden august til november 2020.

Deltakere på samarbeidsarenaer mellom kommuner og helseforetaket, og kommunalsjefer helse eller tilsvarende i alle kommuner i Møre og Romsdal ble invitert til å besvare en elektronisk spørreskjemaundersøkelse. Grunnet kommunesammenslåinger og endringer i deltakere på samarbeidsarenaene er populasjonsstørrelsen noe usikker, men anslått til om lag 100. Totalt fikk vi 40 svar. For å komme i dybden på funn fra spørreskjemaundersøkelsen ble nøkkelinformanter fra kommuner, regionråd og helseforetaket intervjuet, totalt åtte intervju. Valg av kommuner er ikke randomisert, men tar utgangspunkt i en geografisk fordeling i fylket, fordeling av større og mindre kommuner og representanter med lengre fartstid i stillingen og med erfaring fra samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket.

Hovedfunnet i denne undersøkelsen er at ressursmangel og mangel på samkjøring preger kommunenes mulighet til å sette dagsorden om hva som er viktig for dem i samhandlingen. Tre av fire respondenter i spørreskjemaundersøkelsen svarer at det er behov for samhandlingskoordinator for kommunene i samhandlingen med helseforetaket, kun en av 10 svarer nei. Dette bekreftes i intervjuundersøkelsen hvor sju av åtte svarer at det er behov for samhandlingskoordinator. Vi finner imidlertid større uenig om hvordan dette kan løses organisatorisk. Mange kommunale representanter uttrykker skepsis til å la seg representere, og noen er redd en samhandlingskoordinator blir et byråkratisk mellomledd mellom kommunene og helseforetaket. Fogderistriden i fylket kommer tydelig frem i spørsmål om organisering, representasjon og lokasjon for en samhandlingskoordinator. Vi finner et spenningsforhold mellom erkjennelsen av behovet for økte og dedikerte ressurser til samhandling fra kommunal side og skepsisen til å la seg representeres av en felles samhandlingsressurs.

Dagens samhandling og organisering oppleves som bedre av respondenter fra helseforetaket enn fra kommunene. For eksempel ser vi at 80 % fra helseforetaket oppfatter samarbeidsklimaet mellom kommunene og helseforetak som godt, mens tilsvarende 40 % fra kommunene svarer dette. Involvering og medbestemmelse er det flest i kommunen mener fungerer dårlig. Blant kommunene kommer det frem en opplevelse av at helseforetaket sitter med definisjonsmakt og at denne utøves blant annet ved at samarbeidsarenaene benyttes til informasjonsmøter fremfor samhandling. Samhandlingen oppleves best i den faglige dimensjonen, sett bort i fra utfordringer rundt definisjon av utskrivningsklare pasienter, og mest utfordrende i den strategiske dimensjonen. Hovedutfordringene i samarbeidsstrukturen er knyttet til:

- Lav likeverdighet – helseforetaket setter agendaen.
- Manglende beslutningskraft - ulikt nivå og antall representanter deltar fra partene.
- Lav kontinuitet i oppmøte fra begge parter.
- Utfordringer med overgangene mellom nivåene i samarbeidsstrukturen.

Ellers forteller flere at konkrete tiltak stopper opp på grunn av finansieringsmodellene i helsetjenestene. Noe det nå arbeides med fra statlig hold. Intervjuundersøkelsen og de åpne

svarene i spørreskjema gir imidlertid innblikk i at samhandlingen er i en positiv endring. Dette synes i hovedsak å være grunnet:

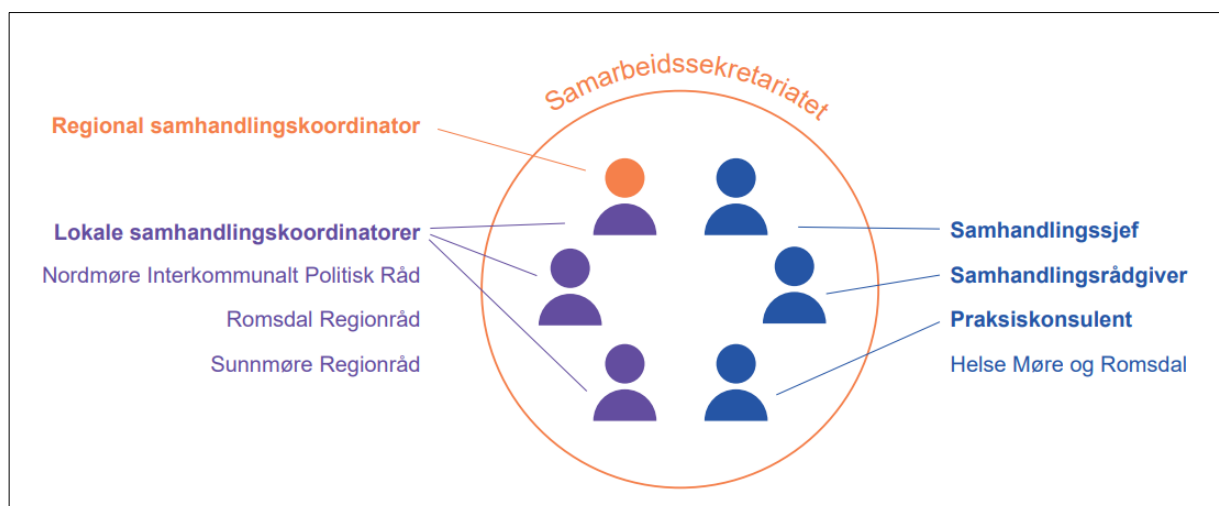
- Økt tillit – bygget opp over tid.
- Tettere samarbeid mellom regionråd og samhandlingsavdeling i helseforetaket.
- Kommunene tas mer på alvor.
- Best i den faglige dimensjonen, større utfordringer i den strategiske.
- Fagråd /utvalg og daglig samhandling rundt pasienter stort sett bra.

Det største mulighetsrommet for å bedre samhandlingen gjennom økt involvering og medbestemmelse for kommunene ligger i aktiv deltakelse i sekretariat i hele samarbeidsstrukturen. Helseforetaket har hatt sekretariatsfunksjon siden 2012, og har det fremdeles i den overordnede strukturen. Per i dag har regionrådene sekretariatsfunksjon i de fire lokale samhandlingsutvalgene i fylket. Våre funn tyder på at helseforetakets posisjon med sekretariat i den overordnede strukturen styrker opplevelsen av en makt-ubalanse mellom partene. Naturlig nok preges saksfremlegg, agenda, referat og vedtak i større grad av helseforetakets perspektiv enn kommunenes. Helseforetaket ønsker mer kommunal involvering og synes det er vanskelig å få innspill i sekretariatet slik det er i dag. Slik vi ser det vil det være svært krevende å ansette en person i en ny stilling som felles samhandlingskoordinator i Møre og Romsdal på nåværende tidspunkt (jmf. Trøndelagsmodellen med felles samhandlingskoordinator for kommunene i hvert av helseforetakenes opptaksområder). Å få tillit og legitimitet fra kommunene vil være svært utfordrende.

I ny samarbeidsstruktur er det skissert et samarbeidssekretariat bestående av samhandlingssjef, samhandlingsrådgiver og praksiskonsulent fra helseforetaket, sammen med en representant utpekt fra hver kommuneregion. Altså tre representanter fra kommunal side og tre representanter fra helseforetaket. Resultatene av denne kartleggingen viser at dersom kommunene ønsker å styrke sin posisjon i samhandlingen med helseforetaket bør de enes om at en av de tre kommunale representantene får en økt stillingsressurs for å ivareta en regional samhandlingskoordinatorrolle i samarbeidssekretariatet. Den som påtar seg rollen som regional samhandlingskoordinator sitter sammen med de andre kommunale representantene i samarbeidssekretariatet, men må påta seg en mer aktiv og utførende rolle når det gjelder oppfølging av prosesser, skrive agenda, saksgrunnlag, referat og vedtak sammen med helseforetakets samhandlingssjef. En slik organisatorisk løsning bygger erfaringer fra Agder. Innsikt fra alle de tre andre fylkene vi har studert, viser også hvor viktig det er at kommunene klarer å bli enige i saker og fremme en stemme når de møtes i samhandling med helseforetaket. Derfor bør ett større, samlende og helhetlig ansvar legges til en stillingsressurs fremfor delt mellom alle tre kommunale representanter i samarbeidssekretariatet.

Vår anbefaling er at regionrådene er kommunale representanter i samarbeidssekretariatet, som lokale samhandlingskoordinatorer, for sin kommuneregion. Regionrådene har allerede sekretariatsfunksjon i lokale samarbeidsutvalg og god struktur for involvering av kommunal ledelse i sin region. En av de tre lokale samhandlingskoordinatorer (regionrådsrepresentantene) må få et utvidet ansvar i samarbeidssekretariatet, som regional samhandlingskoordinator beskrevet over. Den regionale samhandlingskoordinatoren bør frikjøpes i en 50 % stilling. Her bør kommunene gå sammen å bruke vertskommuneprinsippet. Dersom kommunene går sammen om denne løsningen kan de søke tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for etablering av felles sekretariat i helsefellesskapet. Dette vil dekke hele eller store deler av stillingsressursen, avhengig av størrelsen på denne. Forutsetninger for å søke tilskuddsmidler er at én kommune står som søker og minst to tredjedeler av kommunene i helsefellesskapet står bak søknaden. På denne måten kan kommunene prøve ut løsningen med minimale kostnader. Tilskuddsordningen er skissert å vare i perioden 2020-2023, så dette bør innføres snarlig for å høste mest mulig erfaring.

For å unngå konflikt rundt plassering/tilhørighet av en regional samhandlingskoordinator kan det innføres en rulleringsordning på to år mellom regionrådene. Samarbeidssekretariatet skal ledes i to-årsperioder av henholdsvis representant fra helseforetaket og kommunene, og rulleringsordningen følger slik organiseringen av sekretariatet. Det er også behov for en viss langsiktighet i ordningen, da samhandling krever tillit som bygges opp over tid. Før etablering av helsefellesskap anbefaler vi, basert på våre funn, at det gjennomføres en prosess for å avklare utfordringsbilde, strategisk retning og mål for helsefellesskapet. En slik prosess kan trygge kommunene i representasjonen. I tidligere Østfold og Agder har slike prosesser vært viktig for avklaringer og oppbygging av tillit mellom kommunene og styrket deres posisjon og samkjøring i samhandling med helseforetaket.



Bilde av anbefalt organisering av samarbeidssekretariat i helsefellesskap i Møre og Romsdal. Laget av Inventas.

SUMMARY

The purpose of the current study was to establish a knowledgebase regarding the need and desire for a coordinating municipal resource in the interaction with the regional health trust. The current report includes possible organizational solutions for increased interaction when establishing a healthcare community.

The National Health and Hospital Plan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) was discussed at the Parliament (Stortinget) in May 2020. The white paper describes the direction for the development of the specialist health service and the interaction with the municipal health and care services in the future. The white paper states that the Government expects health trusts and municipalities to enter into agreements locally adapted ways of meeting the need for health and care services to bring maximum benefit to patients. Thus, how to plan and develop services together. Expectations from the Government:

- Better joint planning.
- Targets and expectations.
- Culture of cooperation.

This increased demand for municipality - health trust interaction calls for increased municipal coordination. A main measure in the National Health and Hospital Plan is to establish 19 healthcare communities that will consist of health trusts and the municipalities in the admission area. KS and the Government signed an agreement on establishment of healthcare communities in October 2019, where key goals are:

- Create a cohesive and coordinated health and care service.
- The municipalities and the health trust meet as equal partners.
- Prioritize children and young people, people with severe mental illness and substance use disorders, frail elderly people and people with multiple chronic illnesses.

The current study include data from document analysis of publicly available documents on the organization of interaction between municipalities and health trusts in Møre og Romsdal, Trøndelag, formerly Østfold, and Agder. Thereafter, interviews with municipal representatives from four health trusts areas in Trøndelag, formerly Østfold, and Agder were conducted. Interview data were used to develop a questionnaire survey and interviews within Møre og Romsdal. The project period was August to November 2020.

Municipal and health trust representatives in cooperation committees, as well as municipal administrative health managers in Møre og Romsdal were invited to answer an electronic questionnaire. In total, we received 40 responses, a response rate slightly below 50 %. In addition,

eight interviews were conducted with key informants from municipalities, regional councils, and the health trust. Inclusion of municipalities were not randomized, but based on a geographical distribution within the county, both large and small municipalities, and to ensure representatives had experience from the interaction between the municipalities and the health trust.

The main finding of the current study is that the municipal possibility to influence cooperation with the health trust suffer from lack of dedicated coordinating resources. Three out of four respondents in the questionnaire state there is a need for a municipal coordinator in the interaction with the health trust. Only one out of 10 disagree. This is confirmed in the interviews, where seven out of eight express a need for municipal coordinator resources. However, there is disagreement about how this should be resolved organizationally. Many municipal representatives' express skepticism about being represented in cooperation committees, and some are afraid that a municipal coordinator will become a bureaucratic burden. The long-term inter-regional dispute color questions on organization, representation, and location for a such a cooperation resource. There is a mismatch between the recognition of the need for increased and dedicated municipal coordinating resources and the skepticism to be represented by such a common resource.

Both municipal and health trust respondents agree that the interaction between the parties have improved lately. However, 80 % of health trust respondents perceive the collaborative climate as good, whereas only 40 % of municipal respondents have the same perception. Involvement and co-determination are what most municipal respondents criticize. Among municipalities, there is an experience that there is a power imbalance, with the health trust as the defining part. The interaction is perceived as well-functioning on the professional dimension, except from challenges regarding definition of out-patients, and most challenging in the strategic dimension. The main challenges in the interaction structure are related to:

- Low equality - the health trust sets the agenda.
- Lack of decision-making power - different levels and number of representatives from the parties.
- Low continuity in attendance from both parties.
- Challenges with transitions between levels in the interaction structure.

However, the qualitative data suggest that the interaction is in a positive change. This seems to be mainly due to:

- Increased trust - built up over time.
- Closer cooperation between regional councils and the interaction department in the health trust.
- The municipalities are taken more seriously.
- Best in the professional dimension, greater challenges in the strategic dimension.
- Professional committees and daily interaction around patients are generally good.

The greatest opportunity for improved interaction and increased municipal involvement and co-determination may be achieved by more active participation in the secretariats. Since 2012, the health trust has served as secretariat in cooperation committees. As of today, the regional councils have a secretarial function in the four local cooperation committees. Our findings suggest that the health trust's position with a secretariat in the partnership meeting and strategic cooperation committee further strengthens the experience of a power imbalance between the parties. Thus, presentations, cases, agendas, reports, and decisions are influenced more by the health trust's perspective than the municipalities. The health trust welcomes increased municipal involvement and finds it difficult to get input in the secretariat with today's organizational structures. However, mainly due to the inter-regional dispute, we do not recommend establishment of a new position as common municipal coordinator in Møre og Romsdal at the present time (cf. the Trøndelag model with one common municipal coordinator within each of the health trust areas). To obtain necessary trust and legitimacy from all the municipalities will be very challenging at this point.

The suggested distribution of work in the healthcare communities outlines a cooperation secretariat consisting of three health trust representatives and three municipal representatives. Our results show that to strengthen municipal position in the cooperation secretariat, municipalities should agree upon appointing one of the three municipal representatives as regional municipal coordinator. The representative who takes on the role of regional municipal coordinator will be equated with the other municipal representatives in the cooperation secretariat, but must take on a more active and executive role when it comes to following processes, writing agendas, case files, reports, and decisions together with the health trust's cooperation manager. Such an organizational solution is based on experiences from Agder. Insights from the other counties we have studied also show how important it is for the municipalities to be able to agree on issues and promote a common voice in interaction with the health trust. Therefore, a unifying and enhanced responsibility should be added to one of the municipal representatives rather than shared between all three municipal representatives in the secretariat.

Our recommendation is that the regional councils are given the role as municipal representatives in the secretariat. Thus, they will act as local municipal coordinators for a given municipal region. The regional councils already have a secretarial function in local cooperation committees and possess a good structure for involvement of municipal political and administrative management in their region. One of the three local municipal coordinators (the regional council representatives) should be given an expanded responsibility in the cooperation secretariat, a regional municipal coordinator, as described above. The regional municipal coordinator should possess a 50% position dedicated to this work. If the municipalities agree on this solution, they can apply for grants from the Norwegian Directorate of Health for the establishment of a cooperation secretariat in the healthcare community. This will cover, if not all, large parts of costs.

Prerequisites for applying for such grant funding are that one municipality is the applicant, and at least two thirds of the municipalities in the healthcare community stand behind the application. With this solution, the municipalities may try out the solution with minimal costs. The subsidy program is outlined to last in the period 2020-2023. Therefore, application for a regional municipal coordinator should be made soon to gain as much experience as possible.

To avoid conflicts on location/ affiliation of the regional municipal coordinator, a rotation scheme of two years can be introduced between the regional councils. Furthermore, we recommend a common process between municipal and health trust representatives prior to establishing the healthcare community. During the process clarification of common challenges, strategic direction, and goalsetting for the healthcare community should be targeted. In former Østfold and Agder, such processes have been important for clarification and building trust between the municipalities and strengthened their position and coordination in interaction with the health trust.

INNHold

Sammendrag	6
Summary	10
Bakgrunn og formål.....	15
Formål og problemstilling.....	17
Metode og datagrunnlag.....	18
Elektronisk spørreskjemaundersøkelse	18
Intervjuundersøkelser	22
Dokumentstudier.....	22
Resultat	23
Organisering av samhandlingen mellom kommuner og helseforetak i Møre og Romsdal .	23
Hvordan partene opplever at ressursene og organisering innen samhandling fungerer ...	29
Behovet for kommunale samhandlingsressurser i Møre og Romsdal.....	37
Muligheter i eksisterende organisering og prosesser for å styrke samhandlingen	48
Helsefelleskap i Møre og Romsdal	51
Organisering av samhandlingsressurser i Agder, Trøndelag og tidligere Østfold	53
Samhandlingsressurser Agder	53
Samhandlingsressurs Trøndelag	57
Samhandlingskoordinator for kommuner i møte med Helse Nord-Trøndelag HF.....	57
Samhandlingskoordinator for kommunene i møte med St. Olavs Hospital HF.....	62
Samhandlingsressurs i tidligere Østfold	65
Diskusjon og anbefalinger	71
Oppsummering av alternative løsninger som er utredet	75
Referanser	78

BAKGRUNN OG FORMÅL

Helse- og omsorg er den største sektoren i kommunene og det forventes store endringer fremover for å møte den demografiske utviklingen i samfunnet. For å løse samfunnsoppdraget må kommuner og helseforetak jobbe sammen. Samhandlingsreformen som ble implementert i 2012 er en av de mest omfattende reformene som er gjennomført de siste tiårene i det norske helsevesenet (Kassah, Tingvold, & Kassah, 2014; Ramsdal, Bjørkquist, & Ramsdal, 2012). Et sentralt virkemiddel i reformen er samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetak. Samarbeidsavtalene skal bidra til å nå de overordnede målene med reformen om bedre koordineringen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og gjennom å etablere gode samarbeidsrutiner (Meld. St. 47 (2008-2009)). Forskning på innføring av samhandlingsreformen har vist at mange kommuner opplevde at helseforetaket hadde en definisjonsmakt, handlet i strid med samarbeidsavtalen og at samarbeidet ikke opplevdes likeverdig (Aarseth, Bachmann, Gjerde, & Skrove, 2015). Nylig publiserte Møreforskning en rapport som viser at disse utfordringene fremdeles er til stede (Rødal m.fl., 2020). Rapporten viser at sykehusene stort sett mener at pasienter blir skrevet ut på riktig tidspunkt og at samarbeidet med kommunene er godt. Dette er ikke i samsvar med oppfatningene i kommunen, som opplever at pasienter blir skrevet ut for tidlig, og at de i liten grad blir trukket direkte inn i prosessene rundt utskrivning og at det er manglende likeverd i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune. At en part kan plikte den andre til betaling, blir trukket fram som en årsak til at partnerskapet ikke oppleves som likeverdig (ibid.).

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) er et viktig budskap at kommuner og helseforetak må gå fra å være parter til partnere. KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) og regjeringen inngikk i oktober 2019 en avtale om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, hvor kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere (HOD og KS, 2019). Det planlegges etablering av 19 helsefelleskap i landet basert på eksisterende helseforetaksområder, og de mest sårbare pasientene skal prioriteres i samarbeidet. På denne måten ønsker regjeringen og KS å bidra til å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Innføring av helsefelleskap er i utgangspunktet frivillig, og etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn. Et virkemiddel for å sikre fremdrift og samhandling er et felles sekretariat: «et velfungerende sekretariat vil være et viktig virkemiddel for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessene, og oppnå konsensusbeslutninger» (Meld. St. 7 (2019-2020)). Helsedirektoratet er ansvarlig for en tilskuddsordning for etablering av sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefelleskapene. Ordningen forventes å være søkbar i planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. En kommune må stå som søker og ha arbeidsgiveransvaret, og minst to tredjedeler av kommunene i helsefelleskapet må stille seg bak søknaden. Tilskuddet skal gå til lønnsmidler for å finansiere/delfinansiere en sekretariatsfunksjon for kommunene. Beløpet

er avhengig av den årlige bevilgningen avsatt til tilskuddet, hvor en lik del kan fordeles til hvert av de 19 helsefelleskapene.



Figur 1 Helsefelleskapene skal organiseres på tre nivåer. Foto: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet fremmer nå forslag om å innføre krav i regelverket om at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan partene skal planlegge og utvikle tjenester sammen (HOD, 2020). Herunder vises det til at dette krever mer enn å sende hverandres planer på høring, derimot forutsettes det at partene sammen identifiserer behovene som skal dekkes, konkretiserer hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene bør utvikles og utarbeider en plan for gjennomføring av konkrete tiltak for å oppnå en slik utvikling (HOD, 2020). Dette betyr at kommunene og helseforetakene må prioritere tett samhandling for å realisere målene.

I mai 2019 behandlet fylkesstyret i KS Møre og Romsdal en sak om felles samhandlingsressurs for kommunene i fylket. Etter møtet ble kommunene og regionrådene bedt om å komme med innspill på forslaget og hvordan en slik ressurs kunne innrettes. På bakgrunn av tilbakemeldingene fra denne prosessen vedtok fylkesstyret i KS Møre og Romsdal i møte 25. september 2019, sak 19/19, at det skulle gjennomføres en gjennomgang og kartlegging av hvilke samhandlingsressurser vi har i dag, hva kommunene trenger i fremtiden, og hvordan dette kan organiseres.

FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Mandatet i dette oppdraget er å belyse om det er behov for og ønske om en felles samhandlingsressurs (herunder stilling(er) som er dedikert til arbeidsoppgaver knyttet til samhandling mellom kommuner og helseforetak) for kommunene i samhandlingen med helseforetaket, sett i hovedsak fra kommunenes perspektiv.

Hensikten med oppdraget er todelt: 1) å kartlegge behovet for en samhandlingsressurs i samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket i Møre og Romsdal og 2) komme med forslag til hvordan en samhandlingsrolle kan se ut og eventuelt hvor den kan lokaliseres, sett opp mot dagens organisering, samt etablering av Helsefelleskap. Formålet var å etablere et kunnskapsgrunnlag som besvarer følgende problemstillinger:

- Hva er behovet for en samhandlingsressurs i Møre og Romsdal i dag? Er behovet i faglig og/eller strategisk dimensjon?
- Hvordan er ressursene innen samhandling organisert i dag og hvordan fungerer det?
- Hvordan kan grep i eksisterende organisering og prosesser bidra til å styrke samhandlingen?
- Hvordan og hvor bør samhandlingsressursen etableres for å styrke samhandlingsarbeidet i Møre og Romsdal? Hvorfor / hvorfor ikke er en ny samhandlingsressurs riktig valg for å løse de utfordringene kommunene står ovenfor?
- Hvordan har andre fylker løst dette på en god måte? Her er det sett til Trøndelag, Agder og tidligere Østfold (opptaksområde Østfold sykehus).

METODE OG DATAGRUNNLAG

Det er i arbeidet med prosjektet benyttet både kvantitative og kvalitative primærdata. Først ble det gjennomført dokumentstudier av offentlig tilgjengelige dokument om organisering av samhandling mellom kommuner og helseforetak i Møre og Romsdal, og i tre andre fylker (Trøndelag, Agder og tidligere Østfold) med fire tilhørende helseforetak. Deretter ble en kommunal representant fra hver av disse fire helseforetaksområdene intervjuet. Valget av fylker ble gjort i samarbeid med oppdragsgiver for å finne frem til fylker med noe ulik praksis for samhandling mellom kommuner og helseforetak og som ansees som gode på feltet. Analyser av intervjuene ble lagt til grunn for det videre arbeidet med spørreskjemaundersøkelse og intervju i Møre og Romsdal.

ELEKTRONISK SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Spørreskjemaundersøkelsen er gjennomført i september 2020 blant deltakere på samarbeidsarenaer mellom kommuner og helseforetak. Brukerrepresentanter er ikke involvert i denne undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble også sendt til kommunalsjef helse og omsorg / helsesjef eller tilsvarende i samtlige kommuner i Møre og Romsdal. Skjemaet ble sendt til totalt 115 epostadresser, hvorav sju epostadresser ikke lenger eksisterte, tre respondenter ga tilbakemelding om at de ikke lenger deltok på samarbeidsarenaer og en var brukerrepresentant. Totalt beregnes sannsynlig utvalg til maksimalt 100 respondenter. Skjema ble sendt direkte til respondentenes epostadresse oppgitt i forbindelse med samarbeidsarenaene. Hensikten med analysen av spørreskjemaundersøkelsen er å vise retning og tendenser i materialet da undersøkelsens størrelsesorden ikke er tilstrekkelig for statistisk signifikanstesting.

Spørreskjemaundersøkelsen ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og vurdert til å ivareta personvernforordningen. Spørreskjema ble diskutert og kvalitetssikret av oppdragsgiver.

UTVALGSKARAKTERISTIKK

Det kom inn totalt 41 svar. Ett svar fra brukerrepresentant ble ekskludert fra analysene. Analysene er basert på 40 svar fra ansatte i kommuner og helseforetak. **Tabell 1** viser respondentenes nåværende arbeidssted, for kommuner fordelt på kommunestørrelse. Totalt var to tredjedeler av respondentene fra kommunene og de øvrige fra helseforetaket. Det er svært få svar fra representanter i de små kommunene (under 5.000 innbyggere). Sett i forhold til kommunestrukturen i Møre og Romsdal kan småkommunene sies å være underrepresentert i utvalget, mens de store kommunene (over 20.000 innbyggere) er overrepresentert.

Tabell 1 Respondentenes nåværende organisasjonstilhørighet (n=41). Frekvens og prosent.

Organisasjon	Frekvens	Prosent
Liten kommune	4	10.0
Mellomstor kommune	15	37.5
Stor kommune	8	20.0
Helseforetaket	13	32.5
Total	40	100.0

Tabell 2 viser respondentenes stillingsnivå på nåværende arbeidssted. Halvparten av respondentene var toppledere i sin organisasjon, mens drøyt 27 prosent var mellomledere og resterende ansatte uten lederansvar.

Tabell 2 Respondentens stillingsnivå (n=40). Frekvens og prosent.

Stillingsnivå	Frekvens	Prosent
Toppleder	20	50.0
Mellomleder	11	27.5
Ansatt uten lederansvar	9	22.5
Total	40	100.0

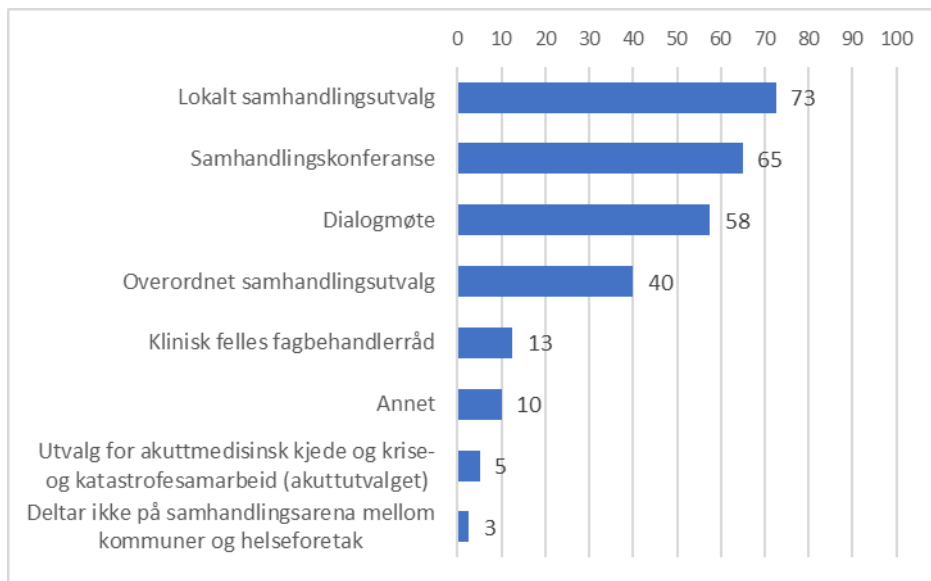
Tabell 3 viser respondentenes stillingsnivå ut fra organisasjonstilhørighet. I kommunene er 63 prosent av respondentene toppledere, mens tilsvarende for helseforetaket er 23 prosent.

Tabell 3 Respondentenes stillingsnivå fordelt på organisasjonstilhørighet (n=40). Prosent.

Stillingsnivå	Kommune	Helse-foretaket
	n=27	n=13
Toppleder	63.0	23.1
Mellomleder	18.5	46.2
Ansatt uten lederansvar	18.5	30.8
Total (prosent)	100.0	100.0

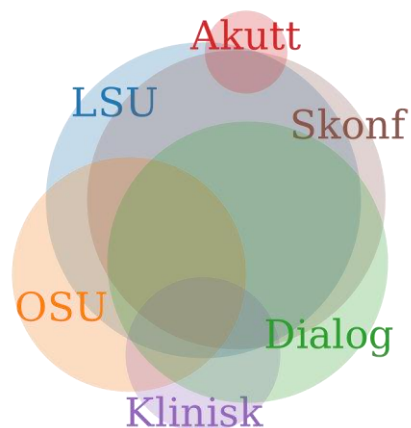
DELTAKELSE PÅ SAMARBEIDSARENAER

Figur 2 viser at de fleste respondentene, 73 prosent, deltar i lokale samhandlingsutvalg (LSU). Nesten like mange, 65 prosent, svarer at de deltar på samhandlingskonferansen. 58 prosent deltar på dialogmøte og 40 prosent i overordnet samhandlingsutvalg (OSU). Det er få respondenter som deltar i fag- og kliniske utvalg og dette må tas i betraktning i analysene av undersøkelsen.



Figur 2 Deltakelse på samarbeidsarenaer mellom kommuner og helseforetak (n=40). Annet: diverse møter, vara LSU og OSU og kliniske samhandlingsutvalg. Prosent.

Som det kommer frem av **Figur 3** så deltar mange av respondentene på to eller flere samhandlingsarenaer, og hvor det er betydelig overlapp mellom LSU, dialogmøte og samhandlingskonferansen.



Figur 3 Venn-diagram for respondentenes deltakelse på samarbeidsarenaer.

Tabell 4 viser at nesten samtlige av topplederne i undersøkelsen deltar på samhandlingskonferansen (85 prosent), LSU (80 prosent) og dialogmøte (75 prosent). Blant mellomlederne er det litt over halvparten som deltar på LSU og dialogmøte, og litt under

halvparten på OSU. Blant ansatte uten lederansvar deltar 78 prosent på LSU og 56 prosent på OSU og samhandlingskonferansen.

Tabell 4 Deltakelse på samarbeidsarenaer fordelt på stillingsnivå (n=40). Prosent.

Samarbeidsarena	Topp- leder	Mellom- leder	Ansatt uten leder- ansvar
	n=20	n=11	n=9
Lokalt samhandlingsutvalg	80.0	54.6	77.8
Overordnet samhandlingsutvalg	30.0	45.5	55.6
Dialogmøte	75.0	54.6	22.2
Utvalg for akuttmedisinsk kjede og krise- og katastrofesamarbeid (akuttutvalget)	0.0	0.0	22.2
Klinisk felles fagbehandlerråd	0.0	36.4	11.1
Samhandlingskonferanse	85.0	36.4	55.6
Deltar ikke på samhandlingsarena mellom kommuner og helseforetak	5.0	0.0	0.0
Annet	10.0	18.2	0.0

Tabell 5 viser at de fleste av respondentene innen kommunesektoren deltar på LSU (74 prosent) og samhandlingskonferanse (70 prosent). I tillegg deltar 59 prosent på dialogmøter og 41 prosent deltar i OSU. Blant respondentene innen helseforetaket er det også flertall som deltar på LSU (69 prosent), mens 54 prosent deltar på dialogmøter eller samhandlingskonferansen og 39 prosent på OSU.

Tabell 5 Deltakelse på samarbeidsarenaer fordelt på organisasjonstilhørighet (n=40). Prosent.

Samarbeidsarena	Kommune	Helseforetaket
	n=27	n=13
Lokalt samhandlingsutvalg	74.1	69.2
Overordnet samhandlingsutvalg	40.7	38.5
Dialogmøte	59.3	53.9
Utvalg for akuttmedisinsk kjede og krise- og katastrofesamarbeid (akuttutvalget)	3.7	7.7
Klinisk felles fagbehandlerråd	11.1	15.4
Samhandlingskonferanse	70.4	53.9
Deltar ikke på samhandlingsarena mellom kommuner og helseforetak	3.7	0.0
Annet	7.4	15.4

INTERVJUUNDERSØKELSER

Vi har gjennomført åtte intervju med nøkkelinformanter fra kommuner, regionråd og helseforetaket i Møre og Romsdal. Informantene har stillingsnivå som mellomledere og toppledere. Valget av kommuner ble ikke gjort randomisert, men med utgangspunkt i en geografisk fordeling i fylket, fordeling av større og mindre kommuner og representanter med lengre fartstid i stillingen og med erfaring fra samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket. I presentasjon av resultater er informantene kategorisert enten som «kommune» (kommunalt ansatte og regionråd) eller «helseforetak» (ansettelsesforhold i helseforetaket) for å ivareta anonymitet. Ved presentasjon av sitat er kategori satt i parentes.

Intervjuguider (temaguide Møre og Romsdal og temaguide for andre fylker) og fremgangsmåte ble godkjent av NSD før intervjuene ble gjennomført. Alle som ble intervjuet samtykket til dette skriftlig i forkant av intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i september 2020 som telefonintervjuet grunnet den pågående Covid-19 situasjonen. En forsker gjennomførte intervjuene og tok notater samtidig. Ved behov ble transkribert intervju sendt til informanten for sjekk eller utfyllelse. Intervjuene gjennomført i Møre og Romsdal tok om lag en time, mens intervju med informanter fra andre fylker tok mellom 30 og 60 minutter. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide for å sikre at alle ønskede tema ble belyst i intervjuene. Intervjuguide ble diskutert og kvalitetssikret av oppdragsgiver.

Informantene besvarte intervju spørsmålene utfyllende og ga god innsikt i tematikken. Selv om enkelte av informantene står langt fra hverandre i spørsmålet om en felles samhandlingsressurs, opplevde vi at utfordringsbildet knyttet til samhandling beskrives på en sammenfallende måte. Det kommer frem et behov for å øke ressurser i samhandlingen, og kommunale ressurser i utførende oppgaver i felles sekretariat, men det er ulike syn på hvordan dette best kan løses.

DOKUMENTSTUDIER

Det er gjennomført søk på «samhandling», «samarbeids-/samhandlingsressurs», «samarbeids-/samhandlingsstruktur», og «samarbeids-/samhandlingskoordinator» på hjemmesider hos helseforetak, KS og kommuner i Møre og Romsdal, Trøndelag, Agder og Viken (tidligere Østfold, opptaksområde Østfold sykehus) fylke. Eksempel på type dokumenter som er gjennomgått; samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, øvrige beskrivelser/dokumenter knyttet til samhandlingsmodeller, saksfremlegg, referat og vedtak relatert til samhandlingsstruktur -/-arenaer/-ressurser hos helseforetak, kommuner og KS, samt stillingsbeskrivelser for ansatte med dedikert hel eller delstilling innen samhandling. Flere av informantene har også ettersendt og delt relevante dokumenter. Hensikten har vært å kartlegge organisering av samhandlingen og erfaringer fra Møre og Romsdal og et utvalg fylker med dedikerte ressurser til samhandling fra kommunal side som antas å ha lyktes godt med sine ulike modeller.

RESULTAT

ORGANISERING AV SAMHANDLINGEN MELLOM KOMMUNER OG HELSEFORETAK I MØRE OG ROMSDAL

Det følgende kapittelet begynner med en gjennomgang av hvordan organisering innen samhandling mellom kommuner og helseforetaket i Møre og Romsdal er i dag, basert på gjeldende samhandlingsavtale mellom partene som ble signert i 2015. Deretter presenteres ny samarbeidsstruktur basert på høringsutkast for ny samarbeidsavtale fra 2021. Etter denne gjennomgangen presenteres funn fra spørreskjema- og intervjuundersøkelse som gir innblikk i hvordan ressursene innen samhandling og organiseringen fungerer.

SAMARBEIDSARENAER I MØRE OG ROMSDAL PR AUGUST 2020

I gjeldende samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF, heretter kalt helseforetaket, datert 29.04.2015 er det etablert følgende samhandlingsstruktur for å sikre gjennomføring av avtalen (Samhandlingsavtale, 2015):

- Dialogmøte – årlig forum for representanter for politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommunene for informasjonsutveksling og diskusjon av prinsipielle saker.
- Samhandlingskonferanse – kan arrangeres av overordnet samhandlingsutvalg samtidig med dialogmøte, møte for ledere og relevant fagpersonell i kommunen og helseforetaket og lokale samhandlingsutvalg.
- Overordnet samhandlingsutvalg (OSU) – er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.
- Lokale samhandlingsutvalg (LSU) - er partssammensatte utvalg mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal. Det er fire utvalg, et for hvert sykehusområde. Kommuner som ligger i grensesonen, velger selv hvilket samhandlingsutvalg de vil tilhøre.
- Kliniske samhandlingsutvalg / faglige samarbeidsråd opprettes fast eller midlertidig ved behov for å drøfte faglige og/eller administrative utfordringer mellom kommunene og helseforetaket. Slike utvalg blir oppnevnt av Overordnet samhandlingsutvalg.

Felles fagbehandlerråd ble opprettet i 2018 etter vedtak i OSU. Målet med fagrådet er å bedre samhandlingen mellom behandlere i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Fagrådet har også en rådgivende funksjon overfor OSU og andre samarbeidsorgan.

Felles legemøter/fastlegemøter er en møteplass mellom helseforetaket og fastleger og kommunalt tilsatte leger. Ettersom fastleger som henviser er «døråpner og portvakter» for spesialisthelsetjenesten er denne møtearenaen opprettet for samhandlingen mellom partene. Møtene er nå forankret i samhandlingsavdelingen i helseforetaket. Praktiskonsulentene forbereder og gjennomfører møtene.

FORESLÅTT SAMARBEIDSSTRUKTUR I MØRE OG ROMSDAL FRA 2021 I NY SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG HELSE MØRE OG ROMSDAL HF

Ettersom ny samarbeidsavtale trer i kraft 01.01.2021 er det i denne rapporten lagt mer vekt på å beskrive innholdet i den nye avtalen fremfor den gjeldende. Høsten 2020 er en revidert samarbeidsavtale på høring med frist 26.10.20 (Høringsutkast samarbeidsavtale, 2020). Denne avtalen erstatter samarbeidsavtalene som ble underskrevet i 2015. Samarbeidsavtalen gjelder helse- og omsorgstjenester som helseforetaket og kommunene yter til pasientene. Den nye samarbeidsavtalen fremstår som en forenklet og konkretisert utgave av den forrige. Dette samsvarer med ønsker som kommer frem blant informantene i vår undersøkelse. Samarbeidsavtalen understøtter krav til etablering av helsefellesskap i Møre og Romsdal.

Samarbeidsavtalen består av en hovedavtale og delavtaler. Overordnede bestemmelser om samarbeidsformer og generelle bestemmelser uavhengig av tjenesteområde er omtalt i hovedavtalen. I delavtalene omtales:

- Konkrete pasientforløp
- Ansvars- og rollefordeling
- Partenes informasjons- og veiledningsansvar
- Finansiering
- Organisering
- Avklaring om arbeidsgiveransvar mm.

Målet med samarbeidsavtalen er at «pasientene skal oppleve at tjenestene:

- Er faglig forsvarlige, trygge og forutsigbare
- Er samordnede og sammenhengende
- Blir utformet etter involvering av pasienten»

I høringsutkastet til revidert samarbeidsavtale er det vedlagt seks delavtaler:

- 1) Samarbeid om koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus
- 2) Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praktiskonsulentordningen
- 3) Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

- 4) Samarbeid om IKT løsninger og elektronisk samarbeid
- 5) Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid
- 6) Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede

Samarbeidsfora

I høringsutkastet til ny revidert samarbeidsavtale er det foreslått følgende samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetaket (Høringsutkast samarbeidsavtale, 2020):

Partnerskapsmøte	
Strategisk samarbeidsutvalg	
Fire lokale samarbeidsutvalg	Faglige samarbeidsutvalg

Bilde hentet fra: **Struktur for samarbeidsfora i høringsutkast samarbeidsavtale fra 01.01.2021.**

Under beskrives formål, sammensetning og organisering av samarbeidsfora slik det er fremstilt i revidert samarbeidsavtale (Høringsutkast samarbeidsavtale, 2020).

Samarbeidssekretariat

I den reviderte avtalen legges det opp til et samarbeidssekretariat med formål å være kontaktpunkt i samarbeidsspørsmål, og som skal koordinere partnerskapsmøter og møter i strategisk samarbeidsutvalg. Fra helseforetaket deltar samhandlingssjef og samhandlingsrådgiver og praksiskonsulent. For kommunene deltar representant utpekt av hvert av regionrådene, og «eventuelt en fylkesovergripende kontaktperson fra KS eller fellesressurs fra kommunen og helseforetaket».

Sekretariatet skal konstituere seg selv og ledes i to-årsperioder av representant fra helseforetaket og fra kommunen. Følgende oppgaver er beskrevet for samarbeidssekretariatet:

- Forberede partnerskapsmøte og utvidet samarbeidsmøte/dialogmøte
- Legge til rette for årlig samling på tvers av faglige samarbeidsutvalg
- Sammen med leder og nestleder i strategisk samarbeidsutvalg utarbeide møteagenda for strategisk samarbeidsutvalg
- Skrive referat og publisere saksdokumenter, samt koordinere oppfølging av vedtak
- Utarbeide årlig rapport om samhandlingsavvik og presentere til strategisk samarbeidsutvalg og lokale samarbeidsutvalg.

Partnerskapsmøte

Partnerskapsmøte skal være en møteplass for å utvikle helsetjenesten til det beste for befolkningen i Møre og Romsdal, herunder informere om utfordringer, skape en felles forståelse og forankre strategi for å løse de felles utfordringene. Fra helseforetaket deltar styreleder og nestleder, administrerende direktør, leder for praksiskonsulenter, fagdirektør, HR- direktør og seks kliniksjefer, totalt 12 deltakere. Fra kommunene deltar en ordfører, en kommunedirektør/rådmann og en kommunalsjef/kommuneoverlege hver utpekt fra medlemskommunene til de interkommunale politiske rådene i Romsdal og på Nordmøre. Fra Sunnmøre interkommunale politiske råd utpekes to representanter fra hvert nivå over. Totalt 12 kommunale deltakere. I tillegg utpekes en brukerrepresentant fra brukerutvalget i HMR og en fra brukerorganisasjon i kommunene, og samarbeidssekretariatet. I partnerskapsmøte godkjennes årsberetning, anbefales felles utviklingsretning og innsatsområder, velges tema til utvidet samarbeidsmøte og settes mandat til strategisk samarbeidsutvalg.

Partnerskapsmøtet gjennomføres årlig, og representantene velges for fire år. Et utvidet samarbeidsmøte/dialogmøte arrangeres årlig hvor alle kommuner med ordfører, kommunedirektør/rådmann og kommunalsjef/kommuneoverlege, tillitsvalgte fra kommunene og helseforetaket, fylkesmannen/fylkeslegen og KS inviteres.

Strategisk samarbeidsutvalg

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) har som formål å håndtere saker om utvikling og samarbeid innen helse- og omsorgstjenester som gjelder hele fylket. SSU rapporterer til partnerskapsmøte. I SSU deltar leder eller nestleder fra lokale samarbeidsutvalg (LSU), herunder to kommunale og to fra helseforetaket, leder for praksiskonsulentene, en brukerrepresentant fra brukerutvalget i HMR og en brukerrepresentant fra brukerorganisasjon utpekt av kommunene. I tillegg møter samarbeidssekretariatet.

SSU møtes fire ganger årlig, eller oftere ved behov. Representantene velges for fire år.

SSU skal:

- Behandle saker som gjelder hele eller flere deler av fylket
- Utarbeide forslag til felles strategier og handlingsplaner, herunder årsberetning.
- Følge opp at avtalen som er inngått blir praktisert etter intensjonen.
- Behandle foretaksovergripende problemstillinger.
- Forberede partnerskapsmøte og utvidet samarbeidsmøte/dialogmøte.
- Diskutere og foreslå løsning ved tvistesaker, jf. hovedavtalen punkt 8.1.
- Godkjenne retningslinjer som angår samarbeid.
- Årlig gjennomgang av avviksstatistikk.

- Oppnevne faglige samarbeidsutvalg.
- Ha oversikt over pågående samarbeidsprosjekt.
- Delegere oppgaver til lokalt samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

Lokale samarbeidsutvalg

LSU skal være et forum for forbedringsarbeid og samarbeid mellom kommunene og det enkelte sykehus/distrikts medisinsk senter. LSU skal i hovedsak behandle saker mellom disse partene og ikke saker med konsekvenser for samarbeid i andre deler av fylket. Det er fire LSU i Møre og Romsdal; LSU Kristiansund, LSU Molde, LSU Ålesund og LSU Volda. LSU rapporterer til SSU. I LSU deltar fem representanter fra helseforetaket, en fra hver kommune i opptaksområde, alle med overordnet/koordinerende fagansvar i sine virksomheter. Praktiskonsulent, en brukerrepresentant fra brukerutvalget i HMR og en brukerrepresentant fra brukerorganisasjon utpekt av kommunene. LSU kan selv utpeke andre aktuelle representanter.

LSU møtes fire ganger årlig, eller oftere ved behov. Sekretariat består av representant fra helseforetaket og representant fra regionrådet. Representantene velges for fire år.

LSU skal:

- Holdes orientert om årlig status på avvik og avviksregistrering innen samhandlingsområdet. Prioritere avvik som skal forbedres/redueres.
- Ansvarlig for å arrangere årlig samarbeidsmøte mellom sykehuset og kommunene for å spre gode løsninger og kartlegge aktuelle forbedringstiltak.
- Initiere gode samhandlingsløsninger og standardiserte pasientforløp basert på erfaringer og «best praksis». (Plan-do-check-act).
- Skal i samarbeid med Lærings- og mestringssentret, pasientorganisasjoner og frisklivssentraler ev andre relevante i kommunen, bidra til utvikling og bruk av lærings- og mestringstiltak.

Faglige samarbeidsutvalg

Faglige samarbeidsutvalg (FSU) har som formål å fungere som et rådgivende organ og forvalte utøvelsen av de ulike delavtalene. FSU rapporterer til SSU. I FSU deltar fire kommunale representanter – en fra hvert regionråd (to fra Sunnmøre), fire representanter fra helseforetaket, praktiskonsulent, en brukerrepresentant fra brukerutvalget i HMR og en brukerrepresentant fra brukerorganisasjon utpekt av kommunene.

Følgende FSU videreføres/etableres i ny samarbeidsstruktur¹:

- Faglig samarbeidsutvalg for koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus (delavtale 1):
 - Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge.
 - Faglig samarbeidsutvalg for behandlersamarbeid.
 - Faglig samarbeidsutvalg for psykisk helse og rus.
 - Faglig samarbeidsutvalg for multisyke.
- Faglig samarbeidsutvalg for kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praksiskonsulentordningen (delavtale 2).
- Faglig samarbeidsutvalg for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (delavtale 3).
- Faglig samarbeidsutvalg for IKT-løsninger og elektronisk samarbeid (delavtale 4).
- Faglig samarbeidsutvalg for samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid (delavtale 5).
- Faglig samarbeidsutvalg for beredskapsplaner (delavtale 6).
- Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk kjede (delavtale 6).

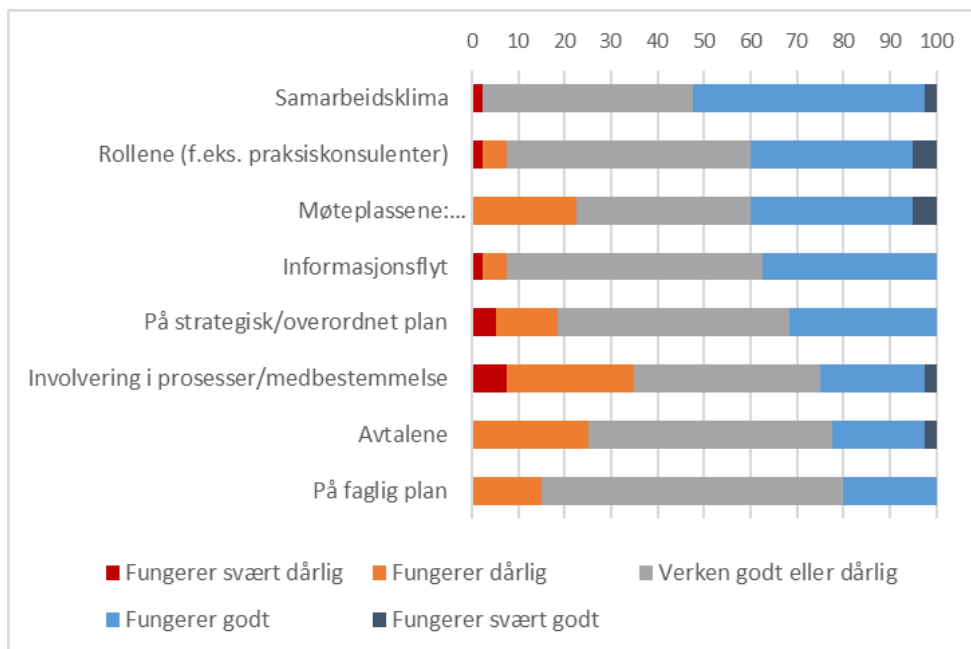
FSU skal:

- Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak.
- Handlingsplanen skal ha årlig revisjon, med evaluering av mål/tiltak/effekt.
- Ansvar for videreformidling av informasjon til kommuner og HF, og arrangere felles fagdager ved behov.
- Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge.

¹ <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Samhandlingsavtaler/Reforhandling%20av%20samhandlingsavtalen/H%3b8ring%20h%c3b8st%202020/H%c3b8yringsutkast%20-%20revidert%20samarbeidsavtale%20mellom%20kommunane%20i%20M%c3b8re%20og%20Romsdal%20og%20Helse%20M%c3b8re%20og%20Romsdal%20HF.docx.pdf>

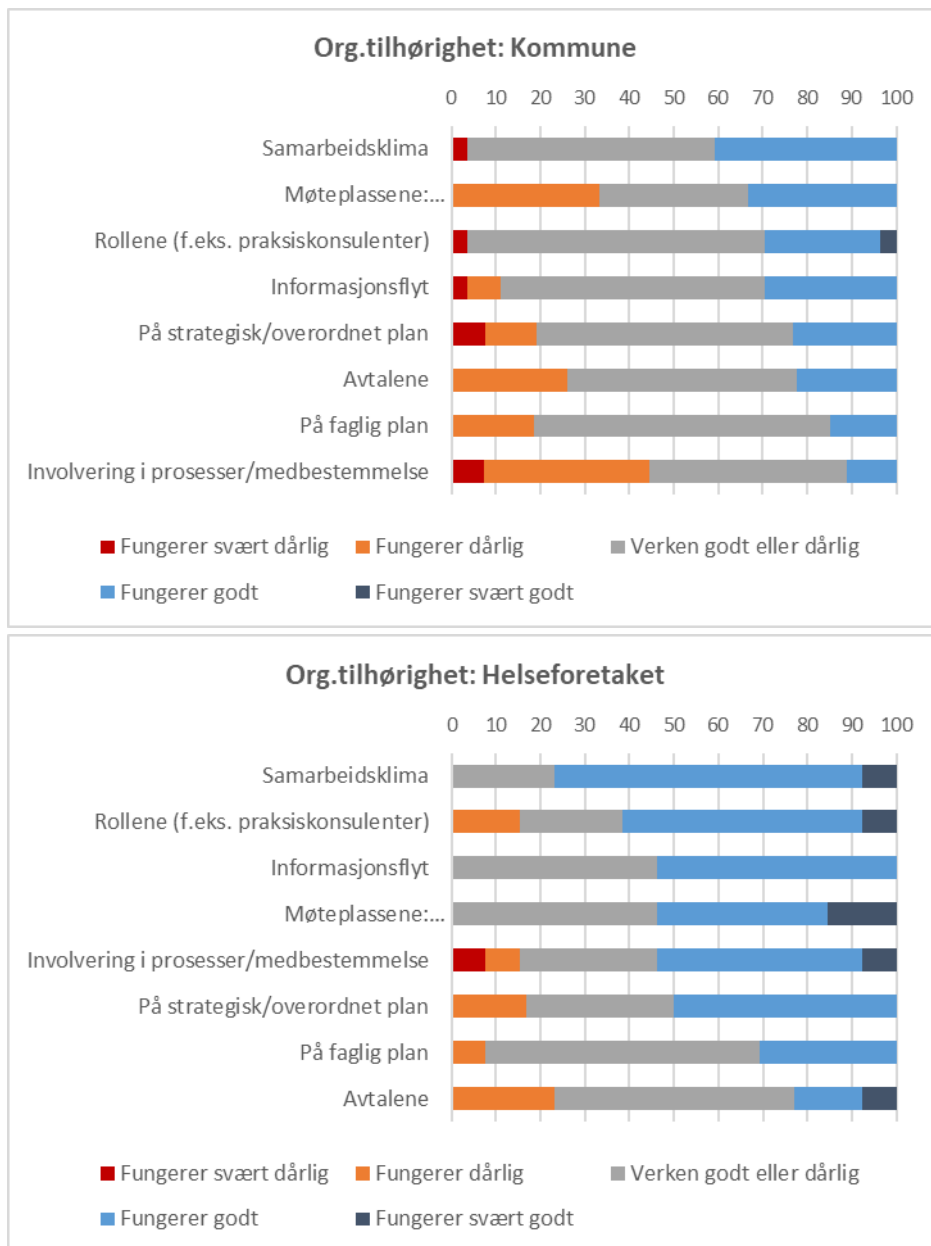
HVORDAN PARTENE OPPELVER AT RESSURSENE OG ORGANISERING INNEN SAMHANDLING FUNGERER

Figur 4 viser respondentenes oppfatning av hvordan samhandlingen mellom kommuner og helseforetaket fungerer i dag. Drøyt halvparten svarer at samarbeidsklimaet er godt/svært godt, og 40 prosent oppfatter at rollene, møteplassene (samhandlingsarena/utvalg) og informasjonsflyten fungerer godt/svært godt. Mest negativ er respondentene i forhold til involvering og medbestemmelse i prosesser, hvor 35 prosent sier dette fungerer dårlig/svært dårlig i dag. Når det gjelder møteplassene er det 23 prosent som mener dette fungerer dårlig i dag. Ellers er respondentene mindre positive til hvordan avtalene og samhandlingen fungerer på det faglige plan i dag.



Figur 4 I hvilken grad vil du si at samhandlingen mellom kommuner og helseforetak fungerer i dag, når det gjelder... (n=40). Prosent.

Figur 5 viser fordelingen i oppfatning av hvordan samhandlingen fungerer sett fra kommunenes og helseforetakets side. Generelt har respondentene fra helseforetaket en mer positiv oppfatning av hvordan samhandlingen fungerer i dag sammenlignet med respondentene hos kommunene. Mens 77 prosent av respondentene hos helseforetaket oppfatter samarbeidsklimaet som godt/svært godt har 41 prosent hos kommunene samme oppfatning. Når det gjelder involvering/medbestemmelse i prosesser gir 45 prosent av de kommunale aktørene at dette fungerer dårlig/svært dårlig, mens 23 prosent av respondentene i helseforetaket gir uttrykk for det samme.



Figur 5 I hvilken grad samhandlingen mellom kommuner og helseforetak fungerer i dag etter organisasjonstilhørighet. Øverst: respondenter fra kommunene (n=27). Nederst: respondenter fra helseforetaket (n=13). Prosent.

I motsetning til funn i spørreskjemaundersøkelsen svarte flest av informantene i intervjuundersøkelsen at det faglige samarbeidet og «det nære» samarbeidet i det daglige og i LSU fungerer best. På det faglige nivået er det utfordringer med utskrivning og pasientflyt mellom nivåene som trekkes frem. Noen beskrivende sitat:

«Pasientflyt, den daglige driften fungerer godt.» (helseforetaket)

«Godt mellom klinikerne, god samhandling mellom de som er ute og med spesialisthelsetjenesten.» (kommune)

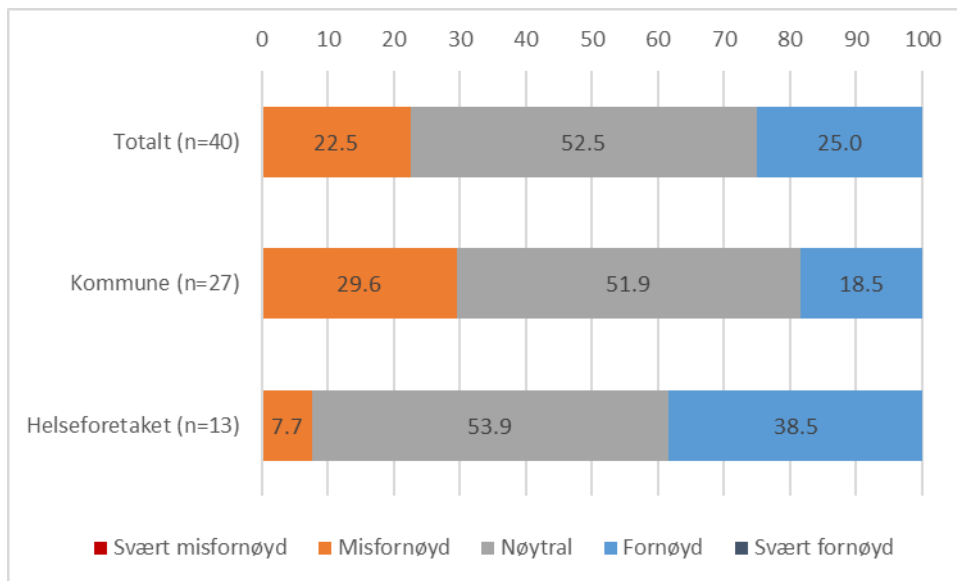
«Samme interesse for å få det til bra for pasienten, man klarer å lage gode pasientforløp sammen.» (kommune)

Nesten samtlige forteller at samhandlingen har blitt bedre de siste årene ved at man har kommet nærmere konkrete handlinger fremfor informasjonsdeling og dialog. Våre data er ikke entydige på hvorfor det er sånn, men tyder på at samhandlingsstrukturen har «satt seg» hvor man har funnet gode løsninger i samarbeidet. Både regionrådene og samhandlingsavdelingen i helseforetaket fremheves som viktige brikker i den forbedrede samhandlingen de senere årene. Noen beskrivende sitat:

«Synes samhandlingsavdelingen i helseforetaket har inntatt en rolle som en pådriver som har fungert bedre enn tidligere.» (kommune)

«LSU har begynt å jobbe med konkrete saker, vi skal jobbe sammen om å utvikle en tjeneste til det bedre for brukerne.» (kommune)

Figur 6 viser respondentene svar på hvor fornøyd de er med dagens organisering av samhandlingen. Totalt er en av fire fornøyd med organiseringen, og omtrent like mange misfornøyd, mens drøyt halvparten er nøytral til spørsmålet. Som det kommer frem av figuren er respondentene hos kommunene mindre fornøyd (30 prosent misfornøyd, 19 prosent fornøyd) sammenlignet med respondentene hos helseforetaket (åtte prosent misfornøyd og 39 prosent fornøyd).



Figur 6 Hvor fornøyd opplever du at din organisasjon er med dagens organisering av samhandlingen? Totalt og for organisasjonstilhørighet. Prosent.

Nesten samtlige av informantene i intervjuundersøkelsen mener dagens samhandlingsstruktur ikke fungerer godt nok. Dette gjelder i hovedsak de overordnede samarbeidsarenaene som dialogmøtet og OSU. Disse beskrives som informasjonsmøter fremfor samarbeidsarenaer. Et beskrivende sitat:

«Har vært en tradisjon for at vi har utvekslet informasjon med hverandre i stedet for å gripe fatt i hva vi kan gjøre bedre» (kommune)

Utfordringene med dagens samarbeidsstruktur synes i hovedsak å være knyttet til følgende:

- Lav kontinuitet i oppmøte både fra kommunene og helseforetaket
- Lav likeverdighet – ulike nivå møter fra kommunene og helseforetaket og ujevnt antall representanter fra begge parter
- Utfordringer med beslutningsmyndighet når man sender vara ellers møtes fra ulike nivå
- Utfordringer med overgangene mellom nivåene i samhandlingsstrukturen, informasjonsflyt

Noen beskrivende sitat:

«Mener systemet benyttes feil, det er feil personer som møtes.» (kommune)

«Når en ordfører og kommunedirektør møter administrerende direktør og styreleder i helseforetaket så møtes de ikke helt på likt, kommunen må ivareta så mye mer enn helse

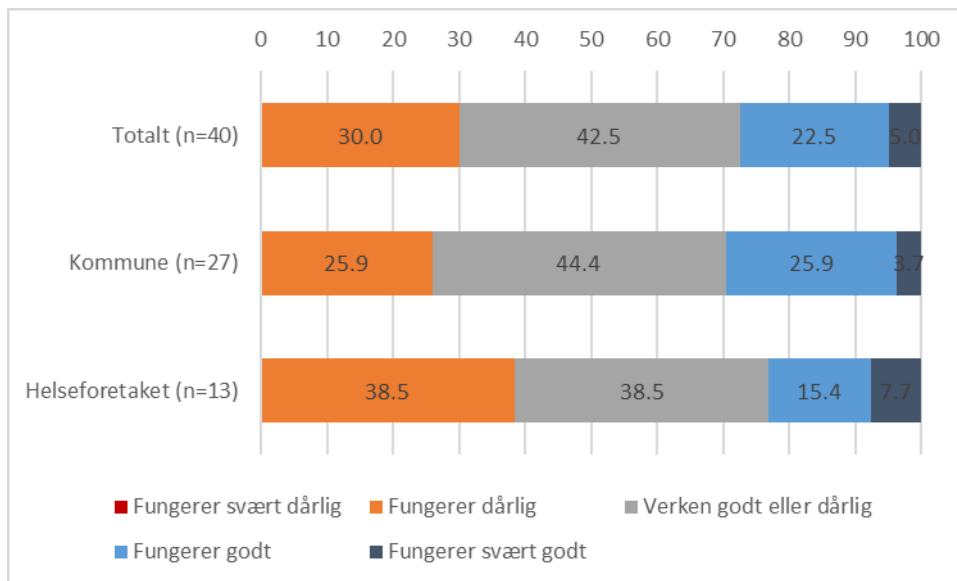
slik at detaljkunnskapen er nok bedre hos de i helseforetaket på hvordan det fungerer i det daglige.» (kommune)

«Inntrykk av at vi har en sammensetning som ikke er den ideelle på alle nivå. Den overordnede består tidvis av tilfeldig utvalgte politikere og tillitsvalgte litt til og fra sak til sak – tror ikke det er det ideelle for å styre samhandling mellom to så store sektorer.» (kommune)

«Veldig variabelt oppmøte, ikke de samme, ikke alltid ledelsen fra kommuner og helseforetak deltar. Administrerende direktør har kommet med ferdiglagde strategier som vi i kommunene skal komme å godta. Lite mulighet for kommunene å påvirke.» (kommune)

Informasjonsflyt ned i samarbeidsstrukturen er ikke tilfredsstillende. Ikke all informasjon kommer frem eller er tilgjengelig, og vårt datamateriale tyder på at det historisk sett har vært for liten dialog mellom nivåene i samarbeidsstrukturen. Det nevnes eksempel på at det er gjort vedtak i OSU, som ikke kommunen var kjent med, eller klarer å finne frem til når de blir informert om det.

Figur 7 viser hvordan regionrådene oppfattes koordinerende for kommunene i samhandlingen med helseforetaket i dag (spørsmålet var: «I hvilken grad vil du si at regionrådene fungerer som samlende/koordinerende for kommunene i samhandling med helseforetaket i dag?»). Totalt svarer nesten 28 prosent at disse fungerer godt/svært godt, mens 30 prosent svarer at disse fungerer dårlig. Her er det ingen vesentlig forskjell i oppfatningen om regionrådenes rolle blant respondenter fra kommunene og helseforetaket, men en tilbøyelighet til at representantene for helseforetaket er mindre positive/mer negative enn kommunene.



Figur 7 I hvilken grad regionrådene fungerer som koordinerende for kommunene i samhandling med helseforetaket. Totalt og for organisasjonstilhørighet. Prosent.

Den store andelen som svarer verken godt eller dårlig og nøytralt på spørsmål om hvordan samhandlingen mellom kommuner og helseforetaket fungerer og oppfattes, kan tolkes som at det er gode muligheter for å forbedre samhandlingen mellom partene.

I intervjuundersøkelsen kommer det frem at de fire LSU'ene jobber noe ulikt, og at opplevelsen av samhandlingen mellom partene som møtes i LSU er forskjellig fra sted til sted. Informantene både fra kommunal og helseforetakets side ser på regionrådene som viktige i en koordinerende rolle:

«Samarbeider godt med regionrådene, relasjonsbygging over år. Regionrådene har vært et bindeledd og kontaktpunkt for oss og har tatt informasjonen videre og vi har avtalt møter etter behov.» (helseforetaket)

Regionrådene ivaretar forskjellene mellom kommuneregionene i møte med helseforetaket og er derfor særlig viktige i samhandlingen med lokalsykehusene. Det er uvisst hvorfor det er så stor forskjell på respondentenes svar i figur 7 sammenlignet med omtaler av regionrådenes rolle i samhandlingen i de kvalitative dataene. I de kvalitative dataene er regionrådenes rolle i LSU det som omtales, og kanskje kan noe av forskjellen forklares ved at spørsmålet i figur 7 er besvart i forbindelse med koordinering i hele samarbeidsstrukturen. Våre funn om at regionrådene fungerer godt og koordinerende for kommunene er basert på deres rolle inn mot LSU, men ikke i like stor grad mot de overordnede nivåene i samarbeidsstrukturen hvor det skal arbeides med fylket som helhet. Riktignok har regionrådene tatt grep inn mot siste dialogmøte og deltok i

forberedelser og gjennomføring av møtet. Ifølge informanter både fra kommunal side og helseforetaket bidro dette til en vesentlig forbedring og utjevning av likeverd i møtet.

LSU Molde synes å ha kommet lengst i arbeidet med å målbevisst gå fra informasjonsmøter til å skape en arena for konkrete forbedringer. De arbeider med en forutsetning om at forbedringsarbeidet må skje på operativt nivå i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De har forenklet og spisset mandatet fra 10 punkt til tre punkt. At møtearenaer har fungert som informasjonsmøter fremfor dialogmøter blir påpekt som en grunnleggende utfordring på samarbeidsarenaene i samhandlingen og LSU Molde har ifølge våre informanter klart å snu dette til arbeid med konkrete handlinger. LSU Molde har fått kommunene med som likeverdige partnere med helseforetaket, gjennom et tett samarbeid mellom representantene fra kommune- og helseforetakets side. Representanter fra LSU Molde beskriver at nøkkelen til suksess er at alle kommunene er representert med sin enhetsleder/kommunalsjef på møtene sammen med ledelsen fra sykehuset. Dette blir sett på som helt nødvendig for å få til handlinger i samhandlingen:

«Vi har alle med beslutningsmyndighet til stede i møtet, når noe vedtas i møtet er alle kommuner informert og forpliktet - korte beslutningsveier.»

En informant tilknyttet en annen LSU region beskriver hvordan det oppleves når man ikke får kontinuitet og likeverdige representanter i møtene:

«LSU har hatt gode intensjoner, men har strevd litt med å få det til i praksis. Strevd med at det stadig er nye folk fra helseforetaket og at de er veldig få, mens det er nesten 10 fra kommunene er det 1-2 fra helseforetaket. Har hatt gode tema, men spredningen og kraften bak temaene blir dårligere når det er ustabil oppmøte.» (kommune)

Regionrådene har sekretariat i LSU noe som sannsynligvis bidrar til at LSU oppleves som mer likeverdig enn de overordnede nivåene i samarbeidsstrukturen. Den koordinerende funksjonen regionrådene har som sekretariat er viktig. Halvparten av informantene mener det er behov for å øke ressursene i denne funksjonen fremover:

«Vanskelig for regionrådene med nåværende ressurser å koordinere hele helse- og omsorgsområdet, de har mange andre oppgaver. Selv om man prøver å henge med i det formelle så er det for lite ressurser der... det går på ressurser, ikke på vilje eller evne.» (kommune)

«Regionrådet har ingen dedikerte ressurser til samhandling, der ligger litt av utfordringen. Behovet er større enn det regionrådene kan dekke nå. Samhandlingsressursen må være med på sekretariatsnivå i hele strukturen for å se helheten.» (kommune)

Ettersom kommunene ikke har dedikerte ressurser til samhandling utover oppgavene regionrådene har tatt på seg, er det helseforetaket som yter sekretariat i OSU og dialogmøte. Dette fører ifølge våre informanter til en stor skjevhet i hvem som setter dagsorden og påvirker samhandlingen i negativ forstand. Ett beskrivende sitat:

«Kommunene blir pålagt ting i stedet for å være med å utforme det selv. Lager lite tiltro til systemet og til vedtak som fattes nå.» (kommune)

Koordinering av kommunene gjennom regionrådene gir en geografisk inndeling som kan være uheldig:

«Tror det er et forbedringspunkt om kommunene kan ha en person som kan jobbe for hele fylket». (kommune)

«Må samle ressursene på kommunal side, ikke jobbe ved siden av hverandre.» (kommune)

Enkelte opplever at saker føles forutbestemt og at kommunene ikke har reell medvirkning i utredninger. Flere er tydelige på at når helseforetaket sitter alene med sekretariatsfunksjon og ressurser innen samhandling er det forståelig at agendaen settes utfra deres perspektiv selv om de forsøker å involvere kommunene. Opplevelsen flere nevner om at helseforetaket har en definisjonsmakt overfor kommunene i samhandlingen synes å stamme fra dette. Dersom kommunene skal bidra til å sette agendaen «kreves det mer ressurser enn vi (kommunene) har i dag» (kommune). Samhandlingsavdelingen i helseforetaket arbeider både med samhandling utadrettet og innadrettet og opp mot HMN og har et stort arbeidsomfang, men forsøker å involvere kommunene i prosesser fra et tidlig stadie.

Andre utfordringer for samhandling mellom kommuner og helseforetak som er av avgjørende betydning er økonomi og herunder budsjett- og finansieringsløsninger. Flere forteller at diskusjoner om konkrete handlinger har en tendens til å stoppe opp når det kommer til hvem som skal inn med ressurser og sitt budsjett, selv om de samme ressursene i prinsippet skal gi tjenester til hele fylket. Noen beskrivende sitat:

«Mange er engasjerte, men utfordrende med egne budsjett og rapporteringsveier.» (helseforetaket)

«Vår store utfordring er at vi har hvert vårt budsjett.» (kommune)

«Må se det under ett - skal skape helsetjenester for hele fylket, har en pengepott, hvordan får vi det til på en best mulig måte. Vi har ansvar for helhet, ellers verner vi egne budsjett.» (kommune)

BEHOVET FOR KOMMUNALE SAMHANDLINGSRESSURSER I MØRE OG ROMSDAL

I våre undersøkelser kommer det tydelig frem behov for økte ressurser til samhandling fra kommunenes side. På spørsmålet: «Er det behov for en samhandlingskoordinator for kommunene i samhandlingen med helseforetaket?» i spørreskjemaundersøkelsen svarer tre av fire positivt, mens kun en av ti svarer «nei» og 15 prosent svarer «vet ikke». Her er det ingen vesentlig forskjell i svarene mellom respondentene fra kommunene og helseforetaket (78 prosent i kommunene og 69 prosent hos helseforetaket svarer «ja» på spørsmålet). Følgende sitat bekrefter dette som hovedtrekk også i intervjuundersøkelsen, hvor sju av åtte informanter ser at det er behov for økte kommunale samhandlingsressurser:

«Ressursmangel preger kommunenes mulighet til å komme enda tydeligere inn å sette opp saker som er viktig for oss i samhandling.» (kommune)

Det handler om en større likeverdighet i samarbeidet med dedikerte samhandlingsressurser på både kommunenes og helseforetakets side. Det handler om behovet for å ha en sterkere stemme inn når dagsorden i samarbeidsstrukturen settes, vri den mot kommunenes utfordringsbilde og behov i større grad, sette premisser i samhandlingen. Det handler om å styrke tidlig involvering av kommunene og deres medvirkning i saksgrunnlag og avgjørelser. Det handler om å styrke informasjonsflyten mellom kommunene og helseforetaket, begge veier. Det handler om en anerkjennelse av at det er behov for en form for representasjon fra kommunenes side, for å opptre samlet og koordinert i møte med helseforetaket som en stor organisasjon.

De som jobber med samhandling og deltar på samarbeidsarenaer fra kommunene gjør dette ved siden av sin øvrige jobb. Dette fremheves både som en fordel – med kjennskap og nærhet til det operative, men også som en ulempe da deltakelse på samarbeidsarenaer er ekstraoppgaver i tillegg til jobben de har. Vi finner et spenningsforhold mellom en erkjennelse av behovet for økte og dedikerte ressurser til å ivareta kommunesiden i samhandlingen som ikke kan løses kommune for kommune, og det å legge samhandlingen i hendene til noen andre og la seg representere av en eller flere koordinerende samhandlingsressurser på tvers av kommunene. Slik vi ser det er en forutsetning for å lykkes tett samarbeid med og mellom regionrådene.

Ved å øke ressurser til samhandling fra kommunal side vil kommunene bli mer likeverdige i møtet med helseforetaket. Tilstrekkelig ressurser til at en eller flere kommunale samhandlingskoordinatorer deltar i felles sekretariat med helseforetaket, ikke bare i LSU, men på alle nivå i samarbeidsstrukturen vil endre premissene i samhandlingen. Med utførende ressurser i sekretariat kan kommunene endre definisjonsmakten de nå opplever at helseforetaket har. De fleste av våre informanter kommer stadig tilbake til hvordan kommunene blir sittende på sidelinjen og at det er vanskelig å oppleve likeverdighet i samhandlingen. Helseforetaket ønsker en eller flere slike samhandlingsressurser velkommen og ser at det vil bedre samhandlingen og forsterke saksbehandlingen. Om det løses med en eller flere samhandlingsressurser er ikke det

viktigste, men at man har ressurser til å jobbe sammen med samhandlingsavdelingen i helseforetaket i sekretariat. Noen beskrivende sitat:

«Viktig at kommunene er med på arenaer som er sekretariat for hele samhandlingssystemet. Ligger mye makt og mulighet for å sette saker på dagsorden ved å ha noen som er med og påvirker i det daglige.» (kommune)

«Helseforetaket har hatt sekretariatsfunksjon siden 2012, har ikke vært ønsket fra helseforetakets side at det skal være sånn, man blir alene om å fasilitere og får ikke innspill. Noen tenker helseforetaket tar styring, men det har ikke vært en bevisst strategi. Det har vært en skjevfordeling, men de siste årene mer og mer samarbeid med regionrådene og da får vi mer innspill, blir mer likeverdighet i samarbeidet.» (helseforetaket)

«Opplever det som urettferdig for helseforetakets del at de skal serve samhandlingen hele veien, de som bruker penger og ressurser på det. Kan ikke henge dem ut for at de ender opp med å lage underlag og systemer og strukturer til deres fordel. Skal vi være med på leken må vi inn vi og. Der har kommunene vært for dårlig. Viktig at vi er med og tar en del av regningen for vår del av samhandlingen. Tror da det vil bli en likeverdighet i samhandlingen som er viktig og at tiltroen til systemet blir bedre med likeverdighet.» (kommune)

«Noen må være der og bidra til at samhandlingen holdes i gang fra kommunenes side.» (kommune)

«Viktig å få koordinert kommunene bedre, nå kommer dette, nå må vi være på, hva vil vi bringe inn, bringe ting inn i samhandlingsstrukturen.» (kommune)

Selv om flertallet av informantene ser behov for dedikerte ressurser til samhandling på kommunenes side, mener de fleste at det vil være en svært krevende oppgave å koordinere kommunene. Flere av informantene forteller at det uansett er behov for å ha flere dedikerte samhandlingsressurser og noen sier at kommunene burde bygge opp noe tilsvarende helseforetakets samhandlingsavdeling.

«En samhandlingsressurs i helsefellesskap inn mot HF, men behov for mer lokalt også. Bli et overordnet nivå på den generelle samhandlingen så må vi finne gode strukturer under der igjen som sikrer gode prosesser opp mot denne ressursen.» (kommune)

«Må ha folk der med tid og kapasitet til å bidra. Det vil bare styrke samarbeidet.» (helseforetaket)

«Ikke så opptatt av at det skal være en (samhandlingsressurs). Med to får man mer kompetanse og mye mer kapasitet.» (kommune)

Noen av våre informanter er kritiske til innføring av felles samhandlingsressurs for kommunene. Skepsisen handler, slik vi forstår det, i hovedsak om at man er redd for at det innføres et byråkratisk mellomledd som forringer den direkte samhandlingen med helseforetaket som de opplever fungerer godt. Denne skepsisen viser seg i usikkerhet til hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområde en slik samhandlingsressurs skal ha, og hvordan det «passer inn» i eksisterende samarbeidsstruktur. En felles samhandlingsressurs fremstår ikke som en arbeidsbesparelse eller berikelse for samhandlingen, og man ser ikke hvordan en felles samhandlingsressurs for kommunene vil gi dem en bedre posisjon eller større fortrinn i samhandlingen. Noen beskrivende sitat:

«Det jeg er redd for er at man får et filter og et ledd til som gir økte avstander. Men ser også det med ressurser til et sekretariat på de overordnede arenaer så vi blir mer likeverdige parter, men om man har en stillingsressurs knyttet opp mot regionrådene så kunne dette løses. Da kunne alle regionen bli hørt. Legges det til en av regionene så vil det bli krig. Klarer ikke å se det innlysende behov annet enn en styrke til regionrådene.» (kommune)

«Regionrådene er kanskje redd for at noen skal ta over og de mister den direkte kontakten, men vi kan sikre begge deler, kan bli en styrke på det overgripende.» (helseforetaket)

«Om vi skulle hatt en slik sak så måtte det være lokalt og jeg føler at mye av det ville tatt den jobben regionrådet allerede gjør.» (kommune)

«Vil ikke ha noe filter på meg, at noen utenfra kommer og sier hvordan vi skal jobbe med det (samhandling), vi må gjøre det selv.» (kommune)

Vår oppfatning er at man kan øke ressurser til samhandling fra kommunal side uten å endre på samarbeidsstrukturen utover endringer som tilføres i ny samarbeidsavtale. Flere av våre informanter ser også behov for at man ser bort fra det som kanskje var utgangspunktet for denne diskusjonen, nemlig en felles samhandlingskoordinator for kommunene i hele fylket, og heller ser på løsninger med flere samhandlingskoordinatorer i fylket. Men at disse også må inn på strategisk nivå i samarbeidsstrukturen.

OPPGAVER DET ER BEHOV FOR Å DEKKE MED ØKTE SAMHANDLINGSRESSURSER

Når vi spør informantene om hvilke oppgaver økte samhandlingsressurser fra kommunal side bør bidra til å dekke, handler dette om å jobbe tett samhandlingsavdelingen i helseforetaket i sekretariat. Det største behovet og den største muligheten er å bidra i felles sekretariat med å sette dagsorden, bidra til saksfremlegg og referat i hele samarbeidsstrukturen fra overordnet strategisk til operativt fagnivå. Stabilitet er viktig, samhandling bygger på tillit som er tidkrevende å bygge opp, og det taler for å se på hvordan man kan videreutvikle dagens organisering fremfor å legge til ett nytt element.

Av andre aktuelle oppgaver nevnes:

- Innhente og gi ut informasjon som kan påvirke kommunene
- Følge opp saker fra helseforetaket som er relevante for kommunene
- Forvalte samarbeidsavtaler
- Bidra inn mot akademia, utdanning og bidra til rekruttering av helsepersonell
- Koordinere kommunenes svar på høringsuttalelser

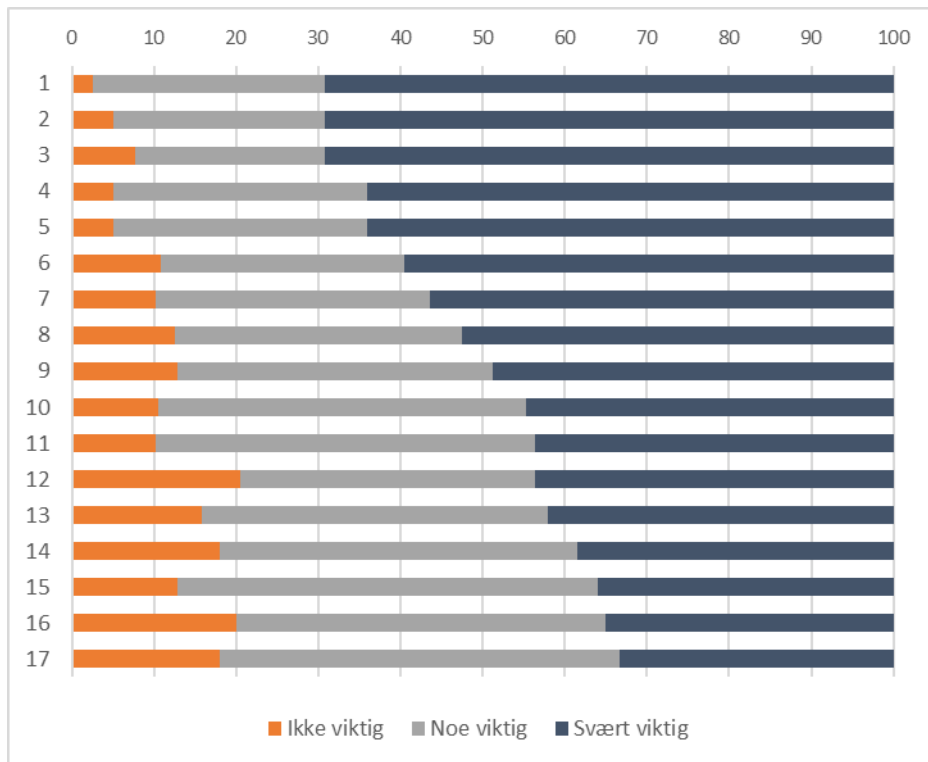
De som er mest skeptiske til hvordan en felles samhandlingsressurs skal fungere er spesielt opptatt av to ting:

- At det ikke blir et byråkratisk mellomledd – «de konkrete forbedringene må skapes mellom kommunene og sykehuset»
- Avstand fra det operative slik det er skissert i den nye samarbeidsavtalen med en felles samhandlingsressurs mot strategisk samarbeidsutvalg og partnerskapsmøte – «jo større avstand fra det operative, jo vanskeligere å få til samarbeidet»

I spørreskjemaundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere en rekke forslag til funksjoner og arbeidsoppgaver for en felles samhandlingsressurs/koordinator som «ikke viktig», «noe viktig» eller «svært viktig».

Figur 8 viser hvilke funksjoner og oppgaver respondentenes svar. Svarene er rangert etter andel som har svart «svært viktig». Henvvisning til nummerering og fullstendig beskrivelse av de ulike funksjonene/oppgavene er gjengitt i **Tabell 6**. Nesten 70 prosent har svar at «Tett kontakt med kommunale helseledere og nøkkelpersoner i kommunene», «Samordne og utvikle strategier gjennom tett kontakt med kommunale helseledere, kommunegruppene helse, kommuneoverlegene og andre nøkkelpersoner i kommunene» og «Innhente kunnskap om konsekvenser for kommunene ved nye oppgaveoverføringer til kommunene» er svært viktige oppgaver. Når det gjelder å være kommunenes representant i felles sekretariat med samhandlingssjef i helseforetaket for planlegging og tilrettelegging av møter, svarer nesten like mange, svarer 64 prosent at det er svært viktig og 31 prosent at det er noe viktig.

Påstandene om arbeidsoppgaver og funksjoner er basert på stillingsbeskrivelser for samhandlingsressurser/koordinatorer i andre fylker.



Figur 8 Funksjoner og oppgaver en felles samhandlingsressurs/koordinator for kommunene bør ha (n=40). Prosent.

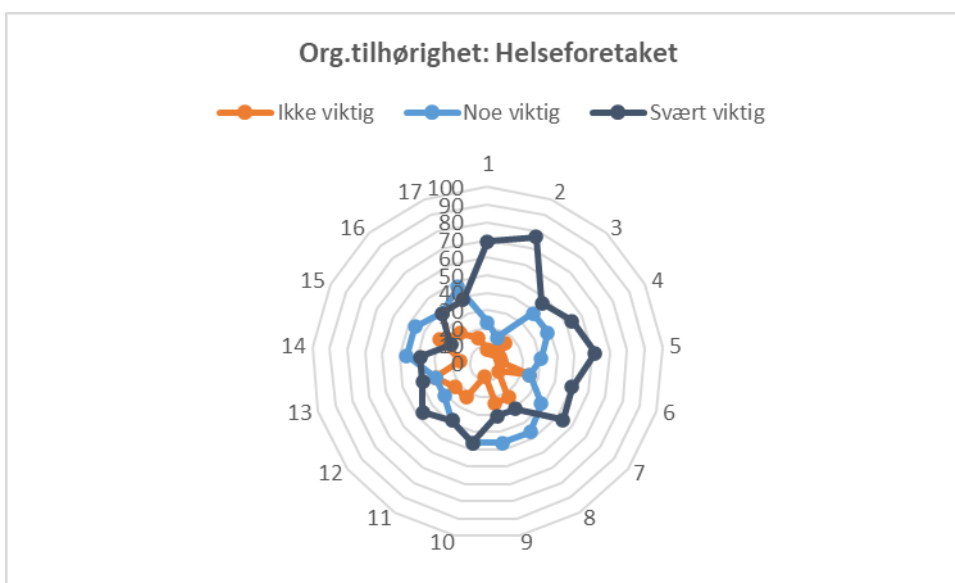
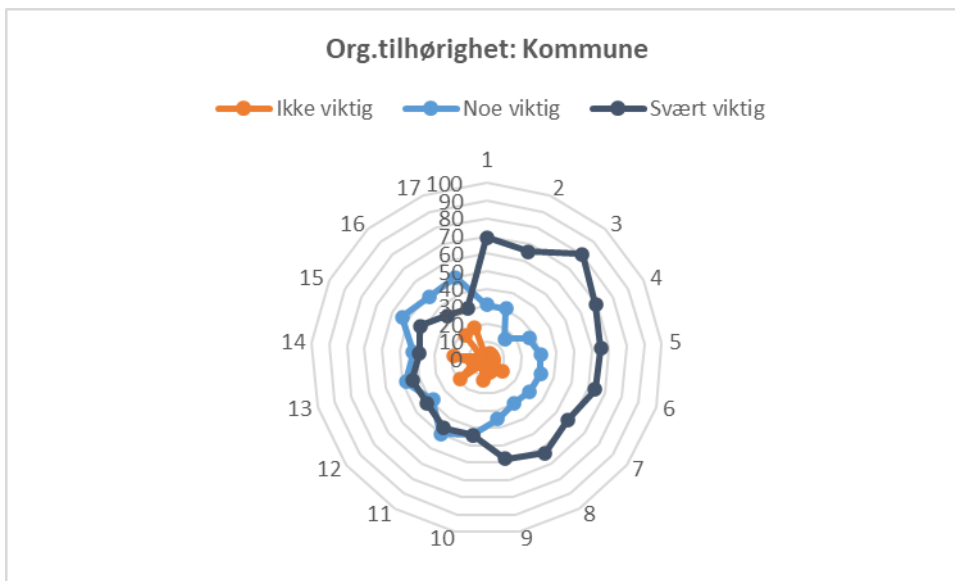
Tabell 6 Funksjoner og oppgaver en felles samhandlingsressurs/koordinator for kommunene bør ha. Rangert etter andel «svært viktig».

1	Tett kontakt med kommunale helseledere og nøkkelpersoner i kommunene
2	Samordne og utvikle strategier gjennom tett kontakt med kommunale helseledere, kommunegruppene helse, kommuneoverlegene og andre nøkkelpersoner i kommunene
3	Innhente kunnskap om konsekvenser for kommunene ved nye oppgaveoverføringer til kommunene
4	Styrke kommunenes interesser i samhandling med helseforetaket
5	Være kommunenes representant i felles sekretariat med samhandlingssjef i helseforetaket for planlegging og tilrettelegging av møter
6	Sekretariatsfunksjonen og lederfunksjonen som understøtter de avtalefestede samarbeidsorganene
7	Bidra til å samordne og utvikle felles kommunale strategier
8	Tilrettelegge arbeidet i de avtalefestede samarbeidsorganene
9	Overføre kunnskap og spre informasjon om slike konsekvenser til KS og nasjonale myndigheter
10	Følge opp nasjonale og regionale utredninger/høringer

11	Sikre samarbeid om felles utviklingsprosjekter, i tråd med utvikling av bærekraftige helsetjenester
12	Være pådriver for tjenesteinnovasjoner, ledelsesutvikling og organisasjonsutvikling på strategisk nivå
13	Bidra til helseledernetverk
14	Samordne og styrke kontakten mellom kommunene utdanningsinstitusjonene/kompetansemiljø
15	Ha god kontakt med KS
16	Utarbeides felles grunnlagsmateriale til høringer, til hjelp/bruk for den enkelte kommune
17	Bidra til utadrettet virksomhet, som å være pådriver, arrangere fagdager, kurs og konferanser

Figur 9 viser svarene fordelt etter organisasjonstilhørighet. Basert på andelen som har svart «svært viktig» så peker det seg ut noen forskjeller mellom respondentene fra kommunesektoren og helseforetaket. 81 prosent av respondentene i kommunene mener «innhenting av kunnskap om konsekvenser for kommunene ved nye oppgaveoverføringer til kommunene» (nr. 3) er svært viktig mot 46 prosent i helseforetaket. 63 prosent fra kommunesektoren mener «tilrettelegging av arbeidet i de avtalefestede samarbeidsorganene» (nr. 8) er svært viktig mot 31 prosent i helseforetaket. 58 prosent fra kommunene mener «overføring av kunnskap og spre informasjon om slike konsekvenser til KS og nasjonale myndigheter» (nr. 9) er svært viktig mot 31 prosent i helseforetaket.

I hovedtrekk kan man si at helseforetakets representanter er mest opptatt av at en kommunal samhandlingsressurs kan bidra til å koordinere kommunene i møte med helseforetaket. Kommunenes representanter er mest opptatt av å konsekvenser av oppgaveoverføringer til kommunene og spre informasjon om slike konsekvenser.



Figur 9 Funksjoner og oppgaver en felles samhandlingsressurs/kordinator for kommunene bør ha etter organisasjonstilhørighet. Øverst: respondenter fra kommunene (n=27). Nederst: respondenter fra helseforetaket (n=13). Prosent.

Når vi spør hvilken kompetanse en person som skal løse oppgavene til en felles samhandlingsressurs må ha er de fleste mer opptatt av personlige egenskaper enn formell utdanning, her nevnes: god på samarbeid, god til å kommunisere, evne til å samle folk, tillitsvekkende, initiativrik og selvstendig. Kjennskap til kommunehelsetjenesten er viktig, men også kjennskap til og forståelse av spesialisthelsetjenesten. Utvalget er delt i synet på om formell utdanning trenger å være helsefaglig. Det kan også være innen administrasjon, ledelse og/eller økonomi. Det må være en person som forstår samhandling og samhandlingsystem og -strukturer.

En som evner å se helheten i det å skape bedre tjenester i fylket, som kjenner det som rører seg i kommunene og hvilke utfordringer de har.

HVOR BØR EN EVENTUELL FELLES SAMHANDLINGSRESSURS VÆRE LOKALISERT?

Ettersom utgangspunktet for denne utredningen var basert på et innspill om man burde innføre lik modell som i Trøndelag hvor det er en kommunal samhandlingsressurs mot hvert helseforetak spurte vi i våre undersøkelser hvor en slik ressurs burde være lokalisert i Møre og Romsdal. I spørreskjemaundersøkelsen peker 44 prosent av respondentene på Ålesund, 21 prosent Molde, 13 prosent Kristiansund, fem prosent Volda og 18 prosent på annet sted i fylket (se **Tabell**). Blant respondentene fra kommunene peker halvparten på Ålesund, som klart favoriseres hos de fra mellomstore kommuner (67 prosent). Blant respondentene fra helseforetaket er det mer jevnt fordelt mellom de tre største byene i fylket.

Tabell 7 Ønsket lokalisering av en felles samhandlingsressurs (n=39). Prosent.

	Helse- Kommune	foretaket	Totalt
	n=26	n=13	n=39
Kristiansund	7.7	23.1	12.8
Molde	19.2	23.1	20.5
Volda	3.9	7.7	5.1
Ålesund	50.0	30.8	43.6
Annet sted	19.2	15.4	18.0

Det var mulig å gi en åpen begrunnelse for valget, 32 respondenter brukte denne muligheten. Hovedtrekk i argumentene og noen beskrivende sitat for hvert område presenteres under.

Hovedargumentet for å legge en felles samhandlingsressurs til Ålesund er nærheten til helseforetakets ledelse og administrasjon. Det nest mest brukte argumentet peker på at Ålesund har det største sykehuset og det største fagmiljøet i spesialisthelsetjenesten, ellers kommunestørrelse, nærhet til store fagmiljø og største befolkningsgrunnlag i rekruttering. Noen begrunnelser for Ålesund som plassering av felles samhandlingsressurs:

«Det er det største sykehuset og den største kommunen. Øverste ledelse i helseforetaket er lokalisert her.» (mellomstor kommune)

«Her sitter helseforetakets administrasjon og det største befolkningsgrunnlaget. Samtidig så kan ikke stedligheten være avgjørende. Det er kompetansen som er viktigst.» (stor kommune)

«Om Ålesund så tenker jeg at det er mest praktisk for der sitter hovedadministrasjonen, slik at reisevei blir kort og lett tilgjengelig.» (helseforetaket)

De som oppgir begrunnelse for å velge Molde bruker i hovedsak plasseringen «midt i fylket» som argument. Andre argument er å spre stillinger i helsesektoren og mulig samlokalisering med KS.

«Midt i fylket.» (mellomstor kommune) (helseforetak) (stor kommune)

«Nesten alle stillinger innenfor helsesektoren om gjelder helt eller delvis 2. linje innen administrasjon blir opprettet og lagt til Ålesund. Vi må få spredt stillinger og kompetanse andre steder.» (helseforetaket)

Av de tre som argumenterer for valget av Kristiansund er hovedargumentene at kommunen er aktiv og har store satsninger på samhandling:

«Kristiansund er langt fremme i skoene vedrørende samhandling og har vært det i mange år. Dessuten er det på høy tid at Kristiansund prioriteres mht arbeidsplasser. DMS prosjektet er fylkets største samhandlingsprosjekt og en plassering her vil kunne gi verdifulle erfaringsoverføringer til resten av fylket.» (helseforetaket)

«NOE overordnet må også plasseres i Kristiansund. Enten det er på fylkeskommune- eller statlig nivå. Kristiansund er en innovativ og fremoverlent kommune.» (stor kommune)

«Kristiansund vil være et naturlig sted. Aktiv i samhandlingssammenheng. Får nye utfordringer knytt til det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal. Har erfaring fra hjemmesykehus. Kristiansund har også Helseinnovasjonssenteret. Det vil være en styrke at en slik ressurs blir plassert litt "desentralt" når det gjelder utvikling. At en viser vilje til å "desentralisere" funksjoner og ta hele fylket i bruk. Det er også viktig å vise at en satser på digital kommunikasjon og virtuelle møteformer. Det fungerer godt!» (helseforetaket)

Ett argument for Volda er lokal forankring, det andre omhandler gode erfaringer med samhandlingsmodell herfra.

Av respondentene som ikke har oppgitt lokasjon for en felles samhandlingsressurs er de fleste mest opptatt av at man finner den rette personen til jobben. Noe reising må uansett påregnes stillingen, og de digitale mulighetene for møtedeltakelse og samarbeid gjør at plasseringen ikke har så mye å si. Av de totalt 4 respondentene fra små kommuner i utvalget har 3 ikke oppgitt lokasjon for en felles samhandlingsressurs. Noen utfyllende svar fra respondentene:

«Helst fritas fra regiontilhørighet, men være fra Nordmøre eller Romsdal som motvekt til sentralisering på Sunnmøre. Dette bør være en ressurs som reiser rundt og derfor gjerne

være lokalisert i en mindre kommune (=ikke Molde eller Kristiansund) med korte linjer mellom bakkenivå og ledelse for å sikre forankring i alle ledd i en organisasjon (=forankring i den virkelige verden fra helsefagarbeider- til kommunedirektørnivå). (liten kommune)

«Det er nettopp dette spørsmålet som gjør at jeg var i tvil om jeg skulle svare ja på om vi trenger en slik ressurs. Det synes veldig fort å handle om lokalisering (hørte det med en gang da dette ble lansert for kanskje 2 år? tilbake). Lokaliseringen bør tilpasses den som blir tilsatt. Da får vi den best kvalifiserte. Er lokalisering bestemt vil søkerliste kunne bli preget av det.» (liten kommune)

Argumentene rundt plassering av en eventuell felles samhandlingsressurs viser de samme trekkene i intervjuundersøkelsen. Av informantene ønsker tre at en felles samhandlingsressurs sitter sammen med samhandlingsavdelingen i helseforetaket i Ålesund, tre oppgir Molde – på bakgrunn av plassering midt i fylket og med mulighet for samlokalisering med KS Møre og Romsdal. En informant ønsker plassering i Kristiansund og en i Volda. Tre av informantene hadde ingen bestemt formening om plassering. En trekker frem Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund, og en mener KS Møre og Romsdal bør ha rollen, selv om dette er avklart på forhånd at ikke er aktuelt.

Flere nevner fogderistrid som en utfordring i plassering, særlig dersom en slik stilling legges sammen med helseforetaket i Ålesund. Dette til tross for at flere mener at samlokalisering med samhandlingsavdelingen i helseforetaket hadde vært viktig for ett tett samarbeid. Molde fremstår som et kompromiss, men det er svært tydelig både i de åpne svarene i spørreskjemaundersøkelsen og i intervjuene at dette med plassering gjør det nærmest utenkelig for de fleste at fylket kan ha en felles kommunal samhandlingsressurs slik man har i helseforetaksområdene i Trøndelag.

Det nevnes at kommunene til dels er svært forskjellige, med ulike utgangspunkt og utfordringer som kan gjøre det krevende å ha en samlet stemme i samhandlingen med helseforetaket:

«Kan man stille de samme forventningene til de ulike kommunene med så store forskjeller?» (kommune)

«Alle regionene må bli hørt. Legges det til en region vil det bli krig.» (kommune)

«Denne firer regelen i Møre og Romsdal, alle utvalg og alt vi gjør må deles på fire eller minst på to.» (kommune)

Historisk sett har det i fylket vært lange konflikter rundt plassering av sykehus- og tjenestetilbud. Det er mye politikk i hvilke tjenester og oppgaver som skal løses hvor i fylket, og flere sier at samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket har blitt skadelidende. Nedlegging av tjenestetilbud i prosesser som har blitt oppfattet som kritikkverdig gjennomført fra

helseforetakets side har ført til at kommuner i en av regionene har mistet mye av sin tillit til helseforetaket. Her er samarbeidsavtalene med helseforetaket sagt opp. Man er på vei til å bygge opp igjen tilliten her, men en av våre informanter minner om at denne nå er svært sårbar og det savnes en forståelse og ydmykhet i samhandlingen med helseforetaket på at historien man har med seg er krevende for lokalsamfunnene.

Enkelte av informantene uttrykker frustrasjon over at en felles kommunal samhandlingsressurs kunne bidratt til å skape synergier på tvers av kommunene i fylket som ikke hentes ut i dag på grunn av fogderistrid. Og at bedre koordinering og større likhet mellom kommunene hadde vært positivt for å øke helseforetakets kunnskap om kommuner:

«Kommunene trenger å bli mer lik i utarbeiding av planverk og hvilke målsetninger vi skal ha-lage planer på tvers av kommuner da hadde det vært lettere for HF å få forståelse. Vi har like mange måter å beskrive det på som det er kommuner.» (kommune)

Men at det fremstår umulig å få til et samarbeid om en slik stilling på nåværende tidspunkt.

VILJE TIL Å AVSETTE MIDLER TIL STILLINGSRESSURS INNEN SAMHANDLING

I spørreskjemaundersøkelsen ble respondentene fra kommunesektoren spurt om kommunene er villige til å avsette en sum (skissert størrelsesorden 20-50.000 kroner) til en felles samhandlingsressurs, hvorav 41 prosent svarer bekræftende, 52 prosent «vet ikke» og kun syv prosent har svart nei.

Når det gjelder kommunenes vilje til å sette av økonomiske ressurser til et spleiselag for en eller flere felles samhandlingsressurser er intervjumaterialet delt. Ett fåtall mener at kommunene vil være positive til det, mens flere mener at nytteverdien må vises først gjennom ekstern finansiering før kommunene vil sette av en slik investering. En informant sier:

«I den store sammenhengen er det småpenger, men kommunene må se gevinsten av dette. Om man får en pasient de mener de ikke skal ha koster det millioner i året, så om man setter av en ressurs til å jobbe med bedre samhandling om tyngre brukere spares det raskt inn. De store budsjettene ligger i helse og omsorg, der må kommunene inn og sette agenda, ligger en stor gevinst der.» (kommune)

MULIGHETER I EKSISTERENDE ORGANISERING OG PROSESSER FOR Å STYRKE SAMHANDLINGEN

Både i spørreskjemaundersøkelsen og intervju ble utvalgene spurt om hvilke grep som kan gjøres i eksisterende organisering og prosesser for å styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetaket. I spørreskjemaundersøkelsen kom 32 av 40 respondenter med innspill. I det følgende er datamateriale fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene sortert etter tematiske hovedtrekk og presentert sammen.

ØKE KOMMUNALE RESSURSER DEDIKERT TIL SAMHANDLING – DELTA I SEKRETARIAT

Hovedfunnet i vårt datamateriale er mulighetene som ligger i økte ressurser dedikert til samhandling fra kommunenes side. Dette kommer frem uavhengig av hvilket syn man har på hvordan det bør løses praktisk og organisatorisk. Økte ressurser til samhandling for kommunene er et mulighetsrom for bedre samhandling. Hver kommune har ikke kapasitet til å følge opp og være «på» selv, sikre kommunal innflytelse og medvirkning i saker og sette agenda:

«Noen som har en dedikert oppgave, det blir mye ved siden av og i tillegg til.» (kommune)

Vårt utvalg både fra kommunal side og helseforetaket ønsker kommunene inn i sekretariat på alle nivå i samarbeidsstrukturen: «Den som har sekretariatet har stor makt til å sette dagsorden.» (helseforetaket). Sekretariatledelsen som setter agendaen, gir premisser for den opplevde definisjonsmakten. Noen beskrivende sitat og innspill:

«Skaper du et godt sekretariat vil den sitte med definisjonsmakta - hva skal opp i møter, skrive saker og referat. Det er der agendaen ligger, en vanvittig makt. Et godt sekretariat som kan forberede sakene og få til gode prosesser i fagutvalg og skrive gode referat om konsensusen.» (kommune)

«Holder ikke at man sender et brev eller deltar på ett møte. Noen må være der og bidra til at samhandlingen holdes i gang fra kommunenes side.» (kommune)

Mange påpeker at det vil være utfordrende å ha en felles samhandlingsressurs for kommunene i fylket. Det nevnes at det er store forskjeller mellom kommunene og mellom lokalsykehusene. Andre mener at det kan være flere likheter enn man er klar over som gjør at tettere samarbeid mellom kommunene kan være nyttig, og at det kan være behov for «å se seg selv litt utenfra». Se samfunnsoppdraget om å utrede og behandle pasienter i ett større perspektiv. Realiteten er at om noen får mer får andre mindre, men sammen skal man yte gode helsetjenester til innbyggerne i hele fylket. Her trekkes KS inn som en ressurs som kan bidra til å virke samlende for kommunene i fylket. Strukturene med kommunene under regionrådene er en styrke for å ivareta og styre den politiske dimensjonen i vanskelige saker.

Det er stor enighet om at kommunene ved å ha en person eller flere personer med større stillingsressurser enn i dag til samhandlingen med helseforetaket vil gi dem mulighet til å være «mye mer på», få og gi informasjon tidlig i prosesser, sikre involvering og være mer likeverdige med samhandlingsavdelingen i helseforetaket. Noen beskrivende sitat:

«Vi vil ha likeverdighet i samarbeidet, men da er det viktig at vi sitter sammen og planlegger sammen også.» (helseforetaket)

«Tror kommunene vinner på å gå videre fra fogderifylket til å jobbe mer på tvers av kommunene. Kan være en styrke og et bindeledd mellom kommunene.» (helseforetak)

FORBEDRE SAMARBEIDSSTRUKTUREN GJENNOM LIKEVERDIGHET, BESLUTNINGSMYNDIGHET OG KONTINUITET

Et annet mulighetsrom som kommer tydelig frem er en forbedring av samarbeidsstrukturen.

«En kritisk gjennomgang av alle samhandlingsarenaer for å sikre at rette personer/funksjoner deltar - fra ord til handling!» (liten kommune)

Mange har forventninger til strukturen som er beskrevet i høringsutkastet for ny samarbeidsavtale. Dersom endringene skal føre til bedring må deltakerne være forpliktet til å delta slik at partene møtes på samme nivå og har beslutningsmyndighet til å behandle forpliktende saker etter hensikten.

«Folk må snakke sammen på samme nivå. Om ikke så ofte må de ha et fast møtepunkt og krav om å møte.» (kommune)

«Videreføring av lokale samhandlingsutvalg som vesentlig arena for å identifisere og initiere forbedringsprosesser. Forutsetter deltakere fra kommuner og helseforetak med reel påvirknings- og /eller beslutningskraft.» (helseforetaket)

Selv om flere er kritiske til representasjon ser vi en anerkjennelse av at det er vanskelig å få til gode møtearenaer uten at representasjoner. Flere nevner at det ikke kan være for mange tilstede dersom man skal få til gode diskusjoner: «da må kommunene tørre å la seg representere» (kommune). Tillit er viktig både i representasjonsøyemed og for å få til god samhandling fremover: «Fortsatt bygge tillit, bryter fort ned tilliten og det tar lang tid å bygge opp.» (helseforetaket)

Et annet grep for å styrke kommuneperspektivet i samarbeidsstrukturen, er mer aktiv bruk av brukerorganisasjoner utenom helseforetaket som kommunale brukerrepresentanter.

FORENKLE OG KONKRETISERE SAMARBEIDSAVTALENE

For å lykkes med mer konkret og forpliktende samhandling ønskes det en forenkling og konkretisering av samarbeidsavtale med vedlegg. Mer konkret ansvarliggjøring og tydeliggjøring av oppgaver: «Konkretisering av avtalene, sikre forpliktende implementering både i foretak og i alle kommunale tjenester.» (helseforetaket). Det kommer stadig tydeligere føringer for operasjonalisering og produksjon som gir pasientverdi og dette må sikres i gode avtaler som partene har kjennskap til og føler forpliktelse til å etterleve.

LEGGE TIL RETTE FOR BEDRE INFORMASJONSFLYT MELLOM NIVÅENE I SAMARBEIDSSTRUKTUREN

Økt informasjonsflyt mellom kommuner og helseforetak – begge veier, og mellom nivå i samarbeidsstrukturen er et annet område med mulighet for å styrke samhandlingen. En informant sier:

«Sikre informasjonsflyt både nedenfra og opp til de som skal treffe beslutninger/forankre og overordna og ned til de som skal operasjonalisere. Viktig ifht forankring, eierskap, som støtte for implementering, legitimitet i beslutningsgrunnlag.» (helseforetaket)

ENDREDE FINANSIERINGSMODELLER FOR ENKLERE OPPGAVE- OG PASIENTFLYT

Flere i våre undersøkelser drømmer om et felles budsjett for bedre samhandling og lettere skape gode helsetjenester på tvers av nivå, gjøre det enklere å tenke pasientenes behov før økonomi:

«Finne en løsning for samhandlingen der det ikke settes finansielle begrensninger. Hadde man hatt en finansieringskilde hadde samhandlingen til beste for bruker/ pasient gått mye bedre.» (mellomstor kommune)

«Vi har fått tydelige føringer nasjonalt, i og med at vi har for lite menneskelige ressurser på alt innen helse og for få økonomiske ressurser må vi fordele oppgaver. Om vi ikke legger disse premissene på bordet er det ikke grunn til å snakke om samhandling.» (kommune)

Endringer i finansieringsmodellene kunne bidratt til økt søkelys på oppgavefordeling og utredning og behandling for pasientenes beste, og viske ut skillene mellom tjenestenivåene. Noen beskrivende sitat:

«Finansieringsmodellene må i sterkere grad understøtte behandling og oppfølging nærmere der pasienten lever og bor, når dette er mulig.» (helseforetaket)

«Hva er best for pasientene – hvor kan denne oppgaven gjøres best mulig – det må være først.» (kommune)

Helheten i helsetjenestene i Møre og Romsdal, med felles ansvar for pasientene mener enkelte av våre informanter forsvinner i interne stridigheter.

«Det handler ikke om å skyve oppgaver over på kommunene, men å utvikle helsetjenesten slik at pasientene får behandling på lavest mulig effektive omsorgsnivå. Dette er samfunnsøkonomisk fornuftig og gir pasientverdi. Vi trenger en kontaktperson i KS området som sørger for at kommunene følger opp. Det blir for mange festtaler og for lite handling, vi sliter med gjennomføringen.» (helseforetaket)

HELSEFELLESSKAP I MØRE OG ROMSDAL

Blant de spurte i spørreskjemaundersøkelsen er det 68 prosent som har kjennskap til innføring av helsefellesskap og felles sekretariatsfunksjon for kommunene i samhandling med helseforetaket. Her er det ingen forskjell mellom respondentene fra kommunene og helseforetaket. Det er en tendens til større kjennskap med økt kommunestørrelse, men antallet respondenter er for lavt til å si om dette er statistisk signifikant. 75 prosent av respondentene fra de store kommunene har kjennskap til helsefellesskap, 67 prosent blant de fra mellomstore, og halvparten blant de fra småkommunene.

Samtlige av informantene vi intervjuet kjente til helsefellesskap, men i varierende grad. Hovedtrekkene i intervjumaterialet går i to retninger, det ene er et syn på at det kan redusere nærheten i samhandlingen. En informant sier: «Stor forskjell på fokus og utfordringer mellom hvert sykehus, derfor tror jeg det blir viktig at LSU blir vårt helsefellesskap på en måte» (kommune). Det andre er en forventning om at det kan bidra til å styrke synet på et felles samfunnsoppdrag for hele fylket og redusere interne dragkamper om hvor ulike tjenester skal tilbys og av hvem.

Vi spurte respondentene med kjennskap til helsefellesskap om deres forventninger til felles sekretariatsfunksjon, 19 respondenter svarte. I hovedtrekk har respondentene forventninger om:

- Økt kommunal innflytelse på å sette dagsorden gjennom sekretariatet
- Økt likeverdighet i samhandlingen
- Økt tilgang til informasjon
- Økt medvirkning og involvering i samhandlingsspørsmål
- At kommunenes utfordringer og stemme kommer tydeligere frem i strategiske, faglige og politiske saker

- At sekretariatet er avgjørende for å lykkes med helsefellesskapet – bedre koordinering og utvikling av helsetjenester i fellesskap.

Noen beskrivende sitat for hovedtrekkene i datamaterialet:

«Forventer at funksjonen er bottom-up orientert og rommer mangfoldet av kommunene. Mest orientert mot kommuner og ikke mot regionråd. Aktør for ivaretagelse av tidkrevende, men grundige prosesser i kommuner i møte med foretak slik at endring drives fram innenifra.» (liten kommune)

«Har en forventning om at vi som kommune skal være på, uten byråkratiske stillinger som skal sile informasjon og eller hva man ønsker å sette på dagsorden.» (mellomstor kommune)

«Tror det vil være en styrke for samhandlingen at kommunene er sterkere representert i sekretariatsfunksjonen. Et sekretariat er viktig når saker settes på dagsorden. Fra kommunesiden har en ofte følt på at beslutninger og prosesser er på Helseforetakets premisser, slik at kommunenes synspunkter kommer inn for sent. Med en ressurs på innsiden kan en forvente at kommunenes innflytelse blir sterkere på et tidligere tidspunkt. Dette vil medføre større likeverdighet i prosesser, og større oppslutning fra kommunene i f t vedtak som gjøres.» (mellomstor kommune)

«Gir mulighet til å samordne holdninger og opptre med større grad av likeverdighet overfor helseforetaket.» (mellomstor kommune)

«At kommunene er en like stor samhandlingsaktør som helseforetaket har vært i mange år. Det er helseforetaket som ufrivillig har eid sakslisten, mens kommunen har kommet til "duk og dekket bord". Felles sekretariat vil skape en større grad av felles eierskap til og engasjement i sakene.» (helseforetaket)

ORGANISERING AV SAMHANDLINGSRESSURSER I AGDER, TRØNDELAG OG TIDLIGERE ØSTFOLD

SAMHANDLINGSRESSURSER AGDER

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for befolkningen i Agder, Vestfold og Telemark, Viken, Oslo og Innlandet. I Agder er det ett helseforetak, Sørlandet sykehus HF (SSHF), som eies av Helse Sør-Øst RHF. SSHF har tre lokalsykehus: Arendal sykehus, Flekkefjord sykehus og Kristiansand sykehus. Helsefellesskapet på Agder ble konstituert 01.01.20. Data er basert på dokumentstudier og intervju.

Hver av de fem kommuneregionene tilknyttet SSHF har sin dedikerte samhandlingskoordinator, i tillegg har Kristiansand kommune en egen koordinator i delstilling. Samhandlingskoordinatorstillingene er ikke 100 % stilling hos alle, noen har delstilling frikjøpt i kommunene. Utgiftene fordeles mellom kommunene i regionen (50 % flatt og 50 % etter innbyggertall). Stillingene er etablert etter vertskommuneprinsippet, hvor vertskommunene har det administrative ansvaret. Samhandlingskoordinatorene koordinerer samhandlingen mellom SSHF og kommunene i sin region. Sammen har kommunene i Agder i ett par år spleiset på ytterligere en 50 % stilling om felles sekretariatsfunksjon som nå ligger i helsefellesskapet. En av de seks samhandlingskoordinatorene har denne stillingen. Kommunene er i prosess om å søke midler fra Helsedirektoratet til stillingen i sekretariat for helsefellesskapet – «dette vil kunne bidra til enda mer koordinert innsats fra Agderkommunene – selv om kommunene gjennom KOSS må sies å være svært godt koordinerte.»

Samhandlingskoordinator for hver kommuneregion er sekretær for Helsenettverket for sin region. I Helsenettverket sitter kommunalsjef og bisitter, de som ikke har kommunalsjef har to enhetsledere/virksomhetsledere innen helse, og brukerrepresentant og tillitsvalgt. Helsenettverkene har møte tre ganger årlig hvor kun kommunene møtes, og tre ganger årlig mellom sykehuset og kommunene. Kommunene koordinerer seg internt gjennom et eget samarbeidsorgan hvor alle kommunene er representert (KOSS), her utgjør de seks samhandlingskoordinatorene et arbeidsutvalg (AU-KOSS). Dette gjennomføres før møtene i helsefellesskapet (overordnet strategisk samarbeidsutvalg, OSS), dette er kommunenes forberedelsesmøte. Alle helsenettverkene første halvdel av dagen før OSS. Ettersom kommunene har representanter inn i OSS har det vært viktig at disse møtes i forkant og blir enige – det har ført til at kommunene stiller sterkere.

KS Agder bistår i å arrangere disse arbeidsmøtene før helsefellesskap. En representant fra KS Agder forteller at denne arenaen er veldig viktig for at kommunene skal bli mer samstemt i møte med helseforetaket. Vedkommende opplever at kulturen for å være samkjørt på tvers av

kommuner er helt avgjørende, og sier følgende om å la seg representere i møte med helseforetaket: «tørre å stå i rommet med usikkerheten selv om det er skummelt og komplisert». I arbeidsmøtene lager de benk, for å forsterke hvor viktig det er for fellesskapet at alle kommunene møter med sin ledelse. De har jobbet med at dette lederfellesskapet skal være et sted hvor kommunene vil møte, da de opplever det som avgjørende for god samhandling. De seks samhandlingskoordinatorene har nå digitale møter annenhver uke.

Oppgavene til samhandlingskoordinatorene i kommuneregionene:

- Helsenettverk i kommuneregionene: innkaller til møter, lager agenda og skriver referat
- Helsefellesskapet: bisitter i møter og sitter i arbeidsutvalget (KOSS) og flere arbeidsgrupper
- Formidler informasjon/innspill fra kommunene og mellom kommunene og til kommunene fra helseforetaket
- Skriver saksfremlegg til politikerne
- Koordinerer og former høringsinnspill til sentrale dokumenter
- Kontaktperson mot akademia/utviklingscenter i kommuneregionen
- Sekretær i andre helserelaterte utvalg – varierer mellom kommuneregionene
- Kan bistå med å søke om eksterne prosjektmidler og prosjektledelse

I dette prosjektet har vi intervjuet en av samhandlingskoordinatorene. Koordinatoren beskriver fordelene med sin rolle i hovedsak knyttet til å bidra til informasjon mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak, samt at kommunene stiller sterkere samlet. Det er viktig å ha avsatt stillingsressurser til dette arbeidet:

«Tror dette (samhandlingen) funker fordi man har avsatt ressurser til samhandlingskoordinatorer. Jeg må ha tett linje til mine seks kommuner for å kunne snakke deres sak. Kan godt skjønne at det er vanskelig med en ressurs – folk føler at man har noen som taler deres sak. Vi er småkommuner og vårt perspektiv er veldig annerledes enn større kommuner.» (samhandlingskoordinator)

Før etableringen av helsefellesskapet ble det gjennomført en prosess med flere lunsj-til-lunsj samlinger hvor samhandlingskoordinatorer fra kommunene og samhandlingskontakter fra helseforetaket deltok. Her ble det diskutert strategisk retning; hvor vil vi, hva skal vi få til, hva legger vi i samarbeidet, hvor er utfordringene og hva er målet. I prosessen kom det frem at man hadde et ulikt syn på det:

«Proessen var kanskje det viktigste. Hadde vært mye uenighet før, samarbeidsklimaet hadde blitt vanskelig. Var viktig for å gjenopprette tilliten til hverandre.» (samhandlingskoordinator)

KORT BESKRIVELSE AV SAMARBEIDSSTRUKTUREN MELLOM KOMMUNENE OG SØRLANDET SYKEHUS HELSEFORETAK

Beskrivelsene under er hentet fra nettsiden til Sørlandet sykehus helseforetak².

«Visjonen til overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) er bedre helse gjennom samhandling. Samhandlingen bygger på verdier som er beskrevet i nasjonal rammeplan om samhandling på helse- og omsorgsområdet. OSS skal legge til rette for god samhandlingskultur på Sørlandet som gir:

- Fornøyde brukere
- Faglig godt sammenhengende helsetilbud
- Effektiv ressursutnyttelse
- Nytenkning og implementering av "best praksis"
- Gode helseresultater

De fem kommuneregionene har opprettet hver sitt regionale samarbeidsutvalg (helsenettverk) som møtes i arbeidsutvalg (KOSS) og er organisert under OSS.

Andre samarbeidsarenaer mellom kommuner og helseforetak:

- Overordnet strategisk samarbeidsutvalg
- Fagutvalg beredskap og akuttmedisinsk kjede
- Fagutvalg e-Helse og Velferdsteknologi
- Fagutvalg IKT- forum
- Medisinsk samhandlingsråd (MSR)
- Fagutvalg koordinerende avtalegruppe
- Fagutvalg for kompetansedeling
- Fagutvalg for jordmortjenester
- Fagutvalg somatisk rehabilitering (nytt)»

KORT OPPSUMMERT VIKTIGSTE ERFARINGER MED SAMHANDLINGSRESSURSER I AGDER

- Fem kommuneregioner med egne dedikerte ressurser som samhandlingskoordinatorer, i varierende stillingsprosent opp mot 100 % stillinger.

² <https://sshf.no/helsefaglig/samhandling/overordnet-strategisk-samarbeidsutvalg>

- I tillegg har Kristiansand kommune egen samhandlingskoordinator i delstilling. Alle kommunene i fylket finansierer 50 % av denne stillingen slik at denne samhandlingskoordinatoren (en av seks samhandlingskoordinatorer) har rollen som felles ressurs for kommunene i sekretariatet i helsefellesskapet.
- Kommunene skal nå søke Helsedirektoratet om midler til delstillingen.
- Samhandlingskoordinatorene koordinerer samhandlingen mellom SSHF og kommunene i sin region.
- Utgiftene til samhandlingskoordinatorstillingene fordeles mellom kommunene i regionen, 50 % flatt og 50 % etter innbyggertall. Bruker vertskommuneprinsippet.
- Hver kommuneregion har egne helsenettverk med kommunalsjefer helse og bisitter eller tilsvarende. Helsenettverkene har egne møter og møter med helseforetaket.
- Kommunene i hele fylket koordinerer seg internt gjennom eget samarbeidsorgan hvor alle kommunene er representert (KOSS), her utgjør de seks samhandlingskoordinatorene arbeidsutvalget.
- Kommunene har egne forberedelsesmøter før møter i overordnet strategisk samarbeidsutvalg med helseforetaket for å sikre samkjøring slik at de stiller sterkere. KS bistår i dette arbeidet.
- Prosess med samlinger mellom samhandlingskoordinatorer fra kommuneregionene og tilsvarende fra helseforetaket før etablering av helsefellesskap har vært avgjørende for finne strategisk retning; hvor vil vi, hva skal vi få til, hva legger vi i samarbeidet, hvor er utfordringene og hva er målet. Denne prosessen har vært spesielt viktig for samarbeidsklima og tillit mellom partene.

SAMHANDLINGSRESSURS TRØNDELAG

I Trøndelag er det to helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF:

- St. Olavs Hospital HF: www.stolav.no
- Helse Nord-Trøndelag HF: www.hnt.no

Per september 2020 er det to 100 % stillinger som samhandlingskoordinator i fylket, en for den søndre delen (tidligere Sør-Trøndelag) med ansvar for kommunene i St. Olavs Hospital HF sitt nedslagsfelt og en for den nordre delen (tidligere Nord-Trøndelag) med ansvar for de 20 kommunene i Helse Nord-Trøndelag sitt nedslagsfelt.

I den søndre delen er Trondheim kommune en stor kommune som alene dekker store deler av samhandlingskoordinatorstillingen, St. Olavs Hospital er et stort foretak med tre sykehus; St. Olavs Hospital, Orkdal sykehus og Røros sykehus. Den nordre delen av fylket er preget av mindre distriktskommuner med Steinkjer kommune som regionscenter og to sykehus; sykehuset Levanger og sykehuset Namsos.

I det følgende har vi sett nærmere på samhandlingen mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF (HNHF) og mellom kommunene og St. Olavs Hospital HF (SOHF), data er basert på dokumentstudier og intervju.

SAMHANDLINGSKOORDINATOR FOR KOMMUNER I MØTE MED HELSE NORD-TRØNDELAG HF

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen ble det tatt opp behov for oppfølging av samarbeidsavtalene og samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket i tidligere Nord-Trøndelag. Kommunene engasjerte en prosjektleder for samhandlingsreformen i nesten 6 år, frem til mai 2017 ved hjelp av skjønnsmidler fra fylkesmannen. Steinkjer kommune hadde arbeidsgiveransvaret og kontorplasseringen til prosjektlederen var i KS Nord-Trøndelag sitt kontorfellesskap i Fylkets hus, på Steinkjer. I saksgrunnlag, basert på innspill kommunene i Nord-Trøndelag kom med i 2017, for opprettelse av stilling som samhandlingskoordinator helse for kommunene med samarbeidsavtale med Helse Nord-Trøndelag HF står det³:

«I prosjektperioden har det vist seg at kommunesektoren har dratt god nytte av denne fellesressursen. Sektoren har blitt satt i stand til å sette aktuelle samhandlingssaker på dagsorden i samhandlingsarenaer med spesialisthelsetjenesten. Kommunene med avtale med Helse Nord-Trøndelag har kunnet vært samkoordinert, både i enkeltsaker og saker av mer overordnet karakter, hva gjelder samhandling mellom kommunesektor i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag/Regionalt helseforetak.»

³ <https://www.verdal.kommune.no/Politikk/Formannskapet-2015-2019/24112017/12617-Samhandlingskoordinator/>

Helse Nord-Trøndelag HF har samhandlingssjef og samhandlingsrådgiver som har sekretærrolle i det administrative samarbeidsutvalget. I det ovennevnte saksgrunnlaget fremkommer det at det kan oppstå et misforhold i samhandlingen dersom kun helseforetaket stiller med dedikerte ressurser i samhandlingen. Videre legges det til grunn at man har erfart at det kreves stor grad av koordinering mellom kommunene i samhandlingen med helseforetaket, og at dette har vært en av de største utfordringene ved oppfølging av samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten. Det påpekes at kommunene er samstemte utad gjennom en ressurs som kan balansere ulike ønsker og behov i møte med tunge aktører som helseforetak, utdanningsinstitusjoner og statlige myndigheter: «Kommunene må være enige når de er i samarbeidsutvalg med helseforetaket, ellers får de ikke frem sakene sine.»

I nordre Trøndelag er samhandlingskoordinatoren ansatt i 100 % rådgiverstilling under helsesjefen i Steinkjer kommune, men er samlokalisert med KS på Steinkjer for å knytte seg på fagkompetansen på helsefeltet og generelt samarbeid med kommunene i området. Stillingen er per september 2020 en toårig prosjektstilling som utløper i mars 2021. Totalt 20 kommuner inngår i samarbeidet om stillingen.

Samhandlingskoordinatorens hovedoppgaver er knyttet til sekretariat og saksfremlegg i politisk og administrativt samarbeidsutvalg og i fagråd. I avtale mellom KS Nord-Trøndelag og de enkelte kommuner om felles finansiering av samhandlingskoordinator i kommunehelsetjenesten står det at stillingen skal arbeide med følgende hovedområder⁴:

1. I samarbeid med Helse Nord-Trøndelag og KS skal koordinatoren bidra til å utvikle sekretariatsfunksjonen og lederfunksjonen som understøtter de avtalefestede samarbeidsorganene.
2. Bidra til god samhandling, samordne og utvikle strategier gjennom tett kontakt med kommunale helseledere, kommunegruppene helse, kommuneoverlegene og andre nøkkelpersoner i kommunene.
3. Bidra til å samordne og styrke kontakten mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene/kompetansemiljø. Være pådriver for tjenesteinnovasjoner, ledelsesutvikling og organisasjonsutvikling på strategisk nivå.
4. Ha god kontakt med KS. Utføre noen oppgaver på vegne av KS. Det vil være naturlig å delta i KS sine samhandlingsforaer mellom helse- og velferdsavdelingen og regionene. Følge opp nasjonale og regionale utredninger/høringer.
5. Ved nye oppgaveoverføringer til kommunene, må koordinatoren innhente kunnskap om konsekvenser for kommunene, spre informasjon og overføre kunnskapen til KS og nasjonale myndigheter.

⁴ <file:///C:/Users/bieg/Downloads/Sak+83-17+Vedlegg+-+Avtale+mellom+KS+Nord-Tr%C3%B8ndelag+og+den+enkelte+kommune+om+felles+finansiering+av+samhandlingskoordinator+i+kommunehelsetjenesten.pdf>

6. Sammen med KS bidra til å drifte helseledernetverket i regionen.
7. Koordinatoren må bidra i utadrettet virksomhet, som å være pådriver, arrangere kurs og konferanser.

Kommunene kan definere arbeidsoppgavene og arbeidet består også mye i å følge opp utviklingsarbeid i kommunene og med kommunene og helseforetak. Herunder har et viktig arbeid vært å bidra med å rekruttere og beholde helsepersonell i regionen. Ellers jobber samhandlingskoordinatoren med å samle nettverk og organ i fylket som en helhet på helsefeltet og følger opp andre pågående prosesser som innføring av Helseplattformen.

Vår informant beskriver samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket som god, og at det har fungert godt fordi man ved innføring av samhandlingsreformen var tidlig ute med å etablere faste organ for samarbeid. Særlig trekker informanten frem politisk samarbeidsutvalg som består av utvalgte ordførere og utvalgte fra styret i helseforetaket: «dette gjør at man kan ha prinsipielle diskusjoner og kan dra de store linjene». Også sekretariatsfunksjonen har fungert spesielt bra, hvor samhandlingskoordinator for kommunene sitter sammen med samhandlingssjef og samhandlingsrådgiver fra helseforetaket: «nøkkelen til godt samarbeid er godt forberedte saker. For mange kommuner blir man overkjørt om du ikke er med, da lager helseforetaket saksfremlegg alene og kommunene får dårligere betingelser enn om de deltok selv». Samhandlingskoordinatoren har allerede rollen i felles sekretariat med helseforetaket, og kommunene skal nå søke midler fra Helsedirektoratet for å dekke deler av denne stillingen.

Når vi spør hvordan man opplever behovet for en kommunal samhandlingsressurs sier vår informant: «Jeg skjønner ikke hvordan kommunene skal klare dette selv. Små kommuner har lite rådgivende funksjoner som kan jobbe med samhandling for kommunen. Da må andre gjøre det oppå andre arbeidsoppgaver. Det er minst ett årsverk å følge opp samhandlingen, sammen med utviklingsarbeid og prosjektarbeid kan man flerdoble det.» I samarbeidsforum i Helse Midt-Norge RHF stiller Trøndelag med sine samhandlingskoordinatorer, mens det fra Møre og Romsdal kun stiller fra helseforetaket: «da mister kommunene en stemme inn der».

Vår informant mener at man bør ha en 100 % stillingen til denne jobben for å dekke arbeidsoppgavene som samhandlingskoordinatoren i nordre Trøndelag har per i dag. Dersom man skal utlyse en stilling og ansette en person er det i seg selv ett argument for full stilling: «de beste søker ikke på delstillinger». I nordre Trøndelag er grunnsammen på om lag 10 000 per kommune og 6 kr per innbygger, vedkommende mener at dette gjør at økonomiargumentasjonen er «syltynn».

KORT BESKRIVELSE AV SAMARBEIDSSTRUKTUREN MELLOM KOMMUNENE OG HELSE NORD-TRØNDELAG HELSEFORETAK

Beskrivelsene under er hentet fra nettsiden til Helse Nord-Trøndelag HF, samarbeidsavtaler med vedlegg og dokumenter tilsendt fra samhandlingskoordinator⁵.

Samarbeidsutvalg mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF:

- Politisk samarbeidsutvalg (PSU)
 - Det er etablert samarbeidsutvalg på politisk nivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for implementering av samhandlingsreformen.
 - Politisk samarbeidsutvalg skal være en arena for å sikre og utvikle samhandlingsklimaet mellom partene slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar for helhetlige behandlingsforløp, og sikre tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester.
- Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)
 - Administrativt samarbeidsutvalg er en samarbeidsarena mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å styrke det samlede tjenestetilbudet.
 - Utvalget består av seks representanter valgt av kommunene og seks representanter valgt av Helse Nord-Trøndelag. I tillegg er Fylkesmannen, ansatte og brukerne representert i utvalget.
 - Opprettelsen av administrativt samarbeidsutvalg følger inngåtte samhandlingsavtaler mellom kommunene og helseforetaket. I tillegg etableres et politisk samarbeidsutvalg som skal legge overordnede føringer for styring av samhandling.
- Fagråd for koordinerende enheter (tjenesteavtale 2)
- Samarbeidsorganet mellom kommunene, HNT og NORD universitet (tjenesteavtale 6 og 7)
- Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselstilbud (tjenesteavtale 8)
- Fagråd digital samhandling Nord-Trøndelag(tjenesteavtale 9)
- Fagråd for samarbeid om forebygging (tjenesteavtale 10)
- Fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet (tjenesteavtale 12)
- Dialogmøter
- Namdal legeforum og Innherred medisinske forum, Legeutvalget
- Fagnettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling
- Personalnettverket
- Nettverk for kognitiv miljøterapi
- Migrasjonshelse

⁵ <https://hnt.no/helsefaglig/samhandling#fagnettverk>

- Fagforum for demens og alderspsykiatri
- Treningskontaktordningen
- KOLS fagnettverk

KORT OPPSUMMERT VIKTIGSTE ERFARINGER MED SAMHANDLINGSRESSURS I NORDRE TRØNDELAG

- 100 % stillingsressurs samhandlingskoordinator i spleiselag mellom 20 kommuner etter vertskommuneprinsippet, organisert i rådgiverstilling under helsesjefen, kontor plass med KS
- Dedikert ressurs til samhandling fra kommunenes side har vært viktig for likeverdigheten i samhandling med helseforetaket.
- Erfaringer med at det kreves stor grad av koordinering mellom kommunene i samhandlingen med helseforetaket, ved oppfølging av samarbeidsavtalen, viser behovet for en ressurs som kan balansere ulike ønsker og behov i møte med helseforetaket.
- Samhandlingskoordinatoren har en rekke arbeidsoppgaver, men hovedoppgavene er knyttet til sekretariat og saksfremlegg i politisk og administrativt samarbeidsutvalg og i fagråd.
- Kommunalt bidrag i sekretariatsfunksjonen trekkes frem som avgjørende for å sette premisser for samhandlingen.
- Politisk samarbeidsutvalg er spesielt viktig for forankring og langsiktige strategier.
- Samhandlingskoordinator inngår i felles sekretariat i helsefelleskap – og det søkes midler om å dekke deler av stillingen til dette.
- Vår informant mener det er viktig med en 100 % dedikert stillingsressurs.

SAMHANDLINGSKOORDINATOR FOR KOMMUNENE I MØTE MED ST. OLAVS HOSPITAL HF

I søndre Trøndelag er samhandlingskoordinator ansatt i 100 % stilling i Trondheim kommune, som er vertskommune. Trondheim kommune finansierer 50 % av stillingen, men alle kommunene i regionen bidrar i et felles økonomisk og faglig samarbeid rundt stillingen. Det er 21 kommuner med i samarbeidet. Samhandlingskoordinatoren er organisatorisk plassering i rådmannens fagstab innenfor faggruppen helse og velferd, og rapporterer til helse- og velferdsdirektøren i Trondheim kommune. Helseforetaket ønsket en kommunal samhandlingskoordinator i like stor grad som kommunene, og en lignende stilling har eksistert siden 2011-2012.

I søndre del av Trøndelag er det fem kommuneregioner som deltar i kommunegruppenettverk med sin regionsjef fire ganger årlig: «vi styrer veldig mot at det skal være kommuneregioner og ikke enkeltkommuner». I tillegg er det to helseledersamlinger årlig med alle helselederne i alle kommunene i hele fylket. Ellers blir samhandlingskoordinatoren invitert inn i kommuneregionene ved behov. Vår informant forteller at regiontanken står veldig sterkt og at det er en nøkkel for å lykkes med samhandlingen på kommunal side. Hver region har en representant i det administrative samarbeidsutvalget og i de ulike fagrådene. Samhandlingskoordinatoren jobber mye med informasjon, forankring og involvering på alle nivå i samarbeidsstrukturen, og mye av arbeidshverdagen brukes inn mot sykehuset blant annet med faste ukentlige møter.

Felles sekretariat hvor samhandlingskoordinator sitter med tilsvarende personer fra helseforetaket gjør saksforberedelser og fasiliteter møter i samarbeidsutvalgene. Sekretariatet er den «røde tråden» mellom de ulike utvalgene, fagnettverk og partnerskapsmøte. Det viktige i sekretariatet er «baklandet» med kommuneregionnettverket hvor samhandlingskoordinatoren trekker inn representanter fra ulike kommuneregionen i ulike saker: «det baklandet blir en styrke rundt en slik funksjon».

Når det gjelder kompetanse for en samhandlingsressurs for kommunene er vår informant opptatt av at man må ha erfaringer, gjerne både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få legitimitet hos begge parter. Personlige egenskaper er viktig sammen med ledererfaring og kunnskap om organisering og struktur.

På utfordringssiden forteller vår informant at det fremdeles er en del å hente i at sykehuset har bedre kjennskap til det som skjer i kommunene. Der jobbes det med felles opplæring og kompetanseheving for ansatte i sykehus og kommune. Et samarbeid mellom fastleger og sykehusleger har fungert bra hvor man har utviklet en felles forståelse og rutine for legesamarbeid: «vi er veldig forskjellige og den forskjelligheten må vi ha forståelse for, det får vi bare frem om vi sitter sammen». Det andre er forskjellene mellom kommunene. For å få dette til å fungere i helsefellesskaptankegangen ser de behov for å lage særavtaler for ulike kommuner, for eksempel har Trondheim kommune behov ikke de andre kommunene har.

Vår informant mener at koordinering av kommunene i samhandling med helseforetaket er helt avgjørende for å få til det som kommer i nye lov og planverk innen helse og omsorg. Gjennom å ha samhandlingskoordinator for kommunene mener de å ha et godt utgangspunkt for å innfri kravene og forventningene i helsefellesskapet:

«Dette kan man ikke ha ved siden av en annen stilling, må jobbe mye tettere sammen med sykehus, kommunene må jobbe mye tettere på, sette premisser og dagsorden.»

Samhandlingskoordinatoren i søndre Trøndelag skal blant annet ha følgende arbeidsoppgaver:

- Støtte opp under kommunenes felles arbeid med samhandling, herunder i samarbeid med St. Olavs HF tilrettelegge arbeidet i de avtalefestede samarbeidsorganene (ASU og ulike faglige råd)
- Bidra til å samordne og utvikle felles kommunale strategier gjennom tett kontakt med kommunale helseledere og nøkkelpersoner i kommunene
- Bidra til å samordne og styrke kontakten mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene/kompetansemiljø
- Ivareta kontakten med KS, og etter nærmere avtale utføre oppgaver på vegne av KS

Samhandlingskoordinatoren har også ansvar for å innhente informasjon og krav fra nasjonalt hold og reiser for å få med seg det som skjer nasjonalt. Deling av gode eksempler på tvers av kommuner og skal vite hva som rører seg i kommunene skape felles syn på utfordringsbilde og bidra til å finne gode løsninger: «må evne å se stort og helhetlig, ikke bare detaljert, være den røde tråden».

KORT BESKRIVELSE AV SAMARBEIDSSTRUKTUREN MELLOM KOMMUNENE OG ST. OLAVS HOSPITAL HELSEFORETAK

Beskrivelsene under er hentet fra nettsiden til St. Olavs hospital HF, samarbeidsavtaler med vedlegg og andre relevante dokumenter⁶.

Samarbeidsutvalg mellom kommunene og St. Olavs Hospital HF:

- Politisk samarbeidsutvalg
 - Det er etablert et samarbeidsutvalg på politisk nivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for implementering av samhandlingsreformen.
 - Utvalget skal være en arena for å medvirke til utvikling av samhandlingsklimaet mellom partene, slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar

⁶ <https://stolav.no/fag-og-forskning/samhandling#samarbeidsutvalg-med-kommunene>

for helhetlige behandlingsforløp som sikrer tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester.

- Administrativt samarbeidsutvalg
 - Administrativt samarbeidsutvalg er en samarbeidsarena mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å styrke det samlede tjenestetilbudet.
 - Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) er et samarbeidsutvalg på overordnet administrativt nivå mellom St. Olavs hospital og kommunene i sørlige Trøndelag. Formålet med ASU er å etablere en samarbeidsarena på overordnet nivå, for utvikling av helsetjenestene og samarbeid i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.
- Fagråd barn og unge
- Fagråd digital samhandling
- Fagråd forskning og utdanning
- Fagråd helseberedskap og akuttmedisin
- Fagråd helsefremmende og forebyggende helsearbeid
- Fagråd innleggelse og utskrivning
- Fagråd koordinerte tjenester, rehabilitering og LMS
- Fagråd kvalitet og pasientsikkerhet
- Fagråd psykisk helse, rus og avhengighet
- Fagråd svangerskap, fødsel og barsel
- Samarbeidsutvalg leger

KORT OPPSUMMERT VIKTIGSTE ERFARINGER MED SAMHANDLINGSRESSURS I SØNDRE TRØNDELAG

- 100 % stillingsressurs samhandlingskoordinator i spleiselag mellom 21 kommuner etter vertskommuneprikkippet, organisert i rådmannens fagstab innenfor faggruppen helse og velferd.
- Fem kommuneregioner som deltar i kommunegruppenettverk med sin regionsjef fire ganger årlig jobber tett opp mot samhandlingskoordinator – regiontanken står sterkt og fremheves som nøkkelen til suksess med samhandlingen fra kommunal side.
- Samhandlingskoordinator i felles sekretariat i helsefelleskap, jobber med saksforberedelser og møter i samarbeidsutvalgene – kommuneregionenes regionsjefer brukes inn i ulike saker.
- Koordinering av kommunene i samhandlingen kommer til å være avgjørende for å innfri nye krav og lovverk på helsefeltet mener vår informant.

SAMHANDLINGSRESSURS I TIDLIGERE ØSTFOLD

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for befolkningen i Agder, Vestfold og Telemark, Viken, Oslo og Innlandet. I Viken er det to helseforetak som eies av Helse Sør-Øst RHF:

- Sykehuset Østfold HF
- Vestre Viken HF
- Sykehuset Telemark HF

I det følgende har vi sett nærmere på samhandlingen mellom Sykehuset Østfold HF (SØ) og kommunene, data er basert på dokumentstudier og intervju. Avtalen som er inngått mellom regjering og KS om Helsefelleskap, bygger på Østfolds samhandlingsmodell. Samhandlingssjefene har hatt flere innlegg om Østfoldmodellen blant annet under lansering av Nasjonal Helse og sykehusplan, under Helse- og omsorgsdepartementets lederkonferanse og seminar for styrene i de regionale helseforetakene, KS ledelsen, RHF-ene, og deres direktører.

Etter initiativ fra SØ vedtok rådmannsutvalget i Østfold i 2017 opprettelse av en stilling som samhandlingssjef for kommunene på bakgrunn av at det var behov for mer enn en informasjonskanal inn mot kommunene og at stemmen til kommunene skulle bli bedre ivaretatt. I hovedsak har samhandlingssjef for kommunene ansvar for koordineringen av kommunenes innsats i partnerskapet med SØ. Stillingsstørrelse er 40 % og stillingen har vært besatt fra 2017. Sarpsborg kommune har arbeidsgiveransvar for samhandlingssjef for kommunene. Det er 13 samarbeidskommuner i samarbeidet om samhandlingssjefstillingen. I tillegg til samhandlingssjefen er kommunene representert i samarbeidsutvalgene gjennom en representant fra hver av de fem helsehus-/legevaktregionene (rådmann eller kommunalsjef). De fem representantene fra kommunene som deltar i henholdsvis sekretariatet og strategisk samarbeidsutvalg er samhandlingssjefens nærmeste samarbeidspartnere/nettverk i kommunene.

Ved etablering av stillingen ble det gjennomført en prosess om hvordan man skulle organisere samarbeidet med kommuner og helseforetaket. Her ble det gjennomgått hvilke utfordringer har vi i dag, hva kan vi gjøre noe med og hva vil vi oppnå. Fem representanter fra toppledelsen i kommunene og fem fra toppledelsen i helseforetaket deltok i denne prosessen. For hvert trinn i den nye samarbeidsstrukturen ble det tatt en utsjekk ut i organisasjonene for å sikre enighet. Når man sammen hadde blitt enige, kunne ikke noen komme i etterkant å gå tilbake på noe av det. I gjennomgangen ble kommunene enige om hvordan få til likeverdighet, blant annet at stillingen skulle benevnes samhandlingssjef lik stillingen i helseforetaket – de skulle sidestilles. Samhandlingssjef kommuner og -helseforetak sitter sammen og skriver sakene – dette har vært avgjørende for samarbeidet ifølge vår informant: «at vi skriver sakene sammen er viktig for å få med kommunestemmen helt fra starten, sender ut til gjennomlesning i kommunene før det sendes ut». Samhandlingssjef kommuner deltar i felles sekretariat i helsefelleskapet og

kommunene har søkt og fått midler fra Helsedirektoratet til stillingen. Om det å koordinere kommuner i sekretariat i helsefellesskap sier vår informant følgende: «heller ha en halv stilling som felles sekretariatsfunksjon inn mot helseforetaket også heller ha flere kommunale koordinatorene som jobber opp mot den, enn en 100 % stilling».

Før strategisk samarbeidsutvalg har samhandlingssjef kommuner formøter med alle kommunene, hvor man jobber med å samordne saker slik at det kommer en stemme fra kommunene. Når det er saker hvor kommunene og/eller helseforetaket er uenige forteller vår informant at det å belyse sakene godt nok er viktig, når man har et grundig beslutningsgrunnlag blir det lettere enighet. Viktig at samhandlingssjefen i slike roller ikke sitter for vertskommunen, men som koordinator for alle. Det jobbes tett med sykehuset og med representantene fra kommunene slik at det blir gode formøter og gode kommunikasjonskanaler mellom kommunene.

Formål med stillingen samhandlingssjef for kommunene:

- Bidra til god og likeverdig samhandling mellom kommunene og sykehuset.
- Være en pådriver for utviklingen av samhandlingen.
- Sørge for bedre og mer helhetlig fremstilling av sakene fra kommunalt nivå i strategisk samarbeidsutvalg.

Samhandlingssjefen har kontordag ved samhandlingsavdelingen i helseforetaket en dag i uken. Samhandlingssjef for kommunene koordinerer kommunenes innsats gjennom å:

- Koordinere kommunenes innsats, forbereder og følger opp saker som behandles i strategisk samarbeidsutvalg og sekretariat.
- Leder sekretariatet sammen med Samhandlingssjef SØ, og avholder formøter med kommunenes representanter i sekretariatet.
- Møter i strategisk samarbeidsutvalg og innkaller til formøter med kommunenes representanter.
- Bistår med forberedelser til Partnerskapsmøtet.
- Fremmer saker i strategisk samarbeidsutvalg på vegne av kommunene.
- Deltar i arbeidsgrupper og fagutvalg satt ned av strategisk samarbeidsutvalg/-sekretariatet.
- Arbeider for at aktuell informasjon er tilgjengelig for alle interessenter.
- Er tilgjengelig for representanter for kommunale helse- og omsorgstjenester i samhandlingsspørsmål.

Kompetansen og erfaringen til den personen som besitter en slik rolle er ifølge vår informant av stor betydning. Det må være en person som kjenner kommunene og det som skjer der, men også

har inngående kunnskap om hvordan man arbeidet i helseforetak. Det å ha erfaring med å lede samhandling, koordinering av prosesser og partnerskap er andre viktige aspekt. Personen må ha legitimitet og tillit både hos kommunene den representerer og i helseforetaket. For å ivareta dette mener vår informant at det er mest hensiktsmessig med den delstilling.

I 2019 ble det gjennomført en evaluering av stillingen som samhandlingssjef for kommunene i Østfold av kommunerepresentantene. Her kom det frem at stillingen som samhandlingssjef øker likeverdigheten i partnerskapet ved at kommunene er koordinert og har en tydelig stemme inn mot sykehusledelsen. Det har vært viktig på alle ledd i samarbeidsstrukturen at en dedikert person har avsatt tid til å arbeide med saksfremlegg, agenda og referat. Dette anser kommunene som viktig for å ivareta kommunenes perspektiv og gjør kommunene mer proaktive i samhandlingen med sykehuset. I evalueringen viser kommunene til at de ønsker å øke stillingsressursen fra 40 % for å bruke samarbeidssjefen mer i samarbeidet den enkelte kommune/helsehusregion har med SØ. SØ har også uttalt seg i evalueringen og viser til at stillingen ivaretar kommunenes perspektiv inn i samhandlingsarbeidet ved at kommunene er koordinerte, godt informerte, tar mer initiativ og i større grad taler med én stemme. SØ mener stillingen bidrar til å løfte kommunestemmen og partnerskapet.

Den største fordelen med å ha en dedikert samhandlingsressurs for kommunene er at kommunene blir mer likeverdige og mer proaktive. Vår informant fremhever to element som spesielt viktige for god samhandling i Østfold. Det ene er at man har økt likeverdigheten i partnerskapet ved å møtes på samme nivå fra begge sider. Det andre er at kommunene er mer på i samhandlingen med egen samhandlingssjef. Det har ført til at saker og referat også ivaretar kommuneperspektivet.

Når det gjelder hva som kunne vært bedre i samhandlingen trekkes kjennskap til og bruk av samarbeidsutvalg frem. At de ute i organisasjonene bruker samarbeidsutvalgene enda mer aktivt, at dette ikke bare er byråkratisk, men handler om konkret planlegging.

KORT BESKRIVELSE AV SAMARBEIDSSTRUKTUREN MELLOM KOMMUNENE OG SYKEHUSET ØSTFOLD HELSEFORETAK

Beskrivelsene under er hentet fra nettsiden til Sykehuset Østfold helseforetak (SØ), samarbeidsavtaler med vedlegg og dokumenter tilsendt fra samhandlingssjef for kommuner i sykehusets nedslagsfelt^{7,8}.

Samhandlingen og samarbeidet mellom Østfolds kommuner og SØ er forankret i overordnet samarbeidsavtale, hvor organiseringen er beskrevet i retningslinje 12. Samarbeidet er organisert

⁷ <https://sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/samhandling>

⁸ <https://ek.so-hf.no/docs/pub/DOK29797.pdf>

gjennom partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglig samarbeidsutvalg (FSU), sekretariatet, faglige underutvalg, samhandlingskontakter, samhandlingsforum og dialogmøte.

Partnerskapsmøtet er det strategisk overordnede organet for samhandlingsarbeidet mellom kommunene og SØ. Partnerskapsmøte gjennomføres årlig i mars. Hvis en av partnerne anmoder om det, kan det innkalles til ekstraordinært partnerskapsmøte for behandling av angitt(e) sak(er). Dagsorden inkl. møteledelse avtales i forkant med representant utpekt av kommunedirektørene og adm.dir. SØ. Det er SSU og FSU som forbereder møtet.

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) er et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom kommuner og SØ. Utvalget beslutter saker av overordnet, prinsipiell karakter og saker med større økonomiske og administrative konsekvenser. SSU møtes 4 ganger pr år. Ytterligere møter kan avtales av partnerne ved behov. Møteledelsen veksler mellom kommunene og sykehuset – ett år hver. Møtene i SSU forberedes av FSU og sekretariatet. Funksjonsperiode for utvalget er 1.april – 31.mars. Fra 2017 har det vært toppledelsen fra kommunene sammen med toppledelsen fra sykehuset, og dette har vært en god endring hvor man jobber sammen på samme nivå og ser på hverandre som samarbeidspartnere.

FSU er et partssammensatt samarbeidsorgan for SØ og kommunene som har inngått samarbeidsavtale med sykehuset. Utvalget ledes annen hvert år av samhandlingssjef SØ og samhandlingssjef for kommunene. Utvalget består av 5 representanter fra kommunene (samhandlingskontakter), 5 representanter fra SØ, samhandlingssjef SØ, samhandlingssjef for kommunene, samt brukerrepresentant, representant fra ansattes organisasjoner på fylkesplan (representerer alle forbund/ begge forvaltningsnivåer) og praksiskoordinator SØ. Fagpersoner inviteres i FSU for å belyse saker. Rådgiver i samhandlingsavdelingen SØ ivaretar sekretærfunksjonen.

Sekretariatet består av Samhandlingssjef- SØ og kommunene samt rådgiver ved samhandlingsavdelingen SØ. Sekretariatet er kontaktpunkt i samhandlingsspørsmål, koordinerer samhandlingsarbeidet og har videre ansvar for:

1. Motta saker og ta stilling til hvordan disse skal behandles.
2. Kvalitetssikre at sakene er tilstrekkelig belyst fra alle partnere (SØ, kommune, pasient) i henhold til besluttet mål for saksbehandling.
3. Forberede og innkalle til møter
4. Sekretariatsfunksjon for SSU/SFU inkludert skrive referat
5. Publisere saksdokumenter
6. Ivareta arkivfunksjonen
7. Veilede i saksforberedelser

Faglig underutvalg er en del av FSU. SSU og FSU kan opprette underutvalg for å håndtere praktisk samhandling og nødvendige faglige utredninger. Mandat og tidsramme for arbeidet fastsettes. Underutvalgene skal være partssammensatt og som hovedregel følge de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som SSU og FSU. Faste utvalg skal i hovedsak begrenses til utvalg som skal ivareta varige relasjoner/ faste samarbeidsoppgaver mellom partene, som utvalg for akuttberedskap, samhandlingsutvalg for fastleger og fagråd for kommunale akutt døgnplasser.

Kommunene har en samhandlingskontakt hver og sykehuset har en kontakt for hvert definert område. Samhandlingskontaktens funksjon/ oppgaver:

- Skal ha god kunnskap om samarbeidsavtalen med tilhørende retningslinjer og prosedyrer og har et særskilt ansvar for å veilede og hjelpe ledere og medarbeidere i samhandlingen mellom partene
- De inngår i et informasjonsnettverk og tar imot og videreformidler informasjon (bl.a. fra samarbeidsutvalgene) i egen kommune/ ansvarsområde i SØ
- Samhandlingskontaktene formidler klager og avvik samt svar på disse
- Samhandlingskontaktene møtes to ganger pr. år for drøfting av erfaringer og utfordringer i samhandlingsarbeidet
- Kommunenes representanter i FSU er kommunens samhandlingskontakt, øvrige kommuner utpeker egen samhandlingskontakt.

Samhandlingsforum har som formål å skape en arena for drøfting av ulike tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, undervisning og veiledning. Forumet avholdes årlig og målgruppe er fagpersonell og ledere. Partene har selv et ansvar for å melde inn temaer. Arbeidet med planlegging og gjennomføring ledes av Samhandlingsutvalgets sekretariat. Programkomite med representasjon fra begge parter utpekes hvert år.

Dialogmøte er et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i kommunene møter ledelse og styre i SØ for informasjonsutveksling. FSU ivaretar praktisk gjennomføring og sekretariatsfunksjonen.

KORT OPPSUMMERT VIKTIGSTE ERFARINGER MED SAMHANDLINGSRESSURS I TIDLIGERE ØSTFOLD

- Samhandlingssjef for kommunene i 40 % stilling. Vertskommuneprinsippet og 13 samarbeidende kommuner deler finansiering av stillingen.
- I tillegg til samhandlingssjefen er kommunene representert i samarbeidsutvalgene med en representant fra hver av de fem helsehus-/legevaktregionene (rådmann eller kommunalsjef). De fem representantene fra kommunene deltar i sekretariatet og

strategisk samarbeidsutvalg og er samhandlingssjefens nærmeste samarbeidspartnere i kommunene.

- Ved etablering av stillingen ble det gjennomført en strategiprosess hvor fem utvalgte fra toppledelsen i kommunene og fem fra toppledelsen i helseforetaket deltok sammen med samhandlingssjefen. Det ble gjort utsjekk med samtlige kommuner for å skape konsensus om hvilke utfordringer har vi i dag, hva kan vi gjøre noe med og hva vil vi oppnå i samarbeidet. Har vært svært viktig for å samkjøre kommunene.
- Samhandlingssjef for kommunene øker likeverdigheten i partnerskapet ved at kommunene er koordinert og har en tydelig stemme inn mot sykehusledelsen
- For å ha nærhet til det som skjer i kommunene mener vår informant at det ikke bør være en 100 % stilling. Heller ha en halv stilling som felles sekretariatsfunksjon inn mot helseforetaket også heller ha flere kommunale koordinatore som jobber opp mot den.
- Viktig at kommunene sitter i sekretariatet og bidrar til å skrive saksfremlegg og sette dagsorden for å få med kommunestemmen helt fra start. Sakene sendes kommunene for gjennomlesning før det sendes ut.
- Før strategisk samarbeidsutvalg har samhandlingssjef kommuner formøter med alle kommunene, hvor man jobber med å samordne saker slik at det kommer en stemme fra kommunene.
- Samhandlingssjef kommuner har kontordag ved samhandlingsavdelingen helseforetaket en dag i uken.
- Kompetanse og erfaring avgjørende for å fungere som samhandlingskoordinator for kommunene. Kjennskap både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kjennskap til koordinering av prosesser og partnerskap

DISKUSJON OG ANBEFALINGER

Hensikten med dette oppdraget var todelt: 1) å kartlegge behovet for en samhandlingsressurs i samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket i Møre og Romsdal og 2) komme med forslag til hvordan en samhandlingsrolle kan se ut og eventuelt hvor den kan lokaliseres, sett opp mot dagens organisering, samt etablering av Helsefellesskap. Målet var å belyse behovet og mulighetsrommet med en felles samhandlingsressurs, i hovedsak fra kommunenes perspektiv. Formålet var å etablere et kunnskapsgrunnlag som besvarer følgende problemstillinger:

- Hva er behovet for en samhandlingsressurs/samhandlingskoordinator i Møre og Romsdal i dag? Er behovet i faglig og/eller strategisk dimensjon?
- Hvordan er ressursene innen samhandling organisert i dag og hvordan fungerer det?
- Hvordan kan grep i eksisterende organisering og prosesser bidra til å styrke samhandlingen?
- Hvordan og hvor bør samhandlingsressursen etableres for å styrke samhandlingsarbeidet i Møre og Romsdal? Hvorfor/hvorfor ikke er en ny samhandlingsressurs riktig valg for å løse de utfordringene kommunene står ovenfor?
- Hvordan har andre fylker løst dette på en god måte? Her er det sett til Trøndelag, Agder og tidligere Østfold (opptaksområde Østfold sykehus).

Alle problemstillinger er besvart med tanke på etablering av helsefellesskap i Møre og Romsdal. Avslutningsvis oppsummeres følgende alternativer som er utredet mot datamaterialet:

- 0-alternativ: Videreføre planlagt organisering og oppgavefordeling.
- Alternativ 1: Videreføre planlagt organisering og oppgavedeling, men med økte ressurser til samhandling/samhandlingskoordinator hos regionrådene som deltar inn i samarbeidssekretariat.
- **Alternativ 2: Videreføre planlagt organisering og oppgavedeling, med regionrådene som lokale samhandlingskoordinatorer, hvorav en tar et utvidet ansvar for utførende arbeidsoppgaver i samarbeidssekretariatet som regional samhandlingskoordinator.**
- Alternativ 3: Etablere en ny stilling for felles samhandlingskoordinator på tvers av kommunene i fylket.

Kort oppsummert finner vi at dagens samhandling i stor grad er preget av et godt samarbeidsklima og at det nære, daglige samarbeidet stort sett fungerer godt. Samhandlingsavdelingen i helseforetaket og regionrådene trekkes frem som viktige brikker i en gjennomgående opplevelse av at samhandlingen har blitt bedre de siste årene. Stikkord her er tillitsbygging over år,

videreutvikling av samarbeidsutvalg med sterkere kommunal involvering og konkretisering av innhold og tiltak for å øke likeverdighet på møtearenaer. Det er i utvalget stor tro på at endringene i samarbeidsstrukturen som er foreslått i ny samarbeidsavtale vil føre til ytterligere forbedringer i samhandlingen. Ulike budsjett og finansieringsmodeller er en grunnleggende utfordring hvor forutsetningene settes fra høyere hold. Dagens budsjettmodell fører til ansvarsfraskrivelse, da det å ta «ansvaret» medfører en kostnad. Dette fører til at mye konkret samarbeidsarbeid strander i økonomidiskusjoner. Regjeringen arbeider med å videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av en felles helsetjeneste (Meld. St. 7 (2019-2020)). Finansieringsordningene skal videreutvikles blant annet for å understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.

Det skisseres noen større strukturelle utfordringer rundt samarbeidsstrukturen og deltakelsen som påvirker opplevelsen av makt-ubalanse og manglende likeverdighet. Mangel på dialog og samhandling, og et sterkt informasjonspreg beskriver særlig dialogmøtene. Videre kritiseres mangel på samspill og informasjon mellom de ulike nivåene i strukturen. Lav kontinuitet blant møtedeltakere fører til at partene representeres av deltakere på ulike nivå, noe som påvirker handlekraften og beslutningsmuligheten negativt.

Erfaringer med samhandlingen er ulik mellom informanter fra kommunene og helseforetaket. Jevnt over er de fra helseforetaket mer fornøyd enn de fra kommunene. Dette er i samsvar med tidligere forskning, hvor helseforetaket opplever samarbeidet som langt bedre enn kommunene (Rødal, m.fl. 2020). Videre finner vi at nesten halvparten av de kommunalt ansatte opplever svært dårlig involvering og medbestemmelse i prosesser med helseforetaket. Erfaringene varierer også i ulike deler av fylket. Kommunene på Nordmøre har opplevd samhandlingen som så krevende at de har sagt opp samarbeidsavtalen med helseforetaket. LSU Molde er derimot et eksempel på en videreutvikling av en samarbeidsarena hvor man har lyktes med å få med ledelsen fra både kommuner og helseforetak, og dermed kan ta forpliktende beslutninger i møtene. Videre har de redusert og konkretisert sitt mandat fra 10 til tre punkt, og har endret LSU fra informasjonsmøter til konkret forbedringsarbeid.

Det er krevende å oppnå likeverdighet i samhandlingen når helseforetaket har en egen samhandlingsavdeling, mens kommunene, etter hva vi er kjent med, ikke har dedikerte ressurser avsatt til samhandling. Helseforetaket har sekretariatsfunksjon på de overordnede nivåene i samarbeidsstrukturen, mens regionrådene ivaretar denne i LSU. Våre funn er entydige i at det er behov for mer ressurser til samhandling fra kommunenes side. Det største mulighetsrommet for bedre samhandling mellom kommunene og helseforetaket er å ha en eller flere kommunale ressurser som deltar aktivt inn i felles sekretariat med helseforetaket på alle nivå i samarbeidsstrukturen. Det ligger mye makt i sekretariatet, og her må kommunene få sin stemme inn. Den beste løsningen er imidlertid ikke å etablere en ny stilling for en felles samhandlingskoordinator i fylket, men å se på muligheter for å øke ressursene til samhandling tilknyttet regionrådene som lokale samhandlingskoordinatorer. Hvorvidt det er ansettelse av nye

ressurser dedikert for samhandling eller skjerming av tid hos eksisterende ressurser, må avgjøres i samarbeid med kommunene tilknyttet regionrådene. Vår anbefaling er som skissert i den nye samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetaket, at regionrådene er lokale samhandlingskoordinatorer som deltar inn i samarbeidssekretariatet med helseforetaket. Videre anbefaler vi at en av de lokale samhandlingskoordinatorene tar en utvidet rolle, som regional samhandlingskoordinator, på vegne av de tre regionrådene. Denne rollen bør ta på seg utførende oppgaver i samarbeidssekretariatet ved å føre saksdokumenter, referat og rapporteringer i pennen. Den som påtar seg rollen som regional samhandlingskoordinator bør ha ressurser til å ha flere møtepunkter med samhandlingsavdelingen i helseforetaket, samt delta i samarbeidsforum med Helse Midt-Norge RHF for å sikre at kommunene i Møre og Romsdal har en stemme inn der. En mulig praktisk løsning kan være en rulleringsordning hvor rollen rullerer mellom regionrådene for ett eller to år av gangen. På denne måten vil man unngå et byråkratisk mellomledd, og styrke den koordineringen regionrådene bidrar til i samhandlingen. LSU og fagrådene ivaretar den faglige dimensjonen i samhandlingen og er der de konkrete forbedringene i hovedsak skjer. Ved å få kommunene inn i utførende oppgaver i samarbeidssekretariatet kan de også påvirke den strategiske retningen i helsetjenesteutviklingen. Om man finner en løsning hvor en av regionrådene tar en overbyggende rolle er det større sjanse for at denne allerede har tillit og legitimitet fra kommunal og helseforetakets side.

I Agder har man en lignende modell hvor hver kommuneregion har egne lokale samhandlingsressurser som kommunene spleiser på, hvorav en har arbeidsgiveransvaret. Samarbeidsstrukturen mellom kommunene og helseforetaket er lik den i Møre og Romsdal, men de har ikke LSU. I stedet har de Helsenettverk i hver kommuneregion hvor samhandlingskoordinator, kommunalsjef eller tilsvarende fra hver kommune deltar sammen med bisitter, tillitsvalgt, brukerrepresentant og ledere fra lokalsykehus med nedslagsfelt i kommuneregionen. Totalt er det seks samhandlingskoordinatorer i Agder, og alle deltar inn i arbeidsutvalg på strategiske samarbeidsarenaer. En av samhandlingskoordinatorene har frikjøpt en 50 % stillingsressurs for å ivareta arbeidsoppgaver i felles sekretariat i helsefellesskapet på vegne av de andre samhandlingskoordinatorene. Alle kommunene i fylket spleiser på denne stillingsandelen. Kommunene, med Kristiansand som vertskommune, søker nå midler fra Helsedirektoratet til deler av denne stillingsandelen. Også i tidligere Østfold, med Sarpsborg som vertskommune, søker kommunene midler til en 50 % stilling for samhandlingsjef sin deltakelse i felles sekretariat i helsefellesskapet. Dersom man i Møre og Romsdal blir enig om en vertskommune er det mulig å søke om midler fra Helsedirektoratet til å dekke deler av en stilling ved ett av regionrådene som tar på seg et regional samhandlingskoordinatoransvar i samarbeidssekretariat, slik det er beskrevet for helsefellesskap. Ettersom de andre regionrådene som lokale samhandlingskoordinatorer også må være delaktige i prosessene, og ivaretar funksjonen som sekretariat i LSU, er det rimelig å anta at en stillingsandel på 50 % er tilstrekkelig også i Møre og Romsdal. Våre funn viser et tydelig behov for økte ressurser til samhandling fra kommunenes side, og at det er ulik oppfatning av hvor stort behovet er i konkret stillingsandel. Derfor bør kommuneregion for kommuneregion se på hvordan man ønsker og kan øke lokale

ressurser til samhandling. Dersom man skal ha kommunale ressurser som deltar aktivt i samarbeidssekretariatet med helseforetaket må det tilføres mer ressurser enn regionrådene har til å jobbe med samhandlingen i dag. Ved å benytte Helsedirektoratets tilskuddsordning for etablering av felles sekretariat for kommunene i helsefellesskap blir kostnaden per kommune liten. Dette gir mulighet for en prøveperiode uten store økonomiske investeringer for kommunene eller organisatoriske endringer i den nye samarbeidsavtalen. I etterkant av denne perioden kan det evalueres om kommunene ønsker å videreføre en felles regional samhandlingskoordinator.

Regionrådene med de interkommunale helseutvalgene og sekretariatsfunksjon i LSU, og dermed den posisjonen de har i samhandlingen i dag, er et naturlig sted å starte for å bygge videre på det som fungerer godt. Regionrådene arbeider politisk med en rekke andre saksfelt i tillegg til helse. På bakgrunn av at man ønsker å styrke den faglige dimensjonen i form av konkret forbedringsarbeid i LSU hvor det er «mer fag enn politikk», stiller et par informanter spørsmålsteget ved om regionrådene som politiske samarbeidsorgan kan dedikere ressurser til samhandling slik det er behov for.

For å skape et solid grunnlag for videre samhandling og tjenesteutvikling anbefaler vi en felles prosess med forventningsavklaringer og strategisk retning før helsefellesskapet etableres. Både Agder og tidligere Østfold har hatt slike prosesser og våre informanter beskriver dem som avgjørende for å bygge tillit og styrke samarbeidsklima. Dette har bidratt til at kommunene har stått mer samlet og at man har turt å la seg representere. Her kan det også avklares organisering av kommunale formøter før partnerskapsmøte og strategisk samarbeidsutvalg for å samkjøre og koordinere kommunene. For å få til reelle diskusjoner er det nødvendig med representasjon fra kommunenes side. Vi foreslår en sammensetning av en kommunalsjef innen helse eller tilsvarende fra hver LSU område, fire fra toppledelsen i helseforetaket (herunder kliniksjefer?), regionrådene (lokale samhandlingskoordinatorer) og samhandlingssjef, samhandlingsrådgiver og praksiskonsulent i helseforetaket. I Østfold ble involvering, medbestemmelse og konsensus blant alle kommunene sikret ved at hvert ledd i prosessen ble sendt ut på høring og for godkjenning i kommunene. Regionrådene i Møre og Romsdal fremstår med sterke og gode strukturer som kan sikre involvering og medbestemmelse fra sine kommuner i en slik prosess. KS kan være en uhildet og samlende arrangør og fasilitator. Historikken i Møre og Romsdal gir grunn til å anta at en slik prosess kan være nyttig for styrke mulighetene for å få ut synergier av mer koordinerte kommuner i videreutviklingen av fremtidens helsetjenester sammen med helseforetaket. Prosessen skal føre til at kommunene og helseforetaket blir enig om konkrete mål for helsefellesskapet og felles tjenesteutvikling.

OPPSUMMERING AV ALTERNATIVE LØSNINGER SOM ER UTREDET

Oppsummert har prosjektet landet på følgende alternative løsninger for fremtidig organisering av samhandling mellom kommunene og helseforetaket som aktuelle:

- 0-alternativ: Videreføre planlagt organisering og oppgavefordeling
- Alternativ 1: Videreføre planlagt organisering og oppgavedeling, men med økte ressurser til samhandling/samhandlingskoordinator hos regionrådene som deltar inn i samarbeidssekretariat
- **Alternativ 2: Videreføre planlagt organisering og oppgavedeling, med regionrådene som lokale samhandlingskoordinatorer, hvorav en tar et utvidet ansvar for utførende arbeidsoppgaver i samarbeidssekretariatet som regional samhandlingskoordinator**
- Alternativ 3: Etablere en ny stilling for felles samhandlingskoordinator på tvers av kommunene i fylket

Alternativ 0

Dette alternativet anbefales ikke. Vår undersøkelse avdekker behov for større og dedikerte ressurser til samhandling fra kommunenes side for å være likeverdige partnere i samhandlingen. Informantene peker på økte utfordringer med oppgavefordeling for å løse samfunnsoppdraget i årene som kommer og kommunene ser behov for en sterkere stemme i møte med helseforetaket når slike beslutninger skal tas. Mange uttrykker eksplisitt verdien og «makten» i sekretariat. Her ønsker kommunene å komme inn og bidra til å sette dagsordenen i samhandlingen.

Alternativ 1

Alternativ 1 bygger på dagens modell, men med grunnlag i det tydelige behovet for økte ressurser til samhandling som er kommet frem i denne undersøkelsen foreslås det at kommunene spleiser på økte stillingsressurser dedikert til samhandling tilknyttet regionrådene. Det innebærer at regionrådene fremdeles har koordinering av samhandlingen opp mot helseforetaket, men at det settes av ressurser i en dedikert stillingsandel for å ivareta denne rollen hos regionrådene. Det vil være en forutsetning at samhandlingsressursen deltar i samarbeidssekretariat med helseforetaket. Hver kommuneregion må avklare hvor stor stillingsandel de har behov for.

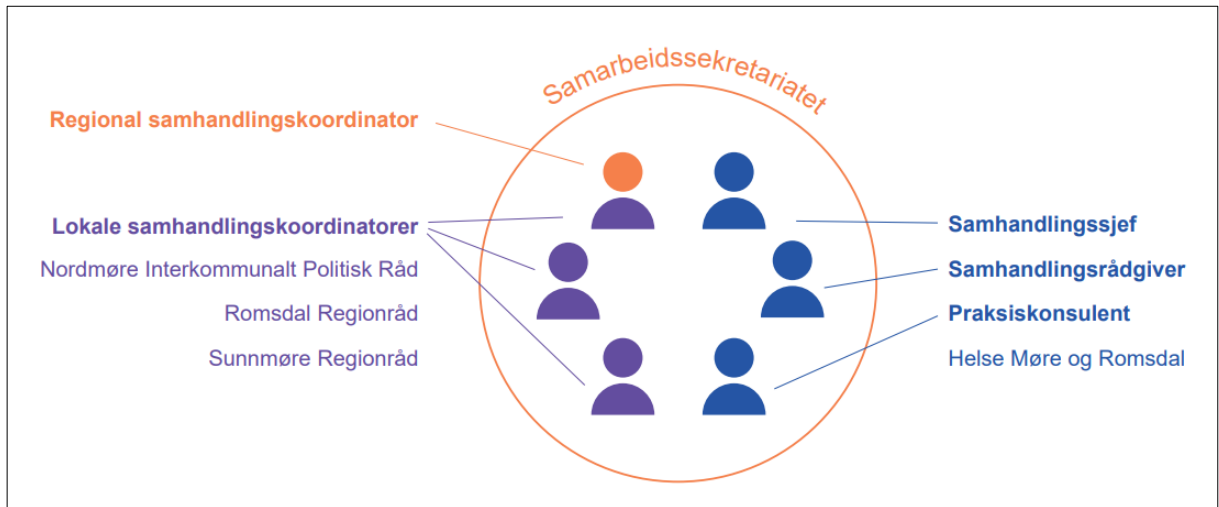
Alternativ 2

Alternativ 2 bygger også på dagens modell, men det foreslås å styrke denne modell hvor regionrådene har en rolle som lokal samhandlingskoordinator i LSU, men også deltar i samarbeidssekretariat inn mot partnerskapsmøte og strategisk samarbeidsutvalg. En av de lokale samhandlingskoordinatorer (regionrådene) tar en utførende rolle i samarbeidssekretariatet som regional samhandlingskoordinator, hvor alle kommunene i fylket bidrar til å spleise på en gitt

stillingsandel. En kommune tar vertskommunerollen, slik at det kan søkes midler fra Helsedirektoratet til etablering av felles sekretariat for kommunene i helsefelleskapet til deler av utgiftene. Det er en forutsetning at den av de lokale samhandlingskoordinatorene (regionrådene) som tar på seg oppgaven som regional samhandlingskoordinator i utførende arbeidsoppgaver, opptre uhildet og viderefører konsensus fra kommunene i hele fylket.

Denne modellen bygger på gode erfaringer fra en lignende modell i helsefelleskapet i Agder og til dels tidligere Østfold. I Agder har hver kommuneregion egen samhandlingskoordinator, slik det løses med regionrådene i Møre og Romsdal i dag. En av samhandlingskoordinatorene frikjøpes i 50 % av sin stilling av alle kommunene i fylket til å være felles samhandlingskoordinator i helsefelleskapet. Det er nedfelt et arbeidsutvalg bestående av samhandlingskoordinatorene fra kommuneregionene, felles kommunal samhandlingskoordinator og samhandlingssjef fra helseforetaket som ivaretar felles sekretariatsfunksjon. Dette alternativet vil sikre at regionrådene fremdeles har den «daglige» samhandlingsrollen opp mot lokalsykehuset via LSU. Økte ressurser til samhandling i de enkelte regionrådene ved behov og ved at en yter en felles regional samhandlingskoordinatorrolle, gir kommunene mulighet til å komme inn og sette dagsorden i samhandlingen. Den regionale samhandlingskoordinatoren må bidra til å skrive saksfremlegg slik at kommunenes perspektiv ivaretas og til å sikre tidlig involvering av kommunene. Modellen forutsetter at kommunene tør å la seg representere, og at noen tar en aktiv og utførende rolle fra kommunenes side for å komme i posisjon til å bidra med mer enn møtedeltakelse i samarbeidssekretariat. En prosess hvor det avklares strategisk retning i helsefelleskapet, som avstemmes med alle kommuner kan bidra til å trygge kommunene i representasjonen. Våre data tyder på at man ønsker og ser behovet for å enes på tvers i fylket, og det å samles rundt en regional samhandlingskoordinator kan bidra samlende etter lengre tid med stridigheter på helse- og omsorgsfeltet.

En annen dimensjon er samhandling med andre helseforetak og opp mot Helse Midt-Norge RHF, hvor det utredes og behandles pasienter fra Møre og Romsdal. Her har det manglet kommunal representasjon.



Bilde av anbefalt organisering av samarbeidssekretariat i helsefelleskap i Møre og Romsdal. Laget av Inventas.

Alternativ 3

Alternativ 3 bygger på samhandlingsmodellen i Trøndelag hvor kommunene har en felles samhandlingskoordinator som ivaretar samhandlingen mot helseforetaket og utgjør kommunenes sekretariat opp mot sykehuset samhandlingsavdeling. I et stort fylke som Møre og Romsdal, med flere lokalsykehus, store geografiske avstander og en historie med interne stridigheter er vår vurdering at dette vil være en krevende modell å realisere på nåværende tidspunkt. I våre undersøkelser kommer det frem at flere er bekymret for eller ikke ønsker å la seg representere av en felles samhandlingskoordinator. Dette kan gjøre det vanskelig for en samhandlingskoordinator å sikre legitimitet og tillit hos alle kommunene i fylket.

REFERANSER

Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I., & Skrove, G. K. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109–133.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2019). Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfelleskap_avtale.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Høringsnotat om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven – innføring av krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0f077694505045ef93fd3efa4377e19e/horingsnotat--endringer-i-helse--og-omsorgstjenesteloven-l1740136.pdf>

Høringsutkast samarbeidsavtale (2020). Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Høringsutkast revidert samarbeidsavtale med frist 26.10.20. <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Samhandlingsavtaler/Reforhandling%20av%20samhandlingsavtalen/H%c3%b8ring%20h%c3%b8st%202020/H%c3%b8yringsutkast%20-%20revidert%20samarbeidsavtale%20mellom%20kommunane%20i%20M%c3%b8re%20og%20Romsdal%20og%20Helse%20M%c3%b8re%20og%20Romsdal%20HF.docx.pdf>

Kassah, B. L. L., Tingvold, W.-A., & Kassah, A. K. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget.

Lovdata. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2. Krav til avtalens innhold*.

Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo.

Ramsdal, H., Bjørkquist, C., & Ramsdal, H. (2012). *Innovasjonsperspektiver på Samhandlingsreformen*. Høgskolen i Østfold.

Rødal, J.H., Frisvoll, I.C., Hungnes, T., Myhre, E. og Aarseth, T. (2020). Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter. Møreforskning rapport nr. 2005

Samhandlingsavtale (2015). Samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og

Helse Møre og Romsdal HF. Datert 29.04.2015. Delavtale 4 ble revidert 12.09 2017 som følge av endring i forskrift. <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Samhandlingsavtaler/Samhandlingsavtale%202015%20Revisjonsversjon%2016.02.16%20oppdatert.pdf>



MØREFORSKING AS
Postboks 5075
6021 Ålesund
TEL +47 70 11 16 00
www.moreforsk.no
NO 991 436 502

