

Rapport

Erfaringer fra partssammensatte underutvalg og arbeidsgrupper i Helsefellesskapet Østfold

Innhold

Sammendrag	1
1.0 Bakgrunn	2
2.0 Spørreundersøkelsen og datasamling	2
2.1 Respondenter	2
2.2 Behandling av data	3
3.0 Vurdering av samarbeidet i arbeidsgruppen/ utvalget samlet sett	3
4.0 Hemmende faktorer for samarbeid mellom kommuner og sykehus	3
4.1 Områder for hemmende faktorer	3
5.0 Fremmende faktor for samarbeid mellom kommuner og sykehus	5
5.1 Områder for fremmende faktorer	5
6.0 Innflytelse og taletid	6
7.0 Hva kunne vært gjort annerledes for å styrke samarbeidet i utvalget	6
7.1 Ledelse og struktur	6
7.2 Forberedelse og forankring	7
7.3 Øvrig	7

Sammendrag

En spørreundersøkelse ble sendt ut til arbeidsgrupper og tidsavgrensede underutvalg nedsatt i Helsefellesskapet Østfold, for å innhente erfaringer og kunnskap om samhandlingen. De fleste respondentene erfarte at samarbeidet var godt og at man hadde mye å tilføre hverandre. Samarbeidet ble utfordret av ulik systemforståelse, lav møtedeltakelse, samt ulik organisering, systemer og interesser, blant annet. Stort engasjement, vilje til å lykkes, bred representasjon, fysisk oppmøte, tydelig ledelse og arbeid mellom møtene er noen av mange fremmere for samhandlingen og avgjørende for å bygge tillit og fremdrift.

1.0 Bakgrunn

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) vedtok våren 2025, ny struktur for Helsefelleskapet Østfold. Den nye strukturen er beskrevet i Samarbeidsavtale mellom Sykehuset Østfold og kommunene, [Retningslinje nr. 14 - Samarbeidsformer](#) (pdf.) Ny struktur innebærer blant annet tre nye faste underutvalg i tillegg til endring av et eksisterende underutvalg. Faste underutvalg består dermed i ny struktur av syv faste underutvalg.

På bakgrunn av etableringen av de fire nye faste underutvalgene i Helsefelleskapet, sendte samhandlingssekretariatet ut en spørreundersøkelse til alle representantene i arbeidsgruppene og tidsavgrensede underutvalg som var nedsatt i Helsefelleskapet den siste tiden.

2.0 Spørreundersøkelsen og datasamling

Chat GPT ble benyttet til å utforme aktuelle spørsmål som var relevante å stille om erfaringer knyttet til samhandling i partssammensatte grupper. Spørreundersøkelsen var anonym og ble sendt ut via Microsoft Forms i slutten av juli og kunne besvares i tre uker. En påminnelse ble sendt ut.

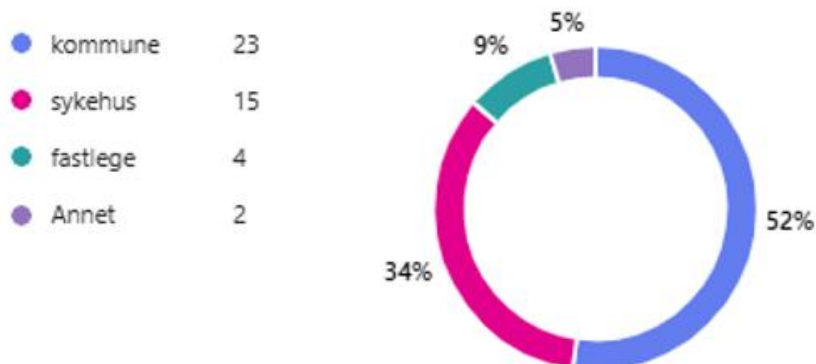
Spørreundersøkelsen inneholdt syv spørsmål:

- Hvordan vil du vurdere samarbeidet i arbeidsgruppen/ utvalget samlet sett? (skala 1-5)
- Hvordan vil du beskrive samarbeidet i arbeidsgruppen/ utvalget? (fritekst)
- Hvilke faktorer opplevde du som hemmende i samarbeidet mellom kommuner og sykehus i arbeidsgruppen/ utvalget? (fritekst)
- Hvilke faktorer opplevde du som fremmende i samarbeidet mellom kommuner og sykehus i arbeidsgruppen/ utvalget? (fritekst)
- Opplevde du at alle parter i utvalget fikk like mye innflytelse og taletid? (skala 1-5)
- Har du en kommentar til om alle parter i utvalget fikk like mye innflytelse og taletid? (fritekst)
- Hva kunne vært gjort annerledes for å styrke samarbeidet i utvalget? (fritekst)

2.1 Respondenter

- Utsendt til **131 e-poster** (med enkelte duplikater)
- **11 utvalg og arbeidsgrupper**¹
- **40 svar** (30,5%)

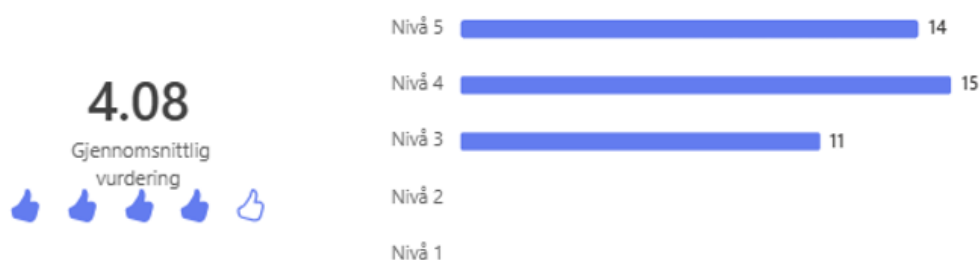
¹ UBUP, revisjon retningslinje 18, akuttjelderordningen, avtale helsetjeneste og politi, rekruttere og beholde leger, reinnleggelser, ny retningslinje 5b psykiatri, revisjon retningslinje 5a somatikk, svangerskap, fødsel og barselomsorg, ny modell ROP pasienter i Østfold/Vestby, ny retningslinje 13 barn og unge.



2.2 Behandling av data

Datamaterialet inneholdt en stor mengde svar i fritekst. Chat GPT ble benyttet for å systematisere svarene i kategorier.

3.0 Vurdering av samarbeidet i arbeidsgruppen/ utvalget samlet sett



4.0 Hemmende faktorer for samarbeid mellom kommuner og sykehus

Mange peker på ustabil oppmøte, også fra ledere og nøkkelpersoner som utfordrende for samhandlingen og fremdrift. Det var tidvis vanskelig å samle alle, og noen medlemmer svarte ikke på forespørsler eller gjorde avtalt forarbeid. Samtidig opplevde enkelte noen deltakere kunne ta for mye plass, mens andre deltakere var mer passive. Flere opplever at arbeidet var tregt å komme i gang med eller at saker tok lang tid å lande eller at retningen var fastlåst. Ledelsen har stor for fremdriften.

4.1 Områder for hemmende faktorer

Ledelse og mandat	<ul style="list-style-type: none"> • ledelse styrt av sykehuset kunne noen oppleve som hemmende. • For mye styring, eller for lite ledelse var problematisk for enighet om retningen
--------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Uklarhet rundt mandat, som hensikt og konkrete oppgaver hadde negativ innvirkning på arbeidet. • Mangel på felles forståelse for mål var hemmende.
Praktiske og organisatoriske forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Store grupper er utfordrende, samtidig er det utfordrende når ikke alle kommunene var representert. • Vanskelig å finne treffpunkter og møtetidspunkt som passet alle. • Hyppige møter og lang reisevei krevde mye tid. • Dårlig planlegging og lite tid til forberedelse. • Både sykehuset og SØ har manglende ressurser å avse • Økonomi satte grenser for gjennomføring av ideer. • Ulike prosedyrer, rutiner og systemer i kommuner og sykehus. • Treg start og lang tid på å beslutte saker. • Mye gjentakende informasjon og lite konkret fremdrift.
Oppmøte og kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Hyppig fravær fra medlemmer og ledere. • Varierende oppmøte uten stedfortreder. • Nye representanter fra møte til møte skapte lite kontinuitet og forsinket fremdriften. • Arbeidet måtte foregå parallelt med klinisk praksis vanskelig å prioritere møter for klinikere
Representasjon og forankring	<ul style="list-style-type: none"> • Noen hadde kun perspektivet fra egen avdeling og ikke hele kommunen. • Ulikheter og motstridende interesser • Manglende engasjement og systemforståelse • Ulike syn på roller, ansvar og oppgaver. • Varierende grad av forankring i egen organisasjon. • Vanskelig å representere hele kommunen eller store virksomheter, Ulik organisering i kommunene • Ulik forståelse for roller/ansvar. • Endringsvillighet varierte mellom aktørene.
Øvrige hemmere	<ul style="list-style-type: none"> • Digital samhandling og tekniske barrierer: • Teams ga dårligere dialog enn fysiske møter, samtidig medførte Teams deltakelse iblant tekniske utfordringer • Vanskeligheter med å se virkeligheten fra den andre partens ståsted. • Ulike forventninger til arbeidet, sprikende meninger og interessestrid.

5.0 Fremmede faktor for samarbeid mellom kommuner og sykehus

Flertallet beskriver samarbeidet som godt, konstruktivt, hyggelig, respektfullt og lærerikt med åpen dialog, engasjerte deltakere og gode diskusjoner. Samarbeidsklima beskrives som preget av gjensidig respekt, en lett tone og god stemning. Deltakerne verdsetter at ulike aktører (kommuner, sykehus, fastleger, brukerrepresentanter) var representert, noe som bidro til større forståelse av hverandres hverdag og kompleksiteten i samhandlingen. God og tydelig ledelse var inspirerende for arbeidet og sikret fremdrift.

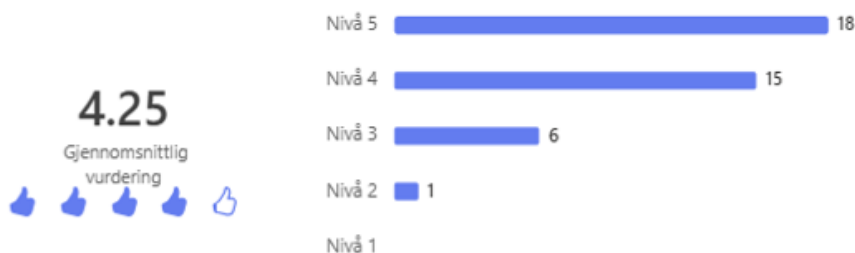
5.1 Områder for fremmede faktorer

Ledelse og struktur	<ul style="list-style-type: none"> • god ledelse av arbeidsgruppen er fremmede • faste møtepunkter, sakslister og oppgavefordeling bidro til struktur. • forankring på toppledernivå ble trukket frem som viktig. • relativt hyppige møter sikret fremdrift. • god forberedelse og ryddige diskusjoner styrket kvaliteten på arbeidet
Samarbeidsklima og engasjement	<ul style="list-style-type: none"> • God dialog og kommunikasjon, åpenhet og respektfull tone. Respekt og forståelse for hverandre, villighet til å lytte og utfordre var fremmede • Konstruktiv tilnærming og positiv stemning. • Historisk godt samarbeidsklima i Østfold som gir en solid grunnmur. • Høy grad av engasjement og entusiasme hos deltakerne. • Motivasjon for å finne løsninger og bidra til utvikling. • Stabil deltakelse fra sykehuset og tidligere kjennskap/samarbeid mellom aktører gir tillit.
Representasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Bred og sammensatt kompetanse i gruppene (kommune, sykehus, ulike fagfelt og brukere. • Fremmede med brukerperspektivet representert (brukerutvalg, ungdomsråd). • God representasjon og dyktige representanter med faglig tyngde. • Ulike ståsted og perspektiver ble opplevd som berikende og styrket diskusjonene.
Læring, kunnskapsdeling og felles mål	<ul style="list-style-type: none"> • Erfaringsutveksling ga bedre innsikt i hverandres arbeid og utfordringer. • Økt kunnskap om rutiner, systemer og årsaker bak praksis. • Lærerikt å bli kjent på tvers av fag, roller og arbeidsplasser. • Diskusjoner bidro til felles forståelse og kompetanseheving. • Felles ønske om å gjøre det beste for pasientene og forbedre tjenestene.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på hva som kan oppnås sammen i planlegging og tjenesteutvikling. • Bedre felles situasjonsforståelse og samhandlingsperspektiv hos alle parter. • Aksept for at rutiner og prosedyrer må tilpasses både sykehus og kommuner.
Fysisk og digital samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiske møter ble opplevd som særlig nyttige: bedre dialog, enklere å bygge relasjoner, «ansikt på samarbeidspartene». • Digitale møter via Teams ga fleksibilitet og muliggjorde deltakelse, selv om kvaliteten var varierende.

6.0 Innflytelse og taletid

6. Opplevde du at alle parter i utvalget fikk like mye innflytelse og taletid?



Kommentarer:

- Innflytelse og taletid ble i hovedsak opplevd som balansert, man da mye takket være god møteleder og struktur i gruppen.
- Personlighet og erfaring hadde betydning.
- Vurderingene av opplevelsen av innflytelse og taletid er jevnt fordelt mellom kommunene og sykehuset.

7.0 Hva kunne vært gjort annerledes for å styrke samarbeidet i utvalget

7.1 Ledelse og struktur

- tydeligere og mer aktiv ledelse – leder tilstede
- klart mandat, tydelig oppdrag og mer avgrensede oppgaver.
- bedre struktur med referater sendt ut raskt, faste sakslister
- tydelig arbeidsfordeling.
- Større vekt på stabil og obligatorisk deltakelse.
- Samme personer i gruppa over tid for å skape trygghet og kontinuitet.

- Bedre mulighet for deltakelse (fastleger og andre med tids- eller økonomiske rammer).
- Noe færre deltakere i gruppene for å få mer effektivt arbeid.
- Mer tid satt av til arbeidet

7.2 Forberedelse og forankring

- Deltakerne burde vært bedre kjent med arbeidsdokumenter og detaljer før møtene.
- Høyere grad av forankring i kommuneledelsen for å sikre ansvar og oppfølging.
- Klargjøring av forventet arbeidsinnsats, tid og prioritering før oppstart.

7.3 Øvrig

- Bedre bruk av felles styringsdata og systematisk informasjonsdeling.
- Bedre teknisk plattform for samarbeid (Teams/dokumentdeling). Og alltid tilgang til felles plattform for dokumenter.
- Kombinasjon av fysiske møter og digitale løsninger som fungerer godt.
- Hospitering og tettere samarbeid på tvers (ikke bare kommunen inn i sykehuset, men også sykehuset ut i kommunen).
- Økt fokus på felles forståelse av virkeligheten i begge ledd.