

07.05.2021



UTVIKLINGSPLAN -

Felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling.



UTVIKLINGSPLAN -

Felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling.

1. INNLEIING

I 2019 vart ein i samarbeidsutvala i Helse Bergen sitt føretaksområde samde om å etablere eit prosjekt. Dette prosjektet har fått namnet: **Felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling.**

I 2020 vart det tilsett prosjektleiar som starta arbeidet i slutten av februar.

Ein har valt å gjennomføre prosjektet som eit endringsprosjekt. Viktige element i eit slik prosjekt er innspel og dialogprosessar og involvering av aktørane i utarbeiding og leiting etter løysingar og endringar.

Det har så langt vore gjennomført eit omfattande arbeid for å realisere dette.

Det har vore dialogmøte med dei fleste kommunane i føretaksområdet. I desse møta har ordførar, kommunaldirektør/rådmann, kommuneoverlege og kommunalsjef for sektoren vore med. Vidare er det gjennomført dialogmøte med brukarutval og representantar for brukarane, med praksiskonsulentane (fastlegar) og ikkje minst private/ideelle institusjonar.

I alle desse møta har informasjon og dialog vore ein vesentleg del. I dialogen har ein tatt opp erfaringar, synspunkt og framlegg til endringar.

Det er også gjennomført ein omfattande prosess ved Haraldsplass diakonale sykehus og Haukeland Universitetssjukehus, med gjennomført spørjeundersøking og innhenting av erfaring, synspunkt, vurdering og framlegg til endringar. Viktige innspel har og kome gjennom møte med leiing ved Solli DPS, Betanien sjukehus, Voss DPS Bjørkeli og NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus.

Arbeidet med denne planen har vore svært vanskeleg og utfordringane grunna Covid 19 pandemien. Det har ikkje vore mogleg å gjennomføre dialogmøte fysisk. Mange av aktørane som ville vore naturleg å ha dialog med har i periodar ikkje kunna prioritere dette arbeidet grunna ekstraordinært press knytt til den aktuelle situasjonen. Det er stor grunn til å takka partane for velvilje og positivitet. Alle har strekt seg langt for at dette arbeidet skulle lukkast. Dette viser viljen og grunnhaldninga til samarbeid og samhandling mellom brukara, fastlegar, kommunar og spesialisthelsetenesta.

I denne rapporten har ein medvete valt å ikkje gjer det til ein omfattande dokument med alle innspel, vurderingar og kunnskap som har kome fram i prosjektet, men avgrensa det sterkt til det som vert oppfatta som dei mest sentrale utviklingsområda. **Hovudfokus har vore retta mot tiltak som er grunnleggande for samarbeidet og dei tiltaka som kan fremje brukarmedverknad sterkast.**

2. INNHALD

Innhold

1.	INNLEIING	1
2.	INNHALD	2
3.	PROSJEKTOMTALE	4
3.1	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	5
3.2	FORHOLDET MELLOM UTVIKLINGSPLAN OG «HELSEFELLESKAP».....	6
3.3	METODE OG ORGANISERING AV PROSJEKTET	7
3.3.1	PROSESS MED KS KONSULENTANE.	9
3.4	KORLEIS VERT SITUASJONEN I DAG OPPLEVD - INNSPEL.....	10
4.	NOKRE SENTRALE UTVIKLINGSTREKK.....	12
4.1	UTVIKLING I SAMFUNNET.	12
4.1.1	SAMMFUNNSSTRUKTUR – DET DIGITALE SAMFUNN.....	13
4.1.2	DEMOGRAFI	13
4.1.3	LIINGAR KNYTT TIL RUS OG PSYKISK SJKDOM.....	14
4.1.4	INDIVIDUALISERING AV SAMFUNNET	15
5	RAMMEFØRESETNADER / ANALYSEDEL.	16
5.1	NASJONALE FØRINGAR	16
5.2	GJENNOMGÅANDE VURDERING – ORGANISERING	17
5.2.1	HELSEFELLESKAP	18
5.2.2	ØKONOMI	21
5.2.3	LIKEVERD.....	22
5.2.4	ULIK STYRING I KOMMUNAR OG SJUKEHUS	23
5.2.5	FASTLEGEANE	24
5.2.6	KOMMUNALDIREKTØR / KOMMUNALSJEFNIVÅET	25
5.2.7	SAMARBEID – SAMHANDLLING	25
6	STRUKTUR OG ORGANISERING – EIN DYNAMISK ORGANISASJON.....	27
6.1	OPPGÅVENE TIL ETABLERINGA AV HELSEFELLESKAPET.	28
7	DAGENS SAMARBEIDSSSTUKTUR.....	29
8	DRØFTING NY MODELL FOR STRUKTUR OG ORGANISERING.....	30
8.1	TOPPLEIARMØTET	30

8.2 SAMARBEIDSUTVAL.....	31
8.2.1 OMRÅDEUTVAL (OU)	31
8.2.2 ETABLERING AV STRATEGISK SAMARBEIDSUTVAL (SSU).....	32
8.3 FAGLEG SAMARBEIDSUTVAL.....	32
8.4 NETTVERK.....	34
9 SAMARBEIDSSEKRETARIATET	34
10 MÅLSETJING OG TILTAKSPLAN FOR VIDARE UTVIKLING.....	35
10.1 TILTAKSOMRÅDE: OVERORDNA STRATEGISK GRUNNLAG	36
10.2 TILTAKSOMRÅDE: STRUKTUR OG ORGANISERING	36
10.3 TILTAKSOMRÅDE: KOMPETANSE	37
10.4 TILTAKSOMRÅDE: HEILSKAPLEGE TENESTER	37
10.5 TILTAKSOMRÅDE: SAMHANDLINGSLEIING -OG KULTUR	37
10.6 TILTAKSOMRÅDE: BRUKARMEDVERKNAD	38
11 FRAMLEGG TIL ORGANISASJONSKART	38

3. PROSJEKTOMTALE

Felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling

Dei fire samarbeidsutvala i Helse Bergen sitt føretaksområde har samla vedteke i desember 2018 at det var ønskjeleg å utarbeidast ein utviklingsplan.

Det hadde forut for desse vedtaka vore ein prosess fasilitert av KS konsulentane (nasjonal pilot for Agder og Helse Bergen). Det vart gjort eit omfattande arbeid med å samle inn data gjennom samtalar og intervju. På grunnlag av dei innsamla og systematisert data vart samarbeidsutvala samde om at eit eige prosjekt vart betre eigna til å svare ut dei utfordringane og ønskje som kom fram i datagrunnlaget. Difor vart prosjektet med utarbeiding av «Felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling» etablert.

Styringsgruppa for dette prosjektet vedtok følgjande mål for prosjektet når det var etablert:

Utarbeide ein felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta i Helse Bergen sitt føretaksområde.

Det vert sett som mål at denne planen skal leverast til endeleg handsaming i samarbeidsutvala i desember 2020, og signerast på Toppleiarmøtet i 2021.

- *Utviklingsplan skal peike ut ønskja utvikling/retning for samarbeid/samhandling og kva strategiar og tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringar og behov.*
- *Planen skal mellom anna utgreie og foreslå tiltak knytt til områda:*
 - *overordna strategisk grunnlag*
 - *struktur og organisering*
 - *kompetanse*
 - *heilskaplege tenester*
 - *samhandlingsleiing -og kultur*
 - *brukarmedverknad*
 -

I etableringa definerte ein tre hovudinteressentar / partar:’

- *Brukarane*
- *Kommunane (inkludert fastlegar/allmennmedisin)*
- *Spesialisthelsetenesta*
 - *Helse Bergen*
 - *Private / Ideelle institusjonar som Haraldsplass Diakonale, Olaviken, Solli DPS, Bjørkeli DPS, Kallfarekollektivet*

3.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Konkret er planarbeidet utløyst av to tilhøve:

- Hovudgrunnen er ein felles prosess som har vore i samarbeidsutvala med ønskje om ein utviklingsplan som byggjer på oppdatert kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilete.
- Etter at denne prosessen var starta kom føringar i Nasjonal helse- og sjukehusplan 2020 – 2023 og avtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet om «Helsefelleskap».

Hovudgrunnen til at prosjektet vert sett i gang er ei erkjenning av at det er ønskjeleg og mogleg å utvikle samarbeidet vidare. Samarbeidet har vore svært godt både før og etter innføringa av samhandlingsreforma. Det var gjort eit godt førebuingarbeid med utarbeidinga av *Grunnlagsdokument for samarbeid mellom Helse Bergen, Haraldsplass og dei 22 kommunane i lokalsjukehusområdet*.

<https://saman.no/Documents/Grunnlagsdokumentet.pdf>

Det vart i samband med innføringa av Samhandlingsreforma utarbeida eit sett avtalar. Grunntankane og verdiane i dette grunnlagsdokumentet låg til grunn når den Overordna samarbeidsavtalen vart utarbeid. Dette har vore eit viktig fundament i samarbeidet slik at utviklinga har vore eintydig positiv.

<https://saman.no/seksjon/samarbeidsavtaler/Documents/Overordna%20samarbeid%20avtale.pdf>

Administrativt Kontaktutval (AK) oppsummerte dette i eit skriv til HOD slik:

Dei 4 samarbeidsutvala i Helse Bergen sitt opptaksområde har vedteke at det skal utarbeidast ein felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling. Utviklingsplanen ta utgangspunkt i eit oppdatert kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilete (sjå vedlegg), og gje retning for det vidare arbeidet med å utvikle meir heilskapleg og koordinerte helsetenester i regionen.

Føringar

Planarbeidet skal gjennomførast på ein måte som sikrar god brukarinvolvering og brei involvering og forankring i både kommunar, spesialisthelsetenesta og andre relevante offentlege og private/ideelle aktørar.

Planen skal skrivast i tråd med nasjonale og regionale føringar, samt relevante strategiar og føringar vedtekne av partane.

Planen skal utgreie og foreslå tiltak knytt til områda

- Struktur og organisering
- Kompetanse
- Heilskaplege tenester
- Samhandlingsleiing -og kultur
- Brukarmedverknad

Organisering av arbeidet

Samhandling og samarbeid innan helse- og omsorgstenestene er eit stort og komplekst fagområde som impliserer mange ulike aktørar og brukarstemmer på tvers av forvaltningsnivå, organisasjonar og avdelingar.

3.2 FORHOLDET MELLOM UTVIKLINGSPLAN OG «HELSEFELLESKAP»

Det er viktig å avklare forholdet mellom «Felles utviklingsplan for samarbeid og samhandling» og «Helesfelleskapet» Spørsmålet er i kva grad dette skal og bør sjåast i samheng eller er det mest tenleg å dele dette i to skilde delar.

Det er derfor naturleg å ta utgangspunkt i: Kva er «Helesfelleskapet»

Dersom ein legg «Nasjonal sykehusplan» og avtalen mellom KS og HOD har dette «felleskapet» to element:

- 1. Definerte intensjonar, målsetjingar og oppgåver.**
- 2. Få definert korleis organiserer ein arbeidet som skal vere eit organisatorisk verktøy for realiseringa av pkt 1.**

Til pkt 1 kjem desse punkta:

Betre felles planlegging

Økt samordning

Tydelege prioriteringar

- Barn og unge
- Personar med alvorlege psykiske lidingar og rusproblem
- Skrøpelege eldre
- Personar med fleire kroniske lidingar.

Felles verkelegheitsforståing

Betre beslutningsprosessar

Så langt ein kan sjå er dette tema som kan vere ein del av ein felles utviklingsplan anten direkte eller indirekte. Desse tema er derfor handsama som ein integrert del av planen.

Til pkt 2 kjem desse punkta:

En tydelegare samarbeidsstruktur

Sekretariat

Trong for lokale tilpassing

Alle desse punkta vil vere ein del av ein utviklingsplan uansett om «helsesfelleskap» hadde vore ein del av mandatet eller ikkje. Samarbeidsstruktur er allereie etablert i Helse Bergen sitt føretaksområde. Det er likevel på eit område det kan vere ein diskusjon om føresetnadane til «Helsesfelleskapet» er oppfylt. Dette gjeld Strategisk

Samarbeidsutval. Truleg vil det vere mogleg å bruke opninga i punktet «Trong for lokal tilpassing». Det negative vert då at det vert svært vanskeleg å utvikle samhandlinga over på eit strategisk samordna nivå.

Nytt i Nasjonal Helseplan er forventningar/ønskje om at fastlegane/almen-medisinar skal vere med i strategisk samarbeidsutval. Dette vert drøfta særskilt seinare i rapporten. Implisitt i dette er og at brukarrepresentantar skal vere ein del av dette arbeidet. Dette er det stor semje om.

Til slutt kjem punktet om innspel til neste Nasjonale helse- og sjukehusplan. Så langt ein kan sjå er det ein klar nasjonal føring på at kommunane, spesialisthelsetenesta og brukarane / legane skal arbeide saman med å utarbeid innspel. Det vil vere ein fordel om ein kan stå mest mogleg samla i slike innspel. Det er likevel viktig å påpeike at dette ikkje tek bort eller reduserer den einskilde part sin rett til å uttale seg.

«Helsefelleskapet» er såleis ikkje etablering av eit eige organisatorisk apparat eller ein eigen institusjon. Det er viktig å forstå etableringa i eit nasjonalt perspektiv der nokre føretaksområder er komen mykje kortare i samarbeid og samhandling enn i Helse-Bergen sitt område. Det er såleis grunn til å sei at i Helse – Bergen sitt føretaksområde er det organisatoriske grunnlaget til «Helsefelleskap» langt på veg etablert og innført.

Det vert derfor i utgreiinga lagt opp til eit samla dokument. Det vil likevel bli lagt vekt på at ein i konklusjon og i politisk handsaming vil definere den organisatoriske delen av «Helsefelleskapet».

3.3 METODE OG ORGANISERING AV PROSJEKTET

Prosjektet vart vedteke etablert i 2019. Det vart tilsett prosjektleiar som starta med prosjektet slutten av februar 2020.

Administrativt kontaktutval, som er leiarane i Samarbeidsutvala samt representant frå Helse Bergen og Haraldsplass diakonale sjukehus, med tillegg av brukarepresentant vart valt til styringsgruppe for prosjektet.

Styringsgruppa:

- Randi-Luise Møgster (Vise adm.dir Helse Bergen), Helse Bergen - Leiar
- Kjerstin Fyllingen (Adm.dir Haraldsplass), Haraldsplass diakonale sjukehus
- Trond Egil Hansen, leiar SU Bergen, Bergen kommune
- Monica Totland Melvold, leiar SU Bergensregionen, Bergensregionen
- Tord Moltumyr, leiar SU Nordhordland, Norhordland
- Åslaug Bøhn Botnen, leiar SR Voss, Voss lokalsjukehusområde
- Ida Carlsen Eide, Brukarrepresentant.

Prosjektet vart forsøkt gjennomført som eit endringsprosjekt. Endringsprosjekt er ikkje nokon eintydig metode, men byggjer på ein tanke om at dei som er interessantar i ein endring skal ha høve til å kome med innspel og vurderingar. Desse innspel og synspunkt vert så vurdert, analysert og systematisert. Til slutt går dette tilbake til dei involverte som konkluderer og set opp endeleg tiltaksplan.

Mykje av grunnlaget for innhaldet i prosjektet byggjer såleis på gjennomført dialog- og innspelmøte med representantar frå dei fleste kommunane, føretak, private/ideelle institusjonar, brukarrepresentantar og fastlegar. I tillegg er det oppnemnt tre arbeidsgrupper, med representantar frå brukarane, kommunane og spesialisthelsetenesta, som særskilt har hatt drøftingar og synspunkt på organisering.

Det vart sendt skriv til alle kommunane med invitasjon til dialogmøte. Av 18 kommunar takka 16 kommunar ja til dialogmøte. Av praktiske grunnar var det 3 dialogmøte som vart avlyste/ikkje gjennomført. I dei gjennomførte møta deltok som regel Ordførar, Kommunedirektør/Rådmann, Kommunelege og Kommunalsjef for helse og omsorg eller tilsvarande.

Det vart i tillegg gjennomført ei rad med møter og dialogar.

Interessantar:	Gjennomført	
Kommunar:	Alle kommunar skriftleg invitert Dialogmøte med 13 kommunar Gjennomført 2 møter med Bergen Kommune	
Kommunalsjef - nettverket	Møte med arbeidsutvalet Møte med nettverket x 2 Motteke skriv frå kommunalsjefane i ein region	
Fastlegar:	I samband med kommunedialogane har ein møtt 8 fastlegar Har fått ekstrainnspel frå 2 fastlegar i distriktskommunar. Har hatt møte med alle PKO'ane	
KS	Møte med leiar Hordaland x 3	
Samarbeidsutvala	Delteke i SU sine fire utval x 3	
Spesialisthelsetenesta	Delteke i Samarbeidsrådet HB Møte med leiing Rus / Psykiatri både HB og privat/ideelle. Dialog og drøftingar med leiarar i HB Møte med toppleiing HDS x 2	

	Møte med dei andre leiarar frå privat/ideelle institusjonar både i samla møte og i egne dialogar Det er gjennomført eigen omfattande spørjeundersøking i Helse Bergen og HDS	
Arbeidsgrupper	Det vart oppretta 3 arbeidsgrupper. Det er gjennomført 3 møter i to av arbeidsgruppene og 4 i ei.	
Brukarane.	Møte/ informasjon til brukarutval HB Brukarmedverknad i alle arbeidsgruppene. Hatt dialog med to representantar for brukara i kommunar.	
Samarbeidssekretariatet.	Samarbeidsutvalet har utarbeidd eit eige notat om sekretariatfunksjonen og gitt vidare innspel.	
Toppleiarmøte.	Drøfta delar av arbeid i toppleiarmøtet.	

Det har gått med svært mykje tid til dialogmøte eller direkte dialog utanom spørjeundersøkinga i ved HB og HDS.

3.3.1 PROSESS MED KS KONSULENTANE.

I tillegg til det dialogen som har vore gjennomført er det materialet som vart innhenta av KS konsulentane i 2019 teke inn som ein del av grunnlaget. Det vart gjennomført arbeidssamlingar og djupneintervjue med samarbeidsutvala og samarbeidssekretariatet (SSe). Dette datagrunnlaget er systematisert og gjort tilgjengeleg av SSe.

Det er også gjort ein omfattande gjennomgang av styringsdokument, evalueringar rapportar, forskning og tilsvarende arbeid i andre områder.

Alt dette prøver ein å legge til grunn i dette arbeidet.

Som omtalt i innleiinga har den situasjonen vi har hatt med pandemi påverka denne prosessen sterkt og gjort arbeidet vanskeleg. Det er likevel grunn til å rose og takke alle partane for velvilje, deltaking og engasjement.

3.4 KORLEIS VERT SITUASJONEN I DAG OPPLEVD - INNSPEL

I dialogmøte med kommunane har som nemnt over ordførar, rådmenn, kommunelege og kommunalsjef for fagområdet helse, omsorg og sosial vore invitert. Det har vore godt oppmøte / deltaking.

Den mest markante og gjennomgåande tilbakemeldinga er at partane opplever samarbeidet som godt og at det har utvikla seg svært positivt til dei siste 10 åra.

Den same eintydige tilbakemeldinga har også kome frå dei andre aktørane.

Alle aktørane gir også tilbakemelding om att det gode samarbeidet har stor verdi.

Det er derfor klart at det ikkje er krise i samarbeidet eller samarbeidsproblem som ligg til grunn for at dette prosjektet er etablert, men for å bli enno betre i noko ein har lukkast med, og vere førebudd på og i forkant av framtidige utfordringar.

Eit anna grunnleggande trekk i tilbakemeldingane er det samstemte ønskje om forbetring. « Godt samarbeid med gode løysingar gir meirsmak.» vart der uttalt i samband med eit møte.

I dialogmøte nytta ein bevist eit anna oppsett for å strukturere møta og lette arbeidet internt i organisasjonen når dei skulle førebu seg. Tema var då inndelt i:

- *Den praktiske kvardagen*
- *Haldningar, relasjonar og samhandlingskompetanse*
- *System og løysingar for kommunikasjon*
- *Samarbeidsstrukturar*
- *Grunnleggande rammer og føresetnader*
- *Planlegging og prioriteringar*

Tanken bak dette var at ein både fekk innspel på dei tema som skulle omhandlast i planen (Prosjektdirektivet vart også sendt) og vurderingar og analyser som kunne nyttast i vidare prosess.

Ein vil her gi ein overordna oversikt over tilbakemeldingar og innspel:

TEMA	INNSPEL	KOMMENTAR	
• <i>Innlegging av pasient</i>	Samla er det positive tilbakemeldingar. Positiv utvikling i bruk av PLO-meldingar. Ønskje om å utvikle og forbetre informasjonsflyt gjennom PLO-meldingar m.a. innan områder som motteke tenestetilbod, ernæring m.m.		

• <i>Samhandling under opphald</i>	Lite omtalt i tilbakemelding. Framstilt som Ok, men lite aktuelt generelt. Omtalt i høve rus og psykiatri der det vert uttrykt ønskje om meir kontakt.		
• <i>Utskriving</i>	Tilbakemelding og innspel seier at utviklinga på dette området har vore svært god. Gode avtalar Dette er eit utfordrande område etter dei tilbakemeldingane som vert gitt. Ønskje om å fokusere vidare på området for å få til god praksis i tråd med avtalane på alle nivå i organisasjonane.		
• <i>Overordna strategisk grunnlag</i>	Utfordringane kring likeverd vart mykje omtala som ei strukturell utfordring. Det vert ikkje omtala som konfliktfylt. Dette vert oppgitt å ha samanheng med at alle vert opplevd som viktige i samhandlinga og ved det ha verdi. Ingen gir tilbakemelding på å ikkje kunne delta likt med andre partar.		
• <i>Struktur og organisering</i>	Gjennomgåande tilbakemelding er at dagens struktur og organisering er bra. Nokre gir sterk tilbakemelding om at ein ønskjer ikkje vesentlege endringar. Andre gir tilsvarande uttrykk for at det er ønskjeleg med fornying sterkare strategisk leiing. Partane tek fram god utvikling av, og mange prosjekt innan, IKT/Digitalisering. Det vert uttrykt ønskje om vidare sterkt fokus på dette området. Det vart påpeikt av brukar at det bør vere fokus på dette området med løysingar og system å betre brukarmedverknad. Nokon ønskjer seg eit meir aktivt arbeid i kvalitetsforbetring gjennom handsaming av avvik.		
• <i>Kompetanse</i>	Det vert uttrykt ønskje om vidare utvikling av hospiteringsordningane. Ønskjer betre lagt til rette slik at sjukehusstilsette kan nyttar tilbodet meir. Det har vore gjort eit godt og omfattande arbeid med å gi kompetanse til aktørane gjennom tilgang på digital informasjon.		

	<p>Det er ønskjeleg at dette i større grad vert nytta same mal gjennomgåande. Dette gjeld særleg kommunane.</p> <p>Det er framleis ønskje om og trong for kunnskap innan ulike lover og reglar for forvaltning og tenestetildeling hjå kommunar og spesialisthelsetenesta.</p>		
<p>• <i>Heilskaplege tenester</i></p>	<p>Tilbakemeldinga er at det har vore ei positiv utvikling. «Pakkeforløp» har avklart mykje. Enkelte melder at det ikkje er tilstrekkeleg saumlaust mellom ulike deler av tenesta. Det kan i ein skilde samanhengar vore nytta meir heilskaplege prosessar.</p> <p>Nokon peikar på at spesialisthelsetenesta er meir gruppeorientert medan det ofte vert meir individorientert i kommunane.</p>		
<p>• <i>Samhandlingsleiing -og kultur</i></p>	<p>Kulturen og intensjonen for samhandlinga vert opplevd som svært god. Særleg vert dette tilbakemelt i høve leiarnivå hjå alle partane.</p> <p>Nokre peikar på at ein kunne vore betre til å handtere tvistar. Ønskje om å ha ein aktiv læringsprosess på «vanskelege saker»</p>		
<p>• <i>Brukarmedverknad</i></p>	<p>Brukarane ser ut til å ha ein oppleving av å vere inkludert og deltakande.</p> <p>Brukarmedverknad på systemnivå ser ut til å fungere betre i spesialisthelsetenesta enn i kommunane.</p>		

4. NOKRE SENTRALE UTVIKLINGSTREKK

4.1 UTVIKLING I SAMFUNNET.

I denne delen har ein streng avgrensa det til nokre få utviklingsområde som ein meiner er sentrale spesielt for dette arbeidet. Dette er ikkje eit forsøk på å utgreie desse områda men peike på dei som sentrale for å kunne svare ut mandatet til prosjektet.

4.1.1 SAMMFUNNSSTRUKTUR - DET DIGITALE SAMFUNN

Samfunnsutviklinga påverkar sterkt. Det mest sentrale ending i samfunnet ser ut til å vere utviklinga mot det digitale samfunn også kalla delingssamfunnet.

Omgrepet «Delingssamfunnet» er ikkje eintydig. Ein har bevist valt å ikkje definere omgrepet i dette arbeidet, men meir sjå på det praktiske innhaldet.

Det som er tydeligast er digitaliseringa i samfunnet. IKT var tidlegare eit verktøy for å handtere data og formidling av desse. Utviklinga går no raskt i retning av at data vert også tolka og systematisert maskinelt og i interaksjon med brukarane. [Kommunal- og moderniseringsdepartementet](#) seier at: "I utgangspunktet er digitalisering en samlebetegnelse for overgangen fra analoge, mekaniske og papirbaserte løsninger, prosesser og systemer, til elektroniske og digitale løsninger."

Det som det ser ut til å vere semje om er at samfunnet endrar seg og det påverkar individ, relasjonar, interaksjonar og organisasjonar. Den grunnleggande ideologien i helsevesenet har i stor grad vore industrisamfunnet sin spesialisering og oppdeling. Den brukte oppdeling som verktøy i både produksjon og organisering.

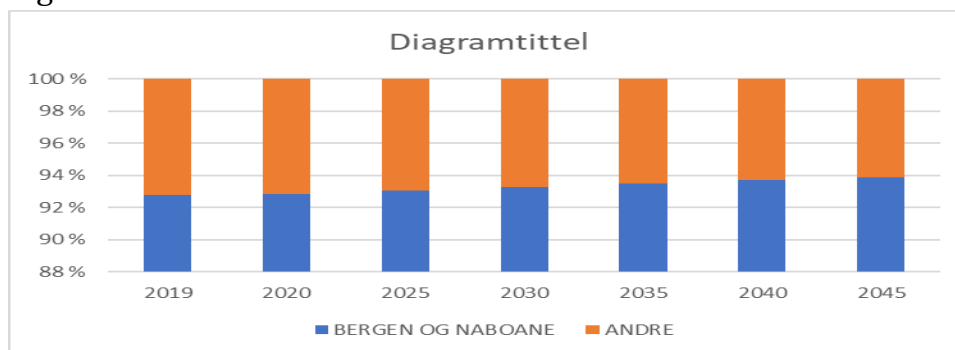
Utviklinga går raskt mot samordning, samhandling og nettverk. Store omfattande strukturar med faste formaliserte organ går meir og meir over til Ad Hoc og nettverk. Desse løysingane er meir dynamiske og lettare og endre og tilpasse konkrete situasjonar og utfordringar.

4.1.2 DEMOGRAFI

Busetjingsmønster og alderssamansetjing endrar seg. For vårt området gjeld det særleg to tilhøve.

- Sentralisering – særleg knytt til Bergen og kommunar rundt Bergen
- Alderssamansetjing med fleire eldre.

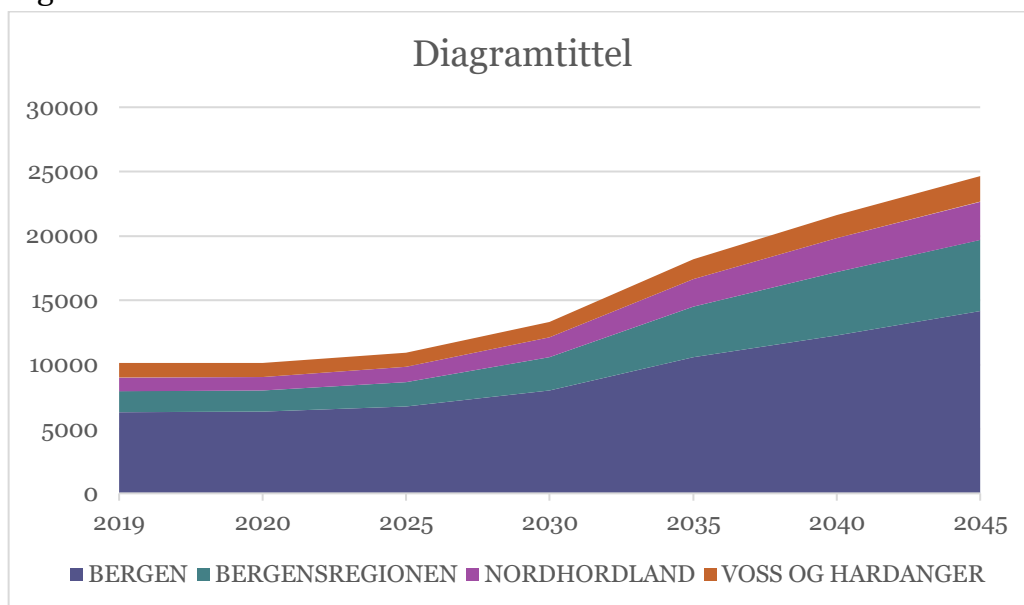
Fig 1



Bergen har i dag vel 60% av innbyggjarane i føretaksområdet. I folketal er såleis Bergen større enn alle dei andre kommunane samla.

Utviklinga til no har vore ei sterk sentralisering mot Bergen. Figuren over (Fig1) viser at i 2019 budde ca 93% av alle innbyggjarane i Helse Bergen sitt føretaksområde i Bergen kommune og dei kommunane som fysisk grensar til Bergen. Denne sentraliseringa vil utvikle seg vidare til at det i 2045 ser ut til at 94% bur i same området.

Fig 2



Figuren over viser utviklinga av folketalet på personar 85+. I dag er det ca 10000 personar i føretaksområdet i denne aldersgruppa. Prognosane seier at rundt 2037 har denne gruppa dobla seg og at det i 2045 vil vere ca 25.000 personar.

Det som er viktig å merke seg at veksten aukar monaleg frå 2025. Dette vil gi samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta utfordringar som ein bør vere mest mogleg førebudd på. Gruppa med «Skrøpelege eldre» vil treng tenester som møter dei utfordringar. For tenesteytarane vil nær samhandling og tenestetilbod som både er økonomisk berekraftig og høg kvalitet vere avgjerande. Det er derfor nødvendig med god felles planlegging.

4.1.3 LIINGAR KNYTT TIL RUS OG PSYKISK SJUKDOM

I samfunnet generelt og i helsetenesta spesielt har dette området fått vesentleg meir merksemd. Dette området var ikkje integrert fult ut når samhandlingsreforma vart

etablert i 2012, men er i dag del av den. Tilbakemeldingane tyder på at dette fagområdet er ei stor felles utfordring.

I dialogen som har vore med partane vert det peikt på at dette også er eit fagområde der samhandling og samspel er avgjerande. Departementet oppgir at 10% av vaksne pasientane innan psykiatri brukar om lag 75% av ressursbruken. Tenesteapparatet i enkelte kommunar er under oppbygging. Utvikling av kompetanse og gode løysingar for behandlingssopplegg som vert opplevd saumlaust mellom ulike nivå vil vere ei felles utfordring som berre kan løysast i nært samarbeid.

4.1.4 INDIVIDUALISERING AV SAMFUNNET

Samfunnet utviklar seg i eit meir individorientert samfunn. Dette vert synleggjort innan helsetenesta kanskje best gjennom endringane i lovverket over tid. Tildeling av helsetenesta har gått frå deling av fellesgode som kollektive løysingar til meir lovverk og føresegner som byggjer på formell rett til teneste. Også kalla «rettighetstenking».

Dette gjer at brukarane forventar individuelle tenester / løysingar i større grad. For brukarane er dette positivt. Det gir helsetenesta nye og spennande utfordringar.

Det kan vere ulike syn på kor positivt eller negativt delar av dette er. I denne samanheng er det ikkje ein aktuell vurdering. For helsetenesta er dette ein spennande utfordring som påverkar korleis vi riggar samhandlinga og tenestene samla framover.

5 RAMMEFØRESETNADER / ANALYSEDEL.

Det er her teke med nokre få element som er sentrale for vurderinga og som vert lagt til grunn i framlegga.

5.1 NASJONALE FØRINGAR

Som ein grunnføresetnad har ein valt å referere alle punkta i kap. 1.2 i Nasjonal Sykehusplan. Ikkje alt omhandlar samarbeid og samhandling eller helsefelleskapet men det gir eit svært nyttig bakteppe for det vidare arbeidet med denne planen.

Regjeringen vil:

- Skape pasientens helsetjeneste. «Hva er viktig for deg?» skal være førende både i møtet mellom pasient og helsepersonell og i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten.
- Styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og utvikling av tjenestene. Regjeringen vil øke bruk av skjermtolk i spesialisthelsetjenesten, arbeide for klart språk og mer samvalg. Lærings- og mestringstjenestene skal revideres for å gi bedre pasient- og pårørendeopplæring.
- Etablere 19 helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefelleskapene bør prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefelleskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.
- Skape det utadvendte sykehus. Utadvendte sykehus skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus.
- Utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå. Kvalitet og fagutvikling skal prioriteres. Tjenestene skal videreutvikles basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet.
- Sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede. Helseforetakene skal i neste utviklingsplan gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, og organisering og ledelse av akuttmottak på sykehus.
- Angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på. Helseforetakene skal i de neste utviklingsplanene sette egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. Helsedata skal i større grad enn i dag kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp.
- Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse for å møte fremtidige behov. Helseforetakene skal skape en heltidskultur og arbeide for å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper. Det skal legges til rette for livslang læring for alle personellgrupper. Det skal være en særlig satsing på sykepleiere og helsefagarbeidere. Videreutdanningene for spesialsykepleiere skal videreutvikles og

utdanningskapasiteten økes. Helseforetakene skal ta imot flere lærlinger i helsefag. Simuleringstrening skal tas mer i bruk. Helseforetak og kommuner vil i helsefellesskapene sette mål for kompetansedeling.

- Knytte målene for digitalisering tydeligere til målene for pasientbehandling. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. Den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen skal bli tydeligere.
- Videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon og underbygge en kultur for å dele kunnskap.
- Videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi og digitalisering.
- Vri ressursveksten i spesialisthelsetjenesten fra vekst i bemanning, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere fremtidig arbeidskraftbehov.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

5.2 GJENNOMGÅANDE VURDERING - ORGANISERING

Utgangspunkt for arbeidet med utviklingsplanen ser ut til å vere fokusert på kva ein skulle samarbeide om og korleis ein skulle gjennomføre dette samarbeidet. Det var såleis retta mot tiltak, tema og praksis for å betre samarbeide. Organiseringa av samarbeide var eit tema, men vert ikkje referert til som dominerande.

Spørsmål om struktur og organisering av samhandlinga har likevel vore eit aktuelt tema i arbeidet med utviklingsplanen og eit av dei overordna tema i dialogane med alle partane. Det har vore mange drøftingar om kva som er mogleg og ønskjeleg når det vedkjem kommunane sin posisjon, deltaking og representasjon i ulike organ. Dette er ikkje minst knytt til forplikting og vedtaksmynde. Kven kan forplikte kommunen og kven kan representere kommunen.

I kommunal forvaltning er det eit grunnleggande prinsipp at «ikkje prinsipielle» og økonomiske saker som er vedteke i budsjett er delegert til kommunedirektøren medan saker som er prinsipielle eller har økonomisk konsekvensar som ikkje er avklart i budsjett skal handsamast politisk. I spesialisthelsetenesta er dette annleis. Handlingsrommet til leiinga i helseforetaka er større.

Dette tyder at korleis ein organiserer samarbeidet i liten grad vert påverka av om det er direkte representasjon i organa, som til dømes om alle kommunane er representert i Strategisk Samarbeidsutval, eller om ein person representerer fleire kommunar. Det er dei einskilde sakene som avgjer om det kan fattast forpliktande vedtak eller om dei må til politisk handsaming.

Det vil likevel vere slik at i alle saker som inneber ei forplikting må det vere ein dialog med alle kommunar for avklaring om dette vert definert som «ikkje prinsipielt» og i samsvar med vedtekne planar, prinsipp og prioriteringar i dei einskilde kommunane.

Det viktigaste verkemiddelet for å få samarbeidet til å fungere godt når det gjeld organisering og eventuell representasjon er **felles planarbeid**. Dersom ein kan lukkast med felles planarbeid vil dei som deltek i den daglege utøvinga av samarbeidet ha ei rekke problemstillingar avklart, prioriteringar vil vere betre definert og ulike økonomiske og driftsmessige utfordringar ha betre og klarare rammer. Felles planarbeid tyder ikkje nødvendigvis ikkje ein felles plan, men er meint først og fremst ein avtalt planprosess der alle er med som partner.

5.2.1 HELSEFELLESKAP

Ei føring i arbeidet med denne planen er etableringa av «Helsefelleskap». Avtalen mellom Regjeringa og KS avklare og definerer dette slik:

«Prinsippene som helsefelleskapene skal bygge på.

Regjeringen og KS er enige om at etablering av helsefelleskapene skal bygge på følgende prinsipper:

En tydeligere samarbeidsstruktur:

Helsefelleskapene mellom partnerne tar utgangspunkt i en tredelt struktur – et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg. Brukerrepresentanter og fastleger involveres på alle nivå – både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer. Det vil være rom for lokale tilpasninger i samarbeidsstrukturen.

Bedre felles planlegging:

*Helseforetak og kommuner skal i helsefelleskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå. **Regjeringen og KS anbefaler at helseforetaket og kommunene inngår en konkret avtale om hvordan de skal drive utvikling og planlegging av tjenestene i helsefelleskapet.** Regjeringen vil fremme forslag om å justere lovbestemmelsen om samarbeidsavtalene i tråd med dette.*

Økt samordning:

For å utvikle nødvendige tjenester og opptre som en likeverdig partner i helsefelleskapet bør kommunene i større grad samordne seg, dvs. at noen

kommuner stiller i samarbeidsutvalget på vegne av en gruppe kommuner. Samordningen bør fortrinnsvis bygge på etablerte samarbeidsstrukturer mellom kommunene. Tilsvarende må helseforetak som favner flere sykehus sikre at disse opptrer samordnet i helsefellesskapet.

Bedre beslutningsprosesser:

Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene. Samtidig bør beslutningsprosessen i partnerskapet bli bedre og mer forpliktende enn den er i dag. Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebtes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet.

Sekretariat:

Et velfungerende sekretariat vil være et viktig virkemiddel for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessene, og oppnå konsensusbeslutninger.

Tydelige prioriteringer:

Regjeringen og KS mener at helsefellesskapene bør ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for:

- **Barn og unge**
- **Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer**
- **Skrøpelige eldre**
- **Personer med flere kroniske lidelser**

Felles virkelighetsforståelse:

En viktig forutsetning for å planlegge og utvikle tjenester sammen er en felles virkelighetsforståelse. Regjeringen og KS vil tilrettelegge for at det fremskaffes bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy som kan benyttes av helsefellesskapene.

Behov for lokale tilpasninger:

Forutsetningene for å yte tjenester er ulike i forskjellige deler av landet. Målet om likeverdige tjenester fordrer derfor at det må være rom for ulik organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.

Innspill til neste Nasjonale helse- og sykehusplan:

Regjeringen og KS ønsker at neste Nasjonale helse- og sykehusplan skal bygge på innspill fra helsefellesskapene.»

Helsefellesskapet vil i ein planen i hovudsak gå på korleis ein organiserer og strukturer samarbeidet og kva saker som skal vere ein del av samarbeid og samhandlinga.

Det må likevel peikast på at heile intensjonen med helsefelleskapet er ikkje organiseringa, men å ha eit samarbeid og samhandling som gir brukarane betre og meir samanhengande tenester. Brukarperspektivet og brukarmedverknad skal i større grad takst i vare og implementerast.

I Nasjonal helseplan vert det omtala slik:

I helsefelleskapene vil representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen

I nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023 (Kortversjon) står det:

Regjeringen ønsker å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. I helsefelleskapene vil representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Fastlegene bør få en rådgivende rolle, kommunene i helseforetaksområdene bør samordne seg bedre enn i dag, og nasjonale myndigheter må være tydelige i sine forventninger til hva kommuner og sykehus bør oppnå i de nye helsefelleskapene. Nasjonale myndigheter må støtte helsefelleskapene gjennom bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy og ved å gjennomføre tiltak som bedrer pasientforløpene.

I nasjonale føringar vert det presisert at det skal takast omsyn til lokale tilhøve og at strukturen kan tilpassast desse.

Modell/Struktur i Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023.



5.2.2 ØKONOMI

Økonomi knytt til samhandling er eit omfattande og komplisert område. Det er ikkje aktuelt å freiste å gi ei samla oversikt og analyse av dette tema. I denne samanheng vil ein peike på ein del moment som er viktig for å forstå og som påverkar praksisen.

Det har vore ein omfattande debatt som omhandlar i kva grad endringar i oppgåver som har vore gjennomgåande er fullfinansiert til dei som har fått desse oppgåvene. Denne problemstillinga vert ikkje drøfta her. Dette er ei systemutfordring som ikkje er spesielt for vårt føretaksområde og derfor unaturleg å drøfte her. Det er også alt for omfattande og spesialisert til at det omhandlast her. For dei som ønskjer kunnskap om dette vert det vist til SINTEF – rapport «Samhandling mellom kommuner og sjukehus»

<https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>

Måten partane vert finansiert er svært forskjellig. I Spesialisthelsetenesta er mykje av tenestene delfinansiert av aktiviteten. Det vil sei at det er takstar som gir inntekter knytt til aktivitet som vert registrert. I kommunane vert finansiering gitt gjennom samla rammer til kommunen og finansiering av aktivitet vert finansiert gjennom prioriterande vedtak. Dette ved enkeltvedtak eller gjennom vedteke plan/budsjett.

Dersom ein forenkler system mykje kan ein sei at Spesialisthelsetenesta tener på høg aktivitet medan kommunane sparer utgifter på lav aktivitet. Erfaringa er at også kommunane ønskjer høgast mogleg aktivitet innan dette feltet men det vil likevel vere ein del av balanseringa i budsjettet.

Det vert også gjennomført lokale prosjekt som utfordrar spørsmål om finansiering. I desse situasjonane kan økonomi (og manglande avklaring av økonomiske konsekvensar) vere til hinder for realisering av desse. Det er difor viktig at økonomi vert drøfta og avklart og at det vert opprett ordningar eller prosessar som gjer at dette ikkje hindrar gode løysingar som samla sett kan føre til betre kvalitativ teneste for brukarane og også samla sett kan gi økonomiske vinst.

Eit anna viktig element er det som vert vist til i ulike styringsmodellar og vedtaksprosessar i spesialisthelsetenesta og i kommunane. Det er viktig at det vert lagt vekt på å vurdere ein samla kost – nytte analyse i alle saker som har kostnader direkte eller indirekte.

Det er grunn til å tru at det med stor grad av fleksibilitet frå alle partar kan ein finne løysingar som i liten grad utløyse nye kostnader og i mange tilfelle gir mindre kostnader og betre tenester.

5.2.3 LIKEVERD

Det har vore nytta mykje tid på å gjennomgå utfordringa knytt til likeverd mellom partnarane i framtid samarbeid og samhandling. Dette er eit enormt omfattande tema.

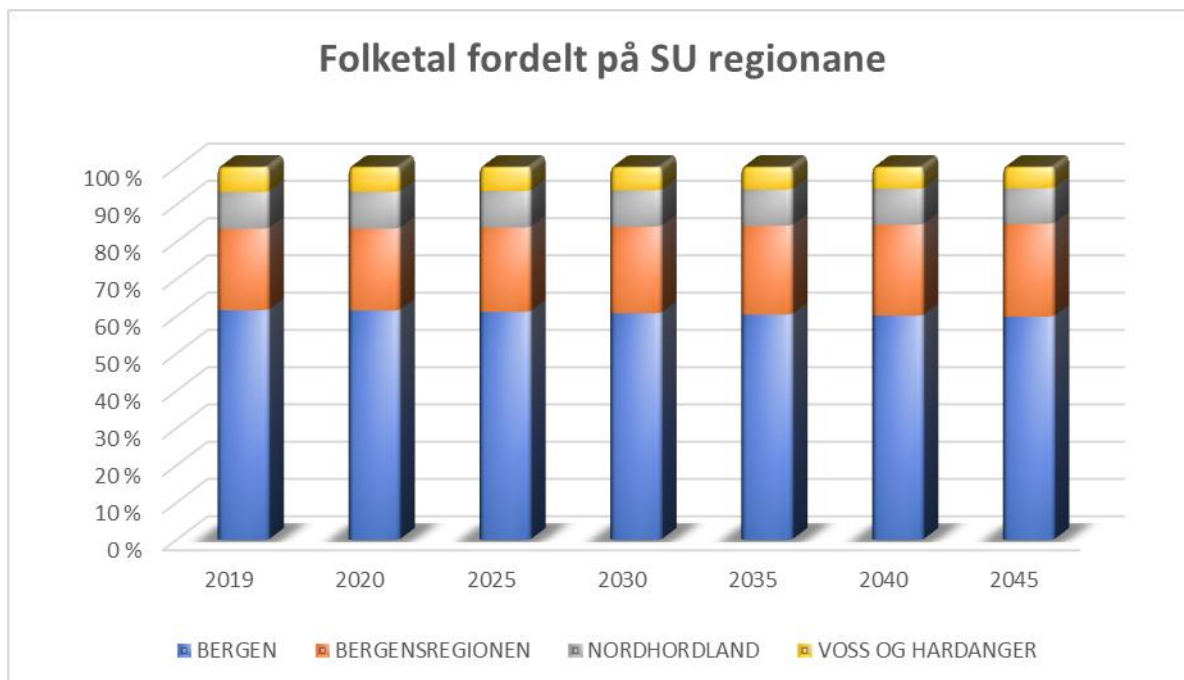
I styringsdokument knytt til det etablerte samarbeidet nyttar ein dette omgrepet. Det er vidare lagt stor vekt på det i dei nasjonale føringane. Det er derfor viktig at vi reflekterer noko rundt omgrepet.

Det grunnleggande i samarbeidet og samhandlinga er at partnarane er svært ulike. Dette gjeld størrelse, kompetanse, ressursar, m.m. Desse ulikskapane syner seg på alle områder. Det er stor ulikskap innan spesialisthelsetenesta, mellom kommunane og brukarane.

Dersom ein ser på kommunane med utgangspunkt i den organisering som er i dag gjennom Samarbeidsutvala (SU/SR) ser vi at Bergen åleine utgjer 61% av folketalet samla. Bergensregionen utgjer 22%, Norhordland 10% og Voss og Hardanger 7 %.

Utviklinga vidare forsterkar dette litt.

Det er likevel viktig å påpeike at dette ikkje er eit konfliktområde men ei struktur utfordring. I samheng med relasjonane vert det peika på at ein har ein oppleving av å både handsama likt og at alle har verdi. Det utfordrande ligg i stor grad i strukturell makt og ulikskap på resursar. Dette er viktig å ta omsyn til i vidare utvikling av strukturane i organisasjonen.



Tilbakemeldingane frå dialogmøta, i den grad det har vore omtalt, er klart ei oppleving av lik verdi. Fleire kommunar gir tilbakemelding om at dei opplever seg

viktig og sett i samarbeidet. Det er noko meir samsett når det gjeld brukarane sin oppleving. Ein har avgrensa med informasjon med det ser ut til at brukarmedverknad er best i spesialisthelsetenesta, men noko meir varierende i kommunane. Det kan sjå ut som at brukarmedverknad i større grad er individorientert i kommunane med godt samhandling med brukarane og pårørande individuelt, men i mindre grad er til stades i utviklinga av tenestene meir på system og strukturnivå.

Utfordringa er korleis ein skal tolke omgrepet framover. Dette på grunn av at utviklinga i samfunnet går i større grad frå fellesløysing og likebehandling til meir individorienterte løysingar og forventningar. Avklaring av kva som skal vere likt og kva som skal individorienterast vert utfordringa. Dette peikar mot at det også innan dette området trengs overordna planar og prosedyrar som definerer noko av dette.

Vidare gir det også utfordringar i høve trongen som partnerane har til å skreddarsy løysingar som passar til lokale tilhøve. Avklaring på kva som skal vere overordna like og felles løysingar for og kva delar som det skal vere meir individretta. Skal ein lukkast med dette må dette drøftast og definerast.

Det siste området som må avklarast er om det berre skal vere felles og identiske avtalar med alle partnerane eller om det skal opnast for å finne særskilde løysingar eller tilpassingar til nokre partar. Sentralt her er Bergen kommune sin spesielle situasjon. Det kan vere gode grunnar for at det vert opna for særskilde tilpassingar. Dette kan også gjelde i for dei aller minste kommunane.

Ideologien vert då at alle vert handsama likt, men at likeverdet vert retta meir mot likt resultat for alle. Ved dette aksepterer ein at føresetnadane kan vere ulike og at ein difor må ha noko ulike løysingar for at resultatet skal vere likt for alle brukarane.

Det viktige vert då at alle partane vert handsama likt og har same verdi, men resultatet kan bli ulikt.

5.2.4 ULIK STYRING I KOMMUNAR OG SJUKEHUS

Det er ei utfordring at kommunane, spesialisthelsetenesta og brukarane har ulike styringssystem. Dette er ikkje naudsynlegvis negativt, men ein må vere klar over det og legge til rette for at dette kan takst omsyn til.

Det er stor forskjell i kommunane. Først og fremst ved at Bergen kommune har Byråd og dei andre kommunane har formannskapsmodellen. Det er også stor forskjell på kva som er delegert av oppgåver og vedtak frå politisk nivå til administrasjonen.

I praksis vil dette føre med seg at handsaming av saker må legge til rette for interne dialogar i kommunane for å få avklaringar. Saker må såleis gjerast kjent så tidleg som råd og dei som er kontaktpersonar for samarbeidet og samhandlinga må gjere interne prosessar så raskt som råd.

Det bør vurderast om det i einstilte saker som er av prinsipiell eller økonomisk karakter skal gjennom med eiga runde hjå partane før endeleg handsaming i Strategisk samarbeidsutval. (Søkalla to-trinnshandsaming)

Vidare må det peikast på at kommunen i svært stor grad styrer etter vedtekne planar. Dersom det vert gjennomført gode felles planprosessar vil det kunne styrke samarbeid og samhandling vesentleg.

5.2.5 FASTLEGEANE

Fastlegane vert tillagt ei viktig rolle særleg i «Helsefelleskapet» Sidan fastlegar er kunn knytt til pasientane på individnivå og i liten grad er ein del av systemnivået vert det naturleg med klargjering av rolla. Så langt det er mogleg å tolke nasjonale føringar er det først og frem i to tilhøve fastlegane er sentrale i samarbeid og samhandling. Det første er struktur og system for oppfølging av pasientgrupper og det andre er tilføring av almen-medisinsk kompetanse.

På dette grunnlag er det svært forståeleg at fastlege (eller almen-medisin) er viktig på alle nivå i organiseringa.

Det må likevel påpeikast at det i dialogen som har vore der fastlegar har vore med vert det tydeleg peikt på at fastlegeordninga er svært pressa. Det er lite vilje til nye oppgåver dersom fastlegeordninga ikkje vert styrkt og det ikkje vert kompensert økonomisk.

Dialogane har også peikt på at det ikkje berre er i høve samarbeid og samhandling med spesialisthelsetenesta fastlege-ordninga har utfordringar, men også å få til god integrering og samhandling i kommunane. Det vert peikt på at dette er måten ordninga er organisert meir enn motvilje.

Det er likevel klart at skal utviklinga av eit «Helsefelleskap» i tråd med intensjonane realiserast må ein lukkast med å få til deltaking frå fastlegane / almen-medisins kompetanse.

Det må og påpeikast at arbeidet som har vore gjennomført i høve «Lege – Lege samarbeid» har teke fatt i ein del praktiske utfordringar. Dette arbeidet og løysingane ein har funn vert det gitt svært gode tilbakemeldingar på.

5.2.6 KOMMUNALDIREKTØR / KOMMUNALSJEFNIVÅET

I Helse Bergen sitt føretaksområde har det i skjedd store endringar i kommunal sektor. Dette både gjennom kommunesamanslåing og ved omfattande organisasjonsendringar. Dette har ført med seg at Kommunedirektørfunksjonen / Rådmannsfunksjonen, innan helse, i stor grad er lagt til Kommunalsjefar helse-omsorg og sosial eller tilsvarande stilling. Dette har ført med seg at desse stillingane er dei mest sentrale strategiske leiarane både i høve utviklingsarbeid, endringsarbeid og drift av tenestene.

Vurderinga er derfor at denne gruppa er, og vil vere endå meir framover, svært sentrale og må knytast til samhandlinga og strukturen direkte. Det vert derfor foreslått at det vert etablert eit eige nettverk mellom fagleg og strategisk leiing i spesialisthelsetenesta og denne gruppa. I nokon av dei noverande SU/SR har dette vore praktisert eige nettverk i dag, men ein meiner det bør vere eit samla nettverk for alle «kommunalsjefane» i føretaksområdet.

5.2.7 SAMARBEID - SAMHANDLLING

Ein tek med delar av ein artikkel som omhandlar desse omgrepa. Denne artikkelen med å avklarar god og er ein del av eit større aksjonsforskningsprosjekt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV): “Equal Footing: ”Samhandlende praksiser innen psykisk helse og rus som mangfoldige partnerskap.”

«*Samarbeid* og *samhandling* er begreper som brukes om hverandre, og betyr ofte tilnærmet det samme; ”å arbeide sammen” eller å ”handle sammen” for å oppnå et mål, gjøre et prosjekt sammen og lignende:

- *Samarbeids*begrepet knytter jeg til det engelske begrepet ”cooperation.” Cooperation stammer fra det latinske ordet ”cooperari,” og betyr: å arbeide sammen med.
- *Samhandlings*begrepet knytter jeg til det engelske begrepet ”collaboration.” Collaboration stammer fra de latinske ordene: Col (sammen) og Laborare (arbeid). Dette betyr også å arbeide sammen med.

Selv om disse definisjonene er rimelig like, gjennom at begge handler om å arbeide sammen med, så har de likevel noen ulike meninger ved seg. Det som skiller dem handler om graden av forpliktelse og deltakelse mellom de ulike personene, deltakerne, tjenestene og avdelingene som samarbeider og samhandler.

Samarbeid handler om å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave, der for eksempel arbeidsoppgavene blir fordelt mellom deltakerne, og der hver person blir ”forpliktet og ansvarlig” for sin del av oppgaven for å oppnå et felles mål.” (Roschelle & Teasley, 1995). *Samhandling* er kanskje et mer ”diffust” og abstrakt begrep. Dette handler mer om den gjensidige relasjonelle deltakelsen og engasjementet i den kontinuerlige dialogen mellom personene som arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Anderson, 2012; Karlsson & Borg, 2013; Strong, Sutherland & Ness, 2011; Roschelle & Teasley, 1995).

En kan på en måte si at samarbeid er mer konkret, mens samhandling er mer det relasjonelle og prosessuelle som foregår mellom personene som samarbeider underveis. Harlene Anderson (2012) kaller dette et "filosofisk holdning;" en måte å "være sammen *med* andre på." Personer kan samarbeide, men det trenger ikke å være noe samhandling. For eksempel kan man samarbeide med andre tjenester og fagpersoner, uten at man handler sammen; at man ikke tar beslutninger sammen, men hver for seg, eller at man bare fordeler arbeidsoppgaver og utfører de alene. Det kan også handle om at man informerer en annen tjeneste man samarbeider med om beslutninger, og så tar den andre tjenesten over. Man lager avtaler, men gjør arbeidet hver for seg. Man kan for eksempel ha partnerskaps-, eller samarbeidsavtaler med andre tjenester, men man gjør ikke noe aktiv sammen. Det handler om samarbeid, i forståelse av å utføre hver sin avklarte oppgave innenfor avtalen. Samarbeid kan derfor foregå hver for seg og på tur, hver vår gang, mens samhandling krever en aktiv *felles* deltakelse *mens en* arbeider sammen; Man løser oppgaver i fellesskap, gjerne ved å diskutere og forhandler seg frem til beslutninger sammen. Samhandling bygger på likeverdige relasjoner mellom personene (og tjenestene) som samhandler. Man kan for eksempel se på at samhandling handler om at man jobber "skulder til skulder," (Andersen, 2013; Strong et al., 2011) sammen, for å nå felles mål, eller hvordan man skal finne en vei videre sammen.»

<https://www.napha.no/content/14929/samarbeid-eller-samhandling-er-det-noen->

I mandatet for denne utviklingsplanen går det klart fram at ambisjonane er å utvikle samarbeidet til også å fungere som samhandling. Det er derfor viktig at samarbeidet ikkje berre vert fordeling av oppgåver, men peikar klart på målsetjinga om å få til samhandling.

Det er også nyttig å sjå på kvalitetsnivået på samhandlinga.

Kvalitativ forståelse av samhandling

Hans Solli-Sæther (2009) har, sammen med professor Petter Gottschalk, utviklet en modell for organisatorisk modenhet i elektronisk samhandling i offentlig sektor. Denne modellen innebærer fire nivå, samt et nivå null, som beskriver virksomhetenes evne til å samhandle med sine partnere. På nivå null har ingen formell samhandling startet, men det foreligger en plan om samhandling.

«Nivå 1 – samordning av arbeidsprosesser: Virksomhetene har oppgaver som inngår i felles arbeidsprosesser på tvers av organisasjonsgrensene. De oppnår resultater gjennom tett integrerte oppgaver og systemer for fysisk eller elektronisk informasjonsutveksling mellom separate IT-systemer.

Nivå 2 – Kunnskapsdeling: Virksomhetene deler kunnskap og erfaring som bidrar til innovasjon og læring på tvers av virksomhetenes grenser. De beskriver beste praksis, spesifiserer informasjon, og etablerer felles metoder og standarder for struktur, systemer og informasjonsutveksling. Man etablerer felles møteplasser for kunnskapsutveksling.

Nivå 3 – Felles verdiskapning: Virksomhetene skaper merverdi for sluttbruker (pasient) gjennom etablering av nye tjenester på tvers av virksomhetenes grenser. Man har felles verdiskapning, og har etablert felles informasjonsmodeller og tjenestekataloger. En virksomhet er villig til å ta en kostand selv om nytteverdien tas ut hos den andre.

Nivå 4 – Strategisk samordning: Virksomhetene har etablert et tett strategisk samarbeid. Felles prosjekter skal gi samfunnsøkonomisk nytte. Politiske og juridiske forhold er ikke til hinder for samarbeidet.»

Sjølv om denne modellen er utvikla i samband med elektronisk samhandling har den klart overføringsverdi til arbeidet med ein «Utviklingsplan for felles samarbeid og samhandling». Dette vil derfor vere eit grunnlag for vurderingane i høve løysingane.

6 STRUKTUR OG ORGANISERING - EIN DYNAMISK ORGANISASJON.

Struktur og organisering av samhandlinga er fundamentet som skal gi stødig, effektivt og dynamisk samarbeid og samhandling. Måten ein organiserer på styrer prosessane sterkt. Det er derfor viktig at ein finn modellar som både byggjer oppunder målsetjingane og som ikkje vert for omfattande og resurskrevjande.

Dialogprosessen har også avdekket at det er ønskeleg med ein meir dynamisk modell som byggjer oppunder positive endringar og er retta mot å finne gode løysingar.

På bakgrunn av dei samfunnsendringane vi ser er det derfor ønskeleg at omfang av faste organ ikkje vert meir omfattande og at ei staden nyttar meir bruk av AdHoc utval og nettverk. AdHoc utval kan rettast meir inn mot å handsame definerte oppgåver og kan gi eit raskare og meir forankra konklusjonar. Nettverk vil opne for større grad av interaksjon mellom personar som har same problemstillingar og gir ein nytteverdi utover dei formelle prosessane ved at kontaktane kan nyttast både i systemarbeid og i personleg arbeid.

I dei vidare vurderingane vil både etableringa av «Helsefelleskap» og det utøvande samarbeid og samhandling ligge til grunn.

Viljen til å få eit godt samarbeid vil vere avgjerande. Dette er til stades i vårt føretaksområde. utfordringa er å få dette til i det daglege arbeidet

For å få til dette er ynskja bak «*helsefelleskapet*» å få til ei endring frå at kommunane og spesialisthelsetenesta skal vere partar til å bli «partnar». Med dette vert det tydeleg signalisert at det er forventningar og ønske om at samarbeidet skal organiserast slik at det vert ein oppleving av felles ansvar og oppgåve å finne løysingar og ordningar for brukarane av tenestene.

Med spesialisthelsetenesta meiner ein her både helseføretak og private/ideelle aktørar.

6.1 OPPGÅVENE TIL ETBLERINGA AV HELSEFELLESKAPET.

- *etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene*
- *at helsefellesskapene prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser*
- *at kommuner og helseforetak i helsefellesskapet skal avtale hvordan de skal drive felles planlegging og utvikling*
- *understøtte helsefellesskapene gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, fremskrivingsverktøy og prediksjonsverktøy*
- *be helsefellesskapene om innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan – skape det utadvendte sykehus*
- *gi rom for lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak – oppfordre helsefellesskapene om å drøfte hva som kjennetegner en vellykket kultur for samarbeid*
- *gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter*
- *tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling*

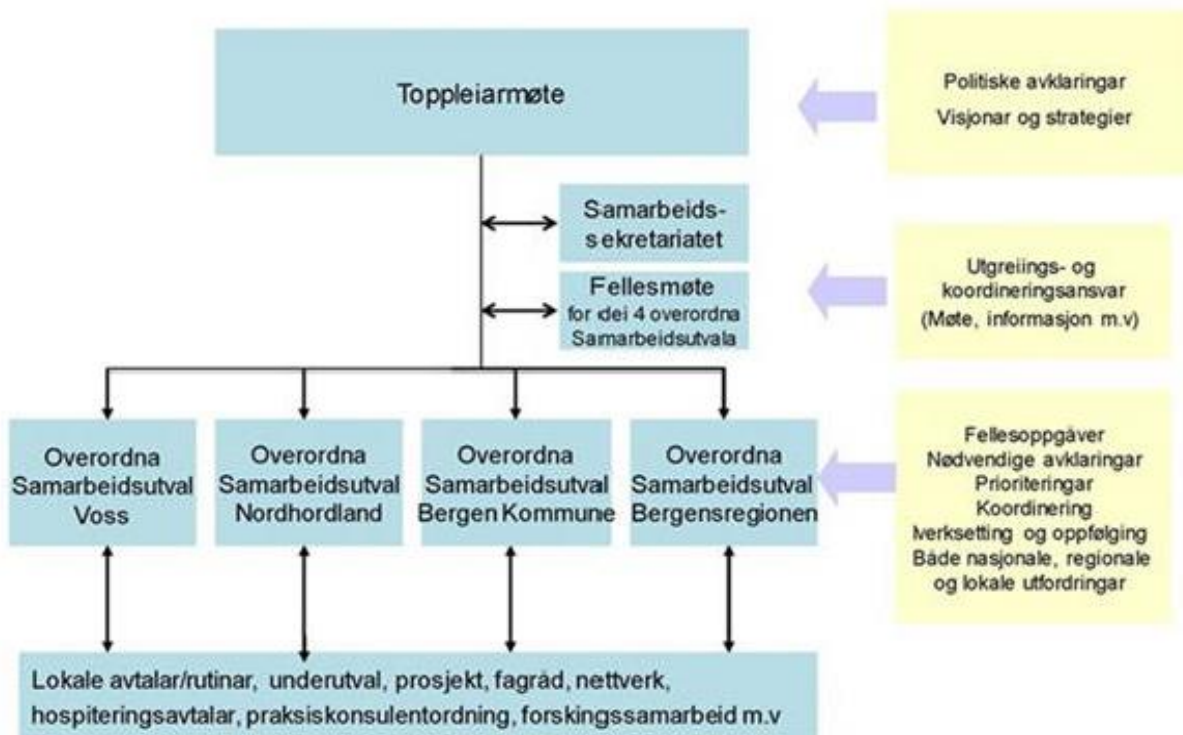
Skal dette realiserast må det til avklaringar og truleg endringar i organisering av samarbeidet/samhandlinga. Først og fremst vil det krevje endring i kva saker som skal handsamast når felles planarbeid skal etablerast og gjennomførast. Det må og definerast i kva organ dei skal handsamast. Særleg må dette avklarast i kommunane som i mykje av planarbeidet er regulert av lover og forskrifter. Vidare må mynde til dei ulike organa definerast.

Med utgangspunkt i gjennomgang av korleis saker vert handsama i noverande organisering i føretaksområdet må organa også bli meir operative. Med operative her meiner ein i hovudsak avklarande og styrande vedtak **i prosessane**.

Det er også tilbakemeldingar som går på at det i ein del samanhengar vert vanskeleg å få til likeverd mellom partane i dei organ og prosessar som er i dagens struktur og korleis den fungerer. Dette vert ikkje opplevde som ein ynskt situasjon, men meir eit resultat av strukturell makt. Eit døme på dette er at representantar frå føretaket møter i fleire utval og kan ta del i fleire drøftingar i fleire organ medan kommunane berre møter i eitt.

7 DAGENS SAMARBEIDSSTUKTUR

Dagens samarbeidsstruktur og organisering er godt kjent .



Dagens samarbeid og samhandlingsstruktur har det meste av dei oppgåvene som ligg i det nye «helsefelleskapet» som ein naturleg del av arbeidet i dag. Det er likevel nokre endringar som vert forventa i «helsefelleskapet». Dette går først og fremst på sikring og gjennomføring av **felles planlegging og utvikling** av tenestene. Vidare går det på **å prioritere utvikling av heilheitlege, koordinerte tenester til fire definerte grupper.**

8 DRØFTING NY MODELL FOR STRUKTUR OG ORGANISERING.

I denne bolken vil ein prøve å kome med framlegg til struktur og organisering. Det er viktig å presisere at ein freistar å definere organa i ein samhandlingsstruktur. Mange element, som å definere eksakt saksgang, kva saker som skal til kva organ m.m. vil vere naturleg å avklare i utarbeiding av reglement og avtalar. Det må arbeidast vidare med dette når ny struktur vert teken i bruk og ein får meir erfaring. Den grunnleggande tanken må vere at arbeidet med å få til best mogleg praksis er ein dynamisk prosess som krev kontinuerleg evaluering som igjen skal gi grunnlag for endring.

Tilbakemeldingane og analyser så lang peiker særleg på to element som må arbeidast vidare med dersom ein skal lukkast med vidare utvikling og forbetring. Desse to elementa er **fastlegane og brukarane sin involvering og deltaking**.

Dette med god involvering av fastlegane og brukarane ser ut til å vere ei utfordring i enkelte kommunar. Skal ein lukkast må det til ei god involvering, ikkje berre i saker som vert handsama i politiske organ, men kanskje mest i saker som går på utvikling av tenester og tilbod.

I denne rapporten vert dette berre påpeika som ein føresetnad. Det vert såleis ei utfordring som partane må arbeide vidare med, men det må løysast i stor lokalt.

8.1 TOPPLEIARMØTET

Ein gjer framlegg om at ein framleis skal halde på omgrepet Toppleiarmøtet. Dette er eit innarbeidd omgrep og viser tydeleg kven møte er for. Det vil vere naturleg at ein endrar ein del innhaldet og struktur dersom dette møtet reelt skal forankre retning i planarbeid m.m.

Ein føreslår at Toppleiarmøtet vert delt i to:

- Ein del kalla **Toppleiarsamling** med informasjon, inspirasjon og innspel/debatt
- Ein del kalla **Partnerskapsmøte** som eit formelt møte som handsamar saker som kjem frå Strategisk Samarbeidsutval / Områdeutvala og saker som partane sjølve melder inn til toppleiarmøte. Aktuelle saker kan vere planarbeid, prioriteringar, prosjekt, avtalar, m.m.

Deltakara:

- Politisk og administrativ leiing i kommunane
- Kommunalsjefane eller tilsvarande stilling i kommunane
- Styreleiar og leiing frå partane i spesialisthelsetenesta
- Medlemene i Strategisk samarbeidsutval

-
- Leiar i brukarutvala
 - 1 representant frå KS
 - 1 representant frå kvar av hovudsamanslutningane

Samarbeidssekretariatet har ansvar for å legge til rette og gjennomføre Toppleiarmøtet.

8.2 SAMARBEIDSUTVAL.

Struktur og organisering av samarbeidsutvala er kanskje det tema som har vore mest i drøfta dialogprosessen. Grunn til dette er naturleg. Etableringa av Helsefelleskap peikar i retning av at samarbeidsutvala skal **«Utvikle strategier og handlingsplaner - Håndtering av saker og løpende beslutninger.»**

Skal det vere mogleg å realisere er det ønskjeleg med koordinering og eit organ som kan gjere «beslutninger» som vert oppfatta som styrande for heile felleskapet der fellesvedtak er mogleg.

8.2.1 OMRÅDEUTVAL (OU)

Det er brukt ein del tid til å analysere korleis dagens ordning med 4 samarbeidsutval (SU) har fungert. Tilbakemeldinga er i all hovudsak gode. Mange kommunar som er knytt opp til lokalsjukehusfunksjonen ved Voss sjukehus og Haraldsplass diakonale sjukehus er tydelege på at møtet direkte i samarbeidsutvalet er svært viktig og avgjerande for etablering av relasjonar og kontaktar. Det er også lagt vekt på informasjonsdeling og å skape utvikling av nye løysingar.

Konklusjonen bør såleis vere at dei fire samarbeidsutvala som er i dag bør på ein eller annan måte halde fram. Dei kan fylle ein viktig funksjon i høve det som er påpeikt. Dette gir også eit organ for direktedialog mellom Bergen Kommune, med deira spesielle situasjon, og spesialisthelsetenesta. Utfordringa då er korleis løyser ein dei nye utfordringane som kjem i høve koordinering av saker og å konkluder i høve strategiar og handlingsplanar.

For at strukturen skal vere oversiktleg og at organisasjonen skal vere eintydig foreslår ein at desse fire utvala vert kalla områdeutval. Dette gir informasjon om at desse utvala dekkjer eit geografisk område.

Ein tilrår difor:

- Det vert framleis 4 Områdeutval.
- Alle kommunane i området vel fritt sine representantar
- Spesialisthelsetenesta vert representert ved alle partane som er knytt til det geografiske området.
- Områdeutvala vel sjølv om dei vil ha underutval og kva underutval dei vil ha

8.2.2 ETABLERING AV STRATEGISK SAMARBEIDSUTVAL (SSU)

Det er ønskeleg at det vert etablert eit Strategisk Samarbeidsutval. Dette utvalet overtek oppgåvene til dagens AK og i tillegg m.a. får den koordinerande og konkluderande oppgåva. Saker og mynde må drøftast og avklarast. Utvalet er sett saman av to representantar som kvar av Områdeutvala vel. Det vert også 8 representantar frå spesialisthelsetenesta samt brukarrepresentantar og fastlegerepresentant. Samansetjinga må vere grunnlag for tingingar.

Det er klart at eit slikt felles organ ikkje kan overta mynde til vedtak for kommunane. Vedtak i eit slikt felles organ vil berre gå på saker som kan delegerast eller saker innanfor drift som naturleg ligg til dei som har driftsansvar å avgjere eller godkjenne. Det same gjeld i høve økonomiske konsekvensar.

Det er såleis eit stort handlingsrom på dette området. Spørsmålet er korleis organiserer ein dette for at det skal fungere best mogleg. Her kan ein også nytte modellar som «Konsensusmodell» (gjer endeleg vedtak der ein oppnår konsensus) og «2 Trinsmodell» (gjer eit vedtak som partane må godkjenne)

Ein tilrår difor:

- Det vert etablert eit Strategisk Samarbeidsutval. Dette utvalet overtek oppgåvene til dagens AK og får den koordinerande og konkluderande funksjonen.
- Kommunane knytt til kvart av Områdeutvala vel 2 representantar kvar i Strategisk Samarbeidsutvalet. Områdeutvala er valnemnd og gir si innstilling til kommunane.
- Haukeland sjukehus / Helse Bergen vel sjølv 4 representantar
- Haraldsplass Diakonale sjukehus vel 2 representantar
- Solli DPS, Betanien sjukehus, Voss DPS Bjørkeli og NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus vel 2 representantar som går på omgang.
- Brukarutvala vel 2 representantar

8.3 FAGLEG SAMARBEIDSUTVAL

Som peikt på tidlegare foreslår ein at det i den nye samarbeidsmodellen legg meir vekt på bruk av AdHoc utval og nettverk.

I den grunnleggande drøftinga som har vore i innspelrunda har det kome ønske om at ein må veljast mellom ein modell som innrettar fagutvala etter fagområde. Dette vil typisk vere Rus – Psykiatri, Helsefremjande og førebyggjande arbeid, Somatikk m.m.

Andre har peikt på at dette er områder som er fundamentert i allereie avtalar og at det ikkje er nødvendig med eigne utval, men konkrete problemstillingar knytt til dette bør løysast i eigne prosessar, t.d. med bruk av utgreiingsutval.

I bestillinga som ligg i Helsefelleskapet er samordning og heilskap grunnleggande. I det ytterste av ein slik tenking er at eit organ skulle samordne all teneste. Dette vil vere for omfattande slik at ei deling til dømes etter alder kan vere tenleg.

Ein tredje måte å tenke på er å dele inn etter dei fire satsingsområda. Det vil då vere fire faglege samarbeidsutval. Desse er:

- Personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem
- Skrøpelege eldre
- Barn og unge
- Personar med fleire kroniske lidningar

Desse tre modellane kan også kombinerast.

Det har likevel vore samstemt at to utval bør vere faste utval uansett.

Desse er:

- Medisinsk fagleg utval
- UFAB

Ein tiltrår etter ei samla vurdering:

To faste utval:

- Medisinsk fagleg utval
- UFAB

Fire tidsavgrensa utval med tema:

- Personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem
- Skrøpelege eldre
- Barn og unge
- Personar med fleire kroniske lidningar

Desse fire utvala vert vurdert årleg om dei skal endrast.

Strategisk samarbeidsutval vel medlemne i underutvala.

Alle faglege utval er forplikta på alle gjeldande samarbeidsavtalar og skal arbeide for å realisere desse

8.4 NETTVERK

Det er i dag mange nettverk av ulik bakgrunn og som dekkjer ulike geografiske områder. Dette mangfaldet er viktig at ein tek vare på og stimulerer til vidare utvikling.

For å lukkast i å skape heilskap og koordinere ulike aktivitetar er det viktig at det vert lagt til rette for god informasjonsflyt. I dag kan det sjå ut til at dette ikkje vert ivareteke godt nok. Nettverka har sin eigen verdi og kan fylle mange funksjonar utan at det skal lagast tunge system for koordinering og informasjonsflyt. Likevel trur ein at det kan kome meir ut av dette arbeidet ved at informasjon som til dømes ved at referat vert sendt til Samarbeidssekretariatet(SSe) kan dei fange opp viktige saker og eventuelt bringe det inn i den formelle samhandlingsstrukturen. Skal dette gjennomførast må SSe styrkast.

Det vil også ofte vere ein fordel om sentrale nettverk vert rigga slik at minst alle føretaksområdet vert med. Eit sentralt nettverk i utviklinga av tenestene og kompetansen er til dømes «Kunnskapskommunen». Det bør utarbeidast ei oversikt over nettverk i regionen.

Det er fleire nettverk knytt til fagområda rus og psykiatri. Desse er viktige og bør prioriterast. Desse områda vil også vere sentrale i felles nettverk for leiing i spesialisthelsetenesta og kommunalsjef (eller tilsvarande).

Vidare utvikling av samhandlinga mellom DPS'ane og kommunane er og noko som kan løysast med nettverk.

Bruk av nettverk kan og vere avklarande i høve mynde til organet. Det er klarare at nettverk ikkje er eit vedtaksorgan, men eit organ for drøfting, utvikling og endring. Dersom nettverka vert sett saman av dei rette personane kan effekten av slike nettverk vere svært positive.

9 SAMARBEIDSSEKRETARIATET

Sjølv om Samarbeidssekretariatet (SSe) ikkje er ein del av styringsorgana, er det ein vesentleg del av den samla struktur og organisering. Tilbakemeldinga frå alle nivå peikar på at SSe er avgjerande for funksjonaliteten til samarbeidsorgana. Det vert også peikt på at kompetansen og erfaringa har vore avgjerande for god handsaming av mange saker.

I tillegg ser det ut til at bredda i rekrutteringa har vore ein suksessfaktor.

Samarbeidssekretariatet er ein viktig del av denne rapporten Det må påpeikast at SSe har stor innverknad på organisasjonen og er minst like viktig både i omfang og funksjonalitet framover. Departementet understrekar dette både gjennom omtale av

sekretariatfunksjonen, men ikkje minst ved å budsjettere med midlar til kommunane for å få dette til.

Samarbeid og samhandling er avhengig av ressursar til å fokusere på dette, legge til rette for det og ikkje minst vere med på å utvikle det frå **samordning av arbeidsprosesser** til **Strategisk samordning**.

I denne planen vert det foreslått også nye oppgåver til SSe som ein viktig aktør på koordinering og handsaming av informasjon. Skal dette lukkast må ressursane vurderast.

Samansetjinga av SSe er med representantar frå spesialisthelsetenesta og kommunane. Denne forankringa er trekt fram som avgjerande både fordi det gir lokal kompetanse og tilknytning, men det skapat og legalitet. Skal brukarperspektivet ivaretakast betre trur ein at det bør tilførast ein representant som har sin forankring knytt til brukarane.

10 MÅLSETJING OG TILTAKSPLAN FOR VIDARE UTVIKLING.

Det er i dei tidlegare kapitela peikt på ein del sentrale utviklingstrekk, vurderingar og innspel. Det er ikkje gjort noko forsøk på å referere alle innspel og synspunkt. Ein har i staden forsøkt å samle desse og kome med framlegg meir knytt til summen av desse.

Ein har medvite valt å fokusere på innspel eller utsegn som ein meiner kan skape direkte eller indirekte betre løysingar og strukturar. Dette tyder ikkje at dei kritiske innspel ikkje vert teke med, men ein har freista å sjå på dei tiltak som kan vere med å gi konkrete løysingar eller endre på dei rammene eller strukturane som skaper grunnlaget for dei kritiske innspela.

I konkretiseringa av tiltak har ein medvite freista å halde omfanget avgrensa. Det er ressurskrevjande å følge opp tiltak. Med utgangspunkt i prosessen er desse tiltaka valde fordi det er mange som har omtala dei eller at ein etter ei samla vurdering og analyse meiner dei kan gi best effekt.

Målsetjing:

På grunnlag av innspel og vurderingane over, ønskjer brukarane, kommunane og spesialisthelsetenesta i Helse Bergen sitt føretaksområde saman ei utvikling med desse målsetjingane:

- Styrke det gode samarbeide gjennom ein meir fleksibel og dynamisk organisering av samhandlinga.
- Vidareutvikle bruk av digitale løysingar både i tenestene, samhandlinga og mot brukarane.
- Utarbeide felles plandokument eller planprosessar som kan skape heilskaplege og økonomisk berekraftige løysingar med høg kvalitet.
- Gjennomføre opplæring og vidare oppbygging/systematisering av lett tilgjengeleg digital informasjon.
- Framleis ha fokus på og gjennomføre/vidareutvikle inngåtte avtalar mellom partnarane.

På bakgrunn av det som har kome fram av innspel og som resultat av føringar og analyser føreslår ein følgjande tiltaksplan:

10.1 TILTAKSOMRÅDE: OVERORDNA STRATEGISK GRUNNLAG

Framlegg til tiltak:

Overordna samarbeidsavtale vert revidert. Det vert lagt vekt på at:

- Det vert etablert ein meir dynamisk og fleksibel organisasjon
- Det vert lagt til rette for ein tydelegare politisk deltaking i overordna partnerskapsmøte.
- Det vert lagt til rette for direkte dialog mellom administrativ og strategisk leiing i spesialisthelsetenesta og administrativ strategisk leiing innan helse i kommunane (Kommunalsjefnivået)
- Det vert lagt vekt på felles planprosessar og planarbeid.
- Det vert lagt vekt på å få etablert «Strategisk samordning» av samhandlinga.

10.2 TILTAKSOMRÅDE: STRUKTUR OG ORGANISERING

Framlegg til tiltak:

- Toppleiarmøtet vert del i to delar **Toppleiarsamling** og **Partnerskapsmøte**.
- Det vert etablert eit Strategisk samarbeidsutval
- Dagens samarbeidsutval vert endra til Områdeutval
- To faglege underutval vert vidareført: Medisinsk fagleg utval og UFAB
- Andre faglege utval skal vurderast årleg.

-
- Det vert oppretta fire tidsavgrensa faglege utval, eit for kvar av satsingsområda i «helsefelleskapet».
 - Det vert støtta og lagt til rette for faglege Nettverk
 - Det vert, i større grad, bruk av AD Hoc / saksutval til einskildsaker/oppgåver.

10.3 TILTAKSOMRÅDE: *KOMPETANSE*

Framlegg til tiltak:

- Det vert arbeidd vidare med å få til eit godt opplæringsløysing for formidling av grunnleggjande kunnskap om partnarane sine system og rammer for forvaltning og tildeling av tenester.
- Det vert arbeidd vidare med å etablere eit godt og integrert system for avvikmelding som er felles for alle partnarane.
- Det vert arbeidd vidare med å få god praksis og system for evaluering og læring av avvik og «vanskelege saker».
- Det vert arbeidd vidare med å etablere gode og samordna løysingar for digital informasjon om tenestetilbod m.m. slik at dette kan vere «integrert kunnskap» for alle partnarane.

10.4 TILTAKSOMRÅDE: *HEILSKAPLEGE TENESTER*

Framlegg til tiltak:

- Det vert etablert eit arbeid for felles planarbeid eller planprosessar der alle interessentar er representert.
- Det vert foreslått at det vert etablert ei første plangruppe som skal utarbeide ein felles plan for prioritert område «Barn og unge» der ein og tek med det aktuelle av konsekvensar av Covid 19 pandemien.
- Det vert arbeidd vidare for å samordne og utvikle «pakkeforløpstenkinga» i heile tenestekjeda og som ein heilskap.
- Det vert arbeidd vidare med å utvikle god og fagleg definert informasjonsflyt elektronisk i overgangane mellom ulike tenestetilbod, til dømes ved inn og utskriving.
- Det vert arbeidd for å vidareutvikle organisering og praktiske ordningar for individretta «skreddarsaum» for brukarar med særleg trong for samansette og langvarige tenester.

10.5 TILTAKSOMRÅDE: *SAMHANDLINGSLEIING -OG KULTUR*

Framlegg til tiltak:

- Grunnlagsdokumentet vert framleis lagt til grunn for samhandlinga <https://saman.no/Documents/Grunnlagsdokumentet.pdf>

- Det vert etablert eit dialognettverk mellom administrativ og strategisk leiing i spesialisthelsetenesta og administrativ strategisk leiing innan helse i kommunane (Kommunalsjefnivået)
- Det vert arbeidd med å definere korleis ein i større grad kan utvikle samarbeidet til å oppnå «Strategisk samordning».

10.6 TILTAKSOMRÅDE: BRUKARMEDVERKNAD

Framlegg til tiltak:

- Det vert arbeid for at prinsippet som vart definert i «Grunnlagsdokumentet» - **Brukarperspektiv i sentrum** - skal vere førande i alle prosessar.
- Det vert arbeidd for at brukarperspektivet vert naturleg med i prosessane hjå alle partnarane.
- Det vert oppretta ei delstilling i SSe for ein representant som har sin forankring knytt til brukarane.

11 FRAMLEGG TIL ORGANISASJONSKART

