

# Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter

Heidi Gautun

✉ heidi.gautun  
@nova.hioa.no

Gautun er dr.polit (sosiologi), forsker og ansatt ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HiOA

Christine Thokle Martens

✉ christine.martens  
@nova.hioa.no

Martens er PhD-student (statsvitenskap) og ansatt ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HiOA

Marijke Veenstra<sup>1</sup>

✉ marijke.veenstra  
@nova.hioa.no

Veenstra er dr.philos., forskningsleder og ansatt ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HiOA

**SAMMENDRAG** Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012, pålegger helseforetak og kommuner å inngå bindende samarbeidsavtaler. Formålet med disse samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen og å etablere gode lokale samarbeidsrutiner. I denne artikkelen utforsker vi betydningen av de lovpålagte samarbeidsavtalene for konfliktnivå og opplevelse av samarbeid mellom kommuner og helseforetak når det gjelder utskrivning av pasienter fra sykehus. Spørsmålet er belyst med følgende data: saker gjennomgått i den nasjonale tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren, svar fra en spørreundersøkelse blant nøkkelpersoner i samtlige norske helseforetak, og intervjuer med informanter fra fire casekommuner i opptaksområdene til to helseforetak. Studien viser at det er en høy terskel for å bringe saker inn for den nasjonale tvisteløsningsnemnda – ved utgangen av 2015 var 17 saker lagt frem. Sakene dreier seg i hovedsak om tvister knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus. Det fremkommer i spørreundersøkelsen at de fleste konflikter og uenigheter som ikke bringes inn for nemnda, også handler om utskrivning av pasienter fra sykehus. Informantene fra kommunene gir uttrykk for at de opplever det som en stor utfordring at pasienter skal flyttes hurtigere fra det ene nivået til det andre, noe som stiller store krav til kommunehelsetjenesten. Studien antyder at spenningsnivået kan ha økt etter samhandlingsreformen. Likevel er det uklart om konflikten hadde vært større eller mindre dersom avtalene ikke hadde

vært på plass. Alt i alt understreker funnene i denne artikkelen at samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, men de kan ikke erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til kommunale pleie- og omsorgstjenester.

## Nøkkelord

Samhandlingsreformen, helseforetak, pleie- og omsorgstjenester, samarbeidsavtaler, Nasjonal Tvisteløsningsnemnd.

**SUMMARY** The new Health and Care Services Act from 2012 commits municipalities and health enterprises to sign a cooperation contract. The contracts aim to promote collaboration between municipalities and health enterprises by stating the distribution of tasks and responsibilities and establishing good local collaboration practices. In this paper, we explore the extent to which the introduction of these contracts affects levels of conflicts and perceived collaboration between municipalities and health enterprises with regard to patient discharge practices between levels of care. Data sources include cases reported to and decisions made by the National Committee for Dispute Resolution for the Health and Care Sector; a survey among key-persons from all health enterprises; and interviews with informants from four case-municipalities. By the end of 2015, the National Committee had received 17 cases. Most of the cases involved patient discharge. Survey- and interview data indicated that conflicts or disagreements that are not presented to the Na-

*tional Committee concerned patient discharge as well. Informants from the case-municipalities reported the increased speed in the transfer of patients between services and sectors to be their main challenge. The results seem to indicate that the introduction of cooperation contracts has not contributed to reduce tensions and conflicts. It remains uncertain if conflicts would have been more frequent and severe without such contracts. Overall, the findings in this paper underlined that cooperation contracts may constitute a useful framework for coordination between hospitals and municipalities, but cannot replace the day-to-day dialogue in discharging patients from hospital to municipal care services.*

#### **Keywords**

*Coordination reform, Health enterprises, Local health and careservices, Cooperation Agreements*

### **Innledning<sup>2</sup>**

Samarbeid mellom sykehus og kommuner har lenge vært preget av spenninger omkring utskrivning av pasienter (Gautun, Kjerstad & Kristiansen, 2001; Paulsen, Romøren & Grimsmo, 2013). Spenningene ser ut til å ha økt i takt med et langvarig og tiltakende press for å redusere antall senger og liggedøgn i sykehus. Betalingsforskriften og endringer i denne forskriften siden begynnelsen av 2000-tallet har vært et viktig økonomisk verktøy for å legge press på kommunene for å ta imot pasienter så raskt som mulig etter at sykehuset har definert dem som utskrivningsklare. Innføringen av samhandlingsreformen 1. januar 2012 innebar et ytterligere press på å redusere antall liggedøgn, noe som er begrunnet i behovet om å kutte kostnader og samtidig gi et bedre behandlingstilbud til pasientene i deres nærmiljø (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Den kommunale helse- og omsorgssektoren får dermed et stadig større ansvar for å ta imot et økende antall pasienter i tidligere faser av deres konvalessens. For å bidra til å etablere gode lokale samarbeidsrutiner mellom kommuner og sykehus har samhandlingsreformen innført lovpålagte samarbeidsavtaler (jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 6). I artikkelen utforsker vi betydningen av de lovpålagte samarbeidsavtalene for konfliktnivå og opplevelse av samarbeid mellom kommuner og helseforetak når det gjelder utskrivning av pasienter fra sykehus. Denne delen av samarbeidsavtalene reguleres i stor grad av den nye forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

### **Bakgrunn**

Undersøkelser som er gjennomført før samhandlingsreformen trådte i kraft, viser at flere ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene opplevde det som frustrerende at de ikke hadde innflytelse på beslutninger om når pasienter defineres som utskrivningsklare fra sykehus (Gautun et al., 2001; Paulsen et al., 2013). I de samme undersøkelsene ga ansatte i helse- og omsorgstjenestene uttrykk for at de ikke fikk nødvendig informasjon fra sykehuset når pasienter ble skrevet ut. Hvorvidt samarbeidet fungerte bra, ble påvirket av formell og uformell organisasjonskultur, og av kommunikasjon mellom profesjonene i kommuner og sykehus (Gautun et al., 2001; Paulsen et al., 2013). Dessuten var det store variasjoner i hvorvidt det var etablert godt fungerende skriftlige og elektroniske prosedyrer for å regulere samhandlingen mellom sykehus og kommune i utskrivningssituasjonen (Paulsen et al., 2013).

I 2001 var sykehus og kommuner ikke pålagt å følge forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter, og sykehus hadde i varierende grad utarbeidet egne betalingsavtaler med kommunene. En daværende intervjustudie blant ansatte i fem kommuner avslørte at samarbeidet var minst konfliktfylt med det sykehuset som ikke krevde betaling fra kommuner dersom pasienter ble liggende i sykehus etter at de var blitt definert som ferdigbehandlet (Gautun et al., 2001). Kommuneansatte understreket at fokus på pasient i stedet for på økonomi førte til et godt samarbeidsklima og en effektiv utskrivning av pasienter.

I 2003 ble forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter fra 1998 opphevet og erstattet med forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Endringen i terminologi fra «ferdigbehandlet» til «utskrivningsklar» understreket at pasienter ikke må være ferdigbehandlet før de skrives ut fra sykehus. I stedet skal de kommunale helse- og omsorgstjenestene ta over noen av behandlingssoppgavene som tidligere ble utført i sykehus.

I dag regulerer forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter alle kommuners ansvar for utskrivningsklare pasienter. Forskriften er et viktig økonomisk virkemiddel i samhandlingsreformen både for å få kommuner til å ta imot pasienter raskere fra sykehus, og for å overføre deler av behandlingsskjeden til kommunen. Deres kommunene ikke tar imot en pasient etter å ha fått melding om at han eller hun er utskriv-

ningsklar, løper betalingsplikten fra første dag (døgnpris i 2015 var 4 387 kr.). I perioden fra 2011 til 2015 har omfanget av liggedager på sykehus samlet sett blitt redusert med 240 000 liggedøgn (Helsedirektoratet, 2014-2015). Det har vært en betydelig reduksjon i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter (ibid.), noe som har ført til et enda større press på kommuner og sykehus om å få til et godt og effektivt samarbeid.

For å bidra til å etablere gode lokale samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder har samhandlingsreformen innført lovpålagte samarbeidsavtaler som konkretiserer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak (helse- og omsorgstjenesteloven § 6 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1). Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak er ikke noe nytt. Alle helseforetak og kommuner hadde inngått frivillige avtaler som strategiske rammeverk for samarbeid før reformen (Kalseth & Paulsen, 2008). Det var imidlertid stor variasjon i hvordan avtalene var utformet. Med samhandlingsreformen la sentrale helsemyndigheter sterke nasjonale føringer for at samarbeidsavtalene mellom det enkelte helseforetak og kommunene som det er naturlig at helseforetakene samarbeider med, i størst mulig grad skulle være likelydende. Begrunnelsen for standardisering var at denne skal bidra til «å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Samarbeidsavtalene skal inneholde rammer for samarbeid på kort og lang sikt, avklare hvilke møtearenaer og samarbeidsformer som skal etableres, hvem som skal samarbeide om hva, og kontaktpersoner på de ulike områdene. I § 6-2 til helse- og omsorgstjenesteloven spesifiseres tolv punkter som skal dekkes av avtalen. Flere av punktene knyttes direkte eller indirekte til samarbeid omkring utskrivningsklare pasienter. Lovverkets krav til innhold i samarbeidsavtalene følges opp i en nasjonal og normgivende veileder til hva som bør avtalereguleres. Veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Et viktig spørsmål er om de formaliserte avtalene har påvirket hvordan ansatte i administrasjonen og tjenestene i kommuner og sykehus samarbeider om utskrivning av pasienter. Har de lovpålagte samarbeidsavtalene betydning for konfliktnivå og opplevelse av samarbeid mellom kom-

muner og helseforetak når det gjelder utskrivning av pasienter fra sykehus? For å svare på problemstillingen presenterer vi en oversikt over saker som har blitt meldt inn til Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren. Så presenterer vi funn fra undersøkelser som er gjennomført blant informanter i helseforetak og kommuner om deres erfaringer med uenigheter og konflikter. Alle 19 helseforetak og fire case-kommuner inngår i studien.

### Data og metode

Vi har innhentet avgjørelser som er gjort i den nasjonale tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren fra 1. januar 2012 fram til 31. desember 2015. Nemndas avgjørelser ligger tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider. Tvisteløsningsnemnda kan bare mekle dersom partene som har inngått eller skal inngå samarbeidsavtale, er enige om det. Unntak er tvister om betaling etter forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter kapittel 3, hvor saken kan meldes inn av én av partene.

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak ble lastet ned fra helseforetakenes nettsider i oktober 2013. Formålet var å få en oversikt over hvordan avtaleverket fastsetter både prosedyrer for tvisteløsning og prosedyrer ved utskrivning av pasienter. Alle avtalene inneholder fire sentrale punkter: (1) Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar, (2) Partenes varslings- og svarplikt, (3) Kommunens betalingsplikt, og (4) Eventuelle bortfall av betalingsplikten. Det fjerde punktet er i varierende grad inkludert i avtalene (Martens & Veenstra, 2015). For å få en mer fullstendig oversikt over omfang av uenigheter og konflikter mellom helseforetak og kommuner har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant samhandlingssjefer i helseforetakene som benytter en slik tittel, og samhandlingskoordinator, avdelings- eller seksjonsleder i samhandlingsavdelingen i de andre helseforetakene. Informantene er identifisert på helseforetakenes nettsider. Personene er kontaktet per e-post (desember 2014) og er stilt følgende spørsmål om eventuelle tvister eller konflikter som ikke har blitt sendt til den nasjonale tvisteløsningsnemnda:

1. Hvor mange tvister som ikke har gått til den nasjonale tvisteløsningsnemnda, har dere anslagsvis hatt med kommunene siden avtalene ble opprettet?

2. Hva har tvistene i hovedsak dreid seg om, og hvilke deler av avtaleverket omfattes disse av?
3. Har det blitt utarbeidet nye avtaler eller utfyllende prosedyrer som følge av tvistene? På hvilke områder dreier i så fall dette seg om?
4. Hvordan synes du systemet for tvisteløsning fungerer?

Samtlige helseforetak svarte på henvendelsen. I 13 av 19 helseforetak ble henvendelsen besvart av samhandlingssjef, -direktør eller -koordinator, i de resterende seks av fagsjef, seksjonsleder, rådgiver eller konsulent. Vi brukte ordet «tvist» i spørsmålsformuleringen da det er dette som benyttes i den nasjonale veilederen, i avtalene og i tvisteløsningsnemnda.

Basert på svarene fra helseforetakene har vi valgt ut et opptaksområde der helseforetaket opplyser at det ikke har vært konflikter med kommunene, og et opptaksområde der helseforetaket opplyser om mange konflikter. Disse to opptaksområdene er ytterpunktene hva gjelder rapportert konfliktnivå. Hensikten med å kontakte kommunene i disse opptaksområdene var å undersøke om kommuneansatte hadde tilsvarende oppfatning av konfliktnivået. Kommunene i de to opptaksområdene er blitt kontaktet via en e-post til kommunens postmottak og stilt samme spørsmål som helseforetaket. Henholdsvis 13 og 15 av 17 kommuner i hvert av de to opptaksområdene har svart.

I tillegg ble det gjennomført et telefonintervju med representanter fra to kommuner i hvert av de utvalgte to opptaksområdene for å vite mer om opplevelsen av samarbeid i forlengelsen av samarbeidsavtalene. I hvert opptaksområde inkluderte vi en mellomstor kommune (mellom 25 000 og 80 000 innbyggere) som er vertskommune for et sykehus, og en liten eller mindre kommune (færre enn 6 000 innbyggere) som har fastlandsforbindelse til sykehuset. Det kan tenkes at geografisk nærhet til sykehuset kan være viktig for samarbeidet og kommunikasjon, og ved å inkludere kommuner med ulik avstand til sykehuset tok vi sikte på å inkludere et bredt spekter av erfaringer. Samme representant for helse- og omsorgstjenestene i kommunen som svarte på e-posten, ble kontaktet og forespurt om å delta i et telefonintervju. Alle svarte positivt, og intervjuene ble gjennomført i februar 2015. I tre av kommunene snakket vi med personen vi kontaktet, i én kommune hadde vi et fokusgruppeintervju med fem sentrale personer som svarte på spørsmålene innen hver sine kom-

petanseområder. Intervjueren understreket i alle intervjuene at det var deres oppfatning om forholdet mellom kommune og helseforetak vi ønsket å få fram.

Det ble også gjennomført et telefonintervju med en rådgiver på et koordineringskontor i et tredje opptaksområde. Koordineringskontoret er ansvarlig for samhandlingen mellom et kommunesamarbeid og tilhørende helseforetak. Et koordineringskontor er en forholdsvis ny aktør, og ved å inkludere denne informantene kan vi få innsikt i hvordan samhandlingen mellom kommune og helseforetak oppfattes fra en større aktørs synsvinkel. Totalt er det dermed gjort fem intervjuer hvorav fire er med representanter for enkeltkommuner og ett er med en representant for et kommunesamarbeid. Hovedtema i telefonintervjuene var det generelle samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket, avtaleinngåelse, og samhandling i hverdagen. Nærmere opplysninger om data-materialet, inklusive intervjuene og intervjuguide, er gitt i Martens og Veenstra (2015).

## Resultater

Ved utgangen av 2015 var 17 saker lagt fram for den nasjonale tvisteløsningsnemnda, hvorav én sak er trukket, én sak har blitt avsluttet fordi partene ønsket å forhandle videre på egen hånd, og én sak ikke er ferdigbehandlet. Elleve avgjørelser fra nemnda gjelder tvister som er direkte relatert til betaling etter forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, mens én avgjørelse omhandlet en tvist om forståelse av samarbeidsavtalen når det gjaldt organisering av tjenestetilbudet. I tillegg har nemnda kommet med to uttalelser om tvister som gjaldt prosessen rundt etablering av samarbeidsavtaler.

Alle tvistene der den nasjonale tvisteløsningsnemnda har fattet avgjørelse, handler om grensesnittet mellom kommunenes og helseforetakets ansvar, overfor pasienter og, ikke minst, overfor hverandre. Striden oppstår der samarbeidsavtalen ikke er klar og det er rom for tolkning av avtaleteksten. Partene kan ha ulik oppfatning av hva avtalen innebærer – et ufravikelig krav eller et ideelt mål. De fleste avgjørelsene angående tvister om betaling for utskrivningsklare pasienter omhandler tilfeller der kommunen av ulike grunner ikke ser seg i stand til å ta imot pasienten. To tilsvarende saker fikk ulikt utfall da det ene opptaksområdet hadde inkludert i avtaleteksten at kommunens betalingsplikt bortfalt dersom de

ikke kunne ta imot pasienten grunnet manglende informasjon fra sykehuset. Det samme forbeholdet var ikke inkludert i det andre opptaksområdet. I to andre saker motstred kommunen at pasienten var utskrivningsklar. Nemnda uttalte at utfordringen ikke dreide seg om at pasienten var utskrivningsklar, men om manglende ressurser i form av kunnskap blant personale og nødvendig medisinsk utstyr i kommunen. Det er mulig å avtale at betalingsplikten bortfaller i påvente av spesialisert utstyr og opplæring, men det var ikke gjort i disse tilfellene.

Avgjørelsene i den nasjonale tvisteløsningsnemnda er i utgangspunktet rådgivende, men fire opptaksområder har i sine samarbeidsavtaler angitt at nemndas avgjørelser alltid er bindende, og ti har avtalt at avgjørelsene kan være bindende. I saker hvor partene ikke er enige om at uttalelsen fra nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstolene. Samtlige opptaksområder har omtalt prosedyre for tvisteløsning mellom kommuner og helseforetak i sine overordnede samarbeidsavtaler under overskriften «håndtering av uenighet og tvisteløsning». Samtlige 19 avtaler understreker at uenighet skal løses så nær pasienten som mulig, ved dialog eller forhandlinger. Det er med andre ord et mål å ikke eskalere uenigheten. Åtte av opptaksområdene har ulike prosedyrer for pasientrelaterte enkeltsaker og prinsipielle saker. Hovedforskjellen er hvilket internt organ som skal behandle saken. Dersom tvisten ikke lar seg løse «så nær pasienten som mulig», er det ulike rutiner for hvor saken skal løftes.

I spørreundersøkelsen i alle 19 helseforetak svarte informantene på spørsmål om konflikter og konfliktløsning mellom helseforetak og kommunen som ikke sendes til tvisteløsningsnemnda. Informanter fra ni av 19 helseforetak oppgir at det ikke har vært konflikter med kommunene. I åtte helseforetak oppgir informantene at det har vært mellom én og seks konflikter som ikke er meldt inn til nemnda, mens informanter fra to helseforetak oppgir at det har vært mer enn seks konflikter. Temaet utskrivningsklare pasienter oppgis som den største kilden til uenighet. Informantene fra helseforetakene la vekt på at konfliktene ikke er «tvister», men at det dreier seg om diskusjoner, uenigheter og uønskede hendelser som til dels er knyttet til oppstartsproblemer i forbindelse med de nye samarbeidsavtalene. Informanter fra et par av helseforetakene understreket at antall uenigheter er synkende.

Hovedinntrykket fra svarene til informantene ved helseforetakene er at det er et lavt konfliktnivå i samhandlingen med kommunene. Denne opplevelsen av lavt konfliktnivå trenger imidlertid ikke å samsvare med opplevelsen til ansatte i kommunene i samme opptaksområde. For eksempel svarte informanter fra tre kommuner som hørte til et opptaksområde hvor informanten fra helseforetaket oppga ingen konflikter, at det hadde vært innsigelser eller konflikter med helseforetaket.

Informantene er skeptiske til tvistesystemet fordi de mener at systemet innebærer en juridifisering av problemstillinger som tidligere ble løst gjennom godt skjønn og ledelsesbeslutninger i tjenestene. Flere informanter fra både helseforetakene og kommunene understreket at prosedyrene for å bringe en sak opp i den nasjonale nemnda er svært arbeids- og tidskrevende. De mener at samarbeid bør være tuftet på dialog, og at de formelle prosedyrene i beste fall kun skal fungere som en ramme rundt dialogen.

Telefonintervjuene med informantene i de fire case-kommunene i de to opptaksområdene, og en informant fra et kommunesamarbeid, gir utdypende informasjon om samarbeidet og oppgavefordelingen mellom kommune og helseforetak. Samtlige fem informanter forteller om et utstrakt samarbeid og dialog med helseforetaket. Informanter fra tre av de fire kommunene opplever ikke at samarbeidet har endret seg vesentlig etter at reformen trådte i kraft, men to informanter vektlegger at samarbeidet i større grad har blitt formalisert. Formaliseringen innebærer blant annet en tydeligere arbeidsdeling mellom forvaltningsnivåene. På spørsmål om hva som oppleves som de største utfordringene i samarbeidet med sykehuset, uttrykker informantene at tempoet øker, at tiden fra innskrivning til utskrivning blir stadig kortere, samtidig som at det har blitt en sterkere forventning om at kommunen skal ta imot pasientene umiddelbart. Informantene gir uttrykk for at det i og for seg ikke er betalingen for utskrivningsklare pasienter som er et problem. Hovedutfordringen, både for små og store kommuner, sies å være at pasienter skal flyttes hurtigere fra det ene nivået til det andre, og at behov skal avklares raskt i overgangen. En informant fra en mellomstor kommune påpeker at dersom de ikke hadde fått med i avtalen at utskrivning av pasienter skal skje på dagtid, hadde de måttet ha personell som er tilgjengelig hele døgnet. Denne formuleringen er ikke nødvendigvis konfliktforebyggende, men

begrenser kommunens forpliktelse til å ha samme døgnkontinuerlige vakt som helseforetaket har.

Avvik og uenigheter mellom helseforetak og kommune har i beskjedne grad ført til en revidering av samarbeidsavtalene. I stedet for å revidere avtalene sier noen av informantene fra casekommunene at kommunen arbeider med å gjøre eksisterende rutiner kjent i hele organisasjonen. Argumenter som brukes for å forsvare kontinuitet i prosedyrene, er at det er mange parter å forholde seg til ved avtaleinngåelse (helseforetaket og alle kommunene), og enda flere som skal sette seg inn i avtaleverket og benytte dette i sitt daglige virke.

### Diskusjon

De fleste konflikter og uenigheter i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner handler om utskrivning av pasienter fra sykehus. Dette gjenspeiles både i saker som er meldt inn til den nasjonale tvisteløsningsnemnda, og av svarene fra informantene fra alle 19 helseforetak. Informantene sier at det ikke dreier seg om store uenigheter, men diskusjoner, og uønskede hendelser som til dels er knyttet til oppstartsproblemer i forbindelse med de nye lovpålagte samarbeidsavtalene. Det fremkommer imidlertid ikke i intervjuene med kommuneinformantene at denne typen konflikter er noe nytt. Uttalelsene fra kommuneinformantene i vår studie er i tråd med funn i undersøkelser som ble gjennomført før samhandlingsreformen (Gautun et al., 2001; Paulsen et al., 2013). Disse undersøkelsene viser at det over flere år har vært spenninger knyttet til en gradvis overføring av flere og nye oppgaver fra sykehus til kommunene. Spenningene i samarbeidet mellom tjenestene om utskrivning av pasienter ser altså ut til å ha økt i takt med at ansatte i helse- og omsorgstjenestene opplever at de i økende grad har måttet ta imot pasienter under stadig kortere tidsfrister, en trend som har fortsatt og blitt forsterket med samhandlingsreformen. Dette er i tråd med funn fra andre studier etter samhandlingsreformen blant ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester (Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen, 2014; Gautun & Syse, 2013).

Det er i vår undersøkelse ikke fullt samsvar mellom kommuneinformantene og helseforetaksinformantenes opplevelse av konfliktnivå. Informantene fra kommunene i opptaksområdet der helseforetaket mente det ikke hadde vært konflikter, opplever i større grad at det har vært uenigheter eller konflikter. En mulig forklaring kan være

relatert til opplevelsen av likeverd. De lovpålagte samarbeidsavtalene har gitt kommunen et juridisk verktøy i ansvars- og oppgavefordelingen som kunne være grunnlag for større likeverdighet mellom partene. Likevel er det fortsatt slik at sykehuset sitter med definisjonsmakt med tanke på når en pasient er utskrivningsklar, og dette utgjør en viktig styrkeforskjell. Styrkeforskjellen kan oppleves mindre dersom de lovpålagte avtalene har inkludert elementer som beskytter kommunene i spesielle tilfeller, jf. funnene fra sakene som har vært i tvistenemnda. Avgjørelsene fra tvisteløsningsnemnda viser at partene har ulik oppfatning av hvordan avtalen skal tolkes, og om den i det hele tatt er et krav heller enn ideal. Det kan stilles spørsmål ved hvorvidt man kan avtale seg ut av konflikter. I så fall må avtalen inneholde krav til dialog, kontakt og samarbeid. Kommuneinformantene forteller at det til tross for økt formalisering fortsatt foregår utstrakt samarbeid og dialog med helseforetaket. Det er en viktig forutsetning for å nå samhandlingsreformens målsetting.

Det er ikke mulig, på bakgrunn av vår studie, å konkludere om samarbeidsavtalene har bidratt til å dempe eller forsterke konflikter mellom sykehus og kommuner. Selv om vi finner tegn på at spenningsnivået kan ha økt, vet vi ikke om konfliktene hadde vært større dersom avtalene ikke hadde vært på plass. For å svare på spørsmålet om avtalene i det hele tatt har noen betydning, må det undersøkes i hvilken grad ansatte i tjenestene kjenner til avtalene, og om de opplever at avtalene har noen betydning for samarbeidet om pasienter i det daglige.

For at lovpålagte samarbeidsavtaler skal kunne være et effektivt virkemiddel for å få til et bedre og mer effektivt samarbeid, må andre forutsetninger være på plass. En forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen er at de som jobber i de kommunale tjenestene, har tilstrekkelig med ressurser til å klare oppgavene. Samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, men de kan ikke erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

### NOTER

- 1 Forfatterne er plassert i alfabetisk rekkefølge og har bidratt like mye.
- 2 Artikkelen er basert på NOVA Rapport 9/15 Samarbeidsavtaler mellom helseforetak

og kommune. Fra dialog til avviksmelding. Martens, C. T., og Veenstra, M. (2015).

### REFERANSER

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I., og Stephansen, A. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Stavanger: IRIS Rapport 2014/382.
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2014).
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011).
- Gautun, H., Kjerstad, E., & Kristiansen, F. (2001). Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. SNF-rapport nr 57/01: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Oslo: NOVA Rapport 8/13.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.*
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV 2011-06-24 nr 30 C.F.R. (2011).
- Helsedirektoratet (2014–2015). Samhandlingsstatistikk 2014–2015. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1147/Samhandlingsstatistikk%202014-2015%20IS-2427.pdf>
- Kalseth, B., & Paulsen, B. (2008). Strategisk samarbeid - på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Oslo: Rapport A8640: SINTEF Helse Rapport A8640.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A., & Brekk, Å. (2014). Med plikt til å samarbeide. Samhandlingsreformen og avtalene. *Upublisert.*
- Martens, C. T., & Veenstra, M. (2015). Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding? Oslo: NOVA Rapport 9/15.
- Paulsen, B., Romøren, T. I., & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International journal of integrated care*, 13(1).
- Spesialisthelsetjenesten, lov om m.m., LOV-1999-07-02-61 C.F.R. (1999).
- St.meld. nr. 47. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Oslo: Departementenes servicesenter.