

RAPPORT

SAMHANDLINGSREFORMA I KOMMUNANE

Kartlegging av kva kommunane i Sogn og Fjordane gjorde under
planlegginga av samhandlingsreforma.

Dagrun Kyrkjebø
Geir Liavåg Strand (VF)
Dag Olaf Torjesen
Tor Inge Romøren

Avdeling for helsefag

HSF Rapport 1/2013

TITTEL Samhandlingsreforma i kommunane Kartlegging av kva kommunane i Sogn og Fjordane gjorde under planlegginga av samhandlingsreforma.		RAPPORTNR. 1/2013	DATO 28.01.2012
PROSJEKTITTEL		TILGJENGE Open	TAL SIDER 68
FORFATTAR Dagrun Kyrkjebø Geir Liavåg Strand (VF) Dag Olaf Torjesen Tor Inge Romøren		PROSJEKTLEIAR/-ANSVARLEG Tor Inge Romøren	
OPPDRAGSGJEVAR Sogn og Fjordane Fylkeskommune		EMNEORD samhandlingsreforma, planlegging, kommunar, interkommunalt samarbeid	
SAMANDRAG / SUMMARY Rapporten gjer greie for eit forprosjekt som avdeling for helsefag ved HiSF har gjennomført saman med Vestlandsforskning. Intervju vart gjennomført med personar i 25 av 26 kommunar i Sogn og Fjordane som hausten 2011 førebudde gjennomføringa av Samhandlingsreforma. Føremålet med forprosjektet var å kartlegge korleis kommunane førebudde nye oppgåver innan helse- og omsorgstenesta. Analysen av materialet syner utbreidd bruk av interkommunale samarbeid i fylket, og mange informantar ser på eigen kommune som for liten til å greie å løyse oppgåvene utan samarbeid med andre. Utfordringar kring akutthjelp tilbod, økonomi og samarbeid med fastlegar er tema informantane er opptekne av. Rapporten tilrår at hovudprosjektet skal omhandle spørsmål knytt til innføring av akutthjelp i kommunane frå 2016. Prosjektet bør sjå på innhaldet i akutthjelp tilbodet, kostnader og organisering, tilgang til lege, samarbeid mellom legevaktlege og fastlege og kva type fagfolk og kompetanse kommunane treng for å etablere tilbodet.			
PRIS Kr 100,-		ISSN 0806-1688	ANSVARLEG SIGNATUR Eva Marie Halvorsen (sign.)
		ISBN 978-82-466-0130-4	

Forord

Hovudutval for plan og næring i Sogn og Fjordane fylkeskommune la 30.11.2010 fram eit framlegg til utviklingsavtale mellom Vestlandsforskning (VF) og Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF), med Sogn og Fjordane fylkeskommune som oppdragsgjevar.

Utviklingsavtalen gjeld for perioden 2011 – 2014. Avtalen gav føresetnadane for fire ulike tema for samarbeid mellom partane:

1. Innovasjon

Midlane i utviklingsavtala vert brukte til å utvikle ny kunnskap om innovasjon i eit utkantsamfunn som Sogn og Fjordane.

2. Samhandling

Vestlandsforskning og Høgskulen i Sogn og Fjordane har skissert eit forskingsarbeid knytt til spørsmålet ”Kva skal kommunane gjere med samhandlingsreforma?” Det er føresett at representantar for kommunane og Helse Førde skal delta i utvikling av eit konkret prosjekt.

3. Omstilling

Midlane skal brukast til omstilling i reiselivsnæringa. Dei to forskingsinstitusjonane kan t.d. bruke utviklingsavtala til å delfinansiere eit 4-årig PhD-stipend (doktorgradsstipend) i Forskingssenter for berekraftig reiseliv knytt opp mot temaet ”andregenerasjons reiseliv i distrikts-Norge”.

4. Formidling

Høgskulen og Vestlandsforskning skal formidle forskning som er viktig for samfunnsutvikling i Sogn og Fjordane. Partane er samde om å forsøke å kople aktiviteten til det fylkeskommunale initiativet ”Samfunnspegel for Sogn og Fjordane” og å inkludere nye tenester frå Fylkesarkivet.

Prosjektet som vert omtala i denne rapporten er knytt til punktet som gjeld samhandling og rår over økonomiske ressursar på om lag 650.000 kr pr. år i perioden utviklingsavtalen gjeld for.

Arbeidet starta opp våren 2011 med planlegging av forprosjekt og etablering av prosjektgruppe for prosjektet: ”Kva gjer kommunane med samhandlingsreforma?”

Prosjektgruppa består av:

- Professor Tor Inge Romøren, HiSF/Helsefag - prosjektleiar
- Førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen, HiSF/Helsefag
- Høgskulelektor Dagrun Kyrkjebø, HiSF/Helsefag
- Forskar Geir Liavåg Strand, VF
- Forskar Carol Azungi Dralega, VF

Hausten 2011 vart det utarbeidd intervjuguide og gjennomført intervju med 25 av 26 kommunar i Sogn og Fjordane. Intervjua vart gjennomførte av Dagrun Kyrkjebø (HiSF) og Geir Liavåg Strand (VF). Funna frå intervjua i forprosjektet er presenterte i denne rapporten og gjev prosjektgruppa eit grunnlag til å avgjere kva retning prosjektet skal ta vidare. Arbeidet med rapporten er gjort av Dagrun Kyrkjebø og Geir Liavåg Strand, med hjelp av Dag Olaf Torjesen og prosjektleiar Tor Inge Romøren.

Rapporten er ei oppsummering av funn frå intervjua, der vi forsøker å vurdere funna både i eit historisk perspektiv og opp mot den dagsaktuelle situasjonen kommunane er i, i tillegg til å sjå på funna opp mot aktuell forskning.

Innhald

Forord	1
Innhald.....	3
Samandrag.....	5
1.0 Introduksjon og føremål	6
2.0 Metode.....	11
3.0 Kva fann vi i kommunane?	14
3.1 Planlegging	14
3.1.1 Økonomiske bekymringar, men kraftkommunar står betre rusta.....	19
3.2 Organisert samarbeid.....	20
3.2.1 Nordfjord.....	21
3.2.2 Sunnfjord og ytre Sogn	22
3.2.3 Indre Sogn	23
3.3 Eksterne samarbeidspartar	24
3.3.1 "Gamle" samhandlingsprosjekt.....	25
3.3.2 Rammeavtalar.....	26
3.3.3 Delavtalar	27
3.3.4 Legevaktsamarbeid.....	28
3.3.5 Kva nytte har kommunane av interkommunalt samarbeid?.....	30
3.4 Gjennomføring	31
3.4.1 Korttidsplassar.....	34
3.4.2 Omfattande heimetenester.....	35
3.4.3 Folkehelsearbeid.....	36
3.5 Fastlegane.....	37
3.6 IKT-løysingar	38
3.7 Økonomi	38
3.8 Andre innspel frå informantane	39
4.0 Oppsummering	42
4.1 Planlegging	42
4.2 Eksterne samarbeidspartar	44
4.3 Gjennomføring	45
4.4 Fastlegane.....	46
4.5 IKT-løysingar	46
4.6 Økonomi	46

4.7 Andre innspel frå informantane	47
5.0 Tidlege erfaringar frå Sogn og Fjordane	48
6.0 Konklusjon	49
Kjelder	51
Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	54
Vedlegg 2 – Rammeavtale mellom Helse Førde og den einskilde kommune i Sogn og Fjordane.....	57

Samandrag

Denne rapporten gjer greie for eit forprosjekt som avdeling for helsefag ved Høgskulen i Sogn og Fjordane har gjennomført saman med Vestlandsforskning. Den byggjer på intervju med personar i 25 av dei 26 kommunane i Sogn og Fjordane fylke som hausten 2011 førebudde gjennomføringa av Samhandlingsreforma. Føremålet med forprosjektet var å kartlegge korleis kommunane førebudde nye oppgåver innan helse- og omsorgstenesta. På bakgrunn av denne kartlegginga skulle også tema for eit hovudprosjekt om Samhandlingsreforma i Sogn og Fjordane veljast ut.

Analysen av intervjuar syner at i kommunane i Sogn og Fjordane vert Samhandlingsreforma i stor grad gjennomført ved deltaking i interkommunale samarbeidsprosjekt. Akutthjelp, samfunnsmedisin og folkehelse er dei viktigaste oppgåvene ein samarbeider om. Dei fleste kommunane meiner at dei i dag har den kompetansen som trengst for å ta på seg nye oppgåver, men dei er usikre på kor lenge dette vil vare.

Økonomisk sett er 2012 eit prøveår for mange. Da reforma starta opp, mangla kommunane oversyn over kostnadane. Erfaringar gjennom året kan tyde på at reforma er underfinansiert.

Fra 2016 skal kommunane ha på plass eit akutthjelp-tilbod. Men dei er usikre på korleis dei skal organisere, finansiere og bemanne denne tenesta.

Informantane i kommunane seier at dei ønskjer å betre samarbeidet med fastlegane for å møte dei nye utfordringane. Betre elektronisk verktøy til å utveksle informasjon internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetenesta trengs også. Eit døme på dette er handtering av informasjon rundt utskrivingsklare pasientar.

Med basis i desse funna tilrår forprosjektrapporten at hovudprosjektet skal omhandle spørsmål knytt til innføring av akutthjelp i kommunane frå 2016. Hovudprosjektet bør mellom anna sjå på kostnadane og organiseringa av akutthjelp-tilbodet, tilgang til lege og samarbeid mellom legevaktlege og fastlege, kva type fagfolk og kompetanse kommunane treng for å etablere akutthjelp-tilbodet, og innhaldet i det.

1.0 Introduksjon og føremål

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (2010 - 2011), helse- og omsorgstenestelova (2011a), folkehelselova (2011b) og revidert fastlegeforskrift (2012) er sentrale dokument som alle peikar på dei store utfordringane helse- og omsorgstenesta står føre, og korleis kommunane kan iverksette reforma. Desse nasjonale føringane inneber at kommunane har fått nye, lovpålagte oppgåver. Endringane i helsetenesta skal likevel finne stad gradvis, ei såkalla ”retningsreform” utan eit definert endepunkt og slutt mål. Ein må vente ulik endringsgrad og endringsfart i dei ulike kommunane og kommunane står relativt fritt med omsyn til korleis dei vil tilnærme seg reforma reint organisatorisk. Det skal vere rom for lokalt tilpassa løysingar innanfor dei grensene helselovgjevinga set, og ein krev eit tilstrekkeleg langt tidsperspektiv for å få gjennomført endringane. Dette arbeidet vil kunne ta tid.

Så kva inneheld samhandlingsreforma? Regjeringa fokuserer på den demografiske utviklinga og endringar i sjukdomsbiletet i samfunnet som igjen vil kunne gje utfordringar som vil true samfunnet si økonomiske bæreevne. Dette ønskjer ein å gjere noko med blant anna ved å arbeide mot ein reduksjon av etterspurnaden etter sjukehusenester blant eldre i samråd med anbefalingar frå WHO. Dette vil vere meir berekraftig for det norske samfunnet (Grøne & Garcia-Barbero, 2001; Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011). Om ein ikkje set i verk tiltak no, meiner regjeringa dette kan bli ein alvorleg trussel for bæreevna til det norske samfunnet. Både med tanke på arbeidskraft og samfunnsøkonomi. Reforma legg opp til at helsetenestene skal satse meir på førebygging og mindre på «reparasjonar». På den måten skal ein sette inn tiltak tidleg i staden for seint i pasientforløp. Eit hovudmål er å få dei ulike delane av helsetenestene til å samarbeide betre. Mellom anna vert det lagt stor vekt på å utvikle meir koordinerte tenester og betre samhandling mellom fastlegane, kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Pasientane skal oppleve at tenestene kjem nærare dei, og dei skal også oppleve større grad av brukarmedverknad. Reforma legg også til rette for sterke, spesialiserte fagmiljø i sjukehusa. Kommunen si rolle i arbeidet med helse skal styrkast, mellom anna ved at kommunane skal ha ansvar for ein større del av pasientforløpet. Kommunane får overført oppgåver som tidlegare har blitt utført av andre instansar. Økonomiske overføringar frå staten skal hjelpe kommunane på vegen mot å løyse oppgåvene, men stortingsmeldinga og lovverket i kjølvatnet av reforma gjev derimot få eller ingen føringar for korleis kommunane skal legge opp dette arbeidet. Kvar kommune må i samarbeid med sine omgjevnader og lokale tilhøve

finne sine egne organisatoriske og helsefaglege grep. Vi ser at HiSF og VF sit med kunnskap som kan vere med å bidra til dette utviklingsarbeidet og sette det inn i ein større samanheng.

Innføringa av samhandlingsreforma starta opp 1.1.2012, og fleire endringar kjem i kjølvatnet av reforma. Nokre kommunar er allereie godt i gang med arbeidet, medan andre kommunar ikkje er komne like langt. Helsetilboda i kommunane vert bygde opp over tid, dette er ikkje eit arbeid som kan utførast over natta.

Eit viktig spørsmål å stille seg er korleis kommunane skal greie å gjennomføre reforma. Utfordringane er store på mange område, mellom anna innanfor kompetanse, kapasitet, intern og ekstern samhandling, økonomi og bygningsmasse. Frå regjeringa si side er det lagt til rette for at kommunane skal få hjelp til dette arbeidet gjennom å nytte seg av nytt lovverk. Døme på dette er ny folkehelselov som skal vere med på å styrke kommunane sitt ansvar for førebygging og helsefremjande arbeid, og den nye lova for helse- og omsorgstenesta. Ei felles lov for desse tenestene samlar alle pliktene til kommunen, og Fylkesmannen vert felles klageinstans for dei lovpålagte oppgåvene.

Det er innført samarbeidsplikt for kommunar og sjukehus. Brukarane skal få eit betre og meir koordinert tilbod. Økonomiske ressursar flyttast frå staten (sjukehusa) til kommunane, og tanken er at det skal løne seg å førebygge og bygge opp nye tenester der folk bur. Dette går spesielt på overføring av midlar som kommunane skal bruke til å delfinansiere sjukehusinnleggingar for egne innbyggjarar som vert tilvist til indremedisinsk behandling, 20 % av kostnaden. I tillegg vert det overført pengar frå sjukehus til kommune for at kommunane skal kunne etablere tilbod til utskrivingsklare pasientar i eigen kommune. 1.1.2016 vert det innført kommunal plikt til å etablere tilbod om strakshjelp etter helse- og omsorgstenestelova § 3-5 (2011a). Dette skal vere eit lokalt tilbod for pasientar som har behov for akutt helsehjelp eller observasjon. Eit tilbod før, i stadenfor og etter sjukehusinnlegging. Lova spesifiserer at dette gjeld for dei pasientar og brukarar som kommunen har høve til å greie ut, behandle og yte omsorg til. Til denne oppgåva får kommunane overført midlar. Det er politisk vedteke at kommunane sine økonomiske rammer skal styrkast ved at ein større del av veksten i helsebudsjetta skal kome i kommunane i åra som kjem.

Ein annan intensjon med reforma er at det skal verte lettare å få helsehjelp lokalt, og hjelp til koordinering av behandling og oppfølging skal verte gjeve. Kommunane skal ha eit breiare

tilbod til sine innbyggjarar enn dei har i dag, og oppfølginga av menneske med kroniske lidingar skal bli betre. Helsefremjande og førebyggjande arbeid i kommunane skal det arbeidast med.

Sogn og Fjordane har 108000 innbyggjarar fordelt på 26 kommunar, og er delt i dei tre regionane Nordfjord, Sunnfjord og Sogn. Det er etablert interkommunale samarbeid mellom kommunane i dei ulike regionane. Interkommunalt samarbeid inneber at to eller fleire kommunar samarbeider om å få utført oppgåver. Denne typen samarbeid med organisatorisk overbygnad kan organiserast i ulike rettslege former. Kommuneleva § 27 (1992) gjev heimel for å etablere eit interkommunalt samarbeidsorgan. Kommunane kan overføre ansvar og mynde i saker som vedkjem verksemda si drift og organisering til slike styringsorgan. Ein annan måte å organisere interkommunalt samarbeid på er i selskapsform utanfor kommuneleva, t.d. etter aksjelova (1997) eller etter lov om interkommunale selskap (1999). Eit interkommunalt samarbeid kan også skje utan ein organisatorisk overbygnad ved ei utveksling av tenester mellom kommunar, etter den såkalla vertskommunemodellen, fastsett i § 28 i kommuneleva (1992). Dei fleste kommunane i fylket er med i eitt eller fleire interkommunale samarbeid.

Sidan 1970-talet har det vore strid om lokalisering av sjukehusa i fylket, og sjukehusa i Høyanger (Sogn) og Flora (Sunnfjord) er blitt lagt ned. Dei seinare åra har det vore sjukehus i Førde (Sunnfjord), Lærdal (Sogn) og på Nordfjordeid (Nordfjord). I dag held framleis diskusjonane fram om kva tilbod kvart av sjukehusa skal gje til innbyggjarane. Spesielt har strien om fødetilboda ved lokalsjukehusa i Lærdal og Nordfjord vore betent og hard.

Eit anna særtrekk ved fylket er at dei mange små kommunane. 17 av desse har mindre enn 5000 innbyggjarar, medan Førde som den største kommunen har om lag 12500 innbyggjarar har likskap med byliknande befolkningskonsentrasjon. Fylket er prega av små fagmiljø, og det er relativt få einingar innanfor helse- og sosialtenestene: Det er 28 legekontor i dei 26 kommunane, og få einingar i pleie- og omsorgstenestene i kvar kommune. Alle kommunane er kopla opp mot Norsk Helsenett. Norsk Helsenett har eksistert sidan 2004 og vart oppretta på bakgrunn av dei nasjonale helsemyndigheitene sitt mål om å etablere eit sikra nettverk for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren i Noreg (Norsk Helsenett, 2012).

24 av 28 legekontor i Sogn og Fjordane har etablert elektronisk kommunikasjon med Helse Førde. Helse Førde og kommunane i Sogn og Fjordane har organisert samhandling på eit vis som skal sikre involvering og rett kommunikasjon på ulike nivå. Samarbeidet er juridisk formalisert gjennom samarbeidsavtalar mellom Helse Førde og den enkelte kommune, jamfør helse- og omsorgstenestelova, § 6 (2011a). Samhandlinga mellom kommunane og Helse Førde er eit organisatorisk verkemiddel rundt samarbeidet der ein forsøker å få på plass utvikling på ulike arenaer, til dømes i fagråd, koordineringsråd og i dialogmøte med representantar frå kommunane og Helse Førde. I dette arbeidet har Helse Førde oppretta stilling for samhandlingsdirektør. Fleire av kommunane har også oppretta eigne koordinatorar til å handsame koordinering på helseområdet internt i eigen kommune, på interkommunale arenaer og mot sjukehusa i Helse Førde.

Utfordringane som samhandlingsreforma gjev, samt status for helsesamarbeidet i Sogn og Fjordane gjer at VF og HiSF i fellesskap føreslo følgjande arbeidstittel og vinkling for utviklingsavtalen:

«Kva gjer kommunane, og korleis planlegg og tilpassar dei seg samhandlingsreforma?»

Samhandlingsreforma er her, men korleis handterer kommunane reforma? For å prøve å kome fram til svar på problemstillinga ønskte prosjektgruppa å sjå nærare på kor langt dei enkelte kommunane i fylket var komne i førebuingane hausten 2011. Forskingsspørsmål vi ønsker å belyse i denne rapporten er mellom anna:

- Korleis vert førebuingane til samhandlingsreforma planlagt og arbeidd med i kommunane i Sogn og Fjordane?
- Kva samarbeidspartar er aktuelle, og kva type samarbeid legg kommunane opp til? Innanfor kva kommunale ansvarsområde er samarbeid mest aktuelt?
- Kva ser kommunane som styrker og svakheiter i eigen organisasjon i samband med innføring av reforma, spesielt knytt til kompetanse og økonomi?
- Korleis fungerer det interne samarbeidet mellom fastlegane og pleie- og omsorgstenestene i kommunane? Vert det lagt opp til endringar her?
- Kva elektroniske verkty treng kommunane for at førebuing og gjennomføring av arbeidet i samband med reforma skal verte så effektivt, enkelt og sikkert som mogeleg?

- Korleis planlegg kommunane å dokumentere auke i utgifter knytt til innføringa av reforma? Er det under utvikling egne system til dette føremålet?

Samtidig som vi utviklar kunnskap på området ønskjer HiSF og VF å vere ein ressurs i innføringa av samhandlingsreforma. Siktemålet i prosjektet er derfor å bygge kunnskap saman med aktørane basert på deira praktiske erfaringar og, med grunnlag i eksisterande organisatorisk og helsefagleg kunnskapsgrunnlag innan feltet samhandling i helsetenesta.

2.0 Metode

Vitskapleg metode er naudsynt fordi det hjelper oss å definere eit sett av retningslinjer som skal sikre at den vitskaplege verksemda er fagleg forsvarleg. Forskaren ønskjer å bygge opp kunnskap om eit tema og ut frå det utvikle ei teoretisk forståing av kunnskapen (Grønmo, 2004)

Vår idé her er at den sosiale verda er konstruert (Berger & Luckmann, 1966). Menneska tolkar denne konstruerte verkelegheita ulikt, og det er desse tolkingane som er viktige for oss som forskarar (Denzin & Lincoln, 2000). Når det finst ulike tolkingar, skal ikkje forskaren sin kunnskap vere «betre» enn den lokale kunnskapen (Gibbons, et al., 1994) (Nowotny, Scott, & Gibbons, 2001). Kunnskap vert skapt ved gjensidig refleksjon mellom dei ulike aktørane (Greenwood & Levin, 2007). Denne genererte kunnskapen representerer tolkingar som er gyldige til betre tolkingar kjem fram. I arbeidet med å fortolke vil spørsmåla som vert stilte både opne for at forskaren skriv ned eigne observasjonar og prøver å tolke det dei andre seier. Som forskarar byggjer vi på den føresetnaden at dei vi snakkar med eller intervjuar «opnar eit vindauge inn mot deira indre liv» (Denzin & Lincoln, 2000).

Det er ubalanse i maktsituasjonen under eit intervju. Forskaren legg til rette intervjusituasjonen, fastset tema for intervjuet, spør spørsmåla og avgjer kva for svar som skal følgjast opp med utdjupande spørsmål. Intervjuet er ikkje berre ein god samtale, men også eit middel forskarane brukar til å samle data. Forskaren tolkar og rapporterer frå intervjuet i samsvar med eigne interesser (Kvale & Brinkmann, 2009).

Forskningsgruppa gjorde vurderingar i høve kven som kunne vere dei rette personane å intervjuje i kommunane i Sogn og Fjordane, for å få svar på forskingsspørsmåla. Ein kom fram til at ved å ta kontakt med rådmennene i dei respektive kommunane kunne ein få utpeika den eller dei personane i kommunen som arbeidde mest med førebuingane til samhandlingsreforma. Det ville vere vanskeleg for prosjektgruppa sjølve å finne ut av kven desse personane var, då ein ikkje kjenner til korleis dei ulike kommunane arbeider og er organiserte. For at vi skulle få tilgang til opplysningar som belyser forskingsspørsmåla, såg vi det som naudsynt å snakke med informantar som var direkte involverte i det overordna arbeidet i kommunane i fylket. Informantane måtte vere knytt til arbeidet med førebuingane

til innføringa av reforma. Dei burde også ha kunnskap om fleire nivå i kommuneorganisasjonen.

Vi kontakta rådmennene i alle kommunane og bad dei velje ut kven som arbeidde tettast med førebuingane til samhandlingsreforma. Dei fleste rådmenn peika ut helsesjef/kommunalsjef som informant, medan to av rådmennene føreslo seg sjølve som informantar sidan dei arbeidde tett opp mot førebuingane til reforma. Vi gjennomførte intervju med dei personane som rådmennene føreslo. Desse personane er leiarar som er vane med å snakke for seg, og som har mykje kunnskap om emnet. Maktubalansen vert difor liten mellom forskar og informant i dette prosjektet. Ein kan diskutere om ein burde intervju representantar på ulike nivå i kommuneorganisasjonen for å få med eventuelle nyansar i biletet, men dette hadde forskingsgruppa ikkje kapasitet til å få gjennomført før reforma vart innført. Det at vi har eit relativt einseitig datamateriale må vi ta med oss i den vidare prosessen og vere klar over at vi kunne fått andre svar og andre vinklingar ved å intervju fagfolk som arbeider nærare brukarane.

Ved dette høvet vart det utvikla ein intervjuguide på førehand, delt inn etter tema (Vedlegg 1). Denne var godkjent av den fagleg ansvarlege for prosjektet og på førehand sendt ut til informantane slik at dei var førebudd før sjølve telefonintervjuet fant stad.

Under intervju vart svara nedteikna skriftleg, og sidan transkribert i Word. Dei ferdige transkriberte intervjuet vart sendt ut til informantane for kvalitetssjekk og godkjenning. Alle intervju vart lagra på datamaskin for analyse i eit rekneark (Excel-fil). Det er relativt få informantintervju (25 i alt), men vi har intervju kvar einskild informant om mange forhold og nyansar vi sannsynlegvis ikkje ville ha fått fram i ein alternativ survey. Vi har hovudsakleg nytta eit kvalitativt eksplorerande forskingsdesign i innsamling av data og i analysearbeidet. På einskilde svar har vi samstundes telt opp (førekomst) på einskilde svar, og brukt nokre av dei som ”idealtypiske” sitat for bildet slik det ser ut i kommunane. Nokre av sitata er med andre ord valt fordi dei representerer det mange av informantane har svart, medan andre sitat er utvalte som kontrastar og for å vise mangfaldet og variasjonar i vårt materiale.

Vi har i tillegg til transkriberte intervju laga ein oversikt over innbyggartal i kommunane, kor langt kommunesentrum ligg frå næraste sjukehus, om kommunen har

kraftkonsesjonsinntekter og kva organisasjonsstruktur kommunen har. Vi antok at dette kunne vere sentrale rammebetingelsar for kommunane å gi variasjon i kommunale planar og tilpassingar til samhandlingsreformas fordringar.

Først og fremst har vi fått inn erfaringar sett frå eit leiings-/administrativt perspektiv i kombinasjon med helsefagleg forståing. I kartlegginga fekk vi svar frå 25 av 26 kommunar, i ein kommune fekk vi ikkje avtale om intervju. Intervjua vart i hovudsak gjennomført som telefonintervju, men nokre intervju vart gjort på informantane sine arbeidsplassar. I ein av kommunane stilte både rådmann og helsesjef til intervju, så totalt har vi 26 informantar. Informantane hadde ulik bakgrunn, men 21 av 26 har helse- og sosialfagleg bakgrunn og fire med økonomisk-administrativ bakgrunn. Sju av informantane hadde mastergrad eller tilsvarande høgare utdanning.

3.0 Kva fann vi i kommunane?

Mykje interessant informasjon kom fram gjennom kartlegginga sjølv om den vart gjennomført på eit tidleg tidspunkt, rett før samhandlingsreforma blei innført 01.01.2012. Våre intervju fant stad i forkant, 24 intervju hausten 2011 og eitt intervju i januar 2012.

Vi har valt å presentere stoffet etter same oppbygning som intervjuguiden som vart brukt under intervju (sjå vedlegg).

I den første delen vert det presentert korleis kommunane arbeidde med *planlegging* av innføringa av samhandlingsreforma hausten 2011. Her vil vi også omtale samarbeidsavtalar og samarbeidsprosjekt. Vidare kjem vi inn på kommunane sitt tilhøve til eksterne samarbeidspartar.

I den andre delen vil vi presentere resultat frå intervju som omhandlar korleis sjølve *gjennomføring av tiltak* i samband med reforma er tenkt lagt opp, og kva mogelegheiter og hindringer kommunane ser i arbeidet med dette.

Vidare i den tredje delen, vil vi omhandle spørsmål om *ulike former for kommunalt samarbeid og samhandling med fastlegane*. Dei siste områda vi tematiserte i intervju var *IKT-løysingar* kommunane nyttar i dag, og kva type løysingar dei ønskjer seg for framtida.

Eit sentralt tema i presentasjonen av datamaterialet er erfaringar og tankar informantane gjorde seg om *det økonomiske handlingsrommet* i samband med reforma, og dei *særeigne lokale utfordringane i den ein skilde kommune*. Til slutt tek vi opp meir opne assosiasjonar og poeng frå informantane.

3.1 Planlegging

Deltaking i samhandlingsprosjekt ser ut til å ha påverka kommunane mykje i planleggingsarbeidet fram mot innføringa av samhandlingsreforma. Fokuset i kommunane er retta mot innhaldet i dei interkommunale prosjekta meir enn mot intrakommunale prosjekt. Med intrakommunale prosjekt meiner vi intern organisering av førebuingarbeidet i kommunane, gjerne på tvers av etatar og faggrupper. Kan dette vere fordi kommunane ønskjer

både ekstern og intern drahjelp – ved å dra vekslar på så vel eksterne som interne ressursar når dei står over for nye og komplekse oppgåver?

Samstundes som kommunane er opptekne av dei interkommunale prosjekta dei deltek i, gjennomfører nokre kommunar eigne prosjekt. Denne informanten skildrar det slik:

I tillegg har kommunen sett i gang arbeid ved å starte opp lokale samhandlingsgrupper. Enno er desse gruppene innanfor helse og omsorg, men her arbeider ein med å få involvert andre aktuelle etatar. Har ein plan for korleis ein skal få dette til. Har enno ikkje vore så lett å få andre etatar til å sjå si rolle knytt opp til samhandlingsreforma. Dei lokale samhandlingsgruppene er sett ned basert på kommunen sine eigne opplevingar/vurderingar etter kartleggingane i det interkommunale samarbeidet. I gruppene er aktuelt arbeid fordelt utover, og ein er blant anna starta opp arbeid med rutinar og prosedyrar knytt til samhandling.

13 av kommunane i fylket har sett ned kommunale arbeidsgrupper som arbeider med den lokale tilnærminga til samhandlingsreforma. I tre små kommunar (under 5000 innbyggjarar) er det oppretta nye stillingar i denne samanheng. Desse tre kommunane er lokalisert i kvar av dei tre regionane i fylket. To av kommunane har dårleg økonomi, medan den tredje kommunen seier dei har god økonomi. Det ser difor ikkje ut til at lokalisering i fylket eller økonomi spelar ei vesentleg rolle her. I dei 12 kommunane som ikkje har etablert arbeidsgrupper tek dei tilsette arbeidet som ein del av den daglege drifta, og førebur seg til samhandlingsreforma på linje med andre arbeidsoppgåver. Dei har ikkje ekstra ressursar til dette arbeidet. Det ser ut til at eventuelle ekstraløyvingar hovudsakleg er brukt til stillingar som kjem nærast brukaren/pasienten (personell innan pleie- og omsorgstenestene).

Eit stort fleirtal av informantane meiner at erfaringar frå andre kommunar (interkommunal læring) er viktig kunnskap å dra vekslar på når dei sjølve skal planlegge innføring av reforma. 14 kommunar viser til at dei i stor grad hentar erfaringar frå andre. Seks kommunar meiner at dei gjer dette i noko grad, medan fem kommunar opplyste at dei i liten grad hentar erfaringar frå andre kommunar. Nokre kommunar meiner at dei kanskje vil ha meir nytte av desse erfaringane etter kvart når dei er komne lengre i det interne planleggingsarbeidet.

Mange av kommunane er i gang med omfattande planarbeid som ein konsekvens av innføringa av samhandlingsreforma. Dette omhandlar blant anna arbeid med, og rullering av helse- og omsorgsplanar, kompetanseplanar og økonomiplanar. Dette planarbeidet gir viktige

føringar for korleis kommunane skal arbeide i åra som kjem på helsetenesteområde.

Kommunane arbeider også med endringar innanfor institusjonstilbodet. Åtte av kommunane i fylket seier at det viktigaste dei arbeider med er planar for nye institusjonsbygg, eller ombygging av eksisterande bygningsmasse. Når det gjeld omsorgsbustader, seier mange av kommunane at dei har eit tilstrekkeleg tal på plass allereie, men tre av kommunane arbeider med å få på plass nye omsorgsbustader.

Eit anna fokusområde for kommunane er utbygging av tilbod innanfor førebyggjande helsearbeid. Her trekk dei fram at folkehelsekoordinatoren har ei viktig rolle. Det er verdt å merke seg at nokre kommunar ikkje har folkehelsekoordinator på bakgrunn av ein trong økonomisk situasjon. Desse kommunane er lokalisert i alle tre regionane i fylket.

Fem kommunar nemner at dei arbeider med etablering av frisklivssentral. Dette skal vere eit kommunalt kompetansesenter for rettleiing og oppfølging primært innanfor fysisk aktivitet, kosthald og tobakk, eit lågterskeltilbod for innbyggjarane i kommunen. Informantar meinte at kommunane vil klare og meistre folkehelseoppgåvene slik dei er definert i lov om folkehelsearbeid. Ein informant seier mellom anna dette om deira fokus på folkehelse og førebygging:

Kommunen legg vekt på at reforma dreier seg mest om førebygging (...) også arbeidet med utforming av folkehelsearbeidet er i rute og i endring, og der vil ein arbeide vidare med fast etablering av frisklivssentral og vi vil vere deltakar i ei ungdomsundersøking som vert gjennomført.

For å finne ut korleis informantane i kommunane ser på sin eigen situasjon med tanke på å møte krav og forventningar i samhandlingsreforma, stilte vi spørsmål om **korleis er kommunehelsetenesta i din kommune rusta med tanke på kompetanse og økonomiske ressursar i helsetenesta?** Det går ikkje fram av intervjuet kva informantane meiner er god kompetanse, men vår tolking er at når ein kommune seier dei har god kompetanse, så meiner kommunen at den har kompetansen som skal til for å utføre dei lovpålagde oppgåvene. 24 av 26 kommunar meiner at kompetansen hos arbeidstakarar i eigen kommune er god eller middels god. Ein av informantane seier mellom anna følgjande om kompetansesituasjonen:

Kommunen er godt rusta på kompetansesida. Det finns mykje kompetanse i kommunen. Det siste året har kommunen utdanna 7-8 helsefagarbeidarar. Svært mange av sjukepleiarane har vidareutdanningar, t.d. akuttsjukepleie, demens og

geriatri. I 2010 oppretta kommunen eit nytt årsverk for fysioterapeut, er dermed godt bemanna der også, og med god kompetanse. Ergoterapitilbodet er også godt. Kan vere vanskeleg å rekruttere fagfolk til å arbeide med unge funksjonshemma som kommunen har eit prosentvis relativt høgt tal på i høve folketal. Ein ser behov for ein ekstra fastlegestilling, og dette er det no søkt fylkeslegen om å få opprette i 2012.

Her er det likevel store variasjonar mellom kommunane og nokre er ikkje så godt rusta kompetansemessig, det kan følgande utsagn vitne om:

Vi manglar alt, både pengar og kompetanse.

Ut i frå det vi elles har erfart i samtalan og observert, tolkar vi at kommunane er godt rusta og førebudde med omsyn til planlegging av nye helsetenester. Då tenker vi spesielt på å ta imot ferdigbehandla (utskrivingsklare) pasientar frå spesialisthelsetenesta, planlegge for korttidsplassar i institusjonar og å bygge opp lokale lærings- og meistringstilbod for kronisk sjuke.

Kva kompetanse er det kommunane særleg etterspør? Den viktigaste tilbakemeldinga frå våre informantar er at dei vil trenge «fleire hender». Dei treng meir personale til å utføre dei utvida oppgåvene som kommunen er pålagt i det nye lovverket. Dette kan bli problematisk å få på plass, slik det mellom anna fremgår av NOU nr. 11 (2011c, s. 22) «Innovasjon i omsorg»: «Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere».

Nokre kommunar definerer kompetansebehovet nærare ved at dei treng fleire tilsette med høgskuleutdanning. Ut frå svara vi fekk gjennom intervju viser det seg at over halvparten av informantane ser det som naudsynt å styrke kompetansen innanfor akuttsjukepleie. Andre viktige område for kompetanseheving og styrking av kompetanse er rehabilitering (12 kommunar), legeressursar (10 kommunar), generell kompetanseoppbygging (10 kommunar), samhandlingskompetanse (seks kommunar), styrking av ergoterapitenesta (fem kommunar) og styrking av samfunnsmedisinsk tilbod (fem kommunar). Med samfunnsmedisin meiner ein oppgåver som overvaking av helsetilstanden hos innbyggjarane, styringsinformasjon, førebyggjande tiltak, planarbeid, medisinskfagleg rådgeving om samhandling, undervisning, smittevernplanar og sakshandsaming innan miljøretta helsevern. Kommunane i Sogn og

fjordane er nokså samstemte når dei uttrykker kompetansebehov og vi har her ikkje kunne sett store variasjonar innanfor geografi eller økonomi. Felles for desse seks områda er at kommunane her vil trenge tverrfagleg kompetanse, og dermed kompetanseheving innanfor ulike yrkesgrupper. Dette vil stille krav til grunnutdanningane innanfor helse- og sosialsektoren. Ein finn støtte for dette i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010 - 2011, s. 12) der følgjande vert understreka: «Utdanningene må i større grad vektlegge forløpstenkning, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. St. meld. Nr. 13 «Utdanning for velferd» (2011-2012) peikar på behovet for breie grunnutdanningar med ei brei fagleg samansetting og orienterert mot fleire ulike tenesteområde, oppgåver og brukargrupper. Sjukepleiarutdanninga vert trekt fram som eksempel på ei utdanning som har fått dette til allereie.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fekk i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet å vurdere og tilrå element som kunne inngå i eit nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetenesta. Rapporten vart lagt fram i oktober 2010. Blant fleire hovudtilrådingar framhevar dei i dokumentet at kompetanse står sentralt i å sikre og utvikle kvaliteten i kommunehelsetenesta. Rapporten trekk fram at ein vil trenge både fagkompetanse og kompetanse innanfor kvalitetsforbetring. Forbetningskompetanse vert trekt fram som spesielt viktig og det er tilrådd at ein i større grad enn i dag bør legge denne typen kompetanse inn i grunn-, vidare- og etterutdanningar av helsepersonell (Lindahl & Bakke, 2010).

Tilbod om lindrande behandling i kommunane vert også trekt fram som noko kommunane ønskjer å styrke. Her er det særleg sjukepleiarar og legar ein ønskjer å heve kompetansen hos. Dei fleste informantane vi snakka med er godt nøgde med utdanningstilbodet som Høgskulen i Sogn og Fjordane tilbyr og nærleik til utdanning ser ut til å vere ein viktig faktor for å sikre kompetanse i kommunane. I Nordfjord vart det ytra eit ønske om tilbod om vidareutdanning i akuttsjukepleie i Nordfjordregionen, som eit supplement til eksisterande tilbod. Det har fram til no ikkje vore mogeleg å få dette til. Nokre av våre informantar erfarer også at nyutdanna sjukepleiarar har for lite systemkunnskap om fagfeltet dei skal arbeide innanfor når dei er ferdigutdanna. Her kan det i framtida vere aktuelt å sjå på korleis desse emna vert undervist i på dei helsefaglege utdanningane i Sogn og Fjordane. Frå kommunane si side vert det

forventa at dei nyutdanna skal ha kunnskap om desse emna når dei kjem ut i sin første jobb. Dette er ikkje alltid slik, og enkelte av informantane gjev uttrykk for at dette er problematisk.

3.1.1 Økonomiske bekymringar, men kraftkommunar står betre rusta

Situasjonen er noko annleis når det gjeld økonomi. Her svarar nærare halvparten, dvs. 12 kommunar at dei står dårleg rusta reint økonomisk til å møte reforma – slik mellom anna denne informanten gir uttrykk for:

Økonomien set avgrensingar for utviklinga i kommunen, vi har ein trong økonomisk situasjon. Ein kjem ikkje dit ein ønskjer og håpar med utviklingsarbeid. Planlagde stillingar som ein har teke med i strategisk plan er det ikkje økonomi til å realisere, i allefall ikkje enno.

I ni av kommunane meiner informanten at dei er middels rusta når det gjeld økonomi, medan fire kommunar seier at dei er godt rusta økonomisk. Dette er to kraftkommunar og to kommunar utan kraftkonesjonsinntekter. Mellom anna vert det her sagt:

Vi har god kompetanse og bra økonomi og er godt rusta til reforma”

og vidare:

Vi veit at i 2012 skal vi betale ca. 500.000 kroner når det gjeld utskrivingsklare pasientar, og 5,4 millionar kroner til kostadar ved sjukehusinnlegging. Det betyr at agerer vi som før får vi 5.9 millionar kroner i utgifter, medan statstilskotet er på 6.5 millionar kroner for 2012. Vi får dermed ein vinst på 600.000.

Nokre av kommunane i Sogn og Fjordane er kommunar som har store inntekter på kraftkonesjonar, såkalla kraftkommunane. Desse sju kommunane har normalt ein betydeleg betre kommuneøkonomi enn fleirtalet av kommunane i fylket. Det er likevel nokre unntak, til dømes har Terra-saka¹ gjort at kommunane Bremanger og Vik har ein dårleg kommuneøkonomi trass i høge kraftinntekter.

¹ Finanssskandale i 2007 der små kraftkommunar tapte mykje pengar på investeringar i den amerikanske obligasjonsmarknaden.

3.2 Organisert samarbeid

Kommunane i fylket er i ulik grad involvert i samhandlingsprosjekt med andre kommunar, og dette bar også intervjuet preg av. Nokre av kommunane er aktivt med i interkommunale prosjekt, andre kommunar er med som observatørar. Nokre kommunar er med i fleire ulike samarbeid, mens andre held seg til deltaking i eitt prosjekt. I tillegg har nokre av kommunane i fylket starta lokalt arbeid basert på kunnskap dei har fått gjennom medverknad i dei interkommunale prosjekta. Gjennomgåande er kommunane opptekne av dei interkommunale samhandlingsprosjekta dei er deltakarar i, og dei har store forventningar til korleis ein gjennom det interkommunale samarbeidet kan få fleire ressursar og oppnå læringseffektar som kan hjelpe den einskilde kommunen i det vidare arbeidet med implementering av reforma.

Her har dei lokalmedisinske tenestene fått eit spesielt fokus. Med lokalmedisinske tenester meiner ein kommunale helsetilbod der ein eller fleire kommunar samarbeider med spesialisthelsetenesta om tenester til pasientar før og etter, eller i stadenfor innlegging i sjukehus. I Nasjonal helse og – omsorgsplan (2010 - 2011) vert dette også kalla lokalmedisinsk senter eller distriktsmedisinsk senter.

I korte trekk kan ein seie at det er etablert fem viktige interkommunale samhandlingsprosjekt i fylket: To i Nordfjordregionen, eitt i Sunnfjord og ytre Sogn og to i indre Sogn. Tabell 1 gir her eit oversyn.

Tabell1: Samhandlingsprosjekt i fylket etter region.

Nordfjord	Sunnfjord – ytre Sogn	Indre Sogn
Samarbeid før - i staden for - og etter sjukehusopphald	Samarbeid innanfor helsevern/smittevern/folkehelse og førebygging Lokalmedisinske tenester/lokalmedisinsk senter	Sogn lokalmedisinske senter – forstudium
Samfunnsmedisin		Folkehelse og førebygging

3.2.1 Nordfjord

Nordfjordregionen har knappe 33000 innbyggjarar fordelt på sju kommunar, med Nordfjord sjukehus i Eid kommune. I Nordfjord har ein starta opp to samhandlingsprosjekt, nærare bestemt *samfunnsmedisin* og etablering av *lokalmedisinsk senter/intermediære tenester* som er eit treårig prosjekt. Dette er eitt felles hovudprosjekt for regionen. I tillegg er det etablert eitt underprosjekt i kvar av kommunane. Her vil partane forsøke å avklare kva oppgåver som etter intensjonane i samhandlingsreforma skal overtakast av kommunane, frå spesialisthelsetenesta. Målet med prosjektet er at kommunane har eit forsvarleg behandlings-, rehabiliterings- og akutthjelp tilbod til dei pasientane som kommunane no får eit større ansvar for. Noko av dette vil vere døgnopphald med tilbod til pasientar før, i staden for og etter sjukehusopphald. Dette prosjektet vil krevje eit nært samarbeid med helseføretaket. Prosjektet om intermediære tenester er faseinndelt. Nordfjordkommunane har leigd inn prosjektleiing frå RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene) til fase 1, ein forstudie som omfattar kartlegging og analysar av eksisterande tenester og kompetanse. Her skal ein kome fram til kva oppgåver kommunane vil måtte samarbeide om. Vidare skal ulike framlegg til modellar drøftast. I fase 2 av prosjektet (haust 2012) skal det utarbeidast ein modell som kan løyse felles utfordringar for Nordfjordregionen, og i fase 3 (2012/2013) skal modellen utprøvast. Prosjektet har fått statlege samhandlingsmidlar til fase 1, og det er no søkt om ytterlegare midlar til fase 2. Vinter 2011/vår 2012 vart det gjennomført kartleggingar i kommunane. Våren 2012 arbeider prosjektgruppa med å analysere svara dei har fått inn. Kommunane Bremanger og Gloppen er ikkje aktive deltakarar i dette prosjektet (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012a).

I prosjektet med fokus på samfunnsmedisin vil det verte gjort ei utgreiing av ei felles samfunnsmedisinsk teneste for dei deltakande kommunane. Her kan aktuelle fellesoppgåver vere overvaking av helsetilstanden hos innbyggjarane i kommunane, styringsinformasjon, førebyggjande tiltak, planarbeid, medisinskfagleg rådgjeving i høve til samhandling, undervisning, planarbeid og sakshandsaming innan miljøretta helsevern. Det er tilsett prosjektleiar i dette prosjektet. Prosjektet har elles same organisering og tidsplan som intermediærprosjektet. Bremanger kommune deltek heller ikkje i dette samarbeidet (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012a).

3.2.2 Sunnfjord og ytre Sogn

Det interkommunale samhandlingsprosjektet i Sunnfjord og ytre Sogn (SYS) har deltakande kommunar frå Sogn (Balestrand) og Nordfjord (Bremanger). Av dei interkommunale prosjekta i fylket er dette det største som omfattar i alt 12 samhandlande kommunar. Desse 12 kommunane representerer til saman nærare halvparten av innbyggjarane i fylket, i underkant av 50.000 personar. I den mest folkerike kommunen i fylket, Førde, ligg Førde Sentralsjukehus som er det største sjukehuset i fylket/Helse Førde. Helse Førde er inne som samarbeidspartnar i prosjektet. Arbeidet er delt inn i to delprosjekt: «Delprosjekt førebygging» og «Delprosjekt rehabilitering». I delprosjekta vart det hausten 2011 gjennomført ei detaljert kartlegging innanfor blant anna rehabilitering, lokalmedisinske tenester, lærings- og meistringsfunksjonar og førebyggjande helsearbeid i alle dei deltakande kommunane (Håvardstun, 2012; Aven, 2012). Informantane frå kommunane som deltek i dette prosjektet gav i intervju uttrykk for at dei venta på resultatane frå kartleggingane. Kommunane håpar på at det her skal kome konkrete råd om kva tenester kommunane skal samarbeide om i framtida, og kva tenester det er mest formålstenleg at kommunane organiserer sjølve.

Rapportane frå den interkommunale prosjektgruppa var ferdige i februar 2012.

Konklusjonane i delprosjekt førebygging er tydelege. Prosjektgruppa tilrår at kommunane skal etablere eit interkommunalt samarbeid etter vertskommunemodellen, der Flora kommune er tilrådd ei rolle som vertskommune. Grunngevinga er at Flora allereie har eit fagmiljø på plass ein kan bygge vidare på. Samarbeid etter vertskommunemodellen skal innehalde tilbod innanfor miljøretta helsevern, smittevern og samfunnsmedisinsk rådgjeving. Samarbeidet bør organiserast på rådmannsnivå, og prosjektgruppa tilrår at kommunane delegerer ansvaret for dei omtalte områda til det interkommunale samarbeidet (vertskommunen). Økonomisk vert det tilrådd ein modell for finansiering der ein fordeler 50 % av utgiftene likt mellom kommunane og 50 % etter folketal med ein kostnad på ca. 30,- per innbyggjar. Med tanke på dimensjoneringa av tenestene, ser ein eit behov for i alt fire årsverk: Eitt årsverk som samfunnsmedisinsk rådgjevar med kompetanse innanfor smittevern, og tre årsverk som dekker områda miljøretta helsevern, smittevern, folkehelse og ingeniørfaget. I rapporten vert det også tilrådd at kommunane skal nytte seg av Fylkeskommunen sitt etablerte fagnettverk «Partnerskap for folkehelse» (Aven, 2012). Det er klart er at Balestrand kommune ikkje kjem til å delta i dette interkommunale samarbeidet, då dei allereie har etablert eit samarbeid med

andre kommunar i Sogn. Frå januar 2013 er den interkommunale eininga som er eit samarbeid mellom 11 kommunar i Sunnfjord og Sogn under etablering.

For delprosjekt rehabilitering (som inneheld tema som rehabilitering, lokalmedisinske tenester og lærings- og meistringsfunksjonar), har prosjektgruppa også kome med tilrådingar. På bakgrunn av manglande kunnskapsgrunnlag i samband med etablering av lokalmedisinsk senter vert prosjektperioden (utgreiinga) føreslått utvida med eitt år frå 1.7.2012 til 1.7.2013. Her vert det føreslått oppretting av to prosjektstillingar for å sikre ein breiare kompetanse inn i arbeidet: for å vinne erfaringar i arbeidet med samhandlingsreforma, og for å kunne støtte kommunane i utfordringar og utviklingsarbeidet i tida framover (Håvardstun, 2012). I rapporten blir det også presentert framlegg til mandat, mål og tiltak for det vidare prosjektarbeidet.

3.2.3 Indre Sogn

I kommunane i indre Sogn bur det om lag 27000 innbyggjarar, med Sogndal som den mest folkerike kommunen. Lærdal sjukehus i Lærdal og har historisk vore lokalsjukehus i regionen. I indre Sogn er det to pågåande samhandlingsprosjekt. Det eine prosjektet har etablering av Sogn lokalmedisinske senter på dagsorden. Helse Førde er inne som samarbeidspartnar i dette prosjektet. Ein forstudie vart gjennomført i perioden september 2011 til mai 2012, der Lærdal kommune har vore prosjektansvarleg og eit eksternt konsulentfirma har bidrege med prosjektstøtte. Alle kommunane i indre Sogn har deltatt i forstudien, medan Balestrand har hatt observatørstatus. Etter avslutta forstudie avgjerd i kommunane om dei ønskjer vidare interkommunal deltaking (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012a). Målet med forstudien hadde også til hensikt å avklare kva oppgåver kommunane kan løyse sjølve, og kva oppgåver det kan vere tenleg å samarbeide om. Det er kartlagt ulike organisatoriske løysingar for eit lokalmedisinsk senter, finansieringsløysingar og kva løyvingar kommunane har fått i samband med reforma. Sluttrapporten frå forstudien konkluderer med at basisfunksjonane i eigen kommune bør kommunane ta hand om sjølve, men at det er fleire område som er så krevjande å gjennomføre at kommunane bør

samarbeide. Konklusjonen i rapporten tilrår ei vidare utgreiing av følgjande punkt gjennom neste fase som skal vere eit forprosjekt:

- Pasientretta oppgåver som er geografisk avhengige av lokalisering i eit LMS. Dette kan til dømes vere legevakt, akutt- og intermediærseger og eit intensivt rehabiliteringstilbod.
- Geografisk uavhengige pasientretta oppgåver. Mellom anna vert det her nemnt ulike former for fagnettverk og lærings- og meistringsfunksjonar.
- Geografisk uavhengige kompetanseoppgåver og støtrefunksjonar som til dømes IKT og systemarbeid. I tillegg er det her nemnt etablering av standardiserte pasientforløp.

(Sogn LMS, 2012)

I den vidare saksgangen i prosjektet tok kommunane i Sogn før sommaren 2012 stilling til om dei ønskjer å delta i forprosjektet som vert fase to i prosjektet.

Vidare vert det arbeidd med eit to-årig prosjekt innan folkehelse og førebygging mellom kommunane Leikanger, Sogndal og Luster. Her er fokuset å styrke eit kunnskapsbasert førebyggjande helsearbeid og vurdere område for interkommunalt samarbeid knytt til lågterskeltenester som t.d. frisklivssentral.

I tillegg til desse prosjekta er Vik og Gulen deltakarar/observatørar i to ulike samhandlingsprosjekt i Hordaland.

3.3 Eksterne samarbeidspartar

Gjennom intervjuar kom det tydeleg fram at informantane var opptekne av aktuelle samarbeidspartar. Dette gjeld både eksisterande samarbeid og nye samarbeidsavtalar som dei meinte ville kome som ein følgje av arbeidet med Samhandlingsreforma. I denne delen vil vi gjere greie for dei mest aktuelle samarbeidspartane som det kom fram opplysningar om i intervjuar.

3.3.1 "Gamle" samhandlingsprosjekt

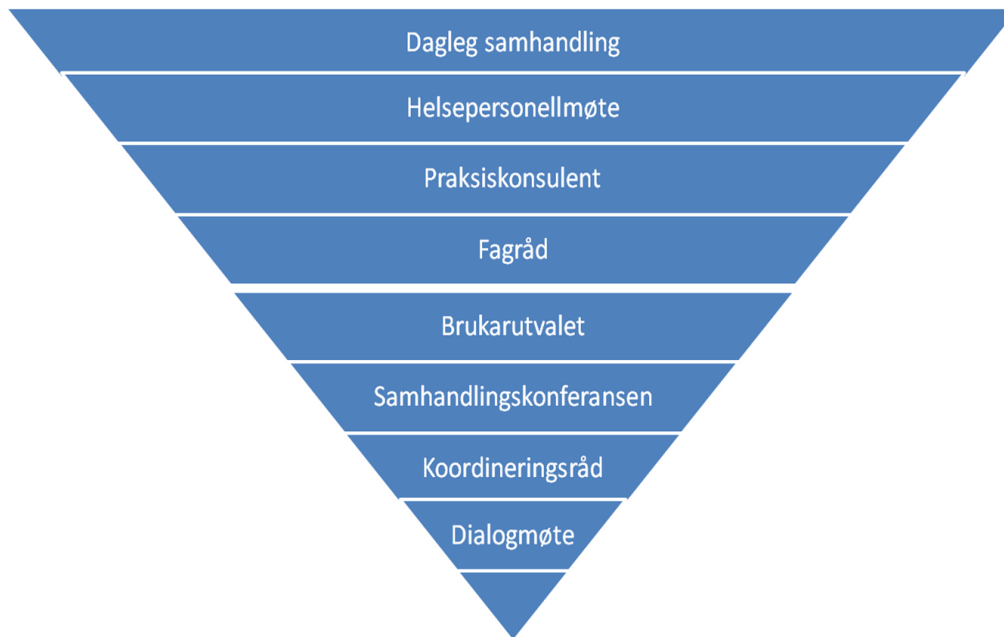
Ein del av kommunane i Sogn og Fjordane er deltakarar i samhandlingsprosjekt initiert av Helse Førde. Eit av prosjekta har namnet «*Styringsinformasjon*». Dette har Helse Førde starta opp saman med kommunane i fylket. Her vert aktuelle kjelder for styringsinformasjon som er relevant i høve til samhandling og utvikling av helsetenestene vurderte. Ein skal og sjå på korleis denne informasjonen kan nyttast. Andre aktuelle samhandlingsprosjekt der kommunane og Helse Førde samarbeider er:

- *Betre praksis for utskrivingsklare pasientar - fase 2.* Her er arbeidet no slutført og det er inngått ein ny delavtale mellom helseføretaket og kommunane. Gode rutinar på dette området er kritisk viktig for god pasientflyt og realisering av Samhandlingsreforma.
- *Telemedisin i Sogn og Fjordane – fase 1.* Her vil ein avklare aktuell bruk av mobilt videoutstyr og førebu dette. Kva funksjonar eller oppgåver kan dette legge til rette for løysing av? Naudsynt organisering og naudsynte avtalar og rutinar i kommunane i fylket og i helseføretaket må på plass. Prosjektet skal også legge til rette for etablering av tenleg mobilt videoutstyr med tilhøyrande organisering og rutinar i alle kommunane i fylket.
- *Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for KOLS-pasientar.* Prosjektet skal starte arbeidet med å utvikle ein metode for korleis nivåa i lag med brukargruppene kan samarbeide for å utvikle heilskaplege pasientforløp.
- *Felles hospiteringsordning.* Kunnskap om kvarandre sine oppgåver og rutinar for å forstå heilskapen, og gjennom det vere i stand til å samhandle og utvikle kvaliteten er viktig for fagfolk i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta. Det er behov for å etablere ei systematisk, gjensidig hospiteringsordning for sjukepleiarar, helsefagarbeidarar og tilsvarande fagpersonale. Dette kan gje verdifull fagleg innsikt og kompetanseutvikling, og det kan ha ein positiv kulturskapande effekt.

(Helse Førde, 2012)

Det er dermed fleire arenaer der kommunane og helseføretaket samarbeider. Figuren viser dei ulike samhandlingsfora som eksisterer i dag.

Figur 1. Modell som viser samhandling mellom kommunane i Sogn og Fjordane og Helse Førde HF (Helse Førde HF, 2011).



3.3.2 Rammeavtalar

Alle 26 kommunar i fylket samhandlar med Helse Førde HF (HF) ved at det vert inngått rammeavtale mellom HF og dei enkelte kommunane i Sogn og Fjordane. Dette var eit arbeid som pågjekk haust/vinter 2011 då intervjuar vart gjennomførte. Partane er etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester § 6-1 (2011a) og spesialisthelsetenestelova § 2-1 (1999) pålagt å inngå samarbeidsavtale. Ved å inngå rammeavtalen og vedta delavtalar (sjå seinare), oppfyller partane si lovpålagde plikt til å inngå samarbeidsavtale. Desse avtalane blei ferdigforhandla mellom HF og KS og vedtekne i alle kommunestyra i fylket våren 2012. Kopi av avtalemalen er vedlagt denne rapporten (Vedlegg 2). Helse- og omsorgsdepartementet vedtok å utarbeide ein rettleiar til kapittel 6 i helse- og omsorgstenestelova. Dette for at ein skulle få ein mest mogeleg einsretta nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtalane og ein ønskte å støtte partane sin bruk av avtalar i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstenestene (2011d). Denne rettleiaren er nytta som verktøy i arbeidet med utforminga av samarbeidsavtalane.

3.3.3 Delavtalar

I tillegg vert det arbeidd med å få på plass delavtalar som skal regulere samarbeidet mellom helseføretaket og dei 26 kommunane i Sogn og Fjordane. Alle delavtalane var i løpet mai 2012 godkjent i dei 26 kommunane i fylket.

Delavtale tilvising/utskrivning

I høve til utskrivning gjeld denne avtalen berre psykisk helse/rus. Avtalen skal sikre ansvarsavklaring, god planlegging og kontinuitet i høve til innlegging og utskrivning.

Ny delavtale utskrivning (somatikk)

Ny delavtale for utskrivning av pasientar innan somatikk frå mars 2012. Avtalen inneheld konkrete føresegner i høve varslingsprosedyrar, kommunikasjon og utskrivingsrutinar, tilpassa til nye forskrifter om utskrivingsklare pasientar frå 01.01.12.

Delavtale kreft/lindrande behandling

Avtalen inneber etablering og drift av nettverk der m.a. ressursjukepleiarar i kommunane deltek. Den skal sikre kompetanseoverføring og gode metodar i behandling og omsorg.

Delavtale psykisk helse

Avtalen skal sikre ansvarsavklaring og legge til rette for heilskaplege tenestetilbod.

Delavtale elektronisk samhandling

Avtalen inneber ei felles forplikting i høve til å legge til rette for elektronisk meldingsutveksling.

Delavtale «møteplassen» for habilitering/rehabilitering

Ordninga er retta mot «koordinerande eining» i kommunane, og inneber etablering av nettverk og erfaringsutveksling. Den er koplå til regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest. Eit arbeidsutval med representantar frå

kommunane, helseføretaket og Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter skal ivareta oppgåver med førebuing og tilrettelegging.

Delavtale om partane sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Delavtalen (frå mars 2012) avklarar det rettslege utgangspunktet for ansvarsfordelinga generelt og på viktige område og inneber ei forplikting til vidare avklaringar på område der ansvaret kan vere uklart og/eller område der det er kritisk viktig med god samhandling

Delavtale om den akuttmedisinske kjeda

Delavtalen avklarar det rettslege utgangspunktet for ansvarsfordelinga og inneber ei forplikting til vidare avklaringar av ansvarsfordeling og aktuelle tiltak for å sikre god samhandling på dette viktige området.

(KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012a)

I tillegg til desse delavtalane vert det også arbeidd med delavtaler der fristen er sett til 01.07.12, som skal gjelde for pasientar med behov for koordinerte tenester, delavtale om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, forskning og utdanning, svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgstenester og følgjeteneste i samband med dette, IKT-løysingar lokalt og førebyggjande og helsefremjande tiltak (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012a). Det føreligg i juni 2012 utkast og framlegg til desse sju delavtalene, men ingen av dei er enno vedtekne.

3.3.4 Legevaktsamarbeid

Legevaktsamarbeid med andre kommunar, anten gjennom interkommunale legevakter eller lokale samarbeidsavtalar er noko fleire av kommunane nemner når vi snakkar om eksterne samarbeidspartar. Nokre kommunar har framleis eiga legevaktordning, ofte pga. geografiske årsaker. Ein informant frå ein kommune som er tilslutta interkommunal legevakt seier

følgjande:

Når det gjeld kostnader knytt til døgnberedskap/akuttberedskap i kommunen, er dette vanskeleg å danne seg oversikt over. Spesielt med tanke på at etter kontortid sit vakthavande lege i ein annan kommune. Om ein må ha nye legevaktordningar så vil det i tilfelle koste mykje. Dermed vanskeleg å danne seg oversikt enno.

Fleire av informantane trakk legevaktsamarbeid fram som noko som kunne verte problematisk sidan det vil bli stor avstand mellom kommunen der pasientane skal få eit hjelpetilbod og plasseringa av legevakta. For enkelte kommunar er det snakk om avstandar på rundt 10 mil mellom heimkommune og kommunen der den interkommunale legevakta er etablert. Desse informantane stilte spørsmål ved om det kan føre til at det vert enklare å legge pasienten inn på sjukehus enn å gje eit tilbod om akutt hjelp i heimkommunen. Det vil også kunne bli ei ekstrabelasting for ein allereie sjuk pasient å bli transportert tur/retur til ei interkommunal legevakt i stadenfor å få den medisinske vurderinga i eigen kommune. Dette er ei av fleire geografiske utfordringar ein kan sjå føre seg når tida kjem for at kommunane skal gje eit akutt tilbod. Ein kan sjå for seg at ein må ha andre måtar å kommunisere med vakthavande lege på i framtida enn i dag. Telemedisin vil vere eit aktuelt verkty i denne prosessen slik at ein kan kommunisere tett med interkommunal legevakt og/eller spesialistar i sjukehus om den medisinske tilstanden til pasientane. I rettleiingsmateriellet frå Helsedirektoratet om kommunane si plikt til øyeblikkeleg hjelp døgnoophald (2013) kjem det fram at den medisinske situasjonen for pasientar som får eit slikt tilbod i kommunane skal vere nøye avklara slik at ein ikkje kan forvente seg forverring i tilstanden som vil krevje innlegging i sjukehus.

I Sogn og Fjordane er det i dag etablert følgjande legevaktordningar:

Tabell 2: Legevaktordningar i Sogn og Fjordane

	Nordfjord	Sunnfjord – Ytre Sogn	Indre Sogn
Kommunar i legevaktsamarbeid	5	9	4
Kommunar med eigen legevakt	2	3	3

Dei interkommunale legevaktordningane er lokaliserte til sjukehusa i regionane. Dei kommunane som har etablert eigen legevakt er Bremanger, Gloppen, Solund, Gulen, Flora, Vik, Årdal og Luster. Her er det først og fremst dei særigne geografiske utfordringane som gjer at desse kommunane vel å ha eigne legevaktsordningar.

3.3.5 Kva nytte har kommunane av interkommunalt samarbeid?

I dag er det lov om kommunale helse- og omsorgstenester (2011a), § 3-4 som regulerer kommunen si plikt til samhandling og samarbeid:

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Når det kjem til kva nytte kommunane har av interkommunalt samarbeid, er dei fleste kommunane svært positive til dette slik ein informant uttala:

Det er avgjerande at vi får etablert samarbeid. Når det gjeld mange tenester, er me kvar for oss for små til å kunna tilby gode/effektive helsetenester.

Med omsyn til nye, kompliserte oppgåver som kommunane står overfor ser dei det som naudsynt med samarbeid og på den måten samle faglege ressursar og kompetanse, slik det går

fram av desse utsegna:

Vi har veldig god nytte av interkommunalt samarbeid. Kommunen er for liten, og volumet i høve mange diagnosegrupper er for lite til å kunne bygge opp særskilt kompetanse åleine.

Ein annan kommune hadde ei litt anna vinkling på det, og ønska seg følgjande:

Vi ønskjer oss eit ekspertteam som reiser rundt til kommunane.

På den måten meinte denne informanten at fleire kan nyte godt av ekspertkompetansen som nokre kommunar sit på innanfor ulike felt.

I rapporten frå delprosjekt rehabilitering i Sunnfjord og ytre Sogn kjem det fram at kommunane ser fordelane med interkommunalt samarbeid og ønskjer å dele kompetanse med naboane. Åtte av dei 12 kommunane svarar at dei har kompetanse å dele med andre kommunar (Håvardstun, 2012), noko som også vert trekt fram som viktig i intervjuar vi har gjennomført i fylket. Kunnskapsdeling er noko som dei fleste informantane er opptekne av. Fleire gir uttrykk for at i eit lite fylke som Sogn og Fjordane må ein dele på den kunnskapen ein sit med. Såleis finn vi relativt stor semje og konsensus om styrken i interkommunalt fagsamarbeid blant våre informantar. Alle vil ikkje til ei kvar tid greie å halde seg oppdatert innanfor alle fagfelt. Rapporten frå delprosjekt rehabilitering i SYS-kommunane konkluderer med at kommunane ofte arbeider ganske ulikt, og at dei dermed har ulik kunnskap og erfaringar som dei bør dele med kvarandre (Håvardstun, 2012).

3.4 Gjennomføring

På spørsmål om kva delar av samhandlingsreforma som informantane meiner vil la seg gjennomføre, meiner dei fleste, dvs. 22 av informantane våre at det vil gå bra å gje eit tilbod til utskrivingsklare pasientar. Kommunane ser ut til å vere førebudde på samhandlingsreforma og dei nye lovkrava. Dei har lang erfaring med å ta i mot utskrivingsklare pasientar og har over tid bygt opp eit tilbod tilpassa den mengde pasientar dei til ei kvar tid forventar å ta i mot. I små kommunar er det også relativt få pasientar det dreier seg om og det er lettare å planlegge eit tilbod til desse pasientane.

Statistikk frå Samhandlingsbarometeret (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012b) for dei første åtte månadane i 2012 viser langt på veg at dei fleste av kommunane har klart å ta i mot utskrivingsklare pasientar. Unntaket her i Sogn og Fjordane har vore Fjaler kommune som aleine har ca. 40 % av liggedøgna i sjukehusa etter at pasienten er kalla utskrivingsklar (160 av 377 døgn). Dette utgjer ei økonomisk meirbelastning for kommunen då kvart liggedøgn vert fakturert med kroner 4000,-.

For fylket samla sett er ca. 75 % av liggedøgna i spesialisthelsetenesta, der pasienten er kalla utskrivingsklar, fordelt på fire kommunar. I tillegg til Fjaler, gjeld dette Førde, Aurland og Stryn.

Vi skal merke oss er at ingen av desse kommunane på førehand (i våre intervju) trudde at det skulle bli eit problem å ta seg av utskrivingsklare pasientar. Det viser at det har vore vanskeleg å føresjå kva lokale utfordringar kommunane ville møte når reforma vart innført. På mange vis kan dette tolkast som innkøyringsproblem og at reforma som er ei retningsreform, må gå seg gradvis til gjennom læring og utvikling. Det vil vere aktuelt med ei ny kartlegging på dette området om nokre år, som vil kunne seie noko om presisjonen i planlegginga til kvar enkelt kommune.

Fem informantar trekk fram at dei ser på eigen kommune som særleg god på førebyggande helsearbeid, til dømes med etablering av frisklivssentralar. Informantane er opptekne av at kommunen deira har tilsett folkehelsekoordinator og at denne stillinga er ei viktig brikke i førebyggande helsearbeid og folkehelsearbeid. Desse kommunane grunnjev fokuset på folkehelse med at helsestasjonane i kommunane over tid har vore flinke med førebyggande arbeid, og at dei har spelt ei viktig rolle i arbeidet. Ein kommune satsar på samfunnsmedisin då dei allereie har eit miljø for dette. Som tidlegare nemnt ser det også ut til at det kan bli samarbeid innanfor dette fagfeltet interkommunalt både i Nordfjord, Sunnfjord og Sogn.

Når det gjeld kva delar av reforma som informantane meiner kommunane vil ha vanskar med å gjennomføre vekker det kommunale tilbodet om akutthjelp i framtida (i 2016) uro. 10 informantar er ser dette som ei stor utfordring:

Eg er skeptisk i høve til å ta seg av akutt pasientar, om det er kommunen som skal ta det ansvaret eller om ein skal opprette ei slags 1,5 linjeteneste. Det dreier seg om, om vi skal inngå eit interkommunalt samarbeid i henhold til akutt pasientar – i tillegg må

vi sjå på legedelen i denne oppgåva. Vår noverande løysing med legevakt i Førde er svak/gjev stor risiko – og det spørst om vi kan leve opp til krav om forsvarligheit i tenesta ift. akuttpasientar. Eg forventar meg ein del av det interkommunale samarbeidet også ift. vurderingar og mulige felles forslag opp mot Helse Førde. Spørsmålet er om kommunen har rett kompetanse til å drive dette, ein har i dag lege i kontortid måndag – fredag. Elles er legevakta to timar unna. Kan vi då gje eit forsvarleg tilbod til befolkninga?

Fire av informantane spår problem med legane si autonome rolle i samband med sjukehusinnleggingar. På bakgrunn av det kan det oppstå vanskar med å budsjettere medfinansiering ved medisinske problemstillingar. Ein av informantane seier her at hovudutfordringa med reforma vert:

... å endre haldningar og kultur hjå legane. Må utfordre deira eigenrådighet når det gjeld tilvising gjennom større innblikk i tilvisingsrutinane i kommunane. Ein tettare dialog med lege når det gjeld legevakt og poliklinisk behandling. Opplæring av legar, særleg dei utanlandske, vert viktig. Det er eit inntrykk at legar kan vere meir motivert av pengar enn totalbiletet. Tidlegare hadde legane lite eller ikkje noko ansvar for ein sunn kommuneøkonomi. Kvifor skal kommunen delfinansiere ein pasient som vert flytta frå medisinsk til kirurgisk avdeling på eit sjukehus, og korleis forholde seg til slike kostnader som du ikkje har styring med?

Informantar i to av kommunane er og bekymra for om dei i det heile har legar lokalt til å kunne vurdere om pasientane skal leggest inn på sjukehus eller ikkje. I dag har til dømes Solund ei ordning der pasientar kan leggest inn til observasjon på sjukeheimen:

Per i dag har kommunen eit tilbod der ein kan ta i mot øyeblikkeleg hjelp-pasientar på sjukeheimen og ha desse inneliggande der natta over, anten til ein har fått starta behandling eller til ein legg pasienten inn på sjukehus. Dette gjeld eldre pasientar med akutt nedsett funksjonssvikt. Dette let seg gjennomføre då ein har eit godt samarbeid med kommunelege. Det vil vere naudsynt med sjukepleiarar i alle stillingsheimlar og gjerne også med meir kompetanse på sjukepleiarsida for å kunne utvide dette tilbodet. I tillegg er kommunelege stasjonert i nabokommunen kvar tredje veke, og dette kan vere utfordrande om ein skal legge øyeblikkeleg hjelp-pasientar inn på sjukeheimen. Nærheit til legetenestene og små forhold er ein styrke i kommunen.

Solund er ein av dei kommunane i fylket som har lågast tal planlagde innleggingar i spesialisthelsetenesta etter innbyggartal, og ein kan tenke seg at dette kjem av at kommunen er liten og oversiktleg og at det i tillegg er god dialog mellom dei ulike tenesteytarane (Håvardstun, 2012). Dei har allereie eit observasjonstilbod lokalt som dei nyttar i enkelte

situasjonar. Vil slike lokale ordningar kunne halde fram dersom det vert ytterlegare sentralisering av legevaktsamarbeid, til dømes mot Førde? Tre kommunar som i dag er i eit større legevaktsamarbeid, vurderer å opprette lokale legevaktordningar i samband med etablering av tilbod om akutthjelp til sine innbyggjarar fordi dei meiner det vert for langt å frakte pasientar til vakthavande lege fleire timar køyring unna. Informantane i desse kommunane meiner at lange transportstrekningar er ei stor belastning for eldre og kronisk sjuke pasientar. Kanskje kan ein greie å skåne pasientane for dette om ein har tilbod om legevakt lokalt.

I tillegg til legevaktsordningar er det andre felt nokre av informantane trekk fram som utfordrande. Dette gjeld i fire kommunar der informantane trur at dei vil kunne få problem med å gje eit tilbod til unge funksjonshemma og pasientar med samansette diagnosar. Tre av kommunane trur dei får vanskar med å gje tilbod om rehabilitering, og tre kommunar ser problem med rekruttering av helsepersonell, særleg legar og sjukepleiarar.

3.4.1 Korttidsplassar

For mange av kommunane i fylket ser det ut til at korttidsplassar på institusjon er eit viktig hjelpemiddel for å kunne ta unna pasientar som er ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta. I 11 kommunar arbeider dei med planlegging av korttidsplassar og eit tilbod rundt korttidspasientar. Seks kommunar arbeider med ombygging av bygningsmasse for å tilpasse den til korttidsplassar og fem kommunar omdefinierer delar av institusjonsplassane sine frå langtidsplassar til korttidsplassar. I to av kommunane meiner ein at behovet for korttidsplassar er dekkja. I ein kommune arbeider ein med rekruttering av helsepersonell i samband med korttidsplassar. Ein informant seier dette om korttidsplassar:

Når det gjeld gjennomføring av samhandlingsreforma, er kommunen godt stilt når det gjeld korttidsplassar på sjukeheimen. Har ein del plassar allereie, men tenker å bruke nokre av eineromma som tomannsrom for å ta unna pasientauken. Det vert derfor ein auke i pleiebemannig på korttidsavdelinga.

3.4.2 Omfattande heimetenester

Kommunane tilbyr i aukande grad tenester i heimen til brukarar som ikkje får institusjonsplass. Her under kjem tilbod som heildøgnsbemanning i heimesjukepleie som yter tenester til brukarar i eigen heim eller i omsorgsbustad. Dette er utviklingstrekk som ein også kan sjå att nasjonalt. Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er i endring, med ein overgang til ei organisering med meir heimebasert omsorg. Dermed fører dette til at brukarar som tidlegare ville blitt tildelt institusjonsplass no får omsorg i eigen heim. Frå å vere eit praktisk tilbod til enkelte brukarar har heimebasert omsorg utvikla seg til å bli eit fullverdig tilbod til fleire typar brukargrupper. Denne prosessen gjev eit stort innslag av heimebasert omsorg i kommunane og kan bidra til at pleiebehovet hos bebuarar på institusjon vert høgt. Grunnen er at institusjonsplassar blir eit relativt sett knappare gode (Hagen, Amayu, Godager, Iversen, & Øien, 2011; Godager, Hagen, & Iversen, 2011)

Informantar frå sju kommunar seier at dei arbeider med kompetanseoppbygging i heimetenestene, i seks kommunar held ein på med planlegging av korleis heimetenestene skal fungere i tida framover, medan informantane i fem av kommunane meiner at tilbodet dei har til omfattande heimetenester er på plass. Vidare arbeider ein i tre kommunar med å etablere heildøgns omsorgstenester, dette er kommunar som i dag tilbyr heimesjukepleie berre på dag- og kveldstid. I tre av kommunane seier informantane at ein ventar på konklusjonar frå interkommunale samhandlingsprosjekt før dei skal arbeide vidare med eigne planar for omfattande heimetenester.

Pasientane som mottek hjelp frå heimetenesta er sjukare og meir behandlingstrengande enn tidlegare, dette fører til store utfordringar for kommunane. Det vil vere behov for fleire plassar med heildøgnsomsorg og fleire omsorgsbustader. Kommunane vil trenge større ressursar på personalsida, for å dekke behovet døgnet gjennom. Kvar pasienten bur (geografi) vil vere avgjerande for kva tilbod kommunen vil kunne gje, på same måte vil utforming av bustaden bety noko (Håvardstun, 2012). Kommunane i Sunnfjord og ytre Sogn har også gjeve uttrykk for at det er utfordringar knytt til kompetanse, utstyr, tverrfagleg samarbeid og koordinering. Under desse punkta vert det mellom anna nemnt behov for fleire høgskuleutdanna tilsette, tilgang til informasjon frå spesialisthelsetenesta om brukarane og deira behov, tilgang på utstyr, elektronisk meldingsutveksling og behov for at tiltak og koordinering overfor pasientane skal verte betre og meir målretta (Håvardstun, 2012).

3.4.3 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet er regulert gjennom lov om folkehelsearbeid (2011b) og definert som:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. (§3, b)

Når informantane får spørsmål om korleis deira kommune arbeider med folkehelse, svarar 15/26 kommunar at dei har på plass ein folkehelsekoordinator, men at stillingsprosenten varier frå 20 % til 100 %. Fire av kommunane gjennomfører heimebesøk til alle eldre i kommunen som ein del av kartlegging og førebygging. Fire av kommunane er i ein planleggingsfase, og tre av kommunane har vedteke å tilsette folkehelsekoordinator. I ein av kommunane er folkehelsekoordinatorstillinga fjerna på grunn av dårleg kommuneøkonomi. Eit viktig perspektiv er å sjå folkehelse i alt ein gjer, slik ein av informantane formulerer det. Mange av informantane nemner tiltak som frisklivssentralar, frivilligsentralar og aktivt helsestasjonsarbeid mot grupper som til dømes barn og unge med overvekt som viktige folkehelseoppgåver. Helsesøstrene er i mange kommunar sentrale personar i det førebyggjande arbeidet, og spesielt ser ein dette i dei kommunane som ikkje har folkehelsekoordinator. I desse kommunane er det oftast helsesøstrene som arbeider med folkehelse og koordinerer arbeidet innanfor dette feltet.

I kommunane Luster, Leikanger og Sogndal vart det hausten 2011 starta opp eit toårig prosjektarbeid under namnet «Folkehelse og førebyggjande arbeid i Sogn». Arbeidet skal vere med på å styrke eit kunnskapsbasert førebyggjande helsearbeid. Det vil og verte vurdert område for interkommunalt samarbeid knytt til lågterskeltilbod som t.d. frisklivssentral.

Konklusjonane i rapporten frå samhandlingsprosjektet i Sunnfjord og ytre Sogn er eintydige når det gjeld folkehelsearbeid, miljøretta helsevern og smittevern. Det vert tilrådd at ein bør få i stand eit interkommunalt samarbeid etter vertskommunemodellen. Dette er basert på kunnskapen prosjektgruppa har fått om at det er mange personar i kommunane som arbeider med dette i dag, men at arbeidet er fragmentert og ressursbruken liten. Arbeidet vil i tida

framover krevje overordna systemtenking, og ein bør arbeide tverrfagleg, tverretatleg og tverrsektorielt. Dette for å få på plass gode system i kommunane. (Aven, 2012)

3.5 Fastlegane

22 av 25 kommunar meiner at samarbeidet mellom kommunen og fastlegane fungerer godt eller svært godt i det daglege, men fleire kommunar peikar likevel på at legane har engasjert seg lite når det gjeld samhandlingsreforma. To av kommunane svarar at samarbeidet er bra, medan ein kommune seier at samarbeidet er utfordrande, fordi det ikkje er nokon faste treffpunkt mellom legar og pleie- og omsorgstenesta, og fordi dei ikkje har kommuneoverlege. Dette er noko dei saknar i kommunen.

13 av kommunane ser ikkje behov for store endringar i samarbeidet med fastlegane, men fleire av kommunane ønskjer tettare samarbeid. 12 av kommunane vurderer endringar, då særleg når det gjeld legevakt, tilsynslegeordninga ved institusjonane og endring av samarbeidsavtalane i samband med ny fastlegeforskrift. Ein av informantane uttalar mellom anna:

... kommunen vil trenge fleire legetimar til sjukeheim og heimeteneste enn det ein har i dag. Legane vil truleg måtte organisere seg på ein annan måte når det gjeld øyeblikkeleg hjelp til pasientar på eigne lister.

I 23 av dei 25 kommunane er legane samlokaliserte med ein eller fleire av dei andre helsetenestene. Tre av kommunane har meir enn eitt legekantor. I to av kommunane er ikkje legane samlokaliserte med andre helsetenester. Fordelane med samlokalisering med andre helsetenester er mange, og informantane trekk blant anna fram at lita fysisk avstand mellom samarbeidspartane er positivt når ein skal arbeide saman med pasientsaker. Det er lettare å ta kontakt partane i mellom og det vil kunne vere enklare å bygge robuste fagmiljø når ein har fleire som arbeidar saman.

3.6 IKT-løysingar

Dei fleste kommunane har fagsystem knytt til legekontor, helsestasjon, pleie- og omsorgstenesta og barnevern. Desse fagsystema har ikkje informasjonsutveksling seg i mellom, og dette vert oppfatta som utfordrande. Flora kommune, som einaste kommune på intervjutidspunktet, har elektronisk meldingsutveksling mellom fastlege og pleie- og omsorgstenesta.

Alle kommunane meiner at nye IKT-løysingar er naudsynte for å løyse dei utfordringane som samhandlingsreforma gir. Desse nye løysingane må kunne utveksle informasjon på tvers gjennom ein sikker informasjonskanal.

3.7 Økonomi

Når det gjeld økonomi opplevde vi etter å ha snakka med 25 informantar at kommunane har ulik oppfatning av økonomien i dei endringane som skjer i samband med samhandlingsreforma, og fleire av informantane ser på 2012 som eit «prøveår» for økonomiske utfordringar i kommunane. Tidlegare forskning har konkludert med:

Sannsynligvis er inntektsulikhetene den viktigste kilden til de ubalanser man observerer på kommuneområdet (....). Når inntektsforskjeller mellom kommuner gir ulikheter i kvantitet og kvalitet i tilbudet, kan dette gi opphav til permanente ubalanser i kommunesektoren fordi man samtidig har et mål om likhet i tjenestetilbudet mellom kommuner. Ubalansene mellom rike og mindre rike kommuner m.h.t. kvantitet og kvalitet i omsorgstilbudet vanskeliggjør sannsynligvis etableringen av en konsensus om hva som er et tilfredsstillende nivå på tjenestetilbudet (Hjelmbrække, Løyland, Møller, & Vardheim, 2011, s. 230).

Alle informantane svarar at dei har ein viss oversikt over kostnadane i samband med utskrivingsklare pasientar og medfinansiering ved sjukehusinnlegging, derimot er det ingen av informantane som seier at dei har oversikt over kostnadane ved etablering av eit tilbod om akutthjelp. Informantane meiner at det er for tidleg å seie noko om dette enno (på intervjutidspunktet). Likevel fryktar fleire kommunar at dei må etablere lokal legevakt når tilbodet om akutthjelp skal etablerast frå 2016, og dette vil bli kostnadskrevjande.

To av informantane seier at kommunane vert tilført meir pengar gjennom samhandlingsreforma enn det som vert brukt til betaling av pasientbehandling hos Helse Førde. Dei hevdar at det er slik fordi kommunen behandlar pasientane lokalt i staden for å sende dei til sjukehus. Her er varierer likevel biletet. I ein annan kommune har ein høg rate av innleggingar i sjukehus, samtidig som dei har 107 % belegg på sjukeheimen. Informanten meiner at dei dermed kjem dårleg ut. Ein informant i ein annan kommune seier:

Ja, vi har fått oversikt frå Helsedirektoratet. Den viser totalt 550.000 ut frå historiske tal, men det er då ikkje tatt høgde for at vi siste par åra har fire pasientar på overbelegg på sjukeheimen. Det vil seie at vi vert straffa, medan dei som ikkje har ordna seg får store summer i skjønnskot komande tre år.

I 23 av kommunane er det ikkje har sett i gong arbeid for å utvikle eit kostnadsregistreringssystem slik at auka kostnader med nye helsetenesteoppgåver kan dokumenterast. I to av kommunane er eit slikt arbeid starta. Fire av kommunane vil bruke KOSTRA for å danne seg oversikt over kostnadane og korleis kostnadane utviklar seg.

12 informantar seier at dei kanskje kan nytte seg av IPLOS for å kartlegge auka kostnader, medan åtte kommunar svarar nei på spørsmålet. Fem kommunar svarar klart ja at dei vil kunne nytte IPLOS i dette arbeidet.

3.8 Andre innspel frå informantane

Som avsluttande del av intervjuet vart informantane stilt eit ope spørsmål om det var andre moment dei ønska å nemne i samband med arbeidet fram mot innføringa av samhandlingsreforma. Her kom det fram interessante og kanskje nokre overraskande synspunkt:

Samhandlingsreforma er "dramatisert", dette er ei handlingsreform, og eg meiner at vi kan gjennomføre denne utan at pasientane vert skadelidande. Spørsmålet eg stiller meg er om dette blir billigare?

I ein annan kommune vert dei same synspunkta bekrefta:

Reforma har kome ekstremt raskt, men eg trur den kan verte vellukka! Det er endringsvilje og – evne innanfor omsorgstenesta. Dette er positivt i arbeidet.

I fleire av intervjua blei det understreka at kommunane betraktar samhandlingsreforma som ei positiv reform, og nokre var også spesielt opptatt av reforma sett frå eit folkehelse- og førebyggingsperspektiv.

Ein informant sa:

Kommunane må ta utfordringa NO, ikkje skyve det føre seg mot 2016.

Hos nokre vart kompetansespørsmålet nemnt og at kompetansen hos nyutdanna, spesielt på områda systemkunnskap og IKT bør aukast:

Ein ting er pengane, men kva med kompetansen som trengst, og kva med pasienten – er dei då i sentrum – eller er det andre forhold som er avgjerande for kommunar sine val?

Andre stressa det faktum at det ikkje var sett av økonomiske midlar til kompetanseheving. Ein informant svarar på det opne spørsmålet at ein må sjå moglegheitene med reforma. Det kan verte meir spanande og attraktivt å arbeide i kommunane når oppgåvene vert endra, og slik kan arbeidsplassar i kommunane marknadsførast. Kanskje kan det verte enklare å rekruttere fagpersonar til kommunen på denne måten? Informantar nemnte også at det bør setjast av økonomiske midlar til kompetanseheving i kommunane.

Ei utfordring for kommunane var at det hausten 2011 vart gjennomført kommune- og fylkestingsval, av den grunn vart det i mange kommunar store endringar i samansetninga i kommunestyra og mange nye ordførarar. Ein informant sa følgjande om dette:

Vi har etterlyst engasjement kring samhandlingsreforma frå politikarane i kommunen. Kanskje ventar dei på å få sakene framlagt frå administrasjonen i kommunen, men det kunne gjerne vore meir spørsmål frå politikarane. No er det nytt kommunestyre og ny ordførar som skal setje seg inn i prosessen, dette kan vere utfordrande.

Det vart poengtert frå fleire av dei vi snakka med at det er naudsynt med kartleggingssystem og styringsinformasjon som gjer at kommunane får hjelp til betre oversikt over bruk av spesialisthelsetenester, type diagnosegrupper, kven som tilviser (fastlege, legevaktlege,

poliklinikk, andre avdelingar i sjukehus osv.), om pasientane kjem frå kommunal institusjon, omsorgsbustad eller frå heimen, og om pasienten hadde kommunale tenester før tilvising til sjukehus, endring i forbruk av sjukehus tenester over tid m.m. Dette er opplysningar der kommunane i stor grad er avhengig av informasjon frå helseføretaka.

Fagsystema i kommunane (IKT-system) har ikkje vore ei prioritert oppgåve, men dette er det no fokus på i kommunane i følgje ein av informantane. Ein informant i ein annan kommune nemner også at ein er ikkje komen langt nok innanfor IKT-tenester og elektronisk samhandling. Informanten meiner at dette må raskt på plass for at ein skal kunne yte dei tenestene kommunane er pålagde.

4.0 Oppsummering

Etter intervju med informantar i 25 av 26 kommunar i Sogn og Fjordane sit vi att med eit tilstandsbilete av kor langt arbeidet med tilpassing mot samhandlingsreforma var komen i kommunane ved tidspunktet for innføring av reforma, 01.01.2012. Her vil vi prøve å oppsummere funna, før vi til sist vågar oss på ein konklusjon på forskingsspørsmåla (i punkt 1.0).

4.1 Planlegging

Informantane fortalte at kommunane dei representerte var deltakarar i ulike typar samhandlingsprosjekt. Denne deltakinga var med på å styre retninga på planleggingsarbeidet i kommunane. Interkommunal erfaringsutveksling er viktig for planlegging, framdrift og den lokale tilpassinga i kommunane til nasjonale reforminitiativ i Sogn og Fjordane. Mange av kommunane er små, og informantane trekk fram at interkommunale samarbeid og det å kunne gjere seg nytte av andre sine erfaringar, er særskild viktig når kommunen er liten. Det ser ut til at dei interkommunale samarbeida er viktigare enn intrakommunalt samarbeid i planleggingsfasen til innføringa av samhandlingsreforma. Ved å samle ressursar og kompetanse kan kommunen møte meir komplekse og krevjande helseoppgåver.

Dette ønsket om å ta i bruk interkommunale løysingar er samstundes ikkje berre eit ønskje frå småkommunar. Dei største kommunane i fylket ser også fordelar med interkommunale samarbeid. Spørsmålet er likevel om dette kan bli ei sovepute. Interkommunalt samarbeid kan gå ut over lokalt arbeid i kommunen – der ein gjer seg nytte av eigen kompetanse og brukar den aktivt. Ved å stole på andre – eller ”støtte seg for mykje på naboen”, kan kommunane kome for seint i gong med planleggingsarbeidet, og dermed bli på etterskot i planlegging og førebuingane.

Oversikt over dei største samhandlingsprosjekta i Sogn og Fjordane finn ein i tabell 1, s. 17. I delprosjekt førebygging i Sunnfjord og ytre Sogn tilrår prosjektgruppa eit interkommunalt samarbeid etter vertskommunemodellen innanfor miljøretta helsevern, smittevern og samfunnsmedisinsk rådgeving, lokalisert til Flora kommune. Prosjektgruppa tilrår også at

alle kommunane i prosjektgruppa nyttar seg av fylkeskommunen sitt system og fagnettverk for «Partnerskap for folkehelse» (Aven, 2012). Resten av samhandlingsprosjekta held fram med arbeidet vidare.

Det vart gjort politiske vedtak som var med på å forankre dei interkommunale prosjekta blant dei folkevalde i kommunane. I enkelte kommunar var det og sett i gang lokale samhandlingsgrupper som arbeidde med konkrete prosjekt. Alt i alt har det vorte sett i gong omfattande planarbeid i kommunane i løpet av dei siste åra. Til dømes dreier dette seg om førebuande arbeid med helse- og omsorgsplanar, kompetanseplanar og økonomiplanar. I mange av kommunane blei desse planane rullert ut i løpet av hausten 2011 og våren 2012.

Ein viktig og sentral del av dette planarbeidet var til dømes retta mot endringar i institusjonstilbodet, planar for nybygg og ombygging av eksisterande bygningsmasse. Nokre få kommunar arbeidde også med å få på plass fleire nye omsorgsbustader.

Innanfor folkehelsearbeidet meiner dei fleste informantane at deira kommunar skal kunne meistre oppgåvene, og at folkehelsekoordinatoren vil ha ei viktig rolle i dette arbeidet. I nokre kommunar arbeidde dei med etablering av lågterskeltilbod som t.d. frisklivssentral.

Informantane i 24 av kommunane seier at dei er tilfredse med kompetansen hos eigne tilsette og vurderer denne til god eller middels god. Her er likevel situasjonen litt uklår, og mange leiarar i kommunane er bekymra for korleis ein skal greie å skaffe nok personell med rett kompetanse til alle dei nye oppgåvene kommunane skal ta ansvar for. Fokuset deira er mest retta mot å ha tilstrekkeleg med arbeidskraft med rett kompetanse tilgjengeleg i kommuneorganisasjonen.

Spesialisering av det personalet ein allereie har ser ut til å vere ein tilpasningsstrategi som kommunane kan gjere seg nytte av. I vår kartlegging er det kome fram eit tydeleg behov for kompetanseutvikling i kjølvatnet av reforma innan alle yrkesgrupper i den kommunale helsesektoren. Sær viktige og store kompetanseutfordringar finn vi innan samhandling og rehabilitering – felt der tverrfagleg kompetanse vil bli etterspurd.

Innanfor sjukepleie er det nemnt nokre områder som er meir aktuelle enn andre. Dette dreier seg spesielt om akuttsjukepleie og lindrande behandling. Organisasjonskompetanse er eit tema

som fleire av leiarane vi snakka med hadde fokus på. Dei ønska seg meir om dette i grunnutdanningane for dei som skal arbeide innanfor helse- og omsorgssyrker. Arbeidet med å skaffe kompetent personell kan verte vanskelegare i åra som kjem, då nokre kommunar har høg gjennomsnittsalder blant dei tilsette, og mange vil gå av med pensjon i løpet av dei neste 10 åra.

4.2 Eksterne samarbeidspartar

Fleire av informantane nemnde samhandlingsprosjekt i regi av Helse Førde der kommunane dei representerte var deltakarar. Desse prosjekta påverkar også den nye situasjonen for kommunane. Blant anna vart det nemnt prosjekt som såg på rutinar rundt utskrivingsklare pasientar, her er det no signert delavtale mellom helseføretaket og alle kommunane i fylket. Andre prosjekt her var telemedisin, pasientforløp for pasientar med KOLS, og gjensidige hospiteringsordningar. Eit anna viktig punkt i samarbeidet med helseføretaket er at rammeavtale er komen på plass. Denne avtalen var det drøftingar rundt i perioden vi gjorde intervju, no er denne avtalen inngått mellom Helse Førde og alle 26 kommunane i Sogn og Fjordane. I tillegg er det inngått fleire delavtalar som skal regulere samhandlinga mellom partane.

I Sogn og Fjordane er det i dag 18 kommunar som har legevaktsamarbeid medan åtte kommunar har eiga legevakt. Fleire av informantane trakk fram at det kunne verte problematisk å vidareføre legevaktsamarbeid med tanke på at lokaliseringa av legevakta kunne vere kring 10 mil unna heimkommunen. Dette fører til at vakthavande lege sit langt unna på kveld, natt og helg. Korleis vil det påverke kommunen sin moglegheit til å gje eit akuttilbod til sine innbyggjarar? Eit av eksempela som vart nemnt er om det for pasienten vert ei lang ambulansereise frå sjukeheim til legevakt – men ingen indikasjon for sjukehusinnlegging. Kva gjer ein då? Vert pasienten sendt heim, eller må pasienten ligge over på sjukehus? Om ein hadde hatt legeressursen i kommunen også på vakttid kunne ein kanskje unngå slike situasjonar. I tillegg stiller fleire av informantane seg spørsmål ved om det er mogleg for alle kommunar å ha personell med god nok kompetanse til å kunne yte akutthjelp slik samhandlingsreforma legg opp til. Nokre få kommunar har allereie på plass ordningar der dei kan ta i mot eldre eller kronisk sjuke pasientar med akutt forverring i allmenntilstand på

observasjonsplassar på sjukeheim. Dette er grunna i geografi. Vil dette kunne halde fram, stiller informantane spørsmål ved.

Forskningsgruppa var interessert i å finne ut av kva nytte kommunane har av interkommunalt samarbeid. Dette samarbeidet er regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstenester. Tilbakemelding frå ein av informantane var at slikt samarbeid er heilt avgjerande for kommunen. Fleire av informantane nemner at kommunen dei representerer er for liten til å bygge opp særskilt kompetanse åleine. Det er difor viktig med kunnskapsdeling mellom kommunane i fylket (Håvardstun, 2012)

4.3 Gjennomføring

Gjennomgåande såg det ut til at informantane meinte at det kommunane ville få minst vanskar med å følgje opp var å ta i mot utskrivingsklare pasientar. Dette har det sidan vist seg at mange kommunar handterer godt, medan nokre kommunar har hatt problem med å ta i mot alle pasientar frå dag ein. Over 75 % av liggedøgna dei fem første månadane i 2012 i spesialisthelsetenesta der pasienten er kalla «utskrivingsklar», er fordelt på fire av kommunane i Sogn og Fjordane. Dette gjeld Fjaler, Førde, Aurland og Stryn kommunar.

Nokre av informantane nemner at deira kommunar er særleg gode på førebyggjande helsearbeid, og at dei arbeider med mellom anna frisklivssentralar. I desse kommunane ser det ut til at helsestasjonane spelar ei viktig rolle i dette arbeidet. Her kan ein få ei form for revitalisering av helsestasjonane der dei får attende noko av den viktige og samlande funksjonen dei har hatt tidlegare. Helsesøstrene er i mange kommunar sentrale personar i det førebyggjande arbeidet, og spesielt ser ein dette i dei kommunane som ikkje har folkehelsekoordinator. I desse kommunane er det oftast helsesøstrene som arbeider med folkehelse og koordinerer arbeidet innanfor dette feltet.

I samband med gjennomføringa av samhandlingsreforma ser også informantane at det er noko som kan verte problematisk å gjennomføre i kommunane. Blant anna vert det nemnt at det kan skape problem for kommunane å få stabla på beina eit tilbod om akutthjelp til innbyggjarane sine. Skal kommunane ta ansvar for eit tilbod som skal ligge midt mellom

kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, spør ein av informantane. Spesielt i dei tilfella der legevakta er lokalisert utanfor kommunen. Her har informanten store forventningar til det interkommunale samhandlingsprosjektet og håpar på felles løysingar og samarbeid, også opp mot helseføretaket.

Fleire kommunar arbeider med kompetanseoppbygging i heimetenestene og vil prøve å bygge ut tilbodet til å møte framtidens behov. Mellom anna manglar fleire av kommunane heildøgnsbaserte omsorgstenester.

4.4 Fastlegane

I dei aller fleste kommunane meiner informantane at samarbeidet med fastlegane fungerer godt. Halvparten av kommunane ser ikkje behov for store endringar i samarbeidet med fastlegane, medan resten vurderer endringar særleg innan legevakttenester og tilsynslegeordningar.

4.5 IKT-løysingar

Samhandling og IKT vert nemnt som viktig for at informasjonsflyten skal fungere. Her treng kommunane truleg hjelpemiddel som er betre enn det dei har i dag. Det er allereie fleire prosjekt i gang med dette arbeidet.

4.6 Økonomi

Alle informantane svarar at dei har ein viss oversikt over kostnadane i samband med utskrivingsklare pasientar og medfinansiering ved sjukehusinnlegging. Fleire kommunar fryktar at dei må etablere lokal legevakt når tilbodet om akutthjelp skal etablerast frå 2016. Dette vil verte kostnadskrevjande.

4.7 Andre innspel frå informantane

Fleire av informantane trekk fram at dei kunne ønske seg meir organisasjonskompetanse hos dei nyutdanna.

Fleire av informantane trakk fram den positive retninga i samhandlingsreforma, nemleg det faktum at ein fokuserer på førebygging.

5.0 Tidlege erfaringar frå Sogn og Fjordane

Det er eit stort kommunalt engasjement i Sogn og Fjordane kring arbeidet med førebuingane til Samhandlingsreforma. På mange måtar kan det sjå ut til at insitamenta frå staten har vore verksame. Etter innføringa av reforma er situasjonen kring utskrivingsklare pasientar radikalt endra. Fram til 2012 har det vore 250-300 liggedøgn i sjukehusa i Helse Førde kvar månad for utskrivingsklare pasientar. Tidvis har det vore endå meir (Helse Førde, 2012). Kommunane tek no i mot pasientane raskt og statistikken viser at tal liggedøgn for utskrivingsklare pasientar i Helse Førde er redusert med rundt 80 % (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012b). På landsbasis ser det ut til at ein kan få ei halvering av liggedøgn for utskrivingsklare pasientar når ein ser på tala for første tertial 2012 (Helsedirektoratet, 2012).

Dei økonomiske insitamenta i Samhandlingsreforma er i stor grad retta mot kurative tenester. Dette kan føre til at førebyggjande helse- og omsorgstenester taper i kampen om pengane, då desse tenestene er sårbare for økonomiske svingingar i kommuneøkonomien. Dei frie midlane til kommunane vart auka til 255 mill. i 2012 og skulle gå til meir satsing på førebygging, men sidan kommunane får dette overført som frie inntekter veit ein lite om pengane er brukt til dette føremålet (Helsedirektoratet, 2012). Det ser likevel ut til at ein del av kommunane i Sogn og Fjordane arbeider godt med førebyggjande arbeid på ulike nivå, blant anna gjennom etablering av frisklivssentralar og gjennom arbeidet folkehelsekoordinatorar og helsestasjon utfører.

Etablering av døgnbasert kommunalt øyeblikkeleg hjelp-tilbod held på for fullt i heile landet (Helsedirektoratet, 2012). I Luster kommune vart det 01.12.12 opna øyeblikkeleg hjelp-avdeling ved Gaupne omsorgssenter med plass til to pasientar. Her skal kommunen, når det er forsvarleg, gje tilbod til pasientar som får forverring av allereie kjende diagnoser (Myklemyr, 2012).

Men; situasjonen er ikkje berre rosenraud. Mange kommunar har allereie erfart at nye oppgåver er underfinansiert. 17 av dei 26 kommunane i fylket slit med negative tal mellom forventa og berekna kostandar knytt til reforma (KS Sogn og Fjordane/Helse Førde, 2012b).

6.0 Konklusjon

Etter å ha gjennomgått og oppsummert funn frå intervjuet i forprosjektet vel vi her å presentere dei svara vi har på forskingsspørsmåla i punkt 1.0 i rapporten (s. 7 – 8).

Samhandlingsreforma er her, men korleis handterer kommunane reforma?

- Førebuingane til samhandlingsreforma i kommunane i Sogn og Fjordane vert i stor grad gjennomført ved deltaking i ulike interkommunale samarbeidsprosjekt. Dette sikrar erfaringsutveksling mellom kommunane. Det er eit større fokus på interkommunale prosjekt enn på intrakommunale prosjekt.
- Aktuelle samarbeidspartar for kommunane er andre kommunar i fylket og helseføretaket (Helse Førde). Det mest aktuelle samarbeidsområdet er innanfor akutthjelp, men også samfunnsmedisin og folkehelse er tema som vert nemnt.
- Kommunane meiner at dei i dag har kompetanse til å innføre samhandlingsreforma, men at det vert vanskelegare i åra framover. Informantane seier at kommunane kjem til å mangle helsepersonell i alle kategoriar, og at det vil verte for få tilsette innan helse- og omsorgstenestene og manglande spesialkompetanse innanfor denne tenesta i framtida.
- Når det gjeld økonomi, så veit ikkje kommunane nok om dette enno. Informantane seier at 2012 vert eit prøveår. Spesielt vert det trekt fram at det er vanskeleg for kommunane å seie noko om kor mykje etablering av akutthjelp tilbodet som skal innførast frå 2016 vil koste for kommunane.
- Det interne samarbeidet mellom pleie- og omsorgstenestene og fastlegane fungerer godt. Likevel seier halvparten av informantane at dei planlegg endringar i dette samarbeidet. Dette for å møte dei nye utfordringane som kjem med reforma.
- Kommunane treng elektronisk verktøy til informasjonsutveksling internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetenesta. Døme på dette er handtering av informasjon rundt utskrivingsklare pasientar.

- Det er uklart korleis kommunane vil dokumentere auken i utgifter knytt til innføringa av samhandlingsreforma. To av kommunane arbeider spesielt med å få på plass system for dette.

Med basis i desse funna i forprosjektet tilrår vi at hovudprosjektet skal omhandle spørsmål knytt til innføring av akutthjelp i kommunane frå 2016.

Hovudprosjektet bør mellom anna sjå på:

- Økonomi i akutthjelp-tilbodet
- Tilgang til lege og samarbeid mellom legevaktlege og fastlege
- Kompetanse; kva type fagfolk og kompetanse treng kommunane for å etablere tilbod om akutthjelp
- Innhaldet i tilboda om akutthjelp i fylket.

Kjelder

- Aven, E. A. (2012). *Rapport Delprosjekt forebygging: miljøretta helsevern, smittevern, folkehelse*. Førde: Samhandlingsprosjekt i Sunnfjord og ytre Sogn.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Penguin.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (2000). Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research.(Eds.). I N. K. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research (2nd ed.)*. Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., & Trow, M. (1994). *The new production of knowledge. The dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage Publications.
- Godager, G., Hagen, T., & Iversen, T. (2011). *Omfang og sammensetning av omsorgstjenester i tre nordiske land*. Oslo: Institutt for helse og samfunn. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo.
- Greenwood, D., & Levin, M. (2007). *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change*. Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications.
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001, June). Integrated Care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, T., Amayu, K., Godager, G., Iversen, T., & Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo.
- Helse Førde. (2012). *Helse Førde*. Henta frå www.helse-forde.no
- Helse Førde HF. (2011). *helse-forde.no*. Henta frå www.helse-forde.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, 07 02). Spesialisthelsetjenesteloven. Oslo. Henta frå lovdata.no: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo, Norge.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010 - 2011). Meld.st.16 (2010 - 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015). Oslo, Norge.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011c). *NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg"*. Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011d, 06 21). *regjeringen.no*. Henta frå regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2012). *Status for samhandlingsreformen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill. Revidert 01/2013*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G., & Vardheim, I. (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. Bø i Telemark: Telemarksforsing.
- Håvardstun, M. (2012). *Rapport Delprosjekt rehabilitering: rehabilitering, lokalmedisinske tenester, lærings- og meistringsfunksjonar*. Førde: Samhandlingsprosjekt i Sunnfjord og ytre Sogn.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (1997). Lov om aksjeselskaper (aksjeloven). . Oslo.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). . Oslo.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (1999). Lov om interkommunale selskaper. Oslo.
- KS Sogn og Fjordane/Helse Førde. (2012a). *Samhandlingsreforma. Prosjekt og avtalar i Sogn og Fjordane*. Førde: Helse Førde.
- KS Sogn og Fjordane/Helse Førde. (2012b). *samhandlingsbarometeret.no*. Henta frå <http://www.samhandlingsbarometeret.no>
- Kunnskapsdepartementet. (2011-2012). *Meld.St.13 Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing (2nd ed.)*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publication.
- Lindahl, A., & Bakke, T. (2010). *Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Myklemyr, R. (2012, 12. 05.). Aukar den lokale kompetansen. *Sogn Avis*.

Norsk Helsenett. (2012). www.nhn.no.

Nowotny, H., Scott, P., & Gibbons, M. (2001). *Re-Thinking Science. Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity.

Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. (2011, 11. 07.). Promoting coordination in Norwegian Health Care. *International Journal of Integrated Care*.

Sogn LMS. (2012, 06 21). *Etablering av eit lokalmedisinsk senter i Lærdal*. Henta frå <http://helse-forde.no/omoss/styret/Documents/2012/05-27-2012/Rapport%20til%20Adm%20dir%20si%20orientering%20pkt%203%20Sogn%20LMS.pdf>

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Revidert intervjuguide 121011

Bakgrunnsinformasjon:

Noverande stilling: _____

Kor lenge har informanten arbeidd i denne stillinga: _____

Informanten si utdanning: _____

Informanten si arbeidserfaring (stikkord): _____

Planlegging:

1. Kva er det viktigaste som skjer av førebuingar til samhandlingsreforma i din kommune akkurat no?
2. Korleis er dette arbeidet organisert i din kommune?
3. I kva grad hentar de erfaringar frå andre kommunar i dette arbeidet?
→ Når IO har svart, kategoriser dette i ”I stor/I nokon/I liten grad” ut frå korleis du tolkar svaret
4. Korleis er kommunehelsetenesta i din kommune rusta til å møte samhandlingsreforma med tanke på a) kompetanse og b) økonomiske ressursar? → Når IO har svart, kategoriser a. og b. i ”Godt/Middels/Dårleg”
5. På kva område vil kommunen trenge kompetanseutvikling i møte med samhandlingsreforma?
6. Har kommunen din oppretta nye stillingar (prosjektstillingar el. l.) i forbindelse med arbeidet med samhandlingsreforma? → Tal (0-0,25-0,5-1-2 osv.)
7. Omtrent kor store ressursar er alt i alt tilgjengelege for dette arbeidet for tida, stillingar/stillingsbrøkar?
8. Har de ein framdriftsplan for dette arbeidet? → Ja/Nei
Om ja: kan du skissere hovudpunkta i den?
9. Er det fremma saker og ev. fatta vedtak i kommunale organ om denne reforma? → Ja/Nei

I så fall: kvar kan eg få tak i dette materialet?

10. Har du deltatt på møte, kurs eller andre arrangement i samband med samhandlingsreforma? →Ja/Nei

Om ja: A. Kva? B. Kva slags utbytte har du hatt av det/dei?

Eksterne samarbeidspartar:

11. Har det vore kontakt mellom kommunen og Helse Førde i forbindelse med samhandlingsreforma? → Ja/Nei

Om ja: Kva har temaet vore?

12. Er din kommune involvert i noko form for interkommunalt samarbeid med utgangspunkt i samhandlingsreforma? →Ja/Nei

Om ja: Kva går det ut på?

13. Kva nytte kan kommunen ha av eit slikt interkommunalt samarbeid, på kort og litt lengre sikt?

Gjennomføring:

14. Kva sider av samhandlingsreforma meiner du kan let seg gjennomføre i din kommune?

I så fall: Kvifor?

15. Kva sider av samhandlingsreforma meiner du at kommunen din vil kunne få problem med? I så fall: Kvifor?

16. Korleis arbeider din kommune med planlegging av forventa behov for nye korttidsplassar ved institusjonane?

17. Korleis arbeider din kommune med planlegging av forventa auke i mengda brukarar som vil trenge omfattande heimetenester?

18. Korleis arbeider din kommune med folkehelsearbeid slik samhandlingsreforma legg vekt på?

Fastlegane:

19. Korleis fungerer dagens samarbeid med fastlegane?

20. Korleis er fastlegane organisert og lokalisert i dag? (Samlokalisering med andre helsetenester? Alle fastlegar samla i felles lokale/felles helsesenter? osv.)

21. Korleis har kommunen lagt opp til det framtidige samarbeidet med fastlegane?

IKT-løysingar:

22. Kva IKT løysningar nyttar kommunen i dag som reiskap i samhandlingsprosessar?
23. Vil nye IKT løysingar vere naudsynt med omsyn til dei nye oppgåvene kommunen din står overfor? → Ja/Nei
- I så fall: Kva?

Økonomi:

24. Har kommunen oversikt over sine kostnader ved samhandlingsreforma; t.d. a) kostnader ved utskrivingsklare pasientar i sjukehus frå dag 1, b) kostnader ved sjukehusinnleggingar og c) kostnader ved døgnberedskap/akuttberedskap i kommunen. → Ja/Nei – a/b/c
25. Har din kommune sett i gong arbeid for å utvikle eit kostnadsregistreringssystem slik at auka kostnader med nye helsetenesteoppgåver kan dokumenterast? → Ja/Nei
26. Kan kommunen bruke IPLOS for å kartleggje auka kostnader? → Ja/Nei
- Om ja: på kva måte?

Vedlegg 2 – Rammeavtale mellom Helse Førde og den enkelte kommune i Sogn og Fjordane

Rammeavtale

mellom

Helse Førde HF

og

..... kommune

1. Partane

Partane i denne avtalen er Helse Førde HF og kommune.

2. Bakgrunn, føremål og virkeområde

2.1 Bakgrunn

Denne rammeavtalen byggjer på tidlegare rammeavtale mellom Helse Førde og kommunane i Sogn og Fjordane. Avtalen er revidert på grunnlag av gjennomført evaluering og nye krav som følgjer av samhandlingsreforma.

Partane er etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester av 14.06.11 § 6-1 mfl. og spesialisthelsetenestelova § 2-1e, 2.ledd, pålagt å inngå samarbeidsavtale. Ved inngåing av rammeavtalen og vedtak av delavtalar, oppfyller partane si lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale. I arbeidet med rammeavtalen er det teke utgangspunkt i nasjonal rettleiar av oktober 2011.

Når partane i denne rammeavtalen brukar uttrykket "avtale" omfattar det både rammeavtalen og dei fastsette delavtalane som er omtalte nedanfor.

2.2 Føremål

Denne avtalen skal fremje kommunikasjonen mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Føremålet med avtalen er vidare å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom kommunen og helseføretaket, samt å etablere gode samarbeidsrutinar på sentrale samhandlingsområde. Avtalen skal medverke til at pasientar og brukarar mottek eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester. Rammeavtalen skal gi overordna føresegner om samarbeidsformer, generelle føresegner som gjeld uavhengig av tenesteområde mv, og fastsetje ein prosess for vedtak av delavtalar mellom partane og felles prosedyrar. Avtalane skal medverke til å sikre reell brukarmedverknad.

Partane skal i delavtalar og prosedyrar gi meir detaljerte føresegner, m.a. om konkrete pasientforløp, ansvars- og rolledeling, partane sitt informasjons- og rettleiingsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgjevaransvar, mv.

Delavtalane skal inngå som vedlegg til rammeavtalen, og er på same måte som rammeavtalen rettsleg bindande mellom partane med mindre anna går fram. I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og delavtalar skal denne avtalen ha forrang.

Pasientane/brukarane skal oppleve at tenestene:

er fagleg gode

er samordna og heilskaplege

er prega av kontinuitet

blir utført på ein god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåa

byggjer på grunnprinsippet om myndiggjorde tenestemottakarar og deira medagering i tenesteytinga

2.3 Verkeområdet

Kommunen og helseføretaket er gjennom lovverket tillagt kvar sine kompetanse- og

ansvarsområde. Verkeområdet for samarbeidsavtalen er dei områda der lova pålegg partane å inngå samarbeidsavtale og område der partane sitt ansvar overlappar kvarandre eller der ein er i vekslingssonene for ansvarsoverføring mellom tenestenivåa og der det slik er behov for samordning mellom partane.

3. Samarbeidsformer og samhandlingsorgan

Samarbeidet skal pregast av ei løysingsorientert haldning og prinsippet om at avgjerder skal takast så nær pasienten/brukaren som mogleg.

For å kunne tilrettelegge for god samhandling, skal ein ha føremålstenlege organ der partane kan møtast.

3.1 Dialogmøte mellom styret i Helse Førde og politisk leiing i kommunane /fylkeskommunen

Dialogmøtet skal vere ein arena for drøfting av strategisk utvikling av helsetenestene og samhandlinga. Deltakarar frå Helse Førde er styret og adm. direktør. Frå kommunane deltek ein representant frå kvar kommune/fylkeskommunen, primært frå politisk leiing, og i tillegg møter leiaren i rådmannsutvalet i KS. Helse Førde ivaretek saman med KS sekretariatsfunksjonen.

Forumet har møte minst to gonger i året. Partane skal samarbeide om førebuing og gjennomføring av dialogmøtet. Partane ber eigne kostnader.

3.2 Koordineringsrådet

Koordineringsrådet er eit administrativt samarbeidsutval mellom Helse Førde HF og dei kommunane i Sogn og Fjordane som har inngått denne samarbeidsavtalen.

Oppgåver

Koordineringsrådet har ansvar for å

- følge opp og vedlikehalde denne samarbeidsavtalen
- gi si vurdering i saker av prinsipiell administrativ, fagleg og økonomisk karakter som gjeld samhandling i høve pasientar/brukarar
- drøfte og tilrå løysing ved usemje som ikkje kan løysast på anna nivå
- tilrå delavtalar overfor partane og godkjenne prosedyrar som gjeld samhandling om felles pasientar etter framlegg frå fagrådet eller ein eller fleire av partane
- drøfte rapportar om avvik og uønska hendingar som gjeld samhandlinga
- førebu dialogmøtet
- arrangere samhandlingskonferansen
- fokusere på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplassar
- bidra til utvikling og spreiding av gode modellar for samhandling
- ha eit oppdatert oversyn over ulike samhandlingsprosjekt i Sogn og Fjordane

Samansetjing

Koordineringsrådet er samansett av 5 representantar frå kommunane, 5 frå Helse Førde HF og to brukarrepresentantar. Ein av kommunerepresentantane og ein av representantane frå helseføretaket skal også vere medlemar i fagrådet (gjennomgåande representasjon). Det skal oppnemnast vararepresentantar.

KS i fylket syter for oppnemning av dei kommunale representantane. Ved oppnemninga skal ein sikre at det er ein representant frå alle regionrådssamarbeida i

fylket. Brukarutvalet oppnemner brukarrepresentantane. Medlemne er sjølve ansvarlege for kontakten med dei som dei representerer. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, KS Sogn og Fjordane og Sogn og Fjordane fylkeskommune har møte- og talerett for ein utsending kvar. Representantane blir oppnemnde for to år.

Arbeidsform

Rådet konstituerer seg sjølv. Leiar- og nestleiarfunksjonen vekslar årleg mellom Helse Førde HF og kommunane. Funksjonsperioden for rådet er november - november. Saker blir fremja av partane gjennom representantane, som har eit sjølvstendig ansvar for å bringe fram tema/saker til handsaming. Vedtak føreset at alle medlemne er samde og forpliktar partane. Helse Førde HF og den enkelte kommunen har ansvar for at vedtak blir gjennomførde.

Koordineringsrådet skal ha møte minimum 4 gonger pr. år, og møteplan for funksjonsperioden blir avtalt. Utvalet legg fram årsrapport i 1. kvartal.

Sekretariatsfunksjonen ligg til Helse Førde HF. Helse Førde HF og kommunane ber eigne kostnader.

3.3 Fagrådet

Fagrådet er eit samarbeidsutval mellom Helse Førde HF og dei kommunane i Sogn og Fjordane som har inngått denne samarbeidsavtalen.

Opgåver

Fagrådet har ansvar for å

- på oppdrag frå koordineringsrådet eller på eige initiativ førebu og utgreie dei faglege sidene og synleggjere pasientomsyna i saker som skal godkjennast i koordineringsrådet
- på oppdrag frå koordineringsrådet syte for gjennomføring av naudsynte prosessar i samband med utarbeiding av framlegg til delavtalar og prosedyrar, m.a. oppnemning av aktuelle kliniske arbeidsgrupper
- leggje til rette for andre samhandlingsmøte for fagpersonar og mellomleiarar på tvers av nivåa og leggje vekt på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring, kunnskaps- og kompetanseheving
- vurdere meldingar om avvik og uønska hendingar som gjeld samhandling med tanke på læring og systemforbetring
- bidra til å utvikle og spreie gode modellar for samhandling

Samansetjing

Fagrådet består av 5 faglege representantar frå kommunane og 5 faglege representantar frå Helse Førde HF. Rådet skal ha ei tverrfagleg samansetjing. Ein av kommunerepresentantane og ein av representantane frå helseføretaket skal også vere medlemar i koordineringsrådet (gjennomgåande representasjon). Det skal oppnemnast vararepresentantar. KS i fylket syter for oppnemning av dei kommunale representantane. Ved oppnemninga skal ein sikre at det er ein representant frå alle regionrådssamarbeida i fylket. Medlemne er sjølve ansvarlege for kontakten med dei ein representerer. Praksiskonsulentane ved Helse Førde skal ha møte- og talerett i fagrådet. Representantane blir oppnemnde for to år, samstundes med oppnemning av representantar til administrativt samarbeidsutval.

Arbeidsform:

Rådet konstituerer seg sjølv. Leiar- og nestleiarfunksjonen veksler årleg mellom Helse Førde HF og kommunane. Funksjonsperioden for rådet er november - november. Saker blir fremja av partane gjennom representantane, som har et sjølvstendig ansvar for å bringe fram tema/saker til handsaming. Saker som er av ein slik karakter at dei skal handsamast i koordineringsrådet og/eller dialogmøtet skal brukarutvalet på førehand ha til fråsegn.

Rådet har møte minimum 4 gonger pr. år og møteplan for funksjonsperioden blir avtalt. Sekretariatsfunksjonen ligg til Helse Førde HF. Partane ber egne kostnader.

3.4 Regionale samarbeidsråd

Dersom kommunane og Helse Førde ønskjer det, kan koordineringsrådet etablere lokale samarbeidsråd knytt til lokalsjuehusområda eller andre aktuelle samarbeidsområde. Slike samarbeidsråd skal ha brukarrepresentantar.

4. Delavtalar og prosedyrar

Det skal inngåast delavtalar på aktuelle område der det er naudsynt med nærare avklaringar i høve til samhandlinga. Alle delavtalar skal vere heimla i rammeavtalen.

Det skal vidare vurderast avtale om felles prosedyrar der det er naudsynt med konkret avklaring av framgangsmåtar og oppgåvefordeling for å oppnå god samordning og pasientflyt. Alle prosedyrar skal vere heimla i ein delavtale.

Det skal etablerast egne delavtalar på følgjande område:

Ansvars- og oppgåvefordeling

Tilvising og innlegging

Utskriving

Beredskap (jf. pkt 5)

Den akuttmedisinske kjeda

Pasientar med behov for koordinerte tenester

Tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp

Kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling

Forsking, utdanning, praksis og læretid

IKT

Førebygging

Svangerskaps-/barseloms.tenester, følgjeteneste

Lindrane behandling

Smittevern

Psykisk helse

Rus

Pasienttransport

Legemiddelhandtering og legemiddelbruk

Gjensidig hospiteringsordning

Lærings- og meistringstilbod

Oppgåvefordeling/vekslingar i pasientforløp

Delavtalane er ikkje sett opp i prioritert rekkjefølgje.

På fleire av desse områda vil det vere behov for utfyllande prosedyrar. I høve til delavtale for "oppgåvefordeling/vekslingar i pasientforløp", tek partane sikte på å fastlegge prosedyrar i høve pasientgrupper som KOLS, slag, diabetes, eldre med samansette lidingar, kreft og tenester til funksjonshemma.

Etter kvart som delavtalane og prosedyrane blir utarbeidde skal dei takast inn som vedlegg til rammeavtalen.

I alle delavtalar skal desse elementa inngå:

- Partane
- Tilvising til rammeavtale som heimlar delavtalen, eventuelt ein (overordna) delavtale
- Tilvising til reglar i rammeavtalen som og gjeld tilsvarande i høve til delavtalen
- Føremålet med delavtalen
- Avklaring av ansvarsfordeling
- Korleis ein skal sikre brukarmedverknad
- Innhald som er spesifikt for den enkelte delavtalen ut frå føremålet med den

Partane er samde om å etablere felles prosjekt der dette er den beste arbeidsmåten for naudsynte utgreiingar i samband med nye delavtalar og prosedyrar, og vektleggje utvikling av ein god, felles prosjektmetodikk. Utgreiingsarbeidet må involvere aktuelt fagpersonale på begge nivå som har god innsikt i tenestene og skal vere prioritert av partane. Vidare må brukarmedverknaden i arbeidet avklarast med brukarutvalet. Dersom det innan tidsfristar fastsett av departementet ikkje er mogeleg å gjennomføre eit utgreiingsarbeid som mogeleggjør ønskte samarbeidstiltak, skal det utarbeidast ein første versjon av aktuell delavtale/prosedyre innan fristane. Partane skal utarbeide ein framdriftsplan for arbeid med delavtalar/prosedyrar utover fristane fastsett av departementet.

5. Beredskap

Partane er samde om at beredskapsplanar skal utarbeidast i samsvar med gjeldande lovverk i eit samarbeid mellom Helse Førde HF, fylkesmannen og kommunane. Vidare er partane samde om at beredskap blir sett på dagsorden årleg i koordineringsrådet.

Partane er også samde om at beredskapsplanen har form som ein prosedyre og inneheld oversyn over aktuelle samarbeidsfora og ansvars- og oppgåveavklaring. I tillegg skal prosedyren innehalde tema som;

Risiko- og sårbarhetsanalysar (ROS) som grunnlag for planar
Øvingar

Kompetanseutvikling og opplæring

Samarbeid på skadestad

Vertskommunar for flyplassar for mottak av nordmenn fra kriseområde i andre land

Vertskommunar for store industrianlegg

Forsyningstryggleik for materiell og legemiddel

6. Plikt til gjennomføring og forankring

Partane forpliktar seg til å gjere avtalen kjent for eigne tilsette og brukarar. Partane skal også sette av nok ressursar til medverknad i dei avtalte formene for samarbeid.

Partane forpliktar seg til å holde kvarandre informert og syte for gjensidig rettleiing innanfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette skal omtalast nærare i avtalar/prosedyrar innanfor det enkelte ansvarsområdet.

Partane forpliktar seg til å:

- gjere innhaldet i avtalen og konsekvensar av den og avgjerder/vedtak kjent og syte for iverksetjing innanfor eige ansvarsområde
 - orientere kvarandre om endringar i rutinar, organisering o.l. som kan ha innverknad på dei områda avtalen omfattar
 - gjennomføre konsekvensutgreiingar ved planlegging av tiltak som vedkjem den andre parten
 - involvere den andre parten før det blir gjort vedtak om tiltak som innverkar på den andre parten
 - opprette éin klar adressat i eiga verksemd som har eit *overordna* ansvar for å rettleie og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tenesteytarane
- Partane skal ha etablert ordningar for god forvaltning av avtalen.

7. Prinsipp for brukarmedverknad

Etter helse og omsorgstenesteloven § 6-1, 2 ledd skal pasient- og brukarerfaringar inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeiding av avtalen. Pasient- og brukarorganisasjonar skal også medverke i samband med utarbeiding, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Partane er samde om at kravet til brukarmedverknad normalt skal oppfyllest ved at synspunkt og tilbakemeldingar som kjem frem gjennom brukarundersøkingar, brukarutvalet, eldrerådet og rådet for menneske med nedsett funksjonsevne i XX kommune skal tilleggjast vekt.

Partane er vidare samde om at brukarutvalet ved Helse Førde får utvida sitt mandat til også å ivareta brukarrepresentasjon for kommunane i høve samhandlingsorgan, prosjekt og avtalar som gjeld samhandling og oppfølging av samhandlingsreforma.

Nærare mandat, oppnemningsprosedyre og namn på utvalet må reflektere dette.

Brukarutvalet skal normalt ikkje handsame saker som omfattar ein kommune, men skal sjå til at brukarmedverknaden vert ivareteken i høve samarbeidstiltak og -område som omfattar fleire kommunar og/eller Helse Førde HF.

KS Sogn og Fjordane og Helse Førde utarbeider nærare retningslinjer for oppnemning og mandat. Brukargruppene sine organisasjonar skal trekkast inn i dette arbeidet. KS skal syte for framlegg til representant som er brukarrepresentant i eit kommunalt råd for eldre/menneske med nedsett funksjonsevne og tilsvarande ein representant på fylkesnivå.

8. Prinsipp for tilsettemedverknad

Partane har kvar for seg ansvar for å informere og involvere dei tillitsvalde i verksemda i tråd med lov- og avtaleverk. Etter hovudavtalen på kommunalt område skal arbeidsgjevar på eit tidlegast mogeleg tidspunkt informere, drøfte og ta dei tilsette med på råd ved endringar/omstillingar og ved oppfølging og implementering av nasjonale reformer som kan ha noko å seie for arbeidstakarane. Ein tilsvarande intensjon følgjer av hovudavtalen i Spekter. Partane skal vurdere korleis dette må ivaretakast i høve til felles samhandlingsorgan og utviklingsprosjekt etter denne rammeavtalen.

Partane vil søke å følgje opp – så langt det blir vurdert som rett og praktisk gjennomførbart – intensjonane i “Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partane i arbeidet med Samhandlingsreformen”, underteikna av partane innanfor Spekter og KS sitt tariffområde.

9. System for rapportering og oppfølging av meldingar om avvik og uønska hendingar som gjeld samhandling

For å tilrettelegge for gjennomføring av avtalen og kontinuerleg læring og forbetring, skal partane ha ei avklara ordning for melding av avvik og uønska hendingar i høve til samhandling. Det skal også vere eit avtalt system for oppfølging av avvika og dei uønska hendingane i fagrådet og koordineringsrådet. Partane forpliktar seg til å implementere naudsynte rutinar i eigen organisasjon for å følgje opp dette systemet.

10. Handtering av usemje

Partane er samde om følgjande prinsipp for handtering av usemje knytt til avtalen: Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker: Partane sin intensjon er å løyse usemje så nær pasient/brukar som mogleg. Dersom det ikkje blir oppnådd semje, blir det oppretta ein usemjeprotokoll som skal sendast til fagrådet for drøfting og tilråding av løysing. Partane er samde om at reglane om teieplikt skal ivaretakast ved utforming av usemjeprotokollen.

Prinsipielle saker knytt til delavtalar og prosedyrar eller øvrig tolkning av avtalen: Partane sin intensjon er å løyse usemje på lågast mogeleg tenestenivå. Dersom det ikkje blir oppnådd semje, skal det sendast ein usemjeprotokoll til koordineringsrådet for drøfting og tilråding av løysing.

For øvrig: Dersom det ikkje blir oppnådd semje ved handsaming som nemnt ovanfor, skal saka sendast til nasjonalt organ for handtering av usemje for mekling og rådgjevande uttale med mindre partane er samde om at uttalen skal vere bindande.

I saker der partane ikkje er samde om at uttalen frå nasjonalt tvisteløysingsorgan skal vere bindande, kan kvar av partane bringe saka inn for dei ordinære domstolane med Fjordane tingrett som verneting.

11. Misleghald

Dersom ein av partane misligheld sin del av avtalen med vedlegg, og dette påfører den andre parten dokumenterte tap, kan tapet blir kravd dekket av den som mislegheld avtalen.

12. Innsending av avtalar til Helsedirektoratet

Etter at avtalen er signert av begge partar, skal Helse Vest RHF sende kopi av avtalen, herunder også delavtalar iht. helse- og omsorgstenestelova § 6-1 til Helsedirektoratet. Dette skal skje innan ein månad etter at avtalen er inngått, og seinast ein månad etter utgangen av frist fastsett med heimel i § 6-3.

13. Avtaletid, revisjon og oppseiing

Avtalen trer i kraft frå 01.02.12, og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen med eitt års oppseiingsfrist, jf. helse- og omsorgstenestelova § 6-5 andre ledd. Partane er samde om å gjennomgå avtalen innan desember kvart år og syte for jamnleg rapportering og evaluering. Kvar av partane kan krevje avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen blir endra.

kommune

Helse Førde HF