

Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer

**Helge Ramsdal
Gunnar Vold Hansen**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2009:1**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2009:1

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-281-9

ISSN: 1504-5331

Innhold:

Forord	3
Sammendrag.....	5
Problemstillinger.....	5
Hovedkonklusjon.....	5
Samarbeidsavtalen i Østfold som ledd i en nasjonal strategi.....	6
Struktur og sammensetning	6
1. Administrativt samhandlingsutvalg (ADMS) i Østfold: bakgrunn og problemstillinger.....	9
1.1 Innledning.....	9
1.2 Samarbeidsavtalen.....	12
1.3. Samarbeidsavtalen i Østfold i et nasjonalt perspektiv.....	15
1.4 Problemstillinger.....	18
2. Samarbeid og samhandling: teoretiske perspektiver, metode og data.....	21
2.1. Innledning (politiske føringer/bakgrunn).....	21
2.2. Tjenestefelt og behov for samordning og samarbeid.....	22
2.3. Kunnskapsgrunnlag og kriterier for vellykkete samhandlingsstrategier..	29
2.4. Tidligere undersøkelser.....	30
2.5. Metode og data.....	32
2.6. Forskningsdesign	34
2.7. Noen avgrensinger.....	34
3. Struktur	37
3.1. Innledning.....	37

3.2. Representativitet	38
3.4. Partnerskapsorganisering og beslutningsevne	44
3.5. Sekretariatsfunksjonen.....	46
4. Arbeidsformer og aktiviteter.....	47
4.1. Innledning.....	47
4.2. ADMS's arbeidsform.....	47
4.3. Kliniske utvalg	54
4.4. Samhandlingsforum.....	58
4.5. Adressatene.....	59
4.6. Drøfting: Arbeidsformer og aktiviteter.....	61
5. utfordringer.....	65
5.1. Innledning.....	65
5.2. Avvikshåndtering.....	72
5.3. Er kommunene og sykehuset ”mettet” på rutiner?	73
5.4. Likeverdighet mellom kommuner og sykehus.....	74
6. Drøfting – samhandling og samarbeid mellom kommuner og sykehus.....	79
6.1. Innledning.....	79
6.2. Hva hemmer og hva fremmer god samhandling mellom kommuner og sykehus?	80
6.3. Iverksetting - forutsetninger for ”dyp” samhandling.....	87
7. Konklusjoner.....	91
7.1. Innledning.....	91
7.2. Struktur.....	91
7.3. Prioriterte arbeidsoppgaver og arbeidsformer	93
7.4. utfordringer	96
7.5. En hovedkonklusjon.....	99
Litteratur.....	103

Forord

Initiativet til arbeidet med denne rapporten ble tatt allerede i 2005, da høgskolen ønsket å følge arbeidet med utviklingen av det nystartede Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold. Samarbeid mellom Sykehuset Østfold HF og kommunene i fylket ble i løpet av et års tid formalisert gjennom en samarbeidsavtale. Formaliseringen av samarbeidsrelasjonene i Østfold, og de strategiene en valgte for å bedre samarbeidet i helsesektoren på dette grunnlag, falt i tid sammen med at det ved høgskolens Avdeling for helse- og sosialfag ble besluttet å velge tverrfaglig samarbeid som satsingsområde. Avdelingen har både startet opp et masterstudium i Tverrfaglig samarbeid og etablert en fouggruppe på dette feltet.

Det viste seg vanskelig å finansiere en følgeforskning knyttet til Administrativt samarbeidsutvalg ut over den innsatsen som ble koplet til avdelingens satsing, slik intensjonen opprinnelig var. Men som et ledd i satsingen på tverrfaglig samarbeid ved høgskolen deltok noen av oss på møtene i utvalget, og intervjuet medlemmene der. De synspunktene som fremkom ble presentert for utvalget i 2006. Etter dette tok vi opp tråden i 2008, da Administrativt samarbeidsutvalg fikk innvilget midler til en evaluering av arbeidet i utvalget så langt av Helse Sør-Øst.

Behovet for å oppsummere erfaringene med samarbeidsavtalen, som løper frem til 30.06 då og deretter videreføres ett år ad gangen dersom ingen av partene sier den opp, er grunnlaget for den foreliggende rapport. Denne rapporten bygger delvis på de dataene som ble samlet inn i de første par årene av utvalgets arbeid,

men i hovedsak på intervjuer og dokumentgjennomgåelse foretatt i løpet av høsten 2008. De som deltok fra høgskolen side i den første fasen av prosjektet var i tillegg til undertegnede, høgskolelektorene Christian Ebeltoft og Trude Tonholm. I den siste fasen har disse to, samt 1. amanuensis Gunnar Vold Hansen og stipendiat Mona Jerndal Fineide bidratt med intervjuing og diskusjoner. Undertegnede har vært prosjektleder og ført rapporten i pennen.

Sekretariatet for utvalget, ved Anne Grethe Erlandsen og senere Trond Birkestrand, har vært til stor hjelp i arbeidet gjennom tilrettelegging av intervjuavtaler og ved å fremskaffe dokumenter fra utvalgets arkiver. Vi er svært takknemlige overfor både dem og de som tok seg tid til å bli intervjuet, og for den velvilje og interesse prosjektet ble møtt med. Vi takker også Helse Sør-Øst som bidro til finansieringen av prosjektet.

Kråkerøy/Berkeley 1.4.2009

Helge Ramsdal

Gunnar Vold Hansen

Sammendrag.

Problemstillinger

Utgangspunktet for denne rapporten er at Samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold HF og kommunene i fylket utløper 1. Juli 2009, og at en vurderer hvordan avtalen skal fornyes (jfr. s. 3). Rapporten oppsummerer de erfaringene deltakerne i Administrativt Samarbeidsutvalg og andre ansatte ved sykehuset og i kommunene har hatt med avtalen og de virkemidlene den anvender. I rapporten tar vi opp hvordan de ulike deler av avtalen har fungert. Tema i undersøkelsen har vært organisering, arbeids- og beslutningsformer og utfordringer som en bør ta hensyn til i arbeidet med å utvikle samarbeidsrelasjonene i fremtiden. Drøftingen tar utgangspunkt i det kunnskapsgrunnlag en etter hvert har fått om samordning og samarbeid i helse- og sosialsektoren.

Hovedkonklusjon.

Det generelle, overordnede funnet i våre data er at Samarbeidsavtalen er et godt fundament for videreutviklingen av samarbeidsrelasjonene mellom helseforetaket og kommunene i Østfold.

Avtalen anses som et godt virkemiddel, og det er ingen som foreslår at en skal endre avtaleteksten. Langt de fleste har en svært god evaluering av prosessene knyttet til Administrativt samarbeidsutvalg, de kliniske utvalgene og Samhandlingsforum.

Sett i dette perspektivet, er det ingen grunn til ikke å videreføre avtalen for en ny periode. Det som kan endre forutsetningene for den, dreier seg om forhold som

vi ikke har hatt muligheter til å ta opp på en konkret måte i denne rapporten, nemlig forslagene til endringer i funksjonsfordeling og finansieringsordninger som kan komme som ledd i en ny helsereform. En bør også foreta en diskusjon om hvordan en kan justere avtalen for å sikre forankring og iverksetting av beslutninger.

Samarbeidsavtalen i Østfold som ledd i en nasjonal strategi.

Alle helseforetaksområder har nå etablert samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommunene.

Østfold er et av de første områdene som fikk en slik avtale – i 2005. To år senere ble det vedtatt en nasjonal intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Østfold var derfor tidlig ute med sin avtale, og sammenlikninger med andre deler av landet viser at en i Østfold har en omfattende og godt forankret samarbeidsstrategi. Avtalen i Østfold omfatter både psykisk helsevern og somatikk, og er etablert med et eget sekretariat med en ansatt leder, og et strategisk samarbeidsforum (Administrativt samarbeidsutvalg – ”ADMS”).

Struktur og sammensetning

Analysen viser at Samarbeidsavtalen har utløst en rekke aktiviteter knyttet til bedre pasientlogistikk, og har bidratt til et økt fokus på samhandling mellom sykehus og kommunene. Den viser også at partnerskapsorganisering gjør det viktig å ta hensyn til alle deltakende parter, og at det er en vanskelig balansegang mellom beslutningseffektivitet og legitimitet for de vedtak som fattes i ADMS. Beslutningseffektivitet er ivaretatt på en god måte, men samtidig har en vært bevisste om å ha gode prosesser før en kommer frem til bindende vedtak om samarbeidsrutiner. ADMS fremstår som et relativt lite og

effektivt utvalg som i hovedsak arbeider med faglig-administrative rutiner for samhandling. Gjennom arbeid i kliniske utvalg og Samhandlingsforum gis de øvrige aktørene anledning til å fremme sine synspunkter i den konkrete utformingen av samarbeidstiltak, for eksempel rutiner. Utvalget er også preget av gode relasjoner mellom medlemmene, og at en gjennom grundige saksforberedelser har etablert et effektivt samhandlingsorgan.

De kliniske utvalgene har tatt opp spørsmål som er ansett som viktige for det konkrete samarbeidet mellom kommuner og sykehus, og ved at disse utvalgene arbeider tidsbegrenset med konkrete mandat knyttet til utarbeiding av rutiner for samhandlingen, er fleksible, og ivaretar faglig kompetanse og brukerrepresentasjon.

Samhandlingsforum har etter hvert fått en viktig rolle som en formidlings- og drøftingsarena for overordnede samhandlingsspørsmål. Men det er ikke beslutningsmyndighet tillagt dette forumet, og jo viktigere problemstillingene som tas opp der blir ansett å være, jo viktigere er det å avklare hvilken formell status forumet skal ha i fremtiden.

Det er imidlertid et problem at fastlegene ikke er en del av arbeidet på linje med de øvrige aktørene. Det vil også være naturlig å la brukerne uttale seg om den formen de er representert på i forhold til avtalen.

Utfordringer.

Analysen viser at det er flere utfordringer i gjennomføringen av Samarbeidsavtalen:

Det er en utfordring å finne frem til gode ordninger i forhold til representasjon fra overordnet politisk-administrativ ledelse, særlig kommunale ledere, fastleger og brukere. Til tross for at en har formelt sett god lederforankring både i sykehus og kommuner, er det en utfordring å *forankre avtalen* i de ulike virksomhetene.

En annen utfordring er *iverksetting* av de rutiner/tiltak som er vedtatt i ADMS. Dette har en vært oppmerksomme på siden opprettelsen av ADMS. Gjennom etableringen av rutiner for avviksbehandling har en bidratt til å sette rutinesvikt i system. Foreløpig ser det ut som om avvikssystemet i større grad fungerer fra kommune til sykehus, mens sykehusets i mindre grad melder om avvik fra rutiner i kommunene. Mye tyder på at det kan være hensiktsmessig for ADMS å sette ennå mer kraft inn i implementering av rutiner som allerede er vedtatt, før en vedtar mange nye. Dette vil være i tråd med SINTEF_Helse's nasjonale analyse, der Østfold-kommunene er de eneste som mener at de nå er "mettet på" rutiner.

1. Administrativt samhandlingsutvalg (ADMS) i Østfold: bakgrunn og problemstillinger.

1.1 Innledning.

Allerede i 2002 tok KS Østfold initiativ til å etablere prosjektet ”Helhetlige helsetjeneste”, som et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold HF for å bidra til mer helhetlige helsetjenester i fylket. Hovedmålet for prosjektet var å skape overordnede prinsipper for samhandling mellom de to nivåene. Prosjektet ble avsluttet i 2004 med en anbefaling om at kommunene i Østfold og sykehuset skulle etablere et administrativt samarbeidsutvalg for å godkjenne felles rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter, følge opp samarbeidsavtaler, avklare saker av prinsipiell faglig, administrativ og økonomisk og karakter og avgjøre uenighetssaker. Styret i KS og sykehusledelsen sluttet seg til anbefalingene.

I følge de informasjonene vi har, var utgangspunktet for dette initiativet at kommuneleger/helsesjefer og ledere ved sykehuset som opplevde samhandlingsproblemer i det daglige arbeidet. Disse problemene var velkjente, og hadde preget samarbeidet mellom sykehus(ene) og kommunene i mange år. En ønsket nå å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset gjennom konkrete tiltak på de felt der en mente behovet var størst. Det første året var dette samarbeidet ikke formelt forankret i de styrende organer i sykehuset og kommunene, men i løpet av 2005 ble arbeidet sterkere formalisert ved at det ble inngått en samarbeidsavtale mellom kommunene i Østfold og

helseforetaket, der verdigrunnlag, mål, struktur, beslutnings- og arbeidsformer ble klarlagt (vedlegg 1). Det er denne avtalen som er i fokus i denne rapporten.

I løpet av de siste årene er det også nasjonalt blitt et økende fokus på samarbeidsrelasjonene mellom kommunehelsetjenester og sykehus. En rekke utredninger har vist at en har utfordringer knyttet særlig til utskrivings- og innskrivingsrutiner, kommunikasjon om pasienter med komplekse og langvarige lidelser, og pasienter med psykiske lidelser (NOU 2005:3). Disse utfordringene har bl.a. ligget til grunn for målene i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, lovfestingen om individuelle planer, lovpålagt samarbeid mellom helsepersonell gjennom Helsepersonelloven, og satsingen på etablering av behandlingslinjer, i sykehus og mellom sykehustjenester og kommunale tjenester, for ulike diagnosegrupper. Den ”samhandlingsreformen” som nå blir lansert av Helse- og omsorgsdepartementet (nå betegnet en ”kommunalreform”) er selvsagt et viktig element i dette arbeidet.

Etableringen av ulike samarbeidsorgan mellom kommuner og sykehus har vært et viktig ledd i dette arbeidet. De siste 5 årene har en hatt et særlig fokus på etablering av samarbeidsavtaler og samhandlingsfora, organisert innenfor helseforetakenes opptaksområder. En generell intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund fra 2007 legger nå premisser for dette arbeidet, og har utløst lokale aktiviteter for å videreføre samhandlingsarbeidet gjennom formaliserte lokale samarbeidsavtaler. Som nevnt ble en samarbeidsavtale mellom kommunene og Sykehuset Østfold HF vedtatt allerede i 2005 – og var derved forut for den nasjonale rammeavtalen. Denne avtalen er fireårig, og skal vurderes for en eventuell fornyelse i løpet av 2009. Spørsmålet om hvorvidt avtalen skal fornyes, og eventuelt om en skal

foreta endringer i avtaleteksten, er et viktig utgangspunkt for denne rapporten. I tillegg er de erfaringene som er høstet i Østfold interessante også utenfor fylket, ikke minst fordi en i ulike deler av landet velger ulike løsninger både mht struktur, arbeidsformer og tilretteleggelse for gjennomføring av avtalene.

I likhet med det som er tilfellet i andre deler av landet, er avtalen i Østfold en såkalt partnerskapsavtale. Både kommuner og sykehus avgir beslutningsmyndighet til et utenforstående samarbeidsorgan, der de ulike interessentene – i hovedsak kommuner og sykehus – er representert. Også av denne grunn er studier av samhandlingsavtalene interessante – og da fra et mer generelt forvaltningspolitisk perspektiv. I dette perspektivet fremstår partnerskapsorganisering som en ”moderne” og fremtidsrettet måte å utvikle samarbeid mellom ulike offentlige (og private) aktører. Det er derfor naturlig å se denne rapporten også i lys av spørsmål om hva som kan være forutsetningene for at et partnerskap skal fungere, og hvilke erfaringer har en med denne organisasjonsformen i helsetjenestene i Østfold.

Den undersøkelsen vi rapporterer om her er relativt avgrenset i tid og rom: det dreier seg om erfaringene med Samarbeidsavtalen – og dens viktigste virkemidler Administrativt Samarbeidsutvalg (heretter kalt ADMS), Samhandlingsforum og kliniske utvalg. Som det har fremgått av det ovenstående er det imidlertid også viktig å ha i mente de mer generelle spørsmålene om hvordan en skal få til et bedre samarbeid mellom sykehus og kommuner, der Samarbeidsavtalene er et av flere virkemidler.

Vi vet at både kommunal helsetjeneste og sykehus er dynamiske organisasjoner. I dette ligger blant annet at de utvikles i stor grad ut fra drivkrefter ”innenfra”,

med en egen logikk knyttet til anvendelse av nye faglige kunnskaper, og ”utenfra” av politiske, økonomiske og administrative rammebetingelser. Disse utviklingsprosessene har noe ulik karakter i sykehus og i kommunene, og ulike tradisjoner og perspektiver på helsearbeid mellom de to tjenestenivåene vil kunne skape utfordringer for samhandlingen. Også brukernes erfaringer og perspektiver gir i økende grad premisser for utviklingen av tilbudet. Selv om alle kan være enige i at det er viktig å sikre kvalitativt gode tjenester, må også etableringen av samhandlingsorgan relatere seg til at de ulike interessentene til en viss grad har ulike mål, ulike kriterier for suksess, og derved av og til ulike krav til effektivitet og kvalitet. Som det vil fremgå av analysen er det derfor en nødvendig forutsetning for god samhandling at en makter å balansere ulike hensyn mellom brukere, fagfolk, og ledere i kommunene og i sykehus. Samarbeidsavtalen, og ADMS spesielt, er ment å være styrende for utviklingen av gode relasjoner gjennom konkrete tiltak.

1.2 Samarbeidsavtalen.

Initiativet i Østfold var, sammen med etableringen av liknende samarbeidsutvalg noen andre steder i landet, blant annet i Helse Midt-Norge (St. Olavs Hospital og Trondheim kommune) og Helse Vest (Helse Fonna og kommunene i Nord-Rogaland og Sør-Hordaland) viktige grunnlag for at det i 2007 ble vedtatt en overordnet, nasjonal samarbeidsavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet (vedlegg 2). Den nasjonale avtalen bygger i stor grad på erfaringene med disse lokale avtalene, men fungerer som en intensjonsavtale som i sin tur forutsetter, og allerede har medført, at en etablerer liknende lokale avtaler som i Østfold i hele landet. Det er nå vedtatt slike avtaler i samtlige 26 helseforetaksområder (Kahlset og Paulsen 2008).

Som nevnt foran ble det allerede i 2004 i Østfold tatt et initiativ til å etablere et Administrativt Samarbeidsutvalg med deltakelse fra kommunene og helseforetaket (Sykehuset Østfold HF). I 2005 ble det så inngått en formell samarbeidsavtale mellom 17 av de 18 Østfoldkommunene og Sykehuset Østfold HF (en av kommunene, Rømskog, tilhører legevaktdistriktet i Follo). Denne avtalen hadde en varighet på 4 år og ble vedtatt enstemmig av kommunestyrene i samtlige 17 kommuner og i sykehusstyret i løpet av 2007. Avtalen er formulert som en avtale mellom hver av kommunene og Sykehuset Østfold, og bygger på Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven, Specialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven og Pasientrettighetsloven. Avtalen presiserer et verdigrunnlag der det fremgår at samhandling bygger på et helhetlig syn på tjenestene til den enkelte pasient/bruker og til Østfolds befolkning, skal *”bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt, overordnet, systematisk og konkret samarbeid til praktisk nytte for pasientene/brukerne. Samarbeidet skal legge til grunn den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling (“.. og bedre skal det bli”)*”. (Avtalen:1)

Avtalen beskriver også Administrativt samarbeidsutvalg som et partssammensatt, overordnet samarbeidsutvalg mellom avtalepartnerne, som har følgende oppgaver:

- å utarbeide utkast til samarbeidsavtale mellom den enkelte kommune og Sykehuset Østfold HF og har senere ansvar for å følge opp avtalen
- å avklare saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter
- å godkjenne felles rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling omkring felles pasienter

- å opprette kliniske samarbeidsutvalg for ulike områder, herunder oppnevning, mandat og overordnede vedtak. Det bør tilstrebes brukerrepresentasjon i de kliniske utvalgene. Utvalgene rapporterer til administrativt samarbeidsutvalg
- å avgjøre uenighetssaker som ikke er løst i evt. kliniske samarbeidsutvalg
- å legge til rette for felles opplæring av helsepersonell som skal utfylle hverandre i tjenestene - herunder å stimulere til etablering og felles møteplasser på tvers av forvaltningsnivåene
- å lage en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter mellom kommunene og Sykehuset Østfold og bidra til spredning av gode modeller for samhandling

Som vi skal komme tilbake til innebærer dette at ADMS er et overordnet faglig-administrativt samarbeidsorgan med relativt vide fullmakter. Sammensetningen i utvalget er regulert slik at det skal være fem representanter fra kommunene og fem fra sykehuset. De fem representantene fra kommunene skal rekrutteres fra hver av de fem legevaktdistriktene/regionene, mens sykehusrepresentasjonen ikke er nærmere presisert. I praksis har divisjonsdirektører vært medlemmer av utvalget. Leder og nestleder skal alternere årlig mellom sykehuset og kommunene. Sekretariatsfunksjonen er tillagt sykehuset, og finansiert derfra.

Et viktig poeng er at det i avtalen presiseres at vedtak i ADMS *”forutsetter enstemmighet og forplikter partene”* (Avtalen s. 2). Dette er en viktig premiss for etableringen av den partnerskapsmodellen som avtalen bygger på. Avtalen angir dessuten to viktige virkemidler for å gjennomføre de oppgaver ADMS tillegges: *”Kliniske samarbeidsutvalg”* og *”Samhandlingsforum”*. Kliniske samarbeidsutvalg kan opprettes av ADMS som faste eller midlertidige utvalg for

faglige og/eller administrative utfordringer. I disse utvalgene bør det tilstrebes brukerrepresentasjon. Samhandlingsforum har som formål å skape en arena for drøfting av ulike tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, undervisning og veiledning. Samhandlingsforum avholdes to ganger pr. år. I praksis har en valgt å legge vårmøtet opp som et bredt sammensatt dagsmøte der politiske og administrative ledere fra kommunene møter ledelsen ved sykehuset, mens høstmøtet har fokus på nettverksbygging, faglige problemstillinger, og der helsearbeidere/-ledere møter.

Et viktig poeng er at avtalen i seg selv skaper forpliktelse for partene til å ”informere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen gjelder for” (Avtalen:3). Videre heter det at partene forplikter seg til å gjennomføre konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som berører partene. Avtalen trådte i kraft 1. juli 2005 og gjelder frem til 30.juni 2009.

1.3. Samarbeidsavtalen i Østfold i et nasjonalt perspektiv.

Det samarbeidet som ble formalisert og utdypet gjennom Samarbeidsavtalen var på dette tidspunkt på mange måter et pionerarbeid. Sammen med tilsvarende initiativ i Helse Vest (Helse Fonna) og Helse Midt-Norge/Trondheim kommune har en her utviklet og formalisert samarbeidsrelasjoner som senere er blitt fulgt opp andre steder i landet, og som også har vært lagt til grunn for den nasjonale samarbeidsavtalen som var vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet og KS i 2007. Men selv om de samarbeidsutvalgene som vedtas i landet har samme mål og er utarbeidet innenfor rammen av den nasjonale samarbeidsavtalen, er de ulike mht struktur, sammensetning, og arbeidsformer.

I november 2008 (etter at evalueringen i Østfold var igangsatt) publiserte SINTEF Helse en rapport om erfaringene med de lokale samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak som var virksomme per oktober 2008. (Kalseth og Paulsen 2008). Denne rapporten kan på mange måter danne et referansepunkt for evalueringen i Østfold, og beskriver status i forhold til utvikling og implementering av formalisert samarbeid mellom kommuner og helseforetak gjennom bruk av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora. Rapporten viser at det nå er vedtatt samarbeidsavtaler knyttet til alle helseforetak med eget opptaksområde, noe som viser at den nasjonale rammeavtalen har hatt betydning for relativt rask iverksetting av formaliserte samarbeidsrelasjoner. Samtidig viser rapporten at det er variasjoner i innhold og organisering av relasjonene, og at en er kommet ulike langt i å utvikle og konkretisere arbeidet i de ulike deler av landet. Østfold skiller seg på flere måter ut i dette materialet, ikke bare ved å være tidlig ute i etableringen av avtaler og administrativt samarbeidsutvalg, men også gjennom bredde og dybde i samarbeidsbestrebelsene. Det kan derfor være interessant innledningsvis å posisjonere Østfold i forhold til de nasjonale utviklingstrekk som rapporten viser.

Det første spørsmålet rapporten tar opp er omfanget av samarbeidsavtaler. Her viser det seg som sagt at samtlige 26 helseforetaksområder nå er dekket av en samarbeidsavtale. Samtidig er det variasjon mht. tjenesteområder (somatikk, psykisk helsevern, rus) som er dekket, og oversikten viser at Østfold er et av 10 områder der alle tre tjenesteområder er dekket, og at alle kommunene i området har underskrevet avtalen. I 11 av de 26 helseforetaksområdene er det ansatt prosjektdirektør/prosjektleder eller tilsvarende for samarbeidsavtalene. Østfold

er et av disse. I 17 av områdene - inkludert Østfold – har en intensjonsavtaler som innbefatter et strategisk samarbeidsforum (i Østfold Administrativt samarbeidsutvalg) og i 14 områder – deriblant Østfold – er det vedtatt egne avtaler med rutiner/ansvarsfordeling på tjenestenivå/individnivå. Underutvalg – som i Østfold gjennom etablering av kliniske utvalg – er etablert også noen andre steder i tillegg til Østfold, blant annet i St.Olavsområdet og rundt Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Også når det gjelder forankring på ledernivå, er Østfold gjennom vedtakene om tilslutning til avtalen i de 17 kommunestyrene og i helseforetakets ledelse blant de som registreres som ”godt forankret avtale på høyt ledernivå”. Østfold er også et av områdene der en har formalisert rutiner for flest tjenesteområder, bl.a. rutiner for innskriving/utskrivning på alle områder, utskrivning på somatikk, avviksrutiner, hospitering og individuell plan på alle tjenesteområder, og kompetanseoverføring på somatikk. Alt i alt fremstår Østfold som et av de områdene der en var tidlig ute med å etablere samarbeidsavtaler og -utvalg, og som har etablert et mer omfattende og politisk-administrativt forankret samarbeid enn det som er tilfellet de fleste steder i landet.

De problemstillingene en tar for seg i SINTEF-Helse-rapporten er for en stor del samsvarende med de som er i fokus i denne evalueringen. SINTEF-rapporten er primært en kartlegging, basert delvis på de opplysningene som finnes på sykehusenes internettsider, delvis på et spørreskjema om hvilke erfaringer og synspunkter en har på samarbeidet i ledelsen som er tilsendt samtlige kommuner og helseforetak.

1.4 Problemstillinger.

Det primære målet med denne rapporten er å gi innspill til prosessen i forbindelse med fornyelsen av avtalen i Østfold, som skal besluttes om innen utgangen av 2009. Men samtidig ser vi at de samarbeidsavtalene som er etablert i landet både har noen klare likhetstrekk, men også ulikheter på mange områder. Det bør derfor være av interesse også i forhold til utviklingen av slike samarbeidsavtaler på nasjonal basis å systematisere erfaringene fra de enkelte helseforetakenes opptaksområder, og rapporten er derfor også ment som et bidrag til generell kunnskapsutvikling på dette feltet. Den ”Samhandlingsreformen” som nå er under utarbeidelse, danner også et bakteppe for vårt arbeid.

Vi er opptatt av tre hovedspørsmål i denne rapporten:

Er den *strukturen* en har valgt for Administrativt samarbeidsutvalg (mandat, organisering, osv.) hensiktsmessig i forhold til mål og intensjoner med avtalen?

Er de *prioriterte arbeidsoppgaver og arbeidsformer* en har valgt hensiktsmessige i forhold til målene om bedre samarbeid mellom sykehus og kommuner?

Hvilke *utfordringer* møter en i arbeidet med å videreutvikle samarbeidet?

Disse spørsmålene skal vi komme tilbake til i de neste kapitlene. Rapporten er disponert slik:

Første kapittel er et innledningskapittel, der vi redegjør for bakgrunnen for opprettelsen av Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS), og beskriver innholdet i Samarbeidsavtalen, og problemstillinger vi konsentrerer oss om i denne rapporten.

I andre kapittel tar vi for oss kunnskapsgrunnlaget om samordning og samarbeid i helsetjenesten, noen teoretiske inntak til analysen, og data og metode i undersøkelsen.

Tredje kapittel dreier seg om de strukturelle spørsmålsstillingene vi har presentert foran.

Fjerde kapittel tar for seg arbeidsoppgaver og arbeidsformer.

I femte kapittel analyserer vi de funnene vi har presentert i de foregående kapitler. Først tar vi for oss de utfordringene en står overfor i forhold til gjennomføringen av målene med Samarbeidsavtalen. Deretter drøfter vi arbeidet med samhandling og samarbeid mellom sykehustjenester og kommunale helse- og sosialtjenester i et bredere perspektiv, basert på erfaringene i Østfold.

I sjette kapittel oppsummerer vi våre funn, og trekker konklusjoner i forhold til de overordnede spørsmål om videreføring av Samarbeidsavtalen, og eventuelle endringer i struktur og arbeidsformer.

2. Samarbeid og samhandling: teoretiske perspektiver, metode og data.

2.1. Innledning (politiske føringer/bakgrunn).

I NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" foreslås det at en etablerer samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene som et ledd i strategien for å bedre samordning og samarbeid mellom de to tjenestenivåene.

Konkret uttaler utvalget:

Utvalget mener det har stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Det bør både være avtaler som regulerer hvordan partene skal forholde seg på overordnet nivå, samt avtaler som regulerer spesifikke områder for samarbeid. Det er hensiktsmessig at partene selv finner ut hvordan avtalen skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling. Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå. (NOU 2005: s. 18):

Utvalget legger likevel til grunn at det er begrenset kunnskap om hvorvidt slike tiltak faktisk har den virkningen man forutsetter og uttaler derfor videre:

Det er også behov for forskning på metoder for samhandling. Det er for lite kunnskap om hva som er virksom samhandling, og hvordan den kan bli mer effektiv og nyttig. Utvalget foreslår at det prioriteres ressurser til forskning rettet mot dette (op.cit: s. 19).

Mens ”samordning” og ”samarbeid” for å utvikle helhetlige tjenestetilbud er høyt verdsatte verdier, viser det seg at det som oftest er langt mellom idealer og realiteter. Hvorfor er det slik? Først en kort klargjøring av begreper: med ”samordning” tenker en på et generelt begrep om at ”flere forhold er satt opp mot hverandre og vurdert i sin helhet, og at man tilpasser delene slik at helheten blir best mulig”. Med ”samarbeid” tenker en på ”*de tilfellene der koordinering skjer som følge av frivillig innsats for alle involverte parter*” (Jacobsen i Repstad (red.)1993:77). I helse- og sosialsektoren er en særlig opptatt av at grunnene til samordningsproblemer har sammenheng med kombinasjonen av profesjonalisering og organisatorisk oppsplitting (Øvretveit 1993, Michelsen et al 2002). På den ene siden finner vi ulike profesjonsgrupper med ulike kunnskaper som alle vil representere en av flere forståelsesformer av en oppgave – det som i profesjonsteorien kalles ”opplært inkompetanse”. I tillegg kommer sektorisering, og - som vi skal komme tilbake til – fragmentering av hjelpeapparatet ved at sektorer nå oppløses til fordel for resultatenheter mange steder (Ramsdal et al 2002, Vike et al 2002).

2.2. Tjenestefelt og behov for samordning og samarbeid.

Samordnings- og samarbeidsproblemer kan knyttes til arbeidsdeling i oppgaveløsning, der det oppstår gråsoner eller dobbeltarbeid, som problemer knyttet til arbeidsdelingen, der det oppstår formell og/eller fysisk avstand mellom de som skal samarbeide, og som problemer knyttet til profesjonalisering, der det utvikles sektorisering og ulike fagkulturer (Lauvås og Lauvås 2004, Jacobsen 1993, Knudsen 1993, Glouberman og Mintzberg 2001). Organisasjonsteorien viser hvordan ulike samordningsformer oppstår og forvitrer. De løsningsstrategiene som velges, og som viser seg å ha positiv innvirkning på graden av samordning, hviler på en kombinasjon av at de som

skal samordne sitt arbeid *selv* opplever manglende samarbeid som et problem, og ytre press.

Studier har pekt på at *sykehuset* fremstår som en løs koalisjon av relativt autonome enheter (Borum 1999, Ramsdal og Skorstad 2004). Dette er delvis forankret i en historisk aksept for profesjonell autonomi på ulike spesialistfelt, som representerer det ypperste i kunnskap og teknologi (Bentsen et al 1999, Freidson 1970/88, Freidson 2001). Men samtidig oppfattes sykehusets arbeidsdeling i økende grad også som et problem, ikke bare for overordnet styring, men også i forhold til effektiv pasientbehandling. Sykehuset vil derved ofte fremstå som en paradoksal organisasjon, preget både av behov for spesialisering og samordning. Mens en i mange sammenhenger opplever at det er sterke drivkrefter som stimulerer til spesialisering, ikke minst innenfor de ulike medisinske fagområder, er det samtidig et uttrykt krav om bedre samordning og samarbeid mellom avdelinger og yrkesgrupper. Dette kravet har blant annet sammenheng med at mange pasienter har komplekse lidelser som ikke kan behandles gjennom summen av spesialiserte behandlingsformer alene. I det moderne sykehuset finner en derfor ulike strategier for å ivareta kravet om bedre samordning og samarbeid, noen relativt fjernt fra det kliniske arbeidet, andre med direkte implikasjoner for utførelsen av helsearbeid i møtet med den enkelte pasient. Disse tiltakene finner vi blant annet innenfor akuttmedisin, der en er avhengige av raske og faglig kompetente avklaringer. Her er det nå utprøving av nye arbeidsmodeller der en ”snur trakten”, og fordeler pasienter etter høykompetente vurderinger i frontlinjen (der pasienten møter sykehuset). På samme måte ser vi at det prøves ut IT-baserte opplegg for pasientforløp, der en gjennom prosessbaserte modeller utformet i tråd med evidensbasert medisin søker å samordne behandlingen, og at en gjennom teamarbeid og

prosjektorganisering søker å legge til rette for bedre samarbeid mellom faggruppene (Brunsson 1999, Ramsdal og Ramsdal 2007, Scheuer 2003). I de styringsdokumenter som nå legges til grunn for utviklingen av somatiske og psykiatriske spesialisttjenester er det lagt stor vekt på å utvikle strategier for å møte de utfordringene manglende samordning og samarbeid representerer i det moderne helsevesen. Det erkjennes at det er et stort behov for å systematisere og analysere de erfaringene en etter hvert har – både i Norge og internasjonalt – med de strategiene som er nevnt foran (Barr 2005a, NOU 2004:18).

På samme måte er også *kommunene* komplekse virksomheter, basert på prinsipper om ”generalistkommunen” (Bukve og Offerdal 2002). Kommunene er den viktigste aktør for tjenesteyting i den moderne velferdsstaten. Ved at kommunene er pålagt så mangeartede oppgaver knyttet til utdannings-, helse-, sosial- og tekniske tjenester, har en også her opplevd en markant profesjonalisering blant de ansatte. Det er erkjent at det er betydelige utfordringer i å samordne et tjenesteapparat som er oppsplittet, høykompetent og under økonomisk press (Holck 2004). En særlig utfordring er at kommunene forutsettes å yte allmenne tjenester til befolkningen, samtidig som organisasjons- og arbeidsformer preges av tiltakende spesialisering og profesjonalisering. De store omstillingene som finner sted i kommunale organisasjons- og arbeidsformer er i stor grad utløst for å bedre samordning og samarbeid, samtidig som de nye arbeidsformene også medfører nye utfordringer med hensyn til dette (Michelsen et al 2002). Ved siden av de åpenbare behov for mer kunnskap om hvordan en kan bidra til bedre samordning og samarbeid i og mellom sosialt arbeid, helsearbeid, undervisningstjenester osv., er det særlige utfordringer ved at en nå har vedtatt en integrasjon av statlige og lokale forvaltningsnivåer innenfor trygd, sosialkontor og arbeidsmarkedsetat. Denne

utviklingen mot integrerte tjenester i en stor velferdssektor vil stille særlige krav til kompetanse i samarbeid mellom disse tjenestene (Fimreite og Læg Reid 2008, Møller et al 2004).

Et hovedanliggende i alle studier av helse- og sosialsektoren og offentlig sektor mer generelt er at det eksisterer særlige behov for å bedre samarbeidet mellom forvaltningsnivåene. I de politiske bestillingene til helseforetakene er dette et sentralt punkt, og det arbeides nå aktivt med å etablere rutiner for samordning og samarbeid innenfor ulike kliniske felt. Samtidig er implementeringen av disse planene selvsagt avhengig av at helse- og sosialpersonell på ulike nivåer implementerer disse planene i det daglige arbeid. Dette forutsetter blant annet økt kompetanse i forhold til de samarbeidsoppleggene det legges opp til.

To spørsmål er særlig interessante i forhold til etableringen av samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner: Det første, og sentrale spørsmål som analysen her er bygget på, dreier seg om *hvilke faktorer som hemmer, og hvilke som fremmer samarbeid* mellom tjenestene. Selv om en vet mye om dette, er det likevel et åpent spørsmål hvordan ulike faktorer spiller inn når en velger et bestemt virkemiddel for å bedre samordning og samarbeid. San Martin-Rodriguez et al (2005) har gjennomgått studier av helse- og sosialsektoren mht til dette, og systematiserer funnene på tre nivåer: et systemisk (der finansieringsordninger, lovverk, profesjons- og utdanningssystem er sentrale), et organisatorisk (der arbeidsdeling, ledelsesformer, samordningsmekanismer er viktige) og et relasjonelt (der samhandling, basert på tillit/mistillit, kunnskap om hverandres kompetanse etc. er sentrale). Vi skal avslutningsvis i rapporten foreta en systematisk oppsummering av våre funn i forhold til dette oppsettet.

Det andre dreier seg om hvor dyptgripende samhandlingsstrategiene er. I litteraturen om tverrfaglig samarbeid og samordning skiller en gjerne mellom samarbeid i forhold til grad av dybde og omfang slike samarbeidsrelasjoner har. En skiller her mellom det som betegnes som rutiniserte og radikale samarbeidsformer. Med rutiniserte samarbeidsformer tenker de på de rutinene som etableres i forhold til eksisterende oppgaver og prosedyrer, og der en i første rekke er opptatt av å skape samhandling gjennom formelle reguleringer – slik prosedyrearbeidet knyttet til de kliniske utvalg kan sies å representere. Rutinisering av samhandling avstedkommer imidlertid at en etter hvert, blant annet basert på tillit til at partene følger prosedyrer og overholder avtaler, utvikler mer radikale samarbeidsrelasjoner. Her vil en oppleve at det blir behov for å gå videre enn standardiserte løsninger innebærer. Nå blir det behov for å finne kreative løsninger og dypere samhandlingsrelasjoner. I denne fasen vil en være mer opptatt av hvordan ulike aktører som representerer ulike forvaltningsnivå eller profesjonsgrupper samhandler mer intenst, og gjerne på et mer faglig nivå, der bredere samhandlingsspørsmål og mer konkrete problemstillinger blir tatt opp.

Dette skillet kan til en viss grad ses i sammenheng med et av de viktigste funn fra forskningen om samordning og samarbeid i helse- og sosialsektoren de siste årene (Hansen 2007). Her finner en at en rekke samarbeidsarenaer (for eksempel ansvarsgrupper for enkeltpasienter, arbeid med individuelle planer) preges av at en primært fokuserer på tiltakene som skal iverksettes, og at en ”arbeidsfordeler” gjennom samhandlingsarenaer uten at en tar arbeidet med å utvikle en fellesforståelse av pasientens behov ut fra en felles analyse av disse.

Å utvikle bedre samarbeid og samordning er viktige helsepolitiske mål, og et satsingsområde for organisering av både det politiske og faglig arbeid innenfor sektoren. Samtidig vet vi at en her står overfor mange utfordringer og dilemmaer: En rekke systemiske faktorer, som lovgivning, finansieringsordninger og forvaltningssystem for øvrig representerer både muligheter og barrierer for samordning. Samtidig som viljen til samarbeid kan være stor, vil det derfor være en rekke faktorer for å realisere slikt samarbeid som aktørene selv ikke har hånd om på lokalt nivå. Noen av disse utviklingstrekkene har sammenheng med endringer i politiske styringsmodeller, andre med faglig og teknologisk utvikling som i mindre grad lar seg styre gjennom overordnede politiske og administrative beslutninger.

Vi vet at politisk styring ikke er tilstrekkelig til å etablere gode samarbeidsrelasjoner i praksis. Samtidig har vi sett at lokalpolitisk styring med helsetjenestene er svekket, både i spesialisttjenestene og i kommunehelsetjenesten. Dette skjer under rammebetingelser preget av ”rasjonalisering av politikk”, ved at helseforetakene har mistet mange kanaler til politiske prosesser i forhold til de gamle fylkeskommunale beslutningssystemene, og at antallet politiske verv knyttet til styringsorgan i spesialisttjenestene nå er kraftig redusert (selv om en nå tilbakefører politikere som medlemmer av foretaksstyrene). På samme måte har endringene i kommunale styringsmodeller medført at en mange steder har mistet en sektorbasert ledelsesstruktur der sosial- og helsesektoren ble identifisert gjennom politiske utvalg og overordnet ledelse (helse- og sosialsjefer). Begge disse utviklingstrekkene er resultat av endringsprosesser der en har ønsket å styrke strategisk politisk styring, gjerne begrunnet med behov for helhetlige styringssystemer, men som også innebærer at samarbeidsrelasjoner i det

konkrete helsearbeidet primært er avhengige av faglige og administrative prosesser på lokalnivå.

Innenfor rammen av faglig-administrative endringsprosesser ser vi at betingelsene for samordning og samarbeid kjennetegnes av mange paradokser og dilemmaer: på den ene siden er det sterke føringer på å utvikle samarbeid der forebygging og effektiv behandling står sentralt både ut fra bruker/pasientperspektiver og ut fra ressursperspektiv. Helsereformen kan hevdes å ha styrket behovet for et godt samarbeid med kommunene om pasientflyt, samtidig som de faglige utviklingstrekk og styringsmodellene som er etablert har sterkt fokus på sentrale medisinsk-faglige oppgaver i sykehusene. Det er hevdet at den medisinsk-faglige og teknologiske utviklingen legger grunnlag for hypereffektive, high-tech sykehus, som forutsetter at stadig flere oppgaver skal utføres utenfor sykehuset – og særlig i kommunene. Forutsetningen for samarbeid sett fra sykehusets side kan derved bli at en skal fortette og sentralisere faglige funksjoner med kortest mulig liggetid. Her møtes faglige, teknologiske og økonomiske grunner til å etablere samarbeidsrelasjoner som primært skaper nye eller mer krevende oppgaver i kommunene, noe som selvsagt er et viktig incitament for å bidra til økt vektlegging av samarbeidsrelasjonene fra sykehusets side, men som også står i fare for å ”*throw the rest of the system out of control*” (Glouberman og Mintzberg 2005), dersom ikke økonomiske ressurser og faglig kompetanse bygges tilsvarende opp for at kommunene skal kunne ivareta de nye oppgavene de blir tildelt.

Et aspekt ved dette er at ”spesialisttjenester” og ”allmenne” helsetjenester er plastiske begrep, og endringer i kunnskaper, teknologi og organisasjonsformer kan føre til at grensesnittet mellom disse nivåene i organisering av helsearbeid

endres over tid. Å skape gode samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og sykehus uten at dette bidrar til å videreutvikle en følelse i kommunene av å være mottaker av oppgaver som sykehuset ”kaster fra seg” er en av utfordringene for samarbeidsrelasjonene. En annen er at de kommunale aktørene etter hvert opplever å ha fått kompetanse og ressurser som innebærer at de også stiller nye krav til sykehuset mht pasientflyt, informasjonssystemer osv. Å ”skreddersy” relasjoner til mange kommuner i sykehusets opptaksområde kan imidlertid være vanskelig, ikke minst fordi det dreier seg om mange kommuner som forholder seg (i hovedsak) til et sykehus, og der disse kommunen er organisert på ulike måter. Sett fra sykehusets side er dette selvsagt en utfordring i arbeidet med å bedre samarbeidsrelasjonene. Både lokale og nasjonale aktører er nå på leting etter gode modeller for samarbeidet, og de som er involvert i å etablere nye samarbeidsrelasjoner må til en viss grad la veien bli til mens en går – det er tross alt allerede etablert mange, om enn fragmenterte og spesialiserte, samarbeidsopplegg i alle deler av helsesektoren.

2.3. Kunnskapsgrunnlag og kriterier for vellykkete samhandlingsstrategier.

De samarbeidsutvalgene som nå har vært i arbeid en stund dreier seg om en systematisering og samordning av samarbeidstiltak, og deres erfaringer med dette arbeidet er selvsagt svært viktig i det videre arbeidet – både nasjonalt og lokalt.

Samarbeidsavtalen i Østfold, og ADMS's arbeid for å realisere mål og intensjoner med denne avtalen er et viktig ledd i strategiene for å fremme bedre samarbeid gjennom etablering av rutiner for samhandling på ulike arbeidsfelt. Den organisasjonsteoretiske kunnskapen om samordning og samarbeid som er

referert til her, viser imidlertid at intensjoner om å skape god samhandling støter på en rekke utfordringer som i stor grad dreier seg om tre forhold:

at en kan skape tilstrekkelig legitimitet og støtte blant relevante aktører til å kunne gjennomføre konkrete samarbeidstiltak i (den kliniske) hverdagen,

at en kan skape tilstrekkelig robusthet i organiseringen slik at en kan motstå tilbakeslag og trusler for samarbeidet, for eksempel enkeltepisoder som kan undergrave det generelle samarbeidsklimaet,

at en lykkes i å gi samarbeidet tilstrekkelig bredde og dybde til å kunne gi varige resultater i kvaliteten på tjenester som tilbys pasientene/brukerne.

De problemstillingene som ble presentert for denne rapporten, vil bli besvart i forhold til disse tre forutsetningene for at arbeidet kan betegnes som ”vellykket”. Samtidig må en ha i mente at arbeidet med å gjennomføre målene i samarbeidsavtalen ennå er i en relativt tidlig fase, og at det vil ta tid til å etablere en praksis som skaper god samhandling på alle de tjenestefelt helsesektoren opererer.

2.4. Tidligere undersøkelser.

Mens det foreligger et omfattende kunnskapsgrunnlag i form av undersøkelser om generelle spørsmål knyttet til nivåproblematikken mellom sykehustjenester og lokale helsetjenester, og også spesifikke undersøkelser knyttet til ulike diagnosegrupper om dette, er det langt færre som tar opp de mer spesifikke spørsmålsstillingene vi er opptatt av her. Ser vi bort fra den nylig publiserte

rapporten fra SINTEF-Helse som er referert til foran, (og som er svært relevant for vårt formål) er det, slik vi har kunnet konstatere, få studier om har vært spesielt opptatt av samarbeidsavtaler som utgangspunkt for konkrete samarbeidstiltak. Et unntak er Gundersen et al (2001), som tok for seg samarbeidet basert på en avtale mellom kommunene og lokalsykehus i Nord-Rogaland (nå: Helse Fonna). Evalueringen som Gundersen et al gjennomførte hadde et noe annet fokus enn vår undersøkelse. Her var fokus på erfaringer med avtalen om inn- og utskrivingsplanlegging for pasienter som allerede har kommunale helse- og omsorgstjenester ved innleggelsestidspunktet. Rapporten var derved avgrenset til tilfeller der rutinen er benyttet, og til ulike aktørers vurderinger av avtalens innhold, relevans og nytteverdi. Samtidig hadde evalueringen et klarere fokus på resultater i form av atferdsendring som en konsekvens av avtalen. Evalueringen viste at erfaringene med inn- og utskrivingsrutiner er overveiende gode, de ansatte er blitt mer positive til samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenesten og dialogen er blitt bedre mellom tjenestenivåene. Det pekes også på at endringene i stor grad har skjedd på utskrivingsiden, hvor man har fått til et bedre samarbeid etter at avtalen har fått virke. Det heter likevel at på enkelte punkter har en ikke oppnådd like gode resultater. Det gjelder bl.a. å få til mer effektive inn- og utskrivingsrutiner, større kontinuitet og forutsigbarhet for pasientene ved overføring mellom tjenestenivåene, informasjon om pasientens funksjonsnivå før innleggelse og at de pårørende skal trekkes med under forberedelsen til utskrivning av pasienten.

2.5. Metode og data

Data 2005.

I løpet av 2005 ble det som nevnt innledningsvis tatt initiativ til en følgeevaluering av Administrativt Samarbeidsutvalg. Arbeidet på det daværende tidspunkt var forutsatt å legge grunnlaget for en følgeevaluering, blant annet med observasjon gjennom deltakelse i utvalgets møter. Det ble også gjennomført intervjuer med medlemmer i utvalget - til sammen 9 intervjuer. De observasjonene som ble gjort danner sammen med intervjuene et grunnlag for evalueringsprosjektet i 2008-2009. Noen av intervjuene i 2005 omhandlet bakgrunnen for og prosessen som førte frem til etableringen av utvalget. I tillegg dreiet intervjuene seg om erfaringene med organisering og arbeidsformer i utvalget, og de utfordringene en så for seg i forhold til å forbedre samhandling og samordning mellom kommunene og sykehusene. Intervjuene tok ca. 1 time (unntatt et intervju som varte kun 15 min.), og var gjennomført på grunnlag av en intervjuguide som ble utarbeidet av den gruppen som da deltok i evalueringsprosjektet. Intervjuene ble tatt opp på bånd og (delvis) transkribert. Det ble også utarbeidet et oppsummeringsnotat fra intervjuene. Resultatet av intervjuene og observasjonene fra møtene ble presentert for utvalget på møte våren 2006.

Data 2008/2009.

Dataene fra 2008/9 omfatter tre ulike datasett:

Til sammen 6 intervjuer gjennomført i løpet av desember 2008. Dette var gruppeintervjuer foretatt regionvis og med sykehuset. De fem regionale intervjuene omfattet de kommunale representanter i utvalget, samt adressater fra kommunene i den enkelte region. Til sammen ble 29 personer intervjuet på

denne måten. På sykehuset deltok 7 personer på intervjuet. Blant disse var medlemmene i utvalget (divisjonsdirektørene) pluss tidligere sekretær, nå kommunikasjonsdirektør ved sykehuset og leder i ADMS, samt to avdelingssjefer. Sekretær for utvalget ble intervjuet separat. Til sammen ble 37 personer intervjuet. Intervjuene dreiet seg i hovedsak om de erfaringene intervjupersonene hadde med mandat, struktur, sammensetning og arbeidsformer, samt om generelle samhandlingsspørsmål og utfordringer for utvalgets arbeid i fremtiden.

Gjennom sykehusets websider har en tilgang på et omfattende skriftlig materiale i form av innkallinger med sakspapirer, samt referat/protokoller fra samtlige av utvalgets møter. Dette er et omfattende materiale som er blitt gjennomgått og analysert i forhold til noen utvalgte problemstillinger. Tilgangen på disse dokumentene har vært enkel, og reflekterer utvalgets policy om åpenhet om arbeidet i utvalget. I tillegg har vi gjennom sekretær fått tilgang på noen saker som ikke er vedlagt møteinnkallinger/protokoller. Sekretariatet har selv foretatt noen oppsummeringer av møtevirksomhet og saker i løpet av de fire årene utvalget har eksistert. Dette materialet er bearbeidet og presentert i kapittel 6.

Til sammen utgjør dokumentene et par tusen sider. Ettersom vi har vært opptatt av noen avgrensede spørsmål i forhold til saksmengden har det vært til stor hjelp at sekretariatet har hatt god oversikt over sakene, og også foretatt oppsummeringer av enkelte saksforhold (for eksempel avviksmeldinger) og årsmeldinger som har lettet arbeidet i evalueringen betraktelig.

2.6. Forskningsdesign

Undersøkelsen er gjennomført etter et såkalt intensivt forskningsdesign. Med det menes at man legger vekt på å få frem et bredt datagrunnlag om et avgrenset fenomen (ADMS). Innsamling av data kan foregå på ulike måter, både ved hjelp av kvalitative og kvantitative datasamlingsmetoder. Denne undersøkelsen bygger primært på kvalitative data: intervjuer med medlemmer i utvalget, intervjuer med representanter for de kommunene som ikke har egen representasjon i utvalget, observasjon av utvalgsmøtene og gjennomgang av de dokumentene utvalget har arbeidet med. Et viktig poeng er at denne studien ikke omhandler de resultatene i form av ”bedre samarbeid” innenfor de ulike satsingsområdene utvalget har prioritert – det er selve samarbeidsavtalen, og de virkemidler en har der for å realisere bedre samarbeid mellom tjenestenivåene som er i fokus.

2.7. Noen avgrensinger.

Det er viktig å understreke noen avgrensinger i denne undersøkelsen: Den omhandler erfaringene med samarbeidsavtalen, og arbeidet i Administrativt samarbeidsutvalg spesielt, mens erfaringene med arbeidet i de enkelte kliniske utvalg og i Samarbeidsforum ikke er fokusert på samme måte. Det er også en viktig avgrensning i at vi her ikke evaluerer resultatene mht endringer i kvaliteten på helsetjenester slik disse oppleves av pasienter, ansatte eller politiske aktører. Vi konstaterer at de dataene vi samlet inn i 2005 ikke avviker mht vurderinger av utfordringer for samarbeidet fra slik en oppfatter disse i 2008/2009-dataene. Vi har derfor ikke vektlagt de to tidsperiodene i analysen. Vi har heller ikke gått systematisk inn på ulikheter mellom kommuner og regioner, men som det fremgår av analysen finner vi på enkelte punkter ulike vurderinger blant de intervjuende som er knyttet til hvilke kommuner/regioner

en kommer fra. Et aspekt ved dette er at et par av regionene (Fredrikstad/Hvaler, Halden/Aremark) består av en storkommune og en liten kommune, og at det er enkelte ulikheter i vurderinger mellom disse kommunene i vårt datamateriale. Vi har også sett at det i intervjuene er enkelte som hevder at det er vanskeligere å etablere godt samarbeid om pasientlogistikk i psykisk helsevern enn i forhold til somatikk, uten at vi har systematiske data om dette.

På de problemområder vi fokuserer på er etter vår vurdering datakvaliteten god, både mht reliabilitet – ved at vi er flere forskere som har vurdert de samme dataene – og mht. validitet – i og med at vi har kunnet anvende noe ulike datainnsamlingsmetoder, med både deltakende observasjon (i den første fasen), intervjuer og dokumentdata.

3. Struktur

3.1. Innledning.

Når det gjelder vår første problemstilling - om ”strukturen er hensiktsmessig ut fra de mål og intensjoner en har med avtalen” – er det viktig å ha i tankene at det på det tidspunktet en etablerte ADMS hadde relativt få modeller fra andre steder i landet å ta utgangspunkt i, selv om en innhentet erfaringer fra et par andre steder i landet. Dette innebar at en måtte foreta valg – både mht mandat, organisering, inkludert ledelse av, og medlemmer av utvalget, herunder representasjon for forskjellige interessenter. Det siste vet vi er gjort på ulike måter i ulike deler av landet, og erfaringene fra Østfold om dette er derfor et bidrag til utviklingen av representasjonsordninger som kan være nyttige også andre steder.

Samarbeidsavtalen skisserer fire strukturelle virkemidler for arbeidet: For det første organisering og sammensetning av Administrativt Samarbeidsutvalg (ADMS). Videre kliniske samarbeidsutvalg, for det tredje etablering av ”Samhandlingsforum” som en bredere arena for dialog og diskusjon om samhandlingsutfordringer i fylket, og for det fjerde adressater i hver kommune. Enkelte problemstillinger peker seg ut i forhold til disse virkemidlene:

For det første avtalens status i og med at en regulerer samhandling gjennom et *partnerskap*. I dette ligger at ADMS med sekretariat er organisert som en egen selvstendig enhet, gjennom bidrag fra de to partene. Sekretariatet er finansiert av Sykehuset Østfold. Partnerskapsorganisering er en stadig mer vanlig måte å organisere relasjoner mellom offentlige myndigheter (og til private aktører) på,

og erfaringene tilsier at en bør være oppmerksomme på at det er flere utfordringer knyttet til partnerskapsorganisering.

En annen problemstilling dreier seg om *representativitet og forankring/legitimitet* for arbeidet, sett i forhold til krav om effektive beslutningsprosesser. En kan her skille mellom indre (i ADMS) og ytre (i partnerskapsdeltakernes organisasjoner) legitimitet. Det første har sammenheng med om de involverte aktørene – for eksempel som medlemmer av ADMS eller kliniske utvalg, deltakere i Samhandlingsforum eller som ”adressater” i kommunene, støtter opp om de vedtak som blir fattet, og om de gir sin tilslutning til måten beslutningsprosessene er organisert i sakene som tas opp.

3.2. Representativitet

Vi har identifisert fire problemstillinger om representativitet i dataene: For det første representativitet for helseforetaket, for det andre representativitet i forhold til kommunene, for det tredje ivaretagelse av brukerrepresentativitet og for det fjerde om fastlegenes rolle.

Om medlemmer av ADMS fra helseforetaket og kommunene.

Første møte 8.september 2004 tok opp blant annet utvalgets mandat og sammensetning. Det ble bl.a. understreket at de som var representanter fra kommunene måtte representere rådmannen i ”sine” kommuner, mens representantene fra sykehuset skulle representere hele sykehuset, ikke bare sin divisjon. Utvalget skulle utvikle nye modeller og metoder for samhandling, utarbeide en mal for samarbeidsavtaler, og ha et fokus på hvordan en skulle ivareta brukerperspektiver når utvalget var et ”administrativt” utvalg. Om det siste het det at en skulle innhente opplysninger fra Trondheim (St. Olavs

hospital). (Møtereferat ADMS 8. Sept. 2004). Flere henviser til at organiseringen var basert på en tilsvarende samarbeidsavtale i Trondheim.

På det andre møtet i utvalget ble det vist til et innspill fra en av rådmennene om at det ville være hensiktsmessig å gi utvalgets arbeid legitimitet ved at en samarbeidsavtale ble vedtatt politisk i kommunestyrene, og i sykehusets ledelse (referat ADMS oktober 2004).

Fra sykehuset har en etablert en ordning der det i hovedsak er kliniksjefer/divisjonsdirektører som sitter i utvalget, mens en i kommunene har valgt enten en representant fra hver region, vanligvis en kommunelege 1, pluss noen ledere i pleie – og omsorgssektoren. Denne sammensetningen innebærer at representasjon fra sykehuset er relativt stabil - ettersom divisjonsdirektører er fast ansatt, mens de kommunale representantene skiftes ut etter et rotasjonssystem innenfor den enkelte region. Det er også en viss kontrast i formell posisjon mellom medlemmene fra kommunene og helseforetakene. I kommunen er det stort sett ledere, kommuneleger eller pleie- og omsorgsledere som har vært medlemmer. Et poeng er at mens divisjonsdirektørene formelt er medlemmer av sykehusdirektørens ledergruppe, er kommuneleger og ledere i pleie- og omsorgssektoren vanligvis ikke medlemmer av rådmannens ledergruppe. Dette innebærer at disse representantene formelt sett, og i mange henseende også reelt, står lenger fra det politiske og administrative ledelsessystem i den enkelte kommune.

Ettersom kommunene også har vedtatt ulike organisasjonsmodeller er dette en utfordring, ikke minst for kommunikasjon mellom sykehus og kommunens relevante samarbeidsaktører. På sykehuset har derimot divisjonsdirektører en

sterk posisjon, blant annet fordi de kombinerer ledelsesfunksjonen med (medisinsk-)faglig kompetanse. Det faktum at divisjonsdirektørene er medlemmer av ADMS, og deltar stort sett på alle møter, viser at ADMS-arbeidet er prioritert gjennom topptung deltakelse. Men det innebærer også at hensynet til representativitet og effektivitet (størrelse på utvalget) skaper ulik forankring for medlemmene fra kommunene og sykehus. Det er verdt å merke seg at selv om alle synes å være klar over dette dilemmaet, og flere mener det skaper en mismatch i formell ledelsesforankring mellom sykehus og kommuner, mener ingen at en derfor skal endre på sammensetning eller utvelgelse av medlemmer i ADMS. Dette, hevdes det, er et kompromiss der en har tatt hensyn til at sakene en arbeider med har sterk faglig-administrativ heller enn politisk forankring, og der en også mener at størrelsen på utvalget er optimal. Et større utvalg ikke vil være hensiktsmessig ut fra effektivitetshensyn, er det vanligste synspunktet blant de som er intervjuet. Et annet poeng er at sykehuset og kommunen har noe ulike utfordringer mht informasjon og iverksetting av vedtak. Som vi skal komme tilbake til innebærer partnerskapsorganiseringen at partene har avgitt beslutningsmyndighet til ADMS, og dette kan i prinsippet blant annet innebære at kommunale representanter binder opp kommunene til økonomiske forpliktelser som en ikke har hatt politisk behandling på. På den annen side er sykehusets representanter i formell lederposisjon, men med helsefaglig bakgrunn er de også involvert i den daglige drift/kliniske arbeid.

I tillegg kommer problemstillingene rundt representativitet når de kommunale representantene er medlemmer av et formelt beslutningsorgan (ADMS) i forhold til kommuner der en ikke selv er ansatt. Innenfor egen kommune er utfordringen å få til god informasjon med de som er formelle ledere/i linjen. Her er forholdet til rådmannen/administrasjonssjefen og politiske nivå viktig.

Ettersom det i de kommunene vi har studert ikke lenger er helse- og sosialsjefer, er også kommunikasjonen mellom driftsorganisasjon og ADMS-representanten særdeles viktig. Når kommunens største samarbeidspartner (sykehuset) foretar disposisjoner som har større direkte konsekvenser både på det faglige arbeidet og på kommunens økonomi, stiller dette helt spesielle krav til informasjonssystemer og beslutningsprosesser i sakene som tas opp i ADMS.

Et av tiltakene som ble etablert som ledd i Samarbeidsavtalen, var utpeking av *adressater* i de enkelte kommunene. For de kommunene som ikke er direkte representert i ADMS, er adressatene spesielt viktige. De er ment å fungere som "liaison-offiserer" mellom den regionale kommunerepresentant i ADMS og den enkelte kommune i regionen. Også dette er en krevende posisjon, ettersom en her har valgt adressater med noe ulike formelle posisjoner i de kommunale organisasjonene.

Derved er det to mekanismer som søker å sikre at synspunkter fra kommunene blir formidlet inn i ADMS: For det første at representantene har tilhørighet i en av regionens kommuner, og at adressatene skal sikre toveiskommunikasjon mellom den enkelte kommune og den regionale kommunerepresentanten i utvalget. For det andre at en gjennom Samarbeidsforum formidler informasjon og foretar generelle drøftinger av ADMS's rolle, og der vårmøtet er forbeholdt mer overordnede problemstillinger. Det først møtet er primært for faglig ansatte og ledere i sykehus og kommuner, mens det andre er også for politiske og administrative ledere i kommunene.

Brukerrepresentasjon

Som partnerskapsorgan vil det være naturlig at brukerne er representert i ADMS. Dette spørsmål har vært drøftet både i forbindelse med forslaget om avtale i 2005, og underveis ved ulike anledninger. De som er intervjuet, gir uttrykk for klare oppfatninger om at brukerperspektiver står i sentrum for utarbeidelse av rutiner og prosedyrer. En har imidlertid ansett det som vanskelig å finne en hensiktsmessig måte å la brukerne – i egenskap av for eksempel pasient-/brukerorganisasjoner være representert. Dette er på sett og vis en variant av kommunenes representasjon: en har for mange aktører (her brukerorganisasjoner) til at en kan representere alle, noe som ytterligere forsterkes ved at brukerorganisasjonene – i ennå større grad enn kommunene – er differensierte i forhold til hvilke interesser de kan ivareta på en representativ måte ettersom disse organisasjonene oftest er basert på diagnose. En har derfor valgt å definere brukere som ”hele befolkningen i Østfold”, og deretter gitt fylkesordfører/varaordfører plass i ADMS som medlem uten stemmerett. Som nevnt foran har en så nedfelt i mandatet for de kliniske utvalg at de skal ha brukerrepresentasjon – og derved har en ønsket å sikre at det i forbindelse med utarbeidelsen av rutiner/prosedyrer er representasjon fra de pasient-/brukergruppene som er direkte berørt av de forslag til beslutninger om dette som anbefales til ADMS.

I intervjuene er det erkjent at ivaretagelsen av brukerperspektiver gjennom sammensetningen av ADMS er en utfordring, men en er stort sett enige om at dette er et nødvendig kompromiss - langt på vei en variant av den kommunale representasjonsproblematikken. En hevder at deltakelse i de kliniske utvalgene gir en mer skreddersydd representasjon, og at en her har vært påpasselige med å sikre at brukerne deltar. Det er imidlertid få som mener at brukerrepresentasjon

i ADMS i seg selv er problematisk, det er problemstillingene med representativ utvelgelse som er grunnen til den løsningen en har valgt.

Fastlegenes rolle

I intervjuene blir det fremholdt av svært mange at fastlegenes rolle i forhold til samarbeidsavtalen er en særlig viktig utfordring. Fastlegene er på mange måter et omdreiningshjul for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og det er klare oppfatninger om at en er avhengig av fastlegenes deltakelse for at et velfungerende samarbeid skal finne sted.

Samtidig er det en erkjennelse at slik finansieringssystemet fungerer, og med de konsekvenser dette har for fastlegenes arbeidsorganisering og -situasjon, er det ikke realistisk å mene at fastlegene kan delta i omfattende møtevirksomhet.

Sykehuset har da også etablert en egen informasjonsstrategi og utviklet egne avtaler med fastlegene, i Østfold som i de øvrige deler av landet. Samtidig har en i Østfold etablert praksiskonsulentstillinger der noen fastleger er tilsatt i deltidstilling. Praksiskonsulentordningen er ikke en del av Samarbeidsavtalen, men det er i de siste par årene blitt flere slike stillinger, og deres arbeidsoppgaver har nær forbindelse med arbeidet til ADMS og de kliniske utvalgene, og en sterkere kopling ville derfor være naturlig.

Politisk deltakelse og forankring.

Som nevnt foran er fylkesordfører (delegert til fylkesvaraordfører) observatør i ADMS. Ingen andre politikere er medlemmer av utvalget (heller ikke kliniske utvalg). I intervjuene er det enkelte som problematiserer dette, og i andre deler av landet har en valgt ordninger der ordførere eller deres stedfortredere er medlemmer av utvalget. Det er i hovedsak en viktig grunn som blir angitt for at (lokal-)politikere bør være medlemmer av utvalget: at

partnerskapsorganiseringen innebærer at indirekte valgte representanter fra kommunene har et mandat til å beslutte om saker som i prinsippet binder kommunene. Som nevnt foran kan dette (formelt sett) innebære at ADMS vedtar for eksempel endringer i rutiner for pasientflyt uten at kommunene har innflytelse over disse beslutningene. Slik sett har Samarbeidsavtalen et ”demokratisk underskudd”.

3.4. Partnerskapsorganisering og beslutningsevne

Partnerskapsorganisering er på mange måter en nyvinning der en søker å overkomme de hindre som formelle organisasjons- og forvaltningsgrenser setter for godt samarbeid. Partnerskapsorganisasjoner er av ulik styrke: fra de mest uformelle beslutningsfora der alle formelle beslutninger foretas av de ulike partnerne hver for seg ”når de kommer hjem”, til formelle beslutningsfora der en beslutter om saker på måter som er forpliktende for de enkelte partnere også i drift av egne virksomheter. ADMS er et eksempel på det sistnevnte – dvs. et ”sterkt partnerskap”. Tatt i betraktning de særtrekkene sammensetningen av ADMS har er dette en konstruksjon som krever mye av deltakerne i partnerskapet. Som vi kommer tilbake til i neste kapittel, har en søkt å ta høyde for dette i saksbehandlingen i utvalget.

Samtidig kan en ikke beslutte i en sak i ADMS at det er enstemmighet i utvalget. Kombinasjonen av et sterkt partnerskapsorgan og en problematisk representasjon (i dette tilfellet særlig for de kommunale representantene) tilsier at en skulle forvente at det vil være en tendens til at saker som blir besluttet om blir relativt trivielle og lite kontroversielle, kanskje også lite konsekvensbringende for partnerne. Men dette inntrykket brytes ved at en allerede ved oppstarten av arbeidet var et ønske om å prioritere de viktigste,

mest problematiske og ”tunge” problemstillingene en ønsker å arbeide med i utvalget. Det har så vist seg at de sakene en har valgt, blir ansett som viktige og nødvendige å avklare i samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og sykehus, og en har maktet å få beslutninger som har angått viktige problemstillinger for begge parter. Det har også vært enighet om de sakene som er tatt opp som beslutningssaker, og det har – bortsett fra i et eller to tilfeller – ikke vært nødvendig å sende saker tilbake til ”ny behandling” før de er vedtatt.

Ut fra intervjuene synes det klart at partnerskapsorganiseringen er foretatt på en måte som anses som god blant de involverte parter. Det har da også vært konsensus om vedtak som er bindende for aktørene, og som innebærer at mange vil måtte rette seg etter for eksempel nye rutiner/prosedyrer uten å ha vært involvert direkte i saksbehandlingen. Jo sterkere binding vedtak har i en partnerskapsorganisasjon, desto større blir kravene til saksgangen, for å skape legitimitet i moderorganisasjonene. Hittil synes en å ha lyktes med dette, men mange peker på at partnerskapsorganisering er sårbar for uenighet, og ettersom en krever full tilslutning av alle partnere for at beslutninger skal være gjeldende, blir presset på at den enkelte partner skal slutte seg til sterkt. Og tilsvarende vil kostnader ved å tilkjenne uenighet være tilsvarende store. Et aspekt ved dette er at konsensuspresset kan skape et lite gunstig klima for åpen debatt. I forbindelse med inngåelsen av Samarbeidsavtalen, som nærmest forutsatte at samtlige 17 kommuner sluttet seg til avtaleteksten slik forslaget forelå, viser det seg at det i noen kommunestyre ble hevdet at her var det ikke grunnlag for å starte en mer omfattende debatt om hvordan samarbeidet mellom sykehusforetak og kommuner skulle utvikles, i og med at en måtte ha tilslutning fra samtlige kommuner. Dataene i undersøkelsen viser imidlertid at prinsipielle problemstillinger knyttet til arbeids- og ansvarsfordeling mellom sykehus og

kommuner (for eksempel: hva er ”spesialisttjenester” til enhver tid, og hvem har makt til å definere dette?) er viktige for den helsepolitiske debatten, og derigjennom også for forankringen av de løsninger en kommer frem til. Partnerskapsorganisering har kanskje sitt svakeste og mest uklare punkt knyttet nettopp til dette, noe også litteraturen om partnerskap påpeker.

3.5. Sekretariatsfunksjonen.

Sekretariatet har på mange måter en nøkkelrolle. Sekretariatet holder nettsidene om samhandling i Østfold oppdatert, og på disse sidene finner en:

- Sammensetning av ADMS

- Agenda/møteplan

- Innkallinger og referater

- Samhandlingsforum – invitasjoner og oppsummeringer av innlegg

- Link til kommunenes nettsider/liste over adressatene

- Alle godkjente dokumenter/rutiner

Gjennom løpende oversikter gir sekretariatet også oppdatert informasjon om møter og saker/beslutninger. I tillegg er det sekretariatet som forbereder møter og informerer allmennheten om aktiviteter og beslutninger. Sekretariatsleder er heltidsansatt, og sekretariatsfunksjonen finansieres over sykehusets budsjett. Informantene gir et entydig inntrykk av at sekretariatet fungerer effektivt, med stor ryddighet og grundighet i forhold til saksforberedelser og formidlingen av beslutninger, samt informasjonsoppgaven knyttet til nettsidene. Det anses også som hensiktsmessig at dette er en funksjon som nettopp sykehuset og *ikke* kommunene kan og skal inneha.

4. Arbeidsformer og aktiviteter.

4.1. Innledning.

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i de tre tiltakene som reguleres gjennom Samarbeidsavtalen: ADMS som et overordnet organ, kliniske utvalg som virkemiddel for å etablere faglig funderte rutiner/reguleringer av samarbeidsrelasjonene, Samhandlingsforum som et informasjons- og dialogforum for faglige og politiske aktører, og adressatene. Videre skisserer avtalen etablering av adressater i kommunene, som et ledd i arbeidet med gjensidig informasjon. Vi har derfor fokusert særlig på ADMS's arbeidsform, de kliniske utvalgene, Samhandlingsforum og adressatene. Kapitlet bygger delvis på intervjuene, men det er også foretatt en gjennomgåelse av saksinnkallingene og referatene fra ADMS's møter. Vi stiller her spørsmål om møtehyppighet, innholdet i møtene, og drøfter på den bakgrunn hvorvidt arbeidsformene anses som hensiktsmessige.

4.2. ADMS's arbeidsform.

Møtehyppighet og saker.

ADMS har hatt til sammen 36 møter i tiden fra oppstarten i 2004 til og med februar 2009. Dette gir et gjennomsnitt på møtehyppighet som er noe høyere enn det som er oppgitt som gjennomsnittet for de tilsvarende samarbeidsutvalg i undersøkelsen til Kahrset og Paulsen. (op.cit). I samme tidsrom har utvalget behandlet ca. 300 saker. Disse sakene dreier seg om tre hovedkategorier:

beslutningssaker (B), drøftingssaker (D) og orienteringssaker (O). I tillegg kommer enkelte andre saker (for eksempel godkjenninger av referat).

Fordelingen av sakene på de tre hovedkategoriene er grovt sett en tredjedel på hver. Orienteringssaker dreier seg ofte om rammebetingelser for ADMS's arbeid, for eksempel helsepolitiske initiativ eller nye rutiner i foretak eller kommuner. De sistnevnte sakene er hjemlet i samarbeidsavtalens bestemmelse om gjensidig informasjonsplikt. Sakene er forberedt av sekretariatet, og initiativ til nye saker kommer både fra ADMS's egne medlemmer, sekretariatet eller kommunene/sykehuset. Hovedtyngden av initiativene kommer fra ADMS's medlemmer.

Møter:

2004: 3

2005: 8

2006: 10

2007: 7

2008: 8

Totalt: 36

I samme tidsrom har utvalget behandlet til sammen vel 300 saker, fordelt slik:

Saker:

2004: 18

2005: 59

2006: 80

2007: 62

2008: 75

Totalt: 304

Fordelt på (2008):

Orienteringssaker:	36
Drøftingssaker:	19
Beslutningssaker:	16
Andre/referater:	4
Totalt:	75

Saksforberedelser og beslutningsformer i ADMS.

Slik vi ser det henger ADMS's arbeidsform nøye sammen med de formelle rammer arbeidet der har som et partnerskapsorgan. En må derfor finne en balanse mellom beslutningseffektivitet og legitimitet/støtte for beslutninger hos partnerne. Som nevnt foran er det særlig viktig ettersom en for kommunenes tilfelle ikke har direkte representasjon fra kommunale politiske og administrative ledere. Dette har også vært en ledestjerne i arbeidet, som ikke minst sekretariatet har vært opptatt av. Dette innebærer at en har forsøkt å sikre en beslutningsprosess som kan gi medlemmene fra kommunene og sykehuset anledning til å drøfte og informere om sakene i sine respektive organisasjoner før de blir besluttet om i ADMS.

Saksgangen i beslutningssaker er derfor slik:

Forslag kommer fra sykehuset, kommuner eller andre, for eksempel
Samhandlingsforum

Forslaget drøftes i sekretariatet, og vurderer forslaget i forhold til
handlingsplan/prioriteringer

Dersom den anses som innenfor rammen av handlingsplan/prioriterte oppgaver, eller av andre grunner bør fremmes, legges den frem til ADMS som drøftingssak – det vil si at en vurderer om en skal gå videre med sikte på en forpliktende beslutning eller ikke.

Hvis ja, blir det foretatt en utredning, eventuelt ved hjelp av utvalg av fagpersoner på det angjeldende arbeidsområde, og sekretariatet lager et saksfremlegg

Saksfremlegget sendes til høring i relevante virksomheter i kommuner og sykehus

Etter høringsrunde ny saksbehandling i sekretariatet – forslag til ADMS om at saken tas opp som beslutningssak

Saken kommer til ADMS som beslutningssak - vedtak sendes både til adressater og til kommunene ved rådmannen og til sykehusets ledelse.

Hensikten er at det deretter skal informeres og drøftes i fagetater/virksomheter i kommunene/sykehus – dette er særlig viktig når det gjelder rutiner.

Denne arbeidsformen i beslutningssaker har stor oppslutning blant de som er intervjuet. Det oppfattes at dette sikrer mulighetene for at både fagfolk og ledere kan få anledning til å håndtere spørsmålsstillinger i sakene før vedtakene gjøres. Det har noen ganger ført til at kontroversielle saker ikke er blitt fremmet

som beslutningssak etter drøftingssaken, og det har også medført at en har justert en rekke opplegg for rutiner etc. ut fra innspill som er kommet. Mye tyder derfor på at de beslutningene som er fattet i beslutningssaker har stor legitimitet både i kommuner og sykehus.

Mange av disse sakene dreier seg om å bli enige om rutiner som en fra alle hold mener er nødvendige for å forbedre samhandlingen. I enkelte saker har en opplevd at en har vært mer prinsipielt uenige om for eksempel ansvarsfordeling mellom kommuner og sykehus. Et eksempel på en kontroversiell sak er ansvarsfordeling i forbindelse med hjelpemiddelhåndtering. Utgangspunktet var at en her konstaterte mange avvik: noen avdelinger på sykehuset tok hele ansvaret noen ganger, andre avdelinger mente det var et kommunalt ansvar, noen kommuner tok ansvar, mens andre ikke gjorde det, og overlot det til sykehuset. Her fant en frem til en god avklaring ved at en benyttet en kommunalt ansatt jurist, som konkluderte med at det nok var et kommunalt ansvar, og rutinene som ble besluttet i ADMS på dette grunnlag har i ettertid blitt akseptert av alle parter.

Til tross for den grundige prosessen i beslutningssaker er det imidlertid erkjent at det ikke er gitt at det siste punktet i den foran presenterte oppstillingen blir ivaretatt på en tilstrekkelig god måte. Det har da skjedd at det ikke er reaksjoner etter at beslutninger har vært vedtatt, men at en noen ganger får innspill etter at beslutning er fattet fra folk som arbeider ”på gulvet” i virksomheter og avdelinger fordi informasjon om saken ikke har vært formidlet til det ytterste ledd. Dette er selvsagt avgjørende for iverksettingen av rutinene, ettersom det er jo er her arbeidet/rutiner må endres.

Et annet problem er at en utarbeider nye rutiner i en avdeling på sykehuset eller i kommunen uten å følge beslutningsprosedyrene. For eksempel at vaksinasjonsrutiner ble endret i en avdeling, uten å følge prosedyrene med informasjon. Det førte til mye arbeid i etterkant, og nedsettelse av et eget klinisk utvalg for barn og unge. Dette er et eksempel på en "bredere" tilnærming til samarbeid enn det som vanligvis ligger i kliniske utvalgs forslag til rutiner på helt avgrensede områder, f. eks utskrivingsrutiner.

Alle kommunene får tilsendt sakspapirene til møtene ca. en uke på forhånd. I følge intervjuene er det mange som klager over at det er for omfattende sakspapirer og at de derfor ikke får satt seg tilstrekkelig inn i sakene, og dette har en den siste tiden tatt hensyn til ved at en har kortere saksdokumenter og ellers henviser til ADMS's internettsider for ytterligere dokumentasjon.

I noen regioner er det faste møter mellom representanten og adressatene i de kommunene som ikke er representert i utvalget, i andre er det mer uformelt samarbeid og adressatene kommer med innspill dersom de ønsker det. De fleste kommunene kommer med innspill i saker der de synes det er viktig å delta, for eksempel med navn på personer til de kliniske utvalgene.

Alle informantene gir uttrykk for at dersom de har saker de ønsker å få tatt opp i utvalget, så er ikke dette et problem. Fra intervjuer med kommunale respondenter heter det for eksempel at dersom man vil at ADMS skal ta opp ting, kan man ta kontakt med adressaten som tar det videre. ADMS, hevdes det, er en arena med muligheter for å komme med innspill i en tidlig fase. Det sies likevel at denne ordningen kanskje ikke er godt nok kjent for folk som ikke er i "systemet".

Likevel kan det synes som om initiativ og kraft i samarbeidet finnes først og fremst i representantene fra sykehuset og kommunene, mens de kommunene som ikke er representert i utvalget (med "egen" representant) føler en større avstand og har mindre engasjement. Dette kan imidlertid bli et mindre problem etter hvert som stadig flere kommuner har hatt sin tur med representant.

Saksbehandlerressursen til dette utvalget er finansiert og stilt til rådighet fra sykehuset. Dette synes som en viktig forutsetning for at utvalget har kunnet fungere. Samtidig så styrker dette utvalgets administrative forankring i sykehuset. Omfanget på sakspapirene synes også å forsterke en viss opplevelse av at sykehuset er den dominerende parten i dette utvalget.

ADMS kan betegnes som et "*beslutningsorgan som partnerskap*" – noe som av mange av de intervjuede blir hevdet å være en nøkkel til ADMS's suksess.

Gjennom egenevaluering av hvert enkelt møte, både mht sakene som har vært tatt opp og når det gjelder de sosiale relasjonene fremgår det at en anser møtene som gode virkemidler i samarbeidsbestrebelsene. Samtlige intervjuede gir klart uttrykk for at det er sterk oppslutning om arbeidet, gode relasjoner, og en utpreget positiv holdning til arbeidet i utvalget. Møtene i ADMS preges av godt samarbeidsklima, og betegnes som entydig positivt, med konstruktive diskusjoner og gode relasjoner.

Interessant nok er det flere som uttrykker at man kanskje er "for fornøyde med egen innsats", og at en i utvalget også lett kan bli for ambisiøse (fordi samarbeidsrelasjonene er så gode) slik at en ikke i tilstrekkelig grad får de respektive organisasjonene en representerer med seg i prosessene - til tross for de grundige saksforberedelsene.

4.3. Kliniske utvalg

I Samarbeidsavtalen heter det at Administrativt samarbeidsutvalg kan etablere underutvalg -kliniske utvalg - for områder ”som trenger forbedring”. I en presisering av avtalen heter det at ”Utvalgene skal ha et bredt perspektiv, dekke større grupper pasienter/brukere, ikke være diagnoseavhengig, og ha et potensial for forbedring av samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten” (Sak 15 – 5 2005, ADMS). Det ble også pekt på at en måtte ivareta bredde i representasjonen i arbeidet i kliniske utvalg, og at dette også innebar at små kommuner deltok i arbeidet.

Fire utvalg har vært i drift:

- Melderutiner ved utskriving av somatiske pasienter

- Innleggelse og henvisninger

- Rutiner omkring individuell plan

- Rutiner mellom distriktpsikiatriske sentre (DPS) og kommunene - opprettelse av et *Operativt forum* tilknyttet hvert av DPS`ene (4)

I 2008 er det igangsatt tre nye utvalg:

- Samhandling om *demens/ psykogeriatr*i (vedtatt 22.01.08)

- Samhandling om *palliativ behandling* (vedtatt 08.04.08)

- Samhandling om *ambulante tjenester* (vedtatt 17.06.08)

I tillegg opprettes adhocutvalg for å vurdere/ utarbeide forslag til rutiner osv. på mindre omfattende saker/ områder.

Da arbeidet i ADMS startet opp, hadde det særlig et grunnlag i manglende samarbeid om innskriving og utskrivning av pasienter. Mange mente at dette var gjenstand for en årelang konfliktsituasjon mellom sykehus og kommunene i fylket, og at dette var den åpenbare saken å starte opp arbeidet med å bedre samarbeidsrelasjonene. Uenighet og usikkerhet om rutiner dreide seg både om somatiske og (ikke minst) psykiatriske pasienter. Det ble derfor nedsatt et klinisk samarbeidsutvalg om *Klinisk utvalg for etablering av rutiner ved utskrivning av somatiske pasienter fra Sykehuset Østfold til kommunen*. Utvalget la frem forslag til nye rutiner som ADMS vedtok den 10. januar 2006, om hvilke rutiner SØ og kommunene i Østfold skal følge når somatiske pasienter skal skrives ut fra SØ. Målsettingen har vært å utvikle et system som sikrer at pasienten blir skrevet ut under betryggende forhold og at pasienten ikke trenger å være i sykehus fordi samhandlingspartene ikke behersker samarbeidet. Dette er det første bindende vedtak vedrørende samhandling i Østfold etter at samarbeidsavtalen fikk full tilslutning.

Høsten 2007 ble det gjennomført en bred evaluering av melderutinen og tilhørende skjemaer. Dette endte med vedtak om endringer i Administrativt samarbeidsutvalgs møte 22. januar 2008. Revidert rutine og meldeskjemaer ble implementert fra 1. april 2008.

”*Henvisninger og innleggelse til spesialisthelsetjenesten*” var det andre kliniske utvalget som la frem forslag til rutiner som ble vedtatt i ADMS. Utvalget var sammensatt av fastleger og sykehusleger, og rapporten var på høring hos alle Østfolds fastleger før den ble vedtatt i administrativt samarbeidsutvalg 10. oktober 2006. Utvalget utarbeidet praktiske løsninger som skal bidra til riktig prioritering og planlegging av pasientens undersøkelser / behandling i

spesialisthelsetjenesten, hvordan planlagte tiltak kan redusere bruk av øyeblikkelig hjelp, hvordan dialogen mellom henvisende leger og spesialisthelsetjenesten bør foregå og om det bør etableres nye arenaer for drøfting av samhandling. Videre hvordan nye løsninger i informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan utnyttes på en hensiktsmessig måte, hvordan avvik skal håndteres og kunnskaps- og kompetanseveksling innenfor området.

Felles rutiner for bruk av individuell plan (IP) for Sykehuset Østfold (SØ) og kommunene i Østfold var det tredje kliniske utvalget som foreslo nye rutiner. Forslaget fra utvalget ble godkjent av Administrativt samarbeidsutvalg 12.09.06, og justert i ADMS 17.04.07. Det kliniske utvalget for individuell plan klargjorde verdigrunnlag og lovgrunnlag, mål og fremgangsmåte i utarbeidelsen av individuell plan. Her fremgår det bl.a. at hver kommune utpeker en kontaktperson, og hvilke ansvarsområde vedkommende har. Videre klargjør rutinen ansvarsforhold rundt individuell plan i helseforetaket.

Arbeidet med å etablere rutiner *mellom distriktpsikiatriske sentre (DPS) og kommunene* hadde en noe annen karakter enn de øvrige. I utvalget var det representanter for kommunene, DPS-ene ved Psykiatrisk Divisjon i sykehuset, og en brukerrepresentant. Arbeidet med å bedre samhandlingen mellom kommunene og DPS hadde allerede startet, og en valgte nå å videreføre det som et klinisk utvalg. Utvalgets arbeid konkluderte med at en skulle etablere et mer permanent organ i hvert DPS-distrikt (fire i Østfold) – kalt ”Operativt forum”. Operativt forum har som formål blant annet å styrke nettverksbygging, kunnskaps- og kompetanseutveksling mellom enhetene, å utvikle samarbeidsrelasjonene, og gjennomgå avviksmeldinger på systemnivå for å bedre rutiner for samhandling. Arbeidet i utvalget viste seg å være mer

omfattende, og kreve et bredere perspektiv på samhandlingen, enn det som var tilfellet for de øvrige kliniske utvalgene. Dette medførte at en hadde flere runder i ADMS for å klargjøre grensesnittet for de rutinene som ble foreslått. Operative fora er nå etablert i alle de fire DPS-distriktene, men i følge intervjuene spriker erfaringene mellom distriktene når det gjelder fungering.

Det fjerde kliniske utvalget utarbeidet ”*Rutine for gjensidig hospiteringsordning mellom kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold*”. Målene med hospitantordningen er bl.a. å styrke kompetansen og bedre samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ved at medarbeiderne får økt kunnskap om hverandres arbeidsfelt og kompetanse. Ordningen gjelder for alle helsepersonellgruppene (samt kontorpersonell) og innebærer mulighet for ”målrettet og strukturert opphold i en enhet i spesialisthelsetjenesten eller i kommunenes helse- og omsorgstjeneste” i 2 uker, der økonomiske og andre forhold er tilrettelagt. Hittil har ordningen medført at helsepersonell fra kommunen har benyttet ordningen, mens den fra sykehusets har vært benyttet i mindre grad. Ordningen ble godkjent av ADMS 17.04.07.

De tre kliniske utvalgene som ble opprettet i løpet av 2008 har som formål å utvikle samhandling om demens/psykogeriatreri (vedtatt 22.01.08), Samhandling om palliativ behandling (vedtatt 08.04.08) og Samhandling om ambulante tjenester (vedtatt 17.06.08). Disse tre utvalgene har en noe bredere tilnærming enn de fire forannevnte, noe som kommer til uttrykk i at de ikke har betegnelsen ”rutiner” men ”samhandling”. Hensikten er også å etablere nye og bedre samhandlingsformer, men der en ikke er så fokusert på prosedyrer i form av rutiner.

I tillegg har ADMS vedtatt rutiner for bl.a. Følgepersonell ved innleggelse i SØ og Hjelpemiddelhåndtering når pasienten er innlagt i sykehuset (jf. foran nevnte kommentar om ADMS's arbeidsform).

4.4. Samhandlingsforum.

Samhandlingsforum er nevnt i Samarbeidsavtalen som en arena for drøfting av *”ulike tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, undervisning og veiledning”*. Det heter også at representanter til samhandlingsforum inviteres ut fra hvilke temaer som skal drøftes, og at det avholdes to ganger i året (Avtalen s. 2). Dette gir et vidt mandat til Samhandlingsforum, og det var i starten noe usikkerhet om hvilken profil en skulle anlegge, og hvem som skulle delta. Det har nå vært avholdt til sammen 7 møter i Samhandlingsforum. I praksis er dette dagsmøter som avholdes et om våren og et om høsten, og generelt er både egenevalueringen og synspunkter i intervjuene våre svært positive. Etter hvert møte i Samhandlingsforum har ADMS foretatt en oppsummering og evaluering, og allerede i 2006 ble det uttrykt at en var usikker på om hvorvidt møtet primært hadde funksjon som et møte der fagfolk tok opp konkrete og avgrensede samhandlingsspørsmål, eller om det skulle fungere som nettverksbygging blant ledere fra kommunene og sykehuset. Det utkrystalliserte seg derfor en beslutning om at Samhandlingsforum skulle være to ulike møter: Et møte på våren for ordførere/rådmenn /direktører, og et møte på høsten for fag og nettverk (ADMS sak 72-06). Temaene har derved blitt skilt, med en mer generell tilnærming til samhandlingsspørsmål – for eksempel med vekt på helsepolitiske reformer og utvikling av for eksempel sykehusutvikling (inkludert ”nytt sykehus”) på vårmøtet, mens høstmøtet er mer konkret knyttet til faglige problemstillinger.

4.5. Adressatene.

I Samarbeidsavtalen heter det at ”Partene forplikter seg til å opprette en klar adressat i egen virksomhet for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne” (Avtalen s. 3). Da avtalen ble vedtatt valgte man kommunerepresentantene (5) i utvalget uten adressater i alle kommuner. Dette var en vanskelig situasjon for kommunerepresentantene, som det het i et av intervjuene: ”Det var vanskelig å representere kommuner som man ikke kjente.. Det var avgjørende viktig å ha et system på adressatnivå, og dette er kommet inn etterpå”. Nå har alle kommunene utpekt sine adressater. Samtidig er også adressatenes funksjon blitt mer klargjort. I et vedtak i ADMS i 2006 heter det at

”Alle adressater skal ha god kunnskap om samarbeidsavtalen.

Alle adressater bør ha en rådgivende funksjon i egen kommune/helseforetak i samhandlingsspørsmål.

Alle adressater inngår i et informasjonsnettverk for innarbeiding av de felles rutiner som administrativt samarbeidsutvalg godkjenner.

Alle adressater har en rolle i å formidle hvor enkeltklager og avvik skal sendes.

Alle adressater får sakspapirer og referater til administrativt samarbeidsutvalg”. (ADMS 02-06)

Som nevnt foran er adressatene i det en kan kalle en ”liaison”-funksjon, der en formidler kommunens synspunkter til representanten i ADMS, som kan ta saken videre inn i utvalget, samtidig som adressaten fungerer som en

”informasjonssentral” i kommunen mht. ADMS’s virksomhet. I praksis innebærer dette at adressaten får saksdokumentene fra ADMS/sekretariatet, og formidler relevante saker videre til dem de angår. Etter hvert har saksmengden fra ADMS økt, saksdokumentene er omfattende, og betydningen av vedtak og saksforhold som drøftes i ADMS eller kliniske utvalg har fått flere praktiske konsekvenser i den enkelte kommune. Tilsvarende har adressatfunksjonen blitt utvidet. I tråd med dette har ADMS tatt initiativ til møter med adressatene og utvalget (minst) en gang om året. Hittil har det vært avholdt møter i 2007, 2008 og 2009. Møtene er et fellesmøte mellom adressater og ADMS, og har tatt opp nye vedtatte rutiner, orienteringer om nye kliniske utvalg, erfaringene med Samhandlingsforum osv. Også de generelle rammebetingelsene for utvikling av samarbeidet, som nye politiske initiativ (for eksempel samhandlingsreformen) er blitt diskutert.

Evalueringen av møtene har vært god, men ikke alle kommunenes adressater møtte de første par gangene. Etter hvert har oppslutningen om møtene vært bedre, og på siste møte (i 2009) var det 14 (av 17) kommuner som var representert. Hvordan en skal utforme sin adressatrolle er ennå litt usikkert. Adressatene har blant annet en viktig funksjon for å gi avtalen og ADMS støtte i kommunene, men også ved å kunne formidle tilbake til ADMS hvordan en i kommunene ser på de prioriteringene og aktivitetene en satser på i ADMS og de kliniske utvalgene. Det er liten tvil om at de kommunene som til enhver tid har representant i utvalget føler et sterkere samhørighet og eierforhold til ADMS’s arbeid enn de som er indirekte koplet til gjennom en adressat. Samtidig synes det som om en, bl.a. gjennom møtene mellom ADMS og adressatene kan avklare gjensidige forventninger. Sett fra adressatenes side vil det være en fordel at saksdokumentene blir mindre omfangsrike, og – ettersom dette også er

et signal fra ADMS til sekretariatet, har en nå utviklet en praksis der de som ønsker det går inn på hjemmesidene for å finne bakgrunnsopplysninger/vedlegg med mer.

Vi var i utgangspunktet usikker på hvordan ordningen med adressater ville fungere. I noen av regionene er samarbeidet mellom regionens utvalgsmedlem og adressatene formalisert i faste samarbeidsmøter. I andre regioner er slikt samarbeid ikke formalisert. Vi mener å kunne registrere at der det er et godt formalisert samarbeid så opplever alle adressatene at regionens medlem representerer regionen og ikke sin egen kommune spesielt. I regioner der samarbeidet ikke er formalisert virker det som om de kommunene som ikke er representert, har en noe svakere tilknytning til ADMS og arbeidet som foregår der, enn der samarbeidet er formalisert. Utviklingen synes derfor å gå mot at også de andre regionene nå prøver å etablere mer faste samarbeidsrelasjoner mellom utvalgsmedlem og adressater. Vi vurderer det slik at det er avgjørende for ADMS' legitimitet at samarbeidet innad i regionene er formalisert og godt forankret, slik at både utvalgsmedlemmet selv og adressatene opplever utvalgsmedlemmet som regionens representant.

4.6. Drøfting: Arbeidsformer og aktiviteter.

ADMS har hatt et sterkt fokus på å etablere rutiner for ulike samhandlingsarenaer. I praksis ser det ut til at *ADMS* assosieres primært med utviklingen av disse rutinene, og sakene som har blitt sluttført som vedtakssaker i *ADMS* har en overvekt av beskrivelse av rutiner.

Det har vært stor enighet om de prioriterte oppgavene. Det kan se ut som om utgangspunktet for den frustrasjonen som la grunnlaget for å initiere samarbeidsavtalen og ADMS dreiet seg om inn- og utskrivingsrutiner. Dette var det største – og på mange måter mest omfattende – samhandlingsfeltet en utviklet rutiner på. De øvrige rutinene som er blitt utviklet har skjedd gjennom drøftinger og finsikting i utvalget og sekretariatet om hvilke det var strategisk riktig å prioritere. Ut fra de dataene som foreligger, synes det som om det har vært forhandlet frem enighet om disse satsingene på rutiner gjennom gode prosesser i utvalget.

Bruken av de *kliniske utvalgene* blir av de intervjuede ansett som en suksess. Dette blir knyttet til at utvalgene har hatt medlemmer som kjenner arbeidsoppgavene en har utarbeidet rutiner for, og at en har gått konkret til verks. Selv om en i kliniske utvalg har hatt brukerrepresentasjon er det først og fremst preg av at arbeidet har forutsatt faglig og administrativ kompetanse. Gjennom bruken av kliniske utvalg skiller ADMS i Østfold seg fra de fleste samarbeidsavtalene i landet. Fordelen er først og fremst at en gjennom disse utvalgene har et godt virkemiddel for å arbeide med problemstillinger som er konkrete og matnyttige for samarbeidet, der en i mange sammenhenger har sett at mens samarbeidsintensjonene har stor støtte skorter det nettopp på konkrete og forpliktende arbeidsopplegg.

Organisering og innhold i *Samhandlingsforum* og bruken av adressater har vært gjenstand for diskusjoner og justeringer i opplegget. Her har en gjennom prøving og feiling, og løpende evalueringer underveis kommet frem til løsninger som hittil synes å fungere greit. Det viktige er her er at en har hatt vilje og evne i ADMS til å endre opplegg ut fra innspill som er kommet.

Mye tyder på at Samhandlingsforum har funnet en form de fleste er godt fornøyde med. Oppslutningen blant kommunale ledere har økt, og sykehuset ledere har prioritert tilstedeværelse. Gjennom at foredrag og bakgrunnsmateriell blir lagt ut på ADMS's hjemmesider, er det også muligheter til å få informasjon om de temaene som er tatt opp. Det som likevel fremstår som et problem er at Samhandlingsforum er en diskusjonsarena, mens en etter hvert opplever at det kan være et behov for å fatte overordnede ("politisk-strategiske") autoritative beslutninger om samhandling mellom sykehus og kommuner. Mye tyder på at dette feltet kommer til å bli så fokusert – og med mange viktige avveininger mellom ulike hensyn – i forbindelse med en ny helsereform. Dette kan innebære at Samhandlingsforum bør få et nytt mandat, og en sterkere formell status, i fremtiden.

Bruken av *adressatene* representerer - som vi skal komme tilbake til under – en utfordring. De justeringene en har foretatt i løpet av tiden etter Samarbeidsavtalen ble vedtatt, innebærer at adressatrollen er blitt mer avklart, gjennom drøftinger og vedtak i ADMS. Adressatrollen er blitt mer forpliktende og omfattende, og tilsier at kommunene bør være oppmerksom på de ressursene som fordres for at en skal fungere godt i denne rollen.

5. utfordringer.

5.1. Innledning.

De utfordringene vi har sett, dreier seg særlig om fire forhold:

- Beslutningseffektivitet og partnerskapsorganisering
- Forankring i kommunene og i sykehuset
- Iverksetting som den største utfordringen – ”jo mer aktivitet, jo større utfordring”
- Likeverdighet mellom kommuner og sykehus.

Beslutningseffektivitet og partnerskapsorganisering

Partnerskapsorganisering forutsetter på mange måter en grunnleggende konsensus mellom partnerne. Dette krever oftest at en hele tiden sørger for at saker er grundig behandlet, for at de som representerer partnerne har kunnskap om og gir sin tilslutning til de beslutninger som fattes. Dette innebærer ofte en vanskelig balansegang mellom beslutningseffektivitet og legitimitet i partnerskapet.

I de intervjuene vi har foretatt, har det blant annet vært sagt at det har vært et viktig og riktig grep å organisere samarbeidet gjennom ADMS som et ”beslutningsorgan som partnerskap”. Utfordringen som da nevnes er at partnerskapsorganisering fordrer følsomhet overfor partnernes behov for å kunne ha en god prosess i sine organisasjoner for at ikke partnerskapsorganisasjonen skal bli en isolert enhet, og derved miste legitimitet. På den annen side kan dette medføre langdryge beslutningsprosesser, som i sin

tur kan gå ut over partnerskapsorganisasjonens beslutningseffektivitet. Denne utfordringen henger nøye sammen med neste punkt vi skal drøfte, om forankring og representativitet. Nettopp fordi en gjennom Samarbeidsavtalen i Østfold har etablert et såkalt ”sterkt” partnerskap, med fullmakt til å fatte beslutninger som binder partene, er dilemmaet mellom hensynet til beslutningseffektivitet og forankring for beslutningene et særlig viktig punkt. Hvordan har en så løst denne utfordringen?

Samarbeidsavtalen ble vedtatt på en måte som nærmest forutsatte enstemmighet i kommunestyrene. Derved ble mulighetene til å utvikle en bredere lokalpolitisk debatt om samarbeidsrelasjonene mellom sykehus og kommuner i utgangspunktet redusert. Ut fra det vi vet var det i utgangspunktet relativt stor misnøye med samhandlingen mellom sykehus og kommuner i mange henseende, som et resultat av en utvikling som hadde foregått i mange år. På den annen side synes det som om det generelt var et ønske og vilje til å benytte anledningen Samarbeidsavtalen ga til å ”begynne på ny frisk”. Det var derfor få motforestillinger i kommunene til forslaget, som også ble enstemmig vedtatt i de 17 kommunene. Selve arbeidsformen - i ADMS og gjennom arbeidet i de kliniske utvalgene – har vært organisert med sterk vekt på at en skal ha anledning til å klargjøre synspunkter hos de enkelte partnerne før vedtak fattes, jf. saksbehandlingsrutinene i ADMS slik de er beskrevet i kapittel 4.

Partnerskapsorganisering er kritisert for å forutsette stor grad av enighet for å være effektiv. Et interessant punkt er også at i prinsippet kan ADMS som beslutningsorgan vedta saker som vil være bindende for partnerne, og derved kunne utløse utgifter i kommunene og helseforetak som ikke er forankret i partnernes organisasjoner. Som nevnt innledningsvis er det ingenting som tyder

på at dette har vært tilfellet hittil. Generelt synes det som om en har tatt dette hensynet svært alvorlig i beslutningsprosessen forut for vedtak – slik beskrivelsen av behandlingen gjennom orienteringssaker, kliniske utvalg og vedtak i ADMS viser. I intervjuene sier de spurte at en mener det er funnet en god balansegang mellom effektivitet og legitimitet i beslutningene. Dette kan synes som en riktig vurdering, og det er i dataene ingen indikasjoner på at en mener effektivitetshensyn har gått på bekostning av legitimitet.

Forankring: To ulike systemer og mange relevante aktørgrupper.

Et effektivt partnerskap forutsetter at de relevante aktørene deltar som partnere. I forhold til dette kravet er det som vist i kapittel 3 tre relevante aktørgrupper som ikke er medlemmer i utvalget: brukerne, fastlegene og overordnede politisk-administrativ ledelse (særlig fra kommunene).

For *brukernes* vedkommende har en valgt å definere ”hele Østfolds befolkning” som (potensielle) brukere av helsetjenestene, og derved å la fylkesordfører (delegert til fylkesvaraordfører) være ”brukernes” representant. Blant dem vi har intervjuet, mener de aller fleste at dette er en grei ordning, selv om den ser problematisk ut i utgangspunktet. Men argumentet er at brukerrepresentant ville ha mindre utbytte av – og mindre å tilføre - i et ”administrativt” og overordnet organ, mens det derimot er viktig å sikre brukerrepresentasjon i de ulike kliniske utvalgene der mer avgrensede og konkrete spørsmål, og ofte med en kopling til bestemte målgrupper/brukergrupper (med tilhørende organisasjoner) blir tatt opp. Vi vet imidlertid at en i andre deler av landet har gitt brukerne representasjon i samarbeidsutvalget.

Fastlegene representerer en noe annen utfordring. Det må kunne hevdes at det er en strukturell svakhet – på et overordnet og prinsipielt plan – at fastlegene, som er så viktige aktører i utførelsen av helsearbeidet ikke er partner i Samarbeidsavtalen. Dette skyldes først og fremst fastlegenes arbeidsorganisering og finansieringsordning, som ikke stimulerer til å bruke tid på lange møter om generelle faglig- administrative spørsmål. Også her er det fastleger som deltar i kliniske utvalg, men da som oftest som ”frivillige dugnadsarbeidere” som tar av sin fritid for å bidra. Dette er selvsagt en utilfredsstillende løsning, men det er verdt å merke seg at det er ingen moralisering om fastlegenes ”manglende deltakelse” som medlemmer i ADMS. Det er stor forståelse for at dette dreier seg om forhold utenfor Samarbeidsavtalens rekkevidde.

Den tredje aktørgruppen er *lokalpolitikere*. ADMS defineres som et ”administrativt” utvalg, og har administrative ledere/helsefaglige ledere som medlemmer. Som nevnt foran er det en fare for at en da kan risikere å miste koplingen til det lokalpolitiske systemet. På den annen side er det ingen tvil om at de sakene som tas opp dreier seg om faglig-administrative spørsmål, som igjen er koplet til de ”kliniske” problemstillingene det arbeides med i de kliniske utvalgene. Også her synes det som om problemstillingen dreier seg om mer prinsipielle spørsmål om lokaldemokratiets innflytelse over helsesektoren – noe som også fordrer avklaringer på et overordnet nivå. Gjennom Samhandlingsforums vårmøte har en ønsket å gi lokalpolitikere en arena for å drøfte forholdet mellom sykehus og kommunale helsetjenester, og deltakernes evalueringer av disse møtene har vært gode. Det også her nevnes at en i andre deler av landet noen steder har gjort samarbeidsutvalget til en arena med medlemmer fra sykehusledelse (direktør) og ordførere. Det synes imidlertid som

om dette innebærer at arbeidet blir mindre preget av konkrete kliniske problemstillinger. Som nevnt foran er det nødvendig å avklare Samhandlingsforums status i fremtiden, særlig i lys av en ny helsereform.

I dag har man som vi har sett, ulike arenaer der brukerorganisasjoner, fastleger og politikere trekkes inn i samarbeidet, men det er fortsatt muligheter for å styrke disse gruppens deltakelse. Vi registrerer at den ordningen man har valgt med forpliktene samarbeid mellom utvalgsmedlemmer og adressater i noen av regionene har bidratt til ADMS' legitimitet overfor de kommunene som ikke har egne representanter i ADMS. Faste treffpunkter som gir adressatene gode muligheter til både å komme med innspill til de sakene som skal behandles og til å komme med forslag på andre saker som bør tas opp, gir adressatene en klar opplevelse av at de har en god kanal inn i ADMS og at de har reell innflytelse på det som skjer der. Det bør derfor vurderes om man bør legge til rette for løsninger som ligner på denne ordningen også for andre grupper. Vi har ikke samlet inn data fra disse andre gruppene. Vi vet derfor ikke om det oppleves som ønskelig å styrke kontakten med ADMS og det arbeidet som gjøres der, men vi ser at den samarbeidet som er utviklet mellom noen utvalgsmedlemmer og adressatene kan danne modell også for andre gruppers deltakelse. Dersom det samarbeidet som ADMS legger grunnlag for skal fungere i praksis, er det viktig at de vedtak som gjøres og de rutiner som etableres har legitimitet hos dem de angår. Ordninger der man etablerer fora for aktuelle grupper som ikke er representert i ADMS slik at disse gruppene også kan komme med innspill, kan bidra til å redusere et "demokratisk underskudd" og å øke utvalgets legitimitet.

Iverksetting som den største utfordringen – ”Jo mer aktivitet, jo større utfordring?”

Allerede i det andre møtet i ADMS i 2004 ble det påpekt at en måtte være særlig oppmerksomme på utfordringene knyttet til iverksetting av de vedtak ADMS fattet. I intervjuene er iverksettingsproblemene ansett som den desidert største utfordringen i samarbeidet. Samtidig er ADMS's arbeid sterkt koplet til vedtak om nye rutiner, og særlig er inn- og utskrivingsrutinene i fokus. Tre synspunkter går igjen:

For det første er det svært mange som påpeker at *”mye positivt har skjedd”*. Det heter for eksempel (kommuneintervju) at det har skjedd en holdningsendring, der forventningene til rutiner er blitt større: *”Tidligere var det slik at beskjeder ble gitt men kom ikke frem til riktige personer og så videre. Nå spør vi: er det rutiner på det?”* Dette går igjen både i kommunene og i sykehuset, men de vi har intervjuet erkjenner at de i sine respektive organisasjoner har et implementeringsproblem.

For det andre sies det av nesten samtlige som er spurt om dette at *”mye arbeid gjenstår”*:

Det er en kontrast mellom hvordan en mener å ha lyktes med å vedta rutiner i ADMS, og hvordan en implementerer disse i den praktiske hverdagen (sykehusintervju): *”Fortsatt er vi best på det administrative nivået, det er et godt stykke igjen for at det skal oppleves å fungere godt i det praktiske samarbeidet rundt pasientbehandlingen”*.

Begrunnelsene er også ganske like: det dreier seg om organisasjoner der en har ressursmangel, travelhet, og lange informasjonsveier før informasjonen treffer det operative nivået:

”I samarbeidsorganet (ADMS) er samarbeidet godt...men klarer ikke å dra det ned til operativt nivå i sykehusorganisasjonen. Og alle har det travelt, tid og ressurser er en mangelvare. Vi må ha tid til å planlegge, men greier ikke det...

Har jobbet konkret med prosedyrer og kliniske utvalg på ulike områder, vært gjennom problemstillinger og prosedyrer. Det har vært nyttig, men vi sliter fortsatt med å få det implementert, ikke alle kjenner til det verken i kommunene eller sykehuset”.

”Å fjerne gamle papirer og skjema sliter vi med. Men i hvert fall er det enighet i bønn, men det dreier seg om store org, å skulle implementere det vil ta tid”. (Uttalelser fra informanter fra sykehuset)

For det tredje hevdes det at det er ulik opplevelse av iverksettingsproblemene når en sitter sentralt, som for eksempel som medlemmer i ADMS, og ute i det ”ytterste ledd”. I hverdagen ser en fortsatt at det er kamper rundt tidsfrister, kommuner opplever manglende respekt fra sykehusets side for at ikke prosedyrene er fulgt opp i henhold til meldinger om utskrivninger, og sykehuset opplever at kommunene vegrer seg for å ta ansvar for ”utskrivingsklare” pasienter.

Om informasjon/arbeidsdeling internt rundt avtalen ble det trukket fram i sykehusintervjuet at leddet mellom divisjonsdirektør og avdelingene mangler i

utvalget, og at mange i avdelingene knapt har kjennskap til avtalen. Kommuneinformeranter bekrefter at på operativt nivå *”har sykehuset..hatt problemer med dette hele tiden”*... *”Samarbeidsrutinene må inn i opplæringsprogrammet for nyansatte”*. .. *”Linke bedre sammen avtalen til driften ute”* . Det pekes for eksempel på at verken nyansatte på sykehus eller i kommunene uten videre får opplæring om Samarbeidsavtalen og arbeidet med samhandling mer generelt, og at det er eksempler på at ansatte har gått et par år i jobben (på sykehus) uten å få kjennskap til dette arbeidet.

5.2. Avvikshåndtering.

Et viktig arbeid har vært å etablere en *”rutinisert måte å forholde seg til avvik fra vedtatte rutiner”*. ADMS vedtok den 7. februar 2006 hvordan avvik fra godkjente rutiner skal håndteres. Avvikshåndteringen er knyttet til den enkelte prosedyre, med eget standardisert skjema. Det var et eget klinisk utvalg som utarbeidet avvikssystemet. Målsettingen er å ha ett system for håndtering av alle avvik fra samhandlingsrutiner. Høsten 2007 ble det gjennomført en bred evaluering av rutine for avvikshåndtering og tilhørende meldeskjema. Dette endte med vedtak om endringer i ADMS’s møte 22. januar 2008.

Avviksmeldinger har i hovedsak kommet fra kommunenes helse- og omsorgstjenester om sykehusets avvik, mens det i langt mindre grad er meldt avvik *”andre veien”*. Dette kan skyldes flere ting, men også at avviksmeldingsrutinene ikke er så kjent innad i sykehuset. Særlig den kommunale omsorgstjenesten etter hvert er kjent med og benytter ordningen. Når kommunen melder avvik i sykehusets praksis (som er den vanligste retningen på avviksmeldinger) meldes disse sekretæren for ADMS, som tar avviket opp med den aktuelle avdelingen. Deretter gir avdelingen

tilbakemelding til kommunen. I sykehuset er det ulike erfaringer med hvordan avvik behandles, men det meldes fra kommunen at avdelingene nå som oftest gir svar, og at avviksmeldinger tas mer på alvor enn tidligere. Det heter i et kommuneintervju: *”Vi var ikke gode nok til å melde avvik, når vi gjør det - da får vi greie svar, vi burde vært flinkere til å melde avvik”*.

Det er nå registrert færre avvik enn tidligere. I intervjuene gis det to ulike forklaringer på dette, som kanskje kan kombineres: at det faktisk er færre avvik ved at sykehuset er blitt flinkere å følge rutiner, og at fagfolk i kommunen ikke melder avvik så ofte som før fordi de mener at sykehuset ikke i tilstrekkelig grad følger opp de vedtatte rutinene til tross avviksmeldingene.

ADMS's arbeid synes i stor grad å være assosiert med utviklingen av rutinene. Her spiller de kliniske utvalgene en sentral rolle. I de konkrete eksemplene som er nevnt i intervjuene ser det ut til å være særlig prosedyrer for inn- og utskriving som blir koplet til nye og bedre samhandlingsrutiner. Dette kan tilsi at utvalget gjennom å prioritere dette problemfeltet ved oppstarten gjorde en riktig prioritering. Særlig er det eksempler på rutinene for når melding om utskriving skal sendes, hvem som skal kontaktes og andre praktiske tiltak har blitt bedre, og i enkelte av kommuneintervjuene heter det om dette at det har skjedd en markant forbedring i rutinene de siste årene.

5.3. Er kommunene og sykehuset ”mettet” på rutiner?

I SINTEF-Helse-rapporten er Østfold fremhevet som et av de områdene hvor det er etablert flest samarbeidsrelasjoner knyttet til vedtatte rutiner i samarbeidsorganet (ADMS). Interessant nok hevdes det også i rapporten at det

her er det eneste stedet i landet hvor kommunene oppgir at de nå er ”mettet på rutiner”. I de dataene vi har innhentet, er det ikke nevnt spesifikt fra de kommunale representantene at de mener det er vedtatt ”for mange” rutiner, men det er en tydelig problemstilling at det nå er viktig å sikre forankring og implementering av de rutinene som allerede er vedtatt før en legger opp til vedtak om å etablere enda flere.

Også sykehusets representanter er opptatt av utfordringene knyttet til iverksetting av rutiner. Det kan synes som om rutinene som er vedtatt i ADMS både i sykehuset og i - særlig de største – kommunene inngår i den generelle trenden til at helsearbeid i økende grad standardiseres og blir gjenstand for stadig mer detaljerte prosedyrekrav. For sykehuset innebærer mange av de vedtatte samarbeidsrutinene på mange måter en ”forlengelse” av de rutinene og prosedyrene som eksisterer for behandlingsopplegg og administrative prosesser, og at det er den totale mengden av slike prosedyrer som er en hovedutfordring, ikke spesifikt de som er introdusert gjennom vedtak i ADMS. Noen av de største kommunene nevner også dette som et poeng – at samhandlingsrutinene er en forlengelse av de interne rutiner en allerede anvender i forbindelse med helsearbeid og saksbehandling. Både i forhold til samhandlingsrutinene som er vedtatt, og de interne rutinene/prosedyrene, er anvendelsen/iverksettingen ofte en utfordring i det daglige arbeidet.

5.4. Likeverdighet mellom kommuner og sykehus.

I Samarbeidsavtalen heter det at ”*Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likverdighet og gjensidighet...* (Avtalen: 1). I SINTEF-Helse-rapporten er det et funn at kommunene føler at likeverdighet ikke alltid preger

samhandlingen med sykehuset. Også i våre data er det flere kommunale representanter som oppgir at sykehuset ofte tar en ”storebrorrolle”. Sykehuset tar initiativ til å etablere rutiner som de vil at kommunene skal følge, men følger dem ikke selv, blir det sagt. Dette skaper en viss mistro i kommunene, men det er i våre data tydelig at erfaringene med relasjonen til sykehuset er ulike: det kan for eksempel synes som om kommunen i Indre Østfold er mer kritiske, og også at små kommuner har større problemer med relasjonene til sykehuset enn de større bykommunene.

Det er imidlertid mange ulike faktorer som kan forklare de synspunktene kommunale aktører har om dette forholdet: For det første er det et faktum at sykehuset er en stor organisasjon med høy kompetanse, noe som av mange i kommunen anses som et objektivt faktum som en ikke kan gjøre så mye med – slik sett er ubalansen i relasjonene en naturlig konsekvens av dette. For det andre har sykehuset et handlingsimperativ som er åpenbart: de ønsker å ha kortest mulig liggetid for sine pasienter, og forventer at kommunene tar sitt ansvar i forhold til å bygge opp tjenestene slik at en kan sikre kostnadseffektiv og faglig forsvarlig behandling. I følge statistikken har det da også skjedd en forbedring i at ”overliggere” på sykehuset er redusert. I SINTEF-Helse-rapporten heter det også at kommunene føler at samarbeidet om utskrivinger er blitt bedre de siste årene. I forhold til dette er det imidlertid mange som mener at sykehusets leger i for stor grad angir for presist hvilke helsetjenester kommunen må tilby, og at de har et for smalt perspektiv på hvilke tjenester kommunene kan tilby. Når pasienter sendes ut av sykehuset heter det mange ganger at det vil være faglig forsvarlig dersom vedkommende får sykehjemsplass, men det heter at ofte vet ikke sykehuslegen om andre alternativer enn sykehjem. Noen av de kommunalt ansatte vi intervjuet hadde bedt sykehuset om ikke å spesifisere

hvilket tilbud som skal gis fra kommunen, og mente at definisjonen av omsorgsbehovet skal ligge hos kommunen. Konkret innebærer det at sykehuslegene angir sykehjemsplass som pasientenes behov der kommunen mener at de kan tilby andre, mer fleksible, og faglig forsvarlige (eller bedre) alternativer til sykehjem. Her er det åpenbart en diskrepans i kunnskap eller faglige vurderinger, som særlig pleie- og omsorgspersonellet i kommunene mener de bør ha større innflytelse over.

Et annet eksempel der en mener at det ikke er likeverdighet i relasjonene mellom sykehus og kommuner er hospiteringsordningen, der helsepersonell fra kommunene har benyttet denne, mens det – i mindre grad (jfr. s. 40) – ikke har vært kommunal hospitering fra sykehusansatte. Dette kan skyldes flere ting, men også at en hittil har hatt et for ambisiøst opplegg (med 14 dager hospitantperiode) og at dette er et for kostbart og krevende opplegg. Dette har nå ADMS rettet opp, og det innebærer at det skal være mer fleksible løsninger for hospitering begge veier. Det heter imidlertid fra kommunale representanter at det er behov for en holdningsendring i sykehuset om at en der har ”noe å lære her ute”.

Vi har ikke data som gir grunnlag for systematiske kunnskaper om hvilke faktorer som fører til at kommunen mange ganger føler seg underlegne i relasjonen til sykehuset. Det kan se ut som det skyldes flere ting: selve arbeidsorganiseringen, der pasientlogistikken innebærer at det er et press på at kommunen skal være effektive ”mottakssentraler” for utskrevne pasienter, er en åpenbar grunn. En annen er størrelse, der mange små kommuner opplever at sykehuset er en stor, kompleks organisasjon som ”lever etter sin egen logikk”. Selvsagt spiller også faglig kompetanse og prestisje inn. I tillegg ser vi at

kommunen i noen regioner legger større vekt på ubalansen i relasjonen enn andre. Når for eksempel kommuner i Indre Østfold hevder å oppleve dette, kan det ha sammenheng med erfaringene fra tiden da en hadde lokalsykehus, og hvor de uformelle og formelle møteplassene var preget av nærhet og hyppighet – i forhold til dagens situasjon. Og avstand spiller en rolle i relasjoner, også i dette tilfelle.

6. Drøfting – samhandling og samarbeid mellom kommuner og sykehus.

6.1. Innledning.

I teorikapitlet pekte vi på tre ulike aspekter ved samhandling som er relevante for vår undersøkelse: På et overordnet plan er det behov for å systematisere de faktorene som fremmer og hemmer samarbeid og samordning i et tverrfaglig perspektiv. Med utgangspunkt i San Martin Rodriguez et al (2005) sitt arbeid med å strukturere slike faktorer på ulike nivå skiller vi mellom systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorer. Vi stilte spørsmålet hvilke faktorer som kan identifiseres i våre data knyttet til Samarbeidsavtalen?

Det andre spørsmålet vi var opptatt av dreier seg om de utfordringene iverksetting av avtalen og de rutinene en har vedtatt representerer. Som vist foran er det mange av de vi har intervjuet som er opptatt av dette spørsmålet, og vi har definert dette som den viktigste utfordringen i utviklingen av samarbeidsrelasjonene. Med utgangspunkt i teorier om iverksetting av nye samordningsmekanismer – som rutiner og prosedyrer – diskuterer vi på hvilken måte en kan lære av tidligere forsøk på å utvikle samordning og samarbeid mellom ulike aktører i helsearbeidet, og her skiller vi blant annet mellom en ”ytre” beslutning om å etablere en rutine og ”dyp” iverksetting.

Det tredje teoretiske inntaket i analysen er organiseringen av partnerskap, og de spesifikke muligheter og utfordringer denne måten å organisere relasjoner mellom kommuner og sykehus innebærer.

6.2. Hva hemmer og hva fremmer god samhandling mellom kommuner og sykehus?

Da utvalget startet sitt arbeid i 2004 - 2005 var utfordringene knyttet til bedre samordning og samarbeid velkjente for helsepolitikere og ansatte i sektoren. Samtidig kan en hevde at både sykehusene og kommunene tidlig på 2000-tallet sto overfor store utfordringer hver på sine felt: sykehusreformen fra 2002 skulle implementeres og innebar store utfordringer som tok mye ressurser både i den overordnede sykehusledelse og blant klinikerne. På samme måte var kommunene på dette tidspunkt sterkt preget av generelle omorganiseringer i overordnede styringsmodeller, og svært mange kommuner i Østfold gjennomførte både kommunesammenslutninger og store omorganiseringer. For eksempel viste en undersøkelse fra 2006 at 13 av de 18 kommunene i fylket hadde fått nye styringsmodeller i løpet av de siste par årene (Ramsdal et al 2006). Det var derfor naturlig at de enkelte organisasjonene hadde nok med å tilrettelegge helsearbeid på "hjemmebane" under nye rammebetingelser, og at fokus på samarbeid mellom kommuner og sykehus var beskjedent på det daværende tidspunkt. Dette innebar også at en del av de samarbeidstiltakene som var blitt etablert mellom kommuner og lokalsykehusene ble lagt til side.

I løpet av midten av tiåret endret dette seg. Problemene med samordning og samarbeid mellom kommuner og helseforetak var åpenbare, samtidig som en etter hvert fikk større kapasitet til å konsentrere seg også om disse problemstillingene. Det kan også hevdes at mange av de nye organisasjons- og ledelsesformene i seg selv hadde nedtoning av samarbeid og samordning mellom organisasjonsheter som en implisitt konsekvens, men at disse utfordringene etter hvert ble tydeliggjort gjennom analyser av hvordan

helsesektoren fungerte. De nasjonale satsningene på kvalitetsutvikling, og evalueringene av både kommunale organisasjonsmodeller og helseforetakene ga grunnlag for en sterkere satsing også på tverrfaglig samarbeid, og bedre samhandling mellom kommunale og sykehustjenester. Den nye helsereformen er da også betegnet som en ”samhandlingsreform, ”. Denne reformen, (som skal presenteres i en Stortingsmelding i juni 2009), representerer både et incitament for utvalgets arbeid, og et bakteppe for dette arbeidet.

Dersom vi tar utgangspunkt i tilnærmingen til San Martin Rodriguez et al som er presentert i teorikapitlet, kan de innspillene som kom i intervjuene organiseres på følgende måte:

Systemiske determinanter

ADMS anses av de fleste som et virkemiddel for å møte noen av de overordnede utviklingstrekkene som er skissert over. Det som en peker på som særlig relevant er følgende:

- Sentralisering i sykehusvesenet – slik sentralisering fører til at avstanden mellom sykehuset (både fysisk og i overført betydning) øker for de fleste kommunene. Den uformelle kontakten man tidligere hadde i kommunene med ”sine” folk på (lokal-)sykehusene er bygget ned gjennom de siste årene. Dette er særlig fokusert på av representanter fra Halden- og Indre Østfold-regionene. Økt spesialisering – dette krever også mer sentralisering, men det skaper dessuten et hierarki i helsevesenet der spesialiserte oppgaver i økende grad blir skilt ut fra allmenn omsorg og pleie.

- Utviklingen av "48-timers-sykehuset" – kravet til økt effektivitet på sykehuset gjør at man må ha standardiserte og ha klare rutiner for hvordan pasientene skal følges opp. Helse Sør-Øst har vedtatt at behandlingslinjer er et prioritert satsingsområde i denne planperioden. Sykehuset Østfold HF har vært en pioner i utviklingen av behandlingslinjer, og dette arbeidet har etter hvert fått et klarere fokus på behandlingsarbeidet før og etter sykehusoppholdet – dvs. med et behov for å etablere linjene til kommunenes helse- og sosialtjenester. Dette arbeidet skjer dels parallelt med arbeidet med å etablere rutiner for samhandlingen i ADMS's regi, og det er forventninger om at behandlingslinjer og vedtatte rutiner etter hvert vil smelte sammen i en helhetlig samhandlingsstrategi. Et poeng er at en ser dette arbeidet som et ledd i en kostnadseffektivisering, som i utgangspunktet er til beste både for effektiv behandling sett fra den enkelte pasients side, men også for helsesektoren samlet sett. Utfordringen er å sikre at utviklingen av gode pasientforløp og effektiv sykehusbehandling ikke medfører at en "kaster resten av systemet ut av kontroll" – for eksempel ved at finansieringsordninger og lovverk medfører at kommunen blir svarteper i det helsepolitiske spillet. Planleggingen av nytt Østfoldsykehus bygger i stor grad på de prinsippene om "raskt inn- raskt ut"- sykehus som er skissert foran. Her planlegger en et "High-tech-hospital" som fordrer en parallell planlegging av de utfordringene dette innebærer for de kommunale helsetjenestene. Dette har en vært bevisst på i planarbeidet, og det er lagt til rette for at en skal etablere en egen planprosess sammen med kommunen for å gi en best mulig tilpasning mellom tjenestenivåene i fremtiden.

I intervjuene blir det – særlig fra kommunens representanter, men også fra sykehusets - lagt vekt på at det har skjedd en omfattende kompetanseoppbygging i kommunene de siste årene. Kommunene har nå fått både kompetent personal og tekniske hjelpemidler som gjør at de kan håndtere vesentlig mer utfordrende ”kADMSs” enn det de kunne for få år siden. Dette har innvirkninger på relasjonene mellom kommuner og sykehus både mht funksjonsfordeling (jamfør punktene over) og en større konkurranse om arbeidskraft. Det kan også innebære at det blir et misforhold mellom kommunestruktur og evne til å påta seg avanserte arbeidsoppgaver i fremtiden. Allerede nå er det en del som tyder på at økt samhandling med sykehuset også stimulerer til økt interkommunalt samarbeid. Forslaget om å utvikle samarbeidsløsninger innenfor rammen av en ny reform kan gi ytterligere kraft til denne utviklingen. Samarbeidsavtalen gir helsesektoren i Østfold et grunnlag for å delta i disse endringene vi ser på systemisk nivå, basert på flere års erfaringer med samhandlingsarbeid.

Organisatoriske determinanter

Samarbeidsavtalen er formelt sett forankret både på politisk nivå i kommunene og på ledernivå i sykehuset. Det synes også som samarbeidet er forholdsvis godt forankret i det utøvende nivå i en del kommuner, mens det ikke oppleves like godt forankret i andre. En indikasjon på dette er at noen kommuner synes å være vesentlig mer opptatt av å melde avvik enn andre kommuner.

Samarbeidsavtalen synes også å være godt forankret i sykehusets ledelse.

Halden kommune rapporterer for eksempel at da de påpekte manglende vilje til å følge opp denne samarbeidsavtalen, så reagerte sykehuset med en gang på en måte som kommunen opplevde tilfredsstillende. Det er likevel klare

indikasjoner på at samarbeidsavtalen ikke er like godt forankret på utøvende nivå i sykehuset.

Det som i første rekke er organisatoriske hindringer for å utvikle samarbeidet, er egenskaper ved organisasjonsstruktur og kompetansesammensetning.

Organisasjonsstrukturen preges av at sykehuset er en kompleks organisasjon, som dels er utviklet gjennom mange år ut fra tradisjoner og fylkets helsepolitiske historie, dels designet ut fra hva som anses til enhver å fremme effektiv pasientbehandling. Kommunenes organisering har, som påvist foran, vært i stadig ending. Men det som preger utviklingen og som i særlig grad er en utfordring for samarbeidet, er at helse- og sosialsektoren ikke fremstår som en egen etat med en klart identifiserbar ledelse i de fleste kommunene.

Etableringen av ”adressater” i kommunen kan hevdes å være en kompensasjon for dette som er initiert av ADMS, men fungerer da primært i forhold til ADMS’s egne informasjonsbehov til /fra kommunene. For det øvrige samarbeidet – som jo utgjør et bredt felt av faglige, økonomiske og administrative relasjoner, finnes det en rekke adskilte, pragmatiske og midlertidige samhandlingsopplegg, ofte knyttet til sykehusavdelinger/diagnoser, som ivaretar samarbeidsbehovet.

Et aspekt ved helsesektorens organisering, er at fastlegene, som er en nøkkelaktør, i mange henseende er ”utenfor” de samhandlingsrelasjonene som ellers er bygget opp. Både formelt (gjennom samarbeidsavtalene mellom sykehus og fastlegene) og i det daglige arbeidet innebærer det at sykehuset har to ”søylar” inn i den lokale helsetjenesten, og det dreier seg derfor i realiteten om et trekantforhold der Samarbeidsavtalen kun regulerer den ene ”søylen”. Dette skyldes som nevnt foran systemiske kjennetegn ved norsk helsevesen, og

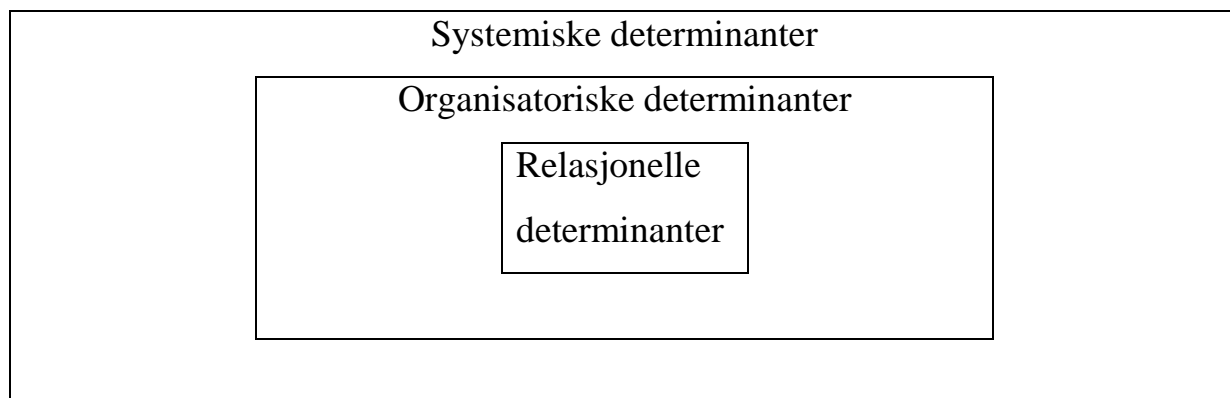
tilretteleggingen for å kople de tre aktørgruppene nærmere sammen er primært et systempolitisk anliggende. Det bør likevel være mulig å tilrettelegge for en bedre sammenkopling også gjennom organisatoriske virkemidler mellom sykehus og kommunene. I ADMS-sammenheng bør det for eksempel være rom for å gi kompensasjon til den enkelte fastlege for arbeid som blir utført for utvalget, for eksempel arbeid i kliniske utvalg.

Relasjonelle determinanter.

De sosiale relasjonene i samhandling er alltid viktige, men ofte vanskelig å måle effekten av. Et gjennomgående argument er at relasjonene mellom sykehusets ansatte og kommunalt ansatte er blitt betydelig mindre konfliktfylt enn det var i enkelte tidsperioder før. Mye tyder på at en har sett en utvikling fra relativt gode relasjoner da en hadde lokalsykehusstrukturen intakt, deretter en overgangsperiode der både sykehus og kommuner var preget av usikkerhet og uenighet om funksjonsfordeling – der de økonomiske rammebetingelsene skapte et voldsomt press på alle aktører i sektoren. En tolkning av de intervjudataene vi har er at en nå opplever en ”tredje fase” i relasjonene. Fremdeles er det store endringsprosesser og sterke krav om kostnadseffektivisering, men det kan synes som om et mer nøkternt perspektiv på disse rammebetingelser etter hvert er utviklet, og at en ikke opplever at uenighet og konflikt i forbindelse med pasientlogistikk og fordeling av behandlingsansvar er så sterkt som det var. Enkelte opplever at de sosiale relasjonene er blitt radikalt forbedret. På den annen side er det som vist foran fremdeles en oppfatning om at det er en ubalanse mellom sykehuset som premissleverandør og kommunen som mottakere, og at dette også setter spor rent psykologisk i forhold til de sosiale relasjonene. Skjevheten i bruken av hospitantordningen hevdes av mange fra kommunene å reflektere denne ubalansen i verdsetting.

Determinantene – et helhetsbilde

En måte å oppfatte de ulike determinantene er å se på dem som rammer for samarbeid på ulike nivåer (Hansen 2007). Vi kan da organisere rammene i følgende figur:



Denne figuren kan forstås slik at de systemiske determinantene setter rammer for de andre determinantene og at de organisatoriske determinantene setter rammer for de relasjonelle determinantene. Vi har allerede vist hvordan systemiske determinanter setter rammer for både sykehuset og kommunene. ADMS er som vi har sagt en organisatorisk determinant som bl.a. prøver å kompensere for de utfordringene som sentralisering, 48-timers sykehus, etc skaper for samarbeidet mellom sykehuset og kommunene. Vår konklusjon er at ADMS er en hensiktsmessig måte å møte en del av disse utfordringene. ADMS vil igjen sette rammer for de relasjonelle determinantene. ADMS legger slik sett rammer for samarbeidet mellom individer. Disse rammene innebærer både muligheter og utfordringer i forhold til det konkrete samarbeidet mellom mennesker. Hvorvidt disse mulighetene utnyttes og hvordan utfordringene møtes avgjøres av de valg hver enkelt gjør. ADMS er en løsning som skaper to viktige muligheter. Den ene er at den gir individer som opplever organisatoriske

hindringer en arena hvor vedkommende kan få tatt opp problemstillingen og gjort noe med den. Mulighetene knyttes både til å ta opp et bestemt sakskompleks med utgangspunkt i samarbeidsavtalen, og til å få etablert nye rutiner forankret i ADMS. Den andre muligheten er knyttet opp til at de rutinene som er etablert gir hver enkelt grunnlag for å håndtere en gitt sak på en måte som er kjent og forutsatt for begge parter i samarbeidet.

Vi vil likevel understreke at ADMS ikke i utgangspunktet påvirker de relasjonelle determinantene. Tillit og kjennskap til hverandre og hverandres arbeidssituasjon skapes ikke av de organisatoriske rammene alene. Flere av våre informanter pekte på den muligheten for godt samarbeid som fantes tidligere da man hadde tett og personlig kontakt med "sine folk" på lokalsykehuset. Dette illustrerer at det også er viktig å utvikle de personlige relasjonene for å styrke samarbeidet. Opplevelsen av at Østfold nå er "mettet" på rutiner, tyder på at man i det videre arbeidet bør styrke fokuset på å utvikle relasjonelle determinanter. Selv om ADMS kan legge forholdene til rette for bedre innsikt i hverandres arbeidssituasjon ved å vedta hospiteringsordninger, viser erfaringen at det nok er behov for en mer aktiv holdning for å gjøre slike ordninger gjensidige. Fokus på hvordan man skaper tillit og gjensidighet på individplan, vil bidra til at det viktige arbeidet som er gjort av ADMS kan implementeres i både kommunenes og sykehusets organisasjonskulturer.

6.3. Iverksetting - forutsetninger for "dyp" samhandling.

I teorikapitlet viste vi til at en i litteraturen om tverrfaglig samarbeid og samordning skiller mellom samarbeid i forhold til grad av dybde og omfang slike samarbeidsrelasjoner har. Her skiller en mellom iverksetting av "ytre"

krav på den ene side, og det en betegner som ”dyp” iverksetting på den annen side. I sistnevnte tilfelle innebærer det et bredspektret og intenst samarbeid som foregår ”flytende” i det daglige arbeidet. I forhold til tilnærmingen om hva som hemmer og fremmer samordning og samarbeid som er diskutert foran, innebærer det at de systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorene spiller sammen om å bekrefte og reprodusere gode samhandlingsprosesser.

I utgangspunktet kan en hevde at Samarbeidsavtalen og ADMS’ s arbeid med å etablere rutiner for samarbeid på ulike felt, nettopp er eksempler på det førstnevnte. Men det er grunn til å hevde at etablering av rutiner har flere funksjoner: Det mest åpenbare er selvsagt at de innebærer en formell avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling mellom sykehus og kommuner. Her er spørsmålet vi har stilt i hvilken grad de ulike aktørene har kjennskap til og følger opp sine forpliktelser, slik disse er vedtatt i ADMS. Dette fokuset på rutiner er utvilsomt å anse som en nødvendig forutsetning for at samhandlingen skal bli bedre. At en også etablerer et system for registrering av avvik som dekker hele spekteret av vedtatte rutiner er en klar styrke, og bidrar både til å skjerpe aktørenes forståelse og kjennskap til alvoret i de vedtatte rutinene, og også som et grunnlag for en evaluering av graden av iverksetting av disse rutinene.

Som nevnt foran er dette et fokus som kan hevdes å legge til rette for ivaretagelse av ”ytre” krav om samhandling. Men i tillegg er det grunn til å hevde – særlig på grunnlag av intervjudataene – at arbeidet med rutinene, både i de kliniske utvalgene og i ADMS, har etablert relasjoner som stikker dypere og som legger til rette for ennå mer omfattende samhandlingsopplegg på lengre sikt. Selv om det kan synes å være et stykke til en opplever at samhandling flyter lett mellom nivåene, og at systemiske, organisatoriske og relasjonelle

virkemidler drar i samme retning, er det en klar erkjennelse av at dette er retningen helsearbeidet vil utvikle seg. På enkelte områder virker det som om en er kommet lengre enn på andre her, og det kan være grunn til å diskutere nærmere forutsetningene for at for eksempel noen vedtatte rutiner fremstår som bedre forankret og mer gjennomført i praksis enn andre. Dette kan tyde på at rutinisering av samhandling medfører at en etter hvert, blant annet basert på tillit til at partene følger prosedyrer og overholder avtaler, utvikler mer dyptgripende samarbeidsrelasjoner enn det å følge standardiserte prosedyrer for samhandling innebærer. Tilnærmingen i ADMS, med en hovedvekt på konkrete rutiner basert på kliniske kunnskaper synes å være den god vei å gå for å stimulere slike utviklingsprosesser.

Den tredje teoretiske innfallsvinkelen til analysen vi presenterte i teorikapitlet, dreier seg om partnerskapsorganisering, dels knyttet til representativitet blant partnerne, dels om dilemmaet knyttet til relasjonen mellom hensynet til beslutningseffektivitet og hensynet til legitimitet/forankring for vedtak i de respektive partnerorganisasjonene. Dette er diskutert tidligere, og vi skal her bare konstatere at i forhold til de behov for en organisasjonsform som er hensiktsmessig har en utfordring knyttet et "demokratisk underskudd" i overordnet styring. Den underliggende motsetning som er implisert i betegnelsen "beslutningsorgan som partnerskap", med vekt på at partnerne avgir beslutningsmyndighet til et "frittstående" organ, er imidlertid i liten grad problematisert i de intervjuene vi har foretatt. Problemstillingen er heller ikke blitt aktualisert ettersom en ikke har opplevd uenighet mellom partnerne som har avstedkommet at de bestemmelsene i Samarbeidsavtalen som omhandler dette er blitt aktivisert. Den sårbarhet for uenighet som ligger i partnerskapsorganisering er derfor ikke blitt satt på prøve.

Sett i et bredere organisasjonsteoretisk og forvaltningspolitisk perspektiv, er erfaringene med Samarbeidsavtalen viktige. Selv om en har blitt stilt overfor utfordringer – for eksempel i forhold til hvordan en skal ivareta representasjon fra kommunene der bare et fåtall har en ansatt som er medlem i ADMS – har en lyktes i å etablere et samhandlingsforum som har bidratt til å skape fleksibilitet og effektivitet – dersom en ser på avtalen og dens virkemidler som sådan.

Sammen med andre erfaringer – for eksempel fra samarbeidsavtaler andre steder i landet, og fra for eksempel folkehelsearbeidet i Østfold – bør en kunne etablere et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å utvikle nye organisasjonsløsninger i offentlig sektor.

7. Konklusjoner.

7.1. Innledning.

Vi har her studert Samarbeidsavtalen, og de virkemidlene som er valgt for å realisere denne avtalen, ut fra tre spørsmål som er stilt innledningsvis. Det første av disse er om den *strukturen* en har valgt for Administrativt samarbeidsutvalg (mandat, organisering, osv.) er hensiktsmessig i forhold til mål og intensjoner med avtalen. Det andre spørsmålet er om de *prioriterte arbeidsoppgaver og arbeidsformer* en har valgt er hensiktsmessige i forhold til målene om bedre samarbeid mellom sykehus og kommuner, og det tredje er hvilke *utfordringer en* møter i arbeidet med å videreutvikle samarbeidet? Det grunnleggende spørsmålet er hvordan en skal videreføre Samarbeidsavtalen når den utløper 30. Juni 2009, og eventuelt om det er grunnlag for endringer i avtaleteksten ut fra der erfaringene som er innhentet.

7.2. Struktur.

Her var vi opptatt av to forhold: For det første avtalens status i og med at en regulerer samhandling gjennom et partnerskap, og for det andre spørsmålet om forankring og representativitet i forhold til relevante aktører. Disse spørsmålene henger nøye sammen. Samarbeidsavtalen skisserer et såkalt ”sterkt” partnerskap, det vil si at en avgir beslutningsmyndighet til et parts sammensatt utvalg som har en relativt autonom status i forhold til partnerskapsorganisasjonene. Dette krever en god representasjon fra de irrelevante aktørene for å skape legitimitet om beslutningene. Saksbehandlingen i ADMS synes å ivareta dette hensynet på en god måte, og det har hittil ikke

vært behov for å benytte de bestemmelsene i Samarbeidsavtalen som omhandler prosedyrer ved uenighet mellom partene.

Representativitet dreier seg om to noe ulike forhold: for det første ivaretagelsen av representasjon fra de partene som er skrevet inn i avtalen, og for det andre relasjonen til de relevante og potensielle parter som ikke er tatt inn i ADMS: fastleger, lokalpolitikere og brukerrepresentanter. Når det gjelder representasjon for de førstnevnte aktørene, har en valgt å la kommunerepresentantene være faglig-administrative ledere med helsefaglig kompetanse, og latt kommunerepresentasjon mellom kommunene i de fem regionene gå på omgang. Dette er så ”kompensert” gjennom å gi adressatene en mer fremtredende rolle enn en forutså, nettopp for å ivareta løpende informasjon til de kommunene som ikke til enhver tid har sitt medlem i utvalget. Denne ordningen er valgt for å ivareta ADMS som et relativt lite og effektivt beslutningsorgan, og synes å fungere relativt greit. Når det gjelder valget av ADMS som et ”administrativt” organ, uten lokalpolitisk representasjon, har en søkt å kompensere dette gjennom Samhandlingsforum. Også dette er et kompromiss, som har på kort sikt kan være akseptabelt, men der rammebetingelsene kan medføre at overordnede politiske og administrative myndigheter bør komme sterkere inn.

Når det gjelder representasjon fra brukerne har en valgt to grep: å definere hele Østfolds befolkning som (potensielle) brukere, og derved la fylkesordfører (fylkesvaraordfører) kunne delta som observatør i ADMS, og å la de kliniske utvalgene ha brukerrepresentasjon ut fra hvilke brukerorganisasjoner som er mest berørt av de saksforhold det enkelte utvalg arbeider med. De vi har intervjuet mener dette er en grei ordning, men ettersom vi ikke intervjuet brukere om saken, kan en stille spørsmål om en ikke bør la brukerorganisasjonen uttale seg om en eventuell endring av denne ordningen.

At fastlegene ikke er partner i Samarbeidsavtalen, og deres manglende representasjon i ADMS, er et åpenbart problem. Fastlegenes sentrale rolle i utøvelsen av lokalt helsearbeid tilsier at en her bør søke systemiske løsninger for å integrere fastlegene ut fra mer prinsipielle avklaringer om eventuelle lovendringer og finansieringsordninger. Uavhengig av dette bør en gi kompensasjon til fastleger som deltar i arbeid i kliniske utvalg.

Sekretariatet spiller en sentral rolle i gjennomføringen av Samarbeidsavtalen. Sekretariatet er finansiert over Sykehuset Østfold budsjett, og fungerer etter de data vi har innsamlet på en utmerket måte, både med hensyn til saksforberedelser og informasjon om utvalget s arbeid. Det er enighet om at sekretariatets plassering i sykehuset, og at det er finansiert derfra, er en god løsning.

Alt i alt fremstår strukturen som gjennomtenkt og god. Det er i første rekke viktig at de ulike virkemidlene, som ADMS, kliniske utvalg, Samhandlingsforum og adressatene fungerer i en helhet, og at en her har mange aktører som bidrar til at strukturen fremstår som fleksibel og effektiv. En bør imidlertid vurdere om en kan finne løsninger som bidrar til at brukere, fastleger og overordnede politiske og administrative myndigheter avklarer hvorvidt en i fremtiden bør endre på representasjonsordninger og overordnede organ (for eksempel en endring i status til Samhandlingsforum) i forbindelse med endringene en ny helsereform vil kreve.

7.3. Prioriterte arbeidsoppgaver og arbeidsformer

Det andre spørsmålet er om de *prioriterte arbeidsoppgaver og arbeidsformer* en har valgt er hensiktsmessige i forhold til målene om bedre samarbeid mellom sykehus og kommuner.

ADMS's mål og ambisjoner for arbeidet med samhandling har vært høye. Møtefrekvensen i utvalget har vært noe høyere enn det en finne som landsgjennomsnittet for slike samarbeidsorgan, og til hvert enkelt møte har det vært nedlagt et stort forarbeid med til dels omfattende saksdokumenter. Saksmengden har vært stor, med en god balanse mellom beslutningssaker, drøftingssaker og orientingssaker.

Det "indre liv" i ADMS har vært preget av gode samarbeidsrelasjoner, og stor optimisme med hensyn til å bedre samhandlingen mellom kommunene og sykehuset. Samarbeidsklimet har vært entydig positivt, med strukturerte møter, gode saksforberedelser, og konstruktive diskusjoner. Sett fra pasientene side er det liten tvil om at de høye ambisjonene er et godt tegn. I fagfolkenes hverdag kan riktignok saksmengden og de mange nye utspillene til nye rutiner være i største laget noen ganger. Det er omfattende saksutredninger, og mye å sette seg inn i både for ADMS's medlemmer og for eksempel adressatene i kommunene, og for de som mottar sakene i de enkelte kommuner og i sykehuset. Saksgangen for beslutningssaker (der rutiner har vært i fokus) er omfattende og grundig, og har vært valgt fordi en ønsker å skape legitimitet og støtte for de vedtakene en tar i ADMS. Dette kan også synes å være en hensiktsmessig arbeidsform tatt i betraktning at "et beslutningsorgan som partnerskap" som ADMS er nettopp er sårbart for uenighet, og særlig dersom prinsipiell uenighet mellom kommunale ledere og sykehusets ledere skulle oppstå.

Interessant nok har noen av de intervjuede vært opptatt av om ADMS har vært for ambisiøse, og for fornøyd med egen innsats, slik at utvalget har gått fremad uten at ”troppene” (de ansatte ”på gulvet”) har fulgt etter. Dette er en viktig problemstilling, som har sammenheng med iverksettingsproblematikken som fremstår som den største utfordringen blant våre funn. Avvikshåndteringen kan stå som et viktig eksempel på dette – nettopp fordi det da dreier seg om implementering av tidligere vedtatte rutiner.

En mulighet er at en bør avvente etablering av nye rutiner, og at utvalget i en periode fokuserer på implementeringsopplegg (opplæring, informasjon etc.) i de respektive organisasjonene for å konsolidere resultatene en har oppnådd i arbeidet med de kliniske utvalgene. Et generelt funn om etablering av nye styrings- og ledelseskonsepter, og for nye standardiserte prosedyrer, for eksempel behandlingslinjer, er nettopp manglende iverksetting, og også mangel på iverksettingsstrategier fra de som produserer standardene.

Det er stor grad av enighet blant de spurte om at *kliniske utvalg* har tatt opp viktige spørsmål, funnet frem til enighet om rutiner, har vært preget av god faglig kompetanse, har ivaretatt brukerrepresentasjon, har i noen grad lyktes med å få fastleger som har deltatt på ”egen fritid”. Selve opplegget med kliniske utvalg må anses som et godt grep, ved at de har vært midlertidige, og ikke minst fordi utvalgene har arbeidet med konkrete ”kliniske” rutiner, har arbeidet diagnoseuavhengig. Alt i alt fremstår kliniske utvalg som et fleksibelt og effektivt virkemiddel i samhandlingsstrategien.

Med utgangspunkt i det som er nevnt foran, kan det synes som om en nå er kommet til et veiskille i bruken av kliniske utvalg – de tre siste som er opprettet

i 2008 har en noe annen karakter enn de første. Nå er en mer fokusert på bredere samhandlingsopplegg – ikke bare prosedyrer/rutiner i mer avgrenset forstand – og en har fokusert på noe mer avgrensede helsefaglige tema. Dette kan være riktig vei å gå, men forutsetter at en ikke trekker oppmerksomheten bort fra de opprinnelige, og kanskje mer generelle og grunnleggende problemstillingene, der utfordringen med å skape effektiv iverksetting av de rutinene en allerede har vedtatt er et hovedanliggende.

Arbeidet i *Samhandlingsforum* har vært gjenstand for noen endringer i løpet av den tiden det har eksistert, og en har nå kommet frem til en struktur som synes å ivareta både behovet for overordnet politisk-administrativ informasjon og behovet for faglig informasjon og nettverksbygging gjennom de to møtene om vår/høst. Møtene har god oppslutning og gode evalueringer, og har festet seg som et viktig forum for helsearbeidere og ledere i fylket.

Adressatene har etter hvert fått en tydeligere og mer omfattende funksjon enn det som opprinnelig var påtenkt. Dette må ses på bakgrunn av behovet for gjensidig informasjon mellom ADMS, kommunerepresentantene i ADMS og kommunene. Selv om her har utfordringer knyttet til å få alle adressatene med på ”full deltakelse”, for eksempel i de årlige møtene med ADMS, er det ingen tvil om, at en nå har funnet et virkemiddel som bidrar til at de kommunene som ikke til enhver tid har ”egen” kommunerepresentant i ADMS, har en mulighet til å være godt informert om ADMS’s virksomhet, og ha muligheter til å formidle egne synspunkter til ADMS via kommunerepresentanten fra sin region.

7.4. utfordringer

I kapittel 5 identifiserte vi følgende fire utfordringer:

- Beslutningseffektivitet og partnerskapsorganisering
- Forankring i kommunene og i sykehuset
- Iverksetting som den største utfordringen – ”jo mer aktivitet, jo større utfordring”
- Likeverdighet mellom kommuner og sykehus.

Beslutningseffektivitet og partnerskapsorganisering

Det er funnet en god balansegang mellom effektivitet og legitimitet i beslutningene. Dette kan synes som en riktig vurdering, og det er i dataene ingen indikasjoner på at en mener effektivitetshensyn har gått på bekostning av legitimitet.

Forankring i kommunene og i sykehuset - Representativitet: To ulike systemer og fire relevante aktørgrupper

Det er åpenbart at mange grupper har interesser i de sakene som ADMS arbeider med. Det har vært viktig å begrense størrelsen på ADMS slik at møtene kan gjennomføres effektivt. Dette skaper en utfordring i forhold til deltakelse, forankring og legitimitet fra grupper som ikke deltar i utvalget. Vi registrerer at det er stor oppslutning om den modellen man har etablert med fast og formalisert samarbeid mellom kommunens adressater og regionens representant i utvalget, i de regioner der dette er gjort. Vi vil anbefale at man vurderer å bruke denne modellen som utgangspunkt for å etablere ordninger som sikrer andre grupper deltakelse inn i utvalgets arbeid.

Iverksetting som en hovedutfordring.

Som vist foran har en hatt høye ambisjoner og stor aktivitet i ADMS og kliniske utvalg. Og: ”jo mer aktivitet, desto større utfordring” er iverksettingen av de rutinene en har vedtatt. I intervjuene er det svært mange som påpeker at ”*mye positivt har skjedd*”, og at *det de siste årene har skjedd en holdningsendring*, der forventningene til at en skal få på plass rutiner for samhandlingen mellom sykehus og kommuner er blitt større. Likevel viser analysen at en her fremdeles har en vei å gå. Selv om Samarbeidsavtalen er godt forankret i partnerorganisasjonenes ledelse, viser denne undersøkelsen at hovedutfordringen i forhold til realiseringen av Samarbeidsavtalens mål er at vedtatte rutiner og andre beslutninger tas til følge i hverdagen. Alle de vi har intervjuet mener at dette er en stor utfordring, selv om mange mener at en etter hvert har blitt bedre ved at informasjon når ut og rutinene fester seg. Likevel er det store og komplekse organisasjoner der det kan være stor avstand fra overordnet ledernivå til det operative nivået.

I undersøkelsen SINTEF-Unimed foretok het det at Østfold var det eneste område der kommunene oppgav at de var ”mettet” på rutiner. Det er også et spørsmål om kapasitet både i sykehus og kommuner når det gjelder å holde seg à jour med, og ha konkrete opplegg for å gjennomføre, stadig nye rutiner som er vedtatt eller anbefalt fra ulike kilder. Mye tyder på at ADMS bør konsentrere mer oppmerksomhet om de konkrete virkemidlene en har for å sikre iverksetting av rutiner. Avvikshåndteringen kan bli bedre, og gjennom ytterligere informasjonstiltak overfor sykehuset og kommunene, og obligatorisk opplæring til nyansatte kan en bidra til at iverksettingen blir ennå bedre gjennomført.

Likeverdighet mellom kommuner og sykehus.

Innenfor ADMS har en, som nevnt foran, ikke indikasjoner på at det er opplevd manglende likeverdighet i arbeidet der. I de generelle samhandlingsrelasjonene mener mange kommunerepresentanter at sykehuset fremdeles fatter beslutninger, for eksempel i forbindelse med utskrivinger, som bryter både med rutiner og med de generelle krav til likeverdig behandling. Kommunen opplever i mange sammenhenger at de blir ”mottakere”, som både finansielt, administrativt og faglig forutsettes å tilpasse seg disposisjoner som foretas i sykehuset. Denne utfordringen dreier seg dels om systemiske kjennetegn ved helsesektoren, der utviklingen i sykehusenes funksjonsmåte innebærer et sterkt fokus på kostnadseffektivitet og anvendelse av ny teknologi og behandlingsmetoder, som forutsetter at kommunens helsetjeneste kan påta seg et stadig større ansvar for pasientene. Dels dreier det seg om tradisjonelle holdninger til kompetanse- og prestisjehierarkier, som det ennå vil kreve tid å endre.

7.5. En hovedkonklusjon.

Vi stilte tre overordnede spørsmål i denne studien av Samarbeidsavtalen i Østfold:

Om avtalen kan

- skape tilstrekkelig legitimitet og støtte blant relevante aktører til å kunne gjennomføre konkrete samarbeidstiltak i (den kliniske) hverdagen,
- at en kan skape tilstrekkelig robusthet i organiseringen slik at en kan motstå tilbakeslag og trusler for samarbeidet, for eksempel enkeltepisoder som kan undergrave det generelle samarbeidsklimaet,

- at en lykkes i å gi samarbeidet tilstrekkelig bredde og dybde til å kunne gi varige resultater i kvaliteten på tjenester som tilbys pasientene/brukerne.

Slik vi tolker dataene, er det grunn til å svare ja på disse spørsmålene. Det generelle, overordnede funnet i våre data er at Samarbeidsavtalen er et godt fundament for videreutviklingen av samarbeidsrelasjonene mellom helseforetaket og kommunene i Østfold.

Alle informantene gir umiddelbart honnør til avtalen, og til at det nå er laget rutiner for samhandling. Som en sa det; *”et redskap for å treffe bindende beslutninger som har praktisk betydning for begge parter”*. Aktørene som kjenner til avtalen og til de ulike prosedyrene, kan nå bruke disse som legitimitetsgrunnlag om det oppstår uenigheter.

Sett i dette perspektivet, er det ingen grunn til ikke å videreføre avtalen for en ny periode. Det som kan endre forutsetningene for den, dreier seg om forhold som vi ikke har hatt muligheter til å ta opp på en konkret måte i denne rapporten, nemlig forslagene til endringer i funksjonsfordeling og finansieringsordninger som kan komme som ledd i en ny helsereform. Sett på bakgrunn av de forslagene som nå er lansert om dette, vil det snarere være ennå bedre grunn til å avvente hva denne reformen innebærer før en eventuelt endrer Samarbeidsavtalen.

Vi har påpekt på enkelte områder knyttet til overordnet politisk-administrativ forankring og representasjonsordninger som en bør vurdere å justere, og i hvert fall avklare med de relevante aktører dersom en velger ikke å foreta slike justeringer.

I de vurderingene som er gjort, er det mange som peker på at en har kommet et godt stykke på vei i forhold til utgangspunktet i 2005. Avtalen anses som et godt virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom sykehuset og kommunen i fylket, og det er ingen som foreslår at en skal avslutte avtalen i 2009. Langt de fleste har en svært god evaluering av prosessene knyttet til ADMS, de kliniske utvalgene og Samhandlingsforum. Noen sitater fra intervjuene kan illustrere dette:

”Før hadde vi mange ideer, men de var ikke systematiserte.. i dette rammeverket kan man ta opp det man har behov for”.. ”himmel og jord i forskjell” ... ”Vi hadde jo samarbeid tidligere, men ikke standardisert form”.. ... ”Nå er pasientene underlagt det samme systemiske samarbeidet uansett hvor man bor” ... ”Mye mer krangling før, nå er det en helt annen tone, nå er det system og profesjonalitet”.

Ingen av våre informanter vil tilbake til situasjonen før ADMS ble etablert, og ingen har pekt på reelle alternativer til den løsningen som er valgt. Selv om det fortsatt står en del igjen før man har etablert et samarbeid som fungerer slik aktørene ønsker, så er det massiv oppslutning om at samarbeidsavtalen og ADMS et viktig og riktig skritt på veien mot bedre samarbeid i regionen.

Litteratur.

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, s. 33 – 58, The University of Chicago Press, Chicago and London.

Arntzen, Elisabeth og Alf Magne Bårdslett (2009): Snuoperasjon er nødvendig. I Dagsavisen Meninger 23.1.2009

Bentsen, E Z m. fl (red) 1999: *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøyskolens forlag, København

Borum, Finn (1999): *Perspektiver på forandringsprosesser i sundheds- og sygehusfeltet*, i Bentsen, Eva Zeuthen m. fl (red) 1999: *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøyskolens forlag, København

Barr, Hugh & al, (2005): *Effective interprofessional education : argument, assumption and evidence*. Blackwell Publishing.

Brunsson N (1999): *Standardization as Organization*, i Egeberg Morten & Lægreid Per: *Organizing Political Institutions*, Universitetsforlaget, Oslo

Fauske, Halvor (2008): *Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål*, Molander, A og Terum, L.I.: (red.): *Profesjonsstudier*, Universitetsforlaget, Oslo.

Fimreite, Anne Lise; Læg Reid, Per (2008): *Reorganizing the Welfare State Administration: Partnership, networks and accountability*, Universitetet i Bergen, Rokkansenteret, notatserien 6:2008,

Freidson (1970/1988), *Profession of Medicine*. Chicago Press

Freidson, E 2001: *Professionalism – the Third logic*. The University of Chicago Press

Glouberman, S. og Mintzberg, H. (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Diseases - Part I & Part II. I *Health Care Management Rev.*, 2001, 26(1), s. 56–92 Aspen Publishers, Inc.

Gundersen, Marianne. Terje Lie og Ståle Opedal (2001): *Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste? Evaluering av samarbeidsprosjektet mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune*. Rogalandforskning, Rapport RF 2001/152, Stavanger

Hansen, Bjarne Håkon (2008): *Samhandling: Alle vil, da får vi det til*. Kronikk i VG 22.10.2008.

Hansen, Gunnar Vold (2007): *Samarbeid uten felleskap*. Dr.avh. Karlstad Universitet

Helse- og omsorgsdepartementet : NOU 2004:18: *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*.

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund: *Nasjonal samarbeidsavtale 2007.*

Helse- og omsorgsdepartementet : NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste*

Helse- og omsorgsdepartementet: En ny helsereform – Samhandlingsreformen.
Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen 24.9.2008

Helse Fonna: Avtale om samhandlingsarenaer innen psykisk helsearbeid/psykisk helsevern mellom Helse Fonna Psykiatrisk klinikk og samarbeidende kommunar i helse Fonna sitt opptaksområde. Sept. 2007

Helse Fonna: Avtale om samarbeidsutval mellom Helse Fonna, Bømlo kommune, Kvinnherad kommune, Stord kommune, Tysnes kommune. Sept. 2005.

Holck, G (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo

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

Kalseth, Birgitte og Bård Paulsen (2008): Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. SINTEF Helse, Trondheim
105

Knudsen, H. (2004): Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Repstad, P. (red.): Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: Tano.

Kommunal Rapport: Kommunene kan få 20 helsemilliarder. 26.3.2009.

Lauvås, Kirsti og Per Lauvås (2004): Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Tano

Magnussen, Geir og Svein Lyngroth (2007): *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten*. AGENDA Utredning og utvikling AS. Rapportnr. 5459. Sandvika 19.3.2007.

Molander, Anders og Lars Inge Terum (red.) (2008): Profesjonsstudier – Introduksjon, i Molander, A. og Terum, L.I.: (red.): *Profesjonsstudier*, Universitetsforlaget, Oslo. (K)

Michelsen, Svein, H. Ramsdal og T. Aarseth (2002): Kommunal organisering og posisjoneringa av profesjonane, i Bukve, Oddbjørn og Audun Offerdal (red.): *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Samlaget

Møller, Geir (2006): *Evaluering av samordningsforsøkene mellom A-etat, trygdeetaten og sosialtjenesten – Sluttrapport*. Telemarksforskning, Bø.

Ramsdal, Helge, S. Michelsen og T. Aarseth (2002): Profesjonar, stat og lokalstyre. Om kommunen som iverksettar av statlege velferdsreformar, i

Bukve, Oddbjørn og Audun Offerdal (red.): *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Samlaget

Ramsdal, Helge og E. S. Skorstad 2004: *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Fagbokforlaget.

Ramsdal, Helge og Kjetil Ramsdal (2007): *Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer*, Arbeidsrapport 2007: 3, Høgskolen i Østfold.

Samarbeidsavtale mellom Sykehuset Østfold HF og NN kommune, gyldig fra 1. Juli 2005.

San Martin-Rodriguez, L., M-D. Beaulieu, D. D'Amour, M. Ferrada-Videla (2005): The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies, *Journal of Interprofessional Care* (May 2005) Supplement 1: 132- 147. (K)

Scheuer, John Damm (2003): *Pasientforløb i praksis – en analyse af en ides oversættelse i mødet med praksis*. Ph.d. avhandling FLOS, Institutt for Organisation og Arbejdssociologi, handelshøjskolen i København.

Øvretveit, Jon (1993): *Coordinating Community Care*, Open University Press, Buckingham

Vike, Halvard et al. (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Alle dokumenter om arbeidet i forbindelse med Samarbeidsavtalen i Østfold:

http://www.sykehuset-ostfold.no/modules/module_123/proxy.asp?

D=2&C=1883&I=4131&mids=745a1114

