

RAPPORT

Hvordan ivaretar samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet?

En kartlegging av lovpålagte samarbeidsavtaler.

Hvordan ivaretar samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet? En kartlegging av lovpålagte samarbeidsavtaler.

© Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2020

Rapport: NKLMH 1/2020

Utgitt: Mai 2020.

ISBN: 978-82-92686-38-6

Forfattere: Kari Hvinden, spesialrådgiver NK LMH og Hege Sjøvik, administrativ rådgiver NK LMH

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsvirksomhet i hele landet holder god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personer som lever med helseutfordringer og deres nærstående opplever økt mestring og bedret livskvalitet

NK LMH er en del av Oslo universitetssykehus HF (OUS). OUS eies av Helse Sør-Øst RHF og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

E-post: post@mestring.no **Twitter:** twitter.com/mestringno **Facebook:** facebook.com/mestringno

Forord

I forlengelsen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i august 2019 et tilleggsoppdrag til Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet om å gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å se nærmere på den delen av forprosjektet som omhandler de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Samarbeid og oppgave- og ansvarsdeling er hovedfokus. Den overordnede hensikten med kartleggingen er å belyse i hvilken grad avtalene ivaretar samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet. Delprosjektet er rigget i samarbeid med Helsedirektoratet, men gjennomført av NK LMH.

Parallelt med denne kartleggingen blir det gjort en gjennomgang av forskning og annen litteratur om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet. Her løftes det frem både fasilitatorer og barrierer for samhandling. Det vil være nyttig å se funnene fra den studien i sammenheng med resultatene fra denne kartleggingen.

NK LMH takker Helsedirektoratet for samarbeidet og tilliten og håper rapporten vil være et nyttig bidrag i det videre arbeidet.

Oslo 11. mai 2020



.....
Leder Siw A. Bratli



.....
Prosjektleder Kari Hvinden

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	5
Om læring og mestring – formål og føringer	5
Om samarbeidsavtaler – formål og føringer	6
Problemstilling – spørsmål knyttet til samarbeidsavtalene	7
Metode	7
Funn	9
Resultater og diskusjon	11
Tilgjengelighet.....	11
Vedlikehold.....	11
Forpliktelse	12
Brukermedvirkning.....	12
Innhold og konkretisering	13
Avtale 2	13
Avtale 5 og 6.....	15
Avtale 10	17
Tilbud til den samiske befolkningen	18
Konklusjon	18
Avrundning og videre arbeid	19
Vedlegg	21
Vedlegg 1 Matrise/tabell med funn fra gjennomgang av samarbeidsavtalene	21
Vedlegg 2. Eksempler på omfattende avtaler	21

Bakgrunn

Helse Sør-Øst (HSØ) og Helsedirektoratet fikk i august 2019 et tilleggsoppdrag¹ fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til kartlegging og revisjon av lærings- og mestringsvirksomheten i sykehus og kommuner. HSØ leder gjennomføringen av et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet gjennomfører et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet mellom kommuner og sykehus. I tilknytning til Helsedirektoratets oppdrag ble det besluttet å se på om de lovpålagte samarbeidsavtalene² mellom helseforetak og kommuner i tilstrekkelig grad ivaretar dette virksomhetsområdet. I dette oppdraget inngår å se på Samarbeidsavtalen³ mellom Helse Nord og Sametinget om hvorvidt denne avtalen ivaretar samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet for den samiske befolkningen.

Det foreligger to nasjonale veiledere som det er naturlig å ta utgangspunkt i for å vurdere samarbeidsavtalene. Den ene er [«Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator»](#)⁴. [Kapittel 6](#) i denne veilederen tar for seg hva lærings- og mestringsvirksomhet innebærer og gir anbefalinger omkring samarbeid, oppgave- og ansvarsdeling. Den andre veilederen er [«Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak»](#)². Her beskrives krav til samarbeidsavtalene, inkludert læring og mestringsvirksomhet. Aktuelt innhold fra de to veilederne er gjengitt i teksten som følger.

Om læring og mestring – formål og føringer

Lærings- og mestringstilbud er målrettede og strukturerte pedagogiske tilbud der det legges til rette for at brukere, pasienter og pårørende får informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom, skade, nedsatt funksjonsevne, psykiske belastninger og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Det handler om å fremme helse, støtte endring av levevaner, forebygge sykdomsutvikling og hindre forverrelser. Lærings- og mestringstilbud er således aktuelle i alle deler av helsetjenesten; fra forebygging og behandling til rehabilitering og lindrende omsorg. Tilbudene er viktige elementer i helhetlige forløp for personer i alle aldre; barn, ungdom, voksne og eldre, og kan være individuelle og/eller gruppebaserte. For svært mange handler det om et «leve med»-perspektiv der man i ulike forløp gjentatte ganger utfordres på nye mestringsstrategier og har behov for pedagogisk støtte.

Lærings- og mestringsvirksomhet foregår både i regi av sykehus, kommuner, brukerorganisasjoner og annen frivillighet. Virksomheten er juridisk forankret i pasient og brukerrettighetsloven⁵, spesialisthelsetjenesteloven⁶, kommunehelseloven⁷ og folkehelseloven⁸. Lovformuleringene beskriver rett til informasjon, opplæring og veiledning for å håndtere og mestre helseutfordringer, og de

¹ Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)

² Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal Veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

³ Samarbeidsavtalen mellom Helse Nord RHF og Sametinget

⁴ Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helsedir. 2015).

⁵ Lov om pasient og brukerrettigheter (2001)

⁶ Lov om spesialisthelsetjenesten (2001)

⁷ Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste (2012)

⁸ Lov om folkehelsearbeid (2012)

refererer til en bred forståelse av lærings- og mestringsevne innen helsefeltet. Retningslinjer for samhandling om lærings- og mestringstilbud skal beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. «Når det avtales samarbeidstiltak om læring og mestring skal dette nedfelles i avtalen» (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2).

Veilederen fremhever at tilrettelegging av strukturerte lærings- og mestringstilbud så langt det er mulig, og innen rammen av faglig forsvarlighet, skal gis i kommunene, og at tilbudet i kommunene bør styrkes. Individuelle tilbud som skjer tett integrert i den spesialiserte medisinske behandlingen, skal fortsatt foregå i spesialisthelsetjenesten. «For personer med sjeldne tilstander og ved behov for spesialisert kompetanse, bør tilbudet ytes av spesialisthelsetjenesten» (sitat kapittel 6.4.). Avveininger knyttet til ansvar og oppgaver bør skje etter samme prinsipper som for habilitering og rehabilitering for øvrig. Det fremheves også at lærings- og mestringssentrene i helseforetakene bør tilby veiledning til kommunene.

Om samarbeidsavtaler – formål og føringer

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder¹. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Veilederen beskriver at samarbeidsavtalene skal bidra til å (sitat s. 8):

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

Plikten til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-1) og i spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-1 e.) Det anbefales at avtalene utarbeides med en generell del og delavtaler som ivaretar de områdene loven krever skal inngå og eventuelle andre tema partene ser behov for å avtalefeste. Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-2) angir 11 områder knyttet til et minimum av hva avtalene skal inneholde. Av disse er det fire områder som er aktuelle å se nærmere på med tanke på om de omtaler samhandling knyttet til lærings- og mestringsevne. Dette er område/retningslinje 2, 5, 6 og 10. Disse skal inneholde:

- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (retningslinje 2).

¹ Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal Veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (retningslinje 5). Her står det at avtalen bør inneholde en nødvendig klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen, og beskrive nødvendig informasjonsoverføring til pasient og eventuelt pårørende, fastlegen og øvrig involvert kommunalt tjenesteapparat.
- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering (retningslinje 6). Denne avtalen bør beskrive hvordan begge parter bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring for eksempel gjennom faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser med mer.
- Samarbeid om forebygging (område 10). Denne avtalen skal omfatte samarbeid om forebyggende tiltak, herunder lærings- og mestringsarenaer.

Når det avtales samarbeidstiltak må avtalen klargjøre ansvarsforhold, inkludert arbeidsgiveransvar. Det skal også avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres (s. 6).

Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-1) pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnet ved utarbeidelsen av avtalene. I tillegg skal pasientenes og brukernes organisasjoner få anledning til å medvirke i avtaleprosessen. Brukerutvalgene bør involveres i arbeidet med avtalene og behandle utkastet før avtalene vedtas i kommunestyret og i styret for helseforetaket. Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbud, (jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1) og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (§ 4).

Det anbefales i veilederen at de regionale helseforetakene overlater til ledelsen i helseforetakene å inngå samarbeidsavtaler med kommunene. Ordføreren/rådmann som kommunens rettslige representant, skal underskrive avtalen etter at den er godkjent av kommunestyret (s. 12). De regionale helseforetakene skal sende avtaler til Helsedirektoratet innen en måned etter at de er inngått (§ 6-4). Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser (§ 6-5).

Problemstilling – spørsmål knyttet til samarbeidsavtalene

Hensikten med gjennomgangen av samarbeidsavtalene er å få innblikk i og avgjøre i hvilken grad delavtalene 2, 5, 6 og 10 ivaretar anbefalingene i de to veilederne. Følgende spørsmål søkes besvart:

- *Omhandler avtalene læring og mestring, og i hvilken grad er avtalene tilgjengelige, oppdaterte og forpliktende?*
- *Hvordan er oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringstilbud beskrevet i samarbeidsavtalene?*
- *Hvordan vurderes innholdet i avtalene opp mot anbefalingene i de to veilederne? Herunder om tilbudene er utfyllende, overlappende eller mangelfulle.*

Metode

I dialog med Helsedirektoratet og Statistisk Sentralbyrå (SSB) ble det besluttet å trekke ut et representativt utvalg av små, mellomstore og store kommuner (2019), fordelt på alle fire helseregioner. Små kommuner med inntil 4999 innbyggere, mellomstore kommuner med 5 000 til 19

999 innbyggere og store kommuner med over 20 000 innbyggere. Alle kommuner i alle helseregioner ble delt inn i en av de tre størrelseskategoriene. Dette resulterte i tre mapper per helseregion og til sammen tolv konvolutter med kommunenavn. 27 kommuner fra hver helseregion ble deretter trukket ut (ni fra hver størrelse eller så likt som mulig fordelt på kommunestørrelse, der det var færre enn ni per kategori). Utvalget ble gjort manuelt ved å trekke ut lapper med kommunenavn fra mappene. En person trakk, en noterte navn og en var observatør. 108 kommuner ble trukket ut og utgjør således utvalget. Per 31. desember 2019 var det 422 kommuner i Norge. Utvalget utgjør dermed 25.6 % av kommunene.

Alle de aktuelle samarbeidsavtalene (delavtale 2, 5, 6 og 10) ble i mars 2020 sjekket ut i de utvalgte 108 kommunene, med utgangspunkt i lenker fra Helsedirektoratets [nettside](#). I tillegg ble kommunenes egne nettsider sjekket med hensyn til om samarbeidsavtalene var tilgjengeliggjort der. Avtalene ble hentet fram og gjennomgått av to personer i fellesskap. Det var ikke mulig å benytte søkemotor i alle dokumenter, derfor ble gjennomgangen kvalitetssikret ved at alle dokumenter ble gjennomgått manuelt. Det ble lett etter begreper og beskrivelser knyttet læring og mestring, pasient- og pårørendeopplæring, opplæring, pasientundervisning, veiledning, oppfølging, forebygging, brukermedvirkning/medvirkning, oppgaver og ansvar, fagnettverk og kompetanseutveksling. I avtalene som var skrevet på nynorsk ble de nynorske begrepene brukt.

Med utgangspunkt i problemstillingen ble det utformet en matrise med seks kategorier som til sammen skal bidra til å svare på spørsmålene. Alle kommuner ble identifisert med et nummer og hvert helseforetak med en bokstav. Mange av kategoriene kan besvares med JA/NEI/DELVIS. Her er det gjort en opptelling. Noe tekstdata er lagt inn i matrisen knyttet til kategoriene *innhold* og *konkretisering*. Her er det kort gjengitt hva som er beskrevet i den enkelte avtale. Det er gjennomført en oppsummering av disse tekstelementene.

Delavtalene 2, 5, 6 og 10 ble gjennomgått knyttet til kategoriene:

- 1) **Tilgjengelighet.** Er delavtalene tilgjengelig som beskrevet i veilederen? Her har vi sjekket om avtalene ligger på både Helsedirektoratets og HF-ets nettside. I tillegg har vi sjekket om de finnes på kommunens nettside.
- 2) **Innhold.** Beskriver hver delavtale det den skal i tråd med veilederne? Besvares med ja, nei eller delvis. Dersom ja eller delvis, beskrives kort hvordan.
- 3) **Konkretisering.** Beskriver delavtalene noe konkret om læring og mestring? Besvares med ja, nei eller delvis. Dersom ja eller delvis, beskrives kort hvordan. Der hvor det foreligger konkrete tiltak og/eller handlingsplaner som beskriver hvordan dette er tenkt løst i praksis, løftes dette fram og beskrives.
- 4) **Brukermedvirkning.** I hvilken grad er det dokumentert i avtalene at det har vært medvirkning i utforming av dem? Besvares med ja eller nei.
- 5) **Vedlikehold.** Er delavtalene oppdatert? Besvares med ja, nei eller delvis.
- 6) **Forpliktelse.** Er delavtalene underskrevet? Besvares med ja, nei eller delvis. Det angis hvem som eventuelt har signert.

Funn

Utvalget på 108 kommuner representerer 18 helseforetak, noe som innebærer at kun ett foretak med tilhørende kommuner ikke er inkludert i utvalget. En kommune hadde avtaler med to foretak, derfor er totalantallet på avtaler 109.

Tilgjengelighet

Omkring 50 % av avtalene (56/109) var tilgjengelig fra nettsiden til både Helsedirektoratet og helseforetaket. 42/109 avtaler ble kun funnet på helseforetakets nettside, og 8/109 avtaler ble ikke funnet på noen av sidene. I noen av disse ble vi lovet til en tredjeparts nettside som ikke var åpen. Avtalene ble funnet på tre av 109 kommunale nettsider. Dette er imidlertid ikke pålagt gjennom veilederen.

Nedenfor er funnene gjengitt i tabeller. Funn fra avtalene 5 og 6 er slått sammen i en tabell. Dette ble gjort fordi det viste seg at svært få av disse avtalene har omtalt lærings- og mestringsevne eksplisitt.

Tabell 1: Funn fra delavtale 2: Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Finnes i avtalene:	Ja	Nei	Delvis
Innhold	95	14	
Konkretisering	56	32	21
Brukermedvirkning		109	
Vedlikehold	100	3	6
Forpliktelse	29	80	

Tabell 2: Funn fra delavtale 5 og 6: Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (retningslinje 5). Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering (retningslinje 6).

Finnes i avtalene:	Ja	Nei	Delvis
Innhold	52	10	47
Konkretisering	28	81	
Brukermedvirkning		109	
Vedlikehold	92	3	14
Forpliktelse	28	80	1 Avtale 5 er kun signert av HF

Tabell 3: Funn fra delavtale 10: Samarbeid om forebygging (område 10).

Finnes i avtalene:	Ja	Nei	Delvis
Innhold	104	1	4
Konkretisering	80	21	8
Brukermedvirkning		109	
Vedlikehold	92	11	6
Forpliktelse	25	84	

Alle de 18 foretakene som er inkludert i kartleggingen har likelydende avtaler eller maler med *alle* sine respektive opptakskommuner. Dette innebærer at vi gjennom uttrekket til sammen dekker de fleste norske kommuner (396/422), som er en styrke for tolkningen av funnene i kartleggingen. Det ene helseforetaket som ikke er med i utvalget representerer til sammen 26 kommuner.

Samarbeidsavtalen mellom Sametinget og Helse Nord RHF

I oppdraget inngikk også å se på samarbeidsavtalen mellom Helse Nord og Sametinget knyttet til samhandling om læring og mestring for den samiske befolkningen. Denne avtalen ble underskrevet av begge parter i mars 2018, og avtalen er tilgjengelig på www.sametinget.no. Den ble ikke funnet på Helse Nord sine nettsider, ei heller på noen av de tre helseforetakenes nettsider.

Den aktuelle avtalen er mellom Sametinget og spesialisthelsetjenesten og omfatter ikke kommunale helse- og omsorgstjenester. Avtalen sier ikke noe om lærings- og mestringsvirksomhet spesielt, men understreker (sitat):

«I Pasientrettighetsloven § 3-5 fremgår det at pasienter har krav på informasjon som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Denne bestemmelsen gir samiske pasienter rett på informasjon, som er tilpasset samisk språk- og kultur. I forarbeidene til loven er samiske pasienter særlig nevnt som målgruppe for denne bestemmelsen».

Det refereres også til Sameloven¹ (§ 3-5) som gir samiske pasienter utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Samelovens ordlyd er:

«Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egeninteresser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet har rett til å bli betjent på samisk».

Samarbeidsavtalen angir at Helse Nord er gitt et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Ved Finnmarkssykehuset er det etablert en klinikk i Karasjok under navnet *Sámi Klinihkka* (Samisk helsepark). Her er det planlagt et eget lærings-

¹ [Lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold](#)

og mestringscenter¹. For å sjekke om noen av kommunene i regionen hadde samarbeidsavtaler knyttet til lærings- og mestringsstilbud for den samisktalende befolkningen, sjekket vi nettsidene til åtte tilfeldige kommuner i utvalget. I tre av kommunene fant vi avtaler knyttet til helse, uten at lærings- og mestringsvirksomhet var nevnt. På nettsidene til fem av kommunene fant vi ingen avtaler.

Resultater og diskusjon

Her ser vi nærmere på hva funnene innebærer. Tilgjengelighet, vedlikehold, forpliktelse og brukermedvirkning beskrives felles for alle avtalene samlet, da funnene i stor grad er sammenfallende. Når det handler om innhold og konkretisering diskuteres funnene knyttet til hver av delavtalene.

Tilgjengelighet

I tråd med juridiske føringer og veiledere skal en kopi av signerte avtaler sendes fra regionale helseforetak til Helsedirektoratet ^{1,2}. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått. Alle avtaler skal gjøres tilgjengelige på Helsedirektoratets nettside. Hensikten er å gi en landsdekkende oversikt over avtalene. Innsendingen medfører ikke at Helsedirektoratet skal godkjenne eller kontrollere innholdet av avtalene. Her er det, i dialog mellom partene og Helse- og omsorgsdepartementet, etablert en annen praksis (jfr. Helsedirektoratets [nettside](#) for Samarbeidsavtaler). Helseforetakene publiserer avtalene i sin helhet på egne nettsider og sender lenker til Helsedirektoratet som så kobler disse til sin nettside.

Når kun omkring 50 % av avtalene var tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside kan ikke det sies å være tilfredsstillende. Hvorfor dette er tilfelle, er ikke undersøkt i denne sammenheng. Vi gjør oss imidlertid noen refleksjoner på bakgrunn av vår kjennskap til feltet. Det kan handle om mangelfulle rutiner i helseforetakene. Det kan også handle om manglende oppfølging og kvalitetssikring fra Helsedirektoratets side knyttet til om alle avtaler finnes på nettsiden og i hvilken grad lenkene fungerer. Det kan indikere at tilgang til og oversikt over avtalene betraktes som lite viktig. Kan manglende tilgjengelighet innebære at avtalene blir lite brukt? Det lå ikke til denne kartleggingens mandat å sjekke om avtalene er å finne på foretakenes og kommunenes interne nettsider/intranett. Hvis man antar at tilgjengelighet har betydning for operasjonalisering og implementering av innholdet i avtalene, er dette noe som er viktig å undersøke nærmere med hensyn til implikasjoner for praksis.

Vedlikehold

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester angir at avtalene skal gjennomgås årlig, med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser (§ 6-5).

Nærmere 100 av delavtalene er datert fra og med 2015, noe som betyr at det er relativt mange som har nyere datostempling enn de første opprinnelige dokumentene fra 2012. Likevel er det cirka 10 % av avtalene som er fra 2012. I underkant av 50 % av avtalene er datert fra 2017 eller senere. Avtale 10 som handler om forebygging, er den av avtalene som i størst grad er oppdatert nylig. Her er 60/109 avtaler fra 2017 til 2019.

¹ Sluttrapport for Mandat. Gruppebasert pasient og pårørendeopplæring -et tverrfaglig LMS-tilbud ved Sámi Dearvvašvuoda Siida, Samisk helsepark (2018). Ikke tilgjengelig på www.

¹ Lov om spesialisthelsetjenesten (2001)

² Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste (2012)

Det står i veilederen at de skal gjennomgås årlig. Vedlikeholdet av avtalene kan ikke sies å være tilfredsstillende. Reviderte avtaler kan være et tegn på dynamikk i samhandlingen og uttrykk for fokus på forbedringsarbeid, med det er ikke gitt at det er slik. Det er i stor grad likelydende maler som benyttes, noe som kan tyde på få lokale justeringer knyttet til de opprinnelige avtalene. De første avtalene ble inngått i 2012, og det har skjedd en betydelig utvikling knyttet til samhandling i løpet av de siste åtte årene. Kan det være at avtalene ikke er oppdaterte i samsvar med den samhandlingen som faktisk skjer i praksis?

Forpliktelse

Det er kommunestyrene som har ansvar for at avtaler blir inngått med helseforetakene¹. Kommunene kan delegere til administrasjonen å forhandle, utarbeide og fornye avtalene. Ordføreren skal underskrive avtalen etter at den er godkjent av kommunestyret, eller det kan delegeres til andre (for eksempel administrasjonssjefen).

Vi fant at kun cirka 25 % av delavtalene var signert. Svært mange forelå som maler uten at navnene på de aktuelle samarbeidspartnerne var utfylt. Her ble gjerne betegnelsen XX benyttet istedenfor navnet på den aktuelle kommunen. Andelen signerte avtaler teller for seks av 18 helseforetak, mens malene teller for 12 av 18 helseforetak. Om en avtale er underskrevet eller ikke, sier noe om den formelle, gjensidige forpliktelsen som ligger til avtalene, og det kan ikke betraktes som tilfredsstillende at kun omkring 25 % av avtalene var tilstrekkelig signert. Indikerer dette at den gjensidige, formelle forpliktelsen som er knyttet til disse avtalene ikke anses som viktig?

Brukermedvirkning

Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-1) pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnet ved utarbeidelsen av avtalene. I tillegg skal pasientenes og brukernes organisasjoner få anledning til å medvirke i avtaleprosessen. Veilederen for samarbeidsavtalene sier at det kan være hensiktsmessig at helseforetakenes brukerutvalg involveres i arbeidet med avtalene og behandler avtaleutkastet før avtalene vedtas i kommunestyret og i styret for helseforetaket. Den angir også at pasienter og brukere skal være representert i samarbeidsorganer mellom kommune og foretak.

Det ble ikke funnet noe om brukermedvirkning på dette nivået i de aktuelle delavtalene (2, 5, 6 og 10). Det ble derfor gjort et tilleggs søk i de overordnede/generelle avtalene for å se om dette var beskrevet nærmere der. Med utgangspunkt i overordnede avtaler knyttet til de 18 foretakene i utvalget, ble alle gjennomgått manuelt for å se om de beskrev noe om brukermedvirkning.

Vi fant overordnede avtaler eller maler for 16 av 18 foretak. Seks av 16 avtaler var signert, og de var datert 2012 (1), 2013 (1), 2017 (2) og 2018 (2). Vi fant usignerte maler fra 10/16 foretak. Disse var fra 2012 (1), 2015 (2), 2016 (2), 2017 (1), 2018 (1), 2019 (2) og en uten årstall. Dette innebærer at det er

¹ Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal Veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

under 1/3 av helseforetakene som har signerte overordnede avtaler. De fleste har imidlertid jobbet med oppdateringer av de overordnede avtalene selv om flertallet ikke er signert.

Brukermedvirkning var omtalt i de fleste avtalene og malene, men er lite konkretisert. Mange av formuleringene er generelle og knyttet til å benytte funn fra brukerundersøkelser, involvering av brukerutvalg, eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Teksten fra den vedlagte malen i veilederen (s. 33) er ofte kopiert inn, uten at det er nærmere beskrevet hvordan dette skal foregå. De mest konkrete forpliktelsene vi finner, er at en del foretak har brukerrepresentanter med ulike samarbeidsorganer knyttet til utforming av avtalene. Mange har imidlertid kun uttalelsesrett i disse organene. Konkrete brukerorganisasjoner er ikke nevnt i noen sammenhenger, selv om det står at de bør involveres i utarbeidelsen av avtalene. Det som fremkommer om brukermedvirkning knyttet til utforming av avtalene kan ikke betraktes som tilstrekkelig for å si at anbefalingene i de to aktuelle veilederne er ivaretatt. Hvorfor er det slik? Kan det handle om usikkerhet og utilstrekkelig kompetanse, manglende erkjennelse av hva brukerrepresentanter kan bidra med, ressurser eller tidspress?

Innhold og konkretisering

Som beskrevet i det innledende kapitlet i rapporten er formålet med samarbeidsavtalene å fremme samhandling mellom helseforetak og kommuner gjennom å konkretisere oppgave- og ansvarsdelingen og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder (s. 7). Avtalene skal sikre at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene som beskrives i delavtalene. Her handler det om lærings- og mestringstilbud til brukere, pasienter og pårørende, samt kompetansebygging hos fagpersoner og brukerrepresentanter.

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven regulerer oppgaver som kommuner og regionale helseforetak skal utføre. Likevel vil det være gråsoner og behov for dialog og lokale tilpasninger på ulike områder. På generelt grunnlag sier helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-2) følgende: «Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres».

Seks kommuner (helseforetak D) i utvalget har en egen særavtale knyttet til lærings- og mestringsvirksomheten som ivaretar all samhandling om dette knyttet til avtale 2, 6 og 10. Fire andre kommuner i utvalget (helseforetak J) har et omfattende kapittel i avtale 2 som handler om lærings- og mestringsvirksomhet. Dette kapitlet ivaretar også innhold for avtale 5, 6 og 10. En tredje avtale (helseforetak M), som representerer 6 kommuner i utvalget, har samlet innholdet om lærings- og mestringsvirksomhet i delavtale 4. Alle disse avtalene, som til sammen representerer 16 kommuner, har beskrevet oppgave- og ansvarsdelingen omfattende og konkret. Kompetanseutveksling og nettverksvirksomhet er også beskrevet. I noen av de andre avtalene finner vi også at de til dels har samlet det som handler om lærings- og mestringsvirksomhet i avtale 2 eller 10, inkludert kompetanseheving og nettverk.

Avtale 2

Dette er den delavtalen som i tittelen eksplisitt indikerer innhold knyttet til samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet. Avtalen benevnes ved «Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til

innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester»¹. Det står i veilederen at avtalen blant annet bør beskrive «habiliterings-/ rehabiliteringstilbud herunder tilrettelegging av hjelpemidler og lærings- og mestringstilbud, m.m.» (sitat s. 18).

I om lag 85 % av avtalene finner vi noe om læring og mestring (95/109). I cirka 15 % av avtalene er dette kun en del av overskriften på delavtalen og behandles ikke videre i avtaleteksten.

Fra tabellen fremgår det at det i 56 av 109 avtaler er beskrevet noe konkret om læring s-og mestringsvirksomhet, noe som utgjør omlag halvparten av avtalene. Det er delvis beskrevet i cirka 20 % av avtalene, mens cirka 30 % av avtalene mangler noe konkret om lærings- og mestringsvirksomhet. Enkelte avtaler har underkapitler knyttet til lærings- og mestringstilbud/pasient- og pårørendeopplæring. Noen omtaler det under egne kapitler om oppgave- og ansvarsdeling som inkluderer mer enn lærings- og mestringsvirksomhet.

Det må betraktes som lite tilfredsstillende at kun omkring halvparten av avtalene konkretiserer samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet. Det som i hovedsak omtales er oppgave- og ansvarsdeling, likevel er det få som sier noe konkret om samarbeid, brukermedvirkning, organisering og finansiering av tiltak. Noen nevner samarbeid om henvisning til individuelle og gruppebaserte lærings- og mestringstilbud både i sykehus og kommuner. I enkelte av disse avtalene beskrives samarbeid om kompetanseheving knyttet til lærings- og mestringsvirksomheten, heller enn i avtale 6.

Nedenfor er et eksempel på hvordan avtale 2 er konkretisert mellom helseforetak A og seks tilhørende kommuner i utvalget:

Partenes felles ansvar og oppgaver:

- Samarbeide om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.
- Videreutvikle møteplasser for samhandling, kompetanseutveksling og brukerrepresentasjon i utvikling av lærings- og mestringstjenester.
- Ta i bruk elektroniske verktøy i samarbeidet.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Tilby individuell veiledning til målgruppen som del av behandling der dette er aktuelt.
- Tilby deltakelse i gruppebaserte diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud.
- Ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Tilby individuell veiledning som en del av behandlingstilbudet der dette er aktuelt.
- Ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud i helseforetak og Kommune.

¹ Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal Veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Avtale 5 og 6

Dette er delavtalene som i veilederen benevnes ved «Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon» (5) og «Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering» (6)¹.

Et viktig mål i samhandlingsreformen er å etablere gode pasientforløp. Et kritisk punkt i pasientforløpet er utskrivning fra spesialisthelsetjenesten når pasienten trenger videre oppfølging av det kommunale tjenesteapparatet. Aktuelt i denne sammenheng er at det fremheves at avtalen bør beskrive «nødvendig klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen, samt nødvendig informasjonsoverføring til pasient og eventuelt pårørende, fastlegen og øvrig involvert kommunalt tjenesteapparat» (sitat s.20).

Gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er sentrale samhandlingselementer og helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp. Aktuelt i denne sammenheng er at det fremheves at avtale 6 bør beskrive hvordan begge parter bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring og hvordan begge parter bidrar til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene (s. 21).

I underkant av 50 % av avtalene (52/109) har relevant innhold knyttet til både avtale 5 og 6. 47 kommuner har relevant innhold relatert til en av de to avtalene. Her handler det primært om kompetanseutveksling i generelle termer knyttet til avtale 6. I cirka 10 % av avtalene (9 kommuner) finner vi ikke relevant innhold, verken til delavtale 5 eller 6.

Innholdet i avtalene 5 og 6 er svært sjelden knyttet til begrepene læring og mestring. Ofte handler det om generell informasjonsformidling. Opplæring knyttet til tekniske hjelpemidler er nevnt i enkelte avtaler. Når det er snakk om kompetanseoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering, omtales dette stort sett kun i generelle vendinger.

Fra tabellen fremgår det at i underkant av 25 % av avtalene (28/109) er konkretisert. Konkretiseringen handler primært om oppgave- og ansvarsdeling. 13 avtaler (helseforetak F) tar opp dette med kompetanseutveksling, felles fagdager og nettverk. En del av de andre avtalene (særaftalen, 2 og 10) har imidlertid konkret innhold knyttet til dette med kompetanseutveksling/- oppbygging. Helsepedagogikk som begrep eller kompetanseområde fant vi igjen i avtaler for 19 kommuner (helseforetak C, D og G).

Mange brukere, pasienter og pårørende har behov for lærings- og mestringstilbud i forkant av, under og i etterkant av behandling i spesialisthelsetjenesten. For at dette skal sikres, kreves det samhandling og god dialog mellom tjenestenivåene. Mangelen på konkretisering av ansvar og oppgaver knyttet til slike tilbud i delavtale 5 inngir ikke trygghet med hensyn til om dette blir ivaretatt. Dette er avgjørende for brukere, pasienter og pårørende. Mangel på konkretisering har implikasjoner for praksis og bør undersøkes nærmere.

¹ Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal Veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Nedenfor er det gjengitt eksempler på avtaletekst fra delavtalene 5 og 6 mellom 13 kommuner i utvalget og helseforetak L:

Delavtale 5.

Ett av punktene under helseforetakets ansvar ved utskriving er (sitat):

Informasjon og/eller epikrise skal sendes til helsepersonell i kommunen som trenger opplysningene for å kunne gi forsvarlig helsehjelp/oppfølging av pasienten. Signerte epikriser/utskrivingsblankett og eventuelt sjekklister skal sendes elektronisk.

Ett av punktene under kommunens ansvar ved utskrivning er (sitat):

Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når helseforetaket har varslet om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Når det gjelder avtale 6 og hvorvidt begge parter bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring så omtales dette gjennomgående i generelle vendinger. Helsepedagogikk som begrep brukes sjelden i avtalene. Det innebærer ikke nødvendigvis at temaer som kommunikasjon og pasientundervisning ikke løftes fram i kompetansebyggingen, men det er ikke konkret beskrevet i avtalene. Mangelen på konkretisering i disse avtalene gjør det vanskelig å si om helsepedagogikk som fagområde er gjenstand for kompetanseutveksling.

Delavtale 6. Under kapitlet om helseforetakets plikter og ansvar står det at foretaket skal:

1. Gi opplæring og veiledning til pasienter og pårørende som er knyttet til spesialiserte pasientforløp (lærings- og mestringsansvar)
2. Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
3. Medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell
4. Ha tilgjengelige praksisplasser, herunder stillinger for leger under spesialisering i allmennmedisin
5. Opprette og delta i faglige nettverk
6. Koordinerende enhet holder oversikt over og informerer om felles møteplasser og faglige nettverk mellom kommunene og helseforetaket
7. Samarbeide med kommunen om nødvendig kunnskapsoverføring som sikrer forsvarlighet ved overføring av oppgaver
8. Skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning

Kommunen skal:

1. Sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Gi opplæring og veiledning til pasienter/brukere og pårørende (lærings- og mestringsansvar)
2. Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
3. Medvirke til undervisning og opplæring av helse- og omsorgspersonell
4. Ha tilgjengelige praksisplasser
5. Opprette og delta i faglige nettverk
6. Arbeide for å sikre kvalifisert og relevant representasjon i kliniske og faglige samarbeidsutvalg, med særlig vekt på representasjon fra allmennlegetjenesten

Avtale 10

Dette er delavtalen som i veilederen benevnes «Samarbeid om forebygging» (område 10)¹. Denne avtalen bør beskrive hvilke forebyggende områder det er aktuelt å samarbeide om og ansvars- og oppgavefordelingen på disse områdene. Det fremheves også at avtalene bør beskrive lærings- og mestringsarenaer. Dette innebærer at det bør stå noe om hvilke møteplasser lærings- og mestringsvirksomheten bør foregå på.

Omkring 95 % av avtalene (104/109) har innhold som inkluderer læring og mestring og/eller lærings- og mestringsarenaer. En avtale inneholder ikke noe om lærings- og mestringsvirksomhet, mens fire avtaler til dels har slikt innhold. I avtaler for 11 kommuner (helseforetak H) nevnes samarbeid på ulike lærings- og mestringsarenaer. I seks avtaler (helseforetak M) nevnes spesielt samarbeid mellom lærings- og mestringsssentrene og frisklivssentralene (se eksempel i vedlegg 2).

Fra tabellen fremgår det at cirka 75 % av avtalene har *konkretisert* innholdet i avtale 10. Dette handler oftest om oppgave- og ansvarsdeling, men er sjelden ytterligere konkretisert. Heller ikke i denne avtalen er det beskrevet samarbeid om konkrete tiltak for brukere, pasienter og pårørende.

Nedenfor er det gjengitt et eksempel på avtaletekst fra delavtale 10 mellom fire kommuner i utvalget og helseforetak G:

Partene skal tilegne seg felles kompetanse, forståelse og terminologi innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid.

Kommunen skal:

1. ha folkehelsenettverk
2. i samarbeid med de øvrige kommunene invitere til årlig møte for samhandling og informasjonsutveksling
3. vurdere henvisning til frisklivstilbud og/eller lærings- og mestringstilbud for aktuelle pasientgrupper

Helseforetaket skal:

1. utvikle og utveksle kunnskap og kompetanse om helsefremmende og forebyggende arbeid i nettverk med kommunene
2. bidra med faglig råd og veiledning overfor kommunen
3. bidra med relevant data/statistikk til kommunens løpende oversiktsarbeid
4. gi råd, veiledning og opplæring til pasientgrupper med livsstilsrelaterte sykdommer gjennom bl.a. å styrke og videreutvikle helseforetakets lærings- og mestringstilbud
5. vurdere henvisning til frisklivstilbud og/eller lærings- og mestringstilbud for aktuelle pasientgrupper
6. bistå kommunen i smittevernarbeid

¹ Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal Veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

For å gi et tydeligere bilde av hvordan de mest omfattende avtalene er utformet, er det i vedlegg 2 inkludert fire eksempler.

Tilbud til den samiske befolkningen

Det ble ikke funnet noe konkret om samhandling og ansvar- og oppgavedeling knyttet til lærings- og mestringstilbud for den samiske befolkningen i Norge i samarbeidsavtalen mellom Helse Nord og Sametinget. Det finnes imidlertid en rapport som angir et mandat for Finnmarkssykehuset knyttet til etablering av et lærings- og mestringssenter (LMS) i tilknytning til Samisk helsepark i Karasjok (2018)¹. I arbeidsgruppen som har utarbeidet dette mandatet er også Kautokeino kommune representert. Rapporten beskriver planer om et omfattende samarbeid om lærings- og mestringsevne innen spesialisthelsetjenesten, men viser også til samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. Samhandlingen skal være relatert til konkrete lærings- og mestringstilbud, pasientforløp, kompetanseutvikling med mer. Nedenfor er det gjengitt noen aktuelle sitater fra rapporten som sier noe om samhandling knyttet til lærings- og mestringsevnen:

«Beskrive henvisning og inntak av pasienter i LMS-tilbudet i eget fylke
- Pasientene henvises primært etter behandling i spesialisthelsetjenesten, og fra fastlege.
- Når det planlegges LMS-program, må det etableres kontakt med primærhelsetjenesten, fastlegene og pasientene/pasientorganisasjonene».

«Beskrive gode pasientforløp, der det tydelig fremkommer hva og til hvilken tid opplæringen skal foregå individuelt, i gruppe (via LMS-tilbudene) og når pårørende bør inn og delta».

«Beskrive samarbeide med kommunene i vårt eget fylke og kommuner innen det samiske forvaltningsområde/andre områder utenfor Finnmark.»

Konklusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen gis det her avsluttende kommentarer til hvert av spørsmålene som kartleggingen har søkt å besvare.

Omhandler avtalene læring og mestring, og i hvilken grad er avtalene tilgjengelige, oppdaterte og forpliktende?

Mange avtaler skriver noe om læring og mestring. De fleste er korte og overordnede, men det finnes enkelte mer omfattende og konkrete avtaler som vist i vedlagte eksempler (vedlegg 2). Flere helseforetak og kommuner har valgt å tydeliggjøre og samle det som handler om lærings- og mestringsevne på ett sted i avtaleverket. Avtalene er i stor grad tilgjengelig på helseforetakenes nettsider, men kun cirka halvparten på Helsedirektoratets nettside. Avtalene er i varierende grad oppdaterte, og i enda mindre grad forpliktende. Kun en tredjedel av avtalene er signerte.

¹ Sluttrapport for Mandat. Gruppebasert pasient og pårørendeopplæring -et tverrfaglig LMS-tilbud ved Sámi Dearvvašvuoda Siida, Samisk helsepark (2018). Ikke tilgjengelig på www

Hvordan er oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringstilbud beskrevet i samarbeidsavtalene?

Oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringsevne er nevnt i mange avtaler, men avtalene er gjennomgående lite konkrete når det kommer til samarbeid om ulike lærings- og mestringstilbud. Brukermedvirkning er i liten grad konkretisert i avtalene.

Hvordan vurderes innholdet i avtalene opp mot anbefalingene i de to veilederne? Herunder om tilbudene er utfyllende, overlappende eller mangelfulle.

Innholdet i avtalene synes ikke i tilstrekkelig grad å ivareta anbefalingene i de to veilederne. Med få unntak er innholdet knyttet til konkrete lærings- og mestringstilbud svært begrenset. Det er derfor vanskelig å besvare spørsmålet om tilbudene er utfyllende, overlappende eller mangelfulle.

Avrundning og videre arbeid

Funnene i kartleggingen støtter opp under den kunnskapen NK LMH allerede har om samhandling og oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsevne. Det er stor variasjon på samhandlingen knyttet til det samlede lærings- og mestringstilbudet, og det er lite systematisk oppgave- og ansvarsdeling mellom kommuner og helseforetak. Manglende konkretisering av innholdet i svært mange av avtalene tyder på at de per i dag ikke er egnet til å sikre samarbeid og en nødvendig oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsevne.

Hovedkonklusjonen i en kartlegging som NK LMH gjennomførte i 2015¹, var at spesialisthelsetjenesten bidrar betydelig med kompetanse i etablering av kommunal lærings- og mestringsevne, men at det gjenstår mye arbeid før det er en god oppgavedeling mellom kommuner og helseforetak. Flere i denne kartleggingen mente at det ikke var noen form for koordinering av hvilke tilbud som blir gitt i helseforetak og kommuner, og at de i enkelte tilfeller hadde tilbud til de samme målgruppene uten å vite om hverandre. Det ble pekt på utfordringer med manglende kapasitet i kommunene og at det er en lang vei å gå før det samlede lærings- og mestringstilbudet på tvers av nivåer kan bidra til at brukere, pasienter og pårørende opplever helhetlige og sammenhengende forløp i helsetjenesten.

Det kan synes som de eksisterende avtalene ikke ivaretar og sikrer anbefalingene i veilederne. Hva kan gjøres for å forbedre avtalene? Eller – er slike avtaler egnet til å ivareta denne samhandlingen? Kan samhandling om lærings- og mestringsevne sikres på andre og bedre måter?

Denne rapporten er avgrenset til hva vi finner når vi studerer selve avtaleverket. Hva som skjer i praksis er ikke nødvendigvis i tråd med det avtalene beskriver. Det er behov for å se nærmere på hvilken samhandling som faktisk skjer i praksis. Det vil for eksempel være av stor interesse å se om omfattende avtaler styrker samhandlingen og om mangelfulle avtaler medfører mindre samhandling. Å ha en god avtale kan være en god start, men den må operasjonaliseres og implementeres i praksis. Dette vet vi er krevende.

¹ Berg B (2015). [Samhandling om kommunale lærings- og mestringstjenester](#).

NK LMH har kunnskap om at det skjer god samhandling om lærings- og mestringsevne flere steder i landet. Det kan være nyttig å se til gode eksempler fra praksisfeltet for å finne ut av hva de gjør for å oppnå gode resultater. God administrativ og faglig forankring, felles kompetanseheving og samarbeid gjennom ulike nettverk synes å være viktige suksessfaktorer. Et vesentlig område er kompetanseutveksling og kompetansebygging mellom sykehus og kommuner. Det vi finner i avtaleverket her er i stor grad generelt, selv om enkelte avtaler nevner kompetanseheving innen helsepedagogikk. Gjennom tidligere kartlegginger ved NK LMH¹ og dialog med praksisfeltet vet vi at det gjennomføres kurs i helsepedagogikk ved de fleste helseforetak i landet. Nær alle inviterer ansatte fra kommuner og brukerrepresentanter til å delta på disse kursene.

Lærings- og mestringsevne er preget av en mangfoldig begrepsbruk. Først i 2015 kom det en nasjonal veileder som klargjorde en definisjon av evnen, som for eksempel at både frisklivstilbud og likepersonstilbud defineres som lærings- og mestringstilbud². Lærings- og mestringstilbud er aktuelt i alle deler av helsetjenesten; fra forebygging og behandling til rehabilitering og lindrende omsorg. Tilbudene kan gis individuelt eller i grupper. Bredden i tilbud og begrepsbruk kan være en av grunnene til at delavtalene er lite konkrete.

Også organisering av lærings- og mestringsevne i kommunene er preget av variert begrepsbruk og stort mangfold. Det har vært få sentrale føringer for dette arbeidet i kommunene. Det kan synes som om mye har vært avhengig av lokale initiativ i den enkelte kommune. Ett unntak er etablering av kommunale frisklivssentraler. Her kom Helsedirektoratet tidlig med en veileder for å støtte kommunene³. En del kommuner har i løpet av de siste årene etablert ulike varianter av frisklivs- og mestringssentre.

Denne rapporten viser at kvaliteten på samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner knyttet til lærings- og mestringsevne ikke er tilfredsstillende. Funnene synliggjør flere forbedringsområder og nye spørsmål som bør adresseres nærmere i en grundigere gjennomgang av evnen i sin helhet.

¹ [Kartlegging av helsepedagogiske kurs i spesialisthelsetjenesten](#). NK LMH Notat1/2015.

² [Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) (Helsedirektoratet 2015).

³ [Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud](#) (Helsedirektoratet 2011).

Vedlegg

Vedlegg 1 Matrise/tabell med funn fra gjennomgang av samarbeidsavtalene

Vedlegg 2. Eksempler på omfattende avtaler

For å gi et inntrykk av hvordan de mest omfattende avtalene er utformet, gjengir vi i sitatform noen eksempler. Dette er utdrag av avtaler som beskriver samhandling om lærings- og meistringsvirksomhet. Ett av helseforetakene (D) som i utvalget representerer 6 kommuner har en egen særavtale tilknyttet avtale 2, 6 og 10 som de kaller «Samarbeid om opplæring av pasientar, brukarar og pårørande i eit lærings- og meistringsnettverk» (2017).

Særavtale knyttet til læring og mestring

Formålet med særavtalen er å styrke samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten med hensyn til opplæring av brukere, pasienter og pårørende. Dette skal skje gjennom tilrettelegging og drift av et lærings- og meistringsnettverk, kompetanseheving, styrket brukarmedvirkning og samarbeid om lærings- og mestringstilbud. I særavtalen beskrives alle disse områdene med en tydelig oppgave- og ansvarsdeling; hva som er felles ansvar, hva som er kommunenes ansvar og hva som er helseforetakets ansvar. For å vise hvordan dette er gjort, gjengis en del av avtalen, det som beskriver samarbeidet knyttet til lærings- og mestringstiltak:

Fellesansvar

Etablering av lærings- og meistringstiltak er ein viktig komponent for å førebyggje sjukdom, skade og sosiale problem, og skal inngå i heilskaplege pasientløp.

Helseforetakets sitt ansvar er å:

- etablere lærings- og meistringstilbud for pasientar og pårørande som er relativt korte, intensive og ofte diagnosespesifikke. Tilboda skal i første omgang rette seg mot pasient- og pårørandegrupper som har behov for spesialistkompetanse utover det ein kan forvente at tenesta i kommunehelsetenesta har
- bidra med rettleiing og/eller direkte deltaking i tilbud kommunane arrangerer, der det er formålstenleg og praktisk mogleg
- sikre brukarmedverknad i ulike lærings- og meistringstiltak

Kommunane sitt ansvar er å:

- etablere lærings- og meistringstilbud med fokus på førebygging og helsefremjing, samt det å leve med langvarig sjukdom eller helseutfordringar. Dette kan skje i regi av eigen kommune eller i interkommunalt samarbeid
- sikre brukarmedverknad i ulike lærings- og meistringstiltak

Delavtale 2

Et eksempel på en avtale 2 som tydeliggjør samhandlingen om lærings- og meistringsvirksomhet, er avtalen mellom helseforetak J og fire kommuner i utvalget. Denne har et omfattende kapittel om lærings- og meistringsvirksomhet. Avtalen peker på at utvikling av tilbud i tråd med samhandlingsreformen må realiseres over tid og krever kompetanseoppbygging og fokus på

helsepedagogikk. Avtalen definerer hva som ligger i begrepet læring og meistring, og tydeliggjør ansvarsdelingen mellom de to partene. Sitat fra avtaleteksten:

Kommunen sitt ansvar

- utvikle og tilby lærings- og meistringstilbud til pasientar og brukarar med kroniske sjukdommar og tilstander innafor dei store diagnosegruppene
- samarbeide med andre kommunar der det er formålstenleg for å oppnå gode tilbud til pasientar og pårørande
- ha ein kontaktperson for lærings- og meistringstilbud som skal
 - vera kommunens kontaktpunkt for lærings- og meistringstilbud og ha ei sentral rolle i utvikling av tilbud i kommunen
 - delta i fagleg samarbeid via fagnettverk for læring og meistring
 - ha samarbeid med koordinerande eining i kommunen og saman ha oversikt over behov og tilbud innan kommunens friskliv/lærings- og meistringstilbud.
- å utvikla lærings- og meistringstilbud for pårørande til både barn og vaksne.

Føretaket sitt ansvar

- at pasientar og pårørande får tilbud om opplæring, jf. lov om spesialisthelsetenesta og lov om pasient- og brukarrettar
- ha lærings- og meistringstilbud som er korte, intensive og diagnosespesifikke. Tilboda skal rette seg mot nydiagnostiserte pasientar som blir behandla i føretaket og pasientar som treng spesialkompetanse.
- bidra i utvikling av kommunale lærings og meistringstilbud og detta i felles tilbud
- ha ein kontaktperson i lærings- og meistringsteamet som skal
 - ha kontakt med kommunen sin LM- kontakt
 - ha oversikt over lærings- og meistringstilbud i føretaket
 - delta i faglig samarbeid via fagnettverk for læring og meistring
 - ha samarbeid med føretaket si koordinerande eining

Felles ansvar

- Samhandlingsutvalet har ansvar for at det blir utarbeidd handlingsplan for å utvikle lærings- og meistringstilbud i samsvar med nasjonale føringar
- Utvikla lærings- og meistringstilbud som inngår i pasientforløp slik at tiltaka utfyller kvarandre og samsvarar med pasienten sitt behov
- Sikra at rettleiing og opplæring er tiltak på linje med medisinsk behandling og anna helse- og omsorgsteneste i heilskaplege og koordinerte forløp
- Kommunen og føretaket skal samhandle om kompetansebygging og kompetanseoverføring innan læring og meistring
- Partane skal sikre brukarmedverknad i planlegging, gjennomføring, evaluering og utvikling av lærings- og meistringstilbud
- Nytt felles retningslinjer for brukarmedverknad som gjeld for felles prosjekt og samhandlingsoppgåver
- Gjere kjent og vere kjende med aktuelle lærings- og meistringstilbud, både i føretaket og i kommunen. Det skal etablerast rutinar og kriterium for tilvising mellom tenestenivå på linje med anna nødvendig informasjon, der dette er påkravd

Delavtale 10

Tre kommuner i utvalget (helseforetak O) har følgende delavtale 10 (disse kommunene har i tillegg en avtale 2 som også konkretiserer lærings- og mestringsvirksomhet):

Kommunen sitt ansvar:

- Tilby lærings- og mestringsaktiviteter i forhold til identifiserte målgrupper
- Sørge for tilgjengelig og oppdatert informasjon om etablerte lærings- og mestringsaktiviteter
- Samarbeide med Lærings- og mestringssettene på X HF, og delta på kurs/aktiviteter i regi av disse
- Samarbeide med lag, foreninger og brukerorganisasjoner

Foretaket sitt ansvar:

- Gjennomføre lærings- og mestringskurs som krever spesialisert fagkunnskap og brukerkunnskap, og som det ikke er naturlig at kommunene selv utvikler. Tilbudet skal være for alle innbyggere i XX fylke.
- Gi tilbud om opplæring i helsepedagogikk for personell i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Sørge for tilgjengelig og oppdatert informasjon om etablerte lærings- og mestringsaktiviteter
- Samarbeide med kommunale lærings- og mestringsaktiviteter og informere pasienter om disse
- Bistå kommunene med å planlegge å gjennomføre lærings- og mestringsaktiviteter
- Gi veiledning, undervisning og kompetanseoverføring til kommunen
- Samarbeide med lag, foreninger og brukerorganisasjoner

NAV sitt ansvar

- Arbeidsrettede tiltak og oppfølging av enkeltbrukere og virksomheter

Felles samarbeidsområder:

- Kurs for store pasientgrupper
- Arbeidstrening for enkelte pasienter/brukere
- Innarbeide smidighet i tiltak (arbeid) og behandling der dette er mulig å få til
- Lærings- og mestringsstilbud utvikles som sentrale elementer i kommunens helsefremmende og forebyggende innsats. Lærings- og mestringsstiltak inngår i så vel primærforebygging, som i sekundær- og tertiærforebygging og er et sentralt element i habilitering og rehabilitering.

Delavtale 4 (delavtale 2+10)

Seks kommuner i utvalget (helseforetak M) har samlet det som handler om samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet og forebygging i avtale 4. Denne avtalen tematiserer spesielt dette med samhandling og oppgave- og ansvarsdeling knyttet til livsstil og levevaner. Sitat fra avtaleteksten:

Livsstil og levevaner

- Partene utvikler i fellesskap målrettede levevaneintervensjoner der endring av levevaner er forventet å bedre livskvalitet og prognose. Dette omfatter problemstillinger knyttet til både psykiatri, rus og somatikk. Pasienter kan bli henvist til tiltakene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen kan inngå samarbeid med en eller flere andre kommuner om etablering av frisklivssentral eller tilsvarende.
- Den lokale samhandlingsarenaen vil være kommunens frisklivssentral eller tilsvarende. Dette skal fungere som kommunens kompetansesenter for veiledning og oppfølging når det gjelder levevaner.
- Partene skal gjøre slike tilbud kjent for potensielle brukere og for samarbeidspartnere, gjennom lett tilgjengelig informasjon på egne nettsider og ellers på annen måte som finnes hensiktsmessig. Partene skal også sørge for at ulike tiltak er gjort kjent og koordinert i egen organisasjon.
- Helseforetaket bidrar inn i kommunens frisklivssentral eller tilsvarende, med kompetanse og eventuelt ambulerende virksomhet av fagpersoner fra relevante spesialområder
- Kommunen og helseforetaket skal samarbeide om forskning og fagutvikling innen de områdene som avtalen omhandler.
- Tidlig intervensjon er vesentlig for god effekt av forebyggende tiltak. Partene skal sammen utvikle gode pasientforløp for å sikre helhetlig oppfølgingen av personer under risiko for utvikling av sykdom.

Lærings- og mestringstilbud

- Kommunen utvikler lærings- og mestringstilbud. Slike tilbud sees i sammenheng med kommunens utvikling av frisklivssentral eller tilsvarende.
- Kommunen kan inngå samarbeid med en eller flere andre kommuner om etablering av lærings- og mestringstilbud.
- Foretaket videreutvikler sine lærings- og mestringstilbud i tråd med tilsvarende oppbygging i kommunene, slik at partenes tilbud utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte.
- Kommunen og helseforetaket skal samarbeide om utvikling og gjennomføring av sine lærings- og mestringstilbud.