

Samarbeid i helse- og omsorgstjenesten

En casestudie av samarbeidsavtalene

Karoline Jangård Selliseth



Uni Research Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie.

Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter.

Manuskriptene er godkjent av redaksjonsrådet, normalt etter en fagfelleevaluering.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISSN 1503-0946

Uni Research Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen
Tlf. 55 58 97 10
Fax 55 58 97 11
E-post: rokkansenteret@uni.no
<http://rokkan.uni.no/>

Henvising til publikasjonen:
Forfatter(e) (årstall) *Tittel*, Rokkan-notat nr. x-20xx, Bergen:
Uni Research AS.

Samarbeid i helse- og omsorgstjenesten

En casestudie av samarbeidsavtalene¹

KAROLINE JANGÅRD SELLISETH

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNI RESEARCH, BERGEN

DESEMBER 2015

Notat 8 – 2015

¹ Masteroppgave, våren 2015 – Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap (AORG350)

Sammendrag

Ulike reformer og samfunnstendenser har ført til endringer i norsk helsesektor, og man beveger seg mot et samarbeid på tvers av nivåer. 1.1.2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, og samtidig fikk man en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller et minimumskrav til hva avtalene skal inneholde.

Formålet med avtalene er blant annet å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen dem imellom, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene er således et statlig pålegg om å utarbeide en relasjon, men selv om samhandlingen er kontraktsbasert, er den også forhandlingsbasert og innebærer således også fleksibilitet og tilpasningsmuligheter.

Temaet for denne studien er samarbeid på tvers av nivåer, og forskningsspørsmålet skal belyses gjennom en todelt case-studie basert på kvalitative data, hvor jeg ser på et samarbeidsforhold der samarbeidsavtalene har mindre innhold enn Nasjonal veileder, og et samarbeidsforhold der samarbeidsavtalene har mer innhold enn den nasjonale standarden. Hensikten er å undersøke hvorvidt variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene.

Problemstillingen som har vært førende er, *påvirker variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene?* For å besvare problemstillingen har jeg benyttet ulike deskriptive teoretiske og analytiske tilnærminger. Dessuten har en todelt case-studie blitt brukt som forskningsdesign, med et datamateriale som bygger på intervjuer og dokumenter.

Presentasjonen av funnene ble organisert i henhold til fem analytiske kategorier, som retter søkelys mot Sykehuset Innlandet (SI) og kommunenes, samt Ahus og kommunenes erfaringer med praktisk samarbeid. I analysen ble de teoretiske forventningene knyttet sammen med de empiriske funnene.

Et hovedfunn er at relasjonen mellom Ahus og kommunene er preget av spenninger og konflikter, samtidig som avtalene inneholder mindre enn Nasjonal veileders minimumsløsning. SI og kommunene har på den andre siden et godt samarbeid, og i tillegg samarbeidsavtaler som er konkrete og innholdsrike og hvor det suppleres med mer innhold enn veilederen beskriver. Avtalene er således gode instrumenter for styring av en relasjon, dersom detaljeringsgraden fungerer. Uformelle verdier blir imidlertid mer fremtredende i tilfeller hvor avtalene ikke er standardiserte nok,

og utstakt bruk av slik uformell samhandling kan medføre konflikter og tvister, som i Ahus. Uformelle former for ikke-avtalefestet samarbeid eksisterer også i relasjonen mellom SI og kommunene, men her foregår de i samspill med den instrumentelle styringen av relasjonen.

Forord

Den grunnleggende ideen bak denne oppgavens tema har utspring i et uheldig møte med norsk helsevesen våren 2013, og et påfølgende behov for bedre kunnskap om samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene, ettersom koordinering av offentlig sektor og samarbeid på tvers av nivåer har blitt et svært viktig aspekt ved norsk helsesektor de siste par årene.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en meget interessant, morsom, intensiv og lærerik prosess, og en rekke personer har bidratt til denne oppgaven på svært ulike måter. I den forbindelse har jeg mange å takke.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Jacob Aars, som har gitt meg svært verdifull og konstruktiv veiledning i løpet av hele prosessen med masteroppgaven, og som også har bidratt til at jeg ble tildelt studentstipend etter avtale med prosjektleder Benedicte Carlsen. Dermed vil jeg også takke Benedicte og de andre på forskningsgruppeseminaret på Uni Research Rokkansenteret, som har bidratt med engasjement, samt gode og nyttige tilbakemeldinger på min oppgave.

Jeg vil også rette en takk til forskergruppen Politisk organisering og flernivåstyring og alle dens medlemmer. En spesiell takk rettes til Per Lægreid og Harald Sætren for gode faglige innspill og ideer under mine framlegg.

Takk til alle informanter som har bidratt med kunnskap, informasjon og entusiasme. Uten dere hadde gjennomføringen av studien vært umulig.

Takk til pappa og Helga for at dere har satt av tid til å lese korrektur av oppgaven, og takk til Steinar Gjerde som var til stor hjelp da jeg skulle utforme oppgavens analysekapittel.

Takk til mamma som gav meg inspirasjon til å skrive oppgaven, og hvis alvorlige ulykke i 2013 gav meg stor motivasjon til å studere det praktiske samarbeidet mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten.

Sist, men ikke minst, takk til min kjære ektemann, Martin. Du har vært utrolig tålmodig og en fantastisk støtte under hele arbeidet med masteroppgaven.

Karoline Jangård Selliseth

Bergen, 1.6.2015

Innholdsfortegnelse

Sammendrag:	ii
Forord:	iv
Tabeller og vedlegg i studien:	viii
Forkortelser:	viii
Kapittel 1 – Innledning	1
1.0 Introduksjon	1
1.1 Hensikt med studien og problemstilling	1
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling	2
1.3 Avgrensning av studien	3
1.4 Studiens disposisjon	4
Kapittel 2 – Samarbeid i helse- og omsorgstjenesten	6
2.0 Innledning	6
2.1 Historisk kontekst	6
2.1.1 Samhandlingsreformen	8
2.1.2 Organisering av norsk helsevesen	8
2.2 Innføringen av samhandlingsreformen	9
2.2.1 Samarbeidsavtalene	10
2.2.2 Det generelle bildet av funnene	12
2.3 Oppsummering	13
Kapittel 3 – Tidligere forskning om samhandling mellom kommuner og helseforetak	14
3.0 Innledning	14
3.1 Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten	14
3.2 Samhandling i et komplekst system	16
3.3 Avtaleutformingens betydning for praktisk samarbeid – et første spadestikk	17
3.4 Oppsummering	17
Kapittel 4 – Teoretiske perspektiver og begreper	19
4.0 Innledning	19
4.1 Formell organisering og praktisk handling	20
4.2 Praktisk samarbeid i et institusjonelt perspektiv	22
4.3 Bakgrunn for samhandlingsreformen	23
4.3.1 Offentlige styringsreformer og NPM	23
4.3.2 Whole-of-government	24
4.3.3 Fjernivåstyring	25
4.3.4 Nettverkspolitikk	26
4.4 Relasjon mellom stat og kommune i et flernivåsystem	28

4.4.1	Partnerskapsbegrepet	28
4.4.2	Likeverdighet mellom stat og kommune?	28
4.5	Implikasjoner for konkret samarbeid	32
4.6	Oppsummering	33
Kapittel 5 – Metodisk rammeverk.....		35
5.0	Innledning	35
5.1	Metodisk tilnærming.....	35
5.2	Case-studie.....	36
5.2.1	Utvelgelse av enheter	37
5.3	Konkretisering av sentrale begreper.....	38
5.3.1	Praktisk samarbeid	39
5.3.2	Utformingen av samarbeidsavtalene	41
5.3.3	Samarbeidsnivå og samarbeidsarenaer	43
5.4	Intervju.....	44
5.4.1	Utvelgelse av respondenter	46
5.4.2	Gjennomføring av intervjuene	48
5.4.3	Vurdering av metoden	49
5.5	Dokumentanalyse	50
5.5.1	Utvalg av dokumenter.....	50
5.5.2	Nasjonal veileder.....	51
5.5.3	Vurdering av metoden	54
5.6	Datakvalitet – reliabilitet og validitet.....	55
5.7	Generalisering.....	56
Kapittel 6 – Empiriske funn.....		58
6.0	Innledning	58
6.1	Samarbeidsavtalene.....	58
6.1.1	Ahus og kommunene	58
6.1.2	SIHF og kommunene	61
6.2	Interne dokumenter.....	63
6.2.1	Møterefater	63
6.3	Praktisk samarbeid i helse- og omsorgstjenesten.....	76
6.3.1	Partenes kjennskap til enkeltavtaler?	77
6.3.2	Benyttes avtalene i samarbeidet og på hvilken måte?	81
6.3.3	Alternative former for samarbeid som ikke er avtalesfestet?	83
6.3.4	På hvilken måte foregår samarbeidet?	85
6.3.5	Romslige eller konkrete avtaler?	90
6.4	Oppsummering	91
Kapittel 7 – Analyse av det empiriske materialet		94
7.0	Innledning	94
7.1	Grunnleggende teoretiske antakelser og forventninger.....	94
7.2	Forhold mellom struktur og atferd	96
7.2.1	Samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samarbeid	96
7.2.2	Alternative former for samarbeid	98

7.3	Flernivå- og nettverksperspektiv.....	100
7.3.1	Samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samarbeid.....	100
7.3.2	Alternative former for samarbeid.....	101
7.4	Partnerskap	102
7.4.1	Samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samarbeid.....	102
7.4.2	Alternative former for samarbeid.....	104
7.5	Oppsummering.....	106
Kapittel 8 – Hovedfunn	107	
8.0	Innledning.....	107
8.1	Teoretiske og metodiske implikasjoner	107
8.2	Policy implikasjon	108
8.3	Muligheter for videre forskning	110
Litteraturliste:.....	111	
Vedlegg 1.....	120	
Vedlegg 2.....	129	
Vedlegg 3.....	137	

Tabeller og vedlegg i studien

Kapittel 5:	Tabell 5.1: Oversikt over enheter
	Tabell 5.2: Kvalitetsdimensjon
	Tabell 5.3: Oversikt over respondenter
Kapittel 6:	Tabell 6.1: Oversikt over møtefrekvens, deltakelse og møtested i OSU
	Tabell 6.2: Oversikt over møtefrekvens, deltakelse og møtested i ASU
Vedlegg 1:	Oversikt over innhold i Nasjonal veileder og samarbeidsavtalene
Vedlegg 2:	Intervjuguider
Vedlegg 3:	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Forkortelser

Ahus	Akershus universitetssykehus
ASU	Administrativt samarbeidsutvalg
BEON-prinsippet	Beste effektive omsorgsnivå
GSU	Geografisk samarbeidsutvalg
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HSØ	Helse Sør-Øst
KS	Kommunesektorens organisasjon
LEON-prinsippet	Laveste effektive omsorgsnivå
NPM	New Public Management
OSU	Overordnet samarbeidsutvalg
PLO-meldinger	Pleie- og omsorgsmeldinger
ROS-analyser	Risiko- og sårbarhetsanalyser
SI/SIHF	Sykehuset Innlandet/Sykehuset Innlandet Helseforetak
SINTEF	Selskapet for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høgskole
SU	Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
UFB	Uten fast bopel
ØHD	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kapittel 1 – Innledning

Introduksjon

De siste årene har koordinering av offentlig sektor blitt et viktig tema i flere land, inkludert Norge. Ulike reformer og samfunnstendenser har ført til endringer i norsk helsesektor, og ansatte, pasienter, brukere og pårørende beveger seg mot et samarbeid på tvers av nivåer. 1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft. I korte trekk fører denne reformen til endringer i lokale samarbeidsstrukturer og organisering av tjenester. Samtidig fikk man en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Loven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til hva avtalene skal inneholde. Formålet med samarbeidsavtalene er blant annet å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen dem imellom, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Et sentralt utgangspunkt for denne oppgaven er dermed at staten forsøker å styre samarbeidet gjennom et mykt virkemiddel – de lovpålagte samarbeidsavtalene, og innholdet i disse avtalene står beskrevet i Nasjonal veileder.

Jeg er interessert i å studere hvorvidt samarbeidsavtalene er et egnet redskap for koordinering mellom helseforetak og kommuner. Både Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kommunesektorens organisasjon (KS) gir klart uttrykk for at de mener at avtalene er et viktig virkemiddel for å fremme koordinering og samarbeid mellom nivåene. KS mener imidlertid at avtalene ikke bør være altfor omfattende og detaljerte (Williksen et al., 2014). Dermed kan det tenkes at der HOD ønsker så mye standardisering som mulig, ønsker KS å begrense standardiseringen noe. I forlengelse av dette, antar HOD at det foreligger en tett kobling mellom avtalene og praktisk atferd, i tråd med et instrumentelt perspektiv, mens KS, i tillegg til dette, også fokuserer på institusjonelle forhold. Jeg vil derfor se på innholdet i samarbeidsavtalene og undersøke om utformingsvariasjoner påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak, eller om det er andre faktorer som spiller inn. Det overordnede temaet for min masteroppgave er dermed samarbeid på tvers av nivåer, med fokus på lokalt og sentralt nivå.

Hensikt med studien og problemstilling

Temaet for denne studien er dermed samarbeid på tvers av nivåer, og forskningsspørsmålet skal belyses gjennom en todelt case-studie basert på kvalitative data, hvor jeg ser på ett samarbeidsforhold der samarbeidsavtalene har mindre innhold enn Nasjonal veileder, og ett samarbeidsforhold der samarbeidsavtalene har mer innhold enn den nasjonale standarden. Hensikten med dette er å undersøke hvorvidt variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene. Derfor er det allerede i studiens

innledningskapittel viktig å presisere at de mest sentrale samarbeidsutvalgene er Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) og Administrativt samarbeidsutvalg (ASU). De valgte helseforetakenes og kommunenes tilknytning til disse utvalgene presiseres i delkapittel 1.3, og en ytterligere kartlegging av disse og øvrige møtearenaer presenteres i kapittel 5. Samlet kan dette gjøre meg i stand til å studere hvorvidt samarbeidsavtalene er et egnet redskap for koordinering mellom kommuner og helseforetak. Variasjoner i avtaleutforming vil undersøkes med sikte på å skille mellom avtaler som «underoppfyller» minimumskravene i Nasjonal veileder, og mer detaljerte og «fyldige» avtaler som i tillegg til minimumskravene, for eksempel supplerer med vedlegg og rutiner. Problemstillingen for min masteroppgave lyder dermed som følger:

Påvirker variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene?

Et grunnleggende spørsmål i studien dreier seg videre om faren for *sirkelresonnement*, noe som innebærer at årsak og virkning er samme fenomen. Jeg må dermed undersøke om det er avtalene som påvirker samhandlingen – noe som er min antakelse og hovedproblemstilling – eller om det er samhandlingen som styrer samarbeidsavtalene. Dette er et vanskelig problem å håndtere, men kvalitative studier er et godt egnet redskap for dette, noe som utdypes nærmere i kapittel 5.

Begrunnelse for valg av problemstilling

Jeg har blitt tildelt et studentstipend ved Uni Research Rokkansenteret tilknyttet prosjektet *Providing Integrated Health Care for Older People*, og i den forbindelse har jeg fått i oppgave å gå igjennom den samlede oversikten over samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak for å undersøke hvilke avtaler de ulike kommunene har, og om det finnes noen kommunevise variasjoner. Denne gjennomgangen har dermed gitt meg et bredt materiale å velge fra i forbindelse med utarbeidelsen av denne oppgavens problemstilling, samt innsamling av data.

Generelt er jeg altså interessert i utformingen av samarbeidsavtalene, og hvorvidt variasjoner i utformingen av disse påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Jeg har dermed en antakelse om at de formelle avtalene har betydning for det praktiske samarbeidet. Jeg antar videre at jo mer fyldige og spesifiserte avtalene er, jo bedre vil samarbeidet være. Den samlede forskningen omkring dette kan enten bekrefte, avkrefte eller motbevise at det finnes en sammenheng. Hvis det førstnevnte er resultatet, vil det vise at variasjoner i avtalenes utforming faktisk påvirker det praktiske samarbeidet. Hvis hypotesen avkreftes, vil det vise at utformingsvariasjoner ikke påvirker den praktiske samhandlingen, noe som også vil gi en indikasjon på at innholdet i samarbeidsavtalene er av liten betydning for det praktiske samarbeidet, og som kan gi grunnlag for å utarbeide alternative hypoteser. Alternative hypoteser er videre viktig for å unngå nullfunn, da nullfunn innebærer at man ikke kan påvise sammenfall eller årsakskjeder. For eksempel kan for stor grad av formalisering bli en «tvangstrøye» på samarbeidet, ved at

avtalene stenger for samarbeidsrelasjoner som utvikler seg naturlig, eller som allerede er etablert, noe som medfører at for omfattende avtalestandardisering forhindrer et godt praktisk samarbeid (Williksen et al., 2014). Videre kan det være uformelle normer og kognitive rammeverk som har størst betydning for samarbeidet, og at avtaleverket derfor ikke har noen praktisk betydning. Dessuten kan det tenkes at det er strukturelle og prosessuelle forhold som styrer samarbeidet (ibid.), og at avtalene derfor har begrenset betydning for samhandlingen.

Oppgaven retter dermed først og fremst oppmerksomhet mot avtaler som et virkemiddel til å styre samarbeidet mellom to offentlige forvaltningsorganer. Årsaken til at det er interessant å studere dette samarbeidsforholdet er at det er kontraktbasert, samtidig som det er forhandlingsbasert. Samarbeidsavtalene er dermed lovpålagte, og pålegger partene å samarbeide med hverandre (HOD, 2011). Selv om bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 om «plikt til å inngå avtale» innebærer en begrensning i avtalefriheten ved at kommuner og helseforetak forpliktes til å inngå avtale (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-1, 2011), er det likevel et sentralt forhandlingselement i dette samarbeidet, og aktørene møtes jevnlig for å evaluere og revidere avtalene².

Dessuten belyser studiet interessante og vesentlige forhold i samfunnet, i tråd med Grønmo (2011) sin samfunnsmessige begrunnelse for valg av problemstilling. Dette fordi de aller fleste på et eller annet tidspunkt i livet vil befinne seg i en rolle som enten pasient eller pårørende, hvor avtalene og det praktiske samarbeidet mellom ansatte i helse- og omsorgstjenesten vil berøre en, enten direkte eller indirekte. Et godt helsetjenestetilbud er dessuten svært viktig både på individ- og samfunnsnivå. Det er videre en samfunnsmessig viktig studie siden samarbeidet i meget stor grad legger føringer for de faktiske helse- og omsorgstjenestetilbudene i de ulike kommunene og helseforetakene. Dessuten åpner forskningsspørsmålet for nye studier av de samfunnsforholdene som vektlegges på den måten at dette forskningsspørsmålet ikke har blitt studert tidligere. Dette er i tråd med Grønmo (2011) sin forskningsmessige eller faglige begrunnelse. Hvorvidt variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker det praktiske samarbeidet mellom kommuner og helseforetak har ikke tidligere blitt undersøkt, og denne gjennomgangen gir meg en unik oversikt og mulighet til å studere et forhold som er relativt nytt. Spørsmålet bidrar dessuten til at den samlede forskningen om disse samfunnsforholdene kan bli videreført på en meningsfull måte (Grønmo, 2011). For eksempel kan man, med tiden, undersøke hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever virkningen av samarbeidsavtalene.

Avgrensning av studien

I Nasjonal veileder foreligger det ni kapitler. Kapittel 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 og 9 omtaler henholdsvis lovgrunnlaget for samarbeidsavtaler, formålet med avtalene, avtalenes parter og struktur, organisering av arbeidet, samt andre tema avtalene kan inneholde. I kapittel 7 finner man en litteraturliste, mens i kapittel 8 og 9 står det forslag til samarbeidsavtale og

² Se for eksempel Dajani og Fossum (2014).

eksempler på samarbeidsorganer og former. Kapittel 5 i veilederen beskriver 12 krav til avtalenes innhold. Det er dermed dette kapittelet som er relevant når jeg skal undersøke variasjoner i utformingen av samarbeidsavtaler.

Videre vil hovedinnholdet i samtlige samarbeidsavtaler mellom de valgte kommuner og helseforetak presenteres, for å undersøke i hvilken grad de følger innholdet i Nasjonal veileder. Jeg er interessert i å studere avtaler hvor innholdet varierer med tanke på utforming, for å undersøke hvorvidt en formell kontrakt har betydning for det praktiske samarbeidet mellom nivåene. Derfor ble helseforetakene Akershus universitetssykehus (Ahus) og Sykehuset Innlandet (SIHF) valgt. Årsaken til valg av helseforetak er at Ahus ikke oppfyller standardene i veilederen, da avtalene inneholder mindre enn veilederens minimumskrav, mens SIHF supplerer med samarbeidsrutiner og vedlegg som går utover veilederens minimumsløsning.

Videre ble fire kommuner valgt, nemlig Skedsmo, Hurdal, Ringsaker og Tynset. Valg av kommuner kan for det første begrunnes med at potensielle aktører i denne studien er alle ansatte fra til sammen 69 kommuner innenfor disse to foretaksområdene. I den forbindelse måtte jeg foreta et valg av hvilke aktører og kommuner som skulle innlemmes i studien. To av kommunene som er nevnt ovenfor (Tynset og Skedsmo), er direkte representert i henholdsvis ASU og OSU, mens de to kommunene Ringsaker og Hurdal ikke har representanter i disse samarbeidsutvalgene. Årsaken til at jeg valgte to kommuner som har representanter i ASU og OSU, og to kommuner som ikke har representanter i samarbeidsutvalgene, er at det også er interessant å undersøke hvorvidt direkte representasjon i samarbeidsutvalgene har betydning for kommunenes praktiske samhandling med helseforetakene.

Studiens disposisjon

Oppgaven er delt inn i åtte kapitler, og har følgende oppbygging: I kapittel 2 vil konteksten og bakgrunnen for studien presenteres. Formålet er å bli bedre kjent med hvilke kontekster de to samarbeidsenhetene SIHF, kommunene Ringsaker og Tynset, samt Ahus og kommunene Hurdal og Skedsmo er en del av. I kapittel 3 ser jeg nærmere på tidligere forskningsbidrag innen tverretattlig samarbeid, før det overordnede teoretiske rammeverket for studien presenteres i kapittel 4. I første omgang ser jeg her på forholdet mellom struktur og adferd hos Egeberg (1984), før jeg belyser de alternative antakelsene. Forholdet mellom formell struktur og handling iverksettes videre igjennom et flernivåsystem, så jeg presenterer dermed ulike reformer og perspektiver som New Public Management og flernivåstyring for å vise hva et slikt flernivåsystem innebærer. Deretter ser jeg nærmere på relasjonen mellom stat og kommune i et slikt system, før jeg undersøker styringsreformenes og stat-kommune-relasjonens implikasjoner for praktisk samarbeid mellom stat og kommune. Et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv kobles videre fortløpende opp mot de ulike teorielementene. Kapittel 5 omfatter metoden som brukes for å besvare problemstillingen, samt vurderinger knyttet til styrker og svakheter med det valgte

forskningsdesignet. I kapittel 6 blir empirien presentert. Dette gjøres først ved å presentere innholdet i samarbeidsavtalene mellom partene, før innholdet i møterefaterne fra de to samarbeidsutvalgene gjengis, for å belyse hvordan samarbeidet kommer til uttrykk her. I kapittelets andre del vil det bli gitt en beskrivelse av partenes erfaringer med hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetak foregår i praksis, og presentasjonen av resultatene organiseres i henhold til følgende analytiske kategorier: Partenes kjennskap til avtalene, hvorvidt og hvordan avtalene benyttes, alternative former for samarbeid, på hvilken måte samarbeidet foregår, samt om avtalene bør være romslige eller konkrete. Kapittel 7 er oppgavens analysekapittel, og her blir de ulike teoretiske inntakene knyttet opp til de empiriske funnene. I kapittel 8 vil jeg forsøke å besvare oppgavens problemstilling ved å vise studiens hovedfunn, før jeg foretar en drøfting av hvilke teoretiske og metodiske implikasjoner funnene i studien kan ha. Avslutningsvis vil jeg komme med noen betraktninger vedrørende videre forskning.

Kapittel 2 – Samarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Innledning

I dette kapitlet vil konteksten og bakgrunnen for studien presenteres. Formålet er å bli bedre kjent med hvilke kontekster de to samarbeidsenhetene SIHF og kommunene Ringsaker og Tynset, samt Ahus og kommunene Hurdal og Skedsmo er en del av. En utarbeidelse av casenes kontekstuelle rammer utgjør et viktig grunnlag for videre analyser.

Innledningsvis plasseres samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i en historisk kontekst. Dette gjøres for å belyse utviklingstrekkene ved stat-kommune-relasjonen fra selvstyrets ungdom, og bakgrunnen for at partene i økende grad ble involvert i et samarbeidende partnerskap. Videre ses det nærmere på omstendighetene rundt samhandlingsreformen. Her presenteres blant annet relasjonen mellom det statlige og det kommunale nivået, før jeg kort forklarer hvordan norsk helsevesen er organisert. Avslutningsvis presenterer jeg viktige sider ved samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene, før det generelle bildet av innholdet i samarbeidsavtalene blir presentert, på bakgrunn av innsikten jeg har tilegnet meg som en følge av min deltakelse i forskningsprosjektet *Providing Integrated Health Care for Older People*.

Historisk kontekst

I selvstyrets ungdom i Norge fra 1837, ble en stor grad av kommunal autonomi etablert som et ideal og kommunens formelt underordnede forbindelse til staten hadde liten betydning for den praktiske politikken. Idealet innebar videre at kommunene skulle stå på egne ben og utforme sin egen politikk, og staten måtte således være tilbakeholden med å pålegge kommunene oppgaver (Fimreite & Flo, 2002:311).

Idealet om den autonome kommunen ble imidlertid utfordret i to bølger i perioden 1920–1960. Den første bølgen var knyttet til de økonomiske vanskene i mellomkrigstiden, som førte til at staten grep inn med ulike tvangstiltak overfor kriserammede kommuner, men den ga også direkte, generelle tilskudd til trengende kommuner. Det skjedde her en slags byttehandel hvor kommunene ga fra seg frihet for å få trygghet tilbake fra staten. Den andre bølgen var knyttet til den sosialdemokratiske reformpolitikken etter 1945, ved at Arbeiderpartiet argumenterte med at den kriserammede mellomkrigskommunen var et produkt av den autonome kommunen. En høy grad av kommunal autonomi brøt dessuten med regjeringspartiets ambisjoner om å gjøre kommunene til et redskap i statens tjeneste (Fimreite & Flo, 2002: 311). Hesse og Sharpe (1991: 610) mener imidlertid at det i etterkrigstiden foregikk en økende desentralisering i vesten, da man øynet et behov for å bygge opp og fornye den offentlige infrastrukturen i etterkrigstiden, og at denne prosessen involverte lokalnivået mer enn noen andre nivåer. De mener videre at en av de viktigste årsakene til dette kan tenkes å være at kostnader som følge av den massive urbaniseringen i

nesten samtlige vestlige land fra 1950-tallet og utover, samt at de nye oppgavene dette førte til, ble pålagt lokalt nivå, noe som førte til at urbanisering ble en viktig drivkraft for *mer* selvstyre.

Noen år senere foregikk, i følge Fimreite og Flo (2002: 311 og 312), et av de mest intense kommuneideologiske oppgjør noen gang, utkjempet av høyre- og venstresiden, om hvilken funksjon den norske kommunen skulle ha. Det sosialdemokratiske alternativet til den autonome kommunen var at kommunene skulle integreres som en del av det totale forvaltningsapparatet, den såkalte *forvaltningskommunen*³. Dette innebar at det kunne gjøres politiske vurderinger også ved lokal iverksetting av den nasjonale politikken. Dessuten var en «uniformering» av kommunene for å eliminere spriket med hensyn til ressursgrunnlag og velferdstilbud særlig viktig. Mot slutten av 1950-tallet vant forvaltningskommunen dette oppgjøret.

Frem mot 1970-tallet fikk imidlertid Arbeiderpartiet øynene opp for de lokalistiske verdiene som de borgerlige partiene tidligere hadde vært forkjempere for. Det ble dermed gitt klare signaler om at den lokale handlefriheten måtte øke, men dette førte ikke til et opprør mot forvaltningskommunen. Man innså heller at den sterke uniformeringen av kommunene hadde enkelte uheldige følger. Et av tiltakene var å vri overføringssystemet fra øremerkede innskudd til rammeoverføringer for å gi lokale politikere mer spillerom (Fimreite & Flo, 2002: 312).

Videre belyser Hesse og Sharpe (1991: 614–616) at det økonomiske forholdet mellom nivåene ble styrket da lokalnivået ble en viktig aktør med tanke på levering av velferdstjenester, noe som førte til at nivåene i økende grad ble involvert i et samarbeidende partnerskap. Selv om det ikke nødvendigvis er slik at lokalnivået får mindre makt enn sentralnivået som følge av dette samarbeidet, har lokalnivået noen ganger begrenset handlingsrom. Kommunene har imidlertid likevel blitt en viktig aktør med tanke på koordinering, integrering og innovasjon.

Det har dermed skjedd en utvikling fra et ideal om stor grad av kommunal autonomi og statlig «passivitet» i kommunalpolitikken, til at lokalnivået ble en sentral leverandør av velferdstjenester, noe som medførte at stat- og kommunenivå ble involvert i et samarbeidende partnerskap. I tråd med dette, er målet med samhandlingsreformen en tettere integrasjon mellom lokalt og nasjonalt nivå og klar ansvarsfordeling gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler, samtidig som at en større andel helse- og omsorgstjenester skal utføres i kommunene, i nærheten av pasientens hjem. Også Nav-reformen er bygget over samme lest, og innebærer at stat og kommune er pålagt å samarbeide som likeverdige partnere. Et sentralt spørsmål er imidlertid hvordan partene klarer å dele på ansvaret, og hvorvidt de lovpålagte avtalene fungerer. I henhold til dette, indikerer dette skiftet mot et ideal om partnerskap og likeverd, at det må tilføres nye elementer i stat–kommune-forholdet, for eksempel en vending mot et mer forhandlingsbasert system.

³ Dette innebar at kommunene skulle integreres som en del av det totale forvaltningsapparatet (Fimreite & Flo, 2002: 211).

Samhandlingsreformen

Man kan altså se at relasjonen mellom stat og kommune har gått i bølger fra et ideal om stor lokal handlefrihet til sterk statlig styring, siden begynnelsen av 1800-tallet. På samme måte har Rommetvedt (2014) observert en «pendelsving» innenfor helsepolitikken de siste årene. For eksempel opplevde man at delingen av eierstyringen og det finansielle ansvaret mellom fylkeskommunen og staten før sykehusreformen i 2002, skapte uklare ansvarsforhold, både internt i sektoren og enda mer utad, noe som medførte at man i liten grad hadde systemer som ble rettet inn mot pasientenes samlede behov. Dessuten ble helsetjenestene opplevd som fragmenterte og uoversiktlige, noe som ble problematisk og utfordrende for pasienter, brukere og aktører (Rommetvedt, 2014; HOD, 2011). Formålet med sykehusreformen var først og fremst å unngå dette ved å samle alt ansvar hos staten, og finansieringen skulle skje gjennom de regionale helseforetakene som staten selv skulle eie. Ti år senere trådte imidlertid samhandlingsreformen i kraft, og denne bryter med sykehusreformen ved at kommunene får et medfinansieringsansvar. Generelt kan reformen tenkes å føre til endringer i lokale samarbeidsstrukturer, organisering av tjenester og forebyggende virksomhet, og den bygger på et bredt spekter av virkemidler for styring mellom stat og kommune. Dette førte videre til at bekymringene for uklare arbeidsforhold nå var kommet i bakgrunnen (Rommetvedt, 2014).

Samtidig trådte en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Loven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til hva avtalene skal inneholde. Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen dem i mellom, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder og trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Avtalene skal videre bidra til at pasienter og brukere opplever samordnede tjenester og en klargjørelse av hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Avtalene skal dermed sørge for tiltak som sikrer god koordinering og likeverdighet mellom avtalepartene, samt videreutvikling av bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer og behov i større grad tas i betraktning (HOD, 2011).

Det nye i samhandlingsreformen er altså at partene forpliktet til å gå inn i en avtalebasert relasjon, men denne relasjonen innehar også et forhandlingselement som bidrar til at partene i samme grad står i posisjon til å forhandle seg frem til løsninger som er gunstige for alle parter.

Organisering av norsk helsevesen

Til tross for disse endringene og reformene, har man i helse- og omsorgssektoren tradisjonelt hatt en tredelt organisering: Nasjonalt nivå, regionalt nivå og lokalt nivå. Det overordnede ansvaret for helsesektoren ligger på nasjonalt nivå, hos Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det regionale nivået består videre av fire regionale

helseforetak (RHF); Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord, som eier de lokale helseforetakene (HF), altså sykehusene (Rommetvedt et al., 2014).

På lokalt nivå finner vi til sammen 428 kommuner. Siden mange kommuner er relativt små, og således har begrenset kompetanse og ressurser, er det i mange tilfeller behov for interkommunalt samarbeid for å takle de nye utfordringene som følge av samhandlingsreformen (Rommetvedt et al., 2014).

Videre har man en todeling av tjenestetilbudet i helsesektoren: Spesialisthelsetjenesten – altså helseforetakene – inkluderer hovedsakelig somatiske og psykiatriske sykehus, samt ambulansetjeneste. Primærhelsetjenesten består videre av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleiere, helsesøstre, ergo- og fysioterapeuter, logopeder og institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre (ibid.). Primærhelsetjenesten har lenge vært driftet av kommunene, og er således en av kommunenivåets viktigste oppgaver (Stranden, 2014: 12). Driften og eieransvaret av spesialisthelsetjenesten har imidlertid vært i endring de siste tiårene. Fra 1976 til 2002 var sykehusene eid og driftet av fylkeskommunene, før sykehusreformen medførte at alt ansvar ble samlet hos Staten. Samhandlingsreformen førte videre til at kommunene fikk et medfinansieringsansvar, og bygger på et bredt spekter av virkemidler for styring mellom stat og kommune (Byrkjeflot et al., 2012; Rommetvedt, 2014; Rommetvedt et al., 2014).

Innføringen av samhandlingsreformen

Den 19. juni 2009 presenterte daværende helseminister, Bjarne Håkon Hanssen, St. meld. nr. 47 (2008–2009), og her ble særlig tre hovedutfordringer som helsesektoren stod ovenfor, fremhevet. For det første ble ikke pasientenes behov for koordinerte tjenester møtt i tilstrekkelig grad. Helsetjenestene var altså for fragmenterte, da kommunene forvaltet primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten, mens stat/helseforetak forvaltet spesialisthelsetjenesten, og de to forvaltningsnivåene, samtidig, benyttet seg av ulike regler, prioriteringer og finansielle instrumenter. Dette medførte videre at det i liten grad fantes systemer som var rettet inn mot pasientens samlede behov (HOD, 2009: 21 og 22). For det andre var kvaliteten på forebyggende tjenester for lav. Særlig pasienter med kroniske sykdommer behøver behandling så tidlig som mulig, slik at man reduserer deres behov for spesialisthelsetjenester og sparer penger gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon (HOD, 2009: 22 og 23). For det tredje gir demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Her pekes det spesielt på den kraftige økningen i antall eldre i befolkningen, samt ulike livsstilssykdommer, med påfølgende økende andel mennesker som vil stå utenfor arbeidslivet (ibid.: 23 og 24).

1. januar 2012 fikk man en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L, 2010–2011). Dette er lovgrunnlaget for samhandlingsreformen, med krav om at den skulle iverksettes gradvis over tid. Reformen forutsetter at det skal bygges videre på den helsepolitiske strukturen, noe som medfører at staten fortsatt eier og driver spesialisthelsetjenesten, og at kommunene skal være ansvarlig for primærhelsetjenesten.

Reformen medfører hovedsakelig endringer innen arbeidsfordeling, prioritering og finansiering med kommunal medfinansiering av sykehusbetalingen⁴ (Veggeland, 2014: 14).

Samhandlingsreformen forsøker hovedsakelig å møte de overnevnte utfordringene gjennom helhetlige pasientforløp, holistisk tankegang og standarder for god behandling. I stedet for å ha separate kommunale- og spesialisthelsetjenester, blir samspillet mellom disse forvaltningsorganene nå svært viktig. Reformen skal dermed bidra til denne samhandlingen gjennom god koordinering, kontinuitet og kvalitet, uavhengig av om det er kommuner eller sykehus som tilbyr tjenesten. Dessuten skal en større andel helse- og omsorgstjenester utføres i kommunene, i nærheten av pasientens hjem. Ambisjonen er at kommunene skal sørge for en helhetlig tankegang, med tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging av pasientene, slik at et helhetlig pasientforløp kan ivaretas i best mulig grad innenfor «beste effektive omsorgsnivå» (BEON-prinsippet) (Veggeland, 2014: 26).

Den 1. januar 2012 overtok kommunene dessuten det finansielle ansvar for utskrivningsklare pasienter. Kommunene ble nå pliktig å betale kr 4000 per døgn fra den dagen sykehuset definerer pasienten som utskrivningsklar og til kommunen tar imot pasienten (Prop. 1 S, 2011–2012: 117). Videre skal kommunene innen 1.1.2016 ha utviklet et kommunalt tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn fra helse- og omsorgstjenesten. Dermed skal kommunene selv utrede, behandle og yte omsorg i situasjoner hvor spesialisthelsetjenesten tidligere har hatt det fulle ansvar. Således skal spesialisthelsetjenesten bidra til at det polikliniske tilbudet desentraliseres, og fastlegene skal bli i stand til å gjøre polikliniske kontroller og overta en del av disse oppgavene. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten videreutvikles, blant annet ved å samle funksjoner når det er nødvendig, og desentralisere funksjoner der det er mulig. Videre søker reformen å gjøre prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten mindre tvetydige, og i større grad gjøre kommunikasjonen mellom kommuner og helseforetak elektronisk. Således fører samhandlingsreformen til et større fokus på kommunehelsetjenester, og et skifte i balansen mellom statlig og kommunal styring (Prop. 1 S, 2011–2012: 117; Rommetvedt et al., 2014; Forskningsrådet, 2012; Stranden, 2014).

Samarbeidsavtalene

Samhandlingsreformen innebærer at kommuner og helseforetak må forholde seg til et samlet sett juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige virkemidler for samarbeid. De juridiske virkemidlene tydeliggjør kommunenes ansvar gjennom en ny folkehelselov og en ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til hva avtalene skal inneholde. Formålet med samarbeidsavtalene er blant annet å sikre bedre samhandling innad i kommunene, samt å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen dem imellom, og å etablere

⁴ Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ble innført 1.1.2012. Ordningen innebærer at kommunene skal dekke deler av kostnadene når kommunens innbyggere behandles i somatiske sykehus (Helsedirektoratet.no)

gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder (HOD, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I regjeringens lovforslag om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, skulle de lovpålagte avtalene bygge videre på de frivillige avtalene som tidligere hadde blitt inngått mellom helseforetakene og en del kommuner i forkant av samhandlingsreformen (Prop. 91 L, 2010–2011: 329). Siden de opprinnelige avtalene var frivillige, gav de betydelig rom for lokale tilpasninger og variasjoner. I arbeidet med samhandlingsreformen ble det derfor lagt vekt på at de lovpålagte avtalene skulle «gi klarere rammer, av det frivillige avtalesystemet» som ble praktisert mellom staten og kommunesektoren (HOD, 2009). En samlet helse- og omsorgskomite sluttet seg til forslaget om det lovpålagte kravet, og la videre vekt på at det skulle tilstrebes en stor grad av likhet i form på avtalene (Rommetvedt et al., 2014: 96).

I § 6-2 i Helse- og omsorgstjenesteloven slås det fast at avtalene som et minimum skal omfatte:

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

De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for at det blir inngått samarbeidsavtaler med alle kommuner i foretaksområdet. En tilsvarende plikt har vært pålagt kommunene. Kommunene kan i tillegg velge om de vil inngå kommunevise eller interkommunale avtaler, og partene har måttet sørge for at avtalene har vært i samsvar med gjeldende lovverk. Utover minimumskravet som loven stiller, har det videre vært mulig for partene å bli enige om å ta inn supplerende innhold i avtalene. Når samarbeidsavtalene er inngått, er partene

bundet til å oppfylle dem i samsvar med innholdet i avtalen. Avtalene er dermed bindende for kommunene og helseforetakene, og en av partene kan kreve at den andre parten oppfylder sine avtalefestede forpliktelser. HOD har dermed utarbeidet en Nasjonal veileder for samarbeidsavtalene, og hensikten er å bidra til en ensartet nasjonal praksis i bruken av avtaler (HOD, 2011).

Det generelle bildet av funnene

Gjennom min tilknytning til forskningsprosjektet *Providing Integrated Health Care for Older People*, gikk jeg, som tidligere nevnt, igjennom alle samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak for å undersøke hvorvidt det fantes noen kommunevise variasjoner, samt hvilke avtaler de ulike partene hadde. På denne måten fikk jeg svært god innsikt i avtaleinnholdet hos samtlige kommuner og helseforetak. Her fant jeg blant annet store variasjoner med tanke på avtaleinnhold hos flere av avtalepartene. For eksempel hadde Sykehuset Telemark og kommunenes samarbeidsavtaler en del maler, vedlegg og driftsavtaler som supplement til veilederens minimumskrav, mens Oslo universitetssykehus og Oslo kommune opererer med en overordnet samarbeidsavtale, samt åtte tjenesteavtaler, uten supplement. Videre fant jeg store variasjoner i avtaleinnholdet mellom noen av partene som hadde kommunevise samarbeidsavtaler. For eksempel hadde Agdenes kommune i St. Olavs' foretaksområde, avtaler som fulgte Nasjonal veilederens minimumskrav punkt for punkt, mens blant annet Oppdal kommune innenfor det samme foretaksområdet, kun opererte med en overordnet samarbeidsavtale, samt tre tjenesteavtaler. Akershus universitetssykehus og kommunene, samt Sykehuset Innlandet og kommunene markerte seg imidlertid som spesielt interessante case, blant annet fordi Ahus hadde mangelfullt innhold i flere samarbeidsavtaler, samt at partene manglet noen av samarbeidsavtalene som var beskrevet i Nasjonal veilederens minimumskrav. I forlengelse av dette, er det viktig å påpeke at særlig delavtale vedrørende utskrivningsplanlegging skiller seg ut, da mangelfull spesifisering av dette avtaleområdet hos Ahus og kommunene, har skapt store samhandlingskonflikter. Denne avtalen skal blant annet inneholde tydelige føringer for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, samt en tydelig beskrivelse av samarbeidet vedrørende utskrivning av pasienter som trenger kommunale tjenester. Samtidig hadde SI langt mer innhold i sine tjenesteavtaler enn veilederen beskriver. Blant annet supplerer de med samhandlingsrutiner, vedlegg og en ekstra samarbeidsavtale om turnuslegetilsetting som går utover det som er beskrevet i veilederen⁵. Da SI og kommunene supplerer med mer innhold enn det som er beskrevet i Nasjonal veileder, antar jeg at det praktiske samarbeidet vil oppleves som bedre mellom partene her enn i Ahus og kommunenes tilfelle, da mangelfullt avtaleinnhold kan tenkes å medføre samhandlingsproblemer.

⁵ Se kapittel 5 og 6, samt vedlegg 1 for utfyllende oversikt over innholdet i samarbeidsavtalene og Nasjonal veileder.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på utviklingstrekkene ved stat–kommune-relasjonen i en historisk kontekst, og belyst bakgrunnen for at partene i økende grad har blitt involvert i et samarbeidende partnerskap. Det ble også påpekt for at dette skiftet mot en tettere integrasjon mellom lokalt og nasjonalt nivå, indikerer at det tilføres nye elementer i stat–kommune-forholdet, nemlig en avtalebasert relasjon kombinert med et forhandlingsbasert system. Videre har det, i lys av Rommetvedt (2014), blitt observert en pendelsving innenfor helsepolitikken de siste årene. I tråd med dette har jeg sett nærmere på bakgrunnen for samhandlingsreformen, og relasjonen mellom stat og kommune i lys av denne. Som en følge av samhandlingsreformen forpliktet kommuner og helseforetak å inngå lovpålagte samarbeidsavtaler, som skal gi klare rammer for samarbeidet og bidra til stor grad av likhet i form på avtalene, for å skape et bedre samarbeid mellom partene. Men relasjonen innebærer også et forhandlingselement. I forlengelse av dette, innebærer samarbeidsavtalene et statlig pålegg om å utarbeide en relasjon, samtidig som de innebærer fleksibilitet og mulighet for å ta inn supplerende innhold i avtalene. Til slutt ble det generelle bildet av funnene presentert, og SI og kommunene, samt Ahus og kommunene ble fremhevet som meget interessante case på bakgrunn av innholdet i deres samarbeidsavtaler.

Kapittel 3 – Tidligere forskning om samhandling mellom kommuner og helseforetak

Innledning

I dette kapitlet skal jeg se nærmere på tidligere forskningsbidrag innen tverretattlig samarbeid. Det er imidlertid foreløpig gjort relativt lite forskning på samhandling mellom kommuner og helseforetak, og en årsak til dette kan være at samhandlingsreformen er relativt ny. Jeg antar dermed at forskning som omhandler samarbeid på tvers av nivåer og samarbeidsavtalenes praktiske implikasjoner vil bli mer utbredt med tiden. Kapitlet starter med en gjennomgang av Bratrud og Granerud sin artikkel fra 2011 og Magnussen sin artikkel fra 2007 vedrørende samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten før innføringen av samhandlingsreformen. Deretter ser jeg nærmere Oddbjørn Bukve og Gro Kvaales (2014) studie av samhandling i det de betegner som et svært komplekst system, før jeg tilslutt gjengir hoveddeler av Ralf Kirchhoff, Anders Grimsmo og Åge Brekk sin artikkel fra 2015 som tar for seg kommuners og foretaks grad av samhandlingsforpliktelse på avtaleområdet gjensidig kunnskapsoverføring.

Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Bratrud og Granerud (2011) ser nærmere på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom kommunene og psykioseavdeling i psykisk helsevern for å få til en god rehabiliteringsprosess for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Prosjektet er dermed brukerorientert, og belyser samhandling mellom kommuner og helseforetak hva gjelder psykisk helsevern. Artikkelen er i tillegg publisert før samhandlingsreformen trådte i kraft, og belyser dermed ikke betydningen av avtalestandardisering for samhandling. Den inneholder likevel flere elementer som er interessante å trekke frem vedrørende praktisk samarbeid mellom de to nivåene.

For det første påpeker Bratrud og Granerud (2011) at god dialog og relasjon mellom kommuner og helseforetak er vesentlig for samhandling. Dessuten fremhever de at godt samarbeid fordrer at man må kjenne til hverandres roller og funksjoner, samt at man deler faglig kompetanse og avklarer forventninger. Forfatterne belyser videre at spesialisthelsetjenesten er premissleverandør og at medisinske behandlingssyn har forrang i relasjonen. De kommuneansatte i studien mente at spesialisthelsetjenesten hadde et kritisk blikk mot dem, samtidig som at de savnet respekt og verdsetting av sin kompetanse. Dessuten fant de at ulikt fokus på behandlingstilnærmingen gav utfordringer for samarbeidet. De kommuneansatte opplevde tidvis ikke å bli møtt med respekt ved henvendelser til spesialisthelsetjenesten (s. 206 og 210).

Tendensen før innføringen av samhandlingsreformen var altså at de kommuneansatte opplevde at spesialisthelsetjenesten manglet respekt for deres kompetanse, samt at ulikt behandlingsfokus førte til samhandlingsutfordringer. Det er dermed interessant å undersøke hvorvidt samarbeidsavtalene, med påfølgende gjensidig avhengighet mellom nivåene, bedre kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver, og hyppige møter mellom partene, har ført til at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten har fått forhøyet respekt for hverandres kompetanse og arbeidsoppgaver. I møte mellom helsespesialister og generalister, vil imidlertid spesialistene trolig fortsatt inneha den formelle makten (Høverstad, 2010: 24 og 67; Indset et al., 2012).

I studien påpekte videre en kommuneansatt at mye av samarbeidet var dårlig planlagt og ustrukturert, og at det var personavhengig hvordan samarbeidet fungerte (Bratrud & Granerud, 2011: 210). Sett i forbindelse til samarbeidet mellom stat og kommune etter innføringen av samarbeidsavtalene, vil en imidlertid trolig ikke oppleve slike problemer, da avtalene blant annet inneholder tydelige og konkrete retningslinjer for hvordan samarbeidet skal struktureres og hvem som skal gjøre hva i relasjonen.

Studien belyser noen av de samme utfordringene når koordineringsansvaret trekkes frem. Det fremheves at selv om begge nivåene har ansvar, opplevde de kommuneansatte at dette ble delegert mens pasienten var innlagt, uten at innholdet var konkretisert. På sykehuset var det dessuten mange med ansvar, fordelt i et arbeidslag, noe som ga uklarhet i hvilket ansvar den enkelte hadde (Bratrud & Granerud, 2011: 212). Det at de kommuneansatte opplevde det som problematisk at innholdet ikke var konkretisert, kan gi en indikasjon på at standardiserte samarbeidsavtaler vil fremme det praktiske samarbeidet mellom nivåene. Videre vil konkretiseringen medføre en klargjøring av hvilket ansvar den enkelte har, noe som igjen kan tenkes å være samarbeidsfremmende.

Magnussen (2007) fremhever videre at det er en helt entydig erfaring at et samarbeid må tuftes på likeverd mellom partene. Likeverd er at samarbeidet er basert på gjensidig respekt mellom partene. Her trekkes betydningen av den uformelle kontakten frem: Å kjenne til hverandre, ha respekt for hverandres faglige vurderinger, samt en opplevelse av likeverdighet. Teamene må imidlertid arbeide for å komme i slike posisjoner (s. 13). Det kan forøvrig tenkes at den uformelle kontakten med påfølgende samarbeid trenger en formell kontrakt for å fungere i praksis. Dette påpeker også Magnussen når han skriver at det er viktig å ha et avtalesystem i bunn for samarbeidet. Han mener likevel at det hverken er ønskelig eller hensiktsmessig å basere samarbeidet i for stor grad på regler, rutiner og formalia, men at dialogen mellom foretaket og primærhelsetjenesten må være tett, at partene bør møtes regelmessig, samt at samarbeidet kontinuerlig må drøftes og utvikles. Til slutt fremhever han at det å tenke og planlegge helhetlige behandlings- og omsorgskjeder, utvikle god samarbeidskultur, vise respekt for hverandres ulike type kompetanse, samt gi hverandre ros og anerkjennelse, er svært viktig for å få til et godt samarbeid mellom partene (Magnussen, 2007: 13). Samhandlingsreformen bidrar imidlertid i stor grad til tett dialog og regelmessige møter mellom partene ved at samarbeidsavtalene skal sørge for at kommuner

og helseforetak møtes regelmessig og samarbeider tettere med hverandre. Videre skal avtalene bidra til økt likeverd og gjensidig respekt mellom partene ved at de nå blir likeverdige aktører i samarbeidet. Selv om Magnussen (2007) mener at tett dialog, regelmessige møter og utvikling av samarbeidet er viktigere enn formelle regler og rutiner, inneholder samarbeidsavtalene altså gode og tydelige retningslinjer for hvem som skal møtes, hvor ofte partene skal møtes, samt at de legger opp til at partene skal diskutere, evaluere og revidere samarbeidsavtalene regelmessig. Således kan det tenkes at de formelle avtalene forenkler og forbedrer dialogen, møtehyppigheten og utviklingen av samarbeidet i større grad enn hvis man ikke hadde hatt avtaler som la slike føringer.

Samhandling i et komplekst system

Bukve og Kvåle (2014) påpeker at den klassiske organisasjonsteorien i utgangspunktet så på formell organisering og prosedyrer som de viktigste redskapene for å samordne handling i organisasjoner, men at det tidlig ble klart at også uformelle strukturer eller uformell organisering spiller en viktig rolle. I korte trekk mener de at organisatorisk integrasjon forutsetter evne og vilje til samhandling mellom aktører og avdelinger i organisasjonen (s. 17). I et institusjonelt perspektiv rettes oppmerksomheten særlig mot påvirkningen av kulturelle faktorer og kognitive rammeverk på samarbeidet i organisasjonen (DiMaggio & Powell, 1991; March & Olsen, 1989; Scott, 1989). Ifølge dette perspektivet fanger vedtatte prosedyrer som fordeler oppgaver og plikter bare opp et utsnitt av de faktorene som påvirker livet i en organisasjon, da kulturelle normer og verdier også er viktige (Bukve & Kvåle, 2014: 17 og 18).

I forlengelse av dette, påpeker Bukve og Kvåle (2014) at siden helse- og omsorgssektoren er stor, sammensatt og mangfoldig, er det ikke realistisk å basere seg på en hierarkisk sentralstyring alene, da dette, ifølge dem, vil resultere i et overbelastet styringsorgan og ytterligere inkonsistens og fragmentering. Bukve og Kvåle (2014) mener heller at man må se på sektoren som et komplekst felt, hvor mange ulike enheter sameksisterer uten at noen har den fulle og hele kontrollen (s. 194). Dette går således imot min hovedantakelse om at velfungerende praktisk samhandling er avhengig av innholdsrike, spesifiserte og statlig initierte samarbeidsavtaler. Casene som analyseres hos Bukve og Kvåle (2014) viser videre at utfordringene i samhandlingsprosesser både handler om å etablere felles mål på tvers av organisasjonsgrenser, å møte hverandre med gjensidig tillit til tross for kulturskille, samt om å etablere ordninger for utveksling av informasjon og kunnskap. En konklusjon her er altså at endring må omfatte en kombinasjon av ideer og formell organisering – ikke enten eller (Bukve & Kvåle, 2014: 195). I tråd med dette påvirkes praktisk samarbeid både av formelle regler og uformelle normer, noe som på den ene siden er i tråd med min hovedantakelse, men på den andre siden også i tråd med mine alternative antakelser.

Avtaleutformingens betydning for praktisk samarbeid – et første spadestikk

Kirchhoff et al. (2015) undersøker videre hvorvidt formuleringen i samarbeidsavtalene – særlig den som omhandler gjensidig kunnskapsoverføring – medfører en samhandlingsforpliktelse mellom partene. Her påpekes det blant annet at samarbeidsavtalen vedrørende kunnskapsoverføring gir partene stor frihet til å organisere tjenestene ut fra lokale prioriteringer og behov, selv om avtalen er lovpålagt og det stilles minimumskrav til innholdet i den. Dermed gir avtalen partene relativt stort handlingsrom for å anvende skjønn (s. 49). Dette viser at innholdet og formuleringen i denne delavtalen har betydning for partenes handlingsrom i samarbeidet, noe som videre indikerer at avtaleinnholdet har betydning for praktisk samhandling.

Videre påpekes det at avtaleinnholdet i noen tilfeller kan fremstå som uklart for partene, enten fordi ord og uttrykk i avtalen er for generelle, eller at det er motsetningsforhold mellom ulike punkter i dem. De mener videre at kontraktsforpliktelsen for avtalepartene må bygge på en tolkning av ordlyden i avtaleteksten ved uenighetstilfeller, noe som medfører at avtalene i slike tilfeller må være så konkrete som mulig (Kirchhoff et al., 2015: 52). Gjennom en kartlegging av avtale om utskrivningsplanlegging, har de videre funnet indikasjoner på at egenskaper ved avtaleområdet påvirker partenes opplevde handlingsrom (ibid.: 58). De påpeker også at foreløpige resultater viser at kommuner i stor grad opplever avtalene som egnede og nødvendige verktøy for samhandling (Kirchhoff & Ljunggren, 2014; Williksen et al., 2014), og at avtalene synes som et godt redskap til å bedre dialogen og samarbeidet mellom partene, selv om de mener at norske myndigheter bør redusere antall avtaleområder (Kirchhoff et al., 2015: 59). De mener på den andre siden at vertikal samstyring (Røiseland & Vabo, 2008) har begrensninger på avtaleområder der eksisterende lover og forskrifter sterkt reduserer partenes handlingsrom. Dermed stilles det spørsmål rundt hvorvidt alle avtaleområder som er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven er nødvendige (Kirchhoff, 2015: 58).

Kirchhoff et al. (2015) mener dermed at det på noen avtaleområder må tilstrebes så konkrete avtaler som mulig, mens andre avtaleområder må være mer generelle. Min antakelse er imidlertid at fylldige og spesifiserte avtaler vil fremme det praktiske samarbeidet mellom partene på alle avtaleområder, og ikke bare i tilfeller hvor det kan oppstå uklarhet. Jeg antar således også at jo mer spesifikke og innholdsrike avtaler partene har, jo bedre vil det praktiske samarbeidet være. Kirchhoff et al. viser videre at utformingen av avtalene har betydning for partenes praktiske samhandling, noe som er i tråd med mine antakelser.

Oppsummering

Tidligere forskning vedrørende samhandling mellom kommuner og helseforetak viser at de kommuneansatte før innføringen av samarbeidsavtalene opplevde at samarbeidet med helseforetakene fungerte dårlig, og at mye av samhandlingen var dårlig planlagt og

ustrukturert, samt at koordineringsansvaret ikke var konkretisert. De lovpålagte samarbeidsavtalene skal imidlertid bidra til å strukturere og konkretisere samarbeidet, samt spesifisere ansvarsforholdet mellom partene. Dette indikerer dermed at samhandlingsreformen og avtalene fremmer samarbeidet mellom kommuner og helseforetak blant annet gjennom å strukturere samhandlingen og konkretisere koordineringsansvaret mellom partene. Videre påpeker Magnussen (2007) at det er viktig å ha et avtalesystem i bunn for samarbeidet, men at det hverken er ønskelig eller hensiktsmessig å basere samarbeidet i for stor grad på regler, rutiner og formalia. Han påpeker imidlertid at det er viktig at dialogen mellom foretaket og primærhelsetjenesten må være tett, at partene bør møtes regelmessig, samt at samarbeidet kontinuerlig må drøftes og utvikles. Han mener videre at det å tenke og planlegge helhetlige behandlings- og omsorgskjeder, vise respekt for hverandres kompetanse, samt gi hverandre anerkjennelse er svært viktig for å få til en god samhandling. Samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene skal forøvrig bidra til disse tingene, noe som indikerer at de formelle avtalene forenkler og forbedrer dialogen, møtehyppigheten og utviklingen av samarbeidet i større grad enn hvis man ikke hadde hatt avtaler som la slike føringer. Bukve og Kvåle (2014) mener videre at siden helse- og omsorgssektoren er stor og kompleks, må samhandling omfatte en kombinasjon av formell organisering og ideer, noe som innebærer en kombinasjon av min hovedantakelse og alternative antakelser. Til slutt mener Kirchhoff et al. (2015) at avtalenes innhold påvirker partenes handlingsrom, og således den praktiske samhandlingen, noe som er i tråd med mine antakelser. De mener imidlertid også at noen avtaleområder bør være mindre konkrete enn andre, noe som går i mot min antakelse om at spesifikke og innholdsrike samarbeidsavtaler fremmer praktisk samarbeid på alle avtaleområder.

I korte trekk viser dermed tidligere forskningsbidrag vedrørende samhandling mellom kommuner og helseforetak at samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene har stor betydning for partenes praktiske samhandling.

Kapittel 4 – Teoretiske perspektiver og begreper

Innledning

Formålet med dette kapittelet er å presentere det overordnede teoretiske rammeverket for denne studien. Ambisjonen er både å beskrive og fortolke samarbeidsavtalenes betydning for samarbeidspartenes erfaringer med praktisk samarbeid. Jeg vil derfor presentere teori som kan bidra til å beskrive det empiriske materialet, og analytiske perspektiver som kan bidra til å fortolke de funnene som fremkommer.

Ettersom studien omhandler samarbeidsavtalenes påvirkning på praktisk samarbeid, vil jeg i første omgang se nærmere på forholdet mellom struktur og atferd hos Morten Egeberg (1984), før jeg drøfter min antakelse om at formell organisering har betydning for praktisk handling, i tråd med et instrumentelt perspektiv. Videre ser jeg på samarbeidsrelasjonen gjennom et institusjonelt/kulturelt perspektiv for å belyse de alternative antakelsene.

Forholdet mellom formell struktur og atferd iverksettes videre igjennom et flernivåsystem. Jeg har derfor valgt å presentere ulike reformer og perspektiver som New Public Management (NPM), whole-of-government, flernivåstyring og nettverkspolitikk for å vise hva et slikt flernivåsystem innebærer. Disse reformene og perspektivene omhandler samfunnsstyring og har dannet grunnlaget for samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene, og har således også i stor grad innvirkning på relasjonen mellom kommuner og helseforetak. De nevnte reformene skal illustrere bakgrunnen for samhandlingsreformen, men benyttes ikke aktivt i analysekapittelet. Det gjør imidlertid flernivå- og nettverksperspektivet. I forlengelse av dette, presenteres partnerskapsbegrepet i lys av Guy Peters' (1998) fem definatoriske kjennetegn ved partnerskap, før jeg foretar en drøfting rundt hvorvidt stat–kommune-relasjonen kan betraktes som et partnerskap i lys av disse kjennetegnene. Deretter belyses relasjonen mellom nivåene ytterligere, når jeg ser nærmere på Indset et al. (2012) sin rapport vedrørende likeverd mellom stat og kommune. Til slutt undersøker jeg styringsreformenes og stat–kommune-relasjonens implikasjoner for praktisk samarbeid mellom disse to offentlige forvaltningsorganene. Jeg vil i denne sammenheng fremheve Nav-partnerskapet som et konkret eksempel på praktisk samarbeid og knytte dette til *partnerskapsmodellen*.

I studien er det altså benyttet et instrumentelt perspektiv og et institusjonelt perspektiv, som fortløpende kobles opp mot de ulike teorielementene. Dette fordi ulike analytiske perspektiver kan være viktige forutsetninger for hvordan man betrakter et fenomen. Gjennom de ulike forutsetningene kan man dessuten forvente ulik type utfall i forbindelse med det empiriske materialet.

Formell organisering og praktisk handling

I dette delkapittelet skal jeg drøfte min antakelse og diskutere forholdet mellom struktur og atferd, slik det fremkommer hos Morten Egeberg (1984). Jeg er i korte trekk interessert i utformingen av samarbeidsavtalene og hvorvidt variasjon i utformingen av disse, påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Jeg har dermed en antakelse om at de formelle avtalene har betydning for det praktiske samarbeidet.

Også Helse- og omsorgsdepartementet har en grunnleggende antakelse om at formell struktur påvirker adferd, da samarbeidsavtalene ble utarbeidet for å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder (HOD, 2011). Videre mener også KS at et viktig suksesskriterium for at samarbeidsavtalene skal etterleves er at formuleringene i avtalene er konkrete, tydelige og presise (Williksen et al., 2014).

Videre antar jeg at jo mer fyldige og spesifiserte disse avtalene er, jo bedre vil det praktiske samarbeidet være. Den samlede forskningen omkring dette kan imidlertid enten bekrefte, avkrefte eller motbevise at det finnes en slik sammenheng. Hvis det førstnevnte er resultatet, vil det vise at variasjoner i utformingen av avtalene faktisk påvirker det praktiske samarbeidet. Hvis hypotesen avkreftes, vil det vise at utformingsvariasjoner ikke påvirker den praktiske samhandlingen, noe som videre gir en indikasjon på at innholdet i samarbeidsavtalene er av liten betydning for det praktiske samarbeidet, noe som gir grunnlag for å utarbeide alternative hypoteser. For eksempel kan det vise seg at for omfattende avtalestandardisering hindrer samarbeidet. Videre kan det tenkes at det er uformelle normer, kognitive rammeverk og uskrevne regler som styrer samhandlingen i større grad enn avtalene. Dessuten kan det tenkes at det i stor grad er prosessuelle og strukturelle forhold som har betydning for det praktiske samarbeidet. Hvis dette er tilfellet har avtaleverket mindre betydning enn antatt.

Egeberg (1984) er opptatt av å undersøke om det finnes noen klar sammenheng mellom *formell normativ struktur*⁶ og faktisk atferd, og han har i den forbindelse sett på formelt hierarkiske organisasjoner, nemlig norske departementer. Egeberg er dermed opptatt av organisasjonsstruktur, og en konvensjonell oppfatning av dette innebærer blant annet oppdeling i avdelinger med sideordning og underordning av organisatoriske enheter. Det er imidlertid ikke dette jeg skal se på, men ettersom det normative i Egebergs begrep omhandler forventninger knyttet til rolleinnhaverne i en organisasjon – uttrykt gjennom lover og regler, kan den formelle normative strukturen som Egeberg beskriver, knyttes til samarbeidsavtalene. Egeberg viser videre at variasjoner i hvem man har hyppig kontakt med, avspeiler den formelle normative strukturen. Dermed gir dette en indikasjon på at informasjonsutveksling påvirkes av den formelle normative strukturen, altså avtalene.

⁶ Med normativ struktur menes det stabile system av forventninger som knytter seg til rolleinnhaverne i en organisasjon. Det at den normative strukturen i en organisasjon er formell, vil si at forventningene som knytter seg til rolleinnhaverne, eksisterer uavhengig av de personer som til enhver tid innehar stillinger i organisasjonen. Forventningene uttrykkes videre blant annet gjennom lover og regler (Egeberg, 1984: 20 og 21).

Egeberg (1984) viser videre at sammenhengen mellom formell normativ struktur og faktisk atferd også er til stede når vi ser på de enkelte departementene. Totalt er andelen som har ukentlig eller oftere kontakt innad i egen sektor dobbelt så stor som andelen som har slik kontakt utenfor egen sektor. Aktører, problemer og løsninger som knyttes sammen innenfor samme formelle normative struktur, har mye større sjanse for faktisk å bli koblet sammen. Slik kan hensyn som ønskes avveid i forbindelse med hverandre, bli koordinert (s. 69). Jeg vil derfor hevde at det å knytte de to helseforetakene og de valgte kommunene i foretaksområdene sammen innenfor samme formelle normative struktur, har bidratt til at partene har hyppigere kontakt, noe som også er et viktig kontaktmønsterstrekk i konkretiseringen av praktisk samarbeid senere i oppgaven. Samarbeidsavtalene øker dermed kontakthypigheten, i tråd med Egeberg, noe som har betydning for den praktiske samhandlingen mellom partene. Derfor antar jeg at kommunikasjonen, problemløsningsevnen, og således også samarbeidet mellom partene påvirkes av innholdet i avtalene.

Når det gjelder virkningen av formell organisasjonsendring, oppfattes delinger av avdelinger først og fremst som konfliktdempende, mens sammenslåinger ser ut til å øke konfliktnivået på eget saksområde. Konsistent med det sistnevnte er at målsettinger fremstår som uklare i forbindelse med sammenslåinger. Videre er et resultat av sammenslåinger at det blir vanskeligere å bedømme virkningene av tiltak på eget saksområde. Ut fra et gitt mål kan det likevel være ønskelig å slå sammen enheter, da det som skjer ved sammenslåing er at de formelle organisasjonsgrensene inkluderer flere deltakere, problemer og løsninger enn tidligere. Den økende uenigheten kan dessuten ses som et uttrykk for at en koordinering finner sted, noe som kan være ønskelig ut fra en gitt målsetting. På samme måte kan organisasjonsdelinger medføre at man unngår «irriterende» konfrontasjoner og avveininger, men at konflikten heller flyttes oppover i systemet (Egeberg, 1984: 76–78). Et av hovedformålene med samhandlingsreformen er å koordinere helse- og omsorgstjenesten for å skape helhetlige pasientforløp og glidende overganger. Samarbeidsavtalene som virkemiddel tvinger dermed partene til større grad av samarbeid. Målsettingene i forbindelse med samhandlingsreformen har imidlertid vært klare i forbindelse med dette, og samarbeidsavtalene har gjort det mulig å bedømme virkningene av tiltak på eget saksområde. Samarbeidet kan dermed, i lys av dette, ikke sies å ha økt konfliktnivået mellom aktørene i negativ forstand, men den uenigheten som eventuelt har oppstått kan ses på som ønskelig, da dette bidrar til en konstruktiv utvikling av relasjonen.

Egeberg viser dermed at det eksisterer klare sammenhenger mellom formell normativ struktur og faktisk beslutningsatferd, samt at endring i formell normativ struktur resulterer i endring i faktisk atferd, i tråd med et instrumentelt organisasjonsperspektiv. Formell normativ struktur styrer dermed aktørens atferd og kommunikasjon (Egeberg, 1984: 87). Dette gir videre en indikasjon på at samarbeidsavtalene påvirker det praktiske samarbeidet mellom ansatte i kommuner og helseforetak, og således at variasjoner i utformingen av disse avtalene har betydning for det konkrete samarbeidet.

Praktisk samarbeid i et institusjonelt perspektiv

Min antakelse er, som nevnt, at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak påvirker partenes erfaringer med praktisk samarbeid, samt at utfyllende og mer omfattende samarbeidsavtaler vil medføre bedre erfaringer med praktisk samarbeid enn avtaler som inneholder like mye eller mindre enn Nasjonal veileders minimumsløsning. Et *institusjonelt*, eller *kulturelt perspektiv* fokuserer imidlertid på mer uformelle normer og verdier i offentlige organisasjoner, samt hvordan disse utvikler seg sakte med tiden, og gir strukturen særegne, kulturelle trekk (Selznick, 1957). I dette delkapittelet vil jeg dermed undersøke de alternative hypotesene og diskutere om det er andre faktorer enn avtaler som kan tenkes å påvirke det praktiske samarbeidet mellom partene.

Mosher (1967) opererer videre med en *deltakelseshypotese* hvor han hevder at man oppnår bedre effektivitet, både strukturelt og substansielt, når berørte parter tar del i beslutningsprosessen forut for og i selve implementeringen av reorganiseringen. I lys av dette kan man hevde at det er partene som påvirker den formelle normative strukturen, og at denne påvirkningen finner sted allerede før implementeringen av samhandlingsreformen, eller reorganiseringen. Det førstnevnte berører problemet med sirkelresonnement, som nevnt i studiens innledende kapittel. I metodekapittelet gir jeg imidlertid en utfyllende beskrivelse av hvordan dette problemet håndteres. Det at partene kan tenkes å ta del i beslutningsprosesser forut for og underveis i implementeringen, impliserer at samarbeidsavtalene er av liten betydning for det praktiske samarbeidet, da partene på forhånd, og uavhengig av de formelle avtalene, har etablert samhandlingsrelasjoner, uformelle normer og kognitive rammeverk for hvordan samarbeidet skal praktiseres.

Videre kan det vise seg at for omfattende avtalestandardisering forhindrer et godt praktisk samarbeid i stedet for å fremme det, for eksempel ved at en av aktørene legger opp til negative strategier for å endre på det de oppfatter som en låst og håpløs situasjon (Knudsen et al., 2014: 31). Dessuten kan geografisk nærhet mellom kommune og helseforetak være av betydning for samarbeidet, da dette kan føre til at disse partene for eksempel etablerer vennskap og kjennskap i større grad enn aktører i mer perifere kommuner. Også læring over tid kan påvirke, da samhandlingsreformen er relativt ny, og det lovpålagte samarbeidet kan være uvant og spenningsfylt i starten, men forbedres med tiden. Videre kan kommunestørrelse ha betydning, da større kommuner ofte har mer ressurser og flere ansatte enn mindre kommuner. Dessuten kan organisatoriske, strukturelle eller prosessuelle faktorer ha betydning, noe som kan medføre at avtalene har begrenset betydning for samhandlingen. Til slutt kan et formelt, pålagt avtalesystem stenge for samarbeidsrelasjoner som utvikler seg naturlig, eller som er etablert allerede, noe som medfører at for stor grad av formalisering kan bli en tvangstrøye på samarbeidet.

I lys av det institusjonelle perspektivet, vektlegges betydningen av tradisjoner, omgivelser og uformelle strukturer, normer og verdier for partenes atferd. Her vil partene tilpasse seg

gradvis uformelle normer og verdier gjennom naturlige institusjonsprosesser. I henhold til dette perspektivet, har samarbeidsavtalene liten betydning for samhandlingen.

Bakgrunn for samhandlingsreformen

Forholdet mellom formell struktur og atferd, som er diskutert ovenfor, iverksettes som nevnt gjennom et flernivåsystem. I dette delkapittelet skal jeg derfor vise hva et slikt flernivåsystem innebærer ved å presentere ulike reformer og perspektiver som har dannet grunnlaget for samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene.

Offentlige styringsreformer og NPM

Pollitt & Bouckaert (2004: 8) omtaler *offentlige styringsreformer* (public management reforms) som de mener at består av bevisste endringer av struktur og prosesser i offentlige organisasjoner med mål om forbedring. Strukturelle endringer innebærer fusjonering eller oppsplitting av offentlig sektor for enten å bedre koordineringen, eller å oppnå bedre spesialisering. Prosessendringer innebærer blant annet nye rammer for kvalitetsstandarder for helsetjenester til borgerne eller nye budsjetteringsprosedyrer som bidrar til at offentlige tjenesteytere blir mer kostnadsbevisste. Et av hovedformålene med samhandlingsreformen er helhetlige pasientforløp, glidende overganger og koordinering, med sikte på å bedre samarbeidet mellom stat og kommune, i tråd med Pollitt og Bouckaerts definisjon av strukturelle endringer. Man har dessuten et underliggende ønske om å skape nye rammer for kvalitetsstandardisering av helsetjenester til pasienter og brukere av offentlige helse- og omsorgstjenester. Dette ser man blant annet av samarbeidsavtalens hovedmål om å sørge for at samhandlingen mellom kommuner og helseforetak skal bidra til at pasienter og brukere opplever samordnede tjenester av god kvalitet. Videre har man fått nye budsjetteringsprosedyrer som skal fremme kostnadsbevissthet hos samarbeidspartene.

NPM er videre en betegnelse på en serie av reformer fra 1980-tallet og utover. Målet med NPM har vært å forbedre effektiviteten i vestlige regjeringer og offentlig sektororganisering gjennom økt grad av desentralisering ved å separere politikk og administrasjon eller gjennom kontraktlignende forhold i stedet for hierarkisk kontroll (Pollitt, Thiel og Homburg, 2007: 1–3).

I kontinentaleuropeiske land har man imidlertid, ifølge Pollitt og Bouckaert (2004:4), innført noe annet enn den opprinnelige Anglo-amerikanske NPM-formuleringen, nemlig den Neo-Weberianske statsmodellen. Her blir staten fortsatt sett på som den mest sentrale problemløseren, og rollen og funksjonen til det representative demokratiet står ved lag. Dette antyder at det finnes et slags konfliktforhold mellom den «rene» NPM-reformens mål om økt grad av desentralisering og kontraktlignende forhold, som man også finner igjen i samhandlingsreformen, og den Neo-Weberianske statsmodellen hvor staten fortsatt har forrang og er den sentrale problemløseren. Statsmodellen har imidlertid også ført til endringer; blant annet har det skjedd et skifte fra en intern orientering mot byråkratiske regler, mot en ekstern orientering mot borgernes ønsker og behov (Pollitt, Thiel og

Homburg, 2007: 3). Dette elementet finner man igjen i samhandlingsreformen, når det konstant fokuseres på at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak skal bidra til at pasienter og brukere skal oppleve et samordnet, godt og sikkert helse- og omsorgstjenestetilbud. Dessuten har statsmodellen introdusert nye verktøy i demokratiet for å bedre representasjonen til borgerne. Blant annet har brukermedvirkning blitt stadig viktigere ved at borgere får en mer direkte innflytelse på politikken som utføres, samt at ny lovgivning gir innbyggerne flere rettigheter (ibid.). Også dette speiles i samhandlingsreformen, når individer og pasient- og brukerorganisasjoner skal kunne inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtaler og retningslinjer, samtidig som at de skal kunne medvirke med tanke på avtalen og får sine rettigheter fastsatt ved lov.

Det finnes imidlertid flere motsetningsforhold hva gjelder NPM, for eksempel når det gjelder bruken av *offentlige private partnerskap* (public private partnerships, PPP). I noen land blir PPP sett på som en anledning til å redusere regjeringens oppgaver og administrativt ansvar, mens PPP i andre land blir sett på som et instrument for å oppnå et *joined-up government*. Det vil si en regjering som samarbeider med andre organisasjoner for å skape nye løsninger på eksisterende problemer (Pollitt, Thiel og Homburg, 2007: 4). Til sammenligning med de prosessuelle og strukturelle endringene som Pollitt og Bouckaert omtaler i sammenheng med offentlige styringsreformer, handler også *joined-up government* hovedsakelig om samarbeid på tvers av sektorer. Likevel kan man finne igjen visse trekk ved samarbeidet i *joined-up government*-perspektivet og samhandling mellom kommuner og helseforetak ved at man også her samarbeider for å skape nye løsninger på eksisterende problemer. Dessuten fremhever både *joined-up government* og samhandlingsreformen viktigheten med å inkludere borgerne i samarbeidsprosessen.

Whole-of-government

Christensen og Lægreid (2006) belyser at det i de senere år har skjedd en endring av sentrale NPM-trekk, og at man har beveget seg mot en *whole-of-government*-tilnærming (tidligere kalt *joined-up government*). Det er ifølge dem mange årsaker til dette. For det første kan det bli sett på som en reaksjon på NPM-reformens oppsplitting av offentlig sektor hvor bruken av organisasjoner med spesialiserte og differensierte funksjoner kan tenkes å ha ført til for mye fragmentering, noe som igjen kan ha ført til samarbeidsproblemer, koordineringsproblemer og ineffektivitet. Videre førte strukturell delegering i NPM til at den politiske og administrative ledelsen mistet makt og innflytelse. For det tredje har verden i økende grad fått et koordineringsbehov som en følge av terrortrusler, pandemier og naturkatastrofer (wicked issues). For det fjerde blir en vertikal oppstramming av systemet, kombinert med et økt horisontalt samarbeid sett på som mer effektivt enn et fragmentert system. I tillegg har det skjedd en utvikling i IKT-teknologien som har ført til reduserte kostnader med tanke på horisontal kommunikasjon og koordinering. Økt grad av forventninger og krav fra borgerne fører dessuten til at man ønsker tjenester som møter borgernes behov i større grad (s. 6–8).

Whole-of-government handler om et ønske om å skape horisontal og vertikal koordinering for å hindre at det oppstår situasjoner hvor ulike politikkområder undergraver hverandre og for å tilby borgere sømløs heller enn fragmentert tilgang til tjenester (Christensen & Lægreid, 2006: 9). De mener videre at joined-up government og whole-of-government-begrepene overlapper hverandre, men hvis man tar utgangspunkt i Pollitt, Thiel og Homburg (2007) sin definisjon av joined-up government og Christensen og Lægreid sin definisjon av whole-of-government, er det imidlertid slik at det sistnevnte dekker koordinering og samarbeid på tvers av sektorer og nivåer – både horisontalt og vertikalt –, mens joined-up government primært handler om koordinering på tvers av sektorer. Dermed er whole-of-government-tilnærmingen den av disse tilnærmingene som i størst grad kan sies å ha dannet grunnlaget for samhandlingsreformen, da man her ønsker vertikal koordinering for å sikre likeverdighet mellom stat- og kommunenivå, et tilbud om sømløs tilgang til helsetjenester for brukere og pasienter, samt helhetlige pasientforløp og glidende overganger.

Flernivåstyring

De overnevnte reformene har videre dannet grunnlaget for perspektivene som nå skal drøftes, nemlig flernivåstyring og nettverkspolitikk.

I forbindelse med det førstnevnte, mener Helgøy og Aars (2008) at offentlig institusjonsutforming på ett styringsnivå ikke kan betraktes som uavhengig av andre nivåer – at det som skjer på et nivå har konsekvenser for det som skjer på andre nivåer. Derfor må offentlig institusjonsutforming forstås i et flernivåperspektiv. Institusjonsutforming vil si den bevisste utformingen av de organisatoriske rammene som beslutningsprosesser foregår innenfor (s. 5). I forlengelse av dette, finnes det dermed en klar kobling mellom flernivåperspektivet og instrumentelt perspektiv, da organisatoriske rammer her bevisst utformes og benyttes som verktøy for å styre beslutningsprosesser.

Offentlige beslutninger treffes i økende grad i kontaktpunktet mellom ulike forvaltningsnivåer. Multi-level governance, eller flernivåstyring, kan defineres som et system av kontinuerlig forhandling mellom «nye» beslutningstakere på ulike territoriale nivåer, som er dannet gjennom omfattende prosesser av institusjonell utvikling og beslutningsmessig omfordeling, noe som har flyttet sentraliserte statlige funksjoner oppover mot overnasjonalt nivå, og nedover mot lokalt/regionalt nivå (Marks, 1993: 392). Noen av de samme tendensene finner man igjen i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, da disse aktørene er «nye» beslutningstakere som i utgangspunktet befinner seg på ulike territoriale nivåer, men som likevel er i kontinuerlig forhandling som en følge av omfattende prosesser, noe som har medført at tidligere sentraliserte statlige funksjoner blir «trukket ned» på lokalt/regionalt nivå. *Multi-level* dreier seg videre om økt grad av vertikal gjensidig avhengighet mellom aktører som opererer på ulike territoriale nivåer. *Governance* innebærer en økende horisontal gjensidig avhengighet mellom de formelle styringsinstitusjonene og ikke-offentlige aktører (Helgøy & Aars, 2008: 13). Det finner på samme måte sted et gjensidig samarbeidsforhold/avhengighetsforhold mellom kommuner

og helseforetak som en følge av samhandlingsreformen, ved at det som skjer på et nivå, for eksempel i kommunen, får konsekvenser for det som skjer i helseforetaket og omvendt.

Begrepet flernivåstyring innebærer dermed både en sterkere avhengighet mellom nivåene i styringssystemet, samtidig som at det etablerte beslutningshierarkiet utfordres og endrer karakter. Selv om det formelt er slik at policy på ett nivå er avhengig av beslutninger på et høyere nivå, er beslutningskjeden ikke avklart i et over- og underordningsforhold. Denne endringen av beslutningshierarkier vanskeliggjør ansvarliggjøring av politikere fordi beslutninger vanskelig kan spores tilbake til en aktør eller beslutningssentrum (Helgøy & Aars, 2008: 14). Heller ikke i samarbeidsforholdet mellom kommuner og helseforetak er beslutningskjeden avklart i et over- eller underordningsforhold, selv om tendensen er at samarbeidet beveger seg mot et hierarkisk nettverk hvor de statlige styringsambisjonene blir mer fremtredende (Fimreite, 2008: 39). Dermed kan man også her få problemer med å ansvarliggjøre aktørene. Det kan imidlertid tenkes at det er mulig å spore hvilken part som har brutt avtalen, da ansvarsområdene er såpass standardiserte.

Putnam (1988: 438) mener videre at det interessante med multi-level governance er at i de tilfeller hvor interesser og mål er overlappende, vil det ikke bli problemer. Men i de tilfeller hvor mål og interesser enten bare er delvis overlappende, eller direkte motstridende, vil det oppstå spenninger og behov for koordinering og gjensidig tilpasning. Dette gjenspeiler også min antakelse om at utfyllende samarbeidsavtaler vil fremme praktisk samarbeid, da det altså antas at dette bidrar til at partenes mål og interesser samsvarer, noe som skaper harmoni i samarbeidsforholdet. Også Fimreite (2008: 39) fremhever videre at uenighet i partnerskapet skaper spenninger, men hun mener at dette medfører at den av partene som sitter med den formelle makten her vil kunne overkjøre den andre. I samarbeidsforholdet mellom kommuner og helseforetak vil det trolig finnes flere direkte motstridende mål og interesser, og trolig vil man i dette samarbeidet befinne seg i mange situasjoner hvor mål og interesser bare er delvis overlappende. I lys av Putnam vil dette altså medføre spenninger, men hvis det også medfører at man øyner et behov for mer koordinering og tilpasning, kan det tenkes at slike uenigheter også fører til at man faktisk får bedre koordinering og gjensidig tilpasning i samarbeidsforholdet som en følge av dette. I dette samarbeidsforholdet kan det videre påstås at det er helseforetaket som sitter med den formelle makten (Høverstad, 2010; Indset et al., 2012). Ifølge Fimreite vil derfor helsespesialistene kunne overkjøre kommunene i spenningsfylte situasjoner. Forhandlingselementet som følge av den avtalebaserte relasjonen mellom partene, med påfølgende samhandlingsmøter hvor partene drøfter ulike saker med hverandre, kan imidlertid tenkes å fremme likeverdigheten mellom aktørene i samarbeidet.

Nettverkspolitikk

Et begrep som ofte knyttes til governance og flernivåstyring er nettverkspolitikk. Dette perspektivet dreier oppmerksomheten bort fra formell organisasjon, og over på prosesser. Således er dette en institusjonell vinkling, hvor prosesser og uformelle normer, samt

uformelle maktstrukturer påvirker adferd, heller enn formelle regler. Her kan man for det første argumentere for at nettverksutviklingen har ført til en sterkere grad av fragmentering ved at makten som har vært samlet i kommunestyresalen blir flyttet over til et større antall nettverk, og at de folkevalgte dermed mister grepet om noe av utformingen av politikken (Røiseland og Vabo, 2008; Røiseland og Vabo, 2012). Utviklingen kan imidlertid også betraktes som en utvidelse av kommunens innflytelsesområde, ved at kommunen skaper styringsmakt på nye måter. Derfor er det også rimelig å si at den offentlige politikken blir til som et resultat av samstyring. Dette kan i korte trekk beskrives som en overgang fra government til governance (ibid.). Ved å se på nettverksutviklingen i lys av det førstnevnte, kan man hevde at kommunens makt degenereres som en følge av fragmentering og maktoverføring til et større antall nettverk. I lys av den andre tilnærmingen, kan man imidlertid betrakte forholdet mellom stat og kommune som at kommunene får utvidet sitt innflytelsesområde ved at de får mulighet til å skape styringsmakt på nye måter gjennom samarbeid med helseforetakene.

I nettverksperspektivet skapes makt gjennom mer eller mindre formelle nettverk av aktører fra både privat og offentlig sektor. Denne typen strukturer fører til at offentlig styring får en flytende og kompleks karakter, i tråd med et institusjonelt perspektiv. Norsk lokalpolitikk har alltid hatt innslag av både fragmentering og samstyring, men det kan virke som om blandingsforholdet mellom den tradisjonelle parlamentariske modellen og nettverksmodellen er i ferd med å endres, og at vi er på vei mot mer nettverksbaserte styringsrelasjoner i norsk lokalpolitikk (Røiseland og Vabo, 2008; Røiseland og Vabo, 2012). Når man ser på samhandlingsreformens brede fokus på blant annet samarbeid mellom private og offentlige aktører på ulike nivåer, samt bruker- og pasientmedvirkning og deres organisasjoners innflytelsesmuligheter, kan det se ut som at man – i hvert fall innenfor helse- og omsorgssektoren – er på vei mot en norsk lokalpolitikk som i større grad enn tidligere er preget av nettverksbaserte styringsrelasjoner. Videre fremhever governance-litteraturen at offentlige institusjoner kan styrke sin handlingskapasitet gjennom å initiere eller inngå i nettverk for å løse oppgaver (ibid.). Dette kan dermed tenkes å ha ført til at helseforetakene og kommunene har fått styrket sin handlingskapasitet, ved at de får mulighet til å samarbeide med andre aktører fra både privat og offentlig sektor, samt pasient- og brukerorganisasjoner, for å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Et mål for nettverksdannelser er videre å skape selvstyrte nettverk. Slike nettverk kan ivareta fellesskapelige verdier uten at den politiske styringen nødvendigvis er til stede. Her blir bærende ideer formidlet til et sett nøkkelaktører som i neste omgang videreformidler budskapet til andre deltakere. Offentlige styringssignaler blir dermed en del av de felles verdiene innenfor nettverket, og verdiene bringes videre gjennom sosialisering og læring (Røiseland og Vabo, 2008; Røiseland og Vabo, 2012). Ideen om selvstyrende nettverk kan tenkes å være noe av planen bak samhandlingsreformen. Her har man fått et økende fokus på bruker- og pasientmedvirkning, samt koordinering og samarbeid på tvers av nivåer. I første omgang materialiseres disse ideene gjennom strukturelle avtaler, men det kan tenkes

at planen er at innholdet i avtalene, intensjonene og prosedyrene etter hvert skal «automatiseres» gjennom selvstyrte nettverksdannelser, for å forenkle samarbeidet og sørge for reformens varighet.

Relasjon mellom stat og kommune i et flernivåsystem

De overnevnte reformene og perspektivene har, som nevnt, dannet grunnlaget for samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene, og har således også hatt stor innvirkning på stat–kommune-relasjonen. I dette delkapittelet skal jeg se nærmere på relasjonen mellom stat og kommune for å belyse viktige sider ved forholdet mellom disse forvaltningsnivåene. I første omgang presenteres Peters' (1998) definatoriske kjennetegn ved partnerskap, da partnerskapsbegrepet er et svært viktig aspekt i denne relasjonen:

Partnerskapsbegrepet

Peters (1998: 12) benytter seg av fem definatoriske kjennetegn når han skal forklare partnerskapsbegrepet. For det første påpeker han at et partnerskap involverer to eller flere aktører, hvor minst en av partene må være en offentlig aktør. Forholdet skal dessuten bygge på konsensus (McQuaid, 2000: 11). For det andre innebærer et partnerskap at aktørene har autonomi til å forhandle og inngå avtaler på egne vegne. Dette kan imidlertid være problematisk i praksis, spesielt i offentlige organisasjoner hvor det kan være flere nivåer av godkjenning og kontroll. Et tredje kjennetegn ved partnerskap er at de har en viss varighet. Et partnerskap innebærer derfor at partene har en kontinuerlig relasjon. Videre skal alle aktørene bidra til partnerskapet, samt dele ansvaret for det felles bidraget, noe som kan føre til utfordringer med tanke på ansvarliggjøring mellom partene. Til slutt er det viktig å påpeke at de overnevnte elementene må forstås som forhold som kan tenkes å forenkle vedlikehold og etablering av partnerskap. Punktene må derfor ikke betraktes som kriterier som må være oppfylt for at en relasjon kan betraktes som et partnerskap (Peters, 1998; Aars & Christensen, 2011: 9).

Likeverdighet mellom stat og kommune?

Samarbeidet som har oppstått som en følge av blant annet samhandlingsreformen, involverer hovedsakelig to offentlige aktører, nemlig kommuner og helseforetak. Det foreligger dermed et offentlig samarbeid her, i tråd med Peters' første idealtypiske kjennetegn ved partnerskap. Det at reformens samarbeidsavtaler er lovpålagte, bryter imidlertid til en viss grad med Peters' kjennetegn om at partene skal ha autonomi til å inngå avtaler på egne vegne. Det er staten som lovgiver som forplikter kommuner og helseforetak å samhandle med hverandre, og aktørene mangler derfor denne selvstendigheten. Det foreligger imidlertid et forhandlingselement i dette samarbeidet, og aktørene møtes jevnlig for å evaluere og revidere avtalene, noe som gir aktørene autonomi til å forhandle. Videre

må relasjonen mellom helseforetak og kommuner sies å være kontinuerlig og «av en viss varighet», i tråd med Peters' tredje partnerskapskjennetegn. Det er også et sentralt element i samhandlingsreformen at partene skal yte bidrag til partnerskapet. Blant annet forplikter partene seg til å sette av nok ressurser knyttet til samarbeidet, og partene skal dessuten sikre at den som utfører oppgavene har nødvendige ressurser og utstyr til å utføre tiltaket (HOD, 2011). På denne måten investeres ressurser, samtidig som at kontroll over ressurser delvis overføres til partnerskapet. Til slutt deler partene langt på vei ansvaret for utfallet av deres felles innsats – i tråd med Peters' femte og siste kjennetegn – ved at det finner sted et gjensidig ansvars- og avhengighetsforhold mellom aktørene. Partnerskapsbegrepet kan således knyttes til flernivåperspektivet og det instrumentelle perspektivet. Peters mener imidlertid at dette innebærer vanskeligheter med tanke på ansvarliggjøring. Dette stemmer til en viss grad i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, ved at deres gjensidige ansvarsforhold kan tenkes å medføre at ansvaret deles mellom partene i praksis, men klar oppgavefordeling i samarbeidsavtalene kan tenkes å medføre at man relativt enkelt kan spore hvilken part som har ansvaret for et gitt utfall.

Indset et al. (2012) hevder at diskursen om forholdet mellom stat og kommuner gjennomgikk en overgang fra en tradisjonell diskurs om verdien om lokalt selvstyre, over til et ideal om partnerskap og likeverd, blant annet gjennom samhandlingsreformen. Overgangen var imidlertid ikke bare av retorisk art, men innebærer også flere institusjonelle endringer. Blant annet tilføyer det flere nye momenter i stat–kommune-forholdet, fordi ordningen innebærer tjenestesamarbeid om enkeltbrukere, regulert av avtaler som er fremforhandlet av kommunene og helseforetakene (s. 28).

I lys av disse institusjonelle endringene, har partnerskapsordningen særlig to trekk som skiller den fra den tradisjonelle stat–kommune-relasjonen. For det første skal relasjonen reguleres gjennom inngåelsen av avtaler mellom kommunene og helseforetakene, og for det andre skal det være en fortløpende samhandling og samarbeid mellom partene om den enkelte bruker eller pasient (Indset et al., 2012: 42). Således kan det også trekkes klare paralleller mellom partnerskapsordningen og et instrumentelt perspektiv.

Endringene som partnerskapet mellom stat og kommune har vært preget av, erstatter imidlertid ikke de innarbeidede og tradisjonelle virkemidlene som regulerer statens forhold til kommunene, da statlig styring gjennom blant annet lover og forskrifter vedvarer, selv om det er innført partnerskapsordninger, ifølge Indset et al. (2012). Dette er videre virkemidler som kan tenkes å gjøre forholdet mellom partene asymmetrisk, da de gjør det mulig for staten å pålegge kommunene oppgaver og samtidig påse at disse utføres i tråd med statlige bestemmelser (s. 46). Her blir altså statlig initierte avtaler betraktet som et hinder for velfungerende samhandling, i tråd med det institusjonelle perspektivet. Indset et al. (2012) mener derfor at det er riktigere å si at partnerskapsordningen kommer i tillegg til de tradisjonelle virkemidlene, og eventuelt modifierer bruken av dem (s. 45). Et sentralt poeng er imidlertid at de sentralt initierte avtalene iverksettes gjennom et flernivåsystem med relativt autonome parter. Forhandlingselementet er i forlengelsen av dette et viktig aspekt

ved relasjonen, og dette gir kommunene større grad av autonomi og påvirkningskraft i samarbeidet, noe som bidrar til et mer likeverdig forhold mellom partene.

Det kan videre oppstå uenigheter eller tvister mellom kommuner og helseforetak i forbindelse med samarbeidsavtalene, igjen i tråd med et instrumentelt perspektiv. Det er, ifølge Indset et al. (2012), påpekt fra flere hold at Norge mangler uavhengige tvisteløsningsorganer hvor ulike saker kan avgjøres av en objektiv instans. Baldersheim og Smith (2011) påpeker dessuten at det er statsforvaltningen som avgjør hva slags rettslige rammer som gjelder for virksomheten i kommunene, uten at spørsmålene kan prøves i rettslige instanser som er uavhengig av begge partene. Dette stemmer imidlertid ikke når det gjelder samarbeid mellom kommuner og helseforetak i denne sammenheng, da partene her har mulighet til å løse tvister og uenigheter i uavhengige instanser (HOD, 2011).

Et sentralt punkt i diskusjonen om forholdet mellom stat og kommune er videre at relasjonen er preget av konflikter og uavklarte normer og hensyn. På den ene siden finnes det innarbeidede normer knyttet til det lokale selvstyret, med røtter tilbake til 1837, hvor effektivitets- og økonomiske hensyn taler for kommunenes autonomi og likeverdighet med staten, mens det på den andre siden er mange hensyn som plasserer staten i førerretet. Dette er altså en institusjonell vinkling på samhandlingen, da normer og tradisjoner fra tidligere her er sentralt for relasjonen mellom stat og kommune. Hvis man så betrakter forholdet mellom stat og kommune som en relasjon hvor økning av makt hos den ene går på direkte bekostning av den andres posisjon – et såkalt nullsumspill – blir avveiningene mellom disse normene og hensynene et viktig spørsmål (Fimreite & Flo, 2002: 311; Indset et al., 2012: 57 og 58).

I lys av dette, påpeker Kjellberg (1980), at en langsiktig tendens i styringsverket er en tettere integrasjon mellom lokal-, regional- og statsforvaltningen, og at bakgrunnen for denne tendensen er tre sammenknyttede revolusjoner: En demokratirevolusjon, en profesjonaliseringsrevolusjon og en finansieringsrevolusjon. Denne utviklingen innebærer at rendyrket lokalpolitikk ikke finnes lengre, og at få saker kan avgjøres lokalt uten at nasjonale styresmakter involveres (Baldersheim & Smith, 2011: 12). Det kan dermed se ut som om Kjellberg fikk rett, da man i dag har fått et klart tettere bånd mellom lokal-, regional- og statsforvaltningen – i alle fall hva gjelder helse- og omsorgstjenester – gjennom samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene. Kjellberg (1995) viser videre at tre verdier står sentralt i forsvaret av det lokale selvstyret, nemlig autonomi eller frihet, demokrati og deltakelse, samt effektivitet. Det er imidlertid den førstnevnte *frihetsverdien* som er mest sentral for denne studien, da den innebærer frihet til å ta initiativ til å løse lokale utfordringer og oppgaver. Samtidig fører kommunenes økte evne til oppgaveløsning til at deres autonomi gradvis blir svekket, som en følge av at statlig styring og lovregulering av kommunene øker. Dette omtaler Kjellberg (1995) som det "kommunale paradoks" (s. 43). Det kan dermed tenkes at kommunene, til tross for tettere integrasjon mellom forvaltningsnivåene og økende kommunal frihet, vil oppleve at deres autonomi gradvis svekkes som en følge av økende grad av statlig involvering og styring. På den andre siden

foreligger det, som nevnt, et forhandlingselement i samarbeidsforholdet, som likevel bidrar til likeverdighet og gir kommunene en grad av autonomi og påvirkningskraft i samarbeidet.

Videre har man i de senere år opplevd en skifte fra government – hvor staten styrer alene og er overordnet samfunnet – til governance, hvor staten blir en av flere aktører som bidrar til styring og samordning, og opptre på mange områder og på samme nivå som andre. Dermed kan partnerskapsbegrepet og whole-of-government-tilnærmingen knyttes sammen med dette skiftet, da begge tilnærminger innebærer samhandling på tvers av nivåer. Det er altså blant annet dette samhandlingsreformen har bidratt til, ved at staten opererer på samme nivå som kommunene i samarbeidet. Det er videre en vanlig oppfatning at den tradisjonelle hierarkiske strukturen er for lite fleksibel til å takle nye utfordringer i samfunnsutviklingen på en effektiv måte, og dermed er en viktig del av governance-ideen også samordning gjennom nettverk (Indset et al., 2012: 60 og 61; Røiseland og Vabo, 2008). Partnerskapet mellom kommuner og helseforetak kan også betraktes som et nettverk, da aktørene opererer på tvers av sektorer og nivåer for å løse problemer, samt at de er gjensidig avhengige av hverandre for å oppnå sine mål (Indset et al., 2012: 63). Det har imidlertid blitt argumentert for at nettverksutviklingen kan ha ført til at kommunens makt degenereres som en følge av fragmentering og maktoverføring til et større antall nettverk. Utviklingen kan imidlertid også betraktes som en utvidelse av kommunenes innflytelsesområde, ved at kommunen skaper styringsmakt på nye måter (Røiseland & Vabo, 2008).

Andersen og Røiseland (2008) vektlegger videre, i lys av Peters (1998), at deltakerne i et såkalt «governance-nettverk» opptre på vegne av noen, at deltakerne må investere tid og ressurser i partnerskapet, at partnerskapet er stabilt og av en viss varighet, samt at et partnerskap er avhengig av en viss grad av formalisering. Når forholdet mellom stat og kommune betraktes som et partnerskap, innebærer dette en oppfatning om at partene er gjensidig avhengige av hverandre, at partenes måloppnåelse ivaretas best ved at forholdet preges av drøfting og forhandling, samt at partnerskapene utgjør en egen selvregulerende organisatorisk kontekst av en viss varighet. Dette innebærer videre en opprettelse av nye møteplasser mellom stat og kommunene og nye former for interaksjon (Indset et al., 2012: 63). Partnerskapstanken innebærer således en gjensidig avhengighet mellom stat og kommuner, men Indset et al. påpeker at det ikke er en forutsetning at partene har like mye makt og ressurser for at governance-nettverk skal fungere hensiktsmessig (ibid.). Torfing (2007) påpeker videre at man i slike nettverk må forvente et skjevt maktforhold mellom aktørene, men det at deltakelsen er frivillig og at partene er gjensidig avhengig av hverandre, begrenser mulighetene til ensidig maktbruk. I relasjonen mellom helseforetak og kommuner er imidlertid deltakelsen lovpålagt og ikke frivillig. Dessuten er det ikke sikkert at begge parter opplever at de står i et gjensidig avhengighetsforhold med hverandre, noe som kan medføre at det likevel foreligger ensidig maktbruk i partnerskapet i praksis. I forlengelse av dette, kan governance-nettverk knyttes til institusjonelt perspektiv, blant annet fordi formelle regler har liten innvirkning på samhandlingen her, da nettverkene er

selvregulerende og deltakerne til en viss grad fastsetter regler og prosedyrer for samhandlingen.

I neste delkapittel vil jeg videre diskutere hvilke implikasjoner de nevnte reformene og partnerskapsrelasjonen har for det praktiske samarbeidet mellom de ansatte i kommuner og helseforetak, og jeg vil fremheve Nav-partnerskapet som et konkret eksempel på praktisk samarbeid og knytte dette til partnerskapsmodellen.

Implikasjoner for konkret samarbeid

Ifølge Repstad et al. (2004) har fenomener som konkurranseutsetting, fristilling og privatisering – som vi kjenner fra New Public Management – trolig ført til endringer som har vært større fra et symbolsk og retorisk plan enn virkelige strukturelle endringer, men det har også skjedd reelle omlegginger. Betydningen av disse endringene for det tverretatlige samarbeidet er sammensatte og tvetydige, da konkurransepress og markedeksponering, på den ene siden, kan ha tvunget mange etater til å gå i retning av en bruker- og serviceorientering. I dette kan det også ligge et ønske om samordning og samarbeid med andre instanser. På den andre siden kan krav om økt inntjening og høyere krav til resultater ha ført til at virksomhetene i større grad blir seg selv nok, og at det blir en sterkere «vi-» «de-holdning» enn det blir under en mer samlet og mindre konkurranseutsatt offentlig paraply (s. 16 og 17).

De senere år har det imidlertid skjedd en endring av sentrale NPM-trekk, og man beveger seg mot en whole-of-government-tilnærming hvor man ønsker å skape horisontal og vertikal koordinering for å tilby borgere en sømløs heller enn en fragmentert tilgang til tjenester. Målet er altså å unngå den «vi-» «de-holdningen» som Repstad et al. (2004) refererer til ovenfor. Man ønsker heller samarbeid mellom kommuner og helseforetak, helhetlige pasientforløp, glidende overganger samt koordinering mellom nivåene.

Ønsket om samarbeid og samordning med andre instanser gjenspeiler seg i *partnerskapsmodellen*. Partnerskapsmodellen bygger på samarbeid mellom private og offentlige helseinstitusjoner, og på vertikalt samarbeid mellom kommunene og helseforetakene (Veggeland, 2013). Hovedformålene med partnerskapsmodellen er, for det første å fremme en helhetstenkning der folkehelseperspektivet er med i all planlegging. For det andre skal den skape grunnlag for samarbeid på tvers av sektorer, nivåer og profesjoner. Videre skal den utvikle praktiske metoder i folkehelsearbeidet, få nærmiljøene til å mobilisere til innsats og bygge opp kunnskap. Det siste hovedformålet er å dokumentere effekten av innsatsen. Partnerskap tar videre utgangspunkt i likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser, i tråd med et instrumentelt perspektiv. Regjeringen vil dessuten stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for å styrke infrastrukturen for folkehelsearbeidet, og for å gi arbeidet en sterkere lokal og demokratisk forankring, noe som vil innebære en omfattende alliansebygging, både mellom ulike offentlige etater, og mellom offentlige instanser, det frivillige Norge og næringslivet (HOD, 2002).

Når det gjelder partnerskap i Nav, ble ideen om at de lokale Nav-kontorene skulle bygge på en partnerskapsmodell, lansert på et forholdsvis sent tidspunkt i reformarbeidet (Aars & Christensen, 2011: 7). Christensen (2008) viste videre hvordan partnerskapsbegrepet etter hvert vokste frem som et kompromiss mellom ideen om «en etat» og kommunens ønske om å verne om det lokale selvstyret (s. 52 og 64). Det samme viser også Fimreite (2008: 24). Det at partnerskapsløsningen ble foreslått såpass sent i reformarbeidet, bidro til at partnerskapsmodellen ikke fikk noen klar definisjon. En klarere konkretisering kan imidlertid tenkes å ha ført til at løsningen hadde blitt mindre spiselig som kompromiss. Det synes videre klart at partnerskap ikke innebar en total sammensmeltning av de to statlige og den ene kommunale etaten. Modellen innebar heller en viss fleksibilitet til å tilpasse lokale løsninger til lokale behov (Aars & Christensen, 2011: 7).

For å forstå konkret samarbeid mellom stat og kommune i lys av partnerskapet i Nav, er det, for det første, viktig å være klar over to viktige ulikheter mellom dette partnerskapet og forvaltningskommunen. En sentral ulikhet er knyttet til at aktørene i partnerskapet er sagt å skulle være likeverdige partnere. Slik partnerskapet er utformet kan det sies å ha element som representerer en bevegelse mot en mer horisontal relasjon i stat–kommuneforholdet, mot ideen om «en etat», bort fra mer vertikale styringslinjer. Dermed blir den andre ulikheten mellom forvaltningskommunen og Nav-partnerskapet om at det sistnevnte er lovpålagt, relativt paradoksal (Fimreite, 2008: 38).

Fimreite (2008) fremhever videre at så lenge partene i partnerskapet er enige, er det lett å være likestilte, men når uenigheten vokser, vil den av partene som har den formelle makten, raskt kunne overkjøre den andre (s. 38 og 39). Her kan man således trekke paralleller til det institusjonelle perspektivet, da uformelle normer og verdier her påvirker adferd. Dessuten kan man argumentere for at man ser en dreining i stat–kommuneforholdet fra et hierarki med nettverksforbindelser til et partnerskap med stadig større statlige styringsambisjoner. Dette kan føre til at kommunenes rolle som stifinner på det velferdspolitiske feltet reduseres eller forsvinner. Da vil også mye av dynamikken i stat–kommune-relasjonen som har vært sentral i utviklingen av den norske velferdsstaten, og for politikken som føres her, gå tapt (ibid.). Det at partnerskapsmodellen innebærer en viss fleksibilitet til å tilpasse lokale løsninger til lokale behov, kan imidlertid tenkes å styrke kommunens rolle i samarbeidet. I stedet for at den av partene med den formelle makten overkjører den andre når det oppstår uenigheter, innebærer dette en mulighet til forhandling og gjensidig tilpasning mellom partene. Det er dermed introdusert et forhandlingsbasert element i Nav, noe som medfører at flernivåstyring kan knyttes til partnerskapsbegrepet.

Oppsummering

Innledningsvis så jeg på forholdet mellom struktur og adferd hos Morten Egeberg (1984), og viste at det finnes klare indikasjoner på at samarbeidsavtalene påvirker det praktiske samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Videre så jeg på samarbeidsrelasjonen gjennom et institusjonelt perspektiv og belyste således de alternative antakelsene. Jeg

presenterte også ulike reformer og perspektiver for å illustrere hva et flernivåsystem innebærer. Et sentralt poeng er videre at et statlig initiert avtaleinstitutt iverksettes gjennom et slikt flernivåsystem, med stat og kommune som relativt autonome parter. Til slutt så jeg også nærmere på hvilke implikasjoner de offentlige styringsformene, perspektivene og stat-kommune-relasjonen har hatt for praktisk samarbeid mellom partene.

Instrumentelt og institusjonelt perspektiv har, i forlengelse av dette, fortløpende blitt koblet sammen med de ulike teorielementene, og disse vil benyttes som en utfyllende måte å tolke de funnene som fremkommer i empirien. Disse analytiske perspektivene utgjør dermed ulike fortolkningsrammer, som likevel kan sies å operere i et samspill. Elementer fra det andre perspektivet kan således forsterke eller svekke betydningen av sentrale sider ved det perspektivet man tar utgangspunkt i. Praktisk samarbeid med utgangspunkt i et instrumentelt perspektiv kan for eksempel forsterkes eller bindes gjennom normer, tradisjoner og læring. Sentrale trekk ved ett perspektiv kan også danne rammer for hvordan elementer fra det andre perspektivet virker inn (Christensen et al., 2004).

Kapittel 5 – Metodisk rammeverk

Innledning

Hensikten med dette kapittelet er å redegjøre for og begrunne valg av metoder som er brukt i studien. Først vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen generelt, før det ses kort på case-tilnærmingen, da denne studien er en todelt case-studie, basert på kvalitative data. Videre vil jeg gjøre rede for prosedyren for utvelging av enheter, før jeg foretar en konkretisering av sentrale begreper i problemstillingen for å beskrive hvordan de skal undersøkes empirisk. Deretter ser jeg blant annet nærmere på de ulike samarbeidsarenaene som finnes, samt hvilke samarbeidsarenaer som undersøkes i studien. Videre belyses studiens datagrunnlag, prosedyren for utvelgelsen av respondenter og gjennomføringen av intervjuene, før jeg presenterer innholdet i Nasjonal veileder. Videre foreligger det en vurdering av metoden, før kapittelet avsluttes med en drøfting av datakvaliteten, herunder reliabiliteten og validiteten, før jeg undersøker grunnlaget for generalisering.

Metodisk tilnærming

Sigmund Grønmo (2011) mener at en metode generelt sett er en planmessig fremgangsmåte for og nå bestemte mål, og at metoder utgjør et sett av retningslinjer som skal sikre at forskningsprosessen er faglig forsvarlig (s. 27). Peter Bogason og Mette Zølner (2007) fremhever videre at det er en krevende oppgave å drøfte hvordan en forskningsprosess skal utvikle seg og hvordan avgjørelser om forskningsmetoder skal foregå, og selv om denne prosessen er svært viktig for forskningsresultatet, blir den ofte utelatt (s. 4). Valg av metode er dermed en svært viktig del av en forskningsprosess, og på bakgrunn av dette vil det her bli foretatt en presentasjon av og diskusjon omkring studiens metodevalg.

Det er viktig å diskutere hva slags datamateriale jeg trenger for å besvare problemstillingen på en god og utfyllende måte. Jeg skal studere utformingen av samarbeidsavtalene og hvorvidt variasjoner i utformingen av disse avtalene påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom partene i de valgte samarbeidsutvalgene. Det er derfor nærliggende å intervju noen sentrale informanter fra foretakssiden, samt kommuneansatte innenfor foretaksområdet som deltar aktivt i disse utvalgene, og som videre kan gi meg informasjon vedrørende samarbeidsavtalene og det praktiske samarbeidet. Årsaken til at intervjuer er godt egnet til å studere dette samarbeidet, er at jeg i samtaler med sentrale samhandlingsaktører i de valgte kommuner og helseforetak, kan tilegne meg viktig informasjon om praktisk samarbeid. Ved å spørre aktuelle aktører direkte om hvordan det praktiske samarbeidet foregår, vil jeg kunne tilegne meg førstehåndskunnskap om det konkrete samarbeidet mellom aktørene. Et grunnleggende spørsmål dreier seg videre om faren for sirkelresonnement, altså hvorvidt det er avtalene som påvirker samhandlingen, eller om det er samhandlingen som styrer avtalene. Dette er et vanskelig problem å håndtere, men kvalitative studier er et godt egnet redskap for dette, blant annet fordi

datainnsamlingsmetodene som benyttes, understøtter hverandre og gjør meg i stand til å forstå og beskrive samhandlingsprosesser.

Informantene befinner seg videre på ulike steder i en annen del av landet, og det er dermed nærliggende å reise dit respondentene befinner seg og gjennomføre personlige intervjuer. Jeg har imidlertid konkludert med at en slik reise er for ressurskrevende, både økonomisk og tidsmessig, samt at det å planlegge og gjennomføre personlige møter vil medføre større logistiske utfordringer enn det som er hensiktsmessig. Jeg vil dermed foreta telefonintervjuer, da dette både er ressursbesparende og enklere og planlegge og å gjennomføre i praksis.

Intervjuene skal videre understøttes med dokumentarisk materiale. Det vil si at datamateriale vedrørende utforming og variasjoner i samarbeidsavtalene, kontakthypighet, kontakttipe, indikatorer på godt samarbeid og grad av konflikt og harmoni i samarbeidsforholdet, tråd med konkretiseringen nedenfor, skal samles inn ved hjelp av dokumentanalyse.

Jeg skal dermed kombinere ulike datainnsamlingsmetoder, og dette kan omtales som metodetriangulering (Grønmo, 2011; Yin, 2014). Jeg mener at det å kombinere innsamlingsmetoder i dette tilfellet er nødvendig, da det bidrar til at problemstillingen belyses på en bedre og mer presis måte. Det å kombinere metoder vil altså kunne utfylle metodens svakheter, og dermed bidra til å øke kvaliteten på studien. Metodetriangulering gjør meg dessuten i stand til å forstå og beskrive samhandlingsprosesser i større grad enn hvis jeg bare hadde benyttet en datainnsamlingsmetode.

Jeg mener videre at denne studien bør være en case-studie basert på kvalitative data, da en slik forskningsstrategi gir mulighet til å gå i dybden av ulike aspekter som fremkommer underveis i datainnsamlingen (Grønmo, 2011). Når studien i tillegg baseres både på intervjuer og dokumentarisk materiale, bidrar dette til å gi meg dyptgående kjennskap til det som studeres. Dette er en svært populær forskningstilnærming, og bruken av en slik tilnærming avgrenser ikke bruken av metoder. Dessuten kan case brukes i en rekke situasjoner for å tilegne seg økt kunnskap om grupper, individer, organisasjoner og sosiale og politiske fenomener (Yin, 2014). Før jeg går nærmere inn på de ulike datainnsamlingsmetodene, vil jeg gi en kort utgreiing av hva som forstås med case-studier.

Case-studie

Selv om case-studier er en mye brukt tilnærming, er det stor uenighet rundt hva som menes med case-studier og hvordan man skal definere det; Grønmo (2011) definerer en case-studie som en detaljert og intensiv studie av en enkelt eller noen få analyseenheter som sammenlignes (s. 414). Videre opererer Yin (2014) med en todelt definisjon av en case-studie: For det første må man se på omfanget av studiet. I lys av dette, mener Yin (2014) at en case-studie må gjennomføres når man ønsker å forstå fenomener i den virkelige verden, og at tilegnelse av slik kunnskap involverer viktige kontekstuelle forhold som er relevante for

den valgte casen (s. 16). Del to av definisjonen oppstår fordi det ofte er vanskelig å skille mellom fenomenet og konteksten i situasjoner i den virkelige verden, og at man derfor må se på trekkene ved case-studiet for å klargjøre dette skillet. Dermed defineres en case-studie som en undersøkelse som takler den teknisk vanskelige situasjonen det er når man har mange variabler, men bare et datapunkt, nemlig caset, noe som resulterer i at man trenger mange beviskilder, og ulike datainnsamlingsmetoder, noe som igjen fører til at man kan benytte seg av andre teorier for å styre datainnsamlingen og analysen (s. 17).

Jeg vil imidlertid benytte George og Bennetts (2005) forståelse av en case-studie, da de mener at en case-studie både handler om en sammenligning av et lite antall case, samt en intern analyse av enkeltcase. Dermed mener de at en case-studie både bør omfavne komparativ metode og interne case-studier, siden det er en økende enighet om at den beste måten å dra slutninger fra case-studier er ved å kombinere disse to i en studie (s. 18 og 19). Bakgrunnen for valg av case til dette studiet bygger på en antakelse om at formelle avtaler har betydning for praktisk samarbeid. Jeg er altså interessert i utformingen av samarbeidsavtalene og hvorvidt variasjon i utformingen av disse, påvirker det praktiske samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene. Dermed har jeg her både kombinert interne analyser av enkelte case – en gjennomgang av samarbeidsavtalene – og sammenlignet et lite antall case, altså undersøkt om kommunenes samarbeid mot helseforetaket er forskjellig i de to samarbeidsenhetene. Dessuten antar jeg at det praktiske samarbeidet vil bli bedre jo mer spesifiserte og fyldige samarbeidsavtalene er. Denne antakelsen understøttes videre av samhandlingsreformen, hvor detaljerte og konkrete avtaler tilstrebes for å sikre et så godt samarbeid som mulig mellom partene (HOD, 2011).

Dermed har to case, eller samarbeidsenheter blitt valgt; SIHF og kommunene Ringsaker og Tynset, hvor man supplerer med mer innhold i samarbeidsavtalene enn minimumsløsningen i Nasjonal veileder krever, og Ahus og kommunene Skedsmo og Hurdal, hvor samarbeidsavtalene inneholder mindre enn det som er beskrevet i den nasjonale standarden.

Utvelgelse av enheter

Utvelgelsen av enheter er knyttet til studiens problemstilling vedrørende avtaleutformingens betydning for praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og bakgrunnen for valg av problemstilling er min tilknytning til prosjektet *Providing Integrated Health Care for Older People*. Her fikk jeg i oppgave å gå igjennom samtlige samarbeidsavtaler mellom alle kommuner og helseforetak i Norge, og over en periode på flere måneder, gikk jeg dermed systematisk og grundig igjennom disse avtalene, noe som gav meg en svært god oversikt over innholdet i dem.

Jeg visste dermed på forhånd at viktige enheter for min studie var kommuner og helseforetak, men for å få en fullstendig og riktig oversikt over analyseenheter, var det nødvendig å gjøre en undersøkelse av relevante aktører, altså identifisere universet av

aktører (Grønmo, 2011). Hele aktøruniverset omfatter alle kommuner og helseforetak i Norge, men dette universet er så stort at det ville være vanskelig å håndtere en empirisk undersøkelse av alle enhetene. Dermed måtte jeg gjøre et utvalg hvor jeg skaffet direkte informasjon om bare en del av enhetene i universet. Denne utvelgelsen bygger på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og interessante, i lys av det Grønmo (2011) kaller strategiske utvalg. Gjennom denne omfattende gjennomgangen av samtlige samarbeidsavtaler, oppdaget jeg at det var klare variasjoner mellom Nasjonal veileder og innholdet i flere av kommunenes og helseforetakenes samarbeidsavtaler. Spesielt var det variasjoner i utformingen av samarbeidsavtaler mellom Ahus og kommunene og SI og kommunene.

Dermed ble helseforetakene Ahus og SIHF valgt på bakgrunn av de overnevnte avtalevariasjonene. Videre ble fire kommuner valgt, nemlig Skedsmo, Hurdal, Ringsaker og Tynset. Valg av kommuner kan for det første begrunnes med at potensielle aktører i denne studien er alle ansatte fra til sammen 69 kommuner innenfor disse to foretaksområdene. I den forbindelse måtte jeg foreta et valg med tanke på hvilke aktører/kommuner som skulle innlemmes i studien. Underveis i utvelgelsen oppdaget jeg, i forbindelse med dette, at partene samhandler gjennom ulike samarbeidsarenaer, og jeg fant at særlig Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) var gode arenaer for studiet av praktisk samhandling.

To av kommunene som er nevnt ovenfor (Tynset og Skedsmo), er representert i henholdsvis ASU og OSU, mens de to kommunene Ringsaker og Hurdal ikke har representanter i disse samarbeidsutvalgene. Årsaken til at jeg valgte to kommuner som har representanter i ASU og OSU, og to kommuner som ikke har representanter i samarbeidsutvalgene, er at det er interessant å undersøke hvorvidt direkte representasjon i de overordnede utvalgene fremmer kommunenes praktiske samhandling med helseforetaket. Denne studien består dermed av to samarbeidsenheter, nemlig SIHF og kommunene, samt Ahus og kommunene, og enhetene kan illustreres på følgende måte:

Tabell 5.1: Oversikt over enheter

	Representanter i ASU/OSU	Ingen representanter i ASU/OSU
Sykehuset Innlandet (Utfyllende avtaler)	Tynset kommune	Ringsaker kommune
Ahus (Smale avtaler)	Skedsmo kommune	Hurdal kommune

Konkretisering av sentrale begreper

I forlengelse av det overnevnte vil det her foreligge en konkretisering av sentrale begreper i problemstillingen for å beskrive hvordan de kan undersøkes empirisk. I korte trekk ønsker jeg her å formulere klare kriterier for hvordan enhetene, begrepene og sammenhengene i problemstillingen skal gjengis ved empiriske data. Denne konkretiseringen vil videre være et viktig grunnlag for å vurdere hva slags data som skal samles inn, hvordan de skal analyseres,

og hvilke slutninger analyseresultatene kan gi grunnlag for (Grønmo, 2011: 73 og 74). For det første vil jeg undersøke hvordan det praktiske samarbeidet kan observeres. Her foreligger det en todeling. For det første ser jeg på samarbeidets omfang – kvantitet, og for det andre ser jeg på samarbeidets innhold, eller kvalitet. Deretter vil jeg undersøke hvordan variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene kan måles.

Videre vil det foreligge en avgrensning av hvilket nivå samarbeid skal observeres på, før samarbeidsarenaene belyses ytterligere. Til slutt vil jeg diskutere det grunnleggende spørsmålet som dreier seg om faren for sirkelresonnement, samt hvordan dette skal håndteres metodisk.

Praktisk samarbeid

Selv om samarbeid kan virke som et enkelt konsept, kan begrepet gi ulike svar ved ulike målemetoder. I denne delen vil jeg derfor gi nøkkelkonseptet *praktisk samarbeid* et mer presist meningsinnhold for å kunne beskrive hvordan det skal kunne observeres. Dette er studiens avhengige variabel.

Samarbeid kan måles på ulike måter, blant annet ved å se på *trekk ved kontaktmønstre*. Her kommer det praktiske samarbeidet mellom partene til uttrykk gjennom kontakthypighet og kontakttipe. Samarbeidet kan dermed for det første måles ved å undersøke samhandlingsfrekvensen, altså hvor ofte avtalepartene samhandler. Videre kan samarbeidet observeres ved å undersøke samhandlingsarenaer og deltakelsesmønstre, altså hvor partene samhandler og jevnbyrdigheten mellom kommuner og helseforetak med tanke på deltakelse, samt hvem som deltar i samhandlingen. Dermed kan man måle partenes erfaringer med praktisk samarbeid gjennom å undersøke hvor ofte samarbeidspartene samhandler, samt hvilken type kontakt som foreligger mellom partene.

Dessuten kan samarbeidet observeres ved å se på dets innhold. Her kommer samarbeidet til uttrykk gjennom en *kvalitetsdimensjon* og en *konflikt-harmoni-dimensjon*. Erfaringer med praktisk samarbeid kan i lys av det førstnevnte måles ved å undersøke *indikatorer på godt samarbeid*. For det første må enhetenes samarbeid være preget av gjensidighet og tillit for å unngå at den ene skal dominere den andre (Biong, 2011). Dette kan studeres ved å undersøke om det finnes asymmetri i informasjonsutvekslingen – om noen for eksempel tar ordet hele tiden, mens andre ikke sier noe eller ikke kommer til orde. Videre belyses god dialog og god relasjon som vesentlig for god samhandling (Biong, 2011). Dette kan undersøkes ved å se på møterefater og å stille spørsmål om hvordan relasjonen og kommunikasjonen oppleves i samarbeidet mellom partene. Likeverd er videre basert på gjensidig respekt mellom partene, og her trekkes betydningen av den uformelle kontakten frem: Å kjenne til hverandre, ha respekt for hverandres faglige vurderinger samt en opplevelse av likeverdighet (ibid.). Dette er dermed en tredje indikator på godt samarbeid. Dessuten kan jeg stille spørsmål som omhandler partenes kjennskap til hverandres roller i samarbeidet, om de opplever respekt for sine faglige vurderinger og om de har en opplevelse av likeverdighet i samarbeidet. Videre er en fjerde indikator på godt samarbeid at

det er romslighet og kreativitet tilknyttet samarbeidet (ibid.). En god og positiv problemløsning kan tenkes å medføre at aktørene føler trygghet og styrke, som igjen har betydning for samarbeid. Dette kan undersøkes ved å studere aktørenes erfaringer og relasjoner i problemløsnings situasjoner gjennom intervjuer og ved å gå igjennom møterefater. Formalia og fleksibilitet er dessuten en annen viktig indikator (Biong, 2011). Dette omhandler aktørenes erfaringer med hvordan man løser oppgaver og en åpen praksis innebærer at ulike roller blir tydeliggjort og får utfylle hverandre. Oppmuntring er en siste indikator på godt samarbeid, og dette kan undersøkes gjennom å stille spørsmål om hvorvidt partene oppmuntrer hverandre i samarbeidssituasjonen (Biong, 2011).

Tabell 5.2: Kvalitetsdimensjon

Indikatorer på godt samarbeid	Hvordan studere?
Gjensidighet og tillit	Asymmetri i informasjonsutvekslingen? Tar noen for eksempel ordet hele tiden, mens andre ikke kommer til? Stille spørsmål om dette.
God dialog og god relasjon	Hvordan oppleves relasjonen og kommunikasjonen i samarbeidet mellom partene? Stille spørsmål og undersøke møterefater.
Likeverd	Uformell kontakt. Har partene kjennskap til hverandres roller i samarbeidet? Har de respekt for hverandres faglige vurderinger? Har de en opplevelse av likeverdighet? Stille spørsmål om dette.
Romslighet og kreativitet	Hva er partenes erfaringer og relasjoner i problemløsnings situasjoner? Stille spørsmål og undersøke møterefater.
Formalia og fleksibilitet	Er det en åpen praksis i problemløsnings situasjoner? Stille spørsmål om dette.
Oppmuntring	Oppmuntrer partene hverandre i samarbeidssituasjoner? Stille spørsmål om dette.

Samarbeid kommer videre til uttrykk gjennom en konflikt–harmoni-dimensjon, og det praktiske samarbeidet kan her måles ved å undersøke *graden av konflikt og harmoni* i samarbeidsforholdet. Også dette kan undersøkes ved å studere hvilken type kontakt som foreligger mellom partene, altså ved å stille aktørene spørsmål om hvorvidt samhandlingen er preget av konflikt eller harmoni. Dessuten vil en undersøkelse av hvilke saker som eventuelt har gått til nasjonalt tvisteløsningsorgan gi en god indikasjon på dette.

Dermed kan partenes erfaringer med praktisk samarbeid måles på ulike måter, både gjennom å undersøke samarbeidets omfang og innhold. Samarbeidet kommer dermed til uttrykk både gjennom kontaktttype og kontakthypighet samt av indikatorer på godt samarbeid og grad av konflikt og harmoni i samarbeidsforholdet.

Utformingen av samarbeidsavtalene

Til nå har jeg undersøkt hvordan partenes erfaringer med praktisk samarbeid kan måles på ulike måter, men her skal det også gis en utgreiing av hvordan variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene kan måles. Her er jeg interessert i betydningen av den uavhengige variabelen, altså utformingen av avtalene i forhold til Nasjonal veileders minimumsløsning⁷.

Her vil jeg se nærmere på utformingen av samarbeidsavtalene, samt undersøke i hvilken grad avtalene *varierer* i forhold til Nasjonal veileder. Dette gjøres ved å foreta en dokumentanalyse av innholdet i Nasjonal veileder og i samarbeidsavtalene mellom partene med sikte på å vise de ulike avtalekomponentene, og hvorvidt disse finnes i Ahus og kommunenes, samt SI og kommunenes samarbeidsavtaler⁸.

Når det gjelder SIHF og kommunene, følger partenes avtaleoppsett i stor grad veilederens oppsett. Ordlyden i avtalenes overskrifter er også stort sett den samme. Unntakene er at SIHF og kommunene har slått sammen de to delavtalene «Samarbeid om omforente beredskapsplaner» og «Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede», samtidig som at de supplerer med en avtale vedrørende turnuslegetilsetting, som går ut over beskrivelsen i Nasjonal veileder. Videre har SI og kommunene 11 samhandlingsrutiner og vedlegg som supplement til de eksisterende avtalene. Det at avtalene om beredskap og akuttmedisinsk kjede er slått sammen til en avtale, synes naturlig, da begge avtalene dreier seg om akutt- og krisetilfeller hvor partene blant annet må samarbeide om utvikling av en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Avtalene gir videre en beskrivelse av hvordan partene skal forberede seg på å takle krisesituasjoner gjennom øvelser, opplæring og trening. Avtale om akuttmedisinsk kjede skal videre gi en beskrivelse av tilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Ahus og kommunene har, på den andre siden, ingen slike supplementer eller vedlegg. De har heller ingen egen delavtale om «Retningslinjer for innleggelse i sykehus», selv om dette er et krav til avtalens innhold i Nasjonal veileder. Dessuten skiller ordlyden i avtalens overskrifter og strukturen seg fra veilederens i flere tilfeller. Blant annet er partenes samarbeid om ansvars- og oppgavefordeling beskrevet i «Overordnet samarbeidsavtale» og delavtale 1 om gråsoner. Videre finner man retningslinjer for utskrivningsplanlegging i delavtale om «Helhetlige pasientforløp». Også her er avtalene «Samarbeid om omforente beredskapsplaner» og «Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede», slått sammen. Selv om Ahus og kommunene mangler en egen delavtale om innleggelser, nevnes ordet «innleggelse» 18 ganger til sammen i de ulike samarbeidsavtalene. De opererer således med retningslinjer for innleggelse, men de er ikke samlet i en egen samarbeidsavtale. Ahus og kommunene mangler videre en egen avtale om ansvars- og oppgavefordeling, og har valgt å plassere disse punktene i to ulike samarbeidsavtaler, noe som kan tenkes å medføre uklarhet med tanke på hvem av partene som til enhver tid har ansvar og skal gjennomføre ulike

⁷ Se delkapittel 5.4 for en utfyllende gjennomgang av kapittel 5 i Nasjonal veileder.

⁸ Se også oversikt over innhold i Nasjonal veileder og samarbeidsavtalene i vedlegg 1.

oppgaver. Videre mangler Ahus og kommunene en egen avtale om utskrivningsplanlegging, og har valgt å integrere disse punktene i en generell samarbeidsavtale kalt «helhetlige pasientforløp». Utskrivningsplanlegging er et svært viktig aspekt ved samhandlingen, og mangelfull spesifisering av dette punktet kan potensielt føre til store samarbeidsutfordringer og konflikter mellom partene, blant annet fordi det her skal gis en beskrivelse av hvordan partene vil innfri krav forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Videre varierer innholdet i henholdsvis delavtale 9, om IKT-løsninger, delavtale 10 om forebygging, samt delavtale 11 om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede spesielt mellom partene. Her mangler Ahus og kommunene et punkt vedrørende organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling, samt et punkt om rutiner for responstid. SIHF og kommunene mangler beskrivelse av organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling, men inneholder, i motsetning til Ahus sin avtale, rutiner for responstid. SIHF har dessuten tatt initiativ til å opprette et samarbeidsutvalg for IKT-utvikling, noe som går ut over minimumskravet i Nasjonal veileder. Videre supplerer SI og kommunene med ulike samhandlingsrutiner, en beskrivelse av utdypende ansvar og oppgaver, samt en sjekklister for normale testtilfeller.

Ahus og kommunenes delavtale 10 vedrørende forebygging mangler videre et punkt om helseovervåking, selv om dette er et krav til innhold i veilederen. SIHF og kommunenes tjenesteavtale oppfyller alle veilederens innholdsbeskrivelser, og supplerer i tillegg med et punkt om kommunehelseprofiler sett opp mot lokal kunnskap og deling av kunnskap om påvirkningsfaktorer for sykdomsutvikling.

Når det gjelder delavtale 11 om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede, mangler begge parter et eget punkt vedrørende løsning av konkrete beredskapsutfordringer. SIHF supplerer imidlertid med samhandlingsrutiner som blant annet sier noe om oppfølging av henvendelser fra publikum, rutine for oppgave- og ansvarsfordeling mellom partene og oversikt over kontaktpersoner.

På denne måten kan avtalevariasjoner observeres ved å undersøke om avtalene *avviker negativt* eller *positivt*. Negative avvik betyr at kommuner og helseforetak ikke har noen avtaler i det hele tatt, eller at avtalene inneholder færre elementer enn det som er beskrevet i veilederen. Med positive avvik menes samarbeidsavtaler som supplerer med flere avtaler enn det som Nasjonal veileder beskriver. Som man kan se av tabellen i vedlegg 1, og gjennomgangen ovenfor, avviker avtalene mellom Ahus og kommunene negativt, mens avtalene mellom SIHF og kommunene avviker positivt.

I korte trekk ønsker jeg her å formulere klare kriterier for hvordan sentrale begreper i problemstillingen skal representeres ved empiriske data. Jeg er dermed interessert i utformingen av samarbeidsavtalene, og hvorvidt variasjoner i utformingen av disse, har noe å si for det praktiske samarbeidet, slik det er konkretisert ovenfor.

Samarbeidsnivå og samarbeidsarenaer

Det er vanskelig å se årsaksforklaring mellom avtalene og praktisk samarbeid på operasjonelt nivå. På strategisk nivå samhandler partene imidlertid aktivt med utgangspunkt i samarbeidsavtalene, gjennom ulike møtearenaer. Dermed vil avtalenes påvirkning på praktisk samarbeid best kunne studeres på strategisk nivå. I forlengelse av dette, vil jeg foreta en gjennomgang av partenes samarbeidsarenaer.

Kommunene og helseforetakene samhandler gjennom en rekke ulike møtearenaer. For Ahus og kommunene er disse samarbeidsarenaene blant annet dialogmøter, hvor administrerende direktør i foretaket to ganger i året inviterer allmennlegene i opptaksområdet til informasjonsmøte (Ahus, 2008), ulike nettverksmøter – blant annet for inn- og utskrivninger og rehabilitering innen somatikk og psykisk helse – samt kliniske BUP-samarbeidsutvalg som omhandler retningslinjer for samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og kommunene. De overnevnte arenaene er imidlertid underordnede informasjons-, fag- og virksomhetsmøter, og går således på utsiden av den samhandlingen jeg ønsker å belyse.

Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) er videre et fagorgan hvor Ahus og alle kommuner i foretaksområdet er representert, inkludert Hurdal og Skedsmo kommune. Dette er praktisk rettet og underordnet ASU. Dette organet skal komme med innspill og gi uttalelser til planarbeidet i ASU. ASU er imidlertid det mest sentrale utvalgsmøtet mellom Ahus og kommunene. Her møter rådmenn fra utvalgte kommuner i foretaksområdet, administrerende direktør, divisjonsdirektører og samhandlingssjef i Ahus. Dette er altså et overordnet partssammensatt samarbeidsutvalg mellom sykehuset og noen av kommunene i foretaksområdet, med ansvar for blant annet å følge opp og vedlikeholde samarbeidsavtalene, avgjøre uenighetssaker som ikke kan løses på annet nivå, samt utveksle erfaringer og kompetanse (Ramsdal & Hansen, 2009). Av de to valgte kommunene innenfor foretaksområdet, er det imidlertid bare Skedsmo kommune som er direkte representert her. Hurdal er indirekte representert gjennom en rådmann fra en annen kommune. Dermed har jeg funnet at ASU og SU er ryddige og konkrete samarbeidsarenaer, og at deltakerne her vil kunne gi meg god og utfyllende informasjon om hvordan samarbeidet erfares i praksis mellom kommunene og helseforetaket.

Også SI og kommunene samhandler gjennom en rekke møtearenaer. Blant annet er det opprettet et rådgivende organ for kommunene, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten i foretaksområdet (St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet), kalt Fjellhelse, samt fagnettverk blant annet for rehabilitering og kreftomsorg. Disse arenaene er imidlertid politiske og fagrettet, og går således på utsiden av samhandlingen jeg ønsker å belyse i dette studiet.

Geografisk samarbeidsutvalg (GSU) er videre et samarbeidsutvalg mellom SI og kommuner regionalt rundt et lokalsykehus som skal bidra til at pasientene opplever en helhetlig behandlingsskjede gjennom god samhandling mellom kommunene og lokalsykehusene

(Sykehuset Innlandet, 2014c). Her deltar alle kommunene i foretaksområdet med representanter, inkludert Ringsaker og Tynset kommune. OSU er imidlertid det mest sentrale utvalgsmøtet mellom SI og kommunene. Dette er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom sykehuset og kommunene i foretaksområdet (Sykehuset Innlandet, 2014a). Her deltar blant annet rådmenn, helse- og omsorgssjefer, sektorsjefer og avdelingsledere fra utvalgte kommuner i foretaksområdet, samt administrerende direktør, samhandlingsdirektør og divisjonsrådgivere fra SI. Tynset kommune er direkte representert her, mens Ringsaker er indirekte representert. GSU og OSU er dermed ekvivalentene til henholdsvis SU og ASU. Dermed er også dette ryddige og konkrete samarbeidsarenaer som vil kunne gi meg god og utfyllende informasjon om hvordan samarbeidet erfarer i praksis mellom helseforetaket og de valgte kommunene.

Et grunnleggende spørsmål i studien dreier seg videre om faren for sirkelresonnement, altså hvorvidt det er avtalene som påvirker den praktiske samhandlingen – noe som er min antakelse og hovedproblemstilling – eller om det er samhandlingen som styrer avtalene. Dette er et vanskelig problem å håndtere, men kvalitative studier er et godt redskap for dette, blant annet fordi intervjuene og dokumentene understøtter hverandre og gir meg inngående kjennskap til de konkrete samhandlingsprosessene, samt at intervjusituasjonen gjør meg i stand til å spørre respondentene direkte om det for eksempel var etablert gode samarbeidsrutiner før samhandlingsreformen trådte i kraft.

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak er lovpålagte, og pålegger partene å samarbeide med hverandre (HOD, 2011). Selv om bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 om «plikt til å inngå avtale» innebærer en begrensning i avtalefriheten ved at kommuner og helseforetak nå forpliktes til å inngå avtale, er likevel forhandlingselementet sentralt i dette samarbeidet, og aktørene møtes jevnlig for å evaluere og revidere avtalene. Det kan derfor tenkes å være en vekselvirkning mellom hvorvidt avtalene påvirker samhandlingen, eller hvorvidt samhandlingen styrer avtalene, da det man gjør når man forandrer, reviderer eller forhandler om avtalene kan tenkes å være påvirket av de samhandlingsutfordringene partene opplever i praksis. På den andre siden påvirker avtalene den praktiske samhandlingen på den måten at samarbeidsavtalene benyttes som argument i konfliktsituasjoner, eller hvis man er usikker på hvordan man skal løse en sak. Da må man benytte seg av avtalene for å finne en løsning. Avtalene har videre bidratt til å tydeliggjøre samarbeidsparter og samarbeidsarenaer, for eksempel. Dette medfører dermed at samarbeidsavtalene danner grunnlag for kontakthypighet, møtearenaer og hvem som skal delta i samhandlingen, noe som igjen påvirker den praktiske samhandlingen.

Intervju

En av de viktigste kildene til å innhente data ved bruk av case-studier er gjennom intervju og dokumenter, da intervju gir tilgang på informasjon som er vanskelig å få gjennom dokumenter alene (Yin, 2014). Uformell intervjuing blir av Grønmo (2011) omtalt som et typisk opplegg for bruk av kvalitative respondentdata. Dette undersøkelsesopplegget består

av samtaler mellom intervjueren og de ulike respondentene hvor hverken spørsmålene eller svaralternativene er fastlagt på forhånd. Intervjueren utarbeider imidlertid en intervjuguide som gir generelle retningslinjer for gjennomføringen og styringen av samtalene (s. 127).

I forbindelse med dette studiet gjennomførte jeg uformelle telefonintervjuer med sentrale informanter på helseforetakssiden, samt kommunalt ansatte fra de valgte kommunene innenfor foretaksområdet, med inngående kunnskap om det praktiske samarbeidet og samarbeidsavtalene.

Intervjuene ble styrt av en intervjuguide, så i første omgang var det viktig å utforme denne. I den forbindelse måtte jeg vurdere studiens informasjonsbehov, spesifisere tema og vurdere kommunikasjonsform (Grønmo, 2011: 161). Informasjonen som skal skaffes til veie tar utgangspunkt i oppgavens problemstilling og min antakelse om at samarbeidsavtaler som inneholder mye informasjon og mange retningslinjer for samarbeid, gir et tettere samarbeid enn avtaler som inneholder mindre enn veilederen krever. Selv om man ved uformelt intervju ikke kan avklare informasjonsbehovet før datainnsamlingen starter, er det likevel viktig å vurdere informasjonsbehovet så grundig som mulig før datainnsamlingen innledes (ibid.). Intervjuguiden bør i den forbindelse inneholde temaer som omhandler samhandling i praksis, med spesifikke spørsmål som kan generere data vedrørende informantenes erfaringer med praktisk samarbeid innenfor de gitte samarbeidsområdene.

På grunnlag av denne første avklaringen kan jeg spesifisere tema for intervjuingen. Oversikten over tema utgjør hovedinnholdet i intervjuguiden, og den samlede listen over tema gir en oversikt over de informasjonstypene som jeg ønsker å skaffe til veie under intervjuene (Grønmo, 2011: 161). Hovedtema for intervjuene vil derfor være praktisk samarbeid mellom representanter i samarbeidsutvalgene ved Ahus, SIHF og de valgte kommunene. I forlengelse av dette, skal intervjuguiden brukes til å belyse hva samarbeidet går ut på. Derfor ønsker jeg å innhente informasjon om samarbeidets omfang og innhold. Dermed må spørsmålene i intervjuguiden blant annet dreie seg om deltakelsesmønstre, jevnbyrdigheten mellom kommuner og helseforetak med tanke på deltakelse, samt hvem som deltar i samhandlingen. Dessuten må spørsmålene i intervjuguiden belyse de nevnte indikatorene på godt samarbeid, som gjensidighet og tillitt mellom partene, likeverd, partenes erfaringer og relasjoner i problemløsningssituasjoner, hvorvidt det er en åpen praksis i problemløsningssituasjoner og hvorvidt partene oppmuntrer hverandre i samarbeidet. Videre må intervjuguiden inneholde spørsmål som omhandler grad av konflikt og harmoni i samarbeidsforholdet, samt hvordan slike situasjoner oppstår og hvordan de eventuelt blir løst.

Intervjuguiden skal dessuten brukes til å belyse forklaringsfaktorer, altså betydningen av utformingen av samarbeidet. I forbindelse med dette, må intervjuguiden blant annet inneholde spørsmål vedrørende samarbeidsavtalene, samarbeidsutvalgene, hvorvidt aktørene får den informasjonen de har behov for i samarbeidet og om det finnes andre kontaktkanaler mellom kommunene og helseforetakene enn møter. Intervjuguiden må også inneholde spørsmål om hvorvidt aktørene mener at samarbeidsavtalene har betydning for

samarbeidet, og om det var etablert gode samarbeidsrutiner før samhandlingsreformen trådte i kraft. Guiden må i tillegg belyse alternative hypoteser som for eksempel hvorvidt det er etablert uformelle samarbeidsrelasjoner mellom partene, om geografisk nærhet mellom kommune og helseforetak har betydning for samarbeidet, om læring over tid har betydning for samhandlingen, da samhandlingsreformen er relativt ny, og det lovpålagte samarbeidet kan være uvant og spenningsfylt i starten og forbedres med tiden, samt hvorvidt kommunestørrelse eller organisatoriske og strukturelle faktorer har betydning for samarbeidet.

Det er videre en fordel å vurdere hvilken kommunikasjonsform jeg bør benytte meg av i samtalene med respondentene (Grønmo, 2011). Jeg antar for eksempel at informantene i kommunene har en annen bakgrunn enn respondentene ved helseforetakene. Blant annet har de kommuneansatte breddekompetanse der foretakene har spisskompetanse. Altså vil helseforetakene involveres i spesifikke situasjoner som ved hjerteinfarkt eller hjerneblødning, mens kommunene håndterer pasientenes generelle plager i forkant og i ettertid av en eventuell spesifikk hendelse. Det at kommunene og helseforetakene har ulik bakgrunn kan dermed tenkes å ha betydning for måten pasienter behandles på, men også for måten partene samhandler med hverandre på. Det kan imidlertid argumenteres for at kommuner og helseforetak kommuniserer på lignende måter, da begge samarbeidspartene samhandler innenfor helse- og omsorgstjenesten hvor deres uttrykksmåter på lik linje er preget av medisinske uttrykk og kommunikasjon med pasienter, pårørende og øvrige ansatte. Det at informantene til daglig kommuniserer med pasienter og pårørende, og at jeg har god kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalene og Nasjonal veileder gjør at jeg i liten grad trenger å tilpasse min kommunikasjonsform i intervjusituasjonen. Det at noen av informantene deltar i de overordnede samarbeidsutvalgene, mens andre deltar i underordnede samarbeidsutvalg, eller ikke deltar i de valgte utvalgene i det hele tatt, medfører forøvrig at jeg må tilpasse intervjuet fra respondent til respondent.

Utvelgelse av respondenter

Respondentene måtte altså tilhøre en av samarbeidsenhetene som er nevnt ovenfor, og de ble således strategisk utvalgt. Dette innebærer at jeg gjorde en systematisk vurdering av hvilke enheter som, for teoretiske og analytiske formål, var relevante og interessante for min studie. Det viktigste kriteriet var at informantene måtte besitte informasjon som kunne bidra til å belyse samarbeidsavtalene og praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Derfor måtte respondentene besitte sentrale stillinger vedrørende konkret samarbeid mellom kommunene og helseforetakene og samtidig – med unntak av lokalpolitikere – delta i de ulike samarbeidsutvalgene. I starten av utvelgelsen hadde jeg imidlertid ikke kjennskap til disse samarbeidsutvalgene, så i begynnelsen snakket jeg med noen få aktører fra de ulike helseforetakene og kommunene og forhørte meg om hvem som hadde kunnskap om det praktiske samarbeidet. Jeg forstod raskt at samarbeidsstrukturen var komplisert og at kunnskapen om samhandlingen varierte. Etter en gjennomgang av møtereferatene fra de

overordnede samarbeidsutvalgene⁹, skjønte jeg imidlertid at samarbeidsutvalgene var ryddige og konkrete samarbeidsarenaer, og at deltakerne her kunne gi meg god og utfyllende informasjon om hvordan samarbeidet ble erfart i praksis mellom kommunene og helseforetakene. De aktuelle respondentene ble kontaktet telefonisk og via e-post, med forespørsel om deltakelse i studien. De fleste intervjuobjektene som ble kontaktet var positive til å la seg intervju, mens enkelte mente at de ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til samarbeidet, da de for eksempel var vararepresentanter i utvalgene, og således ikke deltok aktivt. Jeg snakket dessuten med lokalpolitikere fra noen av de valgte kommunene for å undersøke hva de kunne fortelle om det generelle inntrykket de hadde av samarbeidet, hvilken informasjon de hadde om temaet, samt hvor de fikk denne informasjonen fra.

I løpet av datainnsamlingen gjennomførte jeg 12 intervjuer. Fem av dem var med sentrale samhandlingsaktører og deltakere i samarbeidsutvalgene fra helseforetakene, henholdsvis samhandlingssjef, samhandlingsrådgiver og prosjektleder i samhandlingsavdelingen ved Ahus, samt samhandlingsrådgiver og divisjonsrådgiver ved SIHF. Et sentralt kriterium for valg av respondenter fra helseforetakene var, som nevnt, at de måtte være aktive medlemmer i disse to samarbeidsutvalgene, og medlemmene i samarbeidsutvalgene hadde hovedsakelig sentrale lederstillinger i foretakene og kommunene. ASU og OSU har imidlertid noe ulik representasjon, noe som medførte at noen respondenter fra de to utvalgene hadde ulike stillingsbeskrivelser og var representert med noe ulikt antall deltakere.¹⁰ Jeg ønsket videre et intervju med en tredje respondent fra SI, nemlig samhandlingsdirektøren, men etter gjentatte forsøk på å få til en avtale, lykkes jeg ikke. Videre ble en informant fra Hurdal kommune og to informanter fra Skedsmo kommune intervjuet. Hurdal er en liten kommune som heller ikke er representert i ASU. Respondenten var imidlertid representert i helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg. Det at kommunen er såpass liten, medfører at det er et begrenset antall respondenter herfra. Fra Skedsmo intervjuet jeg en rådgiver fra IT-fag, samt en kommunaldirektør. Jeg ønsket videre å intervju en lokalpolitiker fra hver av disse to kommunene, men jeg fikk lignende problemer her som jeg fikk med representanten fra SI, og fikk således ikke til noen avtale. Etter intervjuene med lokalpolitikere fra henholdsvis Ringsaker og Tynset, fikk jeg forøvrig et klart inntrykk av politikernes generelle kunnskap og tanker rundt samarbeidet. Samlet sett anser jeg videre at datamaterialet som ble innsamlet, er tilstrekkelig til å kunne besvare studiens problemstilling, da intervjuer ble foretatt av aktuelle respondenter fra alle samarbeidsenhetene. Fra Ringsaker kommune intervjuet jeg kommunalsjef for pleie og omsorg, samt en lokalpolitiker. Kommunen er ikke representert i OSU, men kommunalsjefen var aktiv deltaker i Geografisk samarbeidsutvalg. Fra Tynset intervjuet jeg videre to respondenter – en fastlege og en lokalpolitiker. Førstnevnte var aktiv deltaker i OSU. Ingen lokalpolitikere var, som nevnt, representert i samarbeidsutvalgene.

⁹ Se kapittel 6.

¹⁰ Se kapittel 6.

Tabell 5.3: Oversikt over respondenter

Ahus	SIHF
<ol style="list-style-type: none"> 1. Samhandlingssjef 2. Samhandlingsrådgiver 3. Fagansvarlig for digital samhandling 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Fagsjef psykisk helsevern 5. Samhandlingsrådgiver
Hurdal (representert i SU)	Ringsaker (Representert i GSU)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sektorleder for levekår 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunalsjef pleie og omsorg 2. Lokalpolitiker
Skedsmo (representert i ASU)	Tynset (representert i OSU)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådgiver IKT-fag 2. Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fastlege 2. Ordfører

Gjennomføring av intervjuene

Lengden på intervjuene varierte fra 40–75 minutter, og alle intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og transkribert i ettertid. Respondentene ble informert om dette, både via et informasjonsskriv, via e-post, og muntlig i forkant av intervjuene. På forhånd ble det også gitt informasjon om formålet med studien, samt hva deltakelsen ville innebære og om informantens rettigheter. Jeg gav videre informantene som ønsket det en kort innføring i forskningsprosjektet før intervjuets start.

Prosessen med utformingen av intervjuguiden var lang, blant annet fordi utvelgelsen av respondenter var noe krevende. Selve intervjuprosessen tok imidlertid i underkant av to måneder, noe som gav meg god tid til å transkribere og bearbeide dataene. Siden intervjuene ble styrt av en intervjuguide, og intervjusituasjonen var relativt ny for meg, var jeg avhengig av intervjuguiden i starten, og det var vanskelig å ha en flytende samtale med respondentene. Dette bedret seg imidlertid betraktelig etter hvert som flere intervjuer ble gjennomført og jeg ble mer trygg i situasjonen.

Respondentenes navn er anonymisert og forskningsprosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning ved UiB, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det vil imidlertid være mulig å identifisere respondentene gjennom bakgrunnsopplysninger som arbeidssted, kommunetilhørighet og stillingsbeskrivelse, noe som også ble påpekt i søknaden til NSD. Det samles imidlertid ikke inn sensitive personopplysninger og respondentene snakker hovedsakelig på vegne av kommunene eller helseforetaket som helhet. Selv om respondentenes personlige meninger og holdninger i visse tilfeller kommer frem, har jeg likevel konkludert med at anonymiseringen er tilstrekkelig.

Videre ble intervjuene til en viss grad arrangert på bakgrunn av snøballutvelging (Grønmo, 2011). Dette innebærer at studien startet med noen få, viktige informanter fra de utvalgte aktørene, før disse ble bedt om å foreslå et antall andre aktører som også kunne være relevante for studien. Årsaken til snøballutvelging ble brukt som metode var at jeg på

forhånd ikke hadde nøyaktig oversikt over hvem eller hvor mange som var involvert i det praktiske samarbeidet mellom enhetene. Dermed var det nødvendig å starte med noen få informanter fra de utvalgte aktørene, og gå videre derfra.

Som nevnt gjennomførte jeg 12 intervjuer. Selv om jeg til sammen ønsket å gjennomføre 15 intervjuer, og således manglet en respondent fra SIHF og to lokalpolitikere fra henholdsvis Hurdal og Skedsmo kommune, anser jeg at datamaterialet som ble innsamlet, er tilstrekkelig til å kunne besvare studiens problemstilling. Årsaken til dette er at respondentene fra SIHF bidro med utfyllende informasjon om deres erfaringer med det praktiske samarbeidet i OSU, mens lokalpolitikerne gav meg et klart inntrykk av deres generelle kunnskap, tanker og erfaringer med samarbeidet og samarbeidsavtalene.

Spørsmålene i intervjuguiden var videre relativt åpne, og selv om det under det første intervjuet var vanskelig å holde en flytende samtale, gikk dette bedre etter hvert. Intervjuguiden utviklet seg også underveis ettersom noe informasjon viste seg å være mindre relevant enn først antatt, mens annen informasjon viste seg å være viktigere enn jeg først hadde antatt. Dette kan, ifølge Silverman (2001), ses på som en naturlig prosess, der empirien utvikler studien i en bestemt retning.

Det at noen av respondentene var representert i OSU og ASU, mens andre ikke var representert her, men i andre, underordnede samarbeidsutvalg, og lokalpolitikere ikke var representert i disse utvalgene i det hele tatt, gjorde at jeg måtte utarbeide tre ulike intervjuguides. Jeg utarbeidet derfor en intervjuguide for deltakere i ASU/OSU, en intervjuguide for respondenter som ikke var deltakere i disse, samt en egen intervjuguide for lokalpolitikere. Det at jeg benyttet samme intervjuguide for deltakerne i både ASU og OSU, medførte også at jeg måtte justere intervjuguiden noe avhengig av hvem som skulle intervjues. Dessuten måtte intervjuguiden til lokalpolitikere i stor grad justeres, da deres kunnskap om denne samhandlingen var langt dårligere enn først antatt¹¹. Spørsmålene var likevel så å si identiske for de aktørene som deltok i lignende samarbeidsutvalg. Samtlige av respondentene svarte utfyllende på spørsmålene og holdt seg i stor grad til temaet. De viste videre stor interesse for å snakke om samarbeidet, selv om de hadde noe varierende kunnskap om det.

Vurdering av metoden

Zølner et al., (2007) påpeker at intervjuer kan generere data om informantenes individuelle erfaringer, og fortelle noe om deres observasjoner av hendelser som forskere ikke får tilgang til, samt at de kan øke vår forståelse av respondentens oppfatninger om sosiale realiteter og deres fortolkninger av slike oppfatninger (s. 125 og 126). I forbindelse med dette studiet har respondentenes erfaringer, oppfatninger og fortolkninger vært svært viktig med tanke på min tilegnelse av informasjon vedrørende erfaringer med praktisk samarbeid mellom de valgte kommunene og helseforetakene.

¹¹ Dette utdypes nærmere i de neste kapitlene.

Det finnes imidlertid også visse utfordringer når en benytter seg av intervju som datainnsamlingsmetode. Intervju bygger blant annet på kommunikasjon mellom informant og forsker (Grønmo, 2011), og denne kommunikasjonen kan fungere dårlig av en rekke årsaker. Blant annet kan jeg som intervjuer stille ledende spørsmål, og spørsmålene kan være upresise, noe som medfører at informanten misforstår. Førstnevnte var imidlertid ikke et problem, da respondentene var klare på sin kunnskap om dette samarbeidet. Det jeg imidlertid opplevde, var at noen av spørsmålene var upresise, noe som førte til visse misforståelser. Dette ble imidlertid raskt oppklart, og medførte således ingen problemer for datainnsamlingen. Videre kan det at intervjuene ble gjennomført over telefon være utfordrende, da man ikke får en personlig relasjon med respondenten på samme måte som ved et personlig intervju. Jeg opplevde imidlertid relasjonen mellom respondenten og meg selv som god i samtlige intervjuer, og jeg fikk den informasjonen jeg hadde behov for.

Jeg mener videre at mine forberedelser i forkant av intervjuene, som nitid utarbeidelse av intervjuguider (se vedlegg 2), samt min opparbeidelse av bakgrunnskunnskap og kjennskap til samarbeidsavtalene mellom aktørene i forkant av intervjuene gjorde meg godt rustet til å gjennomføre intervjuene, noe som videre reduserte sjansene for å stille ledende og upresise spørsmål. En annen utfordring ved intervju er dessuten refleksivitet (Yin, 2014: 106), altså at informanten gir de svarene forskeren ønsker å høre. Jeg opplevde imidlertid at respondentene hadde et sterkt ønske om å belyse samarbeidet på en korrekt og utfyllende måte, slik det faktisk foregikk mellom partene. Gjennom å stille åpne spørsmål hvor jeg samtidig er bevisst på formuleringen, reduseres sannsynligheten for refleksivitet. Under intervjuene var det et ønske om at informantene skulle gi gode og utfyllende svar, samtidig som at jeg var bevisst på de nevnte utfordringene. Sammen med et grundig forarbeid med utarbeidelsen av intervjuguiden, førte det til at jeg klarte dette på en god måte.

Dokumentanalyse

Jeg har videre understøttet dataene som ble innhentet gjennom intervjuene med dokumentarisk materiale, da dokumenter vil kunne inneholde andre elementer enn det som kommer frem av intervjuene. Dermed har kvalitativ dokumentanalyse blitt benyttet.

Utvalg av dokumenter

To ulike typer dokumenter har blitt benyttet i denne studien; nemlig offentlige dokumenter og interne dokumenter. De offentlige dokumentene har blant annet vært lover og forskrifter som omhandler partenes rolle i samarbeidet, men de mest sentrale dokumentene er samarbeidsavtalene mellom Ahus og SIHF og kommunene, samt minimumskrav til avtalenes innhold i Nasjonal veileder. De interne dokumentene inkluderer møtereferater fra utvalgsmøtene, vedlegg og oversikt over saker som har gått til nasjonalt tvisteløsningsorgan, og forstås som dokumenter produsert i eget organ (Arkivverket, 2014). Dokumentene har hovedsakelig blitt benyttet i kartleggingen av utformingen av avtalene, samt

utføringsvariasjoner i samarbeidsavtalene mellom de valgte aktørene og trekk ved kontaktmønstre.

Proessen med å få tilgang til de relevante dokumentene var relativt uproblematisk, da de fleste dokumentene – offentlige som interne – lå tilgjengelig på internett, enten på helseforetakenes hjemmesider, helse- og omsorgsdepartementet sine hjemmesider eller på lovdata.no. To av OSU sine møtereferater var imidlertid ikke tilgjengelig på foretakets hjemmesider, men ble raskt fremskaffet via e-post. To av informantene hadde videre holdt en presentasjon i et ASU-møte vedrørende digital samhandling. Etter at intervjuene med disse informantene var gjennomført, fikk jeg også tilsendt denne presentasjonen via e-post. Møtereferatene fra utvalgsmøtene mellom Ahus og kommunene, samt SIHF og kommunene gav for eksempel innsikt i hvor ofte partene samarbeider, hvem som deltar i samarbeidet, hva som drøftes under samhandlingsmøtene, samt hvorvidt det er jevnbyrdighet mellom kommuner og helseforetak med tanke på samhandlingsdeltakelse.

Nasjonal veileder

Kapittel 5 i Nasjonal veileder inneholder 12 punkter, og beskriver et minimumskrav for samarbeidsavtalenes innhold. Kapittel 5 vil dermed presenteres for senere å kunne sammenlignes med samarbeidsavtalene mellom henholdsvis Ahus og kommunene og SIHF og kommunene¹².

Delavtale 5.1 gir en beskrivelse av hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Avtalen skal, ifølge veilederen, beskrive hensiktsmessig og forsvarlig oppgavefordeling og det skal etableres et nært samarbeid mellom personell med allmennkompetanse og spesialkompetanse. Avtalen skal dessuten beskrive enighet om gråsoner og grenseflater, samt bruk av arenaer og prosesser i tilfeller av tvil og uenighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 1, 2011).

Delkapittel 5.2 omhandler retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Avtalen bør, ifølge veilederen, beskrive informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning for pasienter med behov som strekker seg utover ordinære rutiner, rutiner for samhandling med fastlegen og praksiskonsulentene, samarbeid som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene og helseforetaket. Avtalen bør videre beskrive ambulant virksomhet for brukere med langvarig, spesialisert behandlingsbehov, ansvar for individuell plan, habiliterings- og rehabiliteringstilbud, samt beskrivelse av når bruk av tvang kan anvendes (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 2, 2011).

¹² Se også oversikt over innhold i Nasjonal veileder og samarbeidsavtalene i vedlegg 1

Videre omhandler delkapittel 5.3 retningslinjer for innleggelse i sykehus, og her skal blant annet helsehjelp utføres på laveste effektive omsorgsnivå, etter LEON-prinsippet. Dessuten skal kommunen trekke allmennlegetjenesten med og ansvarliggjøre den, samt at avtalen bør beskrive hvordan sykehuset kan kontaktes. Videre bør avtalen beskrive retningslinjer for henvisning til helseforetaket, system for pasienttransport, system for tilbakemelding dersom innleggelsen kunne ha vært unngått, benyttelse av praksiskonsulentordningen, samt hvordan kommunen kan kontaktes (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 3, 2011).

«Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd» er videre tittelen på delkapittel 5.4 i nasjonal veileder. Her skal kommunen utvikle et tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016, og avtalen bør dessuten beskrive samarbeidet om tilbudet frem til etablering av et kommunalt tilbud, samt hvordan pasienten skal sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen. Helseforetaket kan dessuten ikke bygge ned tilbudet før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 4, 2011).

Delkapittel 5.5 omhandler retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Her påpekes det at ny forskrift regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, og at avtalen skal gjelde alle pasienter som utskrives fra sykehus, og som har behov for kommunale tjenester. Avtalen bør dessuten inneholde kriterier som må være oppfylt for at en pasient innen psykisk helsevern og rus kan vurderes som utskrivningsklar, klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen, nødvendig informasjonsoverføring til pasient, pårørende, fastlege og øvrige involverte, samt vurdering av behov for og bestilling av hjelpemidler. Dessuten skal avtalen si noe om hvordan partene vil innfri krav til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 5, 2011).

Delkapittel 5.6 omhandler videre retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering. Her har spesialisthelsetjenesten en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene. Avtalen skal dessuten si noe om hvordan informasjonsutveksling knyttet til innleggelser, utskrivninger, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten er sikret, hvordan partene bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring, hvordan partene bidrar til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene, rutiner for tilbakemeldinger og avviksrapportering, samt informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 6, 2011).

Videre omhandler delkapittel 5.7 samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid. Her skal avtalen si noe om felles tiltak for å styrke kunnskap og kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell. Kommunen har dessuten plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Avtalen skal videre si noe om etablering av samarbeidsfora for forskning og eventuelt innovasjon mellom aktuelle aktører, oppgave- og ansvarsfordeling for felles forskningsprosjekter, system for rapportering, formidling og

implementering av ny kunnskap, hvordan utdanningsbehovet i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ses i sammenheng, praksisplasser til studenter fra ulike utdanningstyper, samt ulike utdanningstilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 7, 2011).

Delkapittel 5.8 dreier seg om samarbeid om jordmortjenester. Avtalen skal dermed beskrive hvordan anbefalingene i «Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» skal innfris, hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas, hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal gjennomføres, samt si noe om følgetjenesten og samarbeidsarenaer (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 8, 2011).

Delkapittel 5.9 gir en beskrivelse av hva samarbeidsavtalene skal inneholde med tanke på samarbeid om IKT-løsninger og utarbeiding av lokale IKT-systemer. Partene bør, ifølge veilederen, legge til rette for å følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsennett. Avtalen bør videre beskrive forventning til elektronisk kommunikasjon og telemedisinske løsninger, som bruk av videokonferanser, organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling, mulighet for bruk av telestudio og hvordan telemedisin og telestudio utnyttes til veiledning og konsultasjoner mellom fagmiljøer samt fremdriften for å legge til rette for elektronisk informasjonsutveksling. Videre bør avtalen beskrive organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling, samt melding og håndtering av avvik, rutiner for responstid og rutiner for drift, forvaltning, oppgradering, prioritering ved implementering av nye løsninger og endringsønsker (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 9, 2011).

Videre omhandler delkapittel 5.10 samarbeid om forebygging. Her bør avtalen beskrive hvilke forebyggende områder det er aktuelt å samarbeide om og ansvars- og oppgavefordelingen på disse områdene, lærings- og mestringsarenaer, helseovervåkning, samt råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 10, 2011).

Delkapittel 5.11 dreier seg om samarbeid om omforente beredskapsplaner. Denne avtalen skal gi en beskrivelse av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) som grunnlag for planer, planlegging og gjennomføring av øvelser, kompetanseutvikling og opplæring, samt løsning av konkrete beredskapsutfordringer. Avtalen bør dessuten beskrive forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 11, 2011).

Delkapittel 5.12 omhandler samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede, og denne avtalen iverksettes ved overbelegg i sykehusene ved at kommunene på kort varsel må ta imot utskrivningsklare pasienter, eller i krisesituasjoner som terrorangrep eller større ulykker som krever at kommunene bistår sykehusene. Her står det at samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av tilbudet om øyeblikkelig hjelp i kommunene, samt en beskrivelse av samarbeid om utvikling av en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Det skal dessuten tilrettelegges for at personellet får trening i samhandling, og det skal gis en beskrivelse av

hvordan de øvrige kravene om akuttmedisin utenfor sykehus skal innfris (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 6-2 nr. 11, 2011).

Vurdering av metoden

En viktig oppgave i forbindelse med gjennomføringen av datainnsamlingen er å foreta kildekritiske vurderinger av de enkelte tekstene. Det har dermed vært viktig å vurdere kildenes tilgjengelighet, relevans, autentisitet og troverdighet. Kildekritikk er viktig i alle typer undersøkelsesopplegg, men det er spesielt viktig når det gjøres dokumentanalyse (Grønmo, 2011).

For det første må dokumentene være tilgjengelige. Hvis dokumenter som er interessante for studien ikke er tilgjengelig, kan det føre til at problemstillingen ikke blir godt nok besvart, noe videre kan føre til feilaktige analyser. Som nevnt gjennomførte jeg en kvalitativ dokumentanalyse av offentlige dokumenter til denne studien. Fordelen med å bruke offentlige dokumenter er at de er lett tilgjengelige. Nasjonal veileder er tilgjengelig på regjeringens hjemmesider, mens samarbeidsavtalene finnes på Helsedirektoratet sine hjemmesider. Interne dokumenter kan imidlertid være mer utfordrende å få tilgang på (Yin, 2014). Jeg opplevde imidlertid at også majoriteten av de interne dokumentene var offentlig tilgjengelige, blant annet på helseforetakenes hjemmesider, og informantene var også svært villige til å dele dokumenter som ikke var offentlig tilgjengelig, og som var ment for intern bruk.

Vurdering av relevans er en enda mer sentral og viktig oppgave enn vurdering av kildenes tilgjengelighet. Relevansvurderingene av tekstene utgjør dermed en sentral del av den systematiske gjennomgangen av tekstenes innhold under datainnsamlingen (Grønmo, 2011: 190). Innholdet i samarbeidsavtalene og Nasjonal veileder er viktig når det gjelder å undersøke utformingsvariasjoner i avtalene. Dette danner også grunnlag for min problemstilling. Dessuten er innholdet i møtereferater og hvorvidt saker har gått til nasjonalt tvisteløsningsorgan svært relevant med tanke på å undersøke erfaringer med praktisk samarbeid mellom ansatte i kommuner og helseforetak.

Gjennomgangen av tekstenes innhold styrker også mulighetene for å vurdere om tekstene er troverdige og autentiske som kilder. Dessuten må vurderingen av tekstenes autentisitet og troverdighet ses i sammenheng med tekstenes antatte forfattere og bakgrunn, og om de forholdene som omtales i teksten (Grønmo, 2011: 190). De offentlige dokumentene som gjennomgås antas å være autentiske og troverdige, da de er utarbeidet av forfattere som er ansatt i regjering og direktorater. Dokumentene er således gjennomdrøftet av mange aktører, og kvalitetssjekket, og derfor antar jeg at innholdet i dokumentene gir pålitelig informasjon og er korrekt. Det er heller ingen grunn til å stille spørsmål omkring tekstenes autentisitet og troverdighet på bakgrunn av forholdene som omtales i dokumentene. Også de interne dokumentene antas å være autentiske og troverdige, da også disse er gjennomdrøftet og kvalitetssjekket av medlemmene i henholdsvis Overordnet samarbeidsutvalg og Administrativt samarbeidsutvalg.

Utvelgelsen av dokumenter styres som nevnt av dokumentenes relevans. Dersom jeg er bevisst på de utfordringene som kan oppstå i forbindelse med en dokumentanalyse, mener jeg at dette er en god datainnsamlingsmetode i forbindelse med min studie.

Videre er en av de største fordelene ved dokumenter at de er stabile over tid, og dokumentenes uforanderlighet er en fordel når studiens reliabilitet skal vurderes (Yin, 2014). Dokumentasjon av hvilke dokumenter som har blitt benyttet, gjør det mulig for andre å gjøre lignende studier med de samme dokumentene. Refleksivitet – det at kilden påvirkes av forskeren (Grønmo, 2011) – er videre noe man unngår ved dokumentanalyse nettopp fordi dokumentene er så stabile og uforanderlige.

Datakvalitet – reliabilitet og validitet

To anerkjente kriterier for vurdering av datakvalitet er videre reliabilitet og validitet. Reliabilitet refererer til datamaterialets pålitelighet, mens validitet handler om datamaterialets gyldighet for de problemstillingene som skal belyses. Reliabiliteten er høy dersom undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data. Reliabiliteten er derfor et uttrykk for hvor stort samsvar det er mellom datasettene fra gjentatte datainnsamlinger. Selv om det i praksis kan være vanskelig å gjennomføre slike gjentatte innsamlinger av data om de samme fenomenene, er reliabilitet likevel et nyttig utgangspunkt for drøfting og vurdering av reliabiliteten for alle typer undersøkelser (Grønmo, 2011). Dermed henger høy reliabilitet sammen med hvor godt undersøkelsesopplegget er utformet og gjennomført.

Measurement validity handler videre, ifølge Adcock og Collier (2001), om prosessen med å koble konsepter til observasjoner. Dermed er de særlig opptatt av hvorvidt operasjonaliseringen gjenspeiler konseptet forskeren ønsker å studere på en tilfredsstillende måte (s. 529). De skildrer forholdet mellom konsept og observasjon gjennom fire nivåer. På det bredeste nivået finner vi bakgrunnskonseptet, som potensielt kan ha mange ulike betydninger (s. 530). I dette studiet, er bakgrunnskonseptet *praktisk samarbeid*. Videre må forskeren systematisere konseptet (ibid.). Jeg har systematisert konseptet som *trekk ved kontaktmønstre, indikatorer på godt samarbeid*, samt *grad av konflikt og harmoni* i samarbeidsforholdet. På det tredje nivået finner man indikatorene, mens man på det fjerde nivået finner resultatet av den kvalitative klassifikasjonen (ibid.).

Indikatorene for trekk ved kontaktmønstre er kontakthypighet og kontakttipe. Erfaringer med samarbeid kan dermed måles ved å undersøke samhandlingsfrekvensen, altså hvor ofte avtalepartene samhandler. Videre kan samarbeidet observeres ved å undersøke samhandlingsarenaer og deltakelsesmønstre, altså hvor partene samhandler og jevnbyrdigheten mellom kommuner og helseforetak med tanke på deltakelse, samt hvem som deltar i samhandlingen. Validiteten er dermed i dette tilfellet høy dersom samhandlingsfrekvens, samhandlingsarenaer, jevnbyrdighet mellom partene med tanke på deltakelse og hvem som deltar i samhandlingen gjenspeiler partenes erfaringer med praktisk samhandling i utvalgsmøtene. Indikatorene på godt samarbeid er videre gjensidighet og

tillitt, god dialog og god relasjon, likeverd, romslighet og kreativitet, formalia og fleksibilitet, samt oppmuntring. Samarbeidet kan dermed måles ved å undersøke hvorvidt det er asymmetri i informasjonsutvekslingen, hvordan relasjonen og kommunikasjonen oppleves i samarbeidet mellom partene, hvorvidt partene har kjennskap til hverandres roller i samarbeidet, om de har respekt for hverandres faglige vurderinger, og hvorvidt de har en opplevelse av likeverdighet. Erfaringer med det praktiske samarbeidet kan dessuten måles ved å undersøke partenes erfaringer og relasjoner i problemløsningssituasjoner, hvorvidt det er en åpen praksis i slike situasjoner og om partene oppmuntrer hverandre i samarbeidet. Validiteten er dermed høy dersom indikatorene på godt samarbeid gjenspeiler partenes erfaringer med det praktiske samarbeidet som foregår i utvalgsmøtene. Grad av konflikt og harmoni kan tilslutt undersøkes ved å studere hvilken type kontakt som foreligger mellom partene, altså undersøke hvorvidt samhandlingen er preget av konflikt eller harmoni. Dessuten vil en undersøkelse av hvilke saker som eventuelt har gått til nasjonalt tvisteløsningsorgan gi en god indikasjon på dette. Dersom grad av konflikt og harmoni i samarbeidet genererer data som er relevante for samarbeidsavtalenes påvirkning på erfaringer med praktisk samarbeid mellom ansatte i kommuner og helseforetak, er validiteten høy.

Generalisering

John Gerring (2004) definerer case-studie som en intensiv studie av en enhet, hvor formålet er å forstå en større andel av lignende enheter (s. 342). I lys av Gerring, gjennomfører jeg i denne masteroppgaven en intensiv studie av to samarbeidsenheter, altså SI og de to kommunene Tynset og Ringsaker, samt Ahus og de to kommunene Skedsmo og Hurdal, hvor jeg ønsker å undersøke hvorvidt utformingsvariasjoner i samarbeidsavtalene mellom disse, påvirker det praktiske samarbeidet mellom de valgte respondentene. Formålet med studien er videre å kunne generalisere denne kunnskapen til å gjelde alle samarbeidsforhold mellom kommuner og helseforetak (Gerring, 2004; Adcock & Collier, 2001).

Jeg antar at man i et samarbeidsforhold med utfyllende, detaljerte og omfattende samarbeidsavtaler, vil få et bedre praktisk samarbeid enn i et samarbeidsforhold hvor samarbeidsavtalene inneholder like mye eller mindre enn veilederens minimumsløsning. Hvis dette viser seg å stemme med tanke på de valgte casene, og SI og kommunene har fyldigere avtaler og samtidig bedre samarbeid, og Ahus og kommunenes avtaler som underoppfyller veilederens minimumskrav, samtidig har et dårligere samarbeid, kan dette implisere at andre helseforetak med fyldige avtaler vil få et bedre praktisk samarbeidsforhold, og motsatt. Gerring (2004) påpeker imidlertid at det finnes flere tvetydigheter hva gjelder generalisering av case. For eksempel skiller han mellom formelle enheter – enhetene som er valgt for intensiv analyse – altså samarbeidsenhetene, og uformelle enheter. Det sistnevnte er alle de mer perifere enhetene som bringes inn i analysen, altså alle de andre helseforetakene og kommunene som samhandler. Disse enhetene blir imidlertid bare indirekte og overflatisk studert, i motsetning til de formelle

enhetene (s. 344). En case-studie handler dessuten, som nevnt, om en intensiv studie av noen få analyseenheter, og en intensiv studie av alle samarbeidsenheter som eksisterer, er således ikke en case-studie i Gerrings (2004) forstand.

Det er således ikke mulig å generalisere bredt ut i fra de funnene som foreligger i denne studien, men det er mulig å generere noen hypoteser på bakgrunn av særtrekk ved de valgte casene.

Et viktig spørsmål er videre hvorvidt det nytter å forme avtalene for å endre handling. Her er det, som nevnt, en vekselvirkning mellom avtalenes påvirkning på praktisk handling, og praktisk handling sin påvirkning på avtalene. For eksempel er en viktig del av samhandlingen at partene skal møtes jevnlig for å evaluere, revidere og forhandle om avtalene, noe som gjør at avtalene er i konstant endring som en følge av praktisk samhandling. Avtalene er imidlertid svært viktige i konfliktsituasjoner eller i situasjoner hvor partene er usikre på hvordan en sak skal løses. I disse tilfellene vil innholdet i avtalene påvirke den praktiske samhandlingen. Hvis man opplever samhandlingsutfordringer som følge av samarbeidsavtalene, må avtalene revideres, og således formes avtalene for å endre den praktiske samhandlingen mellom partene. Avtalene legger videre føringer for hvem som skal samarbeide, hvor de skal samarbeide, hvor ofte de skal samarbeide og hvordan de skal samarbeide. Hvis man i samarbeidsavtalene for eksempel endrer på samarbeidsarenaer eller kontakthypighet, vil dette således også endre den praktiske samhandlingen.

Kapittel 6 – Empiriske funn

Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere mine empiriske funn. Dette vil gjøres ved først å presentere innholdet i samarbeidsavtalene mellom Ahus og kommunene og SI og kommunene, for å belyse variasjoner og likheter mellom Nasjonal veileders minimumskrav og samarbeidsavtalenes innhold. Deretter vil de interne dokumentene presenteres, altså innholdet i møtoreferatene fra henholdsvis OSU og ASU, for å belyse hvordan det praktiske samarbeidet kommer til uttrykk her. Noe av innholdet vil også plasseres i tabeller, blant annet for å gi en oversikt over møtefrekvens, deltakelse og møtested.

I kapitlets andre del, organiseres presentasjonen av resultatene i henhold til følgende analytiske kategorier: Partenes kjennskap til avtalene, hvorvidt og hvordan avtalene benyttes i samarbeidet, alternative former for samarbeid, på hvilken måte samarbeidet foregår, samt om avtalene bør være romslige eller konkrete. Dette for å gi en beskrivelse av partenes erfaringer med hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetak foregår i praksis. Kategoriene retter videre søkelys mot SI og kommunenes, samt Ahus og kommunenes erfaringer med praktisk samarbeid.

Samarbeidsavtalene

I denne delen vil samarbeidsavtalene presenteres med sikte på å undersøke utformingsvariasjoner mellom disse og delkapitlene i Nasjonal veileder, som ble presentert i forrige kapittel. Her er altså samarbeidsavtalene mellom Ahus og kommunene, samt SIHF og kommunene valgt for å belyse variasjoner og likheter mellom Nasjonal veileders minimumskrav og samarbeidsavtalenes innhold.

Årsaken til at samarbeidsavtalene mellom Ahus og kommunene ble valgt er, som nevnt, at disse avtalene inneholder mindre enn det veilederen beskriver. Dessuten ble SIHF og kommunenes samarbeidsavtaler valgt fordi man her supplerer med annet innhold enn minimumskravet i veilederen.

Ahus og kommunene

Kommunene Skedsmo, Lørenskog, Nittedal, Aurskog-Høland, Fet, Sørum, Rælingen, Rømskog, Hurdal, Eidsvoll, Ullensaker, Nannestad, Gjerdrum, Nes, Enebakk, Nesodden, Ski, Frogn, Ås, Oppegård og Vestby har felles avtaler med Akershus universitetssykehus (Ahus). Alle kommuner og helseforetak må signere en overordnet samarbeidsavtale som angir overordnede og generelle bestemmelser (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2012).

Ahus og kommunene har, for det første, ikke opprettet en egen delavtale vedrørende enighet om ansvars- og oppgavefordeling, slik det står beskrevet i Nasjonal veileder. Overordnet samarbeidsavtale og delavtale 1 om gråsoner inneholder imidlertid punkter som

beskriver ansvars- og oppgavefordeling mellom partene. Her står det også, i tråd med Nasjonal veileder, at det skal være et nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dessuten fremheves et ønske om å etablere samarbeidsarenaer for å avklare grenseflater og gråsoner, samt at de skal utarbeide prinsipper for håndtering av uenighet. Også dette er i tråd med Nasjonal veileders delkapittel 5.1 (Akershus universitetssykehus, 2012).

Når det gjelder delavtale 2 om koordinerte tjenester, skal Ahus og kommunene samarbeide i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og mestringstilbud for pasienter med behov for koordinerte tjenester og rett til individuell plan. Dette er i tråd med Nasjonal veileder. De har dessuten et eget punkt i avtalen som sier at pasienten skal ha innflytelse på saker som omhandler egen behandling, noe som går utover beskrivelsen i veilederen. Delavtalen mangler imidlertid punkter vedrørende rutiner for samhandling med fastlegen og praksiskonsulentene, ambulant virksomhet for brukere med langvarig, spesialisert behandlingsbehov, samt beskrivelse av når bruk av tvang kan anvendes (Akershus universitetssykehus, 2012).

Ahus og kommunene har videre ingen egen samarbeidsavtale vedrørende retningslinjer for innleggelse i sykehus, selv om dette er et krav til avtalens innhold i veilederen. Det finnes imidlertid generelle retningslinjer for innleggelse ulike steder i samarbeidsavtalene.

Når det gjelder delavtale 4 om øyeblikkelig hjelp, følger denne avtalen i stor grad føringene i Nasjonal veileder. Her står det blant annet at partene skal bidra til at kommunen innen 2016 etablerer kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, den inneholder en beskrivelse av avtalens formål, beskrivelse av virkeområde etter etablering, en beskrivelse av partenes ansvar frem til etablering, samt en beskrivelse av partenes plikter i planlegging og etablering. Dessuten spesifiseres det at krav til forsvarlighet gjør at sykehuset ikke kan redusere tilbudet før tilbudet i kommunen er tilsvarende etablert. Dette er i tråd med veilederens føringer om hva avtalen bør beskrive (Akershus universitetssykehus, 2012).

Ahus og kommunene mangler videre en egen samarbeidsavtale kalt utskrivningsplanlegging, slik Nasjonal veileder anbefaler, og har i stedet valgt å integrere disse punktene i en generell samarbeidsavtale kalt «helhetlige pasientforløp». I denne avtalen har partene lagt ved beskrivelser av avtalens virkeområde, partenes ansvarsområder, beskrivelse av generelle retningslinjer, beskrivelse av henvisning og mottak, samarbeid om god utskrivningspraksis, vurdering av behov for bestilling av hjelpemidler, nødvendig informasjonsoverføring, partenes ansvar ved utskrivning, samt beskrivelse av betaling for utskrivningsklare pasienter. Dette er i tråd med Nasjonal veilederens føringer for utskrivningsplanlegging. Delavtalen mangler imidlertid en beskrivelse av kriterier som må være oppfylt for at en pasient innen psykisk helsevern og rus vurderes som utskrivningsklar (ibid.).

Når det gjelder delavtale 7 om utdanning og kompetanseutvikling, kan det videre trekkes paralleller til delkapittel 5.6 i Nasjonal veileder vedrørende gjensidig kunnskapsoverføring, nettverk og hospitering. Her finner man blant annet retningslinjer for gjensidig

hospiteringsordning mellom Ahus og kommunene, og utarbeidelse av en felles strategisk kompetanseutviklingsplan, samt rutiner for ikrafttredelse, evaluering, revidering og oppsigelse, i tråd med veilederens føringer. Avtalen mangler forøvrig en beskrivelse av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene, en beskrivelse av hvordan informasjonsutveksling knyttet til innleggelse, utskrivninger, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten er sikret, samt rutiner for tilbakemeldinger og avviksrapportering. Videre mangler den rutiner for informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet (ibid.).

Videre kan det trekkes visse paralleller mellom veilederens delkapittel 5.7 vedrørende samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid og delavtale 6 mellom Ahus og kommunene vedrørende forskning og innovasjon. Her er partene enige om å etablere et samarbeidsforum for forskning og innovasjon med særlig fokus på å styrke forskningsaktivitet på tvers av tjenestenivåene. Man vil dessuten sikre økt kvantitet og kvalitet på helseforskning og vurdere felles ordninger for forskning og innovasjon, samtidig som man vil koble sammen komplementære fagmiljøer, i tråd med veilederen. Ahus har også etablert et samarbeidsforum i forbindelse med dette, som går utover veilederens beskrivelser. Ahus mangler imidlertid en beskrivelse av kommunenes plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, et system for rapportering, formidling og implementering av ny kunnskap, hvordan utdanningsbehovet i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ses i sammenheng, samt en beskrivelse av ulike utdanningstilbud (ibid.).

Når det gjelder delavtale 8 om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, mangler Ahus og kommunene en beskrivelse av hvordan anbefalingen i «Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» skal innfris, og de har heller ingen beskrivelse av hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal gjennomføres, samt at de mangler en beskrivelse av følgetjenesten. De har imidlertid en beskrivelse av hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas, samt en beskrivelse av samarbeidsarenaer (ibid.).

Når det gjelder delavtale 9 om samarbeid om IKT-løsninger, har Ahus og kommunene ansvar for å legge til rette for at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett, i tråd med Nasjonal veileder. Videre omfatter avtalen de virksomheter og tjenester som avtalepartene har driftsansvar for eller avtaler med som for eksempel fastleger, fysioterapeuter, private pleie- og omsorgstjenester samt legevakt, i tråd med veilederen. Videre beskriver avtalen elektronisk samhandling om pasienter/meldingsutveksling hvor elektronisk kommunikasjon og telemedisinske løsninger presenteres. Dessuten forplikter Ahus og kommunene seg til å ha prosedyrer for håndtering av feil og avvik knyttet til samhandling ved bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Et eget punkt i delavtalen om endring og oppgradering som innebærer at partene forplikter seg til vedlikehold og oppgradering samt rutiner for endring og testing av løsninger, er også i tråd med veilederens føringer om hva avtalen bør beskrive. Delavtalen beskriver imidlertid ikke

organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling som anbefalt i veilederen, og har heller ingen rutiner for responstid eller beskrivelse av bruk av telestudio (ibid.).

Delavtale 10 vedrørende forebygging oppfyller i stor grad veilederens krav til innhold. Ahus og kommunene mangler imidlertid et punkt om helseovervåkning, selv om dette er et krav til innhold i veilederen (ibid.).

Delavtale 11 om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede, oppfyller også i stor grad veilederens krav til innhold. Blant annet skal partene utarbeide ROS-analyser som grunnlag for planlegging, de skal planlegge og gjennomføre felles øvelser, og bidra til opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering, i tråd med veilederen. Dessuten har partene ansvar for planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr, samt en beskrivelse av tilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene, samarbeid om sammenhengende akuttmedisinsk kjede, og samhandlingstrening for personellet. Ahus mangler imidlertid et eget punkt vedrørende løsning av konkrete beredskapsutfordringer (ibid.).

SIHF og kommunene

Kommunene i Hedmark og Oppland har felles avtaler med SIHF, og opererer, i motsetning til Ahus, med flere supplementter i form av vedlegg og samhandlingsrutiner til flere av sine tjenesteavtaler.

I tråd med Nasjonal veileder står det i tjenesteavtale 1 mellom SIHF og kommunene at avtalen skal gi en beskrivelse av hensiktsmessig og forsvarlig oppgavefordeling, nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, samt bruk av arenaer og prosesser i tilfeller av tvil eller uenighet. Tjenesteavtalen mangler imidlertid en beskrivelse av gråsoner og grenseflater, men har til gjengjeld supplert med oppdatert kunnskap, informasjon og opplæring av brukere, ansatte og pasienter, dialog og høringer mellom partene ved ønsker om endring i oppgavefordelingen, samt at partene skal sikre god kommunikasjon og rutiner ved overganger mellom kommune og SI (Sykehuset Innlandet HF, 2011).

Når det gjelder tjenesteavtale 2 vedrørende koordinerte tjenester, oppfyller SI og kommunene alle veilederens føringer, blant annet med tanke på informasjonsutveksling i forbindelse med innleggelse, utskrivning og individuell plan, rutiner for samhandling med fastlegen og praksiskonsulentene, beskrivelse av bruk av tvang og makt, samt habiliterings- og rehabiliteringstilbud (Sykehuset Innlandet HF, 2011).

Tjenesteavtale 3 vedrørende henvisning til innleggelser følger i stor grad veilederen, og sier blant annet noe om sammenhengende behandlingsforløp for å sikre effektiv, korrekt og sikker meldingsutveksling, reduksjon av risiko for uheldige hendelser, presisering av kommunenes og sykehusets ansvar, samt retningslinjer for henvisning til SI. Avtalen mangler imidlertid en beskrivelse av system for pasienttransport, men supplerer med en samhandlingsrutine for innleggelse, samt at det presiseres at supplerende opplysninger innhentes ved behov og at elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom

partene skal benyttes når denne er innført. Dette går således utover beskrivelsen i veilederen (ibid.).

Også tjenesteavtale 4 som beskriver kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp, følger føringene i Nasjonal veileder. Avtalen presiserer at det innen 2016 skal være etablert et kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, det foreligger en beskrivelse av avtalens formål, samt en beskrivelse av samarbeidet om tilbudet frem til etablering av kommunalt tilbud. Det presiseres dessuten at SI ikke skal bygge ned sitt tilbud om øyeblikkelig hjelp før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert. SI og kommunene supplerer dessuten med en lokal tilleggsavtale som skal konkretisere ansvarsforhold. Denne tilleggsavtalen kom på plass i slutten av 2014 (ibid.).

Når det gjelder tjenesteavtale 5 vedrørende utskrivningsplanlegging, følger denne de fleste føringer i Nasjonal veileder. Det eneste unntaket er at avtalen mangler kriterier som må være oppfylt for at en pasient innen psykisk helsevern og rus vurderes som utskrivningsklar og vurdering av behov for bestilling av hjelpemidler. SI og kommunene supplerer imidlertid med samhandlingsrutine for utskrivning fra SI til kommunene (ibid.).

Tjenesteavtale 6 vedrørende gjensidig kunnskapsoverføring, informasjon, nettverk og hospitering gir videre en beskrivelse av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene, beskrivelse av hvordan informasjonsutveksling er sikret, samt hvordan partene skal bidra til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring, i tråd med Nasjonal veileder. Avtalen mangler imidlertid et eget punkt vedrørende informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet. Avtalen supplerer, på den andre siden, med en samhandlingsrutine for gjensidig hospiteringsordning som går utover veilederens krav (ibid.).

Når det gjelder tjenesteavtale 7 om forskning, utdanning, praksis og læretid, følger også denne i stor grad de nasjonale føringene. Partene skal blant annet utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanse, forskning og innovasjon, danne samarbeid og forskningsnettverk, kartlegge eget behov for kompetanse, samt utvikle ulike utdanningstilbud, i tråd med veilederen. Avtalen mangler forøvrig et system for rapportering, samt en beskrivelse av praksisplasser til studenter fra ulike utdanningstyper (ibid.).

Tjenesteavtale om samarbeid om jordmortjenester følger alle veilederens krav til innhold, samtidig som den supplerer med en egen tilleggsavtale for beredskap og følgetjeneste mellom partene, samt en del vedrørende tverrfaglig samarbeid, utveksling av informasjon og samarbeidsarenaer (ibid.).

I tråd med Nasjonal veileder står det i tjenesteavtale 9 mellom SIHF og kommunene at partene skal benytte Norsk Helsenett som transportkanal. I avtalen står det videre at meldingsutveksling skal omfatte både egne ansatte og samarbeidspartnere. Dessuten oppfylder avtalen veilederens beskrivelser av elektronisk kommunikasjon og telemedisinske tjenester ved at partene skal etablere rutiner for bruk av slike tjenester og tilrettelegge for

bruk av videokommunikasjon. Ved melding og håndtering av avvik viser tjenesteavtalen til overordnet samarbeidsavtale, og tjenesteavtalen nevner at oppfølging av meldinger skal skje etter lik rutine og praksis, i tråd med Nasjonal veileder. Tjenesteavtalen sier imidlertid ingenting om organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling, men til gjengjeld har samarbeidspartene utarbeidet en del supplementer. Blant annet har SI tatt initiativ til opprettelse av et samarbeidsutvalg for IKT-utvikling, samt at de har en samhandlingsrutine for lokalt IKT-samarbeid med et vedlegg (ibid.).

Tjenesteavtale 10 om forebygging følger også alle veilederens krav, samtidig som den supplerer med et eget punkt om kommunehelseprofiler sett opp mot lokal kunnskap, og kunnskapsdeling om påvirkningsfaktorer for sykdomsutvikling (ibid.).

Når det gjelder tjenesteavtale 11 mellom SIHF og kommunene om beredskap og akuttmedisinske kjede, følger avtalen i stor grad veilederens føringer, med unntak at et punkt vedrørende løsning av konkrete beredskapsutfordringer. De supplerer imidlertid med punkter som beskriver hvordan øvrige krav skal innfris, oppfølging av henvendelser fra publikum, rutine for oppgave- og ansvarsfordeling mellom partene, beskrivelse av innhold i møte om samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap, beskrivelse av innhold i møte om samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede, samt oversikt over kontaktpersoner. Avtalen supplerer videre med en samhandlingsrutine (ibid.).

SI og kommunene opererer videre med en tjenesteavtale om turnuslegetilsetting, som ikke står beskrevet i Nasjonal veileder. Denne skal avklare ansvarsforhold mellom partene om ansettelse av turnusleger, beskrive ansvars- og oppgavefordeling mellom partene, samt spesifisere SI og kommunenes ansvar og oppgaver i forbindelse med turnuslegetilsetting. Partene har videre utarbeidet en samhandlingsrutine for turnuslegetilsetting (ibid.).

I tillegg til tjenesteavtalene, de supplerende samhandlingsrutinene og vedleggene som er nevnt ovenfor, opererer SI og kommunene i tillegg med samhandlingsrutine for varsling av inn- og utskrivningsklar pasient ved elektronisk meldingsutveksling, samhandlingsrutine for blodtransfusjon i kommunene, samhandlingsrutine for individuell plan, samt samhandlingsrutine for følge av kjent person fra kommunen (ibid.).

Interne dokumenter

I dette delkapittelet vil jeg presentere innholdet i møtereferatene fra henholdsvis OSU og ASU, for å belyse hvordan det praktiske samarbeidet kommer til uttrykk her. Noe av innholdet vil også plasseres i tabeller for å gi en ryddig oversikt over møtefrekvens, deltakelse og møtested.

Møtereferater

De mest sentrale samarbeidsutvalgene mellom SI og kommunene er, som nevnt, Overordnet samarbeidsutvalg, og dette er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom sykehuset og noen av kommunene i foretaksområdet

(Sykehuset Innlandet, 2014a). Ahus og kommunenes mest sentrale samhandlingsorgan er videre Administrativt samarbeidsutvalg. Dette er, som nevnt, et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom sykehuset og noen kommuner i foretaksområdet med ansvar for blant annet å følge opp og vedlikeholde samarbeidsavtalene, avgjøre uenighetsaker som ikke kan løses på annet nivå, samt utveksle erfaringer og kompetanse.

Det er dermed hovedinnholdet i alle tilgjengelige møtereferater fra henholdsvis Overordnet og Administrativt samarbeidsutvalg som inngående presenteres her, da dette gir en god indikasjon på hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetakene foregår i praksis.

I Overordnet samarbeidsutvalg er SI og noen utvalgte kommuner representert med fire personer hver. Det er videre utnevnt brukerrepresentanter, både fra kommunene og sykehuset, samt arbeidstakerrepresentanter fra begge parter (Sykehuset Innlandet, 2014a). I Ahus sitt Administrative samarbeidsutvalg synes ikke representasjonen like standardisert, men normalen er at kommunene representeres med seks rådmenn, herunder to fra Øvre Romerike, Nedre Romerike og Follo, mens helseforetaket er representert med administrerende direktør og to direktører fra Ahus. Hovedforskjellen i utvalgsrepresentasjonen er dermed at brukere og arbeidstakere ikke er representert i Administrativt samarbeidsutvalg, mens disse er viktige representanter i Overordnet samarbeidsutvalg, samt at andelen kommunerepresentanter er høyere i ASU enn i OSU.

Det finnes altså ulikheter med tanke på hvilke samarbeidsformer de ulike partene opererer med. Ahus og kommunene har i 2014 hatt planer om å drøfte muligheten for et Overordnet samarbeidsutvalg (Ahus, 2014c), men frem til det opprettes et slikt utvalg her, er det deres Administrative samarbeidsutvalg som er ekvivalenten til SIHF sitt Overordnede samarbeidsutvalg. SIHF og kommunene ble i 2013 dessuten enige om å avvikle sitt Administrative samarbeidsutvalg (Sykehuset Innlandet 2013a).

Det at jeg her skal sidestille møtereferater fra to ulike samarbeidsutvalg kan være utfordrende med tanke på at utvalgene blant annet kan ha ulike oppgaver, organisering og arbeidsform. Hovedpoenget med dette delkapittelet er imidlertid å belyse hvordan det praktiske samarbeidet mellom partene foregår i praksis, og møtereferatene fra utvalgene gir en god indikasjon på dette.

Jeg har valgt å benytte meg av tabeller for å belyse møtefrekvens, deltakelse og møtested. Dette er elementer som jeg mener at er av betydning for det praktiske samarbeidet mellom partene. En gjennomgang av relevante temaer som blir diskutert i utvalgene blir presentert senere i kapittelet.

Tabell 6.1: Oversikt over møtefrekvens, deltakelse og møtested i OSU

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse SI	Møtested
23.1.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Ullensaker) 2. Helse- og omsorgssjef (Tynset) 3. Prosjektleder (Lillehammer) 4. Brukerrepresentant 5. Arbeidstakerrepresentant 6. Rådgiver KS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrerende direktør 2. Samhandlingsdirektør 3. Divisjonsdirektør (vara) 4. Brukerutvalget 5. Rådgiver 6. Divisjonsdirektør (fraværende) 7. Arbeidstakerrepresentant (fraværende) 	Fylkeshuset Hamar
16.5.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Ullensaker) 2. Helse- og omsorgssjef (Tynset) 3. Avdelingsleder (Lillehammer) 4. Brukerrepresentant 5. Arbeidstakerrepresentant 6. Rådgiver KS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samhandlingsdirektør 2. Divisjonsrådgiver 3. Brukerutvalget 4. Rådgiver 5. Administrerende direktør (fraværende) 6. Arbeidstakerrepresentant (fraværende) 	Fylkeshuset Hamar
13.6.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sektorsjef (Vågå) 2. Helse- og omsorgssjef (Tynset) 3. Rådmann (Våler) 4. Helse- og omsorgssjef (Gjøvik) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leder for Brukerrådet 2. Praksiskoordinator 3. Administrerende direktør 4. Divisjonsdirektør (vara) 5. Samhandlingsdirektør 6. Fagdirektør (fraværende) 	SI sine lokaler i Brumunddal
4.9.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Nord-Aurdal) 2. Prosjektleder (Lillehammer) 3. Brukerrepresentant 4. Arbeidstakerrepresentant 5. Spesialrådgiver KS 6. Avdelingsleder (Lillehammer) (fraværende) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrerende direktør 2. Samhandlingsdirektør 3. Brukerutvalget 4. Arbeidstakerrepresentant 5. Rådgiver 6. Divisjonsrådgiver (fraværende) 	SI sine lokaler i Brumunddal
11.12.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avdelingsleder (Lillehammer) 2. Rådmann (Nord-Aurdal) 3. Prosjektleder 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samhandlingsdirektør 2. Brukerutvalg 3. Samhandlingsrådgiver 4. Administrerende direktør 	Hedmark fylkeskommune, Hamar

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse SI	Møtested
	(Elverum) 4. Fastlege (Tynset) 5. Brukerrepresentant 6. Arbeidstakerrepresentant 7. Spesialrådgiver KS	(fraværende) 5. Divisjonsrådgiver (fraværende) 6. Arbeidstakerrepresentant (fraværende)	
26.3.2014	1. Avdelingsleder (Lillehammer) 2. Rådmann (Nord-Aurdal) 3. Prosjektleder (Elverum) 4. Fastlege (Tynset) 5. Brukerrepresentant 6. Spesialrådgiver KS (fravær) 7. Arbeidstakerrepresentant (fravær) 8. Brukerrepresentant (fravær)	1. Administrerende direktør 2. Samhandlingsdirektør 3. Divisjonsrådgiver 4. Brukerutvalg 5. Arbeidstakerrepresentant 6. Samhandlingsrådgiver	Brumunddal
15.5.2014	1. Avdelingsleder (Lillehammer) 2. Rådmann (Nord-Aurdal) 3. Prosjektleder (Elverum) 4. Fastlege (Tynset) 5. Brukerrepresentant 6. Arbeidstakerrepresentant 7. Spesialrådgiver KS	1. Administrerende direktør 2. Samhandlingsdirektør 3. Divisjonsrådgiver 4. Brukerutvalget 5. Arbeidstakerrepresentant 6. Samhandlingsrådgiver	Fylkeskommunen Hedmark, Femunden
4.9.2014	1. Rådmann (Nord-Aurdal) 2. Prosjektleder (Elverum) 3. Fastlege (Tynset) 4. Brukerrepresentant 5. Arbeidstakerrepresentant 6. Spesialrådgiver KS 7. Avdelingsleder (Lillehammer) (fraværende)	1. Divisjonsdirektør hab/rehab 2. Samhandlingsdirektør 3. Divisjonsrådgiver 4. Brukerutvalget 5. Samhandlingsrådgiver 6. Brukerutvalget (fraværende) 7. Administrerende direktør (fraværende) 8. Arbeidstakerrepresentant (fraværende)	SI sine lokaler i Brumunddal
19.12.2014	1. Rådmann (Nord-Aurdal) 2. Prosjektleder	1. Samhandlingsdirektør 2. Samhandlingsrådgiver	Fylkeskommunens hus, Hamar

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse SI	Møtested
	(Elverum) 3. Fastlege (Tynset) 4. Daglig leder samhandlings- og utviklingsenhet (Lillehammer) 5. Brukerrepresentant 6. Spesialrådgiver KS 7. Arbeidstakerrepresentant (fravær)	3. Brukerutvalget (fravær) 4. Arbeidstakerrepresentant (fravær) 5. Administrerende direktør (fravær) 6. Divisjonsrådgiver (fravær)	

Som man kan se av tabellen ovenfor, hadde Overordnet samarbeidsutvalg fem møter i 2013, og fire møter i 2014, med en måneds opphold som det minste, og fire måneders opphold som det meste mellom møtene. Dette indikerer en relativt høy møtefrekvens. Videre viser tabellen at kommunene og helseforetaket er relativt jevnbyrdig representert i møtene, med omtrent 4–5 representanter hver til stede på hvert møte (ekskludert bruker- og arbeidstakerrepresentanter, da disse ikke er kommunerepresentanter). Et unntak er imidlertid utvalgsmøtet den 19.12.2014 hvor kommunene hadde fem deltakere til stede, og foretaket bare hadde to, samt fire forfall. Kommunene Elverum, Nord-Aurdal og Lillehammer er hyppigst representert med representanter til stede på henholdsvis fem, seks og syv av ni møter. Vågå, Våler og Gjøvik har imidlertid bare representanter til stede på et møte hver, mens Ullensaker kommune er representert i to møter. Selv om det er relativt stor jevnbyrdighet med tanke på antall kommunerepresentanter og representanter fra helseforetaket, er det likevel oppsiktsvekkende mange av helseforetakets representanter som melder forfall fra gang til gang. Det eneste unntaket er utvalgsmøtet den 15. mai 2014 hvor ingen representanter meldte forfall. Til sammenligning har bare en kommune – Lillehammer – meldt forfall to ganger. Dette kan føre til at helseforetaket i disse tilfellene mangler sentrale representanter i utvalgsmøtene som kan uttrykke sine interesser og få gjennomslag for sine ønsker. På den andre siden kan forfallene også medføre at kommunene opplever at foretaket nedprioriterer utvalgsmøtene, og således også samhandlingen, noe som kan føre til samarbeidsproblemer og konflikter. Møtene ble videre holdt fem ganger i fylkeshuset på Hamar, og fire ganger i SI sine lokaler i Brumunddal. Det at møter avholdes i fylkeshuset kan tenkes å medføre at partene føler at de møtes på «nøytral grunn», da ingen av aktørene har sitt daglige virke her. Videre kan det at noen av møtene avholdes i SI sine lokaler medføre at representantene fra SI føler seg mer på hjemmebane i disse situasjonene enn kommunerepresentantene.

Tabell 6.2: Oversikt over møtefrekvens, deltakelse og møtested i ASU

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse Ahus	Møtested
31.1.2013 (ekstraordinært møte)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Ullensaker) 2. Rådmann (Eidsvoll) 3. Rådmann (Skedsmo) 4. Rådmann (Lørenskog) 5. Rådmann (Ås) 6. Rådmann (Vestby) 7. Juridisk rådgiver (Lørenskog) 8. Rådgiver KS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viseadministrerende direktør 2. Samhandlingssjef 3. Kirurgisk direktør 4. Sykepleier 5. Overlege 6. Divisjonsdirektør medisinsk divisjon (fraværende) 7. Divisjonsdirektør psykisk helsevern (fraværende) 	Lørenskog rådhus
21.3.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Ullensaker) 2. Rådmann (Skedsmo) 3. Rådmann (Lørenskog) 4. Rådmann (Ås) 5. Rådgiver KS 6. Juridisk rådgiver (Lørenskog) 7. Rådmann (Vestby) (fraværende) 8. Rådmann (Eidsvoll) (fraværende) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viseadministrerende direktør 2. Samhandlingssjef 3. Divisjonsdirektør medisinsk divisjon (fraværende) 4. Divisjonsdirektør psykisk helsevern (fraværende) 	Lørenskog rådhus
6.6.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Ullensaker) 2. Rådmann (Eidsvoll) 3. Rådmann (Skedsmo) 4. Rådmann (Lørenskog) 5. Rådmann (Nesodden – vara for rådmann Vestby) 6. Juridisk rådgiver (Lørenskog) 7. Rådmann (Ås) (fraværende) 8. Rådmann (Vestby) (fraværende) 9. Rådgiver KS (fraværende) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samhandlingssjef (vara) 2. Viseadministrerende direktør 3. Samhandlingssjef (fraværende) 4. Divisjonsdirektør medisinsk divisjon (fraværende) 5. Divisjonsdirektør psykisk helsevern (fraværende) 	Lørenskog rådhus
31.10.2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Lørenskog) 2. Rådmann (Rælingen) 3. Rådmann (Eidsvoll) 4. Rådmann (Oppegård) 5. Rådmann (Ås) 6. Juridisk rådgiver (Lørenskog) 7. Rådgiver KS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungerende administrerende direktør 2. Divisjonsdirektør medisinsk divisjon 3. Samhandlingssjef (vara) 4. Samhandlingssjef (fraværende) 5. Divisjonsdirektør 	Lørenskog rådhus

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse Ahus	Møtested
	8. Enhetsleder (Frogn) 9. Samhandlingskoordinator (Skedsmo) 10. Rådgiver, samhandlingskontoret Nedre Romerike 11. Rådgiver, samhandlingskontoret Nedre Romerike 12. Rådmann (Skedsmo) (fraværende) 13. Rådmann (Ullensaker) (fraværende)	psykisk helsevern (fraværende)	
19.12.2013	1. Rådmann (Lørenskog) 2. Rådmann (Skedsmo) 3. Rådmann (Ullensaker) 4. Rådmann (Nesodden) 5. Rådmann (Ås) 6. Juridisk rådgiver (Lørenskog) 7. Rådgiver KS 8. Rådgiver, samhandlingskontoret Nedre Romerike 9. Rådmann (Eidsvoll) (fraværende)	1. Fungerende administrerende direktør 2. Divisjonsdirektør medisinsk divisjon 3. Samhandlingssjef 4. Assisterende samhandlingssjef 5. Divisjonsdirektør psykisk helsevern (fraværende)	Lørenskog rådhus
27.2.2014	1. Rådmann (Lørenskog) 2. Rådmann (Rælingen) 3. Rådmann (Nesodden) 4. Rådmann (Ås) 5. Kommunalsjef (Ullensaker) 6. Kommunaldirektør (Skedsmo) 7. Rådgiver KS 8. Rådgiver ved regionalt samhandlingskontor Nedre Romerike 9. Samhandlingskoordinator (Ullensaker) 10. Kommunalsjef (Enebakk) 11. Rådgiver IT-fag (Skedsmo) 12. Rådmann (Skedsmo) (fraværende) 13. Rådmann (Ullensaker) (fraværende) 14. Rådmann (Nannestad)	1. Fungerende administrerende direktør 2. Direktør for utvikling 3. Direktør for medisinsk divisjon 4. Samhandlingssjef 5. Samhandlingsrådgiver 6. Avdelingssjef for Palliativt senter 7. Prosjektleder for samhandlingsavdelingen	Ahus/Nordby-hagen

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse Ahus	Møtested
	(fraværende)		
15.5.2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Skedsmo) 2. Rådmann (Rælingen) 3. Rådmann (Nannestad) 4. Rådmann (Ås) 5. Kommunaldirektør (Skedsmo) 6. Rådgiver ved regionalt samhandlingskontor NR 7. Samhandlingskoordinator (Ullensaker) 8. Rådmann (Ski) 9. Rådmann (Lørenskog) (fraværende) 10. Rådmann (Ullensaker) (fraværende) 11. Rådgiver KS (fraværende) 12. Rådmann (Nesodden) (fraværende) 13. Kommunalsjef (Enebakk) (fraværende) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrerende direktør 2. Medisinskfaglig direktør 3. Samhandlingssjef 4. Samhandlingsrådgiver 	Ahus/Nordby-hagen
18.9.2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Lørenskog) 2. Rådmann (Skedsmo) 3. Rådmann (Ullensaker) 4. Rådmann (Nannestad) 5. Rådmann (Nesodden) 6. Rådmann (Ås) 7. Rådgiver KS 8. Rådgiver ved regionalt samhandlingskontor NR 9. Samhandlingskoordinator (Ullensaker) 10. Kommunalsjef (Enebakk) 11. Virksomhetssjef (Frogn) 12. Juridisk rådgiver (Lørenskog) 13. Kommunaldirektør (Skedsmo) (fraværende) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrerende direktør 2. Fagdirektør 3. Samhandlingssjef 4. Samhandlingsrådgiver 5. Analysesjef Helse Sør-Øst 6. Spesialrådgiver analyseavdelingen 7. Helsefaglig direktør (fraværende) 	Ahus/Nordby-hagen
11.12.2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rådmann (Skedsmo) 2. Rådmann (Ullensaker) 3. Rådmann (Nannestad) 4. Rådmann (Nesodden) 5. Rådmann (Ås) 6. Kommunaldirektør (Skedsmo) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrerende direktør 2. Helsefaglig direktør 3. Samhandlingssjef 4. Samhandlingsrådgiver 5. Representant fra Ahus 	Ahus/Nordby-hagen

Møtefrekvens	Deltakelse kommuner	Deltakelse Ahus	Møtested
	7. Samhandlingskoordinator (Ullensaker)		
	8. Kommunalsjef (Enebakk)		
	9. Kommunalsjef (Nesodden)		
	10. Kommunerepresentant (Skedsmo)		
	11. Rådmann (Lørenskog) (fraværende)		
	12. Rådgiver KS (fraværende)		

Tabellen over viser at Administrativt samarbeidsutvalg hadde fem møter i 2013 og fire møter i 2014, med mellom to og fire måneders mellomrom. Dette viser at partene møtes relativt hyppig, og at Ahus og SI har tilnærmet lik møtefrekvens. Man ser videre at kommunene Skedsmo, Lørenskog, Ullensaker og Ås er hyppigst representert i møtene, med henholdsvis 14, 13, 11 og åtte representanter tilstede i alle møtene til sammen. Av disse kommunene er Skedsmo representert i alle møtene, med to representanter til stede i møtene den 31. oktober 2013, den 27. februar 2014 og 15. mai 2014, samt tre representanter til stede i møtet den 11. desember 2014 og tre forfall hvor kommunen likevel har representanter til stede i møtene. Videre har Lørenskog to representanter til stede i nesten samtlige møter, bortsett fra møtet den 27. februar 2014, hvor bare en representant var til stede, og i møtene den 15. mai 2014 og 11. desember 2014 hvor kommunen ikke hadde noen representanter til stede, på grunn av forfall. Ullensaker hadde to representanter til stede den 27. februar 2014, 18. september 2014, og 11. desember 2014. Kommunen hadde videre tre forfall hvorav det ene den 31. oktober 2013 medførte at kommunen ikke ble representert i dette møtet. Ås kommune er videre representert i alle møtene med en representant, bortsett fra møtet den 6. juli 2013, hvor rådmannen var fraværende, og ingen representanter er til stede. De resterende ni kommunene som er representert i dette samarbeidsutvalget deltar sporadisk med mellom en og seks representanter i møtene til sammen. Ahus sin representasjon i møtene er videre svært varierende med alt fra to representanter til stede den 21. mars 2013 og 6. juli 2013, til syv representanter den 27. februar 2014. Av tabellen ser man også at det er et gjennomgående stort fravær blant helseforetakets representanter. Dette kan, som nevnt tidligere, medføre at kommunerepresentantene får inntrykk av at Ahus nedprioriterer disse møtene. Det at andelen oppmøtte representanter fra foretaket ser ut til å være økende, og at andelen som melder forfall er synkende, viser at møterepresentasjonen fra foretakets side har blitt bedre. Dette kan videre være en indikasjon på at helseforetaket engasjerer seg mer i samhandlingen enn tidligere, og at samarbeidet i utvalgsmøtene således har blitt bedre over tid på dette området.

Videre ble alle møtene i 2013 avholdt i Lørenskog rådhus, mens møtene i 2014 ble avholdt i Ahus sine lokaler. Dermed ble samhandlingsmøtene i 2013 avholdt i en kommune, mens de i 2014 ble avholdt på sykehuset. Ahus ligger imidlertid i Lørenskog kommune, noe som tyder på at det er Ahus som i størst grad er på hjemmebane når møtene avholdes.

Hovedinnhold i SI og kommunenes møtereferater

Slik det fremgår av møtereferatene fra Overordnet samarbeidsutvalg, fungerer samarbeidet mellom SI og kommunene i samarbeidsutvalget meget bra. Gjennom møtereferatene kan man blant annet lese at kommunene mener at samhandlingsreformen er bra, at alle parter arbeider godt og at det daglige samarbeidet stort sett går veldig greit (Sykehuset Innlandet, 2013b; Sykehuset Innlandet, 2013e). SI mener på sin side at pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) er et eksempel på et godt samhandlingsprosjekt, selv om det foreligger visse utfordringer her med tanke på vedlikehold av rutiner og prosedyrer. En arbeidsgruppe er imidlertid nedsatt for å se på dette.

Partene er videre opptatt av å identifisere felles utfordringer på tvers av sykehus og kommuner, på et tidlig tidspunkt. Dette ser man for eksempel av møtereferatet fra 23. januar 2013 når felles utfordringer på tvers av sykehus og kommuner diskuteres. Her tas det tidlig tak i potensielle problemer knyttet til for eksempel økonomi i forbindelse med samhandlingsreformen, konkrete tiltak for å forbedre tjenestene, praktiske utfordringer knyttet til enkelte pasientgrupper, samt mer overordnede temaer (Sykehuset Innlandet, 2013b). Det er videre en selvfølge at det oppstår visse uenigheter mellom partene og ønsker om å forbedre samarbeidet. For eksempel påpeker kommunene at mange kommuner går i underskudd på medfinansieringen og at noen fullmakter ligger igjen i spesialisthelsetjenesten, selv om kommunen selv har ansvaret for behandlingen. SI arbeider videre med øyeblikkelig hjelp-avtaler sammen med enkeltkommuner og områder. De påpeker imidlertid at de ikke har fått svar fra alle kommuner om hvordan de vil innrette seg frem til kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp trer i kraft i 2016.

Videre presenteres de viktigste utfordringene slik både sykehuset og kommunene ser det på møtet den 15. mai 2014. Her melder SI om at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har utfordringer blant annet med tanke på bolig og økonomi, og at det finnes store forskjeller på tjenester kommunene imellom, samt utfordringer i forbindelse med Nav-samarbeid. Kommunene melder om liknende utfordringer (Sykehuset Innlandet, 2014b). Partene synes imidlertid dyktige til å ta tak i utfordringene på et tidlig tidspunkt og de finner gode løsninger på problemene som gagnar begge parter. Partene er videre interesserte i å finne løsninger der det har vært uenighet og arbeider for å komme frem til en felles plattform (Sykehuset Innlandet, 2013b).

Jeg vil videre fremheve hvilke konkrete samarbeidsavtaler og temaer som i hovedsak blir belyst i de ulike møtene; I alle møtene, bortsett fra det som ble avholdt 13. juni 2013, innledes møtet med en fast post. Her foretas en gjennomgang av status for reformen så langt, samt en kort orientering fra kommunene og helseforetaket om hvordan samhandlingen forløper. Videre er elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) et gjennomgående tema i de fleste møtene. Her ble det i 2013 opprettet en prosjektgruppe for PLO-meldinger og det har blitt laget utkast til to nye samhandlingsrutiner på dette samarbeidsområdet. Den ene rutinen skal gi praktisk informasjon om hvilke meldingstyper som skal brukes, mens den andre rutinen utdyper tjenesteavtale 9 vedrørende samarbeid

om IKT-løsninger lokalt og forplikter partene på hvordan de skal varsle hverandre om nedetid i systemene, både planlagt og uforutsett (Sykehuset Innlandet, 2013c).

Samarbeidsavtale 5 om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, avtale 7 vedrørende samarbeid om forskning, utdanning praksis og læretid, samt samarbeidsavtale 4 vedrørende kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp blir videre hyppig omtalt i møtereferatene. SI og kommunene har dessuten utarbeidet en Tjenesteavtale nummer 12 om «Samarbeid om turnusleger tilsetting» og en «Samhandlingsrutine for turnuslegetilsetting» (Sykehuset Innlandet, 2013e). Turnusordning for leger er dermed et tema som også blir omtalt hyppig i møtereferatene.

Hovedinnhold i Ahus og kommunenes møtereferater

Slik det fremkommer av Administrativt samarbeidsutvalg sine møtereferater, er samarbeidet mellom Ahus og kommunene preget av en del konflikter. Det som imidlertid vil diskuteres i neste kapittel, er hvorvidt disse spenningene fant sted også før innføringen av samarbeidsavtalene, eller om dette skyldes utformingen av avtalene alene.

For eksempel ser man tendenser til samhandlingsutfordringer mellom partene i møtereferat fra ekstraordinært utvalgsmøte den 31. januar 2013. Her uttaler Ahus et ønske om reforhandling av pasientforløpsavtalen. Sykehuset ønsker at punktet om varslingsfrist skal ut av avtalen på grunnlag av at det både i Ahus og kommunene har oppstått en del misforståelser knyttet til adgangen til å varsle utskrivning, varslingsfrister og betalingsplikt. Ahus ønsker en vurdering av muligheten for i større grad å bruke retningslinjer for å regulere samarbeidet om inn- og utskrivning av pasienter (Ahus, 2013a). Dessuten fremmer Ahus et ønske om å reforhandle beredskapsavtalen, eller koble pasientforløpsavtalen og beredskapsavtalen nærmere til hverandre på annen måte, som en følge av beredskapssituasjonen ved årsskiftet 2012/2013 (ibid.). Beredskapsavtalen blir ikke diskutert spesifikt i OSU-møtene, men avtale vedrørende utskrivningsplanlegging omtales hyppig også her. Samhandlingen vedrørende sistnevnte delavtale fungerer imidlertid godt i OSU.

I møtereferatet fra 31. oktober 2013 diskuteres pasientforløpsavtalen videre. Det presiseres at partenes forhandlingsrepresentanter etter flere møter har konstatert at man er uenige på to hovedpunkter i avtalen: Bestemt meldetidspunkt for å kunne kreve betaling for overliggerdøgn, og samarbeid ved akutt behov for utskrivning av pasienter. Ahus viser blant annet til at de mottar pasienter hele døgnet, men at de ikke kan sende ut pasienter hele døgnet. De påpeker videre at de i visse perioder har vansker med å rekke meldefristen klokken 14.30, og at de har behov for å kunne melde utskrivning på ettermiddag og kveld. Sykehuset opplyser at de i gjennomsnitt har 10–15 pasienter daglig som de, som følge av meldetidspunkt i gjeldende avtale, ikke kan kreve overliggerdøgnbetaling for. Fungerende administrativ direktør ved Ahus foreslår å sende saken til Nasjonal tvisteløsningsnemd. Kommunerepresentantene i ASU konstaterer at det ikke er oppnådd enighet mellom partene, og tok dette til etterretning. Kommunene påpekte videre at de har et stort behov

for god og fullstendig dokumentasjon for å kunne gi et riktig og hensiktsmessig tilbud til de utskrevne pasientene, og at det er ønskelig at man jobber videre med å sikre dette, selv om Ahus nå bringer uenigheten inn for Nasjonal tvisteløsningsnemd (Ahus, 2013d). Pasientforløp er dermed et tema som diskuteres hyppig både i OSU og ASU, men mangelfull avtalestandardisering medfører store samhandlingskonflikter mellom Ahus og kommunene.

Den 6. mars 2014 avholdt tvisteutvalg for pasientrelaterte enkeltsaker et møte. Her ble en pasient definert som utskrivningsklar av ansvarlig legespesialist ved Ahus, mens Skedsmo kommune, ved kommuneoverlegen, mente at pasienten ikke var utskrivningsklar. Tvisteutvalget konkluderte på sin side med at Skedsmo kommune bør betale faktura for utskrivningsklar pasient (Ahus, 2014d).

I utvalgsmøte 15. mai 2014 ble det videre planlagt en strategikonferanse, som en alternativ samarbeidsarena mellom partene. Et mandatutkast ble presentert, og dette handler om hva som skal gjøres, med beskrivelse av rammebetingelser og opptaksområdets spesielle utfordring. Formålet er at resultatet av arbeidet skal kunne bli et godt grunnlag for å lage en overordnet strategi og eventuelt en handlingsplan som partene skal samarbeide om i 2015. Kommunene trekker i den forbindelse frem et prosjekt mellom kommunene i vestregionen og Vestre Viken HF hvor data som identifiserer samhandlingsutfordringer kartlegges. De påpeker at arbeidet utføres av et eksternt konsulentfirma. Kommunene ønsker et lignende opplegg i regionen som grunnlag for strategiarbeidet. De mener videre at det vil være av felles interesse at noen utenfra gjør jobben, og de ønsker således at ASU bestiller et eksternt konsulentoppdrag. Ahus påpeker på sin side, at forslaget om å bruke hele eller store deler av samhandlingspotten til å betale for en ekstern konsulent blir vanskelig, siden midlene allerede er utlyst. Konklusjonen blir at ASU slutter seg til mandatet og kommunenes forslag til endringer. Kommunene ber om at en betydelig andel av samhandlingsmidlene fra Helse Sør-Øst (HSØ) kan brukes til dekning av eksternt konsulentoppdrag knyttet til arbeidet med strategisk overordnet samarbeidsplan. Ahus er enig i at noen av disse midlene kan brukes til utredningsarbeidet (Ahus, 2014b).

I referat fra ASU-møte 18. september 2014 planlegges ny tid for strategikonferanse, og det påpekes at konferansen vil være viktig for dialogen mellom Ahus og kommunene. Det fremheves videre at det må fokuseres på tillitt og at det er viktig å snakke nøye gjennom dette, da kommunens tillitt til sykehuset har blitt noe utfordret den siste tiden. Det påpekes videre at Ahus, i sitt høringsinnspill til eier (HSØ) har gitt flere kritiske kommentarer til SINTEF-rapport om sykehuskapasitet i hovedstadsområdet. SINTEF-rapporten må suppleres med data fra kommunal sektor. Ahus ser ikke datagrunnlaget i SINTEF-rapporten som omstridt, men er heller ikke enig i alle vurderinger av konsekvensene. Kommunene har på sin side opplevd ensidighet i formidling av virkeligheten og aktuelle løsninger. Det påpekes at selv om kommunene og sykehuset har ulike roller, bør løsningene være basert på felles forståelse og løsningsalternativer. Konklusjonen er at kommunene får hovedansvar for å engasjere ekstern bistand til å velge ut og bearbeide aktuelle data i forkant av konferansen, bistå med opplegg for konferansen og bistå i arbeidet med utvikling av felles strategisk plan

for det videre samarbeidet (Ahus, 2014c). Ahus og kommunene mener således at strategikonferansen vil bidra til å fremme dialogen mellom partene og kommunenes tillitt til sykehuset. Arbeidet med planleggingen av denne konferansen er derfor sentral i disse utvalgsmøtene. I OSU har man imidlertid ikke slike relasjonelle utfordringer, og planlegging av slike alternative samarbeidsarenaer er derfor ikke noe tema her.

Det fremheves videre at virksomhetsdata for å se samhandlingsreformen i perspektiv er velkomment, og at data vedrørende liggetid, dødelighet og reinnleggelser per diagnose vil gjøre Ahus bedre både når det gjelder selve behandlingen, og kommunikasjonen mot kommunene. Kommunene fremmer et ønske om å bruke datamaterialet og at datamaterialet må gi mening for dem. Ahus påpeker imidlertid at detaljeringsnivået i dataene og hensynet til anonymisering gjør at helseforetaket ikke uten videre kan dele sine data. Ahus foreslår at det etableres et «*analyse*»-nettverk¹³ med helseforetaket og kommunene for å finne frem til en egnet problemstilling av data og distribusjon. Behov for dette ble for øvrig ikke diskutert tydelig, og det kunne dermed ikke konkluderes med noe på neste møte (Ahus, 2014c). På dette møtet ble også sondering og planlegging av forhandlinger med tanke på pasientforløpsavtalen belyst. Kommunene oppfattet at det fra Ahus sin side, uten tilstrekkelig dialog med kommunene, ble besluttet å oversende avtalen med de uenigheter som forelå, til sentral tvisteløsningsnemd for å få bistand til utforming av revidert pasientforløpsavtale. Kommunene oppfattet dette som egnet til å redusere tillitten til sykehuset ytterligere. Ahus trakk deretter saken fra sentral tvisteløsningsnemd få dager før møtet skulle finne sted. Dette stilte kommunene seg undrende til, da de hadde brukt relativt store ressurser til forberedelse. Administrerende direktør ved Ahus forklarte at saken ble trukket fordi han ønsket en forhandlingsrunde hvor partene kunne komme frem til en omforent løsning. Kommunene ønsket en tydeliggjøring fra Ahus om hvorfor situasjonen ble som den ble, og de krevde blant annet at Ahus måtte tilkjenne sin forhandlingsposisjon. Ahus kom med et forhandlingsutspill med forslag til fremdriftsplan (ibid.).

Partene har dermed brakt inn én sak for Nasjonal tvisteløsningsnemd, men i underkant av et år senere, blir samme avtale besluttet innsendt på nytt, noe kommunene oppfattet at Ahus gjorde uten å kommunisere tilstrekkelig med dem i forkant. Saken blir deretter trukket fra sentral tvisteløsningsnemd, igjen uten at kommunene blir tilstrekkelig informert, på grunnlag av at Ahus håpet at partene kunne finne en omforent løsning. Dette medfører på ny konflikt mellom partene, da kommunene hadde brukt store ressurser på forberedelse av tvistesaken. Årsaken til at pasientforløpsavtalen ble sendt, og vurdert sendt til Nasjonal tvisteløsningsnemd var videre, i begge tilfeller, at partene var uenige på noen vesentlige avtalepunkter; blant annet bestemt meldetidspunkt for å kunne kreve betaling for overliggerdøgn, og samarbeid ved akutt behov for utskrivning av pasienter. Som tidligere nevnt, mangler Ahus og kommunene en egen delavtale om utskrivningsplanlegging. Denne saken kunne således ha blitt løst gjennom en spesifisering av dette avtaleområdet, og særlig

¹³ Arbeidsgruppe med fagfolk på området (Ahus, 2014c)

ved en gjensidig revidering og spesifisering av de konkrete avtalepunktene som skapte konflikt.

Jeg vil videre presentere konkrete samarbeidsavtaler og temaer som i hovedsak blir belyst i de ulike møtene mellom Ahus og kommunene. Her går blant annet arbeid med øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) igjen i flere av møtene, blant annet med tanke på opprettelse av arbeidsgruppe og mandat for arbeidsgruppe ØHD. Dette er også en avtale som blir hyppig omtalt i OSU-møtene. Dessuten viser møtereferatene at ansvar for personer uten fast bopel (UFB) har blitt diskutert relativt hyppig (Ahus, 2013b; Ahus, 2013d). På samme måte viser møtereferatene at tilrettelegging og utvikling av palliasjonstilbud¹⁴ er en viktig sak for partene å diskutere (Ahus, 2014a; Ahus, 2014b).

Videre har jeg funnet en tendens til at saker som er planlagt diskutert i ASU, utsettes: Den 31. oktober 2013 ble for eksempel «fakturering av overligger døgnet» og «strategisk overordnet samarbeidsplan – forslag til mandat og kommunikasjonsplan» besluttet utsatt til neste møte. Begge sakene ble imidlertid gjenopptatt på neste møte den 19. desember 2013 (Ahus, 2013d; Ahus, 2013e). Videre er «digital samhandling» et sentralt samhandlingstema på utvalgsmøtene, på samme måte som i OSU. Temaet ble imidlertid utsatt fra møtet som ble avholdt den 31. oktober 2013, til møtet den 19. desember samme år. Deretter ble saken utsatt til neste møte den 27. februar 2014. På dette møtet ble saken også tatt opp, gjennom en orientering utført av prosjektleder ved samhandlingsavdelingen ved Ahus og rådgiver IT-fag i Skedsmo kommune (Ahus, 2013d; Ahus, 2014a).

Praktisk samarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Overordnet og Administrativt samarbeidsutvalg er, som nevnt, de mest sentrale samarbeidsorganene mellom Ahus, SI og de valgte kommunene. Det er imidlertid ikke alle kommuner som er direkte representert i disse utvalgene. Dermed vil jeg også belyse hvordan kommunene som ikke har representanter i OSU og ASU erfarer den praktiske samhandlingen med helseforetakene. Lokalpolitikere er videre hverken representert i OSU, ASU, GSU eller SU, så det er i tillegg interessant å undersøke hva slags informasjon de innehar vedrørende samarbeidsavtalene og det praktiske samarbeidet, samt hvor de eventuelt får denne informasjonen fra.

¹⁴ Lindrende behandling for alvorlig syke og døende

Partenes kjennskap til enkeltavtaler?

SIHF OG KOMMUNENE

Som tidligere nevnt, er deltakerne i OSU hovedsakelig sentrale samhandlingsaktører i kommunene eller foretaket, og bør således ha inngående kjennskap til samarbeidsavtalene og innholdet i dem. Det er imidlertid i GSU at de konkrete enkeltavtalene diskuteres spesifikt, men erfaringene herfra rapporteres opp til OSU. I tilfeller hvor enkeltavtaler ikke fungerer etter sin intensjon eller må endres, behandles de altså i OSU. Også i tilfeller hvor spesifikke samhandlingssaker gjentar seg i flere GSU-møter, tas de opp i OSU, hvor det så foreligger diskusjoner rundt hvorvidt noe må endres i avtalen. En representant i OSU sier blant annet følgende:

Hvis det er noe som er knyttet til de enkelte avtalene, så drøfter vi jo aktuelle problemstillinger knyttet til enkeltavtaler. Det er gjerne innleggelse og utskrivning som blir dem som blir kanskje mest drøftinger rundt, da. Der det kan være uenigheter.

(Fastlege, Tynset)

Representantene i OSU må altså være beredt på å drøfte problemstillinger i forbindelse med enkeltavtaler i tilfeller hvor det er spesielle forhold knyttet til dem. Det å ha hovedansvar for å revidere, diskutere og videreutvikle samarbeidsavtaler krever således svært god kjennskap til avtalene. En annen OSU-representant fra SI sier blant annet følgende:

Hvis vi tenker OSU [...] når den er oppe der da, de tingene så er det... da må det være noen prinsipielle ting i forhold til de avtalene. Men der de diskuteres mye de geografiske samarbeidsutvalgene, så der er det litt mer sånne praktiske daglige ting rundt de forholdene som om dem fungerer bra eller dårlig som blir tatt opp. Men i OSU så blir det litt mer sånn hvis avtalen som sådan på et felt kanskje ikke er bra, eller noe må endres, så diskuteres det. Men ellers så blir det en tilbakerapportering fra de GSU-utvalgene hva slags erfaringer de har hatt der. Hvis det er noe som gjentar seg i flere av de GSUene, så kan vi ta det opp igjen i OSU og diskutere om det er noe som må da endres på.

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Respondenten fra Ringsaker – som ikke er representert i OSU, men i GSU – har dermed også inngående kjennskap til enkeltavtaler, da disse behandles mer konkret i disse utvalgene:

[...] Det som har vært [...] de siste par årenes diskusjoner det har gått på dette med utskrivningsklare pasienter, da. Og melderutiner og sånne ting. Og at det er avvik i forhold til når meldingene kommer, og sånne ting. Men... det snakker vi med sykehuset om og får ryddet opp i det. Det er enkeltsaker stort sett [...] kan trøble seg til. Det har vært diskusjoner om, ikke sant i forhold til når, betaling, da. Frem til i år. For medfinansiering, så og utskrivningsklare. Da har vi liksom sånn utskrivningstidspunkt og sånne ting vært interessant å diskutere. Men, men veldig mye mindre av det i Ringsaker, da fordi det har sklidd bra.

(Kommunalsjef pleie og omsorg, Ringsaker)

Respondenten trekker videre frem øyeblikkelig hjelp-avtalen som en konkret avtale som det er mye enighet rundt, samt at informanten mener at samarbeid vedrørende utskrivning er godt:

[...] altså nå i det siste, da så er det klart ø-hjelpsavtalen. Der er vi jo omforent enige og har et veldig godt samarbeid ute. Men også når det kommer til utskrivning av enkeltpasienter, så har vi godt samarbeid, altså [...].

(Kommunalsjef pleie og omsorg, Ringsaker)

I samtaler med lokalpolitikere fikk jeg imidlertid inntrykk av at kunnskapen om samarbeidet og kjennskapen til avtalene var relativt begrenset. Respondentene hadde dessuten svært begrenset kunnskap om OSU og hvilke temaer som ble diskutert her. De hadde imidlertid noe mer kjennskap til GSU, da dette samarbeidsorganet strukturelt sett befinner seg nærmere kommunene, og således også politikerne:

Ja, for det har jeg ikke peiling på hvilke temaer som diskuteres i dette overordnede [samarbeidsutvalget]. Ikke i det hele tatt. Der har jeg ikke vært, og det har vi ikke hatt til politisk behandling heller. Det er disse geografiske avtalene vi har hatt til behandling. Så da vil jeg si at jeg... den første delen som du spurte om. Det er egentlig noe jeg ikke kjenner til i det hele tatt.

(Lokalpolitiker, Ringsaker)

Også vedrørende spesifikke samarbeidsavtaler var lokalpolitikerenes kunnskap begrenset:

[...] Jeg synes det er vanskelig å svare helt sånn konkret, for jeg har. Jeg har nok ikke. [...] ikke sånn konkret inne i det her, sånn at jeg klarer ikke å si at innenfor det og det området, så har det gått sånn og sånn og sånn [...].

(Lokalpolitiker, Ringsaker)

Også ordføreren i Tynset hadde begrenset kjennskap til avtalene:

[...] det her som du er inne på med de avtalene [...] Der er vi veldig lite inne fra politisk nivå og blir vel informert hvis det er noe som... Ja. Hvis det er noen reagerer på, eller et eller annet. Men det har det ikke i og for seg vært, da.

(Ordfører, Tynset)

Dessuten var kjennskapen til det som diskuteres i OSU begrenset fra politisk nivå, også i denne kommunen:

Ja, veldig egentlig veldig lite. Ja.

(Ordfører, Tynset)

Deltakelse i samarbeidsutvalgsmøtene har dermed stor betydning for partenes kjennskap til samarbeidsavtalene. Både representantene fra OSU og GSU hadde god kjennskap til de aller fleste avtaler, og respondentenes utsagn indikerer videre at avtalene hovedsakelig benyttes ved uenigheter og motsetningsforhold mellom partene, samtidig som at de også drøftes, revideres og diskuteres kontinuerlig, i tilfeller hvor det ikke foreligger direkte motsetninger eller uenigheter.

To konkrete eksempler på kontinuerlig avtalebruk er samarbeidsavtalene vedrørende øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene og IKT-løsning lokalt. Førstnevnte avtale diskuteres

hyppig, samtidig som at partene i stor grad er enige og har et godt samarbeid vedrørende denne. Også avtale vedrørende IKT-løsning lokalt behandles kontinuerlig i utvalgsmøtene. En representant fra OSU kom med følgende konsise uttalelse om hvorvidt det var noe uenighet i forbindelse med denne avtalen:

Rørende enighet.

(Fastlege, Tynset)

Lokalpolitikkerne, som altså ikke var representert i noen av samarbeidsutvalgene, hadde imidlertid svært begrenset kjennskap til enkeltavtaler. Videre hadde respondenten fra Ringsaker kommune, som ikke er representert i OSU, likevel god kjennskap til enkeltavtaler, noe som viser at det er liten forskjell på om kommunen har representasjon her eller ikke.

AHUS OG KOMMUNENE

Som i OSU, er også deltakerne i ASU sentrale samhandlingsaktører i kommunene eller foretaket, og bør således også ha god kjennskap til avtalene. I ASU diskuteres saker som regjeringen forventer at partene skal løse innenfor sine rammer, mens SU er et faglig organ hvor pasientsamarbeidet diskuteres inngående. Beslutninger blir hovedsakelig tatt i SU, men hvis man ikke kommer til enighet her, løftes sakene til ASU for å drøftes. Samhandlingssjef ved Ahus, som både er medlem i SU og ASU, sier følgende:

[...] ASU diskuterer jo ikke fag, sånn at det skjer jo i SU, altså det faglige samarbeidsorganet. Og der er det. Det er stor grad av enighet når man deler kompetanseutfordringene. Og pasient, altså det løpende pasientsamarbeidet mellom oss. Der er det stor ja det er enighet. Men det er jo ikke ASU, ikke sant. [...] altså samarbeidet i det daglige om alle [...] samarbeidsprosjekter og møteplasser der er det stort sett enighet om det meste. Det er mer når det løftes opp på et formelt myndighetsnivå, altså hva som regjeringen forventer at partene skal løse innenfor sine rammer det er mer der. Det er det som blir diskutert på ASU, det er mer på det nivået sakene er der. Men ellers så når det gjelder løpende pasientsamarbeid er det mye enighet.

(Samhandlingssjef, Ahus)

I ASU drøftes altså saker på mer overordnet nivå, mens man i SU forsøker å ta beslutninger på bakgrunn av det løpende pasientsamarbeidet mellom partene. Dermed kan det tenkes at man i ASU, har bedre kjennskap til de konkrete samarbeidsavtalene enn i SU, da man i førstnevnte samarbeidsutvalg skal drøfte saker innenfor regjeringens formelle rammer, mens man i SU skal forsøke å fatte beslutninger på bakgrunn av det løpende pasientsamarbeidet mellom partene, og hvor saker således hovedsakelig diskuteres med hensyn til det som skjer på pasientnivå.

Kommunaldirektør i helse- og sosialsektoren fra Skedsmo, som er representant i ASU og leder av SU, kommer med følgende utsagn vedrørende sin kjennskap til avtalene:

Ja, vi må hele tiden ha de i bakhodet vi må hele tiden gå igjennom dem, og vi må hele tiden tenke at avtalene er der [...].

(Kommunaldirektør, Skedsmo)

Sektorleder for levekår i Hurdal kommune er videre medlem i SU, men kommunen er ikke direkte representert i ASU. Respondenten påpeker i den forbindelse at det i liten grad tas stilling til enkeltavtaler med mindre det er snakk om helt kritiske spørsmål. Dessuten blir arbeidet med å beslutte avtaler i flere tilfeller delegert til andre kommuner, samt samhandlingskontoret i regionen.

Nei, altså jeg har jo som sagt lite kjennskap til akkurat de avtalene. Det har ikke vært noe stort tema. Jeg har veldig bredt felt. Jeg har ansvar for alle velferdstjenester. Så det er grenser for hvor detaljert jeg går igjennom disse tingene, hvis ikke det er helt sånn akutte ting.

(Sektorleder for levekår, Hurdal)

I denne sammenheng er det viktig å påpeke at de kommuneansatte har breddekompetanse der foretakene har spisskompetanse. Dette kan blant annet medføre at kommunene har begrenset kapasitet i samhandlingen, noe man ser et konkret eksempel på hos representanten fra Hurdal. Dessuten innehar foretaksrepresentantene rene samhandlingsstillinger – for eksempel som samhandlingsrådgivere og samhandlingssjefer – mens kommunerepresentantene innehar arbeidsoppgaver som går ut over rene samhandlingsoppgaver. Dette kan tenkes å skape ulikevekt med tanke på samhandlingskapasitet mellom kommuner og helseforetak.

Det finnes videre indikasjoner på at respondentene fra ASU har bedre kjennskap til enkeltavtaler enn dem som kun er representert i SU. Det kan imidlertid se ut som om kjennskap til enkeltavtaler er noe mindre i ASU enn i OSU. Det er videre viktig å presisere at jeg mangler data om lokalpolitikere fra Ahus sitt foretaksområde. Jeg har derfor ikke mulighet til å vurdere deres kjennskap til avtalene i dette caset.

Enkeltavtaler som skaper diskusjon og uklarhet er videre spesielt fremtredende i utvalgsmøtene, men flere respondenter fra ASU trekker blant annet frem samarbeid om IKT-løsninger lokalt som en avtale det er relativt mye enighet rundt, samtidig som den benyttes kontinuerlig i utvalgsmøtene:

[...] jeg synes jo at vi har egentlig ganske mye enighet om IKT-samarbeidet. Hvis du skal sammenligne med andre samhandlingstemaer [...].

(Fagansvarlig for digital samhandling, Ahus)

... Når det gjelder IKT-samarbeidet, så har vi jo vært veldig enige om hva vi skal prioritere og jobbe med [...].

(Rådgiver IKT-fag, Skedsmo)

Dermed er delavtale vedrørende samarbeid om IKT-løsninger lokalt, en avtale som diskuteres kontinuerlig i møtene, og som det samtidig er enighet rundt, både mellom SI og kommunene og mellom Ahus og kommunene.

Benyttes avtalene i samarbeidet og på hvilken måte?

SIHF OG KOMMUNENE

Samhandlingsrådgiver og representant i OSU, mener at avtalene først og fremst har bidratt til å skape noen formelle møteplasser, noe respondenten mener er viktig for å sikre samarbeid mellom partene.

[...] For [avtalene] er et godt grunnlag for å skape noen formelle samarbeidsplasser, og slik som situasjonen er både i sykehuset og kommuner, så tror jeg, eller det er nødvendig. For da sikrer en at det blir et samarbeid. [...].

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Fagsjef psykisk helsevern ved SI mener videre at avtalene er spesielt viktige i konfliktsituasjoner, da de kan benyttes som hjelpemidler for å komme til enighet:

[...] samarbeidet er jo med på å regulere det og lovregulere. Så det er vel det som har blitt den store forskjellen er jo det at plutselig så har du noen avtaler når det er plager som går den ene og den andre veien, men som det vises til at faktisk er utarbeidet samarbeidsavtaler hvor kommunene også har skrevet under på avtalene, sånn at det kan lenkes opp mot det [...].

(Fagsjef psykisk helsevern, SI)

Representant i OSU og fastlege i Tynset mener at avtalene først og fremst er av stor betydning da de bidrar til å sidestille partene i større grad enn før innføringen av de lovpålagte samarbeidsavtalene, men respondenten mener også at det generelt er styrkende for samhandlingen at man har avtalene:

Ja, jeg synes det har en stor betydning fordi det sidestiller kommuner og sykehus. Mye mer enn det som har vært gjort før. I hvert fall som lege i kommunen, så blir du fort litt sånn [uklart] i handa. «Ja, nei, det er sykehuset sin side, nei, ja. Vi er jo underordnet.» Men her sidestilles vi, og det er kjempeviktig med de gjensidige like avtalene mellom kommunene og sykehuset. [...]det er styrkende for samhandlingen at vi har avtalene. Og at det er en gjensidig forpliktelse.

(Fastlege, Tynset)

Flere respondenter mener imidlertid at det er en utfordring at samarbeidsavtalene er veldig overordnet, slik at hver enkelt avtale må revideres for å tilpasses den konkrete praksis i hverdagen. Samhandlingsrådgiver ved SI mener videre at den mangfoldige geografiske strukturen i Innlandet gjør det problematisk å lage gode, konkrete avtaler som skal favne alle, og at mange avtaler derfor er generelle. Respondenten mener derfor at avtalene er best egnet til å lage noen underliggende, konkrete samhandlingsrutiner:

[Det er en] veldig mangfoldig struktur i Innlandet, slik at det er vanskelig å få veldig konkrete gode avtaler som skal favne alle. Men det som blir... for vi prøver på en måte og heller da å tenke litt mer konkret inn mot det som er rutiner. Som kommer under avtaleområdet. Så avtalene blir kanskje litt sånn generelle. Vil vel kanskje si det, men det er litt... noen er litt mer konkrete enn andre, og det er... men jeg ser jo det at det er et godt grunnlag for å lage rutiner, og jeg ser at det blir brukt litt mer og mer, da. Ute. Og inne på sykehuset. De er nødvendige. Men de kan bli bedre.

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Av det overnevnte kan man dermed se tendenser til at kommunerepresentantene hovedsakelig fremhever avtalenes betydning for partenes likeverdighet, mens foretaksrepresentantene i stor grad belyser avtalenes funksjonelle betydning, altså avtalene som verktøy for samhandling.

Kommunalsjef i Ringsaker hevder videre at det før innføringen av avtalene fant sted et abstrakt og kaotisk samarbeidsforhold, og at samarbeidet etter innføringen av avtalene har blitt mer ordnet. Dette viser således at de lovpålagte samarbeidsavtalene har bidratt til å gjøre det praktiske samarbeidet mellom partene mer strukturert, klargjort og ordnet enn det som var tilfellet før innføringen av dem. Respondenten oppfatter videre samarbeidsavtalene som nyttige redskap for samarbeid, selv om de ikke merkes så mye i hverdagen:

[...] Så vi lurte på om er avtalene viktige, da. Og jeg tenker at jeg tror dem er på plass, og jeg merker ikke så mye til dem i hverdagen, og det er fordi de sklir. Men hvis vi ikke hadde hatt dem, så tror jeg det hadde vært en helt annen hverdag. Så jeg synes jo at de er viktige, da. [...] for en del år tilbake også hvor dette ikke var. Altså avtalene ikke så sånn ut som de gjør i dag, så var det jo mer abstrakt også da, så det er mer ordnet samarbeidsforhold, egentlig. [...] Vi har jo [...] sett før i gamle dager når det ikke var så stramt i formen som det er nå. Da blir ting uklart. Om hva vi egentlig er enige om. Jeg tror at vi må ha en fellesramme i bunn.

(Kommunalsjef, Ringsaker)

AHUS OG KOMMUNENE

Samhandlingssjef i Ahus mener at samarbeidsavtalene ikke er spesielt gode, da de er førstegenerasjonsavtaler som fungerer mer som rammeavtaler enn konkrete samarbeidsavtaler. Dette er også i tråd med min forventning om at godt samarbeid er avhengig av standardiserte, utfyllende og detaljerte samarbeidsavtaler. Respondenten påpeker imidlertid at samarbeidsavtalene har ført til en klarlegging på noen områder, særlig vedrørende pasientforløp, men at partene ikke har klart å utnytte det avtalene gir av direkte føringer på alle områder:

«[...] ikke spesielt gode, nei. Kan ikke... noe er bra, noe har blitt klarlagt gjennom samarbeidsavtalene, særlig det som knytter seg til pasientforløp. [...] Men ellers så er de førstegenerasjonsavtaler som mer er rammeavtaler enn... vi har ikke klart å utnytte det de gir av direkte føringer. Så langt på alle områder, i hvert fall».

(Samhandlingssjef, Ahus)

Samhandlingssjefen påpeker videre at samarbeidsavtalene har bidratt til å tydeliggjøre samarbeidspartene og samarbeidsarenaene. Respondenten mener imidlertid også at antallet delavtaler medfører for stor grad av detaljstyring av samarbeidet:

«Nei, altså som sagt så har samarbeidsavtalene bidratt til å tydeliggjøre samarbeidspartene. [...] og samarbeidsarenaene. [...] sånn at noe av det med samarbeidsavtalene har vært lurt. Jeg tror nok at vi hadde ikke trengt 10 eller hvor mange det er. Vi hadde kunnet klare oss med noe mindre detaljstyring. Noen færre avtaler».

(Samhandlingssjef, Ahus)

En annen respondent fra ASU, mener at det har hatt positiv innvirkning på samarbeidet at de lovpålagte avtalene stiller krav til partene om å arbeide sammen mot konkrete mål. Informanten påpeker videre at avtalene har bidratt til at flere aktører deltar på samhandlingsmøter nå, enn det som var tilfellet før samhandlingsreformen:

«[...]Det bidrar jo til [...] det å [...] ha noen spesifikke mål å jobbe med [...] det er vel først ved samhandlingsreformen at det fikk et trøkk i form av at... det er ikke bare å velge det bort, altså det er faktisk en lovmessig... et krav til sykehus og kommuner om å ha dette og å jobbe med det [...] det er alltid en utfordring å få... få alle til å møtes, selvfølgelig, men det er noe helt annet nå enn det var».

(Samhandlingsrådgiver, Ahus)

Fagansvarlig for digital samhandling ved Ahus mener videre at samarbeidsavtalene fungerer godt, og at de har ført til fremdrift, spesielt i forbindelse med pleie- og omsorgsmeldinger, samt at de har bidratt til å videreutvikle samarbeidet:

«[...]altså de gav oss veldig ryggdekning og forankring i forhold til å få fremdrift med særlig pleie- og omsorgsmeldingene og nå bruker vi det selvfølgelig også for å videreutvikle samarbeidet slik at vi får tatt ut enda flere [uklart] i meldingsutvekslingen. [...]Ja, de hjelper oss i samarbeidet, ja. Og de hjelper oss i utviklingen av samarbeidet».

(Fagansvarlig for digital samhandling, Ahus)

En av respondentene fra Skedsmo, som også er representant i ASU, mener at samarbeidsavtalene er nyttige på den måten at de tvinger partene til å samarbeide godt. Informanten mener imidlertid at en del av samarbeidsavtalene ikke er spesielt gode, og påpeker videre at det er vanskelig å ha gode avtaler og samtidig en god oppfølging av dem:

«[...] altså de er gode på den måten at vi har de på agendaen, ikke sant. Sånn at de tvinger oss til å samarbeide godt. Det gjør de jo. Men det er en del av de avtalene som egentlig ikke er så veldig gode, som for eksempel den gråsoeavtalen. Den er jo kanskje bare en tulleavtale. Veldig vanskelig å ha gode avtaler og lage god oppfølging på det. [...] Jeg synes avtalene... altså man må jobbe seg litt inn i dem. Det er ikke sånn at de er de er... det er ikke sånn at de er knallgode verktøy for samhandlingen. [...] Den avtalen skal jo være der og regulere når vi kanskje ikke kommer til enighet».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Her ser man videre nok et eksempel på at man i foretakene er mer opptatt av det funksjonelle enn det relasjonelle, da foretaksrespondenten her fokuserer på at avtalene medfører fremdrift i samhandlingen, samt at de bidrar til utvikling av samarbeidet på konkrete avtaleområder, mens den kommunale respondente påpeker at avtalene regulerer relasjonen mellom partene, og skal tvinge dem til å samarbeide godt.

Alternative former for samarbeid som ikke er avtalefestet?

SI OG KOMMUNENE

Respondenten fra Tynset fremhever blant annet fysisk oppmøte på sykehuset for å avtale videre oppfølging av pasienter som et eksempel på ikke-avtalefestet samarbeid:

«Ja, man kan for eksempel enkeltpasientnivå, da. Dra opp til sykehuset for å avtale videre oppfølging, for eksempel».

(Fastlege, Tynset)

Kommunalsjef i Ringsaker belyser geografisk nærhet til SI som viktig for å ha et tett samarbeid mellom kommune og helseforetak. Denne nærheten fører, ifølge respondenten, til at de kommuneansatte blir godt kjent med sykehusledelsen, noe som fremmer samarbeidet.

«Ja, jeg tror at disse kommunene som ligger tett opp mot Sykehuset Innlandet her, har nok hatt et tettere samarbeid enn det som har vært vanlig i andre kommuner som ligger lengre unna. Og det har nok vært litt sånn at vi som ligger så nær, da, ja personellet hos oss kjenner på en måte lederne på sykehuset, og møter dem jo, ikke sant [...]».

(Kommunalsjef pleie og omsorg, Ringsaker)

AHUS OG KOMMUNENE

En av representantene fra Ahus mener at viktige aspekter ved en velfungerende samhandling mellom kommuner og helseforetak er gode, hyppige og uformelle relasjoner på lavest mulig nivå, og med lav terskel for å ta kontakt. Disse relasjonene er et spesielt viktige når vanskelige samhandlingssituasjoner og uenigheter skal løses:

«[...] At vi tenker at for eksempel hvis man er uenige om noe, eller det er en pasientsak som ikke løser seg, så er jo vår... altså en viktig del av det vi poengterer er jo at: Ta kontakt, prøv å løse saker på lavest mulig nivå. Vi har møtt hverandre i en møtesetting og har et ansikt og en god tone, hvis det... det er jo ofte det. [...] i stedet for å ja, skrive skjema opp og ned og håndtere i siste utvalg og andre steder. Så det er en del av en god samhandling. Gode relasjoner det gjør at... når det buter og så er det lettere å håndtere på helt sånn... telefon, eller. Ja, mer sånn uformell måte, da».

(Samhandlingsrådgiver, Ahus)

Også kommunaldirektør i Skedsmo påpeker at det finnes svært mange uformelle kontaktkanaler mellom partene, og at denne typen uformell samhandling skjer nesten daglig, både via telefon, mail og uformelle møter:

«Ja, ja, ja. Masse. Ja, hele tiden. Og det er det jeg sier, altså etter at samhandlingsreformen er... etter at vi har fått fokus, da på samhandlingen, da. [...] så er det jo sånn at vi i mye større grad bare tar noen telefoner. [...] sant, det er jo kontaktkanaler hele veien. Altså samarbeid mellom ulike enheter i kommunene og ulike enheter, avdelinger, divisjoner på sykehuset, også videre. [...] Som ikke nødvendigvis er møter, men sånn der felles beslutninger... ja, det er mye. [...] Mail og telefon og møter det og. [...] Mail og telefon mest, da».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Det ser dermed også ut som om denne uformelle samhandlingen har økt etter innføringen av samhandlingsreformen. Blant annet påpeker flere respondenter at terskelen for å ta kontakt har blitt lavere, samt at samhandlingen skjer hyppigere og gjennom flere kontaktkanaler. På denne måten blir partene bedre kjent med hverandre, noe som medfører at samhandlingen mellom kommuner og helseforetak i større grad blir uformell.

Informanten fra Skedsmo påpeker dessuten at kommunens geografiske nærhet til sykehuset har betydning for samarbeidet, noe som dermed er en viktig alternativ form for ikke-avtalefestet samarbeid:

«[...] Det er ikke lange avstanden, da. Så vi kan jo faktisk [...] vi kan jo bare gå rundt [...] Ja, det er vel en tre minutters kjøretur unna, nei da. Ti da. Så det fungerer veldig bra».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Sektorleder for levekår og representant i SU, hevder imidlertid at Hurdal og Ahus ikke har spesielt mye kontakt utover de formelle møtene:

«[...] Nei, altså det er.. vi er ikke så mye i kontakt med Ahus utover de møtene i særlig stor grad [...]».

(Sektorleder levekår, Hurdal)

Av det overnevnte ser man videre tendenser til at alternative former for samarbeid som ikke er avtalefestet, er mer utbredt mellom Ahus og kommunene (med unntak av Hurdal som ikke er direkte representert i ASU), hvor samarbeidsavtalene er mindre spesifikke, enn mellom SI og kommunene, hvor avtalene er mer innholdsrike. Dermed kan det tenkes at det praktiske samarbeidet mellom partene i større grad er preget av uformell kontakt i tilfeller hvor avtalene er lite spesifikke.

På hvilken måte foregår samarbeidet?

I denne kategorien vil jeg belyse hvorvidt partene erfarer likeverdighet i samarbeidet, hvorvidt jevnbyrdighet med tanke på møtedeltakelse har betydning for samhandlingen, hvordan stemningen og relasjonen er i utvalgsmøtene, samt hvordan uenighet håndteres.

SI OG KOMMUNENE

Samhandlingsrådgiver ved SI påpeker at det er prinsipielt viktig at det er like mange representanter til stede i møtene for å sikre likeverdighet mellom partene. Respondenten mener videre at kommunene er særlig opptatt av at partene skal ha like mange representanter til stede i møtene, men at det i praksis har større betydning at kommunerepresentantene er flinke til å snakke for seg.

«[...] Men at det er noenlunde jevnbyrdighet i forhold til... kommunene er jo veldig opptatt av... det er jo vi i sykehuset og da, men. Det er liksom det med likeverdighet og... at det skal bety like mye, så sånn sett, så tenker jeg at.. sånn prinsipielt er det viktig at vi er like mange. Men jeg tror at i praksis kan det like gjerne være hvem som blir pekt ut av kommunene til å komme avhengig av hvor gode de er til å prate for seg og. Ja».

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Samhandlingsrådgiveren trekker videre frem at det i det første møtet var en slags krigsstemning, hvor sykehuset og kommunene stod på hver sin side. Årsaken til dette var blant annet at kommunene følte seg underordnet sykehuset i dette samarbeidsforholdet. Dette medførte et svært dårlig klima i dette møtet:

«Ja. Da skal jeg si deg at det første møtet jeg var på da jeg begynte i OSU for 1,5 år siden, så følte jeg at det var en krigs... da var det, det første møtet var ikke bra. [...] da var det altså sykehuset på en side, og kommunene på andre siden. Og det var dårlig klima da [...] vi måtte jo bestemme da at vi måtte gjøre noe med det, vi måtte diskutere hva var det egentlig vi vil med dette her, og, ja hadde litt sånn friske diskusjoner på et eller to møter etterpå der og... fikk luftet ut litt. Det ble veldig mye bedre etter det, for det var veldig sånn at kommunene følte at syke... og det gjaldt kanskje spesielt en, men det var... det var litt generelt og at sykehuset var liksom sånn storebror og kommunen var lillebror. Og det var veldig sånn hakkemøte, så det var ikke bra. Ja. Men da var det liksom... da var det ikke enkeltkommuner mot enkeltavdelinger i sykehuset, det var kommune – sykehus. Ja».

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Bakgrunnen for det dårlige klimaet i dette første møtet var altså at kommunene følte seg underdanig i samarbeidsforholdet. Samhandlingsrådgiveren påpeker imidlertid at diskusjonene som fulgte, førte til at møteklimaet etter hvert bedret seg og at det har blitt større åpenhet i møtene, og bedre og mer saklige diskusjoner:

«[...] Ja, det har bedre klima blitt. Det er kanskje litt større åpenhet... takhøyde blitt [...] jeg synes det går mye bedre nå. Men det er bra at det er noen som... for alle kan ikke være enige hele tiden, og det er heller ikke meningen, men å få gode diskusjoner. Ja. Saklige. Og det er... nå er de saklige. Ja».

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Samarbeidsavtalene legger blant annet opp til at partene skal møtes jevnlig, samt at de legger føringer for hvilke saker partene skal samhandle om. Møteklimaet kan dermed tenkes å ha blitt forbedret som en følge av at partene får mulighet til å møtes hyppigere og diskutere saker med jevne mellomrom, samt at avtalenes føringer for hvilke temaer som skal diskuteres kan tenkes å ha ført til at diskusjonene blir mer ryddige og saklige. Således kan avtalene sies å ha vært viktige for at møteklimaet bedret seg mellom SI og kommunene.

Respondenten fra Tynset mener videre at det har betydning for samhandlingen at partene har like mange deltakere til stede i møtene, da det er relativt få representanter med i utgangspunktet:

«Ja, for det er med å gjøre likeverdigheten mer synlig».

(Fastlege, Tynset)

Den samme informanten mener også at møtested har betydning for partenes likeverdighet, noe som således er et alternativ til avtalenes betydning, og det påpekes blant annet at møtene avholdes i foretakets og kommunenes lokaler annenhver gang:

«Det har vi delt 50/50. Og det er jo nettopp fordi det skal være likt. Sånn at man er på hjemmebane annenhver gang».

(Fastlege, Tynset)

Respondenten fra Ringsaker, som er representert i GSU, mener at stemningen og relasjonen mellom kommunen og foretaket er svært god når de har kontakt, selv om det er sjelden at kommunen spiller inn tema i OSU:

«[Mellom] Ringsaker kommune og helseforetaket, så er det ganske bra harmonisk, det er det [...] Jeg kan bare innrømme at det er nok sjelden at [...] kommunen har spilt inn tema».

(Kommunalsjef pleie og omsorg, Ringsaker)

Det er heller ingen spesielle punkter som skaper uenighet mellom Ringsaker og SI, ifølge den samme representanten:

«Nei, jeg har ikke... altså etter at jeg begynte her i... altså for fem måneder siden, så er det ikke vært et eneste tema at det har vært noen gnisninger eller noe [uklart] i forhold til sykehuset. Ingen har tatt dette opp med meg, og det har ikke vært noe tema i møtene. Tvert imot, når vi snakker om samarbeid, så sier folk at det fungerer godt».

(Kommunalsjef pleie og omsorg, Ringsaker)

Det påpekes også fra OSU sine representanter at stemningen som regel er god i utvalgsmøtene, selv om visse saker kan medføre uenighet mellom partene:

«Jeg vil si at det er godt klima... altså det er godt samarbeidsklima, vil jeg si. Og så er vi ikke enige i alle saker som kommer opp, men stort sett. Så blir en enige, liksom. Jeg vil nok si det. Jeg vil nok si det. Ja. Det har kanskje ikke vært de store kontroversene heller, da... det ble jo nå når vi drev å diskuterte avtaler og sånn, så hadde vi noen runder, men altså... da var det gi og ta litt. Så jeg vil vel kanskje si at vi.. ja, jeg føler på det nå at det er godt... godt... godt møteklimate. Og så er det noen uenigheter som må være der nødvendigvis. Ja».

(Samhandlingsrådgiver, SI)

Og hvis det skulle oppstå uenighet, drøftes saken, og partene kommer som oftest til enighet som en følge av dette:

«... Man drøfter det jo, så kommer man med forslag. [...] Stort sett så gjør man jo det. Ja [kommer til enighet]».

(Fastlege, Tynset)

Til slutt påpeker samtlige representanter at møtehyppighet er svært viktig for å få til et godt samarbeid. Samhandlingsrådgiver ved SI sier blant annet følgende:

«[...] det fungerer bedre når en [møter] jevnlig. Blir det for lenge mellom saker... vi skal ta opp igjen sakslister så har folk falt litt ut, og... så at det er en viss kontinuitet og regelmessighet. Det tror jeg at er en fordel, ja».

(Samhandlingsrådgiver, SI)

AHUS OG KOMMUNENE

I ASU er deltakelsesstrukturen lagt opp slik at kommunene har langt flere representanter til stede i møtene enn foretaket, og således har jevnbyrdighet med tanke på møtedeltakelse liten betydning i dette samarbeidsutvalget. Samhandlingssjef ved Ahus påpeker imidlertid at det har betydning for samarbeidet hvis møtedeltakere melder forfall, og særlig hvis sykehusdirektøren ikke kan møte, da det gir kommunene en følelse av å bli nedprioritert:

«Ja... det har nok betydning, i hvert fall hvis det skjer flere ganger. Så har det betydning, altså det liker ikke... hvis vår direktør ikke kan møte, så liker ikke kommunene det, for å si det sånn. Og det går jo på sånn der tillit og opplevelse av å bli prioritert og... at man er opptatt av samarbeidet».

(Samhandlingssjef, Ahus)

Samhandlingssjefen påpeker videre at stemningen i møtene er god, men svært formell, samt at partene er uenige i mange saker. De lykkes videre kun i varierende grad med å løse disse uenighetene i utvalgsmøtene:

«[Stemningen i møtene er] Høflig og hyggelig. Men formelt. Svært formelt. [...]Det er mange saker vi er uenig i [...] Og jeg tror nok ikke vi er enige hele veien om utfordringene og hvordan de skal løses. [...] [Vi lykkes] i varierende grad [med å løse uenighet]».

(Samhandlingssjef, Ahus)

Samhandlingsrådgiver ved Ahus påpeker videre at det har betydning for samarbeidet hvor møtene avholdes:

«[...] ja det har litt å si. Før var liksom alle møtene her. Og så er det jo det jeg tenker er en veldig god ordning mellom Ahus og kommunene det er jo at vi deler på ledelsen og ledelsen vil si at den som har ledelsen da, den møtes jo. [...] jeg opplever da at dette her at du har en delt ledelse hvor du må ta dette ansvaret for at overordnet ansvar for agendaen og møtegjennomføringen og at det har en har mye å si i forhold til den likeverdigheten og de sakene som kommer på dagsorden, og... Jeg. Svaret er jo ja. Jeg tror at hvor du møtes det har nok... det kan lett bli sånn der at opplever vi vel at her på sykehuset har vi så dårlig tid, at vi må ha møtene i nærheten av der vi jobber. Også, nei vi kan ikke reise helt til Eidsvoll. Altså hva slags signaler gir det? [...]».

(Samhandlingsrådgiver, Ahus)

Det at Ahus og kommunene deler på ledelsen er videre nok et eksempel på en institusjonell ordning som går ut over avtalenes føringer for samarbeidet.

Hva gjelder likeverdighet mellom partene, påpeker kommunaldirektør i Skedsmo at det er Ahus som har vært mest aktiv med å få saker opp på dagsorden, selv om kommunene har kommet etter:

«Ja, jeg vil jo si at Ahus har vært mest aktiv. Kommunene har kommet etter og har vært med og satt dagsorden, og vi, kommunene har kommunene har ledet A... nei, har ledet SU i et år. De er inne i andre året, og det det at vi har ledervervet, så har vi også vært flinkere til å ta opp saker i SU, da. Men i ASU, så... er det litt sånn [uklart] jeg tror nok Ahus er de som har vært ivrigst».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Videre mener respondenten fra Skedsmo at maktforholdet mellom partene har blitt utjevnet som en følge av de organisatoriske endringene som kom som en følge av Samhandlingsreformen, samt at også denne informanten påpeker at ledervervet alternerer mellom partene:

«[...] når det gjelder avtale... altså sånn som vi har rigget organisasjonen nå, med et ASU og med et SU, så blir det maktforholdet er i hvert fall de i hvert fall på disse arenaene, er blitt mye bedre. Og vi. I og med at vi alternerer også mellom ledelse, altså når kommunene leder SU, sånn som vi gjør nå, så leder

Ahus ASU. Og så, neste år, så er det kommunene som leder ASU og sykehuset som leder SU. Så det har blitt bedre. Ja».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Fra Ahus sin side, pekes det imidlertid på at kommunene bare i varierende grad har vært flinke nok til å ta Samhandlingsreformen i betraktning i det praktiske samarbeidet, spesielt når det gjelder avtalen om utskrivningsklare pasienter:

«Fra sykehusets ståsted i den forbindelse er jo at vi ser jo at det er veldig forskjell på hvordan kommunene har tatt samhandlingsreformen inn over seg. ... og det det er klart at [...] det skjer jo også selvfølgelig at man får skrevet ut pasienter som ikke var helt sånn man ble fortalt, men det er også en del av sånn for pasienter som for eksempel i den saken som var på nyhetene at vi fikk en pasient som krevde sykepleiere ved sengen. Men det har jo samhandlingsreformen for så vidt lagt opp til. Altså... og så er det noe med hvordan man har tatt dette inn over seg og rigget seg for å møte den utfordringen. Og det er veldig varierende».

(Samhandlingsrådgiver, Ahus)

Det er videre slik at noen konkrete samhandlingsemner utsettes fra møte til møte. Samhandlingssjefen mener at en slik utsettelse gjenspeiler hvor komplisert en sak er, og konstaterer samtidig at samarbeidsklimaet mellom partene det siste året har vært dårlig:

«[...] det er klart det å lage en strategisk plan i et samarbeidsklima som det siste året har vært... det har vært uttalt fra kommunenes side at de ikke har tillitt til sykehuset. Det å utarbeide en strategisk plan i et dårlig samarbeidsklima et anstrengt samarbeidsklima er komplisert. Sånn at utsettelse speiler jo ofte at det er kompliserte arbeid som har saker som har vært løftet».

(Samhandlingssjef, Ahus)

Kommunaldirektøren konstaterer videre at stemningen i møtene er god og at det er stor takhøyde, selv om det av og til oppstår misforståelser mellom partene i noen utvalgsmøter:

«[...] Altså man er jo for så vidt likeverdige partnere i samarbeidet. Så takhøyden er stor [...]. Men noen ganger så har man kommet i et møte hvor man har trodd at Ahus kanskje har trodd at nå hadde vi klart, det vi har [uklart]. Og så sier kommunene «nei, det får vi ta en runde til på». Så det hender vi går en runde til, altså. [...]».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Samtlige respondenter mener dessuten, i likhet med respondentene fra SI, at samhandlingsfrekvensen har betydning for samarbeidet. Kommunaldirektør i Skedsmo uttrykker blant annet følgende:

«Åja! Frekvensen er viktig, så det er bare. Ja. Ja».

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Romslige eller konkrete avtaler?

SI OG KOMMUNENE

Hva gjelder respondentenes tanker om hvorvidt samarbeidsavtalene skal være spesifiserte og detaljerte, eller mer romslige, svarte blant annet fagsjef for psykisk helsevern ved SI at avtalene ikke måtte være veldig detaljerte, men at det detaljeringsnivået som avtalene ligger på nå, fungerer godt:

«Nei, jeg tror ikke de kan være veldig detaljerte. Da kommer du ned på... da kommer du nesten ned på da enkeltavdelings... eller enkeltdivisjon og enkeltavdeling. [...] Så i den grad vi skal ha samarbeidsavtaler som skal gjelde for flere, så må det ligge på det nivået det ligger på nå».

(Fagsjef psykisk helsevern, SI)

Også OSU-representanten fra Tynset mener at detaljeringsnivået som avtalene ligger på nå, fungerer godt, ved at man har overordnede avtaler på de områdene det er hensiktsmessig, og mer spesifikke og konkrete avtaler og rutiner på de områdene hvor dette er nødvendig:

«Det er bra det nivået vi har lagt oss på, egentlig. [...]Man har åpnet for romslige, men konkret i ønske på hensikt på de mer overordnede avtalene. Så kommer man mer spesifikt inn på når utskrivning skal skje, for eksempel i disse underavtalene står det jo enda mer spesifikt. Så blir det jo opp til hver lokale avtale igjen å lage de detaljerte forløpene og da blir de gjerne beskrevet i pasientforløpstenking. Men det kan ikke styres på detaljnivå ifra de overordnede avtalene. For det vil jo være mye lokale forhold som avgjør, hva som i praksis på grunnnivå skal gjøre det. Men å ha de overordnede avtalene og grunnlaget som et overordnet prinsipp, det synes jeg er riktig».

(Fastlege, Tynset)

Også kommunalsjef i Ringsaker tilstreber så overordnede avtaler som mulig på noen områder, mens man på andre områder, som for eksempel ved utskrivningsklare pasienter, må ha mer konkrete og spesifikke samarbeidsavtaler:

«Jeg mener at det er bedre med slingringsmann, rett og slett. At vi tilstreber så overordnede avtaler som mulig. Og så er det noen ting som må reguleres, da, sant. Når for eksempel når vi skal samarbeide om utskrivningsklare pasienter, må det jo være noen regler på når man melder, at ikke det kan skje liksom til alle døgnets tider, og at det er noen frister der som gjelder. For at en skal rekke å stable tjenester på bena i kommunen».

(Kommunalsjef pleie og omsorg, Ringsaker)

AHUS OG KOMMUNENE

Samhandlingsrådgiveren i Ahus mener at samarbeidsavtalene bør være såpass generelle at partene, med utgangspunkt i det som er avtalt, kan finne ulike praktiske samhandlingsløsninger.

«Ja, vår erfaring tror jeg nok er at delavtalene eller [...] de lovmessige avtalene. [...]De må være litt mer generelle. [...]at man har noen som er mer sånn... hvor du da innenfor det som er avtalt kan finne ulike praktiske løsninger. Om det er innenfor psykisk helse, om det er somatikk, om det er mot eldre, altså...[...] det er nok en fordel at det ikke er for detaljerte. [...] De som jobber sammen og ser hvor skoen trykker at de må finne... innenfor det som... altså ikke fritt, men innenfor det som er overordnet avtalt.

At man kan finne praktiske, gode retningslinjer. Det er det vi får tilbakemelding på og, det er jo da vi opplever at avtalene har noe for seg, da. Altså du avtaler noen sånne kjørerregler».

(Samhandlingsrådgiver, Ahus)

Det kommer dermed til syne en tvetydighet hos samhandlingsledelsen i Ahus, da samhandlingssjefen mener at de nåværende avtalene er veldig generelle førstegenerasjonsavtaler, noe som videre impliserer at respondenten ønsker at de skal spesifiseres etter hvert for å fremme samhandling, mens samhandlingsrådgiveren, på den andre siden, ikke ønsker spesifiserte avtaler, da dette vil skape konflikt i samarbeidsforholdet mellom partene.

Kommunaldirektør i Skedsmo mener, som en forlengelse av dette, at veldig spesialiserte og detaljerte avtaler bare medfører konflikter, noe som videre er en viktig uttalelse i forbindelse med studiens problemstilling. Avtalene bør imidlertid legge opp til møtepunkter mellom partene som gjør dem i stand til å ta hånd om konflikter og utfordringer som eventuelt måtte komme:

Nei, nei, nei. Det blir bare fullstendig... da blir det bare konflikter. [...] Avtalene må legge opp til at det skal være... Møtepunkter, da. Mellom ansvarlige... eller både i kommunehelsetjenesten og Ahus, som kan kunne ta hånd om utfordringer og konflikter som eventuelt måtte komme. Men, nei. Det går ikke an å ha veldig detaljerte avtaler. Det blir ikke...

(Kommunaldirektør helse- og sosialsektoren, Skedsmo)

Sektorleder for levekår i Hurdal kommune mener videre at samarbeidsavtalene bør være like for alle kommunene, og at det på områder hvor det lett kan oppstå uenighet, er viktig å være så presis som mulig med tanke på innholdet i avtalene. Også denne respondenten mener imidlertid at avtalene på noen områder kan være åpnere, men ikke så åpne at de ikke kan benyttes i konkrete samhandlingssituasjoner. Også denne informanten trekker frem avtalen om utskrivningsklare pasienter som et konkret eksempel:

Altså, det er jo en... Jeg tenker at de bør være like for alle kommunene. For ellers så blir det uhåndterlig. Men [...] der hvor det kan lett kan oppstå uenighet, så er det viktig at de er veldig presise. Og så er det andre temaer som handler mer om det å finne gode praktiske løsninger i hverdagen. Hvor de godt kan være litt rundere. Men de må ikke være så runde at du ikke kan kaste dem i bordet å si at «dette er sånn det skal løses». Så det [...]det kommer litt an på tematikken. Og om konsekvensene av, det er viktig at ting som... at det er helt avgjort når vi har skjæringspunktet for når man skal melde fra om en utskrivningsklar pasient og at man vet akkurat når kommunen vil pådra seg en kostnad. Sånn at det ikke blir en diskusjon som «ja meldingen kom klokken 14:50, det er ikke godt nok». Sant, du må da kunne diskutere... du må da kunne trekke frem og si «nei, denne meldingen kom ett minutt over tre på denne dagen, da er ikke denne pasienten utskrivningsklar før på mandag».

(Sektorleder for levekår, Hurdal)

Oppsummering

Avslutningsvis vil jeg trekke frem noen sentrale empiriske funn, på bakgrunn av det overstående. Disse funnene vil videre danne utgangspunkt for analysen i neste kapittel.

For det første er det relevant å påpeke at det er en intern konsistens mellom intervjuene og innholdet i møtereferatene, da både informantene fra SI og kommunene, samt referatene fra OSU-møtene viser at samarbeidet mellom partene fungerer godt i praksis, samtidig som at respondentene fra Ahus og kommunene og referatene fra ASU-møtene gir en klar indikasjon på at samarbeidet her er preget av en del spenninger og konflikter.

Det praktiske samarbeidet mellom partene erfares dermed noe ulikt i de to samarbeidsutvalgene. Jeg har videre funnet at kommunene har noe begrenset kapasitet til samhandlingssaker, samt at Hurdal kommune, som kun er indirekte representert i ASU, hadde noe begrenset kjennskap til enkeltavtaler og begrenset uformell kontakt med foretaket. Det finnes dermed indikasjoner på at respondentene fra ASU har bedre kjennskap til enkeltavtaler enn dem som kun er representert i SU.

Via informantene fant jeg videre at representantene i både OSU og ASU har god kjennskap til samarbeidsavtalene, men det er også funnet tendenser til at kjennskapen til enkeltavtaler er noe mindre i ASU enn i OSU. Avtalene benyttes videre hovedsakelig i situasjoner hvor uenigheter skal løses. I enkelte tilfeller benyttes imidlertid avtalene også kontinuerlig, spesielt i tilfeller hvor avtaler skal utvikles eller revideres. Respondenten fra Ringsaker kommune, hadde videre god kjennskap til enkeltavtaler, selv om kommunen ikke er direkte representert i OSU, noe som viser at direkte representasjon i OSU har liten betydning for partenes kjennskap til avtalene. Jeg fant videre at lokalpolitikere besitter svært liten kjennskap til det praktiske samarbeidet jeg ønsker å studere, noe som indikerer at deltakelse i samarbeidsutvalgene har stor betydning for partenes kjennskap til samarbeidsavtalene. Jeg mangler imidlertid data om lokalpolitikere i Ahus sitt foretaksområde. Jeg har derfor ikke mulighet til å vurdere deres kjennskap til avtalene i dette caset.

I OSU har avtalene hovedsakelig bidratt til å skape noen formelle møteplasser. De ble også fremhevet som viktige virkemidler for å komme til enighet, samt at de har bidratt til å styrke samhandlingen, sidestille partene i samarbeidet og skape mer ordnede samarbeidsforhold. I ASU var holdningen til samarbeidsavtalene noe mer varierende. Både kommune- og foretaksrepresentanter mente at en del avtaler ikke er særlig gode, samtidig som at det ble påpekt at de har bidratt til å tydeliggjøre samarbeidsparter og samarbeidsarenaer.

Videre ble kommunenes geografiske nærhet til foretakene, samt uformelle relasjoner på lavest mulig nivå, gjennomgående belyst som viktige eksempler på samarbeidsfremmende, ikke-avtalefestet samarbeid. Disse alternative samarbeidsformene var imidlertid mest utbredt mellom Ahus og kommunene, hvor samarbeidsavtalene er mindre spesifikke.

I OSU mente respondentene videre at likeverdigheten og samarbeidet mellom partene hadde blitt bedre med tiden. Partene mente også at stemningen i møtene er god, og at de i konflikttilfeller relativt raskt kommer til enighet ved å ta tidlig tak i potensielle problemer og å drøfte sakene nøye. I ASU er videre stemningen svært formell, men også relativt god, selv om flere respondenter gav uttrykk for et dårlig samarbeidsklima og manglende tillitt mellom partene. Partene er dessuten uenige i mange saker, og lykkes bare i varierende grad med å

løse konflikter. En ASU-representant fra foretaket påpeker videre at kommunene bare i varierende grad har vært flinke nok til å ta samhandlingsreformen i betraktning i det praktiske samarbeidet. Møtested har dessuten betydning for partene i både OSU og ASU, samt at møtefrekvensen er av stor betydning for samhandlingen i begge utvalgsmøter.

Empirien viser dermed at det praktiske samarbeidet mellom partene i ASU oppleves som mer konfliktfylt og spenningsfylt enn det praktiske samarbeidet i OSU. Også møtereferatene underbygger dette. Slik det fremgår av intervjuene og møtereferatene fra OSU, fungerer samarbeidet mellom kommunene og SI meget bra. Selv om det i noen tilfeller oppstår uenighet mellom partene, er de flinke til å ta tak i potensielle problemer på et tidlig tidspunkt og uenigheter løses relativt kjapt og uproblematisk. I ASU ser man imidlertid av møtereferatene at det praktiske samarbeidet har vært preget av konflikter, tillitsbrudd og tvisteløsningssaker. Det er et gjennomgående problem i samhandlingen at Ahus og kommunene ikke klarer å løse sentrale samhandlingsproblemer, at kommunikasjonen mellom partene fungerer dårlig, samt at kommunene har fått begrenset tillitt til Ahus i samarbeidet.

SI og kommunene har utfyllende og spesifiserte samarbeidsavtaler med rutiner og vedlegg som går ut over det som kreves i Nasjonal veileder. Ahus og kommunene har, på den andre siden, ingen slike supplement eller vedlegg, samt at flere av samarbeidsavtalene inneholder mindre enn veilederens minimumskrav. Det er særlig uklare avtalepunkter vedrørende utskrivningsplanlegging som skaper konflikter mellom partene. Ahus mangler en egen delavtale om utskrivningsplanlegging, og således også en spesifisering av sentrale avtalepunkter vedrørende dette. Dette kan dermed tyde på at variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker det praktiske samarbeidet mellom kommuner og helseforetak.

Kapittel 7 – Analyse av det empiriske materialet

Innledning

I det forrige kapittelet ble det gjort rede for partenes erfaringer med praktisk samarbeid i de valgte samarbeidsutvalgene, slik det kommer til uttrykk gjennom intervjuer og møterefater fra henholdsvis OSU og ASU. I kapittel 4 ble det videre utledet noen forventninger til funnene sett fra ulike teorier og perspektiver. I dette kapittelets første del vil disse forventningene igjen presenteres, før mine antakelser i henhold til de ulike teoretiske inntakene vil knyttes opp til de empiriske funnene. Underveis vil jeg også belyse betydningen av direkte representasjon i OSU og ASU for samhandling.

Gjennom denne studien undersøker jeg hvorvidt avtalevariasjoner påvirker partenes erfaringer med praktisk samarbeid i de valgte samarbeidsutvalgene. Min problemstilling og hovedantakelse er dermed at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak påvirker partenes erfaringer med praktisk samarbeid. Dessuten antar jeg at utfyllende og mer omfattende samarbeidsavtaler vil medføre bedre erfaringer med praktisk samarbeid enn avtaler som inneholder like mye eller mindre enn Nasjonal veileders minimumsløsning. Gjennom dette kapittelet vil jeg imidlertid også knytte de alternative formerne for ikke-avtalefestet samhandling som er funnet i empirien opp mot noen av de teoretiske inntakene, for å belyse ulike ting som påvirker samarbeid uavhengig av hva slags avtaleverk som er introdusert.

Grunnleggende teoretiske antakelser og forventninger

Morten Egeberg (1984) viser at variasjoner i kontakthypighet, avspeiler den formelle normative strukturen¹⁵, og at andelen som har ukentlig eller oftere kontakt innad i egen sektor er dobbelt så stor som andelen som har slik kontakt utenfor egen sektor. Slik viser han at aktører, problemer og løsninger som knyttes sammen innenfor samme formelle normative struktur, har mye større sjanse for faktisk å bli koblet sammen. Slik kan hensyn som ønskes avveid i forbindelse med hverandre bli koordinert (s. 69). Videre mener han at en tettere kobling mellom nivåer kan øke konfliktnivået på eget saksområde og føre til uklare målsettinger, men at det ut fra et gitt mål likevel kan være ønskelig å slå sammen enheter, da dette kan føre til at de formelle organisasjonsgrensene inkluderer flere deltakere, problemer og løsninger enn tidligere. Dessuten kan uenigheten ses som et uttrykk for at en koordinering finner sted. Egeberg (1984) viser dermed at det eksisterer klare sammenhenger mellom formell normativ struktur og faktisk beslutningsatferd, samt at

¹⁵ Med normativ struktur menes det stabile system av forventninger som knytter seg til rollenehaverne i en organisasjon. Det at den normative strukturen i en organisasjon er formell, vil si at forventningene som knytter seg til rollenehaverne, eksisterer uavhengig av de personer som til enhver tid innehar stillinger i organisasjonen. Forventningene uttrykkes videre blant annet gjennom lover og regler (Egeberg, 1984: 20 og 21).

endring i formell normativ struktur resulterer i endring i faktisk atferd, i tråd med et instrumentelt organisasjonsperspektiv.

I et institusjonelt perspektiv fokuseres det videre på mer uformelle normer og verdier i offentlige organisasjoner, samt hvordan disse utvikler seg sakte med tiden, og gir strukturen særegne kulturelle trekk (Selznick, 1957). Videre opererer Mosher (1957) med en deltakelseshypotese hvor han hevder at man oppnår bedre effektivitet, både strukturelt og substansielt, når berørte parter tar del i beslutningsprosessen forut for og i selve implementeringen av reorganiseringen.

Flernivåstyring kan videre kobles til instrumentelt perspektiv, da organisatoriske rammer her bevisst utformes og benyttes som verktøy for å styre beslutningsprosesser. I forlengelse av dette innebærer flernivåstyring en økt grad av vertikal og horisontal gjensidig avhengighet og forhandling mellom beslutningstakere på ulike territorielle nivåer, som er dannet gjennom omfattende prosesser. Sentraliserte statlige funksjoner blir dermed flyttet oppover mot overnasjonalt nivå, og nedover mot lokalt nivå. Selv om det formelt er slik at policy på ett nivå er avhengig av beslutninger på et høyere nivå, er beslutningskjeden ikke avklart i et over- eller underordningsforhold. Denne endringen av beslutningshierarkier vanskeliggjør ansvarliggjøring av politikere fordi beslutninger vanskelig kan spores tilbake til en aktør eller beslutningssentrum (Helgøy & Aars, 2008: 14). Putnam (1988) påpeker videre at det interessante med flernivåstyring er at i de tilfeller hvor interesser og mål er overlappende, vil det ikke bli problemer, men i tilfeller hvor mål og interesser enten er bare delvis overlappende, eller direkte motstridende, vil det oppstå spenninger og behov for koordinering og gjensidig tilpasning.

I et nettverksperspektiv dreies oppmerksomheten bort fra formell organisasjon, og over på prosesser. Således er dette en institusjonell vinkling, hvor prosesser og uformelle normer, påvirker atferd, heller enn formelle regler. Her hevdes det at norsk lokalpolitikk alltid har hatt innslag av både fragmentering og samstyring, men at man nå er på vei mot mer nettverksbaserte styringsrelasjoner i norsk lokalpolitikk. Dette kan blant annet tenkes å ha ført til at helseforetakene og kommunene har fått styrket sin handlingskapasitet, samt at man kan betrakte forholdet mellom stat og kommune som at kommunene har fått utvidet sitt innflytelsesområde ved at de får mulighet til å skape styringsmakt på nye måter (Røiseland & Vabo, 2008). Til slutt er et mål for nettverksdannelser å skape selvstyrte nettverk, som kan ivareta fellesskapelige verdier uten at den politiske styringen nødvendigvis er tilstede.

I lys av partnerskapsbegrepet, påpeker Indset et al. (2012) at forholdet mellom stat og kommune har gjennomgått et skifte fra tradisjonelle virkemidler for statlig styring, over til et ideal om partnerskap og likeverd, hvor relasjonen skal reguleres gjennom avtaler som er fremforhandlet av kommunene og foretakene, og hvor partene skal samhandle og samarbeide fortløpende om den enkelte bruker eller pasient. Dermed kan dette kobles til et instrumentelt organisasjonsperspektiv. Hun mener imidlertid at disse endringene ikke erstatter de innarbeidede og tradisjonelle virkemidlene som regulerer statens forhold til

kommunene, da statlig styring vedvarer selv om det er innført partnerskapsordninger, noe som kan gjøre relasjonen asymmetrisk. Det at de statlig initierte avtalene blir betraktet som et hinder for velfungerende samhandling, kan videre kobles til et institusjonelt perspektiv. På den andre siden gir forhandlingselementet kommunene større grad av autonomi og påvirkningskraft i samarbeidet, noe som bidrar til å fremme likeverdigheten mellom partene.

Det påpekes videre at det kan oppstå uenigheter eller tvister mellom kommuner og helseforetak i forbindelse med samarbeidsavtalene, i tråd med et instrumentelt perspektiv, og at Norge mangler uavhengige tvisteløsningsorganer hvor slike saker kan avgjøres av en objektiv instans. Det hevdes dermed at det er statsforvaltningen som avgjør hva slags rettslige rammer som gjelder for virksomheten i kommunene, uten at spørsmålene kan prøves i rettslige instanser som er uavhengige av begge partene. I et governance-nettverk forventes videre et skjevt maktforhold mellom aktørene, men hvis deltakelsen er frivillig og partene er gjensidig avhengig av hverandre, vil dette begrense mulighetene til ensidig maktbruk (Torfing, 2007). I forlengelse av dette, kan governance-nettverk knyttes til et institusjonelt perspektiv, blant annet fordi formelle regler har liten innvirkning på samhandlingen her, da nettverkene er selvregulerende og deltakerne til en viss grad fastsetter regler og prosedyrer for samhandlingen.

Fimreite (2008) påpeker videre at for å forstå samarbeid mellom stat og kommune i lys av partnerskapsmodellen, må man være klar over to viktige ulikheter mellom dette partnerskapet og forvaltningskommunen. En sentral ulikhet er knyttet til at aktørene i partnerskapet er sagt å skulle være likeverdige partnere. Dermed blir den andre ulikheten mellom forvaltningskommunen og partnerskapet mellom kommune og helseforetak om at relasjonen er lovpålagt, relativt paradoksal. Videre påpeker Fimreite (2008) at så lenge partene i partnerskapet er enige, er det lett å være likestilte, men når uenigheten vokser, vil den av partene med den formelle makten, raskt kunne overkjøre den andre. Her kan man således trekke paralleller til det institusjonelle perspektivet, da uformelle normer og verdier her påvirker atferd. Hun argumenterer dessuten for at man ser en dreining i stat-kommuneforholdet fra et hierarki med nettverksforbindelser til et partnerskap med stadig større statlige styringsambisjoner. Det at partnerskapsmodellen innebærer en viss fleksibilitet til å tilpasse lokale løsninger til lokale behov, kan imidlertid styrke kommunens rolle i samarbeidet.

Forhold mellom struktur og atferd

Samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samarbeid

I henhold til Egeberg-modellen, ble det utledet en antakelse om at det eksisterer en tett kobling mellom formell normativ struktur og adferd, samt at variasjoner i kontakthypighet, avspeiler den formelle normative strukturen. De empiriske funnene viser, i tråd med dette, at samarbeidsavtalene har ført til at utvalgsrepresentantene møtes oftere. Samtlige informanter mente dessuten at møtehyppighet er svært viktig for å få til et godt praktisk

samarbeid. Det at de empiriske funnene viser at samarbeidsavtalene har fremmet møtehyppigheten, samtidig som at møtehyppigheten beskrives som svært viktig for å få til et godt praktisk samarbeid, gir således en klar indikasjon på at samarbeidsavtalene har bidratt til å fremme samhandlingen mellom partene.

I tråd med Egeberg sin antakelse om at variasjoner i kontakthypighet, avspeiler den formelle normative strukturen, antar jeg videre at variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker det praktiske samarbeidet. Min antakelse er altså at den praktiske samhandlingen blir bedre jo mer utfyllende og detaljrik avtalens innhold er. I lys av dette handler ikke god samhandling mellom kommuner og foretak bare om en ensartet nasjonal praksis i bruken av samarbeidsavtalene og en konkretisering av oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene, i tråd med HOD og KS sin forventning, men også om at fylldigere og mer omfangsrige avtaler vil fremme det praktiske samarbeidet mellom aktørene i større grad en avtaler som "underoppyller" veilederens minimumsløsning. Av empirien kommer det frem at SI og kommunene, som har detaljerte og utfyllende avtaler, også har en velfungerende og harmonisk samhandling i sine utvalgsmøter. Videre viser de empiriske funnene at Ahus og kommunene mangler utfyllende og konkrete samarbeidsavtaler på flere avtaleområder, samtidig som den praktiske samhandlingen mellom dem er konfliktfylt. Dette bidrar dermed til å underbygge min antakelse om at avtalevariasjoner har betydning for praktisk samarbeid.

I henhold til Egeberg, forventet jeg videre at avtalene har ført til at aktører, problemer og løsninger har blitt knyttet sammen. Samhandlingsrådgiveren i Ahus påpeker, i tråd med dette, at avtalene har bidratt til at flere aktører deltar på samhandlingsmøter nå, enn det som var tilfellet før samhandlingsreformen. Empirien viser videre at tettere kobling mellom nivåene har bidratt til å fremme samhandling, herunder kommunikasjonen og problemløsningsevnen mellom SI og kommunene, mens sammenkoblingen mellom Ahus og kommunene ikke har fremmet samhandlingen i samme grad. Her har avtalene i visse tilfeller bidratt til konflikter og tvister.

Noen informanter fra ASU mente forøvrig at samarbeidsavtalene har bidratt til å tydeliggjøre samarbeidspartene og samarbeidsarenaene, samt at det har hatt positiv innvirkning på samarbeidet at de lovpålagte avtalene stiller krav til partene om å arbeide sammen mot konkrete mål. Dessuten påpekes det at avtalene har ført til en klarlegging på noen områder, men at partene ikke har klart å utnytte det avtalene gir av direkte føringer på alle områder. For eksempel påpeker en kommunerepresentant i ASU at samarbeidsavtalene ikke er spesielt gode, og at det er vanskelig å ha gode avtaler og samtidig god oppfølging av dem. Dessuten sier en foretaksrepresentant at stemningen i utvalgsmøtene er svært formell, at partene er uenige i mange saker, og at de bare i varierende grad lykkes med å løse disse uenighetene. I møtereferatene ser man klare tendenser til det samme. Konfliktene som preger samhandlingen mellom Ahus og kommunene kan imidlertid være ønskelig, og et uttrykk for at det er igangsatt en koordineringsprosess, i tråd med Egeberg. Uenigheten kan, på den andre siden, også være et uttrykk for uklare målsettinger, og at partene, som et

resultat av sammenkoblingen, får vanskeligheter med å bedømme virkningene av tiltak på eget saksområde. Min antakelse er, i lys av dette, at konfliktene og tvistene i samhandlingen mellom Ahus og kommunene eksisterer som en følge av lite spesifiserte samarbeidsavtaler, altså uklare målsettinger.

Hos SI og kommunene førte videre en sammenkobling mellom nivåene til en krigsstemning i det første utvalgsmøtet, men stemningen har bedret seg betraktelig, blant annet som en følge av diskusjonene som fulgte. Uenigheten som oppstod her, kan dermed betraktes som et uttrykk for at en koordineringsprosess fant sted mellom partene, noe som også er samhandlingsreformens mål. Videre viser de empiriske funnene at samhandlingen mellom SI og kommunene fungerer godt, at stemningen i utvalgsmøtene er god, samt at de er flinke til å ta tak i potensielle problemer på et tidlig tidspunkt og at uenigheter løses relativt raskt og uproblematisk.

Alternative former for samarbeid

I henhold til det institusjonelle perspektivet, utledet jeg en antakelse om at kultur heller enn regler, har betydning for samhandlingen. I tråd med dette perspektivet, og i forlengelse av det overnevnte, påpekte samhandlingsrådgiveren i SI, som nevnt, at det første utvalgsmøtet var konfliktfylt. Diskusjonene som fulgte, kan imidlertid også sies å være prosesser som har foregått uavhengig av avtalene som formelle instrumenter for å sikre samarbeid. Videre viste de empiriske funnene at geografisk nærhet mellom kommuner og helseforetak hadde betydning for samarbeidet. Flere informanter, både fra kommune- og foretakssiden, mente at dette var viktig, så denne nærheten fører til at de kommuneansatte blir godt kjent med sykehusledelsen, noe som fremmer samarbeidet. Det ble videre antatt at læring over tid har betydning for samhandlingen. Empirien bekrefter dette, da det første møtet mellom SI og kommunene ble beskrevet som et «hakkemøte» med store spenninger mellom partene, mens samhandlingen nå fungerer godt. Samarbeidet mellom Ahus og kommunene er imidlertid fortsatt preget av konflikter og uenighet, men i tråd med det overnevnte, kan det tenkes at samarbeidet her vil bedres med tiden. Videre utledet jeg en antakelse om at kommunestørrelse har betydning for samhandlingen. De empiriske funnene viser at respondenten fra Hurdal kommune, som er den minste av de valgte kommunene i dette studiet, hadde liten kjennskap til enkeltavtaler og liten kapasitet i samhandlingen. Informanten påpekte dessuten at Hurdal og Ahus har liten kontakt utover de formelle møtene.

I forlengelse av dette, utledet jeg også en antakelse om at direkte representasjon i de overordnede samarbeidsutvalgene har betydning for samhandlingen mellom kommuner og foretak. Hurdal kommune er ikke direkte representert i ASU, og empirien viser at respondenten fra Hurdal i liten grad tar stilling til enkeltavtaler med mindre det er snakk om helt kritiske spørsmål. Informanten hadde videre begrenset kjennskap til enkeltavtaler og begrenset uformell kontakt med foretaket. Dessuten viser de empiriske funnene at lokalpolitikere ikke var representert i noen av de valgte samarbeidsutvalgene, hverken

direkte eller indirekte. De hadde i tillegg svært lite kunnskap om det praktiske samarbeidet jeg ønsker å studere, og således svært begrenset kjennskap til enkeltavtaler og samarbeidsutvalgene. Deltakelse i utvalgsmøtene har dermed stor betydning for partenes kjennskap til samarbeidsavtalene. Kommunerepresentanten fra Ringsaker kommune er videre indirekte representert i OSU, og direkte representert i GSU. Informanten hadde inngående kjennskap til enkeltavtaler, da disse behandles mer konkret i disse utvalgene, men han påpekte at det er sjelden at kommunen spiller inn tema til OSU. Videre viser de empiriske funnene at respondentene fra ASU hadde bedre kjennskap til enkeltavtaler og mer uformell kontakt med Ahus enn kommunen som kun var representert i SU. Dermed viser de empiriske funnene at direkte representasjon i de valgte samarbeidsutvalgene har betydning for samhandling.

Videre påpekte flere informanter fra ASU at ulike institusjonelle og organisatoriske tiltak har hatt betydning for samhandlingen. I lys av dette, påpekte flere ASU-representanter at det er samhandlingsfremmende at kommunene og Ahus deler på ledelsen i møtene. SI og kommunene opererer, i forlengelse av dette, ikke med en slik ledelsesalternering. Videre kan dette på den ene siden gi støtte til et institusjonelt perspektiv, da avtalene ikke legger direkte føringer for lederverv i utvalgsmøtene, og alterneringen således kan tenkes å ha blitt innført som et supplement til de formelle avtalene. På den andre siden, kan dette igjen være påvirket av pålegget om å inngå avtaler, i tråd med et instrumentelt perspektiv. Dessuten mener flere representanter at maktforholdet mellom partene har blitt utjevnet som en følge av at møtene har blitt organisert i et ASU og et SU. Dessuten viser møtereferatene at det ble planlagt en strategikonferanse, som en alternativ samarbeidsarena mellom partene, for å fremme dialogen mellom Ahus og kommunene. Som en forlengelse av dette, viser de empiriske funnene at uformelle former for ikke-avtalefestet samarbeid er mer utbredt i Ahus, hvor avtalene er mindre spesifikke, enn i SI hvor avtalene er konkrete og utfyllende. En årsak til dette kan være at lite spesifiserte samarbeidsavtaler åpner for slike uformelle former for samarbeid. Utstrakt bruk av uformell samhandling viser således at samarbeidet mangler struktur. Uformell kontakt og utstrakt bruk av ikke-avtalefestet samarbeid kan i den forbindelse være problematisk, da mangel på struktur kan føre til uenigheter og tvister mellom partene. Dette ser man tydelige eksempler på i de empiriske funnene, da Ahus og kommunenes samarbeid er preget av konflikter, tillitsbrudd og tvister.

I tråd med det institusjonelle perspektivet, utledet jeg videre en antakelse om at for omfattende avtalestandardisering forhindrer et godt praktisk samarbeid i stedet for å fremme det. De empiriske funnene understøtter til en viss grad dette, da en ASU-representant fra Skedsmo mente at svært spesialiserte og detaljerte avtaler medfører samhandlingskonflikter. Også KS har, i tråd med dette, funnet at et av suksesskriteriene for samhandling er at avtalene ikke bør være altfor omfattende og detaljerte (Williksen et al., 2014). Flere informanter mente videre at noen avtalepunkter må være så konkrete som mulig, mens andre må være generelle.

Empirien viser forøvrig også at respondentene fra SI og kommunene mente at detaljeringsnivået som avtalene ligger på nå, fungerer godt, mens det hos samhandlingsledelsen i Ahus kom til syne en tvetydighet med tanke på dette. Samhandlingssjefen mente at de nåværende avtalene er veldig generelle førstegenerasjonsavtaler, noe som impliserer at respondenten ønsker at de skal spesifiseres ytterligere for å fremme samhandlingen. Samhandlingsrådgiveren ønsker, på den andre siden, ikke spesifiserte avtaler, da han mener dette vil skape konflikt i samarbeidsforholdet mellom partene. Av møtoreferatene har jeg imidlertid funnet at manglende avtalespesifisering hos Ahus og kommunene har medført store samhandlingskonflikter, mens det praktiske samarbeidet mellom SI og kommunene, hvor man har spesifiserte avtaler og supplement utover veilederens krav, fungerer godt. Min alternative antakelse om at for omfattende avtalestandardisering forhindrer et godt praktisk samarbeid, underbygges dermed delvis gjennom intervjuene. I møtoreferatene fant jeg imidlertid empiriske bekreftelser på det motsatte.

I henhold til Mosher sin deltakelsehypotese, utledet jeg videre en forventning om at det at partene har deltatt i beslutningsprosesser forut for og underveis i implementeringen av reformen, fører til at avtalene er av liten betydning for det praktiske samarbeidet. Dette fordi partene da på forhånd, og uavhengig av de formelle avtalene, har etablert samhandlingsrelasjoner, uformelle normer og kognitive rammeverk for hvordan samarbeidet skal praktiseres. Det empiriske materialet bekrefter at flere aktører har tatt del i beslutningsprosessen i forkant og underveis i implementeringen av samarbeidsavtalene. Det er videre en selvfølge at partenes deltakelse i beslutningsprosessen medfører bedre effektivitet med tanke på implementeringen og reorganiseringen, da reorganiseringen omhandler samhandling på tvers av nivåer. Implikasjonen om at avtalene er av liten betydning for det praktiske samarbeidet, underbygges imidlertid ikke av de empiriske funnene, da partenes beslutningsprosesser underveis i implementeringen, i stor grad har vært formet av samarbeidsavtalene. Dette ser man for eksempel når flere informanter påpeker at samarbeidet, som en følge av samarbeidsavtalene, har blitt bedre og mer ordnet.

Flernivå- og nettverksperspektiv

Samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samarbeid

I henhold til flernivåperspektivet forventes det en økt grad av vertikal og horisontal gjensidig avhengighet og kontinuerlig forhandling mellom beslutningstakere på ulike territorielle nivåer. De empiriske funnene viser at samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene har bidratt til at det eksisterer et gjensidig avhengighetsforhold mellom partene. For eksempel påpeker Ahus at kommunene bare i varierende grad har vært flinke nok til å ta samhandlingsreformen i betraktning i det praktiske samarbeidet, spesielt hva gjelder avtalen om utskrivningsklare pasienter. Kommunene påpeker dessuten at de har manglende tillitt til Ahus, blant annet som en følge av konfliktene samarbeidsavtalen vedrørende utskrivningsplanlegging har skapt. Dermed ser man at samhandlingen mellom Ahus og

kommunene er preget av mye uenighet, noe som igjen indikerer at partene, som en følge av samarbeidsavtalene, er gjensidig avhengige av hverandre for å skape et godt samarbeidsklima, og således et godt samarbeid. Empirien viser videre at avtalene er spesielt viktige i konfliktsituasjoner, da de benyttes som hjelpemidler for å komme til enighet. Videre legger avtalene opp til at partene skal møtes jevnlig, samt at de legger føringer for hvilke saker partene skal samhandle om. Således bidrar samarbeidsavtalene også til kontinuerlig forhandling mellom kommuner og helseforetak.

I tråd med flernivåperspektivet forventes det videre at den gjensidige avhengigheten mellom partene vil føre til problemer med å ansvarliggjøre aktørene. I empirien finner jeg tydelige eksempler på dette i konfliktforholdet mellom Ahus og kommunene, da det kan virke uklart hvem av partene som har skyld i konflikten. Det er dessuten tendenser til at partene legger skylden på hverandre. I et av tilfellene ble konflikten sendt til Nasjonal tvisteløsningsnemd, og her ble saken avgjort i Ahus sin favør. Dette viser dermed at ansvarliggjøring er mulig, men en komplisert og krevende prosess.

Slik det kommer frem av empirien, fungerer samhandlingen mellom SI og kommunene svært bra, og selv om det oppstår visse samhandlingsutfordringer, er partene flinke til å ta tak i utfordringene på et tidlig tidspunkt og de finner gode løsninger på problemene som gagnar begge parter. Partene er videre interesserte i å finne gode løsninger der det har vært uenigheter og arbeider for å komme frem til en felles plattform. I henhold til flernivåperspektivet forventes det at samhandling vil være uproblematisk i tilfeller hvor mål og interesser er overlappende. Dette gjenspeiler også min antakelse om at praktisk samarbeid mellom partene blir bedre jo mer utfyllende og detaljrik avtalens innhold er. Dette bidrar altså til at partenes mål og interesser samsvarer, noe som skaper harmoni i samarbeidsforholdet mellom SI og kommunene. I samhandlingen mellom Ahus og kommunene har det imidlertid oppstått flere konfliktsituasjoner, blant annet i forbindelse med avtalepunktene vedrørende overliggerdøgn og utskrivning av pasienter i forbindelse med utskrivningsplanlegging. Også dette kan tolkes ut i fra flernivåperspektivet, hvor forventningen er at i tilfeller hvor mål og interesser enten er bare delvis overlappende, eller direkte motstridende, vil det oppstå spenninger og behov for koordinering og gjensidig tilpasning. Årsaken til konfliktforholdet mellom Ahus og kommunene er altså, i tråd med dette, at partenes samarbeidsavtaler ikke er detaljerte nok, noe som nedfører konflikter og spenninger, og behov for koordinering og gjensidig tilpasning.

Alternative former for samarbeid

I henhold til Egeberg-modellen og flernivåperspektivet, forventes det altså en tett kobling mellom struktur og atferd. I henhold til nettverksperspektivet, forventes det imidlertid en dreining bort fra formell organisasjon, og over på prosesser. I forlengelse av dette, forventes det videre at respondentene i stor grad legger vekt på at det er selve prosessen og de formelle samhandlingsarenaene som er etablert for å iverksette avtalene, som har påvirket samhandlingen. De empiriske funnene bekrefter at direkte representasjon i OSU og ASU har

betydning for den praktiske samhandlingen mellom partene. De empiriske funnene bekrefter også at partene har møtt hverandre, diskutert med hverandre og blitt kjent som en følge av prosessuelle endringer. Videre fremkommer det av intervjuene at både SI og kommunene og Ahus og kommunene i flere tilfeller antyder at læring og tilpasning over tid har betydning for samhandlingen. Blant annet uttrykker kommunaldirektøren i Skedsmo et behov for å «jobbe seg litt inn i» avtalene. Det er videre viktig å påpeke at noen av de prosessuelle endringene også har vært formet av avtalene, noe som indikerer at ulike former for ikke-avtalefestet samarbeid foregår dels uavhengig og dels i samspill med avtalene.

Ut ifra nettverksperspektivet var det videre forventet at kommunene har utvidet sitt innflytelsesområde, ved at de skaper styringsmakt på nye måter. De empiriske funnene viser at kommunene har fått utvidet sitt innflytelsesområde gjennom ikke-avtalefestet samhandling, da geografisk nærhet mellom kommuner og foretak bidrar til at partene etablerer kjennskap og vennskap med hverandre, noe som fremmer kommunenes innflytelse i samhandlingen. Kommunene har imidlertid også fått utvidet sitt innflytelsesområde som en følge av samarbeidsavtalene. For eksempel påpeker kommunerepresentantene at avtalene bidrar til å fremme likeverdigheten mellom partene, noe som også fremmer kommunenes innflytelse i samhandlingen. Dessuten bidrar også avtalene til at partene er i kontinuerlig forhandling med hverandre, noe som øker kommunenes påvirkningskraft i samhandlingen. Det ble videre utledet en forventning om at partene har fått styrket sin handlingskapasitet gjennom å initiere eller inngå i nettverk for å løse oppgaver. De empiriske funnene bekrefter dette, da OSU og ASU kan betraktes som nettverksarenaer for dialog og kommunikasjon, som bidrar til at nivåene i tjenesten jobber mye tettere enn tidligere. Videre viser empirien at kommunene og foretakene samhandler med andre aktører fra både privat og offentlig sektor, samt pasient- og brukerorganisasjoner. Blant annet viser møterefaterne at brukerrepresentantene er representert på lik linje som kommune- og foretaksrepresentantene i OSU-møtene. Helse- og omsorgssektoren er dermed i stor grad preget av nettverksbaserte styringsrelasjoner.

Jeg hadde også en forventning om at et mål for samhandlingen er å skape selvstyrte nettverk, ved at innholdet i avtalene, intensjonene og prosedyrene skal automatiseres for å forenkle samhandlingen og sørge for reformens varighet. De empiriske funnene viser, i tråd med dette, at avtaletilpasning skjer over tid. For eksempel har SI etablert en type læringskontekst. Videre tyr Ahus oftere til ekstern bistand, blant annet gjennom strategikonferanse, involvering av Nasjonal tvisteløsningsnemd og interne konsulenter for å håndtere konflikt.

Partnerskap

Samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samarbeid

I lys av partnerskapsbegrepet, utledet jeg en forventning om at relasjonen mellom partene kan være asymmetrisk, selv om det er innført partnerskapsordninger. De empiriske funnene

bekrefter at det fant sted en slik asymmetrisk relasjon mellom SI og kommunene i det første OSU-møtet, da foretaket her ble beskrevet som "storebror", og kommunene som "lillebror". Dette møtet ble videre omtalt som et "hakkemøte" med kommunene på den ene siden mot foretaket på den andre siden. Relasjonen og likeverdigheten mellom partene har forøvrig blitt fremmet som en følge av utblåsninger i dette første møtet, og saklige, avtalebaserte diskusjoner i ettertid. Møtereferatene fra ASU viser imidlertid at kommunene mangler tillit til Ahus, og at relasjonen fortsatt er preget av asymmetri fordi foretaket ved flere anledninger har gått imot kommunenes forslag og ønsker, for eksempel i tilfellene hvor kommunene foreslo å bruke samhandlingsmidler til å betale eksternt konsulentoppdrag, og når kommunene ønsket å benytte Ahus' virksomhetsdata. En kommunerepresentant påpeker dessuten at Ahus er mest aktiv med å få saker opp på dagsorden i utvalgsmøtene. Av empirien fremkommer det imidlertid at avtalene i seg selv har fremmet likeverdigheten mellom partene. Videre er kommunene og foretaket er i kontinuerlig forhandling med hverandre i utvalgsmøtene, noe som er likeverdighetsfremmende, da det gir kommunene autonomi og påvirkningskraft i samarbeidet. Møtereferatene viser også at forhandlingselementet bidro til at Ahus og kommunene inngikk kompromiss i de overnevnte konflikttilfellene.

Videre viser de empiriske funnene at særlig kommunerepresentantene fremhever avtalenes betydning for partenes likeverdighet. Blant annet påpeker en OSU-representant fra Tynset kommune at avtalene først og fremst er av stor betydning da de bidrar til å sidestille partene i større grad enn tidligere. Foretaksrepresentantene belyser på den andre siden hovedsakelig avtalenes funksjonelle betydning, altså avtalene som verktøy for samhandling og glidende overganger.

I henhold til partnerskapsbegrepet utledet jeg også forventninger om at det kan oppstå uenigheter og tvister mellom kommuner og helseforetak i forbindelse med samarbeidsavtalene. De empiriske funnene bekrefter dette, da samarbeidsavtalene mellom Ahus og kommunene har ført til store uenigheter mellom partene, særlig vedrørende utskrivningsplanlegging. Samhandlingen mellom SI og kommunene har imidlertid fungert godt. Det at Ahus og kommunene har et konfliktfylt samarbeid og samtidig lite utfyllende samarbeidsavtaler, mens SI og kommunene har et velfungerende samarbeid og samtidig innholdsrike og omfattende samarbeidsavtaler, indikerer dermed at en velfungerende og harmonisk samhandling er avhengig av detaljerte og spesifiserte samarbeidsavtaler. Empirien viser dermed at samarbeidsavtalene kan være samhandlingsfremmende dersom detaljeringsgraden fungerer. Flere informanter, spesielt fra Ahus, uttrykker videre en motstand mot avtalefesting, da de oppfattes som uttrykk for detaljstyring som hemmer samhandlingen. De empiriske funnene viser imidlertid at særlig delavtale vedrørende utskrivningsplanlegging skiller seg ut, da det er et større behov for detaljering her. Årsaken til dette kan være at den innebærer større potensial for konflikt. De empiriske funnene viser videre at Ahus går bort fra samarbeidsavtalene i tilfeller hvor det ikke er grunnlag for enighet, og benytter seg av tredjepartsinvolvering for å takle konflikter. SI har, på den andre

siden, etablert en læringskontekst. Som en forlengelse av dette, viser empirien videre at samarbeidsavtalene benyttes som virkemidler for å komme til enighet, da de fremstår som særlig viktige i konfliktsituasjoner, men at de kan skape konflikter dersom de ikke er detaljerte nok.

De lovpålagte samarbeidsavtalene er dermed et statlig pålegg om å utarbeide en relasjon, og i tråd med partnerskapsbegrepet, er et sentralt poeng at avtalene er fremforhandlet mellom partene for at de skal fungere. Relasjonen mellom SI og kommunene er god, da man her har fremforhandlet innholdsrike og spesifiserte avtaler som legger klare føringer for hvordan det praktiske samarbeidet skal foregå. Samtidig innebærer avtalene også fleksibilitet, og i den forbindelse ser man at SI og kommunene i stor grad er flinke til å ta tak i potensielle samhandlingsutfordringer på et tidlig tidspunkt og de forhandler seg frem til gode løsninger på problemene som gagnar begge parter. Relasjonen mellom Ahus og kommunene fungerer imidlertid dårlig, da man har lite spesifiserte samarbeidsavtaler, som ikke legger tydelige nok føringer for hvordan den praktiske samhandlingen skal foregå i praksis. Selv om avtalene er fremforhandlet mellom partene, fungerer de ikke i tilstrekkelig grad for å regulere de konfliktene som oppstår.

I partnerskapslitteraturen påpekes det videre at Norge mangler uavhengige tvisteløsningsorganer hvor uenighetssaker kan avgjøres av en uavhengig instans. De empiriske funnene viser imidlertid at partene har mulighet til å løse slike tvister og uenigheter i uavhengige instanser. I tråd med dette, brakte Ahus i 2013 inn en sak for Nasjonal tvisteløsningsnemd, på grunnlag av uenigheter vedrørende sentrale punkter i pasientforløpsavtalen. Opprinnelig ble saken forsøkt løst i ASU, men partene kom ikke til enighet her. Ahus besluttet så å sende saken inn for tvisteløsningsnemden, som avgjorde saken i Ahus sin favør. I underkant av et år senere, besluttet foretaket å sende inn en ny sak til Nasjonal tvisteløsningsnemd på bakgrunn av uenighet rundt de samme avtalepunktene. Ahus informerte imidlertid ikke kommunene om denne innsendingen. Foretaket trakk deretter saken fra tvisteløsningsnemden, igjen uten at kommunene ble tilstrekkelig informert.

Alternative former for samarbeid

I henhold til partnerskapsbegrepet, kan den asymmetriske relasjonen mellom stat og kommune, som Indset et al. (2012) omtaler, også være et uttrykk for samhandling som ikke er avtafefestet, da statlig initierte avtaler her blir sett på som et hinder for velfungerende samhandling. Flere respondenter mener, som nevnt, at avtalespesifisering vil skape konflikt i samarbeidsforholdet, men møttereferatene viser at det finner sted en asymmetri i relasjonen mellom Ahus og kommunene, som en følge av lite spesifiserte samarbeidsavtaler. Videre er et sentralt punkt i diskusjonen om forholdet mellom stat og kommune at relasjonen er preget av uavklarte normer og hensyn. I henhold til et institusjonelt perspektiv, blir normer og tradisjoner her sentralt for relasjonen mellom partene. I tråd med dette, kan diskusjonene som oppsto mellom SI og kommunene som en følge av det første

utvalgsmøtet, ses på som prosesser som har foregått uavhengig av avtalene som formelle instrumenter for å sikre samarbeid, selv om forhandlingselementet er en sentral del av den lovpålagte samhandlingen. Videre påpeker flere informanter fra OSU at møtested har betydning for partenes likeverdighet. Dette er således et viktig symbolsk uttrykk for likeverd.

Selv om de empiriske funnene viser en asymmetri i relasjonen mellom Ahus og kommunene, er det imidlertid ikke en forutsetning at partene har like mye makt og ressurser for at et governance-nettverk skal fungere hensiktsmessig. Her ble dermed utledet en antakelse om at relasjonen mellom foretakene og kommunene finner sted i et slikt governance-nettverk, hvor en forventer et skjevt maktforhold mellom aktørene. Så lenge deltakelsen er frivillig og partene er gjensidig avhengig av hverandre, begrenser dette imidlertid mulighetene til ensidig maktbruk i et slikt nettverk. Deltakelsen er imidlertid ikke frivillig mellom kommuner og helseforetak, men avtalene er et uttrykk for en forhandlingsbasert relasjon som fremmer likeverdighet og minsker muligheten for ensidig maktbruk mellom partene.

I lys av partnerskapsbegrepet, forventet jeg videre at den av partene som har den formelle makten, altså sykehuset, raskt vil kunne overkjøre den andre når uenigheten mellom partene vokser. De empiriske funnene bekrefter at dette har vært tilfellet i relasjonen mellom Ahus og kommunene, som tvisteløsningstilfellet illustrerer. Her har sykehuset tatt viktige beslutninger uten å informere og inkludere kommunene. Det at partnerskapsmodellen innebærer en viss fleksibilitet til å tilpasse lokale løsninger til lokale behov, kan videre tenkes å styrke kommunenes rolle i samarbeidet. I stedet for at den av partene med den formelle makten overkjører den andre når det oppstår uenigheter, viser dette en mulighet til forhandling og gjensidig tilpasning mellom partene. Dette finner man empiriske eksempler på i relasjonen mellom SI og kommunene. En velfungerende forhandling er imidlertid også avhengig av en velfungerende samhandling, og således også velfungerende samarbeidsavtaler, da forhandlingen skal foregå innenfor rammene av de lovpålagte samarbeidsavtalene. Kommunene får derfor ikke styrket sin rolle i tilfeller hvor samhandlingen ikke fungerer, til tross for forhandlingselementet.

Det er dessuten viktig å påpeke at i relasjonen mellom kommuner og helseforetak har de kommuneansatte breddekompetanse der foretakene har spisskompetanse. De empiriske funnene viser, i tråd med dette, at kommunene har begrenset kapasitet i samhandlingen, noe man ser et konkret eksempel på hos representanten fra Hurdal kommune. Dessuten innehar foretaksrepresentantene rene samhandlingsstillinger, mens de kommuneansatte innehar arbeidsoppgaver som går utover rene samhandlingsoppgaver. Dermed skaper dette ulikevekt med tanke på samhandlingskapasitet mellom kommuner og helseforetak. Denne ulikevekten er imidlertid hovedsakelig fremtredende mellom kommunene som ikke er direkte representert i de overordnede samarbeidsutvalgene og foretakene. Dermed har, som nevnt, direkte representasjon i ASU og OSU betydning for samhandling.

Oppsummering

I analysen har de teoretiske forventningene blitt knyttet opp til de empiriske funnene, og jeg har benyttet meg av en utfyllende strategi for å håndtere det teoretiske mangfoldet. De ulike teoriene og perspektivene har videre bidratt med forskjellige innfallsvinkler i tolkningen av ulike aspekter ved samarbeidsavtalenes påvirkning på partenes erfaringer med praktisk samarbeid, samt alternative former for samarbeid.

Forholdet mellom samarbeidsavtalenes utforming og praktisk handling, var i tråd med forventningene som var utledet i Egeberg-modellen, flernivåperspektivet og deler av partnerskapsliteraturen. For eksempel var avtalevariasjonenes betydning for praktisk samhandling i tråd med forventningene her. Det ble videre funnet at det oppstår konflikter mellom partene dersom deres mål og interesser ikke samsvarer, i tråd med flernivåperspektivet. I henhold til partnerskapsbegrepet, er et sentralt poeng at samarbeidsavtalene er fremforhandlet mellom partene for at de skal fungere. En velfungerende forhandling er imidlertid, i forlengelse av dette, avhengig av en velfungerende samhandling, og således velfungerende samarbeidsavtaler, da forhandlingen skal foregå innenfor rammene av de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Det fremkom videre av empirien at andre ting enn avtaler påvirker den praktiske samhandlingen mellom partene, i tråd med institusjonelt perspektiv. Det var videre tydelig at slike former for ikke-avtalefestet samarbeid var mest utbredt mellom Ahus og kommunene, hvor avtalene var mindre detaljerte. Uformell kontakt og utbredt bruk av ikke-avtalefestet samarbeid, kan således være uheldig, da det er et uttrykk for mangel på struktur i samhandlingen, noe som kan medføre konflikter og tvister. Det ble, i forlengelse av dette, også funnet at flere av respondentene uttrykte en uvilje mot for stor grad av standardisering, da de mente at dette medførte konflikter. Møtereferatene viste imidlertid at avtalestandardisering fremmet samhandling. I tilfeller hvor det ikke var grunnlag for enighet, beveget partene seg forøvrig bort fra samarbeidsavtalene. Dette er særlig utbredt i samhandlingen mellom Ahus og kommunene, hvor de i flere tilfeller tok i bruk tredjepartsinvolvering for å takle konflikter. I SI har man imidlertid etablert en type læringskontekst hvor en kombinasjon av avtalebasert forhandling og uformelle og prosessuelle forhold har dannet grunnlag for samarbeidet. Som en forlengelse av dette, viser empirien at samarbeidsavtalene benyttes som virkemidler for å komme til enighet i tilfeller hvor detaljeringsgraden fungerer, men at uformelle verdier blir fremtredende i tilfeller hvor det ikke er grunnlag for enighet, eller hvor avtalene ikke er standardiserte nok. Samtidig ser man også at normer, verdier, tradisjoner og andre institusjonelle verdier foregår dels uavhengig og dels i samspill med avtalene.

Kapittel 8 – Hovedfunn

Innledning

I denne avsluttende delen vil det foretas en drøfting av hvilke teoretiske og metodiske implikasjoner funnene i denne studien kan ha, før oppgavens problemstilling blir forsøkt besvart ved å vise studiens hovedfunn. Avslutningsvis vil jeg komme med noen betraktninger vedrørende videre forskning.

Teoretiske og metodiske implikasjoner

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvorvidt avtalevariasjoner påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak. I kapittel 3 ses det på tidligere forskningsbidrag om tverretatlig samarbeid, og det påpekes at det er gjort relativt lite forskning som på samarbeid på tvers av nivåer. Hvorvidt variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker det praktiske samarbeidet mellom kommuner og helseforetak har heller ikke tidligere blitt undersøkt. Det er dermed et stort behov for flere slike studier. De analytiske og deskriptive tilnærmingene som ble benyttet for å studere forholdet mellom struktur og atferd i et flernivåsystem og relasjonen mellom stat og kommune, bidrar dermed til å fylle dette behovet, selv om det fortsatt er behov for flere studier. Min studie har dermed bidratt til en økt forståelse av tverretatlig samarbeid og samarbeidsavtalenes implikasjoner for dette.

Denne studien er videre en kvalitativ case-studie, og det som kjennetegner valg av case i denne studien er at Ahus og kommunene har mangelfulle samarbeidsavtaler og samtidig et spenningsfylt praktisk samarbeid, mens SI og kommunene har utfyllende samarbeidsavtaler og samtidig et godt praktisk samarbeid. Dette kan således implisere at andre helseforetak med fyldige avtaler vil få et bedre praktisk samarbeidsforhold, og motsatt. Gerring (2004) påpeker imidlertid at det finnes flere tvetydigheter hva gjelder generalisering av case. For eksempel skiller han mellom formelle enheter – enhetene som er valgt for intensiv analyse – altså samarbeidsenhetene, og uformelle enheter. Det sistnevnte er alle de mer perifere enhetene som bringes inn i analysen, altså alle de andre helseforetakene og kommunene som samhandler. Disse enhetene blir imidlertid bare indirekte og overflatisk studert, i motsetning til de formelle enhetene. En case-studie handler dessuten om en intensiv studie av noen få analyseenheter, og en intensiv studie av alle samarbeidsenheter som eksisterer, er således ikke en case-studie. Det er dermed ikke mulig å generalisere bredt ut i fra de funnene som foreligger i denne studien, men det er mulig å generere noen hypoteser på bakgrunn av særtrekk ved de valgte casene. Det som altså karakteriserer denne studien er at den viser en klar sammenheng mellom utformingsvariasjoner i samarbeidsavtaler og praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Denne studien kan således bidra som et utgangspunkt for sammenligning med andre lignende studier, eller som utgangspunkt for en større studie av samme case. Her kan det for eksempel tenkes at man vil finne en

sammenheng mellom utformingsvariasjoner i samarbeidsavtaler og praktisk samarbeid mellom andre helseforetak og kommuner.

Policy implikasjon

Det overordnede målet med denne studien har vært å undersøke hvorvidt samarbeidsavtalene påvirker praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Problemstillingen som ble presentert i studiens innledende kapittel har hatt til hensikt å beskrive og fortolke hvorvidt variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene påvirker erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene.

Det har blitt benyttet ulike deskriptive teoretiske og analytiske tilnærminger, som langt på vei utfyller hverandre. En todelt kvalitativ case-studie er brukt som forskningsdesign, med et datamateriale som bygger på intervjuer og dokumenter. Presentasjonen av funnene er organisert i henhold til fem analytiske kategorier, og kategoriene retter søkelys mot SI og kommunenes, samt Ahus og kommunenes erfaringer med praktisk samarbeid. I analysen ble de teoretiske forventningene knyttet sammen med de empiriske funnene. Hovedfunnene fra denne analysen vil i avsnittene nedenfor benyttes til å svare på studiens problemstilling:

Påvirker variasjoner i utformingen av samarbeidsavtalene erfaringer med praktisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak i de valgte samarbeidsutvalgene?

Både HOD og KS mener at en ensartet nasjonal praksis i bruken av samarbeidsavtaler vil fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak, samt at et viktig suksesskriterium for at samarbeidsavtalene skal etterleves er at formuleringen er konkret, tydelig og presis (Helse- og omsorgstjenesteloven, §§ 6-1 – 6-6. 2011; Williksen et al., 2014). Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Dermed mener HOD og KS at avtalenes utforming har betydning for partenes samhandling.

Min antakelse er imidlertid at den praktiske samhandlingen blir bedre jo mer utfyllende og detaljrik avtalens innhold er. I lys av dette, handler ikke god samhandling mellom kommuner og helseforetak bare om en ensartet nasjonal praksis i bruken av samarbeidsavtalene og en konkretisering av oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene, men også om at fyldigere og mer omfangsrike avtaler vil fremme det praktiske samarbeidet mellom aktørene i større grad enn avtaler som «underoppyller» veilederens minimumsløsning.

Et sentralt poeng er altså at samarbeidsavtalene er et statlig pålegg om å utarbeide en relasjon. Man er bundet til avtalene, men de innebærer også fleksibilitet, og er fremforhandlet av partene. Relasjonen mellom Ahus og kommunene er preget av spenninger og konflikter, samtidig som at avtalene inneholder mindre enn Nasjonal veilederens minimumsløsning. SI og kommunene har, på den andre siden et godt samarbeid, og i tillegg

samarbeidsavtaler som er konkrete og innholdsrike og hvor det også suppleres med mer innhold enn veilederen beskriver.

Det oppstår forøvrig uenigheter mellom begge parter i samarbeidet. SI og kommunene er imidlertid flinke til å ta tak i potensielle problemer på et tidlig tidspunkt og løser uenigheter relativt raskt og uproblematisk, og har etablert en type læringskontekst. Denne problemløsningsvevnen kan videre være et uttrykk for velfungerende og detaljerte samarbeidsavtaler, men kan også sies å eksistere som en følge av prosesser som foregår uavhengig av avtalene. Samhandlingen mellom Ahus og kommunene er imidlertid preget av tillitsbrudd og tvisteløsningsaker og de klarer bare i varierende grad å løse de konfliktene som oppstår. Uformell kontakt og bruk av ikke-avtalefestet samarbeid er videre mest utbredt her, hvor avtalene er mindre detaljerte. I tilfeller hvor det ikke er grunnlag for enighet, beveger partene seg videre bort fra de formelle samarbeidsavtalene. Dessuten blir tredjepartsinvolvering hyppig brukt mellom Ahus og kommunene, for å takle konflikter. Det er dermed mindre konflikt der avtalene er mer utførlige, og avtalene benyttes som virkemidler for å komme til enighet i tilfeller hvor detaljeringsgraden fungerer. Det er imidlertid flere normer for samarbeid som gjør seg gjeldende også innenfor SI-området, blant annet læring og gjensidig tilpasning.

Samarbeidsavtalene mellom SI og kommunene er dermed innholdsrike og detaljerte, noe som fører til at de fungerer som gode instrumenter for å regulere de konfliktene som oppstår. Mangelfullt avtaleinnhold og lite detaljerte samarbeidsavtaler hos Ahus og kommunene, medfører videre at de ikke er egnet til å regulere konfliktene som oppstår i samme grad, og at partene heller involverer en tredje part for å takle konflikter. En velfungerende samhandling, er således avhengig av velfungerende og detaljerte samarbeidsavtaler, men tilpasning er likevel nødvendig.

Som en forlengelse av dette, er samarbeidsavtaler gode instrumenter for styring av en relasjon, dersom detaljeringsgraden i dem fungerer. Tilpasning er likevel nødvendig og det er flere normer for samarbeid som gjør seg gjeldende også innenfor SI-området. Uformelle verdier blir imidlertid mer fremtredende i tilfeller hvor det ikke er grunnlag for enighet, eller hvor avtalene ikke er standardiserte nok. Utstrakt bruk av slik uformell samhandling, går for det første i mot samhandlingsreformens intensjoner. Det kan videre være et uttrykk for mangel på struktur i samhandlingen, noe som igjen kan medføre konflikter og tvister, slik man ser hos Ahus og kommunene. Man ser imidlertid også at slike uformelle former for ikke-avtalefestet samarbeid også eksisterer i relasjonen mellom SI og kommunene, men at de her foregår i samspill med den instrumentelle styringen av relasjonen.

Dermed bør samarbeidsavtalene være detaljerte, da det er mindre konflikt der avtalene er mer utførlige. Avtalene benyttes dessuten aktivt i konfliktløsning, bidrar til å etablere møteplasser og fremmer kontakthyppheten mellom partene. De er også gode redskap for å skape likeverd. Alternative former for ikke-avtalefestet samarbeid er imidlertid også viktige elementer i samhandlingen, dersom disse normene for samarbeid foregår i et samspill med

den instrumentelle styringen av relasjonen. For lav detaljeringsgrad medfører imidlertid at bruken av uformell samhandling blir for omfattende, noe som hemmer samhandlingen.

Muligheter for videre forskning

Samhandlingsreformen er relativt ny, og befinner seg på mange måter fortsatt i en implementeringsfase. Dermed vil flere problemstillinger og interessante studieområder komme med tiden. På nåværende tidspunkt er forskningsrådet i gang med å gjennomføre en forskningsbasert følge-evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Det vil derfor bli spennende å se hvilke resultater som fremkommer fra denne evalueringen på nasjonal erfaringskonferanse om samhandlingsreformen i september 2015, samt hvilke resultater som fremkommer av lignende studier etter hvert.

Helseforetakene og kommunene evaluerer og reviderer samarbeidsavtalene kontinuerlig, og følger opp reformen og avtalene på ulike måter. En komparativ studie av samarbeidsavtalenes endringer og effekter over tid er derfor særlig interessant. Dessuten kan man, med tiden, undersøke hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever virkningen av samarbeidsavtalene.

I relasjon til praktisk samarbeid vil også en komparativ studie av samhandling mellom andre helseforetak og kommuner være særlig interessant, for å undersøke om det er variasjoner i samarbeidsavtalenes betydning for praktisk samhandling.

Litteraturliste

- Aars, J. & Christensen, D. A. (2011) Styring og kontroll av partnerskap: De lokale Nav-avtalene. *Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier Uni Research Bergen*, 2011(1), s. 1–25.
- Adcock, R. & Collier, D. (2001). Measurement Validity: A Shared Standard for Qualitative and Quantitative Research. *American Political Science Review*, 95(3), s. 529–546.
- Andersen, O.J. og Røiseland, A. (2008) *Partnerskap – Problemløsning og politikk*. Oslo, Fagbokforlaget.
- Arkivverket (8. august 2014) *Arkivterminologi bokmål* [Internett], Arkivverket. Tilgjengelig fra: http://www.arkivverket.no/arkivverket/Offentleg_forvalting/Regelverk/Arkivterminologi-bokmaal [Lest 2. desember 2014].
- Baldersheim, H. & Smith, E. (2011) Kommunalt sjølvstyre og lokalt folkestyre i velferdsstaten – risikabelt samband, i Baldersheim, H. & Smith, E. (red), *Lokalt demokrati uten kommunalt selvstyre?* Oslo, Abstrakt forlag.
- Battilana, J. (2006). Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position. *Organization*, 13(5), s. 653–676.
- Berwick, D.M. (2003). Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 12(6), s. 448–452.
- Bihari Axelsson, S., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in professional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), s. 320–330.
- Biong, S. (2011) Å guide hverandre i hverandres systemer. En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverretattlig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), s. 35–45.
- Bratrud, T.L., & Granerud, A. (2011) Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), s. 206–217.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (red.) (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H., Neby, S. & Vrangbæk, K. (2012) «Changing accountability regimes in hospital governance: Denmark and Norway compared». *Scandinavian Journal of Public Administration*.

- Christensen, T. (2003). Narrative of Norwegian Governance: Elaborating the Strong State. *Public Administration*, 81 (1), 163–190.
- Christensen, T., Lægreid, P., Rosness, G. og Rørvik, K.A. (2004) *Organisasjonsteori for offentlig sektor . instrument, kultur, myte*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2006). The Whole-of-Government Approach – Regulation, Performance, and Public-Sector Reform. *Stein Rokkan Centre for Social Studies* [Internett], Tilgjengelig fra: <https://bora.uib.no/handle/1956/1893>. [Lest 19. februar 2014].
- Christensen, T. (2008) *En felles etat – en analyse av prosessen som ledet frem til opprettelse av ny arbeids- og velferdsforvaltning (Nav)*. Rapport 5–2008, Rokkansenteret. Bergen
- Dajani, O. & Fossum, G. (2014). *Evaluering/revidering av samarbeidsavtalen*. [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.regiondata.no/sel/getfile.aspx/ephdoc/?db%3DEPHORTE%26ParamCount%3D1%26JP_ID%3D110877 [Lest 23. mars 2015].
- D’Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D. (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, [Internett], 19(Suppl.1), s. 116–131. Tilgjengelig fra: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820500082529> [Lest 19. november 2014].
- D’Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., San Martin-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008) A model and typology of collaboration between professionals healthcare organizations. *BMC Health Service Research* [Internett], 8(188), s. 1–14. Tilgjengelig fra: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf> [Lest 19. november 2014].
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1991). *The New institutionalism in organizational analysis*. Chicago, University of Chicago Press.
- Egeberg, M. (1984) *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Otta, Tanum-Norli.
- Eide, H., & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Fimreite, A.L. & Flo, Y. (2002) Den besværlige lokalpolitikken. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 2002 (3), s. 310–321.
- Fimreite, A. L. (2008) Mission impossible made possible? – Tenkning og argumentasjon bak partnerskapet mellom stat og kommune i NAV. *Stein Rokkan*

- senter for flerfaglige samfunnsstudier* [Internett], Tilgjengelig fra: <http://rokkani.uni.no/nav/?31> [Lest 26. mai 2014].
- Foucault, M. (2002) *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo, Cappelen Akademisk forlag.
- George, A. L. & Bennett, A. (2005) *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge, Massachusetts, Belfer Center of Science and International Affairs.
- Gerring, J. (2004) What is a Case Study and What Is It Good for? *American Political Science Review*, 98 (2), s. 341–354.
- Grønmo, S. (2011). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 4. utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Helgøy, I. & Aars, J. (2008) *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Hesse, J.J. (ed.) & Sharpe, L.J. (1991) *Local Government in International Perspective: Some Comparative Observations. Analyses of Twenty Western Industrialised Countries* Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Høverstad, M. (2010) *Et nytt grep på helse-Norge? En prosess- og innholdsanalyse av forslaget om samhandlingsreform*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo.
- Indset, M., Klausen, J.E., Møller, G., Smith, E. & Zeiner, H. (2012). *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. (Samarbeidsrapport: NIBR/Telemarkforskning). Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/pub1608>
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk, Å. (2015) Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18 (2), s. 45–61.
- Kirchhoff, R. & Ljunggren, E.B. (2014) Towards interorganizational equality? The Coordination Reform in Norway, på 10th Annual Norwegian Health Sociology Conference, Trondheim.
- Kjellberg, F. (1980) *Den kommunale virksomhet: Planlegging, finansiering og budsjettering*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Kjellberg, F. (1995). The Changing Values of Local Government, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 540, s. 40–50.
- Knudsen, H. (2004) Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser: Repstad, P., H., Jacobsen, D.I., Nielsen, J.C.R., Tellefsen, T. & Olsen, L.O. red. *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Magnussen, G. (2007). *FoU-prosjekt. Varige og likeverdige samhandlingsmodellen mellom 1. og 2. linjetjenesten*. Rapport 94178/6064004. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsekommune.no/Dokumenter/KS%20Rapport%20om%20vellykke%20Samhandlingsl%C3%B8sninger.pdf>

March, J.G., & Olsen, J.P.(1989). *Rediscovering institutions: the organizational basis of politics*. New York, Free Press.

Marks, G. (1993) «Structural Policy and Multilevel Governance in the EC», i Cafruny, A. og Rosenthal G. (red.). *The State of the European Community Vol. 2: The Maastricht Debates and Beyond*. London, Longman.

McQuaid, Ronald (2000): *The Theory of Partnerships* i Osborne, Stephen P., (ed.) *Public–Private Partnerships; Theory and Practice in International Perspective*. London: Routledge.

Molyneux, J. (2001) Interprofessional teamworking: what makes a team work well? *Journal of Interprofessional Care*, [Internett], 15(1), s. 1–7. Tilgjengelig fra: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820020022855> [Lest 19. november 2014].

Mosher, F. (ed.) (1967). *Governmental Reorganizations*, Indianapolis: Bobbs-Merrill Company.

Nittedal.no (2012). *Orienteringssak* [Internett]. Nittedal. Tilgjengelig fra: <http://www.nittedal.no/Documents/Politikk/Eldreradet/Orienteringssak%201%20-%20ELD%20211112.pdf> [Lest 12.1.2015].

Norges Forskningsråd (2012). *Følgeevaluering av Samhandlingsreformen*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.forskningsradet.no/no/Utlysning/EVASAM/1253973304455> [Lest 24.3.2015].

Peters, B.G. (1998): “With a Little Help From our Friends: Public–Private Partnerships as Institutions and Instruments”, i J. Pierre (ed.) *Partnerships in Urban Governance: European and American Experience*, Basingstoke, Macmillan. s, 11–33.

Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004) *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. 2. utg. New York, Oxford University Press.

Pollitt, C., van Thiel, S. & Homburg, V. (2007) *New Public Management in Europe*. *Management Online Review* [Internett], 1 (1). Tilgjengelig fra: <http://repub.eur.nl/pub/11553> [Lest 26. februar 2014].

Prop. 1 S (2011–2012). *Proposisjon til Stortinget* (forslag til stortingsvedtak). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- Putnam, R.D. (1988) Diplomacy and Domestic Politics: The Logic of Two-Level Games. *International Organization* [Internett], 42(3). Tilgjengelig fra: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=4308848&jid=1NO&volumeId=42&issueId=03&aid=4308840&bodyId=&membershipNumber=&ocietyETOCSession=> [Lest 21. november 2014].
- Ramsdal, H. & Hansen, G.V. (2009) *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer*. Oppdragsrapport 1–2009. Høgskolen i Østfold, Halden.
- Regelverksinstruksen: *Bestemmelser om arbeidet med offentlige utredninger, lover, forskrifter, stortingsmeldinger og- proposisjoner*. Forbruker- og administrasjonsdepartementet 1983.
- Rommetvedt, H. (2014) Helsepolitisk pendelsving. *Stavanger Aftenblad*, 21. mai 2014 [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://biosentrum.no/internet/student.nsf/wvPublNr/2014-090> [Lest 27. mai 2014].
- Rommetvedt, H. Opedal, S. Stigen, I.M. & Vrangbæk, K. (2014) *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i Norsk og Dansk helsepolitikk*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012) *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2008) Kommunalt selvstyre eller samstyring? *Universitetsforlaget, Tidsskrift for samfunnsforskning*, 49 (3), s. 409–420.
- Samhandlingskontoret.no. (n.d.) *Regionalt samhandlingskontor Nedre Romerike* [Internett], Samhandlingskontoret. Tilgjengelig fra: <http://samhandlingskontoret.no/index.php?pageID=147> [Lest 24. februar 2015].
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, [Internett], 19(Suppl.1), s. 132–147. Tilgjengelig fra: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820500082677> [Lest 19. november 2014].
- Scott, W.R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in Administration*. New York: Free Press.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data*. London: SAGE Publication. 2. edition.

- Stranden, M. (2014) *På vei mot bedre samhandling? En studie av innføringen av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner*. Akademisk avhandling, Universitetet i Bergen.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009) Role understanding and effective communication at core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), s. 41–51.
- Torfin, J. (2007). Introduction: Democratic Network Governance. Marcussen, I. og Torfin, J.: *Demokratisk Network Governance in Europe*. Basingstoke: Palgrave.
- Universitetssykehuset i Nord-Norge (13. desember 2012) *Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler* [Internett], Universitetssykehuset Nord-Norge. Tilgjengelig fra: <http://www.unn.no/samhandling/overordnet-samarbeidsavtale-og-tjenesteavtaler-article54782-25692.html> [Lest 31. mars 2014].
- Veggeland, N. (2013) *Samhandlingsreformens organisasjonsform i norsk helsevesen blir ikke varig. En midlertidig reform*. [Internett], Oslo, Klassekampen. Tilgjengelig fra: http://folk.uio.no/tbwyller/Veggeland_Klassekampen_170113.pdf [Lest 13. november 2014].
- Veggeland, N. (2014). *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Oslo: Akademika forlag.
- Wikipedia.org (11. juli 2014) *Den nordliga dimensionen* [Internett], Wikipedia. Tilgjengelig fra: http://sv.wikipedia.org/wiki/Den_nordliga_dimensionen [Lest 23. oktober 2014].
- Williksen, R.M., Bringedal, K.H., Snåre, M. & Hall, T.A.S. (2014). *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak*. (KS FoU-prosjekt nr.134017/2014). Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/PageFiles/65756/KS%20FoU%20Samarbeidsavtaler%20mellom%20kommuner%20og%20helseforetak.pdf?epslanguage=no>
- Yin, R. K. (2014) *Case Study Research – Design and Methods*. 5. utg. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Zølner, M. & Bogason, P. (2007) *Methods in democratic network governance*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Ødegård, A., & Strype, J. (2009) Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care* [Internett], 23(3), s. 286–296. Tilgjengelig fra:

<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820902739981> [Lest 19. november 2014].

DOKUMENTER:

Akershus universitetssykehus (n.d.) *Samarbeidsavtaler* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
<http://www.ahus.no/fagfolk/samhandling/samhandlingsreformen/Sider/side.aspx> [Lest 01. mars 2014].

Akershus universitetssykehus (5. september 2008) *Avtaler og møteplasser* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://old.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=1074&I=17058&mi ds=a1818a1968a2713a [Lest 17. mars 2015].

Akershus universitetssykehus (31. januar 2013a) *Møtereferat – ASU 31.01.2013 (ekstraordinært møte)* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/Documents/M%C3%B8tereferat%20-%20ASU%2031%2001%202013%20%282%29.pdf [Lest 1. desember 2014].

Akershus universitetssykehus (21. mars 2013b) *Møtereferat – ASU 21.03.2013* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/Documents/ASU%202013/12-00862-16%20M%C3%B8tereferat%20-%20ASU%2021%2003%202013.pdf%20862734.pdf [Lest 1. desember 2014].

Akershus universitetssykehus (31. oktober 2013d) *Møtereferat – ASU 31.10.2013* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/Documents/ASU%202013/M%C3%B8tereferat%20-%20ASU%2031%2010%202013%20%282%29.pdf [Lest 1. desember 2014].

Akershus universitetssykehus (19. desember 2013e) *Møtereferat – ASU 31.10.2013* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/Documents/ASU%202013/M%C3%B8tereferat%20-%20ASU%2019%2012%202013.pdf%20942285.pdf [Lest 1. desember 2014].

Akershus universitetssykehus (27. februar 2014a) *Referat fra møte nr. 1 – 2014* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/PublishingImages/Sider/administrativt-samarbeidsutvalg-asu-2014/Referat%20ASU%20m%C3%B8te%2027%20februar%202014.pdf [Lest 1. desember 2014].

Akershus universitetssykehus (15. mai 2014b) *Referat fra møte nr. 2 – 2014* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/PublishingImages/Sider/administrativt-samarbeidsutvalg-asu-2014/Referat%20fra%20ASU%20m%C3%B8te%2015.5.14.pdf [Lest 1. desember 2014].

- Akershus universitetssykehus (18. september 2014c) *Referat fra møte nr. 3 – 2014* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra: http://www.ahus.no/fagfolk/_samhandling_/PublishingImages/Sider/administrativt-samarbeidsutvalg-asu-2014/Referat%20fra%20ASU%20m%C3%B8te%2018.9.14.pdf [Lest 8. desember 2014].
- Akershus universitetssykehus (4. april 2014d) *Twisteutvalg for pasientrelaterte enkeltsaker. Anbefaling i sak nr 04/2014* [Internett], Akershus universitetssykehus. Tilgjengelig fra: http://www.ahus.no/omoss/_avdelinger_/twisteutvalget_/Documents/Vedtak/13-09270-12%20Anbefaling%20i%20TUP-sak%204-2014.docx%20968666_2_0.pdf [Lest 11. november 2014].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. St.meld. nr 16 (2002-2003). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640> [Lest 13. november 2014].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/templates/Stortingsmelding.aspx?id=567201&epslanguage=NO-SE> [Lest 17. november 2014].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Nasjonal veileder.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6 [Lest 24. mars 2014].
- Sykehuset Innlandet HF (n.d.) *Samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/Sider/side.aspx> [Lest 9. mars 2014].
- Sykehuset Innlandet HF (23. januar 2013a) *Overordnet samarbeidsavtale mellom xx kommune og Sykehuset Innlandet HF* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/_samhandling_/Documents/Avtaledokumenter/OVERORDNET%20AVTALE_230113.pdf [Lest 8. desember 2014].
- Sykehuset Innlandet HF (23. januar 2013b). *Referat 230112 Overordnet samarbeidsutvalg* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset->

[innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene /Documents/Overordnet/2013-01-23-referat.pdf](http://innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene/Documents/Overordnet/2013-01-23-referat.pdf) [Lest 1. desember 2014].

Sykehuset Innlandet HF (16. mai 2013c). *Referat 160513 Overordnet samarbeidsutvalg* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene /Documents/Overordnet/2013-05-16-referat.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene/Documents/Overordnet/2013-05-16-referat.pdf) [Lest 1. desember 2014].

Sykehuset Innlandet HF (4. september 2013e) *Referat 4.9.2013 Overordnet samarbeidsutvalg* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene /Documents/Overordnet/2013-09-04-referat.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene/Documents/Overordnet/2013-09-04-referat.pdf) [Lest 1. desember 2014].

Sykehuset Innlandet HF (11. desember, 2013f) *Referat 11122013 Overordnet samarbeidsutvalg* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene /Documents/Overordnet/2013-12-11-referat.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene/Documents/Overordnet/2013-12-11-referat.pdf) [Lest 1. desember 2014].

Sykehuset Innlandet HF (14. november 2014a) *Overordnet samarbeidsutvalg* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene) [Lest 8. desember 2014].

Sykehuset Innlandet HF (15. mai 2014b) *Referat 15.5.2014 Overordnet samarbeidsutvalg* [Internett], Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene /Documents/Overordnet/2014-05-15-referat.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene/Documents/Overordnet/2014-05-15-referat.pdf) [Lest 1. desember 2014].

Sykehuset Innlandet HF (26. november 2014c) [Internett] Sykehuset Innlandet HF. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk /samhandling /samarbeidsutvalgene /geografiske-samarbeidsutvalg /Sider/samarbeidsutvalg-tynset.aspx](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/samhandling/samarbeidsutvalgene/geografiske-samarbeidsutvalg/Sider/samarbeidsutvalg-tynset.aspx) [Lest 12. januar 2015].

Vedlegg 1

Oversikt over innhold i Nasjonal veileder og samarbeidsavtalene:

Nasjonal veileder	Ahus og kommunene	SIHF og kommunene
Enighet om ansvars- og oppgavefordeling (5.1):	Overordnet samarbeidsavtale og gråsoner (delavtale 1):	Ansvar og oppgavefordeling (delavtale 1):
<i>Avtalen bør beskrive:</i> -Hensiktsmessig og forsvarlig oppgavefordeling -Nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten -Enighet om gråsoner og grenseflater -Bruk av arenaer og prosesser i tilfeller av tvil eller uenighet	-Skal utarbeides en beskrivelse av ansvars- og oppgavefordeling -Nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten -Ønsker å etablere samarbeidsarenaer for å avklare grenseflater og gråsoner -Utarbeidet prinsipper for håndtering av uenighet	-Hensiktsmessig og forsvarlig oppgavefordeling -Nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten -Oppdatert kunnskap, informere og lære opp ansatte, brukere og pasienter -Dialog og høringer mellom partene i god tid hvis ønske om endring i oppgavefordelingen -Partene skal sikre god kommunikasjon og rutiner ved overganger mellom kommune og SI -Bruk av arenaer og prosesser i tilfeller av tvil eller uenighet
Koordinerte tjenester (5.2):	Koordinerte tjenester (delavtale 2):	Koordinerte tjenester (delavtale 2):
<i>Avtalen bør beskrive:</i> -Informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning for pasienter med behov som strekker seg utover ordinære rutiner -Rutiner for samhandling med fastlegen og	-Samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning habilitering, rehabilitering og mestringsstilbud for pasienter med behov for koordinerte tjenester og rett til individuell plan -Formålet med avtalen er å sørge for at det eksisterer forpliktende samarbeidsrutiner for å ivareta pasienter med behov for disse	-Informasjonsutveksling mtp innleggelse, utskrivning og individuell plan -Partene skal videreutvikle praksiskonsulentordningen -Formål å sikre samarbeid om pasienter som har rett til individuell plan, koordinator og

<p>praksiskonsulentene</p> <ul style="list-style-type: none"> -Samarbeid som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommune og hf -Ambulant virksomhet for brukere med langvarig, spesialisert behandlingsbehov -Ansvar for individuell plan -Habiliterings- og rehabiliteringstilbud -Når bruk av tvang kan anvendes 	<p>tjenestene</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasienten skal ha innflytelse på saker som omhandler egen behandling -Regulerer samhandling mellom kommuner og Ahus mtp å sikre helhetlige tjenester til pasienter med koordineringsbehov 	<p>samordning av tjenester</p> <ul style="list-style-type: none"> -Partene har gjensidig ansvar for å opprette koordinerende enhet og holde hverandre oppdatert -Partene skal samarbeide for å redusere bruk av tvang og makt iht lovverk -Habiliterings- og rehabiliteringstilbud -Kommunene må i samarbeid med SI avklare behov for bistand fra ambulerende spesialisthelsetjeneste
<p>Retningslinjer for innleggelse i sykehus (5.3):</p>	<p>Ingen samarbeidsavtale</p>	<p>Henvisning til innleggelse (tjenesteavtale 3):</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Helsehjelp utført på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) -Kommunen må trekke allmennlegetjenesten med og ansvarliggjøre den -Avtalen bør beskrive hvordan sykehuset kan kontaktes -Retningslinjer for henvisning til helseforetaket -System for pasienttransport -System for tilbakemelding dersom innleggelsen kunne vært unngått -Benyttelse av praksiskonsulentordningen -Hvordan kommunen kan kontaktes 		<ul style="list-style-type: none"> -Pasienten skal få helsetjenester på rett nivå til rett tid -Sammenhengende behandlingsforløp for å sikre effektiv, korrekt og sikker meldingsformidling -Reduksjon av risiko for uheldige hendelser -Presisering av kommunens ansvar -Presisering av SIs ansvar -Retningslinjer for henvisning til SI -Supplerende opplysninger innhentes ved behov -Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunene og helseforetaket er innført, skal denne benyttes
<p>Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (5.4):</p>	<p>Øyeblikkelig hjelp (delavtale 4):</p>	<p>Beskrivelse av kommunens tilbud om ø-hjelp (tjenesteavtale 4):</p>

<p>-Kommunen skal utvikle et kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016</p> <p>-Avtalen bør beskrive samarbeidet om tilbudet frem til etablering av et kommunalt tilbud</p> <p>-Avtalen bør beskrive hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen</p> <p>-Helseforetaket kan ikke bygge ned tilbudet før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert</p>	<p>-Partene skal bidra til at kommunen innen 2016 etablerer kommunalt tilbud om døgnopphold for ø-hjelp</p> <p>-Beskrivelse av avtalens formål</p> <p>-Beskrivelse av virkeområde etter etablering</p> <p>-Beskrivelse av partenes ansvar frem til etablering</p> <p>-Beskrivelse av partenes plikter i planlegging og etablering</p> <p>-Krav til forsvarlighet gjør at sykehuset ikke kan redusere tilbudet før tilbudet i kommunen er tilsvarende etablert</p>	<p>-Innen 2016 skal kommunen ha etablert kommunalt tilbud om døgnopphold for ø-hjelp</p> <p>-Beskrivelse av avtalens formål</p> <p>-Avtalen skal legge grunnlaget for lokal tilleggsavtale som konkretiserer ansvarsforhold</p> <p>-Beskrivelse av utarbeidelse av lokal tilleggsavtale</p> <p>-Tilleggsavtalen skal være på plass innen utgangen av 2014</p> <p>-Beskrivelse av samarbeidet om tilbudet frem til etablering av kommunalt tilbud</p> <p>-SI skal ikke bygge ned sitt tilbud om ø-hjelp</p>
<p>Utskrivningsplanlegging (5.5):</p>	<p>Helhetlige pasientforløp:</p>	<p>Utskrivningsplanlegging (tjenesteavtale 5):</p>
<p>-Ny forskrift regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter</p> <p>-Samarbeidsavtalen skal gjelde alle pasienter som utskrives fra sykehus, og som har behov for kommunale tjenester</p> <p>-Samarbeid om utskrivning av pasienter som trenger kommunale tjenester</p> <p>-Kriterier som må være oppfylt for at en pasient innen psykisk helsevern og rus vurderes som utskrivningsklar</p> <p>-Klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen</p> <p>-Nødvendig informasjonsoverføring til pasient, pårørende, fastlege og øvrige involverte</p>	<p>-Samarbeid om å sikre pasienter et forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste</p> <p>-Beskrivelse av avtalens virkeområde</p> <p>-Beskrivelse av partenes ansvarsområder</p> <p>-Beskrivelse av generelle retningslinjer</p> <p>-Beskrivelse av henvisning og mottak</p> <p>-Samarbeid om god utskrivningspraksis</p> <p>-Vurdering av behov for og bestilling av hjelpemidler</p> <p>-Nødvendig informasjonsoverføring</p>	<p>-Samarbeidsavtalen skal gjelde alle pasienter som utskrives fra sykehus, og som har behov for kommunale tjenester</p> <p>-Klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen</p> <p>-Beskrivelse av avtalens formål</p> <p>-Beskrivelse av ansvarsfordeling mellom partene (utdypes i samhandlingsrutinene)</p> <p>-Beskrivelse av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av kommunale helse- og omsorgstjenester</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Vurdering av behov for og bestilling av hjelpemidler -Hvordan partene vil innfri krav til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> -Beskrivelse av partenes ansvar ved utskrivning -Beskrivelse av betaling for utskrivningsklare pasienter 	
<p>Gjensidig kunnskapsoverføring, nettverk og hospitering (5.6):</p>	<p>Utdanning og kompetanseutvikling (delavtale 7):</p>	<p>Gjensidig kunnskapsoverføring, informasjon, nettverk og hospitering (tjenesteavtale 6):</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene -Hvordan informasjonsutveksling knyttet til innleggelse, utskrivinger, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten er sikret -Hvordan partene bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring -Hvordan partene bidrar til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene -Rutiner for tilbakemeldinger og avviksrapportering -Informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet 	<ul style="list-style-type: none"> -Partene er enige om å etablere et samarbeidsforum for utdanning og kompetanseutvikling -Gjensidig hospiteringsordning mellom Ahus og kommunene -Utarbeidelse av en felles strategisk kompetanseutviklingsplan -Ikrafttredelse, evaluering, revidering og oppsigelse 	<ul style="list-style-type: none"> -SI skal gi veiledning til kommunehelsetjenesten i henhold til veiledningsplikten -Beskrivelse av hvordan informasjonsutveksling er sikret -Beskrivelse av hvordan partene skal bidra til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring -Beskrivelse av avtalens formål -Beskrivelse av ansvar og oppgavefordeling
<p>Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid (5.7):</p>	<p>Forskning og innovasjon (delavtale 6):</p>	<p>Forskning, utdanning, praksis og læretid (tjenesteavtale 7):</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell -Kommunene har plikt til å medvirke til 	<ul style="list-style-type: none"> -Partene er enige om å etablere et samarbeidsforum for forskning og innovasjon -Særlig fokus på å styrke forskningsaktivitet på 	<ul style="list-style-type: none"> -Må ses i sammenheng med tjenesteavtale 6 -Utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanse og forskning og innovasjon

<p>undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etablering av samarbeidsfora for forskning og eventuelt innovasjon mellom aktuelle aktører -Oppgave- og ansvarsfordeling for felles forskningsprosjekter -System for rapportering, formidling og implementering av ny kunnskap -Hvordan utdanningsbehovet i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ses i sammenheng -Praksisplasser til studenter fra ulike utdanningstyper -Ulike utdanningstilbud 	<p>tvers av tjenestenivåene</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sikre økt kvantitet og kvalitet på helseforskning og vurdere felles ordninger for forskning og innovasjon -Koble sammen komplementære fagmiljøer -Beskrivelse av samarbeidsforumets sammensetning -Beskrivelse av etablering og gjennomføring av samarbeidsforumet -Forumet ledes av representant fra Ahus, og Ahus tar initiativ til etablering 	<ul style="list-style-type: none"> -Partene danner samarbeid og forskningsnettverk som identifiserer felles forskningsfelt -Partene skal hver for seg kartlegge eget behov for kompetanse -Partene vil vurdere mulighetene for kombinasjonsstillinger -Ulike utdanningstilbud
<p>Samarbeid om jordmortjenester (5.8):</p>	<p>Svangerskaps- fødsels- og barselomsorg (delavtale 8):</p>	<p>Samarbeid om jordmortjenester (tjenesteavtale 8):</p>
<p><i>Avtalen bør beskrive:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Hvordan anbefalingene i «Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» skal innfris -Hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas -Hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomføres -Følgetjenesten -Samarbeidsarenaer 	<ul style="list-style-type: none"> -Sørge for at fødende og barn får et faglig forsvarlig og sammenhengende tilbud i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel -Beskrivelse av kommunens ansvar -Beskrivelse av Ahus' ansvar -Innleggelse i Ahus i forbindelse med fødsel -Beskrivelse av ansvarsfordeling i barselomsorgen -Partenes ansvar for fødende med særlige behov -Samarbeidsarenaer 	<ul style="list-style-type: none"> -Beskrivelse av partenes ansvar i svangerskaps-, fødsels og barselomsorg -Beskrivelse av hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas -Hvordan utviklingen av en differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomføres -Egen tilleggsavtale for beredskap og følgetjeneste mellom partene -Tverrfaglig samarbeid, utveksling av informasjon og samarbeidsarenaer ivaretas gjennom Perinataalkomiteen, Honnemøte og hospiteringsordninger

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (5.9):	IKT-løsninger (delavtale 9):	Samarbeid om IKT-løsninger (tjenesteavtale 9):
<ul style="list-style-type: none"> -Bruk av standardiserte elektroniske meldinger over Norsk Helsenett -Informasjonsutveksling som omfatter relevante parter -Beskrivelse av forventning til elektronisk kommunikasjon og bruk av telemedisin og telestudio -Organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling -Melding om håndtering av avvik -Rutiner for responstid Rutiner for drift, oppgradering m.m. ved implementering 	<ul style="list-style-type: none"> -Meldingsutveksling ved bruk av standardiserte elektroniske meldinger gjennom Norsk Helsenett -Informasjonsutveksling som omfatter alle relevante parter -Utvikling av elektronisk kommunikasjon og telemedisinske løsninger -Prosedyrer for håndtering av avvik -Rutiner for oppgradering, endring og testing av løsninger 	<ul style="list-style-type: none"> -Norsk Helsenett som transportkanal -Informasjonsutveksling som omfatter relevante parter -Rutiner for bruk av elektronisk kommunikasjon og telemedisinske tjenester -Samarbeidsutvalg for IKT-utvikling som skal informere, varsle og gi gjensidig tilbakemeldinger på prioriteringer -Melding om håndtering av avvik -Oppfølging av meldinger etter lik rutine og praksis -Overvåking av meldingsflyt og feil skal oppdages umiddelbart -Meldingsutveksling skal skje på en sikker og forsvarlig måte -Beskrivelse av utdypende oppgaver og ansvar -Sjekkliste for normale testtilfeller -Varsling av endringer og oppgraderinger
Samarbeid om forebygging (5.10):	Forebygging (delavtale 10):	Samarbeid om forebygging (tjenesteavtale 10):
<p><i>Avtalen bør beskrive:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Hvilke forebyggende områder det er aktuelt å samarbeide om og ansvars- og oppgavefordelingen på disse områdene 	<ul style="list-style-type: none"> -Beskrivelse av avtalens formål -Alle forebyggingsområder omfattes av avtalen: primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging 	<ul style="list-style-type: none"> -Avtalen skal tydeliggjøre områder der partene har felles ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom -Partene må samarbeide for å øke kunnskap om, og iverksette tiltak på levevaneområder for

<ul style="list-style-type: none"> -Lærings- og mestringsarenaer -Helseovervåkning, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer -Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> -Lærings- og mestringsarenaer -Beskrivelse av kommunens ansvar -Beskrivelse av Ahus sitt ansvar -Spesielle samarbeidsforhold -Partene skal blant annet opprette tverrfaglige arbeidsgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> enkeltpersoner og grupper -Avtalen omfatter samarbeid om lærings- og mestringsarenaer -Helseovervåkning, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer -Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak -Kommunehelseprofiler sett opp mot lokal kunnskap -Dele kunnskap om påvirkningsfaktorer for sykdomsutvikling
<p>Samarbeid om omforente beredskapsplaner (5.11) og samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede (5.12):</p>	<p>Beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede (delavtale 11):</p>	<p>Beredskap og akuttmedisinsk kjede (tjenesteavtale 11):</p>
<p><i>Avtalen bør beskrive:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) som grunnlag for planer -Planlegging og gjennomføring av øvelser -Kompetanseutvikling og opplæring -Løsning av konkrete beredskapsutfordringer -Forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr -Beskrivelse av tilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene -Samarbeid om utvikling av en 	<ul style="list-style-type: none"> -Partene plikter å utarbeide ROS-analyser som grunnlag for planlegging -Planlegging og gjennomføring av felles øvelser -Opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering -Partene har ansvar for egne planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr -Beskrivelse av tilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene -Samarbeid om sammenhengende 	<ul style="list-style-type: none"> -Utarbeide ROS-analyser som grunnlag for planlegging -Samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser -Partene er enige om å tilby opplæring til personell som deltar i og gjennomfører pålagte øvelser -Samarbeid om forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr innenfor rammene av de avtaler og prosedyrer som gjelder for partene -Beskrivelse av tilbud om øyeblikkelig hjelp i

<p>sammenhengende akuttmedisinsk kjede</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tilrettelegging for at personellet får trening i samhandling -Beskrivelse av hvordan de øvrige kravene om akuttmedisin utenfor sykehus skal innfris 	<p>akuttmedisinsk kjede</p> <p>Samhandlingstrening for personellet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trening i samhandling skal skje regelmessig 	<p>kommunene</p> <ul style="list-style-type: none"> -Samarbeid om sammenhengende akuttmedisinsk kjede -Samhandlingstrening for personellet -Beskrivelse av hvordan øvrige krav skal innfris -Oppfølging av henvendelser fra publikum -Rutine for oppgave- og ansvarsfordeling mellom partene -Beskrivelse av innhold i møte om samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap -Beskrivelse av innhold i møte om samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede -Oversikt over kontaktpersoner
		<p>Samarbeid om turnuslegetilsetting (tjenesteavtale 12):</p>
		<ul style="list-style-type: none"> -Avklaring av ansvarsforhold mellom partene om ansettelse av turnusleger -Beskrivelse av ansvars- og oppgavefordeling mellom partene -SIs ansvar og oppgaver -Kommunenes ansvar og oppgaver
		<p>Samhandlingsrutiner og vedlegg</p>
		<ul style="list-style-type: none"> -Samhandlingsrutine for turnuslegetilsetting -Samhandlingsrutine for varsling av inn- og utskrivningsklar pasient ved elektronisk

		<p>meldingsutveksling</p> <ul style="list-style-type: none">-Samhandlingsrutine for lokalt IKT-samarbeid-Vedlegg til samhandlingsrutine for lokalt IKT-samarbeid-Samhandlingsrutine for blodtransfusjon i kommune-Samhandlingsrutine til beredskap og akuttmedisinsk kjede-Samhandlingsrutine individuell plan-Samhandlingsrutine for utskrivning fra SI til kommunene-Samhandlingsrutine for innleggelse-Samhandlingsrutine for gjensidig hospiteringsordning-Samhandlingsrutine for følge av kjent person fra kommunen
--	--	--

Vedlegg 2

Intervjuguider:

Intervjuguide for deltakere i ASU og OSU:

1. Hvem tar initiativ til kontakt når møter skal avtales og enkeltforhold som kommer opp på møtene skal håndteres?
2. Hvordan avgjøres hvilke temaer som skal diskuteres i møtene?
3. Er det noen som er spesielt aktive med tanke på å få saker opp på dagsorden?
4. I hvilken forbindelse kommer temaet samarbeid om IKT-løsning lokalt opp?
5. I hvilken forbindelse kommer temaet samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede opp?
6. Er det deltakere som engasjerer seg spesielt i disse temaene?
7. Er det noen punkter når det gjelder disse temaene som skaper uenighet?
8. Hva skiller disse temaene fra de andre samarbeidsspørsmålene?
9. Er det spesielle ting i forbindelse med disse punktene?
10. Mener du at samarbeidsavtalene er gode?
11. Mener du at avtalene har betydning for samarbeidet?
12. På hvilken måte?
13. Diskuteres andre avtaler direkte?
14. Er det noen punkter som er uklare/skaper diskusjon?
15. Kunne det ha vært en fordel å ikke ha samarbeidsavtaler?
16. Blir sakene som blir vedtatt i møtene fulgt opp i praksis?
17. Har noen større innflytelse over beslutningene enn andre?
18. Er noen mer aktive enn andre i kommunikasjonen i møtene?
19. Har det betydning for samarbeidet at møtedeltakere melder forfall?
20. Har det betydning for samarbeidet at kommunene og helseforetaket har like mange deltakere til stede?
21. Finnes det representanter som det er spesielt viktig at er til stede i møtene?
22. Får dere all den informasjonen dere har behov for i møtene?
23. Ønsker du flere deltakere fra helseforetaket/kommunen i samarbeidet?

24. Er det noen andre deltakere som burde være med i stedet for de som er der?
25. Er det noen deltakere som ofte blir enige på møtene?
26. Hva tror du er årsaken til at noen kommuner er representert i ASU/OSU, mens andre ikke er det?
27. Kan du fortelle litt om geografisk samarbeidsutvalg (SI)/helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (Ahus)?
28. Er dette arenaen for dem som ikke er med i OSU/ASU?
29. Hva er hovedforskjellen mellom ASU/OSU og geografisk samarbeidsutvalg/helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg?
30. Deltar du i disse møtene?
31. Hvem deltar i disse møtene?
32. Vet du hva som blir diskutert og vedtatt i disse møtene?
33. Kobles tema, diskusjoner og beslutninger fra de to samarbeidsutvalgene sammen på noen måte?
34. Finnes det andre kontaktkanaler mellom kommuner og helseforetak enn møter?
35. Er det andre kommuner som er med her enn dem som er representert i OSU/ASU?
36. Finnes det andre typer møter enn de som er omtalt på helseforetakets hjemmeside?
37. Er det noen saker som diskuteres utenom møtene, som ikke blir diskutert i møtene?
38. Finner det sted en type kontakt hvor saker som ikke diskuteres i møtene blir tatt opp?
39. Hvem deltar i denne typen samarbeid?
40. Hvor ofte foregår denne typen samarbeid?
41. Hvor foregår denne typen samarbeid?
42. Har det noen betydning for samarbeidet om ASU/OSU-møtene avholdes i helseforetakets lokaler eller kommunenes lokaler?
43. Har det betydning for samarbeidet hvor ofte dere møtes?

44. Hvordan er stemningen i møtene?
45. Hvordan er relasjonen mellom dere i møtene?
46. Hvordan er dialogen mellom dere i møtene?
47. Oppmuntrer dere hverandre i samarbeidssituasjonen?
48. Er det romslighet og trygghet i møtesituasjonene?
49. Vil du si at det for det meste er enighet som preger møtene?
50. På hvilke punkter er det mest enighet?
51. Er det noen punkter som skaper uenighet? I så fall hvilke?
52. På hvilken måte løses uenighet?
53. Lykkes man med å løse uenighet?
54. Opplever du respekt for dine faglige vurderinger i samarbeidet?
55. Har du kjennskap til oppgavene til de ansatte i helseforetakene/kommuneansatte i samarbeidet?
56. Har du forslag til hvordan samarbeidet mellom ansatte i kommuner og helseforetak kan forbedres?
57. Står du fritt til å innta ulike synspunkter, eller er du bundet av kommunens/helseforetakets synspunkter?
58. Opplever du at mange saker som man har planlagt å ta opp i møtene utsettes gang på gang?
59. Påvirker dette samarbeidet på noen måte?

En generell intervjuguide: Personlig bakgrunn:

1. Kan du fortelle kort om din nåværende stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i stillingen?
3. Hva er din arbeidserfaring fra tidligere?

Annet:

Er det noe spesielt du ønsker å tilføye?

Intervjuguide for respondenter som ikke er deltakere i ASU eller OSU:

1. Har din kommune rett til å delta i administrativt samarbeidsutvalg/overordnet samarbeidsutvalg?
2. Har dere selv valgt å ikke delta?
3. Er det spesielle forhold som gjør at din kommune ikke er representert?
4. Får du informasjon om hva som blir diskutert og hvilke temaer som blir tatt opp i overordnet samarbeidsutvalg/administrativt samarbeidsutvalg?
5. Hvor får du informasjonen fra?
6. Har du kjennskap til hvem som er representert i møtene?
7. Har du kunnskap om hvilke saker som blir vedtatt i møtene?
8. Har du/din kommune på noen måte innvirkning på hvilke tema som blir tatt opp i disse møtene?
9. Har du/din kommune på noen måte innvirkning på hvilket utfall ulike saker får?
10. I hvilken forbindelse kommer temaet samarbeid om IKT-løsning lokalt opp?
11. I hvilken forbindelse kommer temaet samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede opp?
12. Er det noen som engasjerer seg spesielt i disse temaene?
13. Er det noen punkter når det gjelder disse temaene som skaper uenighet mellom dere og helseforetaket?
14. Hva skiller disse temaene fra de andre samarbeidsspørsmålene?
15. Er det spesielle ting i forbindelse med disse punktene?
16. Mener du at samarbeidsavtalene er gode?
17. Mener du at avtalene har betydning for samarbeidet?
18. På hvilken måte?
19. Diskuteres andre avtaler direkte?
20. Er det noen punkter som er uklare/skaper diskusjon?
21. Kunne det ha vært en fordel å ikke ha samarbeidsavtaler?
22. Opplever du at sakene som blir vedtatt i møtene blir fulgt opp i praksis?

23. Opplever du at deltakerne i møtene har større beslutningsmulighet enn dere?
24. Hvilken betydning får det får samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket at kommunen ikke er representert i ASU/OSU?
25. Har dere mulighet til å påvirke det som skjer i møtene? På hvilken måte?
26. Finnes det representanter som det er spesielt viktig at er til stede i møtene, for din/kommunens del?
27. Får dere all informasjon dere har behov for?
28. Hvordan går kommunen frem dersom dere vil ta opp en sak med helseforetaket?
29. Ønsker du deltakere fra din kommune i samarbeidet? Hvem?
30. Er det noen andre deltakere som burde være med i møtene i stedet for de som er der?
31. Er du/din kommune representert i geografisk samarbeidsutvalg/helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg?
32. Kan du fortelle litt om geografisk samarbeidsutvalg (SI)/helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (Ahus)?
33. Er dette arenaen for dem som ikke er representert i OSU/ASU?
34. Hva er hovedforskjellen mellom ASU/OSU og geografisk samarbeidsutvalg/helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg?
35. Kobles tema, diskusjoner og beslutninger fra de to samarbeidsutvalgene sammen på noen måte?
36. Hvilke andre kontaktkanaler finnes mellom dere og helseforetaket?
37. Hvem deltar i denne typen samarbeid?
38. Hvor ofte foregår denne typen samarbeid?
39. Hvor foregår denne typen samarbeid?
40. Diskuterer dere temaer som skal tas opp i samarbeidsutvalget før møtene avholdes?
41. Diskuterer dere temaer som ble tatt opp i samarbeidsutvalget etter møtene har blitt avholdt?
42. Hvordan er stemningen når dere har kontakt med helseforetaket?

43. Hvordan er relasjonen mellom kommunen og helseforetaket?
44. Hvordan er dialogen mellom kommunen og helseforetaket?
45. Oppmuntrer dere hverandre i samarbeidssituasjonen?
46. Er det romslighet og trygghet i samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket?
47. Vil du si at det for det meste er enighet som preger kontakten mellom kommunen og helseforetaket?
48. På hvilke punkter er det mest enighet?
49. Er det noen punkter som skaper uenighet? I så fall hvilke?
50. På hvilken måte løses uenighet?
51. Lykkes man med å løse uenighet?
52. Opplever du respekt for dine faglige vurderinger i samarbeidet?
53. Har du kjennskap til oppgavene til de ansatte i helseforetaket i samarbeidet?
54. Har du forslag til hvordan samarbeidet mellom ansatte i kommuner og helseforetak kan forbedres?
55. Står du fritt til å innta ulike synspunkter, eller er du bundet av kommunens synspunkter?

En generell intervjuguide: Personlig bakgrunn:

1. Kan du fortelle litt om deg selv, og kort om din nåværende stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i stillingen?
3. Hva er din arbeidserfaring fra tidligere?

Annet: Er det noe spesielt du ønsker å tilføye?

Intervjuguide for lokalpolitikere

1. Har du kjennskap til hvilke temaer som diskuteres i overordnet samarbeidsutvalg/administrativt samarbeidsutvalg?
2. Har du kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalene?
3. Har du kjennskap til samarbeidsavtalen vedrørende samarbeid om IKT-løsning lokalt?
4. Får du informasjon om hva som blir diskutert og vedtatt vedrørende denne delavtalen?
5. Har du kjennskap til samarbeidsavtalen vedrørende samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede?
6. Får du informasjon om hva som blir diskutert og vedtatt vedrørende denne delavtalen?
7. Hvor får du eventuelt denne informasjonen fra?
8. Vet du om det er noen som engasjerer seg spesielt i disse temaene?
9. Mener du at samarbeidsavtalene er gode?
10. Mener du at avtalene har betydning for samarbeidet?
11. På hvilken måte?
12. Opplever du at noen avtaler er uklare/skaper diskusjon?
13. Kunne det ha vært en fordel å ikke ha samarbeidsavtaler?
14. Har du kjennskap til hvem som deltar i møtene?
15. Har du kunnskap om hvem som får saker opp på dagsorden?
16. Får du all informasjonen du har behov for?
17. Får du all den informasjonen du trenger med tanke på det som diskuteres i møtene?
18. Får du all den informasjonen du ønsker med tanke på det som blir vedtatt i møtene?
19. Hvor/hvem får du informasjon fra?
20. Vet du hvem som avgjør hvilke temaer som skal diskuteres i møtene?
21. Opplever du at sakene som blir vedtatt i møtene blir fulgt opp i praksis?
22. Hvilken informasjon får du ellers om samarbeidet?
23. Finnes det representanter som det er spesielt viktig at er til stede i møtene?

24. Ønsker du flere deltakere fra kommunen i samarbeidet?
25. Er det noen andre deltakere som burde være med i stedet for de som er der?
26. Hva tror du er årsaken til at noen kommuner er representert i ASU/OSU, mens andre ikke er det?
27. Har du kjennskap til geografisk samarbeidsutvalg (SI)/helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (Ahus)?
28. Har du kjennskap til hvilke temaer som diskuteres her?
29. Har du kjennskap til hvem som deltar i disse møtene?
30. Finnes det andre kontaktkanaler mellom kommuner og helseforetak enn møter?
31. Vet du om det er noen saker som diskuteres utenom møtene, som ikke diskuteres i møtene?
32. Hvilke andre kontaktkanaler enn møter finnes mellom kommune og helseforetak?
33. Hvem deltar i denne typen samarbeid?
34. Hvor ofte foregår denne typen samarbeid?
35. Hvor foregår denne typen samarbeid?
36. Hvordan er relasjonen mellom kommunen og helseforetaket?
37. Hvordan er dialogen mellom kommunen og helseforetaket?
38. Har du kjennskap til oppgavene til de ansatte i helseforetakene og kommunene i ASU/OSU-samarbeidet?
39. Har du forslag til hvordan samarbeidet mellom ansatte i kommuner og helseforetak kan forbedres?
40. Har du mulighet til å påvirke det som skjer i møtene? På hvilken måte?

En generell intervjuguide: Personlig bakgrunn:

1. Kan du fortelle litt om deg selv, og kort om din nåværende stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i stillingen?
3. Hva er din arbeidserfaring fra tidligere?

Annet: Er det noe spesielt du ønsker å tilføye?

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Samarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Karoline Jangård Selliseth, og jeg studerer til master i administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Temaet for min masteroppgave er samarbeid på tvers av nivåer, og formålet med studien er å undersøke hvorvidt variasjoner i utformingen av samarbeidsavtaler, påvirker det praktiske samarbeidet mellom ansatte i kommuner og helseforetak. Jeg ønsker altså å studere hvorvidt samarbeidsavtalene er et egnet redskap for koordinering mellom disse nivåene. Jeg er videre tildelt et studentstipend ved Uni Rokkansenteret knyttet til prosjektet *Providing Integrated Health Care for Older People*. Prosjektleder er Benedicte Carlsen.

Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus og kommunene Ringsaker, Tynset, Hurdal og Skedsmo er valgt fordi innholdet i samarbeidsavtalene mellom nevnte helseforetak og kommuner innen foretaksområdene varierer i forhold til Nasjonal veileder.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære at du setter av ca. en time til telefonintervju. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker dersom informanten godkjenner dette. All informasjon som kommer frem under intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, og lydopptaket vil bli slettet rett etter at transkriberingen er foretatt. Det vil også være mulig å få tilsendt transkriberingen av intervjuet dersom det er ønskelig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning, NSD.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på e-post: karrojs@hotmail.com, eller telefon: 907 35 049/555 89 751.

Min veileder for denne masteroppgaven, Jacob Aars, kan kontaktes på e-post: Jacob.Aars@aorg.uib.no, dersom det skulle være ønskelig.

Jeg håper på positiv respons!

Med vennlig hilsen
Karoline Jangård Selliseth